

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

NARLIDERE
SAĞLIK GRUP BAŞKANLIĞI BÖLGESİ'NDE
2002 YILINDA GERÇEKLEŞEN DOĞUMLARDA
SEZARYEN ile DOĞUM SIKLIĞI
ve
BUNA ETKİ EDEN ETMENLER

HALK SAĞLIĞI DOKTORA PROGRAMI
DOKTORA TEZİ

SERAP KONAKÇI

Danışman Öğretim Üyesi: Yrd.Doç.Dr. Bülent Kılıç

İÇİNDEKİLER

1	ÖZET	1
2	GİRİŞ	5
3	GENEL BİLGİLER	7
3.1	Endikasyonlar	7
3.2	Sezaryen Oranlarının Artışındaki Tıbbi Olmayan Nedenler	9
3.3	Komplikasyonlar.....	11
3.4	Sezaryen ile Doğumların Sosyoekonomik Boyutu	15
4	AMAÇ	17
5	YÖNTEM	18
5.1	Araştırmanın Tipi.....	18
5.2	Araştırma Bölgesi.....	18
5.3	Araştırmanın Evreni ve Örnek Seçimi	18
5.4	Ulaşma Oranı ve Ulaşılamama Nedenleri	18
5.5	Değişkenler	19
5.6	Değişkenlerin Tanım ve Ölçütleri	21
5.7	Veri Toplama Yöntemi.....	28
5.8	Çözümleme	28
6	BULGULAR	31
6.1	Araştırmaya Katılan Kadınların Tanımlayıcı Özellikleri	32
6.1.1	<i>Sosyo – Demografik Özellikler</i>	32
6.1.2	<i>Ekonomik Özellikler</i>	33
6.1.3	<i>Doğurganlık Özellikleri</i>	34
6.1.4	<i>Doğum Öncesi Bakım Özellikleri</i>	35
6.1.5	<i>Doğum ile İlgili Özellikler</i>	35

6.2	Sezaryen ile Doğumu Etkileyen Etmenler	36
6.2.1	Sosyo – Demografik Etmenler	36
6.2.2	Ekonomik Etmenler	38
6.2.3	Doğurganlık Özellikleri ile İlgili Etmenler	39
6.2.4	Doğum Öncesi Bakım ile İlgili Etmenler	41
6.2.5	Doğuma İlişkin Etmenler	44
6.2.6	Doğum Yapılan Sağlık Kurumuna İlişkin Etmenler	45
6.2.7	Sezaryen ile Doğum Endikasyonları	46
6.2.8	Doğuma Yardım Eden Hekime İlişkin Etmenler	47
6.2.9	Doğumda Yaşanan Sorunlar	48
6.2.10	Doğum İçin Yapılan Ödemelere İlişkin Etmenler	49
6.2.11	Bebeklere İlişkin Etmenler	50
6.3	Gebe – Lohusa İzlem Fişi	51
6.4	Tabakalama	52
6.5	Doğum Şekline Etki Eden Etmenlerin Lojistik Regresyon Çözümlemesi İle İncelenmesi	64
7	TARTIŞMA.....	66
7.1	Sezaryen ile Doğum Sıklığı	66
7.2	Annelerin Sosyoekonomik, Demografik Özellikleri	67
7.3	Sezaryen ile Doğum Endikasyonları	69
7.4	Doğum Öncesi Bakım Özellikleri	70
7.5	Doğum ve Doğuma Yardım Eden Hekimin İye Olduğu Özellikler	71
7.6	Bebeklerin İye Olduğu Özellikler	72
7.7	Gebe-Lohusa İzlem Fişi	73
7.8	Araştırmanın Kısıtlılıkları	74
8	SONUÇLAR.....	76
9	ÖNERİLER.....	77

10 EKLER.....	79
11 KAYNAKLAR	84

TABLolar DİZİNİ

Tablo 1. Sağlık ocağı bölgelerine göre doğum şekillerinin dağılımı.....	31
Tablo 2. Kadınların sosyo – demografik özellikleri	32
Tablo 3. Kadınların ve eşlerinin iş ve gelir özellikleri	33
Tablo 4. Kadınların doğurganlık özellikleri.....	34
Tablo 5 .Yaş grupları ve öğrenim durumlarına göre doğum şekilleri	37
Tablo 6. Kadınların ekonomik özelliklerine göre doğum şekilleri	38
Tablo 7. Doğurganlık özelliklerine göre doğum şekilleri	39
Tablo 8. DÖB hizmeti alanlarda hizmet alınan yere göre doğum şekilleri	41
Tablo 9. DÖB özelliklerine göre doğum şekilleri	43
Tablo 10. Hastanelerde gerçekleşen doğumlarda hastanelere göre doğum şekilleri	45
Tablo 11. Nedenlerine göre sezaryen ile doğumlar	46
Tablo 12. Doğumu yaptıran hekimin özelliklerine göre doğum şekilleri	47
Tablo 13. Hastanelerde gerçekleşen doğumlarda kullanılan ödeme türüne göre doğum şekilleri	49
Tablo 14. Bebeklere ait özelliklere göre doğum şekilleri.....	50
Tablo 15. Kadınların öğrenim düzeyi ve çalışma durumlarına göre doğum şekli.....	52
Tablo 16. Kadınların öğrenim düzeyi ve özel sektörden DÖB hizmeti alma durumlarına göre doğum şekli.....	53
Tablo 17. Kadınların öğrenim düzeyi ve DÖB hizmeti için yalnızca kadın doğum uzmanını tercih etme durumlarına göre doğum şekli	54
Tablo 18. Kadınların öğrenim düzeyi ve doğumun gerçekleştiği kurumun niteliğine göre doğum şekli.....	55
Tablo 19. Kadınların gelir düzeyleri ve çalışma durumlarına göre doğum şekli.....	56
Tablo 20. Kadınların gelir düzeyi ve özel sektörden DÖB hizmeti alma durumlarına göre doğum şekli	57
Tablo 21. Kadınların gelir düzeyi ve DÖB hizmeti için yalnızca kadın doğum uzmanını tercih etme durumlarına göre doğum şekli	58
Tablo 22. Kadınların gelir düzeyi ve doğumun gerçekleştiği kurumun niteliğine göre doğum şekli	59
Tablo 23. Kadınların yaş grupları ve çalışma durumlarına göre doğum şekli	60

Tablo 24. Kadınların yaş grupları ve özel sektörden DÖB hizmeti alma durumlarına göre doğum şekli	61
Tablo 25. Kadınların yaş grupları ve DÖB hizmeti için yalnızca kadın doğum uzmanını tercih etme durumlarına göre doğum şekli	62
Tablo 26. Kadınların yaş grupları ve doğumun gerçekleştiği kurumun niteliğine göre doğum şekli	63
Tablo 27. Doğum Şekline etki eden etmenlerin belirlenmesi için oluşturulan modeller	64

EKLER DİZİNİ

Ek 1. Veri Toplama Formu	79
--------------------------------	----

KISALTMALAR LİSTESİ

AÇS-AP Merkezi: Ana Çocuk Sağlığı- Aile Planlaması Merkezi

DÖB: Doğum Öncesi Bakım

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

EFM: Elektronik Fetal Monitorizasyon

NSGB: Narlidere Sağlık Grup Başkanlığı

OR: Olasılıklar Oranı

RDS: Respiratuar Distres Sendromu

SSK: Sosyal Sigortalar Kurumu

TNSA: Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması

ABD \$: Amerika Birleşik Devletleri Doları

1 ÖZET

Narlıdere Sağlık Grup Başkanlığı Bölgesi'nde 2002 Yılında Gerçekleşen Doğumlarda Sezaryen ile Doğum Sıklığı ve Buna Etki Eden Etmenler

Serap Konakçı

Amaç: Bu araştırmanın amacı Narlıdere Sağlık Grup Başkanlığı Bölgesi'nde 1 Ocak-31 Aralık 2002 tarihleri arasında gerçekleşen doğumlarda sezaryen ile doğum sıklığını ve buna etki eden etmenleri saptamaktır.

Yöntem: Kesitsel tipte yapılan araştırmada, bölgede 2002 yılında gerçekleşen 494 canlı doğumun tümü araştırmaya alınmış; örnek seçimi yapılmamıştır. Annenin sosyo-demografik, ekonomik özelliklerine, doğurganlık öyküsüne, doğum öncesi bakıma (DÖB), doğuma ve bebeğe ilişkin etmenler hakkında yüzyüze görüşülerek veri toplanmıştır. Veriler SPSS 11.0 ve Epi Info 2002 Statcalc aracılığı ile çözümlenmiştir.

Bulgular: Ulaşma oranı %85.4'tür. Sezaryen sıklığı %46.9'tür. En sık bildirilen nedenler, birden fazla doğumu olanlarda önceki sezaryen, ilk doğumu olanlarda kişisel istektir. Tek değişkenli çözümlene sonuçlarına göre annenin yaşı ve öğrenim düzeyi arttıkça sezaryen doğum anlamlı düzeyde artmaktadır (tümü için $p<0.001$). Çalışanlarda, gelir düzeyi yüksek olanlarda, DÖB hizmetini özel sektörden, kadın doğum uzmanlarından alanlarda, özel sağlık kurumlarında doğum yapanlarda sezaryen doğum anlamlı olarak fazladır (tümü için $p<0.001$).

Annelerin yaşına, öğrenim ve gelir düzeyine göre düzeltme yapılarak oluşturulan çok değişkenli Lojistik Regresyon modelinde yalnızca uzmanlardan DÖB hizmeti alanlarda ebe veya ebe+uzmandan bakım alanlara göre (OR 3.47 %95 GA 1.66-7.29), özel sağlık kurumlarında doğum yapanlarda kamu sağlık kurumlarında doğum yapanlara göre (OR 3.65 %95 GA 2.01-6.62) sezaryen ile doğum olasılığı anlamlı olarak yüksektir.

Sonuç: Bölgede sezaryen oranı yüksektir. Sezaryene karar verilmesinde tıp dışı nedenler öne çıkmaktadır. Oranının düşürülebilmesi için Sağlık Bakanlığı'nca ulusal düzeyde etkin sağlık politikalarının yürürlüğe konması gereklidir. Kadın doğum uzmanlarını da içermek üzere tüm sağlık çalışanlarının kanıta dayalı klinik kararlar verebilmesi için eğitimleri sağlanmalıdır.

Anahtar kelimeler: Sezaryen, sezaryen nedenleri, doğum.

**Prevalence and Determinants for Having Caesarean Section in Year 2002
Delivery in The Narlıdere Health District**

Serap Konakçı

Objective: This study examined to estimate rate and determinants for having caesarean delivery between in the Narlıdere Health District, in 2002.

Methods: A cross-sectional study was performed. The study group consisted of 494 women who gave live birth in the District in 2002. Data on sociodemographic-economic characteristics, maternal history, antenatal care, labor, infant's characteristics were collected in face to face interviews. Analyses were performed with SPSS 11.0 and Epi Info 2002 Statcalc.

Results: Response rate 85.4 percent. Caesarean rate 46.9 percent. Major indications for caesarean included previous caesarean in multiparous and maternal choice in primiparous. Univariate analysis showed the rate of caesarean increased significantly with increasing maternal age and level of education (for all $p < 0.001$). Occupation, high level of income, choosed private and only obstetrician-gynecologist obstetric care, delivered private hospitals were significant associate with high caesarean rate (for all $p < 0.001$).

Multiple Logistic Regression modeling adjusted for maternal age, level of education and income showed choosed only obstetrician-gynecologist obstetric care (OR 3.47 %95 CI 1.66-7.29) and delivered private hospitals (OR 3.65 %95 CI 2.01-6.62) to have a significantly increased risk for caesarean compared with choosed midwife or midwife+obstetrician-gynecologist obstetric care and delivered public hospitals.

Result: In this study caesarean rate was high in the District. Non medical factors seemed more important than medical factors in the decision to carry out a caesarean section. Effective national health policies should be implemented by the Ministry of Health to reduce high levels of caesarean.

Training should be provided to all health care givers on evidence based clinical decision making including obstetrician-gynecologist.

Keywords: Caesarean section, cause of caesarean section, birth.

2 GİRİŞ

Sezaryen ile doğum, tıbbi olarak '500 gram ve daha ağır fetusun karın duvarı yoluyla uterusu kesilerek bebeğin doğurtulması' şeklinde tanımlanmaktadır^{1, 2}. Sezaryen kelimesinin Türk Dil Kurumu'na göre anlamı, 'doğumun doğal olmadığı durumlarda karın ve döl yatağının kesilerek bebeğin doğurtulması'dır³. Bu doğum şekli, başlangıçta ölmek üzere olan anneden canlı fetusun alınması için kullanılmıştır. Doğum şeklinin adını Roma imparatoru Sezar'ın bu yöntem ile doğmasından aldığı belirtilmekle birlikte Sezar'ın annesinin doğumdan sonra yaşadığı bilinmektedir. Bir başka yorum Latince'de 'caesaru' kelimesinin kesmek anlamına geldiği ve zaman içinde 'section' kelimesi ile birlikte kullanıldığıdır. Tarihte ilk sezaryen ile doğumun ne zaman yapıldığına ilişkin kesin veri bulunmamaktadır. Ancak Fransız hekim Rousset tarafından ilk olarak 1581'de 'sezaryen ile doğum' terimi kullanılmıştır⁴.

Önceleri ölen anneden bebeğin canlı olarak alınması için kullanılan bu yaşam kurtarıcı yöntem, zaman içerisinde insanoğlunun geçirdiği süreçte doğurganlık davranışlarındaki değişiminin bir parçası olarak yerini almıştır⁵. Cerrahi tekniklerin gelişmesi, antibiyotiklerin bulunması, güvenli kan transfüzyonunun sağlanması ile de daha güvenli olarak uygulanabilen bir teknik olmuştur. Bütün bunların sonucunda sezaryen ile doğum oranı hızlı bir şekilde artmaktadır.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), sezaryen ile doğumların tüm doğumlar içindeki oranının %15'i geçmemesi gerektiğini önermektedir⁶. Ancak tüm dünyada özellikle son 30 yıl içinde sezaryen ile doğum oranları tıbbi endikasyonlar ile açıklanamayacak ölçüde yükselmektedir.

Brezilya'da 1996 yılı verilerine göre sezaryen doğum oranı %36.4'dür⁷. Amerika Birleşik Devletleri'nde ise 1999-2000 yılı verilerine göre sezaryen ile doğum oranı %22.9'dur^{8, 9}. Uygulanan projeler ile düşüş gerçekleşse de sezaryen ile doğum oranı 1970'lerden günümüze %300 oranında artış göstermiştir^{8, 9}. İngiltere'nin 2000-2001 yılı verilerine göre bu oran %22'dir¹⁰. DSÖ verilerine göre Avrupa ülkeleri içinde en yüksek sezaryen oranına iye ülke İtalya'dır (%31.9). İtalya'yı %27.5 ile Portekiz izlemektedir¹¹. 1995 yılında çıkarılan bir yasa ile anne istemi İtalya'da sezaryen endikasyonu olarak kabul edilmektedir¹². Avustralya'da 1990-2000 yılları arasında sezaryen ile doğum oranı %35 oranında artış göstererek %23'e ulaşmıştır¹³. Güney

Kore’de 1982 yılında %4.4 olan sezaryen ile doğum oranı 2001 yılında %39.6 olarak gerçekleşmiştir¹⁴. Ülkemizde ise doğum şekillerine ait kesin veriler bulunmamaktadır. Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması (TNSA) 1998 yılı sonuçlarına göre ülkemizde sezaryen ile doğum oranı %13.6, 2003 TNSA sonuçlarına göre %21’dir. Türkiye’nin batısında ve kuzey bölgelerinde sezaryen ile doğum oranı %30’larda iken doğuda bu oran %8.7 olarak saptanmıştır¹⁵⁻¹⁷. Konakçı ve Kılıç tarafından 2002 yılında Narlıdere Eğitim Araştırma ve Sağlık Bölgesi’nde yapılan araştırmada bölgede sezaryen ile doğum sıklığı %40.2 olarak saptanmıştır¹⁸.

Veriler sezaryen ile doğumların tüm dünyada yüksek oranlarda yapıldığını ve giderek artma eğiliminde olduğunu göstermektedir. Olasılıkla sezaryen ile doğum gerçek endikasyonları dışında kullanılmaktadır ve bu durumu belirleyen tıp dışı pek çok etken bulunmaktadır. Ülkemizde sağlık sistemi içinde doğum şekline ait veri toplanması ve değerlendirilmesine ilişkin rutin bir yapılanma yoktur ve bu nedenle doğum şekilleri hakkında sağlıklı veri kaynağı bulunmamaktadır. Bu araştırma Narlıdere Sağlık Grup Başkanlığı (NSGB) Bölgesi’nde meydana gelen doğumlarda sezaryen ile doğum sıklığının ve buna etki eden etmenlerin saptanması amacı ile yapılmıştır.

3 GENEL BİLGİLER

Giriş bölümünde belirtildiği gibi sezaryen ile doğum, '500 gram ve daha ağır fetusun karın duvarı yoluyla uterusu kesilerek bebeğin doğurtulması' şeklinde tanımlanmaktadır. Bu bölümde sezaryen ile doğumun endikasyonları, oranlarının artışındaki tıp dışı nedenler, komplikasyonlar ve sosyoekonomik boyutu hakkında bilgi verilecektir.

3.1 Endikasyonlar

Sezaryen ile doğum için belirlenen endikasyonlar oldukça çeşitlilik göstermekle birlikte en sık kabul gören sınıflandırma:

Distosi, fetal distres, baş-pelvis uygunsuzluğu, makat geliş, daha önce sezaryen ile doğum yapma ve diğer nedenler şeklindedir^{4, 19-21}.

3.1.1 Yineleyen Sezaryen

Yineleyen sezaryenler tüm sezaryenlerin yaklaşık olarak 1/3'ünü oluşturmaktadır. Geçmişteki öngörü 'bir kez sezaryen daima sezaryen' şeklindedir²²⁻²⁶. Geçmişte uygulanan vertikal insizyon tekniğinde sonraki gebeliklerde vajinal doğum denemelerinde uterus rüptürü gelişme riski yüksek iken günümüzde kullanılan alt segment transvers kesi tekniği ile sezaryen sonrası vajinal doğumların güvenli olduğunu belirten çalışmalar bulunmaktadır^{4, 22, 23}.

3.1.2 Distosi

Distosi, fetal, maternal veya plösentel nedenler ile doğum eyleminin güçlük göstermesi, doğumun uzaması ya da duraklamasıdır. Çok çeşitli nedenler belirtmekle birlikte bunun için standart bir tanımlama yoktur^{27, 28}. Günümüzde distosi tanısı sezaryen ile doğum oranlarındaki artıştan sorumlu tutulmaktadır. Amerika Birleşik Devletleri'nde yineleyen sezaryenlerden sonra en sık ikinci sezaryen endikasyonudur ve primer sezaryen oranlarının artışından sorumlu tutulmaktadır²⁸⁻³⁰. Günümüzde doğumlarda erken amniyotomi ve oksitosin infüzyonuna geçilmektedir ve bu distosi gelişimine neden olmaktadır³¹. Doğum eyleminin aktif yönetimi özellikle nulliplarlardaki distosi nedeni sezaryenlerin önlenmesinde anahtar rol

oyunmaktadır^{27, 30, 32}. Doğumun aktif yönetimi iki komponentten oluşmaktadır: birinci olarak gebelikte izlem veren sağlık personeline annenin bilgilendirilmesi, doğumdaki beklenti ve korkuların azaltılması; ikinci olarak doğum başladığında doğum evrelerinin yakın takibi ile doğum eyleminin yönetimidir^{27, 30}.

3.1.3 Fetal Distres

Fetal distres, kalp atımlarındaki bozulma ile kendini gösteren, intrauterin fetal oksijenizasyonun bozulma durumudur. İntrapartum hipoksi 100 doğumda 0.5-1.0 oranında görülür ve olası sonuçlarından olan serebral palsili bebek doğumu 1000 gebelikte bir oluşmaktadır^{33, 34}. Elektronik fetal monitorizasyonun (EFM) 1970'lerde yaygın olarak kullanılmaya başlanmasıyla fetal distres tanısı nedeniyle gebeliklerin sezaryenle sonlandırılması tüm dünyada sezaryen ile doğum oranlarının hızla artmasına neden olmuştur^{19, 26, 35-37}.

Ender görülen bir durum için sık tanı konmasının olası nedeni EFM'nin yorumlanmasının hekimler arasında farklılıklar göstermesi olabilir. Gül ve arkadaşlarının yapmış oldukları bir araştırmada fetal distres tanısı alan ve almayan bebeklerin birinci ve beşinci dakika APGAR Skorları arasında bir farklılık saptanmamıştır²⁵.

3.1.4 Makat Geliş

Makat geliş, primer sezaryenlerde ilk sıralarda yer alan endikasyonlardan birisidir. Odlind ve arkadaşlarının yapmış oldukları bir araştırmanın sonuçlarına göre makat gelişlerin %80'i sezaryen ile doğurtulmaktadır³⁵. Günümüzde makat gelişte sezaryen ile doğumların bebekte beklenen olası sorunların önlenmesinde vajinal doğumlara göre daha iyi olduğunu belirten çalışmalar bulunmaktadır³⁸⁻⁴⁰. Ancak literatürde makat gelişte vajinal doğum ve sezaryen ile doğumun maternal/fetal uzun dönem sonuçları arasında farklılık bulunmadığını gösteren araştırmalar bulunmaktadır⁴¹⁻⁴³. Makat gelişte başarılı eksternal sefalik versiyon uygulaması vajinal doğumu güvenli duruma getirebilir⁴. Ancak günümüzde özellikle genç hekimlerin makat gelişte vajinal doğum için eksternal sefalik versiyon uygulamasında deneyimsiz oldukları ve riske girmek istemedikleri belirtilmektedir⁴⁴.

3.2 Sezaryen Oranlarının Artışındaki Tıbbi Olmayan Nedenler

3.2.1 Doğumda Teknolojinin Etkisi, Elektronik Fetal Monitorizasyon

Günümüzde vajinal ya da sezaryen ile doğumlarda tıbbi gerçeklerden bağımsız olarak pek çok medikal uygulama yapılmaktadır. EFM uygulamaları da bunlardan biridir. EFM'de fetal kalp atım seyrine bakılarak intrapartum hipoksinin erken dönemde saptanması amaçlanır. Nörolojik sekeller gerçekleşmeden önce gebeliğe acil müdahale edilmesi sağlanır. Yüksek riskli gruplarda kullanılması gereklidir. Ancak günümüzde tüm gebelerde yaygın olarak kullanıldığı görülmektedir⁴⁵.

3.2.2 Annelere Ait Etkenler

Gebelik ve doğum sağlık olayları olarak ele alınmakla birlikte kültürel birer olgudurlar. Kadınların doğum şekillerinin belirlenmesinde içinde yaşadıkları toplumların kültürel yapısı etkili olmaktadır. Aynı ülkede yaşayan ancak farklı etnik kökenden gelen kadınlarda sezaryen oranları farklı olarak gerçekleşmektedir^{46, 47}. Avustralya'da Walker ve arkadaşları tarafından yapılan bir araştırmada Avustralyalı kadınların sosyodemografik özelliklerinden bağımsız olarak sezaryen ile doğumu yeğlemekte oldukları saptanmıştır. Ülkede sezaryen ile doğumun kolay bir yöntem olduğuna inanılmaktadır¹³. Benzer şekilde Çin'de sezaryen ile doğan bebeklerin daha zeki oldukları inancı yaygın iken Türkiye'de sezaryen ile doğumun özellikle yüksek sosyokültürel seviyedeki kişiler arasında prestijli bir durum olduğunu belirten çalışmalar bulunmaktadır^{34, 48}. Brezilya kültüründe kadınların bedeni annelikten çok cinsellikleri ile ön plandadır ve normal doğum ile cinsel fonksiyon kayıplarının olabileceği inancı vardır. Ülkede vajinal doğum düşük gelir grubunda yer alanlar için bir alternatif olarak görülmektedir⁴⁹.

Günümüzde kadınlar, kişisel tercihleri nedeniyle de giderek daha yüksek oranda sezaryen ile doğum yapmaktadır^{50, 51}. Yapılan birçok çalışmada kadınların kişisel tercihleri ile sezaryen ile doğumu istemelerinin kökeninde doğumla ilgili korkularının yattığı belirtilmektedir. İlk kez doğum yapacak olan kadınlarda doğum ağrısından korkma sık rastlanan bir durum iken, daha önce doğum yapmış olanlarda geçmişteki zor doğum, bebek ölümü tecrübeleri anneleri doğum eyleminden korkutmaktadır⁵²⁻⁵⁷.

Literatürde sezaryen ile doğumlar ile ilgili olarak yer alan pek çok araştırmanın işaret ettiği tıbbi endikasyon dışı etkenlerden biri de annenin yaşıdır^{8, 17, 58-60}.

Özellikle 30 yaş ve üstü kadınlarda ileri yaş gebeliklere bağlı komplikasyonların görülme sıklığı ile açıklanamayacak oranda fazla sezaryen ile doğum olduğu belirtilmektedir^{35, 61-63}.

Literatürde yüksek sayıda doğum öncesi bakım (DÖB) alan kadınlarda daha yüksek oranda sezaryen ile doğum olduğunu belirten çalışmalar bulunmaktadır^{7, 61, 64}.

Annenin öğrenim ve gelir düzeyi artıkça da sezaryen ile doğum oranı artmaktadır^{61, 64, 65}.

3.2.3 Hekimlere Bağlı Etkenler

Gerçek sezaryen endikasyonları belirli olmasına karşın bazı hekimlerin beklenenden yüksek sezaryen oranlarına iye olması, hekimin karar sürecinde tıp dışı etkenlerin rol oynadığını düşündürmektedir⁶⁶.

Annenin ve hekimlerin korkuları, doğum şekline bağlı olası olumsuz sonuçlar hakkındaki bilgisizlik ve hekimler üzerindeki ekonomik baskı karar verme sürecini olumsuz etkilemektedir.

Amerika Birleşik Devletleri ve Brezilya'da yapılan iki ayrı araştırmanın sonuçlarına göre hekimlerin sezaryen endikasyonu koymalarında rol oynayan faktörler arasında malpraktis korkusu, eğitim eksikliğine bağlı olarak bir kez sezaryen ile doğumun daima sezaryen ile doğum endikasyonu oluşturduğuna ve sezaryendeki fetal sonuçların daha iyi olduğuna inanmaları ve kısa sürede daha çok para kazanma kaygılarının olması bulunmaktadır^{67, 68}.

Kamu hastaneleri ve özel hastanelerde çalışan hekimlerin endikasyon belirlemede yaklaşımları birbirinden farklılık göstermektedir^{69, 70}. Yapılan bazı araştırmalarının sonuçlarına göre özel hastanelerde, kamu hastanelerine göre daha yüksek oranda sezaryen ile doğum yapılmaktadır^{7, 61, 68, 71-74}. Bu doğumlar daha çok iş günlerinde ve günün aktif saatlerinde gerçekleşmektedir^{7, 71, 73}.

Literatürde hekimlerin cinsiyetlerinin de karar sürecinde etkili olduğunu gösteren bazı çalışmalar söz konusudur. Mitler ve arkadaşlarının ve Tussing ve arkadaşlarının yapmış oldukları iki araştırmanın sonuçlarına göre kadın hekimler daha az sezaryen ile doğum yaptırmaktadırlar^{75, 76}. Al-Mufti ve arkadaşlarının İngiliz hekimler üzerinde yaptıkları bir araştırmaya göre ise kadın hekimlerin %31'i erkek hekimlerin %8'i sezaryen ile doğumu yeğlemektedir. Kadın hekimlerin kendi bildirimlerine göre

sezaryen ile doğumu yeğleme nedenleri perineal ve anal sfinkter hasarından, stres inkontinansından, seksüel disfonksiyondan, bebeğin zarar görmesinden korkmaları şeklindedir⁷⁷. Geary ve arkadaşlarının yapmış oldukları araştırmanın sonuçlarına göre doğum yapan kadın hekimlerin isteğe bağlı sezaryen oranları kontrol grubu ile benzerdir⁷⁸.

Hekimlerin doğum şekline karar verirken etkilendikleri bir başka nokta doğum kayıtlarında yer almamakla birlikte çalıştıkları kurumların hizmet verdikleri sosyoekonomik sınıfın niteliği olmaktadır^{24, 79, 80}.

3.3 Komplikasyonlar

Elektif sezaryen ile doğum, gebeyi epizyotomiden, uzamış ve ağrılı doğum sürecinden, enstrümantal vajinal doğumdan kurtarır. Pelvik dokuların, anal ve üretral sfinkterin hasar görmesini, ileri dönemlerde prolapsusu ve inkontinansı önler⁸¹. Schindl ve arkadaşlarının yapmış olduğu bir araştırmanın sonuçlarına göre elektif sezaryen ile doğum yapan kadınlarda doğumun psikolojik toleransı daha yüksektir⁸². Ancak sezaryen ile doğum major cerrahi uygulamadır. Vajinal yolla doğumlara oranla bazı komplikasyonlar daha sık ve daha yoğun olarak yaşanabilmektedir. Oluşan komplikasyonlar hastanede yatış süresini uzatmakta, maliyeti yükseltmekte ve iş gücü kaybına neden olmaktadır.

Sezaryen sonrası görülen komplikasyonlar görülme zamanlarına göre erken, postoperatif, sonraki gebelik ve diğerler komplikasyonlar şeklinde sınıflanabilir^{12, 83}.

3.3.1 Erken Dönem Komplikasyonlar

Başlıca erken dönem komplikasyonları anesteziye bağlı olarak gelişenler, kan kaybı, amniyon embolisi, anne ve bebek yaralanmalarıdır^{12, 84}.

Sezaryen girişimi, jinekolojik/obstetrik cerrahinin taşıdığı tüm riskleri taşır. Sezaryen ile doğumlarda gerçekleşen anne ölümlerinin büyük bir çoğunluğu anesteziye bağlı komplikasyonlar nedeni ile olmaktadır. Özellikle genel anestezi teknikleri eşliğinde gerçekleştirildiğinde gebe için artmış pulmoner aspirasyon/Mendelson Sendromu riski söz konusudur. Genel anestezi ile

gerçekleşen diğer cerrahi girişimlerde pulmoner aspirasyon riski 2000'de bir iken, sezaryen olgularında oran 1/400–500'e yükselmektedir⁸⁵.

Günümüzde bölgesel anestezi uygulamaları anne ve bebekte genel anesteziye bağlı gelişen komplikasyonların azaltılması yönünde daha güvenli kabul edilmekte ve giderek daha yaygın olarak uygulanmaktadır. Ancak Mueller ve arkadaşlarının yapmış oldukları bir çalışmaya göre bölgesel anestezi ile gerçekleştirilen sezaryen ile doğumlarda genel anesteziye göre fetal asidemi riski daha yüksektir⁸⁶.

Sezaryen ile doğan bebeklerde doğum yaralanmaları oluşabilmektedir. Bunlar Erb Paralizi ve kafatası kırıkları gibi ciddi boyutlarda da olabilir. Sezaryen ile doğum sırasında annenin barsak ve idrar kesesinde yaralanma da oluşabilecek diğer yaralanmalara örnek olarak verilebilir⁸⁷.

3.3.2 Postoperatif Dönem

Sezaryen ile doğumlardan sonra postoperatif dönemde enfeksiyonlar, kanama, bebekte solunum problemleri görülebilir.

Günümüzde sezaryen ile doğumlardan önce profilaktik olarak antibiyotik uygulanması rutin olarak gerçekleştirilmektedir. Ancak sezaryen ile doğum sonrası enfeksiyonlar sık karşılaşılan sorunlardır.

Sezaryen ile doğumlarda yara yeri enfeksiyonu %5-10 oranında görülmektedir. Bu enfeksiyonlar hastanede kalış süresini uzatmakta, annenin sağaltım almasına neden olmakta ve bu nedenle bebeğin anne sütü ile beslenmesinde engeller oluşturabilmektedir^{88, 89}.

Postpartum dönemde sık görülen enfeksiyonlardan biri üriner sistem enfeksiyonlarıdır. İdrar yolu kateterizasyonu sırasında gerçekleşen kontaminasyonlar en önemli etken olarak belirtilmektedir^{90, 91}. Swartz ve arkadaşlarının yapmış olduğu bir araştırmaya göre sezaryen ile doğum yapan kadınlarda üriner sistem enfeksiyonlarının görülme sıklığı vajinal yolla doğum yapan kadınlara göre 2.7 kat daha fazladır⁹¹.

Postpartum endometrit oluşumunda en önemli risk faktörü sezaryen ile doğumlardır. Aynı zamanda postpartum endometrit sezaryen ile doğumların en sık rastlanan minör komplikasyonudur ve vajinal doğumlardan sonra gelişen endometrit olgularına göre daha ciddi bir seyir gösterir. Sezaryen ile doğumlarda, vajinal

doğumlardan farklı olarak plesentanın el ile ayrılması endometrit oluşumunda en önemli risk faktörü olarak belirtilmektedir^{90, 92-94}.

Kanama anne yaşamını tehdit eden önemli etkenlerden birisidir ve sezaryen ile doğumlarda cerrahi girişime bağlı olarak annede masif kanama olma olasılığı daha yüksektir. Plesentanın elle ayrılması kan kaybı nedenlerinden biri olarak gösterilmektedir^{12, 83-85, 95, 96}.

Normal doğum eyleminde salgılanan hormonlar ve kimyasal maddeler matürasyonu ve doğum sonrası dış ortama uyumu sağlarlar. Sezaryen sonrası bebeklerde görülen problemlerin kökeninde, term vajinal doğumlarda yaşanan fizyolojik-kimyasal sürecin yaşanmamasının yatabileceği belirtilmektedir. Elektif sezaryen olgularında, acil sezaryen ve vajinal doğumlara göre daha yüksek oranda Respiratuar Distres Sendromu (RDS), geçici takipne, asfiksi gibi solunum problemleri oluşmaktadır⁹⁷⁻¹⁰⁰.

Leptin, fetal gelişmişlik ve metabolizma ilgili bir maddedir ve vücudun strese verdiği yanıt ile salgılanır. Vücudun dış ortama uyumunu sağlar. Doğum eyleminin ilerlemesi ile artış gösterir ve umbilikal vende arterden yüksektir. Ancak sezaryen ile doğumlarda hem total lesitin düzeyi düşüktür hem de umbilikal ven ve arterde seviye farklılığı bulunmamaktadır¹⁰¹.

Normal doğum eyleminde yükselen prolaktin düzeyi, bebekte akciğer matürasyonunu hızlandırmakta ve termoregülasyonu sağlamaktadır. Otuzdokuz hafta tamamlanmadan gerçekleştirilen elektif sezaryen olgularında prolaktin düzeyinde artış yaşanmaz. Sezaryen ile doğan bebeklerde vücut ısısı vajinal yolla doğanlara göre daha düşüktür¹⁰².

RDS gelişimi bebeğin yaşamını tehdit eden bir durumdur¹⁰³. Yamazaki ve arkadaşlarının yapmış olduğu bir araştırmada elektif sezaryen uygulamalarında gestasyonel yaş küçüldükçe bebeklerde solunum ile ilgili sorunların daha sık yaşandığı saptanmıştır¹⁰⁴. Elektif sezaryen uygulamalarında, gestasyonel yaşın görece küçük olması, sezaryen ile doğumlarda bebek akciğerinde rezidüel hava volümünün vajinal yolla doğan bebeklere göre fazla olması ve doğum eylemi başlamadan sezaryen gerçekleştirilmesine bağlı olarak lesitin/sifingomiyelin oranının düşük kalması solunum problemlerinden sorumlu tutulmaktadır¹⁰³.

İnatçı pulmoner hipertansiyon yeni doğanlar için önemli bir diğer akciğer problemidir. Levine ve arkadaşlarının yapmış olduğu bir çalışmaya göre elektif sezaryen olgularında inatçı pulmoner hipertansiyon sıklığı vajinal doğumlara göre beş kat daha fazladır. Çalışmada plazma prostoglandin seviyelerindeki düşüklüğün sorumlu tutulabileceği belirtilmektedir¹⁰⁵.

Saliba ve arkadaşlarının yenidoğan nöbetlerindeki risk faktörlerinin saptanmasına yönelik olarak yaptıkları çalışmada term bebeklerden sezaryen ile doğanlarda, vajinal yolla doğanlara göre 2.2 kat daha sık neonatal nöbet saptanmıştır¹⁰⁶.

3.3.3 Sonraki Gebelik

Yineleyen sezaryenlerde uterus rüptürü riski artmaktadır. Caughey ve arkadaşlarının yapmış olduğu bir araştırmaya göre ikinci kez sezaryen ile doğum yapan kadınlarda ilk kez sezaryen ile doğum yapan kadınlara göre 4.8 kat daha fazla uterus rüptürü oluşmaktadır¹⁰⁷. Chapman ve arkadaşlarının yaptığı araştırmaya göre daha önce sezaryen ile doğum yapan kadınlarda uterus rüptürü nedeni ile gebeliğin sonlandırılması daha önce sezaryen ile doğum yapmamış kadınlara göre anlamlı olarak daha yüksek oranda olmaktadır¹⁰⁸. Yineleyen sezaryenlerde görülen artmış uterus rüptürü riskinin önceki sezaryenin kesi tipinden, uterotonik kullanımından ve bireysel yatınlıktan kaynaklanmakta olduğu belirtilmektedir.

Caughey ve arkadaşlarının yapmış olduğu araştırmada ikinci kez sezaryen ile doğum yapan kadınların bebeklerinde beşinci dakika APGAR Skoru düşüklüğü, ilk kez sezaryen ile doğum yapan kadınların bebeklerine göre anlamlı oranda daha yüksek bulunmuştur¹⁰⁷.

3.3.4 Diğer Komplikasyonlar

Sezaryen ile doğumlara bağlı olarak gelişebilecek diğer komplikasyonlar adezyona bağlı infertilite, barsak obstrüksiyonu, kronik pelvik ağrı ve endometriozis olarak belirtilmektedir.

Literatürde, sezaryen ile doğumlar sonrası karın ön duvarı endometriozisi olguları bildirilmektedir. Endometriyozis etyolojisini açıklamak için kullanılan venöz ya

da lenfatik metastazın, sezaryen ile doğum sırasında mekanik olarak gerçekleşmesinin bu olayda rol oynayabileceğini belirten yayınlar bulunmaktadır¹⁰⁹.

3.3.5 Emzirmenin Engellenmesi

Sezaryen ile doğum, başarılı emzirmenin olabilmesi için gerekli adımların gerçekleşmesinde engeller oluşturmaktadır. Komplikasyonlar kadar önemli olan bu sorunun kökeninde anne ve bebeğin doğum sonrası bir araya geliş sürelerinin gecikmesi yatmaktadır. Başarılı bir emzirmenin gerçekleşmesi için anne ve bebeğin doğumun hemen sonrasında tensel temasının sağlanması ve doğumu takiben ilk yarım saat içinde emzirmenin başlatılması önerilmektedir. Ancak sezaryen ile doğumlarda annelerin bebekleri ile buluşması vajinal doğumlara göre daha geç olmaktadır^{110,111}.

3.4 Sezaryen ile Doğumların Sosyoekonomik Boyutu

Ülkeler, sezaryen ile doğumların giderek artması ile yalnızca anne ve bebek sağlığına ek katkısının olmaması; hatta riskler taşıması açısından ilgilenmemektedir. Ülkelerin sağlık sistemlerine getirdiği ek yük yönünden de bu doğum şekli tartışılmaktadır.

Sezaryen ile doğum tüm ülkelerde vajinal doğumlara göre pahalı bir yöntemdir^{51, 61, 99, 112-115}. İngiltere’de sezaryen ile doğum, vajinal doğuma göre ortalama 760 pound daha pahalıdır ve gerçekleşen %1’lik bir artışın yıllık beş milyon pound ek sağlık harcamasına neden olduğu ve bu paranın 167 ebenin bir yıllık maaşı olduğu belirtilmektedir^{99, 114}.

Sezaryen ile doğumda ortalama hastanede yatış süresinin daha uzun olması, anestezi uygulamalarının ederinin yüksekliği, preoperatif testlerin yapılmasının zorunlu olması, profilaktik antibiyotik kullanımı ve oluşabilecek komplikasyonların sağaltımı ek harcamalara neden olur.

Chelmow ve arkadaşlarının yapmış oldukları bir araştırmaya göre endometrit ve febril komplikasyonlardan korunmak için sezaryende profilaktik antibiyotik uygulaması olgu başına 30.66 Amerika Birleşik Devletleri Doları (ABD \$) ek maliyet getirmektedir ve bu rakam sezaryen maliyetinin yaklaşık olarak %2’sini oluşturmaktadır¹¹⁶.

Sezaryen ile doğum, sağlık sistemlerine getirdiği bu ek maliyetlere göre ıktıları çok da kabul edilir bir yöntem değildir.

4 **AMAÇ**

1. Narlıdere Sağlık Grup Başkanlığı (NSGB) Bölgesi'nde 2002 yılında meydana gelen sezaryen ile doğumların sıklığını saptamak.

2. Doğumların sezaryen ile gerçekleştirilmesine yol açan etmenleri incelemek.

5 YÖNTEM

5.1 Araştırmanın Tipi

Kesitsel.

5.2 Araştırma Bölgesi

NSG Bölgesi'nde, Narlıdere, Ilica ve İnönü sağlık ocakları bulunmaktadır. Bölgede farklı sosyo-ekonomik düzeydeki ailelerin bulunduğu mahalleler vardır. Narlıdere ve Ilica sağlık ocaklarının nüfuslarının büyük kısmı sosyo-ekonomik düzeyi görece yüksek olan bireylerden oluşurken, İnönü Sağlık Ocağı'nın hizmet verdiği bölge büyük ölçüde göçlerin yoğun olduğu gecekondu tipi bir yerleşim yeridir. Narlıdere Sağlık Ocağı'nın sahil bölgesinde ekonomik düzeyi ortalamanın çok üstünde olan nüfus kesimi bulunmaktadır.

NSGB Bölgesi'nde 2001 yılı Ev Halkı Tespit Fişi verilerine göre nüfusun: %12.7 yüksek okul, %19.2 lise, %11.2 ortaokul, %31.6 ilkokul, %9.7 okur-yazar, %7.3 okur-yazar değil öğrenim düzeyine sahiptir.

Bölge nüfusunun sosyal güvence durumunun dağılımı: %33.6 SSK, %24.9 sosyal güvencesi yok, %23.8 Emekli Sandığı, %7.8 Yeşil Kart, %9.0 BağKur, %0.9 özel sigorta şeklindedir.

5.3 Araştırmanın Evreni ve Örnek Seçimi

NSGB'ye bağlı bulunan Narlıdere, Ilica ve İnönü sağlık ocaklarına ait bölgelerde, aylık doğum cetveli kayıtlarında yer alan, 1 Ocak-31 Aralık 2002 tarihleri arasında canlı doğum yapan tüm kadınlar araştırmanın evrenini oluşturmaktadır. Araştırma için örnek seçimi yapılmamış, evrenin tamamına ulaşılması planlanmıştır.

5.4 Ulaşma Oranı ve Ulaşılamama Nedenleri

İlk ziyarette adreslerinde bulunamayan ancak komşularından halen bu adreste oturduğu öğrenilen kişiler için hangi saatlerde evde buldukları sorulmuş, biliniyor ise komşularından ya da bölgede hizmet veren ebe / hemşireden telefon numaraları istenmiştir. Ulaşılan numaralara 19:00-21:00 saatleri arasında telefon edilerek

randevu istenmiştir. Bu şekilde ulaşımın sağlanamayan kişiler için 9:00–21:00 saatleri arasındaki zaman dilimi üçe bölünerek ilk ziyaretin yapıldığı zaman dilimi dışında kalan iki zaman diliminde birer kez olmak üzere toplam üç ziyaret yapılmış, ayrıca sağlık ocaklarının aşı günlerinde kurumlara gidilerek kişiler ile görüşme sağlanmaya çalışılmıştır. Bunların tamamında görüşme sağlanamadı ise kadına ulaşılamadığına karar verilmiştir.

Araştırma evreninin %85.4'üne (422/494) ulaşılmıştır.

Ulaşılamayan kadın oranı %14.6'dır (72/494). Kadınların %48.6'sinin (35/72) bölgeden göç ettiği, %20.8'inin (15/72) geçici olarak doğumdan sonra başka bölgede yaşayan yakınlarının yanına gittiği saptanmıştır; %30.6'sına (22/72) ise halen adreslerinde oturdukları saptanmasına karşın yapılan ziyaretlerde evde bulunamamaları nedeni ile ulaşılamamıştır.

5.5 Değişkenler

5.5.1 Bağımlı Değişken: Doğum şekli

5.5.2 Bağımsız Değişkenler

5.5.2.1 Sosyo–demografik, Ekonomik Özellikler:

Yaş

Öğrenim durumu

Kadının işi

Eşinin işi

Ailenin doğum gerçekleştiği zamanki aylık geliri

Sağlık güvence durumu

5.5.2.2 Doğurganlık Özellikleri:

Toplam gebelik sayısı

Toplam düşük sayısı

Toplam istemli düşük sayısı

Toplam canlı doğum sayısı
Toplam ölü doğum sayısı
Bir önceki doğumun şekli
Daha önce sezaryen varlığı
Daha önce sezaryen ile doğum yapmış ise nedeni
Süregen hastalık varlığı
Süregen hastalık var ise ne olduğu

5.5.2.3 Son Gebelik Bilgileri:

Kaçıncı gebelik olduğu
Doğum öncesi bakım (DÖB) hizmeti alma durumu
Toplam DÖB sayısı
DÖB hizmetinin alındığı yerler
DÖB hizmeti alınan yerlerdeki bakım sayıları
DÖB hizmeti veren kişilerin mesleği

5.5.2.4 Doğuma İlişkin Değişkenler:

Doğumun gerçekleştiği tarih
Doğumun gerçekleştiği saat
Doğum yapılan yer
Doğumdaki gebelik haftası
Doğum şekline karar veren kişiler
Doğum sezaryen ile gerçekleşmiş ise nedeni
Doğuma yardım eden kişinin mesleği
Doğum komplikasyonu varlığı
Doğum sonrası bebekte sağlık problemi varlığı
Doğum için yapılan ödeme

5.5.2.5 Bebeğe İlişkin Değişkenler:

Bebeğin cinsiyeti
Doğum ağırlığı
Doğumsal anomali varlığı

5.5.2.6 Sağlık Ocağı Gebe–Lohusa İzlem Fişi Değerlendirilmesine İlişkin Değişkenler:

- Fişte belirtilen DÖB sayısı
- Pelvis durum değerlendirmesi varlığı
- Pelvis durum değerlendirmesi sonucu

5.6 Değişkenlerin Tanım ve Ölçütleri

5.6.1 Bağımlı Değişkenin Değerlendirilmesi

Vajinal doğum/sezaryen ile doğum olarak ikili veri şeklinde toplanarak çözümlenmeye alınmıştır.

5.6.2 Bağımsız Değişkenlerin Değerlendirilmesi

5.6.2.1 Sosyo–demografik, Ekonomik Özellikler

Yaş:

Sürekli veri olarak toplandı. Tek değişkenli çözümlenmelerde sürekli değişken olarak ve 15–19, 20–24, 25–29, 30 ve üzeri şeklinde gruplanarak çözümlenmeye alındı. Çok değişkenli çözümlenmede sürekli değişken olarak kullanıldı.

Öğrenim Durumu:

Okur–yazar değil, okur–yazar, ilkokul, ortaokul, lise, yüksek okul bitirme durumuna göre gruplanarak toplandı. Tek değişkenli çözümlenmelerde eğitimi yok, ilkokul, ortaokul, lise, yüksek okul mezunu şeklinde gruplanarak, çok değişkenli analizlerde ortaokul ve altı/lise ve üstü şeklinde gruplanarak çözümlenmeye alındı.

Kadının İş:

Ev hanımı, memur, işçi ve diğer olarak gruplanarak veri toplandı. Çözümlenmelere çalışan ve çalışmayan şeklinde ikili veri şeklinde gruplandırılarak alındı.

Eşin İşi:

Esnaflık, memur, işçi, işsiz ve diğer şekilde gruplanarak veri toplandı ve çözümlenmeye alındı.

Ailenin Doğumun Gerçekleştiği Zamanki Aylık Geliri:

Sürekli veri olarak toplandı. T.C. Merkez Bankası 2002 yılı aylık ortalama döviz kuru verilerinden yararlanılarak ABD \$ cinsinden aylık gelir hesaplandı. Tüm grubun ortalama aylık geliri 398.1±479.6 ABD \$ olarak saptandı. 398 ABD \$ ve daha düşük gelire sahip olanlar düşük gelirli, 399 ABD \$ ve daha yüksek gelire sahip olanlar yüksek gelirli kabul edilerek ikili veri şekline dönüştürüldü. Tek değişkenli çözümlenmelerde sürekli veri ve ikili veri olarak kullanıldı. Çok değişkenli çözümlenmede ikili veri olarak kullanıldı.

Sağlık Güvencesi:

Sağlık güvencesi yok, Emekli Sandığı, Sosyal Sigortalar Kurumu, Yeşil Kart, BağKur ve özel sigorta şeklinde gruplanmış veri olarak toplandı. Emekli Sandığı, Sosyal Sigortalar Kurumu, Yeşil Kart, BağKur ve özel sigorta sağlık güvencesi var olarak birleştirildi. Analizlerde sağlık güvencesi var/sağlık güvencesi yok şeklinde ikili değişken olarak kullanıldı.

5.6.2.2 Doğurganlık Özellikleri

Toplam Gebelik Sayısı:

Açık uçlu olarak soruldu. Çözümlenmeye alınırken ilk gebelik/iki ve daha fazla gebelik şeklinde ikili veriye dönüştürüldü.

Toplam Canlı Doğum Sayısı:

Açık uçlu olarak soruldu. Çözümlenmeye alınırken ilk canlı doğum/iki ve daha fazla canlı doğum şeklinde ikili veriye dönüştürüldü.

İstemsiz Düşük Sayısı:

Açık uçlu olarak soruldu. Yok/var şeklinde ikili veriye dönüştürülerek çözümlenmeye alındı.

İstemli Düşük Sayısı:

Açık uçlu olarak soruldu. Yok/var şeklinde ikili veriye dönüştürülerek çözümlenmeye alındı.

Ölü Doğum Sayısı:

Açık uçlu olarak soruldu. Yok/var şeklinde ikili veriye dönüştürülerek çözümlenmeye alındı.

Bir Önceki Doğumun Şekli:

Daha önce doğum yok, vajinal doğum, sezaryen ile doğum şeklinde gruplanarak veri toplandı ve çözümlenmeye alındı.

Daha Önce Sezaryen ile Doğum Yapma Durumu:

Araştırmaya katılan kadının üç ve üzerinde canlı doğumu var ise daha önce sezaryen ile doğum yapıp yapmadığı sorularak yok/var şeklinde ikili değişken şeklinde veri toplandı.

Süregen Hastalık Durumu:

Gebelikte risk faktörü olarak görülen diyabet, hipertansiyon ve kalp hastalıklarının olup olmadığı evet/hayır şeklinde ikili veri olarak soruldu. Bu süregen hastalıkların dışında başka süregen hastalıklarının olup olmadığı, var ise ne olduğu açık uçlu olarak soruldu. Çözümlenmeye alınırken süregen hastalığı var/yok olarak ele alındı.

5.6.2.3 Son Gebelik Bilgileri

Kaçıncı Gebelik Olduğu:

Doğurganlık özelliklerine ilişkin bağımsız değişkenlerin içinde yer alan toplam gebelik sayısı tekrar sorularak veri elde edildi.

DÖB Alma Durumu:

Evet/hayır olarak ikili veri şeklinde veri toplanarak çözümlenmeye alındı.

Toplam DÖB Sayısı:

DÖB aldığını belirten kadınlara aldıkları toplam DÖB sayısı açık uçlu olarak soruldu. Hatırlamayan kişiler için 'hangi haftalarda, aylarda kontrole gitmişsiniz?' sorusu ile hatırlamalarına yardımcı olundu. Farklı sağlık kurumlarından bakım alan kadınlarda hangi sağlık kurumundan kaç kez bakım aldıklarını belirtmeleri istendi. Çözümlemelerde sürekli değişken olarak ve Sağlık Bakanlığı'nca gebelik boyunca kabul edilebilir izlem sayısı olarak önerilen altı sayısı sınır kabul edilerek altı ve daha az DÖB, yedi ve daha fazla DÖB şeklinde ikili veri halinde ele alındı.

DÖB Hizmetinin Alındığı Yerler:

AÇS-AP Merkezi, sağlık ocağı, devlet hastanesi, özel sektör, üniversite, SSK hastanesi veya dispanseri seçenekleri ile gruplanarak veri elde edildi. Bir kişi birden fazla seçenek belirtebildi.

DÖB Veren Kişilerin Mesleği:

Kadın doğum uzmanı, pratisyen hekim ve ebe olmak üzere gruplanarak veri toplandı. Bir kişi birden fazla seçenek belirtebildi.

5.6.2.4 Doğuma İlişkin Değişkenler

Doğumun Gerçekleştiği Tarih:

Gün/ay olarak soruldu. Hafta sonu tatilleri, dini ve milli bayramlar nedeni ile resmi tatil olan günler belirlendi. Doğum tarihleri tatil ve iş günü olarak ikili veri haline dönüştürülerek çözülemeye alındı.

Doğumun Gerçekleştiği Saat:

Sürekli veri olarak toplandı. 08:⁰⁰-12:⁰⁰, 13:⁰⁰-17:⁰⁰ saatleri çalışma saatleri, bu saatler dışında kalan zaman çalışma saati dışı kabul edilerek veri ikili veri şekline dönüştürülerek çözülemeye alındı.

Doğum Yapılan Yer:

Doğum yapılan yerin açık adının belirtilmesi istendi. Devlet hastanesi/doğumevi, SSK hastanesi/doğumevi, özel hastane, üniversite hastanesi, sağlık ocağı ve sağlık kurumu dışında gerçekleşen doğumlar şeklinde gruplanmış veri olarak toplandı ve çözümlenmelere alındı.

Doğumdaki Gebelik Haftası:

Beklenen doğum tarihi üzerinden doğum gerçekleştiği zamanki gebelik haftası soruldu. Biten gebelik haftasına göre 36 hafta ve altı, 37 hafta ve üstü şeklinde ikili veriye dönüştürülerek çözümlenmeye alındı.

Doğum Şekline Karar Veren Kişiler:

Anne-baba, doktor, ebe, arkadaşlar, akrabalar, diğer olarak gruplanmış veri şeklinde toplandı. Bir kişi birden fazla seçenek belirtebildi.

Doğum Sezaryen ile Gerçekleşmiş İse Nedeni:

Fetal distres, doğumun ilerlememesi, baş – pelvis uygunsuzluğu, makat geliş, transvers geliş, kordon sarkması, kordon dolanması, daha önce sezaryen ile doğum yapmış olmak, annede diyabet, anne yaşının ileri olması, annede hipertansiyon, doğum öncesi kanama, gebelik haftasına göre küçük bebek, iri bebek, kişisel tercih, erken membran rüptürü olası nedenleri annenin bildirimine göre her biri hayır / evet şeklinde sorularak değerlendirildi. Kişi birden fazla seçenek belirtebildi. Eğer neden kişisel tercih ise açık uçlu olarak seçimini belirleyen neden soruldu. Daha sonra belirtilen kişisel nedenler gruplandı.

Doğuma Yardım Eden Kişinin Niteliği:

Bu değişken üç ayrı soru ile değerlendirildi. İlk soruda doğuma yardım eden kişi ile doğum öncesi bakımı veren kişinin aynı kişi olup olmadığı soruldu. Evet/hayır şeklinde ikili veri olarak çözümlenmeye alındı.

İkinci soruda doğuma yardım eden kişinin mesleki niteliği soruldu. Ebe, pratisyen hekim, kadın hastalıkları ve doğum uzmanı, sağlık personeli değil şeklinde

gruplanarak veri toplandı. Sağlık persnelinin yardım ettiği doğumlarda doğuma yardım eden kişinin doğum şekli üzerine etkisi değerlendirildi.

Üçüncü soruda eğer doğum, doktor yardımı ile gerçekleştirildi ise doktorun cinsiyetinin ne olduğu sorularak elde edilen veri ile çözümlenildi.

Doğumda Komplikasyon Varlığı:

Kadınlara doğum eylemine bağlı olarak, acil yaklaşımda bulunulmasını, ayakta sağaltım almasını ya da hastanede yatmasını gerektirecek herhangi bir sağlık sorunu yaşayıp yaşamadığı soruldu. Yanıt evet ise açık uçlu olarak sorunun ne olduğu soruldu. Değişken evet/hayır şeklinde ikili veri olarak çözümlenmeye alındı.

Doğum Sonrası Bebeğe Sağlık Sorunu Varlığı:

Açık uçlu olarak soruldu. Yanıt evet ise sağlık sorununun ne olduğu soruldu. Çözümlenmeye alınırken evet/hayır şeklinde ikili veri olarak ele alındı.

Doğum İçin Yapılan Ödeme:

Doğum için yapılan ödemede sağlık güvencesi kullanıp kullanmadıkları soruldu. Yanıt evet ise türü ve sağlık güvencesinin yanı sıra ek harcama yapıp yapmadıkları, yaptılar ise ne kadar olduğu soruldu. Ödeme için sağlık güvencesi kullanmadıklarını, salt cepten harcama ile doğum masraflarını karşıladığını belirten bireylere ne kadar harcama yaptıkları açık uçlu olarak soruldu. T.C. Merkez Bankası 2002 yılı aylık ortalama döviz kuru verilerinden yararlanılarak ABD \$ cinsinden harcama hesaplandı. Veriler çözümlenmeye sürekli değişken olarak ve sağlık güvencesi/sağlık güvencesi+cepten harcama/salt cepten harcama şeklinde gruplanmış veri olarak alındı.

5.6.2.5 Bebeğe İlişkin Değişkenler

Bebeğin Cinsiyeti:

Erkek / kadın şeklinde ikili veri olarak toplandı ve çözümlenmeye alındı.

Doğum Ağırlığı:

Gram cinsinden sürekli veri şeklinde toplandı. Daha sonra düşük doğum ağırlığı (2500 gram altı), normal doğum ağırlığı (2500 ve 4000 gram), iri bebek (4001 gram ve üstü) şeklinde gruplanmış veri olarak çözümlenmeye alındı.

Doğumsal Anomali Varlığı:

Kadınlara bebeklerinde doğuştan gelen herhangi bir hastalık ya da sakatlık olup olmadığı soruldu. Var yanıtı alındığında açık uçlu olarak anomalinin ne olduğu soruldu. Çözümlenmeye alınırken var/yok şeklinde ikili veri olarak ele alındı.

5.6.2.6 Sağlık Ocağı Gebe–Lohusa İzlem Fişi Değerlendirmesine İlişkin Değişkenler

Fişte Belirtilen DÖB Sayısı:

Fişte yer alan ve izlem niteliği taşımayan notlar (evde bulunamadı / izlem kabul etmedi vb.) değerlendirme dışı bırakılarak toplam izlem sayısı bulundu. Sağlık Bakanlığı'nca gebelik boyunca kabul edilebilir izlem sayısı olarak önerilen altı sayısı sınır kabul edilerek altı ve daha az DÖB, yedi ve daha fazla DÖB şeklinde ikili veri şeklinde çözümlenmeye alındı.

Pelvis Durum Değerlendirmesi Varlığı:

Fiş ön yüzünde yer alan pelvis değerlendirmesine ilişkin bölümde değerlendirme yapıldığına dair bilgi olup olmadığına bakıldı, var / yok şeklinde gruplanarak çözümlenmeye alındı.

Pelvis Durum Değerlendirmesi Sonucu:

Pelvis durum değerlendirmesi yapıldığına dair not olan fişlerde değerlendirmenin sonucuna göre uygun/uygun değil şeklinde gruplanarak veri toplandı ve çözümlenmeye alındı.

5.7 Veri Toplama Yöntemi

Veri toplama, canlı doğum yapan tüm kadınlar ile yüz yüze görüşülerek, araştırmacı tarafından uygulanan bir anket aracılığı ile gerçekleştirilmiştir. Gebe–Lohusa İzlem Fişi' ne ilişkin değerlendirmeler bölgenin ebe/hemşiresinin yardımı ile gerçekleştirilmiştir.

Araştırma bölgesini oluşturan üç sağlık ocağı 2001 yılı sonunda veri toplama süreci başlamadan önce ziyaret edilerek sorumlu hekimler ile yapılan görüşmelerde araştırmanın amacı ve sağlık ocaklarına ilişkin kayıtlara olan gereksinim aktarılmış; sağlık ocağının 2002 yılına ait aylık çalışma bildirimlerinde doğum cetveli işlenirken doğumun şeklinin vajinal mi sezaryen mi olduğunun yazılı olarak belirtilmesi istenmiştir. Daha sonra kurumlarda çalışan ve bölgesi olan ebe ve hemşireler ile görüşülerek araştırmanın amacı, kayıtlara duyulan gereksinim ve veri toplama şekli hakkında bilgi verilmiş; hizmet sundukları bölgelerin sosyo-demografik, ekonomik yapıları hakkında görüşleri alınmıştır. Hizmet verdikleri bölgelerde gerçekleşen doğumların şekline ilişkin saptamaları ve bunların olası nedenleri hakkında tartışılmıştır. Veri toplama süreci içinde ulaşılamayan ve göç ettiklerine dair bilgi edinilen kadınlar için bölgede hizmet veren ebe/hemşire ile görüşülerek bilgi onaylatılmıştır. İlk ziyarette evde bulunamayan kadınlara ilişkin telefon numaraları kadının komşularından elde edilemedi ise bölgenin sorumlu ebesinden istenmiştir.

5.8 Çözümleme

Çözümlemede veriler SPSS 11.0'a girilerek sürekli değişkenlerde aritmetik ortalama, standart sapma, en düşük ve en yüksek değerler hesaplanmış; gruplanmış veriler için yüzde dağılımlar saptanmıştır.

Tek değişkenli çözümlenmelerde gruplanmış verilerde doğum şekli bağımlı değişken alınarak diğer tüm bağımsız değişkenler ile ilişkisi SPSS 11.0 ve Epi Info Versiyon 2002 Statcalc'da ki-kare testi ve Fisher'in Kesin Testi uygulanarak değerlendirilmiştir. Dört gözlü düzenlerde gerekli görülen dağılımlarda Yates süreklilik düzeltmesi dikkate alınarak anlamlılık değerlendirilmiştir. Çok gözlü düzenlerde gerçekleştirilen ki-kare çözümlenmelerinde anlamlı bulunan farklarda satır ki-kare değerleri göz önüne alınarak fark yaratan grup bulununcaya kadar satır atılarak elle

çözümleme yinelenmiştir. Kafa karıştırıcı olabileceği düşünülen değişkenlere göre tabakalama yapılarak Mantel-Haenszel ki-kare çözümlemesi uygulanmıştır.

Ölçümle belirlenen verilerin karşılaştırılmasında normal dağılıma uygunluk Kolmogorov-Simirnov çzümlemesi ile test edilmiştir. Normal dağılıma uygunluk ölçütünün karşılanmadığı durumlarda nonparametrik test olarak Mann-Whitney U testi uygulanmıştır.

Lojistik regresyon çözümlemesinde^{117, 118}: Sağlık ocaklarından DÖB hizmeti almadığını belirten kadınların %96.9'unun (63/65) yalnızca kadın doğum uzmanlarından DÖB hizmeti aldığının saptanması; yalnızca kadın doğum uzmanlarından DÖB hizmeti aldığını belirten kadınların %63.5'inin (40/63) özel sektörden bakım aldığının saptanması nedeni ile tek değişkenli analizlerde etkili olduğu saptanan bu bağımız değişkenler içinde DOB hizmeti veren kişinin mesleki niteliğine ait değişken Lojistik Regresyon çözümlemesine alınmıştır.

Özel sağlık kurumlarında gerçekleşen doğumların %73.2'sinde (109/149) doğum ederi salt cepten harcama ile %11.7'sinde (17/149) sağlık güvencesinin yanı sıra cepten harcama ile karşılanmıştır. Bu verilerden yola çıkarak temel belirleyicinin doğum yapılan sağlık kurumunun niteliği olduğu düşünülerek doğum edelerinin karşılanma şekline ait değişken Lojistik Regresyon çözümlemesine alınmamış, çözümlemede doğum yapılan kurumun niteliğine ait değişken kullanılmıştır.

DÖB veren kişi ile doğuma yardım eden kişinin aynı olduğu doğumların tümünün kadın doğum uzmanlarının yardımı ile gerçekleşen doğumlar olması nedeni ile bu değişken Lojistik Regresyon çözümlemesine alınmamıştır.

Grubun %86.3'ünün (364/422) yedi ve daha fazla sayıda DÖB hizmeti aldığını belirtmesi ve bu değişkene ait verinin kayıtlara dayalı olmaması nedeni ile Lojistik Regresyon çözümlemesine alınmamıştır.

Bir önceki doğumunu sezaryen ile gerçekleştiren kadınların %98.2'si (55/56) son doğumlarını sezaryen ile gerçekleştirmiştir. Daha önce sezaryen ile doğum yapmış olmanın bu doğumların şeklinde temel belirleyici etmen olması nedeni ile bu değişken Lojistik Regresyon çözümlemesine alınmamıştır.

Seçilen bağımsız değişkenlerin yaş, öğrenim ve gelir düzeyi değişkenleri ile etkileşimi olup olmadığı oluşturulan Lojistik Regresyon modellerine bağımsız

değişkenler ile yaş, öğrenim ve gelir düzeylerine ait değişkenlerin çarpımları alınarak incelenmiş ve etkileşim saptanmamıştır.

Kadının yaşı, öğrenim ve gelir düzeyi kontrol değişkenleri olarak kullanılmıştır. Yaş analize alınırken 29 yaş ve altı/30 yaş ve üstü şeklinde gruplanarak; öğrenim düzeyi ortaokul ve altı/lise ve üstü şeklinde gruplanarak, gelir düzeyi yüksek gelir düzeyi /düşük gelir düzeyi şeklinde gruplanarak kullanılmıştır.

Lojistik Regresyon çözümlemesinde öncelikle seçilen çalışma durumu (çalışan/çalışmayan), DÖB hizmeti alınan kişinin mesleki niteliği(yalnızca kadın doğum uzmanı/diğerleri), doğum yapılan kurumun niteliğine ait değişkenlerin (özel/kamu) her biri için kaba OR ve %95 GA saptanmıştır. Daha sonra her bir bağımsız değişkenin etkisi kontrol değişkenlerinin ayrı ayrı ve birlikte etkisi ile düzeltilerek incelenmiştir.

6 **BULGULAR**

Verilerine ulaşılan 422 kadının %46.9'u (198/422) sezaryen ile, % 53.1'i (224/422) vajinal yolla doğum yapmıştır.

Tablo 1. Sağlık ocağı b6lgelerine g6re doğum şekillerinin dağılımı

Sağlık ocakları	Vajinal doğum		Sezaryen ile doğum		Toplam	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde*
Ilıca	44	39.3	68	60.7	112	26.5
Narlıdere	84	48.8	88	51.2	172	40.8
İn6n6	96	69.6	42	30.4	138	32.7
Toplam	224	53.1	198	46.9	422	100.0

* s6tun y6zdesi

Doğumların %26.5'i Ilıca Sağlık Ocağı, %40.8'i Narlıdere Sağlık Ocağı, %32.7'si İn6n6 Sağlık Ocağı B6lgesi'nde yaşayan kadınlara ilişkindir. Sezaryen ile doğum oranı Ilıca Sağlık Ocağı B6lgesi'nde %60.7, Narlıdere Sağlık Ocağı B6lgesi'nde %51.2, İn6n6 Sağlık Ocağı B6lgesi'nde %30.4'd6r (**Tablo.1**).

6.1 Araştırmaya Katılan Kadınların Tanımlayıcı Özellikleri

6.1.1 Sosyo – Demografik Özellikler

Tablo 2. Kadınların sosyo – demografik özellikleri

	Sayı	Yüzde
Yaş grupları (n=422)		
15–19	30	7.1
20–24	127	30.1
25–29	137	32.5
30+	128	30.3
Öğrenim durumu (n=422)		
Okur–yazar değil	37	8.8
Okur–yazar	15	3.6
İlkokul	164	38.7
Ortaokul	34	8.3
Lise	101	23.9
Yüksekokul	70	16.7
Sağlık güvencesi (n=422)		
SSK	163	38.6
Yeşil Kart	90	21.3
Emekli Sandığı	61	14.5
Yok	56	13.3
BağKur	40	9.5
Özel Sağlık Sigortası	12	2.8

Araştırmaya katılan kadınların yaş ortalaması 27.0 ± 5.4 'dür (en düşük 16, en yüksek 45).

Grubun %32.5'ini 25–29 yaş grubundaki kadınlar oluşturmaktadır (**Tablo. 2**).

Kadınların %38.7'si ilkokul, %23.9'u lise, %16.7'si yüksekokul öğrenim düzeyine sahiptir (**Tablo. 2**).

SSK sağlık güvencesi %38.6 oranı ile en sık saptanan sağlık güvencesi olmuştur. Kadınların %13.3'ünün ise sağlık güvencesi yoktur (**Tablo. 2**).

6.1.2 Ekonomik Özellikler

Tablo 3. Kadınların ve eşlerinin iş ve gelir özellikleri

	Sayı	Yüzde
İş (n=422)		
Ev hanımı	331	78.4
Memur	39	9.2
İşçi	39	9.2
Diğer	13	3.1
Eşin işi (n=422)		
İşçi	226	53.6
Esnaf	104	24.6
Memur	50	11.8
İşsiz	34	8.1
Diğer	8	1.9
Aylık gelir (n=419)*		
Düşük gelir	299	71.4
Yüksek gelir	120	28.6

*2 kişi ortalama aylık gelirlerini bilmediklerini, 1 kişi de söylemek istemediğini belirtmiştir.

Araştırmaya katılan kadınların %78.4'ü ev hanımıdır. Kadınlar, %53.6 ile en yüksek oranda işçi eşidir. Ailelerin ortalama aylık geliri 398.1±479.5 ABD \$'dır (en az 0, en çok 3273).

Grubun %71.4'ü düşük gelir grubunda yer almaktadır (**Tablo.3**).

6.1.3 Doğurganlık Özellikleri

Tablo 4. Kadınların doğurganlık özellikleri

	Sayı	Yüzde
Toplam gebelik (n=422)		
İlk gebelik	178	42.2
Toplam canlı doğum (n=422)		
İlk canlı doğum	216	51.2
Düşük (n=422)		
Var	64	15.2
İstemli Düşük (n=422)		
Var	79	18.7
Ölü doğum (n=422)		
Var	8	1.9
Bir önceki doğum (n=422)		
Daha önce doğum yapmayanlar	216	51.2
Vajinal	150	35.5
Sezaryen	56	13.3

Araştırmaya katılan kadınların toplam gebelik sayısı ortalaması 2.3 ± 1.6 (en düşük 1, en yüksek 11), toplam canlı doğum sayısı ortalamaları 1.8 ± 1.1 (en düşük 1, en yüksek 8) ve ölü doğum sayısı ortalaması 0.02 ± 0.2 'dir (en düşük 0, en yüksek 2). İstemsiz düşük sayısı ortalaması 0.2 ± 0.5 (en düşük 0, en yüksek 6), istemli düşük sayısı ortalaması 0.3 ± 0.8 'dir (en düşük 0, en yüksek 8).

Kadınların %42.2'sinin ilk gebeliği, %51.2'sinin ilk canlı doğumudur ve %98.1'inin ölü doğumu yoktur. Grubun; %84.8'inin istemsiz düşüğü, %81.3'ünün istemli düşüğü yoktur (**Tablo. 4**).

Kadınların %35.5'inin bir önceki doğumu vajinal yolla, %13.3'ünün sezaryen ile olmuştur (**Tablo. 4**).

422 kadının %5.7'sinin (24 kadın) süregen hastalığı vardır. Ayrıca 4 kadın gebelikte diyabet, 5 kadın gebelikte hipertansiyon, 1 kadın gebelikte hipertiroidi tanımlamıştır.

6.1.4 Doğum Öncesi Bakım Özellikleri

Grupta DÖB sayısı ortalaması 11.4 ± 4.7 'dir (en düşük 0, en yüksek 27). DÖB almayan kadın oranı %1.0'dır (4/422). DÖB aldığını bildiren kadınların %84.7'si (354/418) sağlık ocaklarından hizmet almıştır.

DÖB hizmeti aldığını belirten kadınların %74.2'si (310/418) gebeliğinde hem ebe hem de kadın doğum uzmanı tarafından izlenmiştir. Grubun %0.5'i (2/418) pratisyen hekimlerden doğum öncesi bakım aldığını belirtmiştir.

Kadınların %86.3'ü (364/422) gebeliği sırasında yedi ve daha fazla sayıda DÖB almıştır.

6.1.5 Doğum ile İlgili Özellikler

Doğumların %74.9'u (316/422) işgününde, %53.3'ü (225/422) çalışma saatleri içinde gerçekleşmiştir.

Doğumların %97.9'u (413/422) sağlık kurumlarında gerçekleşmiştir. Bu doğumların %63.9'u (264/413) kamu hastanelerinde, %36.1'i (149/413) özel hastanelerde olmuştur.

Sağlık kurumlarında gerçekleşen doğumların %53.8'inde (222/413) doğum için gerekli ödeme sağlık güvencesi aracılığı ile karşılanmıştır. Kadınların %10.6'sı (44/413) bu ödemeyi sağlık güvencelerinin yanı sıra cepten harcama da yaparak; %35.6'sı (147/413) ise salt cepten harcama yaparak karşılamıştır. Sağlık güvencesinin yanı sıra cepten harcama yapmak zorunda kalan ve salt cepten harcama yapan kadınlar (191 kadın) ortalama 463.9 ± 426.1 (en az 4, en çok 2291) ABD \$'ı ödeme yapmışlardır.

Doğumların %18.2'si (77/422) ebeler tarafından, %79.4'ü (335/422) kadın hastalıkları ve doğum uzmanları tarafından, %2.1'i (9/422) de sağlık personeli yardımı olmaksızın gerçekleşmiştir. Bir kadın devlet hastanesinde travay izlemi sırasında kendi kendine doğum yaptıktan sonra ebelerden yardım almıştır.

Doğumların %5.7'sinde (24/422) komplikasyon gelişmiştir. Bebeklerin %8.5'inde (36/422) doğum sonrası herhangi bir sağlık problemi oluşmuştur.

Doğumların gerçekleştiği zamanki gebelik haftası ortalama 39.2 ± 1.7 (en düşük 22, en yüksek 42) haftadır.

Doğan bebeklerin %48.3'ü (204/422) erkektir. Bebeklerin %91.5'i (386/422) normal doğum ağırlığında doğmuştur; %3.3'ünde (14/422) doğumsal anomali varlığı söz konusudur.

6.2 Sezaryen ile Doğumu Etkileyen Etmenler

6.2.1 Sosyo – Demografik Etmenler

Sezaryen ile doğum yapan kadınların yaş ortalaması 28.3 ± 5.3 (en düşük 18, en yüksek 43), vajinal doğum yapan kadınların yaş ortalaması 25.8 ± 5.3 'dür (en düşük 16, en yüksek 45). Sezaryen ile doğum yapan kadınların yaş ortalaması, vajinal doğum yapan kadınların yaş ortalamalarına göre anlamlı derecede yüksektir (M-U=16203.5, $p < 0.001$).

Tablo 5 .Yaş grupları ve öğrenim durumlarına göre doğum şekilleri

	Sayı	Sezaryen ile doğum (%)	χ^2 eğitimde	p
Yaş Grupları (n=422)				
15–19	30	16.7		
20–24	127	40.2	20.84	p<0.001
25–29	137	47.4		
+ 30	128	60.2		
Öğrenim durumu (n=422)				
Eğitim yok	52	26.9		
İlkokul	164	33.5		
Ortaokul	35	48.6	47.74	p<0.001
Lise	101	54.5		
Yüksekokul	70	81.4		

15–19 yaş grubunda sezaryen ile doğum oranı %16.7 iken, 20–24 yaş grubunda %40.2, 25–29 yaş grubunda %47.4 ve 30 yaş ve üstü grubunda %60.2'dir. Kadınların yaşı ilerledikçe sezaryen ile doğum yapma oranı anlamlı biçimde artmaktadır (p<0.001) (**Tablo.5**).

Okur–yazar olmayanlarda sezaryen ile doğum oranı %27.0'dir. Yüksekokul mezunlarında sezaryen ile doğum oranı %81.4'tür ve araştırma grubunun tamamı için bulunan sezaryen oranından yüksektir (%81.4'e karşın %46.9). Öğrenim düzeyi yükseldikçe sezaryen ile doğum yapma oranı anlamlı oranda artmaktadır (p<0.001) (**Tablo.5**).

6.2.2 Ekonomik Etmenler

Tablo 6. Kadınların ekonomik özelliklerine göre doğum şekilleri

	Sayı	Sezaryen Doğum (%)	χ^2 Yates	p
Çalışma Durumu (n=422)				
Çalışıyor	91	71.4	26.74	p<0.001
Çalışmıyor	331	40.2		
Gelir Düzeyi (n=419)				
Yüksek gelir	120	70.8	37.74	p<0.001
Düşük gelir	299	37.1		
Sağlık Güvencesi (n=422)				
Var	366	48.6	2.76	0.097
Yok	56	35.7		

Çalışan kadınlarda sezaryen ile doğum oranı %71.4, çalışmayan kadınlarda %40.2'dir. Çalışan kadınlarda sezaryen ile doğum oranı çalışmayan kadınlara göre anlamlı oranda daha yüksektir (p<0.001) (**Tablo. 6**).

Sezaryen ile doğum yapan kadınların ailelerinin ortalama aylık gelirleri 583.4±604.2 ABD \$'ı (en düşük 0, en yüksek 3273), vajinal doğum yapan kadınların ailelerinin ortalama aylık gelirleri 235.2±235.3 ABD \$'dır (en düşük 0, en yüksek 1817). Sezaryen ile doğum yapan kadınların aylık gelir ortalaması, vajinal doğum yapan kadınların aylık gelir ortalamalarına göre anlamlı derecede yüksektir (M-U=11365.0, p<0.001).

Düşük gelir grubunda yer alanlarda sezaryen ile doğum oranı %37.1 iken, yüksek gelir grubunda yer alanlarda %70.8'dir. Yüksek gelir grubunda yer alanlarda sezaryen ile doğum oranı düşük gelir grubunda yer alanlara göre anlamlı oranda yüksektir (p<0.001) (**Tablo.6**).

Sağlık güvencesi olmayanlarda sezaryen ile doğum oranı %35.7 iken sağlık güvencesi olanlarda bu oran %48.6'dır. Sağlık güvencesi olanlar ile sağlık güvencesi olmayanlar arasında doğum şekilleri açısından anlamlı bir farklılık yoktur (p=0.097) (Tablo. 6).

6.2.3 Doğurganlık Özellikleri ile İlgili Etmenler

Tablo 7. Doğurganlık özelliklerine göre doğum şekilleri

	Sayı	Sezaryen Doğum (%)	χ^2	p
Toplam gebelik (n=422)				
İlk gebelik	178	49.4	0.62*	0.431
2 ve daha fazla	244	45.1		
Canlı doğum (n=422)				
İlk doğum	216	50.5	1.95*	0.163
2 ve daha fazla	206	43.2		
İstemsiz Düşük (n=422)				
Var	64	46.9	0.02*	0.898
Yok	358	46.9		
İstemli Düşük (n=422)				
Var	79	60.8	6.81*	0.009
Yok	343	43.7		
Bir önceki doğum (n=206)***				
Sezaryen	56	98.2	27.27**	p<0.001
Vajinal	150	21.3		

* χ^2 Yates, ** χ^2 McNemar, *** bu doğumundan önce başka doğumu olanlar

İlk gebeliği olan kadınlarda sezaryen ile doğum oranı %49.4, 2 ve daha fazla gebeliği olan kadınlarda ise %45.1'dir. Toplam gebelik sayılarına göre sezaryen ile doğum oranı açısından kadınlar arasında anlamlı bir farklılık yoktur ($p=0.431$) (**Tablo. 7**).

Bu doğum ilk doğumu olan kadınların %50.5'inin, iki ve daha fazla doğumu olanların %43.2'sinin sezaryen ile doğum yaptığı saptanmıştır. İlk doğumunu yapan kadınlar ile iki ve daha fazla doğum yapmış kadınlar arasında doğum şekilleri açısından anlamlı bir farklılık yoktur ($p=0.163$) (**Tablo.7**)

İstemsiz düşüğü olanların %46.9'u sezaryen ile doğum yapmıştır. Düşükleri olma durumlarına göre doğum şekilleri açısından kadınlar arasında anlamlı bir farklılık yoktur ($p=0.898$) (**Tablo.7**).

İstemli düşüğü olanların %60.8'i, olmayanların %43.7'si sezaryen ile doğum yapmıştır. İstemli düşüğü olan kadınların sezaryen ile doğum oranı istemli düşüğü olmayan kadınlara göre anlamlı oranda daha yüksektir ($p=0.009$) (**Tablo.7**).

Bir önceki doğumunu sezaryen ile gerçekleştiren kadınların % 98.2'si, bir önceki doğumunu vajinal yolla gerçekleştiren kadınların %21.3'ü bu doğumunu sezaryen ile gerçekleştirmiştir. Sezaryen ile doğum yapma açısından bir önceki doğumunu vajinal yolla veya sezaryen ile yapan kadınlar arasında anlamlı bir farklılık vardır ($p<0.001$) (**Tablo. 7**).

Süregen hastalığı olanlarda sezaryen ile doğum oranı %45.8 iken (11/24), süregen hastalığı olmayanlarda %47.0'dır (187/398). Süregen hastalık varlığına göre doğum şekilleri arasında anlamlı bir farklılık yoktur ($\chi^2_{Yates}=0.000$, $SD=1$, $p=1.000$).

6.2.4 Doğum Öncesi Bakım ile İlgili Etmenler

Tablo 8. DÖB hizmeti alanlarda hizmet alınan yere göre doğum şekilleri

	Sayı	Sezaryen Doğum (%)	χ^2 Yates	p
Sağlık Ocağı (n=418)				
Hayır	65	80.8	31.34	p<0.001
Evet	353	41.4		
Devlet Hastanesi (n=418)				
Hayır	330	31.8	10.04	0.002
Evet	88	51.5		
SSK Hastanesi / Dispanseri (n=418)				
Hayır	358	41.7	0.67	0.414
Evet	60	48.3		
Üniversite Hastanesi (n=418)				
Hayır	344	43.9	8.63	0.003
Evet	74	63.5		
Özel hastane / Muayenehane (n=418)				
Hayır	222	34.2	31.65	p<0.001
Evet	196	62.2		

Sağlık ocaklarından DÖB hizmeti almayanlarda sezaryen ile doğum oranı %80.8, alanlarda %41.4'tür. Sağlık ocaklarından DÖB hizmeti almayanlarda sezaryen ile doğum oranı, alanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksektir (p<0.001) (**Tablo. 8**).

Devlet hastanelerinden DÖB hizmeti alanlarda sezaryen ile doğum oranı %51.5, almayanlarda %31.8'dir. Devlet hastanelerinden DÖB hizmeti alanlarda sezaryen ile doğum oranı, almayanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksektir (p=0.002) (**Tablo. 8**).

SSK hastanelerinden doğum öncesi bakım DÖB hizmeti alanlarda sezaryen ile doğum oranı %41.7, almayanlarda %48.3'tür. SSK hastanelerinden DÖB hizmeti alanlar ile almayanlar arasında doğum şekilleri açısından anlamlı bir farklılık yoktur ($p=0.414$) (**Tablo. 8**).

Üniversite hastanelerinden DÖB hizmeti alanlarda sezaryen ile doğum oranı %63.5, almayanlarda %43.9'dur. Üniversite hastanelerinden DÖB hizmeti alanlarda sezaryen ile doğum oranı, almayanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksektir ($p=0.003$) (**Tablo. 8**).

Özel hastane ve muayenehanelerden DÖB hizmeti alanlarda sezaryen ile doğum oranı %62.2, almayanlarda %34.2'dir. Özel hastane ve muayenehanelerden DÖB hizmeti alanlarda sezaryen ile doğum oranı, almayanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksektir ($p<0.001$) (**Tablo. 8**).

Sezaryen ile doğum yapan kadınların aldıkları DÖB sayısı ortalamaları 12.5 ± 4.4 (en düşük 2, en yüksek 27), vajinal doğum yapan kadınların aldıkları DÖB sayısı ortalamaları 10.4 ± 4.7 'dir (en düşük 0, en yüksek 25). Sezaryen ile doğum yapan kadınların DÖB sayısı ortalaması, vajinal doğum yapan kadınların DÖB sayısı ortalamasına göre anlamlı derecede yüksektir ($M-U=16681.0$, $p<0.001$).

Tablo 9. DÖB özelliklerine göre doğum şekilleri

	Sayı	Sezaryen Doğum (%)	χ^2	p
DÖB sayısı (n=422)				
≥ 7	364	51.6	22.42*	p<0.001
≤ 6	58	17.2		
DÖB hizmeti veren (n=418)**				
Yalnızca uzman hekim	63	82.5	61.35	p<0.001
Ebe+uzman	310	46.1		
Yalnızca ebe	45	6.7		

* χ^2_{Yates} , ** DÖB hizmeti alanlar

Sezaryen ile doğum oranı, yedi ve daha fazla sayıda DÖB alanlarda %51.6 iken, altı ve daha az sayıda DÖB alanlarda sezaryen ile doğum oranı %17.2 olarak bulunmuştur. DÖB sayısı yedi ve daha fazla olan kadınlarda, sezaryen ile doğum oranı, altı ve daha az sayıda DÖB alan kadınlardan anlamlı düzeyde daha fazladır (p<0.001) (**Tablo. 9**).

Yalnızca kadın hastalıkları ve doğum uzmanından DÖB aldığını belirten kadınların %82.5'i (52 kadın), yalnızca ebelerden DÖB aldığını belirten kadınların %6.7'si (3 kadın), hem kadın doğum uzmanından hem de ebeden DÖB hizmeti alan kadınların %46.1'i (143 kadın) sezaryen ile doğum yapmıştır. DÖB kimden alındığına göre doğum şekilleri arasında anlamlı bir farklılık vardır (p<0.001) (**Tablo. 9**). DÖB veren kişilere göre ki-kare değerleri dikkate alınarak analiz iletildiğinde de farklılık sürmektedir ($\chi^2_{Yates}=23.67$, SD=1, p<0.001).

6.2.5 Doğuma İlişkin Etmenler

6.2.5.1 Gebelik Haftası

Otuzaltı hafta ve daha küçük doğan bebeklerin %55.0'ı (11/20), otuzyedinci hafta ve daha büyük doğan bebeklerin %46.6'sı (187/401) sezaryen ile doğmuştur. Doğumlardaki gebelik haftalarına göre doğum şekilleri açısından anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($\chi^2_{\text{Yates}}=0.252$, SD=1, p=0.616).

6.2.5.2 Doğum Zamanına İlişkin Etmenler

Sağlık kurumlarında gerçekleşen doğumlarda sezaryen ile doğumların %62.1'i (123/198), vajinal doğumların %45.1'i (97/215) çalışma saatleri içinde gerçekleşmiştir. Sezaryen ile doğumlarda doğumun çalışma saatlerinde gerçekleşmesi vajinal doğumlara göre anlamlı oranda daha yüksektir ($\chi^2_{\text{Yates}}=11.300$, SD=1, p=0.001).

Sağlık kurumlarında gerçekleşen doğumlarda sezaryen ile doğumların %81.3'ü (161/198), vajinal doğumların %68.8'i (148/215) iş günlerinde gerçekleşmiştir. Sezaryen ile doğumlarda doğumun iş günlerinde gerçekleşmesi vajinal doğumlara göre anlamlı oranda daha yüksektir ($\chi^2_{\text{Yates}}=11.300$, SD=1, p=0.001).

6.2.6 Doğum Yapılan Sağlık Kurumuna İlişkin Etmenler

Tablo 10. Hastanelerde gerçekleşen doğumlarda hastanelere göre doğum şekilleri

Doğum yapılan yer	Sayı	Sezaryen ile doğum (%)	χ^2	p
Doğum yapılan hastane				
Özel hastane	92	79.3	70.09	p<0.001
Üniversite hastanesi	57	64.9		
SSK hastanesi	95	42.1		
Devlet hastanesi	169	28.4		
Doğum yapılan hastanenin niteliği				
Özel sağlık kurumu	149	73.8	60.96*	p<0.001
Kamu sağlık kurumu	264	33.3		

* χ^2 Yates

Özel hastanelerde gerçekleşen doğumların %79.3'ü (73 doğum), üniversite hastanelerinde gerçekleşen doğumların %64.9'u (37 doğum) sezaryen ile doğumlardır. Bu oran SSK hastaneleri için %42.1 (40 doğum), devlet hastaneleri için %24.8'dir (48 doğum). Sağlık kurumları arasında gerçekleşen doğumların şekilleri açısından anlamlı bir farklılık vardır ($p<0.001$). Kurumlara göre χ^2 değerleri göz önüne alınarak analiz iletildiğinde doğum şekilleri açısından kurumlar arasındaki farklılığın sürdüğü saptanmıştır ($p=0.033$) (**Tablo.10**).

Doğumların gerçekleştiği sağlık kurumları niteliklerine göre devlet ve SSK hastaneleri 'kamu sağlık kurumu', üniversite hastaneleri ve özel hastaneler 'özel sağlık kurumu' şeklinde gruplanarak ele alındığında, özel sağlık kurumlarında gerçekleşen doğumların %73.8'inin (110 doğum), kamu sağlık kurumlarında gerçekleşen doğumların %33.3'ünün (88 doğum) sezaryen ile doğum olduğu görülmektedir. Özel sağlık kurumlarında doğum yapan kadınlarda sezaryen ile

doğum oranı, kamu sağlık kurumlarında doğum yapan kadınlardan anlamlı oranda daha yüksektir ($p < 0.001$) (**Tablo.10**).

6.2.7 Sezaryen ile Doğum Endikasyonları

Doğumların %83.9'unda (354 doğum) doğum şeklinin belirlenmesinde kadın hastalıkları ve doğum uzmanları katkıda bulunurken, %33.4'de (141 doğum) ebeveynler, %2.1'de (9 doğum) ebeler, %5.5'inde (23 doğum) akraba ve arkadaşlar yönlendirici olmuşlardır. Hekimlerin karar verme sürecine katıldıkları doğumların %49.2'si (174 doğum) sezaryen ile gerçekleşmiştir.

Tablo 11. Nedenlerine göre sezaryen ile doğumlar

Neden	İlk doğumu olanlar		İki ve daha fazla doğumu olanlar	
	Sayı*	Yüzde	Sayı*	Yüzde
Yineleyen sezaryen			48	43.6
Kişisel istek	26	29.5	20	18.2
Doğumun ilerlememesi	11	12.5	10	9.1
Baş – pelvis uygunsuzluğu	10	11.4	6	5.5
Fetal distres	10	11.4	2	1.8
Makat geliş	8	9.1	7	6.4
Erken membran rüptürü	7	8.0	6	5.5
Kordon dolanması	7	8.0	5	4.5
Oligohidroamniyoz	6	6.8	0	0.0
Mekonyum aspirasyonu	3	3.4	1	0.9
Doğum öncesi kanama	2	2.3	1	0.9
Anne yaşının ileri olması	1	1.1	5	4.5
Annede hipertansiyon	1	1.1	3	2.7
İri bebek	1	1.1	2	1.8
Annede diyabet olması	1	1.1	1	0.9
Gebelik haftasına göre küçük bebek	0	0.0	1	0.9
Kordon sarkması	0	0.0	1	0.9

* Bir kişi birden fazla neden bildirebilmiştir.

Sezaryen ile doğum yapan kadınlarda ilk kez doğum yapan 88 kadının bildirimine göre en sık sezaryen nedeni %29.5 ile kişisel istektir. İkinci en sık bildirilen neden %12.5 ile doğumun ilerlememesidir. İki ve daha fazla sayıda doğum yapan kadınlar içinde sezaryen ile doğum yapan 110 kadının en sık bildirdikleri sezaryen ile doğum nedeni %43.6 ile daha önce sezaryen ile doğum yapmış olmaktır. İkinci en sık bildirilen neden %18.2 ile kişisel istektir (**Tablo.11**).

Bu doğumu ilk doğum olup kişisel isteği ile sezaryen doğum yapan 26 kadının %61.5'i (16 kadın) normal doğum ağrısından korktuklarını, %7.6'sı (2 kadın) doğum ağrısından korkmanın yanı sıra başka nedenleri olduğunu belirtmişlerdir.

İki ve daha fazla sayıda doğumu olup kişisel isteği ile sezaryen ile doğum yapan 20 kadının %50.0'ı (10 kadın) normal doğum ağrısından korktuklarını, %15.0'ı (3 kadın) doğum ağrısından korkmanın yanı sıra başka nedenleri olduğunu belirtmişlerdir.

6.2.8 Doğuma Yardım Eden Hekime İlişkin Etmenler

Kadın doğum uzmanları tarafından yaptırılan 335 doğumun %59.1'i (198 doğum) sezaryen, %40.9'u (137 doğum) vajinal doğum olarak gerçekleşmiştir.

Tablo 12. Doğumu yaptıran hekimin özelliklerine göre doğum şekilleri

	Sayı	Sezaryen Doğum (%)	χ^2 Yates	p
Doğumu gerçekleştiren hekim (n=335)				
İzlemi yapan hekim	150	76.0	30.83	p<0.001
Farklı hekim	185	45.4		
Hekimin cinsiyeti (n=333)*				
Erkek	239	61.5	2.08	0.149
Kadın	94	52.1		

*Hekimlerin yaptırdıkları doğumlarda 2 kişi hekimin cinsiyetini hatırlamadığını belirtmiştir.

Gebelik sırasında izlemi gerçekleştiren hekim ile doğuma yardım eden hekimin aynı olduğu doğumlarda sezaryen ile doğum oranı %76.0 (114 doğum) iken, izlemi yapan hekim ile doğumu yaptıran hekimin farklı olduğu grupta sezaryen ile doğum oranı %45.4'dür (185 doğum). Doğum öncesi bakımı veren hekim ile doğumu gerçekleştiren hekimin aynı olduğu grupta sezaryen ile doğum yapma oranı olmayan gruba göre anlamlı düzeyde daha yüksektir ($p<0.001$) (**Tablo. 12**).

Erkek hekimlerin yaptırdığı doğumların %61.5'i (147 doğum), kadın hekimlerin yaptırdığı doğumların %52.1'i (49 doğum) sezaryen ile doğumlardır. Doktorların cinsiyetine göre doğum şekilleri arasında anlamlı bir farklılık yoktur ($p=0.149$) (**Tablo.12**).

6.2.9 Doğumda Yaşanan Sorunlar

Doğum sırasında komplikasyon geliştiğini belirten kadınların %37.5'i (9/24), komplikasyon gelişmediğini belirten kadınların %47.5'i (189/398) sezaryen ile doğum yapmıştır. Komplikasyon gelişen ve gelişmeyen doğumlar arasında doğum şekilleri açısından anlamlı bir farklılık yoktur ($\chi^2_{Yates}=0.550$, $SD=1$, $p=0.458$).

Sezaryen ile doğan bebeklerin %7.1'inde (14/198), vajinal yolla doğan bebeklerin %9.8'inde (22/224) doğum sonrasında sağlık problemi gelişmiştir. Sezaryen ile doğumlar ve vajinal doğumlar arasında doğum sonrası bebekte sağlık problemi gelişmesi açısından anlamlı bir farklılık yoktur ($\chi^2_{Yates}=0.697$, $SD=1$, $p=0.404$).

6.2.10 Doğum İçin Yapılan Ödemelere İlişkin Etmenler

Tablo 13. Hastanelerde gerçekleşen doğumlarda kullanılan ödeme türüne göre doğum şekilleri

Doğum için yapılan ödeme şekli	Doğum Şekli				Toplam		p
	Sezaryen ile doğum		Vajinal doğum		Sayı	Yüzde	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde			
Salt cepten harcama	91	61.9	56	38.1	147	35.6	p<0.001
Sağlık güvencesi +cepten harcama	21	47.7	23	52.3	44	10.6	
Sağlık güvencesi	86	38.7	136	61.3	222	53.8	
Toplam	197	47.8	215	52.2	413	100.0	

*sütun yüzdesi, $\chi^2=19.02$, SD=2, p<0.001

Doğum için gerekli ödemenin tümünü salt cepten harcama olarak karşılayanlarda sezaryen ile doğum oranı %61.9'dur (91 doğum). Sağlık güvencesinin yanı sıra nakit ödeme yapanlarda bu oran %47.7 (21 doğum) olarak saptanmıştır. Salt sağlık güvencesini kullananlarda ise sezaryen ile doğum oranı %38.7'tir (86 doğum). Doğum için yapılan ödeme türleri arasında gerçekleşen doğumların şekilleri açısından anlamlı bir farklılık vardır (p<0.001) (**Tablo.13**). Ödeme türleri için ki-kare değerleri göz önüne alınarak analiz ilerletildiğinde farklılığın salt cepten harcama ile doğum giderlerini karşılayan gruptan kaynaklandığı tespit edilmiştir. Sağlık güvencesi ile ya da sağlık güvencesinin yanı sıra cepten harcama yapanlar arasında doğum şekilleri açısından anlamlı bir farklılık yoktur; salt cepten harcama yapan grupta diğer gruplara göre anlamlı olarak daha fazla sezaryen ile doğum gerçekleşmiştir ($\chi^2_{Yates}=0.89$, SD=1, p=0.346).

Sağlık kurumlarında doğum yapan kadınlar içinde sezaryen ile doğum yapanlar ortalama 358.1±458.4 ABD \$ (en düşük 0, en yüksek 2291), vajinal doğum yapanlar

ise ortalama 80.6±180.4 ABD \$'dır (en düşük 0, en yüksek 1217) cepten harcama yapmışlardır. Sezaryen ile doğum yapan kadınların yaptıkları harcamaların ortalaması, vajinal doğum yapan kadınların ortalamalarına göre anlamlı derecede yüksektir (M–U=13706.5, p<0.001).

6.2.11 Bebeklere İlişkin Etmenler

Tablo 14. Bebeklere ait özelliklere göre doğum şekilleri

	Sayı	Sezaryen ile Doğum (%)	χ^2	p
Bebeğin cinsiyeti				
Erkek	204	46.6	0.00*	0.966
Kadın	218	47.2		
Doğum ağırlığı				
Düşük doğum ağırlığı	25	56.0	0.88	0.643
Normal doğum ağırlığı	368	46.4		
İri bebek	11	45.5		
Doğumsal anomali varlığı				
Var	14	42.9	0.487**	
Yok	408	47.1		

* χ^2 Yates, ** Fisherin Kesin Testi

Erkek bebeklerin % 46.6'sı (95 bebek), kız bebeklerin % 47.2'si (103 bebek) sezaryen ile doğmuştur. Bebeklerin cinsiyetlerine göre doğum şekilleri arasında anlamlı bir farklılık yoktur (p=0.966) (**Tablo. 14**).

Düşük doğum ağırlıklı bebeklerin %56.0'ı (14 bebek), normal doğum ağırlıklı bebeklerin % 46.4'ü (179 bebek), iri bebeklerin %46.9'u (5 bebek) sezaryen ile doğmuştur. Bebeklerin doğum ağırlıklarına göre doğum şekilleri açısından aralarında anlamlı bir farklılık yoktur (p=0.643) (**Tablo. 14**).

Doğumsal anomalisi olduğu belirtilen bebeklerin %42.9'u (6 bebek), olmadığı belirtilen bebeklerin %47.1'i (192 bebek) sezaryen ile doğmuştur. Bebeklerde doğumsal anomali olma durumuna göre doğum şekilleri açısından anlamlı bir farklılık yoktur ($p=0.970$) (**Tablo. 14**).

6.3 Gebe – Lohusa İzlem Fişi

Araştırmaya katılan kadınların %68.9'unun (291 kadın) sağlık ocaklarındaki Gebe–Lohusa İzlem Fişi'ne ulaşılmıştır. Sağlık ocaklarından DÖB hizmeti aldığını belirten kadınların izlem fişlerinde DÖB sayısı ortalaması 6.2 ± 2.78 'dir (en düşük 0, en yüksek 15).

İzlem fişlerine ulaşılan kadınların %14.7'si (62 kadın) için pelvis durum değerlendirmesine ilişkin bilgi kaydedildiği ve bu kadınların %98.4'ünün (61 kadın) pelvis değerlendirmesinin vajinal doğuma uygun olarak kaydedildiği tespit edilmiştir. Vajinal doğum için pelvis yapısı uygun olarak değerlendirilen kadınların %34.4'ü (21 kadın) sezaryen ile doğum yapmıştır. Doğum yapan 21 kadından yalnızca bir kişi kişisel isteği ile sezaryen ile doğum yaptığını belirtmiştir.

6.4 Tabakalama

Tablo 15. Kadınların öğrenim düzeyi ve çalışma durumlarına göre doğum şekli

	Sayı	Sezaryen ile doğum (%)	
Lise ve üstü			
Çalışan	79	75.9	OR =2.43
Çalışmayan	92	56.5	%95 GA 1.19-4.97 $\chi^2_{\text{Yates}}=6.27, p=0.012$
Ortaokul ve altı			
Çalışan	12	41.7	OR=1.39
Çalışmayan	239	33.9	%95 GA 0.37-5.09 Fisher'in kesin testi p=0.394
Kaba OR=3.72 %95 GA 2.18-6.37 M-H OR=2.14 %95 GA 1.16-3.91 $\chi^2_{\text{MH}}=6.10, p=0.014$			

Öğrenim düzeyinin etkisi ortadan kaldırılarak çalışma durumunun doğum şekli üzerine etkisi yeniden incelendiğinde OR'nin 3.72'den (%95 GA 2.18-6.37) 2.14'e (%95 GA 1.16-3.91) değiştiği görülmektedir. Çalışanlarda sezaryen olma, öğrenim düzeyine göre düzeltildiğinde çalışmayanlara göre iki kat daha fazladır (**Tablo 15**).

Tablo 16. Kadınların öğrenim düzeyi ve özel sektörden DÖB hizmeti alma durumlarına göre doğum şekli

	Sayı	Sezaryen ile doğum (%)	
Lise ve üstü			
Özel sektörden DÖB hizmeti alma +	106	68.9	OR=1.47
Özel sektörden DÖB hizmeti alma -	65	60.0	%95 GA 0.74-2.95 $\chi^2_{\text{Yates}}=1.04, p=0.308$
Ortaokul ve altı			
Özel sektörden DÖB hizmeti alma +	90	54.4	OR=3.88
Özel sektörden DÖB hizmeti alma -	157	23.6	%95 GA 2.15-7.02) $\chi^2_{\text{Yates}}=22.69, p<0.001$
Kaba OR=3.17 %95 GA 2.08-4.83			
M-H OR=2.55 %95 GA 1.67-4.01 $\chi^2_{\text{MH}}=19.38, p<0.001$			

Öğrenim düzeyinin etkisi ortadan kaldırılarak DÖB hizmetinin özel sektörden alınmasının doğum şekli üzerine etkisi yeniden incelendiğinde OR'nin 3.17'den (%95 GA 2.08-4.83) 2.55'e (%95 GA 1.67-4.01) değiştiği görülmektedir. Özel sektörden DÖB hizmeti alanlarda sezaryen olma, öğrenim düzeyine göre düzeltildiğinde özel sektörden DÖB hizmeti almayanlara göre 2.55 kat daha fazladır (**Tablo.16**).

DÖB hizmeti alınan sağlık çalışanının mesleki niteliğinin (yalnızca uzman/uzman+ebe/yalnızca ebe) incelendiği tek değişkenli çözümlemenin sonucundan yola çıkılarak yapılan yeni grupta da (yalnızca uzman/diğerleri) DÖB hizmetini yalnızca kadın doğum uzmanlarından alanlarda sezaryen doğumun anlamlı olarak yüksek oranda olduğu saptanmıştır ($\chi^2_{\text{Yates}}=35.16$, $p<0.001$).

Tablo 17. Kadınların öğrenim düzeyi ve DÖB hizmeti için yalnızca kadın doğum uzmanını tercih etme durumlarına göre doğum şekli

	Sayı	Sezaryen ile doğum (%)	
Lise ve üstü			
Yalnızca uzman	53	84.9	OR=4.28
Ebe, ebe+uzman	118	56.8	%95 GA 1.75-10.82 $\chi^2_{\text{Yates}}=11.59$, $p= 0.001$
Ortaokul ve altı			
Yalnızca uzman	10	70.0	OR=4.61
Ebe, ebe+uzman	237	33.3	%95 GA 1.04-23.18 Fisher'in kesin testi $p= 0.04$
Kaba OR=6.77 %95 GA 3.28-14.26			
M-H OR=4.36 %95 GA 2.04-9.54 $\chi^2_{\text{MH}}=16.77$, $p<0.001$			

Öğrenim düzeyinin etkisi ortadan kaldırılarak DÖB hizmetinin yalnızca kadın doğum uzmanlarından alınmasının doğum şekli üzerine etkisi yeniden incelendiğinde OR'nin 6.77'den (%95 GA 3.28-14.26) 4.36'ya (%95 GA 2.04-9.54) değiştiği görülmektedir. Yalnızca kadın doğum uzmanlarından DÖB alanlarda sezaryen olma, öğrenim düzeyine göre düzeltilindiğinde yalnızca ebe ya da ebe ve uzmandan DÖB hizmet alanlara göre dört kat daha fazladır (**Tablo. 17**).

Tablo 18. Kadınların öğrenim düzeyi ve doğumun gerçekleştiği kurumun niteliğine göre doğum şekli

	Sayı	Sezaryen ile doğum (%)	
Lise ve üstü			
Özel sağlık kurumu	119	73.9	OR=3.31
Kamu sağlık kurumu	52	46.2	%95 GA 1.59-6.94
			$\chi^2_{Yates}=11.17, p= 0.001$
Ortaokul ve altı			
Özel sağlık kurumu	30	70.0	OR=6.36
Kamu sağlık kurumu	212	33.3	%95 GA 2.52-16.50
			$\chi^2_{Yates}=19.51, p< 0.001$
Kaba OR=5.64 %95 GA 3.53-9.04			
M-H OR=4.31 %95 GA 2.47-7.56 $\chi^2_{MH}=30.60, p<0.001$			

Öğrenim düzeyinin etkisi ortadan kaldırılarak doğum yapılan kurumun niteliğinin doğum şekli üzerine etkisi yeniden incelendiğinde OR'nin 5.64'den (%95 GA 3.53-9.04) 4.31'e (%95 GA 2.47-7.56) değiştiği görülmektedir. Özel sağlık kurumlarında doğum yapanlarda sezaryen olma, öğrenim düzeyine göre düzeltildiğinde kamu sağlık kurumlarında doğum yapanlara göre dört kat daha fazladır (**Tablo.18**).

Tablo 19. Kadınların gelir düzeyleri ve çalışma durumlarına göre doğum şekli

	Sayı	Sezaryen ile doğum (%)	
Yüksek gelir			
Çalışan	59	83.1	OR =3.40
Çalışmayan	61	59.0	%95 GA 1.35-8.72
			$\chi^2_{\text{Yates}}=7.26, p=0.007$
Düşük gelir			
Çalışan	32	50.0	OR=1.81
Çalışmayan	267	35.6	%95 GA 0.82-4.02
			$\chi^2 =2.55, p=0.111$
Kaba OR=3.76 %95 GA 2.21-6.44			
M-H OR=2.40 %95 GA 1.33-4.30 $\chi^2_{\text{MH}}=9.06, p=0.003$			

Gelir düzeyinin etkisi ortadan kaldırılarak çalışma durumunun doğum şekli üzerine etkisi yeniden incelendiğinde OR'nin 3.76'dan (%95 GA 2.21-6.44) 2.40'a (%95 GA 1.33-4.30) değiştiği görülmektedir. Çalışanlarda sezaryen olma, gelir düzeyine göre düzeltilindiğinde çalışmayanlara göre iki kat daha fazladır (**Tablo.19**).

Tablo 20. Kadınların gelir düzeyi ve özel sektörden DÖB hizmeti alma durumlarına göre doğum şekli

	Sayı	Sezaryen ile doğum (%)	
Yüksek gelir			
Özel sektörden DÖB hizmeti alma +	74	73.0	OR=3.31
Özel sektörden DÖB hizmeti alma -	46	67.4	%95 GA 0.54-3.14
			$\chi^2_{\text{Yates}}=0.20, p=0.655$
Düşük gelir			
Özel sektörden DÖB hizmeti alma +	121	55.4	OR=3.67
Özel sektörden DÖB hizmeti alma -	174	25.3	%95 GA 2.17-6.21
			$\chi^2_{\text{Yates}}=26.26, p<0.001$
Kaba OR=3.17 %95 GA 2.08-4.83			
M-H OR=2.74 %95 GA 1.79-4.30 $\chi^2_{\text{MH}}=22.39, p<0.001$			

Gelir düzeyinin etkisi ortadan kaldırılarak DÖB hizmetinin özel sektörden alınmasının doğum şekli üzerine etkisi yeniden incelendiğinde OR'nin 3.17'den (%95 GA 2.08-4.83) 2.74'e (%95 GA 1.79-4.30) değiştiği görülmektedir. Özel sektörden DÖB hizmeti alanlarda sezaryen olma, gelir düzeyine göre düzeltilindiğinde özel sektörden DÖB hizmeti almayanlara göre 2.7 kat daha fazladır (**Tablo.20**).

Tablo 21. Kadınların gelir düzeyi ve DÖB hizmeti için yalnızca kadın doğum uzmanını tercih etme durumlarına göre doğum şekli

	Sayı	Sezaryen ile doğum (%)	
Yüksek gelir			
Yalnızca uzman	47	85.1	OR=3.56
Ebe, ebe+uzman	73	61.6	%95 GA 1.30-10.09 $\chi^2_{Yates}=6.53, p= 0.011$
Düşük gelir			
Yalnızca uzman	16	75.0	OR=5.45
Ebe, ebe+uzman	279	35.5	%95 GA 1.58-0.65 $\chi^2=10.07 p= 0.002$
Kaba OR=6.83 %95 GA 3.31-14.40			
M-H OR=4.20 %95 GA 1.96-9.37 $\chi^2_{MH}=15.60, p<0.001$			

Gelir düzeyinin etkisi ortadan kaldırılarak DÖB hizmetinin yalnızca kadın doğum uzmanlarından alınmasının doğum şekli üzerine etkisi yeniden incelendiğinde OR'nin 6.83'den (%95 GA 3.31-14.40) 4.20'ye (%95 GA 1.96-9.37) değiştiği görülmektedir. Yalnızca kadın doğum uzmanlarından DÖB alanlarda sezaryen olma, gelir düzeyine göre düzeltilindiğinde yalnızca ebe ya da ebe ve uzmandan DÖB hizmet anlara göre dört kat daha fazladır (**Tablo.21**).

Tablo 22. Kadınların gelir düzeyi ve doğumun gerçekleştiği kurumun niteliğine göre doğum şekli

	Sayı	Sezaryen ile doğum (%)	
Yüksek gelir			
Özel sağlık kurumu	101	74.3	OR=2.60
Kamu sağlık kurumu	19	52.6	%95 GA 0.85-7.92 $\chi^2=3.62$, $p= 0.057$
Düşük gelir			
Özel sağlık kurumu	47	72.3	OR=5.64
Kamu sağlık kurumu	243	31.7	%95 GA 2.69-11.99 $\chi^2_{Yates}=25.86$, $p< 0.001$
Kaba OR=5.62 %95 GA 3.51-9.02 M-H OR=4.47 %95 GA 2.44-8.05 $\chi^2_{MH}=28.40$, $p<0.001$			

Gelir düzeyinin etkisi ortadan kaldırılarak doğum yapılan kurumun niteliğinin doğum şekli üzerine etkisi yeniden incelendiğinde OR'nin 5.62'den (%95 GA 3.51-9.02) 4.47'ye (%95 GA 2.44-8.05) değiştiği görülmektedir. Özel sağlık kurumlarında doğum yapanlarda sezaryen olma, gelir durumuna göre düzeltildiğinde kamu sağlık kurumlarında doğum yapanlara göre dört kat daha fazladır (**Tablo.22**).

Tablo 23. Kadınların yaş grupları ve çalışma durumlarına göre doğum şekli

	Sayı	Sezaryen ile doğum (%)	
≥30 yaş			
Çalışan	48	83.3	OR =5.81
Çalışmayan	80	46.3	%95 GA 2.25-15.44 $\chi^2_{\text{Yates}}=15.70, p<0.001$
≤29 yaş			
Çalışan	43	58.1	OR=2.24
Çalışmayan	251	38.2	%95 GA 1.11-4.55 $\chi^2_{\text{Yates}}=5.21, p=0.023$
Kaba OR=3.72 %95 GA 2.18-6.37			
M-H OR=3.25 %95 GA 1.88-5.64 $\chi^2_{\text{MH}}=19.88, p<0.001$			

Yaşın etkisi ortadan kaldırılarak çalışma durumunun doğum şekli üzerine etkisi yeniden incelendiğinde OR'nin 3.72'den (%95 GA 2.18-6.37) 3.25'e (%95 GA 1.88-5.64) değiştiği görülmektedir. Çalışanlarda sezaryen olma, kadınların yaş gruplarına göre düzeltilindiğinde çalışmayanlara göre üç kat daha fazladır (**Tablo.23**).

Tablo 24. Kadınların yaş grupları ve özel sektörden DÖB hizmeti alma durumlarına göre doğum şekli

	Sayı	Sezaryen ile doğum (%)	
≥30 yaş			
Özel sektörden DÖB hizmeti alma +	59	74.6	OR=2.93
Özel sektörden DÖB hizmeti alma -	66	50.0	%95 GA 1.29-6.75 $\chi^2_{\text{Yates}}=6.95, p=0.008$
≤29 yaş			
Özel sektörden DÖB hizmeti alma +	137	56.9	OR=3.47
Özel sektörden DÖB hizmeti alma -	156	27.6	%95 GA 2.07-5.83 $\chi^2_{\text{Yates}}=24.76, p<0.001$
Kaba OR=3.17 %95 GA 2.08-4.83			
M-H OR=3.30 %95 GA 1.15-5.10 $\chi^2_{\text{MH}}=32.45, p<0.001$			

Yaşın etkisi ortadan kaldırılarak DÖB hizmetinin özel sektörden alınmasının doğum şekli üzerine etkisi yeniden incelendiğinde OR'nin 3.17'den (%95 GA 2.08-4.83) 3.30'a (%95 GA 1.15-5.10) değiştiği görülmektedir. OR'de gözlemlenen bu değişim düzeyi yaşın, DÖB'nin özel sektörden alınmasının doğum şekli üzerindeki etkisi üstünde kafa karıştırıcı etkisinin olmadığını göstermektedir (**Tablo.24**).

Tablo 25. Kadınların yaş grupları ve DÖB hizmeti için yalnızca kadın doğum uzmanını tercih etme durumlarına göre doğum şekli

	Sayı	Sezaryen ile doğum (%)	
≥30 yaş			
Yalnızca uzman	33	84.8	OR=4.91
Ebe, ebe+uzman	92	53.3	%95 GA 1.61-15.98 $\chi^2=10.25$, p= 0.001
≤29 yaş			
Yalnızca uzman	30	80.0	OR=6.85
Ebe, ebe+uzman	263	36.9	%95 GA 2.54-19.42 $\chi^2=20.65$ p<0.001
Kaba OR=6.75 %95 GA 3.28-14.26			
M-H OR=5.89 %95 GA 2.85-12.65 $\chi^2_{MH}=28.59$, p<0.001			

Yaşın etkisi ortadan kaldırılarak DÖB hizmetinin yalnızca kadın doğum uzmanlarından alınmasının doğum şekli üzerine etkisi yeniden incelendiğinde OR'nin 6.75'den (%95 GA 3.28-14.26) 5.89'a (%95 GA 2.85-12.65) değiştiği görülmektedir. Yalnızca kadın doğum uzmanlarından DÖB alanlarda sezaryen olma, kadınların yaş gruplarına göre düzeltildiğinde yalnızca ebe ya da ebe ve uzmandan DÖB hizmet anlara göre altı kat daha fazladır (**Tablo.25**).

Tablo 26. Kadınların yaş grupları ve doğumun gerçekleştiği kurumun niteliğine göre doğum şekli

	Sayı	Sezaryen ile doğum (%)	
≥30 yaş			
Özel sağlık kurumu	64	81.3	OR=6.07
Kamu sağlık kurumu	60	41.7	%95 GA 2.52-14.88
			$\chi^2_{Yates} = 18.97, p < 0.001$
≤29 yaş			
Özel sağlık kurumu	85	68.2	OR=4.81
Kamu sağlık kurumu	204	30.9	%95 GA 2.70-6.81
			$\chi^2_{Yates} = 32.88, p < 0.001$
Kaba OR=5.64 %95 GA 3.53-9.04			
M-H OR=5.17 %95 GA 3.22-8.35 $\chi^2_{MH} = 53.07, p < 0.001$			

Yaşın etkisi ortadan kaldırılarak doğum yapılan kurumun niteliğinin doğum şekli üzerine etkisi yeniden incelendiğinde OR'nin 5.64'den (%95 GA 3.53-9.04) 5.17'ye (%95 GA 3.22-8.35) değiştiği görülmektedir. OR'de gözlemlenen bu değişim düzeyi yaşın, doğum yapılan kurumun niteliğinin doğum şekli üzerindeki etkisi üstünde kafa karıştırıcı etkisinin olmadığını göstermektedir (**Tablo.26**).

6.5 Doğum Şekline Etki Eden Etmenlerin Lojistik Regresyon Çözümlemesi İle İncelenmesi

Tablo 27. Doğum Şekline etki eden etmenlerin belirlenmesi için oluşturulan modeller

Değişkenler	Model 1*		Model 2**		Model 3***		Model 4****			
	OR	%95 GA	OR	%95 GA	OR	%95 GA	OR	%95 GA		
Çalışma durumu										
Çalışanlar	3.72	2.25-6.17	3.25	1.93-5.46	2.13	1.20-3.76	2.39	1.38-4.14	1.66	0.91-3.02
DÖB hizmeti veren										
Yalnızca uzman hekim	6.90	3.48-13.66	6.13	3.07-12.24	4.41	2.16-9.02	4.29	2.08-8.85	3.47	1.66-7.29
Doğum yapılan sağlık kurumunun niteliği										
Özel	5.64	3.61-8.81	5.18	3.29-8.13	4.31	2.55-7.30	4.42	2.53-7.74	3.65	2.01-6.62

*Model 1: yaşa göre düzeltilmiş

**Model 2: öğrenim düzeyi göre düzeltilmiş

*** Model 3: gelir düzeyine göre düzeltilmiş

**** Model 4: yaş+öğrenim düzeyi+gelir düzeyine göre düzeltilmiş

Çalışan kadınların sezaryen doğum yapma olasılığı çalışmayan kadınlara göre 3.72 kat fazladır (%95 GA 2.25-6.17). Kadının çalışmasının etkisi yaşa göre düzeltildiğinde (Model 1) olasılık 3.72'den 3.25'e (%95 GA 1.93-5.46), öğrenim düzeyine göre düzeltildiğinde (Model 2) 2.13'e (%95 GA 1.20-3.76), gelir düzeyine göre düzeltildiğinde (Model 3) 2.39'a (%95 GA 1.38-4.14) değişmektedir. Tüm kontrol değişkenleri dikkate alınarak çözümlene yinelendiğinde (Model 4) çalışan kadınlarda sezaryen doğum olasılığı çalışmayan kadınlara göre 1.66 fazla olarak saptanmıştır (%95 GA 0.91-3.02). %95 GA'nın biri içermesi nedeni ile bu farklılık anlamlı değildir **(Tablo. 27)**.

Yalnızca kadın doğum uzmanlarından DÖB hizmeti alan kadınların sezaryen doğum yapma olasılığı ebe veya ebe+kadın doğum uzmanından DÖB hizmeti alan kadınlara göre 6.90 kat fazladır (%95 GA 3.48-13.66). Yalnızca uzmandan DÖB hizmeti almanın etkisi yaşa göre düzeltildiğinde (Model 1) olasılık 6.90'dan 6.13'e (%95 GA 3.07-12.24), öğrenim düzeyine göre düzeltildiğinde (Model 2) 4.41'e (%95 GA 2.16-9.02), gelir düzeyine göre düzeltildiğinde (Model 3) 4.29'a (%95 GA 2.08-8.85) değişmektedir. Tüm kontrol değişkenleri dikkate alınarak çözümlene yinelendiğinde (Model 4) yalnızca uzmandan DÖB hizmeti alanlarda diğerlerine göre sezaryen doğum olasılığı 3.47 kat fazla olarak saptanmıştır (%95 GA 1.66-7.29) **(Tablo. 27)**.

Özel sağlık kurumlarında doğum yapan kadınların sezaryen doğum yapma olasılığı kamu sağlık kurumlarında doğum yapan kadınlara göre 5.64 kat fazladır (%95 GA 3.61-8.81). Özel sağlık kurumlarında doğum yapmanın etkisi yaşa göre düzeltildiğinde (Model 1) olasılık 5.64'den 5.18'e (%95 GA 3.29-8.13), öğrenim düzeyine göre düzeltildiğinde (Model 2) 4.31'e (%95 GA 2.55-7.30), gelir düzeyine göre düzeltildiğinde (Model 3) 4.42'ye (%95 GA 2.53-7.74) değişmektedir. Tüm kontrol değişkenleri dikkate alınarak çözümlene yinelendiğinde (Model 4) özel sağlık kurumlarında doğum yapan kadınlarda, kamu sağlık kurumlarında doğum yapan kadınlara göre sezaryen doğum olasılığı 3.65 kat fazla olarak saptanmıştır (%95 GA 2.01-6.62) **(Tablo. 27)**.

7 TARTIŞMA

NSGB Bölgesi'nde 2002 yılında gerçekleştirilen bu araştırmada amaç, bölgede sezaryen ile doğum sıklığını ve buna etki eden etmenleri saptamaktır.

Bölgede 2002 yılındaki sezaryen ile doğum sıklığı %46.9 olarak saptanmıştır. Tek değişkenli analizlerde annenin yaşı ve öğrenim düzeyi artıkça sezaryen ile doğum yapmanın anlamlı olarak arttığı saptanmıştır. Çalışan kadınlar, gelir seviyesi yüksek olanlar, bir önceki doğumunu sezaryen yöntemi ile yapanlar, daha önce istemli düşüğü olanlar, DÖB hizmetini sağlık ocaklarından almayanlar, özel sağlık sektöründen alanlar, yedi ve daha fazla sayıda alanlar, kadın doğum uzmanlarından alanlar; doğumlarını özel sağlık kuruluşlarında yapanlar anlamlı oranda daha yüksek düzeyde sezaryenle doğum yapmışlardır. Doğuma yardım eden doktor DÖB alınan doktor ise sezaryen ile doğum anlamlı olarak artmaktadır. Kadınların bildirimlerine göre ilk kez doğum yapan kadınlarda en sık sezaryen doğum nedeni kişisel istek iken iki ve daha fazla sayıda doğum yapmış kadınlarda en sık bildirilen neden daha önce sezaryen ile doğum yapmış olmasıdır.

Lojistik Regresyon çözümlemesinde yer alan tüm modellerde DÖB'nin yalnızca kadın doğum uzmanlarından alınması ve doğumun özel sağlık kurumlarında gerçekleşmesi sezaryen ile doğum üzerinde etkili etmenler olarak saptanmıştır.

Bu araştırma ile NSGB Bölgesi'nde hizmet veren sağlık ocaklarında doğum cetvellerinde doğum şekillerine ait bilgi aktarımının rutin olarak yer alması sağlanmıştır. Araştırmanın olumlu özelliklerinden biri farklı sosyoekonomik düzeyde bireylerin yaşadığı sağlık ocakları bölgelerinde gerçekleşen doğumları içermesidir. Kesitsel tipte bir çalışma olmasından kaynaklanan kısıtlılıklara karşın araştırma, bölgede bu konuda yapılan toplum tabanlı ilk çalışma olması nedeni ile önemlidir. Bu konuda yapılacak başka çalışmalara ve sağlık politikalarının belirlenmesine önemli ip uçları sağlanabilecektir.

7.1 **Sezaryen ile Doğum Sıklığı**

Narlıdere, Güzelbahçe, Urla ve Seferihisar sağlık grup başkanlıkları bölgelerinde Konakçı ve Kılıç tarafından yapılan araştırmanın sonuçlarına göre 2002 yılındaki sezaryen ile doğum sıklığı %40.2'dir¹⁸. TNSA 2003 sonuçlarına göre bu oran ülke genelinde %21.2, Ege Bölgesi'nde %27.8'dir. Yine aynı araştırmanın verilerine göre

sezaryen ile doğum oranı ülkemizin kentsel yerleşim bölgelerinde %16.5'dir¹⁶. Brezilya'da 1996 yılı verilerine göre doğumların %36.4'ü, İtalya'da 2003 yılı verilerine göre doğumların %31.9'u sezaryen ile gerçekleşmiştir^{7, 11}.

NSGB bölgesinde sezaryen ile doğum sıklığı, bulunduğu bölge, Ege Bölgesi, Türkiye ve sezaryen ile doğumların yüksek oranda uygulandığı ülkelere göre oldukça yüksektir.

7.2 Annelerin Sosyoekonomik, Demografik Özellikleri

NSGB Bölgesi'ndeki yüksek sezaryen ile doğum oranı bu bölgede yaşayan toplumun büyük kısmının sosyoekonomik düzeyinin yüksek olmasına bağlı olabilir. Tek değişkeli çözümlene sonuçlarına göre aile olarak yüksek gelir düzeyine iye olanlarda sezaryen ile doğum oranı, gelir düzeyi düşük olanlara göre anlamlı olarak yüksektir. Yapılan tabakalı çözümlene gelir düzeyinin, kadının çalışma durumu, özel sektörden DÖB alma, yalnızca uzmandan DÖB alma, özel sektörde doğum yapma ile doğum şekli arasında saptanan ilişki üstünde kafa karıştırıcı etkiye iye olduğunu göstermiştir. Çok değişkenli analizde yer alan değişkenlerin etkisi gelir düzeyine göre düzeltilerek incelendiğinde değişkenlerin sezaryen ile doğum olma olasılığını belirleme düzeyinin değişimi gösterilmiştir.

Bu durum, tıp dışı bir etken olarak gelir düzeyinin, doğum şeklinin belirlenmesinde rol oynayan etmenler üzerinde etkili olduğunu göstermektedir. Sezaryen ile doğumlar, tıbbi endikasyonlar ile gerçekleştiriliyor olsalardı yoksullukla yakından ilişkili olarak kötü prenatal sağlık ve yüksek obstetrik risk taşıması beklenen düşük gelir düzeyine iye gruplarda daha yüksek oranda gerçekleşirdi ¹¹⁹.

NSGB Bölgesi'nde annelerin yaşları artıkça sezaryen ile doğum oranı anlamlı olarak artmaktadır. 15–19 yaş grubunda sezaryen ile doğum oranı %16.7 iken 30 yaş ve üstü kadınlarda %60.2'dir. Yapılan tabakalı çözümlenede anne yaşının, kadının çalışma durumu, yalnızca uzmandan DÖB alma ile doğum şekli arasında saptanan ilişki üstünde kafa karıştırıcı etkiye iye olduğunu göstermiştir. Oluşturulan çok değişkenli Model 1'de bağımsız değişkenlerin etkisi anne yaşına göre düzeltilmiştir ve çözümlenelerde yer alan bağımsız değişkenlerin sezaryen ile doğum olma olasılığını belirleme düzeyinin değişimi gösterilmiştir.

TNSA 2003 yılı verilerine göre Türkiye’de anne yaşı 20’den az olanlarda sezaryen doğum oranı %11.5, 35 yaş ve üstü kadınlarda %24.0’dır¹⁶. Literatürde yer alan çalışmalarda özellikle 30 yaş ve üstü kadınlarda sezaryen ile doğum sıklığının daha düşük yaş grubunda yer alan kadınlara göre anlamlı oranda yüksek olduğunu gösteren pek çok çalışma yer almaktadır ^{8, 35, 58, 59, 61-63, 65, 120-122}.

NSGB Bölgesi’nde anne yaşının artışı ile sezaryen ile doğum oranının artışı literatür verileri ile uyumludur. Ancak gerçekleşen oranlar oldukça yüksektir. Annenin yaşının 30 ve üzerinde olması durumundaki yüksek sezaryen oranı tüm dünyada gözlemlenen bir durum olmasına karşın bu yaş grubundaki artış tıbbi gerekçeler ile açıklaması yapılamayan bir durumdur ⁶².

NSGB Bölgesi’nde eğitimi olmayanlarda sezaryen ile doğum oranı %26.9, yüksekokul mezunlarında %81.4’dür ve öğrenim düzeyi yükseldikçe sezaryen ile doğum oranı anlamlı olarak artmaktadır. TNSA 2003 verilerine göre öğrenimi olmayan annelerde bu oran %7.6, lise ve üstü öğrenime iye olanlarda %48.5’dir¹⁶. Dünyada çok farklı sosyoekonomik, kültürel yapıya iye ülkelerde de öğrenim düzeyinin sezaryen ile doğum oranları üzerinde benzer değişimlere neden olduğunu gösteren çalışmalar bulunmaktadır. Örneğin Hindistan’da dokuz yıl ve üzerinde öğrenim görmüş kadınlarda, beş yıl ve daha az öğrenim görenlere göre 1.53 kat daha fazla sezaryen ile doğum gerçekleşmekte iken, Amerika Birleşik Devletleri’nde 1999 yılı verilerine göre bu oran 16 yıl ve üzeri öğrenim düzeyine iye olanlarda %23.8, sekiz yıl ve daha az öğrenim görenlerde %18.6’dır^{8, 61}.

Bu araştırmanın sonuçlarında annenin öğrenim düzeyinin etkisi diğer çalışmalar ile benzerdir. Yapılan tabakalı çözümleme öğrenim düzeyinin, kadının çalışma durumu, özel sektörden DÖB alma, yalnızca uzmandan DÖB alma, özel sektörde doğum yapma ile doğum şekli arasında saptanan ilişki üstünde kafa karıştırıcı etkiye iye olduğunu göstermiştir. Çok değişkenli analizde yer alan bağımsız değişkenlerin etkisi annenin öğrenim düzeyine göre düzeltildiğinde OR’de anne yaşına göre yapılan düzeltmeden daha belirgin değişim gözlenmiştir.

Çok değişkenli çözümlemede yer alan Model 4’de annenin yaşı, öğrenim ve gelir düzeyine göre düzeltme yapılmıştır ve sezaryen ile doğumda belirleyici olduğu düşünülmeye çalışılarak çözümlemeye alınan annenin çalışma durumunun etkisinin ortadan kalktığı; yalnızca kadın doğum uzmanından DÖB alma ve özel sektörde doğum

yapmanın etkisinin anlamlı olarak devam etmesiyle birlikte dikkat çekici bir değişim olduğu görülmüştür. Bu durum annenin taşıdığı tıp dışı etkenlerin doğum şeklinin belirlenmesindeki etkinliğinin gösterilmesinde önemli bir bulgudur.

7.3 Sezaryen ile Doğum Endikasyonları

Literatürde en sık belirtilen sezaryen endikasyonları daha önce sezaryen ile doğum yapmış olma, distosi, makat geliş, fetal distres olarak karşımız çıkmaktadır.

Önceki sezaryenlerin yineleyen sezaryen endikasyonu oluşturmadığı bilinmesine karşın yineleyen sezaryenlerin tüm sezaryenlerin en sık nedenlerinden biri olduğu belirtilmektedir^{22-26,123}. Bu araştırmanın sonuçlarında da iki veye daha fazla doğum yapan kadınlarda bir önceki doğumun sezaryen ile gerçekleşmiş olması son doğumun sezaryen ile gerçekleşmesinde en sık bildirilen etmendir. Sezaryen ile doğumların %24.2'si, daha önce bu yöntemle doğum yapmış kadınlara aittir. Bu durum 'bir kez sezaryen daima sezaryen' inancını desteklemektedir. Günümüzde uygulanan alt segment transvers kesi yöntemi önceki sezaryenleri yineleyen sezaryen endikasyonu olmaktan kurtarmıştır. Ancak hekimler oluşabilecek komplikasyonların görülme sıklığını daha yüksek olarak algılayıp herhangi bir sorunla karşılaşmamak için yineleyen sezaryenlere yöneliyor olabilirler.

Günümüzde anne adaylarında doğum eyleminden ve ağrıdan korku sık olarak bildirilen bir durumdur⁵²⁻⁵⁷. Araştırma verileri bu bulgu ile uyum göstermektedir. Kişisel istek, ilk doğumunu yapanlarda en sık, daha fazla sayıda doğumu olanlarda ikinci sırada bildirilen nedendir ve kişisel isteği ile sezaryen doğumu yeğleyen kadınların isteğinin temel nedeni doğum ağrısından korkudur. Günümüzde gelişen anestezi teknikleri ile vajinal doğum da ağrısız olarak gerçekleştirilebilmektedir. Anneler yeterli oranda bilgilendirilmedikleri için sezaryeni ağrısız doğumda tek seçenek gibi algılıyor olabilirler. İdeal gebe izlemi ve doğum hizmetinde, annelerin gebelik, doğum ve bu süreçle ilgili tüm riskler ve alternatifler konusunda tam olarak bilgilendirilmesi gereklidir. Doğum şeklinin anne isteği ile belirlenmesi, bu bilgilendirmenin gerektiği gibi gerçekleştirilmediğinin, sorumluluğun annelere yüklendiğinin göstergesi olabilir. Ne tür kaygıları olursa olsun hiçbir anne doğacak bebeğini riske atmak istemez ve ekonomik koşullarını zorlayarak beklentilerine karşılık kendisine en iyi olarak tanıtılan doğum şekline yönelir^{124,125}.

7.4 Doğum Öncesi Bakım Özellikleri

Bu araştırmanın sonuçlarına göre yedi ve daha fazla DÖB hizmeti alan kadınlarda sezaryen oranı diğerlerine göre anlamlı olarak daha yüksektir.

TNSA 1998 İleri Analiz Sonuçları'na göre yeterli DÖB hizmeti alan kadınlarda sezaryen oranı %28.2 iken, yetersiz bakım alanlarda bu oran %9.9, bakım almayanlarda %3.8'dir¹⁵. Gomes ve arkadaşlarının Brezilya'da yapmış oldukları araştırmalarında dört ve daha fazla DÖB hizmeti alanlarda sezaryen oranı dörtten az alanlardan 2.08 kat yüksek bulunmuştur⁷. Padmanas ve arkadaşlarının Hindistan'da yaptıkları çalışmada beş ve üzerinde DÖB hizmeti alanlarda diğerlerinden anlamlı oranda yüksek sezaryen ile doğum sıklığı saptanmıştır⁶¹.

Araştırmalarda DÖB sayılarının sınıflamaları farklı olmakla birlikte ortak nokta her bir araştırmada yüksek DÖB sayısı olan grupların diğer gruba göre yüksek sezaryen oranlarına iye olmalarıdır. Bu anneler yüksek riskli oldukları için daha fazla sayıda izlem almış anneler olabilirler ya da gebelikleri konusunda daha duyarlı ve sık izlemin ederini karşılayabilen kadınlar olabilirler. Araştırmada yüksek sayıda DÖB hizmeti almanın nedenleri sorgulanmamıştır. Bu nedenle konuya yorum getirmekte sınırlılıklar söz konusudur.

DÖB sayısı kadar önemli bir diğer nokta, bakım veren sağlık çalışanının mesleki niteliğidir. Yalnızca uzmanlardan bu hizmeti alanlarda sezaryen doğum olasılığı yalnızca ebe veya ebe+kadın doğum uzmanından hizmet alanlara göre 6.90 kat fazladır (%95 GA 3.48-13.66).

Kaliforniya'da yapılan bir araştırmaya göre DÖB hizmeti özel hekimlerce verildiğinde gebelikler, ebelerin izlediği gebeliklerden iki kat daha yüksek oranda sezaryen ile sonlanmaktadır¹²⁶. Ülkemizde DÖB hizmeti sağlık ocaklarında ebeler tarafından verilmektedir. Ebeler, bir gebeliği olası tüm riskleri göz önünde bulundurarak izleyebilecek, sorunlara çözüm önerileri getirerek uygun doğum şekline karar verebilecek ve uygun koşullarda vajinal doğum yaptırabilecek becerilerin edinilmesinin sağlandığı bir eğitim almaktadırlar. DÖB hizmeti verdikleri gebeliklerde sezaryen sıklığının düşük olması önemli bir bulgudur. Uzman hekimlerin ve ebelerin izlem yaptıkları gebeliklerde doğum şekillerinin anlamlı olarak farklı olmasının nedeni ilk bakışta riskli gebelerin ebe izleminden çok kadın doğum uzmanı izlemine

yeğlemeleri olarak düşünülebilir. Ancak çok değişkenli çözümlemede annenin yaşı, öğrenim ve gelir düzeyine göre düzeltme yapıldığında (Model 4) OR 3.65'e düşmektedir (%95 GA 2.01-6.62). Annenin taşıdığı sosyodemografik özellikler bu ilişkinin belirlenmesinde beklenenin tersi yönde belirleyici olarak görülmektedir.

Bu araştırmada pratisyen hekimlerden doğum öncesi bakım alma oranı oldukça düşük olarak saptanmıştır (%0.5). Sağlık ocaklarının çalışma prensibi ekip çalışması anlayışına dayanmaktadır ve hekim katılımı olmadan gerçekleştirilen DÖB bu anlayışa ters düşmektedir.

7.5 Doğum ve Doğuma Yardım Eden Hekimin İye Olduğu Özellikler

Bu araştırmada hekimin yardım ettiği doğumlarda hekim cinsiyetinin doğum şekli üzerinde bir etkisinin olmadığı saptanmıştır. Literatürde bu konuda farklı saptamalar söz konusudur. Bazı araştırmalarda kadın hekimlerin daha az sezaryen uyguladıkları belirtilir iken, Al-Mufti ve arkadaşlarının İngiliz hekimler üzerinde yaptıkları araştırmanın sonuçlarına göre kadın hekimler erkek hekimlere göre daha yüksek oranda sezaryen ile doğumu yeğlemektedirler⁷⁵⁻⁷⁷. Bu araştırmada hekimlerin cinsiyetinin doğum şekli üzerinde bir farklılık yaratmamış olması hekimlerin davranış şekillerini belirleyen etmenler içinde başka faktörlerin ön plana çıkmış olması olabilir.

İşgünlerinde ve çalışma saatlerinde gerçekleşen doğumlarda sezaryen ile doğumlar anlamlı oranda daha yüksektir. Özel hastanelerde sezaryen ile doğum oranı kamu hastanelerine göre anlamlı oranda daha yüksektir.

Yapılan bazı araştırmalarının sonuçlarına göre özel hastanelerde, kamu hastanelerine göre daha yüksek oranda sezaryen ile doğum yapılmaktadır^{7, 61, 68, 71-74, 127}. Bu doğumlar daha çok iş günlerinde ve günün aktif saatlerinde gerçekleşmektedir^{7, 71, 73}. Bu durumun birçok olası nedeni olabilir. Özel sağlık kurumlarında çalışan hekimler zamanlarını daha iyi kullanarak kazançlarını artırma yönünde davranıyor olabilirler^{74, 128}.

Hekim ve anne-baba sezaryen ile doğuma karar verdikten sonra doğum günü ve saatini belirliyor olabilir ya da hekimler vajinal doğumda uzun süreyi gerektiren travay izleminden kaçınarak çalışma saatleri içinde doğumun olması için yönlendirme yapıyor olabilirler.

Doğum için yapılan ödeme şekline göre doğum şekilleri karşılaştırıldığında, salt cepten harcama ile doğum masraflarını karşılayan grupta sezaryen ile doğumların daha sık görülme nedeni de ekonomik kaygıların belirleyiciliğine işaret ediyor olabilir. Özel sağlık sektöründe hasta hekim arasında çoğunlukla doğrudan para ilişkisi söz konusudur ve hekimler doğum yapacak kadınların isteklerine bu nedenle daha kolay evet diyebilirler. Hizmet verdikleri sınıfın yapısı hekimleri buna zorluyor olabilir¹²⁷.

Doğumların %83.9'unda doğum şeklinin belirlenmesinde kadın hastalıkları ve doğum uzmanları katkıda bulunmuştur ve bu doğumların % 49.2'si sezaryen ile gerçekleşmiştir. Bu veriden yola çıkarak bir diğer olasılık da hekimlerin hastalarını sezaryen ile doğuma yönlendirmesi olabileceği düşünülebilir.

Doğum şekilleri, ederleri açısından karşılaştırıldığında sezaryen ile doğum yapan kadınların vajinal doğum yapanlara göre anlamlı oranda daha yüksek düzeyde harcama yaptıkları saptanmıştır. Yapılan pek çok araştırma sezaryen ile doğumun vajinal doğuma göre pahallı bir yöntem olduğunu göstermektedir^{51, 61, 99, 112-115}. Bu nedenle sezaryen ile doğumlar gerçek endikasyonları dışında kullanıldıklarında sağlık finansman sistemlerine gereksiz yükler oluşturmaktadır ve bu eder sanılandan çok daha yüksektir¹²⁹.

Ancak araştırmada hekimlerin davranış şekillerini belirleyebilecek etmenler ile ilgili herhangi bir veri toplanmamıştır. Bu nedenle hekimin çalıştığı sektörün ve hekimlerin ekonomik kaygılarının belirleyicilikleri irdelenememiştir.

7.6 Bebeklerin İye Olduğu Özellikler

Araştırmanın sonuçlarına göre bebeklerin cinsiyeti, doğum ağırlığı ve bebekte doğumsal anomali olması doğum şeklini belirleyen etmenler arasında değildir.

Literatürdeki bazı çalışmalara göre erkek fetuslarda sezaryen ile doğumun daha sık olduğu belirtilmektedir ve bunda olası neden olarak erkek fetuslarda ağırlığın daha yüksek olması gösterilmektedir^{130, 131}.

Bebeklere ait faktörlerin doğum şekli üzerinde belirleyici etmenler olarak saptanmamasının nedeni bebeklerden çok annelerin taşıdıkları özelliklerin doğum şeklini belirlemesi olabilir.

7.7 Gebe-Lohusa İzlem Fişi

Bu araştırmada, kadınların %68.9'unun sağlık ocaklarındaki Gebe–Lohusa İzlem Fişi'ne ulaşılmıştır ve her gebede yapılması beklenen doğum için pelvis yapısının uygunluk değerlendirmesinin çok düşük oranda kayıtlı olduğu gözlemlenmiştir (%14.7). Bu kadınların %98.4'ü vajinal doğum için uygun olarak değerlendirilmesine karşın yaklaşık olarak üçte biri sezaryen ile doğum yapmıştır (%34.4' ü). Kadınların yalnızca %2.1'i doğum şekline karar verme sürecinde ebelerin belirleyici olduğunu belirtmiştir.

Pelvis durum değerlendirmesinin tüm gebelerde yapılmıyor olmasının nedeni sorgulanmamıştır. Vajinal doğum için uygun olarak nitelenen gebelerin büyük kısmının sezaryen ile doğum yapmasının nedeni ebelerin doğum şekline karar verme sürecinde belirleyici olarak yer almaması olabilir.

Sonuç olarak NSGB Bölgesi'nde sezaryen ile doğum oranı DSÖ'nün önerilerinin oldukça üstündedir. DSÖ'nün %15 sezaryen oranı önerisini keyfi ve modası geçmiş olarak nitelendiren araştırmacılar bulunmaktadır^{132, 133}. Ancak %46.9 oranı her koşulda oldukça yüksek bir orandır.

Sezaryen ile doğum sıklığının artış nedenleri yalnızca tıbbi nedenler değildir ve günümüzde endikasyonları sınıflandırmak ve sınırlandırmak giderek zorlaşmaktadır. Toplumların doğurganlık davranışları değişmektedir. Bunun yanı sıra günümüzde hekimleri karar verme sürecinde etkileyen pek çok tıp dışı etken söz konusudur^{134, 135}. Bu noktadan hareket ile sezaryen oranlarındaki yükseklığe müdahale edilmesi ile ilgili tartışmalar eksik olarak nitelendirilebilir. Sezaryen oranının kabul edilebilir düzeye çekilmesinde kullanılacak tek bir reçeteden söz etmek olası değildir. Ülkeler birbirlerinden farklı kültürel, ekonomik ve politik yapılara iyedirlir ve getirilen öneriler her toplumda aynı sonuçları sağlamayacaktır^{132, 133, 136}.

Türkiye'de sezaryen ile doğum oranının düşürülebilmesi için Eylül 2002 tarihinde Sağlık Bakanlığı'nca yayımlanan bir genelge ile sezaryen ile doğum yapılabilmesi için en az iki uzman hekim onayı şartı getirilmiştir¹³⁷. Ancak bu genelge kamu hastaneleri için geçerlidir ve Amerika birleşik Devletleri'nde sezaryen ile doğumu azaltmaya yönelik alınan önlemlerin sonuçlarında olduğu gibi yalnızca bu hastanelerdeki oranlar üzerine etkili olabilir¹³⁸. Bu araştırmanın sonuçlarına benzer

şekilde pek çok araştırma sezaryenlerin daha çok özel hastanelerde olduğunu göstermektedir. Dolayısı ile kamu hastanelerini kapsayacak önlemler bu oranların düşürülmesinde çok etkili olmayacaktır.

Sağlık güvencesi varlığı sezaryen oranları üzerinde etkili değildir. Ayrıca Yeşil Kart sahipleri de Ocak 2004'de yamımlanan bir genelge ile artık ücretsiz olarak sezaryen ile doğum yapabilmektedirler¹³⁹. Bu genelge, ekonomik durumu kötü bireyler için eşitsizliğin engellenmesi anlamına gelmekle birlikte sezaryen ile doğumları artırıcı bir etki yapabilir.

Sezaryen ile doğum çok boyutlu/etkenli bir durumdur. Dolayısı ile yalnızca hekimler üzerinden yapılacak düzenlemeler yüksek sezaryen oranlarının düşürülmesinde etkili olmayabilir. Sezaryen oranlarının düşmesi için toplumun, eğitim kurumlarının, meslek örgütünün, medyanın ve sağlık politikalarını üretenlerin birlikte hareket etmesi gerekmektedir¹²⁹.

7.8 Araştırmanın Kısıtlılıkları

1. Bu araştırma kesitsel tipte bir çalışmadır ve bu nedenle nedensel ilişkiyi göstermesi açısından sınırlıdır.
2. Araştırma NSGB Bölgesi'nde gerçekleştirilmiştir. Bu nedenle İzmir iline ve Türkiye'ye genellenemez.
3. Bu araştırma, sağlık ocaklarınca saptanarak doğum cetvellerine işlenmiş olan doğumları kapsamaktadır ve görüşmeler kayıtlarda yer alan kadınlar ile yapılmıştır. NSGB'ye bağlı olarak hizmet veren Narlıdere Sağlık Ocağı bölgesinde yer alan askeri lojmanlarda yaşayan kadınlar bu sağlık ocağından hizmet almaktadır. Ancak bu kadınlara ait veriler rutin veri bildirim sisteminde yer almamaktadır. Ayrıca kayıtlarda yer almayan başka doğumların var olma olasılığı da söz konusudur. Bu duruma bağlı olarak saptanmamış doğumların olma olasılığı nedeniyle görüşme yapılmamış kadınlar olabilir.
4. Araştırmada incelenen veriler sağlık ocaklarındaki Gebe-Lohusa İzlem Fişi bilgileri dışında doğum yapan kadınların bildirimine dayanmaktadır. Tıbbi kayıt incelemesi yapılmamıştır.

5. Araştırmada hekimlerin davranış Şekillerini etkileyen etmenler değerlendirilmemiştir.

8 SONUÇLAR

Bu araştırmanın sonuçları aşağıdaki şekilde özetlenebilir:

1. Annenin yaşı, öğrenim ve gelir düzeyi tıp dışı etkenler olmalarına karşın doğum şeklinin belirlenmesinde belirleyici etkiye sahiptir.
2. Kadınlar tarafından en sık bildirilen sezaryen ile doğum nedenleri literatür ile uyumludur. Yineleyen sezaryenler ve kişisel istek en sık bildirilen nedenlerdir. Doğum yapan kadınların kendi istekleri nedeniyle bu doğum şeklini en çok yeğleme nedenleri vajinal doğum ağrısından korkmalarıdır.
3. Doğacak bebeğin cinsiyeti, doğum ağırlığı, doğumsal anomalisinin olması doğum şeklinin belirlenmesinde etkin değildir.
4. DÖB hizmeti yalnızca kadın doğum uzmanından alınması ile sezaryen ile doğum oranı anlamlı olarak artmaktadır.
5. Doğum şeklinin belirlenmesinde hekim egemenliği söz konusudur ve hekimler sezaryen ile doğumu gerekliliğinden çok daha yüksek oranlarda yaptırmaktadırlar.
6. Özel hastanelerde gerçekleşen doğumlarda sezaryen oranı anlamlı olarak yüksektir.
7. Doğum giderlerini cepten harcama ile karşılayanlarda sezaryen ile doğum oranı anlamlı olarak daha yüksektir.

9 ÖNERİLER

Doğum şekline karar verme sürecinde göz önünde bulundurması gereken birçok nokta vardır. Bunların en önemlisi anne ve bebek sağlığının korunması ve geliştirilmesi olmalıdır. Bu bakış açısı ile araştırmanın sonuçlarından yola çıkarak sağlık sisteminin tüm hizmet basamakları için farklı öneriler getirilmiştir.

9.1 Sağlık Politikalarına Yönelik Öneriler

1. Sezaryen ile doğum sıklığının kabul edilebilir sınırlara çekilebilmesi için Sağlık Bakanlığı'nca ulusal sağlık politikaları belirlenmelidir.
2. Ulusal hedeflere ulaşılabilmesi amacıyla toplumsal iletişim kaynakları konuya ilgi çekme ve bilgilendirme amacı ile kullanılmalıdır.
3. Sezaryen oranlarının düşürülmesine yönelik hastane temelli tüm yaklaşımlar kamu hastaneleri yanı sıra özel hastaneleri de kapsamalıdır.
4. Doğum öncesi bakım ve doğum yardımı bir ekip hizmetidir. Bu nedenle sağlık ocaklarında çalışan ebelerin, pratisyen hekimlerin ve hastanelerde çalışan uzman hekimlerin bir ekip anlayışı içinde hizmet vermesi sağlanmalıdır. Ekip hizmetinin yürütülebilmesi için kurumlar arası sevk zinciri ve geri bildirim sistemi işletilmelidir.
5. Ebelerin mezuniyet öncesi eğitim müfredatları yapılandırılmalı, bilgi ve becerileri artırılarak doğum sürecine nitelikli katkıları sağlanmalıdır.
6. Sağlık Bakanlığı ve Türk Tabipleri Birliği tarafından ebeler, pratisyen hekimler ve kadın doğum uzmanları için mezuniyet sonrası eğitim sistemi oluşturulmalı ve sürekliliği sağlanarak bilgi ve beceriler güncellenmelidir.

9.2 Birinci Basamak Sağlık Kurumlarına Yönelik Öneriler

1. Doğum öncesi bakım hizmeti sağlık ocaklarında ebeler tarafından verilmelidir. Kadın doğum uzmanları daha çok konsultan olarak hizmet vermelidir.
2. Sağlık ocaklarında çalışan pratisyen hekimlerin gebe izleminde ebeler ile birlikte yer almaları sağlanmalıdır.

3. Tüm gebelere, gebelikleri süresince doğum şekillerinin gerçek endikasyonları, olumlu ve olumsuz yanları hakkında yeterli düzeyde danışmanlık verilmeli, aydınlatılmış onamları sağlanmalıdır.

9.3 Kadın Doğum Uzmanları ve Hastanelere Yönelik Öneriler

1. Ülkemizde kadın doğum uzmanlarının sezaryen ile doğum yaptırmayı yeğlemelerindeki nedenler hakkında araştırmalar yapılmalıdır. Sezaryen ile doğum oranlarının kabul edilebilir sınırlara çekilmesine yönelik önlemlerin alınmasında saptanan sonuçlardan yola çıkılmalıdır.
2. Hastanelerin ve burada çalışan uzman hekimlerin yıllık sezaryen ile doğum oranları ve nedenleri ile doğumlarda yaşanan komplikasyonlar yıllık raporlar ile Sağlık Bakanlığı'na iletilmelidir.
3. Hedeflenen düzeyin üstündeki rakamlara iye hastane ve hekimler için yaptırımlar getirilmelidir.

10 EKLER

Ek 1. Veri Toplama Formu

Anket no:

Anketin doldurulduğu tarih:

Sağlık Ocağının adı:

Bölgenin sorumlu ebesinin adı soyadı:

Sosyodemografik – ekonomik özellikler

1 - Annenin adı soyadı:

2- Annenin yaşı:

3– Adresi / Telefon numarası:

4 – Öğrenim durumu:

1. Okur – yazar değil

4. Ortaokul

2. Okur – yazar

5. Lise

3. İlkokul

6. Yüksekokul

5 –Sosyal güvence:

1. Yok

4. Bağkur

2. Emekli San.

5. Yeşil Kart

3. SSK

6. Özelsigorta

7. Diğer.....

6 - Annenin işi: 1. Ev hanımı 2. Memur 3. İşçi 4. Emekli 5. Diğer

7 - Eşinin işi: 1. Esnaf 2. Memur 3. İşçi 4. Emekli 5. İşsiz 6. Diğer

8- Ailenin toplam aylık geliri:TL =\$

Fertilite özellikleri

9 - Annenin toplam gebelik sayısı:..... Düşük sayısı: İstemli düşük sayısı:.....

10 – Canlı doğum sayısı: Ölü doğum sayısı:.....

11 - Bir önceki doğumun şekli: 0. Vajinal doğum 1. Sezaryen 9. Gereksiz

12 – Daha önce sezaryen varlığı: 0. Hayır 1. Evet

13 – Daha önce sezaryen olmuş ise nedeni:

14 -Kr. Has. varlığı	Hayır	Evet
Yüksek tansiyon	0	1
Diyabet	0	1
Kalp hst	0	1
Diğer.....	0	1

Son gebelik bilgileri

15 - Kaçınıc gebelik olduğu:

16- Anne antenatal bakım almış mı: **0.** Hayır **1.** Evet (**antenatal bakım almamış ise 19. soruya atlanacak**)

17- Antenatal bakım aldığı yer	Hayır	Evet	Sayı	18- Antenatal bakım veren kişinin özelliği	Hayır	Evet
AÇSAP	0	1		Kadın doğum uzmanı	0	1
Sağlık Ocağı	0	1		Pratisyen hekim	0	1
Devlet Hst.	0	1		Ebe	0	1
Özel Sekt	0	1				
SSK Dispanseri/ Hastanesi	0	1				
Üniversite Hst.	0	1				

(birden fazla yerden ve kişiden aldı ise hepsi belirtilecek)

Doğuma ait bilgiler

19 – Doğumun olduğu tarih (gün / ay/ 2002):/...../ 2002

20 – Doğumun olduğu saat:

21 - Doğumun yapıldığı yer	Hayır	Evet
Devlet hast./ doğumevi	0	1
SSK hast	0	1
Özel hast	0	1
Tıp fak. hast.	0	1
Sağlık ocağı	0	1
Diğer	0	1
Doğumun yapıldığı yerin açık adı		

22 – Doğum sırasındaki gebelik haftası:

23 – Doğumun şekli: **0.** Vajinal doğum **1.** Sezaryen

24 –Doğ. şekline karar veren kişi	Hayır	Evet
Ebeveyn	0	1
Doktor	0	1
Ebe	0	1
Akrabalar	0	1
Arkadaşlar	0	1
Diğer.....	0	

(Doğum sezaryen ile gerçekleşmemiş ise 26. soruya geçilecek)

25 – Doğum sezaryen ile olduysa nedeni					
Belirtilen neden	Hayır	Evet	Belirtilen neden	Hayır	Evet
Fetal distres	0	1	Annede diyabet	0	1
Doğumun ilerlememesi	0	1	Anne yaşının ileri olması	0	1
Makat geliş	0	1	Annede hipertansiyon	0	1
Transvers geliş	0	1	Doğum öncesi kanama	0	1
Kordon sarkması	0	1	Gb.hft. Göre küçükbebek	0	1
Kordon dolanması	0	1	İri bebek	0	1
Baş – pelvis uygunsuzluğu	0	1	Erken membran rüptürü	0	1
Daha önce sezaryen olmuş olmak	0	1	kişisel tercih*	0	1

*kişisel tercih açık olarak belirtilecek:.....

26 – Doğuma yardım eden kişi ile antenatal bakımı veren kişi aynı kişi mi:

0. Hayır 1. Evet 9. Gereksiz

27 – Doğuma yardım eden kişi	Hayır	Evet
Hiçkimse	0	1
Ebe	0	1
Pratisyen doktor	0	1
Kadın doğum uzmanı	0	1

28 – Eğer doğumu doktor yardımı ile olmuş ise doktorun cinsi:

0. Kadın 1. Erkek 9. Gereksiz

29 – Doğum sırasında komplikasyon varlığı: 0. Hayır 1. Evet (.....)

30 – Doğum sonrası bebekte sağlık problemi varlığı: **0.** Hayır **1.** Evet (.....)

31 - Doğum için yapılan ödeme	Hayır	Evet
Emekli Sandığı	0	1
SSK	0	1
Bağkur	0	1
Yeşil Kart	0	1
Özel sigorta	0	1
Nakit (.....TL=..... ABD \$)	0	1

(birden farklı ödeme şekli kullanıldı ise hepsi belirtilecek)

Bebeğe ait bilgiler **(çoğul doğumlar için bebeklerin her biri için yanıtlanacak)**

32 – Bebeğin cinsiyeti: **1.** Kız **2.** Erkek

33 – Doğum ağırlığı:gr. Doğumdaki boyu:.....cm.

34 – Bebeğe doğumsal anomali varlığı: **0.** Yok **1.** Var(.....)

Sağlık ocağı gebe izlem kartı bilgileri

35– Kartta belirtilen izlem sayısı:

36 – Pelvis durum değerlendirmesi: **0.** Yok **1.** Var

37 – Pelvis değerlendirilmesi yapılmış ise vajinal doğum için:

0. Uygun **1.** Uygun değil **9.** Gereksiz

11 KAYNAKLAR

1. Açıklamalı Tıp Terimleri Sözlüğü. Dördüncü basım. Ankara: U. Kocatürk, 1989; sayfa 682.
2. Scott JR, DiSaia PJ, Hammond CB, Spellacy WN. Danforth's Obstetrics and Gynecology. 6th ed. İstanbul 1992
3. <http://tdk.org.tr/tdksozluk/SOZBUL.ASP?GeriDon=0&EskiSoz=&kelime=sezaryen>
4. Churchill H. Caesarean birth experience, practice and history. First edition. Books for Midwives Press;1997
5. Frcog WAL. Rising caesarean section rates: Can evolution and ecology explain some of the difficulties of modern childbirth? Journal Society of Medicine 2003;96:559-561
6. Dosa L. Caesarean section delivery, an increasingly popular option. Bulletin of the World Health Organization 2001;79(12):1173
7. Gomes UA, AM Silva A, Bettiol H, Barbieri MA. Risk factors for the increasing caesarean section rate in Southeast Brazil: a comparison of two Birth cohorts, 1978-1979 and 1994. International Journal of Epidemiology 1999; 268:687-694
8. Menacker F, Curtin SC. Trends in cesarean birth and vajinal birth after previous cesarean,1991-99. National Vital Statistics Reports [serial in the Internet] 2001[cited July2003];49(13):1-16. Available from: www.healthypeople.gov/Document/pdf/Volume2/16MICH.pdf
9. Hung S, Morrison DR, Whittington LA, Fein SB. Prepartum work, job characteristics and risk of cesarean delivery. Birth 2002;29: 10-17
10. Mayor S. Caesarean section rate England reaches 22%. BMJ 2002;324:1118
11. Atlas of Health in Europe. WHO 2003
12. Dölen İ, Özdeğirmenci Ö . Optimal sezaryen hızı ne olmalıdır? Türkiye'de ve dünyada güncel nedir? Uzmanlık Sonrası Eğitim Dergisi 2004; 7:113-117
13. Walker R, Turnbull D, Wilkinson C. Increasing cesarean section Rates: exploring the role of culture in an Australian community. Birth 2004;31:117-124
14. Lee S, Khang Y, Lee M. Women's attitudes toward mode of delivery in Sourt Korea- a society with high cesarean section rates. Birth 2004;31: 108-116
15. Akın A, Özvarış ŞB. 2002. " Türkiye'de Doğum ve Doğum Sonrası Bakım." Türkiye'de Ana Sağlığı, Aile Planlaması Hizmetleri ve İsteyerek Düşükler: Türkiye

Nüfus ve Sağlık Araştırması 1998 İleri analiz Sonuçları içinde. Ed. A. Akın. Hacettepe Üniversitesi, TAP Vakfı ve UNFPA.

16. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 2003. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Devlet Planlama Teşkilatı ve Avrupa Birliği, Ankara, Türkiye.

17. Koç I. Increased cesarean section rates in Turkey [abstract]. Eur J Contraception Report Health Care 2003;8(1):1-10

18. Konakçı SK, Kılıç B. İzmir'de sezaryen ile doğum sıklığı ve buna etki eden faktörler. Jinekoloji Obstetrik 2004;14(2):88-95

19. Paul RH, Miller DA. Cesarean birth: how to reduce the rate. Am J Obstet Gynecol 1995;172(6):1903-1908

20. Chamberlain G, Steer P. ABC of labour care operative delivery [clinical review]. BMJ 1999;318:1260-1264

21. Hindawi IM, Meri ZB. The Jordanian cesarean section rate [abstract]. Saudi Med J 2004;25(11):1631-1635

22. Paul RH. Toward fewer cesarean sections--the role of a trial of labor [editorials]. N Engl J Med 1996;335(10):735-736

23. Koyuncu FM, Önoğlu AS, Erdinç B, Demir N. Sezaryen sonrası vajinal doğum ve yineleyen sezaryenlerin maternal-neonatal riskinin karşılaştırılması. Perinatoloji Dergisi 1995;3(1):64-66

24. Seven M, Özyurt ON, Karacaoğlu MÜ, Çelikdelen B, Savan K, Yıldırım B. Sezaryen oranları, endikasyonları ve perinatal morbidite-mortalite. Jinekoloji ve Obstetrik Dergisi 1997;11:112-115

25. Gül A, Şimşek Y. Yüzüncü Yıl Üniversitesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği'nde 1996-1998 yılları arasında sezaryen oranı ve endikasyonları. Perinatoloji Dergisi 1998;6(1-2):10-12

26. Çiçek N, Köşüş N, Görkemli H, Acar A, Akyürek C. Sezaryen oranlarımız nereye gidiyor? S.Ü. Tıp Fak Derg 2001;17:117-122

27. Peaceman AM, Socol ML. Active management of labour [clinical opinion]. Am J Obstet Gynecol 1996;175(2):363-368

28. Gifford DS, Morton SC, Fiske M, Keeseey J, Keeler E, Kahn KL. Lack of Progress in labor as a reason for cesarean. *Obstetrics & Gynecology* 2000;95(4):589-595
29. Gregory KD, Curtin SC, Taffer SM, Notzon FC. Changes in indication for cesarean delivery: United States, 1985 and 1994. *American Journal of Public Health* 1998;88(9):1384-1387
30. Abu-Heija A, el-Jallad F, Ziadeh S. Dystocia: is it a major indication for caesarean section? [abstract]. *Clin Exp Obstet Gynecol* 1998;25(1-2):51-53
31. Thornton JG, Lilford RJ. Active management of labour: current knowledge and research issues. *BMJ* 1994;309:366-369
32. Robson MS, Scudamore IW, Walsh SM. Using the medical audit cycle to reduce cesarean section rates. *Am J Obstet Gynecol* 1996;174:199-205
33. James D. Caesarean section for fetal distress [editorial]. *BMJ* 2001;322:1316-1317
34. Tatar M, Günalp S, Somunoğlu S, Demiroğlu A. Women's perceptions of caesarean section: reflections from a Turkish teaching hospital. *Social Science & Medicine* 2000;50:1227-1233
35. Odland V, Haglund B, Pakkanen M, Olausson PO. Deliveries, mothers and newborn infants in Sweden, 1973-2000. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2003;82:516-528
36. Korokuian SM, Rimm AA. Declining trends in cesarean deliveries, Ohio 1989-1996: An analysis by indications. *Birth* 2000;27:12-18
37. De Brouwere V, Dubourg D, Richard F, Van Lerberghe W. Need for caesarean sections in west Africa. *The Lancet* 2002;359:974-975
38. Hannah ME, Hannah WJ, Hewson SA, Hodnett ED, Saigal S, Willan AR. Planned caesarean section versus planned vaginal birth for breech presentation at term: a randomised multicentre trial. *The Lancet* 2000;356:1375-1383
39. Langer E, Boudier G, Schlaeder B. Breech presentation after 34 weeks-a meta-analysis of corrected perinatal mortality/morbidity according to the method of delivery. *J Obstet Gynaecol* 1998;18(2):127-132
40. Ziadeh TAS, Obeidat AA. Breech delivery at term: do the perinatal results justify a trial of labour? *J Obstet Gynaecol* 1997;17(3):258-260

41. Danielian PJ, Wang J, Hall MH. Long term outcome by method of delivery of fetuses in breech presentation at term: population based follow up. *BMJ* 1996;312:1451-1453
42. Hannah ME, Whyte H, Hannah WJ, Hewson S, Amankwah K, Cheng M et al. Maternal outcomes at 2 years after planned cesarean versus planned vaginal birth for breech presentation at term: the international randomized Term Breech Trial. *Am J Obstet Gynecol* 2004;191(3):917-927
43. Whyte H, Hannah ME, Saigal S, Hannah WJ, Hewson S, Amankwah K, Cheng M et al. Outcomes of children at 2 years after planned cesarean versus planned vaginal birth for breech presentation at term: the international randomized Term Breech Trial. *Am J Obstet Gynecol* 2004;191(3):864-871
44. Kitzinger S. Shelia Kitzinger's letter from Europe: the cesarean epidemic in Great Britain. *Birth* 1998;25:56-58
45. Johanson R, Newburn M, Macfarlane A. Has the medicalisation gone too far? *BMJ* 2002;324:892-895
46. Vangen S, Stoltenberg C, Skrondal A, Magnus P, Stray-Pedersen B. Cesarean section among immigrants in Norway. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2000;79:553-558
47. Porreco RP. Commentary: low birth rates for American Indians. *Birth* 1999;26:232
48. Wu W. Cesarean delivery in Shantou, China: a retrospective analysis of 1922 women. *Birth* 2000;27:86-90
49. Nuttal C. The caesarean culture of Brazil [letter]. *BMJ* 2000;320:1072
50. Young D. Confrontation in Kansas City: Elective cesarean and maternal choice [editorial]. *Birth* 2000;27:153-155
51. MacKenzie IZ. Should women who elect to have caesarean sections pay for them? [letters]. *BMJ* 1999;318:1070
52. Alehagen S, Wijma K, Wijma B. Fear during labour. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2001;80:315-320
53. Saisto T, Halmesmaki E. Fear of childbirth: a neglected dilemma. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2003;82:201-208
54. Ryding EL. Psychosocial indications for cesarean section. A retrospective study of 43 cases [abstract]. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1991;70(1):47-49

55. Melender HL. Experiences of fears associated with pregnancy and childbirth: A study of 329 pregnant women. *Birth* 2002;29:101-111
56. Gamble JA, Creedy DK. Women's preference for a cesarean section: incidence and associated factors. *Birth* 2001;28:101-110
57. Guo H, Zhou X, Li S. Analysis of social factors of pregnant women's cesarean section demands [abstract]. *Zhonghua Yi Xue Za Zhi* 2000;80(9):675-677
58. Linton A, Peterson MR, Willams TV. Effect of maternal Characteristics on cesarean delivery rates among U.S. Department of Defense Healthcare beneficiaries, 1996-2002. *Birth* 2004;31:3-11
59. Skalkidis Y, Petridou E, Papathoma E, Revinthi K, Tong D, Trichopoulos D. Are operative delivery procedures in Greece socially conditioned? [abstract]. *International Journal for Quality in Health Care* 1996;8(2):159-165
60. Irwin DE, Savitz DA, Bowes WA, St. André KA. Race, age and cesarean delivery in a military population. *Obstetrics & Gynecology* 1996;88(4):530-533
61. Patmadas SS, Kumar S, Nair SB, Kumari K.R. A. Caesarean section delivery in Kerala, India: evidence From a National Family Health Survey. *Soc Sci Med* 2000;51:511-521
62. Bell JS, Champbell DM, Graham WJ, Penney GC, Ryan M, Hall HM. Do obstetric complications explain high cesarean section rates among women over 30? A retrospective analysis. *BMJ* 2001;322:894-895
63. Donati S, Grandolfo ME, Andreozzi S. Do Italian mothers prefer cesarean delivery? *Birth* 2003;30:89-93
64. Béhague DP, Victora CG, Barros FC. Consumer demand for cesarean sections in Brazil informed decision making, patient Choice, or social inequality? A population based Birth cohort study linkink ethnographic and epidemiological methods. *BMJ* 2002; 324:942
65. Lung GM, Lam TH, Thach TQ, Wan S, Ho LM. Rates of cesarean births in Hong Kong:1987-1999. *Birth* 2001;28:166-172
66. Lagrew DC, Adashek JA. Lowering the cesarean section rate in a private hospital: Comparision of individual physicians' rates, risk factors and outcomes. *Am J Obstet Gynecol* 1998;178(6):1207-1214

67. okc.cc.ok.us [homepage on the internet]. Cesarean deliveries: are mother and child at risk? [cited 2003 July 24]. Available from: <http://www.okc.cc.ok.us/djcharlson/cesarean.htm>
68. Potter JE, Berquó E, Perpétuo IHO, Leal OF, Hopkins K, Souza MR et al. Unwanted caesarean sections among public and private patients in Brazil: prospective study. *BMJ* 2001;323:1155-1158
69. Peipert JF, Hogan JW, Gifford D, Chase E, Randall R. Strength of induction for cesarean delivery: comparison of private physician versus resident service labor management. *Am J Obstet Gynecol* 1999;181(2):435-439
70. Oleske DM, Linn ES, Nachman KL, Marder RJ, Thompson LD. Cesarean and VBAC delivery rates in Medicaid Managed Care, Medicaid Fee-for service and private managed care. *Birth* 1998;25:125-127
71. Zanetta G, Tampieri A, Currado I, Regalia A, Nespoli A, Fei F, et al. Changes in cesarean delivery in an Italian University Hospital, 1982-1996: A comparison with the national trend. *Birth* 1999; 26:144-148
72. King JF. Obstetric interventions among private and public patients [editorials]. *BMJ* 2000;321:125-126
73. Hanvoravongchai P, Letiendumrong J, Teerawattananon Y, Tangcharoensathien V. Implications of private practice in public hospitals on the cesarean section rate in Thailand. *Human Resources for Health Journal* [serial on the Internet]. 2000[cited 2003 July];4:2-12. Available from: www.mop.go.th/ops/hrdj/hrdj9/pdf9/Piya41.pdf
74. Murray SF. Relation between private health insurance and high rates of cesarean section in Chile: qualitative and quantitative study. *BMJ* 2000; 321:1501-1503
75. Mitler LK, Rizzo JA, Horwitz SM. Physician gender and cesarean sections [abstract]. *J Clin Epidemiol* 2000; 53(10):1030-1305
76. Tussing AD, Wojtowycz MA. The effect of Physician Characteristics on Clinical Behavior: Cesarean section in New York State. *Soc Sci Med* 1993; 37(10):1251-1260
77. Al-mufti R, McCarthy, Fisk NM. Obstetricians' personal choice and mode of delivery [letter]. *Lancet* 1996; 347:544
78. Geary M, Wilshin J, Persaud M, Hindmarsh PC, Rodeck CH. Do doctors have an increased rate of caesarean section? *Lancet* 1998;18:351

79. Schiff M, Rogers C. Factors Predicting cesarean delivery for American Indian women in New Mexico. *Birth* 1999;26:226-231
80. Peipert JF, Hogan JW, Giffort D, Chase E, Randall R. Strength of indication for cesarean delivery: Comparison of private physician versus resident Service labor management. *Am J Obstet Gynecol* 1999;181(2):435-439
81. Amu O, Rajendran S, Bolaji II. Should doctors perform an elective caesarean section on request: Maternal choice alone should not determine method of delivery [education and debate]. *BMJ* 1998; 317:463-465
- 82 Schindl M, Birner P, Reingrabner, Joura EA, Husslein, Langer M. Elective cesarean section vs. spontaneous delivery: a comparative study of birth experience. *Acta Obstet Gynecol Sca* 2003; 82:834-840
83. hencigoer.com[homepage on the internet]. The case against elective cesarean [cited 2004 June 8]. Available from: <http://www.hencigoer.com/downloads/ElecC-sec2003.doc>
84. Berghold T, Stenderup JK, Vedsted-Jakobsen A, Helm P, Lenstrup C . Intraoperative surgical complication during cesarean section: an observational study of the incidence and risk factors. *Acta Obstet Gynecol Sca* 2003; 82:251-256
85. Norman B, Crowhurst JA, Plaat F. Elective caesarean section on request: All types of anaesthesia carry risk [letter]. *BMJ* 1999; 318:120
86. Mueller MD, Brühwiller H, Scüpfer GK, Lüscher KP. Higher rate of fetal acidemia after regional anesthesia for elective cesarean delivery. *Obstetrics & Gynecology* 1997; 90:131-134
87. amednews.com [homepage on the internet]. Does an obstetrician always have to follow the patient's wishes? [ethics forum] [cited 2004 January 10]. Available from: <http://www.ama-assn.org/amednews/2003/04/07/prca0407.htm>
88. Barbut F, Carbonne B, Truchot F, Spielvogel C, Jannet D, Goderel I, Lejeune V, Milliez J. Surcikal site infections after cesarean section: results of a five-year prospective surveillance [abstract]. *Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)* 2004;33(6 Pt 1):487-496
89. Creedy DK, Noy DL. Postdischarge Surveillance after cesarean section. *Birth* 2001;28:264-269

90. Önvural A, Saygılı U, Altinyurt S. Jinekoloji ve obstetrikte postoperatif enfeksiyonlar. *İstanbul Jinekoloji ve Obstetrik Dergisi* 1997; 1:68-74
91. Scwartz MA, Wang CC, Eckert LO, Critchlow CW. Risk factors for urinary infection in the postpartum period. *Am J Obstet Gynecol* 1999; 181:547-553
92. Lasley DS, Eblen A, Yancey MK, Duff P. The effect of plecental removal method on the incidence of postcesarean infections. *Am J Obstet Gynecol* 1997; 176:1250-1254
93. Çetin M, Çetin A, Leylek ÖA. Sezaryen sonrası endometrit: Değişik plesenta ayrılma yöntemlerinin etkisi. *Jinekoloji ve Obstetrik Dergisi* 1998; 12:163-165
94. Naef III RW, Ray MA, Chauhan SP, Roach H, Blake PG, Martin JN . Trial of labor after cesarean delivery whith a lower-segment, vertical uterine incision: Is it safe? *Am J Obstet Gynecol* 1995; 172(6):1665-1674
95. Murphy D, Liebling RE, Verity L, Swinger R, Patel R. Early maternal and neonatal morbidity associated with operative delivery in second stage of lobour: a cohort study. *The Lancet* 2001; 358:1203-1207
96. Ramadani H. Cesarean section intraoperative blood loss and mode of placental separation. *Int J Gynaecol Obstet* 2004;87(2):114-118
97. Morrison JJ, Renni JM, Milton PJ. Neonatal respiratory morbidity and mode of delivery at term: influence of timing of elective caesarean section [abstract]. *Br J Obstet Gynaecol* 1995; 102:101-102
98. Stirrat GM, Dunn PM. Elective caesarean section on request: Obstetricians are more than technicians [letter]. *BMJ* 1999; 318:120-121
99. Association of Radical Midwives [homepage on the internet]. McAleese S. Caesarean section for maternal choice [cited 2004 December 30]. Available from: <http://www.radmind.demond.co.uk/cschoice.htm>
100. Bailit JL, Garrett JM, Miller WC, McMahon MJ, Cefalo RC. Hospital primary cesarean delivery rates and the risk of poor neonatal outcomes. *Am J Obstet Gynecol* 2002;187(3):721-727
101. Yoshimitsu N, Douchi T, Kaimo M, Nagata Y. Differences in umbilical venous and arterial leptin levels by mode of delivery. *Obstetrics & Gynecology* 2000; 96:342-345

102. Heasman L, Spencer JAD, Symonds ME. Plasma prolactin concentrations after caesarean section or vaginal delivery. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed* 1997; 77:237-238
103. Roth-Kleiner M, Wagner BP, Bachmann D, Prenninger J. Respiratory distress syndrome in near-term babies after caserean section. *Swiss med weekly* 2003; 133:283-288
104. Yamazaki H, Torigoe K, Numata O, Nagai S, Hanui H, Uchiyama A, et al . Neonatal clinical outcome after elective cesarean section before the onset of labor at the 37th and 38th week of gestation. *Pediatrics International* 2003; 45:379-382
105. Levine EM, Ghai V, Barton JJ, Strom CM. Mode of delivery and risk of respiratory diseases in newborns. *Obstetrics & Gynecology* 2001; 97:439-442
106. Saliba RM, Annegers FJ, Waller DK, Tyson JE, Mizrahi EM. Risk factors for neonatal seizures: A population-based study, harris County, Texas, 1992-1994. *Am J Epidemio* 2001; 154:14-20
107. Caughey AB, Shipp TD, Repke JT, Zelop CM. Rate of uterine rupture during a trial of labor in women whit one or two prior cesarean deliveries. *Am J Obstet Gynecol* 1999; 181:872-876
108. Chapman SJ, Crispens M, Owen J, Savage K. Complications of midtrimester pregnancy termination: the effect of prior cesarean delivery *Am J Obstet Gynecol* 1996; 175:889-892
109. Maeve E, McKenna P. Endometriosis in caesarean section scars. *Iris Med J* 2002; 95 (8):247
110. Rowe-Murray HJ, Fisher JRW. Baby friendly hospital practices: Cesarean section is a persistent barrier to early initiation of breastfeeding. *Birth* 2002; 29:124-131
111. familyresource.com [homepage on the internet]. Breastfeeding after cesarean [citet 2004 June 8]. Available from: <http://www.familyresource.com/pregnancy/16/261>
112. Nahar S, Costello A. The hidden cost of 'free' maternity care in Dhaka, Bangladesh. *Health Policy and Planning* 1998;13(4):417-422

113. Malkin JD. Not as much as you think: toward a truer estimate of the difference in direct medical costs between vaginal and cesarean deliveries. *Birth* 2001;28:208-209
114. Dirife J. Maternity services: the audit commission reports [editorials]. *BMJ* 1997;314:844
115. Howard RJ. Pregnant women should have choices[letters]. *BMJ* 1999;318:122
116. Chelmow D, Hennesy M, Evantash EG. Prophylactic antibiotics for non-laboring patients with intact membranes undergoing cesarean delivery: an economic analysis. *Am J Obstet Gynecol* 2004;191(5):1661-1665
117. Kleinbaum DG, Logistic Regression A Self- Learning Text. New-York: Springer-Verlag;1994
118. Aksakoğlu G, Sağlıkta Araştırma Teknikleri ve Analiz Yöntemleri. İzmir: D.E.Ü. Rektörlük Matbaası; 2001
119. Béhague DP. Beyond the simple economicsof cesarean section birth: women's resistance to social inequality. *Culture, Medicine and Psychiatry* 2002; 26:473-507
120. Chong ESY, Mongelli M. Attitudes of Singapore women toward cesarean and vaginal deliveries. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 2003; 80: 189-194
121. Curtin SC, Kozak LJ, Gregory KD. U.S. Cesarean and VBAC rates stalled in the mid 1990s. *Birth* 2000; 27:54-57
122. Declereq E, Menacker F, MacDorman. Rise in "no indicated risk" primary caesareans in the United States, 1991-2001:cross sectional analysis. *BMJ* 2005; 330:71-72
123. Kambo I, Bedi N, Dhillon BS, Saxena NC. A critical appraisal of cesarean section rates at teaching hospitals in India. *International J Gynecol and Obstet* 2002; 79:151-158
124. Gamble JA, Credly DK. Women's request for cesarean section: a critique of the literature. *Birth* 2000; 27:256-263
125. Bainbridge J. Choices aftr cesarean. *Birth* 2002; 29:203-206
126. Blanchette H. Comparison of obstetric outcome of a primary-care access clinic staffed by certified nurse-midwives and a private practice group of obstetricians in the same community. *Am J Obstet Gynecol* 1995; 172 (6):1864-1871

127. Roberts CL, Tracy S, Peat B. Rates for obstetric intervention among private and public patients in Australia: population based descriptive study. *BMJ* 2000; 321:1371-141
128. Cai WW, Marks JS, Chan CH, Zhuang YX, Morris L, Herris JR. Increased cesarean section rates and emerging patterns of health insurance in Shanghai, China. *Am J Pub Health* 1998; 88 (5):777-780
129. Belizán JM, Althabe F, Barros FC, Alexander S. Rates and implications of caesarean sections in Latin America: ecological study. *BMJ* 1999; 319:1397-1400
130. Eogan MA, Geary MP, O'Connell MP, Keane DP. Effect of fetal sex on labour and delivery: retrospective review. *BMJ* 2003; 326:137
131. Lieberman E, Lang JM, Cohen AP, Frigoletto FD, Acker D, Rao Rajni. The association of fetal sex with the rate of cesarean section. *Am J Obstet Gynecol* 1997; 176 (3): 667-671
132. Flamm BL. Cesarean section: A worldwide epidemic? *Birth* 2000; 27:139-140
133. Riley LE, Greene MF. Elective cesarean delivery to reduce the transmission of HIV. *New Eng J Med* 1999; 340 (13):977-987
134. Elliott JP, Russell MM, Dickason LA. The labor-adjusted cesarean section rate – A more informative method than the cesarean section “rate” for assessing a practitioner’s labor and delivery skills. *Am J Obstet Gynecol* 1997; 177 (1):139-143
135. Khawaja M, Jurdi R, Kabakian-Khasholian T. Rising trends in cesarean section rates in Egypt. *Birth* 2004; 31:12-16
136. Walker R, Trunbull D, Wilkinson C. Strategies to address Global cesarean Section rates A review of the evidence. *Birth* 2002; 29:28-39
137. habersaglik.com[homepage on the internet]. Sağlık Bakanlığı’ndan sezaryene kontrol [cited 2002 October 30]. Available from: <http://www.habersaglik.com/haber/26204.asp>
138. Staffort RS, Sullivan SD, Gardner LB. Trends in cesarean section use in California, 1983 to 1990. *Am J Obstet Gynecol* 1997; 168 (4):1297-1302
139. Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü B100THG0740007 – 2004/16 sayılı, ‘Yeşil Kartlıların Sezaryen Ameliyatları’ konulu genelgesi