

**T.C.  
SAĞLIK BAKANLIĞI  
BAKIRKÖY DR. SADİ KONUK  
EĞİTİM ve ARAŞTIRMA HASTANESİ  
AİLE HEKİMLİĞİ KOORDİNATÖRÜ ve  
ÇOCUK SAĞLIĞI ve HASTALIKLARI  
KLİNİK ŞEFİ UZM.DR. SAMİ HATİPOĞLU  
KADIN HASTALIKLARI ve DOĞUM  
KLİNİK ŞEFİ DOÇ.DR.KADİR SAVAN**

**HASTANEMİZ ANTENATAL POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN ESKİ  
SEZARYENLİ GEBELERİN DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ ve İLK  
SEZARYEN ENDİKASYONLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ**

**DR.DERYA SIKAR**

**AİLE HEKİMLİĞİ  
UZMANLIK TEZİ**

**İSTANBUL 2007**

## TEŞEKKÜR

*Hastanemizde huzurlu, güvenli ve verimli çalışma ortamı sağlayan Başhekim Sayın Dr.Zafer Çukurova'ya teşekkür ederim.*

*Uzmanlık eğitimim süresince bilgi ve deneyimlerini bana aktaran, davranış ve kişiliğiyle örnek olan, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Klinik Şefi ve Aile Hekimliği Koordinatörü Sayın Hocam Uzm. Dr.Sami Hatipoğlu'na minnet ve şükranlarımı sunarım.*

*Rotasyonlarım sırasında bana bilgi ve deneyimlerini aktaran, Kadın Hastalıkları ve Doğum Klinik Şefi Sayın Doç.Dr.Kadir Savan'a, Genel Cerrahi Klinik Şefi Sayın Prof.Dr.Erşan Aygün'e , Dahiliye Klinik Şefi Doç.Dr.A.Baki Kumbasar'a, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Klinik Şefi Uzm.Dr.Sami Hatipoğlu'na ve Bakırköy Prof.Dr.Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Hastanesi 2.Psikiyatri Klinik Şefi Prof.Dr.Hayrettin Kara'ya teşekkür ve saygılarımı sunarım.*

*Tez çalışmamda yardımlarını esirgemeyen, başta Kadın Hastalıkları ve Doğum Klinik Şefi Sayın Doç.Dr.Kadir Savan , tez danışmanım Uzm.Dr.Levent Yaşar , tez çalışmam esnasında yardımlarını esirgemeyen kardeşim Dr.H.Ediz Sıkar, Dr.Müge Duran ve Çağatay Duran'a ve asistan arkadaşlarıma teşekkür ederim.*

*Hayatımın her anında yanımda olan, aileme minnet ve şükranlarımı sunarım.*

*Dr.Derya Sıkar*

## İÇİNDEKİLER

1.GİRİŞ ve AMAÇ .....	4
2.GENEL BİLGİLER .....	5
2.1.TANIM .....	5
2.2.TARİHÇE .....	5
2.3.SEZARYEN SIKLIĞI .....	6
2.4. SEZARYEN ENDİKASYONLARI .....	9
2.5.KONTRENDİKASYONLAR .....	14
2.6.KOMPLİKASYONLAR .....	14
2.7. DOĞUM TRAVMASI .....	16
2.8.SEZARYEN TİPLERİ .....	16
2.9.POSTMORTEM SEZARYEN DOĞUM .....	17
2.10.POSTPARTUM HİSTEREKTOMİ .....	17
2.11.PERİPARTUM YÖNETİM .....	18
3.MATERYAL ve METOD .....	19
4.BULGULAR .....	20
5.TARTIŞMA .....	34
6.SONUÇ .....	39
7.ÖZET .....	40
8.KAYNAKLAR .....	42
9.EKLER .....	47

## 1.GİRİŞ VE AMAÇ

Son yıllarda sezaryen ile doğum oranı tüm dünyada artış göstermektedir.Bu artışın nedenleri arasında; ilk gebelik yaşının ileri olması, paritenin azalması, ultrasonografi ve fetal monitorizasyonun yaygın olarak kullanılması, yardımcı üreme tekniklerinin yaygın kullanılması, hasta istemi gibi nedenler yer alır(1,2).

World Health Organization(WHO) 2005 verilerine göre sezaryen oranı Amerika Birleşik Devletleri'nde %23, İngiltere'de %21,3, İtalya'da %32, Brezilya'da %38'dir. Gelişmiş ülkeler içinde, en düşük sezaryen oranı Çekoslovakya(%14), Hollanda(%14) ve İsviçre'de(%10) görülmektedir.Ülkemizde ise, Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması 2003 verilerine göre sezaryen oranı %21'dir.Bu sezaryen hızlarının çoğu WHO ve Health People 2000 U.S. tarafından önerilen %15 oranından yüksektir.

Günümüzdeki uygulamalarda sezaryen endikasyonu olarak en sık bildirilen nedenlere bakıldığında; geçirilmiş sezaryen, fetal distres, doğum yolu distosisi, prezantasyon anomalileri(özellikle makat geliş) gibi nedenler ilk sıralarda yer almaktadır(2).

Tıbbi ilerlemeler, cerrahi tekniklerdeki gelişmeler, enfeksiyonla mücadelede başarı, kan transfüzyonu, anesteziadaki gelişmeler ve pek çok etken sayesinde vajinal doğum ile sezaryen doğum arasındaki mortalite ve morbidite farkı azalmıştır.Ancak yine de sezaryen ile doğum, maternal ve perinatal mortalite ve morbiditeyi arttırmaktadır(1).Komplike olmayan vajinal doğum, sezaryen doğuma göre daha güvenilirdir. Bu nedenle, sezaryen üzerinde daha dikkatli düşünülmesi gereken bir konudur.

Bizim çalışmamızın amacı, Bakırköy Dr.Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi(BEAH) Antenatal polikliniğine başvuran eski sezaryenli gebelerin sosyodemografik özelliklerini incelemek, bu popülasyondaki ilk sezaryen endikasyonlarını saptamak, ilk sezaryen endikasyonları açısından özel hastanelerle devlet hastaneleri arasındaki farklılıkları incelemek, ilk sezaryenini özel hastanelerde olan gebelerle devlet hastanelerinde olan gebelerin demografik özellikleri arasındaki farklılıkları araştırmak ve sosyoekonomik faktörlerin sezaryen istemindeki rolünü incelemektir.

## **2.GENEL BİLGİLER**

### **2.1.TANIM:**

Sezaryen ile doğum, fetus, plasenta ve membranların abdominal ve uterus duvarlarındaki insizyon yoluyla doğması şeklinde tanımlanır(2,3).Bu tanım, fetusun sekonder implantasyon sonucu veya uterus rüptürü nedeniyle abdominal boşluktan abdominal insizyon yoluyla alınmasını içermez(2,3).

### **2.2.TARİHÇE:**

Sezaryen teriminin kaynağı hala bilinmemekle beraber bununla ilgili olarak 3 ayrı açıklama ileri sürülmüştür(2):

1-Bunlardan ilki, Julius Caesar'ın bu şekilde doğduğudur.Ancak Caesar'ın annesinin o, imparator olduğunda hala yaşıyor olması ve böyle bir operasyonun 17.yüzyıl sonlarına kadar daima fatal olduğunun bilinmesi bu açıklamanın doğru olmadığını kanıtlamaktadır.

2-Operasyonun isminin Roma Hukukundan türetildiğine çoğunluk tarafından inanılmaktadır(muhtemelen Numa Pompilius'un ortaya koyduğu kanun, M.Ö. 8.yüzyıl). Bu kanuna göre, operasyon gebeliğinin son birkaç haftasında olup ölmek üzere olan kadınlarda bebeği kurtarmak umudu ile yapılabilir.Bu açıklamaya göre, ilk olarak 'lex regia' olarak bilinen bu işlem, daha sonra, 'lex caesarea' olarak adlandırılmıştır.

3-Üçüncü açıklama ise, caesarean kelimesinin Orta Çağda Latince bir fiil olan caedere(kesmek)'den türetildiği şeklindedir.Caesarean terimi için en mantıklı açıklama bu gibi gözükmektedir.

Sezaryende dönüm noktası 1882'de, 28 yaşında bir asistan olan Max Sanger'in Leipzig'de üniversite kliniğinde uterus duvarının dikilmesini ortaya atmasıyla yaşandı. Daha önceleri hasta kanama yada sepsisten ölmekteyken sütür konulması mortaliteyi azalttı.Sanger operasyonu, günümüzde klasik sezaryen olarak bilinir(2).

1876'da Porro, subtotal sezaryen histerektomiye servikal güdüğün marsupiyalizasyonu ile birleştirdi.Böylece, maternal mortalite, dramatik bir şekilde azaldı(2).

1912'de Krönig, aşağı uterus segmentinde vertikal insizyon ile transperitoneal yaklaşımı ortaya attı.1926'da Kerr, yukarı uzanan hilal şeklinde uterus insizyonu önerdi.Bugün Kerr tekniği, en çok uygulanan sezaryen tipidir.Antibiyotik tedavisinin

ve modern kan transfüzyonu tekniklerinin gelişmesi ile sezaryen bugün en güvenilir ve en sık uygulanan major operatif işlemlerden biri haline gelmiştir(3).

### **2.3.SEZARYEN SIKLIĞI:**

1970-1990 yılları arasında sezaryen sıklığı %5'lerden %20-25 düzeylerine çıkmış, 1997'lere kadar inişe geçmişse de bu tarihten itibaren sıklığı tekrardan artmıştır.Bu oranlar ülkeden ülkeye farklılıklar gösterse de sezaryen sıklığı genel olarak tüm dünyada artış göstermiştir(2,3,4,5,6).Optimal sezaryen hızı, altına inildiğinde veya üzerine çıkıldığında maternal ve perinatal mortalite ve morbiditenin yükseleceği kabul edilen rakamdır, World Health Organization ve Healthy People 2000 U.S tarafından %15 olarak benimsenmiştir.Günümüzde pek çok ülkedeki sezaryen hızı bu oranın üzerindedir(Tablo1).

Tablo1:Uluslar arası sezaryen oranları(WHO report 2005)

Ülke	Yıl	Oran
İngiltere	2000	%21,3
İrlanda	2000	%19
ABD	2000	%23
Danimarka	2001	%18
Norveç	2001	%16
Brezilya	1998	%36
Çekoslovakya	2002	%14
İsviçre	2002	%10
Finlandiya	2002	%16
Portekiz	2001	%30
İtalya	1999	%32
Hollanda	2002	%14
Mısır	2000	%11
Kenya	2003	%4
Türkiye	2003	%21

Amerika Birleşik Devletleri'nde sezaryen hızı 2004'te %29'a yükselmiştir(7), bu yüksek oranlar doktorların yanısıra sigorta şirketlerini, ekonomistleri, idarecileri harekete geçirmiş, sezaryen hızlarının düşürülmesi için sağlık politikaları oluşturulmuş, ancak sezaryen oranı istenilen rakamlara indirilememiştir. Amerika Birleşik Devletleri 1995 yılında 2000 yılı için primer sezaryende hedefledikleri hızı %12, geçirilmiş sezaryenlerde ise hedefi %3 olarak belirlese de bu rakamlara ulaşamamıştır(8).

Türkiye'de, Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması 1998 verilerine göre, sezaryen oranı %14 iken, bu oran 2003 verilerine göre %21'e yükselmiştir.

The American College of Obstetricians and Gynecologist'(ACOG)in sezaryen doğum hızları üzerinde çalışan özel hizmet birimi(2000), Birleşik Devletlere yönelik olarak 2010 yılı için iki kıstas önermiştir(2):

1-Tek ve sefalik prezantasyonu olan 37 hafta veya üzerindeki nulliplarlarda %15,5 sezaryen doğum hızı,

2-Tek ve sefalik prezantasyonu olan ve daha önce alt transvers sezaryen olmuş 37 hafta veya üzerindeki kadınlarda %37 sezaryen sonrası vajinal doğum hızı.

Son yıllarda Amerika Birleşik Devletleri'nde sezaryen sonrası vajinal doğum oranlarında gerileme olmuştur.Sezaryen sonrası vajinal doğum oranı 1996'da %28,3 iken bu oran 2003'te %10,6'ya düşmüştür.1996'ya göre %63'lük bir gerileme olmuştur(9).

Sezaryen oranlarındaki artışın nedenleri şöyle sıralanabilir:

-Paritenin azalması, gebe kadınların yaklaşık yarısının nullipar olması, bu kadınlarda sezaryen endikasyonu oluşturabilecek durumların daha fazla görülmesiyle açıklanmaktadır(2).

-Daha yaşlı ve nullipar kadınların sayısının artması; Amerika Bileşik Devletleri'nde 1980-1985 yılları arasında 30 yaş üstü nullipar gebe sayısının %20-25 oranında arttığı saptanmıştır(2,5).

-Elektronik fetal monitorizasyonun 1970'li yıllardan itibaren yaygın olarak kullanılması sezaryen oranlarında artışa yol açmıştır (2,6).Bu konuda yapılan randomize kontrollü, gözleme dayalı çalışmalar ve meta analizler intrapartum takipte, düşük riskli grupta devamlı fetal monitorizasyon ile intermitan oskültasyonun bebek sonuçları

açısından anlamlı bir farkı olmadığını ortaya koymuştur, buna ek olarak diğer bir sonuç fetal monitorizasyonun sezaryen oranlarını arttırdığıdır(6,10)

-Makat gelişi olan vakalarda daha çok sezaryen doğum yaptırma yönünde eğilim olması(5),

-Sezaryen ile doğumun daha güvenli olduğu düşüncesi ve perinatal mortalitenin daha az olduğu inancı bir diğer nedendir(6).

-Son yıllarda, ultrasonografi kullanımının yaygın hale gelmesi de sezaryen doğum oranlarını arttırmıştır.Tahmin edilen fetal ağırlıkta, son trimesterde %15 hata payı olabilmektedir.Fetal makrozomi veya çok düşük doğum ağırlıklı bebek(1500gr'ın altı) terimleri popülasyonlara göre farklılık gösterse de, anne pelvis yapısına göre de doğum şekli değişmektedir.Sadece beklenen doğum ağırlığına göre karar verilmesi sezaryen oranını da arttırmaktadır(6).

-Başka bir neden, infertilite tedavisindeki gelişmeler ve bu gelişmelere bağlı olarak artan çoğul gebeliklerdir.Bu durum, medikal endikasyonlu sezaryenleri arttırdığı gibi, çiftlerin daha az riskli olduğu düşüncesiyle sezaryen istemide, bu artışta etkili olmaktadır(6).

-Vajinal doğum sonrası çıkan problemler nedeniyle hekim hakkında artan soruşturmalar, hukuki kaygılar, sezaryen oranlarını arttırmaktadır(5,6).

-Diğer bir etken, gelişmiş ülkelerdeki anne yaşamının ve alışkanlıklarının değişmesi sonucu yağ ve karbonhidrattan zengin gıdalarla beslenmenin artması ve azalmış fiziksel aktivite sonucunda obesiteye yatkınlık ve obesitenin getirdiği diabet, hipertansiyon gibi sistemik hastalıklar ve distosi nedeniyle yapılan sezaryen oranlarının artmasıdır(6,11).

Sezaryene bağlı maternal mortalite 4-8/10.000 olup vajinal doğuma göre 26 kat fazladır(3).Dünya Sağlık Örgütü'nün 2002 yılında yayınladığı bir raporda, sezaryen ameliyatına bağlı mortalite oranının, Amerika'da 41/100.000, gelişmekte olan ülkelerde ise, 160-220/100.000 olduğu belirtilmiştir(12).

#### **2.4.SEZARYEN ENDİKASYONLARI:**

Genel olarak sezaryen doğumların %85'inden fazlası şu nedenlerle yapılmaktadır:

1-Geçirilmiş sezaryen,

- 2-Doğum yolu distosisi,
- 3-Fetal Distres,
- 4-Makat prezantasyonu(2).

Sezaryen endikasyonlarını bir liste haline getirmek imkansızdır.Bazı endikasyonlar kesindir(Santral Plasenta Previa, aşikar sefalopelvik uygunsuzluk gibi), bazıları da rölatiftir(3).

#### **A-Geçirilmiş Sezaryen:**

Sezaryen sonrası vajinal doğumda, ilk zamanlarda %60-80 oranında başarı elde edilmiştir, ilerleyen zamanlardaki retrospektif kohort çalışmalarda sezaryen sonrası vajinal doğum ile tekrarlayan elektif sezaryenlerin maternal ve fetal güvenilirliği karşılaştırılmış, uterus rüptürünün ve neonatal mortalitenin özellikle prostaglandinlerle indüklenen geçirilmiş sezaryen olgularında elektif tekrarlayan sezaryenlere göre daha fazla olduğu anlaşılmıştır.Bu sonuç da, geçirilmiş sezaryenlerde normal doğum kararı verilecek olguların çok dikkatli seçilmesi gerektiğini ortaya koymuştur.Bu kararı vermede, önceki sezaryenden sonra geçen süre, uterus insizyonun şekli, uterusun tek kat mı, çift kat mı kapatıldığı, sezaryen sonrası normal doğumun indüklenip indüklenmediği önemlidir.Vertikal insizyon, uterusun tek kat kapatılması ve doğumun indüklenmesi rüptür riskini arttırmaktadır(6).Daha önce geçirilmiş bir veya iki alt transvers sezaryen doğum öyküsü, klinik açıdan uygun pelvis, başka uterus skarı veya rüptürünün olmaması, aktif doğum eylemi sırasında monitorizasyon imkanı, gerektiğinde acil sezaryen doğum yaptıracak doktor, personel ve anestezi imkanının olması durumunda vajinal doğum denenebilir(2).

#### **B-Sefalopelvik Uygunsuzluk:**

Fetal başın pelvisten geçemeyecek kadar büyük olduğu duruma denir(3). Sefalopelvik uygunsuzluk bazen doğumun başlamasından önce tespit edilebilir. Eylemin başlaması ve membran rüptüründen sonra 2.fazda 2 saatlik etkin kasılmalara rağmen ilerleme olmamasının görülmesi gerekir. Bu sürede vajinal doğum güvenli değildir, sezaryen doğum gerekir(3).

Pelvis girimi, midpelvis ve pelvis çıkışında uyumsuzluklar olabilir(3).

Pelvik girim uygunsuzluğunun tanısı sıklıkla dikkatli bir pelvik muayene ve X ışını

pelvimetrisiyle konur(3).Anteroposterior çapın 10 cm'in altında ve transvers 12cm'in altında olması durumunda pelvik girimin kontrakte olduğu söylenir.Doğum eylemi öncesinde fetal biparietal çap 9,5-9.8 cm.'ler arasındadır. Dolayısıyla, bazı fetuslerin, anteroposterior çapın 10cm'in altında olduğu bir pelvik girimden geçmeleri mümkün değildir(2).Pelvik girim uygunsuzluğunda, doğumun baŐlamasını beklemek en doğru yoldur, fetus baŐının angaje olmadığı durumlarda, sezaryen endikasyonu vardır(3).

Kontrakte pelvis, anormal prezantasyonların oluŐumunda da önemlidir. Normal nulliplarlarda, termde prezente olan kısım doğum eyleminin başlamasından önce pelvik boŐluĐa iner. Girim önemli derecede kontrakte ise, iniŐ doğum eyleminin başlamasından sonra da gerçekleşmez. Sefalik prezantasyon en sık görülen prezantasyondur fakat fetus baŐı pelvik girim içinde serbestçe yzdĞu veya iliak fossalardan birinde daha lateral konumda durabildiği için çok hafif etkiler fetusun başka bir prezantasyona geçmesini sağlayabilir. Kontrakte pelvise sahip gebelerde, baŐ ve omuz prezantasyonu 3 kat ve kordon prolapsusu ise 4 ile 6 kat daha sık görülür(2).

Midpelvik uygunsuzluk, pelvik girim uygunsuzluğundan daha sık görülür.Zorlu midforseps giriŐimi veya sezaryen doğum gerektiren, fetus baŐının transvers duraklamasının en sık sebebidir. Ortalama midpelvis lmleri Őyledir: transvers (interspinöz) 10,5 cm, anteroposterior(simfizis pubisin alt sınırından 4-5.sakral vertebra bileŐkesine) 11,5 cm, posterior sagittal(interspinöz çizgiden sakrum üzerindeki aynı noktaya) 5cm'dir.Midpelvisin interischial spinöz ve posterior sagittal çapları 13,5 cm ve altına düŐtüĐünde midpelvis kontraksiyonundan bahsedilir.İnterischial çapın 10cm' in altına düŐmesi durumunda midpelvik kontraksiyondan Őphelenilmesine gerek yoktur, 8 cm'in altına düŐmesi halinde midpelvis kontraktürü söz konusudur. Midpelvik uygunsuzlukta, spina ischiadica çok belirgin, pelvik yan duvarlar i bükey veya sakroiliak çentik dardır(2).Sezaryen endikasyonu, sıklıkla doğum eyleminin başlamasından sonra, fetus baŐının halen symphysisin üzerinde olduğu veya verteksin +2 cm'e ilerleyemediği durumda konulur(3).

Pelvik çıkım uygunsuzluğu, interischial tberz çapın 8 cm ve altına düŐmesi olarak tarif edilir, güvenli vajinal doğumun yapılamayacağı durumlarda forseps uygulanabilir(3).

### **C-Uterin Disfonksiyon:**

Serviksin 1 cm/saatlik hızla açılmaması disfonksiyonel eylemi düşündürmelidir. Genellikle oksitosin infüzyonuyla açılma sağlanır, 2-3 saat boyunca herhangi bir değişiklik olmadığı zaman hastanın kliniği yeniden gözden geçirilmeli, sonuç değişmez ise sezaryen uygulanmalıdır(3).

Doğumun aktif fazında oksitosin infüzyonu başlanan gebelerde 12 saat içinde servikal dilatasyonun 4cm ve üzerine çıkamadığı durumda başarısız doğum indüksiyonundan bahsedilir (13).

Son yıllarda distosi nedeniyle çok sık olarak sezaryen yapılmaktadır, distosi doğumun anormal derecede yavaş gelişmesi ile karakterizedir, şu faktörlere bağlı olarak gelişir: **1-uterin disfonksiyon, 2-fetopelvik uygunsuzluk, 3-fetusun yanlış presantasyonu ve aşırı fetal boyut(2).**

### **D- Plasenta Previa:**

Şiddetli uterus kanamalarına yol açabileceğinden sezaryen uygulanmalıdır(3).

### **E-Malpozisyon-Malprezantasyonlar:**

Makat geliş, yüz geliş, alın geliş, birleşik gelişler, transvers duruş, persiste oksiput posterior, persiste oksiput transvers pozisyon bu grupta yer alır(14).

Mentum posterior pozisyonu ve transvers geliş sezaryen için kesin endikasyondur. Alın prezantasyonunda ise oksipital veya mentum anterior pozisyonuna dönüşüm gerçekleşmez ise sezaryen uygulanmalıdır(3).

Makat prezantasyonunda sezaryen doğum kriterleri şunlardır(14,15):

- 1-Fetal ağırlık 3500gr.'ın üzerinde veya 1500gr.'ın altında ise,
- 2-Sefalopelvik uygunsuzluk,
- 3-Fetal başın defleksiyonda veya hiperekstansiyonda olması,
- 4-Yaşlı primigravida(35 yaşın üzerinde),
- 5-Prezente olan kısmın angaje olmaması,
- 6-Kötü obstetrik öykü veya annenin infertilite öyküsü,
- 7-Ayak geliş,
- 8-Fetal monitorizasyonda deselerasyon saptanması,
- 9-25.gebelik haftası ve daha üzerindeki sağlıklı görünen preterm fetusta, annenin aktif

doğum eyleminde olması veya preterm doğum ihtiyacı göstermesi,

10-Uterin disfonksiyon,

11- 12 saat veya daha uzun süre için membran rüptürleri gibi doğum için fetal yada maternal endikasyonların olması.

### **F-Geçirilmiş Omuz Distosisi:**

The American College of Obstetricians and Gynecologist(ACOG) 1997 ve 2000'de omuz distosisi ile ilgili şu görüşlere yer vermiştir:

1-Omuz distosisi vakalarının çoğu önceden tahmin edilemez ve önlenemez çünkü hangi fetusların bu komplikasyonu geliştirebileceğini ortaya çıkaracak bir metod yoktur.

2-Makrozomi tahmin etmek için yapılan ultrason ölçümleri sınırlı bir doğruluğa sahiptir.

3-Şüpheli bir makrozomi nedeniyle planlanan sezaryen doğum mantıklı değildir.

4-Diyabetik olmayanlarda 5000 gram ve diyabetik olanlarda 4500 gramın üzerinde tahmini ağırlığı olan fetuslarda sezaryen doğumu planlanabilir(16).

### **G-Preeklampsi-Eklampsi:**

Rölatif endikasyondur.Sezaryen genellikle, akut fetal distres durumunda, makrozomide veya indüksiyona cevap alınamıyorsa uygulanır(2).

### **H-Kordon Prolapsusu:**

İnternal podolik versiyon, midforseps rotasyon ve diğer operatif teknikler hem anne hem de fetus için sezaryen doğumdan daha risklidir, sezaryen doğum tercih edilmelidir. Vajinal doğum, immatür veya ölü doğum durumunda tercih edilir(15).

### **I-Fetal Distres:**

Akut fetal distres; travay başında, ortasında veya kronik plasenta yetersizliği zemininde aniden gelişir.Fetusa oksijen akışını daraltarak akut fetal distrese yol açan nedenler şunlardır(17, 18):

1-Anneye ait nedenler

a)Uterin hipertoni,

b)Azalmış uterin kan akımı(akut kalp yetersizliği,hipotansiyon, şok)

c)Azalmış kan oksijenizasyonu(hipoksi, hiperkapni)

## 2-Plasenta ve eklerine ait nedenler

- a)Plasenta previa,
- b)Plasenta dekolmanı,
- c)Kordon kompresyonu (düğümler, prolapsus, dolanma),
- d)Plasental yedeklerin yetersizliği (postmatürite, plasentanın erken yaşlanması),
- e)Vasa previa rüptürü.

Fetusun genel durumu kardiyotokografi ile kaydedilen fetal kalp atış hızı trasesi (FHR) ile belirlenir.İntrapartum dönemde fetal kalp atış hızı trasesinin değerlendirilmesinde üç şey göz önüne alınır: Baseline, variabilite, uterus kontraksiyonu ile birlikte fetal kalp hızında görülen değişiklikler.Primer akselerasyonun kaybı, baseline fetal kalp hızına yavaş dönüş, persistan geç deselerasyonlar, deselerasyon sırasında variabilite kaybı, fetal taşikardiyle beraber variabilitenin kaybı, sinusoidal patern, uzamış deselerasyonlar, deselerasyon olmaksızın variabilite yokluğu metabolik asidozu düşündürür(19).

Sürekli nonreaktif seyreden fetal kalp hızı paterni veya hipoksinin başladığını düşündüren durumlarda, öncelikle problemin olası nedeni araştırılmalı (epidural anestezinin neden olduğu hipotansiyon vb.), neden doğrulanmalı (efedrinin hipotansiyona yol açması gibi) ve plasental oksijenizasyonu arttırmak için bazı girişimlerde bulunulmalıdır.Bunun için anne yan yatırılmalı, oksijen maskesi takılmalı ve oksijen verilmeli,hidrate edilmeli, oksitosin infüzyonu durdurulmalı veya azaltılmalıdır(19)

Nonreaktif patern bu önlemlere rağmen devam ederse, spontan oluşan veya uyarı ile oluşturulan akselerasyonlara, fetal kafa derisi PH'ına bakılır veya fetal pulse oksimetri yapılır.Fetal kafa derisi PH'ı 7,20'nin altında ise, fetus asidozdadır, 7,20-7,25'in üzerinde ise fetus asidozda değildir.Spontan oluşan veya uyarı ile oluşturulan akselerasyonlar ise asidozun yokluğunu göstermez.Fetal pulse oksimetri, membran rüptürü olduktan sonra ve serviksin 2-3 cm dilate olduğu durumlarda kullanılır.Oksijen saturasyonu 40-70 arasında ise fetal hipoksi ve asidoz yoktur, 30'un altında ise metabolik asidozdan bahsedilir(19).

Asidozun saptandığı durumda fetus hemen doğurtulmalıdır(19).Fetal durumun akut, endişe verici düzeyde kötüye gitmesi, mümkün olan en kısa sürede sezaryen endikasyonu doğurur.Operasyon kararından sonra, 30 dakika içinde sezaryen doğum başlatılmalıdır(2).

**İ-Diabet, Eritroblastosis ve postterm gebelikte, sezaryen genellikle, akut fetal distres durumunda, makrozomide veya serviks prostağlandilere cevap vermiyorsa uygulanır(3).** Postterm gebelikte 41.gebelik haftasından itibaren doğum indüksiyonu başlanır, indüksiyonun başarısızlığı sezaryen doğumla sonuçlanır(20,21).

**J-Serviks karsinomu:**28.gebelik haftasından sonra, invaziv serviks karsinomu tanısı konulursa, sezaryen uygulanır(3).

### **K-Servikal Distosi:**

Servikal konizasyon, koterizasyon sonrası gelişen servikal skar veya serviksin efasmanını sağlayan konnektif dokunun kaybı sonucunda meydana gelir.Sezaryen, serviksin rijit olduğu ve etkin 1.evre kasılmalarına rağmen servikte 3-4cm.'den fazla dilatasyonun gözlenemediği durumlarda yapılır(3).

### **L-Ablasyo Plasenta**

### **M-Diğerleri:**

Aktif genital herpes, doğum yolunu kaplayan tümörler, ağır kalp hastalıkları, vajinal plastik operasyonlar.İnvitrofertilizasyon(İVF) yüksek oranlarda sezaryenle sonuçlanır ancak İVF bir sezaryen endikasyonu değildir(3).

## **2.5.KONTRENDİKASYONLAR:**

En önemli kontrendikasyonu uygun bir endikasyonun olmayışıdır. Karın duvarının piyojenik enfeksiyonları, anormal yada ölü fetus, uygun koşulların bulunmayışı da diğer kontrendikasyonları oluşturur(3).

## **2.6.KOMPLİKASYONLAR:**

Sezaryenle doğumun riskleri şu şekilde sıralanabilir(6):

### **A-Erken Dönem:**

- 1-Anestezi riskleri,
- 2-Kan kaybı,
- 3-Mesane ve barsak yaralanmaları,
- 4-Amnion embolisi,
- 5-Bebeğin yaralanması(%1)

### **B-Postoperatif Dönem:**

- 1-Enfeksiyon,
- 2-Kanama,
- 3-Neonatal Respiratuar Distres Sendromu,

C-Sonraki Gebelik Dönemi:

- 1-Plasenta Previa,
- 2-Uterus Rüptürü,
- 3-Tekrarlayan sezaryen riskleri,

D-Diğer

- 1-Adezyonlara bağlı infertilite,
- 2-Barsak obstruksiyonu,
- 3-Kronik pelvik ağrı

Sezaryenle ilgili maternal ölüm hızı değişkenlik gösterir.Hiç mortalite görülmeyen büyük seriler yanında 1-2/1000 mortalite hızı olan seriler de vardır.Maternal mortalitenin büyük bölümü elektif sezaryenlerden çok acil sezaryen gerektiren durumlara aittir(2,6).

Yanlış cerrahi teknik veya anestezi, hemostazın sağlanamaması, yetersiz kan tranfüzyonu, enfeksiyon tedavisinin doğru olmayışı veya hatalı kan transfüzyonu mortalitenin en önemli nedenleridir(2).

Sezaryende maternal morbidite de vajinal doğuma göre belirgin derecede artmıştır. Mesane zedelenmesi 1,4/1000, üreter zedelenmesi 0,3/1000'dir(2).Endometrit, yara yeri enfeksiyonu, operasyona bağlı zedelenme, puerperal ateş, tranfüzyon komplikasyonları, kanama, üriner enfeksiyon, tromboemboli diğer sezaryen komplikasyonlarıdır.Morbidite şişman kadınlarda daha fazladır.Hastanede kalış süresi ve ücreti de sezaryende artmıştır.Hastanede kalış süresiyle komplikasyonlara bağlı rehospitalizasyon arasında ilişki vardır.En uygun kalış süresi 3-5 gündür(2).

Sonraki gebeliklerde uterus skar rüptürü klasik insizyonda %4-9, aşağı transvers insizyonda %0,2-1,5'tur(3).

Komplike olmayan bir multiparda, vajinal doğum, mükerrer elektif sezaryene göre bebek için daha az tehlikelidir.İatrojenik prematürite elektif sezaryenlerin hala önemli bir sorunudur.Yenidoğanda sezaryene bağlı solunum problemlerinin görüldüğü de bilinmektedir(3).Parilla ve arkadaşları, 37.gebelik haftasından sonraki vajinal doğumlar-

da, yenidoğanın geçici takipnesi veya respiratuar distres sendromunun görülme oranının 5,3/1000 , travayda olmayan sezaryenlerde bu oranın 35,5/1000, travayda yapılan sezaryenlerde bu oranın 12,2/1000 olduğunu saptamışlardır(22).

### **2.7.DOĞUM TRAVMASI:**

Her ne kadar sezaryen doğum malprezantasyon durumlarında veya bilinen aşırı fetal ağırlık varlığında, doğum travmasını önlemek için uygulanmakta ise de, bu tip yaralanmalara karşı sezaryen doğumun bir garanti olduğunu kabul etmek yanlış bir yaklaşımdır.Erb paralizisi, kafatası kırıkları ve diğer uzun kemik kırıkları sezaryen ile doğurtulan bebeklerde de görülmüştür(2).

Sezaryen ameliyatı esnasında, dikkatsiz yapılan diseksiyon, derin uterin insüzyon, fetusta özellikle yüzde yanak bölgesinde laserasyonlara neden olabilir.Bu, tüm sezaryenlerin %0,2 ile 0,4'ünde görülür(3).

### **2.8.SEZARYEN TİPLERİ:**

- 1-Klasik sezaryen,
- 2-Aşağı transvers sezaryen,
- 3-Ekstraperitoneal sezaryen

Günümüzde, en sık aşağı transvers sezaryen uygulanmakta, klasik sezaryen ise nadir olarak bazı durumlarda uygulanmaktadır. Klasik sezaryen endikasyonları şunlardır(2):

- a)Eğer alt uterin segment ortaya çıkarılamaz ise veya daha önce geçirilmiş cerrahi operasyon nedeniyle mesanenin sıkıca yapışık olması ve bu nedenle güvenli bir şekilde alt uterin segmente girilemiyorsa veya bir myoma uteri alt uterin segmenti kaplamış ise veya servikste invazif bir karsinoma mevcutsa,
- b)Büyük bir fetus transvers olarak durmakta ise, özellikle membranların rüptüre olup omuzun doğum kanalına sıkıştığı durumlarda,
- c)Anterior yerleşimli bazı plasenta previa vakalarında,
- d)Bazı çok küçük fetus durumlarında, özellikle alt uterin segmentin incelmediği makat prezantasyonlarında,
- e)Bazı masif maternal obesite vakalarında sadece üst uterusu ulaşılabildiği durumlarda.

Aşağı transvers sezaryende insizyon simfizisin 2-3 cm üzerinden yapılır(3).Sefalik prezantasyon için çoğunlukla alt uterin segmente transvers insizyon tercih edilir.

Transvers insizyonun avantajları şunlardır(2):

1-Onarımı daha kolaydır,

2- Bir sonraki gebelikte fetusun karın boşluğuna itilmesi ile rüptür olasılığının en az olduğu bölgede yer alır, bu nedenle sonraki gebelikte uterusun rüptür riski daha azdır.

3-İnsizyon çizgisine kalın bağırsak veya omentumun yapışmasını kolaylaştırıcı bir yöntem değildir.

Ekstraperitoneal sezaryen, 20.yüzyılın ilk yıllarında enfekte uteruslu gebeliklerde kullanılmıştır.Ancak etkili antimikrobiyal ajanların kullanılmasıyla bu tip sezaryene gerek kalmamıştır(2).

## **2.9.POSTMORTEM SEZARYEN DOĞUM:**

Zaman zaman henüz ölmüş veya kısa süre içinde ölmesi beklenen kadınlar üzerinde sezaryen doğum uygulaması yapılmaktadır. Böyle bir durumda bebek açısından tatminkar sonuçlar elde etmek şu faktörlere bağlıdır:

1-Eğer, mümkünse annenin ölümünü önceden tahmin edip ona göre davranmak.

2-Fetusun gestasyon yaşı,

3-Personel ve uygun ekipman bulunabilirliği,

4-Anneye uygulanacak perimortem ventilasyon ve kardiyak masajı ulaşılabilirlik,

5-Hızlı doğum ve efektif neonatal resusitasyon.

Ancak, çok az bebek belirgin bir fiziksel veya entellektüel zarar görmeden yaşayabilmektedir(2),

## **2.10.POSTPARTUM HİSTEREKTOMİ:**

Bazı durumlarda ve genellikle ağır obstetrik hemoraji ile komplike olan durumlarda, postpartum histerektomi hayat kurtarıcıdır. Operasyonların büyük bir kısmı inatçı uterin atoni, uterin insizyon veya plasental implantasyonla ilişkili alt segment kanaması, uterin damarların laserasyonu, büyük myomlar, ağır servikal displazi veya karsinoma insituya bağlı hemorajiyi durdurmak için yapılır.Plasental implantasyon bozuklukları, plasenta previa ve plasenta accreata varyasyonları da dahil olmak üzere, sıklıkla mükerrer sezaryen ile ilişkili olan bu durumlar günümüzde sezaryen histerektominin en yaygın

endikasyonlarıdır(2). Sezaryen histerektomi uygulaması bakımından ana caydırıcı etkenler, kan kaybı ve muhtemel bir üriner sistem hasarı açısından duyulan kaygılardır(2).

### **2.11.PERİPARTUM YÖNETİM:**

Sezaryen yapılacak gebenin operasyon öncesi hematokrit değeri kontrol edilir, indirekt coombs testi pozitif ise yeterli miktarda kan ayırılmalıdır. Operasyondan 1 gün önce bir sedatif (sekobarbital gibi) verilebilir, bunun dışında genel olarak başka bir sedatif, narkotik veya trankilizan bebek doğuncaya kadar verilmez.Oral alım cerrahiden en az 8 saat önce kesilir.Cerrahiden 1 saat önce aspirasyon riskine karşı antiasit verilir. Operasyon öncesi,hastaya %5 dekstroz veya ringer laktat infüzyonu başlanır. Mesaneyeye foley katater yerleştirilmelidir(2).

Operasyon sonrasında vajinadan kanama miktarının takibi, yakın kan basıncı ve idrar çıkış takibi yapılmalıdır.İdrar çıkışı en az 30 ml/saat olmalıdır.İdrar çıkışı 30ml/saatin altına düşerse hasta yeniden değerlendirilmelidir, oligürinin nedeni tanımlanamayan bir kan kaybından, infüze edilen oksitosinin antidiüretik etkisine kadar geniş bir spektrum içinde yer alabilir.Cerrahiden 1 gün sonra rutin olarak hematokrit bakılmalıdır, sıra dışı bir kan kaybı veya oligüri veya hipovolemi düşünülen durumlarda bu kontrol daha erken yapılır.Eğer hematokrit anlamlı düzeyde preoperatif seviyenin altına düşerse, ölçüm tekrarlanır ve bu düşüşün nedenini bulmaya yönelik araştırma yapılır,Eğer düşük hematokrit sabit seyrediyorsa, bir sorun olmadan mobilize edilir.Eğer daha fazla kan kaybı olabileceği düşünülüyor ise kan transfüzyonu yapılır(2).

Komplike olmayan vakalarda katı besinler cerrahiden sekiz saat sonra verilebilir. Hasta cerrahiden sonraki gün iki kez kısa süreli olarak yürütülmelidir, bu şekilde venöz tromboz ve pulmoner embolizm riski azaltılmış olur. İnsizyonun inspeksiyonu her gün yapılmalıdır, cilt sütürleri veya klipsleri cerrahiden sonraki dördüncü gün alınır.Üçüncü postpartum günde duş şeklinde alınacak bir banyo insizyona zarar vermez.Kalın cilt altı dokusu(3 cm ve üstünde) yara enfeksiyonu için risk faktörüdür(2). Riskli gruplara(Erken membran rüptürü, doğum eyleminin uzadığı durumlar, başarısız forseps denemesi, anemik ve şişman gebeler) profilaktik antibiyotik uygulanmalıdır(3). Puerperum sırasında bir komplikasyon yoksa anne genellikle postpartum 3. günde taburcu edilir(3).

### **3.MATERYAL VE METOD**

Bu araştırma kesitsel ve analitik tipte bir araştırmadır.

Ağustos 2006-Mart 2007 tarihleri arasında Bakırköy Dr.Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi antenatal polikliniğine başvuran 476 eski sezaryenli gebe çalışma kapsamına alındı.Çalışmaya, isteğe bağlı sezaryen olanlar ve ilk sezaryen endikasyonunu bilen gebeler dahil edildi.İlk sezaryenini üniversite hastanelerinde olanlar çalışmaya alınmadı.Çalışmaya dahil edilen gebelere anket uygulandı.Anket formu daha önce yapılan çalışmalarda incelenen konular ve konuyla ilişkisi olduğu düşünülen sorular temel alınarak oluşturuldu.Anket öncesi gebelere çalışmanın amacı hakkında bilgi verildi ve onayları alındı.Anket formu araştırmacı tarafından gebelerle yüz yüze görüşülerek dolduruldu. Ankette; gebenin yaşı, obstetrik özgeçmişi, doğduğu bölge, eşiyle akrabalık durumu, çalışma durumu, öğrenim durumu, ilk sezaryen endikasyonu, ilk sezaryenini hangi tür hastanede olduğu ile ilgili sorular yer aldı.Çalışmaya alınan olgular, ilk sezaryenini özel hastanede ve devlet hastanesinde olanlar olarak iki ayrı gruba ayrıldı. Bu iki grubun yaş, gravida, parite, eğitim düzeyi ve çalışma durumları karşılaştırıldı. Ayrıca ilk sezaryen endikasyonları belirlenerek, her iki kurumun (özel/devlet) sezaryen endikasyonları karşılaştırıldı. Bunun dışında ilk sezaryenlerini kendi isteğiyle olan gebelerin yaş, eğitim düzeyi ve çalışma durumu incelenerek bu risk faktörlerinin sezaryen tercihindeki etkileri araştırıldı.

Çalışmada elde edilen bulgular değerlendirilirken, istatistiksel analizler için SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 10.0 programı kullanıldı. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metodların (Ortalama, Standart sapma) yanısıra verilerin karşılaştırılmasında student t testi kullanıldı. Niteliksel verilerin karşılaştırılmasında ise Ki-Kare testi kullanıldı. Sonuçlar %95'lik güven aralığında, anlamlılık  $p<0.05$  düzeyinde değerlendirildi.

## 4.BULGULAR

Çalışma 01.08.2006-01.03.2007 tarihleri arasında Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Hastanesinde toplam 476 olgu üzerinde yapılmıştır.

**Tablo 1: Yaş, doğum yeri, öğrenim durumu, eşiyile akrabalık durumu, çalışma durumuna göre dağılım**

		n	%
Yaş	15-20	8	1,68
	21-25	129	27,10
	26-30	197	41,39
	31-35	108	22,69
	36-40	29	6,09
	41-45	5	1,05
	Öğrenim Durumu	Okuryazar değil	25
İlköğretim		353	74,16
Lise ve üstü		98	20,59
Doğum Bölgeleri	Karadeniz	141	29,62
	İç Anadolu	65	13,66
	Doğu Anadolu	105	22,06
	Güneydoğu Anadolu	75	15,76
	Marmara	59	12,39
	Akdeniz	25	5,25
	Ege	6	1,26
Akrabalık Durumu	Yok	401	84,24
	Var	75	15,76
Çalışma Durumu	Çalışıyor	60	12,61
	Çalışmıyor	416	87,39

Olguların yaş dağılımlarına bakıldığında %1,68'i 15-20, %27,1'i 21-25, %41,39'u 26-30, %22,69'u 31-35, %6,09'u 36-40 ve % 1,05'i 41-45 yaş grupları arasında yer almaktadır.

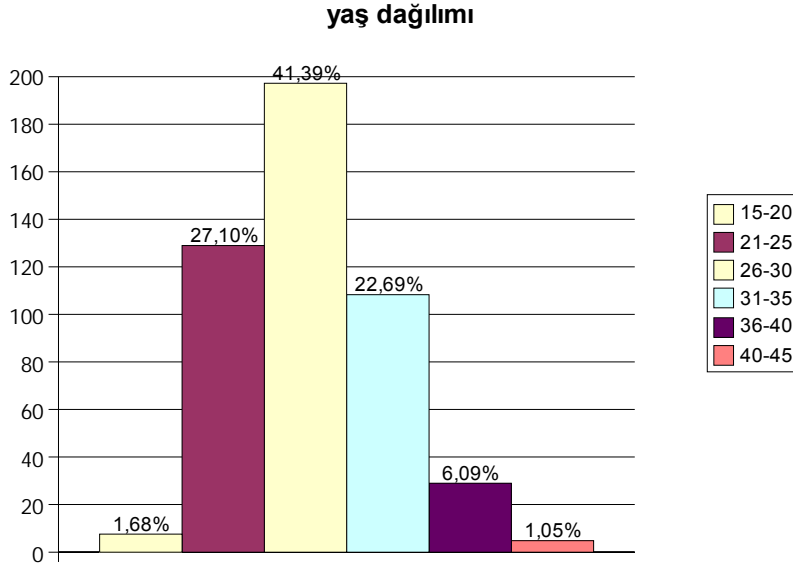
Katılımcıların eğitim düzeyi incelendiğinde, %5,25'inin okur-yazar olmadığı, %74,16'sının ilköğretim mezunu olduğu ve %20,59'unun lise ve üstü düzeyde mezuniyet derecesi olduğu görülmektedir.

Ankete katılan gebelerin doğum yerlerine göre dağılımına bakıldığında; %29,62'si Karadeniz, %13,66'sı İç Anadolu, %22,06'sı Doğu Anadolu , %15,76'sı Güneydoğu

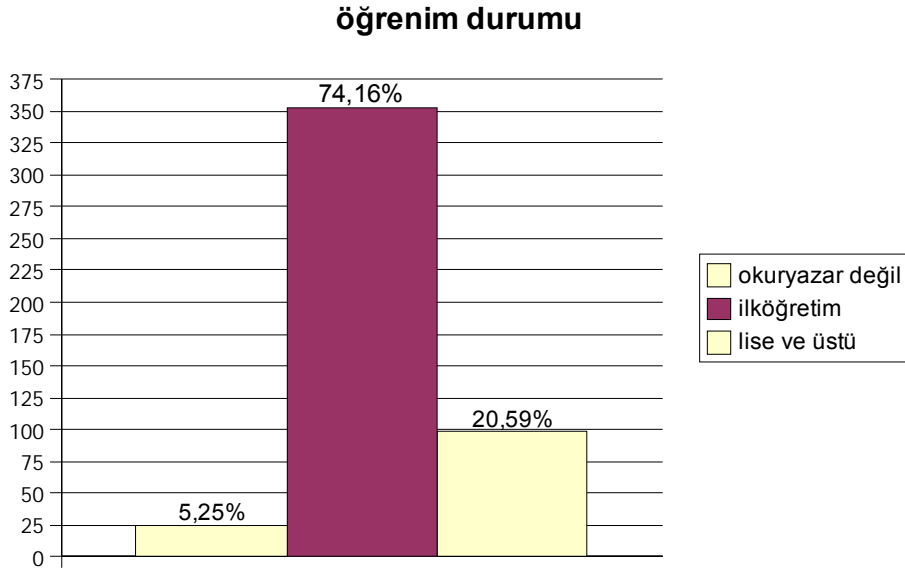
Anadolu, %12,39'u Marmara, %5,25'i Akdeniz, %1,26'sı Ege bölgesinde doğmuştur.

Akraba evliliği durumuna göre dağılıma bakıldığında ise, katılımcı gebelerin %84,23'ü eşleriyle akraba değilken %15,76'sının akraba olduğu gözlenmektedir.

Çalışmaya dahil olan olguların sadece %12,61'i çalışmaktadır.

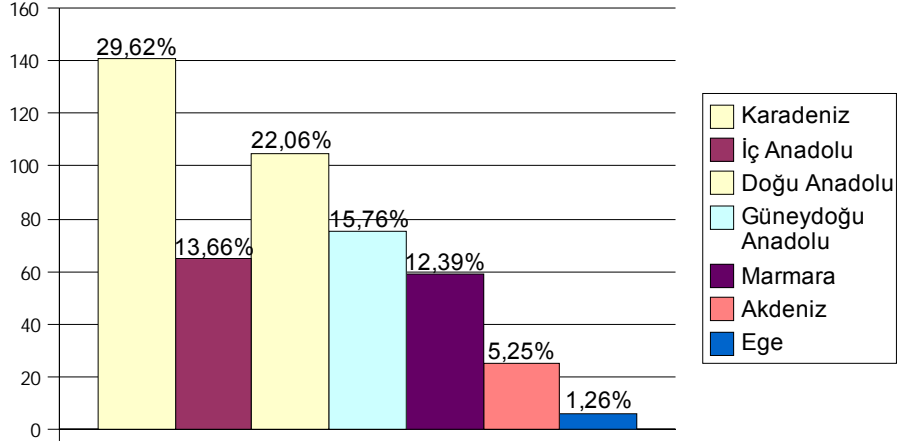


**Şekil 1: Yaş gruplarının dağılım grafiği**



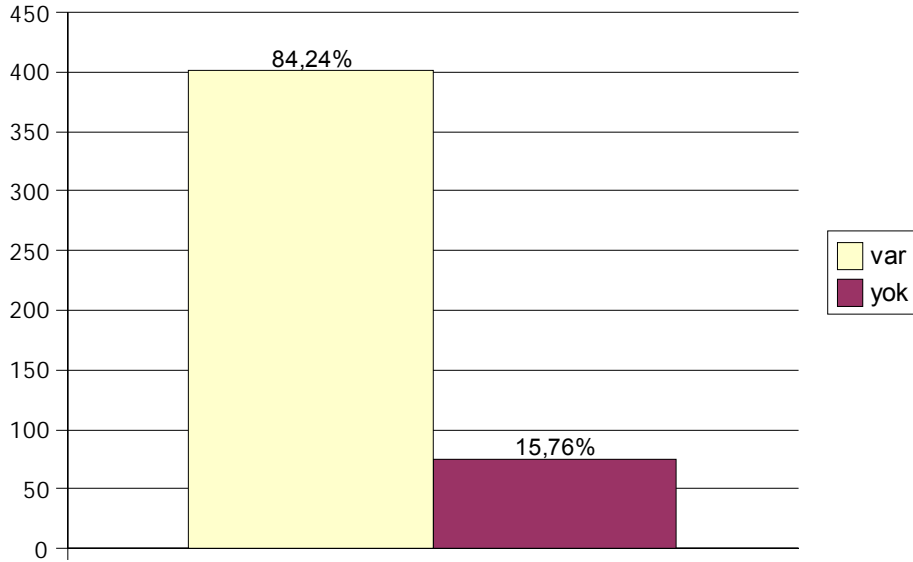
**Şekil 2: Çalışmaya alınan olguların öğrenim durumuna göre dağılımı**

### Doğum Bölgeleri

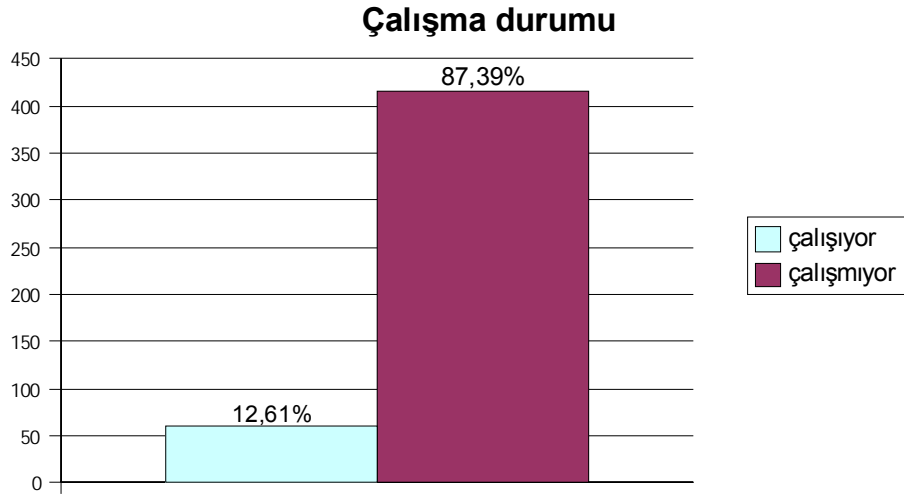


**Şekil3: Çalışmaya alınan olguların doğum yerlerine göre dağılımı**

### akrabalık durumu



**Şekil 4: Çalışmaya alınan olguların eşleriyle akrabalık durumuna göre dağılımı**



**Şekil 5: Çalışmaya alınan olguların çalışma durumuna göre dağılımı**

Katılımcıların gravidalarına göre dağılımı şöyledir; gravidası 2 olanlar %56,5, 3 olanlar %23,3, 4 olanlar %11,3, 5 olanlar %4,8'dir. Geriye kalan grupları da %4'lük bir kısım oluşturmaktadır.

**Tablo2: Çalışmaya alınan olguların gravidalarına göre dağılımı**

	Frekans	%
<b>2,00</b>	269	56,5
<b>3,00</b>	111	23,3
<b>4,00</b>	54	11,3
<b>5,00</b>	23	4,8
<b>6,00</b>	7	1,5
<b>7,00</b>	4	0,8
<b>8,00</b>	2	0,4
<b>9,00</b>	3	0,6
<b>10,00</b>	2	0,4
<b>11,00</b>	1	0,2
<b>Toplam</b>	476	100,0

Katılımcıların paritelerine göre dağılımı şöyledir; paritesi 1 olanlar %68,3, 2 olanlar %25,2, 3 olanlar %4, 4 olanlar %1,5 ve 5 olanlar %0,6'dır.

**Tablo 3:Çalışmaya alınan olguların paritelerine göre dağılımı**

	Frekans	%
<b>1,00</b>	325	68,3
<b>2,00</b>	120	25,2
<b>3,00</b>	19	4,0
<b>4,00</b>	7	1,5
<b>5,00</b>	3	0,6
<b>6,00</b>	1	0,2
<b>8,00</b>	1	0,2
<b>Toplam</b>	476	100,0

**Tablo4:Çalışmaya alınan olguların yaşayan çocuk sayısına göre dağılımı**

	Frekans	%
<b>0,00</b>	6	1,3
<b>1,00</b>	336	70,6
<b>2,00</b>	114	23,9
<b>3,00</b>	14	2,9
<b>4,00</b>	4	0,8
<b>5,00</b>	1	0,2
<b>6,00</b>	1	0,2
<b>Toplam</b>	476	100,0

Ankete katılan sezaryenli gebelerin %1,3'ünün hiç yaşayan çocuğu olmadığı, %70,6'sının 1, %23,9'unun 2, % 2,9'unun 3 ve geri kalan %1,3'ünün ise 4,5 ve 6 çocuğu yaşamaktadır.

**Tablo 5: Olguların yaş, gravida, parite, abortus, küretaj ve yaşayan sayılarının ortalamalarına göre dağılımı**

	<b>Min-Max</b>	<b>Ort±SD</b>	<b>Medyan</b>
<b>Yaş</b>	16-44	28.46±4,67	28
<b>Gravida</b>	2-11	2.85±1.34	2.00
<b>Parite</b>	1-8	1.43±0.79	1.00
<b>Yaşayan</b>	0-6	1.33±0.65	1.00

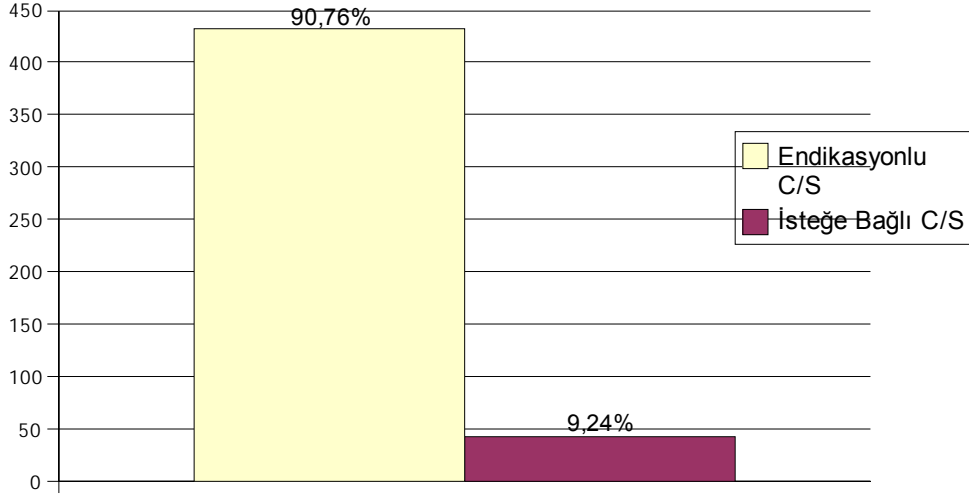
Ankete katılan gebelerin yaşları 16-44 arasında olup, ortalama 28.46±4,67'dir. Gravida 2 ile 11 arasında değişmekte olup ortalama 2.85±1.34'dir; pariteler 1 ile 8 arasında değişmekte olup ortalama 1,43±0.79 ve yaşayan çocuk sayısı 0 ile 6 arasında değişmekte olup ortalama 1.34±0.65'dir.

**Tablo6:Endikasyonlu C/S ve kendi isteğiyle C/S olanların dağılımı**

	<b>Frekans</b>	<b>%</b>
<b>Endikasyonlu</b>	432	90,76
<b>Kendi isteğiyle</b>	44	9,24
<b>Toplam</b>	476	100,0

Katılımcıların %90,76'sı bir endikasyona bağlı olarak sezaryen(C/S) olurken, %9,24'ü ise kendi isteği ile sezaryen olmuştur.

### Kendi isteğiyle C/S Olanlar ve Endikasyonlu C/S olanların Dağılımı



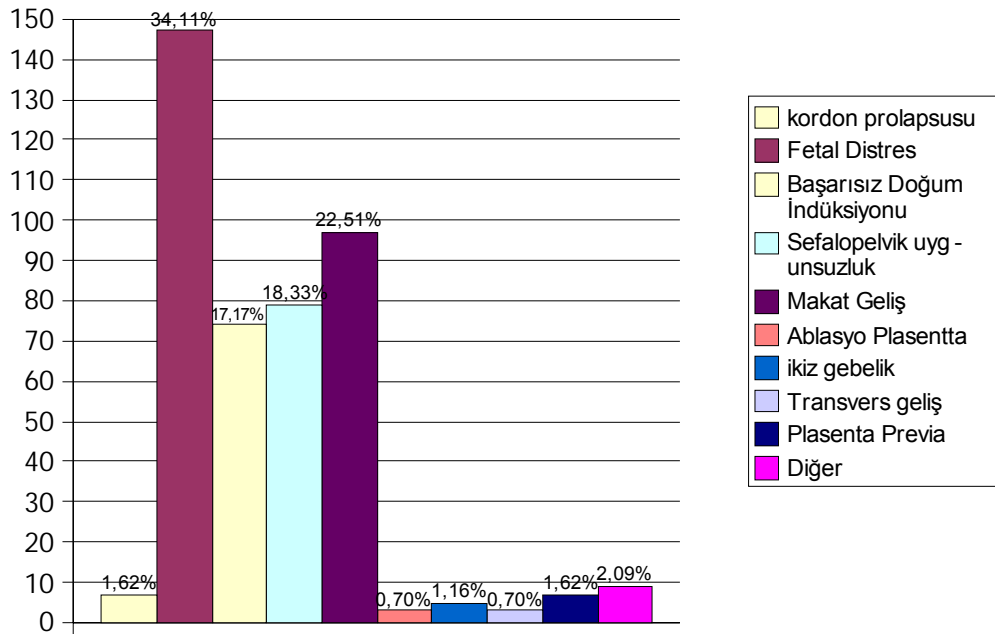
**Şekil 6: Çalışmaya alınan olguların kendi isteğiyle C/S olma durumu ile endikasyonlu C/S olma durumunun dağılımı**

Ankete katılan sezaryenli gebelerin daha önce geçirdikleri sezaryen endikasyonlarının dağılımları şu şekildedir; %1,62'i kordon prolapsusu, %34,11'i fetal distres, % 17,17'si başarısız doğum indüksiyonu, % 18,33'ü sefalopelvik uygunsuzluk, %22,51'i makat geliş, % 0,7'si ablasyo plasenta, %1,16'sı ikiz gebelik, %0,7'si transvers geliş, %1,62'si plasenta previa ve % 2,09'u diğer endikasyonlar şeklindedir. Diğer endikasyonlar içinde; şiddetli mitral yetmezlik(1), vaginismus(1), vaginal septum(1), lomber disk hernisi(2), vulvar kondilom(1), HSV vajinal vesikül(1), uterus bicornis(1), myoma uteri(1) gibi daha nadir nedenler yer aldı.

**Tablo7:Çalışmaya alınan olguların eski sezaryen endikasyonlarına göre dağılımı**

	Frekans	%
Kordon prolapsusu	7	1,62
Fetal distres	147	34,11
Başarısız doğum indüksiyonu	74	17,17
Sefalopelvik uygunsuzluk	79	18,33
Makat geliş	97	22,51
Ablasyo plasenta	3	0,70
İkiz gebelik	5	1,16
Transvers geliş	3	0,70
Plasenta previa	7	1,62
Diğer	9	2,09
<b>Toplam</b>	<b>431</b>	<b>100,0</b>

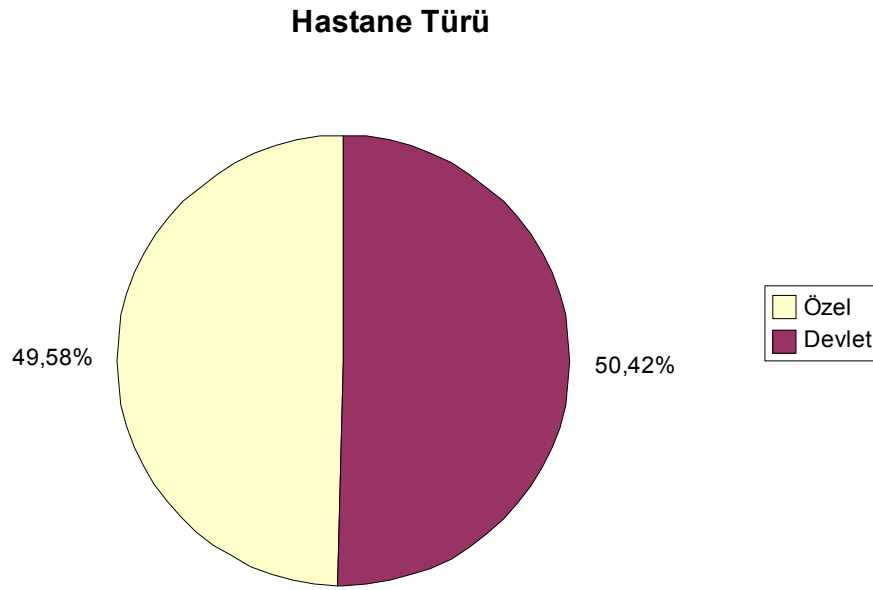
**Gebelerin İlk Sezaryen Endikasyonlarına Göre Dağılımı**



**Şekil 7: Çalışmaya alınan olguların C/S endikasyonlarına göre dağılımı**

**Tablo 8:Çalışmaya alınan olguların ilk sezaryenini oldukları hastane türüne göre dağılımı**

	Frekans	%
Özel	236	49,58
Devlet	240	50,42
Toplam	476	100,0



**Şekil 8: Çalışmaya alınan olguların hastane türüne göre dağılım**

Katılımcıların %49,58'i ilk sezaryenlerini özel hastanede olmuş, %50,42'si ise devlet hastanesinde olmuştur.

Kurumlara göre(Özel hastaneler ve devlet hastaneleri); ilk sezaryen endikasyonları açısından farklılık olup olmadığını ve ilk sezaryenini özel veya devlet hastanelerinde olan eski sezaryenli gebeler arasında yaş, parite, gravida, öğrenim durumları, çalışma durumu açısından bir farklılık olup olmadığını karşılaştırmak amacı ile t-testi uygulanmıştır. T-testi sonuçları aşağıdaki tabloda görülmektedir. T-testinde elde edilen p

kuyruk olasılığı sonucu 0,05'ten büyükse ortalamalar arasında fark yoktur olarak tanımlan Ho hipotezi reddedilemez. Değişkenler arasında fark yoktur denir.

**Tablo9:Kurumlara göre ilk C/S endikasyonlarının değerlendirilmesi ve İlk sezaryenini özel veya devlet hastanelerinde olan eski sezaryenli gebelerin yaş, gravida, parite, öğrenim ve çalışma durumunun değerlendirilmesi**

	t	p kuyruk olasılığı	Alt Limit	Üst Limit
<b>İLK C/S ENDİKASYONU</b>	-2,508	0,012	-0,76283	-0,09258
	-2,522	0,012	-0,76099	-0,09442
<b>YAŞ</b>	0,577	0,564	-0,85964	1,35357
	0,578	0,564	-0,85849	1,35242
<b>PARİTE</b>	1,674	0,095	-0,06569	0,30693
	1,669	0,096	-0,06637	0,30762
<b>GRAVİDA</b>	1,419	0,157	-0,14283	0,49001
	1,416	0,157	-0,14353	0,49070
<b>ÖĞRENİM DURUMU</b>	2,240	0,026	-0,01532	0,21377
	2,239	0,026	-0,01542	0,21386
<b>MESLEK</b>	2,287	0,023	-0,00908	0,14778
	2,282	0,023	-0,00925	0,14795

İlk sezaryenini özel veya devlet hastanelerinde olan eski sezaryenli gebelerin değerlendirilmesinde; yaş (t=0,577; p=0,564>0,05), parite (t=1,674; p=0,095>0,05) ve gravida (t=1,479; p=0,157>0,05) açısından bir farklılık görülmemiştir.Öğrenim durumu (t=2,240; p=0,026<0,05) ve çalışma (t=2,287; p=0,023<0,05) durumu açısından farklılık görülmektedir.Kurumlara göre ilk sezaryen endikasyonu açısından anlamlı farklılık bulunmaktadır(t=4,033; p=0,00<0,05),

Farklılık gösteren durumları tek tek ele alırsak;

Özel hastanelerdeki sezaryen endikasyonlarına baktığımızda, Kordon prolapsusu (%71,4), Fetal distres(% 51,7), Başarısız doğum indüksiyonunun(% 51,4), özel hastanelerde devlet hastanelerinden daha yüksek oranda olduğu gözlenmektedir. Devlet hastanelerinde ise, Sefalopelvik uygunsuzluk (%50,6), Makat geliş (%62,7), Ablasyo plasenta (%66,7), İkiz gebelik (%80), Transvers geliş (%66,7), Plasenta

previa(%71,4) endikasyon olarak daha sık gözlenmektedir.Fetal Distres, Başarısız doğum indüksiyonu, sefalopelvik uygunsuzluk oranları her ne kadar farklılıklar gösterse de her iki grup hastanede bu 3 endikasyonun oranları birbirine yakındır.

**Tablo10:Kurumlara göre ilk sezaryen endikasyonlarının değerlendirilmesi**

		ÖZEL/DEVLET		Toplam	
		Özel	Devlet		
<b>İLK C/S ENDİKASYONU</b>	<b>Kordon prolapsusu</b>	5 71,4%	2 28,6%	7 100,0%	
	<b>Fetal distres</b>	76 51,7%	71 48,3%	147 100,0%	
	<b>Başarısız doğum indüksiyonu</b>	38 51,4%	36 48,6%	74 100,0%	
	<b>Sefalopelvik uygunsuzluk</b>	39 49,4%	40 50,6%	79 100,0%	
	<b>Makat geliş</b>	36 37,1%	61 62,9%	97 100,0%	
	<b>Ablasyo plasenta</b>	1 33,3%	2 66,7%	3 100,0%	
	<b>İkiz gebelik</b>	1 20,0%	4 80,0%	5 100,0%	
	<b>Transvers geliş</b>	1 33,3%	2 66,7%	3 100,0%	
	<b>Plasenta previa</b>	2 28,6%	5 71,4%	7 100,0%	
	<b>diğer</b>	4 44,4%	5 55,6%	9 100,0%	
	<b>Toplam</b>		203 47,1%	228 52,9%	431 100,0%

**Tablo11:İlk sezaryenini özel veya devlet hastanelerinde olan eski sezaryenli gebelerin çalışma durumunun değerlendirilmesi**

		ÖZEL/DEVLET		Toplam
		Özel	Devlet	
<b>MESLEK</b>	<b>Çalışmıyor</b>	198 47,6%	218 52,4%	416 100,0%
	<b>Çalışıyor</b>	38 63,3%	22 36,7%	60 100,0%
<b>Toplam</b>		236 49,6%	240 50,4%	476 100,0%

Özel hastanelerde ilk sezaryenini olan gebelerin %63,3'ü çalışan bayandır. Buradan çalışan bayanların özel hastaneleri daha çok tercih ettiği sonucuna varılabilir.

**Tablo12: İlk sezaryenini özel veya devlet hastanelerinde olan eski sezaryenli gebelerin öğrenim durumunun değerlendirilmesi**

		ÖZEL/DEVLET		Toplam
		Özel	Devlet	
ÖĞRENİM DURUMU	Okuryazar değil	11	14	25
		44,0%	56,0%	100,0%
	İlköğretim	166	187	353
		47,0%	53,0%	100,0%
	Lise ve üstü	59	39	98
		60,2%	39,8%	100,0%
Toplam		236	240	476
		49,6%	50,4%	100,0%

Okur yazar olmayanların %44'ü, İlköğretim mezunlarının %47'si, lise ve üstü eğitim alanların %60,2'si ilk sezaryenlerini özel hastanede yapmışlardır. İlk sezaryenini özel hastanelerde yapan gebelerin eğitim düzeyi daha yüksektir.

**Tablo13: Kurumlara göre İsteğe bağlı C/S ile Endikasyonlu C/S dağılımı**

	ÖZEL/DEVLET		Toplam	p
	Özel( n%)	Devlet( n%)		
Endikasyonlu C/S	203(%47)	229(%53)	432(%100)	0,002*
İsteğe bağlı C/S	33(%75)	11(%25)	44(%100)	
Toplam	236(%49,5)	240(%50,4)	476(%100)	

\*\*p<0.01

Ki kare test kullanıldı

Kurumlara göre İsteğe bağlı C/S ile Endikasyonlu C/S dağılımında istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır (p<0.01); İlk Sezaryeni kendi isteği doğrultusunda yapılan gebelerin %75'i özel hastanelerde sezaryen olmuşlardır.

**Tablo14:Sezaryen isteminde yaş, çalışma ve öğrenim durumunun analizi**

	t	p kuyruk olasılığı	Alt Limit	Üst Limit
<b>YAŞ</b>	-1,785	0,075	-0,56150	0,02699
	-1,898	0,063	-54961	0,01510
<b>ÖĞRENİM DURUMU</b>	-7,304	0,000	-0,67537	-0,38902
	-6,948	0,000	-0,68596	-0,37843
<b>MESLEK</b>	-10,226	0,000	-0,58078	-0,39355
	-6,354	0,000	-0,64153	-0,33280

Sezaryeni kendi isteğiyle yaptırıp yaptırmama durumu ile yaş değişkeni( $t=1,785$ ;  $p=0,075>0,05$ ) arasında bir farklılık yoktur. Bununla beraber bu durum, gebelerin öğrenim ( $t=7,304$ ;  $p=0,000<0,05$ ) ve çalışma ( $t=10,226$ ;  $p=0,000<0,05$ ) durumlarına göre farklılık göstermektedir.

**Tablo 15:Sezaryen isteminde öğrenim durumunun değerlendirilmesi**

		İsteğe bağlı C/S olanlar		Toplam
		Yok	Kendi isteğiyle	
<b>ÖĞRENİM DURUMU</b>	<b>Okuryazar değil</b>	25	0	25
		100,0%	0,0%	100,0%
	<b>İlköğretim</b>	337	16	353
		95,5%	4,5%	100,0%
<b>Lise ve üstü</b>	70	28	98	
	71,4%	28,6%	100,0%	
<b>Toplam</b>		432	44	476
		90,8%	9,2%	100,0%

Okuryazar olmayanların %0'ı, ilköğretim mezunlarının %4,5'i ve lise ve üstü mezunların %28,6'sı kendi isteği ile sezaryen olmuştur. Eğitim seviyesi arttıkça sezaryen isteminde artış gözlenmektedir.

**Tablo16: Sezaryen isteminde çalışma durumunun değerlendirilmesi**

		İsteğe bağlı C/S olanlar		Total
		Yok	kendi isteğiyle	
MESLEK	Çalışmıyor	397	19	416
		95,4%	4,6%	100,0%
	Çalışıyor	35	25	60
		58,3%	41,7%	100,0%
Total		432	44	476
		90,8%	9,2%	100,0%

Çalışmayanların %4,6'sı, çalışanların ise %41,7'si kendi isteğiyle sezaryen olmuştur. Buradan yola çıkarak ekonomik özgürlüğü olanların ve belirli bir eğitime sahip olanların daha çok kendi isteği doğrultusunda hareket ettiği söylenebilir.

## 5.TARTIŞMA

Son yıllarda sezaryen operasyonu reproduktif çağdaki kadınlar arasında en sık yapılan cerrahi girişim olmuştur(23).Pek çok çalışmada sezaryen doğum yapan gebelerin büyük bir kısmının 20-29 yaş grubunda yer aldığı belirtilmiştir(24,25,26). Bizim çalışmamızdaki olguların %68,49'u 20-29 yaş grubunda yer almaktadır.

Çalışmamızda gebelerin yaş ortalaması  $28,46\pm 4,67$ 'dir.Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Doğum Kliniği'nde bu değer  $26\pm 5,7$ (27), Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Doğum Kliniği'nde  $28,06\pm 5,7$ (24), Süleyman Demirel Üniversitesi Kadın Doğum Kliniği'nde  $28,48\pm 5,51$ (28), Lieberman'a göre  $28,48\pm 5,51$  (29), Convey'e göre  $28,5\pm 6,6$ 'dır(30).

Gebelerin %68,3'ü primipar, %1'i grandmultipardır.Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Doğum Kliniği'nde gebelerin %23'ü nullipar, %38'i primipar, %4'ü grandmultipardır(24).Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Doğum Kliniği'nde bu oranlar sırasıyla %25, %45, %2'dir(27).Nullipar olanlar ayrı tutulduğunda büyük çoğunluğun primipar olduğu görülür.Ürdün'de yapılan bir çalışmada primipar gebelerin oranı %51,7 olarak bildirilmiştir(31).

Gebelerin toplam gebelik sayısı  $2,85\pm 1,34$ 'tür.Bu değer Ankara'da  $2,53\pm 1,56$ (32), Gemlik'te  $2,8\pm 1,3$ , Isparta'da  $2,5\pm 1,5$ , Sivas'ta  $3,3\pm 1,9$ 'dur(33).Gebelerin parite ortalaması  $1,43\pm 0,79$ , yaşayan çocuk sayılarının ortalaması  $1,33\pm 0,65$ 'dir.Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması 2003(TNSA 2003) verilerine göre; ülkemizde toplam doğurganlık hızı 2,23, yaşayan çocuk sayılarının ortalaması 2,43'tür.Çalışmamızdaki değerler çalışma esnasında gebe olanlar üzerinde yapıldığı için ülke genelinden düşük görünebilir, bu gebeler doğum yaptıktan sonra ortalamalar yeniden hesaplanacak olursa , değerlerin ülkemizdeki değerlere yakın çıkacağını söyleyebiliriz.

Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması 2003 verilerine göre; sezaryen olan kadınların %7,6'sı okumamış, %44,5'i ilköğretim(ilköğretim 1.kademe ve 2.kademe) , %48,5'i lise ve üzeri eğitim almışlardır.Bizim çalışmamızda, bu oranlar sırasıyla, %5,25, %74,16 ve %20,56'dır.Yine, TNSA 2003 verilerine göre, ülkemizdeki kadınların %27'si çalışmaktadır.Bizim çalışmamızdaki oran oldukça düşük olup %12,61'dir.

Olguların %15,76'sı eşleriyle akraba olup, sonuç ülke geneliyle uyumludur. Haseki

Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Doğum Kliniği'nde bu oran %18(24), Zekai Tahir Burak Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Doğum Kliniği'nde %21(34), Ankara'da %22,6'dır(35). Devlet Planlama Teşkilatının 1992'de yaptığı bir araştırmada bu oran %17 olarak saptanmıştır (34).

Çalışmamızda ilk sezaryen endikasyonlarına baktığımızda ilk 4 sırayı akut fetal distres(%34,11), makat geliş(%22,5), sefalopelvik uygunsuzluk(%18,33), başarısız doğum indüksiyonu(%17,17) almaktadır.Süleyman Demirel Üniversitesi'nde, geçirilmiş sezaryen %27, sefalopelvik uygunsuzluk %24,7, akut fetal distres %22,6, makat geliş %8,3 oranıyla ilk sıralarda yer almaktadır(28).Kahramanmaraş'ta geçirilmiş sezaryen(%47), sefalopelvik uygunsuzluk(%14,3), akut fetal distres(%13,8), makat geliş(%2,9) ilk sıralarda yer almaktadır(36).Amerika Birleşik Devletleri'nde ilk 4 sırada geçirilmiş sezaryen(%35), distosi(%30), makat geliş(%12), akut fetal distres(%9) bulunmaktadır(37).Geçirilmiş sezaryen, ilk sezaryen endikasyonu değildir, bu nedenle ayrı tutulduğunda akut fetal distres, sefalopelvik uygunsuzluk, sefalopelvik uygun-suzluğu da kapsayan anormal doğum durumunu ifade eden distosi, makat geliş ilk sıralarda yer alan endikasyonlar olup bizim çalışmamızdaki bulgular bu sonuçlarla uyumludur.

Çalışmamızda akut fetal distres nedeniyle sezaryen olanların oranı %34,11 olup pek çok çalışma ile genel olarak uyumludur.şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Doğum Kliniği'nde bu oran %21,9(25), Atatürk Üniversitesi'nde %23,4(26), Çin'de %19,4(38), Norveç'te %21,9(39), Pakistan'da %22,18(40), Hindistan'da %33'tür(41).Akut fetal distres, geçirilmiş sezaryenden sonra 2. yada 3.sırada yer almaktadır, geçirilmiş sezaryen ilk sezaryen endikasyonu olmadığı için ayrı tutulduğunda bu oranlar daha yüksek olacaktır.Pek çok araştırmacı, doğum eyleminin takibinde sürekli fetal kalp monitorizasyonunun tek başına kullanılmasının yanlış pozitif fetal distres tanısının konmasına neden olduğunu ve bunun sezaryen oranlarında artışa neden olduğunu bildirmiştir(2,6,10,42,43).Howie ve arkadaşları, yaptıkları çalışmada, sezaryen için düşük riskli grupta yer alan gebelerin bir kısmını sürekli fetal monitorizasyon ile diğer kısmını ise doppler oskültasyonla takip etmiş, fetal monitorizasyon kullanılan gebelerde sezaryen doğum oranının daha yüksek olduğunu, fetal iyilik halini değerlendirmede,

fetal monitorizasyonun doppler oskültasyona göre bir üstünlüğünün olmadığını saptamışlardır(44)

Çalışmamızda makat geliş nedeniyle sezaryen olanların oranı %22,5'tur.Bu oran Çin'de %18,1(37), Bulgaristan'da %14,6(45), Norveç'te %8,4'tür(38), Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesinde tüm sezaryenli olguların %11,9'unun malpresantasyon nedeniyle sezaryen olduğu ve presantasyon anomalilerinin de %61'ini makat presantasyonunun oluşturduğu saptanmıştır(24). Nonsefalik presantasyonda daha önceleri yaygın olarak kullanılan eksternal sefalik versiyon metodu günümüzde daha az tercih edilmektedir, Vasilij ve arkadaşlarına göre bu uygulamanın yaygınlaşması makat presantasyon endikasyonu ile yapılan sezaryen doğum oranını azaltacaktır(46). Papp ve arkadaşları, saf makat gelişlerde, bebeğin 2500-3500gr. arasında olduğu, doğum eyleminin normal ilerlediği, fetal hipoksi belirtilerinin olmadığı ve maternal ağırlığın 90kg.'ın altında olduğu durumlarda vajinal doğumun tercih edilebileceğini söylemişlerdir(47). Hannah ve arkadaşları ise tersine, perinatal mortalitenin sezaryen doğumda daha düşük olduğunu, maternal mortalitenin ise hem vajinal doğumda hem de sezaryen doğumda benzer olduğunu bu nedenle, tek ve saf makat presantasyonu olan gebelerde sezaryen doğumun tercih edilmesi gerektiğini bildirmişlerdir(48).

Çalışmamızda sefalopelvik uygunsuzluk nedeniyle sezaryen olanların oranı %18,33 olup genel olarak diğer çalışmalardan daha yüksektir. Çin'de bu oran %6,3(37), Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Doğum Kliniği'nde %7,3(24), Polonya'da Warsaw Üniversite Hastanesi'nde %8,76(49), Ürdün'de Queen Alia Askeri Hastanesi'nde %13,2(50), Tayland'ta Thommosat Üniversite Hastanesi'nde %24,64'tür(51).

Çalışmamızda, başarısız doğum indüksiyonu nedeniyle sezaryen olanların oranı %17,17 olup diğer çalışmalardaki oranlardan yüksektir. Ürdün'de Queen Alia Askeri Hastanesi'nde bu oran %5(50), Norveç'te %4'tür(38). Doğum eylemi indüksiyonu gebelikte çeşitli nedenlerle olguların %20'sine uygulanmaktadır ve doğum indüksiyonu uygulanan gebeliklerin %20'si de sezaryen operasyonu ile sonuçlanmaktadır(52). Oboro ve arkadaşları, doğum indüksiyonunun başarısızlığına neden olan faktörleri araştırmışlar, servikal efasmanın %70'in altında, bishop skorunun 6'nın altında

olduğu durumlar ile nullipar olma durumunun başarısızlığı arttırdığını saptamışlardır(53).Gabriel ve arkadaşları, indüksiyon uygulanan 179 gebe üzerinde yaptıkları çalışmada transvajinal ultrasonla ölçülen servikal uzunluğun 26mm'nin altında olduğu durumlarda sezaryen riskinin daha az olduğunu saptamışlardır(54).

Çalışmamızda diğer sezaryen endikasyonlarının daha nadir olarak görüldüğünü saptadık.Plasenta previa %1,62, ablasyo plasenta %0,7, ikiz gebelik %1,16, kordon prolapsusu %1,62 idi.Pek çok çalışmada bu endikasyonlar nedeniyle daha nadir olarak sezaryen yapıldığı saptanmıştır(24,25,26,49,50)

Çalışmamızda, özel hastanelerle devlet hastaneleri arasında ilk sezaryen endikasyonları açısından anlamlı farklılık bulunmaktadır( $p=0,00<0,05$ ).İlk sezaryen endikasyonlarına baktığımızda, oranları değişmekle beraber her iki grupta ilk 4 sırayı akut fetal distres, makat geliş, sefalopelvik uygunsuzluk ve başarısız doğum indüksiyonu almaktadır. Devlet hastanelerinde makat geliş nedeniyle sezaryen daha sık yapılmaktadır.

İsteğe bağlı sezaryen özel hastanelerde devlet hastanelerine göre daha sık yapılmaktadır, aradaki fark istatistiksel olarak oldukça anlamlıdır( $p=0,002<0,01$ ).Xıragar ve arkadaşları, kar amacı güden özel hastanelerin hastanın sezaryen isteğini, devlet ve eğitim hastanelerine göre daha çok yerine getirdiğini ortaya koymuştur(55).Mossialos, Yunanistan'da özel sağlık sigortası olan kadınların yarısından fazlasının(%65) sezaryen doğum yaptığını belirtmiştir(56).

Çalışmamızda, eğitim düzeyi ve çalışma durumu açısından ilk sezaryenini özel hastanelerde olanlar ile devlet hastanelerinde olanlar arasında istatistiksel farklılık( $p =0,026<0,05$  ve  $p=0,023<0,05$ ) bulunurken, yaş, parite, gravida( $p>0,05$ ) açısından istatistiksel anlamda farklılık bulunmadı.Buradan, ilk sezaryenini özel hastanelerde olan gebelerin çalışan, dolayısıyla daha iyi gelir düzeyine sahip, daha iyi eğitilmiş gebeler olduğu sonucuna ulaşabiliriz.12 Latin ülkesini kapsayan bir çalışmada, devlet hastanelerine başvuran gebelerin eğitim düzeyinin düşük olduğu, adolosan, yalnız ve dar gelirli olduğu belirtilmiştir(57).Şili'de yapılan başka bir çalışmada, sezaryen oranlarının özel hastanelerde daha yüksek olduğu bildirilmiştir.Aynı çalışmada, devlet hastanelerinde sezaryen olan popülasyonun eğitim

seviyesinin daha düşük olduğu, dar gelirli olduğu ve paritesinin daha yüksek olduğu saptanmıştır(58).

İsteğe bağlı sezaryen tüm sezaryen doğumların %4-18'ni oluşturmaktadır(59).Bizim çalışmamızda isteğe bağlı sezaryen oranı %9,24'tür.Süleyman Demirel Üniversitesi Kadın Doğum Kliniği'nde 1998-2002 yılları arasında isteğe bağlı sezaryen oranı %9,3'tür(60).

Çalışmamızda iyi eğitim düzeyi ve çalışma durumunun sezaryen tercihinde etkili olduğunu( $p=0,000<0,05$ ), yaşı ise pek çok çalışmanın aksine tercihte etkili olmadığını( $p>0,05$ ) saptadık.İtalya'da Mancuso ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, ileri yaş(35 ve üzeri), eğitim düzeyinin yüksekliği, daha önce infertil olma durumunun sezaryen istemiyle ilişkili olduğu sonucuna varılmıştır.Ayrıca sezaryenin fetus için güvenli olduğu düşüncesinin de tercihte etkili olduğu belirtilmiştir(61).Ülkemizde Filiz Ergin ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, ilkokul üzeri eğitilmiş, çalışan ve ileri yaştaki kadınların sezaryeni daha çok tercih ettikleri bulunmuştur(62).Dominique ve arkadaşlarının Brezilya'da yaptığı çalışmada benzer sonuçlara ulaşılmıştır(63).Fasial-Cury ve arkadaşlarının yaptıkları kesitsel çalışmada da, annenin eğitim düzeyi, çalışma durumu, babanın eğitim düzeyi ve ailenin gelir düzeyinin sezaryen istemiyle ilişkili olduğu sonucuna varılmıştır(64).Pek çok çalışmadan farklı olarak Wiklund ve arkadaşları İsveç'te yaptıkları çalışmada eğitim düzeyiyle sezaryen tercihi arasında farklılık saptamamışlardır, bu çalışmada kadınların doğum anksiyetesinin, kontrolünü kaybedeceği korkusu ve fetusun doğumda travmaya maruz kalacağı endişesinin tercihte etkili olduğunu saptamışlardır(58).

## 6.SONUÇ

Çalışmamızda Bakırköy Dr.Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Antenatal Polikliniğine başvuran eski sezaryenli gebelerin çoğu 20-29 yaş grubu kadınlardır, doğurganlık özellikleri Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması 2003 verileri ile karşılaştırıldığında benzerdir, çalışma durumu ve eğitim düzeyi ile karşılaştırıldığında ise sonuçlar ülke genelinin oldukça altında olup %74,16'sı ilköğretim mezunudur ve %12,61'i çalışandır.

İlk sezaryen endikasyonlarına baktığımızda akut fetal distres, makat presantasyon, sefalopelvik uygunsuzluk ve başarısız doğum indüksiyonu en sık görülen endikasyonları oluşturmaktadır.İlk sezaryen endikasyonları açısından özel hastanelerle devlet hastaneleri arasında farklılıklar bulunmakla beraber her 2 sektörde de bu 4 endikasyon ilk sıralarda yer almaktadır.Devlet hastanelerinde makat presantasyon daha sık gözlenmektedir.Herhangi bir endikasyon olmaksızın anne istemi nedeniyle sezaryen en çok özel hastanelerde yapılmıştır.

Eğitim düzeyi ve çalışma durumu sezaryen tercihinde iki önemli risk faktörü olup sosyoekonomik düzeyi iyi olan ve belli bir eğitim seviyesine sahip olan kadınlar sezaryeni daha fazla tercih etme eğilimindedirler. Özel hastanelerde sezaryen olan gebeler çoğunlukla iyi eğitilmiş ve çalışan kadınlardır. İsteğe bağlı sezaryen oranlarının özel hastanelerde yüksek olmasını da bu duruma bağlayabiliriz.

## 7.ÖZET

Biz bu çalışmada, Bakırköy Dr.Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi (BEAH) Antenatal Polikliniğine başvuran eski sezaryenli gebelerin sosyodemografik özelliklerini incelemeyi, bu popülasyondaki ilk sezaryen endikasyonlarını, ilk sezaryen endikasyonları açısından özel hastanelerle devlet hastaneleri arasındaki farklılıkları ve ilk sezaryenini özel hastanelerde olan gebelerle devlet hastanelerinde olan gebelerin demografik özellikleri arasındaki farklılıkları araştırmayı ve sosyoekonomik faktörlerin sezaryen istemindeki rolünü incelemeyi amaçladık.

Bu çalışma Ağustos 2006-Mart 2007 tarihleri arasında Bakırköy Dr.Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi antenatal polikliniğine başvuran 476 eski sezaryenli gebenin katıldığı kesitsel ve analitik tipte bir araştırmadır.

Son yıllarda sezaryen ile doğum oranı tüm dünyada artış göstermektedir.Bu artışın nedenleri arasında; ilk gebelik yaşının ileri olması, paritenin azalması, ultrasonografi ve fetal monitorizasyonun yaygın olarak kullanılması, yardımcı üreme tekniklerinin yaygın kullanılması, hasta istemi gibi nedenler yer alır(1,2).

Günümüzdeki uygulamalarda sezaryen endikasyonu olarak en sık bildirilen nedenlere bakıldığında; geçirilmiş sezaryen, fetal distres, doğum yolu distosisi, prezantasyon anomalileri(özellikle makat geliş) gibi nedenler ilk sıralarda yer almaktadır(2). Çalışmamızda ilk sezaryen endikasyonlarına baktığımızda ilk 4 sırayı akut fetal distres(%34,11), makat geliş(%22,5), sefalopelvik uygunsuzluk(%18,33), başarısız doğum indüksiyonu(%17,17) almaktadır.

Olguların %68,49'u 20-29 yaş grubunda yer almaktadır.Gebelerin yaş ortalaması 28,46±4,67, toplam gebelik sayısı 2,85± 1,34, parite ortalaması 1,43±0,79, yaşayan çocuk sayılarının ortalaması 1,33±0,65'dir.Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması 2003 (TNSA 2003) verilerine göre; ülkemizde toplam doğurganlık hızı 2,23, yaşayan çocuk sayılarının ortalaması 2,43'tür.Çalışmamızdaki değerler çalışma esnasında gebe olanlar üzerinde yapıldığı için ülke genelinden düşük görünebilir, bu gebeler doğum yaptıktan sonra ortalamalar yeniden hesaplanacak olursa, değerlerin ülkemizdeki değerlere yakın çıkacağını söyleyebiliriz. Olguların %74,16'sı ilköğretim mezundur ve %12,61'i çalışandır.Bu değerler TNSA 2003 verilerinden farklı olup

oldukça düşüktür.

Özel hastanelerle devlet hastaneleri arasında ilk sezaryen endikasyonları açısından anlamlı farklılık bulunmaktadır( $p=0,00<0,05$ ).İlk sezaryen endikasyonlarına baktığımızda, oranları değişmekle beraber her 2 grupta ilk 4 sırayı akut fetal distres, makat geliş, sefalopelvik uygunsuzluk ve başarısız doğum indüksiyonu almaktadır. Devlet hastanelerinde makat geliş nedeniyle sezaryen daha sık yapılmaktadır.

Çalışmamızda, eğitim düzeyi ve çalışma durumu açısından ilk sezaryenini özel hastanelerde olanlar ile devlet hastanelerinde olanlar arasında istatistiksel farklılık( $p =0,026<0,05$  ve  $p=0,023<0,05$ ) bulunurken, yaş, parite, gravida( $p>0,05$ ) açısından istatistiksel anlamda farklılık bulunmadı.İsteğe bağlı sezaryen özel hastanelerde devlet hastanelerine göre daha sık yapılmaktadır, aradaki fark istatistiksel olarak oldukça anlamlıdır( $p=0,002<0,01$ ).

İsteğe bağlı sezaryen oranı %9,24'tür.Çalışmamızda iyi eğitim düzeyi ve çalışma durumunun sezaryen tercihinde etkili olduğunu( $p=0,000<0,05$ ), yaşın ise tercihte etkili olmadığını( $p>0,05$ ) saptadık.

Sonuç olarak, eğitim düzeyi ve çalışma durumu sezaryen tercihinde iki önemli risk faktörü olup sosyoekonomik düzeyi iyi olan ve belli bir eğitim seviyesine sahip olan kadınlar sezaryeni daha fazla tercih etme eğilimindedirler. Özel hastanelerde sezaryen olan gebeler çoğunlukla iyi eğitilmiş ve çalışan kadınlardır.

## 8.KAYNAKLAR

- 1-Dölen İ, Gökçü M, Sezaryen ve Etik, Kadın Doğum Dergisi 2002, 1(2):86-89
- 2-Cuningham FG, Gant NF, Leveno KJ : Cesarean Section and Postpartum Hysterectomy In:Williams Obstetrics 21<sup>st</sup> Ed 2001, p:537-65
- 3-De Cherney AH, Nathan L, Caseraen Section In:Current Obstetrics and Gynecologic Diagnosis and treatment, 9<sup>th</sup> Ed. 2002, p:518-529
- 4-Gilstrap LC, Cunnigham FG, Vandersten PJ, Cesarean Delivery In:Operative Obstetrics 2<sup>nd</sup> Ed. Appleton and Lange, 2002, p:257-73
- 5-Gabbe SG, Niebyl RJ, Simpson JL: Cesarean Delivery In:Obstetrics Normal and Problem Pregnancies 4<sup>th</sup> Ed, 2002 p:539-606
- 6-Dölen İ, Özdeğirmenci Ö, Optimal sezaryen hızı ne olmalıdır?Türkiye'de ve Dünyada güncel nedir? TJOD Dergisi 2004;7:113-117
- 7-Druzin ML, El-Sayed YY, Cesarean delivery on maternal request:wise use of Semin Perinatol.2006 Oct;30(5):305-8
- 8-Paul RH, Miller DA, Cesarean Birth; How to reduce to rate? Am J Obstet Gynecol 1995;Jun;172(6):1903-1907
- 9-Lydon-Rochella MT et al.Repeat cesarean delivery:What indications are recorded in the medical chart? Birth.2006Mar;33(1):4-11.
- 10-Wood SH, Should women be given choice about fetal assesment in labor? MCN Am J Matern Child Nurs.2003 Sep-Oct;28(5):292-8
- 11-Bhattacharya S et al.Effect of body mass index on pregnancy outcomes in nulliparous women delivering singleton babies.BMC Public Healh.2007Jul 24;7:168.
- 12-Global and regional estimates of incidence of mortality due to unfase abortion.WHO Report 2002
- 13-Kyo Hoon Park, Transvaginal ultrasonographic cervical measurement in predicting failed labor induction and cesarean delivery for failure to progress in nulliparous women, J Korean Med Sci 2007;22:722-7
- 14-De Cherney AH, Nathan L, Leveno J: Distosi: Fetusta Prezantasyon, Pozisyon ve Gelişme Anormallikleri: Williams Doğum Bilgisi 21.Baskı 2001 s:461
- 15-De Cherney AH, Nathan L, Malpresantation and Cord Prolapse In:Current Obstetric

Gynecologic Diagnosis and Treatment 9<sup>th</sup> Ed 2003 p:369-386

16-Cunningham FG, Gant NF, Leveno KJ: Breech Presentation and Delivery In Williams Obstetrics 21<sup>st</sup> Ed. 2001 p:517

17-Martin L Pernol&Eduardo Herrera, A Lange Medical Book Current Diagnosis24:617, 1994

18-Quilligan JE, Zuspan FE, Current Therapy In Obstetrics and Gynecology In Lawrence DD, eds. Antepartum Fetal Surveillance Philadelphia:Saunders:1995;405-409

19-Gabbe SG, Niebyl RJ, Simpson JL: Intrapartum Fetal Evaluation In:Obstetrics Normal and Problem Pregnancies 4<sup>th</sup> Ed, 2002 14:395-428

20-Kandemir Ö, Yalvaç S, Gün aşımına ne zaman müdahale edilmelidir? TJOD Dergisi 2004; 8:177-180

21-Norwitz ER et al. Prolonged pregnancy: when should we intervene? Clin Obstet Gynecol.2007 Jun;50(2):547-57.

22-Parilla BV et al. Iatrogenic Respiratory Distress Syndrome Following Elective repeat Cesarean Delivery.Obstet Gynecol, 1993;81(3):392-395

23-Cesarean delivery in the United States1990, Vital Health Stat 21 1994(51):1-24

24-Kara F.Ş, Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniğinde iki yıllık sürede sezaryen doğumların değerlendirilmesi.Uzmanlık tezi 2004

25-Yumru E ve arkadaşları, 1995-1999 yılları arasında sezaryen operasyonu endikasyonları ve oranları, Perinatoloji dergisi 2000;8(3):0

26-Kumtepe Y ve arkadaşları, 2000 yılına kadar son 10 yılda kliniğimizde doğumu gerçekleştirilen hastaların epidemiyolojik incelemesi ve maternal mortalite oranları, Jinekoloji ve Obstetrik Dergisi 18:89-96, 2004

27-Dayan A, 3.Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniğinde sezaryen insidansı ve endikasyonlarının değerlendirilmesi. Uzmanlık tezi 1999

28-Yılmaz M ve arkadaşları, Kliniğimizde 2001-2005 yılları arasında sezaryen oranı ve endikasyonları, TJOD Dergisi 2006;3(4):249-254

29-Lieberman E, Lang JM, Cohen AP: The association of fetal sex with the rate of cesarean section. Am J Obstet Gynecol 1997 176:667-71

30-Conwey DL et al:Elective delivery of infants with macrosomia in diabetic women: Reduced shoulder dystocia versus increased cesarean deliveries.Am J Obstet Gynecol

1998 178:922-5

31-Amarin ZO et al, Variation in repeat cesarean section complication rates among 3 hospitals in northern Jordan, Eastern Mediterr Health J. 2006 Sep;12(5):610-8.

32-Özdemir O ve ark, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı Aile Planlaması Ünitesine 1999-2002 Yılları Arasında Yapılan Başvuruların değerlendirilmesi A.Ü. Tıp Fakültesi Dergisi 2004; 57(4):195-203

33-Yıldırım G ve ark, Sivas ili Ana-çocuk sağlığı merkezine başvuran kadınların aile planlaması yöntem tercihleri ve etkileyen faktörler, C.Ü.Tıp Fakültesi dergisi 2003; 25(3): 99-104

34-Hancıoğlu A ve ark, Akraba evlilikleri sosyodemografik özellikleri ve çocuk ölümleri üzerine etkileri, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi 1998,41(5):139-53

35-Ayan D ve ark, Akraba evliliğinin kültür birikiminde ve toplum hayatındaki bazı görünüşleri:Dil, din ve tıp, Aile ve Toplum Dergisi, 2001 Eyl-Arl;1(4):7-26

36-Coşkun A ve ark., Kahramanmaraş il merkezinde 2004 ve 2006 yıllarındaki doğumların karşılaştırılması, TJOD Dergisi, 2007; 4(3):168-72

37-US Public Health Service Healthy People 2000.National Health Promotion and Disease Prevention Objectives Washington, DC:US Dept of Health and human services 1991(DHSS publication no PHS 91-50212) Healthy People 2010 Chapter16

38-Wang-ling Wu MD, Cesaren delivery in Shantou, China: A retrospective Analysis of 1922 women, Birth.2000 Jun;27(2):86-90.

39-Kolas T et al. Indications for cesarean deliveries in Norway, Am J Obstet Gynecol 2003 Apr;188(4):864-70

40-Khawaja NP et al, Analysis of caesarean delivery at a tertiary care hospital in Pakistan, J Obstet Gynaecol 2004 Feb;24(2):139-41

41-Kambo I et al, A critical appraisal of cesarean section rates at teaching hospitals in India.Int J Gynaecol Obstet 2002 79(2):151-8

42-Iain Chalmers, Continuous fetal heart rate monitoring.JR Soc Med.2001May;94(5):258

43-Thacker SB et al, Withdrawn: Continuous electronic heart rate monitoring for fetal assessment during labor, Cochrane Database Syst Rev, 2007 Jul 18;(3):CD000063.

44-Howie Pet al, Randomised controlled trial of cardiotocography versus doppler auscultation of fetal heart at admission in labour in low risk obstetric population,

BMJ 2001 Jun;322:1457-1462

45-Dimitrov A, Cesarean section frequency and its indications at the state university hospital maternity home over a 12 year period, *Akush Ginekol(Sofia)* 1998;37(4):4-8

46- Vasilj O et al, Dillema about the method of delivery for the fetus in breech presentation, *Acta Med Croatica*. 2007 Apr;61(2):177-84

47- Papp Z :Breech deliveries and cesarean section. *J Perinatal Medicine* 2003 31(5): 415-9

48- Hannah ME et al.Planned caesarean section versus planned vaginal birth for breech presantation at term:a randomised multicentre trial.Term breech trial collaborative group *Lancet*. 2000 Oct 21;356(9239):1375-83

49-Krychowska A et al, Comporsion of indication for cesarean section in 1985-86 and 2000-2001 Analysis of changes, *Ginekol Pol*. 2004 Dec;75(12):926-31

50-Akasheh HF et al, Caesarean sections at Queen Alia Military Hospital,Jordon:a six year review, *East Mediterr Health J* 2000 Jan;6(1):41-5

51-Chanthesananont A et al, Indications for cesarean section at Thammasat University Hospital, *J Med Assoc Thai*.2007 Sep;90(9):1733-7

52-Pandis GK et al, Preinduction sonographic measurement of cervical lenght in the prediction of successful induction of labor.*Ultrasound Obstet Gynecol*.2001 Dec;18(6): 623-8

53-Oboro VO et al, Factor predicting failure of labour induction.*Niger Postgrad Med J*. 2007 Jun;14(2):137-9

54-Gabriel R et al, Transvaginal sonography of the uterine servix prior to labor induction, *Ultrasound Obstet Gynecol*.2002 Mar;19(3):254-7

55-Xirasagar S et al, Maternal request CS-role of hospital teaching status an profit ownership. *Eur J Obstete Gynecol Reprod Biol*.2007 May;132(1):27-34

56-Mossialos E et al, An investigation of caesarean sections in three Greek hospital:the impact of financial incentives and convenience.*Eur J Public Health* 2005 15(3):288-295

57-Jose Belizan, Rates and implications of caesarean sections in Latin America, ecological study. *BMJ* 1999 Nov 27;319(7222):1397-1402

58-ACE Angeja et a,. Chilean women's preferences rearding made of delivery:which do they prefer and why? *BJOG* 2006 Nov;113(11),1253-8

- 59-Wiklund I et al. Cesarean section on maternal request:reason for the request, self-estimated health, expectations, experience of birth and sign of depression among first time mothers. *Acta Obstet Gynecol Scand*.2007;86(4):451-6
- 60-Özkaya O ve ark. Süleyman Demirel Üniversitesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniğindeki yıllık doğum oranları ve sezaryen endikasyonları. *SDÜ Tıp Fak Derg*. 2005: 12(4)/36-39
- 61-Mancusso A et al, Womens preference on mode of delivery Southern Italy. *Acta Obstet Gynecol Scand*.2006;85(6):694-9
- 62-Ergin F ve ark. Güvenli olmayan doğumlar ve doğum sonrası evde bakım hizmetlerinin değerlendirilmesi. *TSK koruyucu hekimlik bülteni*, 2005;4(6)
- 63-Dominique P Behague et al. Consumer demand for caesarean section in Brazil: Informed decision making, patient, choice or social inequality? A population based birth cohort study linking ethnographic and epidemiological methods. *BMJ*.2002 Apr 20;324(7343):942
- 64-Fasial-Cury et al, Factors associated with preference for cesaren delivery. *Rev Saude Publica*, 2006 Apr;40(2):226-32

## **EKLER**

### **ANKET FORMU**

1-Kaç yaşındasınız?

2-Kaçıncı gebeliğiniz?

3-Kaç doğum yaptınız?

4-Yaşayan çocuğunuz var mı?

a)Evet                      b)Hayır

5-Dördüncü soruya verilen yanıt evet ise; kaç tane çocuğunuz var?

6-Eşinizle aranızda akrabalık var mı?

a)Evet                      b) Hayır

7-Doğum yeriniz neresidir? (Doğum bölgesi olarak)

8-Gelir getiren bir işte çalışıyor musunuz?

a)Evet                      b)Hayır

9-Öğrenim durumunuz nedir?

a)Okur-yazar değil

b)İlköğretim

c)Lise ve üstü

10-İlk sezaryeninizi hangi tür hastanede oldunuz?

a)Özel Hastane                      b)Devlet Hastanesi

11-İlk sezaryeninizin oluş nedeni nedir?

