

Sezaryen Olgularının Değerlendirilmesi: 5 Yıllık Deneyim

Evaluation of the Cesarean Section Cases: A 5-Year Experience

Dr. İlker ARIKAN,^a
Dr. Aykut BARUT,^a
Dr. Şener GEZER,^a
Dr. Mustafa BAŞARAN,^a
Dr. Müge HARMA,^a
Dr. Mehmet HARMA,^a
Dr. Ülkü BAYAR^a

^aKadın Hastalıkları ve Doğum AD,
Zonguldak Karaelmas Üniversitesi
Tıp Fakültesi, Zonguldak

Geliş Tarihi/Received: 23.08.2009
Kabul Tarihi/Accepted: 03.11.2009

Yazışma Adresi/Correspondence:
Dr. Mehmet İbrahim HARMA
Zonguldak Karaelmas Üniversitesi
Tıp Fakültesi,
Kadın Hastalıkları ve Doğum AD,
Zonguldak,
TÜRKİYE/TURKEY
mehmetharma@superonline.com

ÖZET Amaç: Çalışmada kliniğimizde sezaryen ameliyatı yapılan olguların değerlendirilmesi amaçlandı. **Gereç ve Yöntemler:** Ocak 2004 ile Aralık 2008 tarihleri arasında sezaryen ameliyatı yapılan 1632 olgunun demografik bilgileri ve dosya kayıtları retrospektif olarak incelendi. Yıllara göre doğum sayıları, normal doğum sıklığı ile sezaryen ameliyatı sıklığı ve endikasyonları belirlendi. **Bulgular:** Beş yıllık dönemde gerçekleşen 2383 doğumdan 1632 (%68.5)'sinin abdominal, 751 (%31.5)'inin vajinal yoldan olduğu saptandı. Daha önce sezaryen geçirmiş olmanın endikasyonlar içinde ilk sırada yer aldığı ve 2004 yılında %61.2 olan sezaryen oranının artış göstererek 2008'de %72.8'e ulaştığı belirlendi. Maternal mortalite oranını 100 binde 12.2 olarak belirledik (toplam 2 olgu: mide lenfoması olgusu ve koroner arter trombozu olgusu). **Sonuç:** Hem gelişmiş ve hem de gelişmekte olan ülkelerde sezaryen ile doğum oranlarında ilerleyici bir artış söz konusudur. Dünyada, bir yanda gerektiği halde sezaryen doğum yapamadığı için maternal mortaliteyle yüz yüze gelen büyük bir kadın nüfusu varken diğer yandan bu cerrahi işlemin, hiçbir endikasyonu olmaksızın çok sayıda kadına uygulanıyor olması temel bir sağlık sorunu olarak karşımızda durmaktadır. Primer sezaryen doğum oranında hızlı artış, tekrarlayan sezaryen oranlarında artışı da beraberinde getirmektedir. Gereksiz sezaryen ameliyat oranının azaltılması için gebe kadınların vaginal doğum yapmaya cesaret etmeleri sağlanmalı ve bunun için sağlık personelinin eğitimi güncellenmelidir.

Anahtar Kelimeler: Sezaryen; doğum, obstetrik; doğumbilim

ABSTRACT Objective: The aim of the study was to evaluate the cesarean section cases in our institute. **Material and Methods:** Demographic data and file records of 1632 cesarean section cases were evaluated retrospectively between January 2004 and December 2008. Normal spontaneous vaginal and cesarean delivery rates and indications for cesarean deliveries were evaluated for each year. **Results:** There were a total of 2383 deliveries during 5 years period. 1632 (68.5%) of these deliveries had a cesarean section, and 751 (31.5%) had normal vaginal births. Previous cesarean section as a first indication and a progressive increase has been detected which the upsurge was 61.2% in 2004 to 72.8% in 2008. Maternal mortality rate was detected as 12.2 in one hundred thousand (total 2 cases: one with gastric lymphoma and the other with coronary artery thrombosis). **Conclusion:** The cesarean delivery rates increase in both developed and developing countries. Besides there is a huge population in the world who are facing maternal mortality due to delivering normal vaginal birth even though cesarean section is indicated for them; a lot of women having this surgery without any indication is a big health problem. The quick rising in the rate of primary cesarean delivery in which carry a concurrent trend, an increase in the rate of repeated cesarean section. For reducing the rate of unnecessary cesarean sections must be encourage the pregnant women to attempt vaginal birth and up-to-date education of the health care providers should be considered.

Key Words: Cesarean section; delivery, obstetric; obstetrics

Sezaryen ameliyatı laparotomi ile abdominal kavitenin açılması ve histerotomi ile uterus-tan fetusun alınmasını tanımlayan, abdominal doğum olarak da adlandırılan bir doğum yöntemidir. Canlı doğumla sonuçlanan ilk sezaryen ameliyatının tarihi MÖ 508'e kadar uzanır. 1790'da Fransız Baudelocque ameliyatın tanımını yapmış, 1876'dan itibaren İtalyan Porro ve Alman Sanger'in çalışmaları modern teknikler açısından bir dönüm noktası oluşturmuştur.¹

Geniş ölçekli çalışmalarda, %15'ten yüksek oranlarda yapılan sezaryen ameliyatlarının anne ve yenidoğan sağlık ölçütlerinde düzelmeye yol açmadığı belirtilmektedir.² 1985 yılında Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından önerilen %15'lik bu sınırın günümüzde çok önemi kalmamış gözükmektedir.³ Dünya ölçeğinde giderek daha fazla uygulanır hale gelen bu doğum şekli için ülkelere göre güncel bazı oranları şöyle sıralamak mümkündür; Şili %40,³ Brezilya %36.4,⁴ Tayvan %33,⁵ A.B.D. %31.8,⁶ Avustralya %30.3,⁷ Hong Kong %27.1,⁸ Kanada %22.5⁹ İngiltere %22,³ sahra-altı Afrika %22,³ Mısır %22.² Ülkemizde ise 2003 verilerine göre sezaryen oranı %21.2 olarak saptanmıştır.¹⁰

Sezaryen oranlarındaki artışın nedenleri arasında yardımcı üreme tekniklerinin yaygın kullanımını sonucu gebelik yaşının ilerlemesi, fetal iyiliğin değerlendirilmesinde gelişmeler gibi faktörler yer almaktadır. Tablo 1'de bu duruma katkısı olan diğer faktörler görülmektedir.

Bu çalışmanın amacı kliniğimizde beş yıl boyunca gerçekleştirilen sezaryen ameliyatlarının oranlarını ve endikasyonlarını incelemektir.

GEREÇ VE YÖNTEMLER

Çalışmaya Zonguldak Karaelmas Üniversitesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniğinde 01.01.2004

ile 31.12.2008 tarihleri arasında sezaryen ameliyatı yapılan olgular alındı. Yıllara göre doğum sayısı, normal doğum sıklığı ile sezaryen ameliyatı sıklığı ve endikasyonları belirlendi. Sezaryen olgularının kayıtlarının taranması ile maternal yaş, gravida, parite, gestasyonel hafta, doğum şekli, doğum ağırlığı, fetal cinsiyet ve maternal mortalite oranları saptandı. Sezaryen sonrası gerçekleşen anne ölümleri kaydedildi. Çalışmanın verileri SPSS 11.0 istatistik programı ile analiz edildi.

BULGULAR

Belirtilen dönemde toplam 2383 doğum gerçekleştiği, bunun 1632 (%68.5)'sinin sezaryenle, 751 (%31.5)'inin vajinal yoldan olduğu bulundu.

Yıllara göre tüm doğumlar içinde vajinal ve sezaryen doğumların dağılımı Tablo 2'de görülmektedir. Sezaryen ile doğum yapan 1632 gebe kadının ortalama yaşı 28.5 ± 5.4 (14-47) yıl, gravida 2.0 ± 1.4 (1-16), parite 0.7 ± 1.0 (0-10), abort 0.2 ± 0.6 (0-7) idi. Bu kadınlar 923 (%53.5)'ü erkek, 798 (%46.5)'i kız olmak üzere toplam 1724 [82 (%5.0) ikiz, 5 (%0.3) üçüz] bebek doğurmuştu. Doğan bebeklerin 991 (%60.8)'i miadında (37-42 hafta), 5 (%0.3)'i sürmatür (42-44 hafta), 636 (%38.9)'sı preterm (37 hafta altında) olarak dünyaya gelmişti. Sezaryen ile doğan bebeklerin ortalama doğum haftası 36.2 ± 3.1 hafta, ortalama ağırlığı ise 2838 ± 807 g olarak bulundu.

Sezaryen ameliyatının en sık endikasyonunun % 26.2 oranı ile daha önce geçirilmiş sezaryen ameliyatı olduğu ve bunun yıllar arasında fark göstermediği saptandı. Diğer endikasyonlar Tablo 3'te görülmektedir. Maternal mortalite oranını 100.000'de 12.2 olarak belirledik (toplam 2 olgu: mide lenfoması ile birlikte olan gastrik perforasyon olgusu ve koroner arter tromboz olgusu).

TABLO 1: Sezaryen doğumlara etkili faktörler.¹¹

Klinik faktörler	Önceki C/S, distosi, fetal distres, malprezentasyon, makat prezentasyon
Gebeye ilgili	Yaş, parite, etnik köken, eğitim düzeyi, kişisel tercih, beklentiler
Doktorla ilgili	Mesleki tarz, yaş, cinsiyet, gündüz doğumu tercih, güven, cezai sorumluluk korkusu, doğuma eşlik eden yardımcıları
Kurumla ilgili	Hastanenin büyüklüğü, eğitim hastanesi olması, özel hastane olması
Diğerleri	Şehirleşme, ek hastalıklar olması (diyabet, meme kanseri, alerjik hastalıklar, inme, astım)

TABLO 2: Kliniğimizde yıllara göre vajinal ve sezaryen doğum sıklığının dağılımı.

Yıllar	Vajinal doğum n (%)	Sezaryen n (%)	Toplam n
2004	115 (% 38.8)	181 (% 61.2)	296
2005	107 (% 33.4)	213 (% 66.4)	320
2006	105 (% 27.1)	282 (% 72.9)	387
2007	212 (% 35.2)	390 (% 64.8)	602
2008	212 (% 27.2)	566 (% 72.8)	778

TARTIŞMA

Hem gelişmiş ve hem de gelişmekte olan ülkelerde sezaryen ile doğum oranlarında ilerleyici bir artış söz konusudur. ABD'de 1965 yılında %4.5'ten 2007'de %31.8'e,⁶ İngiltere'de 1971'de %4'ten 2004'te %29.1'e¹² yükselmiş, Türkiye'de ise 1998'de tüm doğumlar içinde %13.9'dan 2003'de %21.2'ye, hastane doğumlarında ise 2007'de %42.5'e ulaşmıştır.

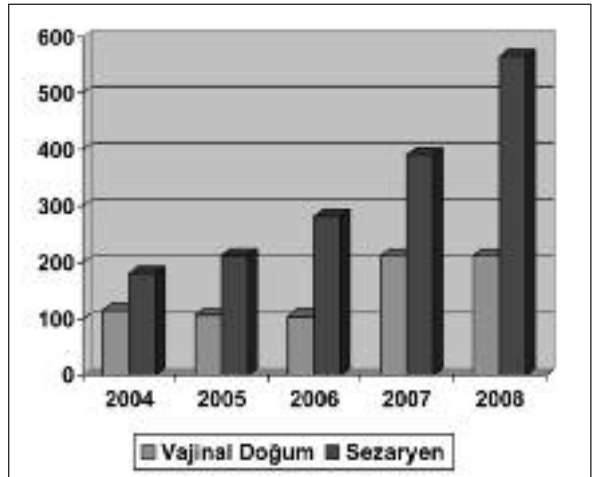
Buldukları bölgelerde aynı zamanda üçüncü basamak sağlık kuruluşu olarak hizmet veren üniversite hastanelerinde bu oranlar; Isparta'da %74.7,¹³ Erzurum'da %43.7,¹⁴ Diyarbakır'da %31.5¹⁵ gibi daha yüksek düzeylere çıkmaktadır. Kliniğimizdeki oran % 72 düzeyinde olup bölgenin tek referans hastanesi olması nedeniyle Sağlık Bakanlığı hastanelerinin de üçüncü basamak merkezi olma özelliğini taşımaktadır (Şekil 1).

Daha önce sezaryen ameliyatı geçirmiş olmak, endikasyonlar arasında çoğunlukla ilk sırayı almaktadır. Ülkemizde yapılan çalışmalarda en önemli endikasyon eski/mükerrer sezaryen olarak bulunmuştur.¹³⁻¹⁷ Bizim çalışmamızda da geçirilmiş sezaryen ameliyatı, tüm endikasyonları arasında %26.2 oranıyla ilk sırayı almaktadır (Şekil 2).

Doğum eyleminin takibinde antenatal tanı yöntemlerinin eskiye oranla daha sık kullanılması ve fetal distress'in erken belirlenmesi sezaryen oranlarını arttırmakta, sık kullanılan fetal kardiyotokografinin yalancı pozitiflik oranları ve doğumun indüklenmesi de bu artışa katkı sağlamaktadır.¹⁶ Ultrasonografinin kullanımının yaygın hale gelmesiyle sezaryen oranları artmaktadır. Tahmin edilen fetal ağırlıkta son trimester'de %15 hata payı olabilmektedir, fetal makrozominin prenatal tanısında

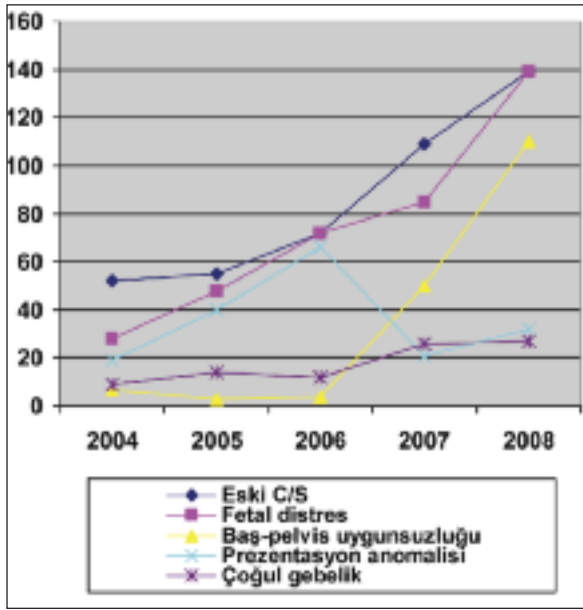
TABLO 3: Kliniğimizde sezaryen ameliyatlarının endikasyonlara göre dağılımı.

Endikasyon	n	%
Geçirilmiş sezaryen	427	26.2
Fetal distress	372	22.8
Baş-pelvis uygunsuzluğu	174	10.7
Prezentasyon anomalleri	168	10.3
Çoğul gebelik	88	5.4
Diğer	403	24.6
Toplam	1632	100

**ŞEKİL 1:** Yıllara göre vajinal doğum ve sezaryen olgularının dağılımı.

yanılmaya neden olmakta ve tek başına beklenen doğum ağırlığına göre karar verilmesi sezaryen oranını arttırmaktadır.¹⁶ Ülkemizde yapılan bir çalışmada yenidoğan ağırlıkları, yüksek riskli gebelik takibi, intrapartum fetal monitorizasyon ve yenidoğan servis niteliklerinin sezaryen oranlarında etkili olduğu bulunmuştur.¹⁸

Günümüzde çalışma yaşamında daha çok yer alan kadınlarımız mesleki beklentilerini öne süre-



ŞEKİL 2: Yıllara göre ilk 5 sezaryen endikasyonunun dağılımı.

rek çocuk sahibi olmayı ertelemekte ancak bu da yaşlı primigraviditeyi ve fertilitede azalmayı beraberinde getirmektedir. Bu ise ileri yaşlarda ve infertilite tedavisi sonucu elde edilen gebeliklerin artmasıyla sonuçlanmaktadır. Klasik kaynaklarda yer almamasına rağmen “tedavi gebeliği” olarak tanımlanan bu grupta, anne adayının (ve belki doğum hekiminin de) kaygı düzeyinin artması, doğum şeklinin belirlenmesinde sezaryene başvurma oranlarının artışına sebep olmaktadır. Diğer yanda infertilite tedavisinin bir sonucu olarak artan çoğul gebelikler sezaryen oranlarını kaçınılmaz olarak arttırmaktadır. Çalışmamızda çoğul gebelikler sezaryen endikasyonlarında %5.4 ile beşinci sırayı almaktadır.

Annenin sezaryen olma isteği tıbbi kayıtlara klinik endikasyonlardan biri gibi kaydedilmektedir. Bu durumla ilgili sistematik veriler olmamakla birlikte oranın %3-7 arasında olduğu belirtilmektedir.¹² Türkiye’de bir üniversite hastanesinde yapılan çalışmada, tıbbi faktörler dışındaki unsurların doğum şeklinin seçiminde daha çok rol aldığı, ancak eğitim ve gelir düzeyinin bu durumu etkilemediği sonucuna varılmıştır.¹⁹ Anne adayının isteğine bağlı yapılan planlanmış sezaryen ameliyatlarının risk ve faydalarını gösterecek randomize çalışmaların olmaması nedeniyle bu konuda doğum hekimlerine önerilerde bulunmak mümkün değildir.²⁰

Antisepsi, anestezi ve cerrahi tekniklerdeki ilerlemelere bağlı olarak sezaryen ameliyatının mortalite oranı giderek düşmüştür. İşlemin kendisine bağlı ölümlerle, altta yatan hastalıklara bağlı ölümler arasındaki ayırımı yapabilmek oldukça güç olmasına rağmen, olguların yaklaşık yarısında mortalitenin ameliyata bağlı nedenlerle ortaya çıktığı belirtilmektedir.²¹ Postpartum mortalite, vajinal doğumla karşılaştırıldığında, sezaryen doğumda 3.6 kez daha yüksektir.²² Sezaryen doğumlarda mortalitenin sıklıkla anestezi, puerperal enfeksiyon ve venöz tromboemboli’den kaynaklandığı bildirilmektedir.²¹ Merkezimizin sezaryen doğumlarda 100.000’de 12.2 olan maternal mortalite oranı, üçüncü basamak referans hastane olması nedeniyle ortaya çıkmaktadır.

Maternal morbidite oranları da vajinal doğum ile karşılaştırıldığında artış göstermekte olup başlıcaları anestezi komplikasyonları, kanama, endometriozis, üriner sistem enfeksiyonu, yara yeri komplikasyonlarıdır. Bunlar aynı zamanda mortalitenin, hastanede kalış süresinin ve hastane maliyetlerinin artmasına neden olmaktadır.

Sezaryen doğum şeklinin perinatal morbidite ve mortaliteye etkisi üzerine yapılan çalışmalarda değişik sonuçlar bildirilmiştir. WHO tarafından 2005 yılında yapılan çok merkezli prospektif bir çalışmada; sezaryen doğum şeklinin makat prezantasyonlarda gebelik yaşından bağımsız olarak toplam perinatal morbidite ve mortaliteyi azalttığı ancak sefalik prezantasyonlarda intrapartum fetal ölümü azaltmasına rağmen; maternal ve neonatal mortalite ile morbiditeyi arttırdığı belirtilmiştir.²³ Signore ve Klebanoff, eski sezaryen ve makat prezantasyon nedeniyle yapılan elektif sezaryenler ile planlı vajinal doğumları karşılaştırmışlar ve elektif sezaryen doğumların neonatal ölümleri, neonatal respiratuar morbiditeyi ve fetal laserasyonu arttırdığını, brakial pleksus yaralanması, neonatal sepsis, intrakranial kanama, intrapartum asfiksi ve antepartum ölü doğumları düşürdüğünü belirtmişlerdir. Sonuç olarak, neonatal ölümlerin artmasına rağmen antepartum ölü doğumları azaltması nedeniyle, sezaryen doğumların toplam perinatal mortaliteyi azalttığını bildirmişlerdir.²⁴

Bir kez sezaryen doğum yaptıktan sonra tekrar sezaryen olma oranı %91 kadar yüksek düzeydedir.¹² Bunun azaltılması için “sezaryen sonrası vajinal doğum” denemesi,²⁵ prezentasyon bozukluklarında eksternal versiyon yapılması²⁶ önerilmektedir. Ancak bu yöntemler tamamen risksiz olmayıp (versiyon olgularında uterin rüptür ve plasenta dekolmanı, sezaryen sonrası vaginal doğumda uterin rüptür) olgu belirlenmesinde çok seçici davranmak gerektiği için tekrarlayan sezaryen oranlarını azaltmada istenen sonuca varılamamıştır.

Dünyanın gelişmekte olan ülkelerinde sezaryen doğumlarda iki farklı durum görülmektedir. Bu ülkeler içinde en geri kalmış ve en kötü ekonomisi olanlarda, kadınların sezaryen doğum oranları WHO'nun önerisi olan alt sınırın (%5) altında kalmaktadır. Bunun nedeninin kırsal bölgede yaşamak ve yoksulluk olduğu bildirilmektedir.²⁷ Aynı grupta fakat daha üst sıralarda olup, içinde Türkiye'nin de yer aldığı ülkelerde ise sezaryen doğum oranlarında dramatik artışlar görülmektedir. Latin Amerika ve Asya ülkeleri burada ileri çıkmış olup, Şili, tüm doğumlar içinde %40 sezaryen oranıyla rekor düzeye ulaşmıştır. Sezaryenle doğum yapmış olmak bu ülkelerde adeta bir “kültürel norm” olarak benimsenmektedir. Brezilya'da nüfusun en zengin %10'luk diliminde sezaryen doğum oranı %77'dir. Çin'de 1994 yılında %0.8 olan istemli sezaryen oranı 2006'da

%20'ye yükselmiştir. Bu ülkede resmi politika olarak zorunlu tek çocuk uygulaması nedeniyle fetal risk göze alınamamakta ve sezaryen daha güvenli olarak görülmektedir.²⁷

Ülkemiz, kırsalda %10, şehirlerde %21.5 olan sezaryen oranları ile ekonomisi büyümekte olan ülkeler arasında ortalarda yer almaktadır. Ancak sezaryen doğumlarının artışıdaki baskı, sağlık politikalarımızı değiştirmeye zorlayacak denli hissedilmektedir. Dünyada, bir yanda gerektiği halde sezaryen doğum yapmadığı için maternal mortaliteyle yüz yüze gelen büyük bir kadın nüfusu varken diğer yandan da bu cerrahi işlemin, tüm komplikasyonları gözardı edilerek ve endikasyonu olmaksızın çok sayıda kadına uygulanıyor olması temel bir sağlık sorunu olarak karşımızda durmaktadır. Ülkemizdeki durum küresel sürecin bir yansımasıdır. Bu çelişkili durumun kısa dönemde bir çözümü olmayıp ancak ulusal sağlık politikalarının düzenlenmesiyle, sezaryen doğumlarda kabul edilebilir oranlara ulaşılması mümkün görünmektedir.

SONUÇ

Primer sezaryen doğum oranında hızlı artış, tekrarlayan sezaryen oranlarında artışı da beraberinde getirmektedir. Gereksiz sezaryen ameliyat oranının azaltılması için gebe kadınların vaginal doğum yapmaya cesaret etmeleri sağlanmalı ve bunun için sağlık personelinin eğitimi güncellenmelidir.

KAYNAKLAR

- Gabert HA, Bey M. History and development of cesarean operation. *Obstet Gynecol Clin North Am* 1988;15(4):591-605.
- Khawaja M, Jurdi R, Kabakian-Khasholian T. Rising trends in cesarean section rates in Egypt. *Birth* 2004;31(1):12-6.
- Dosa L. Cesarean section delivery, an increasingly popular option. *Bull World Health Organ* 2001;79(12):1173.
- Ribeiro VS, Figueiredo FP, Silva AA, Bettiol H, Batista RF, Coimbra LC, et al. Why are the rates of cesarean section in Brazil higher in more developed cities than in less developed ones? *Braz J Med Biol Res* 2007;40(9):1211-20.
- Liu TC, Chen CS, Tsai YW, Lin HC. Taiwan's high rate of cesarean births: impacts of national health insurance and fetal gender preference. *Birth* 2007;34(2):115-22.
- Hamilton BE, Martin JA, Ventura SJ. Births: Preliminary Data for 2007. *National Vital Statistics Reports* 2009;57(12):1-23.
- Fenwick J, Staff L, Gamble J, Creedy DK, Bayes S. Why do women request cesarean section in a normal, healthy first pregnancy? *Midwifery* 2008 Dec 29. [Epub ahead of print]
- Pang MW, Law LW, Leung TY, Lai PY, La TK. Sociodemographic factors and pregnancy events associated with women who declined vaginal birth after cesarean section. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2009; 143(1):24-8.
- Chaillet N, Dumont A. Evidence-based strategies for reducing cesarean section rates: a meta-analysis. *Birth* 2007;34(1):53-64.
- [Turkey Demographic and Health Survey, 2003]. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, 2004. p.1-221.
- Chen CS, Lin HC, Liu TC, Lin SY, Pfeiffer S. Urbanization and the likelihood of a cesarean section. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2008;141(2):104-10.

12. Menacker F, Declercq E, Macdorman MF. Cesarean delivery: background, trends, and epidemiology. *Semin Perinatol* 2006;30(5): 235-41.
13. Güney M, Uzun E, Oral B, Sarıkan İ, Bayhan G, Mungan T. [Cesarean section rates and indications at our clinic between 2001 and 2005]. *TJOD* 2006;3(4):249-54.
14. Yılmaz M, İsaoglu Ü, Kadanalı S. [Investigation of the cesarean section cases in our clinic between 2002 and 2007]. *Marmara Medical Journal* 2009;22(2):104-10.
15. Yalınkaya A, Bayhan G, Kale A, Yayla M. [The rate and indications of cesarean sections at Dicle University during 20 years' period]. *Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst* 2003;13(6): 356-60.
16. Dölen İ, Özdeğirmenci Ö. [What will be optimal rate of cesarean birth? Current status in Turkey and in the world]. *TJOD Uzmanlık Sonrası Eğitim Dergisi* 2004;7(2): 113-7.
17. Yumru E, Davas İ, Baksu B, Altıntaş A, Altın A, Mert M. [Incidence of and indications for cesarean section between 1995 and 1999]. *Perinatoloji Dergisi* 2000;8(3):94-8.
18. Şener T, Yıldırım A, Hassa H, Özalp S, Gürel H. [Risk factors in cesarean: Evaluation of 394 cases]. *Zeynep Kamil Tıp Bülteni* 1990;22(4): 579-88.
19. Tatar M, Günalp S, Somunoğlu S, Demiroğlu A. Women's perceptions of cesarean section: reflections from a Turkish teaching hospital. *Soc Sci Med* 2000;50(9):1227-33.
20. Lavender T, Hofmeyr GJ, Neilson JP, Kingdon C, Gyte GM. Cesarean section for non-medical reasons at term. *Cochrane Database Syst Rev* 2006;3:CD004660.
21. Miller JM Jr. Maternal and neonatal morbidity and mortality in cesarean section. *Obstet Gynecol Clin North Am* 1988;15(4):629-38.
22. Deneux-Tharoux C, Carmona E, Bouvier-Colle MH, Bréart G. Postpartum maternal mortality and cesarean delivery. *Obstet Gynecol* 2006;108(3 Pt 1):541-8.
23. Villar J, Carroli G, Zavaleta N, Donner A, Wojdyla D, Faundes A, et al; World Health Organization 2005 Global Survey on Maternal and Perinatal Health Research Group. Maternal and neonatal individual risks and benefits associated with cesarean delivery: multicentre prospective study. *BMJ* 2007;335(7628): 1025.
24. Signore C, Klebanoff M. Neonatal morbidity and mortality after elective cesarean delivery. *Clin Perinatol* 2008;35(2):361-71.
25. Fang YM, Zelop CM. Vaginal birth after cesarean: assessing maternal and perinatal risks--contemporary management. *Clin Obstet Gynecol* 2006;49(1):147-53.
26. Hutton EK, Hofmeyr GJ. External cephalic version for breech presentation before term. *Cochrane Database Syst Rev* 2006;(1): CD000084.
27. Wylie BJ, Mirza FG. Cesarean delivery in the developing world. *Clin Perinatol* 2008;35(3): 571-82.