

Sezaryen Oranlarının Çeşitli Değişkenlere Bağlı Olarak Değerlendirilmesi

Assessment of Caesarean Rates Based on Several Variables

Hüseyin Altuntaş¹, Ramazan Dansuk², Osman Köse³

¹ Mersin Silifke Devlet Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Bölümü, Mersin

² Bezmialem vakıf üniversitesi Kadın hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, İstanbul

³ Yenimahalle Devlet Hastanesi Kadın hastalıkları ve Doğum Bölümü, Ankara

ÖZET

Bu çalışma, İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde sezaryen oranını tespit etmek, bu oranın Sağlık Bakanlığı tarafından konulan hedefin neresinde olduğunu saptamak, sezaryen endikasyonlarını incelemek amacıyla yapılmıştır.

Çalışmaya Ocak-Mayıs 2000 ile Ocak-Mayıs 2007 tarihleri arasında İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Klinikleri'nde doğum yapmış olan 793 olgu alındı. Olgular hakkındaki bilgilere hastane arşivindeki hasta dosyalarından ve bilgisayar kayıtlarından retrospektif olarak erişildi. 2000 yılı primer sezaryen oranı %17,5, 2007 yılı primer sezaryen oranı % 18,7 olarak tespit edilmiştir.

Bu oranların nispeten yüksek olmasının sebebi hastanemizin eğitim veren ve referans merkez olmasıdır. Endikasyonlar içerisinde eski sezaryen oranı 2000 yılı için % 32,5, 2007 yılı içinse %38,1 idi. Sezaryen ile doğum yapan gebelerin yaş ortalaması 28,25 iken %14,5'i 35 yaş ve üzerindedir.

Sezaryen endikasyonu koyarken sağlık otoritelerinin belirlediği endikasyonlara riayet edilmelidir. Sezaryen operasyonunun erken ve geç komplikasyonları olan ciddi bir cerrahi girişim olduğu unutulmamalıdır.

Anahtar kelimeler: Sezaryen doğum, sezaryen endikasyonları, sezaryen oranı

GİRİŞ

Sezaryen doğum, fetüsün karın duvarındaki ve uterus duvarındaki kesiler yoluyla doğumu olarak tanımlanır (1). Sezaryen ameliyatı, vajinal yolla doğumun mümkün olmadığı veya vajinal doğumun anne ya da fetüs için risk taşıdığı durumlarda uygulanan alternatif bir doğum yöntemidir. Dünya Sağlık Örgütü (WHO) sezaryen oranının %15'den fazla olmamasını önermektedir (2). Ülkemizde de sezaryen ile ilgili sağlık politikaları geliştirilirken sezaryen uygulamalarının takibi ve kontrolünü yaparak sezaryen oranını WHO standartlarında tutmak amaçlanmaktadır. Sağlıkta Performans ve Kalite Yönergesi'ne göre eğitim hastanelerindeki sezaryen oranının yüzde 20'yi, diğer doğum yapılan tüm hastanelerde ise yüzde 15'i geçmemesi gerekmektedir (3).

ABSTRACT

This research (study) was performed to assess cesarean ratio to normal vaginal birth and to investigate cesarean indications. By doing this, we aimed to find out the rate of cesarean sections in our institution was concordant with the suggestions of the Ministry of health.

In this study 793 birth cases performed in İstanbul Research and Education Hospital between January- May 2000 and January-May 2007 were included. We retrospectively searched the informations of the patients from the patients records and patient files. Primer cesarean ratio is calculated as 17,5% in 2000 and 18,7% in 2007. The cause of this high rates was considered to be resulted from the fact that our center is a tertiary center accepting high risk patients. Previous cesarean history ratios among the indications of cesarean were 32,5 % in 2000 and 38% in 2007. The mean age in cesarean cases was 28,25. 35 years and older pregnant constituted the 14,5% of all cesarean cases.

The decision of cesarean must be made according to the indications defined by health authorities. It must be always remembered that cesarean operation may have serious early and late complications.

Keywords: Cesarean delivery, cesarean indications, cesarean rate.

Amerika ve Avrupa ülkelerindeki sezaryen ile vajinal doğum arasındaki oran sezaryen lehine ilerleyici bir şekilde artmakta 1970 yıllarında en düşük seviyelerde iken son dönemlerde en yüksek seviyelere ulaştığı görülmektedir (4). Bertan ve ark yapmış olduğu bir araştırmada tüm dünya sezaryen ortalaması %15 iken en düşük oran %3 ile Afrika'dadır (5). Sezaryen oranlarındaki artışın sebepleri arasında gebelik yaşının ilerlemesi, parite sayısının azalması, görüntüleme tekniklerinin gelişmesi, elektronik fetal monitörün yaygınlaşması, yardımcı üreme tekniklerinin yaygın kullanımı ve sosyal nedenler gibi faktörler yer almaktadır. Sezaryen ameliyatlarında maternal mortalite ve morbidite ile perinatal morbidite riskinin arttığı bilinmektedir (6).

Günümüzde anestezi, kullanılan ilaç ve malzemeler, cerrahi ve postoperatif bakımdaki gelişmeler sezaryenlere bağlı mortalite ve morbiditeleri azaltmış olmakla birlikte halen enfeksiyon, kanama, transfüzyon ihtiyacı, tromboembolik riskler, hastanede daha uzun kalma, iyileşmenin daha geç olması, daha çok ağrı çekilmesi gibi riskler devam etmektedir (7). Ayrıca sonraki gebeliklerde plasenta dekolmanı, plasenta previa, plasenta accreta gibi geç dönem komplikasyonlara yol açabileceği gösterilmiştir. Bu sebeplerle sezaryen operasyonu, sadece bebeğin sağlığı dikkate alınarak yapılan rutin bir cerrahi girişim olmamalıdır, aynı zamanda operasyonun annenin sağlığı yönünden kısa ve uzun dönemde çeşitli riskler taşıyan bir girişim olduğu göz önünde tutulmalıdır (8).

Çalışmanın amacı İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde gerçekleşen tüm doğumlarda sezaryen oranını tespit etmek, bu oranın Sağlık Bakanlığı tarafından konulan hedefin neresinde olduğunu saptamak, malpraktis yasası öncesi ve sonrasını karşılaştırmaktır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Çalışmaya Ocak-Mayıs 2000 ile Ocak- Mayıs 2007 tarihleri arasında İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Klinikleri'nde doğum yapmış olan 793 olgu alındı. Olgular hakkındaki bilgilere hastane arşivindeki hasta

dosyalarından ve bilgisayar kayıtlarından retrospektif olarak erişildi. Olguların dosya kayıtlarından annelerin yaşı, gravidası, paritesi, geliş tarihi, geliş saati, geliş tuşesi, doğum yaptığı tarih ve saati, sezaryen endikasyonu, bebeklerin cinsiyeti, doğum ağırlığı, 1.dakika ve 5. dakika Apgar skorları bulundu. Tüm doğumlar Robson sınıflama sistemine göre sınıflandırıldılar (Tablo 1) (9).

İstatistiksel Değerlendirme: Bu çalışmada istatistiksel analizler NCSS 2007 paket programı ile yapılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiksel metotların (ortalama, standart sapma) yanı sıra ikili grupların karşılaştırmasında bağımsız t testi, nitel verilerin karşılaştırmalarında Ki-Kare testi, grupların tekrarlayan ölçümlerinde eşlendirilmiş t testi kullanılmıştır. Sonuçlar anlamlılık $p < 0,05$ düzeyinde değerlendirilmiştir.

BULGULAR

İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesinde 2000 yılı Ocak-Mayıs dönemi içerisinde toplam 399 doğum, 2007 yılı Ocak-Mayıs dönemi içerisinde 394 doğum gerçekleşmiştir. Bu doğumların 346'sı sezaryen doğum, 447'si vajinal doğum olup sezaryen oranı % 43,6'dır.

Tablo 1. Robson sınıflama sistemi

Grup	Klinik uygulama
1	Nullipar, tekil, baş geliş, ≥ 37 hafta, Doğum eyleminde
2	Nullipar, tekil, baş geliş, Miadında, Doğum eyleminden önce indüklenen veya C/S olanlar
3	Multipar (Eski C/S hariç), tekil, baş geliş, Miadında, Doğum eyleminde
4	Multipar (Eski C/S hariç), tekil, baş geliş, Miadında, Doğum eyleminden önce indüklenen veya C/S olanlar
5	Daha önce C/S olan tekil, baş geliş, miadında
6	Tüm Nullipar Makat Gelişi
7	Tüm Multipar Makat Gelişi (Eski C/S dâhil)
8	Tüm Çoğul Gebelikler (Eski C/S dâhil)
9	Tüm anormal prezentasyonlar (Transvers vd) (Eski C/S dahil)
10	Tüm erken doğumlar (≤ 36 hafta) Parite ve eski C/S bakmaksızın

Maternal yaş ortalaması 2000 yılı için 28,11; 2007 yılı için 27,19 olarak bulundu. Daha önce normal doğum yapmış olanlar 2000 yılında 197 (%49), 2007 yılı içinse 176 (%44) idi. Geçirilmiş en az bir section

hikâyesi olanlar 2000 yılında 61 (%15,2), 2007 yılında 63 (%15,9) idi. Obstetrik hikâye açısından her iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı (Tablo 2,3).

Tablo 2. Maternal karakteristik özellikler

	2000 yılı (n, mean, %)	2007 yılı (n, mean,%)	p	Toplam (n, mean, %)
Maternal yaş ortalaması	14-47 (28,11)	15-44 (27,19)		14-47 (27,65)
Gravida	1-11 (2,42)	1-14 (2,43)	0.510	1-14 (2,42)
Parite	0-7 (1,05)	0-13 (1,10)	0.513	0-13 (1,01)
Daha önce NSD yapanlar	197 (%49)	176 (% 44)	0.20	373 (%47)
Daha önce CS ile doğum yapanlar	61 (%15,2)	63 (15,9)	0.845	124 (%15,6)

Tablo 3. Bebeklerin karakteristik özellikleri

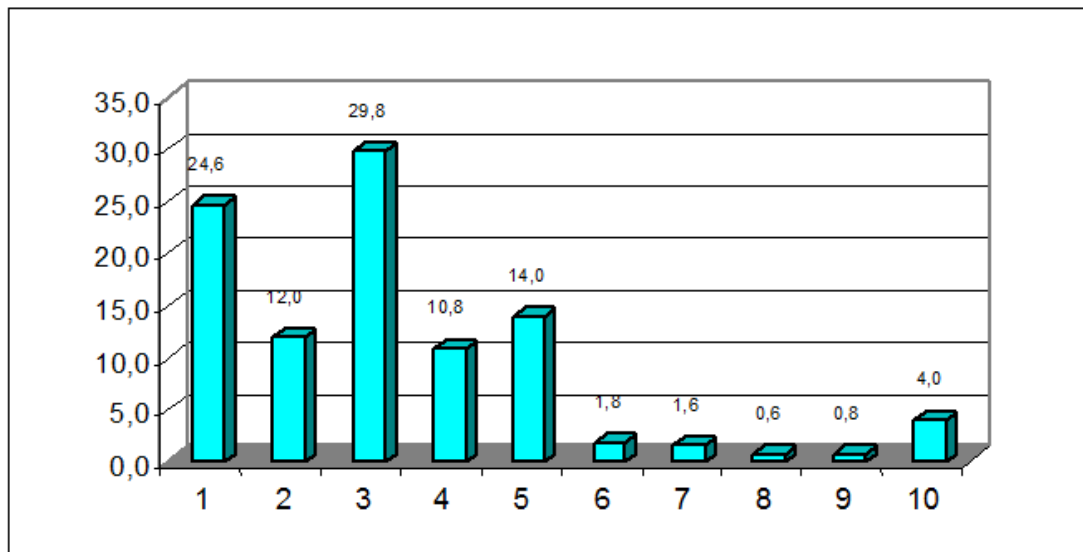
	2000 yılı (n, mean)	2007 yılı (n, mean)	Toplam (n, mean)
Gebelik haftası (GH)	24.5 – 43,7 (39.16)	33.7– 44,1 (39.66)	22.2 – 44.1 (39.37)
Doğum Kilosu (g)	300 – 4500 (3198)	2020 – 5280 (3288)	300 – 5280 (3242)
Apgar 1. Dakika	0 – 10 (8.05)	3 – 9 (8.05)	0 – 10 (8.05)
Apgar 5. Dakika	0 - 10 (8.59)	6 - 10 (8.58)	0 - 10 (8.58)

Tablo 4. Sezaryen Endikasyonlarına Göre Dağılım

	2000 yılı (n, %)	2007 yılı (n, %)	Toplam (n, %)
Eski geçirilmiş sezaryen	59 (32,5)	63 (38,1)	122 (35.2)
Fetal distress	60 (33.1)	43 (26.0)	103 (29.7)
Malprezantasyon	17 (9.4)	16 (9.6)	33 (9.5)
Sefalo-pelvik uygunsuzluk	16 (8,8)	26 (15,7)	42 (12,1)
İlerlemeyen travay	7 (3,8)	7 (4,2)	14 (4,0)
Diğer (ileri anne yaşı, maternal hastalıklar, vs.)	22 (12.1)	10 (6.0)	32 (9.2)
Toplam	181 (100)	165 (100)	346 (100)

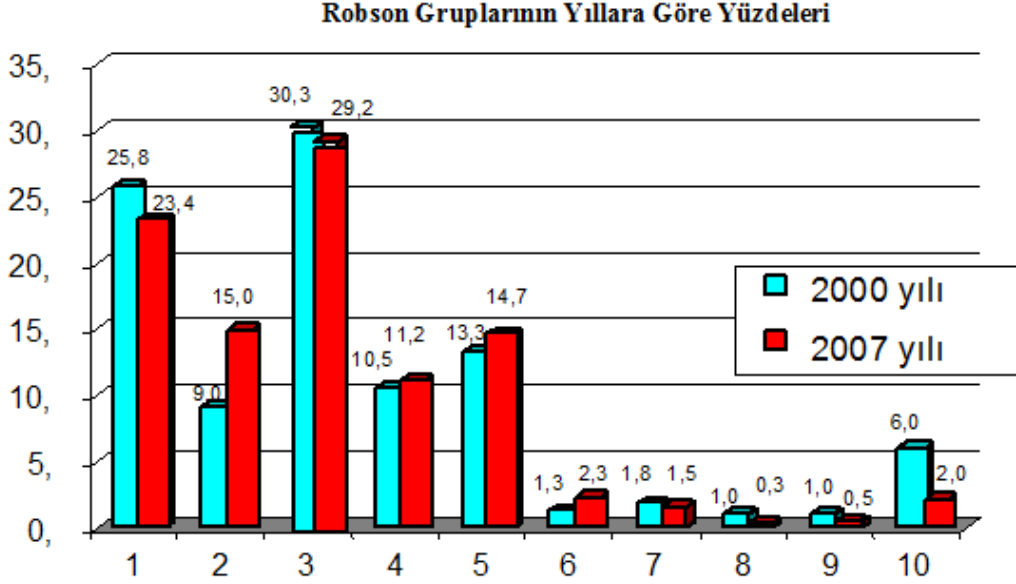
2000 yılında 181 sezaryen ile doğum yapan kadın arasında en sık endikasyonlar eski sectio, fetal distress ve malprezantasyonlar iken, 2007 yılında 165 sezaryen ile doğum yapan kadın arasında en sık endikasyonlar eski sectio, fetal distress ve sefalopelvik uygunsuzluktur.

Sezeryan endikasyonları incelendiğinde eski sectio % 32.5-38.1 ve sefalopelvik uygunsuzluk oranının % 8.8-15.7 arttığı ancak malprezantasyon ve ilerlemeyen travay nedeniyle sectio olanların oranında bir değişiklik olmadığı görülmektedir (Tablo 4).

Robson Kriterlerine Göre Grupların Dağılım Yüzdeleri**Grafik 1.** Robson Kriterlerine Göre Grupların Dağılımı

Tüm gebeler robson sınıflamasına göre gruplandırıldıktan sonra en çok hasta %29,8 ile multipar spontan doğum yapanlar robson grup 3 ve % 24,6 ile nullipar spontan doğum yapanlar robson grup 1 grubunda bulundu. Bu iki grup tüm doğumların

%54,6'sı ile en çok kadının dahil olduğu gruptur. Üçüncü sıklıkta en az bir uterin skar öyküsü olan multipar kadınlar ile robson grup 5 , dördüncü sıklıkta doğum başlamadan sectio olan ya da indüklenmiş doğum yapan robson grup 2 yer almıştır (Grafik 1).



Grafik 2. Robson Gruplarının Yıllara Göre Dağılım Yüzdeleri

Yıllara göre robson grupları karşılaştırıldığında grup 2 de özellikle belirgin artış dikkati çekmektedir. 2000 yılında % 9 oranında hasta bu grupta yer alırken, 2007 yılında % 15 hasta bu grupta yer almıştır (Grafik 2).

Yıllara göre robson grupları karşılaştırıldığında grup 2 de istatistiksel olarak anlamlı bir artış bulunmuştur ($p < 0,05$ Tablo 6.).

Tablo 5. Yıllara ve Robson Kriterlerine Göre Grupların Karşılaştırılması

Robson Grupları	Yıl (%)		P
	2000	2007	
Robson 1	25,8	23,4	>0,05
Robson 2	9	15	<0,05*
Robson 3	30,3	29,2	>0,05
Robson 4	10,5	11,2	>0,05
Robson 5	13,3	14,7	>0,05

Tablo 6. Robson Doğum Saatine Göre Yüzdelerin Karşılaştırılması Beş Grubun Yıllara ve Doğum

Robson Grupları	Doğum Saati 1.Grup (08:00-16:00)			Doğum Saati 2.Grup (16:00-24:00)			Doğum Saati 3.Grup (24:00-08:00)		
	Yıl (%)		p	Yıl (%)		p	Yıl (%)		p
	2000	2007		2000	2007		2000	2007	
R1	25,8	24,7	>0,05	26,2	22,2	>0,05	25,0	21,6	>0,05
R2	10,7	11,6	>0,05	6,8	22,2	<0,05*	5,8	14,4	<0,05*
R3	21,3	22,7	>0,05	36,9	22,2	<0,05	59,6	49,5	<0,05
R4	11,1	10,6	>0,05	12,6	15,2	>0,05	3,8	8,2	<0,05*
R5	18,4	21,7	>0,05	6,8	11,1	<0,05	1,9	4,1	>0,05

Doğum saatlerine göre robson grupları karşılaştırıldığında, 37 hafta ve üstü tekiz baş geliş gebeliği bulunan indüklenmiş doğum ya da doğum sancuları başlamadan önce sectio olan kadınların

bulduğu robson grup 2 de 16:00 – 24:00 ve 24:00 - 08:00 saatlerinde doğum yapanların 2000 yılına göre 2007 yılında anlamlı olarak arttığı görülmektedir.

Tablo 7. Robson İlk Beş Grubun Yıllara ve Geliş Tuşelerine Göre Yüzdelerin Karşılaştırılması

Robson Grupları	Geliş Tuşesi 1. Grup (Servikal açıklık < 4 cm)			Geliş Tuşesi 2. Grup (Servikal açıklık 4 - 8 cm)			Geliş Tuşesi 3. Grup (Servikal açıklık > 8 cm)		
	Yıl (%)		p	Yıl (%)		p	Yıl (%)		p
	2000	2007		2000	2007		2000	2007	
R1	27,7	23,6	>0,05	25,0	24,3	>0,05	13,5	15,0	>0,05
R2	21,8	20,3	>0,05	1,1	3,9	<0,05*	0,0	0,0	
R3	15,3	13,7	>0,05	58,0	60,2	>0,05	75,7	80,0	>0,05
R4	14,2	13,7	>0,05	3,4	6,8	<0,05*	0,0	0,0	
R5	17,2	21,0	>0,05	5,7	1,0	<0,05	2,7	0,0	<0,05

TARTIŞMA

Amerika Birleşik Devletleri (ABD) sezaryen hızının düşürülmesini sağlık politikası olarak ilan etmiş ancak istenen hıza düşürememiştir. Sezaryen ile doğum oranındaki bu yükselme hemen hemen bütün ülkelerde izlenmekle beraber oranlar ülkeler arasında değişiklik göstermektedir. Bu sezaryen hızlarının çoğu Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından önerilen %15 oranından yüksektir. Optimal sezaryen hızı, altına inildiğinde veya üzerine çıkıldığında maternal ve perinatal mortalite ve morbitidenin yükseleceği kabul edilen rakamdır ve %15 olarak benimsenmiştir. ABD 1995 yılında 2000 yılı için primer sezaryende hedefledikleri hızı %12, geçirilmiş sezaryenlerde ise hedefi %3 olarak belirlese de bu rakamlara ulaşamamıştır (10).

ABD’de 2006 yılında 1.3 milyon sezaryen doğumun gerçekleştiği ve sezaryen oranının %30’un üzerinde olduğu bildirilmiştir (11). Dünya Sağlık Örgütü’nün hedeflediği oranlara ulaşamamasının en önemli nedeni malpraktisin doktorlar üzerinde neden olduğu baskı düşünülmektedir.

İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniklerinde 2000 yılı sezaryen oranı % 45,3, 2007 yılı sezaryen oranı % 41,8 olarak bulunmuştur. Robson sınıflamasına göre grup 2 de yer alan 37 hafta ve üzerinde tekiz baş gebeliği bulunan, uterin kontraksiyon başlamadan sezaryen olan ya da indüklenmiş doğum yapanların oranı 2000 yılında % 9 iken , 2007 yılında % 15 bulunmuştur. Bu artış istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p< 0,05). Bu artışın nedeni olarak malpraktis yasası düşünülmektedir. Sezaryen oranı yıllara, ülkelere ve hatta hastanelere göre değişebilmektedir. Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nde 1994–98 yılları arasında sezaryen oranı %

15,2 bulunmuş, 1994 yılında %12 olan bu oran 1998 yılında %20,3’e yükselmiştir (12). Yine aynı hastanede 1995–99 yılları arasında yapılan başka bir çalışmada sezaryen oranının % 11,8’den % 20,9’a yükseldiği bulunmuştur (13).

İstanbul Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nde yapılan bir çalışmada sezaryen hızları 2002’de % 27, 2003’te % 21, 2004’te % 28 ve üç yılın ortalaması %25 olarak belirtilmiştir (14). Düzce Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi’nde 2001- 2005 yılları arasında ait tüm doğumlarda sezaryen hızları % 47.2 olarak bulunmuştur (15).

Clark, yenidoğan yoğun bakım ünitesi olan, anne ve bebek konusunda üst ihtisas sahiplerinin bulunduğu, 24 saat anestezi imkanı bulunan yerlerde sezaryen oranının düşük olduğunu bulmuştur (16).

1946–96 yılları arasının analiz edildiği bir çalışmada müdahaleli doğumların azaldığı, sezaryen sıklığı ve özellikle eski sezaryenlilerin arttığı bulunmuş ve 25 yaşından küçük eski sezaryenlilerde vajinal doğumların başarılı olduğu ortaya konmuştur (17). Shin, bebeğin başı angaje olmamış hafta üzeri nullipar kadınlarda 12,4 kat daha fazla sezaryene gidildiğini bulmuştur (18). İki doğum arası 19 aydan az olup indüksiyon yapılan eski sezaryenlilerde vajinal doğum başarısı düşüktür (19). Sezaryen tercih eden kadınların bu tercihlerini gidermek için duygusal durumlarını düzelterek çalışmalara ihtiyaç olduğu ileri sürülmüştür (20).

Primer elektif sezaryenler hastanın isteği ile bütün sezaryenlerin % 4-18’inde yapılmaktadır. Hastalar sezaryeni çoğunlukla tokofobi ya da doğum korkusu sebebiyle tercih etmektedirler (21).

Sezaryen oranlarındaki artışın başlıca sebepleri eski sezaryen, baş pelvis uyumsuzluğu, fetal distress, ilerlemeyen travay ve makat gelişi gibi endikasyon gruplarının genişlemesi ve malpraktis yasasının yürürlüğe girmesiyle artan davalardır. Sezaryen endikasyonlarının geniş tutulması ve daha serbest davranılması da tekrarlayan sezaryen oranlarını artırmaktadır (22). Ülkemizde yapılan çalışmalarda tekrarlayan sezaryen oranları sezaryen endikasyonları arasında ilk sırada olup %30 ile %53 arasındadır (66,67,69,81). Hastanemizde de tüm sezaryenler içinde tekrarlayan sezaryen oranı 2000 ve 2007 yılı için sırasıyla % 32,5- % 38,1 bulunmuştur. Bu fark istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Sezaryen endikasyonlarının artmasının yanında sezaryen ile doğumun güvenli olduğu düşüncesi, perinatal mortalitenin daha az olduğu inancı, doğuma bağlı pelvik relaksasyonun önlenmesi, obstetrisyenin doğum zamanlaması ve doğum süresini belirleyebilmesi, hasta istemi, fetal monitorizasyon ve ultrasonografideki gelişmeler gibi sebepler de sezaryen oranlarındaki hızlı yükselişte etkili görülmüştür (23).

Literatürde en sık sezaryen endikasyonu geçirilmiş sezaryen olup, bunu pelvik distosi, fetal distress ve makat prezentasyonu takip etmektedir (24). Tüm makat gelişler sezaryen ile doğurtulmuştur. Hastanemizde 2000 yılında fetal distress %33,1 ile sectio endikasyonları arasında ilk sırada yer almıştır. %32,5 ile ikinci sırada eski ve mükerrer sectio yer almaktadır. 2007 yılında %38,1 ile ilk sırada geçirilmiş sezaryen (eski + mükerrer sezaryen) yer alırken, %26 ile ikinci sırada fetal distress yer almıştır.

Çalışmamızda fetal distress endikasyonu ile sezaryen operasyonu gerçekleştirilen vaka oranı 2000 yılında % 33,1 iken 2007 yılında % 26'ya düşmüştür. Ancak 2007 yılında eski sectio oranının arttığı göz önüne alınırsa bu artıştan fetal distress nedeniyle sectio olanların sorumlu olduğu görülmektedir.

Kahramanmaraş'ta 2004 yılında %12,6 ve 2006 yılında %13,8 (25) olarak belirtilmiş. Leveno'nun yaptığı bir çalışmada 36 ay boyunca 34.995 kadın incelenmiş ve intrapartum fetal monitorizasyon yapılmıştır. Her gebeye monitorizasyon ile selektif monitorizasyona göre daha fazla sezaryen kararı verilmiş ancak perinatal sonuçlarda bir fark görülmemiştir (Düşük Apgar, yardımcı solunuma ihtiyaç, yoğun bakım ihtiyacı, neonatal konvülsiyon gibi). Özellikle düşük riskli gebeliklerde sürekli elektronik fetal monitorizasyon yapılmasının gereksiz olduğu sonucuna varılmıştır (26). Çalışmamızda doğum yapan gebelerin yaş ortalaması 2000 yılı için %28,11; 2007 yılı için %27,19 idi. Adölesan gebeliklerde maternal ve perinatal mortalite ve morbidite erişkin gebeliklere göre daha yüksektir.

Düzce ilinde 2001- 2005 yılları arasında yapılan bir çalışmada <20 yaş gebelik oranı %7,9, >35 yaş gebelik oranı %11 olarak belirtilmiştir (15). Kahramanmaraş'ta yapılan çalışmada 2004 yılında < 20 yaş ve > 35 yaş gebelik oranları sırasıyla % 10,3 ve % 8,8 iken 2006 yılında bu oranlar % 17,7 ve % 12,9'a yükseldiği saptanmıştır (25).

Sezaryen ile doğum yapan gebelerin paritelerini incelediğimizde 2000 yılında %38,3' ünün, 2007 yılında % 40,8'inin nullipar olduğu görülmektedir. Şişli Etfal Eğitim ve Aratırma Hastanesi'nde 1995-99 yıllarını kapsayan 5 yılda bu oranlar sırasıyla %39,8, %33,2 ve 14,8'di ve çalışmamızla benzerlik göstermekteydi (13).

Sezaryen ile doğan bebeklerin doğum ağırlıklarına göre dağılımı incelendiğinde 2000 yılında %5,7'si ve 2007 yılında %1,7'i 2500 gram altında; sırasıyla % 4,8'i ve %4,8'i de 4000 gram ve üzerinde olduğu görülmektedir. Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde bu oranların sırasıyla %8 ve %10 olduğu bildirilmiştir (14). Kahramanmaraş'ta 2006 yılında %6,0 ve %5,9 olduğu belirtilmiştir (25). Doğum ağırlığı 2500 gramın altında olan bebeklerin oranı bizim hastanemizde daha düşüktür. Bunun sebebi ileri düzey yenidoğan yoğun bakım ünitemizin olmayışı ve bu sebeple prematür doğum riski olan gebelerin diğer hastanelere yönlendirilmesidir.

Sezaryen ile doğan bebeklerin 1.dakika Apgar skoru ortalaması 8,04 idi. 5.dakika Apgar skoru ortalaması ise 9,14 idi. Haseki Hastanesi'nde bu oranlar sırası ile 8,0 ve 9,2 (14) Şişli Etfal Hastanesi'nde de sırası ile 7,3 ve 8,5 (9) olduğu belirtilmiştir.

Medikal olmayan sezaryen tercihinde hastanın veya obstetrisyenin vajinal doğum pelvik tabana zarar verdiği ve fetal mortalite ve morbidite de azalmaya neden olduğu gibi düşüncelerle sezaryen kararı alabilmektedir (27). Yapılan bir çalışmada malpraktis yasalarının ciddi anlamda uygulandığı bilgelere obstetrisyenin sezaryen ile doğumu daha çok tercih ettiği gösterilmiştir (28).

Elektif sterilizasyon isteği, sezaryen için bir endikasyon teşkil etmez. Çünkü postpartum tüp ligasyonunun morbiditesi daha azdır (1). Sezaryen ile doğum vaginal doğuma göre maternal mortaliteyi dört kat artırmaktadır. Ayrıca operasyonun hemoraji, sepsis, pulmoner embolizm, endometrit, pnömoni ve transfüzyon komplikasyonları gibi erken; ve sonraki gebeliklerde plasenta dekolmanı, plasenta previa, plasenta accreta gibi geç dönem komplikasyonlara yol açabileceği gösterilmiştir (8,29).

Sonuç olarak, hekimlerin medikolegal korkulardan dolayı özellikle nullipar gebeleri sezaryen ile doğurtma yönünde artan bir tercih söz konusu olduğunu düşünmekteyiz.

KAYNAKLAR

1. Cunningham FG, Gant NF, Leveno KJ. Cesarean section and postpartum hysterectomy In: Williams Obstetrics. 21st Ed 2001 p: 537U65
2. World Health Organization. Appropriate technology for birth. Lancet 1985; 436U7
3. T.C. Sağlık Bakanlığı Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı Sağlıkta Performans ve Kalite Yönergesi <http://www.performans.saglik.gov.tr/index.php?pid=46&mNewsDetail=43>
4. Treffers PE, Pel M. The rising trend for caesarean section rate. BMJ. 1993; 307:1017-8
5. Betran AP, Merialdi M, Lauer JA. Rates of caesarean section: analysis of global, regional and national estimates. Paediatr Perinat Epidemiol. 2007; 21: 98-113
6. Finkler MD, Wirtschafter DD. Why pay extra for cesarean section deliveries? Inquiry. 1993;30: 208U15.
7. T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü Doğum Eylemi Yönetim Rehberi <http://www.saglik.gov.tr/ACSAB/BelgeGoster>.
8. Zelop C. The downside of cesarean delivery: short- and long- term complications. Clin Obstet Gynecol. 2004; 47: 386- 93.
9. Robson M. Fetal and Maternal Medicine Review. 2001; 12: 23-39
10. Paul RH, Miller DA. Cesarean birth: how to reduce the rate. Am J Obstet Gynecol. 1995; 172(6): 1903-7
11. Hamilton BE, Martin JA, Ventura SJ. Births: preliminary data for 2006. Natl Vital Stat Rep. 2007; 56: 1-18.
12. Dayan A. 3. Kadın hastalıkları ve doğum kliniğinde sezaryen insidansı ve endikasyonlarının değerlendirilmesi, Uzmanlık Tezi 1999.
13. Yumru E, Davas I, Baksu B, Altınta A, Altın A. 1995-1999 yılları arasında sezaryen operasyonu endikasyonları ve oranları. Perinatoloji Dergisi. 2000; 8(3): 94-8
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. Clark SL, Xu W, Porter TF, Love D. Institutional influences on the primary cesarean section rate in Utah, 1992 to 1995. Am J Obstet Gynecol. 1998; 179(4): 841-5
17. Latkowski K, Grybos M, Blok R, Korzeniewski J. Analysis of labor methods after cesarean section in the last 50 years. Pol Merkuriusz Lek. 2003; 15(87): 239-43
18. Shin A, Karen S, Katherine L. Risk of cesarean delivery in nullipar women at greater than 41 weeks gestational age with an unengaged vertex . Am J Obstet Gynecol. 2004; 190(1): 129-34
19. Huang WH, Nakashima DK, Rummey PJ, Keegan KA, Chan K. Interdelivery interval and success of vaginal birth after cesarean delivery. Obstet Gynecol. 2002; 99(1): 41-4
20. Gamble JRN. Women's preference for a cesarean section. Birth. 2001; 28 (2): 101-10
21. Wax JR, Cartin A, Pinette MG, Blackstone J. Patient choice cesarean: An evidence U based review. Obstet Gynecol Survey. 2004; 59(8): 601-5
22. Lidegaard O, Jensen LM, Weber T. Technology use, cesarean section rates, and perinatal mortality at Danish maternity. Acta Obstet Gynecol Scand. 1994;73: 24-5.
23. Dölen İ, Özdeğirmenci Ö. Optimal sezaryen hızı ne olmalıdır? Türkiye'de ve dünyada güncel nedir? TJOD Uzmanlık Sonrası Eğitim Dergisi. 2004; 7: 113-7
24. Mutryn CS. Psychosocial impact of caesarean section on the family: a literature review. Soc Sci Med. 1999; 37: 1271- 81.
25. Cokun A, Köstü B, Ercan Ö, ve ark. Kahramanmaraş il merkezinde 2004 ve 2006 yıllarındaki doğumların karşılaştırılması. Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi. 2007; 4(3): 168-72.
26. Leveno KJ, Cunningham FG. A prospective comparison of selective and universal electronic fetal monitoring in 34995 pregnancies. N Eng J Med. 1986; 315(10): 615-9
27. Kolas T, Hofoss D, Daltveit AK. Indications of cesarean deliveries. Am J Obstet Gynecol. 2003; 864-70.
28. Localio AR, Lawthers AG , Bengtson JM. Ralationship between malpractice claims and cesarean delivery. JAMA. 1993; 269(3): 366-73
29. Vangen S. Cesarean section among immigrants in Norway. Acta Obstet Gynecol Scand. 2000; 79: 553-8 *Çalışma İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde yapılmıştır.

Yazışma Adresi:

Dr. Hüseyin ALTUNTAŞ

Mersin Silifke Devlet Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Bölümü, MERSİN.

Tel: (0324) 714 44 80 / 3105

E-posta: altuntashuseyin@hotmail.com