

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

**BURSA İL MERKEZİNDEKİ HASTANELERDE DOĞUM YAPAN
KADINLARDA SEZARYEN DOĞUM ORANLARI ve BUNU
ETKİLEYEN BAZI ETMENLERİN İNCELENMESİ**

Dr. Kadriye AVCI

UZMANLIK TEZİ

Danışman: Doç. Dr. Kayıhan PALA

BURSA - 2004

ÖZET**SUMMARY**

1. GİRİŞ.....	1
2. GEREÇ VE YÖNTEM.....	10
3. BULGULAR.....	15
4. TARTIŞMA	41
5. EKLER.....	52
6. KAYNAKLAR.....	55
7. TEŞEKKÜR.....	66
8. ÖZGEÇMİŞ.....	67

ÖZET

Bu çalışma Bursa il merkezinde sezaryen doğum oranları ve bunu etkileyen bazı etmenleri araştırmak amacıyla yapılmıştır. Doğum yapan kadınlara, doğum sonrası hastanede kaldığı süre içinde yüz yüze görüşülerek 35 soruluk bir anket formu uygulanmıştır.

Bu çalışmada sezaryen oranı % 47.2 bulunmuştur ve bu sezaryen doğumların % 49.3'ünü elektif sezaryenler oluşturmaktadır. Annenin aylık geliri, yaşı, eğitimi, ilk doğumu olması, özel hekim muayenehanesinden doğum öncesi bakım alması, doğum öncesi bakım sayısının beş ve üzerinde olması, doğumun daha önce doğum öncesi bakım tarafından alındığı doktor tarafından yaptırılması, doğumun hem kamuda hem özel veya sadece özel çalışan hekim tarafından yaptırılması ve doğumun mesai saatleri dışında yapılması sezaryen doğumların artışına neden olan risk faktörleridir.

Gereksiz yere yapılan sezaryen doğumlar, normal doğumlarla kıyaslandığında anne ve bebek için sağlık riski taşıdığı kadar sağlık bakımının maliyetini de arttırmaktadırlar. Ülkemizde de giderek artan önemli bir halk sağlığı sorunu olmaya devam etmektedir.

Anahtar kelimeler: Sezaryen doğum, sezaryen oranı, elektif sezaryenler

SUMMARY

Study of cesarean delivery rate and related factors in the women who give birth at the Central Hospitals of Bursa Province

The objective of the present study was to demonstrate the rate of cesarean delivery and related factors in the Central Hospitals of Bursa Province. A face-to-face questionnaire of 35 questions was performed with the women during their postpartum period at the hospital.

The cesarean rate was found to be 47.2 % and 49.3 % of these cesarean deliveries were elective cesareans. Monthly income, age and educational status of mother, primiparity, having any antenatal care at private physician, having more than or up to five antenatal care, same physician providing antenatal care and delivery, assistance of a doctor a childbirth who is both in charge at a state and a private hospital, births out of working hours, can be shown as the main risk factors giving rise to the cesarean rate.

When compared with the normal vaginal delivery, unnecessary cesarean deliveries were seen to carry various health risks for mother and baby and also to increase the medical treatment costs. Cesarean delivery continue to become a more important public health problem in our country.

Key words: cesarean delivery, cesarean rate, elective cesareans

GİRİŞ

Günümüzde tıbbi teknolojide ilerlemelerle, gebelik ve doğum da etkilenmiş, 17. yy 'a kadar doğumların büyük bir bölümü ev ortamında yapılmaktayken, analjezi, anestezi, etkili antibiyotik kullanımı ve cerrahi tekniklerde ilerlemelerle birlikte artan sezaryen doğumlarla tıp farklı boyutlara taşınmıştır (1,2). Özellikle son otuz yıldır, doğum yapılan hastane, hizmeti sağlayanlar ve sosyo-ekonomik etmenlere bağlı olarak tüm dünyada dramatik bir şekilde giderek artan sezaryen doğum oranları, yoğun tartışmalara yol açmıştır (3-5). Çünkü gereksiz yere yapılan sezaryen doğumlar, normal doğumlarla kıyaslandığında anne ve bebek için sağlık riski taşıdığı kadar sağlık bakımının maliyetini de arttırmaktadır (6). Bu nedenlerden dolayı sezaryen doğum oranları, birçok obstetrisyeni, ebeyi, kadını ve toplumu bir bütün olarak çok fazla ilgilendiren bir halk sağlığı sorunu olmaya devam etmektedir (7,8).

Sezaryen; Tanım ve Endikasyonları

Sezaryen, fetüsün ön üterus duvarından yapılan cerrahi insizyonla doğurtulmasıdır. Bu tanım abdominal gebelik ya da uterus rüptürü durumunda fetüsün abdominal duvardan çıkarılmasını içermez (9,10).

“Caesar” kelimesinin Latince kesmek anlamına gelen “caedere” kelimesinden türediği düşünülmektedir. Sezaryen antik çağlarda Mısırlılar, Yunanlılar ve Romalılar tarafından, ümitsiz durumda ve ölmüş anneden fetüsü ayırmak için kullanılmıştır. Tarihi verilere göre, operasyon yaşayanlar üzerinde ilk defa 16. yy'ın son yarısında uygulanmış, fakat 19. yy'ın sonlarına kadar anne ölüm oranı % 70-90 gibi yüksek değerlerde seyretmiştir. Bu tarihten sonra kullanılan yeni tekniklerle ve etkili antibiyotik kullanımıyla anne ölümleri azaltılmış ve sezaryen günümüzde yaygın kullanılan bir uygulama haline gelmiştir (10).

Sezaryen doğumlar tıbbi endikasyon varlığında zamanında uygulanmazsa anne ve bebeğin hayatını riske sokabilir, bunun tam tersi

olarak tıbbi endikasyon yokluğunda yapılan sezaryen doğumlar anne ve bebek için istenmeyen sonuçlara yol açabilir (11). Bu nedenle sezaryen endikasyonlarının iyi tanımlanması gerekmektedir. Sezaryen endikasyonları anneye ait tıbbi risk etmenleri, doğum eylemi ve doğum komplikasyonları ve doğum ağırlığı ve gebelik haftası ile ilgili durumlar olarak üç grupta toplanmaktadır. Bu gruplar içindeki sezaryen endikasyonları Tablo 1'de görülmektedir.

Tablo 1. Sezaryen Endikasyonları (12,13,14):

Anneye ait tıbbi risk etmenleri	1. Anemi (Htk<30, Hb<10)
	2. Kalp hastalığı
	3. Akut veya kronik akciğer hastalığı
	4. Genital herpes
	5. Hidramnioz/oligohidramnioz
	6. Hemoglobinopati
	7. Kronik hipertansiyon
	8. Gebeliğe bağlı hipertansiyon
	9. Eklampsi
	10. Serviks yetersizliği
	11. Bir önceki bebeğin 4.000g> olması
	12. Daha önce preterm veya küçük gestasyonel yaş
	13. Böbrek hastalığı
	14. Rh uyumsuzluğu
	15. Uterusta kanama
Doğum eylemi ve doğum komplikasyonları	1. Ateş (38 ⁰ C'nin üzeri)
	2. Mekonyum (orta- ağır)
	3. Erken membran rüptürü
	4. Ablasyo plasenta
	5. Plasenta previa
	6. Diğer masif kanama nedenleri
	7. Doğum eylemi sırasında nöbet
	8. Kısa doğum eylemi (<3 saat)
	9. Uzun doğum eylemi (>20saat)
	10. Disfonksiyonel doğum eylemi
	11. Malpresentasyon/ makad doğum
	12. Sefalopelvik uyumsuzluk
	13. Kordon sarkması
	14. Anestezik komplikasyonlar
	15. Fetal distres
Doğum ağırlığı ve gebelik haftası durumları	1. Doğum ağırlığı < 2.500 g
	2. Doğum ağırlığı > 4.000 g
	3. Gebelik yaşı ≤37 hafta
	4. Gebelik yaşı ≥42 hafta

Dünyada Sezaryen Oranları

Sezaryen doğumlar, gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde en sık yapılan cerrahi uygulamalardır. Otuz yıl önce sezaryen doğum oranları % 5 veya daha altındayken, günümüzde bazı ülkelerde sekiz kat artmıştır (15). En yüksek sezaryen oranları Latin Amerika ülkelerine ait olup, bu oranlar Arjantin, Paraguay ve Brezilya'da % 40'ları aşarken, Şili, Kolombiya ve Meksika'da % 50'leri geçmiştir. Şili ve Brezilya'da özel sektörde bu oran % 90'lara çıkmaktadır (6,15-18). ABD ve Kanada'da sezaryen doğum oranları % 20-25 arasında seyretmektedir (19-22). İsveç, Belçika ve İrlanda gibi birçok Avrupa ülkesi % 5-12 gibi düşük sezaryen oranlarına sahipken (3), İtalya'da %36, Avusturya'da % 22, Norveç'te % 6-20 ve İngiltere'de % 16'lık oranlar mevcuttur (3,23-28). Asya ülkelerinde ise Güney Kore % 40 sezaryen doğum oranları ile ilk sırada yer alırken, Japonya % 7 gibi çok düşük değere sahiptir, Hong Kong'da, Hindistan, Singapur ve Çin'de bu oranlar % 20-27 arasında değişmektedir (8,22,29-32). Orta doğu ülkeleri içinde İran % 35 ile en yüksek orana sahiptir, bunu % 20-25 ile Mısır ve % 23 ile Lübnan izlemekte olup, bu bölgedeki diğer ülkelerin sezaryen oranları % 20'nin altındadır (33,34). Avustralya'daki sezaryen doğum oranları ise % 20-22'lik değerlerdedir (24,35). En düşük sezaryen oranları Sahra altı Afrika ülkelerinde, özellikle bu bölgenin batısında görülmektedir. Bu ülkelerde sezaryen doğum oranları merkezi hastanelerde % 9, kırsal bölge hastanelerinde sadece % 1'dir. (36,37). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), tüm doğumlar içinde sezaryenle doğumların oranının % 5-15 arasında olması gerektiğini belirtmiştir. Bu oranın % 5 'in altında olması bazı kadınlara ihtiyacı olduğu halde sezaryen uygulanmadığını, % 15' in üzerinde olması ise gereksiz sezaryenler uygulandığını göstermektedir (38-39). Dünyanın birçok ülkesinde sezaryen doğum oranları, DSÖ' nün önerdiği bu oranların çok üstündedir.

Sezaryen Doğum Oranlarını Etkileyen Etmenler

Bu yüksek sezaryen oranları sürekli elektronik fetal takip, distosi tanısını koymada kolaylık, epidural analjezi/anestezi uygulamalarıyla açıklanmaya çalışılsa da, sadece klinik endikasyonlarla bu durumu açıklamak mümkün değildir (9,40,41). Bu konuda yapılan çok sayıda çalışma, kadının ve yaşadığı toplumun demografik ve sosyoekonomik durumunun, verilen sağlık hizmetinin ve doğum yaptıranın bazı özelliklerinin sezaryen doğum oranlarını etkilediğini göstermiştir (22,42). Sezaryen doğumların artışına neden olan klinik olmayan risk etmenleri; yüksek gelir düzeyi (16,43,44), eğitim düzeyinin yüksekliği (22,42, 45), ileri yaş (46-55), çalışıyor olma (22), özel sigortaya sahip olma (18,56,57), ilk doğum (21,49,52) gibi anneye ait özellikler ve antenatal bakım sayısının yüksekliği veya erken başlaması (58), özel hastanede doğum (16,35,59-62), doğumun erkek doktor tarafından yaptırılması (63,64), doğumun antenatal bakım alınan doktor tarafından yaptırılması (22), doğumun cuma, çalışma günleri ve gündüz saatlerinde yaptırılması (65-67) gibi sağlık hizmetine ve hekime ait özelliklerdir. Bunların yanında tıbbi endikasyon yokluğuna rağmen yapılan elektif sezaryenlerin bir çok ülkede "moda" haline gelmesi bu oranların artışında önemli rol oynamaktadır (68).

Elektif Sezaryenler

Elektif sezaryen, anneye ait tıbbi risk etmeni, doğum eyleminde bozukluk, bebekte konjenital anomali, prenatal doğum, bebeğin ağırlığının <2500g veya >4000g olması durumlarından herhangi birinin olmamasına rağmen yapılan sezaryen uygulamalarıdır (14). Obstetrisyenler, geleneksel olarak komplikasyonsuz bir gebelikte elektif sezaryen doğumun uygun olmadığını düşünüp, bu konudaki herhangi bir isteği reddetmekle birlikte, son on yıldır bu elektif sezaryenlerin klinik olarak gereksiz olduğu görüşüne meydan okunmuş ve profilaktik sezaryen doğumlar giderek artmıştır (69).

Yapılan bazı çalışmalarda elektif sezaryen oranları Avusturya'da %27 (70), ABD'de % 43 (14) ve Kolombiya'da % 81 (66) bulunmuştur. Son yıllarda sezaryen endikasyonları listesine, herhangi bir endikasyon olmamasına rağmen annenin isteği üzerine yapılan elektif sezaryenler de eklenmiştir(71). İngiltere'de hekimlerin % 69'u (72), İsrail'de % 50'si (73), Danimarka'da % 36'si (71) annenin elektif sezaryen isteğini karşıladıklarını belirtmişlerdir. Annelerin bu isteği, günümüzde elektif sezaryen doğumlardaki artışın nedeni olarak gösterilse de, gerçekte kadınların çoğu normal vajinal doğumu tercih etmektedir (74,75). Açık bir biçimde, bu oranlardaki artış, hekimlerin ekonomik dürtü ve çıkarlarının sezaryen uygulamaları için cesaretlendirici etmenler olmasına bağlıdır (12).

Sezaryen Doğumların Fiziksel ve Mali Sonuçları

Günümüzde sezaryen doğumun güvenli olduğuna dair uzmanlar görüş birliğinde olmalarına rağmen, elektif sezaryen doğumlar her şeyin normal olma garantisini vermez (5,69). Çünkü sezaryen büyük bir abdominal cerrahi olduğundan normal doğuma göre daha fazla risk taşır (76). Sezaryen doğumda anne ölüm riski, vajinal doğuma göre 2-5 kat artar (11,19,76,77). Sezaryen doğumun en sık görülen komplikasyonu kan kaybıdır. Etkili antibiyotiklere rağmen endometrit, yara enfeksiyonu ve idrar yolu enfeksiyonu gibi enfeksiyonların riski yirmi kat artmaktadır. Bunun yanında diğer komplikasyonlar herhangi bir büyük abdominal operasyonla aynıdır: Anestezi kazaları, damar hasarı, uterin insizyonunun kazayla büyümesi, mesane ve diğer organ hasarı. Diğer riskler ise uterus skarına bağlı ortaya çıkan fertilitede azalma, düşükler, ektopik gebelik, plesenta abruptio ve plesenta previa'dır (11,26,76-79).

Özellikle acil sezaryenler bebek açısından da risk taşımaktadırlar. Fetüslerin % 1-9'u kazayla lasere olmaktadır. Daha ciddi olan bir problem ise Respiratuar Stres Sendromu (RDS)'nin vajinal doğuma göre on kat daha fazla görülmesidir. Diğer bir tehlike, iyatrojenik prematüreliktir. Hem RDS

neden olabilir. Bunların dışında bebeklerde kanama, astiksi, travma, elektroit anomalileri ve mekanik ventilasyon kullanımı artmıştır. Fiziksel komplikasyonların dışında bu bebekler anne sütünü daha geç aldığından, vajinal doğumun anne-bebek bağı ve erken emzirme gibi psikosozyal yararları göz ardı edilmiş olur (11,41,76,80,81).

Sezaryen doğumlar, anne ve bebek için sağlık riski taşımasının yanında, doğum sırasında ilave girişimler ve doğum sonrası daha uzun hastanede kalma süresine bağlı olarak normal vajinal doğumlardan daha maliyetlidir. Sezaryen doğumda ekonomik değerlendirme yapılırken, travaya ve doğuma yüklenen maliyetler, doğum sonrası kalma süresine yüklenen maliyetler, hastaneye tekrar başvuruların maliyeti, sağlık sektörü veya ekonominin diğer sektörlerine taşınan kısa dönemde veya uzun dönemde anne veya bebekteki ters sonuçların maliyetleri, verimlilik kaybına bağlı maliyetler (dolaylı maliyetler) ve ağrı, korku ve ızdıraba bağlı maliyetler (manevi maliyetler) bir bütün olarak değerlendirilmelidir (4).

Doğum yöntemlerinin ekonomik maliyetinin karşılaştırıldığı bir çalışmada, normal doğumların maliyeti 629 £-1298 £ iken, sezaryen doğumların maliyetinin 1238 £- 3551 £ olduğu gösterilmiştir (82). İngiltere'de sezaryen doğumlar vajinal doğumlara göre yaklaşık 760 £ daha maliyetlidir ve ulusal sezaryen oranlarındaki her % 1'lik azalma beş milyon pound kazanılmasını sağlayacaktır(11). Meksika'da da kabaca hesaplanan kamu kuruluşlarında gereğinden fazla yapılan sezaryenlerin toplam yıllık maliyeti 12.204.774 US\$ olarak bulunmuştur (60).

Son yıllarda çok tartışılan bir konu da sezaryen sonrası normal doğumdur. İkinci doğum için uygulanan elektif sezaryenler, anne ölümleri ve komplikasyonlara neden olmalarının yanında, sağlık sistemi için maliyetleri çok yüksektir. Daha önce sezaryenle doğum yapmış bir kadında, ikinci

doğumunda normal doğum ve sezaryen doğum karşılaştırıldığında, normal doğum maliyet-etkili bulunmuştur (83-84).

Sezaryen Doğumlar ve Etik

Bilinen bu risklerine rağmen, gebeliği normal seyreden bir kadında elektif sezaryen yapılması veya kabul edilebilir tıbbi bir endikasyon yokluğunda spesifik cerrahi bir tedavi isteyen hastaya hekimin karşılık vermesi, bu konunun etik olup olmadığı sorusunu gündeme getirmiştir(85). Bazı yazarlar, "Küçük bir aile planlayan sağlıklı bir kadında elektif sezaryen göz önünde bulundurmamak bireylerin hakları açısından yeterince önemli" olduğunu belirtse de, FIGO (International Federations of Gynecologists and Obstetricians) ise tıbbi olmayan nedenlerle sezaryen doğumun yapılmasının etik olduğunun savunulamayacağını belirtmiştir (81).

Öncelikle bir girişimin yasal olabilmesi için şu özellikleri taşıması gerekir: Anneye riski ve yan etkileri düşük, fetüse yararı büyük, etkili ve minimal invaziv olmalıdır.

Sonuç olarak, hekim hastanın özerkliğini koruyarak tüm olası sonuçlar hakkında hastayı bilgilendirmeli, hekim ve hasta birlikte sezaryen doğumun faydalarını ve risklerini tartmalı ve birlikte karar vermelidirler (86).

Ülkemizde Sezaryen Doğumlar

Ülkemizde yapılan sezaryen doğumlar hakkında kesin veriler yoktur. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) verilerine göre, Türkiye’de tüm doğumlar içinde sezaryen doğum oranı 1988 yılında % 5.7 iken, 1998 yılında % 20.8’e çıkmıştır. Yapılan hesaplamalarla Türkiye’de sezaryen doğum oranının, 2001 yılı için % 30.3 olduğu tahmin edilmektedir. Bu oran, DSÖ’nün önerdiği % 15’lik değerin yaklaşık iki katıdır (87).

Ülkemizdeki sezaryen oranları sosyoekonomik düzeye göre farklılıklar göstermektedir. Batı bölgelerinde yaşayanlarda (%21.9) ve kentsel yerleşim yerlerinde (%16.5) sezaryen oranları daha yüksektir. Annenin ve eşinin eğitim düzeyinin yüksekliği, anne yaşının ileri olması, annenin sağlıkla ilgili sosyal güvencesinin bulunması ve doğum öncesi bakım alması sezaryen oranlarının yükselmesine neden olan diğer risk etmenleridir (87.88).

Tezin Amacı

Ülkemizde de giderek artan sezaryen doğumlar önemli halk sağlığı sorunu olmaya devam etmektedir. Sezaryen doğumlarla ilgili, sezaryen oranlarında bu artışa neden olan sosyo-ekonomik ve sağlık hizmeti sağlayıcılarına ait faktörleri, ayrıca sezaryen doğumun fiziksel ve maddi sonuçlarını içeren kapsamlı araştırmalara ihtiyaç vardır. Bursa il merkezinde sezaryen doğum oranlarını etkileyen etmenlerle ilgili daha önce böyle bir çalışma yapılmadığı için bu çalışmanın yapılması planlanmıştır.

Bu çalışmanın amacı;

- Bursa il merkezindeki tüm doğumlar içinde sezaryen doğumların oranlarını tahmin etmek,
- Sezaryen doğumların yapıldığı yerlere göre dağılımını incelemek,

- Doğum biçimi ile doğum yapan kadınların bazı özelliklerini (yaş, iş, sosyal güvence, gelir, doğum öncesi bakım alma durumu, doğum sayısı) karşılaştırmak,
- Sezaryen doğumlar içinde gereksiz sezaryen doğumların oranını ve nedenlerini araştırmaktır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Bu çalışma Bursa il merkezinde 22.04.2004-25.07.2004 tarihlerinde yapılmış kesitsel bir araştırmadır.

Araştırmaya Bursa il merkezinde doğum yapılan yataklı tedavi kurumlarının tümünün alınması planlanmıştır. Bursa il merkezinde doğum yaptırılan bir doğumevi, iki SSK hastanesi, 3 özel hastane ve 3 cerrahi tıp merkezi bulunmaktadır. Bu araştırma, çalışmanın yapılmasına izin verilen , üniversite hastanesi (Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi), doğumevi (Zübeyde Hanım Doğumevi), iki SSK hastanesi (SSK Çekirge Hastanesi ve SSK Şevket Yılmaz Hastanesi), 2 özel hastane (Bursa Vatan Hastanesi ve Özel Hayat Hastanesi) ve 1 cerrahi tıp merkezi (Konur Cerrahi Tıp Merkezi)'nde yapılmıştır. Bir özel hastane ve iki özel cerrahi tıp merkezi çalışmaya katılmak istememiştir. Bu çalışmada çalışmanın yapıldığı kurumların yanında Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu'ndan da izin alınmıştır (Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu'nun 21.04.2004 tarih ve 2004-10/15 no'lu kararı).

Araştırma evrenini, çalışma süresi içerisinde çalışma kapsamındaki yataklı tedavi kurumlarında doğum yapan kadınların tümü oluşturmuştur. Araştırma verileri toplanırken, Bursa il merkezinde doğum sayısının yüksek olması nedeniyle aynı gün içinde tüm kurumlara gidilmesi mümkün olmadığından, kurumlardan veri toplama her biri yaklaşık 45 gün süren iki eşit zamana bölünerek yürütülmüştür. İlk 45 gün Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi ve Zübeyde Hanım Doğumevi'nde, ikinci 45 günde ise SSK Çekirge Hastanesi, SSK Şevket Yılmaz Hastanesi, Bursa Vatan Hastanesi, Özel Hayat Hastanesi ve Konur Cerrahi Tıp Merkezi'nde bu çalışmanın verileri toplanmıştır. Çalışmada veri toplama aşaması yaklaşık üç ay boyunca hafta sonları da dahil her gün sürmüştür.

Araştırmaya alınan annelerin kamu kurumlarında sadece iki tanesi ankete katılmayı reddederken (katılım % 99.9), özel kurumlarda ankete katılma oranları daha düşüktür (% 58.3), özel hastanelerde doğum yapan 60 anne bu araştırmaya katılmak istememiştir. Araştırmaya alınan toplam 2511 kadının %3.5'i üniversite hastanesinde, % 52.8'i doğumevinde, % 40.4'ü SSK hastanelerinde, % 3.3'ü ise özel kurumlarda doğum yapmıştır. Bursa il merkezinde 2003 yılında 20.759 doğum gerçekleştirilmiştir. Geçen yıl gerçekleşen bu doğumların kurumlara göre dağılımı ile bizim araştırmamızda, araştırmaya katılanların kurumlara göre dağılımının karşılaştırılması Tablo 2'de gösterilmiştir.

Tablo 2. Bursa İl Merkezinde 2003 Yılı Doğumları ile Bizim Araştırmamıza Katılanların Kurumlara Göre Dağılımı

Araştırmaya alınan kurumlar	Araştırmaya alınan doğumlar		Bursa İl Sağlık Müdürlüğü verileri (2003)*		Bursa İl Sağlık Müdürlüğü verileri (2004 ilk 6 ay)**	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Üniversite hastanesi	86	3.5	935	4.5	513	4.8
Doğumevi	1327	52.8	9908	47.7	6055	56.4
SSK hastaneleri	1014	40.4	9187	44.3	3807	35.4
Özel kurumlar	84	3.3	729	3.5	364	3.4
Toplam	2511	100.0	20759	100.0	10739	100.0

*Kaynak: Bursa Sağlık Müdürlüğü 2003 Yılı Yıllık Çalışmaları (89)

** Kaynak: Bursa Sağlık Müdürlüğü kayıtları (90)

Tablo 2 incelendiğinde bizim çalışmamızda Doğumevinde gerçekleşen doğumların 2003 verilerine göre daha yüksek, SSK Hastanelerinde gerçekleşen doğumların ise daha düşük olduğu gözlenmektedir. Bunun olası nedeni 2004 yılı ile birlikte sağlıkla ilgili sosyal güvencesi SSK olanların, geçmiş yıllara göre daha yüksek oranda Zübeyde Hanım Doğumevi'ni seçmeleri olabilir. Bu durum Tablo 2'de 2004 yılının ilk altı aylık verilerine de yansımış durumdadır. Bu araştırmada Zübeyde Hanım

Doğumevi'nde doğum yapan kadınların % 33.4'ünün sağlıkla ilgili sosyal güvencesi SSK 'dır.

Doğum yapan kadınlara, doğum sonrası hastanede kaldığı süre içinde yüz yüze görüşülerek 35 soruluk bir anket formu uygulanmıştır. Doğum yapan kadınların doğumdan sonra hastanede kalış süreleri kurumlara göre değişmekle birlikte, normal doğumlar en az bir gece, sezaryen doğumlar ise en az iki gece doğumdan sonra hastanede kalmaktadırlar.

Anket formunda doğum yapılan hastanenin adı, annenin adı soyadı ve telefon numarası, doğumun olduğu tarih, gün ve saat, annenin oturduğu yer, annenin öğrenimi (en son bitirdiği okul temel alınmıştır), annenin işi, annenin sosyal güvencesi, ailenin toplam aylık geliri, toplam gebelik ve doğum sayısı, bir önceki doğumun şekli, gebelik süresince doğum öncesi bakım aldığı yer (birden fazla bakım aldıysa en fazla bakım alınan yer sorulmuştur) ve sayısı (tüm doğum öncesi bakım aldığı yerlerdeki toplam sayı), doğumun gerçekleştiği hafta, doğum şekli, doğumun kim tarafından yaptırıldığı (daha önce antenatal bakım aldığı doktor, daha önce antenatal bakım aldığı aynı kurumda fakat farklı doktor, farklı hastanede doktor veya ebe tarafından), doğumu yaptıran doktorun özelliği (kamuda,özelde veya her ikisinde çalışma durumuna göre) ve cinsiyeti, doğum şekline ne zaman ve kimin tarafından karar verildiği, eğer bu tip doğumu kendisi veya doktoruyla birlikte karar verdiyse neden bu tip doğumu tercih ettiği, doğum biçimi hakkında daha önce doktoru tarafından bilgilendirilip bilgilendirilmediği, sezaryen doğum yaptıysa nedeni, tekrar doğum yaparsa aynı doğum şeklini tercih edip etmeyeceği, doğum sonrası anne ve bebekte komplikasyon gelişme durumu, bebeğin kilosu, bebeğin doğumdan sonra kaç saat içinde anne sütü aldığı, annenin doğum yaptığı hastaneden memnuniyeti ve bu doğum için yaptığı toplam harcama sorulmuştur. Anket formu Ek 1'de verilmiştir.

Doktorlardan üniversite hastanesinde çalışan araştırma görevlileri ve diğer kamu kurumlarında çalışıp muayenehanesi olmayan doktorlar sadece

kamuda çalışıyor, muayenehanesi olan kamu kurumu çalışanları hem kamuda hem özelde, sadece özel hastanede çalışan hekimler ise özel çalışıyor biçiminde sınıflandırılmıştır.

Sezaryen nedenleri Tablo 1'deki sezaryen endikasyonlarına göre sınıflanmış, bu endikasyon içinde yer almayan sezaryen doğumlar "elektif sezaryen" olarak değerlendirilmiştir.

Bu araştırmanın bağımlı değişkeni doğum biçimi, bağımsız değişkenleri ise doğumun yapıldığı kurum, doğumun yapıldığı gün ve saat, annenin yaşı, annenin öğrenimi, annenin sosyal güvencesi, ailenin geliri, annenin toplam gebelik sayısı, annenin toplam doğum sayısı ve doğum biçimi, annenin doğum öncesi bakım aldığı yer ve sayısı, doğumun gerçekleştiği gebelik haftası, bebeğin kilosu, doğumu yaptıran doktorun özellikleridir.

Tezin hipotezleri şunlardır:

- Bursa il merkezindeki sezaryen oranları WHO'nun üst sınır olarak bildirdiği %15'den yüksek değildir.
- Tüm sezaryen doğumların tıbbi endikasyonu vardır.
- Kamu veya özel hastaneler arasında sezaryen oranları arasında fark yoktur.
- Sezaryenle doğum yapan kadınlar ile normal doğum yapan kadınlar arasında sosyo-ekonomik bakımdan fark yoktur.
- Doktorların bazı özelliklerinin (cinsiyet, özelde çalışma gibi) doğum biçimine etkisi yoktur

Araştırmanın verileri analiz edilmeden önce anne yaşı > 20, 20-34 ve ≥35 olarak üç grupta, annenin eğitimi ≤ 5yıl, 6-8 yıl ve > 8 yıl olarak üç grupta, gelir ise 0-250 milyon TL, 251-500 milyon TL, 501-750 milyon TL, 751 milyon- 1 milyar TL ve 1 milyar TL'nin üzeri olarak beş grupta sınıflandırılmıştır.

araştırmada ortalamalar standart sapmalarla birlikte verilmiştir (ortalama \pm standart sapma). Analizlerde Ki- kare testi, Fisher'in kesin testi, t testi, Mann Whitney U Testi ve lojistik regresyon analizleri kullanılmıştır.

Araştırmanın kısıtlılıkları

- Araştırma Nisan-Temmuz aylarında yürütölmüştür. Bu nedenle olası mevsimsel değişmelerle doğum ve sezaryen oranları arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi mümkün olmamıştır.
- Araştırmada, yalnızca tezi yürüten araştırmacı tarafından veri toplandığı için, çalışma kapsamına alınan kurumlardan aynı anda veri toplamak yerine, kurumlar ikiye bölünerek yaklaşık 45'er günlük sürelerde veri toplanması yoluna gidilmiştir.
- Bu çalışma sadece annelerin hastanede kaldığı süre içinde yapıldığından doğumun maliyeti, uzun dönemde anne ve bebekte oluşan komplikasyonlar hakkında bilgi edinilememiştir. Bu nedenle doğumun maliyeti ve komplikasyonlar değerlendirilmeye alınmamıştır.
- Doğum şekline karar verme zamanı anket formunda olmasına rağmen annelerin büyük kısmı net olarak tarih hatırlayamadıklarından bu soru değerlendirilmeye alınmamıştır.
- Doğum yapılan kurumdan memnuniyet durumu sorgulanırken buradaki hizmetlerle hiçbir ilgisi olmadığı açıklanmasına rağmen anneler bu sorunun yanıtında nesnel görüşlerini yansıtmaya çekindiklerinden, soruyu değerlendirmek mümkün olmamıştır.
- Özel kurumlarda doğum yapan kadınlar arasında çeşitli gerekçelerle bu araştırmaya katılmayı kabul etmeyenlerin sayısı fazla olduğu için, özel kurumlarda annelerin yanıt oranları düşüktür.

BULGULAR

Bu araştırmaya Bursa il merkezindeki hastanelerde doğum yapan 2511 kadın katılmıştır. Araştırmaya alınanların bazı zellikleri Tablo 3'de verilmiştir. Araştırmaya alınan kadınların yaş ortalaması 26.22 ± 4.84 'dir. En kk yaş 14, en büyük yaş ise 48'dir, 14 kişi (% 0.6) 18 yaşın altındadır. Araştırmaya alınanların % 84.2'si Bursa il merkezinde oturmaktadır. Annelerin, % 62.4 'i 5 yıl ve altı eğitim almış olup ,% 3.1'i okuma ve yazma bilmemektedir. İki yıllık yüksekokul ve niversite mezunlarının toplam oranı ise % 7.7'dir. Araştırmaya alınan kadınların % 85.1'i ev hanımıdır. Sağlıkla ilgili sosyal güvencesi SSK olanlar % 58.7 ile ilk sıradadır. Araştırmaya alınanların % 15.5'inin herhangi bir sosyal güvencesi yokken, diğerlerinin sosyal güvence durumu Tablo 3'de gösterilmiştir. Araştırmaya alınanların ailelerinin ortalama aylık geliri $644.416.567 \pm 679.482.555$ 'dir. Aylık gelirin ortanca değeri 500.000.000'dir. Annelerin ailelerinin 75'inin ise herhangi bir aylık geliri yoktur.

Tablo 3. Araştırmaya Alınanların Bazı Özellikleri

	Sayı	%
Yaş		
< 20	151	6.0
20-34	2198	87.5
≥35	162	6.5
Oturduğu yer		
Bursa merkez	2114	84.2
Bursa: ilçeler ve köyler	354	14.1
Bursa dışı	43	1.7
Annenin eğitimi		
≤ 5yıl	1566	62.4
6-8 yıl	256	10.2
>8 yıl	689	27.4
Annenin çalışma durumu		
Ev hanımı	2137	85.1
Çalışıyor	374	14.9
Sağlıkla ilgili sosyal güvence		
Herhangi bir sosyal güvencesi yok	389	15.5
SSK	1474	58.7
Yeşil kart	275	11.0
Bağ-Kur	168	6.7
Emekli Sandığı	99	3.9
Devlet memuru	70	2.8
Özel sigorta	36	1.4
Aylık gelir (TL)		
0-250.000.000	236	9.4
251.000.000-500.000.000	1320	52.6
501.000.000-750.000.000	326	13.0
751.000.000-1.000.000.000	380	15.1
>1.000.000.000	249	9.9
Toplam	2511	100.0

Tablo 4'de annenin toplam gebelik sayısı, toplam doğum sayısı, bir önceki doğum şekli, doğum öncesi bakım (DÖB) alma durumu, DÖB aldığı yer ve doğum öncesi bakım sayısı bulunmaktadır. Kadınların % 44.3'ünün ilk gebeliğidir, en yüksek gebelik sayısı ise 11'dir. Kadınların % 49.8'inin bu doğumu ilk doğumu olup, ilk doğumlar doğum sayısı içinde en yüksek oranı oluşturmaktadır. Doğum sayısının en yüksek değeri ise 8'dir. Kadınların bundan önceki doğum biçimleri % 75.7'sinin normal doğum, % 24.3'ünün sezaryen doğumdur. Araştırmaya alınan kadınların % 3.5'i gebelik süresince hiç DÖB bakım almamıştır. DÖB alan kadınların % 74.3'ü özel hekim muayenehanesinden DÖB alırlarken, sağlık ocağı ve AÇSAP'lardan bakım alan sadece % 3.0'lık bir kesimdir. DÖB alanların, DÖB sayısı ortalaması 5.7 ± 3.0 'dır, % 61.2'si 5 ve üzerindeki sayıda DÖB almıştır. Araştırmaya alınan annelerin % 90'unun 38-41 haftalarda doğumu gerçekleşmiştir.

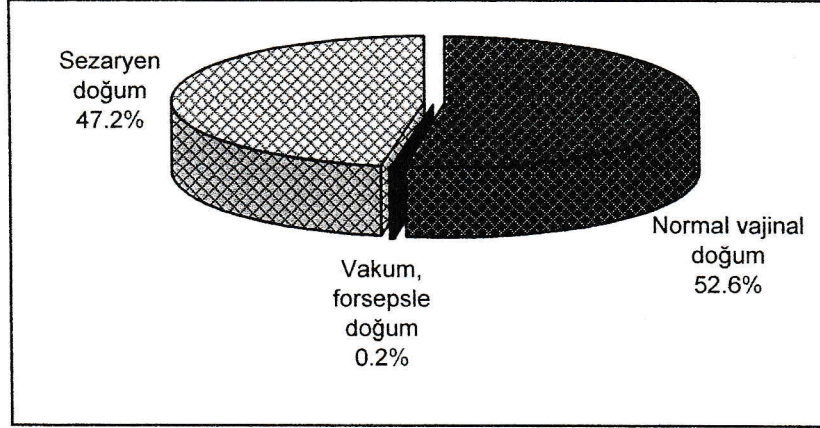
Tablo 4. Araştırmaya Alınanların Önceki Doğumu ve Doğum Öncesi Bakımla İlgili Bazı Özellikleri

	Sayı	%
Toplam gebelik sayısı		
1	1112	44.3
2	773	30.8
>2	626	24.9
Toplam doğum sayısı		
1	1251	49.8
2	849	33.8
>2	411	16.4
Bir önceki doğum şekli*		
Normal doğum	954	75.7
Sezaryen doğum	306	24.3
Doğum öncesi bakım alma durumu		
DÖB almamış	87	3.5
DÖB almış	2424	96.5
Doğum öncesi bakım aldığı yer**		
Özel hekimden	1800	74.3
Kamu kurumundan	551	22.7
Sağlık ocağı veya AÇSAP	73	3.0
Doğum öncesi bakım sayısı**		
<5	940	38.8
≥ 5	1484	61.2
Doğum haftası		
≤37 hafta	225	9.0
38-41	2260	90.0
≥42 hafta	26	1.0

*ilk doğumu olan 1251 kişi hesaplama katılmamıştır

** DÖB alan 2424 kişiye göre

Araştırmaya alınan kadınların 1320'si (% 52.6) normal vajinal doğum, 6'sı (% 0.2) vakum, forsepsle doğum, 1185'i (% 47.2) sezaryen doğum yapmıştır (Şekil 1). Müdahaleli normal doğum (vakum, forsepsle doğum) sayısı çok düşük olduğu için bundan sonraki istatistiksel analizlerde normal doğum içinde verilmiştir.



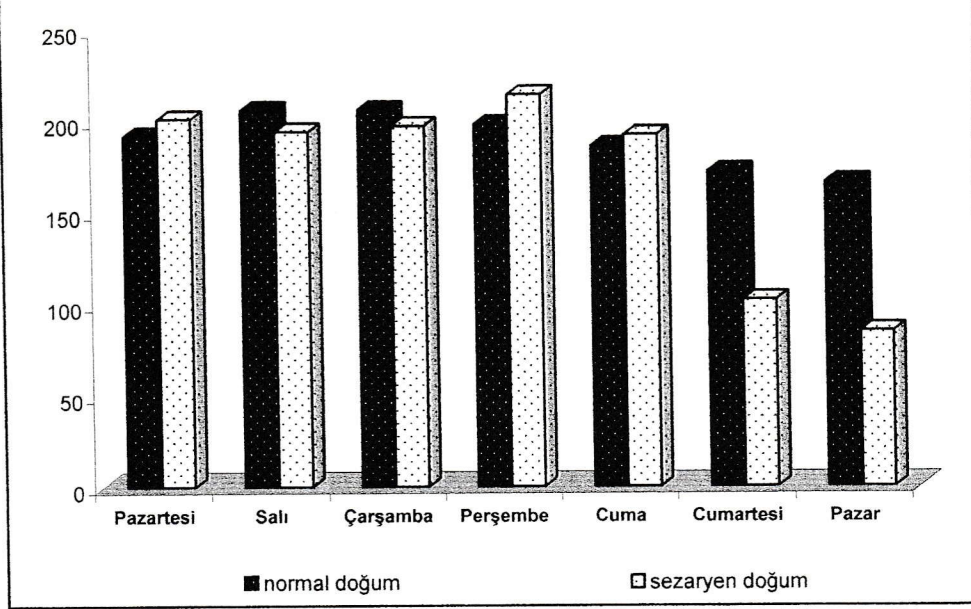
Şekil 1. Araştırmaya Alınanların Doğum Biçimlerine Göre Dağılımı

Doğumun yapıldığı kuruma göre doğum biçiminin dağılımı Tablo 5’de verilmiştir. Sezaryen doğum oranları en yüksek % 85.7 ile özel kurumlara aitken, bunu % 66.3 ile Üniversite Hastanesi izlemektedir. SSK hastanelerinde sezaryen doğum oranı % 50.0, doğumevinde ise % 41.4’tür. Doğum biçimleri ile doğumun yapıldığı kurumlar ve kurumların özelliği arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p < 0.001$).

Tablo 5. Doğum Biçiminin Doğumun Yapıldığı Kurumlara Göre Dağılımı

Doğumun yapıldığı kurum	Doğum biçimi				Toplam	
	Normal doğum		Sezaryen doğum			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Üniversite hastanesi	29	33.7	57	66.3	86	100.0
Doğumevi	778	58.6	549	41.4	1327	100.0
SSK hastanesi	507	50.0	507	50.0	1014	100.0
Özel kurumlar	12	14.3	72	85.7	84	100.0
Toplam	1326	52.8	1185	47.2	2511	100.0

$\chi^2 = 83.84$ $p < 0.001$



Şekil 2. Doğumun Yapıldığı Günlere Göre Doğum Biçimi

Şekil 2'de araştırmaya alınanların doğum yaptıkları günle doğum biçiminin ilişkisi verilmiştir. Doğum günü ile doğum biçimi arasında anlamlı bir ilişki bulunurken ($\chi^2 = 37.71$ $p < 0.001$), cumartesi ve pazar günleri sezaryen doğum oranlarının düştüğü görülmektedir. Doğum saati de doğum şeklini etkilemektedir ($\chi^2 = 229.48$ $p < 0.001$). Sezaryen doğumların % 65.1'i 8:00-16:00 saatlerinde olurken, saat 00:01-07:59 arasındaki doğumların % 74.7'si normal doğumdur (Tablo 6).

Tablo 6. Doğumun Yapıldığı Saate Göre Doğum Biçimi

Doğum saati	Doğum biçimi				Toplam	
	Normal doğum		Sezaryen doğum		Sayı	%
	Sayı	%	Sayı	%		
8:00-16:00	488	38.8	771	61.2	1259	100.0
16:01-24:00	375	59.3	257	40.7	632	100.0
00:01-07:59	463	74.7	157	25.3	620	100.0
Toplam	1326	100.0	1185	100.0	2511	100.0

$\chi^2 = 229.48$ $p < 0.001$

Tablo 7'de annenin yaşı, eğitim durumu, çalışma durumu, annenin sağlıkla ilgili sosyal güvencesi ve ailenin aylık geliri ile doğum biçimi karşılaştırılmıştır. Anne yaşı 20'in altında olanların % 69.5'i normal doğum yaparken, 35 yaşın üstündekilerin % 56.2'si sezaryen doğum yapmıştır. Anne yaşı arttıkça sezaryen oranları da anlamlı olarak artmaktadır ($\chi^2(\text{eğim})= 20.31$ p < 0.001). Annenin öğrenim durumuyla doğum biçimi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($\chi^2 = 113.93$ p < 0.001). Annenin eğitim yılı arttıkça sezaryen doğum oranları da artmakta olup ($\chi^2(\text{eğim})=112.59$ p < 0.001), 8 yıl üzerinde eğitim alan annelerin % 64.0'ı sezaryen doğum yapmıştır. Çalışan anneler, çalışmayan annelere göre istatistiksel olarak anlamlı biçimde daha fazla sezaryen doğum yapmıştır ($\chi^2 = 66.27$ p < 0.001). Araştırmaya alınanların sağlıkla ilgili sosyal güvence durumu da doğum biçimini etkilemektedir ($\chi^2 = 89.30$ p < 0.001). Herhangi bir sosyal güvencesi olmayanların % 64.5'i, yeşil kart sahibi olanların ise % 65.8'i normal doğum yapmıştır. SSK'lı olanların % 50.7'si normal doğum, % 49.3'ü sezaryen doğum yapmıştır. Sezaryen doğum oranları Bağ-Kur'lularda % 51.2, Emekli Sandığı'na tabi olanlarda % 59.6, devlet memurlarında % 74.3 ve özel sigorta kapsamında olanlarda ise %83.3'dür. Aylık gelir miktarı doğum biçimini istatistiksel olarak anlamlı bir biçimde etkilemektedir, gelir arttıkça sezaryen doğum oranı da artmaktadır ($\chi^2(\text{eğim})=135.87$ p < 0.001). Aylık geliri 0-250 milyon TL olanlarda sezaryen oranı % 32.5 iken, aylık geliri 1 milyar TL'nin üstünde olanlarda bu oran % 68.4'e ulaşmaktadır. Doğum biçimlerine göre, ailenin aylık geliri ile doğum yapılan kurumlar karşılaştırıldığında (Tablo 8), aylık gelir ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur.

Tablo 7. Doğum Biçiminin Annenin Bazı Özellikleri İle Karşılaştırılması

	Doğum Biçimi				Toplam		
	Normal doğum		Sezaryen doğum				
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Anne yaşı							
< 20	105	69.5	46	30.5	151	100.0	
20-34	1150	52.3	1048	47.7	2198	100.0	
≥35	71	43.8	91	56.2	192	100.0	
$\chi^2=22.41$ p < 0.001		$\chi^2(\text{eğim})=20.31$ p < 0.001					
Annenin eğitimi							
≤ 5yıl	945	60.3	621	39.7	1566	100.0	
6-8 yıl	133	52.0	123	48.0	256	100.0	
>8 yıl	248	36.0	441	64.0	689	100.0	
$\chi^2=113.93$ p < 0.001		$\chi^2(\text{eğim})=112.59$ p < 0.001					
Annenin çalışma durumu							
Ev hanımı	1201	56.2	936	43.8	2137	100.0	
Çalışıyor	125	33.4	249	66.6	374	100.0	
$\chi^2=66.27$ p < 0.001							
Annenin sağlıkla ilgili sosyal güvencesi							
Herhangi bir sosyal güvencesi yok	251	64.5	138	35.5	389	100.0	
SSK	748	50.7	726	49.3	1474	100.0	
Emekli Sandığı	40	40.4	59	59.6	99	100.0	
Devlet memuru	18	25.7	52	74.3	72	100.0	
Bağ-Kur	82	48.8	86	51.2	168	100.0	
Yeşil kart	181	65.8	94	34.2	275	100.0	
Özel sigorta	6	16.7	30	83.3	36	100.0	
$\chi^2=89.30$ p < 0.001							
Gelir							
0-250.000.000	415	67.5	200	32.5	615	100.0	
251.000.000-500.000.000	311	58.1	224	41.9	535	100.0	
501.000.000-750.000.000	212	52.2	194	47.8	406	100.0	
751.000.000-1.000.000.000	242	49.1	251	50.9	493	100.0	
>1.000.000.000	146	31.6	316	68.4	462	100.0	
$\chi^2=145.37$ p < 0.001		$\chi^2(\text{eğim})=135.87$ p < 0.001					
Toplam	1326	52.8	1185	47.2	2511	100.0	

Tablo 8. Doğum Biçimlerine Göre Annenin Aylık Geliri

Doğumun yapıldığı kurum	Doğum biçimi				M-W U	p
	Normal doğum		Sezaryen doğum			
	n	(ortalama aylık gelir ± standart sapma) *	n	(ortalama aylık gelir ± standart sapma) *		
Üniversite Hastanesi (n:86)	29	888.9 ± 634.2	57	1080.7 ± 813.8	826.5	< 0.05
Doğumevi (n:1327)	778	487.7 ± 365.5	549	661.6 ± 501.5	213561.0	< 0.05
SSK hastanesi (n:1014)	507	504.7 ± 253.1	507	650.3 ± 389.4	128524.5	< 0.05
Özel kurumlar (n:84)	12	1291.7 ± 917.0	72	2597.2 ± 2458.4	432.0	< 0.05
Toplam (n:2511)	1326	510.2 ± 356.7	1185	794.5 ± 890.9	708288.0	< 0.05

*ortalama ve standart sapmalar X 1.000.000

Tablo 9'da doğum biçimi ile doğum sayısı ve bir önceki doğumun karşılaştırılması görülmektedir. İlk doğumlarda sezaryen oranı anlamlı olarak daha yüksektir ($\chi^2 = 24.27$ $p < 0.001$). Daha önce normal doğum yapanların % 76.1'i normal doğum, % 23.9'u sezaryen doğum yapmıştır. Bundan önceki doğumu sezaryen olan sadece bir kişi (% 0.3), normal doğum yapmıştır.

Tablo 9. Doğum Biçiminin Doğum Sayısı ve Önceki Doğum Biçimiyle Karşılaştırılması

	Doğum biçimi				Toplam	
	Normal doğum		Sezaryen doğum			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Doğum sayısı						
1	599	47.9	652	52.1	1251	100.0
≥2	727	57.7	533	42.3	1260	100.0
$\chi^2 = 24.27$ $p < 0.001$						
Bir önceki doğum*						
Normal vajinal doğum	726	76.1	228	23.9	954	100.0
Sezaryenle doğum	1	0.3	305	99.7	306	100.0
χ^2 (Fisher's Exact Test)=545.03 $p < 0.001$						

* ilk doğumu olanlar alınmamıştır

Araştırmaya alınanların gebelik süresince hiç DÖB almayanların % 78.2'si normal doğum yapmıştır. Özel hekim muayenehanesinden DÖB alanların % 55.2'sinin doğum biçimi sezaryen doğumdur. Doğum biçimi ile DÖB sayısı karşılaştırıldığında, sezaryen doğumların istatistiksel anlamlı olarak daha fazla sayıda DÖB aldıkları görülmektedir ($\chi^2 = 95.55$ p < 0.001) (Tablo 10).

Tablo 10. Doğum Biçiminin Doğum Öncesi Bakım Alma Durumuyla Karşılaştırılması

	Doğum biçimi				Toplam	
	Normal doğum		Sezaryen doğum		Sayı	%
	Sayı	%	Sayı	%		
Doğum öncesi bakım aldığı yer *						
Özel hekim	806	44.8	994	55.2	1800	100.0
Kamu kurumu	394	71.5	157	28.5	551	100.0
Sağlık ocağı veya AÇSAP	58	79.5	15	20.5	73	100.0
$\chi^2 = 143.62$ p < 0.001						
Doğum öncesi bakım sayısı *						
<5	605	64.4	335	35.6	940	100.0
≥ 5	653	44.0	831	56.0	1484	100.0
$\chi^2 = 95.55$ p < 0.001						

* DÖB almayan 87 kişi dahil edilmemiştir

Tablo 11'de doğum biçimi ile doğum haftası karşılaştırılmıştır. Doğumu 42. haftadan sonra olanların % 73.1'i sezaryen doğum yapmıştır.

Tablo 11. Doğum Biçimi İle Doğum Haftasının Karşılaştırılması

Doğum haftası	Doğum biçimi				Toplam	
	Normal doğum		Sezaryen doğum		Sayı	%
	Sayı	%	Sayı	%		
≤37 hafta	108	48.0	117	52.0	225	100.0
38-41	1211	53.6	1049	46.4	2260	100.0
≥42 hafta	7	26.9	19	73.1	26	100.0
Toplam	1326	100.0	1185	100.0	2511	100.0

$\chi^2 = 9.62$ $p < 0.05$

Tablo 12'de araştırmaya alınanların doğum biçimi ile doğumu yaptıran kişinin bazı özellikleri karşılaştırılmıştır. Normal doğumların % 91.5'i ebe tarafından yaptırılmıştır. Annenin daha önce DÖB aldığı doktor tarafından yaptırılan doğumların % 92.3'ü sezaryen doğumdur. Sezaryen doğum oranı hem kamuda hem özelde çalışan doktorlarda istatistiksel olarak anlamlı daha yüksek bulunmuştur ($\chi^2 = 77.52$ p < 0.001). Erkek doktorlarda kadın doktorlara göre daha fazla sezaryen oranları olmasına rağmen, doktorların % 67.2'sinin erkek olması ve doktorun çalışma özellikleri (sadece kamuda çalışan kadın doktorlar % 7.8, erkek doktorlar ise % 4.1) gibi karıştırıcı faktörler kontrol edilmemiştir.

Tablo 12. Doğum Biçimlerinin Doğum Yaptıran Kişinin Bazı Özellikleri İle Karşılaştırılması

Doğumun kim tarafından yaptırıldığı	Doğum biçimi				Toplam	
	Normal doğum		Sezaryen doğum			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Daha önce antenatal bakım aldığı doktor tarafından	54	7.7	644	92.3	698	100.0
Aynı kurumda farklı doktor tarafından	35	8.5	379	91.5	414	100.0
Farklı kurumda doktor tarafından	24	12.9	162	87.1	185	100.0
Ebe tarafından*	1214	100.0	-	0.0	1214	100.0
$\chi^2 = 4.98$ p > 0.05						
Doktorun özelliği						
Sadece kamuda çalışıyor**	25	36.2	44	63.8	69	100.0
Hem kamuda hem özelde çalışıyor	80	6.7	1107	93.3	1187	100.0
Özelde çalışıyor	8	19.5	33	80.5	41	100.0
$\chi^2 = 77.52$ p < 0.001						
Doktorun cinsiyeti						
Kadın	47	11.1	378	88.9	425	100.0
Erkek	66	7.6	806	92.4	872	100.0
$\chi^2 = 4.38$ p < 0.05						

* istatistiksel değerlendirmeye alınmamıştır

**muayenehanesi olmayan veya özel hasta bakmayan hekimler

Doğum şekline anne kendisi karar vermişse % 86.7 oranında sezaryen doğumu tercih etmiştir, anne ile doktor birlikte karar vermişlerse % 61.8 oranında tercihleri sezaryen doğum olmuştur (Tablo 13).

Tablo 13. Doğum Biçimleri ile Doğum Biçimine Karar Veren Kişinin Karşılaştırılması

Doğum şekline karar veren kişi	Doğum biçimi				Toplam	
	Normal doğum		Sezaryen doğum			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Anne	15	13.3	98	86.7	113	100.0
Doktor	995	52.8	888	47.2	1883	100.0
Anne ile doktor birlikte	123	38.2	199	61.8	322	100.0
Ebe *	193	100.0	-	0.0	193	100.0
Toplam	1326	52.8	1185	47.2	2511	100.0

$$\chi^2 = 83.86 \text{ p} < 0.001$$

*istatistiksel analize alınmamıştır

Tablo 14'de doğum biçimleri ile doğum biçimine karar verilme zamanının karşılaştırılması verilmiştir. Doğum biçimine doğum sırasında karar verilenlerde sezaryen oranları anlamlı olarak daha yüksektir ($\chi^2 = 131.68 \text{ p} < 0.001$).

Tablo 14. Doğum Biçimleri ile Doğum Biçimine Karar Verilme Zamanının Karşılaştırılması

Doğum biçimine karar verilme zamanı	Doğum biçimi				Toplam	
	Normal doğum		Sezaryen doğum			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Doğumdan önce	1094	59.8	736	40.2	1830	100.0
Doğum sırasında	232	34.1	449	65.9	681	100.0
Toplam	1326	52.8	1185	47.2	2511	100.0

$$\chi^2 = 131.68 \text{ p} < 0.001$$

Doğum biçimine kendisi tek başına ve doktoruyla birlikte karar veren toplam 435 kadının bu tip doğumu tercih etme nedenleri Tablo 15'de verilmiştir. Annelerin normal doğumu tercih etmelerindeki en büyük sebep doğumun doğal haliyle seyretmesini istemeleridir (%75.4), bunu daha kolay iyileşme (%19.6) izlemektedir. Sezaryen doğumu tercih etmelerinin nedenleri arasında ilk sıralarda bebeğin güvenliği (% 42.4) ve ağrı korkusu (% 36.7) gelmektedir. Annelerin 48'i (%16.2), tüp ligasyonu yaptırmak için, 7 tanesi de (% 2.4) doğumun kendi DÖB aldığı doktor tarafından yapılabilmesi için sezaryenle doğumu tercih ettiklerini belirtmişlerdir.

Tablo 15. Araştırmaya Alınanların Bu Tip Doğumu Tercih Etmelerinin Nedeni

Bu tip doğumu tercih etme nedeni	Doğum biçimi				Toplam	
	Normal doğum		Sezaryen doğum		Sayı	%
	Sayı	%	Sayı	%		
Bebeğin güvenliği için	-	0.0	126	42.4	126	29.0
Ağrı korkusu	-	0.0	109	36.7	109	25.1
Doğumun doğal haliyle seyretmesi için	104	75.4	-	0.0	104	23.8
Tüp ligasyonu	-	0.0	48	16.2	48	11.0
Daha kolay iyileşme	27	19.6	-	0.0	27	6.2
Diğer kişilerin önerisi (Eş, Anne, Arkadaş)	7	5.0	1	0.3	8	1.8
Önceki doğumda zorlanma	-	0.0	7	2.4	7	1.6
Doğumun kendi doktoru tarafından yapılabilmesi için	-	0.0	6	2.0	6	1.4
Toplam	138	100.0	297	100.0	435	100.0

Tablo 16. Araştırmaya Alınanların Doktoru Tarafından Doğum Hakkında Bilgilendirme Durumu

Doktoru tarafından doğum şekli hakkında bilgilendirme durumu*	Doğum biçimi				Toplam	
	Normal doğum		Sezaryen doğum		Sayı	%
	Sayı	%	Sayı	%		
Bilgilendirilmiş	91	80.5	875	73.8	966	74.4
Bilgilendirilmemiş	22	19.5	310	26.2	332	25.6
Toplam	113	100.0	1185	100.0	1298	100.0

$\chi^2 = 2.43$ $p > 0.05$

*sadece doğumu doktor tarafından yapılanlar değerlendirmeye alınmıştır

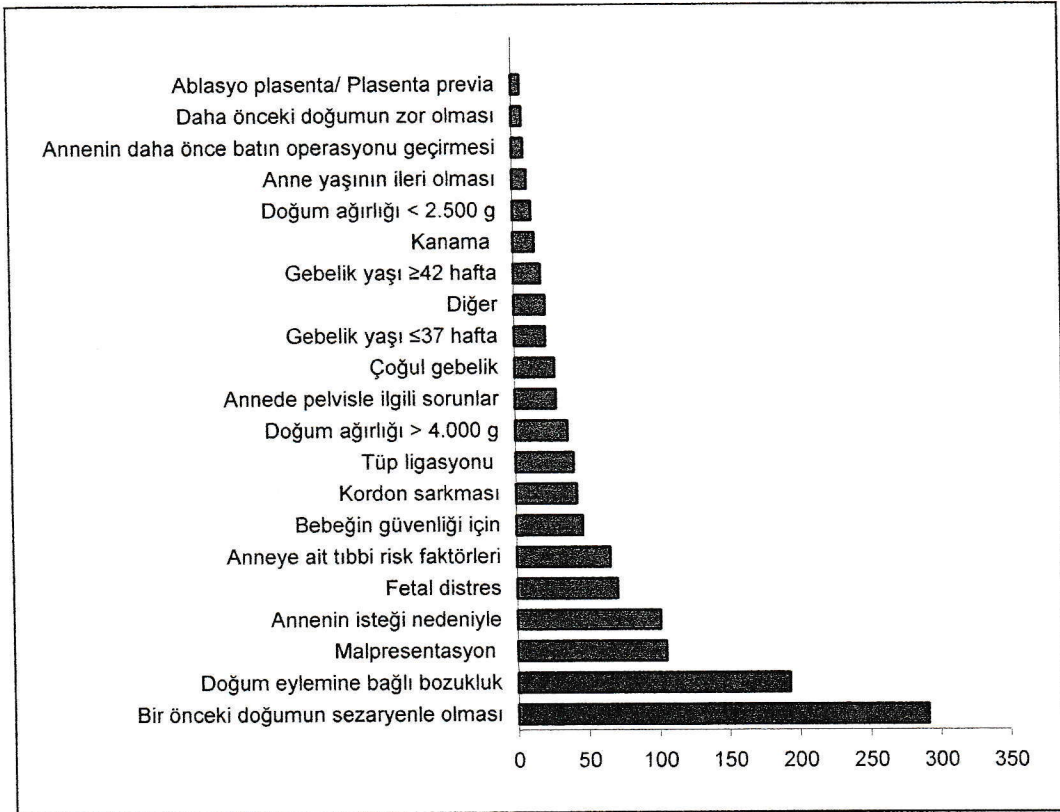
Araştırmaya alınan annelerden sezaryen doğum yapanların % 73.8'i, normal doğum yapanların ise % 80.5'i doğumdan önce doktoru tarafından doğum biçimi hakkında bilgilendirildiklerini ifade etmiştir (Tablo 16).

Araştırmaya alınanların 1185'i (% 47.2) sezaryen doğum yapmıştır. Sezaryen doğumların % 49.3'ü tıbbi endikasyon nedeniyle planlanan sezaryen, % 49.3'ü primer elektif sezaryendir; 11 olguda sezaryen nedeni anne tarafından bilinmediği için sınıflandırılmamıştır (Tablo 17).

Tablo 17. Sezaryen Doğumların Özellikleri

Sezaryen doğumların özellikleri	Sayı	%
Tıbbi endikasyon nedeniyle planlanan sezaryen	590	49.8
Primer elektif sezaryen	584	49.3
Nedeni anne tarafından bilinmeyen	11	0.9
Toplam	1185	100.0

Sezaryen nedenleri içinde ilk sırayı % 24.6 ile bir önceki doğumun sezaryen olması almaktadır. Sezaryen nedenleri Şekil 3'de gösterilmiştir. Şekilde diğer olarak belirtilen nedenler, annede boy kısalığı, miyom, bel fıtığı, Diabetes Mellitus, hemoroid, karaciğer hastalığı ve gastroenterit olmasını kapsamaktadır.



Şekil 3. Sezaryen Nedenleri

Tıbbi endikasyon nedeniyle planlanan sezaryen doğumlarda sezaryen endikasyonları Tablo 18’de verilmiştir. Tıbbi endikasyon nedeniyle planlanan sezaryen doğumların % 11.2’si anneye ait risk faktörleri, % 73.4’ü doğum eylemi ve doğum komplikasyonlarına bağlı, % 15.4’ü ise bebeğin doğum ağırlığı ve gebelik haftası durumu nedeniyle planlanmıştır. Sezaryen endikasyonları içinde birinci sırada doğum eylemine bağlı bozukluklar (% 32.7) yer alırken, ikinci sırada malpresentasyon (% 17.8), üçüncü sırada ise fetal distres (%12.0) yer almaktadır.

Tablo 18. Sezaryen Endikasyonları

Sezaryen endikasyonları	Sayı	%
Anneye ait tıbbi risk faktörleri	66	11.2
▪ Kronik hipertansiyon/gebeliğe bağlı hipertansiyon/ eklampsi	35	5.9
▪ Hidramnioz / oligohidramnioz	20	3.4
▪ Anemi	3	0.5
▪ Kalp hastalığı	3	0.5
▪ Böbrek hastalığı	3	0.5
▪ Hemoglobini	1	0.2
▪ Serviks yetersizliği	1	0.2
Doğum eylemi ve doğum komplikasyonları	433	73.4
▪ Doğum eylemine bağlı bozukluk	193	32.7
▪ Malpresentasyon	105	17.8
▪ Fetal distres	71	12.0
▪ Kordon sarkması	43	7.3
▪ Kanama	15	2.5
▪ Ablasyo plasenta/ Plasenta previa	6	1.0
Doğum ağırlığı ve gebelik haftası durumları	91	15.4
▪ Doğum ağırlığı < 2.500 g	13	2.2
▪ Doğum ağırlığı > 4.000 g	37	6.3
▪ Gebelik yaşı ≤37 hafta	22	3.7
▪ Gebelik yaşı ≥42 hafta	19	3.2
Toplam	590	100.0

Tablo 19'da primer elektif sezaryen nedenleri yer almaktadır. Elektif sezaryenlerin yaklaşık yarısının (% 49.8) nedeni bir önceki doğumun sezaryen olmasıdır. Bunu sırasıyla annenin isteği nedeniyle (% 17.3) ve bebeğin güvenliği için (%8.0) yapılan elektif sezaryenler izlemektedir.

Tablo 19. Primer Elektif Sezaryen Nedenleri

Elektif Sezaryen Nedenleri	Sayı	%
Bir önceki doğumun sezaryenle olması	291	49.8
Annenin isteği nedeniyle	101	17.3
Bebeğin güvenliği için	47	8.0
Tüp ligasyonu	41	7.0
Annede pelvisle ilgili sorunlar	29	5.0
Çoğul gebelik	28	4.8
Anne yaşının ileri olması	10	1.7
Annenin daha önce batin operasyonu geçirmesi	8	1.4
Daha önceki doğumun zor olması	7	1.2
Annenin boy kısalığı	4	0.7
Annede uterusu miyom	4	0.7
Annede bel fitiği	4	0.7
Annede Diabetes Mellitus	3	0.5
Annede hemoroid	3	0.5
Annede karaciğer hastalığı	2	0.3
Annede hipotansiyon	1	0.2
Annede gastroenterit	1	0.2
Toplam	584	100.0

Kurumlara göre sezaryen çeşitlerinin dağılımı incelendiğinde primer elektif sezaryen oranı en yüksek özel kurumlardır (% 70.8), bunu % 50.9 ile üniversite hastanesi izlemektedir (Tablo 20). Tıbbi endikasyon nedeniyle planlanan sezaryenler doğumlar, primer elektif sezaryen ile karşılaştırıldığında kurumlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($\chi^2 = 14.06$ $p < 0.05$).

Tablo 20. Kurumlara Göre Sezaryen doğumların Özellikleri

Doğumun yapıldığı kurum	Tıbbi endikasyon nedeniyle planlanan sezaryen		Primer elektif sezaryen		Toplam *	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Üniversite Hastanesi	28	49.1	29	50.9	57	100.0
Doğumevi	276	51.3	262	48.7	538	100.0
SSK hastanesi	265	52.3	242	47.7	507	100.0
Özel kurumlar	21	29.2	51	70.8	72	100.0
Toplam	590	50.3	584	49.7	1174	100.0
$\chi^2 = 14.06$ $p > 0.05$						

* nedeni anne tarafından bilinmeyen 11 sezaryen doğum dahil edilmemiştir

Tablo 21'de doktorun çalışma biçimi ile sezaryen doğumların özelliklerinin karşılaştırılmıştır. En yüksek elektif sezaryen oranları % 51.4 ile hem kamuda hem özelde çalışan doktorlara aittir.

Tablo 21. Doktorun Çalışma Özelliği ile Sezaryen Doğumların Özelliklerinin Karşılaştırılması

Doktorun çalışma özelliği	Tıbbi endikasyon nedeniyle planlanan sezaryen		Primer elektif sezaryen		Toplam *	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Sadece kamuda çalışıyor	27	61.4	17	38.6	44	100.0
Hem kamuda hem özelde çalışıyor	533	48.6	563	51.4	1096	100.0
Özelde çalışıyor	23	69.7	10	30.3	33	100.0
Toplam	583	49.7	590	50.3	1173	100.0
$\chi^2 = 8.17$ p < 0.05						

* nedeni anne tarafından bilinmeyen 11 sezaryen doğum dahil edilmemiştir

Normal doğum yapanların % 83.9'u bir sonraki doğum için tercihlerinin normal doğum olacağını, sezaryen doğum yapanların ise % 51.8'i tekrar sezaryen doğumu tercih edeceklerini belirtmişlerdir (Tablo 22).

Tablo 22. Araştırmaya Alınanların Bir Sonraki Doğum İçin Tercihleri

Bir sonraki doğum için tercihleri	Doğum biçimi				Toplam	
	Normal doğum		Sezaryen doğum		Sayı	%
	Sayı	%	Sayı	%		
Normal doğum	1113	83.9	571	48.2	1684	67.1
Sezaryen doğum	213	16.1	614	51.8	827	32.9
Toplam	1326	100.0	1185	100.0	2511	100.0
$\chi^2 = 362.11$ p < 0.001						

Tablo 23'de doğum biçimi ile doğum kilosu karşılaştırılmıştır. Bebeğin kilosu ile doğum biçimi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($\chi^2=0.67$, $p > 0.05$).

Tablo 23. Doğum Biçimi İle Bebeğin Doğum Kilosunun Karşılaştırılması

Bebeğin kilosu (gr)*	Normal doğum		Sezaryen doğum		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
<2500	122	53.5	106	46.5	228	100.0
2500-4000	1048	54.1	88	45.9	1936	100.0
> 4000	36	49.3	37	50.7	73	100.0
Toplam	1206	100.0	1031	100.0	2237	100.0
$\chi^2 = 0.67$ $p > 0.05$						

*274 bebeğin kilosu öğrenilememiştir

Tablo 24. Doğum Biçimine Göre Bebeğin İlk Anne Sütünü Aldığı Saat Ortalaması

Doğum biçimi	n	İlk anne sütü aldığı saat ortalaması
Normal doğum	1120	1.6 ± 2.2
Sezaryen doğum	689	6.8 ± 7.5
M-W U:89082.0 P< 0.001		

Doğum şekillerine göre annenin bebeği ilk anne sütünü verdiği saat arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (M-W U:89082.0, $P < 0.001$), sezaryen doğumlardan sonra anneler normal doğumlara göre daha geç anne sütüne başlamışlardır (Tablo 24).

Değişken	n	OR	%95 GA	p
Annenin yaşı				
≤ 35	2349	1.00		
> 35	162	1.51	1.08-2.11	<0.05
Annenin eğitimi				
≤ 8 yıl	1822	1.00		
> 8 yıl	689	1.87	1.53-2.30	<0.05
Annenin işi				
Ev hanımı	2137	1.00		
Çalışıyor	374	1.28	0.97-1.68	>0.05
Annenin sağlıkla ilgili sosyal güvencesi				
Yok	389	1.00		
Var	2122	0.65	0.51-0.82	>0.05
Aylık gelir(TL)				
≤ 1.000.000.000	2262	1.00		
>1.000.000.000	249	2.39	1.68-3.39	<0.05

Tablo 25'de doğum biçimi ile anneye ait bazı özelliklerin karşılaştırıldığı lojistik regresyon analizi verilmiştir. Bu modelde sezaryen doğum, 35 yaşın üzerindeki annelerde 1.51 kat, 8 yıl üzeri eğitim alanlarda 1.87 kat ve aylık geliri 1 milyanın üzerinde olanlarda 2.39 kat daha fazla görülmektedir. Annenin işi ve sağlıkla ilgili sosyal güvencesi ile doğum şekli arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır.

Bazı Değişkenlerin Karşılaştırılması

Değişken	n	OR	%95 GA	p
Doğum sayısı				
İlk doğum	1251	1.48		
>1	1260	1.00	1.22-1.81	<0.05
DÖB aldığı yer				
Özel hekim muayenehanesi	1800	1.23		
Kamu hastanesi, sağlık ocağı, AÇSAP	711	1.00	0.99-1.52	>0.05
DÖB sayısı				
< 5	1027	1.00		
≥ 5	1484	1.38	1.13-1.68	<0.05
Doğumu yaptıran hekimin özelliği				
Daha önce DÖB aldığı hekim	698	24.63		
DÖB aldığı hekim dışında hekim veya ebe	1813	1.00	18.10-33.51	<0.05

Annenin doğum sayısı, DÖB aldığı yer, DÖB sayısı ve doğumu yaptıran doktorun özelliğini ile doğum biçimi arasındaki ilişkinin incelendiği lojistik regresyon analizinde, doğumu yaptıran hekim, annenin daha önce DÖB aldığı hekimse sezaryen 24.63 kat artmaktadır. Annenin ilk doğumu olması 1.48 kat, DÖB sayısı 5 ve üzerindeyse 1.38 kat sezaryen doğumları arttırırken, DÖB alınan yerle doğum biçimi arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (Tablo 26).

Tablo 27. Hekim Tarafından Yaptırılan Doğumlarda Doğum Biçimi ile Bazı Değişkenlerin Karşılaştırılması

Değişken	n	OR	%95 GA	p
Hastanenin özelliği				
Kamu hastanesi	1214	1.00	1.02-4.02	<0.05
Özel hastane	83	2.03		
Hekimin çalışma özelliği				
Sadece kamuda	69	1.00	4.07-12.24	<0.05
Hem kamuda hem özelde veya sadece özel	1228	7.05		
Hekimin cinsiyeti				
Kadın	425	1.00	0.90-2.07	>0.05
Erkek	872	1.37		
Doğumun yapıldığı gün				
Hafta sonu	211	1.00	0.79-2.16	>0.05
Hafta içi	1086	1.31		
Doğumun yapıldığı saat				
Mesai saatleri dışında	470	1.00	1.15-2.57	<0.05
Mesai saatlerinde	827	1.72		

Tablo 27’de hekim tarafından yaptırılan doğumlarda, doğum biçimi ile bazı değişkenlerin karşılaştırıldığı lojistik regresyon analizi yer almaktadır. Sezaryen doğumlar, özel hastanelerde yapıldıysa 2.03 kat, doğum hem kamuda hem özelde veya sadece özel çalışan hekim tarafından yaptırıldıysa 7.05 kat, doğum mesai saatlerinde yapıldıysa 1.72 kat artmaktadır. Hekimin cinsiyeti ve doğumun hafta içi-hafta sonu yapılması ile doğum biçimi arasında, bu lojistik regresyon modelinde anlamlı ilişki saptanmamıştır.

TARTIŞMA VE SONUÇ

Sezaryen doğumlar, kaynakların sınırlı olduğu gelişmekte olan ülkelerde en sık yapılan cerrahi uygulamadır. Gelişmekte olan ülkelerdeki sezaryen operasyonu uygulamaları, gelişmiş ülkelerdeki uygulamalardan farklıdır. Gelişmiş ülkelerde sezaryen operasyonları daha az anne ölümleri ve uterus rüptürü insidansında azalmayla birlikteyken, gelişmekte olan ülkelerde anne ve bebek daha fazla risk altındadır, bunun yanında kısıtlı kaynaklara getirdiği maddi yük çok fazladır. Bunlara rağmen gelişmekte olan ülkelerde sezaryen oranları giderek artmaktadır (40). Artan sezaryen oranlarında hekimlerin tercihi, klinik uygulamalardaki değişiklikler, sigortanın rolü ve kadınların tercihleri rol oynamaktadır (91). Sezaryen doğumun bu belirleyicileri son derece karmaşıktır ve kadının yaşadığı yerin sosyal ve kültürel tutumları ve doğuma yardım edenin özellikleri gibi bir çok nedene bağlandığından, toplam sezaryen oranlarının yaygınlığı kadar, farklı endikasyonlar için oranlar ve annenin sosyoekonomik durumunun etkisi, uluslararası karşılaştırmalarda çok dikkat çekmektedir (42). Bu nedenle bu çalışmada Bursa il merkezindeki sezaryen oranları, endikasyonları ve doğum biçimi ile annenin bazı sosyo-kültürel özelliklerinin karşılaştırılması, annelerin doğumdan sonra hastanede kaldığı süre içinde verdiği cevaplarla incelenmeye çalışılmıştır.

Sezaryen doğum oranı

Bursa il merkezinde yaptığımız bu çalışmada sezaryen oranı % 47.2 olarak tahmin edilmiştir. Ülkemizde çeşitli zamanlarda farklı hastanelerde yapılan çalışmalarda sezaryen oranları % 10-30 arasında bulunmuştur (92-104). Hacettepe Üniversitesinde doğumdan sonra kadınlarla görüşülerek yapılan araştırmada sezaryen oranı % 52 (105), İzmir Narlıdere'de doğum kayıtları taranarak yapılan çalışmada ise % 40 (106) bulunmuştur. TNSA 2003 verilerine göre 1998-2003 yılları arasında sezaryen doğum oranı ülkemizde % 21.2, Bursa'nın da içinde bulunduğu Doğu Marmara

Bölgesi'nde ise % 22.3'dür. En yüksek sezaryen oranı % 39.7 ile Batı Marmara Bölgesi'ne aittir. Kentlerde sezaryen oranı (%25.6), kırsal kesimin (% 12.9) yaklaşık iki katıdır (107). Bu çalışmada bulunan Bursa il merkezinde sezaryen oranı, Türkiye ve Doğu Marmara Bölgesi değerlerinin iki katından fazladır. Bursa'daki bu yüksek sezaryen oranı, sezaryen oranlarını etkileyen sosyoekonomik etmenler, hastanelere ve hekime bağlı klinik dışı bazı özelliklerle aşağıda açıklanmaya çalışılmıştır.

Sezaryen oranlarını etkileyen bazı sosyoekonomik etmenler

Bu çalışmada sezaryen doğum oranını etkileyen sosyo-ekonomik etmenlerin başında annenin gelir düzeyi bulunmuştur (OR: 2.39 % 95 GA: 1.68-3.39). Annenin gelir düzeyi arttıkça sezaryen doğum oranının da arttığı birçok çalışmada ortaya konulmuştur (16,22,43,44). Ayrıca sezaryen oranlarının kişi başına düşen Gayri Safi Milli Hasıla (GSMH) ile bağlantılı olduğu ve zengin şehirlerde sezaryen oranlarının daha yüksek olduğu gösterilmiştir (6). Kişi Başına GSMH Türkiye ortalaması 1.837 milyon TL, Bursa ortalaması ise 2.155 milyon TL'dir (108). Bursa il merkezinde GSMH'nin ülke ortalamasından daha yüksek olması sezaryen oranını yüksek bulmamızın nedenlerinden biri olabilir.

Bu araştırmada annenin eğitimi arttıkça sezaryen doğum oranının yükseldiği ($\chi^2(\text{eğim})=112.59$ $p < 0.001$), 8 yılın üzerinde eğitim alanlarda sezaryen doğumun 1.87 kat arttığı (OR:1.87 % 95 GA: 1.53-2.30) bulunmuş olup, bu diğer çalışmaların sonuçlarıyla uyumludur. Eğitim arttıkça sezaryen oranının arttığı (22,43,45,107), 10 yılın üzerinde eğitim alanlarda sezaryen doğumun 3.4 kat fazla görüldüğü yapılan diğer çalışmalarda bildirilmiştir (3).

Sezaryen oranını etkileyen anneye ilgili etmenlerden biri de yaştır. Bu araştırmada 35 yaşın üzerindeki kadınlarda daha yüksek sezaryen oranı bulunmuştur. Diğer araştırmalarda da yaşın yükselmesiyle sezaryen oranlarında artma olduğu, özellikle 35 yaşın üzerinde 4.4 kata varan artışlar

olduğu saptanmıştır (3,12,21-23,46-55). Bu artış bazı yazarlarca ileri yaşlarda yardımcı üreme tekniklerinin kullanımına bağlanmıştır (48).

Annenin sahip olduğu özel sağlık sigortasının sezaryen doğum için risk faktörü olduğu, sezaryen oranlarında 2-2.5 kat artışa neden olduğu yapılan araştırmalarda gösterilmiştir (18,22,56,57). Bu çalışmada da bu bulgularla uyumlu olarak özel sigorta sahiplerinin % 88.3' ü sezaryen doğum yapmıştır.

Annenin ilk doğumunun olması sezaryen doğum olasılığını arttıran bir etmendir (OR:1.48 % 95 GA:1.22-1.81) ve bu risk pek çok çalışmada gösterilmiştir (3,21,22,46,49,58). Günümüzde aile yapısı giderek küçülmekte ve eşler en fazla iki çocuk yapmayı planlamaktadırlar. Bu nedenle özellikle tek çocuk sahibi olmak isteyen kadınlar, risklerini bilseler bile tek bir seferlik elektif sezaryeni kendileri için uygun bir seçenek olarak görmektedirler (11).

Sağlık hizmetine ve hekime ait özellikler

Sezaryen doğumları etkileyen sağlık hizmetine ait etmenlerden birisi DÖB sayısıdır. DÖB sayısının 5'in üzerinde olması sezaryen doğumları arttırmaktadır (OR:1.38 % 95 GA:1.13-1.68) ve DÖB sayısı yüksekliği ile sezaryen doğum ilişkisi diğer çalışmalarda da gösterilmiştir (22,58). DÖB sayısından çok daha anlamlı bir bulgu, doğumun daha önce DÖB tarafından alındığı doktor tarafından yaptırıldığında, sezaryen oranındaki artıştır (OR=24.63, % 95 GA=18.10-33.51). Bu veri sezaryen doğum oranındaki yüksekliğin anneyle ilgili etmenlerden daha çok hekimlerin tutumlarıyla ilgili olduğunu göstermektedir.

Bu çalışmada DÖB ile ilgili ilgi çeken bir bulgu da, DÖB alınan yerin ilk sırada % 71.7 ile özel hekim muayenehanesi olması, sağlık ocağı ve AÇSAP'lardan bakım alan sadece % 2.9'luk bir kesim olmasıdır. Günümüzde DÖB, 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirme Yasası'na göre

ücretsiz olarak sağlık ocaklarında çalışan ebeler tarafından ev ziyaretleri ile verilmesi gerektiği belirtildiği halde (110), birinci basamak sağlık hizmeti olmaktan çıkıp, hekimlerin özel muayenehanelerine taşınmıştır. Bu durum, hekimlerden özel muayenehanelerinde DÖB alan kadınların, bakım aldığı doktor tarafından doğurtulması ve sezaryen doğumlarda artma şeklinde bir zincirin başlangıcı olmaktadır. Bu zincirin kırılması için öncelikle DÖB hizmetlerinin yasalarda belirtildiği şekilde birinci basamak sağlık hizmetleri çerçevesinde yürütülmesi ve sadece riskli gebeliklerin ikinci basamağa sevk edilmesi gereklidir.

Doğumun kamu kurumunda veya özel kurumda yapılması, sezaryen doğum oranını etkileyen önemli bir etmendir, özel sektörde sezaryen oranı daha yüksektir (3,16,34,35,52,59-62,111). Bursa il merkezinde yapılan bu çalışmada özel kurumlarda sezaryen oranı % 86 gibi çok yüksek bir değerde bulunmuştur. Kamu ve özel sektör hastaları arasındaki sezaryen oranlarındaki farklılıklar, ekonomik kazanç ve cerrahi uygulama yapılması için doktorun teşvik edilmesi gibi tıbbi olmayan nedenleri işaret etmektedir (16).

Sezaryen doğum oranlarında, doğumu yapan hekimin bazı özelliklerinin de etkisi olmaktadır. Bu çalışmada hekimin çalışma özelliği ile sezaryen doğum oranı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($\chi^2 = 77.52$ p < 0.001) ve en düşük sezaryen oranı sadece kamuda çalışan hekimlere aittir. Hekimlerin kendi hesabına çalışmaları en büyük risk etmenidir (112) ve bu durum hekimlerin çıkarlarının sezaryen doğumların artışına yol açtığını düşündürmektedir.

Sezaryen doğum oranını etkileyen doktorlarla ilgili başka bir etmen de doktorun cinsiyeti olduğu yapılan çalışmalarla gösterilmiş (63,64) ve kadın doktorların daha düşük sezaryen oranına sahip olması, kadın vücudunu ve çocuk doğumunu daha iyi anlamaları, hastalarla iletişim kurabilmeleri ve doğum hakkında daha iyi eğitim verebilmeleriyle açıklanmaktadır (63). Bizim çalışmamızda erkek hekimler daha yüksek sezaryen oranına sahip

olmalarına rağmen lojistik regresyon modelinde doktorun cinsiyeti ile doğum biçimi arasında bir ilişki bulunamamıştır.

Bu araştırmada sezaryen doğumun mesai saatlerinde daha fazla yapıldığı bulunmuştur (OR:1.48 % 95 GA:1.22-1.81) . Yapılan çalışmalarda sezaryen doğumların gündüz mesai saatlerinde (22,65-67) ve pazar günleri dışında (22,65) daha fazla görüldüğü, hafta sonu ise özel kliniklerde sezaryen doğum oranında artış olduğu (54) bulunmuştur. Bizim çalışmamızda doğumun yapıldığı günle doğum şekli arasında anlamlı fark bulunmasına karşın ($\chi^2 = 37.71$ $p < 0.001$), çoklu analizlerde doğum şekliyle doğumun hafta içi ve hafta sonu yapılması arasında anlamlı fark bulunamamıştır. Gelirlerini arttırmak amacıyla özel sektörde çalışan obstetrisyenler, bir taraftan hastaların istekleri, diğer taraftan çalıştıkları kurumun beklentileriyle savaşılmaktadırlar. Sezaryen doğumlar, zamanın maksimum verimlilikte kullanımına izin vererek bu sorunların çözülmesine yardımcı olmaktadır (18). Bu nedenle obstetrisyenler hem gelirlerini arttırıcı hem de zamanlarının optimum kullanımını sağlayan sezaryen doğumun bu avantajlarından yararlanmaktadırlar.

Kuzey Karolayna'da 4 yıllık sezaryen doğum kayıtları incelendikten sonra, artan sezaryen oranlarının hastaların özelliklerinden çok hastanelerin ve hekimlerin uygulamalarına bağlı olduğu ortaya çıkmıştır (113). Sezaryen doğum oranını azaltmak için yapılan uygulamalarda hekimlerin katılımı tam olarak sağlanamadığında (114), sonuçların başarısız olduğu görülmüştür. Sezaryen doğum oranını düşürmek için en önemli rol hekimlere aittir. Bu nedenle tıbbi neden olmadan yapılan sezaryenler yerine, meslek etiğinin daha üstün olduğu sağlık hizmeti cesaretlendirilmelidir (18). Sezaryen doğumlar hem anne hem de bebek için risk taşıdığından, gereksiz yere yapılan sezaryenler etik olamayacağı açıktır. Pek çok doktor normal giden bir gebelikte hastaya eylem şansı vermemekte ve elektif sezaryen yapmaktadır. Onları buna iten en önemli sebep ekonomik çıkarlarının etik değerlerin üstüne çıkmasıdır. Bu nedenle burada yasal düzenlemelerden daha önemli

olan, hekimlerin mesleklerini uygularken etik değerleri göz önünde bulundurmalarıdır.

Ülkemizde giderek düşen hekim maaşları karşısında hekimler, gelirlerini arttırmak için bir anlamda özel muayenehane açmaya teşvik edilmektedirler. Ayrıca sağlık alanında özelleştirmeler sonucu büyüyen sağlık pazarı hekimleri özel sektör içine çekmektedir. Özel sektörde ilk amaç kar olduğu için daha maliyetli olan sezaryen doğum oranının yüksek olması kaçınılmazdır. Bunların yanında günümüzde kamu hastanelerinde uygulanan performans dayalı sistem de sezaryen oranının artmasının bir diğer nedeni olabilir. Bu sistemde hekimler kurumlarına kazandırdığı ölçüde kendileri de daha fazla kazanmaktadırlar. Sezaryen doğumlar normal doğumlarla kıyaslandığında hem hekim hem de kurum için daha kazançlı olduğu için hekimleri bu yönde karar vermeye teşvik etmektedir. Bu çalışmada hem kamuda hem de özel sektörde çalışan hekimlerde daha yüksek sezaryen oranları olması bunun göstergesidir. Hekimler özellikle kendi muayenehanelerinde DÖB verdikleri hastaları sezaryen doğum yönünde yönlendirebildiklerinden, bu çalışmadaki gibi DÖB aldığı doktor tarafından yaptırılan doğumlarda yüksek sezaryen oranı ortaya çıkmaktadır. Ülkemizin içinde bulunduğu bu sağlık sistemi ile ilgili düzenlemeler yapılmadığı ve hekimlerin daha etik çalışması sağlanmadığı sürece sezaryen oranındaki artış devam edecektir.

Kadınların doğum biçimlerine bakışları

Son yıllarda sezaryen doğumların artışında en çok suçlanan etmen, bu konudaki annelerin isteğidir. Yapılan araştırmalar, sezaryen doğum yapan kadınların % 72-77'sinin bir sonraki doğum için tercihlerinin normal doğum olduğunu göstermiştir (17,23,115). Bu çalışmada ise sezaryen doğum yapan kadınların % 48.2'si bir sonraki doğumda normal doğum istediklerini belirtmişlerdir. Ülkemizde sezaryen sonrası normal doğumun yaygın olmayışı

nedeniyle, sezaryen doğum yapan kadınlar tekrar normal doğum yapamayacaklarını düşünerek böyle bir cevap vermiş olabilirler.

Bu çalışmada sezaryen doğumların 98'i (%8.3) sadece anne isteğiyle, 199'u (% 16.8) anne ve doktorun birlikte kararıyla olmuştur. Sezaryen doğum talebinde ilk sırayı % 42.4 ile bebeğin güvenliği almaktadır. Bunu ağrı korkusu ve tüp ligasyonu izlemektedir. Diğer çalışmalarda bebeğin güvenliği (75) ve daha kolay iyileşme (16) ilk sırada yer almaktadır. Normal doğumu tercih edenlerin büyük kısmı (% 75.4) doğumun doğal haliyle seyretmesi için bu tip doğumu tercih etmiştir, bu yapılan diğer araştırmaların sonuçlarıyla uyumludur (75,116). Anneler maalesef bebeklerde RDS, prematürelilik, kazayla laserasyon gibi sezaryenin getirdiği fiziksel sonuçlar hakkında bilgi sahibi olmadıkları için bebeğin güvenliği için sezaryen doğumun daha uygun olduğunu düşünmektedirler. Bu nedenle bu konuda öncelikle sağlık personelinden başlayarak tüm toplumun bilinçlendirilmesi gerekmektedir.

Sadece annenin isteği nedeniyle yapılan elektif sezaryen oranı % 8.3'dür. İtalya'da yapılan bir çalışmada sezaryenlerin % 9'unun annenin isteğine bağlı gerçekleştiği (117), İsveç'de annelerin % 8.2'sinin (118) Güney Kore'de % 5'inin (29) sezaryen doğum istedikleri bulunmuştur. Bu veriler bize elektif sezaryenlerde annenin isteğinden daha çok hekimin tercihinin ön planda olduğunu göstermektedir. Annelerin bu isteğinde en büyük etken elektif sezaryen doğumun riskleri ve normal doğumun yararları arasındaki dengeye karşılık, yayınlarda genellikle sezaryen doğumların faydalarının bildirilmesidir (76). Bu nedenle anneler doğumdan önce sezaryen doğumun riskleri hakkında yeterince bilgilendirilmelidir.

Aslında kadınların sezaryen doğumları tercihinin arkasında sosyoekonomik eşitsizliklerin stimüle ettiği yetersiz kalitede bakım bulunmaktadır. Bunun için gereksiz sezaryen doğumların azaltılmasında biyolojik riskleri ilaveten, ekonomik eşitsizlik, bakımın kalitesi ve sezaryen

oranlarının sosyal bileşenleri birlikte incelenmelidir. Başlangıç olarak da sosyoekonomik eşitsizliklerin sezaryen oranlarını arttırdığı görülmelidir (43).

Ülkemizde günümüzde hala annelerin yaklaşık beşte biri DÖB almamakta ve bu DÖB almayanların yarısı doğumunu evde yapmaktadır (107). Bunun nedeni, sağlık alanındaki özelleştirme politikaları ve birinci basamak sağlık sisteminin fonksiyonlarını tam olarak yerine getirememesi sonucu kişilerin bu hizmetlere ulaşamamasıdır. Bu hizmetler, sadece satın alabilecek gücü olanlara değil, ücretsiz olarak herkese, her yere ve hakkaniyet ölçülerinde götürülmelidir.

Sezaryen endikasyonları

Bu araştırmada, sezaryen nedenleri içinde birinci sırada % 24.6 ile daha önce geçirilmiş sezaryenler yer almaktadır. Araştırmaya alınanlardan sadece bir tanesi Sezaryen Sonrası Vajinal Doğum (SSVD) yapmıştır. SSVD tüm dünyada giderek artmakta ve ülkemizde de başarılı sonuçlar bulunmaktadır. SSVD başarısı uygun hasta seçimine göre % 40-95 arasında değişmektedir (119-123). Ülkemizde de uygun gebelerin % 73.1'ine SSVD yaptırılmıştır (124). SSVD, tekrarlayan sezaryen doğumlara güvenli bir alternatif olarak sunulmaktadır (125). Birden fazla çocuk isteyen bir kadında, primer elektif sezaryen planlamadan önce kadının reproduktif yaşamı tamamıyla değerlendirilmelidir. Komplikasyonsuz bir normal doğumdan sonra, ikinci doğumda komplikasyonsuz bir normal doğum, daima hızlı bir şekilde sonlanır. Fakat aynı şeyler sezaryen doğum için söylenemez. Ardı ardına yapılan sezaryenler birçok gebelik komplikasyonu (plesanta previa, plesanta accreata, uterus rüptrü) ve operatif komplikasyonlar (kanama, infeksiyon, pelvik organ hasarı)da artışla birlikte. Bu komplikasyonlar kadının gelecekteki hayatını etkileyebileceği için elektif sezaryen kararını vermek çok zordur. Çünkü sezaryen doğumlar düşük, ektopik gebelik ve düşük kilolu bebek riskini arttırmaktadır. Bunların yanında normal doğum küçük bir bütçeyle gerçekleşirken sezaryen doğumun mali yükü çok fazladır

(126). SSVD'de uterus rüptürü büyük risk olarak gösterilse de yapılan çalışmalarda bu riskin % 1'in altında olduğu bulunmuştur. 20.000 doğumun incelendiği çok merkezli bir çalışmada uterus rüptürüne bağlı anne ölümü sadece evde doğum yapan bir vakada görülmüştür (127). Zimbabwe'de sezaryen sonrası normal doğum uygulamalarında anne ölümlerine hiç rastlanmamıştır (121). Bu nedenle normal doğum hastanede doğum yapan kadınların güvenle tercih edebileceği bir seçenektir.

Tüm sezaryen doğumlar içinde elektif sezaryen oranı % 49.3 bulunmuştur. Elektif sezaryenler Kolombiya'da % 81.2'leri bulurken (66), ABD'de % 44 (14), Güney Afrika'da % 33, (126), Avustralya'da % 27 (70), Hindistan'da % 17.9 (32), Singapur'da % 4 (30)'dür. Asya toplumlarında daha düşük olması kültürel ve etnik değerlere bağlanmıştır (30). Bursa il merkezinde elektif sezaryenler % 49.3 gibi yüksek bir değerde iken, Norveç'de yaşayan Türklerde elektif sezaryen oranı % 12.6 (27) bulunmuştur. Bu nedenle elektif sezaryenlerdeki bu yüksekliğin, toplumun kültürel değerlerinden çok, verilen hizmetin ve bu hizmeti sağlayanların özelliklerinden kaynaklandığını düşündürmektedir.

Tıbbi nedenlerle planlanan sezaryenlerde en fazla görülen endikasyon % 32.7 ile doğum eylemine bağlı bozukluk olup, bunu malpresentasyon ve fetal stress izlemektedir. Çin'de yapılan bir çalışmada en sık endikasyon bu çalışmadaki gibi doğum eylemine bağlı bozukluktur (31). Fakat çalışmaların çoğunda ilk sırada malpresentasyon yer almaktadır (20,21,32,129)

Tüm dünyada sezaryen oranlarını azaltmak için sezaryen endikasyonları yeniden gözden geçirilmektedir. Ekvator'da sezaryen oranını düşürmek için, zorunlu sezaryenler hariç, tüm sezaryen adaylarına ikinci bir şans verilmesi için bir politika uygulanmaya başlanmıştır. Daha önceki sezaryenler ve makad gelişinde normal doğum yapılmasına izin verilmiş, 5-16 ay sonra sezaryen oranında % 4.5'lük düşüş sağlanmıştır ve ilk altı ay için 22.630 \$ kurtarılmıştır. Anne ölümü veya uterus rüptürü gibi

komplikasyon olmamıştır (130). Amerika'daki bir çalışmada da distosi ve tekrarlayan sezaryenler için sezaryen doğum oranı azaltıldığında tüm sezaryenlerin 1/3 oranında azalarak, sezaryen oranının % 7'ye indiği görülmüştür (131). Bu uygulamalar Latin Amerika'da da denenmiş, fakat başarılı olunmamıştır. Çünkü hekimlerin sezaryen endikasyonlarına bakış açısında güçlü bir değişiklik olmamıştır (114). Bu sonuçlar bize sezaryen oranının düşürülmesi için yapılacak girişimlerde en etkin rolün hekimlere ait olduğunu göstermektedir.

Anne sütü

Sezaryen doğumun risklerinden biri de bebeğin anne sütü almaya başlama süresinin daha uzun olmasıdır. Bu çalışmada da sezaryen doğumların anne sütüne yaklaşık 5 saat daha geç başladıkları gösterilmiş, ayrıca anneyle görüşüldüğü zamana kadar % 58.1'inin emzirmeye başlamadıkları saptanmıştır. Anne sütü halk sağlığı açısından önemli bir role sahiptir ve koruyucu hekimliğin en doğal ve en iyi biçimi olarak tanımlanmaktadır (132). Anne sütünün tıbbi faydalarının yanında anne ve bebek ilişkisi yönünden psikososyal olumlu etkileri de bulunmaktadır (81). DSÖ doğumdan sonraki ilk 15 dakikada emzirilmesini önermekte, fakat bölgesel farklılıklar olabileceğinden hedefin ilk yarım saat olduğunu belirtmiştir. Avustralya'da bir hastane yapılan çalışmada sezaryen doğum yapanların anlamlı olarak daha geç anne sütü vermeye başladıkları (133), Hong -Kong'da da sezaryen doğumlarda anne sütüne başlama oranının daha düşük olduğu gösterilmiştir (132).

Sonuç ve Öneriler

Bu çalışmada bulunan sezaryen oranı DSÖ' nün önerdiği % 15'in çok üzerindedir. Tüm dünyada sezaryen doğum oranlarını düşürmek için çeşitli politikalar denenmektedir. Bu politikalar, sezaryenden sonra normal doğum için denemelerinin uygunluğu ve güvenliğinin ortaya konulması, halk

sağlığının rolünün artırılması, kalitenin geliştirilmesi ve hastaların seçimi ile ilgili düzenlemelerdir (134). Halk sağlığının ilerletilmesi, ortak çalışmaların cesaretlendirilmesi ve halkın katılımının sağlanmasına katkıda bulunan hizmetlerde ve normal doğumun vurgulanmasında, birinci basamak sağlık hizmetlerinin sorumlulukları anahtar rol oynamalıdır (1). Doğum öncesi ve doğum sonrası bakım hizmetleri, birinci basamak sağlık kuruluşlarında, temel sağlık hizmetlerinin bir parçası olarak verilmelidir. Bu hizmetler toplumun her kesimine eşit olarak ulaştırılmalı, doğum biçimi hakkında kadınlar eğitilmeli ve bilinçlendirilmeli, toplumun katılımı sağlanmalıdır.

Ülkemizde sezaryen doğumları azaltmak üreme sağlığının öncelikli hedeflerinden biri olmalıdır. Çünkü sezaryen doğumlar anne ve bebeğin sağlığı için risk taşımalarının yanında bizim gibi sınırlı kaynakları olan gelişmekte olan ülkelerde büyük bir ekonomik yük getirmektedir. Öncelikli olarak kadınların, sağlık personelinin ve toplumun doğum biçimleri, özellikle de sezaryen doğumun riskleri açısından bilgilendirilmesi gerekmektedir. Sezaryen sonrası normal doğum için anneler ve hekimler cesaretlendirilmelidir. Bunlara rağmen, sezaryen doğumların artışında en büyük sorumluluk hekimlere ait olduğu için, onların bu tavırları arkasındaki nedenler ve onlara buna iten gerçek sorunlar çözülmeden sezaryen oranının azaltılması zor gözükmemektedir.

Ülkemizde sağlıklı ilgili kayıtların yetersizliği nedeniyle sezaryen doğum oranı hakkında kesin veriler bulunmamaktadır. Bu nedenle sezaryen doğumların oranının yanında, doğum biçimlerinin sosyoekonomik durum ve hizmeti veren kurum ve hekimlerin özelliğine göre dağılımını inceleyen, sezaryen doğumun kısa ve uzun süreli anne ve bebek sağlığına etkilerine yönelik, kapsamlı araştırmalar planlanmalıdır.

EK 1. ANKET FORMU

BURSA İL MERKEZİNDEKİ HASTANELERDE DOĞUM YAPAN KADINLARDA SEZARYEN DOĞUM ORANLARI VE BUNU ETKİLEYEN BAZI ETMENLERİN İNCELENMESİ

1. Hastanenin adı:.....
2. Annenin adı soyadı:.....
3. Annenin tlf no:.....
4. Doğumun olduğu tarih: / /2004
5. Doğumun günü:.....
6. Doğumun saati:.....
7. Annenin yaşı:.....
8. Annenin oturduğu yer
 1. Bursa merkez
 2. Bursa:ilçeler ve köyler
 3. Bursa dışı
9. Annenin öğrenimi
 1. Okur- yazar değil
 2. Okur- yazar
 3. İlkokul mezunu
 4. Ortaokul mezunu
 5. Lise mezunu
 6. 2 yıllık yüksekokul mezunu
 7. Üniversite mezunu
10. Annenin işi:.....
11. Annenin sosyal güvencesi
 1. Herhangi bir sosyal güvencesi yok
 2. SSK
 3. Emekli sandığı
 4. Devlet memuru
 5. Bağ-Kur
 6. Yeşil kart
 7. Özel sigorta
 8. Diğer
12. Ailenin toplam aylık geliri:.....
13. Annenin toplam gebelik sayısı:.....
14. Annenin toplam doğum sayısı ve biçimi
 1. Normal doğum:.....
 2. Sezaryen:.....
15. Annenin bir önceki doğumunun biçimi
 1. Bu ilk doğumu
 2. Normal doğum
 3. Sezaryen

16. Annenin gebelik süresince antenatal bakım alma durumu
1. Antenatal bakım almamış (18. soruya geçiniz)
 2. Özel hekimden antenatal bakım almış
 3. Kamu kuruluşunda hekimden antenatal bakım almış
 4. Ebeden antenatal bakım almış
 5. AÇSAP'dan antenatal bakım almış
 6. Sağlık ocağından antenatal bakım almış
 7. Diğer.....
17. Annenin aldığı antenatal bakım sayısı:.....
18. Doğum gebeliğinizin kaçınıcı haftasında gerçekleşti?.....
19. Doğum şekli
1. Normal vajinal doğum
 2. Vakum, forseps ile
 3. Sezaryen
20. Doğum kim tarafından yaptırıldı?
1. Daha önce antenatal bakım aldığı doktor tarafından
 2. Farklı doktor tarafından aynı kurumda
 3. Farklı kurumda doktor tarafından
 4. Ebe tarafından (23.soruya geçiniz)
21. Doğumu yaptıran doktorun özelliği
1. Sadece kamuda çalışıyor
 2. Hem kamuda hem özel (hastane, poliklinik, muayenehane) çalışıyor
 - 3.Özelde çalışıyor
22. Doğumu yaptıran doktorun cinsiyeti
1. Kadın
 2. Erkek
23. Doğum şekline ne zaman karar verildi?
1. Gebeliğin haftası
 2. Doğum sırasında
24. Doğum şekline kim karar verdi?
1. Kendim
 2. Doktorum (26. soruya geçiniz)
 3. Doktorumla birlikte karar verdik
 4. Diğer.....
25. Bu tip doğumu tercih etmenizın sebebi
1. Bebeğin güvenliği için
 2. Ağrı korkusu
 3. Daha kolay iyileşme
 4. Doğumun doğal haliyle seyretmesi için
 5. Diğer kişilerin önerisi (Eş, Anne, Arkadaş)
 6. Diğer:.....
26. Normal doğum ve sezaryen hakkında doğumdan önce doktorunuz tarafından bilgilendirildiniz mi?
1. Evet
 2. Hayır

27. Sezaryenle doğum yaptıysanız nedeni:

1. Bir önceki doğumun sezaryenle olması
2. Annede hipertansiyon
3. Annede şeker hastalığı
4. Annede kalp hastalığı
5. Annede Rh uyumsuzluğu
6. Bebeğin yerleşim anomalileri
7. Plesanta yerleşim anomalileri
8. Kanama
9. Gebelik haftasının küçük olması
10. Gebelik haftasının büyük olması
11. İri bebek
12. Düşük doğum ağırlıklı bebek
13. Çoğul gebelik
14. Doğum eylemine bağlı bozukluklar
15. Diğer.....

28. Tekrar doğum yaparsanız yine aynı yöntemi tercih eder misiniz?

1. Evet
2. Hayır

29. Doğum sonrası komplikasyon gelişti mi?

1. Hayır
2. Evet:.....

30. Bebeğin sağlık durumu

1. Bebeğin sağlık durumu iyi
2. Bebeğin sağlık durumu yapılan müdahaleden sonra iyi
3. Bebeğin sağlık sorunu var:.....

31. Bebeğin kilosu.....

32. Bebek doğumdan sonra anne sütü aldı mı?

1. Almadı
2. Doğumdan..... saat sonra aldı

33. Bebeğinizi doğumdan kaç saat sonra gördünüz?.....

34. Hastanede doğumda ve doğum sonrasındaki bakımdan memnun musunuz?

1. Evet
2. Hayır

35. Doğum için bu sağlık kurumunda yapılan toplam harcama:

1. Cepten:..... TL
2. Sosyal güvence kurumu tarafından karşılanan:..... TL

KAYNAKLAR

1. Johanson R, Newburn M, Macfarlane A. Has the medicalisation of childbirth gone too far?. *BMJ* 2002;324:892-895
2. Duarte G, Coltro PS, Bedone RV, Nogueira AA, Gelonezzi GM, Franco LJ. Trends in the modes of delivery and their impact on perinatal mortality rates. *Revista de Saúde Pública* 2004;38:379-384
3. Sreevidya S, Sathiyasekaran BW. High caesarean rates in Madras (India): a population-based cross sectional study. *BJOG* 2003;110:106-111
4. Petrou S, Henderson J, Glazener C. Economic aspects of cesarean section and alternative modes of delivery, *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2001;15: 145-163
5. Walker R, Turnbull D, Wilkinson C. Strategies to Address Global Cesarean Section Rates: A Review of the Evidence. *Birth* 2002;29:28-39
6. Belizán JM, Althabe F, Barros S, Alexander S. Rates and implications of cesarean section in Latin America: ecological study. *BMJ* 1999;319:1397-1402
7. Robson MS. Can we reduce the caesarean section rate, *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2001; 15:179-194
8. Leung G M, Lam T, Thach TQ, Wan S, Ho L: Rates of cesarean births in Hong Kong:1987-1999. *Birth*.2001 (28):166-172
9. Gabbe S G, Nibyl J R, Simpson J L. *Obstetrics: Normal and problem pregnancies*.2002. United States of America. Chapter 18. Cesarean delivery:539-606
10. Cunningham FG, MacDonald PC, Gant NF ve ark. *Williams Obstetrics 20th Edition*.1997 United States of America,22:509-531
11. Penna L, Arulkumaran S: Cesarean section for non-medical reasons. *Int J Gynaecol Obstet* 2003;82:399-409
12. Koroukian SM, Trisel B, Rimm AA. Estimating the Proportion of Unnecessary Cesarean Sections in Ohio Using Birth Certificate Data. *J Clin Epidemiol* 1998;51:1327-1334

13. Koroukian SM, Trisel B, Rimm AA. Declining Trends in Cesarean Deliveries, Ohio 1989-1996: An Analysis by Indications. *Birth* 2000;27:12-18
14. Kabir AA, Steinmann W C, Myers L, Khan M M, Herrera E A, Yu S, Jooma N: Unnecessary cesarean delivery in Louisiana: An analysis of birth certificate date. *Am J Obstet Gynecol* 2004;190:0-19
15. Flamm BL. Cesarean Section: A Worldwide epidemic?. *Birth* 2000;27: 139-140
16. Potter JE, Berquó E, Perpétuo IH, Leal OF, Hopkins K, Souza MR, Formiga MC. Unwanted cesarean sections among public and private patients in Brazil: prospective study. *BMJ* 2001;323:1155-1158
17. Hopkins K. Are Brazilian women really choosing to deliver by cesarean?. *Soc Sci Med* 2000;51:725-740
18. Murray SF. Relation between private health insurance and high rates of cesarean section in Chile: qualitative and quantitative study. *BMJ* 2000;321:1501-1505
19. Wilkes PT, Wolf DM, Kronbach DW, Kunze M, Gibbs RS. Risk factors for Cesarean Delivery at Presentation of Nulliparous Patient in Labor. *Obstet Gynecol* 2003;102:1352-1357
20. Curtin SC, Kozak LJ, Gregory KD. U.S. Cesarean and VBAC Rates Stalled in the Mid-1990s. *Birth* 2000;27:54-57
21. Joseph KS, Young DC, Dodds L, O'Connell CM, Allen VM, Chandra S, Allen AC. Changes in Maternal Characteristics and Obstetric Practice and Recent Increases in Primary Cesarean Delivery. *Obstet Gynecol* 2003;102:791-800
22. 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* 1999;28:687-694
23. Donati S, Grandolfo M E, Andreozzi S: Do Italian mothers prefer cesarean delivery?. *Birth* 2003;20:89-93
24. Shorten A, Chamberlain M, Shorten B, Karaminia A. Making choices for childbirth: development and testing of a decision-aid for women who have experienced previous cesarean. *Patient Educ Couns.* 2004;52:307-313

25. Kolås T, Hofoss D, Daltveit AK, Nilsen ST, Henriksen T, Häger R, Ingemarsson I, Øian P. Indications for cesarean deliveries in Norway. *Am J Obstet Gynecol* 2003;188:864-870
26. Häger RME, Daltveit AK, Hofoss D, Nilsen ST, Kolaas T, Øian P, Henriksen T. Complications of cesarean deliveries: Rates and risk factors *Am J Obst Gynecol* 2004,190; 428-434
27. Vangen S, Stoltenberg C, Skrondal A, Magnus P, Stray-Pedersen B. Cesarean section among immigrant in Norway. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2000;79:553-558
28. DeMott RK, Sandmire HF. The risks of Lowering the Cesarean-Delivery Rate. *N Engl J Med* 1999;341:53-55
29. Lee SI, Khang YH, Lee MS. Women's attitudes toward mode of delivery in South Korea- whith high cesarean section rates. *Birth* 2004;31:108-116
30. Chong ES, Mongelli M. Attitudes of Singapore women toward cesarean and vaginal deliveries. *Int J Gynaecol Obstet* 2003;80:189-194
31. Wu W. Cesarean Delivery in Shantou, China: A Retrospective Analysys of 1922 Women. *Birth* 2000;27:86-90
32. Kambo I, Bedi N, Dhillon BS, Saxena NC: A critical appraisal of cesarean section rates at teaching hospitals in India. *Int J Gynaecol Obstet* 2002.(79):151-158
33. www.emro.who.int/rhrn/part2.htm. Making Pregnancy Safer Statistics in EMR
34. Khawaja M, Jurdi R, Kabakian-Khaaasholian T. Rising Trends in Cesarean Section Rates in Egypt. *Birth* 2004;31:1216
35. Roberts CL, Tracy S, Peat B. Rates for obstetric intervention among private and public patient in Australia: population based descriptive study. *BMJ* 2000;321:137-141
36. Dumont A, de Bernis L, Bouvier-Colle MH, Bréart G. Cesarean section rate for maternal indication in sub-Saharan Africa: a systematic review. *Lancet* 2001;358:1328-1333
37. Fenton PM, Whitty CJ, Reynolds F. Cesarean section in Malawi: prospective study of early maternal and perinatal mortality. *BMJ* 2003;327:587-590
38. UNICEF, WHO, UNFPA: Guidelines for monitoring the availability and use of obstetric services, 1997, New York, USA

39. Chalmers B. WHO appropriate technology for birth revisited. *Br J Obstet Gynaecol.* 1992;99:709-10.
40. Kwawukume EY. Cesarean section in developing countries, *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*, 2001;15:165-178
41. Gould JB, Danielsen B, Korst LM, Phibbs R, Chance K, Main E, Wirtschaffer DD, Stevenson DK. Cesarean delivery rates and neonatal morbidity in a low-risk population. *Obstet Gynecol* 2004;104:11-19
42. Penn Z, Ghaem-Maghami S. Indications of cesarean section, *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2001;15:1-5
43. Béhague DP, Victora CG, Barros FC. Consumer demand for caesarean sections in Brazil: population based birth cohort study linking ethnographic and epidemiological methods. *BMJ* 2002;324:942-945
44. Barros FC, Vaughan FP, Victora CG, Huttly SRA. Epidemic of caesarean sections in Brazil. *Lancet* 1991;338:167-9
45. Cnattingius R, Cnattingius S, Notzon FC. Obstacles to reducing cesarean rates in a low-cesarean setting: the effect of maternal age, height, and weight. *Obstet Gynecol* 1998;92:501-506.
46. Gareena IF, Morgensternb H, Greenlandb S, Giffordd DS. Explaining the association of maternal age with Cesarean delivery for nulliparous and parous women. *J Clin Epidemiol* 2003;56:1100-1110
47. Ecker JL, Chen KT, Cohen AP, Riley LE, Lieberman ES. Increased risk of cesarean delivery with advancing maternal age: Indications and associated factors in nulliparous women. *Am J Obstet Gynecol* 2001;185:883-887
48. Kozinsky Z, Orvos H, Zoboki T, Katona M, Wayda K, Pal A, Kovács L. Risk factors for cesarean section of primiparous women aged over 35 years. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2002;81:313-316
49. Qublan H, Alghoweri A, Al-Taani M, Abu-Khait, Abu-Salem A, Merhej A. Cesarean section rate: The effect of age and parity. *J Obstet Gynecol Res* 2002;28:22-25
50. Cnattingius R, Cnattingius S, Notzon FC. Obstacles to Reducing Cesarean Rates in Low-Cesarean Setting: The Effect of Maternal Age, Height, and Weight. *Obstet Gynecol* 1998;92:501-506
51. Peipert JF, Brachen MB. Maternal age: an independent risk factor for cesarean delivery. *Obstet Gynecol* 1993;81:200-205

52. Padmadas SS, Kumar S. S, Nair SB, Kumari K.R. A. Cesarean section delivery in Kerala, India: evidence from a National Family Health Survey. *Soc Sci Med* 2000;51:511-521
53. Braveman P, Egarter S, Edmonston F, Verdob M. Racial/ethnic differences in the likelihood of cesarean delivery, California. *Public Health* 1995;85:625-630
54. Lo JC: Patients' attitudes vs. physicians determination: implication for cesarean sections. *Soc Sci Med* 2003;57:91-96
55. Linton A, Peterson MR, Williams TV. Effects of Maternal Characteristics on Cesarean Delivery Rates among U.S. Department of Defense Healthcare Beneficiaries, 1996-2002. *Birth* 2004;31:3-11
56. Tsai YW, Hu TW. National health insurance, physician financial incentives, and primary cesarean deliveries in Taiwan. *Am J Public Health*. 2002;92:1514-1517
57. Haas JS, Udvarhelyi S, Epstein AM. The effect of health coverage uninsured pregnant women on maternal health and the use of cesarean section. *JAMA* 1993;270:61-64
58. Schiff M, Rogers C. Factors Predicting Cesarean Delivery for American Indian Women in New Mexico. *Birth* 1999;26:226-231
59. Lin H, Xirasagar S. Institutional Factors in Cesarean Delivery Rates: Policy and Research Implications. *Obstet Gynecol* 2004;103:128-136
60. Gonzalez-Perez GJ, Vega-Lopez MG, Cabrera-Pivaral C, Munoz A, Valle A. Caesarean sections in Mexico: are there too many? *Health Policy Plan* 2001;16:62-7
61. Brugha R, Pritze-Aliassime S. Promoting safe motherhood through the private sector in low- and middle-income countries. *Bull World Health Organ* 2003 (81):616-623
62. Fabri RH, Murta EFC. Socioeconomic factors and cesarean section rates. *Int J Gynaecol Obstet* 2002;76:87-88
63. Mitler LK, Rizzo JA, Horwitz SM. Physician gender and cesarean sections. *J Clin Epidemiol* 2000;53:1030-1035
64. Tussing AD, Wojtowycz MA. The effect of physician characteristics on clinical behavior: cesarean section in New York State. *Soc Sci Med*. 1993;37:1251-60

65. Zennetta G, Tampieri A, Currado I, Regalia A, Nespoli A, Fei F, Colombo C, Bottino S. Changes in Cesarean Delivery in an Italian University Hospital, 1982-1996: A comparison with the National Trend. *Birth* 1999;26:144-148
66. Gómez OL, Carrasquilla G. Factors associated with unjustified Cesarean section in four hospitals in Cali, Colombia. *Int J Qual Health Care* 1999;11:385-389
67. Burns LR, Geller SE, Wholey DR. The effect of physician factors on the cesarean section decision. *Med Care*. 1995;33:365-82
68. Young D. Whither cesareans in the new millenium?. *Birth* 1999;26:67-70
69. Paterson-Brown S. Should doctors perform an elective caesarean section on request? Yes, as long as the woman is fully informed. *BMJ* 1998 (317):462-463
70. Schindl M, Birner P, Reingrabner M, Joura EA, Husslein P, Langer M. Elective cesarean section vs. Spontaneous delivery: a comparative study of birth experience. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2003;82:834-840
71. Bergholt T, Østberg B, Legarth J, Weber T. Danish obstetricians' personal preference and general attitude to elective cesarean section on maternal request: A nation-wide postal survey. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2004;83:262-266
72. Cotzias C S, Paterson-Brown S, Fisk NM. Obstetricians say yes to maternal request for elective cesarean section: a survey of current opinion. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2001;97:15-16
73. Gonen R, Tamir A, Degani S. Obstetricians' opinions regarding patient choice in cesarean delivery. *Obstet Gynecol* 2002;99:577-580
74. Gamble JA, Creedy KD. Women's Request for a Cesarean Section: A Critique of the Literature. *Birth* 2000;27:256-263
75. Gamble JA, Creedy KD. Women's Preference for a Cesarean Section: A. Incidence and Associated Factors. *Birth* 2001;28:101-110
76. Wagner M, Choosing caesarean section. *Lancet* 2000, 356;1677-1680
77. Jackson N, Paterson-Brown S. Physical sequelae of caesarean section. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2001,15:49-61

maternal and neonatal morbidity associated with operative delivery in second stage of labour: a cohort study. *Lancet* 2001;358:1203-1207

79. Ozumba BC, Anya SE, Maternal deaths associated with cesarean section in Enugu, Nigeria. *Int J Gynaecol Obstet* 2002;76:307-309
80. Young D. Confrontation in Kansas City: Elective Cesareans and Maternal Choice. *Birth* 2000;27:153-155
81. Minkoff H, Powderly KR, Chernevach F, McCullough. Ethical Dimensions of Elective Primary Cesarean Delivery, (American College of and) *Obstet Gynecol* 2004;103:387-392
82. Henderson J, McCandlish R, Kumiega L, Petrou S. Systematic review of economic aspects of alternative modes of delivery. *BJOG* 2001;108:149-157
83. Grobman WA, Peaceman AM, Socol ML. Cost-effectiveness of elective cesarean delivery after one prior low transverse cesarean. *Obstet Gynecol* 2000;95:745-751
84. Chung A, Macario A, El-Sayed YY, Riley ET, Duncan ML, Druzin ML. Cost-effectiveness of labor after previous cesarean. *Obstet Gynecol* 2001;97:932-941
85. ACOG Committee Opinion no.289. Surgery and Patient Choice: The Ethics of Decision Making. *Obstet Gynecol* 2003;102:1101-1106
86. Coulson CC, Cain JM. Medical/legal/ethical aspects of cesarean section. *Current Obstetrics & Gynecology* 1999;9:53-54
87. Koç İ. Increased Cesarean section rates in Turkey. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 2003;8:1-10
88. Akın A. Türkiye’de Ana Sağlığı, Aile Planlaması Hizmetleri ve İsteyerek Düşükler, 1998-Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması İleri Analiz Sonuçları Ankara 2002;3:247-267
89. www.bsm.gov.tr/docs/bsm2003.zip
90. Bursa Sağlık Müdürlüğü kayıtları, Ekim 2004
91. Porter M, Bhattacharya S. Preventing unnecessary caesarean sections: marginal benefit of a second opinion. *Lancet* 2004;363:1921-1922

92. Ayhan A, Yüce K, Kisnisci HA. Analysis of 20,291 deliveries in a "Turkish" institution. *Int J Gynaecol Obstet* 1989;29:131-134
93. Eğilmez M. İstanbul Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalında Sectio Caesarea Abdominalis Oran ve Endikasyonlarındaki Değişmeler. T.C. Yükseköğretim Kurulu Dokümantasyon Merkezi, Uzmanlık Tezi, İstanbul 1996
94. Aygen EM, Başbuğ M. Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalında 1985-1996 Yıllarındaki Sezaryen Oranları. *Erciyes Tıp Dergisi* 1996;18:175-179
95. Aksu MF, Madazlı R, Öz U, Çepni İ, Ocak V. Cerrahpaşa Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniğinin 1986-1995 Arasındaki Sezaryen Oranları ve Endikasyonlarının Dağılımı. *Cerrahpaşa Tıp Dergisi* 1997;28:43-48
96. Aksu MF, Madazlı R, Oz U, Cepni I, Ocak V. Cesarean section rates and indications of Cerrahpasa Medical Faculty Department of Obstetrics and Gynecology during 1986 and 1995. *Cerrahpasa J Med* 1997;28: 43-47
97. Dayan A. 3. Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniğinde Sezaryen İnsidansı ve Endikasyonlarının Değerlendirilmesi. T.C. Yükseköğretim Kurulu Dokümantasyon Merkezi, Uzmanlık Tezi, İstanbul 1999
98. Erkaya S, Kutlar İ, Kara F, Uygur D. Yükselen Sezaryen Oranlarımızın Nedenleri (1983-1996). *Klinik Bilimler & DOKTOR* 1999 ;5:674-679
99. Özdemir A, Şehirali S, Arıöz D, Özdemir M, Derin G. SSK Ege Doğumevi'nde Son Altı Yıldaki Doğum Biçimlerinin Dağılımı (76597Olgu). *Klinik Bilimler & Doktor* 1999;5:410-412
100. Üner A, Özçörekçi O, Ergınbaş M, Kallı E, Semiz M, Aliosmanoğlu A. Kliniğimizde Son 10 Yıldaki Sezaryen ve Sezaryen Histerektomi Vakalarının Değerlendirilmesi. *Haseki Tıp Bülteni* 1999;37:23-26
101. Bayhan G, Yalınkaya A, Yayla M, Yalınkaya Ö, Erden AC. Kliniğimizde 1995-1999 Yılları Arasında Sezaryenlerin ve Sezaryen Esnasında Yapılan Diğer Operasyonların Değerlendirilmesi. *Klinik Bilimler & Doktor* 2000;6:249-251
102. Çiçek N, Çelik Ç, Köşüş N, Görkemli H, Acar A, Akyürek C. Sezaryen oranlarımız nereye gidiyor?. *S.Ü. Tıp Fak Derg* 2001;17:117-122

103. Göçmen A, Özer N, Göçmen M. Kayseri Doğumevinde 4 Yıllık Sürede Yapılan Sezaryenlerin Değerlendirilmesi. MN Klinik Bilimler & Doktor 2003;9:351-354
104. Çalışkan E, Öztürk N, Aykan B, Yalvaç S, Dilbaz B, Haberal A. Üçüncü Basamak Bir Sağlık Merkezinde 47145 Doğumun Analizi: Epidemiyolojik Bakış. MN-Gynecology Obstetrics & Reproductive Medicine 2003;9:88-91
105. Tatar M, Günalp S, Sonumoğlu S, Demiro A: Women's perceptions of caesarean section: reflections from a Turkish teaching hospital. Social Science & Medicine 2000;50:1227-1233
106. Kayser Konakçı S, Kılıç B. Narlidere Eğitim ve Araştırma Bölgesi'nde 2002 Yılında Gerçekleşen Doğumlarda Sezaryen Doğum Sıklığı ve Etki Eden Etmenler. 8. Halk Sağlığı Günleri 23-24 Haziran 2003 Sivas Halk Sağlığı ve Sosyal Bilimler Bildiri Özetleri Sivas, 2003.
107. www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2003/analizrapor.htm
108. www.dpt.gov.tr/bgyu/ipg/marmara/bursaper.pdf
109. Jurdi R, Khawaja M. Cesarean section rates in the Arab region: a cross-national study. Health Policy and Planning 2004;19:101-110
110. Dirican R, Bilgel N. Halk Sağlığı (Toplum Hekimliği). Uludağ Üniversitesi Basımevi,1993.
111. Mishra U, Ramanathan M. Delivery-related complications and determinants of cesarean section rates in India. Health Policy and Planning 2002;17:90-98
112. Goyert GL, Bottoms SF, Treadwell MC, Nehra PC. The physician factor in cesarean birth rates. The New England Journal of Medicine 1989;320:706-709
113. Bailit JL, Love TE, Mercer B. Rising cesarean rates: Are patients sicker?. Am J Obstet Gynecol 2004;191:800-803
114. Althabe F, Belizán JM, Villar J, Alexander S, Bergel E ve ark. Mandatory second opinion to reduce rates of unnecessary caesarean sections in Latin America: a cluster randomized controlled trial. Lancet 2004;363:1934-1940
115. Osis MJD, Pádua KS, Duarte GA, Souza TR, Faúndes A. The opinion of Brazilian women regarding labor and cesarean section. Int J Gynaecol Obstet 2001;75:S59-S56

116. Lee S, Khang Y, Lee M. Women's Attitudes Toward Mode of Delivery in South Korea-a Society with High Cesarean Section Rates. *Birth* 2004;31:108-116
117. Tranquilli AL, Giannubilo SR. Cesarean delivery on maternal request in Italy. *Int J Gynaecol Obstet* 2004;84:169-170
118. Hildingsson I, Rådestad I, Rubertsson C, Waldenström U. Few women wish to be delivered by cesarean section. *BJOG* 2002;109:618-623
119. Cameron CA, Roberts CL, Peat B. Predictors of labor and vaginal birth after cesarean section. *Int J Gynaecol Obstet* 2004;85:267-269
120. Avery MD, Carr CA, Burkhardt P. Vaginal Birth After Cesarean Section: A Pilot Study of Outcomes in Women Receiving Midwifery Care. *J Midwifery Women's Health* 2004;49:113-117
121. Thistle PJ, Chamberlain JA. Vaginal birth after cesarean section in a rural African setting. *Int J Gynaecol Obstet* 2002;77:31-32
122. George A, Arasi KV, Mathai M. Is vaginal birth after cesarean delivery a safe option in India?. *Int J Gynaecol Obstet* 2004;85:42-43
123. Hashima JN, Eden KB, Osterweil P, Nygren P, Guise J. Predicting vaginal birth after cesarean delivery: A review of prognostic factors and screening tools. *Am J Obstet Gynecol* 2004;190:547-555
124. Acar A, Çelik Ç, Albeni H, Çapar M, Akyürek C. Daha Önceki Gebeliğinde Sezaryen Geçirenlerde Normal Doğum Sonuçlarımız. *Klinik Bilimler & Doktor* 2000;6:1-3
125. Melnikow J, Romana P, Gilbert WM, Schembri M, Keyzer J, Kravitz RL. Vaginal birth after cesarean in California. *Obstet Gynecol* 2001;98:421-426
126. Ecker JL. Once a pregnancy, always a cesarean? Rationale and feasibility of a randomized controlled trial. *Am J Obstet Gynecol* 2004;190:314-318
127. Flamm BL. Vaginal birth after cesarean (VBAC). *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2001;15:81-92
128. Lawrie TA, Jager M, Hofmeyr GJ. High cesarean section rates for pregnant medical practitioners in South Africa. *Int J Gynaecol Obstet* 2001;72:71-73

129. Gregory KD, Korst LM, Gornbein JA, Platt LD. Using Administrative Data to Identify Indications for Elective Primary Cesarean Delivery. *Health Serv Res* 2002;37:1387-1401
130. Sloan NL, Pinto E, Calle A, Langer A, Winikoff B, Fassihian G. Reduction of the cesarean delivery rate in Ecuador. *Int J Gynaecol Obstet* 2000;69:229-236
131. Leeman L, Leeman R. A Native American Community with a 7 % Cesarean Delivery Rate: Does Case Mix, Ethnicity, or Labor Management Explain the Low Rate?. *Annals of Family Medicine* 2003;1:36-43
132. Leung GM, Ho L, Lam T. Breastfeeding Rates in Hong-Kong: A Comparison of the 1987 and 1997 Birth Cohorts. *Birth* 2002;29:162-168
133. Rowe-Murray HJ, Fisher JRW. Baby Friendly Hospital Practices: Cesarean Section is a Persistent Barrier to Early Initiation of Breastfeeding. *Birth* 2002;29:124-131
134. Kirby R S. Cesarean Delivery: Improving on Nature?, *Birth* 1999; 26:259-262

TEŞEKKÜR

Bu tezde katkılarından dolayı baŐta tez danıŐmanım Doç Dr Kayıhan Pala'ya ve Uludağ Üniversitesi Tıp Fakóltesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı öğretim üyelerine teşekkür ederim.

ÖZGEÇMİŞ

1971 yılında Eskişehir'de doğdum. İlkokul, ortaokul ve liseyi Aydın'da tamamladıktan sonra, 1996 yılında Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden mezun oldum. 1997'de sırasıyla Adıyaman Gerger Sağlık Merkezi ve Adıyaman Devlet Hastanesi'nde bir yıl çalıştım. 2000 yılına kadar İzmir'de çeşitli özel polikliniklerde çalıştıktan sonra, 13.11.2000'de Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı'nda araştırma görevlisi olarak göreve başladım.