

Kadınların Sezaryen Doğum Tercihleri

Care for Evidence-Based Applications During Pregnancy

Meltem DEMİRGÖZ BAL*, Sema DERELİ YILMAZ**, Nezihe KIZILKAYA BEJİ***

İletişim/Correspondence: Meltem Demirgöz BAL Adres/Adress: Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Tel: +90 338 2262131 Fax: +90 338 2262134 E-mail: meltemdemirgoz@gmail.com

ÖZ

Sezaryen; normal doğum yapmanın önerilmediği ve normal doğumun güvenle tamamlanmasının mümkün olmadığı durumlarda ve doğumu takiben beklenen aşırı maternal ve/veya fetal morbidite riski söz konusu ise uygulanması gereken abdominal doğumdur.

Sezaryen doğumun en önemli endikasyonları; zor doğum, anormal prezentasyon fetal sağlığın güvence altına alınmadığı durumlar ve başarısız induksiyondur. Ancak, yalnızca bu endikasyonlar sezaryen hızının bu denli artmasına yol açmazlar. Dünya Sağlık Örgütü'nün tavsiyesi sezaryen oranlarının %10-15 oranını aşmamasıdır. Ancak birçok ülkede bu sınır kat kat aşılmıştır.

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması sonuçları incelendiğinde; antenatal bakım ve doğum yaptırmanın yıllar içinde belirlenen derecede ebe/hemşirelerden hekimlere geçtiği görülmektedir. Ülkemizdeki mevcut sağlık sisteminde ebe/hemşirelerin etkinliğinin azalması hekimin payını artırarak sezaryen doğum oranını artırmıştır.

Tıbbi nedenler dışında bir endikasyonla sezaryen uygulamak etik değildir. Sezaryen ile doğum cerrahi bir girişim olup tıbbi gerekçelerle yapılması esastır ve vajinal doğumun kesinlikle bir alternatifi değildir. Zorunluluk olmadığı müddetçe rutin sezaryen girişimi etik olmamanın yanı sıra hem içinde ciddi sağlık riskleri barındırmakta hem de maliyeti artırarak ülke ekonomisine yük getirmektedir.

Sezaryen oranlarının düşürülerek normal doğumun teşvik edilmesi gerekliliği, fetomaternal mortalite ve morbidite ve maddi yük açısından yadsınamaz bir gereksinimdir.

Anahtar Kelimeler: Doğum yöntemi, normal doğum, sezaryen.

ABSTRACT

If normal birth is contraindicate and vaginal birth is not safe, there is excess maternal and/or fetal morbidity following the birth, abdominal birth cesarean should be applied.

The most important indication of cesarean birth are distosia, abnormal presentation, fetal health is under risk and the unsuccessful induction. However, only the indication of cesarean section rate of such increase does not lead. WHO recommends not increasing the cesarean ratios up to 10-15%, but many countries are excessive over than those from recommendations.

Turkish Demographic Health Survey results were examined, it can be understood that the antenatal care and making a birth have been transferred mainly from nurses/midwifery to doctors. In our country, the effects of nurses are decreased and doctors are increased that this caused an increase in the ratios of cesarean births in current health system.

It is not ethical to give a birth by cesarean except medical compulsories. It should only be made under medical compulsories and it is not an alternative to vaginal birth. The cesarean birth has increasing medical risks and economical problems. The ratios of cesarean birth should be decreased and normal birth should be increased so that fetomaternal mortality and morbidity will be decreased and the nation economy will have very positive contribution.

Key Words: Method of birth, normal birth, cesarean.

*Yard. Doç. Dr. Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu, **Yard. Doç. Dr. Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, ***Prof. Dr. Nezihe Kızılkaya Beji İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi

Yazının gönderilme tarihi: 09.01.2012

Yazının basım için kabul tarihi: 18.03.2013

GİRİŞ

Yirminci yüzyılın ortalarından itibaren, tıbbi teknolojinin gelişmesi antenatal takipte yeni tanı ve tedavi seçeneklerinin ortaya çıkmasına neden olmuş, bu durum sosyo-ekonomik faktörlerin de etkisiyle sezaryen endikasyonlarının genişlemesi sonucunu doğurmuştur. Sezaryen ilk yapılmaya başlandığında anne adayının hayatını kurtarmak için son çare olarak başvurulmuş bir operasyon iken, sonrasında bebeğin hayatını kurtaracak düşük riskli bir operasyon haline gelmiştir. Ancak, günümüzde tıbbi zorunluluğun dışında “anne adayının istediği ve hekimin işlerini kolaylaştıran” bir operasyon haline almıştır. Bu bağlamda, 1960’lı yıllarda sezaryen endikasyonu olmayan teşhisler, 1980’li yıllarda endikasyon olmaya başlamıştır (Dölen ve Özdeğirmenci 2004).

Amerika Birleşik Devletleri (ABD)’nde 1970’li yıllarda yalnızca %5 olan sezaryen oranı, 1988 yılına gelindiğinde her dört doğumdan biri sezaryen olacak şekilde artış göstermiştir (Gomes, Silva, Bettiol ve Barberi 1999; Peipert, Hogan, Gifford, Chase ve Randall 1999). Bu oran 1988-1996 yılları arasında sabit kalma ve biraz düşme eğilimi gösterse de 2001 yılında %24.5 oranını yakalamış (Chavez, Takahashi, Gregory ve Duroseau 1995; Martin, Hamilton, Ventura, Menacker ve Park 2002; Menacker ve Curtin 2001), 2006 yılında ise %31.1’lere kadar tırmandığı bildirilmiştir (Menacker ve Hamilton 2010). ABD’de 35 yaş üzeri, özel sağlık sigortası olan kadınlarda ve 500’den daha fazla yataklı özel hastanelerde sezaryen oranı daha yüksektir (Norton 1999; Notzon, Cnattingius ve Bergsjö 1994). Arap ülkelerinden Mısır %26.2 ile en yüksek sezaryen doğum oranına sahip iken, %5.3 ile Mauritania en düşük düzeydedir (Handa, Harvey, Fox ve Kjerulff 2004). Mısır, Sudan, Ürdün, Lübnan, Bahreyn ve Katar, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)’nün sezaryen doğum oranının %15 civarında olması gerektiği önerisini aşmış durumdadır. Sezaryen doğum oranı Suriye, Kuveyt ve Tunus’ta %10 ile %15 arasında iken, Gazze ve Yemen’de bu oran %5-6’yı aşmamaktadır (Khawaja, Choueiry ve Jurdi 2009). Kanada’da 1994-1995 yıllarında %18 olan sezaryen oranı, 2000-2001 yılları

rında %22’ye yükselmiştir (Liu ve ark. 2004). Büyük Britanya’da sezaryen oranı 1990 yılında %12.5 iken 1999 yılında %18.3’e tırmanmıştır (Black, Kaye ve Jick 2005). Hindistan’ın kentsel bölgelerinde sezaryen ile gerçekleştirilen doğumların oranı %30’ların üzerindedir. Brezilya ise dünyada yüksek sezaryen oranına sahip ülkelerden biri olup 1996 yılında bu oran %36.4’a ulaşmışken, 2009’da artarak %41.3’e çıkmıştır. Arjantin’de özel hastanelerde gerçekleşen doğumların yarısının sezaryen ile gerçekleştiği bildirilmektedir. Sezaryen oranının yıllara göre değişimi incelendiğinde; Çin’de 1966’da %2.4, 1981’de %20.5, 2009’da %40.5, İtalya’da ise 1980’de %11.1, 1990’da %21.2, 2009’da %37.4 olduğu görülmektedir (Gomes ve ark 1999; Konakçı ve Kılıç 2002; Peipert ve ark 1999; World Health Statistics 2009).

Ülkemizde çeşitli bölgelerde yapılan çalışmalarda sezaryen oranlarının %40 (Konakçı ve Kılıç 2004) ve %50’lere (Yılmaz, İsaoglu ve Kadanalı 2009) kadar çıktığı bildirilmektedir. Veriler yeterli olmasa da tıbbi faktörler hariç eğitim durumu, yaşı ve sosyo-ekonomik durumu yüksek olan ve özel hastanelerde doğum yapan kadınların bu oranları yükselttiği bildirilmektedir (Konakçı ve Kılıç 2002).

DSÖ sezaryen oranları verileri, gelir durumları göz önünde bulundurularak incelendiğinde; düşük gelir düzeyinde %3.5, ortanın altında %18.9, orta üzerinde %29.9, üst gelir düzeyinde ise %26.8 olarak bildirilmiştir (World Health Statistics 2009).

Zorunluluk olmadığı halde rutin sezaryen girişimi etik olmamasının yanı sıra ciddi sağlık sorunlarını bereberinde getirmekte ve doğum maliyetini artırarak ülke ekonomisine yük oluşturmaktadır (Sarowar ve ark. 2010). Sezaryen doğum tıbbi bir zorunluluk durumunda anne ve bebek için hayat kurtarıcı olabilir. Ancak, gebeliklerin çoğu için sezaryen doğum, vaginal normal doğumla karşılaştırıldığında, hem anne hem de bebek için avantajlarından çok daha fazla sağlık risklerini barındırmaktadır. Sezaryen doğumda maternal mortalite oranı vaginal doğumdan daha fazladır. Bu oran özellikle az gelişmiş ülkelerde daha da artmak-

tadır (Chi, Whatley, Wilkens ve Potts 1986; Hall ve Bewley 1999; Wen ve ark. 2004).

Etkin olarak sunulan antenetal bakım hizmeti sezaryen doğum isteğini önemli ölçüde azaltabilmektedir. Bu hizmeti almayan anne adayları yanlış inanış ve algılardan dolayı (normal doğumun daha ağırlı olması endişesi, bebeğin doğum esnasında oksijensiz kalma riski düşüncesi, doğum sonrası konforsuz cinsel yaşam vb.) daha çok sezaryen doğum tercih etmektedirler (Janssen, Ryan, Etches, Klein ve Reime 2007; Leslie ve Storton 2007).

Bu derlemedeki amaç ülkemiz ve dünya ülkelerinde sezaryen doğum artışına neden olan faktörleri incelemek ve ebe/hemşirelerin çözüm için katkılarını belirtmektir.

Elektif Sezaryen Doğumun Anne Açısından Riskleri

Anesteziye maruz kalınması ve anestezi komplikasyonları: Planlı vajinal doğumda planlı sezaryene göre daha düşük anestezi komplikasyonları yaşanmaktadır (Lippman 2004).

- Aşırı kanama (hemoraji): Sezaryen, maternal mortalite ve morbiditenin en önemli ve en temel nedeni olan hemorajinin sebeplerindendir. Sezaryen ameliyatına bağlı mortalitenin Amerika'da 41/100.000 olduğu bildirilirken, bu oranın gelişmekte olan ülkelerde 160-220/100.000 olduğu belirtilmiştir (Geoghegan ve ark. 2009).
- Olası mesane, bağırsak ve damar yaralanmaları görülebilir.
- Daha uzun süre hastanede kalma zorunluluğu: Planlı veya plansız sezaryen hastanede kalış süresinin uzamasına ve mali yükün artmasına neden olmaktadır.
- Anne daha geç iyileşmektedir.
- İnfeksiyon oluşma riski: İnfeksiyon oluşma riski vajinal doğumlarda tüm sezaryenlere göre daha düşüktür.
- Hastane infeksiyonlarına bağlı olarak tekrar hastaneye başvuru artmaktadır.

- Takip eden gebelikte plasenta previa riski: Geçirilmiş sezaryeni takip eden gebelikte plasenta previa oranı artmaktadır.
- Sezaryen doğumdan sonra birkaç hafta süren uzamış ağrı görülebilir.
- Sezaryen doğum, annenin bebek ile erken iletişiminin etkilenmesi, engellenmesi ve emzirmenin azalması risklerini taşır.
- Sezaryen esnasında yolunda gitmeyen nedenlerden dolayı sezaryeni takiben histerektomi riski artar.
- Stres üriner inkontinans: Elektif sezaryen sonrası "stres üriner inkontinans" daha az görülmektedir. Sadece forseps uygulamalarında artmış bir risk olmakla birlikte, gebeliğin kendisi de inkontinans için bir risk faktörüdür.
- Obstetrik travmalar planlı sezaryende daha az yaşanmakta ancak bu travmalar iyi bir obstetrik yaklaşımla önlenmektedir.
- Sezaryen doğum ardından yaşanacak gebeliklerde daha fazla risk; majör kanama, ektopik gebelik, plasenta yerleşim anomalileri, uterin skar rüptür riski daha fazladır.
- Sezaryen, gebelik sınırlaması nedeniyle fertilitiyi olumsuz etkilemektedir (Lippman 2004).

Elektif Sezaryen Doğumun Bebek Açısından Riskleri:

- Ciddi solunum problemleri görülebilmekte, sezaryeni takiben neonatal yoğun bakım ünitelerine başvurma oranı artmaktadır (Hansen, Wisborg, Ulbjerg ve Henriksen 2008). Bu nedenle, anne ve bebek ayrı kalmakta, bebek solunum desteğine ihtiyaç duymakta, uygulanan girişimler sonucu bebek ağırlı bir süreç yaşamak zorunda kalmakta, antibiyotik tedavisi ve mekanik ventilasyon desteği gerekmekte ya da pulmoner hava açlığı, dirençli pulmoner hipertansiyon ve hipoksemi gibi çok daha şiddetli komplikasyonlar yaşanabilmektedir (Hansen, Wisborg, Ulbjerg ve Henriksen 2007). Ancak; kesinlikle elektif sezaryen yapılacaksa 39 hafta ve üzerinde yapılması gerektiği belirtilmektedir (Zanardo ve ark. 2007).

- Hastanede kalış süresinin uzaması (Lippman 2004).
- Çocukluk dönemlerinde daha sık astım ve alerjik rinokonjonktivit riski vardır (Renz-Polster ve ark. 2005).
- Çok küçük bir olasılık bile olsa operasyon esnasında bebeği yanlışlıkla kesme riski vardır.
- Bebeğin anne ile daha geç iletişim kurma riski vardır.
- Bebeğin emmenin yararlarını daha az deneyimleme riski (daha geç emme, ağırlı anne nedeniyle daha konforsuz emme, emzirme sıklığının azalması vb.) ile karşı karşıyadır (Lippman 2004).
- Karolinska Enstitüsü'nde yapılan bir araştırmada, sezaryen yönteminin neden olduğu genetik yapıdaki değişimin diyabet, kanser ve astım görülme riskini artırdığı ortaya konmuştur. Araştırmada, normal doğum ve sezaryen doğumla dünyaya gelen çocukların kordondan alınan kan örnekleri laboratuvar ortamında incelenerek her iki gruptaki çocukların eritrositlerinde belirgin farklılıklar olduğu, bu farklılığın da DNA'larda değişime yol açabileceği belirlenmiştir (Schlinzig 2009).

Zorunlu haller dışında rutin olarak uygulandığında zararları yukarıda belirtildiği üzere fazla olan sezaryen doğum, zaman içinde elektif olarak uygulanır hale gelmiş, normal doğumun bir alternatifi gibi sunulmaya başlanmıştır. Tıbbi nedenler dışında herhangi bir endikasyonla sezaryen uygulamak etik değildir. Amerikan Kadın Doğumcular Birliği, yaptığı açıklamada sezaryenlerin kesinlikle isteme bağlı olarak değil, tıbbi nedenlere bağlı yapılması gerektiğini belirtmiştir (ACOG 2003). Sezaryen ile doğum cerrahi bir girişim olup tıbbi gerekçelerle yapılması esastır ve vajinal doğumun kesinlikle bir alternatifi değildir. Bu nedenle, sezaryen planlanırken, operasyonunun gebeye, gebeliğe ve bebeğe özgü yararları ve riskleri göz önünde bulundurulmalıdır (ACOG 2003).

Sezaryen doğumun en önemli endikasyonu zor doğum ve anormal prezentasyondur. Bu endikasyonları, fetal sağlığın güvence altına alınamadığı durumlar ve başarısız induksiyon takip etmektedir. Ancak, yalnızca bu endikasyonlar sezaryen hızının bu denli artmasına yol açmazlar (Clark ve Taffel 1996).

Sezaryen Doğumun Artış Sebepleri

Sezaryen doğumun daha güvenli olduğu düşüncesi hızla artmaktadır.

- Operasyon tekniği ve anestezi yönünden teknik ilerlemeler artmaktadır.
- Perinatal ve maternal mortalite ve morbiditenin daha az olduğu inancı vardır.
- Pelvik relaksasyonun önlenmesi sağlanmaktadır.
- Hekim doğumun zamanlamasını ve doğumun süresini belirleyebilmektedir.
- Gebenin istemi: Bütün sağlık profesyonelleri için üzerinde durulması gereken bir konudur, çünkü antenetal bakım hizmetlerinin iyi uygulandığı Hollanda gibi gelişmiş ülkelerde sezaryen oranlarının düşük olması çarpıcı bir durumdur. Gelişmiş ülkelerde optimal antenetal bakım hizmeti sunulmakta ve kadın prekonsepsiyonel dönemden doğum sonu döneme kadar nitelikli ve kaliteli bakım, izlem, eğitim ve danışmanlık hizmeti almaktadır. Bu yaklaşım da sezaryen oranlarının DSÖ'nün önerdiği oranlarda kalmasını sağlamaktadır. Gamble ve Creedy (2000)'nin sezaryende gebe istemini değerlendirmek amacıyla 9 araştırma inceleyerek yaptıkları metaanalizde, sadece önceki veya şimdiki gebeliğinde obstetrik komplikasyon yaşayan az sayıdaki kadının sezaryen istediği sonucuna varılmıştır. Söz konusu araştırmaların çoğunda normal doğum isteyen gebelerin ebe/hemşire tarafından, kaliteli ve nitelikli bir doğum öncesi danışmanlık hizmeti alması son derece dikkat çekici bir bulgudur (Gamble ve Creedy 2000). Kadının sezaryen kararında hekim etkisini araştırmak üzere yapılan bir çalışmada, anne isteminin aslında önemli bir oranda hekim yönlendirmesi olduğu, annelerin öncelikle bebekleri için doğru olan ne ise onun yapılmasını istedikleri saptanmıştır (Burns, Geller ve Wholey 1995). Donati, Grandolfo ve Andreozzi (2003)'nin kadınların bir sonraki doğum şekli tercihini inceledikleri araştırmalarında vajinal doğum yapan kadınların %90'ı bir sonraki doğumda tekrar vajinal doğumu istemiş, sezaryen olanların ise %77'si bir sonraki doğumda vajinal doğum istemiştir. Ülkemizde Balcı, Gün

- ve Özçelik (2005)'in çalışmasında vajinal doğum yapan kadınların %75,6'sı bir sonraki doğum şekli tercihini vajinal doğumdan yana kullanmış, sezaryen olanların ise %9,5'i bir sonraki doğum şeklinin vajinal doğum olmasını istediklerini söylemiştir. Yine ülkemizde yapılan bir başka çalışmada vajinal doğum yapan kadınların bir sonraki doğum şeklinde vajinal doğumu tercih etme oranı %86,9, sezaryen olanların bir sonraki doğumda vajinal doğumu tercih etme oranı %45,4 olarak saptanmıştır (Duman ve ark. 2007).
- Fetal iyilik halini değerlendirmede kullanılan teknolojinin (doppler, NST, fetal monitörizasyon, USG, biyofizik profil vb) gelişmesi: Bu konuda yapılan randomize kontrollü, gözleme dayalı çalışmalar ve metaanalizler göstermiştir ki; intrapartum takipte, düşük riskli grupta devamlı fetal monitörizasyon ile aralıklı fetal dinleme sonuçları açısından anlamlı fark yoktur. Buna ek olarak ilginç olan bir sonuç ta elektronik fetal monitorizasyonun sezaryen oranlarını arttırdığıdır (Wood 2003). Günümüzde fetal monitorizasyon kliniklerde standart olarak uygulanmaktadır. Kanıta dayalı tıp çerçevesinde bu iki uygulama açısından bir fark olmadığı için düşük riskli gebeliklerde aralıklı fetal dinlemenin sezaryen oranlarını düşürebilme olasılığı halen tartışılmaktadır. Ultrasonografi kullanımının yaygın hale gelmesiyle perinatal mortalite ve morbiditede belirgin azalmalar izlense de bu uygulamanın sezaryen oranlarını arttırdığı da bir gerçektir.
 - Malpraktis, medikolegal problemler ve bu nedenlerle müdahaleli doğum komplikasyonlarından kaçınma isteği artmaktadır.
 - Elektif sezaryenin hekim ve sağlık kuruluşu için daha avantajlı olması söz konusudur.
 - Antenatal bakım sırasında yetersiz danışmanlık, destek ve vajinal doğum korkusu ile ilgili eksik yaklaşımlar vardır.
 - Yardımcı üreme tekniklerinde gelişme (IVF, ICSI vb): İnfertilite tedavisindeki gelişmelere bağlı olarak çoğul gebelikler artmıştır. Bu durum medikal endikasyonlu sezaryenleri arttırdığı gibi, çiftlerin daha az riskli olacağı düşüncesiyle sezaryen istemi

de etkili olmaktadır. Ülkemizde yapılan çok merkezli bir çalışmada ikiz gebeliğe sahip olan kadınların %76'sının, üçüz gebeliğe sahip olanların ise %90'ının yardımla üreme teknikleri kullanılarak gebe kaldığı ve ikizlerin %63'ünün, üçüzlerin ise %83'ünün sezaryen doğum ile dünyaya geldiği bildirilmiştir (Yayla ve Baytur 2008).

- Beslenme bozukluğu, aşırı obezite ve sistemik hastalıkları olan riskli gebelerin artması: Gelişmiş ülkelerdeki anne yaşamının ve alışkanlıklarının değişmesi sonucu yağ ve karbonhidrattan zengin gıdalarla beslenmenin artması ve azalmış fiziksel aktivite söz konusudur. Her iki nedende obeziteye yatkınlık ve obezitenin getirdiği diyabet, hipertansiyon gibi sistemik hastalıklar ve distosi nedeniyle yapılan sezaryen oranlarını artırmaktadır (Dölen ve Özdeğirmenci 2004).
- Gebeliğin ileri yaşlara ertelenmesi: Batı ülkelerinde annenin gebelik yaşı büyümüştür. Otuzbeş ve 40 yaş gebeliklerinin oranı belirgin derecede artmaktadır. İleri anne yaşının getirdiği komplikasyonlar nedeniyle sezaryen oranları bu grupta yüksektir (Cleary-Goldman ve ark. 2005).
- Normal doğumda doğum analjezisinin yeterince sağlanamaması nedeniyle kadınlar daha az ağrılı bir işlem tercih etmektedirler.
- Gelir düzeyi arttıkça sezaryen isteme eğilimi artmaktadır.
- Geçirilmiş sezaryenlerin artması: Bu durum ilk kez Edwin B. Cragin tarafından ileri sürülen "bir kez sezaryen, hep sezaryen yaklaşımı" ile ortaya çıkmıştır. O yıllardan bu zamana obstetrik pratikte pek çok ilerleme olmuştur. Günümüzde sezaryen doğumu takiben vaginal doğum uygulamasında, uygun seçilmiş vakalarla %60–80 başarı elde edilebileceği ortaya konmuştur (Villar ve ark. 2006, World Health Statistics 2009).
- Retrospektif değerlendirme yetersizliği bulunmaktadır (Villar ve ark. 2006).
- Pelvik relaksasyondan kaçınma: Spontan vajinal doğumun yıllarca pelvik relaksasyonun etyolojisinde en önemli risk faktörlerinden biri olduğu düşünülmüştür. Fakat yapılan çalışmalarda çok faktörlü bir sorun olduğu anlaşılmış, nulliparlarda ve

hatta neonatal dönemdeki bebeklerde de görülebilen patogenezinde genetik, nörolojik ve yaşa bağlı faktörlerin etkili olabileceği tartışmalarını başlatmıştır (Dölen ve Özdeğirmenci 2004).

- Yetersiz antenatal bakım: Leslie ve Storton'un benzer toplumlardaki gebelere bakım veren ebe ve hekimlerin bakımları karşılaştıran kanıta dayalı çalışmalarında ve Janssen ve diğerlerinin 1060 kadın ile Kanada'da yaptıkları bir diğer çalışmada; ebelerin doğum öncesi dönemde hem daha sık hem de daha uzun süreli gebe ziyareti yaptıkları, prenatal bakım hakkında daha fazla eğitim ve danışmanlık hizmeti sundukları, doğum öncesi ve doğum esnasında görülebilen hipertansiyon insidansının daha düşük olduğu, doğum öncesi dönemde daha az hastaneye başvurmak zorunda kaldıkları, travay induksiyonuna daha az ihtiyaç duyduğu, doğumlarında daha az analjezi ve anesteziye başvurulduğu, ağrıyla baş etmede nonfarmakolojik yöntemlerin daha fazla kullanıldığı, spontan doğum oranlarında artma ve ayrıca sezaryen oranlarında azalma olduğu bildirilmiştir (Janssen ve ark. 2007; Leslie ve Storton 2007). İtalya'da ebe ve kadın doğum hekimlerinin sezaryen konusundaki tutumlarını inceleyen araştırmada, ebelerin %65'i sezaryen oranlarını yüksek bulurken, hekimlerin sadece %34'ü oranların yüksek olduğunu düşünmektedir. Aynı çalışmada ebeler hekimlere göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde sezaryenin yararlı olmadığını savunmaktadır (Davis, Riedmann, Sapiro, Minogue ve Kazer 1994). Yine hekim ve ebe doğumlarını karşılaştıran başka bir çalışma ebelerin yönetimindeki doğumlarda, sezaryen, narkotik analjezi, amniyotomi ve fetal monitorizasyonun daha az kullanılmıştır. Bu girişimlerin azlığı da kadının konforu artırmıştır (Monari, Di Mario, Facchinetti ve Basevi 2008).
- Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması sonuçları incelendiğinde; antenatal bakım, doğum yaptırma ve evde doğum yaptırmanın yıllar içinde belirgin derecede ebe/hemşirelerden alındığı görülmektedir. Ülkemizdeki mevcut sağlık sisteminde ebe/hemşirelerin etkinliğinin azalması, hekimin payını artırarak sezaryen doğum oranını artırmıştır (Hacettepe Nüfus Etütleri Enstitüsü 2009).

SONUÇ VE ÖNERİLER

DSÖ verilerine göre sezaryen oranları zaman içinde istisnalar hariç tüm dünya ülkelerinde belirgin derecede artmış ve DSÖ'nün önerdiği %10-15 oranının kat kat üzerine çıkmıştır. Ülkemizde de son yıllarda bu artış oldukça dikkat çekicidir. Aile hekimliği uygulaması ile ebe/hemşirelerin doğum öncesi ve esnası etkinlikleri azaltılmış ve sadece kayıt tutar hale getirilmiştir. Tek başına olmasa bile bu durum istatistiksel olarak sezaryen oranını artıran faktörlerden biridir. Bu nedenle antenatal takipler sadece aile hekimleri tarafından yapılmayıp, ebe/hemşirelerle olan işbirliği artırılma yoluna gidilmelidir. Sezaryen oranlarının düşürülerek normal doğumun teşvik edilmesi gerekliliği, hem maternal ve fetal mortalite ve morbidite açısından hem de ulusal maddi yük açısından yadsınamaz bir gereksinimdir.

KAYNAKLAR

- ACOG Committee Opinion (2003). Surgery and patient choice: The ethics of decision making. *Obstet Gynecol.*, 102(5 Pt 1): 1101-1106.
- Balcı, E., Gün, D., Özçelik, B. (2005). Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Doğum Polikliniğine başvuran gebelerin sevk ve sağlık ocaklarını kullanma durumu. *Sağlık Bilimleri Derg.*, 14: 91-96.
- Black, C., Kaye, J. A., Jick, H. (2005). Cesarean delivery in the United Kingdom: Time trends in the general practice research database. *Obstet Gynecol.*, 106(1): 151-155.
- Burns, L. R., Geller, S. E., Wholey, D. R. (1995). The effect of physician factors on the cesarean section decision. *Med Care.*, 33(4): 365-382.
- Chavez, G. F., Takahashi, E., Gregory, K., Durose, S. (1995). Rates of caesarian section delivery-United States 1993. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.*, 44: 303-307.
- Chi, I. C., Whatley, A., Wilkens, L., Potts, M. (1986). In-hospital maternal mortality risk by cesarean and vaginal deliveries in two less developed countries-A descriptive study. *Int J Gynaecol Obstet.*, 24(2): 121-131.
- Clark, S. C., Taffel, S. M. (1996). State variation in rates of cesarean and VBAC delivery: 1989 and 1993. *Stat Bull Metrop Insur Co.*, 77(1): 28-36.
- Cleary-Goldman, J. ve ark. (2005). Impact of maternal age on obstetric outcome. *Obstet Gynecol.*, 105: 983-990.

Kadınların Sezaryen Doğum Tercihleri

- Davis, L. G., Riedmann, G. L., Sapiro, M., Minogue, J. P., Kazer, R. R. (1994). Cesarean section rates in low-risk private patients managed by certified nurse-midwives and obstetricians. *J Nurse Midwifery*, 39(2): 91-97.
- Donati, S., Grandolfo, M. E., Andreozzi, S. (2003). Do Italian mothers prefer cesarean delivery?. *Birth*, 30: 89-93.
- Dölen, İ., Özdeğirmenci, Ö. (2004). Optimal sezaryen hızı ne olmalıdır? Türkiye’de ve Dünyada güncel nedir?. *TJOD Uzmanlık Sonrası Eğitim Derg.*, 7: 113-117.
- Duman, Z. ve ark. (2007). Sağlık çalışanlarının normal doğum ve sezaryen ile ilgili düşünceleri. *Perinatoloji Derg.*, 15(1): 7- 11.
- Gamble, J. A., Creedy, D. K. (2000). Women’s request for a cesarean section: A critique of the literature. *Birth*, 27(4): 256-263.
- Geoghegan, J. ve ark.(2009). Cell salvage at cesarean section: the need for an evidence-based approach. *BJOG*,116(6): 743-747.
- Gomes, U. A., Silva, A. A., Bettiol, H., Barbieri, M. A. (1999). Risk factors for the increasing cesarean section rate in Southeast Brazil: A comparison of two birth cohorts, 1978-1979 and 1994. *Int J Epidemiol.*, 28(4): 687-94.
- Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (2009). Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 2008. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı ve TÜBİTAK, Ankara, Türkiye.
- Hall, H. M., Bewley, S. (1999). Maternal mortality and mode of delivery. *Lancet*, 354: 776.
- Handa, V. L., Harvey, L., Fox, H. E., Kjerulff, K. H. (2004). Parity and route of delivery: Does cesarean delivery reduce bladder symptoms later in life?. *Am J Obstet Gynecol.*, 191(2): 463-9.
- Hansen, A. K., Wisborg, K., Ulbjerg, N., Henriksen, T. B. (2007). Elective cesarean section and respiratory morbidity in the term and near-term neonate. *Acta Obstet Gynecol Scand.*, 86: 389-394.
- Hansen, A. K., Wisborg, K., Ulbjerg, N., Henriksen, T. B. (2008). Risk of respiratory morbidity in term infants delivered by elective cesarean section: cohort study. *BMJ*, 336: 85-87.
- Janssen, P. A., Ryan, E. M., Etches, D. J., Klein, M. C., Reime, B. (2007). Outcomes of planned hospital birth attended by midwives compared with physicians in British Columbia. *Birth*, 34(2): 140-147.
- Khawaja, M., Choueiry, N., Jurdi, R. (2009). Hospital-based cesarean section in the Arab region: An overview. *East Mediterr Health J.*, 15(2): 459-469.
- Konakçı, S. K., Kılıç, B. (2002). Sezaryen doğumlar artıyor. *STED*,11(8): 286-288.
- Konakçı, S. K., Kılıç, B. (2004). İzmir’de sezaryen ile doğum oranları ve buna etki eden faktörler. *Jinekoloji-Obstetrik Derg.*, 16(2): 88-95.
- Leslie, S. M., Storton, S. (2007). Appendix: Birth can safely take place at home and in birthing centers. *J Perinat Educ.*, 16(1): 81S-88S.
- Lippman, A. (2004). C-section on demand: not just a matter of choice. *Canadian Women’s Health Network*, 7(2/3): 4, <http://www.cwhn.ca/node/39509> (01.06.2011).
- Liu, S. ve ark. (2004). Recent trends in caesarean delivery rates and indications for caesarean delivery in Canada. *J Obstet Gynaecol Can.*, 26(8): 735-742.
- Martin, J. A., Hamilton, B. E., Ventura, S. J., Menacker, F., Park, M. M. (2002). Births: Final Data for 2000. *National Vital Statistics Reports* 50, 1–102, http://www.cdc.gov/nchs/data/nvsr/nvsr50/nvsr50_05.pdf (23.02.2011)
- Menacker, F., Curtin, S. C. (2001). Trends in cesarean birth and vaginal birth after previous cesarean, 1991–1999. *National Vital Statistics Reports*, 49: 1-16.
- Menacker, F., Hamilton, B. E. (2010). Recent trends in cesarean delivery in the United States. *NCHS Data Brief No.35*, <https://www.gapha.org/wp-content/uploads/2010/03/cesarean.pdf> (23.02.2011).
- Monari, F., Di Mario, S., Facchinetti, F., Basevi, V. (2008). Obstetricians’ and midwives’ attitudes toward cesarean section. *Birth*, 35(2): 129-135.
- Norton, F. C. (1999). International differences in the use of obstetric interventions. *JAMA*, 283: 3286-3291.
- Notzon, F. C., Cnattingius, S., Bergsjö, P. (1994). Cesarean section delivery in the 1980s: International comparison by indication. *Am J Obstet Gynecol.*, 170: 495-504.
- Peipert, J. F., Hogan, J. W., Gifford, D., Chase, E., Randall, R. (1999). Strength of indication for cesarean delivery: comparison of private physician versus resident service labor management. *Am J Obstet Gynecol.*, 181(2): 435-9.
- Renz-Polster, H. ve ark. (2005). Cesarean section delivery and the risk of allergic disorders in childhood. *Clin Exp Allergy*, 35(11): 1466-1472.
- Sarowar, M. G. ve ark. (2010). Calculation of costs of pregnancy- and puerperium-related care: experience from a hospital in a low-income country. *J Health Popul Nutr.*, 28(3): 264-272.
- Schlinzig, A. (2009). Epigenetic modulation at birth - altered DNA-methylation in white blood cells after cesarean section. *Acta Paediatr.*, 98(7): 1096-1099.
- Villar, J. ve ark. (2006). Cesarean delivery rates and pregnancy outcomes: The 2005 WHO global survey on maternal and perinatal health in Latin America. *Lancet*, 367: 1819-29.

Wen, S. W. Ve ark. (2004). Comparison of maternal mortality and morbidity between trial of labor and elective cesarean section among women with previous cesarean delivery. *Am J Obstet Gynecol.*, 191(4): 1263-1269.

Wood, S. H. (2003). Should women be given a choice about fetal assessment in labor?. *MCN Am J Matern Child Nurs.*, 28(5): 292-298.

World Health Statistics 2009. (2009). Health service coverage, 71-81, http://www.who.int/whosis/whostat/EN_WHS09_Full.pdf. (23.02.2011).

Yayla, M., Baytur, Y. (2008). Çok merkezli çoğul gebelik çalışması 1- Epidemiyoloji. *Perinatoloji Derg.*, 16(1): 1-8.

Yılmaz, M., İsaoglu, Ü., Kadanalı, S. (2009). Kliniğimizde 2002-2007 yıllarında sezaryen olan hastaların incelenmesi. *Marmara Medical Journal.*, 22(2): 104-110.

Zanardo, V. ve ark. (2007). Neonatal respiratory morbidity risk and mode of delivery at term: Influence of timing of elective caesarean delivery. *Acta Paediatr.*, 93(5): 643-647.