



Kliniğimizdeki Dört Yıllık Doğum Verileri ve Sezaryen Endikasyonlarının Değerlendirilmesi**Evaluation of Four Years Birth Data and Cesarean Indications in Our Clinic**¹ Kazım Uçkan² Taner Uçkan orcid.org/0000-0002-5576-6789 orcid.org/0000-0001-5385-6775¹ Van Bölge Eğitim Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, VAN² Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi, Başkale MYO, Bilgisayar Programcılığı, Zeve Kampüsü VAN**ÖZ**

Amaç: Bu çalışmada amaç 2015-2018 yılları arasında sezaryen oranlarını ve yıllara göre sezaryen endikasyonlarının dağılımını incelemektir.

Gereç ve Yöntemler: 2015–2018 tarihleri arasında bir Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniğinde doğumu gerçekleştirilen 59.359 hastanın kayıtları retrospektif olarak incelendi. Bu tarihler arasındaki doğumu gerçekleştirilen bebeklerin doğum şekli, cinsiyet bilgileri, fetal doğum ağırlığı ve sezaryen endikasyonları ile prevalansı değerlendirildi. P<0,05 değerinin anlamlı olarak kabul edildiği çalışmada, veriler SPSS 15 istatistik programı ile incelendi. İstatistiki değerlendirme ki kare ve Anova testi aracılığı ile yapıldı.

Bulgular: Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniğinde, 2015 Ocak-2018 Aralık tarihleri arasında 59.359 doğum gerçekleşmiştir. Bu tarihler arasındaki 4 yıllık süreçte gebelerin 18.649'una (%31,4) sezaryen yapıldı. Yıllara göre sezaryen dağılımı incelendiğinde; 2015'te 3917 (%29,4), 2016'da 4718 (%30,9), 2017'de 4824 (%33,2), 2018'de 5190 (%31,8) kadına sezaryen ile doğum yöntemi uygulanmıştır. Çalışmada sezaryen ameliyatının en sık ilk üç sebebinin sırasıyla önceden geçirilmiş bir veya birden çok sezaryen ameliyatı (%53,8), baş pelvis uyumsuzluğu (CPD, %15,2) ve fetal distres (%14,3) olduğu görülmektedir. Geçirilmiş uterin cerrahi en sık sezaryen nedeni olarak karşımıza çıkmaktadır. Sezaryen ile gerçekleştirilen doğum oranlarına bakıldığında yıllara göre anlamlı bir istatistiki fark olmadığı tespit edilmiştir (p=0,321).

Sonuç: %31,4 olarak tespit ettiğimiz sezaryen ile doğum oranımız, %53 olarak belirtilen Türkiye ortalamasının ve Sağlık Bakanlığınca hedeflenen %35 oranının altında olması umut verici olmuştur. Bununla birlikte Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) sezaryen ile doğum oranını %15 olarak belirlemiş olup bizim çalışma sonucumuzun bu hedefe göre oldukça yüksek olduğu görülmüştür. Aradaki bu farkın daha da azaltılması için sezaryen ile doğum sonrası normal doğumun teşvik edilmesi, özellikle primigravid hastalarda operasyon kararı alınırken sebeplerin dikkatlice değerlendirilmesi, kadınların normal doğumunun yararları konusunda eğitilmesi büyük önem arz etmektedir.

Anahtar Kelimeler: Sezaryen endikasyonları, Normal doğum, Sezaryen oranları

ABSTRACT

Objective: The aim of this study is to investigate cesarean rates and the most common cesarean indications between the years 2015-2018.

Materials and Method: The records of 59.359 patients who were delivered at Van SBU Training and Research Hospital between the years 2015 and 2018 at the Obstetrics and Gynecology Clinic were examined retrospectively. Between these dates, the route of birth, babies' gender, fetal birth weight, cesarean indications and prevalence were evaluated. Statistical evaluation was done by using SPSS15 program with chi square and Anova test. P <0,05 value is accepted to be significant in the study.

Results: In the Gynecology and Obstetrics Clinic, 59.359 births took place between January 2015-December 2018. During the four-year period between these dates, cesarean operation were made to 18.649 (31,4%) of pregnant women. When the distribution of cesarean operation according to years is examined; in 2015, 3.917 (29,4%), 4.718 (30,9%) in 2016, 4.824 (33,2%) in 2017, and 5.190 (31,8%) in 2018 were performed cesarean operation. Previous uterine surgery is the most common cause of cesarean. In our study, the most common three reasons for cesarean section were the previous one or more cesarean sections (53,8%), head pelvic incompatibility (CPD, 15,2%) and fetal distress (14,3%). Previous uterine surgery is the most common cause of cesarean section. There was no statistically significant difference between the birth rates with cesarean section within years (p=0,321).

Conclusion: As a result of this study, cesarean rate was 31,4%. It is very promising that this cesarean ratio is below the Turkish cesarean average (53%) and close to the targets (35%) of the Ministry of Health. But, this cesarean rate was found to be quite high (15%) from the rate determined by the World Health Organization. In order to further reduce this difference, it is of great importance to encourage normal birth after caesarean operation, good evaluation of indications when making a cesarean decision to patients with first pregnancy, educating women on the benefits of normal birth is of great importance.

Keywords: Normal birth, cesarean indications, cesarean rates

GİRİŞ

Sezaryen ile doğum işlemi dünya üzerinde en sık yapılan cerrahi işlemlerden biri olup şayet vajinal doğum yapılacak gebelerde fetal yada maternal morbidite ve mortalite riski yüksek olarak düşünülüyor ise abdominal kesikle fetusun doğumu

olarak tanımlanmaktadır(1,2). Maternal mortalite oranı sezaryen ile doğumda 2,2/100000 olup bu risk vajinal doğuma göre yaklaşık olarak onbir kat daha fazladır(3) Ayrıca vajinal doğumla kıyaslandığında mortalite artışının yanında kardiyak

Sorumlu Yazar/ Corresponding Author:

Kazım Uçkan

Van Bölge Eğitim Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, VAN

E-mail: druckan65@hotmail.com

Başvuru tarihi : 09.05.2019

Kabul tarihi : 28.10.2019

arrest, anestezi komplikasyonları, puerperal enfeksiyon, postpartum histerektomi, yara ayrılması ve venöz tromboemboli gibi diğer maternal komplikasyon oranları da vajinal doğuma nazaran artmıştır(4).

Sezaryen doğumun artış nedenleri arasında kadınların postpartum seksüel fonksiyonları hakkındaki endişeleri, ultrasonografinin daha yaygın kullanımı, çoğul gebelik oranlarının artışı, geçirilmiş sezaryenli kadın sayısının artışı, fetal monitörizasyon uygulamasının artması, artan mahkeme davalarından dolayı hekimi koruyucu hukuki altyapının olmaması, sosyo-ekonomik düzeyin yükselmesi gibi etkenler sıralanabilir(5,6).Günümüzde kan transfüzyonu, antibiyotik kullanımı ve cerrahi tekniklerin gelişmesinden dolayı sezaryen doğumları çok daha güvenilir bir duruma gelmiştir.Günümüz şartlarında sezaryen ile doğumun normal vajinal doğuma göre daha az risk olduğunu düşünen hekim sayısındaki artış da sezaryen doğum artışına neden olan bir diğer faktör olarak değerlendirilmektedir(5).

1985'ten itibaren fetal ve maternal mortaliteyi düşürecek sezaryen oranı Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından %10-15 aralığı olarak belirtilmiş fakat bu aralığın altında ki sezaryen sayısının da fetal ve maternal mortaliteyi kesin olarak azalttığına dair kanıt olmadığı ileri sürülmüştür(7).Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği (TJOD) ile Sağlık Bakanlığının 2011 yılında birlikte başlattığı bir çalışma ile ülkemizin sezaryen oranının %35'e kadar azaltılması hedeflenmiştir (8).

Anne sağlığını korumak amacıyla ülke genelinde Sağlık Bakanlığı tarafından kamu ve özel sağlık kurum ve kuruluşlarında doğum eylemi ve sonuçlarının izlenmesi amacıyla çalışmalar yapılmaktadır. Sezaryen sonuçlarının ve endikasyonlarının izlenmesi açısından bu ortak çalışma grupları büyük önem arz etmektedirler.

Retrospektif olarak yaptığımız bu çalışmadaki amacımız 1 Ocak 2015-31 Aralık 2018 yılları arasında gerçekleştirilen sezaryen ameliyatların endikasyonlarını ve sıklığını geriye dönük olarak literatür eşliğinde değerlendirmektir.

GEREÇ VE YÖNTEMLER

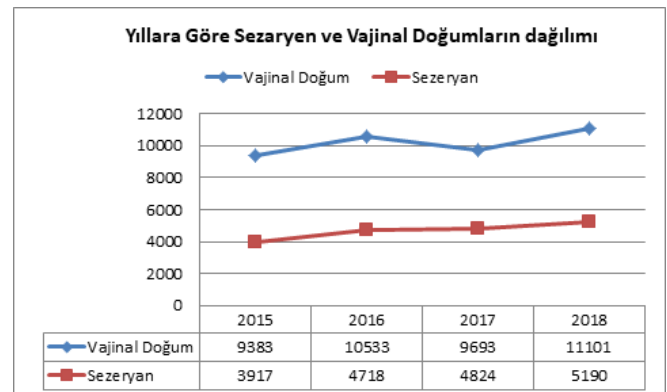
Van SBÜ Eğitim ve Araştırma Hastanesinde 1 Ocak 2015-31 Aralık 2018 tarihleri arasında doğumu gerçekleştirilen 59.359 hastanın kayıtları retrospektif olarak incelendi. Bu yıllarda doğan bebeklerin doğum şekli, cinsiyet bilgileri, fetal doğum ağırlığı ve sezaryen endikasyonları ile prevelansı değerlendirildi. Sezaryen ile doğumu gerçekleştirilen 18.649 hastanın geriye dönük kayıtları incelendi. Çalışma için VAN SBÜ Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar ve Etik Kurulundan

07/03/2019 tarih ve 2019/05 karar no ile etik kurul onayı alınmıştır. Çalışmaya alınan hastalardan veya gereği durumunda yasal temsilcisinden izin alınmış olup, çalışma Helsinki Deklarasyonu Prensipleri'ne uygun olarak yapılmıştır. P<0,05 değerinin anlamlı olarak kabul edildiği çalışmada veriler SPSS 15 istatistik programı kullanılarak incelendi. İstatistiki değerlendirme ki kare ve Anova testi aracılığı ile yapıldı.

BULGULAR

Yapılan arşiv taraması sonucunda 1 Ocak 2015-31 Aralık 2018 tarihleri arasındaki 4 yıl süresince Van SBÜ Eğitim ve Araştırma Hastanesinde toplam 59.359 doğum gerçekleştiği saptanmıştır. Hastalarımızın 40.665'i normal vajinal doğum, 18.649'u sezaryen operasyonu ile doğum yapmıştır (Tablo 1) (Şekil 1).

Şekil 1. Yıllara göre sezaryen ve vajinal doğumların dağılımı



Tüm sezaryen vakaları içinde dört yılın sezaryen oranı %31,4'tür. Yıllara göre sezaryen dağılımı incelendiğinde; 2015'te 3.917 (%29,4), 2016'da 4.718 (%30,9), 2017'de 4.824 (%33,2), 2018'de 5.190 (%31,8) kadına sezaryen uygulandığı ve dört yıllık süreçte sezaryen oranlarının değişmediği görülmektedir. Yıllara göre dağılım Tablo 1'de verilmiştir.

Tablo 1: Vajinal doğum ile Sezaryen doğumun yıllara göre dağılımı

YIL	Vajinal Doğum	Sezeryan	Toplam
2015	9.383(%70,5)	3.917(%29,4)	13.300(%100)
2016	10.533(%69)	4.718(%30,9)	15.251(%100)
2017	9.693(%66,7)	4.824(%33,2)	14.517(%100)
2018	11.056(%68,1)	5.190(%31,8)	16.291(%100)
Toplam	40.665(%68,5)	18.694(%31,4)	59.359(%100)

Sezaryen doğumlarımızda ortalama doğum kilosunu 2.912±608 gram ve gebelik haftasını 37.0±2.6 hafta olarak tespit ettik.4 yıllık süreçteki tüm doğumların bebek cinsiyetlerine baktığımızda erkek cinsiyetinin %51,21 ve kız cinsiyetinin ise %48,78 olduğu saptandı (Tablo 2).

Tablo 2: Yıllara Göre Bebek Cinsiyetleri, Gebelik Haftası Ve Doğum Ağırlıkları

Yıllar	Bebek Cinsiyetleri		Gebelik Haftası	Doğum Ağırlığı(gram)
	Kız	Erkek		
2015	6.416(%48,03)	6.942(%51,96)	37.1±2.3	2.820±620
2016	7.484(%48,79)	7.854(%51,2)	36.9±3.1	2.930±705
2017	7.112(%48,89)	7.432(%51,1)	36.8±2.6	2.900±510
2018	7.963(%49,27)	8.156(%50,72)	37.2±2.4	3.000±600
Toplam	28.975(%48,78)	30.384(%51,21)	37.0±2.6	2.912±608

Ayrıca yıllara göre toplam doğumlar içindeki kız ve erkek cinsiyet oranları sezaryen doğum ve vajinal doğum açısından ayrıntılı olarak tabloda verilmiştir (Tablo 3). Sezaryen doğumdaki 18.694 bebeğin 9.830'u (%52,7) erkek bebek, 8.819'u (%47,3) kız bebek idi (Tablo 3).

Tablo 3: Yıllara Göre Normal Vajinal Doğum Ve Sezaryen Ayrıntılı Bebek Cinsiyet Oranları

	2015	2016	2017	2018
Normal	4.600(%49,02)	5.158(%48,96)	4.785(%49,38)	5.589(%50,35)
Doğum-Kız				
Normal	4.783(%50,97)	5.375(%51,03)	4.905(%50,61)	5.511(%49,64)
Doğum-Erkek				
Sezaryen-Kız	1.794(%45,80)	2.293(%48,60)	2.312(%47,92)	2.420(%46,62)
Sezaryen-	2.123(%54,19)	2.425(%51,39)	2.512(%52,07)	2.774(%53,37)
Erkek				
Toplam	13.300	15.251	14.514	16.294

Sezaryen endikasyonları incelendiğinde, sezaryen ameliyatının en sık sebepleri sırasıyla önceden geçirilmiş bir veya birden çok sezaryen ameliyatı (%53,8) baş pelvis uyumsuzluğu (CPD, %15,2), fetal distres (%14,3), makat prezentasyon (%5,7), ilerlemeyen eylem (%4,4), iri fetüs (%1,7), ve malprezentasyon (yüz, ayak, defleksiyon prezentasyon (%1,5) olduğu görülmektedir (Tablo3). Sezaryen endikasyonlarının dağılımı incelendiğinde, sezaryen ameliyatının en sık sebepleri sırasıyla önceden geçirilmiş bir veya birden çok sezaryen ameliyatı (%53,8), baş pelvis uyumsuzluğu (CPD, %15,2), fetal distres (%14,3), makat prezentasyon (%5,7), ilerlemeyen eylem (%4,4), iri fetüs (%1,7), ve diğer prezentasyon anomalileri (Yüz, transvers, alın geliş) (%1,5) olduğu görülmektedir. (Tablo 4).

Tablo 4 : Sezaryen Endikasyonlarının Dağılımı

Endikasyonlar	Sayı	Yüzde
Geçirilmiş Uterin Cerrahi	10.033	%53,8
Baş Pelvis Uyumsuzluğu	2.834	%15,2
Fetal Distress	2.666	%14,3

Makat Prezentasyon	1.062	%5,7
İlerlemeyen Eylem	820	%4,4
İri Fetüs	317	%1,7
Diğer Prezentasyon Anomalileri (Transvers, Alın, Yüz Geliş Vb.)	279	%1,5

Diğerleri	638	%3,4
------------------	------------	-------------

TARTIŞMA

Tüm dünyada sezaryen ile doğum oranı her geçen gün daha da artmakta ve bu artan durum ülkelerin kendi yaşayış tarzlarına ve ülkelerin politik bakışına göre değişiklik sergileyebilmektedir (9).

Cerrahi bir işlem olan sezaryen, normal vajinal doğumun yapamayacağı durumlarda hem anne hem de fetusun sağlığı için endikasyon dışı yapılmamalıdır (10).

Primer sezaryen oranının DSÖ tarafından %15'ten fazla olması önerilmektedir (7). Eğitim hastanelerindeki primer sezaryen oranının %20'yi, diğer doğum yaptırılan kliniklerde ise %15'i geçmemesi ülkemizdeki sağlıkta performans ve kalite yönüne göre gerekmektedir (11). Türkiye Halk Sağlığı Kurumu'nun sağlık istatistik yaylığı 2017 verilerine göre 2002 yılında %21 düzeyinde bulunan toplam sezaryen oranı giderek artarak 2017 yılında %53 olmuştur. Üniversite hastanelerinde %68,2'e (primer sezaryen oranı: %33,8), devlet hastanelerinde %38,7'ye (primer sezaryen oranı: %15) ulaşmıştır (12). Dünya genelinde de Romanya'da %45, Almanya'da %33, Kanada'da %27, Hollanda'da %16 ve Finlandiya'da %14 olarak rapor edilmiş ve bu oranların Türkiye ortalamasından çok daha düşük olduğu görülmüştür. Türkiye geneli bölgeler arasındaki kıyaslamaya da bakıldığında Van ilimizin bulunduğu Doğu Anadolu bölgesinde 2002 yılında %7 olan sezaryen doğumların toplam doğumlar içindeki oranı 2017 de %38'e yükselmiştir. Primer sezaryen doğumların tüm doğumlar içindeki oranı ise %18 olmuştur (12).

1996 yılında ABD'de yapılan bir çalışmada sezaryen ile doğum hızı %21 iken bu oranın 2007 yılında %30'a yükseldiği belirtilmiştir (13). İstanbul'da bir eğitim kliniğinde yapılan çalışmada sezaryen oranı 2000 yılında %45 iken bu oranın 2007'de %41 olduğu tespit edilmiştir (14). 2001- 2005 yılları arasında yapılan bir diğer çalışmada ise sezaryen ile doğum oranı %47 olarak bulunmuştur (15). Bizim çalışmamızda ise 1 Ocak 2015-31 Aralık 2018 yılları arasındaki ortalama sezaryen oranımız %31,4 olarak bulunmuştur. Araştırmanın yapıldığı 2015-2018 yılları arasında sezaryen oranlarında genel eğilim olarak %29,4- %33,2 bandı arasında çıkmış olup Sağlık Bakanlığı-TJOD'un (Türk Jinekoloji ve Obstetri Derneği) sezaryen oranlarının azal-

tılması ortak eylem planında hedeflenen düzey olan %35'ten belirgin olarak düşük çıktığı için umut verici bir sonuç olarak görmekteyiz(8). Kliniğimizdeki 2015-2018 yılları arasında gerçekleşen doğumlarda bebeklerin %51,2'si erkek ve %48,7' si kız olarak doğdu. Yılmaz ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada ise %49,2'si kız ve %50,8'i erkek olarak bulunmuştur(16). Çalışmamızda ortalama gebelik haftasını 37.0±2.6, ortalama bebek ağırlığını ise 2.912±608 gram olarak bulduk. Yıllar arasında gebelik haftası ve doğum ağırlıkları arasında istatistiki olarak anlamlı fark izlenmedi. Güney ve ark. yaptıkları çalışmada ise ortalama doğum ağırlığı 2.958 gram olarak bulunmuştur(17). Çalışmamızda endikasyonlar içinde ilk sırayı %53,8 oranı ile önceden geçirilmiş sezaryen ameliyatı almaktadır. Birçok çalışmada sezaryen doğumların önde gelen sebeplerinden biri bir kez sezaryen her zaman sezaryen denilerek yapılan elektif sezaryen doğumlardır(18,19). Son yıllarda bu mevcut anlayış değişmeye başlamış ve sezaryen sonrası vajinal doğum birçok ülkede ön plana alınmıştır. Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanmış olan ve 2010 yılında yayınlanan Doğum ve Sezaryen Eylemi Yönetim Rehberinde sezaryen sonrası vajinal doğum ile ilgili standartlar belirtilmiştir. Bu rehber eşliğinde önceden sezaryen olmuş gebelere sezaryen sonrası normal doğum için riskler ve yararlar ayrıntılı bir şekilde anlatılmalı ve eğer uygun şartlar ve doğum endikasyonları da var ise gebeye normal vajinal doğum planlanarak mükerrer sezaryen oranları düşürülebilir (20).

Yapılan çalışmalarda en sık sezaryen endikasyonu geçirilmiş uterin cerrahi olup, bunun ardından baş pelvis uyumsuzluğu, fetal distres ve prezentasyon anomalilerinin sırasıyla geldiği bildirilmiştir (9,21). Literatürle uyumlu olarak bizim çalışmamızda da en sık sezaryen endikasyonu sırasıyla (%53,8) oranıyla geçirilmiş uterin cerrahi, baş pelvis uyumsuzluğu (%15,2) ve fetal distres (%14,3) takip etmekteydi. Çalışmamıza benzer olarak Küçükbaş ve ark. (22), tarafından yapılan çalışmada da en sık üç sezaryen endikasyonu sırasıyla; geçirilmiş uterin cerrahi (%37,8), baş pelvis uyumsuzluğu (%16,5) ve fetal distres (%13,8) olarak bildirilmiştir(22). ABD'de yapılan geniş kapsamlı bir çalışmada sezaryen nedeni olarak en sık dört endikasyon; bir kez geçirilmiş sezaryen (%41), ilerlemeyen travay (%13,8), makat geliş (%6,9), fetal distres (%6,9) olarak belirtilmiştir (23). Çalışmamızda %15,2 ile en sık ikinci sezaryen endikasyonu baş pelvis uyumsuzluğu olmuştur. Literatürde baş-pelvis uyumsuzluğu nedeni ile sezaryen doğum oranı %4,6 - %30,2 arasında değişmektedir (24-26). Bulgumuz literatür ile benzerlik göstermektedir. 2016 yılında yapılan bir çalışmaya göre

doktorların baş pelvis uyumsuzluğu tanısı koyarken yeterince beklememelerine bağlı sezaryen oranlarında artış olduğu öne sürülmüştür (27).

Araştırmamızda kadınların üçüncü en sık sezaryen ile doğum yapma nedeni fetal distres olarak bulunmuştur. Literatürde fetal distres nedeni ile sezaryen doğum olma oranı %11,7 - %30 arasındadır(28,29). Kliniğimizde travaydaki tüm gebeler devamlı olarak elektronik fetal monitorizasyon (EFM) ile izlenmektedir. Aralıksız EFM ile izlenen gebelerin sezaryen oranlarının ara ara monitörizasyonla izlenen gebelere nazaran anlamlı olarak fazla olduğunu bildiren çalışmalar yayınlanmıştır (30, 31). Ayrıca fetal distres tanısında kullanılan sürekli EFM de yalancı pozitiflik oranının yüksek olmasından dolayı da sezaryen oranlarının artışa geçtiği bildirilmiştir (32). Coşkun ve ark. (33), yaptığı çalışmada bu oran %13,8 olarak bulmuşlardır. Fetal distres oranı bizim çalışmamızda ise %14,3 olarak bulunmuştur.

Sezaryen endikasyonları içerisinde makat geliş endikasyonları da önemli bir yere sahiptir ve bizim çalışmamızda da makat prezentasyon ile sezaryen oranı (% 5,7) olarak bulunmuştur. Makat prezentasyonda, kordon prolapsusu ve fetal başın takılabilmesi gibi riskli durumlar oluşabileceği için sezaryen endikasyonları içinde anlamlı bir yere sahiptir (16,34). Başın hiperekstansiyonu, uygunsuz pelvis, ayak geliş gibi ayrıca istenmeyen durumlar yoksa makat geliş hastalarında vajinal doğum denenebilir denilmiş ve bununla beraber makat gelişli gebeliklerin vajinal yolla doğumlarının sezaryen ile doğuma nazaran daha riskli olabileceği fakat bu riskin çok da yüksek olmadığı belirtilmiştir. Yine aynı çalışmada gebeye yönelik bireysel olarak doğum yöntemine dair karar alınabileceği belirtilmiştir(35). Buna karşın ACOG, doğum esnasında makat prezentasyonu ile gelen gebelere bilgilendirme yapılarak sezaryenin önerilmesini desteklemektedir (36).

Araştırmamızda kadınların ilerlemeyen eylem nedeniyle sezaryen doğum yapma sıklığı beşinci sırada bulunmuştur. Bizim çalışmamızda da %4,4 oranımız literatürle uyumlu bulunmuştur (21,37). Araştırmamızda kadınların %1,7'sinin iri fetus nedeniyle sezaryen doğum yapıldığı saptanmıştır. Literatürde bu durum %2,1 ile %11,8 arasında değişmektedir (38,39). Kliniğimizde 4000g ve üzeri tahmini fetal ağırlık belirlenen fetüsler iri bebek olarak değerlendirilmekte olup omuz distozisi, fetal morbidite gibi olası vajinal doğum komplikasyonlarının engellenmesi için sezaryen doğum önerilmektedir. ACOG diyabetik anne fetüslerinde 4500g, diğer anne fetüslerinde ise 5000g ve üzerinde makrozomik fetüs tanısı konulması durumunda sezaryen planlanmasını önermektedir(36). Fetal ağırlık ölçümünde

olası komplikasyonları önlemek amacıyla aldığımız 4000 gr ağırlık kıstasından dolayı iri fetüs nedeniyle sezaryen oranı kliniğimizde ACOG önerilerine uyan hastanelerden daha yüksek izlenebilir. Ayrıca Rouse ve ark. (40) yaptığı çalışmada ultrason fetal boyutun tahmininde kullanılan ölçümlerin %90 spesifik ve %60 sensitif olarak bulmuşlardır ve iri fetüs tanısı ile sezaryen yapılan gebelerin %40'nın iri olamayabileceğini belirtmişlerdir.

SONUÇ

Çalışmamızın sonucunda sezaryen ile doğum oranımız Türkiye ortalamasının altında izlenmiş fakat Dünya Sağlık Örgütü'nün belirlediği orandan yüksek olarak tespit edilmiştir. Çalışmalar da dikkati çeken konu en sık sezaryen endikasyonunun geçirilmiş uterin cerrahiye bağlı olmasıdır. Günümüzde anne adayları özellikle vajinal doğumdan sonra gaita ve idrarını tutamama korkusu, cinsel organların da yaralanma (epizyotomi) ve ağrı çekmemek için sezaryen operasyonunu tercih etmekte bu da hem kadın doğum doktorlarını zor durumda bırakmakta hem de sezaryen oranlarının artmasına sebebiyet vermektedir. Anne adaylarının vajinal doğum açısından cesaretleştirilmeleri, iyi bir doğum eğitiminin gebelik süresince verilmesi, ağrısız doğum olarak bilinen epidural anestezi yöntemiyle normal vajinal doğumların artırılması, hekimlerin üzerindeki medigolegal baskının azaltılması ve malpraktis yasaının gözden geçirilmesi gibi önlemler ile sezaryen ile doğum oranının düşürülmesine yardımcı olunabilir.

KAYNAKLAR

1. Mathai M, Hofmeyr GJ, Mathai NE. Abdominal surgical incisions for caesarean section. *Cochrane Database Syst Rev* 2013; (5):CD004453
2. Souza JP, Betran AP, Dumont A, De Mucio B, Gibbs Pickens CM, Deneux-tharoux C, et al. Aglobal reference for caesarean section rates (C-Model): a multi country cross-sectional study. *BJOG* 2016;123(3):427-36.
3. Clark SL, Belfort MA, Dildy GA et al: Maternal death in the 21st century causes, prevention, and relationship to cesarean delivery. *Am J Obstet Gynecol* 199(1):36.el, (2008)
4. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, et al. *Cesarean Section and Peripartum Hysterectomy* In: Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, et al, eds *Williams Obstetrics*. 24th ed. New York, NY: McGraw-Hill; 2014;588-589)
5. Ercan CM, Coksuer H, Sipahioğlu H, Pehlivan H, Alanbay İ, Karasahin KE, Baser İ. Eski sezaryen sonrası vajinal doğuma bağlı uterin rüptür ve atoni olgusunda rüptür tamiri ve b-lymph sütürü. *Kocatepe Tıp Derg* 2009, 10: 57-9.

6. Catling-Paull C, Johnston R, Ryan C, Foureur M.J & Homer CSE. Non-Clinical Interventions That Increase The Uptake And Success Of Vaginal Birth After Caesarean Section: A Systematic Review. *JAN* 2011a, 67 (8): 1662-76.
7. World Health Organization. Appropriate technology for birth. *Lancet*. 1985;436-7.
8. 20. Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği (TJOD): Sağlık Bakanlığı - TJOD sezaryen oranlarını azaltma ortak eylem planı, 2013.
9. Karabel MP, Demirbaş M, İnci MB. Türkiye'de dünya'da değişen sezaryen sıklığı ve olası nedenleri. *Sakarya Med J*. 2017; 7(4):158-163.
10. Finkler MD, Wirthschafter DD. Why pay extra for cesarian section deliveries? *Inquiry*. 1993; 30:208-15
11. T.C. Sağlık Bakanlığı Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı Sağlıkta Performans ve Kalite Yönergesi
12. Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, EUROSTAT Veritabanı, OECD Health Data 2018, UNPD
13. Hamilton BE, Martin JA, Ventura SJ. Births: preliminary data for 2006. *Natl Vial Stat Rep*. 2007;56: 1-18.
14. Haseki Eğitim ve Aratırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği'nde iki yıllık sürede sezaryen doğumların değerlendirilmesi, S.B. Haseki Eğitim ve Aratırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Aile Hekimliği Uzmanlık Tezi, Dr. Firdevs Şule Kara, İstanbul, 2004.
15. Mayda AS, Acehan T, Altın S, Arıcan M, Uzunoğlu MY. Bir üniversite hastanesinde yaptırılan doğumların incelenmesi. *TAF Preventive Medicine Bulletin*. 2006; 5: 408-15.
16. Yılmaz M, İsaoglu Ü, Kadanalı S. Kliniğimizde 2002-2007 yılları arasında sezaryen olan hastaların incelenmesi. *Marmara Med J* 2009;22: 104-10.
17. Güney M, Uzun E, Oral B, Sarıkan İ, Bayhan G, Mungan T. Kliniğimizde 2001-2005 yılları arasında sezaryen oranı ve endikasyonları. *Marmara Medical Journal* 2006,3 (4): 249-54.
18. Çağlayan EK, Kara M, Gürel Y. Kliniğimizde üç yıllık sezaryen oranı ve endikasyonları. *Journal of Experimental and Clinical Med* 2011;27(2), 50-53.
19. Sayın NC, Erzincan SG, Çilingir IU. Sezaryen: kanıta dayalı bilgiler. *Türkiye Klinikleri JGynecol Obst-Special Topics* 2018; 11(1), 76-81
20. Sayın NC, Erzincan SG, Çilingir IU. Sezaryen: kanıta dayalı bilgiler. *Türkiye Klinikleri JGynecol Obst-Special Topics* 2018; 11(1), 76-81

- T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. Doğum ve Sezaryen Eylemi Yönetim Rehberi. Ankara:Damla Matbaacılık; 2010.
21. Aksoy H, Özyurt S, Aksoy Ü, Açmaz G, Karadağ Öİ, Babayiğit MA. Hastanemizdeki sezaryen hızı ve endikasyon dağılımları ışığında Türkiye’de sezaryen ile doğuma genel bakış. *Kocaeli Med J*. 2014; 3, 1-7.
22. Küçükbaş NG, Moraloğlu Ö, Özel Ş, Erkaya S, Taşçı Y, Fındık RB. Dr. Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi Doğum Ünitesi’nde 2010–2014 sezaryen oranları ve endikasyonları. *Perinatoloji Dergisi* 2016; 24(2):61-65
23. Robson SJ, de Costa CM. Thirty years of the World Health Organization’s target caesarean section rate: time to move on. *Med J Aust* 2017; 206(4):181-5.
24. Gül N. (2008). Normal Doğum Ve Sezaryen Doğum Uygulanan Olguların Postpartum Komplikasyonlar Yönünden Karşılaştırılması. Uzmanlık tezi, T.C. Sağlık Bakanlığı İstanbul Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği, İstanbul 2008.
25. Çakır L, Erdem B, Tekin B, Can H, Öztürk YK. Ağrı ilinde sezaryen oranlarının değerlendirilmesi. *İzmir Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıp Derg* 2013, 17:55-62.
26. Töz E, Kurt S, Canda MT, Gürbüz T, Taşyurt A. İzmir Ege doğumevi ve kadın hastalıkları eğitim ve araştırma hastanesindeki 5 yıllık doğum verileri ve sezaryen endikasyonları. *İzmir Tepecik Eğitim Hastanesi Derg* 2011, 21 (3): 109-12.
27. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG); Society for Maternal-Fetal Medicine. Obstetric care consensus no. 1: safe prevention of the primary cesarean delivery. *Obstet Gynecol* 2014; 123:693–711.
28. Uzunçakmak C, Gültaş A, Aydın S, Var A, Özçam H. S.B. İstanbul eğitim araştırma hastanesi kadın hastalıkları ve doğum kliniği’nde 2005-2012 yılları arasında sezaryen ile doğum yapan hastaların değerlendirilmesi. *İstanbul Med J* 2013, 14: 112-6.
29. Erkıran AA. Spontan vajinal doğum ve sezaryen ile doğum yapan hastaların doğum öncesi ve doğum sonrası hematolojik değerlerinin kan kaybı açısından değerlendirilmesi. Uzmanlık Tezi, İstanbul: T.C. Sağlık Bakanlığı/İstanbul Göztepe Eğitim Hastanesi 2009.
30. Rossignol M, Chaillet N, Boughrassa F, Moutquin JM. Interrelations between four antepartum obstetric interventions and cesarean delivery in women at low risk: a systematic review and modeling of the cascade of interventions. *Birth* 2014; 41:70–8.
31. Alfrevic Z, Devane D, Gyte GM. Continuous cardiotocography (CTG) as a form of electronic fetal monitoring (EFM) for fetal assessment during labour. *Cochrane Database Syst Rev* 2013;(5):CD006066.
32. Yumru E, Davas İ, Baksu B, Altıntaş A, Altın A, Mert M. 1995-1999 yılları arasında sezaryen operasyonu oranları ve endikasyonları. *Perinatoloji Derg.* 2000; 8: 94-8.
33. Coşkun A, Köstü B, Ercan Ö, Kıran H, Güven MA, Kıran G. Kahramanmaraş İl Merkezinde 2004 ve 2006 yıllarındaki doğumların karşılaştırılması. *TJOD Dergisi* 2007 ; 4: 168-172.
34. İşgüder ÇK, Bulut YE, Yılmaz G, Doğru HY, Özsoy AZ, Başol N. Kliniğimizde 2014-2016 yılları arasında sezaryen oranı ve endikasyonları. *Jinekoloj Obstet Neonatol Tıp Derg* 2017; 14(4).
35. Berhan Y, Haileamlak A. The risks of planned vaginal breech delivery versus planned caesarean section for term breech birth: a meta-analysis including observational studies. *BJOG* 2016; 123:49–57.
36. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) Committee on Obstetric Practice. ACOG Committee Opinion No. 340. Mode of term singleton breech delivery. *Obstet Gynecol* 2006; 108:235–7.
37. Yıldız A, Köksal A, Çukurova K, Keklik A, Çelik N, İvit H. Bir obstetrik kliniğinde 15 yıllık periyod süresince sezaryen oranları ve endikasyonlarının yıllara göre dağılımı.
38. Gözükara F, Eroğlu K. Sezaryen doğum artışını önlemenin bir yolu: “bir kez sezaryen hep sezaryen” yaklaşımı yerine sezaryen sonrası vajinal doğum ve hemşirenin rolleri. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Derg.* 2011, 89-100
39. Cebesoy FB, Balat Ö, Kutlar İ, Dikensoy E. Sezaryen sonrası postpartum kanamadan ve sonuçlarının analizi. *Gaziantep Tıp Derg* 2008, 15-7.
40. Rouse DJ, Owen J, Goldenberg RL, Cliver SP. The effectiveness and cost of elective cesarean delivery for fetal macrosomia diagnosed by ultrasound. *JAMA* 1996; 276: 1480-1486.