

Kliniğimiz 2009-2012 Yılları Arasında Saptanan Sezaryen Oranları: Sezaryen Oranlarındaki Artış Kaçınılmaz mı?

A Retrospective Evaluation of Cesaerean Section Rates Performed Between 2009-2012 in Our Clinic: Can the Increase in C-Section Rates be Overcome?

İlknur MUTLU¹, Mehmet Fırat MUTLU², Ahmet DEMİR¹, Tünay EFETÜRK³, Mine KİSELİ⁴

¹ Elazığ Eğitim Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanı, Elazığ, Türkiye

² HRS Kadın Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanı, Ankara, Türkiye

³ Çorum Devlet Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanı, Çorum, Türkiye

⁴ Ufuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanı, Ankara, Türkiye

ÖZET

Amaç: Elazığ Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde 2009 - 2012 yılları arasında yapılan vajinal doğum ile sezaryen doğum oranlarını ve sezaryen endikasyonları incelemek, sezaryen oranlarının artışı bilgisiyle Türkiye gerçeğine katkı sağlamak ve sezaryen oranlarının azaltılabilmesi için çözüm yolları aramaktır.

Yöntemler: Çalışmaya 01.01.2009 ile 31.12.2012 tarihleri arasında Elazığ Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Bölümü'nde doğum yapmış hastalar dahil edilmiştir. Hastaların demografik özellikleri, gravida ve parite durumu, doğum haftası, doğum şekli, sezaryen endikasyonları, doğum ağırlıkları, yenidoğan cinsiyetleri hastane kayıtlarından retrospektif olarak tarandı. Yıllara göre sezaryen oranları ve sezaryen endikasyonları belirlendi.

Bulgular: 2009-2012 yılları arasında gerçekleşen 13874 doğumun %55.6'sı (n=7720) normal spontan vajinal doğum, %44.4'ü (n= 6154) ise sezaryen ile doğum gerçekleşmiştir. Tüm doğumlar içindeki sezaryen endikasyonları incelendiğinde; 2391 (%17.2) hastanın mükerrer sezaryen, 387 (%2.7) hastanın makat prezentasyon, 1067 (%7.6) hastanın baş-pelvis uygunsuzluğu ve 1125 (%8.1) hastanın fetal distress, 279 (%2) hastanın makrozomi, kalan hastaların ise diğer nedenler (plasenta dekolmanı, kordon sarkması, çoğul gebelik, preeklampsi) ile sezaryene alındığı tespit edilmiştir. Yıllara göre sezaryen istatistiği incelendiğinde; 2009 yılında %41.6 (n=1491) hastaya, 2010 yılında %45.7 (n=1739) hastaya, 2011 yılında %43 (n=1499) hastaya ve 2012 yılında %43.7 (n=1225) hastaya sezaryen ile doğum uygulandığı saptanmıştır.

Sonuç: Sezaryen oranlarımızdaki artış dünyadaki ve Türkiye'deki artış oranlarıyla paralellik göstermektedir. Artmış sezaryen oranlarının azaltılması hekim, hasta ve sağlık politikaları belirleyicilerinin işbirliği ile multidisipliner bir yaklaşım gerektiren stratejilere ihtiyaç duymaktadır.

Anahtar Sözcükler: Sezaryen, baş-pelvis uygunsuzluğu, vajinal doğum, endikasyon

Geliş Tarihi: 17.04.2013

Kabul Tarihi: 11.06.2013

ABSTRACT

Objective: The purpose of this study is to investigate the rates of vaginal and Cesarean delivery, to evaluate the indications of Cesarean sections and to see how our rates parallel with the ever increasing percentages of Cesarean sections performed in Turkey. In doing so we aim to find a feasible solution to lower this increase in Cesarean rates.

Methods: Patients that were delivered at Elazığ Research and Training Hospital Gynecology and Obstetrics Department between 01.01.2009 and 31.12.2012 were included. The patients' demographic features, their gravida and parity, mode of delivery, indications of Cesarean sections, the newborns' birth weights and genders were reviewed retrospectively. The rates and the indications of Cesarean sections were evaluated according to year of delivery.

Results: Out of the 13874 deliveries that took place during years 2009 and 2012, the rate of normal spontaneous vaginal birth and cesarean section was 55.6% (n=7720) and 44.4% (n=6154) respectively. When the indications for Cesarean sections were taken into account, it was seen that 2391 (17.2%) of these patients were operated due to a previous Cesarean, 387 (2.7%) were due to breech presentation, 1067 (7.6%) due to cephalopelvic disproportion, 1125 (8.1%) due to fetal distress, 279 (2%) due to macrosomia and remaining patients underwent a Cesarean section for other reasons (abruptio placentae, prolapsed cord, multiple pregnancy, preeclampsia). By analyzing annual Cesarean statistics we determined that 41.6% (n=1491) of patients were delivered by cesarean section in 2009, 45.7% in 2010, 43% (n=1499) in 2011, and 43.7 (n=1225) in 2012.

Conclusion: The increase in Cesarean section rates both in Turkey and worldwide are compatible. Strategies that require a multidisciplinary approach collaborating doctors, patients and health policy authorities have to be implemented immediately in order to decrease the Cesarean rates in Turkey.

Key Words: Cesarean rate, cephalopelvic disproportion, vaginal birth, indication

Received: 04.17.2013

Accepted: 06.11.2013

Yazışma Adresi / Address for Correspondence: Mehmet Fırat Mutlu, HRS Kadın Hastanesi, Güneş Sok No:14 Kavaklıdere, Ankara Tel.+90 532 325 77 90, E posta: firatmutlu78@hotmail.com

©Telif Hakkı 2013 Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi - Makale metnine <http://medicaljournal.gazi.edu.tr/> web adresinden ulaşılabilir.

©Copyright 2013 by Gazi University Medical Faculty - Available on-line at web site <http://medicaljournal.gazi.edu.tr/>

doi: <http://dx.doi.org/10.12996/gmj.2013.11>

GİRİŞ

Sezaryen oranları, özellikle son 10 yılda olmak üzere dünya çapında hızla artış göstermektedir (1-3). Sezaryen, vajinal doğum ile karşılaştırıldığında maternal morbidite, mortalite ve perinatal morbidite riskinde artışı ve ülke bütçesine artan maliyeti de beraberinde getirmektedir (4). Bu nedenle gereksiz yapılan sezaryenleri azaltmaya yönelik programların uygulanması gerekmektedir. Dünya Sağlık Örgütü tarafından sezaryen oranlarının % 10-15 olması önerilirken (5), yapılan çalışmalarda birçok ülkede bu oranın %30'u geçmesi ve ülkemizde de %38'lere ulaşması bu gerekliliği doğrular niteliktedir (1, 6).

Günümüzde çoğul gebeliklerde, makat prezentasyonda ve makrozomide sezaryenin rutin uygulanması, sezaryen sonrası vajinal doğum denenmesi ile ilgili kısıtlamalar, fetal monitorizasyonun yaygın kullanımı, operatif vajinal doğum oranlarının azalması, hastalarda prolapsus ve inkontinans korkusu, maternal popülasyon yaşında artış, anne isteği, malpraktis korkusu ile hekimlerin defansif yaklaşımı sezaryen oranlarının artışına neden olarak gösterilmektedir (1, 2, 6-9). Son yapılan çalışmalar, sezaryen hızındaki artışın %50'sinin primer sezaryen hızındaki artıştan kaynaklandığını göstermektedir (6, 10).

Çalışmamızın amacı hastanemizde 2009-2012 yılları arasında gerçekleştirilen vajinal doğum ve sezaryen endikasyonlarını inceleyerek ülkemizde sezaryen oranlarının azaltılması ile ilgili geliştirilebilecek stratejilere yol göstermektir.

YÖNTEMLER

Çalışmaya 01.01.2009 ile 31.12.2012 tarihleri arasında Elazığ Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Bölümü'nde doğum yapmış 13874 hasta alındı. Hastaların demografik özellikleri, gravida ve parite durumu, doğum haftası, doğum şekli, sezaryen endikasyonları, doğum ağırlıkları, yenidoğan cinsiyetleri hastane kayıtlarından retrospektif olarak tarandı. Yıllara göre sezaryen oranları ve sezaryen endikasyonları belirlendi. Çalışmanın verileri SPSS 13.0 istatistik programı ile analiz edildi.

BULGULAR

Elazığ Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Bölümü'nde 01.01.2009 ile 31.12.2012 tarihleri arasında doğum yapan 13874 hastanın demografik özellikleri değerlendirildiğinde, hastaların ortalama yaş değeri 27.85 ± 5.86 (14-48), ortalama yenidoğan ağırlığı 3350 ± 432.7 (1200-5000) g olarak saptanmıştır. Hastaların ortalama gravida değeri 2.76 ± 0.78 , ortalama parite değeri ise 1.48 ± 0.64 bulunmuştur. Hastaların %55.6'sına (n=7720) normal spontan vajinal doğum, %44.4'üne (n= 6154) ise sezaryen ile doğum gerçekleşmiştir. Dört yıllık süre içerisinde toplam 13874 yenidoğanın 7013'ü erkek, 6861'i kız bebek olarak kayıt edilmiştir.

Tek tek yıllara bakıldığında ise 2009 yılı içerisinde toplam 3581 doğum olmuş, bunların %58.4'ü (n=2090) normal vajinal yolla, %41.6'sı (n=1491) sezaryen ile gerçekleşmiştir. 2010 yılında ise 3806 doğumun %54.3'ü (n=2067) normal vajinal yolla olurken %45.7'si (n=1739) sezaryen ile olmuştur. 2011 yılı incelendiğinde ise %57 oranında (n=1983) normal spontan vajinal doğum ve %43 oranında (n=1499) sezaryen ile doğum olmak üzere toplam 3482 doğum uygulandığı görülmüştür. 2012 yılında da toplam 2805 doğumun %56'sı (n=1580) normal vajinal yolla olurken %43.7'si (n=1225) sezaryen ile olmuştur. Bu veriler Tablo 1'de özetlenmiştir.

Tablo 1. Vajinal ve sezaryen doğumların yıllara göre dağılımı

Yıl	Vajinal Doğum		Sezaryen Doğum		Toplam Doğum	
	N	%	n	%	n	%
2009	2090	58.4	1491	41.6	3581	100
2010	2067	54.3	1739	45.7	3806	100
2011	1983	57.0	1499	43.0	3482	100
2012	1580	56.3	1225	43.7	2805	100

Sezaryen ile doğum yapan hastaların genel istatistiği değerlendirildiğinde 2391 hastanın (%17.2) mükerrer sezaryen, 387 hastanın (%2.7) makat prezentasyon, 1067 hastanın (%7.6) baş-pelvis uygunsuzluğu ve 1125 hastanın (%8.1) fetal distress, 279 hastanın (%2) makrozomi, kalan hastaların ise diğer nedenler ile (plasenta dekolmanı, kordon sarkması, çoğul gebelik, preeklampsi) sezaryene alındığı tespit edilmiştir. Yıllara göre sezaryen istatistiği incelendiğinde; 2009 yılında %41.6 hastaya (n=1491), 2010 yılında %45.7 hastaya (n=1739), 2011 yılında %43 hastaya (n=1499) ve 2012 yılında %43.7 hastaya (n=1225) sezaryen ile doğum uygulandığı saptanmıştır. Sezaryen endikasyonları incelendiğinde 2009 yılında, hastaların %15.7'sine mükerrer sezaryen nedeniyle (n=561), %2.9' una makat prezentasyon (n=103), %8.2'sine baş-pelvis uygunsuzluğu (n=296), %8.5'ine fetal distress (n=306),%1.6'sında makrozomi (n=103) nedeniyle ve %3.5'ine ise diğer nedenlerden dolayı (n=166) (plasenta dekolmanı, kordon sarkması, çoğul gebelik, preeklampsi) sezaryen yapıldığı saptanmıştır. 2010 yılında ise hastaların %15.9'una mükerrer sezaryen (n=606), %2.6'sına makat prezentasyon (n=98), %3.3'üne fetal distress (n=367), %8.6'sına baş-pelvis uygunsuzluğu (n=328), % 2.3'üne makrozomi (n=88) nedeniyle ve % 6.7'sine diğer nedenlerden dolayı (n=252) sezaryen uygulanmıştır. 2011 yılında ise hastaların %19.3'üne mükerrer sezaryen (n=670), %2.7'sine makat prezentasyon (n=95), %7.8'ine baş-pelvis uygunsuzluk (n=270), %6.8'ine fetal distress (n=238), %2.2'sine makrozomi (n=75) nedeniyle ve % 4.2'sine diğer nedenlerden dolayı (n=151) sezaryen uygulanmıştır. 2012 yılında ise hastaların %19.8'ine mükerrer sezaryen (n=554), % 3.2'sine makat prezentasyon (n=91), %6.2' sine baş-pelvis uygunsuzluğu (n=173), %7.6'sına fetal distress (n=214), %2'sine makrozomi (n=57) nedeniyle ve % 3.9'una diğer nedenlerden dolayı (n=136) sezaryen uygulanmıştır. Veriler Tablo 2'de özetlenmiştir. 2009 yılında 17 hasta vakumla doğurtulurken sonraki üç sene de hiç vakumla doğum gerçekleşmemiştir.

Tablo 2. Sezaryen endikasyonlarının yıllara göre dağılımı

Endikasyon	2009 %	2010 %	2011 %	2012 %	Toplam %
Eski sezaryen	15.7	15.9	19.3	19.8	17.2
Baş-pelvis uygunsuzluğu	8.2	8.8	7.8	6.2	7.6
Fetal distress	8.5	9.6	6.8	7.6	8.1
Makat geliş	2.9	2.6	2.7	3.2	2.7
Makrozomi	1.6	2.3	2.2	2	2.0
Diğer	3.5	6.7	4.2	3.9	3.9

TARTIŞMA

Sezaryen oranlarının dünya çapında, özellikle de son 10 yılda artmaya devam etmesi, sezaryen oranının ne olması gerektiği ile ilgili tartışmaları da beraberinde getirmektedir (1, 2). Dünya Sağlık Örgütü tarafından önerilen sezaryen oranı % 10-15 olmasına rağmen 2010 yılında bu oran Amerika Birleşik Devletleri'nde % 32.3, Türkiye'de ise %37.7 bulunmuştur (6). Ülkemizde yapılan çalışmalarda sezaryen hızlarının son yıllarda artarak % 40-50' ye kadar yükseldiği görülmektedir (11, 12). Bizim çalışmamızda da bu sonuçlara benzer şekilde 2009 yılında %41.6 olan sezaryen oranının 2012 yılında %43.7'ye yükseldiği tespit edilmiştir. Primer sezaryen oranlarımız ise 2009 yılında %25.9 iken 2012 yılında %23.9 bulunmuştur. Toplam sezaryen oranının en büyük kısmını primer sezaryen oranı oluşturmaktadır. ABD'de de 1996 yılında oranı % 14.6 olarak tespit edilen primer sezaryen oranı 2007 yılında %61 artış göstererek %23.4'ye yükselmiştir (6). Bu veriler toplam sezaryen oranlarını azaltmak için asıl yapılması gerekenin primer sezaryen oranlarını azaltmak olduğu fikrini doğrulamaktadır. Brennan ve ark. yaptığı çalışmada makat, çoğul gebelik ve preterm doğumların toplam sezaryen oranlarına katkısının her popülasyonda sabit ve rölatif olarak daha az oranda olduğu, ancak sezaryen oranlarına esas katkı yapanın ve oranlar arasındaki varyasyonunun sebebinin term, tekiz, sefalik ve nullipar hastalarda yapılan sezaryenler olduğu sonucuna varmıştır (13). Bu sonuç doğru ve objektif intrapartum yönetimle term, tekiz, sefalik ve nullipar hastalarda sezaryen oranlarının azaltılabileceğini göstermektedir (6,13). Barber ve ark.'ın yaptığı bir çalışmada da primer sezaryen endikasyonları içinde fetal distress %32, ilerlemeyen eylem %18, çoğul gebelik %16, makrozomi şüphesi %10, preeklampsi %10, anne isteği %8, maternal fetal sorunlar %5, diğer obstetrik sorunlar %1 oranında bulunmuştur (6, 10). Çalışmamızda ise primer sezaryen endikasyonları içinde fetal distress %20.5, ilerlemeyen eylem %19.8, makrozomi %3.9, diğer obstetrik sorunlar %11.1 oranında bulunmuştur.

Primer sezaryen oranındaki artış, beraberinde eski sezaryen oranlarında artışı da getirmektedir (6). Kliniğimizde 2009 yılında eski sezaryen oranı %15.7 iken 2012 yılında %19.8'e yükselmiştir. Bu yükselişte daha önce sezaryen geçiren hastalarda vajinal doğumun tercih edilmeyerek rutin olarak sezaryen yapılması önemli rol oynamaktadır. ABD'de yapılan bir çalışmada da sezaryen sonrası normal doğum oranlarının 1996'da %28.3'den 2004 yılında %9.2'ye düşerek %67 oranında azaldığı gösterilmiştir (14). Oysaki daha önce bir kez alt segment transvers uterin kesi ile sezaryen geçirmiş bir hastaya, başka bir kontrendikasyon yoksa, maternal ve perinatal riskler ve yararlar anlatılarak ve aydınlatılmış onam alınarak, devamlı fetal monitorizasyon yapılabilen ve acil sezaryen ekibinin hazır bulunduğu bir ortamda vajinal doğum önerilebilir ve denenebilir (15). Daha önce iki sezaryen geçiren hastalarda bile vajinal doğum denemesinde başarı oranı %71, uterin rüptür oranı %1.36 bulunmuştur. Maternal ve neonatal morbidite oranları ise daha önce bir veya iki kez sezaryen olup vajinal doğum denenen hastalarla üçüncü kez sezaryen olanlarda benzer oranda bulunmuştur (16). Bu sonuç da sezaryen sonrası vajinal doğum denemenin maternal ve neonatal açıdan ek bir risk getirmediğini göstermektedir. Hem hekimlerin hem de hastaların sezaryen sonrası vajinal doğum ile ilgili cesaretlendirilmeleri ve bilgilendirilmeli sezaryen oranlarını azaltacaktır.

Sezaryen oranlarını azaltmak için uygulanması gereken diğer bir strateji de doğum sırasında fetal monitorizasyonun yorumunun doğru yapılmasıdır. Günümüzde fetal monitorizasyonun sensitivitesinin düşük ve güvenilirliğinin az olmasına rağmen yaygın kullanımı, perinatal ve neonatal komplikasyonları azaltmamakla birlikte, fetal distress tanısı ile yapılan sezaryen oranını arttırmaktadır (8). American College of Obstetricians and Gynaecologists (ACOG) düşük riskli hastalarda eylem takibinde latent fazda saatte bir, aktif fazda 15-30 dakikada bir, ikinci evrede ise 5 dakikada bir intermittant fetal oskültasyon yapılmasını önermiştir (8). Devamlı fetal monitorizasyon fetal asidoz için iyi bir prediktör olmayıp, uygulanması cerebral palsy oranlarını değiştirmekte ancak sezaryen oranlarında %66, operatif vajinal doğum oranında %16 artışa neden olmaktadır (17). Fetal monitorizasyonun bir diğer dezavantajı da gözlemciler arası subjektif değerlendirilmesi ve doğum yönetiminde değişkenlik oluşturmaktır (18).

Sürekli fetal monitorizasyon ile ilgili sezaryen oranlarını azaltmak için yapılabilecekler; testin güvenilirliğini arttırmak ve subjektivitesini azaltmak için rehberleri basitleştirmek ve güncellemek, komputeze analiz gibi daha objektif değerlendirme metodları bulmak kategori 2 (intermediate) için back-up testlerini (fetal pulsoksimetre, fetal kan örnekleme, fetal EKG) kullanmak ve sezaryen uygulamak için gerekli eşşi yükselterek yanlış pozitif değerlendirme oranlarını azaltmak olabilir.

Sezaryen oranlarının artışında bir diğer neden de operatif vajinal doğum oranlarının azalmasıdır (9). Kliniğimizde 2009 yılında 17 hasta vakum ile doğurtulmuş ancak sonraki senelerde hiç vakumla doğum yaptırılmamıştır. Oysa forseps veya vakumun doğru kullanımı vajinal doğumun tamamlanmasına güvenilir şekilde yardım etmekte ve eylemin ikinci evresinde ilerlemeyen eylem tanısıyla gereksiz yapılan sezaryenleri engellemektedir (19). Özellikle maternal yorgunluk, ikinci evrenin uzamasına bağlı fetal distress gelişmesi ya da doğumun ikinci evresinde inişin durması halinde doğumu çabuklaştırmak için güvenle kullanılabilir (19, 20). RoyalCollege of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG) vakum uygulamasının başarı oranını %65, forseps uygulamasının başarı oranını %98 olarak vermiştir (21). Kanada'da yapılan bir çalışmada da operatif vajinal doğum denemesinin başarısız olması durumunda sezaryen yapıldığında sezaryen oranının %2'ye kadar düştüğünü göstermektedir. (22). Operatif vajinal doğum, sezaryenle karşılaştırıldığında önemli bir neonatal morbiditeye sebep olmadan daha az maternal mortaliteye yol açmaktadır (9, 23). Uzmanlık eğitimi sırasında ve sonrasında operatif vajinal doğum yöntemleri ile ilgili ciddi eğitim verilmesi, kliniklerde bu konuda uzman hekimler bulunması operatif vajinal doğum oranlarını arttırabilir ve günümüzdeki trendleri değiştirebilir. Barber ve ark.'ı yaptıkları çalışmada eylemdeki hastaların giderek daha büyük kısmının ikinci evreye ulaşmadığını ve ilerlemeyen eylem nedeniyle yapılan sezaryenlerin daha çok birinci evrede (dilatasyon evresi) olduğunu göstermiştir (10). Yapılan çalışmalarda, servikal dilatasyonun 6 cm'den sonra hızlandığı gösterilmiş ve aktif eylemin 6 cm dilatasyondan sonra başlatılması önerilmiştir (24). Bu açıdan bakıldığında operatif vajinal doğum uygulamalarının sezaryen oranlarını azaltabilmesi için eylem yönetimi bir bütün olarak görülmeli ve ortaya çıkan sonuçlar ışığında geliştirilmeli ve güncellenmelidir (10).

Sezaryen oranlarının artışına en büyük katkı günümüzde endikasyonsuz vakalar oluşturmaktadır (25). Avrupa'da birçok ülkede en sık sezaryen endikasyonu doğum korkusu ya da anne isteği olarak tanımlanan psikososyal endikasyondur (26). Anne isteğine bağlı sezaryen oranları İngiltere'de %6-8, ABD'de %11.2, Brezilya'da ise %80 oranındadır. Anne isteğine bağlı sezaryenlerin en önemli iki nedeni vajinal doğum ile ilgili yoğun korku ve planlı bir sezaryenin daha güvenilir olduğu inancıdır (25). Bir diğer neden de anne adaylarının pelvik taban hasarı, üriner inkontinans ve seksüel problem oluşma açısından vajinal doğumun daha riskli olduğunu düşünmeleridir (1, 25). Günümüzde anne adaylarının, doğru bir şekilde bilgilendirildikleri takdirde doğum şeklini tercih etme hakkı desteklenmekte ve eğer obstetrisyen hastanın sezaryenle doğum isteğini uygun bulmuyorsa hastayı sezaryeni gerçekleştirecek başka bir obstetrisyene gönderebilmektedir (2).

Non-medikal sezaryen nedenlerinden biri de malpraktis yasaları ve artan davalar nedeniyle hekimlerin defansif yaklaşımıdır (7). Makat prezentasyonda ve makrozomi şüphesinde de sezaryen tercih edilmesinin en büyük sebebi budur. Bazı hekimler ise etik olmamakla birlikte vajinal doğumu uzun süre takip etmek yerine, hem planlı hem de daha az zaman alan sezaryeni tercih etmektedir. Sezaryen operasyonunun özel ya da sosyal sigorta tarafından karşılanıp karşılanmadığı da sezaryen oranlarını etkileyen bir faktördür. Sezaryenin sağlık sigortası kapsamında olduğu ülkelerde sezaryen oranlarının daha fazla olduğu görülmüştür (3).

Maternal mortalite ve morbidite vajinal doğumlarda sezaryen doğumlara göre daha az bulunmaktadır. Anestezi ve cerrahi komplikasyonlara bağlı bu oranlar sezaryende artmaktadır. Buna bağlı hastanede kalış süreleri uzamakta ve maliyet vajinal doğuma göre iki katına çıkmaktadır (27, 28).

Maternal mortalite ve morbiditeye etkileri ve ülke ekonomisine getirdiği yük düşünüldüğünde, dünyada ve ülkemizde sezaryen oranlarını olması gereken seviyeye düşürmek için birçok çalışma yapılmakta, çözüm bulunmaya çalışılmaktadır.

Çözümüne en büyük katkısı primer sezaryen oranlarının azaltılması sağlayacaktır. Çünkü primer sezaryen oranlarının azalması beraberinde eski sezaryen oranlarının da azalmasını getirecektir. Bu konuda sezaryen sonrası vajinal doğumun yaygınlaştırılması önemli rol oynayacaktır.

Primer sezaryen oranlarını azaltmak için ilerlemeyen eylem, fetal distress tanılarını gibi eylem yönetiminde farklılık oluşturan endikasyonların daha objektif kriterlere oturtulması, tanı kriterlerinin yapılan çalışmalar ışığında güncellenmesi ve kadın doğum hekimleri arasında ortak bir dil oluşturulması gerekmektedir. Makat prezentasyonlarda uygun vakalarda vajinal doğum denenmesi ve operatif vajinal doğum oranının artırılması da primer sezaryenleri azaltacaktır. Anne adaylarının vajinal doğum ve sezaryenin avantajları ve dezavantajları konusunda bilgilendirilmeleri ve vajinal doğum açısından cesaretlendirilmeleri de anne isteğine bağlı sezaryen oranını azaltmada büyük rol oynayacaktır. Hekimlerin endikasyonsuz sezaryen yapmalarının önüne geçebilmek için de malpraktis yasaları düzenlenmeli, dava açılma baskısı ve korkusu olmadan çalışabilecekleri bir ortam oluşturulmalıdır.

SONUÇ

Uygun doğum yönteminin belirlenmesi ve artmış sezaryen oranlarının azaltılması hekim, hasta ve sağlık politikalarının işbirliği ile multidisipliner bir yaklaşım gerektiren stratejilere ihtiyaç duymaktadır.

Çıkar Çatışması

Yazarlar herhangi bir çıkar çatışması bildirmemektedirler.

KAYNAKLAR

1. Declercq E, Young R, Cabral H, Ecker J. Is a rising cesarean delivery rate inevitable? Trends in industrialized countries, 1987 to 2007. *Birth* 2011;38:99-104.
2. Robson M, Hartigan L, Murphy M. Methods of achieving and maintaining an appropriate cesarean section rate. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2013;27:297-308.
3. Long Q, Klemetti R, Wang Y, Tao F, Yan H, Hemminki E. High Caesarean section rate in rural China: is it related to health insurance (New Co-operative Medical Scheme)? *Soc Sci Med* 2012;75:733-7.
4. Güney M, Uzun E, Oral B, Sarıkan , Bayhan G, Mungan T. Kliniğimizde 2001-2005 yılları arasında sezaryen oranı ve endikasyonları. *TJOD* 2006; 3: 4, 249- 54
5. Appropriate technology for birth. *Lancet* 1985;2:436-7.
6. Boyle A, Reddy UM. Epidemiology of cesarean delivery: the scope of the problem. *Semin Perinatol* 2012;36:308-14.
7. Minkoff H. Fear of litigation and cesarean section rates. *Semin Perinatol* 2012;36:390-4.
8. Costantine MM, Saade GR. The first cesarean: role of "fetal distress" diagnosis. *Semin Perinatol* 2012;36:379-83.

9. Gei AF. Prevention of the first cesarean delivery: the role of operative vaginal delivery. *Semin Perinatol* 2012;36:365-73.
10. Barber EL, Lundsberg LS, Belanger K, Pettker CM, Funai EF, Illuzzi JL. Indications contributing to the increasing cesarean delivery rate. *Obstet Gynecol* 2011;118:29-38.
11. Mayda AS, Acehan T, Altın S, Arıcan M, Uzuno_lu MY. Bir üniversite hastanesinde yaptırılan doğumların incelenmesi. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 2006; 5: 408- 15.
12. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 2003. Ankara; Ekim 2004. Sayfa 46-52
13. Brennan DJ, Robson MS, Murphy M, O'Herlihy C. Comparative analysis of international cesarean delivery rates using 10-group classification identifies significant variation in spontaneous labor. *Am J Obstet Gynecol* 2009;201:308 e1-8.
14. MacDorman M, Declercq E, Menacker F. Recent trends and patterns in cesarean and vaginal birth after cesarean (VBAC) deliveries in the United States. *Clin Perinatol* 2011;38:179-92.
15. SOGC clinical practice guidelines. Guidelines for vaginal birth after previous caesarean birth. Number 155 (Replaces guideline Number 147), February 2005. *Int J Gynaecol Obstet* 2005;89:319-31.
16. Tahseen S, Griffiths M. Vaginal birth after two caesarean sections (VBAC-2)-a systematic review with meta-analysis of success rate and adverse outcomes of VBAC-2 versus VBAC-1 and repeat (third) caesarean sections. *BJOG* 2010;117:5-19.
17. Alfirevic Z, Devane D, Gyte GM. Continuous cardiotocography (CTG) as a form of electronic fetal monitoring (EFM) for fetal assessment during labour. *Cochrane Database Syst Rev* 2006:CD006066.
18. Westerhuis ME, van Horen E, Kwee A, van der Tweel I, Visser GH, Moons KG. Inter- and intra-observer agreement of intrapartum ST analysis of the fetal electrocardiogram in women monitored by STAN. *BJOG* 2009;116:545-51.
19. Yeomans ER. Operative vaginal delivery. *Obstet Gynecol* 2010;115:645-53.
20. Towner DR, Ciotti MC. Operative vaginal delivery: a cause of birth injury or is it? *Clin Obstet Gynecol* 2007;50:563-81.
21. Thomas J, Callwood A, Paranjothy S. National Sentinel Caesarean Section Audit: update. *Pract Midwife* 2000;3:20.
22. Baskett TF, Fanning CA, Young DC. A prospective observational study of 1000 vacuum assisted deliveries with the OmniCup device. *J Obstet Gynaecol Can* 2008;30:573-80.
23. Savage W. The rising caesarean section rate: a loss of obstetric skill? *J Obstet Gynaecol* 2007;27:339-46.
24. Zhang J, Landy HJ, Branch DW, Burkman R, Haberman S, Gregory KD et al. Contemporary patterns of spontaneous labor with normal neonatal outcomes. *Obstet Gynecol* 2010;116:1281-7.
25. D'Souza R. Caesarean section on maternal request for non-medical reasons: putting the UK National Institute of Health and Clinical Excellence guidelines in perspective. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2013;27:165-77.
26. Stjernholm YV, Petersson K, Eneroth E. Changed indications for cesarean sections. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2010;89:49-53.
27. Önderoğlu L, Deren Ö, Ayhan A, Gürkan T. Vajinal doğum mu? Sezaryen mi? *Hacettepe Tıp Dergisi* 1999;30:61-5.
28. Bayhan G, Yalınkaya A, Yayla M, Yalınkaya Ö, Erden AC. Kliniğimizde 1995-1999 Yılları arasında yapılan sezaryenlerin ve sezaryen esnasında yapılan diğer Operasyonların değerlendirilmesi. *Medikal Network Klinik Bilimler ve Doktor Dergisi* 2000;6:249-51.