

# Eğitim Hastanesinde Sezaryen Oranları

Ali ismet TEKİRDAĞ \*, Rahmi CEBECİ \*\*

## ÖZET

Sezaryendeki genel artış nedenin, ultrasonografinin, fetal monitörizasyonun, yardımcı üreme tekniklerinin yaygın kullanılması yanında, sosyoekonomik seviyenin yükselmesi, hasta istemi ve mediko-legal uygulamalar olduğunu söyleyebiliriz. Vajinal doğum, morbidite, fiyat/yararlılık ilişkisi, hastanede kalış süresinin kısa olması gibi nedenlerle sezaryen doğuma göre daha avantajlıdır. Sezaryen sonrası vajinal yolla doğurtma çabası, daha önce sezaryen olmuş gebeleri tekrar sezaryenin risklerinden korumaya yöneliktir. Sezaryen endikasyonlarının yaklaşık yarısının geçirilmiş eski sezaryenler olduğunu görmekteyiz. Bu durum son yıllarda ülkemizde sezaryene olan eğilimin bir göstergesi olarak yorumlanabilir. Sezaryen endikasyonlarının daha dikkatli konulması ülkemiz için de bir gereksinim olarak görülmektedir. Gerek özel gerekse devlet hastanesinde sezaryenle doğum yüzdelere baktığımızda % 45-50 oranında daha önceden sezaryen olmayı görmekteyiz. Hastanemizdeki sezaryen endikasyonlarının % 44.7'si eski-mükerrer sezaryen, daha sonra fetal distress % 12.7, CPD % 10.9, makat prezentasyonu % 8.1, ilerlemeyen travay % 6.1 olarak sıralanmıştır. Eski-mükerrer sezaryen grubundaki ilk sezaryen endikasyonları fetal distress % 21.5, ilerlemeyen travay % 19, makat prezentasyon % 18, CPD % 12.4 idi. Eski sezaryenli vakaların ilk sezaryen endikasyonları ile, hastanemizde ilk kez sezaryen olanların sezaryen endikasyonlarını karşılaştığımızda ilk 4 sıranın aynı olduğunu görüyoruz. Kendi isteği ile sezaryen olanların % 75'i özel hastanede, % 25'i devlet hastanesinde sezaryen olmuştur. Özel hastane lehine anlamlı bulunmuştur. Hastanemizdeki sezaryen endikasyonları ile, ülkemizdeki ve diğer ülkelerdeki endikasyonların benzer olduğunu gördük. Sezaryen oranlarını azaltmak için hedef ilk sezaryen kararının çok ciddi tartışılarak verilmesinde yatmaktadır. Gerekli doğum öncesi kontroller ve doğum konusunda eğitim sağlanır, doğum sırasında uygun analjezi yapılabilir, travay ebeler tarafından sabır ve şefkatle izlenir, motor güce uygun yardımlar yapılırsa, sezaryen yerine daha çok vajinal doğum yaptırılabilir. Eski sezaryenli hastaların aydınlatılmış onam şartı, çok yakın takip ve operasyon, transfüzyon olanaklarının her an mümkün olduğu merkezlerde gerçekleştirilmesi mümkündür. Bu konu ile ilgili mediko-legal sorunlar yalnızca doğum ekibi tarafından değil, hastane yönetimi ve sağlık bakanlığının ortak iradesi karşılmalıdır. Bu şartlar oluştuğu takdirde ilk sezaryen karar ve eski sezaryenli uygun hastanın doğurtulması daha kolay olacaktır.

**Anahtar kelimeler:** artan sezaryen oranları, tekrar sezaryen, sezaryen sonrası vajinal doğum, doğum analjezisi

## SUMMARY

Increase in cesarean ratios is due to not only wide usage of ultrasound, fetal monitorization and assisted reproductive technologies but also related to increase in socio-economical high level, decision of the patient and medico-legal rules. Post-cesarean vaginal birth attempt is a precaution to prevent patient from risks of second cesarean. Its seen that half of the indications of cesarean are due to previous cesareans. This fact can be evaluated as a result of increased tendency for cesarean in Turkey. Trying to decrease rate of cesarean with trials of vaginal birth and selection of cesarean indications more critically is a contemporary need for Turkey as well as other countries. In private and governmental hospitals, cesarean patient percentages are between 45-50 % who had an operation previously which shows the fact that one time cesarean means always cesarean. Cesarean indication statistics in our hospital shows that repeated cesarean comes first with 44.7 %, which is followed with fetal distress 12.7 %, CPD 10.9%, breech presentation 8.1% and distocia 6.1 %. First cesarean indications in repeated cesarean group are fetal distress 21.5 %, distocia 19 %, breech presentation 18 %, CPD 12.4 %. The first four indications are same. No statistically significant result is obtained when ex- cesarean patient's place of operation is compared on whether its private or governmental hospital. (p=0.247>0,05). 75 % of patients who had cesarean received the operation in private hospitals with their own decision, and 25 % of the patients in governmental hospitals. This statistical difference is meaningful in favor of private hospitals. The indications of cesarean in our hospital are same with other hospitals in Turkey and different Countries. First goal to decrease cesarean ratios should be discussing the choice critically before taking a step. The number of vaginal births can be increased with regular antenatal- controls, teaching during pregnancy, appropriate analgesia during birth, monitoring of delivery by midwives continuously and appropriate assistance according to uterine contraction. Medico-legal complications on the issue, should be considered by hospital administration and Ministry of Health as well as the delivery room staff and all team. In this case, determination of the first time and repeated cesarean patients will be much easier

**Key words:** increasing cesarean ratios, repeated cesarean, vaginal birth after cesarean, birth analgesic

## GİRİŞ ve AMAÇ

Son yıllarda sezaryen ile doğumların tüm dünyada artması ve sezaryenin daha sık tercih edilen bir

**Alındığı tarih:** 12.10.2009

**Kabul tarihi:** 04.11.2009

\* İstanbul Bakırköy Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Klinik Şefi

\*\* İstanbul Bakırköy Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Rotasyonel Aile Hekimliği, Ass. Dr.

doğum şekli olmasından dolayı, sezaryen endikasyonları, komplikasyonları, anne ve bebeğe, ülkeye getirdiği ekonomik etkilerinin çok iyi bilinmesi ve araştırılması gerektiğine inanmaktayız. Sezaryen doğumların artış nedenleri arasında; anne adaylarının kariyer kaygısı, ekonomik nedenlerle ilk gebelik yaşlarını ileri yaşlara kaydırmaları, anne adayının doğum korkusu, paritenin azalması, ultrasonografi ve fetal izlemin yaygın olarak kullanılmasına bağlı

fetal distres tanısının daha sık konulması, yardımla üreme tekniklerinin yaygın kullanılması sonucu oluşan çoğul ve preterm gebeliklerin artması, sosyoekonomik seviyenin yükselmesi, hastanın kişisel istemi, sezaryen dışında ağrısız doğum olanaklarının yok denecek kadar az olması ve vajinal doğum sırasında oluşacak doğal komplikasyonlarda bile doğum hekiminin medikolegal sorunlarla karşılaşması gibi nedenler yer almaktadır <sup>(1,2)</sup>. Tüm bu sayılanlardan ayrı olarak en sık sezaryen nedenlerinden biri önceki sezaryen sonrası yapılan zorunlu sezaryen olmaktadır. Bu durum, 1916'da Craigin tarafından ileri sürülen "Bir kez sezaryen, hep sezaryen" yaklaşımının devamı olan bir durumdur. Aksi yöndeki tüm çalışmalara rağmen, bu durum henüz geçerliliğini korumaktadır <sup>(3)</sup>. Günümüzdeki uygulamalarda, sıklıkla bildirilen sezaryen endikasyonlarına bakıldığında; fetal distres, distosiler, prezantasyon anomalileri (özellikle makat geliş). İlerlemiyen travay gibi nedenler ilk sıralarda yer almaktadır <sup>(2)</sup>. World Health Organization (WHO) 2005 verilerine göre sezaryen oranı Amerika Birleşik Devletleri'nde % 23, İngiltere'de % 21,3, İtalya'da % 32, Brezilya'da % 38'dir. Gelişmiş ülkeler içinde, en düşük sezaryen oranı İsviçre % 10, Çekoslovakya % 14, Hollanda % 14 olarak görülmektedir. Ülkemizde ise, TNSA 2003 verilerine göre sezaryen oranı % 21'dir. Bakırköy Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları'nda primer sezaryen oranı 2008'de % 20'dir. Sezaryen hızlarının çoğu WHO ve Health People 2000 U.S. tarafından önerilen % 15 oranından yüksektir. Geçtiğimiz on yılda pek çok araştırmacı sezaryen doğumları azaltmak ve sezaryen sonrası vajinal doğumu arttırmak amacıyla seçilmiş vakalarda normal doğum eyleminin denenmesini desteklemişlerdir. Geniş çok merkezli çalışmalar sezaryen sonrası uygulanan vajinal doğumun, uygun hasta seçimiyle % 60-90'lara ulaşan oranlarda başarılı olabileceğini göstermiştir <sup>(4)</sup>.

Bu çalışmamızda, 1.03.2009 - 31.03.2009 tarihleri arasında T.C. Sağlık Bakanlığı Bakırköy Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde sezaryen kararı alınan 521 gebede kesitsel analitik bir çalışma ile kendi sezaryen endikasyonlarımızı literatür bulgularıyla ve de ilk sezaryeni başka merkezde olan gebelerin endikasyonlarıyla karşılaştırmayı amaçladık.

## GENEL BİLGİLER

Sezaryen doğum, fetusun, plasenta ve membranların abdomen ve uterus duvarlarındaki insizyon yoluyla

doğması şeklinde tanımlanır <sup>(2,5)</sup>. Sezaryen teriminin kaynağı hâlâ bilinmemekle beraber bununla ilgili olarak 3 ayrı açıklama ileri sürülmüştür <sup>(2)</sup>:

1. Bunlardan ilki, Julius Caesar'ın bu şekilde doğduğudur.
2. Operasyonun isminin Roma Hukukundan türetildiğine çoğunluk tarafından inanılmaktadır. Bu yasaya göre, operasyon gebeliğinin son birkaç haftasında olup, ölmek üzere olan kadınlarda bebeği kurtarmak umudu ile yapılabilir. Bu açıklamaya göre, ilk olarak "lex regia" olarak bilinen bu işlem, daha sonra, "lex caesarea" olarak adlandırılmıştır.
3. Üçüncü açıklama ise, caesarean kelimesinin Orta Çağda Latince bir eylem olan Caedere (kesmek)'den türetildiği şeklindedir. Caesarean terimi için en mantıklı açıklama bu gibi gözükmektedir.

## GEREÇ ve YÖNTEM

Bu çalışmamızda T.C. S.B. Bakırköy Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Doğumhanesi'nde "ilk defa sezaryen" operasyonu geçiren gebelerin endikasyonları yanında, daha önce sezaryen olup, hastanemize "eski C/S tanısı" ile gelen gebelerin önceki sezaryen endikasyonlarını sorguladık.

T.C. Sağlık Bakanlığı Bakırköy Doğumevi Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Doğum Kliniği'nde 1.03.2009 ile 31.3.2009 tarihleri arasında sezaryen operasyonu geçiren 521 gebe çalışma kapsamına alındı. Çalışmamız kesitsel ve analitik tipte bir araştırmadır. Anket formu daha önce yapılan çalışmalarda incelenen konular ve konuyla ilişkisi olduğu düşünülen sorular temel alınarak oluşturuldu. Anket öncesi gebelere çalışmanın amacı hakkında bilgi verildi ve onamları alındı. Anket formu araştırmacı tarafından gebelerle yüz yüze görüşülerek ve dosya bilgilerinden elde edilen verilerle dolduruldu. Anket formunda hastaların yatış tarihi, dosya numarası, adı, soyadı, yaşı, doğum yerlerini, eşiyle akrabalık durumunu, çalışma durumu, öğrenim durumunu, evlilik sayısını, gebelik, doğum sayıları, çocuk sayılarını, kaç sezaryen geçirdikleri, dışarıdaki önceki sezaryen endikasyonu, hastanemizdeki ilk sezaryen endikasyonunu, ilk sezaryenini dışarıda olanlara hangi tür hastanede opere oldukları, ilk sezaryenden ve hastanemizdeki sezaryenden sonra anne ve bebeklerde komplikasyon olup olmadığını, anestezi tipini, hastanede yatış süresini, Antenatal

bakım alıp almadıkları, ilk sezaryen olmadan önce aydınlatılmış onam belgesi verip vermediklerini sorguladık. Önce geçirdiği sezaryen operasyonu sayısı, operasyondaki anestezi cinsi, sorgulanıp not edildi. Araştırmamıza çoğul gebelerin bulguları alınmadı. Araştırmamızda elde edilen bulgular değerlendirilirken, istatistiksel analizler için SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 15.0 programı kullanıldı. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metodların (Ortalama, Standart Sapma) yanı sıra verilerin karşılaştırılmasında Student t testi kullanıldı. Niteliksel verilerin karşılaştırılmasında ise ki-kare testi kullanıldı. Sonuçlar % 95'lik güven aralığında, anlamlılık  $p < 0.05$  düzeyinde değerlendirildi.

## BULGULAR

T.C. Sağlık Bakanlığı İstanbul Bakırköy Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Doğum Kliniği'nde 1.03.2009 ile 31.3.2009 tarihleri arasında sezaryen operasyonuge-

**Tablo 1. Çalışmaya katılan hastaların demografik özellikleri.**

|                          |                   | n   | %     |
|--------------------------|-------------------|-----|-------|
| Yaş                      | 20 yaş ve altı    | 37  | 7.10  |
|                          | 21-25             | 146 | 28.02 |
|                          | 26-30             | 184 | 35.32 |
|                          | 31-35             | 107 | 20.54 |
|                          | 35 yaş üstü       | 47  | 9.02  |
| Öğrenim durumu           | Okuryazar değil   | 34  | 6.5   |
|                          | Okuryazar         | 9   | 1.7   |
|                          | İlkoğretim        | 364 | 69.9  |
|                          | Lise              | 91  | 17.5  |
|                          | Üniversite        | 23  | 4.4   |
| Doğum yeri               | Marmara           | 136 | 26.1  |
|                          | Ege               | 5   | 1.0   |
|                          | Akdeniz           | 7   | 1.3   |
|                          | İç Anadolu        | 98  | 18.8  |
|                          | Karadeniz         | 123 | 23.6  |
|                          | Doğu Anadolu      | 82  | 15.7  |
|                          | Güneydoğu Anadolu | 70  | 13.4  |
| Eşi ile akrabalık durumu | Yok               | 410 | 78.7  |
|                          | Var               | 111 | 21.3  |
| İş durumu                | Var               | 88  | 16.9  |
|                          | Yok               | 433 | 83.1  |

**Tablo 2. Çalışmaya katılan hastaların ilk yada daha önceki sezaryen sayılarına göre dağılımları.**

| Sezaryen sayısı | n   | %    |
|-----------------|-----|------|
| 0               | 288 | 56.2 |
| 1               | 168 | 32.2 |
| 2 ve >2         | 65  | 11.6 |
| Total           | 521 | 100  |

**Tablo 3. Çalışmaya katılan hastaların sezaryene girerken daha önce sahip olduğu çocuk sayıları.**

| Çocuk sayısı | n   | %    |
|--------------|-----|------|
| 0            | 203 | 39   |
| 1            | 187 | 35.9 |
| 2            | 88  | 16.9 |
| 3 ve >3      | 43  | 8.3  |
| Total        | 521 | 100  |

**Tablo 4. Çalışmaya katılan hastaların sezaryene girerken daha önce sahip olduğu çocuk sayıları.**

| Doğum sayıları | n   | %    |
|----------------|-----|------|
| 1              | 197 | 37.8 |
| 2              | 190 | 36.5 |
| 3 ve >3        | 134 | 25.7 |
| Total          | 521 | 100  |

çiren 521 gebede yapılan bu çalışmada aşağıdaki tablolarda gösterilen bulgulara ulaşıldı. Tablo 1'de gebelerin yaş dağılımları, okuryazar durumları, doğdukları şehirler, eşleri ile olan akrabalık durumları, kendilerinin çalışıp çalışmadıkları görülmektedir. Gebelerimizin % 83 çalışmayan % 78.7 eşi ile yakın akraba, % 78 ilkokul ve daha az eğitilmiş % 73 ağırlıklı olarak İç Anadolu (Marmara, Ege bölgesi dışından) bölgesinden iç göçle gelen gelen kişiler oldukları görüldü. Çalışmadaki gebelerin 288'i ilk defa sezaryen olurken, diğerleri en az bir kez sezaryen geçirmişti (Tablo 2). Çalışmaya alınan gebelerin 203'ü hiç çocuk sahibi değilken, 43 gebenin 3 ve daha fazla çocuk sahibi oldukları dikkati çekmekte idi (Tablo 3). Çalışmaya katılan gebelerin sezaryen sonrası sahip oldukları çocuk sayıları Tablo 4'te sunulmuştur. İlk sezaryenini dış merkezde olan gebelerimizin % 43.3'ü özel hastanede, % 56.7'si devlet hastanesinde sezaryen olmuştur. Hastanemizde C/S olan 521 gebenin % 44.7'si daha önce sezaryen olduğu için doğrudan sezaryen olmuştur. Bu endikasyondan sonra gelen ilk 4 endikasyon CPD, makad prezentasyonu, fetal distress, ilerlemeyen travay olarak sıralanmaktadır. İlk sezaryenini dışarıda olan hastaların endikasyonlarını değerlendirdiğimizde, ilk 4 endikasyonun hastanemizdeki gibi sıralandığını görmekteyiz. Sezaryen komplikasyonlarının oranlarını karşılaştırdığımızda hemen hemen aynı % 4 - % 3,5 oranlarını görmekteyiz. Bu komplikasyonlar içinde post op kanamalar birinci sırada yer almaktadır (Tablo 8, 9).

## TARTIŞMA

Sezaryen operasyonu üreme çağıdaki kadınlar arasında en sık yapılan cerrahi girişimlerden biridir. Çalışmamızda sezaryen olan hastaların yaş ortalaması  $27.79 \pm 5.21$ 'dir. En fazla sezaryen % 63.34 ile 21-30 yaş grubudur. Yirmi yaş ve altı, % 7.1, 35 yaş üstü % 9.02 yer almaktadır. 2007'de Bakırköy Dr. Sadi Konuk Hastanesi'nde sezaryen olan 476 hastanın yaş ortalaması  $28.46 \pm 4.6$  (10) 1999'da Şişli Etfal Eğitim ve

**Tablo 5. İlk sezaryeni dışarıda olan gebelerin sezaryen oldukları hastane türüne göre dağılımları.**

| İlk sezaryen     | n   | %    |
|------------------|-----|------|
| Özel hastane     | 101 | 43.3 |
| Devlet hastanesi | 132 | 56.7 |
| Total            | 233 | 100  |

Araştırma Hastanesi Kadın Doğum Kliniği'nde 245 vakada bu değer  $26 \pm 5.7$ 'dir. Çalışmamızdaki sezaryen yaş ortalaması diğer çalışmalarla benzerdir. Gebelerin göç ettikleri bölgelerine baktığımızda, % 26.2 Marmara, % 23.6 Karadeniz, % 18,8 İç Anadolu, % 15.7

Doğu Anadolu, % 13.4 Güneydoğu Anadolu, % 1.0 Ege, % 1.3'ü de Akdeniz bölgesi olarak sıralanmaktadır. Hastalarımızın 1/4'i Marmara bölgesinden olup, 3/4'ü uzak bölgelerden gelmişlerdir. Bu bulgular İstanbul'un karmaşık yapısını ve Türkiye mozaiki olduğunu göstermektedir. Eğitim düzeyi incelendiğinde, hastalarımızın % 8.2'i okumamış, % 69.9'u ilköğretim, % 21.9'u lise ve üstü eğitilmiş olduğu görülmektedir. Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması 2003 verilerine göre, Türkiye'de tüm kadınların % 7.6'sı okumamış, % 44.5'i ilköğretim, % 48.5'i lise ve üzeri eğitim almıştır. 2007'de Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde bu oranlar sırasıyla, % 5.25, % 74.16 ve % 20.59'dur<sup>(10)</sup>. Bu verilere göre hastalarımızın eğitim düzeyi Türkiye geneline göre daha düşüktür. Araştırmamızda olgularımızın dışarıda çalışma oranları % 16,9'dur. TNSA 2003 verilerine göre, ülkemizde kadınların % 27'si çalışmaktadır. Çalışmamızda sezaryen için başvuran gebelerdeki çalışan kadın oranı düşüktür. Vakalarımızın eşi ile arasında akrabalık oranı % 21.3'tür. 2004'te Haseki EAH Kadın Doğum Kliniği'nde 520 vakada yapılan çalışmada bu oran % 18<sup>(8)</sup>, 2004'te Zekai Tahir Burak EAH Kadın Doğum Kliniği'nde 124 vakada yapılan çalışmada % 21<sup>(9)</sup>, Devlet Planlama Teşkilatı'nın 1992'de yaptığı bir araştırmada bu oran % 17 olarak saptanmıştır. Vakalarımızın eşi ile akrabalık oranı, bizim gibi büyük hacimli doğum yaptıran Zekai Tahir Burak Doğumevi'ndeki oranlara yakın bulunmuştur. Hastanemizdeki oranın Türkiye ortalamasından yüksek oluşu, hitap ettiği popülasyonun Türkiye ortalaması altında ekonomik güç ve Doğu, Güneydoğu Anadolu ve Karadeniz bölgesinden göçle gelenler nedeniyle olabilir.

**Tablo 6. Hastanemizde section op. olan 521 gebenin endikasyonlarına dağılım tabloları.**

| Sezaryen endikasyonu | n   | %     |
|----------------------|-----|-------|
| Eski sezaryen        | 233 | 44.7  |
| CPD                  | 57  | 10.9  |
| Fetal distress       | 62  | 11.9  |
| Makat Prezantasyonu  | 42  | 8.1   |
| Çoğul gebelik        | 24  | 4.6   |
| İlerlemeyen travay   | 32  | 6.1   |
| İri bebek            | 17  | 3.3   |
| Plasenta previa      | 6   | 1.2   |
| Plasenta dekolmanı   | 6   | 1.2   |
| Oligo hidroamnios    | 4   | .8    |
| Kordon dolanması     | 4   | .8    |
| Başarısız induksiyon | 7   | 1.3   |
| Ayak geliş           | 7   | 1.3   |
| Diğer                | 20  | 3.8   |
| Total                | 521 | 100.0 |

**Tablo 7. İlk sezaryen dışarıda olan 233 gebenin section op. endikasyon dağılımı.**

| İlk sezaryen endikasyonu | n   | %     |
|--------------------------|-----|-------|
| CPD                      | 29  | 12.4  |
| Fetal distress           | 45  | 19.3  |
| Makat prezantasyon       | 44  | 18.9  |
| İlerlemeyen travay       | 46  | 19.8  |
| İri bebek                | 13  | 5.6   |
| Kendi isteği ile         | 12  | 5.3   |
| Kordon dolanması         | 9   | 3.9   |
| Ağır preeklampsi         | 6   | 2.5   |
| Oligohidroamnios         | 5   | 2.1   |
| Diğerleri                | 24  | 9.7   |
| Total                    | 233 | 100.0 |

Vakalarımızın paritetlerine baktığımızda % 37.8'i nullipar, % 36.5'u primipar ve % 25.7'si multipardır.

2004'te Haseki EAH Kadın Doğum Kliniği'nde % 23'ü nullipar, % 38'i primipar, % 39'u multipardır. Çalışmamızda nullipar oranı diğer hastanelere göre yüksektir. Sezaryen endikasyonlarımızın en sık nedeni, eski sezaryenli hastalardır. İlk sezaryen endikasyonlarını gebelik kontrollerine gitme durumu ile karşılaştırdığımızda istatistiksel olarak anlamlı bir sonuç bulamadık ( $p > 0.05$ ). Gebelik kontrollerine düzenli gidenlerde en sık endikasyon % 21.7 ile fetal distress iken, kontrollerine gitmeyenlerde en sık endikasyon % 23.9 ile ilerlemeyen travay olarak bulduk. Elektif C/S olanların % 75'i özel hastanede opere olurken, bu oran devlet hastanesinde % 25 bulunmuştur. Vajinal doğum, morbidite, fiyat/yararlılık ilişkisi, hastanede kalış süresinin kısa olması gibi nedenlerle sezaryen doğuma göre daha avantajlıdır. Sezaryen endikasyonlarına baktığımızda yaklaşık yarısını geçirilmiş sezaryenlerin olduğunu görmekteyiz. Bu veriler son yıllarda ülkemizde sezaryene olan eğilimin bir göstergesi olarak yorumlanabilir. Birçok ülkede olduğu gibi sezaryen sonrası vajinal doğum denemeleri yapılarak sezaryen oranının düşürülmeye çalışılması ve de sezaryen endikasyonlarının daha dikkatli konulması ülkemiz için de değerlendirilmesi gereken bir tıbbi olay olarak görülmektedir. Localio ve ark.'nın yaptığı bir çalışmada, hekimlerin malpraktis yasalarının ciddi anlamda uygulandığı ülkelerde sezaryen ile doğum daha fazla tercih edilmektedir. Roberts ve ark. hastaların sezaryen sonrası vajinal doğumu tercih etme oranını belirlemek için yayınlanmış çalışmaları gözden geçirmiş ve hastaların yaklaşık 2/3'sinin elektif sezaryen yerine vajinal doğumu tercih ettiğini bildirmiştir<sup>(16)</sup>. Benzer şekilde Van'da yapılan bir çalışmada, gebeler % 67.85 oranında vajinal doğum denemesini kabul etmiştir. Aynı çalışmada

**Tablo 8. Hastanemizde C/S olan 521 gebedeki komplikasyon dağılımları.**

| Sezaryende komplikasyon | n   | %    |
|-------------------------|-----|------|
| Hayır                   | 500 | 96.0 |
| Evet                    | 21  | 4.0  |
| Vajinal kanamalar       | 12  | 2.3  |
| Akciğer infeksiyonu     | 1   | 0.2  |
| HELP Sendromu           | 3   | 0.5  |
| Uterin Atoni            | 2   | 0.4  |
| Solunum arresti         | 2   | 0.4  |
| Barsak perforasyonu     | 1   | 0.2  |
| Total                   | 521 | 100  |

sosyoekonomik koşulları ve antenatal takip oranı nispeten düşük, çoğu kırsal bölge kökenli bir hasta popülasyonunda bile vakalar dikkatle seçildiğinde ve uygun koşullarda antenatal takip ve travay takibi sağlandığında sezaryen sonrası vajinal doğumun güvenilir olduğu söylenebilir<sup>(9)</sup> Sezaryen hızının artmasında rolü olan diğer önemli bir neden anne istemidir. Yapılan çalışmalarda, annelerin öncelikle bebekleri için doğru olan ne ise onun yapılmasını istedikleri anlaşılmıştır. Sezaryen kararlarındaki doktor yönlendirmesini araştıran bir çalışmada, sezaryen oranları, doktorların önceki yılda yaptığı sezaryen oranlarındaki hıza, gündüz saatlerinde olmasına ve cuma günlerinde artmaktadır. Çalışma sürecimizde kendi isteği ile hiç sezaryen olan yoktu. Ama eski sezaryenlilerin ilk sezaryen endikasyonlarında % 5.2 kendi isteği ile ve bunun da % 75'i özel hastanede olmuştur. Çalışmamızda vakaların % 56.2'si daha önce hiç sezaryen geçirmemiştir. Bu oran 2004'te Haseki Hastanesi'nde % 50<sup>(8)</sup>, 1999'da Şişli Etfal Hastanesi'nde % 72<sup>(9)</sup>, 1998'de USA' de Polard % 70<sup>(11)</sup>, idi. Vakalarımızın % 32.2'si önceden bir defa, % 11.6'sı 2 ve daha fazla sezaryen olmuştur. Çalışmamızda genel sezaryen endikasyonlarına baktığımızda % 44.7 ile eski-mükerrer sezaryen nedeni ilk sıradadır. Daha sonra sırası fetal distres % 12.7 ile, CPD % 10.9, makat prezantasyon % 8.1, ilerlemeyen travay % 6.1, çoğul gebelik % 4.6, iri bebek % 3.3, plasenta previa % 1.2, plasenta dekolmanı % 1.2, başarısız induksiyon % 1.3, ayak geliş % 1.3, kordon dolanması % 0.8 ve diğer nedenler % 3.8 yer almaktadır. Eski-mükerrer sezaryen tanısı ile sezaryen diğer hastanelerde ve ülkelerde de ilk sıradadır. Haseki Hastanesi'nde 2004 yılında % 49.2<sup>(8)</sup>, Şişli Etfal Hastanesi'nde 1999'da bu oran % 32.6<sup>(9)</sup>, Dicle Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği'nde % 28.6<sup>(12)</sup>, Notzon'un çalışmasına göre ABD'de 2004'te % 36, İsveç'te % 28 mükerrer sezaryen yapılmaktadır<sup>(13)</sup>. 2000 yılında Çin Shantou'da bu oran % 14<sup>(14)</sup>, 2002'de Hindistan'da

**Tablo 9. İlk C/S'lerini dış merkezde olan gebelerdeki komplikasyon dağılımı.**

| İlk sezaryende komplikasyon | n   | %     |
|-----------------------------|-----|-------|
| Hayır                       | 255 | 96.5  |
| Evet                        | 8   | 3.5   |
| Post op kanama              | 3   | 1.3   |
| Yara yeri infeksiyonu       | 4   | 1.7   |
| ÜSYE infeksiyonu            | 1   | 0.5   |
| Total                       | 233 | 100.0 |

ise % 29<sup>(15)</sup> bulunmuştur. Hastanemizde ve diğer eğitim hastanelerinde eski mükerrer sezaryenlerin yüksek oranda olma nedeni, özel hastanelerin eski sezaryenli hastaları kabul etmeyip doğum evine gidin şeklinde yönlendirmeleridir. Yeni SGK yasalarında hastanın sezaryen ücreti ile vajinal doğum arasında hemen hemen fark yoktur. Riskli, komplikasyonu bol, eski sezaryenli gebeleri sectio yapıp, vajinal doğum ücreti kadar ücret almak istemeyen merkezler hastaları eğitim hastanelerine yönlendirmektedir.

Vakalarımızın % 44.7'sini teşkil eden eski-mükerrer sezaryen vakalarına "ilk sezaryen endikasyonlarını" sorduğumuzda; fetal distres % 21.5, ilerlemeyen travay % 19.7, makat prezantasyon % 18.9, CPD % 12.4, iri bebek % 5.6, anne isteği ile % 5.1, kordon komplikasyonu % 3.9, ağır preeklampsi % 2.6, diğer nedenler % 10.3 cevabını verdiler. İlk 4 sırada fetal distres, ilerlemeyen travay, makat prezantasyon ve CPD yer almaktadır. Hastanemizde ilk sezaryenini olanlarında ilk 4 sırayı % 23.0 ile fetal distres, % 19.8 CPD, % 14.6 makat prezantasyon, % 11.2 ilerlemeyen travay yer almıştır. Eski sezaryenli vakaların ilk sezaryen endikasyonları ile hastanemizdeki ilk sezaryeni olanların sezaryen endikasyonlarını karşılaştırdığımızda, ilk 4 sıradaki endikasyonların aynı olduğunu görüyoruz. Oranlar değişik olsa da sezaryen nedenleri değişmemektedir. Hastane dışında % 5.1 oranında isteğe bağlı sezaryen durumu hastanemizde olmamıştır. Diğer hastanelerde eski sezaryen dışında yer alan ilk sezaryen endikasyonlarına baktığımızda; çalışmamızdaki oranlar ve nedenlerin diğer hastanelerle benzer olduğunu görüyoruz.

Sezaryen operasyonu sırasında % 99.4 genel anestezi, % 0.6 spinal anestezi uygulanmıştır. Haseki'de 520 vakada yapılan çalışmada bu oran % 93 genel, % 5 spinal ve % 2 epidural anestezi'dir. Gelişmiş batı ülkelerinde bu oran tamamen tersi durumdadır. Ülkemizde epidural, sipinal anestezi yeterli anestezi uzmanı yokluğundan, teknisyenlerin bu konuda yetersiz olmalarından, hastane yönetimlerinin doğum

analjezi ve anestezi konusunu halletmek için yeterli iradeyi koymamasından kaynaklanmaktadır. Epidural ve sipinal analjezi travay sırasında oluşan aşırı ağrıyı giderdiğinden bu nedenle olacak sezaryenleri engellemektedir. Hastanemizde genel anestezi çok yaygın uygulanmaktadır.

Çalışmamız sırasında % 4 hastada postop. komplikasyon gelişti en sık rastlanan komplikasyon % 2.3 ile uterin kanama idi. Yalnızca bir hasta, anestezi komplikasyonu nedeniyle yoğun bakıma gönderildi. Eski sezaryenli hastaların ilk sezaryenleri sırasında ve sonrasında % 3.5’inde komplikasyon gelişmiştir. Rastlanan komplikasyonlar % 1.3 ile yara yeri enfeksiyonu, % 1.3 ile uterin kaynaklı vajinal kanama olmuştur. Hastaların hastanede yatış süreleri ortalama  $2.10 \pm 0.49$  gündür. Hastaların % 80.6’sının düzenli gebelik kontrollerine gittiğini tespit ettik ve bu oranın hastalarımızın öğrenim durumuna göre yüksek bir düzeyde olduğunu görmekteyiz. Bu sayılar Türkiye’deki gebelerin genel antenatal bakım alma oranlarından biraz daha düşüktür, 2008 TNSA verilerinde gebeler için bu sayılar % 90 olarak verilmektedir. İstanbul’da oturup antenatal bakım almamak ya da alamamak, İstanbul’da sağlık konusunda daha çok yol olduğunu, İstanbul’un sağlık personel gereksinimi ile gebelerin eğitim düşüklüğü ile açıklanabilir. Vakalarımızın bebeklerinin 1. dk. apgar skor ortalaması  $6.94 \pm 1.71$  5. dk. apgar skor ortalaması  $8.65 \pm 1.68$  idi. 2004’te Haseki Doğum Kliniği’nde 520 vakanın bebeklerinin birinci dk. apgar ortalaması  $8.0 \pm 2.3$ , 5. dk. apgar ortalaması  $9.2 \pm 2.0$ ’dir. Hastanemizdeki bebeklerin 1. dk. apgar skor ortalamasının daha düşük olduğu görülmüştür. Bunun nedeni olarak hastanemizde sezaryen endikasyonu olarak fetal distres oranının % 12.7 Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi’ndeki fetal distres oranından % 8.8 yüksek olması olabilir. Eski sezaryenli hastaların % 27.5’i ilk sezaryen operasyon öncesinde yeterli bilgi verilmediğini, kendilerine aydınlatılmış onam imzalatılmadığını söylediler. Tüm hastalarımıza operasyonu, komplikasyonları anlatarak imzalı onamlarını alarak operasyona başladık. Bu konunun operasyon kadar önemli bir işlem olduğunun farkındayız. Vajinal doğum, morbidite, fiyat/yararlılık ilişkisi, hastanede kalış süresinin kısa olması gibi nedenlerle sezaryen doğuma göre daha avantajlıdır. Sezaryen sonrası vajinal yolla doğurtma çabası, daha önce sezaryen olmuş hastaları yine sezaryenin risklerinden korumaya yöneliktir. Ancak, daha önce sezaryenle doğum yapmış hastalarda da uterin rüptür, kanama gibi yaşamsal

önem taşıyan teorik riskler söz konusudur. İlk sezaryen endikasyonlarının daha dikkatli konulması ülkemiz için de bir gereksinim olarak görülmektedir.

Sezaryen oranlarının azaltılması için ilk doğumda gerçek endikasyonlarının kullanılması, doğum takibinde ebelerin sorumluluk almaları, ancak müdahale gereken durumlarda doktor ekibinin devreye girmesi, doğum analjesinin epidural-spinal mutlaka yaygınlaştırılması, dikkatli seçilmiş vakalarda, anne ve yeni doğan için yeterli donanım ve bakım koşullarının olduğu tersiyer referans kliniklerinde sezaryen sonrası vajinal doğumun denenmesi ve malpraktis konusu ve doğum ile ilgili komplikasyonlarda sorumlunun sadece doğum ekibi değil tüm sağlık ünitelerinin sorunu birlikte omuzlaması ile sezaryen oranları makul, kabul edilebilir bir düzeye çekilebilir.

## KAYNAKLAR

1. **Dölen İ, Gökçü M.** Sezaryen ve etik, Kadın Doğum Dergisi 2002; 1(2):86-9.
2. **Cuningham FG, Gant NF, Leveno KJ.** Cesarean Section and Postpartum Hysterectomy. In: Williams Obstetrics 21st Ed 2001, p:537-65
3. **Rosen MG, Diekinson JC, Westhoff CL.** Vaginal birth after cesarean: A meta-analysis of morbidity and mortality and mortality. Obstet Gynecol 1991; 77:465-70.
4. **Kobelin CG.** Intrapartum management of vajinal birth after cesarean section. Clin Obstet Gynecol 2001; 44:588-93.
5. **De Chemey AH, Nathan L.** Cesarean section. In: Current Obstetric and Gynecologic Diagnosis and Treatment. 9th Ed 2003 p:51 8-29.
6. **Gilstrap LC, Cunningham FG, Vandorsten PJ.** Cesarean Delivery In: Operative Obstetrics 2nd Ed Appleton and Lange, 2002 p:257-73
7. **Dayan A.** 3. Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniğinde sezaryen insidansı ve endikasyonlarının değerlendirilmesi. Uzmanlık tezi, 1999.
8. **Kara FŞ.** Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniğinde iki yıllık sürede sezaryen doğumların değerlendirilmesi. Uzmanlık tezi, 2004
9. **Akçay T, Göl K, Şahin İ, Şimşek M.** The Safety of Vaginal Birth After Cesarean. Türkiye Klinikleri, J Gynecol Obst 2001, 11:224-7.
10. **Sıkar D.** Eski sezaryenli gebelerin demografik özellikleri ve ilk sezaryen endikasyonlarının değerlendirilmesi, Uzmanlık tezi, 2007, İstanbul.
11. **Pollard JK, Capeless EL.** Cesarean at a university hospital: analysis of rates and indications. Am J Perinatol 1997; 14(5):245-8.
12. **Bayhan G, Yalınkaya A, Yayla M, Yalınkaya Ö, Erden AC.** Kliniğimizde 1995-1999 yılları arasında yapılan sezaryenlerin ve sezaryen esnasında yapılan diğer operasyonların değerlendirilmesi, Klinik Bilimler ve Doktor 2000; 6(2):249-51.
13. **Notzon FC, Cnattingius S, Bergio P, Cole S, Taffel S, et al.** Cesarean section delivery in the 1980s: International comparison by indication. Am J Obstet Gynecol 1994; 170(2):495-504.
14. **Wu WL.** Cesarean delivery in Shantou, China: a retrospective analysis of 1922 women. Birth 2000; 27(2):86-90.
15. **Kambo I, Bedi N, Dhillon BS, Saxena NC.** A critical appraisal of cesarean section rates at teaching hospitals in India. Int J Gynaecol Obstet 2002; 79(2):151-8.
16. **Coskun A, Köstü B, Ercan Ö, Kıran H, Güven MA, Kıran G.** The comparison of deliveries in the center of Kahramanmaraş in 2004 and 2006. Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi. 2007; 4(3):168-72.
17. **Kolas T, et al.** Indications for cesarean deliveries in Norway, Am J Obstet Gynecol 2003; 188(4):864.