



## ARAŞTIRMA YAZISI

### KLİNİĞİMİZDE 2002-2007 YILLARI ARASINDA SEZARYEN OLAN HASTALARIN İNCELENMESİ

Mehmet Yılmaz<sup>1</sup>, Ünal İsaoglu<sup>2</sup>, Sedat Kadanalı<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Atatürk Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Erzurum, Türkiye <sup>2</sup>Horasan Devlet Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Erzurum, Türkiye

#### ÖZET

**Amaç:** Çalışmamızda, 2002-2007 arasında sezaryen oranlarını ve yıllara göre sezaryen endikasyonlarının dağılımını incelemek amaçlanmıştır.

**Gereç ve Yöntem:** Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniğinde 2002-2007 yılları arasında sezaryen uygulanan 4389 hastanın hastane kayıtları retrospektif olarak incelendi. Yıllara göre vajinal doğum sayısı, sezaryen sayısı, anne yaşı, gebelik haftaları, bebek doğum kiloları, bebek cinsiyetleri, sezaryen sırasında uygulanan anestezi türleri ve sezaryen endikasyonları incelendi.

**Bulgular:** 2002'de 609(%37.7), 2007'de 974(%51) hastaya sezaryen ile doğum uygulandı. Başlıca sezaryen endikasyonları geçirilmiş uterin cerrahi(%37.8), makat geliş(%11.7) ve fetal distres(%10) olarak bulundu. Yıllara göre sezaryen endikasyonları arasında istatistiki bir fark bulunamadı. Yıllara göre sezaryen oranları ise istatistiki olarak anlamlı şekilde artmış bulundu( $p=0,0259$ ).

**Sonuçlar:** Kliniğimizde yıllar içinde sezaryen oranları artmıştır( $p=0,0259$ ). Bunun sebepleri arasında azaltılabilecek iki önemli sebep, geçirilmiş uterin cerrahi(%37,8) ve makat gelişidir(%10). Artmış olan bu oranlarını azaltmak için, geçirilmiş sezaryen olan hastalarda ve makat gelişlerde uygun hastalarda vajinal doğum denenmelidir. Yine ilk sezaryen endikasyonu konulurken seçici olunmalıdır.

**Anahtar sözcükler:** Sezaryen, Vajinal doğum ,Obstetrik,Endikasyon

### INVESTIGATION OF THE CESAREAN SECTION CASES IN OUR CLINIC BETWEEN 2002 and 2007

#### ABSTRACT

**Objective:** We aimed to evaluate the annual distribution of indications and the rates of cesarean sections in all deliveries between 2002 and 2007.

**Material and Methods:** We investigated retrospectively the hospital records of 4389 patients who had undergone cesarean section at Atatürk University, School of Medicine, Department of Obstetrics and Gynecology, between 2002-2007. The annual distribution of rates and indications of normal birth and cesarean sections, maternal age, gestational week, fetal weight, fetal sex and the anesthesia method applied to the patient were assessed.

**Results:** The cesarean section was performed for 609(37.7%) and 974(51%) patients in 2002 and 2007, respectively. The main indications were previous cesarean(37.8%), breech presentation(11.7%) and fetal distress(10%). There was no statistical difference in terms of cesarean indications for each year. However, cesarean rates were found to be significantly increased per year( $p=0,0259$ ).

**Conclusion:** Over the years, the rate of cesarean sections has increased in our clinic( $p=0,0259$ ). This increase was attributed to the increased rate of previous cesarean section and breech presentation. To diminish the rate of cesarean sections, normal birth should be attempted for appropriate patients who have had uterine surgery, and with breech presentation. Initial indications should also be limited selectively.

**Keywords:** Cesarean section, Delivery, Obstetric, Indication

#### İletişim Bilgileri:

Dr. Mehmet Yılmaz

Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı,  
Erzurum, Türkiye

e-mail: drmyilmaz25@gmail.com

Marmara Medical Journal 2009;22(2);104-110



## GİRİŞ

Sezaryen doğum, 500 gram yada daha ağır bir fetüsün uterus duvarından yapılan bir insizyonla doğurtulmasıdır<sup>1</sup>. Son yıllarda vajinal doğumlara göre sıklığı tüm dünyada ve ülkemizde artmaktadır. Türkiye’de 2003 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmasına (TNSA) göre %21.2 olan sezaryen oranının, son doğum sayılarına bakıldığında yer yer % 40'lara ulaştığı görülmektedir. Bu oran Dünya Sağlık Örgütü tarafından konulan hedefin (%5-15) üzerindedir<sup>2</sup>.

Bu doğum oranını yükselten nedenler arasında paritede azalma, daha yaşlı kadınların çocuk sahibi olmaları, elektronik fetal monitörizasyonun yaygın kullanılması, eski sezaryenlerin artmış olması gibi bir çok sebep sayılabilir. Günümüzde kullanılan anestezi teknikleri, medikal, cerrahi ve postoperatif bakımdaki gelişmeler sezaryenlere bağlı mortalite ve morbiditeleri azaltmış olmakla birlikte; enfeksiyon, kanama, transfüzyon ihtiyacı, tromboembolik olaylar, hastanede uzun süre kalma, iyileşmenin daha geç olması, daha çok ağrı çekilmesi gibi riskler halen devam etmektedir. Günümüzde birçok ülke sezaryen oranlarını düşürmek için çeşitli çalışmalar yapmaktadır<sup>3</sup>. Bu oranları düşürmede en önemli iki endikasyonun geçirilmiş sezaryen ve makat gelişler olduğu görülmektedir.

Bu çalışmamızda Atatürk Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniğindeki doğum yapan hastaları, anne yaşı, doğum sırasındaki ortalama gebelik haftaları, bebeklerin cinsiyetleri, doğum tartıları ve sezaryen endikasyonları açısından retrospektif olarak inceleyerek, yıllara göre sezaryen oranındaki değişiklikleri, endikasyonların dağılımını ve sezaryen oranlarının düşürülmesinin yollarını tartışarak literatür bulgularıyla karşılaştırmayı amaçladık.

## GEREÇ-YÖNTEM

Çalışmaya Atatürk Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniğinde Ocak 2002 ile Aralık 2007 yılları arasında sezaryen ile doğum yapan 4389 hasta

dahil edildi. Hastalar retrospektif olarak incelendi. Hastalar hakkındaki bilgilere hastane arşivindeki hasta dosyalarından ulaşıldı.

Bu tarihler arasında vajinal doğum sayısı, sezaryen sayısı, anne yaşı, gebelik haftaları, bebek doğum kiloları, bebek cinsiyetleri, sezaryen sırasında uygulanan anestezi türleri ve sezaryen endikasyonları kaydedildi. Yıllar içindeki sezaryen oranlarındaki artış ve endikasyonlardaki değişiklikler değerlendirildi. Sezaryen oranlarının düşürülmesinin yolları tartışıldı.

Yıllara göre sezaryen endikasyonlarının ve sezaryen oranlarının değişip değişmediği regresyon analizi kullanılarak SAS’ta analiz edildi(SAS 1999).

## BULGULAR

Kliniğimizde 01.01.2002 ile 31.12.2007 yılları arasında toplam 10038 doğum gerçekleşmiştir. Bu doğumların 5649 (%56.28) ’u vajinal yolla, 4389 (%43.72)’u sezaryen yoluyla doğurtulmuştur (Tablo I). Sezaryen doğumlarımızda ortalama anne yaşını 29.5, ortalama gebelik haftasını 37hafta, ortalama bebek doğum kilosunu 2935gram olarak tespit ettik (Tablo II). Yine 4389 sezaryen doğumdaki 4626 bebeğin 2349 (%50.8)’u erkek bebek, 2277(%49.2)’si kız bebek idi (Tablo III). Hastaların 2636(%60.1)’sına genel anestezi, 1753(%39.9)’üne rejyonel anestezi (spinal, epidural veya spinal+epidural) uygulanmıştı (Tablo III).

Çalışmamızda başlıca sezaryen endikasyonları geçirilmiş sezaryen, makat geliş, fetal distres, çoğul gebelik, plasental patoloji (plasenta previa, plasenta dekolmanı), preeklampsi (hafif-şiddetli preeklampsi, eklampsi, HELLP), baş pelvis uygunsuzluğu, uzamış eylem, iri fetüs ve elektif olarak belirlendi(Tablo IV). Toplam 6 yıl içinde 4389 sezaryen olgusunda sezaryen endikasyonları sırasıyla geçirilmiş sezaryen 1657(%37.8), fetal distres 515(%11.7), makat geliş 441(%10), preeklampsi 372(%8.5), plasental patoloji 231(%5.3), çoğul gebelik



222(%5.1), elektif 203(%4.6), baş pelvis uygunsuzluğu 204(%4.6), uzamış eylem 179(%4.1), iri fetüs 140(%3.2) ve diğerleri 225 (%5.1) olarak belirlendi.

Sezaryen endikasyonları yıllara göre değerlendirildiğinde yıllara göre şu sonuçlara ulaşılmıştır. Geçirilmiş sezaryen(p=0,6201), makat geliş(p=0,2635), fetal distres(p=0,5669), çoğul gebelik(p=0,3341),

plasental patoloji(p=0,6264), preeklampsi(p=0,5121), baş pelvis uygunsuzluğu(p=0,3243), uzamış eylem(p=0,1320), iri fetüs (p=0,7854)ve elektif (p=0,4598)olarak belirlendi. Yani sezaryen endikasyonlarında yıllara göre istatistiki bir fark bulunamadı. Ancak sezaryen oranları istatistiki olarak anlamlı ölçüde arttı(p=0,0259) (Grafik 1).

**Tablo I:** Yıllara Göre Sezaryen Hızları

Yıl	Vajinal Doğum	Sezaryen	Toplam
2002	1005 (%62.3)	609 (%37.7)	1614 (%100)
2003	1122 (%68.2)	522 (%31.8)	1644 (%100)
2004	903 (%61.4)	568 (%38.6)	1471 (%100)
2005	718 (%49.9)	721 (%50.1)	1439 (%100)
2006	965 (%49.2)	995 (%50.8)	1960 (%100)
2007	936 (%49)	974 (%51)	1910 (%100)
Toplam	5649 (%56.28)	4389 (%43.72)	10038 (%100)

**Tablo II:** Yıllara Göre Anne Yaşı, Gebelik Haftası ve Doğum Ağırlıkları

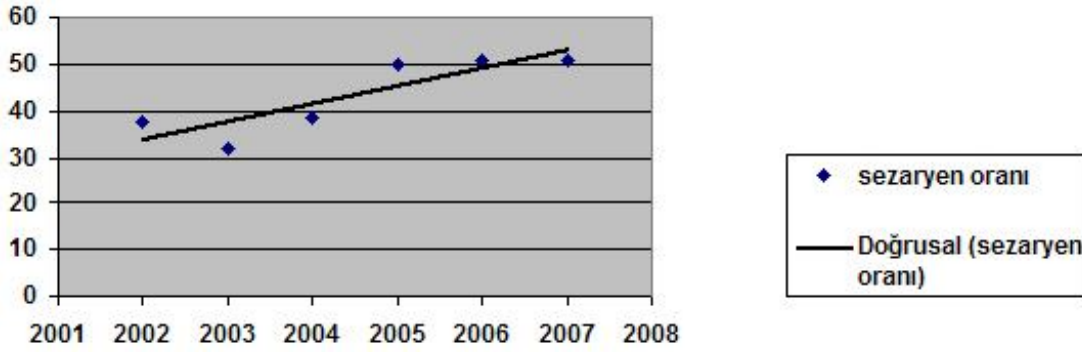
Yıl	Anne Yaşı(yıl)	Gebelik Haftası	Doğum Ağırlığı (gram)
2002	30.43±5.25	36.8±3.4	2990±805
2003	29.92±6.21	36.7±3.7	2930±735
2004	28.42±5.48	37.1±3.6	2870±±770
2005	29.72±4.59	37.3±3.2	2910±690
2006	29.22± 5.24	36.9±3.4	2940±810
2007	29.54±5.54	37.2±3.3	2955±755
Toplam	29.58±4.97	37±3.4	2935±785

**Tablo III:** Yıllara Göre Bebek Cinsiyetleri ve Anestezi Türleri

Yıllar	Bebek Cinsiyeti		Anestezi Türü	
	Kız	Erkek	Genel	Rejyonel
2002	290(%45.4)	349(%54.6)	582(%95.6)	27(%4.4)
2003	261(%47.5)	288(%52.5)	474(%90.8)	48(%9.2)
2004	287(%48.5)	305(%51.5)	524(%92.3)	44(%7.7)
2005	362(%48.7)	382(%51.3)	445(%61.7)	276(%38.3)
2006	568(%52.8)	508(%47.2)	448(%45)	547(%55)
2007	499(%49.1)	517(%50.9)	382(%39.2)	592(%60.8)
Toplam	2277(%49.2)	2349(%50.8)	2636(%60.1)	1753(%39.9)

**Tablo IV: Yıllara Göre Sezaryen Endikasyonları**

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	Toplam
Geç. Sezaryen	217(%35.6)	199(%38)	228(%40.1)	228(%31.6)	401(%40.1)	384(%39.4)	1657(%37.8)
Fetal Distres	73(%12)	54(%10.3)	50(%8.8)	84(%11.7)	123(%12.4)	131(%13.4)	515(%11.7)
Makat Geliş	79(%13)	47(%9)	52(%9.2)	65(%9)	85(%8.5)	113(%11.6)	441(%10)
Preeklampsi	51(%8.4)	55(%10.5)	58(%10.2)	72(%10)	83(%8.3)	53(%5.4)	372(%8.5)
Plasental Patol.	28(%4.6)	30(%5.7)	28(%4.9)	47(%6.5)	51(%5.1)	47(%4.8)	231(%5.3)
Çoğul Gebelik	28(4.6)	24(%4.6)	23(%4)	31(%4.3)	75(%7.5)	41(%4.2)	222(%5.1)
BPU	24(%3.9)	17(%3.3)	12(%2.1)	36(%5)	44(%4.4)	71(%7.3)	204(%4.6)
Elektif	32(%5.3)	30(%5.7)	53(%9.3)	47(%6.5)	26(%2.6)	15(%1.5)	203(%4.6)
Uzamış Eylem	27(%5.2)	23(%4.4)	21(%3.7)	30(%4.2)	36(%3.6)	42(%4.3)	179(%4.1)
Makrozomi	21(%3.4)	16(%3.1)	19(%3.3)	31(%4.3)	26(%2.6)	27(%2.8)	140(%3.2)
Diğer	29(%4.8)	27(%5.2)	24(%4.2)	50(%6.9)	45(%4.5)	50(%5.1)	225(%5.1)

**Grafik I: Sezaryen Oranlarının Yüzde Olarak Yıllara Dağılımı****TARTIŞMA**

Sezaryen doğum, 500gr yada daha ağır bir fetüsün uterus duvarından yapılan bir insizyonla doğurtulmasıdır<sup>1</sup>. Reprodüktif kadınlar arasında en sık uygulanan cerrahi girişimdir<sup>4</sup>.

Amerika Birleşik Devletlerinde 1965 yılında %4.5 olan sezaryen hızı, 1988 yılı itibariyle %25'lere ulaşmıştır. Daha sonraları yapılan büyük çabalarla 1993'te bu oran %22.8'e düşürülmüştür<sup>5</sup>. Ülkemizde yapılan çalışmalarda, sezaryen oranının giderek artmış olduğu görülmüştür. Dicle Üniversitesi'nde yapılan bir çalışmada 1983 yılında %22,42 olan sezaryen oranları 2002 yılında %46,46'lara ulaşmıştır<sup>6</sup>. Süleyman Demirel Tıp Fakültesi Araştırma Hastanesinde yapılan başka bir çalışmada

2001 yılında %58 olan sezaryen hızı 2005'te %85 olarak bulunmuştur<sup>7</sup>. Yine Kahramanmaraş il merkezinde yapılan bir çalışmada 2004'te %34.4 olan sezaryen hızı, 2006 yılında %40.2 olarak bulunmuştur<sup>8</sup>. Bizim yaptığımız çalışmada ise 2002 yılında %37,7 olan sezaryen hızı, 2007 yılında %51'e ulaştığı saptanmıştır. Toplam altı yıl içerisindeki sezaryen hızı %43.7 olarak bulunmuştur. Çalışmamızda yıllar göre sezaryen oranlarının istatistiki olarak anlamlı ölçüde arttığı tespit edildi. Tüm bu oranlar Dünya Sağlık Örgütü'nün önerdiği sezaryen hızından (%15) belirgin olarak yüksektir. Sezaryen oranlarını bu derece artıran sebeplerin başında 'bir kere sezaryen, daima sezaryen prensibi', artmış fetal



monitörizasyon ve makat gelişlerde normal doğum şansının tanınmaması sayılabilir.

Çalışmamızda doğumda anne yaşı ortalaması 29.5 ve gebelik haftası ortalaması 37 hafta olarak bulundu. Doğum sırasında ortalama bebek ağırlığını 2935gram olarak bulduk. Yıllar arasında doğumda anne yaşı ortalaması, gebelik haftası ve doğum ağırlıkları arasında belirgin bir fark izlenemedi. Güney ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada anne yaş ortalaması 28.48 ve ortalama doğum ağırlığı 2958gram olarak bulunmuştur<sup>5</sup>.

Kliniğimizdeki vakaların %50.8'i erkek, %49.2'sini kız olarak bulduk. Bir çalışmada vakaların %53.9'u erkek, %46.1'i erkek olarak tespit edilmiştir<sup>7</sup>.

Vakaların %60.1'i genel anestezi, %39.9'u reyonel anestezi ile yapılmıştır. Yıllar ilerledikçe reyonel anestezi oranları artarken genel anestezi oranları azalmıştır. 2002 yılında %4.4 olan reyonel anestezi oranını, 2007 yılı itibariyle %60.8 olarak tesbit ettik. Yıllar ilerledikçe, reyonel anestezi belirgin şekilde tercih edilir hale gelmiştir(p=0.0041).

Sezaryen endikasyonları ile ilgili yapılan tüm çalışmalarda en önemli endikasyon geçirilmiş uterin cerrahi (geçirilmiş sezaryen, mükerrer sezaryen, myomektomi) olarak tespit edilmiştir. Şişli Etfal Hastanesinde ise uterin cerrahi %32.6 olarak bulunmuştur<sup>9</sup>. Notzon'un çalışmasında bu oran %24 olarak bulunmuştur<sup>5</sup>. Kliniğimizde yapılan çalışmada ise bu oran %37.8 olarak bulundu. 2002 yılında %35.6 olan oran 2006 yılında %39.4 olarak tespit edildi. 'Bir kere sezaryen, daima sezaryen prensibi' sebebiyle uterin cerrahiye bağlı sezaryenler artmıştır. Amerikan Kadın Doğumcular Birliğinin 1999 kriterlerine göre daha önceden bir veya iki alt segment transvers sezaryen geçiren hastalar; klinik açıdan uygun pelvise sahipse, fetüs 4000 gram'dan daha ağır değilse, başka bir uterin cerrahi ya da rüptür anamnezi vermiyorsa, hasta aktif eylem boyunca monitörize edilebilecekse ve acil durumlarda hasta sezaryene alınabilecekse, vajinal doğumun mümkün olabileceğini bildirmiş ve tavsiye etmiştir. Amerikan Kadın Doğumcular Birliği (ACOG) 1999 bülteninde klasik ve T-

şeklindeki insizyonu olan hastalarda vajinal doğumun kontraendike olduğunu bildirmiştir. Yine hastalara özellikle ilk sezaryen endikasyonu konulurken çok dikkatli olunmalıdır.

Çalışmamızda ikinci en sık sezaryen endikasyonu olarak fetal distres saptandı. Yalınkaya ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da ikinci en sık sebep fetal distres olarak tespit edilmiştir<sup>6</sup>. 1970'lerin başlarından itibaren elektronik fetal monitörizasyonun artması ile birlikte fetal distres oranları artmıştır. Uteroplasental yetmezliğe bağlı nörolojik sekelleri önlemek amacıyla elektronik monitorizasyon yapılmasının, aralıklı yapılan kalp hızı oskültasyonuna bir üstünlüğü olmadığını saptanmasına rağmen, fetal distres endikasyonu ile sıklıkla sezaryen yapılmaktadır<sup>10</sup>. Güney ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada %22.6 olan fetal distres oranı, Coşkun ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada %13.8 olarak bulunmuştur<sup>7,8</sup>. Bizim çalışmamızda fetal distres oranını %11.7 olarak bulduk.

Makat geliş sezaryen endikasyonlarında sık görülen bir diğer sebeptir. Makat doğumlarda fetal başın takılması ve kordon prolapsusu sebebiyle sezaryen tercih edilmektedir. Coşkun ve arkadaşlarının çalışmasında %2.9, Güney ve arkadaşlarının çalışmasında %8.3 olarak bulunan makat geliş endikasyon oranı, kliniğimizdeki çalışmamızda %10 olarak bulunmuştur. Ventura ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada makat geliş dahil malprezentasyonların %85'inde sezaryen tercih edilmiştir<sup>11</sup>. Bugünkü pratikte, makat gelişte hem vajinal doğum hem de sezaryen kabul görmektedir. Kliniğimizde daha önceden vajinal doğum yapmamış makat gelişlere sezaryen önerilirken, daha önceden vajinal doğum yapmış ve bu doğumunda sezaryen için başka endikasyona sahip olmayan hastalara, vajinal doğum önerilip sezaryen yada vajinal doğum için karar hastaya bırakılmıştır. İri fetüs, uygunsuz pelvis, ayak geliş ve başın hiperekstansiyonu gibi ilave bir sezaryen endikasyonu olmadığı durumlarda makat geliş hastalarında vajinal doğum denenebilir.





Sezaryen endikasyonlarından 4. en sık görüleni preeklampsi olarak bulduk. Kliniğimizde özellikle şiddetli preeklampsi, eklampsi ve HELLP hastalarında vajinal doğum yakın zamanda (6 saat içinde) mümkün olmayacaksa sezaryen tercih edilmektedir. Çalışmamızda tüm sezaryenlerin %8.5'in de endikasyon olarak preeklampsiyi bulduk.

Bir başka sezaryen endikasyonu plasental patolojilerdir (plasenta previa, plasenta dekolmanı). Plasental patolojiler gebelikle ilişkili hemorajiye bağlı ölümlerin yaklaşık 1/3'ünü oluştururlar<sup>12</sup>. Dekolman varlığında canlı ve matür bir fetüs varsa ve vajinal doğum çok yakın değilse sezaryen tercih edilir. Fetüsün ölü olduğu durumlarda kanama, hemodinamiyi bozacak kadar ağır değilse ve vajinal doğum yapmayı engelleyecek başka bir obstetrik neden yok ise vajinal doğum yapılabilir. Plasenta previalı hastaların ise tümünde sezaryen doğum gerekir. Çalışmamızda hastaların %5.3'ünde sezaryen endikasyonu plasental patoloji idi. Özkaya ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada bu oran %7.8 olarak bulunmuştur<sup>13</sup>.

Çoğul gebelik çalışmamızda. sezaryen endikasyonların %5.1'lik kısmı oluşturdu. California Üniversitesi'nde yapılan bir çalışmada 541 ikizin %35'ine sezaryen uyguladığı bildirilmiştir<sup>14</sup>. Çoğul gebelikte en sık görülen geliş şekli baş-baş gelişir. Çoğu obstetrisyen baş-baş olan ikizler için vajinal doğum planlar. ACOG ilk ikiz makat veya transvers geliş ise sezaryenin ilk seçenek olduğu kanısındadır<sup>15</sup>. Bir çok klinisyen üç veya daha fazla fetüsle komplike gebelikler için, en iyi doğum şeklinin sezaryen ile olduğuna inanır.

Baş pelvis uygunsuzluğu(BPU) sezaryen endikasyonlarımızın %4.6'sını oluşturdu. Gerçek BPU tanısı müphemdir. Çünkü bu teşhisi alan kadınların 2/3 hatta daha fazlası, sezaryen doğumu sonrası bir sonraki gebelikte, daha büyük bebekleri vajinal yolla doğurabilmişlerdir. Yanlış BPU tanısı, epidural analjezi, dava edilme korkusu ve hatta klinisyenin zaman bulamaması gibi durumlardan da kaynaklanabilir<sup>16</sup>.

İsteğe bağlı sezaryen hastaların %4.3'ünde tespit edildi. Kadın Doğum Uzmanları arasında yapılan bir çalışmada, doktorların %59'unun isteğe bağlı sezaryene onay verdiği gösterilmiştir<sup>17</sup>. Amerikan Kadın Doğumcular Birliği (ACOG)' de 9 Mayıs 2006'da yaptığı açıklamada sezaryenlerin isteğe bağlı olarak değil, tıbbi nedenlerle yapılması gerektiğini belirtmiştir. Daha ileri yaşlarda gebe kalınması, tüp bebek gibi tedavi gebeliklerinin artması, sancı çekmek istememe gibi sebepler elektif sezaryene hastaları yönlendirmektedir.

Uzamış eylem sezaryen endikasyonlarımızın %4.1'ini oluşturdu. Uzamış eylemin en önemli sebeplerinden biri, induksiyon yapılan hastalarda, induksiyonun etkili yapılmamasıdır.

Kliniğimizde 4000 gram üzerindeki fetüslerde diyabetik-non diyabetik anne ayrımı yapılmadan sezaryen ile doğum tercih edildi. İri fetüslerde sezaryen tercihinin en önemli sebebi; omuz distozisi ve buna bağlı maternal ve fetal morbiditelerdir. Gerçekte, iri fetüs için kesin bir tanımlama yoktur. Günümüzde, fetal boyuttaki aşırılığın tam bir tahmini mümkün değildir. Rouse ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada ultrason fetal boyutun tahmininde %60 sensitiv ve %90 spesifik olarak bulunmuştur<sup>18</sup>. Yani iri fetüs tanısı ile sezaryene alınan hastaların %40'ı iri değildir.

Sonuç olarak kliniğimizdeki 6 yıl içerisindeki sezaryen oranları yaklaşık %44'tür. Bu oran Dünya Sağlık Örgütü tarafından konulan hedeften(%15) çok uzaktır. Bunda kliniğimizin üçüncü basamak bir hastane olması ve bu sebeple riskli doğumların kliniğimize sevki de rol almaktadır. Yıllara bakıldığında, kliniğimizde ve dünyada sezaryen oranları son yıllara doğru artmaktadır. Bunda geçirilmiş sezaryenlerin yıllar geçtikçe artması, paritede azalma, daha yaşlı kadınların çocuk sahibi olmaları, elektronik fetal monitörizasyonun yaygın kullanılması, gebelerin vajinal doğumdan çekinmeleri, tedavi ile oluşan gebeliklerin artması gibi bir çok sebep sayılabilir. Artmış bu sezaryen oranlarının azaltılması için, gebelerin bilgilendirilerek vajinal doğuma yönlendirilmeleri ve hekimlerin vajinal



doğum açısından teşvik edilmeleri gerekmektedir. Sezaryen ve vajinal doğumun riskleri ve yararları konusunda hastalara kanıta dayalı bilgilendirme yapılmalı ve özellikle geçirilmiş sezaryeni olan hastalar, vajinal doğum konusunda cesaretlendirilmelidir.

## KAYNAKLAR

1. Cunningham FG, Gant NF, Leveno KJ, Gilstrap LC, Hauth JC, Wenstrom KD. Cesarean section and postpartum hysterectomy In: Cunningham FG, Gant NF, Leveno KJ, Gilstrap LC, Hauth JC, Wenstrom KD eds. Williams Obstetrics. 21st eds. Texas: McGraw Hill; 2001: 537-565.
2. World Health Organization. Appropriate technology for birth. Lancet 1985; 24: 436-437.
3. Ziadek SM, Suna EL. Decreased cesarean birth rates and improved perinatal outcome: a seven-year study. Birth 1995; 22: 144-147.
4. Taffel SM. Cesarean delivery in the United States, 1990. Vital Health Stat 21 1994; 51: 1-24
5. Notzon FC, Cnattingius S, Bergsio P, Cole S, Taffel S. Cesarean section delivery in the 1980s: international comparison by indication. Am J Obstet Gynecol 1994; 170: 495-504.
6. Yalınkaya A, Bayhan G, Kale A, Yayla M. Dicle Üniversitesinde 20 yıllık sezaryen oranı ve endikasyonları. Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst 1992 ; 3:37-39.
7. Güney M, Uzun E, Oral B, Sarıkan İ, Bayhan G, Mungan T. Kliniğimizde 2001 - 2005 yılları arasında sezaryen oranı ve endikasyonları. S.D.Ü. Tıp Fak. Derg. 2006 ; 3 : 249-254.
8. Coşkun A, Köstü B, Ercan Ö, Kıran H, Güven MA, Kıran G. Kahramanmaraş İl Merkezinde 2004 ve 2006 yıllarındaki doğumların karşılaştırılması. TJOD Dergisi 2007 ; 4: 168-172.
9. Yumru E, Davas İ, Baksu B, ve arkadaşları. 1995 - 1999 yılları arasında sezaryen operasyonu endikasyonları ve oranları. Perinatol 2000;8:94-98.
10. Shearer EL. Cesarean Section : Medical benefits and costs. Soc Sci Med. Nov 1993 ; 37: 1223-1231.
11. Ventura SJ, Martin JA, Curtin SC, Mathews TJ. Births. Final data for 1997. Natl Vital Stat Rep 1999 ; 47:1-96.
12. Chichakli LO, Atrash HK, Mackay AP, Musani AS, Berg BJ. Pregnancy- related mortality in the United States due to hemorrhage: 1979 - 1992. Obstet Gynecol 1999 ; 94: 721-725.
13. Özkaya O. Süleyman Demirel Üniversitesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniğindeki 5 Yıllık Doğum Oranları ve Sezaryen Endikasyonları. S.D.Ü. Tıp Fak. Derg. 2005 ; 12: 36-39.
14. Kurzel RB, Claridad L, Lampley EC. Cesarean section for the second twin. J Reprod Med 1997 ; 42:767-770.
15. American College of Obstetricians and Gynecologists. Educational Bulletin Special problems of multiple gestation. Number 253, November 1998. Int J Gynaecol Obstet 1999; 64 :323-333.
16. Lieberman E, Lang JM, Cohen A, D'Agostino R, Datta S, Frigoletto FD. Association of epidural analgesia with cesarean delivery in nulliparas. Obstet Gynecol 1996 ; 88: 993-1000.
17. Gonen R, Tamir A, Degani S. Obstetricians opinions regarding patient choice in cesarean delivery. Clin Exp Obstet Gynecol 2002 ; 29: 19-21
18. Rouse DJ, Owen J, Goldenberg RL, Cliver SP. The effectiveness and cost of elective cesarean delivery for fetal macrosomia diagnosed by ultrasound. JAMA 1996 ; 276: 1480-1486.