



TC
MARMARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**İSTANBUL'DA ÇALIŞAN KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM
UZMANLARININ DOĞUM ŞEKLİ İLE İLGİLİ GÖRÜŞ VE
ÖNERİLERİ**

GÜLNIHAL BÜLBÜL
YÜKSEK LİSANS TEZİ

HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

DANIŞMAN
Prof. Dr. Şanda Çalı

İSTANBUL-2012

TEZ ONAYI

Kurum : Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Programın seviyesi : Yüksek Lisans
Anabilim Dalı : Halk Sağlığı
Tez Sahibi : Gülnihal Bülbül
Tez Başlığı : İstanbul'da Çalışan Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanlarının Doğum Şekli ile İlgili Görüş ve Önerileri
Sınav Yeri : Halk Sağlığı Anabilim Dalı
Sınav Tarihi : 26 Eylül 2012

Tez tarafımızdan okunmuş, kapsam ve kalite yönünden Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Danışman (Unvan, Adı, Soyadı)	Kurumu	İmza
Prof. Dr. Şanda Çalı	Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü	
Sınav Jüri Üyeleri (Unvan, Adı, Soyadı)		
Doç. Dr. İnci User	Marmara Üniversitesi Fen Edebiyat Fakültesi Sosyoloji Bölümü	
Prof. Dr. Ayşe Durakbaşı	Marmara Üniversitesi Fen Edebiyat Fakültesi Sosyoloji Bölümü	

Yukarıdaki jüri kararı Enstitü Yönetim Kurulu'nun 15/11/2012 tarih ve 31.. sayılı kararı ile onaylanmıştır.



Prof. Dr. Feyza ARICIOĞLU
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

BEYAN FORMU

Bu tezin kendi çalışmam olduğunu, planlanmasından yazımına kadar hiçbir aşamasında etik dışı davranışımın olmadığını, tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları kaynaklar listesine aldığımı, tez çalışması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

Tarih : 10.10.2012

Ad : Gülnihal Bülbül

İmza :



TEŞEKKÜR

Yaklaşık yirmi yıldır Kadın hastalıkları ve Doğum uzmanı olarak hem özel hem de devlet kurumlarında çalıştım. Mesleki hayatımda özellikle son yıllarda karşılaştığım çalışma koşullarının zorluklarının yanısıra mesleki pratiğim sırasında çok sayıda sezaryen ile doğum yaptırmak doktor olarak kendimi sorgulamama yol açtı. Bu arayışlar doğrultusunda kadın bedeni ve doğum hakkındaki okumalarım ve bu alanda yeniliklere ilişkin aldığım eğitimler beni yeni bir bakış açısına yöneltti ve normal doğumun kadının güçlenmesi açısından desteklenmesi gerektiğine inandım. Bu konuyu yalnızca tıbbi yönüyle değil toplumsal boyutuyla da araştırmak için Halk Sağlığı alanında yüksek lisans yapmaya karar verdim. Sağlık Bakanlığının sezaryen artışına karşı oluşturduğu politikalarda sorumluluğu tümüyle doktorlara yükleyen tutumuna karşında, mesleğin içinden biri olarak doktorların yaşadığı baskı ve 'sıkışmışlığı' ifade etmek istedim. Bu nedenle araştırmamı doğrudan uzman doktorlarla yürüttüm.

Öncelikle yüksek lisans süresince bilgilerinden yararlandığım Marmara Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı'ndaki tüm öğretim üyelerine verdikleri eğitim ile kazandığım bilimsel, geniş toplumsal bakış açısı için teşekkür ederim. Bu kazanım benim mesleğimde önemli bir farklılık yaratmıştır.

Çalışmam sırasında bana katkıda bulunan başta tez danışmanım Prof. Dr. Şanda Çalı olmak üzere sağlık sosyolojisi alanında çalışmalar yürüten Marmara Üniversitesi Sosyoloji bölümünden Prof. Dr. İnci User'e teşekkür ederim.

Çalışmaya katılan, bireysel ve grup görüşmelerinde yer alan tüm meslektaşlarıma yoğun çalışma programları arasında zaman ayırıp görüşlerini içtenlikle belirttikleri için teşekkür ederim.

Halk Sağlığı alanında çalışmalarıyla bilimsel kariyerlerinde saygın bir yer edinmiş olan ve yüksek lisansa yönelmemde etkili olan sevgili arkadaşlarım Prof. Dr. Selma Karabey ve Doç. Dr. Özlem Sarıkaya'yı anmadan geçemeyeceğim.

Yakın arkadaşım olan, tez çalışmalarım sırasında desteklerini esirgemeyen Prof. Dr. Ayşe Durakbaşa'nın katkıları içinde teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

Beyan	i
Teşekkür	ii
İçindekiler	iii
Özet	iv
Summary	v
1. Giriş ve Amaç	1
2. Genel Bilgiler	5
3. Gereç ve Yöntem	16
4. Bulgular	18
5. Tartışma	54
6. Sonuç	64
7. Kaynaklar	67
Ekler	75
Özgeçmiş	77

ÖZET

Son yıllarda sezaryen oranları giderek artmış, doğum şekli vajinal doğumdan sezaryen doğumuna dönmüştür. Kadınlar bedenlerinin doğal yetisiyle yapabildikleri doğumu medikal alanda hastanede, kadın hastalıkları ve doğum uzmanının (KHD uzmanı) kontrolünde gerçekleştirmektedir.

Amacımız KHD uzmanlarının doğuma bakış açısını, sezaryen oranının artış nedenlerine ilişkin görüşlerini ve önerilerini değerlendirmektir.

Araştırma niteliklidir. İstanbul'daki iki büyük doğum evinde iki odak grup görüşmesi ve farklı hastanelerde çalışan farklı özelliklere sahip 31 uzmanla derinlemesine görüşme yapılmıştır. Veriler Atlas.ti programı ile analiz edilmiş; uzmanların doğuma bakış açısı, doğumu nasıl algıladığı, nasıl tanımladığı değerlendirilmiştir.

Doğumun riskli bir olay olduğu algısı ve hastanede yapılması gerektiği görüşü, KHD uzmanları arasında yaygın görüş olarak ortaya çıkmıştır. Tıbbi teknolojinin gelişimiyle beraber sezaryenin kolay olarak algılanan bir operasyon olduğu belirtilmiştir. Kadınlarda doğurganlık yaşının yükselmesi, obezitenin artışı gibi modern hayatın kadın bedenindeki yansımaları, sezaryen artışının nedenleri arasında sayılmıştır. En temel bulgumuz uzmanların yaşadığı mediko legal baskıların ve olumsuz çalışma koşullarının doğumda defansif yaklaşımı güçlendirdiği ve sezaryen artışına neden olduğuna dair bulgudur. Türkiye'de giderek artan hekime yönelik şiddet ve prestij kaybının da etkisiyle hekimlerin maddi ve manevi tatmin olmadan, düşük motivasyonla çalıştıkları değerlendirilmiştir. Önlem olarak her şeyden önce hekimlerin yaşadığı mediko legal baskıların azaltılması yolunda hukuksal düzenlemelerin yapılması ve çalışma koşullarının iyileştirilmesi, ebelerin aktif çalışması, kadınların temel ihtiyaçlarını karşılayacak şekilde doğumhanelerin daha iyi koşullarda düzenlenmesi gerektiği belirlenmiştir. Değişim için KHD uzmanlarına sadece sorumluluk yükleyerek yüksek beklentiyle yaklaşmanın doğru olmadığı vurgulanmış ve sorumlu tutulurken yetki verilmesi ve maddi koşulların iyileştirilmesi önerilmiştir.

Anahtar kelimeler: Sezaryen oranında artış, doğumun medikalizasyonu, ebeler, mediko legal baskı, isteğe bağlı sezaryen

OBSTETRICS and GYNAECOLOGY SPECIALISTS' VIEWS and SUGGESTIONS ABOUT TYPES OF BIRTH DELIVERY IN ISTANBUL

SUMMARY

The caesarean delivery rates are increasing worldwide. In some countries including Turkey, the ratio is nearly 2:1. The delivery method has rapidly shifted towards caesarean from vaginal. Women able to deliver on her own, have been delivering in a medical setting under the guidance of a gynaecology and obstetrics (ObGyn) specialist. In this study we evaluated the ObGyn specialists' point of view on caesarean deliveries, and their ideas on the subject. In the study, 2 focus groups of ObGyn specialists working in Istanbul's largest maternity hospitals and 31 in-depth interviews with specialists in private practice were conducted. The data were analyzed by Atlas.ti programme

It was seen that delivery was regarded as being full of risks and should be undertaken in the hospital. It was concluded that the developments in medical practice and technologies led to the perception of caesarean delivery was easily performed. Other factors like the maternal age and the rising trend in obesity were cited. The main finding is that the medico-legal issues the practitioners had to face and the circumstances they had to work was seen to make their decision towards caesarean deliveries easier. The violence towards doctors coupled with the loss of prestige lead to dissatisfaction both financially and psychologically.

We concluded that the top priority is to introduce new legal improvements to decrease the doctors' medico-legal pressures, to improve their working environment, to get more and better work from the midwives and to better delivery rooms according to the patients' basic needs. If a change is wanted, it is not possible by putting the doctors in full responsibility without giving them any power.

Key words: Increase in caesarean section rate, medicalization of childbirth, midwives, medico-legal pressure, caesarean section on demand

1. GİRİŞ ve AMAÇ

1.1 Giriş

Tıp pratiğinde doğumdan kadınların fizyolojisi ve biyolojisinin evrensel bir boyutu olarak söz edilirken sosyal bilimlere göre doğum, sadece basit bir biyolojik olayın ötesinde, tüm kültürlerde sosyal olarak şekillenen, tanımlanan bir olay olmuştur. Doğum son yüzyılda, kontrol amacıyla evlerden hastanelere taşınarak tıbbın alanı haline gelmiştir. Hastalığın tedavisinin aile içinde, evde, içten ve sevgi dolu, doğal olana saygılı olarak gerçekleştiğini ve doktorun yaklaşımının da bu anlayış doğrultusunda farklı olduğunu, özerkliği önemseydiğini söyleyen Foucault'un bakış açısıyla doğumun da kendine özgün fizyolojisini korumak düşüncesiyle evde gerçekleşmesinin doğumda medikalizasyonu azaltacağı düşünülmüştür (1). Ancak doğumun tıbbi bakımdan uzak, yardımsız, kendi haline bırakılmayacak bir doğal olay olduğu bilimsel verilerle desteklenmiştir. Bir çalışmada, ABD'de dindar bir yerli grup doğumu, geçmiş yüzyıllarda olduğu gibi evlerde, tıbbi yardımdan uzak gerçekleştirmiş ve anne ölümleri 100 kat daha fazla bulunmuştur (2). DSÖ'nün tahminlerine göre doğumların yaklaşık % 15'inde hızlı ve acil tıbbi yardım gereksinimi doğmuştur (3). Ancak medikal yaklaşımın egemen olduğu, doktorun merkezde olduğu hastane doğumları da sorgulanmıştır. Doğuma bugün Feminist eleştiriyle bakan Jane Clare Jones medikalize doğumun kadının rahmine duyulan imrenmenin (womb envy) doğurtma arzusuna (obstetric desire) dönüştüğünü ve medikalize doğumun eril bir dili olduğunu öne sürer. Obsterik bakış bu anlamda doğuma özel bir deneyim olarak değil de bedensel bir acı çekme, patolojik bir durum olarak algılar; bu da doğuma tıbbi müdahalenin gerekliliğini meşrulaştırır. Tıbbi uygulamalar kadının doğurma eylemindeki kapasitesine el koyar. Feminist yazarlardan Young ise, "geçerli olan sağlık paradigmasında, değişmeyen erkek bedeni model alınır ve buna göre tıp bilimi kadın bedenindeki değişimleri bedensel aksama ve kesinti olarak algılar ve tedavi eder" diye benzer bir görüşü savunmaktadır (4).

Sadece dekoratif bir değişikliğin ötesinde kadınların otonomisinin (özerkliğin) önem kazandığı, ebelerin doğumu üstlendiği, kadına duygusal desteğin verildiği, mahremiyet gibi temel ihtiyaçlarının karşılandığı, farklı alternatiflerin sunulduğu hastanede ev doğumu anlayışı batı ülkelerinde yaygınlaşmaktadır (5). Doğum sırasında hemşire veya ebe gibi bir hastane personeliyle veya doğum destekçisi bir kadınla (kişisel ilişkisinin olmadığı doğum konusunda eğitimli kadın –doula/doğum koçu) ya da kadının tercih ettiği bir yakının (kocasının, arkadaşının, annesinin) sürekli desteğinin operatif doğum oranını azalttığı bildirilmiştir (6). Günümüz Türkiye’inde TNSA -2008 (Türkiye nüfus ve sağlık araştırmaları) verilerine göre doğumların büyük çoğunluğunun, sağlık politikaları doğrultusunda hastanelerde ve doktorların sorumluluğunda gerçekleştirilmiş olduğu <http://www.hips.hacettepe.edu.tr/demog.shtml> adresinden ulaşılabılır, Erişim tarihi 22.05.2012. Sağlık Bakanlığı geçen yıl yayımladığı bir genelgede doğumun ‘mutlaka ve mutlaka’ hastanelerde olması gerektiğini vurgulamıştır, bu genelgeye <http://www.sb.gov.tr/TR/belge/1-339/yonergeler>. adresinden ulaşılabılır, Erişim tarihi: 28.03.2012. TNSA-2008 verilerine göre doğumların % 90’ının hastanelerde yapıldığı, daha önceki verilere göre özel hastane doğumlarının hızla artış gösterdiği anlaşılmıştır. Türkiye’de doğumun artan medikalizasyonu konusunu araştıran Cindoğlu makalesinde kadınların, devlet hastanelerinde doğum süreçlerini olumsuz olarak deneyimlediklerini, alternatif olarak özel hastane dışında bir seçenek olmadığını tespit ederek, kadın bedeni üzerindeki geleneksel ataerkil denetimin devamı olarak gördüğü modern denetimin doğumun medikalizasyonundaki hızlanmayı kolaylaştırdığını vurgulamıştır(7).

Sağlıkta özelleşmenin, doğumun özel hastaneye taşınmasının sezaryen oranlarında artışa neden olabileceği sorgulanmıştır. Türkiye benzeri özellikler gösteren(sezaryen oranları yüksek, sağlıkta özelleşmeye doğru değişim gösteren ülkeler) , Güney Amerika’da, 8 ülkeyi kapsayan geniş bir araştırmanın sonunda özel hastanelerin sezaryen oranları benzer nedenlerle bariz olarak yüksek bulunmuştur (8). Sezaryen artışından bahsederken sağlık politikalarının yansımaları önemli bulunmuştur.

Tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de artan malpraktis davaları Kadın Doğumcular üzerinde büyük bir baskı oluşturmuş, defansif uygulamalara yöneltmiş ve sezaryen oranlarını artırmıştır. Bu konuyla ilgili dünyada sayısız çalışma bulunmuştur (9,10).

Artan sezaryen oranlarıyla beraber anne bebek mortalite ve morbiditesinde önemli bir iyileşme olmadığı gibi operasyona bağlı komplikasyonlar, iç organ yaralanmaları, daha sonraki gebelik ve doğum yaşamında olumsuz etkileri önemle üzerinde durulması gereken konular olmuştur (11-13). Türkiye’de de sezaryen oranları tüm dünyada olduğu gibi son yıllarda hızlı artış göstermiştir. TNSA bulgularına göre sezaryen oranları 1998’den (% 13,9), 2008’e doğru büyük bir artış göstermiştir(%36,7). Verilere göre 2008 yılı için İstanbul’da % 49,1 olarak bildirilmiş. İstanbul tüm iller arasında en yüksek sezaryen oranlarına sahip illerden olup 2010 verilerine göre il içinde % 54,4 olduğu http://www.istanbulsaglik.gov.tr/w/anasayfalinkler/resim_2010/pano/sezaryen_dogum_neden.jpg. adresindeki bilgiler den elde edilmiştir, Erişim tarihi: 12.06.2012

Bu verilere göre doğumların yaklaşık yarısı sezaryen ile olmuştur. Ebeler doğumdaki etkinliğini giderek kaybetmiş, yardımcı sağlık personeli olarak katılım sağlamaya başlamışlardır. TNSA- 2008 verilerine göre ebeler İstanbul’da % 7 oranında doğumu üstlenmişler. Bu şekilde gelişen doğum ortamında, ebelerin aktif sorumluluk paylarının azalmasıyla doktorların yükü artmıştır. Dünya geneline bakıldığında normal doğum oranlarının yüksek olduğu, anne ve bebek mortalite ve morbiditesinin de en düşük seviyelerde olduğu Kanada, İngiltere, ve İskandinav ülkelerinde ebelerin tek başına doğumu üstlenme oranlarının oldukça yüksek olması kayda değer olarak bulunmuştur (14). Gebelik ve doğumun hayatın doğal bir parçası olup, normal bir fizyoloji olarak algılanmasının doğumda ebelerin rolüyle bağlantılı olduğu savunulmuştur. Örneğin İngiltere’de ki 2004 verilerine göre sezaryen oranları % 21 olarak bildirilirken, doğumların çoğunlukla ebelerin üstlenmiş olduğuna <http://www.rcog.org.uk/news/national-sentinel-caesarean-section-audit> published adresinden erişilebilir, Erişim tarihi 15.04.2012

Giderek artan sezaryen oranlarından bahsederken akla gelen nedenler arasında kadınların sezaryen tercihi sorgulanmış, Türkiye’de kadınların sezaryen tercihi konusunda yeterli araştırmaların yapılmamış olduğu tespit edilmiştir. Dünyada

yapılan çalışmalarında çok tartışmalı olduğu, gerçekten kadınlar sezaryen mi istiyor yoksa doktorlarıyla ortak bir yol mu belirleniyor ya da doktorlar mı kadınları sezaryene yönlendiriyor tartışmaları değerlendirilmiştir (15).

Tüm dünyada, özellikle gelişmekte olan ülkelerde sezaryen oranlarının hızla artış gösteriyor olması bu artışın sadece bir meslek grubuna, doktorlara bağlı değil, küresel ölçekte sağlıkta ve yaşam alanlarında değişen başka parametrelere bağlı olduğu tezini desteklemiştir. Ancak doğumu bizzat üstlenen ve birinci elden sorumlu tutulan Kadın Doğum uzmanlarının bakış açısı, önerileri oldukça önemli bulunmuştur.

1.2.Amaç

Bu çalışmanın amacı KHD uzmanlarının doğuma bakış açılarını, doğuma ilişkin algılarını sorgulamak, son yıllarda giderek artan sezaryen oranlarının nedenleri hakkında görüşlerini almak, doğumun gerçekleştiği mekanlarda, hastanelerde yaşanan sorunları konuşmak, önerilerini değerlendirmektir.

Araştırmacı sağlık sistemindeki değişimlerle beraber doğumun giderek daha fazla medikalize edilmesini bir sorun olarak belirlemiş ve bu konuda en fazla sorumlu tutulan KHD uzmanlarının yaşadıklarının ışığında, doğuma yeniden bakarak çözümler önermek ihtiyacı hissetmiştir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Temel Kavramlar

2.1.1 Doğum

Göbek kordonunun kesilmesinden veya plasentanın ayrılmasından bağımsız olarak, fetusun anneden tamamen çıkmasına veya çıkarılmasına denir. CDC (Center for Disease Control) doğum ağırlığına bakılmaksızın fetal solunumun olması, herhangi bir fetal canlılık belirtisi veya göbek kordonunun pulsasyo'nun varlığında doğumu canlı doğum olarak tanımlar. Bu tanımlara <http://www.cdc.gov/nchswww/about/major/fetaldth/abfetal.htm> adresinden ulaşılabilir, Erişim tarihi 23.07.2012

Doğum eylemi :Travay: Fransızca "çalışmak" anlamına gelen "travailler" fiilinin birinci ve ikinci tekil şahıs çekim ekleriyle oluşan kelime. Labor: İngilizce kelime anlamı çalışmak anlamına gelir. Doğumun başlamasından bitimine kadar olan süreç.

İnsanda, fetusun doğum kanalında ilerlemesi, uterus kontraksiyonlarıyla beraber çok enerji gerektirir, bu nedenle batı dillerinde bu süreç için çalışma, emek ve çaba anlamına gelen travay-labor ifadesi kullanılır(16,17).

Doğum, ardışık uterus kontraksiyonlarının servikte silinme ve dilatasyon sağlaması ve istemli şekilde ıkınarak gebelik ürünlerinin vajenden dışarı atılmasıdır. Travay /labor ve doğum, çoğu kadının herhangi bir komplikasyon olmaksızın yaşadıkları normal fizyolojik bir süreçtir(16).

Normal doğumun özellikleri:

Normal doğum, çalışma kolaylığı açısından üç evreye bölünen devamlı bir süreçtir. Birinci evre, latent ve aktif olmak üzere iki fazda değerlendirilir. Doğumun birinci evresi doğumun başlangıcı ile servikal açıklığın tam olduğu dönemdir. Doğumun 2 Evresi bebeğin doğumu, 3. Evre ise plasenta ve eklerinin çıkarılmasıdır. Doğumun 1. Evresinde geçen süre primiparlarda (ilk doğum) 6-18 saat arasında bildirilirken, multiparlarda (birden fazla doğum)2-10 saat arasında bildirilmiştir. İkinci evre primiparlarda 30 dk ile 3 saat arasında, multiparlarda 5-30 dakika arasında seyredir.

Her ikisi için 3. Evre 0-30 dakika sürer. Bu veriler rehber olarak son derece faydalı olsalar da kesin ölçüt olarak kullanılmamalıdır (16,17).

Partogram: Daha önceden hazırlanmış, üzerine doğumun seyrinin işaretlendiği kâğıt grafik. Çok değişik partogramlar tarif edilmiş en son 1992 de Dünya sağlık örgütü (DSÖ) geliştirmekte olan ülkelerde anne ve bebek mortalite ve morbiditesini azaltacağı düşüncesiyle bir partogram geliştirmiştir. Buna göre doğum eyleminde latent faz 8 saati aşmamalıdır ve 3 cm dilatasyonla başlayan aktif fazda gelişme hızı 1cm/saat altına düşmemeli diye tanımlanmıştır (17).

Ancak partogram uygulamasının gereksiz müdahale oranını artıracığı, aynı zamanda ebelerin ve doktorların otonomisini azaltacağı, bireye özgün doğum anlayışı yerine katı bir bakış açısı kazandıracığı üzerinde durulan konular olmuştur (18). Ülkemizde sağlık bakanlığı 2011 yılında bir genelgeyle doğumlarda partogram kullanılmasını bildirmiştir.

Elektronik Fetal Monitorizasyon (EFM): Sıklıkla Nonstress Test (NST) olarak adlandırılır. Fetusun kalp atımlarındaki değişiklik, uterus kasılmaları ile birlikte kaydedilir. Aralarındaki ilişki değerlendirilir. Fetal iyilik hakkında bilgi verir. Amaç fetus'un hipoksi bulgularını tespit etmek, doğum hakkında karar vermektir. Literatürde sürekli monitorizasyonun gereksiz müdahale olasılığını artırdığı bildirilmiştir (19).

Epizyotomi: Doğumun 2. Evresinde bebeğin vajinadan çıkışı sırasında vajinal çıkımın yırtılmaması amacıyla genişletilmesi için yapılan cerrahi insizyon. Bebeğin çıkımı sırasında oluşabilecek dış genital organ hasarı 4 derece üzerinden tanımlanır. Epizyotominin rutin olarak yapılması tartışmalıdır (20).

Anne Dostu Hastane: Bebek dostu hastane kavramından yola çıkılarak doğumun doğal seyrine saygılı, kadının merkezde olduğu, otonomi(özerklik) kazandığı bir anlayışla doğum yapılan merkezlerin 10 adımda yeniden düzenlenmesi esasına dayanır. Bu konuda ayrıntılı tanıma <http://www.motherfriendly.org>. Adresinden ulaşılabilir, Erişim tarihi 12.04.2012. Sağlık bakanlığı bu konuda çalışma başlatmıştır.

Planlı ev doğumu: Dünyada ev doğumlarının yerini hastane doğumları alırken bazı ülkelerde riskli olmayan gebeler, doğum öncesi takipleri de yapan tecrübeli ebelerle evlerde güvenli bir şekilde, kendi tercihleriyle doğum yapmışlardır. Bu şekilde planlı ev doğumları anne ve bebek mortalite ve morbiditesinde artış olmadan gerçekleşebilmiştir (21). Kanada Ontario’da planlı ev doğumları için sertifikalı ebeler sağlık sistemine çok iyi entegre edilmişlerdir (22). Bir meta analizde planlı ev doğumlarının güvenli olduğu ve hastane doğumlarından daha az müdahale yapılarak gerçekleştiği belirtilmiştir(23). Ayrıca İngiltere’de yapılan bir çalışmada planlı ev doğumlarının daha düşük maliyeti olduğu vurgulanmıştır(24). Literatürde planlı ev doğumu sırasında en büyük problemin gerektiğinde acil hastane transferinde yaşanan aksamalar ve ebelerin yeterliliği ile ilgili olduğu bildirilmiştir (25).

2.1.2.Distosi

Genel anlamda zor doğuma denir. Doğumun anormal derecede yavaş gelişmesi olarak kabul edilir. Distosi 4 ayrı faktörün ayrı ayrı veya birlikte neden olduğu bir olaydır.

- 1-Uterus itici güçlerinin yeterli olmaması.
- 2-Anneye ait pelvis yapısında anormallik, pelvik kontraksiyon.
- 3-Fetusa ait gelişme bozukluğu, pozisyon, prezantasyon anomalileri.
- 4-Fetusun ilerlemesine engel olan yumuşak doku anomalileri.

Uzamış travay (ilerlemeyen eylem), baş- pelvis uygunsuzluğu, iri bebek, dar pelvis, prezantasyon anomalisi gibi tanılar distosi anlamına gelir (26).

Amerika’da gerçekleşen sezaryenlerin yüzde 50-60’ı bu teşhise dayanır (17). İstanbul’daki 2010 yılına ait sezaryen verilerine bakılırsa geçirilmiş uterin operasyonlar nedeniyle yapılan sezaryenlerden sonra distosi endikasyonları % 30 civarında olup ikinci sırada olduğunu http://www.istanbulsaglik.gov.tr/w/anasayfa/linkler/resim_2010/pano/sezaryen_dogum_neden.jpg adresinden erişilebilir.Erişim tarihi 12.06.2012 . Ancak Genel Sağlık sigortası anne isteğine bağlı sezaryen endikasyonunu kapsamadığı için bu sonuçlar tartışmaya açıktır.

Fetal Makrozomi (iri bebek): Fetusun doğum ağırlığının 4000 gr ve üzerinde olması(sıklığı %9). Fetal Makrozomi anne bebek morbidite ve mortalite oranlarını yükseltir; operatif doğum olasılığını artırır. Gebelik takibinde tahmini fetal ağırlık gerek klinik, gerekse ultrasonografik olarak doğum öncesi belirlenmelidir (27).

2.1.3.Operatif doğum

Doğumun gerçekleşmesi için başvuru alan aktif önlemlerin alındığı bir obstetrik işlemdir. Operatif doğum operatif vajinal ve sezaryen ile doğum olmak üzere ikiye ayrılır. Operatif vajinal doğumlarda forseps kullanımı hemen hemen terkedilirken vakum destekli doğumda giderek bir artış gözlenmiş ancak genel olarak operatif vajinal doğumlarda azalma olmuştur. Doğumun ilerlemediği anne ve fetus açısından riskler taşıdığı bir durumda Forseps ve vakum uygulanarak bebeğin çıkarılması bazı endikasyonlar ve kondisyonlarla 2000 yılında The American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) tarafından tanımlanmasına rağmen bunlar kesin değildir; çünkü bir opsiyon olarak sezaryen seçeneği her zaman vardır (28).

Vakum Ekstraksiyonu: Metal veya plastik bir çan, fetusun başına yerleştirilip, negatif basınçla emme yaratarak başa traksiyon uygulanması esasına dayanır, 1840'ten beri denense de başarılı olmamıştır. İlk kez 1954 yılında Malmström yeni bir sistem ile geliştirerek kullanım sağlamıştır. Bugün en yaygın kullanılan vakum tipi kolay kıvrılabilir, yumuşak, silastik tipte olandır (28). % 10 başarısızlık oranıyla çok efektiftir. Ancak zamanla vakumun güvenliği sorgulanmaya başlanmıştır; Mayıs 1988'de, ABD Gıda ve İlaç Yönetimi(FDA) vakum doğumu ile ortaya çıkabilecek fetal komplikasyonları bildirmiştir. Bu komplikasyonlar arasında hayatı tehlike oluşturan intrakranial kanamalar, çeşitlilik gösteren neonatal hasarlar ve sıklıkla karşılaşılan retinal kanamalar sayılabilir. Operatif doğum öncesinde hastaya, alternatif yöntemleri de içeren bilgilendirme yapılmalı; sözel ya da yazılı olarak mutlaka onayı alınmalıdır.

Sezaryen: Karın duvarına (laparotomi) ve uterus duvarına (Histerotomi) yapılan insizyonlarla fetusun doğurtulmasıdır.

Sezaryenin tarihsel dönüşümü: Mitolojide ve efsanelerde sezaryene ait kayıtlara rastlanır. Grek mitolojisine göre Apollon annesinin karnından kesilerek çıkartılır.

Romalılarda Lex Cesarea kanunu ile, bebeğini doğurmadan ölen her gebe kadının gömülmeden önce kesilerek bebeğin çıkarılması kanunlaştırılır. Sezaryen kelimesinin etimolojik kökeni buradan olabileceği gibi Latince 'de kesmek anlamına gelen caedere kelimesinden köken aldığı da söylenir.

İlk kez 17. yüzyılda İsviçre'de bir domuz baytarı kurtarma amacıyla karısına sezaryen yapar; operasyon sonucu karısı uzun süre yaşar; 5 doğum yapar. Rönesans'la beraber 16. ve 17. yüzyıllarda, insan vücudu ile ilgili detaylı incelemeler sezaryen operasyonuna da yön verdi. İngiliz cerrah Lister 1860'ta operasyonlarda corbolik asit kullanmasıyla antiseptide önemli bir aşama kaydetti. Ancak 1928'de Penisilinin bulunmasıyla esas olarak bu operasyonların hayat kurtarıcı olduğu yaygın kabul gördü. Yirminci yüzyılın başlarında şehir hayatı ile başlayan kötü beslenme, dünya savaşları, riketsiya, kemik pelviste deformite oranlarında artış, sezaryen ile doğumun daha çok gündeme gelmesine neden olmuştur (29,30).

Sezaryen gereken durumlar(Endikasyonlar): Sezaryen ile doğum genel olarak aşağıda belirtilen bazı durumlarda yapılır ancak bunlar kesin değildir. Her doğum başlı başına kendi koşullarına göre karar verilmesi gereken bazı özellikler taşır.

1.Fetal endikasyonlar(Bebeğe ait nedenler) : Fetal sıkıntı, fetal pozisyon, çoğul gebelik, fetal anomaliler.

2.Maternal endikasyonlar(Anneye ait nedenler): Geçirilmiş rahim ameliyatları(sezaryen ve diğer ameliyatlar), anneye ait bazı hastalıklar(Diyabet, kalp hastalığı, yüksek tansiyon), anneden bebeğe geçebilecek enfeksiyonlar.

3.Travay veya doğuma ait nedenler: Distosiye bağlı nedenler.

4.Kordon ve plasentaya ait nedenler: Plasenta previya (plasentanın yerleşim anomalisi) gibi nedenler.

İsteğe bağlı sezaryen: Son yıllarda anne isteği ile sezaryen tüm boyutlarıyla dünyada yaygın olarak tartışılmıştır. Bu tartışma hasta hekim ilişkisinde, hasta merkezli dönüşüm yaşaması ve etik değerlendirmelerdeki değişikliklerle paralellik kazanmıştır. Tıpta paternalizm(baba gibi davranma) hekimin hastanın yararına olanı daha iyi bileceği düşüncesiyle hasta hakkında karar vermesi ve uygulaması, yerini

hasta otonomisine(özerklik), hiçbir etki altında kalmadan özgürce karar verebilmeye doğru değişmiştir. Otonomi aynı zamanda karar verebilme kapasitesi ve bunu kullanabilme yetisini gerektirir. ACOG 2009’da yaptığı açıklamada sezaryenlerin isteğe bağlı değil tıbbi nedenlere bağlı yapılması gerektiğini bildirmiştir. İsteğe bağlı Sezaryen konusu oldukça karmaşık bir konu olmuştur. Literatürde etik olarak endikasyon dışı sezaryen isteği, doğru bilgilendirme sonrası yaygın olarak kabul görmüştür (31).

Günümüzde, insanlardan, bilgi edinerek kendi bedeniyle ilgili tıbbi kararın sorumluluğunu taşıması da bekleniyor. Normal doğum süreci (travay, labor-çalışma, iş, emek olarak isimlendirildiği gibi) hem kadınlar için hem de doktor için emek ve sabır isteyen bir süreçken, sezaryen doktor içinde kadın ve ailesi içinde hızlı, sonuca odaklı, planlı yaşam anlayışına denk düşen bir seçim olmuştur.

Tarihsel süreçte hemen daima "ölü bir anne ve ölü bir fetusla" sonlanan bu operasyon artık hemen daima "canlı bir anne ve canlı bir bebekle" sonlanan ve hayat kurtaran bir operasyona dönüşmüştür. Ancak günümüzde kurtarma operasyonu olmasının ötesinde anne isteğine bağlı, doktorların da tercih ettikleri, bir doğum şekli olarak kabul edilebilmektedir. Böylece son 20-30 yıl içinde sezaryenle doğum giderek artış göstermiştir. Ancak literatürde, sezaryen doğumunun anne ve ‘‘bebekte’’ mortalite, morbidite artışına ve sağlıkta maliyet artışına neden olması ile ilgili pek çok sezaryen karşıtı araştırma bulunmuştur (32,33).

Medikalizasyon: Medikalizasyon kavramını inceleyen Cindoğlu ‘‘ genel anlamıyla belirli pratikleri, deneyimleri ve davranışları tıbbın otorite alanına tabi kılmak’’ olarak tanımlar (9). Medikalizasyonu son 30,40 yıldır sosyologlar, insan yaşamının doğal ritmi içinde karşılaşılabilecek problemlerin medikal olarak tanımlanması ve tedavi edilmesini tarif etmek için kullanırlar. Medikalizasyonun iyi ve kötü yanlarını inceleyen bir makalesinde Parens üreme alanında kadınların özgürleşmesini sağlayan doğum kontrol yöntemlerinin medikalizasyonun iyi tarafı olduğunu belirtirken aşırı kullanımının da ise (over-medicalization) insan yaşamındaki olumsuz etkilerine örnekler vermiştir (34).

Doğumda medikalizasyon: Bugün gebelik ve doğum medikal olaylar olarak, sürekli gözlenmesi gereken tıbbi birer alan olarak değerlendiriliyor. Doğumda sıklıkla tıbbi gereklilik olmadığı halde rutin uygulanan medikal girişimler; Amniotomi (su kesesinin açılması) , Oksitosin ile doğumu hızlandırma (suni sancı), epidural anestezi, sürekli monitorizasyon. Bu uygulamaların operatif doğum olasılığını, sezaryeni artırdığını bildiren çok sayıda araştırma yayımlanmıştır (35,36).

2.2 Doğumda Sağlık Çalışanları

2.2.1 Kadın Doğum uzmanı:

Altı yıllık temel tıp eğitimini aldıktan sonra 4 yıl Kadın Doğum alanında asistan olarak uzmanlık eğitimi almış, yapılan sınavla başarılı bulunmuş, 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarz-ı İcrasına dair kanuna göre Kadın Hastalıkları ve Doğum alanında bir kliniği müstakilen idare edebilecek niteliği kazanan uzman doktordur. Bu tanıma <http://www.ttb.org.tr/mevzuat/index>. adresinden erişilebilir, Erişim tarihi 04.04.2012.

2.2.2 Ebe:

Sağlık Bakanlığı'na göre ebe, Ana-çocuk sağlığı hizmetlerini yürüten, doğum öncesi, doğum, sonrası hizmetleri veren, doğum yaptıran, 0-6 yaş grubu çocuk beslenmesini izleyen ve aşılarını yapan, aile planlaması, kişisel temizlik kuralları, ilk yardım, bulaşıcı ve sosyal hastalıklardan korunma, savaşla ilgili konularda bireye, aileye, topluma sağlık eğitimi veren, doğum, ölüm, istatistik verilerini toplayan, değerlendiren, kamu kuruluşları ile gerekli işbirliğini sağlayan, insani ve ahlaki davranışları ile örnek, sağlık bakanlığınca tescil edilmiş bir okuldan mezun olan meslek mensubudur.

DSÖ ebeyi, Gebelik sırasında, doğumda ve doğumdan sonra gerekli bakım ve danışmanlığı sağlamak, normal doğumları kendi sorumluluğunda yaptırmak, yeni doğanın bakımını, aile planlaması danışmanlığını yapmak üzere eğitilmiş kişi olarak tanımına <http://www.turkebeldernege.com> adresinden erişilebilir, Erişim tarihi: 16.04.2012

Literatürde ebelerin doğumu normal fizyolojik bir olgu olarak algılamaları nedeniyle, aktif rol almalarının normal doğumu artıracığına dair çalışmalar tespit edilmiştir (37,38).

2.2.3 Kadın Doğum hemşiresi

Türk Hemşireler Derneği Eğitim Komisyonu 1981 yılında hemşireliği şöyle tanımlamıştır: "Hemşirelik, bireyin, ailenin ve toplumun sağlığını ve esenliğini koruma, geliştirme ve hastalık halinde iyileştirme amacına yönelik hemşirelik hizmetlerinin planlanması, örgütlenmesi, uygulanması, değerlendirilmesinden, bu kişilerin eğitiminden sorumlu bilim ve sanattan oluşan bir sağlık disiplini". Kadın Doğum hemşiresi kadın doğum konusunda özel eğitime sahip hemşiredir. Doktor, yenidoğan hemşiresi ve çocuk doktorunun da dahil olduğu tıbbi takımın bir parçasıdır. Bazı hemşireler ayrıca normal doğumu desteklemek için eğitim aldığına dair bilgiler <http://www.turkhemsirelerderneği.org.tr> adresinden bulunabilir, Erişim tarihi: 10.07.2012

2.3.1.Hukuksal boyut:

Malpraktis:

Türk Tabipleri Birliği Hekimlik Meslek Etiği Kurallarının13. Maddesinde hekimliğin kötü uygulanması (malpractice) kavramını "bilgisizlik, deneyimsizlik ya da ilgisizlik nedeni ile bir hastanın zarar görmesi "hekimliğin kötü uygulanması" anlamına gelir" şeklinde tanımlamıştır. İnsanların hastalıklarının tedavisi, acılarının azaltılması ve hayatının uzatılması amacıyla olan doktor, her şeyden evvel insana zarar vermemekle yükümlüdür (*Primum non nocere*). Ancak doktorun tıbbi ve etik değerlere uygun eylemleri yanında, insan sağlığını tehlikeye düşüren hatta hayatını kaybetmesine yol açan eylemleri hekimliğin tarihinin başından beri olmuştur. Böylece bir olasılık, hastasına zarar verdiği düşüncesi işler ters gittiğinde hizmet alanlar tarafından ilk akla gelen düşünceler olmuştur (39). Malpraktis davaları giderek artmış doktorları defansif tıbbi uygulamalara yönlendirmiştir (40) . Bu sağlıkta yüksek maliyet artışını da beraberinde getirmiştir. Pek çok ülke Malpraktis krizi ile ilgili yığınla çalışma yaparak soruna bir çare aramışlardır. Sezaryen oranlarının giderek arttığı ülkelerde dava edilme korkusunun önemli bir artışa yol

açtığı bilgisiyle önlem olarak yeni yasalar çıkarılmış, uygulamaya konmuş sonuçları değerlendirilmiştir. Malpraktis krizini çok yıllar önce yaşamış, araştırmış, çözümlerler üretmeye çalışmış ABD de mesleki sigorta primleri yükseldikçe sezaryen oranları da artmaya devam etmiş, bazı eyaletlerde tazminat üst sınırının belirlenmesi kısmi çözümler yaratmıştır (41). İtalya giderek artan malpraktis davalarıyla Avrupa ülkeleri arasında ilk sırada yerini almış, geleneksel hukuk sistemiyle çözemedikleri malpraktis krizi sonucu hekimlerin defansif yaklaşımı artmış, hasta hekim ilişkisi bozulmuştur. İtalya'nın kuzeyinde farklı olarak Almanya deneyiminden yararlanarak mahkemeye gitmeden önce bağımsız çalışan, bir uzlaşma heyeti hızlı bir değerlendirmeye azımsanmayacak oranda taraflar arasında yargıya gitmeden uzlaşma sağlamıştır (42). Dünyada malpraktis krizini aşmak için üretilen çözümler arasında en başarılısı ilk kez İsveç'te başlayan giderek İskandinav ülkelerinde, Yeni Zelanda ve Japonya'da uygulanan'' No-Fault System'', kusurlunun aranmadığı sistemde hatalı kişiyi cezalandırmak değil, hataya neden olan şartların tespit edilip düzeltilmesi esasına dayanır. Çok daha kısa sürede sonuçlanarak tarafların mağduriyetini engeller. Doktorlar içinde mahkemeye gitmek yerine karar verici heyet, bilirkişinin ve tarafların uzlaşmasıyla kısa sürede karar verildiğinden maliyeti düşüktür ve tazminatında bir üst sınırı vardır. Amaç hastanın zararının karşılanmasının yanı sıra doktorunda zarar görmemesi olduğu için sağlık sisteminin krize girmesini engellemektir (43,44).

Komplikasyon (İzin Verilen Risk):

Bütün hekimlik uygulamaları hastalar yönünden belirli bir risk oluşturmaktadır. Bu riskler, hekimlik uygulamalarının doğasından kaynaklanmakta, büyük kısmı hekim tarafından gerekli dikkat ve özen gösterilmiş olsa bile kaçınılmaz nitelik taşımaktadır. Buradaki riskler izin verilen risk çerçevesinde kaldığı müddetçe bunun adı komplikasyon olmaktadır (45).

Yapılan tıbbi müdahale, klasik tıp bilgilerinde, uluslararası literatürde komplikasyon olarak adlandırılıyorsa ve bu müdahale tıbbın kabul ettiği normal risk ve sapmalar çerçevesinde yapılmışsa, istenmeyen sonuçlar meydana gelse bile, hekime sorumluluk yüklenemeyecektir. Bilgisizlik, deneyimsizlik ya da ilgisizlik nedeniyle bir hastanın zarar görmesi, hekimin tanı ve tedavide standart ve belirlenmiş davranış

biçimlerinden farklı davranması veya görev ihmali sonucu, hastada geçici sağlık bozulmasından, ölüme kadar giden bir değişkenlikte zarara neden olunması halinde ise malpraktis (tıbbi uygulama hatası) söz konusu olacaktır. Zamanında fark edilmez veya fark edilmesine karşın gerekli önlemler alınmaz ya da fark edilip önlem alınmasına karşın yerleşmiş standart tıbbi girişimde bulunulmaz ise komplikasyon malpraktise dönüşür. Bu nedenle tıbbi müdahalelerde izin verilen risk ile tıbbi malpraktis ayrımı hassasiyetle yapılmalıdır (46).

Bilirkişi: Adli olaylarda bilgisinden yararlanan kişilere denir. Yargıçların ele aldıkları davada çözümlenmesi özel bilgiyi ya da tekniği gerektiren olaylarla karşılaştıklarında, bu konularda yetenekli gördükleri kişilere başvurup, onların konu ile ilgili raporlarını göz önünde tutarak davayı çözümlerler. Hekimlerin sağlıkla ilgili konularda bilirkişilik görevi vardır. İnsan vücudunda meydana gelen lezyonların niteliği, nasıl yapıldığı, her türlü biyolojik delillerin incelenmesi, suçlunun, mağdurun ya da hak ehliyetini kullanmak isteyenlerin durumlarının belirlenmesi ve tanımlanması bilirkişi hekim tarafından yapılır. Davaların sonuçlanmasında bilirkişi görüşünün önemi çok büyüktür ve bu nedenle kusur ve komplikasyon ayırımının da sağlıklı değerlendirmelerin olabilmesi için bilirkişilerin o alanda yeterli bilgi, görgü ve tecrübe ile donanmış olması bilirkişinin zorunlu tarifi içerisinde bulunan şartlardır. Ancak bu şartlar gerekli olmakla birlikte yeterli değildir. Bunun yanında bilirkişinin karakter özellikleri ile bilirkişi ve hakim disiplin farkları da önemlidir. Bilirkişi kayıtsız şartsız tarafsızlık ve bağımsızlık içinde olmalıdır. Bilirkişide aranan belki de en önemli hususlardan birisidir. Oluşan bir zarar komplikasyon sonucunda da olsa dava edildiğinde, sıklıkla bilirkişi olarak saptanan kurumların (Adli Tıp Kurumu ve Yüksek Sağlık Şurası. vb.)cevap vermesi iş yükünün çok artması nedeniyle çok uzun zaman almaktadır. Geçen zaman hem mağdur olan hasta hem de hekim için önemli kayıplara yol açmaktadır.

Türkiye’de yapılan araştırmalarda 2003-2006 yılları arasında tıbbi hata iddiası içeren olgu sayısında istatistiksel olarak önemli artış gözlenmiştir. Olguların uzmanlık alanlarına ve görevlere göre dağılımında en yüksek oranın Kadın-Doğum uzmanlık alanında (%19,04) olduğu ve bunların % 21,8’ inin kusurlu bulunduğu bildirilmiştir (47). Mesleki sorumluluk sigortası: Mesleki uygulamalar sırasında oluşan ve hizmet

alan kişiyi zarara uğratan uygulama hataları, ihmal, beceri/bilgi eksikliği veya kasıt nedeniyle oluşan zararların telafisinde maddi kaynaklara ihtiyaç vardır. Türkiye’de 2010 yılından bu yana mesleki sorumluluk sigortası zorunlu hale getirilmiştir (48). Sağlık çalışanları için mesleki sorumluluk sigortasının zorunlu kılınmasının amacı, Sağlık Bakanlığı tarafından “sağlık personelinin koruyucu, teşhis, tedavi ve rehabilite edici standart tıbbi uygulamayı yapmaması, mesleki bilgi ve beceri eksikliği veya hastaya tedavi vermemesi ile oluşan zararlar ile ilgili sorumluluğa ilişkin usul ve esaslar ile bu zararları önleyici ve sağlık hizmetlerini geliştirici mekanizmaları düzenlemektir” şeklinde ifade edilmektedir.

Yeni Türk Ceza Kanunu(TCK):Ülkemizde 2005 yılında ceza yasalarında önemli değişiklikler yapıldı. Yeni TCK da geçen kavramlar ve önceki kanuna göre arttırılmış yaptırımları, meslektaşlarımız arasında geniş yankı bulmuştur. Bu durumda önümüzdeki günlerde hekimler hakkında çok daha fazla soruşturma açılacağı üzerine görüşler bildirilmiştir (49). Dünyanın pek çok yerinde konuyla ilgili reformlar yapılmaktadır. Ülkemizde yeni TCK da dahil olmak üzere, hekimlerin “cezaî” ve “hukukî” sorumluluğunu düzenleyen özel bir yasa maddesi bulunmamaktadır. Hekimlerin istemeden, kasıtsız, ancak kusurlu hareketleri sonucu hastada oluşan zarar nedeni ile sorumlu tutulacakları yasa maddeleri, eski ve yeni TCK’da “Taksir” başlığı altında tanımlanmış olup bir trafik kazasında aynı oranda kusurlu olan bir şoförün sorumlu tutulacağı yasa maddesi ile aynıdır. Taksirli suçlar yeni TCK’da 85 ve 89.maddelerde yer almaktadır(50).

Hasta Hakları Yönetmeliği ile hasta haklarında önemli gelişmeler yaşanırken yeni yasal düzenlemelerle hekimler, açılan birçok davada ceza ve tazminat sorumluluğu ile karşı karşıya gelmişlerdir.

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma nitelikselidir.

3.2. Veri Toplama Yöntemi

Görüşmeler 2 odak grubu ve 32 KHD uzmanıyla derinlemesine görüşme şeklinde yapıldı; Odak grubu görüşmeleri İstanbul'da Anadolu yakasında bir doğumevinde 10 kişi ile ve Avrupa yakasında bir doğumevinde 4 kişiyle olmak üzere iki ayrı yerde yapılmıştır. Derinlemesine görüşmeler farklı hastane ve muayenehanelerde çalışan 32 KHD uzmanıyla yapılmıştır. Tüm görüşmeler, katılımcıların kendileri için uygun buldukları yerlerde, onay alınarak ses kaydı yapılarak gerçekleştirilmiştir. Toplam 45 kişinin görüşü alınmıştır. Odak gruplar 1,5 saat, derinlemesine görüşmeler 30-50 dk arasında değişen sürelerde gerçekleştirilmiştir.

3.3. Veri Toplanması ve Analiz

Atlas.ti programı ile veriler kodlanarak değerlendirildi.

3.4. Sınırlılık

Araştırma evreni İstanbul ili içinde çalışan KHD uzmanlarından oluşmaktadır. KHD uzmanları ile görüşmelere dayanan bu araştırma niteliksel bir araştırma olarak tasarlandığından rastlantısal temsili örneklem metodu uygulanmamıştır; bu nedenle KHD uzmanlarının tümüne dair bir genelleme yapmak söz konusu değildir. Görüşme yapılacak KHD uzmanları amaca uygun olarak farklı nitelikteki sağlık kurumlarından yaş, cinsiyet ve uzmanlık süreleri açısından çeşitliliği sağlayacak şekilde seçilmiştir. Araştırma sürecinde KHD uzmanlarının çalışma koşullarında iş yükü nedeniyle zaman ayırmasının güçlükleri yaşanmıştır. Görüşmelerde ara ara kesilmeler oluşmuştur. Bir görüşmeciyile yapılan görüşme, yeterli olmadığına karar verilerek çalışmadan çıkarılmıştır.

3.5. Etik Konular

Araştırmaya katılacak kişilerden bu görüşmenin bilimsel araştırma amacıyla yapıldığı ve elde edilen verilerin araştırmanın gerekleri dışında üçüncü şahışlarla paylaşılmayacağı konusunda bilgilendirilip izinleri alınmıştır.

3.6. Organizasyon ve Yürütme

Araştırmanın organizasyonu ve yürütülmesi tez nerisi sahibi tarafından gerçekleştirildi.

3.7. Maliyet

Toplantı ve ikramlar: 300 TL

Ulaşım ve haberleşme: 300 TL

Kırtasiye: 700 TL

Atlas.ti programı: 99 \$

TOPLAM: 1470 TL

3.8. Süreç

Literatür tarama: 10.02.2010 dan itibaren

Derinlemesine görüşmeler: 28.11.2011 -16.03.2012

Odak grup görüşmeleri: Birinci odak grup.23.11.2011-İkinci odak grup: 08.02.2012

Analiz ve rapor: 20.03.2012'den itibaren.

4. BULGULAR

KHD uzmanlarının özellikle uzmanlık süreleri ve cinsiyetleri göze önüne alınarak kota uygulanmıştır. KHD uzmanlarının daha önce çalıştıkları yerlerin çok çeşitli olabileceği tespit edilmiştir. Örnek OG1P1 kodlu görüşmeci 4 yıl devlet hastanesi 4 yıl özel hastane 2 yıl doğumevinde çalışmıştır. Muayenehanede çalışanlar uzun yıllar bir devlet kuruluşunda veya Üniversitede çalıştıktan sonra tam gün yasanın çıkışıyla tercih yapmak zorunda kalıp sadece muayenehanelerinde çalışmaya devam edenlerle ücretsiz izinli olanlar arasında yapılmıştır . Bir görüşmeciyle yapılan görüşme kısa sürmüş, yeterli bilgi alınmadığı için çalışmadan çıkarılmış, derinlemesine görüşmeci sayısı 31 olmuştur.

4.1.Araştırmaya katılanların bazı sosyodemografik özellikleri

Tablo1. Görüşülen KHD uzmanlarının çalıştıkları yere göre dağılımı

Çalıştıkları yer	Kadın	Erkek	Toplam
Üniversite Hastanesi	1	6	7
Devlet Hastanesi	1	3	4
Doğumevi	9	5	14
Özel A grubu Hastane	5	3	8
Özel Hastane(A grubu dışındakiler)	7	2	9
Muayenehane	-	3	3
Toplam	23	22	45

Tablo 2. Görüşülen KHD uzmanlarının uzmanlık sürelerine göre dağılımı

Uzmanlık süresi	Kadın	Erkek	Toplam
0-6 yıllık	6	4	10
6-16 yıllık	6	8	13
16 yılın üstü	12	9	20
Toplam	24	21	45

Tablo 3 .14 KHD uzmanı çocuk sahibi değildi. Kalanlar arasında çocuklarının doğum şekline göre dağılımı

Cinsiyet	Normal	Sezaryen	Toplam
Kadın	7	9	16
Erkek	5	10	15
Toplam	12	19	31

Özel hastaneler arasında sosyo ekonomik açıdan çok büyük farklılıklar olduğu tespiti yapılmıştır. Bu farklılıklar kabaca A grubu hastaneler(otelcilik hizmetlerinin ve tıbbi teknolojinin gelişmiş olduğu yüksek ücretli hastaneler) ve diğer özel hastaneler olarak iki grupta değerlendirilmiştir. Çalışma yapılan A grubu hastaneler ayrıca genel sağlık sigorta kapsamında olmayan hastaneler olarak tanımlanmıştır. Diğer hastanelerde genel sağlık sigorta kapsamında olanlar çoğunlukta idi.

Genç uzmanlar (0-6 yıllık) mezuniyet sonrası mecburi hizmetleri nedeniyle bu hastanelerde sayıları daha az olarak tespit edilmiştir.

Kadın KKD uzmanlarının daha çok normal doğum ile doğum yaptıkları tespit edilirken, erkek KHD uzmanlarının eşlerinde sezaryene daha fazla rastlanmış, genel olarak kadın ve erkek katılımcıların kendi çocuklarının doğumlarında sezaryenle doğum şekli yaygın bulunmuştur.

Katılımcıların Üniversite hastanelerinde ağırlıklı olarak erkek olması doğumevi ve özel hastanelerde kadın olması dikkati çekici bulunmuştur. Özel olarak seçilmemesine rağmen bu hastanelerde karşılaşılan cinsiyet farkı ayrıca kadın hastalıkları ve doğum alanında cinsiyetçi bir dağılım olduğunu düşündürmüştür (51).

4.2.KHD Uzmanlarının Doğum Şekli ile İlgili Görüşleri

4.2.1.KHD Uzmanlarının doğuma bakış açısı, doğum algıları

Görüşmecilerle doğum hakkında konuşmaya başladığında pek çoğu doğumu hayranlık uyandıran bir olay olarak tanımlayarak konuşmasına başlamış, yücelttiği bir olayın merkezinde olmaktan memnun bulunmuştu.

''Doğanın bence verdiği en güzel olaylardan bir tanesi''

(Üniversite Hast, E, 27 Y)

''Ben bir kere doğumu çok zevkli güzel bir şey olarak görüyorum, mucize, olağanüstü bir şey. Yani bir canlının anne karnından çıkıp birden nefes alıyor olmaya başlaması ona şahit olmak, çok güzel bir şey. Ben çok zevk alarak doğum yaptırıyorum'' (Özel Hast, K, 50yaş)

KHD uzmanlarının doğuma bakış açısı sorgulandığında çoğunluk doğumu doğal, bedenin fizyolojik bir olayı olduğu şeklinde tanımlamıştı. Derinlemesine sorgulandığında ‘ancak’, ‘fakat’, ‘ama’ gibi eklerle sonucun baştan öngörülemeyeceği, riskli olduğu, her an patolojiye dönüşebileceği algısı yaygın bulunmuştur.

''Doğumu ben normal fizyolojik bir olay olarak algılıyorum. Ama işler bir anda ters gittiğinde de çok büyük yoğun bakım gerektiren ciddi üzerinde eğilinmesi gereken ciddi bir fizyolojik olay olarak algılıyorum. '' (Özel Hast, E, 40 Yaş)

''Normal doğum tanısı aslında retrospektif bir tanıdır. Her doğum normal başlayabilir, normal seyredebilir, her an anormal bir duruma geçişebilir. Bu şartlar altında anormal durumlarda acilen müdahaleyi gerektiren durumlarda, müdahale imkanlarının olduğu bir yerde olması her zaman için büyük avantaj'' (Üniversite Hast,E,54 Yaş)

Doğumun öngörülemez risklerle dolu olduğu, belirsizliklerle dolu her an bir felakete dönüşebilecek olgu olduğu vurgulanmıştır.

“Son derece normal seyreden bir doğum son 15 dakikada bir felakete dönüşebilir. Kalp sesleri bozulabilir, kordon dolaşabilir, kordon sıkışabilir normal doğum kendi içerisinde sürprizlerle doludur, hem hasta, hem doktor için çok üzücü şeyler olabilir” (Muayenehane hekimi, E,53 Yaş)

Aynı zamanda insanda hayvanlara göre diğer pek çok şeyde olduğu gibi hayatlarının daha kompleks bir hal almasıyla doğumun daha karmaşık bir hal aldığı, zorlaştığına dair görüşlerde bulunmuştur.

“Doğum tabii ki mevcut bilgilerimizle fizyolojik bir olaydır. Ancak insanda oldukça güç bir süreçtir, insanın evrimleşme sürecinde ayağa kalkmış olması gerçekten doğumu zor bir hale getirmiştir insanda. İşte o yüzden bu pelvis eğriliği, aksının eğriliği gerçekten doğumu zor bir hale getirmiştir, primatlara ve dört ayaklılara kıyasla. “ (Eğitim Hast,E,56 Yaş)

Yıllarca doğumevinde çalışan ve doğumda pek çok komplikasyonla karşılaştığını söyleyen bir kadın- KHD uzmanı kendi yakını olursa sezaryenle doğumu önereceğini belirtmiş ve doğumun insan için patolojik olduğunu savunmuştu.

“ İnsan doğumunun patolojik bir süreç olduğunu düşünüyorum, çok önemli bir insan grubunda yani her insan için fizyolojik değil. Çünkü insan fetusun kafası daha büyük. Evrimleşme sürecinden kaynaklanan bir şey bu” (Doğum evi, K,47 Yaş)

4.2.2.Doğumun yapıldığı yer ve koşullar ile ilgili görüş ve tespitler

Doğumun belirsizliklerle dolu, öngörülemeyen risklerle dolu olduğu düşüncesiyle uzmanların çoğunluğu doğumların tıbbi kontrol altında, gerekirse her an her türlü olanakların olduğu hastane ortamında olması gerektiğini bildirmişlerdir.

“Her an komplikasyon olabilir, çok dikkatli olmak lazım. Elinizin altında bir acil müdahale şartlarının koşullarının hazırlanmış olması gerektiğine ve bunların bir ekip çalışması olduğuna inanıyorum” (Özel hast, K,43 Yaş)

Doğumhane koşulları sorulduğunda özellikle devlet kurumlarında ve Üniversite hastanelerinde çalışanlar daha fazla hoşnutsuzluk belirtmişlerdir. Görüşmelerin

yapıldığı hastanelerde doğumhanelerde değerlendirilmiş, devlet kurumları ve özel hastaneler arasında farklar gözlenmiştir. Odak grup görüşmelerinin yapıldığı doğum evlerinde ve derinlemesine görüşme yapılan bir üniversite hastanesinde kadınlar bir arada aynı mekanda, birbirlerini kolayca görebilecekleri büyük doğumhanelerde, mahremiyetin zaman zaman ortadan kalktığı mekanlarda yanlarında bir yakınları ya da sürekli destek alacakları bir sağlık elemanı olmadan desteksiz bırakılmış oldukları gözlenmiştir.

“Koşullarımızın normal doğum için, yani ben hastanemiz için konuşuyorum, çok çok uygun olduğunu düşünmüyorum. Ben travay odasına girdiğimde travmatize olan bir insanım” (Doğumevi, K, 40 Yaş)

Özel hastanelerde bakım hizmetleri daha iyi olduğu için doğumların özel hastaneye kaydığını ancak oralarda da kadınlar için farklı alternatiflere rastlanmadığı gözlemlenmiştir.

“Güvenli bir şekilde antenetal takiplerini yaptırıyor. Ondan sonra gidiyor başka özel bir hastanede otelcilik hizmetlerini alıp orda doğumlarını yaptırıyorlar, öyle bir grup hastamız da var yani. Daha lüks bir yer seçiliyor” (Üniversite hast, E, 41 Yaş)

Anne Dostu Hastane konusunda görüşleri sorulduğunda çoğunun bundan haberdar olmadığı, haberdar olanlarsa desteklediklerini ancak henüz bir uygulamaya başlamadıklarını, bunun için alt yapı eksiklikleri olduğu tespiti yapılmıştır. Doktorların doğumhanelerde daha uygun koşullarda düzenlemeler yapma konusunda yetkisiz bırakıldığı gözlemlenmiştir.

“Onu sizden duydum biz bebek dostu hastaneyiz de anne dostu olmadık henüz herhalde” (Özel hast, K, 41 Yaş)

“Yok yapılabilse çok güzel tabi, benim istediğim idealler bunlar ama bu idealleri, şamar oğlanı olarak doktorları görüp, sen bunları yapmadın onun için sen kötüsün, diyerek yapılma yoluna gidilmesine karşıyım. Bana alt yapı olarak bunları yapabilecek sistem kurulsun bunu yapmak zor bir şey değil” (Özel A grubu hast, K, 54 Yaş)

Bir grup uzman doğumun hastanede olmasının şart olmadığını, eğitilmiş sağlık personelinin yanında olması ve sevk zincirinin oluşturulmasıyla hastane dışında, evlerde de olabileceğini belirtmişlerdi.

“Gerekli şartlar gerekli koşullar sağlanırsa evde de çok rahatlıkla doğum yapılabilir. Yani buna yönelik altyapı, ekipman, yardımcı sağlık personeli, eğitilmiş ebeler, bunlar sağlanırsa evde çok rahat doğum yapılır” (Özel A grubu hast, K, 47 Yaş)

Genellikle ev doğumu konusunda görüşleri istendiğinde bunun üzerinde fazla durmadıkları düşünüldü ve durup bir süre düşünme zamanı hissettikleri fark edilmiştir. Bunun dışında batı ülkelerinde kadınlara sunulan farklı doğum alternatifleri konusundan da uzak oldukları tespiti yapılmıştır.

“Yani, evde doğum konusu tabii şeyin karar vereceği siyasi otoritenin karar vereceği bir durum. Batıda, Avrupa ülkelerinde evde doğum, ebe eşliğinde doğum gibi şeyler vardır, ama o zaman şunu yapmak lazım herhalde bu konuda bu kişilerin çok iyi eğitilmesi lazım” (Eğitim hast, E, 49 Yaş)

4.2.3. Doğumun sorumluluğunun üstlenilmesi, doğumu yaptıran kişi

Uzmanların büyük çoğunluğunun doğumu ebelerin değil doktorların üstlenmesinin daha güvenli bir yol olduğunu, her an çıkabilecek bir problemle ancak uzmanların başa çıkabileceklerini belirtirken bunun doğumun riskli olduğu algısıyla ilişkisi kurulmuştur.

“Ebe çalışmıyor bizim kliniğimizde, ebe doğum yaptırmaz. Bizde her şey, tüm doğum şeyi doktor üzerinden yapılır. Yani ebe doğumu yaptırır ama bebeği sıkıntısız çıkarır mı onu bilmiyorum” (Üniversite hast, E, 41 Yaş)

Büyük bir grup uzman ebelerin hem sayıca az olduğu hem de eğitimlerinin yetersiz olmasından dolayı artık doğumu doktorların üstlenmesinin koşullar gereği olduğunu bildirmişlerdir.

“Yani hastanede hekimin yardımcısı olarak tabii ki olması çok avantaj, bizim şu anda ebe sıkıntımız var çok ihtiyaç duyuyoruz. Yani olmaları lazım”

kesinlikle gebe takibinde zorunlu bence olmaları da maalesef ne hemşire ne ebe yok piyasada hiçbiri yok'' (Özel hast, K, 41 Yaş)

''Benim ihtisas yaptığım dönemde, benim gençliğimdeki ebeler yok şu anda. Ebe bile normal doğum görmemiş veya ebe bile biri doğum salonunda çalış sen ebesin dediği zaman endişelenen benim doğum tecrübem, ebeyim ama çok fazla doğum görmedim, çok pratiğim olmadı diyen birçok ebeler var'' (Muayenehane hekimi, Prof.Dr, E, 53 Yaş)

Uzmanlar gibi kadınlarında ebelere güvenmediğini, tercihlerini doktordan yana kullandıkları anlaşılmıştır.

''Bir kere hasta özel hastaneye geldiğinde ebeye doğum yaptırtmaz. Doktor ister başında, daha çok güvenir çünkü doktora'' (Özel hast, K, 44 Yaş)

4.2.4. Doğum şekli ile ilgili uzmanların kendi tercihi

Doğum şekli ile ilgili eğilimleri varsa hangi yönde olacağı sorulduğunda bu soruya çekimser kalmadan cevap verenler arasından sezaryene eğilimli olduklarını söyleyenlerin yaklaşık yarı yarıya olduğu, sezaryen tercihinin ağırlıklı olarak erkek-KHD uzmanlarının yaptığı tespit edilmiştir.

''Ben normal doğum isteyen hastaların da sonuna kadar yanındayım, ama sezaryeni tercih ederim'' (Özel A grubu hast, E, 53 Yaş)

''Ben kendim kadın olsam 1-2 çocuktan daha fazla çocuk istemeyecek olsam sezaryen olmayı da isterim diye düşünüyorum'' (Üniversite hast, E, 41 Yaş)

Normal doğumu ise ağırlıklı olarak kadın- KHD uzmanları tercih etmiştir.

''Doğum şekli olarak tabi normal doğum çok güzel bir doğum şekli. Ön planda tabi ki herkeste normal doğumu düşünmek gerekiyor'' (Özel hast, K, 42 Yaş)

Özel bir hastanede çalışan ve kendisi de normal doğum yapmış bir KHD uzmanı birlikte çalıştıkları erkek KHD uzmanı ile farklarını şöyle ifade etmiştir.

“Biz aynı hastanede çalışan iki tane staf doktoruz. Arkadaşımın sezaryen oranı yüzde 90, benim sezaryen oranım yüzde 50. Aramızda ciddi olarak sezaryen la ilgili görüş farklılığı var. Diğer arkadaşım sezaryenin iyi bir yöntem olduğunu ve normal doğumun çok da sağlıklı, iyi bir yöntem olmadığını düşünüyor. Ben de tam tersini düşünüyorum. Dolayısıyla bizim oranlarımız arasında çok ciddi uçuk bir fark oluyor” (Özel A grubu hast, K, 50 Yaş)

Sezaryen tercihi olan kadın hekimler, karşılaştıkları problemlili doğumlardan etkilenmiş, ağırlıklı olarak kendileri de sezaryen olmuşlardı.

“Komplikasyonlardan birisi de bana rastlarsa düşüncesiyle bütün kondisyonlarım normal doğuma uygun olduğu halde, en azından denemek için hiç düşünmeden hiç muayene bile olmadan direk sezaryen olmayı düşündüm. O nedenle tabi kendimin cesaret edemediğim bir şeyi hastalara direktmem söz konusu değil” (Doğum evi, K, 43 Yaş)

Vajinal doğumu tercih eden kadın hekimlerin çoğunun kendilerinin de normal doğum yapmış oldukları tespit edilmiştir.

“Normal doğum taraftarıyım, kendim de normal doğurdum” (Özel hast, K, 50 Yaş)

Doğum şeklinin önemli olmadığını, anne ve bebek sağlığının ön planda olduğunu vurgulayan, sezaryen doğumu da normal kabul eden uzmanların daha çok özel hastanede çalışıyor olması dikkat çekici olmuştur.

“Yani anne de sağsa salimse, sekelsizse, bebek de öyleyse normaldir çünkü normali bu, bu çağda” (Özel A grubu hast, E, 39 Yaş)

Sezaryen ile doğumu diğer operasyonlarla karşılaştırıp makul bir doğum şekli olarak belirtenler, kadınların sezaryen tercihini örneğin bir estetik operasyon tercih eder gibi karşılanması gerektiğini belirtmişlerdir.

“Şimdi neticede erişkin birey ben şöyle bir şey istiyorum diyor. Çünkü hasta göğsünü küçültürken hayır diyor musunuz, demiyorsunuz, tüp ligasyonu

istiyor, yapıyorsunuz. Kürtaj istiyor yapıyorsunuz, kulağı yapıyorsunuz, burnu yapıyorsunuz, her şeyi yapıyorsunuz, bir tek sıra sezaryen'a gelince, düzeltereğiz diyorsunuz'' (Muayene hekimi, E, 56 Yaş)

''İnsanların keyif uğruna bu kadar çok plastik cerrahi yönelebildikleri, bu kadar çok abuk subuk ameliyat yapabildikleri, hatta cinsiyetlerini değiştirebildikleri bir dönemde illa ki normal doğum diye ısrar edilmesinin çok anlamlı olmadığına inanıyorum'' (Özel A grubu hast, E, 53 Yaş)

Özel hastanelerde çalışan bazı uzmanlar normal doğumu destekledikleri ama çeşitli baskılar nedeniyle sezaryen yaptıkları, bir sorun çıktığında neden ''sezaryene almadın'' baskısıyla kendilerini tehdit altında hissettikleri gözlemlenmiştir.

''Doğum tamamıyla fizyolojik bir olay. Normal yapılması taraftarıyım ama hastaların yaklaşımı taciz edici boyutlarda son zamanlarda. Hekim olarak zorlandığımı ifade etmeliyim'' (Özel A grubu hast, K, 30 Yaş)

''Kimse niye sezaryen yaptın diye şikayet etmez ya da sormak ya da malpraktisten yargılanmazsınız ama niye normal doğurtun diye birçok arkadaşımızın başına gelen şeyler oluyor, davalar. Niye normal doğurtun, omuz takıldı, işte brakial pleksus niye Sezaryene almadın'' (Özel hast, E, 40 Yaş)

Kadınların sezaryen isteği karşısında sergilenen tutumda doğum şeklini belirleyebilmiştir. Büyük bir çoğunluk anne isteğine göre sezaryen tercihinin olabileceğini belirtmişlerdir.

''Ve neticede doğum bir şekilde bir travma ama normal ama sezaryen ve bunda tabi ki kadın söz sahibi olacak. Eğer sezaryen istiyorsa sezaryen olacak. Bence o şey değil yani isteğe bırakmama bana çok ters geliyor'' (Özel A grubu hast, K, 47 Yaş)

Çalışma koşullarının doğum şeklinde belirleyici olabileceği belirlenmiştir. Özellikle gecede olsa sadece kendi doktorunun doğumunu yaptırmasını isteyen kadınlar, özel hastane koşullarında bunu talep edebiliyor ve doktor mesai saatleri dışında, gündüz saatlerindeki yoğun çalışma saatlerine ek, icapçı hekim gibi, belki her gece doğuma

gelmekle karşılaşmış oluyor. Böylece KHD uzmanları özel hastanelerde sezaryen doğumu planlamış, zamanı daha etkin kullanmış oluyor.

‘‘Ama maalesef hastaların hepsi kendi doktorunu görmek istiyor doğum yaparken. Böyle bir şey olunca da hekim ister istemez o doğumu gündüz yaptırmaya çalışıyor. Gündüz yaptırmaya çalıştığınız zaman, işleri çabuklaştırmaya çalıştığınız her zaman fizyolojiden uzaklaşmış oluyorsunuz. O yüzden sezaryene gidiş şansı daha artıyor’’ (Özel A gurubu hast, N, 45, Yaş)

Bazı hastanelerde hatta doğum evlerinde bile acil sezaryen koşulları olmadığından hekim koşullara göre karar vermek zorunda kalmış oluyor.

‘‘Anestezi doktoru yok nöbette. Koskoca doğumevinde yok. Teknisyen var çağrılırsa geliyor o da preeklamsi'ye falan çağrılırsa geliyor. Yani böyle olmaz iş, olay sadece kadın doğumcuda bitmiyor. Hesap kadın doğumcuya çıkarıldığı için belli noktalarda kararı kadın doğumcu vermek zorunda kalıyor’’ (Daha önce doğum evinde çalışmış şimdi özel hastanede çalışıyor, E, 39 Yaş)

Kadınların doğuma bakışının da sosyo ekonomik seviyeye göre değiştiğini, düşük sosyo ekonomik sınıftan gelenlerde normal doğum isteği daha güçlü olduğunu bununda doktorun seçimini etkileyebileceği tespit edilmiştir.

‘‘Eğitim seviyesi düştükçe kadınlar daha çok normal doğum istiyor. Sezaryenden korkuyor, onlar da tam tersi sezaryenden korktukları için. Sezaryeni bir felaket olarak görüyorlar’’ (Özel hast, K, 39 Yaş)

Eskiden kadınların doğumu hayatın bir parçası olarak algılamaları, yakınlarının evde doğumuna tanık olmaları kadınların bakış açılarındaki farklılığı anlaşılır kılmıştır.

‘‘Eski kadınların daha eğitimsiz ve cahil olmalarına rağmen doğum olayında modern kadına göre daha tecrübeli ve daha cesur olduğunu düşünüyorum. Etrafta büyüklerden annesi doğurmuş, ablası doğurmuş belki ona yardımcı olmuş doğum esnasında’’ (Muayenehane hekimi, E, 53 Yaş)

4.2.5. KHD uzmanlarının sezaryen sonrası vajinal doğum (SSVD) hakkındaki görüşleri

SSVD hakkında pek çok uzman yapılabilirliğini vurguladıktan sonra bu koşullarda denemediklerini, mediko legal sorunlar ve hastane altyapılarının eksiklikleri nedeniyle uzak durduklarını, kadınlara böyle bir alternatif sunmadıklarını bildirmişlerdir.

“Uygun vakalarda yapılabilir ama şu anki koşullarda takip şansımızın yeterli olmadığı , yetersiz olduğu, yoğun tempodan dolayı bir şeyleri atlamamak adına rüptür riskini göz önünde bulundurarak çokta yüzde yüz sıcak bakmıyoruz bu olaya” (Eğitim hast. K, 56 Yaş)

SSVD Konusuna öncelik verilmesi yerine sezaryen oranı azaltılacaksa ilk doğumların desteklenip, çalışmalara oradan başlamanın daha doğru olduğu gerçeğini göz ardı etmemek önemli bulunmuştur.

“Sezaryen sonrası vajinal doğum bence hiç zorlanmaması gereken bir şey. Bu işlerde kesinlikle hiç öncelikli bir iş olmaması gerekir. Sezaryen oranını azaltacağız diye buradan başlamak bence yanlış diye düşünüyorum” (Üniversite hastanesinde prof.Dr, E, 58, Yaş)

Bu olumsuz koşullar altında SSVD talep eden kadınların doktor bulmakta zorluk çekiyor oldukları düşünülmüştür.

“Ben yurtdışında sezaryen sonrası çok vajinal doğum yaptırırım, ama bunlar kendisi hazır, ailesi hazır, ortam ve eğitimli personel hazır ve siz de arkanızda Demokles'in kılıcı gibi bu kadına bir şey olursa senin canına okurum diyen kanun ve kuralların olmadığı ortamdaydı” (Özel A gurubu hast, K, 50 Yaş)

4.3.1.KHD uzmanlarının epizyotomi hakkındaki tutumu

Uzmanlara epizyotomi konusunda pratikleri sorulduğunda çoğunlukla uyguladıklarını, bir kısmı aldıkları eğitimle ilişkili olarak edindikleri alışkanlıklardan kaynaklandığını, bir kısmı da tıbbi gereklilik nedeniyle uyguladıklarını belirtmiştir.

“ Epizyotomiyi gereksiz pek çok hastada yaptım. Yani şu anda bana bir primigravida bebeğin doğumunu epizyotomisiz yaptır deseler zorlanırım. Onun için keserim, Epizyotomisini yaparım. Yani aldığım formasyonun beni getirdiği nokta o” (Üniversite hast, E, 57 Yaş)

“Biz epizyotomi burada rutin uyguluyoruz. Niye, biz eğitim hastanesiyiz, asistanlarımızın öğrenmesi lazım. Gerekli mi ?, hayır. Yani yapılan çalışmalar bunu göstermiş” (Üniversite hast, E, 41, Yaş)

Doğumda kadın bedeninin bu alanda medikal bir işlem gerektirdiğine inanan uzmanların doğumu kontrol etme anlayışının belirgin olduğu görülmüştür.

“Açılmasının faydası olduğunu düşünüyorum çünkü açılmasa bu sefer vajina, periüretal alanda her türlü riskleri vardır. Kontrolsüz şey oluyor yani kontrollü açmak varken kontrolsüz dalmalar, deselerasyonlar oluyor. Onu önlemek için açmakta fayda var” (Muayene hekimi, E, 49 Yaş)

Epizyotomi uygulamanın bunların dışında çalışma koşullarına bağlı, bebeğin daha kısa sürede çıkarılması isteği ile de, doğumu hızlandırmak adına da yapıldığını da belirten uzmanların doğumun zaman ve sabır isteyen fizyolojisine uymakta zorluk çektiği anlaşılmıştır.

“Aşağıda poliklinikte beş hastanız bekliyor vesaire, orada oturup da hastanın karşısında perinenin esnemesini beklemek, esneyemeyeceğini, bebeklerin genellikle iri olmasından dolayı, zaten o dereceye kadar esneyemeyeceğini düşünerek açıyorum” (Özel A gurubu hast, K, 50 Yaş)

Çoğu hastasında epizyotomi uygulamayan, tıbbi gerekliliğinin olmadığını, hatta epizyotominin daha büyük hasar yarattığını belirten bir kadın-KHD uzmanı kadın bedenini daha az medikalize etmeyi aldığı uzmanlık eğitiminin dışında kendi okumaları ve deneyimleriyle öğrendiğini belirtmiştir.

“Ben artık allaha bin şükür bu yaştan sonra doğum yaptırmayı öğrendim, epizyo da açmıyorum. Ama eskiden epizyo açtığımda normal doğumlar, sezeryanlardan çok daha berbat geliyorlardı.

“ Epizyodan vazgeçtiniz gibi bir şey söylediniz, o neye bağlı?”

Seminerlere bağlı, katıldığım eğitimlere bağlı. Gereksiz olduğuna dair bir sürü çalışma yayınladılar, ben de ikna oldum” (Özel hast, K, 39 Yaş)

4.3.2. KHD uzmanlarının müdahaleli-operatif vajinal doğumlar karşısındaki tutumları

KHD uzmanları doğumda operatif uygulamalarla karşı karşıya kalmaktansa sezaryeni tercih ettiklerini, riskli uygulamalardan kaçındıklarını belirtmişlerdir.

“Biz de aynı çizgideyiz, biz de uzmanız ben de açkçası kesinlikle denemek istemiyorum. Ne gerek var diyorum. Bakarım tam açık baş inmiyor, hafif desteklerim baş oynamıyor, hiç vakum aklıma gelmez, tamam hadi takalım sondayı sezaryene, ne gerek var ki, yani problemler çıkarsa yani artık boşa adrenalin” (Doğumevi, K, 30 Yaş)

Uzmanların hemen hepsi müdahaleli doğum yaptırmaktan kaçınmalarının nedenin mediko legal baskılardan, dava edilme korkusuyla defansif davranmaktan kaynaklandığını vurgulamışlardır.

“Defansif tıp diye bir şey oluştu son dönemde. Haklı olarak oluştu. Hekim medikolegel baskılardan korkuyor ve asfiktik çocuk şansı varsa basıyor bıçağı çocuğu çıkartıyor” (Üniversite hast Prof.Dr, E, 58 Yaş)

KHD uzmanları doğumun öngörülemez riskleri nedeniyle son anda karşılaşılabilecek normal seyreden bir doğumda da olağan hasarlarla karşılaşmamak için operatif vajinal doğum yaptırmak istemiyorlar, en ufak bir şüphede daha güvenli buldukları sezaryeni tercih ediyorlardı.

“Şimdi şöyle bir doğum düşünün, baştan normal doğum kararı verilmiş, her şey ilerlemiş ilerlemiş, son dakikada bir sebeple hasta ıknamamış mesela, kooperasyonunu kaybetmiş ve doğumun son dakikasında bebek hipoksiye girmiş ve serebralpalsi sonuçta ya da vakum takmak gerekmiş ve çok ideal koşullarda olmamış ve bundan dolayı bebekte bir hasar meydana gelmiş. Bu durum hekim için tam bir felaketle sonuçlanıyor, davalık bir durum oluyor.

Oysa aslında normal doğumun içerisinde bunlar da var tabii ki'' (Üniversite hast. Prof. Dr, E, 49 Yaş)

Operatif vajinal doğum sonrası oluşabilecek herhangi bir hasarda ‘neden sezaryene almadın’ suçlamasıyla karşılaşmak istemiyorlardı.

‘‘Yani kimse vakum çekmiyor. Çünkü bir dava olduğu zaman bilirkişi sana diyor ki, niye sezaryene almadın? Vakum çektin. Mesela bebekte minik bir kanama oldu belki o sekel de olmayacak yani hep bizim elimizi kolumuzu bağlayan davalar’’ (Devlet hast, E, 30 Yaş)

4.3.4.KHD uzmanlarının sezaryen oranlarının artışı ile ilgili görüşleri

Görüşmecilerin hemen tamamı sezaryen oranlarının çok arttığını, bunun kabul edilebilir bir oran olmadığını belirtmişlerdir.

‘‘Hakikaten yüksek. Ne kadar yüksek? Çok yüksek. Yani Türkiye’nin oranı, yüzde 50’ye dokundu. Hatta İstanbul için yüzde 52 diye biliyorum. Türkiye geneli için yüzde 45, hastane doğumlarındaki oranlar bunlar, çoğu da zaten hastane doğumu artık. Bu rakamlar yüksek. Yani burada bence bunu da içtenlikle söylüyorum bir problem var. Bu problemi önce yüksek olduğunun adını koymak gerekiyor’’(Üniversite hast Prof.Dr, E, 58 Yaş)

Nedenleri konuşulduğunda pek çok faktörü olduğu, şimdiki haliyle de kaçınılmaz olduğu kısa sürede değişmeyeceği görüşü hakim bulunmuştur.

‘‘Çok yüksek, multi faktöriyel bir yükseklik var. Hastadan kaynaklanan, çocuk hekiminden, kadın doğum hekiminden, doğumun yapıldığı yer, şekil, alışkanlıklar, toplumsal baskılar ,aile, dediğim gibi multi faktöriyel bir şey, hani bütün yollar Roma’ya çıkar sözünün, bütün yollar sezaryene çıkar olarak kadın doğum hekimliğine bir şekilde empoze edildi’’ (Özel A gurubu hast, K, 50 Yaş)

Dikkat çekici bir şekilde ilk akla gelen ve en büyük neden olarak öne sürülen mediko legal nedenler, yani hekimin malpraktis nedeniyle sorgulanması, mahkemeye taşınması nedenler arasında öncelikli olarak belirtilmişti.

‘Eskiye oranla biraz daha fazla sezaryen yapıyorum. Niye yapıyorum? Ufacık bir şüphem varsa, yani ortada kalmışsam mutlaka tercihimizi sezaryenden yana kullanıyorum. Sonra mahkemelerde uğraşmamak için. Bir iki tane öyle saçma sapan davam var’’ (Özel hast, K, 50 Yaş)

Çok fazla dile getirildiği şekliyle doktorların sezaryeni para kazanmak için yaptığı düşüncesinin doğru olmadığı, asıl nedenin doğumda karşılaşılabilecek hasarlardan kaçınmak olduğu gerçeği vurgulanmıştır.

‘Doktorlar sezaryeni artık para kazanmaktan çok aman aman bir komplikasyon olmasın bir malpraktis davası açılmasın, hasta yakınlarıyla bir sıkıntı yaşamayayım üzerinden yaşıyorlar’’ (Özel hast, K, 45 Yaş)

KHD uzmanları arkadaşları veya kendisi ile ilgili bir dava ile karşılaştığında daha defansif davranmaya başladıklarını, doğumda yaşanabilecek problemlerden kaçınmak için daha kolay sezaryen kararı verdiklerini söylemişlerdir.

‘Bir hekim düşünün böyle bir davayla kendisi veya yakın çevresinde uğraşan bir arkadaşı olduğu zaman hekim hemen bundan sonraki meslek hayatında kendini daha fazla koruyacak şekilde davranmaya başlıyor. Burada da normal doğumun öngörülemez problemlerinden kaçınmak için kendisi ve hastasını sezaryene doğru yönlendiriyor’’ (Eğitim hast, E, 49 Yaş)

Burada isteğe bağlı sezaryen karşısında hekimlerin tutumlarının mediko legal sorunlarla bağlantılı olduğu da gözlenmiştir.

‘Eğer tercihleri de o yöndeysen illa normal doğurtacağım demiyorsunuz. Çünkü bildiğiniz üzere sadece bizim için değil bu evrensel bir şey olduğunu düşünüyorum, kimse ‘niye sezaryen yaptın’’ diye şikâyet etmez ya da sormaz ya da malpraktisten yargılanmazsınız ama niye normal doğurtun diye birçok arkadaşımızın başına gelen şeyler oluyor, davalar’’ (Özel hast, E, 40 Yaş)

Sezaryen oranlarının artmasında kadınlara ait bazı özelliklerin ön plana çıktığını vurgulayan pek çok görüşmecisi olmuştur.

Sosyo kültürel düzeyle bağlantılı;

*‘‘Sosyoekonomik düzeyi yüksek kadınlar daha çok sezaryen tercih ediyorlar’’
( zel hast, K, 50 Yaş)*

Ağrı korkusuyla; doğuma hazırlanırken ağrıyla baş etme konusunda eğitim almayan kadınlar başlangıçta normal doğumu istiyor da olsa doğumun aktif fazında kolayca vaz geçebilmiştir.

‘‘Biraz sancı çeken hasta bağırmaya başlıyor. Beni sezaryene alın ben doğuramayacağım diye’’ ( zel hast, K, 55 Yaş)

Kadınların bedenlerinde ve doğurganlıklarındaki değişimlerinde büyük katkısı olmuştur.

‘‘oğul gebelikler arttığı için daha çok sezaryenle doğum ihtimali artıyor, kıymetli bebek, ileri anne yaşı tabi ki sezaryen oranlarını artırıyor. Obezite artıyor, toplumda artıyor, gebelerdeki obezite de artıyor dolayısıyla makrosom bebek doğuran anne sayısı da artıyor. Makrosomiler de doğum travması yüksek, öyle olunca 4 kilonun üzerinde özellikle 4200,4300kđ üstündeki bebeklerde de sezaryen yapıyoruz’’ (Eğitim hast, K, 56 Yaş)

‘‘Tabi, gebeler bir de çok hareketsizler. Eski hastaların hareketi tabi ki yok. Bu hareketsizlik de tabi normal doğumu zorlaştırıyor’’ ( zel A gr. Hast, K, 45 Yaş)

Hemen hemen tüm hekimler gebelerin normal doğum için yeterince hazırlanmadıklarını, gebe eğitimi için alt yapıların eksik olduğunu vurgulamışlardır.

‘‘Hangi şartlarda hastaneye gelecek, onu bile bilmiyor. Yani hangi aşamada gelecek, suları gelince mi gelecek, yoksa kan, nişane bozulduğunda mı gelecek?’’ (Muayenehane hekimi, E, 53 Yaş)

Doğum için hazırlanmamış gebelerin doğum sırasında doktorla işbirliğine girmediği, bununla doğumu zorlaştırdığı tespiti yapılmıştır.

‘‘Doğum hakkında hiçbir şey bilmeyen bir kadının doğuma girmesi gerçekten tatsız bir olay yani onu kabullenmesi, onu yaşaması zor’’ (Eğitim hast, E, 56 Yaş)

Gebelikte eğitimin, antenatal bakımın önemi vurgulanırken sezaryen olasılığını azaltan yararı da vurgulanmıştır.

“Antenatal sınıf çok önemli çünkü antenatal sınıfta doğum sancısı nedir, gebelik nedir, doğum ne zaman başlar, doğum sırasında nefes egzersizleri, eşlerin yardımı, kadının yapması gerekenler, yapmaması gerekenler, bu çok önemli. Bu eğitimi alanlar doğum sırasında çok daha rahat. Çok rahat oluyor, sezaryen oranları düşüyor, kişi doğum eylemini sahipleniyor” (Üniversite hast, E, 42 Yaş)

Ebelerin gebelikte ve doğumda geri plana itilmesinin normal doğum oranlarının azalmasının önemli nedenlerinden biri olmuştur.

“Yurtdışında normal doğumlar çoğunlukla ebe tarafından yaptırılır. Herhangi bir komplikasyon olduğu zaman doktor devreye girer. Onun için bu yük bize ağır geliyor aslında. Bu yüzden sezaryen olasılığında artış oluyor” (Özel hast, K, 45 Yaş)

Ebelerin doğuma bakışlarının daha doğal olduğu, doktorların doğumu medikal bir alanda gördüğü bildirilmiştir.

“Bence doğumu ebeler yaptırmalı kesinlikle. Ben öyle düşünüyorum kadın doğum uzmanları da tabi ki ebelik bilgileriyle donatılmıştır ama kadın doğum uzmanları sonuç olarak medikal bakışa egemen olan kişidir” (Özel hast, K, 45 Yaş)

Doktorların çalışma koşullarının, normal doğuma harcanan emeğin bir karşılığının olmamasının sezaryen doğumunun artışına neden olduğunu belirten çok sayıda bulgular tespit edilmiştir.

“Biliyorsun doğum takibine para verilmez, doğuma para verilir. Doğum takibi karşılıksız bir emektir. O kadar takip edip de doğumu sonuçlandırmadığı için hanesine para yazılmayacak olan doktor da tabi ki bunu kendine hak ve reva görmeyip sezaryen da yapıyor olabilir” (Özel hast, K, 45 Yaş)

Özel hastanelerde oranların çok daha yüksek olduğunu pek çok uzman vurgulamıştır.

“İstanbul’daki A sınıf hastaneler örneğine gelecek olursak, o da çok şey, tuhaf. Yani öyle özel hastaneler var ki yüzde 100 sezaryenle çalışıyor. Bunun da olmaması lazım bunlar rahatsız edici geliyor bana” (Üniversite hast.Prof. Dr, E, 58 Yaş)

Özel hastanede çalışan bir kadın-KHD uzmanı gece doğuma gelmenin zorlukları nedeniyle doğumu gündüze planladığını belirtmiştir.

“Yani şimdi bir kere evden doğuma gelmek çok zor bir olay. Gündüz gündüz halletmek istiyorsunuz işinizi” (Özel hast, K, 44 Yaş)

İcapçı olarak özel hastanede doğum üstlenmenin İstanbul koşullarında zorlukları bildirilmiştir.

“İstanbul koşullarında birçok özel hastaneler var, niye sezaryen arttı diye bu işin ikinci kısmına girince. Şimdi birçok özel hastane birçok özel hekim icapçı çalışıyor. Bu hekimlerin evleri bazı zaman mesafe bakımından çok kısa olmasına rağmen ulaşım 2 saati bulabiliyor. Onun da işine kolaylık geliyor, bir an evvel ben gözüm arkada kalmadan ameliyat yapıp eve gideyim diyor” (Eğitim hast, E, 41 Yaş)

Özel hastanelerde çalışan uzmanların ailelerin sezaryen talebini karşılamak zorunda kaldığı ama kamu hastanelerinde daha çok tıbbi endikasyonları gözettiği bu nedenle özel hastanede sezaryen oranlarının daha yüksek olduğu anlaşılmıştır.

“Ama özel hastanelerde ve özel pratikte biraz daha fazla oluyor sezaryen oranları. Çünkü burada ailenin isteğine de değer vermek zorunda kalıyorsunuz ama genelde kamu hastanelerinde daha çok obstetrik nedenlerle doğum yaptırılıyor” (Üniversite hast. Prof.Dr, E, 54 Yaş)

Daha önce koşulların yetersiz olduğunu söylediği bir özel hastanede çalışıp şimdi A gurubu bir hastanede çalışan bir uzman iki hastaneyi karşılaştırmış bazı özel hastanelerin denetimden uzak, uygun donanımda olmaması nedeniyle hekimde çalışma zorlukları yaşattığını söylemiştir.

“Bu hastane koşulları rahat olduğu için ve ben kendimi daha rahat hissettiğim için hastalarımın daha rahat normal doğum tavsiye edebiliyorum. Takip ederiz sizi. Ama ben daha rahatım yani vakit olarak da öyle, çalışma şekli olarak da öyle, ekip var, hani bir problem olduğunda hemen müdahale edilebilecek bir şey var. Dolayısıyla kendini rahat hissettiğinde, güvencede hissettiğinde hani komplikasyon olduğunda çözülebilecek diye düşündüğün zaman daha rahat oluyorsun. Ama öteki türlü hakikaten eğer yeterli donanı yoksa, hiç risk almak istemiyorsun hele hele olayı geceye bırakmak istemiyorsun” (Özel A grubu hast, K, 47 Yaş)

Tıbbi teknolojiadaki gelişmeler sezaryen operasyonunun hem doktorlar hem de kadınlar açısından çok kısa, kolay, ağrısız bir doğum seçeneği olarak algılanmasını kolaylaştırmıştır.

“Yani artık 10 sene 20 sene önceki gibi de değil sezaryenler. Oluyorlar ve bir gün sonra evlerine gidiyorlar. Evde işte epidural anesteziler, ameliyat sonrası ağrı kesiciler, şunlar bunlarla bence normal yoldan çok farkı yok sezaryenin. Bunun için neden bu kadar çok kıyamet kopartıldığını ben anlamakta güçlük çekiyorum” (Özel A grubu hast, E, 53 Yaş)

“Hiç o ağrıyı acıyı duymadan yapılmış oluyor sezaryenler, bu nedenle hastalardan talep çok geliyor artan bir şekilde” Özel hast, K, 56 Yaş)

Bazı uzmanlar meslektaşlarının tavrını eleştirmişler, gereksiz sezaryen yapıldığını ve kadınları istemedikleri halde sezaryene ikna etmek için endikasyon uydurduklarını, hastalarını yanılttıklarını bildirmişlerdir.

“Genel geçer bir endikasyon olmadan yalan yanlış işte çatın dar gibi abuk sabuk endikasyonlarla hastayı sezaryene yönlendirmektir. Yani bunu ben doğru bulmuyorum” (Muayenehane hekimi, E, 58 Yaş)

Sağlıktaki dönüşümün hasta hekim ilişkisini değiştirdiğini, alış veriş ilişkisinde olduğu gibi keyfi bir özellik kazandığını, doğumun şeklinin de tıbbi endikasyonlar dışında keyfi kararlarla verildiği anlaşılmıştır.

“Burada yeterince bilgilendirme olsa belki görüşünü değiştirir dolayısıyla çok ezbere bir karar veriliyor, kabul edilemez dediğim bu. Yani çok çok alışverişe gider gibi, ya da iki renk arasından birini tercih eder gibi bir tercih laubaliliği olduğunu düşünüyorum bu doğum şekli konusunda. Özellikle hastalarda da var bu biz hekimler de buna göz yumuyoruz belki ya da işimize geliyor.” (Üniversite hast, E, 49 Yaş)

Sağlık bakanlığının sezaryen oranlarını düşürmek için yaptığı uygulamaların yararsız olduğu, cezalandırma yöntemiyle uzmanların motive olmayacağı anlaşılmıştır.

“Otorite diyor ki, kardeşim senin oranların yükselmiş gel seni doğum eğitimine alayım. Var bizim öyle kadın doğumcu arkadaşlarımız, çok komik. Peki arkadaşlar geldiği zaman doğum oranları artıyor mu? Hayır” (Üniversite hast, E, 42, Yaş)

“Doktorlarla bu kadar uğraşıp, bu kadar daraltıp, öbür taraftan da etik olun işte şöyle yapın, vajinal doğumu şöyle yapın, böyle yapın olmaz. Motivasyon gerekir motive olmayan bir insana zorla hiçbir şey yaptırılmazsınız, ben kuralına da uydururum” (A gurubu özel hast, E, 39 Yaş)

4.4. KHD uzmanlarının anne isteği ile sezaryen konusundaki tutumları

İsteğe bağlı sezaryen yapılabileceği, kadının doğumunu nasıl yapacağına kendisinin karar verebileceği bunun hasta hakları olarak değerlendirileceği görüşü belirtilmiştir.

“Bir kanser hastası ben tedavi olmak istemiyorum dediğinde bizim yapacak bir şeyimiz var mı? Veya tedavi başladı, ben yarıda kesiyorum istemiyorum deme hakkı var mı, var. Peki bir kadının doğum şeklinde ben sezaryen istiyorum dediğinde ne diyeceğiz bu kadına? Hayır ben seni doğurtuyorum deme hakkınız yok. Hasta hakları ışığı altında bunu deme hakkınız yok” (Üniversite hast, E, 42 Yaş)

Burada sezaryenin bir operasyon olarak oluşabilecek komplikasyonlarından hastaları haberdar etmenin, hastayı yanlış yönlendirmeden kararın verilmesi önemli bulunmuştur.

“Gayet tabi, hastaya bunun bir batın cerrahisi olduğunu söyledikten sonra, bilgi verdikten sonra, normal doğum isterse benim her zaman hazır olduğumu söyledikten sonra, ki bence bir doğum hekiminin doğum hekimliği yapıyorsa hastaya karşı dürüst olması lazım” (Muayene hekimi, E, 58 Yaş)

İsteğe bağlı sezaryen onaylanırken karar verecek anne adayının bilinç düzeyi, karar verebilme kapasitesi de sorgulanmıştır.

“Ama bu anneyi, karşımızdaki anne bilinçli bir anne mi, eğitilmiş bir anne mi, doğum konusunda spontan vajinal doğum konusunda veya sezaryen konusunda onu ne kadar bilinçlendirdik, artıları eksileri ne kadar tarttık biçtik bilgi verdik. Bilgilendirdikten sonra ben anne isteğine bağlı sezaryeni ben destekliyorum, çünkü o da bir kişi özgürlüğü” (Doğumevi, K, 47 Yaş)

Sezaryen isteyen kadınların bilgilendirilmesi ile ilgili tereddütlerinin olduğunu söyleyen bazı uzmanlar, bilgilendirilirken doktorun bakış açısının da çok önemli olduğunu belirtmişlerdir.

“Doğru bilgilendirildiğinde kadınların çoğu normal doğuma hayır demez. Önemli olan bilgilendirmenin doğru ve sağlıklı yapılması, dediğim gibi yani hekim hamileliği sırasında bir gebe kadını isterse çok rahatlıkla sezaryene veya normal doğuma sevk edebilir” (Devlet hast, E, 49 Yaş)

Kadınların doğum şekli olarak daha kolay ve ağrısız olduğu için sezaryen tercihlerinin çok arttığını, bu istekleri ile uzmanları yönlendirmişlerdir.

“Hiç o ağrıyı acıyı duymadan yapılmış oluyor sezaryenler, bu nedenle hastalardan talep çok geliyor artan bir şekilde” (Özel hast, K, 55 Yaş)

Uzmanlara kadınların sezaryen isteklerinin nedenleri hakkında görüşleri sorulduğunda en başta gelen nedenin ağrı çekmek istememeleri olduğunu, ağrıyla baş etme konusunda yetersiz kaldıklarını bu nedenle çabuk vaz geçtiklerini bildirmişlerdir.

“Yani kadınlar da ağrıyla pek baş edemiyorlar bence yani bu konuda çok dirençli değiller. Yani ilk başta ilk zamanlar normal doğurmak isteyen hasta ağrılar başladıkça bu konudaki istekleri azalıyor ve sezaryene yöneliyorlar”
(Özel hast, K, 47 Yaş)

Normal doğumun daha iyi olduğuna inanan ve kadınları bu konuda motive eden bir kadın-KHD uzmanı eğer kadın isteksizse durumun çokta değişmediğini söylemiştir.

“Bazen çok yoğun baskı yapıyorum ben normal doğursunlar diye ona rağmen çevresel etkenler, yani bazen çok tamam diyorlar, normal doğuracağız diyorlar ama ağrı başlayınca şöyle birazcık. Çabuk vazgeçiyorlar” (Özel hast, K, 44 Yaş)

Bazı uzmanlar, kadınların, sezaryen isteklerinin altında ağrı dışında başka kaygılarının olduğunu, vajinal doğumun cinsel yaşamlarına olumsuz etkileri olacağına inandıklarını, bu nedenle normal doğum istemediklerini bildirmişlerdir.

“Estetik kaygılar var. Pek çok kadın vajinasında normal doğum sonucu problemler yaşayacağını düşünüyor. Hâlbuki böyle bir şey yok, biliyorsun vajina sonuçta en onarıma açık organdır. İşte cinsel yaşantılarının vajinanın genişlemesinden dolayı. İşte ben pek çok hastamdan şöyle şeyler duyuyorum. Vajinam çok bollandı diye kocam benden zevk almıyor artık diyorlar” (Özel hast, K, 45 Yaş)

Pek çok uzman, kadınların, doğuma hazırlık aşamasında gerekli eğitimi almayıp, medyadan ve yakın çevresinden olumsuz, ön yargılı fikirlerle doğuma geldiğinde çabuk sezaryen kararı verebiliyorlar demiştir.

“Ha ne oluyor bu kız, sıfır bilgiyle geliyor hastaneye. Duydukları zaten kötü işte doğum ağrılı falan. Zaten ön yargıyla geliyor, en ufak bir ağrıda beni sezaryen yapın diyor” (Üniversite hast, E, 42 Yaş)

Bazı uzmanlar kadınların doğumu kendi istedikleri gibi planlayarak, yaşam biçimine uygun seçimler yaptıklarını bunun yaşama bakışlarıyla ilgili olduğunu belirtmişlerdir. Pek çok uzman Anne isteği ile sezaryenin özellikle özel hastanelerde

yaygın olduğunu, bunun hastayı ve hastane sahiplerini memnun etmeye bağlı olarak geliştiğini bildirmişlerdir.

“Yönetim, hastane yönetimi isteyen herkes sezaryen olabilir diyor. Evet bu bana kalmıyor tabi, evet. Yani diyor ki hastane yönetimi elektif isteyen varsa ameliyat edin” (Özel hast, K, 55 Yaş)

Daha önce devlet kurumunda çalışmış bir uzman özel hastanede sezaryen sayısının artmasının hasta isteğine bağlı yapılmasında kaynaklandığını vurgulamıştır.

“Devlette çalıştığım dönemde benim sekiyo oranlarım yüzde 30’ları geçmezdi. Zaten hesaplanıyordu, gidiyordu, her ay çıkıyordu. Ama özel şartları biraz daha farklı. Burada arttı mı sezaryen oranınız? Biraz fark etti. Çünkü hasta istiyor. Hasta istediği için de yapıyoruz” (Özel A gurubu hast, E, Yaş 38)

Bir kadın-KHD uzmanı kadınların istemeden normal doğuma alınamayacağını altını çizmiştir.

“İstesem de istemesem belli bir noktada bu sonunda hastanın istediği oluyor. Ve insanı zorla normal doğurtamazsın. Kanırta kanırta doğurtamazsın, normal doğum bir ortak çalışmadır. Birlikte ben ne kadar çalışıyorsam hasta da en az o kadar çalışmak zorunda, istemek zorunda. Hasta ıkmazsa çıkmaz ki bebek” (Özel hast, K, 54)

Uzmanlar, isteğe bağlı sezaryen tercihi yaparken hastaların bu beklentisine cevap vermek ile sağlık sistemleri arasında sıkışmış olduklarını, bunun adının konması gerektiğini vurgulamışlardır.

“Türkiye’deki yasal durum nedeniyle anne isteğini bir endikasyon yaratıp, bir kılıf yaratıp o şekilde yazarak yani hekimi bir böyle tuhaf bir konuma sokarak, bir endikasyon oluşturma zorunluluğundan da hiç yana değilim. Bu da hekimden yana bir tavır değil niye hekim böyle bir duruma düşsün ki? Bunun adı konsun, yani bunun yasası çıksın” (Üniversite hast, E, 58 Yaş)

4.5. KHD Uzmanlarının Kendi Konumları ile İlgili Görüşleri

4.5.1.KHD Uzmanlarının çalışma koşulları ile ilgili görüşleri

Görüşülen tüm uzmanlar değişik derecelerde çalışma koşullarından memnuniyetsizliğini belirtmişlerdir. Ekonomik karşılığını alamamak, çalışma sürelerinin uzunluğu, sorumluluk verilip yetki verilmemesi, güvencesiz çalışmak, hastaların ve yöneticilerin baskısı ana temalar olmuştur.

Özel Hastanede Çalışanların çalışma koşullarının özellikle çok yorucu olduğu, ekonomik karşılığını almadıkları, izin kullandıklarında para kazanamadıkları anlaşılmıştır.

“Tabi biz 24 saat icapçiyız sürekli. Sürekli telefonunuzu yanınızda taşımak zorundasınız. Lavaboya giderken bile yanınızda olacak. Tabi yani senede ben burada 3 buçuk yıl oldu, dördüncü yıl neredeyse, hep bir hafta izin kullandım. Bir de bayramlar işte onları da ikinci hafta olarak düşünüyorum. Çok izin alamıyorsunuz, çok sosyal işleriniz için zaman ayıramıyorsunuz”
(Özel hast, E, Yaş 40)

Özel hastanede çalışan hekimler hastaların ve hastane sahiplerinin beklentisini karşılamanın zorluğunu önemle vurgulamışlardır.

“Bakın bu özel hastanecilik sürecinde yönetimler hep hastadan yana. Hekimden yana hiç olmuyorlar, yani her zaman hasta haklıdır felsefesi var”
(özel hast, K, 54 Yaş)

Özel hastanede çalışan uzmanlar mesleki uygulamaları ticaret ilişkisi çerçevesinde şekillendiği, hastalar ve hastane sahiplerinin baskısı altında çalıştıkları, özgür olamadıkları tespit edilmiştir.

“Özel hastanede çalışmak demek hata yapmamak demek, en güvenli yoldan gitmek, risk almamak demek. O hekimin varlığının devam edip etmemesi orada çok bağlıdır hasta şikayetine. Sonuçta bu bir iş haline dönüyor, artık

hastalar yok, müşteriler var. Memnun edilmesi gereken müşteriler var, bir de patronlar var memnun edilmesi gereken'' (Özel A gurubu hast, E, 53 Yaş)

Devlet kurumlarında, üniversite hastanelerinde öncelikli olarak ekonomik karşılığını alamadıklarını, performans sisteminin çok sorunlu olduğunu, yöneticilerden çok büyük bir baskı gördüklerini, çok şeyden sorumlu tutulduklarını ama değiştirmek için yetki verilmediğini belirtmişlerdir.

''Performans şeyleri çok komik paralar. Bunlar insanları mutlu etmiyor, bu kadar hasta hakaretleri ve fiziksel şiddet, artı gün içindeki bu yoğun çalışma şartları da insanları de-motive ediyor. De-motivasyon çok kötü. Yani siz sevdiğiniz mesleğinizi bir keyifle yaparsınız, bir de korkarak yaparsınız. Korku şundan kim beni şikayet edecek, kim benim üzerime atlayacak dövecek, kim bana hakaret edecek. Kim, kim, kim'' (Üniversite hast, E, 39 Yaş)

Odak gurup görüşmesi sırasında bir doğumevinde uzmanlar arasında mesleklerinden memnuniyetsizlikleri şöyle bildirilmiştir.

''Şimdi şöyle bir soru sormak gerek bir daha dünyaya gelsek kaçımız kadın doğumcu olmak ister?

Kaç kişi?

10 kişi içerisinde sadece iki kişi mi? Evet biraz az''

Sağlık sisteminde karşılaşılan sorunları çözme yetkisi olmadan sorumlu tutuldukları, çaresizlik yaşadıkları tespit edilmiştir.

''Kontrolünüz altında olmayan bir şeyden sorumlu olmanız pek hakkaniyetli görünmüyor. Yani ben burada doktorların durumunun ciddi bir şey oluşturduğunu düşünüyorum. Doktorlar şu an çok acınacak bir durumda. Son derece savunmasız bırakılmış durumda'' (Üniversite hast, E, 54 Yaş)

4.5.2.KHD Uzmanlarının hasta hekim ilişkisi hakkındaki görüşleri

Tüm uzmanlar toplumda doktorların ciddi prestij kaybı yaşadıklarını bununla ilişkilendirerek şiddet ve bir şiddet olarak ta tanımlanan şikayetin yaygın olduğunu belirtmişlerdir.

“Biliyorsunuz hekimlik tahrifi müthiş. Çok zedelenmiş bir meslek grubu son yıllarda. Müthiş derecede saygınlığını kaybetti, yani şey, belki de başka bir türlü eve mobilya yaptırdığınız bir insana daha çok saygı verir hale geliyor”
(Özel hast, E, 40 Yaş)

Özellikle sağlık politikalarının yanlış yönlendirmelerin bunda payı büyük olmuştur.

“Hekimler kötüdür algısı o kadar çok yaygınlaştırıldı ki, komplikasyon olduğunda direkt saldırıyor hasta yakınları. Medyanın önünde hekimine tokat atan bir Sağlık Bakanımız bile oldu yani nasıl prestij kaybımız olmaz ki. Her türlü sağlık bakanından geçtik biz. Birisi işte paragöz dedi, o kadar çok hani kendi liderlerimiz tarafından aşağılandık ki, halk da tabi aşağılıyor bunun için” (Özel hast, K, 44 Yaş)

Toplumda şiddetin arttığı bir zamanda hekimin çok daha dikkatli olması gerektiği, eski otoriter yaklaşımını değiştirmesinin, hastasıyla empati kurmanın önemi anlaşılmıştır.

“Kişilik bozukluğunun çok yaygın olduğu bir toplumuz. Hekim şiddet görmeyecek bir zemine çekmeli hastaları. Böyle çok adam sendeci, çok otoriter, karşısındakini çok değerli görmeyen, onun bilgisine değer vermeyen hekim tarzlarının ben şiddete meyil oluşturduğunu düşünüyorum. Şiddetin sorumlusu hekimler değil ama şiddetin mknatısı olmamalı hekimler yani hastalarıyla daha olgun bir ilişki kurmak zorundalar buna dikkat etmeliler.”
(Özel hast, K, 45 Yaş)

Hastaların şiddet ve şikayete yönelmesi uzmanların motivasyonlarını önemli ölçüde bozduğu daha defansif davrandıkları bulunmuştur.

“Normal doğuma bıraktığınız bir hastada en ufak bir çocuk kalp sesinin bozulması veya en ufak bir sıkıntıda hemen sezaryene yönelmenin nedeni, çünkü en sonunda acillerde son tokadı doktor yiyor, yumruğu doktor yiyor, çok ciddi tazminat davaları hatta başa çıkamayacağı, mesleğini bile zora sokacak sorunlarla karşılaşabilir” (Muayenehane hekimi, E, 53 Yaş)

Daha önce devlet kurumunda çalışmış şimdi A gurubu bir özel hastanede çalışan bir uzman hastanede hastaya ayrılan sürenin ve ortamında etkili olduğunu belirtmişti.

“Devlette daha şikayete yönelikti hastalar. Yani sosyo-ekonomik seviyesi düşük olduğu için belki, çoğu böyle yeşil kartlı falan, tık şikayet, her şeyde şikayet, her şeyde şikayet. Hiçbir şey çıkmasa bile ha bire elinizde sarı zarf cevapla. Bir şey yaparken bu hasta beni şikayet eder mi diye düşünerek yapıyorsunuz. Burada (şu anda çalıştığı özel hastaneyi kastediyor)hastayla yüz yüze daha fazla konuşabildiğimiz için belki birbirimizi anlama bazında daha mantıklı oluyor” (Özel A gurubu hast, K, 43 Yaş)

Hekime yönelik şiddetin boyutlarını bir uzman çok çarpıcı bir şekilde dile getirmişti.

“Şikayet mevzusu inanılmaz boyutta arttı. Artık hekimlik mesleği yapılamaz hale geldi. Bunu bir şiddet olarak algılıyorum, kesinlikle öyle. Hekimlerin zavallı bir hale getirilmesi. Yani bunu şöyle bir konuma getirebilirsiniz. Bir ringde bir boksörün elini kolunu bağlarsınız, ondan sonra öbür boksöre de verirsiniz eldivenleri ve bunu istediğiniz kadar dövün dersiniz” (Üniversite hast, E, 54 Yaş)

Ayrıca bir hekimin sorumlu olamayacağı, hastane yönetimiyle ilişkili pek çok konuda gelen şikayetlerin dikkate alındığı ve doktorlardan savunma istendiği tespiti yapılmıştır.

“Hastanenin çalışmayan asansöründen dolayı hekime çatabiliyor yani ben gördüğüm için bunu söylüyorum, çok defalarca. Yani hastanenin fiziki koşullarından rahatsız olan hastalar çok sayıda dilekçe veriyor, o dilekçelerin bir kısmı da sanki orada çalışan herhangi bir asistanın

sorumluluğundaymış gibi, o asistana soruşturma olarak geliyor. Bu çok saçma bir şey'' (Devlet hast, E, 44 Yaş)

Bir doğumevinde yapılan odak grup görüşmesinde şiddet ve şikâyetin çok arttığı vurgulanmıştı.

''Yani bacak bacak üstüne atıyor diye şikayet eden hasta ve bunun kaile alınıp cevap istenen insanlar var''

Bir devlet hastanesinden doktor hanımın anlatımı şiddet ortamının doğumu nasıl etkileyebileceğini göstermiştir.

''Bizde düşününki doğumhanenin önünde silahını çekip ateşleyen polis memuru bile var. Yani eşi içerdeymiş işte, böyle yani kimlerle çalışıyoruz. Yani canımızı kurtardığımızı şükrediyoruz bazen'' (Devlet hast, K, 56 Yaş)

Özel hastanede hasta hekim ilişkisindeki çarpıcı değişimin, sağlığın ticarileşmesinin sonuçları olduğunu belirtilmiştir.

''Yani siz gidiyorsunuz diyorsunuz ki ben paramı verdim, bunun karşılığında bu servisi, hizmeti alıyorum. Eğer o hizmette veya malda bir defo bozukluk çıkarsa gidiyorsunuz malı üreten kişinin kafasına çarpıyorsunuz. İşte hekimle hasta arasındaki ilişki de bu şekle dönüştü. Maalesef bir restorana gittiğinizde garsonlar oradaki müşteri arasındaki ilişkiye dönüştürüldü. Şimdi hastaların şu andaki bakış açısı şu aşamada: E ne olacak canım ben parasını veriyorum. Hekim de bana hizmet veriyor, yani garsondan farkı yok. Ben ne dersem bunu yapmak zorunda. Yani bir sorun çıkarsa da ben istediğim gibi onu şikayet ederim, onu işten attırırım, şunu yaparım bunu yaparım zihniyeti içinde'' (Üniversite hast.Prof.Dr, 54 Yaş)

Ancak devlet kuruluşlarında da performans sisteminin hasta hekim ilişkisinde sorunlara yol açtığını belirten uzmanlar oldu.

''Hekimi çok kolaylıkla yanlıslara sevk eden bir sistem. Kaliteyi, hastaya bakım kalitesini düşürüyor, hastaya ayrılan zamanı düşürüyor'' (Eğitim hast, E, 56 Yaş)

Doğumevinde bir uzman performans sisteminin kendilerine ve hastalara yansıyan sonuçlarını şöyle ifade etmiştir.

“Performans sistemi, çok saçma bir sistem bana göre. Yani bir hekimin bir enerjisi, gücü vardır ve hekim hasta eğitimini bire bir hastaya bakarken kendisi yapabilir. Mesela ben ultrasonunu yaparken bak gebeliğinde şunlara dikkat et diye konuşabilirim onunla. Ama performans sisteminden dolayı ve başhekimler, başhekim muavinleri bizi 70, 80, 90 hatta Beyhan 105 hasta baktı geçen aylarda, 105 hasta, bir günde. Yani buna zorlandığımız için biz hastayı nasıl yatırıp kaldırdığımızı bilmiyoruz yani. Hastayla ne konuştuk, hangi hastaya ne söyledik, sonra o hasta geldiğinde hatırlayabilecek miyiz, bundan haberimiz yok” (Doğumevi, K, 32 Yaş)

Başka bir doğumevinde performans sisteminin hasta hekim ilişkisini değiştirdiği, ticarileştirdiği tespiti yapılmıştır.

“Ben bu performans ucubesinin sadece hekim algısını değiştiren çok büyük etkenlerden biri olduğunu düşünüyorum son 3-4 yıl içinde. Çünkü zaten kapıya gelip maaşını ben veriyorum demekten yüksünmeyen bir hasta grubu artık ona yaptığımız her müdahaleden bizim para kazandığımızdan da haberdar ve dolayısıyla bizimle bir alışverişi bir ballı-börek ilişkisi kalamadı yani” (Doğumevi, K, 38 Yaş)

4.6. KHD Uzmanlarının Sağlık Sistemi Hakkında Görüşleri

Sağlıkta yaşanan dönüşüm olarak adlandırılan değişikliklerin, hekimlerin motivasyonlarını azaltan sonuçlarıyla karşılaşmıştır.

“Bakanlığın mevcut sistemi doktorları arka plana atmaya çalışan hastaneleri ön plana çıkartmaya bir sistem. Ben buna kökünden karşıyım, eskiden 8'lere9'lara kadar hasta bakardım. Artık kimse beni 4, 4 buçuktan sonra kimse hasta bakmaya şey yapamaz. Hayatta da bakmam yani “ (Üniversite hast, E, 41 Yaş)

Sağlıkta özelleşmenin olumsuz etkileri olduğu hem devlet kurumlarında hem de özel hastanelerde vurgulanmıştır.

“Ayrıca özelleşme sağlıkta bence son derece yanlış bir tutumdur. Devletin insanlarını ülkesinde olan insanların sağlığını güvenceye almak zorunluluğu vardır ve bunu devlet eliyle, devlet hastaneleri eliyle yapmalıdır. İnsanın para karşılığı yoktur, bir insan bir lira mı, bin lira mı, bir milyon lira mı, on milyon lira mı, var mı öyle bir fiyat? Para verince insan satın alabiliyor musun, alamıyorsun. Kolunu bacağını satın alabiliyor musun, alamıyorsun, olmuyor işte” (Özel A gurubu hast, K, 54 Yaş)

Sağlıkta ticaret anlayışı hasta hekim ilişkisini müşteri ilişkisine, müşteri memnuniyeti anlayışına dönüştürmüştür.

“Satıcı ve alıcı konumuna düşüyorsunuz, siz bir hizmet satıyorsunuz, karşınızdaki o hizmeti alan kişi. Dolayısıyla bir hastaneye gelmiş ve bir sağlık hizmeti almaya çalışan insan kendisini aynı bir beyaz eşya dükkânına girmiş, buzdolabı seçen bir insan olarak algılıyor” (Özel hast, K, 50 Yaş)

Sağlık sisteminin doktorları tüm sorunların nedeni gibi gösterdiğini ve korumadığını bildiren pek çok uzman olmuştur.

“Bir sağlık sistemi var ve doktor sağlık sisteminin bir parçası. Doğru işlemeyen herhangi bir sağlık sistemi problemi de maalesef doktora ihale ediliyor. Yani burada doğum ekip işi doğumda bir yardımcı personel var, hastane sistemi var, hastanelerin imkanları var, hastanenin acil durum konsepti var. Hastanelerin yükü var, ameliyathanelerin durumu var. Hepsi bunlardan çıkabilecek bu tür olumsuz sonuçlar maalesef doktora ihale ediliyor” (Üniversite hast, E, 54)

Son yıllarda devlet kurumlarında uygulamaya başlanan performans sisteminin olumsuz etkileri üzerine pek çok görüş bildirilmiştir.

“Hekimler kendilerini riske atacak işlemlerle uğraşmayacaklar çünkü performans sistemi bunun karşılığını ödemiyor. Performans sisteminde bunun karşılığı boşuna zaman harcamak ve para kaybetmek. Oysa daha basit ve küçük işlerle uğraşarak daha yüksek performans elde edip daha fazla para

kazanmanız mümkün. Bundan uzun vadede kamu sağlık sistemi zarar görecektir'' (Eğitim hast, E, 49 Yaş)

Performans sistemini hekimi parça başı iş yapan ve buna göre para kazanmaya iten bir sistem olduğu için etik bulmayan bir görüşmeci bu baskı karşısında istifa edip özel hastaneye geçiş yaptığını bildirmiştir.

''Ben tam gün yarasından dolayı istifa ettim çünkü tam gün yarasında belirli bir para alabilmek için belirli bir puan almanız lazım. Belirli bir puan alabilmeniz için gereksiz ameliyatlara, gereksiz müdahaleler yapmanız lazım. Ya da yapmadığınız şeyleri göstermeniz lazım. Bu da benim etik anlayışıma uymuyordu, istifa ettim'' (Özel A gurubu hast, E, 47 Yaş)

4.7.KHD Uzmanlarının Önerileri

Uzmanlar öncelikle sağlık sistemi tarafından destekledikleri, korundukları bir kurum içinde çalışmanın getireceği güvene ihtiyaç duyduklarını belirtmişlerdir.

''Sistemin hekimin arkasında durması lazım, özellikle kadın doğum hekimlerine karşı bu konuda çok fazla dava açılmış durumda. Hekim, sistemin arkasında durduğunu bakanlığın bu konuda kendisiyle hem fikir olduğunu anlarsa o zaman dünyadaki uygulamalar çerçevesinde davranmaya başlayacaktır'' (Eğitim hast, E, 49 Yaş)

Normal doğumun artması isteniyorsa öncelikle doktorların motive edilmesi gerekli görülmüştür.

''politikalarında kadın doğumu uzmanını kenara itici aşağılayıcı veya ne biliyim kötüleyici şekilde değil de daha destek verici şekilde davranılması lazım. Eğer normal doğum artsın isteniyorsa'' (Üniversite hast, K, 35 Yaş)

Sağlık yöneticilerinin bakış açısını değişmesi gerektiğini, sezaryen oranlarının düşürülmesi isteniyorsa bu sorumluluğu doktorlara yüklerken yetki verilmesi ve çözümün uzman dernekleri ve sivil örgütlenmeler ile sağlanabileceği vurgulanmıştır.

''Bakanlıkla bürokratlar mümkün olduğunca bu işin dışında kalması gerekiyor. Bürokrasi bu işin dışında kalmalı bunu biz çözmeliyiz, sivil

toplum kuruluşları çözmeli, dernekler çözmeli, TJOD çözmeli, perinatoloji dernekleri çözmeli. Biz eğitimciler çözmeliyiz'' (Eğitim hast, E, 56 Yaş)

Mediko legal baskıların kalkması gerektiğini vurgulayan bu konuda çeşitli önerileri olan çok sayıda uzman özellikle yargıya gitmeden tüm şikayetlerin bir ön elemenden geçmesinin gerektiğinin üzerinde durmuşlardır.

''Bence her hastanenin bir etik kurulunun olması gerekiyor. Öz denetim mekanizmaları yaratılmalı. O etik kurula gitmeli hastanın şikayeti diye düşünüyorum. O etik kuruldan sonra davaya gerek görülmemiştir diyorsa, hasta hakları organizasyonunun kendi etik kurulu tarafından değerlendirilmeli, onlar hayır var burada bir sorun diyorsa, o zaman hakem heyetine gitmeli'' (Özel hast, K, 45 Yaş)

Bir komplikasyon olduğunda malpraktis gibi değerlendirilip hekimin uzun süren dava sürecinde yıpranmasına engel olmak için olgunun hızlı bir şekilde bu ayrımı yapan bilirkişi elemesinden geçirilmesi elzem olmuştur.

''Bilirkişinin rapor aşamasına gelene kadar dava süreci insanı psikolojik olarak insanı çok hırpalıyor zaten. Bir dava açıldığında, açılmak istendiğinde en baştan bilirkişiye gidilip ya bukomplikasyondur, değildir diyecek bir kurum olması lazım bence. Bu hem yargının yükünü hem de bizim üzerimizdeki baskıyı hafifletecek'' (Özel A gurubu hast, K, 43 Yaş)

Hukuksal düzenlemelere acilen ihtiyaç duyduğumuz, biran evvel doktorların kendilerini güvende hissedeceği bir hukuksal değişikliğin gerektiği artık bir zorunluluk olmuştur.

''Hukuksal baskıyı hekimlerin üzerinden hissetmeyecek hale getirecek düzenlemeleri yapmanız lazım. Bu ceza yasalarında değişiklikler gerektiriyor, tazminat yasalarında değişiklikler gerektiriyor'' (Eğitim hast, E, 56 Yaş)

Gebelerin doğuma hazırlık eğitiminin yaygınlaşmasının önemli bir adım olduğu belirtilmiştir. Bu eğitimin doktorların kısıtlı muayene süresinde mümkün olamayacağı, ayrıca değerlendirilmesi gerekmiştir.

“Bizde normal gebe takiplerinde doğal olarak bebeğin sağlığıyla ilgileniyoruz, annenin beslenme şekli, genel durumu, kullanacağı ilaçlar, yani bunun ötesine tabi ki gidilmiyor bizim verdiğimiz eğitim, bunun yaygın ve iyi yapılması normal doğumu artırır diye düşünüyorum” (Özel A gurubu hast, K, 45 Yaş)

Ebelerin doğumda çok daha aktif rol alması gerektiği ve doğumun ebeler tarafından sorumluluk alarak gerçekleştirilmesi normal doğumun desteklenmesinde önemli bulunmuştur.

“Bir kere normal doğumun en başta mutlaka bir doktor tarafından yapılması olayının değiştirilmesi lazım. Bu fikrin ortadan kaldırılması lazım. Fizyolojik bir doğumun tecrübeli bir ebe tarafından yapılabileceği konusunda hastaların bilinçlendirilmesi gerekiyor en başta. Yaygın bir ebe ağının olması lazım” (Özel hast, K , 45 Yaş)

Ebelerin hem niceliksel hem de niteliksel olarak geliştirilmesi ebelerin doğumda daha aktif rol almasına ve doktorlar üzerindeki yükü azaltmasına zemin hazırlayacağı anlaşılmıştır.

“Ebe sayısı fazla olmalı doğum yaptıran hastanelerde ebeler nitelikli olmalı gebelerin takibinde ve doğumlarında çok daha aktif rol almalı” (Özel hast, K, 43 Yaş)

Doğumevinden bir uzman ebelerin daha aktif çalışmasını önermiştir.

“Ebeleri doğumun içine aktif çekmek lazım” (Doğumevi, K, 37 Yaş)

Hemen hemen tüm uzmanlar ekonomik boyutuyla daha uygun şartlarda çalışmasının önemini vurgulamıştır.

“Ama herkesin optimal yaşam koşullarını sağlayabilecek bir bazal geliri ama bu da böyle performans adı altında değil de, temel yani özlük haklarına olan, emeklerine yansiyacak bir geliri, koşulu, sağlayıp ondan sonra” (Özel hast, E, 40 Yaş)

Hem özel hastanede çalışanlar hem de devlet kurumunda çalışanlar, hekimle hasta ilişkisinin arasına para ilişkisinin girmemesi gerektiğini belirtmişlerdir.

“Zaten doktorun direkt parayla ilişkisinin olmaması lazım. Doktorun işini yapması ama bunun yanında da doğru düzgün geçimini sağlayacak parayı bir şekilde kazanması gerekiyor” (Özel hast, K, 41 Yaş)

Doğumun bir ekip işi olduğu ve bu anlayışla yeni düzenlemeler yapılması gerektiği bildirilmiştir.

“Bence hekim olarak eğer biz doğum sayısını, sezaryen sayısını azaltmak istiyorsak bir kere multidisipliner olarak sadece doğum evleri tarzında mesela, işte orada 24 saat hep hekimiyle tam olan uzmanıyla tam olan, hem asistanıyla tam olan yerler çoğalır normal doğumlar o zaman artar” (Eğitim hast, E, 41 Yaş)

Doğumhanelerin değişmesi gerektiği, hem doktorların hem de kadınların ihtiyaçlarını karşılayan mekanların oluşturulmasının elzem olduğu anlaşılmıştır.

“Valla işte ben şey isterim aslında hani sırf böyle normal doğum yapan, güzel güzel o eğitimleri gebeye veren, böyle relax, güzel güzel eylem odaları olan, çok güzel böyle doğumevleri olabilir. hani böyle doğumevleri böyle soğuk formattan uzak böyle ev ortamındaymış gibi, hastaların çok üzülmeceği, paldır küldür panik yaratmayan ortamlar, belki o zaman” (Özel hast, K, 44 Yaş)

Her kliniğin kendi içinde, kendi kendisini denetleyen bir ekip anlayışı içinde çalışmasının büyük katkıları olacağı vurgulanmıştır.

“Bence her klinik kendi içinde kendi denetleme sistemlerini yürürlüğe koymalı” (Üniversite hast, E, 41 Yaş)

Ağrısız doğum yöntemlerinin yaygınlaştırılmasının normal doğumu artıracığı vurgulanmıştır.

‘‘Bütün hastalara gebelikleri sırasındaki o eğitim sürecinde epiduralı sunmamız gerekiyor. Anne isteğiyle sezaryen oranını azaltmak için, bunun azaltacağına inanyorum, epiduralı sunarsak’’ (Eğitim hast, E, 49 Yaş)

5. TARTIŞMA

Araştırmada yer alan uzmanların çalıştığı kurumlarda uzun yıllardan beri çalışmadıkları, sık kurum değiştirdikleri tespit edilmiştir. Çeşitli nedenler arasında çok sık değişen sağlık mevzuatı ile beraber çalışma koşullarının tatminsizliği, sürekli arayış içinde olmaları dikkat çekici olmuştur. Örnek: Odak grup çalışması yapılan bir doğumevinde 2 uzman ekonomik nedenlerle özel hastaneye geçmek için ayrılma kararı almış, bir diğer uzman çeşitli özel hastanelerde 5 yıl çalıştıktan sonra, çalışma saatlerinin çok fazla olması nedeniyle çok yorucu olduğu için devlet kurumuna geçmiş son bir yıldır doğumevinde çalışmıştır.

Eğitim kurumlarında ağırlıklı olarak erkek uzmanlar çeşitli kariyerlere sahipken, özel hastanelerde çalışan KHD uzmanlarının ağırlıklı olarak kadın olduğu tespiti yapılmıştır. Burada Kadın Hastalıkları ve Doğum disiplininde cinsiyetçi bir dağılım fark edilmiştir. Literatürde aynı şekilde unvan-cinsiyet açısından karşılaştırıldığında ayrımcılık saptanmıştır (51).

KHD uzmanları, doğum hakkında konuşmaya başladıklarında doğumu mucize, çok güzel, harika bir olay olarak tanımlayarak doğum olayını yüceltmişlerdir. Böyle bir olayın yöneticisi olmakla değerli bir iş yapıyor olmanın gururunu taşıyor oldukları gözlemlenmiştir. Hemen arkasından doğumda çeşitli risklerin olduğu, her an bir problem yaşanabileceği konusunda yaygın bir görüş birliği ortaya çıkmıştır. Bu görüşe paralel olarak uzmanların büyük bir kısmı daha güvenli olacağını düşündüklerinden doğumun hastanede ve bir uzman tarafından yapılmasını uygun bulmuştur. Uzmanlarla yapılan görüşmelerde doğumun riskli olduğu sıklıkla vurgulanmıştır. Bu bulgular uzmanların risk algısının ebelere göre daha yüksek olabileceğini akla getirmiş, özellikle tersiyer merkezlerde çalışırken, asistan eğitimlerinde sıklıkla karşılaştıkları yüksek riskli gebelikler ve komplikasyonların kadın doğum uzmanlarının bu hassasiyetlerinin artışının nedenlerinden biri olabileceği düşünülmüştür. Böylece doğumun riskli olduğu algısıyla doğumda medikalizasyonun yolunun açıldığını gözlemlemiş olduk.

Bunun yanı sıra katılımcılar arasında insan doğumunun daha karmaşık olabileceği bunun insan yaşamındaki pek çok değişiklikle beraber şekillendiği, örneğin doğal

koşullarda daha fazla bedensel faaliyette bulunan, ilkel koşullarda yaşayan kadınların daha kolay doğurduğu ve bunu da daha doğal algıladığını ama modern yaşamda daha az hareket eden, yaşam akışı değişen, doğurganlık yaşı artan bir kadının daha çok zorlanacağına dair anlayış hakim bulunmuştur. Dünyada yapılan çalışmalarda bu görüşleri desteklemiştir. Kadınların demografik özelliklerini inceleyen çeşitli araştırmalar ileri anne yaşının ve eğitilmiş olmanın sezaryen artışına neden olan faktörlerden olduğunu belirtmişlerdir (52).

Hastanelerde, doğumhanelerle ilgili olarak devlet kurumlarında ve Üniversite hastanesinde çalışanların belirttiği gibi kadınlara iyi koşulların sağlanmadığı, anne dostu hastane kavramından çok uzak olduğu saptanmıştır. Hastane ortamlarının anne ve bebek için daha sıcak, ev ortamı gibi dekore edildiği modeller batı ülkelerinde daha çok uygulanmaya başlamış, kadınlara daha fazla alternatif sunulmuştur. Doğumda kadınlara sunulacak sürekli desteğin önemi yapılan pek çok çalışmada vurgulanmışken Türkiye’de kadınlar doğumhanenin soğuk medikal ortamında, destekten yoksun genellikle tek başına veya kalabalık doğumhanelerde mahremiyetine dikkat edilmeden diğer kadınlarla beraber büyük bir kalabalık ve gürültüyle bu süreci yaşamakta olduğu gözlenmiştir. Eğer bir şeyleri değiştirmek istiyorsak uzmanlarında belirttiği gibi önce doğumhanelere, oralarda ne yaşandığına dikkatlice, yargılamadan bakmamız gerektiği tespit edilmiştir.

Bazı doktorlar doğumun evde yapılabileceğini, gerektiğinde hastaneye sevk ederek, sorun yaşanmadan ve tecrübeli ebeler tarafından güvenlik koşullarının sağlanmasıyla olabileceğini belirtmişlerdir. Ev doğumları dünyada pek çok ülkede olduğu gibi Türkiye’de de yok denecek kadar azalmıştır. Genel bilgiler bölümünde değinildiği gibi planlı ev doğumu, pek çok çalışmada, daha düşük maliyetle daha az medikalize edilen güvenli bir doğum modeli olduğu halde Türkiye’de gündem dışıdır. Bunun en büyük nedeni ebelerin fonksiyonsuz kalmasıyla beraber devletin sağlık politikası olduğu ve bunun tartışılmaya açılmasının gerekli olduğunu düşünülmüştür.

Uzmanlar hemen tüm kurumlarda ebelerin eğitimlerinin yetersizliğinden bahsederek, doğumdan uzaklaştıkları ya da uzaklaştırıldıkları gerekçesiyle artık doğumda sadece yardımcı sağlık personeli olarak çalıştıklarını, hastalarının bu nedenle ebelere doğum yaptırmayacaklarını, ebelere güvenmediklerini belirtmişlerdir. Ancak bazı uzmanlar

uygun koşullarda, deneyimli ebelerle doğumun gerçekleşebileceğini, her zaman KHD uzmanına gerek olmadığını belirterek ebelerle normal doğum oranının artacağını, ebeler olmadan normal doğum oranlarının artmayacağını bildirmişlerdir. Doğumun de-medikalize edilmesinde ebelerin önemi pek çok çalışmada vurgulanmıştır (53).

Kadın- KHD uzmanlarının doğuma bakış açılarında, kendi doğumlarıyla paralel olarak normal doğuma yakın olmaları bazı çalışmalara uygun sonuçlar göstermiştir (54). Hem kadınlarda hem erkeklerde sezaryen doğumuna daha meyilli olan uzmanların kendi çocuklarında da doğum şekli olarak sezaryeni tercih etmeleri literatür bilgileriyle uyumlu bulunmuştur (55,56).

KHD uzmanları SSVD konusunda temkinli davrandıklarını, özellikle herhangi bir olası komplikasyonda dava edilme korkusuyla daha önceki doğumunda sezaryen olmuş bir kadına sezaryen yapacaklarını ve bu konuda öncelikle hastane koşullarının ekip anlayışı isteyen bu seçim için uygun olmadığını belirtmeleri kayda değer bulunmuştur. TJOD ve Perinatoloji derneği ile Sağlık Bakanlığının ortaklaşa hazırladığı Doğum Eylemi Yönetim rehberinde SSVD önerilirken % 30 acil sezaryen ihtimalinden bahsedilmiştir. Literatürde uygun hastaların sezaryen sonrası vajinal doğuma bırakılması artmış sezaryen oranlarını azaltmak için güvenli bir yol olduğu vurgulanmıştır (57,58). ACOG riskleri konusunda hastaları bilgilendirdikten sonra, uygun koşullarda, belli kriterlere uyularak yapılabilirliğini bildirmiştir (59). Bu bulgularla sezaryen sonrası vajinal doğumun doktorların kişisel tercihlerine dayalı olmadığını bunun hastanelerin alt yapısının hazırlanıp, kurum içinde uygulama rehberleri ile ekip çalışmasına bağlı olduğu anlaşılmıştır.

Uzmanlarının büyük bir çoğunluğu doğumda Epizyotomi yaptıklarını belirtmişlerdir. Bu Türkiye’de Epizyotominin yaygınlığını belirten araştırmalarla paralellik oluşturmuştur (60). Epizyotominin gerekli, rutin tıbbi bir uygulama olduğuna inanlar az sayıda değildi fakat literatürde rutin uygulamanın anne yararına olmadığını bildiren pek çok çalışma yapılmıştır (61,62). Bazı uzmanlar gereksiz yere yaptıklarını bunun hem eğitimlerinden kaynaklandığını hem de doğumun 2. Safhasında geçirilen sürenin kısaltılması isteği ile yaptıklarını belirtmişlerdir. Asistan eğitiminde Epizyotomi eğitiminin de sorgulanması gerektiği anlaşılmıştır. Doğumda

2. Safhasında uzmanlarda ve doğum yapan kadınlarda yaşanan endişeler, normal sınırları geçerse de onları sabırsız davranmaya itiyor olabileceği düşünülmüştür. Ayrıca çalışma koşulları uzmanların uzun süreler doğumun başında zaman geçirmesine uygun olmadığı, ebelerin aktif çalışması, sorumluluk alarak doktorun yükünü azaltması Epizyotomi oranlarını azaltacağı, dünya genelinde doğumu ebelerin üstlendiği doğumlarda Epizyotomi sıklığının azaldığı tespiti yapılmıştır (63).

KHD uzmanları vajinal operatif doğumdan kaçındıklarını, vakum uygulamaktansa sezaryen seçeneğini tercih ettiklerini, bu tercihlerinin altında yatan temel faktörün dava edilme korkusu olduğunu belirtmişlerdir. Bu korkunun temelinde komplikasyon da olsa anne veya bebeğe bir şey olduysa uzmanların yüksek tazminatlar ödemekle karşı karşıya kalmaları, yasal uygulamalara güvensizlik ve bu dava sürecinde yaşanan psikolojik travma olduğu anlaşılmıştır. Uzmanlar dünyada da yaygın şekliyle, karakteristik bir tanımla ‘neden sezaryene almadın’ suçlamasıyla karşılaştıklarını belirtmişlerdir (64). Tüm dünyada operatif vajinal doğum sayısı giderek azalırken sezaryen oranları artmıştır (65). Bunun sonucunda operatif vajinal doğumlarda kullanılan tekniklerin unutulması söz konusu olmuştur(66). Yeni uzmanlarla yapılan görüşmelerde bu bulguları destekler bulunmuştur. Yeni uzmanların çoğu mezun olmadan önce yeterince operatif doğum deneyimleri olmadığını bildirirken bunun kliniklerinde az sayıda operatif vajinal doğum olması ve kendilerine bu pratikleri gösterecek uzman eğitimcilerinde mediko legal nedenlerle asistanlara vermeyerek riske girmek istemediklerinden kaynaklandığını belirtmişlerdir.

Yapılan görüşmeler sırasında doğumda medikalizasyon anlayışı yaygın bulunmuştur. Doğumda medikalizasyon dünyada da yaygınlık kazanan bir anlayış olmuştur(67). Görüşmelerde uzmanların çoğu doğum sırasında malpraktis endişesiyle bebek kalp atışlarını sürekli monitorize ettiklerini bildirmişlerdir. Medikalizasyon eğiliminin sadece doğumu riskli bir olay olarak algılamının ötesinde yaşanan mediko legal baskılardan kaynaklandığı tespit edilmiştir. Bu endişelerden uzak mümkün olduğunca az medikalize ederek yapılan uygulamalarda normal doğum oranlarının daha yüksek olduğu bildirilmiştir (68). Özel hastanelerde, hastaların doğumlarında kendi doktorlarını talep etmeleri nedeniyle doktorların icapçı olarak, neredeyse 24

saat görevli gibi çalışmaları ve İstanbul koşullarında doğuma yetiştirme zorlukları yaşanması gibi nedenlerle doğumun planlandığı, medikalize edildiği anlaşılmıştır. Literatürde özel hastanelerde gerçekleşen doğumların daha fazla medikalize edildiğine dair araştırmalar bulunmuştur (69).

Sezaryen oranlarının yüksek olduğunu tüm uzmanlar kabul ederken büyük bir bölümü bu hızın ivme kazandığını, kısa sürede düşmesinin beklenmemesi gerektiğini belirtmişler, sağlık bakanlığının sezaryen oranlarını düşürme kararını onaylarken, yöntemleri konusunda eleştirileri olmuştur. Sağlık bakanlığının konuyu derinlemesine incelemeyen aldığı kararlarla, ceza anlayışıyla bir sonuç elde edemeyeceğini, bu konuda ancak uzman derneklerine ve kendilerine yetki verilerek gerçekçi çözümler üretilebileceğini bildirmişlerdir. Az sayıda uzman sezaryen oranlarının üzerinde durmanın gerekmediğini, bunu bir doğum şekli tercihi olarak algıladıklarını ve uyguladıklarını belirtmişlerdir.

Hekimlik riskli bir meslektir, her tedavinin kendine özgü riskleri vardır. Uzmanlar sezaryen kararı verirken endikasyonları geniş tuttuklarını, bunu öncelikle malpraktis kaygısıyla yaptıklarını, ancak sadece dava edilme sürecinde yaşanan sorunlar değil kendi mesleki sorumlulukları, vicdani kaygılarıyla hareket ettiklerini, ortaya çıkabilecek herhangi bir komplikasyon da bile bunun moral ve motivasyonlarını olumsuz etkileyeceğini belirtmişlerdir. KHD uzmanlarının genellikle normal doğum sırasında ve sezaryen kararı verirken tek başına olmaları, sorumluluğu tek başına üstlenmeleri, sonuçlarını tek başına karşılamaları ile ekip halinde çalışmanın getireceği güven duygusundan yoksun kaldıkları fark edilmiş ve bunun etkisiyle olumsuz sonuçlara daha fazla odaklandıkları, defansif davrandıkları gözlemlenmiştir. Bulgularımızda uzmanların sezaryen endikasyonlarını mediko legal nedenlerle geniş tutmaları, yani doğum şekli olarak sezaryene yönelmeleri ile sezaryen oranlarındaki artışın sadece Türkiye'ye özgü bir durum olmadığı anlaşılmıştır(41). Eğer doktor en az bir kez dava edilmişse veya çevresindeki bir doktorun dava edildiğini gözlemlemişse sezaryen oranları artış göstermiştir (70).

Sezaryen oranlarındaki artışın özel hastanelerde daha fazla olduğunu bildiren uzmanların görüşlerine bakıldığında özel hastanelerde uzmanların çalışma koşullarının en önemli etken olduğu düşünülmüştür; Kadınların kendi doktorlarının

doğumu yaptırmasını talep etmesi, İcapçı doğum hekimi olmanın zorlukları; Gece gündüz çalışmanın zorlukları(cep telefonun 24 saat açık olması, adeta 7/24 saat çalışıyor olmak), ayrıca gece doğuma gelmenin zorlukları, İstanbul trafiğinde doğuma yetişme stresi ve doğumun planlanması, tecrübeli ebe eksikliği nedeniyle çalışma yükünün artması. Sistem kar amaçlı, müşteri memnuniyeti üzerine kurulu olduğu için hasta hekim ilişkisindeki değişiklikler; Hastaların beklentisini karşılamak, anne isteğine bağlı sezaryen karşısında daha çabuk karar verme, gebelerin tüm takip işlerini doktorundan beklemesi nedeniyle artan iş yükü. Hastane yönetiminin beklentilerini karşılamak. Bazı özel hastanelerde yetersiz tıbbi koşullar nedeniyle (örnek, gece anestezi uzmanı olmayabilir) acil sezaryen riskine girmemek için planlayarak sezaryene almak önde gelen nedenler olarak tespit edilmiştir. Dünyada sezaryen oranlarının çok arttığı ülkelerde benzer bulgulara rastlanmıştır. Sağlık sisteminin özelleşmesinin söz konusu olduğu ülkelerde oranlar çok daha yüksek bulunmuştur (71). Özelleşen sağlık sisteminde sezaryen hızının artmasının nedenleri bizim bulgularımızla paralellik oluşturmuştur(72).

Büyük aileler yerini çekirdek ailelere bırakırken kadınların birbirine aktardığı bilgiler azalmıştır. Kadınlar gebelik, doğum, emzirme ile ilgili temel bilgileri eskiden ailede deneyimli kadınların yaşantılarına yakından tanık olarak edinir ve bunların doğal süreçler olduğunu algıladı. Günümüzde İnternet ortamında kolayca erişilen bilgiler, medyatik haberler sıklıkla insanları gereksiz endişelere sürükleyerek bilgi kirliliğine neden olmuştur. Doğum ağrısı konusunda yanlış bilgilerle yüklenmiş kadınlar ağrı çekmekten korktukları için, dayanamayacakları ön yargısıyla normal doğumdan kolayca vaz geçmişlerdir. Görüşmeye gidilen hastanelerde gebe eğitimi veren hastane sayısı oldukça az ve yetersiz bulunmuştur. Gebelik eğitiminin çok az sayıda merkezde verilmesi de kadınların bu süreçlere yeterince hazırlanmamasına neden olmuştur. Modern yaşamda kadınlar gebelik döneminde, doğuma hazırlanmada, doğumda, doğum sonrasında destekten yoksun bırakılmıştır. Bu durum kadınların normal doğumda zorluklar yaşamasına ve kolayca vaz geçmesine neden olmuştur. Kadınlara doğuma hazırlanması için gereken eğitim olanaklarının sağlanması normal doğuma yönelimleri artıracığı anlaşılmıştır.

Bulgularımızda uzmanların hemen hepsinin isteğe bağlı sezaryeni onayladıkları görülmüştür. Büyük bir çoğunluk doğru bilgilendirmeden sonra bu isteğin kabul edilebileceğini belirtmişlerdir. Bazı uzmanlar bilgilendirme konusunda hekim tavrının hastayı yönlendirdiğini, doğru bilgilendirilen bir kadının normal doğumu tercih edebileceğine inandıklarını belirtmişlerdir. Devlet kurumlarında ve üniversite hastanelerinde hastaya ayrılan kısa süre içinde doğum hakkında doğru ve yeterli bilgilendirme yapılmasının zorlukları anlaşılmıştır. Özel hastanede çalışan uzmanların kamu hastanelerinde çalışanlara göre daha farklı tutum sergiledikleri, sezaryen isteğini çeşitli nedenlerle(hasta isteği, hasta memnuniyetinin öne çıkması, çalışma koşulları gibi) onaylamak zorunda kaldıkları tespiti yapılmıştır. Uzmanların kadınların sezaryen isteğinin nedenleri konusundaki görüşleri literatür bulgularıyla benzerlik göstermiştir. Yapılan çalışmalarda kadınlar en fazla doğum ağrısından, bebeğine bir şey olur korkusundan, genital bölge travmalarından ve bunun cinsel hayatına yansımalarından korktukları için sezaryen isteğinde bulunmuştur (73). Kadınların sezaryen isteğinin en önemli nedenleri arasında ağrı korkusu olması ve bu nedenle her kadına epidural anestezi gibi alternatif seçeneklerin sunulmasının normal doğuma yönelimi artıracacağı düşünülmüştür. Uzmanlarla görüşmeler sırasında epidural anestezieye bağlı olarak doğumda gelişebilecek olumsuzluklar (doğumun ikinci devresinin uzaması, operatif doğum olasılığının artması, yatağa bağlı kalmak gibi) değerlendirilmiş ve literatürle uyumlu bulunmuştur (74). Kadınların gebelik süresinde doğumda ağrı konusunda doğru bilgilendirilmesi ve doğal yollarla, alternatifler sunularak baş edebileceğinin anlatılması_önemli bulunmuştur.

Uzmanlar kendilerini nasıl hissettikleri sorgulanmış; Yorgun, bıkkın, kızgın, öfkeli, kırgın, de-motive, güvencesiz olduklarını ifade etmişlerdi.

Tüm uzmanların çalışma koşullarından memnun olmadığı tespiti yapılmıştır. Uzun mesai saatleri, emeğinin karşılığını alamamak, yöneticilerin baskısı, mediko legal baskı, hasta hekim ilişkisinde sağlıkta dönüşümle beraber yaşanan değişim, artan şikayet, hekime yönelik şiddet, çok fazla sorumluluk yüklenmesi ama yetkinin verilmemesi, hekimlerin cezalandırılması, değersizleştirilmesi, prestij kaybı ana temalar olmuştur. Uzmanlar en ufak bir şikâyet ya da hoşnutsuzlukta kendilerini savunmak zorunda kalmışlar ve tıbbi uygulamaları sonucu ortaya çıkan her türlü

zararda, basit bir komplikasyonda bile ön eleme olmadan mahkemeye çağırılmışlardır. Kendileri veya çevrelerinde yaşanan yüksek tazminatlı davalar büyük bir baskı yaratmıştır. Uzmanlar sağlık sisteminde güvencesiz, yalnız bırakılmış olduklarını belirtmişlerdir.

Kamu kurumlarında çalışanlarla özel hastanede çalışanlar arasında bazı farklılıklar göze çarpmıştır. Kamu kurumunda çalışan uzmanlar arasında büyük bir grup çok fazla hasta bakmak zorunda kaldıklarını, performans sistemi nedeniyle hastane başhekimlerinin bu yönde baskısı olduğunu, buna karşı çaresiz kaldıklarını bu nedenle bir hastaya ayırdıkları sürenin çok kısıtlı olduğunu belirtmişler ve buna paralel olarak hasta memnuniyetinin düştüğünü bunun kaçınılmaz sonucu şikayet ve şiddetin arttığını belirtmişlerdir. Hastaneye bu kadar hastanın yığılmasının nedenin birinci basamak sevk zinciri, aile hekimliği anlayışının oturmamasından kaynaklandığı belirtilmiştir. Ayrıca performans sisteminin çok sorunlu olduğu, hekimi hasta karşısında küçük düşürdüğü, bazı hastaların bunu fark edip “parasını ben veriyorum istediğimi alırım” anlayışıyla davrandığı, hasta hekim ilişkisini bozduğu iki ayrı cephe haline dönüştürdüğü, hastaların her türlü memnuniyetsizliğinde doktoru sorumlu tuttuğu bu nedenle doktora saldırdığı anlaşılmıştır.

Üniversite hastanelerinde tam gün yasasıyla bazı hocaların atıl kaldığı bunun diğer hocaların üzerinde çok fazla yük oluşturduğu, eğitime yeterince süre ayıramadıkları, asistanların eğitiminin kalitesinin düştüğü anlaşılmıştır.

Özel hastanede çalışanlar genellikle bir süre devlet kurumunda çalıştıktan sonra, ekonomik nedenlerle hayat standardına uygun para kazanmak için özel hastaneyi tercih etmiş uzmanlardı. Kazandıkları para yaptıkları işin karşılığı olmasa da devletten daha iyi olduğu için tercih etmiş oldukları anlaşılmıştır. Özel hastane sahibi girişte varılan anlaşmaya uyarsa, parasını zamanında verirse bunu memnuniyet için yeterli görmüşken bazı özel hastanede çalışan bir grup uzman parasını zamanında alamaması ve gelirinin giderek düşürülmesi karşısında çaresiz kalmıştır. Ortaya çıkan ekonomik boyuta ilave olarak hasta ve hastane sahiplerini memnun etmenin özel hastanede çalışmaya devam edebilmesi için en önemli kriter olması özel hastanede çalışan hekimin çalışma koşullarının ticari bir anlayışla güvencesiz

olduğunu ortaya koymuştur. Devlet kurumunda çalışan uzmanlara kıyasla özel hastanelerde çalışan uzmanlar müşteri memnuniyetine öncelikli olarak dikkat ettiklerinden ve hastalarına yeterince zaman ayırabildiklerinden hasta şikâyeti ve saldırısıyla daha az karşılaşmışlardır. Özel hastanede çalışan uzmanların büyük bir kısmı takip ettikleri gebelerin doğumunu yaptırmayı taahhüt ettiğinden icapçı kadın doğumcu olarak 7 gün 24 saat çalışma programıyla aşırı yüklenmişlerdi.

KHD uzmanlarının kendilerini küçük düşürülmüş, değersizleştirilmiş hissederek, mediko legal baskılar altında, ekonomik karşılığını alamadan, güvencesiz çalışmalarının doğumu nasıl etkileyebileceği üzerinde durulması gereken konular olmuştur. Sağlık sisteminin aksayan yönlerinin bedelinin doktorlara ödetilmesiyle sorunların çözülmeyeceği, bir çözüm aranıyorsa doktorların sağlık sisteminin sağlayacağı destekle güvence içinde çalışma şartlarının oluşmasının, motive edilmesinin elzem olduğu vurgulanmıştır. Son yıllarda sağlıkta dönüşüm ile doktorların çalışma şartlarından memnuniyeti azalmış, İş yükü artmış ama buna karşın geliri azalmış, çalışma seçenekleri daraltılmıştır.

Her hangi bir şikâyet ya da olumsuz bildirimde iş yargıya intikal etmeden ön elemenden geçirilmesinin hem yargının yükünü hafifleteceği hem de doktorlar üzerindeki baskıyı azaltacağı için sağlık sisteminde de olumlu sonuçları olacaktır. Uzayan dava süreçleriyle beraber üst sınırı belli olmayan tazminat davalarının doktorların fakirleşmesine neden olması Malpraktis ile ilgili hukuksal düzenlemelerin ve bilirkişi görüşleri ile ilgili bilimsel standartların bir an evvel yapılmasının şart olduğu anlaşılmıştır.

Ebelerin doğumdan çekilmesi doktorların iş yükünü artırmış, normal doğuma uzun zaman veremediğinden doğumu kendi çalışma zamanına göre ayarlaması, doğumu hızlandırması sezaryen olasılığını artırmıştır. Ebelerin doğumda sorumluk olarak aktif çalışması önemli bulunmuştur.

Doğumhane koşullarına bakıldığında hemen tüm hastanelerde doğumun öngörülemez risklerle dolu ve her zaman acil müdahale gerektirebilecek bir olay olarak algılanmasının yansımaları gözlenmiştir. Doğumun kontrol altına alınması gerektiği düşüncesiyle doktor ve yardımcı sağlık personelinin bu kontrolü rahatlıkla

sağlayabileceği mekanlar doğumhane olarak tanımlanmıştır. Tamamen medikal bir alan şeklinde tasarlanan doğumhaneler dışında (en iyi özel hastanelerde buna dahil) kadınların başka bir seçeneği kalmamıştır. Doğum yapan kadın için hazırlanan mekanların gebelerin temel fizyolojik ihtiyaçlarına uygun olarak düzenlenmesinin normal doğumu kolaylaştırıcı bir faktör olduğu anlayışıyla alternatif arayışlar önemli bulunmuştur. Doğumunda her hangi bir cinsel deneyim esnasında olduğu gibi mahremiyet gerektirdiğini vurgulayan Odent, “kadınların temel ihtiyaçları yarım yüzyıl önce fark edilseydi eğer doğum bu kadar teknolojik boyut kazanmayacaktı” demiştir (75).

Her kliniğin kendi iç denetimini oluşturmasının da doğuma müdahaleyi azaltacağı vurgulanmıştır. Literatürde de sezaryenin azaltılmasının yollarını arayan bir meta analizde ”audit and feedback” olarak adlandırılan; belli aralıklarla klinikteki sezaryen vakalarını denetleyen ve geri bildirimde bulunan, kliniğin doğum rehberlerine(guideline) uyup uymadığının anlaşıldığı bu yöntemin sezaryen oranlarını azalttığı bildirilmiştir (67). Aynı çalışmada sezaryen kararı veren uzmanın ikinci bir görüş almasının (sezaryen yapmadan önce başka bir uzmanında muayene edip kararını bildirmesi) etkili olduğu belirtilmiştir. Bizim görüştüğümüz, bu uygulamayı yapan bir üniversite hastanesindeki uzmana göre ikinci görüş almak sezaryen kararını değiştirmese de yalnız karar verme sorumluluğunu paylaşmak açısından kendisini rahatlatmış olduğunu belirtmiştir.

Sezaryen oranları düşürülecekse bunun çözümünün zorlamayla değil sorumluluk ve yetki verilerek uzmanlara, uzman derneklerine, sivil toplum örgütlerine bırakılması ve desteklenmesi gerektiği düşünülmüştür.

6. SONUÇ

Görüşmelerden edindiğimiz sonuçlara göre hemen hemen her iki kadından birinin sezaryen ile doğurmasının, epizyotominin çoğu kadına yapılmasının kısaca doğumun medikalizasyonunun nedenlerini başta kadınların KHD uzmanlarının, ebelerin sorgulaması ve cevap araması önemli bulunmuştur.

Sağlık bakanlığı artan sezaryen oranları konusunda KHD uzmanlarını sorumlu tutmuştur. Ancak sezaryen oranlarının azalması için KHD uzmanlarına yeterli desteği vermek yerine üzerlerindeki baskıyı artırması sağlık bakanlığı ile uzmanları karşı karşıya getirmiş ve artan gerginlik sorunların büyümesine katkıda bulunmuştur.

KHD uzmanları kendilerini sağlık sisteminde güvencesiz, baskı altında hastayla karşı karşıya getirilmiş buluyor. Yüksek kaygıları, çalışma isteğinin azalmasına, demotive olmalarına yol açmıştır. Doğumun şeklinden önce mediko legal baskılar başta olmak üzere kendileri ile ilgili kaygıların yarattığı olumsuzluklar daha fazla ön plana çıkmıştır. Son yıllarda Sağlık bakanlığının da katkılarıyla kadınlarda normal doğum isteği artmaya başlamıştır. Ancak bu konuda gerekli alt yapıların oluşturulmaması sonucu kadınlar doktorları çok sezaryen yapıyor olmakla suçlamış, doktorla hastayı karşı karşıya getiren bir neden daha üretilmiştir. Sağlık bakanlığı anne dostu hastane projesini başlatmış ancak doğum koşullarında fark edilir bir değişiklik olmamış, alt yapısının hazırlanmadığı gözlemlenmiştir. Planlı, sonuca odaklı yaşam anlayışı, hem gebe kadınlarda hem de KHD uzmanlarında doğumun kendine has fizyolojisi için gerekli olan zamanın ayrılmasını engellemektedir. Doğumun doğal sürecine saygılı, sabırlı bir ekibin ebeler olmadan olması düşünülemeyeceği gibi anne dostu hastane kavramı için de gereken ebe desteği gerçekleşmemiştir.

Tüm bunlarla beraber KHD uzmanları sezaryen oranlarının artışına seyirci kalmamıştır. Son yıllarda uzman dernekleri konuyla ilgili aralıklı toplantılar düzenleyip sorunları tüm uzmanların katılımını sağlayacak şekilde gündemde tutmaya çalışmıştır. Ancak sorumluluk yüklenip yetkisiz bırakılmış olmaları nedeniyle KHD uzmanlarının motivasyonlarını kaybettiği düşünülmüştür.

Kadınların doğum ile ilgili gerçekçi beklentiler içinde olması yerine doğumu bir başarı ya da başarısızlık olarak algılaması, hem geleneksel anlamda hem de yenilerde

yankılanan doğal doğum akımlarında anneliğin doğum şekliyle idealize edilmiş olması kadınlar üzerinde normatif baskı oluşturmuştur. Normal ya da doğal doğum yapamayan kadınlarda eksiklik duygusu yaratabilmiştir. Doğumda tüm ahlakçı, suçlayıcı normlarla doğumu stigmatize eden yaklaşımlara karşı dikkatli olunması, kadınların öncelikle desteklenmesi önemli bulunmuştur. Sadece oranlardan yola çıkarak keskin önlemlere başvurmak yerine kadının güçlenmesi ve kendi bedensel yetisinin farkına varması için çalışmalar yürütmek anlamlı bulunmuştur.

Mediko legal baskıların kalkması için, dünya örnekleri göze alınarak çözümler üretilmeli, her iki tarafı da tatmin edecek yöntemler, hukuksal düzenlemeler yapılmalıdır. Bilirkişi konusunda güven veren standartlar oluşturulmalıdır.

Ebelerin doğumda sorumluluk alarak aktif rol alması doğumun normalleştirilmesi için şarttır. Ancak hasta üzerinden para kazanan doktorun bu işi ebelere bırakmasını beklemek gerçekçi olmaz. Doktorların gelirlerinin hasta başına değil, yaşam standardına uygun, teşvik edici, özlük haklarına, emekliliğine yansıyan şekilde olması bu baskıyı ortadan kaldıracaktır.

Ebelerin eğitimi ve mesleki tecrübelerinin gözden geçirilmesi, desteklenmesi toplum nezdinde güven kazanması için düzenlemeler yapılması öncelikle önemlidir.

Kadınların ve ailelerin bilincinin artırılması için eğitimler düzenlenmeli, her gebenin mutlaka normal doğuma yürekten inanan, ebeler veya doğum destekçileri (doğum koçu/doula) tarafından eğitim alması sağlanmalıdır.

Doğumhane kavramını yeniden gözden geçirip, kadınların temel ihtiyaçlarını karşılayan insani koşulların sağlandığı mekanların düzenlenmesi için gereken yatırımlar yapılmalıdır. Anne dostu hastane anlayışının özüne sadık düzenlemeler yapılmalıdır.

Ev doğumu anlayışını dünyadaki başarılı örneklerle yeniden değerlendirilmesi, alt yapısını hazırlanması, bugünden yarıya hemen başlanacak bir uygulama olarak değil, ebelerin ve kadınların beklentisi doğrultusunda şartların oluşturulması önerilir.

Asistan eğitimi, doğumun doğal seyrine saygılı, gerekmedikçe müdahale edilmeyen bir anlayışla yeniden gözden geçirilmelidir.

Kadın Doğum uzmanlarının doğum (rutin Epizyotomi uygulamak gibi) uygulamalarını kadınların ihtiyaçlarına ve beklentisine göre yeniden gözden geçirmesi önerilir.

İsteğe bağlı sezaryen konusuna açıklık getirilip, farklı endikasyonlara başvurulmadan sistemde tanımlanması ile gerçek, bilimsel verilerin ortaya konması sezaryen artışının nedenleri konusunda yapılacak araştırmalar için de önemlidir.

6. KAYNAKLAR

- 1-Foucault, M. (1973) *The birth of the clinic:An Archeology of Medical Perception* Page 19 Frist published in Routledge Classics 2003
- 2- Kaunitz A.M, Spence C, Danielson TS, Rochat RW, Grimes DA. (1984). Perinatal and maternal mortality in a religious group avoiding obstetric care. *Am J Obstet Gynecol.* 1;150(7):826-31.
- 3- Johanson R , Newburn M, Macfarlane A (2002). Has the medicalisation of childbirth gone too far? *BMJ.* 13; 324(7342): 892–895.
- 4- JONES,J,C .(2012). Idealized and Industrialized Labor: Anatomy of a Feminist Controversy *Hypatia* vol. 27, no. 1 .page 105
- 5- Alternative versus conventional institutional settings for birth. Editorial Group: Cochrane Pregnancy and Childbirth Group. Published Online: 8 SEP 2010.Assessed as up-to-date: 12 JUL 2010
- 6- Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr G.J, Sakala C, Weston J. (2011) Continuous support for women during childbirt:Editorial Group: Cochrane Pregnancy and Childbirth Group Published Online: 16 FEB 2011
- 7-Cindoglu D, Sayan, C. F.(2010) Medicalization Discourse and Modernity: Contested Meanings Over Childbirth in Turkey.*Healthcare for Women International*,31:221-243. PMID:20390649 [PubMed - indexed for MEDLINE]
- 8- Taljaard M, Donner A, Villar J, Wojdyla D, Faundes A, Zavaleta N, Acosta A. (2010) Understanding the factors associated with differences incaesarean section rates at hospital level: the case of Latin America. *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, 23, 574–581
- 9- Donaldson W, (1975) Editorial: MalpracticeCrisis. *J. Bone JointSurgAm*, vol.57, pp.1012

- 10- Ryan K, Schnatz P, Greene J, Curry S. Change in cesarean section rate as a reflection of the present malpractice crisis..Source Department of OB/GYN, University of Connecticut School of Medicine, Hartford, USA.
- 11- Belizan JM, Althabe F, Cafferata ML.(2007) Health consequences of the increasing caesarean section rates. *Epidemiology* . 18:485–6.
- 12-Althabe F, Sosa C, Beliza' n JM, Gibbons L, Jacquerioz F, Bergel E.(2006). Cesarean section rates and maternal and neonatal mortality in low-,medium-, and high-income countries: an ecological study. *Birth* 2006;33:270–7.
- 13- Betra' n AP, Merialdi M, Lauer JA, Bing-Shun W, Thomas J, Van Look P, et al. Rates of caesarean section.(2007). Analysis of global, regional and national estimates. *Paediatr Perinat Epidemiol* 2007;21:98–113.
- 14-Marsden Wagner, MD.2006. Born in the US ,MS.page:198. Universty of caifornia Press
- 15-Hopkins K. (2000). Are Brazilian women really choosing to deliver by cesarean? *Soc Sci Med.*;51(5):725-40. Population Council, Latin America & the Caribbean--Regional office, Col. Villa Coyocan, Mexico, DF. khopkins@popcouncil.org.mx
- 16-“Current Diagnosis and Treatment” Serisi-Güncel Obstetrik ve Jinekolojik Tanı ve tedavi.2010 Çeviri Editörü: M.Bülent Traş. Güneş Tıp Ktapevi.10.baskı.
- 17-Williams Doğum Bilgisi. Çeviren Dr. Ayşegül Cengiz Akman 2005 Nobel Tıp Kitapevi. 21. Baskı.
- 18-Effect of partogram use on outcomes for women in spontaneous labour at term (Review) Copyright © 2009 TheCochrane Collaboration. published by John Wiley&Sons, Ltd.
- 19- Zarko Alfirevic, Declan Devane, Gillian ML Gyte. (2008). Continuous cardiotocography (CTG) as a form of electronic fetal monitoring (EFM) for fetal assessment during labour Published Online: Copyright © 2008 TheCochrane Collaboration. Publishedby John Wiley&Sons, Ltd.

- 20- Carroli G, Belizan J, Carroli G, Belizan J. (2007). Episiotomy for vaginal birth. Cochrane Database of Systematic Reviews
- 21- Wieggers T. (1997). Home or hospital birth - a prospective study of midwifery in the Netherlands [thesis]. Leiden: Rijksuniversiteit te Leiden.
- 22- Outcomes Associated with Planned Home and Planned Hospital Births in Low-Risk Women Attended by Midwives in Ontario, Canada, 2003–2006: A Retrospective Cohort Study
- 23- Olsen O, Jewell D.(2009). Home versus hospital birth. Editorial Group: Cochrane Pregnancy and Childbirth Group Published Online: 21 JAN 2009
- 24- Schroeder E, Petrou S, Patel N, Hollowell J, Puddicombe D, Redshaw M, Brocklehurst P.(2012). Cost effectiveness of alternative planned places of birth in woman at low risk of complications: evidence from the Birthplace in England national prospective cohort study. *BMJ*. 2012 Apr 18;344:e2292. doi: 10.1136/bmj.e2292. Source National Perinatal Epidemiology Unit, Department of Public Health, University of Oxford
- 25- Lindgren HE, Hildingsson IM, Christensson K, Rådestad IJ. (2008). Transfers in Planned Home Births Related to Midwife Availability and Continuity: A Nationwide Population-Based Study. *Birth* Volume 35, Issue 1, pages 9–15.
- 26- American College of Obstetricians and Gynecologists. Dystocia and augmentation of labor (ACOG Practice Bulletin #49). *Obstet Gynecol*
- 27- Doğum Eylemi Yönetim Rehberi. *Perinatoloji Dergisi*. Cilt: 17, Sayı: 1/Nisan 2009
- 28- Vacuum-Assisted Vaginal Delivery . *Rev Obstet Gynecol*.v2(1); Winter 2009
- 29- Jane Eliot Sewell, PH.D. (2009). Cesarean section a brief History for The American College of Obstetricians and Gynecologists
- 30- Todman D.A.(2007). History of caesarean section: From ancient world to the modern era. *Obstet and Gynecol*;47:357-361.

- 31- Minkoff H, Powderly KR, Chervenak F, McCullough LB.(2004). Ethical dimensions of elective primary cesarean delivery. *Obstet Gynecol* ;103(2):387-92. Review. PMID:14754712 [PubMed - indexed for MEDLINE]
- 32- Hager RM, Daltveit AK, Hofoss D, Nilsen ST, Kolaas T, Øian P. (2004). Complications of cesarean deliveries: rates and risk factors. *Am J ObstetGynecol*; 190: 428-34.
- 33-Jain L, Eaton DC.(2006). Physiology of fetal lung fluid clearance and the effect of labor. *Semin Perinatol*;30:34-43
- 34-Parens, E. (2011) . ON GOOD AND BAD FORMS OF MEDICALIZATION. *Bioethics* ISSN 0269-9702 (print); 1467-8519 (online)
- 35- Alfirevic Z, Devane D, Gillian ML Gyte.(2008). Continuous cardiotocography (CTG) as a form of electronic fetal monitoring (EFM) for fetal assessment during labour. Editorial Group: Cochrane Pregnancy and Childbirth Group. Published
- 36- Wilson B. (2010). The relationship between cesarean section and labor induction. Arizona State University, College of Nursing and Health Innovation, 500 North 3rd Street, Phoenix, AZ 85004, USA;42(2):130-8.
- 37- Monari F, Di Mario S, Facchinetti F. (2008). Basevi V. Source Department of Obstetrics and Gynecology, University Hospital, Modena, Italy. Obstetricians' and midwives' attitudes toward cesarean section. *Birth.*;35(2):129-35.
- 38-Dickson MJ, Willett M.(1999). Midwives would prefer a vaginal delivery. *BMJ* 1999;319:1008. PubMed,
- 39-ÇOLAK A. (2003). Komplikasyon mu? Malpraktis mi? Malpraktis Davalarının Asli Unsurları, *Hekim Forumu Dergisi*, Nisan- Mayıs 32-33, 2003
- 40-ÇOLAK A. (2002). Nöroşirujide Malpraktis, *Türk Nöroşiruji Dergisi* 12: 94- 98, 2002, s. 50
- 41- Yang YT, Mello MM, Subramanian SV, Studdert DM. (2009). Relationship between malpractice litigation pressure and rates of cesarean section and vaginal

birth after cesarean section. Department of Health Administration and Policy, George Mason Med Care. Feb;47(2):234-42. University, Fairfax, Virginia, USA. ytyang@gmu.edu

42- Francesco Traina MD . (2009). Medical Malpractice. The Experience in Italy. Clin Orthop Relat Res. 467:434-442 DOI 10/s 11999-008-0582-z

43- Tümer AR, Akçan R, Karacaoğlu E .(2011). Ülkemizde ve dünyadaki örnekleri ile hekim mesleki sorumluluk sigorta sisteminin değerlendirilmesi., Hacettepe Tıp Dergisi; 42:34-41

44-David M. Studdert, Triyen A. Brennan. (2001). No-Fault Compensation for Medical Injuries. HEALTH LAW AND ETHICS. JAMA, July 11, Vol 286, No.2

45-ATICI S. E. (2006) : Hekimin Meslek Hatalarından Kaynaklanan Hukuksal ve Cezai Sorumluluğu, (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Adana, s. 69

46- Özkaya N, 2002–2006 yılları arasında adli tıp kurumu 3. ihtisas kurulunca görüş bildirilen pediatrik malpraktis iddiası içeren kararların incelenmesi ve tıbbi hataların tespiti. Yüksek Lisans Tezi

47-Büken, E. (2002). 1990-2000 Yıllarında ATK 1. ve 2. İhtisas Kurullarına Obstetrik ve Jinekolojik Tıbbi Uygulama Hatası İddiasıyla Gönderilen Olguların Adli Tıp Açısından İrdelenmesi, Uzmanlık Tezi, ATK, İstanbul.

48-Mesleki Sorumluluk Sigortası Genel Şartları. Resmi Gazete,Sayı: 26110 Tarih: 16.03.2006.<<http://www.tsrbs.org.tr/sayfa/mesleki-sorumluluk-sigortasi-genel-sartlari>>Erişim Tarihi: 12.01.2011

49- Coşkun A, YORULMAZ ,KIR Z , KETENCİ Ç. (2006). Tıbbi Uygulama Hataları ve Bilirkişilik-Yeni yasalar çerçevesinde hekimlerin hukuki ve cezai sorumluluğu, tıbbi malpraktis ve adli raporların düzenlenmesi.s.55-69.

50- Altun G , COŞKUN A, Yorulmaz. (2010). Yasal değişiklikler sonrası Hekim sorumluluğu ve Malpraktis.. İ.Ü.CTF Adli Tıp Anabilim dalı. Trakya Üniversitesi Tıp Fak.Dergisi:27 1:7-12

51- Kuzuca, İ. (2007). Ankara. Türkiye’ de tıpta uzmanlık ve akademisyenlik aşamalarında cinsiyetçi yaklaşımlar, yüksek lisans tezi. Ankara üniversitesi sosyal bilimler enstitüsü kadın çalışmaları anabilim dalı.

52-Cesarean Delivery: Background, Trends, and Epidemiology.Seminars in Perinatology.2006.07.002.

53- Josefsson A, Gunnervik C, Sydsjö A, Sydsjö G. (2011). A Comparison Between Swedish Midwives and Obstetricians & Gynecologists Opinions on Cesarean Section.Maternal and Child Health Journal Volume 15, Number 5 , 555-560, DOI: 10.1007/s10995-010-0630-7

54- Mitler LK, Rizzo JA, Horwitz SM. (2000). Physician gender and cesarean sections. J Clin Epidemiol. Oct;53(10):1030-5. SourceDepartment of Epidemiology & Public Health, Yale University School of Medicine, 60 College St., Box 208034, New Haven, CT 06520, USA.

55- Arıkan DC, Ozer A, Arıkan I, Coskun A, Kiran H. (2011). Turkish obstetricians' personal preference for mode of delivery and attitude toward cesarean delivery on maternal request. Arch Gynecol Obstet. 2011 Sep;284(3):543-9. Epub 2010 Sep 26.

56-Hantoushzadeh S, Rajabzadeh A, Saadati A, Mahdanian A, Ashrafinia N, Khazardoost S, Borna S, Maleki M, Shariat M.(2008). Cesarean or normal vaginal delivery: overview of physicians' self-preference and suggestion to patients. Arch Gynecol Obstet. 2009 Jul;280(1):33-7.

57- İnceç M, Kumtepe Y, Özdiller O.(2004). VAGINAL BIRTH AFTER CESAREAN SECTION. T.Klin Jinekoloj Obst , 14:96-100 Metin İnceç, Yakup Kumtepe, Orhan Özdiller

58- Nils Chaillet, PhD, Alexandre Dumont, MD, PhD . (2007). Evidence-Based Strategies for Reducing Cesarean Section Rates: A Meta-Analysis.. BIRTH 34:1 March

- 59- American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Practice bulletin no. 115: Vaginal birth after previous cesarean delivery. *Obstet Gynecol.* 2010 Aug;116(2 Pt 1):450-63.
- 60- Dönmez S, Sevil Ü.(2009). Necessity Of Episiotomy's Routine Use. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim Ve Sanatı Dergisi, Cilt2,Sayı:3 . Aralık 2009*
- 61-Episiotomy for vaginal birth. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2009, Issue 1. Art. No.: CD000081. DOI: 10.1002/14651858.CD000081.pub2.
- 62- Banta D, Thacker S B. (2008). The Risks and Benefits of Episiotomy: A Review .*Birth.* Volume 9, Issue 1, Spring 1982, Pages: 25–30, Article first published online : DOI: 10.1111/j.1523-536X.1982.tb01599.x
- 63-Low LK, Seng JS, Murtland TL, Oakley D J .(2000). Clinician-specific episiotomy rates: impact on perineal outcomes *Midwifery Womens Health.* Mar-Apr;45(2):87-93.Nurse-Midwifery Service, University of Michigan Health System, USA.
- 64-Yazdizadeh B,Nedjad S, Mohammad K, Rashidian N, Majdzadeh R. (2011). Cesarean section rate in İran, multidimensional approach for behavioral change of providers: a qualitative study. *BMC Health Serv Res.*v.11,Published online 2011 July 5.doi: 10.1186/1472-6963-11-159
- 65-*Obstet Gynecol.* 2010 Mar;115(3):645-53. 4 JAN 2012.DOI: 10.1002/ Operative Vaginal Delivery Published Online 9781119963783.ch51
- 66-Goetzinger KR, Macones GA. (2008). Operative vaginal delivery: current trends in obstetrics. *Womens Health (Lond Engl).* May;4(3):281-90.Washington University, Department of Obstetrics & Gynecology, 4911 Barnes Jewish Hospital Plaza Box 8064, St Louis, MO 63110, USA. goetzingerk@wudosis.wustl.edu
- 67-Indraccolo U, Calabrese S, Di Iorio R, Corosu L, Marinoni E, Indraccolo SR.(2010).Impact of the medicalization of labor on mode of delivery. *Clin Exp Obstet Gynecol.*37(4):273-7. Department of Surgical Sciences, University of Foggia, Foggia, Italy. ugo.indraccolo@libero.it

- 68- Kennedy HP, Grant J, Walton C, Shaw-Battista J, Sandall J.(2010). Normalizing Birth in England: A Qualitative Study. *JMidwifery Womens Health* 2010;55:262-269
- 69-Roberts CL, Tracy S, Peat B. (2000). Rates for obstetric intervention among private and public patients in Australia: Population based descriptive study. *BMJ* 2000;321: 137–141.
- 70-Zwecker P, Azoulay L, Abenhaim HA.(2011). Effect of fear of litigation on obstetric care: a nationwide analysis on obstetric practice. Department of Family Medicine, Saint-Mary's Hospital, McGill University, Québec, Canada. *Am J Perinatol.* 28(4):277-84. Epub 2011 Jan 19
- 71-Murray SF, Pradenas FS. (1997). Health sector reform and rise of caesarean birth in Chile. *Lancet* ;349:64.
- 72- Korst LM, Gornbein JA, Gregory KD. (2005). Rethinking the cesarean rate: how pregnancy complications may affect interhospital comparisons. *Medical Care* ; 43:237–245.
- 73-Joseph E. Potter, PhD, Kristine Hopkins, PhD, Anibal Fau'ndes, MD, and Iñez Perpe'tuo, MD, PhD. (2008). Women's Autonomy and Scheduled Cesarean Sections in Brazil: A Cautionary Tale. *BIRTH* 35:1
- 74- Millicent Anim-Somuah, Rebecca MD, Smyth Leanne Jones :.(2011). Epidural versus non-epidural or no analgesia in labour. Editorial Group: Cochrane Pregnancy and Childbirth Group. Published Online: 7 DEC 2011. Assessed as up-to-date. DOI: 10.1002/14651858.CD000331.pub3
- 75- Odent M. (2004). *Sezaryen. Çeviri; 2008.Çevirmen Koltukçuoğlu Z. Kuraldışı Yayıncılık.*

EK- 1

Katılımcıların Listesi

1.Derinlemesine görüşmeler

Katılımcı	Yaş	Cinsiyet	Uzmanlık süresi	Çalıştığı kurum	Çocuklarının Doğum şekli	Doğum tercihi
1-EHS1	56	K	26 Yıl	Eğitim Hst	vajnal	vajinal
2-ÖHS1	55	K	33 Yıl	Ö.Hst	2 nsd	vajinal
3-EHA2	49	E	18 Yıl	EğitimHst	2 sezaryen	sezaryen
4-ÖAN1	45	K	14 Yıl	Ö.A gr.Hst	1 nsd,1 sc	vajinal
5-ÖAC2	53	E	22Yıl	Ö.A gr.Hst	1 nsd	sezaryen
6-ÖAM3	43	K	15Yıl	Ö.A gr.Hst	3 sezaryen	-
7-ÜHA1	58	E	30Yıl	Ü.H.Tıp.Fk	1nsd,1sc	-
8-ÖHY2	45	K	17Yıl	Ö.Hast	yok	vajinal
9-ÖHL3	50	K	17Yıl	Ö.Hst	2 sezaryen	-
10-ÜHH2	54	E	21Yıl	Ü.Hst.	1 sezaryen	vajinal
11-ÜHT3	42	E	12Yıl	Ü.Hst.	Yok	sezaryen
12-ÜHM4	30	K	1 Yıl	Ü.Hst.	Yok	-
13-ÜHM5	35	E	10Yıl	Ü.Hst.	1 sezaryen	-
14-ÖHS4	40	E	10Yıl	Ö.Hst.	1 sezaryen	sezaryen
15-MR2	49	E	19Yıl	Mua.	Yok	vajinal
16-EHO3	41	E	15Yıl	Eğitim.Hst	2 sezaryen	sezaryen
17-MK3	58	E	28Yıl	Mua.	1 nsd	vajinal
18-Üİ6	41	E	10Yıl	Ü.Hst.	2 sezaryen	sezaryen
19-ÜHR7	27	E	1 Ay	Ü.Hst	Yok	-
20-MF3	53	E	24Yıl	Mua.	1 sezaryen	sezaryen
21-EHY4	56	E	30 Yıl	EğitimHst	1nsd	vajinal
22-ÖAM4	50	K	18 Yıl	Ö.A gr.Hst	1 nsd	vajinal
23-ÖAH5	38	E	9 Yıl	Ö.A gr.Hst	Yok	vajinal
24-ÖHN5	44	K	15 Yıl	Ö.Hst.	Yok	vajinal
25-ÖHO6	47	K	19 Yıl	Ö.Hst	2 sezaryen	Sezaryen
26-ÖHY7	35	K	3 Yıl	Ö.Hst	2 sezaryen	sezaryen
27-ÖHO8	50	K	22Yıl	Ö.Hst	2 nsd	vajinal
28-ÖAE6	47	K	14Yıl	Ö.A gr Hst	2 nsd	vajinal
29- ÖAE7	39	E	11 Yıl	Ö.A.gr Hst	1 sezaryen	sezaryen

30-ÖHŞ9	41	K	9 Yıl	Ö.Hst	2 sezaryen	vajinal
31-ÖAS8	54	K	24	Ö.A gr Hst	2 NSD	vajinal

2. Odak grup 1-A Doğumevi

OG1B1	48	E	20 Yıl		1 sezaryen	sezaryen
OG1E1	33	E	3 Yıl		Yok	sezaryen
OG1R1	31	E	1 Yıl		Yok	Sezaryen
OG1Z1	36	E	2 Yıl		1 sezaryen	Sezaryen
OG1A1	47	K	24 Yıl		Yok	Sezaryen
OG1E2	40	K	17 Yıl		1sc	vajinal
OG1H1	38	K	38 Yıl		Gebe	Vajinal
OG1N1	43	K	20 Yıl		2 sezaryen	Sezaryen
OG1Ö1	46	E	13 Yıl		1nsd 1 sc	-
OG1B2	40	K	12 Yıl		2 sezaryen	-

3. Odak grup 2- B Doğumevi

OG2A2	37	K	2Yıl		3 sezaryen	<i>vajinal</i>
OG2B3	32	K	3Yıl		Yok	<i>Vajinal</i>
OG2H2	30	K	1Yıl		Yok	-
OG2S1	30	K	1 Aydır		Yok	<i>vajinal</i>

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	GÜLNİHAL	Soyadı	BÜLBÜL
Doğum Yeri	KIRIKHAN/HATAY	Doğum Tarihi	09.11.1961
Uyruğu	TC	TC Kimlik No	50374016848
E-mail	gulnihalbu@gmail.com	Tel	2164284242

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Doktora/Uzmanlık	Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanlığı	1992
Yüksek Lisans		
Lisans	Ç.Ü.Tıp .Fakültesi	1985
Lise	Adana Borsa Lisesi	1978

İş Deneyimi (Sondan geçmişe doğru sıralayın)

	Görevi	Kurum	Süre (Yıl - Yıl)
1.	Uzman doktor	Acıbadem Hastanesi	-1993-2000
2.	Uzman doktor	Özel Sema Hastanesi	-2007-2010
3.	Uzman doktor	Muayenehane	-2010-

Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama*	Konuşma*	Yazma*
İngilizce	iyi	iyi	orta

* Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendirin

Yabancı Dil Sınav Notu #

KPDS	ÜDS	IELTS	TOEFL IBT	TOEFL PBT	TOEFL CBT	FCE	CAE	CPE

Başarılmış birden fazla sınav varsa, tüm sonuçlar yazılmalıdır

KPDS: Kamu Personeli Yabancı Dil Sınavı; ÜDS: Üniversitelerarası Kurul Yabancı Dil Sınavı; IELTS: International English Language Testing System; TOEFL IBT: Test of English as a Foreign Language-Internet-Based Test TOEFL PBT: Test of English as a Foreign Language-Paper-Based Test; TOEFL CBT: Test of English as a Foreign Language-Computer-Based Test; FCE: First Certificate in English; CAE: Certificate in Advanced English; CPE: Certificate of Proficiency in English

	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
ALES Puanı	53.128	60.137	65.439
(Diğer) Puanı			

Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma becerisi
Windows	orta

*Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendirin

Uluslararası ve Ulusal Yayınları/Bildirileri/Sertifikaları/Ödülleri/Diğer: -



T.C.
MARMARA ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Klinik Araştırmalar
Ön Değerlendirme Komisyonu

PROJENİN ADI: İstanbul’ da Çalışan Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanlarının Doğum Şekli İle İlgili Görüş ve Önerileri

PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ: Prof. Dr. Şanda ÇALI

PROJEDEKİ ARAŞTIRICILAR: Gülnihal BÜLBÜL

ONAY TARİHİ VE ONAY SAYISI: 26.10.2011 – 4

Sayın Prof. Dr. Şanda ÇALI

101 protokol nolu “İstanbul’ da Çalışan Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanlarının Doğum Şekli İle İlgili Görüş ve Önerileri” isimli projeniz Enstitümüzün ön değerlendirme komisyonunda incelenmiş ve araştırmanın Komisyonumuzun ön değerlendirme kriterlerine uygunluğuna karar verilmiştir.

Prof. Dr. Gülden Z. OMURTAG
Komisyon Başkanı

Prof. Dr. Serap AKYÜZ

Doç. Dr. Ebru İŞİK ALTURFAN
Komisyon Başkan Yardımcısı

Prof. Dr. Aysel PEHLİVAN

Prof. Dr. Gül AYANOĞLU DÜLGER

Prof. Dr. Refika ERSU

Doç. Dr. Oğuzhan DEYNELİ

Doç. Dr. Asım CİNGİ

Yrd. Doç. Dr. Murat ÇEKİN

Yrd. Doç. Dr. Mustafa TAŞDEMİR

Öğr. Gör. Dr. Tolga GÜVEN