

Artan Sezaryen Oranlarını Nasıl Azaltabiliriz? Üç Yıllık Sezaryen Verilerimiz Eşliğinde Değerlendirme

How Can We Reduce the Increasing Primary Cesarean Rates? Evaluation of Our 3-Year Data of Cesarean Sections

Ömer Erkan YAPÇA*, İbrahim KARACA**, Tuba ÇATMA***

*Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı

**İzmir Aliağa Devlet Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği

***Sorgun Devlet Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği

ÖZ

Amaç: Çalışmamızda amacımız yıllara göre sezaryen oranları ve endikasyonlarımız ile sezaryen oranlarının azaltılması özellikle de primer sezaryen oranlarının azaltılabilmesi için yapabileceğimizi literatür bilgileri eşliğinde tartışmaktır.

Gereç ve Yöntem: Kliniğimizde Ocak 2011 ile Aralık 2013 tarihleri arasında doğum yapan hastaların dosyaları retrospektif olarak incelenmiştir.

Bulgular: Hastanemizde üç yıllık sürede 3184 doğum gerçekleşmiştir. Doğumların 2333'ü vajinal doğum, 851'i sezaryen doğum ile gerçekleşmiştir. Üç yıllık sezaryen oranımız %26,7 (851 hasta), 2011'de 185 (%24), 2012'de 326 (%24), 2013'de 340 (%32) hastanın sezaryen ile doğumu gerçekleştirilmiştir. En sık tespit edilen sezaryen endikasyonu %60,6 (516 hasta) ile eski sezaryen olmuştur. Primer sezaryen oranı ise üç yılda %10,5 (335) ile ülkemiz ortalamasının altında bulunmuştur ve kliniğimizde azalma eğilimindedir.

Tartışma ve Sonuç: Hastanemiz sezaryen oranları ülkemiz ortalamasının altında olup, artma eğilimi göstermekle birlikte, primer sezaryen oranımız ülkemiz ve özellikle Yozgat yöresi oranlarının çok altındadır ve azalma eğilimindedir.

Anahtar kelimeler: sezaryen doğum, endikasyonlar, sezaryen oranı

ABSTRACT

Objective: In the light of the literature, to discuss the measures that can be taken to reduce especially primary cesarean section rates by analyzing the data regarding our cesarean section indications pertaining to each year.

Material and Method: Patient files, which belong to women who underwent cesarean section in our clinic between January 2011 and December 2013 were analyzed retrospectively.

Results: Within the 3-year period 3184 births took place in our hospital. During this period, 2333 births were performed by vaginal delivery while 851 by cesarean section. Our three-year cesarean section rate was 26.7% (n=851), while cesarean section rates were 24% (n= 185) in 2011, 24% (n= 326) in 2012 and, 32% (n=340) in 2013. The most frequently detected cesarean section indication was the history of cesarean section (n= 516 (60.6%). The primary cesarean rate in three years were found below the average of our country by 10.5% (n=335), and tends to decrease in our clinic.

Discussion and Conclusion: While cesarean rates in our hospital, which are below the average of our country, tend to increase, our primary cesarean section rate is far below the rate of our country particularly in the Yozgat province and tends to decrease.

Keywords: Cesarean delivery, indications, cesarean rate

GİRİŞ

Preoperatif ve postoperatif bakım olanaklarının gelişmesi ve ilerleyen teknolojik destek ile dünya genelinde sezaryen hızı artmaya devam etmektedir. Sezaryen

tüm dünyada yapılan cerrahi işlemler arasında en önde gelen operasyondur ve Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'nde 2004 yılında 1,2 milyon sezaryen yapılmıştır⁽¹⁾. Sezaryen oranlarındaki bu artış anne ve bebek sağlığı açısından artmış risk ve normal

Alındığı tarih: 05.11.2014

Kabul tarihi: 08.06.2015

Yazışma adresi: Yrd. Doç. Dr. Ömer Erkan Yapça, Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Erzurum e-posta: sevabina@gmail.com

vajinal doğum ile kıyaslandığında hem maliyet açısından hem de daha önemlisi daha iyi bir perinatal bakım sağlayamaması, aksine maternal mortalite ve morbidite ile perinatal morbiditede artmış risk mevcuttur⁽²⁻⁴⁾. Sezaryen ile doğum sonrası vajinal doğumun desteklendiği merkezler dışında sezaryen operasyonu devamlı artmaktadır. Amerikan Jinekologlar ve Obstetrisyenler Cemiyeti (ACOG)'nin 2000'li yıllarda %30'lara çıkmasını hedeflediği sezaryen sonrası vajinal doğum oranları tersine gerileyerek %17'ye düşmüştür^(5,6). Artan sezaryen doğumlarının nedenleri arasında annelerin kariyer endişesi ve ekonomik nedenlerle ilk gebelik yaşının artması, doğum korkusu, paritenin azalması, antenatal fetal izlem ve ultrasonografinin yaygın olarak kullanılmasına bağlı fetal distress tanısının yaygınlaşması, yardımcı üreme tekniklerinin artmasına bağlı çoğul ve preterm gebeliklerin artması, anne adayının kişisel istemi, sezaryen dışında ağrısız doğum olanaklarının yeterince kullanılamaması ve vajinal doğum sırasında oluşabilecek olası komplikasyonlarda bile hekimin medikolegal sorunlarla karşılaşabilmesi sayılabilir⁽⁷⁾. Birçok ülke sezaryen oranlarını azaltmak için çalışmalar yapmaktadır⁽⁸⁾. Sezaryen oranlarını düşürmede, geçirilmiş sezaryen, makat gelişler ve anne isteği endikasyonlarının önemi ortadadır. Fakat sezaryen sonrası vajinal doğum (SSVD) maternal ve fetal mortalite riski ve uterin skar rüptürü ile ilişkili olup, obstetrisyenlerin çoğu için caydırıcı faktör olmaktadır⁽⁹⁾.

Çalışmamızda, yıllara göre sezaryen oranları ve endikasyonlarımız ile sezaryen oranlarının azaltılması, özellikle primer sezaryen oranlarının azaltılabilmesi için yapabileceklerimizi literatür bilgileri eşliğinde tartışmayı amaçladık.

GEREÇ ve YÖNTEM

Sorgun Devlet Hastanesinde Ocak 2011 ile Aralık 2013 arasında gerçekleşen vajinal ve sezaryen doğumlar retrospektif olarak incelendi. Hasta bilgilerine doğum kayıt defterleri ve hastanenin elektronik otomasyon sisteminden ulaşıldı. Hastaların sezaryen oranları, endikasyonları ve yıllara göre dağılımı incelendi. Primer sezaryen oranındaki değişimde yıllara göre değerlendirildi.

Verilerin analizinde SPSS 15.0 programı, ki-kare ve

Anova testi kullanıldı. $P < 0,05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

BULGULAR

Kliniğimizde üç yıllık sürede toplam 3184 doğum gerçekleşmiştir. Doğumların 2333'ü (%73,3) vajinal yol ile 851'i (%26,7) sezaryen operasyonu ile gerçekleşmiştir (Tablo 1). Primer sezaryen sayımız 335 (%10,5) idi (Tablo 2). Maternal yaş ortalaması $27,3 \pm 5,46$ yıl, ortalama gebelik haftası 37 hafta 4 gün, ortalama gravida $2,21 \pm 1,36$, ortalama parite $1,27 \pm 1,12$, ortalama doğum ağırlığı 3084 ± 816 g idi. Sezaryen endikasyonlarının dağılımına bakıldığında en sık endikasyonun eski sezaryen olduğu, diğer endikasyonların makat-transvers geliş, fetal distress, baş-pelvis uygunsuzluğu, ilerlemeyen doğum eylemi, iri bebek, preeklampsi, çoğul gebelik ve diğer nedenler olduğu belirlenmiştir (Tablo 3). Üç yıllık 851 sezaryen olgusunun endikasyonları sırası ile eski sezaryen 516 (%60,6), makat-transvers geliş 87 (%10,2), fetal distress 83 (%9,8), iri fetus 59 (%6,9), başpelvis uygunsuzluğu 41 (%4,8), ilerlemeyen doğum eylemi 21 (%2,5), çoğul gebelik 16 (%1,9), preeklampsi 16 (%1,9), diğer endikasyonlar (plasenta dekolmanı, kordan sarkması, plasenta previa, zorunlu sezaryen vb.) 12 (%1,4) olarak bulunmuştur. 2011 ile 2012 yılları arasında sezaryen oranları benzer bulunmuştur. 2011 ve 2012 ile 2013 karşılaştırıldığında 2013'teki artış anlamlıdır ($p < 0,01$).

Tablo 1. Sezaryen ve vajinal doğum oranlarının yıllara göre dağılımı.

Yıl	Sezaryen doğum	Vajinal Doğum	Toplam Doğum
2011	185 (%24,2)	581 (%75,8)	766
2012	326 (%24,2)	1024 (%75,8)	1350
2013	340 (%31,8)	728 (%68,2)	1068
2011-2013	851 (%26,7)	2333 (%73,3)	3184

TARTIŞMA

Sezaryen kadın doğum hekimlerinin en sık uyguladığı cerrahi girişimlerin başında gelmektedir. Batından uterin insizyon ile ölü veya canlı bir fetusun doğurtulması şeklinde tanımlanan sezaryen, ABD'de en sık uygulanan ameliyatlardan biridir⁽¹⁰⁾. Tüm dünyada

Tablo 2. Yıllara göre primer sezaryen oranlarımız.

Yıl	Primer Sezaryen	Toplam Doğum
2011	94 (%12,3)	766
2012	138 (%10,2)	1350
2013	103 (%9,6)	1068
2011-2013	335 (%10,5)	3184

Tablo 3. Sezaryen endikasyonlarının dağılımı.

Endikasyon	Hasta Sayısı	Yüzdesi (%)
Eski sezaryen	516	60,6
Makat-Transvers	87	10,2
Fetal distres	83	9,8
İri fetus	59	6,9
Baş-pelvis uyumsuzluğu	41	4,8
İlerlemeyen doğum eylemi	21	2,5
Çoğul gebelik	16	1,9
Preeklampsi	16	1,9
Diğer endikasyonlar	12	1,4
Toplam	851	%100

artan sezaryen oranları önemli bir halk sağlığı sorunu hâline gelmiştir. Dünya Sağlık Örgütü (WHO)'nün önerdiği optimal sezaryen oranı %10-15'tir⁽¹¹⁾. Birçok ülke bu oranı tutturamamaktadır. Optimum sezaryen oranı, altına inildiğinde ya da üzerine çıkıldığında maternal ve perinatal mortalite ve morbiditenin artacağı kabul edilen rakamdır ve bu da %15 olarak kabul edilmiştir. ABD'de 2006 yılında sezaryen oranının %30'un üzerinde olduğu bildirilmiştir⁽¹²⁾. WHO hedefine ulaşamamasında en önemli etken olarak malpraktisin hekimler üzerindeki baskısı düşünülmektedir. Bu durumun ülkemizdeki artan sezaryen oranları içinde en önemli neden olduğunu düşünmekteyiz. Ülkemizde Sağlık Bakanlığı verilerine göre 1998'de sezaryen oranı %14, 2003'te %21,4, 2005'te %40,7, 2007'de %42,5 olarak belirtilmiştir. Ülkemizde yapılan retrospektif çalışmalar gözden geçirildiğinde özellikle 3. basamak sağlık kuruluşlarında sezaryen oranlarının %40'lara ulaştığı bildirilmekte, çalışmalar genel olarak değerlendirildiğinde sezaryen oranlarının %15-35 arasında değiştiği anlaşılmaktadır⁽¹³⁻¹⁵⁾. Yine ülkemizden yapılan diğer bir araştırmada, tersiyer bir merkezde 5 yıllık sürede sezaryen oranlarının %58'den %85'e çıktığı bildirilmiştir⁽⁴⁾. Ülkemizde tersiyer merkezde yapılan 5 yıllık başka bir çalışmada 2002'de %37,7 olan sezaryen oranının 2007'de %43,7'ye yükseldiği bildirilmiştir⁽¹⁶⁾.

Çalışmamızda, 3 yıllık sürede sezaryen oranımızı %26,7 olarak bulduk. 2011 yılında %24 olan oranımız 2013 yılında %32'ye yükselmiştir. Bu yükselmenin ana nedeni eski sezaryen ameliyatlardır. Çünkü çalışmamızda primer sezaryen oranlarımız 3 yıllık süre içerisinde 2011'de %12,2 iken, 2013 yılında %9,6'ya gerilemiştir. Üç yıllık primer sezaryen oranımız ise %10,5 ile ülkemiz ortalamasının altında bulunmuştur. 2007-2009 yıllarında hastanemizde yapılan çalışmada, 3 yıllık sezaryen oranı %23,1 olarak bildirilmiş, aynı çalışmada eski sezaryen endikasyon oranı %34,8 olarak bildirilmiştir⁽¹⁷⁾. Çalışmamızda, 3 yıllık sezaryen oranımız hastanemizde 2007-2009'da yapılan çalışmaya göre bir miktar yüksek görülmüş çalışmamızdaki ana endikasyonumuz %60,6 gibi yüksek bir oranda olan eski sezaryendir. Primer sezaryen oranımız çok düşük olmasına rağmen, toplam sezaryen oranımız hastanemizdeki geçmiş çalışmadan yüksek olmakla birlikte, geçmiş çalışmaya göre primer sezaryen oranımız oldukça düşüktür. Olasıdır ki aynı yöredeki hastalar üzerinde çalıştığımızdan dolayı yüksek olan primer sezaryen oranları karşımıza eski sezaryen olarak çıkmakta ve bu tüm dünyada olduğu gibi sezaryen oranlarımızı artırmaktadır. Bu nedenle dünyada ve ülkemizde sezaryen oranlarının azaltılması için alınabilecek önlemlerin odak noktasının primer sezaryen doğumlar olduğunu düşünmekteyiz.

Literatürü incelediğimizde en sık sezaryen endikasyonu eski sezaryen olup, bunu pelvik distosi, fetal distres ve makat prezentasyon takip etmektedir⁽¹⁸⁾. Çalışmamızda %60,6 gibi yüksek bir oranda ilk sıra endikasyonu eski sezaryen olarak bulduk. Bunu sırası ile %10,2 ile makat-transvers geliş, %9,8 ile fetal distres, %6,9 ile iri bebek, %4,8 ile baş-pelvis uyumsuzluğu, %2,5 ile uzamış travay, %1,9 ile çoğul gebelik yine %1,9 ile preeklampsi gebelikler ve %1,4 ile diğer endikasyonlar olarak bulduk. Endikasyonlarımız literatür ile uyumlu olup, yalnızca en sık endikasyonumuz olan eski sezaryen literatüre göre çok yüksek çıkmıştır. Primer sezaryen oranımızın düşük olduğu böyle bir durumda sezaryen endikasyonlarımızın %60,6'sının eski sezaryen olması bizi üzümüştür. Çünkü çalıştığımız hastane şartlarında bunları sezaryene almaktan başka çaremiz kalmamakta, kaldı ki ülkemizin genelinde en ileri merkezlerde dahi olası malpraktis kaygılarından dolayı sezaryen sonrası vajinal doğuma (SSVD) sıcak bakılmamaktadır.

Sezeryan ile doğum sonrası vajinal doğumun desteklendiği merkezler dışında sezaryen oranları tarihsel süreçte artmış, SSVD'un desteklendiği ülkelerde ise 1986-1998 yılları arası sezaryen oranları düşerek %20.8'e gerilemiş, ancak bu tarihten sonra yine bir artış göstererek 2004 yılında %29.1'e ulaşmıştır. ACOG'un 2000'li yıllarda %30'lara çıkmasını hedeflediği SSVD ise gerileyerek %17'ye düşmüştür^(5,6,19). Bu durumun tüm dünyada hekimleri etkisi altına alan malpraktis kaygısından olduğunu ve yine ülkemiz dâhil bunun önüne geçmenin bugünkü şartlarda pek olası olmadığını düşünmekteyiz. Çalışmamızda primer sezaryen oranlarımızın düşük çıkmasının ana nedenini elektif sezaryen olarak adlandırılan, aslında birçoğunun anne isteği ile yapılan sezaryenlerin kliniğimizde yapılmamasına bağlamaktayız. İsteğe bağlı sezaryenlerin ABD'de tüm sezaryen olgularının %4-18'ini oluşturduğu düşünülmektedir⁽²⁰⁾. Fakat ülkemiz dâhil hiçbir veride "isteğe bağlı sezaryen" kodlanmamıştır ve kayıt altına alınmamıştır. ABD'de %4-18 olduğu düşünülen isteğe bağlı sezaryenin ülkemizde çok daha yüksek olduğunu düşünmekteyiz. Annenin isteğine bağlı sezaryen doğumlar Amerikan Ulusal Sağlık Enstitüleri (NIH)'nin Mart 2006'da düzenlediği annenin isteğine bağlı sezaryen doğumlar konferansında elektif sezaryen doğumların bir alt grubu olarak kabul edilmiş ve tıbbi ve obstetrik herhangi bir endikasyon olmadan annenin isteğine bağlı sezaryen ile doğurtulan tek gebelikler olarak tanımlanmıştır⁽²⁰⁾. Elektif sezaryen doğumlar ise maternal veya fetal endikasyonlar varlığında planlanarak yapılan sezaryen doğumları içermektedir ve acil sezaryen ve planlanmış doğum sürecinde yapılan sezaryen doğumlardan ayrı tutulmaktadır⁽²¹⁾. Doktorların birçoğu vajinal doğum sonrası karşılaşacakları medikolegal sorunların önüne geçebilmek için sezaryeni tercih etmektedir⁽²²⁾. Hekimler hakkında sezaryen ile doğum yaptırdıkları için değil, sezaryen ile doğum yaptırmadıkları için davalar açılmaktadır. Aksine artan sezaryen oranlarının perinatal sonuçları iyileştirmediği ve neonatal morbiditeyi düzeltmediği gösterilmiştir⁽²³⁾. Hekimler böyle davalarla uğraşmak zorunda kalmamak için bırakın SSVD'yi en küçük bir olumsuzlukta sezaryena yönlenmek zorunda kalmaktadırlar. SSVD'un desteklendiği merkezlerde dahi her 4 olgudan biri, doğumunu vajinal yolla gerçekleştirmektedir, yani en tecrübeli merkezlerde dahi SSVD oranı çok düşüktür⁽⁶⁾. SSVD'yi pek arttıramayacağımızı düşündüğümüzden

dolayı sezaryen oranlarını azaltmanın tek yolu primer sezaryen oranlarını azaltmaktır. Azalan primer sezaryen oranları azalan eski sezaryen anlamına gelecek, hem toplam sezaryen oranlarının azalacağı hem de maternal ve perinatal mortalite ve morbiditenin düzelleceği düşüncesindeyiz. Bunu başarabilmek için ülkelerin sağlık politikalarını gözden geçirmeleri ve hekimleri cezai yasalara karşı koruyucu hâle getirmeleri gerekmektedir. Çalışmamızdaki düşük primer sezaryen oranlarımızı isteğe bağlı sezaryen yapmamıza ve medikolegal kaygılardan kendimizi uzak tutmamıza bağlamaktayız. Fakat bu durum ne kadar sürer, bu malpraktis yasaları devam ettikçe ve her sorunlu vajinal doğumdan sonra hekimlere adaletin kılıcı gibi davalar açıldığı sürece bu işin düzelmeyeceği düşüncesindeyiz. Bir diğer tartışılabilir konuda, "Annenin isteğe bağlı sezaryen hakkı var mıdır?" sorusuna verilebilecek yanıtlardır. Çünkü bizce primer sezaryen oranlarının ve toplam sezaryen oranlarının yükselmesinde isteğe bağlı sezaryen olgularının sanılanın aksine daha yüksek olduğunu ve özellikle ülkemiz dâhil tüm dünyada özel sektörde özellikle daha da fazla olduğunu düşünmekteyiz. "*Her insan kendi bedeni üzerinde söz hakkına sahiptir.*" 12.08.1998'de Resmi Gazete'de yayınlanarak yürürlüğe giren Hasta Hakları Yönetmeliği'ne göre, "*Kanunen zorunlu olan hâller dışında ve doğabilecek olumsuz sonuçların sorumluluğu hastaya ait olmak üzere, hasta kendisine uygulanması planlanan veya uygulanmakta olan tedaviyi reddetmek veya durdurulmasını istemek hakkına sahiptir,*"⁽²⁴⁾. Sezaryen taraftarlarına göre günümüzde modern sezaryenlerin güvenliği anne ve bebeğin sağlığı açısından doğumun denemesi ile oluşabilecek riskleri karşılayabilecek düzeye gelmiştir ve bu nedenle de sezaryen ile doğum bir "seçenek" olmalıdır⁽²⁰⁾. Fakat daha önce de belirttiğimiz gibi artan sezaryen oranları perinatal sonuçları iyileştirmemiş ve neonatal mortaliteyi düşürmemiştir. Tüm bu bilimsel verilere rağmen, artan sezaryen oranlarını hekimlere sezaryen yapmadıkları için açılan davalara bağlamaktayız ve bu davalar devam ettikçe hangi sağlık politikası uygulanırsa uygulansın sezaryen oranının düşürülemeyeceği düşüncesindeyiz. İsteğe bağlı sezaryenlerde sağlık personelinin olası yönlendirmesinden sonraki en önemli faktör "vajinal doğum korkusu"dur. Doğum korkusunun derecesi ve kadınların psikososyal durumlarını inceleyen bir çalışmanın sonuçlarına göre kadınların %90'ında anksiyete ve depresyon,

%43'ünde yeme bozukluğu olduğu, %63'ünün de suistimal edildiği bildirilmiştir (25). Yine aynı çalışmada, psikososyal destek verilmesini takiben kadınların %86'sı vajinal doğum yapmayı kabul etmişler ve doğum sonrası verdikleri karardan memnuniyetlerinin devam ettiği tespit edilmiştir. Psikososyal desteğe ilave olarak hastanelerimizde ağrısız doğum olarak adlandırılan epidural ile normal doğumu artırabilirsek bunun da primer sezaryen oranlarının düşürülmesinde azımsanmayacak katkısının olacağını düşünmekteyiz. Artan sezaryen oranlarının diğer nedenlerinden bazıları da işverenden hasta yakınına kadar çoğu kimsenin kesin doğum tarihini öğrenmek ve buna göre ayarlama yaptırmak istemeleridir (20). Diğer bir sorun ise ekonomik durumu iyi olan ve gebelik takiplerini özel olarak yaptırabilen gebelerin sezaryen ile doğum yapabilmesine rağmen, sistem içerisinde takip edilen gebelerin yalnızca bir endikasyon varlığında sezaryen olabilmesi ise sağlık hizmetlerinde eşitsizlik anlamına gelecektir (21). İsteğe bağlı sezaryen hekimler arasında bu şekilde yaygınlaşırsa sezaryen ile doğumların önu alınmaz şekilde yükselmeye devam edeceği ve belirli bir süre sonra telifisinin olası olmayacağı düşüncesindeyiz. Bunun içindir ki birincil amacımızın primer sezaryen oranlarını düşürmek, özellikle de elektif sezaryenlerin kayıt altına alınmadığından sanıldığından da yüksek olduğunu düşündüğümüz isteğe bağlı sezaryenlerin önüne geçmek, bunları yaptıktan sonra SSVD'ye yönelmemiz gerektiğini savunmaktayız. Üzerinde durulmayan fakat sezaryen oranlarını artıran diğer bir neden de tüp ligasyonu isteği için yapılan sezaryenlerdir. Bu neden anne isteği ve elektif planlanan sezaryen nedenlerine göre daha kabul edilebilir bir neden gibi gözükse de bizce sezaryenin hem maternal hem perinatal mortalite ve morbiditeye etkisi düşünülürse hem de günümüzde oldukça yaygınlaşan ilçe hastanelerine kadar erişimi olası olan laparoskopik tüp ligasyonu olanlığının varlığı düşünüldüğünde tek başına tüp ligasyonu isteğinin sezaryen endikasyonu olmadığını ve bu durumda sezaryen oranlarının yükselmesine aracılık ettiğini düşünmekteyiz. Tüm bu çözüm önerilerini uygulayabilmek için olmazsa olmazımız kesinlikle hekimlere özensizce açılan ön inceleme, soruşturma ve davaların azaltılmasının çözümünün bulunmasıdır. Hekimede dava açılabilir fakat tüm özverisi ile işini yapan hekimlere dava açılırken ve soruşturma izni verilirken ince eleyip sıkı dokunul-

ması gerekmektedir. Aksi hâlde yukarıda sıraladığımız çözüm yolları uygulanamaz hâle gelir ve biz de ülke olarak yalnızca sezaryen oranlarını nasıl azaltabiliriz diye tartışmaktan öteye gidemeyiz.

Sonuç olarak, sezaryen oranlarını azaltmak sanıldığı gibi aksine çok zor olmamakla birlikte, tüm dünyayı bekleyen tehlike, sezaryen hızının gün geçtikçe artmasıdır. Önlemler ve yapılacaklar konusunda geç kalınırsa kolay olduğunu savunduğumuz durumun olanaksızlaşacağına inanmaktayız.

KAYNAKLAR

1. National Institutes of Health State of The Science Conference Statement Cesarean delivery on maternal request. *Obstet Gynecol* 2006;107:1386-97.
2. Lee SL, Khang YH, Lee MS. Womens attitudes toward mode of delivery in South Korea: a society with high cesarean section rates. *Birth* 2004;31:108-16. <http://dx.doi.org/10.1111/j.0730-7659.2004.00288.x>
3. Geidam AD, Audu BM, Kawuwa BM, Obed YJ. Rising trend and indications of caesarean section at the university of Maiduguri teaching hospital, Nigeria. *Ann Afr Med* 2009;8(2):127-32. <http://dx.doi.org/10.4103/1596-3519.56242>
4. Güney M, Uzun E, Oral B, Sarıkan İ, Bayhan G, Mungan T. Kliniğimizde 2001-2005 arası sezaryen oranı ve endikasyonları. *J Turk Soc Obstet Gynecol* 2006;3(4):249-54.
5. Martin JA, Hamilton BE, Sutton PD, Ventura SJ, Manacker F, Kirmeyer S. Births: final data for 2004. *Natl Vital Stat Rep* 2006;55:1-101.
6. ACOG practice bulletin. Vajinal birth after previous cesarean delivery. Number 5, July 1999 (replaces practice bulletin number 2, October 1998). Clinical management guidelines for obstetrician-gynecologists. American College of Obstetricians and Gynecologists. *Int J Gynaecol Obstet* 1999;66:197-204.
7. Dölen İ, Gökçü M. Sezaryen ve etik. *Kadın Doğum Dergisi* 2002;1(2):86-9.
8. Ziadek ZM, Suna EL. Decreased cesarean birth rates and improved perinatal outcome: a teen-year study. *Birth* 1995;22:144-7. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1523-536X.1995.tb00690.x>
9. Leung AS, Farmer RM, Leung EK, Medearis AL, Paul RH. Risk factors associated with uterine rupture during trial of labor after cesarean delivery: a case-control study. *Am J Obstet Gynecol* 1993;168(5):1358-63. [http://dx.doi.org/10.1016/S0002-9378\(11\)90765-0](http://dx.doi.org/10.1016/S0002-9378(11)90765-0)
10. Gabert HA, Bey M. History and development of cesarean operation. *Obstet Gynecol Clin North Am* 1988; 15(4):591-605.
11. World Health Organization. Appropriate technology for birth. *Lancet* 1985;24:436-37.
12. Hamilton BE, Martin JA, Ventura SJ. Births: Preliminary data for 2006. *Natl Vital Stat Rep* 2007;56:1-18.
13. Karaosmanoğlu S, İnan A, Baysal C, Görgeç H.

- Yükselen sezaryen oranları ve olgularımız. *Zeynep Kamil Tıp Bülteni* 1990;607-13.
14. **Önderoğlu L, Deren Ö, Ayhan A, Gürkan T.** Vajinal Doğum mu? Sezaryen mi? *Hacettepe Tıp Dergisi* 1999;30:61-5.
 15. **Bahan G, Yalınkaya A, Yayla M, Yalınkaya Ö, Erden AC.** Kliniğimizde 1995-1999 yılları arasında yapılan sezaryenlerin ve sezaryen esnasında yapılan diğer operasyonların değerlendirilmesi. *Medikal Network Klinik Bilimler ve Doktor Dergisi* 2000;6:249-51.
 16. **Yılmaz M, İsaoglu Ü, Kadanalı S.** Kliniğimizde 2002-2007 yılları arasında sezaryen olan hastaların inelenmesi. *Marmara Medical Journal* 2009;22(2):104-10.
 17. **Çağlayan EK, Kara M, Gürel YC.** Kliniğimizde üç yıllık sezaryen oranı ve endikasyonları. *J Exp Clin Med* 2010;27(2):50-3.
<http://dx.doi.org/10.5835/jecm.omu.27.02.009>
 18. **Mutryn CS.** Psychosocial impact of cesarean section on the family:a literature review. *Soc Sci Med* 1993;37(10):1271-81.
[http://dx.doi.org/10.1016/0277-9536\(93\)90338-5](http://dx.doi.org/10.1016/0277-9536(93)90338-5)
 19. **Ventura SC, Martin JA, Curtin SC, Mathews TJ, Park MM.** Births: final data for 1998. *Natl Vital Stat Rep* 2000;48:1-100.
 20. NIH State-of-the-Science Conference Statement on cesarean delivery on maternal request. *NIH Consensus State Sci Statements* 2006;23:1-29.
 21. **Cengiz B.** Sezaryen ile Doğum Endikasyonları. *Türkiye Klinikleri J Gyneol Obst-Special Topics* 2008;1:7-12.
 22. **Bernstein PS.** Patient choice cesarean delivery: really a choice? *Birth* 2007;34:89-90.
<http://dx.doi.org/10.1111/j.1523-536X.2006.00151.x>
 23. National Center for Health Statistiss. Health, United States, 2006, With Chartbook on Trends in the Health of Americans. Hyattsville, Maryland: Author, 2006.
 24. Hasta Hakları Yönetmeliği. Resmi Gazete 01.08.1998; No.23420.
 25. **Nerum H, Halvorsen L, Sorlie T, Olian P.** Maternal request for cesarean section due to fear or birth: can it be changed through crisis-oriented counseling? *Birth* 2006;33:221-8.
<http://dx.doi.org/10.1111/j.1523-536X.2006.00107.x>