

## Sezaryen Sonrası Vajinal Doğum: Neden ve Hangi Koşullarda?

Vaginal Birth after Cesarean: Why and Which Conditions?

Ayten ŞENTÜRK ERENEL<sup>1</sup>, Sıdıka PELİT AKSU<sup>2</sup>

### ÖZET

Dünya’da ve Türkiye’de sezaryen oranlarındaki artışı azaltmada sezaryen sonrası vajinal doğumun (SSVD) önemli bir seçenek olduğu bilinmektedir. Konuyla ilgili incelenen rehberler; Türkiye (Doğum ve Sezaryen Eylemi Yönetim Rehberi), İrlanda (The Royal College of Physicians of Ireland), Amerika Birleşik Devletleri (American College of Obstetricians and Gynecologists ve American Academy of Family Physicians), İngiltere (The National Institute for Health and Care Excellence), Fransa (The French College of Gynecologists and Obstetricians)’dır. Bu rehberlerde; SSVD’nin yararları ve riskleri, SSVD uygulama kriterleri, SSVD başarısını etkileyen faktörler, kayıt ve bilgilendirme konuları yer aldığı belirlenmiş olup, makale bu içerik doğrultusunda hazırlanmıştır. Rehberler incelendiğinde, SSVD ve elektif sezaryenin yararları ve riskleri hakkında kadına danışmanlık yapılması, bilgi verilmesi ve bakımın tıbbi kayıta yer alması gerekmektedir. SSVD’nin yararları arasında daha az tıbbi müdahale yapılması, hemoraji ve enfeksiyon riskinin azaltılması, kan transfüzyonu ve pıhtılaşma bozuklukları riskinin azaltılması, postpartum iyileşme sürecinin hızlandırılması, major abdominal cerrahiden kaçınılması, sezaryen ile gelecekte ortaya çıkabilecek komplikasyonların (histerektomi, mesane-barsak yaralanmaları, plasenta akreta vb.) azaltılması bulunmaktadır. Geçirilmiş sezaryeni olan kadınlar uterus rüptürü riski hakkında bilgilendirilmelidir. Ayrıca komplikasyon gelişilme durumuna karşı acil bakımın sağlayacak donanımın (Elektronik fetal monitör, kan transfüzyon servisi, doğum ünitesi, ameliyathane, neonatal resusitasyon vb.) hazır bulunduğu bir hastanede doğum yapmaları önerilmelidir. SSVD başarısını arttırmada kadının önceden vajinal doğum yapmış olması önemlidir. Önceden klasik ya da T insizyonu olan kadınlarda SSVD kontrendikedir. Bu bilgiler hemşirelere kanıta dayalı uygulamalar hakkında yol gösterecek ve hemşireler gebeleri en doğru şekilde bilgilendirecektir.

**Anahtar Kelimeler:** Sezaryen, Sezaryen Sonrası Vajinal Doğum, Rehberler

### ABSTRACT

It is known that vaginal delivery after cesarean section (VBAC) is an important option in reducing the increase in cesarean rates in Turkey and in the World. Guides examined in relation to the subject are; Turkey (Birth and Cesarean Action Management Guide), Ireland (The Royal College of Physicians of Ireland), The United States of America (the American College of Obstetricians and Gynecologists and the American Academy of Family Physicians) England (The National Institute for Health and Care Excellence), France (The French College of Gynecologists and Obstetricians). In these guides; The benefits and risks of VBAC, application criterias of VBAC, factors that affecting the success of VBAC, registration and information issues were determined and the article was prepared according to this content. When the guidelines are reviewed, counseling, information and care for woman about the benefits and risks of VBAC and elective cesarean section should be included in the medical record. The benefits of VBAC include less medical intervention, reduced risk of hemorrhage and infection, reduced risk of blood transfusion and coagulation disorders, accelerated postpartum healing, avoidance of major abdominal surgery, complications that may arise with cesarean (hysterectomy, bladder-bowel injuries, placenta Acreta, etc.). Women with previous cesarean delivery should be informed about the risk of uterine rupture. Furthermore, should be recommended to give birth a hospital which have equipments (electronic fetal monitor, blood transfusion service, delivery unit, operating room, neonatal resuscitation, etc.) to provide emergency care for the development of other complications. It is important for the women to have previous vaginal delivery for increasing the success of VBAC. VBAC is contraindicated in women with previous a classical or T incision. These data guide the nurses about the evidence-based practices and nurses will inform the pregnant women in the most accurate way.

**Keywords:** Cesarean section, Vaginal Birth After Cesarean, Guidelines

<sup>1</sup>Doç. Dr. Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü

<sup>2</sup>Arş. Gör. Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü

## GİRİŞ VE AMAÇ

Son yıllarda, ülkemizde ve tüm dünyada sezaryen ile doğum oranında belirgin bir artış dikkat çekmektedir. Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) 1985'den beri hedeflediği "ideal sezaryen (CS) oranı" %10-15 arasındadır.<sup>1</sup> Sağlık istatistikleri yıllık 2015 verilerine göre sezaryen doğumların tüm doğumlar içindeki oranı karşılaştırıldığında; Dünya'da sezaryen oranı %17, Avrupa bölgesinde %25, üst gelir grubu ülkelerde %28, orta-üst gelir grubu ülkelerde %32, Türkiye'de %53'tür. Sezaryen doğumların hastane doğumları içindeki payı ise, 2002 yılında % 21 iken, 2015 yılında % 53,9 olmuştur.<sup>2</sup> Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları (TNSA) 1993 verilerine göre, ülkemizde sezaryen doğum oranı %7 iken, 2013 yılında ise %48'e yükselmiştir.<sup>3</sup> Bununla birlikte doğum şeklinin anne ve yenidoğan sağlığına ilişkin birçok etkileri bulunmaktadır. Sezaryen doğum ve vajinal doğumun anne ve yenidoğan sağlığına etkilerinin araştırıldığı çalışmalarda sezaryen doğumun her ikisi için de daha fazla risk taşıdığı belirlenmiştir. Bu nedenle sezaryen doğum kararının net ve iyi desteklenmiş gerekçelere dayanması gerektiği vurgulanmaktadır.<sup>4,5</sup>

Sezaryen doğum, zorunlu hallerde anne bebek için hayat kurtarıcı bir müdahale olmakla birlikte, annelerde postpartum ateş, uzun süre hastanede kalış, doğum sonrası dönemde morbidite, yara enfeksiyonu, emzirme problemleri gibi postpartum dönemde birçok komplikasyon gelişmesine neden olabilmektedir. Buna karşın vajinal doğum sonrası bu tür komplikasyon gelişme olasılığı oldukça düşük olduğu belirtilmektedir.<sup>6,7</sup> Yapılan çalışmalarda da sezaryen ile doğum yapan kadınlarda vajinal doğum yapanlara göre postpartum kardiyak arrest riski, yara hematomu, enfeksiyon, anestezi komplikasyonları, hastanede kalış süresi, venöz tromboembolizm, yapışıklıklar, mesane ve bağırsak yaralanmaları, plasenta previa ve histerektomiye gerektiren kanama riskinin yüksek olduğu belirlenmiştir.<sup>8,9</sup> Bununla birlikte sezaryen doğumlarda daha fazla

emzirme sorunları yaşandığı belirtilmiştir.<sup>10</sup> Sezaryen doğumlardan sonra erken dönemde emzirme oranının da düşük olduğu görülmektedir. Fakat emzirmeyi başlatabilen annelerde ise sezaryenin ilk 6 ayda emzirme süresi üzerinde anlamlı bir etkisi olmadığı belirtilmiştir.<sup>11</sup>

Yenidoğan açısından yapılan çalışmalar incelendiğinde; sezaryen doğumlarda vajinal doğumlara oranla; yenidoğan yoğun bakım ünitesine geçiş oranı ve pulmoner hastalık riskinin iki kat daha fazla olduğu,<sup>12</sup> apgar skorunun anlamlı derecede daha düşük olduğu,<sup>4</sup> artmış respiratuar distres sendromu ile ilişkili olduğu,<sup>13</sup> maternal bağlanma üzerine olumsuz bir etkisi olduğu<sup>14</sup> ve sezaryenle doğan bebeklerde intrakraniyal kanama oranının daha yüksek olduğu saptanmıştır.<sup>15</sup>

Sezaryen doğum endikasyonu olduğunda güvenli bir işlem olmasına rağmen, kadının gelecekteki gebelikleri için bir takım riskleri de beraberinde getirmektedir. Bu nedenle sezaryen doğum oranları yükselmeye devam ederken, çoklu sezaryen doğumların etkisi gittikçe daha da belirginleşmektedir. Dolayısıyla uygun vakalarda sezaryen sonrası vajinal doğumun (SSVD) artırılması, sezaryen doğum oranının düşürülmesinde önemli bir uygulama olarak önerilmektedir.<sup>16</sup>

1916 yılında Edwin Cragin 'Once a Cesarean, always a Cesarean' cümlesini kurarak bir defa sezaryen ile doğum yapan bir kadının diğer doğumlarını da hep sezaryen ile yapması gerektiğini belirten bir ifade kullanmıştır.<sup>17</sup> SSVD daha önceki doğumunu sezaryen ile yapan kadınların sonraki doğumunu vajinal yolla yapmasıdır. 1960'lardan sonra "bir sezaryen daima sezaryen" düşüncesi tartışılmaya başlanmış ve daha önceki doğumu sezaryen ile sonlanan kadının elektif sezaryen için zorunlu olmadığı, sezaryen sonrası vaginal doğumun mümkün olabileceği gündeme getirilmiştir (National Institutes of Health, 1981). 1981'de ABD'de alt segment transvers kesi ile yapılan sezaryen

doğumlardan sonra, SSVD'nin klinik olarak denenmesi gereken ve önerilen önemli bir uygulama olduğu bildirilmiştir.<sup>18</sup> Ancak, aşağıda belirtilen durumlarda SSVD mümkün olamamaktadır. Bunlar; kadının doğum şeklini sezaryen olarak istemesi, önceki sezaryen doğumunda uterus transvers dışında bir kesi olması veya önceki sezaryen doğumun uterus kesisi tipinin belirlenememesi, iki veya daha fazla alt segment transvers uterus kesisi olması, uteruste rüptür hikayesi, vajinal doğuma engel oluşturacak maternal ve fetal durumlardır.<sup>19</sup> Ayrıca doğumun gerçekleştirileceği hastanenin donanımı da SSVD için önemli kriterler arasında yer almaktadır. Buna göre hastanede, acil sezaryen ihtiyacına cevap verebilecek ameliyathane ve anestezi şartları hazır olmalı, sürekli intrapartum fetal izlem yapılabilmesi, uygun yenidoğan yoğun bakım şartları sağlanabilmesi, transfüzyon ihtiyacı için hazırda kan bulunuyor olmalı ve alanında deneyimli uzman ekip olmalıdır.<sup>20</sup>

SSVD'nin anne ve bebek açısından bazı yararları ve riskleri bulunmaktadır. SSVD'nin yararları arasında; enfeksiyon riskinin azlığı, kan kaybı ve kan transfüzyonu ihtiyacının azalması, erken mobilizasyon, tıbbi müdahale ihtiyacının azalması ve anne ve yenidoğanın gecikmeden buluşturulması bulunmaktadır. SSVD riskleri arasında ise; uterus rüptürü, acil sezaryen gereksinimi, fetal sıkıntı ve yenidoğan için yoğun bakım gereksinimi duyulması yer almaktadır.<sup>21</sup>

SSVD artan sezaryen oranını azaltmada önemli bir seçenek olmakla birlikte literatürde ülkelerin SSVD'ye yaklaşımlarında farklılıklar olduğu gösterilmiştir.<sup>21-26</sup> Bu makalenin amacı; bazı ülkelerin kanıta dayalı uygulamalar doğrultusunda geliştirdikleri güncel rehberlere göre SSVD kriterlerinin incelenmesidir. Bu nedenle konuya ilişkin; Doğum ve Sezaryen Eylemi Yönetim Rehberi-2010 (Türkiye),<sup>21</sup> The Royal College of Physicians of Ireland-2011 (İrlanda),<sup>22</sup> American College of Obstetricians and Gynecologists-2011,<sup>23</sup>

American Academy of Family Physicians-2014<sup>24</sup> (Amerika Birleşik Devletleri), The National Institute for Health and Care Excellence-2013 (İngiltere),<sup>25</sup> The French College of Gynecologists and Obstetricians-2013 (Fransa)<sup>26</sup> rehberleri incelenmiştir. Bu rehberlerde; SSVD'nin yararları ve riskleri, SSVD uygulama kriterleri, SSVD başarısını etkileyen faktörler, kayıt ve bilgilendirme konuları yer aldığı belirlenmiş olup, makale bu içerik doğrultusunda hazırlanmıştır.

### **Doğum ve Sezaryen Eylemi Yönetim Rehberi, 2010, Türkiye**

Bu rehberde, SSVD uygulamasının yaygınlaştırılması için bazı adımlara dikkat edilmesi gerektiği belirtilmektedir. Bu adımlar arasında kadının sezaryen sonrası vajinal doğum yapabilme kriterleri hakkında bilgilendirilmesi uygun yaklaşımlardan birisidir. Ayrıca SSVD'nin uygulanacağı merkezin bazı donanımlara sahip olması gereklidir. Bunlar; 24 saat hizmet veren bir kan bankasının olması, 24 saat fetal monitorizasyonun sağlanması ve acil durumlar için ihtiyaç duyulduğunda sezaryen yapabilecek bir ekibin bulunmasıdır. Ancak bu koşulların sağlandığı durumlarda SSVD yapılması uygun bir yaklaşım olacaktır. SSVD'ye karar verilebilmesi için uygulamanın anne, bebek ve sağlık sistemi bakımından yararları ve riskleri değerlendirilmelidir. SSVD'nin yararları arasında; enfeksiyon riskinin azlığı, kan kaybı ve kan transfüzyonu ihtiyacının azalması, erken mobilizasyon, tıbbi müdahale ihtiyacının azalması ve anne ve yenidoğanın gecikmeden buluşturulması bulunmaktadır. SSVD Riskleri arasında ise; uterus rüptürü [%0.2-1.5 (önceki sezaryende alt transvers insizyon ise)], acil sezaryen gereksinimi (%30), fetal sıkıntı ve yenidoğan için yoğun bakım gereksinimi duyulması yer almaktadır.

SSVD uygulanabilmesi için anne ve bebek bakımından da bazı kriterlerin karşılanması gerekmektedir. Bunlar; daha önceki sezaryenin alt segmentte transvers insizyonla yapılmış olması, uterusta sezaryen dışında başka bir skar ya da anormallik olmaması, pelvik darlık

olmaması, fetüsün 4000 gramın üstünde olmamasıdır. SSVD uygulanamayacak kadınlar ise; daha önceki insizyonu klasik veya ters T olanlar, myomektomi operasyonu geçirmiş olanlar, uterus rüptürü ve bazı plasental bozukluk geçirmiş olanlardır.

Kadına uygun danışmanlık verildikten sonra kadın SSVD'yi tercih ettiyse bunu açık bir şekilde ifade etmesi gerekmektedir. Daha önceki uterin insizyonun yeri hakkında bilgi yok ise, bu konuda gebeye bilgi verilerek perinatal mortalite riskinin arttığı vurgulanmalıdır ve kayıt edilmelidir. Rehberde daha önce sezaryen ile doğum yapmış SSVD isteyen kadınların, antenatal bakımda 36. haftadan önce bir kadın doğum uzmanı tarafından değerlendirilmesi önerilmektedir. Kadın daha önce iki kez sezaryen ile doğum yapmış ve SSVD için herhangi bir ek risk faktörü yoksa önce yararlar ve riskler anlatılmalı, eylem süresinde gerekli olduğu durumlarda oksitosin dikkatli bir şekilde kullanılmalı, sürekli elektronik fetal izlem yapılmalı ve epidural anestezi uygulanabileceği belirtilmelidir. Ayrıca rehber, her hastanenin, olası acil sezaryenden sorumlu konsültasyon hekimine nasıl ulaşılabileceğine dair yazılı bir politikası olması gerektiğini vurgulamaktadır.<sup>21</sup>

#### **The Royal College of Physicians of Ireland (RCPI), 2011, İrlanda**

Rehberde, daha önce sezaryen geçirmiş olan kadınların gebeliğin erken döneminde bir doğum uzmanı tarafından muayene edilmesi; kadınla gebeliğin yönetimi, doğum şekli konularının tartışılması ve kayıt tutulması önerilmektedir. Daha önceki sezaryenlerinde vertikal insizyon yapılan kadınlara elektif sezaryen önerilebileceği, genellikle intrapartum dönemde fetal kalp hızında anormallik görülmesinin uterin rüptürü düşündürecek bir bulgu olduğuna dikkat çekilmektedir. Bu nedenle fetal kalp hızının doğum eylemi boyunca izlenmesi önerilmektedir. Uterus rüptürün, intrabdominal olarak gizlenmiş veya vajinal yoldan görülen primer bir doğum sonu kanamayla ortaya çıkabileceği; primer

doğum sonu kanamanın oksitosik ajanlarla durdurulamaması durumunda uterus rüptürünün düşünülmesi gerektiği belirtilmektedir. Daha önce uterus skarlı olan bir kadında vajinal prostaglandinlerin kullanılması kararı ancak kıdemli bir doğum uzmanı tarafından verilmesinin uygun bir yaklaşım olduğu, uterus rüptürü oluşması durumunda laparotomiden sonra 48 saat içinde bir kadın doğum uzmanının bakımı tartışması ve kadının ailesinin gündeme getirdiği soruları cevaplaması önerilmektedir. Ayrıca daha önce sezaryen doğumu olan kadınlara oksitosin uygulamasının bir kadın doğum uzmanının tam bir klinik değerlendirmesi sonrasında yapılması gerektiği de belirtilmektedir.<sup>22</sup>

#### **American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG), 2011, ABD**

Bu rehberde, sezaryen doğumun anne ve yenidoğan bakımından avantajlarına ayrıntılı olarak yer verilmiştir. Rehberde SSVD'nin faydaları arasında; kan kaybının daha az, iyileşmenin daha hızlı olmasının yanı sıra abdominal cerrahi olmaması nedeniyle buna bağlı yapışıklık ve enfeksiyon riskinin az olacağına dikkat çekilmektedir. Ayrıca kadında doğum sırasında rüptür olma olasılığının değerlendirilmesi gerektiği, bu açıdan yüksek riskli gebelerde vajinal doğumun denenmemesi önerilmektedir. Bu amaca uygun olarak da daha önceki sezaryenlerde insizyon tipinin değerlendirilmesinin uygun bir yaklaşım olduğu belirtilmektedir. Transvers insizyonun SSVD için en az rüptür riski taşıyan insizyon tipi olduğuna dikkat çekilmektedir. Daha önceki doğumunda/doğumlarında bir veya iki kez transfers insizyon yapılmış olan kadınlarda vajinal doğumun denenebileceği ifade edilmektedir. Buna karşın daha önceki sezaryeninde/sezaryenlerde vertikal insizyon uygulanmış kadınlarda rüptür riskinin yüksek olması nedeniyle SSVD'nin denenmemesi önerilmektedir. Ayrıca SSVD kararı verilirken sezaryen skarının yanı sıra pek çok faktörün dikkate alınması gerektiğine de dikkat çekilmektedir. Bunlar arasında; kadının daha fazla çocuk isteyip

istememesi, vajinal doğumu engelleyecek kesin komplikasyonların olup olmaması ve doğum yapılacak hastanenin donanımına ilişkin özellikler bulunmaktadır.<sup>23</sup>

### **American Academy of Family Physicians (AAFP), 2014, ABD**

Rehberde SSVD konusunda kanıt temelli uygulamalar ışığında önerilerde bulunmaktadır. SSVD'nin daha önce bir veya iki kez sezaryen doğum öyküsü olan çoğu kadın için güvenilir ve uygun bir yöntem olabileceğinden söz edilmektedir. Rehberde kadınların bilinçli kararlar alabilmesi için klinisyenlerin SSVD uygulamasına yönelik bilgilendirme ve danışmanlık yapmasının önemli olduğu belirtilmektedir (Kanıt kalitesi: orta düzeyde). Rehberde klinisyenlerin, daha önce vajinal doğum yapmış kadınların SSVD yapabilme olasılıklarının yüksek olduğu konusunda bilgilendirilmesinin önemli olduğuna dikkat çekilmektedir. Vajinal doğum için herhangi bir kontrendikasyon yoksa, kadınlar sezaryenden sonra gebelik planlıyorsa vajinal doğum yapmaları için teşvik edilmelidir. Mevcut merkezde yeterli donanım yoksa, kadınların bu hizmetin sağlanabileceği kuruluşlara sevk edilmeleri önerilmektedir (Kanıt Kalitesi: Yüksek). Rehber, SSVD için tıbbi endikasyon olduğunda indüksiyonun uygun olduğunu önermektedir. Uterin rüptür riskinin indüksiyon yöntemine göre değiştiği ifade edilmektedir. Misoprostolun, SSVD isteyen kadınlar için serviksi hazırlama veya doğum indüksiyonu için kullanılmasının uygun olmadığı belirtilmektedir (Kanıt Kalitesi: Düşükten Orta). Klinisyenlerin, bütün kadınlara sezaryen sonrası tekrarlayacak sezaryen ve planlı vajinal doğum hakkında danışmanlık yapmaları, her bir uygulamanın faydaları ve riskleri hakkında bilgilendirme yapmalarının önemine dikkat çekilmektedir (İyi Uygulama Noktası). SSVD ile tekrarlayan sezaryenler karşılaştırıldığında; tekrarlayan sezaryenlerde, anormal plasentasyon (Kanıt Kalitesi: Orta), histerektomi (Kanıt Kalitesi: Orta) ve cerrahi komplikasyon (Kanıt Kalitesi:

Düşük) riskinin arttığı belirtilmektedir. Bu nedenle hastanelerin SSVD'yi teşvik etmek için kurumsal politikalarının olması gerektiği vurgulanmaktadır.<sup>24</sup>

### **The National Institute for Health and Care Excellence (NICE), 2013, İngiltere**

Rehberde daha önceki doğum şekli sezaryen olan kadına doğum şekli hakkında danışmanlık yaparken uygunluk durumuna göre SSVD hakkında bilgi verilmeli; riskleri ve yararları tartışılmalıdır. Uterin rüptür riski düşük olmakla birlikte acil sezaryene ihtiyaç duyulabileceği hakkında bilgi verilmelidir. NICE göre de doğumun gerçekleştirileceği merkezde elektronik fetal monitörle izlem, acil sezaryen için uygun donanım ve gerekirse kan transfüzyonu için kan bankası olması gerektiği belirtilmektedir. Rehberde ayrıca daha önce sezaryen ve vajinal doğum öyküsü olan kadınların SSVD yapma olasılığının hiç vajinal doğum yapmamış kadınlara göre daha yüksek olduğuna da dikkat çekilmektedir.<sup>25</sup>

### **The French College of Gynecologists and Obstetricians (CNGOF), 2013, Fransa**

Rehberde göre, SSVD denemesinde sezaryene geçiş gerektiren durumlar; daha önce en fazla iki sezaryen öyküsü, anne yaşının 40 'ın üzerinde, beden kitle indeksinin 30 un üzerinde olması, fetüsün 4000 gramın üzerinde olması ve gebelik haftasının 41 haftanın üzerinde olması şeklindedir. Bundan dolayı SSVD planlayan kadınlarda doğum tipinin değişmesine neden olabilecek maternal ve fetal durumlar ise; ileri anne yaşı, diyabet, makrozomi, insizyon tipi ve postterm eylem olarak belirtilmektedir. SSVD'de uterin rüptürün primer nedeni daha önce geçirilmiş sezaryendir. SSVD planlanabilmesi için daha önceki insizyonun transvers olması gerektiğine dikkat çekilmektedir. Rehberde uygun koşullar sağlandığında SSVD esnasında uterus rüptür riskinin %0.1-0.5 olduğu belirtilmiştir. Uterin skar dokusu bulunan kadınlarda vajinal doğumun indüksiyonu, indüklenmeyen doğumla

karşılaştırıldığında yaklaşık 2 kat uterin rüptür riskini artırmaktadır. E2 prostaglandinleri uterin rüptür riskini önemli derecede artırmaktadır. Şimdiye kadar incelenmiş olan protokollerde misoprostolün uterin skarı olan kadınlarda uterus rüptürü riskini önemli ölçüde artırdığı; uterin rüptür riskinin spesifik olarak iki obstetrik faktörden etkilendiğine dikkat çekilmektedir. Bunlar; önceki vajinal doğum (riski azaltır) ve doğumun indüklenmesidir (riski artırır). Uterus rüptürünün en sık bildirilen bulguları, fetal kalp ritmindeki bozulma olduğu belirtilmekte, rüptür için cerrahi bir tamir tekniği önerilmemekle birlikte rutin histerektomiden kaçınılması önerilmektedir.

Rehberde ayrıca daha önce sezaryen doğum yapan kadınlarda vajinal doğumun elektif sezaryenle karşılaştırıldığında yenidoğan açısından bazı riskleri ve yararları belirtilmiştir. Bunlardan bazıları şöyle sıralanmıştır; fetal mortalite vaginal doğumda 0.5/1000–2.3/1000 iken, elektif sezaryen doğumda 0/1000–1.1/1000; anoksi-iskemik ensafalopati vajinal doğumda 0.8/1000 iken, elektif sezaryen doğumda 0/1000'dir. Buna karşın mekonyumun vajinal doğumda sezaryen doğuma oranla daha fazla görüldüğü, respiratuar distress sendromunun da elektif sezaryende %6, vajinal doğumda ise %3 olduğuna dikkat çekilmektedir.<sup>26</sup>

**Tablo 1.** Bazı Rehberlere Göre Sezaryen Sonrası Vajinal Doğum Kriterleri

	Sezaryenin alt segment transvers insizyonla yapılmış olması	Daha önce en fazla 2 kez sezaryen geçirmiş olmak	Kadınlarda pelvik darlık olmaması	Fetüsün 4000 gr üzerinde olmaması	24 saat fetal monitorizasyonun sağlanması	Gerektiğinde acil sezaryen koşullarının sağlanması	Gerektiğinde acil kan transfüzyonu yapılabilmesi	24 saat hekim tarafından takip edilebilmesi	Daha önce vajinal doğum yapmış olmak	Maternal BKİ >30 olmaması
Doğum ve Sezaryen Eylemi Yönetim Rehberi	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
The National Institute for Health and Care Excellence					✓	✓	✓		✓	
American College of Obstetricians and Gynecologists	✓	✓			✓	✓	✓	✓		
American Academy of Family Physicians		✓			✓	✓	✓		✓	
The Royal College of Physicians of Ireland	✓									
The French College of Gynecologists and Obstetricians	✓			✓						✓

Tablo 1'de incelenmiş rehberlere göre SSVD kriterleri yer almaktadır. Tablo incelendiğinde rehberlerde en dikkati çeken ortak özelliklerin; daha önceki sezaryen kesisinin alt segment transfers kesi şeklinde olması, doğumun yaptırılacağı kurumda 24 saat fetal monitörizasyon uygulamasının sağlanması ve gerektiğinde acil kan

transfüzyonu ve acil sezaryen olanaklarının sağlanması bulunmaktadır. Ortak kriterler bakımından daha önce vajinal doğum yapmış olmanın ve önceki sezaryen sayısının en fazla iki olmasının da ortak kriterler arasında ikinci sırada yer aldığı görülmektedir.

## SONUÇ VE ÖNERİLER

Sezaryen doğumlar endikasyon olduğu durumlarda anne ve bebek için hayat kurtarıcı olabilmektedir. Bununla birlikte gerçek endikasyon olmayan sezaryen doğumlar sonucunda özelde anne ve bebek sağlığı, genelde toplum sağlığı ve ekonomisi olumsuz yönde etkilenmektedir. Öte yandan yapılan çalışmalarda uygun koşullar sağlandığında SSVD'nin mümkün olduğu, sezaryen doğumlardan sonraki doğumların mutlak sezaryen endikasyonu taşımadığı ortaya konulmuştur.

Hemşireler sağlığın korunması ve geliştirilmesinde önemli rolleri olan sağlık çalışanlarıdır. Kadın sağlığı alanında çalışan hemşirelerin görev yetki ve sorumlulukları arasında doğum öncesi bakım ve danışmanlık hizmetleri yer almaktadır. Bu nedenle hemşireler daha önceki doğumunu sezaryen ile gerçekleştiren kadınlara ve eşlerine doğum öncesi SSVD konusunda bilgi verip danışmanlık yaparak uygun koşullar sağlandığında SSVD kararı vermelerine yardımcı olabilirler. Hemşireler bu süreçte kadınlar ve eşleri ile tüm doğum seçeneklerini tartışabilmeli, onlar adına karar vermeden, kararlarına saygı duyarak doğru karar vermeleri konusunda destek

olarak danışmanlık yapmalıdırlar. Danışmanlık yapılırken çiftlerin eğitim düzeyleri, gereksinimleri vb. konular dikkate alınmalıdır. Danışmanlık sürecinde kadının ve eşinin doğum eylemine ilişkin korkularını, endişelerini, duygularını kaygılarını paylaşabilmesine ve ifade etmesine fırsat tanınmalıdır.

Bu nedenle doğum öncesi bakım hizmeti veren hemşirelerin ve bütün sağlık çalışanlarının SSVD uygulamasına ilişkin kanıt temelli bilgi sahibi olmaları gereksiz müdahalelerden kaçınılmasına olanak sağlayarak; kadın, bebek, toplum sağlığı ve ekonomisine çok yönlü katkıda bulunacağı söylenebilir. Bununla birlikte özellikle ulusal literatürde bu konuya ilişkin sınırlı sayıda çalışmaya rastlanmıştır. Bu nedenle makalede çeşitli ülkelerin SSVD rehberleri incelenerek hem literatüre, hem de doğum ve kadın sağlığı alanında çalışan sağlık çalışanlarının bilgi ve farkında oluşunun artırılarak SSVD'nin yaygınlaştırılmasına katkıda bulunulacağı düşünülmektedir. Ayrıca bu amaca uygun olarak SSVD uygulamalarına ilişkin randomize kontrollü yeni çalışmalar yapılarak literatüre katkıda bulunulması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. World Health Organization. (WHO). (2015). Caesarean sections should only be performed when medically necessary. Erişim Tarihi: 05.11.2016, <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2015/caesarean-sections/en>.
2. Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü. Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2015. Ankara 2016.
3. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (2014). Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2013, Ankara.
4. Eyowas, F.A., Negasi, A.K., Aynalem, G.E., Worku, A.K. (2016). "Adverse Birth Outcome: A Comparative Analysis Between Cesarean Section and Vaginal Delivery at Felegehiwot Referral Hospital, Northwest Ethiopia: A Retrospective Record Review". *Pediatric Health, Medicine and Therapeutics*, 7: 65-70.
5. Shamsa, A., Bai, J., Raviraj, P., Gyaneshwar, R. (2013) "Mode of Delivery and Its Associated Maternal and Neonatal Outcomes". *Open Journal of Obstetrics and Gynecology*, 3:307-312.
6. Alfirevic, Z., Milan, S.J., Livio, S. (2012). "Caesarean Section Versus Vaginal Delivery for Preterm Birth in Singletons". *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 6. Art. No.: CD000078.
7. Bodner, K., Wierrani, F., Grünberger, W., Bodner-Adler, B. (2011). "Influence of the Mode of Delivery on Maternal and Neonatal Outcomes: A Comparison Between Elective Cesarean Section and Planned Vaginal Delivery in a Low-Risk Obstetric Population". *Archives of Gynecology Obstetrics*, 283(6):1193-1198.
8. Liu, S., Liston, M.S., Joseph, K.S., Heaman, M., Sauve, R.G., Kramer, M.S. (2007). "Maternal Mortality and Severe Morbidity Associated with Low-Risk Planned Cesarean Delivery Versus Planned Vaginal Delivery at Term". *Canadian Medical Association Journal*, 176(4):455-60.
9. Kaplanoğlu, M., Bülbül, M., Kaplanoğlu, D., Bakacak, S.M. (2015) "Effect of Multiple Repeat Cesarean Sections on Maternal Morbidity: Data from Southeast Turkey". *Medical Science Monitor*, 21:1447-1453.
10. Hobbs, A.J., Mannion, C.A., McDonald, S.W., Brockway, M., Tough, S.C. (2016). "The Impact of Cesarean Section on Breastfeeding Initiation, Duration and Difficulties in The First Four Months Postpartum". *BMC Pregnancy and Childbirth*, 16:90.2-9.
11. Prior, E., Santhakumaran, S., Gale, C., Philipps, H.L., Modi, N., Hyde, M.J. (2012). "Breastfeeding After Cesarean Delivery: A Systematic Review and Meta-Analysis of World Literature". *American Society for Nutrition*, 95(5):1113-35.
12. Kolas, T., Saugstad, O.D., Daltveit, A.K., Nilsen, S.T., Øian, P. (2006). "Planned Cesarean Versus Planned Vaginal Delivery at Term: Comparison of Newborn Infant Outcomes". *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 195(6):1538-43.
13. Gerten, K.A., Coonrod, D.V., Bay, R.C., Chambliss, L.R. (2005). "Cesarean Delivery and Respiratory Distress Syndrome: Does Labor Make a Difference?" *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 193(3):1061-1064.
14. Hergüner, S., Çiçek, E., Annagür, A., Hergüner, A., Örs, R. (2014). "Doğum Şeklinin Doğum Sonrası Depresyon, Algılanan Sosyal Destek ve Maternal Bağlanma İle İlişkisi". *Düşünen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*, 27(1):15-20.
15. Towner, D., Castro, M.A., Wilkens, A.A., Gilbert, W.M. (1999). "Effect of Mode of Delivery in Nulliparous Women on Neonatal Intracranial Injury." *The New England Journal of Medicine*;341:1709-14.
16. Sabol, B., Denman M.A., Guise, J.M. (2015). Vaginal Birth After Cesarean: An Effective Method to Reduce Cesarean. *Clinical Obstetrics and Gynecology*. 58(2): 309-319.
17. Cragin, E.B. (1916). Conservatism in Obstetrics. *New York Medical Journal*, 104:1-3.
18. Cesarean Childbirth (1981). National Institutes of Health, 82-2067:351-74.
19. Schoorel, E.N.C., Van Kuijk S.M.J., Melman S., Nijhuis J.G., Smits L.J.M., Aardenburg, R. et al. (2014). "Vaginal Birth After a Cesarean Section: The Development of a Western European Population-Based Prediction Model for Deliveries at Term." *An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 121:194-201.
20. Knight H, Gurol-Urganci I, Van Der Meulen J.H., Mahmood T.A., Richmond D.H., Dougall A, et al. (2014). "Vaginal birth after caesarean section: a cohort study investigating factors associated with its uptake and success." *An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 121(2):183-192.
21. T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü (2010). Doğum ve Sezaryen Eylemi Yönetim Rehberi. Ankara: Damla matbaacılık.
22. Royal College of Physicians of Ireland (2011). Delivery After Previous Cesarean Section Clinical Practice Guideline. Erişim tarihi: 07.11.2016, <http://www.hse.ie/eng/about/Who/clinical/natclinprog/obsandgynaeprogramme/guide5.pdf>
23. American College of Obstetricians and Gynecologist 2010. Vaginal Birth After Cesarean Delivery: Deciding on a trial of labor after Cesarean Delivery. Erişim tarihi: 07.11.2016, <http://www.acog.org/-/media/For-Patients/faq070.pdf?dmc=1&ts=20170511T0626183311>
24. American Academy of Family Physicians (2014). Clinical Practice Guideline: Planning for Labor and Vaginal Birth After Cesarean. Erişim tarihi:07.11.2016, [http://www.aafp.org/dam/AAFP/documents/patient\\_care/clinical\\_recommendations/AAFP%20PVBC%20guideline.pdf](http://www.aafp.org/dam/AAFP/documents/patient_care/clinical_recommendations/AAFP%20PVBC%20guideline.pdf)
25. National Institute for Health and Care Excellence (NICE) (2011). Cesarean Section Clinical Guideline. Erişim tarihi: 07.11.2016, <https://www.nice.org.uk/guidance/cg132/resources/caesarean-section-pdf-35109507009733>
26. French College of Gynecologists and Obstetricians 2013. Delivery for women with a previous cesarean: guidelines for clinical practice from the French College of Gynecologists and Obstetricians (CNGOF). Erişim tarihi: 07.11.2016, [http://ac.els-cdn.com/S0301211513002467/1-s2.0-S0301211513002467-main.pdf?\\_tid=4ebe4b04-3616-11e7-a82d-00000aab0f6b&acdnat=1494485689\\_d86f1484391f5eae75fa8a26160fc7](http://ac.els-cdn.com/S0301211513002467/1-s2.0-S0301211513002467-main.pdf?_tid=4ebe4b04-3616-11e7-a82d-00000aab0f6b&acdnat=1494485689_d86f1484391f5eae75fa8a26160fc7)