

Bazı Ülkelerin Rehberlerine Göre Sezaryen Sonrası Vajinal Doğum

Vaginal Birth After Caesarean: Guidelines According to Some Countries

EMRE YANIKKEREM*
ASLI KARAKUŞ**

Geliş Tarihi: 21.07.2015, Kabul Tarihi: 29.06.2016

ÖZ

Dünya Sağlık Örgütü 2010 raporunda 54 ülkenin sezaryen (CS) oranı %10'un altında olmasına rağmen, 69 ülkede CS oranı %15'in üzerinde, 14 ülkede ise %10-15 arasında olduğu belirtilmiştir. Sezaryen sonrası vajinal doğum (SSVD) her geçen gün artan CS oranını azaltmada bir seçenektir. Ülkelerin SSVD'ya yaklaşımları birbirinden farklıdır. Bu makalede bazı ülkelerin dernekleri tarafından kanıta dayalı uygulamalar doğrultusunda geliştirilen SSVD rehberleri (dokuz rehber) incelenmiştir. İncelenen rehberlerde ortak olan öneriler; SSVD ve isteğe bağlı CS riskleri ve yararları hakkında kadına bilgi ve danışmanlık sunulması gerektiği belirtilmektedir. Kadınlara SSVD planlandığında, uterin rüptür ya da diğer komplikasyonlara karşı acil bakımı sağlayacak sağlık çalışanlarının ve ekipmanların hazır bulunması önerilmektedir. Kadının önceden vajinal doğum yapmış olması SSVD başarısını artırmada en güçlü belirleyici olduğu ifade edilmektedir. Bu makalede, SSVD'nin yararları ve riskleri, SSVD uygulama kriterleri, başarısını etkileyen faktörler, izlem, kayıt, planlama ve bilgilendirmeye yönelik sonuçlar, incelenen rehberler doğrultusunda alt başlıklara ayrılarak verilmiştir.

Anahtar kelimeler: Normal doğum; rehber; sezaryen; sezaryen sonrası vajinal doğum.

Sezaryen sonrası vajinal doğum (SSVD), önceden sezaryen olmuş bir kadının sonraki gebeliğinin vajinal yolla yapması olarak tanımlanmıştır.^[1] Günümüzde bilindiği üzere sezaryen (CS) endikasyonlarının en yaygın sebeplerinden biri önceki CS sonrası yapılan elektif CS'dir. Bu durum ilk kez Edwin Cragin tarafından 1916 yılında ileri sürülen "Bir kez sezaryen her zaman sezaryen" yaklaşımı ile ortaya atılmıştır. Bu nedenle CS doğum oranı tüm dünyada artış göstermiştir.^[2]

Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) 1985'den beri hedeflediği "ideal CS oranı" %10-15 arasında olmasına rağmen,^[3] CS doğumlarının tüm doğumlar içinde oranı (2014); Dünya'da %17,

ABSTRACT

A 2010 World Health Organization report stated that 69 countries had caesarean section (CS) rates above 15% whereas 54 showed rates below 10%, and 14 countries had rates between 10 and 15%. Vaginal birth after caesarean (VBAC) is an option to reduce the day to day increase in CS rates. Countries approach VBAC in a variety of ways. In this review, the VBAC guidelines (nine guidelines) improved by some countries in line with evidence-based practice are studied. Common recommendations in the review of these guidelines stated that women should be offered information and counseling about the risks and benefits of VBAC. For a woman who had previously had a CS and has planned a vaginal birth, the probability of having uterine rupture or other complications must be considered and health care providers and equipment providing emergency care are recommended to be ready. It is stated that a woman's previous vaginal birth is the strongest determinant in increasing the success of VBAC. In this review, the benefits and risks of VBAC, implementation criteria, factors affecting success, monitoring, recording, results towards planning, and informing are discussed in line with the examined guidelines.

Keywords: Parturition; guideline; cesarean section; vaginal birth after cesarean.

DSÖ Avrupa Bölgesi'nde %25, üst gelir grubu ülkelerde %28 ve orta-üst gelir grubu ülkelerde %32 olduğu belirtilmiştir.^[4] Ekonomi Kalkınma ve İşbirliği Örgütü'nün Sağlık İstatistikleri'ndeki (2015) CS oranlarına bakıldığında; Fransa'da %20.8, İngiltere'de %23.0, İspanya'da %25.2, Kanada'da %26.2, Almanya 30.9, Avustralya'da %32.1, Amerika Birleşik Devletleri'nde %32.5, İtalya'da %36.1 ve Meksika %45.2'dir.^[5]

Türkiye'de CS doğumların tüm doğumlar içindeki payı 2002 yılında %21.0 iken, bu oran yıllar içinde artış göstermiş, 2010'da %45.5, 2012'de %48.0, 2014'te %51.1'e ulaşmıştır. Sektörlere göre hastanede yapılan doğumların CS oranlarına

* E Yanikkerem, Doç. Dr.
Celal Bayar Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi
Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Manisa

** A Karakuş, Araş. Gör.
Yazışma Adresi / Address for Correspondence:
Celal Bayar Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi,
Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı,
İstasyon Mevki, Şehzadeler/ Manisa
Tel.: 0 236 2318373 Faks: 0 236 232 00 58
e-posta: akarakuş_ksk@hotmail.com

(2014) bakıldığında, CS'lerin %69.5'i özel sektörde, %63.8'i üniversite hastanelerinde, %35.5'i Sağlık Bakanlığı bünyesindeki kurumlarda yapılmıştır.^[4] Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) (2013) verilerine göre, CS ile doğum hızının, eğitim ve refah düzeyi ile birlikte arttığı belirtilmiştir. CS ile doğumun annenin yaşı ile birlikte arttığı ve en yüksek oran %56 ile 35-49 yaş arasında olan kadınlarda olduğu, ilk doğumların %52'si CS ile yapılmış, kentlerde yaşayan kadınlarda (%52) kırsal alanda yaşayan kadınlara (%36) göre CS'nin daha yaygın olduğu ifade edilmiştir.^[6]

Türkiye'de CS oranının artış göstermesinin birçok nedeni bulunmaktadır. Bu artışın sebepleri arasında kadınların yaş ve eğitim durumunun artması,^[7] hekimin malpraktis korkusu, ağrısız doğumun yaygın olarak uygulanamaması, ebelerin aktif olarak doğum takibi ve yaptırmasındaki yetersizlikler, isteğe bağlı CS uygulamaları ve buna bağlı olarak da mükerrer CS'nin artması yer almıştır.^[8] Kadınların doğum korkusu, önceki doğumda olumsuz deneyimler yaşaması ve bebeğin sağlığı için endişelenmeleri nedenleri ile CS endikasyonu olmamasına rağmen CS'i tercih ettikleri belirtilmiştir. Bununla birlikte, elektronik fetal monitörün kullanımının yaygınlaşması, antitibiyotik ve kan transfüzyonunun kullanımı, cerrahi tekniklerin gelişmesi ve anestezi yöntemlerinin güvenliğinin artması ile CS daha güvenilir bir yöntem olarak kabul edilmeye başlanmış ve CS oranı artış göstermiştir.^[9]

CS, vajinal doğumla (VD) karşılaştırıldığında maternal mortalite ve morbidite hızını artırmaktadır. Bununla birlikte, ülke ekonomisine yük getiren bir girişim olması nedeni ile de CS oranlarını azaltmaya yönelik çalışmalar başlatılmıştır.^[9] 1980'li yıllarda SSVD, önceden CS operasyonu geçirmiş ve seçilmiş olgularla gereksiz abdominal operasyonları azaltmak ve VD eyleminin denenmesini desteklemek amacıyla gündeme gelmiştir.^[10] Önceden alt segment insizyonu ile CS olan kadınlarda SSVD başarı oranının %60-80 olduğu,^[10,11] SSVD ile tekrarlanan CS arasında histerektomi ve maternal ölüm açısından anlamlı bir farklılık bulunmadığı,^[11] SSVD ile doğum yapan kadınların CS olan kadınlara göre uterin rüptürü (UR) ve histerektomi gibi maternal sağlık sonuçlarının daha iyi olduğu belirtilmiştir.^[12]

Amerika'da SSVD oranı 1985 yılında %5 iken, 1996'da %28.3'e yükselmiştir.^[13] Yine Amerika'da SSVD oranı 1997'de %35.3 iken, 2007'de bu oran azalarak %8.2'ye gerilemiştir.^[14] Benzer olarak SSVD oranı Avustralya'da 1998 ve 2006 yıllarında sırasıyla %31 ve %19'dur.^[15] Bununla birlikte yıllar içinde SSVD yapan kadın sayısının artması ile SSVD boyunca UR ve diğer komplikasyonlarda da artış olmuştur. Bu raporların sonucunda SSVD'un azalma ve CS oranlarının artması tekrar gündeme gelmiştir. 2006 yılında SSVD oranı %8.5'e gerilemiş ve CS doğum oranı %31.1'e yükselmiştir.^[13]

Perinatal bakım ile anne ve bebeğin sağlığının korunması ve geliştirilmesi, oluşabilecek sağlık sorunlarının erken tanı ve tedavisinin sağlanması ve maternal, fetal ve neonatal mortalite

ve morbiditeyi en aza indirmek amaçlanmaktadır. Prenatal dönemde, gebeler ve aileleriyle en fazla etkileşimde olan sağlık personeli hemşirelerdir. Bu dönemin sonunda sağlıklı bir anne ve bebeğe sahip olabilmek için etkili hemşirelik bakım hizmetlerine ihtiyaç vardır. Hemşireler prenatal dönemde gebeye ve ailesine bilgilendirme ve danışmanlık hizmeti sağlamaktadır. Eğitim hizmeti verirken doğum yöntemlerinin olumlu ve olumsuz yönlerini, gebeye uygunluğunu tartışarak kendisine uygun yöntemi seçmesine yardımcı olmaktadır. Bununla birlikte, CS oranının azaltılmasında ve SSVD'a teşvik etmede hemşirelerin önemli rolleri bulunmaktadır.^[9] Hem gebeyi en doğru şekilde bilgilendirmek hem de aile ve toplum sağlığının yükseltilmesi açısından hemşirelerin en doğru, güncel ve kanıta dayalı uygulamalar doğrultusunda geliştirilen bilgilere sahip olması gerekmektedir. Bu nedenle gelişmiş ülkelerin SSVD rehberlerindeki güncel yaklaşımların hemşireler tarafından bilinmesi, verdikleri eğitimin kalitesini artırması ve normal doğuma özendirici uygulamaların hayata geçirilmesine öncülük etmesi açısından önemlidir.

Ülkelerin SSVD'ye yaklaşımları bazı açılardan benzer bazı açılardan ise birbirinden farklıdır. Bu makalede bazı ülkelerin dernekleri tarafından kanıta dayalı uygulamalar doğrultusunda geliştirilen SSVD rehberleri (dokuz rehber) incelenmiş ve bu rehberler doğrultusunda makale hazırlanmıştır. Özellikle gelişmiş ülkelerin rehberleri ve Türkiye'nin SSVD rehberi seçilmiştir. Bu makalenin amacı, gelişmiş ülkelerin SSVD ile ilgili görüşleri hakkında bilgi vermek ve bu bilgileri alt başlıklar halinde irdeleyerek karşılaştırmaktır.

İncelenen rehberler; Yeni Zelanda (The New Zealand Guidelines Group=NZGG),^[16] Kanada (Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada=SOGC)^[17], İngiltere (The Royal College of Obstetricians and Gynaecologists=RCOG)^[18] ve The National Institute for Health and Care Excellence =NICE^[19-21], Türkiye (Doğum ve Sezaryen Eylemi Yönetim Rehberi),^[8] ABD (American College of Obstetricians and Gynecologists=ACOG)^[13] ve American Academy of Family Physicians =AAFP,^[22] İrlanda (The Royal College of Physicians of Ireland=RCPI),^[23] Fransa (The French College of Gynecologists and Obstetricians=CNGOF)^[24]'dir (İncelenen rehberler Tablo 1'de gösterilmiştir).

Bu makalede, SSVD'nin yararları ve riskleri, SSVD uygulama kriterleri, başarısını arttıran ve azaltan faktörler, izlem, kayıt, planlama ve bilgilendirmeye yönelik sonuçlar, incelenen rehberler doğrultusunda alt başlıklara ayrılarak verilmiştir.

İncelenen Dokuz Rehberine Göre SSVD Hakkındaki Sonuçlar

1. SSVD'un Yararları

Birçok rehberde SSVD yararlarına değinilmiş olup, SSVD'un enfeksiyon ve hemoraji riskini,^[8,13,24] kan transfüzyonunu,^[8,13,16,17,18,23] pıhtılaşma bozukluklarını azalttığı belirtilmiştir.^[8,13,16] Bununla birlikte erken mobilizasyon,^[8] azalmış tıbbi

müdahale ihtiyacı,^[8] postpartum iyileşme sürecinin kısılması,^[13,17] major abdominal cerrahiden kaçınılması,^[13] hastanede kalma süresinin azalması^[18,24] ve multiple CS ile gelecekteki

risklerin (histerektomi, mesane-barsak yaralanmaları, plasenta akreta vb.) azalması SSVD'un diğer yararları olduğu ifade edilmiştir.^[13,16,17,18,22,24]

Tablo 1: İncelenen Rehberler

ÜLKE	REHBER ADI	YIL	KAYNAK NUMARASI
Yeni Zelanda	The New Zealand Guidelines Group (NZGG)	2004	16
Kanada	Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada (SOGC)	2005	17
İngiltere	The Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG)	2007	18
Türkiye	Doğum ve Sezaryen Eylemi Yönetim Rehberi	2010	8
ABD	American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG)	2010	13
İrlanda	The Royal College of Physicians of Ireland (RCPI)	2011	23
İngiltere	The National Institute for Health and Care Excellence (NICE)	2008	19
		2011	20
		2013	21
Fransa	The French College of Gynecologists and Obstetricians (CNGOF)	2013	24
ABD	American Academy of Family Physicians (AAFP)	2014	22

2. SSVD'un Riskleri

2.A. Maternal Riskler

Amerika AAFP SSVD rehberinde, tekrarlayan CS doğumda, SSVD'ye göre gelecekte anormal plasenta (Kanit Düzeyi: Orta), histerektomi olma (Kanit Düzeyi: Orta), cerrahi komplikasyon (Kanit Düzey: Düşük) risklerinin arttığı belirtilmiştir. Önceden CS doğum yapma öyküsü ile plasenta previa oranı artış göstermekte olup; bu oran önceden bir CS olan kadında 9/1000, iki CS olan kadında 17/1000, üç ve daha fazla CS kadında 30/1000'dür (Kanit Düzeyi: Orta). Benzer şekilde histerektomi riski, önceden CS doğum yapma öyküsü ile artış göstermekte; önceden bir CS olan kadında 420/100.000, iki CS olan kadında 900/100.000, beş ve daha fazla CS olan kadında 8990/100.000'dir (Kanit Düzeyi: Orta). Bununla birlikte CS sayısı ile plasenta akreta, inkreta, perkrate riski artmakta, plasenta akreta riski önceden bir CS olan kadında 3/1000, iki CS olan kadında 6/1000, üç veya daha fazla CS olan kadında ise 24/1000'tür (Kanit Düzeyi: Orta).^[22]

İngiltere RCOG SSVD rehberinde, SSVD düşünen kadınlara SSVD'nin isteğe bağlı CS'ye göre ek olarak yaklaşık %1 kan transfüzyonu ya da endometriozis riski taşıdığı konusunda bilgilendirilmesini vurgulamıştır (Kanit Düzeyi B). Yine aynı rehberde, SSVD düşünen kadınlara planlanan SSVD'nin 22-74/10.000 oranında UR riskini taşıdığı konusunda bilgilendirme yapılmasını, isteğe bağlı CS'da ise UR riskinin hemen hemen hiç olmadığı ifade edilmesini önermiştir (Kanit Düzeyi B).^[18]

Türkiye SSVD rehberinde, önceki CS ile yapılan doğum alt transvers insizyonu ise UR riskinin %0.2-1.5 arasında olduğu belirtilmiştir. Aynı rehberde, daha önce bilinmeyen bir şekilde (alt segment, T, klasik insizyon) CS geçiren kadın, VD isteğinde

bulunursa, kadına önceki uterin kesinin alt segment insizyonu olmadığı durumlarda UR ve perinatal mortalite riskinin daha fazla olduğunun açıklanması ifade edilmiştir.^[8]

Türkiye SSVD rehberi, kadının geçirilmiş histerektomi ve myomektomi operasyonları ve UR hikayesi olması, plasenta previa ve prezentasyon bozuklukları gibi eylemin kontrendike olduğu durumlarda SSVD'un kontraendike olduğunu belirtmiştir.^[8]

Yeni Zelanda NZGG, önceden CS hikayesi olup uterin insizyonu vertikal olan ya da önceden UR hikayesi olan kadınlara, artmış UR riski olduğunun söylenmesini ve bu kadınlara CS önerilmesini belirtmiştir (Kanit Düzeyi C).^[16]

Fransa CNGOF SSVD rehberinde, UR riskinin SSVD'de elektif tekrarlayan CS'ye göre daha yüksek olduğunu belirtmiştir (Kanit Düzeyi 2). Bu rehberde uterin skarının primer nedeninin önceki CS doğum olduğu ve uterin skarın gelişmiş ülkelerde UR için başlıca risk faktörü olduğu, aynı zamanda uterin skarı anormal plasenta yerleşimi için majör risk faktörü olduğu ve skar sayısı arttıkça bu riskin arttığı belirtilmiştir.^[24] Bu rehberde kanıt düzeylerine göre UR'ne bağlı riskler şu şekilde özetlenmiştir;^[24]

- UR uterin skarı olan kadınlarda %0.1-0.5 ve SSVD olan kadınlarda %0.2-0.8 oranındadır (Kanit Düzeyi: 2).
- UR histerektomi, yoğun bakım ünitesine transfer, kan transfüzyonu, organ yaralanmaları gibi %15 oranında ciddi maternal morbidite ile ilişkilidir (Kanit Düzeyi: 2).
- UR ile ilişkili maternal mortalite oranı düşüktür (<1%) (Kanit Düzeyi: 3).
- UR ile ilişkili perinatal mortalite oranı ise %3-6 arasındadır (Kanit Düzeyi: 2).

Tablo 2: UR Riskini ve SSVD Başarı Oranını Etkileyen Faktörler^[24]

KRİTER	UTERİN RÜPTÜRÜ RİSKİ	PRATİK SONUÇLAR
Uterin Skar	Major artış (Kanıt Düzeyi 4)	İsteğe bağlı CS önerilir (Kanıt Düzeyi B)
UR hikayesi	Major artış (Kanıt Düzeyi 4)	İsteğe bağlı CS önerilir*
Misoprostol	Major artış (Kanıt Düzeyi 4)	Kullanım önerilmez*
PGE2	Orta-major artış (Kanıt Düzeyi 2)	Duruma göre kullanılmalıdır*
Doğum ağırlığı > 4500 gr	Orta artış (Kanıt Düzeyi 3)	Eğer tahmini doğum ağırlığı > 4500 g ise özellikle hiç VD yapmamış olan kadınlarda isteğe bağlı CS önerilir*
Gebeliği takiben konsepsiyon ve CS arasındaki süre < 6 ay	Orta artış (Kanıt Düzeyi 3)	SSVD olabilir*
2 uterin skar	Orta artış (Kanıt Düzeyi 3)	SSVD olabilir*
Doğum ağırlığı > 4000 gr	Minimal-orta artış (Kanıt Düzeyi 3)	SSVD olabilir*
VD hikayesi olması	Minimal-orta artış (Kanıt Düzeyi 3)	SSVD teşvik edilir (Kanıt Düzeyi C)
Oksitosin	Minimal-orta artış (Kanıt Düzeyi 3)	Kullanımı olabilir (Kanıt Düzeyi C)
Önceki CS <37 hafta	Minimal artış (Kanıt Düzeyi 3)	SSVD olabilir*
Preterm doğum	Minimal azaltma (Kanıt Düzeyi 3)	SSVD teşvik edilir (Kanıt Düzeyi C)
Transservikal balon	Yetersiz veri	Kullanımı olabilir*
2 veya daha fazla uterin skar	Yetersiz veri	İsteğe bağlı CS önerilir*
Postpartum ateş	Yetersiz veri	SSVD olabilir*
Alt segment ultrason ölçümü	Yetersiz veri	Klinik yarar gösterilmemiştir. Rutin ek muayene rutin olarak önerilmemektedir.*
Miyomektomi (laparotomi, laparaskopi, histereskopi)	Yetersiz veri	Cerrahi rapor verilerine bağlı olarak SSVD olabilir*
2'ye karşı I katmanda uterin sütür	Yetersiz veri	SSVD olabilir*
Uterin malformasyonu ilişkisi	Yetersiz veri	SSVD olabilir*
Makat prezentasyonu	Yetersiz veri	SSVD olabilir*
Tahmini fetal ağırlık ultrasonu > 4000 g	Veri yok	USG ile fetal ağırlığın rutin olarak değerlendirilmesinin bir yararı bulunmamaktadır.*
İkiz	Riski değiştiriyor (Kanıt Düzeyi 3)	SSVD olabilir (Kanıt Düzeyi C)
Diabet	Riski değiştiriyor (Kanıt Düzeyi 3)	SSVD olabilir (Kanıt Düzeyi C)
Maternal obezite	Riski değiştiriyor (Kanıt Düzeyi 3)	SSVD olabilir (Kanıt Düzeyi C) Eğer BKI>50 ise isteğe bağlı CS teşvik edilir*
Uzamış gebelik	Riski değiştiriyor (Kanıt Düzeyi 3)	SSVD olabilir (Kanıt Düzeyi C)

*Uzman görüşü

- Asfiksi oranı (umbilikal arter pH <7.00 ya da neonatal ensefalopati) %6-15 arasındadır (Kanıt Düzeyi: 2) .
- UR riskini iki obstetrik faktör özellikle etkilemektedir: önceki VD (riski düşürür) ve doğumda indüksiyondur (riski artırır) (Kanıt Düzeyi: 3).
- UR riskini ve SSVD başarı oranını etkileyen faktörler Tablo 2'de sunulmuştur.

İrlanda RCPI, SSVD ile doğum yapan kadında primer postpartum hemorajinin UR'ne bağlı olarak oluşabileceğini, eğer primer postpartum hemoraji oksitosik ajanlara cevap vermiyorsa, uterin skarlı kadında UR tanısı düşünülmesi gerektiğini belirtmiştir. UR gerçekleşirse, kadının bakımını görmek ve ailesinin sorularını cevaplamak üzere

laparatominin 48 saati içinde obstetrisyen tarafından kadının değerlendirilmesini önermiştir.^[23]

Kanada SOGC rehberinde, SSVD'un güvenliği için kadın, CS doğumun zamanında yapılabilecek bir hastanede doğumunu yapması, kadın ve sağlık bakım çalışanları hastanenin kaynaklarının ve obstetrik, anestetik, pediatrik ve ameliyathane çalışanlarının uygunluğunun farkında olması gerektiği ifade edilmiştir (Kanıt Düzeyi: II-2A).^[17]

Amerika ACOG, İngiltere NICE, İngiltere RCOG, Türkiye SSVD rehberleri, önceden CS doğum yapan kadınlara VD planlandığında, UR ya da diğer komplikasyonların olabileceğine karşın acil bakımı sağlayacak sağlık çalışanlarının ve ekipmanların (Elektronik fetal monitör, doğum ünitesi, kan

Tablo 3: İsteğe Bağlı CS ve SSVD'daki Fetal Risklerin Oranları^[24]

FETAL RISK	SSVD	İSTEĞE BAĞLI CS
Utero Fetal mortalite (Kanıt Düzeyi 2)	1000 de 0.5-2.3	1000 de 0-1.1
Perinatal mortalite (Kanıt Düzeyi 2)	1000 de 1-2.9	1000 de 0-1.8
Neonatal mortalite (Kanıt Düzeyi 2)	1000 de 1.1	1000 de 0.6
Anoksik iskemik ensefalopati (Kanıt Düzeyi 3)	1000 de 0.8	1000 de 0
Mekonyumlu amniyotik sıvı nedeniyle entübasyon (Kanıt Düzeyi 2)	%5	%1
Neonatal sepsis (Kanıt Düzeyi 2)	%2	%0
Transient respiratuvar distres (Kanıt Düzeyi 2)	%3	%6

transfüzyon servisi, neonatal resusitasyon vb.) hazır bulunmasını önermiştir.^[18,13,18,20]

2.B. Fetal Riskler

İngiltere RCOG, SSVD'un isteğe bağlı CS'ye göre ek olarak 10.000 de 2-3 doğum ile ilişkili perinatal ölüm 10.000 de 8 bebekte hipoksik iskemik ensefalopati (HIE) riski taşıdığını ve HIE'nin bebeğe olan uzun dönem sonuçları üzerine etkisinin bilinmediği konusunda kadınların bilgilendirilmesini önermiştir. SSVD'un doğumdan sonra bebekte oluşabilecek respiratuvar problemleri azalttığını belirtmekle birlikte; respiratuvar problem riski planlanan SSVD'da %2-3, isteğe bağlı CS'de ise %3-4'tür (Kanıt Düzeyi B).^[18]

Amerika AAFP SSVD rehberinde, perinatal mortalitenin SSVD'da 130/100.000, tekrarlanan CS doğumda 50/100.000 olduğunu belirtmiş ve prenatal mortalitenin en sık nedeninin UR olduğunu vurgulamıştır. Bu rehberde göre, SSVD'nin maternal sonuçları tekrarlanan CS doğuma göre eşit ya da daha iyi iken (Kanıt Düzeyi sonucuna göre değişir), SSVD'nin perinatal mortalite sonuçları tekrarlanan CS doğuma göre artma göstermiştir (Kanıt Düzeyi: orta).^[22]

Fransa CNGOF SSVD rehberi, fetal, perinatal ve neonatal mortalite riskinin SSVD'da düşük olduğunu, fakat bu risklerin isteğe bağlı CS doğuma göre SSVD'de anlamlı derecede yüksek olduğunu belirtmiştir (Kanıt Düzeyi: 2). Mekonyumlu amniyotik sıvı nedeniyle entübasyon ve neonatal sepsis riski SSVD'de artmakta ve geçici respiratuvar distresin isteğe bağlı CS doğumda yüksek olduğu (Kanıt Düzeyi: 2), riski düşürmek için isteğe bağlı CS'nin 39. haftadan önce yapılması gerektiği belirtilmiştir (Kanıt Düzeyi: B). İsteğe bağlı CS ve SSVD'deki fetal risklerin oranları Tablo 3'te gösterilmiştir. Bununla birlikte, kısa ve uzun dönemde anneye yönelik yarar ve zarar oranına bakıldığında SSVD'u, kısa dönemde bebeğe yönelik yarar ve zarar oranına bakıldığında ise isteğe bağlı CS'nin tercih edilmesi gerektiği vurgulanmıştır (Uzman görüşü).^[24]

3. SSVD Hakkında Kadınları Bilgilendirme

Yeni Zelanda NZGG, önceden CS doğum yapmış tüm kadınların antenatal dönem boyunca, tercihen 36 hafta öncesi, bir kadın doğum uzmanı ile görüşme için sevk edilmesini (Kanıt düzeyi

C) ve önceden CS öyküsü olan kadınlara, gebelik ve doğum boyunca ebelik bakımını önermiştir (Uzman görüşü). Yine aynı rehberde göre SSVD'un riskleri ve yararlarının kadınlarla bireysel olarak görüşülmesini, önceden CS olan kadınlarda herhangi bir risk faktörü yoksa SSVD önerilmesini belirtmiştir (Kanıt B Düzeyi). Kadının doğum yöntemi seçimi hakkında bilgiye dayalı karar verebilmesi için önceden CS hikayesi olan gebe kadının durumuna göre SSVD seçiminde tam ve tarafsız bilgi tartışılmasının önemli olduğunu; obstetrisyenlere, pediatristlere ve CS olanaklarına anında erişim olmasını önermiştir (Uzman görüşü).^[16]

İrlanda RCPI, bir önceki doğumunu CS ile yapan kadınların, uzman obstetrisyen tarafından doğum şekli ve gebeliğin yönetimi konusunda gebeliğin erken döneminde değerlendirilmesi gerektiğini, bu görüşmeler sırasında SSVD'ye bağlı UR riski ve SSVD'nin yararları konusunda bilgi verilebileceğini SSVD rehberinde vurgulamıştır.^[23]

Amerika AAFP SSVD rehberinde doğuma ve SSVD'ye teşvik etmek için hastanelerin kurumsal rehberlerinin olmasını (Uzman görüşü) ve klinisyenlerin önceden VD yapan kadınların (ya öncesinde ya da önceki CS doğumdan sonrasında) SSVD olma ihtimalinin yüksek olduğu konusunda bilgilendirmesini güçlü bir şekilde önermiştir. VD için spesifik kontraendikasyonlar olmadıkça, bu kadınlar VD ya da SSVD için cesaretlendirilmesi ve ilgili kurum şartlar açısından uygun değil ise kadınlara başka klinisyen ve bu hizmeti sağlayabilen kurumlara yönlendirilme seçeneği sunulması gerektiği belirtilmiştir (Kanıt Düzeyi: Yüksek).^[22]

İngiltere RCOG SSVD düşünen kadınlara, SSVD ya da isteğe bağlı CS'da anestezi komplikasyon riskinin oldukça düşük olduğunu, isteğe bağlı CS'nin gelecek gebeliklerde ciddi komplikasyon riskini arttırabileceği konusunda bilgilendirmeyi önermiştir (Kanıt Düzeyi B).^[18]

Amerika ACOG, İngiltere NICE, İngiltere RCOG rehberleri, SSVD ve isteğe bağlı CS potansiyel riskleri ve yararları hakkında kadına bilgi ve danışmanlık sunulması,^[13,18,21] İngiltere RCOG, planlı SSVD'nin başarı şansının %72-76 olduğunu anlatılması gerektiğini belirtmiştir.^[18] Amerika ACOG, SSVD hakkında danışmanlık sunulduktan sonra CS ya da SSVD kararının kadın tarafından verilmesi gerektiğini ifade etmiştir.^[13]

4. SSVD'de Kayıt

Kanada SOGC rehberine göre, öncesinde CS öyküsü olan kadında, aydınlatılmış onam süreci ile uygun dokümantasyon doğumun önemli bir parçası olması (Kanıt Düzeyi: II-2B), SSVD olacak olan kadının isteği açıkça belirtilmesi ve önceki uterin skarının dokümantasyonu prenatal kayıtlarda açıkça işaretlenmesi gerektiği belirtilmiştir (Kanıt Düzeyi: II-2B).^[17]

İngiltere NICE, sağlık çalışanları, önceden bir veya daha fazla CS doğum yapan kadınlara seçenek olarak VD'ü sunmasını ve onların tercihlerini destekledikleri konusundaki görüşmeleri belgelendirmesini ve kayıt altında tutulmasını önermiştir.^[21]

Amerika ACOG ve İngiltere NICE, SSVD danışmanlık ve yönetim planının tıbbi kayıta yer alması gerektiğini belirtmiştir.^[13,21]

5. SSVD Uygulama Kriterleri

5.1. CS Sayısının SSVD'ye Etkisi

Amerika ACOG 2010 rehberinde; önceki bir ya da iki doğumunu CS ile yapan bazı kadınlar için SSVD'un "Güvenli ve uygun" olduğunu bildirmiştir. Önceden alt transvers insizyonu ile CS olan çoğu kadının SSVD adayı olduğunu ve kadınlara SSVD hakkında danışmanlık verilmesini önermiştir (Kanıt Düzeyi A).^[13] Kanada SOGC, birden fazla CS ile doğum yapmış olan kadına SSVD'ü önermiş ancak artmış UR riski olduğunu belirtmiştir (Kanıt düzeyi: II-2B).^[17]

İngiltere RCOG, önceden iki komplikasyonsuz alt transvers CS hikayesi olan bir kadın, termde komplikasyonsuz gebeliği var ise, VD için kontraendikasyonu yoksa, obstetrisyen tarafından bilgilendirilmesini ve planlı SSVD için uygun olduğunu belirtmiştir (Kanıt Düzeyi B).^[18] Yeni Zelanda NZGG, önceden iki CS doğum hikayesi olan ve VD için herhangi bir risk faktörü olmayan gebe kadına, riskler ve yararlar tartışıldıktan sonra planlı VD önerilebileceğini ifade etmiştir (Kanıt Düzeyi C).^[16]

NICE, ACOG ve RCOG'tan farklı olarak, önceden planlı CS ile doğum yapan ve önceden maksimum dört CS yapmış kadının SSVD ile doğum yapmak isterse kadının bu seçiminin desteklenmesi gerektiğini, risklerde çok az fark olduğunu ya da hiçbir farkın olmadığını belirtmiştir.^[21]

Amerika AAFP, SSVD'ü, bir ya da iki CS doğum öyküsü olan birçok kadın için uygun ve güvenli bulmuş, kadınların bilgiye dayalı kararlar verebilmesi için klinisyenler SSVD'a yönelik danışmanlık vermesi, cesaretlendirmesi ve gerekli olanları sağlaması gerektiğini önermiştir (Kanıt Düzeyi: orta). Eğer SSVD kadının yaşadığı bölgede mümkün değil ise, kadının isteği üzerine hizmeti verebilecek kurum veya klinisyene yönlendirilmesini belirtmiştir.^[22]

Türkiye SSVD rehberinde, daha önce iki kez alt segment transvers insizyonla CS doğum yapmış ve VD için herhangi bir risk faktörü olmayan kadınlara riskler ve yararlar anlatıldıktan sonra planlanmış VD'ün önerilebileceği ifade edilmiştir.^[8]

Fransa CNGOF, uterin gövdede skar dokusu olan (Kanıt düzeyi: B) ve üç veya daha fazla CS doğum yapan kadınlara (uzman görüşü) isteğe bağlı CS önermiştir. Yine aynı rehberde, eğer obstetrik durumlar elverişli ise, iki eski CS doğumu, uterin malformasyonu, alt vertikal insizyonu ya da bilinmeyen insizyonu, myomektomi olan, son CS doğum ile gebeliği takiben kontrasepsiyon arasında 6 aydan kısa süre olan ve postpartum ateş olan kadınlarda SSVD olabileceği belirtilmiştir (uzman görüşü).^[24]

5.2. Preterm veya Postterm Eylemde SSVD

İngiltere RCOG, SSVD ile doğum yapmayı düşünen ve preterm eylemde olan kadına, planlanan preterm SSVD ile planlanan term SSVD'nin başarı oranlarının benzer olduğu fakat preterm eylemde UR riskinin daha düşük olduğu konusunda bilgi verilmesi gerektiğini ifade etmiştir (Kanıt Düzeyi B).^[18]

Fransa CNGOF, 37 haftadan önce neonatal sonuçların, SSVD ve isteğe bağlı CS sonrası benzer olduğunu vurgulamış, SSVD'yi preterm eylemde desteklediğini belirtmiştir (Kanıt düzeyi: C). Aynı rehberde, uzamış gebeliğin, azalmış SSVD başarı oranı ile ilişkili olduğunu, fakat artmış UR riski ile ilişkili olmadığını (Kanıt Düzeyi: 3), postterm de olan kadınlara SSVD önerilebileceğini ifade etmiştir (41 hafta sonrası) (Kanıt düzeyi: C).^[24]

5.3. İkiz Gebelikte SSVD

Amerika ACOG, önceden CS (alt transvers insizyonu) ile doğum yapan, ikiz gebeliğe sahip olan kadınların VD için bir kontraendikasyon yoksa SSVD adayı olabileceğini belirtmiştir (Kanıt Düzeyi B).^[13]

5.4. Makat Prezantasyonunda SSVD

Amerika ACOG, önceden CS (alt transvers insizyonu) ile doğum yapan, şu an makat prezantasyonu ile doğuma başvuran kadınlara maternal ve neonatal açıdan düşük risk taşıyorsa eksternal sefalik versiyon uygulanabileceğini ve bu kadınlara SSVD kontraendike olmadığını vurgulamıştır (Kanıt Düzeyi B).^[13] Benzer olarak Fransa CNGOF, eksternal sefalik versiyonu, SSVD için uygun olan kadınlara önerilmiştir (Kanıt düzeyi: C).^[24]

6. SSVD ve Antenatal Dönemdeki Uygulamalar

6.1. SSVD'de Fetal Monitör Kullanımı

Kanada SOGC, SSVD yapacak olan kadının sürekli fetal monitörde izlenmesini (Kanıt Düzeyi: II-2A);^[16] İngiltere RCOG, planlanan SSVD süresince uterin kontraksiyonlarının başlangıcından itibaren elektronik fetal monitörün kullanılmasını önermiştir (Kanıt Düzeyi B).^[18]

Yeni Zelanda NZGG, sürekli elektronik fetal monitorizasyonun olası riskleri ve yararlarının önceden CS doğum yapmış kadın ile görüşülmesini önermiş, fetal kalp atımında anormallikler UR öncüsü olabileceği için bu durumda uzman kişilerin acil olarak

aranmasını belirtmiştir (Kanıt düzeyi C).^[16] Türkiye SSVD rehberinde, 24 saat fetal monitorizasyonun gerçekleşeceği koşulların bulunması gerektiği ifade edilmiştir.^[8]

6.2. SSVD'de Oksitosin Kullanımı

SSVD yapmak isteyen kadınlara oksitosin kullanımı ile ilgili Türkiye SSVD rehberi kanıta dayalı olarak tavsiye edilebilecek çok etkili oksitosin bulunmadığını, oksitosin kullanımının 6 saatle sınırlandırılmasını ve UR açısından izlemin sürdürülmesini önermiştir.^[8] Amerika ACOG, doğumda indüksiyonun SSVD yapan kadınlarda bir seçenek olduğunu belirtmiştir. Misoprostol, önceden CS doğum yapan ya da major uterin cerrahisi olan kadınlarda, gebeliğin üçüncü trimesterinde doğum indüksiyonu ya da servikal olgunlaşma için kullanılmaması gerektiğini ifade etmiştir (Kanıt Düzeyi A).^[13]

Fransa CNGOF, oksitosinin SSVD'de rutin olarak kullanılmamasını, indüksiyon metotları hakkında yeterli çalışma bulunmadığını belirtmiştir. Oksitosin kullanımında UR riskinin kullanılan doz ile ilişkili olduğunu (Kanıt Düzeyi 3); rüptür riskinin oksitosin kullanımında %1, vajinal prostaglandin kullanımında %2 artış gösterdiğini (Kanıt Düzeyi 2), misoprostol kullanımının UR riskini artırdığı, bu nedenle kullanımının önerilmediğini vurgulamıştır (Kanıt Düzeyi 4). SSVD'de oksitosin en düşük dozda kullanılmasını ve aktif fazda oksitosin kullanım süresinin toplamda 3 saati geçmemesi gerektiğini önermiştir.^[24]

İrlanda RCPI SSVD rehberinde, önceden CS olan kadınlarda doğumda oksitosin kullanımı UR riskini arttırmada çok az ilişkili olduğunu, bu nedenle doğumda uzman obstetrisyenler tarafından vajinal muayene ve tam klinik değerlendirme ile indüksiyon yönetiminin yapılmasını önermiştir. Önceden uterin skarı olan kadında, vajinal prostaglandinlerin kullanım kararının sadece uzman obstetrisyen tarafından verilmesi gerektiğini vurgulamıştır.^[23]

Kanada SOGC, SSVD'de oksitosinin kontraendike olmadığını (Kanıt düzeyi: II-2A), UR riskini arttırmada ilişkili olabileceğini ve uygun danışmanlık sonrası dikkatlice kullanılmasını (Kanıt Düzeyi: II-2B) belirtmiştir. Prostaglandin E2 (dinoprostone) kullanımı ile doğumun indüklenmesi, artmış UR riski ile ilişkili olup, uygun danışmanlık sonrası nadir durumlar dışında kullanılmamasını (Kanıt Düzeyi: II-2B); Prostaglandin E1 (misoprostol) UR riskini arttırma ile ileri derecede ilişkili olduğunu, SSVD da kullanılmaması gerektiğini (kanıt düzeyi: II-2A) ifade etmiştir.^[17]

Yeni Zelanda NZGG rehberinde, önceden CS öyküsü olup VD yapmak isteyen kadınlarda endikasyon varsa doğumda indüksiyon uygulanabileceğini, kadınlara indüksiyonun yarar ve risklerinin anlatılması gerektiğini, doğumda uterin aktivitesi iyi olmayan kadınlarda oksitosinin dikkatli kullanılmasını önermiştir.^[16]

İngiltere NICE SSVD rehberinde ise SSVD yapacak ve doğumda

indüksiyon uygulanacak gebelerin yakından izlenmesini, elektronik fetal monitör ile takibini, artmış UR riski nedeniyle CS'na anında erişim sağlayacak kliniklerde uygulanmasını, endikasyon varsa vajinal prostaglandin E2 ile doğumda indüksiyon önerilebileceğini, kadına yarar ve riskler konusunda bilgilendirme yapılmasını önermiştir.^[19]

İngiltere RCOG, indüklenen doğumun spontan doğuma göre UR riskini 2-3 kat, CS riskini yaklaşık 1.5 kat artırdığını ve bu konuda kadının bilgilendirilmesinin gerekli olduğunu belirtmiştir (Kanıt düzeyi: B).^[18]

Amerika AAFP, SSVD planlayan ve doğum indüksiyonuna yönelik medikal endikasyona sahip kadınlar için indüksiyonun uygun olduğunu, UR riskinin indüksiyon metoduna göre değiştiğini belirtmiştir. Misoprostol, servikal hazırlanma ya da SSVD indüksiyonu için önceden CS doğum öyküsü olup gebeliğin üçüncü trimesterinde olan kadınlarda kullanılmaması gerektiğini vurgulamıştır (Kanıt Düzeyi: Düşükten orta dereceye).^[22]

6.3. SSVD'de Epidural Anestezi Kullanımı

Amerika ACOG, epidural anestezinin SSVD'de kullanılabileceğini (Kanıt Düzeyi A),^[13] İngiltere RCOG, epidural anestezinin planlanan SSVD'de kontraendike olmadığını ifade etmiştir (Kanıt Düzeyi C).^[18]

Türkiye SSVD rehberine benzer olarak, Yeni Zelanda NZGG, önceden CS ile doğum yapmış bir kadına, VD şansını arttırdığına dair hiçbir kanıt olmamasına rağmen, epidural anestezi önerilebileceğini bildirmiştir (Kanıt Düzeyi C).^[8,16] Fransa CNGOF, epidural anestezinin desteklenmesi gerektiğini belirtmiştir (Uzman görüşü).^[24]

7. SSVD Başarısını Arttıran Faktörler

Amerika ACOG, SSVD başarısını arttırmada en güçlü belirleyiciler olarak önceki VD ve spontan doğumun olduğu vurgulanmıştır.^[13] Benzer şekilde İngiltere NICE, önceden hem CS hem de VD yapmış bir kadının, önceden CS doğum yapmış VD yapmamış kadına göre SSVD gerçekleştirme olasılığının daha yüksek olduğu konusunda kadınları bilgilendirmeyi önermiştir.^[20]

Fransa CNGOF, önceden VD yapmış olan kadınlarda, uygun Bishop skoru olan, preterm eylem ve spontan doğumlarda SSVD'nin teşvik edilmesini önermiştir (Kanıt düzeyi: C).^[24]

8. SSVD Başarısını Azaltan Faktörler

Amerika ACOG, ileri maternal yaş, beyaz olmayan ırk, gestasyonel haftanın 40 ve üzerinde olması, maternal obezite, preeklampsi, gebelikler arası sürenin kısa olması, neonatal doğum kilosunda artış ve doğum distosinin SSVD'de başarıyı azaltan faktörler olduğunu ifade etmiştir. Aynı rehberde, önceden klasik ya da T insizyonu, UR hikayesi, geniş çaplı

transfundal uterin cerrahisi olan, VD kontraendike olan durumlarda (plasenta previa vb) SSVD adayı olmadığı belirtilmiştir (Kanıt Düzeyi B).^[13]

İrlanda RCPI, önceden uterusun üzerinde vertikal insizyonu olan kadınların isteğe bağlı CS ile doğum yapmasını önermiş ve bu kadınların antepartum dönemde rüptür riski taşıdığını, bu nedenle üçüncü trimester boyunca hastanede gözlem altında tutulması gerektiğini belirtmiştir.^[23]

İngiltere RCOG, ikiz gebelik, fetal makrozomi ve iki doğum aralığı kısa olan kadınlarda planlanan SSVD'nin güvenliği ve etkinliği bilinmediği için bu gibi durumlarda dikkatli bir yaklaşım önermiştir (Kanıt Düzeyi C). Yine aynı rehberde komplikasyonsuz alt transvers CS insizyonu dışında önceden uterin insizyonu olan ve VD düşünen kadınlar, bir önceki cerrahi ayrıntılara tam erişimi olan bir danışman tarafından değerlendirilmesini belirtmiştir (Kanıt Düzeyi C).^[18]

Kanada SOGC, kanıt II-2B doğrultusunda SSVD için, çoğul gebelik, diabetes mellitus, şüphelenilen fetal makrozomi, miad aşımının kontraendike olmadığını belirtmiştir. Bununla birlikte, CS doğumda 18-24. ayı içinde yapılan VD, UR riskinin artmış olacağı konusunda kadının bilgilendirilmesini önermiştir. Skarın nereden yapıldığı bilinmeyen olgularda, önceki doğumun durumuna ilişkin bilgilerin yardımcı olduğunu ve eğer alt transvers insizyonu olasılığı yüksek ise SSVD'nin önerildiğini belirtmiştir.^[17]

Fransa CNGOF önceden VD hikayesi olmayan ve fetüsün ağırlığı 4500 g üzeri tahmin edilen ve BKI >50 olan kadınlarda isteğe bağlı CS planlanması gerektiği (Kanıt Düzeyi: C), bununla birlikte, maternal yaşın 35 üzeri olması, diabet, morbid obez, ikiz gebelik, makat prezentasyonu ve uzamış gebelik durumunda SSVD olabileceğini, fakat kanıt düzeyi düşük olması nedeniyle elde olan veriler doğum yöntemini seçmeye izin vermediğini ifade etmiştir (Kanıt Düzeyi: C).^[24]

Sonuç

Hemşireler, prenatal dönemde gebeye ve ailesine bilgilendirme ve danışmanlık hizmeti sağlayarak gebeye uygun doğum yöntemini seçmesine yardımcı olmaktadır. Bu makalede verilen bilgiler ile hemşireler en doğru, güncel ve kanıta dayalı uygulamalar doğrultusunda geliştirilen bilgilere sahip olacak ve gebeyi en doğru şekilde bilgilendirecektir. Bunun sonucunda hem verdikleri bakımın kalitesinin artmasına hem de CS oranının azaltılmasına ve SSVD'nin artmasına katkıda bulunmuş olacaklardır.

- İncelenen rehberler doğrultusunda;
- Dünya'da ve Türkiye'de CS oranının artış gösterdiği ve SSVD'un CS oranını azaltmada önemli bir seçenek olduğu,
- SSVD'nin enfeksiyon, hemoraji, tıbbi müdahale, hastanede kalma süresi, kan transfüzyonu ve pıhtılaşma bozuklukları riskini azalttığı, erken mobilizasyon sağlayıp postpartum

iyileşme sürecini kısalttığı, major abdominal cerrahiden kaçınılması, multiple CS ile gelecekteki risklerin (histerektomi, mesane-barsak yaralanmaları, plasenta akreta vb.) azalması gibi yararlarının bulunduğu,

- SSVD ve isteğe bağlı CS potansiyel riskleri ve yararları hakkında kadına bilgi ve danışmanlık sunulmasının önemli olduğu, önceden CS olan kadınlarda herhangi bir risk faktörü yoksa SSVD önerilmesi, danışmanlık ve yönetim planının tıbbi kayıta yer alması gerektiği,
- Önceki doğumu CS ve alt transvers insizyonu olan çoğu kadının SSVD adayı olduğu,
- Planlanan SSVD'nin UR riski taşıdığı konusunda kadına bilgilendirme yapılması gerektiği, prenatal mortalitenin en sık nedeninin UR olduğu,
- Önceden CS doğum yapan kadınlara VD planlandığında, UR ya da diğer komplikasyonların olabileceği durumuna karşın acil bakımı sağlayacak sağlık çalışanlarının ve ekipmanların (Elektronik fetal monitör, doğum ünitesi, kan transfüzyon servisi, neonatal resusitasyon vb.) hazır bulunmasını önerildiği ve SSVD süresince elektronik fetal monitörün kullanılmasının ifade edildiği,
- SSVD'de oksitosinin kontraendike olmadığını, UR riskini arttırmada ilişkili olabileceğini ve uygun danışmanlık sonrası dikkatlice kullanılması gerektiği, misoprostol, SSVD indüksiyonu için önceden CS doğum öyküsü olan kadınlarda kullanılmaması gerektiği,
- Epidural anestezinin SSVD'de kullanılabileceği,
- SSVD başarısını arttırmada en güçlü belirleyicinin kadının önceden VD yapmış olması, önceden klasik ya da T insizyonu olan kadınlarda SSVD'nin kontraendike olduğu sonuçlarına varılmıştır.

KAYNAKLAR

1. Kaplanoğlu M. Sezaryen sonrası vajinal doğum. Arşiv Kaynak Tarama Dergisi 2014; 23(4): 624-63
2. Gümüş İI, Kamalak Z. Sezaryen sonrası her hastaya normal vajinal doğum denenebilir mi?. İstanbul Tıp Fakültesi Dergisi 2010; 73(1): 33-37.
3. World Health Organization. Caesarean sections should only be performed when medically necessary; 2015. <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2015/caesarean-sections/en>. (Erişim Tarihi: 25 Mayıs 2015).
4. Sağlık İstatistikleri Yıllığı; 2014. http://ekutuphane.sagem.gov.tr/kitaplar/saglik_istatistikleri_yilligi_2014.pdf (Erişim Tarihi: 05 Mart 2016)
5. Organisation for Economic Co-operation and Development-OECD Health Statistics 2015. <http://www.oecd.org/health/health-data.htm>. (Erişim Tarihi: 05 Mart 2016)
6. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması; 2013. http://www.hips.hacettepe.edu.tr/TNSA_2013_ana_rapor.pdf. (Erişim Tarihi: 25 Mayıs 2015)
7. Uçum EY, Kitapçioğlu G, Karadeniz G. Kadınların doğum yöntemlerine bakış açısı, deneyim ve memnuniyetleri. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi 2010; 5(13): 107-123.
8. Sağlık Bakanlığı, Doğum ve Sezaryen Eylemi Yönetim Rehberi; 2010. <http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/a%C3%A7sap27.pdf>. (Erişim Tarihi: 25 Mayıs 2015).
9. Gözükara F, Eroğlu K. Sezaryen doğum artışını önlemenin bir yolu: "bir kez sezaryen hep sezaryen" yaklaşımı yerine sezaryen sonrası vajinal

- doğum ve hemşirenin rolleri. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi 2011; 89-100.
10. Gardner K, Henry A, Thou S, Davis G, Miller T. Improving VBAC rates: the combined impact of two management strategies. Aust N Z J Obstet Gynaecol 2014; 54(4): 327-32. <http://dx.doi.org/10.1111/ajo.12229>.
 11. Guise JM, Denman MA, Emeis C, Marshall N, Walker N, Fu R, et al. Vaginal birth after cesarean: new insights on maternal and neonatal outcomes. Obstet Gynecol 2010; 115(6):1267-1278. <http://dx.doi.org/10.1097/AOG.0b013e3181df925f>.
 12. Rossi A, D'addario V. Maternal morbidity following a trial of labour after caesarean section vs. elective repeat cesarean delivery: a systematic review with meta analysis. Am J Obstet Gynecol 2008; September: 224-231. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajog.2008.04.025>.
 13. American College of Obstetricians and Gynecologists; 2010. <http://www.acog.org/Resources-And-Publications/Practice-Bulletins/Committee-on-Practice-Bulletins-Obstetrics/Vaginal-Birth-After-Previous-Cesarean-Delivery>. (Erişim Tarihi: 24 Haziran 2015)
 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(2):179-192. <http://dx.doi.org/10.1016/j.clp.2011.03.007>.
 15. Homer CSE, Johnston R, Foureur MJ. Birth after caesarean section: changes over a nine-year period in one Australian state. Midwifery 2011; 27(2):165-169. <http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2009.04.009>.
 16. New Zealand Guidelines Group (NZGG); 2004. http://www.health.govt.nz/system/files/documents/publications/caesarean_full_guide_web201.pdf. (Erişim Tarihi: 24 Haziran 2015).
 17. Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada (SOGC); 2005. <http://sogc.org/wp-content/uploads/2013/01/155E-CPG-February2005.pdf>. (Erişim Tarihi: 24 Haziran 2015).
 18. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG); 2007. <https://www.rcog.org.uk/en/guidelines-research-services/guidelines/gtg45/>. (Erişim Tarihi: 24 Haziran 2015).
 19. National Institute for Health and Care Excellence (NICE) Clinical Guideline 70: Induction of Labour; 2008. <http://www.nice.org.uk/guidance/cg70> (Erişim Tarihi: 24 Haziran 2015)
 20. National Institute for Health and Care Excellence (NICE) Clinical Guideline 132: Caesarean Section; 2011. <http://www.nice.org.uk/guidance/cg132>. (Erişim Tarihi: 24 Haziran 2015).
 21. National Institute for Health and Care Excellence (NICE) Quality Standard 32: Caesarean Section; 2013. <http://www.nice.org.uk/guidance/qs32/chapter/Quality-statement-1-Vaginal-birth-after-a-caesarean-section>. (Erişim Tarihi: 24 Haziran 2015).
 22. American Academy of Family Physicians (AAFP); 2014. http://www.aafp.org/dam/AAFP/documents/patient_care/clinical_recommendations/AAFP%20PVBAC%20guideline%20reviewed%20by%20marketing%201-13-15.pdf. (Erişim Tarihi: 24 Haziran 2015).
 23. Royal College of Physicians of Ireland (RCPI); 2011. <http://www.hse.ie/eng/about/Who/clinical/natclinprog/obsandgynaeprogramme/guide5.pdf>. (Erişim Tarihi: 24 Haziran 2015).
 24. French College of Gynecologists and Obstetricians (CNGOF); 2013. http://ac.els-cdn.com/S0301211513002467/1-s2.0-S0301211513002467-main.pdf?_tid=c9a9a8ec-197e-11e5-bb01-00000aab0f27&acdnat=1435046984_86262e543e15b19c0aee5e9f23bc408. (Erişim Tarihi: 24 Haziran 2015).

DÜZELTME:

Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi 2016;13 (1): 7-10

Buz Dağının Görünmeyen Yönü; Ventrogluteal Bölge Ne Kadar Kullanılıyor? başlıklı Klinik Makalede 4 numaralı kaynak: **Süzen LB, Ay FA. İlaç uygulamaları. İçinde: Ay FA, editör. Sağlık uygulamalarında temel kavramlar ve beceriler kitabı. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi; 2011. s.417-508.** Şeklinde olacaktı, yanlışlık için özür dileriz.