

Sağlık politikalarının, hekimlerin sezeryan kararı almalarında etkisi: ikinci basamak sağlık kuruluşu değerlendirilmesi

The effect of health policies on physicians' decisions to perform caesarean sections: evaluation of a secondary health institution

Fatma Eskicioğlu*, Pınar Solmaz Hasdemir*, Hakan Çelik**, Faik Mümtaz Koyuncu*

*Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum AD, Manisa

**Merkez Efendi Devlet Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Manisa

Özet

Amaç: Sezeryan oranlarının Dünya Sağlık Örgütü'nün (WHO) önerdiği %15 düzeyine düşürülebilmesi için başta Sağlık Bakanlığı olmak üzere Türk Jinekoloji ve Obstetri Derneği (TJOD) gibi sivil toplum örgütleri yoğun çaba harcamaktadır. Bu uygulamaların ilimizde, doğum sayısı çok yüksek olan ikinci basamak sağlık kuruluşundaki etkilerini araştırmayı amaçladık.

Gereç ve yöntem: Çalışma Manisa-Merkez Efendi Devlet Hastanesinde (eski adıyla Manisa Doğumevi) 2007-2012 yılları arasında yapılan doğumları kapsamaktadır. Araştırma iki dönem olarak yapıldı; Grup-1; 2007-2008-2009 yılları, Grup-2; 2010-2011-2012 yıllarını içermektedir. Bu dönemlerde olan doğum sayıları ve sezeryan değerlendirmeye alındı. İstatistiksel analiz için X² testi kullanıldı. p<0.05 değeri anlamlı olarak kabul edildi.

Bulgular: Grup-1 deki sezeryan sayılarının toplam doğum sayılarına oranı (5962/13508) %44.1 iken, Grup-2 de bu oran (4656/11175) %41.6 olarak saptandı. Grup-2 deki düşüş istatistiksel olarak anlamlı idi (p<0.001). Primer sezeryan oranları (geçirilmiş uterin skarlar dışı) oranları Grup-1 de %68 iken Grup-2 de %51 olarak bulundu. Primer sezeryan / toplam doğum sayısı oranı Grup-1 de %30 iken, Grup-2 de %21.3 olarak tespit edildi. Bu oranda en belirgin düşüş 2012'de idi, %13 olarak tespit edildi.

Sonuç: Bu veriler ışığında, TJOD'un da desteği ile Sağlık Bakanlığı tarafından yürütülen uygulamaların süreç içinde sezeryan operasyon oranlarında ve özellikle primer sezeryan operasyon oranlarında anlamlı azalmaya neden olduğu saptanmıştır. Sağlık politikaları, ikinci basamak sağlık kuruluşlarında görevli kadın hastalıkları ve doğum uzmanlarının sezeryan kararı almalarında etkili olmaktadır.

Pam Tıp Derg 2014;7(2):119-123

Anahtar sözcükler: Sezeryan oranı, endikasyon, vaginal doğum.

Abstract

Purpose: The Ministry of Health and the Turkish Obstetrics and Gynaecology Association have been working hard to lower the rate of caesarean sections to %15 as recommended by the World Health Organization (WHO). In order to reach this target, the Ministry of Health introduced new policies. The aim of this research was to evaluate the effects of these policies on secondary health institutions with high birth rates in our region.

Materials and methods: Our research included hospital records of deliveries made between 2007 and 2012 in Manisa Merkez Efendi State Hospital (formerly; Manisa Doğumevi). The research was carried out in two periods; Group-1 included 2007-2008-2009 years and Group-2 included 2010-2011-2012 years. The number of births and caesarean sections were evaluated during this period. X² test was used for the statistical analysis and p value of <0.05 was considered significant.

Results: The ratio of number of caesarean section / number of total births (5962/13508) was 44.1% in Group-1, while the ratio (4656/11175) was 41.6% in Group-2. The decrease was statistically significant in Group-2 (p <0.001). Primary caesarean section rates (excluding previous uterine scar) was 68% in Group 1, and 51% in group 2. The ratio of primary caesarean section / total number of birth rate was 30% in Group- 1, while in Group-2 it was 21.3%. The most significant decrease of this ratio was in 2012 and it was 13%.

Conclusion: Based on these data, it was observed that policies carried out by the Ministry of Health with the support of the TJOD decreased the rates of caesarean sections, especially primary caesarean rates significantly. In conclusion, health policies are effective on decision making of caesarean sections by obstetrics and gynaecologists working at secondary health institutions.

Pam Med J 2014;7(2):119-123

Key words: Caesarean section rate, indication, vaginal delivery.

Fatma Eskicioğlu

Yazışma Adresi: Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum AD, Manisa
e-mail: fatmaeskicioğlu@gmail.com

Gönderilme tarihi: 06.09 .2013

Kabul tarihi: 01.01.2014

Giriş

Sezaryen ile doğum, 500 gram ya da daha ağır bir fetüsün abdomen ve uterus duvarından yapılan bir insizyonla doğurtulmasıdır [1]. Reprodüktif dönemdeki kadınlar arasında en sık uygulanan cerrahi girişimdir [2]. Buna rağmen, bazı çalışmalarda da gösterildiği gibi sezaryenle doğum, anne ve bebek için daha iyi sonuçlar elde edilecekse tercih edilmelidir [3]. Günümüzde, medikal gereklilik dışında da yaygın uygulanması nedeniyle sezaryen oranlarında artış dikkati çekmekte ve gelişmiş ülkelerin global sağlık problemi olarak karşımıza çıkmaktadır. Amerika' da 1965 ve 1986 yılları arasında sezaryen oranları % 4.5 den % 24.1'e yükselmiştir ve son verilere göre doğumların yaklaşık üçte biri sezaryen ile gerçekleşmektedir [4]. Sezaryen sıklığı nedeniyle değerlendirilen 22 gelişmiş ülke içerisinde, Meksika; ilk sırada (%43.9), İtalya; ikinci sırada (%39.8), Güney Kore; üçüncü sırada (% 35.3) yer almışlardır [4]. Türkiye ise 2003 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmasına (TNSA) göre % 21.2 olan sezaryen oranına sahip iken, bu oran, 2008 TNSA raporuna göre %36,7 ye yükselmiştir [5,6]. 2011 yılı itibari ile ise oran, %48 olarak açıklanmıştır. Bu oran, Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından konulan hedefin (%15) üzerindedir [7].

Sezaryen oranlarındaki artışın sebepleri araştırıldığında; kadınlarda gebelik yaşının ilerlemesi, yardımcı üreme tekniklerinin kullanımındaki artış ve bu artışa bağlı çoğul gebelik oranlarının yükselmesi, elektronik fetal monitör kullanımının yaygınlaşması, sosyo-ekonomik faktörler, anne isteğinin artması gibi sosyal endikasyonlar yanında, hekimlere getirilen etik ve yasal sorumlulukların oluşturduğu baskı ve önceki sezaryenlere bağlı olarak uterin skarlı kadın sayısının artışı şeklinde sıralanabilir. Bu operasyonlar için ülkemizde maliyet / etki araştırması somut yapılamamasına karşın, batı ülkelerinde ve özellikle ABD de vaginal doğumlarla karşılaştırıldığında, çok yüksek maliyet getirdiğinden, son zamanlarda sezaryen oranlarının azaltılmasına yönelik programlar uygulanmaya başlanmıştır [4,8,9].

Literatürde sezaryen endikasyonları ve sezaryen artış nedenleri ile pek çok yayına rastlamak mümkündür [5,9]. Ancak, görebildiğimiz kadarıyla, Türkiye'de uygulanan sağlık politikalarının sezaryen oranlarına etkisini

irdeleyen yayına rastlayamadık. Son yıllarda Sağlık Bakanlığı tarafından sezaryen oranlarını düşürebilmek için çeşitli tedbirler alınmış ve idari ve yasal düzenlemeler yapılmıştır [10]. Çalışmamızda, ilin en yüksek doğum sayısına sahip sağlık kuruluşunda, sezaryen oranlarını düşürebilmek için Sağlık Bakanlığı tarafından yürütülen uygulamaların, süreç içinde hekimlerin doğum yöntemi seçimlerindeki etkilerini tespit etmeyi hedefledik.

Gereç ve Yöntem

Çalışmamız, Merkez Efendi Devlet Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği'nde (eski adıyla Manisa Doğumevi) Ocak 2007 - Aralık 2012 arasında, retrospektif tarama yöntemi ile yapılmıştır. Celal Bayar Üniversitesi Etik Kurulu'nun onayı alınmıştır. Çalışmada, yıllık toplam doğum sayıları, sezaryen doğum sayıları, primer sezaryen sayıları (geçirilmiş uterin skar dışı nedenlerle yapılan sezaryen) ve oranları araştırıldı. Sezaryen uygulanan olguların, sezaryen endikasyonları incelendi. Kıyaslayabilme kolaylığı için 2007-2008-2009 yılları grup 1, 2010-2011-2012 yılları grup 2 olarak adlandırıldı.

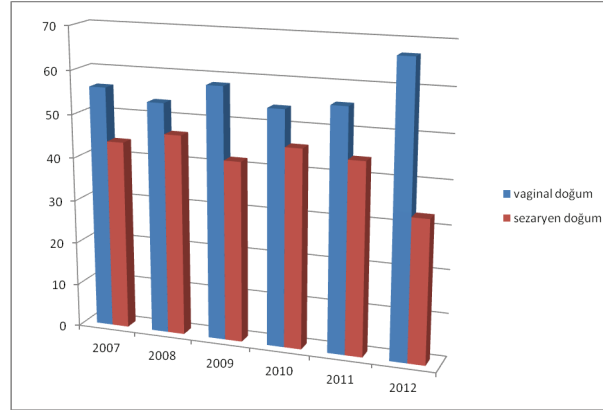
İstatistiksel analiz için "SPSS for Windows 15.0" programında X² testi kullanıldı. p<0.05 değeri anlamlı olarak kabul edildi.

Bulgular

Merkez Efendi Devlet Hastanesi Doğum Kliniği'nde, 6 yıl içinde toplam doğum sayısı 24.693 olarak saptandı. Grup-1 deki sezaryen sayıları /toplam doğum sayılarının (5962/13508) yüzdesi %44.1 iken, Grup-2 de (4656/11175) %41.6 olarak saptandı. Grup-2 deki düşüş istatistiksel olarak anlamlı idi (p<0.001). Yıllık vaginal ve sezaryen doğumların sayı ve oranları Tablo-1 ve Grafik-1'de verilmektedir. Primer sezaryen sayıları/toplam sezaryen sayıları yüzdeleri ortalaması Grup-1 de %68 iken Grup-2 de %51 olarak bulundu. Yıllara göre dağılım Tablo-2'de yer almaktadır. Primer sezaryen sayısı/toplam doğum sayısı yüzdeleri ortalaması Grup-1 de %30 iken, Grup-2 de %21.3 olarak tespit edildi. Bu oranda en belirgin düşüş 2012'de idi, %13 olarak tespit edildi (Tablo-3 ve Grafik-2). Primer sezaryen endikasyonlarında sıklık sıralarına göre, baş-pelvis uygunsuzluğu, fetal distres, prezentasyon anomalileri, uzamış eylem ve çoğul gebelikler ilk sıralardaydı.

Tablo 1. Merkez Efendi Devlet Hastanesi'nde 2007-2012 yıllarında vaginal ve sezaryen doğumların sayı ve oranlarının yıllık dağılımı

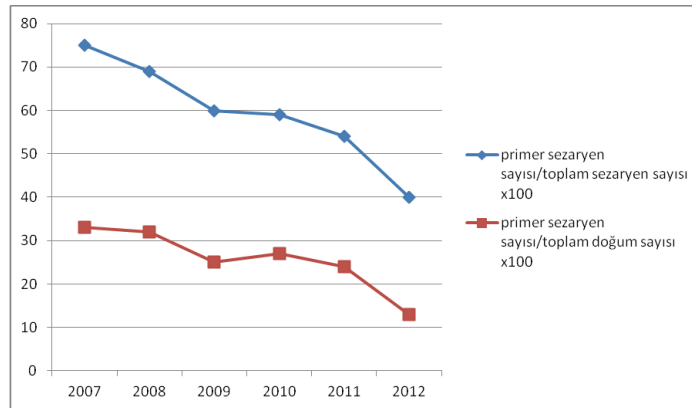
Doğum sayısı ve oranları	2007 n (%)	2008 n (%)	2009 n (%)	2010 n (%)	2011 n (%)	2012 n (%)
Vaginal doğum	2757 (56.2)	2461 (53.5)	2328 (58.2)	2323 (54.2)	2049 (55.7)	2157 (67)
Sezaryen doğum	2155 (43.8)	2139 (46.5)	1668 (41.8)	1970 (45.8)	1628 (44.3)	1058 (33)
Toplam doğum	4912	4600	3996	4293	3677	3215

**Grafik 1.** Yıllara göre sezaryen ve normal doğum yüzdelerinin dağılımı (Merkez Efendi Devlet Hastanesi 2007-2012)**Tablo 2.** Merkez Efendi Devlet Hastanesi'nde 2007-2012 yıllarında primer sezaryen sayıları ve toplam sezaryen sayısına oranlarının yıllık dağılımı

	2007 n(%)	2008 n(%)	2009 n(%)	2010 n(%)	2011 n(%)	2012 n(%)
Primer sezaryen	1628 (75)	1494 (69)	1017 (60)	1181 (59)	894 (54)	429 (40)

Tablo 3. Merkez Efendi Devlet Hastanesi'nde 2007-2012 yıllarında primer sezaryen sayısı /toplam doğum sayısı yüzdelerinin yıllık dağılımı

	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Primer sezaryen /Toplam doğum	%33	%32	%25	%27	%24	%13

**Grafik 2.** Yıllara göre primer sezaryen oranları (Merkez Efendi Devlet Hastanesi 2007-2012)

Tartışma

Sezaryen oranları, son yıllarda dünya çapında artış göstermektedir ve bu durum giderek artan önemde sağlık sorunu olarak karşımıza çıkmaktadır [1,4]. Gelişmiş ülkelerde 1970'li yıllarda %5 olan sezaryen oranı, 1990'ların sonlarında bazı bölgelerde %50' den daha yüksek rakamlara ulaşmıştır [4]. Amerika' da 1965 ve 1986 yılları arasında sezaryen oranları %4.5 den %24.1'e yükselmiştir [4]. Bu oran, 2004' de %29.1'e , 2007'de %32'ye ulaşmıştır [4]. Sezaryen oranlarında artış hemen hemen her ülkede görülmesine rağmen, artış hızı ülkeler arasında farklılık göstermektedir [4]. Ülkemizde Sağlık Bakanlığı verilerine göre 1982'de %14, 2003'de %21.4, 2005'de %40.7, 2006' da %40.3, 2007'de %42.5 olarak açıklanmıştır [11]. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmasının 2003 verilerine (TNSA) göre %21.2 olan sezaryen oranı, 2008 TNSA raporuna göre %36.7 olarak açıklanmıştır [5,6]. Optimal sezaryen hızı, altına inildiğinde veya üzerine çıktığında maternal ve perinatal mortalite ve morbiditenin yükseleceği rakamdır ve WHO tarafından önerilen bu oran %15' dir [7]. Tüm dünyada, yükselen bu oranlara bağlı artan doğum maliyetleri hekimler yanısıra sigorta şirketlerini, sağlık idarecilerini harekete geçirmiş ve politikalar üretilmeye başlanmıştır [10]. Türkiye'de de son yıllarda Sağlık Bakanlığı konuya vurgu yapmaya başlamış ve başta kendi bünyesindeki sağlık kuruluşlarına olmak üzere, bazı düzenlemeler ve yaptırımlar getirmiştir. Bu yaptırımlar başlıca; bilgilendirme, hastane ve kişisel uygulama raporları ile birlikte gerekçelerin istenmesi, sezaryen uygulamalarındaki performansın düşürülmesi şeklinde sayılabilir. Bunların sonucunda son 6 yıllık süre içinde, Sağlık Bakanlığı'na bağlı ikinci basamak sağlık kuruluşunda, yapılan uygulamaların sezaryen oranlarında anlamlı düşüşe sebep olduğu tespit ettik. Özellikle, primer sezaryen oranlarında azalmanın belirgin olduğunu gördük. Toplam sezaryen oranında azalmanın ise daha az olduğunu belirledik. Bunun nedeninin de, önceki yıllarda yapılan sezaryenlere bağlı, eski uterin skarlı gebe sayısında artışa bağlı olduğunu tespit ettik.

Sezaryen oranlarında artışın başlıca sebepleri; sezaryen endikasyonlarının daha geniş tutulması, sezaryen ile doğumun güvenli olduğu düşüncesi, perinatal mortalitenin daha az olduğu inancı, doğuma bağlı pelvik relaksasyonu azaltma düşüncesi, anne aday ve hekimin doğumun zamanlayabilme arzusu, vaginal doğumdan çekinen gebenin isteği ve fetal monitorizasyon ve ultrasonografideki gelişmelerdir [11]. Türkiye'de artan sezaryen

oranlarını irdeleyen çalışmalarda başlıca sezaryen endikasyonları olarak eski sezaryen, fetal distres, makat prezentasyon, ilerlemeyen travay, çoğul gebelikler ve preeklampsi gösterilmektedir [12,13]. Bu endikasyonlar çalışmamızdaki sezaryen endikasyonları sıklık sıralaması ile paralellik göstermektedir. Türkiye'de 2009 yılı öncesi sezaryen oranlarını değerlendiren çalışmalarda Dicle Üniversitesi'nde 1983-2002 yılları arasında %22'den %46' a, Atatürk Üniversite'sinde ise 2002-2007 yılları arasında ise %37'den %43'e ulaşan artışlar izlenmiştir . Ülkenin kuzey ve doğu kesimlerinde yer alan bu kliniklerde artışın başlıca sebebi olarak geçirilmiş uterin cerrahiler, makat prezentasyon, antenatal tanı yöntem kullanımında artış, gebe ve hekimlerin çeşitli nedenlerle elektif sezaryenlere eğilimli olmaları, gösterilmiştir [13,14]. 2007-2009 yıllarını inceleyen İç Anadolu'da yapılan çalışmada yine yıllar içinde %19'dan %28'e ilerleyen artış tespit edilmiş ve en sık neden olarak eski sezaryenler gösterilmiştir [12].

Bütün cerrahi girişimlerde olduğu gibi, sezaryen operasyon sonrası anesteziye bağlı kardiyak, solunumsal, hemodinamik riskler ve postoperatif enfeksiyonlar görülebilmektedir [15]. Sezaryen operasyonlarında yenidoğan morbiditesinde de artış izlenmektedir. 37 hafta sonrası vaginal doğumlarda, yenidoğan geçici takipnesi ve respiratuar distress sendromu görülme oranı 5.3/1000 iken, travayda olmayan sezaryenlerde bu oran 35.5/1000, travayda olan sezaryen doğumlarda 12.2/1000 olarak saptanmıştır [16]. Medikal gereklilik olmadıkça sezaryenle doğumun riskleri, faydalarından daha fazladır [4]. Üstelik en sık uygulanan bu cerrahi prosedür, medikal kaynakların gereksiz tüketilmesi demektir [4]. Tüm bu nedenlerle diğer ülkelerde de sezaryen oranlarını düşürmeye yönelik sağlık uygulamaları geliştirilmeye başlandı [4]. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) öncülüğü ile sezaryen sonrası vaginal doğuma teşvik edilerek, sezaryen oranları azaltılmaya çalışıldı ancak bu medikal sorumluluk kaygılarını da beraberinde getirdi [4]. Türkiye'de ise Sağlık Bakanlığı, sezaryen oranları artışlarını kamu oyuna basın yoluyla duyurma, konuya duyarlılığı artırma yanı sıra hekimlere yönelik tedbirler uygulama yoluna girdi. Yürürlüğe soktuğu yönetmeliklerle primer sezaryen oranı %15'in üstünde olan hekimin performans katsayısını 1.00'dan 0.85'e düşürme gibi yaptırımlar uyguladı [10].

Çalışmamızda özellikle Sağlık Bakanlığı'na bağlı, ikinci basamak sağlık kuruluşunu

seçmemizin nedeni ortalama yıllık 4.115 doğum sayısı ile, il içinde en yoğun hastane olması ve Bakanlık kararlarından daha çok etkilenmesiydi. Bir başka neden de; üçüncü basamak sağlık kuruluşlarında referans hastane olmaları nedeniyle riskli gebeliklere bağlı, özel hastanelerde de anne isteğine bağlı sezaryen oranlarının kaçınılmaz yüksek olmasıydı [17]. Çalışmamızın kısıtlılığı, 2. basamaktan 3. basamağa yapılan sevkleri değerlendirememiş olmamızdır. Sağlık Bakanlığı'nın 03/05/2011 tarihli "ikinci basamak sağlık kurumlarında görevli personele birim performans katsayısının uygulanmasına dair yönerge"si [10] sonrası performans hak edişlerinde oluşacak kesintiden yada Sağlık Bakanlığı kayıtlarında "yüksek sezaryen oranlarına sahip hekim" olarak görünme, buna bağlı doğabilecek yaptırımlardan çekincelerin oluşması doğaldır. Bu kaygıların, primer sezaryen gerektiren hastaların, 2. basamaktan 3. basamağa sevklerinde artışa neden olup olmadığını, sevk nedenlerine ait verileri sağlıklı elde edemediğimiz için değerlendirilemedik. İl bazında ve her basamak sağlık kuruluşunun verileri değerlendirilerek, sağlık kuruluşlarının sezaryen oranlarını azaltma uygulamalarına karşı tutumlarının daha net değerlendirilebileceğini düşünüyoruz.

Hekim davranışlarında farklılığı sadece performans hak edişlerinde kesinti kaygısı ile açıklamak yetersiz kalır. Hekimlerin, Sağlık Bakanlığı'nın geri bildirimlerine ve gerek basında çıkan, gerekse kongrelerde sıkça dile getirilen sezaryen oranlarında artış tartışmalarına duyarsız kalamamaları beklenen bir yanıttır. Ayrıca Sağlık Bakanlığı'nın halkı duyarlılaştırmaya yönelik yürüttüğü kampanyaların da etkili olduğunu ve gebelerin normal doğum tercihlerinde artışa yol açtığını düşünüyoruz.

Sonuç olarak, Sağlık Bakanlığı tarafından yürütülen uygulamalar, ikinci basamak sağlık kuruluşunda sezaryen oranlarını azaltmada etkili olmuştur. Bu azalmada hekimlerin ve Türk Jinekoloji ve Obstetri Derneği gibi mesleki sivil kuruluşların da etkisi olmuştur. Ancak bu düzenlemelerin üçüncü basamak sağlık kuruluşları ve özel hastanelerde etkisini tespit etmeden, sağlık politikalarının ülke genelinde sezaryen oranlarında düşüşe neden olup olmadığını sağlıklı değerlendirmek mümkün olmayacaktır.

Çıkar ilişkisi: Yazarlar çıkar ilişkisi olmadığını beyan eder.

Kaynaklar

1. Amirikia H, Zarewych B, Evans TN. Caesarean section: a 15 year review of changing incidence, indications, and risks. *Am J Obstet Gynecol* 1981;140:81-90.
2. Taffel SM. Cesarean delivery in the United States, 1990. *Vital Health Stat* 21 1994; 51:1-24.
3. Dickens BM, Cook RJ. The legal effects of fetal monitoring guidelines. *Int J Gynaecol Obstet* 2010;108:170-173.
4. Niino Y. The increasing cesarean rate globally and what we can do about it. *Biosci Trends* 2011;5:139-150.
5. TNSA 2003 Raporu www.hips.hacettepe.edu.tr/pdf/TNSA2003-AnaRapor.pdf
6. TNSA 2003 Raporu www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2008/data/TNSA-2008_ana_Rapor-tr.pdf
7. World Health Organization. Appropriate technology for birth. *Lancet* 1985; 24: 436-437
8. Nilstun T, Habiba M, Lingman G, Saracci R, Da Frè M, Cuttini M. Cesarean delivery on maternal request: can the ethical problem be solved by the principlist approach? *BMC Med Ethics* 2008;9:11.
9. Geidam AD, Audu BM, Kawuwa BM, Obed JY. Rising trend and indications of caesarean section at the university of Maiduguri teaching hospital, Nigeria. *Ann Afr Med* 2009;8:127-132.
10. (03/05/2011 tarihli ve 19882 sayılı Makam Onayı ile 01/05/2011 tarihinden itibaren yürürlüğe giren) İkinci basamak sağlık kurumlarında görevli personele birim performans katsayısının uygulanmasına dair yönerge "Kadın Doğum Branşı Birim Performans Katsayısının Hesaplanması Madde 8". www.kalite.saglik.gov.tr/content/files/mevzuat/performansa_dayali_ek_odeme_sistemi/ibbpyonergerge.pdf
11. Dölen I, Özdeğirmenci Ö. Optimal sezaryen hızı ne olmalıdır Türkiye'de ve dünyada güncel nedir. *TJOD Uzmanlık Sonrası Eğitim Dergisi* 2004;7:113-117.
12. Çağlayan EK, Kara M, Gürel YC. Kliniğimizde üç yıllık sezaryen oranları ve endikasyonları. *J Exp Med* 2010;27:50-53.
13. Yılmaz M, Ünal İ, Kadanalı S. Kliğimizde 2002-2007 yılları arasında sezaryen olan hastaların incelenmesi. *Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 2009 22:104-110.
14. Yalınkaya A, Bayhan G, Kale A, Yayla M. Dicle Üniversitesinde 20 yıllık sezaryen oranı ve endikasyonları. *T Klin J Gynecol Obst* 2003;13:356-360.
15. Muula SD. Ethical and practical consideration of women choosing cesarean section deliveries without "medical indication" in developing countries. *Croat Med J* 2007;48:94-102.
16. Parilla BV, Dooley SL, Jansen RD, Socol ML. Iatrogenic respiratory distress syndrome following elective repeat cesarean delivery. *Obstet Gynecol* 1993;81:392-395.
17. Sıkar D, Yaşar L, Inanç B, Yaşar N. Eski sezaryenli gebelerin demografik özellikleri ve ilk sezaryen endikasyonlarının değerlendirilmesi. *Türk Aile Hek Derg* 2013;17:3-7.