



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

SEZARYEN DOĞUM ORANLARI HAKKINDA KADIN HASTALIKLARI VE  
DOĞUM İLE ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI UZMANLARI NE  
DÜŞÜNÜYOR? BURSA ÖRNEĞİ

Dr. Elife GÖKSAL

UZMANLIK TEZİ

Bursa – 2017



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

SEZARYEN DOĞUM ORANLARI HAKKINDA KADIN HASTALIKLARI VE  
DOĞUM İLE ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI UZMANLARI NE  
DÜŞÜNÜYOR? BURSA ÖRNEĞİ

Dr. Elife GÖKSAL

UZMANLIK TEZİ

Danışman: Prof. Dr. Kayıhan PALA

Bursa – 2017

## İÇİNDEKİLER

Özet .....	iii
İngilizce özet .....	iv
Giriş .....	1
Genel bilgiler.....	3
Doğumun tanımı ve tarihçesi.....	3
Sezaryen doğum endikasyonları.....	5
Anneye ait endikasyonlar.....	5
Bebeğe ait endikasyonlar.....	6
Sezaryen doğum komplikasyonları.....	6
Dünyada ve Türkiye’de sezaryen doğumların sıklığı.....	6
Sezaryen doğumun avantaj ve dezavantajları.....	8
Gereç ve yöntem.....	11
Araştırmanın tipi ve evreni.....	11
Araştırmada kullanılan veri toplama yöntemi ve değişkenler.....	11
Bağımsız değişkenler.....	12
Demografik değişkenler.....	12
Meslek yaşamı ile ilgili değişkenler.....	12
Bağımlı değişkenler.....	12
Çalışma için alınan izinler.....	13
Uygulama.....	13
Veri analizi.....	13
Bulgular.....	15
Tartışma ve sonuç.....	67
Kaynaklar.....	78
Ekler.....	84
Ek-1: Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği izni.....	84
Ek-2: Etik kurul izni.....	85
Ek-3: Çalışmada kullanılan anketler.....	87
Teşekkür.....	94

Özgeçmiş..... 95



## ÖZET

Kesitsel tipte olan bu çalışmada, uygulamaya koyulan çeşitli planlamalara rağmen ülkemizde artmaya devam eden sezaryen oranı hakkında, kadın hastalıkları ve doğum uzman hekimleri ile çocuk sağlığı ve hastalıkları uzman hekimlerinin görüş ve düşünceleri ile sezaryen doğum oranındaki yüksekliğini etkileyen etmenleri belirlemek amaçlanmıştır. Çalışmanın evrenini Bursa ilinde çalışan 192 kadın hastalıkları ve doğum uzman hekimi ile 204 çocuk sağlığı ve hastalıkları uzman hekimi oluşturmaktadır. Çalışmaya hekimlerin %82,1'i katılmıştır. Çocuğu bulunan 289 hekimin %31,1'inin ilk çocukları normal vajinal doğum yoluyla dünyaya gelirken %68,9'unun ilk çocukları sezaryen yoluyla dünyaya gelmiştir. Çocuğu bulunan hekimlerin %74,7'sinin kendileri ya da eşleri en az bir kez sezaryen ile doğum yapmıştır. Türkiye'de 2015 yılında sağlık kurumlarında yapılan doğumların %53,1'inin sezaryen ile gerçekleşmiş olmasını hekimlerin %78,8'i yüksek ve çok yüksek olarak değerlendirmiştir. Hekimlerin %73,4'ü Dünya Sağlık Örgütü'nün önerdiği %10-15 sezaryen doğum oranının ülkemizde uygulanamayacağını düşünmektedir. Hekimlerin %48,0'ı sağlık sisteminden, %40,3'ü hastalardan ve %11,7'si hekimlerden kaynaklanan sezaryen doğum oranlarını artıran neden bildirmiş, sezaryen doğum oranlarını azaltmak için hekimlerin %63,0'ü sağlık sistemine yönelik, %31,0'i, hasta ile yakınlarına yönelik ve %6,0'ı hekimlere önerilerde bulunmuşlardır. Hekimlerin sezaryen doğum oranı artışı ile ilgili olarak ilk sırada sağlık sistemini kaynak olarak göstermesi dikkat çekicidir. Ülkemizde hızla artan sezaryen doğum oranlarını düşürmek için çeşitli çalışmalar yapılırsa da, müdahale basamaklarına hekimlerin dahil edilmesi gerekmektedir. Sağlık Bakanlığı sezaryen doğum oranlarını azaltmak için toplum katılımına açık bir yöntemle çözüm geliştirmelidir.

**Anahtar kelimeler:** Sezaryen, doğum, kadın hastalıkları ve doğum uzmanı, çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanı.

## SUMMARY

### **What Do Obstetricians and Gynecologists And Pediatricians Think About Cesarean Delivery Rates? Bursa Example**

In this cross-sectional study, it was aimed to determine the factors affecting the height of the cesarean delivery rate and the opinions and thoughts of Obstetricians and Gynecologists and pediatricians about the increasing rate of cesarean delivery in our country despite the various plans put into practice. The universe of the study is composed of 192 Obstetricians and Gynecologists and 204 pediatricians working in Bursa and 82,1% of the physicians participated in the study. The first children of 31,1% of the 289 physicians who had children born with normal vaginal delivery, while the first children of 68,9% the physicians with cesarean section. 74,7% of the physicians or their wives who had children gave birth with cesarean section. 78,8% of physicians evaluated that 53,1% of cesarean delivery in health institutions in 2015 in Turkey was high and very high. 73,4% of physicians think that 10-15% cesarean delivery rate suggested by WHO can not be applied in our country. 48,0% of the physicians reported the reason for increasing the cesarean delivery rate from the health system, 40,3% from the patients and 11,7% from the physicians. In order to decrease the cesarean delivery rates, 63,0% of the physicians make suggestions for the health system, 31,0% of the physicians for the patients and their relatives, and 6,0% of the physicians for the physicians. It is striking that doctors have shown the health system as the first source of cesarean delivery rate increase. Although various studies have been carried out in order to decrease the rapidly increasing cesarean delivery rates in our country, physicians should be included in the intervention steps. The Ministry of Health should develop a solution with the clear method for community participation in order to reduce cesarean delivery rates.

**Key words:** Cesarean, delivery, obstetricians and gynecologists, pediatricians.



## GİRİŞ

Doğumun, insanın genlerine işlenmiş fizyolojik bir eylem olmasına rağmen zaman zaman anne ve/veya bebek ölümüne kadar varan komplikasyonları da bulunmaktadır. Sanitasyon ve hijyen koşullarının gelişmesi, geleneksel doğum yöntemlerinin yerini sağlık kuruluşlarında doğum yapılması aldıkça anne ve bebek ölümleri azalmaya başlamıştır. Anne ve bebeğin hayatını tehdit eden durumlarda tarihin eski dönemlerinden beri uygulanan, modern tıp uygulamaları ile de gelişen cerrahi bir yöntem olan sezaryen ile doğumlar devreye girmektedir. Sezaryen ile doğumlar anne ve bebeğin hayatını kurtaran bir uygulama olmasının yanında anne ve bebek için de çeşitli komplikasyonları olabilmektedir.

Son yıllarda sezaryen doğumlar ülkeler arası farklılık göstermekle beraber bir epidemi gibi hızla artmaktadır. Sezaryen ile doğumların hızla artışı pek çok ülkede sorun teşkil etmektedir. Bu konu ile ilgili Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 2015 yılında yaptığı açıklamada; sezaryen doğumların, sadece tıbbi nedenlerden dolayı gerekli olduğunda, anne ve bebek hayatını kurtarmada etkili olduğunu, toplum düzeyinde %10'dan daha yüksek olan sezaryen hızlarının, anne ve yenidoğan ölüm hızlarındaki azalmayla ilişkili olmadığını açıklamış, toplum düzeyinde sezaryen doğumların %10-15 oranlarında olmasını önermiştir (1).

Dünyada ülkeler arası sezaryen ile doğum oranları arasında çok fazla farklılık mevcuttur. Çeşitli ülkelerde sezaryen ile doğum oranları; Hollanda (%16), İsveç (%17), Japonya (%19), Belçika (%20) gibi ülkelerde DSÖ önerisine yakın iken Kıbrıs (%52), Mısır (%52), Brezilya (%56) gibi ülkelerde çok yüksek oranlar bulunmaktadır (2). Ülkemizde ise Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 1998 raporuna göre 1998 yılından önceki beş yılda tüm doğumlar içerisinde sezaryen doğumlar %14 iken TNSA 2008 raporunda bu oran %36,7'e, TNSA 2013'te %48,1'e çıkmıştır. Sağlık Bakanlığı 2015 Sağlık İstatistikleri Yıllığı verilerine göre 2015 yılında yapılan



doğumların %53,1'i sezaryen ile gerçekleşmiştir (3). Bu oranlar DSÖ'nün önerdiği oranın çok üzerindedir.

Son yıllarda sezaryen ile doğumların oranındaki artışlar tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de dikkat çekmektedir. Sağlık Bakanlığı dikkat çeken bu artışı azaltmak için çeşitli çalışmalar yürütmeye başlamış, 2010 yılında "Doğum ve Sezaryen Eylemi Yönetim Rehberi" oluşturmuştur. Sağlık Bakanlığı, Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği (TJOD) ile ortak bir eylem planı oluşturmuş, ilk aşamada 2013 yılı için sezaryen oranının %35'e düşürülmesi hedeflenmiştir. Ayrıca kamu kurumlarında 31/08/2012 tarih ve 571 sayılı Makam Onayı ile 01/09/2012 tarihinden itibaren yürürlüğe giren "İkinci Basamak Sağlık Kurumlarında Görevli Personele Birim Performans Katsayısının Uygulanmasına Dair Yönerge" 8. Maddesine göre (4) kadın hastalıkları ve doğum (KHD) uzmanlarının ek ödemelerine primer sezaryen oranlarına göre düzenleme getirilmiştir.

## I. Genel Bilgiler

### I.A. Doğumun Tanımı ve Tarihçesi

Doğum, gebeliğin fertilizasyon süresinden itibaren yaklaşık 270 gün sonrasında sonlanmasıdır (5). Doğum, hormonal ve mekanik bir takım uyarılarla başlar (6). Doğum eylemi aktif bir süreçtir, katı bir kütle dışarı itilmesi gibi değildir. Bu nedenle doğumun başarısı; güce (uterusun kontraktıl durumu), yolcuya (bebeğin ağırlık, duruş, pozisyon vs. durumu) ve yola (annenin vajinal ve perineal durumu) bağlıdır (7). Bu süreçte bir aksaklık olması durumunda, doğumun anne ve bebekte gelişebilecek morbidite ve mortaliteyi önleme adına bir takım müdahalelerde bulunmak gerekebilmektedir. Bu müdahaleler forseps ve vakumla doğuma yardımcı olmak gibi müdahaleler olabildiği gibi sezaryen gibi cerrahi bir müdahale de olabilir.

Sezaryen ile doğum, 28 haftası dolan fetüsün karın ve uterus duvarından yapılan insizyon ile doğurtulmasıdır. Sezaryen doğum, vajinal doğumda kontrendikasyon olduğunda ve/veya fetüs ve/veya anne için vajinal doğum güvensiz olduğu zaman yapılır (8). Sezaryen ile doğum yaptırılmasının hem anne hem de bebek sağlığı için pek çok mutlak veya görelı endikasyonu bulunmaktadır. Zamanlamaya göre de acil ve elektif olarak sınıflanabilmektedir. Sezaryen ile doğum işleminin cerrahi bir işlem olması nedeni ile anestezi komplikasyonları, kanama, enfeksiyon, emboli gibi pek çok komplikasyonu da bulunmaktadır (7). Bu nedenle anne ve bebek hayatını kurtarma adına yapılan bir işlem uygulanırken komplikasyonları nedeni ile anne veya bebeğin hayatı tehlikeye de atılmış olabilir. Bu nedenle sezaryen doğumların doğru endikasyonla yapılması gerekmektedir.

Sezaryen latince kesmek anlamını taşıyan 'caedere' kelimesinden türetildiği düşünülen ve uterin insizyon ile doğumu tanımlayan bir kelimedir. (9) Fetüsün abdominal yol ile dünyaya getirilmesine ait ilk uygulamaların tarih öncesi dönemlere uzandığı düşünülmektedir. Coğrafi ve kültürel olarak birbirine uzak birçok farklı antik uygarlıkta sezaryen ile doğuma ait mistik ve masalsı kanıtlar bulunmaktadır. Bunlardan biri olan Antik Yunan mitolojisine

ait bir hikayede, Asclepius'un, annesi olan Coronis'in ölümünden hemen sonra babası olan Apollo tarafından yapılan 'post-mortem sezaryen' ile doğurtulduğu anlatılmaktadır (10). Batı medeniyetlerinde sezaryen uygulamalarına ait kanıtların yanında eski Mezopotamya, Mısır, Pers, Hindu ve Çin uygarlıklarında da sezaryen ile doğuma ait birçok hikaye ve söylence bulunmaktadır. Antik dönemlerde uygulanan sezaryen operasyonlarının hemen tamamının post-mortem yapıldığı düşünülmektedir (11). Yazılı kanıtlara dayandırılan canlı kadına yapılan ilk sezaryen operasyonunun 1500 yılında İsviçre'de hekim olmayan bir kişi tarafından sıkıntılı bir travay geçiren karısına uygulandığı sanılmaktadır (9). Sezaryen operasyonu 20. yüzyıla kadar yüksek maternal mortalite oranları ile uygulanan bir doğum şekli olarak kalmıştır. Paris'te 1787-1876 yılları arasında sezaryen uygulanan kadınların tamamı operasyon sırasında veya hemen sonrasında hemoraji veya enfeksiyon sonucunda kaybedilmiştir (9). Bir başka kayıttta Amerika Birleşik Devletlerinde 19. yüzyıl boyunca yapılan sezaryenlerde maternal mortalite oranı %75 olarak bildirilmiştir (12).

Günümüzde uygulanan modern sezaryen operasyonun ilk temelleri, 19. yüzyılın ikinci yarısında anestezi ve antiseptideki gelişmelere paralel olarak gelişen yeni cerrahi tekniklerin tanımlanması ile atılmıştır. İtalyan cerrah Porro 1876 yılında, sezaryen ile doğumun gerçekleştirilmesi sonrasında, uterus kaynaklı hemoraji ve enfeksiyonu engellemek için uterin fundusun ampütasyonunu tanımlamıştır (13). Günümüzde Porro operasyonu (sezaryen histerektomi) olarak tanımlanan bu operasyon uygulandığı yıllarda sezaryen sonrası gerçekleşen anne ölümlerini önemli oranda azaltmıştır (14). Avrupadaki bu gelişmelerin yanında ilginç bir gözlem R. W. Feklin tarafından Uganda'da izlenmiştir. Misyoner bir tıp doktoru olan Feklin tanık olduğu sezaryen operasyonunda; gebe kadının muz şarabı ile sedatize edildiğini, yine muz şarabı ile sağlanan antisepsi (ellerin yıkanması, karın bölgesinin temizliği) sonrasında göbek altı orta hat vertikal kesi ile batına girildiğini ve uterusun künt diseksiyon ile açılarak bebeğin doğumunun gerçekleştirildiğini bildirmiştir. Araştırmacının ayrıntılarını kaydettiği bu operasyonda günümüzde uygulanan bazı ritüellerin de yapılmış olması gerçekten

şaşırtıcıdır. Tanık olunan bu operasyonda, hemostaz için kızdırılmış demir kullanıldığı, uterus tonusunun el ile uterin masaj yapılarak sağlandığı ve parmak ile servikal dilatasyon yapıldığı izlenmiştir. (11) Frank 1907 yılında, iki yıl sonra Latzko tarafından modifiye edilecek olan, koryoamniyonit gibi septik olgularda intraperitoneal enfeksiyon riskini azaltacağı düşünülen ekstraperitoneal sezaryen tekniğini tanımlamıştır (15). Krönig 1912 yılında alt vertikal uterin insizyonu (16), 1926 yılında Kerr alt transvers uterin insizyonu tanımlamıştır (17).

Edwin Craigin 1916 yılında 'bir kez sezaryen daima sezaryen' kuralını öne sürmüştür (18). 1940'lı yıllardan sonra yeni antiseptiklerin, antibiyotiklerin ve anestezi maddelerinin geliştirilmesi ile beraber birçok cerrahi prosedürde olduğu gibi sezaryenin de daha düşük mortalite ve morbidite oranları ile yapılabilmesi sağlanmıştır. 1970'li yılların son dönemlerinden itibaren elektronik fetal monitörizasyonun ve ultrasonografinin obstetrik kullanıma girmesi ile doğum bilminde yeni bir döneme girilmiştir. Sezaryen ile doğum 1980'li yıllardan başlayarak ve 1990'lı yıllarda hızlanarak tüm dünyada yaygınlık kazanmış ve hatta bazı ülkelerde uygulanma sıklığı vajinal doğumun önüne geçmiştir (19).

### **I.B. Sezaryen Doğum Endikasyonları**

Doğumun daha fazla geciktirilmesinin anneyi, fetusu ya da her ikisini birden tehlikeye atacağı düşünülen; fakat vajinal doğumun güvenli olarak gerçekleştirilmesinin olanaklı olmadığı durumlar sezaryen için endikasyon oluşturmaktadır (5). Bu endikasyonlar anne ve bebeğin klinik durumuna göre değerlendirilmekle birlikte genellikle şu başlıklar altında toplanmaktadır (20):

#### **I.B.a. Anneye Ait Endikasyonlar**

- Mükerrer sezaryen
- Anormal plasenta yerleşimi
- Anne isteği
- Geçirilmiş klasik hysterotomi
- Bilinmeyen uterin skar
- Uterin insizyon açılması
- İnvasiv servikal kanser

Genital yolda obstrüktif kitle

Kalıcı serklaj

Pelvik deformite

Geçirilmiş pelvik rekonstrüktif cerrahi

HSV veya HIV enfeksiyonu

Kardiyak yada pulmoner hastalık

Serebral anevrizma veya arteriovenöz malformasyon

Perimortem sezaryen

### **I.B.b. Bebeğe Ait Endikasyonlar**

Güvensiz fetal durum

Malpresentasyon

Makrosomi

Konjenital anomali

Anormal umblikal kord dopleri

Doğum öncesi fetal travma

### **I.C. Sezaryen Doğum Komplikasyonları**

Günümüzde cerrahi tekniklerin gelişmesine bağlı sezaryen doğumların konforu artsa da abdominal bir cerrahi olması sebebi ile bir takım maternal ve fetüse ait komplikasyonları da bulunmaktadır. Bu komplikasyonlar (8);

- Kanama
- Anesteziye bağlı komplikasyonlar
- Enfeksiyonlar
- Mesane ve barsak yaralanmaları
- Tromboemboli / amniyon embolisi
- Bebeğin yaralanması
- İyatrojenik prematürite ve RDS'dir.

### **I.D. Dünyada ve Türkiye'de Sezaryen Doğumların Sıklığı**

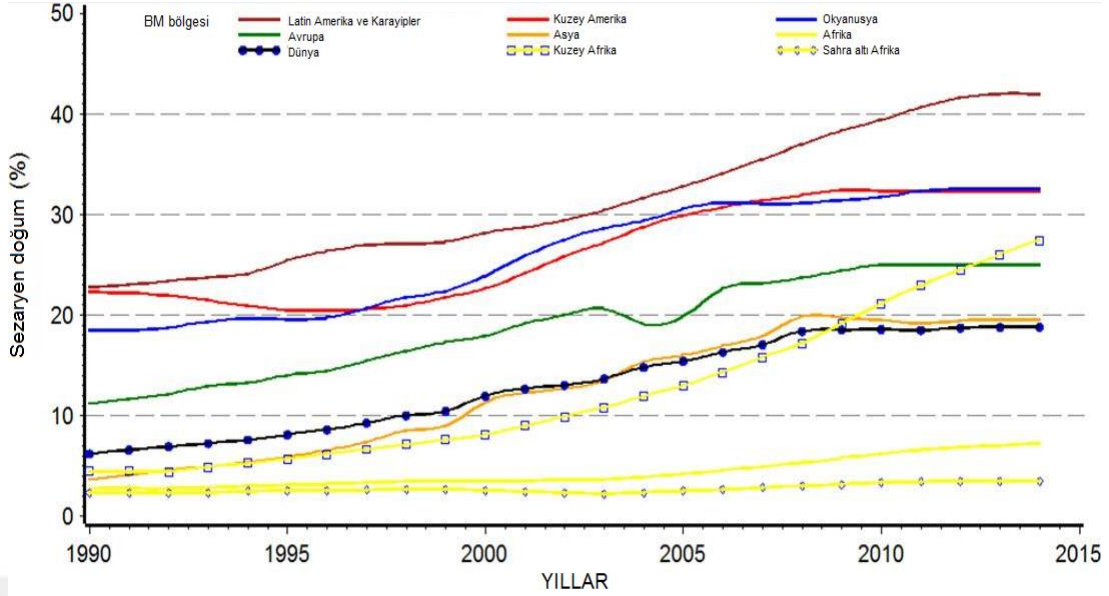
1970'lerde Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) gerçekleşen doğumlardan yaklaşık 20'de 1'i sezaryen doğum ile gerçekleşirken (21), DSÖ 2015 yılı sağlık istatistiklerine göre ABD'de yaklaşık 3 doğumdan 1'i sezaryen ile gerçekleşmektedir (2). Bu oranlardaki artış sadece ABD'de değil pek çok

ülkede yaşanmaktadır. Bu artış literatürde bazı yayınlarda “sezaryen epidemisi” olarak tanımlanmaktadır. DSÖ olması gereken sezaryen oranlarını %10-15 olarak önermektedir (1).

Ülkelerin gelişmişlik düzeylerine göre veri güvenilirliği değişiklik göstermektedir. Ülkelerin gelişmişlik düzeylerine göre sağlık kuruluşunda yapılan doğumlara göre sezaryen doğum oranları farklılık gösterebilir. Bazı ülkelerin 2007-2014 yılları arası sezaryen doğum oranları şu şekildedir (2):

- Brezilya %56
- Mısır %52
- ABD %33
- Bulgaristan %33
- Almanya %32
- Rusya %22
- Belçika %20
- Japonya %19
- İsveç %17
- Hollanda %16
- Finlandiya %16

Şekil-1’de görüldüğü gibi tüm bölgelerde 1990’lardan günümüze çok dramatik artış görülmektedir (22).



**Şekil-1:** 1990-2014 yılları arasında küresel ve bölgesel sezaryen trendleri (22)

Türkiye’de ise Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistiklerine göre 2015 yılında gerçekleşen doğumların %99’u sağlık kuruluşunda gerçekleşmiş olup bu doğumların %53,9’u sezaryen ile (3). OECD ülkelerine bakıldığında 2014 yılı verilerine göre Türkiye 511/1000 sezaryen doğum ile ilk sırada yer almakta, 357/1000 sezaryen doğum oranı ile İtalya Türkiye’yi ikinci sırada takip etmektedir (23). 1998 TNSA raporuna göre 1998’den önceki beş yılda Türkiye’de doğan bebeklerin %14’ü sezaryen ile doğarken günümüzde bu oran %50’leri aşmıştır (24). Bu oranlardaki dramatik artış Ülkemizde bir sezaryen epidemisi olduğunu göstermektedir.

### I.E. Sezaryen Doğumun Avantaj ve Dezavantajları

Dünya Sağlık Örgütü’nün 2015 yılında yaptığı açıklamaya göre; bir toplumda sezaryen oranı %10’ un altında ise bu oranın artması durumunda, anne ve yeni doğan ölümleri azalmakta, sezaryen oranının %10’un üzerinde olması ya da % 30’lara kadar yükselmesinin ise mortaliteye etkisi olmamaktadır (1). 2006’da yapılan 119 ülkenin verilerinin incelendiği ekolojik bir çalışmada gelir seviyelerine göre sezaryen oranları ile maternal ve neonatal mortalite hızları kıyaslanmış, orta ve yüksek gelirli ülkelerde sezaryen oranları ile maternal veya neonatal mortalite arasında bir ilişki bulunamamıştır (25). 2011 yılında yayınlanan, 193 ülkenin verileri

değerlendirilerek yapılan global bir çalışmada, sezaryen oranları %15'in altında olan ülkelerde, bebek, neonatal ve anne ölüm hızlarını düşürmede sezaryen etkili iken, sezaryen doğum oranı %15'in üzerinde olan ülkelerde, bebek veya anne ölüm hızlarını azaltmada sezaryen ile doğumun etkisi bulunamamıştır (26).

Sezaryen anne morbitidesini de arttırmaktadır (27). Endometrit sıklığı vajinal doğuma (%0,4) kıyasla daha fazladır (%3). Sezaryen, sonraki gebeliklerde plasenta previa ve plasenta akreata gibi anomalilere yol açabilir. Bu riskler sezaryen sayısı ile artar (28).

Gebeliğin kendisinin pelvik taban hasarına yol açabileceği ve sezaryenin tamamen koruyucu olamayacağı da ifade edilmiştir (29). Üç bin kadını kapsayan MacLennan araştırmasında da tüm doğum yöntemlerinde prolapsus açısından risk artışı olduğu, doğum şekline göre gebeliğin kendisinin uzun dönem pelvik taban hasarına katkıda bulunduğu bildirilmiştir (30).

Sezaryen doğumun anneye olduğu kadar bebek için de bazı riskleri bulunmaktadır, en önemlisi elektif sezaryenlere bağlı prematüre doğumlar ve bunların komplikasyonlarıdır (31). Sezaryenle doğan yenidoğanlarda solunum problemleri görülme riski vajinal yolla doğanlara göre daha fazladır (31).

Sezaryen doğumda cerrahi işleme ait bebeğin yaralanması gibi komplikasyonlar da görülebilmektedir. Sezaryen doğumlarda cerrah tarafından bistüri ile kesilme sonucu oluşan fetal kesi yaralanmaları %1-9 oranında görülen olası komplikasyonlardan olup, özellikle verteks dışı prezentasyonlarda ve sezaryenin acil uygulandığı durumlarda görülür (32,33).

Vajinal yolla doğan bebekler erkenden kolonize olurken sezaryenle doğan bebeklerde gaitada bakteri sayısı ve bifidobakteri içeriği 1. ayda bile vajinal doğanlardan daha az bulunmaktadır (34). Hakansson ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada sezaryenle doğan bebeklerde gastroenterit ve uzun dönemde allerjik hastalıklarda artış olduğu ifade edilmiştir (35).



ABD’de yapılan bir çalışmada sezaryen doğumun hastanede kalış süresini uzattığı; uterin enfeksiyonlar, yara yeri enfeksiyonları, kardiyopulmoner ve tromboembolik olayların da buna etkisi olduğu bildirilmiştir (36).

Sezaryen doğumlardaki artış hem bebeğin hem de annenin sağlığını tehdit etmeye başlaması nedeniyle günümüzde artık bir halk sağlığı sorunudur. Sorunu tüm yönleriyle ele almak, gereksiz sezaryenlere yol açan etmenleri ortaya çıkarmak, sorunun önlenmesine yönelik eylem planları için yol gösterici olabilir.

Bu çalışmada, uygulamaya koyulan çeşitli planlamalara rağmen ülkemizde artmaya devam eden sezaryen oranı hakkında, kadın hastalıkları ve doğum (KHD) uzman hekimleri ile çocuk sağlığı ve hastalıkları (ÇSH) uzman hekimlerinin düşünceleri ve sezaryen doğum oranındaki yüksekliği etkileyen etmenleri belirlemek amaçlanmıştır.

## GEREÇ ve YÖNTEM

### I. Araştırmanın Tipi ve Evreni

Bu çalışma Mart-Nisan 2017 tarihleri arasında Bursa ilinde çalışan kadın hastalıkları ve doğum uzman hekimleri ile çocuk sağlığı ve hastalıkları uzman hekimlerinde yapılan kesitsel bir çalışmadır.

Araştırmanın evrenini Bursa ilinde çalışan kadın hastalıkları ve doğum uzman hekimler ile çocuk sağlığı ve hastalıkları uzman hekimleri oluşturmaktadır. Çalışmaya, Bursa ilinde çalışmakta olan, kamu ve özel çalışma şekillerine göre ayırım yapılmaksızın tüm kadın hastalıkları ve doğum uzman hekimleri ile çocuk sağlığı ve hastalıkları uzman hekimleri dahil edilmiştir. Örneklem seçilmemiş olup tüm kadın hastalıkları ve doğum uzman hekimleri ile çocuk sağlığı ve hastalıkları uzman hekimlerine ulaşmak hedeflenmiştir.

Özel sağlık kuruluşlarında çalışan hekimler için Bursa Tabip Odası (BTO) Yönetim Kurulu'ndan izin alınarak hekim liste ve sayısı elde edilmiştir. Bursa Tabip Odası'na kayıtlı özel kurumlarda çalışan 125 kadın hastalıkları ve doğum, 111 çocuk sağlığı ve hastalıkları uzman hekimi bulunmaktadır.

Kamu kurumlarında çalışan hekimler için Bursa Kamu Hastaneleri Birliği (KHB) Genel Sekreterliğinden hekim sayıları elde edilmiştir. İl merkezi ve ilçelerde çalışan 67 kadın hastalıkları ve doğum, 93 çocuk sağlığı ve hastalıkları uzman hekimi bulunmaktadır.

Bursa ilinde çalışan toplam kadın hastalıkları ve doğum uzman hekimi sayısı 192, çocuk sağlığı ve hastalıkları uzman hekimi sayısı 204'tür.

Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi hastanesi üçüncü basamak sağlık kuruluşu olması nedeni ile çalışma dışı bırakılmıştır.

### II. Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Yöntemi ve Değişkenler

Araştırmada veri toplama yöntemi olarak anket kullanılmıştır. Katılımcılara ait özellikleri ile sezaryen doğum oranları hakkında hekimlerin düşüncelerini ölçebilecek, araştırmacılar tarafından açık ve kapalı uçlu sorular hazırlanmıştır. Kadın hastalıkları ve doğum uzmanlarına uygulanacak ankete uzmanlık dalını ilgilendiren sorular eklenmiştir. Kadın hastalıkları ve doğum uzmanlarına 22, çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanlarına 19 soruluk anket hazırlanmıştır. Çalışmada kullanılan değişkenler şu şekildedir:

## **II.A. Bağımsız Değişkenler**

### **II.A.a. Demografik Değişkenler**

- Yaş
- Cinsiyet
- Medeni durum
- Çocuk sayısı
- Hekimin kendi çocuklarının doğum şekli

### **II.A.b. Meslek Yaşamı ile İlgili Değişkenler**

- Tıp fakültesinden mezuniyet ve uzmanlık alınan yıl
- Uzmanlık eğitimi alınan kurum
- Çalıştığı sektör (özel sektör / kamu sektörü)

## **II.B. Bağımlı değişkenler**

- 2015 yılı sezaryen doğum oranları hakkında görüşleri
- 1998-2015 yılları sezaryen doğum oranları arasındaki değişim hakkında görüşleri
  - Sezaryen doğum oranları artışında KHD uzmanlarının etkisi hakkında görüşleri
  - Sezaryen doğum oranları artışında Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın (SDP) etkisi hakkında görüşleri
  - Sezaryen doğum oranları artışına yol açan etmenler
  - DSÖ'nün önerdiği sezaryen doğum oranları hakkında görüşleri
  - Türkiye'de olması gerektiği düşünülen en fazla sezaryen doğum oranı
  - DSÖ'nün önerdiği Sezaryen doğum oranlarının Türkiye'de uygulanabilir olup olmadığı

- Sezaryen doğum sonrası vajinal doğumun (SSVD) uygulanabilir olup olmadığı hakkında görüşleri
- KHD hekimlerine başvuran kadınlarda endikasyon olmadığı halde sezaryen talebi sıklığı
- Kadınların ve eşlerin doğum şekline karar verme sürecine katılım seviyeleri hakkında görüşleri
- Sezaryen doğumların azaltılması için neler yapılması gerektiği

### **III. Çalışma İçin Alınan İzinler**

Bu araştırma için Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma Etik Kurulu'ndan 28 Mart 2017 tarih ve 2017-4/11 no'lu karar ile izin alınmıştır. Çalışmanın kamu kurumlarında yapılacak bölümü için Bursa Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği'nden 20 Nisan 2017 tarih ve 88553808-806.01.03 sayılı makam onayı alınmıştır.

### **IV. Uygulama**

Bursa Tabip Odası'ndan ve hastane başhekimliklerinden alınan hekim listesine göre hekimlerin çalıştıkları yerlere gidilmiş, çalışmaya katılmayı kabul eden hekimlere anket formları dağıtılmıştır. Anket formlarının yanıtlanması beklenip formlar geri alınmıştır. Yanıtlayamayan, yıllık izin ya da herhangi bir nedenle yerinde bulunmayan hekimlere ise daha sonra iki kez daha gidilerek formlar verilmiş ve toplanmıştır. İsim listesinde yer alan ve üç kere gidildiği halde bulunmayan, anket doldurmayı kabul edip sonrasında anketi doldurmayan, doğum izni veya ücretsiz izinde olan, şehir/ülke dışında eğitimde olan hekimler çalışma dışında bırakılmıştır.

### **V. Veri Analizi**

Verilerin istatistiksel analizinde SPSS (Statistical Package for Social Science) 22.00 paket programı kullanılmıştır. Veriler frekans analizleri

yapılarak sayı ve yüzde olarak verilmiştir. Analizlerde çapraz tablolar oluşturularak ki kare testi kullanılmıştır, herhangi bir gözde beklenen değer 5'in altında olduğunda Fisher'in kesin testi uygulanmıştır. Analizlerde anlamlılık düzeyi olarak  $p < 0.05$  kabul edilmiştir. Kadın hastalıkları ve doğum uzmanlarının sezaryen doğum oranlarına etkisi hakkında görüş ile bağımsız değişkenler arasındaki ilişkiyi tanımlamak için de standart (enter) yöntemi kullanılarak lojistik regresyon analizi yapılmıştır.

Hekimlere sorulan açık uçlu sorulara verilen cevaplar analiz aşamasında başlıklar altında toplanmıştır. Hekimlerin sezaryen doğum oranlarını artıran nedenlere verdikleri cevaplar sağlık sistemi, hekimlerden ve hasta ve/veya yakınlarından kaynaklanan nedenler olarak 3 ana ve 18 alt başlıkta değerlendirilmiştir. Mediko-legal başlığı altında "malpraktis yasası, dava edilme korkusu, vajinal doğum komplikasyonlarında hekimin suçlanması, hasta şikâyetleri" gibi nedenler, "annelerin talebi, ailelerin sezaryen baskısı, annelerin ağrı çekmek istememesi" gibi nedenler anne – aile isteği başlığı; "annelerin doğumdan korkması, hastaların eğitimsizliği/ bilinçsizliği, annelerin doğum konusunda eğitimsizliği" gibi nedenler doğum korkusu başlığı; "hekimlerin NVYD'u takip edecek zamanının olmaması, iş yükü nedeni ile sezaryen ile zaman kazanılması, sezaryenin daha kısa zamanda yapılması" gibi nedenler zaman kazanma isteği başlığı; "kadınlarda obezitenin artması, sedanter yaşam, egzersiz yapılmaması" gibi nedenler beslenme sorunları / sedanter yaşam başlığı; "hekime yönelik şiddet, sağlıkta şiddetin artması" gibi nedenler sağlıkta şiddet başlığı; "özel hastanelerde nöbet sisteminin olması, icap usulü çalışma sistemi, 7/24 acil ameliyat ekibinin olmaması" gibi nedenler icap usulü çalışma başlığı; "eski sezaryenlerin artması / fazla olması" gibi nedenler mükerrer sezaryen başlığı; "infertilite tedavilerinde artış, İVF oranlarında artış, İVF ile çoğul ve prematüre doğumlarda artış" gibi nedenler üremeye yardımcı tedaviler başlığı; "doğum yaşının yükselmesi, ileri yaş komplikasyonlu gebeliklerin artması" gibi nedenler ileri yaş evlilikleri başlığı; "özel hastane sayılarının artışı, özel hastanelerin maddi kaygıları, KHD hekimlerinin özelde çalışması" gibi nedenler özel hastane sayılarının artışı ve politikaları başlığı; "hastanelerde

uygulanan performans sistemi, hasta hekim ilişkisinin SDP sonrası sarsılması, Sağlık Bakanlığının politikaları/ tutumu, sağlık politikalarının toplumda kışkırtılmış talep oluşturması” gibi nedenler sağlık politikaları başlığı altında; “vakum ve forseps kullanmak gibi manipülatif doğumların yapılamaması, hekim tecrübesizliği, uzmanlık eğitimi kalitesinin düşmesi, deneyimli hekim sayısının az olması” gibi nedenler yetersiz hekim eğitimi başlığı; “basın ve internette yer alan sezaryenin kolay olduğu yorumları, teknolojik gelişmelerin artması, internet erişimi, medya yayınlarının etkisi, tanı olanaklarının artması” gibi nedenler medya / internet / teknolojik gelişmeler başlığı; “KHD uzmanının tercih etmesi, KHD uzmanlarının CS eğilimi, özel sektörde çalışan hekimlerin sezaryen doğumuna teşvik etmeleri” gibi nedenler hekim tercihi başlığı altında toplanmıştır.

Hekimlerin sezaryen doğum oranlarını azaltmaya yönelik cevapları 14 alt grupta toplanmış, alt gruplar sağlık sisteminden, hekimlerden ve hasta ve/veya yakınlarından kaynaklanan nedenler olarak 3 ana başlık altında gruplandırılmıştır. Yasal düzenleme yapılması başlığı “NVD komplikasyonlarından hekimlerin yasal olarak korunması, yasal düzenlemelerle hekime olan baskının hafifletilmesi, malpraktis yasası gözden geçirilmesi, doğumlarda malpraktisin kaldırılması” gibi öneriler; “anne ve baba eğitimi, eğitim, doğum öncesi aile eğitimi, ailelere NVD konusunda eğitim verilmesi, toplum bilinçlendirilmesi” gibi öneriler anne ve toplum eğitimi başlığı; “hekime şiddetin azaltılması, hekimlere güvenli sağlık hizmeti vermesi sağlanması” gibi öneriler şiddetin önlenmesi başlığı; “ebelik mesleğine yeniden önem kazandırılması, ebe eğitim kalitesinin artırılması, tecrübeli ebe sayısının artırılması, ebelerin doğumlarda daha fazla aktif olmalarının sağlanması” gibi öneriler ebe eğitimi ve sayının düzenlenmesi başlığı; “kaliteli devlet doğum hastanelerinin artması, alt yapı, hekim ve personelin tam olduğu doğuma yönelik spesifik hastanelerin oluşturulması, doğum yapılacak ortamların annelere güven verecek biçimde düzenlenmesi” gibi öneriler doğuma yönelik hastanelerin yapılması başlığı; “nöbet sistemi ile çalışılan doğum merkezleri yapılması, doğum yapılan merkezlerde nöbet usulü çalışma olması, doğumun ekip işi olması ve nöbet sistemi ile

alışılması, periferde icap usulü çalışma düzenlenmesi, icap usulü çalışılan butik hastanelerde doğum yapılmaması” gibi öneriler nöbet usulü çalışma başlığı; “performans sistemi kaldırılması, sağlık politikalarının değişmesi, sağlık politikalarının gözden geçirilmesi, Sağlık Bakanlığı ve hastane yönetimlerinin hekimi koruyucu tutum sergilemesi” gibi öneriler sağlık politikalarının gözden geçirilmesi başlığı; “gebeler spora yönlendirilmesi, kadınların fiziksel aktivitesinin artırılması, annelerin beslenmesinin düzenlenmesi” gibi öneriler beslenmenin düzenlenmesi ve aktivite artırılması başlığı; “hekimlerin uzmanlık eğitimlerinin kalitesinin artırılması, hekimlerin eğitimi” gibi öneriler hekim eğitim kalitesinin artırılması başlığı; “zel hastanelere sınır getirilmesi, özel hastane sayısının azaltılması, özel hastanelerin denetlenmesi” gibi öneriler özel hastane sayısı ve denetimi başlığı; “Türkiye’yi kapsayacak sezaryen endikasyon listesi oluşturulması, endikasyonların düzenli uzman kontrolü, KHD uzman hekimlerinin endikasyonları daha dikkatli incelemesi” gibi öneriler ortak endikasyon listesi başlığı altında; “medyada hekimler aleyhinde haberlerin engellenmesi, hekimleri suçlayan medya haberleri önlenmesi” gibi öneriler medyada olumsuz yayınların önlenmesi başlığı; “hekimlerin etik davranması, etik değerlerin yüceltilmesi” gibi öneriler etik değerlerin yüceltilmesi başlığı altında toplanmıştır.

## BULGULAR

Bursa ilinde kadın hastalıkları ve doğum hekimleri ile çocuk sağlığı ve hastalıkları hekimlerinin sezaryen (C/S) doğum oranları hakkında görüşlerini belirlemek amacıyla yapılan bu çalışmaya 396 hekimden 325'i (%82,1) katılmıştır. 16 (%4,0) kişi çalışmaya katılmayı kabul etmemiş, 12 (%3,0) kişi doğum iznine ayrılmış, 6 kişiden (%1,5) anket verilmesine rağmen geri alınamamış, 3 kişiye (%0,8) uzun süreli raporlu ve eğitimde olmaları, 34 kişiye ise (%8,6) en az iki kere gidilmesine rağmen ulaşılamamıştır. Çalışmaya katılım oranları, uzmanlık dalı ve çalışılan kuruma göre Tablo-1'de verilmiştir.

**Tablo-1:** Çalışılan kurum ve uzmanlık dalına göre ulaşılan hekim sayıları

Uzmanlık Dalı	KHB'e bağlı kurumlar		Özel sağlık kuruluşları			Toplam mevcut	Toplam ulaşılan kişi		
	Mevcut	Ulaşılan kişi		Mevcut	Ulaşılan kişi		Sayı	Yüzde	
		Sayı	Yüzde		Sayı				Yüzde
KHD	67	55	82,1	125	101	80,8	192	156	81,3
ÇSH	93	75	80,6	111	94	84,7	204	169	82,8
Toplam	160	130	81,3	236	195	82,6	396	325	82,1

Çalışmaya katılan hekimlerin yaş ortalaması 46,6 (%95 G.A: 45,54 - 47,63) yıl, en küçük yaş 31, en büyük yaş 77'dir. Çalışmaya katılan hekimlerin %57,5'i (187 kişi) erkek, %42,5'i (138 kişi) kadındır. Erkek hekimlerin yaş ortalaması 48,53 (%95 G.A: 47,05 - 49,84) yıl, kadın hekimlerin yaş ortalaması 43,91 (%95 G.A: 42,44 - 45,35) yıldır. Erkek hekimlerin yaş ortalaması kadınlara göre anlamlı olarak yüksektir ( $t=4,46$ ,  $p=0,000$ ).

Erkekler 50 yaş üzeri hekimlerde anlamlı olarak daha fazla iken, 50 yaş altında kadın hekimler daha fazladır ( $\chi^2=19,963$ ,  $p=0,000$ ). Evli/birlikte yaşıyor olmak anlamlı olarak erkek hekimlerde daha fazla iken, bekar, boşanmış /eşi ölmüş /ayrı yaşıyor olmak kadın hekimlerde daha fazladır



( $\chi^2=9,842$ ,  $p=0,007$ ). Çalışmaya katılan hekimlerin yaş ve medeni durum özellikleri Tablo-2'de verilmiştir.

**Tablo-2:** Katılımcıların cinsiyet ile uzmanlık dalına göre yaş grupları ve medeni durumları (%)

Değişkenler		KHD		ÇSH		Toplam
		Erkek	Kadın	Erkek	Kadın	
Yaş	<40	20 (25,0)	25 (32,9)	20 (18,7)	25 (40,3)	90 (27,7)
	40-49	20 (25,0)	32 (42,1)	43 (40,2)	26 (42,0)	121 (37,2)
	>50	40 (50,0)	19 (25,0)	44 (41,1)	11 (17,7)	114 (35,1)
Toplam***		80 (24,6)	76 (23,4)	107 (32,9)	62 (19,1)	325 (100,0)
Medeni durum**	Evi / Birlikte yaşıyor	77 (96,2)	64 (85,3)	97 (90,7)	48 (77,5)	286 (88,3)
	Bekar	2 (2,5)	5 (6,7)	7 (6,5)	11 (17,7)	25 (7,7)
	Boşanmış / Eşi ölmüş / Ayrı yaşıyor	1 (1,3)	6 (8,0)	3 (2,8)	3 (4,8)	13 (4,0)
Toplam***		80 (24,7)	75 (23,2)	107 (33,0)	62 (19,1)	324(100,0)

\*Sütun yüzdesi

\*\*1 kadın medeni durumunu belirtmemiştir

\*\*\*Satır yüzdesi

Çalışmaya katılan hekimlerin tıp fakültesinden mezuniyet sonrası geçen yıl ortalaması 22,58 (%95 G.A: 21,57 - 23,65) yıl, uzman hekimlik yılı ortalaması 16,11 (%95 G.A: 15,06 - 17,19) yıldır. Hekimlerden %88,9'unun (289 kişi) çocuğu bulunmaktadır ve ortalama çocuk sayısı 1,65 (%95 G.A: 1,55 - 1,75)'dir. En az çocuk sayısı 1 iken en fazla çocuk sayısı 5'dir. Yaşı 40 ve üzeri olan katılımcıların çocuk sayısı ortalaması anlamlı olarak 40 yaş altı katılımcılara göre daha yüksektir ( $t=6,006$ ,  $p<0,000$ ).

Çocuğu bulunan hekimlerin %31,1'inin (90 kişi) ilk çocukları normal vajinal doğum yoluyla (NVYD) dünyaya gelirken %68,9'unun (199 kişi) ilk çocukları sezaryen yoluyla dünyaya gelmiştir. Çocuğu bulunan hekimlerin %74,7'sinin (216 kişi) kendileri ya da eşleri en az bir kez sezaryen ile doğum yapmıştır. Primer sezaryen ile doğumlar 40 yaş altı hekimlerde 40 yaş ve üzeri hekimlere göre anlamlı şekilde daha fazladır ( $\chi^2=11,202$ ,  $p=0,001$ ).

İlk çocuklarının vajinal doğum ile dünyaya gelmesi erkek hekimlerin eşlerinde daha fazla iken, primer sezaryen kadın hekimlerin kendisinde anlamlı olarak daha fazladır ( $\chi^2=5,963$ ,  $p=0,015$ ).

Primer sezaryen doğumları 20 yıldan daha az uzmanlık yapan hekimlerde 20 yıl ve daha fazla uzmanlık yapan hekimlere göre anlamlı olarak daha fazladır ( $\chi^2=36,513$ ,  $p=0,000$ ). Özel kurumlarda çalışan hekimlerde primer sezaryen doğum oranları, kamu kurumlarında çalışanlara göre anlamlı olarak daha fazladır ( $\chi^2=4,336$ ,  $p=0,037$ ). Hekimlerin ilk çocuklarının doğum şekli ile ilgili ayrıntılar Tablo-3'de verilmiştir.

**Tablo-3:** Hekimlerin bazı değişkenlere göre ilk çocuklarının doğum şekilleri (%)

Hekimlerin Özellikleri		Doğum şekli			$\chi^2$	p
		Vajinal doğum	Primer sezaryen	Toplam		
Yaş	<40	10 (14,7)	58 (85,3)	68 (100,0)	11,202	0,001
	40 yaş ve üstü	80 (36,2)	141 (63,8)	221 (100,0)		
Cinsiyet	Erkek	63 (36,6)	109 (63,4)	172 (100,0)	5,963	0,015
	Kadın	27 (23,1)	90 (76,9)	117 (100,0)		
Uzmanlık dalı	KHD	40 (28,2)	102 (71,8)	142 (100,0)	1,151	0,283
	ÇSH	50 (34,0)	97 (66,0)	147 (100,0)		
Uzmanlık yılı	<20	33 (18,3)	147 (81,7)	180 (100,0)	36,513	0,000
	20 yıl ve üstü	57 (52,3)	52 (47,7)	109 (100,0)		
Çalışılan kurum	Özel kurumlar	64 (35,6)	116 (64,4)	180 (100,0)	4,336	0,037
	Kamu kurumları	26 (23,8)	83 (76,2)	109 (100,0)		
Toplam*		90 (31,1)	199 (68,9)	289 (100,0)		

\*Satır yüzdesi

Türkiye’de 2015 yılında sağlık kurumlarında yapılan doğumların %53,1’inin sezaryen ile gerçekleşmiş olmasını hekimlerin %78,8’i (256 kişi) yüksek ve çok yüksek olarak değerlendirmiştir.

Çocuk sağlığı ve hastalıkları uzman hekimleri 2015 yılı sezaryen doğum oranının, kadın hastalıkları ve doğum uzman hekimlerine göre anlamlı olarak daha yüksek olduğunu düşünmektedir ( $\chi^2=14,760$ ,  $p=0,001$ ).

Özel kurumlarda çalışan hekimler sezaryen doğum oranını kamu kurumlarında çalışan hekimlere göre anlamlı olarak daha fazla normal bulmaktadır ( $\chi^2=6,803$ ,  $p=0,025$ ).

Hekimlerin sezaryen doğum oranı hakkında görüşleri ile ilgili ayrıntılar Tablo-4’de verilmiştir.

**Tablo-4:** Hekimlerin 2015 yılı Türkiye sezaryen doğum oranları hakkında görüşleri (%)

		2015 yılı sezaryen doğum oranı hakkında görüş				$\chi^2$	p
		Düşük ve çok düşük	Normal	Yüksek ve çok yüksek	Toplam		
Yaş	<40	0 (0,0)	19 (21,1)	71 (78,9)	90 (100,0)	1,098*	0,662*
	40 yaş ve üstü	4 (1,7)	46 (19,6)	185 (78,7)	235 (100,0)		
Cinsiyet	Erkek	4 (2,1)	34 (18,2)	149 (79,7)	187 (100,0)	3,399	0,174*
	Kadın	0 (0,0)	31 (22,5)	107 (77,5)	138 (100,0)		
Uzmanlık dalı	KHD	2 (1,3)	45 (28,8)	109 (69,9)	156 (100,0)	14,760	0,001
	ÇSH	2 (1,2)	20 (11,8)	147 (87,0)	169 (100,0)		
Uzmanlık yılı	<20	2 (0,9)	44 (20,8)	166 (78,3)	212 (100,0)	0,782*	0,689*
	20 yıl ve üstü	2 (1,8)	21 (18,6)	90 (79,6)	113 (100,0)		
Uzmanlık eğitimi alınan kurum	Üniversite	1 (0,5)	43 (21,2)	159 (78,3)	203 (100,0)	2,638	0,259*
	Eğitim araştırma hastanesi	3 (2,5)	22 (18,0)	97 (79,5)	122 (100,0)		
Çalışılan kurum	Özel kurumlar	1 (0,5)	47 (24,1)	147 (75,4)	195 (100,0)	6,803*	0,025*
	Kamu kurumları	3 (2,3)	18 (13,8)	109 (83,9)	130 (100,0)		
İlk çocuğun doğum şekli**	NVYD	2 (2,2)	14 (15,6)	74 (82,2)	90 (100,0)	2,165	0,322
	C/S	2 (1,0)	43 (21,6)	154 (77,4)	199 (100,0)		
Toplam		4 (1,2)	65 (20,0)	256 (78,8)	325 (100,0)		

\* Fisherin kesin testi

\*\*Çocuğu olanlarda hesaplanmıştır

Hekimlerin %68,3'ü 1998 TNSA verilerine göre %14 olan sezaryen doğum oranının 2015'te %50'nin üzerine çıkmış olmasını olumsuz bulmakta, sezaryen doğum oranının bu kadar artmaması gerektiğini düşünmektedir.

Kadın hastalıkları ve doğum uzmanları çocuk sağlığı ve hastalıkları uzman hekimlerine göre anlamlı olarak daha fazla sezaryen doğum oranı artışını normal bulmakta ve daha fazla artış olmasını beklemektedirler ( $\chi^2=14,925$ ,  $p=0,001$ ).

Hekimlerin 1998'e göre 2015 yılı sezaryen doğum oranlarının artışını değerlendirme durumları Tablo-5'de verilmiştir.



**Tablo-5:** Hekimlerin 1998 TNSA sezaryen doğum oranına göre günümüzdeki artışı değerlendirmeleri (%)

		Sezaryen oran artışının değerlendirilmesi				$\chi^2$	p
		Artmaması gerekirdi	Artış normal	Daha fazla artmasını beklerdim	Toplam		
Yaş	<40	63 (70,0)	23 (25,6)	4 (4,4)	90 (100,0)	0,402	0,847*
	40 yaş ve üstü	157 (67,3)	67 (28,8)	9 (3,9)	233 (100,0)		
Cinsiyet	Erkek	125 (66,8)	54 (28,9)	8 (4,3)	187 (100,0)	0,453	0,815
	Kadın	97 (70,3)	36 (26,1)	5 (3,6)	138 (100,0)		
Uzmanlık dalı	KHD	91 (58,3)	55 (35,3)	10 (6,4)	156 (100,0)	14,925	0,001
	ÇSH	131 (77,5)	35 (20,7)	3 (1,8)	169 (100,0)		
Uzmanlık yılı	<20	151 (71,2)	52 (24,5)	9 (4,3)	212 (100,0)	3,029	0,210*
	20 yıl ve üstü	71 (62,8)	38 (33,6)	4 (3,6)	113 (100,0)		
Uzmanlık eğitimi alınan kurum	Üniversite	140 (68,9)	56 (27,6)	7 (3,5)	203 (100,0)	0,538	0,773*
	Eğitim araştırma hastanesi	82 (67,2)	34 (27,9)	6 (4,9)	122 (100,0)		
Çalışılan kurum	Özel kurumlar	128 (65,6)	61 (31,3)	6 (3,1)	195 (100,0)	3,814	0,148
	Kamu kurumları	94 (72,3)	29 (22,3)	7 (5,4)	130 (100,0)		
İlk çocuğun doğum şekli**	NVYD	61 (67,8)	27 (30,0)	2 (2,2)	90 (100,0)	1,361	0,503*
	C/S	137 (68,8)	52 (26,1)	10 (5,1)	199 (100,0)		
Toplam***		222 (68,3)	90 (27,7)	13 (4,0)	325 (100,0)		

\* Fisherin kesin testi

\*\*Çocuğu olanlarda hesaplanmıştır

\*\*\*Satır yüzdesi

Araştırmaya katılan hekimlerin %4,9'u kadın hastalıkları ve doğum hekimlerinin sezaryen doğum oranlarına etkisi olmadığını düşünürken %76,9'u çok etkisi olduğunu düşünmektedir.

Çocuk sağlığı ve hastalıkları hekimleri anlamlı olarak daha fazla kadın hastalıkları ve doğum hekimlerinin sezaryen doğum oranına etkileri olduğunu düşünmektedir ( $\chi^2=16,024$ ,  $p=0,000$ ). Kamu kurumlarında çalışan hekimler, özel kurumlarda çalışan hekimlere göre anlamlı olarak daha fazla kadın hastalıkları ve doğum hekimlerinin sezaryen doğum oranına etkileri olduğunu düşünmektedir ( $\chi^2=6,384$ ,  $p=0,041$ ).

Hekimlerin, kadın hastalıkları ve doğum hekimlerinin sezaryen doğum oranına etkileri hakkında düşüncelerini etkileyen durumlar Tablo-6'da verilmiştir.

**Tablo-6:** Hekimlerin sezaryen doğum oranlarına KHD hekimlerinin etkisi hakkında görüşleri (%)

		Sezaryen doğum oranlarına KHD hekimlerinin etkisi ****				$\chi^2$	p
		Etkisi yoktur	Az etkisi vardır	Çok etkisi vardır	Toplam		
Yaş	<40	5 (5,5)	16 (17,8)	69 (76,7)	90 (100,0)	0,215	0,944*
	40 yaş ve üstü	11 (4,7)	43 (18,3)	181 (77,0)	235 (100,0)		
Cinsiyet	Erkek	10 (5,4)	29 (15,5)	148 (79,1)	187 (100,0)	2,142	0,343
	Kadın	6 (4,4)	30 (21,7)	102 (73,9)	138 (100,0)		
Uzmanlık dalı	KHD	12 (7,7)	39 (25,0)	105 (67,3)	156 (100,0)	16,024	0,000
	ÇSH	4 (2,4)	20 (11,8)	145 (85,8)	169 (100,0)		
Uzmanlık yılı	<20	11 (5,2)	36 (17,0)	165 (77,8)	212 (100,0)	0,615	0,735
	20 yıl ve üstü	5 (4,4)	23 (20,4)	85 (75,2)	113 (100,0)		
Uzmanlık eğitimi alınan kurum	Üniversite	9 (4,4)	33 (16,3)	161 (79,3)	203 (100,0)	1,737	0,420
	Eğitim araştırma hastanesi	7 (5,7)	26 (21,3)	89 (73,0)	122 (100,0)		
Çalışılan kurum	Özel kurumlar	9 (4,6)	44 (22,6)	142 (72,8)	195 (100,0)	6,384	0,041
	Kamu kurumları	7 (5,4)	15 (11,5)	108 (83,1)	130 (100,0)		
İlk çocuğun doğum şekli**	NVYD	6 (6,7)	12 (13,3)	72 (80,0)	90 (100,0)	2,404	0,304*
	C/S	10 (5,02)	41 (20,60)	148 (74,37)	199 (100,0)		
Toplam***		16 (4,9)	59 (18,2)	250 (76,9)	325 (100,0)		

\* Fisherin kesin testi

\*\*Çocuğu olanlarda hesaplanmıştır

\*\*\*Satır yüzdesi

\*\*\*\* "Çok az etkisi vardır" ve "Az etkisi vardır" cevapları "Az etkisi vardır" olarak, "Biraz etkisi vardır" ve "Çok etkisi vardır" cevapları "Çok etkisi vardır" olarak yeniden gruplandırılmıştır.

Çocuk sağlığı ve hastalıkları uzman hekimleri, kadın hastalıkları ve doğum hekimlerine göre 2,76 kat daha fazla kadın hastalıkları ve doğum hekimlerinin sezaryen doğum oranlarına katkıda bulunduğunu düşünmektedir. Lojistik regresyon analiz sonuçları Tablo-7'de verilmektedir.



**Tablo-7:** Hekimlerin sezaryen doğum oranlarına KHD hekimlerinin etkisi hakkında görüşlerinin lojistik regresyon analiz sonuçları\*

		Sezaryen doğum oranlarına KHD hekimlerinin etkisi			
		B	p	O.O.	%95 G.A
Yaş	<40 (referans)	0,012	0,629	1,01	0,963-1,064
	40 yaş ve üstü				
Cinsiyet	Erkek (referans)	-0,070	0,810	0,93	0,529-1,646
	Kadın				
Uzmanlık dalı	KHD (referans)	1,014	0,000	2,76	1,579-4,815
	ÇSH				
Uzmanlık yılı	<20	-0,164	0,728	0,85	0,336-2,140
	20 yıl ve üstü (referans)				
Uzmanlık eğitimi alınan kurum	Universite	-0,278	0,317	0,76	0,439-1,306
	Eğitim araştırma hastanesi (referans)				
Çalışılan kurum	Özel kurumlar	-0,565	0,070	0,57	0,309-1,046
	Kamu kurumları (referans)				
Model ki-kare= 20,846, SD=6, p=0,002					

\*KHD: Kadın hastalıkları ve doğum

Çalışmaya katılan hekimlerin %9,4'ü ülkemizde 2003 yılında uygulamaya konulan sağlıkta dönüşüm programının sezaryen doğum oranına etkisi olmadığını düşünürken, %76,4'ü çok etkisi olduğunu düşünmektedir. Kadın hastalıkları ve doğum hekimleri anlamlı olarak daha fazla SDP'nin sezaryen oranlarına etkisi olmadığını düşünmektedir. Hekimlerin sağlıkta dönüşüm programının etkisi hakkındaki görüşleri Tablo-8'de verilmiştir.

**Tablo-8:** Hekimlerin sezaryen doğum oranlarına SDP'nin etkisi hakkında görüşleri (%)

		Sezaryen doğum oranlarına SDP'nin etkisi hakkında görüş***				$\chi^2$	p
		Etkisi yoktur	Az etkisi vardır	Çok etkisi vardır	Toplam		
Yaş	<40	8 (9,0)	14 (15,7)	67 (75,3)	89 (100,0)	0,265	0,876
	40 yaş ve üstü	22 (9,6)	31 (13,5)	176 (76,9)	229 (100,0)		
Cinsiyet	Erkek	15 (8,1)	22 (11,9)	148 (80,0)	185 (100,0)	3,163	0,206
	Kadın	15 (11,3)	23 (17,3)	95 (71,4)	133 (100,0)		
Uzmanlık dalı	KHD	20 (13,1)	17 (11,1)	116 (75,8)	153 (100,0)	6,076	0,048
	ÇSH	10 (6,1)	28 (16,9)	127 (77,0)	165 (100,0)		
Uzmanlık yılı	<20	20 (9,7)	29 (14,0)	158 (76,3)	207 (100,0)	0,042	0,979
	20 yıl ve üstü	10 (9,0)	16 (14,4)	85 (76,6)	111 (100,0)		
Uzmanlık eğitimi alınan kurum	Üniversite	18 (9,0)	33 (16,6)	148 (74,4)	199 (100,0)	2,598	0,273
	Eğitim araştırma hastanesi	12 (10,1)	12 (10,1)	95 (79,8)	119 (100,0)		
Çalışılan kurum	Özel kurumlar	18 (9,5)	28 (14,7)	144 (75,8)	190 (100,0)	0,139	0,933
	Kamu kurumları	12 (9,4)	17 (13,3)	99 (77,3)	128 (100,0)		
İlk çocuğun doğum şekli*	NVYD	6 (6,7)	16 (17,8)	68 (75,5)	90 (100,0)	3,506	0,173
	C/S	23 (12,0)	22 (11,4)	147 (76,6)	192 (100,0)		
Toplam**		30(9,4)	45 (14,2)	243 (76,4)	318 (100,0)		

\* Çocuğu olanlarda hesaplanmıştır

\*\*7 kişi bu soruya cevap vermemiştir

\*\*\* "Çok az etkisi vardır" ve "Az etkisi vardır" cevapları "Az etkisi vardır" olarak, "Biraz etkisi vardır" ve "Çok etkisi vardır" cevapları "Çok etkisi vardır" olarak yeniden gruplandırılmıştır.

Hekimlere DSÖ'nün önerdiği %10-15'lik sezaryen doğum oranı hakkında fikirleri sorulduğunda %45,2'si (147 kişi) bu oranı düşük bulmakta iken %52,6'sı (171 kişi) bu oranı normal bulmaktadır.

Kadın hastalıkları ve doğum hekimleri DSÖ'nün önerdiği sezaryen doğum oranını anlamlı olarak daha fazla düşük bulmakta iken, çocuk sağlığı ve hastalıkları hekimleri bu oranı daha fazla normal bulmaktadırlar ( $\chi^2=50,039$ ,  $p=0,000$ ).

Hekimlerin DSÖ'nün önerdiği %10-15'lik sezaryen doğum oranı hakkında görüşleri Tablo-9'da gösterilmiştir.



**Tablo-9:** Hekimlerin DSÖ'nün önerdiği %10-15'lik sezaryen doğum oranını değerlendirmesi (%)

		%10-15'lik sezaryen doğum oranının değerlendirilmesi				$\chi^2$	p
		Çok düşük/düşük	Normal	Yüksek/çok yüksek	Toplam		
Yaş	<40	42 (46,7)	48 (53,3)	0 (0,0)	90 (100,0)	2,466	0,338*
	40 yaş ve üstü	105 (44,7)	123 (52,3)	7 (3,0)	235 (100,0)		
Cinsiyet	Erkek	78 (41,7)	104 (55,6)	5 (2,7)	187 (100,0)	2,445	0,303*
	Kadın	69 (50,0)	67 (48,5)	2 (1,5)	138 (100,0)		
Medeni durum**	Evlü/ birlikte yaşıyor	133 (46,5)	147 (51,4)	6 (2,1)	286 (100,0)	2,348	0,283*
	Bekar/ boşanmış/ eşi ölmüş	13 (34,2)	24 (63,2)	1 (2,6)	38 (100,0)		
Uzmanlık dalı	KHD	102 (65,4)	52 (33,3)	2 (1,3)	156 (100,0)	50,039	0,000*
	ÇSH	45 (26,6)	119 (70,4)	5 (3,0)	169 (100,0)		
Uzmanlık yılı	<20	95 (44,8)	114 (53,8)	3 (1,4)	212 (100,0)	1,777	0,403*
	20 yıl ve üstü	52 (46,0)	57 (50,5)	4 (3,5)	113 (100,0)		
Uzmanlık eğitimi alınan kurum	Üniversite	92 (45,3)	106 (52,2)	5 (2,5)	203 (100,0)	0,229	0,974*
	Eğitim araştırma hastanesi	55 (45,1)	65 (53,3)	2 (1,6)	122 (100,0)		
Çalışılan kurum	Özel kurumlar	96 (48,2)	94 (48,2)	5 (2,6)	195 (100,0)	3,841	0,138*
	Kamu kurumları	51 (39,2)	77 (59,3)	2 (1,5)	130 (100,0)		
İlk çocuğun doğum şekli***	NVYD	35 (38,9)	52 (57,8)	3 (3,3)	90 (100,0)	3,461	0,178
	C/S	98 (49,2)	98 (49,3)	3 (1,5)	199 (100,0)		
Toplam		147 (45,2)	171 (52,6)	7 (2,2)	325 (100,0)		

\* Fisherin kesin testi

\*\* 1 kişi medeni durumuna cevap vermemiştir

\*\*\* Çocuğu olanlarda hesaplanmıştır

Hekimlerin %73,4'ü (237 kişi) DSÖ'nün önerdiği %10-15 sezaryen doğum oranının ülkemizde uygulanamayacağını düşünürken ancak %24,1'i uygulanabileceğini düşünmektedir.

Kadın hastalıkları ve doğum hekimleri anlamlı olarak daha fazla DSÖ'nün önerdiği sezaryen oranının ülkemizde uygulanamayacağını düşünmekte iken ( $\chi^2=10,914$ ,  $p=0,003$ ) çocuk sağlığı ve hastalıkları hekimleri ülkemizde bu oranın uygulanabileceğini düşünmektedir. ( $\chi^2=10,914$ ,  $p=0,003$ ).

Özel kurumlarda çalışan hekimler anlamlı olarak daha fazla DSÖ'nün önerdiği sezaryen oranının ülkemizde uygulanamayacağını düşünmekte iken, kamu kurumlarında çalışan hekimler anlamlı olarak daha fazla bu oranın ülkemizde uygulanabileceğini düşünmektedir ( $\chi^2=9,370$ ,  $p=0,008$ ). Hekimlerin DSÖ'nün önerdiği sezaryen doğum oranları hakkında görüşleri ile ilgili değişkenler Tablo-10'da gösterilmiştir.

**Tablo-10:** Hekimlerin DSÖ'nün önerdiği C/S oranlarının ülkemizde uygulanabilirliği hakkında görüşleri (%)

		DSÖ'nün önerdiği %15 sezaryen doğum oranının ülkemizde uygulanabilirliği				$\chi^2$	p
		Kesinlikle uygulanamaz/ uygulanamaz	Fikrim yok	Uygulanabilir / kesinlikle uygulanabilir	Toplam		
Yaş	<40	72 (80,0)	2 (2,2)	16 (17,8)	90 (100,0)	2,872	0,248*
	40 yaş ve üstü	165 (70,8)	6 (2,6)	62 (26,6)	233 (100,0)		
Cinsiyet	Erkek	137 (73,7)	3 (1,6)	46 (24,7)	186 (100,0)	2,931	0,188*
	Kadın	100 (73,0)	5 (3,6)	32 (23,4)	137 (100,0)		
Medeni durum**	Evlü/birlikte yaşıyor	207 (72,6)	6 (2,1)	72 (25,3)	285 (100,0)	2,931	0,188*
	Bekar/boşanmış/eşi ölmüş	29 (78,4)	2 (5,4)	6 (16,2)	37 (100,0)		
Uzmanlık dalı	KHD	126 (81,8)	3 (2,0)	25 (16,2)	154 (100,0)	10,914	0,003*
	ÇSH	111 (65,7)	5 (2,9)	53 (31,4)	169 (100,0)		
Uzmanlık yılı	<20	158 (74,5)	6 (2,8)	48 (22,7)	212 (100,0)	0,956	0,679*
	20 yıl ve üstü	79 (71,2)	2 (1,8)	30 (27,0)	111 (100,0)		
Uzmanlık eğitimi alınan kurum	Üniversite	150 (74,2)	3 (1,5)	49 (24,3)	202 (100,0)	2,174	0,361*
	Eğitim araştırma hastanesi	87 (71,9)	5 (4,1)	29 (24,0)	121 (100,0)		
Çalışılan kurum	Özel kurumlar	153 (79,3)	5 (2,6)	35 (18,1)	193 (100,0)	9,370	0,008*
	Kamu kurumları	84 (64,6)	3 (2,3)	43 (33,1)	130 (100,0)		
İlk çocuğun doğum şekli***	NVYD	58 (65,2)	3 (3,4)	28 (31,4)	89 (100,0)	4,013	0,135*
	C/S	151 (76,3)	4 (2,0)	43 (21,7)	198 (100,0)		
Toplam****		237 (73,4)	8 (2,5)	78 (24,1)	323 (100,0)		

\* Fisherin kesin testi

\*\*1 kişi medeni duruma cevap vermemiştir

\*\*\*Çocuğu olanlarda hesaplanmıştır

\*\*\*\*2 kişi bu soruya cevap vermemiştir

Hekimlere ülkemizde en fazla olması gereken sezaryen doğum oranları açık uçlu şekilde sorulmuştur. Hekimlerin önerdiği sezaryen doğum oranı ortalaması %26,88'dir (%95 G.A: 25,68-28,01). Kadın hastalıkları ve doğum hekimlerinin önerdiği ortalama sezaryen oranı (%30,7) çocuk sağlığı

ve hastalıkları hekimlerinin önerisinden (%23,4) anlamlı olarak daha yüksektir (t=6,478, p=0,000).

Özel kurumlarda çalışan hekimlerin önerdiği ortalama sezaryen doğum oranı (%28,4) kamu kurumlarında çalışan hekimlere göre (%24,7) anlamlı olarak daha yüksektir (t=-3,208, p=0,001). Hekimlerin ülkemizde olması gerektiğini düşündükleri ortalama sezaryen doğum oranları Tablo-11'de gösterilmiştir.

**Tablo-11:** Bazı değişkenlere göre hekimlerin önerdiği ortalama sezaryen oranları

		Önerilen oranı C/S ortalaması (% 95 G.A)	Ortanca	t	p
Yaş	<40	27,59 (25,63-30,00)	25	0,730	0,466
	40 yaş ve üstü	26,61 (25,24-28,06)	25		
Cinsiyet	Erkek	26,36 (24,85-27,93)	25	-1,029	0,304
	Kadın	27,60 (25,56-29,48)	25		
Medeni durum*	Evli/ birlikte yaşıyor	26,87 (25,59-28,16)	25	0,305	0,761
	Bekar/ boşanmış/ eşi ölmüş	26,32 (23,46-29,37)	25		
Uzmanlık dalı	KHD	30,68 (29,08-32,33)	30	6,478	0,000
	ÇSH	23,44 (22,11-24,82)	20		
Uzmanlık yılı	<20	27,07 (25,58-28,41)	25	0,445	0,656
	20 yıl ve üstü	26,52 (24,50-28,58)	25		
Uzmanlık eğitimi alınan kurum	Üniversite	26,88 (25,31-28,41)	25	0,012	0,990
	Eğitim araştırma hastanesi	26,87 (25,27-28,65)	25		
Çalışılan kurum	Özel kurumlar	28,37 (26,80-30,05)	25	-3,208	0,001
	Kamu kurumları	24,69 (23,20-26,31)	25		
İlk çocuğun doğum şekli**	NVYD	25,56 (23,40-27,70)	25	-1,635	0,103
	C/S	27,80 (26,24-29,36)	25		

\*1 kişi medeni durumunu belirtmemiştir

\*\*Çocuğu olanlarda hesaplanmıştır

\*\*\*5 kişi bu soruya cevap vermemiştir.

Hekimlere ÷lkemizde en fazla olması gereken sezaryen doğum oranları açık uçlu şekilde sorulmuş, hekimlerin önerdiği sezaryen doğum oranları sınıflandırılmıştır. Hekimlerin sadece %13,8'inin (44 kişi) DSÖ'nün önerisi olan %15'lik oran ve altında önerileri olmuştur. Kadın hastalıkları ve doğum hekimleri ile özel sektörde çalışan hekimler anlamlı olarak daha fazla %30 ve üzerinde oran önerilerinde bulunmuşlardır (sırasıyla  $\chi^2=32,450 / 9,395$ ,  $p=0,000 / 0,009$ ). Hekimlerin sezaryen doğum önerilerinin ayrıntıları Tablo-12'de verilmiştir.





**Tablo-12:** Hekimlerin önerdiği sezaryen doğum oranlarının sınıflaması (%)

		Önerilen sezaryen doğum oranları				$\chi^2$	p
		15 ve altı	16-30	31 ve üzeri	Toplam		
Yaş	<40	8 (9,2)	62 (71,3)	17 (19,5)	87 (100,0)	2,113	0,348
	40 yaş ve üstü	36 (15,4)	153 (65,7)	44 (18,9)	233 (100,0)		
Cinsiyet	Erkek	27 (14,5)	127 (67,9)	33 (17,6)	187 (100,0)	0,663	0,718
	Kadın	17 (12,8)	88 (66,2)	28 (21,0)	133 (100,0)		
Medeni durum*	Evliliği birlikte yaşıyor	38 (13,5)	191 (68,0)	52 (18,5)	281 (100,0)	0,355	0,837
	Bekar/boşanmış/eşi ölmüş	6 (15,8)	24 (63,2)	8 (21,0)	38 (100,0)		
Uzmanlık dalı	KHD	9 (5,9)	97 (63,8)	46 (30,3)	152 (100,0)	32,450	0,000
	ÇSH	35 (20,8)	118 (70,3)	15 (8,9)	168 (100,0)		
Uzmanlık yılı	<20	26 (12,5)	143 (68,8)	39 (18,7)	208 (100,0)	0,922	0,631
	20 yıl ve üstü	18 (16,1)	72 (64,3)	22 (19,6)	112 (100,0)		
Uzmanlık eğitimi alınan kurum	Üniversite	34 (17,2)	126 (63,6)	38 (19,2)	198 (100,0)	5,402	0,067
	Eğitim araştırma hastanesi	10 (8,2)	89 (73,0)	23 (18,8)	122 (100,0)		
Çalışılan kurum	Özel kurumlar	21 (11,1)	123 (64,7)	46 (24,2)	190 (100,0)	9,395	0,009
	Kamu kurumları	23 (17,7)	92 (70,8)	15 (11,5)	130 (100,0)		
İlk çocuğun doğum şekli**	NVYD	18 (20,0)	56 (62,2)	16 (17,8)	90 (100,0)	4,458	0,108
	C/S	21 (10,8)	134 (68,7)	40 (20,5)	195 (100,0)		
Toplam***		44 (13,8)	215 (67,2)	61 (19,0)	320 (100,0)		

\*1 kişi medeni durumunu belirtmemiştir

\*\*Çocuğu olanlarda hesaplanmıştır

\*\*\*5 kişi bu soruya cevap vermemiştir.

Kadın hastalıkları ve doğum uzman hekimlerinin %51,7'si (77 kişi) sezaryen sonrası vajinal yolla doğumun yapılabileceğini düşünürken,

%48,3'ü (72 kişi) yapılamayacağını düşünmektedir. Hekimlerin sezaryen sonrası vajinal doğum ile ilgili görüşleri Tablo-13'de verilmektedir.

**Tablo-13:** KHD hekimlerinin sezaryen sonrası vajinal yolla doğum hakkında görüşleri (%)

		Sezaryen sonrası vajinal yolla doğum hakkında görüş			$\chi^2$	p
		Kesinlikle yapılamaz/ yapılamaz	Yapılabilir/ kesinlikle yapılabilir	Toplam		
Yaş	<40	16 (37,2)	27 (62,8)	43 (100,0)	2,989	0,084
	40 yaş ve üstü	56 (52,8)	50 (47,2)	106 (100,0)		
Cinsiyet	Erkek	39 (52,0)	36 (48,0)	75 (100,0)	0,818	0,366
	Kadın	33 (44,6)	41 (55,4)	74 (100,0)		
Medeni durum*	Evli/ birlikte yaşıyor	66 (49,2)	68 (50,8)	134 (100,0)	0,931	0,335
	Bekar/ boşanmış/ eşi ölmüş	5 (35,7)	9 (64,3)	14 (100,0)		
Uzmanlık yılı	<20	40 (43,5)	52 (56,5)	92 (100,0)	2,260	0,133
	20 yıl ve üstü	32 (56,1)	25 (43,9)	57 (100,0)		
Uzmanlık eğitimi alınan kurum	Üniversite	46 (52,7)	41 (47,3)	87 (100,0)	1,734	0,188
	Eğitim araştırma hastanesi	26 (41,9)	36 (58,1)	62 (100,0)		
Çalışılan kurum	Özel kurumlar	46 (47,9)	50 (52,1)	96 (100,0)	0,018	0,894
	Kamu kurumları	26 (49,1)	27 (50,9)	53 (100,0)		
İlk çocuğun doğum şekli**	NVYD	23 (60,5)	15 (39,5)	38 (100,0)	1,876	0,171
	C/S	46 (47,4)	51 (52,6)	97 (100,0)		
Toplam***		72 (48,3)	77 (51,7)	149 (100,0)		

\*1 kişi medeni duruma cevap vermemiştir

\*\* Çocuğu olanlarda hesaplanmıştır

\*\*\*3 kişi bu soruya cevap vermemiştir, fikrim yok cevabı veren 4 kişi analiz dışı bırakılmıştır

Kadın hastalıkları ve doğum uzmanı hekimlerinin %50,6'sı (79 kişi) sıklıkla endikasyon olmadığı halde gebelerin kendilerine sezaryen ile doğum yaptırmak için başvurduğunu belirtmiştir. Kadınların endikasyon olmadığı

halde sezaryen doğum amacıyla hekimlere başvuru sıklıkları Tablo-14'de verilmektedir.

**Tablo-14:** KHD hekimlerine başvuran gebelerin endikasyon olmadığı halde hekimlerden C/S talebinde bulunma sıklıkları (%)

		Gebelerin endikasyon olmadığı halde hekimlerden sezaryen talebinde bulunma sıklıkları			$\chi^2$	p
		Hiç/ Nadiren/ arasıra	Sıklıkla/ çok sık	Toplam		
Yaş	<40	22 (48,9)	23 (51,1)	45 (100,0)	0,078	0,780
	40 yaş ve üstü	57 (51,4)	54 (48,6)	111 (100,0)		
Cinsiyet	Erkek	39 (48,8)	41 (51,2)	80 (100,0)	0,235	0,628
	Kadın	40 (52,6)	36 (47,4)	76 (100,0)		
Medeni durum*	Evi/ birlikte yaşıyor	69 (48,9)	72 (51,1)	141 (100,0)	1,200	0,273
	Bekar/ boşanmış/ eşi ölmüş	9 (64,3)	5 (35,7)	14 (100,0)		
Uzmanlık yılı	<20	48 (49,5)	49 (50,5)	97 (100,0)	0,137	0,711
	20 yıl ve üstü	31 (52,5)	28 (47,5)	59 (100,0)		
Uzmanlık eğitimi alınan kurum	Üniversite	46 (50,0)	46 (50,0)	92 (100,0)	0,037	0,848
	Eğitim araştırma hastanesi	33 (51,6)	31 (48,4)	64 (100,0)		
Çalışılan kurum	Özel kurumlar	49 (48,5)	52 (51,5)	101 (100,0)	0,518	0,472
	Kamu kurumları	30 (54,5)	25 (45,5)	55 (100,0)		
İlk çocuğun doğum şekli**	NVYD	25 (62,5)	15 (37,5)	40 (100,0)	3,100	0,078
	C/S	47 (46,1)	55 (53,9)	102 (100,0)		
Toplam		79 (50,6)	77 (49,4)	156 (100,0)		

\*1 kişi medeni duruma cevap vermemiştir

\*\* Çocuğu olanlarda hesaplanmıştır

Hekimlerin %79,7'si (259 kişi) doğum şekli kararını hekim, kadın ve eşlerinin konuşarak birlikte vermesi gerektiğini düşünürken, %16,9'u (55 kişi) doğum şekline sadece hekimin karar vermesi gerektiğini düşünmektedir.

Hekim ile konuşularak karar verilmesi gerektiği özel kurumlarda çalışan hekimlerde anlamlı olarak daha yüksek iken, sadece hekimin karar vermesi gerektiğinin düşünülmesi kamu kurumlarında çalışan hekimlerde anlamlı olarak daha fazladır ( $\chi^2=12,836$ ,  $p=0,001$ ).

Hekimlerin doğum şekline karar verilmesi ile ilgili görüşleri Tablo-15'de verilmiştir.



**Tablo-15:** Hekimlerin kadınların ve eşlerinin doğum şekline karar verme sürecine katılımları hakkında görüşleri (%)

		Kadınların ve eşlerinin doğum şekline karar verme sürecine katılımları				$\chi^2$	p
		Karar kadına ve eşine bırakılabilir	Hekim ile konuşarak karar verilmeli	Sadece hekim karar vermeli	Toplam		
Yaş	<40	2 (2,2)	77 (85,6)	11 (12,2)	90 (100,0)	2,431	0,265*
	40 yaş ve üstü	9 (3,8)	182 (77,5)	44 (18,7)	235 (100,0)		
Cinsiyet	Erkek	6 (3,21)	142 (75,94)	39 (20,86)	187 (100,0)	4,929	0,090*
	Kadın	5 (3,6)	117 (84,8)	16 (11,6)	138 (100,0)		
Medeni durum**	Evlü/birlikte yaşıyor	10 (3,5)	228 (79,7)	48 (16,8)	286 (100,0)	0,160	0,932*
	Bekar/boşanmış/eşi ölmüş	1 (2,6)	30 (79,0)	7 (18,4)	38 (100,0)		
Uzmanlık dalı	KHD	7 (4,5)	129 (82,7)	20 (12,8)	156 (100,0)	4,400	0,111
	ÇSH	4 (2,4)	130 (76,9)	35 (20,7)	169 (100,0)		
Uzmanlık yılı	<20	9 (4,3)	172 (81,1)	31 (14,6)	212 (100,0)	3,228	0,211*
	20 yıl ve üstü	2 (1,8)	87 (77,0)	24 (21,2)	113 (100,0)		
Uzmanlık eğitimi alınan kurum	Üniversite	8 (3,9)	156 (76,9)	39 (19,2)	203 (100,0)	2,598	0,266*
	Eğitim araştırma hastanesi	3 (2,5)	103 (84,4)	16 (13,1)	122 (100,0)		
Çalışılan kurum	Özel kurumlar	7 (3,6)	167 (85,6)	21 (10,8)	195 (100,0)	12,836	0,001*
	Kamu kurumları	4 (3,1)	92 (70,8)	34 (26,1)	130 (100,0)		
İlk çocuğun doğum şekli***	NVYD	1 (1,1)	72 (80,0)	17 (18,9)	90 (100,0)	2,469	0,278*
	C/S	9 (4,5)	160 (80,4)	30 (15,1)	199 (100,0)		
Toplam		11 (3,4)	259 (79,7)	55 (16,9)	325 (100,0)		

\* Fisherin kesin testi

\*\*1 kişi medeni duruma cevap vermemiştir

\*\*\* Çocuğu olanlarda hesaplanmıştır

Kadın hastalıkları ve doğum hekimlerinin sezaryen oranlarını artıran bazı faktörler ile ilgili görüşleri Tablo-16'da verilmiştir.

**Tablo-16:** KHD hekimlerinin C/S doğumları artıran bazı faktörler hakkında görüşleri (%)

Olgu ve durumlar	Sezaryen doğum oranına etkisi				Toplam
	Çok azalttı / Azalttı	Etkilemedi	Arttırdı	Çok arttırdı	
Malpraktis davalarından çekinme	1 (0,6)	5 (3,3)	41 (26,6)	107 (69,5)	154 (100,0)
Sağlıkta şiddet olaylarının artması	0 (0,0)	11 (7,1)	68 (43,9)	76 (49,0)	155 (100,0)
Hasta şikayetinden çekinme	1 (0,6)	5 (3,2)	68 (43,9)	81 (52,3)	155 (100,0)
Performansa dayalı ek ödeme uygulamaları	24 (16,4)	90 (61,7)	18 (12,3)	14 (9,6)	146 (100,0)
Yüksek riskli gebeliğin önceden belirlenmesi	3 (1,9)	22 (14,3)	107 (69,5)	22 (14,3)	154 (100,0)
Artan indüksiyon ve indüksiyon başarısızlığı	1 (0,7)	53 (34,9)	87 (57,3)	11 (7,2)	152 (100,0)
Operatif/manipülatif vajinal doğumlarda azalma	1 (0,7)	32 (21,8)	100 (68,0)	14 (9,5)	147 (100,0)
Vajinal makat doğumlarda azalma	1 (0,7)	20 (13,2)	102 (67,6)	28 (18,5)	151 (100,0)
Primer sezaryenlerin artışı	1 (0,7)	8 (5,4)	102 (68,9)	37 (25,0)	148 (100,0)
Tekrarlayan sezaryenlerin yaygın olarak yapılması	0 (0,0)	14 (9,2)	91 (59,9)	47 (30,9)	152 (100,0)
30 yaş üzeri gebelik ve komplikasyonlarında artış	0 (0,0)	28 (18,2)	101 (65,6)	25 (16,2)	154 (100,0)
Küçük aile istemi ile vajinal doğumu göze alamama	1 (0,7)	21 (13,8)	101 (66,4)	29 (19,1)	152 (100,0)
Elektronik fetüs/ fetal distres izleme olanaklarının artışı	1 (0,6)	22 (14,4)	95 (62,1)	35 (22,9)	153 (100,0)
Üremeye yardımcı tedavi uygulamalarının gelişmesi	0 (0,0)	11 (7,1)	104 (67,1)	40 (25,8)	155 (100,0)
USG teknolojisindeki gelişmeler	1 (0,6)	38 (24,5)	88 (56,8)	28 (18,1)	155 (100,0)
Anne talebi	0 (0,0)	12 (7,7)	91 (58,7)	52 (33,6)	155 (100,0)

Kadın hastalıkları ve doğum hekimlerinin malpraktis davalarından çekinmenin sezaryen doğum oranlarına etkisi hakkındaki görüşleri Tablo-17'de görülmektedir.

**Tablo-17:** Kadın hastalıkları ve doğum hekimlerinin malpraktis davalarından çekinmenin sezaryen doğum oranlarına etkisi hakkında görüşleri (%)

		Malpraktis davalarından çekinmenin sezaryen doğum oranlarına etkisi			$\chi^2$	p
		Çok azalttı/ Azalttı/ Etkilemedi	Arttırdı/ Çok arttırdı	Toplam		
Yaş	<40	0 (0,0)	44 (100,0)	44 (100,0)	2,497	0,184*
	40 yaş ve üstü	6 (5,5)	104 (94,5)	110 (100,0)		
Cinsiyet	Erkek	3 (3,8)	76 (96,2)	79 (100,0)	0,004	1,00*
	Kadın	3 (4,0)	72 (96,0)	75 (100,0)		
Medeni durum**	Evlü/ birlikte yaşıyor	5 (3,6)	134 (96,4)	139 (100,0)	0,521	1,00*
	Bekar/ boşanmış/ eşi ölmüş	0 (0,0)	14 (100,0)	14 (100,0)		
Uzmanlık yılı	<20	1 (1,0)	95 (99,0)	96 (100,0)	5,547	0,29*
	20 yıl ve üstü	5 (8,6)	53 (91,4)	58 (100,0)		
Uzmanlık eğitimi alınan kurum	Üniversite	4 (4,4)	87 (95,6)	91 (100,0)	0,148	1,00*
	Eğitim araştırma hastanesi	2 (3,2)	61 (96,8)	63 (100,0)		
Çalışılan kurum	Özel kurumlar	6 (6,0)	94 (94,0)	100 (100,0)	3,371	0,91*
	Kamu kurumları	0 (0,0)	54 (100,0)	54 (100,0)		
İlk çocuğun doğum şekli***	NVYD	2 (5,2)	37 (94,9)	39 (100,0)	0,094	1,00*
	C/S	4 (4,0)	97 (96,0)	101 (100,0)		
Toplam****		6 (3,9)	148 (96,1)	154 (100,0)		

\* Fisherin kesin testi

\*\*1 kişi medeni duruma cevap vermemiştir

\*\*\* Çocuğu olanlarda hesaplanmıştır

\*\*\*\*2 kişi bu soruya cevap vermemiştir

Kadın hastalıkları ve doğum hekimlerinin sağıkta şiddet olaylarının sezaryen doğum oranlarına etkisi hakkındaki görüşleri Tablo-18'de verilmektedir.

**Tablo-18:** Kadın hastalıkları ve doğum hekimlerinin sağlıkta şiddet olaylarının sezaryen doğum oranlarına etkisi hakkındaki görüşleri (%)

		Sağlıkta şiddet olaylarının sezaryen doğum oranlarına etkisi			$\chi^2$	p
		Çok azalttı/ Azalttı/ Etkilemedi	Arttırdı/ Çok arttırdı	Toplam		
Yaş	<40	4 (8,9)	41 (91,1)	45 (100,0)	0,309	0,731*
	40 yaş ve üstü	7 (6,4)	103 (93,6)	110 (100,0)		
Cinsiyet	Erkek	5 (6,3)	74 (93,7)	79 (100,0)	0,144	0,762*
	Kadın	6 (7,9)	70 (92,1)	76 (100,0)		
Medeni durum**	Evi/ birlikte yaşıyor	8 (5,7)	132 (94,3)	140 (100,0)	1,540	0,226*
	Bekar/ boşanmış/ eşi ölmüş	2 (14,3)	12 (85,7)	14 (100,0)		
Uzmanlık yılı	<20	6 (6,2)	91 (93,8)	97 (100,0)	0,326	0,748*
	20 yıl ve üstü	5 (8,6)	53 (91,4)	58 (100,0)		
Uzmanlık eğitimi alınan kurum	Üniversite	7 (7,7)	84 (92,3)	91 (100,0)	0,119	0,765*
	Eğitim araştırma hastanesi	4 (6,3)	60 (93,7)	64 (100,0)		
Çalışılan kurum	Özel kurumlar	9 (8,9)	92 (91,1)	101 (100,0)	1,447	0,331*
	Kamu kurumları	2 (3,7)	52 (96,3)	54 (100,0)		
İlk çocuğun doğum şekli***	NVYD	5 (12,8)	34 (87,2)	39 (100,0)	2,685	0,139*
	C/S	5 (4,9)	97 (95,1)	102 (100,0)		
Toplam****		11 (7,1)	144 (92,9)	155 (100,0)		

\* Fisherin kesin testi

\*\*1 kişi medeni duruma cevap vermemiştir

\*\*\* Çocuğu olanlarda hesaplanmıştır

\*\*\*\*Hekimlerin 1'i bu soruya cevap vermemiştir.

Hasta şikayetinden çekinmenin sezaryen doğum oranlarına etkisi olduğunu düşünme ilk çocuğunu sezaryenle doğuranlarda anlamlı olarak daha yüksektir ( $\chi^2=4,765$ ,  $p=0,050$ ). Kadın hastalıkları ve doğum hekimlerinin hasta şikayetinden çekinmenin sezaryen doğum oranlarına etkisi hakkında görüşleri Tablo-19'da verilmektedir.



**Tablo-19:** Kadın hastalıkları ve doğum hekimlerinin hasta şikayetinden çekinmenin sezaryen doğum oranlarına etkisi hakkında görüşleri (%)

		Hasta şikayetinin sezaryen doğum oranına etkisi			$\chi^2$	p
		Çok azalttı/ Azalttı/ Etkilemedi	Arttırdı/ Çok arttırdı	Toplam		
Yaş	<40	1 (2,2)	44 (97,8)	45 (100,0)	0,463	0,673*
	40 yaş ve üstü	5 (4,5)	105 (95,5)	110 (100,0)		
Cinsiyet	Erkek	2 (2,5)	77 (97,5)	79 (100,0)	0,777	0,436*
	Kadın	4 (5,3)	72 (94,7)	76 (100,0)		
Medeni durum**	Evlü/ birlikte yaşıyor	5 (3,6)	135 (96,4)	140 (100,0)	0,517	1,00*
	Bekar/ boşanmış/ eşi ölmüş	0 (0,0)	14 (100,0)	14 (100,0)		
Uzmanlık yılı	<20	3 (3,1)	94 (96,9)	97 (100,0)	0,422	0,672*
	20 yıl ve üstü	3 (5,2)	55 (94,8)	58 (100,0)		
Uzmanlık eğitimi alınan kurum	Üniversite	4 (4,4)	87 (95,6)	91 (100,0)	0,163	1,00*
	Eğitim araştırma hastanesi	2 (3,1)	62 (96,9)	64 (100,0)		
Çalışılan kurum	Özel kurumlar	6 (5,9)	95 (94,1)	101 (100,0)	2,497	0,184*
	Kamu kurumları	0 (0,0)	54 (100,0)	54 (100,0)		
İlk çocuğun doğum şekli***	NVYD	4 (10,3)	35 (89,7)	39 (100,0)	4,765	0,050*
	C/S	2 (2,0)	100 (98,0)	102 (100,0)		
Toplam****		6 (3,9)	149 (96,1)	155 (100,0)		

\* Fisherin kesin testi

\*\*1 kişi medeni duruma cevap vermemiştir

\*\*\* Çocuğu olanlarda hesaplanmıştır

\*\*\*\*1 kişi bu soruya cevap vermemiştir

Hekimlerin %78,1'i (114 kişi) performansa dayalı ek ödemenin sezaryen doğum oranını azalttığını/etkilemediğini düşünürken, %21,9'u (32 kişi) artırdığını düşünmektedir. Performansa bağlı ek ödemenin sezaryen doğum oranlarını azalttığını düşünme uzmanlık yılı 20'den az olanlarda anlamlı olarak daha fazladır ( $\chi^2=7,609$ ,  $p=0,006$ ).

Sezaryen doğum oranının performansa dayalı ek ödemeni azalttığını/etkilemediğini düşünme oranı, kamu kurumlarda çalışan hekimlerde anlamlı olarak daha fazladır ( $\chi^2=4,015$ ,  $p=0,045$ ). Performansa dayalı ek ödemenin sezaryen doğum oranına etkisi hakkında hekimlerin görüşleri Tablo-20'dedir.

**Tablo-20:** Kadın hastalıkları ve doğum hekimlerinin performansa bağlı ek ödemenin sezaryen doğum oranlarına etkisi hakkında görüşleri (%)

		Performansa bağlı ek ödemenin sezaryen doğum oranlarına etkisi hakkında görüş			$\chi^2$	p
		Çok azalttı/ Azalttı/ Etkilemedi	Arttırdı/ Çok arttırdı	Toplam		
Yaş	<40	40 (88,9)	5 (11,1)	45 (100,0)	4,439	0,035
	40 yaş ve üstü	74 (73,3)	27 (26,7)	101 (100,0)		
Cinsiyet	Erkek	63 (81,8)	14 (18,2)	77 (100,0)	1,329	0,249
	Kadın	51 (73,9)	18 (26,1)	69 (100,0)		
Medeni durum	Evi/ birlikte yaşıyor	104 (78,2)	29 (21,8)	133 (100,0)	0,011	1,00*
	Bekar/ boşanmış/ eşi ölmüş	10 (76,9)	3 (23,1)	13 (100,0)		
Uzmanlık yılı	<20	80 (85,1)	14 (14,9)	94 (100,0)	7,609	0,006
	20 yıl ve üstü	34 (65,4)	18 (34,6)	52 (100,0)		
Uzmanlık eğitimi alınan kurum	Üniversite	64 (74,4)	22 (25,6)	86 (100,0)	1,641	0,200
	Eğitim araştırma hastanesi	50 (83,3)	10 (16,7)	60 (100,0)		
Çalışılan kurum	Özel kurumlar	67 (72,8)	25 (27,2)	92 (100,0)	4,015	0,045
	Kamu kurumları	47 (87,0)	7 (13,0)	54 (100,0)		
İlk çocuğun doğum şekli**	NVYD	23 (65,7)	12 (34,3)	35 (100,0)	3,092	0,103
	C/S	78 (80,4)	19 (19,6)	97 (100,0)		
Toplam***		114 (78,1)	32 (21,9)	146 (100,0)		

\* Fisherin kesin testi

\*\* Çocuğu olanlarda hesaplanmıştır

\*\*\*10 kişi bu soruya cevap vermemiştir.

Hekimlerin %83,8'i (129 kişi) yüksek riskli gebeliğin önceden belirlenmesinin sezaryen doğum oranını artırdığını düşünmektedir.

Hekimlerin yüksek riskli gebeliğin önceden belirlenmesinin sezaryen doğum oranlarına etkisi hakkında görüşleri Tablo-21’de sunulmaktadır.

**Tablo-21:** Kadın hastalıkları ve doğum hekimlerinin yüksek riskli gebeliğin önceden belirlenmesinin sezaryen doğum oranlarına etkisi hakkında görüşleri (%)

		Yüksek riskli gebeliğin önceden belirlenmesinin sezaryen doğum oranlarına etkisi			$\chi^2$	p
		Çok azalttı/ Azalttı/ Etkilemedi	Arttırdı/ Çok arttırdı	Toplam		
Yaş	<40	9 (20,0)	36 (80,0)	45 (100,0)	0,663	0,415
	40 yaş ve üstü	16 (14,7)	93 (85,3)	109 (100,0)		
Cinsiyet	Erkek	14 (17,7)	65 (82,3)	79 (100,0)	0,264	0,607
	Kadın	11 (14,7)	64 (85,3)	75 (100,0)		
Medeni durum	Evi/ birlikte yaşıyor	22 (15,8)	117 (84,2)	139 (100,0)	0,292	0,703*
	Bekar/ boşanmış/ eşi ölmüş	3 (21,4)	11 (78,6)	14 (100,0)		
Uzmanlık yılı	<20	20 (20,6)	77 (79,4)	97 (100,0)	3,705	0,054
	20 yıl ve üstü	5 (8,8)	52 (91,2)	57 (100,0)		
Uzmanlık eğitimi alınan kurum	Üniversite	18 (19,8)	73 (80,2)	91 (100,0)	2,057	0,151
	Eğitim araştırma hastanesi	7 (11,1)	56 (88,9)	63 (100,0)		
Çalışılan kurum	Özel kurumlar	13 (13,0)	87 (87,0)	100 (100,0)	2,193	0,139
	Kamu kurumları	12 (22,2)	42 (77,8)	54 (100,0)		
İlk çocuğun doğum şekli**	NVYD	5 (12,8)	34 (87,2)	39 (100,0)	0,711	0,339
	C/S	19 (18,8)	82 (81,2)	101 (100,0)		
Toplam***		25 (16,2)	129 (83,8)	154 (100,0)		

\* Fisherin kesin testi

\*\* Çocuğu olanlarda hesaplanmıştır

\*\*\*2 kişi bu soruya cevap vermemiştir.

Hekimlerin %64,5'i (98 kişi) indüksiyon ve indüksiyon başarısızlığının sezaryen doğum oranını artırdığını, %35,5'i (54 kişi) azalttığını/etkilemediğini düşünmektedir. Hekimlerin indüksiyon ve indüksiyon başarısızlığının sezaryen doğum oranına etkisi ile ilgili görüşleri Tablo-22'de sunulmaktadır.

**Tablo-22:** Kadın hastalıkları ve doğum hekimlerinin indüksiyon ve indüksiyon başarısızlığının sezaryen doğum oranlarına etkisi hakkındaki görüşleri (%)

		İndüksiyon ve indüksiyon başarısızlığının sezaryen doğum oranlarına etkisi			$\chi^2$	P
		Çok azalttı/ Azalttı/ Etkilemedi	Arttırdı/ Çok arttırdı	Toplam		
Yaş	<40	15 (33,3)	30 (66,7)	45 (100,0)	0,134	0,714
	40 yaş ve üstü	39 (36,5)	68 (66,5)	107 (100,0)		
Cinsiyet	Erkek	31 (39,2)	48 (60,8)	79 (100,0)	0,991	0,320
	Kadın	23 (31,5)	50 (68,5)	73 (100,0)		
Medeni durum**	Evi/ birlikte yaşıyor	49 (35,2)	90 (64,8)	139 (100,0)	0,053	1,00*
	Bekar/ boşanmış/ eşi ölmüş	5 (38,5)	8 (61,5)	13 (100,0)		
Uzmanlık yılı	<20	34 (35,1)	63 (64,9)	97 (100,0)	0,026	0,871
	20 yıl ve üstü	20 (36,4)	35 (63,6)	55 (100,0)		
Uzmanlık eğitimi alınan kurum	Üniversite	36 (40,4)	53 (59,6)	89 (100,0)	2,272	0,132
	Eğitim araştırma hastanesi	18 (28,6)	45 (71,4)	63 (100,0)		
Çalışılan kurum	Özel kurumlar	35 (35,7)	63 (64,3)	98 (100,0)	0,004	0,948
	Kamu kurumları	19 (35,2)	35 (64,8)	54 (100,0)		
İlk çocuğun doğum şekli***	NVYD	13 (35,1)	24 (64,9)	37 (100,0)	0,072	0,788
	C/S	38 (37,6)	63 (62,4)	101 (100,0)		
Toplam****		54 (35,5)	98 (64,5)	152 (100,0)		

\* Fisherin kesin testi

\*\*1 kişi medeni duruma cevap vermemiştir

\*\*\* Çocuğu olanlarda hesaplanmıştır

\*\*\*\*4 kişi bu soruya cevap vermemiştir.

Hekimlerin %77,6'sı (114 kişi) operatif / manipölatif vajinal doğumlarda azalmanın sezaryen doğum oranını artırdığını, %22,4'ü (33 kişi) azalttığını/etkilemediğini düşünmektedir. Hekimlerin operatif / manipölatif vajinal doğumlarda azalmanın sezaryen doğum oranına etkisi ile ilgili görüşleri Tablo-23'de sunulmaktadır.



**Tablo-23:** Kadın hastalıkları ve doğum hekimlerinin operatif / manipülatif vajinal doğumlarda azalmanın sezaryen doğum oranlarına etkisi hakkında görüşleri (%)

		Operatif / manipülatif vajinal doğumlarda azalmanın sezaryen doğum oranlarına etkisi			$\chi^2$	p
		Çok azalttı/ Azalttı/ Etkilemedi	Arttırdı/ Çok arttırdı	Toplam		
Yaş	<40	12 (27,3)	32 (72,7)	44 (100,0)	0,839	0,360
	40 yaş ve üstü	21 (20,4)	82 (79,6)	103 (100,0)		
Cinsiyet	Erkek	19 (24,7)	58 (75,3)	77 (100,0)	0,460	0,497
	Kadın	14 (20,0)	56 (80,0)	70 (100,0)		
Medeni durum**	Evli/ birlikte yaşıyor	30 (22,4)	104 (77,6)	134 (100,0)	0,003	1,00*
	Bekar/ boşanmış/ eşi ölmüş	3 (23,1)	10 (76,9)	13 (100,0)		
Uzmanlık yılı	<20	19 (20,0)	76 (80,0)	95 (100,0)	0,925	0,336
	20 yıl ve üstü	14 (26,9)	38 (73,1)	52 (100,0)		
Uzmanlık eğitimi alınan kurum	Üniversite	24 (27,3)	64 (72,7)	88 (100,0)	2,930	0,87
	Eğitim araştırma hastanesi	9 (15,3)	50 (84,7)	59 (100,0)		
Çalışılan kurum	Özel kurumlar	21 (22,6)	72 (77,4)	93 (100,0)	0,003	0,960
	Kamu kurumları	12 (22,2)	42 (77,8)	54 (100,0)		
İlk çocuğun doğum şekli***	NVYD	10 (29,4)	24 (70,6)	34 (100,0)	1,010	0,315
	C/S	21 (21,0)	79 (79,0)	100 (100,0)		
Toplam****		33 (22,4)	114 (77,6)	147 (100,0)		

\* Fisherin kesin testi

\*\*1 kişi medeni duruma cevap vermemiştir

\*\*\* Çocuğu olanlarda hesaplanmıştır

\*\*\*\*9 kişi bu soruya cevap vermemiştir.

Hekimlerin %86,1'i (130 kişi) vajinal makat doğumlarda azalmanın sezaryen doğum oranını artırdığını, %13,9'u (21 kişi) azalttığını/etkilemediğini düşünmektedir. Hekimlerin vajinal makat doğumlarda azalmanın sezaryen doğum oranına etkisi ile ilgili görüşleri Tablo-24'de sunulmaktadır.

**Tablo-24:** Kadın hastalıkları ve doğum hekimlerinin vajinal makat doğumlarda azalmanın sezaryen doğum oranlarına etkisi hakkında görüşleri (%)

		Vajinal makat doğumlarda azalmanın sezaryen doğum oranlarına etkisi			$\chi^2$	p
		Çok azalttı/ Azalttı/ Etkilemedi	Arttırdı/ Çok arttırdı	Toplam		
Yaş	<40	7 (15,6)	38 (84,4)	45 (100,0)	0,145	0,703
	40 yaş ve üstü	14 (13,2)	92 (86,8)	106 (100,0)		
Cinsiyet	Erkek	9 (11,4)	70 (88,6)	79 (100,0)	0,875	0,350
	Kadın	12 (16,7)	60 (83,3)	72 (100,0)		
Medeni durum**	Evi/ birlikte yaşıyor	19 (13,9)	118 (86,1)	137 (100,0)	0,002	1,00*
	Bekar/ boşanmış/ eşi ölmüş	2 (14,3)	12 (85,7)	14 (100,0)		
Uzmanlık yılı	<20	11 (11,6)	84 (88,4)	95 (100,0)	1,160	0,282
	20 yıl ve üstü	10 (17,9)	46 (82,1)	56 (100,0)		
Uzmanlık eğitimi alınan kurum	Üniversite	12 (13,6)	76 (86,4)	88 (100,0)	0,013	0,909
	Eğitim araştırma hastanesi	9 (14,3)	54 (85,7)	63 (100,0)		
Çalışılan kurum	Özel kurumlar	17 (17,5)	80 (82,5)	97 (100,0)	2,966	0,085
	Kamu kurumları	4 (7,4)	50 (92,6)	54 (100,0)		
İlk çocuğun doğum şekli***	NVYD	7 (20,0)	28 (80,0)	35 (100,0)	0,790	0,374
	C/S	14 (13,7)	88 (86,3)	102 (100,0)		
Toplam****		21 (13,9)	130 (86,1)	151 (100,0)		

\* Fisherin kesin testi

\*\*1 kişi medeni duruma cevap vermemiştir

\*\*\* Çocuğu olanlarda hesaplanmıştır

\*\*\*\*5 kişi bu soruya cevap vermemiştir.

Hekimlerin %93,9'u (139 kişi) primer sezaryenlerin artışının sezaryen doğum oranını artırdığını, %6,1'i (9 kişi) azalttığını/etkilemediğini düşünmektedir. Hekimlerin primer sezaryenlerin artışının sezaryen doğum oranına etkisi ile ilgili görüşleri Tablo-25'de sunulmaktadır.

**Tablo-25:** Kadın hastalıkları ve doğum hekimlerinin primer sezaryenlerin artışının sezaryen doğum oranlarına etkisi hakkında görüşleri (%)

		Primer sezaryenlerin artışının sezaryen doğum oranlarına etkisi			$\chi^2$	p
		Çok azalttı/ Azalttı/ Etkilemedi	Arttırdı/ Çok arttırdı	Toplam		
Yaş	<40	4 (9,3)	39 (90,7)	43 (100,0)	1,101	0,285*
	40 yaş ve üstü	5 (4,8)	100 (95,2)	105 (100,0)		
Cinsiyet	Erkek	8 (10,5)	68 (89,5)	76 (100,0)	5,405	0,034*
	Kadın	1 (1,4)	71 (98,6)	72 (100,0)		
Medeni durum**	Evi/ birlikte yaşıyor	9 (6,7)	125 (93,3)	134 (100,0)	1,001	1,00*
	Bekar/ boşanmış/ eşi ölmüş	0 (0,0)	14 (100,0)	14 (100,0)		
Uzmanlık yılı	<20	7 (7,5)	86 (92,5)	93 (100,0)	0,916	0,485*
	20 yıl ve üstü	2 (3,6)	53 (96,4)	55 (100,0)		
Uzmanlık eğitimi alınan kurum	Üniversite	8 (9,3)	78 (90,7)	86 (100,0)	3,730	0,080*
	Eğitim araştırma hastanesi	1 (1,6)	61 (98,4)	62 (100,0)		
Çalışılan kurum	Özel kurumlar	6 (6,4)	88 (93,6)	94 (100,0)	0,041	1,00*
	Kamu kurumları	3 (5,6)	51 (94,4)	54 (100,0)		
İlk çocuğun doğum şekli***	NVYD	2 (5,4)	35 (94,6)	37 (100,0)	0,130	1,00*
	C/S	7 (7,1)	91 (92,9)	98 (100,0)		
Toplam****		9 (6,1)	139 (93,9)	148 (100,0)		

\* Fisherin kesin testi

\*\*1 kişi medeni duruma cevap vermemiştir

\*\*\* Çocuğu olanlarda hesaplanmıştır

\*\*\*\*8 kişi bu soruya cevap vermemiştir.



Hekimlerin %90,8'i (130 kişi) tekrarlayan sezaryenlerin yaygın olarak yapılmasının sezaryen doğum oranını artırdığını, %9,2'si (14 kişi) azalttığını/etkilemediğini düşünmektedir. Hekimlerin tekrarlayan sezaryenlerin yaygın olarak yapılmasının sezaryen doğum oranına etkisi ile ilgili görüşleri Tablo-26'da sunulmaktadır.



**Tablo-26:** Kadın hastalıkları ve doğum hekimlerinin tekrarlayan sezaryenlerin yaygın olarak yapılmasının sezaryen doğum oranlarına etkisi hakkında görüşleri (%)

		Tekrarlayan sezaryenlerin yaygın olarak yapılmasının sezaryen doğum oranlarına etkisi			$\chi^2$	p
		Çok azalttı/ Azalttı/ Etkilemedi	Arttırdı/ Çok arttırdı	Toplam		
Yaş	<40	7 (15,9)	37 (84,1)	44 (100,0)	3,323	0,117*
	40 yaş ve üstü	7 (6,5)	101 (93,5)	108 (100,0)		
Cinsiyet	Erkek	7 (8,9)	72 (91,1)	79 (100,0)	0,024	0,877
	Kadın	7 (9,6)	66 (90,4)	73 (100,0)		
Medeni durum**	Evlü/ birlikte yaşıyor	13 (9,4)	125 (90,6)	138 (100,0)	0,079	1,00*
	Bekar/ boşanmış/ eşi ölmüş	1 (7,1)	13 (92,9)	14 (100,0)		
Uzmanlık yılı	<20	10 (10,5)	85 (89,5)	95 (100,0)	0,524	0,571
	20 yıl ve üstü	4 (7,0)	53 (93,0)	57 (100,0)		
Uzmanlık eğitimi alınan kurum	Üniversite	7 (7,9)	82 (92,1)	89 (100,0)	0,465	0,495
	Eğitim araştırma hastanesi	7 (11,1)	56 (88,9)	63 (100,0)		
Çalışılan kurum	Özel kurumlar	10 (10,2)	88 (89,8)	98 (100,0)	0,326	0,771*
	Kamu kurumları	4 (7,4)	50 (92,6)	54 (100,0)		
İlk çocuğun doğum şekli***	NVYD	4 (10,5)	34 (89,5)	38 (100,0)	0,012	1,00*
	C/S	10 (9,9)	91 (90,1)	101 (100,0)		
Toplam****		14 (9,2)	138 (90,8)	152 (100,0)		

\* Fisherin kesin testi

\*\*1 kişi medeni duruma cevap vermemiştir

\*\*\*Çocuğu olanlarda hesaplanmıştır

\*\*\*\*4 kişi bu soruya cevap vermemiştir

Hekimlerin %82,8'i (126 kişi) 30 yaş üzeri gebeliklerin ve komplikasyonlarının artmasının sezaryen doğum oranını artırdığını, %18,2'si (28 kişi) azalttığını/etkilemediğini düşünmektedir. Hekimlerin 30 yaş üzeri

gebeliklerin ve komplikasyonlarının artmasının sezaryen doğum oranına etkisi ile ilgili görüşleri Tablo-27’de sunulmaktadır.

**Tablo-27:** Kadın hastalıkları ve doğum hekimlerinin 30 yaş üzeri gebeliklerin ve komplikasyonlarının artmasının sezaryen doğum oranlarına etkisi hakkında görüşleri (%)

		30 yaş üzeri gebeliklerin ve komplikasyonlarının artmasının sezaryen doğum oranlarına etkisi			$\chi^2$	p
		Çok azalttı/ Azalttı/ Etkilemedi	Arttırdı/ Çok arttırdı	Toplam		
Yaş	<40	9 (20,5)	35 (79,5)	44 (100,0)	0,214	0,644
	40 yaş ve üstü	19 (17,3)	91 (82,7)	110 (100,0)		
Cinsiyet	Erkek	16 (20,3)	63 (79,7)	79 (100,0)	0,468	0,494
	Kadın	12 (16,0)	63 (84,0)	75 (100,0)		
Medeni durum	Evi/ birlikte yaşıyor	26 (18,7)	113 (81,3)	139 (100,0)	0,166	1,00*
	Bekar/ boşanmış/ eşi ölmüş	2 (14,3)	12 (85,7)	14 (100,0)		
Uzmanlık yılı	<20	17 (17,7)	79 (82,3)	96 (100,0)	0,038	0,845
	20 yıl ve üstü	11 (19,0)	47 (81,0)	58 (100,0)		
Uzmanlık eğitimi alınan kurum	Üniversite	19 (21,1)	71 (78,9)	90 (100,0)	1,249	0,264
	Eğitim araştırma hastanesi	9 (14,1)	55 (85,9)	64 (100,0)		
Çalışılan kurum	Özel kurumlar	18 (18,0)	82 (82,0)	100 (100,0)	0,006	0,937
	Kamu kurumları	10 (18,5)	44 (81,5)	54 (100,0)		
İlk çocuğun doğum şekli**	NVYD	8 (20,5)	31 (79,5)	39 (100,0)	0,065	0,799
	C/S	19 (18,6)	83 (81,4)	102 (100,0)		
Toplam***		28 (18,2)	126 (81,8)	154 (100,0)		

\* Fisherin kesin testi

\*\* Çocuğu olanlarda hesaplanmıştır

\*\*\*2 kişi bu soruya cevap vermemiştir.

Hekimlerin %85,5'i (130 kişi) küçük aile istemi ile vajinal doğumu göze alamamanın sezaryen doğum oranını artırdığını, %14,5'i (22 kişi) azalttığını/etkilemediğini düşünmektedir. Hekimlerin küçük aile istemi ile vajinal doğumu göze alamamanın sezaryen doğum oranına etkisi ile ilgili görüşleri Tablo-28'de sunulmaktadır.



**Tablo-28:** Kadın hastalıkları ve doğum hekimlerinin küçük aile istemi ile vajinal doğumu göze alamamanın sezaryen doğum oranlarına etkisi hakkında görüşleri (%)

		Küçük aile istemi ile vajinal doğumu göze alamamanın sezaryen doğum oranlarına etkisi			$\chi^2$	p
		Çok azalttı/ Azalttı/ Etkilemedi	Arttırdı/ Çok arttırdı	Toplam		
Yaş	<40	5 (11,1)	40 (88,9)	45 (100,0)	0,584	0,445
	40 yaş ve üstü	17 (15,9)	90 (84,1)	107 (100,0)		
Cinsiyet	Erkek	12 (15,4)	66 (84,6)	78 (100,0)	0,107	0,743
	Kadın	10 (13,5)	64 (86,5)	74 (100,0)		
Medeni durum**	Evi/ birlikte yaşıyor	21 (15,1)	118 (84,9)	139 (100,0)	0,528	0,693*
	Bekar/ boşanmış/ eşi ölmüş	1 (7,7)	12 (92,3)	13 (100,0)		
Uzmanlık yılı	<20	12 (12,5)	84 (87,5)	96 (100,0)	0,820	0,365
	20 yıl ve üstü	10 (17,9)	46 (82,1)	56 (100,0)		
Uzmanlık eğitimi alınan kurum	Üniversite	14 (15,7)	75 (84,3)	89 (100,0)	0,274	0,601
	Eğitim araştırma hastanesi	8 (12,7)	55 (87,3)	63 (100,0)		
Çalışılan kurum	Özel kurumlar	13 (13,3)	85 (86,7)	98 (100,0)	0,325	0,568
	Kamu kurumları	9 (16,7)	45 (83,3)	54 (100,0)		
İlk çocuğun doğum şekli***	NVYD	6 (16,2)	31 (83,8)	37 (100,0)	0,003	0,958
	C/S	16 (15,8)	85 (84,2)	101 (100,0)		
Toplam****		22 (14,5)	130 (85,5)	152 (100,0)		

\* Fisherin kesin testi

\*\*1 kişi medeni duruma cevap vermemiştir

\*\*\* Çocuğu olanlarda hesaplanmıştır

\*\*\*\*4 kişi bu soruya cevap vermemiştir.

Hekimlerin %85,0'i (130 kişi) elektronik fetüs / fetal distres izleme olanaklarının artışının sezaryen doğum oranını artırdığını, %15,0'i (23 kişi) azalttığını/etkilemediğini düşünmektedir. Hekimlerin, elektronik fetüs / fetal

distres izleme olanaklarının artışının sezaryen doğum oranına etkisi ile ilgili görüşleri Tablo-29'da sunulmaktadır.

**Tablo-29:** Kadın hastalıkları ve doğum hekimlerinin elektronik fetüs / fetal distres izleme olanaklarının artışının sezaryen doğum oranlarına etkisi hakkında görüşleri (%)

		Elektronik fetüs / fetal distres izleme olanaklarının artışının sezaryen doğum oranlarına etkisi			$\chi^2$	p
		Çok azalttı/ Azalttı/ Etkilemedi	Arttırdı/ Çok arttırdı	Toplam		
Yaş	<40	5 (11,1)	40 (88,9)	45 (100,0)	0,768	0,381
	40 yaş ve üstü	18 (16,7)	90 (83,3)	108 (100,0)		
Cinsiyet	Erkek	13 (16,5)	66 (83,5)	79 (100,0)	0,259	0,611
	Kadın	10 (13,5)	64 (86,5)	74 (100,0)		
Medeni durum**	Evi/ birlikte yaşıyor	21 (15,1)	118 (84,9)	139 (100,0)	0,007	1,00*
	Bekar/ boşanmış/ eşi ölmüş	2 (14,3)	12 (85,7)	14 (100,0)		
Uzmanlık yılı	<20	15 (15,5)	82 (84,5)	97 (100,0)	0,039	0,844
	20 yıl ve üstü	8 (14,3)	48 (85,7)	56 (100,0)		
Uzmanlık eğitimi alınan kurum	Üniversite	16 (17,8)	74 (82,2)	90 (100,0)	1,289	0,256
	Eğitim araştırma hastanesi	7 (11,1)	56 (88,9)	63 (100,0)		
Çalışılan kurum	Özel kurumlar	15 (15,1)	84 (84,9)	99 (100,0)	0,003	0,956
	Kamu kurumları	8 (14,8)	46 (85,2)	54 (100,0)		
İlk çocuğun doğum şekli***	NVYD	5 (13,2)	33 (86,8)	38 (100,0)	0,435	0,510
	C/S	18 (17,8)	83 (82,2)	101 (100,0)		
Toplam****		23 (15,0)	130 (85,0)	153 (100,0)		

\* Fisherin kesin testi

\*\*1 kişi medeni duruma cevap vermemiştir

\*\*\* Çocuğu olanlarda hesaplanmıştır

\*\*\*\*3 kişi bu soruya cevap vermemiştir.

Hekimlerin %92,9'u (144 kişi) üremeye yardımcı tedavi uygulamalarının gelişmesinin sezaryen doğum oranını artırdığını, %7,1'i (11 kişi) azalttığını/etkilemediğini düşünmektedir. Hekimlerin, üremeye yardımcı tedavi uygulamalarının gelişmesinin sezaryen doğum oranına etkisi ile ilgili görüşleri Tablo-30'da sunulmaktadır.



**Tablo-30:** Kadın hastalıkları ve doğum hekimlerinin üremeye yardımcı tedavi uygulamalarının gelişmesinin sezaryen doğum oranlarına etkisi hakkında görüşleri (%)

		Üremeye yardımcı tedavi uygulamalarının gelişmesinin sezaryen doğum oranlarına etkisi			$\chi^2$	p
		Çok azalttı/ Azalttı/ Etkilemedi	Arttırdı/ Çok arttırdı	Toplam		
Yaş	<40	3 (6,7)	42 (93,3)	45 (100,0)	0,018	1,00*
	40 yaş ve üstü	8 (7,3)	102 (92,7)	110 (100,0)		
Cinsiyet	Erkek	4 (5,1)	75 (94,9)	79 (100,0)	1,010	0,315
	Kadın	7 (9,2)	69 (90,8)	76 (100,0)		
Medeni durum	Evlü/ birlikte yaşıyor	8 (5,7)	132 (94,3)	140 (100,0)	4,738	0,064*
	Bekar/ boşanmış/ eşi ölmüş	3 (21,4)	11 (78,6)	14 (100,0)		
Uzmanlık yılı	<20	6 (6,2)	91 (93,8)	97 (100,0)	0,326	0,748*
	20 yıl ve üstü	5 (8,6)	53 (91,4)	58 (100,0)		
Uzmanlık eğitimi alınan kurum	Üniversite	4 (4,4)	87 (95,6)	91 (100,0)	2,439	0,202*
	Eğitim araştırma hastanesi	7 (10,9)	57 (89,1)	64 (100,0)		
Çalışılan kurum	Özel kurumlar	8 (7,9)	93 (92,1)	101 (100,0)	0,299	0,748*
	Kamu kurumları	3 (5,6)	51 (94,4)	54 (100,0)		
İlk çocuğun doğum şekli**	NVYD	5 (12,8)	34 (87,2)	39 (100,0)	1,888	0,177*
	C/S	6 (5,9)	96 (94,1)	102 (100,0)		
Toplam***		11 (7,1)	144 (92,9)	155 (100,0)		

\* Fisherin kesin testi

\*\* Çocuğu olanlarda hesaplanmıştır

\*\*\*1 kişi bu soruya cevap vermemiştir

Hekimlerin %74,8'i (116 kişi) USG teknolojisindeki gelişmelerin sezaryen doğum oranını artırdığını, %25,2'si (39 kişi) azalttığını/etkilemediğini düşünmektedir. Hekimlerin, USG teknolojisindeki



gelişmelerin sezaryen doğum oranına etkisi ile ilgili görüşleri Tablo-31’de sunulmaktadır.

**Tablo-31:** Kadın hastalıkları ve doğum hekimlerinin USG teknolojisindeki gelişmelerin sezaryen doğum oranlarına etkisi hakkında görüşleri (%)

		Hekimlerinin USG teknolojisindeki gelişmelerin sezaryen doğum oranlarına etkisi			$\chi^2$	p
		Çok azalttı/ Azalttı/ Etkilemedi	Arttırdı/ Çok arttırdı	Toplam		
Yaş	<40	11 (24,4)	34 (75,6)	45 (100,0)	0,017	0,895
	40 yaş ve üstü	28 (25,4)	82 (74,6)	110 (100,0)		
Cinsiyet	Erkek	25 (31,6)	54 (68,4)	79 (100,0)	3,598	0,058
	Kadın	14 (18,4)	62 (81,6)	76 (100,0)		
Medeni durum	Evi/ birlikte yaşıyor	34 (24,3)	106 (75,7)	140 (100,0)	0,126	0,748*
	Bekar/ boşanmış/ eşi ölmüş	4 (28,6)	10 (71,4)	14 (100,0)		
Uzmanlık yılı	<20	26 (26,8)	71 (73,2)	97 (100,0)	0,372	0,542
	20 yıl ve üstü	13 (22,4)	45 (77,6)	58 (100,0)		
Uzmanlık eğitimi alınan kurum	Üniversite	22 (24,2)	69 (75,8)	91 (100,0)	0,114	0,736
	Eğitim araştırma hastanesi	17 (26,6)	47 (73,4)	64 (100,0)		
Çalışılan kurum	Özel kurumlar	23 (22,8)	78 (77,2)	101 (100,0)	0,879	0,349
	Kamu kurumları	16 (29,6)	38 (70,4)	54 (100,0)		
İlk çocuğun doğum şekli**	NVYD	12 (30,8)	27 (69,2)	39 (100,0)	0,399	0,527
	C/S	26 (25,5)	76 (74,5)	102 (100,0)		
Toplam***		39 (25,2)	116 (74,8)	155 (100,0)		

\* Fisherin kesin testi

\*\* Çocuğu olanlarda hesaplanmıştır

\*\*\*1 kişi bu soruya cevap vermemiştir

Hekimlerin %92,3'ü (143 kişi) anne talebinin sezaryen doğum oranını artırdığını, %7,7'si (12 kişi) azalttığını/etkilemediğini düşünmektedir. Hekimlerin, anne talebinin sezaryen doğum oranına etkisi ile ilgili görüşleri Tablo-32'de sunulmaktadır.

**Tablo-32:** Kadın hastalıkları ve doğum hekimlerinin anne talebinin sezaryen doğum oranlarına etkisi hakkında görüşleri (%)

		Anne talebinin sezaryen doğum oranlarına etkisi			$\chi^2$	p
		Çok azalttı/ Azalttı/ Etkilemedi	Arttırdı/ Çok arttırdı	Toplam		
Yaş	<40	4 (8,9)	41 (91,1)	45 (100,0)	0,117	0,746*
	40 yaş ve üstü	8 (7,3)	102 (92,7)	110 (100,0)		
Cinsiyet	Erkek	6 (7,6)	73 (92,4)	79 (100,0)	0,005	0,944
	Kadın	6 (7,9)	70 (92,1)	76 (100,0)		
Medeni durum	Evi/ birlikte yaşıyor	12 (8,6)	128 (91,4)	140 (100,0)	1,301	0,603*
	Bekar/ boşanmış/ eşi ölmüş	0 (0,0)	14 (100,0)	14 (100,0)		
Uzmanlık yılı	<20	7 (7,2)	90 (92,8)	97 (100,0)	0,100	0,764*
	20 yıl ve üstü	5 (8,6)	53 (91,4)	58 (100,0)		
Uzmanlık eğitimi alınan kurum	Üniversite	10 (11,0)	81 (89,0)	91 (100,0)	3,253	0,124*
	Eğitim araştırma hastanesi	2 (3,1)	62 (96,9)	64 (100,0)		
Çalışılan kurum	Özel kurumlar	5 (4,9)	96 (95,1)	101 (100,0)	3,163	0,112*
	Kamu kurumları	7 (13,0)	47 (87,0)	54 (100,0)		
İlk çocuğun doğum şekli**	NVYD	5 (12,8)	34 (87,2)	39 (100,0)	1,888	0,177*
	C/S	6 (5,9)	96 (94,1)	102 (100,0)		
Toplam***		12 (7,7)	143 (92,3)	155 (100,0)		

\* Fisherin kesin testi

\*\* Çocuğu olanlarda hesaplanmıştır

\*\*\*10 kişi bu soruya cevap vermemiştir.

Hekimlerin %83,9'u (130 kişi) doğumların özel hastanede yapılmasının sezaryen doğum oranını artırdığını, %16,1'i (25 kişi) azalttığını/etkilemediğini düşünmektedir. Hekimlerin, doğumların özel hastanede yapılmasının sezaryen doğum oranına etkisi ile ilgili görüşleri Tablo-33'de sunulmaktadır.



**Tablo-33:** Kadın hastalıkları ve doğum hekimlerinin doğumların özel hastanede yapılmasının sezaryen doğum oranlarına etkisi hakkında görüşleri (%)

		Doğumların özel hastanede yapılmasının sezaryen doğum oranlarına etkisi			$\chi^2$	p
		Çok azalttı/ Azalttı/ Etkilemedi	Arttırdı/ Çok arttırdı	Toplam		
Yaş	<40	10 (22,2)	35 (77,8)	45 (100,0)	1,740	0,187
	40 yaş ve üstü	15 (13,6)	95 (86,4)	110 (100,0)		
Cinsiyet	Erkek	10 (12,7)	69 (87,3)	79 (100,0)	1,435	0,231
	Kadın	15 (19,7)	61 (80,3)	76 (100,0)		
Medeni durum	Evi/ birlikte yaşıyor	22 (15,7)	118 (84,3)	140 (100,0)	0,020	1,00*
	Bekar/ boşanmış/ eşi ölmüş	2 (14,3)	12 (85,7)	14 (100,0)		
Uzmanlık yılı	<20	15 (15,5)	82 (84,5)	97 (100,0)	0,085	0,771
	20 yıl ve üstü	10 (17,2)	48 (82,8)	58 (100,0)		
Uzmanlık eğitimi alınan kurum	Üniversite	16 (17,6)	75 (82,4)	91 (100,0)	0,344	0,557
	Eğitim araştırma hastanesi	9 (14,1)	55 (85,9)	64 (100,0)		
Çalışılan kurum	Özel kurumlar	23 (22,8)	78 (77,2)	101 (100,0)	9,458	0,002
	Kamu kurumları	2 (3,7)	52 (96,3)	54 (100,0)		
İlk çocuğun doğum şekli**	NVYD	5 (12,8)	34 (87,2)	39 (100,0)	0,317	0,573
	C/S	17 (16,7)	85 (83,3)	102 (100,0)		
Toplam***		25 (16,1)	130 (83,9)	155 (100,0)		

\* Fisherin kesin testi

\*\* Çocuğu olanlarda hesaplanmıştır

\*\*\*1 kişi bu soruya cevap vermemiştir

Hekimlere Türkiye’de sezaryen doğum oranlarını artıran nedenler açık uçlu soru ile sorulmuş, hekimlerin %5,8’i (19 kişi ) bu soruya yanıt vermemiştir. Cevap veren 306 hekim 889 neden belirtmiştir. Verilen cevaplar

18 gruba toplanmış, sağlık sisteminden, hekimlerden ve hasta ve/veya yakınlarından kaynaklanan nedenler olarak 3 ana başlık altında gruplandırılmıştır. Belirtilen nedenlerin %48,0'ı (427 neden) sağlık sisteminden kaynaklanan, %40,3'ü (358 neden) hastalardan kaynaklanan ve %11,7'si (104 neden) hekimlerden kaynaklanan nedenlerdir. Hekimlerin belirttiği sezaryen oran artış nedenleri uzmanlık dalına göre ana ve alt başlıkları ile Tablo-34'de sunulmaktadır.



**Tablo-34:** Uzmanlık dalına göre hekimlerin belirttiği sezaryen oran artış nedenlerinin dağılımı (%)

Nedenler		Uzmanlık dalı		Toplam*
		KHD*	ÇSH *	
Sağlık sisteminden kaynaklanan nedenler	Mediko-legal nedenler	153 (33,8)	100 (22,9)	253 (28,5)
	Ebelerin nitelik ve nicelik sorunları	21 (4,7)	8 (1,8)	29 (3,3)
	Sağlıkta şiddet	11 (2,4)	6 (1,4)	17 (1,9)
	İcap usulü çalışma	29 (6,4)	5 (1,2)	34 (3,8)
	Özel hastane sayılarının artışı ve politikaları	11 (2,4)	19 (4,4)	30 (3,4)
	Yetersiz gebe takibi	1 (0,2)	5 (1,2)	6 (0,7)
	Sağlık politikaları	26 (5,7)	32 (7,3)	58 (6,5)
Hekim kaynaklı nedenler	Zaman kazanma isteği	14 (3,1)	46 (10,5)	60 (6,8)
	Hekim tercihi	5 (1,1)	28 (6,4)	33 (3,7)
	Yetersiz hekim eğitimi	9 (2,0)	2 (0,5)	11 (1,2)
Hasta kaynaklı nedenler	Anne/ aile isteği	61 (13,5)	85 (19,5)	146 (16,4)
	Doğum korkusu/ eğitimsizlik	54 (11,9)	65 (14,9)	119 (13,4)
	Beslenme sorunları/ sedanter yaşam	21 (4,7)	7 (1,6)	28 (3,2)
	Mükerrer sezaryen	6 (1,3)	6 (1,4)	12 (1,3)
	Üremeye yardımcı tedaviler	7 (1,6)	4 (0,9)	11 (1,2)
	İleri yaş evlilikler	11 (2,4)	7 (1,6)	18 (2,0)
	Medya / internet/ teknolojik gelişmeler	12 (2,6)	11 (2,5)	23 (2,6)
	İndüksiyon başarısızlığı	1 (0,2)	0 (0,0)	1 (0,1)
Toplam**		453 (51,0)	436 (49,0)	889 (100,0)

\*Sütun yüzdesi

\*\*Satır yüzdesi

Hekimlerin belirttiği sezaryen oran artış nedenleri uzmanlık yılına göre ana ve alt başlıkları ile Tablo-35'de sunulmaktadır.

**Tablo-35:** Uzmanlık yılına göre hekimlerin belirttiği sezaryen oran artış nedenlerinin dağılımı (%)

Nedenler		Uzmanlık yılı		Toplam*
		<20 yıl*	20 ve üzeri*	
Sağlık sisteminden kaynaklanan nedenler	Mediko-legal nedenler	172 (29,7)	81 (26,0)	253 (28,5)
	Ebelerin nitelik ve nicelik sorunları	22 (3,8)	7 (2,2)	29 (3,3)
	Sağlıkta şiddet	12 (2,1)	5 (1,6)	17 (1,9)
	İcap usulü çalışma	22 (3,8)	12 (3,9)	34 (3,8)
	Özel hastane sayılarının artışı ve politikaları	21 (3,6)	9 (2,9)	30 (3,4)
	Yetersiz gebe takibi	6 (1,0)	0 (0,0)	6 (0,7)
	Sağlık politikaları	36 (6,2)	22 (7,1)	58 (6,5)
Hekim kaynaklı nedenler	Zaman kazanma isteği	35 (6,1)	25 (8,0)	60 (6,7)
	Hekim tercihi	20 (3,5)	13 (4,2)	33 (3,7)
	Yetersiz hekim eğitimi	3 (0,5)	8 (2,6)	11 (1,2)
Hasta kaynaklı nedenler	Anne/ aile isteği	98 (17,0)	48 (15,4)	146 (16,4)
	Doğum korkusu/ eğitimsizlik	78 (13,5)	41 (13,2)	119 (13,4)
	Beslenme sorunları/ sedanter yaşam	11 (1,9)	17 (5,5)	28 (3,2)
	Mükerrer sezaryen	9 (1,6)	3 (1,0)	12 (1,4)
	Üremeye yardımcı tedaviler	5 (0,9)	6 (1,9)	11 (1,2)
	İleri yaş evlilikler	10 (1,7)	8 (2,6)	18 (2,0)
	Medya / internet/ teknolojik gelişmeler	17 (2,9)	6 (1,9)	23 (2,6)
	İndüksiyon başarısızlığı	1 (0,2)	0 (0,0)	1 (0,1)
Toplam**		578 (65,0)	311 (25,0)	889 (100,0)

\*Sütun yüzdesi

\*\*Satır yüzdesi

Hekimlerin belirttiği sezaryen oran artış nedenleri çalışılan kuruma göre ana ve alt başlıkları ile Tablo-36'da sunulmaktadır.

**Tablo-36:** Hekimlerin çalıştığı kurumlara göre belirtilen sezaryen oran artış nedenlerinin dağılımı (%)

Nedenler		Çalışılan kurum		Toplam*
		Kamu*	Özel*	
Sağlık sisteminden kaynaklanan nedenler	Mediko-legal nedenler	102 (32,0)	151 (26,5)	253 (28,5)
	Ebelerin nitelik ve nicelik sorunları	7 (2,2)	22 (3,9)	29 (3,3)
	Sağlıkta şiddet	5 (1,6)	12 (2,1)	17 (1,9)
	İcap usulü çalışma	14 (4,4)	20 (3,5)	34 (3,8)
	Özel hastane sayılarının artışı ve politikaları	20 (6,3)	10 (1,8)	30 (3,4)
	Yetersiz gebe takibi	3 (0,9)	3 (0,5)	6 (0,7)
	Sağlık politikaları	27 (8,4)	31 (5,4)	58 (6,5)
Hekim kaynaklı nedenler	Zaman kazanma isteği	13 (4,1)	47 (8,2)	60 (6,7)
	Hekim tercihi	13 (4,1)	20 (3,5)	33 (3,7)
	Yetersiz hekim eğitimi	4 (1,3)	7 (1,2)	11 (1,2)
Hasta kaynaklı nedenler	Anne/ aile isteği	49 (15,4)	97 (17,0)	146 (16,4)
	Doğum korkusu/ eğitimsizlik	45 (14,1)	74 (13,0)	119 (13,4)
	Beslenme sorunları/ sedanter yaşam	2 (0,6)	26 (4,6)	28 (3,2)
	Mükerrer sezaryen	5 (1,6)	7 (1,2)	12 (1,4)
	Üremeye yardımcı tedaviler	3 (0,9)	8 (1,4)	11 (1,2)
	İleri yaş evlilikler	5 (1,6)	13 (2,3)	18 (2,0)
	Medya / internet/ teknolojik gelişmeler	2 (0,6)	21 (3,7)	23 (2,6)
	İndüksiyon başarısızlığı	0 (0,0)	1 (0,2)	1 (0,1)
Toplam**		319 (35,9)	570 (64,1)	889 (100,0)

\*Sütun yüzdesi

\*\*Satır yüzdesi

Hekimlere sezaryen doğum oranlarını azaltmaya yönelik önerileri açık uçlu soru ile sorulmuş, hekimlerin %14,8'i (48 kişi) bu soruya yanıt vermemiştir. Soruyu cevaplayan hekimlerin belirttiği öneriler 752 maddede sunulmuştur. Verilen cevaplar 14 alt grupta toplanmış, alt gruplar sağlık sisteminden, hekimlerden ve hasta ve/veya yakınlarından kaynaklanan nedenler olarak 3 ana başlık altında gruplandırılmıştır.



Hekimler en fazla %63,0 (474 öneri) oranında sağlık sistemine yönelik öneriler, %31,0 (233 öneri) oranında hasta ile yakınlarına yönelik öneriler ve %6,0 (45 öneri) oranında hekimlere yönelik önerilerde bulunmuşlardır.

Hekimlerin belirttiği sezaryen doğum oranlarını azaltmaya yönelik önerilerinin ayrıntıları uzmanlık dalına göre Tablo-37’de görülmektedir.

**Tablo-37:** Uzmanlık dalına göre hekimlerin sezaryen doğum oranlarını azaltmaya yönelik önerilerinin dağılımı (%)

Nedenler	Uzmanlık dalı		Toplam *	
	KHD*	ÇSH *		
Sağlık sistemine yönelik öneriler	Yasal düzenleme yapılması	119 (31,5)	49 (13,1)	168 (22,3)
	Şiddetin önlenmesi	15 (4,0)	4 (1,1)	19 (2,5)
	Ebe eğitimi ve sayısının düzenlenmesi	34 (9,0)	17 (4,6)	51 (6,8)
	Doğuma yönelik hastanelerin yapılması	30 (7,9)	11 (2,9)	41 (5,4)
	Nöbet usulü çalışma	19 (5,0)	1 (0,3)	20 (2,7)
	Sağlık politikalarının gözden geçirilmesi	48 (12,7)	88 (23,5)	136 (18,1)
	Etkin gebe takibi yapılması	6 (1,6)	13 (3,5)	19 (2,5)
	Özel hastane sayısı ve denetimi	6 (1,6)	8 (2,1)	14 (1,9)
	Medyada olumsuz yayınların önlenmesi	3 (0,8)	3 (0,8)	6 (0,8)
Hekimlere yönelik öneriler	Hekim eğitim kalitesi artırılmalı	9 (2,4)	14 (3,7)	23 (3,1)
	Ortak endikasyon listesi	3 (0,8)	13 (3,5)	16 (2,1)
	Etik değerlerin yüceltilmesi	2 (0,5)	4 (1,1)	6 (0,8)
Hasta ve yakınlarına yönelik öneriler	Anne ve toplum eğitimi	73 (19,3)	141 (37,7)	214 (28,5)
	Beslenme düzenlenmesi ve aktivite artırılması	11 (2,9)	8 (2,1)	19 (2,5)
Toplam	378 (50,3)	374 (49,7)	752 (100,0)	

\*Sütun yüzdesi

\*\*Satır yüzdesi

Hekimlerin sezaryen doğum oranlarını azaltmaya yönelik önerilerinin ayrıntıları uzmanlık yılına göre Tablo-38’de sunulmaktadır.

**Tablo-38:** Uzmanlık yılına göre hekimlerin sezaryen doğum oranlarını azaltmaya yönelik önerileri (%)

Nedenler		Uzmanlık yılı		Toplam*
		< 20 yıl *	20 yıl ve üzeri *	
Sağlık sistemine yönelik öneriler	Yasal düzenleme yapılması	123 (24,0)	45 (18,8)	168 (22,3)
	Şiddetin önlenmesi	12 (2,3)	7 (2,9)	19 (2,5)
	Ebe eğitimi ve sayısının düzenlenmesi	37 (7,2)	14 (5,9)	51 (6,8)
	Doğuma yönelik hastanelerin yapılması	24 (4,7)	17 (7,1)	41 (5,4)
	Nöbet usulü çalışma	15 (2,9)	5 (2,1)	20 (2,7)
	Sağlık politikalarının gözden geçirilmesi	97 (18,9)	39 (16,3)	136 (18,1)
	Etkin gebe takibi yapılması	14 (2,7)	5 (2,1)	19 (2,5)
	Özel hastane sayısı ve denetimi	9 (1,8)	5 (2,1)	14 (1,9)
	Medyada olumsuz yayınların önlenmesi	5 (1,0)	1 (0,4)	6 (0,8)
Hekimlere yönelik öneriler	Hekim eğitim kalitesi artırılmalı	9 (1,8)	14 (5,9)	23 (3,1)
	Ortak endikasyon listesi	13 (2,5)	3 (1,3)	16 (2,1)
	Etik değerlerin yüceltilmesi	2 (0,4)	4 (1,7)	6 (0,8)
Hasta ve yakınlarına yönelik öneriler	Anne ve toplum eğitimi	141 (27,5)	73 (30,5)	214 (28,5)
	Beslenme düzenlenmesi ve aktivite artırılması	12 (2,3)	7 (2,9)	19 (2,5)
Toplam		513 (68,2)	239 (31,8)	752 (100,0)

\*Sütun yüzdesi

\*\*Satır yüzdesi

Hekimlerin sezaryen doğum oranlarını azaltmaya yönelik önerilerinin ayrıntıları çalışılan kuruma göre Tablo-39’da sunulmaktadır.

**Tablo-39:** Çalışılan kuruma göre hekimlerin sezaryen doğum oranlarını azaltmaya yönelik önerilerinin dağılımı

Nedenler		Çalışılan kurum		Toplam*
		Kamu*	Özel*	
Sağlık sistemine yönelik öneriler	Yasal düzenleme yapılması	63 (22,8)	105 (22,1)	168 (22,3)
	Şiddetin önlenmesi	8 (2,9)	11 (2,3)	19 (2,5)
	Ebe eğitimi ve sayısının düzenlenmesi	12 (4,3)	39 (8,2)	51 (6,8)
	Doğuma yönelik hastanelerin yapılması	12 (4,3)	29 (6,1)	41 (5,4)
	Nöbet usulü çalışma	6 (2,2)	14 (2,9)	20 (2,7)
	Sağlık politikalarının gözden geçirilmesi	58 (21,0)	78 (16,4)	136 (18,1)
	Etkin gebe takibi yapılması	10 (3,6)	9 (1,9)	19 (2,5)
	Özel hastane sayısı ve denetimi	6 (2,2)	8 (1,7)	14 (1,9)
	Medyada olumsuz yayınların önlenmesi	3 (1,1)	3 (0,6)	6 (0,8)
Hekimlere yönelik öneriler	Hekim eğitim kalitesi artırılmalı	5 (1,8)	18 (3,8)	23 (3,1)
	Ortak endikasyon listesi	8 (2,9)	8 (1,7)	16 (2,1)
	Etik değerlerin yüceltilmesi	1 (0,4)	5 (1,0)	6 (0,8)
Hasta ve yakınlarına yönelik öneriler	Anne ve toplum eğitimi	83 (30,1)	131 (27,5)	214 (28,5)
	Beslenme düzenlenmesi ve aktivite artırılması	1 (0,4)	18 (3,8)	19 (2,5)
Toplam		276 (36,7)	476 (63,3)	752 (100,0)

\*Sütun yüzdesi

\*\*Satır yüzdesi

## TARTIŞMA VE SONUÇ

Kesitsel tipte yapılan bu çalışmada Bursa ilinde çalışan kadın hastalıkları ve doğum hekimleri ile çocuk sağlığı ve hastalıkları hekimlerinin %82,1'ine ulaşılmış, Türkiye'de sezaryen doğum oranları hakkında görüşleri incelenmiştir.

Çalışmaya katılan hekimlerin yaş ortalaması 46,57 yıldır (%95 G.A: 45,54 - 47,63). Katılımcıların %27,7'si 40 yaş altında, %37,2'si 40-49 yaş aralığında ve %35,i 50 yaş üzerindedir. Çalışmamızla benzer olarak, Ürdün'de 2007 yılında 315 kadın hastalıkları ve doğum hekiminde yapılan bir çalışmada yaş ortalaması 48,6 iken (37), ABD'de 304 kadın hastalıkları ve doğum hekiminde yapılan çalışmada yaş ortalaması 36 olarak bulunmuştur (38). Arikan ve arkadaşlarının bilimsel bir kongreye katılan 387 kadın hastalıkları ve doğum hekiminde yaptığı çalışmada katılımcıların %37,2'si 40 yaşın altında bulunmuştur. (39) Çalışmamızdan farklı olarak, 2006 yılında İsveç'te yapılan ulusal bir çalışmada 845 kadın hastalıkları ve doğum hekiminin %56'sı 50 yaşın üzerindedir (40). Bu farkın nedeni ülkemizde hekimlerin çalışma yaşamından daha erken çekilmesinden kaynaklanıyor olabilir.

Çalışmaya katılan hekimlerin hekimlik yılı ortalaması 22,58 (%95 G.A: 21,57 - 23,65) yıl, uzman olarak çalışılan süre ise ortalaması 16,11 (%95 G.A: 15,06 - 17,19) yıldır. Hekimlerin %65,2'si 20 yıldan daha az, %34,8'i 20 yıldan fazla uzman hekim olarak çalışmaktadır. Ürdün'de 2007 yılında 315 kadın hastalıkları ve doğum hekiminde yapılan çalışmada hekimlerin uzman olarak görev ortalaması 12,9'dur (37). Sicilya'da 2006'da 271 hekimde yapılan çalışmada hekimlerin %54,2'si 20 yıldan daha az uzman olarak çalışmaktadır (41). Bizim çalışmamıza göre daha az olarak Arikan ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da hekimlerin %14,2'si 20 yıldan fazla uzman hekim olarak çalışmaktadır. Bu fark genç hekimlerin devlet hizmet yükümlülüğü nedeni ile çoğunlukla ülkemizin doğu illerinde göreve

başlaması, mecburi hizmet süresi bitse de yeterli hizmet puanı biriktirmeden batı illerine tayin olamamalarından kaynaklanıyor olabilir.

Çalışmaya katılan hekimlerden %88,9'unun (289 kişi) çocuğu vardır ve ortalama çocuk sayısı 1,65 (%95 G.A: 1,55 - 1,75)'dir. Çocuğu olan hekimlerin kendisi veya eşinden %74,74'ü (216 kişi) en az 1 kez sezaryen operasyonu geçirmiş ve bunların %92,13'ü (199 kişi) primer sezaryen ile doğum yapmıştır. Arıkan ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada kadın hastalıkları ve doğum hekimlerinin %61,9'u en az 1 kez sezaryen operasyonu geçirmiş ve bunların %88,7'si primer sezaryendir (39). 2010 yılında Çin'de 208 kadın hastalıkları ve doğum hekimi, ebe ve hemşirelerde yapılan bir çalışmada sezaryen doğum oranı %69,7 olarak bulunmuştur (42). Finlandiya'da 1990-2006 yılları arasında sağlık çalışanlarının doğum şekilleri incelenmiş doğum yapan 7642 hekimin sezaryen oranı %15,9 olarak (ülke oranı:%15) bulunmuştur (43). Çeşitli ülkelerde ve Türkiye'de yapılan çalışmalarda kadın hastalıkları ve doğum hekimlerinin ve sağlık personellerinin değişen oranlarda sezaryen doğum oranları bulunmaktadır. Bizim çalışmamızda bu çalışmalardan daha yüksek bir oran saptanmıştır ve uzmanlık dalına göre farklılık saptanmamıştır. Bunun nedeni hekimlerin hastaların vajinal doğum tecrübelerini yakından ve sayıca fazla görmeleri nedeni ile travmatik doğumlardan olumsuz tecrübe edinmeleri, vajinal doğum endişesi olabilir. Çalışmamızda hekimlerin sezaryen nedenleri sorgulanmadığı için bu konuya ilişkin ayrıntılı çalışmaların planlanması uygun olacaktır. Ancak hekimlerin kendi çocuklarının çok büyük bir oranda sezaryen ile dünyaya gelmiş olması, sezaryen doğumların azaltılması yaklaşımı için büyük bir engel gibi görünmektedir. Görüldüğü kadarıyla KHD ve ÇSH hekimleri sezaryen doğumları bir sorun olarak görmemekte ve büyük oranda kendi çocuklarını sezaryen ile dünyaya getirmektedir.

Hekimlerin%78,8'i (256 kişi) Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2015'te yayınlanan Türkiye'de sağlık kurumlarında yapılan doğumların %53,1'ini sezaryen ile gerçekleştirmiş olmasını yüksek bulmuştur ve uzmanlık dalı ve çalışılan kurumlar arası farklılık saptanmıştır. 2006 yılında İsveç'te yapılan ulusal bir çalışmada 845 kadın hastalıkları ve doğum hekiminde

yapılan çalışmada kadınlar erkeklerden anlamlı olarak kendi bölümlerinin sezaryen doğum oranını daha yüksek bulmuş, yaş ve meslek tecrübesinde anlamlı bir fark saptanmamıştır (40). İtalya'nın Modena kentinde 148 ebe ve 100 obstetrisyende yapılan çalışmada hekimlerin %34'ü kendi bölümlerinin sezaryen doğum oranlarını yüksek bulmuştur (44). Bizim çalışmamızda hekimlerin oranları daha fazla yüksek bulmasının nedeni Türkiye'deki oranların kamu ile özel hastaneler arası ve bölgeler arası farklılık göstermesinden kaynaklanıyor olabilir. Ayrıca hem KHD hem de ÇSH hekimleri ülkemizdeki sezaryen doğum oranlarını yüksek bulsa da kendi doğumlarında sezaryen ile doğumlar Türkiye ortalamasından daha yüksektir. Hekimlerin düşünceleri ve doğum yöntemleri arasındaki zıtlığın nedeni, hekimlerin sağlık hizmetine kolaylıkla erişebiliyor olması, meslektaşlarını kendilerinin doğum yöntemi ile ilgili etki altında bırakmasından kaynaklanıyor olabilir.

Hekimlerin %9,4'ü ülkemizde 2003 yılında uygulamaya konulan sağlıkta dönüşüm programının sezaryen doğum oranına etkisi olmadığını düşünürken, %76,4'ü çok etkisi olduğunu düşünmektedir. Kadın hastalıkları ve doğum hekimleri anlamlı olarak daha fazla SDP'nin sezaryen oranlarına etkisi olmadığını düşünmektedir. SDP kapsamında özel sektörün teşvik edilmesi kamu sağlık harcamalarının artmasında önemli rol oynamakta, düzenlemeler hem kamusal hem de özel sektör tarafından sunulan hizmet ve malların kullanımını (hekime müracaat, ameliyat, yatan hasta, MR, tomografi vb. tetkik sayısını) arttırmaktadır (45). Seren 2006 yılında İstanbul'da kamu kurumlarında çalışan 413 sağlık çalışanının SDP hakkında görüşlerini almış, %67,1'i SDP ile hastanelerin işletmelere dönüştürüldüğünü, %66,8 hastalar müşteri olarak görüldüğünü ve %87,4 sağlıkta dönüşüm projesi sonucunda sağlık alanının ticarileştirildiğini belirtmiştir (46). Bizim çalışmamızda da hekimlerin SDP'nin sezaryen oranlarını artırdığını düşünmelerinin nedeni, sağlığın meta haline gelerek hekimlerin, özellikle de cerrahi bir dal olan kadın hastalıkları ve doğum uzmanlarının daha az zamanda daha çok iş yapmaya mecbur bırakılması; kamu hastanelerinde performans baskısı; özel hastanelerde hasta başı prim gibi uygulamalar; özel hastane sahiplerinin

daha fazla kar etme baskısı olabilir. Kadın hastalıkları ve doğum uzmanları ile çocuk sağlığı ve hastalıkları uzman hekimleri arasında SDP ile ilgili düşünce farklılığının olması cerrahi uzmanlık dallarının SDP'dan daha fazla etkilenmiş olduğunu düşündürmektedir. Özellikle hasta memnuniyetinin ön plana geçmesi, hekimlerin memnuniyet sağlama adına hasta etkisi ile gereksiz cerrahi kararlar alabileceğini düşündürmektedir.

Hekimlere DSÖ'nün önerdiği %10-15'lik sezaryen doğum oranı hakkında fikirleri sorulduğunda %45,2'si (147 kişi) bu oranı düşük bulmakta iken %52,6'sı (171 kişi) bu oranı normal bulmaktadır, kadın hastalıkları ve doğum hekimleri çocuk sağlığı ve hastalıkları hekimlerine göre anlamlı olarak bu oranı daha fazla düşük bulmaktadır. Hekimlerin ülkemizde önerdiği olması gereken en fazla sezaryen doğum oranları ortalama 26,88'dir (%95 G.A: 25,68-28,01), %86,2'si %15'den daha yüksek önerilerde bulunmuşlardır. Kadın hastalıkları ve doğum uzmanları ile özel sektörde çalışan hekimlerin önerdiği oran ortalamaları anlamlı olarak daha fazladır. İsveç'te yapılan ulusal bir çalışmada 845 kadın hastalıkları ve doğum hekiminin önerdiği olması gereken sezaryen doğum oranı %13,8'dir (40). Çalışmamızda hekimlerin önerdiği oran çok daha yüksektir. İtalya'nın Modena kentinde 148 ebe ve 100 obstetrisyende yapılan çalışmada hekimlerin %87,8'i %15'den fazla oran önermişlerdir (44) ve bizim çalışmamızla benzerlik göstermektedir. Çalışmamızda hekimlerin önerdiği sezaryen oranları çok yüksektir. Bunun nedeni neoliberal politikalar ile birlikte sağlığın ticarileşmesi, sezaryen oranlarının hızla artması, bir akım gibi yükselen sezaryen doğumlarını hekimlerin normalleştirdiğini düşündürmektedir.

Hekimlerin %73,4'ü DSÖ'nün önerdiği sezaryen oranının ülkemizde uygulanamayacağını düşünmektedir. Literatürde bu konu ile ilgili çalışma bulunmamaktadır. KHD uzmanları ÇSH uzmanlarına göre anlamlı olarak daha fazla DSÖ'nün önerdiği sezaryen oranının ülkemizde uygulanamayacağını düşünmektedirler. Bu bulgu KHD hekimlerinin ülkemizde sağlık sistemi ile ilgili olumsuz düşüncelerinin olduğunu düşündürmektedir.

Çalışmaya katılan kadın hastalıkları ve doğum hekimlerinin %96,10'u malpraktis davalarından çekinmenin sezaryen doğum oranlarını artırdığını

düşünmektedir. Ayrıca hekimlerin kendilerinin belirttiği sezaryen oranını artıran nedenler arasında mediko-legal nedenler %28,5 ile en fazla belirtilen nedendir. Çeşitli çalışmalarda hekimlerin sorumluluğunun fazla olmasının doğum yönteminin seçimini etkilediği, dava edilme baskısında azalma ile, sezaryen sayısı ve doğum maliyetlerinde düşüş olabileceği gösterilmiştir (47,48). Şikayet ve dava edilme riskinin de isteğe bağlı sezaryenle uyumlu olduğunu düşünülmektedir (49). ABD’de yapılan bir çalışmada hekimlerin artan mesleki sorumluluk sigorta primleri ile primer sezaryen doğumlar arasında ilişki saptanmıştır (50). Günümüzde kışkırtılmış talep nedeni ile hastalar malpraktis davalarını kazanç kapısı olarak görmekte, çok yüksek rakamlarla tazminat davaları açılmaktadır. Hekimlerin kazançları ile orantısız tazminatlar, ne zaman biteceği belli olmayan yıllarca sürececek davalar, hekimlerde baskı ve stresi artırmakta vajinal doğum risklerini almaktansa sezaryen yapmayı tercih edebilmekteler. Ayrıca yetkin mahkemeler tarafından değerlendirilmeyen davalarda, hekimin son çare olarak sezaryen yapmış olacağı algısı ile hekimler kendilerini koruma adına daha kolay sezaryen kararı veriyor olabilirler.

Çalışmaya katılan kadın hastalıkları ve doğum hekimlerinin %96,13’ü hasta şikayetinden çekinmenin sezaryen doğum oranlarını artırdığını düşünmüşlerdir. Bursa’da 2014 yılında Pala ve arkadaşlarının 1991-2014 yılları arasındaki Bursa Tabip Odası (BTO) kayıtların incelenmesi ile yapılan çalışmada, uzman hekimler hakkındaki en sık iddiaların ‘Tıbbi uygulama hatası’ (%25.3) olduğu, %13,1 ile en fazla şikayet edilen uzmanlık dalının kadın hastalıkları ve doğum olduğu bulunmuştur (51). Bazı diğer çalışmalarda da en fazla kadın hastalıkları ve doğum uzmanlarının incelendiği görülmüştür (52–55). Hekimlerin mesleki riskler nedeni ile defansif tıp uygulamalara yönelmesi, sezaryen doğum ile kendilerini koruma amacı ön plana çıkmakta ve sezaryen doğum oranlarının artışı kaçınılmaz sonuç gibi görülmektedir.

Kadın hastalıkları ve doğum hekimlerinin %92,90’ı sağlıkta şiddet olaylarının sezaryen doğum oranlarını artırdığını düşünmüşlerdir. 1980’li yıllardan itibaren süregelen neoliberal sağlık politikalarının diğer bir sonucu



da sağlık çalışanlarına yönelen şiddettir. Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet bir anlamıyla neoliberal sağlık politikalarının 'istenmeyen yan etkisi' olarak son yıllarda giderek artmaktadır. Diğer yandan bu şiddet sağlıkta çalışma ortamını olumsuz hale getirmekte, sağlık çalışanlarının hizmet sundukları kişilerle ilişkisini zedelemektedir (56). Farklı çalışmalarda hekimlerin şiddete uğrama sıklığı %74,9 ile %9,9 çalışılan bölüme şiddetin türüne göre değişiklik göstermektedir (57–59). şiddetin son yıllarda bu kadar fazla olması, hastaların kişkırtılmış taleple hekimlere başvurması, hastaların hekimleri bir telefonla kolayca şikayet edebilmesi, hastaların hekimleri yönlendirmesi, hekimlerin de sezaryen doğum gibi talepleri kabul etmesi daha kolaylaşmış olabilir.

Kadın hastalıkları ve doğum hekimlerinin %77,55'i (114 kişi) operatif / maniplatif vajinal doğumlarda azalmanın sezaryen doğum oranını artırdığını, %22,45'i (33 kişi) azalttığını/etkilemediğini düşünmektedir. 2003-2009 yılları arasında 32.443 doğumun incelendiği çalışmada ulusal olarak azalan operatif vajinal doğum oranlarının sezaryen doğumları artırabileceği vurgulanmış (60), tüm dünyada operatif vajinal doğum sayısı giderek azalırken sezaryen oranları artmıştır (61). Ayrıca, forseps veya vakum ile ilişkili komplikasyonları tanımlayan daha iyi veriler sezaryen doğumların artışıyla paralellik gösteren operatif vajinal doğumların sayısının azalmasına neden olmuştur (62). Bunun sonucunda operatif vajinal doğumlarda kullanılan tekniklerin unutulması söz konusu olmuştur (63). ABD'de Ulusal ocuk Sağlığı ve İnsani Gelişme Enstitüsü tarafından primer sezaryenleri nleme için yapılan workshopta, operatif doğum için deneyimli cerrah gerektiği, operatif vajinal doğumda azalan eğitim ve tecrübenin endişe verici olduğu vurgulanmıştır (64). Türkiye'de de özellikle hasta şikayetleri ve malpraktis davaları nedeni ile hekimler operatif doğum yerine sezaryen doğumu tercih edebilmektedirler. Ayrıca kurulan tıp fakültelerinin sayısının hızla artışı ve buralardan mezun olan uzman hekimlerin doğum konusunda aldığı eğitimin kalitesinin düşmesi operatif doğumları yeni uzman hekimlerin daha az bildiğini dşndrebilir.

Kadın hastalıkları ve doğum hekimlerinin %81,82'si 30 yaş ve üzeri gebeliklerin ve bunların komplikasyonlarında artışların sezaryen doğum oranlarını artırdığını düşünmektedir. Literatürde ileri yaş gebeliklerinin gestasyonel diyabet, preeklampsi, plasenta previa gibi komplikasyonlarında artış olduğu saptanmış, operatif ve sezaryen ile doğumların da arttığı gösterilmiştir (65). Çeşitli çalışmalar da ileri yaş gebeliklerinde operatif ve sezaryen doğumların arttığını desteklemektedir (66,67). Bunun nedeni, hekimlerin vajinal doğumun, kadınların ileri yaşlarda doğum eylemine fizyolojik adaptasyonun zayıflaması ile riskli olabileceğini düşünmesi olabilir.

Kadın hastalıkları ve doğum hekimlerinin %92,90'ı üremeye yardımcı tedavilerin sezaryen doğumları artırdığını düşünmektedir. 15 çalışmanın, 12283 İVF ve 1,9 milyon spontan gebeliğin incelendiği meta-analiz çalışmasında İVF ile preterm doğum, plasenta previa düşük ve çok düşük doğum ağırlığı gibi komplikasyonları artırdığı bu nedenle İVF gebeliklerinin hekim tarafından risk yönetiminin dikkatli yapılması gerektiği vurgulanmıştır (68). Çeşitli çalışmalarla da sezaryen doğumların İVF gebeliklerinde arttığını desteklemektedir (69–73). İVF gebeliklerinin getirdiği fizyolojik risklerin yanında, beklenen “kıymetli bebek” kavramının ortaya çıkması ile hekimlerin vajinal doğum risklerini almak istememesi sezaryen doğumları artırıyor olabilir.

Hekimlerin %76,9'u sezaryen doğum oranlarına KHD hekimlerinin çok etkisi olduğunu düşünmekte iken ÇSH hekimleri, KHD hekimlerine göre 2,76 kat daha fazla KHD hekimlerinin sezaryen doğum oranlarına çok etkisi olduğunu düşünmektedir. Literatürde bu konuda yapılmış bir çalışma bulunmamaktadır. Farklı uzmanlık dallarında çalışan hekimlerin bu zıt düşünceleri, hekimlerin çalışma koşullarının homojen olmaması nedeni ile birbirlerini objektif değerlendiremediğinden kaynaklanabilir. Ayrıca KHD hekimlerinin de % 67,3'ünün kendi meslektaşlarının çok etkisi olduğunu düşünmesi özeleştiri yaptıklarını düşündürmektedir.

KHD hekimlerinin %51,7'si SSVD'un yapılabileceğini düşünürken, %48,3'ü SSVD'nin yapılamayacağını düşünmektedir. SSVD sezaryen oranlarını azaltmak için bir çare olarak görülse de, SSVD'nin risklerini

azaltmak için gerekli koşullar sağlanmalıdır. Çeşitli çalışmalarda başarılı doğumlar ile sonuçlanan SSVD olsa da müdahale gerekliliği, sezaryen doğuma dönme veya uterin rüptür riskleri bulunmaktadır (74,75). Çalışmamızdan farklı olarak 2003'te 304 obstetrisyende yapılan bir çalışmada da hekimlerin %84'ü SSVD'ü rutin olarak önermiştir (38). Hekimler üzerindeki hukuki baskıların çok fazla olması, hem bebek hem anne için riskli olan SSVD'e karşı çalışmamızdaki hekimlerin bakışlarında ve SSVD'e karar vermelerinde farklılıklara neden olabilir.

KHD hekimlerinin %49,4'ü sıklıkla kendilerine başvuran gebelerin endikasyon olmadığı halde kendilerine sezaryen ile doğurma talebinde bulunduğunu belirtmiştir. Yine hekimlerin %92,3'ü de anne talebinin sezaryen doğum oranlarını çok artırdığını düşünmektedir. Anne talebi ile sezaryen doğumlar, tıbbi gereksinimler dışında bebeğin ve gelecekteki bebeklerin sağlığı için yaratabileceği sorunlar nedeni ile etik açıdan da tartışılmaktadır (76). 2006 yılında 699 KHD hekiminde yapılan çalışmada hekimlerin yarısından daha fazlası ayda bir veya iki kez, 13 katılımcı önceki yılda yaptırdığı doğumların %10'dan fazlasının anne isteği ile endikasyon olmaksızın sezaryen ile olduğunu belirtmiştir (77). Çalışmamızda hekimlerin neredeyse yarısı sıklıkla endikasyon olmaksızın sezaryen talebi ile karşılaşmaktadır. Önemli olan bu bulgu hastaların, hekimleri cerrahi bir işlemde bile yönlendirmeye çalıştığını, hekimlerin karar vermekten çok uygulayıcı konumuna geçtiğini düşündürmektedir.

KHD hekimlerinin %83,8'i yüksek riskli gebeliğin önceden belirlenmesinin sezaryen doğum oranlarını artırdığını düşünmektedir. Bazı çalışmalar doğum öncesi bakımın 4'ten fazla olmasının sezaryen oranını artırdığı göstermektedir (78,79). Çalışmamızdaki KHD hekimlerinin düşünceleri literatürle uyumludur. Gebelerin doğum öncesinde takibi anne ve bebek sağlığı için önemli olsa da tespit edilen risklerin vajinal doğuma engel olup olmadığı dikkatli incelenmelidir. Gebelik ile ilişkili olan veya olmayan çeşitli hastalıklar vajinal doğumu engelleyebilir.

KHD hekimlerinin %93,9'u primer sezaryenlerin artışının, %90,8'i tekrarlayan sezaryenlerin yaygın olarak yapılmasının sezaryen doğum

oranlarını artırdığını düşünmektedir. Çalışmamıza katılan KHD uzmanlarının düşüncelerini destekleyen pek çok çalışmada sezaryen endikasyonları içinde geçirilmiş sezaryenler birinci sırada yer almaktadır (78–82). Özellikle SSVD'nin riske alınmayıp bir kez sezaryen sonrası hep sezaryen tercih edilmesi, sezaryen doğum oranlarının katlanarak artmasına neden olmaktadır. Bu nedenle primer sezaryenlerin azaltılması önem taşımaktadır.

KHD hekimlerinin %83,9'u doğumun özel hastanede yapılmasının sezaryen doğum oranlarını artırdığını düşünmektedir. Literatürde pek çok çalışmada özel hastanelerde sezaryen oranlarının yüksek olduğu gösterilmiştir (83–88). Ülkemizde de Sağlık Bakanlığı 2015 verilerine göre özel hastanelerde sezaryen oranları kamu kurumlarından daha yüksektir (3). 2004'te Bursa ilinde yapılan bir tez çalışmasında incelenen 1326 doğumun %47,2'si sezaryen doğumdur ve %85,7 ile en yüksek oran özel hastaneldedir (88). Bu durum özel hastanelerin memnuniyet, kazanç odaklı ve ticari kaygıların fazla olması nedeni ile olabilir. Hastaların da kendilerini takip eden hekimin doğum yaptırması isteği, hekimlerin 7/24 çalışmasını gerektirmekte, hekimlerin planlı sezaryene yönelmesini etkileyebilir.

Çalışmaya katılan hekimlerin kendilerinin belirttiği sezaryen doğum oranlarını artıran nedenler arasında medikolegal nedenler ilk sıradadır. Çalışmamıza benzer şekilde İzmir'de ebe ve KHD hekimlerinde yapılan çalışmada medikolegal nedenlerin sezaryen oranına en çok etki eden faktör olduğunu bulunmuştur (89). Bu bulgular hekimlik mesleğinin barındırdığı hukuki risklerin, hekimlerin karar verme sürecine etki ettiğini göstermektedir.

Ayrıca belirtilen nedenler arasında ebelerin hem sayı hem de eğitim ve tecrübe açısından yetersiz olduğu, icap usulü çalışma, beslenme sorunları ve sedanter yaşam dikkat çeken nedenlerdendir. Özellikle hekimlerin icap usulü çalışması hekimleri elektif sezaryenlere yönlendirebilir. Yetersiz koşulları olan ilçe hastaneleri ve icap usulü çalışılan özel hastanelerde daha belirgin olabilir. Mesai saatleri dışında vajinal doğum sırasında gelişebilecek komplikasyonlarda, KHD hekimi hastanın yanında olsa bile ameliyat ekibinin toplanması için geçen zamanda anne ve bebek hayati tehlikeye girmektedir. Bu nedenle KHD hekimleri planlı sezaryen yapmayı tercih edebilir.

Önemli halk sağlığı sorunlarından biri olan obezite, sezaryen olasılığını da artırmaktadır (90). Doğum yöntemine etki edebilen obeziteyi kontrol etmek, gebe takibi sırasında beslenme ve kilo takibi yapmak sezaryen oranlarını düşürmek için önem kazanmaktadır.

### **Sonuç ve Öneriler**

Sonuç olarak sezaryen doğumların ülkemizde yüksek olduğu konusunda kadın hastalıkları ve doğum ile çocuk sağlığı ve hastalıkları uzman hekimleri hemfikirdir ve bu kadar artış olmaması gerektiğini düşünmektedir. Ancak her iki uzman grubunun da kendi çocuklarının büyük oranda sezaryen ile doğmuş olması büyük bir çelişkidir.

Ülkemizde doğumun yapıldığı kuruluşların fiziki koşul farklılıkları, personellerin farklı çalışma koşulları, doğum şekline bakış açısını değiştirebilmektedir. Hastaların kışkırtılmış talepleri, hukuki yaptırımlar, şikayetler, sağlıkta şiddetin artması hekimleri savunmasız bırakmakta, defansif uygulamalara yöneltmektedir.

Sezaryen doğum oranları azaltılması için sağlık politikalarının da gözden geçirilmesi gerekmektedir. Özellikle doğum yapılan hastanelerde personel ve fiziki alt yapı eksiklikleri tamamlanmalıdır. Hastaların mahremiyetine dikkat edilmeli, doğumhane koşulları buna uygun düzenlenmelidir. Sağlık Bakanlığı tarafından sezaryen doğum oranlarını azaltmaya yönelik çalışmalar bulunsa da hekimler ile işbirliği yapılması gerekmektedir. Sağlık Bakanlığı sezaryen doğum oranlarını azaltma için önce KHD ve ÇSH hekimlerini ikna etmeye çalışmalı; toplum katılımına açık bir yöntemle hekimin ve toplumun katılımını sağlayarak bu soruna çözüm bulmaya çalışmalıdır.

Toplum karşısında hekimlik mesleğinin itibarsızlaştırılması, sağlık sistemine karşı hekimlerin inançlarını yitirmesine neden olmuştur. Sezaryen doğumları azaltmada en önemli görev KHD hekimlerindedir. Bu nedenle hekimler hukuki, manevi ve maddi olarak desteklenmelidirler. Hekimlik

mesleği ve etik değerleri yüceltici uygulamalar desteklenmeli, hekimler cesaretlendirilmelidir.

Kişiye yönelik temel sağlık hizmeti olan toplum, anne eğitimi sezaryen oranların düşürmek için önemli basamaklardan birisidir. Sadece annelere değil topluma vajinal doğumun üstünlüğü anlatılmalıdır. Bu nedenle öncelikle hekimlerin vajinal doğumun üstünlüğüne ikna edilmesi gerekmektedir.

### **Araştırmanın Kısıtlılıkları**

Araştırmanın en önemli kısıtlılığı çalışmaya katılan hekimlerin çocuklarının doğum şekillerinin seçilmesinin nedenlerin sorgulanmamasıdır. Doğum şekilleri incelenirken endikasyonları, kendi tercihleri olup olmadığı sorgulanmamıştır. Diğer bir kısıtlılık hekimlerin çalışma durumları çalışma sırasındaki sektöre göre değerlendirilmiştir. Özel sektörde çalışan pek çok hekimin kamu kurumları tecrübesi de bulunmaktadır. Sezaryen doğum oranlarını azaltmak için, her iki sektörde iş tecrübesi olan hekimlerin deneyimlerinden yararlanmak faydalı olacaktır.

## KAYNAKLAR

1. Sezaryen Doğum Hızları ile ilgili DSÖ Açıklaması. WHO; 2015. [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161442/11/WHO\\_RHR\\_15.02\\_tur.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161442/11/WHO_RHR_15.02_tur.pdf) (erişim: 04,07,2017)
2. World health statistics 2015. WHO; 2015. [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/170250/1/9789240694439\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/170250/1/9789240694439_eng.pdf) (erişim: 04,07,2017)
3. Köse MR, Başara BB, Güler C, et al. Sağlık istatistikleri yılı 2015.
4. İkinci basamak sağlık kurumlarında görevli personele birim performans katsayısının uygulanmasına dair yönerge, 31/08/2012, 571 sayılı makam onayı.
5. Barrett K, Barman S, Boitano S, Brooks H. Ganong'un tıbbi fizyolojisi. 24th ed. Gökbel H, editor. Nobel; 2015.
6. Hall JE. Guyton and Hall Textbook of medical physiology. 13th ed. Saunders; 2011.
7. Edmonds K, editor. Dewhurst's textbook of obstetrics and gynaecology. 8th ed. Wiley blackwell; 2012.
8. Konar H, editor. DC Dutta's textbook of obstetrics. 8th ed. The Health Sciences Publisher; 2015.
9. Sewell JE. Cesarean section-a brief history. A brochure to accompany an exhibition on the history of cesarean section at the National Library of Medicine 30; 1993.
10. Lurie S. The changing motives of cesarean section: from the ancient world to the twentyfirst century. Arch Gynecol Obstet 2005;271 :281-5.
11. Lurie S, Glezerman M. The history of cesarean technique. Am J Obstet Gynecol 2003; 189:1803-6.
12. Harris RP. Special statistics of the cesarean operation in the United States, showing the success and failures in each state. Am J Obstet 1881;144:341-61.
13. Porro E. Della amputazione utero-ovarica come complemento di taglio cesareo. Annu Univ Med Chir (Milan) 1876;237:289-350.
14. Speert H. Eduardo Porro and cesarean hysterectomy. Surg Gynecol Obstet 1958;106: 245-50.
15. Depp R. Cesarean delivery. In: Gabbe SG, Niebly JR, Simpson JL, (eds). Obstetrics: normal and problem pregnancies. 3rd edition. New York: Churchill Living stone Inc; 1996. 562-642.
16. Kronig B. Transperitonealer, cervikaler kaiserschnitt. In:Doderlein A, Kronig B, (eds). Operative gynakologie. 3rd edition. Leipzig: Georg Thieme, 1912. 870-86.
17. Kerr JMM. The technic of cesarean section with special reference to the lower uterine segment incision. Am J Obstet Gynecol 1926;12:729-34.
18. Cragin, Edwin B. Conservatism in obstetrics. NY Med J 1916;104.1: 1-2.

19. Kahraman K, Feride S. Sezaryen Operasyonunda Cerrahi Teknikler. *Turkiye Klin J Gynecol Obs Top.* 2008;1:13–20.
20. Bloom FG, Cunningham KJ, Leveno S, Dashe CY, Spong JS, Casey BL, et al. *Williams Obstetrics.* 24th ed. 2014.
21. Porreco RE, Thorp JA. The cesarean birth epidemic: trends, causes, and solutions. *Am J Obstet Gynecol.* 1996;175(2):369–74.
22. Betran AP, Ye J, Moller A, Zhang J, Gülmezoglu AM. The Increasing Trend in Caesarean Section Rates: Global, Regional and National Estimates: 1990-2014. *PLoS One.* 2016;11(2):1–12.
23. <https://data.oecd.org/healthcare/caesarean-sections.htm> (Erişim tarihi: 19.06.2017).
24. Turkey Demographic and Health Survey 1998. Hacettepe University Institute of Population Studies; 1999.
25. Beliza M, Althabe F, Sosa C, Gibbons L, Jacquerioz F, Bergel E. Cesarean section rates and maternal and neonatal mortality in low, medium, and high income countries: an ecological study. *BIRTH.* 2006;33(4):270–7.
26. Volpe FM. Correlation of cesarean rates to maternal and infant mortality rates: an ecologic study of official international data. *Rev Panam salud publica.* 2011;29(5):303–8.
27. Sachs BP, Yeh J, Acher D, et al. Cesarean section related maternal mortality in Massachusetts, 1954-1985. *Obstetrics & Gynecology* 1988;71:386-8.
28. Jackson N, Paterson Brown S. Physical sequelae of cesarean section. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology* 2001;15: 49-61.
29. Wilson PD, Herbison RM, Herbison GB. Obstetric practice and prevalence of urinary incontinence three months after delivery. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology* 1996;103: 154-61.
30. Mac Lennan AH, Taylor AW, Wilson DH, Wilson D. The prevalence of pelvic floor disorders and their relationship to gender, age, parity and mode of delivery. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology* 2000; 107:1460-70.
31. Leslie MS. Counseling women about elective cesarean section. *Journal of Midwifery & Women's Health* 2004;49:155-9.
32. Buhimschi CS, Buhimschi IA. Advantages of vaginal delivery. *Clinical Obstetrics and Gynecology* 2006;49:167-83.
33. Wagner M. Choosing caesarean section. *The Lancet* 2000;356:1677-80.
34. Huurre A, Laitinen K, Rautava S, et al. Impact of maternal atopy and probiotic supplementation during pregnancy on infant sensitization: a double-blind placebo-controlled study. *Clinical & Experimental Allergy* 2008;38:1342-8.
35. Hakansson S, Kallen K. Caesarian section increases the risk of hospital care in childhood for asthma and gastroenteritis. *Clinical & Experimental Allergy*, 2003, 33:757-64.
36. Lydon Rochelle M, Holt VL, Martin DP, et al. Association between



- method of delivery and maternal rehospitalization. *Jama* 2003;289:2411-6.
37. Lataifeh I, Zayed F, Al-kuran O, Al-mehaisen L. Jordanian obstetricians ' personal preference regarding mode of delivery. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2009;88(6):733-6.
  38. Kenton K, Brincat C, Mutone M, Brubaker L. Repeat cesarean section and primary elective cesarean section: Recently trained obstetrician-gynecologist practice patterns and opinions. *Am J Obstet Gynecol.* 2005;192(6):1872-5.
  39. Medicine M, Arikan I, Arikan DC, Coskun A, Kiran H. Turkish obstetricians ' personal preference for mode of delivery and attitude toward cesarean delivery on maternal request. *Turkish Obstet ' Pers Prefer mode Deliv attitude Towar cesarean Deliv Matern Req.* 2011;284(3):543-9.
  40. Sydsjo A, Gunnervik C, Sydsjo G, Selling KE, Josefsson ANN. Attitudes towards cesarean section in a nationwide sample of obstetricians and gynecologists. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2008;87(4):438-44.
  41. Mancuso A, Settineri S, Fanara G, Vivo DE, Caruso C, Fattori A. Confidential survey on cesarean section on request: Obstetricians ' personal experience in Sicily. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2006;85(5):623-5.
  42. Qiong Y, Qing O. A study on personal mode of delivery among Chinese obstetrician-gynecologists, midwives and nurses. *Arch Gynecol Obstet.* 2013;287(1):37-41.
  43. Hemminki E, Klemetti R, Gissler M. Cesarean section rates among health professionals in Finland, 1990 2006. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2009;88(10):1138-45.
  44. Monari F, Mario S Di, Facchinetti F. Obstetricians ' and Midwives ' Attitudes toward Cesarean Section. *BIRTH.* 2008;35(2):129-35.
  45. Şentürk Doğan B. Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Özelleştirilmesi: Sağlıkta Dönüşüm Projesi. *Anadolu Int Conf Econ.* 2017;1-17.
  46. Harmancı Seren AK. Sağlık çalışanlarının sağlıkta dönüşüm projesine ilişkin görüşleri. *Sağlık ve hemşirelik yönetimi Derg.* 2014;1:19-24.
  47. Yang TY, Mello MM, Subramanian S V, Studdert D. Relationship Between Malpractice Litigation Pressure and Rates of Cesarean Section and Vaginal Birth After Cesarean Section. *Med Care.* 2011;47(2):234-42.
  48. Minkoff H. Fear of Litigation and Cesarean Section Rates. *Semin Perinatol [Internet].* 2012;36(5):390-4.
  49. Fuglenes D, Oian P, Kristiansen IS. Obstetricians' choice of cesarean delivery in ambiguous cases: is it influenced by risk attitude or fear of complaints and litigation? *Am J Obstet Gynecol.* 2009;200(1):48.
  50. Murthy K, Lee TA. Association Between Rising Professional Liability Insurance Premiums and Primary Cesarean Delivery Rates. *Obs Gynecol.* 2007;110(6):1264-9.
  51. Pala K, Çakır R, Civaner M. Sağlık politikaları ile meslek ahlakı arasında ilişki var mı? Bursa Tabip Odası ' na yapılan başvurular

- örneğinde bir değerlendirme. Turk J Public Heal. 2016;14(3):135–51.
52. Gündoğmuş ÜN, Ersoy N, Biçer Ü. Yüksek Sağlık Şurası kararlarının etik açıdan değerlendirilmesi. Toplum ve Hekim 1998;13: 8-14.
  53. Montoya D, Rosmanich A, Velasquez V, Lopez J. Medical liability lawsuits according to specialties in Chile. Revista medica de Chile 1993;121: 396-402.
  54. Civaner M. Bir Metropol Tabip Odasının Onur Kurulu Dosyaları. Türkiye Klin Tıp Etiği-Hukuku-Tarihi Derg. 2002;10(3):202–13.
  55. Erer S. Bursa Tabip Odası Onur Kurulu Dosyalarında Tıp Etiği Sorunlarının Değerlendirilmesi. Uludağ Üniversitesi; 2007.
  56. Etiler N. Neoliberal politikalar ve sağlık emekgücü üzerindeki etkileri. Türk Tabipler Birliği mesleki sağlık ve güvenlik Derg. 2015;11(42):2–11.
  57. Yousuful-islam M, Farooq MS. Workplace violence experienced by doctors working. J Coll Physicians Surg Pakistan. 2014;24(9):698–9.
  58. Carmi-Iluz T, Peleg R, Freud T, Shvartzman P. Verbal and physical violence towards hospital-and community-based physicians in the Negev: an observational study. BMC health services research 2005;5:54-9.
  59. Magnavita N, Tarja H. Violence towards health care workers in a Public Health Care Facility in Italy: a repeated cross-sectional study. BMC health services research 2012;12:108-16.
  60. Barber E, Lundsberg L, Belanger K, Pettker C, Funai E, Illuzzi J. Contributing Indications to the Rising Cesarean Delivery Rate. Obs Gynecol. 2013;118(1):29–38.
  61. Practice bulletin no 154: Operative vaginal delivery. Obstet Gynecol. 2015;126(5):56–65.
  62. Ecker JL, Frigoletto FD. Cesarean Delivery and the Risk–Benefit Calculus. N Engl J Med. 2007;356(9):885–8.
  63. Goetzing KR, Macones GA. Operative vaginal delivery: current trends in obstetrics. Women’s Health 2008;4: 281-90.
  64. Spong CY, Barghella V, Wenstrom KD, Mercer BM. Preventing the first cesarean delivery: summary of a joint Eunice Kennedy Shriver National Institute of Child Health and Human Development, Society for Maternal-Fetal Medicine, and American College of Obstetricians and Gynecologists workshop. Obs Gynecol. 2012;120(5):1181–93.
  65. Ziadeh A, Yahaya S. Pregnancy outcome at age 40 and older. Arch Gynecol Obstet. 2001;265(1):30–3.
  66. Peipert JF, Bracken MB. Maternal age: an independent risk factor for cesarean delivery. Obstetrics & Gynecology 1993;81: 200-5.
  67. Gilbert, William M., Thomas S. Nesbitt, Danielsen B. Childbearing beyond age 40: pregnancy outcome in 24,032 cases. Obstetrics & Gynecology 1999;93: 9-14.
  68. Jackson R, et al. Perinatal outcomes in singletons following in vitro fertilization: a meta-analysis. Obstetrics & Gynecology 2004;103: 551-63.
  69. Olson CK, et al. In vitro fertilization is associated with an increase in major birth defects. Fertility and sterility 2005;84: 1308-15.

70. Tanbo T, Dale PO, Lunde O, Moe N, Abyholm T. Obstetric outcome in singleton pregnancies after assisted reproduction. *Obstet Gynecol.* 1995;86(2):188–92.
71. Sheiner E, Shohamvardi I, HersHKovitz R, Katz M. Infertility treatment is an independent risk factor for cesarean section among nulliparous women aged 40 and above. *Am J Obstet Gynecol.* 1998;185(4):888–92.
72. Tan SL, Doyle P, Campbell S, et al. Obstetric outcome of in vitro fertilization pregnancies compared with normally conceived pregnancies. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 1992;167: 778-84.
73. Koudstaal J, Bruinse HW, Helmerhorst FM, Vermeiden JPW, Willemsen WNP, Visser GHA. Obstetric outcome of twin pregnancies after in-vitro fertilization: a matched control study in four Dutch University hospitals. 2000;15(4):935–40.
74. Bangal VB, Giri PA, Shinde KK, Gavhane SP. Vaginal Birth after Cesarean Section. *N Am J Med Sci.* 2013;5(2):140–4.
75. Marie J, Berlin MPH, Mcdonagh MPH, Osterweil MP, Chan P, Helfand BMS. Safety of Vaginal Birth After Cesarean: A Systematic Review. *Obstet Gynecol.* 2004;103(3):420–9.
76. Selinger H. Maternal request for caesarean section: an ethical consideration. *J Med Ethics.* 2014;40(12):857–60.
77. Bettes BA, Coleman VH, Zinberg S, Al E. Cesarean Delivery on Maternal Request. *Obstet Gynecol.* 2007;109(1):57–66.
78. Schiff M, Rogers C. Factors Predicting Cesarean Delivery for American Indian Women in New Mexico. *Birth* 1999,,26:226-31.
79. Gomes UA, Silva AA, Bettiol H, Barbieri MA. Risk factors for the increasing caesarean section rate in Southeast Brazil: a comparison of two birth cohorts,1978-1979 and 1994. *Int J Epidemiol* 1 999;28:687-94.
80. Ercan Ö, Alay İ, Dede SF. Etlik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesinde 2006-2010 yılları arasındaki sezaryen endikasyonu ve oranlarının değerlendirilmesi. *Ortadoğu Tıp Derg.* 2013;5(2):57–60.
81. Çağlayan Kıyak E, Kara M, Güre Cihanl Y. Kliniğimizde üç yıllık sezaryen oranı ve endikasyonları. *J Exp Clin Med.* 2010;27:50–3.
82. Demir BÇ, Ocakoğlu G, Özerkan K, Orhan A, Cengiz C. Kliniğimizde 2000 - 2010 Yılları Arasında Sezaryen Oranları. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Derg.* 2012;38(2):123–7.
83. Potter JE, Berquö E, Perpötuo IH, Leal OF, Hopkins K, Souza MR, Formiga MC. Unwanted cesarean sections among public and private patients in Brazil: prospective study. *BMJ* 2001;323:1155-8.
84. Sreevidya S, Sathiyasekaran BW. High caesarean rates in Madras (India): a population-based cross sectional study. *BJOG* 2003;110:106-11.
85. Khawaja M, Jurdi R, Kabakian-Khaaasholian T. Rising Trends in Cesarean Section Rates in Egypt. *Birth* 2004;31:12-6.
86. Roberts CL, Tracy S, Peat B. Rates for obstetric intervention among

- private and public patient in Australia: population based descriptive study. *BMJ* 2000;321:137-41.
87. Fabri RH, Murta EFC. Socioeconomic factors and cesarean section rates. *Int J Gynaecol Obstet* 2002;76:87-8.
  88. Avcı K. Bursa il merkezindeki hastanelerde doğum yapan kadınlarda sezaryen doğum oranları ve bunu etkileyen etmenlerin incelenmesi. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi*; 2004.
  89. Gür EB, Turan GA, Tatar S, Oran N, Yavuz Yüksel M, Hepsilmez I, et al. Türkiye’de kadın doğum hekimleri ve ebeler açısından yüksek sezaryen oranının değerlendirilmesi. *Türkiye Klin J Gynecol Obstet*. 2014;24(2):71–9.
  90. Weiss JL, Malone FD, Emig D, Ball RH, Nyberg DA, Comstock CH, et al. Obesity , obstetric complications and cesarean delivery rate e A population-based screening study. *Am J Obstet Gynecol*. 2004;190:1091–7.

## EKLER

### Ek-1: Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği izni



T.C.  
SAĞLIK BAKANLIĞI  
Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu  
Bursa İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği



Sayı : 88553808-806.01.03  
Konu : Dr. Elife GÖKSAL'ın, Tez  
Çalışması Talebi

#### GENEL SEKRETERLİK MAKAMINA

Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Halk Sağlığı Anabilim Dalı Tıpta Uzmanlık öğrencisi Elife GÖKSAL'ın, "Sezaryan Doğum Oranları Hakkında Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanları ile Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanları Ne Düşünüyor? Bursa İli Örneği" başlıklı tez çalışmasının anket sorularını birliğimize bağlı Ek'te adı geçen 15 (onbeş) sağlık tesisinde uygulama talebi, Başkanlığımızca uygun görülmüş olup; Olur'larınıza arz ederim

Op.Dr.Muhammed GÜNAYDIN  
İdari Hizmetler Başkanı

**OLUR**  
.../04/2017  
Prof.Dr.Rüstem AŞKIN  
Genel Sekreter

75. Yıl Bulvarı Park Caddesi No:1 Nilüfer / BURSA  
Faks No:0224 600 33 98/99  
e-Posta:Senay.Yalcin@saglik.gov.tr İnt.Adresi: http://bursa.khb.saglik.gov.tr

Bilgi için:Şenay YALÇIN  
Unvan:EBE  
Telefon No:0224 600 33 00 / 1154

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden efae97ec-7ca4-417c-81cc-e5b10ef0017c kodu ile erişebilirsiniz.  
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

**ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU**

<b>ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI</b>	Sezaryan doğum oranları hakkında kadın hastalıkları ve doğum ile çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanları ne düşünüyor? Bursa örneği
------------------------------	---

<b>ETİK KURUL BİLGİLERİ</b>	<b>ETİK KURULUN ADI</b>	Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	<b>AÇIK ADRESİ</b>	Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Rektörlük Binası Kat.1 Görükle Kampüsü Nilüfer/ Bursa
	<b>TELEFON</b>	0.224. 295 00 20
	<b>FAKS</b>	0.224. 295 00 29
	<b>E-POSTA</b>	uukaek@uludag.edu.tr

<b>BAŞVURU BİLGİLERİ</b>	<b>SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI</b>	Prof.Dr.Kayıhan Pala
	<b>SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ</b>	Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD
	<b>YARDIMCI ARAŞTIRMACININ UNVANI/ADI/SOYADI</b>	Dr.Elife Gökşal
	<b>YARDIMCI ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ</b>	Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD
	<b>DESTEKLEYİCİ</b>	-
	<b>ARAŞTIRMANIN TÜRÜ</b>	Anket çalışması
	<b>ARAŞTIRMANIN YAPILIS AMACI</b>	Uzmanlık tez çalışması
	<b>ARAŞTIRMANIN BAŞLAMA TARİHİ/ SÜRESİ</b>	30.03.2017 / 2 ay
	<b>GÖNÜLLÜ/DOSYA SAYISI</b>	341
	<b>ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER</b>	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/> ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/> ULUSAL <input checked="" type="checkbox"/> ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>

<b>DEĞERLENDİRİLEN İLGİLİ BELGELER</b>	<b>Belge Adı</b>	<b>Tarihi</b>	<b>Dili</b>
	GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR İÇİN BAŞVURU FORMU	08.03.2017	Türkçe
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	08.03.2017	Türkçe
	ANKET FORMU	-	Türkçe

<b>DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER</b>	<b>Belge Adı</b>	<b>Açıklama</b>
	ARAŞTIRMA BÜTÇE FORMU	<input checked="" type="checkbox"/> Tarih: 08.03.2017
	ARAŞTIRICILAR İÇİN TAAHHÜTNAME FORMU	<input checked="" type="checkbox"/> Tarih: 08.03.2017
	PROSPEKTİF ÖZELLİKLI GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMA TAAHHÜTNAMESİ	<input type="checkbox"/>
	IKU klavuzunun okunduğuna dair taahhütname	<input type="checkbox"/>
	SONUÇ ÖZET RAPORU	<input type="checkbox"/>
DİĞER:	<input checked="" type="checkbox"/> Araştırma ilk başvuru ön yazısı (08.03.2017), ilgili AD uygunluk yazısı, sorumlu araştırmacı özgeçmiş, araştırmacı tarafından imzalanmış Dünya Tıp Birliği Helsinki Bildirgesi, literatür	

**ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU**

<b>ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI</b>		Sezaryan doğum oranları hakkında kadın hastalıkları ve doğum ile çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanları ne düşünüyor? Bursa örneği							
<b>KARAR BİLGİLERİ</b>		<b>Karar No : 2017-4/ 11</b>		<b>Tarih : 28 Mart 2017</b>					
<p>Yukarıda başvuru bilgileri verilen araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak değerlendirildi.</p> <p>1-Araştırmanın yapılmasının uygun olduğuna,                  2-Araştırmanın yürütülmesi sırasında Etik kurul kaşesi bulunan "Onam" formunun kullanılması ve bu formun çalışmaya katılan gönüllülere çalışma hakkında sözlü bilgi verilmesi sonrasında eksiksiz bir şekilde doldurulmasına,                  3-Araştırmanın başlama tarihinin bildirilmesi ve araştırma tamamlandığında özet bir sonuç raporunun hazırlanarak kurulumuza iletilmesine,                  4-Araştırma protokolünde ve başvuru formunda yapılacak tüm değişiklikler için Etik Kuruldan izin alınması gerektiğinin sorumlu araştırmacılara iletilmesine oybirliği ile karar verildi.</p>									
<b>ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU</b>									
<b>ÇALIŞMA ESASI</b>		İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu							
<b>BAŞKANIN UNVANI/ADI SOYADI</b>		Prof.Dr.Mustafa HACIMUSTAFAOĞLU							
<b>ÜYELER</b>									
Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile İlişki		Katılım *	İmza	
Prof.Dr.Mustafa HACIMUSTAFAOĞLU Başkan	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	U.Ö.T.F. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD.	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.Dr.EHİF BAŞAĞAN MOĞOL Başkan Yardımcısı	Anesteziyoloji	U.Ö.T.F. Anesteziyoloji ve Reanimasyon AD.	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Mehmet CANSEV Üye	Farmakoloji	U.Ö.T.F. Tıbbi Farmakoloji AD.	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç.Dr.Alpaslan TÖRKKAN Üye	Halk Sağlığı	U.Ö.T.F. Halk Sağlığı AD.	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	Başka bir toplantıda
Doç.Dr.Pınar VURAL Üye	Psikiyatri	U.Ö.T.F. Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD.	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç.Dr.Hilal ÖZKAN Üye	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	U.Ö.T.F. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD.	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç.Dr.Hasan ARI Üye	Kardiyoloji	Bursa Yüksek İhtisas EAH Kardiyoloji Kliniği	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	Başka bir toplantıda
Yrd.Doç.Dr.Tuna GÜLTEN Üye	Tıbbi Genetik	U.Ö.T.F. Tıbbi Genetik AD.	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd.Doç.Dr.Çiğdem Mine YILMAZ Üye	Hukuk	U.Ö.Hukuk Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd.Doç.Dr.Engin SAĞDİLEK Üye	Biyofizik	U.Ö.T.F. Biyofizik AD.	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd.Doç.Dr.Senar ERER KAFKA Üye	Tıp Tarihi ve Etik	U.Ö.T.F. Tıp Tarihi ve Etik AD.	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Uz.Dr.Kağan HUYSAL Üye	Biyokimya	Bursa Yüksek İhtisas EAH Biyokimya	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Oğuzhan KUM Üye	Sağlık mesleği mensubu olmayan üye	Serbest Meslek	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	

\*:Toplantıda Bulunma

### Ek-3: Çalışmada kullanılan anketler

1

#### Sezaryen doğum ile ilgili kadın hastalıkları ve doğum uzmanlarının görüşleri

##### Anket Formu

Tarih:

Anket no: A -

1. Doğum yılınız?
  - .....
2. Cinsiyetiniz?
  - a. Erkek
  - b. Kadın
3. Medeni durumunuz?
  - a. Evli/birlikte yaşıyor
  - b. Bekar
  - c. Boşanmış/keşi ölmüş/ayrı yaşıyor
4. Tıp fakültesinden mezun olduğunuz yıl?
  - .....
5. Uzman olduğunuz yıl?
  - .....
6. Uzmanlık eğitiminizi nereden aldınız?
  - a. Üniversite hastanesi
  - b. Eğitim araştırma hastanesi
  - c. Diğer .....
7. Çalıştığınız kurum
  - a. Kamu kurumu (Birinci basamak kamu kuruluşları, devlet hastanesi, eğitim ve araştırma hastanesi, üniversite hastanesi)
  - b. Özel sektör kurumu (Özel muayenehane, özel poliklinik, özel tıp merkezi, özel dal merkezi, özel hastane vb.)
  - c. Hem kamu kurumunda hem de özel sektörde çalışıyorum
8. Çocuğunuz var mı?
  - a. Hayır (10. Soruya geçiniz)
  - b. Evet
    - Kaç çocuğunuz var? .....
9. Çocuklarınız hangi doğum yöntemi ile dünyaya gözlerini açtı?

Çocuklar	Normal doğum	Sezaryen doğum
İlk çocuk		
İkinci çocuk		
Üçüncü çocuk		
Dördüncü çocuk		
Beşinci çocuk		
Altıncı çocuk		

10. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığına ülkemizde 2015 yılında göre doğumların %99'i hastanelerde yapıldı ve sezaryen doğumların hastane doğumları içindeki oranı 2015 yılında %53,1 olarak gerçekleşti. Sezaryen doğumlarla ilgili bu oranı nasıl değerlendiriyorsunuz?
  - a. Çok düşük
  - b. Düşük
  - c. Normal
  - d. Yüksek
  - e. Çok yüksek

Juğag Üniversitesi  
Tıp Fakültesi  
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu  
tarafından onaylanmıştır  
Tarih : 28.03.2017  
Karar No : 2017-3/11

*İsmail*





17. Dünya Sağlık Örgütü'nün önerdiği sezaryen doğum oranı (%10-15) sizce ülkemizde uygulanabilir mi?

- Kesinlikle uygulanamaz
- Uygulanamaz
- Fikrim yok
- Uygulanabilir
- Kesinlikle uygulanabilir

18. Aşağıdaki olgu ve durumların sezaryen doğum oranlarına etkisi hakkındaki görüşlerinizi lütfen belirtiniz.

Olgu ve durumlar	Sezaryen doğum oranına etkisi				
	Çok azalttı	Azalttı	Etkilemedi	Arttırdı	Çok arttırdı
Malpraktis davalardan çekinme					
Sağlıkta şiddet olaylarının artması					
Hasta şikayetinden çekinme					
Performansa dayalı ek ödeme uygulamaları					
Yüksek riskli gebeliğin önceden belirlenmesi					
Artan indüksiyon ve indüksiyon başarısızlığı					
Operatif / manipülatif vajinal doğumlarda azalma					
Vajinal makat doğumlarda azalma					
Primer sezaryenlerin artışı					
Tekrarlayan sezaryenlerin yaygın olarak yapılması					
30 yaş üzeri gebelik ve bunların komplikasyonlarında artış					
Küçük aile istemi ile vajinal doğumu göze alamama					
Elektronik fetüs/ fetal distres izleme olanaklarının artışı					
Üremeye yardımcı tedavi uygulamalarının gelişmesi					
USG teknolojisindeki gelişmeler					
Anne talebi					
Doğumun özel hastanede yaptırılması					

Uludağ Üniversitesi  
Tıp Fakültesi  
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu  
tarafından onaylanmıştır  
Tarih : 28.03.2019  
Karar No : 2017-3/11

*[Handwritten Signature]*

19. Sezaryen sonrası normal vajinal doğum yapılması ile ilgili ne düşünüyorsunuz?
- Kesinlikle yapılamaz
  - Yapılamaz
  - Fikrim yok
  - Yapılabilir
  - Kesinlikle yapılabilir
20. Size başvuran gebe kadınlar, tıbbi endikasyon olmadığı halde **ne sıklıkla** sezaryen ile doğum yapma talebinde bulunmaktadır?
- Hiç böyle bir durumla karşılaşmadım
  - Nadiren böyle bir durumla karşılaşırım
  - Ara sıra böyle bir durumla karşılaşırım
  - Sıklıkla böyle bir durumla karşılaşırım
  - Çok sık böyle bir durumla karşılaşırım
21. Sizce kadınların ve eşlerinin, doğum şekline karar verme sürecine katılımları ne seviyede olmalıdır?
- Doğum şekline sadece hekim karar vermelidir
  - Hekim ile birlikte konuşularak karar verebilirler
  - Doğum şekli kararı kadına ve eşine bırakılabilir
  - Diğer (Lütfen yazınız).....
22. Sezaryen doğum oranlarını azaltabilmek için size göre ülkemizde neler yapılmalıdır?

Anketi yanıtladığınız için teşekkürler.

Uludağ Üniversitesi  
Tıp Fakültesi  
Etilik Kurulunun  
tarafından onaylanmıştır.  
Tarih : 28.03.2017  
Form No : 2017-3/11

*Şahin*

## Sezaryen doğum ile ilgili çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanlarının görüşleri

### Anket Formu

Tarih:

Anket no: B -

1. Doğum yılınız?
  - .....
2. Cinsiyetiniz?
  - a. Erkek
  - b. Kadın
3. Medeni durumunuz?
  - a. Evli/birlikte yaşıyor
  - b. Bekar
  - c. Boşanmış/leşi ölmüş/ayrı yaşıyor
4. Tıp fakültesinden mezun olduğunuz yıl?
  - .....
5. Uzman olduğunuz yıl?
  - .....
6. Uzmanlık eğitiminizi nereden aldınız?
  - a. Üniversite hastanesi
  - b. Eğitim araştırma hastanesi
  - c. Diğer .....
7. Çalıştığınız kurum
  - a. Kamu kurumu (Birinci basamak kamu kuruluşları, devlet hastanesi, eğitim ve araştırma hastanesi, üniversite hastanesi)
  - b. Özel sektör kurumu (Özel muayenehane, özel poliklinik, özel tıp merkezi, özel dal merkezi, özel hastane vb.)
  - c. Hem kamu kurumunda hem de özel sektörde çalışıyorum
8. Çocuğunuz var mı?
  - a. Hayır (10. Soruya geçiniz)
  - b. Evet
    - Kaç çocuğunuz var? .....
9. Çocuklarınız hangi doğum yöntemi ile dünyaya gözlerini açtı?

Çocuklar	Normal doğum	Sezaryen doğum
İlk çocuk		
İkinci çocuk		
Üçüncü çocuk		
Dördüncü çocuk		
Beşinci çocuk		
Altıncı çocuk		

Jüdeğ Üniversitesi  
Tıp Fakültesi  
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu  
tarafından onaylanmıştır:  
Tarih : 28.03.2017  
Form No : 2017-3/11 P



10. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığına ülkemizde 2015 yılında göre doğumların %99'ü hastanelerde yapıldı ve sezaryen doğumların hastane doğumları içindeki oranı 2015 yılında %53,1 olarak gerçekleşti. Sezaryen doğumlarla ilgili bu oranı nasıl değerlendiriyorsunuz?
- Çok düşük
  - Düşük
  - Normal
  - Yüksek
  - Çok yüksek
11. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 1998 sonuçlarına göre, ülkemizde 1998 yılından önceki beş yıl içinde doğan bebeklerin %14'ü sezaryen ile dünyaya gelirken, 2015 yılı itibarıyla bu oran %50'yi aşmıştır. Bu artışı nasıl değerlendiriyorsunuz?
- Bu kadar artmaması gerekirdi.
  - Bu artış normaldir.
  - Daha fazla artış olmasını beklerdim.
  - Diğer (Lütfen yazınız): .....
12. Türkiye'de sezaryen doğum oranlarındaki artışta kadın hastalıkları ve doğum uzmanlarının size göre etkisi nedir?
- Çok az etkisi vardır
  - Az etkisi vardır
  - Etkisi yoktur
  - Biraz etkisi vardır
  - Çok etkisi vardır
13. Türkiye'de sezaryen doğum oranlarındaki artışta ülkemizde 2003 yılında uygulamaya konulan Sağlıkta Dönüşüm Programının size göre etkisi nedir?
- Çok az etkisi vardır
  - Az etkisi vardır
  - Etkisi yoktur
  - Biraz etkisi vardır
  - Çok etkisi vardır
14. Türkiye'de sezaryen doğum oranlarındaki artışa yol açan etmenler size göre nelerdir? Lütfen yazınız.

Tıp Fakültesi  
Araştırmalar Etik Kurulu  
Tarihinden onaylandı  
25.03.2017  
2017-3/11p

*J. J. J.*



## TEŞEKKÜR

Her bilgiye eleştirel bakabilmeyi, sorgulamayı öğreten danışmanım Prof. Dr. Kayıhan PALA'ya, erken emekliliğine üzüldüğüm, ilk danışmanım Doç. Dr. Emel İRGİL'e, her türlü soruyu rahatça sorabildiğim Doç. Dr. Alpaslan TÜRKKAN'a, stresli zamanlarda moral veren Doç. Dr. Nalan AKIŞ'a, asistanlığımın başından itibaren bilgisini, tecrübelerini paylaşan ve desteğini esirgemeyen Uzm. Dr. Harika GERÇEK'e, harika bir uyum içinde çalıştığımız Fethiye Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi hemşire ve çalışanları; Aysel YILMAZELİ, Ayşe MUTLU, Ayşe UÇBAĞLAR, Zehra SABUNCU, Sevda ÇOBAN, Özgür ÇALIŞAN, Yasemin TURAN, Nefize SEVER, Hatice AKKUŞ'a; sekreterimiz Mukadder EKİN'e; uzmanlık eğitimimiz boyunca bütün zorlukları birlikte aştığımız Dr. Rukiye ÇAKIR, Dr. Tuncay Aydın TAŞ ve diğer asistan arkadaşlarıma; asistanlığım boyunca işi ve evimiz arasında gelip giden, hep destek olan eşim Cengizhan GÖKSAL'a, her türlü desteği veren, oğluma ikinci anne olan kayınvalidem Gül GÖKSAL'a, biricik yavrum Ali Ömer'e ve benim bugünlerime gelebilmemi sağlayan aileme teşekkür ederim.

## ÖZGEÇMİŞ

1984'te Kayseri'de doğdum. 2003'te Yozgat Şehitler Fen Lisesi'nden, 2009'da Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden mezun oldum. 2009-2012 yılları arasında Bandırma 1 No'lu Sağlık Ocağı, Bandırma Devlet Hastanesi acil servis ve evde bakım hizmetlerinde çalıştım. 2012 yılında Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı'nda araştırma görevlisi olarak çalışmaya başladım. 2014 yılında Anadolu Üniversitesi Sağlık Kurumları İşletmeciliği bölümünden mezun oldum.

