



T.C.
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM UZMANLARININ
SEZARYEN DOĞUM YÖNTEMİ İLE İLGİLİ GÖRÜŞ

ve

DÜŞÜNCELERİ: NİTEL BİR ÇALIŞMA, SAKARYA İLİ ÖRNEĞİ

UZMANLIK TEZİ

Dr. NEŞE AŞICI

MART 2021

T.C.
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM UZMANLARININ
SEZARYEN DOĞUM YÖNTEMİ İLE İLGİLİ GÖRÜŞ

ve

DÜŞÜNCELERİ: NİTEL BİR ÇALIŞMA, SAKARYA İLİ ÖRNEĞİ

UZMANLIK TEZİ

Dr. NEŞE AŞICI

DANIŞMAN

Dr. Öğr. Üyesi ELİF KÖSE

MART 2021

BEYAN

Bu araştırmaya T.C. Sakarya Üniversitesi Tıp Fakóltesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 09.01.2020 tarih ve 71522473/050.01.04/14 karar sayılı etik kurul onayı alınarak başlanmıştır. Bu tezin "kendi çalışmam olduğunu, planlanmasından yazımına kadar hiçbir aşamasında etik dışı davranışımın olmadığını, tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları kaynaklar listesine aldığımı, tez çalışması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını" beyan ederim.

02.02.2021

Neşe Aşıcı

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim boyunca bilgi ve deneyimlerinden faydalandığım ve tezimin yapım süresince desteklerini esirgemeyen başta Anabilim Dalı Başkanı hocamız Prof. Dr. Hasan Çetin Ekerbiçer'e ve tez danışman hocam Dr.Öğr. Üyesi Elif Köse'ye teşekkürlerimi sunarım.

Bölüme başladığım ilk günden bu yana huzurlu bir çalışma ortamında çalışmamı sağlayan ve her ihtiyaç anında yanımda olan bölümdeki uzman olup ayrılmış olanlar dahil tüm çalışma arkadaşlarıma, tezin başından sonuna kadar her aşamasında bilgi ve fikirlerinden faydalandığım, Prof. Dr. Nursen Çınar'a, tezimin grafiklerinin yapımında yardımlarını esirgemeyen grafiker Öğr. Üyesi Selçuk Selanik'e, hayatımın her döneminde olduğu gibi varlıklarından güç aldığım, her zaman yanımda olan çok sevdiğim annem, babam ve kardeşim Seçil, eşi Barış ve yeğenim Nil'e, son olarak asistanlık ve tez süreci boyunca desteklerini esirgemeyen sevgili eşim Barış ve çocuklarım Mert ve Ufuk'a sonsuz teşekkürler.

02.02.2021

Neşe Aşıcı

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER

| | |
|---|-----|
| BEYAN | i |
| TEŞEKKÜR | ii |
| İÇİNDEKİLER | iii |
| KISALTMA VE SİMGELER..... | ix |
| ŞEKİLLER..... | xi |
| TABLolar | xii |
| ÖZET | xiv |
| SUMMARY | xvi |
| | |
| 1.GİRİŞ VE AMAÇ | 1 |
| 2.GENEL BİLGİLER | 4 |
| 2.1.DOĞUM..... | 4 |
| 2.1.1.Vajinal doğum..... | 4 |
| 2.1.1.1.Vajinal Doğumun Maternal Faydaları | 5 |
| 2.1.1.2.Vajinal Doğumun Yenidoğan Açısından Faydaları | 6 |
| 2.1.1.3.Vajinal Doğumun Maternal Komplikasyonları..... | 7 |
| 2.1.1.4.Vajinal Doğumun Yenidoğan Komplikasyonları | 8 |
| 2.1.2.Sezaryen Doğum | 10 |
| 2.1.2.1.Sezaryen doğumun tarihçesi | 10 |
| 2.1.2.2.Sezaryen doğum endikasyonları | 11 |
| 2.1.2.3.Sezaryen doğumun maternal faydaları..... | 14 |
| 2.1.2.4.Sezaryen doğumun yenidoğan açısından faydaları..... | 16 |
| 2.1.2.5.Sezaryen doğumun maternal komplikasyonları | 17 |
| 2.1.2.6.Sezaryen doğumun yenidoğan komplikasyonları | 19 |
| 2.1.2.7.Sezaryen doğumun mali yükü..... | 20 |
| 2.1.3.Sezaryen Doğum Hızı | 21 |

| | |
|--|----|
| 2.1.3.1.Dünya’da sezaryen doğum hızı..... | 22 |
| 2.1.3.2.Türkiye’de sezaryen doğum hızı..... | 25 |
| 2.2.YÜKSEK SEZARYEN DOĞUM HIZININ ALTINDA YATAN OLASI FAKTÖRLER..... | 29 |
| 2.2.1.Anne Talebi Üzerine Sezaryen Doğum | 29 |
| 2.2.2.Elektif Sezaryen Doğum | 32 |
| 2.2.3.Medikolegal Kaygılar ve Defansif Tıp | 36 |
| 2.2.4.Diğer Faktörler..... | 39 |
| 2.2.4.1.Hekim ile ilişkili faktörler..... | 39 |
| 2.2.4.2.Hasta ile ilişkili faktörler..... | 41 |
| 2.3.YÜKSEK SEZARYAN HIZINI DÜŞÜRMEK İÇİN YAPILAN ULUSLARARASI ÇALIŞMALAR..... | 42 |
| 2.4.YÜKSEK SEZARYEN HIZINI DÜŞÜRMEK İÇİN TÜRKİYE’DE YAPILAN ÇALIŞMALAR..... | 46 |
| 3.GEREÇ VE YÖNTEM..... | 53 |
| 3.1.ARAŞTIRMANIN YERİ VE ZAMANI..... | 53 |
| 3.1.1.Araştırmanın Yeri..... | 53 |
| 3.1.2.Araştırmanın Zamani | 53 |
| 3.2.ARAŞTIRMANIN TİPİ..... | 53 |
| 3.3.ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ..... | 54 |
| 3.4.VERİ TOPLAMA..... | 55 |
| 3.5.ETİK KURUL ONAYI VE İZİNLER..... | 56 |
| 3.6.ARAŞTIRMANIN BÜTÇESİ..... | 56 |
| 3.7.ARAŞTIRMANIN SÜRECİ..... | 56 |
| 3.8.VERİLERİN ANALİZİ..... | 57 |
| 4.BULGULAR..... | 59 |
| 4.1.KATILIMCILARIN BAZI SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ..... | 59 |
| 4.2.KATILIMCILARIN ÇALIŞTIKLARI KURUMLAR, UZMAN HEKİM OLARAK ÇALIŞMA SÜRELERİ VE KATILIMCILARLA YAPILAN GÖRÜŞME SÜRELERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ..... | 59 |

| | |
|---|----|
| 4.3.DERİNLEMESİNE GÖRÜŞMELERİN ANALİZ SONUÇLAR..... | 61 |
| 4.3.1.Tema 1. Yüksek Sezaryen Hızının Nedenleri | 61 |
| 4.3.1.1.Sağlık sistemi ve sağlık politikaları | 61 |
| 4.3.1.1.1.Fiziki koşullar..... | 62 |
| 4.3.1.1.2.Özel / kamu farkı..... | 62 |
| 4.3.1.1.3.Performans sistemi | 63 |
| 4.3.1.1.4.Emek doğrultusunda ücret | 63 |
| 4.3.1.1.5.Ebelik sistemindeki olumsuzluklar | 64 |
| 4.3.1.1.6.Organizasyon ve teknik donanım eksikliği | 68 |
| 4.3.1.1.7.Doğum öncesi bakım ve gebe okullarının yetersizliği | 70 |
| 4.3.1.1.8.Asistan eğitimlerindeki yetersizlik..... | 71 |
| 4.3.1.2.Hukuk sistemi | 72 |
| 4.3.1.2.1.Mahkeme boyutu..... | 72 |
| 4.3.1.2.2.Astronomik tazminatlar | 73 |
| 4.3.1.3.Hekim ile ilişkili faktörler | 76 |
| 4.3.1.3.1.Kişisel rahatlık | 77 |
| 4.3.1.3.2.Hasta ve yakınlarının baskısı | 77 |
| 4.3.1.3.3.Korku / kaygı / riskten kaçma | 78 |
| 4.3.1.3.4.Hekimlerin kendilerini yalnız hissetmesi | 79 |
| 4.3.1.3.5.Defansif hekimlik..... | 80 |
| 4.3.1.3.6.Yaşanan olumsuz deneyimler ve etkileri | 83 |
| 4.3.1.3.7.İş yükü / aşırı sorumluluk..... | 85 |
| 4.3.1.3.8.Güncel kılavuzlara uymama..... | 86 |
| 4.3.1.3.9.Hekimlerin anne talebi üzerine sezaryen doğuma bakış açıları ve tutumları | 89 |
| 4.3.1.3.10. Hekimlerin kendi sezaryen endikasyonları | 93 |
| 4.3.1.4.Hasta ile ilişkili faktörler..... | 94 |
| 4.3.1.4.1.Hastalara ilişkin sosyodemografik faktörler | 94 |
| 4.3.1.4.2.Hastalara ilişkin kişisel faktörler..... | 96 |
| 4.3.2.Tema 2. Sezaryen Doğum Hızındaki Artışa Çözümler..... | 99 |

| | |
|--|-----|
| 4.3.2.1.Ebelik sisteminde düzenlemeler..... | 99 |
| 4.3.2.1.1.Ebe eğitimi ve ebeye tecrübe kazandırma..... | 100 |
| 4.3.2.1.2.Ebe iş yükünün azaltılması..... | 101 |
| 4.3.2.1.3.Ebe ücretlerinin iyileştirmesi | 101 |
| 4.3.2.1.4.Ebelerin mesleklerini yapmalarının desteklenmesi | 102 |
| 4.3.2.2.Yargı sisteminde güncellemeler..... | 103 |
| 4.3.2.2.1.Astronomik tazminat ücretlerinin önlenmesi | 104 |
| 4.3.2.2.2.Hekimlerin yargılanma usulunun düzenlenmesi..... | 106 |
| 4.3.2.2.3.Adil yargılanma..... | 106 |
| 4.3.2.2.4.Malpraktis yasında düzenleme..... | 107 |
| 4.3.2.3.Sağlık sistemindeki düzenlemeler..... | 108 |
| 4.3.2.3.1.Doğumhanelerin fiziki koşullarının iyileştirilmesi | 108 |
| 4.3.2.3.2.Gebeleri vajinal doğuma hazırlama | 109 |
| 4.3.2.4.Hekimlere destek | 113 |
| 4.3.2.4.1.Devlet güvencesi | 113 |
| 4.3.2.4.2.Ücretlerde iyileştirme..... | 114 |
| 4.3.2.4.3.İş yükü ve primer sorumluluğunun azaltılması..... | 115 |
| 4.3.2.5.Siyasi Çözümler | 116 |
| 4.3.2.5.1.Politikalar ve politika yapıcılar | 116 |
| 4.3.2.5.2.Bütçe ayarlamaları | 117 |
| 4.3.3.Tema 3.Sezaryen Doğumun Olası Sonuçları | 117 |
| 4.3.3.1.Anne sağlığı üzerine sonuçlar | 118 |
| 4.3.3.1.1.Olumlu sonuçlar | 118 |
| 4.3.3.1.2.Olumsuz sonuçlar..... | 119 |
| 4.3.3.2.Bebek Sağlığı Üzerine | 121 |
| 4.3.3.2.1.Olumlu sonuçlar | 121 |
| 4.3.3.2.2.Olumsuz sonuçlar..... | 123 |
| 4.3.3.3.Diğer olumsuzluklar..... | 125 |
| 4.3.3.3.1.Hastane enfeksiyon oranında artış | 125 |

| | |
|--|-----|
| 4.3.3.3.2.Maliyet artışı | 125 |
| 4.3.3.3.3.Komplikasyon riski yüksek ameliyatlar | 126 |
| 4.3.4.Tema 4.Türkiye’de Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanı Olmak | 127 |
| 4.3.4.1.Memnuniyet / Memnuniyetsizlik | 127 |
| 4.3.4.1.1.Memnun olma durumu | 127 |
| 4.3.4.1.2.Pişmanlık..... | 129 |
| 4.3.4.1.3.Mesleği Bırakma | 130 |
| 4.3.4.1.4.Yeniden Başa Dönülse | 131 |
| 4.3.4.2.Çocuklarına tavsiyeler..... | 132 |
| 4.3.4.2.1.1.Niye tavsiye etmem..... | 132 |
| 4.3.4.2.1.2.Niye tavsiye ederim | 134 |
| 4.3.4.3.Geçmiş/Günümüz/Gelecek | 134 |
| 4.3.4.3.1.Geçmiş | 134 |
| 4.3.4.3.2.Günümüz..... | 136 |
| 4.3.4.3.3.Gelecek..... | 137 |
| 4.3.4.4.Hekimlerin Talepleri | 139 |
| 5.TARTIŞMA | 140 |
| 5.1.YÜKSEK SEZARYEN HIZININ NEDENLERİ..... | 140 |
| 5.1.1.Sağlık Sistemi ve Sağlık Politikaları..... | 140 |
| 5.1.2.Hukuk Sistemi..... | 144 |
| 5.1.3.Hekim İle İlişkili Faktörler..... | 145 |
| 5.1.4.Hasta İle İlişkili Faktörler | 151 |
| 5.2.SEZARYEN DOĞUM HIZINDAKİ ARTIŞA ÇÖZÜMLER | 155 |
| 5.2.1.Ebelik sisteminde düzenlemeler..... | 155 |
| 5.2.2.Yargı sisteminde güncellemeler | 156 |
| 5.2.3.Sağlık sistemindeki düzenlemeler | 158 |
| 5.2.4.Hekimlere destek..... | 160 |
| 5.3.SEZARYEN DOĞUMUN OLASI SONUÇLARI | 161 |
| 5.4.TÜRKİYE’DE KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM UZMANI OLMAK | 163 |

| | |
|--|-----|
| 5.5.ARAŞTIRMANIN GÜÇLÜ YÖNLERİ..... | 163 |
| 5.6.ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI..... | 164 |
| 6.SONUÇ ve ÖNERİLER..... | 165 |
| KAYNAKLAR | 170 |
| EK 1. Sakarya İl Sağlık Müdürlüğü Veri Paylaşımı İzin Belgesi..... | 201 |
| EK 2. Anket..... | 202 |
| EK 3 . Etik Kurul Onayı..... | 207 |
| EK 4 . Özgeçmiş | 208 |



KISALTMA VE SİMGELER

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

APGAR: Appearance - Pulse- Grimace respons – Activity – Respiration (Renk- Kalp hızı – Refleksler – Kas tonusu – Solunum)

ACOG: American College of Obstetricians and Gynecologists (Amerikan Jinekoloji ve Obstetrik Derneği)

ÇKS: Çocuk Kalp Sesi

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

EBCOG: European Board And College Of Obstetrics And Gynaecology (Avrupa Kadın Hastalıkları ve Doğum Kurulu)

FIGO: International Federation of Gynecology and Obstetrics (Uluslararası Jinekoloji ve Obstetrik Federasyonu)

HELLP: hemolysis, elevated liver enzmymes, low platelet (Hemoliz, karaciğer enzim yüksekliği, plateletlerde azalma)

HİE: Hipoksik İskemik Ensefalopati

KHD: Kadın Hastalıkları ve Doğum

LBW: Low Birth Weigh (Düşük doğum ağırlıklı bebek)

MRSA: Methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* (Metisiline dirençli *Staphylococcus aureus*)

NIH: National Institutes of Health(Ulusal Sağlık Enstitüleri)

Nullipar: 20 haftalık gebeliğin ötesinde hiçbir gebeliği tamamlamamış kadın

OECD: Organisation for Economic Co-operation and Development (Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü)

Primar: Tahmini gebelik süresi 20 hafta veya daha fazla olan, canlı veya ölü fetüsü bir kez doğurmuş olan kadın.

POP-Q System : Pelvic Organ Prolapse Quantification System (Pelvik Organ Prolapsus Değerlendirme Sistemi)

RDS: Respiratuar Distres Sendromu (Solunum Sıkıntısı Sendromu)

SGA: Small Gestasyonel Age (Gebelik yaşına göre küçük)

SGK: Sosyal Güvenlik Kurumu

SSK: Sosyal Sigortalar Kurumu

SSVD: Sezaryen Sonrası Vajinal Doğum

TJOD: Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği

TMFTP: Türkiye Maternal Fetal Tıp ve Perinatoloji Derneği

TNSA: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları

TUS: Tıpta Uzmanlık Sınavı

TÜSEB: Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı

TÜİK: Türkiye İstatistik Kurumu


TTN: Transient Tachypnea Of The Newborn (Yenidoğanın Geçici Takipnesi)


VKİ: Vücut Kitle Endeksi

YBÜ: Yoğun Bakım Ünitesi

YÜT: Yardımlı Üreme Teknolojileri

 : Kategoriler

 : Alt temalar

 : Kodlar

ŞEKİLLER

Şekil 1: OECD Üye Ülkelerinin 2018 yılı Sezaryen Hızları

Şekil 2. Türkiye’de Sezaryen Doğum Hızının Yıllara Göre Değişimi

Şekil 3. Türkiye’de 2002 ve 2018 Yılları Arasında Sezaryen Doğumların Canlı Doğumlar İçindeki Payı

Şekil 4. Çalışmanın Temaları ve Alt Temaları

Şekil 5: Sağlık Sistemi ve Sağlık Politikaları Alt Teması ve Kategorileri

Şekil 6. Hukuk Sistemi Alt Teması ve Kategorileri

Şekil 7. Katılımcıların Astronomik Tazminat Ücretleriyle İlgili Görüşlerinin Kelime Bulutu

Şekil 8. Hekim İle İlişkili Faktörler Alt Teması ve Kategorileri

Şekil 9. Katılımcıların Sezaryen Talep Eden Annelerin Sosyodemografik Özelliklerine İlişkin Düşüncelerinden Oluşan Kelime Bulutu

Şekil 10. Katılımcıların Sezaryen Talep Eden Annelerin Kişisel Özelliklerine İlişkin Düşüncelerinden Oluşan Kelime Bulutu

Şekil 11. Ebelik Sisteminde Düzenlemeler Alt Teması ve Kategorileri

Şekil 12. Yargı Sisteminde Güncellemeler Alt Teması ve Kategorileri

Şekil 13. Sağlık Sisteminde Düzenlemeler Alt Teması ve Kategorileri

Şekil 14. Hekimlere Destek Alt Teması ve Kategorileri

Şekil 15. Siyasi Çözümler Alt Teması ve Kategorileri

Şekil 16. Katılımcıların Sezaryen Doğumun Anne Sağlığı Açısından Olumlu Düşüncelerinden Oluşan Kelime Bulutu

Şekil 17: Katılımcıların Sezaryen Doğumun Anne Sağlığı Açısından Olumsuz Düşüncelerinden Oluşan Kelime Bulutu

Şekil 18. Katılımcıların Sezaryen Doğumun Bebek Sağlığı Açısından Olumlu Düşüncelerinden Oluşan Kelime Bulutu

Şekil 19. Katılımcıların Sezaryen Doğumun Bebek Sağlığı Açısından Olumsuz Düşüncelerinden Oluşan Kelime Bulutu

Şekil 20. Katılımcıların Sezaryen Doğumun Anne ve Bebek Sağlığı Dışındaki Olumsuz Düşüncelerinden Oluşan Kelime Bulutu

Şekil 21. Katılımcıların Meslekten Memnuniyet Durumları

Şekil 22. Katılımcıların Mesleği Seçme Konusundaki Pişmanlık Durumları

Şekil 23. Katılımcıların Mesleği Bırakma Konusundaki Düşünceleri

Şekil 24. Katılımcıların Kendi Mesleklerini Çocuklarına Tavsiye Etmeme Nedenleri

Şekil 25. Katılımcıların Kadın Hastalıkları ve Doğum Hekimliğinin Geçmiş Dönemi İle İlgili Düşüncelerinden Oluşan Kelime Bulutu

Şekil 26. Katılımcıların Kadın Hastalıkları ve Doğum Hekimliğinin Günümüz Koşulları İle İlgili Düşüncelerinden Oluşan Kelime Bulutu

Şekil 27. Katılımcıların Kadın Hastalıkları ve Doğum Hekimliğinin Geleceği İle İlgili Düşüncelerinden Oluşan Kelime Bulutu

TABLolar

Tablo 1. Vajinal Doğumda Risk Faktörleri ve İlişkili Yenidoğan Yaralanmaları

Tablo.2 Sezaryen Doğumun Mutlak ve Göreceli Endikasyonları

Tablo 3. Sezaryen Operasyonunun Kısa ve Uzun Dönem Komplikasyonları

Tablo 4. Doğum Şekline Göre Hastaların Hastanede Kalış Süreleri

Tablo 5. 2000 ve 2015 Yıllarında Bölgelere Göre Tüm Canlı Doğumlar İçindeki Sezaryen Yüzdeleri

Tablo 6. 2014-2018 Yılları Arasında Türkiye’de Doğum Yapılan Kurumlarda Tüm Sezaryen Doğumların ve Primer Sezaryen Doğumların, Hastane Doğumları İçindeki Payı

Tablo 7. Araştırmanın Zaman Çizelgesi

Tablo 8. Katılımcıların Çalıştıkları Kurumlar ve Mesleki Deneyimleri

ÖZET

GİRİŞ VE AMAÇ: Sezaryen, gebelik ya da doğumda, herhangi bir komplikasyon gelişmesi durumunda anne ve bebeğin hayatını kurtaran ve dünyada en sık yapılan cerrahi girişimlerden biridir. Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ), 1985 yılında ideal sezaryen hızının, tüm doğumlar içinde %10-15 olması gerektiğini belirttiği tarihten bu yana sezaryen hızı hem dünyada hem de ülkemizde kontrol edilemez bir hızla yükselmektedir. Yüksek sezaryen doğum hızı, yalnızca tıbbi endikasyonu olmayan müdahalelerden kaynaklanan kısa vadeli maternal ve perinatal komplikasyonlar nedeniyle değil, aynı zamanda uzun vadeli komplikasyonlar ve maliyet artışı nedeniyle de önemli bir halk sağlığı sorunu oluşturmaktadır. Bu çalışmada kadın doğum hekimlerinin görüşlerinden yola çıkarak sezaryen doğum hızının nedenleri ve olası çözüm önerilerinin saptanması amaçlanmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM: Yöntem olarak nitel (kantitatif) araştırma yöntemi ve nitel araştırma deseni olarak fenomenolojik yaklaşımın kullanıldığı bu çalışma, Marmara bölgesinde yer alan, Türkiye'nin 30 büyük şehrinden biri olan Sakarya ilinde 01.Şubat.2020 ile 01.Eylül.2020 tarihleri arasında yürütülmüştür. Çalışmada görüşülecek kişilerin seçilmesinde olasılıksız örnekleme yöntemlerinden amaçlı örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Çalışmanın katılımcıları, Kadın Hastalıkları ve Doğum branşında uzmanlık eğitimini almış (en az dört yıl) ve en az üç yıl uzman hekim olarak çalışmış ve halen çalışmakta olan kadın hastalıkları ve doğum uzmanlarından seçilmiştir. Çalışmada, çalışma amacına uygun olarak derinlemesine görüşme yoluyla veri toplanmıştır. Görüşme esnasında katılımcılardan ses kaydı için izin alınmış olup, izin vermeyen altı katılımcıyla yapılan görüşmelerde not tutma yöntemi kullanılmıştır. Katılımcılarla görüşmelerde iki bölümden oluşan bir anket formu kullanılmıştır. Birinci bölüm altı sorudan oluşan sosyodemografik verileri içermekte olup, ikinci bölüm literatür taramasının ardından hazırlanan yarı yapılandırılmış sorulardan oluşan görüşme anketidir. Katılımcılarla yapılan

görüşmeler esnasında alınan ses kayıtları, araştırmacı tarafından word programı kullanılarak bire bir yazılı hale getirilmiştir. Yazılı verilerin analizinde tematik içerik analizi yöntemi kullanılarak alt tema ve temalara ulaşılmıştır.

BULGULAR: Çalışmada 17 kadın hastalıkları ve doğum uzmanı ile derinlemesine görüşmeler yapıldı. 17 katılımcının 12'si erkek (%70,6), 5'i (%29,4) kadındı. Yaş dağılımında minimum ve maksimum değerleri 42-68 olan katılımcıların yaş ortalaması ve standart sapması $59,64 \pm 6,7$ 'ydi. Katılımcıların 8'i (%47,1) gelir durumunu iyi, 9'u (%52,9) orta olarak beyan etmişlerdir. Bu görüşmeler sonucu elde edilen verinin tematik içerik analizi sonucunda, 60 kategori, bu kategorilerden 16 alt tema ve bu alt temalardan 4 ana tema oluşturuldu. Temalar: Yüksek sezaryen hızının nedenleri, sezaryen doğum hızında artışa çözümler, sezaryen doğumun olası sonuçları, Türkiye'de Kadın Hastalıkları ve Doğum uzmanı olma.

SONUÇ: Türkiye'de ve dünyada her geçen yıl sezaryen doğum hızının artması nedeniyle, bu çalışmada kadın doğum hekimlerinin görüşlerinden yola çıkarak sezaryen doğum hızının nedenleri ve çözüm önerileri saptanmıştır. Nedenler arasında sağlık sistemi ve sağlık politikaları, hukuk sistemi, hekimler ve hastalarla ilişkili faktörler ön plana çıkmaktadır. Çözüm önerileri olarak da sağlık ve yargı sisteminde düzenlemeler yapılması, ebelik sisteminde değişiklikler yapılması ve hekimlere destek sağlanması ön plana çıkmaktadır. Sezaryen hızına etki eden faktörler çok yönlü ve birbirleriyle bağlantılı olduğu için, önlem alınırken bu çok yönlülük ve bağlantı dikkate alınmalıdır. Özellikle sezaryen hızındaki artışta büyük payı olan tıbbi endikasyonları olmayan sezaryen doğumlara yönelmemiz gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Görüş, Kadın Hastalıkları Doğum Uzmanı, Nitel Araştırma, Sezaryen Doğum, Tutum

SUMMARY

OPINIONS AND IDEAS OF THE OBSTRETRICS AND GYNAECOLOGY SPECIALISTS ON THE CAESARIAN DELIVERY: A QUALITATIVE STUDY, SAKARYA EXAMPLE.

INTRODUCTION AND AIM: Introduction: C-section is one of the most common surgical procedures and is done to save the lives of the mother and baby in cases of complicated labour and pregnancy. Since World Health Organization (WHO) in 1985 declared that the C-section should be between 10-15 percent of all the deliveries, the number of operations have raised uncontrollably. High C-section delivery percentage doesn't only cause short-term perinatal and maternal complications due to unindicated operations but also long-term complications, public health problems and raise in the health expenses. This study is focusing on what the obstetricians think about the causes of raise in C-section numbers and their ideas on the possible solutions.

MATERIALS AND METHODS: This study uses the quantitative research method and quantitative research pattern phenomenologically and is done in Sakarya which is one of the 30 big cities in Turkey and which is situated in the Marmara Region between 01.02.2020 and 01.09.2020. The people to be interviewed in this study has been chosen by the purposeful sampling, one of the improbable sampling methods . All the obstetricians interviewed in the study have completed a obstetrix and gynecology program (at least 4 year) and worked a minimum of 3 years as a doctor afterwards. The study collects data via deep interviewing method. We have taken the consent from the attendants to record the interviews and for those who doesn't consent to recording have we taken notes. In the meetings with the attendants we have used a questionnaire that was made of two parts. The first part consisted of six questions related with the sociodemographical data while the second part consisted of half-constructed questions depending on the literature. The recorded interviews have been written down by the

researcher by the help of Microsoft Word. For the analysis of the written data have we used the thematic content analysis and reached subthemes and themes.

RESULTS: 17 obstetricians have been deeply interviewed in this study. 12 male (70.6%) and 5 female (29.4%) were interviewed. The age distribution of the attendants were between 42-68 with standard deviation 59.64 ± 6.7 . 8(47.1%) of the attendants declared their monthly income as good and 9(52.9%) as normal. After the thematical analysis of the data collected by the interviews with these doctors, we created 60 categories, 16 subthemes and 4 main themes. Themes were: Possible reasons of high C-section rates, doctors' the suggestions for the solution of high C-section rates, possible outcomes of the C-sections, and being a specialist in the obstetrics and gynaecology field in Turkey.

CONCLUSION: Because the rate of C-sections raise continuously worldwide and in Turkey, we tried to find out what obstetricians think on the reasons of this and their suggestions to solve this situation. According to attendants, the reasons for high rate of C-sections are problems in the health system and politics, the justice system, and the doctor-patient relations play the biggest roles. Suggestions of the doctors were making corrections in the health and justice systems, solving problems in the midwifery system and supporting the doctors. The reasons contributing to the hig rate of C-sections are multifactorial and related to each other so the measures to be taken should also be comprehensive. We should specially focus on the operations which raise the rate of C-sections but medical indications are weak.

Keywords: Attitude, C-section, Obstetrics and Gyneacology specialist, Opinion, Quantitative Study,

1.GİRİŞ VE AMAÇ

Sezaryen, gebelik ya da doğumda, herhangi bir komplikasyon gelişmesi durumunda anne ve bebeğin hayatını kurtaran ve dünyada en sık yapılan cerrahi girişimlerden biridir (Souza et al. 2010,WHO recommendations: non-clinical interventions to reduce unnecessary caesarean sections, www.who.int/reproductivehealth/publications/non-clinical-interventions-to-reduce-cs/en/ Erişim Tarihi: 19.02.2021).

Sezaryen geçmişte ölmek üzere olan bir gebeden fetüsü canlı kurtarabilmek için gerçekleştirilen ve mortalitesi yüksek bir prosedür iken, 19. yüzyıldan itibaren, asepsi, anestezi, cerrahi teknikler ve güvenli kan transfüzyonundaki ilerlemeler neticesinde daha güvenli bir doğum yöntemi haline gelmiştir (Huang et al. 2011,Penn and Maghami 2001). Sezaryen operasyonunun güvenliğinin yıllar içinde artmış olması, beraberinde özellikle orta ve yüksek gelirli ülkelerde, tıbbi bir endikasyon yokluğunda, anne ve yenidoğan için ek yarar sağlamaksızın yapılan sezaryen operasyonlarında endişe verici düzeyde artışa yol açmıştır (Souza et al. 2010, Lumbiganon et al. 2010).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), 1985 yılında ideal sezaryen hızının tüm doğumlar içinde %10-15 olması gerektiğini belirtmiştir (www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/cs-statement/en/ Erişim Tarihi: 18.02.2021). Ancak Brezilya'da düzenlenen toplantıda öne sürdüğü %10-15 ideal sezaryen hızının, maternal ve yenidoğan sonuçları iyi olan Avrupa ülkelerindeki verilerin kullanılarak öne sürülmesi, beraberinde bir çok tartışmayı da başlatmıştır (Betran et al.2016b). Bu bağlamda DSÖ, 2014 yılında İsviçre'de gerçekleştirilen panelde % 15'in ulaşılması gereken bir hedef değil, aşılması gereken bir eşik olduğunu, % 15'in üzerindeki hızın ne maternal ne de neonatal sonuçları iyileştirmedeğini ve sezaryende belirli bir hıza ulaşmak yerine ihtiyacı olan kadınlara sezaryen olanağı sağlanması gerektiğini açıklamıştır (Betran et al.2016b). Tıbbi olarak gerekli ideal sezaryen yüzdesi, anne ve bebek ölümlerinde

azalma sağlayan minumum değer ile arttığı noktada ölümlerde azalmaya katkısı olmayan maksimum değer olarak kabul edilebilir (Ye et al.2014).

Sezaryen hızı, finansal kaynaklara, sezaryen doğumu güvenli bir Şekilde gerçekleştirme ve komplikasyonları yönetebilme kapasitesine bağlı olarak ülkeler arasında, ülke içindeki bölgeler arasında, hatta aynı bölgedeki sağlık kurumları arasında da farklılıklar gösterebilir (Betran et al.2007,2016b).

Yakın tarihte gerçekleştirilen ve 150 ülke verisinin kullanıldığı bir çalışma, ortalama küresel sezaryen hızının % 18,6, yıllık ortalama artış hızının %4,4, en düşük sezaryen oranlarının Afrika'da (% 7,3) [en belirgin düşüklük Batı Afrika'da (% 3)], en yüksek sezaryen hızının Latin Amerika ve Karayipler'de (%40,5) olduğunu göstermiştir. En yüksek sezaryen hızına sahip ülkeler incelendiğinde, Latin Amerika'da Brezilya (%55,6) ve Dominik Cumhuriyeti (%56,4), Afrika'da Mısır (%51,8), Asya'da İran ve Türkiye (sirasıyla % 47,9 ve% 47,5), Avrupa'da İtalya (% 38.1), Kuzey Amerika'da Amerika (% 32,8) ve Okyanusya'da Yeni Zelandaydı (% 33,4) (Betran et al.2016a).

Otuz altı ye ülkesi olan Ekonomik ve Kalkınma İŐ Birliği rgt (Organisation for Economic Co-operation and Development - OECD), Sağlık Politikası alıŐmaları kapsamında her yıl yayımladığı sezaryan doğum hızları grafiğinde Türkiye %54,9 ile birinci sırada olup, Türkiye'yi en yakın takip eden diğer lkeler Kore (%45,0) ve Polonya (%38.9)'idi (OECD Caesarean sections, www.data.oecd.org/healthcare/caesarean-sections.htm Erişim Tarihi:10.01.2021).

Dünya'daki diğer ülkelere benzer Şekilde Türkiye'de de sezaryan doğum hızı yıllar içinde dramatik bir Şekilde artış eğilimi göstermektedir. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları (TNSA) 2018 yılı raporuna göre, 1993'te %7,0 olan sezaryen hızı 2008'de %37,0'e, 2018 yılında %52,0'ye ulaşmıştır (TNSA 2018 yılı Raporu,

www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2018/rapor/TNSA2018_ana_Rapor.pdf Erişim Tarihi: 02.02.2021).

Yüksek sezaryen doğum hızı, yalnızca tıbbi endikasyonu olmayan müdahalelerden kaynaklanan potansiyel maternal ve perinatal komplikasyonlar nedeniyle değil, aynı zamanda uzun vadeli komplikasyonlar ve maliyet artışı nedeniyle de önemli bir halk sağlığı sorunu oluşturmaktadır (Betran et al.2016b). Sezaryen doğum artış hızı ülkemiz için de benzer sorunlara yol açmaktadır.

Sezaryen doğum hızındaki artışa katkısının daha fazla olduğu düşünülen tıbbi olmayan endikasyonlar bir çok faktörden kaynaklanabilir. Bu faktörlerin belli başlıları; hastalar, hasta yakınları, sağlık hizmet sunucuları, sağlık kuruluşları ve sağlık sistemidir. (Betran et el.2018,Bhatia et al.2020).

Türkiye’de ve dünyada her geçen yıl sezaryen doğum hızının artması nedeniyle, bu çalışmada kadın doğum hekimlerinin görüşlerinden yola çıkarak artış gösteren sezaryen doğum hızının nedenleri ve olası çözüm önerilerinin saptanması amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1.DOĞUM

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), 1966 yılında doğumu şu şekilde tanımlamıştır: “Kendiliğinden başlayan, doğumun başlangıcından bitimine kadar düşük riskli devam eden, 37-42 haftalar arasında baş gelişile fetusun kendiliğinden doğması ve doğum sonrası anne ve bebeğin iyi durumda olmasıdır” (WHO Technical Working Group,1997).

Doğum, düzenli uterin kontraksiyonların başlaması ile birlikte 500 gr, 25cm veya 20 hafta üzerinde olan fetüs ve eklerinin (plasenta, umbilikal kord ve membranlar) anneden tam olarak atılması ya da çıkarılmasıdır (Normal Doğum In: Beksaç S.(Eds), Obstetrik MaternalFetal Tıp&Perinatoloji,İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri,s:1258-1296) .

Gebelik haftasının net olarak bilinmediği durumlarda fetüsün 500 gramın altında doğması abortus (düşük) olarak kabul edilir. Doğum, vajinal ve abdominal (sezaryen) olmak üzere iki farklı yoldan gerçekleşebilir (Cunningham et al. 2010).

2.1.1.Vajinal Doğum

Vajinal doğum düzenli uterus kontraksiyonlarının başlaması neticesinde, servikal silinme ve dilatasyonun başlamasından, plasentanın çıkışına kadar geçen süreci kapsar (Cunningham et al. 2010). Doğum eyleminde miyadında canlı tekil gebelik mevcuttur ve eylem üç bileşenlidir. Bunlar; uterusta kasılma, fetüs ve annenin doğum yolu (kemik pelvis ve yumuşak doku). Kasılmalar kendiliğinden başlar ve eylem ilerledikçe

kasılmaların sıklığı, süresi ve şiddeti artar. Fetüs, forseps veya vakum gibi herhangi bir müdahale aracı kullanılmadan kendiliğinden doğar (Cunningham et al. 2018).

2.1.1.1.Vajinal doğumun maternal faydaları

Vajinal doğumun en büyük avantajı fizyolojik bir süreç olmasıdır . Fizyolojik bir süreç olması neticesinde, faydaları sezaryen doğuma göre daha fazladır. Doğum sonrası erken mobilizasyon gerçekleşebildiği için (komplike olmayan vajinal doğumlarda) normal hayata dönüş daha hızlı olabilmektedir (Buhımschı and Buhımschı 2006,Aktaş ve Erkek 2018).

Vajinal doğum esnasında anne ve bebek stabil ise kordon klemplenmeden hemen önce anne bebeğin göğsüne yerleştirilerek ten tene temasın başlaması sağlanabilir (Sobel et al.2011). Ten tene temasın erken başlaması emzirme için avantaj sağlamaktadır (Çaka ve ark.2017). Ayrıca süt salgısı ve anne bebek etkileşiminde rol oynayan prolaktin ve oksitosin hormonlarının salınımının, vajinal doğum yapan annelerde daha erken yükseldiği çalışmalarda gösterilmiştir (Nissen et al.1996).

Vajinal doğum yapan kadınlarla sezaryen doğum yapan kadınların doğum sonuçlarının karşılaştırıldığı pek çok çalışmada vajinal doğum yapan kadınlarda maternal morbidite ve mortalite, postpartum histerektomi, yoğun bakım gereksinimi, yara yeri enfeksiyonu ve batın içi abse gelişimi, doğum sonu antibiyotik kullanma gereksinimi, postpartum febril morbidite olasılıklarının daha düşük olduğu ve annelerin daha kısa süre hastanede yattıkları gösterilmiştir (Villar et al.2007,Declercq et al.2007,Liu et al. 2007,Sharma et al.2018).

2.1.1.2.Vajinal doğumun yenidoğan açısından faydaları

Vajinal doğumda fetal baş, 2 kg/cm⁻²'e varan aralıklı bir basınçla yoğun bir şekilde sıkışmaktadır ve bu durum fetüsün intrauterin ortamdan, ekstrauterin ortama geçişini kolaylaştırır (Lagercrantz 1996,Bergqvist et al.2009).

Vajinal yolla gerçekleşen doğumlarda katekolamin, kortizol ve arginin-vazopressin hormonu gibi fetal stres hormonlarının salınımındaki artış, yenidoğanın plasental solunumdan akciğer solunumuna, glikoz ve su homeostazına geçişini, kardiovasküler adaptasyonunu, ısı regülasyonunu böylelikle dış dünyaya uyumunu kolaylaştırdığı bilinmektedir (Evers and Wellmann 2016).

Yenidoğanların yaşamlarının ilerleyen dönemlerinde sağlık ve hastalık durumları üzerinde önemli bir etkiye sahip olan bağırsak mikrobiyotasının gelişimi in-utero dönemde başlar ve hayatın ilk iki ile üç yılı boyunca devam eder (Collado et al.2016). Ayrıca erken dönemde oluşan bağırsak mikrobiyotasının kolonizasyon ve dağılımının ilerleyen zamanda gıda alerjisi gelişiminde rol oynayabileceği düşünülmektedir (Fazlollahi et al.2018). Doğumun vajinal ya da sezaryen ile gerçekleşmiş olması yenidoğan mikrobiyotasının şekillenmesinde önemli bir etkidir. Vajinal yolla doğan bebeklerin mikrobiyotası, annelerinin vajinal mikrobiyotasına benzer şekilde, *Lactobacillus*, *Prevotella* ve *Atopobium* bakterilerinin hakimiyetindeyken, sezaryen ile doğan bebeklerde, annenin cilt mikrobiyotasına benzer şekilde, *Staphylococcus*, *Corynebacterium* ve *Propionibacterium* bakterileri hakimiyetindedir (Domingues et al.2010).

Vajinal yolla doğan bebeklerin sezaryen yoluyla doğan bebeklerle karşılaştırıldığı bir çalışmada vajinal yolla doğan bebeklerde doğum sonrasında yoğun bakım ve oksijen gereksinimi, fizyolojik sarılık görülme olasılığı ve hastanede yatış süresinin daha az olduğu görülmüştür (Geller et al.2010a). Çin'de gerçekleştirilen bir başka çalışma da vajinal yolla doğan bebeklerde Solunum Sıkıntısı Sendromu (Respiratuar Distres Sendromu - RDS) gelişme olasılığı daha düşük bulunmuştur (Liu et al.2015).

Doğum şeklinin atopik astım prevalansı ile ilişkisinin araştırıldığı bir çalışmada, vajinal yolla doğan bebeklerde, atopik astım görülme olasılığının anlamlı derecede daha düşük olduğu gözlemlenmiştir (Kero et al.2002). Ayrıca yapılan çalışmalarda vajinal yolla doğan bebeklerde inatçı pulmoner hipertansiyon görülme olasılığının daha düşük olduğu sonucuna da ulaşılmıştır (Levine et al.2001,Razzaq et al.2013).

2.1.1.3. Vajinal doğumun maternal komplikasyonları

Vajinal doğum esnasında doğumu kolaylaştırmak amacıyla uygulanan ve epizyotomi olarak adlandırılan, kontrollü perineal kesi işlemi sonrası komplikasyonlar sıkça görülebilmektedir (Kettle and Johanson 2000). Epizyotomi prosedürünün en sık görülen komplikasyonları; epizyotomi hattında ödem, enfeksiyon ve hematoma oluşumu, kanamaya bağlı kan kaybı, postpartum ağrı ve rahatsızlık hissi, epizyotomi insizyonunda açılma (dehissens), rektovajianal fistül gelişme olasılığıdır (Chang et al.2011,Kamel and Khaled 2014,Gün et al.2016,Das and Snyder 2016).

Vajinal doğum esnasında alt genital sistemde (serviks, vajina, vulva ve perine) lacerasyonlar ve buna bağlı komplikasyonlar görülebilir (Cunningham et al. 2014). Derine doğru ilerleyen servikal ve vajinal yırtıklar ve buna bağlı kanamalar, anne hayatını tehlikeye atabilecek düzeyde ciddi kan transfüzyon ihtiyacına neden olabilir (Cunningham et al. 2014). Doğum sonu görülebilen perine yırtıkları, derinliklerine göre derecelere ayrılır. Birinci derece yırtıklarda perine derisi ve mukoza, ikinci derece yırtıklarda ise perine kaslarında yırtık vardır. Üçüncü derece yırtıklarda eksternal anal sfinkter, dördüncü derece yırtıklarda rektal mukoza ile birlikte internal anal sfinkter hasar görmüştür. Üçüncü ve dördüncü derece yırtıklarda daha fazla kan kaybı, ağrı, enfeksiyon, anal inkontinans ve ağrılı cinsel ilişki semptomları gelişebilir (Cunningham et al.2014).

Vajinal doğumun, özellikle operatif vajinal doğumun (vakum, forseps kullanım vb.) bir diğer komplikasyonu anal inkontinans, idrar inkontinansı, sık idrara çıkma, idar yaparken yanma, pelvik bölgede basınç hissi gibi semptomlara neden olabilen pelvik organ prolapsusuna yol açabilmesidir (Handa et al.2011,Vergeldt et al2015, Blomquist et al.2018). Amerikan Jinekoloji ve Obstetrik Derneği (American College of Obstetricians and Gynecologists - ACOG), 2017 yılında yayımladığı ve 2019 yılında güncellediği bülteninde vajinal doğumu, pelvik organ prolapsusu risk faktörleri arasında göstermiştir (American College of Obstetricians and Gynecologists,Pelvic Organ Prolapse,ACOG, 2019).

2.1.1.4. Vajinal doğumun yenidoğan komplikasyonları

Hem vajinal doğumlardan hem de sezaryen doğumlardan sonra yenidoğanlarda komplikasyonlar görülebilir. Bu komplikasyonlar genellikle doğum esnasında travmatik bir olaya sekonder meydana gelen ve yapısal ya da fonksiyonel hasara neden olan doğum yaralanmalarıdır (Ojumah et al.2017).

Doğum travmalarına neden olabilecek faktörler; fetal makrozomi, geliş anomalileri (makat, yüz, alın, başla beraber ekstremitelerin gelmesi vb.) premarürite, hızlı doğum, doğum esnasında vakum ya da forseps kullanımı, doğumda anne yaşının 16 yaş altında veya 35 yaş üstünde olması, ilk doğum olması, baş pelvis uygunsuzluğu, kısa anne boyu ve annede yapısal pelvik anomaliler olabilir (Akangire and Carter 2016,Ojumah et al. 2017). Bu risk faktörlerinin yol açabileceği yaralanmalar tablo 1'de gösterilmektedir.

Tablo 1. Vajinal Doğumda Risk Faktörleri ve İlişkili Yenidoğan Yaralanmaları*

| Risk faktörleri | İlişkili yaralanmalar |
|---|---|
| Forseps kullanımı | Fasiyal sinir hasarı |
| Vakum uygulanması | Deprese kafatası kırıkları, subgaleal kanama |
| Forseps / vakum / forseps + vakum | Sefal hematoma, intrakraniyal kanama, omuz distosisi, retinal kanamalar |
| Makat geliş | Brakiyal pleksus felci, intrakraniyal kanama, gluteal laserasyonlar, uzun kemik kırıkları |
| Makrozomi | Omuz distosisi, klavikula ve kaburga kırıkları, Sefal hematoma, caput succedaneum |
| Geliş anomalileri (yüz, alın, yan geliş, başla beraber ekstremitelerin gelmesi) | Retina kanamalar, laserasyonlar, aşırı morarma |
| Prematürite | Morarma, intra ve ekstrakraniyal kanama |
| Hızlı doğum | Morarma, intra ve ekstrakraniyal kanama, retinal kanamalar |

* Tablo 1. Aşağıdaki kaynaktan alınmıştır.

“Akangire G.,Carter B. (2016). Birth injuries in neonates.Pediatr Rev,37(11):451-462. <https://doi.org/10.1542/pir.2015-0125>.”

Bir diğer olası komplikasyon, deprese kafatası kırıklarıdır. Yaklaşık iki milyon yenidoğanın vajinal doğum sonuçlarının incelendiği bir çalışmada, deprese kafatası kırığı insidansının 100.000 doğum başına 3.7 olduğu ve vakaların %75,'inin operatif vajinal doğumla ilişkili olduğu gösterilmiştir (Dupuis et al. 2005).

Vajinal doğumlardan sonra epidural hematoma da görülebilen komplikasyonlar arasındadır. Epidural hematoma operatif vajinal doğumlarda daha sık olmakla birlikte spontan vajinal doğumlarda da görülebilir (Vacharajani and Mathur 2002, Scheibl et al. 2012). Bir diğer komplikasyon subgaleal kanamalardır ki bunlar

genellikle kolay farkedilmeyen, ciddi nörolojik problemlere yol açan kanamalardır ve genellikle operatif vajinal yolla doğurtulan bebeklerde görülür (Swanson et al. 2011).

Sık görülen ve öngörülemeyen olan komplikasyonlardan biri brakial pleksus felcidir. Brakial pleksus felci, zor doğumlarda, klavikula kırıklarında ya da bebeklere doğum esnasında aşırı traksiyon uygulanması durumunda görülebilen brakial pleksus sinir hasarındır (Vata et al. 2016). Johns Hopkins hastanesinde Haziran 1993- Aralık 2004 yılları arasında gerçekleşen 17896 vajinal doğum sonrası, 128 adet brakial pleksus felci vakası görülmüş olup (% 7,1), aynı çalışmada 5377 sezaryen doğumda 7 brakial sinir felci vakası görülmüştür (% 1,3) (Gurewitsch et al. 2006).

Klavikula kırıkları da normal doğumun sık görülen, öngörülemeyen ve kaçınılmaz komplikasyonlarından biridir. Klavikulanın kırılma insidansı 100 canlı doğumda 0,2-3,5 arasındadır (Awang et al. 2017). Bir diğer komplikasyon olan femur kırıkları vajinal yolla makat doğumlardan ve sefalik gelişlerden sonra nadir görülen komplikasyonlardan biridir (Papp et al. 2004, Cebesoy et al. 2009). Vajinal doğumun çok nadir görülebilen komplikasyonlarından bir diğeri mandibula kırıklarıdır ve litaretürde vaka sunumları olarak bildirilmiştir (Gopalakrishnan et al. 2016)

2.1.2. Sezaryen Doğum

Sezaryen doğum, fetüs, plasenta ve zarların, karın duvarı (laparotomi) ve uterus duvarına yapılan kesi (histerotomi) yoluyla doğurtulması işlemidir. Uterus rüptürü sonucu veya fetüsün sekonder implantasyonu neticesinde ortaya çıkan abdominal gebelik durumunda, fetüsün karın boşluğundan çıkarılması sezaryen tanımı içine girmez (Cunningham et al. 2014).

2.1.2.1 Sezaryen doğumun tarihçesi

Tarihte sezaryen doğum ve sezaryen kelimesinin kökeni ile ilgili çeşitli efsaneler ve iddialar vardır. Bu efsanelerden biri tıbbın ve sağlığın Tanrısı Aesculapius'un babası

Apollo tarafından ölen annesi Corelia'nın karnından, şarap Tanrısı Bacchus'un babası Jüpiter tarafından ölen annesinin karnından sezaryen ile doğurtulduğu efsaneleridir (O'Sullivan 1990).

Bir diğer efsane Julius Caesar'ın sezaryen operasyonu ile doğduğu ve bu sebeple bu doğum şekline “ Sezaryen Operasyonu” denildiğidir. Ancak 17. yüzyılın sonlarına kadar bu işlemin anne ve bebek için ölümcül olduğu oysa Caesar'ın annesi Aurelia Cotta'nın Caesar'ı doğurduktan sonra yıllarca yaşadığı söylenmiştir (Boley 1991,Sewell 1993).

Sezaryen kelimesinin kaynağıyla ilgili farklı bir iddiada latince kesmek anlamına gelen “ Caedere” fiilinden türediğidir (Todman 2007).

Sezaryan operasyonu geçmiş zamanda dini nedenlerden dolayı anne ve bebeği ayrı ayrı gömmek için ölen ya da ölmek üzere olan gebe kadınlar üzerinde yapılmıştır (Todman 2007). Anne ve bebeğin yaşadığı ilk başarılı sezaryen doğum operasyonu İrlanda'dan 1890 yılında bildirilmiştir (O'Sullivan 1990).

2.1.2.2. Sezaryen doğum endikasyonları

Sezaryen doğum geçmiş zamanda ölmek üzere olan bir gebeden fetüsü canlı kurtarabilmek için gerçekleştirilen bir prosedür iken günümüzde artık farklı endikasyonlar için de yapılmaktadır (Cunnigham et al. 1997).

Doğum geciktirildiği takdirde annenin, fetusun ya da ikisinin birden hayatının tehlikeye gireceği düşünülen ve güvenli bir şekilde vajinal doğumun gerçekleşme ihtimalinin olmadığı durumlar sezaryen için endikasyon oluşturmaktadır (WHO Technical Working Group,1997).

Sezaryen operasyonlarının %85'den fazlası fetal distres, distosi, anormal fetal presentasyon ve önceki doğumun sezaryen ile gerçekleşmesi endikasyonları ile yapılmaktadır (Barber et al. 2011,Boyle et al. 2013).

Maternal nedenler:

- Önceki sezaryen doğum
- Anormal plasentasyon (previya, akreata, perkrata)
- Anne talebi
- Geçirilmiş histerotomi öyküsü
- Uterin skar tipinin bilinmemesi
- Uterin insizyonunda dehissens
- Önceden geçirilmiş tam kat miyomektomi
- Doğum yolunda doğuma engel kitle mevcudiyeti
- İnvaziv servikal kanser
- Geçirilmiş trakelektomi operasyon öyküsü
- Kalıcı serklaj mevcudiyeti
- Geçirilmiş pelvik rekonsriktif cerrahi öyküsü
- Geçirilmiş perineal travma öyküsü
- Doğuma engel pelvik deformite
- Herpes Simpleks Virus (HSV) ve Human Immunodeficiency Virus (HIV) enfeksiyonu
- Kardiyak veya pulmoner hastalıklar
- Serebral anevrizma ve arteriyo-venöz malformasyon
- Eş zamanlı intraabdominal cerrahi gereksinimi
- Kardiyak arrest (perimortem sezaryen)

• **Fetal nedenler:**

- Fetal distres
- Malpresentasyon
- Makrozomi
- Konjenital anomali
- Anormal umblikal kord doppler bulgusu
- Trombositopeni

• **Maternal-Fetal nedenler:**

- Baş pelvis uygunsuzluğu
- Başarısız operatif vajinal doğum
- Plasenta previya veya plasenta dekolmanı

Mylonas and Friese (2015), çalışmalarında sezaryen yapma kararının, anne ve bebeğin hayatını kurtarabilecek en iyi şeyin ne olduğu sorusuna dayandığını ifade etmişlerdir. Yazarlara göre sezaryen kararı ebe, hekim, gebe ve ailesi arasındaki kapsamlı görüşme neticesinde risk değerlendirilmesinin ardından verilir. Bu bağlamda yazarlar sezaryen endikasyonlarını ikiye ayırmışlardır (tablo 2).

Tablo.2 Sezaryen Doğumun Mutlak ve Göreceli Endikasyonları *

| Mutlak endikasyonlar | Göreceli endikasyonlar |
|---------------------------------|--|
| Mutlak baş pelvis orantısızlığı | Patolojik kardiyotokografi |
| Koryoamniyonit | Doğum eyleminde ilerleme sağlanamaması |
| Maternal pelvik deformite | Önceki sezaryen |
| Eklampsi ve HELLP** sendromu | |
| Fetal asfiksi veya fetal asidoz | |
| Umbilikal kordonun prolapsusu | |
| Plasenta previya | |
| Anormal duruş ve sunum | |
| Uterus rüptürü | |

* tablo 2: Aşağıdaki kaynaktan alınmıştır.

“Mylonas I., Friese K.(2015). Indications for and risks of elective cesarean section. Dtsch Arztebl Int, 112(29-30):489-95. [https://doi.org/10.3238/arztebl.2015.0489.](https://doi.org/10.3238/arztebl.2015.0489)”

** HELLP: hemolysis, elevated liver enzymes, low platelet (Hemoliz, karaciğer enzim yüksekliği, plateletlerde azalma)

2.1.2.3. Sezaryen doğumun maternal faydaları

Sezaryen doğumun en önemli faydası hayat kurtarıcı bir operasyon olmasıdır (Filippi et al 2015).Doğum korkusu ve doğum sürecini kontrol altında tutma ihtiyacı olan anneler için sezaryen doğum yararlı psikolojik bir argümandır (Gregory et al. 2012).

Amerika Birleşik Devletleri (ABD) Sağlık ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı'na bağlı Ulusal Sağlık Enstitüleri (National Institutes of Health - NIH), planlı sezaryen doğum yapan kadınların, acil sezaryen ya da operatif vajinal doğum yapan kadınlara göre olumsuz psikolojik sorun yaşama olasılığının daha düşük olduğu belirtmiştir (NIH. State-of-the-Science Conference Statement on cesarean delivery on maternal request,NIH 2006).

Vajinal doğum esnasında karşılaşılan perine yaralanmaları (özellikle 3. ve 4.derece), servikal yırtıklar ve vulvo-vajinal hematom gelişme ihtimali sezaryen doğumlarda oldukça nadirdir (Dahlgren et al. 2009, Gregory et al. 2012, Liu et al. 2015).

Fekal inkontinans gelişme olasılığı sezaryen doğumlarda vajinal doğuma göre daha düşüktür (sırasıyla %3,0, vajinal doğumlarda %10-20) ancak bu avantaj yaş ilerledikçe, kilo aldıkça ve doğum sayısı arttıkça azalmaktadır (Gregory et al. 2012).

Bazı çalışmalarda uterus atonisinin, sezaryen doğumda önlenmesi veya en aza indirilebilmesi sayesinde planlı sezaryenlerde, vajinal doğumlara göre postpartum kanama riskinin ve kan transfüzyon gereksiniminin daha düşük olduğu gösterilmiştir. Bu bulgu NIH tarafından sezaryen için orta düzey kanıt olarak nitelendirilmiştir. (NIH 2006)

Sezaryen doğumların pelvik organ sarkmalarına karşı koruma sağlayıp sağlamadığı ile ilgili kanıtlar çelişkilidir. Çünkü pelvik organ sarkmalarına katkıda bulunabilecek bir çok karıştırıcı faktör vardır (yaş, sigara öyküsü, vücut kitle indeksi - VKİ, bağ doku hastalıkları, meslek hastalığı, akciğer hastalığı mevcudiyeti vb) (Larsson et al. 2009). Yakın tarihte yapılan bir çalışmada 778 sezaryen doğum, 555 spontan vajinal doğum ve 185 operatif vajinal doğum yapan kadınlar arasında Pelvik Organ Prolapsus Değerlendirme Sistemi (Pelvic Organ Prolapse Quantification System POP-Q) kullanılarak tanı konmuş vaka yüzdeleri sırasıyla %5, %16,7 ve %30,3 bulunmuş ve araştırmacılar pelvik organ sarkmalarına açısından sezaryen doğumun daha düşük bir risk taşıdığını ifade etmişlerdir (Blomquist et al. 2018). Yaklaşık 30 milyon katılımcısı olan, bir randomize kontrollü çalışma ve 79 kohort çalışmasının değerlendirildiği bir meta-analizde, sezaryen doğumlarda, vajinal doğumlara göre idrar inkontinansı [OR:0,56 (%95GA: 0,47-0,66)] ve pelvik organ sarkma [OR:0,29 (%95GA: 0,17-0,51)] olasılığı daha düşük bulunmuştur (Keag et al. 2018).

Üriner inkontinans ve doğum şekli arasındaki ilişki de karışıktır. Bir çalışmada planlı sezaryen doğumlarda, vajinal doğuma göre üriner inkontinans gelişme olasılığı daha düşük bulunmuştur (sırasıyla %4,5, %7,3, RR:0,62) (Hannah et al. 2002). Benzer bir çalışma Rotveit ve arkadaşları tarafından gerçekleştirilmiş ve sezaryen doğum yapan kadınlarda, üriner inkontinans riski vajinal doğum yapan kadınlara göre daha düşük bulunmuştur (Rotveit 2003). NIH, sezaryen doğumun, üriner inkontinansa karşı doğumdan itibaren beş yıl ve daha az sürede ve orta derecede koruma sağladığını belirtmiştir (NIH 2006). Postmenapozal rahibelerle, doğum yapmış postmenapozal kadınların karşılaştırıldığı çalışmada idrar inkontinans görülme olasılığının benzer olması koruyucu etkinin kısa sürdüğünün bir göstergesidir (Buchsbaum et al. 2002).

Cinsel işlev bozuklukları ile doğum şekli arasındaki ilişkide karışıktır. Cinsel işlev üzerinde etkisi olan pudental sinir yaralanmalarının doğum eylemi başlamadan önce sezaryen yapıldığı durumlarda daha az görülme olasılığı vardır (Allen et al.

1990,Sultan et al. 1994). Ancak cinsel işlev bozukluklarında çok fazla karıştırıcı faktör (yaş, doğum sayısı, emzirme, önceden mevcut olan cinsel problemler, kadınların partnerleri ile olan ilişki durumları vb.) olduğu için sezaryen doğumun cinsel işlev üzerinde olumlu etkisi olduğunu ileri sürmek zordur (NIH 2006). Yapılan çalışmalarda sezaryen sonrası ağırlı cinsel ilişki (disparoni) görülme olasılığının daha düşük olduğu ancak bu farkın doğum sonrası 3-6 ay arasında ortadan kalktığı ileri sürülmüştür (Clarkson et al. 2001, Signorello et al. 2001, Klein et al. 2009).

2.1.2.4. Sezaryen doğumun yenidoğan açısından faydaları

ACOG, 2013 yılında yayımladığı bir bildiri de, mutlak risk farkı az olmasına rağmen, fetal mortalite, yenidoğan enfeksiyonu, intrakraniyal yaralanma, neonatal asfiksi, hipoksik iskemik ensefalopati (HİE) ve doğum travma olasılıklarının, planlı sezaryen doğumun potansiyel neonatal faydaları olduğunu ileri sürmüştür. Ayrıca brakial pleksus yaralanma insidansı, sezaryen doğumda, vajinal doğuma göre oldukça düşük olduğu ve en yüksek insidansın operatif vajinal doğumlarda görüldüğü belirtilmiştir (Cesarean delivery on maternal request. Committee Opinion No. 559. American College of Obstetricians and Gynecologists, ACOG 2013).

Sezaryen doğumlarda, vajinal doğumlara göre brakial pleksus hasarı ve frenik sinir yaralanması ihtimali daha düşüktür (Gregory et al. 2012). Çin’de 66226 kadının dahil edildiği bir kohort çalışmasında sezaryen doğum ile doğan yenidoğanlarda doğum travması (subdural hematoma, intraserebral veya intraventriküler kanama, deplase kafatası kırığı, yüz veya brakial pleksus felci), neonatal enfeksiyon, HİE, mekonyum aspirasyon sendromu ve yoğun bakıma yatış olasılığının istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha az görüldüğü gösterilmiştir (Liu et al. 2015).

2.1.2.5. Sezaryen doğumun maternal komplikasyonları

Yirminci yüzyıla kadar korkulan bir operasyon olan sezaryen, cerrahi tekniklerde, anesteziye, asepsideki ilerlemeler ile maternal risklerde düşüş sağlayarak, ağırlıklı olarak fetal endikasyonlar nedeniyle yapılmaya başlanmıştır. (www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/277737/Cesarean-Section-or-Vaginal-Delivery-in-the-21st-Century.pdf, Erişim Tarihi: 02.02.2021).

Her ne kadar sezaryen doğumun maternal güvenliği yıllar içinde artmış olsa da her major cerrahinin olduğu gibi, sezaryen operasyonunda komplikasyonları mevcuttur (Souza et al. 2010).

Sezaryen doğumun maternal komplikasyonları kısa ve uzun dönem komplikasyonlar olmak üzere iki başlık altında toplanabilir (NIH 2006,Souza et al. 2010,Villar et al. 2007,Marshall et al. 2011, American College of Obstetricians and Gynecologists, Practice Bulletin No. 183: Postpartum Hemorrhage, ACOG 2017, Keag et al. 2018, Gupta and Saini 2018, Otkjaer et al. 2019, Diallo et al. 2019). Bu komplikasyonlar tablo 3’de gösterilmektedir.

Tablo 3. Sezaryen Operasyonunun Kısa ve Uzun Dönem Komplikasyonları

| Kısa dönem komplikasyonlar | Uzun dönem komplikasyonlar |
|---|---|
| Maternal ölüm | Uterin skar dehissensi |
| Tromboembolizm | Dismenore |
| Postpartum hemoroji | Kronik pelvik ağrı |
| Amniyotik sıvı embolisi | Menoraji |
| Kan transfüzyon gereksinimi | Subfertilite |
| Peripartum histerektomi | Batın içi adezyonlar |
| Enfeksiyonlar (endometriyit, idrar yolu enfeksiyonu, yara yeri enfeksiyonu, septik pelvik tromboflebit vb.) | Ektopik gebelik (sonraki gebeliklerde) |
| Anestezi komplikasyonları | Ölü doğum (sonraki gebeliklerde) |
| Emzirme problemleri | Plasenta yerleşim anomalileri (sonraki gebeliklerde) |
| Komşu organ yaralanmaları (mesane bağırsak, üreter vb.) ve fistül gelişimi | Plasenta dekolmanı (sonraki gebeliklerde) |
| İleus | Preterm doğum (sonraki gebeliklerde) |
| Postpartum üriner retansiyon | Uterus rüptürü (sonraki gebeliklerde) |
| Yara yeri hematomu | Abort (sonraki gebeliklerde) |
| Yara yerinde açılma ve reoperasyon Ameliyat sonrası yorgunluk ve ağrı | Histerektomi (sonraki gebeliklerde) SGA* (sonraki gebeliklerde) LBW* (sonraki gebeliklerde) |

* SGA. Small Gestasyonel Age (Gebelik yaşına göre küçük)

* LBW: Low Birth Weigh (Düşük doğum ağırlıklı bebek)

2.1.2.6. Sezaryen doğumun yenidoğan komplikasyonları

Sezaryen operasyonları genel olarak vajinal doğuma göre yenidoğan için daha güvenli gibi algılansa da sezaryen doğumun da kısa ve uzun dönem riskleri mevcuttur (Sandall et al. 2018).

Doğum travmalarının genellikle vajinal doğumlarda (özellikle operatif vajinal doğumlarda), görülme olasılığının daha fazla olduğu literatürde belirtilmiş olsa da sezaryen doğum ile ilişkili travma sonuçlarının olduğu çalışmalar da mevcuttur. 37100 sezaryen doğum sonuçlarının değerlendirildiği bir çalışmada yenidoğanlarda toplam 418 (%1,1) fetal yaralanma tespit edilmiş olup bunların %65'i deride travmatik yaralanma, %21'i sefal hematoma, %2,6'sı klavikula kırığı, %2,6'sı fasiyal sinir yaralanması, %2,2'si brakial pleksus yaralanması, %1,9'u uzun kemik kırığı, %1,4'ü kafatası kırığı olarak saptanmıştır (Alexander et al. 2006).

Özellikle doğum eylemi başlamadan önce yapılan sezaryen doğumlarda (özellikle 39-40 haftadan önce) yenidoğanın geçici taşipnesi, RDS, persistan pulmoner hipertansiyon dahil olmak üzere solunum morbiditesi riski yüksek bulunmuştur (Zanardo et al. 2004, ACOG 2013). Ayrıca bu bebeklerde iyatrojenik prematüriteye bağlı olarak hipoglisemi, hipotermi gibi neonatal uyum sorunları ve yenidoğan yoğun bakım ünitesi yatış oranları daha yüksek saptanmıştır (NIH 2006, ACOG 2013).

Bildirilen diğer bir olumsuz sonuç sezaryen ile doğan yenidoğanlarda, çocukluk döneminde astım hastalığı gelişme riskidir. 2019 yılında yayımlanan bir meta-analizde sezaryen doğumun çocukluk çağı astım riskini artırdığı gösterilmiştir (Darabi et al. 2019). 2018 yılında yayımlanan bir başka meta-analizde sezaryen ile doğan çocuklarda beş yaşına kadar obezite ve 12 yaşına kadar astım riskinin arttığı tespit edilmiştir (Keag et al. 2018).

Sezaryen ile doğan bebeklerin bazı enfeksiyonlara (örneğin metisiline dirençli *Staphylococcus aureus* – MRSA) daha duyarlı olduğu, bu bebeklerde ilerleyen yıllarda astım, alerji ve obezite riskinin arttığını destekleyen çalışmalar mevcuttur (Thavagnanam et al 2008, Pistiner et al 2008, Huh et al 2102, Sing and Mittal 2020).

2.1.2.7. Sezaryen doğumun mali yükü

Yüksek sezaryen hızı, olumsuz sağlık risk faktörleri oluşturmakla kalmaz, özellikle düşük ve orta gelirli ülkelerde, vajinal doğuma göre yüksek maliyetinden dolayı hem devlet ekonomisine hem de aile ekonomisine ekstra mali yük getirir (www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/30C-sectioncosts.pdf Erişim tarihi:10.02.2021). Özellikle sezaryen operasyonu özel sağlık kurumunda gerçekleşmişse tıbbi bakım masrafları daha da yüksek olmaktadır (Dhar et al. 2009,Begum et al. 2018).

Tadevosyan ve ark. nın (2019) yakın tarihte yaptıkları bir maliyet analiz çalışmasında, vaka başına vajinal doğum için maliyetin 94,72 dolar, sezaryen doğum maliyetinin 216,19 dolar olduğu belirtilmiştir. İlaç maliyeti 4,4 kat, test maliyeti 2,1 kat, tıbbi malzeme ve tek kullanımlık malzeme maliyeti 2,8 kat sezaryen doğumlarda yüksek bulunmuştur.

Ayrıca yüksek sezaryen doğuö hızından kaynaklanan bu mali yük, gerekli sağlık hizmetleri için engel işlevi görmekte ve tıbbi bakımın özellikle cepten satın alındığı düşük ve orta gelirli ülkelerde sağlık eşitsizliğine yol açmaktadır (Gibbons et al. 2012).

Yüksek sezaryen doğum hızının bir diğer olumsuz yönü, operasyonlardan sonra kullanılan antibiyotiklere karşı gelişen direnç durumudur (WHO, www.apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70494/WHO_RHR_HRP_10.20_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y , Erişim Tarihi: 05.02.2021). ABD’de gerçekleştirilen

bir çalışmada sezaryen operasyonu sonrasında gelişen MRSA enfeksiyonlarının tedavi maliyetini artırdığı gösterilmiştir (Beigi et al. 2009).

Sezaryen doğum prosedürünün maliyetini artıran faktörlerden bir diğeri de sezaryen doğumlarda komplikasyon olmaksızın vajinal doğuma göre daha uzun hastanede yatış gereksinimidir (Gibbons et al. 2012, Silva et al. 2019).

2018 yılı TNSA raporunda da sezaryen doğumlarda hastane yatış sürelerinin vajinal doğumlara göre daha uzun olduğu gösterilmiştir. (tablo 4)

Tablo 4. Doğum Şekline Göre Hastaların Hastanede Kalış Süreleri *

| Doğum Sonrası Sağlık Kuruluşlarında Kalış Süresi | | | | | | | |
|---|-------------------|------------------|-------------------|----------------|--------------|---------------|---------------------|
| Doğum Şekli | >6 saat | 6-11 saat | 12-23 saat | 1-2 gün | 3+gün | Toplam | Kadın sayısı |
| Vajinal Doğum | 4,9 | 4,1 | 3,3 | 79,5 | 8,2 | 100,0 | 926 |
| Sezaryen Doğum | 0,6 | 0,0 | 0,1 | 72,8 | 26,5 | 100,0 | 1088 |

* TNSA 2018 yılı raporundan hazırlanmıştır. (TNSA 2018)

2.1.3. Sezaryen Doğum Hızı

Doğum hızı, 1000 nüfus başına düşen canlı doğum sayısı olarak tanımlanmaktadır. Sezaryen doğum hızı, sezaryen ile doğum yapan kadınların tüm doğum yapan kadınlara oranı demektir (Decherney 2013). Nüfus düzeyinde sezaryen doğum hızı; sezaryen gereksinimini karşılamak ve tıbbi endikasyonu olmayan girişimlerden kaçınmak için gerekli en düşük ve en yüksek sezaryen doğum hızıdır (Betran et al. 2016b). Nüfus düzeyindeki sezaryen oranı, politika yapıcılar, halk sağlığı uzmanları ve hükümetler için anne ve bebek sağlığındaki ilerlemeyi değerlendirmek, acil

obstetrik ve kaynak kullanımını izlemekte yol göstericidir (www.apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44121/9789241547734_eng.pdf?sequence=1 Erişim tarihi: 03.02.2021).

Nüfus düzeyinde sezaryen hızı, hizmet götürülen gebe popülasyonundan, kaynakların mevcudiyetinden, yerel olarak kullanılan kılavuzlar / protokollerden, sağlık kurumlarının koşullarından, hizmetin verildiği hastane türünden (kamu / özel / üniversite), hekimlerin operatif doğumu gerçekleştirme becerisinden, hekimler arasındaki tutum ve uygulama farklarından etkilenebilir (Betran et al. 2016b, VanGompel et al. 2018, Eyi and Mollamahmutoğlu 2019).

Sezaryan doğum hızı, hekimlerin çalıştıkları kurumlara göre değişmekte ve bu bağlamda kamu ve özel sektörde sezaryan hızları arasında fark oluşmaktadır. Örneğin, Brezilya'da özel sektörde sezaryan hızı, %72 iken kamuda %31'dir (Potter et al. 2008). Benzer şekilde 2017 yılında Türkiye'de genel sezaryen doğum hızı, %51,2 iken, kamuda sezaryen doğum hızı, %39,7, özel sektörde %70,6 olarak saptanmıştır (Eyi and Mollamahmutoğlu 2019).

Sağlık sistemleri, kültür ve sosyoekonomik faktörler optimal sezaryen doğum hızını belirlemede karıştırmacı olabilir, bu nedenle net bir hız yoktur (Ye et al. 2014). Ülkelerdeki mevcut durumlar ülkeye özel değerlendirmeyi gerektirmektedir (Betran et al. 2016b).

2.1.3.1. Dünya'da sezaryen doğum hızı

DSÖ, 1985 yılında ideal sezaryen doğum hızının %10-15 arası olması gerektiğini belirttiği tarihten bu yana sezaryen doğum hızının hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde arttığı görülmektedir (www.apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161442/WHO_RHR_15.02_eng.pdf?sequence=1, Erişim Tarihi:12.02.2021)

Dünya’da sezaryen doğum hızına bakıldığında az gelişmiş ülkelerle, orta ve yüksek gelirli ülkeler arasında eşit olmayan bir dağılım mevcuttur. DSÖ 2010 yılı raporunda, az gelişmiş ülkelerde dünyadaki doğumlarının %60’nın gerçekleştiği ve bu ülkelerde her yıl 0,8-3,2 milyon ek sezaryen doğum yapılmasına gereksinim olduğu, tersine orta ve yüksek gelirli ülkelerde dünyadaki doğumların %37,5’nin gerçekleştiği ve bu ülkelerde her yıl 4,0-6,2 milyon gereksinim dışı sezaryen doğum yapıldığı ifade edilmiştir (https://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/30C-sectioncosts.pdf, Erişim Tarihi: 12.02.2021).

Betran ve ark.nın (2016a), 1990-2014 yıllarını kapsayan, küresel, bölgesel ve ulusal yönden sezaryen artış hızını analiz ettikleri ve 150 ülke verisini kullanarak gerçekleştirdikleri çalışmalarında, dünyada her beş kadından birinin sezaryen ile doğum yaptığını, ortalama küresel sezaryen hızının % 18,6 olduğunu, yıllık ortalama artış oranının %4,4 olduğunu, en düşük sezaryen hızının Afrika’da (% 7,3) [en belirgin düşüklük Batı Afrika’da (% 3)], en yüksek sezaryen hızının Latin Amerika ve Karayipler’de (% 40,5) olduğunu göstermişlerdir. En yüksek sezaryen hızına sahip ülkeler incelendiğinde Latin Amerika’da Brezilya (%55,6) ve Dominik Cumhuriyeti (%56,4), Afrika’da Mısır (%51,8), Asya’da İran ve Türkiye (sırasıyla% 47,9 ve% 47,5), Avrupa’da İtalya (% 38.1), Kuzey Amerika’da Amerika (% 32.8) ve Okyanusya’da Yeni Zelanda (% 33.4) olarak saptanmıştır.

Dünya’daki doğumların %98,4’ünün gerçekleştiği 169 ülke verisi kullanılarak yapılan bir başka çalışmada 2015 yılında 140,6 milyon canlı doğumun %21,1’inin (29,7 milyon) sezaryen doğum yoluyla gerçekleştiği tahmin edilmiş olup bu oran neredeyse 2000 yılındaki %12,1 oranının 2 katına ulaşmıştır. Bu çalışmada sezaryen doğum hızı Güney Sudan’da %0.6’dan, Dominik Cumhuriyeti’nde %58.1’e kadar değişen oranlarda görülmüştür (Boerma et al. 2018) Boerma ve ark.nın (2018) yaptıkları bu çalışmanın özet bir tablosu tablo 5’de gösterilmiştir.

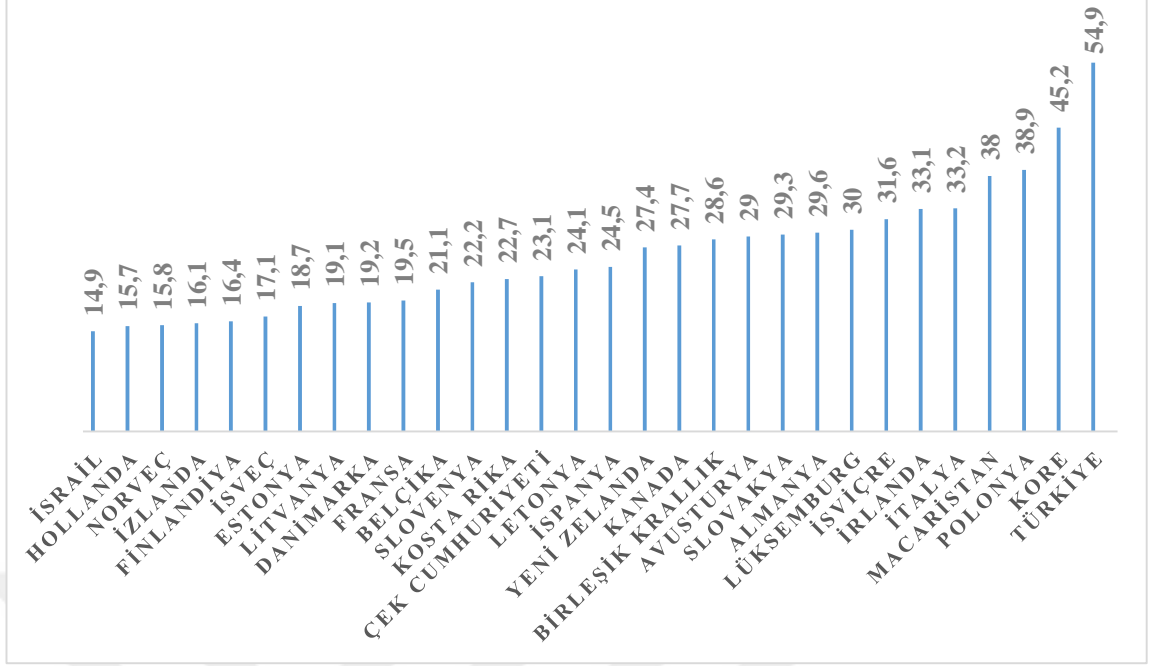
Tablo 5. 2000 ve 2015 Yıllarında Bölgelere Göre Tüm Canlı Doğumlar İçindeki Sezaryen Yüzdeleri*

| | 2000 | 2015 |
|------------------------------------|-------------------|-------------------|
| Küresel | %12,1 | %21,1 |
| Batı ve Orta Afrika | %3,0 | %4,1 |
| Doğu ve Güney Afrika | %4,6 | %6,2 |
| Ortadoğu ve Kuzey Afrika | %19,0 | %29,6 |
| Güney Asya | %7,2 | %18,1 |
| Doğu Asya ve Pasifik | %13,4 | %28,8 |
| Latin Amerika ve Karayipler | 32,3% (29,2–35,3) | 44,3% (41,3–47,4) |
| Doğu Avrupa ve Orta Asya | 11,9% (8,7–15,2) | 27,3% (24,1–30,6) |
| Kuzey Amerika | 24,3% (22,8–25,8) | 32,0% (30,5–33,5) |
| Batı Avrupa | 19,6% (18,1–21,2) | 26,9% (25,4–28,5) |

* Tablo 5 Aşağıdaki tablodan hazırlanmıştır.

“Boerma T., Ronsmans C., Melesse DY., Barros AJD., Barros FC., Juan L., Moller AB., Say L., Hosseinpoor AR., Yi M., de Lyra Rabello Neto D., Temmerman M. (2018). Global epidemiology of use of and disparities in caesarean sections. *Lancet*, 392(10155):1341-1348. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31928-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31928-7).”

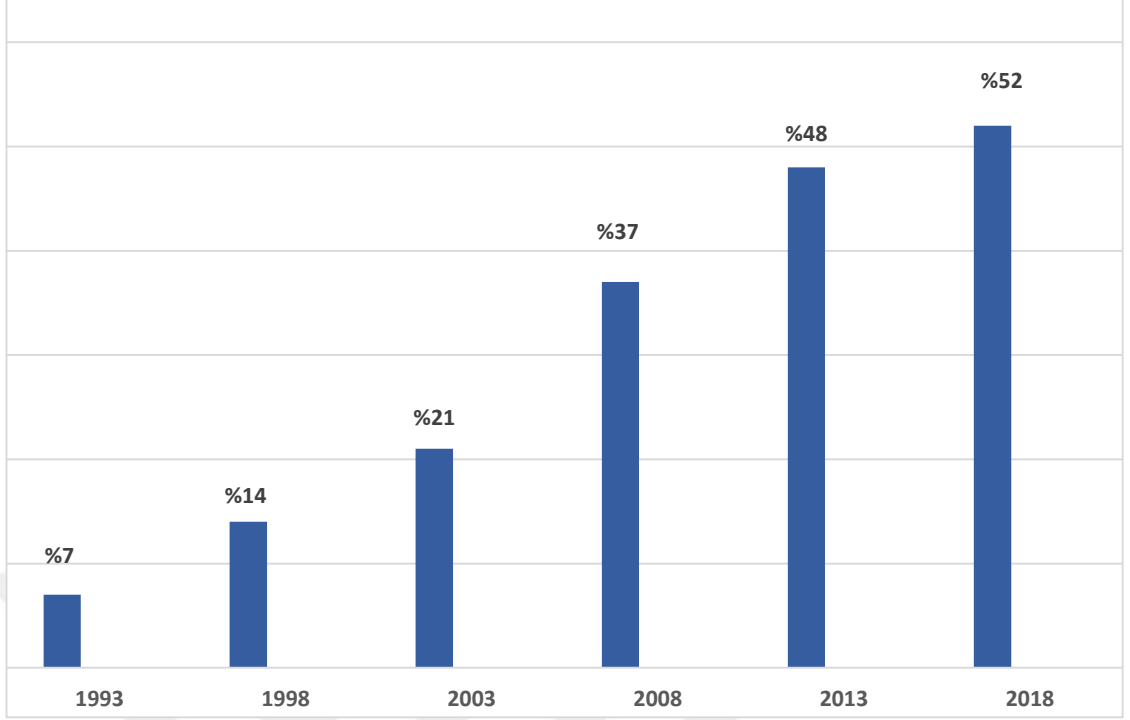
Otuz altı üye ülkesi olan Ekonomik ve Kalkınma İş Birliği Örgütü (Organisation for Economic Co-operation and Development - OECD)'nün Sağlık Politikası Çalışmaları kapsamında her yıl yayımladığı sezaryen doğum hızları grafiğinde Türkiye %54,9 ile birinci sırada olup, en düşük hıza sahip üç ülke İsrail (%14,9), Hollanda (%15,7) ve Norveç (%15,8) olarak saptanmıştır. (şekil 1)



Şekil 1: OECD Üye Ülkelerinin 2018 yılı Sezaryen Doğum Hızları (www.statista.com/statistics/283123/cesarean-sections-in-oecd-countries/ Erişim tarihi: 23.02.2021)

2.1.3.2. Türkiye’de sezaryen doğum hızı

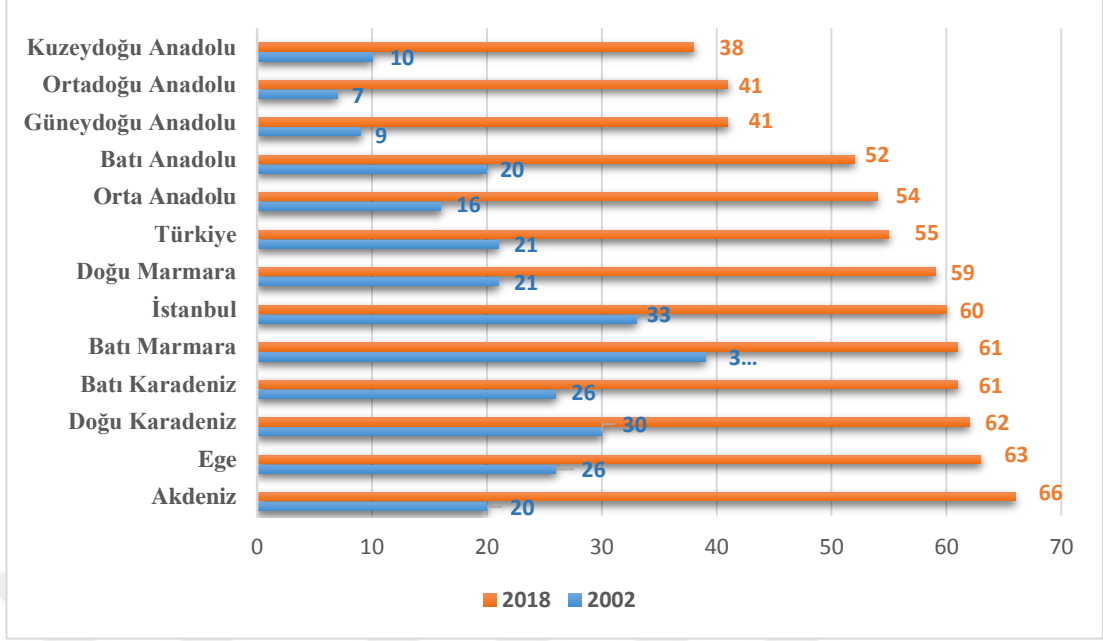
Dünya’daki diğer ülkelere benzer şekilde Türkiye’de de sezaryen doğum hızı yıllar içinde dramatik bir şekilde artış eğilimi göstermektedir. TNSA 2018 yılı raporuna göre 1993’te %7 olan sezaryen doğum hızı 2008’de %37’ye, 2018 yılında %52’ye ulaşmıştır (Şekil 2) (TNSA 2018).



Şekil 2. Türkiye’de Sezaryen Doğum Hızlarının Yıllara Göre Değişimi (TNSA 2018)

(Araştırmadan önceki son beş yılda sezaryen doğum ile gerçekleşen canlı doğumların yüzdesi)

Türkiye’deki sezaryen doğum hızı ülkenin kuzeyinden güneyine, doğusundan batısına her bölgede dikkate değer bir şekilde artış göstermektedir. Şekil 3’te 2002 ve 2018 yılında sezaryen doğumların tüm doğumlar içindeki payı bölgelere göre gösterilmektedir.



Şekil 3. Türkiye’de 2002 ve 2018 Yılları Arasında Sezaryen Doğumların Canlı Doğumlar İçindeki Payı (www.dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/36134,siy2018trpdf.pdf?0, Erişim Tarihi: 15.01.2021)

Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2019 verilerine göre, doğumların %97’si hastane ortamında gerçekleşmiş ve canlı doğumlar içinde sezaryen hızı %54,4 ve primer sezaryen doğum hızı ise %26,5 olarak tespit edilmiştir. Bu verilere göre sezaryen ameliyatının canlı doğumlar içindeki hızının en yüksek ve en düşük olduğu bölgeler Akdeniz ve Kuzeydoğu Anadolu bölgeleridir (sırasıyla %64 ve %37,5). (www.dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/39024,haber-bulteni-2019pdf.pdf?0, Erişim Tarihi: 13.02.2021).

Türkiye’de doğumlar, Sağlık Bakanlığı, Üniversite Hastaneleri ve Özel sektör olmak üzere üç farklı kurumda gerçekleşmekte olup yıllara ve sektörlere göre hastanede yapılan toplam sezaryen ve primer sezaryenlerin % dağılımı tablo 6’da gösterilmektedir. Tabloda görüldüğü üzere 2018 yılında, 2014 yılına göre toplam sezaryen doğum hızında artış mevcuttur ve primer sezaryen doğumların en fazla özel

sektör ve Üniversite hastanelerinde yapılmış olduğu görülmektedir. Üniversite hastanelerindeki primer sezaryen doğum hızındaki yükseklik, tersiyer merkez olmaları, bu nedenle zor ve komplike doğumlara müdahale etmeleridir.

Tablo 6. 2014-2018 Yılları Arasında Türkiye’de Doğum Yapılan Kurumlarda Tüm Sezaryen Doğumların ve Primer Sezaryen Doğumların, Hastane Doğumları İçindeki Payı (<https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/36134,siy2018trpdf.pdf?0>, Erişim Tarihi: 12.02.2021).

| | Sezaryen Doğumların Hastane Doğumları İçindeki Payı (%) | | | | | Primer Sezaryenlerin Hastane Doğumları İçindeki Payı (%) | | | | |
|-------------------------|---|------|------|------|------|--|------|------|------|------|
| | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 |
| Sağlık Bakanlığı | 35,5 | 37,5 | 38,2 | 38,7 | 40,3 | 15,0 | 15,9 | 15,5 | 15,0 | 15,5 |
| Üniversite | 63,8 | 69,3 | 69,1 | 68,2 | 70,4 | 32,4 | 35,9 | 33,8 | 33,8 | 34,7 |
| Özel | 69,5 | 70,5 | 70,5 | 69,7 | 70,7 | 39,6 | 39,8 | 39,0 | 37,8 | 37,9 |
| Toplam | 52,4 | 53,9 | 54,2 | 54,2 | 56,0 | 27,0 | 27,6 | 26,9 | 26,2 | 26,9 |

TNSA 2018 yılı verilerine göre anne yaşı, eğitim düzeyi ve hane halkı refah düzeyi arttıkça sezaryen doğum hızının arttığı görülmektedir. 35-49 yaş arası kadınlarda sezaryen ile doğum yüzdesi, 20 yaşın altındaki göre iki kat dahayüksektir (sırasıyla %64 ve %33). Anne yaşı arttıkça doğum sancıları başlamadan önce sezaryen kararı alınma olasılığının, yani planlı sezaryen doğum olasılığının arttığı görülmektedir. Eğitim görmemiş ya da ilkokulu bitirmemiş kadınların %37,1’inin, lise ve üzeri eğitim görmüş annelerin ise %63’ünün sezaryen ile doğum yaptığı görülmektedir. Hane halkı refah düzeyi en düşük olan grupta sezaryen doğum hızı %33,8 iken, en yüksek refah düzeyine sahip hanelerde yaşayan kadınlarda %68 olarak saptanmıştır. (TNSA 2018)

Kentsel alanda yaşayan kadınların kırsal alanda yaşayan kadınlara göre daha fazla sezaryen ile doğum yaptığı (sırasıyla % 54,5 ve % 41,6) ve özel sektöre bağlı sağlık

kurumlarında sezaryen doğum oranlarının kamu kurumlarından daha yüksek olduğu saptanmıştır (sırasıyla %68 ve %41). (TNSA 2018)

2.2.YÜKSEK SEZARYEN DOĞUM HIZININ ALTINDA YATAN OLASI FAKTÖRLER

Sezaryan hızında artışın en büyük nedeni olarak tıbbi endikasyonlar dışında gerçekleştirilen sezaryen doğumlar öne sürülmüştür (Souza et al. 2010). Artan sezaryen hızının nedenleri incelendiğinde klinik olmayan faktörlerin, klinik faktörler kadar önemli olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Lo 2003). Klinik olmayan belli başlı faktörler şu şekildedir:

2.2.1. Anne Talebi Üzerine Sezaryen Doğum

ACOG, anne talebi üzerine sezaryen doğumu, herhangi bir maternal veya fetal endikasyon yokluğunda anne isteği üzerine gerçekleştirilen birincil sezaryen doğum olarak tanımlanır (ACOG 2013).

Tıbbi bir gerekçe yokken anne talebi üzerine sezaryen, önemli bir halk sağlığı sorunudur, çünkü komplikasyonsuz vajinal doğumlarla karşılaştırıldığında hem mortalite ve morbiditesi yüksektir hem de hastane ve ülke ekonomisi üzerindeki mali yükü fazladır. (Najmi and Rehan 2000, Liu et al. 2007, Ajeet et al. 2011)

Anne talebi üzerine yapılan sezaryen doğumlar, ülkeler arasında farklı hızlarda görülmektedir. Anne talebine bağlı sezaryen hızının tüm sezaryenler içindeki oranı %4-18 olarak tahmin edilmektedir (NIH 2006). Yapılan bazı çalışmalarda, anne sezaryen talebi hızı Kanada'da %2, Norveç'te %7,6, ABD'de %8, İtalya'da %8,6 olarak saptanmıştır (Kolas et al. 2003, Hanley et al. 2010, Barber et al 2011, Masciullo et al. 2020).

Annelerin sezaryen doğumu talep etme nedenlerinin altında çeşitli etkenler yer almaktadır. Bunlardan biri doğum yapma korkusudur. Doğum korkusu (Tokofobi) primer, sekonder ve gebedeki depresif hastalığa sekonder olmak üzere üçe ayrılır. Primiparları etkileyen primer tokofobi, derin bir doğum korkusuyla ilişkiliyken, multiparları etkileyen sekonder tokofobi, önceki yaşanmış olumsuz doğum deneyimleri ile ilişkilidir (Hofberg and Ward 2004).

Doğum esnasında bebeğinin zarar görebileceği endişesi, doğumu kontrol edememe düşüncesi, epizyotomi korkusu, perinede hasar gelişebileceği ve cinsel yaşamının olumsuz etkileneceği düşünceleri annelerin diğer sezaryen talep etme nedenlerinden bazılarıdır (Potter et al. 2001, Weaver et al 2007, Gözükara ve Eroğlu 2008, Serçekuş and Okumuş 2009, Kasai et al. 2010, Buyukbayrak et al. 2010, Fuglenes et al. 2011, Arıkan et al. 2011, Uçar ve Gölbaşı 2015). Ajeet ve ark.larının (2011), 247 gebe kadınla yaptıkları çalışmanın sonucunda sezaryen doğumu tercih eden kadınların cerrahi müdahalenin olumsuz sonuçlarını göz önünde bulundurmadan, vajinal doğumu daha ağrılı ve tehlikeli bir işlem olarak gördükleri sonucuna ulaşmışlardır.

Yaş, parite, eğitim, sosyoekonomik durum, gelir, yardımcı üreme teknikleri (YÜT) ile gebe kalma, ilk gebelikte anne yaşı, annenin ruhsal durumu gibi bir çok faktörün sezaryen talebinde etkili olduğu yapılan çalışmalarda gösterilmiştir. Sezaryen talep eden hastalar parite açısından incelendiğinde multipar kadınların, primiparlara göre daha fazla sezaryen talebinde buldukları gözlenmiştir (Hildingsson et al. 2002, Kringeland et al. 2009). Ryding ve ark.ı da (2016) çalışmalarında benzer sonuçlar elde etmişler ve multipar kadınların sezaryen tercihlerini önceki sezaryen doğum veya önceki olumsuz doğum deneyimi ile ilişkilendirmişlerdir.

Günümüzde ileri yaşta gebe kalan kadınların oranı artmaktadır ve özellikle ileri yaş nullipar gebeler, diabetes mellitus, hipertansiyon, miyom ve bunun gibi önceden mevcut olan risk faktörlerinden dolayı daha yüksek sezaryen doğum olasılığı

taşımaktadır (Franz and Husslein 2010). Bir anlamda yaş tek başına sezaryen endikasyonu olmayıp, bu yaş grubunda sezaryen endikasyonlarına yol açabilecek spesifik risklerin varlığı da etken olmaktadır (Mylonas and Friese 2015). Danimarka’da yapılmış bir çalışmada 30 yaş altı nullipar kadınlarla kıyasladığında 35-39 yaş arasında sezaryen olma olasılığı 2 kat, 40 yaş üstü kadınlarda 3 kat fazla bulunmuştur (Rydahl et al. 2019).

Eğitim seviyesi arttıkça kadınların sezaryen doğum yapma olasılıkları da artmaktadır (Santas and Santas 2018, Manyeh et al. 2018). Ayrıca annenin eğitim seviyesi ile sezaryen doğum yapması arasında pozitif korelasyon olduğunu gösteren başka çalışmalar da mevcuttur (Neuman et al. 2014, Feng et al. 2012).

Yapılan çalışmalarda sosyoekonomik durum ile sezaryen doğum olasılığı arasında güçlü bir ilişki olduğu, hane halkı gelir düzeyi arttıkça sezaryen olasılığının arttığı gösterilmiştir (Feng et al. 2012, Santas and Santas 2018, Manyeh et al. 2018). İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte, kentsel alanlarda yaşayanların sezaryen oranlarının kırsal alanda yaşayanlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. (Santas and Santas 2018, TNSA 2018)

Günümüzde artan YÜT’teki ilerlemeler, sezaryen oranlarında da artışı beraberinde getirmiştir (Reddy et al. 2007, Pandey et al. 2012, Mariani and Vain 2019). Bu artış iki şekilde karşımıza çıkar. Bunlardan biri YÜT’ün çoğul gebeliklere neden olma ihtimalinin yüksek olması, bir diğeri de YÜT sonrası gelişen gebeliklerde anne anksiyetesinin artmasına bağlı olarak sezaryen talep etmesidir (Mylonas and Friese 2015).

Yapılan çalışmalarda olumsuz doğumhane koşulları, doğumda psikolojik desteğin göz ardı edilmesi, doğum konusunda yeteri kadar bilgi verilmemesi, epidural anestezi olanağının sunulmaması, daha önceki doğumlarda yaşanan olumsuz deneyimler

kadınların sezaryen doğuma yönelmelerinde etkili olan faktörlerdir (Turnbull et al.1999, Gamble et al. 2001, Şahin 2009).

Tartışmalı ve hassas bir konu olması neticesinde uluslararası kuruluşlar anne talebine bağlı sezaryenin kabul edilebilirliği ile ilgili yıllar içerisinde çeşitli görüşlerde bulunmuşlardır. Uluslararası Jinekoloji ve Obstetrik Federasyonu (International Federation of Gynecology and Obstetrics - FIGO), 1999 yılındaki raporunda tıbbi endikasyon olmadan yapılan sezaryen operasyonunun etik olmadığını belirtmiştir (Schenker JG et al. 1999). O tarihten bu zamana uluslararası kuruluşların bu konudaki katı tutumlarında yumuşama olmuştur. ACOG 2013 yılındaki komite raporunda anne talebi üzerine sezaryen ile ilgili olarak şu açıklamada bulunmuştur (ACOG 2013).

- “1. Bir hasta ağrı korkusu nedeniyle sezaryen talebinde bulunuyorsa hastayla doğum öncesi eğitim ve doğum sırasında analjezi olanağı tartışılmalı ve sunulmalıdır.
2. Hastaya sezaryen doğum için herhangi bir endikasyon yoksa vajinal doğum önerilmelidir.
3. Hasta talebinin nedenleri incelendikten ve hastayla riskler ve faydalar tartışıldıktan sonra hasta sezaryen talebinde ısrar ediyorsa aşağıdaki ikiduruma dikkat edilmelidir.
 - a. Erken doğum yaptırmak için başka endikasyon yoksa anne talebi üzerine sezaryen yapmak için gebeliğin 39 haftayı tamamlaması beklenmeli,
 - b. Fazla sayıda çocuk planlayan hastalara tekrarlayan sezaryen ameliyatları neticesinde plasenta previa, plasenta akreata gibi morbiditesi ve mortalitesi yüksek durumların sonraki gebeliklerde ortaya çıkma olasılığı konusunda bilgi verilmelidir.”

2.2.2. Elektif Sezaryen Doğum

ACOG, elektif sezaryen doğumu, spontan doğum eylemi başlamadan önce planlı bir şekilde gerçekleştirilen sezaryen doğum olarak tanımlamaktadır (ACOG 2013).

Elektif sezaryen doğumun, anne talebi üzerine yapılan sezaryen doğumdan en temel farkı, sadece anne isteği ile yapılmamasıdır (Bourgeault et al. 2008). Genel sezaryen hızındaki artışa katkısı büyük olan elektif sezaryen ameliyatları anne talebi kaynaklı olabileceği gibi doğumu gerçekleştirecek olan hekim kaynaklı da olabilir (Kalish et al.2004, McCourt et al 2007, Robson et al. 2009).

Elektif sezaryenin, kadınlar açısından vajinal doğuma göre düşük riskli, kontrol edilebilir ve daha az ağırlı bir prosedür olarak algılanması nedeniyle tercih edilebileceği gösterilmiştir (Fenwick et al. 2006). Elektif sezaryen doğum aynı zamanda anne ve hekim için doğumu zamanlama avantajına sahip olması nedeniyle de tercih edilebilmektedir (NIH 2006).

Literatürde elektif sezaryenin maternal ve neonatal sonuçlar üzerine olası etkilerini göstermek için hem vajinal doğumla hem de acil sezaryen doğumla ilgili karşılaştırmalı çalışmalar mevcuttur. Bu çalışmalardan farklı sonuçlara ulaşılmıştır. Rastgele seçilmiş sekiz Latin Amerika ülkesindeki 120 sağlık kurumunun verilerinin Eylül 2004- Mart 2005 tarihleri arasında incelendiği bir çalışmada elektif sezaryen (doğum eylemi başlamadan önce planlan sezaryen), intrapartum sezaryen (doğum esnasında endike olan sezaryen) ve vajinal doğumların maternal sonuçları karşılaştırılmış olup maternal mortalite ve morbidite yaşama olasılığı, vajinal doğum yapan kadınlara kıyasla, elektif sezaryen grubundaki kadınlarda 2,3 kat [%95 güven aralığında (1,37-3,1)], intrapartum sezaryen grubundaki kadınlarda 2 kat [%95 güven aralığında (1,6-2,5)] daha yüksek bulunmuştur (Villar et al. 2007).

Beş yıllık takip sonrasında elektif sezaryen ile vajinal doğum sonuçlarının karşılaştırıldığı bir çalışmada herhangi bir komplikasyon nedeniyle doğum sonrası ilk 30 günde hastaneye yeniden yatış oranları, elektif sezaryen grubunda vajinal doğum yapan gruba göre 2,3 kat [(% 95 güven aralığı (1,74–2,9)] daha yüksek bulunmuştur (Declercq et al. 2007).

Liu ve ark.'nın (2007) term gebelikte elektif sezaryen ile planlı vajinal doğum sonuçlarını karşılaştırdıkları 14 yılı kapsayan retrospektif kohort çalışmalarında ciddi maternal morbidite oranları sırasıyla % 27,3 ve % 9.0 olarak bulmuşlardır. Planlı sezaryen grubunda, hematom, puerperal enfeksiyon, anestezi komplikasyonları ve tromboembolizm riski daha yüksek bulunmuştur. İki grup arasında hastane içi anne ölüm oranları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

ABD'de gerçekleştirilen bir başka elektif sezaryen doğum, vajinal doğum karşılaştırma çalışmasında koryoamniyonit riski [OR: 34,85 (4.87 - 249.25)], doğum sonu kanama [OR: 5,59 (1.38, 22.68)], uzamış membran rüptürü [OR: 9.24 (3.42, 24.97)] ve uterin atoni gelişme ihtimali [OR: 12.08 (1.69, 86.60)], vajinal doğum sonrası daha sık görülmüştür (Geller et al. 2010b).

Larsson ve ark.ı (2011) tarafından yapılan prospektif kohort çalışmada elektif sezaryen yapılan kadınlar ile vajinal doğum yapan kadınların kısa dönem sonuçları karşılaştırılmış, her iki grupta ortalama tahmini kan kaybı ve enfeksiyon oranlarında fark görülmemiştir. Benzer bir kohort çalışmasında, iki grupta da maternal ölüm gözlenmemiş olup, yara yeri enfeksiyonu, puerperal febril morbidite, kan transfüzyonu gereksinimi, mesane, bağırsak, üreter laserasyonu gibi intraoperatif komplikasyonlar açısından fark bulunmamıştır (Allen et al. 2006)

2007-2013 yılları arasında Çin'in Shangai kentinde gerçekleştirilen bir retrospektif kohort çalışmasında 16333 planlı sezaryen doğum, 40560 planlı vajinal doğum ile karşılaştırılmış, sonuçta maternal yoğun bakım ünitesine başvuru sıklığı, şiddetli doğum sonu kanama, maternal enfeksiyon, organ yaralanmaları ve tromboembolik komplikasyonlar arasında anlamlı bir fark görülmemiş olup, planlı sezaryen uygulanan kadınların benzer kısa vadeli maternal sonuçlara sahip olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Liu et al. 2015).

ACOG, elektif sezaryen doğum sonrası kanama olasılığının, planlı vajinal doğum ve plansız sezaryen doğuma göre daha az görüldüğünü belirtmiştir (ACOG 2013). Vajinal doğumla karşılaştırıldığında, sezaryen doğum (planlı veya acil koşullarda) daha uzun bir hastanede kalış süresi gerektirir. Ancak hastanede kalış süresinde, yenidoğan komplikasyonları, obstetrik komplikasyonlar, sağlık hizmet sunucusu ve hasta tercihi karıştırıcı faktörler olabilir (ACOG 2013).

Sharma ve ark.ı (2018), elektif sezaryen doğum ile acil koşullarda yapılan sezaryen doğumların maternal sonuçlarını karşılaştırdıkları çalışmalarında, postpartum febril morbidite ve kan transfüzyon gereksinimi yönünden gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğunu ancak doğum sonu kanama, plasenta adezyonu, histerektomi komplikasyonları açısından fark bulunmadığını göstermişlerdir.

Yakın tarihli yapılan bir başka acil koşullarda yapılan sezaryen doğum ile elektif sezaryen doğum sonuçlarının karşılaştırıldığı çalışmada doğum sonu yara yeri enfeksiyonu, postpartum kanama, üriner sistem enfeksiyonu, transfüzyon ihtiyacı, maternal febril morbidite ve maternal yoğun bakım gereksinimi, acil koşullarda yapılan sezaryen doğumlarda istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde yüksek bulunmuştur (Darnal and Dungal 2020).

Elektif sezaryen doğumun yenidoğan açısından olumsuz etkileri genelde doğum zamanlamasındaki hatalara bağlanmıştır. Yenidoğanın geçici taşipnesi (Transient Tachypnea Of The Newborn – TTN), RDS dahil olmak üzere solunum morbiditesi riski, iyatrojenik prematüriteye bağlı olarak görülen diğer problemler (hipoglisemi, hipotermi) ve sonuç olarak yenidoğan yoğun bakım ünitesine yatış oranları doğumun 39-40 haftadan önce gerçekleştirildiği durumlarda, vajinal doğuma kıyasla elektif sezaryen doğum için daha yüksektir (Zanardo et al. 2004,NIH 2006). Ancak sezaryen doğumun term gebelikte dahi yapıldığında, vajinal doğuma göre TTN ve RDS gelişme olasılığının yüksek olduğu düşünülmektedir (Tita et al. 2009).

Vajinal doğum ile elektif sezaryen doğum sonrası yenidoğan sonuçlarının karşılaştırıldığı bir çalışmada, solunum problemlerinin, sezaryen doğum grubunda vajinal doğum grubuna göre 2 kat, yoğun bakım ihtiyacının 1,7 kat daha fazla görüldüğü saptanmıştır. Buna karşılık intrakraniyal hemoraji görülme olasılığının, vajinal doğum grubunda 4,4 kat yüksek olduğu bulunmuştur (Kolas et al.2006).

Acil koşullarda yapılan sezaryen doğum ile elektif yapılan sezaryen doğumların neonatal sonuçlarının karşılaştırıldığı bir başka çalışmada, doğum asfiksisi ve yenidoğan yoğun bakım ünitesine yatış oranlarının, acil sezaryen doğum yapılan grupta istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Darnal and Dungal 2020). Sezaryen doğum sonrası neonatal sonuçları değerlendirmek amacıyla yapılan bir diğer çalışmada da, yoğun bakım ünitesine kabul oranları acil koşullarda yapılan sezaryen doğumlarda % 43 iken, elektif sezaryen doğumlarda % 23 olarak bulunmuştur (Khasawneh et al. 2020).

Geller ve ark.nın (2010 a) planlı vajinal doğum ile elektif sezaryen doğum sonrası yenidoğan komplikasyonlarını karşılaştırdıkları çalışmalarında vajinal yolla doğan bebeklerde daha düşük yenidoğan yoğun bakım ünitesine kabul, oksijen resüsitasyonu, fizyolojik sarılık ve daha kısa hastanede yatış olasılığı görülürken, daha fazla mekonyum pasaj riski ve 1.dakika APGAR (Appearance - Pulse- Grimace respons – Activity - Respiration) skorunda düşüklük görülmüştür.

2.2.3. Medikolegal Kaygılar ve Defansif Tıp

Defansif tıp, hekimlerin hastaya faydalı olmak yerine yasal sorumluluktan kaçınmak için uyguladıkları tepkisel bir davranış olarak tanımlanabilir (Anderson 1999). Bu doğrultuda savunma amaçlı yapılan sezaryen de (defansif sezaryen), hasta şikayetlerinden kaçınmak için hekimlerin protokol ve kılavuzlardan uzaklaşması olarak düşünülebilir (Ionescu et al.2018,Summerton 2000).

Defansif tıp, hekimleri endikasyonu olmayan uygulamalar yapmaya yönlendirerek sağlık hizmeti maliyetlerinde artışa neden olmakta ve ayrıca kadın sağlığını tehlikeye atmaktadır. Bu yüzden sadece tıbbi değil aynı zamanda etik bir konudur (Vimercati et al. 2000, He 2014).

Defansif tıp, çeşitli davranış biçimleriyle ortaya çıkabilir. Bunların belli başlıları; riskli hastalardan ve prosedürlerden kaçınma, gereksiz ilaç reçeteleme, gereksiz klinik testler yapma, gereksiz terapötik prosedürler uygulama ve tıbbi hizmetlerin gereğinden fazla kullanılmasıdır (He 2014).

Anne adayları, hem sezaryen hem de vajinal doğumda gelişebilecek olası komplikasyonları potansiyel bir tehlike olarak algılamazlar (Ionescu et al.2018). Bu sebeple çıkabilecek her türlü komplikasyon dava süreci için zemin hazırlamaktadır ve son yıllarda KHD hekimlerine karşı açılan dava sayısında büyük bir artış olmaktadır. ABD’de yapılan bir çalışmada KHD hekimleri ile ilgili şikayetlerin %62,6’sının dava ile sonuçlandığı belirtilmiştir (Jena et al. 2012). Türkiye’de de dava hızlarında artış görülmekte olup, diğer ülkelerdeki çalışmalara benzer şekilde davaların çoğunluğunun KHD hekimlerine açıldığı görülmektedir (Büken et al 2004, Küçük 2018).

Dava edilme korkusu hekimlerin sezaryen operasyonu kararını kolay vermelerini sağlamaktadır (Yazdizadeh et al. 2011,Aminu et al. 2014,Mariani and Vain 2019). Çoğu ülkede hekimler hatalı uygulamada bulunmadıklarında dahi mahkemelerde haksız yere yargılanmaktadırlar (Studdert et al.2006, Betran et al. 2018).

ACOG’un 2009 yılında 5644 katılımcıyla gerçekleştirdiği ve medikolegal kaygıların hekim davranışları üzerine etkisini araştırdığı bir anket çalışmasında, katılımcıların % 19,5’inin sezaryen doğum sayılarını artırdığı, %19,5’inin sezaryen sonrası vajinal doğum (SSVD) yaptırmayı bıraktığı, %21,4’ünün yüksek riskli obstetrik hasta sayısını

azalttığı, %10,4'ünün toplam doğum sayısını azalttığı ve %6,5'inin obstetrik uygulamayı tamamen bıraktığı sonucuna ulaşılmıştır (Klagholz 2012).

ABD'de yapılan ulusal doktor anketinde, hekimlerin %91'i dava edilme korkusu nedeniyle gerekli olmayan test ve prosedürler uyguladıklarını, İtalyan hekimler ile yapılan başka bir çalışmada hekimlerin %80'i önceki ay en az bir kez defansif uygulamada bulduklarını ifade etmişlerdir (Bishop et al. 2010,Catino 2011).

Türkiye'de 108 KHD uzmanıyla yapılan benzer bir çalışmada, katılımcıların %100'ü dava edilme korkusuyla defansif tıp arasında ilişki olduğunu, %89,8'i medikolegal kaygılar nedeniyle uygulayabileceği müdahalelerden kaçındığını belirtmişlerdir (Küçük 2018).

Medikolegal kaygılar dışında defansif tıp uygulama nedenlerinden bazıları; hasta doktor arasındaki yetersiz ilişki, hasta yoğunluğu, medyanın olumsuz etkisi, sağlık çalışanlarına artan şiddet olayları, performans sistemi olarak gösterilebilir (Yeşiltaş ve Erdem 2019).

Norveç'te yapılan bir çalışmada KHD uzmanlarının, sosyal medya gibi kitle iletişim araçlarına konu olma riskine karşı daha duyarlı oldukları ve defansif tıp uygulama olasılıklarının daha fazla olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Grytten et al. 2017).

He ve ark.nın yaptığı bir çalışmada, katılımcıların %18,7'si doktor hasta çatışmalarının engellenmesi için defansif tıp uygulama davranışları sergilediklerini belirtmişlerdir (He 2014).

Hasta haklarının ön plana çıkarılıp, çalışan haklarının geri planda kaldığı günümüz koşullarında artan şiddet olayları da hekimlerin kendilerini korumak için defansif tıp uygulamalarına başvurmalarına yol açan bir diğer etkidir (Yeşiltaş ve Erdem 2019).

2.2.4. Diğer Faktörler

2.2.4.1. Hekim ile ilişkili faktörler

Hekimlerin tıbbi endikasyonsuz sezaryen operasyonu yapmalarında etkili olan faktörler; mali nedenler, zaman, malpraktis kaygısı, hekimin çalıştığı kurum, hasta ve yakınlarının baskısı, annenin sezaryen doğum talebi, yardımcı personel eksikliği vb. sayılabilir. Hekimlerin sezaryen doğum için elde ettikleri maddi getirinin fazla olmasıyla oluşan finansal motivasyon, özellikle endikasyon dışı sezaryen doğum uygulamalarında artışa yol açmaktadır (Yazdizadeh et al. 2011, Aminu et al. 2014, Neuman et al. 2014, Betran et al. 2018, Tadevoysan et al. 2019). Bir diğer sezaryen doğum hızını artıran hekim kaynaklı faktör, zaman faktörüdür. Sezaryen doğumlar anne ve hekim için doğum zamanını planlama avantajına sahip olması neticesinde tercih edilebilmektedir (NIH 2006, Yazdizadeh et al. 2011). Özel sektör kurumlarında hem planlı hem de planlı olmayan sezaryen doğumların genellikle hafta içi ve mesai saatlerinde yapıldığının gösterilmesi zaman faktörüne işaret etmektedir (Mossialos et al. 2005, Peel et al. 2018,)

Hekimlerin sezaryen doğum kararları çalıştıkları kurumlara göre değişmektedir (Begum et al. 2018). Hindistan'da özel sektörde yüksek sezaryen doğum hızlarını değerlendirmek amacıyla gerçekleştirilen bir çok çalışmada mali teşvikler, zaman baskısı, hekimin tek başına çalışıyor olması, malpraktis korkusu, anne sezaryen talebi ve sürekli fetal kalp atımı takibinin etkili olduğu bulunmuştur (Sreevidya and Sathiyasekaranc 2003, Nagpal et al. 2015, Peel et al. 2018). Türkiye'de de özel sağlık kurumlarında sezaryen hızları kamu kurumlarına göre yüksek olup, TNSA 2018 yılı raporuna göre özel sağlık kurumlarına doğum için müracaat eden hastaların % 68'i sezaryen ile doğum yapmıştır (TNSA 2018)

Bir diğer hekim ile ilişkili faktör günümüzde operatif vajinal doğumlardan uzaklaşılmış olmasıdır. (Cunningham et al. 2014) Operatif vajinal doğum, doğumun ikinci aşamasının hızlandırılmasının gerektiği klinik durumlarda, vakum ya da forseps kullanılarak gerçekleştirilen bir doğum yöntemidir (Merriam et al. 2017). Günümüz koşullarında ülkemizde artık forseps neredeyse hiç kullanılmazken, vakum hekimin deneyimiyle ilişkili olarak kullanım alanı bulmaktadır (Fidan ve ark. 2018). ABD’de vakum ya da forseps kullanma oranı 1999’da %9,0’dan 2014’te %3,2’ye düşmüştür (Hamilton et al. 2015). Operatif vajinal doğumların eskisi kadar uygulanmamasının bir nedeni asistan eğitimleri esnasında az sayıda vaka görmenin teknik becerileri geliştirmede yetersiz kalması ve bu sebeple klinik uygulama esnasında hekimlerin kendilerine güvenememeleridir (Dildy et al. 2016). Bu konuda eğitimi olan hekimler bile sezaryen operasyonunun planlama kolaylığı, operatif vajinal doğuma göre daha risksiz olduğu algısı ve malpraktis kaygıları nedeniyle operatif vajinal doğumdan uzaklaşmaktadırlar (Bailey 2005).

SSVD yaptırma oranlarındaki düşüşler, sezaryen hızında artışa neden olan faktörler arasındadır. 1996’da SSVD oranı %28,3 iken, 2006’da %8,5’e düşmüştür (ACOG 2010). SSVD’den uzaklaşmanın ana nedenlerinden biri uterus rüptürü ve gelişebilecek neonatal nörolojik komplikasyonlara bağlı olarak dava edilme korkusudur (Bonanno et al. 2011).

Makat presentasyon ile gelen fetüslerin eskiye göre artık daha çok sezaryen ile doğurtulması da, sezaryen hızını artıran faktörlerden biridir (Cunningham et al. 2014) Makat presentasyonun tüm gebelikler içinde görülme oranı %3-4 arasındadır ve diş sefalik versiyon gibi manevralar yapılmadığında sezaryen olasılığı artmaktadır (Joseph et al. 2003, Fonseca et al. 2017). Hekimlerin makat presentasyonlarda vajinal doğumdan uzaklaşıp sezaryen doğuma yönelmelerinin altında deneyimsizlik, komplikasyon gelişme riski ve dava edilme korkusu yatmaktadır (Rattray et al. 2020).

Sürekli olarak fetal kalp atımlarının izlenmesinin yaygın kullanımı, artmış sezaryen doğum oranıyla ilişkilidir. Sürekli izlemden dolayı yalancı fetal distres tanısı ile hekimlerde oluşan endişe daha çabuk sezaryen operasyon kararı verilmesine neden olmaktadır (Cunningham et al. 2014, Mariani and Vain 2019).

Bir diğer sezaryen doğum hızında artışa yol açan faktör güncel kılavuzların takibindeki eksikliklerdir. Yapılan çalışmalarda kamuda çalışan hekimlerin özel sektörde çalışan hekimlere göre güncel sezaryen doğum kılavuzlarına daha çok riayet ettiği saptanmış olup, bu durumun daha çok medikolegal kaygılardan dolayı olduğu tespit edilmiştir (Aminu et al 2014).

2.2.4.2. Hasta ile ilişkili faktörler

Kadınların günümüzde daha az sayıda çocuk yapmak istemesi, sezaryen doğum için yüksek risk altında olan nullipar / primar gebeliklerin yüzdesinde artışa neden olmaktadır (Cunningham et al. 2014). İlk doğumda sezaryen olma olasılığı iki ve üstü doğum yapan kadınlara göre istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha yüksektir (Huang et al. 2013, Santas and Santas 2018). TNSA 2018 yılı raporuna göre de sezaryen doğumların en yüksek yüzdesi ilk doğumunu gerçekleştiren anneler arasında görülmüş olup, doğum sayısı arttıkça sezaryen operasyonu olma olasılığı da azalmaktadır. (ilk doğumda sezaryen doğum oranı %54,4, 4 ve üstü doğumlarda %37,9) (TNSA 2018).

Normal doğum sürecini hızlandırmak amacıyla özellikle nullipar doğumlarında olmak üzere doğum esnasında yapılan indüksiyon uygulamalarının başarısız olması sezaryen doğumlarda artışa neden olabilmektedir (Cunningham et al. 2014), Mariani and Vain 2019).

Dünya’da salgın boyutlarına ulaşan obezite de artan sezaryen oranlarına katkıda bulunmaktadır (Cunningham et al. 2014). Obezite prevalansının artması beraberinde

gebelik öncesi diyabet, gestasyonel diyabet, preeklampsi, fetal makrozomi gibi olumsuz perinatal sonuçlara ve beraberinde sezaryen doğum hızında artışa neden olabilmektedir (Smith et al. 2007, Mylonas and Friese 2015).

Sezaryen doğum hızını artıran bir diğer faktör de ilk doğumunu sezaryen ile gerçekleştiren kadınların %90'dan fazlasının tekrar sezaryen olmasıdır. (Cunningham et al. 2014). Türkiye'de Sağlık Bakanlığı 2019 yılı Sağlık İstatistikleri verilerine göre tüm canlı doğumların %54,4'ü sezaryen doğum ile gerçekleşmiş olup sezaryen doğumların yaklaşık %50'sini tekrarlayan sezaryenler oluşturmuştur (<https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/39024,haber-bulteni-2019pdf.pdf?0>), Erişim Tarihi: 13.02.2020). Yapılan bir çok çalışmada, SSVD'nin tekrarlanan sezaryen prosedüründen daha güvenli olduğu sonucuna ulaşılmış olsa da hekimler, SSVD için daha az heveslidirler ve hekimlere göre sezaryen daha doktor dostu gibi gözükmektedir (Mukherjee 2006).

2.3.YÜKSEK SEZARYAN HIZINI DÜŞÜRMEK İÇİN YAPILAN ULUSLARARASI ÇALIŞMALAR

DSÖ'nün 1985 yılında Brezilya'daki toplantısında, materno-fetal açıdan sağlık göstergeleri iyi olan Avrupa ülkeleri verileri ile öne sürdükleri %10-15'lik ideal sezaryen hızı beraberinde bir çok tartışmayı da başlatmıştır (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161442/WHO_RHR_15.02_eng.pdf;jsessionid=5F084399DED1BF3F9771971DEB3B7F0F?sequence=1, Erişim Tarihi: 13.02.2021).Bu tartışmalara açıklık getirmek amacıyla DSÖ iki çalışma yürütmüştür.

1. Nüfus düzeyinde sezaryen hızının saptanması

Bu amaçla 2014 yılında DSÖ, sezaryen oranları ile, maternal ve neonatal sonuçlar arasındaki ilişkiyi analiz eden literatürdeki ekolojik çalışmaların sistematik bir

incelemesini yapmıştır. Çalışma sonuçları Cenevre’de 2014 yılında gerçekleştirilen panelde sunulmuştur ve sonuçların kısa özeti şu şekildedir:

“1.Sezaryen hızının nüfusun %10’undan yüksek olması anne ve yenidoğan ölüm oranlarındaki azalma ile ilişkili değildir.

2. Sezaryen operasyonu tıbbi olarak endike olduğu durumlarda anne ve bebeğin hayatını kurtarmada etkilidir.

3. Sezaryen operasyonu imkan ve kapasiteden yoksun ortamlarda yapıldığında kalıcı komplikasyonlara, sakatlıklara hatta ölüme neden olabilir.

4. Sezaryen doğumlarda belirli bir yüzdeye ulaşmak yerine ihtiyacı olan kadınlara sezaryen doğum olanağı sağlanmalıdır.

5. Sezaryen operasyonunun maternal, fetal, psikolojik ve sosyal refah gibi sonuçlar üzerine etkisi net olmadığı için daha fazla araştırma yapılmasına gereksinim vardır.”
(kaynak)

2. Hastane düzeyinde sezaryen hızı ve evrensel bir sınıflandırma sistemine duyulan ihtiyacın belirlenmesi

Bu amaçla DSÖ 2015 yılında, yükselen sezaryen doğum trendini anlamak için, sezaryen hızlarının uluslararası, ulusal, bölgesel ve hastane bazında dağılımını belirlemede kullanılabilecek standart bir yaklaşım önermiştir. Robson sınıflandırma sistemi olarak önerilen bu yaklaşım, karşılaştırmalara olanak sağlayabilecek son derece basit bir perinatal sınıflandırma sistemidir (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161442/WHO_RHR_15.02_eng.pdf?sequence=1, <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259512/9789241513197-eng.pdf?sequence=1>, Erişim Tarihi:02.02.2021)”

Michael Robson tarafından 2001 yılında önerilen Robson sistem beş parametreden oluşan bir sistemdir (Robson 2001).

Bu parametreler:

- 1. Parite:** Nullipar, önceden sezaryen olan ya da olmayan multipar gebe
- 2. Doğum eyleminin başlaması:** Kendiliğinden, indüklenmiş veya eylem başlamadan sezaryen
- 3. Gebelik yaşı:** Preterm veya term
- 4. Fetal presentasyon:** Baş, makat veya transvers geliş
- 5. Fetus sayısı:** Tekil veya çoğul

Bu beş parametre değerlendirilerek, gebeler On Robson grubundan birine dahil edilir.

Gruplar:

Grup 1: Tek sefalik geliş gebeliği olan, nullipar, ≥ 37 hafta , travayı spontan başlamış

Grup 2: Tek sefalik geliş gebeliği olan, nullipar, ≥ 37 hafta, indüklenmiş ya da travayı başlamadan önce sezaryen yapılmış

Grup3: Multipar (daha önce sezaryen olmamış), tek sefalik geliş gebeliği olan, ≥ 37 hafta, travayı spontan başlamış

Grup 4: Multipar (daha önce sezaryen olmamış), tek sefalik geliş gebeliği olan, ≥ 37 hafta, indüklenmiş ya da travayı başlamadan önce sezaryen yapılmış

Grup 5: Tek sefalik geliş gebeliği, ≥ 37 hafta gebeliği olan en az bir kez sezaryen olan tüm multipar kadınlar

Grup 6: Tek bir makat geliş gebeliği olan tüm nullipar kadınlar

Grup 7: Daha önce sezaryen geçirmiş olan kadınlar da dahil olmak üzere tek bir makat geliş gebeliği olan tüm multipar kadınlar

Grup 8: Daha önce sezaryen geçirmiş olan kadınlar da dahil olmak üzere çoğul gebelikleri olan tüm kadınlar

Grup 9: Daha önce sezaryen geçirmiş olan kadınlar da dahil olmak üzere, transvers veya oblik duruşlu tekil gebeliği olan tüm kadınlar

Grup 10: Tek bir sefalik geliş gebeliği olan tüm kadınlar ve daha önce sezaryen geçirmiş olan kadınlar da dahil olmak üzere <37 hafta gebelikler

On gruptan oluşan Robson sınıflandırma sisteminde hiç bir gebe grup dışında kalmaz, aynı anda iki gruba dahil olamaz ve doğum için müracaat ettiğinde birkaç parametrenin sorgulanması neticesinde hemen bir gruba dahil edilebilir (Vogel et al. 2015).

2018 yılında DSÖ, dünya çapında artan sezaryen hızlarını ve anne ve yenidoğan maternal mortalite ve morbiditesini azaltmak için klinik olmayan müdahaleleri içeren yeni bir öneri yayımladı (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/275377/9789241550338-eng.pdf?ua=1>, Erişim Tarihi: 12.02.2021).

Bu öneride üç hedef grup vardı: Kadınlar, sağlık profesyonelleri ve sağlık kurumları. Önerilerin özet listesi şu şekildedir:

Kadınları hedef alan müdahaleler

Öneri 1. Kadınların eğitimi, doğum öncesi bakımın önemli bir parçasıdır. Bu bağlamda eğitimsel müdahaleler ve destek programları sezaryen doğumların azaltılması için önerilmektedir.

- a. Doğum eğitim atölyeleri
- b. Hemşire liderliğindeki uygulamalı gevşeme eğitimi programları
- c. Psikososyal çift temelli önleme programları
- d. Ağrı korkusu olan kadınlar için psiko-eğitimler

Sağlık profesyonellerini hedef alan müdahaleler

Öneri 2.1. Yeterli kaynaklara sahip ortamlarda, sezaryen doğumları azaltmak için, sezaryen endikasyonlarında, kanıta dayalı klinik uygulama kılavuzlarıyla kıdemli klinisyenlerden ikinci bir görüşün alınması önerilmektedir.

Öneri 2.2. Sezaryen doğumların azaltılması için kanıta dayalı klinik uygulama kılavuzlarının uygulanması, sezaryen denetimleri ve sağlık profesyonellerine zamanında geri bildirim yapılması önerilir.

Sağlık kuruluşlarını hedef alan müdahaleler

Öneri 3.1. Yalnızca sezaryen hızını düşürmek amacıyla, öncelikli olarak ebeler tarafından bakım sağlanması, gerektiğinde de 24 saat ulaşılabilir bir hekim ile işbirliğinin olduğu bir ebe-kadın doğum uzmanı bakım modeli tavsiye edilmektedir.

Öneri 3.2. Yalnızca gereksiz sezaryen ameliyatlarını azaltmak amacıyla, sağlık profesyonelleri veya sağlık kuruluşları için - vajinal doğumlar ve sezaryen ameliyatları için doktor ücretlerini eşitleyen sigorta reformları gibi - finansal stratejilerin geliştirilmesi.

2.4.YÜKSEK SEZARYEN DOĞUM HIZINI DÜŞÜRMEK İÇİN TÜRKİYE'DE YAPILAN ÇALIŞMALAR

Türkiye'deki sezaryen hızındaki endişe verici artış neticesinde Sağlık Bakanlığı ve çeşitli KHD uzman dernekleri sezaryen hızını düşürmek için yoğun bir çalışma başlatmış olup beraberinde bir dizi önlem alınmıştır. Bu çalışmalardan bazıları tarih sıralamasına göre şu şekildedir:

T.C. Sağlık Bakanlığı, 2010 yılında Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği (TJOD), Türk Perinatoloji Derneği, Türkiye Maternal Fetal Tıp ve Perinatoloji Derneği (TMFTP) ile birlikte Sağlık Bakanlığı Doğum Programı Bilim Kurulu tarafından hazırlanmış, “Doğum ve Sezaryen Yönetim Rehberini” yayımlamıştır (<https://kalite.saglik.gov.tr/Eklenti/6407/0/dogum-ve-sezaryen-eylemi-yonetim-rehberipdf.pdf> , Erişim Tarihi: 03.02.2021).

“Rehberde uygulamaya yönelik temel öncelikler;

- a.** Sezaryen, cerrahi bir işlemdir; tıbbi bir gerekçe varsa yapılmalıdır. Sezaryen operasyonu planlanırken riskleri ve yararları göz önünde bulundurulmalıdır.
- b.** Annenin sezaryen talebi, tek başına sezaryen endikasyonu olmamakla birlikte korku, endişe, panik gibi psikolojik durumlar göz önünde bulundurulmalı ve gebelere yeterli ve doğru danışmanlık verilmelidir.
- c.** Sezaryen kararı hastanın mevcut durumuna göre bireysel olarak verilmelidir.
- d.** Tüm cerrahi girişimlerde olduğu gibi, sezaryen operasyonu öncesinde de bilgilendirilmiş rıza formu alınmalıdır.

Sezaryen hızının azaltılmasına yönelik çalışmalar;

- a.** Doğum eyleminin takibinde doğum eyleminin ilerleyişini gösteren, maternal ve fetal durumu belirten grafiksel kayıtlar (partograf) kullanılmalıdır.
- b.** 36. haftasını doldurmuş herhangi bir komplikasyonu olmayan tekil makat bebeği olan gebelere, istisnai durumlar dışında dış sefalik versiyon önerilebilir.
- c.** 42. gebelik haftasını aşan gebelerde, doğum şekli bireysel olarak belirlenmelidir. Doğumun indüklenmesi neticesinde sezaryen ihtimalinin veya diğer doğum komplikasyonlarının görülebilme olasılığı hakkında gebe bilgilendirilmelidir.
- d.** Uygun olan vakalara sezaryen sonrası vajinal doğum önerilebilir.
- e.** Doğum öncesi dönemde gebelere normal doğum ve sezaryenle ilgili danışmanlık verilmelidir.
- f.** Vajinal doğumda analjezi teşvik edilmelidir.”

TJOD, Sağlık Bakanlığı ile birlikte Türkiye’de yüksek sezaryen hızını düşürmek için ortak bir eylem planı hazırlamıştır (https://www.perinatoloji.org.tr/wp-content/uploads/sites/6/2020/04/sezeryan_TPD-gorusu_2019.pdf, Erişim Tarihi: 21.01.2021). Bu eylem planında, 2011 yılında çalışmalara başlanması ve 2013 yılında sezaryen hızının ortalama %35’e düşürülmesi hedeflenmiştir.

Eylem planı çerçevesinde;

1. “Kısa vadeli hedefler;

- a. Ana hedef daha az sezaryen değil, daha doğru travay ve doğum yönetimi
- b. Haziran 2013’te ülkemizde tüm hastane doğumlarındaki sezaryen hızının %35’e indirilmesi öngörülmüştür.

2. Uzun vadeli hedefler;

Bilimsel araştırmalar yapılarak uzun vadeli sezaryen hızıyla ilgili hedefler belirlenecektir.

Eylem planı stratejileri 3 ana başlık altında toplanmıştır:

1. Klinik hizmet düzeyinde stratejiler
2. İdari düzenlemeler
3. Halka yönelik stratejiler”

2016 yılında düzenlenen Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığına (TÜSEB) bağlı Türkiye Anne, Çocuk ve Ergen Sağlığı Enstitüsünce düzenlenen “Doğum Şekli Tercihinin Multidisipliner İrdenlenmesi” çalıştayında Türkiye'deki %53 olan sezaryen hızının alarm verici düzeyde olduğu ifade edilmiş ve dönemin Sağlık Bakanı yüksek sezaryen hızı olan hastaneleri değerlendirmeye aldıklarını bildirerek, "Bilimsel komisyonlar kuracağız ve bu komisyonlar, hastanelerdeki sezaryen hızını bilimsel kriterlere göre inceleyecek. Gereksiz sezaryen hızı yüksek olan hastaneleri cezalandıracağız. Gereksiz sezaryen operasyonlarının en yüksek yapıldığı hastanelerde sezaryen ameliyatlarını yapan ekibi eğitime alacağız." diyerek bakanlığın bu konudaki tutumunu dile getirmiştir. (<https://www.saglik.gov.tr/TR,13458/sezaryen-oranlari-gereksiz-yuksek-olan-hastaneleri-cezalandiracagiz.html>, Erişim Tarihi: 21.02.2021).

“T.C Sağlık Bakanlığı İstanbul Sağlık Müdürlüğü Kadın Hastalıkları ve Doğum Branşı Komisyonu 2017 yılında bir rapor hazırlamıştır. Bu rapor çerçevesinde normal doğum oranlarının artırılması/sezaryen oranlarının azaltılmasına yönelik yapılması gereken asgari standartları belirtmiştir.

(http://www.istanbulsaglik.gov.tr/w/anasayfalinkler/belge/ekutuphane/kadin_hastalik_lari_ve_dogum_bransi_komisyon_calismalari.pdf, Erişim Tarihi: 16.02.2021).

Bunlar:

- İdari Hizmet Düzeyinde Asgari Standartlar
- Klinik Hizmet Düzeyinde Asgari Standartlar
- Halka Yönelik Hizmet Düzeyinde Asgari Standartlar”

“Türk Perinatoloji Derneği’nin 2019 yılında hazırladığı “Doğum Eylem Planını” T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Kadın ve Üreme Sağlığı Dairesi Başkanlığı’na sunmuştur (https://www.perinatoloji.org.tr/wp-content/uploads/sites/6/2020/04/sezeryan_TPD-gorusu_2019.pdf, Erişim Tarihi: 15.01.2021). Hazırlanan eylem planında yapılması gerekenler şu şekilde özetlenmiştir.

1. “Gebelere ve ailelere yönelik çalışmalar

- a. Gebe ve ailesinin eğitimi: Eğitim lise yıllarında başlamalı ve eğitim müfredatına sezaryen doğumun avantajları ve dezavantajlarının aktarıldığı modül eklenmeli. Gebelere gebelikleri boyunca mevcut durumları hakkında aydınlatıcı bilgiler verilmeli. Bu bilgilendirmeler öncelikle hastanelerin gebe okulları yardımı ile verilmelidir.
- b. Halkın eğitiminde televizyon kanalları kullanılabilir ve bu kanallarda yetkin kişiler ile söyleşiler yapılabilir.
- c. Uygun sloganlar bulunarak sosyal medya aracılığıyla duyurular yapılabilir.
- d. Sanatçılar ile anlaşarak düşündürürken eğiten kısa film ya da tiyatro oyunları uygulamaya sokulabilir.
- e. Kamu spotları oluşturularak sağlık tesisleri ve reklam panolarına yerleştirilebilir.

2. Sezaryen endikasyonlarında standartı sağlamaya yönelik çalışmalar

a. Sezaryen hızını artıran faktörlerin azaltılması:

1. Hekim faktörü: Obstetrik eğitiminde doğum pratiğinin arttırılması, hekim stresi ve zaman sıkışıklığının önlenmesi gereklidir.

2. Antenatal takiplerde gebelerin doğum hakkında yeterince desteklenmesi, doğum yapılacak mekan hakkında bilgilendirilmesi, endişe, panik ve yanlış kararlar verilmesini önleyebilir.
3. Medikolegal kaygılar: Hekimin yasal sorumluluk korkusu giderilmelidir. Sezaryen yapma veya yapmama kararı, kesin tıbbi gözlemlere dayandırılmalıdır.
4. Gereksiz sezaryen ameliyatı kurumsal temelde irdelenmeli, yüksek oran ile çalışan kurum ve hekimler uyarılmalı, kaygıları giderilmeli, gerekiyorsa özel destek verilmelidir.
5. Hastane şartları: Acil ameliyathane, anestezi imkanları ve yenidoğan yoğun bakım ünitesi ve ekibinin bulunması riskli doğumlarda sezaryene eğilimi azaltır.
6. Tokofobi ile savaş: Doğum yapan kadınların çoğunluğu kısmen haklı olarak doğumhane şartları, personel davranışları ve yeterli analjezinin (Epidural anestezi, oral veya parenteral ağrı kesiciler v.d.) uygulanmaması nedeniyle yaşadıkları kötü doğum tecrübelerini, doğum yapacak diğer kadınlarla paylaşımları durumu tokofobinin yayılmasına neden olmaktadır. Tokofobisi olan gebelerde doğum zorlaşmakta ve edinilen kötü tecrübe diğer kadınlarla paylaşılarak bir nevi kısır döngü oluşmaktadır. Bu eğitim, bilgilendirme ve etkin doğum analjezisinin sağlanması ile yenilebilir.
7. İleri anne yaşı kavramından vazgeçilmesi gereklidir. Sağlıklı her kadın her yaşta doğum eylemini tolere eder, gerektiği durumlarda ise sezaryen yapılır.
8. Kıymetli bebek: Bu kavram terk edilmelidir. Her bebek kıymetlidir.

b. Sezaryen olasılığının düşürülmesi için öneriler:

1. Doğum eylemine giren tüm gebelerde travayı takip etmek için partograf kullanılmalı, salt mekonyum varlığı sezaryen endikasyonu olmamalıdır.
2. Tekil makat gebeliği olan hastalara tecrübeli merkezlerde dış sefalik versiyon uygulanabilir
3. 39 haftayı geçen komplikasyonsuz tekil gebeliklerde doğumun indüklenmesi teşvik edilebilir.
4. Doğum mekanının düzenlenmesi, analjezik ve psikolojik destek, doğum esnasında gebenin yanında eşi ya da bir yakınının bulunmasını sağlayacak ortam oluşturmak faydalı olabilir

5. Normal vajinal doğum esnasında ortaya çıkabilecek beklenmeyen komplikasyonlar hakkında hasta ve yakınları, medikolegal açıdan bilirkişiler ve medya sürekli bilgilendirilmelidir.
6. Salt infertilite ön tanısıyla sezaryen yapılmamalıdır.
7. Uygun vakalara sezaryen sonrası vajinal doğum önerilebilir.
8. Elektif sezaryen endikasyonunun mevcut endikasyon listesinden çıkartılması
9. Gerekli eğitim ve bilgilendirme yapıldıktan sonra kişisel isteklere saygıyla yaklaşmak gerekir. Annenin doğum şeklini seçme hakkı vardır. Anne talebi diye bir endikasyon kılavuza eklenmelidir. Bu endikasyon sayesinde hekimler doğru olmayan endikasyonlardan kaçınmış olacak ve bu sayede kurumlar gerçek verilerini ortaya koyabilecektir.

3.Sağlık personeline yönelik çalışmalar:

- a. **Hukuk:** Sezaryen oranlarının azaltılmasında en önemli husus “hukuk”dur. Türk Perinatoloji Derneği yüksek tazminatların ve komplikasyonlara tazminat ödenmesinin engellenmesi için kanun çıkarılmasını önermektedir. Gerekirse davaların hekime değil, doğrudan doğum yapılan kuruma açılmasını ve bu kurumun hekimini savunmasını önermektedirler. Sonuçta hekiminden daha fazla bir kazanç o kurumun kasasına girmektedir. Kurumlar her doğum ücretine uygulayacakları bir sigorta bedeliyle tazminatlar için kaynak oluşturulabilirler.
- b. **Ebenin rolü:** Doğum yaptırılan yerde bir ekip olmalı ve doğum salt olarak doktora bırakılmamalıdır. Türkiye’de maalesef ebelik sistemi devre dışı bırakılmıştır. Ebeler doğum servisleri dışında hemşire olarak çalışmaktadırlar. Bir doğum ortalama 10 saat sürdüğüne ve bir hekimin bu kadar süre hastanın başında durmasına imkan olmadığına göre eğitilmiş ebelere ihtiyaç vardır. Ebelerin hekimler tarafından eğitilmeleri daha doğru olacaktır.
- c. **Ekip olma:** Ekip çalışması ön plana çıkarılmalı ve desteklenmelidir.
- d. **Çalışma saati:** Doğumhaneler 24 saat çalışır. Çalışanların da makul süreler içinde vardiyalı çalışmaları esastır.
- e. **Gelir:** Eşit işe eşit ücret verilmesi desteklenmelidir.

f. Eğitim: Hekimlerin eğitimi için kongrelerde sertifikalı ve standardize edilmiş kurslar düzenlenebilir.

3. Sağlık sistemine yönelik çalışmalar:

a. Hukuksal düzenleme yapılmalı

b. Doğumhane standartları belirlenmeli

c. Doğumu gerçekleştirecek ekip belirlenmeli ve görev tanımı yapılmalıdır.

d. Ekibin her üyesi sertifikalı olmalıdır.

e. Derneklerin katılımıyla kılavuzlar hazırlanmalıdır.

f. Doğum yapılabilen kurumlar ekip, olanaklar, cihazlar, aletler bakımından belirlenmeli ve ruhsatlandırılmalıdır.

g. Bütün doğumhaneler bakanlık tarafından denetlenmeli ve tutulan istatistikler bakanlık sayfasında açıklanmalıdır.

4. Doğumun ücretlendirilmesi: Eşit işe eşit ücret ve ayrıca doğuma özendirici ücret sistemi kurulmalı ve desteklenmelidir. Doğum süresi de dikkate alınarak adil bir şekilde ücretlendirilmeli ve sezaryen ile sonuçlanmış bile olsa takip ücreti hak edişe yansımalıdır. Takip, doğum ve sezaryen ayrı ayrı ücretlendirilmelidir.”

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ARAŞTIRMANIN YERİ VE ZAMANI

3.1.1. Araştırmanın Yeri

Bu çalışma Marmara bölgesinde yer alan, Türkiye'nin 30 büyük şehrinden biri olan Sakarya ilinde yürütülmüştür. Sakarya ilinin 2020 yılı nüfusu 1029650'dir ve nüfusun %49.9'u kadınlardan oluşmaktadır (TC Sakarya Valiliği İl Brifingi Temmuz 2020, http://sakarya.gov.tr/kurumlar/sakarya.gov.tr/y_site/sakarya/brifing/brifing_072020.pdf, Erişim Tarihi:12.02.2021)

T.C. Sakarya İl sağlık Müdürlüğü, Sakarya, Çocuk, Ergen, Kadın ve Üreme Sağlığı Birimi verilerine göre Sakarya'da 2020 yılında toplam 13838 doğum gerçekleşmiş olup, doğumların %65,6'sı sezaryen doğumlardır. Doğumların %49'u kamu kurumlarında, %51'i özel kurumlarda gerçekleşmiştir. Kamu kurumlarındaki sezaryen doğum hızı %50,5, özel kurumlarda ise %80,1'dir (EK 1)

3.1.2. Araştırmanın Zamanı

Araştırma verileri, etik kurul onayı alındıktan sonra 01.Şubat.2020 ile 01.Eylül.2020 tarihleri arasında toplandı. Ekim 2020- Aralık 2020 tarihleri arasında verilerin analizi yapıldı ve Ocak 2021 – Şubat 2021 tarihleri arasında araştırmanın yazım süreci gerçekleştirildi.

3.2.ARAŞTIRMANIN TİPİ

Sezaryen doğumda primer karar verici olan KHD uzmanlarının görüşlerinden yola çıkarak sezaryen doğum hızının nedenleri ve olası çözüm önerilerinin saptanmasının amaçlandığı bu çalışma, yöntem olarak nitel (kantitatif) araştırma yöntemi ve nitel araştırma deseni olarak fenomenolojik yaklaşımın kullanıldığı bir çalışmadır.

Nitel araştırma, gözlem, görüşme ya da doküman analizleri aracılığıyla verilerin toplandığı, olay veya algıların doğal ortamlarında bütüncül ve gerçekçi bir şekilde ortaya konması için gerçekleştirilen bir araştırma türüdür (Yıldırım A.ve Şimşek H. 2010). Fenomenoloji ise (olgu bilimi); anlamını tam olarak kavrayamadığımız olguları araştırmayı amaçlayan bir bilimdir (Yıldırım A.ve Şimşek H. 2010).

Nicel çalışmalarda, kişilerin tutumları hakkında fazla miktarda veri toplanabilirken, nitel araştırmalarda, kişilerin bu tutumlarını belirleyen duygu ve düşüncelerinin neler olduğu fikrine ulaşmak mümkündür (Austin and Sutton 2014). Nicel çalışmaların analizinde amaç verileri kolayca anlaşılabilen (örneğin ortalama gibi) birimlere indirgemek iken, nitel çalışmaların analizinde amaç elde edilen verilerden bir teori oluşturmaktır (Whitley and Crawford 2005, Glaser 1965).

3.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ

Nitel araştırmalarda, örneklemin evreni temsil gücünü artırmak ve sonuçların evrene genellenebilmesi için örneklem hesabı yapılırken, nitel araştırmalarda evrene genelleme kaygısı olmadığı için olasılığa dayanmayan örneklerle çalışılmaktadır (Luborsky and Rubinstein 1995). Bu araştırma sırasında da evreni temsil edecek bir örnek büyüklüğü hesabı yapılmamış, olasılıklı örnekleme yöntemlerine yer verilmemiş, görüşülecek kişilerin seçilmesinde olasılıksız örnekleme yöntemlerinden amaçlı örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Amaçlı örnekleme, çalışma için gerekli demografik ya da klinik özelliklere sahip bireyleri kasıtlı olarak araştırmaya dahil eden bir örnekleme methodudur (Whitley and Crawford 2005). Çalışmamızı farklı kurumlarda (Sağlık bakanlığı, Özel sektör ve Üniversite Hastanesi) görev alan KHD uzmanlarıyla gerçekleştirerek nitel çalışmalarda geçerlilik ve güvenilirliği artırmak için uygulanan çeşitleme yöntemini kullandık (Arastaman ve ark. 2018).

Çalışmanın katılımcıları, KHD branşında uzmanlık eğitimini almış (en az dört yıl) ve en az üç yıl uzman hekim olarak çalışmış ve halen çalışmakta olan kadın hastalıkları

ve doğum uzmanlarından seçilmiştir. Uzman kadın doğum hekimi olarak üç yıldan daha kısa süredir çalışan veya emekli olan hekimler çalışma dışı bırakılmıştır.

3.4. VERİ TOPLAMA

Nitel araştırmalarda üç ana veri toplama yöntemi vardır; derinlemesine görüşme, odak grupları ve katılımcı gözlemdir (Yıldırım A.ve Şimşek H. 2010).Bu çalışmada çalışma amacına uygun olarak derinlemesine görüşme yoluyla veri toplanmıştır. Derinlemesine görüşme, belirli bir zamanda, bir araştırma konusu üzerinde, derinlemesine bakış açısıyla, detaylı bilgi kaynağı sunar (Brouneus 2011).

Bu çalışmada derinlemesine görüşme yoluyla veri toplama, tez sahibi Halk Sağlığı Uzmanlık öğrencisi tarafından gerçekleştirilmiştir. Araştırma yeri ve zamanı olarak katılımcılarla önceden randevulaşılarak görüşme için gün ve saat belirlenmiştir. Tüm katılımcılar görüşme için mesai saati bitimini tercih etmiş olup, katılımcıların kendi muayene odalarında baş başa görüşmeler yapılmıştır.

Katılımcılarla görüşmelerde iki bölümden oluşan bir anket formu kullanılmıştır. Birinci bölüm altı sorudan oluşan sosyodemografik verileri içermekte olup, ikinci bölüm literatür taramasının ardından hazırlanan yarı yapılandırılmış sorulardan oluşan görüşme anketidir (EK 2). Görüşme anketi uygulanmadan önce beş uzman hekime danışılmış ve görüşleri doğrultusunda revize edilmiştir. Görüşme esnasında katılımcılardan ses kaydı için izin alınmıştır, izin vermeyen altı katılımcıyla yapılan görüşmelerde not tutma yöntemi kullanılmıştır. İlk görüşme pilot katılımcı ile yapılmıştır. Soruların anlaşılabilirliği ile ilgili bir olumsuzluk saptanmaması nedeniyle sorularda herhangi bir değişiklik yapılmamıştır. Üç kadın hastalıkları ve doğum uzmanı zaman kısıtlılığı nedeniyle çalışmaya katılmayı kabul etmemiştir. Katılımcıların isimlerinin gizli kalması için her bir katılımcıya numara verilmiştir. Veri toplama aşamasında katılımcılarla yapılan görüşmelerde veri doygunluğuna ulaşıldığında görüşmeler bitirilmiş ve toplamda 17 katılımcı ile çalışma tamamlanmıştır.

3.5. ETİK KURUL ONAYI VE İZİNLER

Veri toplama öncesinde araştırma için Sakarya Üniversitesi Girişimsel Olmayan Etik kurulundan 71522473/050.01.04/14 karar sayılı ve 09.01.2020 tarihli etik kurul onayı alınmıştır. (EK 3)

Katılımcılara, araştırmanın konusu ve amacı anlatıldıktan sonra, araştırmanın derinlemesine görüşme yöntemi uygulanarak yapılacağı, çalışmaya katılmanın tamamen gönüllülük esasına dayalı olduğunun, katılmaya karar verdikten sonra istedikleri aşamada araştırmadan geri çekilebileceklerinin, veri kaybını önlemek için eğer izinleri olursa ses kaydı kullanılacağı, görüşme esnasında kaydedilmesini istemedikleri bölüm olursa kaydedilmeyeceğinin, verdikleri her türlü kişisel bilgi ve isimlerinin gizli tutulacağı yazılı olduğu bir gönüllü onam formu imzalatılmıştır.

3.6. ARAŞTIRMANIN BÜTÇESİ

Araştırmada kullanılan anket çıktıları, ses kayıt cihazı gibi giderler araştırmacı tarafından karşılanmıştır.

3.7. ARAŞTIRMANIN SÜRECİ

Araştırmanın süreç adımları tablo 7’de gösterilmektedir.

Tablo 7. Araştırmanın Zaman Çizelgesi

| | Konu seçimi | Planlama ve izinler | Literatür tarama | Anket hazırlama | Veri toplama | Analiz yapma | Tezin yazımı ve sunumu |
|--------------|-------------|---------------------|------------------|-----------------|--------------|--------------|------------------------|
| Aralık 2019 | × | | × | | | | |
| Ocak 2020 | | × | × | × | × | | |
| Şubat 2020 | | | × | | × | | |
| Mart 2020 | | | × | | × | | |
| Nisan 2020 | | | × | | × | | |
| Mart 2020 | | | × | | × | | |
| Mayıs 2020 | | | × | | × | | |
| Haziran2020 | | | × | | × | | |
| Temmuz 2020 | | | × | | × | | |
| Ağustos 2020 | | | × | | × | | |
| Eylül 2020 | | | × | | × | | |
| Ekim 2020 | | | × | | | × | |
| Kasım 2020 | | | × | | | × | |
| Aralık 2020 | | | × | | | × | |
| Ocak 2021 | | | × | | | | × |
| Şubat 2021 | | | × | | | | × |
| Mart 2021 | | | × | | | | × |

3.8. VERİLERİN ANALİZİ

Katılımcılarla yapılan görüşmeler esnasında alınan ses kayıtları, araştırmacı tarafından word programı kullanılarak bire bir yazılı hale getirildi. Elde edilen çıktılar, tez danışmanı tarafından kayıtların tekrar dinlenilmesi suretiyle kontrol edildi. Katılımcılarla yapılan görüşmelerin yazılı çıktıları toplam 103 sayfa tuttu. İlk olarak katılımcıların sosyodemografik verilerine ilişkin tanımlayıcı istatistikler için IBM SPSS Statistics sürüm 20 (IBM Corp. Released 2011. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 20.0. Armonk, NY: IBM Corp.) paket programı kullanıldı. Nicel

değişkenler, ortalama (ort.) \pm standart sapma (ss), ortanca, en küçük (EKD) ve en büyük değer (EBD) olarak, kategorik değişkenler sayı (n) ve yüzde (%) olarak ifade edildi. Derinlemesine görüşmelerden elde edilen verilerin analizinde tematik içerik analizi yöntemi kullanıldı. Tematik analiz, nitel verilerdeki temaları tanımlamak, analiz etmek ve yorumlamak için kullanılan bir yöntemdir (Braun and Clarke 2006). Çalışmada Braun ve Clarke'ın (2006) altı aşamalı tematik analiz yöntemi kullanılarak analiz tamamlandı. Altı adım:

1. Verileri tanıma
2. Birincil kodların oluşturulması
3. Temaların araştırılması
4. Temaların gözden geçirilmesi
5. Temaların tanımlanması ve adlandırılması
6. Raporlama

İlk olarak tüm görüşme notlarında, sorulan sorularla alakasız olan cevaplar çıkartılarak veri ayıklaması yapıldı. Çalışmanın geçerlilik ve güvenilirliğini artırmak için çoklu kodlama yöntemi kullanılmış olup, hem araştırmacı hem de tez danışmanı tarafından veri elle kodlandı. Çoklu kodlama iki veya daha fazla araştırmacının aynı veri setini analiz etmesi ve sonuçları karşılaştırıp ortak bir fikir birliğine ulaşmasıdır (Whitley and Crawford 2005). Kodlayıcılar arası tutarlılık, kodlama listelerindeki tüm kodlar paydada, ortak kodlar pay kısmında olacak şekilde hesaplandı ve %89 olarak bulundu. Kodlayıcılar arası tutarlığın geçerliliği için evrensel kabul görmüş bir eşik değer yoktur (O'Connor and Joffe 2020). Miles ve Huberman (1994) %80'lik bir uyum standartı önermektedir. Neundorf'a (2002) göre %80 ve üstü tutarlılık bir çok kişi tarafından kabul edilebilir, %90 ve üzeri herkes tarafından kabul edilebilir olarak önerilmiştir. Kod listeleri hazırlandıktan sonra araştırmacı ve tez danışmanı birlikte bu kodları gruplandırılarak kategorileri, kategorileri gruplandırarak alt tema ve temaları oluşturdu.

4. BULGULAR

4.1.KATILIMCILARIN BAZI SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Türkiye’de ve dünyada her geçen yıl sezaryen doğum hızının artması nedeniyle, sezaryen doğumlarda primer karar verici olan kadın doğum hekimlerinin görüşlerinden yola çıkarak sezaryen doğum hızının nedenleri ve olası çözüm önerilerinin saptanması amaçlanan bu çalışmada 17 kadın hastalıkları ve doğum uzmanları ile derinlemesine görüşmeler yapılmıştır. 17 katılımcının 12’si erkek (%70,6), 5’i (%29,4) kadındı. Yaş dağılımında minimum ve maksimum değerleri 42-68 olan katılımcıların yaş ortalaması ve standart sapması $59,64 \pm 6,7$ ydi. Katılımcıların 8’i (%47,1) gelir durumunu iyi, 9’u (%52,9) orta olarak beyan etmişlerdir.

4.2.KATILIMCILARIN ÇALIŞTIKLARI KURUMLAR, UZMAN HEKİM OLARAK ÇALIŞMA SÜRELERİ VE KATILIMCILARLA YAPILAN GÖRÜŞME SÜRELERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Katılımcıların 8’i (%47,1) muayenehanede, 5’i (%29,4) özel hastanede, 1’si (%5,6) üniversite hastanesinde, 1’i (%5,6) devlet hastanesinde ve 1’i (%5,6) hem muayenehane hem de özel hastanede, 1’i (%5,6) Tıp Merkez’inde de çalışmaktaydı. Uzman hekim olarak çalışma sürelerinin ortanca değeri 25 yıl olup en az 9, en çok 39 yıldır. Katılımcı görüşmeleri minimum 20,5 dakika maksimum 59,0 dakika olup ortalama ve standart sapma $37,0 \pm 2,8$ olarak hesaplanmıştır . Katılımcıların çalıştıkları kurumlar ve mesleki deneyimleri tablo 8’de gösterilmektedir.

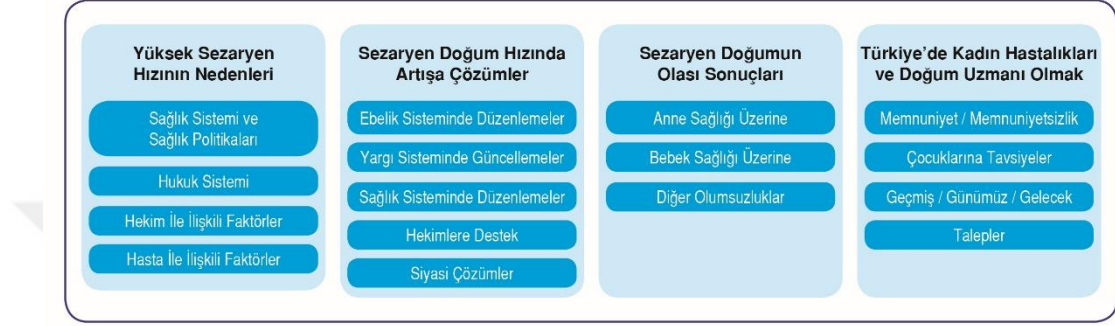
Tablo 8. Katılımcıların Çalıştıkları Kurumlar ve Mesleki Deneyimleri

| Katılımcılar | Çalıştığı Kurum | Önceki Çalıştığı Kurumlar | Uzman Hekimlik Süresi (Yıl) |
|--------------|---------------------------|--|-----------------------------|
| 1 | Muayenehane | Devlet Hastanesi Özel Hastane | 39 |
| 2 | Özel Hastane | Devlet Hastanesi Üniversite Hastanesi | 26 |
| 3 | Muayenehane | Devlet Hastanesi *SSK Hastanesi Özel Hastane | 24 |
| 4 | Muayenehane | Özel Hastane | 22 |
| 5 | Muayenehane | Devlet Hastanesi Özel Hastane | 23 |
| 6 | Özel Hastane | Devlet Hastanesi Muayenehane | 37 |
| 7 | Muayenehane | Devlet Hastanesi | 31 |
| 8 | Üniversite Hastanesi | Devlet Hastanesi Özel Hastane Tıp Fakültesi | 23 |
| 9 | Muayenehane | Devlet Hastanesi Özel Hastane | 28 |
| 10 | Tıp Merkezi | Devlet Hastanesi Eğitim Araştırma Hastanesi | 25 |
| 11 | Muayenehane | Devlet Hastanesi | 25 |
| 12 | Muayenehane/ Özel Hastane | Devlet Hastanesi Özel Hastane | 28 |
| 13 | Muayenehane | Devlet Hastanesi Özel Hastane Üniversite Hastanesi | 22 |
| 14 | Özel Hastane | Devlet Hastanesi Özel Hastane | 9 |
| 15 | Devlet Hastanesi | Devlet Hastanesi Özel Hastane | 10 |
| 16 | Özel Hastane | Devlet Hastanesi Özel Hastane | 28 |
| 17 | Özel Hastane | Devlet Hastanesi Özel Hastane | 25 |

*SSK: Sosyal Sigortalar Kurumu

4.3. DERİNLEMESİNE GÖRÜŞMELERİN ANALİZ SONUÇLARI

Toplam 17 katılımcı ile derinlemesine görüşme yapıldı ve bu görüşmeler sonucu kodlanan veriden 60 kategori, kategorilerden 16 alt tema ve alt temalardan 4 ana tema oluşturuldu. Temalar ve alt temalar şekil 4’de gösterilmektedir.

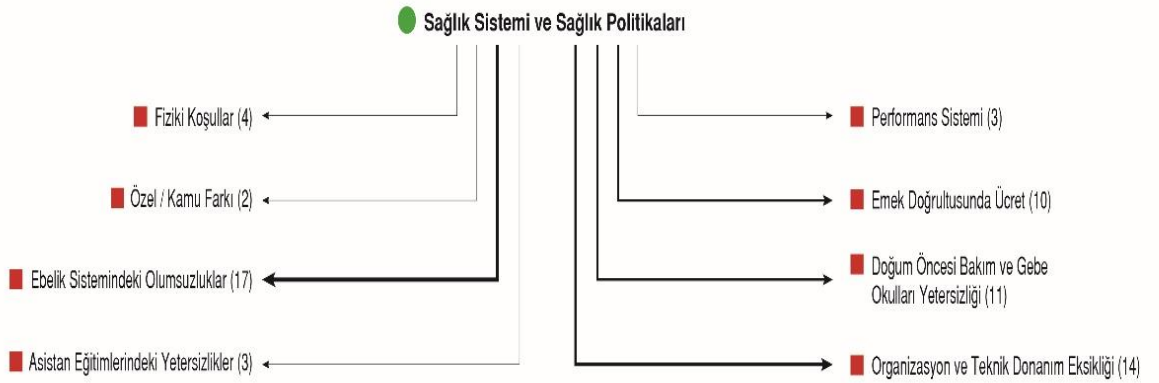


Şekil 4. Çalışmanın Temaları ve Alt Temaları

4.3.1.Tema 1. Yüksek Sezaryen Hızının Nedenleri

4.3.1.1.Sağlık sistemi ve sağlık politikaları

Bu alt tema 8 kategoriden oluşmaktadır. Kategoriler Şekil 5’de gösterilmektedir.



Şekil 5: Sağlık Sistemi ve Sağlık Poltikaları Alt Teması ve Kategorileri

4.3.1.1.1.Fiziki koşullar

Katılımcılara göre olumsuz doğumhane koşulları, gebelerin sezaryen doğuma yönelmelerinde bir etken olabilmektedir. Hasta mahremiyetine önem verilmeyen, fiziki koşulları yetersiz olan, insanların olumsuz şartlarda doğum yapmaya zorlandığı ortamların sezaryen doğuma katkısı dile getirilmiştir.

“Korku tüneline benzeyen doğumhane ortamlarında insanlar normal vajinal doğum yapmaya cesaret edemiyorlar. Bu travmaya girmeye. Ondan sonra noluyor ya gelelim sabah saat sekizde aç karnına yatalım, bir saat sonra ameliyathaneye gidelim 09.30’da bebeğimizi alalım, sen sağ ben selamet. Herkes mutlu, bu işte bağırtı çağırıtı yok.” (katılımcı 8)

4.3.1.1.2.Özel / kamu farkı

Hekimler, özel sektör ile kamu sektörü arasında sezaryen yüzdelerinin takibinde farklılık olduğunu belirttiler. Özel sektörde sezaryen yüzdelerinin takibinin yeteri kadar sıkı kontrol edilmediğini, kamu sektöründe kontrollerin daha sıkı olduğunu, hatta belirli bir yüzdeyi aşan hekimlere cezai yaptırımlar (döner sermaye kesintisi gibi) uygulanabildiğini ifade ettiler. Özel sektörde çalışan hekimler sezaryen talep eden hastaların taleplerini geri çevirmede yaşadıkları zorluklar neticesinde daha kolay ve daha hızlı sezaryen doğum kararı verebildiklerini belirttiler. Özel hastaneye müracaat eden hastaların sezaryen talebi ve sezaryen yüzdelerinin kontrolsüzlüğü birleşince kamu-özel sektör arasındaki sezaryen yüzde farkının açıldığı ifade ettiler.

“Hele hele özel çalışıyorsanız bunu hastaya dayatma şansınız yok. Kamuda baskı altında çalışıyorsunuz. Ne gibi işte sezaryen oranınız %20’nin üzerinde olursa performans puanı kesilmesine giden uygulamalar, bir takım yaptırımlar falan söz konusu. Dolayısıyla kamuda çalışırken gebeye devlet böyle öngörüyor, böyle istiyor diyebilme şansınız var.” (katılımcı 8)

“Şöyle bir şey var mesela kamuda hasta isteği çok dikkate alınmıyor. Yani sonuçta doktorların sezaryen oranları takip ediliyor vs. Ben de kendim devlette çalışırken mümkün

olduğu kadar normal doğuma bırakma taraftarıydım. Özel hastaneye ilk başladığımda tüp ligasyonu için sezaryen talep eden bir iki hastaya ya senin dördüncü doğumun, doğur sonra tüplerini bağlarım demiştim. Hastalar kayboldu gitti. Yani bende ondan sonra tavır değiştirdim, artık tamam diyorum.” (katılımcı 17)

4.3.1.1.3.Performans sistemi

Bazı katılımcılar sağlık politikaları doğrultusunda hekimlerin fazla sayıda hasta bakmaya zorlandıklarını, bunun neticesinde hekimlerin normal doğum sürecine zaman ayırmakta zorluk çektiğini ifade ettiler. Ayrıca sezaryen doğum için verilen birim ücretin, vajinal doğum ücretinden yüksek olmasının hekimlerin sezaryen doğum kararında etkili bir faktör olduğunu belirttiler.

“Hekimler çok yoğun hasta bakıyorlar. Çünkü sistem de bu şekilde yönlendiriyor onları. Onlar da şöyle düşünüyor; “Ben sabah işte dokuzda başlıyorum, altına kadar şu kadar hasta bakıyorum, bu arada ben hastalara tercihen normal doğum yaptırıcaksam bir günlük hasta verimliliğim düşecek.” (katılımcı1)

“Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) antlaşmaları ile bağlanan bir takım sağlık kuruluşları çalıştırdıkları kadın doğum hekimlerine belirli bir antlaşmayla ücret ödüyorlar. Özellikle birim fiyatı diyorlar. Hal böyle olduğu için de bunun bir takım sonuçları var. Benim bakış açım göre, normal doğum yaptırdığında örneğin söylüyorum, eeee üç birim bir hakediş yazılıyorsa sezaryen yaptırdığında beş birim yazılıyor.” (katılımcı1).

“Şu an sezaryen yaptıran hekimler ödüllendiriliyorlar maddi manevi”.(katılımcı 6).

4.3.1.1.4.Emek doğrultusunda ücret

Katılımcılar, normal doğumun uzun ve sonu belirsiz bir takip süreci olduğunu bu nedenle normal doğum yaptırmanın özveri gerektirdiğini belirttiler. Travay takibi ve doğum esnasında yaşanan stresin, alınan riskin, harcanan emeğin maddi olarak karşılığını alamadıklarını ifade ettiler.

“Burada daha çok tabiri caizse kabala sitemi var. Sen bu işi yap ben sana bu kadar para ödeyeceğim tarzında bir mantık var.” (katılımcı 8)

“Bugün bir vajinal doğuma girdiğiniz zaman hekim olarak yapacağınız performans puanı 150 puan falandır ve onun para olarak karşılığı 70-75 TL’dir. Yani siz 75 TL’ye icabında en ufak bir komplikasyon olsa bir milyon liralık bir ceza davasının riskini üstleniyorsunuz. Bu mantıklı değil.” (katılımcı 8)

“Ben 1 milyonluk dava olabilecek bir riskli işle uğraşıyorsam, o zaman benim kenara 1 milyon lira koyabilmem için ayda ekstradan 20-30.000 TL birikim yapabilmem lazım. Ayda 20-30.000 TL ekstra birikim yapabilmem için en az onun 2-2,5 katı (60-70 bin TL) para vermeleri lazım. Böyle bir para verilmiyor.” (katılımcı 8)

“Hayır hayır, karşılamıyor. Bir vajinal doğum yaptıracağıma üç tane sezaryen yaparım daha kolay. Zaman, risk, belirsizlik????” (katılımcı 16)

4.3.1.1.5.Ebelik sistemindeki olumsuzluklar

Katılımcılar, doğumda hekimin primer yardımcısı pozisyonundaki ebelerin sistemdeki olumsuzluklardan dolayı halkaya dahil olamamalarının yarattığı mevcut sıkıntıları belirttiler. Doğumlar özel sektörde uzman hekimler, eğitim hastanelerinde KHD asistanları tarafından yaptırıldığı için bu kurumlarda çalışan ebelerin doğum tecrübesi kazanamadıklarını ifade ettiler.

“Ebeler son derece yetersiz, yük yine hekimin omzuna biniyor. Son derece yetersiz, ben özel hastanede çalışıyorum. Çok sık değişiyor ebeler. Daha ucuz, daha niteliksiz kişiler çalıştırılıyor işverenler tarafından”. (katılımcı2)

“Gebe takibinde yetersizler. Çoğu için genelleme yapmak yanlış olur. Eskinin tecrübeli ebeleri iyiler. Şu an yeni jenerasyon çok fazla tecrübeli değil. Özellerde çalıştığım için son yıllarda,

çok tecrübeli değiller ne yazık ki. Zaten ellerine doğum düşmüyor. Onlar direkt doğum yaptırmadıkları için tecrübe kazanamıyorlar zaten. Eylemi de onlar takip etmiyor zaten.” (katılımcı 5)

Katılımcılar özellikle yeni nesil ebelerin daha tecrübesiz olduğunu belirttiler. Tecrübesiz ebe ile çalıştıklarında yaşadıkları zorlukları dile getirdiler. Bazı katılımcılar, tecrübesiz ebe ile çalıştıkları takdirde doğum tercihlerinin sezaryen doğumdan yana olabileceğini ifade ettiler.

“Hekim, doğumu bilen, takibi ve muayenesinde yetkin olan, hatta hekime önerilerde bulunabilecek yeterlilikte bir ebe istiyor. Ama günümüz koşullarında en azından benimle yolu kesişen ebelerde bu özelliklerin hiçbiri yok. Hatta tuşe bile bilmeden klinikte çalışmaya başlıyorlar. O zaman hekim yatan hastanın muayenesini öğrendiğinde bu tamamen bir muamma oluyor ve takipte hekimin içi hiçbir zaman rahat olmuyor.” (katılımcı 6)

“Eski ebeler artık olmadığı için, yeni ebelerin çoğu yetersiz olduğu için travaya hasta yatırdığım zaman hastayı kendim takip ediyorum. 5 cm açıklıktan sonra hastanın başında beklemeye başlıyorum. Hasta bir odada yatıyor, ben yandaki odada doğum yapmasını bekliyorum.” (katılımcı 7)

“ Ebe tecrübesi benim doğum şekli kararımı değiştirmiyor ama sonuçta ebenin takibine göre benim kontrolcülüğüm artıyor”.(katılımcı 3)

“Ebenin tecrübesi çok önemli. Eskiden iyi ebeler vardı, doğumu bıraktınız ama ben şimdi kendim takip ediyorum.” (katılımcı 9)

“Ebe bizim elimiz ayağımız kolumuz, yardımcımız. Eğer ebe yeteneksizse , beceriksizse, bilgisizse bizim için çok büyük sıkıntı.” (katılımcı 10)

“Tecrübeli ebeler varsa normal doğum mümkün. Normal doğumda ebeğin tecrübesi önemli.”(katılımcı 11)

“Nerede o eski ebeler???” (katılımcı 12)

“Ebe güven veriyorsa daha rahatım doğumda. Hastanın vajinal doğum yapma ihtimali %50 gibi ise ve ebe yeterli tecrübede değilse benim sezaryene yönelmeme neden olabiliyor.” (katılımcı 16)

Katılımcılar, ebelerin tıpkı hekimler gibi tazminat davası ve malpraktis korkusu yaşadıklarını ve bu nedenle sorumluluk almak istemediklerini ve doğumhane dışı ortamlarda çalışmaya yöneldiklerini belirttiler.

“Sırf dosya doldurmak için, tansiyon kilo almak için benim yetiştirdiğim, doğum yaptırmayı öğrettiğim dört tane ebem devlete gitti. Aile Sağlığı Merkezi’nde aile hekimi yanında dosya dolduruyorlar. Bunların herbirine ben vakum kullanmasını öğretmişim. Onlara kollum kontrolü yapmayı öğretmişim. Yırtık var mı yok mu, nasıl dikilir onları öğretmişim. Bu ebeleri gittiler masa başı memuru yaptılar. Kurt gibi ebeler, mis gibi yetiştirdim.”(katılımcı 4)

“Kimse ebelik yapmak istemiyor. Benim bir ebem vardı, üniversite sınavına yeniden girdi, iki yıllık laborantlık okudu. Şimdi laborantlık yapıyor. Herkes kaçıyor. Ebelik müessesesinin yeniden doğması lazım. Ebeler niye kaçıyor, çünkü ebelik mesuliyetli bir iş, sorumluluğu fazla, gecesi gündüzü olmayan bir iş.” (katılımcı 9)

“Doğumevinde çalışıp davası olmayan ebe yok. Herkesin en az 2-3 davası var. Herkes rahat bölüme geçme telaşında.” (katılımcı 13)

“Eskiden daha iyiydi. Yeni kuşak ebeler sorumluluk almak istemedikleri için doğum yaptırmak istemiyorlar. Mutlaka bir doktor görsün diyerek herkes sorumluluktan kaçınıyor.” (katılımcı 16)

“Ebelerde malpraktis ve komplikasyonlar nedeniyle topu hemen hekime atmak eğilimindedir. Devlette de uzun süre çalışan bir eğitimci olarak söylüyorum. Bu sistem değişip kaliteli ebeler yetişmediği sürece sezaryen oranları yüksek kalacaktır.” (katılımcı2)

Katılımcılardan biri, ebelerin sosyal ve özlük haklarının ellerinden alındığını, emeklerinin karşılığı olan ücretin kendilerine verilmediğini bu sebeple ebelerin ebelik müessesinden uzaklaşmaya çalıştıklarını ifade etti.

“Niye ebe doğum yaptırmaya çalışsın ki? Doğum yaptırıp yaptırmamak arasında bir performans farkı alıyor mu? Doğum yaptırdığı zaman buna karşılık bir risk alıyor. En ufak bir komplikasyon bir şey çıkarsa yüksek rakamlı tazminat davası alma riskiyle karşılaşılıyor. Doğumla uğraşmamayı tercih etmek bu şartlarda daha mantıklı görünüyor.” (katılımcı 8)

“Ebe sayımızın %60’tan fazlasının ebelik dışı işlerde çalıştığını biliyorum. Kimse ebe olarak çalışmak istemiyor. Ameliyathanede çalışana fark veriyorsun, acilde çalışana fark veriyorsun da, doğumhanede çalışana neden vermiyorsun? Doğumhanede çalışmak çok yüksek riskli bir iştir. Doğumhanede çalışan ebeye hiçbir fark vermezsen insanlar orada çalışmak istemezler. Dolayısıyla ebelerin ekonomik, sosyal özlük haklarının geliştirilmemesi ya da desteklenmemesi de bunun nedenlerinden birisidir. ” (katılımcı 8)

Bazı katılımcılar, ebe eğitimlerindeki yetersizliğe işaret etti ve ebelerin yeterli sayıda doğum yaptırmadan sahaya çıktıklarını belirtti.

“Ebe eğitimini de yetersiz görüyorum. “Ben ebelik mezunuyum diyor üniversiteden”. Soruyorum “kaç doğum yaptırdın?”, “30 doğum”. Niye gitmiş o zaman üniversiteye boşu boşuna. Gitmesin yani. Bir kere bir insan 30 doğumla ebe olamaz yani. (katılımcı 1)”

“Ebelerin eğitimlerinin yüksek olması gerekir her zamanki gibi. Şu anda da onların eğitim seviyelerinde belirgin bir azalma, belirgin bir kayıp var. Okuldan mezun olurken her biriyle ayrı ayrı tekrar tekrar uğraşıp yeni bir eğitim veriyoruz, uzman hekim olarak uğraşıyoruz. Yeterli eğitim almıyorlar”. (katılımcı 12)

“Ebe eğitimsizliği benim işime yarar sonuç olarak. Çünkü ben para kazanacağım”(katılımcı 12)

4.3.1.1.6. Organizasyon ve teknik donanım eksikliği

Katılımcılar, normal doğumda zorluk yaşandığı zaman başvuru olan vakum gibi operatif doğum araçlarının noksanlığının sezaryen doğum yaptırma nedenleri arasında olduğunu ifade ettiler. Ayrıca bazı katılımcılar anestezi hekimi, kan bankası ve çocuk doktoru mevcudiyetinin doğum şekli tercihlerinde önemli olduğunu belirttiler.

“ Doğum için bir hastaneden çağrıldım. Alet edevat da noksan geldi bana. Normal doğumda kullanılacak bir vakum cihazı yok. Dolayısıyla biz de hastayı sezaryene yönlendirdik. Aslında bu hasta belki vakum olsa doğurabilecek bir hastaydı. Ama vakumu denemeden sezaryene geçtik. Aslında vakumu deneyeceksin, vakumdan sonuç alamazsan sezaryen yapmak lazımken böyle bir olay oldu”.(katılımcı 4)

“Kan bankası doğum tercihimizi etkiler, sonuçta olması gerekiyor.” (katılımcı 12)

“Ben bu durumun sıkıntılarını çok yaşadım. devlet hastanesinde kan bankası yoktu. Ben plasenta previya vakasına giriyordum, eşimde aşağıda kan veriyordu. Ben yukarıda anestezi teknikeriyle birlikte hastayı kurtarmaya çalışıyordum.” (katılımcı 13)

Katılımcılardan bazıları mevcut eksikliklerden dolayı hastalara sezaryen operasyonu yapmak yerine hastaları daha donanımlı merkezlere sevk ettiklerini belirttiler.

“Anestezi uzmanına yarım saat içinde ulaşamayacaksam hastaya durumu anlatıyorum, o ortalama yarım saat içinde oluşabilecek risklerle nasıl boğuşacağımızı anlatıyorum. Hasta ona göre bir tedavi planı çiziyor zaten. Hatta uygun değilse devlet hastanesine gidin orada 24 saat hizmet var diyorum.” (katılımcı 5)

“Eğer hastanede nöbetçi anestezi doktoru yoksa hastayla konuşup hastayı sevk ediyorum (doğum hastaları için ameliyathanenin her an hazır olması lazım çünkü) Ama önce hastayla konuşuyorum. Mesai dışı anestezi doktoru yoksa doğumevine gitmesini öneriyorum.” (katılımcı 7)

“Anestezi doktorunun olmadığı yerde normal doğum yaptırmam. Hastayı anestezi doktorunun olduğu bir merkeze sevk ederim.” (katılımcı 13)

Katılımcılardan bazıları her koşulda normal doğum yaptırdıklarını, bunların hekimlerin sezaryen doğum yapmak için öne sürdükleri bahaneler olduğunu belirttiler.

“Yani söyleyebilir miyim bazı işlerin kolaylaştırılması ya da hekimin biraz daha lüks içinde çalışabilir olması sezaryeni provoke etti. Çünkü biz tek başımıza bu işleri yürütürken, “o da yok mu, bu da yok mu, efendim ebe yoksa yapamam” demeye başlandı ve “işte anestezi de yok ben de yaptırmam”. Bunlar mazeret olamaz açıkça söyleyeyim.” (katılımcı 1)

“Bunlar beni etkilemez, bunları düşünerek karar vermiyorum. Ancak hasta isteği en önemli etkenlerden bir tanesi.”(katılımcı 2)

“İnatla normal doğum olarak takip ederim. Ben bu konuda biraz inatçıyım. Ben her koşulda normal doğurturum.”(katılımcı 9)

4.3.1.1.7.Doğum öncesi bakım ve gebe okullarının yetersizliği

Bu kategori altında hekimlerin görüşleri ikiye ayrıldı. Bir kısım katılımcı Türkiye’de doğum öncesi bakımın yeterli ve gebe okullarının faydalı olduğunu belirtirken; bir kısım katılımcı toplumun zaten eğitimsiz olduğunu ve bu yüzden gebe eğitiminin büyük ihtiyaç olduğunu, oysa gebe okullarının göstermelik ve pratik yönden yetersiz olduğunu belirttiler.

“Gebe okullarının normal yoldan doğumu artıracağını düşünüyorum. Ben normal yoldan doğum planlayan gebelerimi zaten doğumevinin gebe okuluna yolluyorum. Tek başına pilatese ya da gebe eğitimine de değil grup içine yolluyorum. Çünkü o grup psikolojisi içinde kendini daha rahat hissettiğini ve güveninin arttığını düşünüyorum.(katılımcı 3)”

“Çok güzel çalışmalar. Çok etkili oluyor. Bir kere önce bilgilendirme, daha sonra birbirleriyle bir grup birlikteliği ve belli bir hedefe gitme noktasında artı ben duyuyorum, egzersizler, yogalar yaptırılıyor. Onlarda çok çok faydalı.”(katılımcı 6)

“Faydalı olduğunu düşünüyorum. Bence gebeleri normal doğuma hazırlıyor. Eğitimlere katılan gebeler daha bilinçli oluyorlar. Bence giden hastayla gitmeyen hasta arasında fark var.”(katılımcı 9)

“Gebe okulları çok yetersiz. Araştırma Hastanesi’nde vardı hastaları yönlendirdim ama son derece yetersiz. Sonuç alamadım. Hastalar ya belli dönemleri geçirdikleri için programa

katılamadılar ya da programda teorik ağırlıklı oldu uygulamanın eksik olduğunu söylediler. Çok devam eden, memnun olan, sonuçlarını olumlu gördüğüm bir şey olmadı.” (katılımcı 5)

“Gebe okulları zaten yok, olanlarda daha deneme aşamasında. Olanların da daha basit şeyler olduğunu düşünüyorum. Henüz Türkiye'nin bu konuda çok geri olduğunu düşünüyorum. Şu anda yeterli değil yok zaten şu anda. Yeterli bile demek , yetersiz bile demek olmaz yok şu anda. Gebe okulları göstermelik 3-5 tane var. Çok başarılı değiller.”(katılımcı 10)

“Çok efektif olduklarını düşünmüyorum. Giden hastalarım oldu, daha çok korkuları arttı.” (katılımcı 13)

4.3.1.1.8.Asistan eğitimlerindeki yetersizlik

Katılımcılar, günümüzde asistan eğitimlerinde normal doğumun yok sayılır hale geldiğini, eskiden eğitimlerde vakum, forseps gibi operatif doğum uygulamalarına daha çok önem verildiğini, kendilerinin bu konuda iyi eğitim aldıklarını, oysa yeni nesil KHD hekimlerinin yeteri kadar eğitim almadığını ve bu sebeple operatif doğum yaptırmaya cesaret edemediklerini belirttiler.

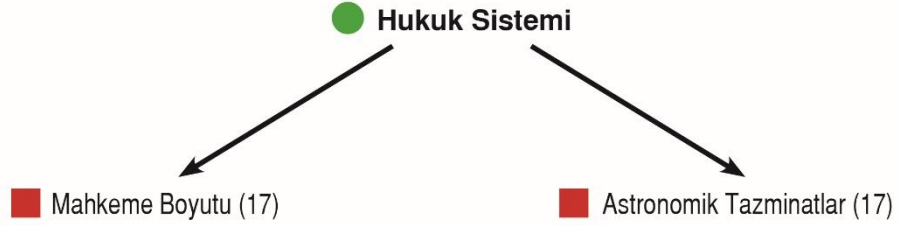
“Normal doğum, her şeyden önce çok sabır gerektiriyor, emek gerektiriyor, zamanı kendine göre ve hastaya göre ayarlaman gerekiyor ve bir de hakikaten tecrübenin çok iyi olmasını gerektiriyor. Günümüzde artık gebe muayenelerini hep ultrason ağırlıklı yapıyoruz, yani vajinal muayene bilgisi çok fazla olan hekim yetişmiyor. Sanki artık normal doğum yok sayılır bir hale gelmiş. Böyle olunca da eğitim sisteminde normal doğuma verilen değer ve önem azaldıkça sezaryen oranı artıyor.” (katılımcı1)

“Ben ihtisasa 1992'nin sonuna doğru başladım. Neredeyse 10 doğumdan bir tanesine vakum takardık biz. Ben forseps takmadım ama abilerimizin forseps taktığını biliyorum. Şimdi bizim asistanlarımız bırakın forseps görmeyi, vakum bile takmıyorlar.” (katılımcı 8)

“Doğum uzmanlarının artık zaten normal doğumu yaptırmaya ne cesaretleri var ne kendilerini o kadar yeterli ve yetenekli görüyorlar, ne de o kadar bilgili görüyorlar ve normal doğumdan zaten kaçıyorlar.”(katılımcı 10)

4.3.1.2.Hukuk sistemi

Bu alt tema 2 kategoriden oluşmaktadır. Kategoriler şekil 6’da gösterilmektedir.



Şekil 6. Hukuk Sistemi Alt Teması ve Kategorileri

4.3.1.2.1.Mahkeme boyutu

Bu kategori altında hekimler, yargı yollarının kendilerine kolay açıldığını, tüm olumsuzluklardan hekimlerin sorumlu tutulduğunu ifade ettiler. Hekimlerin haksız yere yargılandığını, bilirkişilerin ve hakimlerin hekimlerin yanında olmadığını, hekimlerin hakimlerin vicdanına bırakıldığını belirttiler. Ayrıca katılımcılar, dava açmadan önce alınan teminat niteliğindeki harçların kaldırılmasının dava açma yolunu kolaylaştırdığını ifade ettiler.

“Mahkemelerde genelde gördüğüm, hakim kendini de toplum önünde yargılatmamak için hekim aleyhine kararını veriyor, gitsin hakkını yargıtayda arasın diyor. Orada tamamen vicdanlarına kalıyoruz”.(katılımcı 3)

“Yani bizi günah keçisi haline getirip, her konuda her türlü sorumluluğun bireysel anlamda doktorlara yüklenmesi gerçekçi değil. Yani burada siz devletin hastanesinde çalışıyorsunuz. Devletin size verdiği personelle, ortamla, kaynaklarla çalışıyorsunuz. Buraya yeterli sayıda personel verilmeyip, hastaların takip eksikliği nedeniyle olabilecek bir komplikasyonun bütün sorumluluğunu o anda klinikte çalışan dr ve ebeye yüklemek, tazminatı onlardan talep etmek haksızlıktır. Buraya personel vermeyen hastane yönetiminin, sağlık müdürlüğünün ve sonuç

olarak sağlık bakanlığının da sorumluluğunun olması gerekiyor. Silsile varsa burada silsilenin en sonundaki sağlık çalışanına faturanın kesilmesi adaletli bir olay değildir. Bunun gerçekçi olması lazım.” (katılımcı 8)

“Hastaların da taşın altına ellerini koymaları lazım. Diyelim ki hasta bana 500.000 TL’lik bir dava açtı. Bunun %20’lik bir teminatı olacak ki ben de yarın bir gün haklıysam, manevi olarak sana karşı bir dava açayım o teminattan da ben alayım. Çünkü davaların 10 taneden 8’i hekim lehine çıkıyor. Ama bizim başımız ağrıyor. Hasta önce davasını açsın, haklı karsa tazminat davasını açsın. Böyle yapmıyorlar, direkt tazminat davası açıyorlar. Doktorun burada size bir kasti olduğunu bulun sonra aın. Ama benim başım niye dört sene ağrısın. Hekim arkadaşlar bunu düşünüyorlar.”(katılımcı 4)

Çamur at izi kalsın. Bir dilekçeye bakıyor. Avukata ne alırsan fifty-fifty blşelim diyor. Bir yıl haksız yere doktoru strese soktun cezası da yok. Avukat sen bana vekalet ver gerisine karışma diyor.(katılımcı 16)

4.3.1.2.2.Astronomik tazminatlar

Bu kategoride katılımcılar, astronomik tazminat davalarının hekimlerin korkulu rüyası olduğunu ve rakamların gerçeklikten uzak olduğunu belirttiler.

“Yani oraya gideceksin, karşılığı? Eee karşılığı yok. Girdiğin risk çok yüksek. Yani kazancının 1000 katı - 2000 katı bir riske girerek doğum yaptıracaksınız. Bu tarif edilmez bir şey yani”.(katılımcı 4)

“Bizim 5 TL kazandığımız bir hastadan 1 milyon TL tazminat istenmesi abesle iştigal. Dünyanın hiçbir yerinde yoktur. Maaşlar Nijerya, tazminatlar ABD.” (katılımcı 15)

“Korkulu ryamız. Bir anda her şeyimizi kaybedebiliriz.” (katılımcı 14)

“ok korkunç. Biz hekimiz, tüketicilerde mahkemelerinde yargılanamayız.” (katılımcı 13)

“Yani 8-10.000 ya da 15.000 TL maaş alan bir doktordan, oluşan bir komplikasyon nedeniyle eski rakamla 1 trilyon, yeni rakamla 1 milyon TL tazminat isteniyorsa bunda bir anormallik bunda bir çelişki vardır. Eğer bunlara engel olunmazsa ben size söyleyeyim sezaryen oranı daha da artacak. Bu cümleme dikkat edin daha da artacak.” (katılımcı 10)

“Biraz işte kapitalizmin sonuçları bunlar. Küçük Amerika olmanın sonuçları.” (katılımcı 6)

“Bir milyonluk bir dava açıldığı zaman size, mantıken düşünün yani bir yıl boyunca en fazla size verilen maaş 120.000 TL. Sekiz yıl boyunca hiçbir şey yemeden içmeden, (bu mümkün olmadığına göre) sizin böyle bir parayı, 1 milyon lirayı, çok iyimser bir yaklaşımla, siz ayda 2000 TL artırırsanız bile bu maaşla diyelim yılda 25.000 TL, 50 yılda ödenecek bir para bu. Mantık çerçevesinde bu rakamlar gerçekçi değil. Yani siz taammüden adam öldür müyorsunuz? Sonuçta bir komplikasyon nedeniyle bu iş oluyor ve kasıtlı, bilinçli bir ihmal durumu olmadıktan sonra bu kadar milyonlu rakamların olmaması gerekiyor.” (katılımcı 8)

Ayrıca katılımcılar, astronomik tazminat ücretlerinin, hastaları dava açmaya teşvik ettiğini, hastalar ve avukatlar tarafından kötüye kullanıldığını, zenginleşme aracı olarak görüldüğünü belirttiler.

“Down sendromlu doğan bir bebeğin ailesi tarafından dava edildim. Ben o zaman dese ydim ki bu insanlara “Biz size amniyosentez yapacağız, bebeğiniz anomalili çıkarsa ne yapacağız”, “Allah'tan geleni biz kabul ediyoruz” diyeceklerdi ama iş bu bu noktaya gelince de hemen ne yapıyor; Ben bu işten para kazanayım derdine düşüyor.” (katılımcı 1)

“Bu durum zenginleşme amacı olarak kullanılıyor hani bu yanlış. Sırtüstü yat iki tane davayı kazandığın zaman bütün sülalen rahat etsin.” (katılımcı 4)

“Halk şımartıldı. Şımartılmış çocuk her şeyi yapar. Adam hiçbir şey yapmayacak, kadının veya çocuğun sırtından para kazanacak, mutlu bir şekilde yaşayacak.” (katılımcı 11)

“Bundan yaralanmaya çalışan hukuk büroları, avukatlar ve yığınla hasta var. Ne kapsak kardır diye düşünen hastalarda var yani.” (katılımcı 17)

Katılımcılar, astronomik tazminatlardan dolayı hekimlerin defansif davranışlar sergilediğini, ayrıca sigorta şirketlerinin hekimleri sigortalamakta direnç gösterdiklerini ifade ettiler.

“Benim defterim imza ile dolu. İş bu noktaya geldiği için aslında biraz kötüye kullanılıyor, inanılmaz kötüye kullanıyor hastalar ve avukatları de dehşet bir şekilde. Yani ben öyle yazılar gördüm ki bir tane yazı var ben onu göstersem bu nedir ya dersin. Bu da hekimleri birazcık hakikaeten korkutuyor açıkça söyleyeyim.”(katılımcı1)

“Sigortacıların doktorlara bile sigorta yaptırmak istemediklerini anladım. Çünkü sigortacı 300.000 TL’lik bir arabaya 4000-4500 TL kasko parası alıyorum diyor. Ama doktorlardan alınacak sigorta primi bakanlık tarafından sınırlandırmış; 800 TL. Arabada bir problem olsa 30-40-50 bilemedin, 100.000 TL’lik bir masraf oluyor. Ama doktora dava açıldığı zaman milyonluk miktarlarla açılıyor. Şimdi alınan primle, oluşacak riskin arasındaki oran çok uyumlu değil. Dolayısıyla sigorta şirketleri bu işi sadece bakanlık zorunlu tuttuğu için yapıyorlar. Yapmak istemiyorlar.” (Katılımcı 8)

“Sigorta şirketleri kadın doğum hekimlerine sigorta yapmak istemiyor. Sadece eski müşterilerine yapıyorlar, ben eski müşterileri olduğum için bana yapıyorlar. Artık defans gösteriyorlar.” (katılımcı 9)

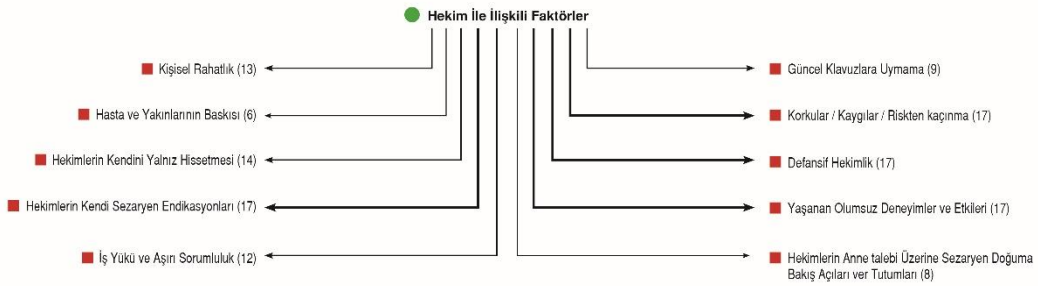
Katılımcıların astronomik tazminat ücretleriyle ilgili görüşlerinin kelime bulutu şekil 7’de gösterilmektedir.



Şekil 7. Katılımcıların Astronomik Tazminat Ücretleriyle İlgili Görüşlerinin Kelime Bulutu (<https://wordart.com/create>, erişim:17.02.2021)

4.3.1.3. Hekim ile ilişkili faktörler

Bu alt tema 10 kategoriden oluşmaktadır. Kategoriler şekil 8’de gösterilmektedir.



Şekil 8. Hekim İle İlişkili Faktörler Alt Teması ve Kategorileri

4.3.1.3.1.Kişisel rahatlık

Bu kategori altında hekimler, sezaryen doğum yaptırmanın daha kısa zaman aldığını, hekimlerin sezaryen doğum yaptırdıkları zaman kendilerine daha fazla zaman kalabileceğini, bu nedenle işin kolayına kaçmak için endikasyon dışı sezaryen operasyonlarının yapıldığını belirttiler.

“Hekimlerin genel tavırları, normal doğum yaptıracaksam geceleyin doğuma gelme sıklığım artacak, hafta sonu gelme sıklığım artacak, tatil planlamalarımı çok iyi yapamayacağım şeklinde.” (katılımcı1)

“Sezaryen hekim için kolay, zamanlama ayarlaması yapılıyor. 20-25 dakikada ameliyathaneden çıkıyor. Hekim planlamasını yapmak istiyor.” (katılımcı 9)

Ayrıca katılımcılar, hekimlerin sabırsız olduğunu ve doğum sürecini kısaltmak için vajinal doğuma çok fazla müdahale edildiğini ve doğal doğum sürecinin bozulduğunu ifade ettiler.

“Hekim olarak biraz sabırsızız. Doğumhaneye girmememiz daha iyi olacak. Doğumhaneye girdiğimizde 1-2 sezaryen çıkarıyoruz. Girmesek daha çok vajinal doğum olabilir.” (katılımcı 17)

“Hekim kusurları var. Çünkü normal doğum provakasyonu kaldırabilen bir şey değildir adı üstünde normal doğum . Kendi ağrı mekanizmasıyla bebeğin doğum yolundaki rotasyonluyla dönüşüyle ilerler. Bir kez çok müdahale etmeyi kaldırmayan kaldırmayan bir şeydir. Oysa biz ne yapıyoruz; “Bir an önce doğum bitsin işime gideyim şöyle yapalım böyle yapalım. Eeee biraz daha ilaç verelim.” Yani ben mesela çok görüyorum hasta doğum yapıncaya kadar 10 dakikada bir vajinal tuşe. Ben mesela erkek halimle şunu düşünüyorum 10 ya da 15 dakikada bir vajinal muayene olmak istemem.” (katılımcı 1)

4.3.1.3.2.Hasta ve yakınlarının baskısı

Katılımcılar, özel hastanelerde daha sık olmakla birlikte, doğum esnasında hasta ve yakınlarının sezaryen yapılması için hekimlere baskı yaptıklarını belirttiler. Bazı katılımcılar da hasta ve yakınlarının doğum esnasında hiçbir sorun çıkmaması için garanti istediklerini ve bu sebeple kendilerini baskı altında hissettiklerini ifade ettiler.

Hekimlerin, bu baskı sonrasında olumsuz sonuçla karşılaşmak istemedikleri için daha çabuk sezaryen doğum kararı verdiklerini ve bu durumun sezaryen yüzdelerinde artışa neden olan bir diğer faktör olduğunu belirttiler.

“Bir de şöyle trajik bir şey var; E ee yani günümüzde modernlik adı altında kocası da yanında olacak doğumda, annesi de yanında olacak teyzesi de olacak ve onlar da aslında çok fazla sezaryeni provake ediyorlar. Bir gebe doğum sancısı çekerken şöyle diyor: “Dayanamayacağım artık, ben ölüyorum”, yanındaki kocası başlıyor, “Dayanamıyor doktor bey, doktor hanım”, annesi diyor ki; “Eeee yeter artık ya ölecek bu kız çekemiyor”, hekimde bekleyeceğine “Eee kızınız da zaten dayanamıyor diyor”. (katılımcı1)

“Ailenin sabırsız olması, ailenin garantici olması, hiçbir sorun çıkmayacak değil mi gibi söylevlerde bulunması beni sezaryene yönlendiriyor.” (katılımcı 16)

“Hastalarla konuşuyorum. Hastalar hiç bir sorun olmasın istiyor. Normal doğumu anlatıyorum. Hasta sıfır komplikasyon istiyor. Bu durum tabii beni etkiliyor. En iyisi hiç mesleği yapmamak. Her şeye tam demek çok zor.” (katılımcı 7)

“Şimdi bizim kitlemiz zaten çoğu şeyi anlayabilen bir kitle değil, sonuca odaklanmış bir kitle. Yani sarılmış, fyonklanmış bir bebek istiyorlar. Bir aksilik oldu mu hesap soran bir kitle var.” (katılımcı 17)

4.3.1.3.3.Korku / kaygı / riskten kaçma

Katılımcılar, sezaryen oranlarının adım adım yükselmeye başladığını, sezaryen oranlarındaki artışın nedenlerinin başında hekimlerin karşılaştıkları sorunlar olduğunu, yaşanan sorunların sezaryen kararı vermelerini kolaylaştırdığını belirttiler. Olumsuz bir sonuçla karşılaşma kaygısı, şiddet görme, dava ya da şikayet edilme, hasta ve yakınları tarafından tehdit edilme katılımcıların büyük çoğunluğu tarafından ifade edilen korku ve kaygılardır.

“Sıkıntı yaşayacağım bir takım olaylara gitme ihtimali varsa, evet normal doğum olma ihtimali olsa bile ben orada kısa yolu seçip sezaryene kayabiliyorum. (katılımcı 17)

“Devlette bile artık hasta ben sezaryen istiyorum dediği zaman ki bizim arkadaşlarımızın çoğunun başına geldi, doktor her şeyi normal görüpte hayır siz sezaryene uygun değilsiniz dediği zaman, sonradan kazara küçük bir komplikasyon çıksa veya komplikasyon çıkmadığı halde biraz zorlu bir doğum olsa hasta hemen doktoru suçluyor. “Ben söylemiştim, işte doktora söyledim, istedim ama yine de sezaryen yapmadı” diye hem ailesini kışkırtıyor doktora kötü bir davranışta bulunsunlar diye, hem de çevreyi kışkırtıyorlar. Çok yanlış olaylara sebebiyet veriyorlar.” (katılımcı 10)

“Dava edilme korkusu çok fazla. Hastayla problem yaşanırsa, dolaylı olarak mahkemelik olunur mu diye senaryo yazıyoruz. Kafamızdan bir senaryo geçirdiğimiz anda kararımız orada sezaryene kayıyor.” (katılımcı 18)

“Hasta tarafından darp edilmek var, ölümlü tehdit riski var. Bebek ölürse doktor seni de yanına yatırırım diye tehdit ediyorlar. Açık açık söylüyorlar, öyle çekinerek falan değil, mahkemeyi falan da beklemiyorlar.” (katılımcı 7)

4.3.1.3.4. Hekimlerin kendilerini yalnız hissetmesi

Katılımcılar, hekimlerin (özellikle özel hastanelerde bireysel çalışan hekimlerin) yalnız kaldığını, hekimlerin olası sorunlarla karşılaştıkları zaman arkalarında bir kurum ya da bakanlık desteği görmediklerini, devletin hekimleri koruyup kollamadığını ve hekimlerin göz ardı edildiğini belirttiler.

“Maalesef maalesef, acı bir şekilde, üzüntü duyarak söylüyorum sağlık sistemi çalışanını korumuyor.” (Katılımcı 8)

“Şimdi bırakın malpraktisi, malpraktismiş gibi gözüken normal komplikasyonları bile ne özel ne genelde diğer hekimler, yöneticiler hiç desteklemezler, o hekimi bütün bu problemlerle başlı

başına yalnız bırakırlar. Türkiye’de zaten bu yüzden %52’lere vardı. Hekimler yalnız kaldığı için.” (katılımcı 10)

“Komplikasyonlar hekim hatasıymış gibi dava açılıyor. Bunlar tek başına hekimin hatası değildir. Sistemden kaynaklanan hatalar hekim hatası gibi düşünülüyor. Bizler göz ardı ediyoruz, oluşan sıkıntı hekime mal ediliyor.”(katılımcı 13)

“Normal vajinal doğumun komplikasyonlarında bakanlık tarafından hekimin arkasında durulmuyor. “ (katılımcı 15)

Ayrıca bazı katılımcılar, mahkemelerde hakimlerin ‘Neden vajinal doğurtun, neden sezaryen yapmadın ?’ gibi söylemlerinin, hekimleri vajinal doğumdan uzaklaştırarak sezaryen doğuma yönelttiklerini ifade ettiler.

“Hekimde korkuyor normal doğum yaptırmaktan. Başına gelmedik kalmıyor. Normal doğum yaptırdı diye kimse kimseye madalya takmıyor. Ama normal doğumda problem olduğunda bir sürü şeyle uğraşıyorsun, kimse de senin yanında durmuyor.” (katılımcı 12)

“Ama siz hakimin karşısına çıktığınız zaman hakimin sorduğu soru şu, siz sezaryen yapsaydınız bunlar olur muydu?” (katılımcı 4)

4.3.1.3.5.Defansif hekimlik

Bu kategori altında hekimler, hasta ile problem yaşama ve malpraktis korkusu nedeniyle bilimsel olmayan davranışların sergilendiğini belirttiler.

“Hekim NST yapmadan doğumhaneye almam diyor. Eskiden NST mi vardı. Çocuk kalp sesi (ÇKS) borusuyla ÇKS’si var mı bakarsın sonrasında ne yaparsan yaparsın. Yani diyorum ki yani NST öyle %100 güvenilir bir şey değil ki zaten. Ama diyor herhangi bir hastada problem olduğu zaman hemen o isteniyor.” (katılımcı 8)

“Bu tür korkular hekimlerin bilimsel anlamdaki davranış formatlarını bile bozuyor, etkiliyor yani. Bu bilimsel kanıta dayalı olmayan işler yapmak zorunda kalıyorlar. Gerçekten endikasyonu olmadığı halde endikasyon dışı, sosyal nedenlerle sezaryen doğum oranları artıyor. Hasta ile en ufak bir sıkıntı yaşamak istememelerinden dolayı. Dolayısıyla bu stresin sezaryen oranlarına katkısı olduğu kesin, yadsınamaz yani.” (katılımcı 8)

“NST düz çiziyorsa sezaryen yapılıyor. Çünkü hakim NST düz çizmişse ve hasta sezaryen olmamış, normal doğum yapmışsa size soruyor neden sezaryen yapmadın diye. Sezaryen yapmamışsan seni perişan ediyor. Sen NST’si düz çizen bir hastaya sezaryen yapmamışsan bitirirler seni.” (katılımcı 7)

Katılımcılar, hekimlerin kaygı ve korkuları nedeniyle, risk almaktan kaçındıklarını, müdahale gereken doğumlardan uzaklaştıklarını ve vajinal doğum yaptırmamak için gerçekte olmayan endikasyonlar oluşturarak, sezaryen doğum yaptırdıklarını ifade ettiler.

“Normal doğum sırasında küçük ya da büyük herhangi bir komplikasyon olabilir. Bu komplikasyonlar oluştuğunda vay sen niye bu komplikasyonu oluşturdu deyip hasta, vatandaş, hastanın yakını, sosyal medya, devlet yöneticileri hepsi doktorun üzerine çullaniyor. O yüzden devletteki doktor da başımı ağrıtmayayım, risk almayayın deyip sezaryen yapıyor. Eeeee böyle olunca sezaryen oranları aklımızın almayacağı kadar yüksek oluyor.” (katılımcı 10)

“Hekim kendini korumaya almak isteyebilir. Çünkü hiçbir hekim mahkemelere gideyim, ifade vereyim, ceza yiyeyim, bunu sigortam karşılar, hayır yetişmez, ben karşılarım, hastaneyle karşılarız şeklinde bir durumla karşılaşmamak için sezaryeni isteyebiliyor. Genel olarak hekim şikayetlerinde ‘Niçin beni normal doğurtmadın’ diye şikayet olduğunu sanmıyorum ama ‘Bebeğime şu oldu, bu oldu, niçin beni sezaryen yapmadın?’ diye birçok şikayet olduğunu biliyorum.” (katılımcı 6)

“Şöyle düşünüyor insanlar da; Ben en küçük bir şeyde mağdur olacasam yaparım sezaryen diyor. Bunlar sezaryeni provake eden unsurlardır.” (katılımcı 1)

“Şimdi sezaryenin komplikasyonları farklı şeyler, normal doğumun komplikasyonları farklı şeyler. Siz arabaya bindiniz Bolu’da kaza yaptınız, hakim size soruyor. ‘İstanbul’a gitseydin Bolu’da kaza yapar mıydın?’ aynı şey. Yani bu hekim arkadaşları yıpratıyor. Bir dava nereden bakarsanız dört sene beş sene sürüyor. Dolayısıyla hekim arkadaşlar sürekli adli soruşturmalardan kaçınmak için sezaryene gidiyor.” (katılımcı4)

“Eskiden multipar makatları doğurturduk. Şimdi doğurtmuyoruz.” (katılımcı 15)

“Medikolegal kaygılar nedeniyle sezaryan daha fazla yapılırca eski müdahaleli doğumlardan uzaklaşıldı.” (katılımcı 8)

“Gerçekten endikasyonu olmadığı halde endikasyon dışı, sosyal nedenlerle sezaryan oranları artıyor. Hasta ile en ufak bir sıkıntı yaşamak istememelerinden dolayı.” (katılımcı 8)

“ ‘Immmm yani evet bu kötü’ , hasta söylüyor ‘kötü olan nedir?’ , ‘ya işte baksana yani işte efendim çocuğa oksijen gitmiyor’ , bilmiyor ki hasta bunu, bilmiyor hasta bunu. Bütün bunları

söylediğimiz zaman hastaya o zaman aman çocuğuma bir şey olmasın doktor bey deyip gidiyor sezaryene.” (katılımcı1)

“Gebenin miadı daha doldu doluyor, başı iri, işte şurası yamuk durdu, işte sen bunu doğuramazsın, işte bu bebek iri doğum gibi zaten başından işin kolaylığına gidip sezaryen yapıyorlar.” (katılımcı1)

Bazı katılımcılar, sezaryen doğumun, vajinal doğuma göre daha düşük riskli ve daha güvenli olduğunu düşündükleri için tercih ettiklerini ifade ettiler.

“E kadın doğumun çalışma koşulları düşünüldüğünde hekimin hastanın başında bütün gece bekleyip ertesi günü tekrar polikliniğine girip, tekrar hastayı doğurtmak için beklemesi diye şeyler pratik olmuyor. Dolayısıyla hekim hem daha güvenli hem daha kısa ve rahat diye sezaryeni tercih edebiliyor.”(katılımcı 6)

“Özellikle vajinal doğumlarda hekim nerede neyle karşılaşacağını asla bilmemektedir. Hepimizin çok iyi bildiği gibi tamamen yolunda giden bir doğum, bir anda çıkmaza girebilmekte, omuz distozisiyle karşılaşmakta, yenidoğanın hipoksisıyla karşılaşmakta yani binlerce sorunla karşılaşmakta. Çok derin yırtıklar olabilmekte vajinal yırtıklar, hastanın iyi beslenmemesi nedeniyle derin mukozal yırtıklar olabilmekte. Doğum sonu atoni kanamalarıyla karşılaşabilmekteyiz. Bütün bu komplikasyonlar hekimi her aşamada düşündürmekte. Bunun yerine sezaryen yaparak bu sorunların çoğundan kurtulmaktadır hekim.” (katılımcı2)

4.3.1.3.6. Yaşanan olumsuz deneyimler ve etkileri

Çalışmada bir katılımcı hariç diğer tüm katılımcılar meslek hayatları boyunca medikolegal sorunlar yaşadıklarını, çoğu avukat tutmak zorunda kaldığını, bazı

katılımcılar devam eden davaları, bir katılımcı açılmasını beklediği davası olduğunu belirtti. Mahkemelik olmayan tek katılımcı ise çok kere şikayet edildiğini ve savunma yazmak zorunda kaldığını ifade etti. Katılımcıların hepsi bu süreçte devletten destek görmediklerini ve bireysel mücadele ettiklerini belirttiler. Katılımcılar yaşanan bu olumsuz deneyimlerin hekimlerde korku, çekinme, baskı hissi, moral - motivasyon bozukluğuna yol açarak sezaryen doğuma yönelme dürtüsüne yol açtığını ifade ettiler.

“Üç defa dava açıldı, dördüncüde şu anda devam ediyor. Avukat tutmak zorunda kaldım. Tazminat ödemek zorunda kalmadım. Hiçbir kurumdan ya da bakanlıktan maddi destek almadım.”(katılımcı 3)

“Tazminat ödemek zorunda kaldım. Özellikle üniversite hastanesinde. Asistanlarımın yaptığı komplikasyonlar nedeniyle hocaları olduğum için tazminatta ödedim.” (katılımcı 2)

“Dört – beş kere medikolegal sorun yaşadım. En çok el paralizisi nedeniyle oldu. Benim nöbetimde ebenin yaptırdığı doğumlar nedeniyle oldu. Çocuklar iyileştiler. Bir dava hariç hepsi reddedildi. Bir davam devam ediyor.”(katılımcı 7)

“Ben mesleğime ilk başladığım dönemlerde %20-25 sezaryen oranlarına sahip bir hekimken, daha fazla artmış tecrübem olduğu halde neredeyse %50'nin üzerinde sezaryen oranlarına ulaşmış durumdayım.” (katılımcı 3)

“Yüksek sezaryen oranlarıyla bu medikolegal sorun yaşama korkusunun bağlantısı olduğunu düşünüyorum.”(katılımcı 7)

4.3.1.3.7.İş yükü / aşırı sorumluluk

Bu kategori altında hekimler, yoğun çalıştıklarını, yardımcı personel olarak ebelerin tecrübesizliğinin ve sorumluluk almamalarının neticesinde her durumla kendilerinin ilgilenmek zorunda kaldıklarını ve normal doğuma zaman ayırmakta sorun yaşadıklarını belirttiler.

“ Benim hizmetimin rafine bir hizmet olması lazım. Ulaşılmazdan bahsetmiyorum ama rafine olacak. Bizim gibi her şeye hekimi gönderirsen, işte o zaman doğuma vakti kalmıyor. O zaman doğum yaptırmıyor. O zaman ne diyor “zamanım yok, sezaryen yaptırayım”. (katılımcı1)

“Ebelerle sorumluluk paylaşırsa bir ebe bir normal doğumu çok rahat yaptırabilir. En azından multiparı yaptırabilir. Sorumluluk paylaşırsa hekimin üzerine fazla bir yük binmez ve kesinlikle sezaryen oranlarına faydası olur.”(katılımcı 6)

“Yoğun çalışıyoruz. Bizim Avrupa’daki hekimler gibi üç gün bir tane doğumun başında sadece başka bir görev yapmadan durmak ya da günde sekiz tane hasta bakmak gibi rahatımız, lüksümüz yok. Biz çok hasta bakıyoruz.”(katılımcı 10)

Katılımcılar arasında hastaların doğum sorumluluğunu tek başına alma (tek hekim olarak) konusunda fikir ayrılıkları mevcuttu. Bazı katılımcılar tek olunması, bazı katılımcılar ise ekip olunması gerektiğini belirttiler.

“Özel hastane mantığından gidecek olursak ve hasta açısından da düşünürsek hasta gebeliği boyunca kendisini takip eden hekim tarafından doğumunun yaptırılmasını istiyor. Maddi bir ilişki içerisinde de olduğumuz için bence makul. Tek başına üstlenip hekim bence doğumu yaptırabilir.(katılımcı 2)”

“Tek olmak normal. Beni etkilemiyor yani sonuçta bu bizim işimiz. Bize öğretildi, bu şekilde diploma veriliyor zaten. Bunu yapmaya muktedirdir diye bize uzmanlık belgesi veriliyor.”(katılımcı 3)

“Tek olmalıyım zaten. Başkası benim işime karışmamalı”.(katılımcı 12)

“Ekip her zaman insanı daha fazla güvende hissettirir. Bazen ciddi kanama durumlarında ikinci bir arkadaşı çağırıp yardım istiyoruz. Yardımdan ziyade danışmanlık istiyoruz ya da cerrahide karşına hemşire yerine ikinci bir cerrahın geçmesini istiyorsun. Son derece güven verici, sağlıklı bir ortam. Tek başına olmak son derece sıkıntılı.” (katılımcı 5)

“Tek başına olmak zor. Yaşam için, ailen için. Ama bu ülkede iki hekim olarak çalışmak istemek lüks.”(katılımcı 7)

“Tabi ki ekip işi olmalı. Hastanın hayatı ile ilgili bir karar alıyorsunuz. O kararı tek başınıza siz veriyorsunuz. Eeee ama ülkemizin şartlarında işte hani bunu bir ekip yapmalı diyorum ama o da ütöpik oluyor.” (katılımcı 10)

“Sorumluluğu tek başına almak stresi artırıyor. Arkanda kimse yok. Ne idare, ne devlet ne de sistem var. Hasta şikayetleri hep hekimin gözünün önüne geliyor, canını sıkıyor, davalar en az bir - iki yıl sürüyor.” (katılımcı 16)

4.3.1.3.8.Güncel kılavuzlara uymama

Katılımcıların güncel kılavuzların takibi konusunda görüşleri farklıydı. Bazı katılımcılar kılavuzlara uyulduğunu, bazı katılımcılar uyulmadığını belirttiler.

“Bence kadın doğum hekimleri her şeyden haberdar. Son derece ilgililer sezaryen veya vajinal doğum konusunda.” (katılımcı 2)

“Ben bu kılavuzlara uyuyorum. Bence tüm hekimler takip etmek zorundalar.” (katılımcı 9)

“Kesinlikle bu kılavuzlara uygun gitmiyoruz yani. Bir sürü sebepten dolayı korkak tavuk rolünü oynuyoruz hekimler olarak. Hiç gerekli olmadığı halde bazı endikasyonlara kendimizi inandırıp sezaryene alıyoruz hastayı. Bire bir uygularsak tabii oranlar düşecektir.” (katılımcı 10)

Kılavuzlara uymadığını belirten katılımcılar, asistanken öğrendikleriyle devam ettiklerini, klasik kitapları okuduklarını, kongreleri ve Sağlık Bakanlığının kılavuzlarını takip ettiklerini, bilgi, beceri, tecrübe ve içsel kaygılarını harmanlayıp karar verdiklerini belirttiler.

“Valla biz asistanken bize öğretilen neyse o endikasyonlarla gidiyoruz. Değiştiği zaman, kongrelerde özellikle vurgulananlarda değiştiği oluyor.” (katılımcı 5)

“Ama ben bu kılavuzu okumadım hiç. Klasik kitaplarımız, klasik eğitimlerimiz dışında ben bir kılavuz okumadım.” (katılımcı 12)

“Kılavuzlara uymak diye bir şeyimiz yok. Herkes kendi bilgi, beceri, tecrübesi ve kendi içsel kaygılarını harmanlayıpta bir karar veriyor. Mesela ikiz gebelik eşittir sezaryene döndü. Makat geliş eşittir sezaryene döndü”. (katılımcı 17)

Kılavuzların yeterli olduğunu ifade eden katılımcıların yanı sıra son derece yetersiz olduğunu ve güncellenmesi gerektiğini ifade eden katılımcılar da vardı.

“Oradaki endikasyonlar uygun ve sayıları yeterli.” (katılımcı 9)

“Kılavuzlar her geçen gün güncellenmeli, yenilenmeli, buna hasta hakları da eklenmeli, hasta isteği de dahil edilmeli ve kılavuzlar buna göre güncellenerek sunulmalı. Hastalarara ve hekimlere kılavuzlar konusunda bilgi verilmeli diye düşünüyorum.” (katılımcı 2)

“Kılavuzların yeterli olduğunu iddia edemeyiz. Yine de bu kılavuzlar hiç yoktan iyidir. Sonuçta bir başvuru kılavuzu var. Bir medikolegal olayda başvurulabilecek bir rehberdir. Kılavuzlar hiçbir zaman kalıcı bilgi vermez. Tıp devinim, dinamik süreç içinde olan bir bilim dalıdır. Yani bugün doğru olduğu bilinenler, yapılan çalışmalar neticesinde tam tersine dönebiliyor. Dolayısıyla kılavuz bir kere yazıldığında, 10 yıl aynı bilgiyle devam edilebilme şansı yoktur. Yani kılavuz en geç 2 -3 yılda bir güncel bilgiler eşliğinde revize edilmelidir.” (katılımcı 8)

Bazı katılımcılar kılavuzlara bire bir uyulduğunda sezaryen oranlarının düşebileceğini ancak komplikasyonların artacağını ifade ettiler. Bazı katılımcılar kılavuzlara uyarken devletin kendilerini desteklemesini ve kılavuzlarda yazan komplikasyonların malpraktis olarak hekimin karşısına çıkarılmaması gerektiğini söylediler.

“Makat geliş, ikiz geliş, ikiz doğum, internal versiyon bunlar yapılabilecek uygulamalar, forseps uygulamaları tamam ama buna girdiğim zaman ben Sağlık Bakanlığı'nın, devletimin arkamda durmasını istiyorum. Yani benim arkam boşsa ben o zaman bu uygulamalarda beklenen, yine o kılavuzlarda yazan olası komplikasyonların benim karşıma malpraktis olarak çıkmayacağından emin olamadığım için ben en ufak bir komplikasyon riskinde mecburen sezaryene yön kırıyorum, yol kırıyorum.” (katılımcı 3)

“Tüm hekimler kılavuzlara uyarlarsa sezaryen oranlarımız düşer ama komplikasyon yüzdemiz artar.” (katılımcı 14)

“Kılavuzlara uyulmuyor. Kılavuzlara uysak belki sezaryen oranlarımız düşer. Ama başımız belaya girdiğinde ben kılavuzlara uydum demek kurtarmıyor.” (katılımcı 16)

“Kılavuz dediğin şey özel hastaneler için çok fazla geçerli değil.” (katılımcı 17)

4.3.1.3.9. Hekimlerin anne talebi üzerine sezaryen doğuma bakış açıları ve tutumları

Katılımcılar ortalama 10 hastadan üç – beş’inin sezaryen talebiyle müracaat ettiğini, ancak travay başladığında daha fazla hastanın sezaryen olmak için baskı yaptığını belirttiler. Çoğu katılımcı anne talebi üzerine sezaryen yapılmasının etik ve hasta hakkı olduğunu ve bu talep ile gelen hastaların sezaryen operasyonlarını yaptıklarını ifade ettiler.

“Şimdi yaklaşık olarak gebelik takibinde herhalde dört – beş hastadan bir tanesi sezaryen istiyordur. Ama travay esnasında on hastadan dokuzu istiyor.”(katılımcı 4)

“Ben bu karara saygı duyuyorum, hastanın kararına. Onu değiştirmek için herhangi bir çaba sarf etmem. Normal doğurabilecek, her şeyi normal olan bir kadına vajinal doğum yapabileceğini söylerim sadece ama karar hastanıdır.” (katılımcı 2)

“Sezaryen talebiyle gelen hastaya sezaryen yapıyorum. Bu onun tercihi. İnsan hakları, hasta hakları, hem onu zorlayamam ki!” (katılımcı 13)

“Eğer asker savaşmaya hazır değilse cepheye süremiyorsunuz. Her şeyi sağlıklı bir asker mental olarak hazır olmadığında, istirahat veriyorlar, geriye alıyorlar, dinlendiriyorlar, akabinde tekrar toparlandığında cepheye sürüyorlar. Kadın da aynı şekilde eğer doğuma psikolojik olarak hazır değilse buna yapılacak olan normal yoldan doğum işkenceden farksızdır ve bence hasta istiyorsa iyi bir psikolojik değerlendirmeden sonra devam ediyorsa sezaryen edilmesi uygundur ve etikdir.” (katılımcı 3)

“Doğuma hazır olmayan bir kadını, normal yoldan doğuma zorlamak etik mi? O zaman onu düşünmek lazım ve bunun bu kadında bırakacağı psikolojik travma ne olacaktır?” (katılımcı 3)

“Vallaha etik buluyorum. Kesinlikle etik buluyorum. Kesinlikle böyle hakları olmalı diyorum”.(katılımcı 17)

Bazı katılımcılar, anne talebiyle müracaat eden hastaların sezaryen operasyonlarını mecbur kaldıkları için yaptıklarını ifade ettiler.

“35 yaşından büyük sezaryen talebiyle gelen hastaya sezaryen yapmazsanız hekimini değiştirir. Gittiği hekim yapmazsa başka hekime gider. Türkiye’de yaptıramazsa pasaport çıkarır yurt dışına gider, sezaryen yaptırır.” (katılımcı 7)

“Ben seni doğurtmam deyip başka bir doktora git demiyoruz, hayır hayır. Artık vallaha sen bilirsin günah benden gitti deyip sezaryen yapmak zorunda kalıyoruz.” (katılımcı 10)

“Sezaryen talebini eğer kabul etmezsen ve doğumda problem çıkarsa o zaman nikahlanıyorsun hastayla. Ben sezaryen olmak istedim yapmadı hakim bey diyor.” (katılımcı16)

Bazı hekimler aslında hastaların vajinal doğum ve sezaryen doğum hakkında yeteri kadar bilgi sahibi olmadıkları için ya da doğumla ilgili korkuları olduğu için sezaryen doğum talep ettiklerini, bu hastalara yeterli bilgilendirme yapılması ve psikoterapi desteği gerektiğini dile getirdiler.

“Kişinin kendi vücudu hakkında karar verme hakkı elbette olmalı. Ama burada bütün olay doğumu bilmediklerinden ve doğum konusunda eğitilmemiş olmalarından kaynaklanıyor. Doğumu anlatırsanız, bu konuda bilgilendirirseniz büyük bir kısmı normal doğuma ikna oluyor.” (katılımcı 9)

“Anne talep ediyor diye sezaryen yapılmamalı. Anneye iyi bir psikoterapi ve ben her vizitte en az bir yarım saat konuşuyorum böyle durumlarda ve genellikle %99 fikirlerini değiştirebiliyorum. Her şey normalse doğurabilirsiniz diyorum ve O ikna oluyor yani.”(katılımcı 5)

“Aslında bu bir hasta hakkıdır buna saygı duymak gerekir. Ancak hasta istedi diye de kayıtsız şartsız evet gel ben senin sezeryanını yapayım demem. Bir hekimin önce normal doğum konusunda ısrarlı bir şekilde ikna etmeye çalışması gerekiyor, çareleri tükeniyorsa eğer ki o zaman hastanın hakkına saygı göstermesi gerekiyor ama hasta istedi diye de hiç çaba göstermeden bunun yapılmasının taraftarı değilim” (katılımcı1)

“Mesela bir psikiyatrist ya da bir psikologla görüşün birkaç seans. Ya da kadın doğum hekiminin olduğu bir ekibe girsin. Belki kurul kurulsun derim hani. Bu hasta ikna edilemezse

ve doğruları anlatıldığı halde hala aynı noktadaysa zorla bir insana normal doğum yaptırmak bir travmadır. Ama %99'u ikna oluyor benim g6rdüğüm. Bilmedikleri ve korktukları için istiyorlar sezaryeni". (katılımcı5)

Bazı katılımcılar devletteki baskı nedeniyle ya da prensipleri gereği anne talebi üzerine sezaryen doğuma sıcak bakmadıklarını, bu talep ile müracaat eden hastalarını başka hekimlere yönlendirdiklerini belirttiler.

"İsteğe bağlı sezaryen yapmıyorum. Normal doğuma yönlendiriyorum. İş yükü artıyor. Getirisi yok. Üzerimizde baskı var. Bu sebeplerle yapmıyoruz. İstatistiksel olarak takip ediliyor. D6ner sermaye kesilebiliyor. İyilikten maraz doğuyor. İşimizi yapıyoruz, iyilik yapmıyoruz." (katılımcı15)

"Ben prensip olarak hasta istediği için sezaryen yapmam. Çok ısrar ederse dahi icabında son güne bırakırım sezaryen yapacak başka bir arkadaşıa gönderirim." (katılımcı 4)

"Baştan sezaryen istiyorum diye gelen hastayı ben almıyorum. Geçen gün bir hastam, beni almadınız, gönderdiniz, ben size çok kızdım dedi. Doktorun hastayı normal doğuma ikna etmesi lazım. Ben endikasyon yoksa normal doğuma bırakıyorum." (katılımcı 9)

"İlk bebek kız bebekse eğer sezaryen yapmayı düşünmem. İnsanlar daha çok erkek bebek istiyorlarsa, kız bebek oldukça erkek bebeğe sahip olmak için sezaryen olmaya devam ediyorlar. Bu sefer d6rdüncü, beşinci sezaryenler oluyor. Bu sebeple ailenin ilk bebeği kız ise sezaryen yapmak istemiyorum." (katılımcı 11)

“Bir kere.....hastanesinde çalışırken hastanın eşi geldi. “Kardeşim niye sezaryene almıyorsun parasıyla değil mi bu?” dedi. Öyle deyince ben hastayı al paramı git diyerek gece yarısı kovdum.”(katılımcı 4)

4.3.1.3.10. Hekimlerin kendi sezaryen endikasyonları

Katılımcıların kişisel sezaryen oranları minimumun %20, maksimum %80 idi (ortanca %50). Eski ve mükerrer sezaryen endikasyonları dışında ifade ettikleri endikasyonları sıklık sırasıyla baş pelvis uyumsuzluğu, iri bebek, fetal distres, plasenta anomalileri, tedavi gebelikleri, ileri anne yaşı, hasta talebi, ilerlemeyen travay, geliş anomalileri, vajinismus ve sürmatürasyondur.

“Sezaryen doğum oranım %25’in altında. Benim en sık endikasyonlarım; plasenta previya, diyabetik hasta, gebelik toksikozları, önceden geçirilmiş bir sezaryen demeyeceğim bir sezaryenleri normal doğurtuyorum, iki ve üstü sezaryen”. (katılımcı 1)

%50 üzerinde sezaryen oranım var. İlerlemeyen travay, fetal distres, iri bebek, kıymetli gebelik, ileri anne yaşı, tedavi gebelikleri en sık endikasyonlarım”. (katılımcı 13)

“%50’nin üzerinde sezaryen oranım var. Hem devlette hem de özelde çalışırken çoğunluğa uyuyorum.” (katılımcı 16)

“Özelde çalıştığım için hani %80 falan olmuştur. En çok baş pelvis uygunsuzluğu. (katılımcı 17)

4.3.1.4.Hasta ile ilişkili faktörler

Bu alt tema 2 kategoriden oluşmaktaydı. Bunlar; hastalara ilişkin sosyodemografik faktörler ve hastalara ilişkin kişisel faktörler

4.3.1.4.1.Hastalara ilişkin sosyodemografik faktörler

Katılımcılar, sezaryen talep eden hastalarını şu şekilde tarif ettiler: Sosyoekonomik seviyesi yüksek, eğitilmiş, kendini ifade edebilen, entelektüel, çalışan ve kariyer sahibi olan, geç yaşta evlenen, az çocuk yapmak isteyen, kentsel alanda yaşayan, yaşı küçük ya da yaşı ileri olan, ilk doğumunu geç yaşta yapan kadınlar.

“Kadınların iş dünyasına katılmaları, daha geç yaşta evlenmeleri, kariyer sahibi olmaları, daha az doğum yapmaları, sezaryen oranlarının yüksek olmasının nedeni olabilir diye düşünüyorum.”(katılımcı 2)

“Sosyo-ekonomik seviyeleri yüksek, yüksek eğitilmiş, kendi ekonomik yeterliliği olan kadınlar bunlar, okumuş kadınlar yani.” (katılımcı 2)

“Okudukça, kültürü arttıkça, ilginç olan şu mesela hemşirelerin çoğu sezaryen oluyor, doktorların çoğu sezaryen oluyor. Ama bu Anadolu, taşra insanı daha dirençli oluyor. Ne kadar çok okursa, ne kadar çok zengin olursa o kadar sezaryen oranı artıyor” (katılımcı 4).

“Korkuları olanlar dışında, eğitim düzeyi iyi olan üniversite mezunları daha çok tercih ediyorlar. Okumayla fakındalık arasında ilişki var ve ekonomik durumla da ilişkili. Ekonomisi rahat olan insanlar daha çok tercih ediyorlar.” (katılımcı 5)

“Bu hastalar genelde ileri yaş hastalar. (35-40) Mesela benim kızım 36 yaşında doğum yaptı. Sorduğumda da benim yaşım ne ki dedi. Daha çok kentte yaşayan hastalar sezaryen olmak istiyorlar. Kırsal kesimden gelen hastalar daha çok çocuk doğurabilmek için normal doğum yapmak istiyorlar.”(katılımcı 7)

“Kendini ifade edebilen bir kadın duygularını ve korkularını da ifade ediyor ve o zaman sezaryen talebinde bulunabiliyor. Ama cahil, baskılanmış, kendi korkularını bile ifade etmekten imtina eden veya korkan bir kadın istese de söyleyemiyor zaten.”(katılımcı 3)

“Kentsel kesimdekiler daha çok sezaryen talep ediyor. Kırsal alanda yaşayan kadın kendini ifade edemiyor, kaynana baskısı oluyor, istemeye istemeye vajinal doğum yapıyor.” (katılımcı 16)

Çalışmada bir katılımcı eğitim seviyesi yüksek olan hastaların günümüzde daha fazla sezaryen talep ettiğini ifade etti.

“ 30 yıllık kadın doğum hekimiyim, eskiden çalışırken eğitim seviyesi yüksek olanlar daha çok sezaryen talep ediyorlardı. Astroloğa gidip sezaryen zamanı için gün belirliyorlardı. Son yıllarda o grup biraz daha bilinçlenmeye başladı. Bu aralar eğitim seviyesi yüksek olanlar daha çok normal doğum talebiyle geliyorlar.”(katılımcı 9)

Katılımcıların, sezaryen talep eden annelerin sosyodemografik özelliklerine ilişkin düşüncelerinden oluşan kelime bulutu şekil 9’da gösterilmektedir.



Şekil 9. Katılımcıların Sezaryen Talep Eden Annelerin Sosyodemografik Özelliklerine İlişkin Düşüncelerinden Oluşan Kelime Bulutu (<https://wordart.com/create>, erişim:17.02.2021)

4.3.1.4.2. Hastalara ilişkin kişisel faktörler

Bu kategori altında katılımcılar sezaryen talep eden hastaların genelde doğum korkusu olan, doğum öncesi yeterli bilgi sahibi olmayan, doğum konusunda yanlış kaynaklardan bilgi edinen (internet, eş dost), psikolojik sorunları olan kadınlar olduklarını belirttiler.

“Sezaryen isteyenler, daha çok korktukları için istiyorlar.” (katılımcı 11)

“Hastaların doğum öncesi ve sadece hastaların değil ailelerinin de yeterince bilgilendirilmemesi, eğitilmemesi ve doğuma hazırlanmaması sezaryen sayısını artırıyor.” (katılımcı1)

“Hastalar bebeğe sürülecek, yurt dışından getirilecek kremleri biliyorlar ama doğumun nasıl bir şey olduğunu sezaryenin nasıl bir şey olduğunu, başlarına neler geleceğini, doğum

sırasında ne yapmaları gerektiğini, sezaryene karar verilirse ne yapması gerektiğini, sonrasında neler olacağını hiç hiç bilmiyorlar.” (katılımcı 10)

“İskandinav ülkelerinde vajinal doğum oranları yüksekmiş. Ama orada insanlar bilinçli, bir doğum yapmaya gidecekse başına neler geleceğini biliyor. Sancıyı biliyor, nefes almasını biliyor. Ciyak ciyak bağırıyor.” (katılımcı 17)

“Daha nörotik yapıda anksiyetesi olan hastalar daha çok sezaryen doğum isteyebiliyor.”(katılımcı 6)

“İllaha sezaryan isteyenlerin bir çoğunun psikolojik sorunları olan, ailevi problemleri olan ya da çok şımarık yetiştirilmiş kadınlar olduğunu görüyoruz.”(katılımcı 10)

“Stresli, sıkıntılı, korkan, kişiliği tam oturmamış bir sürü kadın, bunlar sezaryene kayıyorlar.”(katılımcı 12)

“Ruhsal problemleri olanlar talep edebiliyorlar. Kendisiyle barışık insanlar daha çok normal vajinal doğum yapıyorlar.”(katılımcı 14)

Ayrıca katılımcılar özellikle günümüzde sezaryen talep eden gebelerin, daha sedanter bir yaşam biçimleri olduğunu, aşırı beslendiklerini ve aldıkları vitamin takviyelerinden dolayı daha kilolu olarak doğuma girdiklerini, ağırlıklarının daha düşük olduğunu, cinsel hayata daha fazla önem verdiklerini ve yıllar içerisinde giyim tarzındaki değişimlerden dolayı günümüz gebelerinin pelvik yapısının eskisi gibi olmadığını da ifade ettiler.

“Bir kere gebe sedanter bir hayat yaşıyor, mobilize değil, beslenmeleri fazla. Vitamin takviyeleri de biraz iştahı açıyor herhaldeki iri bebek oranı artıyor. Kilolu annede beraberinde diyabet, hipertansiyon gibi riskleri getiriyor ona bağlı olarak.” (katılımcı 5)

“Yeni jenerasyon gebelerin ağrı eşikleri oldukça düşük ve hassaslar. Bir anlamda nazlılar. Eski kadınlar daha tevekkel, daha sabırlı olurlardı. (katılımcı 5)

“Yeni neslin pelvik yapısı eski kadınlar gibi değil, eskiye göre daha çok pelvik problemler görüyoruz.” (katılımcı 16)

“Yeni nesil cinsel yaşamı çok önemsiyor. Gebelerin de eşlerinin de bu sebeple daha fazla sezaryen talebi oluyor. Vajinanın elastikiyeti bozulur diye normal doğuma yanaşmıyorlar.” (Katılımcı 7)

Katılımcılardan bazıları sosyal medyanın kadınların sezaryen taleplerindeki etkilerine vurgu yaptılar.

“İnternette normal doğum videoları seyreden hasta ben normal doğum yapmak istemiyorum diye geliyor. Vajinadan çocuğun çıkışını görünce hastalar bir irkiliyorlar. Normal doğum yapmak istemiyorlar. Bence internet hastaları olumsuz etkiliyor.”(katılımcı 7)

“İnternette de birileri yazıyor. ‘ Ben doğum yaptım işte vajinada yırtık oldu’ ben bir daha vajinal doğum istemiyorum. Biri diyor ki ‘Eee benim vajinam genişlemişti, kocam beni boşadı’ gibi yani saçma sapan şeyler.”(katılımcı 1)

Katılımcıların sezaryen talep eden annelerin kişisel özelliklerine ilişkin düşüncelerinden oluşan kelime bulutu şekli 10’da gösterilmektedir.

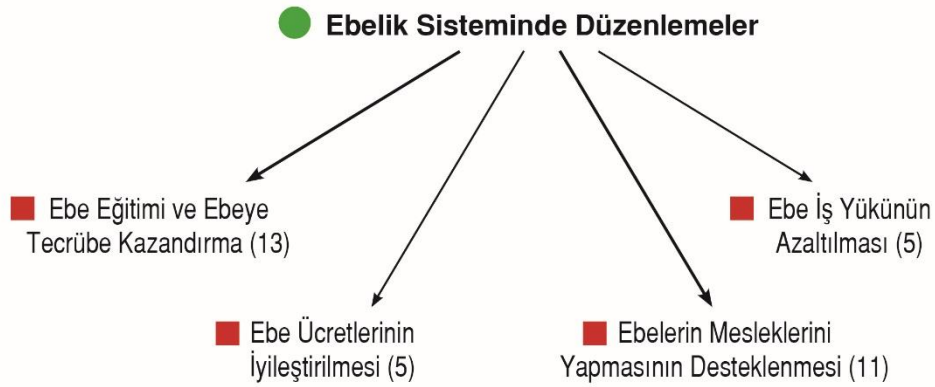


Şekil 10. Katılımcıların Sezaryen Talep Eden Annelerin Kişisel Özelliklerine İlişkin Düşüncelerinden Oluşan Kelime Bulutu (<https://wordart.com/create>, erişim:17.02.2021)

4.3.2.Tema 2. Sezaryen Doğum Hızındaki Artışa Çözümler

4.3.2.1.Ebelik sisteminde düzenlemeler

Bu alt tema 4 kategoriden oluşmaktadır. Ebelik sisteminde düzenlemeler alt teması ve kategorileri şekil 11’de gösterilmektedir.



Şekil 11. Ebelik Sisteminde Düzenlemeler Alt Teması ve Kategorileri

4.3.2.1.1.Ebe eğitimi ve ebeye tecrübe kazandırma

Bu kategori altında katılımcılar, ebe okullarının önemine, ebe eğitimlerinin uzun soluklu olması gerektiğine, eğitimlerin sadece teorik olarak değil pratik anlamda da yeterliliğin sağlanmasına, aktif, tecrübeli, pratik yönü iyi gelişmiş, nitelikli ebelere ihtiyaç olduğuna vurgu yaptılar.

“Eeee benim kanaatim burada eğer ki normal doğumu teşvik edeceksek öncelikle ciddi boyutta ebelerin çok iyi yetiştirilip bilgilendirilmesi gerekiyor ve doktor kontrolünde onlara bu insiyatifin verilmesi gerekiyor.” (katılımcı1)

“Normal ebelik lisesini ya da hemşirelik lisesini bitiren bir insana direkt geçişle de üniversite eğitimi verdiğinizde ona sadece teorik bilgi vermekle kalmayacaksınız.” (katılımcı 1)

“Üniversite mezunu ebeyi eğitmeniz lazım. Bak meslekten (ebe okulundan) olursa eğitiliyor anlatabiliyor muyum? Ortaokul, liseyi, meslekte okuyupta bu ebe geldiği zaman daha itaatkar, daha iyi yetiştirilebilir.” (katılımcı 4)

“Bence ebelik okulları üniversitelere bağlı olmalı. Az öğrenci almalılar. Doğumevlerinde de eğitimlerine devam etmeliler. Mutlaka bir hastane bünyesinde pratik eğitim almalılar.” (katılımcı 7)

“Ebelik okullarının olması, aktif çalışması, pratiğinin güçlü olması gerekir. Ama mezuniyet sonrası daha çok önemli.” (katılımcı 8)

“Ebeleri, KHD hekiminin yanında ya da doğumhanede dört yıl çalıştıracaksın, dört yıl sonra çalışmaya başladıkları yerde basit doğumları, epizyotomi gereksinimi olmayan doğumları onlara vereceksin.” (katılımcı 4)

“Eğitim başarılı olursa çok iyi ebeler çıkabilir, belki doktorlukta nasıl tıp fakültesinin son yıllarında, stajyerlik var ve kliniğe adaptasyonu sağlandı, ebelerin de okulun son yılı pratik ama dokunarak pratik yani izleyerek değil, bizzat doğuma katılarak hekim ve ebe nezaretinde en az bir yıl çalıştıktan sonra aktif çalışma hayatına geçmeleri gerektiğini düşünüyorum. Bu konuda ebe yetiştirerek normal doğumun artırılacağından eminim.” (katılımcı 6)

“Ebenin uzun süre eğitim görmesi gerekir. Eğitimi görürken kendi öğretmenlerinden ayrıca hekimlerden, kadın doğum uzmanlarından iyi eğitimler alarak, ciddi sınavlardan geçerek ebelik diplomasını almalılar. Ondan sonraki gittikleri yerlerde de ben ebelik diploması aldım ama beceremem, bana öğretin diyecek durumda olmamaları, biraz birşeyler bilmeleri gerekiyor. Nasıl anlatayım bu bizim ülkenin sorunu, ülkemizin sorunu.” (katılımcı 10)

4.3.2.1.2.Ebe iş yükünün azaltılması

Katılımcılar, ebelerin takip edecekleri gebe sayılarının azaltılmasının normal doğuma katkı sağlayacağını ve gebe takibi dışındaki işlerin başka personellere bırakılması gerektiğini ifade ettiler.

“Çok kağıt işlemleri var. Bu görevlere devam etseler bile bürokrasi, kağıt işlemleri, bilgisayar kayıtları, girdiler, çıktılar zamanlarını fazla alıyor. Bu kayıt işlemlerini sekreterler yapmalı. Ebelerin mutlaka bunun dışında olmaları lazım. Kendilerini onlar da bir süre sonra sekreter gibi görüyorlar.” (katılımcı 5)

“Sezaryan oranlarını düşürmek istiyorsak, bir mahalle ebesine üç beş gebe düşecek şekilde ayarlama yapılabilir. Pilot bir bölge seçilerek deneme yapılabilir. Gebe hekimine mahalle ebesiyle birlikte gelecek.” (katılımcı 7)

“Ebelerin iş yükleri çok fazla, her hastaya bir ebe düşmesi lazım”. (katılımcı 15)

4.3.2.1.3.Ebe ücretlerinin iyileştirilmesi

Katılımcılar, ebelerin vajinal doğuma katılımlarını sağlamak için ekonomik olarak desteklenmeleri ve hak ettikleri ücretleri almaları gerektiğini belirttiler.

“Ebe ile diğer personelin maaşı arasında %25-30 fark olması lazım. Ebelerin doğum yaptıklarını istiyorsak ebelere doğum başına prim vermek lazım. Çünkü kimse doğum sorumluluğunu almak istemiyor.” (katılımcı 7)

“Ebenin maaşı ile hemşirenin maaşı aynı olmayacak. Çünkü o gece gündüz kalkıp gelebilecekse o yaptırdığı doğum karşılığında da lojistik bir maddi yardım artışı konulması lazım.” (katılımcı 4)

4.3.2.1.4.Ebelerin mesleklerini yapmalarının desteklenmesi

Ebelerin ebelik halkasına dahil edilebilmesi için, görev ve sorumlulukları konusunda bazı düzenlemeler yapılması gerektiği katılımcılar tarafından ifade edildi.

“Bence ebelik müessesesinin düzenlenmesiyle başlanmalı.(katılımcı 9)

“Avrupa’da veya ABD’de olduğu gibi hekimi iki veya üç defa görüyor hasta. Ultrasonunu bile ebeler yapıyor gebelerin. Ebeler takip ediyor. Avrupa’da olduğu gibi bir ebelik sistemi getirilmeli. Bu getirildiği takdirde doğum oranları makul düzeye inecektir”. (katılımcı 2)

“Ebeliğin özendirilmesi lazım.” (katılımcı 8)

Bazı katılımcılar, ebelerin, vajinal doğum sorumluluğunu hekimlerle paylaşmaları gerektiğini bu sayede hekimlerin omuzlarındaki yükün azalabileceğini ifade ettiler.

“Seçkin ebelik kadrosu olsa çok inanıyorum ki hekimler bu kadar sezaryen yapmayacak. Sezaryen oranları kesinlikle çok düşer. Çok çok düşer, ciddi olarak düşer yani. Ama ebe arkadaşımız bana şunu diyerek gelecek “Bu doğumda sorun var!”(katılımcı1)

“Ebeler, normal doğumu kendi işleri olarak kabul ettikleri için sezaryene hasta bırakmazlar. Sonuna kadar normal doğurtabilmek için, normal yoldan doğum yaptırabilmek için elinden geleni yapar. Ama tabi iyi eğitim verilmiş bir ebe.(katılımcı 3)

“Ebeler doktorlar kadar cesur olmaz anlatabildim mi? Zaten bir terslik olduğu zaman bizi daha erken uyarıyorlar. Onların yapacağı hata bizim doktor olarak bizim komplikasyon olarak yaptığımız hatadan daha az olacağına inanıyorum. Doğumlara yetkili ebe, öyle eğitilmiş ebe girecek.”.(katılımcı 4)

“Sorumluluk paylaşılsa hekimin üzerine fazla bir yük binmez ve kesinlikle sezaryen oranlarına faydası olur.”(katılımcı 6)

“Sorumluluk ortak olmalı. Ebeler gebeyi takip etmeli, gerekirse doğurtmalı.”(katılımcı 13)

“Ebelere doğum yetkisi verilmeli, ebeler sorumluluğu paylaşmalılar”. (katılımcı 14)

Bazı katılımcılar, ebelere sorumluluk vermenin sorunları çözemeyeceğini, aksine bazı sorunları da beraberinde getirebileceğini, bu nedenle ebelere sadece görev verilip, sorumluluğun hekimde olması gerektiğini ifade ettiler.

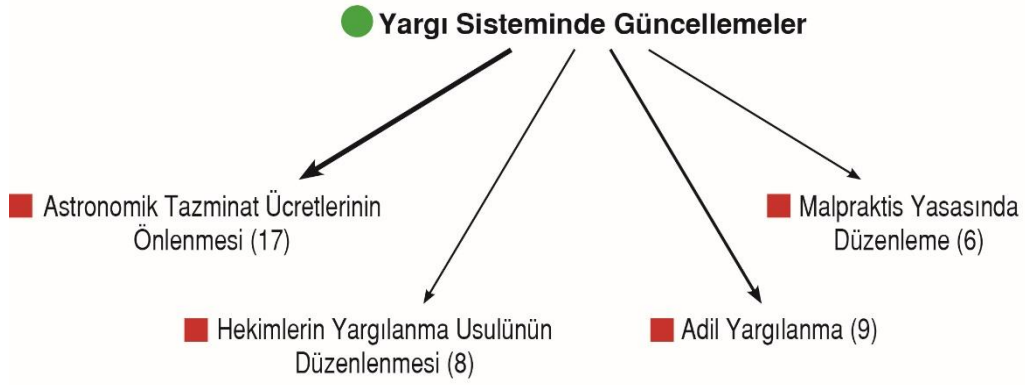
“Yeterince eğitmediğin bir elemana sorumluluk verirsen sonu fiyasko olur. Türkiye’de doktor da eğitiliyor, sorumluluk alıyor ama sonuçları %50 sezaryen oranı. Demek ki yeterince eğittiğin halde bazen yeterli sonuç alamıyorsun, sorumluluk da doktorda. Yeterince eğitim de almış 10 sene. Ama sonuçta %50 gibi bir sorunlu sezaryen oranı ile karşı karşıyaysak sorumluluk vermekle sadece sorun çözülmez”.(katılımcı 5)

“Sorumluluğu onlara vermek doğru olmaz. Çünkü onlar komplikasyon çıktığı zaman ne yapacaklarını hekimler gibi bilmezler. Bu yüzden onlara sorumluluk vermek zor”(katılımcı 7)

“Bence görevleri artırılmalı ama sorumluluk almamalılar. Ama doğumları tamamen onlara bırakırsak komplikasyonlar artar. Onlara ekstra performans verilirse önüne gelen hastayı normal doğurtmaya çalışırlar.”(katılımcı 9)

4.3.2.2.Yargı sisteminde güncellemeler

Bu alt tema 4 kategoriden oluşmaktaydı. Yargı sisteminde güncellemeler alt teması ve kategorileri şekil 12’de gösterilmektedir.



Şekil 12. Yargı Sisteminde Güncellemeler Alt Teması ve Kategorileri

4.3.2.2.1. Astronomik tazminat ücretlerinin önlenmesi

Bu kategori altında katılımcılar, tazminat ücretlerinin makul miktarlarda, hekim maaşına göre hesaplanması gerektiğini, belirli bir kotasının olması ve yıllar içinde tazminat ücretine faiz işlememesi gerektiğini belirttiler.

“Yani tazminat tabii ki olmalı, eğer bir uygulamada malpraktis varsa bunun karşılığının da olması lazım, komplikasyon değil. Ama bunun karşılığı ödeyeni fakirleştirecek veya kazananı da zenginleştirecek derecede olmamalı.”(katılımcı 3)

“Zaman içinde değişmeyecek, standart gidecek, enflasyonla birlikte artacak rakam olması lazım.”(katılımcı 12)

“Ömür boyu çalışsak da ödeyemeyeceğimiz yüklü meblağlar. Belirli bir kotası olmalı. Hekim maaşına göre hesap edilmeli.”(katılımcı 13)

“Asla zenginleşme aracı olarak bu tazminatlar kullanılmamalıdır. Bir hekimin maaşının beş veya altı katını asla geçmemelidir bu tazminat davası.”(katılımcı 2)

“Bence tazminat ücretleri hastanın bakım masrafları vs hesaplanarak hekimin maaşının maksimum 20 katı olmalı, daha fazla değil.”(katılımcı 9)

“Hukukun doğru işlemediği, Türkiye’de bu konuda hukuksuzluk olduğu düşüncesindeyim. Çünkü hekim mesleğini yaparken, mesleğinde ufak bir kusuru olsa bile velev ki o kusurdan dolayı hayatını yok edecek, tüm birikimini elinden alacak, hatta borçlandırarak bir rakam istenemez. Bu adaletli bir şey değildir. Kesinlikle ve kesinlikle doktorun maaşının birkaç katından daha fazla olmamalıdır diye düşünüyorum.” (katılımcı 10)

“Tazminatlarda faiz işletilmesi yasaklanmalı. Tazminatın belli bir ücreti oluyor, dava yıllarca sürüyor, tazminat ücreti daha da fazla artmış oluyor. Bu yasaklanmalı. Hekime yüksek rakamlar çıkarılmamalı. Tüm branşlar için geçerli olmalı.”(katılımcı 7)”

Bazı katılımcılar bu soruna çözüm yolu olarak hekimlerin kendi aralarında oluşturdukları ve devlet tarafından kontrol edilen bir fondan ödeme yapılabileceğini de belirttiler.

“Hekim mesuliyet sigortaları yanlış işlemektedir. Bunun yerine Sağlık Bakanlığı’nın organize edeceği, özel hastane hekimlerinin de içine katılacağı bir fon tarafından ödemeler karşılanmalıdır ve hekimler bu fona cüzzi miktarda ödeme yapmalıdır. Aylık 150-200 TL’yi geçmeyen ödemeler yapmalıdır. Hekim hiçbir dönemde hasta ile karşı karşıya gelmemelidir, mahkemede bile. Tamamen bu fon üzerinden yürümelidir işler.”(katılımcı 2)

“Bence tazminatlar bir doktorun bir yıllık maaşından daha fazla olmamalı. Gerisini devlet karşılamalı. Bir fon oluşturulup buradan karşılanabilir. Hekim tazminat davalarına 20 yıllık birikimini verecekse, kimse hekimlik yapmaz.”(katılımcı 7)

“Özel sigorta değil de bir havuz, devletin denetlediği bir havuz. Bütün doktorlar buraya para koyacaklar. Her şeyin karşılığı belli olacak. Doktor o parayı ödemeyecek yani havuz ödeyecek

bu parayı. Havuzdan çok fazla miktarda para harcayan bir doktor varsa gözden geçirilecek. Almanya'da böyle bildiğim kadarıyla.” (katılımcı 12)

4.3.2.2.2. Hekimlerin yargılanma usulunun düzenlenmesi

Bu kategori altında hekimler öneri olarak, avukatların hastaları dava açmaları için teşvik etmelerinin önüne geçilmesi, hekimlere direkt dava açılmaması, dava açılmadan önce sorunun hastane yönetimi içinde çözülmesi ve gereksiz davaların önlenmesi için hastaların harç ya da teminat ödemesi yapmalarının gerekli olduğunu ifade ettiler.

Hekimlerde bıçağın kemiğe dayandığı bir olay bu piyasadaki avukatların kazanç kapısı yapmaya çalışmak için gerekli gereksiz, insanları hekimleri dava etmeye yöneltmeleri, bunun önüne geçilmesi gerekli bir an evvel.” (katılımcı 10)

“Mahkemeden ziyade önce hastane içinde, yönetimde çözülmeli bazı problemler. Önce hastane yönetiminde sorgulanmalı hekim. Eğer bunda adli bir şey çıkarsa mahkemeye gidilmeli. Direkt bir adli suçlu gibi mahkemeye gönderilmesi kötü tabi.”(katılımcı 5)

“Memurların hani muhakematı kanunu var 657, yani bir memurun mahkemeye intikal edilip edilmeyeceği kararını amiri veriyor. Şimdi herhangi bir şekilde normal doğumda Adapazarı'nın hakem hastanesi diyelim Araştırma Hastanesi, dosya önce oraya gitse burada hekimin şöyle bir hatası vardır dense de ondan sonrasında mahkemeye gidilse hekim arkadaşlar çok daha rahat ederler”. (katılımcı 4)

“Harç olursa haksız olan hasta hemen bu davadan vazgeçer. Hastaların %90'ı haksız olduklarını bildikleri halde dava açıyor. Bunun önüne geçilmiş olur.”(katılımcı 7)”

4.3.2.2.3. Adil yargılanma

Bu kategori altında katılımcılar, yasaların hekimleri koruması gerektiğini, sağlıkla ilgili davalarda tıp bilgisi olan hukukçuların ya da hukuk bilgisi olan adli tıp

hekimlerinin davalarda yer alması gerektiğini, bu şekilde mağduriyetin önlenebileceğini ifade ettiler.

“Devlet her şeye müdahale etmek istiyorsa, kendi belirlediği aynen bu şekilde hukuk bilgisi de olan adli tıp hekimlerini de bizim davalarımıza dahil etsin, bizi de mağdur etmesin.”
(katılımcı 1)

“Normal doğumda komplikasyon çıktığında hakim bana sorsa “sen bunu sezaryen yapsaydın bu olur muydu?” Hakimin (konuyu bilmediği için) bunu sorma hakkı yok ki bana. Sürpriz bir şey.” (katılımcı 4)

“Hekimin ne durumda olduğunu nasıl çalıştığını naaptığını kim bilebilir? Herkes bilemez bunu. Hukukçular bile tam bilemiyorlarsa demek ki bunun özel bir eğitimini almış insanların desteği gerekir. Sağlık Bakanlığı'nın bu konuda yetişmiş elemanlara sahip olması gerekir diye düşünüyorum”. (katılımcı 10)

4.3.2.2.4. Malpraktis yasasında düzenleme

Katılımcılar, komplikasyon ile malpraktis ayrımının mutlaka yapılması gerektiğini ve bu konuda yasaların düzenlenmesinin hekimleri büyük bir baskıdan kurtaracağını belirttiler.

“Malpraktis korkusunun hekimlerin sezeryene yönelmelerinde en önemli nedenlerden birincisi olduğunu düşünüyorum ben. Malpraktis konusunda uygun bir yasa çıkarılıp hekimlerin üzerindeki bu yük azaltılacak olursa %30 - 35 gibi makul sezeryen oranlarına çok kolay ulaşılabileceğini düşünüyorum.”(katılımcı 2)

“Önce yasaların düzenlenmesi lazım. Hekimler yapacaklarını fazlasıyla yapıyorlar.”
(katılımcı 13)

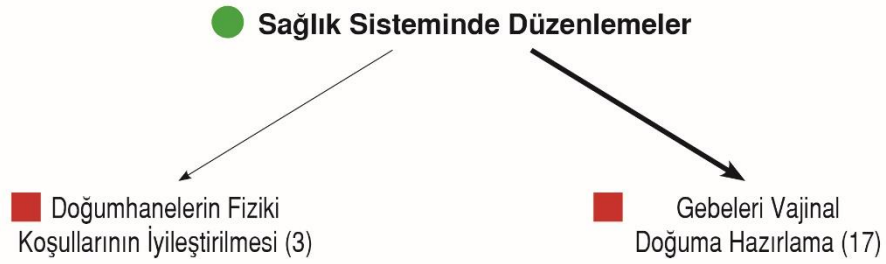
“Yasalar hekimi korumalı, normal vajinal doğumdan kaynaklanan komplikasyonlar için tazminat talep edilmemeli.” (katılımcı 14)

“Doktorlara malpraktis baskısının yapılmaması lazım.”(katılımcı 11)

“Omuz takılmasına bağlı komplikasyonların yasal yanının olmaması lazım.”(katılımcı 15)

4.3.2.3.Sağlık sistemindeki düzenlemeler

Bu alt tema 2 kategoriden oluşmaktadır. Sağlık sisteminde düzenlemeler alt teması ve kategorileri şekil 13’de gösterilmektedir.



Şekil 13. Sağlık Sisteminde Düzenlemeler Alt Teması ve Kategorileri

4.3.2.3.1. Doğumhanelerin fiziki koşullarının iyileştirilmesi

Katılımcılar, doğum ortamlarının hastanın mahremiyetini saygı gösterecek şekilde daha nitelikli hale getirilmesi gerektiğini ifade ettiler.

“Hastanelerde doğumhaneler çok uygun değil. Yani daha iyi olması lazım. Biz doğumhane ortamlarını iyi organize edersek eğitilmiş kişilerin sezaryen isteğinin azalacağını düşünüyorum.”(katılımcı 8)

“Hastaları normal doğuma teşvik etmenin yollarından biri de doğum evlerinin kalitelileştirilmesidir.” (katılımcı 10)

“Hastalar tek kişilik odalarda doğum yapmalı. Hasta mahremiyeti açısından”(katılımcı 7)

4.3.2.3.2.Gebeleri vajinal doğuma hazırlama

Katılımcılar, doğum hakkında yeterli bilgisi olmayan hastaların daha fazla sezaryen doğum istediklerini ifade ettiler. Bu sebeple gebe ve yakınlarının eğitilmesinin önemine vurgu yaptılar.

“Halkın eğitimiyle başlanmalı. Çünkü onlar çok kalabalıklar. Önce halk bilgilenecek, bilecek, hoşgörülü olacak, ondan sonra ebe halkaya dahil olacak. Ondan sonra hekim iyi eğitilecek ve doğru iş yapacak. Yani piramit gibi. Piramitin alt kısmı, tabanı halk, yani anne adayları.” (katılımcı 6)

“Bu konuda ben öncelikle yeterli bilgilendirilme konusunun ele alınması gerektiğini düşünüyorum. Anne eğer hangi şartlarla neyle karşı karşıya olduğunu bilinçli bir şekilde anlayabilen bir yapıdaysa, karşıdaki hekim bunu anlatma konusunda samimi ise o zaman isteğe bağlı sezaryen oranının önemli ölçüde azalacağına inanıyorum.” (katılımcı 8)

“Hasta ve yakınlarının vajinal doğum ve komplikasyonları hakkında bilgi sahibi olması lazım, bilinçli olması lazım. Doğum esnasında omzun takılabileceğini bilmeleri lazım”. (katılımcı 15)

“Bir nevi hani isimler değişik olabilir de, hani kimisi doğum koçluğu kimisi doğum terapisti diyor. Ne derse desin. Evet bunların mutlak suretle günümüzde bu eğitimi vermesi gerekiyor ve hastanın hakikaten kendini hazırlaması gerekiyor. Anne adayına bu bir doğumdur, biz sana her türlü katkıyı yapacağız demeliyiz.”(katılımcı 1)

Bazı katılımcılar, sezaryen talebinin altında yatan major faktörlerden biri olan doğum korkusunu azaltmanın bir yolu olabilecek ağrısız doğum seçeneklerinden bahsettiler.

“Ağrısız doğum yapabilseler kadınların pek çoğunun sezaryen yerine vajinal doğumu tercih edeceklerini düşünüyorum. Ağrısız doğum seçeneği ücretsiz olarak bütün kadınlara sunulacak olursa %30- 35'lere çekmenin uygun olacağını düşünüyorum Türkiye'de.”(katılımcı 2)

“Bazen hastalar iki ağrıda avaz avaz bağırma başlıyorlar. O zaman tamam bunun ağrı eşiği düşük diyorum ve ben bu hastaya sezaryen yapıyorum. Mecburen yapıyoruz. Ama epidural kateter takılma imkanı olsa bu hastalar çok fayda görüyorlar ve vajinal doğurabiliyorlar. Ama her hastanede bu mümkün olmuyor. Benim eski çalıştığım hastanesinde her hastayı epiduralle doğurtabiliyorduk.”(katılımcı 9)

“Doğum korkusu problemini çözmenin yolu epidural anesteziyi yaygınlaştırmaktır. Eğer epidural anestezi çok yaygın bir şekilde kabul görürse, desteklenirse devlet tarafından, medya tarafından, sezaryen oranları, korku nedeniyle olan sezaryen oranları en azından %10-15 azalır hemen bir günde. Çünkü çoğu hastanın fikri epidural nedeniyle değişebiliyor. Ama önünde işte maddi engeller var.” (katılımcı 12)

Bazı katılımcılar, doğum öncesi gebe eğitimlerinin faydalı olabilmesi için eğitimi veren ekibin hastaya güven vermesi, eğitimlerin bire bir yapılması ve ayrıca eğitim verenlerin hastanın doğumunda da yanında bulunmasının önemli olduğuna işaret ettiler.

“Hastanın güvendiği ebesi, hekimi olsa, eğitimi veren ebe doğumda yanında olursa vajinal doğum sayıları artar.”(katılımcı 16)

“Bu eğitimin ebeler tarafından verilmesi lazım. Eğitim ebe tarafından bire bir yapılmalı.”(katılımcı 7)

“Bu ekipte doktor, ebe, doğumda yanında olacağı kişiler olmalı. Sadece orada eğitim verip de çekileceği kişi değil de, eğitim aldığı ekibin de doğumda yanında olmasının gerçekten çok avantajları oluyor.”(katılımcı 5)

Katılımcılar eğitime rağmen doğum korkusu, anksiyetesi devam eden hastalar için gerekli durumlarda psikiyatrik/psikolojik desteğin faydalı olabileceğini ifade ettiler.

“Gebe eğitimi almak, annenin bireysel korkularını tamamen ortadan kaldırmayabiliyor. Yani bir fobisi, bir korkusu, bir panik bozukluğu falan varsa annenin bu eğitim sırasında bunlar ortaya çıkartılabilmelidir. Karşımıza oturan her bireyin psikolojik açıdan benzer kişiler olduğunu düşünerek, standart eğitim vermek gerçekçi bir yaklaşım değildir. Dolayısıyla herkesin korku eşiği, herkesin ağrı eşiği farklı olabileceğinden, vajinal doğum için eylemde bu normal fizyolojik süreci yönetmekte sıkıntı yaşayabilecek bir psikolojiye sahip olduğunu, bu eğitimlerden bizim anlayabilmemiz lazım. Ve böyle bir şey olduğunu tespit edebiliyorsak, bu gebeleri bizim psikoterapi, psikiyatrik müdahale dahil yönlendirebilmemiz lazım.”(katılımcı 8)

“Anksiyetesi olan hastalarda, eğer hekim gerekli görürse hastayı bir psikiyatriste yönlendirebilir, hastanın anksiyetesinin giderilmesi açısından.”(katılımcı 7)

”Psikoterapinin etkili olabileceğini düşünüyorum.” (katılımcı 13)

“Psikoterapi çok çok faydalı olacak. Sezaryen oranını çok olumlu yönde azaltır.”(katılımcı 5)

“Şimdi hafif bir korku, bu konuyu bilmedikleri için her gebede var. Ama gebe okuluna belli süre gittikten sonra bu korkuları azalıyor sorunu yok. Korkuları azalmıyorsa, aynı şekilde devam ediyorsa, onu da gebe okulundaki öğretmenler hissedip buraya kursa devam edin ama siz bir de psikoterapi alın diye onları yönlendirmeleri lazım.”(katılımcı 10)

Bazı katılımcılar doğum korkusu ya da anksiyetesini gidermek için psikiyatrik desteğin olumlu olabileceğini ancak uygulamada bazı zorluklar yaşanabileceğini ifade ettiler.

Şimdi orada doktorun psikolog olması lazım, ebeğin psikolog olması lazım, aynı zamanda doğum koçunun da psikolog olması lazım. O psikolojinin eğitimini onun vermesi lazım. Çünkü gece saat 3'te doğuma geldim. Ben psikoloğu nereden bulacağım. Ben doğum koçunu nereden bulacağım.”(katılımcı 4)

“Psikoterapi bence çok zor. Layikiyle yapılırsa, dört dörtlük yapılırsa sonuç alınabilir. Ama şu ortamda bunu yapabilmek mümkün değil. Sezaryen oranlarını bu şekilde düşürmek hiç mümkün değil. Çünkü bütün o gruba çok profesyonel bir destek yapacak elemana ihtiyaç var. Böyle bir eleman da yok. Doğum koçları var ama oranları düşürmez yani. 100 kişiden kaç kişi doğum koçuna gidiyor? Üç kişi. Geri kalan 97 tanesi, anksiyetesi olan 97 tanesinin elinde böyle imkanları da yok.”(katılımcı 12)

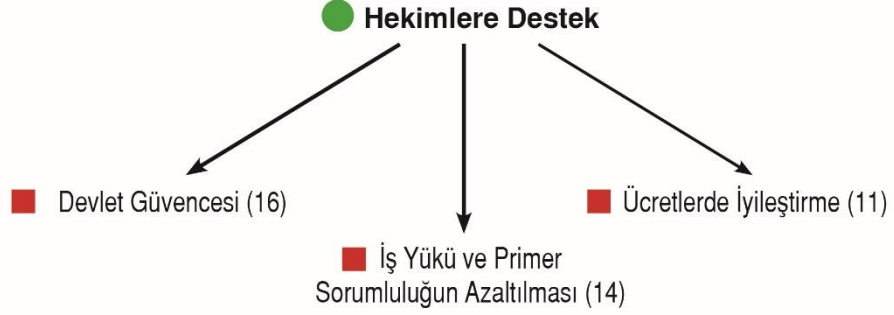
Katılımcılardan bazıları doğuma yardımcı personelin hastalara karşı olan tutum ve davranışlarının, doğum için gelen hastalar açısından önemine işaret etti.

“Devlet hastanesinde hastaya yaklaşım çok önemli. Güleryüzlü davranmak lazım.”(katılımcı 9)”

“Eğer bu işi sevmiyorsanız, doğumda sancı çeken kişiye karşı merhamet duygunuz az ise özellikle bayan personel olarak onlar hastalara güzel davranmadıkları için anaç tavrılı olmadıkları için hastalar daha çok sezaryen istiyorlar. Yani yardımcı sağlık personeli, ebesi, hemşiresi ya da doğum koçu bu işi yapan kişinin hastayı çocuğu gibi görüp böyle manevi yönden güzel desteklerse o zaman normal doğumlar artar”.(katılımcı 4)

4.3.2.4.Hekimlere destek

Bu alt tema 3 kategoriden oluşmaktadır. Hekimlere destek alt teması ve kategorileri şekil 14’de gösterilmektedir.



Şekil 14. Hekimlere Destek Alt Teması ve Kategorileri

4.3.2.4.1.Devlet güvencesi

Bu kategori altında hekimler ortaya çıkabilecek her türlü olumsuz sonuçta sorumluluğun paylaşılması, hekimlerin desteklenmesi gerektiğini ifade ettiler.

“Bence açıkçası normal doğum, hastayla doktorun muharebeye girmesi gibi bir şeydir. İkisinin birbirlerine çok iyi güvenmesi lazım. Şimdi burada öncü, yol gösterici doktorsa, önce devlet bu doktorun arkasında olacak. Doktor ona güvenecek. Doktor diyecek ki ben oluşacak olan komplikasyonlardan dolayı sorgulanmayacağım.” (katılımcı 4)

“Normal doğum yaptıran doktor arkadaşları sahiplensinler.” (katılımcı 4)

“Devlet taşın altına elini koymalı, doğumda çıkabilecek komplikasyonlar için hasta şikayet ediyor, doktor yüzüme gülmedi diye şikayet ediyor. Devlet sahip çıkacak, komplikasyon olunca devlet sahip çıkacak.” (katılımcı 16)

“Devletin hukuksal yardımında bulunması gerekir hekime.”(katılımcı 10)

“Biz mesela bakanlığın çalışıyoruz. Eğer bir şey varsa patronumuz bu şeyi bence üstlenmeli. Yani doktora çok yansımamalı.” (katılımcı 17)

“Sorumluluk paylaşmalı. Devlette hekim bakanlık adına çalışıyor. Omuz takıldı, paralizi oldu, hastanın dava edememesi lazım. Ama bu durumlarla hep hekim uğraşılıyor. Protokol ve kılavuz göndermekle olmuyor.” (katılımcı 16)

“Parayı kimler alıyorsa onlar sorumluluğu paylaşmalı. Özel hastanelerde hekim hastadan aldığı yüzde kadar tazminat ödemesi yapmalı. Geri kalan yüzdeyi hastane alıyorsa hastane o kadar tazminatı ödemeli. Yani hekim hak edişinin yüzdesi kadar tazminat ödemeli. Devlet kurumlarında ise eğer hekim döner sermayenin %10’u kadarını alıyorsa tazminatın da %10’unu ödemeli, geri kalan %90’ını bakanlık ödemeli.” (katılımcı 7)

4.3.2.4.2. Ücretlerde iyileştirme

Katılımcıların büyük çoğunluğu her iki doğum şekli için de eşit ücret aldıklarını, bir kısmı sezaryen doğum lehine (cüzzi), bir kısmı vajinal doğum lehine (cüzzi) bir ücret aldıklarını ifade ettiler. Sezaryen hızını azaltmak, hekimleri vajinal doğuma teşvik etmek için, vajinal doğum ücretlerinin artırılması ile ilgili görüşleri sorulduğunda katılımcılar ikiye ayrıldılar, bir grup katılımcı ücret farkının hekimleri vajinal doğuma yönlendirebileceğini belirttiler.

“Vajinal doğumun getirisinin sezaryen doğum getirisinden en az beş altı kat yüksek olması vajinal doğumları özendirmedi bir etken olabilir. Çünkü vajinal doğum uzun süreli takip gerektiren bir iş, oysa sezaryende zamanlamamız belli, yarım saatte işimizi bitiriyoruz. Ama vajinal doğum öyle değil. 10 saat 12 saat, bazen 24-48 saat takip edilen doğumlar oluyor”(katılımcı 2)

“Hekimleri teşvik etmek gerekir. Vajinal doğuma teşvik etmenin yollarından biri de kapitalist sistemde hekime vajinal doğum için yüksek ücret vermektir, bunun yapılması gerekir”. (katılımcı 10)

“Vajinal doğumla sezaryen arasında fark olmalı. Vajinal doğum yapan gebelere, ebelere ve hekimlere teşvik verilebilir.” (katılımcı 15)

İkinci grup katılımcı sorunun ücret olmadığını, ücreti artırmanın sorunları çözmeyeceğini, ücretlerin artırılması neticesinde başka sorunların baş gösterebileceğini ifade ettiler.

“Sonuçta hiçbir hekimin bunu ekonomik açıdan değerlendireceğini düşünmüyorum. Etik olarak yanlış. Yani hekime daha çok para verelim de daha çok vajinal doğum yaptırın. Yani parayla bu işin karşılaştırılması etik olarak yanlış. Hiçbir hekim bu kadar ucuz düşünmez diye düşünüyorum. Hakaret kabul ediyorum hatta”. (katılımcı 5)

“Bu işin parayla ilgisi olmadığını düşünüyorum. Problemler de artar. Yani daha büyük sorunlara yol açar. Sezaryen sonrası normal doğum yaptırmak gibi bir moda yol açar. Hiç sıcak bakmadığım bir konu.” (katılımcı 12)

“Korku varken 100 TL ile korkuyu mu aşacaksın?” (katılımcı 17)

4.3.2.4.3. İş yükü ve primer sorumluluğunun azaltılması

Bu kategori altında hekimler, korku duymadan, baskı hissetmeden, güzel şartlarda çalışmak istediklerini; bunun için doğumlarda primer sorumluluğun üzerlerinden kaldırılması gerektiğine, sadece komplike vakalara müdahale etmek istediklerine ve ekip çalışmasının avantajlı olduğuna değindiler.

“Hekimlerin doğumlar üzerindeki primer ya da birincil sorumluluğu ortadan kaldırılmalı.”(katılımcı 2)

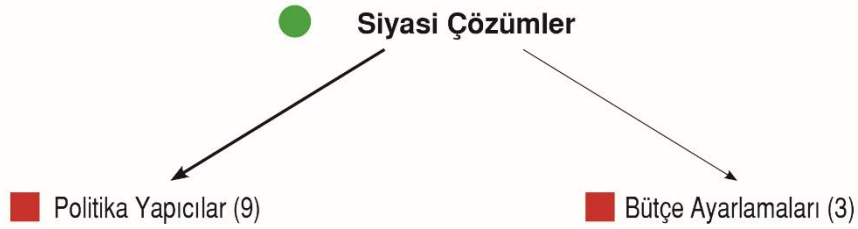
“Benim doktor olarak ebenin doğurtmadığı doğuma girmem lazım ya da hasta illaha doktorumu istiyorum dediği zaman doğuma girmem lazım.”(katılımcı 4)

“Hekim hekimliğini rahat yapacak, korku duymadan yapacak. Güzel şartlarda yapacak. Baskı altında hissetmeden yapacak.”(katılımcı 17)

“Ekip çalışması yapmak lazım. Mesela hastayı iki hekim takip etmeli. Biri izne çıktığında öbürü hastanın doğumunu yaptırmalı. Ayrıca hastayı iki hekim görmüş olur böylece. Hekimler de tatil planı yapabilirler” (katılımcı 11)

4.3.2.5. Siyasi Çözümler

Bu alt tema 2 kategoriden oluşmaktadır. Siyasi çözümler alt teması ve kategorileri şekil 15’de gösterilmektedir.



Şekil 15. Siyasi Çözümler Alt Teması ve Kategorileri

4.3.2.5.1. Politikalar ve politika yapıcılar

Bu kategori altında katılımcılar sağlık politikalarında yenilikler yapılması gerektiğini ve bu konuda politikacılara önemli sorumlulukların düştüğünü dile getirdiler.

“Bence sağlık politikaları en önemli olay. Politikacıların bu konuya bakışı değişmediği sürece bununla mücadele etmek imkansız.” (Katılımcı 1)

“Politika yapıcılar ilk adımı atmalı ve kadın doğum hekimlerini ezmekten vazgeçmelidirler.”(katılımcı 2)

“Politikacı önce samimi olacak”. (katılımcı 4)

“Politika yapıcuların normal vajinal doğumu desteklemeleri lazım”.(katılımcı 15).

“Sezaryen oranlarını düşürebilmek için sadece hekimlere yüklenmemeli, sac ayak tamamlanmalı, hasta ve hasta yakınları, hekim ve sağlık sunucuları, hastaneler ve aynı zamanda yargı arasında bir denge oluşturulursa bu sorunun üstünden geleceğimizi düşünüyorum.”(katılımcı 3)

“Normal doğumu yaptırdığında çıkan bu komplikasyonları hiç olası komplikasyonlar gibi düşünmeyip de hakimler, savcılar hemen doktorun suçu diyerek doktorun üzerine çullanmazlarsa, devlet kurumları, devlet yöneticileri çullanmazlarsa, medya bu şekilde doktorların üzerine çullanmazsa bu da bir faktör olur ve sezaryen oranları biraz düşmeye başlar.” (katılımcı 10)

4.3.2.5.2. Bütçe ayarlamaları

Katılımcılardan biri, bütçelerin gözden geçirilmesi gerektiğini ve hem sağlığa, hem de hekim eğitimine ayrılan bütçelerin artırılması gerektiğini ifade etmişlerdir.

“Bugün sağlık sistemine harcanan para diyanete harcanan paranın beşte biri. O zaman bir şey söyleyeyim insanlar o zaman ölsün. Cenaze namazını kaldıracak imama mı ihtiyacımız var yoksa dönüyorum diğer tarafa. Bir kez tüm eğitime, hekim eğitimine harcanan paralar çok düşük, ayrılan bütçeler çok düşük. Ve bu bütçeler içerisinde de öncelikle bunu gözden geçirmek gerekiyor.” (Katılımcı 1)

4.3.3. Tema 3. Sezaryen Doğumun Olası Sonuçları

Bu tema 3 alt temadan oluşmaktadı. Bunlar; sezaryen doğumun anne sağlığı üzerine sonuçları, bebek sağlığı üzerine sonuçları ve diğer sonuçlar.

4.3.3.1. Anne sağlığı üzerine sonuçlar

4.3.3.1.1. Olumlu sonuçlar

Bu kategoride katılımcılar sezaryen doğum ile ilgili olumlu düşüncelerini dile getirdiler. Hayat kurtarma dışında, sezaryen doğumun GÜS'ü daha fazla koruduğunu, gebeler için doğum sancısı ve epizyotomi sıkıntısı çekmemeye bağlı daha konforlu bir doğum seçeneği olduğunu, psikoterapiye rağmen korkularını yenemeyen annelerde sosyal anlamda yararlı olabileceğini ifade ettiler.

“Yani daha çok sosyal anlamda. Evet mevcut yaratılan şartlardan dolayı sezaryen daha anne dostu gibi görünüyor belki.” (katılımcı 8)

“Hazır paket bir program. Yani hazırlanıyorsun, geliyorsun, ameliyatını oluyorsun, ne böyle ağrı sancı çekiyorsun, ne bir şey çekiyorsun. Sonrasında da çok büyük bir ağrı sancı çekmiyorsun. Bunlar avantajları. Günü belli, saati belli. Komplikasyonlardan uzak, her şey kontrol altında daha sosyal bir çerçevede işte odalar süsleniyor falan ondan sonra her şey hazırlanıyor gibi avantajları var.” (katılımcı 12)

“Bir kere hasta doğum sancısı çekmiyor, ameliyat esnasında lokal anesteziyle de spinal anesteziyle de doğum yaptığı için doğumun her anını izleyebiliyor, şahit oluyor, doğurur doğurmaz vajinal doğumda olduğu gibi çocuğunu görebiliyor, post operatif ağrısını da iyi kesecek olursak hiç ağrı duymadan, günümüz ameliyat koşulları, modern ameliyat koşullarını da düşünecek olursak son derece sağlıklı bir doğum yapıyor.” (katılımcı 2)

“Sezaryenin normal doğumdan kaynaklanan GÜS ile ilgili olumsuz yan etkileri olmuyor. İdrar kaçırma veya vajende genişleme gibi.” (katılımcı 13)

“Kadının genital bölgesi bozulmuyor. Ameliyat olmak zorunda kalmıyor.” (katılımcı 6)

“Vajinal yolla üç kiloluk veya dört kiloluk bir bebeği doğurmadığı için de genital relaksasyondan, pelvik relaksasyondan çok daha az etkileniyor.” (katılımcı 2)

“Bir kere uzun eylem çekmiyorlar. Uzun eylemde çok yorucu oluyor bazen. Epizyotomiyle ilgili eziyet olmuyor. Hatta konforlu gibi oluyor.” (katılımcı 5)

“Bazı özel durumlarda sezeryan, fazla stres yaşamama şansı sağlayabilir; örneğin kadının vajinismusu varsa, psikolojik korkuları çok fazlaysa, belki de doğumhane ortamlarında korkularını yenemediği takdirde, korkuya yönelik psikoterapiye cevap vermediği takdirde sezeryan anne açısından faydalı olabilir.”(katılımcı 8)

“Korkan anneler için mantıklı. Bu hastalar genelde doğuma hazır olmayan hastalar.”
(katılımcı 9)

Katılımcıların sezaryen doğumun anne açısından olumlu düşünceleri şekil 16’da kelime bulutu olarak gösterilmektedir.



Şekil 16. Katılımcıların Sezaryen Doğumun Anne Sağlığı Açısından Olumlu Düşüncelerinden Oluşan Kelime Bulutu (<https://Wordart.Com/Create>, Erişim:17.02.2021)

4.3.3.1.2. Olumsuz sonuçlar

Bu kategori altında hastalar sezaryen doğumun olumsuz yönlerinden, bir anlamda komplikasyonlarından bahsettiler. En sık belirtilen olumsuzluklar; intraoperatif komplikasyonlar, batın içi yapışıklıklar, atoni ve buna bağlı doğum sonu kanamaları, doğum sonu ağrı, peritonit, batın içi abse, sekonder infertilite, sonraki gebeliklerde

görülmesi olası plasenta yerleşim anomalileri, skar gebelikleri ve uterus rüptür riski, anestezi komplikasyonları, geç mobilizasyon ve lohusaların bakıma muhtaçlığıydı.

“Dokularda deformasyonlar olabilir ve açıkçası bunu gerçekten gördüm herkes alt segment kesisini aynı yerden yapmıyor, yani çok gördüğüm bir şey, alt segment kesisini bayağı aşağıdan yapıyor. İkinci sezaryenlerde ameliyat yerindeki dokunun ne kadar deforme olduğunu ve en küçük bir kontraksiyonda daha doğum başlamadan bile gebeliğin başlangıçlarında rüptürler olabileceğini görüyoruz.” (katılımcı 1)

“Normal gündelik yaşamlarına biraz daha geç dönüyorlar sezaryen konusunda. Birinci gün, ikinci gün vajinal doğum yapmış bir kadın, günlük yaşantısına dönebiliyor (tabii komplikasyonsuz vajinal doğumdan söz ediyoruz). Sezaryende ise bu oran bir haftaya yaklaşmakta.”(katılımcı 2)

“Özellikle post operatif dönemde ağrı hissediyor hastalar, en modern yöntemleri de kullansak, hastaların beklendiğinden daha fazla ağrı çektiğini görüyorum ben.”(katılımcı 2)

“Postoperatif komplikasyonlar olabiliyor. Sonraki gebeliğinde gebeliğe bağlı komplikasyonlar çıkabiliyor.”(katılımcı 9)

“Sezaryen sonrası komplikasyonlar daha fazla, ağrı, batın içi yapışıklık, düzensiz kanamalar.”(katılımcı 14)

“Daha uzun hastanede yatış süresi, geç mobilizasyon, bağırsak düzeninin geç oluşması (abdominal distansiyon), kanama ve enfeksiyon.”(katılımcı 15)

Bazı katılımcılar sezaryenin anne açısından herhangi bir olumsuzluğu olmadığını ifade ettiler.

“Anne açısından sezaryenin olumsuz bir sonucu olduğunu düşünmüyorum. Bu çağda, bu ameliyathane şartlarında anestezi ve bakım şartlarında yok.”(katılımcı 16)

Vallaha sezaryende anne için olumsuz bir etki görmüyorum. Görmedim sadece doğum beklentisiyle çok böyle baskı altında kalmış bir hasta, sezaryen olmuşsa onun kırıklığını

yaşıyor. O da çevrenin bir şeyi. Kendisinin bir şeyini yaşayan ben görmedim. Yani çevre, evet evet. Annelerde olumsuz bir şey görmedim aksine çok memnunar yani.(katılımcı 17)

Katılımcıların sezaryen doğumun anne sağlığı açısından olumsuz düşüncelerinden oluşan kelime bulutu şekil 17’de gösterilmektedir.



Şekil 17: Katılımcıların Sezaryen Doğumun Anne Sağlığı Açısından Olumsuz Düşüncelerinden Oluşan Kelime Bulutu (<https://wordart.com/create>, erişim:17.02.2021)

4.3.3.2.Bebek Sağlığı Üzerine

4.3.3.2.1.Olumlu sonuçlar

Bu kategori altında katılımcılar, hayat kurtarması dışında, sezaryen doğumlarda doğum travmalarının daha az görüldüğünden, asfiksi gelişme ihtimalinin daha az olduğundan söz ettiler.

“Bebeğin doğum travmasına maruz kalmadığını görüyorum ve izliyorum ben sezaryenlerde evet tabi. Son zamanlarda ortaya atılan genital kanaldan geçen bebeğin daha iyi nefes alacağı doğum kanalındaki baskıya maruz kaldığı için sıvıları, sekresyonları daha iyi atacağı

görüşüne katılmıyorum. Yüzlerce, binlerce sezaryen yaptırmış bir hekim olarak sezaryen doğumların çok sağlıklı doğumlar olduğunu düşünüyorum, bebeğin kesinlikle herhangi bir şekilde hipoksiye maruz kalmadığını düşünüyorum (intrauterin hipoksiyi ayıracak olursak), vajinal doğumdaki olası risklerin bebeği etkilemediğini düşünüyorum sezaryende.” (katılımcı 2)

“Bebek içinde ufak tefek doğum sıkıntıları varsa onları bypass ediyorsunuz.” (katılımcı 5)

“Çocukta daha çok yaşıyor.” (katılımcı 6)

“Bebek travaydaki gibi sıkıntı çekmiyor. Oksijensiz kalma ihtimali az oluyor. Travay bilinmeyenlerle dolu, süreçte başınıza her şey gelebilir. Onların hepsini ekarte ediyoruz.” (katılımcı 13)

“Omuz takılma ihtimalinin azalıyor, asfiksi daha az görülüyor.” (katılımcı 15)

“Sezaryenle sağlıklı bebek doğma ihtimali daha fazla. Günü belli olduğu için daha az stres çekiyorlar. Ameliyat riskini yok sayabiliriz. Eskiden doğumevinde normal doğum yapıp kiviözde kasılan bebekleri görürdüm. Aileye nasıl laf anlatacağım diye düşünürdüm.” (katılımcı 11)

Katılımcıların sezaryen doğumun bebek sağlığı açısından olumlu düşüncelerinden oluşan kelime bulutu şekil 18’de gösterilmektedir.



Şekil 18. Katılımcıların Sezaryen Doğumun Bebek Sağlığı Açısından Olumlu Düşüncelerinden Oluşan Kelime Bulutu (<https://Wordart.Com/Create>, Erişim:17.02.2021)

4.3.3.2.2. Olumsuz sonuçlar

Katılımcılar sezaryen doğum sonrası bebeklerde iyatrojenik prematürite başta olmak üzere, solunum problemlerinin daha fazla görülebileceğini, ilerleyen yıllarda bu bebeklerde alerji, astım, otizm ve immun yetmezliklerin gelişme ihtimali olabileceğini belirttiler.

“Bebek için astımla ilgili bir takım risklerin arttığı söyleniyor. Erken alındığı zaman prematüriteye bağlı problemlerin olduğunu çok görüyoruz zaten. Onun dışında sezaryenin, bebeğin florasının, mikrobiyatasının gelişiminde olumsuz etkisi var bildiğim kadarıyla.” (katılımcı 5)

“Sezaryenle doğan bebek bir kere olgunlaşmadan çıkıyor. Annenin ağrılarının tutup bebeğin spontan olarak çıkması çok daha doğru. Sezaryende randevulu çıkıyor genelde. İkincisi

aspirasyonlar daha çok oluyor ve vücut tam prese olup çıkmadığı için özellikle akciğer sorunları daha çok oluyor.”(katılımcı 6)

“Islak akciğer olma riski var, mikrobiyata florasının alınmadan kanaldan çıkma riski var. Efendim bunun gibi erken doğumdan dolayı sezaryanı 38-39’da, özellikle 39 haftadan gün alınca yapıyoruz ama 37,5’te de sezaryene anne alınmışlığı görmüşlüğüm var. Dolayısıyla erken doğumdan dolayı akciğerler tam matüre olmadan çıkma sıkıntıları olabilir” (katılımcı 8).

“Bebek açısından; yenidoğanın alerjik sorunları sezaryen doğum sonraları daha fazla.”(katılımcı 14)

“Bebek kanaldan stres geçirmeden çıkarsa akciğerlerdeki sıvıyı atamıyor, ıslak akciğer oluyor. Efendim annenin kanalından geçmenin bebeğin bağırsak florası, mikrobiyatasıyla ilgili katkıda bulunduğu, bu olmadığı takdirde bebekte ileride bir takım alerjik astım gibi, immun yetmezlikler gibi, hatta otistik bebekler gibi komplikasyonlara gidebilecek problemlerin olabileceği iddia ediliyor. Bunlara %100 kesin inanılmıyor ama sezaryenin bu kadar sık yapıldığı bu dönemde öncesine göre bu hastalıkların kat be kat, 5 kat 10 kat arttığından bahsediliyor.”(katılımcı 8).

Bazı katılımcılar sezaryen doğumların bebeklerde herhangi bir olumsuzluğa neden olabileceğine inanmadıklarını belirttiler.

“Bebek açısından çok fazla olumsuz yönü olduğunu düşünmüyorum. (normal doğumda o florayı alıyormuş Çok inanmıyorum)” (katılımcı 9)

“Bebek açısından da olumsuz bir şey olduğunu düşünmüyorum. Ben düşünmüyorum. Yani yıllardır doğurtuyoruz, sırf sezaryen oldu diye bir şey görmedik.” (katılımcı 17)

“Bebek için değişen bir şey yok.”(katılımcı 12)

“Bebek için ben sezaryende ters gidecek bir şey olacağını düşünmüyorum. Astım hastalığının biraz daha fazla olabileceği söyleniyor.”(katılımcı 11)

“Bebek için olumsuz yönü olduğunu düşünmüyorum.”(katılımcı 13)

Katılımcıların sezaryen doğumun bebek sağlığı üzerindeki olumsuz düşüncelerinden oluşan kelime bulutu şekil 19’da gösterilmektedir.



Şekil 19. Katılımcıların Sezaryen Doğumun Bebek Sağlığı Açısından Olumsuz Düşüncelerinden Oluşan Kelime Bulutu (<https://wordart.com/create>, erişim:17.02.2021)

4.3.3.3. Diğer olumsuzluklar

Katılımcılar, bu kategegoride hastane enfeksiyon riskinin artışından, sezaryenin ülke ekonomisi üzerindeki yükünden ve hastaların tekrarlayan sezaryen operasyonları geçirmesine bağlı olarak hastaların ve hekimlerin yaşayabileceği sıkıntılardan bahsetmişlerdir.

4.3.3.3.1 Hastane enfeksiyon oranında artış

“Her beş yılını dolduran hastaneler ameliyathaneleri ile ilgili yenileme çalışmaları yapmazlarsa dünyanın hangi ülkesinde olursanız olunuz hastane enfeksiyonları sıklığına rastlama ihtimaliniz artıyor. Ne yaparsan yap siz bu kadar yoğun ameliyat yapıyorsanız ameliyat enfeksiyon riski neticede.” (katılımcı 1)

4.3.3.3.2. Maliyet artışı

“Sezaryen cerrahi bir müdahale, maliyeti var.” (katılımcı 14)

“Anne ve bebek hayatının tehlikeye girmesi dışında maliyet artıyor. Hastaların hastanede kalış süreleri uzuyor.”(katılımcı 9)

“Ülke ekonomisine zarar. Sezaryen doğum, vajinal doğuma göre daha masraflı”(katılımcı 15)

4.3.3.3.3. Komplikasyon riski yüksek ameliyatlar

“Tekralayan sezaryen operasyonları ile ilgili olumsuzluk kadın kadar, bu ameliyatı yapan hekimleri de ilgilendirmektedir. Tehlikeli, mortalitesi yüksek sezaryenler bizleri beklemektedir.”(katılımcı 3)

“Mesela çok sezaryen olmuş kadınlarda, üçüncü, dördüncü sezaryenlerde bir sürü komplikasyonlar çıkabiliyor. Bunlar öldürücü, fatal olabiliyor. Bu hekimleri sürekli risk altında bırakıyor.”(katılımcı 10)

“Yani üç kere sezaryen olan kişi bir kanser operasyonuna gireceği zaman bu doktor üç kere düşünür. Acaba rahime yapışık mı bu, ön duvara yapışık mı, bağırsaklara yapışık mı, efendim çevre dokulara yapışık mı? Bunları düşünerek böyle bir riskde var. İleride malignite, kanser riski taşıyan bir hasta üç kere sezaryen geçirmişse ameliyat başarı şansı inanılmaz daha düşük. Bu hiç konuşulmayan bir konu”.(katılımcı 4)

“Evet böyle devam edersek sezaryen sonrası gördüğümüz komplikasyonların sıklığı çok artacak. Hastalar kanayacak, anne ölümleri artacak ve doktorlar daha çok sıkıntıya girecekler”(katılımcı 13)

Bazı katılımcılar sezaryen artışın olumsuz sonuçlara yol açmadığını, bu konuda endişe duymadıklarını belirttiler.

“Bu yüksek oranlar beni endişelendirmiyor. Türkiye nüfusu zaten fazla. Daha fazla artmaması lazım. Bu politikanın yanlış olmadığını düşünüyorum. %100 bile olabilir, sorun değil. Anadolu toprakları için bu nüfus çok fazla.” (katılımcı 7)

“%52 ile devam edebiliriz bence hiçbir sakıncası yok. %52 olmasının da bir sakıncası yok.” (katılımcı 12)

“Bence düşürülmesin. Ben 31 yıllık hekimim eskiden dışarıda uteruslar, idrar kaçırma problemleri çoktu. Sezaryen sayıları arttı ama jinekolojik ameliyatlarda azaldı. Eskiden vajinal doğum yapan kadınların 1/3’ü idrar kaçırdı, bir sürü jinekolojik ameliyat yapıldı. Şimdi jinekolojik operasyonlar azaldı.” (katılımcı 16)

Katılımcıların sezaryen doğumun anne ve bebek sağlığı dışındaki olumsuz düşüncelerinden oluşan kelime bulutu şekil 20’de gösterilmektedir.



Şekil 20. Katılımcıların Sezaryen Doğumun Anne ve Bebek Sağlığı Dışındaki Olumsuz Düşüncelerinden Oluşan Kelime Bulutu (<https://wordart.com/create>, erişim:17.02.2021)

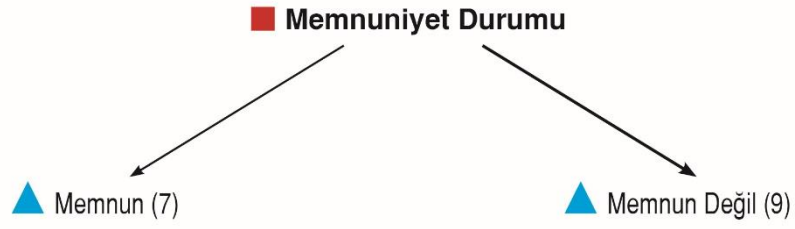
4.3.4. Tema 4. Türkiye’de Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanı Olmak

Bu tema altında katılımcılar, KHD uzmanı olmakla ilgili memnuniyet durumlarını, pişmanlıklarını, çocuklarına ve gelecek nesile tavsiyelerini, tekrar baştan başlayabilseler hangi branşı tercih etmek isteyebileceklerini ve KHD uzmanlığının geçmişi, bugünü ve geleceği hakkındaki düşüncelerini belirttiler.

4.3.4.1. Memnuniyet / Memnuniyetsizlik

4.3.4.1.1. Memnun olma durumu

Bu kategoride katılımcıların memnuniyet durumlarını şekil 21’de gösterilmektedir.



Şekil 21. Katılımcıların Meslekten Memnuniyet Durumları

Memnun olduklarını ifade eden katılımcılar, KHD uzmanlığının pozitif, heyecanlı, tatminkar, keyifli ve güzel bir branş olduğunu dile getirdiler.

“Çok pozitif bir meslek. Sonuçta aileye bir bebek veriyorsunuz. Estetik cerrahide bile bir artı katmıyorsunuz? Safra kesesini alıyorsunuz, bağırsakları alıyorsunuz ya da burnunu düzeltiyorsunuz. Ama burada bir gelen canlıdan iki canlı çıkarıyorsunuz. Bu çok keyifli bir şey ve beni en tatmin eden kısmı galiba bu.” (katılımcı 3)

“Ben memnunum ama sevdiğim işi yapıyorum. Sevdiğim işi, sevdiğimle beraber, sevdiğim bir hastanenin yanında yapıyorum. Benden keyiflisi yok Adapazarı'nda. Ama ben bu işten zevk alıyorum. Onun için yapıyorum. Para için yapılacak iş değil.” (katılımcı 4)

“Pozitif bir branş. Hem hastayı hem hekimi sevindiren pozitif bir branş. Üzülduğümüz zamanlar daha nadir. Hep öyle yaşadım. Mesela bir nörolojiyi asla yapamazdım. Kadın doğumda hasta ile birlikte bir çocuk doğduğunda sen de seviniyorsun, güzel bir branş” (katılımcı 6)

“Memnunum, kendi halimden memnunum. En azından biraz hekimlik yaptım.” (katılımcı 16)

Memnun olmadığını ifade eden katılımcılar, emeklerinin karşılığını alamadıkları, korkarak bu işi yapmak zorunda kaldıkları için ve KHD hekimliğinin olumsuz gidişatından dolayı memnun olmadıklarını dile getirdiler.

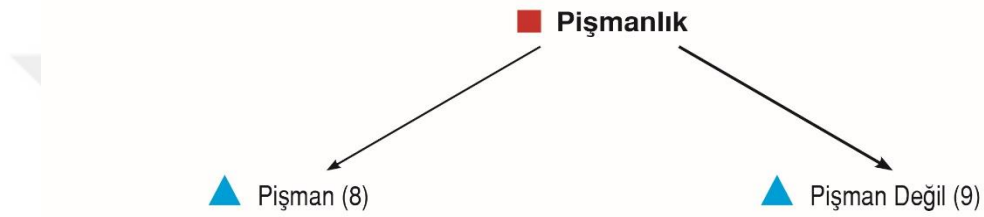
“Ben çok mutlu olduğumu düşünmüyorum. Ben memnum değilim, değmez. İnsanlar için emek veriyorsunuz....” (katılımcı 11)

“Ben mesleğimi seviyorum. Yıllarca yaptım. Son yıllarda korkarak yapıyorum. Devletten korkuyorum. Bizi tutmuyor, arkamızda yok”.(katılımcı 7)

“Vallaha her geçen gün daha kötüye gittiğini görüyorum. Şu anda memnum değilim. İlk yıllarda memnundum.”(katılımcı 13)

4.3.4.1.2. Pişmanlık

Bu kategori altında katılımcıların düşünceleri şekil 22’de gösterilmektedir.



Şekil 22. Katılımcıların Mesleği Seçme Konusundaki Pişmanlık Durumları

Pişman olduklarını belirten katılımcılar, KHD hekimliğinin geleceği konusundaki endişeleri ve hasta hekim arasındaki kurulamamış dengeden dolayı pişmanlık duyduklarını ifade ettiler.

“Şu anda hepimiz pişmanız. Kadın doğum branşının bu hale geleceğini bilseydik hiçbirimiz kadın doğumcu olmazdık. Buna rağmen kadın doğumcu olacağım diyen insandan şüphe ederim ben.”(katılımcı 10)

“Hekim olduğuma pişman değilim, bu net! Doktorluk gerçekten farklı benim gözümde yüksek bir meslek. O değerini kaybetmiyor ne olursa olsun. İnsanlar çocuklarının doktor olmasını isterler. Toplumumuz böyle yani; doktoru bir anda yükseltir, kızını doktora vermeye çalışır, oğlu doktor olsun ister falan böyle şeyler var. Ama bir yandan vatandaşa da doktora düşmanlıkta var. Denge kurulamamış bir türlü. O yüzden pişmanlıklarım var. Doktorluğa karşı değil de branş anlamında.”(katılımcın 17).

Pişmanlık duymadıklarını ifade eden katılımcılar, bu meslekten zevk aldıklarını ve severek yaptıklarını ifade ettiler.

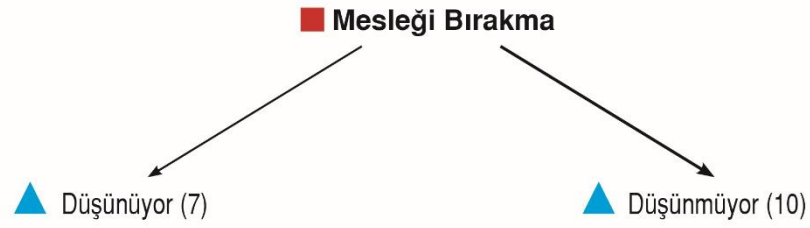
“Hekimliğin ötesinde bir tadı var.”(katılımcı 3)

“Zevk alarak yaptığım bir iş olduğu içinde devam ediyorum.”(katılımcı 4)

“Pişman olmadım, severek yaptım.”(katılımcı 16)

4.3.4.1.3.Mesleği Bırakma

Bu kategori altında hekimlerin mesleği bırakma ile ilgili düşünceleri şekil 23’de gösterilmektedir.



Şekil 23. Katılımcıların Mesleği Bırakma Konusundaki Düşünceleri

Mesleği bırakmayı düşünmediklerini belirten katılımcılar, KHD uzmanlığını severek yaptıkları, iyi eğitim aldıkları ve işi iyi yaptıklarını düşündükleri için mesleği bırakmayı düşünmediklerini belirttiler.

“Mesleği bırakmayı düşündüğüm hiçbir dönem olmadı. Neden? Kendi adıma konuşuyorum, ben işimi iyi demeyeceğim, çok iyi yapan bir hekimim. Çünkü çok iyi eğitim aldığımı biliyorum. Eee karakterim bu işe uygun. Bilgisini sürekli yenileyen, becerilerini hala artırmaya devam eden ve altından kalkamayacağım bölümümle ilgili sorun olmadığı için de ve bu işi kolay ve akışkan yapıyorum. Zorlanarak yapmıyorum. Yani belki şunu söyleyeyim ki kendi kişiliğim ile ilgili bir şey ben çok şeyim, pragmatik bir insanım. Yani sonuç odaklı düşünen bir insan olduğum için bana kolay geliyor.”(katılımcı 1)

“Mesleği bırakmayı düşündüğüm bir dönem olmadı hiç. Ben her zaman mesleğimi severek yaptım. Ancak son yıllarda kadın doğum hekimliğinin giderek aşağı çekildiğini gördüm. Bu da beni üzdü. Asistan kalitesi giderek azaldı. Bu nedenle de eğitici olma inadımdan vazgeçerek özel hastaneye geçtim.”(katılımcı 2)

“Yok düşünmedim, mesleği bırakmayı düşünmedim. Sadece geldiği yerlere üzülerek ben işime devam ettim hep. Göğüsledik hepsini gerçekten hani nedir doktor hasta ilişkilerinin bozulması hoş olmuyor, o kavgalar gürültüler hoş olmuyor hani bir şey olduğu zaman emeğinin görülmemesi hoş olmuyor.” (katılımcı 17)

Mesleği bırakmayı düşündüğünü belirten katılımcılardan biri KHD'nin yorucu, stresli ve insanı tüketen bir branş olduğu için bırakmayı düşündüğünü, bir diğeri mutsuz olduğu için bırakmayı düşündüğünü, bir başka katılımcı ise bırakmak istediğini ancak maddi nedenlerden ötürü bırakmadığını ifade etti.

“Hep düşünüyorum. Ne yapabilirim diye düşünüyorum. Fazla mutlu değilim hekim olduğum için. Gelir getirisi olsa yeteneklerime uygun bir iş yaparım.” (katılımcı 11)

“Mesleği bırakmayı düşündüğüm zaman oldu. Özel bir şey olmadı ama birikim oldu. (katılımcı 13)

“ Mesleği bırakmayı düşündüğüm oldu ama devam ediyorum eşim çalışmadığı için.” (katılımcı 15)

Yorucu, gece çalışması, stresi çok yoğun. Her zaman iki yönlü düşünmem gerekiyor anne ve bebek. Jinekoloji çok yorucu değil, infertilite çok yorucu değil zevkli bile. Ama obstetri insanı gerçekten tüketen bir dal.”(katılımcı 5)

4.3.4.1.4.Yeniden Başa Dönülse

Katılımcıların 7'si yeniden başa dönme imkanları olsa yine KHD hekimliğini tercih etmek isteyeceklerini, 10'u ise farklı branşlara yönelebileceklerini belirttiler.

Katılımcıların tercih edebileceklerini ifade ettikleri en sık iki branş dermatoloji ve plastik cerrahiydi.

“Ben hayatımdan memnunum öyle söyleyeyim. Geçmişte de memnundum şimdi de memnunum geleceği de böyle. Memnunum şu an daha iyi bence.Şu an daha iyi, daha iyiye gidecek inşallah. Tekrar kadın doğum hekimi olurum yani.”(katılımcı 12)

“Yeniden başa dönsem yine kadın doğum hekimi olurdum. Ben başka bir şey yapamam”(katılımcı 9).

“Asla yeniden başa dönsem kadın doğum hekimi olmazdım. Bana yasal sıkıntı getirmeyecek, acili olmayan, dermatoloji vs yazardım.”(katılımcı 13)

“Cerrahi branş seçmem, daha rahat bir branş seçerdim”.(katılımcı 17)

“Radyolog, Kulak burun boğaz hekimi veya fizik tedavi uzmanı olabilirdim”(katılımcı 15)

“Şu koşullarda kadın doğum hekimi olmayı istemezdim. Cildiyeyi tercih ederdim.”(katılımcı 11)

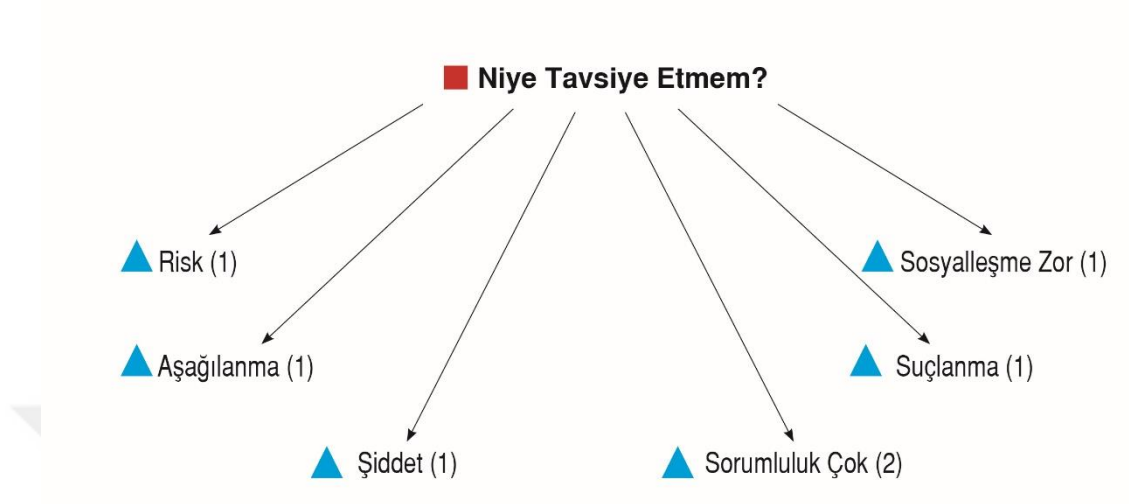
4.3.4.2. Çocuklarına tavsiyeler

Bu kategori altında katılımcıların 6’sı çocukların KHD hekimi olmasını istemediklerini, 4’ü istediklerini, 1 katılımcı ise nötr olduğunu belirtti. 5 katılımcı çocukları talep ederlerse engel olabileceklerini ifade etti.

4.3.4.2.1.Niye tavsiye etmem ?

Katılımcılar, KHD hekimi olmanın sosyalleşmeyi engelleyen bir branş olduğunu, gece gündüz çalışmak zorunda kalındığını, Türkiye’de hekimlerin hak ettiği değeri

göremediklerini, KHD hekimliği için bir gelecek olmadığını, bu sebeplerle çocuklarına tavsiye etmediklerini ifade ettiler. Katılımcıları görüşleri şekil 24’de gösterilmektedir.



Şekil 24. Katılımcıların Kendi Meslekelerini Çocuklarına Tavsiye Etmeme Nedenleri

“Engel olmazdım ama teşvikte etmezdim. Yani nötr davranırdım. Şunu derdim: “Kendi seçimini kendin yap, iyi analiz et, iyi gör, benim yaşantımı da gördün”. Kadın doğum hekimliği çok fazla sosyalleşmeyi engelleyen bir branş, bunu kabul etmek gerekiyor çünkü. Vicdanınızla sürekli yüzleşmek durumundasınız. Yani gebe takip ediyorsunuz ve size bağlanmış bir insan ve doğum aşamasında. Ona ben tatile gidiyorum, ben seyahate gidiyorum, ben düğüne gidiyorum, gerçekten de karşı tarafı travmatize diyecek bir durum olduğu için yani vicdanımızda hep baş başasınız, karşı karşıyasınız.” (katılımcı 1)

“Vallahi ben tıp okumalarına bile karşıyım çocuklarımla. Bırakın cerrah olmalarını kadın doğumcu olmalarını, tıp bile okumalarını istemiyorum. Üniversite sınavına girme aşamasında iki çocuğum var. Özellikle kızım tıbbi çok istiyordu. Hem annesi, eşim de doktor hem ben, O’na tıp okumaması gerektiğini, Türkiye’de özellikle okumaması gerektiğini, hekimliğin giderek aşağılandığını söyledik. Öğretmenliğin aşağılandığını, peşinden hekimliğin aşağılandığını görüyoruz bugün Türkiye’de. Buna şiddet olayları da en güzel kanıtlardan bir tanesi.” (katılımcı 2)

“Ben onlara şunu söylüyorum: ‘Gece uyandırılmaktan zevk alıyor musun? Peki birisine yardımcı olduğun için kendini mutlu hissedecek misin?’ Bunlara evet diyebiliyorsan o zaman kadın doğumcu ol. Ama gece uyandırılmak sizin hoşunuza gitmiyorsa, nereden çıktı bu hasta

diyecek bir mizacınız varsa, niye beni rahatsız etti diyecekseniz bu iş çekilmez. Çünkü doğumların yarısından fazlası gece oluyor ve siz gece daha çok kaldırılıyorsunuz.” (katılımcı 4)

“İkisi de istedi ama ben reddettim. Kızımı zorla dış hekimliğine yönlendirdim. Kızım tıp okumak istiyordu. Ben tıp okursa Kadın Doğum hekimi olur diye zor ikna ettim. Yeni nesilde Kadın Doğum hekimliği için bir gelecek yok. Birine beddua edeceksen kadın doğum hekimi olursun inşallah diyeceksin.”(katılımcı 7)

“Bir şey dememe gerek yok, her saatte gitmeyi, gece nöbete gitmeyi istemiyoruz diyorlar. İsteselerde tavsiye etmezdim.”(katılımcı 14)

4.3.4.2.Niye tavsiye ederim?

Katılımcılardan biri çocukları hekim olurlarsa kendi tecrübeleri ve yaşadıkları neticesinde önlerinin daha açık olabileceğini ifade etti.

“Eğer benim çocuğum hekimliği isteseydi benim yaşadığım zorlukları yaşamayacaktı. Önü daha açık olacaktı ve mesleğinde çok daha iyi bir noktaya çok daha hızlı bir şekilde ulaşacaktı. Onun çocuğuda tıp seçseydi çok çok daha iyi bir yerde bir doktor olacaktı. Aile içi birikimle daha güzel noktalara ulaşıyor”. (katılımcı 3)

4.3.4.3.Geçmiş/Günümüz/Gelecek

Bu alt tema altında katılımcılar, KHD hekimliğinin geçmişi, günümüz ve geleceği hakkındaki düşüncelerini belirttiler.

4.3.4.3.1.Geçmiş

Tüm katılımcılar geçmiş ile ilgili olumlu söylemlerde bulundular. Geçmişte KHD hekimliğinin en favorisi, en parlak , Tıpta Uzmanlık Sınavında (TUS) puanı en yüksek branşlardan biri olduğunu, eski hekimlerin daha iyi ve daha özgüvenli olduğunu ifade ettiler.

“Kadın doğum hekimliği benim girdiğim dönemde TUS’ta 1. sırada hekim alan bir dal idi.”(katılımcı 2)

“Bizim zamanımızda en popüler göz ve kadın doğum vardı, yüksek puan alınarak girilirdi.”(katılımcı 4)

“Geçmişte parlak bir meslekti. Kadın Doğum bir numaraydı. TUS puanlarından belli.”(katılımcı 7)

“Geçmişte, belki ihtisas yaptığım hastaneden de kaynaklanıyordur ama biz çok iyi yetiştik. Öz güvenimiz vardı”.(katılımcı 9)

Katılımcıların kadın hastalıkları ve doğum hekimliğinin geçmiş dönemi ile ilgili düşüncelerinden oluşan kelime bulutu şekil 25’de gösterilmektedir.



Şekil 25. Katılımcıların Kadın Hastalıkları ve Doğum Hekimliğinin Geçmiş Dönemi İle İlgili Düşüncelerinden Oluşan Kelime Bulutu (<https://wordart.com/create>, erişim:17.02.2021)

4.3.4.3.2.Günümüz

Katılımcılar arasında günümüz koşulları için hem olumlu hem de olumsuz düşünenler vardı.

“Teknik, medikal destek ve imkanlar olarak inanılmaz derecede düzeldi. Çok iyi bir düzeydeyiz ve daha iyi olacağına eminim.” (katılımcı 3)

“Şu anda 45 puanla falan alıyor. Yani 50 puanın bile altına düştü. Kazananlarda başlıyor, sonrasında bırakıyorlar.”(katılımcı 7)

“İhtisasa gelen kişilerin önemli bir kısmının hırslı, çalışkan, istekli olmadığını görmeye başladım. Eskiden muayenehane açacağım, ilçede çalışacağım diye, insanlar uygulama becerilerini geliştirme konusunda daha hırslıydılar, daha çalışkandılar, daha fazla öğrenmeye gayret ediyorlardı. Şimdi canım olmasada olur diyorlar. Hatta ihtisasa başlayanların %20’ si ilk yıl içinde branş değiştirme yoluna gidiyorlar.”(katılımcı 8)

“Günümüzde asistanlar yetersiz bir şekilde uzmanlaşıyorlar.”(katılımcı 9)

Katılımcıların kadın hastalıkları ve doğum hekimliğinin günümüz koşulları ile ilgili düşüncelerinden oluşan kelime bulutu şekil 26’de gösterilmektedir.



Şekil 26. Katılımcıların Kadın Hastalıkları ve Doğum Hekimliğinin Günümüz Koşulları İle İlgili Düşüncelerinden Oluşan Kelime Bulutu (<https://wordart.com/create>, erişim:17.02.2021)

4.3.4.3.3. Gelecek

Katılımcılarda gelecek yıllar için olumsuz düşünceler hakimdi.

“Çok yakın bir gelecekte kendi eşlerimizi, kendi kızlarımızı emanet edeceğimiz yeterli nitelikte kadın doğum hekimi bulamayacağız maalesef.”(katılımcı 2)

“Gelecekte Türkiye’de Kadın Doğum hekimliğini çok olumlu görmüyorum. Çok olumlu düşünmüyorum.”(katılımcı 5)

“Kadın Doğumun geleceğide çok kötü. 500 kişilik kontenjana 300 kişi müracaat ediyor. Aile Hekimi olurum daha iyi diyorlar.”(katılımcı 7)

“Şu son 10 yılın rakamlarına bakarsanız kadın doğum hekimliği bitmiş, yani geleceği diye bir şey yok. Zaten kadın doğum hekimliği yok, Türkiye’de bitti. Türkiye’de kadın doğum hekimi olmayacak anlatabiliyor muyum?”(katılımcı 10)

“Kimse bu işi yapmak istemiyor. Kadın doğum asistanları bile 2-3. yılda istifa ediyorlar.” (katılımcı 7)

“Hekimler Türkiye’deki bu karmaşık bozuk sistem nedeniyle hekimlik yapmaktan soğudular, eskiden bu branşları yapacak cesareti, gücü, hevesi olmayan bazı arkadaşlarımızın seçtiği kolay branşlar, hastayla teması olmayan, laboratuvarın içindeki branşlar şimdi en çok tercih edilen branşlar haline geldi. Türkiye için çok acı bir gerçek. Türkiye tıbbının geleceği için çok karanlık günler geliyor demektir.” (katılımcı 10)

Katılımcıların kadın hastalıkları ve doğum hekimliğinin geleceği ile ilgili düşüncelerinden oluşan kelime bulutu şekil 27’de gösterilmektedir.



Şekil 27. Katılımcıların Kadın Hastalıkları ve Doğum Hekimliğinin Geleceği İle İlgili Düşüncelerinden Oluşan Kelime Bulutu (<https://wordart.com/create>, erişim:17.02.2021)

4.3.4.4.Hekimlerin Talepleri

Bu kategori altında KHD uzmanları taleplerini ifade ettiler.

“Kadın doğum hekimlerine muayenehane hakkı bir an önce verilmelidir”.(katılımcı 2)

“Muayenehane hekimleriyle devlet SGK antlaşması yapmalı.” (katılımcı 4)

“Neden muayehane hekimleri devlet ya da özel hastanedeki hekimler gibi hastanın SGK’sından faydalanarak doğum yaptırıyorlar ki?. Belki biz de SGK ile antlaşma yapabilesek normal doğum sayılarında bir artış olabilir belkide.” (katılımcı 12)



5.TARTIŞMA

Türkiye’de ve dünyada her geçen yıl sezaryen doğum hızının artması nedeniyle, bu çalışmada kadın doğum hekimlerinin görüşlerinden yola çıkarak artış gösteren sezaryen doğum hızının nedenleri ve olası çözüm önerilerinin saptanması amaçlanmıştır. Bu amaç doğrultusunda farklı kurumlarda görev alan 17 KHD uzmanıyla derinlemesine görüşmeler yapılarak dört ana temaya ulaşılmıştır. Bu temalar “Yüksek sezaryen hızının nedenleri”, “Sezaryen doğum hızındaki artışa çözümler” , “Sezaryen doğumun olası sonuçları”, ve “Türkiye’de Kadın hastalıkları ve doğum uzmanı olmak”’tır.

5.1.YÜKSEK SEZARYEN HIZININ NEDENLERİ

Çalışmada katılımcılar yüksek sezaryen hızının nedenlerini, sağlık sistemi ve politikadaki hatalar ve eksiklikler, hekimlerin yaşadıkları ve gelecekte yaşayabilme ihtimali yüksek olan hukuki sorunlar, hekimlerin sezaryen operasyon kararında etkili olabilecek kişisel etkenler ve hastalardan kaynaklanan faktörler olarak belirttiler.

5.1.1. Sağlık Sistemi ve Sağlık Politikaları

Artan sezaryen hızı, buna bağlı riskler ve bu hızın azaltılması için çözüm önerilerini sunmak amacıyla Türk Perinatoloji Derneği’nin 2019 yılında hazırladığı ve Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Kadın ve Üreme Sağlığı Dairesi Başkanlığı’na sunduğu “Doğum Eylem Planı” raporunda uzmanlar, olumsuz doğumhane koşullarının gebelerde yarattığı doğum korkusuna işaret etmişlerdir (www.perinatoloji.org.tr/wp-content/uploads/sites/6/2020/04/sezeryan_TPD-gorusu_2019.pdf, Erişim Tarihi: 14.02.2021). Çalışmamızdaki katılımcılar da, günümüzde doğumhane koşullarının hasta mahremiyetine saygı göstermeyen bir yapıda olduğunu ve olumsuz doğumhane koşullarının hastaları normal doğumdan uzaklaştırarak sezaryen doğuma yönelmelerine neden olduğunu dile getirdiler. Benzer

yorumlar Yazdizadeh ve ark.nın (2011) yaptıkları nitel araştırmada da katılımcılar tarafından ifade edilmiştir.

Sezaryen doğum hızı, doğumların gerçekleştiği kurumlara göre değişmektedir. Türkiye’de, 2018 yılı Halk Sağlığı Kurumu verilerine göre kamu kurumlarında sezaryen doğum hızı %40,3 iken, özel sağlık kurumlarında bu oran %70,7 olarak saptanmıştır (<https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/36134,siy2018trpdf.pdf?0>, Erişim Tarihi: 10.01.2021). Çalışmamızdaki bazı katılımcılarda özel sağlık kurumları ile kamu kurumları arasındaki sezaryen doğum hızı farkına değindiler. Katılımcılar özel sağlık kurumlarında, sezaryen doğum hızının, kamu kurumlarındaki gibi yakın takip edilmediğini, bu durumun özel sektör hekimlerine açık kapı bıraktığını, bu nedenle özel sektörde çalışan hekimlerin daha kolay ve daha çabuk sezaryen doğum kararı verebildiklerini ifade ettiler. Ayrıca katılımcılar özel sağlık kurumlarında, hasta kaybetme kaygısından dolayı, hastaların istekleri doğrultusunda sezaryen doğum yapmak zorunda kaldıklarını belirttiler. Benzer ifadeler Peel ve ark.nın (2018) yaptığı nitel çalışmada da katılımcılar tarafından ifade edilmiştir.

Literatürde, sezaryen doğum hızı ile sezaryen doğuma verilen ücret arasında ilişki olduğu, hekimlerin daha fazla para kazanmak için sezaryen operasyonlarını daha fazla yaptıklarını iddia eden çalışmalar mevcuttur (Bagheri et al. 2013, Colomar et al. 2014, Mariani and Vain 2019). Çalışmamızda da bazı katılımcılar, sezaryen doğumun birim ücretinin, vajinal doğumdan yüksek olması nedeniyle hekimlerin sezaryen doğuma daha fazla yöneldikleri görüşünü ileri sürdü. Ancak bu görüşe katılmayan katılımcılar daha fazlaydı ve her iki doğum şekli için de aynı ücreti aldıklarını belirttiler. Bu durum, sezaryen doğum kararında ücretten ziyade hekimleri etkileyen diğer faktörlere işaret etmektedir.

Vajinal doğum, doğası gereği günün herhangi bir saatinde başlayabilir ve primipar gebelerde 20 saate kadar, multipar gebelerde 14 saate kadar sürebilir (Liao et al. 2005). Çalışmamızda katılımcılar vajinal doğumun gece ya da hafta sonu gibi mesai saatleri

dışında başlama olasılığından, uzun ve sonu belirsiz bir takip sürecinden dolayı sezaryen doğuma göre daha özveri gerektiren bir doğum yöntemi olduğunu ifade ettiler. Ancak ülkemiz koşullarında vajinal doğuma verilen ücretin bu emeği karşılamadığını, özellikle doğumda çıkabilecek komplikasyonlardan dolayı açılan tazminat ücretleriyle kıyaslanamayacak düzeyde olduğunu belirttiler. Bulgularımıza benzer şekilde Yazdizadeh ve ark.nın (2011) çalışmasında da katılımcılar, hekimlerin vajinal doğuma ödenen düşük ücretler nedeniyle sezaryen doğumu daha fazla tercih ettikleri ve ödenen ücretlerin harcanan zamana değmediğini, vajinal doğum esnasında stresin daha da arttığını belirtmişlerdir.

Özellikle vajinal doğumlarda olmak üzere, doğumlarda hekimlerin birincil yardımcısı ebelerdir. Ebelerin travay ve doğum esnasındaki bilgi ve tecrübeleri, hekimler kadar, doğumun başarılı bir şekilde sonuçlanmasında önem arz etmektedir. Literatürde bazı çalışmalarda, katılımcılar, ebelerin normal doğumu yönetme konusunda etkin olmadıklarını ve hastanın yarı yarıya vajinal doğum yapma ihtimalinde bile, hastaya sezaryen doğum yaptırdıklarını belirtmişlerdir (Lotfi et al. 2014, Begum et al. 2018). Çalışmamızda da bazı katılımcılar, özellikle yeni nesil ebelerin vajinal doğum takiplerindeki yetersizlik ve tecrübesizliklerinin hekimlerin iş yükünü daha çok artırdığını dile getirdiler. Katılımcıların bir kısmı ebenin tecrübe durumuyla, vajinal ya da sezaryen doğum kararlarının etkilendiğini, ebe tecrübesiz ise daha kolay sezaryen kararı verebildiklerini belirtirken, bir kısım katılımcı, tecrübeli ebe yokluğunda travayı kendilerinin takip etmek zorunda kaldıklarını ifade ettiler. Bu durum hekimlerin bir hastanın vajinal doğumu ile ilgili olarak yaşadıkları sürecin zorluğuna ve tecrübeli ebe desteğinin önemine işaret etmektedir.

Ebelik sisteminde yaşanan olumsuzlukların bir diğer nedeni tıpkı hekimlerin olduğu gibi ebelerin de etkilendiği ve bu sebeple onları doğumhanelerden uzaklaştırmaya iten tazminat davalarıdır. Çalışmamızda bazı katılımcılar, ebelerin tazminat davalarından dolayı sorumluk almak istemediklerini, doğumhane dışında görev almaya istekli olduklarını, tıpkı hekimler gibi onlarında davalarla mücadele ettiklerini, özlük hakları ellerinden alındığı için aktif olarak sisteme dahil olmadıklarını ifade etmişlerdir.

Yazdizadeh ve ark.nın (2011) çalışmasında da benzer şekilde katılımcı ebeler, kanunların kendilerini korumadıklarını, vajinal doğum esnasında çıkabilecek sorunlar nedeniyle mahkemeye gitmekten korktuklarını ifade etmişlerdir.

Vajinal doğumlarda bazen doğumun ikinci aşamasını hızlandırmak için vakum ya da forseps gibi enstrümanları kullanmak gerekebilir (Merriam et al. 2017). Bu enstrümanlar sayesinde bazı hastalarda sezaryen doğuma gerek kalmadan, hastaya başarılı bir şekilde vajinal doğum yaptırılmış olunur. Ayrıca vajinal doğum sürecinde bazen kan bankası, çocuk hekimi, anestezi hekimine acil ihtiyaç doğabilir. Mevcut eksiklikler, bazen hekimleri düşündürmekte ve doğumu gerçekleştirme aşamasında, kararlarını etkilemektedir. Çalışmamızda bazı katılımcılar, personel ve malzeme eksikliği nedeniyle vajinal doğum yerine sezaryen doğum yaptırmak zorunda kaldıklarını; bazı katılımcılar ise mevcut eksiklikler durumunda hastaları, doğum başlar başlamaz başka kurumlara sevk ettiklerini belirttiler. Colomar ve ark.nın (2014) çalışmasında da katılımcılar hastanelerdeki yetersiz insan ve malzeme kaynakları (personel, ekipman, kan vb.) nedeniyle elektif sezaryen doğum yaptıklarını ifade etmişlerdir. Benzer yorumlar başka çalışmalarda da yapılmış olup, hekimler mesai saatleri dışında personel sıkıntısı olduğunu, bu sebeple mesai saatleri içinde hastaları nı sezaryen ile doğurttuklarını belirtmişlerdir (Aminu et al. 2014, Begum et al. 2018).

Günümüzde KHD poliklinikleri de dahil olmakla birlikte tüm polikliniklerde hasta muayenelerine ayrılan süre oldukça kısadır. Sağlık sistemi tüm hekimleri bu kısa sürede daha fazla sayıda hasta bakmaya zorlamaktadır. Özellikle gebe polikliniklerinde, bu süre içerisinde hastalarla vajinal ve sezaryen doğum hakkında konuşacak süre yeterli değildir. Gebeler yeterli bilgilendirme yapılamadan polikliniklerden ayrılmaktadır. Çalışmamızda da katılımcı hekimler çok yoğun hasta baktıklarını, bu yoğunluktan dolayı doğum öncesi takibe gelen gebelere, doğuma hazırlıkla ilgili herhangi bir katkı sağlamalarının mümkün olmadığını ve Türkiye’de doğum öncesi bakımı yetersiz bulduklarını belirttiler. Colomar ve ark.nın (2014) çalışmasında katılımcılar, aşırı iş yükünden dolayı, hasta başına sadece 15 dakika

ayırabildiklerini ve hastayla ideal doğum yöntemini konuşmak için daha fazla zamana ihtiyaçları olduğunu ifade etmişlerdir.

Asistan eğitimleri esnasında az sayıda vaka görmenin teknik becerileri geliştirmede yetersiz kalması ve bu sebeple klinik uygulama esnasında hekimlerin kendilerine güvenememeleri, ayrıca günümüzde legal korkulardan dolayı hekimler tarafından operatif vajinal doğumların eskisi kadar yaygın uygulanmaması ,sezaryen doğumlarda artışa neden olan faktörlerden biri olarak görülmektedir (Cunningham et al.2014, Dildy et al.2016). Çalışmamızda da bazı katılımcılar, benzer şekilde asistan eğitimindeki yetersizliklere işaret ettiler ve günümüzde normal doğumun yok sayılır hale geldiğini, eskiden asistan eğitimlerinde vakum, forseps gibi operatif doğum uygulamalarına önem verilmediğini, kendilerinin bu konuda iyi eğitim aldıklarını, oysa yeni neslin yeteri kadar eğitim almadığını, bu nedenle özellikle genç hekimlerin daha fazla sezaryen doğuma yöneldiklerini belirttiler. Benzer yorumlar Yazdizadeh ve ark.nın (2011) çalışmasındaki katılımcılar tarafından da yapılmış olup, eğitim ve üniversite hastanelerindeki kalitesiz eğitim nedeniyle obstetrisyenlerin vajinal doğumu yönetme kapasitelerinin azaldığını belirtmişlerdir.

5.1.2.Hukuk Sistemi

Katılımcılar, hekimlerin çok kolay yargı önüne çıkarıldığını, genelde haksız yere yargılandıklarını ifade ettiler. Bilirkişi ve hakimlerin hekimlerin yanında olmadığını ve adil kararlar vermediklerini ayrıca hekimlerin hakimlerin vicdanına kaldıklarını, bu durumu deneyimleyen ya da etrafından duyan hekimlerin defansif davranışlar sergilediğini ve daha çabuk sezaryen doğum kararı verdiklerini ifade ettiler. Yazdizadeh ve ark.nın (2011) çalışmasında da katılımcılar benzer görüşler ifade etmişler, mahkemeye bir kez bile getirilmenin, hekimleri sonsuza kadar vajinal doğumlardan uzak tuttuğunu ve tersi kanıtlanmadıkça kadın doğum uzmanlarının her zaman suçlandığını, hakimlerin komplikasyonun altında yatan sebebi aramadığını ve duygularıyla karar verdiklerini ifade etmişlerdir. Ayrıca bazı katılımcılar, hastaların ücret ödemediği bir hizmet için harç ödemesi yapmadan dava açabilmesinin, hastaları ve avukatları dava açma konusunda teşvik ettiğini, bu durumun bir para kazanma kapısı haline geldiğini ifade ettiler. Hatalı ya da hatasız uygulama

durumlarında, hastaların kolay ve ucuz şikayet etme süreci başka çalışmalarda da belirtilmiştir (Yazdizadeh et al.2011,Ionescu et al.2018).

5.1.3. Hekim İle İlişkili Faktörler

Sezaryen doğumlar, hekim için doğum zamanını planlama avantajına sahip olması neticesinde tercih edilebilmektedir (NIH 2006). Literatürde de hekimlerin zamandan tasarruf etmek ve kişisel planlarını yapabilmek için sezaryen doğumu tercih ettikleri ifade eden çalışmalar mevcuttur. (Bagheri et al. 2013,Colomar et al. 2014, Litorp et al. 2015, Mariani and Vain 2019). Genelde özel sektörde olmak üzere, hem planlı hem de planlı olmayan sezaryen doğumların çoğunlukla hafta içi ve mesai saatlerinde yapıldığının gösterilmesi de zaman faktörüne işaret etmektedir (Mossialos et al. 2005,Peel et al. 2018). Benzer şekilde çalışmamızda da bazı katılımcılar hekimlerin sezaryen operasyonuna daha fazla yönelmelerinin nedenleri arasında zaman faktörüne işaret ettiler ve sezaryen doğumun daha az zaman harcayan bir prosedür olarak görüldüğünü, hekimin kişisel plan ve program yapmasını kolaylaştırdığını belirttiler.

DSÖ, vajinal doğumu, 37-42 hafta arasında kendiliğinden başlayan, doğum boyunca düşük riskli devam ederek fetusun kendiliğinden doğması olarak tarif etmiştir (WHO Technical Working Group 1997). Yani vajinal doğum genelde herhangi bir müdahale yapılmadan gerçekleşebilecek bir doğumdur. Ancak çalışmamızda bazı katılımcılar, hekimlerin sabırsız olduğunu, zamandan kazanma ve süreci bir an önce sonlandırma düşüncesiyle, hastayı sürekli muayene etmek ya da daha fazla ilaç vermek suretiyle vajinal doğuma çok fazla müdahale ettiklerini ve doğal doğum sürecini bozduklarını ifade ettiler. Yazdizadeh ve ark.nın (2011) yaptığı çalışmada da katılımcılar doğum sürecini fazla tıbbileştirmenin ve müdahaleler eklemenin (elektif induksiyon ve sık vajinal muayene) fizyolojik doğumu fizyolojik olmayan bir duruma dönüştürerek sezaryen hızının arttığını belirtmişlerdir. Benzer şekilde Peel ve ark.nın (2018) çalışmasında katılımcılar hekimlerin patolojik durumlara müdahale etmek için eğitildiklerini ve fizyolojik bir vajinal doğum sürecine müdahale de bulunmaya yatkın olduklarını ifade etmişlerdir.

Çalışmamızda katılımcıların büyük çoğunluğu, vajinal doğumunun takibi sırasında her türlü sürprizle karşılaşılacağı ve vajinal doğum sonucunun belirsizliklerle dolu olduğu konusunda hemfikirdiler. Bu sebeple katılımcılarda sezaryen doğumun daha az riskli ve daha güvenli olduğu algısı mevcuttu. Sezaryenin daha güvenli olduğunu düşünme algısı nedeniyle çalışmadaki katılımcıların vajinal doğumda herhangi bir sıkıntı yaşabileceklerini düşündükleri anda sezaryen doğuma yön kırabildikleri görüldü. Samadi ve ark.nın (2013) yaptıkları bir çalışmada hekimlerin %53'ü belirsizlik durumlarında riskten kaçınmak için sezaryen doğumu tercih etmişlerdi. Delafield ve ark.ı (2020) sezaryen doğumun, vajinal doğuma göre ameliyathane gibi daha kontrollü bir ortamda ve belli bir zaman içerisinde yapılabilmesi nedeniyle hekimler tarafından daha güvenli bir prosedür olarak algılandığını belirtmişlerdir. Literatürde, sezaryen doğumun hekimler tarafından daha düşük riskli bir prosedür olarak algılandığı başka çalışmalarda mevcuttur (Souza et al.2010, Mariani and Vain 2019).

Özel hastaneler, hastaların belirli bir katkı payı karşılığında hizmet satın alabildikleri kurumlardır. Bu sebeple ek katkı payı ödeyen hastaların, hekimlerinden kamu hastanelerine müracaat eden hastalara göre daha fazla talepte bulunmaları doğaldır. Gebe ve yakınları için bu talep herhangi bir endikasyon yokluğunda sezaryen olma talebi şeklinde olabilir. Çalışmamızda da katılımcılar, özel hastanelerde daha fazla olmakla birlikte hasta ve hasta yakınlarının sezaryen konusundaki baskılarını dile getirdiler. Sezaryen talep eden bir hastanın, normal doğum yaparken komplikasyon gelişirse şikayet edebileceği endişesiyle hekimler bu baskılara boyun eğmek zorunda kaldıklarını belirttiler. Literatürde hasta ve yakınlarının sezaryen doğum ile ilgili baskıları ve hekimlerin son kararlarını bu baskılara dayanamayarak sezaryen doğum yönünde verdiklerini ifade eden başka çalışmalarda mevcuttur (Aminu et al. 2014, Colomar et al. 2014).

Çalışmada katılımcıların büyük çoğunluğu, olumsuz bir sonuçla karşılaşma kaygısı, şiddet görme, tehdit edilme, dava ya da şikayet edilme gibi endişelerinden dolayı sezaryen operasyonuna daha fazla yöneldiklerini belirttiler. Cotzias ve ark.nın (2001)

çalışmasında anne talebi üzerine sezaryen yapan hekimlerin %35'i dava edilme korkusu nedeniyle sezaryen yaptıklarını ifade etmişlerdir. Hekimlerin benzer korkular nedeniyle sezaryen doğuma yönelme eğilimleri, literatürde başka çalışmalarda da gösterilmiştir (Colomar et al. 2014, Ionescu et al.2018, Betran et al. 2018, Peel et al. 2018, Li et al.2018, Mariani and Vain 2019). Tüm bu yaklaşımlar hekimlerin yasal sorumluluktan kaçınmak için uyguladıkları tepkisel bir davranış olarak tanımlanabilen defansif davranış örneklerinden biridir (Anderson 1999).

Çalışmada bazı katılımcılar bir diğer defansif davranış örneği olarak Nonstres Testi (NST) kullanımını dile getirdiler. Hukuki bir sorun yaşama korkusundan dolayı hekimlerin defansif davranışlarda bulduklarını, örneğin travay esnasında çekilen NST'de en ufak bir şüpheli durumda sezaryen doğum kararı verdiklerini belirttiler. Aslında NST'nin belli bir yalancı pozitiflik oranı olduğunu bilmelerine rağmen mahkemede hakimlerin bu NST sonucuna göre hastayı neden sezaryena almadın söylemiyle karşılaşmak istemediklerini ifade ettiler. Peel ve ark.nın (2018) çalışmasında da keza katılımcılar hekimlerin NST'de fetal kalp hızında yavaşlama gördüklerinde alert duruma geçtiklerini ve doğum normal ilerlese bile sezaryen operasyonu yaptıklarını belirttiler. Mariani ve Vain'in (2019) çalışmalarında da sürekli fetal monitorizasyonun yanlış pozitif sonuçlarından dolayı hekimlerin sezaryen yapma kararlarının arttığını belirtmişlerdir.

Bir diğer defansif davranış, tekil gebeliklerin %3-4'ünde görülebilen makat presantasyonların doğum yönetimi ile ilgiliydi (Decherney 2013). Türk Perinatoloji Derneği 2019 yılında hazırladığı "Doğum Eylem Planında" tekil makat gebeliği olan hastalara tecrübeli merkezlerde dış sefalik versiyon uygulanabileceğini ve bu hastaların sezaryen olma olasılığının azalabileceğini ifade etmişlerdir (https://www.perinatoloji.org.tr/wp-content/uploads/sites/6/2020/04/sezeryan_TPD-gorusu_2019.pdf, Erişim Tarihi: 04.01.2021). Ancak çalışmamızda bazı katılımcılar medikolegal kaygılardan dolayı eskiden vajinal yolla doğurttukları makat geliş doğumlara artık sezaryen yaptıklarını dile getirdiler. Kamal ve ark.nın (2005) çalışmalarında da benzer şekilde bir katılımcı makat presentasyonları artık sezaryen doğum yöntemiyle doğurttuklarını ifade etmiştir.

Vajinal doğum sırasında gelişebilecek komplikasyonlarda bakanlığın, hastane yönetiminin, meslektaşlarının, arkalarında durmadığı, vajinal doğum yaptırdıkları için günah keçisi durumuna düşürüldükleri, katılımcılar tarafından dile getirilen bir diğer endişe kaynağıydı. Tüm bu durumlardan dolayı kendilerini yalnız hissettiklerini ve yine gelecekte aynı şeyleri yaşamamak için vajinal doğumdan uzaklaştıklarını belirttiler. Colomar ve ark.nın (2014) çalışmasında da katılımcılar, Sağlık Bakanlığı'nın vajinal doğum sırasında meydana gelen komplikasyonlarla ilgili bir dava durumunda kendilerini korumayacağına inandıklarını belirtmişlerdir.

Çalışmada katılımcıların tamamına yakını meslek hayatları boyunca medikolegal sorunlar yaşadıklarını, avukat tutmak zorunda kaldıklarını, devam eden davaları olduğunu; bu süreçte devletten destek görmediklerini ve bireysel mücadele ettiklerini belirttiler. Çalışma bulgularımıza benzer sonuçların elde edildiği, medikolegal sorun yaşamamanın sorgulandığı 1486 KHD uzmanıyla yapılan bir çalışmada da, katılımcıların %30,8'i en az bir kez tıbbi suçlamaya maruz kaldığını, %13'ü en az bir kez dava edildiğini, %42,8'i en az bir kez dava kaybettiğini belirtmişlerdir (Zhu et al. 2018).

Katılımcılar yaşanan tüm bu olumsuzlukların hekimlerde korku, çekinme, baskı hissi ve moral bozukluğuna yol açarak çalışma motivasyonlarının kırıldığını belirttiler. Bu tür kaygı ve korkuların, kendilerinde sezaryen doğuma yönelme dürtüsüne yol açtığını ifade ettiler. Begum ve ark.ı (2018) tarafından yapılan nitel çalışmada, katılımcılar, sezaryen doğum yönündeki tutumlarının en önemli nedenlerinden birinin, dava edilme korkusu ve daha önce yaşanan olumsuz deneyimler olduğunu belirtmişlerdir. Yapılan bir başka çalışmada, olumsuz sonuçlarla karşılaşan hekimlerin üzüntü, korku, endişe ve dava edilme korkusu yaşama ihtimallerinin yüksek olduğu ve dava edilen hekimlerin %95'ten fazlasının uzun süren dava süreci boyunca duygusal sıkıntılar çektikleri ifade edilmiştir (Charles 2001).

Yoğun çalışma şartları ve her tür sorunla tek başına ilgilenmek zorunda kalmalarının, üzerlerinde çok fazla yüke ve baskıya neden olduğu, bu yük ve baskı neticesinde vajinal doğuma zaman ayırmakta zorluk çektikleri hekimler tarafından dile getirilen

sıkıntılardan bir diğeriydi. Peel ve ark.nın (2018) çalışmasında da katılımcılar hekimlerin üzerlerindeki iş yükü ve hasta için en uygun doğum şekli kararındaki bireysel sorumluluğun yarattığı baskı hissine işaret ettiler.

Katılımcılara sezaryen doğum endikasyonlarının yazılı olduğu güncel kılavuzlar hakkındaki görüşleri sorulduğunda, bazı katılımcılar güncel kılavuzları takip etmediklerini ve özellikle bu kılavuzlara özel sektörde çalışan hekimlerin uymasının zor olabileceğini belirttiler. Gerekçe olarakta kılavuzlara uyulduğunda, çıkabilecek bazı komplikasyonların, malpraktis gibi algılanarak hekimlere mahkeme yolunun gözükmeye olası olduğunu ve komplikasyon geliştiği zaman bakanlığın hekimin arakasında durmadığını gösterdiler. Benzer şekilde Peel ve ark.nın (2018) çalışmasında bir katılımcı, özel sektördeki hekimlerin kılavuzlara uyması durumunda hastanenin müşteri (hasta) kaybedeceğini, bu sebeple özel sektörde bu endikasyona uymanın zor olduğunu belirtmişlerdir. Colomar ve ark.nın (2014) çalışmasında da benzer ifadeler kullanılmış olup, KHD uzmanlarının bu kılavuzları uygulamak için yeterince desteklenmediklerine işaret etmişlerdir. Çalışmamızda bir diğer katılımcı hekimlerin eğer isterlerse sezaryen endikasyonu olmayan hastaların dosyalarına çok kolay başka endikasyonlar yazılabileceğini ve bu durumla baş etmenin zor olduğunu dile getirdi. Benzer bir çalışmada da katılımcılar sezaryen endikasyonu yokken, varmış gibi göstermek için tanıya hipoksi ya da dekolman plasenta gibi şeyler yazıldığını ifade etmişlerdir (Tadevoysan et al. 2019).

Katılımcıların sezaryen hızı %50 civarındaydı. (EKD: %20, EBD:%80) Bu oran TNSA 2018 yılı raporundaki %52 sezaryen hızına benzerdi. Çalışmada katılımcılar eski ve mükerrer sezaryen dışında en çok baş pelvis uyumsuzluğu, iri bebek, fetal distres, plasenta anomalileri, tedavi gebelikleri/kıymetli gebelikler , ileri anne yaşı, hasta talebi, ilerlemeyen travay, geliş anomalileri, vajinismus, sürmatürasyon ve diyabetik hasta endikasyonları ile sezaryen yaptıklarını belirttiler. Yapılan bir çok çalışmada da hekimler benzer endikasyonlarla sezaryen yaptıklarını ifade etmişlerdir (Yılmaz ve ark. 2010, Kamal et al. 2005, Aminu et al. 2014, Colomar et al. 2014).

Katılımcıların endikasyon olarak ifade ettikleri anne talebi, tedavi gebeliği / kıymetli gebelik, diyabetik hasta, sürmatürasyon gibi endikasyonlar NICE kılavuzlarında mevcut olmayan endikasyonlardı.

(<https://www.nice.org.uk/guidance/cg132/resources/caesarean-section-pdf-35109507009733>, Erişim Tarihi: 03.01.2021). Bu durumda hekimlerin bazılarının güncel kılavuzları takip etmediğini göstermektedir. Ayrıca Türk Perinatoloji Derneği'nin 2019 yılında hazırladığı ve Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Kadın ve Üreme Sağlığı Dairesi Başkanlığı'na sunduğu "Doğum Eylem Planı" rehberinde de ileri anne yaşı ve kıymetli gebelik kavramlarının terk edilmesi gerektiği, sağlıklı her kadının her yaşta doğum yapabileceği ve her bebeğin kıymetli olduğu belirtilmiştir (https://www.perinatoloji.org.tr/wp-content/uploads/sites/6/2020/04/sezeryan_TPD-gorusu_2019.pdf, Erişim Tarihi: 04.02.2021).

Tıbbi endikasyon dışı sezaryen doğumlarda katkısı büyük olan anne talebiyle sezaryen doğum hakkındaki düşüncelerini sordüğümüz çoğu katılımcı, sezaryen talep etmenin hastanın en doğal hakkı olduğunu, bu talep ile müracaat eden hastaların sezaryen operasyonlarını gerçekleştirdiklerini belirttiler. Peel ve ark.nın (2018) çalışmasında da bazı katılımcılar eğer hasta isterse 5 dakika içinde sezaryen randevusu verebileceklerini ifade etmişlerdir. Ayrıca Cotzias ve ark.nın (2001) çalışmasında kadın hastalıkları ve doğum hekimlerinin %69'u, Bettis ve ark.nın (2007) yaptığı çalışmada ise %57,4'ü sezaryen talep eden hastaların sezaryen operasyonlarını yapmayı kabul edebileceklerini ifade etmişlerdir. Bir başka çalışmada da hekimlerin % 78,3'ü Romanya'da yasal olmamasına rağmen elektif sezaryen doğum yaptırdıklarını ve bunların %50'sinin anne talebi üzerine yapılan sezaryen doğumlar oldukları sonucuna ulaşılmıştır (Ionescu et al.2018). Çalışmada katılımcıların büyük çoğunluğu sezaryen talep etmenin insan hakkı, hasta hakkı olduğunu ve sezaryen talebini gerçekleştirilmesinin etik olduğunu ifade ettiler. ABD'de yapılan bir çalışmada hekimlerin %54,6'sı, Danimarka'da yapılan bir çalışmada hekimlerin %37,6'sı, Türkiye'de yapılan bir çalışmada ise hekimlerin %40,8'i sezaryen talep etmenin bir hak olduğunu, Romanya'da yapılan bir çalışmada da katılımcı hekimlerin yarısından fazlası anne isteği ile sezaryen yapmanın etik olduğunu düşündüklerini belirtmişlerdir

(Bergholt et al. 2004, Bettes et al. 2007, Arıkan et al. 2011, Ples et al. 2015, Panda et al. 2018) .

Çalışmada bir katılımcı yeterli bilgilendirme ve psikolojik desteğe rağmen vajinal doğum yapmaktan korkan gebeleri, zorla vajinal doğurtmanın etik olmadığına ve bu durumun hastada yaratacağı psikolojik travmanın önemine işaret etti. Elektif sezaryen doğum yaptırmanın hastalarda anksiyete ve depresif semptomları azaltmasa da, gebeyi vajinal doğum için zorlamanın travma sonrası stres bozukluğu ve depresyona sokabileceği başka bir çalışmada da belirtilmiştir (Olieman et al. 2017).

Çalışmadaki bazı katılımcılar anne talebi üzerine sezaryen yapma konusuna sıcak bakmadıklarını, ısrar eden hastalarını başka hekim arkadaşlarına yönlendirdiklerini belirtmişlerdir. Yapılan bir çalışmada da benzer şekilde katılımcılardan bazıları anne talebi üzerine sezaryen doğum yapılmasının uygun olmayacağını, yalnızca tıbbi endikasyon varsa yapılabileceğini ifade etmişlerdir (Tadevoysan et al. 2019). Bir katılımcı, anne talebi üzerine sezaryen doğum yapmama gerekçesi olarak kamu hastanelerinde sezaryen hızı ile ilgili baskı olduğunu, istatistiksel olarak takip edildiklerini ve döner sermayede kesilme gibi cezai yaptırımlar olduğunu belirtti. Benzer şekilde Tadevoysan ve ark.nın (2019) çalışmasında da bazı katılımcılar da Sağlık Bakanlığının her hastanede sezaryen doğum hızını sıkı bir şekilde izlediğini, tıbbi bir gösterge olmadan sezaryen doğum yapamayacaklarını ifade etmişlerdir.

5.1.4. Hasta İle İlişkili Faktörler

Çalışmadaki katılımcıların büyük çoğunluğu sezaryen talep eden kadınların sosyoekonomik seviyesi yüksek, eğitilmiş, kendini ifade edebilen, entelektüel, çalışan ve kariyer sahibi olan, geç yaşta evlenen, az çocuk yapmak isteyen, kentsel alanda yaşayan, yaşı küçük ya da yaşı ileri olan, ilk doğumunu geç yaşta yapan kadınlar olduğunu ifade ettiler. Bu bulgular TNSA 2018 yılı raporunda belirtilen bulgulara benzerdi (TNSA 2018).

Bazı katılımcılar, kadınların iş dünyasına katılmaları, kariyer sahibi olmaları ve daha geç yaşta evlenmeleri neticesinde daha az doğum yaptıklarını, bunun da sezaryen

hızındaki artışa neden olabilecek faktörlerden biri olduğunu ileri sürdüler. Geç yaşta evlenen ve buna bağlı olarak geç yaşta ilk doğumunu yapan anne adaylarının daha fazla sezaryen talep etmesi, başka çalışmalarda da belirtilmiştir (Santas and Santas 2018, Mariani and Vain 2019).

Bazı katılımcılar eğitim seviyesi arttıkça, kadınların kendilerini daha iyi ifade edebildiklerini, cahil ve baskılanmış kadınların kendilerini ifade etmekte zorluk çektiklerini, bu nedenle eğitim seviyesiyle sezaryen talep etme arasında bir ilişki olduğunu ileri sürdüler. Santas ve Santas'ın (2018) yaptığı çalışmada da benzer şekilde eğitim görmemiş ya da ilkokulu tamamlamamış kadınlara kıyasla ortaokul ve üzeri eğitim görmüş kadınlarda sezaryen doğum olasılığı 1,34 kat daha yüksek bulunmuştur. TNSA 2018 yılı verilerine göre de benzer şekilde eğitim seviyesi arttıkça sezaryen doğum yapan kadınların yüzdesi yüksek bulunmuştur (TNSA 2018).

Çalışmada bazı katılımcılar kentsel alanda yaşayan kadınların daha fazla sezaryen doğum talep ettiklerini ifade ettiler. Buna gerekçe olarak bir kısım katılımcı kırsal kesimde yaşayan kadınların aile baskısı nedeniyle istemeyerek de olsa vajinal doğum yaptığını, bir kısım katılımcı kırsal alanda yaşayanların doğum ağrılarına daha dirençli olduğunu, bir kısım katılımcı ise daha fazla sayıda çocuk doğurmak için vajinal doğum yaptıklarını belirttiler. Santas ve Santas'ın (2018) çalışmalarında istatistiksel olarak anlamlı olmasa da kentsel alanda yaşayan kadınların daha fazla sezaryen doğum yaptıkları sonucuna ulaşmışlardır. Katılımcıların bir kısmı ekonomik durumu iyi olan hastaların daha fazla sezaryen talebinde bulduklarını ifade ettiler. TNSA 2018 yılı çalışma verilerine göre de hane halkı refah düzeyi en düşük olan kadınlarda sezaryen doğum hızı %33,8, hane halkı en yüksek olan kadınlarda sezaryen doğum hızı, %67,7 olarak saptanmıştır (TNSA 2018).

Katılımcıların bazıları, özellikle günümüz gebelerinin vajinal doğum sonrası cinsel hayatlarının olumsuz etkilenebileceğine dair çekincelerinden dolayı sezaryen doğuma yönelme eğilimleri olduğunu belirttiler. Gebelerin, vajinal doğumla oluşabilen pelvik tabanda bozulma, perinede gevşeme ve sonuçta cinsel hayatın olumsuz etkilenebilmesi

gibi endişeleri başka çalışmalarda da ifade edilmiştir (Zakerihamidi et al. 2015, Li et al. 2018, Mariani and Vain 2019).

Bazı katılımcılar özellikle yeni nesil gebelerin, yıllar içerisinde beslenme ve giyim tarzındaki değişimlerden dolayı pelvik yapılarının eskisi gibi olmadığını bu sebeple yeni nesil gebelerde daha fazla pelvik problemler görüldüğünü ifade ettiler. Yazdizadeh ve ark.nın (2011) çalışmasında da benzer şekilde hareketsiz yaşam tarzı ve sağlıksız beslenmeyle, kadınların vajinal doğum yapma kabiliyetlerinin olumsuz etkilendiğini belirtilmiştir.

Gebelerin sezaryen taleplerinin en büyük nedeni olarak bilinen doğum korkusu çalışmamızdaki katılımcılar tarafından da dile getirildi. Katılımcılar, doğum korkusu olan gebelerin daha fazla sezaryen doğuma yöneldiklerini, daha önce olumsuz doğum deneyimi yaşayan kadınlarda da bu korku nedeniyle sezaryen doğum ısrarıyla karşılaştıklarını belirttiler. Benzer şekilde Türkiye’de yapılan bir başka çalışmada, hekimler sezaryen talep etmenin en yaygın nedenlerinden biri olarak gebelerin doğum korkusunu dile getirmişlerdir (Arıkan et al. 2011). Zakerihamidi ve ark.nın (2015) gebe kadınlar ile gerçekleştirdiği nitel çalışmalarında bazı katılımcı gebeler, vajinal doğumun ağrılı, sezaryen doğumun ağrısız bir prosedür olduğunu; ağrı çekme korkusuyla sezaryen doğumu tercih ettiklerini belirtmişlerdir.

Doğum öncesi eğitimin önemi üzerine yapılan görüşmelerde bazı katılımcılar, annelerin doğum öncesi dönemde yeterli eğitim almadıkları için doğum konusunda bilgi sahibi olmadıklarını ve bu sebeple bilmedikleri bir konu olan sezaryen doğumu daha kolay talep edebildiklerini ifade ettiler. Yazdizadeh ve ark.nın (2011) çalışmasında bir katılımcı, annelerin farklı doğum yöntemleri, komplikasyonlar ve hastanede yatış süreleri hakkında kesin olmayan bilgilerinin sezaryen talep etmelerindeki önemini vurguladı. Benzer şekilde Colomar ve ark.nın (2014) çalışmasında da katılımcılar, bazı hasta ve yakınlarının doğum için yetersiz bilgi sahibi olduklarını ve bu nedenle doğuma hazır olmadıkları için sezaryen yapmak zorunda kaldıklarını ifade etmişlerdir.

Sezaryen talep eden gebelerin birçoğunun eş, dost, internet vb. yanlış bilgi kaynaklarından öğrendikleri ve duydukları neticesinde sezaryen talebinde buldukları katılımcılar tarafından ifade edilen bir diğer sorundu. Katılımcılar özellikle doğum konusunda yanlış ve yetersiz bilgi sahibi olmanın gebelerin korkularını daha fazla artırdığını belirttiler. Benzer çalışmalarda da katılımcılar, gebelerin bilgi edindikleri kaynaklarla ilgili (eş dost ve aile) endişelerini dile getirmişlerdir ve gebelerin sezaryen doğum hakkında bir şeyler duyduklarını, ancak ayrıntılı bilgi sahibi olmadıklarını ifade etmişlerdir (Peel et al. 2018, Meriç et al. 2019).

Medya, kolay erişilebilir bir platform olması neticesinde bazı hastalar tarafından sağlık konularında önemli bir bilgi kaynağı olarak kabul edilebilir (Muratdağı ve ark. 2019). Aranılan her türlü bilgiye kolayca ulaşımı sağlayan sosyal medyanın, olumlu olduğu kadar olumsuz tarafları da olduğu yadsınmaz bir gerçektir. Çalışmamızda katılımcılar bu olumsuzluklardan bazılarına değindiler; bir katılımcı sosyal medyadaki haberlerin tıbbi olayları farklı bir şekilde yansıttığını ve bu haberlerin hastalar üzerinde olumsuz etkilere neden olabileceğini belirtirken, diğer bir katılımcı, gebelerin sosyal medyada izlediği vajinal doğum videolarından sonra korkularının arttığını ve bu nedenle sezaryen talebinde bulduklarını ifade etti. Yapılan başka çalışmalarda da medyada iletilen yanlış yorumların, gebelerin vajinal doğumdan uzaklaşarak sezaryen doğuma yönelmelerinde rol oynayabildiği ifade edilmiştir (Karlstrom et al. 2009, Yazdizadeh, et al. 2011).

Bazı katılımcılar gebelerin aşırı beslendiğini, buna bağlı olarak iri bebek, diyabet, hipertansiyon gibi sağlık sorunlarının daha fazla ortaya çıktığı ve bu ek komorbid durumların sezaryen doğum olasılığını artırdığını belirttiler. Benzer bulgular Li ve ark.nın (2018) çalışmasında da ifade edilmiş olup, katılımcılardan biri aşırı beslenmenin gebelik diyabetine yol açtığını ve bu durumda bebeğin iri olmasından dolayı vajinal doğumun zorlaştığını belirtmiştir.

Sezaryen talebiyle müracaat eden kadınların incelendiği bir kohort çalışmasında yazarlar, vajinal yolla doğum yapmak isteyen hastalara göre sezaryen tercih eden hastaların daha fazla psikolojik rahatsızlıkları olduğu sonucuna ulaşmışlardır (Ryding

et al. 2016). Bizim çalışmamızda da bazı katılımcılar, ailevi sorunları olan, ankisiyoz ya da nörotik yapıdaki kadınların daha fazla sezaryen talep ettiklerini, kendisiyle barışık insanların vajinal doğum yapma isteklerinin daha fazla olduğunu ifade ettiler.

5.2.SEZARYEN DOĞUM HIZINDAKİ ARTIŞA ÇÖZÜMLER

Katılımcılar sezaryen doğum hızındaki artışa çözüm önerileri olarak ebelik sistemi, yargı sistemi, sağlık sisteminde düzenlemeler yapılması, hekimlere destek olunması gerektiğini ve politika yapıcılarının da bu konuda atması gereken adımlar olduğunu belirttiler.

5.2.1.Ebelik sisteminde düzenlemeler

Çalışmada katılımcıların büyük çoğunluğu, ebelik okulların önemine işaret ettiler ve bu okullarda teorik eğitim kadar pratik eğitimlere de önem verilmesi gerektiğine vurgu yaptılar. Tüm katılımcılar aktif, tecrübeli, pratik yönü güçlü, nitelikli ebelere ihtiyaç duyulduğu konusunda hemfikirdiler. Bazı katılımcılar, ebelerin okuldan mezun olduktan sonra doğumevi gibi yoğun ortamlarda ya da bir hekimin yanında tecrübe kazandıktan sonra çalışma hayatına başlamaları gerektiğini belirttiler. Lofti ve ark.nın (2014) nitel çalışmasında da katılımcılar, nitelikli ve yetenekli ebelerin vajinal doğumu yönetmedeki önemine ve uzman ebelerin yetiştirilmesine yönelik programların geliştirilmesine işaret etmişlerdir. Ebe eğitimlerinin önemi KHD uzmanları dernekleri tarafından da dile getirilmiş olup, sezaryen hızını düşürme politikaları çerçevesinde hazırlanan bakanlık ve derneklerin ortak eylem planlarında, uzun vadede ebelerin yüksek lisans eğitimi almalarının sağlanması; travay, izlem ve doğum ünitelerinde çalışacak ebeler için mezuniyet sonrası eğitim ve sertifikasyon programı başlatılması gerekliliği uygulanması planlanan stratejiler listesinde yer almıştır (<https://www.tjod.org/saglik-bakanligi-tjod-sezaryen-oranlarini-azaltma-ortak-eylem-plani/>, https://www.perinatoloji.org.tr/wp-content/uploads/sites/6/2020/04/sezeryan_TPD-gorusu_2019.pdf, Erişim Tarihi:06.01.2021).

Katılımcıların çoğunluğu ebelerin sosyal ve özlük haklarının iyileştirilmesinin ebeliği özendirmedeki önemine vurgu yaptılar. Ebe maaşlarının, hemşire maaşlarından daha fazla olacak şekilde düzenlenmesi ya da doğum başı prim verilmesi gibi farklı seçenekler sunarak, ebelerin sisteme dahil edilebileceklerini belirttiler. Li ve ark.nın (2018) nitel çalışmasında da katılımcı bir ebe, ebeliğin özveri gerektirdiğini, daha fazla risk altında olduklarını bu sebeple hemşirelerden daha fazla maaş almaları gerektiğini ifade etmişlerdir.

Çalışmada katılımcılar ebelerin sisteme dahil edilebilmesi için görev ve sorumlulukları konusunda bazı düzenlemeler yapılması gerektiği ifade ettiler ve ebelerin doğumhanelere girmelerini sağlamanın sezaryen oranlarında etkili bir düşüşe yol açabileceğini belirttiler. Yazdizadeh ve ark.nın (2011) çalışmasında da katılımcılar sisteme motive olmuş bir ebenin büyük önem taşıdığına inandıklarını dile getirmişlerdir. Ebe ve hekimlerin katılımcı olduğu bir çalışmada, katılımcıların %88,7'si vajinal doğumun ebelerin ana görevi olduğunu ve vajinal doğumdaki rollerinin belirlenmesi gerektiği vurgulanmıştır (Lotfi et al. 2014). DSÖ'nün, 2015 yılında hazırladığı sezaryen hızını azaltmak için gerekli müdahale stratejileri bülteninde, bakımın ebeler tarafından sağlanması, gerektiğinde de 24 saat ulaşılabilir bir hekim ile işbirliğinin olduğu bir ebe-kadın doğum uzmanı bakım modeli tavsiye edilmiştir (Opiyo et al. 2020).

Bazı katılımcılar ebelere sadece görev verilmesi (doğum takibi) gerektiğini, vajinal doğumların ebelere bırakılması durumunda komplikasyonların artabileceğini belirtirken, bazı katılımcılar ebelere doğum yaptırma sorumluluğunun da verilmesi gerektiğini ifade ettiler. Benzer fikir ayrılıkları literatürde başka çalışmalarda da görülmüş olup, bir araştırmada hekimler, ebelerin sadece travay takibi yapması gerektiğini belirtirken, başka bir araştırmada ise hekimler, vajinal doğumu da ebelerin yaptırması gerektiğini belirtmişlerdir (Yazdizadeh et al. 2011, Peel et al. 2018).

5.2.2. Yargı sisteminde güncellemeler

Türk Perinatoloji Derneği'nin 2019 yılında hazırladığı Doğum Eylem Planında, hekimlerin yasal sorumluluk korkusunun giderilmesi gerekliliği ifade edimiş, yüksek

tazminat ücretlerinin ve komplikasyonlara tazminat ödenmesinin engellenmesi için kanun çıkarılması ve gerekirse davaların hekime değil, doğrudan doğum yapılan kuruma açılması ve bu kurumun hekimini savunması önerilmiştir. (https://www.perinatoloji.org.tr/wp-content/uploads/sites/6/2020/04/sezeryan_TPD-gorusu_2019.pdf, Erişim Tarihi: 07.01.2021). Çalışmada da katılımcılar, komplikasyon ile malpraktis ayırımının mutlaka yapılması gerektiğini, bu konuda yasaların düzenlenmesinin önemli olacağını vurguladılar. Ayrıca tazminat ücretlerinin makul ve standart olması gerektiğini ifade ettiler. Hesaplama yapılırken hekim maaşının gözönünde bulundurulmasının, belirli bir kota çerçevesinde düzenlenmesinin ve yıllar içerisinde bu rakamlara faiz uygulanmamasını dile getirdiler. Benzer bir çözüm önerisi Li ve ark.nın (2018) çalışmasında da KHD uzmanlarınca önerilmiştir.

Hekimlerin genelde korkulu rüya olarak tabir ettikleri astronomik tazminat ücretleri için bazı çözüm önerileri mevcuttu. Tazminat ücretlerinin maaşa göre hesaplanmasını, belirten katılımcıların yanı sıra kota olması gerektiğini ifade eden katılımcılar da vardı. Çalışmada bazı katılımcılar ise , astronomik tazminat davalarına karşı bir çözüm yolu olarak, hekimlerin kendi aralarında oluşturdukları ve devlet tarafından kontrol edilen bir fondan ödeme yapılabileceğini belirttiler. Benzer bir çözüm önerisi Yazdizadeh ve ark.nın (2011) çalışmasındaki katılımcılar tarafından önerilmiş, hekimler için özellikle doğum sorunlarına yönelik kısıtsız bir tıbbi uygulama hatası sigorta paketi hazırlanabileceği ifade edilmiştir.

Katılımcılar adil yargılanma haklarını dile getirdiler ve sağlıkla ilgili davalarda tıp bilgisi olan hukukçuların ya da hukuk bilgisi olan adli tıp hekimlerinin yer alması gerektiğini, bu şekilde mağduriyetin önlenebileceğini ifade ettiler. Benzer şekilde Yazdizadeh ve ark.nın (2011) çalışmasında da katılımcılar, obstetri davalara bakan uzmanların belirli kriterlere sahip (gerekli eğitim kurslarını tamamlamış, doğum alanında en az on yıllık deneyime sahip) uzmanlar arasından seçilmesi ve mahkeme oturumlarında obstetrisyenlerin bulunması gerekliliğini dile getirmişlerdir.

5.2.3. Sağlık sistemindeki düzenlemeler

Sağlık sistemindeki düzenlemeler alt temasında katılımcılar olumsuz doğumhane koşullarının düzenlenmesi gerekliliğine vurgu yaptılar, fiziki koşulları optimize etmenin (tek kişilik oda vs.) anne talebine bağlı sezaryen doğumlara, dolayısıyla endikasyon dışı sezaryen doğum kararlarına müdahale etmede çözüm yollarından biri olabileceğini belirttiler. Lotfi ve ark.nın (2014) yaptıkları bir çalışmada benzer şekilde katılımcıların büyük çoğunluğu (%88,4'ü) doğum odalarının standartlaştırılmasının önemli olduğuna ve hasta mahremiyetine saygı duyulan bir atmosferin anneye rahatlık sağlayacağına işaret etmişlerdir. TJOD ve Türk Perinatoloji Derneği'de, sezaryen hızını azaltmak amacıyla Sağlık Bakanlığıyla ortak hazırladıkları eylem planlarında doğumhane standartlarının belirlenmesi, doğumhanedeki cihaz ve aletlerin kontrolü ve ruhsatlandırılması, doğum odalarının gebelerin bireysel özerkliğine ve mahremiyetine özen gösterilecek şekilde yeniden düzenlenmesi gerekliliğini belirtmişlerdir. (<https://www.tjod.org/saglik-bakanligi-tjod-sezaryen-oranlarini-azaltma-ortak-eylem-plani/>, https://www.perinatoloji.org.tr/wp-content/uploads/sites/6/2020/04/sezeryan_TPD-gorusu_2019.pdf, Erişim Tarihi:06.01.2021).

Sağlık sistemi içerisinde yapılması gereken bir diğer müdahale çalışması gebeleri vajinal doğuma hazırlamaktır. Çalışmada katılımcılar, doğum hakkında yeterli bilgisi olmayan hastaların daha fazla sezaryen doğum istediklerini ifade ettiler ve bu sebeple gebe ve yakınlarının eğitilmesinin önemine vurgu yaptılar. Türkiye'de yapılan bir başka çalışmada da doğum öncesi süreçte erken dönemden itibaren ebe ve hemşireler tarafından sunulabilecek etkili eğitim programlarının, vajinal doğum oranlarını artırmada faydalı olabileceği sonucuna ulaşılmıştır (Yağmur ve Çubuk 2017). Ghotbi ve ark.da (2014) çalışmalarında her iki doğum şeklinin avantaj ve dezavantajları hakkında gebelerin bilgilendirilmesinin, onların vajinal doğuma karşı olumlu bir tutum sergilemelerini sağlamada yardımcı olabileceğini belirtmişlerdir. Benzer şekilde sezaryen hızını azaltma stratejileri üzerine yapılan bir çalışmada katılımcılar, sezaryen doğumun sonuçları hakkında toplumu bilgilendirmenin önemine işaret etmişlerdir (Lotfi et al. 2014).

Çalışmada bazı katılımcılar, gebe okullarının, vajinal doğuma yönlendirmede faydalı olduğuna, toplu eğitimlerin önemine, grup çalışmalarının gebeleri daha rahat hissettirdiği ve güvenlerini artırdığına işaret ettiler. Katılımcıların ebe ve hekimlerden oluştuğu bir çalışmada da, katılımcıların % 87,2'si hastanelerde vajinal doğum hazırlık sınıflarının zorunlu olması gerektiğini, %90'ı anne ve yenidoğanlar için sezaryen komplikasyonlarının net bir şekilde gebelere anlatılması gerektiğini ifade etmişlerdir (Lofti et al. 2014). DSÖ'nün, 2015 yılında hazırladığı sezaryen hızını azaltmak için gerekli müdahale stratejileri bülteninde, doğum öncesi eğitimlere vurgu yapılmış ve bu eğitimlerde kadınlara, sezaryen doğum ve vajinal doğumun avantaj ve dezavantajları hakkında bilgi verilmesi, hemşire liderliğinde uygulamalı gevşeme eğitim programı ve ağrı korkusu olanlar için psikoeğitim uygulamalarının önemi vurgulanmıştır (Opiyo et al. 2020).

Bazı katılımcılar doğuma yardımcı personelin hastalara karşı olan tutum ve davranışlarının önemine işaret ettiler. Hastaya yaklaşım şeklinin önemli olduğuna, hastaya güler yüzlü davranmanın, hastayı manevi yönden desteklemenin gerekliliğine vurgu yaptılar. Yazdizadeh ve ark.nın (2011) çalışmasındaki katılımcılar da personelin gebe bir kadına davranış şeklinin, gebenin gelecekteki doğum tercihini ve hatta arkadaşlarına tavsiye edeceği doğum şeklini de etkilediğini belirttiler. Benzer şekilde Begum ve ark.nın (2108) çalışmalarında da, doğum yapan bir hastaya muamele şeklinin doğum tercihini etkileyen bir faktör olduğu ileri sürülmüştür.

ACOG 2013 yılında yayımladığı anne talebi üzerine sezaryen konulu bülteninde, ağrı korkusu nedeniyle sezaryen talep eden kadınlara, uygun analjezi seçeneğinin sunulması gerekliliğini belirlemiştir (ACOG 2013). Bizim çalışmamızda da katılımcılar, özellikle doğum korkusu olan hastalara, ağrısız doğum seçeneğinin sunulmasının sezaryen oranlarına olumlu yönde katkı sağlayacağını belirttiler. Lotfi ve ark.nın (2014) çalışmasında da ebe ve hekimlerden oluşan katılımcıların %95'i doğum ağrısını azaltma yöntemlerinin sağlık hizmetleri sunum müfredatına eklenmesi gerektiğini belirtmişlerdir. Benzer şekilde Türk Perinatoloji Derneği de doğum yapacak gebelere epidural anestezi, oral veya parenteral ağrı kesiciler gibi yeterli analjezi desteğinin önemini vurgulamışlardır (<https://www.perinatoloji.org.tr/wp->

content/uploads/sites/6/2020/04/sezeryan_TPD-gorusu_2019.pdf, Erişim Tarihi: 03.02.2021).

DSÖ'nün, 2015 yılında hazırladığı sezaryen hızını azaltmak için gerekli müdahale stratejileri bülteninde, ağrı korkusu olan kadınlar için psikoeğitim önerisinde bulunmuş, korku ve kaygıları olan gebelere terapist desteğinin sağlanması gerektiğini belirtmiştir

(<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/275377/9789241550338-eng.pdf>, Erişim Tarihi: 22.01.2021). Bizim çalışmamızda da bazı katılımcılar, doğum korkusunu gebelik öncesi eğitim / bilgilendirmeye aşamayan hastalara, psikolojik/psikiyatrik desteğin olumlu sonuçlar verebileceğini ifade ettiler. Li ve ark.nın (2018) çalışmasında da bazı katılımcılar özellikle ebelerin psikolojik yönden olumlu teşviklerinin hastayı vajinal doğuma yönlendirebileceğini belirtmişlerdir.

5.2.4. Hekimlere destek

Vajinal doğum ücretlerinin sezaryen doğum ücretlerinden yüksek tutulmasının hekimleri vajinal doğuma yönlendirebileceğini belirten bazı katılımcıların yanı sıra, yükselen sezaryen hızı sorununun bu şekilde çözülemeyeceğini, hekimlerin para nedeniyle sezaryen doğuma yönelmediklerini belirten katılımcılar da mevcuttu. Para ile korkuların aşamayacağını, hekimlerin sezaryene yönelmelerini önlemenin onlara daha fazla para vererek değil, üzerlerindeki medikolegal baskıların kaldırılmasıyla çözülebileceğini belirttiler. Literatürde ücret farkı olması gerektiğini belirten çalışmaların yanı sıra, medikolegal kaygılardan dolayı vajinal doğum ücretlerini artırmanın hekimleri vajinal doğum yapturmaları açısından motive etmeyeceğini belirten çalışmalar da mevcuttur (Yazdizadeh et al. 2011, Lotfi et al. 2014, Peel et al. 2018, Tadevoysan et al. 2019). Sezaryen hızını azaltmak için finansal müdahale stratejilerinin etkinliğinin incelendiği sistematik bir meteanalizde ise, sezaryen operasyonlarının medikolegal kaygılarla olan bağlantısı nedeniyle, vajinal ve sezaryen doğuma eşit ücret politikasının sezaryen hızını düşürmede başarısız olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Yu et al. 2019).

Çalışmada katılımcı hekimler, doğum vakalarındaki primer sorumluluk baskısının kaldırılması gerektiğini bunun için de ebelerin basit doğumları yaptırabileceklerini ve kendilerinin de sadece komplike vakalara müdahale edebileceklerini ifade ettiler. Hekimlerin komplike vakalar için eğitim aldıklarını, doğumların ebelerin bildikleri işleri olduğunu ve hizmetlerinin rafine olması gerektiğini belirttiler. Peel ve ark.nın (2018) çalışmalarında da benzer şekilde katılımcılar, ebelerin normal doğumlarda primer sorumlular olması gerektiğini, komplikasyonlar oluştuğunda kadın doğum uzmanlarından destek alabileceklerini ve bu sayede doktorlar üzerindeki zaman baskısının azalıp, gereksiz sezaryenlerin önlenebileceğini ifade etmişlerdir.

DSÖ'nün, 2015 yılında hazırladığı sezaryen hızını azaltmak için gerekli müdahale stratejileri bülteninde, sezaryen doğum hızını azaltmak için, sezaryen kararı verilirken kıdemli bir uzmandan ikinci görüş alınması gerekliliği vurgulanmıştır (Opiyo et al.2020). Çalışmamızdaki katılımcılardan bazıları da ekip çalışmasının avantajlı olduğuna, ekip sayesinde hastanın doğum şekli için ikinci bir görüşün faydalı olabileceğine değindiler. Ancak bazı katılımcılar, tek olmak gerektiğini işlerine başkalarının karışmasını istemediklerini belirttiler. Yüksek sezaryen hızlarını azaltma stratejilerini geliştirmeyi hedefleyen bir çalışmada da, katılımcıların %66,7'si vajinal doğumlar için ekip çalışmasının planlanması gerektiğine ve %85,6'sı sezaryen kararı verirken ikinci görüş alınmasının önemine işaret etmişlerdir (Lofti et al. 2014). Literatürde sezaryen kararı verilmeden önce, ikinci bir hekim görüşü alınmasının yüksek sezaryen hızını azaltmada etkili olacağını belirten başka çalışmalar da mevcuttur (Althabe et al. 2004, Chaillet et al. 2015, Mariani and Vain 2019).

5.3. SEZARYEN DOĞUMUN OLASI SONUÇLARI

Katılımcılar, sezaryen doğumun, vajinal doğumda gelişmesi muhtemel bir takım komplikasyonları önlediğini ifade ettiler. En sık ifade edilen komplikasyonlardan biri GÜS ile ilgili komplikasyonlardı. Sezaryen doğum yapan kadınlarda idrar kaçırma ya da vajinal relaksasyon gibi olumsuzlukların daha az görüldüğünü belirttiler. Colomar ve ark.nın (2014) çalışmasında da katılımcılar sezaryen doğumun genel olarak anne

ile ilgili maternal komplikasyon oranlarını düşürmede faydalı olduğuna inanıyorlardı. Literatürde başka çalışmalarda da bazı KHD uzmanlarının, vajinal doğum ile cinsel işlev bozukluğu arasında ilişki olduğunu düşündükleri belirtilmiştir (Barrett et al 2005, Begum et al. 2018). Ancak literatürde bu konuda yapılan bazı çalışmalarda aksini iddia eden sonuçlara ulaşılmıştır. Örneğin Buchsbaum ve ark.nın (2002) postmenapozal rahibeler ve doğum yapmış postmenapozal kadınlarla yaptıkları bir çalışmada idrar inkontinansı görülme olasılığının benzer olduğu, sezaryen doğumun koruyucu etkisinin kısa sürdüğü sonucuna ulaşmışlardır.

Çalışmada bir katılımcı anne için sezaryen doğumun tek olumsuzluğunun, normal doğum beklentisi içinde olan bazı kadınların, sezaryen doğum yaptıkları zaman yaşadıkları hayal kırıklığı olduğunu ifade etti. Gebe kadınlarla yapılan nitel bir çalışmada bazı katılımcı gebeler, vajinal doğum yapmayı beklerken sezaryen olduklarında üzüntü ve endişe yaşadıklarını dile getirmişlerdir (Meriç et al. 2019).

Sezaryen doğumun yenidoğanlar açısından daha avantajlı bir doğum yöntemi olduğunu düşünen bazı katılımcılar, sezaryen doğumun asfiksi ve doğum travmaları olasılığını azalttığını, yenidoğanın yaşama şansını arttırdığını ifade etiler. Colomar ve ark.'nın çalışmasında da bazı katılımcılar sezaryen oranlarının yüksekliğine odaklanılacağına, Yoğun Bakım Ünitesine (YBÜ) kabul edilen çocuk sayısına odaklanılması gerektiğini ve sezaryen doğum ile perinatal mortalite oranlarının düştüğüne işaret etmiştir (Colomar et al. 2014). ACOG, 2013 yılında yayımladığı bildiride, mutlak risk farkı az olmasına rağmen, neonatal asfiksi, hipoksik iskemik ensefalopati (HİE) ve doğum travma olasılıklarının, sezaryen doğumun potansiyel neonatal faydaları olduğunu ileri sürmüştür (ACOG 2013).

Çalışmada katılımcılar sezaryen doğum sonrası bebeklerde iyatrojenik prematürite başta olmak üzere, solunum problemlerinin daha fazla görülebileceğini belirttiler. İtalya'da yapılan bir çalışmada 39 haftadan önce yapılan sezaryen doğumlarda RDS

gelişme olasılığı 12,9 kat, yenidoğanın geçici taşipnesi (Transient Tachypnea Of The Newborn – TTN) gelişme olasılığı 1,61 kat yüksek bulunmuştur (Zanardo et al. 2004).

5.4.TÜRKİYE’DE KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM UZMANI OLMAK

Çalışmada katılımcıların yaklaşık yarısı, KHD hekimi olmaktan memnun olmadıklarını, bu branşı seçtikleri için pişman olduklarını ve mesleği bırakmayı düşündüklerini ifade etmişlerdir. KHD hekimlerinde tükenmişlik, depresyon ve iş doyumunun incelendiği bir çalışmada, katılımcıların %13’ü tükenmişlik yaşadıklarını, tükenmişlik yaşayanlarda daha az kariyer memnuniyeti, daha fazla KHD branşını tercih pişmanlığı ve daha yüksek depresyon oranları görülmüştür (Govardhan et al. 2012). KHD uzmanları arasında düşük kariyer memnuniyeti başka çalışmalarda da gösterilmiştir (Kravitz et al. 2003, Mashat et al. 2015).

5.5.ARAŞTIRMANIN GÜÇLÜ YÖNLERİ

Sezaryen doğumda primer karar verici olan KHD uzmanlarının görüşlerinden yola çıkarak artış gösteren sezaryen doğum hızının nedenleri ve olası çözüm önerilerinin saptanmasının amaçlandığı bu çalışmada yöntem olarak nitel (kantitatif) araştırma yöntemi kullanılmıştır. Yöntem çerçevesinde, sezaryen hızının artış nedenleri ve çözüm önerileri için görüş ve düşünceleri önemli olan KHD uzmanları ile derinlemesine görüşmeler yaparak nicel çalışmalardan farklı olarak daha zengin veri elde etme olanağı bulduk.

Çalışmada hem kamuda hem de özel sektörde çalışan hekimlerin görüşlerinin alınmış olması, her iki kurumda çalışan hekimlerin bakış açılarını yansıtabilmesi açısından önemlidir. Ayrıca çalışmada katılımcıların ortanca 25 yıl olan mesleki tecrübeleri çalışmanın çıktılarını güçlü kılmaktadır. Bu durum, genel olarak kadın doğum hekimlerinin görüşlerini temsil etme olasılığını kuvvetlendirmektedir. Katılımcıların görüş ve düşüncelerinden elde edilen çıkarımlar halk sağlığı uzmanları, sağlık kurum yöneticileri, politika yapıcılar için atılması planlanan adımlar için yol gösterici olabilir. Bu bağlamda çalışmamızın literatüre önemli katkılar sağlayacağını umut etmekteyiz.

5.6.ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI

Bu çalışma amaçlı örnekleme seçilmiş katılımcılardan oluşan nitel bir araştırmadır. Dolayısıyla araştırmanın çalışma türünden kaynakların kısıtlılıkları mevcuttur. Sakarya’da ikamet eden 17 KHD uzmanıyla yapılan derinlemesine görüşmelerden elde edilen ifadeler katılımcılara özgüdür, çalışmanın yapıldığı ili ya da ülkeyi temsil etmesi beklenmemelidir.

Çalışmanın kısıtlılıkları içerisinde yer alan bir diğer unsur ise sezaryen doğumun belirleyicilerinden sadece hekimlerin çalışmada yer almış olmasıdır. Sezaryen doğum hızı ile ilişkili faktörler içinde rolü olan gebelerin, ebelerin, sağlık hizmet yöneticileri ve politika yapıcıların bakış açıları kapsam dışında bırakılmıştır. Çalışma zamanlamasının pandemi sürecine denk gelmesi, katılımcıların çeşitliliğinde kısıtlılığa yol açmıştır. Bu bağlamda gelecek çalışmalarda politika yapıcılarla, ebelerle, gebelerle ve sağlık hizmet yöneticileri ile de görüşmeler yapmak gerekmektedir.

Çalışmada bazı alt kategoriler bir ya da iki katılımcının ifadeleri doğrultusunda oluşturulmuş olup, katılımcı grubunun görüşlerini temsiliyet açısından yetersiz kalabilir.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Türkiye’de ve dünyada her geçen yıl sezaryen doğum hızının artması nedeniyle, bu çalışmada kadın doğum hekimlerinin görüşlerinden yola çıkarak sezaryen doğum hızının nedenleri ve çözüm önerileri saptanmıştır. Nedenler arasında sağlık sistemi ve sağlık politikaları, hukuk sistemi, hekimler ve hastalarla ilişkili faktörler, çözüm önerileri olarak da sağlık ve yargı sisteminde düzenlemeler yapılması, ebelik sisteminde değişiklikler yapılması ve hekimlere destek sağlanması ön plana çıkmaktadır. Sezaryen hızına etki eden faktörler çok yönlü ve birbirleriyle bağlantılı olduğu için, önlem alınırken bu çok yönlülük ve bağlantı dikkate alınmalıdır. Özellikle sezaryen hızındaki artışta büyük payı olan tıbbi endikasyonları olmayan sezaryen doğumlara yönelmemiz gerekmektedir.

İlk olarak sağlık sisteminde düzenlemelerle başlanabilir. Gebelerin doğum yapacağı ortamların fiziki şartlarının düzenlenmesi ve belirli bir standarta getirilmesi önemlidir. Gebelerin, mahremiyet duygusuna saygı duyulacak şekilde, tek kişilik odalarda rahat ve huzurlu bir ortamda doğum yapmaları sağlanabilir, doğum esnasında yanlarında, doğuma müdahale etmeyecek, kendilerine manevi yönden destek verebilecek bir yakını, ebesi, doğum koçu vb. kişilerin bulunmasına izin verilebilir.

Kamu hastanelerine uygulanan sezaryen yüzdelerinin sıkı denetiminin, özel sektör hastanelerine de uygulanması yüksek sezaryen hızını azaltmada faydalı olabilir. Bu sayede özel hastane hekimlerine gelen bireysel sezaryen taleplerinin önüne geçilebilir ve hekimlerde de hasta kaybetme kaygısı azaltılabilir.

Hekimlere uygulanan performans sisteminde düzenlemeler yapılmasıyla, hastalarına yeteri kadar zaman ayırması ve yeterli muayene süresi elde etmesi, hekimlerin üzerlerindeki zaman ve hasta sayısı baskısını azaltabilir. Bu sayede hekimler doğum öncesi gebe takibine gelen hastalarına hem sezaryen hem de vajinal doğumun avantaj ve dezavantajları hakkında yeteri kadar bilgi verebilirler. Ayrıca gün içerisinde muayeneye gelen hasta sayıları makul düzeyde olursa hekimler vajinal doğum yaptırabilecekleri zaman dilimine sahip olabilirler.

Vajinal doğumlarda, sezaryen doğumlara göre, harcanan zaman ve yaşanan stres yükünün fazla olması neticesinde, vajinal doğumda hekimin harcadığı emek göz önünde bulundurularak, vajinal doğum ücretlerinin iyileştirilmesi hekim motivasyonu açısından faydalı olabilir.

Vajinal doğumlarda doğuma yardımcı araçların (vakum, forseps vb.) kalite kontrollerinin düzenli olarak yapılması, lüzum halinde kullanılabilmesi için uygun olacaktır.

Vajinal doğum sürecinde acil durumlarda kan bankası, çocuk hekimi, anestezi hekimine de ihtiyaç olabilmektedir. Bu nedenle doğumun yaptırıldığı kurumlarda 7/24 olarak bu durumun göz önüne alınması, hizmetin aksamaması açısından uygun olabilir.

Sezaryen kararı alınırken ikinci hekiminde görüşünün alınması, sezaryen doğum sayılarında azalmaya yardımcı olabilir. Bununla birlikte, ikinci bir kadın doğum hekiminin yanı sıra ebe, çocuk doktorundan oluşan doğum ekiplerinin kurulması faydalı olacaktır.

Sezaryen endikasyonlarının yer aldığı kılavuzlara hekimlerin önerileri doğrultusunda bazı güncellemeler yapılabilir. Anne talebine bağlı sezaryen doğum, endikasyonlar arasında yer alabilir, ayrıca, özellikli olan doğum vakalarına ait karar süreçlerinde yol gösterici akış şemaları faydalı olabilir.

Sezaryen endikasyonlarının yer aldığı kılavuzlarının takibi konusunda hekimler teşvik edilmelidir. Böylelikle hekimler hem güncel uygulamaları öğrenebilir, hem de eksik ya da yanlış bilgilerini düzeltebilirler.

Vajinal doğumlarda hekimlerin primer yardımcısı olan ebelerin teorik olduğu kadar pratik eğitimlerine de önem verilmesi gerekmektedir. Sahaya çıkmadan önce belirli sayıda doğum yaptırmış olmaları ve bu konuda sertifika sağlanması, ebelerin pratik yönlerini güçlendirerek, doğum sürecinde hekimle olan iş bölümünde aktif rol

almalarına yardımcı olabilir. Ayrıca basit ve komplike olmayan doğumların ebelere bırakılması, hekim iş yükünü azaltmada faydalı bir uygulama olabilir.

Doğumhanelerde görev alan ebelere doğum başı prim vermek gibi teşvik edici uygulamalar yapılarak ebelik özendirilebilir. Ayrıca tıpkı hekimlerde olduğu gibi mesleki sorumluluk sigortası ebelere de yapılarak sosyal ve özlük hakları iyileştirilebilir.

Gebelerin, özellikle ilk doğumunu yapacak anne adaylarının doğum öncesi dönemde her iki doğum şekli için de bilgilendirilmeleri, onların doğum tercihlerini belirlemelerinde önemli bir katkı sağlayacaktır. Gebeleri vajinal doğuma yönlendirerek primer sezaryen hızının azaltılması, tekrarlayan sezaryen hızında dolayısıyla genel sezaryen hızında düşüşe neden olacaktır. Bu konuda gebe okulları ön plana çıkmaktadır. Anne adaylarının gebelik süreçlerinde bu okullara yönlendirilmesi ve bu eğitim faaliyetlerinin tüm Türkiye’de yaygınlaştırılması sezaryen hızını düşürmede faydalı olabilir.

Doğum öncesi takiplerinde doğum korkusu olduğunu ifade eden gebelere, ağrısız doğum seçeneği (epidural anestezi) sunulması ve bu imkana bütün kamu kurumlarında ulaşılması gebelerin vajinal doğuma yönelmelerinde olumlu sonuçlar sağlayabilir. Her türlü bilgilendirmeye ve ağrısız doğum seçeneği sunulmasına rağmen korkuları azalmayan gebelere psikolojik danışmanlık verilmesi, aynı zamanda travmatik doğum deneyimi nedeniyle doğum korkusu olan gebeler için de faydalı olabilir.

Topluma, hem vajinal doğum hem de sezaryen doğum süreci ve olası komplikasyonları kapsayan sağlık eğitimi verilmesi önerilerimiz arasındadır. Böylelikle, oluşabilecek komplikasyonlarda gereksiz yere açılan davaların önüne geçilebilir ve gereksiz sezaryen doğum taleplerini azaltmada faydalı olabilir. Bu konuda sosyal medya gibi kitle iletişim araçlarından yararlanılarak sağlık programları yapılabilir, kamu spotları oluşturulabilir

Asistan eğitimlerinde operatif vajinal doğuma yönelik eğitimlere önem verilmesi, hekimlerin asistanlık süreleri boyunca belirli sayıda operatif vajinal doğum yaptırmadan mezun edilmemesi önerilerimiz arasındadır. Ayrıca mezun olduktan sonra da mesleki becerilerin güncellenmesi için hekimlere kurslar, kongreler gibi imkanlar sunulabilir.

Hekimlerin kolay dava edilebilmelerinin önüne geçilmelidir. Davaların önce hekimin çalıştığı kuruma açılması ve kişinin amirinin onayı alınmadan hekimlerin dava edilememesi sağlanmalıdır. Ayrıca tazminat davalarında dava açan kişilerden belirli bir miktarda teminat alınması, yüksek miktardaki tazminat ücretlerinin önlemede faydalı olabilir. Hekimlere devletin hukuksal anlamda destek olması; avukat tutması ya da tazminat ücretinin ödenmesi konusunda sorumluluğu paylaşması önerilerimiz arasındadır.

Ülkemizde mevcut malpraktis yasası, hakim ve avukatların yaklaşımları, özellikle obstetri alanında tababet biliminin ve genel ahlakın üzerine çıkmıştır. Bu durumun doğurduğu defansif tıp yaklaşımları toplum sağlığına zarar verir hale gelmiştir. Doğum sürecinin doğasında bulunan komplikasyonlar ile malpraktis ayrımı yapılması, hekimlere yönelik olan gereksiz açılan davaların önüne geçebilir. Tazminat ücretlerinin, hekimin kazancına göre daha makul düzeyde olması, çalıştığı paydaş kurumun da dava sonuçlarında sorumluluk alması uygun olabilir. Uzun süren mahkeme süreçlerinin dava ücretlerine yansımaması, faiz işlenmemesi daha adil bir yargı sürecinin önünü açabilir. Ayrıca mahkemelerde tıp bilgisi olan hukukçuların davalara müdahil olması, hekimlerin haksız yargılanmalarının önüne geçilmesinde faydalı olabilir.

KHD uzmanı olmak uzun süren bir eğitim ve ardından meşakkatli bir çalışma hayatını içerir. Diğer branşlardan farklı olarak KHD branşındaki hekimler, tek bir canlıyla değil de, hem anne hem de fetüsle ilgilenmektedirler. Bu durumda, uyguladıkları tüm müdahalelerde her iki canlı için de aldıkları kararlar, omuzlarındaki yükü arttırmaktadır. Bu nedenle hekimlerin mesleki memnuniyetlerini artırmak için sosyal ve maddi yönden desteklenmesi, korku duymadan, huzurlu ve güvenli koşullarda

alışmalarının sağlanması, devletten talep ettikleri hakların dikkate alınması hekimlerin mesleğini daha iyi koşullarda icra etmesine imkan sağlayacaktır. Hekimlerin motivasyonlarının yüksek olması, doğum süreçlerinin iyileştirilmesine katkı sağlayarak, sağlıklı toplumların gelişmesine zemin hazırlayacaktır.



KAYNAKLAR

- ACOG.(2010).Practice bulletin no.115:Vaginal birth after previous cesarean delivery.
Obstet Gynecol,116(2Pt1):450-463.
<https://doi.org/10.1097/AOG.0b013e3181eeb251>.
- ACOG.(2013).Cesarean delivery on maternal request.Committee Opinion No. 559.
American College of Obstetricians and Gynecologists.*Obstet Gynecol*,2013:121;904–7.
- ACOG.(2017).Committee on Practice Bulletins-Obstetrics. Practice Bulletin No. 183:
Postpartum Hemorrhage. *Obstet Gynecol*,130(4):e168-e186.
<https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000002351>.
- ACOG.(2019).Pelvic Organ Prolapse,*Obstetrics Gynecology*,34(5):p e126-e142
<https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000003519>.
- Ajeet S.,Jaydeep N.,Nandkishore K., Nisha R. (2011). Women's knowledge, perceptions, and potential demand towards caesarean section. *National Journal*, 2(2):243-248.
- Akangire G.,Carter B.(2016).Birth injuries in neonates.*Pediatr Rev*, 37(11):451-462.
<https://doi.org/10.1542/pir.2015-0125>.
- Aktaş S., Erkek ZY. (2018). Annelerin vajinal doğumu tercih etme nedenlerinin incelenmesi: bir nitel araştırma örneği. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 7(1): 111-124.
- Alexander JM., Leveno KJ., Hauth J., Landon MB., Thom E., Spong CY.,Varner MW., Moawad AH.,Caritis SN., Harper M., Wapner RJ., Sorokin Y., Miodovnik M., O'Sullivan MJ., MD, Sibai BM., Langer O.,Gabbe GS., for the National Institute of Child Health and Human Development Maternal-Fetal Medicine Units

- Network. (2006). Fetal injury associated with cesarean delivery. *Obstet Gynecol*,108(4):885-90.<https://doi.org/10.1097/01.AOG.0000237116.72011.f3>.
- Allen RE., Hosker GL., Smith AR., Warrell DW. (1990). Pelvic floor damage and childbirth: a neurophysiological study. *Br J Obstet Gynaecol*, (9):770-9. <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.1990.tb02570.x>. PMID: 2242361.
- Allen VM., O'Connell CM., Baskett TF. (2006). Maternal morbidity associated with cesarean delivery without labor compared with induction of labor at term. *Obstet Gynecol*,108(2):286-94<https://doi.org/10.1097/01.AOG.0000215988.23224.e4>.
- Althabe F., Belizán JM., Villar J., Alexander S., Bergel E., Ramos S., Romero M., Donner A., Lindmark G., Langer A., Farnot U., Cecatti JG., Carroli G., Kestler E; Latin American Caesarean Section Study Group. (2004). Mandatory second opinion to reduce rates of unnecessary caesarean sections in Latin America: A cluster randomised controlled trial. *Lancet*, 12;363(9425):1934-40. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(04\)16406-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(04)16406-4).
- Aminu M., Utz B., Halim A. Broek N. (2014). Reasons for performing a caesarean section in public hospitals in rural Bangladesh. *BMC Pregnancy Childbirth*, 14(130). <https://doi.org/10.1186/1471-2393-14-130>
- Anderson RE. (1999). Billions for defense: the pervasive nature of defensive medicine. *Arch Intern Med*, 159(20):2399-402. <https://doi.org/10.1001/archinte.159.20.2399>.
- Arastaman G., Fidan İÖ., Fidan T. (2018). Nitel araştırmada geerlik ve gvenirlik: Kuramsal bir inceleme. *YY Eğitim Fakltesi Dergisi*,15(1):37-75. <http://efdergi.yyu.edu.tr> <http://dx.doi.org/10.23891/efdyu.2018.61>.
- Arikan DC., Ali ., Arikan I. Coskun A., Kiran H. (2011). Turkish obstetricians' personal preference for mode of delivery and attitude toward cesarean delivery

on maternal request. *Arch Gynecol Obstet*, 284(3):543–549. <https://doi.org/10.1007/s00404-010-1682-z>

Austin Z., Sutton J.(2014). Qualitative research: getting started. *Can J Hosp Pharm*, 67(6):436-40. <https://doi.org/10.4212/cjhp.v67i6.1406>.

Awang MS., Abdul Razak AH., Che Ahmad A. (2017). Neonatal clavicle fracture: A review of fourteen cases in east coast peninsular Malaysia. *IIUM Medical Journal Malaysia*, 16(2):79-83. <https://doi.org/10.31436/imjm.v16i2.330>

Bagheri A., Masoudi Alavi N., Abbaszadeh F. (2013). Iranian obstetricians' views about the factors that influence pregnant women's choice of delivery method: a qualitative study. *Women Birth*, 26(1):e45-9. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2012.09.004>.

Bailey PE. (2005). The disappearing art of instrumental delivery: time to reverse the trend. *Int J Gynaecol Obstet*, 91(1):89-96. <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2005.05.016>. PMID: 16109417.

Barber EL., MD, Lundsberg LS., Belanger K., PhD, Pettker CM., Funai EF., Illuzzi JL. (2011). Indications contributing to the increasing cesarean delivery rate. *Obstet Gynecol*, 118(1):29-38. <https://doi.org/10.1097/AOG.0b013e31821e5f65>.

Barrett G., Peacock J., Victor CR., Manyonda I.(2005). Cesarean section and postnatal sexual health. *Birth*, 32(4):306-11. <https://doi.org/10.1111/j.0730-7659.2005.00388.x>.

Begum T., Ellis C., Sarker M., Rostoker JF., Rahman A., Anwar I., Reichenbach L. (2018). A qualitative study to explore the attitudes of women and obstetricians towards caesarean delivery in rural Bangladesh. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 18:368. <https://doi.org/10.1186/s12884-018-1993-9>

- Beigi RH., Bunge K., Song, Y., Lee BY. (2009). Epidemiologic and economic effect of methicillin-resistant staphylococcus aureus in obstetrics. *Obstetrics and gynecology*, 113(5):983-991. <https://doi.org/10.1097/AOG.0b013e3181a116e4>
- Bergholt T., Ostberg B., Legarth J., Weber T. (2004). Danish obstetricians' personal preference and general attitude to elective cesarean section on maternal request: a nation-wide postal survey. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 83(3):262-266. <https://doi.org/10.1111/j.0001-6349.2004.0312.x>.
- Bergqvist LL., Katz-Salamon M., Hertegard S., Anand KJS., Lagercrantz H. (2009). Mode of delivery modulates physiological and behavioral responses to neonatal pain. *Journal of Perinatology*, 29(1): 44–50. <https://doi.org/10.1038/jp.2008.129>
- Betran AP., Merialdib M., Lauerc JA. , Bing-Shund W., Thomase J., Lookb PV., Wagnerf M. (2007). Rates of caesarean section: analysis of global, regional and national estimates. *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, 21(2):98-113. <https://doi.org/10.1111/j.1365-3016.2007.00786.x>.
- Betrán AP., Ye J., Moller AB., Zhang J., Gülmezoglu AM., Torloni MR. (2016a). the increasing trend in caesarean section rates: Global, regional and national estimates: 1990-2014. *PLoS One*, 11(2):e0148343. doi: 10.1371/journal.pone.0148343.
- Betran AP., Torloni MR., Zhang JJ., Gulmezoglu AM., for the WHO Working Group on Caesarean Section*. (2016b). WHO Statement on Caesarean Section Rates. *BJOG*, 123:667–670.

- Betran AP., Temmerman M., Kingdon C., Mohiddin A., Opiyo., Torloni MA., Zhang J., Othiniel Musana O., Wanyonyi SZ., Gülmezoglu AM., Downe S. (2018). Interventions to reduce unnecessary caesarean sections in healthy women and babies. *Lancet, Series/Optimising Caesarean Section Use*, 392(10155): 1358–68. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31927-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31927-5).
- Bettes BA., Coleman VH., Zinberg S., Spong CY., Portnoy B., DeVoto E., Schulkin J. (2007). Cesarean delivery on maternal request: obstetrician-gynecologists' knowledge, perception, and practice patterns. *Obstet Gynecol*, 109(1):57-66. <https://doi.org/10.1097/01.AOG.0000249608.11864.b6>.
- Bhatia M., Banerjee K., Dixit P., Dwivedi LK. (2020). Assessment of variation in cesarean delivery rates between public and private health facilities in India from 2005 to 2016. *JAMA Netw Open*, 3(8): e2015022. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.15022>.
- Bishop TF., Federman AD., Keyhani S. (2010). Physicians' views on defensive medicine: a national survey. *Arch Intern Med*, 170(12):1081-3. <https://doi.org/10.1001/archinternmed.2010.155>.
- Blomquist JL., Munoz A., Carroll M., Handa VL. (2018). Association of delivery mode with pelvic floor disorders after childbirth. *JAMA*, 18;320(23):2438-2447. <https://doi.org/10.1001/jama.2018.18315>.
- Boerma T., Ronsmans C., Melesse DY., Barros AJD., Barros FC., Juan L., Moller AB., Say L., Hosseinpoor AR., Yi M., de Lyra Rabello Neto D., Temmerman M. (2018). Global epidemiology of use of and disparities in caesarean sections. *Lancet*, 392(10155):1341-1348. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31928-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31928-7).
- Boley JP. (1991). The history of Caesarean section. *Can Med Assoc J*, 145(4):319-322.

- Bonanno C., Clausing M., Berkowitz R. (2011). VBAC: a medicolegal perspective. *Clin Perinatol*, 38(2):217-25. <https://doi.org/10.1016/j.clp.2011.03.005>.
- Bourgeault IL., Declercq E., Sandall J., Wrede S., Vanstone M., Teijlingen E., DeVries R., Benoit C. (2008). Too Posh To Push? Comparative perspectives on maternal request caesarean sections in Canada, the US, the UK and Finland. *Advances in Medical Sociology*, 10:99-123. [https://doi.org/10.1016/S1057-6290\(08\)10006-7](https://doi.org/10.1016/S1057-6290(08)10006-7)
- Boyle A., Reddy UM., Landy HJ., Huang CC. (2013). Primary cesarean delivery in the United States. *Obstet Gynecol*, 122(1): 33–40. <https://doi.org/10.1097/AOG.0b013e3182952242>.
- Braun V., Clarke V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qual Res Psychol*, 3(2):77–101.
- Brounéus, K. 2011. In-Depth Interviewing: The Process, Skill and Ethics of Interviews in Peace Research. In *Understanding Peace Research: Methods and Challenges*; Hoglund, K., Oberg, M., Eds.; Routledge: New York, NY, USA, 2011; p: 130–146.
- Buchsbaum GM., Chin M., Glantz C., Guzick D.(2002). Prevalence of urinary incontinence and associated risk factors in a cohort of nuns. *Obstetrics & Gynecology*, 100(2):226-229. [https://doi.org/10.1016/S0029-7844\(02\)02076-8](https://doi.org/10.1016/S0029-7844(02)02076-8).
- Buhimschi CS., Buhimschi IA. (2006). Advantages of vaginal delivery. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 49 (1):167-183. <https://doi.org/10.1097/01.grf.0000198186.71542.03>
- Buyukbayrak EE, Kaymaz O, Kars B, Karsidag AY, Bektas E, Unal O, Turan C.(2010). Caesarean delivery or vaginal birth: preference of Turkish pregnant women and influencing factors. *J Obstet Gynaecol*, 30(2):155-8. <https://doi.org/10.3109/01443610903461436>.

- Büken E., Ornek Büken N., Büken B. (2004). Obstetric and gynecologic malpractice in Turkey: incidence, impact, causes and prevention. *J Clin Forensic Med*, 11(5):233-47. <https://doi.org/10.1016/j.jcfm.2004.01.005>.
- Catino M. (2011). Why do doctors practice defensive medicine? The side-effects of medical litigation. *Saf. Sci. Monit.* 15(1):1–12.
- Cebesoy FB., Cebesoy O., Incebiyik A. (2009). Bilateral femur fracture in a newborn: an extreme complication of cesarean delivery. *Arch Gynecol Obstet*, 279(1):73-4. <https://doi.org/10.1007/s00404-008-0639-y>.
- Chaillet N., Dumont A., Abrahamowicz M., Pasquier JC., Audibert F., Monnier P., Abenhaim HA., Dubé E., Dugas M., Burne R., Fraser WD; QUARISMA Trial Research Group. (2015). A cluster-randomized trial to reduce cesarean delivery rates in Quebec. *N Engl J Med.* 372(18):1710-21. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1407120>. PMID: 25923551.
- Chang a SR., Chen KH., Lin HH., Chao YM., Lai YH. (2011). Comparison of the effects of episiotomy and no episiotomy on pain, urinary incontinence, and sexual function 3 months postpartum: A prospective follow-up study. *International Journal of Nursing Studies*, 48(4):409-418. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2010.07.017>.
- Charles SC. (2001). Coping with a medical malpractice suit. *West J Med*, 174(1):55-8. <https://doi.org/10.1136/ewjm.174.1.55>.
- Clarkson J. Newton C. Bick D Gyte G. Kettle C., Newburn M., Radford J., Johanson R. (2001). Achieving sustainable quality in maternity services – using audit of incontinence and dyspareunia to identify shortfalls in meeting standards. *BMC Pregnancy Childbirth*, 1(1):4. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-1-4>.

- Collado MC., Rautava S., Aakko J., Isolauri E., Salminen S.(2016). Human gut colonisation may be initiated in utero by distinct microbial communities in the placenta and amniotic fluid. *Scientific Reports*, 6:23129. <https://doi.org/10.1038/srep23129>.
- Colomar M., Cafferata ML., Aleman A., Castellano G., Elorrio EG., Althabe F., Engelbrecht S. (2104). Mode of childbirth in low-risk pregnancies: Nicaraguan physicians' viewpoints. *Matern Child Health J*, 18(10):2382-92. <https://doi.org/10.1007/s10995-014-1478-z>.
- Cotzias CS., Paterson-Brown S., Fisk NM. (2001). Obstetricians say yes to maternal request for elective caesarean section: a survey of current opinion. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*, 97(1):15-6. [https://doi.org/10.1016/s0301-2115\(00\)00360-2](https://doi.org/10.1016/s0301-2115(00)00360-2).
- Cunningham FG., Mac Donald PC., Gant NF., (1997) Williams Obstetrics, 20nd edition.. Apyleton& Lange, Stamford, Connecticut.p:509- 531
- Cunningham, FG. and JW. Williams, Williams obstetrics. 2010, 23nd edition. New York: McGraw-Hill Medical.
- Cunningham FG., Leveno KJ., Bloom SL., Spong CY., Dashe JS., Hoffman BL., Casey BM., Sheffield JS. 2014. Williams obstetrics 24nd edition. USA: McGraw-Hill.
- Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Dashe JS, Hoffman BL, Casey BM, Spong CY. 2018. Williams obstetrics 25nd edition. USA: McGraw-Hill.
- Çağlayan EK., Kara M., Gürel YC. (2010). Kliniğimizde üç yıllık sezaryen oranı ve endikasyonları. *Journal of Experimental and Clinical Medicine*, 27(2):50-53.
- Çaka S., Topal S., Altınkaynak S. (2017). Anne sütü ile beslenmede karşılaşılan sorunlar. *Türkiye Klinikleri J Pediatr Nurs-Special Topics*, 3(2):120-8.

- Dahlgren LS., MD,1 Dadelszen PV., Christilaw J., Janssen AP., Lisonkova S., Marquette GP., Liston RM. (2009). Caesarean section on maternal request: risks and benefits in healthy nulliparous women and their infants. *J Obstet Gynaecol Can*, 31(9):808-817. [https://doi.org/10.1016/S1701-2163\(16\)34299-2](https://doi.org/10.1016/S1701-2163(16)34299-2).
- Darabi B.,Rahmati S., HafeziAhmadi MR., Badfar G., Azami M. (2019). The association between caesarean section and childhood asthma: An updated systematic review and meta-analysis. *Allergy Asthma Clin Immunol*, 15:62. <https://doi.org/10.1186/s13223-019-0367-9>.
- Darnal N., Dangal G. (2020). Maternal and Fetal Outcome in Emergency versus Elective Caesarean Section. *J Nepal Health Res Counc*, 18(2):186-189. <https://doi.org/10.33314/jnhrc.v18i2.2093>.
- Das B., Snyder M. (2016). Rectovaginal fistulae. *Clin Colon Rectal Surg*, 29(1): 50–56. <https://doi.org/10.1055/s-0035-1570393>
- Decherney AH., Nathan L., Laufer N., Roman AS. (2013). Current Diagnosis and Treatment, Obstetrics and Gyneacology. 11nd edition. The McGraw-Hill Companies.
- Declercq E., Barger M., Cabral JH., Evans SR., Kotelchuck M., Simon C., Weiss J., ScD, Heffner JJ. (2007). Maternal outcomes associated with planned primary cesarean births compared with planned vaginal births. *Obstet Gynecol*, 109(3):669-77. <https://doi.org/10.1097/01.AOG.0000255668.20639.40>.
- Delafield R., Elia J., Chang A., Kaneshiro B., Sentell T., Pirkle CM. (2020). Perspectives and experiences of obstetricians who provide labor and delivery care for micronesian women in Hawai'i: What is driving cesarean delivery rates? *Qualitative Health Research*, 30(14):2291-2302. <https://doi.org/10.1177/1049732320942484>.

- Dhar RSG., Nagpal J., Sinha S., Bhargava VL., Sachdeva A., Bhartia A. (2009). Direct cost of maternity-care services in south delhi: A community survey. *J Health Popul Nutr*, 27(3):368-78. <https://doi.org/10.3329/jhpn.v27i3.3379>.
- Diallo MH., Balde IS., Diallo AD., Balde O., Diallo BS., Sylla I. Bah OH., Doumbouya L., Diallo AT., Hyjazi Y., Keita N. (2019). Maternal complications of caesarean section in a resource-limited country: The case of the maternity unit of Kankan Regional Hospital, Guinea. *Open Journal of Obstetrics and Gynecology* , 09(07):981-990. <https://doi.org/10.4236/ojog.2019.97095>.
- Dildy GA., Belfort MA., Clark SL. (2016). Obstetric forceps: A species on the brink of extinction. *Obstet Gynecol*, 128(3):436-439. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000001557>.
- Dominguez-Bello MG., Costello EK., Contreras M., Magris M., Hidalgo G., Fierer N., Knigh R. (2010). Delivery mode shapes the acquisition and structure of the initial microbiota across multiple body habitats in newborns. *Proc Natl Acad Sci U S A*, 29;107(26):11971-5. <https://doi.org/10.1073/pnas.1002601107>.
- Dupuis O., Silveira R., Dupont C., Mottolese C., Kahn P., Dittmar A., Rudigoz, RC. (2005). Comparison of “instrument-associated” and “spontaneous” obstetric depressed skull fractures in a cohort of 68 neonates. *Am J Obstet Gynecol*, 192(1):165-70. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2004.06.035>.
- Eyi EGY., Mollamahmutoglu L. (2019). An analysis of the high cesarean section rates in Turkey by Robson classification. *J Matern Fetal Neonatal Med*, 1-11. <https://doi.org/10.1080/14767058.2019.1670806>.
- Fuglenes D., Aas E., Botten G., Oian P., Kristiansen IS. (2011). Why do some pregnant women prefer cesarean? The influence of parity, delivery experiences, and fear. *Am J Obstet Gynecol* , 205:45.e1-9. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2011.03.043>.

- Gibbons L, Belizan JM, Lauer JA, Betran AP., Merialdi M., Althabe F. (2012). Inequities in the use of cesarean section deliveries in the world. *Am J Obstet Gynecol*, 206:331.e1-19. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2012.02.026>
- Glaser BG. (1965). The constant comparative method of qualitative analysis. *Social Problems*, 12(4): 436–445. <https://doi.org/10.2307/798843>
- Gopalakrishnan V., Sahoo NK., Roy ID. (2016). Mandibular fracture in a neonate. *International Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, 46(1):59-61. <https://doi.org/10.1016/j.ijom.2016.08.009>
- Handa VL., MD, Blomquist JL., Knoepp LR., Hoskey KA., McDermott KJ., Munoz A. (2011). Pelvic floor disorders 5–10 years after. *Obstet Gynecol*, 118(4):777-84. <https://doi.org/10.1097/AOG.0b013e3182267f2f>.
- Huang K., Tao F., Faragher B., Raven J., Tolhurst R., Tang S., van den Broek N. (2013). A mixed-method study of factors associated with differences in caesarean section rates at community level: The case of rural China. *Midwifery*, 29(8):911-20. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2012.11.003>.
- Evers KS., Wellmann S. (2016). Arginine vasopressin and copeptin in perinatology. *Front. Pediatr.*, 4:75. <https://doi.org/10.3389/fped.2016.00075>.
- Fazlollahi M., Chun Y., Grishin A., Wood RA., Burks AW., Dawson P., Jones SM., Leung DYM., Sampson HA., Sicherer SH., Bunyavanich S. (2017). Early-life gut microbiome and egg allergy. *Allergy*, 73(7):1515–1524. <https://doi.org/10.1111/all.13389>.
- Feng XL., Xu L., Guo Y., Ronsmans C. (2012). Factors influencing rising caesarean section rates in China between 1988 and 2008. *Bull World Health Organ*, 90(1):30-9, 39A. <https://doi.org/10.2471/BLT.11.090399>.

- Fenwick J., Gamble J., Hauck Y.(2006). Reframing birth: a consequence of cesarean section. *J Adv Nurs*, 56(2):121-30; *discussion* 131-2. https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.03991_1.x.
- Fidan U., Ulubay M., Kıncı MF., Mutlu H., Bodur, S. Yenen MC. (2018). Vakum yardımlı doğum: Neden çekiniyoruz? *Kocatepe Medical Journal* , 19:1-6.
- Filippi V., Ganaba R., Calvert C., Murray SF., Storeng KT. (2015). After surgery: the effects of life-saving caesarean sections in Burkina Faso. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 15:348. <https://doi.org/10.1186/s12884-015-0778-7>
- Franz MB., Husslein PW. (2010). Obstetrical management of the older gravida. *Women's Health*, 463–468. <https://doi.org/10.2217/WHE.10.26>
- Fonseca A., Silva R., Rato I., Neves AR., Peixoto C., Ferraz Z., Ramalho I., Carocha A., Félix N., Valdoleiros S., Galvão A., Gonçalves D., Curado J., Palma MJ., Antunes IL., Clode N., Graça LM.(2017). Breech presentation: Vaginal versus cesarean delivery, which intervention leads to the best outcomes? *Acta Med Port*, 30;30(6):479-484. <https://doi.org/10.20344/amp.7920>. Epub 2017 Jun 30. PMID: 28898615.
- Gamble JA, Creedy DK. (2001). Women's preference for a cesarean section: incidence and associated factors. *Birth*, 28(2):101-10. <https://doi.org/10.1046/j.1523-536x.2001.00101.x>.
- Geller EJ., Wu JM., Jannelli ML., Nguyen TV., Visco AG. (2010a). Neonatal outcomes associated with planned vaginal versus planned primary cesarean delivery. *J Perinatol*, 30(4):258-64. <https://doi.org/10.1038/jp.2009.150>.
- Geller EJ, Wu JM, Jannelli ML, Nguyen TV, Visco AG. (2010b). Maternal outcomes associated with planned vaginal versus planned primary cesarean delivery. *Am J Perinatol*, 27(9):675-83. <https://doi.org/10.1055/s-0030-1249765>.

- Ghotbi F., Akbari Sene A., Azargashb E., Shiva F., Mohtadi M., Zadehmodares S., Farzaneh F., Yasai FA.(2012). Women's knowledge and attitude towards mode of delivery and frequency of cesarean section on mother's request in six public and private hospitals in Tehran, Iran, 2012. *J Obstet Gynaecol Res*, 40(5):1257-66. <https://doi.org/10.1111/jog.12335>.
- Govardhan LM., Pinelli V., Schnatz PF. (2012). Burnout, depression and job satisfaction in obstetrics and gynecology residents. *Conn Med*, 76(7):389-95.
- Gözükara F., Eroğlu K. (2008). İlk doğumunu yapmış kadınların (primipar) doğum şekline yönelik tercihlerini etkileyen faktörler. *Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, 32-46.
- Gregory KD., Jackson S., Korst L., M.D., Fridman M. (2012). Cesarean versus vaginal delivery: Whose risks? whose benefits? *Am J Perinatol*, 29(1):7-18. <https://doi.org/10.1055/s-0031-1285829>.
- Grytten J., Skau I., Sørensen R. (2017). The impact of the mass media on obstetricians' behavior in Norway. *Health Polic*, 121(9):986-993. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2017.07.007>.
- Gupta M., Saini V. (2018). Caesarean section: Mortality and morbidity. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*, 12(9): QE01-QE06. <https://doi.org/10.7860/JCDR/2018/37034.11994>.
- Gurewitsch ED., Johnson E., Hamzehzadeh S., Allen RH. (2006). Risk factors for brachial plexus injury with and without shoulder dystocia. *Am J Obstet Gynecol*, 194(2):486-92. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2005.07.071>.
- Gün İ., Doğan B., Özdamar Ö. (2016). Long- and short-term complications of episiotomy. *Turk J Obstet Gynecol*, 13(3):144-8. <https://doi.org/10.4274/tjod.00087>

- Hamilton BE., Martin JA., Osterman MJ., Curtin SC., Matthews TJ. (2015). Births: Final Data for 2014. *Natl Vital Stat Rep*, 64(12):1-64.
- Hanley GE, Janssen PA, Greyson D. (2010). Regional variation in the cesarean delivery and assisted vaginal delivery rates. *Obstet Gynecol*, 115(6):1201-1208. <https://doi.org/10.1097/AOG.0b013e3181dd918c>.
- Hannah ME., Hannah JW., Hodnett ED., Chalmers B., Kung R., Willan A., Amankwah K., Cheng M., Helewa M., Hewson S., Saigal S., Whyte H., Gafni A., Term Breech Trial 3-Month Follow-up Collaborative Group. (2002). Outcomes at 3 months after planned cesarean vs planned vaginal delivery for breech presentation at term: the international randomized Term Breech Trial. *JAMA*, 10;287(14):1822-31. <https://doi.org/10.1001/jama.287.14.1822>.
- He AJ. (2014). The doctor-patient relationship, defensive medicine and overprescription in Chinese public hospitals: evidence from a cross-sectional survey in Shenzhen city. *Soc Sci Med*, 123:64-71. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.10.055>.
- Hildingsson I, Radestad I, Rubertsson C, Waldenström U. (2002). Few women wish to be delivered by caesarean section. *BJOG*, 109(6):618-23.
- Huang X., Lei J., Tan H., Walker M., Zhou J., Wen SW. (2011). Cesarean delivery for first pregnancy and neonatal morbidity and mortality in second pregnancy. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*, (2):204-8. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2011.05.006>.
- Hofberg K, Ward MR. (2004). Fear of childbirth, tocophobia, and mental health in mothers: the obstetric-psychiatric interface. *Clin Obstet Gynecol*, 47(3):527-34. <https://doi.org/10.1097/01.grf.0000132527.62504.ca>.
- Huh SY., Rifas-Shiman SL., Zera AC., Edwards JWR., Oken E., Weiss ST., Gillman MW. (2012). Delivery by caesarean section and risk of obesity in preschool age

children: A prospective cohort study. *Arch Dis Child*, 97(7):610-6.
<https://doi.org/10.1136/archdischild-2011-301141>.

Ionescu CA., Dimitriu M., Poenaru E., Banacu M., Furau GO., Navolan D., Ples L. (2018). Defensive caesarean section: A reality and a recommended health care improvement for Romanian obstetrics. *J Eval Clin Pract*, 25(1):111-116.
<https://doi.org/10.1111/jep.13025>.

Jena AB., Chandra A., Lakdawalla D., Seabury S. (2012). Outcomes of medical malpractice litigation against US physicians. *Arch Intern Med*, 172(11):892-4.
<https://doi.org/doi:10.1001/archinternmed.2012.1416>.

Joseph KS., Young DC., Dodds L., O'Connell CM., Allen VM., Chandra S., Allen AC. (2003). Changes in maternal characteristics and obstetric practice and recent increases in primary cesarean delivery. *Obstet Gynecol*, 102(4):791-800.
[https://doi.org/10.1016/s0029-7844\(03\)00620-3](https://doi.org/10.1016/s0029-7844(03)00620-3).

Kalish RB., McCullough L., Gupta M., Thaler HT., Chervenak FA. (2004). Intrapartum elective cesarean delivery: a previously unrecognized clinical entity. *Obstetrics and Gynecology*, 103(6):1137-1141.
<https://doi.org/10.1097/01.aog.0000128118.37737.df>.

Kamal P., Dixon-Woods M., Kurinczuk JJ., Oppenheimer C., Squire P., Waugh J. (2005). Factors influencing repeat caesarean section: Qualitative exploratory study of obstetricians' and midwives' accounts. *BJOG*, 112(8):1054-60.
<https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2005.00647.x>.

Kamel A., Khaled M. (2014). Episiotomy and obstetric perineal wound dehiscence: Beyond soreness. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 34: 215–217.
<https://doi.org/10.3109/01443615.2013.866080>.

- Karlstrom A., Engstrom-Olofsson R., Nystedt A. , Thomas J.,Hildingsson I. (2009). Swedish caregivers' attitudes towards caesarean section on maternal request. *Women and Birth*. 22(5):57—63. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2008.12.002>
- Kasai KE, Nomura RM, Benute GR, de Lucia MC, Zugaib M. (2008). Women's opinions about mode of birth in Brazil: A qualitative study in a public teaching hospital. *Midwifery*, 26(3):319-26. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2008.08.001>.
- Keag OE., Norman JE., Stock SJ. (2018). Long-term risks and benefits associated with cesarean delivery for mother, baby, and subsequent pregnancies: Systematic review and meta-analysis. *PLoS Med*, 15(1):e1002494. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002494>.
- Kero J., Gissler M., Grönlund MM. , Kero P., Koskinen P., Hemminki E., Isolauri E. (2002). Mode of delivery and asthma – Is there a connection? *Pediatr Res*, 52(1):6-11. <https://doi.org/10.1203/00006450-200207000-00004>.
- Kettle C., Johanson RB. (2000). Continuous versus interrupted sutures for perineal repair. *Cochrane Database Syst Rev*, 2000;(2):CD000947. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000947>.
- Khasawneh W., Obeidat N., Yusef D., Alsulaiman JW. (2020). The impact of cesarean section on neonatal outcomes at a university-based tertiary hospital in Jordan. *BMC Pregnancy Childbirth*, 20:335. <https://doi.org/10.1186/s12884-020-03027-2>
- Klagholz J. (2009). Overview of the 2009 ACOG survey on professional liability. *ACOG Clinical Review*, 14 (1). 13-16.
- Klein K., Worda C., Leipold H., Gruber C., Husslein P., Wenzl R. (2009). Does the mode of delivery influence sexual function after childbirth? *Journal of Women's Health*, 18(8):1227-1231. <https://doi.org/10.1089=jwh.2008.1198>.

- Kolas T., Hofoss D., Daltveit AK., Nilsen ST., Henriksen T., Hager R., Ingemarsson I., Oian P. (2003). Indications for cesarean deliveries in Norway. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 188(4):864-870. <https://doi.org/10.1067/mob.2003.217>.
- Kolas T., Saugstad OD., Daltveit AK., Nilsen ST., Oian P. (2006). Planned cesarean versus planned vaginal delivery at term: comparison of newborn infant outcomes. *Am J Obstet Gynecol*, 195(6):1538-43. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2006.05.005>.
- Kravitz RL., Leigh JP., Samuels SJ., Schembri M., Gilbert WM.(2003). Tracking career satisfaction and perceptions of quality among US obstetricians and gynecologists. *Obstet Gynecol*, 102(3):463-70. [https://doi.org/10.1016/s0029-7844\(03\)00666-5](https://doi.org/10.1016/s0029-7844(03)00666-5).
- Kringeland T, Daltveit AK, Moller A. (2009). What characterizes women in Norway who wish to have a caesarean section? *Scand J Public Health*, 37(4):364-71. <https://doi.org/10.1177/1403494809105027>.
- Küçük M. (2018). Defensive medicine among obstetricians and gynaecologists in Turkey. *J Obstet Gynaecol*, 38(2):200-205. <https://doi.org/10.1080/01443615.2017.1340933>.
- Lagercrantz H. (1996). Stress, arousal, and gene activation at birth. *News Physiol. Sci*, 11(5):214-218. <https://doi.org/10.1152/physiologyonline.1996.11.5.214>.
- Larsson C., Kallen K., Andolf E. (2009). Cesarean section and risk of pelvic organ prolapse: Anested case-control study. *Am J Obstet Gynecol*, 200:243.e1-243.e4. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2008.11.028>
- Larsson C., Saltvedt S., Wiklund I., Andolf E. (2011). Planned vaginal delivery versus planned caesarean section: Short-term medical outcome analyzed according to

intended mode of delivery. *J Obstet Gynaecol Can*, 33(8):796–802.
[https://doi.org/10.1016/S1701-2163\(16\)34982-9](https://doi.org/10.1016/S1701-2163(16)34982-9)

Levine EM., Ghai V., Barton JJ., Strom CM. (2001). Mode of delivery and risk of respiratory diseases in newborns. *Obstet Gynecol*, 97(3):439-42.
[https://doi.org/10.1016/s0029-7844\(00\)01150-9](https://doi.org/10.1016/s0029-7844(00)01150-9).

Liao JB., Buhimschi CS., Norwitz ER. (2005). Normal labor: mechanism and duration. *Obstet Gynecol Clin North Am*, 32(2):145-64 vii. .
<https://doi.org/10.1016/j.ogc.2005.01.001>.

Li M., Gu W., Li X., Wang X. (2018). The reasons and strategies of high cesarean section rate from Chinese obstetricians and midwives perspective in the public hospitals: An interpretative phenomenologic analysis. *J Fam Med Dis Prev*, 4:087.
<https://doi.org/doi.org/10.23937/2469-5793/1510087>

Liu S. Liston RM., Joseph KS., Heaman M., Sauve R., Kramer MS., Maternal Health Study Group of the Canadian Perinatal Surveillance System. (2007). Maternal mortality and severe morbidity associated with low-risk planned cesarean delivery versus planned vaginal delivery at term. *CMAJ*, 176(4):455-60.
<https://doi.org/10.1503/cmaj.060870>.

Liu X, Landon MB, Cheng W, Chen Y. (2015). Cesarean delivery on maternal request in China: what are the risks and benefits? *Am J Obstet Gynecol* , 212:817.e1-9.
<https://doi.org/10.1016/j.ajog.2015.01.043>

Litorp H., Mgay A., Mbekenga CK., Kidanto HL., Johnsdotter S., Essén B. (2015). Fear, blame and transparency: Obstetric caregivers' rationales for high caesarean section rates in a low-resource setting. *Soc Sci Med*, 143:232-40.
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2015.09.003>.

- Lo JC. (2003). Patients' attitudes vs. physicians' determination: implications for cesarean sections. *Soc Sci Med*, 57(1):91-6. [https://doi.org/10.1016/s0277-9536\(02\)00301-5](https://doi.org/10.1016/s0277-9536(02)00301-5). PMID: 12753818.
- Lotfi R., Tehrani FR., Dovom MR., Torkestani F., Abedini M., Sajedinejad S. (2014). Development of strategies to reduce cesarean delivery rates in Iran 2012-2014: A mixed methods study. *Int J Prev Med*, 5(12):1552-66.
- Luborsky MR., Rubinstein RL. (1995). Sampling in qualitative research: Rationale, issues, and methods. *Res Aging*, 17(1):89-113. <https://doi.org/10.1177/0164027595171005>
- Lumbiganon P., Laopaiboon M., Gülmezoglu AM., Souza JP., Taneepanichskul S., Ruyan P., Attygalle DE., Shrestha N., Mori R., Nguyen DH., Hoang TB., Rathavy T., Chuyun K., Cheang K., Festin M., Udomprasertgul V., Germar MJ., Yanqiu G., Roy M., Carroli G., Ba-Thike K., Filatova E., Villar J.; World Health Organization Global Survey on Maternal and Perinatal Health Research Group. (2010). Method of delivery and pregnancy outcomes in Asia: The WHO global survey on maternal and perinatal health 2007-08. *Lancet*, 375(9713):490-9. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)61870-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)61870-5).
- Manyeh AK, Amu A, Akpakli DE, Williams J, Gyapong M. (2018). Socioeconomic and demographic factors associated with caesarean section delivery in Southern Ghana: evidence from INDEPTH Network member site. *BMC Pregnancy Childbirth*, 18(1):405. <https://doi.org/10.1186/s12884-018-2039-z>.
- Mariani GL, Vain NE. (2019). The rising incidence and impact of non-medically indicated pre-labour cesarean section in Latin America. *Semin Fetal Neonatal Med*, 24(1):11-17. <https://doi.org/doi:10.1016/j.siny.2018.09.002>.
- Marshall NE., Fu R., GuiseJM. (2011). Impact of multiple cesarean deliveries on maternal morbidity: A systematic review. *Am J Obstet Gynecol*, 205(3):262.e1-8. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2011.06.035>.

- Masciullo L, Petruzzello L, Perrone G, Pecorini F, Remiddi C, Galoppi P, Brunelli R. (2020). Caesarean section on maternal request: An Italian comparative study on patients' characteristics, pregnancy outcomes and guidelines overview. *Int J Environ Res Public Health*, 17(13):4665. <https://doi.org/10.3390/ijerph17134665>.
- Mashat MA., Aboalfaraj NT., Daghistani H., Eldeek BS., Ayuob NN., Llshawa LA. (2015). Specialty selection satisfaction and regret among medical school postgraduates and faculty at King Abdulaziz University. *Int J Res Med Sci*, 3(4):899-904.
- McCourt C., Weaver J., Statham H., Beake S., Gamble J., Creedy DK. (2007). Elective cesarean section and decision making: a critical review of the literature. *Birth*, 34(1):65-79. <https://doi.org/10.1111/j.1523-536X.2006.00147.x>.
- Meriç M., Ergün G., Pola G., Yayıcı E., Dal Yılmaz Ü. (2019). Women's experience of cesarean section: A qualitative study. *Cyprus J Med Sci*, 4(3): 183-8. <https://doi.org/10.5152/cjms.2019.661>
- Merriam AA., Ananth CV., Wright JD., Siddiq Z., D'Alton ME., Friedman AM. (2017). Trends in operative vaginal delivery, 2005-2013: A population-based study. *BJOG*, 124(9):1365-1372. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.14553>.
- Miles MB., Huberman AM. (1994). *Qualitative data analysis: An expanded sourcebook*. Sage
- Muratdağı G., Aşıcı N., Oturak G., Aktan Kibar F., Keskin F., Berberoğlu F., Ekerbiçer HÇ. Aydın A. (2019). Medyada yer alan kanser haberlerinin değerlendirilmesi. *Sakarya Tıp Dergisi*, 9(4):619-625. <https://doi.org/10.31832/smj.562475>.

- Mossialos E., Allin S., Karras K., Davaki K. (2005). An investigation of Caesarean sections in three Greek hospitals: The impact of financial incentives and convenience. *Eur J Public Health*, 15(3):288-95. <https://doi.org/10.1093/eurpub/cki002>.
- Mukherjee SN. (2006). Rising cesarean section rate. *J Obstet Gynecol India*, 56(4): 298-300.
- Mylonas I., Friese K. (2015). Indications for and risks of elective cesarean section. *Dtsch Arztebl Int*, 112(29-30):489-95. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2015.0489>.
- Nagpal J., Sachdeva A., Sengupta Dhar R., Bhargava VL., Bhartia A. (2015). Widespread non-adherence to evidence-based maternity care guidelines: a population-based cluster randomised household survey. *BJOG*, 122(2):238-47. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.13054>.
- Najmi RS, Rehan N. (2000). Prevalence and determinants of caesarean section in a teaching hospital of Pakistan. *J Obstet Gynaecol*, 20(5):479-83. <https://doi.org/10.1080/014436100434640>.
- Neuman M., Alcock G., Azad K., Kuddus A., Osrin D., More NS., Nair N., Tripathy P., Sikorski C., Saville N., Sen A., Colbourn T., Houweling TAJ., Seward N., Manandhar DS., Shrestha BP., Costello A., Prost A. (2014). Prevalence and determinants of caesarean section in private and public health facilities in underserved South Asian communities: cross-sectional analysis of data from Bangladesh, India and Nepal, *BMJ Open*, 4:e005982. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2014-005982>
- Neuendorf KA. (2002). The content analysis guidebook. Sage
- NIH. (2006). State-of-the-Science Conference Statement on cesarean delivery on maternal request. *NIH Consens State Sci Statements*, 23(1):1-29.

- Nissen E., Uvnas-Moberg K., Svensson K., Stock S., Widstrom AM., Winberg J. (1996). Different patterns of oxytocin, prolactin but not cortisol release during breastfeeding in women delivered by caesarean section or by the vaginal route. *Early Human Development*, 45(1-2):103-118. [https://doi.org/10.1016/0378-3782\(96\)01725-2](https://doi.org/10.1016/0378-3782(96)01725-2).
- Normal Doğum In: Beksaç S.(Eds), *Obstetrik MaternalFetal Tıp&Perinatoloji*, İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri, s:1258-1296) .
- O'Connor C., Joffe H. (2020). Intercoder Reliability in Qualitative Research: Debates and Practical Guidelines. *International Journal of Qualitative Methods*,19:1-13. <https://doi.org/10.1177/1609406919899220>
- Ojumah N., Ramdhan RC., Wilson C., Loukas M., Oskouian RJ., Tubbs RS. (2017). Neurological neonatal birth injuries: A literature review. *Cureus*, 9(12): e1938. <https://doi.org/10.7759/cureus.1938>
- Olieman RM., Siemonsma F., Bartens MA., Garthus-Niegel S., Scheele F., Honig A. (2017). The effect of an elective cesarean section on maternal request on peripartum anxiety and depression in women with childbirth fear: a systematic review. *BMC Pregnancy Childbirth*, 19;17(1):195. <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1371-z>.
- Opiyo N., Kingdon C., Oladapo OT., Souza JP., Vogel JP., Bonet M., Bucagu M., Portela A., McConville F., Downe S., Gülmezoglu AM., Betrán AP.(2020). Non-clinical interventions to reduce unnecessary caesarean sections: WHO recommendations. *Bull World Health Organ*, 98(1):66-68. <https://doi.org/10.2471/BLT.19.236729>.
- O'Sullivan FJ. (1990). Caesarean birth. *The Ulster Medical Journal*, 59(1):1-10.

- Otkjaer AM., Jorgensen HL., Clausen TD., Krebs L. (2019). Maternal short-term complications after planned cesarean delivery without medical indication: A registry-based study. *Acta Obstet Gynecol Scand*,98(7):905-912. <https://doi.org/10.1111/aogs.13549>.
- Panda S., Begley C., Daly D. (2018). Clinicians' views of factors influencing decision-making for caesarean section: A systematic review and metasynthesis of qualitative, quantitative and mixed methods studies. *PLoS One*, 27;13(7):e0200941. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0200941>.
- Pandey S, Shetty A, Hamilton M, Bhattacharya S, Maheshwari A. (2012). Obstetric and perinatal outcomes in singleton pregnancies resulting from IVF/ICSI: A systematic review and meta-analysis. *Hum Reprod Update*, 18(5):485-503. <https://doi.org/10.1093/humupd/dms018>.
- Papp S., Dhaliwal G., Davies G., Borschneck D. (2004). Fetal femur fracture and external cephalic version. *Obstet Gynecol*, 104(5 Pt 2):1154-6. <https://doi.org/10.1097/01.AOG.0000128112.33398.31>.
- Peel A., Bhartia A., Spicer N., Gautham M. (2018). 'If I do 10–15 normal deliveries in a month I hardly ever sleep at home.' A qualitative study of health providers' reasons for high rates of caesarean deliveries in private sector maternity care in Delhi, India. *BMC Pregnancy Childbirth*, 18, 470. <https://doi.org/10.1186/s12884-018-2095-4>
- Penn Z., Ghaem-Maghani S. (2001). Indications for caesarean section. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*, 15(1):1-15. <https://doi.org/10.1053/beog.2000.0146>. PMID: 11359312.
- Pistiner M., Gold RD., Abdulkerim H., Hoffman E., Celedon JC. (2008). Birth by cesarean section, allergic rhinitis, and allergic sensitization among children with a parental history of atopy. *J Allergy Clin Immunol*, 122(2):274-9. <https://doi.org/10.1016/j.jaci.2008.05.007>

- Ples L., Burtea M., Sima RM. (2005). Ethical and legal aspects about preferential birth assistance. *Revista Romana de Bioetica*, 13(3):1-11.
- Potter JE., Berquo E., Perpetuo IHO., Leal OF., Hopkins K., Souza MR., Formiga MCC. (2001) et al. Unwanted caesarean sections among public and private patients in Brazil: Prospective study. *BMJ*, 323 :1155. <https://doi.org/10.1136/bmj.323.7322.1155>
- Potter JE, Hopkins K, Faúndes A, Perpétuo I. (2008). Women's autonomy and scheduled cesarean sections in Brazil: A cautionary tale. *Birth*, 35(1):33-40. <https://doi.org/10.1111/j.1523-536X.2007.00209.x>.
- Rattray J., Rigg E., Partridge B., Taylor M. (2020). Attitudes towards breech management among a team of maternity clinicians in Australia undertaking breech training. *Women Birth*, 33(4):e348-e356. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2019.08.002>.
- Razzaq A. , Quddusi AI., Nizami N. (2013). Risk factors and mortality among newborns with persistent pulmonary hypertension. *Pak J Med Sci*, 29(5):1099-104. <https://doi.org/10.12669/pjms.295.3728>.
- Reddy UM, Wapner RJ, Rebar RW, Tasca RJ. (2007). Infertility, assisted reproductive technology, and adverse pregnancy outcomes: executive summary of a National Institute of Child Health and Human Development workshop. *Obstet Gynecol*, 109(4):967-77. <https://doi.org/10.1097/01.AOG.0000259316.04136.30>.
- Robson MS. (2001). Classification of caesarean sections. *Fetal and Maternal Medicine Review*, 12:1:23-39.
- Robson SJ, Tan WS, Adeyemi A, Dear KB. (2009). Estimating the rate of cesarean section by maternal request: anonymous survey of obstetricians in Australia. *Birth*, 36(3):208-12. <https://doi.org/10.1111/j.1523-536X.2009.00331.x>.

- Rortveit G., Daltveit AK., Hannestad YS., Hunskaar S. (2003). Vaginal delivery parameters and urinary incontinence: The Norwegian EPINCONT study. *Am J Obstet Gynecol*, 189(5):1268-74. [https://doi.org/10.1067/s0002-9378\(03\)00588-x](https://doi.org/10.1067/s0002-9378(03)00588-x).
- Rydahl E., Declercq E., Juhl M., Maimburg RD. (2019). Cesarean section on a rise-Does advanced maternal age explain the increase? A population register-based study. *PLoS One*, 14(1):e0210655. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0210655>.
- Ryding EL., Lukasse M., Kristjansdottir H., Steingrimsdottir T., Schei B., on behalf of the Bidens study group. (2016). Pregnant women's preference for cesarean section and subsequent mode of birth – a six-country cohort study. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 37(3): 75-83, <https://doi.org/10.1080/0167482X.2016.1181055>
- Samadi S., Gholizadeh N., Shoar N., Shoar S. (2013). Attitudes of Obstetricians toward Cesarean Delivery in Challenging Cases. *J Obstet Gynaecol India*, 63(5):301-5. <https://doi.org/10.1007/s13224-013-0401-7>.
- Sandall J., Tribe RM., Avery L., Mola G., Visser GHA., Homer CSE., Gibbons D., Kelly NM., Kennedy HP., Kidanto H., Taylor P., Temmerman M. (2018). Short-term and long-term effects of caesarean section on the health of women and children. *Lancet*, 392(10155):1349-1357. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31930-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31930-5).
- Santas G, Santas F. (2018). Trends of caesarean section rates in Turkey. *J Obstet Gynaecol*, 38(5):658-662. <https://doi.org/10.1080/01443615.2017.1400525>.
- Scheibl A., Calderon EM., Borau MJG., Prieto RM., Gonzalez PF., Galiana GG. (2012). Epidural hematoma. *J Pediatr Surg*, 47(2):e19-21. <https://doi.org/10.1016/j.jpedsurg.2011.10.078>.

- Schenker JG., Cain JM. (1999). FIGO Committee Report. FIGO Committee for the Ethical Aspects of Human Reproduction and Women's Health. International Federation of Gynecology and Obstetrics. *Int J Gynaecol Obstet*, 64(3):317-22. [https://doi.org/ 10.1016/s0020-7292\(98\)00266-5](https://doi.org/10.1016/s0020-7292(98)00266-5).
- Sercekus P., Okumus H. (2009). Fears associated with childbirth among nulliparous women in Turkey. *Midwifery*, 25(2):155-62. [https://doi.org/ 10.1016/j.midw.2007.02.005](https://doi.org/10.1016/j.midw.2007.02.005)
- Sewell JE. (1993). Cesarean delivery: a brief history. A brochure to accompany an exhibition on the history of cesarean section at the National Library of Medicine. American College of Obstetricians and Gynecologists, Washington, DC.
- Sharma PP., Giri DK., Bera SN. (2018). Planned versus emergency cesarean delivery with previous one cesarean section: A prospective observational study. *Int J Reprod Contracept Obstet Gynecol*, 7(10):4223-4228. <https://doi.org/10.18203/2320-1770.ijrcog20184156>
- Signorello LB., Harlow BL., Chekos AK., Repke JT. (2001). Postpartum sexual functioning and its relationship to perineal trauma: A retrospective cohort study of primiparous women. *Am J Obstet Gynecol*, 184(5):881-8; discussion 888-90. <https://doi.org/10.1067/mob.2001.113855>.
- Silva TPR, Carmo AS, Novaes TG, Mendes LL, Moreira AD, Pessoa MC, Cosenza L. , Pereira JFC., Matozinhos FP. (2019). Hospital-acquired conditions and length of stay in the pregnancy and puerperal cycle. *Rev Saude Publica*, 53:64. [https://doi.org/ 10.11606/s1518-8787.2019053000688](https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2019053000688)
- Singh A., Mittal M. (2020). Neonatal microbiome - a brief review. *J Matern Fetal Neonatal Med*, 33(22):3841-3848. <https://doi.org/10.1080/14767058.2019.1583738>.

- Smith GC., Shah I., Pell JP., Crossley JA., Dobbie R. (2007). Maternal obesity in early pregnancy and risk of spontaneous and elective preterm deliveries: a retrospective cohort study. *Am J Public Health*, 97(1):157-62. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2005.074294>.
- Sobel HL., Silvestre MA., Mantaring JB., Oliveros YE., Nyunt S. (2011). Immediate newborn care practices delay thermoregulation and breastfeeding initiation. *Acta Paediatr*, 100(8):1127-33. <https://doi.org/10.1111/j.1651-2227.2011.02215.x>.
- Souza JP., Gülmezoglu A., Lumbiganon P., Laopaiboon M., Carroli G., Fawole B., Ruyan P.; WHO Global Survey on Maternal and Perinatal Health Research Group. (2010). Caesarean section without medical indications is associated with an increased risk of adverse short-term maternal outcomes: The 2004-2008 WHO Global Survey on Maternal and Perinatal Health. *BMC Med*, 10;8:71. <https://doi.org/10.1186/1741-7015-8-71>.
- Sreevidyaa S., Sathiyasekaranc BWC. (2013). High caesarean rates in Madras (India): A population-based cross sectional study. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 110: 106-111. [https://doi.org/10.1016/S1470-0328\(02\)02906-3](https://doi.org/10.1016/S1470-0328(02)02906-3)
- Studdert DM., Mello MM., Gawande AA., Gandhi TK., Kachalia A., Yoon C., Puopolo AL., Brennan TA.(2006). Claims, errors, and compensation payments in medical malpractice litigation. *N Engl J Med*, 354(19):2024-33. <https://doi.org/10.1056/NEJMsa054479>. PMID: 16687715.
- Sultan AH., Kamm MA.,Hudson CN. (1994). Pudendal nerve damage during labour : Prospective study before and after childbirth. *Br J Obstet Gynaecol*,101(1):22-8. <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.1994.tb13005.x>.

- Summerton N. (2000). Trends in negative defensive medicine within general practice. *Br J Gen Pract*, 50(456):565-6.
- Swanson AE., Veldman A., Wallace EM., Malhotra A. (2011). Subgaleal hemorrhage: risk factors and outcomes. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 91(2):260-3. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0412.2011.01300.x>.
- Şahin NH. (2009). Seksio - sezaryen: yaygınlığı ve sonuçları. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim Ve Sanatı Dergisi*, s. 93-98.
- Tadevosyan M., Ghazaryan A., Harutyunyan A., Petrosyan V., Atherly A., Hekimian K. (2019). Factors contributing to rapidly increasing rates of cesarean section in Armenia: a partially mixed concurrent quantitativequalitative equal status study. *BMC Pregnancy Childbirth*, 19(2). <https://doi.org/10.1186/s12884-018-2158-6>
- Thavagnanam S., Fleming J., Bromley A., Shields MD., Cardwell CR. (2008). A meta-analysis of the association between Caesarean section and childhood asthma. *Clin Exp Allergy*, 38(4):629-33. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2222.2007.02780.x>.
- Tita AT., Landon MB., Spong CY., Lai Y., Leveno KJ., Varner MW., Moawad AH., Caritis SN., Meis PJ., Wapner RJ., Sorokin Y., Miodovnik M., Carpenter M., Peaceman AM., O'Sullivan MJ., Sibai BM., Langer O., Thorp JM., Ramin SM., Mercer BM.; Eunice Kennedy Shriver NICHD Maternal-Fetal Medicine Units Network. (2009). Timing of elective repeat cesarean delivery at term and neonatal outcomes. *N Engl J Med*, 360(2):111-20. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa0803267>.
- Todman D. (2007). A history of caesarean section: From ancient world to the modern era. *Aust N Z J Obstet Gynaecol*, 47(5): 357–361. <https://doi.org/10.1111/j.1479-828X.2007.00757.x>.

- Turnbull DA, Wilkinson C, Yaser A, Carty V, Svigos JM, Robinson JS. (1999) Women's role and satisfaction in the decision to have a caesarean section. *Med J Aust*, 170(12):580-3.
- Uçar T., Gölbaşı Z. (2015). Nedenleri ve Sonuçlarıyla Doğum Korkusu. *İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4 (2):54-58.
- Vachharajani A., Mathur A. (2002). Ultrasound-guided needle aspiration of cranial epidural hematoma in a neonate: Treating a rare complication of vacuum extraction. *Am J Perinatol* ,19(8): 401-404. <https://doi.org/10.1055/s-2002-36837>
- Vata L., Gradica F., Vata D., Pistulli E., Hyseni HH. (2016). Physiotherapy Treatment of Obstetrics Brachial Plexus Palsy (OBPP) Erb - Duchenne by age group . *Anglisticum Journal (AJ)*, 5(9):24-28.
- VergeldtTFM., Weemhoff M., IntHout J., Kluivers KB. (2015). Risk factors for pelvic organ prolapse and its recurrence: A systematic review. *Int Urogynecol J*, 26(11):1559-73. <https://doi.org/10.1007/s00192-015-2695-8>.
- Villar J., Guillermo C., Zavaleta N., Donner A.,Wojdyla D., Faundes A.,Velazco A., Bataglia V., Langer A., Narvaez A.,Valladares E.,Shah A.,Campodonico L., Romero M., Reynoso S., Karla Simonia de Padua K.,Giordano D., Kublickas M., Acosta A., for the World Health Organization 2005 Global Survey on Maternal and Perinatal Health Research Group. (2007). Maternal and neonatal individual risks and benefits associated with caesarean delivery: multicentre prospective study. *BMJ*, :bmj;bmj.39363.706956.55v1. <https://doi:10.1136/bmj.39363.706956.55>
- Vimercati A., Greco P., Kardashi A., Rossi C., Loizzi V., Scioscia M., Loverro G. (2000). Choice of cesarean section and perception of legal pressure. *J Perinat Med*, 28(2):111-7. <https://doi.org/10.1515/JPM.2000.014>.

- Vogel JP., Betrán AP., Vindevoghel N., Souza JP., Torloni MR., Zhang J., Tunçalp Ö., Mori R., Morisaki N., Ortiz-Panoso E., Hernandez B., Pérez-Cuevas R., Qureshi Z., Gülmezoglu AM., Temmerman M., WHO Multi-Country Survey on Maternal and Newborn Health Research Network. (2015). Use of the Robson classification to assess caesarean section trends in 21 countries: a secondary analysis of two WHO multicountry surveys. *Lancet Glob Health*, 3(5):e260-70. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(15\)70094-X](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(15)70094-X).
- White VanGompel E., Main EK., Tancredi D., Melnikow J. (2018). Do provider birth attitudes influence cesarean delivery rate: a cross-sectional study. *BMC Pregnancy Childbirth*, 18(1):184. <https://doi.org/10.1186/s12884-018-1756-7>.
- Weaver JJ., Statham H., Richards M. (2007). Are there “unnecessary” cesarean sections? perceptions of women and obstetricians about cesarean sections for nonclinical indications. *Birth*, 34(1):32-41. <https://doi.org/10.1111/j.1523-536X.2006.00144.x>.
- Whitley R., Crawford M. (2005). Qualitative Research in Psychiatry. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 50(2):108-114. <https://doi.org/10.1177/070674370505000206>.
- WHO. (1997). Care in normal birth: a practical guide. Technical Working Group, World Health Organization. *Birth*, 24(2):121-3.
- Williams Obstetrics. 2010, 23rd Cunningham Leveno Bloom Hauth Rouse Spong in Overview of Obstetrics page: 2-3.
- Yağmur.Y., Çubuk MM. (2017). Kadınların doğum şekli tercihlerine sağlık eğitiminin etkisi. *İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6 (1): 7-11
- Yazdizadeh B., Nedjat S., Mohammad K., Rashidian A., Changizi N., Majdzadeh R. (2011). Cesarean section rate in Iran, multidimensional approaches for

behavioral change of providers: A qualitative study. *BMC Health Serv Res*, 11, 159. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-11-159>

Ye J., Betran AP., Vela MG., Souza JP., Zhang J. (2014). Searching for the optimal rate of medically necessary cesarean delivery. *Birth*, 41(3):237-44. <https://doi.org/10.1111/birt.12104>.

Yeşiltaş A., Erdem R. (2019). Defansif tıp uygulamalarına yönelik bir derleme. *Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi*, 10(23): 137-150. <https://doi.org/10.21076/vizyoner.437685>

Yıldırım, A., Şimşek, H. 2010. Sosyal Bilimlerde Nitel araştırma yöntemleri. Ankara: Seçkin Yayınevi.

Yu, Y., Lin, F., Dong, W. Li H., Zhang X., Chen C. (2019). The effectiveness of financial intervention strategies for reducing caesarean section rates: A systematic review. *BMC Public Health*, 19, 1080 <https://doi.org/10.1186/s12889-019-7265-4>.

Zakerihamidi M., Latifnejad Roudsari R., Merghati Khoei E. (2015). Vaginal delivery vs. cesarean section: A focused ethnographic study of women's perceptions in the north of Iran. *Int J Community Based Nurs Midwifery*, 3(1):39-50.

Zanardo V., Simbi AK., Franzoi M., Solda G., Salvadori A., Trevisanuto D. (2004). Neonatal respiratory morbidity risk and mode of delivery at term: Influence of timing of elective caesarean delivery. *Acta Paediatr*, 93(5):643-7. <https://doi.org/10.1111/j.1651-2227.2004.tb02990.x>.

Zhu L., Li L., Lang J. (2018). The attitudes towards defensive medicine among physicians of obstetrics and gynaecology in China: A questionnaire survey in a national congress. *BMJ Open*, 3;8(2):e019752. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-019752>.

EK 1. SAKARYA İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ VERİ PAYLAŞIMI İZİN BELGESİ



T.C.
SAKARYA VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü



Sayı : E-10792537-231.01.04
Konu : 2020 Yılı Sakarya Doğum Sayıları

Sayın Dr Neşe AŞICI

İlgi : Dr Neşe AŞICI'nın 04/02/2021 tarihli dilekçesi.

İlgili sayılı dilekçeniz incelenmiş olup; İlimiz 2020 yılına ait toplam doğum ve sezeryan doğum oranlarını gösteren tablo ekte gönderilmiştir.
Gereğini rica ederim.

Doç. Dr.Aziz ÖĞÜTLÜ
İl Sağlık Müdürü

Ek: 2020 Yılı Doğum, Sezeryan Tablosu

15 Temmuz Camili Mahallesi Resmi Daireler Yerleşkesi C Blok
Adapazarı/SAKARYA İrtibat İçin:(Pinar ATAGÜN)

Telefon: Faks No: (0264)2511754

e-Posta: Pinar.Atagun@saglik.gov.tr İnternet Adresi: Sakarya Halk Sağlığı

Müdürlüğü

Belge Doğrulama Kodu: 8c1d4b58-adb0-4bdd-ade9-1b2b6218aea0

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Bilgi için: Pinar ATAGÜN

EBE

Telefon No: (0 264) 251 35 50

EK 2. ANKET

Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanlarının Sezaryen Doğum Yöntemi İle İlgili Görüş ve Düşünceleri: Nitel bir Çalışma, Sakarya İli Örneği

Merhaba, ben Dr. Neşe Aşıcı, Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Halk Sağlığı Anabilim Dalında araştırma görevlisiyim. Bu çalışmanın yapılma amacı sezaryen doğum hakkındaki düşüncelerinizi, hangi koşulların sezaryen doğum yaptırma kararı vermenize neden olduğunu öğrenmektir. Doğru bilgiler vermeniz çalışmamız için önemlidir. Vereceğiniz bilgileri gözden kaçırmamak için izniniz olursa kayıt cihazı kullanmak istiyorum. Görüşme esnasında kaydedilmesini istemediğiniz bir bölüm varsa kaydedilmeyecek ve isimleriniz gizli tutulacaktır. Katılmaya karar verdikten sonra istediğiniz aşamada çalışmadan geri çekilebilirsiniz. Katılımınız için teşekkür ederiz.

Sosyo-demografik sorular

1. Yaşınız (yıl olarak).....
2. Cinsiyetiniz
 - a) Kadın ()
 - b) Erkek ()
3. Çalıştığınız kurum
 - a) Özel hastane
 - b) Devlet hastanesi
 - c) Üniversite hastanesi/Eğitim Araştırma Hastanesi
 - d) Muayenehane
 - e) Tıp merkezi
4. Kaç yıldır uzman hekim olarak çalışmaktasınız?.....
5. Meslek hayatınız boyunca çalıştığınız kurumlar nelerdir?.....
6. Gelir durumunuz nasıldır?
 - a) Kötü
 - b) Orta
 - c) İyi

1. Türkiye, dünyada sezaryen doğum oranı en yüksek ilk 5 ülke arasında yer almaktadır. (Türkiye, Kore, Polonya, Macaristan ve İtalya) . 2018 TNSA raporuna göre Türkiye’de sezaryen doğum oranı %52’dir. Dünya Sağlık Örgütü ise sezaryen doğum oranlarının %10-15 arasında olması gerektiğini belirtmektedir. Sizce Türkiye’de sezaryen doğum oranlarının bu şekilde yüksek olmasının nedenleri neler olabilir?

- Türkiye’de sezaryen doğum oranlarının yüksekliği ile ilgili endişeleriniz var mı? Varsa endişelerinizi açıklayabilir misiniz?
- Türkiye’de sezaryen doğum oranlarının düşürülmesi gerektiğini düşünüyor musunuz? Sizce neden düşürülmesi gerekiyor?
- Türkiye’de sezaryen doğum oranlarının düşürülmesinin önündeki engeller nelerdir?
- Türkiye’de sezaryen doğum oranlarının düşürülmesinde çözüm önerileriniz nelerdir?/Nereden başlanmalıdır?/Kimlere (hastalar/ebeler/hekimler/politika yapıcılar/sistem) hangi görevler düşmektedir?

2. Kişisel olarak sizin sezaryen doğum oranınız hangi aralıkta yer alır? <%25, 25-50, 50'den fazla.

- En çok hangi tıbbi endikasyonlarla sezaryen doğum yaptırıyorsunuz?
- Bir hekim olarak sezaryen doğum kararını verirken sizi etkileyen en önemli faktörleri önem sırasına göre sayabilir misiniz? (Hastanın talebi, mesai dışı ebe,hemşire gibi doğumu takip edecek personel mevcudiyeti, nöbetçi anestezi doktoru ve nöbetçi kadın doğum hekiminin olup olmaması, kan bankası mevcudiyeti, hasta tarafından dava edilme korkusu, yasal sorunlar.....gibi

3. Sizce sezaryen doğumun anne ve bebek üzerinde en olumlu ve en olumsuz etkileri nelerdir?

4. Doğum öncesi bakım ile ilgili görüşleriniz nelerdir?

- Doğum öncesi gebe takibi nasıl olmalıdır?
- Doğum öncesi gebe eğitimi ile düşünceleriniz nelerdir?
- Sizce doğum öncesi eğitim tek başına doğum ankisyetesini giderir mi? Gereken olgulara psikoterapi desteği hakkında düşünceleriniz nelerdir?

5. Size göre normal doğum ekibinde kimler olmalıdır ve bu kişilerin görev ve sorumlulukları nasıl olmalıdır?

- Türkiye’de ebelerin normal doğuma katılımları ve yeterlilikleri ile ilgili düşünceleriniz nelerdir?
- Ebelik okullarının kapatılması hakkında görüşleriniz nelerdir?
- Bazı hastanelerde ebelerin hemşirelik, sekreterlik gibi pozisyonlarda bulunması konusundaki düşünceleriniz nelerdir?
- Doğum yaptırdığınız kurumda gebeyi takip edecek ebenin tecrübesi sizin doğum yaptırma şeklinizi etkiler mi?
- Normal doğumlarda ebelerin görev ve sorumluluklarının artırılması sezaryen oranlarını etkiler mi? Sonuçlarda nasıl bir değişiklik olur?
- Hastanızın doğum sorumluluğunu tek başına almak ile ilgili düşünceleriniz nelerdir?(Hasta için en güvenli seçenek hakkında zor, öznel kararlar almak zorunda kalınması)

6. Tıbbi endikasyon olmadığı halde anne isteği ile sezaryen doğum yapılması konusundaki görüşleriniz nelerdir? Açıklayabilir misiniz?

- Sezaryen doğum talebiyle müracaat eden hastalarınız oluyor mu? Ne sıklıkla oluyor? Bu hastaları tarif edebilir misiniz? (Eğitim durumu, maddi durumu, yaşı, mesleği, kırsal-kentsel kökenli oluşu, çocuk sayısı, ruh hali vb)
- Sezaryen doğum talebiyle gelen hastanıza karşı tutumunuz ne oluyor? (sezaryen doğum yapar mısınız? Cevabınız evet ise neden yaparsınız/cevabınız hayır ise neden yapmazsınız?)
- Gebelerin normal doğum ve sezaryen doğum konusunda eğitim ve bilgi sahibi olma durumları hakkında düşünceleriniz nelerdir?

- Gebelerin kendi istekleri doğrultusunda, endikasyon olmadığı halde sezaryen doğum talep etmeleri konusundaki düşünceleriniz nelerdir? Gebelerin sezaryen doğum yapmayı talep etme hakları olmalı mıdır? Etik açısından nasıl değerlendiriyorsunuz?
- Sezaryen doğum endikasyonlarının yer aldığı kanıta dayalı kılavuzlar hakkındaki düşünceleriniz nelerdir? Bu kılavuzlara uyuluyor mu? Bu kılavuzlara bire bir uyulması durumunda sezaryen oranları nasıl etkilenir?

7. Şimdiye kadar obsterik uygulamalarınızla ilgili herhangi bir mediko-legal sorun veya idari soruşturma yaşadınız mı?

- Kaç kez yaşadınız, avukat tutmak zorunda kaldınız mı, tazminat ödediniz mi, avukat ve mahkeme masrafları konusunda sağlık bakanlığı veya özel hastanenin hukuki ve maddi bir desteği oldu mu?
- Bol sıfırlı astronomik tazminat davaları hakkında ne düşünüyorsunuz?
- Hastanın ücret ödemediği bir hizmet için hiçbir harç ödemesi yapmadan dava açabilmesi ile ilgili düşünceleriniz nelerdir?
- Bu sorunların hekim davranışları üzerine ne şekilde bir etki yarattığını düşünüyorsunuz?
- Sizce medikolegal sorun yaşama korkusu ile artan sezaryen doğum oranları arasında bir bağlantı var mı? Bu konudaki görüşleriniz nelerdir?
- Doğum komplikasyonlarına bağlı olarak hekime dava açıldığı takdirde, hekimin çalıştığı hastanenin ve sağlık bakanlığının olayın sorumluluğunu hekimle paylaşması konusundaki düşünceleriniz nelerdir?

8. Sezaryen veya vaginal doğum yaptırdığınız zaman aldığınız ücrette herhangi bir fark var mı? Varsa bu sizin doğum yaptırma kararınızı ne şekilde etkiliyor?

- Türkiye’de normal vajinal doğum için ödenen ücretin, harcanan emek, stres, harcanan zamanı (mesai dışı) karşılayıp karşılamadığı ile ilgili düşünceleriniz nelerdir?

- Sizce hekime ödenen normal doğum ücretleri, sezaryen doğum ücretlerinden yüksek tutulsa sezaryen doğum oranları nasıl değişir?

9. Kadın Hastalıkları ve Doğum uzmanlığının siz göreve başladığınız zamanda, şu andaki ve gelecekteki durumu ile ilgili bir değerlendirme yapabilir misiniz.

- Değişim varsa sizce hangi yönde olmaktadır?
- Bu değişimin hekimler ve hasta üzerine olası etkileri hakkında neler söylemek istersiniz?
- Kadın Doğum uzmanı olmaktan memnun musunuz?
- Bu dalı seçtiğiniz için pişmanlık duyduunuz mu?
- Yeniden başa dönseniz tekrar kadın doğum uzmanı olmak ister misiniz?
- Mesleği bırakmayı düşündünüz mü?
- Çocuklarınız hekim olmak/ kadın doğum hekimi olmak istediklerini belirtseler onlara yanıtınız ne olurdu?

10. Sizin eklemek istediğiniz başka bir yorumunuz var mıdır?

EK 3. ETİK KURUL ONAYI

Evrak Tarih ve Sayısı: 27.01.2020-E.1223



T.C.
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Tıp Fakültesi Dekanlığı

Sayı :71522473/050.01.04/14
Konu :Girişimsel Olmayan Etik Kurul
Başvuru Dosyası Hk.

Sayın Prof. Dr. Hasan Çetin EKERBİÇER
Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi
Halk Sağlığı Anabilim Dalı

İlgi : 09.01.2020 tarihli 14 sayılı başvurunuz.

Destekleyicisi olduğunuz "**Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanlarının Sezaryen ile İlgili Görüş ve Düşünceleri: Nitel Bir Çalışma, Sakarya İli Örneği**" isimli çalışmanın ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup; çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen şekilde etik ve bilimsel açıdan sakınca bulunmadığına etik kurul üyelerince karar verilmiştir.

Bilgilerinize rica ederim.

Prof. Dr. Hasan Çetin EKERBİÇER
Etik Kurulu Başkanı

Güvenli Elektronik
İmzalı Aslı İle Aynıdır.
27.10.2020

Evrakı Doğrulamak İçin : <http://193.140.253.232/envision.Sorgula/BelgeDogrulama.aspx?V=BE8VBAZL1>

Fakülte Girişimsel Olmayan Etik Kurulu Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi
Dekanlığı, Korucuk Kampüsü, Korucuk, Adapazarı/Sakarya
Tel:264 295 6630 Faks:264 295 6629
E-Posta :tip@sakarya.edu.tr Elektronik Ağ :www.tip.sakarya.edu.tr



EK. 4 ÖZGEÇMİŞ

I- Bireysel Bilgiler

Adı-Soyadı: Neşe Aşıcı

Doğum yeri ve tarihi:

Uyruğu:

Medeni durumu:

İletişim adresi ve telefonu:

Yabancı dili:

II- Eğitimi (tarih sırasına göre yeniden eskiye doğru)

2016-2021 Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD.

2015-2016 Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Enfeksiyon Hastalıkları AD.

2000-2005 Süleymaniye Kadın Hastalıkları ve Doğum Hastanesi

1993-1999 İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi

III- Ünvanları (tarih sırasına göre eskiden yeniye doğru)

2000-2005 Araştırma Görevlisi Dr. (Kadın hastalıkları ve Doğum)

2005-2015 Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanlığı

2016-2021 Araştırma Görevlisi Dr. (Halk Sağlığı)

IV- Mesleki Deneyimi

2005-2015 Özel Adatıp Hastanesi

V- Üye Olduğu Bilimsel Kuruluşlar

VI- Bilimsel İlgi Alanları

Yayımları: (Ulusal ya da uluslararası makale, bildiri, poster, kitap/kitap bölümü vb.)

B. Uluslararası Bilimsel Toplantılarda Sunulan Bildiriler:

B1. Kaya,G.,Aşıcı,N.,Altındiş,S” Ağız Diş Sağlığı Merkezlerine Müracaat Eden Hastaların Ağız - Diş / Diş Eti Enfeksiyonları ve Klinikten Bulaşabilecek Enfeksiyonlar Hakkında Bilgi Düzeyleri”, 1. INTERNATIONAL CONGRESS of DENTAL and ORAL INFECTIONS,SAKARYA,TÜRKİYE 2018

B2. Altındış A., Altındış S., Aslan F.G., Aşıcı N.,İnci M.B., Ekerbiçer H.Ç., Tokaç M.,” Sosyal Medya Ağları Ve Sosyal Görünüm Anksiyetesi”, International Conference on New Horizons in Education,2017

C. Ulusal Hakemli Dergilerde Yayımlanan Makaleler:

C1. Kaleli, S.,KILIÇ,N.,Balçın, D.,Bingöllü, E.,Aşıcı,N.,” Sakarya Özel Eğitim Kurumunda Eğitim Gören Çocukların Beslenme Tarzında Ebeveynlerin Bilgi ve Tutumlarının İncelenmesi”, Online Türk Sağlık Bilimleri Dergisi,19-26,2017

C2.Karabay,O., Güçlü,e.,Şimşek,A.,Aşıcı,N.,” Ateş ve Purpurik Döküntü”, Online Türk Sağlık Bilimleri Dergisi,34-37,2017

C3. Muratdağı G., Aşıcı N. , Oturak G. , Aktan Kibar F. , Keskin M. , Berberoğlu U , Ekerbiçer H.Ç. , Aydın A. “Medyada Yer Alan Kanser Haberlerinin Değerlendirilmesi”, Sakarya Tıp Dergisi, 619-625, 2019

C4. Altındış A., Altındış S., Aslan F.G., Aşıcı N.,İnci M.B., Ekerbiçer H.Ç., Tokaç M.,” Sosyal Medya Ağları Ve Sosyal Görünüm Anksiyetesi”, International Journal of Social Science,227-235, 2017

C5. Altındış S., Aşıcı N.,Bakır A.B.,Yücedağ Ç.Y.,Demir C.,Gün R.,Özçelik Ü., Altındış A.,” Kan Bağışı Önündeki Engellerin Belirlenmesi”, Sakarya Tıp Dergisi, 237-244, 2019

VII- Bilimsel Etkinlikleri

Aldığı burslar

Ödüller

Projeleri

Verdiği konferans ya da seminerler

Katıldığı paneller (panelist olarak)

VIII- Diğer Bilgiler

Eğitim programı haricinde aldığı kurslar ve katıldığı eğitim seminerleri

Organizasyonunda katkıda bulunduğu bilimsel toplantılar

Diğer üyelikleri