T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

DOKTORA TEZİ

MARMARA BÖLGESİ'NDEKİ SEZARYEN UYGULAMALARINDA KARŞILAŞILAN ETİK-HUKUK ÇATIŞMALARI ÜZERİNE NİTEL ve NİCEL BİR DEĞERLENDİRME

Fatma KESKİN

DANIŞMAN
Prof. Dr. Gülten DİNÇ

Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı

Tıp Tarihi ve Etik Programı

İSTANBUL-2022

Kadın doğum mesleğinin değerli mensuplarına…

BÜTÇE DESTEKLERİ

MARMARA BÖLGESİ'NDEKİ SEZARYEN UYGULAMALARINDA KARŞILAŞILAN ETİK-HUKUK ÇATIŞMALARI ÜZERİNE NİTEL ve NİCEL BİR DEĞERLENDİRME

Bu tez çalışması için herhangi bir kurumdan bütçe desteği alınmamıştır.

TEŞEKKÜR

Kadın hastalıkları ve doğum uzmanlık alanı etik sorunlarının doktora düzeyinde çalışılması konusundaki kararlığıyla bu çalışmanın ortaya çıkmasını sağlayan değerli danışman hocam Prof. Dr. Gülten Dinç'e, tez izleme jürisinde yer alan, önerileri ve yapıcı eleştirileri ile yol gösteren değerli hocalarım Prof. Dr. Ayten Altıntaş ve Prof. Dr. Şefik Görkey'e, doktora eğitimimi destekleyen değerli başhekimlerim Dr. Şafak Beşler ve Dr. Mehmet Durmuş'a, çalışmanın Marmara Bölgesi'nde çalışan kadın doğum hekimlerine ulaştırılmasında katkı sağlayan değerli hocalarım Türk Jinekoloji ObstetrikDerneği Bursa İl Başkanı Prof. Dr. Emin Üstünyurt ve Prof. Dr. Selçuk Söylemez'e, Kocaeli İl Başkanı Doç. Dr. Emek Doğer'e, Balıkesir İl Başkanı Prof. Dr. Ertan Adalı'ya, Çanakkale İl Başkanı Prof. Dr. Servet Hacıvelioğlu'na, Tekirdağ İl Başkanı Prof. Dr. Baki Şentürk'e ve zaman ayırarak çalışmaya katılan tüm değerli meslektaşlarıma teşekkür ederim.

Fatma KESKİN

İÇİNDEKİLER

Sayfa No

TEZ KABUL VE ONAYI ..... **ii**
BEYAN ..... **iv**
BÜTÇE DESTEKLERİ ..... **vi**
TEŞEKKÜR ..... **vii**
İÇİNDEKİLER ..... **viii**
TABLO LİSTESİ ..... **xi**
SİMGE VE KISALTMA LİSTESİ ..... **xviii**
ÖZET ..... **xix**
ABSTRACT ..... **xxi**
1. GİRİŞ **1**
2. KAVRAMSAL ÇERÇEVE **3**
2.1. GENEL BİLGİLER……..3
2.2. ETİK HUKUK İLİŞKİSİ…….5
2.3. HEKİM HASTA İLİŞKİSİNİN ETİK BOYUTU……...7
2.4. HEKİM HASTA İLİŞKİSİNİN HUKUKİ BOYUTU……7
2.4.1. Medeni Hukuk Yönünden Hekim Sorumluluğu….. ……8
2.4.2. İdare Hukuku Yönünden Hekim Sorumluluğu……..9
2.4.3. Ceza Hukuku Yönünden Hekim Sorumluluğu……10
2.5. TIBBİ UYGULAMA HATASI (MALPTAKTİS) ve KOMPLİKASYON……...11
2.6. ZORUNLU MESLEKİ SORUMLULUK SİGORTASI……14
2.7. SEZARYEN DOĞUMUN TARİHÇESİ……...16
2.7.1. 1500'den Önce…….16
2.7.2. 1500-1876 Arası……..18
2.7.3. 1876'dan Sonra……21
2.8. ANNE ve BEBEK AÇISINDAN SEZARYEN ve VAGİNAL DOĞUM…….23
3. YÖNTEM **25**

4. BULGULAR..... 29
4.1. MESLEK……30
4.2. PSİKOLOJİK DURUM…….45
4.3. DEĞİŞİM……...70
4.4. ÇÖZÜM ÖNERİLERİ…….152
5. TARTIŞMA..... 162
5.1. SEZARYEN KARAR SÜRECİNİN ETİK ve YASAL AÇIDAN DEĞERLENDİRİLMESİ……162
5.1.1. Dava Edilme Korkusu……...163
5.1.2. Hasta ve Hasta Yakını Baskısı……..172
5.1.3. Anne İstemi……...175
5.1.4. Medikal Endikasyonlar……..179
6. SONUÇ VE ÖNERİLER 184
KAYNAKLAR..... 188
İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI..... 205
ETİK KURUL İZİN YAZISI 206
KURUM İZNİ YAZILARI..... 210
ÖZGEÇMİŞ……...213

TABLO LİSTESİ

Sayfa No

Tablo 4.1: Katılımcıların demografik özellikleri……29

Tablo 4.2: Hekimlerin branş tercihleri…….31

Tablo 4.3: Hekimlerin kadın doğumu seçme sebepleri……32

Tablo 4.4: Hekimlerim mesleklerinin olumsuz yönleriyle ilgili düşünceleri……..35

Tablo 4.5: Kadın doğum hekimlerinin mesleki memnuniyet düzeyleri……..35

Tablo 4.6: Dava edilme korkusunun sezaryen kararına etkisinin mesleki memnuniyet ile ilişkisi……36

Tablo 4.7: Dava edilme sayısının mesleki memnuniye düzeyi ile ilişkisi …….37

Tablo 4.8: Hekimlerin tekrar kadın doğumu seçme hakkındaki düşünceleri……...39

Tablo 4.9: Dava edilme korkusunun tekrar kadın doğumu seçme kararına etkisi……...39

Tablo 4.10: Hekimlerin dava edilme oranları……..41

Tablo 4.11: Hekimlerin dava edilme sayılarının yaş ile ilişkisi……...41

Tablo 4.12: Hekimlerin dava edilme sayılarının uzmanlık süresi ile ilişkisi……...42

Tablo 4.13: Hekimlerin gelecek planları ile ilgili düşünceleri…….45

Tablo 4.14: Hekimlerin doğum takibi sırasında psikolojik durumları…….46

Tablo 4.15: Hekimlerin mesleki stres hakkında düşünceleri……...47

Tablo 4.16: Dava edilme korkusunun sezaryen kararına etkisinin hekimlerin stres düzeyi ile ilişkisi……48

Tablo 4.17: Dava edilme sayısının hekimlerin stres düzeyi ile ilişkisi……..…….....49

Tablo 4.18: Hekimlerin stres seviyesine etki eden faktörler……52

Tablo 4.19: Hekimlerin stres seviyesinin sağlıklarına etkisi hakkındaki düşünceleri…….53

Tablo 4.20: Şikâyet veya dava edilme endişesinin sezaryen kararlarına etkisi…….....55

Tablo 4.21: Hekimlerin dava edilme korkusunun sezaryen kararlarına etkisinin yaş ile ilişkisi……56

Tablo 4.22: Hekimlerin dava edilme korkusunun sezaryen kararlarına etkisinin uzmanlık süresi ile ilişkisi…….57

Tablo 4.23: Hekimlerin dava edilme tecrübesinin sezaryen kararlarına etkisi……....60

Tablo 4.24: Hekimlerin tazminat miktarları hakkındaki düşünceleri……..61

Tablo 4.25: Tazminat miktarlarının hekimlerin sezaryen kararlarına etkisi……62

Tablo 4.26: Tazminat miktarlarının hekimlerin sezaryen kararları ile ilişkisi…….62

Tablo 4.27: Hekimlerin kendilerini güvende hissettikleri doğum şekli……...64

Tablo 4.28: Hekimlerin kendilerini güvende hissettiği doğum şeklinin yaş ile ilişkisi……...65

Tablo 4.29: Hekimlerin kendilerini güvende hissettiği doğum şeklinin uzmanlık süresi ile ilişkisi……66

Tablo 4.30: Hekimlerin kendilerini güvende hissettiği doğum şeklinin dava edilme korkusunun sezaryen kararına etkisi ile ilişkisi……....67

Tablo 4.31: Hekimlerin kendini güvende hissettiği doğum şeklinin dava edilme sayısı ile ilişkisi……68

Tablo 4.32: Hekimlerin hukukçular hakkındaki görüşleri……...70

Tablo 4.33: Hekimlerin asistan eğitimi ve uzmanlık pratiklerinde makat doğum yaklaşımı……...74

Tablo 4.34: Hekimlerin asistan eğitimlerinde makat doğum yaklaşımının yaş ile ilişkisi…..74

Tablo 4.35: Hekimlerin asistan eğitimlerinde makat doğum yaklaşımının uzmanlık süresi ile ilişkisi……75

Tablo 4.36: Hekimlerin uzmanlık pratiklerinde makat doğum yaklaşımlarının yaş ile ilişkisi……76

Tablo 4.37: Hekimlerin uzmanlık pratiklerinde makat doğum yaklaşımlarının uzmanlık süresi ile ilişkisi……...77

Tablo 4.38: Hekimlerin uzmanlık pratiklerinde makat doğum yaklaşımlarının dava edilme korkusu ile ilişkisi…….78

Tablo 4.39: Hekimlerin uzmanlık pratiklerinde makat doğum yaklaşımlarının dava edilme sayısı ile ilişkisi…….79

Tablo 4.40: Hekimlerin uzmanlık pratiklerinde makat doğum yaklaşımlarının sezaryen güvenliği ile ilişkisi……...80

Tablo 4.41: Hekimlerin uzmanlık pratiklerinde makat doğum yaklaşımlarının kendilerini güvende hissettikleri doğum şekli ile ilişkisi……81

Tablo 4.42: Hekimlerin asistan eğitimi ve uzmanlık pratiklerinde 4000 gram bebeğe doğum yaklaşımı……...84

Tablo 4.43: Hekimlerin asistan eğitimlerinde 4000 gram bebeğe doğum yaklaşımının yaş ile ilişkisi……85

Tablo 4.44: Hekimlerin asistan eğitimlerinde 4000 gram bebeğe doğum yaklaşımının uzmanlık süresi ile ilişkisi…….86

Tablo 4.45: Hekimlerin uzmanlık pratiklerinde 4000 gram bebeğe doğum yaklaşımlarının yaş ile ilişkisi……...87

Tablo 4.46: Hekimlerin uzmanlık pratiklerinde 4000 gram bebeğe doğum yaklaşımlarının uzmanlık süresi ile ilişkisi…….88

Tablo 4.47: Hekimlerin uzmanlık pratiklerinde 4000 gram bebeğe doğum yaklaşımlarının dava edilme korkusu ile ilişkisi ……89

Tablo 4.48: Hekimlerin uzmanlık pratiklerinde 4000 gram bebeğe doğum yaklaşımlarının dava edilme sayısı ile ilişkisi……90

Tablo 4.49: Hekimlerin uzmanlık pratiklerinde 4000 gram bebeğe doğum yaklaşımlarının sezaryen güvenliği ile ilişkisi……91

Tablo 4.50: Hekimlerin uzmanlık pratiklerinde 4000 gram bebeğe doğum yaklaşımlarının kendilerini güvende hissettikleri doğum şekli ile ilişkisi……..92

Tablo 4.51: Hekimlerin asistan eğitimi ve uzmanlık pratiklerinde vakum kullanım oranları……..94

Tablo 4.52: Hekimlerin asistan eğitimlerinde vakum kullanım oranının yaş ile ilişkisi…....95

Tablo 4.53: Hekimlerin asistan eğitimlerinde vakum kullanım oranının uzmanlık süresi ile ilişkisi……96

Tablo 4.54: Hekimlerin uzmanlık pratiklerinde vakum kullanım oranlarının yaş ile ilişkisi……97

Tablo 4.55: Hekimlerin uzmanlık pratiklerinde vakum kullanım oranlarının uzmanlık süresi ile
ilişkisi…….....98

Tablo 4.56: Hekimlerin uzmanlık pratiklerinde vakum kullanım oranlarının dava edilme korkusu ile ilişkisi…….…99

Tablo 4.57: Hekimlerin uzmanlık pratiklerinde vakum kullanım oranlarının dava edilme sayısı ile ilişkisi……...…100

Tablo 4.58: Hekimlerin uzmanlık pratiklerinde vakum kullanım oranlarının sezaryen güvenliği ile ilişkisi…….……101

Tablo 4.59: Hekimlerin uzmanlık pratiklerinde vakum kullanım oranlarının kendilerini güvende hissettikleri doğum şekli ile ilişkisi……..102

Tablo 4.60: Hekimlerin asistan eğitimi ve uzmanlık pratiklerinde ikiz doğum yaklaşımı…104

Tablo 4.61: Hekimlerin asistan eğitimlerinde ikiz doğumyaklaşımınınyaş ile ilişkisi…....105

Tablo 4.62: Hekimlerin asistan eğitimlerinde ikiz doğum yaklaşımının uzmanlık süresi ile ilişkisi……..106

Tablo 4.63: Hekimlerin uzmanlık pratiklerinde ikiz doğum yaklaşımlarının yaş ile ilişkisi……..107

Tablo 4.64: Hekimlerin uzmanlık pratiklerinde ikiz doğum yaklaşımlarının uzmanlık süresi ile ilişkisi…….108

Tablo 4.65: Hekimlerin uzmanlık pratiklerinde ikiz doğum yaklaşımlarının dava edilme korkusu ile ilişkisi……...109

Tablo 4.66: Hekimlerin uzmanlık pratiklerinde ikiz doğum yaklaşımlarının dava edilme sayısı ile ilişkisi……...110

Tablo 4.67: Hekimlerin uzmanlık pratiklerinde ikiz doğum yaklaşımlarının sezaryen güvenliği hakkındaki düşünceleri ile ilişkisi……111

Tablo 4.68: Hekimlerin uzmanlık pratiklerinde ikiz doğum yaklaşımların kendilerini güvende hissettikleri doğum şekli ile ilişkisi…….112

Tablo 4.69: Hekimlerin sezaryen sonrası vaginal doğum hakkında düşünceleri…….114

Tablo 4.70: Hekimlerin sezaryen sonrası vaginal doğumun desteklenmesi hakkındaki düşüncelerinin dava edilme korkusu ile ilişkisi……...115

Tablo 4.71: Hekimlerin sezaryen sonrası vaginal doğumun desteklenmesi hakkındaki düşüncelerinin dava edilme sayısı ile ilişkisi……..116

Tablo 4.72: Tedavi gebeliklerinde hekimlerindoğumyaklaşımı…….....117

Tablo 4.73: Hekimlerin tedavi gebeliklerinde doğum yaklaşımlarınındava edilme korkusu ile ilişkisi……...118

Tablo 4.74: Hekimlerin tedavi gebeliklerinde doğum yaklaşımlarının dava edilme sayısı ile ilişkisi……...119

Tablo 4.75: Hekimlerin asistan eğitimi ve uzmanlık pratiklerinde ileri anne yaşı gebeliklerinde doğum yaklaşımı……...120

Tablo 4.76: Hekimlerin asistan eğitimlerinde ileri anne yaşı gebeliklerinde doğum yaklaşımının yaş ile ilişkisi……..121

Tablo 4.77: Hekimlerin asistan eğitimlerinde ileri anne yaşı gebeliklerinde doğum yaklaşımının uzmanlık süresi ile ilişkisi……..122

Tablo 4.78: Hekimlerin uzmanlık pratiklerinde ileri anne yaşı gebeliklerinde doğum yaklaşımlarının yaş ile ilişkisi……123

Tablo 4.79: Hekimlerin uzmanlık pratiklerinde ileri anne yaşı gebeliklerinde doğum yaklaşımlarının uzmanlık süresi ile ilişkisi……..124

Tablo 4.80: Hekimlerin uzmanlık pratiklerinde ileri anne yaşı gebeliklerinde doğum yaklaşımlarının dava edilme korkusu ile ilişkisi……...125

Tablo 4.81: Hekimlerin uzmanlık pratiklerinde ileri anne yaşı gebeliklerinde doğum yaklaşımlarının dava edilme sayısı ile ilişkisi……..126

Tablo 4.82: Hekimlerin anne istemli sezaryen hakkındaki düşünceleri……..128

Tablo 4.83: Hekimlerin anne istemi ile sezaryene bakışlarının yaş ile ilişkisi……..……....129

Tablo 4.84: Hekimlerin anne istemi ile sezaryen hakkındaki düşüncelerinin uzmanlık süresi ile ilişkisi……...130

Tablo 4.85: Hekimlerin anne istemi ile sezaryen hakkındaki düşüncelerinin dava edilme korkusunun sezaryen kararlarına etkisi ile ilişkisi……...131

Tablo 4.86: Hekimlerin anne istemi ile sezaryen hakkındaki düşüncelerinin dava edilme sayısı ile ilişkisi……...132

Tablo 4.87: Hekimlerin vaginal doğum takibinde sezaryen istemi durumunda doğum yaklaşımı……..133

Tablo 4.88: Vaginal doğum takibinde medikal endikasyon olmaksızın sezaryen isteminde yaklaşımının dava edilme korkusu ile ilişkisi…….. 134

Tablo 4.89: Vaginaldoğum takibinde medikal endikasyon olmaksızın sezaryen isteminde yaklaşımın dava edilme sayısı ile ilişkisi……..135

Tablo 4.90: Hastaların vaginal ve sezaryen doğum hakkında bilgi düzeyleri……..137

Tablo 4.91: Hekimlerin sezaryen güvenliği hakkındaki düşünceleri……..139

Tablo 4.92: Hekimlerin sezaryen güvenliği hakkındaki düşüncelerinin yaş ile ilişkisi……139

Tablo 4.93: Hekimlerin sezaryen güvenliği hakkındaki düşüncelerinin uzmanlık süresi ile ilişkisi……...140

Tablo 4.94: Hekimlerin sezaryen güvenliği hakkındaki düşüncelerinin dava edilme korkusunun sezaryen kararına etkisi ile ilişkisi……...141

Tablo 4.95: Hekimlerin sezaryen güvenliğihakkındaki düşüncelerinin dava edilme sayısı ile ilişkisi……...142

Tablo 4. 96: Hekimlerin sezaryen oranları hakkında düşünceleri……..144

Tablo 4.97: Hekimlerin ideal sezaryen oranı hakkındaki düşünceleri……144

Tablo 4.98: Hekimlerin ideal sezaryen oranları hakkındaki düşüncelerinin sezaryen güvenliği hakkındaki düşünceleri ile ilişkisi……...145

Tablo 4.99: Hekimlerin sezaryen kararlarını etkileyen durumlar……...…147

Tablo 4.100: Hekimlerin doğum şekli kararlarında hissettikleri özgürlük düzeyi……...147

Tablo 4.101: Hekimlerin doğum şekli kararlarında hissettikleri özgürlük düzeyinin yaş ile ilişkisi..148

Tablo 4.102: Hekimlerin doğum şekli kararlarında hissettikleri özgürlük düzeyinin uzmanlık süresi ile ilişkisi……...149

Tablo 4.103: Hekimlerin doğum şekli kararlarında hissettikleri özgürlük düzeyinin dava edilme korkusu ile ilişkisi……..…150

Tablo 4.104: Hekimlerin doğum şekli kararında hissettikleri özgürlük düzeyinin dava edilme sayısı ile ilişkisi……...151

Tablo 4.105: Hekimlerin doğum şekli kararında hissettikleri özgürlük düzeyinin sezaryen kararlarını etkileyen sebepler ile ilişkisi ……..152

Tablo 4.106: Cezalandırıcı uygulamaların hekimlerin sezaryen kararı üzerindeki etkisi…….153

Tablo 4.107: Vaginal doğumu ödüllendirici uygulamaların hekimlerin sezaryen kararı üzerindeki etkisi…….154

Tablo 4.108: Hekimlerin sezaryen oranlarının düşürülmesine yönelik önlemler hakkında düşünceleri……158

Tablo 4.109: Hekimlerin ülkemizde kadın doğum hekimliğinin geleceği ile ilgili öngörüleri…….161

KISALTMA LİSTESİ

Kısaltmalar	Açıklama
ACOG	: American College of Obstetricians and Gynaecologists
FİGO	: Federation International of Gynecology and Obstetrics
IVF	: InVitroFertilization
NST	: Non-Stres Test
OECD	: Organisation for Economic Co-operationand Development
TJOD	: Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği
WHO	: World Health Organization

ÖZET

[DOKTORA TEZİ]

[MARMARA BÖLGESİ'NDEKİ SEZARYEN UYGULAMALARINDA KARŞILAŞILAN ETİK-HUKUK ÇATIŞMALARI ÜZERİNE NİTEL ve NİCEL BİR DEĞERLENDİRME]

[Fatma KESKİN]

İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü

Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı

Tıp Tarihi ve Etik Programı

[Danışman: Prof. Dr.Gülten DİNÇ]

[**Amaç:** Bu çalışmada Türkiye'de kadın doğum hekimlerinin sezaryen doğuma karar verme süreçleri etik bildirgeler ve yasal düzenlemeler eşliğinde incelenmiştir. Çalışmanın amacı yasal mevzuatın etik ilkelerle çatıştığı noktaları tespit etmek, hekimlerin sezaryen kararlarına etkilerini incelemek ve çözüm önerileri sunarak sezaryen kararlarının azaltılmasına yönelik çalışmalara katkı sağlamaktır. Çalışmanın hipotezi yasal mevzuatın etik ilkelerle çatıştığı durumların kadın doğumhekimlerinin sezaryen kararlarını arttırdığı yönündedir.

Yöntem: Bu amaçla öncelikle konu ile ilgili etik bildirgeler ve yasal mevzuat incelenmiş, 20 kadın doğum hekimi ile yüz yüze açık uçlu yarı yapılandırılmış görüşmeler gerçekleştirilerek sezaryen doğum karar verme süreçlerine etkileri tartışılmıştır. Görüşme sonuçlarından elde edilen veriler ile bir anket çalışması hazırlanarak Marmara Bölgesi'nde çalışan 400 kadın doğum hekiminin katılımı ile gerçekleştirilmiş, görüşme sonuçları test edilerek ülkemiz için genellenebilir sonuçlara ulaşılmıştır.

Bulgular: Çalışmanın sonucunda kadın doğum hekimlerinin doğum takibinde etik yükümlülükler ve yasal düzenlemeler arasında karar vermekte zorlandıkları durumlarda sezaryen doğum yönünde karar verdikleri tespit edilmiştir. Bu durumların başında hekimlerin dava edilme korkusu, hasta ve hasta yakınlarının baskısı ve anne istemi gelmektedir. Tıbbi

ilerlemeye bağlı medikal endikasyonların zaman içinde değişimi ise hekimlerin karar vermesini zorlaştıran bir diğer durum olarak tespit edilmiştir.

Sonuç: Ülkemizde sezaryen doğum oranlarının azaltılmasına yönelik çalışmalar, tıbbi etik ilkelerin uygulanmasını güvence altına almaya yönelik yasal mevzuat düzenleme çalışmaları ile desteklenmelidir.

2022 , 235 sayfa.

Anahtar kelimeler: Sezaryen, Etik-Hukuk, Malpraktis

ABSTRACT

Ph.D. THESIS

ETHİCAL- LEGAL CONFLİCTS on CESAREAN SECTİON PRACTİCES in MARMARA REGİON: A QUANTİTATİVE and QUALİTATİVE EVALUATİON

Fatma KESKİN

İstanbul University-Cerrahpaşa

Institute of Graduate Studies

Department of History of Medicine and Ethics

Programme of History of Medicine and Ethics

Supervisor: Prof. Dr.Gülten DİNÇ

Purpose: In this study, the cesarean section decision-making process of obstetricians in Turkey is investigated in the light of ethical declarations and legal regulations. The aim of the study is to determine the points where the legal legislation conflicts with ethical principles, to examine the effects of physicians on cesarean section decisions and to contribute to the studies on reducing cesarean section decisions by offering solutions. The hypothesis of the study is that the situations in which the legal legislation conflicts with the ethical principles increase the cesarean section decisions of physicians.

Methodology: For this purpose, first of all, ethical declarations and legal regulations related to the subject were studied, face-to-face, open-ended semi-structured interviews were conducted with 20 obstetricians and their effects on cesarean delivery decision-making processes were discussed. A questionnaire study was prepared with the data obtained from the results of the interviews, and it was carried out with the participation of 400 obstetricians working in the Marmara Region, and the results of the interviews were tested and generalizable results were obtained for our country.

Findings: The data obtained indicates that obstetricians make a cesarean section decision when they have difficulty in deciding between ethical obligations and legal regulations in birth follow-up. These are the fear of being sued, the pressure of the patient and their relatives, and the mother's request. In addition, the change in medical indications over time due to medical developments is another situation that makes it difficult for physicians to decide.

Conclusion: Studies to reduce cesarean delivery rates in our country should be supported by legal regulations to ensure the implementation of medica lethical principles.

2022, 235 pages.

Keywords: Cesarean Section, Ethics-Law, Malpractice

1. GİRİŞ

Sezaryen doğum, vaginal doğumun güvenle tamamlanmasının mümkün olmadığı durumlarda batın duvarının kesilerek bebeğin çıkarılması operasyonudur (1,2). Dünya Sağlık Örgütü tüm toplumlar için kabul edilebilir sezaryen oranını 1985 yılında %15 olarak belirlemiş, bu oranın üstündeki sezaryen doğumların anne ve bebek sağlığı açısından faydası olmadığını açıklamıştır. Ülkemizde sezaryen doğumoranları belirtilen oranın çok üstündedir. Türkiye OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development) ülkeleri arasında %54,4 sezaryen doğum oranı ile ilk sırada yer almaktadır (3).

Kadın doğum meslek örgütleri tıbbi gerekçeler olmaksızın yapılan sezaryen uygulamalarını etik bulmamaktadır (4). Bu durumda kadın doğum hekimleri sezaryen kararı verirken etik davranmamak, temel etik ilkelerin ihlali olan; hasta yararını gözetmemek, anne ve bebeğe zarar vermek, hastayı yeterince bilgilendirmemek ve sağlık hizmetlerinin dağıtımında adil davranmayarak gereksiz maliyete sebep olmak eleştirilerine maruz kalmakta, sezaryen uygulaması performans puanlarının düşürülmesi veya vajinal doğum eğitimi verilmesi gibi yaptırımlarla karşı karşıya kalmaktadırlar. Sezaryen oranlarının yüksek olmasına sebep olan faktörler arasında mevcut yasal düzenlemelerin baskısı ise kadın doğum uzmanları tarafından dile getirilmekte fakat bu konuya ilişkin kısıtlı sayıda çalışma bulunmaktadır.

Bu çalışmada mevcut yasal düzenlemelerin kadın doğum hekimlerinin etik karar verme süreçlerine etkisi sezaryen uygulamaları üzerinden araştırılmıştır. Bu amaçla öncelikle konu ile ilgili yasal düzenlemeler ve etik bildirgeler incelenmiş, ardından 20 kadın doğum hekimi ile yüz yüze açık uçlu, yarı yapılandırılmış görüşme gerçekleştirilerek, günlük klinik uygulamada sezaryen kararı verme sürecinde etik hukuk çatışması yaşayıp yaşamadıkları, hangi konularda etik ikilem ve yasal sorun yaşadıkları, hangi etik değerleri ve hukuk yaptırımlarını göz önünde bulundurdukları, bakış açıları, deneyimleri, algıları ve çekinceleri mümkün olduğu ölçüde klinik ve adli vaka örnekleriyle ortaya konmaya çalışılmıştır. Görüşme sonuçlarından elde edilen bilgiler doğrultusunda bir anket hazırlanarak Marmara Bölgesi'nde çalışan 400 kadın doğum hekimine uygulanmış ve genellenebilir sonuçlara ulaşılması hedeflenmiştir. Bu çalışmanın sonucunda günlük tıbbi uygulamada yasal

düzenlemeler ve etik ilkeler arasındaki çatışmalar tespit edilerek, bu durumun kadın doğum hekimlerinin sezaryen karar sürecindeki rolü araştırılmış, ülkemiz için büyük bir sorun olan yüksek sezaryen oranlarına etkisi tartışılmış ve çözüm önerilerinde bulunulmuştur

2. KAVRAMSAL ÇERÇEVE

2.1. GENEL BİLGİLER

Yirminci yüzyılın ikinci yarısından sonra biyoloji, sağlık bilimleri ve biyomedikal teknolojide yaşanan gelişmeler, beraberinde getirdiği birçok etik ikilemle birlikte hızlıca tıp uygulamalarındaki yerini alırken, insan hakları kapsamında kişilik ve özerklik haklarına bağlı olarak hasta haklarının gelişmesi, toplumun tıptan beklentisini orantısız olarak arttırmıştır (5). Toplumun bilgiye kolayca ulaşmasına rağmen tıp uygulamalarının teknik boyutu sebebiyle "tıbbın kötü uygulaması" / "tıbbi hata (malpraktis)" ile "hastanın ya da hekimin elinde olmadan gelişen, istenmeyen durumlar olarak kabul edilen birçok komplikasyonun (öngörülemeyen veya önlenemeyen kötü sonuç / izin verilen risk)" hasta hakları bağlamında şikâyet ve dava konusu olması birçok tıbbi uygulamanın mahkemelerde tartışılmasına ve emsal kararlar alınmasına sebep olmuştur. Böylece geleneksel tıp ahlakı ve Hipokratik etik kavramları yeniden sorgulanırken, değişen tıp etiği ile karşılıklı etkileşim içinde olan yeni bir tıp hukuku kavramı doğmuş ve gelişmiştir (6, 7, 8, 9).

Tıp etiği açısından temel kavramlara kısaca bakılacak olursa;

Ahlak, "toplumların gereksinim ve çıkarları doğrultusunda alışkanlıklar, gelenekler, töreler ve kamuoyunun gücünden destek alan, kendiliğinden biçimlenmiş, genel kabul görmüş bir kurallar sistemidir. Bu anlamda görelidir ve hem toplumdan topluma hem de bir toplumda zaman içinde değişmektedir" (10). Etik, "ahlaki davranışlarımızın doğasını inceleyen, neyin iyi ya da kötü, doğru ya da yanlış olduğunu sorgulayan felsefi bir disiplindir" (11). Temel hedefi en doğru ahlak değerlerini ve eylemlerini belirlemek olan etik, ahlakın aksine evrensellik iddiası taşımakta, evrensel ilke ve değerleri kendine rehber almaktadır (7).

Tıp etiği "tıbbi uygulamalar sırasında ortaya çıkan değer sorunlarının ve çatışmalarının tartışıldığı, açıklığa kavuşturulduğu ve çözüm yollarının bulunmaya çalışıldığı sistemli bir düşünce etkinliğidir" (12).

Sağlık hizmeti sunanların mesleki uygulamalarındaki tutum ve davranışlarını etik yönden savunabilmeleri ve kararlarını haklı çıkarabilmeleri için, bu kararların, etik ilkelere dayandırılmaları gerekmektedir (10). Aydınlatılmış onam, sır saklama, mahremiyete saygı

gösterme, zarar vermeme, bilgilendirme, gerçeği söyleme gibi birçok ilkenin yanında özellikle dört temel ilke ön plana çıkmaktadır. Bunlar; yararlı olma, zarar vermeme, özerkliğe saygı ve adalet ilkeleridir (9).

Sağlık mevzuatı "tıbbi ortamları ve ilişkileri düzenleyen, sağlık çalışanlarının yerine getirmesi ve kaçınması gereken eylemleri belirleyen anayasa maddesi, kanun, ulusal mevzuata dâhil edilmiş uluslararası sözleşme, tüzük, yönetmelik ve daha alt düzeydeki idari düzenlemeler ve içtihat kararları şeklindeki resmi kuralların tümüdür" (10, 13).

Sağlık hukukunun bir alt dalı olan ve özellikle 1960'lardan sonra hızla ilerleyen teknolojinin tıpta kullanımı ile gündeme gelen tıp hukuku; hekim hukuku, medikal hukuk ve ilaç hukukunu düzenlemekte, hekimlerin uymakla yükümlü bulundukları kurallar tıp hukuku içerisinde yer almaktadır (14, 15).

Tıp hukukunun temel kaynağı T.C. Anayasası'dır (18).

Anayasa'nın 17/1. Maddesine göre,

"*Herkes, yaşama, maddi ve manevi varlığını koruma ve geliştirme hakkına sahiptir.*"

Uluslararası belgelerden Avrupa Konseyi'nin 1997 tarihli "Biyoloji ve Tıbbın Uygulanması Bakımından İnsan Hakları ve İnsan Haysiyetinin Korunması Sözleşmesi: İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesi" tıbbın uygulanmasında temel biyoetik ilkeleri hukuk dünyasına aktaran ve yasal bağlayıcılığı olan ilk metin olması nedeniyle önemlidir ve 2004 yılında onaylanarak iç hukukumuzun bir parçası olmuştur (6, 16,17).

Mahkeme kararlarında belirleyici olan bu sözleşmenin "Amaç" bölümünün 1. maddesindeki;

"Bu sözleşmenin tarafları, tüm insanların haysiyetini ve kimliğini koruyacak ve biyoloji ve tıbbın uygulanmasında ayrım yapmadan herkesin bütünlüğüne ve diğer hak ve özgürlüklerine saygı gösterilmesini güvence altına almakla yükümlüdürler"

ve ayrıca "Meslek Kurallarına Uyma" başlıklı 4. maddesindeki:

"Araştırma dâhil, sağlık alanında herhangi bir müdahalenin, ilgili mesleki yükümlülükler ve standartlara uygun olarak yapılması gerekir"

ifadeleri ile her türlü tıbbi müdahalenin mesleki yükümlülükler ve standartlara uygun olarak yapılmasının gerekliliği açıkça belirtilmiştir (6, 15).

Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun, Umumi Hıfzıssıhha Kanunu, Devlet Memurları Kanunu, Nüfus Planlaması Hakkında Kanun, Türk Tabipleri Birliği Kanunu, Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi, Hasta Hakları Yönetmeliği**,** Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği, Türk Tabipler Birliği Hekimlik Meslek Etiği Kuralları sağlık mevzuatının iç hukukumuzdaki kanun, tüzük, yönetmelikler düzeyindeki diğer düzenlemeleridir (19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27).

Hekimlerin uymakla yükümlü oldukları meslek etiği kuralları 1960 tarihli Tıbbi Deontoloji Tüzüğü'nde düzenlenmiştir. Bu tüzüğün 1. maddesinde

"Tabiplerin deontoloji bakımından riayetle mükellef oldukları kaide ve esaslar bu nizamnamede gösterilmiştir"

ifadesi ile bu durum açıkça belirtilmiştir.

Ülkemizde tıp hukukunun dayandığı sağlık mevzuatı genel bir nitelik taşımakta olup son derece karmaşık tıbbi tedavi sürecinde meydana gelebilecek hukuki sorunlar, uygulamada özerk bir hukuk dalını işgal etmekten ziyade Borçlar Kanunu, Ceza Kanunu, İdare Kanunu gibi genel kanun hükümlerinin adapte edilmesiyle çözülmeye çalışılmaktadır (15, 28, 29).

Ayrıca mevzuatın güncel olmaması ve günümüz ihtiyaçlarını karşılayamaması sağlık uygulamalarında belirsizlik yaratabilmektedir. Bu sebeple ülkemizde hekimin hukuki sorumluluğunun belirlenmesinde en büyük rolü içtihatların oluşturduğu ileri sürülmektedir (15).

2.2. ETİK HUKUK İLİŞKİSİ

Hukuk ve etik, her ikisi de toplumsal yaşamı düzenleyen kurallar bütünüdür ve aralarında temelleri sağlam bir ilişki bulunmaktadır. İnsan onuru, hak, adalet, özgürlük gibi temel toplumsal değerler her iki disiplinin başlıca çalışma alanını oluşturmakta ve meşruiyetlerini bu temel değerlerin toplum için vazgeçilemez öneminden almaktadır. Her iki disiplin, konusunu insan eylemlerinden alan, insan eylemlerine sınırlama getiren, birbirini tamamlayan, bazen yazılı bazen de yazısız kurallardan oluşmaktadır. Böylece etik hukukun oluşumuna ve gelişimine yön verirken, temel etik değerler hukuk kuralı haline gelerek toplumda yaşam alanı bulmakta ve korunmaktadır. "Teorik düzeyde iyi; etikle belirlenmekte, ahlak ile uygulanmakta, hukuk ile korunmaktadır" (30, 31, 32).

Teknolojinin tıpta yaygın olarak kullanılması, insan hakları bağlamında hasta haklarının gelişmesi beraberinde yeni etik sorunlar getirerek Hipokratik tıp anlayışının değişmesiyle sonuçlanmıştır. Bu değişim tıp etiği ilkelerinin hukuki olarak güvence altına alınması yönünde çalışmalarda bulunulmasını ve birçok etik ilke ihlalinin hukuki yaptırıma bağlanmasını sağlamıştır. Budüzenlemelerin oluşumunda hekimlik yeminleri ve meslek etiği kodları belirleyici olmuştur (9). Ülkemizde 1928 tarihli 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun, 1960 tarihli Tıbbi Deontoloji Tüzüğü ve 1998 tarihli Hasta Hakları Yönetmeliği mesleki etik ilkelerin denetlenmesine yönelik yasal düzenlemeler arasındadır. Böylece tıbbi etik standartların bir kısmı yasalarla güvence altına alınmıştır (15,32). Ayrıca Türk Tabipler Birliği tarafından 1953 tarih ve 6023 sayılı Türk Tabipler Birliği Kanunu'nun 59. Maddesine dayanılarak hazırlanan 1999 tarihli "Hekimlik Meslek Etiği Kuralları" ile hekimlerin mesleklerini yerine getirirken uymaları zorunlu olan etik kurallar belirlenmiştir (15, 23, 27, 33).

Hukuk kuralları meşruiyetlerini etik ilkelere dayandırmakla birlikte hukuk kuralları ile etik ilkeler her zaman örtüşmemekte ve kendi içinde çelişkiler taşımaktadır. Bu farklılık temel olarak; etiğin doğası gereği soyut ve ideal olup toplumda uygulanabilirliğinin sınırlı olmasına karşın, hukukun somut ve uygulanabilir olması zorunluluğundan kaynaklanmaktadır. Bu sebeple etik ihlal her zaman cezai yaptırım gerektirmezken, hukuki ihlal yaptırım gerektirmektedir (30, 32).

Etik açıdan tartışmalı olan bir husus hukuka uygun ve uygulanabilir olabilirken, yasalardan daha yüksek eylem standartları belirleyen etik ilkenin hukuken uygulanabilirliği sınırlı olabilmektedir (34). Tıbbi uygulamada etik-hukuk çatışmasının yaşandığı durumlarda hekimin kendisini bağlayan mevcut yasalar çerçevesinde vereceği karar ile vicdani sorumluluğunun çevrelediği etik alanı içinde vereceği karar farklı olabilmektedir (35). Etik ile hukukun çatıştığı durumlarda problem esasen yasama organındaki çoğunluğun oyları doğrultusunda çözülmektedir (15). Böylece hekimlik etiğinin çekirdeği olan "vicdani karar özgürlüğü" yasalar tarafından çevrelenmektedir (35).

Tıp etiği hekimlerin karar verirken belli bir sistemde akıl yürütmesine imkân sağlarken tıp hukuku yasal yaptırımlarla bu etkinliği koruma altına almakla birlikte gerek yasal düzenlemelerin ve gerekse etik kodların tıbbi ilerlemeler ve bireysel hak ve özgürlük anlayışındaki hızlı değişimlere bağlı çağımız sorunlarına tatminkâr çözüm sağlaması giderek zorlaşmaktadır (8, 9, 28).

2.3. HEKİM HASTA İLİŞKİSİNİN ETİK BOYUTU

Hekim hasta ilişkisi etik olarak güvene dayalı bir ilişkidir ve içinde şefkat, ilgi, merhamet, dürüstlük, sadakat gibi temel insani erdemleri barındırmaktadır (36). Hekimlerin bireysel niteliklerini, hasta, hasta yakını ve içinde yaşadıkları toplum ile ilişkilerini belirleyen kuralları içeren belgelerin varlığı eski çağlardan beri bilinmektedir. Hekim antları iyi ve doğru olduğu toplum tarafından kabul edilmiş bu kurallara uygun hareket edilmesini teminat altına almak amacıyla ortaya çıkmıştır (9).

Hipokrat Andı'nın güncel şeklini ifade eden ve Dünya Tabipler Birliği 1948 Cenevre Bildirgesi ile belirlenerek 2017'de güncellenen Hekimlik Andı hekim hasta ilişkisinin etik boyutuna işaret etmektedir. Bu metinde hekim tıp mesleğine başlarken yaşamını insanlığın hizmetine adayacağına, hastasının sağlığı ve esenliğine her zaman öncelik vereceğine, hastaların arasında hiçbir ayrım gözetmeyeceğine ve sırlarını saklayacağına yemin etmektedir. Uluslararası Tıp Etiği Kuralları'nda ise hekimin tüm bilgi ve yetilerini hastasının hizmetine sunmakla yükümlü olduğu belirtilmekte ve nihayet 1998 tarihli Türk Tabipler Birliği Meslek Etiği Kuralları'nda hekimlerin uymakla yükümlü oldukları etik ilkeler temel olarak; yararlılık, zarar vermeme, özerkliğe saygı ve adalet olarak tanımlanmaktadır. Buna göre hekimin başlıca görevi bilimsel gerekleri yerine getirerek hastaları iyileştirmeye çalışmak ve görevini yerine getirirken vicdani ve bilimsel kanaatine göre hareket etmektir (37).

2.4. HEKİM HASTA İLİŞKİSİNİN HUKUKİ BOYUTU

Ülkemizde hekim hasta ilişkisini özel olarak tanımlayan bir hukuki düzenleme bulunmamakta, yasalardaki bu boşluk Borçlar Kanunu, Ceza Kanunu ve İdare Hukuku'nun konuyla ilişkili olabilecek bölümleri ile doldurulmaya çalışılmaktadır. Etik ilkeler bütün hekim hasta ilişkilerinde geçerli ve belirleyici iken, kamuda çalışan hekim, muayenehanede çalışan hekim ve özel hastanede çalışan hekimin hasta ile olan ilişkisi farklı yasal düzenlemelere tabidir. Bu durumda hekim tüm tıbbi uygulamalarında medeni hukuk, idare hukuku ve ceza hukuku yönünden sorumluluk taşımaktadır (15,38).

2.4.1. Medeni Hukuk Yönünden Hekim Sorumluluğu

Bağımsız çalışan hekim ile hasta arasındaki hukuksal ilişki sözleşme ilişkisidir. Sözleşme sorumluluğunun oluşabilmesi için hekim ile hasta arasında zarardan önce açık veya örtülü olarak bir sözleşme ilişkisine girilmiş olması gerekmektedir. Türk hukukunda hâkim olan görüş, hekim ile hasta arasındaki bu sözleşmenin Borçlar Kanunu'nun 502. maddesine göre vekâlet sözleşmesi özelliklerine uygun olduğudur. Vekâlet sözleşmesi, vekile, müvekkilinin menfaatine ve iradesine uygun bir sonuca yönelen bir iş görmeyi, başarılı sonuç elde edilememesi rizikosu ona ait olmamak üzere nispeten bağımsız olarak yapma borcu yükleyen bir sözleşmedir (15, 39).

Vekâletin alınamadığı acil durumlarda ve bilincin kapalı olduğu hallerde sözleşme ilişkisi kurulması mümkün olmadığından "vekâletsiz iş görme" ilişkisi bulunduğu kabul edilmektedir. Hasta ile hekim arasında sözleşmeye aykırı bir davranış olması veya hasta ile hekim arasında bir sözleşme ilişkisi olmaması durumunda ise "haksız fiil" ilişkisi söz konusudur. Haksız fiil sorumluluğunun oluşabilmesi için (1) bir zararın olması, (2) işlenen fiilin haksız olması, (3) kusur ve ihmalin bulunması, (4) zarar ile haksız fiil arasında sebep sonuç ilişkisinin bulunması gerekmektedir (15, 39).

Borçlar Kanunu'nun 41. maddesine göre;

"Bir kimseyi ister bile bile ister ihmal yoluyla hukuka aykırı olarak zarara uğratan kişi bu zararı karşılamakla yükümlüdür."

Hak arama özgürlüğü dava edilen kişinin kusurlu olup olmamasından bağımsız olarak Anayasa'nın 36. maddesindeki

"Herkes, meşru vasıta ve yollardan faydalanmak suretiyle yargı mercileri önünde davacı veya davalı olarak iddia ve savunma ile adil yargılanma hakkına sahiptir."

ifadesi ile teminat altına alınmıştır (6).

Tıbbi uygulama hatasına bağlı zarar gördüğünü düşünen hasta ve hasta yakını gördüğü zararın tazmini noktasında tazminat davası açma hakkına sahiptir. Bu hak Hasta Hakları Yönetmeliği'nin 42. maddesindeki,

"Hastanın ve hasta ile ilgili bulunanların, hasta haklarının ihlali halinde, mevzuat çerçevesinde her türlü müracaat, şikâyet ve dava hakkı vardır"

ifadesi ile de desteklenmektedir.

Görevli mahkeme, vekâlet sözleşmeleri Yeni Tüketici Kanunu kapsamında olduğu için tüketici mahkemeleridir. Tüketici mahkemelerinde dava açmak için harç uygulaması 2014 yılında kaldırılmış olup dava açmak kolaylaşmıştır. Haksız fiil davalarında görevli mahkeme asliye hukuk mahkemesidir (15).

Özel hastanede ise vekâlet sözleşmesi hasta ile hekim arasında değil hasta ile hastane arasında kurulmuş olur. Özel hastaneler ticari işletme konumunda olmaları sebebiyle görevli mahkeme ticaret mahkemesi olmakla beraber uygulamada davalar tüketici mahkemelerinde görülmektedir. Bu durumda hekim ile hasta arasında başka bir hukuki ilişki bulunmadığı için hekim haksız fiil hükümleri uyarınca sorumlu olur ve haksız fiilden kaynaklanan zararlarda tazminat davalarında görevli mahkeme asliye hukuk mahkemesidir (15,39).

2.4.2. İdare Hukuku Yönünden Hekim Sorumluluğu

Kamu hastanesi ile hasta arasındaki ilişki hastanın kamu hizmetinden yararlanan kişi olması dolayısıyla bir sözleşme ilişkisi değil idare hukuku ilişkisidir. Kamu hastanelerinde yapılan tıbbi müdahalelerden doğan zararlarda "idarenin hizmet kusuru" söz konusudur ve sorumluluk kamu hukuku kurallarına göre idarenindir. Bu durumda kamu hastanelerinde gerçekleştirilen hatalı tıbbi müdahalelerden dolayı tazminat sorumluluğu devlete aittir. Bu itibarla tazminat davası idareye karşı açılabilmekte ancak idare sorumlu olan hekime kişisel kusuru varsa haksız fiil oranında rücu edebilmektedir. Görevli mahkeme ise idare mahkemesidir (15).

Anayasa'nın 40/3. maddesine göre;

"Kişinin resmi görevliler tarafından vaki haksız işlemler sonucu uğradığı zarar da kanuna göre devletçe tazmin edilir."

Anayasa'nın 125. maddesine göre;

" İdarenin her türlü işlem ve eylemine karşı yargı yolu açıktır. İdare kendi işlem ve eylemlerinden kaynaklanan zararı ödemekle yükümlüdür."

Anayasa'nın 129/4. maddesine göre,

"Memurlar ve diğer kamu görevlilerinin yetkilerini kullanırken işledikleri kusurlardan doğan tazminat davaları, kendilerine rücu edilmek kaydıyla ve kanunun gösterdiği şekil ve şartlara uygun olarak, ancak idare aleyhine açılabilir."

Devlet Memurları Kanunu'nun 13. maddesi,

"*Kişiler kamu hukukuna tabi görevlerle ilgili olarak uğradıkları zararlardan dolayı bu görevleri yerine getiren personel aleyhine değil, ilgili kurum aleyhine dava açarlar."*

ifadeleri ile bu durum açıkça belirtilmektedir.

Ek olarak dava doğrudan hekimin sigortasına karşı da açılabilmektedir. Bu durumda hekimin çalıştığı kurumun bir önemi yoktur ve görevli mahkeme ticaret mahkemesidir. Ancak uygulamada tüketici mahkemelerine de dava açılabilmektedir (15).

2.4.3. Ceza Hukuku Yönünden Hekim Sorumluluğu

Hekimin tıp biliminin kurallarına uymayarak dikkat ve özen yükümlülüğüne aykırılık dolayısıyla bir kimsenin ölümüne yol açması veya vücut bütünlüğüne zarar vermesi durumunda Türk Ceza Kanunu'nun 22/2. maddesine göre taksirle öldürme veya yaralama suçu oluşmaktadır (40). Türk Hukuku'nda hekimlere yönelik özel bir taksirle öldürme veya yaralama suçu bulunmamakta, bu boşluk genel ceza kanunları ile doldurulmaya çalışılmaktadır. Görevli mahkeme ise asliye ceza mahkemesidir (15).

Taksir Türk Ceza Kanunu'nun 22. maddesinde tanımlanmıştır:

"Taksir, dikkat ve özen yükümlülüğüne aykırılık dolayısıyla, bir davranışın suçun kanuni tanımında belirtilen neticesi öngörülemeyerek gerçekleştirilmesidir."

Bilinçli taksir ise Türk Ceza Kanunu'nun 22/3 maddesinde,

"Kişinin öngördüğü neticeyi istememesine karşın neticenin meydana gelmesi" şeklinde tanımlanmış olup ve cezayı arttıran bir durum olarak belirtilmiştir.

Yaralama, Türk Ceza Kanunu'nun 86. maddesinde,

"Başkasının vücuduna acı verme, sağlığını bozma ya da algılama yeteneğinin bozulmasına neden olma"

şeklinde tanımlanmış olup taksirle yaralama suçunun cezasının üç aydan bir yıla kadar hapis veya adli para cezası, taksirle öldürme suçunun cezasının ise iki yıldan altı yıla kadar hapis cezası olduğu belirtilmiştir (41).

2.5. TIBBİ UYGULAMA HATASI (MALPRAKTİS) ve KOMPLİKASYON

Malpraktis ve komplikasyon ayrımı tıp hukukunun temel konularından biridir. Hekimlerin tıbbi uygulamalarında malpraktis nedeniyle meydana gelen zararlardan sorumlu tutulacakları ancak komplikasyon nedeniyle meydana gelen zararlardan sorumlu tutulmayacakları kabul edilmektedir (42).

Dünya Tabipler Birliği'nin 1992 yılında yaptığı tanıma göre malpraktis,

"*Hekimin tedavi sırasında standart uygulama yapmaması, beceri eksikliği veya hastaya tedavi vermemesi ile oluşan zarardır."*

Türk Tabipler Birliği Hekimlik Meslek Etiği Kuralları'nın "Hekimliğin Kötü Uygulaması (Malpraktis)" başlıklı 13. maddesinde malpraktis,

"*Bilgisizlik, deneyimsizlik ya da ilgisizlik nedeniyle bir hastanın zarar görmesi*" olarak tanımlanmaktadır.

Yargıtay da malpraktisi benzer şekilde,

"Doktorun tıbbi müdahale sırasında standart uygulamayı yapmaması, bilgi, beceri veya deneyim eksikliği ile yanlış ya da eksik teşhis veya tedavide bulunması, gerektiği ölçüde ilgi ve itina göstermemesi neticesinde tehlike ve zarar oluşturan eylemler"

olarak tanımlamaktadır (15, 42).

Danıştay'ın malpraktis tanımı ise

"*tıbbi uygulama, aydınlatma ve organizasyon kusurundan herhangi birinin meydana gelmesi sonucu oluşan zarar"* şeklindedir.

Sonuç olarak malpraktis kusura dayalı bir sorumluluktur. Kusur "gerekli özenin gösterilmemiş" olmasıdır. Özenin ölçüsü ise "ortalama beceriye sahip tedbirli bir doktorun aynı hal ve şartlar altında göstereceği özen" olarak tanımlanmıştır (15,42).

Komplikasyon *"tıbbi müdahale esnasında öngörülmeyen veya öngörülse bile önlenemeyen durum, istenmeyen sonuç*" ifadeleriyle tanımlanmakta ve kusur olarak kabul edilmemektedir (28, 29, 43).

Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi'nin 13. maddesinde,

"Tabip ve diş tabibi, ilmi icaplara uygun olarak teşhis koyar ve gereken tedaviyi tatbik eder. Bu faaliyetlerinin mutlak surette şifa ile neticelenmemesinden dolayı, deontoloji bakımından muaheze edilemez."

ifadesi ile gerekli özenin gösterilmesine rağmen meydana gelen istenmeyen sonuçlardan hekimin sorumlu tutulamayacağı teminat altına alınmıştır.

Yargıtay'ın görüşü de *"vekilin iş görürken yöneldiği sonucun elde edilememesinden değil ancak bu sonuca ulaşmak için yaptığı uğraşların özenle yürütülmemesinden sorumlu olduğu"* yönündedir (42).

Bu durumda tıbbi uygulama sırasında oluşan bir zararın özen yükümlülüğünün ihlali sonucu mu, yoksa izin verilen risk kapsamında mı gerçekleştiğinin tespiti için bilirkişi incelemesine ihtiyaç bulunmaktadır (40).

Tıbbi uygulama hataları tıp, hukuk, kamu hizmeti, tıp eğitimi gibi farklı disiplinlerin çalışma alanlarını ilgilendiren çok boyutlu ve karmaşık bir yapılanma göstermektedir. Tıbbi uygulama hatalarını oluşturan sebeplerin, hastalar, hekimler, yardımcı sağlık personeli, sağlık hizmetinin idari yapılanması ve imkânları dâhil çok katmanlı ve çok boyutlu sorunları bünyesinde barındırması itibarıyla malpraktis davaları, anlaşılması ve çözüme ulaştırılması son derece güç davalardır. Bu güçlüğe uygun hukuki yapılanmanın eksikliği ise birçok belirsizliği beraberinde getirmektedir (43).

Malpraktis davalarında özen yükümlülüğündeki ihlallerin saptanabilmesi için teşhis ve tedavide standart uygulamanın önemi ve gereği yasal metinlerde dile getirilmiş, hekimlerin standardı takip etmek ve uygulamak durumunda olduğuna işaret edilmiştir (15, 43).

Biyotıp Sözleşmesi'nin 4. maddesindeki,

"Araştırma dâhil, sağlık alanında herhangi bir müdahalenin, ilgili mesleki yükümlülükler ve standartlara uygun olarak yapılması gerekir"

Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi'nin13/1-2. maddesindeki,

"Hekim ilmi icaplara uygun olarak teşhis koyar ve gereken tedaviyi tatbik eder, tababet prensip ve kaidelerine aykırı mahiyette teşhis ve tedavi yasaktır."

Hasta Hakları Yönetmeliği'nin 11. maddesindeki,

"Hasta modern tıbbi bilgi ve teknolojinin gereklerine uygun olarak teşhisinim konulmasını, tedavisinin yapılmasını ve bakımını istemek hakkına sahiptir."

ifadeleri ile bu durum açık olarak belirtilmiştir.

Ancak tanımlanan bu standartlar genel niteliklidir ve tıbbi uygulamalarda farklı tanı ve tedavi standartlarının uygulanabilirliği, tıbbi bilginin artış hızına bağlı olarak standartların sürekli değiştiği göz önüne alındığında bu durum dava sürecinde belirsizlik yaratmaktadır (43, 44).

Hekimin mesleğini uygularken göstereceği özenin ölçüsü "ortalama bilgi ve beceriye sahip" bir hekimin göstereceği özen olarak tanımlanmıştır (15).

Hasta Hakları Yönetmeliği'nin 14. maddesine göre,

"Personel hastanın durumunun gerektirdiği tıbbi özeni gösterir.

Borçlar Kanunu'nun 506. maddesine göre,

"Vekil üstlendiği iş ve hizmetleri, vekâlet verenin haklı menfaatlerini gözeterek, sadakat ve özenle yürütmekle yükümlüdür. Vekilin özen borcundan doğan sorumluluğunun belirlenmesinde, benzer alanda iş ve hizmetleri üstlenen basiretli bir vekilin göstermesi gereken davranış esas alınır."

Hekimin özen yükümlülüğünün ölçüsü olarak kabul edilen "ortalama bilgi ve beceriye sahip hekim" tanımı ülkemizde tıp fakültelerinde farklı bilgi ve beceriye sahip hekimlerin yetişmesi, farklı uygulama imkânı ve farklı mesleki tecrübeye sahip olmaları bakımından yargı sürecinde belirsizlikler barındırmaktadır (43).

Malpraktis davaları ile ilgili bir diğer önemli güçlük yargılanma süresinin uzunluğudur**.** Ülkemizde tıbbi uygulama hatalarına yönelik özel bir mevzuatın bulunmaması, hukukçuların bu konuda tecrübesiz oluşu tıbbi hata ile komplikasyon ayrımında belirsizliklere sebep olmakta, bu belirsizlik yargılama süresinin çok uzamasına ve tarafların yargılamanın stresine uzun süre maruz kalmasına sebep olmaktadır (15, 43, 45, 46, 47).

Makul sürede yargılanma hakkı, adil yargılanma hakkının en önemli unsurlarından biridir. Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesi 6. maddesi ve Anayasa'nın 141. maddesi ile güvence altına alınmıştır. Gerek Avrupa İnsan Hakları Mahkemesi ve gerek Anayasa Mahkemesi'nde görülen bireysel başvuru uyuşmazlıklarının büyük bölümü makul sürede yargılanma hakkıyla ilgilidir (45).

Bu ilkenin amacı hakka en kısa sürede kavuşulmasını sağlayarak tarafların endişe içinde yaşamalarını önlemektir. Ancak bütün davalar için standart bir makul süre bulunmayıp davanın özelliklerine göre farklılık göstermektedir. Makul sürenin tayini için üç temel ölçütten hareket edilir. Bunlar dava konusunun niteliği, tarafların tutumu, ulusal yargı makamlarının davranışları olup yargılamaya konu olan olayın niteliği makul sürenin tayinini belirleyen en önemli husustur (45, 46, 47).

Hastalık ve tedavi süreçlerinin karmaşık yapısı itibariyle tıbbi uygulama hatası sonucu yaralanma diğer yaralanma davalarında ele alınan neden sonuç ilişkisine göre değerlendirilememektedir. Tıbbın sahip olduğu belirsizlikler, insan psikolojisi ve fizyolojisindeki farklılıklar, tıbbi müdahalelerin içerdiği riskler sebebiyle gerekli özen ve dikkat gösterilmesine karşın her zaman istenmeyen bir neticenin meydana gelebileceği kabul edilmektedir (42, 43).

Hekimler, çalışma şartlarına ilişkin özelliklerin tıbbi hata oluşumuna en üst seviyede etki eden faktör olduğunu düşünmektedirler. Nitekim kadın doğum hekimlerinin hata yapma ihtimallerinin arttığı acil şartlarda ve baskı altında, dikkatin azaldığı, yorgunluğun arttığı, personel sayısının azaldığı gece saatlerinde çalışmasının hukukta bir karşılığının olmaması da önemli bir baskı unsurudur (15, 28, 48, 49, 50, 51, 52, 53).

2.6. ZORUNLU MESLEKİ SORUMLULUK SİGORTASI

Hekimlerin malpraktisle suçlanması 19. yüzyıla kadar söz konusu değilken özellikle 1840'dan sonra tıbbi uygulama hatası nedeniyle açılan dava sayısında önemli bir artış

olmuştur (44,54). Tıbbi bilginin artması, tıbbi teknoloji kullanımının riskli uygulamaları arttırması, toplumun sağlık hizmeti algısının değişmesi, medyanın hekimlere karşı olumsuz ve hastaları hak aramaya yönlendiren tutumu bu artışın sebepleri arasındadır (55).

Malpraktis davalarının ülkemizde de artması hatalı tıbbi uygulama sonucunda uğranılan zararın tazmin edilmesinde güçlüklere sebep olmuştur. Bu sorun, temeli Amerika Birleşik Devletleri'nde atılmış olan bir sigorta sistemi ile giderilmeye çalışılmıştır. Tıbbi Kötü Uygulamaya İlişkin Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortası, temelde tıbbi uygulama hatalarının mahkeme ve sigorta yoluyla tazmin sistemi olup hekimin kusuruna bağlıdır. 2006 yılında isteğe bağlı, 2010 yılında zorunlu hale getirilen sistemin iki amacı tıbbi uygulama hatalarını azaltmak ve hastaların zararlarını tazmin etmektir (56, 57).

1219 sayılı Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun'a getirilen ek 12. madde ile tabipler, diş tabipleri ve tıpta uzmanlık mevzuatına göre uzman olanlar için tıbbi kötü uygulamaya ilişkin mali sorumluluk sigortası zorunlu hale getirilmiştir (58).

İsteğe bağlı genel mesleki sorumluluk sigortasının zorunlu hale getirilmesinin gerekçesi olarak, hasta haklarının gelişmesiyle tıbbi kötü uygulama davalarının artması ve tazminat taleplerinin karşılanmasında sıkıntılar yaşanması sebebiyle bir sigorta sistemi kurularak zararın karşılanması ve hekimlerin güvenceye alınması gösterilmiştir (59).

Yasanın yürürlüğe girmesiyle sosyal, ekonomik, etik ve hukuk açısından şiddetli tartışmalar söz konusu olmuştur. Tartışmalar, zorunlu mesleki sorumluluk sigortasının tıbbi uygulama hatalarını tespit edip önlemekten ziyade tazminatları ödeme sonucuna odaklı olduğu, hekimleri hastaların hedefi haline getirerek dava sayısını arttırdığı, hekim hasta ilişkisini bozduğu, hastanın zararını karşılamakta yetersiz kaldığı, ödenen tazminatın büyük bir kısmının mahkeme ve avukat masraflarına harcandığı noktalarında yoğunlaşmıştır. Ek olarak tıbbi uygulama hatalarını oluşturan sebeplerin tespit edilip önleneceğine dair bir kanıtın olmadığı iddia edilmiştir (56,68). Ayrıca hekimlerin riskli branşları seçmemesi, defansif tıp uygulamalarının artması ve hekimlerin makul çalışma şartları olan ülkelere göç etmesine sebep olabileceği yönünde eleştiriler yapılmıştır (58, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67).

Tıbbi uygulama hatalarının temelde mahkeme ve tazminat sistemi ile çözülmeye çalışıldığı birçok ülke zaman içinde yüksek riskli branşlarda çalışan hekimlerin yüksek malpraktis riski sebebiyle hastalara müdahale etmekte çekingen davrandıklarını ve bu durumun sağlık sistemi üzerine etkilerini yayınlamaya başlamıştır (69, 70, 71, 72, 73, 74, 75).

2.7. SEZARYEN DOĞUMUN TARİHÇESİ

Sezaryen doğum, batın ve uterus duvarına yapılan cerrahi kesi ile bir fetüsün doğumu olarak tanımlanır (1).

Sezaryen teriminin kökeni belirsiz olup bu konuda üç temel açıklama mevcuttur. Açıklamaların ilki, efsaneye göre Julius Caesar'ın bu şekilde doğmuş olması sebebiyle operasyonun bu isimle anıldığıdır. Fakat sezaryen doğumun ölümcül olduğu bir dönemde, Caesar'ın annesinin operasyondan sonra uzun yıllar yaşadığının bilinmesi bu iddiayı zayıflatmaktadır (1).

İkinci açıklama Roma İmparatoru Numa Pompilius'un M. Ö. 8. yüzyılda çıkardığı bir kanuna dayandırılmaktadır. Bu kanun hamile kadınların çocuk çıkartılmadan gömülmesini yasaklamaktadır. İlk olarak lex regia (kralın kuralı veya kanunu) olarak bilinen bu durum imparatorların etkisi altında lex caesarea olmuş ve operasyon da sezaryen operasyonu olarak tanınmıştır. Almancadaki karşılığı olan Kaiserschnitt (Kaiser kesisi) de bu önermeyi kuvvetlendirmektedir (1).

Üçüncü açıklama ise "caesarean" kelimesinin Orta Çağ'da Latince "caedere" (kesmek) kelimesinden türetildiği olup oldukça kabul görmektedir (1).

"Caesarean" kelimesi ilk olarak 1581 yılında Rousset tarafından "A New Treatise on Hysterotomotokie or Ceasarean Childbirth" adlı kitabında, "Caesarean section" ifadesi ise ilk defa 1598 yılında Guillimeau tarafından kullanılmış olmakla beraber 19. yüzyılın ikinci yarısına kadar "sezaryen operasyonu" ifadesi daha yaygın olarak tercih edilmiştir(76).

Sezaryen doğumun tarihini 1500'den önce, 1500-1876 arası ve 1876'dan sonra olmak üzere üç dönemde incelemek mümkündür.

2.7.1. 1500'den Önce

Sezaryen operasyonunun antik çağdan beri neredeyse tüm kültürlerde yapıldığı söylencelerle desteklense ve ilk sezaryenlerin kırsal bölgelerde mutfak masalarında veya yataklarda yapıldığı düşünülse de 1500'lü yıllara kadar canlı kadında sezaryen yapıldığına dair bir belge yoktur (77).

1500'lerden önce sezaryen annenin hayatını kurtarmak için değil, ölü veya ölüme yakın kadınlarda bebeğin hayatını kurtarmak amacıyla yapılan umutsuz bir girişimdi. Bu amaçla hamileliğinin son aylarında ölen kadınların sezaryen yapılmadan gömülmesi

yasaklanmıştır. Bunun ilk yazılı belgesi M.Ö. 715-672 yılları arasında hüküm süren ikinci Roma Kralı Numa Pompilia'nın Lex Regia'sıdır. "Kralın kanunu hamile kadının çocuk çıkarılmadan gömülmesini yasaklar. Kim ki bunun aksini yaparsa yaşam vaadinin yok olmasına sebep olur**" (**78).

Dini gereklilikler de post-mortem sezaryenin yapılmasında belirleyici olmuştur. M.S. 1280'de Roma Katolik Kilisesi Meclisi doğmamış çocuğun vaftiz yoluyla kurtarılabilmesi için post-mortem sezaryen yapılmasını emretmiştir. 1749'da Sicilya Kralı Charles, post-mortem sezaryen yapmayı ihmal eden hekimlerin adam öldürme ile suçlanacaklarını bildirmiş ve post-mortem sezaryen yapmayan bir hekimi ölüm cezasına çarptırmıştır. 1757'de Avusturya'da çıkarılan bir kanun annenin altıncı gebelik ayından sonra ölmesi halinde hekimin post-mortem sezaryen operasyonu yapmasını zorunlu kılmıştır (76).

Ölü anneden bebeğin çıkarılması işlemi, Hipokrat, İbni Sina, Celsus ve Paulus Aegineta tarafından bahsedilmemiş olmasına karşın M.Ö. 140'da yayınlandığı düşünülen, Yahudiler'in kutsal metinleri olan Mishnagoth'daki dört pasajın, annenin iyileştiği başarılı sezaryen ameliyatlarına işaret ettiği düşünülmektedir. Bu pasajlar Exodus XIII ve Leviticus XII'ye dayandırılır. Mischnagoth'ta ikiz gebeliklerde batının açılmasıyla doğan birinci bebeğin de ikinci bebeğin de ilk çocuk haklarından yararlanamayacağı söylenmektedir. Yine Talmud'un eki olan Nidda'da batının kesilmesiyle doğum yapan kadınlarda arınma ritüeline gerek olmadığı belirtilmektedir (79).

İslam inancının temel metinleri olan Kuran ve Sünnet'te sezaryen ameliyatı ile ilgili bir bilgi yoktur. Bununla birlikte 4.-5. yüzyılda yazılmış olan Susruta Samhita'da sezaryenden bahsedilmesi ölüm sonrası sezaryenin Hint Medeniyeti'nde İslam dininden önce bilindiği ve uygulandığını göstermektedir (80).

Yine 1000 yılında Ebu Reyhan Muhammed El-Biruni tarafından yazılan "El-Asarul Bakıye ve al-Khaliye" isimli kitabında sezaryen ayrıntılı olarak resmedilmiştir (81). Biruni, kronolojik olarak ulusların tarihini anlattığı bu kitapta, Caesar Augustus' un (63 BCE-14 CE) annesinin ölümünü takiben sezaryen ameliyatı ile doğurtulduğunu, ayrıca Samani hükümdarı Nasır'a (914-943) isyan eden lider Ahmet ibn Sahl'ın (ö:920) da annesinin ölümünü takiben sezaryen ile doğduğunu yazmıştır (82).

1013 yılında Kordoba'da ölen ünlü İslam cerrahı Eb-ul Kasım bin Abbas al-Zahravi 30 ciltlik tasrifinde bütün obstetrik operasyonlardan ayrıntılı olarak bahsetmesine karşın sezaryenden bahsetmemiştir (82).

Afrika'da ise 1879 yılında Uganda'da başarılı bir sezaryen ameliyatına tanık olan İngiliz gezgin R.W. Felkin ameliyatı ayrıntılı resmini yaparak anlatmış ve yerli halkın sezaryen ameliyatını yapmakta deneyimli olduğunu belirtmiştir (83).

2.7.2. 1500-1876 Arası

1500'lü yıllar canlı kadında sezaryenin yapıldığına dair ilk kayıtların başladığı dönemdir. Bu yıllarda doğumun başlangıcında çağrılan ebe diğer kadınlarla beraber doğumu yönetiyor, bir zorlukla karşılaştıklarında cerrahları yardıma çağırıyorlardı. Ancak bu çağrı doğum başladıktan üç dört gün kadar sonra, anne iyice bitkin düştüğü, birçok faydasız müdahale sonucunda enfeksiyon ihtimalinin çok arttığı bir zamanda ve çoğu zaman bebek öldükten sonra oluyor, sonrasında annenin hayatını kurtarmak için ölü bebeğe kraniotomi yapılıyordu (76).

Bu dönemde anne ve bebeğin hayatını kurtarmak amacıyla yaşayan kadında sezaryeni öneren ilk kişi birtıp doktoru olan Francis Rousset'dir (1530-1603). Rousset kendisi hiç yapmamış olmasına rağmen 1581'de yayınladığı "A New Treatise on Hysterotomotokie or Ceasarean Childbirth" adlı kitabında sezaryenin endikasyonları ve risklerini belirtmiştir. Sezaryenin canlı kadında yapıldığına dair ilk yazılı kayıt bu kitabın 1586 yılında yapılan Latince çevirisine İsviçre Basel'den Gaspard Bauhin tarafından eklenmiştir. Bu kayıt Jacob Nufer'in1500 yılında karısına yaptığı sezaryendir. Yapıldığı söylenen tarihten 82 yıl sonra kayda geçmiş olması ve sonrasında karısının biri ikiz olmak üzere beş tane daha vaginal doğum yapmış olması bu kayıtın doğruluğu ile ilgili şüpheler oluşturmuştur. Rüptür olmaksızın vaginal doğum yapmış olması sebebiyle bunun extrauterin abdominal gebelik olduğu yönünde yaygın bir kanaat oluşmuştur (84).

Rousset, sezaryenin kaçınılmaz olarak ölümcül olduğu ve başarılı olmasının mümkün olmadığını düşünen çağdaşları tarafından büyük bir tepkiyle karşılanmış ve bir şarlatan olarak kabul edilmiştir (84).

Ambroise Paré de 1579'da yaşayan kadında sezaryeni şiddetle eleştirmiş, bir kişinin annenin karnını ve rahmini keserek bebeği çıkardığını gördüğünü iddia etmesine inanmasının mümkün olmadığını belirtmiştir. Birçok komplikasyon içeren ve annenin ölümüne sebep olabilecek bu çok riskli ve umutsuz operasyonu önermemekle birlikte anne ölmüşse cerrahın sezaryen yapmaya hazır olması gerektiğini de ilave etmiştir (85).

Pare'nin öğrencisi olan Guillaume ise 1598'deki çalışmasında kendi başarısız deneyimlerini anlatmış ve birkaç başarılı vakanın takdirle karşılanması gerektiğini ama bunun bilim olmadığını ve genellenemeyeceğini söylemiştir (86).

Yine dönemin ünlü cerrahı Francis Mauriceau 1668'de yazdığı ve olağanüstü resimlerle süslediği "The Disease of Women with Child and in Child Bed" kitabında sezaryene kesinlikle karşı çıkmış ve kendisinden sonraki doğum hekimlerini de etkilemiştir**.** Bununla birlikte annenin ölümünden hemen sonra sezaryen yapılmasını önermiş ve sezaryen tekniğini ayrıntılarıyla tarif etmiştir. Parisli cerrah ve doğum doktoru Pierre Dionis bir yüzyıl sonra sezaryen tekniği ve gerekli aletleri tanımladığı kitabında yaşayan kadında bu operasyona şiddetle karşı çıkmış ve bu ameliyatı canlı kadında yapacak kadar cesur olanların bu kasaplıkları için en ağır şekilde cezalandırılmayı hak ettiğini iddia etmiştir (78). Paris cerrahi cemiyeti de sezaryeni reddetmiş, 200 yüzyıl boyunca ciddiye alınmayan Rousset'in kitabı ancak 19. yüzyılda dikkat çekmiş ve Rousset sezaryenin babası olarak kabul edilmiştir (87).

Yaşayan kadında belgelenmiş ilk başarılı sezaryen ameliyatı 21 Nisan 1610 yılında Almanya Wittenberg'de Jeremias Trautmann tarafından yapılmıştır. Canlı ve sağlıklı bir bebek doğurtulmuş fakat enfekte olan anne operasyondan 25 gün sonra aniden ölmüştür (76, 78).

1700'lere gelindiğinde her ne kadar canlı kadında sezaryen tartışılıyor ve nadir olarak başarılı vakalar rapor ediliyor olsa da sezaryen anne için halen ölümcül bir operasyondur. Beslenme bozukluğu ve raşitizm gibi hastalıklara bağlı olarak hastaların genel durumu iyi değildir. Birçoğu günlerce doğum sancısı çekmiş ve birçok vaginal müdahaleye maruz kalmasına rağmen doğuramamıştır. Anestezi ve asepsinin bilinmediği bu dönemde ameliyat tekniği oldukça kabadır. İki güçlü asistan anneyi sıkıca tutmakta, abdomen bir bisturiyle ikiye ayrılmaktadır. Abdominal insizyon için belli bir yer yoktur. Batının sağ veya sol tarafından dikey, bazen oblik şekilde açılır. Uterusa longitudinal bir insizyon yapılır, asistan bağırsakların dışarı çıkmasını elleriyle önlemeye çalışırken bebek ve plasenta alınır. Uterus açık bırakılır, abdominal duvar birkaç sütürle yaklaştırılıp üzeri plasterle kapatılır. Hastaların büyük kısmı ameliyattan sonra enfeksiyon veya kanama sebebiyle kaybedilir, başarılı vakalar rapor edilmesine karşın başarısız vakalar genellikle rapor edilmez (78).

Bununla birlikte 18.Yüzyıl, Avrupa ve Amerika şehirlerinde hastanelerin kurulmaya ve fakir halka hizmet vermeye başladığı bir dönemdir. Evde yapılan doğumların hastanelere

kaymasıyla hekimler gittikçe artan oranlarda doğumda yer almaya başlamıştır. Bu dönemde anatomik modeller kullanılarak kadın anatomisi ve doğum mekanizması uygulamalı olarak çalışılmış, kadın pelvisinin şekil ve boyutları, raşitizm gibi doğumu zorlaştıran kemik hastalıkları tanımlanmıştır. Zor doğumlarda hekimler doğumun erken döneminde kraniotomi ile anne ölümlerini azaltmaya çalışmışlardır. Fakat doğumun erken döneminde canlı bebeğe kraniotomi uygulayarak anne hayatını kurtarmak ile bebek hayatını kurtarmak amacıyla canlı kadında sezaryen yapmak arasında kalan hekimler ikiye bölünmüş ve tartışmalar başta Fransa olmak üzere tüm Avrupa'da uzun yıllar boyunca devam etmiştir. Hekimlerin bir kısmı canlı bebekte kraniotominin bir cinayet olduğunu ve çocuğa vaftiz edilmek fırsatı tanımadığını iddia ederken diğer kısmı kraniotomi yapılmadığı takdirde anne ve bebek ölümünün kaçınılmaz olduğunu, hekimin ilk görevinin ise öncelikle anneyi kurtarmak olduğunu savunmuştur (76, 78).

Bu ortamda bebeğin hayatını kurtarmak için canlı kadında sezaryen yaparak anneyi neredeyse mutlak bir ölüme terk etmekle, annenin hayatını kurtarmak için canlı bebeğe kraniotomi yapmak arasında çözümsüz kalan hekimler çareyi teologlara başvurmakta bulmuşlardır. 30 Mart 1733'de Paris Üniversitesi Teoloji Bölümü tarafından düzenlenen raporda, bu durumun hukuki ve vicdani iki yönü olduğu, hukuki olarak annenin hayatını kurtarmak için bebeğin hayatının feda edilebileceği ama vicdani olarak annenin çocuğunun vaftiz edilebilmesini sağlamak için kendi hayatını feda etmeyi tercih edebileceği belirtilmiştir. Böylece Katolik Avrupa'da sezaryen tartışmaları ve uygulamaları daha erken başlarken Protestan İngiltere'de kraniotomi daha güvenli bulunmuş ve uygulanmıştır (78).

Britanya'da ilk sezaryen 1737'de Edinburg'da Mr. Smith tarafından yapılmış, hasta operasyondan 18 saat sonra ölmüştür**.** 1738 yılında bir ebe olan Mary Donally tarafından yapılan ve annenin iyileştiği başarılı sezaryen ameliyatına rağmen sezaryen İngiltere'de fazla kabul görmemiştir (89). 18. yüzyılın ikinci yarısına gelindiğinde İngiltere'de sezaryen doğumu öneren ilk kişi John Burton olmuştur. 1751'de "An Essa yTowards a Complete New System of Midwifery" çalışmasında Burton kendisi yapmamış olmasına rağmen operasyonun ayrıntılı tasvirini yaparak, anne ve bebeğin canlı, pelvisin vaginal muayeneye izin vermeyecek derecede dar ve normal yoldan doğumun mümkün olmadığı durumlarda, anneyi kesin bir ölüme terk etmenin insanlık dışı olduğunu yazmıştır (90).

1752 yılında William Smellie "A Treatise on the Theory and Practice of Midwifery" adlı kitabında doğumun mekanizmasını fetal başın inişi, yerleşmesi, flexion, internal rotasyon,

extension, external rotasyon ve expulsiyonu tanımlayarak doğuma bilimsel bir boyut kazandırmıştır (91). Smellie'nin 1754'de yayınladığı "A Sett of Anatomical Tablets" ise obstetriye çok büyük bir katkı sağlamış, ayrıntılı çizimleriyle gebelik ve doğumu tanımladığı kitabı uzun yıllar obstetri eğitiminde kullanılmıştır (76,78).

Yine bu dönemde İngiltere'de Francis Glisson pelvisi de içeren kemik deformitelerine sebep olan raşitizmi tanımlarken Hendrik van Deventer pelvis boyut ve şekli hakkında kesin tanımlamalar yapmış ve raşitizmin sebep olduğu pelvik darlığın obstetrik öneminden bahsetmiştir (76).

1792 yılında William Osborn "Essays on the Practise of Midwifery in Natural and Difficult Labours" çalışmasında pelvik yapı bozukluğunun derecesinin öneminden bahsederek ilk defa kesin ölçüler vermiştir. Matür bebeğin kafa çapının 3,5-4 inç olduğunu ve pelvis çapının 2. ¾ inçden küçük olduğu durumlarda matür bir bebeğin doğumunun mümkün olmadığını, bu durumda kraniotomi veya sezaryenden birinin kaçınılmaz olduğunu söylemiştir. Sezaryeni korkunç bulan Osborn bu durumda annenin hayatının değerinden bahsetmiş, bebeğin anne karnında ağrı duymadığını iddia ederek kraniotomiyi önermiştir (92).

2.7.3. 1876'dan Sonra

19. yüzyılın ilk 75 yılında Avrupa'da sezaryen ameliyatları gittikçe artan bir sıklıkta yapılırken, Amerika'da ilk sezaryen 1827'de gerçekleştirilmiştir. İngiltere'de ise Fleetwod Churchill "On the Theory and Practice Midwifery" kitabının 1860 baskısına "Obstetric Morality" adlı bir bölüm ekleyerek canlı bir çocuğun kraniotomi ile parçalanmasının ahlaki ve gayri ahlakiliğini; dini, hukuki ve obstetrik açıdan sorgulayarak kraniotomi ve sezaryende anne ve bebek ölüm oranlarını karşılaştırmış, kraniotominin daha güvenli olduğunu ve sezaryenin "son çare" olduğunu savunmuştur (93).

Sezaryen sonrası maternal mortalitenin Amerika'da %56, Avrupa'da %62, İngiltere'de %72 olduğu bu dönemde Percival Willoughby 1863'de yayınladığı "Observations in Midwifery" de sezaryenin faydasız olduğunun birçok kadının telef olmasıyla kanıtlandığını, İngiltere'de bu operasyonun yapılmadığını, kendisinin de konuyu sessizlikle karşıladığını yazmıştır (78, 94, 95).

Fakat 1861'de Semmelweis'in fenolün antiseptik olarak kullanımına dikkat çekmesi ve 1867 yılında Joseph Lister'in fenolü cerrahide antiseptik olarak kullanmasıyla operasyon sonrası enfeksiyon oranlarında büyük bir düşüş yaşanmış, 1847'de James Simpson'un

kloroformu anestezik olarak kullanması ise cerrahi uygulamalarda devrim niteliğinde gelişmelere sebep olarak 1890'larda sezaryen sonrası maternal mortalite ilk defa %20'lere düşmüştür (94, 95, 96).

Profesör Porro'nun porro operasyonunu tanımladığı 1876 yılı ise sezaryen tarihinin dönüm noktasıdır. Porro, sezaryen doğumu takiben uterusun alınmasının kanama ve enfeksiyonu kontrol altına alabileceğini düşünerek bu operasyonu 1876 yılında 25 yaşında, 120 cm boyunda ve pelvisi raşitizmden dolayı ileri derecede bozuk, primipar bir kadında gerçekleştirmiştir. Porro ile asistanının ellerini dilüe karbolik asit solüsyonu ile yıkadığı, hastaya kloroform uygulandığı ve yedi saat süren bu ameliyattan sonra maternal mortalite %25'lere gerilemiştir (76).

1882'de Alman cerrah Max Sanger'in uterus insizyon kenarlarını ve peritonu tam olarak birleştirerek uterus içeriğinin karın boşluğuna sızmasını engellediği uterus sütür tekniği ile artık hastanın uterusunun alınmasına gerek kalmamış ve porro operasyonu önemini kaybetmiştir (97). Kraniotomi ihtiyacını ortadan kaldıran ve anne için daha güvenli olan Sanger tekniği Avrupa ve Amerika'da kabul görmüş ve anne ölüm oranları gözle görülür şekilde azalmıştır (76, 98).

1882'de Heidelberg'den Kehrer'in kanamanın az olduğu ve yaranın kolayca kapandığı uterus alt segment transvers insizyonunu önermesi, 1926 yılında J. Munro Kerr'in alt uterus transvers insizyonunu standart hale getirmesiyle 19. yüzyıl sonu-20. yüzyıl başlarında anne ölüm oranları %10'lara kadar düşmüş ve sezaryen kraniotomiye alternatif olarak uygulanmaya başlanmıştır (94).

20. yüzyıla gelindiğinde anne bebek ölüm oranlarının düşmesiyle sezaryen endikasyonları da hızla artmaya başlamıştır. Sanger'den önce sezaryen sadece ileri derecede pelvik darlıkta yapılırken, Sanger tekniğinden sonra artık primigravid makatlar, bütün yüz, alın, yan gelişler ve 35 yaşın üzerindeki ilk gebeliklerde sezaryen önerilmeye başlanmıştır. Her ne kadar bu öneriler kabul edilemez bulunarak bir kötüye kullanım olduğu belirtilmiş ve sezaryen oranı %2'yi geçmemiş ise de sezaryen endikasyonları genişlemeye devam etmiş, kordon basısı, tekrarlayan fetal ölümler ve tonik kasılmalar, doğum yolunu tıkayan durumlar, uterin kanamalar da sezaryen endikasyonu olmuştur. Ek olarak annede kardiak hastalıklar, maniak korea, myastenia gravis, genitalleri etkileyen anazarka gibi yapısal durumlar da sezaryen endikasyonları arasına girmiştir. Bazı hastanelerde sezaryen oranlarının %14'e

çıkmasıyla R. W. Holmes 1915 de "Obstetrics, a Lost Art" kitabında sezaryenin artık gerçek obstetrik pratiğin yerine geçtiğinden şikâyet etmiştir (78). Henry Jellet ise 1927'de "The Abuse of Caesarean Section" makalesinde normal vaginal doğumun çok daha tatmin edici alternatifler sunması sebebiyle sezaryenin nadiren gerekli olduğunu, acil riskleri ve sakatlayıcı etkisi nedeniyle mümkün olduğu kadar kaçınılması gerektiğini yazmıştır (99).

Bununla birlikte 1928 yılında penisilinin bulunması, 1943'de ilaç olarak kullanılmaya başlanması ve başarılı kan transfüzyonlarıyla cerrahi enfeksiyon oranı %2'lere düşerek, sezaryen doğumla vaginal doğum arasındaki mortalite ve morbidite farkı azalmış ve yüzyıl sona erdiğinde sezaryen; anne, bebek ve doktorun hayatını kolaylaştıracak bir uygulama haline gelmiştir (77, 100).

Günümüzde cerrahi ve anestezinin daha konforlu bir zemine kavuşmasıyla preeklampsi, erken membran rüptürü, non reaktif nst, oligohidramnios, ikiz gebelikler, gelişme geriliği, tedavi gebelikleri ve ileri yaş gebelikleri de sezaryen endikasyonu olarak geniş kabul görmektedir. Günümüzün en tartışmalı konusu olan medikal endikasyon olmaksızın anne istemiyle sezaryen doğum ise insan hakları ve hasta özerkliği kapsamında birçok hekim tarafından tanınmakta ve sezaryen bugün için en sık uygulanan ve üzerinde en çok tartışılan cerrahi prosedür olmaya devem etmektedir (101).

2.8. ANNE ve BEBEK AÇISINDAN SEZARYEN ve VAGİNAL DOĞUM

Vaginal doğum ve sezaryen doğumun her ikisinin de kendine özgü avantajları ve komplikasyonları bulunmaktadır. Sezaryen doğumda kanama, emboli, enfeksiyon riski vaginal doğuma göre daha yüksektir. Sezaryen sayısı arttıkça geçirilmiş cerrahiye bağlı kanama, barsak ve mesane yaralanması, hayatı tehdit eden plasenta akreata ve histerektomi riski artmakta, çok nadir olmakla birlikte anesteziye bağlı maternal ölüm görülebilmektedir. Vaginal doğumda ise perine hasarı, üriner inkontinans ve pelvik taban bozukluklarının görülme riski daha yüksektir. Bebek açısından değerlendirildiğinde, sezaryen doğumda solunum sıkıntısı oranı daha yüksek, doğum travması ve ölü doğum oranları daha düşüktür. Vaginal doğumda ise cilt laserasyonları sık görülmekle birlikte sefal hematom, omuz distosisi, klavikula kırığı, brakiyal plexus hasarı, fasyal sinir palsisi nadir görülen komplikasyonlardandır (102).

3. YÖNTEM

Çalışmanın başlangıcında sezaryen doğum ile ilgili bir literatür çalışması yapılarak genel bilgiler derlenmiş, bu kapsamda asıl konuya giriş olarak; etik hukuk ilişkisi, hekim hasta ilişkisinin etik ve hukuki boyutu, tıbbi uygulama hatası (malptaktis) ve komplikasyon, zorunlu mesleki sorumluluk sigortası, anne ve bebek açısından sezaryen ve vaginal doğum konuları literatüre dayalı olarak irdelenmiş ayrıca konunun tarihsel yönü de ortaya konulmuştur.

Ancak çalışma esas olarak, etik- hukuk çatışmasının kadın doğum hekimlerinin sezaryen kararı üzerine etkisini araştırmak amacıyla ilk aşaması nitel ve ikinci aşaması nicel olmak üzere iki aşamalı olarak planlanmıştır. İlk aşama, uygulamada ortaya çıkan sorunların anlaşılması ve çözüm arayışı üretmeye yönelik olması sebebi ile "nitel araştırma" yöntemlerinden "eylem araştırması" niteliğindedir. Bu aşamada 20 kadın doğum hekimi ile görüşülerek günlük pratiklerinde en çok uyguladıkları cerrahi prosedür olan sezaryen doğum kararı verirken; hangi konularda etik hukuk çatışması yaşadıkları, nasıl karar verdikleri ve bu kararları verirken hangi etik değerleri ve hukuk yaptırımlarını göz önünde bulundurdukları anlaşılmaya çalışılmış, bakış açıları, deneyimleri, algıları ve çekinceleri mümkün olduğu ölçüde klinik ve adli vaka örnekleriyle ortaya konmaya çalışılmıştır. Ülkemizde bu konuda literatürün kısıtlı olması sebebiyle bu ilk aşama gerekli bulunmuştur.

İkinci aşamada ise ilk aşamada elde edilen veriler doğrultusunda bir anket hazırlanarak 400 kadın doğum hekiminin katılımı ile gerçekleştirilmiş ve genellenebilir sonuçlara ulaşılmıştır.

Çalışmanın ilk aşamasını oluşturan görüşmeler Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 02.10.2019 tarih ve 71522473/050.01.04/125 sayılı onayı ve Sakarya İl Sağlık Müdürlüğü'nün 19.09.2019 tarih ve 24404279-604.02 sayılı oluru ile 16.10.2019-12.01.2020 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Veri toplama yöntemi olarak "gözlem" ve "görüşme" teknikleri kullanılmıştır. Konu ile ilgili etik bildirgeler ve yasal düzenlemelerin incelenmesi ve yapılan gözlemler sonucunda yarı yapılandırılmış açık uçlu sorular hazırlanarak, önce bilgilendirilmiş gönüllü olur formunda yazılanlar kendilerine açıklanmış, sonrasında okumaları sağlanıp

onamları alınmış ve sorular "yüz yüze görüşme" tekniği ile doğal çalışma ortamlarında hekimlere yöneltilmiştir.

Hekimlere dört tema etrafında dört grup soru yöneltilmiştir. İlk grup sorularda; kadın doğum hekimlerinin mesleki algılarını anlamak amacıyla kendilerini tanıtmaları istenerek, meslekleri hakkındaki düşünceleri, kadın doğumu seçme sebepleri, mesleklerinin memnun oldukları ve olmadıkları yönleri ve sebepleri anlaşılmaya çalışılmış, bu grup sorular "meslek" teması adı altında toplanmıştır.

İkinci grup sorularda; kadın doğum hekimlerinin günlük pratiklerinde sezaryen kararı verirken hangi duygu ve düşüncelerle hareket ettikleri, bu duygu ve düşüncelerin etik değerler ve hukuk yaptırımları arasındaki seçimlerine etkileri ve bu etkilerin sonuçları anlaşılmaya çalışılmış, bu grup sorular "psikolojik durum" teması altında toplanmıştır.

Üçüncü grup sorularda; asistanlık eğitiminden günümüze kadar olan süreçte mesleki uygulamalardaki değişim, bu değişimin sezaryen kararı verme süreçlerine etkisi, sebep ve sonuçları anlaşılmaya çalışılmış, bu grup sorular "değişim"teması altında toplanmıştır.

Dördüncü ve son grup sorularda ise kadın doğum hekimlerinin sezaryen kararlarını azaltıcı önlemler ve çözüm önerileri üzerinde tartışılmış, bu grup sorular "çözüm önerileri" teması altında toplanmıştır.

Önceden hazırlanmış olmakla birlikte sorulara tümüyle bağlı kalınmamış, soruların sırayla değil, yeri geldikçe yöneltilmesi ile görüşmenin rahat ve akıcı olması sağlanmıştır. Görüşmecilerin önemli gördükleri konuları gündeme getirmelerine imkân verilerek konu tüm yönleriyle ele alınmaya çalışılmış, yönlendirmeden kaçınmak amacıyla bazı sorular gündeme getirilmemiştir. Çapraz sorular ve tekrarlarla çalışmanın iç güvenirliği sağlanmaya çalışılmıştır. Görüşmede süre kısıtlaması yapılmamış, görüşmeler 20-75 dakika arasında, ortalama 39 dakika olarak kaydedilmiştir. Görüşmeler sırasında görüşmecilerin onamları dâhilinde ses kayıtları alınmış, deşifre edilerek bilgisayar ortamına aktarılmıştır. Maxqda 2020 nitel veri analiz programı kullanılarak kodlama yapılmış, temalar belirlenmiş, betimsel ve içerik analizi yapılarak ilk sonuçlara ulaşılmaya çalışılmıştır.

Çalışmanın ikinci aşamasında ilk aşamada yapılan görüşmeler neticesinde elde edilen bilgilerin düzenlenip sadeleştirilmesi ile bir anket oluşturulmuştur. Bu anket çalışması ile daha çok sayıda kadın doğum hekiminin çalışmaya katılması sağlanarak görüşme sonuçlarının test edilmesi ve genellenebilir sonuçlara ulaşılması hedeflenmiştir. Anket 50 adet soru

içermekte olup, ortalama cevaplama süresi yedi dakika olarak planlanmıştır. Ancak verilerin elenmesi aşamasında yetersiz katılımın olduğu beş soru değerlendirmeden çıkartılmıştır. Deneme uygulamaları ve uzman görüşleri ile anketin iç ve dış güvenirliği sağlamlaştırılmıştır. Çalışmanın ikinci aşamasını hazırlanan anket uygulaması oluşturmuştur. Anket soruları görüşme sorularına paralel olarak dört bölüm halinde hazırlanmıştır.

Çalışma evrenini Marmara Bölgesi'nde çalışan kadın doğum hekimleri oluşturmuştur. Çalışmaya katılma kriteri olarak Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanlık Sınavını başarı ile tamamlayarak kadın hastalıkları ve doğum uzmanı olarak çalışmaya hak kazanmış olmak temel alınmıştır. Bu bağlamda kadın hastalıkları ve doğum asistanları çalışmaya dâhil edilmemiştir. Çalışma evreni olarak belirlenen Marmara Bölgesi'nde çalışan kadın doğum hekimlerinin sayısının yaklaşık olarak 2000 olduğu tespit edilmiş, buna göre örneklem büyüklüğü, %95 güven aralığı ve %5 hata toleransı kullanılarak 322 katılımcı olarak belirlenmiş, sonuçta 400 kadın doğum hekiminin katılımıyla tamamlanmıştır. Örneklem yöntemi olarak olasılıklı örneklem yöntemlerinden basit tesadüfî örneklem kullanılmıştır. Anket, Ağustos 2020 ile Haziran 2021 tarihleri arasında online olarak uygulanmış olup 450 hekim çalışmaya katılmış, katılma kriterlerini karşılamayan 50 anket çalışmadan çıkartılmıştır. Araştırmada elde edilen veriler SPSS 25.0 (Statistical Package for Social Sciences) programı kullanılarak analiz edilmiştir. Veriler değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotlar (sayı, yüzde) ve iki kategorik değişkenin karşılaştırılmasında ki-kare analizi kullanılmıştır.

Çalışmanın anket bölümü Marmara Bölgesi şehirlerindeki kamu hastanelerinde çalışan hekimler ile ve yüz yüze olarak planlanmış ancak çalışma sırasında yaşanan covid-19 pandemisi sebebiyle hekimlere ulaşmada güçlük yaşanmıştır. Çalışma sırasında yaşanan bu kısıtlılık sebebiyle Sakarya Üniversitesi Klinik Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'nun 09.11.2020 tarih ve 71522473/050.01.04/568 numaralı değişiklik kararı ile özel hastanelerde çalışan hekimler de çalışmaya dahil edilmiş, çalışma süresi uzatılarak online olarak devam ettirilmiştir. Online çalışmalarda yaşanan katılımcıların kontrol edilememesi sorunu ise kriterleri karşılamayan ve tutarsız cevaplar içeren anketlerin titiz bir eleme süreci ile çalışmadan çıkarılması ile aşılmaya çalışılmıştır.

4. BULGULAR

Çalışmanın ilk aşamasına, yaşları 30-59 arasında olan 20 hekim katılmış olup katılımcıların ortalama yaşı: 41,9, ortalama uzmanlık süresi 10,7 yıl olarak tespit edilmiştir. Anket bölümüne ise yaşları 27-75 arasında 400 hekim katılmış olup ortalama yaş 44,43, ortalama uzmanlık süresi 14,28 yıl olarak tespit edilmiştir.

Tablo 4.1: Katılımcıların demografik özellikleri

		N	**%**
Yaş	30-35	81	20,3
	36-40	79	19,8
	41-45	75	18,8
	46-50	65	16,3
	51-75	100	25,0
Uzmanlık süresi (yıl)	0-5	89	22,3
	6-10	81	20,3
	11-15	66	16,5
	16-20	55	13,8
	>21	109	27,3
Çalışılan şehir	Balıkesir	12	3,0
	Bilecik	3	0,8
	Bursa	63	15,8
	Çanakkale	6	1,5
	Edirne	9	2,3
	İstanbul	179	44,8
	Kocaeli	41	10,3
	Kırklareli	9	2,3
	Sakarya	51	12,8
	Tekirdağ	21	5,3
	Yalova	6	1,5
Çalışılan kurum	Kamu	215	53,8
	Özel	185	46,3
	Toplam	400	100,0

4.1. MESLEK

Bu grup sorularda kadın doğum hekimlerinin meslekleri ile ilgili algıları anlaşılmaya çalışılmıştır. Kadın doğum branşını seçme sebepleri, bu seçimde etkili olan faktörler, gelinen süreçte mesleki memnuniyetleri ve sebepleri tartışılmıştır. Bu amaçla hekimlere aşağıdaki sorular yönlendirilmiştir, mülakat ve anket sonuçları ayrı ayrı özetlenmiştir.

"Kadın doğum mesleğini isteyerek mi seçtiniz?"

Tüm görüşmeciler kadın doğum mesleğini isteyerek seçtiklerini belirtmişlerdir. 20 hekimden 10'u tüm tercihlerinin kadın doğum olduğunu, başka tercihte bulunmadıklarını, kadın doğumun hayallerindeki meslek olduğunu özellikle belirtirken, 10 hekim başka tercihlerinin de olduğunu ama kadın doğumu da severek ve isteyerek yazdıklarını ifade etmiştir.

Örn. *"İsteyerek seçtim. Bütün tercihlerim kadın doğumdu. Ama öncesinde anestezi kazandım. Bir yıl sonra her şeyi bıraktım. Spinal ve epidural anesteziyi öğrenmiştim, ortamım da iyiydi ama vazgeçtim. Herşeyi bıraktım, istifa ettim, tüm tercihlerim kadın doğum olacak şekilde yazdım." (H:16, 43 yaşında, 10 yıllık uzman)*

"Kadın doğum dışında bir bölüm yazmayı hiçbir zaman düşünmedim." (H:17, 39 yaşında, 3 yıllık uzman)

"Kesinlikle isteyerek seçtim. Bütün tercihlerim kadın doğumdu." (H:14, 58 yaşında,29 yıllık uzman)

"Benim üç tane tercihim vardı: Kardiyoloji, kadın doğum ve KBB. Ama daha çok kadın doğum yazdım." (H:17, 39 yaşında, 3 yıllık uzman)

"Evet, cerrahi branş istediğim için kadın doğum da vardı bunların içerisinde. Ama diğer cerrahi branşlardan da vardı, KBB, ortopedi gibi." (H:5, 41 yaşında, 10 yıllık uzman)

Anket sonuçlarına göre hekimlerin branş tercihleri ile ilgili düşünceleri yüzde ve frekans değerleri ile Tablo 4.2'de özetlenmiştir.

Tablo 4.2: Hekimlerin branş tercihleri

		N	%
Kadın doğum bölümünü isteyerek mi seçtiniz?	A-Evet, tüm tercihlerim kadın doğumdu.	189	47,3
	B-Evet, başka tercihlerim de vardı ama kadın doğum ilk sıralardaydı.	181	45,3
	C-Evet, başka tercihlerim de vardı, kadın doğum son sıralardaydı.	27	6,8
	D-Hayır, açıkta kalmamak için seçtim.	3	0,8
	Toplam	400	100

"Hangi etmenler kadın doğumu seçmenize sebep oldu?"

Hekimler kadın doğum mesleğini seçme sebepleri olarak birden fazla neden göstermişlerdir. İlk sırada doğumun sevinçli ve mutlu bir olay olması 10 hekim tarafından, cerrahi bir branş olması ise dokuz hekim tarafından kadın doğumu seçme sebebi olarak gösterilmiştir. Bu sebeplere ilave olarak 5 hekim kadın doğumun cerrahi ve dahili olarak yapılabiliyor olmasını, 5 hekim spesifik bir branş olmasını, 5 hekim insanlara yardım etme isteğini, 4 hekim ekonomik olarak kazançlı olmasını, 4 hekim de mesleğin saygın olmasını seçme sebepleri arasında göstermiştir.

Örn. *"Hem kazancı boldu o zamanlar hem diğer bölümlere göre çok daha karizmatikti benim bakış açıma göre." (H:7, 41 yaşında, 11 yıllık uzman)*

"Aslında kadın doğum benim ideal mesleğimdi. Çünkü tanıyı net doğru koyuyorsun, tedavini kendin yapıyorsun, başka yere pek ihtiyacın olmuyor. Bir de şöyle bir gerçek var, ben en çok tıpta en beğendiğim tarafı, kutsal bir mesleğin en kutsal tarafı kadın doğum olduğunu düşünüyorum. Çünkü bir ailenin çocuğuna ilk dokunan sensin." (H:10, 39 yaşında, 10 yıllık uzman)

"Şu an para kazanma gibi bir beklentim yok. Zaten benim başladığım dönemde de kadın doğumun o maddi kazancı azalmış durumdaydı. Daha çok mesleki olarak tatmin edici olması, kendi başıma hem ultrason yapıp tanı koymam hem ameliyat hem poliklinik hem doğum. Kendi kararımı kendim veriyor olmak. Şu an mesleki tatmin ve manevi haz yönünde ilerliyorum." (H:11, 35 yaşında, 1aylık uzman)

"Babamın annesi ikinci doğumunda ölmüş. Dedem sonra tekrar evlenmiş, üvey kardeşleri olmuş. Doğumda ölmüş hikâyesi arka planda beni etkiledi. Bir daha dünyaya gelsem kesinlikle doktor olmam ama bir daha doktor olsam yine kadın doğumcu olurum, seviyorum." (H: 15, 33 yaşında,2 yıllık uzman)

"İstanbul'da Haseki Devlet Hastanesi'nde doğmuşum. İlk çocuğum ben, işte çocuğumuz sağlıklı doğar büyürse doktor olsun, kız olursa da kadın doğumcu olsun diyorlar. Ben bu hikâye ile büyüdüm hep. Annem hep bunu anlatırdı." (H: 16, 43 yaşında, 10 yıllık uzman)

"Ben aslında doktorluğu çok seviyorum çünkü fakir bir ailenin çocuğuydum. Her zaman özellikle fakir insanlara karşı, sosyoekonomik düzeyi düşük insanlara karşı yardım etme isteğim olmuştur. Kadın doğumu seçmemdeki asıl sebep benim annemin, 6 tane çocuk doğurdu ama 3 tane de ölü doğumunun olması. Ben bu hikâyeyle büyüdüğüm için hep doğum olaylarına, kadın doğuma bir ilgi duymuştum zaten. Sonra tıp fakültesine girdiğim zamanlardan itibaren hep kadın doğumcu olacağım demiştim. Zaten ihtisas süresinde de başka bir bölüm yazmadım, yazmayı da düşünmedim. Halen de severek yapıyorum." (H: 17, 39 yaşında, 3 yıllık uzman)

"Doğduğum kasabada birkaç kişinin doğum sırasında problemler yaşadığını, o zaman kadın doğum uzmanı olmadığı için, ebe de olmadığı için, ilerde hekim olursam kadın doğum uzmanı olacağım dedim. Bir kez daha gelsem yine kadın doğum uzmanı olurum."(H: 19, 59 yaşında, 21 yıllık uzman)

Anket sonuçlarına göre hekimlerin kadın doğumu seçme sebepleri yüzde ve frekans değerleri ile Tablo 4.3' de özetlenmiştir.

Tablo 4.3: Hekimlerin kadın doğumu seçme sebepleri

		N	%
Hangi etmenler sizi kadın doğum hekimi olmaya yönlendirdi? (Birden fazla seçenek işaretlenebilir.)	A-Doğumun mutlu bir olay olması	112	28,0
	B-Cerrahi branş olması	129	32,3
	C-Hem cerrahi hem dâhili kısmının olması	243	60,8
	D-Ekonomik kazancının iyi olması	136	34,0
	E-İnsanlara yardım etme isteği	85	21,3
	F-Spesifik bir branş olması	153	38,3

"Mesleğinizin memnun olduğunuz ve olmadığınız yönleri nelerdir?"

Çalışmaya katılan hekimlerin tamamı; hukuki baskının, tazminat miktarlarının yüksekliğinin ve hekim hasta ilişkisinin bozulmuş olmasının mesleklerini yapmayı zorlaştırdığını ifade etmişlerdir. Bunun yanında 10 hekim ekonomik karşılığının olmamasını, yedi hekim şiddet ve baskı görme endişesini ek olarak belirtmiştir.

Örn. *"Olayı anlamakta zorlanıyorum ben hala, yani bunun muhatabı ben değilim. Mesela alkollü ameliyata girdim hastaya bir şey oldu tamam bundan yargılanmayı kabul ediyorum yani benim normal, bilincim açık, normal nöbet tutarken olası bir komplikasyondan yargılanmayı hatta sadece yargılanma süreci de değil oraya gelene kadar da vatandaşların fiziksel ve sözlü saldırılarına hakaretlerine maruz kalmayı kabullenemiyorum." (H:4, 50 yaşında, 13 yıllık uzman)*

"Zaman içinde en çok dava edilen branşlardan biri olması, maddi kazancın da gitgide kötüye gitmesi nedeniyle pişman olduğumuz yönleri oldu." (H:5, 41 yaşında, 10 yıllık uzman)

"Kazanç olarak kesinlikle öyle bir şey yok. Çok ciddi bir ters dönüş var o konuda, ciddi bir dezavantaj var. Manevi tatmin açısından da aynı şekilde felaket bir uçurum var. Hayır, asistanlığımda kesinlikle böyle düşünmüyordum. Önceden doktor olmanın farklı bir ayrıcalığı olduğunu düşünüyordum ve hissediyordum."(H: 7, 41 yaşında, 11 yıllık uzman)

"İlk başlarda memnundum, tatmindim, seviyordum çünkü dava çok açılmıyordu. Korkmuyordum, yapıyordum, doğum da yaptırıyordum, ameliyat da yapıyordum, hastalar da o şekildeydi ama şimdi farklı tabi." (H:8, 48 yaşında, 19 yıllık uzman)

"Kaçmamın asıl sebebi ise maddi getirisinin ortadan kaybolmasının yanı sıra kazandığını da kaybedebilme ihtimali. Bu da beni davalarla, o soğuk duvarlarla, o dinlemeyen hâkimlerle karşı karşıya getireceğinden bırakıyorsun."(H:10, 39 yaşında, 10 yıllık uzman)

"Şu an hevesle istekle çalışıyorum. Zaman ne gösterir bilmiyorum, inşallah bu hevesim kırılmaz. Tabi ki zamanın getirdiği, bizim hekimlere karşı olan tavırlar ve bu malpraktis davaları bizi biraz daha kütleştiriyor. Ama şu an ümitliyim." (H:11, 35 yaşında, 1 aylık uzman)

"En memnun olmadığım yönü malpraktisdavaları, başıma bir şey gelmesi. Hasta geldiği zaman ben bu hastadan nasıl zarar görmem gözüyle bakıyorsun. Ondan sonra hastaya

nasıl faydalı olabilirim şeklinde bir yaklaşımın oluyor. O şekilde çalışıyoruz yani maalesef." (H:12, 33 yaşında, 4 yıllık uzman)

"İki kişiydik mecburi hizmette.15 gün 15 gün icap tuttuğumuz için gitmiyorduk da bir yere, yalnız bırakmak istemiyorduk birbirimizi. Destek oluyorduk çünkü ne an ne geleceği belli değil. Çok talihsiz bir olay olmuş ben gitmeden önce, 3 gün arayla anne ve bebek ext olmuş. Çok kötü bir intibaıyla başladım ben. Diğer arkadaş hayati tehditten dolayı kaçmış oradan. Çok kötü geçti, nasıl bitirdim ama bitirdim işte. Yani etrafta kimsenin olmaması, yalnız ve tek başına olmak, zor bir süreçti."(H:15, 33 yaşında, 2 yıllık uzman)

"Çok severek çalıştım ve hala da çok memnunum. Evet, sıkıntılar var, tabi ki var. Yani o yıllarda kadın doğum bölümüne girdikten sonra bir annenin o andaki sıkıntısını görüp, evet, bizde onunla sıkıntıya giriyoruz ama o doğum gerçekleştikten sonra, o bebeği verdikten sonra onun bize bakış açısı, Allah razı olsun demesi beni en çok mutlu eden şeylerden bir tanesi." (H: 17, 39 yaşında, 3 yıllık uzman)

"Evet, kadın doğum hekimi olmaktan memnunum. Seviyorum mesleğimi. Belki daha güzel bir dünyada daha güzel şartlarda çok daha mutlu olabilirdim. Kadın doğum hekimliğinin memnun olmadığım tarafı yok. Hastaların doktora bakış açısının değişmesi ile ilgili çok büyük sıkıntılarım var. O kadar." (H:18, 35 yaşında, 6 yıllık uzman)

"Çok da büyük bir beklentim yoktu ama tahmin ettiğimden biraz daha negatif sanki. Her şey maddiyat değil ama maddiyat da büyük bir kısmı bunun. Sağlık politikasının da biraz etkisi var. Tüm branşlara var. Kadın doğuma da haliyle. Yani biraz doktorun değer kaybetmesiyle ilgili olduğunu düşünüyorum."(H:6, 34 yaşında, 3 yıllık uzman)

"Eskisi gibi olsa takip edebilirsen daha mutlu bir son olabilir. Ama bu medikolegal işler bizi o yarım saatte halletmeye zorluyor. Eskiden nst bozuldu mu hemen sezaryene almazdık, sympitanınıstoplardık, soluna çevirirdik, oksijen verirdik, takip ederdik. Ama şimdi artık bir düştü mü, bana 7 yıl sonra 9 yıl sonra bile gelen dava var. Ben sürekli arkama mı bakacağım?" (H:10, 39 yaşında, 10 yıllık uzman)

"Hastaların tavırları, davranış şekli yıllar içinde değişti biraz daha çekinik, daha riskten kaçar, sorumluluk almayan bir meslek grubu haline geldi. Davalar arttıkça, tabi süreç pratiğimizi etkiledi hepimizin. Yani ben etkilenmemeye çalışıyorum kendi adıma ama nereye kadar dayanacağım bilmiyorum." (H:14, 58 yaşında, 29 yıllık uzman)

"Ben günde 100 tane hasta bakıyorum, 3-4 tanesi teşekkür ettiği zaman şaşırıyorum. Hâlbuki eskiden günaydın, iyi çalışmalar doktor bey, çok teşekkür ederim derlerdi ve biz yaptığımız meslekten büyük keyif alırdık." (H:19, 59 yaşında, 21 yıllık uzman)

Anket sonuçlarına göre kadın doğum hekimlerinin mesleklerinin olumsuz yönleriyle ilgili düşünceleri yüzde ve frekans değerleriyle sonuçlar Tablo 4.4' de özetlenmiştir.

Tablo 4.4: Hekimlerim mesleklerinin olumsuz yönleriyle ilgili düşünceleri

		N	%
Mesleğinizin memnun olmadığınız yönleri nelerdir? (Birden fazla seçenek işaretlenebilir.)	A-Hekim hasta ilişkisinin bozulmuş olması	259	64,
	B-Dava edilme oranının yüksek olması	325	81,3
	C-Tazminat miktarlarının yüksek olması	240	60,0
	D-Şiddet görme ihtimalinin yüksek olması	205	51,3
	E-Ekonomik karşılığının yeterli olmaması	261	65,3
	F-Çalışma şartlarının ağır olması	270	67,5
	G-Memnun olmadığım yönü yok	4	1,0

Tablo 4.4'de mülakat sonuçları ile uyumlu olarak hekimlerin dava edilme oranının yüksek olmasının mesleklerinin en olumsuz yönü olduğunu düşündüğü gözlenmektedir. Anket sonuçlarına göre kadın doğum hekimlerinin mesleki memnuniyet düzeyleri ise yüzde ve frekans değerleriyle Tablo 4.5'de özetlenmiştir.

Tablo 4.5: Kadın doğum hekimlerinin mesleki memnuniyet düzeyleri

		N	%
Kadın doğum hekimi olmaktan memnun musunuz?	%0-20	61	15,3
	%20-40	39	9,8
	%40-60	85	21,3
	%60-80	109	27,8
	%80-100	106	26,5
	Toplam	400	100

Hekimlerin dava edilme korkusunun mesleki memnuniyet düzeylerine etkisi araştırılmış ve sonuçlar Tablo 4.6' da özetlenmiştir.

Tablo 4.6: Dava edilme korkusunun sezaryen kararına etkisinin mesleki memnuniyet ile ilişkisi

			Dava edilme korkusunun sezaryen kararına etkisi					Toplam
			Çok yüksek	Yüksek	Orta	Düşük	Etkisiz	
Mesleki memnuniyet düzeyi	%0-20	n	35	16	8	2	0	61
		%	57,4%	26,2%	13,1%	3,3%	0,0%	100,0%
	%20-40	n	14	8	10	4	3	39
		%	35,9%	20,5%	25,6%	10,3%	7,7%	100,0%
	%40-60	n	38	22	17	5	3	85
		%	44,7%	25,9%	20,0%	5,9%	3,5%	100,0%
	%60-80	n	35	29	29	11	5	109
		%	32,1%	26,6%	26,6%	10,1%	4,6%	100,0%
	%80-100	n	34	19	25	16	12	106
		%	32,1%	17,9%	23,6%	15,1%	11,3%	100,0%
Toplam		n	156	94	89	38	23	400
		%	39,0%	23,5%	22,3%	9,5%	5,8%	100,0%
X^2=32,493, p=0,009								

Araştırmada dava edilme korkusunun sezaryen kararına etkisi ile mesleki memnuniyet düzeyi arasında ilişki için frekans ve yüzde değerleri tabloda verilmiştir. Ayrıca dava edilme korkusunun sezaryen kararına etkisi ile mesleki memnuniyet arasında ilişkiyi analiz edebilmek için varsayım göz önüne alınarak ki-kare analizi yapılmıştır. Ki-kare analiz sonucuna göre dava edilme korkusunun sezaryen kararına etkisi ile mesleki memnuniyet düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir ($p = 0,000<0,05$).

Hekimlerin mesleki memnuniyet düzeyine dava edilme sayısının etkisi incelenmiş ve sonuçlar Tablo 4.7'de özetlenmiştir.

Tablo 4.7: Dava edilme sayısının mesleki memnuniyet ile ilişkisi

			Dava edilme sayısı					Toplam
			0	1	2	3	>3	
Mesleki memnuniyet düzeyi	%0-20	n	14	27	8	4	8	61
		%	23,0%	44,3%	13,1%	6,6%	13,1%	100,0%
	%20-40	n	18	8	4	3	6	39
		%	46,2%	20,5%	10,3%	7,7%	15,4%	100,0%
	%40-60	n	28	29	13	5	10	85
		%	32,9%	34,1%	15,3%	5,9%	11,8%	100,0%
	%60-80	n	55	24	19	7	4	109
		%	50,5%	22,0%	17,4%	6,4%	3,7%	100,0%
	%80-100	n	43	35	14	5	9	106
		%	40,6%	33,0%	13,2%	4,7%	8,5%	100,0%
Toplam		n	158	123	58	24	37	400
		%	39,5%	30,8%	14,5%	6,0%	9,3%	100,0%
X^2=25,883, p=0,056								

Araştırmada dava edilme sayısı ile mesleki memnuniyet arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı tespit edilmiştir (p = 0,056>0,05).

"Tekrar seçme imkânınız olsa yine kadın doğumu seçer miydiniz?"

Sekiz hekim tekrar seçme imkânları olsa kadın doğumu seçmeyeceklerini belirtmiştir. Yaş ortalaması 46.8 ve uzmanlık süresi ortalaması 16,6 yıl olarak tespit edilen hekimler kadın doğumu ağırlıklı olarak dava edilme korkusu, tazminatların yüksekliği ve şiddet sebebi ile tekrar seçmeyeceklerini ifade etmiştir. Maddi kazancın azalmış olması ve aldıkları riski karşılamıyor olma düşüncesi de ağırlıklı olarak dile getirilmiştir. Hekimler tekrar seçme şansları olsa dermatoloji, fizik tedavi, plastik cerrahi, anestezi, radyoloji, kulak burun boğaz, göz gibi daha az riskli ve dava edilme oranı daha düşük branşlar ve biyokimya, patoloji, fizyoloji gibi hasta ile temasın olmadığı branşları seçeceklerini ifade etmişlerdir. Altı hekim tekrar seçme imkânları olsa yine kadın doğumu seçeceklerini belirtmiştir. Ortalama yaş 44,5, ortalama uzmanlık süresi 12 yıl olarak tespit edilen katılımcıların dördü ailelerinde doğum

sıkıntısı yaşamış ve insanlara yardım etmek amacıyla kadın doğum mesleğini seçtiğini ifade eden katılımcılardır. Üç hekim bu konuda kararsız olduklarını ifade etmiştir. Üç hekime ise mesleki tecrübeleri bir yılın altında olduğu için bu soru yöneltilmemiştir.

Örn. *"Net olarak seçmem. Çok riskli buluyorum." (H:2, 54 yaşında, 25 yıllık uzman)*

"Seçmezdim, ağır çalışma koşulları artı dava edilme endişesi ve maddi durumun gerilemesi nedenleriyle yazmazdım." (H:5, 41 yaşında,10 yıllık uzman)

"Yazmazdım. Aldığımız riskin hiçbir şekilde karşılığı bu değil. Dolayısıyla saçma bir tercih olurdu bana göre." (H:7, 41 yaşında, 11 yıllık uzman)

"Seçmezdim. Bir kere yaptığın işin karşılığını kesinlikle almıyorsun, yaptığın işin karşılığını almıyorsun, hastalar tarafından kıymeti artık görülmüyor, değeri yok, kıymeti yok. Artık gerçekten korkarak meslek yapıyoruz. Başıma bir şey gelecek mi, bu hasta beni şikâyet edecek mi, sürekli o endişeleri taşırken, doğum oldu mu komplikasyon gelişti mi milyarlık davalar açılacak."(H:8, 48 yaşında, 19 yıllık uzman)

"Yazmazdım çünkü zemin kötü. Severek ayrılmak diye bir şey var ya böyle ağlaya ağlaya, çok sevdiğim halde, zemin kötü olduğu için, şartlar kötü olduğu için, üzerimize çok gelindiği için, davalar açıldığı için, huzur vermediği için, onca yoğun emeğe, çabaya, strese rağmen huzuru bulamadığım için tekrar bu branşı seçmezdim." (H:9, 48 yaşında, 20 yıllık uzman)

"Bu şartlarda asla. Asla. Zaten 2015'de kaçtım."(H:10, 39 yaşında, 10 yıllık uzman)

"Seçerdim. Kadın doğum güzel bir branş. Çalışmak için de güzel ama muhtemelen şu durumda çalışma yoğunluğu, maddi imkânlar ve uzun çalışma süresi ve hukuksal nedenlerden dolayı muhtemelen başka bir tercih yapabilirdim." (H:13, 31 yaşında, 2 yıllık uzman)

"Evet. Bu dünyaya tekrar gelsem yine kadın doğumcu olurdum başka bir iş yapmak istemezdim." (H:16, 43 yaşında, 10 yıllık uzman)

"Ben tekrar dünyaya gelsem yine doktor olurum, yine kadın doğum uzmanı olurum. Başka bir meslek grubunda trilyonlar kazanacağımı bilsem yine değişmem mesleğimi." (H:17,39 yaşında, 3 yıllık uzman)

"Kesinlikle seçerdim." (H:19, 59 yaşında, 21 yıllık uzman)

Anket sonuçlarına göre hekimlerin tekrar kadın doğumu seçme hakkındaki düşünceleri Tablo 4.8'de yüzde ve frekans değerleriyle verilmiştir.

Tablo 4.8: Hekimlerin tekrar kadın doğumu seçme hakkındaki düşünceleri

		N	%
Tekrar seçme imkânınız olsaydı kadın doğum hekimi olur muydunuz?	Evet, kesinlikle olurum	66	16,5
	Evet, olabilirim	74	18,5
	Kararsızım	75	18,8
	Hayır, olmayabilirim	69	17,3
	Hayır, kesinlikle olmam	116	29,0
	Toplam	400	100

Hekimlerin dava edilme korkusunun tekrar kadın doğumu seçme kararında etkisi incelenmiş ve sonuçlar Tablo 4.9'da özetlenmiştir.

Tablo 4.9: Dava edilme korkusunun tekrar kadın doğumu seçme kararına etkisi

			Dava edilme korkusunun sezaryen kararına etkisi					Toplam
			Çok yüksek	Yüksek	Orta	Düşük	Hayır	
Tekrar kadın doğumu seçme	Kesinlikle evet	n	25	7	17	10	7	66
		%	37,9%	10,6%	25,8%	15,2%	10,6%	100,0%
	Evet	n	17	20	20	9	8	74
		%	23,0%	27,0%	27,0%	12,2%	10,8%	100,0%
	Kararsızım	n	34	17	17	4	3	75
		%	45,3%	22,7%	22,7%	5,3%	4,0%	100,0%
	Hayır	n	16	26	14	8	4	68
		%	23,5%	38,2%	20,6%	11,8%	5,9%	100,0%
	Kesinlikle hayır	n	64	24	21	7	1	117
		%	54,7%	20,5%	17,9%	6,0%	0,9%	100,0%
Toplam		n	156	94	89	38	23	400
		%	39,0%	23,5%	22,3%	9,5%	5,8%	100,0%
X^2=48,545, p=0,000								

Araştırmada dava edilme korkusunun sezaryen kararına etkisi ile tekrar kadın doğumu seçme arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir ($p = 0,000<0.05$). Tablo 4.9'da dava edilme korkusun sezaryen kararlarına etkisini çokyüksek ve yüksek olarak belirten hekimlerin, tekrar kadın doğumu seçmeyeceklerini ifade eden hekimler arasında yoğunlaştığı gözlenmektedir.

"Hiç dava edildiniz mi?"

12 hekim dava edildiğini, sekiz hekim dava edilmediğini belirtmiştir. Dava edilen 12 hekimden; biri 10, biri beş, biri üç, ikisi iki, diğer yedisi ise birer kere dava edildiğini ifade etmiştir.

Örn. *"Yaklaşık 10'a yakın dava edildim. İçlerinde hastanın öldüğü bir vaka var. Bende ölmedi ama sevk ettim. Üniversite hastanesinde 6 gün yattı, 7. gün ölmesine rağmen tazminat davası açıldı. 8 yıl onunla uğraştım. 3 tane avukat değiştirdim. Davayı kazansam bile avukat paralarını kimse bana geri ödemedi."(H:4, 50 yaşında,13 yıllık uzman)*

"İki defa edildim, zor bir süreç, yıpratıcı bir süreç. 10 yıl sürdü birincisi. 10 yıl sürdü, o nihayete erdi, en son Danıştay'dan da karar çıktı, aklandım yani. Ötekisinden de aklandım, yerel mahkemede onun temyiz süreci devam ediyor.10 yıl, dile kolay, az bir süre değil. Avukat tutuyorsun, masraf yapıyorsun, tazminat çıkacak mı, çıkmayacak mı, ceza çıkacak mı, çıkmayacak mı, hapse girecek miyim, girmeyecek miyim gibi belirsizlikler ve o sürecin uzun olması çok yıpratıcı." (H:9, 48 yaşında, 20 yıllık uzman)

"5 kere dava edildim. Bırakmama neden oldu. Doğumhaneye girmiyorum."(H:10, 39 yaşında, 10 yıllık uzman)

"Tabi ki, yani çok gittim ben mahkemeye, halen de devam eden mahkemelerim var. 3 tane var." (H:15, 33 yaşında, 2 yıllık uzman)

Anket sonuçlarına göre hekimlerin dava edilme oranları ise Tablo 4.10' da yüzde ve frekans değerleriyle özetlenmiştir.

Tablo 4.10: Hekimlerin dava edilme oranları

		N	%
Hiç dava edildiniz mi?	Hayır, hiç dava edilmedim	158	39,5
	Evet, bir kere dava edildim.	123	30,8
	Evet, iki kere dava edildim	58	14,5
	Evet, üç kere dava edildim	24	6,0
	Evet, üç kereden fazla dava edildim	37	9,3
	Toplam	400	100

Hekimlerin dava edilme sayıları ile yaş ve uzmanlık süreleri arasındaki ilişki incelenmiş, sonuçlar Tablo 4.11 ve Tablo 4.12' de özetlenmiştir.

Tablo 4.11: Hekimlerin dava edilme sayılarının yaş ile ilişkisi

			Dava edilme sayısı					Toplam
			0	1	2	3	>3	
Yaş	30-35	n	53	22	2	1	3	81
		%	65,4%	27,2%	2,5%	1,2%	3,7%	100,0%
	36-40	n	41	21	7	2	8	79
		%	51,9%	26,6%	8,9%	2,5%	10,1%	100,0%
	41-45	n	23	29	12	8	3	75
		%	30,7%	38,7%	16,0%	10,7%	4,0%	100,0%
	46-50	n	19	24	12	6	4	65
		%	29,2%	36,9%	18,5%	9,2%	6,2%	100,0%
	>51	n	22	27	25	7	19	100
		%	22,0%	27,0%	25,0%	7,0%	19,0%	100,0%
Toplam		n	158	123	58	24	37	400
		%	39,5%	30,8%	14,5%	6,0%	9,3%	100,0%
X^2=74,267, p=0,000								

Araştırmada varsayım göz önüne alınarak yapılan ki-kare analizi sonucunda yaş ile dava edilme sayısı arasında istatistik olarak anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir ($p = 0,000<0,05$). Tablo 4.11'de yaş arttıkça dava edilmeyen hekim sayısının azaldığı, yaşla beraber dava edilme sayısının arttığı gözlenmektedir.

Tablo 4.12: Hekimlerin dava edilme sayılarının uzmanlık süresi ile ilişkisi

			Dava edilme sayısı					Toplam
			0	1	2	3	>3	
Uzmanlık süresi (yıl)	0-5	n	59	21	3	1	5	89
		%	66,3%	23,6%	3,4%	1,1%	5,6%	100,0%
	6-10	n	36	28	8	2	7	81
		%	44,4%	34,6%	9,9%	2,5%	8,6%	100,0%
	11-15	n	22	21	12	8	3	66
		%	33,3%	31,8%	18,2%	12,1%	4,5%	100,0%
	16-20	n	16	22	9	5	3	55
		%	29,1%	40,0%	16,4%	9,1%	5,5%	100,0%
	>21	n	25	31	26	8	19	109
		%	22,9%	28,4%	23,9%	7,3%	17,4%	100,0%
Toplam		n	158	123	58	24	37	400
		%	39,5%	30,8%	14,5%	6,0%	9,3%	100,0%
X^2=68,279, p=0,000								

Araştırmada varsayım göz önüne alınarak yapılan ki-kare analiz sonucuna göre uzmanlık süresi ile dava edilme sayısı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir ($p = 0,000<0,05$). Tablo 4.12'de uzmanlık süresi arttıkça dava edilmeyen hekim sayısının azaldığı, uzmanlık süresinin artmasıyla beraber dava edilme sayısının arttığı gözlenmektedir.

"Mesleğinizi uzun vadede sürdürülebilir buluyor musunuz? Ömür boyu yapılabilir mi?"

15 hekim kadın doğum mesleğinin ömür boyu yapılamayacağını belirtmiştir. Hekimler mesleğin stresli olması, yoğun çalışma koşulları, medikolegal baskı ve ekonomik kazancının riskini karşılamıyor olması düşüncesi ile kadın doğum mesleğini ömür boyu yapılabilir bulmadıklarını ifade etmişlerdir. Beş hekim mesleği sevdiklerini, ömür boyu yapılabileceğini belirtmiştir.

Örn. *"Ömür boyunca yapmak zor. Başka bir iş koşulları bulursak bunu bırakmayı düşünüyorum." (H:5, 41 yaşında, 10 yıllık uzman)*

"Ömür boyu yapılmaz, sanmıyorum, bu stresle yapılmaz."(H:6, 34 yaşında, 3 yıllık uzman)

"Hayır, bu şartlarda hayır."(H:10, 39 yaşında, 10 yıllık uzman)

"Çalışılabilir ama bu kadar yıpranmaya gerek var mı? 45 yaşıma geleyim bir bakayım diye rahatlatıyorum kendimi." (H:13, 31 yaşında, 2 yıllık uzman)

"Hayır, hayır. Kadın doğumcu erkekler arasında kardiyovasküler ve inme gibi, koagülatif bozukluklar çok fazla var. Çünkü çok düzensiz uyuyoruz, çok şiddetli adrenalinle karşı karşıya kalıyoruz, gecenin saat 3,5'unda aranıp, koşup hastaneye gidiyorum."(H:15, 33 yaşında, 2 yıllık uzman)

"Belli bir yaşa geldikten sonra doğumhanede, çok aktif çalışılan yerlerde sıkıntılar yaşanabileceğini düşünüyorum. Bazen 8-10 tane sezaryen aldığımız oluyor. 8-10 tane de normal doğum oluyor. Acil hastalar derken Türkiye sağlık sisteminde bir tane hasta takip etmiyorsunuz ama hâkimin karşısına medikolegal olaylarla çıktığınız zaman hâkim sizin kaç hasta takip ettiğinizi hiçbir zaman sorgulamıyor. Bugün 22 tane sezaryene girin çıkın zaten her biri birer saatten 22 saatiniz gidiyor. Ve hakikaten bir nöbetim öyleydi. Sabah saat 9 da başlayıp sabah 6 buçuğa kadar hiç, bir dakika durmamıştım. Bu durum tabi ki insanlık dışı bir şeydir. Sonuçta kim kendisini 24 saat boyunda durmadan ameliyat yapan, dinlenmeden, yemek yemeden çalışan bir insana emanet etmek ister." (H:17, 39 yaşında, 3 yıllık uzman)

"Evet, ömür boyu doğumhanede çalışabilirim." (H:18, 35 yaşında, 6 yıllık uzman)

"Mesleği bırakma, branş değiştirme, erken emeklilik düşündünüz mü?"

Beş hekim mesleği bırakma, branş değiştirme veya erken emeklilik gibi bir düşüncesinin olmadığını, dört hekim mesleği bırakmak istediğini, bu konuda düşünceleri ve girişimleri olduğunu, iki hekim daha çalışabilecek durumda oldukları halde yaşları gelir gelmez emekli olduklarını, iki hekim doğum stresinden uzaklaşmak için yan dal uzmanlığı yaptıklarını, iki hekim yurt dışına gitmek istediğini, iki hekim başka imkânları olmadığı için devam etmek zorunda olduğunu, iki hekim aklından geçtiğini ama bu konuda eylemi olmadığını, bir hekim emekliliğinin geldiğini ama dayanmaya çalıştığını ifade etmiştir.

Örn. *"Geçiyor evet, imkânım yaşamımı sürdürebileceğim bir gelirim olsa vazgeçerdim, bu stresi çekmezdim." (H:6, 34 yaşında, 3 yıllık uzman)*

"Düşünüyorum, planlıyorum, bu konuda eylemlerim var." (H:7, 41 yaşında, 11 yıllık uzman)

"Evet, aklımdan geçti. Yan dal sınavına girdim işte. Perinatoloji yan dal yaptım."(H:9, 48 yaşında, 20 yıllık uzman).

"2005 yılından beri kadın hastalıkları ve doğum alanında çalışmaktayım. 2005-2015 arası bu alanında çalıştım. Sonra da kaçtım. 2015'den sonra sadece kadın hastalıklarında çalışmaya devam ediyorum. Jinekolojik onkoloji uzmanıyım. Doğum kısmıyla pek uğraşmıyorum. Çünkü yıldık."(H:10, 39 yaşında, 10 yıllık uzman)

"Dediğim gibi bizde davalar, gerekli gereksiz bütün şikâyetler direkt hekime geliyor. Bu her şekilde yıpratıcı oluyor. Hukuksal olarak da her zaman kendimizi anlatamıyoruz. Ama ben düşünmedim." (H:11, 35 yaşında, 1 aylık uzman)

"Aklımdan geçti ama çok ciddi düşünmedim açıkçası. Tabi yurt dışı filan aklımdan geçti ama ben Türkiye'den çok ayrılma taraftarı değilim. O yüzden bu ülkede devam etmek istiyorum." (H:12, 33 yaşında, 4 yıllık uzman)

"Benim emekliliğim geldi ama olmadım. Dayanmaya çalışıyorum ama nereye kadar?" (H:14, 58 yaşında, 29 yıllık uzman)

"Evet, ben tıp fakültesi son sınıfta Amerika'ya gitmiştim. Orada kalacaktım mesleğimi orada yapacaktım ama param yetmedi geri döndüm. Şu anda eşimle bazen düşünüyoruz; bir kız kardeşim Amerika'da, biri İsveç'te. Dün konuştum İsveç'teki kardeşimle abla biz burada günde 6 tane, maksimum 7 tane hasta bakıyoruz diyor." (H:16, 43 yaşında, 10 yıllık uzman)

"Mesleğimi yurt dışında sürdürmek en büyük hayalim. Sınavlara gireceğim. En azından şansımı deneyeceğim. Hastaların doktorlara bakışlarının da çok etkisi var. Çünkü onlar Allah verir, doktor alır zihniyetindeler. Biz niye hastanın canını alalım? Hasta geliyor, erken gebelik, kanama, vaginal muayene olması lazım. Zararlı değil mi vaginal muayene, ben öyle biliyorum diyor. Niye senin bebeğine zarar vermeye çalışalım? Niye yapayım bunu? Deli miyim ben? Bir ilaç yazıyorsun, ama bebeğe zararı olmayacak mı diyor. Niye yazayım ben senin bebeğine zararı olacak bir ilacı?" (H:18, 35 yaşında, 6 yıllık uzman)

"Çok çok düşündüm. Harekete geçmedim. Ama ciddi düşündüğüm zamanlar oldu. Etrafımda gerçekleştirenler oldu. Birçok arkadaşım uzaklaştı meslekten başka alanlara yöneldi. Bir kısmı yurt dışına gitti. Stresi azaltmak adına birçok farklı meslek veya uğraşılarla uğraşan birçok arkadaşım oldu." (H:1, 53 yaşında, 25 yıllık uzman)

Ankete katılan hekimlerin gelecek planları ise Tablo 4.13'de yüzde ve frekans değerleriyle özetlenmiştir.

Tablo 4.13: Hekimlerin gelecek planları ile ilgili düşünceleri

		N	%
Mesleğinizle ilgili aşağıdaki gelecek planlarından hangisinin size uygun olduğunu düşünüyorsunuz?	A-Hayatım boyunca kadın doğum hekimi olarak çalışmak istiyorum	59	14,8
	B-Belli bir yaşa kadar çalışıp sonra durum değerlendirmesi yapmayı düşünüyorum.	247	61,8
	C-Erken emekli olup/istifa edip tıp dışı başka işler yapmayı düşünüyorum.	70	17,5
	D-Başka bir branşa geçmeyi düşünüyorum.	8	2,0
	E-Mesleğimi yurt dışında sürdürmeyi düşünüyorum	16	4,0
	Toplam	400	100

4.2. PSİKOLOJİK DURUM

Bu grup sorularda kadın doğum hekimlerinin doğum takip ederken; hangi duyguları yoğun olarak yaşadıkları, neden bu duyguların etkisinde kaldıkları ve bu duyguların sezaryen kararı vermelerindeki etkileri anlaşılmaya çalışılmıştır.

"Doğum takip sürecindeki ruh halinizi nasıl tanımlarsınız? "

Hekimlerin tamamı doğum takip ederken düşük veya yüksek düzeyde stres yaşadıklarını, bunun yanında değişik oranlarda korku, endişe, gerginlik, yalnızlık, tedirginlik, yetersizlik duyguları yaşadıklarını belirtmiştir. Bu duygulara ek olarak yolunda giden bir doğumun kendilerini mutlu ettiğini de ifade etmişlerdir.

Örn.*"Gerçekten çok yalnız hissediyorum kendimi."(H:4, 50 yaşında, 13 yıllık uzman)*

"Dua ederek geliyorum artık, korkarak, endişe ederek, Allah'ım başıma bir kaza gelmeden şu nöbeti bitireyim diyerek, kötü vakayla karşılaşmayayım diyerek, eceli gelmiş anneyle bebekle karşılaşmayayım diyerek, gerçekten öyle dua ederek geliyorum nöbete." (H:8, 48 yaşında, 19 yıllık uzman)

"Kendimi hiçbir zaman güvende ve rahat hissetmiyorum. Doğum eyleminde bir gebe varsa ve son aşamaya çok yaklaşmışsa kalp atımımın hızlandığını hissediyorum.

Heyecanlanıyorum, etrafa bağırdığımı biliyorum, insanlar kırılıyorlardır bilmiyorum."(H:16, 43 yaşında, 10 yıllık uzman)

"Doğum takip etmek hem çok zevkli hem çok stresli hem çok kötü diyebilirim. Kadın doğum açısından zevkli, biz de anneyle beraber bekliyoruz, bizim kontrolümüzde ilerliyor. Doğumu takip ederek onun kucağına sağlıklı bir bebek verme olayını yaşıyoruz. Strese girmiyor muyum? Tabi ki giriyorum. En ufak bir şey olacak mı, oldu mu? Ya da en ufak bir sıkıntıda, acil sezaryen kararı vermede acaba normal doğumu biraz daha beklesem mi dediğim noktalarda ikilemde kaldığım durumlar oluyor. İkilemde kalmamın sebebi de medikolegal olaylar." (H:17, 39 yaşında, 3 yıllık uzman)

"Diyelim bir anne var, üçüncü doğumu, üç kilo civarında bir bebek doğurttuk ama omuz takıldı. Öngörülemeyen bir durumdur. Yargı kararları da var bu konuda. Ama aile bir şey olduğu istisnasız ilk suçladığı kişi doktor oluyor. Bu beni yaralıyor. Dolayısıyla biz de şimdi risk almamaya çalışıyoruz. Sezaryen kararını da bunun için çok çabuk veriyoruz." (H: 17, 39 yaşında, 3 yıllık uzman)

"Gergin hissediyorum. Çünkü hem annenin hem bebeğin hayatı söz konusu. Çünkü 30 saniye sonra bebeğin ne olacağını bilemiyoruz." (H: 19, 59 yaşında, 21 yıllık uzman)

"O duruma göre değişir. Kimi zaman mutlu olurum. İllaki çok stresli olurum diye bir durum yok."(H: 20, 30 yaşında, 6 aylık uzman)

"Stres stresstres. Baskı altında, korkmuş, endişeli, yalnız. Tamamen korumasız hissediyorum, yasaların bizi korumadığını düşünüyorum. Yalnız hissediyorum ve sezaryen kararı almamda en büyük sebep de bu oluyor genellikle" (H:1, 53 yaşında, 25 yıllık uzman)

Ankete katılan hekimlerin doğumhanede doğum takip ederken tanımladıkları ruh durumları yüzde ve frekans değerleri ile tablo 4.14'de özetlenmiştir.

Tablo 4.14: Hekimlerin doğum takibi sırasında psikolojik durumları

		N	%
Doğumhanede doğum takip ederken aşağıdaki ifadelerden hangisi ruh durumunuzu en iyi tanımlıyor?	A-Kendimi güvende ve rahat hissederim	63	15,8
	B-Kendimi endişeli ve gergin hissederim	194	48,5
	C-Kendimi terk edilmiş ve yalnız hissederim	18	4,5
	D-Kendimi yoğun stres ve baskı altında hissederim	125	31,3
	Toplam	400	100

"Doğumhanede çalışmanın stres seviyesini nasıl tanımlarsınız?"

12 hekim doğumhanede çalışmanın stres düzeyini çok yüksek, dört hekim yüksek, dört hekim orta olarak değerlendirmiştir.

Örn. *"Bana sorarsan 10 üzerinden 10. Çalışılacak yapılacak iş değil."(H:10, 39 yaşında, 10 yıllık uzman)*

"7-8 civarlarında. Doğumhaneye girdiğinde 5-6'larda bir gerginlik hissediyor insan ama doğumhane stabil ise, riskli hasta yoksa 5-6 civarında gidiyor ama riskli hasta çoksa 10'a da çıkıyor."(H:16, 43 yaşında, 10 yıllık uzman)

"Stres seviyesini birden ona kadar sıralayacak olsam 10 derdim." (H:17, 39 yaşında 3 yıllık uzman)

"Çok yüksek. Mesela ben emekliliğim geldi ama daha emekli olmayabilirdim, aktif olarak çalışabilecek gücüm sağlığım her şeyim yerinde ama bu strese katlanamadığım için emekli olma yolunu tercih ettim."(H:1, 53 yaşında, 25 yıllık uzman)

"Aslında doğumdan doğuma değişiyor, 5-6 diyebilirim." (H:11, 35 yaşında, 1 aylık uzman)

Hem zevkli bir yer doğumhane hem de diken üstünde oturduğun bir yer, 8 derim." (H:31 yaşında, 2 yıllık uzman)

Ankete katılan hekimlerin doğumhanede çalışmanın stres düzeyi hakkında düşünceleri ise Tablo4.15'de yüzde ve frekans değerleriyle verilmiştir.

Tablo 4. 15: Hekimlerin mesleki stres hakkında düşünceleri

		N	%
Doğumhanede çalışmanın stres düzeyini nasıl değerlendirirsiniz?	A-Çok yüksek	179	44,8
	B-Yüksek	169	42,3
	C-Orta	46	11,5
	D-Düşük	5	1,3
	E-Çok düşük	1	0,3
	Toplam	400	100

Hekimlerin dava edilme korkusunun doğumhanede çalışmanın stres düzeyine etkisini incelenmiş sonuçlar Tablo 4.16'da özetlenmiştir.

Tablo 4.16: Dava edilme korkusunun sezaryen kararına etkisinin hekimlerin stres düzeyi ile ilişkisi

			Dava edilme korkusunun sezaryen kararına etkisi					Toplam
			Çok yüksek	Yüksek	Orta	Düşük	Etkisiz	
Doğumhanede çalışmanın stres düzeyi	Çok yüksek	n	95	35	28	13	8	179
		%	53,1%	19,6%	15,6%	7,3%	4,5%	100,0%
	Yüksek	n	50	51	45	15	8	169
		%	29,6%	30,2%	26,6%	8,9%	4,7%	100,0%
	Orta	n	11	8	15	8	4	46
		%	23,9%	17,4%	32,6%	17,4%	8,7%	100,0%
	Düşük	n	0	0	1	2	2	5
		%	0,0%	0,0%	20,0%	40,0%	40,0%	100,0%
	Çok düşük	n	0	0	0	0	1	1
		%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	100,0%
Toplam		n	156	94	89	38	23	400
		%	39,0%	23,5%	22,3%	9,5%	5,8%	100,0%
X^2=66,085, p=0,000								

Araştırmada varsayım göz önüne alınarak yapılan ki-kare analizi sonucunda dava edilme korkusunun sezaryen kararına etki düzeyi ile doğumhanede çalışmanın stres düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir ($p = 0,000<0,05$). Tablo 4.16'da doğumhanede çalışmanın stres düzeyini çok yüksek bulan hekimlerin dava edilme korkusunun sezaryen kararına etkisi en yüksek hekimler arasında yoğunlaştığı gözlenmektedir.

Hekimlerin dava edilme sayısının doğumhanede çalışmanın stres düzeyine etkisi incelenmiş, sonuçlar Tablo 4.17' de özetlenmiştir.

Tablo 4.17: Dava edilme sayısının hekimlerin stres düzeyi ile ilişkisi

			Dava edilme sayısı					Toplam
			0	1	2	3	>3	
Doğumhanede çalışmanın stres düzeyi	Çok yüksek	n	67	46	30	12	24	179
		%	37,4%	25,7%	16,8%	6,7%	13,4%	100,0%
	Yüksek	n	65	61	25	8	10	169
		%	38,5%	36,1%	14,8%	4,7%	5,9%	100,0%
	Orta	n	20	16	3	4	3	46
		%	43,5%	34,8%	6,5%	8,7%	6,5%	100,0%
	Düşük	n	5	0	0	0	0	5
		%	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
	Çok düşük	n	1	0	0	0	0	1
		%	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
Toplam		n	158	123	58	24	37	400
		%	39,5%	30,8%	14,5%	6,0%	9,3%	100,0%
X^2=22,474,p=0,129								

Araştırmada varsayım göz önüne alınarak yapılan ki-kare analiz sonucunda, dava edilme sayısı ile doğumhanede çalışmanın stres düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı tespit edilmiştir (p = 0,129>0,05). Bu sonuca göre doğumhanede çalışmanın stres düzeyi dava edilen ve edilmeyen hekimler arasında farklılık göstermemektedir. Tablo 4.17'de dava edilmeyen hekimlerin önemli bir bölümünün doğumhanede çalışmanın stres düzeyini çok yüksek buldukları gözlenmektedir.

"Bu stresin kaynakları sizce neler olabilir? "

Hekimler doğum takibinde birden fazla stres sebebi göstermişlerdir. Bütün katılımcılar dava edilme korkusu ve yüksek tazminatları ödeyememe endişesini stres sebebi olarak dile getirirken, 13 hekim doğumun öngörülemez doğası sebebiyle anne ve bebeğin zarar görme endişesini, altı hekim hasta ve hasta yakını şiddetini, üç hekim yardımcı sağlık ekibinin yetersizliğini ve tecrübesizliğini, iki hekim de yetersiz olma endişesini stres sebebi olarak eklemiştir.

Örn. *"Ne olacağını bilemiyorsun ki. Tamamen düzgün giden bir doğum takibinde bile her an bir şey olabiliyor. Gebeliğin kendisi zaten vücutta birçok sistemleri değiştiriyor, fizyolojisini değiştiriyor. Doğumun kendisi stresli bir olay, doğumhanede hekimlik yapmak stresli bir olay, çok stresli bir olay."(H: 2, 54 yaşında, 25 yıllık uzman)*

"Doğum normal doğal bir şey diye geçiyor ama biz biraz da işin içinde olduğumuz için yolunda gitmeyen tarafları konusunda eğitildiğimiz için belki de her han her şeyin olabileceğinden dolayı. Tabi olacaksa olur. Ama şu an sorumlusu benim. Olan her şeyle alakalı aile tamamen sadece benden hesap soracak. Mesela bu hasta 10 gündür yatıyordur, takip edilmiştir ama benim nöbetimde kanar bana sorulur hesabı. Bunu biliyorum. Hem aile bana sorar, bana dava açılır, benden beklenir."(H: 3, 34 yaşında, 3 aylık uzman)

"Bir kere yoğunluk da var yoğun çalışılan bir yerdeyiz. Birkaç vaka ile aynı anda ilgilenmek zorunda kalıyorsun. Doğumhanede bir kişisin, uzman olarak acilden sen sorumlusun, doğumhaneden sen sorumlusun, ameliyatlardan sen sorumlusun, yatan hastalardan sen sorumlusun, yetemeyeceğim endişesi ile geliyorsun, kontrol edemeyeceğim, benim kontrolüm dışına çıkacak endişesi ile geliyorum, o beni tedirgin ediyor. Senin kontrolün dışında o kadar çok insan var ki o insanlardan dolayı olabilecek her türlü komplikasyonda direkt doktorun sorumlu tutulması bayağı bir etkiliyor nöbette, yoruyor."(H:8, 48 yaşında, 19 yıllık uzman)

"Kötü şeyler geçiyor aklımdan. Bebek asfiktik doğabilir, bir kere asfiktik doğması demek o çocuğun ömür boyu engelli kalması anlamına gelir. Her şeyden önce bebek için üzülürüm. Ailesi engelli bir çocuğa bir ömür boyu bakmak zorunda kalacak diye üzülürüm. Sonra da dönüp beni dava edeceklerini bildiğim için kendim için üzülürüm."(H:9, 48 yaşında, 20 yıllık uzman)

"Sonuçta iki canlı var ve her an her şey olabilir. Bizim elimizde olmayan nedenlerle de olabilir. Takip ettiğimiz bir hastanın ani bebek ölümü de olabilir. Ya da hasta yakınlarının o bebek oradan sağlam çıkacak şeklinde tavırları var, onun baskısı bile olabilir."(H:11, 35 yaşında,1 aylık uzman)

"Her doğum takibinde sürecin ilerleyen safhalarında fetal kalp atımında düşmeler olabileceğini biliyoruz, normal takibi de biliyoruz fakat yine de atlanabilirlik, sıkıntı olur mu, ya da bizim bir hatamız olur mu, bakıyoruz aslında, bunun için takip sayısı belli tuşe sayısı belli, nasıl takip edeceğimiz belli biz bunu biliyoruz ama ister istemez sürekli orada bulunma, acil durumlarda müdahale edebilme gibi hem vicdani hem biraz da bize dayatılmış olan hukuksal baskı, dava sıkıntısı var."(H:13, 31 yaşında, 2 yıllık uzman)

"Doğumun bilinmezliği, arkasından gelecek durumların bilinmezliği." (H:1, 53 yaşında, 25 yıllık uzman)

"İnsan önce kendini düşünüyor. Başıma bir şey gelir mi? Bundan dolayı sorumlu tutulur muyum? Dava açılır mı? Dava açılınca problem çıkmayacağını bilsem bile o süreç mental olarak yıpratıyor zaten." (H: 6, 34 yaşında,3 yıllık uzman)

"Şu anda beni geren en büyük şey herhangi bir hastada olabilecek komplikasyon. Bana bağlı olmayan, öngörülemeyen bir durumda insanların beni suçlama çabası beni en çok geren şey." (H: 7, 41 yaşında, 11 yıllık uzman)

"Çünkü doğum tahmin edilemeyen bir şey. Çok büyük komplikasyonları olan bir şey. Hem anne hem bebek açısından. Bir anda her şey değişebiliyor. Bebek iyi çıksa epizyoda bir sıkıntı olabiliyor, her şey iyi olsa atoni olabiliyor. Gebelik zaten başlı başına bir risk. Her aşamada başımıza gelebilecek şeyler var." (H:18, 35 yaşında, 6 yıllık uzman)

Ankete katılan hekimlerin doğumhanede çalışmanın stres seviyesine etki eden faktörler hakkındaki düşünceleri Tablo 4.18' de yüzde ve frekans değerleriyle birlikte özetlenmiştir.

Tablo 4.18: Hekimlerin stres seviyesine etki eden faktörler

		N	%
Bu stresin kaynakları neler olabilir? (Birden fazla seçenek işaretlenebilir.)	A-Doğumun öngörülemez olması	376	94,0
	B-Dava edilme korkusu	247	61,8
	C-Tazminat miktarlarının yüksekliği	165	41,3
	D-Şiddet görme korkusu	120	30,0
	E-Yardımcı personelin yetersizliği	130	32,5

"Mesleğinizinstres seviyesinin sağlığınızı etkilediğini düşünüyor musunuz?"

13 hekim sağlıklarını etkilediğini düşündüklerini, düşük veya yüksek derecede anksiyete geliştirdiklerini ifade etmiştir. İlave olarak iki hekim hipertansiyon, bir hekim diyabet, bir hekim bypass olmasını, bir hekim fmf hastası olmasını yaşadıkları strese bağlamıştır. Üç hekim sağlıklarını henüz etkilemediğini, bir hekim stres yönetiminin çok iyi olduğunu, bu yüzden etkilenmediğini belirtmiştir. Mesleklerinde bir yılı tamamlamayan üç hekime bu soru yöneltilmemiştir.

Örn. *"Mecburi hizmetteyken bir anksiyetik durum olmuştu. Bir de orada icap tutuyorduk. 3 arkadaşız, 10 tane icap düşüyor, gece sürekli icapta aranıyorsun. Artık telefonun sesinden koşullu refleks var ya yani annem bile arasa o telefonun çalması bir anksiyete, gerginlik yaratıyordu bende."(H:6, 34 yaşında, 3 yıllık uzman)*

"Kesinlikle. Biz doktor olarak stresin nelere mal olduğunu biliyoruz. Bende hipertansiyon var mesela. 4-5 yıl önce çıktı. Bunun çalışma düzeninden kaynaklandığını ben biliyorum. Çünkü kilom yok, spor yaparım."(H:2, 54 yaşında, 25 yıllık uzman)

"Stresle başa çıkmayı iyi başaran bir yapım var. Yılların bana kazandırdığı en büyük şey budur. Yoksa insan yapamaz bu mesleği." (H:9, 48 yaşında, 20 yıllık uzman)

"Nöbetlerden sonra tansiyonum yükseliyordu. Burun kanamalarım daha çok oluyordu nöbetlerden sonra." (H:13, 31 yaşında, 2 yıllık uzman)

"Evet, çok düzensiz uyuyoruz, çok yüksek adrenaline maruz kalıyoruz." (H:15, 33 yaşında, 2 yıllık uzman)

Ankete katılan hekimler doğumhanede çalışmanın stres seviyesinin sağlıkları üzerindeki etkilerini değerlendirmişler, bu konudaki düşünceleri yüzde ve frekans değerleriyle Tablo 4.19' da özetlenmiştir.

Tablo 4.19: Hekimlerin stres seviyesinin sağlıklarına etkisi hakkındaki düşünceleri

		N	%
Mesleğinizin stres seviyesinin sağlığınızı olumsuz etkilediğini düşünüyor musunuz?	A-Evet, kesinlikle düşünüyorum	265	66,3
	B-Evet, olabilir	101	25,3
	C-Kararsızım	17	4,3
	D-Hayır, sanmıyorum	16	4,0
	E-Hayır, kesinlikle düşünmüyorum	1	0,3
	Toplam	400	100

"Şikâyet veya dava edilme endişesi sezaryen kararı vermenizde etkili oluyor mu?"

Çalışmaya katılan 19 hekim şikâyet veya dava edilme endişesinin sezaryen kararı verme sürecini etkilediğini ifade etmiştir. Sekiz hekim şikâyet veya dava edilme endişesinin sezaryen kararı verme sürecini çok yüksek düzeyde, dört hekim yüksek düzeyde, dört hekim orta düzeyde, üç hekim düşük düzeyde etkilediğini belirtmiş, bir hekim ise dava edilme endişesi taşımadığını ifade etmiştir.

Örn. *"En etkili karar. İlk mezun olduğum yıllarda sonuna kadar hastanın başından ayrılmaz normal doğum yaptırmak için uğraşırdım, makat doğumu sezaryen yapmamak için uğraşırdım. Sonra hastaların tavırları değiştikçe, bana adli yansımaları çok oldukça, özellikle hastaların da mahkemeye başvurduklarında kendi savlarını desteklemek için korkunç yalanlar söylemeleri, inanılmaz derecede, önce üzdü sonra ikilemde hissettim kendimi. Açıkçası onun iyiliği için bir şey yapmaya çalışırken ona olabilecek bir şeyden yargılanıp da tutuklanmak var. Bu işten tutuklananlar oldu, hapis yatanlar artı hayatta veremeyeceğim bedeller tazminat davaları açıldı." (H:4, 50 yaşında, 13 yıllık uzman)*

"Tabi etkili oluyor. Hasta yakınlarının baskısı da etkili oluyor. Bizim hastamız ne zaman doğuracak, doğurmazsa biz bunu hesabını sorarız gibi durumlar beni sezaryene yönlendiriyor. Tabi ki biraz artış oldu ama biraz da vicdanen bakıyorum ben. Yani kötü bebek doğurtmaktansa sezaryene alma kararım daha çabuk oluyor ama tabii ki dava edilmek de o konuda biraz etkili. Sabim ve cimerşikâyetleri de karar vermemizde etkili oluyor."(H:5, 41 yaşında,10 yıllık uzman)

"Her şeyi almıyorum sezaryene ama ister istemez etkiliyor tabi ki. Sınırı biraz daha aşağı çekiyor diyelim."(H:6, 34 yaşında, 3 yıllık uzman)

"Oluyor kesinlikle, bütün sezaryen kararlarımın ilk basamağı o oluyor zaten."(H:7, 41 yaşında, 11 yıllık uzman)

"Oluyor tabi. Dava edilme korkusu yaşıyorum tabi. Sezaryen kararımı etkiliyor tabi ama çok etkilemiyor. Anneye ve bebeğe gerçekten zarar gelmesin endişesi taşıyorum. O zarar gelmemeyi ben kendi açımdan nasıl sağlayabilirim? Sezaryene alarak. Tabi bu sonuçta seni davadan da kurtarmış oluyor."(H:8, 48 yaşında, 19 yıllık uzman)

"Beni tedirgin eder ama bu sebeple erken sezaryen kararı vermem. Ama eskiye göre sezaryen kararlarımın arttığını düşünüyorum." (H:9, 48 yaşında, 20 yıllık uzman)

"Yaptığın işin karşılığı hem maddi hem manevi almayınca tabi diyorsun uğraşmaya değer mi? Hastaya yaklaşımını etkiliyor veya daha sabırsız oluyorsun hasta ile çok uğraşmadan hemen sezaryen kararı veriyorsun."(H:8, 48 yaşında, 19 yıllık uzman)

"Bizim jenerasyondan forceps takmayı bilen çok az kişiden biriyim. Vakum takmayı öğrendim, kendime de güveniyorum ama o seviyeye gelmeden hastayı sezaryene alıyorum. İşler yolunda gitmediği zaman mahkemeye gittiğinde ilk sordukları neden sezaryene almadın? Oluyor." (H:15, 33 yaşında,2 yıllık uzman)

"Şu riski medikolegal açıdan asla almıyorum. Mesela iyi olduğunu klinik olarak çok net biliyorum ki bebek iyi ama nst de çökme var, aileye bunu sezaryene alalım diyorum. Yani sezaryen eşiğim bayağı yükseldi. Her mahkeme süreci beni normal doğum yaptırmaktan en başından uzaklaştırıyor." (H:15, 33 yaşında,2 yıllık uzman)

"Düşünüyorum. Özellikle omuz distosisi konusunda devam eden bir davam var. Hele öyle bir olay yaşadıktan sonraki süreçte birkaç ay hep o tarz bir hastayla karşılaştığımızda hemen bir sezaryene alma ihtiyacı hissediyorsun." (H:16, 43 yaşında, 10 yıllık uzman)

"Kesinlikle. Mesela ben dün doğumhaneciydim. Hasta 36 hafta, amnios mayi yok denecek kadar azalmış, yatıran arkadaş da öyle yatırmış. Ben kendim ultrason yaptım yine amnios mayi yok denecek kadar az. Bu normal doğum yaptırılabilir mi? Yaptırılabilir. Ama ilerde bebek asfiktik doğdu, ilerde serebralpalsi oldu, olmaz ya oldu, ne diyecekler bana? Niye sezaryene almadın?" (H:19, 59 yaşında, 21 yıllık uzman)

"Olmuyor. Çünkü hastaların başında durmaya çalışıyorum, takip etmeye çalışıyorum. Doğru yaptığıma inanıyorum. Olabilecek bir şeyde de kendimi savunabileceğimi düşünüyorum. Çünkü algoritmayı takip ediyorum." (H: 18, 35 yaşında, 6 yıllık uzman)

"Şu ana kadar etkilemedi ama eğer başıma bir şey gelirse muhtemelen beni de etkiler. O korkuyu çok fazla yaşamadım. Yaşayan insanları gördükçe ben de o hale gelir miyim diye sormaktan kendimi alıkoyamıyorum. Yarın öbür gün hasta sezaryenle doğurmam gerekirken doktor beni normal doğurttu derse sıkıntı olur. Şöyle derlerdi, notunuzu iyi tutun, hastayla ilgili yapacağınız her şeyi düzgün bir şekilde yapın, eğer doğru şeyleri yapmışsanız ve doğru bir şekilde yazmışsanız hiçbir şey yapamazlar size derlerdi. O yüzden bunları iyi yaptığım için başıma bir şey gelmez diye düşünüyorum ama olabilir yani olmaz diyemem." (H:20, 30 yaşında, 6 aylık uzman).

Ankete katılan hekimler şikâyet veya dava edilme endişesinin sezaryen kararlarına etkisini değerlendirmişler, sonuçlar yüzde ve frekans değerleriyle Tablo 4.20'de özetlenmiştir.

Tablo 4.20: Şikâyet veya dava edilme endişesinin sezaryen kararlarına etkisi

		N	%
Şikâyet veya dava edilme endişesinin sezaryen kararlarınızı arttırdığını düşünüyor musunuz?	Evet, çok yüksek düzeyde arttırdığını düşünüyorum.	156	39,0
	Evet, yüksek düzeyde arttırdığını düşünüyorum.	94	23,5
	Evet, orta düzeyde arttırdığını düşünüyorum.	89	22,3
	Evet, düşük düzeyde arttırdığını düşünüyorum	38	9,5
	Hayır, arttırdığını düşünmüyorum	23	5,8
	Toplam	400	100

Hekimlerin dava edilme korkularının sezaryen kararı üzerindeki etkilerinin yaş ve uzmanlık süresi ile ilişkisi incelenmiş, sonuçlar Tablo 4. 21 ve Tablo 4.22'de özetlenmiştir.

Tablo 4.21: Hekimlerin dava edilme korkusunun sezaryen kararlarına etkisinin yaş ile ilişkisi

			Dava edilme korkusunun sezaryen kararına etkisi					Toplam
			Çok yüksek	Yüksek	Orta	Düşük	Etkisiz	
Yaş	30-35	n	30	18	23	8	2	81
		%	37,0%	22,2%	28,4%	9,9%	2,5%	100,0%
	36-40	n	40	15	18	5	1	79
		%	50,6%	19,0%	22,8%	6,3%	1,3%	100,0%
	41-45	n	34	20	11	6	4	75
		%	45,3%	26,7%	14,7%	8,0%	5,3%	100,0%
	46-50	n	20	15	18	8	4	65
		%	30,8%	23,1%	27,7%	12,3%	6,2%	100,0%
	>51	n	32	26	19	11	12	100
		%	32,0%	26,0%	19,0%	11,0%	12,0%	100,0%
Toplam		n	156	94	89	38	23	400
		%	39,0%	23,5%	22,3%	9,5%	5,8%	100,0%
X^2=24,889, p=0,072								

Araştırmada varsayım göz önüne alınarak yapılan ki-kare analiz sonucunda yaş ile dava edilme korkusunun sezaryen kararına etkisi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı tespit edilmiştir (p = 0,072>0,05). Bu sonuca göre dava edilme korkusunun sezaryen kararına etkisi yaş ile değişmemektedir.

Tablo 4.22: Hekimlerin dava edilme korkusunun sezaryen kararlarına etkisinin uzmanlık süresi ile ilişkisi

			Dava edilme korkusunun sezaryen kararına etkisi					Toplam
			Çok yüksek	Yüksek	Orta	Düşük	Etkisiz	
Uzmanlık süresi (yıl)	0-5	n	31	18	30	7	3	89
		%	34,8%	20,2%	33,7%	7,9%	3,4%	100,0%
	6-10	n	41	18	13	6	3	81
		%	50,6%	22,2%	16,0%	7,4%	3,7%	100,0%
	11-15	n	30	16	10	8	2	66
		%	45,5%	24,2%	15,2%	12,1%	3,0%	100,0%
	16-20	n	18	15	13	6	3	55
		%	32,7%	27,3%	23,6%	10,9%	5,5%	100,0%
	>21	n	36	27	23	11	12	109
		%	33,0%	24,8%	21,1%	10,1%	11,0%	100,0%
Toplam		n	156	94	89	38	23	400
		%	39,0%	23,5%	22,3%	9,5%	5,8%	100,0%
X^2=23,423, p=0,103								

Araştırmada varsayım göz önüne alınarak yapılan ki-kareanaliz sonucuna göre uzmanlık süresi ile dava edilme korkusunun sezaryen kararına etkisi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı tespit edilmiştir (p = 0,103>0,05). Bu sonuca göre dava edilme korkusunun sezaryen kararına etkisi uzmanlık süresi ile değişmemektedir.

"Dava sürecini nasıl tanımlarsınız?

Katılımcılar dava sürecinin insanın moral ve motivasyonunu bozan, kendilerini ve mesleklerini değersiz hissettiren, meslekten soğutan, bundan sonraki meslek hayatını etkileyen sonuçlar doğurabilen, yıpratıcı bir süreç olarak tanımlanmışlardır. İlk olarak komplikasyon malpraktis ayrımı yapılmadan bütün zararlarda dava açıldığını, davaların çok uzun sürede sonuçlandığını, sonuçta beraat edilse bile sürecin belirsiz ve yıpratıcı olduğunu, hâkim ve savcıların sağlıkla ilgili davalarda eğitimsiz olduklarını ve bu yüzden kendilerini ifade edemediklerini belirtmişlerdir. Dava süreci yaşayan hekimlerin tamamı bu sürecin daha sonraki sezaryen kararlarını arttırdığını ifade etmiştir. Bunun yanında branş değiştirme ve mesleği bırakma gibi seçenekleri de değerlendirmeye başladıklarını belirtmişlerdir.

Örn.*"Hâkimin de belli bir süresi var, o süre içerisinde seni dinlemeye çalışıyor ya da işte öyleymiş gibi gözüküyor, belki de dinlemiyor bile, içinden hiçbir önemi olmadığını hissediyorsun yaptığın işin ve olabilecek olayların hiçbirinin kıymetli olmadığını hissettirince ben de o zaman bu şekilde niye uğraşayım demeye başlıyorsun."(H:10, 39 yaşında, 10 yıllık uzman)*

"Mesela ben bir omuz distosisi vakasından, grup olarak, dolaylı olarak, alakam oldu, 8 sene yargılandım. 8 sene mahkemeye gittim. 8 sene boyunca sürdü. Taksirle adam öldürmekten yargılanıyorsun. Böyle üzücü. Travma yani bu hakikaten, insanın yaşamında dönüm noktası yaratabilecek, sonraki pratiğini etkileyecek bir durum." (H:14, 58 yaşında, 29 yıllık uzman)

"Bir mahkemeye çıktığın zaman psikolojin değişiyor. Özel ihtisas dairelerin olacak malpraktis davalarına bakan, ben orda itten kopuktan kaçma adamlarla, hırsızlık, bilmem ne onlarla aynı yerde, kusura bakmasınlar, ben devletin bir memuruyum yani devlet adına çalışıyorum. Devlet adına yaptığım bir iş için gidip de orda beni zanlı sanık şüpheli gibi davranmalarını kabullenemiyorum." (H:14, 58 yaşında, 29 yıllık uzman)

"Bu tazminat olayları? Bizim evet, bir sigortamız var. Ama sigorta nereye kadar? Sonuçta bir tane davası olan hekimin ortalama bir on yılını alıyor, on yıl boyunca bu adam psikolojik olarak artık hastaya dokunmamak, özellikle bakın, medikolegal olayların, kadın doğumcuların mahkemeye gitme oranlarına bakın %99'u normal doğum. Sezaryenden gideni ben hiç duymadım. Çünkü ailenin başka diyecek bir lafı olmuyor sezaryen olayında." (H:10, 39 yaşında, 10 yıllık uzman)

"Yaşadığım son bir olayda 2015'de olan bir olay. Her şey normal, hasta miadında, 39 hafta, hasta 31'nci haftadan sonra gelmiş. İlk 31 hafta çeşitli hekim arkadaşlara gitmiş. Bana geldikten sonra da 15 günde bir hastanın takibini yapmışım. Son geldiğinde mükerrer sezaryen olarak yatırmışım. 39 hafta. Yani term gebe. Ne preterm ne postterm. Amnios mayii normal hatta hafif polihidramnios. Elektif sezaryen. Ekibimle güle oynaya giriyoruz. Bir baktım bebek 2-4 apgarlı çıktı. Ondan sonra da çocuk doktoru ve anestezistler tarafından her türlü müdahale yapıldı. Daha sonra bebek Hacettepe'ye gitti. Bebek serebralpalsi. On beş gün önce de ext oldu bebek. Dava açıldı. 2019 un onuncu ayında dava açıldı. Doğum 2015'de oldu. Aradan dört yıl geçtikten sonra dava açıldı. Tabi üzülüyorsun. Örneğin ben şu anda gebe takip etmek istemiyorum. Bir de para amaçlı olması kötü. Hasta, doktor benim bebeğime

zarar verdi dese tamam ama para istemesi hoş bir şey değil. Devletin verdiği maaş da belli zaten. Ama bizden istenen tazminat bir milyonu falan buluyor. Bazen bir buçuk, bazen iki milyon lira. Bebek yaşasaydı belki de iki milyon tazminat çıkacaktı." (H:19, 59 yaşında, 21 yıllık uzman)

"Tazminat olmasa bile, ne yaptığından çok eminsin ama davaya gidiyorsun çünkü hâkim ya da bilirkişi bunu anlamıyor. Sen beraat etsen bile o süreç insana yetiyor. Tanımadığın bir insanın çocuğu sana nöbetçi olduğun için ya da o gün doğumhaneci olduğun için geliyor, sen elinden geleni yapıyorsun, hangi doktor hastasına zarar vermek ister ki, takip ediyorsun, başında duruyorsun, bir komplikasyon oluyor ama bunu ne hakim anlıyor ne hasta anlıyor." (H:18, 35 yaşında, 6 yıllık uzman)

"Zor bir süreç, yıpratıcı bir süreç. 10 yıl sürdü birincisi. 10 yıl sürdü, o nihayete erdi, en son Danıştay'dan da karar çıktı, aklandım yani. Ötekisinden de aklandım, yerel mahkemede de onun temyiz süreci devam ediyor. Avukat tutuyorsun, masraf yapıyorsun, tazminat çıkacak mı, çıkmayacak mı, ceza çıkacak mı, çıkmayacak mı, hapse girecek miyim, girmeyecek miyim gibi belirsizlikler ve o sürecin uzun olması çok yıpratıcı. 3-5 ayda neticelense belki o kadar olmayacak." (H:9, 48 yaşında, 20 yıllık uzman)

"Sezaryen kararlarımı arttırdığını düşünüyorum evet. Geçmişimle kıyasladığımda sezaryen oranlarım arttı. Tabi ki dava edilmek istemiyorum."(H:9, 48 yaşında, 20 yıllık uzman)

"Sezaryen eşiğim bayağı yükseldi. Her mahkemeye gittiğimde bir tık yükseliyor. Her mahkeme süreci beni normal doğum yaptırmaktan en başından uzaklaştırıyor."(H:15, 33 yaşında, 2 yıllık uzman)

"Oluyor. Çok kolay sezaryen kararı veriyorum." (H:19, 59 yaşında, 21 yıllık uzman)

"Davalar, korkular ve çok yüksek fiyatlı davalar. Neden sezaryene almadın sorusu insana daha çabuk sezaryen kararı verdirtiyor. Yani biraz daha sezaryene yakın oluyor insanlar. Benim endikasyonlarım daha dardır ama yine de mesela bir omuz distosisi korkum var, çok yaşadığım için. Bir de bu dava olayım var, manevralar yapıyorum çok da güzel doğurtuyorum ama yine de çok korkuyorum yani. Öngörülemediği için çok korkuyorum, korktuğum için de sezaryene alıyorum, ama yine de normal doğumu zorlamaya çalışıyorum yani."(H:16, 43 yaşında,10 yıllık uzman)

Ankete katılan hekimler kendileri veya arkadaşlarının dava edilme tecrübesinin sonraki sezaryen kararlarına etkisini değerlendirmişler, sonuçlar yüzde ve frekans değerleriyle Tablo 4.23'de özetlenmiştir.

Tablo 4.23: Hekimlerin dava edilme tecrübesinin sezaryen kararlarına etkisi

		N	%
Siz veya arkadaşlarınızın dava edilme tecrübesinin sonraki sezaryen kararlarınızı arttırdığını düşünüyor musunuz? (Tecrübeniz yoksa bu soruyu boş bırakabilirsiniz)	A-Evet, çok yüksek düzeyde arttırdığını düşünüyorum.	172	45,1
	B-Evet, yüksek düzeyde arttırdığını düşünüyorum.	114	29,9
	C-Evet, orta düzeyde arttırdığını düşünüyorum.	55	14,5
	D-Evet, düşük düzeyde arttırdığını düşünüyorum.	23	6,0
	E-Hayır, arttırdığını düşünmüyorum.	17	4,5
	Toplam	381	100

"Tazminat miktarlarını nasıl buluyorsunuz?"

Bütün katılımcılar; tazminat miktarlarının çok yüksek olduğunu, hasta yakınını zenginleştirecek, hekimi fakirleştirecek, hekimi zengin olma amaçlı hedef haline getirecek miktarda olduğunu, zorunlu mesleki sorumluluk sigortasının tazminatın tamamını karşılamaya yetmediğini, bir üst sınırı ve maaşlarıyla orantılı olması gerektiğini belirtmişlerdir. Hekimler hastanın zararının karşılanması gerektiğini fakat bu zararın kendilerine yönlendirilmesinin hekim hasta ilişkini bozduğunu ifade etmişlerdir. 19 hekim tazminat miktarlarının yüksekliğinin doğum takibinde stres yarattığını ve bu sebeple sezaryen kararlarını arttırdığını ifade ederken bir hekim ise bu düşünceye katılmamıştır.

Örn. *"Orantısız, ödeyeceği miktar kazandığı ile orantılı olmalı diye bir durum da var. Belki normal bir miktar olabilir, bir çocuk diyelim omuz takıldı, 18 yaşına kadar o omuz takılmasından doğan zararının miktarı o olabilir ama bizim kazancımız onunla orantılı değil ya da aldığımız riskle bunun karşılığında ödediğimiz miktar arasında bir uçurum var."(H:6, 34 yaşında, 3 yıllık uzman)*

"Hasta açısından belli bir mantığı olabilir, bunca yıl iş kaybı vs. ama olay eğer paraysa bunun da matematiğinin çift taraflı tutması gerekiyor. Evet, hastanın göreceği zarar bir trilyonsa benim de bunu ödeyebilecek kadar kazanıyor olmam gerekir. Bu kesinlikle normalden fazla bir gerginlik yaratıyor."(H:7, 41 yaşında, 11 yıllık uzman)

"Çok yüksek, inanılmaz yüksek. Yani bir hekim, bir tane perinatal asfiksisi olsa bir ömür boyu tüm birikiminin elden gitme tehlikesi ile karşı karşıya. Bu aslında çok büyük bir stres. Yani kaldırılabilecek bir stres değil."(H:9, 48 yaşında, 20 yıllık uzman)

"Tazminat miktarları insanı fakirleştirecek şekilde, kötü bir şey. Eğer bir bebek asfiktik çıktığında, omuz distosisi olduğunda, bunu da devlet tedarik etmeli, bunu hekime yansıtmamalı. Bu aşırı para kazanmasının önüne geçilmesi gerekiyor. Yoksa bu şartlarda kadın doğum hekimi bulamayız."(H:10, 39 yaşında, 10 yıllık uzman)

"Bir tazminat davası açıldığı zaman artık rakamlar yüz bin, iki yüz bin olmaktan çıktı. Milyonlu rakamlar oldu, İnsanlar artık zenginleşme aracı görmeye başladılar." (H:14, 58 yaşında, 29 yıllık uzman)

"Tabi ki çok yüksek. İnanılmaz yüksek. Omuz distosisi ile ilgili bir davam var, önce bana dediler ki 250 bin lira para verirsen davadan vazgeçeceğiz, uzlaşma babından. Vermeyince bu sefer dava açtılar şimdi oldu 750 bin lira. Maddi ve manevi tazminat şeklinde. Bir milyon liralık davalar. Bence çok fazla." (H:16, 43 yaşında, 10 yıllık uzman)

"Bir hekim bütün hayatı boyunca para biriktirse şu günün şartlarında ortalama 10 bin liradan bile hesaplasanız, 20 yılda 2,5 milyon para yapıyor. Bir tane davada bu paralar açılıyor." (H:10, 39 yaşında, 10 yıllık uzman)

"Hocalarımız var mesela hala ödüyorlar. Bir anda ödeyemiyorsun onu. Maaşına yansıtıyorlar. O da yıllar boyu sürüyor." (H:20, 30 yaşında, 6 aylık uzman)

"Şimdiye kadar olmadı. Sezaryenin mantığı zaten hastaya ve bebeğe bir şey olmasın, bana bir şey olmasın diye almıyorum sezaryene hastayı." (H:20, 30 yaşında, 6 aylık uzman)

Ankete katılan hekimlerin tazminat miktarları hakkındaki düşünceleri yüzde ve frekans değerleriyle birlikte Tablo 4.24'de özetlenmiştir.

Tablo 4.24: Hekimlerin tazminat miktarları hakkındaki düşünceleri

		N	%
Tazminat miktarlarını nasıl buluyorsunuz?	A-Çok yüksek	367	91,8
	B-Yüksek	29	7,3
	C-Orta	4	1,0
	D-Düşük	0	0,0
	E-Çok düşük	0	0,0
	Toplam	400	100

Ankete katılan hekimler tazminat miktarlarının sezaryen kararlarına etkisini değerlendirmişler, sonuçlar yüzde ve frekans değerleriyle birlikte Tablo 4.25'de özetlenmiştir.

Tablo 4.25: Tazminat miktarlarının hekimlerin sezaryen kararlarına etkisi

		N	%
Tazminat miktarlarının sezaryen kararlarınızı arttırdığını düşünüyor musunuz?	A-Evet, çok yüksek düzeyde arttırdığını düşünüyorum	192	48,0
	B-Evet, yüksek düzeyde arttırdığını düşünüyorum	92	23,0
	C-Evet, orta düzeyde arttırdığını düşünüyorum.	59	14,8
	D-Evet, düşük düzeyde arttırdığını düşünüyorum.	31	7,8
	E-Hayır, arttırdığını düşünmüyorum.	26	6,5
	Toplam	400	100

Tazminat miktarlarının hekimlerin sezaryen kararlarındaki etkisi incelenmiş sonuçlar Tablo 4.26'da özetlenmiştir.

Tablo 4.26: Tazminat miktarlarının hekimlerin sezaryen kararları ile ilişkisi

			Tazminat miktarlarının sezaryen kararına etkisi					Toplam
			Çok yüksek	Yüksek	Orta	Düşük	Etkisiz	
Tazminat miktarları	Çok yüksek	N	189	88	47	23	20	367
		%	51,5%	24,0%	12,8%	6,3%	5,4%	100,0%
	Yüksek	N	3	3	12	7	4	29
		%	10,3%	10,3%	41,4%	24,1%	13,8%	100,0%
	Orta	N	0	1	0	1	2	4
		%	0,0%	25,0%	0,0%	25,0%	50,0%	100,0%
	Düşük	N	0	0	0	0	0	0
		%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
	Çok düşük	N	0	0	0	0	0	0
		%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Toplam		N	192	92	59	31	26	400
		%	48,0%	23,0%	14,8%	7,8%	6,5%	100,0%
X^2=56,341, p=0,000								

Araştırmada varsayım göz önüne alınarak yapılarak ki-kare analiz sonucuna göre, tazminat miktarlarının yüksekliği ile tazminat miktarlarının sezaryen kararına etkisi arasında istatistik olarak anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir ($p = 0,000<0,05$). Tablo 4.26'da tazminat miktarları yükseldikçe tazminat miktarlarının sezaryen kararlarına etkisinin yükseldiği gözlenmektedir.

"Kendinizi sezaryen doğumda mı, vaginal doğumda mı daha güvende hissediyorsunuz?"

15 hekim kendini sezaryende daha güvende hissettiğini, bir hekim vaginal doğumda daha güvende hissettiğini ifade ederken, iki hekim her ikisinde de güvende hissettiğini, iki hekim her ikisinde de güvende hissetmediğini belirtmiştir. Sezaryende kendilerini daha güvende hisseden hekimler; sezaryende kontrolün kendilerinde olması, öngörülemeyecek komplikasyonların daha az olması, beraberinde dava yaşama ihtimalinin daha az olması sebeplerini göstermişlerdir.

Örn. *"Tabi ki sezaryende. Eğer böyle dördüncü sezaryen değilse, sezaryende tabi ki. Benim için belli. Şu saatte alacağım, şu saatte çıkacağım, şu kadar takip edeceğim, bitecek."(H:3, 34 yaşında, 3 aylık uzman)*

"Sezaryende kontrol bende görüyorum. Kıyaslayamam bile. Normal doğumda seyirciyim, sezaryende aktif müdahale ediyorum, gerekirse insizyonumu büyütürüm, gerekirse" T" açarım ama diğerinde öyle bir şansım yok. Diğerinde tamamen seyirciyim ve herkes senden bir şey bekliyor." (H:4, 50 yaşında,13 yıllık uzman)

"Tabii ki sezaryende kendimi daha rahat hissediyorum, normal doğum takibi süreci uzun süren stresli ne zaman ne olacağı belli olmayan, doğum sonrasında komplikasyonları olan bir süreç."(H: 5, 41 yaşında,10 yıllık uzman)

"Valla ikisinde de rahat hissetmiyorum açıkçası. Pek belli etmiyoruz ama. İkisinin de riskleri var; doğumdan sonra atoniye girmeyeceği ne malum, sezaryendepostopemboli atmayacağı ne malum ya da kanamayacağı ne malum?" (H:9, 48 yaşında, 20 yıllık uzman)

"Sezaryende daha rahat oluyorum, kendimi daha güvende hissediyorum. Kendim kontrol ettiğim için." (H:11, 35 yaşında, 1 aylık uzman)

"Ben normal doğumda kendimi daha güvende hissediyorum. Sezaryende, eski sezaryen, mükerrer sezaryen gibi durumlarda, myomektomi gibi ben bunlarda kendimi

güvende hissetmiyorum. Çünkü bir kez batına girilmiş hasta. Tekrar batına girmek, bazen eski sezaryenler çok kötü çıkabiliyor, mükerrer sezaryenler, özellikle myomektomiler çok kötü çıkıyorlar. Normal doğum olursa daha iyi diyorum, komplikasyon riski de az sezaryene göre. Benim oluşturabileceğim bir durum da az. Kendi eylemin verdiği komplikasyon olabilir." (H:13, 31 yaşında, 2 yıllık uzman)

"İkisinde de heyecanlanıyorum. Sezaryen sırasında bebeğin kafası çıkıp ağlayana kadar anksiyetem oluyor, hele bir de fetaldistresendikasyonuyla sezaryene girdiysem o doğum anında 10 derece olan stresim orda da 10 oluyor yani." (H:16, 43 yaşında, 10 yıllık uzman)

"Özellikle ilk doğumlarda normal doğumda tedirgin oluyorum. Bunun sebebi de hep medikolegal olaylar. Çünkü bu mesleği çok uzun yıllar yapacağız, yapmayı da düşünüyorum, çok da seviyorum. Allah korusun başıma gelecek bir olayın beni mesleğimden soğutmasından ve bir daha normal doğum yaptırmayacağıma dair ömür boyunca bir ön yargı oluşur diye normal doğumdan özellikle ilk doğumlarda daha çok korkuyorum. Ama birden çok doğumu olanlarda çok tedirgin olmuyorum. Sezaryen bizim kontrolümüzde olduğu için, biz cerrah olduğumuz için tabi ki daha güvenli hissediyoruz." (H:17, 39 yaşında, 3 yıllık uzman)

"Sezaryende. Her şey kendi kontrolümde oluyor. Ona göre ne yapacağımı biliyorum. Normal doğumda ne olacağını bilemiyorsun ki. Normal doğumda doğurtuyorsun, biraz sonra bebek birdenbire asfiksiye giriyor sonra hemen davalar. Sonra bu hasta niye alınmadı. Bu davalar nedeniyle aman başıma iş çıkmasın deyip, hastaya bakıyorsun geleli altı saat oldu, aman bir şey olmasın diyorsun, sezaryene alıyorsun." (H:19, 59 yaşında, 21 yıllık uzman)

Ankete katılan hekimler kendilerini güvende hissettikleri doğum şeklini değerlendirmiş, sonuçlar yüzde ve frekans değerleriyle Tablo 4.27'de özetlenmiştir.

Tablo 4.27: Hekimlerin kendilerini güvende hissettikleri doğum şekli

		N	%
Kendinizi sezaryen doğumda mı vaginal doğumda mı daha güvende hissediyorsunuz?	A-Her ikisinde de güvende hissediyorum	96	24,0
	B-Vaginal doğumda daha güvende hissediyorum	14	3,5
	C-Sezaryen doğumda daha güvende hissediyorum	180	45,0
	D-Her ikisinde de güvende hissetmiyorum	110	27,5
	Toplam	400	100

Hekimlerinin kendilerini güvende hissettiği doğum şeklinin yaş ile ilişkisi incelenmiş sonuçlar Tablo 4.28'de özetlenmiştir**.**

Tablo 4.28: Hekimlerin kendilerini güvende hissettiği doğum şeklinin yaş ile ilişkisi

			Kendini güvende hissetme				Toplam
			Her ikisinde güvende	Vaginal doğumda güvende	Sezaryen doğumda güvende	Her ikisinde güvensiz	
Yaş	30-35	n	23	6	30	22	81
		%	28,4%	7,4%	37,0%	27,2%	100,0%
	36-40	n	20	1	37	21	79
		%	25,3%	1,3%	46,8%	26,6%	100,0%
	41-45	n	7	0	40	28	75
		%	9,3%	0,0%	53,3%	37,3%	100,0%
	46-50	n	10	3	32	20	65
		%	15,4%	4,6%	49,2%	30,8%	100,0%
	>51	n	36	4	41	19	100
		%	36,0%	4,0%	41,0%	19,0%	100,0%
Toplam		n	96	14	180	110	400
		%	24,0%	3,5%	45,0%	27,5%	100,0%
X^2=31,546, p=0,002							

Araştırmada varsayım göz önüne alınarak yapılan ki-kare analiz sonucuna göre, yaş ile hekimlerin kendini güvende hissettiği doğum şekli arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir ($p = 0,002<0,05$). Tablo 4.28'de bütün yaş gruplarında kendilerini sezaryen doğumda daha güvende hisseden hekimler çoğunluğu oluştururken, 35 yaş altı ve 50 yaş üstü hekimlerin her iki doğum şeklinde de kendilerini güvende hissettikleri, 41-50 yaş grubu hekimlerin ise her iki doğum şeklinde de kendilerini güvende hissetmedikleri gözlenmektedir.

Hekimlerinin kendilerini güvende hissettiği doğum şekli ile uzmanlık süresi arasında ilişki incelenmiş, sonuçlar Tablo 4.29'da özetlenmiştir**.**

Tablo 4.29: Hekimlerin kendilerini güvende hissettiği doğum şeklinin uzmanlık süresi ile ilişkisi

			Kendini güvende hissetme				Toplam
			Her ikisinde güvende	Vaginal doğumda güvende	Sezaryen doğumda güvende	Her ikisinde güvensiz	
Uzmanlık süresi (yıl)	0-5	n	23	6	33	27	89
		%	25,8%	6,7%	37,1%	30,3%	100,0%
	6-10	n	21	1	35	24	81
		%	25,9%	1,2%	43,2%	29,6%	100,0%
	11-15	n	7	0	38	21	66
		%	10,6%	0,0%	57,6%	31,8%	100,0%
	16-20	n	8	3	28	16	55
		%	14,5%	5,5%	50,9%	29,1%	100,0%
	>21	n	37	4	46	22	109
		%	33,9%	3,7%	42,2%	20,2%	100,0%
Toplam		n	96	14	180	110	400
		%	24,0%	3,5%	45,0%	27,5%	100,0%
X^2=25,752, p=0,012							

Araştırmada varsayım göz önüne alınarak yapılan ki-kare analiz sonucuna göre, uzmanlık süresi ile hekimlerin kendilerini güvende hissettiği doğum şekli arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir ($p = 0,012<0,05$). Tablo 4.29'da bütün uzmanlık sürelerinde hekimlerin çoğunun kendilerini sezaryen doğumda daha güvende hissettiği gözlemlenirken, uzmanlık süresi 21 yılın üstünde ola hekimlerin kendilerini her iki doğum şeklinde de güvende hissettikleri gözlenmektedir.

Hekimlerin dava edilme korkusunun sezaryen kararlarına etkisi ile hekimlerin kendilerini güvende hissettiği doğum şekli arasındaki ilişki incelenmiş, sonuçlar Tablo 4.30' da özetlenmiştir.

Tablo 4.30: Hekimlerin kendilerini güvende hissettiği doğum şeklinin dava edilme korkusunun sezaryen kararına etkisi ile ilişkisi

			Kendini güvende hissetme				Toplam
			Her ikisinde güvende	Vaginal doğumda güvende	Sezaryen doğumda güvende	Her ikisinde güvensiz	
Dava edilme korkusunun sezaryen kararına etkisi	Çok yüksek	n	23	3	86	44	156
		%	14,7%	1,9%	55,1%	28,2%	100,0%
	Yüksek	n	27	3	42	22	94
		%	28,7%	3,2%	44,7%	23,4%	100,0%
	Orta	n	26	4	32	27	89
		%	29,2%	4,5%	36,0%	30,3%	100,0%
	Düşük	n	6	4	16	12	38
		%	15,8%	10,5%	42,1%	31,6%	100,0%
	Etkisiz	n	14	0	4	5	23
		%	60,9%	0,0%	17,4%	21,7%	100,0%
Toplam		n	96	14	180	110	400
		%	24,0%	3,5%	45,0%	27,5%	100,0%
X^2=39,609, p=0,000							

Araştırmada varsayım göz önüne alınarak yapılan ki-kare analiz sonucuna göre, hekimlerin kendilerini güvende hissettikleri doğum şekli ile dava edilme korkusunun sezaryen kararına etkisi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir (p = 0,000<0,05). Tablo 4.30'da dava edilme korkusunun sezaryen kararına etkisi yükseldikçe hekimlerin kendilerini sezaryen doğumda daha güvende hissettiği gözlemlenmektedir. Dava edilme korkusunun sezaryen kararına etkisi azaldıkça her iki doğum şeklinde kendini güvende hissetmeyen ve her iki doğum şeklinde de kendini güvende hisseden hekimler artmaktadır.

Hekimlerin kendini güvende hissettiği doğum şeklinin dava edilme sayısı ile ilişkisi incelenmiş, sonuçlar Tablo 4.31'de özetlenmiştir.

Tablo 4.31: Hekimlerin kendini güvende hissettiği doğum şeklinin dava edilme sayısı ile ilişkisi

			Kendini güvende hissetme				Toplam
			Her ikisinde güvende	Vaginal doğumda güvende	Sezaryen doğumda güvende	Her ikisinde güvensiz	
Dava edilme sayısı	0	n	38	4	64	52	158
		%	24,1%	2,5%	40,5%	32,9%	100,0%
	1	n	35	8	51	29	123
		%	28,5%	6,5%	41,5%	23,6%	100,0%
	2	n	13	1	32	12	58
		%	22,4%	1,7%	55,2%	20,7%	100,0%
	3	n	2	1	14	7	24
		%	8,3%	4,2%	58,3%	29,2%	100,0%
	>3	n	8	0	19	10	37
		%	21,6%	0,0%	51,4%	27,0%	100,0%
Toplam		n	96	14	180	110	400
		%	24,0%	3,5%	45,0%	27,5%	100,0%
X^2=16,103, p=0,187							

Araştırmada varsayım göz önüne alınarak yapılan ki-kare analiz sonucuna göre, hekimlerin kendilerini güvende hissettiği doğum şekli iledava edilme sayısı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı tespit edilmiştir (p = 0,187>0,05).

"Mesleğinizin risklerinim hukukçular tarafından kötüye kullanıldığını düşünüyor musunuz?"

Bütün katılımcılar kadın doğum mesleğinin öngörülemeyen komplikasyonlarının hukukçular tarafından zenginleşmek amacıyla kötüye kullanıldığını düşündüklerini ifade etmişlerdir. Avukatların hastane bahçelerinde dolaştıklarını, zarar görmüş ailelerin acılarını suistimal ederek onları dava açmaya ikna ettiklerini ve dava sonucunda tazminatı bölüşmek üzere anlaştıklarını belirtmişlerdir.

Örn. *"Her meslekte etik olmayan insanlar vardır. Avukatlarda da şarlatan grubu vardır. Aileler bir can yangısıyla sığınacak kapı arıyor olabilirler ama etrafında hemen şarlatanlar birikir."(H:10,39 yaşında, 10 yıllık uzman)*

"Gördüğümüz duyduğumuz olaylar bu şekilde kötüye kullanıldığını gösteriyor zaten. Herkes çok kolay doğuracak diye bir durum zaten yok. Doğumun da başlı başına bir süreci var. Süre uzuyor o süre doktorun suçu oluyor, bebek çıkarken anne ıkınmıyor, bebek destekleniyor, doktorun suçu oluyor, yani bu durumlar tabi ki de sezaryen kararında etkili oluyor. Bunların hepsini kullanıyorlar yani bunların hepsi olması gereken şeyler." (H:13, 31 yaşında, 2 yıllık uzman)

"Tabi ki. Sigorta şirketleri olaya dâhil olduktan sonra şöyle bir şey oldu. Hastanın bir şeyi yok sana karşı. Allah razı olsun hocam çok uğraştınız diyen hastayı bile avukatların ya da yakınlarının boş ver, doktor bey zaten para ödemeyecekmiş, sigorta ödüyormuş diye ikna edip dava açtırdıklarını birebir ben kendim gördüm. Ablacım niye böyle yaptın diyorum, hocam sigorta ödeyecekmiş parayı diyor. Bir tazminat gelirse başımıza herhalde her şeyi bırakıp gideceğiz."(H:15, 33 yaşında, 2 yıllık uzman)

"Hukukçularda en bariz örneğini geçenlerde yaşadık. Hukukçunun bir tanesi amniotik bant sendromu dediğimiz aslında tıbbi bir şeyi anlatırken, belki doktor tam açıklayıcı bilgi de verememiş olabilir, amniotik bandı, karnında bant unuttular diye sorgusuz sualsiz, başka bir ülkede olsa o hukukçunun elinden diplomayı alırlardı. Ya da çok büyük bir tazminatı devletin o kişiye ödetmesi lazım çünkü sen töhmet altında bıraktın. Haber kanalları da bunu kimseye teyit ettirmeden verdiler."(H:17, 39 yaşında, 3 yıllık uzman)

"Mesela ben başımdan geçen bir olayı anlatayım 6 ay önce. Ailesinde kaç kişi varsa histerektomisini, sezaryenini, ameliyatlarını hep ben yapmışım. Kız kardeşini getirdi. 46 yaşında. Yaklaşık 4-5 ay gebelik büyüklüğünde myom var. Ondan sonra kız kardeşinin kocası geldi. Ben hastayı dışarı çıkardım ve kocasına durumun ciddiyetini anlatmaya çalıştım. Myom alınacak ama tek başına myom alınması yetmez, myom alınırken içerde yapışıklık olabilir ultrasonla fark edilmeyen, kanama olabilir, hastanın hayati tehlikesi olabilir. Bana ya doktor bey onu mu düşünüyorsun dedi. Hasta ölürse seni şikâyet ederim dedi. Ben anlatıyorum, bak eşin ölebilir, bunlar bunlar olabilir bak kardeşim, bunlardan da bilginiz olsun diye. O bana o 800 bin lirayı bankaya faize koyarım, ayda 8 bin lira faiz alırım diyor, çalışmama da gerek yok diyor. O günden sonra dedim ki hiçbir cerrahi vaka yapmak istemiyorum. Sezaryen dâhil.

Sezaryeni de mecbur doğumhaneci olduğum için yapıyorum. O günden sonra ameliyat yapmaktan vazgeçtim. Hiç kimse de bana ameliyat yaptıramaz." (H:19, 59 yaşında, 21 yıllık uzman)

Ankete katılan hekimler kadın doğum mesleğinin risklerinin hukukçular tarafından kötüye kullanılması hakkındaki düşüncelerini belirtmişler, sonuçlar yüzde ve frekans değerleriyle Tablo 4.32' de özetlenmiştir.

Tablo 4.32: Hekimlerin hukukçular hakkındaki görüşleri

		N	%
Mesleğinizin risklerinin hukukçular tarafından kötüye kullanıldığını düşünüyor musunuz?	A-Evet, kesinlikle düşünüyorum	308	77,0
	B-Evet, genel olarak düşünüyorum	68	17,0
	C-Bu konuda bir fikrim yok	20	5,0
	D-Hayır, genel olarak düşünmüyorum	4	1,0
	E-Hayır, kesinlikle düşünmüyorum	0	0,0
	Toplam	400	100

4.3. DEĞİŞİM

Bu grup sorularda asistan eğitiminden günümüze kadar olan süreçte sezaryen endikasyonlarındaki değişim, bu değişimin sebepleri ve sonuçları tartışılmıştır. Bu amaçla hekimlere makat geliş, ikiz gebelik, ileri anne yaşı, tedavi gebeliği, anne istemi, iri bebek gibi günümüzde sıkça sezaryen uygulanan durumlarda doğum şekli tercihleri ve sebepleri sorulmuş, ilaveten müdahaleli doğum, vakum forseps kullanımı hakkındaki düşünceleri ve sezaryen kararlarına etkileri tartışılmıştır.

"Asistan eğitiminizde makat doğumlara yaklaşım ile günümüzdeki yaklaşımınızı nasıl değerlendirirsiniz?"

Ortalama yaşı 49, ortalama uzmanlık süresi 17 yıl olan altı hekim, asistanlık eğitimlerinde makat doğuma yaklaşımın vaginal doğum olduğunu, ortalama yaşı 45, ortalama uzmanlık süresi 14 yıl olan altı hekim ise makat doğuma yaklaşımın ilk gebelikler dışında vaginal doğum olduğunu, ortalama yaş 33, ortalama uzmanlık süresi 2 yıl olan 8 hekim ise asistanlık eğitimlerinde de makat doğumlara yaklaşımın sezaryen olduğunu belirtmiştir.

Makat gelişte doğum yaklaşımının; vaginal doğumdan, önce ilk gebeliklerde sezaryen, sonra tüm makat gelişlerde sezaryen olacak biçimde tedricen değiştiği tespit edilmiştir.

Hekimlere bu değişimin sebepleri konusunda fikirleri sorulduğu zaman makat gelişin aslında bir sezaryen endikasyonu olmadığı ama anormal bir geliş olduğu, komplikasyon ve müdahale olasılığı yüksek bir doğum şekli olduğu, olası bir komplikasyon olması durumunda dava edilme endişesi sebebi ile sezaryen kararı verdiklerini ifade etmişlerdir. Mesleki tecrübeleri 15 yılın üzerinde olan uzmanlar asistanlık eğitimlerinde makat doğum ve gerekli müdahalelerin eğitimini aldıklarını, asistanlık döneminde ve uzmanlık döneminin ilk yıllarında makat doğum ve gerekli müdahaleleri yoğun olarak uygulayabildiklerini fakat zamanla komplikasyonlar neticesinde dava edilme oranı arttıkça bu uygulamadan tedricen vazgeçtiklerini belirtmişlerdir.

Mesleki tecrübeleri nispeten daha az olan uzmanlar ise asistanlık eğitimleri sırasında makat gelişlerde doğum yaklaşımının uzmandan uzmana değişmekle beraber genellikle sezaryen yönünde olduğunu, eğitimlerinde makat doğum gördüklerini ama makat doğumu yönetecek yeterli donanıma sahip olmadıkları için sezaryen doğumu daha güvenli bulduklarını ve kararlarını bu yönde verdiklerini ifade etmişlerdir.

Mesleki tecrübeleri beş yıldan az olan uzmanlar ise asistanlık eğitimlerinde makat gelişin bir sezaryen endikasyonu olarak kabul edildiğini ve kendilerinin de makat gelişte sezaryen kararı verdiklerini belirtmişlerdir.

Örn. *"Asistanken makatları normal doğurturduk ama uzman olduğum süreçte artık rutin makat sezaryen oluyor. Muhtemel komplikasyonlar sebebiyle. İnsanlara da anlatamıyorsun bu risk vardı, olabilirdi diye. Varsa o zaman niye sezaryene almadın şeklinde bir baskı sebebiyle."(H:7, 41 yaşında, 11 yıllık uzman)*

"Asistanlığımın üçüncü yılına kadar çok makat doğum yaptırdım. Hatta baş geliş sonra makat ikiz gebelikler de doğurttum. Çok fazla doğurttuk ama şimdi gebeyi gördüğüm an servis değiştiriyorum, o seviyeye getirdiler bizi." (H:10, 39 yaşında, 10 yıllık uzman)

"Eğitim sürecinde makat prezantasyon sezaryen endikasyonu diye bize öğretildi. Ama benyoğun bir hastanede çalıştığım için makat doğum ve ikiz doğum vaginal yoldan yaptırma şansı, vakumla doğum yaptırma şansı buldum." (H:11, 35 yaşında, 1 aylık uzman)

"Benim asistanlık zamanımda çok fazla makat doğum yoktu. Ben 2010'da başladım asistanlığa, o tarihten itibaren belki 10 tane görmüşümdür. Bu davalar arttıktan sonra da iyice makat doğumdan uzaklaşıldı diye düşünüyorum. Yapılabilir mi yapılabilir tabi ki, daha

önceden de yapılmış şimdi de yapılabilir ama olası bir olumsuzlukta yaşayacağın tazminatlar açıkçası hiç yapma taraftarı değilim. Onu göze alamam." (H: 12, 33 yaşında, 4 yıllık uzman)

"Kimse benim tanıdığım makat doğum yaptırmak istemiyor. Bu riski almak istemiyor. Sezaryen varken sezaryen. Makat doğumun da çok bir sıkıntısının olmadığını söyleyebilirim, çok zor olmadı ama tabi yaşanacak olan komplikasyonların ihtimali daha yüksek olduğu için sıkıntıda o manevraları kimse göze almıyor." (H:13, 31 yaşında, 2 yıllık uzman)

"Sezaryen endikasyonu değil aslında. Ben şimdiye kadar mecburiyetten sadece tam açık geldiği için makat doğurttuk. Onun dışında hiç makat doğum doğurtmadım asistanlıkta. Ben şu anda primipar da olsa multipar da olsa makat doğumu kesinlikle sezaryene alıyorum. Bunun sebebi de bir şey olduğu zaman karşındaki kişinin bu zaten sezaryen endikasyonu deyip, herhangi bir dava şekline dönüşmemesi." (H:17, 39 yaşında, 3 yıllık uzman)

"Kilosu uygunsa primipar değilse normal vaginal doğumu tercih ederdim önceden. Şu anda asla vaginal doğum düşünmem. Ters giden bir durumda yasaların beni korumadığını düşünürüm. Neden sezaryene almadın gibi bir soruyla karşılaşmaktansa direkt sezaryene alıp risksiz bir şekilde o bebeği doğurturum." (H:1, 53 yaşında, 25 yıllık uzman)

"Mesela makat bizde direkt sezaryen. Ultrasonda makat gördüğümüz zaman direkt hastayla konuşuyoruz zaten sen sezaryen olacaksın diye. Çünkü gördüğümüz buydu eğitimde."(H:3, 34 yaşında, 3 aylık uzman)

"Bizim makat doğumda sezaryen endikasyonumuz yoktu. Ben asistanken makat diye sezaryen yapmadım, mesleğimin ilk iki yılında da makat geliş diye sezaryen yaptırmadım ama şimdi makat doğum eşittir sezaryen. Çünkü bir komplikasyon olduğu zaman hasta ve yakınlarına bunu anlatma şansın yok."(H:4, 50 yaşında, 13 yıllık uzman)

"Multipar hastaları vaginal doğurturduk ama son zamanlarda malpraktis dava korkusu arttı, sağlıkta şiddet de bunu etkiliyor, bebeğe bir şey olursa, anneye bir şey olursa, size gösteririz gibi sözler sezaryen kararını arttırıyor. Bununla ilgili koruyucu önlemler alınırsa mesela dava edilmeme vaginal doğumda, tabi ki sezaryen oranları düşer."(H:5, 41 yaşında, 10 yıllık uzman)

"Asistanken yerleşmişti sezaryen. Şimdi de sezaryene alıyorum ben de."(H:6, 34 yaşında, 3 yıllık uzman)

"Uzmanlık hayatımda makat tam açık gelmediği sürece, özellikle pretermlerde, vaginal doğuma yaklaşmam. Çünkü hukuk siteminde neden sezaryene aldın şeklinde bir soru değil de neden sezaryene almadın şeklinde bize sorulduğu için sezaryen kararı veririm. Makat doğumları direkt sezaryene alıyorum." (H:11, 35 yaşında, 1 aylık uzman)

"Makat benim için sezaryen endikasyonu." (H:13, 31 yaşında, 2 yıllık uzman)

"Asistanlığımda gerçekten doğuramayacak hastalar sezaryen olurdu. %5-8 gibi oranlarla çalışıyorduk, ama şimdi pratiğimize gelen uygulamalarla birlikte sadece bana özel değil tüm hekim arkadaşların müdahaleli doğumlardan kaçtığını görüyorum. Eski sezaryen sonrası doğum yaptırmaya herkes korkuyor. Çok sayıda yaptırdım ben, pratiğim var. Yani biz bildiğimiz halde uygulayamıyoruz. Şimdi makat eşittir sezaryen oldu. İkiz eşittir sezaryen oldu. Vakum forsepsle doğuracak hastalar sezaryen oldu. Birazcık iri bebek sezaryen oldu. Neden? Omuz takılması oluyor, omuz takıldı mı, klavikulakırığı, elbpalsisi. Şu an kadın doğuma açılan davaların en büyük kısmı bu omuz takılması ve elbpalsisi yüzünden." (H:14, 58 yaşında, 29 yıllık uzman)

"Şu anda makat gelişi doğurtmam. Onun da nedeni, eskiden komplikasyon olan şeyler, bu son yıllarda malpraktise çevrildiği için biz artık o yüksek riske girmek istemiyoruz. Biz eskiden primigravid makatları normal doğurturduk şimdi 6. gebelik makat, doğurtmuyoruz." (H:19, 59 yaşında, 21 yıllık uzman)

"İkinci üçüncü doğum makat olsa bile doğurtmuyorum. Alıyorum sezaryene. Çünkü çok katastrofik şeyler gördüm. Doğurtulur mu? Doğurtulur. Ama işte korkuyoruz." (H:18, 35 yaşında, 6 yıllık uzman)

"Bence makat doğum sezaryen endikasyonu değil ama olabilecek risklerden dolayı makat bize bu şekilde öğretildiğinden dolayı sezaryen. Aynı korku bende de olur yani. Böyle devam ederim. Birincisi eksiğimden dolayı. Birkaç tane yaptırdım ama normal doğum gibi aktif şekilde yaptırmadım. Oluşabilecek komplikasyonları görmedim. Komplikasyonla mücadele edemeyeceğim için alırım sezaryene." (H:20, 30 yaşında, 6 aylık uzman)

Ankete katılan hekimlerin asistan eğitimi ve uzmanlık pratiklerinde makat doğuma yaklaşımları Tablo 4.34' de özetlenmiştir.

Tablo 4.33: Hekimlerin asistan eğitimi ve uzmanlık pratiklerinde makat doğum yaklaşımı

		N	%
Asistan eğitiminizde makat doğumlara yaklaşım nasıldı?	A-Vaginal doğum	54	13,5
	B-İnternal/external versiyonla vaginal doğum	1	0,3
	C-İlk gebelik ise sezaryen, multipar ise vaginal doğum	160	40,0
	D-Sezaryen doğum	185	46,3
	Toplam	400	100
Uzmanlık pratiğinizde makat doğumlarda yaklaşımınız nasıl olur?	A- Vaginal doğum	12	3,0
	B- İnternal/external versiyonla vaginal doğum	0	0,0
	C- İlk gebelik ise sezaryen, multipar ise vaginal doğum.	81	20,3
	D- Sezaryen doğum	307	76,8
	Toplam	400	100

Asistan eğitiminde makat doğuma yaklaşımın yaş ve uzmanlık süreleri ile ilişkisi Tablo 4.35 ve Tablo 4.6'da özetlenmiştir.

Tablo 4.34: Hekimlerin asistan eğitimlerinde makat doğum yaklaşımının yaş ile ilişkisi

			Asistan eğitiminde makat doğuma yaklaşım				Toplam
			A	B	C	D	
Yaş	30-35	N	4	0	18	59	81
		%	4,9%	0,0%	22,2%	72,8%	100,0%
	36-40	n	6	0	19	54	79
		%	7,6%	0,0%	24,1%	68,4%	100,0%
	41-45	n	6	0	30	39	75
		%	8,0%	0,0%	40,0%	52,0%	100,0%
	46-50	n	5	1	40	19	65
		%	7,7%	1,5%	61,5%	29,2%	100,0%
	>51	n	33	0	53	14	100
		%	33,0%	0,0%	53,0%	14,0%	100,0%
Toplam		n	54	1	160	185	400
		%	13,5%	0,3%	40,0%	46,3%	100,0%
X^2=114,074, p=0,000							

A-Vaginal doğum, B-İnternal/external versiyonla vaginal doğum, C-İlk gebelik ise sezaryen, multipar ise vaginal doğum, D-Sezaryen doğum

Araştırmada varsayım göz önüne alınarak yapılan ki-kare analiz sonucuna göre, yaş ile asistan eğitiminde makat doğuma yaklaşım arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir (p = 0,000<0,05). Tablo 4.35'de 40 yaşın altındaki uzman hekimlerin asistan eğitimlerinde makat doğuma yaklaşımın sezaryen doğum yönünde olduğu gözlemlenirken, 46 yaşın üstündeki hekimlerin ilk gebelik ise sezaryen, multipar ise vaginal doğum yönünde olduğu gözlenmektedir. Ayrıca tabloda 50 yaş üstündeki uzman hekimlerin üçte birinin asistanlık eğitiminde makat doğuma yaklaşımın vaginal doğum yönünde olduğu görülmektedir.

Tablo 4.35: Hekimlerin asistan eğitimlerinde makat doğum yaklaşımının uzmanlık süresi ile ilişkisi

			Asistan eğitiminde makat doğuma yaklaşım				Toplam
			A	B	C	D	
Uzmanlık süresi (yıl)	0-5	n	6	0	21	62	89
		%	6,7%	0,0%	23,6%	69,7%	100,0%
	6-10	n	5	0	16	60	81
		%	6,2%	0,0%	19,8%	74,1%	100,0%
	11-15	n	4	0	27	35	66
		%	6,1%	0,0%	40,9%	53,0%	100,0%
	16-20	n	5	1	37	12	55
		%	9,1%	1,8%	67,3%	21,8%	100,0%
	>21	n	34	0	59	16	109
		%	31,2%	0,0%	54,1%	14,7%	100,0%
Toplam		n	54	1	160	185	400
		%	13,5%	0,3%	40,0%	46,3%	100,0%
X^2=129,599,p=0,000							

A-Vaginal doğum, B-İnternal/external versiyonla vaginal doğum, C-İlk gebelik ise sezaryen, multipar ise vaginal doğum, D-Sezaryen doğum

Araştırmada varsayım göz önüne alınarak yapılan ki-kare analiz sonucunda, asistan eğitiminde makat doğuma yaklaşım ile uzmanlık süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir (p = 0,000<0,05). Tablo 4.36'da 10 yıldan az uzmanlık süresi olan hekimlerin asistanlık eğitiminde makat doğuma yaklaşımın sezaryen doğum olduğu gözlemlenirken, 16 yılın üstünde hekimlerin ilk gebelik ise sezaryen, multipar ise vaginal doğum olduğu gözlenmektedir. Ayrıca 21 yılın üstünde tecrübesi olan hekimlerin üçte birinin ise vaginal doğum yönünde olduğu görülmektedir.

Uzmanlık pratiğinde makat doğuma yaklaşımın yaş ile ilişkisi incelenmiş ve sonuçlar Tablo 4.37' de özetlenmiştir.

Tablo 4.36: Hekimlerin uzmanlık pratiklerinde makat doğum yaklaşımlarının yaş ile ilişkisi

			Uzmanlık pratiğinde makat doğuma yaklaşım				Toplam
			A	B	C	D	
Yaş	30-35	n	2	0	14	65	81
		%	2.5%	0,0%	17.3%	80.2%	100.0%
	36-40	n	4	0	9	66	79
		%	5.1%	0,0%	11.4%	83.5%	100.0%
	41-45	n	1	0	9	65	75
		%	1.3%	0,0%	12.0%	86.7%	100.0%
	46-50	n	0	0	11	54	65
		%	0.0%	0,0%	16.9%	83.1%	100.0%
	>51	n	5	0	38	57	100
		%	5.0%	0,0%	38.0%	57.0%	100.0%
Toplam		n	12	0	81	307	400
		%	3.0%	0,0%	20.3%	76.8%	100.0%
X^2=34,009, p=0,000							

A-Vaginal doğum, B-İnternal/external versiyonla vaginal doğum, C-İlk gebelik ise sezaryen, multipar ise vaginal doğum, D-Sezaryen doğum

Araştırmada varsayım göz önüne alınarak yapıla ki-kare analiz sonucunda, uzmanlık pratiğinde makat doğuma yaklaşım ile yaş arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir ($p = 0,000<0,05$). Tablo 4.37'de 50 yaşın altındaki uzman hekimlerin makat doğuma yaklaşımının sezaryen doğum yönünde olduğu gözlemlenirken, 50 yaşın üstündeki hekimlerin sezaryen doğum ile birlikte ilk gebelik ise sezaryen, multipar ise vaginal doğum yönünde olduğu gözlemlenmektedir.

Uzmanlık pratiğinde makat doğuma yaklaşımın uzmanlık süresi ile ilişkisi incelenmiş ve sonuçlar Tablo 4.38' de özetlenmiştir.

Tablo 4.37: Hekimlerin uzmanlık pratiklerinde makat doğum yaklaşımlarının uzmanlık süresi ile ilişkisi

			Uzmanlık pratiğinde makat doğuma yaklaşım				Toplam
			A	B	C	D	
Uzmanlık süresi (yıl)	0-5	n	2	0	15	72	89
		%	2,2%	0,0%	16,9%	80,9%	100,0%
	6-10	n	4	0	8	69	81
		%	4,9%	0,0%	9,9%	85,2%	100,0%
	11-15	n	1	0	8	57	66
		%	1,5%	0,0%	12,1%	86,4%	100,0%
	16-20	n	0	0	9	46	55
		%	0,0%	0,0%	16,4%	83,6%	100,0%
	>21	n	5	0	41	63	109
		%	4,6%	0,0%	37,6%	57,8%	100,0%
Toplam		n	12	0	81	307	400
		%	3.0%	0,0%	20.3%	76.8%	100.0%
X^2=35,025, p=0,000							

A-Vaginal doğum, B-İnternal/external versiyonla vaginal doğum, C-İlk gebelik ise sezaryen, multipar ise vaginal doğum, D-Sezaryen doğum

Araştırmada varsayım göz önüne alınarak yapılan ki-kare analiz sonucunda, uzmanlık pratiğinde makat doğuma yaklaşım ile uzmanlık süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir ($p = 0,000<0,05$). Tablo 4.38'de uzmanlık süresi 20 yılın altında olan hekimlerin makat doğuma yaklaşımının sezaryen doğum yönünde olduğu gözlemlenirken, 20 yılın üstünde olan hekimlerin sezaryen doğum ile birlikte ilk gebelik ise sezaryen, multipar ise vaginal doğum yönünde olduğu gözlemlenmektedir.

Uzmanlık pratiğinde makat doğuma yaklaşımda dava edilme korkusunun etkisi incelenmiş sonuçlar Tablo 4.39' da özetlenmiştir.

Tablo 4.38: Hekimlerin uzmanlık pratiklerinde makat doğum yaklaşımlarının dava edilme korkusu ile ilişkisi

			Uzmanlık pratiğinde makat doğuma yaklaşım			Toplam
			A	B	C	
Dava edilme korkusunun sezaryen kararlarına etkisi	Çok yüksek	n	3	19	134	156
		%	1,9%	12,2%	85,9%	100,0%
	Yüksek	n	2	25	67	94
		%	2,1%	26,6%	71,3%	100,0%
	Orta	n	4	19	66	89
		%	4,5%	21,3%	74,2%	100,0%
	Düşük	n	1	11	26	38
		%	2,6%	28,9%	68,4%	100,0%
	Etkisiz	n	2	7	14	23
		%	8,7%	30,4%	60,9%	100,0%
Toplam		n	12	81	307	400
		%	3,0%	20,3%	76,8%	100.0%
X^2=16,791, p=0,032						

A-Vaginal doğum, B-İlk gebelik ise sezaryen, multipar ise vaginal doğum, C-Sezaryen doğum

Araştırmada varsayım göz önüne alınarak yapılan ki-kare analiz sonucuna göre, uzmanlık pratiğinde makat doğuma yaklaşım ile dava edilme korkusunun sezaryen kararına etkisi arasındaki istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir ($p = 0,032<0,05$). Tablo 4.39'da dava edilme korkusunun sezaryen kararına etkisi yükseldikçe sezaryen doğum eğiliminin arttığı gözlemlenirken, dava edilme korkusunun sezaryen kararına etkisi azaldıkça sezaryen doğum yanında ilk gebelik ise sezaryen, multipar ise vaginal doğum yaklaşımının da tercih edildiği gözlenmektedir.

Uzmanlık pratiğinde makat doğuma yaklaşımda dava edilme sayısının etkisi araştırılmış ve sonuçlar Tablo 4. 40'da özetlenmiştir.

Tablo 4.39: Hekimlerin uzmanlık pratiklerinde makat doğum yaklaşımlarının dava edilme sayısı ile ilişkisi

			Uzmanlık pratiğinde makat doğuma yaklaşım				Toplam
			A	B	C	D	
Dava edilme sayısı	0	N	3	0	31	124	158
		%	1,9%	0 %	19,6%	78,5%	100,0%
	1	N	5	0	23	95	123
		%	4,1%	0 %	18,7%	77,2%	100,0%
	2	N	2	0	11	45	58
		%	3,4%	0 %	19,0%	77,6%	100,0%
	3	N	1	0	3	20	24
		%	4,2%	0 %	12,5%	83,3%	100,0%
	>3	N	1	0	13	23	37
		%	2,7%	0 %	35,1%	62,2%	100,0%
Toplam		N	12	0	81	307	400
		%	3,0%	0 %	20,3%	76,8%	100,0%
X^2=7,479, p=0,486							

A-Vaginal doğum, B-İnternal/external versiyonla vaginal doğum, C-İlk gebelik ise sezaryen, multipar ise vaginal doğum, D-Sezaryen doğum

Araştırmada varsayım göz önüne alınarak yapılan ki-kare analiz sonucuna göre, uzmanlık pratiğinde makat doğuma yaklaşım ile dava edilme sayısı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı tespit edilmiştir (p = 0,486>0,05). Tablo 4.40'da makat doğumda sezaryen tercih eden hekimlerin büyük çoğunluğunun hiç dava edilmemiş hekimler olduğu gözlenmektedir.

Uzmanlık pratiğinde makat doğuma yaklaşımda hekimlerin sezaryen güvenliği hakkındaki düşüncelerinin etkisi araştırılmış, sonuçlar Tablo 4. 41'de özetlenmiştir.

Tablo 4.40: Hekimlerin uzmanlık pratiklerinde makat doğum yaklaşımlarının sezaryen güvenliği ile ilişkisi

			Makat doğuma yaklaşım			Toplam
			A	B	C	
Sezaryen güvenliği	Anne ve bebek için güvenli	n	4	30	148	182
		%	2,2%	16,5%	81,3%	100,0%
	Anne için güvenli	n	0	5	11	16
		%	0,0%	31,3%	68,8%	100,0%
	Bebek için güvenli	n	1	23	97	121
		%	0,8%	19,0%	80,2%	100,0%
	Anne ve bebek için güvenli değil	n	7	23	51	81
		%	8,6%	28,4%	63,0%	100,0%
Toplam		n	12	81	307	400
		%	3.0%	20.3%	76.8%	100.0%
X^2=19,166, p=0,004						

A-Vaginal doğum, B-İlk gebelik ise sezaryen, multipar ise vaginal doğum, C-Sezaryen doğum

Araştırmada varsayım göz önüne alınarak yapılan ki-kare analiz sonucuna göre, uzmanlık pratiğinde makat doğuma yaklaşım ile hekimlerin sezaryen güvenliği hakkındaki düşünceleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir (p = 0,004<0,05). Tablo 4.41'de sezaryen doğumu anne ve bebek için güvenli bulan hekimlerin makat doğumda sezaryene yönelirken, anne ve bebek için güvenli bulmayan hekimlerin sezaryen ile birlikte ilk gebeliklerde sezaryen, multipar gebeliklerde vaginal doğum yaklaşımını da benimsedikleri gözlenmektedir.

Hekimlerin kendilerini güvende hissettiği doğum şeklinin uzmanlık pratiğinde makat doğum yaklaşımları üzerindeki etkisi incelenmiş ve sonuçlar Tablo 4. 42'de özetlenmiştir

Tablo 4.41: Hekimlerin uzmanlık pratiklerinde makat doğumyaklaşımlarının kendilerini güvende hissettikleri doğum şekli ile ilişkisi

			Makat doğuma yaklaşım			Toplam
			A	B	C	
Hekimin güvende hissettiği doğum şekli	Her ikisinde güvende	n	7	31	58	96
		%	7,3%	32,3%	60,4%	100,0%
	Vaginal doğumda güvende	n	2	5	7	14
		%	14,3%	35,7%	50,0%	100,0%
	Sezaryen doğumda güvende	n	1	30	149	180
		%	0,6%	16,7%	82,8%	100,0%
	Her ikisinde güvende değil	n	2	15	93	110
		%	1,8%	13,6%	84,5%	100,0%
Toplam		n	12	81	307	400
		%	3,0%	20.3%	76.8%	100.0%
X^2=34,345, p=0,000						

A-Vaginal doğum, B-İlk gebelik ise sezaryen, multipar ise vaginal doğum, C-Sezaryen doğum

Araştırmada varsayım göz önüne alınarak yapılan ki-kare analiz sonucuna göre, uzmanlık pratiğinde makat doğuma yaklaşım ile hekimlerin kendilerini güvende hissettiği doğum şekli arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir (p = 0,000<0,05). Tablo 4.42'de sezaryen doğumda kendini güvende hisseden ve her iki doğum şeklinde kendini güvende hissetmeyen hekimlerin makat doğumda sezaryene yöneldikleri gözlemlenirken, her iki doğum şeklinde de kendini güvende hissettiğini ifade eden hekimlerin sezaryen ile birlikte ilk gebelik ise sezaryen multipar ise vaginal doğum yaklaşımını da benimsedikleri gözlenmektedir.

"İri bebek durumunda doğum şekli açısından asistan eğitiminiz ile günümüzdeki yaklaşımınızı nasıl değerlendirirsiniz?"

Hekimler çoğunlukla tahmini bebek ağırlığının 4000 gram ve üstü olduğu durumlarda sezaryen doğumu tercih ettiklerini ifade etmişlerdir. Müdahaleli doğum riskinin yüksek olduğu 4000 gram ve üstündeki bebeklerde vaginal doğumda omuz takılması riskinin arttığını, bu durumda bebekte elb palsisi ve klavikula kırığı, annede vaginal, rektal ve üriner komplikasyonların ihtimalinin yükseldiğini belirtmişler, kadın doğumda davaların en çok elb palsisi sebebiyle açıldığını ve en yüksek tazminatlara da yine elb palsisi sebebiyle hükmedildiğini, bu durumun kilodan bağımsız ve öngörülemez olmakla birlikte kilo ile arttığını söyleyerek, kitaplar her ne kadar sezaryen için tahmini doğum kilosunu 4500- 5000 gram önerse de risk almamak için sezaryen doğumu tercih etiklerini ifade etmişlerdir. Bunun yanında ultrason muayenesinin tahmini doğum ağırlığını belirlemede 500 gram kadar hata payı olduğunu, bu sebeple bazen 4000 gram ölçerek sezaryene aldıkları bebeğin daha küçük olduğu durumlarla karşılaştıklarını da ifade etmişlerdir.

Mesleki tecrübeleri göz önüne alındığında kıdemli uzmanlar asistanlık eğitimlerinde sezaryen kararı verirken hastanın pelvik muayene bulgularına öncelik verdiklerini, vaginal doğum sırasında omuz takılması ile karşılaştıklarında gerekli müdahaleleri bildikleri ve uyguladıklarını ama zaman içinde komplikasyonlar sebebiyle dava edilme oranının yükselmesi sebebiyle bebeğin tahmini doğum kilosu 4000 gram ve üzerinde ölçüldüğünde veya 4000 grama yakın ve sezaryeni destekleyen ek faktörler bulunduğunda sezaryen doğum kararı verdiklerini belirtmişlerdir. Uzmanlık süresi beş yılın altında olan uzmanlar ise asistanlık eğitimlerinde 4000 gram ve üzeri bebeklerin sezaryene alındığını, kendilerinin de uzmanlık pratiklerinde sezaryen doğum önerdiklerini ifade etmişlerdir.

Örn. *"4000 gram ve üzerini gördüm mü tüylerim diken diken oluyor. Önceden klinik hekimlik yaptığın zaman pelvisi değerlendirirdin, hastanın boyuna bakardın, çatısına, pelvise bakardın, çok rahat geçebilecek derdin ve doğurturdun. Kafanda kaygı olmazdı ama şimdi bu kararı verdiğin zaman ve omuz distosisi olursa, orada 4000 gram rakamı da var, herkes üstüne atlayacak, kesin." (H:2, 54 yaşında, 25 yıllık uzman)*

"Dava edilme korkusu konusunda en basit örneğimiz makrozomik fetüstür. Kitaplarda normal anne için 5000 gram, diyabetlerde 4500 gram tarzı bilgiler var. En ufak şüphemiz olduğunda çok da fazla zorlamıyoruz. Omuz takılması her doğumda hatta daha küçük

doğumlarda bile görülebilecek bir şey. Rahat pelviste de bazen görülebiliyor ama aile dava açtığında dosya karşımıza gelebilir. Dekolmanda da dosya karşımıza gelebiliyor. Bu yüzden çok zorlama taraftarı değilim. Dava edilme korkusu ile sezaryen kararı verdiğim olur."(H:3, 34 yaşında, 3 aylık uzman)

"Kitaplar diyabeti olmayan hastada 5000 gram, diyabeti olan hastada 4500 ram dese de bizde de 4000 gramdı sınır. Eğer tahmini kiloyu ultrasonda de 4000 gramın üstünde ölçüyorsak sezaryen öneriyorduk, aşağısında normal doğurtuyorduk. Şimdi de öyle."(H:6, 34 yaşında 3 yıllık uzman)

"Orda da kendi riskimizi düşünerek, ultrason bize 500 gram fark ihtimalinden bahsettiği için, 4500 gramı 4000 gram ölçmüş olabiliriz mantığı ile 3600 gram çocukları sezaryene aldığımız da oluyor."(H:7, 41 yaşında, 11 yıllık uzman)

"Omuzu takıldı mı dava ediyorlar. Hekim de o zaman diyor ki niye ben o zaman bu riske gireyim."(H:9, 48 yaşında, 20 yıllık uzman)

"Ve arada kalmış vakalar, mesela 39 hafta olmuş, kilosu 3900 gram ama bir de diyabet lafı var dosyada, o zaman sezaryen kararı veriyorum yani. Öyle olduğu oluyor, yalan değil yani. 3900 gramı, boylu poslu, multipar bir kadın doğurabilir belki ama bir diyabet lafı duyunca rahatsız oluyorum. Ufacık bir şeyde sezaryene yatkın oluyorsun, yani sezaryen kararı veriyorsun ki ben bunu yapıyorum." (H:16, 43 yaşında, 10 yıllık uzman)

"Şu anda bile 4 kilonun üstünü Türkiye'de hiç kimse riske atmak istemiyor. Sırf bu medikolegal olaylardan dolayı. Ben sezaryene alsam, kanasanız, ölseniz diyelim ki, eşiniz ya da yakınlarınızın soracağı ilk soru neden sezaryene aldın? Normal doğurtsak neden sezaryene almadın? Bu ikilem doktorların sezaryen kararını çok çabuk almalarına sebep oluyor. Sezaryen oranlarının %50-60'larda olmasına yol açıyor." (H:17, 39 yaşında, 3 yıllık uzman)

"Önceden doğurtuyorduk ama şimdi şikâyetler çok. Klavikula kırıkları vs. Burada en büyük hata, bilirkişi olarak kadın doğumcuya gitmeli önce. Yani en ufak bir şeyde şikâyet dilekçesi gelmemeli bize. Zarf gelmemeli. Bir bakılmalı. Bu neden olmuş. Bu klavikula kırığı öngörülemeyen bir olay. Olabilir yani. Yeri gelir brakial paralizi de olabilir. Dün hastayı radyoloji uzmanına ultrasona gönderdim. 4100 gram. Siz bu raporu görünce ne yaparsınız? İlk gebelik. Ne oldu? 3 kilo 860 gram çıktı. Ama 4100 gram, ilk gebelik, asistanlıkta olsa doğurturdum. Ama o zaman bu kanunlar yoktu." (H:19, 59 yaşında, 21 yıllık uzman)

"Stres arttıkça sınırlar daralmaya başlıyor. Ultrason sana 3800-3900 gram diyorsa, gebe istekliyse tamam, doğuma isteksizse hemen kes. Büyük bir bebek, yanlış ölçülebilir diyorsun, oraya kayıyorsun." (H:10, 39 yaşında, 10 yıllık uzman)

Anket sonuçlarına göre 4000 gram bebeğe asistan eğitimi ve uzmanlık pratiğinde doğum yaklaşımı karşılaştırılmış ve sonuçlar yüzde ve frekans değerleriyle Tablo 4.43'de özetlenmiştir.

Tablo 4.42: Hekimlerin asistan eğitimi ve uzmanlık pratiklerinde 4000 gram bebeğe doğum yaklaşımı

		N	%
Asistan eğitiminizde bebeğin tahmini doğum kilosu 4000 gr ise doğum yaklaşımı nasıl olurdu?	A-Vaginal doğum	61	15,3
	B- İlk gebelik ise sezaryen, multipar ise vaginal doğum	75	18,8
	C-Anne riskler hakkında bilgilendirildikten sonra kabul ederse vaginal doğum	120	30,0
	D- Sezaryen doğum	144	36,0
	Toplam	400	100
Uzmanlık pratiğinizde bebeğin tahmini doğum kilosu 4000 gr ise doğum yaklaşımınız nasıl olur?	A-Vaginal doğum	24	6,0
	B- İlk gebelik ise sezaryen, multipar ise vaginal doğum.	55	13,8
	C-Anne riskler hakkında bilgilendirildikten sonra kabul ederse vaginal doğum	139	34,8
	D- Sezaryen doğum	182	45,5
	Toplam	400	100

Asistan eğitiminde 4000 gram bebeğe doğum yaklaşımının zaman içinde değişimini araştırmak amacıyla yaş ile ilişkisi incelenmiş ve sonuçlar Tablo 4.44' de özetlenmiştir.

Tablo 4.43: Hekimlerin asistan eğitimlerinde 4000 gram bebeğe doğum yaklaşımının yaş ile ilişkisi

			Asistan eğitiminde 4000 gr bebeğe doğum yaklaşımı				Toplam
			A	B	C	D	
Yaş	30-35	n	4	13	26	38	81
		%	4,9%	16,0%	32,1%	46,9%	100,0%
	36-40	n	2	14	24	39	79
		%	2,5%	17,7%	30,4%	49,4%	100,0%
	41-45	n	17	16	18	24	75
		%	22,7%	21,3%	24,0%	32,0%	100,0%
	46-50	n	14	16	23	12	65
		%	21,5%	24,6%	35,4%	18,5%	100,0%
	>51	n	24	16	29	31	100
		%	24,0%	16,0%	29,0%	31,0%	100,0%
Toplam		n	61	75	120	144	400
		%	15,3%	18,8%	30,0%	36,0%	100,0%
X^2=40,528, p=0,000							

A-Vaginal doğum, B- İlk gebelik ise sezaryen, multipar ise vaginaldoğum, C- Anne riskler hakkında bilgilendirildikten sonra kabul ederse vaginal doğum, D-Sezaryen doğum

Araştırmada varsayım göz önüne alınarak yapılan ki-kare analiz sonucuna göre, asistan eğitiminde 4000 gram bebeğe doğum yaklaşımı ile yaş arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir ($p = 0,000<0,05$). Tablo 4.44'de 40 yaşın altındaki uzman hekimlerin asistan eğitiminde 4000 gram bebeğe doğum yaklaşımının ağırlıklı olarak sezaryen ve anne riskler hakkında bilgilendirildikten sonra vaginal doğum olduğu gözlemlenirken, 46 yaş üzerindeki uzman hekimlerin asistan eğitimlerinde diğer doğum yaklaşımlarının da uygulandığı gözlenmektedir.

Asistan eğitiminde 4000 gram bebeğe doğum yaklaşımının zaman içinde değişimini araştırmak amacıyla uzmanlık süresi ile ilişkisi incelenmiş ve sonuçlar Tablo 4.45' de özetlenmiştir.

Tablo 4.44: Hekimlerin asistan eğitimlerinde 4000 gram bebeğe doğum yaklaşımının uzmanlık süresi ile ilişkisi

			Asistan eğitiminde 4000 gr bebeğe doğum yaklaşımı				Toplam
			A	B	C	D	
Uzmanlık süresi (yıl)	0-5	n	5	16	26	42	89
		%	5,6%	18,0%	29,2%	47,2%	100,0%
	6-10	n	4	12	23	42	81
		%	4,9%	14,8%	28,4%	51,9%	100,0%
	11-15	n	12	16	17	21	66
		%	18,2%	24,2%	25,8%	31,8%	100,0%
	16-20	n	14	13	21	7	55
		%	25,5%	23,6%	38,2%	12,7%	100,0%
	>21	n	26	18	33	32	109
		%	23,9%	16,5%	30,3%	29,4%	100,0%
Toplam		n	61	75	120	144	400
		%	15,3%	18,8%	30,0%	36,0%	100,0%
X^2=43,625, p=0,000							

A-Vaginal doğum, B- İlk gebelik ise sezaryen, multipar ise vaginaldoğum, C- Anne riskler hakkında bilgilendirildikten sonra kabul ederse vaginal doğum, D-Sezaryen doğum

Araştırmada varsayım göz önüne alınarak yapılan ki-kare sonucuna göre, asistan eğitiminde 4000 gram bebeğe doğum yaklaşımı ile uzmanlık süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir ($p = 0,000<0,05$). Tablo 4.45'de uzmanlık süresi 10 yıldan az olan hekimlerin asistan eğitiminde 4000 gram bebeğe doğum yaklaşımının ağırlıklı olarak sezaryen ve anne riskler hakkında bilgilendirildikten sonra vaginal doğum olduğu gözlemlenirken, uzmanlık süresi 16 yılın üstünde olan hekimlerin asistan eğitimlerinde diğer doğum yaklaşımlarının da uygulandığı gözlenmektedir.

Uzmanlık pratiğinde 4000 gram bebeğe doğum yaklaşımın yaş ile ilişkisi incelenmiş ve sonuçlar Tablo 4.46 ’de özetlenmiştir.

Tablo 4.45: Hekimlerin uzmanlık pratiklerinde 4000 gram bebeğe doğum yaklaşımlarının yaş ile ilişkisi

			Uzmanlık pratiğinde 4000 gr bebeğe doğum yaklaşımı				Toplam
			A	B	C	D	
Yaş	30-35	n	3	11	31	36	81
		%	3,7%	13,6%	38,3%	44,4%	100,0%
	36-40	n	7	8	26	38	79
		%	8,9%	10,1%	32,9%	48,1%	100,0%
	41-45	n	6	9	21	39	75
		%	8,0%	12,0%	28,0%	52,0%	100,0%
	46-50	n	3	13	27	22	65
		%	4,6%	20,0%	41,5%	33,8%	100,0%
	>51	n	5	14	34	47	100
		%	5,0%	14,0%	34,0%	47,0%	100,0%
Toplam		n	24	55	139	182	400
		%	6,0%	13,8%	34,8%	45,5%	100,0%
X^2=10,489, p=0,573							

A-Vaginal doğum, B- İlk gebelik ise sezaryen, multipar ise vaginal doğum, C- Anne riskler hakkında bilgilendirildikten sonra kabul ederse vaginal doğum, D-Sezaryen doğum

Araştırmada varsayım göz önüne alınarak yapılan ki-kare analiz sonucuna göre, uzmanlık pratiğinde 4000 gram bebeğe doğum yaklaşımı ile yaş arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı tespit edilmiştir (p = 0,573>0,05).

Uzmanlık pratiğinde 4000 gram bebeğe doğum yaklaşımın uzmanlık süresi ile ilişkisi incelenmiş, sonuçlar Tablo 4.47'de özetlenmiştir.

Tablo 4.46: Hekimlerin uzmanlık pratiklerinde 4000 gram bebeğe doğum yaklaşımlarının uzmanlık süresi ile ilişkisi

			Uzmanlık pratiğinde 4000 gr bebeğe doğum yaklaşımı				Toplam
			A	B	C	D	
Uzmanlık süresi (yıl)	0-5	n	4	12	32	41	89
		%	4,5%	13,5%	36,0%	46,1%	100,0%
	6-10	n	8	6	28	39	81
		%	9,9%	7,4%	34,6%	48,1%	100,0%
	11-15	n	3	11	17	35	66
		%	4,5%	16,7%	25,8%	53,0%	100,0%
	16-20	n	4	10	25	16	55
		%	7,3%	18,2%	45,5%	29,1%	100,0%
	>21	n	5	16	37	51	109
		%	4,6%	14,7%	33,9%	46,8%	100,0%
Toplam		n	24	55	139	182	400
		%	6,0%	13,8%	34,8%	45,5%	100,0%
X^2=14,402, p=0,276							

A-Vaginal doğum, B-İlk gebelik ise sezaryen, multipar ise vaginal doğum. C- Anne riskler hakkında bilgilendirildikten sonra kabul ederse vaginal doğum, D-Sezaryen doğum

Araştırmada varsayım göz önüne alınarak yapılan ki-kare analiz sonucuna göre, uzmanlık pratiğinde 4000 gram bebeğe doğum yaklaşımı ile uzmanlık süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı tespit edilmiştir (p = 0,276>0,05).

Uzmanlık pratiğinde 4000 gram bebeğe doğum yaklaşımında dava edilme korkusunun etkisi araştırılmış ve sonuçlar Tablo 4.48'de özetlenmiştir.

Tablo 4.47: Hekimlerin uzmanlık pratiklerinde 4000 gram bebeğe doğum yaklaşımlarının dava edilme korkusu ile ilişkisi

			4000 gram bebeğe doğum yaklaşımı				Toplam
			A	B	C	D	
Dava edilme korkusunun sezaryen kararına etkisi	Çok yüksek	n	8	20	38	90	156
		%	5,1%	12,8%	24,4%	57,7%	100,0%
	Yüksek	n	4	14	36	40	94
		%	4,3%	14,9%	38,3%	42,6%	100,0%
	Orta	n	6	13	37	33	89
		%	6,7%	14,6%	41,6%	37,1%	100,0%
	Düşük	n	4	5	21	8	38
		%	10,5%	13,2%	55,3%	21,1%	100,0%
	Çok düşük	n	2	3	7	11	23
		%	8,7%	13,0%	30,4%	47,8%	100,0%
Toplam		n	24	55	139	182	400
		%	6,0%	13,8%	34,8%	45,5%	100,0%
X^2=25,372, p=0,013							

A-Vaginal doğum, B-İlk gebelik ise sezaryen, multipar ise vaginal doğum, C- Anne riskler hakkında bilgilendirildikten sonra kabul ederse vaginal doğum, D-Sezaryen doğum

Araştırmada varsayım göz önüne alınarak yapılan ki-kare analiz sonucuna göre, uzmanlık pratiğinde 4000 gram bebeğe doğum yaklaşımı ile dava edilme korkusunun sezaryen kararına etkisi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir ($p = 0,013<0,05$). Tablo 4.48'de dava edilme korkusunun sezaryen kararına etkisinin yükseldiği durumlarda 4000 gram bebeğe doğum yaklaşımında sezaryen tercih edildiği gözlenirken, dava edilme korkusunun sezaryen kararına etkisi azaldıkça annenin bilgilendirilmesini takiben vaginal doğum yönünde yaklaşıldığı gözlenmektedir.

Uzmanlık pratiğinde 4000 gram bebeğe doğum yaklaşımında dava edilme sayısının etkisi araştırılmış ve sonuçlarTablo 4.49' da özetlenmiştir.

Tablo 4.48: Hekimlerin uzmanlık pratiklerinde 4000 gram bebeğe doğum yaklaşımlarının davaedilme sayısı ile ilişkisi

			Uzmanlık pratiğinde 4000 gr bebeğe doğum yaklaşımı				Toplam
			A	B	C	D	
Dava edilme sayısı	0	n	10	19	57	72	158
		%	6,3%	12,0%	36,1%	45,6%	100,0%
	1	n	7	15	46	55	123
		%	5,7%	12,2%	37,4%	44,7%	100,0%
	2	n	3	11	14	30	58
		%	5,2%	19,0%	24,1%	51,7%	100,0%
	3	n	0	5	9	10	24
		%	0,0%	20,8%	37,5%	41,7%	100,0%
	>3	n	4	5	13	15	37
		%	10,8%	13,5%	35,1%	40,5%	100,0%
Toplam		n	24	55	139	182	400
		%	6,0%	13,8%	34,8%	45,5%	100,0%
X^2=8,614, p=0,735							

A-Vaginal doğum, B-İlk gebelik ise sezaryen, multipar ise vaginal doğum. C- Anne riskler hakkında bilgilendirildikten sonra kabul ederse vaginal doğum, D-Sezaryen doğum

Araştırmada varsayım göz önüne alınarak yapılan ki-kare analiz sonucuna göre, uzmanlık pratiğinde 4000 gram bebeğe doğum yaklaşımı ile dava edilme sayısı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı tespit edilmiştir (p = 0,735>0,05). Tablo 4.49'da 4000 gram bebeğe doğum yaklaşımında sezaryen tercih eden hekimlerin hiç dava edilmediği gözlenmektedir.

Uzmanlık pratiğinde 4000 gram bebeğe doğum yaklaşımında hekimlerin sezaryen güvenliği hakkındaki düşüncelerinin etkisi araştırılmış ve sonuçlar Tablo 4.50'de özetlenmiştir.

Tablo 4.49: Hekimlerin uzmanlık pratiklerinde 4000 gram bebeğe doğum yaklaşımlarının sezaryen güvenliği ile ilişkisi

			4000 gr bebeğe doğum yaklaşımı				Toplam
			A	B	C	D	
Sezaryen güvenliği	Anne ve bebek için güvenli	n	3	27	56	96	182
		%	1,6%	14,8%	30,8%	52,7%	100,0%
	Anne için güvenli	n	1	3	4	8	16
		%	6,3%	18,8%	25,0%	50,0%	100,0%
	Bebek için güvenli	n	9	13	48	51	121
		%	7,4%	10,7%	39,7%	42,1%	100,0%
	Anne ve bebek için güvenli değil	n	11	12	31	27	81
		%	13,6%	14,8%	38,3%	33,3%	100,0%
Toplam		n	24	55	139	182	400
		%	6,0%	13,8%	34,8%	45,5%	100,0%
X^2=22,734, p=0,007							

A-Vaginal doğum, B- İlk gebelik ise sezaryen, multipar ise vaginal doğum C- Anne riskler hakkında bilgilendirildikten sonra kabul ederse vaginal doğum, D-Sezaryen doğum

Araştırmada varsayım göz önüne alınarak yapılan ki-kare analiz sonucuna göre, uzmanlık pratiğinde 4000 gram bebeğe doğum yaklaşımı ile hekimlerin sezaryen güvenliği hakkındaki düşünceleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir ($p = 0,007<0,05$). Tablo 4.50'de sezaryen doğumu anne ve bebek için daha güvenli bulan hekimlerin yüksek oranda sezaryen doğumu tercih ettiği gözlemlenirken, bebek için güvenli bulan hekimlerin sezaryen ile birlikte annenin bilgilendirilmesini takiben vaginal doğumu tercih ettikleri gözlemlenmiştir. Sezaryen doğumu anne ve bebek için güvenli bulmayan hekimlerin ise sezaryen yanında ağırlıklı olarak annenin bilgilendirilmesinin ardından vaginal doğum tercih ettikleri izlenmiştir.

Uzmanlık pratiğinde 4000 gram bebeğe doğum yaklaşımında hekimlerin kendilerini güvende hissettiği doğum şekli tercihinin etkisi araştırılmış ve sonuçlar Tablo 4.51' de özetlenmiştir.

Tablo 4.50: Hekimlerin uzmanlık pratiklerinde 4000 gram bebeğe doğum yaklaşımlarının kendilerini güvende hissettikleri doğum şekli ile ilişkisi

			4000 gr bebeğe doğum yaklaşımı				Toplam
			A	B	C	D	
Hekimin kendini güvende hissettiği doğum şekli	Her ikisinde güvende	n	7	18	43	28	96
		%	7,3%	18,8%	44,8%	29,2%	100,0%
	Vaginal doğum	n	2	2	3	7	14
		%	14,3%	14,3%	21,4%	50,0%	100,0%
	Sezaryen doğum	n	6	29	54	91	180
		%	3,3%	16,1%	30,0%	50,6%	100,0%
	Her ikisinde güvende değil	n	9	6	39	56	110
		%	8,2%	5,5%	35,5%	50,9%	100,0%
Toplam		n	24	55	139	182	400
		%	6,0%	13,8%	34,8%	45,5%	100,0%
X2=24,953, p=0,003							

A-Vaginal doğum, B- İlk gebelik ise sezaryen, multipar ise vaginal doğum C- Anne riskler hakkında bilgilendirildikten sonra kabul ederse vaginal doğum, D-Sezaryen doğum

Araştırmada varsayım göz önüne alınarak yapılan ki-kare analiz sonucuna göre, uzmanlık pratiğinde 4000 gram bebeğe doğum yaklaşımı ile hekimlerin kendilerini güvende hissettiği doğum şekli arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir ($p = 0,003<0,05$). Tablo 4.51'de kendilerini her iki doğum şeklinde de güvende hissettiğini ifade eden hekimlerin ağırlıklı olarak anne bilgilendirildikten sonra vaginal doğumu tercih ederken, sezaryen doğumda kendilerini daha güvende hisseden ve her iki doğum şeklinde de kendini güvende hissetmeyen hekimlerin sezaryen doğum yönünde tercihte bulundukları gözlemlenmiştir.

"Asistan eğitiminizde vakum/forseps kullanımına yaklaşımile günümüzdeki yaklaşımı nasıl değerlendirirsiniz?"

Kıdemli uzmanlar asistan eğitimlerinde uygun endikasyonda yaygın olarak vakum kullandıklarını ama günümüzdeki pratiklerinde gerekli durumlarda uyguladıklarını, vakum komplikasyonlarından dolayı davalar artmaya başladığı için o aşamaya gelmeden sezaryen tercih ettiklerini belirtmişlerdir. Yeni uzmanlar ise vakum ile doğumun asistanlıklarında çok tercih edilmediğini, kendi uzmanlık pratiklerinde de çok kullanmayı düşünmediklerini, vakum kullanma gerekliliği söz konusu olduğunda sezaryen tercih ettiklerini ifade etmişlerdir.

Örn. *"Vakum uyguluyorum gerektiği zaman, asistanken yapılandan çok daha seyrek tabi. Vakum gerekeceğini düşündüğüm anda zaten hastayı tam açık hale getirmeden muhakkak sezaryene alıyorum." (H:7, 41 yaşında, 11 yıllık uzman)*

"Asistanlığımızda vakum takardık. Kristeller yapardık. Geniş epizyo açardık. Zaten doğum bekleme sanatıdır. Biz beklerdik. Ama dördüncü beşinci yıldan sonra, yani yaklaşık 2009- 2010'lu yıllarda, davalar gelmeye başladıktan sonra, bir haftada (Şişli Etfal) yaklaşık 50-60 sezaryen, 300-400 doğum olurken, bir anda baktık ki sezaryenler %20, %30, yavaş yavaş, hatta ben ilk geldiğimde planlı sezaryen diye bir mefhum yoktu. Bir ya da iki tanedir, sonra 4.- 5. yıl planlı sezaryenler çıkmaya başladı. Günde 5-6 tane. Bunun sebepleri işte malpraktis."(H:10, 39 yaşında, 10 yıllık uzman)

"Asistanlığımda forseps hiç görmedim, vakum da az gördüm. Burada bir kere uyguladık ama çok zorda kalmadıkça uygulamam açıkçası." (H:12, 33 yaşında, 4 yıllık uzman)

"Vakum çok nadir. Mecbur kalınca kullanırım ama kullanmak istemiyorum. Hani bir sıkıntı olursa müdahaleli doğum yaparım diye bende bir soru işareti oluşturan hastada sezaryen kararı veriyorum açıkçası."(H:13, 31 yaşında, 2 yıllık uzman)

"Ben Zeynep Kamil'de her gün kaç tane vakum çekerdim, artık kollarım ağrırdı, kaslarım ağrırdı. Düşün o kadar sayıda yapardık. Şu an senede bir tane iki tane yapıyoruz en fazla." (H:14, 58 yaşında, 29 yıllık uzman)

"Vakum da taktım. Forseps de taktım ama şimdi burada takmam, sezaryene alırım çünkü mahkemeye gittiğinde tek bir soru var. Neden sezaryene almadın? Neden daha önce sezaryene almadın?"(H:15, 33 yaşında, 2 yıllık uzman)

"Az kullanıyorum, asistanlığımda da az kullanıldığını gördüm. Şimdi de çıkımda kullanıyorum daha çok." (H:16, 43 yaşında, 10 yıllık uzman)

"Vakum forseps asistanlıkta hiç kullanmadım. Sonrasında da hiç kullanmadım. Kullanırım tabi ki kullanmasını biliyorum ama iş o raddeye gelmeden, az önce bahsettiğim medikolegal olaylardan dolayı genellikle sezaryen kararı veriyorum ben." *(H:17, 39 yaşında, 3 yıllık uzman)*

"Ben burada vakum çekmem. Asistanlığımda ve uzmanlığımın ilk aşamalarında çektim, 2004'e kadar, 2004'den sonra bu davalar artınca artık bıraktım, direkt sezaryen. Dava edilme endişesiyle, kesinlikle." (H:19, 59 yaşında, 21 yıllık uzman)

Anket sonuçlarına göre hekimlerin vakum kullanım oranlarının asistanlık eğitimi ve uzmanlık pratiklerinde karşılaştırılması yapılmış ve sonuçlar Tablo 4.52' de özetlenmiştir.

Tablo 4.51: Hekimlerin asistan eğitimi ve uzmanlık pratiklerinde vakum kullanım oranları

		N	%
Asistan eğitiminizde vakum kullanım oranı nasıldı?	A-Çok yüksek	15	3,8
	B-Yüksek	43	10,8
	C-Orta	112	28,0
	D-Düşük	98	24,5
	E- Çok düşük	132	33,0
	Toplam	400	100
Uzmanlık pratiğinizde vakum kullanımın kullanım oranınız nasıl?	A-Çok yüksek	1	0,3
	B-Yüksek	8	2,0
	C-Orta	70	17,5
	D-Düşük	115	28,8
	E- Çok düşük	206	51,5
	Toplam	400	100

Vakum kullanım oranının zaman içindeki değişimini incelemek amacıyla hekimlerin asistan eğitiminde vakum kullanım oranlarının ile ilişkisi araştırılmış sonuçlar Tablo 4. 53'de özetlenmiştir.

Tablo 4.52: Hekimlerin asistan eğitimlerinde vakum kullanım oranının yaş ile ilişkisi

			Asistan eğitiminizde vakum kullanım oranı					Toplam
			Çok yüksek	Yüksek	Orta	Düşük	Çok düşük	
Yaş	30-35	n	1	4	16	19	41	81
		%	1,2%	4,9%	19,8%	23,5%	50,6%	100,0%
	36-40	n	1	2	13	22	41	79
		%	1,3%	2,5%	16,5%	27,8%	51,9%	100,0%
	41-45	n	2	6	14	27	26	75
		%	2,7%	8,0%	18,7%	36,0%	34,7%	100,0%
	46-50	n	2	7	27	16	13	65
		%	3,1%	10,8%	41,5%	24,6%	20,0%	100,0%
	>51	n	9	24	42	14	11	100
		%	9,0%	24,0%	42,0%	14,0%	11,0%	100,0%
Toplam		n	15	43	112	98	132	400
		%	3,8%	10,8%	28,0%	24,5%	33,0%	100,0%
X^2=97,187, p=0,000								

Araştırmada varsayım göz önüne alınarak yapılan ki-kare analiz sonucuna göre, asistan eğitiminde vakum kullanım oranı ile yaş arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir ($p = 0,000<0,05$). Tablo 4.53'de 40 yaşın altındaki hekimlerin asistanlık eğitiminde vakum kullanım oranı ağırlıklı olarak çok düşük iken 40 yaşın üzerindeki uzmanların asistan eğitiminde vakum kullanım oranının artmaya başladığı gözlemlenmektedir.

Vakum kullanım oranının zaman içindeki değişimini incelemek amacıyla hekimlerin asistan eğitiminde vakum kullanım oranlarının uzmanlık süreleri ile ilişkisi araştırılmış ve sonuçlar Tablo 4.54'de özetlenmiştir.

Tablo 4.53: Hekimlerin asistan eğitimlerinde vakum kullanım oranının uzmanlık süresi ile ilişkisi

			Asistan eğitiminizde vakum kullanım oranı					Toplam
			Çok yüksek	Yüksek	Orta	Düşük	Çok düşük	
Uzmanlık süresi (yıl)	0-5	n	1	5	18	22	43	89
		%	1,1%	5,6%	20,2%	24,7%	48,3%	100,0%
	6-10	n	1	2	12	17	49	81
		%	1,2%	2,5%	14,8%	21,0%	60,5%	100,0%
	11-15	n	2	5	10	28	21	66
		%	3,0%	7,6%	15,2%	42,4%	31,8%	100,0%
	16-20	n	2	7	24	16	6	55
		%	3,6%	12,7%	43,6%	29,1%	10,9%	100,0%
	>21	n	9	24	48	15	13	109
		%	8,3%	22,0%	44,0%	13,8%	11,9%	100,0%
Toplam		n	15	43	112	98	132	400
		%	3,8%	10,8%	28,0%	24,5%	33,0%	100,0%
X^2=43,625, p=0,000								

Araştırmada varsayım göz önüne alınarak yapılan ki-kare analiz sonucuna göre, asistan eğitiminde vakum kullanım oranı ile uzmanlık süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir ($p = 0,000<0,05$). Tablo 4.54'de uzmanlık süresi 10 yılın altında olan hekimlerin asistan eğitiminde vakum kullanım oranlarının çok düşük olduğu gözlenirken, uzmanlık süresi 10 yılın üzerinde olan hekimlerin asistanlık eğitimlerinde vakum kullanım oranının artmaya başladığı gözlenmektedir.

Hekimlerin uzmanlık pratiklerinde vakum kullanım oranlarının yaş ile ilişkisi incelenmiş ve sonuçlar Tablo 4.55 ’de özetlenmiştir.

Tablo 4.54: Hekimlerin uzmanlık pratiklerinde vakum kullanım oranlarının yaş ile ilişkisi

			Uzmanlık pratiğinde vakum kullanım oranı					Toplam
			Çok yüksek	Yüksek	Orta	Düşük	Çok düşük	
Yaş	30-35	n	1	1	15	16	48	81
		%	1,2%	1,2%	18,5%	19,8%	59,3%	100,0%
	36-40	n	0	2	8	24	45	79
		%	0,0%	2,5%	10,1%	30,4%	57,0%	100,0%
	41-45	n	0	1	9	22	43	75
		%	0,0%	1,3%	12,0%	29,3%	57,3%	100,0%
	46-50	n	0	0	11	18	36	65
		%	0,0%	0,0%	16,9%	27,7%	55,4%	100,0%
	>51	n	0	4	27	35	34	100
		%	0,0%	4,0%	27,0%	35,0%	34,0%	100,0%
Toplam		n	1	8	70	115	206	400
		%	0,3%	2,0%	17,5%	28,8%	51,5%	100,0%
X^2=28,506, p=0,027								

Araştırmada varsayım göz önüne alınarak yapılan ki-kare analiz sonucuna göre, uzmanlık pratiğinde vakum kullanım oranı ile yaş arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir ($p = 0,027<0,05$). Tablo 4.55’de 50 yaş altındaki hekimlerin vakum kullanım oranlarının çok düşük olduğu gözlemlenirken, 50 yaş üstü uzmanların vakum kullanım oranlarının nispeten yüksek olduğu gözlemlenmektedir.

Hekimlerin uzmanlık pratiklerinde vakum kullanım oranlarının uzmanlık süresi ile ilişkisi incelenmiş ve sonuçlar Tablo 4.56' da özetlenmiştir.

Tablo 4.55: Hekimlerin uzmanlık pratiklerinde vakum kullanım oranlarının uzmanlık süresi ile ilişkisi

			Uzmanlık pratiğinde vakum kullanım oranı					Toplam
			Çok yüksek	Yüksek	Orta	Düşük	Çok düşük	
Uzmanlık süresi (yıl)	0-5	n	0	1	14	16	58	89
		%	0,0%	1,1%	15,7%	18,0%	65,2%	100,0%
	6-10	n	1	2	11	22	45	81
		%	1,2%	2,5%	13,6%	27,2%	55,6%	100,0%
	11-15	n	0	1	7	25	33	66
		%	0,0%	1,5%	10,6%	37,9%	50,0%	100,0%
	16-20	n	0	0	10	16	29	55
		%	0,0%	0,0%	18,2%	29,1%	52,7%	100,0%
	>21	n	0	4	28	36	41	109
		%	0,0%	3,7%	25,7%	33,0%	37,6%	100,0%
Toplam		n	1	8	70	115	206	400
		%	0,3%	2,0%	17,5%	28,8%	51,5%	100,0%
X^2=27,805, p=0,033								

Araştırmada varsayım göz önüne alınarak yapılan ki-kare analiz sonucuna göre, uzmanlık pratiğinde vakum kullanım oranı ile uzmanlık süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir ($p = 0,000<0,05$). Tablo 4.56'da uzmanlık süresi 20 yıldan az olan hekimlerin vakum kullanım oranlarının ağırlıklı olarak düşük olduğu gözlenirken, uzmanlık süreleri 20 yılın üstünde olan uzmanların nispeten yüksek olduğu gözlenmektedir.

Hekimlerin dava edilme korkusunun vakum kullanım oranı üzerinde etkisi araştırılmış, sonuçlar Tablo 4.57' da özetlenmiştir.

Tablo 4.56: Hekimlerin uzmanlık pratiklerinde vakum kullanım oranlarının dava edilme korkusu ile ilişkisi

			Uzmanlık pratiğinde vakum kullanım oranı					Toplam
			Çok yüksek	Yüksek	Orta	Düşük	Çok düşük	
Dava edilme korkusunun sezaryen kararlarına etkisi	Çok yüksek	n	0	0	25	46	85	156
		%	0,0%	0,0%	16,0%	29,5%	54,5%	100,0%
	Yüksek	n	0	2	19	27	46	94
		%	0,0%	2,1%	20,2%	28,7%	48,9%	100,0%
	Orta	n	0	1	15	27	46	89
		%	0,0%	1,1%	16,9%	30,3%	51,7%	100,0%
	Düşük	n	1	1	9	9	18	38
		%	2,6%	2,6%	23,7%	23,7%	47,4%	100,0%
	Etkisiz	n	0	4	2	6	11	23
		%	0,0%	17,4%	8,7%	26,1%	47,8%	100,0%
Toplam		n	1	8	70	115	206	400
		%	0,3%	2,0%	17,5%	28,8%	51,5%	100,0%
X^2=43,854, p=0,000								

Araştırmada varsayım göz önüne alınarak yapılan ki-kare analiz sonucuna göre, uzmanlık pratiğinde vakum kullanım oranı ile dava edilme korkusunun sezaryen kararına etkisi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir ($p = 0,000<0,05$). Tablo 4.57'de dava edilme korkusunun sezaryen kararına etkisi yükseldikçe vakum kullanım oranının azaldığı gözlemlenmektedir.

Hekimlerin dava edilme sayısının vakum kullanım oranı üzerindeki etkisi araştırılmış, sonuçlar Tablo 4.58'de özetlenmiştir.

Tablo 4.57: Hekimlerin uzmanlık pratiklerinde vakum kullanım oranlarının dava edilme sayısı ile ilişkisi

			Uzmanlık pratiğinde vakum kullanım oranı					Toplam
			Çok yüksek	Yüksek	Orta	Düşük	Çok düşük	
Dava edilme sayısı	0	n	1	3	22	45	87	158
		%	0,6%	1,9%	13,9%	28,5%	55,1%	100,0%
	1	n	0	3	21	42	57	123
		%	0,0%	2,4%	17,1%	34,1%	46,3%	100,0%
	2	n	0	1	12	11	34	58
		%	0,0%	1,7%	20,7%	19,0%	58,6%	100,0%
	3	n	0	0	7	5	12	24
		%	0,0%	0,0%	29,2%	20,8%	50,0%	100,0%
	>3	n	0	1	8	12	16	37
		%	0,0%	2,7%	21,6%	32,4%	43,2%	100,0%
Toplam		n	1	8	70	115	206	400
		%	0,3%	2,0%	17,5%	28,8%	51,5%	100,0%
X^2=11,957, p=0,757								

Araştırmada varsayım göz önüne alınarak yapılan ki-kare analiz sonucuna göre, uzmanlık pratiğinde vakum kullanım oranı ile dava edilme sayısı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı tespit edilmiştir (p = 0,757>0,05). Tablo 4.58'de hiç dava edilmeyen hekimlerin vakum kullanım oranlarının düşük olduğu gözlenmektedir.

Hekimlerin sezaryen güvenliği hakkındaki düşüncelerinin uzmanlık pratiğinde vakum kullanım oranı üzerindeki etkisi incelenmiş sonuçlar Tablo 4.59' da özetlenmiştir.

Tablo 4.58: Hekimlerin uzmanlık pratiklerinde vakum kullanım oranlarının sezaryen güvenliği ile ilişkisi

			Uzmanlık pratiğinde vakum kullanım oranı					Toplam
			Çok yüksek	Yüksek	Orta	Düşük	Çok düşük	
Sezaryen güvenliği	Anne ve bebek için güvenli	n	1	3	29	56	93	182
		%	0,5%	1,6%	15,9%	30,8%	51,1%	100,0%
	Anne için güvenli	n	0	1	5	5	5	16
		%	0,0%	6,3%	31,3%	31,3%	31,3%	100,0%
	Bebek için güvenli	n	0	1	23	34	63	121
		%	0,0%	0,8%	19,0%	28,1%	52,1%	100,0%
	Anne ve bebek için güvenli değil	n	0	3	13	20	45	81
		%	0,0%	3,7%	16,0%	24,7%	55,6%	100,0%
Toplam		n	1	8	70	115	206	400
		%	0,3%	2,0%	17,5%	28,8%	51,5%	100,0%
X^2=9,323, p=0,675								

Araştırmada varsayım göz önüne alınarak yapılan ki-kare analiz sonucuna göre, uzmanlık pratiğinde vakum kullanım oranı ile hekimlerin sezaryen güvenliği hakkındaki düşünceleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı tespit edilmiştir (p = 0,675>0,05).

Hekimlerin kendilerini güvende hissettiği doğum şeklinin vakum kullanım oranı üzerindeki etkisi incelenmiş ve sonuçlar Tablo 4. 60' da özetlenmiştir.

Tablo 4.59: Hekimlerin uzmanlık pratiklerinde vakum kullanım oranlarının kendilerini güvende hissettikleri doğum şekli ile ilişkisi

			Uzmanlık pratiğinde vakum kullanım oranı					Toplam
			Çok yüksek	Yüksek	Orta	Düşük	Çok düşük	
Hekimin kendini güvende hissettiği doğum şekli	A	n	1	5	19	31	40	96
		%	1,0%	5,2%	19,8%	32,3%	41,7%	100,0%
	B	n	0	0	4	5	5	14
		%	0,0%	0,0%	28,6%	35,7%	35,7%	100,0%
	C	n	0	2	30	52	96	180
		%	0,0%	1,1%	16,7%	28,9%	53,3%	100,0%
	D	n	0	1	17	27	65	110
		%	0,0%	0,9%	15,5%	24,5%	59,1%	100,0%
Toplam		n	1	8	70	115	206	400
		%	0,3%	2,0%	17,5%	28,8%	51,5%	100,0%
X^2=16,517, p=0,169								

A- Her ikisinde güvende, B-Vaginal doğumda güvende, C- Sezaryen doğumda güvende, D- Her ikisinde de güvende değil.

Araştırmada varsayım göz önüne alınarak yapılan ki-kare analiz sonucuna göre, uzmanlık pratiğinde vakum kullanım oranı ile hekimlerin kendilerini güvende hissettiği doğum şekli arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı tespit edilmiştir (p = 0,169<0,05).

"Asistan eğitiminizde ikiz doğuma yaklaşım ile günümüzdeki yaklaşımınızı nasıl değerlendirirsiniz?'

Mesleki tecrübe göz önüne alındığında ortalama yaşı 49,6, ortalama uzmanlık süresi 21 yıl olarak tespit edilen beş hekim asistan eğitimlerinde ikiz doğumlarda vaginal yaklaşımın tercih edildiğini söylerken, yaş ortalaması 39,9, ortalama uzmanlık süresi 9,3 olarak tespit edilen 11 hekim ise baş baş ise vaginal, diğer durumlarda sezaryen doğumun tercih edildiğini ifade etmişlerdir. Yaş ortalaması 35,5, ortalama uzmanlık süresi 1,6 yıl olarak tespit edilen dör thekim ise asistan eğitiminde ikiz doğumlara yaklaşımın sezaryen doğum olduğunu belirtmiştir.

Günümüzdeki yaklaşım için ise 14 hekim ikiz gebeliklerde sezaryen doğumu tercih ettiklerini, altı hekim baş baş ise vaginal doğum, değilse sezaryen doğum tercih ettiklerini ifade etmişlerdir. Asistanlık eğitimlerinde ve uzmanlık döneminin ilk yıllarında ikiz gebeliklerde vaginal doğum yaklaşımını benimseyen ve gerekli müdahaleleri uyguladıklarını ifade eden hekimler zaman içinde medikolegal kaygılardan dolayı artık ikiz doğumlarda sezaryeni daha çok tercih ettiklerini belirtmişlerdir.

Örn. *"Kitaplarda her ne kadar baş baş normal doğurtulabilir dese de asistanlığımda sezaryene alınıyordu. Ben de sezaryene alıyorum eğer baş baş değilse, seviyesi çok aşağıda değilse alırım." (H:6, 34 yaşında, 3 yıllık uzman)*

"Eskiden ikizlerden biri makatsa sezaryen deniyordu ama artık ikiz lafını duyduğumuz anda sezaryen yapıyoruz."(H:7, 41 yaşında, 11 yıllık uzman)

"Örneğin yıllar önce ben burada ikiz gebelik normal doğum yaptırdım. Şimdi ki aklım olsa yaptırır mıyım? Asla.20 yıl önce yaptırmıştım, ikiz gebelikti.37 haftalıktı. Tabi o zaman biz genç, idealist doktoruz. Birinci baş ikinci makattı. İkisini de normal doğurttum. İlk doğumdu. Başı çıkarttım, sonra ikincisinin poşunu açtım, ayaklardan yakaladım, onu da çıkardım. Şimdi yapar mıyım? Kesinlikle yapmam." (H:19, 59 yaşında, 21 yıllık uzman)

"Tabii ki. Hep vaginal doğurturduk. Şimdi, hayır, vaginal doğurtmam." (H:1, 53 yaşında, 25 yıllık uzman)

"Bir komplikasyon çıktığında hekimin o kadar üzerine gidilmezdi. Dolayısıyla hekim cesurdu. Örneğin ikizi hatta üçüzü normal doğurtuyorduk o zamanlarda."(H:9, 48 yaşında,20 yıllık uzman)

"Yani o cesaret vardı. Bir komplikasyon çıksa da bu kadar üzerimize gelinmeyeceğini biliyorduk. Ortam bunu kaldırıyordu ama sonra giderek hiçbir komplikasyon hoş görülmez oldu. Hepsi sorgulanmaya başlandı. Bu da hekimleri tedirgin etti. Sezaryen oranlarını arttırdı. Şimdi ikizi normal doğurtan var mı? Makatı normal doğurtan var mı? Yok. Neredeyse normal doğum yaptıran kalmayacak böyle giderse. Sezaryen oranları çok arttı."(H:9, 48 yaşında, 20 yıllık uzman)

"Sezaryen tercih ediyorum." (H:10, 39 yaşında, 10 yıllık uzman)

"Eylemde ise, baş başsa, doğurtuyorduk onun haricinde diğer tüm gelişlerde sezaryen oluyordu. Şimdi de aynı şekilde yapıyorum." (H:16, 43 yaşında, 10 yıllık uzman)

"Bir tane öğretmen hanım vardı Muş'ta görev yaparken, birinci bebek baş, ikincisi makattı. 5-6 cm açıklıkta gelmişti. Bebekler 34-35 hafta, çok büyük değildi. Çok normal doğum istedi. Ben riskleri anlattım. Ben o riskleri almayacağımı söyledim ama kendisi bütün riskleri kabul etti. Ailesinin de onamını aldıktan sonra, ameliyathaneyi de bilgilendirip, asansörü hazırda tutup, ultrasonu başına çekip, iki ebeyle beraber, birincisini baş, ikincisini de elle ultrason eşliğinde döndürerek gayet güzel başı oturtarak doğum yaptırmıştım. Ama tabi yaptırdığım ve denediğim ilk ve son ikiz doğum oldu, medikolegal olaylardan dolayı. İşte asıl stres dediğin oydu." (H:17, 39 yaşında, 3 yıllık uzman)

"İnternal versiyon yapardık biz. Transvers gelişlerde, oblik gelişlerde bir elimizle giriyorduk, en yakın ulaşabildiğin yer neresiyse, başsa baş, ayaksa ayak, yakalıyorsun, dışarıdan diğer elinle de versiyon yapıyorsun, doğurtuyorsun." (H:19, 59 yaşında, 21 yıllık uzman)

Ankete katılan hekimler asistan eğitimi ve uzmanlık pratiklerinde ikiz gebelikte doğum şekli yaklaşımını karşılaştırılmış ve sonuçlar yüzde ve frekans değerleriyle Tablo 4.61'da özetlenmiştir.

Tablo 4.60: Hekimlerin asistan eğitimi ve uzmanlık pratiklerinde ikiz doğum yaklaşımı

		N	%
Asistan eğitiminizde ikiz doğumlara yaklaşım nasıldı?	A-Vaginal doğum	24	6,0
	B-Baş baş ise vaginal, değilse sezaryen doğum	153	38,3
	C-İlk gelen baş ise ikinci bebeğe internal /external versiyonla vaginal doğum	59	14,8
	D- Sezaryen doğum	164	41,0
	Toplam	400	100
Uzmanlık pratiğinizde ikiz doğumlara yaklaşımınız nasıl olur?	A-Vaginal doğum	5	1,3
	B-Baş baş ise vaginal, değilse sezaryen doğum	114	28,5
	C-İlk gelen baş ise ikinci bebeğe internal/ external versiyonla vaginal doğum	24	6,0
	D-Sezaryen doğum	257	64,3
	Toplam	400	100

İkiz gebelikte zaman içinde doğum şekli yaklaşımındaki değişimi incelemek amacıyla hekimlerin asistan eğitimlerinde ikiz doğuma yaklaşımın yaş ile ilişkisi araştırılmış ve sonuçlar Tablo 4.62 özetlenmiştir.

Tablo 4.61: Hekimlerin asistan eğitimlerinde ikiz doğumyaklaşımınınyaş ile ilişkisi

			Asistan eğitiminde ikiz doğum yaklaşımı				Toplam
			A	B	C	D	
Yaş	30-35	n	0	24	5	52	81
		%	0,0%	29,6%	6,2%	64,2%	100,0%
	36-40	n	1	27	1	50	79
		%	1,3%	34,2%	1,3%	63,3%	100,0%
	41-45	n	3	27	14	31	75
		%	4,0%	36,0%	18,7%	41,3%	100,0%
	46-50	n	3	36	10	16	65
		%	4,6%	55,4%	15,4%	24,6%	100,0%
	>51	n	17	39	29	15	100
		%	17,0%	39,0%	29,0%	15,0%	100,0%
Toplam		n	24	153	59	164	400
		%	6,0%	38,3%	14,8%	41,0%	100,0%
X2=104,999, p=0,000							

A-Vaginal doğum, B-Baş baş ise vaginal, değilse sezaryen doğum, C-İlk gelen baş ise ikinci bebeğe internal/external versiyonla vaginal doğum, D-Sezaryen doğum

Araştırmada varsayım göz önüne alınarak yapılan ki-kare analiz sonucuna göre, asistan eğitiminde ikiz doğumlara yaklaşım ile yaş arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir ($p = 0,000<0,05$). Tablo 4.62'de asistan eğitiminde ikiz gebelikte sezaryen doğum yaklaşımının yaş arttıkça azaldığı gözlenmektedir. Özellikle 40 yaşın altındaki uzmanların asistan eğitiminde ikiz doğuma yaklaşımının yüksek oranda sezaryen yönünde olduğu gözlemlenirken, 40 yaşın üstündeki hekimlerin ise ağırlıklı olarak baş baş ise vaginal, değilse sezaryen doğum yönünde olduğu gözlemlenmektedir.

İkiz gebelikte zaman içinde doğum şekli yaklaşımındaki değişimi incelemek amacıyla hekimlerin asistan eğitimlerinde ikiz doğuma yaklaşımın uzmanlık süresi ile ilişkisi araştırılmış ve sonuçlar Tablo 4.63'de özetlenmiştir.

Tablo 4.62: Hekimlerin asistan eğitimlerinde ikiz doğum yaklaşımının uzmanlık süresi ile ilişkisi

			Asistan eğitiminde ikiz doğum yaklaşımı				Toplam
			A	B	C	D	
Uzmanlık süresi (yıl)	0-5	N	0	30	5	54	89
		%	0,0%	33,7%	5,6%	60,7%	100,0%
	6-10	N	1	27	1	52	81
		%	1,2%	33,3%	1,2%	64,2%	100,0%
	11-15	N	2	19	12	33	66
		%	3,0%	28,8%	18,2%	50,0%	100,0%
	16-20	N	2	34	10	9	55
		%	3,6%	61,8%	18,2%	16,4%	100,0%
	>21	N	19	43	31	16	109
		%	17,4%	39,4%	28,4%	14,7%	100,0%
Toplam		N	24	153	59	164	400
		%	6,0%	38,3%	14,8%	41,0%	100,0%
X2=120,969, p=0,000							

A-Vaginal doğum, B-Baş baş ise vaginal, değilse sezaryen doğum, C-İlk gelen baş ise ikinci bebeğe internal/external versiyonla vaginal doğum, D-Sezaryen doğum

Araştırmada varsayım göz önüne alınarak yapılan ki-kare analiz sonucuna göre, asistan eğitiminde ikiz doğuma olan yaklaşım ile uzmanlık süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir ($p = 0,000<0,05$). Tablo 4.63'de uzmanlık süresi arttıkça asistan eğitiminde ikiz gebelikte sezaryen eğiliminin azaldığı gözlenmektedir. Özellikle uzmanlık süresi 15 yılın altında olan hekimlerin asistan eğitimlerinde ikiz doğuma yaklaşımın ağırlıklı olarak sezaryen doğum, uzmanlık süresi 15 yılın üzerinde olan uzmanların ise baş baş ise vaginal, değilse sezaryen doğum yönünde olduğu gözlenmektedir.

Uzmanlık pratiğinde ikiz gebelikte doğum şekli yaklaşımının yaş ile ilişkisi incelenmiş ve sonuçlar Tablo 4.64'de özetlenmiştir.

Tablo 4.63: Hekimlerin uzmanlık pratiklerinde ikiz doğum yaklaşımlarının yaş ile ilişkisi

			Uzmanlık pratiğinde ikiz doğum yaklaşımı				Toplam
			A	B	C	D	
Yaş	30-35	n	0	16	4	61	81
		%	0,0%	19,8%	4,9%	75,3%	100,0%
	36-40	n	3	28	4	44	79
		%	3,8%	35,4%	5,1%	55,7%	100,0%
	41-45	n	0	13	3	59	75
		%	0,0%	17,3%	4,0%	78,7%	100,0%
	46-50	n	0	27	0	38	65
		%	0,0%	41,5%	0,0%	58,5%	100,0%
	>51		2	30	13	55	100
			2,0%	30,0%	13,0%	55,0%	100,0%
Toplam		n	5	114	24	257	400
		%	1,3%	28,5%	6,0%	64,3%	100,0%
X2=37,435, p=0,000							

A-Vaginal doğum, B-Baş baş ise vaginal, değilse sezaryen doğum, C-İlk gelen baş ise ikinci bebeğe internal/external versiyonla vaginal doğum, D-Sezaryen doğum

Araştırmada varsayım göz önüne alınarak yapılan ki-kare analiz sonucuna göre, uzmanlık pratiğinde ikiz doğuma yaklaşım ile yaş arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir ($p = 0,000<0,05$). Tablo 4.64'de uzmanlık pratiğinde bütün yaş gruplarında ikiz gebelikte doğum yaklaşımının ağırlıklı olarak sezaryen yönünde olmakla beraber baş baş ise vaginal, değilse sezaryen doğum yaklaşımının da uygulandığı gözlenmektedir.

Uzmanlık pratiğinde ikiz gebelikte doğum şekli yaklaşımının uzmanlık süresi ile ilişkisi incelenmiş ve sonuçlar Tablo 4.65'de özetlenmiştir.

Tablo 4.64: Hekimlerin uzmanlık pratiklerinde ikiz doğum yaklaşımlarının uzmanlık süresi ile ilişkisi

			Uzmanlık pratiğinde ikiz doğum yaklaşımı				Toplam
			A	B	C	D	
Uzmanlık süresi (yıl)	0-5	n	0	20	4	65	89
		%	0,0%	22,5%	4,5%	73,0%	100,0%
	6-10	n	3	25	4	49	81
		%	3,7%	30,9%	4,9%	60,5%	100,0%
	11-15	n	0	12	2	52	66
		%	0,0%	18,2%	3,0%	78,8%	100,0%
	16-20	n	0	22	1	32	55
		%	0,0%	40,0%	1,8%	58,2%	100,0%
	>21		2	35	13	59	109
			1,8%	32,1%	11,9%	54,1%	100,0%
Toplam		n	5	114	24	257	400
		%	1,3%	28,5%	6,0%	64,3%	100,0%
X2=28,548, p=0,005							

A-Vaginal doğum, B-Baş baş ise vaginal, değilse sezaryen doğum, C-İlk gelen baş ise ikinci bebeğe internal/external versiyonla vaginal doğum, D-Sezaryen doğum

Araştırmada varsayım göz önüne alınarak yapılan ki-kare analiz sonucuna göre, uzmanlık pratiğinde ikiz doğuma yaklaşım ile uzmanlık süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir ($p = 0,005<0,05$). Tablo 4.65'de bütün uzmanlık sürelerinde ikiz gebelikte doğum yaklaşımının ağırlıklı olarak sezaryen yönünde olmakla beraber baş baş ise vaginal, değilse sezaryen doğum yaklaşımının da uygulandığı gözlenmektedir.

Dava edilme korkusunun uzmanlık pratiğinde ikiz gebeliklerde doğum yaklaşımı üzerinde etkisi incelenmiş ve sonuçlar Tablo 4.66'da özetlenmiştir.

Tablo 4.65: Hekimlerin uzmanlık pratiklerinde ikiz doğumyaklaşımlarınındava edilme korkusu ile ilişkisi

			Uzmanlık pratiğinde ikiz doğumyaklaşımı			Total
			AC	B	D	
Dava edilme korkusunun sezaryen kararına etkisi	Çok yüksek	n	8	33	115	156
		%	5,1%	21,2%	73,7%	100,0%
	Yüksek	n	5	29	60	94
		%	5,3%	30,9%	63,8%	100,0%
	Orta	n	9	33	47	89
		%	10,1%	37,1%	52,8%	100,0%
	Düşük	n	3	11	24	38
		%	7,9%	28,9%	63,2%	100,0%
	Çok düşük	n	4	8	11	23
		%	17,4%	34,8%	47,8%	100,0%
Total		n	29	114	257	400
		%	7,3%	28,5%	64,3%	100,0%
X^2=16,463, p=0,036*						

A-Vaginal doğum, B-Baş baş ise vaginal, değilse sezaryen doğum, C-İlk gelen baş ise ikinci bebeğe internal/external versiyonla vaginaldoğum, D-Sezaryen doğum

Araştırmada varsayım göz önüne alınarak yapılan ki-kare analiz sonucuna göre, uzmanlık pratiğinde ikiz doğuma yaklaşım ile dava edilme korkusunun sezaryen kararına etkisi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir ($p = 0,036<0,05$). Tablo 4.66'da dava edilme korkusunun sezaryen kararına etkisinin çok yüksek olduğu durumda hekimlerin ağırlıklı olarak sezaryen doğum yönünde karar verirken, dava edilme korkusunun sezaryen kararına etkisinin azalmasıyla sezaryen doğum ile birlikte baş baş olduğu durumlarda vaginal doğum eğiliminin arttığı gözlenmektedir.

Dava edilme sayısının uzmanlık pratiğinde ikiz gebeliklerde doğum yaklaşımında etkisi incelenmiş ve sonuçlar Tablo 4.67'de özetlenmiştir.

Tablo 4.66: Hekimlerin uzmanlık pratiklerinde ikiz doğumyaklaşımlarınındava edilme sayısı ile ilişkisi

			Uzmanlık pratiğinde ikiz doğum yaklaşımı				Toplam
			A	B	C	D	
Dava edilme sayısı	0	n	2	39	9	108	158
		%	1,3%	24,7%	5,7%	68,4%	100,0%
	1	n	1	40	5	77	123
		%	0,8%	32,5%	4,1%	62,6%	100,0%
	2	n	0	16	3	39	58
		%	0,0%	27,6%	5,2%	67,2%	100,0%
	3	n	0	7	1	16	24
		%	0,0%	29,2%	4,2%	66,7%	100,0%
	>3	n	2	12	6	17	37
		%	5,4%	32,4%	16,2%	45,9%	100,0%
Toplam		n	5	114	24	257	400
		%	1,3%	28,5%	6,0%	64,3%	100,0%
X2=17,978, p=0,116							

A-Vaginal doğum, B- Baş baş ise vaginal, değilse sezaryen doğum, C-İlk gelen baş ise ikinci bebeğe internal/external versiyonla vaginal doğum, D-Sezaryen doğum

Araştırmada varsayım göz önüne alınarak yapılan ki-kare analiz sonucuna göre, uzmanlık pratiğinde ikiz doğuma yaklaşım ile dava edilme sayısı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı tespit edilmiştir ($p = 0,116>0,05$).

Hekimlerin sezaryen güvenliği hakkında düşüncelerinin uzmanlık pratiğinde ikiz doğuma yaklaşım üzerindeki etkisi incelenmiş ve sonuçlar Tablo 4.68'de özetlenmiştir.

Tablo 4.67: Hekimlerin uzmanlık pratiklerinde ikiz doğum yaklaşımlarının sezaryen güvenliği hakkındaki düşünceleri ile ilişkisi

			Uzmanlık pratiğinde ikiz doğum yaklaşımı				Toplam
			A	B	C	D	
Sezaryen güvenliği	Anne ve bebek için güvenli	n	2	48	9	123	182
		%	1,1%	26,4%	4,9%	67,6%	100,0%
	Anne için güvenli	n	0	6	3	7	16
		%	0,0%	37,5%	18,8%	43,8%	100,0%
	Bebek için güvenli	n	0	39	5	77	121
		%	0,0%	32,2%	4,1%	63,6%	100,0%
	Anne ve bebek için güvenli değil	n	3	21	7	50	81
		%	3,7%	25,9%	8,6%	61,7%	100,0%
Toplam		n	5	114	24	257	400
		%	1,3%	28,5%	6,0%	64,3%	100,0%
X2=14,937, p=0,093							

A-Vaginal doğum, B-Baş baş ise vaginal, değilse sezaryen doğum, C-İlk gelen baş ise ikinci bebeğe internal/external versiyonla vaginal doğum, D- Sezaryen doğum

Araştırmada varsayım göz önüne alınarak yapılan ki-kare analiz sonucuna göre, uzmanlık pratiğinde ikiz doğuma yaklaşım ile hekimlerin sezaryen güvenliği hakkında düşünceleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı tespit edilmiştir ($p = 0,093>0,05$).

Hekimlerin kendilerini güvende hissettiği doğum şeklinin uzmanlık pratiğinde ikiz doğuma yaklaşımları üzerindeki etkisi incelenmiş ve sonuçlar Tablo 4.69'da özetlenmiştir.

Tablo 4.68: Hekimlerin uzmanlık pratiklerinde ikiz doğum yaklaşımlarının kendilerini güvende hissettikleri doğum şekli ile ilişkisi

			Uzmanlık pratiğinde ikiz doğum yaklaşımı				Toplam
			A	B	C	D	
Hekimin kendini güvende hissettiği doğum şekli	Her ikisinde	n	2	34	8	52	96
		%	2,1%	35,4%	8,3%	54,2%	100,0%
	Vaginal doğum	n	0	4	1	9	14
		%	0,0%	28,6%	7,1%	64,3%	100,0%
	Sezaryen doğum	n	1	49	10	120	180
		%	0,6%	27,2%	5,6%	66,7%	100,0%
	Her ikisinde de güvende değil	n	2	27	5	76	110
		%	1,8%	24,5%	4,5%	69,1%	100,0%
Toplam		n	5	114	24	257	400
		%	1,3%	28,5%	6,0%	64,3%	100,0%
X2=7,438, p=0,592							

A-Vaginal doğum, B-Baş baş ise vaginal, değilse sezaryen doğum, C-İlk gelen baş ise ikinci bebeğe internal/external versiyonla vaginal doğum, D- sezaryen doğum

Araştırmada varsayım göz önüne alınarak yapılan ki-kare analiz sonucuna göre, uzmanlık pratiğinde ikiz doğuma yaklaşım ile hekimlerin kendilerini güvende hissettiği doğum şekli arasında anlamlı bir ilişki olmadığı tespit edilmiştir ($p = 0,592<0,05$).

"Sezaryen sonrası vaginal doğum desteklenmesi konusunda ne düşünüyorsunuz?"

Hekimlerin tamamı sezaryen sonrası vaginal doğumun; anne ölümü, bebek ölümü, uteus rüptürü, histerektomi gibi ciddi komplikasyonlar içeren çok özel bir durum olduğunu ifade etmişler, 13 hekim uygun medikal ve yasal düzenlemeler yapılırsa sezaryen sonrası vaginal doğum yaptırabileceklerini, dört hekim ise çok riskli olduğunu, desteklenmemesi gerektiğini belirtirken üç hekim görüş bildirmemiştir.

Örn. *"Hayır, bence desteklenmemeli. %2 uterusrüptürü, fetal ölüm riski var, maternal kayıp riski var. Seni koruyan bir kanun olsa arkamızda o zaman tamam. Bu şu demek, yaptırdığınız her 100 sezaryen sonrası vaginal doğumun ikisinde problem yaşayacaksınız demek. Hadi %1 olsun. 99' unu sorunsuz doğurttun, bir tanesinde problem çıkacak, bebek kaybedilecek, anne kaybedilecek veya uterusunu kaybedecek. Sonuç, %1 için on yıl süren bir dava çıkacak. Buna karşı bir güvence var mı? Yok. Niye destekleyelim?"(H:9, 48 yaşında, 20 yıllık uzman)*

"Çalıştığın ülkenin hukuki şartlarına bağlı. Bence desteklemenin bir anlamı yok, niye destekleyelim ki? Orada bir problem çıktığı zaman bir rüptür olduğu zaman ne olacak? Yani kim arkanda duracak? Direkt hekim var. Ne bakanlık var arkanda ne başka kimse. Bire bir muhatap sensin. Bakanlığa bile dava açılsa tazminat hekime rücu ediliyor. Dolayısıyla niye o riske girelim?" (H:12, 33 yaşında, 4 yıllık uzman)

"Ben doğum yaptırmayı seviyorum, ben asistanken direkt bu hastaları sezaryene alırlardı. 6 cm. tam açık sezaryene alırlardı. Niye diyordum, doğurur bu hastalar. Sırf medikolegal korkularından insanlar doğacak çocuğu zorla sezaryen yapmak gibi bir durum oluyor."(H:15, 33 yaşında, iki yıllık uzman)

"Bence desteklenmeli. Çünkü şöyle hastalar var, sezaryeni daha güvenli bulan, bir doktor tarafından bilgilendirilmemiş, bir şekilde sezaryen olmuş, belki normal doğurabilecekti. O kadınlar için olabilir. Risk faktörü yok, yaşı genç, baş pelvis uygunsuzluğu dışı bir nedenle sezaryene alınmış bir kadında denenebilir." (H:16, 43 yaşında, 10 yıllık uzman)

"Bebeğin büyüklüğü, haftası, annenin onam formuna imza atması, bu çok önemli. Siz burada anneyi de bebeği de kaybedebilirsiniz. Rahmi de alabilirsiniz ki ortalama %3-5 arası rüptür oranı var. Bütün bunların sonucunda her şey uygunsa, anne de istiyorsa, onam formunu da imzalıyorsa ve acil ameliyathane şartları mevcutsa, yakın takiple, bugün 40-50

doğumun olduğu yerde sezaryen sonrası vaginal doğumu takip edemezsiniz, tabi ki yaptırılabilir." (H:17, 39 yaşında, üç yıllık uzman)

"Desteklenmeli. Çünkü artık sezaryen oranları o kadar arttı ki. Ama nasıl desteklenmeli? Bu kanunları tekrar değiştirerek. Yani siz hekimin elini kolunu bağlayacak kanunları bırakacaksınız. Tabi hekim bariz hata yapmışsa o yargılanmalı. Mesela sabah saat sekizde yatmış, gece saat 11'e kadar beklemiş, amnios mayi kalmamış, bebeğin kalp atım kayıtları hep kötü gitmiş. Sonra almış ama bebek kötü çıkmış. Tabi ki yargılanmalı ama en ufacık bir şeyden insanlara niye bunu yapmadın derseniz arkadaş da aman benim başıma iş çıkmasın, 20 dakika sezaryene girip çıkarım der." (H:19, 59 yaşında, 21 yıllık uzman)

"Bence desteklenmemeli. Sonuçları çok kötü. Anne ve bebek kaybı olabileceği için desteklenmemeli. Bu kadar popüler olmamalı. Hasta geldi, tam açık, pelvisi müsait, tamam, o anda doğurtulabilir ama planlanmalı." (H:18, 35 yaşında, 6 yıllık uzman)

Ankete katılan hekimlerin sezaryen sonrası vaginal doğumun desteklenmesi konusundaki düşünceleri ise yüzde ve frekans değerleriyle birlikte Tablo 4.70' de özetlenmiştir.

Tablo 4.69: Hekimlerin sezaryen sonrası vaginal doğum hakkında düşünceleri

		N	%
Sezaryen sonrası vaginal doğumun desteklenmesi konusunda ne düşünüyorsunuz?	A-Evet, desteklenmeli	17	4,3
	B-Uygun medikal ve yasal koşullar sağlanırsa desteklenebilir.	263	65,8
	C-Hayır, desteklenmemeli	120	30,0
	Toplam	400	100

Hekimlerin dava edilme korkusunun sezaryen sonrası vaginal doğumun desteklenmesi konusundaki düşüncelerine etkisi incelenmiş ve sonuçlar Tablo 4.71'de özetlenmiştir.

Tablo 4.70: Hekimlerin sezaryen sonrası vaginal doğumun desteklenmesi hakkındaki düşüncelerinin dava edilme korkusu ile ilişkisi

			Sezaryen sonrası vaginal doğumun desteklenmesi			
			Evet desteklenmeli	Uygun koşullar sağlanırsa	Hayır desteklenmemeli	Toplam
Dava edilme korkusunun sezaryen kararına etkisi	Çok yüksek	n	5	102	49	156
		%	3,2%	65,4%	31,4%	100,0%
	Yüksek	n	3	66	25	94
		%	3,2%	70,2%	26,6%	100,0%
	Orta	n	6	56	27	89
		%	6,7%	62,9%	30,3%	100,0%
	Düşük	n	3	26	9	38
		%	7,9%	68,4%	23,7%	100,0%
	Çok düşük	n	0	13	10	23
		%	0,0%	56,5%	43,5%	100,0%
Toplam		n	17	263	120	400
		%	4,3%	65,8%	30,0%	100,0%
X^2=7,217, p=0,513						

Araştırmada varsayım göz önüne alınarak yapılan ki-kare analiz sonucuna göre, sezaryen sonrası vaginal doğumun desteklenmesi ile dava edilme korkusunun sezaryen kararına etkisi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı tespit edilmiştir (p = 0,513>0,05).

Hekimlerin dava edilme sayısının sezaryen sonrası vaginal doğumun desteklenmesi konusundaki düşüncelerine etkisi incelenmiş ve sonuçlar Tablo 4.72' de özetlenmiştir.

Tablo 4.71: Hekimlerin sezaryen sonrası vaginal doğumun desteklenmesi hakkındaki düşüncelerinin dava edilme sayısı ile ilişkisi

			Sezaryen sonrası vaginal doğumun desteklenmesi			Toplam
			Evet desteklenmeli	Uygun koşullar sağlanırsa	Hayır desteklenmemeli	
Dava edilme sayısı	0	N	5	101	52	158
		%	3,2%	63,9%	32,9%	100,0%
	1	N	7	88	28	123
		%	5,7%	71,5%	22,8%	100,0%
	2	N	1	36	21	58
		%	1,7%	62,1%	36,2%	100,0%
	3	N	1	17	6	24
		%	4,2%	70,8%	25,0%	100,0%
	>3	N	3	21	13	37
		%	8,1%	56,8%	35,1%	100,0%
Toplam		N	17	263	120	400
		%	4,3%	65,8%	30,0%	100,0%
X^2=8,446, p=0,391						

Araştırmada varsayım göz önüne alınarak yapılan ki-kare analiz sonucuna göre, sezaryen sonrası vaginal doğumun desteklenmesi ile dava edilme sayısı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı tespit edilmiştir (p = 0,391>0,05).

"Tedavi gebeliklerinde doğum şekli yaklaşımınız nasıl?"

Hekimler genel olarak tedavi gebeliklerinin sezaryen endikasyonu olmadığı, diğer gebeliklerden ayrı bir yaklaşım gerekmediği görüşünü paylaşmakla birlikte, bu annelerin genellikle ileri yaşta, ek medikal sorunları olan ve anksiyetesi yüksek gebeler olduğunu, ek olarak anne isteminin tedavi gebeliklerinde daha yoğun olarak gündeme geldiğini ifade ederek daha çok sezaryen yönünde karar vermeye eğilimli olduklarını belirtmişlerdir. Ayrıca zor ulaşılan kıymetli bebekler olması sebebiyle olası bir komplikasyonda dava edilme ihtimalinin üzerlerinde baskı oluşturarak sezaryen kararı vermelerinde etkili olduğunu ifade etmişlerdir. Tedavi gebeliği söz konusu olduğunda 10 hekim vaginal doğum tercih edeceklerini, yedi hekim sezaryen doğum tercih edeceklerini, üç hekim de doğum şekli kararını anneye bırakacaklarını ifade etmişlerdir.

Örn. *"Sezaryen öneririm. Ama istemezse vaginal doğum takip ederim ama önce bir önerim olur. Çünkü sıkıntı yaşayan çok doktor arkadaşım var. Kıymetli bebek, vaginal doğumda bebek kaybı yaşanmış ve doktoru dava etmiş. Bu duruma düşmek istemem." (H:1, 53 yaşında, 25 yıllık uzman)*

"IVF (in vitrofertilizasyon (tüp bebek)) gebelerde normal hastalardan farklı davranmamaya özen gösteriyorum ama tabi şunu da göz önünde bulunduruyorum. Hasta 42-43 yaşında, zayıf over cevabı olan yani belki zorla bir tane yumurta kalabilecek olan hastalar. Bu ilk ve son şansı. Dolayısıyla bu hastaların normal doğumda endişeleri çok yüksek oluyor. Ama insanlar risk almak istemiyorlar. Bu benim tek şansım diyorlar. Aslında ben sezaryen istiyorum diyorlar. Aslında normal doğum da yapabilir. Ama hasbelkader yoğun bakıma gitse, üç beş, on gün kalsa, ailenin yaşayacağı psikolojik durumu, bize karşı bakış açısı, bunları da göz önünde bulunduruyorum." (H:17, 39 yaşında, 3 yıllık uzman)

"Bence çok sezaryen endikasyonu olmamalı. Tamam, çok değerli bebekler oluyor, zor ulaşılan bebekler oluyor ama direkt tüp bebek diye biz bu hastaya sezaryen yapalım diye düşünmem. Çünkü takipte sıkıntısız bir şekilde doğuracak gebeler de görüyoruz. Bu aslında hastadan hastaya değişiyor." (H:12, 33 yaşında, 4 yıllık uzman)

"Yardımcı üreme teknikleriyle 40 yaş üstü gebe çok görüyoruz. Yine aileyle konuşarak ve annenin durumuna göre karar veririm." (H:11, 35 yaşında, 1 aylık uzman)

"Ben onları hala sezaryen için extra bir özellik olarak görmüyorum ama resmen kıymetli bebek diye bir laf var yani." (H:7, 41 yaşında, 11 yıllık uzman)

Ankete katılan hekimlerin tedavi gebeliklerinde doğum şekli yaklaşımları yüzde ve frekans değerleriyle birlikte Tablo 4.73'de özetlenmiştir.

Tablo 4.72: Tedavi gebeliklerinde hekimlerindoğumyaklaşımı

		N	%
Tedavi gebeliklerinde doğum şekli yaklaşımınız nasıl olur?	A-Vaginal doğum	58	14,5
	B-Anne ile konuşarak karar veririm	198	49,5
	C-Sezaryene eğilimli olurum	104	26,0
	D- Sezaryen doğum	40	10,0
	Toplam	400	100

Dava edilme korkusunun tedavi gebeliklerinde doğum şekli yaklaşımı üzerinde etkisi araştırılmış ve sonuçlar Tablo 4.74'de özetlenmiştir.

Tablo 4.73: Hekimlerin tedavi gebeliklerinde doğum yaklaşımlarının dava edilme korkusu ile ilişkisi

			Tedavi gebeliklerinde doğum yaklaşımı				Toplam
			Vaginal doğum	Anne ile konuşarak	Sezaryene eğilimli	Sezaryen doğum	
Dava edilme korkusunun sezaryen kararına etkisi	Çok yüksek	N	16	66	48	26	156
		%	10,3%	42,3%	30,8%	16,7%	100,0%
	Yüksek	N	11	48	29	6	94
		%	11,7%	51,1%	30,9%	6,4%	100,0%
	Orta	N	20	46	18	5	89
		%	22,5%	51,7%	20,2%	5,6%	100,0%
	Düşük	N	7	25	5	1	38
		%	18,4%	65,8%	13,2%	2,6%	100,0%
	Çok düşük	N	4	13	4	2	23
		%	17,4%	56,5%	17,4%	8,7%	100,0%
Toplam		N	58	198	104	40	400
		%	14,5%	49,5%	26,0%	10,0%	100,0%
X^2=29,307, p=0,004							

Araştırmada varsayım göz önüne alınarak yapılan ki-kare analiz sonucuna göre, tedavi gebeliklerinde doğum şekli yaklaşımı ile dava edilme korkusunun sezaryen kararına etkisi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir ($p = 0,004<0,05$). Tablo 4.74'de hekimlerin büyük çoğunluğunun tedavi gebeliklerinde doğum şekline anne ile konuşarak karar verdiği görülmektedir. Ek olarak hekimlerin dava edilme korkusu arttıkça sezaryen ve sezaryen eğilimi artarken vaginal doğum eğiliminin azaldığı gözlenmektedir.

Dava edilme sayısının tedavi gebeliklerinde doğum yaklaşımında etkisi incelenmiş ve sonuçlar Tablo 4.75'de özetlenmiştir.

Tablo 4.74: Hekimlerin tedavi gebeliklerinde doğum yaklaşımlarının dava edilme sayısı ile ilişkisi

			Tedavi gebeliklerinde doğum yaklaşımı				Toplam
			Vaginal doğum	Anne ile konuşarak	Sezaryene eğilimli	Sezaryen doğum	
Dava edilme sayısı	0	n	24	81	40	13	158
		%	15,2%	51,3%	25,3%	8,2%	100,0%
	1	n	16	62	34	11	123
		%	13,0%	50,4%	27,6%	8,9%	100,0%
	2	n	5	30	14	9	58
		%	8,6%	51,7%	24,1%	15,5%	100,0%
	3	n	6	11	5	2	24
		%	25,0%	45,8%	20,8%	8,3%	100,0%
	>3	n	7	14	11	5	37
		%	18,9%	37,8%	29,7%	13,5%	100,0%
Toplam		n	58	198	104	40	400
		%	14,5%	49,5%	26,0%	10,0%	100,0%
X^2=8,806, p=0,719							

Araştırmada varsayım göz önüne alınarak yapılan ki-kare analiz sonucuna göre, tedavi gebeliklerinde doğum yaklaşımı iledava edilme sayısı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı tespit edilmiştir (p = 0,719>0,05).

"İleri anne yaşı gebeliklerinde doğum şekli yaklaşımınız nasıl?"

İleri anne yaşının bir sezaryen endikasyonu olmadığını dile getiren hekimler yaşla beraber vaginal doğumu zorlaştıran ek hastalıkların arttığı, ileri yaşta ilk gebelik durumunda ise bebeği riske atmamak amacıyla sezaryeni tercih edebileceklerini ifade etmişlerdir. Böyle bir durumda sekiz hekim sezaryeni tercih edeceklerini, dört hekim ilk gebelikse sezaryen tercih edeceklerini, sekiz hekim de vaginal doğum tercih edeceklerini belirtmişlerdir.

Örn. *"İleri yaş anneler ıkınamıyorlar ama yardımcı olursan desteklersen normal doğururlar. Ama ileri yaş anne ve altta başka hastalıklar varsa o zaman sezaryene gidebilirim." (H:20, 30 yaşında, 6 aylık uzman)*

"Şimdi doğum sayısına göre değişir. Kadın 43 yaşında ilk gebelik ben onu sezaryene alırım. Ama üçüncü gebelik onu normal doğurturum. Neden? Çünkü her bir bebeğin bir anlamı var, var ama kadın 43 yaşında ya eşini sonradan bulup evlenmiştir ya da tedavi gebeliğidir. Onda riske atmak istemem." (H:19, 59 yaşında, 21 yıllık uzman)

"Duruma göre değişebilir. 41-42 yaşına kadar doğurmamış bir kadın doğuramayabiliyor. Ama 42 yaşındasın hemen sezaryene alayım, öyle yapmıyorum." (H:18, 35 yaşında, 6 yıllık uzman)

"İleri yaşta da biraz daha sezaryene daha yatkın olabiliyorum ama yine de normal doğum eylemini yaşamasını, o kontraksiyonların oluşmasını, oksitosin salgılanmasını sağlamaya çalışıyorum." (H:16, 43 yaşında, 10 yıllık uzman)

"35 yaş ve üstüne evvelden sezaryen denirdi ama benim öyle bir şeyim yok, dediğim gibi ileri yaş olup ilave risk faktörleri varsa sezaryen, yoksa normal doğum." (H:2, 54 yaşında, 25 yıllık uzman)

"Annenin genel durumuna göre sezaryene daha sevimli baktığımı söyleyebilirim." (H:7, 41 yaşında, 11 yıllık uzman)

Anket sonuçlarına göre ileri anne yaşı gebeliklerinde asistan eğitiminde ve uzmanlık pratiğinde doğum şekli yaklaşımları karşılaştırılmış ve sonuçlar yüzde ve frekans değerleriyle Tablo 4.76'da özetlenmiştir.

Tablo 4.75: Hekimlerin asistan eğitimi ve uzmanlık pratiklerinde ileri anne yaşı gebeliklerinde doğum yaklaşımı

		N	%
Asistan eğitiminizde ileri anne yaşı gebeliklerinde doğum yaklaşımı nasıldı?	A-Vaginaldoğum	125	31,3
	B-İlk gebelik ise sezaryen, multipar ise vaginal doğum	130	32,5
	C-Anne istemi yönünde karar verilirdi	68	17,0
	D-Sezaryen doğum	77	19,3
	Toplam	400	100
Uzmanlık pratiğinizde ileri anne yaşı gebeliklerinde doğum şekli yaklaşımınız nasıl?	A-Vaginal doğum	95	23,8
	B-İlk gebelik ise sezaryen, multipar ise vaginal doğum	104	26,0
	C-Anne istemine göre karar veririm	132	33,0
	D-Sezaryen doğum	69	17,3
	Toplam	400	100

Asistan eğitiminde ileri anne yaşı gebeliklerinde doğum yaklaşımı yaş ile ilişkisi değerlendirilmiş ve sonuçlar Tablo 4.77'de özetlenmiştir.

Tablo 4.76: Hekimlerin asistan eğitimlerinde ileri anne yaşı gebeliklerinde doğum yaklaşımının yaş ile ilişkisi

			Asistanlık eğitiminde ileri anne yaşı gebeliklerinde doğum yaklaşımı				Toplam
			A	B	C	D	
Yaş	30-35	N	39	18	19	5	81
		%	48,1%	22,2%	23,5%	6,2%	100,0%
	36-40	N	23	20	17	19	79
		%	29,1%	25,3%	21,5%	24,1%	100,0%
	41-45	N	24	24	13	14	75
		%	32,0%	32,0%	17,3%	18,7%	100,0%
	46-50	N	22	19	11	13	65
		%	33,8%	29,2%	16,9%	20,0%	100,0%
	>51	N	17	49	8	26	100
		%	17,0%	49,0%	8,0%	26,0%	100,0%
Toplam		N	125	130	68	77	400
		%	31,3%	32,5%	17,0%	19,3%	100,0%
X2=44,898, p=0,000							

A-Vaginal doğum, B-İlk gebelik ise sezaryen, multipar ise vaginal doğum, C-Anne istemi yönünde karar verilirdi, D-Sezaryen doğum.

Araştırmada varsayım göz önüne alınarak yapılan ki-kare analiz sonucuna göre, asistanlık eğitiminde ileri anne yaşı gebeliklerinde doğum yaklaşımı ile yaş arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir ($p = 0,000<0,05$). Tablo 4.77 'de 50 yaşın altındaki hekimlerin asistanlık eğitimlerinde ileri anne yaşı gebeliklerinde doğum yaklaşımının ağırlıklı olarak vaginal doğum yönünde olduğu, 50 yaşın üzerindeki hekimlerin asistanlık eğitimlerinde ise ilk gebeliklerde sezaryen, ilk gebelik değilse vaginal doğum yönünde olduğu gözlenmektedir. Ayrıca hekimlerin yaşı arttıkça asistan eğitiminde ileri anne yaşı gebeliklerinde ilk gebeliklerde sezaryen yaklaşımının arttığı izlenmektedir.

Asistan eğitiminde ileri anne yaşı gebeliklerinde doğum yaklaşımının uzmanlık süresi ile ilişkisi incelenmiş ve sonuçlar ve Tablo 4.78'de özetlenmiştir.

Tablo 4.77: Hekimlerin asistan eğitimlerinde ileri anne yaşı gebeliklerinde doğum yaklaşımının uzmanlık süresi ile ilişkisi

			Asistanlık eğitiminde ileri anne yaşı gebeliklerinde doğum yaklaşımı				Toplam
			A	B	C	D	
Uzmanlık süresi (yıl)	0-5	N	40	23	19	7	89
		%	44,9%	25,8%	21,3%	7,9%	100,0%
	6-10	N	25	16	21	19	81
		%	30,9%	19,8%	25,9%	23,5%	100,0%
	11-15	N	25	20	11	10	66
		%	37,9%	30,3%	16,7%	15,2%	100,0%
	16-20	N	15	19	8	13	55
		%	27,3%	34,5%	14,5%	23,6%	100,0%
	>21	N	20	52	9	28	109
		%	18,3%	47,7%	8,3%	25,7%	100,0%
Toplam		N	125	130	68	77	400
		%	31,3%	32,5%	17,0%	19,3%	100,0%
X2=45,640, p=0,000							

A-Vaginal doğum, B-İlk gebelik ise sezaryen, multipar ise vaginal doğum, C-Anne istemi yönünde karar verilirdi, D-Sezaryen doğum.

Araştırmada varsayım göz önüne alınarak yapılan ki-kare analiz sonucuna göre, asistanlık eğitiminde ileri anne yaşı gebeliklerinde doğum yaklaşımı ile uzmanlık süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir ($p = 0,000<0,05$). Tablo 4.78'de uzmanlık süresi 15 yıldan az olan hekimlerin asistanlık eğitiminde ileri anne yaşı gebeliklerinde doğum yaklaşımının ağırlıklı olarak vaginal doğum yönünde olduğu gözlenirken uzmanlık süresi 16 yıldan fazla olan hekimlerin asistanlık eğitimlerindeki yaklaşımın ilk gebeliklerde sezaryen yönünde olduğu gözlenmektedir.

Uzmanlık pratiğinde ileri anne yaşı gebeliklerinde doğum yaklaşımının yaş ile ilişkisi incelenmiş ve sonuçlar Tablo 4. 79'da özetlenmiştir.

Tablo 4.78: Hekimlerin uzmanlık pratiklerinde ileri anne yaşı gebeliklerinde doğum yaklaşımlarının yaş ile ilişkisi

			İleri anne yaşı gebeliğinde doğum yaklaşımı				Toplam
			A	B	C	D	
Yaş	30-35	N	36	17	21	7	81
		%	44,4%	21,0%	25,9%	8,6%	100,0%
	36-40	N	17	15	37	10	79
		%	21,5%	19,0%	46,8%	12,7%	100,0%
	41-45	N	19	16	26	14	75
		%	25,3%	21,3%	34,7%	18,7%	100,0%
	46-50	N	8	18	26	13	65
		%	12,3%	27,7%	40,0%	20,0%	100,0%
	>51	N	15	38	22	25	100
		%	15,0%	38,0%	22,0%	25,0%	100,0%
Toplam		N	95	104	132	69	400
		%	23,8%	26,0%	33,0%	17,3%	100,0%
X2=48,978, p=0,000							

A-Vaginal doğum, B-İlk gebelik ise sezaryen, multipar ise vaginal doğum, C-Anne istemi yönünde karar veririm, D-Sezaryen doğum.

Araştırmada varsayım göz önüne alınarak yapılan ki-kare analiz sonucuna göre, uzmanlık pratiğinde ileri anne yaşı gebeliklerinde doğum yaklaşımı ile yaş arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir ($p = 0,000<0,05$). Tablo 4.79'da 35 yaşın altındaki uzmanların ileri anne yaşı gebeliklerinde doğum yaklaşımının ağırlıklı olarak vaginal doğum yönünde olduğu gözlemlenirken, 50 yaş üstü hekimlerin yaklaşımlarının ağırlıklı olarak ilk gebeliklerde sezaryen doğum yönünde olduğu gözlemlenmektedir. 35-50 yaş grubu uzmanların ise ağırlıklı olarak anne istemi yönünde karar verdikleri izlenmektedir.

Uzmanlık pratiğinde ileri anne yaşı gebeliklerinde doğum yaklaşımının uzmanlıksüresi ile ilişkisi incelenmiş ve sonuçlar Tablo 4.80' de özetlenmiştir.

Tablo 4.79: Hekimlerin uzmanlık pratiklerinde ileri anne yaşı gebeliklerinde doğum yaklaşımlarının uzmanlık süresi ile ilişkisi

			İleri anne yaşı gebeliğinde doğum yaklaşımı				Toplam
			A	B	C	D	
Uzmanlık Süresi (yıl)	0-5	N	36	20	25	8	89
		%	40,4%	22,5%	28,1%	9,0%	100,0%
	6-10	N	16	16	37	12	81
		%	19,8%	19,8%	45,7%	14,8%	100,0%
	11-15	N	19	11	25	11	66
		%	28,8%	16,7%	37,9%	16,7%	100,0%
	16-20	N	10	15	21	9	55
		%	18,2%	27,3%	38,2%	16,4%	100,0%
	>21	N	14	42	24	29	109
		%	12,8%	38,5%	22,0%	26,6%	100,0%
Toplam		N	95	104	132	69	400
		%	23,8%	26,0%	33,0%	17,3%	100,0%
X2=47,220, p=0,000							

A-Vaginal doğum, B-İlk gebelik ise sezaryen, multipar ise vaginal doğum, C- Anne istemine göre karar veririm, D- Sezaryen doğum.

Araştırmada varsayım göz önüne alınarak yapılan ki-kare analiz sonucuna göre, uzmanlık pratiğinde ileri anne yaşı gebeliklerinde doğum yaklaşımı ile uzmanlık süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir ($p = 0,000<0,05$). Tablo 4.80'de uzmanlık süresi 5 yıldan az olan hekimlerin ileri anne yaşı gebeliklerinde doğum yaklaşımının vaginal doğum yönünde olduğu gözlenirken, uzmanlık süresi 20 yılın üzerinde olan hekimlerin yaklaşımlarının ilk gebeliklerde sezaryen yönünde olduğu gözlenmektedir. Uzmanlık süresi 6 ile 20 yıl arasında olan hekimlerin ise ileri anne yaşı gebeliklerinde ağırlıklı olarak anne istemi yönünde karar verdikleri gözlenmektedir.

Dava edilme korkusunun uzmanlık pratiğinde ileri anne yaşı gebeliklerinde doğum yaklaşımı üzerine etkisi incelenmiş ve sonuçlar Tablo 4.81' de özetlenmiştir.

Tablo 4.80: Hekimlerin uzmanlık pratiklerinde ileri anne yaşı gebeliklerinde doğum yaklaşımlarının dava edilme korkusu ile ilişkisi

			İleri anne yaşı gebeliğinde doğum yaklaşımı				Toplam
			A	B	C	D	
Dava edilme korkusu Sezaryen kararına etkisi	Çok yüksek	n	30	40	48	38	156
		%	19,2%	25,6%	30,8%	24,4%	100,0%
	Yüksek	n	24	25	31	14	94
		%	25,5%	26,6%	33,0%	14,9%	100,0%
	Orta	n	26	25	24	14	89
		%	29,2%	28,1%	27,0%	15,7%	100,0%
	Düşük	n	11	6	18	3	38
		%	28,9%	15,8%	47,4%	7,9%	100,0%
	Etkisiz	n	4	8	11	0	23
		%	17,4%	34,8%	47,8%	0,0%	100,0%
Toplam		n	95	104	132	69	400
		%	23,8%	26,0%	33,0%	17,3%	100,0%
X^2=21,800, p=0,040							

A-Vaginal doğum, B-İlk gebelik ise sezaryen, multipar ise vaginal doğum, C-Anne istemine göre karar veririm, D-Sezaryen doğum.

Araştırmada varsayım göz önüne alınarak yapılan ki-kare analiz sonucuna göre, uzmanlık pratiğinde ileri anne yaşı gebeliklerinde doğum yaklaşımı ile dava edilme korkusunun sezaryen kararlarına etkisi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir ($p = 0,040<0,05$). Tablo 4.81'de hekimlerin büyük çoğunluğunun ileri anne yaşı gebeliklerinde anne istemi yönünde karar verdiği gözlenirken, ilk gebeliklerde sezaryen yaklaşımının dava edilme korkusunun sezaryen kararlarına etkisi arttıkça azaldığı, sezaryen doğum eğiliminin arttığı gözlenmektedir.

Dava edilme sayısının uzmanlık pratiğinde ileri anne yaşı gebeliklerinde doğum yaklaşımı üzerine etkisi araştırılmış ve sonuçlar Tablo 4.82'de özetlenmiştir.

Tablo 4.81: Hekimlerin uzmanlık pratiklerinde ileri anne yaşı gebeliklerinde doğum yaklaşımlarının dava edilme sayısı ile ilişkisi

			İleri anne yaşı gebeliğinde doğum yaklaşımı				Toplam
			A	B	C	D	
Dava edilme sayısı	0	n	48	36	51	23	158
		%	30,4%	22,8%	32,3%	14,6%	100,0%
	1	n	23	31	52	17	123
		%	18,7%	25,2%	42,3%	13,8%	100,0%
	2	n	10	20	14	14	58
		%	17,2%	34,5%	24,1%	24,1%	100,0%
	3	n	6	4	7	7	24
		%	25,0%	16,7%	29,2%	29,2%	100,0%
	>3	n	8	13	8	8	37
		%	21,6%	35,1%	21,6%	21,6%	100,0%
Toplam		n	95	104	132	69	400
		%	23,8%	26,0%	33,0%	17,3%	100,0%
X^2=21,276, p=0,046							

A-Vaginal doğum, B-İlk gebelik ise sezaryen, multipar ise vaginal doğum, C-Anne istemine göre karar veririm, D-Sezaryen doğum.

Araştırmada varsayım göz önüne alınarak yapılan ki-kare analiz sonucuna göre, uzmanlık pratiğinde ileri anne yaşı gebeliklerinde doğum yaklaşımı ile dava edilme sayısı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir ($p = 0,046<0,05$).

"Anne istemi ile sezaryene nasıl bakıyorsunuz?"

Günümüzde en çok tartışılan konulardan biri olan medikal endikasyon olmaksızın anne istemi ile sezaryen konusunda 20 hekimden 14'ü doğum şekli seçiminin bir anne hakkı olması gerektiğini düşündüklerini belirtmişlerdir. Sezaryenin de bir doğum şekli olduğunu, normal doğum gibi kendine özgü avantaj ve dezavantajları olduğunu belirten hekimler anneyi sezaryenin riskleri konusunda bilgilendirdikten sonra anne istemi ile sezaryen yapılabilmesi gerektiğini ifade etmişlerdir. Anne hakkı olduğunu düşünen hekimlerin ikisi sezaryenin isteğe bağlı ve maliyeti yüksek bir operasyon olduğunu, isteğe bağlı yapılabilmekle beraber komplikasyonlar ve sonraki sezaryenler dâhil ücretini hastanın kendisinin karşılamasının

uygun olduğunu belirtmiştir. Altı hekim ise doğumun tıbbi bir olay olduğunu ve medikal endikasyonla yapılması gerektiğini ifade etmiştir.

Örn. *"Anne istemi sezaryen endikasyonu olmalı. Eşim sezaryen isterse neden olmasın? Devlette bunu uygulamak biraz zor." (H:6, 34 yaşında, 3 yıllık uzman)*

"Bence anne hakkı olmalı. Çünkü onun vücudu, onun bebeği, ben doğuma sadece yardım için geliyorum. Ve senden yardımcı olmanı istiyor. Ancak tabi ki onun da şöyle bir yaptırımı olmalı. Eğer nasıl tıbbi bir endikasyonyoksa sen burun, meme kalça düzeltme ameliyatı, devlet karşılamıyorsa, bu da bir lükse kaçıyor, bunu kendisi karşılamalı. Her türlü komplikasyonu dâhil annenin kendisi karşılamalı." (H:10, 39 yaşında, 10 yıllık uzman)

"Bence sezaryen medikal endikasyonlarla yapılan bir ameliyat olmalıdır. Sezaryenin ne olduğunu bilmeyebilir veya komşudan normal doğumun ne kadar zor olduğunu duyarak korktuğu için de gelebilir. Belki bu süreç ona anlatılarak, anlıyorsa konuşularak karar verilebilir ama illa ben sezaryen istiyorum, ne olursa olsun diyen hastayı da vaginal doğurtacağım diye zorlamam." (H:11, 35 yaşında, 1 aylık uzman)

"Bence kişilik hakkı olmalı. Sonuçta illa bütün gebeler normal doğuracak diye bir şey yok. Doğum şekline bence hasta kendi karar vermeli yani. Sezaryenin de riskleri var normal doğumun da riskleri var. Sonuçta her şey anlatıldıktan sonra bence kendisinin karar vermesi gerekir." (H:12, 33 yaşında, 4 yıllık uzman)

"Hasta da bunları okuyor internette. Doğumda ne oluyor, sezaryende ne oluyor. Şimdi bakıyor diyor ki ben bu riskleri almam. Şimdi onam alırken ben bunları hastaya anlattıysam, hasta da ben bu riskleri almak istemiyorum, ben sezaryen olacağım diyorsa, benim o hastayı zorla doğurtmam ve hastanın da ilerde beni zorla doğurttu, ben sezaryen istedim, o yüzden çocuğumun omuzu kırıldı, omuz takılması oldu, o yüzden bebeğim spastik oldu derse, bunun hesabını kim verecek?

Vaginal doğumda ne bekliyor, sezaryende ne bekliyor? Hasta bunları bilecek, düşünecek, eşiyle tartışacak. Ben sezaryen olmak istiyorum diyorsa zorla onu sezaryene almayayım, ben doğurtayım olmaz, vaginal doğum yapacağım diyorsa riskleri kabul edecek, omuzu takıldı, vageniyırtıldı, fetaldistresoldu, şikâyet etmeyecek. Onun için de o sözleşmeye yazacak, ben bunu kabul ettim. Bana detaylı olarak anlatıldı. Omuz takılması olduğunda, doğumun öngörülemeyen komplikasyonları bunlar, omuz takılması, serebralpalsi, sfinkter

yaralanması, bunları hangi hastada olur, öngöremiyorsun" (H:14, 58 yaşında, 29 yıllık uzman)

"Kıymetli bebek denen şeye inanmıyorum ama bir kadın gerçekten normal doğurmak istemiyorsa, ben buna hazırım mental olarak, normal doğuracağım demiyorsa, iki tane doğuracak bir kadının sezaryen olmasında ben bir problem görmüyorum. Elektif olarak sezaryene yönlendirilebilir. Tabi ki normal doğum daha doğal ama bana sorarsan iki doğum planlayan, kendi öz saygısı yerinde bir hanımefendinin, sonuçta bunun vagene verdiği bir travma var, bunları anlatmıyoruz, sezaryen olmasında bir sakınca görmüyorum. Benim için birinci sezaryen endikasyonu annenin, ama eylem öncesinde, ben normal doğum yapmak istemiyorum demesi benim için yeterli." (H:15, 33 yaşında, 2 yıllık uzman)

"Bence medikal endikasyonlarla karar verilmeli. Çünkü bu tıbbi bir olay. Hasta kendi başına karar vermemeli. Tıbbi endikasyonla olmalı. Sezaryen bir doğum şekli değil sezaryen bir ameliyat, kurtarma ameliyatı, bunu da o amaçla kullanmak gerekiyor. Bir endikasyonu olmalı bence." (H:16, 43 yaşında, 10 yıllık uzman)

"Ben hastanın doğum şeklini seçme taraftarıyım. Hasta seçebilmeli. Mesela hastanın hiçbir endikasyonu yok ama sezaryen olmak istiyor. Ondan para alınabilir. O hastanın ikinci sezaryeninden de para alınabilir. Ama hasta seçebilmeli. Ama sen sezaryen oldun, ikinciyi de devlet karşılayamayacak, üçüncüyü de karşılayamayacak. O fiyatlar artacak çünkü risk artacak. Hasta bunu bilerek tamam diyorsa yapılabilir." (H:18, 35 yaşında, 6 yıllık uzman)

Anket sonuçlarına göre hekimlerin anne istemi ile sezaryen hakkındaki düşünceleri yüzde ve frekans değerleriyle birlikte Tablo 4.83'de özetlenmiştir.

Tablo 4.82: Hekimlerin anne istemi ile sezaryen hakkındaki düşünceleri

		N	%
Anne istemi ile sezaryene nasıl bakıyorsunuz?	A-Anne hakkı olmalı	82	20,5
	B-Sezaryenin riskleri konusunda bilgilendirildikten sonra anne hakkı olmalı	212	53,0
	C-Anne hakkı olmalı ama sonraki sezaryenler ve komplikasyonları dâhil kendisi ödemeli	56	14,0
	D-Anne hakkı olmamalı, medikal endikasyonlarla karar verilmeli.	50	12,5
	Toplam	400	100

Hekimlerin anne istemli sezaryen hakkındaki düşüncelerinin yaş ile ilişkisi incelenmiş sonuçlar Tablo 4.84'de özetlenmiştir.

Tablo 4.83: Hekimlerin anne istemi ile sezaryen hakkındaki düşüncelerinin yaş ile ilişkisi

			Anne istemi ile sezaryene bakış				Toplam
			A	B	C	D	
Yaş	30-35	n	12	36	20	13	81
		%	14,8%	44,4%	24,7%	16,0%	100,0%
	36-40	n	22	41	8	8	79
		%	27,8%	51,9%	10,1%	10,1%	100,0%
	41-45	n	15	40	12	8	75
		%	20,0%	53,3%	16,0%	10,7%	100,0%
	46-50	n	12	41	6	6	65
		%	18,5%	63,1%	9,2%	9,2%	100,0%
	>51	n	21	54	10	15	100
		%	21,0%	54,0%	10,0%	15,0%	100,0%
Toplam		n	82	212	56	50	400
		%	20,5%	53,0%	14,0%	12,5%	100,0%
X2=18,216, p=0,109							

A-Anne hakkı olmalı, B-Sezaryenin riskleri konusunda bilgilendirildikten sonra anne hakkı olmalı, C-Anne hakkı olmalı ama sonraki sezaryenler ve komplikasyonları dâhil kendisi ödemeli, D-Anne hakkı olmamalı, medikal endikasyonlarla karar verilmeli.

Araştırmada varsayım göz önüne alınarak yapılan ki-kare analiz sonucuna göre, anne istemi ile sezaryene bakış ile yaş arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı tespit edilmiştir ($p = 0,109>0,05$).

Hekimlerin anne istemi ile sezaryen hakkındaki düşüncelerinin uzmanlık süresi ile ilişkisi incelenmiş sonuçlar Tablo 4.85'de özetlenmiştir.

Tablo 4.84: Hekimlerin anne istemi ile sezaryen hakkındaki düşüncelerinin uzmanlık süresi ile ilişkisi

			Anne istemi ile sezaryene bakış				Toplam
			A	B	C	D	
Uzmanlık süresi (yıl)	0-5	n	17	36	22	14	89
		%	19,1%	40,4%	24,7%	15,7%	100,0%
	6-10	n	18	45	10	8	81
		%	22,2%	55,6%	12,3%	9,9%	100,0%
	11-15	n	14	39	8	5	66
		%	21,2%	59,1%	12,1%	7,6%	100,0%
	16-20	n	10	32	5	8	55
		%	18,2%	58,2%	9,1%	14,5%	100,0%
	>21	n	23	60	11	15	109
		%	21,1%	55,0%	10,1%	13,8%	100,0%
Toplam		n	82	212	56	50	400
		%	20,5%	53,0%	14,0%	12,5%	100,0%
X2=16,511, p=0,169							

A-Anne hakkı olmalı, B-Sezaryenin riskleri konusunda bilgilendirildikten sonra anne hakkı olmalı, C-Anne hakkı olmalı ama sonraki sezaryenler ve komplikasyonları dâhil kendisi ödemeli, D-Anne hakkı olmamalı, medikal endikasyonlarla karar verilmeli.

Araştırmadavarsayım göz önüne alınarak yapılan ki-kare analiz sonucuna göre, anne istemi ile sezaryene bakış ile uzmanlık süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı tespit edilmiştir ($p = 0,169>0,05$).

Hekimlerin dava edilme korkusunun anne istemli sezaryen hakkındaki düşünceleri üzerine etkisi incelenmiş ve sonuçlar Tablo 4.86'da özetlenmiştir.

Tablo 4.85: Hekimlerin anne istemi ile sezaryen hakkındaki düşüncelerinin dava edilme korkusunun sezaryen kararlarına etkisi ile ilişkisi

			Anne istemi ile sezaryene bakış				Toplam
			A	B	C	D	
Dava edilme korkusunun sezaryen kararına etkisi	Çok yüksek	n	43	81	17	15	156
		%	27,6%	51,9%	10,9%	9,6%	100,0%
	Yüksek	n	19	45	22	8	94
		%	20,2%	47,9%	23,4%	8,5%	100,0%
	Orta	n	10	51	12	16	89
		%	11,2%	57,3%	13,5%	18,0%	100,0%
	Düşük	n	5	24	2	7	38
		%	13,2%	63,2%	5,3%	18,4%	100,0%
	Etkisiz	n	5	11	3	4	23
		%	21,7%	47,8%	13,0%	17,4%	100,0%
Toplam		n	82	212	56	50	400
		%	20,5%	53,0%	14,0%	12,5%	100,0%
X^2=25,203, p=0,014							

A-Anne hakkı olmalı, B-Sezaryenin riskleri konusunda bilgilendirildikten sonra anne hakkı olmalı, C-Anne hakkı olmalı ama sonraki sezaryenler ve komplikasyonları dâhil kendisi ödemeli, D-Anne hakkı olmamalı, medikal endikasyonlarla karar verilmeli.

Araştırmada varsayım göz önüne alınarak yapılan ki-kare analiz sonucuna göre, anne istemi ile sezaryene bakış ile dava edilme korkusunun sezaryen kararına etkisi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir ($p = 0,014<0,05$). Tablo 4.86'da sezaryenin anne hakkı veya bilgilendirildikten sonra anne hakkı olması gerektiği yönündeki görüşün dava edilme korkusunun sezaryen kararlarına etkisinin yükseldiği bölümde yoğunlaştığı gözlenmektedir.

Hekimlerin dava edilme sayısının anne istemli sezaryen hakkındaki düşünceleri üzerine etkisi incelenmiş ve sonuçlar Tablo 4.87' özetlenmiştir.

Tablo 4.86: Hekimlerin anne istemi ile sezaryen hakkındaki düşüncelerinin dava edilme sayısı ile ilişkisi

			Anne istemi ile sezaryene bakış				Toplam
			A	B	C	D	
Dava edilme sayısı	0	n	25	82	29	22	158
		%	15,8%	51,9%	18,4%	13,9%	100,0%
	1	n	29	65	14	15	123
		%	23,6%	52,8%	11,4%	12,2%	100,0%
	2	n	14	31	6	7	58
		%	24,1%	53,4%	10,3%	12,1%	100,0%
	3	n	8	14	2	0	24
		%	33,3%	58,3%	8,3%	0,0%	100,0%
	>3	n	6	20	5	6	37
		%	16,2%	54,1%	13,5%	16,2%	100,0%
Toplam		n	82	212	56	50	400
		%	20,5%	53,0%	14,0%	12,5%	100,0%
X^2=12,599, p=0,399							

A-Anne hakkı olmalı, B-Sezaryenin riskleri konusunda bilgilendirildikten sonra anne hakkı olmalı, C-Anne hakkı olmalı ama sonraki sezaryenler ve komplikasyonları dâhil kendisi ödemeli, D-Anne hakkı olmamalı, medikal endikasyonlarla karar verilmeli.

Araştırmada varsayım göz önüne alınarak yapılan ki-kare analiz sonucuna göre, anne istemi ile sezaryene bakış ile dava edime sayısı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı tespit edilmiştir (p = 0,399>0,05).

"Vaginal doğum takibinde sezaryen istemi ile karşılaştığınızda yaklaşımınız nasıl olur?"

18 hekim doğum takibi sırasında ağrı etkisiyle hastanın sezaryen istemesinin vaginal doğum takibi kararlarını etkilemeyeceğini ve hastalarını vaginal doğuma ikna ederek takibe devam edeceklerini belirtmişlerdir. İki hekim ise sezaryen uygulayacaklarını belirtmiştir.

Örn. *"Anne eğer çok ısrar ediyorsa, beni sezaryene alın diye bağırıyorsa, takipte çok da ilerlemiyorsa, zorlamam hiç, sezaryene alırım. İlla normal doğurtacağım diye bir şey yok yani." (H:12, 33 yaşında, 4 yıllık uzman)*

"Hastayı sakinleştirmeye çalışıyoruz. Normal doğum sürecini, bu ağrıların olabileceğini, takibin uzun sürebileceğini, sürecin uzayabileceğini ama burada bizim algoritmamızın dışına çıkan durumlarda zaten sezaryen endikasyonunun oluştuğu durumlarda acil sezaryen de yapabileceğimizi, ona göre takip ettiğimizi hastaya anlatıyoruz. Hastayı rahatlatıp normal doğum takibine devam ediyoruz." (H:13, 31 yaşında, 2 yıllık uzman)

"Medikal olarak bunu destekleyen bir endikasyon bulursam sezaryene alıyorum. O benim endikasyonumu bir tık daha arttırıyor ama takipte her şey yolunda gidiyorsa sezaryene almıyorum. Multiparsa hasta diyorum ki bak sen bunu daha önce yaşadın, sezaryen yapmayalım, bak bu kadar ağrı çektin deyip ikna etmeye çalışıyorum. Ama primipar ben doğurmak istemiyorum dediği anda artık benim için endikasyon çıkıyor. Bir kadın mental olarak doğuma hazırlanmalı." (H:15, 33 yaşında,2 yıllık uzman)

Anket sonuçlarına göre hekimlerin vaginal doğum takibinde medikal endikasyon olmaksızın sezaryen istemi durumunda doğum şekli yaklaşımları yüzde ve frekans değerleriyle birlikte Tablo 4.88de özetlenmiştir.

Tablo 4.87: Hekimlerin vaginal doğum takibinde sezaryen istemi durumunda doğum yaklaşımı

		N	%
Travay takibinde medikal endikasyon olmaksızın sezaryen istemi durumunda yaklaşımınız nasıl olur**?**	A-Bu talebi dikkate almam takibe devam ederim	46	11,5
	B-Anneyi vaginal doğuma ikna edip takibe devam ederim	182	45,5
	C-Anneyi sezaryenin riskleri konusunda bilgilendirir kabul ederse sezaryene alırım	118	29,5
	D-İlk gebelik ise sezaryene alırım, multipar ise ikna edip takip ederim.	35	8,8
	E-Sezaryene alırım.	19	4,8
	Toplam	400	100

Hekimlerin dava edilme korkusunun vaginal doğum takibinde medikal endikasyon olmaksızın sezaryen istemi durumunda doğum şekli yaklaşımında etkisi incelenmiş ve sonuçlar Tablo 4.89' da özetlenmiştir.

Tablo 4.88: Vaginal doğum takibinde medikal endikasyon olmaksızın sezaryen isteminde yaklaşımının dava edilme korkusu ile ilişkisi

			Vaginal doğum takibinde sezaryen isteminde yaklaşım					Toplam
			A	B	C	D	E	
Dava edilme korkusunun sezaryen kararına etkisi	Çok yüksek	n	19	52	60	15	10	156
		%	12,2%	33,3%	38,5%	9,6%	6,4%	100,0%
	Yüksek	n	12	48	20	8	6	94
		%	12,8%	51,1%	21,3%	8,5%	6,4%	100,0%
	Orta	n	10	47	26	6	0	89
		%	11,2%	52,8%	29,2%	6,7%	0,0%	100,0%
	Düşük	n	3	24	7	4	0	38
		%	7,9%	63,2%	18,4%	10,5%	0,0%	100,0%
	Çok düşük	n	2	11	5	2	3	23
		%	8,7%	47,8%	21,7%	8,7%	13,0%	100,0%
Toplam		n	46	182	118	35	19	400
		%	11,5%	45,5%	29,5%	8,8%	4,8%	100,0%
X^2=30,115, p=0,017								

A-Bu talebi dikkate almam takibe devam ederim, B-Anneyi vaginal doğuma ikna edip takibe devam ederim, C-Anneyi sezaryenin riskleri konusunda bilgilendirir kabul ederse sezaryene alırım, D-İlk gebelik ise sezaryene alırım, multipar ise ikna edip takip ederim. E-Sezaryene alırım.

Araştırmada varsayım göz önüne alınarak yapılan ki-kare analiz sonucuna göre, vaginal doğum takibinde medikal endikasyon olmaksızın sezaryen istemi durumunda yaklaşım ile dava edilme korkusunun sezaryen kararına etkisi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir ($p = 0,017<0,05$). Tablo 4.89'da hekimlerin dava edilme korkusunun sezaryen kararına etkisinin çok yüksek olduğu durumda vaginal doğum takibinde sezaryen isteminde anneyi sezaryenin riskleri konusunda bilgilendirdikten sonra sezaryen istemini kabul etme eğilimi gözlenirken, diğer durumlarda anneyivaginal doğuma ikna edip takip etme eğilimi gözlenmektedir.

Hekimlerin dava edilme sayısının vaginal doğum takibinde medikal endikasyon olmaksızın sezaryen istemi durumunda doğum şekli yaklaşımı üzerine etkisi incelenmiş ve sonuçlar Tablo 4.90' da özetlenmiştir.

Tablo 4.89: Vaginaldoğum takibinde medikal endikasyon olmaksızın sezaryen isteminde yaklaşımın dava edilme sayısı ile ilişkisi

			Vaginaldoğum takibindesezaryen isteminde yaklaşım					Toplam
			A	B	C	D	E	
Dava edilme sayısı	0	n	23	72	46	14	3	158
		%	14,6%	45,6%	29,1%	8,9%	1,9%	100,0%
	1	n	11	58	41	7	6	123
		%	8,9%	47,2%	33,3%	5,7%	4,9%	100,0%
	2	n	4	26	15	8	5	58
		%	6,9%	44,8%	25,9%	13,8%	8,6%	100,0%
	3	n	2	13	5	2	2	24
		%	8,3%	54,2%	20,8%	8,3%	8,3%	100,0%
	>3	n	6	13	11	4	3	37
		%	16,2%	35,1%	29,7%	10,8%	8,1%	100,0%
Toplam		n	46	182	118	35	19	400
		%	11,5%	45,5%	29,5%	8,8%	4,8%	100,0%
X^2=16,072, p=0,448								

A-Bu talebi dikkate almam takibe devam ederim, B-Anneyi vaginal doğuma ikna edip takibe devam ederim, C-Anneyi sezaryenin riskleri konusunda bilgilendirir kabul ederse sezaryene alırım, D-İlk gebelik ise sezaryene alırım, multipar ise ikna edip takip ederim. E-Sezaryene alırım.

Araştırmada varsayım göz önüne alınarak yapılan ki-kare analiz sonucuna göre, vaginal doğum takibinde medikal endikasyon olmaksızın sezaryen istemi durumunda yaklaşım ile dava edilme sayısı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı tespit edilmiştir (p = 0,448>0,05).

"Hastaların sezaryen ve normal doğum ile ilgili bilgi düzeylerini nasıl buluyorsunuz?"

18 hekim hastaların sezaryen ve normal doğumla ilgili bilgi düzeylerini yetersiz iki hekim orta düzeyde değerlendirmiştir. Hastaların genellikle kulaktan dolma bilgilerle veya geleneksel düşüncelerle istemde bulunduklarını, bu istemin bilinçli bir temeli olmadığı düşüncesinde olduklarını ifade etmişlerdir.

Örn. *"Hastalar gebe olduklarının bilincinde değiller. Normal gebelik takibini bilmiyorlar ki sezaryeni bilsinler. O yüzden hastaların bilgilendirilmiş olduğunu düşünmediğim için, kendim poliklinikte, o yoğunlukta verememem bilgisini, başkası da zaten vermediği için hastaların bilgilerinin yeterli olduğunu düşünmüyorum. Tek bildikleri şey ağrı. Doğum sırasındaki ağrı, doğumdan sonraki ağrı. İnsanlar buna göre değerlendiriyorlar, başka kriterleri yok bence." (H:20, 30 yaşında, 6 aylık uzman)*

"Hasta neden sezaryen istiyor ben söyleyeyim. Hasta doğumhanedeki o seslerden çok rahatsız oluyor. İki, her 15 dakikada bir veya her yarım saatte bir vaginaltuşeden çok rahatsız oluyorlar. Üçüncüsü de etrafındaki insanlar, popüler bir moda biliyorsun sezaryen olmak, çevre baskısı. Niye normal doğum istiyorlar? Etrafındakiler sezaryende komplikasyon yaşamışsa, ailesinden bir birey ya da komşusu sezaryende bir olay yaşamışsa veya narkozdan korktuğu için normal doğum istiyorlar. Ben bu durumda medikal endikasyonları takip ediyorum." (H:19, 59 yaşında, 21 yıllık uzman)

"Farkında değiller. Bir kısım körü körüne normal doğum istiyor, olamayacağına rağmen, fanatik bir şekilde. Bir kısmı da fanatik bir şekilde sezaryen istiyor. O da tehlikeli olabiliyor. Gerek olmayabiliyor." (H:18, 35 yaşında, 6 yıllık uzman).

"Farkında değiller. Hastalar doğum üzere geliyor, hastanın eşine anlatsan anlamıyor. Ama bazen de, sonuçta internet var, o kadar detaylı hazırlanan insanlar var ki, ben şaşırıyorum. Bazen gidiyor internetten her şeyi okumuş, doğumu seyretmiş. Ne olacağını biliyor. Her türlü konuda, pilatesten tut emzirmeye kadar eğitim imkânı var." (H:14, 58 yaşında, 29 yıllık uzman)

"Çoğu farkında değil. Bilinç düzeyi bizim hastalarımızın düşük ve onlara ulaşıp bir şeyler anlatmak çok zor. Çünkü bizi dinlemiyorlar. Komşularının söylediklerini dinliyorlar. Sadece sezaryen istiyorum normal doğum istemiyorum değil de sezaryen olmak istemiyorum diyenlerde var. Mükerrer sezaryen olup, suyu gelip,3-4 cm açık, ben beklemek istiyorum diyor. Biz bu riski alamıyoruz yani şu an burada." (H:13, 31 yaşında, 2 yıllık uzman)

"Mesela sezaryene aldığımız zaman, üçten fazla doğurmayalım diye mi sezaryene alıyorsunuz gibi suçlamalara maruz kaldık. Toplumda böyle bir kanı var." (H:15, 33 yaşında, 2 yıllık uzman)

"Vaginal yoldan doğumu da, ısrarla, ne olursa olsun ben normal doğuracağım, ya da sezaryen sonrası doğumu ısrarla isteyenleri bilinçsiz buluyorum. Sezaryen olabilecek kriterler

eksiklik ya da kadın doğuramamış gibi baskılar var, onlar böyle diretiyor. O da çok bilinçsiz bir grup ama her şey uygun, yaşı uygun, bebek ağırlığı uygun, yapısı uygun, onlar da sezaryen diye tutturuyor. Ama yine de anlayacakları şekilde hasta ve hasta yakınlarıyla konuşarak, imza alarak karar veririm. Ama ikisini de çok zorlamam." (H:11, 35 yaşında, 1 aylık uzman)

"Gerçekten bilen ve normal doğum isteyenler gebe eğitim sınıflarından geliyorlar. Ya da geleneksel kararları oluyor normal doğum için. Nerdeyse yarı yarıya sanırım." (H:3, 34 yaşında, 3 aylık uzman)

Anket sonuçlarına göre hastaların vaginal ve sezaryen doğum ile ilgili bilgi düzeyleri hekimler tarafından değerlendirilmiş ve yüzde ve frekans değerleriyle birlikte Tablo 4.91'de özetlenmiştir.

Tablo 4.90: Hastaların vaginal ve sezaryen doğum hakkında bilgi düzeyleri

		N	%
Hastaların doğum tercihinde normal doğum ve sezaryen doğum ile ilgili bilgi düzeylerini nasıl buluyorsunuz?	A-Yetersiz	144	36,0
	B-Çoğunlukla yetersiz	180	45,0
	C-Kısmen yeterli	57	14,3
	D-Çoğunlukla yeterli	14	3,5
	E-Yeterli	5	1,3
	Toplam	400	100

"Genel olarak sezaryeni anne ve bebek açısından daha güvenli buluyor musunuz?"

Sekiz hekim sezaryeni anne ve bebek açısından daha güvenli bulduğunu, 10 hekim anne ve bebek açısından daha güvenli bulmadığını, iki hekim ise bebek açısından güvenli ama anne açısından güvenli bulmadığını ifade etmiştir.

Örn. *"Daha güvenli olduğunu söylemek yanlış olur çünkü normal fizyolojinin dışına çıkıyoruz. Anestezi riski, enfeksiyon riski, geçirilmiş cerrahi vs. birçok hasar bırakarak da çıkabiliriz. Dolayısıyla doğalı her zaman keşke normal doğum daha çok olsa." (H:2, 54 yaşında, 25 yıllık uzman)*

"Bebek açısından güvenli ama anne açısından öyle düşünmüyorum, normal doğumu tercih ederim." (H:13, 50 yaşında, 13 yıllık uzman)

"Hayır bulmuyorum. Mümkünse tıbbi açıdan bir kontrendikasyonyoksa zor olmayacaksa doğum, en azından, normal doğumun sorunsuz olacağını öngörüyorsak doğum normal olmalıdır. Bu hem anne için hem bebek için daha doğal, daha sağlıklı bir süreçtir diye düşünüyorum. Sezaryenin de komplikasyonları var. Dolayısıyla gereksiz yere ameliyat yapılmamalı." (H:9, 48 yaşında, 20 yıllık uzman)

"Hayır bulmuyorum." (H:10, 39 yaşında, 10 yıllık uzman)

"Hayır bulmuyorum. İkisi için de bulmuyorum. Sezaryenin komplikasyonlarını düşündüğüm zaman, şimdi mikrobiyata furyası başladı yenidoğan açısından." (H:11, 35 yaşında, 1 aylık uzman)

"Tabi normal doğumun bebeğin akciğer problemlerini azalttığı söyleniyor ama ben eşimi de sezaryen yaptım, normal doğuma bırakmadım." (H:12, 33 yaşında, 4 yıllık uzman)

"Yok, ben normal doğumu daha güzel buluyorum. Genel olarak normal doğum bence daha güzel." (H:13, 31 yaşında, 2 yıllık uzman)

"Bence hiçbir sıkıntı yokken o güvenli diye sezaryen yapmak doğru değil. Her şey yolunda, ölçümleri normal, pelvisi uygun, normal bir gebe, gebelik problemi yok, risk faktörü yok, böyle bir kadını sezaryene alayım demem. Normal doğumu da özendirmek isterim çünkü öyle bir hastada güvenli diye sezaryen yaptığında sezaryenin de bir sürü komplikasyonu var, basit bir ameliyat değil. Yara yeri enfeksiyonundan tut pelvik apseye kadar her şey olabilir. O yüzden gerçek endikasyon olması lazım bence." (H:16, 43 yaşında, 10 yıllık uzman)

"Anne için kesinlikle normal doğumun daha sağlıklı olduğunu düşünüyorum. Bebek için de anne için de normal doğumun daha sağlıklı olduğunu düşünüyorum." (H:17, 39 yaşında, 3 yıllık uzman)

"Normal doğum bu hayattaki en brütal fizyolojik olay." (H:15, 33 yaşında, 2 yıllık uzman)

"Evet, daha güvenli." (H:1, 53 yaşında, 25 yıllık uzman)

"Bence sezaryen, vaginal doğumdan daha güvenli. Bebek için daha güvenli. Anne için de güvenli olduğu durumlar var o biraz çelişkili. Çok şey yaşayınca işin içinde olunca atoni vs. sezaryen bize biraz daha masum geliyor ama anestezinin de gelişmesi sezaryeni biraz daha öne çıkartıyor. "(H:5, 41 yaşında, 10 yıllık uzman)

"Tabi ki onun da riskleri var ve o riskler de bir tedirginlik yaratıyor ama sonuçta olayın benim kontrolümde olması en azından bebek açısından çok daha güvenli olduğunu düşünerek yapıyorum. Anne için de evet görece daha iyi hissettiriyor." (H:7, 41 yaşında, 11 yıllık uzman)

Ankete katılan hekimlerin sezaryen doğumun güvenliği ile ilgili düşünceleri yüzde ve frekans değerleriyle birlikte Tablo 4.92'de özetlenmiştir.

Tablo 4.91: Hekimlerin sezaryen güvenliği hakkındaki düşünceleri

		N	%
Genel olarak sezaryen doğumu anne ve bebek açısından daha güvenli buluyor musunuz?	A-Evet, her ikisi için de daha güvenli buluyorum	182	45,5
	B-Anne için güvenli ama bebek için güvenli bulmuyorum	16	4,0
	C-Bebek için güvenli ama anne için güvenli bulmuyorum	121	30,3
	D-Hayır, her ikisi için de güvenli bulmuyorum	81	20,3
	Toplam	400	100

Hekimlerin sezaryen doğumun güvenliği ile ilgili düşüncelerinin yaş ile olan ilişkisi incelenmiş ve sonuçlar Tablo 4.93'de özetlenmiştir.

Tablo 4.92: Hekimlerin sezaryen güvenliği hakkındaki düşüncelerinin yaş ile ilişkisi

			Sezaryen doğumun güvenliği				Toplam
			Her ikisi için güvenli	Anne için güvenli	Bebek için güvenli	Her ikisi için güvenli değil	
Yaş	30-35	n	29	4	30	18	81
		%	35,8%	4,9%	37,0%	22,2%	100,0%
	36-40	n	35	1	21	22	79
		%	44,3%	1,3%	26,6%	27,8%	100,0%
	41-45	n	37	1	20	17	75
		%	49,3%	1,3%	26,7%	22,7%	100,0%
	46-50	n	36	1	24	4	65
		%	55,4%	1,5%	36,9%	6,2%	100,0%
	>51	n	45	9	26	20	100
		%	45,0%	9,0%	26,0%	20,0%	100,0%
Toplam		n	182	16	121	81	400
		%	45,5%	4,0%	30,3%	20,3%	100,0%
X^2=26,028, p=0,011							

Araştırmada varsayım göz önüne alınarak yapılan ki-kare analiz sonucuna göre, hekimlerin sezaryen doğumun güvenliği hakkındaki düşünceleri ile yaş arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir (p = 0,011<0,05). Tablo 4.93'de yaşları 30-35 yaş aralığında olan hekimlerin sezaryen doğumu ağırlıklı olarak bebek için daha güvenli buldukları gözlemlenirken, 36 yaş üzerindeki hekimlerin ağırlıklı olarak anne ve bebeğin ikisi için de daha güvenli buldukları gözlenmektedir.

Hekimlerin sezaryen doğumun güvenliği ile ilgili düşüncelerinin uzmanlık süresi ile olan ilişkisi incelenmiş ve sonuçlar Tablo 4.94'de özetlenmiştir.

Tablo 4.93: Hekimlerin sezaryen güvenliği hakkındaki düşüncelerinin uzmanlık süresi ile ilişkisi

			Sezaryen doğumun güvenliği				
			Her ikisi için güvenli	Anne için güvenli	Bebek için güvenli	Her ikisi için güvenli değil	Toplam
Uzmanlık süresi (yıl)	0-5	n	30	4	33	22	89
		%	33,7%	4,5%	37,1%	24,7%	100,0%
	6-10	n	38	1	23	19	81
		%	46,9%	1,2%	28,4%	23,5%	100,0%
	11-15	n	34	1	19	12	66
		%	51,5%	1,5%	28,8%	18,2%	100,0%
	16-20	n	29	1	17	8	55
		%	52,7%	1,8%	30,9%	14,5%	100,0%
	>21	n	51	9	29	20	109
		%	46,8%	8,3%	26,6%	18,3%	100,0%
Toplam		n	182	16	121	81	400
		%	45,5%	4,0%	30,3%	20,3%	100,0%
X2=16,670, p=0,162							

Araştırmada varsayım göz önüne alınarak yapılan ki-kare analiz sonucuna göre, hekimlerin sezaryen doğumun güvenliği hakkında düşünceleri ile uzmanlık süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı tespit edilmiştir (p = 0,162>0,05).

Hekimlerin dava edilme korkusunun sezaryen doğumun güvenliği hakkındaki düşünceleri üzerine etkisi incelenmiş ve sonuçlar Tablo 4.95'de özetlenmiştir.

Tablo 4.94: Hekimlerin sezaryen güvenliği hakkındaki düşüncelerinin dava edilme korkusunun sezaryen kararına etkisi ile ilişkisi

			Sezaryen doğumun güvenliği				Toplam
			Her ikisi için güvenli	Anne için güvenli	Bebekiçin güvenli	Her ikisi için güvenli değil	
Dava edilme korkusunun sezaryen kararına etkisi	Çok yüksek	N	86	3	39	28	156
		%	55,1%	1,9%	25,0%	17,9%	100,0%
	Yüksek	N	42	5	26	21	94
		%	44,7%	5,3%	27,7%	22,3%	100,0%
	Orta	N	29	7	38	15	89
		%	32,6%	7,9%	42,7%	16,9%	100,0%
	Düşük	N	13	1	11	13	38
		%	34,2%	2,6%	28,9%	34,2%	100,0%
	Etkisiz	N	12	0	7	4	23
		%	52,2%	0,0%	30,4%	17,4%	100,0%
Toplam		N	182	16	121	81	400
		%	45,5%	4,0%	30,3%	20,3%	100,0%
X^2=25,335, p=0,013							

Araştırmada varsayım göz önüne alınarak yapılan ki-kare analiz sonucuna göre, hekimlerin sezaryen doğumun güvenliği hakkında düşünceleri ile dava edilme korkusunun sezaryen kararlarına etkisi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir ($p = 0,013<0,05$). Tablo 4.95'de dava edilme korkusunun sezaryen kararına etkisinin yükseldiği durumlarda ağırlıklı olarak sezaryenin anne ve bebek için daha güvenli bulunduğu gözlemlenirken, düşmeye başladığı durumlarda bebek için daha güvenli olduğu düşüncesininde arttığı gözlemlenmektedir.

Hekimlerin dava edilme sayısı ile sezaryen doğumun güvenliği hakkında düşünceleri ile arasında ilişki incelenmiş ve sonuçlar Tablo 4.96'da özetlenmiştir.

Tablo 4.95: Hekimlerin sezaryen güvenliğihakkındaki düşüncelerinin dava edilme sayısı ile ilişkisi

			Sezaryen doğumun güvenliği				Toplam
			Her ikisi için güvenli	Anne için güvenli	Bebek için güvenli	Her ikisi için güvenli değil	
Dava edilme sayısı	0	n	66	6	49	37	158
		%	41,8%	3,8%	31,0%	23,4%	100,0%
	1	n	65	3	35	20	123
		%	52,8%	2,4%	28,5%	16,3%	100,0%
	2	n	25	6	17	10	58
		%	43,1%	10,3%	29,3%	17,2%	100,0%
	3	n	9	0	7	8	24
		%	37,5%	0,0%	29,2%	33,3%	100,0%
	>3	n	17	1	13	6	37
		%	45,9%	2,7%	35,1%	16,2%	100,0%
Toplam		n	182	16	121	81	400
		%	45,5%	4,0%	30,3%	20,3%	100,0%
X^2=14,887, p=0,248							

Araştırmada varsayım göz önüne alınarak yapılan ki-kare analiz sonucuna göre, hekimlerin sezaryen doğumun güvenliği hakkındaki düşünceleri iledava edilme sayısı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı tespit edilmiştir (p = 0,248>0,05).

"Dünya Sağlık Örgütü'nün tüm toplumlar için önerdiği kabul edilebilir %15 sezaryen oranını günümüz şartlarında nasıl değerlendiriyorsunuz?"

20 hekimden 17'si Dünya Sağlık Örgütü'nün 1985 yılında belirlediği tüm toplumlar için kabul edilebilir sezaryen oranının %15 olduğu düşüncesine katılmadığını ifade etmiştir. Hekimler medikolegal kaygılar ve anne istemi ile yapılan sezaryenlerden ayrı olarak, kadınlarda ilk gebelik yaşının yükselmesiyle beraber ek hastalıkların ortaya çıkması, yardımcı üreme teknikleriyle beraber vaginal doğum yapması zor kadınların gebe kalması gibi faktörlerin günümüzde medikal endikasyonlarla yapılan sezaryen kararını arttırdığını ifade ederken üç hekim %15 oranını gerçekçi bulmuştur.

Örn. *"Çok gerçekçi değil, ileri anne yaşı var, makat gelişler var, sürmatür gebeler var, fetaldistres var. %10 bence biraz abartılı bir rakam ama %25-30 civarı ideal olur."(H:5, 41 yaşında, 10 yıllık uzman)*

"Evet, böyle olmalı." (H:7, 41 yaşında, 11 yıllık uzman)

"Gerçekçi bulmuyorum. Birincisi anne yaşı arttı, hastalıklar arttı, diyabet hipertansiyon arttı. İvf (invitrofertilizasyon/tüp bebek) gebelikler arttı. Hastalıklar arttıkça gebelikler de komplike olmaya başladı, gebelik komplike oldukça %10-15 bana çok az geliyor. %25 civarları olabilir günümüz için."(H:8, 48 yaşında, 19 yıllık uzman)

"Reel değil. En az %25 civarında, çünkü dediğim gibi tedavi gebelikleri, erken doğumlar, suyu gelen gebeler, gebelerin medikal problemleri, ileri yaş gebelikler, bunlar eskiden çok fazla görülen durumlar değildi. Şimdi çok fazla görülüyorlar. Haliyle sezaryen oranını yukarı çekecektir." (H:10, 39 yaşında, 10 yıllık uzman)

"Hayır, bence kimse %15 yapamaz. Kaç olmalı? Böyle bir kriter bana çok anlamsız geliyor." (H:15, 33 yaşında, 2 yıllık uzman)

"Bence gerçekçi. Evet, sezaryen olmalı ama gerçek endikasyonlarla olmalı." (H:16, 43 yaşında, 10 yıllık uzman)

"Gerçekçi değil. %30-35 olursa iyidir."(H:19, 59 yaşında, 21 yıllık uzman)

"Tabi ki değil. Sayıyı aşağıya çekmek gerekiyor tabi ama bu sayıya gelebileceğini asla düşünemiyorum ben. Çünkü %85'lerde sezaryen oranı." (H:20, 30 yaşında, 6 aylık uzman)

"%10-15 ne zaman? 80'lerin 90'ların verisi. 85'de tüp bebek bu kadar gelişmiş miydi? Kadınların doğurganlık yaşı bu kadar ileri gitmiş miydi? Doğurganlığın bu kadar azaldığı olmuş mu ki? Yok. İlk doğurma yaşı 30'un üzerine çıkmış. Haliyle sezaryen oranları zaten yükseliyor. Yardımla üreme teknikleri de gelişmiş. Toplumun %2-3'ü zaten infertil. Subfertilgruplar da var. Haliyle doğum oranlarını arttırıyorsun. 85'de malpraktis gibi sorunlar yoktu. En katı kurallarda bile %29-30. Yapamaz yani kimse %10-15 yapamaz." (H:10, 39 yaşında,10 yıllık uzman)

Anket sonuçlarına göre hekimlerin Dünya Sağlık Örgütü'nün önerdiği sezaryen oranı ile ilgili değerlendirmeleri yüzde ve frekans değerleriyle birlikte Tablo 4.97' de özetlenmiştir.

Tablo 4.96: Hekimlerin sezaryen oranları hakkında düşünceleri

		N	%
Dünya Sağlık Örgütünün önerdiği %15 sezaryen oranını günümüz için gerçekçi buluyor musunuz?	A-Evet	53	13,3
	B- Kararsızım	64	16,0
	C-Hayır	283	70,8
	Toplam	400	100

"Günümüz şartlarında kabul edilebilir sezaryen oranı sizce kaç olmalı?"

Üç hekim %15 oranlarını günümüz için gerçekçi bulurken 14 hekim %15-35 arasında ağırlıklı olarak %20-30 oranını gerçekçi bulmuştur. Diğer hekimler bir oran belirtmemiştir.

Örn. *"Günümüzde sezaryen oranı %20-25'lerde olmalı. Çünkü hastalıklar arttı. Eskiden bu kadar preeklampsi yoktu, bu kadar fetal gelişme geriliği yoktu, bu kadar diyabet yoktu. Şimdi diyabet, obezite arttı. İlaç kullanan gebeler var, eskiden bu kadar yoktu. Var da var yani. Hastalıklar çoğaldığı için bu da sezaryen oranlarını arttırır. %15 hiç gerçekçi değil. Günümüzde %20, maksimum %25 kabul edilebilir bir sezaryen oranıdır bence." (H:9, 48 yaşında, 20 yıllık uzman)*

"Gerçekçi değil çünkü artık eski, mükerrer sezaryenler arttı, anne hastalıkları, ileri yaş anne, yardımcı üreme teknikleri ile gebelik, anne isteği, bunlar çok fazla arttığı için %10-15 düşük rakamlar. Ortalama %30 bence." (H:11, 35 yaşında, 1 aylık uzman)

"Kaç olmalı? Böyle bir kriter bana çok anlamsız geliyor." (H:15, 33 yaşında, 2 yıllık uzman)

Ankete katılan hekimlerin günümüz şartlarında ideal sezaryen oranı hakkındaki düşünceleri Tablo 4.98'de yüzde ve frekans değerleriyle birlikte özetlenmiştir.

Tablo 4.97: Hekimlerin ideal sezaryen oranı hakkındaki düşünceleri

		N	%
Günümüz şartlarında hangi sezaryen oranını gerçekçi bulursunuz?	A-%15-20	35	8,8
	B-%20-25	45	11,3
	C-%25-30	79	19,8
	D-%30-35	95	23,8
	E- % 35-40	146	36,5
	Toplam	400	100

Hekimlerin sezaryen güvenliği hakkındaki düşüncelerinin günümüz şartlarında ideal sezaryen oranları ile ilgili görüşleri üzerindeki etkisi incelenmiş ve sonuçlar Tablo 4.99'da özetlenmiştir.

Tablo 4.98: Hekimlerin ideal sezaryen oranları hakkındaki düşüncelerinin sezaryen güvenliği hakkındaki düşünceleri ile ilişkisi

			Sezaryen oranlarını gerçekçi bulma			Toplam
			Evet	Kararsızım	Hayır	
Sezaryenin daha güvenli olduğu düşüncesi	Anne ve bebek için güvenli	n	18	29	135	182
		%	9,9%	15,9%	74,2%	100,0%
	Anne için güvenli	n	1	0	15	16
		%	6,3%	0,0%	93,8%	100,0%
	Bebek için güvenli	n	14	20	87	121
		%	11,6%	16,5%	71,9%	100,0%
	Anne ve bebek için güvenli değil	n	20	15	46	81
		%	24,7%	18,5%	56,8%	100,0%
Toplam		n	53	64	283	400
		%	13,3%	16,0%	70,8%	100,0%
X^2=17,057, p=0,010						

Hekimlerin varsayım göz önüne alınarak yapılan ki-kare analiz sonucuna göre, hekimlerin Dünya Sağlık Örgütü'nün önerdiği sezaryen oranları hakkındaki görüşleri ile sezaryen güvenliği hakkındaki düşünceleri arasında anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir ($p = 0,010<0,05$). Tablo 4.99'da hekimlerin ağırlıklı olarak Dünya Sağlık Örgütü'nün önerdiği sezaryen oranlarını gerçekçi bulmadığı gözlemlenirken, sezaryeni anne ve bebek için güvenli bulmayan hekimlerin dörtte birinin gerçekçi bulduğu gözlenmektedir.

"Sezaryen yüksekliğinin en önemli sebebi sizce nedir?"

Hekimlerin tamamı sezaryen kararı verme sürecindeki en önemli etkenin dava edilme korkusu ve tazminatların yüksekliği olduğunu dile getirmiştir. Hekimler kendilerini yasal olarak güvende hissetmediklerini, anne ve bebeğe bir zarar gelme ihtimalini göze alamadıklarını, bu yüzden özellikle müdahaleli doğum gerektiren durumlarda veya en küçük bir şüphede sezaryen kararı vermek baskısı altında kaldıklarını ifade etmişlerdir. İkinci sebep olarak hasta istemini dile getiren hekimler tıbbi endikasyon olmaksızın sezaryen isteminde

bulunan fakat normal doğuma bırakılan bir annede travay sırasında öngörülemeyen bir komplikasyon gelişmesidurumunda ailenin dava etme ihtimalinin yüksek olmasının yarattığı baskının da sezaryen kararlarını etkilediğini ifade etmişlerdir. Ek olarak hekim hasta ilişkisinin bozulmuş olması, buna bağlı şiddet ve yardımcı personelin eksikliğini de dile getirmişlerdir.

"En önemli sebebi malpraktis, dava edilme korkusu, hasta ve yakınlarının doktora uyguladıkları taciz." (H:5, 41 yaşında,10 yıllık uzman)

"En büyük sebep cezalandırılma kaygısı." (H:6, 34 yaşında, 3 yıllık uzman)

"Hasta doktor güven ilişkisinin yok olmuş olması. Doktor bey benim için elinden geleni yaptı diyecek bir hasta bilmiyorum ben artık öyle bir şey yok." (H:7, 41 yaşında, 11 yıllık uzman)

"Davalar, bir de yardımcı personelin yeteri kadar ekip anlayışı içinde çalışmaması. Doğumhanelerin yoğun olması. Bir de yoğun çalıştığın için ona yeteri kadar zaman ayıramadığından dolayı takip edebileceğin hastayı takip etmeyip kısa yoldan çözüme ulaşmak yani doğumhaneyi rahatlatmak, hasta yakınlarının baskısı." (H:8, 48 yaşında,19 yıllık uzman)

"Dava edilme korkusu. Evet, en önemlisi o." (H:9, 48 yaşında, 20 yıllık uzman)

"En çok malpraktis ve hukuksal davaların olduğunu düşünüyorum. İkincisi anne isteği." (H:11, 35 yaşında, 1 aylık uzman)

"Bence en önemli sebep dava edilme baskısı. Ben ne zaman gittiysem hâkimler bana hep aynı soruyu sordu; neden o zaman almadın sezaryene? O zaman alacak bir durum yoktu ki. Sonradan oluştu, sonradan aldım. Tek sorgulanan şey bu. Kimse aferin bu hastayı normal doğurttun demiyor." (H:15, 33 yaşında, 2 yıllık uzman)

"Davalar, korkular ve çok yüksek fiyatlı davalar. Neden sezaryene almadın sorusu insana daha çabuk sezaryen kararı verdirtiyor. Öngörülemediği için çok korkuyorum, korktuğum için de sezaryene alıyorum, ama yine de normal doğumu zorlamaya çalışıyorum." (H:16, 43 yaşında, 10 yıllık uzman)

"En başta doktorun hukuki korkusu. Hastaların istemi burada çok geçerli olmuyor ama yine de hasta istiyorsa doktor ufacık bir şeyden sezaryen kararı daha çok verebiliyor.

Hastaların takibinde zorluk da sezaryene sebep oluyor. Ebelerin takip etmesi gerekirken bizim takip etmemiz gerekiyor. Mesela eylemde 8-10 hasta var hepsini takip etmek yerine birazını sezaryene alıp azaltabiliyorum. Öyle bir durumda ben sayıyı azaltabilirim güvenlik açısından. Biraz daha endikasyonları geniş tutabilirim. Ama en önemli sebep korku." (H:16, 43 yaşında, 10 yıllık uzman)

"Mahkemelerle uğraşmamak." (H:19, 59 yaşında, 21 yıllık uzman)

"Doktor ve hasta istemi. Doktor ve hastadan talep var. Doktor endikasyonu kendi koyuyor. Yok, bebeğin kalp atımları bozuldu gibi. Endikasyonları biz kendimiz yaratıyoruz aslında." (H:20, 30 yaşında, 6 aylık uzman)

Ankete katılan hekimlerin medikal endikasyonlar yanında sezaryen doğum kararına en çok etki eden sebepler hakkındaki düşünceleri yüzde ve frekans değerleriyle birlikte Tablo 4.100' de özetlenmiştir.

Tablo 4.99: Hekimlerin sezaryen kararlarını etkileyen durumlar

		N	%
Medikal endikasyonlar yanında sezaryen kararı vermenize en çok etki eden sebebin aşağıdakilerden hangisi olduğunu düşünüyorsunuz?	A-Dava edilme korkusu	158	39,5
	B-Tazminat miktarlarının yüksekliği	22	5,5
	C-Hasta ve hasta yakınlarının baskısı	113	28,3
	D-Şiddet görme endişesi	5	1,3
	E-Anne istemi	90	22,5
	F-Yardımcı personelin yetersizliği	12	3,0
	Toplam	400	100

Hekimlerin vaginal doğum ve sezaryen doğum kararlarını verirken hissettikleri özgürlük düzeyi değerlendirilmiş ve sonuçlar yüzde ve frekans değerleriyle birlikte Tablo 4.101'de özetlenmiştir.

Tablo 4.100: Hekimlerin doğum şekli kararlarında hissettikleri özgürlük düzeyi

		N	%
Sezaryen ve normal doğum kararlarınızı baskı altında olmadan özgür olarak verdiğinizi hissediyor musunuz?	A-Evet, kendimi çok yüksek düzeyde özgür hissediyorum	24	6,0
	B-Evet, kendimi yüksek düzeyde özgür hissederim	83	20,8
	C-Evet, kendimi orta düzeyde özgür hissediyorum.	125	31,3
	D- Evet, kendimi düşük düzeyde özgür hissediyorum	49	12,3
	E-Hayır, kendimi özgür hissetmiyorum	119	29,8
	Toplam	400	100

Hekimlerin sezaryen ve normal doğum kararı verirken hissettikleri özgürlük düzeyinin yaş ile ilişkisi araştırılmış ve sonuçlar Tablo 4.102'de özetlenmiştir.

Tablo 4.101: Hekimlerin doğum şekli kararlarında hissettikleri özgürlük düzeyinin yaş ile ilişkisi

			Doğum şekli kararında hissedilen özgürlük düzeyi					Toplam
			Çok yüksek	Yüksek	Orta	Düşük	Özgür değil	
Yaş	30-35	N	3	13	28	13	24	81
		%	3,7%	16,0%	34,6%	16,0%	29,6%	100,0%
	36-40	N	5	15	19	10	30	79
		%	6,3%	19,0%	24,1%	12,7%	38,0%	100,0%
	41-45	N	5	12	27	10	21	75
		%	6,7%	16,0%	36,0%	13,3%	28,0%	100,0%
	46-50	N	2	14	22	7	20	65
		%	3,1%	21,5%	33,8%	10,8%	30,8%	100,0%
	>51	N	9	29	29	9	24	100
		%	9,0%	29,0%	29,0%	9,0%	24,0%	100,0%
Toplam		N	24	83	125	49	119	400
		%	6,0%	20,8%	31,3%	12,3%	29,8%	100,0%
X^2=15,766, p=0,469								

Araştırmada varsayım göz önüne alınarak yapılan ki-kare analiz sonucuna göre, hekimlerin doğum şekli kararında hissettikleri özgürlük düzeyi ile yaş arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı tespit edilmiştir (p = 0,469>0,05).

Hekimlerin sezaryen ve normal doğum kararı verirken hissettikleri özgürlük düzeyinin uzmanlık süresi ile ilişkisi araştırılmış ve sonuçlar Tablo 4.103'de özetlenmiştir.

Tablo 4.102: Hekimlerin doğum şekli kararlarında hissettikleri özgürlük düzeyinin uzmanlık süresi ile ilişkisi

			Doğum şekli kararında hissedilen özgürlük düzeyi					Toplam
			Çok yüksek	Yüksek	Orta	Düşük	Özgür değil	
Uzmanlık süresi (yıl)	0-5	N	6	12	29	14	28	89
		%	6,7%	13,5%	32,6%	15,7%	31,5%	100,0%
	6-10	N	4	16	20	12	29	81
		%	4,9%	19,8%	24,7%	14,8%	35,8%	100,0%
	11-15	N	3	16	20	8	19	66
		%	4,5%	24,2%	30,3%	12,1%	28,8%	100,0%
	16-20	N	2	7	24	5	17	55
		%	3,6%	12,7%	43,6%	9,1%	30,9%	100,0%
	>21	N	9	32	32	10	26	109
		%	8,3%	29,4%	29,4%	9,2%	23,9%	100,0%
Toplam		N	24	83	125	49	119	400
		%	6,0%	20,8%	31,3%	12,3%	29,8%	100,0%
X2=19,214, p=0,258								

Araştırmada varsayım göz önüne alınarak yapılan ki-kareanaliz sonucuna göre, hekimlerin doğum şekli kararında hissettikleri özgürlük düzeyi ile uzmanlık süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı tespit edilmiştir ($p = 0,258>0,05$).

Hekimlerin dava edilme korkusunun doğum şekli kararında hissettikleri özgürlük düzeyi üzerine etkisi incelenmiş ve sonuçlar Tablo 4.104'de özetlenmiştir.

Tablo 4.103: Hekimlerin doğum şekli kararında hissettikleri özgürlük düzeyinin dava edilme korkusu ile ilişkisi

			Doğum şekli kararında hissedilen özgürlük düzeyi					Toplam
			Çok yüksek	Yüksek	Orta	Düşük	Özgür değil	
Dava edilme korkusunun sezaryen kararına etkisi	Çok yüksek	n	7	19	46	15	69	156
		%	4,5%	12,2%	29,5%	9,6%	44,2%	100,0%
	Yüksek	n	3	16	31	14	30	94
		%	3,2%	17,0%	33,0%	14,9%	31,9%	100,0%
	Orta	n	6	21	33	14	15	89
		%	6,7%	23,6%	37,1%	15,7%	16,9%	100,0%
	Düşük	n	2	17	13	3	3	38
		%	5,3%	44,7%	34,2%	7,9%	7,9%	100,0%
	Etkisiz	n	6	10	2	3	2	23
		%	26,1%	43,5%	8,7%	13,0%	8,7%	100,0%
Toplam		n	24	83	125	49	119	400
		%	6,0%	20,8%	31,3%	12,3%	29,8%	100,0%
X^2=73,787, p=0,000								

Araştırmada varsayım göz önüne alınarak yapılan ki-kare analiz sonucuna göre, hekimlerin doğum şekli kararında hissettikleri özgürlük düzeyi ile dava edilme korkusunun sezaryen kararlarına etkisi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir ($p = 0,000<0,05$). Tablo 4.104'de dava edilme korkusunun sezaryen kararına etkisi yükselirken hekimlerin doğum şekli kararlarında hissettikleri özgürlük düzeyinin azaldığı gözlemlenmektedir.

Hekimlerin dava edilme sayısının doğum şekli kararında hissettikleri özgürlük düzeyi üzerine etkisi incelenmiş ve sonuçlar Tablo 4.105'de özetlenmiştir.

Tablo 4.104: Hekimlerin doğum şekli kararında hissettikleri özgürlük düzeyinin dava edilme sayısı ile ilişkisi

			Doğum şekli kararında hissedilen özgürlük düzeyi					Toplam
			Çok yüksek	Yüksek	Orta	Düşük	Özgür değil	
Dava edilme sayısı	0	n	13	35	49	24	37	158
		%	8,2%	22,2%	31,0%	15,2%	23,4%	100,0%
	1	n	4	23	39	16	41	123
		%	3,3%	18,7%	31,7%	13,0%	33,3%	100,0%
	2	n	2	13	21	4	18	58
		%	3,4%	22,4%	36,2%	6,9%	31,0%	100,0%
	3	n	1	7	6	2	8	24
		%	4,2%	29,2%	25,0%	8,3%	33,3%	100,0%
	>3	n	4	5	10	3	15	37
		%	10,8%	13,5%	27,0%	8,1%	40,5%	100,0%
Toplam		n	24	83	125	49	119	400
		%	6,0%	20,8%	31,3%	12,3%	29,8%	100,0%
X^2=15,846, p=0,464								

Araştırmada varsayım göz önüne alınarak analiz sonucuna göre, hekimlerin doğum şekli yapılan ki-kare kararında hissettikleri özgürlük düzeyi ile dava edilme sayısı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı tespit edilmiştir (p = 0,464>0,05).

Hekimlerin doğum şekli kararlarında hissettikleri özgürlük düzeyine etki eden sebepler incelenmiş sonuçlar Tablo 4.106'da özetlenmiştir.

Tablo 4.105: Hekimlerin doğum şekli kararında hissettikleri özgürlük düzeyinin sezaryen kararlarını etkileyen sebepler ile ilişkisi

			Doğum şekli kararında hissedilen özgürlük düzeyi					Toplam
			Çok yüksek	Yüksek	Orta	Düşük	Özgür değil	
Sezaryen kararını etkileyen sebepler	A-B	N	8	22	52	24	74	180
		%	4,4%	12,2%	28,9%	13,3%	41,1%	100,0%
	C-D	N	8	22	35	18	35	118
		%	6,8%	18,6%	29,7%	15,3%	29,7%	100,0%
	E-F	N	8	39	38	7	10	102
		%	7,8%	38,2%	37,3%	6,9%	9,8%	100,0%
Toplam		N	24	83	125	49	119	400
		%	6,0%	20,8%	31,3%	12,3%	29,8%	100,0%
X^2=49,515, p=0,000								

A-Dava edilme korkusu, B-Tazminat miktarlarının yüksekliği, C-Hasta ve hasta yakınlarının baskısı, D-Şiddet görme endişesi, E-Anne istemi, F-Yardımcı personelin yetersizliği

Araştırmada varsayım göz önüne alınarak yapılan ki-kare analiz sonucuna göre, hekimlerin doğum şekli kararlarında hissettikleri özgürlük düzeyi ile sezaryen kararına etkileyen sebepler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir (p = 0,000<0,05). Tablo 4.106'da doğum şekli kararında kendilerini özgür hissetmeyen hekimlerin ağırlıklı olarak dava edilme korkusu, yüksek tazminat miktarları ve hasta ve hasta yakınlarının baskısı sebebi ile sezaryen kararı verdikleri gözlemlenirken, kendilerini orta ve yüksek derecede özgür hisseden hekimlerin ağırlıklı olarak anne istemi sebebi ile sezaryen kararı verdikleri gözlenmektedir.

4.4. ÇÖZÜM ÖNERİLERİ

Bu grup sorularda kadın doğum hekimlerinin sezaryen kararlarının azalmasına katkı sağlayacak çözüm önerileri üzerinde tartışılmıştır.

"Yasal yaptırımların arttırılması sezaryen kararlarınızı azaltır mı?"

Hekimlerin tamamı, geçmişte de uygulanan sezaryen performans puanlarının düşürülmesi, sezaryen oranı yüksek olan hekimlerin vaginal doğum eğitimlerine

yönlendirilmesi şeklindeki yaklaşımların, sezaryen kararı verme sürecinde azaltıcı etkisinin olmayacağını ifade etmiştir.

Örn. *"Etkili olmaz. İlk başta hukuksal olarak hekimi koruyucu, kamu spotu olabilir hem halkın bilinçlendirildiği hem de hekimin hukuksal olarak korunduğu bir sistem gelirse ancak sezaryen oranları azalabileceğini düşünüyorum." (H:11, 35 yaşında, 1 aylık uzman)*

"Bence hiçbir belirleyiciliği olmaz. Hekimin arkasında güvence olmadıktan sonra hekim ona bakmaz. Ne olur? İlerde kadın doğum yazacak insanların puanları daha da düşer. İstek azalır kadın doğum yazmak için. Daha kolay bir şekilde hayatımı devam ettirip aynı parayı kazanacaksam niye risk alıp da hayatım boyunca kazanacağım parayı tazminatla kaybedeyim ki yani?" (H:12, 33 yaşında, 4 yıllık uzman)

"Olmaz. Hekim kendini güvende hissetmediği müddetçe sezaryen yapmaya mahkûmdur. İsteyerek yapmıyoruz. Doğumhanede çalıştığım gün çok gergin oluyorum. Neden? Herhangi bir davayla karşı karşıya kalmak istemiyorum." (H:19, 59 yaşında, 21 yıllık uzman)

"Bir şeyi değiştirmedi. Yani onbeş yıldır sağlık bakanlığımız uğraşıyor, azalma var mı sezaryen oranlarında? Yok, demek ki bir yerde yanlış yapıyoruz, bir yerde hata yapıyoruz. Hekimi güvenceye almadığınız sürece, bu dava edilme ve tazminat korkusunu Demokles'in kılıcı gibi hekimlerin ensesinden almadığımız sürece sezaryen oranları düşmez."(H:9, 48 yaşında, 20 yıllık uzman)

Ankete katılan hekimlerin cezalandırıcı uygulamaların sezaryen doğum kararları üzerindeki etkileri hakkındaki görüşleri yüzde ve frekans değerleriyle birlikte Tablo 4. 107'de özetlenmiştir.

Tablo 4.106: Cezalandırıcı uygulamaların hekimlerin sezaryen kararı üzerindeki etkisi

		N	%
Sezaryen doğumu cezalandırıcı politikaların uygulanmasının sezaryen kararlarınızı azaltıcı etkisi olur mu?	A-Evet, çok yüksek düzeyde azaltır	32	8,0
	B-Evet, yüksek düzeyde azaltır	21	5,3
	C-Evet, orta düzeyde azaltır	50	12,5
	D-Evet, düşük oranda azaltır	67	16,8
	E-Hayır, azaltmaz	230	57,5
	Toplam	400	100

"Normal doğumu teşvik eden politikaların üretilmesi sezaryen kararınızı azaltır mı? "

Dokuz hekim normal doğumun performans puanının arttırılması, doğum takibinin ücretlendirilmesi, gebe eğitim sınıflarının açılması, ebelerin normal doğum sürecine dâhil edilmesi gibi normal doğumu teşvik edici uygulamaların sezaryen kararlarını etkilemeyeceğini, altı hekim sezaryen kararlarını azaltacağını, dört hekim de bu uygulamanın sezaryen kararlarında bir miktar azalma sağlayabileceğini ifade ederken bir hekim bu konuda bir fikri olmadığını belirtmiştir.

Örn. *"Tabi ki bu belli oynamalar yapar ama başına ilk iş gelene kadar. Bir iki yıl içinde belki biraz faydasını görürsün ama ondan sonra geri olduğu gibi düşer." (H:4, 50 yaşında, 13 yıllık uzman)*

"Zaten hem kadın doğumcunun hem de ebelerin yani beraber çalışan kişilerin bu konuda desteklenmesi lazım. Hem maddi hem manevi." (H:13, 31 yaşında, 2 yıllık uzman)

"Kesinlikle etkili olur. Gebe eğitimin önemli olduğunu düşünüyorum." (H:8, 48 yaşında, 19 yıllık uzman)

"Etkiler, normal doğum sayısını arttırır." (H:6, 34 yaşında, 3 yıllık uzman)

"Düşürmez. Paradan daha çok, biz parayı düşünmüyoruz, biz cezalarla karşı karşıya kalmamayı düşünüyoruz."(H:19, 59 yaşında, 21 yıllık uzman)

"Hayır. Bence direkt tazminatlarla ilgili. Hekimin kendini güvende hissedip hissetmediği ile alakalı bir durum." (H:12, 33 yaşında, 4 yıllık uzman)

Anket çalışmasının sonuçlarına göre hekimlerin normal doğumu ödüllendirici uygulamaların sezaryen kararlarına etkileri konusundaki görüşleri Tablo4.108'de yüzde ve frekans değerleriyle birlikte özetlenmiştir.

Tablo 4.107: Vaginal doğumu ödüllendirici uygulamaların hekimlerin sezaryen kararı üzerindeki etkisi

		N	%
Normal vaginal doğumu ödüllendirici politikaların uygulanmasının sezaryen kararlarınızı azaltıcı etkisi olur mu?	A-Evet, çok yüksek düzeyde azaltır	28	7,0
	B-Evet, yüksek düzeyde azaltır	24	6,0
	C-Evet, orta düzeyde azaltır	62	15,5
	D-Evet, düşük düzeyde azaltır	78	19,5
	E-Hayır, azaltmaz	208	52,0
	Toplam	400	100

"Sezaryen kararı vermeyi azaltacak en etkili önlem/önlemler sizce neler olabilir?"

Katılımcıların tamamı medikal endikasyonlar yanında sezaryen kararı vermelerindeki en önemli sebebin dava edilme korkusu ve yüksek tazminatları ödeyememe endişesi olduğunu ifade ederek, hekimin kendisini güvende hissettirecek yasal düzenlemelerin yapılması ve tazminat miktarlarının yeniden düzenlenmesi ile sezaryen kararlarının azalacağını ifade etmişlerdir. Getirilen öneriler arasında şikâyetlerin bir ön kurul tarafından değerlendirilerek gereksiz dava açılmasının önüne geçilmesi, hekimlerin sağlık hukuku konusunda özelleşmiş mahkemelerde yargılanması, tazminat miktarlarının sigorta limitlerinin içinde ve kötüye kullanımını engelleyecek makul miktarlarda olması, kendilerine yönlendirilmemesi, tazminat davalarında harç yatırılması, gerekirse hastanın da komplikasyonlara karşı kendilerini sigortalaması yer almıştır. Ek olarak yedi hekim hasta-hekim ilişkisinin düzeltilmesi amaçlı toplumu bilgilendirici uygulamaların, üç hekim yardımcı personeli maddi manevi desteklemenin, üç hekim gebe eğitiminin yaygınlaştırılmasının, bir hekim de asistan eğitiminde müdahaleli doğuma ağırlık verilmesinin sezaryen kararlarını azaltıcı etkisinin olacağını belirtmişlerdir.

Örn. *"En büyük etken dava edilme korkusu olduğu için, yanlış hukuki uygulamalar da bir etken olduğuna göre bunlar düzeltilirse, hekim rahat bir çalışma ortamına ulaşırsa, hekimliğini özgürce yapabilecek ortamlara ulaşırsa sezaryen oranlarının azalması üzerine etkisi olur."(H:8, 48 yaşında, 19 yıllık uzman)*

"Birçoğumuz zaten neyi nerede yapacağımızı biliyoruz. Hani o korku olmasa doktorlarda, o karşıdaki insanların biraz daha durdurulabilir hale gelmesi, daha uygun kanunlar ya da bu konuyla ilgilenen hem doktor hem avukat olabilecek, daha doğru anlayabilecek insanlar olsa çok daha rahat çözülebilir." (H:20, 30 yaşında, 6 aylık uzman)

"Tabi, komplikasyon var diyelim. Mesela mükerrer sezaryende mesane veya barsak yaralandı ve hasta bunu dava etti. Ya da muayenede bebeğin parmağını görmediler ama bizim ultrasonlarımız çok kötü. Yani bunlar göz önüne alınarak doktor yargılanırsa, diğer faktörler değerlendirilerek, doktor kendini güvende hisseder. Tabi ki o zaman daha farklı olur." (H:18, 35 yaşında, 6 yıllık uzman)

"Bir de şu da önemli sağlıkla ilgili hâkim savcının bilgisi yok. Onlar sadece bilirkişi raporunu okuyorlar ve buna göre karar veriyorlar. Bu konularda hiçbir eğitimleri ve hiçbir

deneyimleri bilgileri yok. Sağlık sistemi ile ilgili bir hukuk sisteminin oluşturulması gerekmekte." (H:13, 31 yaşında, 2 yıllık uzman)

"Ama ben 2 milyon tazminat duydum. Serebralpalsili bebek için. 2 milyon tazminat vermiş mahkeme. İki milyon hangi hekimin cebinde var? Varını yoğunu satsa iki milyon çıkmaz ki. Böyle tazminat olmaz. Tazminatlar düşmeli ve sigorta kapsamında olmalı, hekime yansımamalı. O zaman sezaryen oranları peyderpey azalır." (H:9, 48 yaşında, 20 yıllık uzman)

"Tazminat davası açılacaksa bir harç mutlaka olmalı. Avukat parası alınmalı, avukatlar bunu peşin almalılar. Ben bunu davadan sonra alacağım vs. olmamalı. Bu bir şekilde bizi açık hedef haline getiriyor." (H:14, 58 yaşında,29 yıllık uzman)

"Hekimin üzerindeki cezalandırılma baskısı kaldırıldığı zaman sezaryen oranı düşecektir."(H:6, 34 yaşında, 3 yıllık uzman)

"Tek bir şey bu sezaryen oranlarını düşürür. 1940'larda 50'lerde 80'lerde sezaryen oranlarımız %10-15. Bunun böyle olmasının tek nedeni vardı, hekim ile hasta arasında olan vicdani durumdu. Buraya bırakılması gerekir sadece. Hekimin maddi manevi tazminat, hâkim karşısına çıkma endişesi yoktu. Bunlar ortadan kalktığı zaman eski oranlara geri döner." (H:10, 39 yaşında, 10 yıllık uzman)

"Bence direkt tazminatlarla ilgili. Hekimin kendini güvende hissedip hissetmediği ile alakalı bir durum." (H:12, 33 yaşında, 4 yıllık uzman)

"Doktorları önce bir rahatlatmak lazım. Yardımcı personeli maddi manevi desteklemek lazım. Onların doğumda aktif rol almalarını sağlamak lazım. Hukuksal düzenin bir düzene sokulması gerekiyor." (H:13, 31 yaşında, 2 yıllık uzman)

"Bir kere doktorun üzerindeki bu hukuki baskıyı kaldırmaları gerekiyor. İkincisi de ebeler sisteme dâhil olmalı. Ebeler de ellerini taşın altına sokmalı, onun eğitimini alıyorlarsa iyi bir şekilde almaları sağlanmalı. Normal doğumları onlar yaptırmalı aslında. Biz bir problem olduğunda olaya dâhil olmalıyız. Ebe öyle yetiştirilmeli ki yanlışı fark etmeli ve bize haber vermeli. Bir de doğum ortamlarının düzeltilerek ev tipi ortamlarda doğum yapmaları sağlanarak korkuları azaltılmalı ve normal doğuma bakışları değiştirilmeli. Gebe eğitimi arttırılmalı. Kamu spotları yapılmalı, gebe eğitim sınıfları daha etkin olmalı." (H:16, 43 yaşında, 10 yıllık uzman)

"Halkı eğitmek düşürür. Gebeleri eğitirsen, gebe kaldığında, üniversitelerde ya da evlendiğinde. Gebelikle ilgili, cinsel hayatla ilgili, gebelikte ne olabilir, erken gebelikte kanama ne olabilir, büyük gebelikte ne olabilir, doğumda ne olabilir, başına neler gelebilir. Hasta bunları bilerek girmeli doğuma. Sonra hiçbir şey bilmeden girdi mi doktor yaptı bunu diyor." (H:18, 35 yaşında, 6 yıllık uzman)

"Malpraktis yasalarının düzenlenmesi, tazminat miktarlarının uygun olması. Doktor kazancına paralel bir şekilde olabilir ve sigortaların bunları karşılaması gerekir. Gerekirse hastalar da sigortalanmalıdır, hasta gebe kaldığı zaman sigortasını ödeyip doğumda komplikasyonlara karşı korunmalı. Davaların kolay açılamaması olabilir. Öncesinde bununla ilgili uzmanlaşmış mahkemeler olabilir malpraktis davaları ile ilgilenen. Dava açılmadan önce orası karar vermelidir."(H:5, 41 yaşında, 10 yıllık uzman)

"Doğumda bizim en çok karşılaştığımız şey komplikasyon. Çünkü doğum bir kapalı kutu öngöremiyorsun birçok şeyi. Hastaya çok zarar verici bir şey yapmadıktan sonra hepsi komplikasyon. O komplikasyonlarda da kendini güvende hissediyorsan ve sana suçlu gözüyle bakmıyorlarsa, dava direkt doktora açılmazsa, hastanın gördüğü zarar tazmin edilirse, kusura dayalı olmayan sistemde, kendi sitemindeki hekime güveniyor, ebeye güveniyor, kurduğu sisteme güveniyor. Ben bunu hastaya öderim diyor, bu çok güzel. Kusuru kimseye yıkmadan, kendi sistemi içinde ödüyor. Kesinlikle faydası olur."(H:8, 48 yaşında, 19 yıllık uzman)

"Bu durumda oluşabilecek yanlışlıklardan, daha doğrusu hata demeyelim, yanlışlıklardan dolayı mahkemeye gitmemesi gerekir. Tabi bunun için bir üst kurul kurulmalı. İncelesin, baksın ona göre karar verelim." (H:10, 39 yaşında, 10 yıllık uzman)

"Sistemin ve tazminatların düzenlenmesi. Asistan eğitiminde müdahaleli doğum eğitiminin arttırılması, vakum gibi. Tıbbi eğitimler olabilir ama en başta bu hukuk sistemi geliyor tabii." (H:12, 33 yaşında, 4 yıllık uzman)

"Tazminat davası açılacaksa bir harç mutlaka olmalı. Avukat parası alınmalı, avukatlar bunu peşin almalılar. Ben bunu davadan sonra alacağım vs. olmamalı. Bu bir şekilde bizi açık hedef haline getiriyor." (H:14, 58 yaşında, 29 yıllık uzman)

"Öncelikle gerçekten bunun bir karşılığı olması lazım. İkincisi bu süreci destekleyecek yan personelin çok eğitimli olması lazım."(H:15, 33 yaşında, 2 yıllık uzman)

"Kusura dayalı olmayan tazminat sistemi gelse iyi olur. Hastanın da yararına olur, defansif tıp ortadan kalkar, harcamalar azalır." (H:10, 43 yaşında, 10 yıllık uzman)

"Bir, kesinlikle onam formları standardize edilmeli. İki, doktorların arkasında durulmalı." (H:17, 39 yaşında, 3 yıllık uzman)

"Hastalar eğitilmeli. Gebeler gebe kalır kalmaz eğitime alınmalı. Ve bu zorunlu olmalı. Yoklama alınmalı. Ona gelmiyorsa doktor parasını ödememeli devlet. Yani hastaya bir yaptırımı olmalı bunun. Aile hekimi vermeli, ebe vermeli ama o yoklamada yok yazılıyorsa ya doğumunu karşılamayacak ya parasını karşılamayacak." (H:18, 35 yaşında, 6 yıllık uzman)

Anket sonuçlarına göre hekimlerin sezaryen oranlarının düşürülmesine yönelik önlemler konusundaki görüşleri Tablo 4.109' da özetlenmiştir.

Tablo 4.108: Hekimlerin sezaryen oranlarının düşürülmesine yönelik önlemler hakkında düşünceleri

		N	%
Medikal endikasyonlar hariç sezaryen kararlarının azaltılmasında sizce en etkili önlem hangisi olabilir?	A-Hekimin komplikasyonlara karşı yasal olarak güvenceye alınmasın	330	82,5
	B-Tazminatların düzenlenmesi	3	0,8
	C-Yardımcı personelin eğitilmesi	5	1,3
	D-Gebe eğitiminin yaygınlaştırılması	20	5,0
	E-Asistan eğitiminde müdahaleli doğuma ağırlık verilmesi	6	1,5
	F- Toplumun bilinçlendirilmesi.	36	9,0
	Toplam	400	100

"Mevcut yasal işleyişin uzun vadede ülkemiz için sonuçları neler olabilir?"

Birden fazla cevabın verildiği bu soruda 11 hekim ülkemizde kadın doğum hekimi sayısının azalacağı, 11 hekim sezaryen oranlarının artarak devam edeceği, dokuz hekim sağlıkta kalitenin azalacağı yönünde öngörüde bulunmuşlardır. Zeki, çalışkan öğrencilerin artık kadın doğumu seçmek istemediğini, şu anda çalışanların da erken emekli olma, yurt dışına gitme veya branş değiştirme ile alandan uzaklaşmak istediğini, bu durumun uzun vadede kadın doğum gibi ulusumuz için çok önemli ve riskli bir branşta hizmetin kalitesini düşürerek sonuçta en çok hastaların zarar göreceğini, ikinci olarak defansif tıp uygulaması kapsamında sezaryen oranlarının daha da artarak sistemin tıkanacağı yönünde görüş belirtmişlerdir.

Örn. *"Sezaryen oranlarının daha da artması şeklinde olacak. Çünkü doktorlar bu kadar korkarken gelinecek nokta o. O da daha komplikasyonlu doğumlar, daha riskli sezaryenler olarak karşımıza gelecek. Bunun dışında kadın doğumcuların alandan çekilmesi, yurt dışına gitmesi, en az puanla gelinmesi."(H:1, 53 yaşında, 25 yıllık uzman)*

"Sezaryen oranlarını gittikçe arttırabilir. Kadın doğumu zaten artık isteyen yok. Daha düşük puan alanlar hani bir uzmanlığım olsun diye düşünenler tercih ediyor. Ben istiyordum tüm tercihlerim kadın doğumdu. Ama şimdi tüm tercihleri kadın doğum olan kişiler bulmak zor, mecburiyetten yazılabilir." (H:3, 34 yaşında, 3 aylık uzman)

"Uzun vadede doktor sayısıazalabilir, puanları düştüğü için kapasiteli insanlar daha az tercih eder, defansif uygulamalar daha çok artar." (H:5, 41 yaşında, 10 yıllık uzman)

"Davalar arttıkça hekime uygulanan şiddet arttıkça sistem tıkanacak. Bu işten de yine hastalar zarar görecek. Çünkü insanlar kadın doğum mesleğini seçmemeye başladı."(H:8, 48 yaşında, 19 yıllık uzman)

"Kadın doğumcular mutsuz, daha da mutsuz olacaklar. Fakat bu işten en büyük zararı hastalar görüyor. Hekimlerin üzerine bu kadar yüklenmek, bu kadar çok dava açmak, bu bir bumerang gibi, hasta, hasta yakınları ya da sistem onu hekime doğru fırlatıyor ama bir süre sonra o dönüp dolaşıp kendini vuruyor, farkında değiller. Yani bu işten en çok zarar gören aslında hastalar."(H:9, 48 yaşında, 20 yıllık uzman)

"Bakanlığın sezaryen oranlarını azaltıcı bir isteği var ama ben yasal düzenlemeler olmadıkça sezaryen oranlarının çok fazla düşebileceğini tahmin etmiyorum. Bu şekilde devam edecektir." (H:12, 33 yaşında, 4 yıllık uzman)

"Böyle sürmez inşallah. Birileri bunu düzeltecektir veya birileri düzelmesine imkân sağlayacaktır diye düşünüyorum. Zaten sayımız azalıyor, yeni kadın doğum hekimi olmak isteyen kişiler azalıyor, olanlar daha çabuk emekli olup ya da daha çabuk işi bırakıp başka branşa gidiyor." (H:13, 31 yaşında, 2 yıllık uzman)

"Bu kadar stresli bir işi yap, hangi meslek dalında var bu kadar dava şikâyet yapılan, en çok şikâyet bizimle ilgilidir. Çocuklar gidiyor enfeksiyon hastalıkları uzmanı oluyor, olur tabi, yani en zekiler gidiyor, 70'li puanlar alarak ilk 10'a 20'ye girerek, gidiyor cilt hastalıkları, fizik tedavi yazıyor. Bu çocukların kardiyovasküler cerrah olması lazım, kalp

damar cerrahı olması lazım, kadın doğumcu olması lazım yani cerrah olması lazım." (H:14, 58 yaşında, 29 yıllık uzman)

"Sonuçlar ortada. Sezaryen oranları arttı. Hekimler riskli meslek dallarını seçmiyor. Kadın doğum ben girdiğimde zirvedeydi, en iyi olmak durumundaydın kadın doğumcu olmak için. Şu an hiçbir yere giremeyenlerin geldiği bir branş oldu. Bu kadar ölümle yaşam arasında hastanın olduğu bir dalda en iyiler olması gerekirken, hiçbir yere girememiş, başka dallarda başarı sağlayamamış insanlar seçiyor." (H:14, 58 yaşında, 29 yıllık uzman)

"Şimdi böyle olunca insanlar tabi ki riskli dallardan kaçıyorlar. Seçenler de riskli hasta almıyor. Her zaman yaptığı, belki senelerin hekimleri, bize gönderdiği vakaları çok sayıda yapmıştır, bizden daha iyi yapar mesela, gönderiyor eğitim araştırma hastanesine. Daha çok poliklinik bazlı çalışmaya çalışıyor insanlar. Cerrahiden kaçıyor. Aman küçük müdahale yapayım, aman riskli olmasın, puanlarımı toplayayım ben." (H:14, 58 yaşında, 29 yıllık uzman)

"Doktorlar açısından defansif tıp gelişecek, doktorlar zor işlemleri yapmayacaklar. İleride riskli hasta ile ilgilenecek doktor bulamayacaklar. Hastalar açısında böyle, bence kötü. Kadın doğumcular açısından insanlar artık kadın doğumu yapmak istemeyecekler, kadın doğum puanları çok düştü. Ya da insanlar işlerini severek yapmayacaklar, severek yapmadıkları zaman daha çok hata yapacaklar, mutsuz insan artacak." (H:16, 43 yaşında, 10 yıllık uzman)

"Herkes bu kanunlar yüzünden cerrahi branşlardan kaçıyor. Kaliteli öğrenci, başarılı, hırslı, çalışkan öğrenci cildiyeye gidiyor. Şu anda kadın doğuma girenlere aptal diyorlar. Neden aptal çünkü her an davayla karşı karşıya kalabileceği için. Dolayısıyla cerrahi branş seçilmez. Yani bundan 10 yıl sonra gelinimi götürürken korkarak götüreceğim. Veya torunumu. İyice araştıracağım yani. Kim, nerden mezun. Şu anda Türkiye'de kadın doğum hem hekim açısından kötüye gidiyor hem halk sağlığı açısından kötüye gidiyor. Kaliteli bir doktor bulamayacağız." (H:19, 59 yaşında, 21 yıllık uzman)

Ankete katılan hekimler ülkemizde kadın doğum hekimliğinin geleceğini; sezaryen oranları, kadın doğum hekim sayısı, sağlık hizmet kalitesi ve hasta yararı açılarından değerlendirmiş ve sonuçlar yüzde ve frekans değerleri ile birlikte Tablo 4.110'da özetlenmiştir.

Tablo 4.109: Hekimlerin ülkemizde kadın doğum hekimliğinin geleceği ile ilgili öngörüleri

			N	%
Mevcut yasal işleyişin uzun vadede ülkemizde kadın doğum hekimliği açısından sonuçları neler olabilir?	Sezaryen oranları	Düşer	4	1,0
		Değişmez	85	21,3
		Yükselir	311	77,8
	Kadın doğum hekim sayısı	Düşer	296	74,0
		Değişmez	54	13,5
		Yükselir	50	12,5
	Sağlık hizmeti kalitesi			
		Düşer	333	83,3
		Değişmez	57	14,3
		Yükselir	10	2,5
	Hasta yararı			
		Düşer	314	78,5
		Değişmez	70	17,5
		Yükselir	16	4,0
	Toplam		400	100

5. TARTIŞMA

Ülkemizdeki sezaryen oranlarının yüksekliğinin altında yatan sebeplerin ortaya çıkartılması için kadın doğum hekimlerinin vaginal ve sezaryen doğum karar verme süreçlerinin incelenmesi faydalı olacaktır. Bu nedenle çalışmada kadın doğum hekimlerinin sezaryen kararı verme süreci etik ve yasal açıdan incelenmiş, çatışmalar tespit edilmiş ve çözüm önerilerinde bulunulmuştur. Sürecin yasal açıdan incelenmesi mevcut sağlık mevzuatı çerçevesinde yapılmış olup, konu ile ilgili mevzuatın sezaryen kararı sürecindeki etkisi belirlenmeye çalışılmıştır. Sürecin etik açıdan incelenmesi ise etik bildirgeler, temel etik ilkeler olan yararlı olma, zarar vermeme ve özerklik açısından incelenmiştir.

5.1. SEZARYEN KARAR SÜRECİNİN ETİK ve YASAL AÇIDAN DEĞERLENDİRİLMESİ

Hekimin karar verme özgürlüğü etik ilkeler temelinde etik bildirgeler ve yasal düzenlemeler ile güvence altına alınmıştır.

Hekimlik Meslek Etiği Kuralları'nın 8. maddesine göre,

"*Hekim mesleğini uygularken vicdani ve mesleki bilimsel kanaatine göre hareket eder."*

Yine Dünya Tabipler Birliği 2008 yılında Seul'da yayınladığı Mesleki Özerklik ve Klinik Bağımsızlık Bildirgesi'nin birinci maddesinde;

"*Hekimler hastaların tedavisi ve bakımında mesleklerini üçüncü taraf veya bireylerin yersiz etkilerinden bağımsız olarak icra etmek özgürlüğüne sahiptir"*ve

Lizbon Bildirgesi'nin 2. maddesindeki

"*Hastalar hiçbir etki altında kalmadan özgürce klinik ve etik karar verebilen hekim tarafından bakılabilmelidir"*

ifadeleri ile etik olarak hekime karar verme özgürlüğü tanınmıştır.

Hekimin tıbbi takdir yetkisi adı verilen bu durum 1960 tarihli ve halen geçerliliği ve bağlayıcılığı bulunan Tıbbi Deontoloji Tüzüğü'nün 6. maddesindeki,

"*Hekim mesleğini yürütürken hiçbir etki ya da nüfuza kapılmaksızın, vicdani ve mesleki kanaatine göre hareket eder, uygulayacağı tedaviyi tayinde serbesttir.*"

ifadesi ile hekimlerin bir tıbbi müdahalenin gerekliliğine karar verme ve en uygun tanı ve tedavi metodunu seçme özgürlüğü teminat altına alınırken, vicdanı ve bilgisi ile çelişen metotların zorla uygulanmasına karşı da korunmuştur. Dayanağını Anayasa'dan alan hekimin takdir yetkisi sınırsız olmamakla birlikte başka hiçbir hizmet dalında olmadığı kadar geniştir. Bu yetkinin haklı gerekçeleri hekimin zorlu bir eğitim süreci ile edindiği bilgi ve tecrübesi ile vicdani etik yükümlülüklerine toplumun duyduğu güvendir (15).

Bununla birlikte uygulamada bu özgürlüğün/özerkliğin kullanımı ile ilgili sorunlar bulunmaktadır. Nitekim kadın doğum hekimlerinin vaginal doğum veya sezaryen doğum kararı verirken hissettikleri özgürlük düzeyinin sorulduğu çalışmamızda hekimlerin üçte biri kendilerini özgür hissetmediğini ifade etmiştir (Tablo 4.101**).** Tıbbi kararlarda hissedilen özgürlük düzeyinin yaş ve uzmanlık süresi ile arasında istatistik olarak anlamlı bir ilişki olmadığı tespit edilmiştir (Tablo 4.102, 4.103).

Hekimlerin vicdani ve mesleki kanaatleri dışında sezaryen kararı vermelerini etkileyen sebepler değerlendirildiğinde ise ilk üç sırada %40 ile dava edilme korkusu, %28 ile hasta ve hasta yakınlarının baskısı, %22 ile anne istemi yer almıştır (Tablo 4.100, 4.106). Çalışmada bu üç sebep ayrı başlıklar altında incelenmiş, hekimlerin sezaryen kararı verme sürecindeki etkileri etik ve yasal olarak değerlendirilmiş, hekimlerin yaşadıkları etik hukuk çatışmaları tespit edilmiş ve çözüm önerilerinde bulunulmuştur. Ayrıca çalışmada tıbbi müdahalenin hukuka uygunluğunun temel şartı olan "tıbbi gereklilik" veya "medikal endikasyonların" sabit olmayıp zaman içinde çeşitlenerek sezaryen oranlarının artmasına katkıda bulunduğu tespit edilmiştir. Bu sebeple sezaryen doğumun medikal endikasyonları ayrı bir başlık altında ele alınmıştır.

5.1.1. Dava Edilme Korkusu

Tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de hekimlerin karşılaştıkları tıbbi malpraktis suçlaması sebebiyle dava sayısı son yıllarda önemli oranda artmıştır. Türkiye'de tıbbi malpraktis iddiası içeren bilirkişi sıfatı ile Adli Tıp Kurumu'na gönderilen dosya sayısı 2004

yılında 295 iken, 2013 yılında bu sayı 3006'ya ulaşmıştır (48). Bu durum hekimlerin yüksek düzeyde malpraktis korkusu yaşamalarına sebep olmuştur (48, 103, 104, 105, 106, 107, 108).

Özellikle acil ve cerrahi branş hekimlerinin diğer branşlardaki hekimlere göre daha yoğun bir malpraktis korkusu yaşadığı gözlemlenirken, kadın doğum uzmanlarının malpraktis korku seviyesinin ileri derecede yüksek olduğu tespit edilmiştir (48, 105, 108, 109). Malpraktis dava sayısı branşlara göre incelendiğinde ise kadın doğumun en çok dava edilen branş olduğu gözlenmektedir (109, 110).

Çalışma sonuçları da bu yöndedir. Gerek mülakat gerek ankete katılan hekimler, kadın doğum mesleğinin en olumsuz yönü olarak dava edilme oranlarının yüksek olmasını göstermişlerdir (Tablo 4.4). **ACOG** 2013 yılında üyelerinin dörtte üçünün en az bir kere dava edildiğini bildirmiştir (111). Çalışmamıza katılan hekimlerin ise %60'ı en az bir kere dava edildiklerini belirtmiştir (Tablo 4.10). Mesleklerinin ilk beş yılı içindeki hekimlerin üçte biri dava edilmişken, 20 yılın üstünde uzmanlık tecrübesi olan hekimlerin %77'si dava edilmiştir (Tablo 4.11, 4.12). Dava edilmeyen hekimlerin üçte biri mesleklerinin ilk beş yılı içerisindedir. Kadın doğum davaları incelendiğinde ise hekimlerin en çok vaginal doğum komplikasyonları sebebiyle dava edildiği görülmektedir (15, 112, 113).

Kadın doğumda en çok dava sebepleri

1-Nörolojik hasarlı bebek
2-Yenidoğan ensefalopatisi
3-Ölü doğum veya yenidoğan ölümü
4-Omuz distosisi, brachial pleksus hasarlı veya hipoksik hasarlı bebek
5-Sezaryen sonrası vaginal doğum
6-Operatifvaginal doğum
olarak tespit edilmiştir (113).

Yargıtay ise "sezaryende gecikme" yi "ağır hata" olarak nitelendirmektedir (15).

Bu tespitler kadın doğum hekimlerinin "sezaryen yapmama" veya yapıldıysa "zamanında yapmama" suçlaması ile karşı karşıya kalmasına ve vaginal doğumun komplikasyonlarını sezaryen doğum ile önlemeye çalışmasına sebep olmuştur (113, 114).

Nitekim çalışmanın mülakat bölümüne katılan hekimler yargılama sürecinde kendilerine yöneltilen ilk suçlamanın "sezaryen yapmama" ve "sezaryende gecikme" olduğunu ifade etmişlerdir.

Ülkemizde Tıbbi Deontoloji Nizamname'sinin 13. maddesinde,

*"Tabip ve diş tabibi ilmi icaplara uygun olarak teşhis koyar ve gereken tedaviyi tatbik eder. Bu faaliyetlerin mutlak surette şifa ile neticelenmemesinden dolayı deontoloji bakımından muaheze edilemez"*ve

Umumi Hıfzıssıhha Kanunu'nun 153'üncü maddesinde,

"Gerekli tedbirlerin alınmasına rağmen, doğumu takiben anne veya bebekte meydana gelebilecek istenmeyen sonuçlardan dolayı hekim sorumlu tutulamaz"

ifadeleri ile hekimin tıbbi müdahalenin tıbbi açıdan öngörülemez, kaçınılmaz, engellenemez sonuçlarından sorumlu olmadığı yasa ile güvence altına alınmıştır.

Ancak çalışmaya katılan hekimlerin %87'si doğumhanede çalışmanın stres düzeyini "çok yüksek" ve "yüksek" olarak değerlendirmiştir (Tablo 4.15). Yüksek stresin sebepleri olarak ise %94 oranında doğumun öngörülemez komplikasyonlarının olması gösterilirken bunu %62 ile dava edilme korkusu, %41 ile tazminat miktarlarının yüksekliği takip etmiştir (Tablo 4.18). Bu üç başlık birbiri ile sebep sonuç ilişkisi içerisinde olup, bir bütün olarak değerlendirilmesi mümkündür. Vaginal doğumun öngörülemez komplikasyonlarının ortaya çıkması neticesinde dava edilme ihtimali ve yüksek tazminat miktarları kadın doğum hekimleri üzerinde ciddi bir baskı unsuru olmakta ve sezaryen kararlarını arttırıcı yönde etki yapmaktadır. Çalışmada doğumhanede çalışmanın stres düzeyi ile dava edilme korkusunun sezaryen kararlarına etkisi arasında istatistik olarak anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4.16). Dava edilme korkusunun sezaryen kararına etkisi, dava edilen ve edilmeyen hekimler arasında farklılık göstermemiştir (Tablo 4.17).

Çalışmaya katılan hekimlerin %94'ü şikâyet veya dava edilme endişesinin sezaryen kararları değişik derecelerde arttırdığını ifade etmiştir (Tablo 4.20). Dava edilme korkusunun sezaryen kararlarına etkisi yaş ve uzmanlık süreleri ile ilişkili bulunmamıştır (Tablo 4.21, 4.22). Çalışmaya katılan hekimlerin %99' u tazminat miktarlarını "çok yüksek ve yüksek" olarak değerlendirmiştir (Tablo 4.24). Yine hekimlerin %93'ü tazminat miktarlarının sezaryen kararlarını değişik derecelerde arttırdığını ifade etmişlerdir (Tablo 4.25). Hekimlerin tazminat

miktarları hakkındaki düşünceleri ile tazminat miktarlarının sezaryen kararlarına etkisi arasında anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4.26). Bu tespitler kadın doğum hekiminin takdir yetkisinin etik bildirgeler ve yasal metinler ile güvenceye alınmış olmasına rağmen dava edilme korkusu ve yüksek tazminat miktarlarının bu yetkinin kullanımını önemli oranda kısıtladığına işaret etmektedir.

Hekimlerin dava edilmeleri halinde davaların aleyhlerine sonuçlanma ihtimalinin düşük olduğu, dolayısıyla bu korkunun gerçekçi olmadığı yönünde görüşler mevcuttur (113). Ülkemizde yapılan 508 tıbbi malpraktis davasının incelendiği tez çalışmasında bu davalardan hukuk davalarının sadece %21'inde, ceza davalarının %27'sinde sağlık personeli aleyhine karar verildiği, bu kararların %79'unun ise Yargıtay tarafından bozulduğu tespit edilmiştir (109, 110). Benzer şekilde Yüksek Sağlık Şurası'nda 1995- 2000 yılları arasında tıbbi malpraktis iddiası taşıyan 540 dosya incelenmiş, %50'sinin herhangi bir temele dayanmayan, hastanın kızgınlığı nedeni ile açılan davalar olduğu sonucuna varılmıştır (115).

Malpraktis davalarının hekim aleyhine sonuçlanma ihtimalinin düşük olmasına karşın yargılama sürecinin olumsuz etkileri konusunda literatürde çokça çalışma mevcuttur (113). Nitekim ACOG 2013'de yayınladığı tavsiye niteliğindeki yazısında üyelerinin %77'sinin dava edildiğine dikkat çekerek yargılama sürecinde yaşanan stresle nasıl başa çıkılacağına dair tavsiyelerde bulunmuştur (111).

Çalışmanın mülakat bölümüne katılan hekimler dava sürecini "yıkıcı", "yıpratıcı" ve "meslekte dönüm noktası" ifadeleriyle tanımlamışlardır.

Malpraktis suçlaması ile karşılaşan cerrahların belirli psikolojik süreçlerden geçtiği ve nihayetinde cerrahi pratiklerinde uzun süreli değişme meydana geldiği gözlemlenmiştir (116). Malpraktis davası ile karşılaşan bir hekimin ilk olarak yoğun bir öfke, kızgınlık, stres, utanma hissettiği, kendini suçlama, hata yapma korkusu, iş ve özel hayatında memnuniyetsizlik, depresyon, kendinden şüphe duyma şeklinde psikolojik semtomplar gösterdiği tespit edilmiştir. Fizyolojik ve sosyolojik olarak ise uyku bozukluğu, iş arkadaşları ve hastalarla ilişkilerde bozulma, itibar kaybı ve yalnızlaşma, ileri dönemlerde posttravmatik stres bozukluğu yaşadıkları gözlemlenmiştir (117, 118, 119, 120, 121, 122, 123, 124).

Bu semptomların görülmesinin davanın kazanılması veya kaybedilmesinden bağımsız olduğu, şikâyetin ilk başladığı andan dava sonuçlanana kadar olan süreçte devam ettiği, psikolojik, fiziksel ve davranışsal değişikliklere sebep olduğu gözlemlenmiştir (122, 123).

Literatürde hasta yanında hekimlerin de zarar gören ikinci taraf olarak ele alınması ve görülen zararın telafi edilmesi yönünde görüşler mevcuttur (117, 118, 119).

Malpraktis davasının kaybedilmesi durumunda ise hükmedilen tazminat miktarlarının sigorta limitlerinin çok üstünde olabildiği görülmektedir. Özellikle açık pazar ekonomisinin benimsendiği ülkelerde hükmedilen yüksek tazminat miktarlarının hekimleri zenginleşme amaçlı bir hedef haline getirdiği ve bu durumun sağlık sistemi üzerindeki olumsuz etkileri üzerinde çalışmalar mevcuttur (95, 125). Mülakata katılan hekimler tazminat miktarlarını "hekimi fakirleştirici", "hastayı zenginleştirici" olarak tanımlamış, bu durumun kendilerini para kazanma amaçlı hedef haline getirdiğini ifade etmişlerdir. Ek olarak ankete katılan hekimlerin %94'ü kadın doğum mesleğinin risklerinin hukukçular tarafından kötüye kullanıldığı düşüncesini paylaşmışlardır (Tablo 4.32).

Malpraktis dava sürecinin hekimlerde psikolojik, fiziksel ve davranışsal değişikliklere sebep olmasının yanı sıra hastalar ve sağlık sistemi açısından en önemli olumsuz etkisi, hekimlerin tıbbi yaklaşımlarında meydana getirdiği uzun süreli değişimdir (105, 116, 126). Kadın doğum hekimlerinin dörtte üçü kariyerleri boyunca malpraktis davası ile karşılaşmış, bu nedenle %22 si yüksek riskli obstetrik hasta bakımını azaltmış, %14 ü obstetrik hasta bakmayı bırakmış, %9 u obstetrik hasta bakımını azaltmıştır. Bunun sonucunda müdahaleli doğum oranları azalmış, sezaryen doğum oranları artmıştır (127, 128, 129).

Çalışma sonuçları bu bulguları destekler niteliktedir. Çalışmanın mülakat bölümüne katılan hekimler, yargılama sürecinin travmatik etkilerinden korunmak amacıyla dava sürecinin ardından sezaryen doğum kararlarını arttırdıklarını ifade etmişlerdir. Ankete katılan hekimlerin %95'i kendilerinin veya arkadaşlarının dava edilme tecrübesinin sonraki sezaryen doğum kararlarını değişik derecelerde arttırdığını ifade etmiştir (Tablo 4.23).

Defansif tıp olarak bilinen ve hekimlerin olası bir malpraktis davasını belirli bir risk olarak ele alıp, kendilerini bu riske karşı koruma eğiliminde tıbbi kararlar vermesine sebep olan bu durum günümüzün etik açıdan en önemli tartışma konularından birisidir (105,126). Dünyada ve ülkemizde yapılan çalışmalar hekimlerin malpraktis sebebiyle dava edilebilme ihtimaline karşı yoğun bir baskı hissettiğini, özellikle suçlama kültürünün hekimleri kendilerini savunmak durumunda bıraktığı ve bu baskının defansif tıp uygulamaları şeklinde günlük pratiklerine yansıdığını ortaya koymuştur (126, 130, 131). Daha önce tıbbi uygulama

hatası suçlamasıyla dava geçiren hekimlerin defansif davranışı daha çok benimsedikleri tespit edilmiştir (132).

Defansif tıbbın derecesinin ise malpraktis risk seviyesi ile orantılı olduğu, özellikle yüksek riskli uzmanlık dallarında çalışan hekimlerin daha çok defansif tıp uyguladıkları görülmüştür (133, 134, 135). Hekim mesleki sorumluluk sigortalarının branşların risklerine göre derecelendirilmesi ve prim ödemelerinin de branşın içerdiği riske göre yapılması bu bulguyu doğrulamaktadır. Kadın doğum branşının en yüksek primi ödeyen yüksek riskli branşlardan biri olması ve defansif olarak sezaryenin çok uygulanması bu sonuç ile uyumludur (117, 118, 119, 125, 136, 137, 138, 139, 140, 141, 142). Özellikle makat geliş, ikiz gebelik, iri bebek, baş pelvis uygunsuzluğu gibi müdahaleli vaginal doğum gerektiren komplike doğumlar defansif sezaryenin uygulandığı en problemli alan haline gelmiştir (143).

Çalışma sonuçları bu tespiti desteklemektedir. Çalışmanın mülakat bölümüne katılan hekimler komplike doğumlarda yüksek oranda sezaryen uyguladıklarını ifade etmişler, anket sonuçları ile de bu uygulamanın yaygınlığı doğrulanmıştır. Ankete katılan hekimlerin %77'si makat doğumda, %45,5'i tahmini bebek ağırlığının 4000 gram olması durumunda, %64 'ü ise ikiz gebeliklerde sezaryendoğumu tercih ettiklerini belirtmiştir (Tablo 4.34, Tablo 4.43, Tablo 4.61). Mülakata katılan hekimler vakum kullanım oranlarının çok düşük olduğunu, böyle bir gereklilik oluşmadan sezaryen doğuma yönlendiklerini vurgularken, ankete katılan hekimlerin %30'u vakum kullanım oranlarını "düşük", %52'si "çok düşük" olarak tanımlamıştır (Tablo 4.52).

Asistan eğitimi ile karşılaştırıldığında ise yaş ve uzmanlık sürelerinin artmasıyla komplike doğumlarda asistan eğitimindeki yaklaşımdan uzaklaşıldığı, vaginal doğumdan sezaryen doğuma doğru tedrici bir evrilme olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4.35, Tablo 4.44, Tablo 4.53, Tablo 4.62). Özellikle son on yıl içinde komplike doğumlarda vaginal doğumdan sezaryen doğuma yönelimin hızla arttığı gözlemlenmektedir (Tablo 4.36, Tablo 4.37, Tablo 4.45, Tablo 4.54, Tablo 4.63).

Bu sonuç özellikle son on yılda asistanlık eğitiminde müdahaleli doğum eğitiminin tedrici olarak azalarak kaybolmak üzere olduğuna işaret etmektedir. Nitekim mülakata katılan uzmanlık süreleri ilk on yılın içinde olan hekimler asistanlık eğitimlerinde makat, ikiz, iri bebek, baş pelvis uygunsuzluğu gibi müdahale gerektiren durumlarda yaklaşımın sezaryen doğum olarak yerleşmiş olduğunu, bu sebeple yeterli müdahaleli doğum eğitimi almadıklarını, uzmanlık dönemlerinde de müdahale gerektiren durumlarda sezaryen doğumu daha güvenli bulduklarını ve uyguladıklarını belirtmişlerdir. Anket sonuçları da özellikle son

on yıl içinde asistanlık eğitiminde komplike doğumlara yaklaşımın sezaryen doğum olarak yerleşmiş olduğu ve asistanlık sonrasında bu yaklaşımın devam ettirildiği yönündedir (Tablo 4.38, Tablo 4.46, Tablo 4.47, Tablo 4.55, Tablo 4.56, Tablo 4.64, Tablo 4.65).

Mülakata katılan ve uzmanlık süreleri on yılın üstünde olan hekimler ise asistan eğitimlerinde müdahaleli vaginal doğum eğitimi aldıklarını ve uzmanlık dönemlerinin ilk yıllarında yoğun olarak uyguladıklarını ifade etmiş ancak zamanla dava edilme sayılarının artması ve yüksek tazminat miktarlarının baskısı ile bu yaklaşımdan tedricen uzaklaştıklarını belirtmişlerdir. Bu eğilimin temelinde ise müdahaleli vaginal doğumun komplikasyonlarının kadın doğum pratiğinin en çok dava edilen ve en yüksek tazminat miktarlarına hükmedilen vakaları olması bulunmaktadır (15,113). Nitekim çalışmada dava edilme korkusunun sezaryen kararına etkisi ile müdahale gerektirebilecek durumlarda sezaryen tercihi arasında istatistik olarak anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4.39, Tablo 4.48, Tablo 4.57, Tablo 4.66, Tablo 4.74). Müdahale gerektirebilecek doğumlarda sezaryen doğuma yönelim dava edilen ve edilmeyen hekimler arasında farklılık göstermemiştir (Tablo 4.40, Tablo 4.49, Tablo 4.58, Tablo 4.67, Tablo 4.75).

Ayrıca hekimlerin yüzde 45'i sezaryen doğumda kendilerini daha güvende hissettiğini belirtmiştir (Tablo 4.27). Hekimlerin kendilerini güvende hissettiği doğum şekli ile dava edilme korkusunun sezaryen kararlarına etkisi arasında istatistik olarak anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4.30). Hekimlerin kendilerini güvende hissettiği doğum şekli dava edilen ve edilmeyen hekimler arasında farklılık göstermemiştir (Tablo 4.31). Yine hekimlerin sezaryen ve vaginal doğum kararlarında hissettikleri özgürlük düzeyi ile dava edilme korkusunun sezaryen kararlarına etkisi arasında istatistik olarak anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4.104). Doğum şekli kararında hissedilen özgürlük düzeyinin dava sayısı ile ilişkisinin olmadığı gözlemlenmiştir (Tablo 4.105).

Bu sonuçlar dava edilme korkusunun özellikle komplike doğumlarda sezaryen doğum kararı verme yönünde oldukça etkili olduğuna işaret etmektedir. Nitekim komplikasyon oranı oldukça yüksek olan ve sezaryen doğumun en çok uygulandığı alan olan eski sezaryen vakalarında hekimlerin %66'sı uygun medikal ve yasal koşulların sağlanması durumunda sezaryen sonrası vaginal doğumu destekleyeceklerini ifade etmişlerdir (Tablo 4.70). Hekimlerin sezaryen sonrası vaginal doğumun desteklenmesi konusundaki düşünceleri ile dava edilme korkusunun sezaryen kararlarına etkisi arasında istatistik olarak anlamlı bir ilişki olmadığı tespit edilmiştir (Tablo 4.71). Yine hekimlerin sezaryen sonrası vaginal doğumun

desteklenmesi konusundaki düşünceleri ile dava edilme sayısı arasında ilişki kurulamamıştır (Tablo 4.72).

Bu sonuç riskin arttığı durumlarda hekimlerin sezaryen doğum yönünde karar vermekle beraber uygun yasal koşulların sağlanması durumunda komplike doğumlarda vaginal doğumu destekleyeceklerine işaret etmektedir. Nitekim hekimlerin %82,5'u sezaryen kararlarının azaltılmasındaki en etkili önlemin hekimin komplikasyonlara karşı yasal olarak güvenceye alınması olduğunu ifade etmişlerdir (Tablo 4.109). Ayrıca hekimlerin %57,5'u sezaryen oranlarını azaltmaya yönelik olarak uygulanan sezaryen doğumu cezalandırıcı uygulamaların ve %52'si vaginal doğumu ödüllendirici uygulamaların sezaryen doğum kararlarını etkilemeyeceğini belirtmiştir (Tablo 4.107, Tablo 4.108). Sezaryen oranlarını düşürmek için alınan önlemlere rağmen sezaryen oranlarında düşme tespit edilememesi bu sonuçlar ile uyumludur. Bu sonuç sezaryen doğum oranlarını düşürmek için alınan önlemlere hekimlerin malpraktis ile cezalandırılma korkusunun giderilmesine yönelik önlemlerin eklenmesi gereğine işaret etmektedir. Nitekim tazminat miktarlarının sigorta limitleri içinde tutularak veya uğranılan zararın telafisi noktasında sigorta primleri dışında başka kaynaklar oluşturularak hekimlerin zenginleşme amaçlı suistimal edilmekten korunması, ön duruşma yapılarak ve ihtisas mahkemeleri kurularak dava sayısının azaltılması ve hekimlerin yargılama sürecinin stresinden korunması önlemleri ile sezaryen oranlarını azaltmaya yönelik başarılı çalışmalar mevcuttur (127, 128, 129).

Bu önlemler kuşkusuz sağlık, hukuk, ekonomi ve eğitim boyutlarıyla birlikte bir bütün olarak uzun ve meşakkatli çalışmalar gerektirmekle birlikte ülkemizde kadın doğum hekimliğinin geleceği ve sağlıklı nesillerin yetiştirilmesi açısından bir zorunluluktur. Zira çalışmaya katılan hekimler mevcut yasal işleyişin uzun vadede ülkemizde kadın doğum hekimliği açısından sonuçlarını kadın doğum hekim sayısı, sağlık hizmet kalitesi ve hasta yararı üzerinden değerlendirmiştir. Hekimlerin %74'ü kadın doğum hekim sayısında azalma, %83'ü sağlık hizmet kalitesinde düşme, %78,5'u hasta yararında azalma yönünde öngörüde bulunmuşlardır (Tablo 4.110). Çalışmaya katılan hekimlerin %29'u tekrar seçme imkânları olsa kadın doğum bölümünü tercih etmeyeceklerini ifade etmiştir (Tablo 4.8). Hekimlerin tekrar kadın doğumu seçme düşünceleri ile dava edilme korkusunun sezaryen kararlarına etkisi arasında anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4.9). Hekimlerin sadece %15'i hayatları boyunca kadın doğum hekimi olarak çalışmak istediklerini belirtmiş, diğerleri farklı alternatifleri değerlendirdiklerini ifade etmiştir (Tablo 4.13). Bu tespitler hekimlerin ülkemizde kadın doğum hekimliğinin geleceği konusundaki öngörüleri ile uyumludur.

Tıbbi kararlarda kendini koruma içgüdüsünün ne kadar kabul edilebilir bir davranış olduğu konusu ise günümüz tıp etiğinin en tartışmalı konularından bir diğeridir. Zira mevcut ve gelecek tehlikelerin tahmin edilmesine ve buna yönelik olarak tepki verilmesine imkân sağlayan adaptif davranışsal bir tepki olarak tanımlanan "korku" kişinin kendini koruyabilmesini ve soyunun devamını sağlayan en ilkel savunma mekanizmasıdır (144, 145).

Kendini koruma içgüdüsünü kabul edilebilir bir davranış olarak yorumlayan görüşler olmakla beraber hekimin hastasına karşı olan etik görevinin içeriğini değiştirmediği, hekimin birinci etik sorumluluğunun hastasının iyiliği olduğu, bu ilkenin tüm tıbbi otoriteler ve toplum tarafından benimsendiği, kişisel çıkarların bu ilkenin önüne geçtiği algısının oluşması durumunda hekimlik mesleğine olan güvenin sarsılacağı yönünde görüşler de mevcuttur (113, 146, 147, 148).

Hekimlik Meslek Etiği Kuralları 5., 6. ve 8. maddelerinde

"Hekimin öncelikli görevi, hastalıkları önlemeye ve bilimsel gerekleri yerine getirerek hastaları iyileştirmeye çalışarak insanın yaşamını ve sağlığını korumaktır."

"Görevlerini yerine getirirken hekimin uyması gereken evrensel tıbbi etik ilkeler yararlılık, zarar vermeme, adalet ve özerklik ilkeleridir." ve

"Hekim mesleğini uygularken vicdani ve mesleki bilimsel kanaatine göre hareket eder."

ifadeleri ile bu durum açıkça belirtilmiştir.

Ancak hekimlerin etik yükümlülüklerini yerine getirirken göze almaları beklenen riskin düzeyi tıbbi etik tartışmaların yoğunlaştığı konulardan biridir. Bu, bir hekim için gerçekleşme olasılığı ve şiddet derecesi ne kadar yüksek olan zararlarının etik olarak kabul edilebilir sayılacağına karar vermek demektir. Risk, belirlenen bu eşiği aştığında eylemin gerçekleştirilmesi etik yükümlülük olmaktan çıkacak ve kişinin takdirine kalacaktır (5). Etik hukuk çatışmasının yoğun olarak yaşandığı bu alanda hastanın en yüksek yararını gözeten etik yükümlülükler ile hekimin karar vermesini etkileyen yasal uygulamalar arasında bir dengelemeye gitmek etik açıdan zorunludur (5).

Riskin yükseldiği durumlarda kadın doğum hekiminin dava edilme ve yüksek tazminat miktarlarına karşı kendini koruma içgüdüsü ile hastanın en yüksek yararı arasında bir dengeleme yapabilmesi için etik olarak şu altı koşulun sağlanması önerilmektedir (5). Bunlar; (1) bir faydayı tercih etmek için sağlam gerekçeler sunulabilmelidir, (2) amaca ulaşma

konusunda gerçekçi bir başarı beklentisi olmalıdır, (3) ahlaken yeğlenebilir başka bir eylem seçeneği yoktur, (4) amaca en az ihlalle ulaşılmıştır, (5) eylemin olumsuz etkileri olabildiğince azaltılmıştır, (6) etkilenen tüm kişilere tarafsız yaklaşılmıştır (5).

Çalışmanın gerek mülakat gerek anket sonuçları incelendiğinde hekimlerin dava edilme ihtimalini bir tehdit olarak algıladıkları gözlemlenmektedir. Hekimlerin dörtte üçünün dava edilmiş olması bu tehdidin gerçekleşme ihtimalinin oldukça yüksek olduğuna işaret etmektedir. Dava süreci sonuçları itibarıyla değerlendirildiğinde ise sezaryen doğum yönündeki karara sağlam bir gerekçe sağlandığını söylemek mümkündür. Sezaryen doğum tercihinin dava edilmekten korunma yönünde gerçekçi bir başarı beklentisi oluşturduğu ise gerek mülakat gerek anket sonuçları ve gerekse tüm dünyada benzer eğilimin gözlenmesi ile doğrulanmaktadır. Ahlaken yeğlenebilir başka bir eylem seçeneğinin olmaması, amaca en az ihlalle ulaşılması, eylemin olumsuz etkilerinin olabildiğince azaltılması ve etkilenen tüm kişilere tarafsız yaklaşılması ile riskin çok yükseldiği ve eylemin etik yükümlülük olmaktan çıktığı durumlarda yine etik olarak hasta yararı ile bir denge oluşturulmaya çalışıldığı görülmektedir. Bu durumda sezaryen doğumun, hekimin kendisini dava edilmekten korumak ile temel etik ilkeler olan hasta yararını gözetmek ve zarar vermemek arasında bir denge unsuru olarak ortaya çıktığını söylemek mümkündür.

5.1.2. Hasta ve Hasta Yakını Baskısı

Çalışmada kadın doğum hekimlerinin sezaryen kararlarını en çok etkileyen ikinci sebebin hasta ve hasta yakınlarının baskısı olduğu tespit edilmiştir.

Hekimlik Meslek Etiği Kuralları;

"Hekim mesleğini uygularken vicdani ve mesleki bilimsel kanaatine göre hareket eder.

Mesleki Özerklik ve Klinik Bağımsızlık Bildirgesi;

"Hekimler hastaların tedavisi ve bakımında mesleklerini üçüncü taraf ve bireylerin yersiz etkilerinden bağımsız olarak icra etmek özgürlüğüne sahiptir."

Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi;

"Hekimin mesleğini yürütürken hiçbir etki ve nüfuza kapılmaksızın, vicdani ve mesleki kanaatine göre hareket eder, uygulayacağı tedaviyi tayinde serbesttir."

Hasta Hakları Yönetmeliği'nin 12. maddesi;

"Teşhis, tedavi veya korunma maksadı olmaksızın, ölüme veya hayati tehlikeye yol açabilecek veya akli ve bedeni mukavemeti azaltabilecek hiçbir şey yapılamaz ve talep de edilemez."

ifadeleri ile hekimin tıbbi kararları üçüncü kişilerin etkilerinden korunmuştur. Anayasa Mahkemesi de tedavi şekline karar vermenin hekimin görevi olduğu, hastanın hekimi uygun görmediği tedaviye zorlayamayacağı yönünde hüküm vermiştir (15).

Hekimin tedavi şeklini seçme özgürlüğü etik bildirgeler ve yasal düzenlemeler ile güvence altına alınmış olmakla birlikte çalışmaya katılan hekimler hasta ve hasta yakınlarının baskısının sezaryen kararlarında yüksek düzeyde etkili olduğunu belirtmişlerdir. **"**Hasta ve hasta yakını baskısı" ile ilgili literatürde kısıtlı sayıda çalışma olup tam tanımlama ve kapsamı için ileri çalışmalara ihtiyaç bulunmaktadır. Ancak mülakat sonuçlarına göre "hasta ve hasta yakını baskısı" oldukça geniş bir tanımlama olup anne ve bebeğin sağlığı ile ilgili hafif bir endişeden, rica, baskı, tehdit ve şiddete kadar uzayabilen bir yelpazede olabilmektedir. Mülakata katılan hekimler "ya bebeğime bir şey olursa" şeklinde bir endişenin, "bebeğime bir şey olursa görürsün" şeklinde sözlü bir tehdidin veya herhangi bir olumsuzluk oluşması durumunda sözlü tehdidin fiziksel şiddete dönüşebilme ihtimalinin sezaryen kararı vermelerine sebep teşkil ettiğini belirtmişlerdir. Özellikle günümüzde ilk gebelik yaşının yükseldiği ve yardımcı üreme teknikleri ile uzun bir uğraşıdan sonra elde edilen gebeliklerin arttığı göz önüne alındığında, hastaların ve yakınlarının gerginliğinin hekimlerin kararlarını etkilemesi kaçınılmazdır. Nitekim çalışmaya katılan hekimlerin %28'i hasta ve hasta yakınlarının baskısının medikal endikasyonlar yanında sezaryen kararını en çok etkileyen sebep olduğunu belirtmişlerdir (Tablo 4.100).

Günümüzde hekim hasta ilişkisi paternalist anlayıştan uzaklaşmış, hastanın tanı ve tedavi sürecine daha çok katılımı sağlanmıştır. İnsan hakları bağlamında hasta özerkliğinin etik kodlarda ve takiben kanunlarda yer almasıyla hasta bu süreçte giderek daha çok belirleyici olmaya başlamıştır. Ancak bu belirleyiciliğin ölçüsü konusunda bir standart oluşturulmamıştır. Hekimin tıbbi kararlarında zorlanamayacağı, etik bildirgeler ve yasal düzenlemeler ile güvence altına alınmış olmakla birlikte yapılan çalışmalar hasta ve yakınlarının baskılarının hekimlerin antibiyotik reçete etme, radyografi isteme ve hastaneye sevk etme kararlarını etkilediği yönündedir. Ayrıca doğrudan tehdit edildiklerinde hekimlerin hasta isteğine uygun davrandıkları gözlemlenmiştir (149,150). Çalışma sonuçları da bu bulgu ile uyumludur. Çalışmada vaginal doğum takibinde medikal endikasyon olmaksızın sezaryen

istemi durumunda hekimlerin %5'i bu isteğe uyacaklarını, %29,5'u ise anneyi sezaryenin riskleri konusunda bilgilendirdikten sonra sezaryen kararı vereceklerini belirtmişlerdir (Tablo 4.88). Vaginal doğum takibinde sezaryen istemi durumunda doğum yaklaşımı ile dava edilme korkusunun sezaryen kararına etkisi arasında istatistik olarak anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4.89). Bu yaklaşım dava edilme sayısı ile farklılık göstermemiştir (Tablo 4.90).

Klinik uygulamalarda hekimlerin yaygın olarak sözlü tehdit ve fiziksel şiddete maruz kaldığı, bu durumun iş tatminini azaltarak stres seviyesini arttırdığı tespit edilmiştir. Hekimlerin kararlarını etkilemeyi amaçlayan doğrudan tehditler son derece zararsız olabileceği gibi, hekimin hastanın isteklerine uymaması durumunda ciddileşme potansiyeli taşımaktadırlar. Bunlar resmi şikâyet, tazminat talebi veya fiziksel şiddet şeklinde olabilmektedir (149, 150, 151).

Toplumun her hastalığın tedavi edilebilir olduğu algısı, hasta hakları bağlamında sağlığın bir hak olarak algılanması, hasta hekim arasındaki ilişkiyi değiştirmiştir (44). Hekimler toplumda saygınlıklarının azaldığını ve hekim hasta arasındaki güvene dayanan ilişkinin kaybolduğunu düşünmektedirler. Bu tespiti mülakata katılan hekimler de doğrulamışlar, hekim hasta ilişkisindeki güven unsurunun yok olmasını, kendilerine eskisi kadar güven ve saygı duyulmamasını mesleklerinin olumsuz yönü olarak belirtmişlerdir. Bu bulgu anket sonuçları ile de doğrulanmıştır. Ankete katılan hekimlerin %65'i hekim hasta ilişkisindeki değişimi, %51'i şiddet görme ihtimalinin yüksek olmasını mesleklerinin olumsuz yönleri olarak tanımlamışlardır (Tablo 4.4).

Tıptan beklentinin artması ile birlikte hasta hekim ilişkisinin ticaret hukuku ilkeleri ile belirlenmesi ve hasta haklarının tüketici hakları kapsamında değerlendirilmesi, güven ikliminin yitirilmesine sebep olarak toplumda sağlık, hekim, hastane algısını değiştirmiştir. Günümüzde kişiler sağlığı satın alınabilir bir varlık olarak görmekte, müdahalenin olumsuz sonuçlarını kabullenmeyip, hekimlerden tıbbi müdahalenin başarılı sonuçlanması konusunda garanti talep etmektedirler (28, 34, 152).

Hasta ve hasta yakınlarının baskısı sebebi ile sezaryen kararı vermenin etik olup olmadığı ise yine hekimin karşı karşıya olduğu riskin büyüklüğü ile hekimin hastaya karşı olan yararlı olma ve zarar vermeme görevleri arasındaki dengeye bağlıdır. Bu durumda yine sezaryen doğum oranlarının kadın doğum hekimlerinin etik yükümlülükleri ile kendini koruma içgüdüsü arasında bir denge unsuru olarak yükseldiğini söylemek mümkündür. Ancak

ülkemizde hasta ve hasta yakını baskısının hekimlerin tıbbi kararları üzerindeki etkisini inceleyen ileri çalışmalara ihtiyaç bulunmaktadır.

5.1.3. Anne İstemi

Çalışmada, kadın doğum hekimlerinin sezaryen kararlarını en çok etkileyen sebeplerden bir tanesi anne istemli sezaryen olarak tespit edilmiştir. Anne istemi ile sezaryen fetal veya maternal endikasyon olmaksızın anne istemi ile yapılan sezaryendir. Net tanımlanmış bir klinik antite olmamakla ve dünyadaki sıklığı net olarak bilinmemekle beraber giderek arttığı düşünülmektedir (153).

Sezaryen doğumun güvenilirliğinin artmasıyla birlikte vaginal doğumun bir alternatifi olarak anne istemi ile yapılabilmesi günümüz etik tartışmalarının en yoğun yaşandığı alanlardan biridir. Anne istemli planlı sezaryen doğumun etik ve tıbbi olarak savunulamaz olduğunu ileri süren görüşler olduğu kadar bilgilendirilmiş hasta isteğiyle sezaryen doğumu etik bulan görüşler de giderek artmaktadır (1). Bununla birlikte anne istemli sezaryen doğuma erişimin engellenmesinin dört etik ilke açısından değerlendirildiğinde etik olmadığını, isteyen her kadının bu hizmete erişebilmesinin gerektiğini ifade eden görüşler de mevcuttur (154, 155).

FİGO (International Federation of Gynecology and Obstetrics) anne istemli sezaryen doğumu etik bulmamakta ve hekimlerin buna zorlanamayacağını belirtmektedir. Diğer yandan anneyi sezaryenin zararları konusunda bilinçlendirmenin hekimin sorumluluğunda olduğunu ifade etmektedir (4).

ACOG (American College of Obstetrician and Gynaecologists) anne isteği ile sezaryene daha ılımlı bakmakta, hamile kadınların istemediği prosedürlerden kaçınmaktadır. Anne ve bebeğe ait tıbbi bir sebebin yokluğunda vaginal doğumu önermekle beraber anne isteği ile sezaryenin tercih edildiği durumlarda da önerilerde bulunmaktadır. Bu öneriler arasında bebek 39 haftayı doldurmadan sezaryen planlanmaması, ağrının planlı sezaryene teşvik edici olmaması ve her sezaryenle birlikte hayatı tehdit edebilecek ciddi sorunlar yaratabilen plasentanın yanlış yerleşimi ve doğumda rahim alınması riskleri arttığından özellikle çok çocuk isteyen ailelere planlı sezaryen doğumun önerilmemesi bulunmaktadır. Ayrıca annenin sezaryen isteminin altındaki sebep ağrı veya doğum korkusu ise hastanın rahatlatılmasını ve doğum öncesi eğitimle korkusunun giderilmesini önermektedir (102, 153).

TJOD (Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği) tıbbi bir endikasyon olmaksızın yapılan sezaryenlerin yararlarına dair güçlü kanıtların olmadığını, eldeki verilerle vaginal doğumun hem anne hem bebek için kısa ve uzun vadede daha güvenli olduğuna işaret etmektedir. Hekimin anne isteğini çok iyi değerlendirmesini, sezaryene yönlendirici olmamasını, anneye sezaryen ve normal doğumu tüm ayrıntıları ile anlatmasını ve vaginal doğum tarafında olmasını önermektedir.

Hukuk açısından ise durum oldukça nettir. 1930 tarihli Umumi Hıfzıssıhha Kanunu'nun 153. maddesine eklenen

"G*ebe veya rahmindeki bebek için tıbbi zorunluluk bulunması halinde doğum sezaryen ameliyatı ile yaptırılabilir"*

ifadesi ile sezaryen ameliyatı şüpheye mahal bırakmayacak şekilde tıbbi zorunluluk oluşması haline bağlanmıştır. Ayrıca Hasta Hakları Yönetmeliği'nin 12 maddesi;

"Teşhis, tedavi veya korunma maksadı olmaksızın, ölüme veya hayati tehlikeye yol açabilecek veya vücut bütünlüğünü ihlal edebilecek veya akli veya bedeni mukavemeti azaltabilecek hiçbir şey yapılamaz ve talep de edilemez."

ifadesi ile tıbbi gereklilikler dışında müdahale yasağı net olarak vurgulanmış ve "talep de edilemez" ifadesi ile hasta isteminin de önüne geçilmiştir.

Sezaryen doğum için tıbbi zorunluluk bulunması halinin annenin seçim hakkını ortadan kaldırdığı iddiası ile Anayasa Mahkemesi'nde iptali istenmiş ancak Anayasa Mahkemesi bu talebi reddetmiştir (15).

Anayasa 'nın 17. maddesindeki,

"Tıbbi zorunluluklar ve kanunda yazılı haller dışında kişinin vücut bütünlüğüne dokunulamaz, rızası olmadan bilimsel ve tıbbi deneylere tabi tutulamaz"

ifadesine dayandırdığı kararında Anayasa Mahkemesi, kişinin kendi bedeni üzerindeki tasarruf hakkının sınırsız olmadığı, kanunun cevaz vermediği durumlarda rızanın hukuka uygun olmadığı, hastanın hekimi tıbben uygun görmediği tedaviye veya ameliyata zorlayamayacağı, tedavi yönteminin belirlenmesinin temel olarak hekimin görevi olduğu yönünde görüş belirtmiş ve hekimin sahip olduğu bu hakların aynı zamanda hastanın özgürce

ve bilimsel ve etik kararlar verebilen bir hekim tarafından tedavi edilme hakkının da yansıması olduğunu ilave etmiştir.

Temel etik ilkeler açısında incelendiğinde ise anne istemi ile sezaryen, zarar vermeme ve faydalı olma ilkelerine göre etik bulunmazken, hasta özerkliği ilkesine göre bilgilendirildikten sonra yapılabileceğine dair görüşler mevcuttur. Ancak anne özerkliği bakımından sezaryen istemi etik bulunmakla beraber sezaryen isteminin altında yatan nedenlerin erken gebelikten itibaren tespit edilerek ortadan kaldırılmasının gerekliliği, etik olarak normal gebeliklerde standart bakımın normal vaginal doğum olduğu özellikle vurgulanmaktadır (156).

Ancak günlük klinik uygulamada hastaların hasta hakları bağlamında tedaviye giderek artan oranda katılımıyla birlikte tüm dünyada ve ülkemizde doğum şekli seçimi bir insan hakkı olarak algılanmaya başlamış ve hekimler açısından da karşılık bulmuştur (157). Çalışmaya katılan hekimler özellikle yüksek riskli durumlarda anne isteğine göre hareket edeceklerini ifade etmişlerdir. Hekimlerin %49,5'u tedavi gebeliklerinde doğum şekline hasta ile konuşarak karar vereceklerini ifade etmiştir (Tablo 4.73). İleri anne yaşı gebeliklerinde ise hekimlerin %33'ü doğum şekline anne istemine göre karar vereceklerini belirtmişlerdir (Tablo 4.76). Hekimlerin yaş ve uzmanlık süreleri arttıkça bu eğilimin benimsendiği gözlemlenmektedir (Tablo 4.77, Tablo 4.78, Tablo 4.79, Tablo 4.80).

Annelerin sezaryen istemelerinin sebepleri arasında vaginal doğum eyleminin belirsizliği, ağrı, pelvik taban yaralanması ve sezaryen doğumun daha güvenli olduğu düşüncesi başta gelmektedir (1, 158, 159, 160). Diğer taraftan sezaryen doğumun daha güvenli olduğuna dair bir kabul oluşmasına rağmen mevcut verilerin bunu desteklemediği ve anne isteminin sezaryen doğumun tek sebebi olmaması gerektiği yönünde görüşler de mevcuttur (161).

Ancak vaginal doğum eyleminin belirsizliği kadın doğum hekimleri tarafından da paylaşılmaktadır. Zira çalışmada hekimler doğumhanede çalışmanın stres düzeyini "çok yüksek" olarak nitelendirmiş, bu yüksekliğin en önemli sebebi olarak ise "doğumun öngörülemez doğası" olduğunu belirtmişlerdir (Tablo 4.15, Tablo 4.18).

Her ne kadar planlı sezaryen doğumun normal vaginal doğuma kıyasla daha güvenli olduğuna dair yeterli veri olmadığı belirtilse de vaginal doğumun daha güvenli olduğuna dair yerleşmiş kabul, kadın doğum hekimlerinin kendi doğumları için sezaryeni daha çok tercih etmesiyle giderek değişmektedir.

Sezaryen doğumun vaginal doğuma kıyasla daha güvenli olduğu algısı ise hekimler tarafından giderek artan oranda paylaşılmaktadır. Nitekim çalışmaya katılan hekimlerin %45,5'i sezaryen doğumu anne ve bebek için daha güvenli bulurken, %30'u bebek için daha güvenli bulduğunu ifade etmiştir (Tablo 4.92). Bu durumda annenin sezaryen ve vaginal doğumun her ikisinin risk ve avantajları konusunda bilgilendirildikten sonra kendi doğum şeklini seçebileceği kabulü yerleşmektedir (162, 163, 164, 165).

Çalışma sonuçları doğum şekli seçiminin hasta özerkliği kapsamında bir anne hakkı olduğu düşüncesinin giderek yaygınlaştığı yönündedir. Çalışmaya katılan hekimlerin %20'si doğum şekli tercihinin bir anne hakkı olması gerektiğini belirtirken, %53'ü sezaryen doğumun riskleri konusunda bilgilendirildikten sonra doğum şekli tercihinin bir anne hakkı olması gerektiği yönünde görüş bildirmiştir (Tablo 4.83). Hekimlerin sezaryenin bir anne hakkı olması gerektiği yönündeki düşüncesi ile hekimlerin yaş ve uzmanlık süreleri arasında istatistik olarak anlamlı bir ilişki kurulamamıştır (Tablo 4.84, Tablo 4.85). Çalışmaya katılan hekimlerin %12'si ise doğum şekli tercihinin bir anne hakkı olduğu düşüncesine katılmamış, bu tercihin medikal endikasyonlarla yapılması gerektiği yönünde görüş bildirmiştir (Tablo 4.83).

Anne istemi ile sezaryen doğumun hekim tarafından kabul edilmesinde doğum şekli seçiminin anne hakkı olması gerektiği ve sezaryenin güvenli olduğu düşüncesinin yanında medikolegal kaygıların da etkisi tespit edilmiştir. Özellikle tedavi gebelikleri, ileri anne yaşı, müdahale gerektiren vaginal doğumlarda annenin sezaryen isteminin reddedilmesi halinde vaginal doğum seyrinde oluşabilecek komplikasyonlardan kaçınmak amacıyla hekimlerin anne istemini kabul ettiği gözlemlenmiştir (165, 166).

Çalışma bulguları da bu yöndedir. Vaginal doğum takibinde medikal endikasyon olmaksızın sezaryen istemi durumunda hekimlerin %29,5'u hastayı sezaryenin riskleri konusunda bilgilendirip rızasını aldıktan sonra bu isteği yerine getireceklerini ifade etmiştir (Tablo 4.88). Vaginal doğum takibinde sezaryen isteminde yaklaşım ile dava edilme korkusunun sezaryen kararlarına etkisi arasında ilişki anlamlı bulunmuştur (Tablo 4.89). Yine ileri anne yaşı gebeliklerinde doğum tercihi ile dava edilme korkusunun sezaryen kararına etkisi arasında anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Benzer ilişki dava edilme sayısı ile de kurulmuştur (Tablo 4.81, Tablo 4.82). Aynı şekilde tedavi gebeliklerinde doğum şekli tercihi ile dava edilme korkusunun sezaryen kararlarına etkisi arasında anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4.74). Tedavi gebeliklerinde doğum şekli yaklaşımı dava edilen ve edilmeyen hekimler arasında farklılık göstermemiştir (Tablo 4.75).

Çalışmada dava edilme korkusunun sezaryen kararlarına etkisi ile anne istemi ile sezaryene bakış arasında istatistik olarak anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4.86). Hekimlerin anne istemli sezaryen hakkındaki düşünceleri dava edilme sayısı ile farklılık göstermemiştir (Tablo 4.87).

Bununla birlikte çalışma sonuçları hastaların vaginal ve sezaryen doğumun fayda ve riskleri hakkında yeterli bilgiye sahip olmadıklarını göstermektedir. Hekimlerin %81'i hastaların doğum tercihlerinde vaginal doğum ve sezaryen doğum ile ilgili bilgi düzeylerini "yetersiz" ve "çoğunlukla yetersiz" olarak değerlendirmişlerdir (Tablo 4.91). Ancak sezaryen doğuma özerklik ilkesi açısından bakıldığında hekimlerin yine de anne istemini dikkate aldıkları, hastaların bilgi düzeylerindeki yetersizlik durumunda hastayı bilgilendirdikten sonra doğum şekli tercihlerine saygı duydukları ve isteklerini gerçekleştirme yönünde karar verdikleri anlaşılmaktadır. Bu durum hastaların vaginal doğumdan uzaklaşarak sezaryen doğum talebinde bulunmasına sebep olan endişelerin erken gebelikten itibaren giderilmesine yönelik eğitimlerine büyük önem verilmesi gereğine işaret etmektedir.

Çalışma sonuçları her ne kadar yasalar uygun olmasa da anne istemli sezaryenin hekimler tarafından gittikçe artan oranda hasta özerkliği kapsamında etik bulunduğunu göstermektedir. Sezaryen doğumun uzun tarihi incelendiğinde, sezaryenin kendisi de dâhil olmak üzere uygulanması ile ilgili her adım öncelikle büyük bir tepki ile karşılanmış, yoğun etik tartışmaların konusu olmuştur. Fakat zaman içinde artan bilgi ve tecrübe ile birlikte toplumsal kabul oluşmuş, yasal düzenlemeler etik kabulü takip etmiştir. Nitekim günümüz ders kitaplarında anne istemi sezaryen doğumun medikal endikasyonlarıarasında yer almaya başlamıştır (102, 167).

5.1.4. Medikal Endikasyonlar

Kadın doğum hekimlerinin sezaryen doğum kararı vermelerinin temel sebebi medikal endikasyonlardır. Bir tıbbi müdahalenin hukuka uygunluğundan bahsedebilmenin temel şartı kuşkusuz müdahale için endikasyon (tıbbi zorunluluk) koşulunun varlığıdır. Böylece etik olarak zarar vermeme ve faydalı olma prensipleri de yasal olarak koruma altına alınmış olmaktadır (15).

Kadın doğum meslek örgütleri hâlihazırda sezaryen ile doğumun kesin olarak yararını gösteren kanıtlar bulunmadığını belirterek tıbbi nedenler olmaksızın yapılan sezaryen ameliyatını etik bulmamakta, anne ve bebeğe zarar vermek olarak değerlendirmektedir (4).

Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organization) ise 1985 yılından itibaren tüm toplumlar için kabul edilebilir sezaryen oranını %15 olarak belirlemiş ve bu oranın üzerindeki sezaryen uygulamalarının anne bebek mortalite ve morbidite oranları üzerine etkisi olmadığını belirterek, sezaryenle doğumu sadece tıbbi nedenlerden dolayı gerekli olduğunda anne ve bebeğin hayatının kurtarılması için yapılmasını önermiştir.

Hukuki olarak ise; Anayasa'nın 17/2. maddesindeki,

"Tıbbi zorunluluklar dışında kişinin vücut bütünlüğüne dokunulamaz";

Hasta Hakları Yönetmeliği'nin 12. maddesindeki;

"Teşhis, tedavi veya korunma maksadı olmaksızın, ölüme veya hayati tehlikeye yol açabilecek veya vücut bütünlüğünü ihlal edebilecek veya akli veya bedeni mukavemeti azaltabilecek hiçbir şey yapılamaz ve talep de edilemez." ve

Umumi Hıfzıssıhha Kanunu'nun 153. maddesine eklenen

"G*ebe veya rahmindeki bebek için tıbbi zorunluluk bulunması halinde doğum sezaryen ameliyatı ile yaptırılabilir"*

ifadeleri ile sezaryen ameliyatının meşruluğu tıbbi zorunluluk hali oluşmasına bağlanmıştır.

Bununla birlikte sezaryenin tarihçesinden de anlaşılacağı üzere "tıbbi zorunluluklar" uzun tarihi süreç içerisinde sabit olmayıp sürekli değişiklik göstermiştir. On dokuzuncu yüzyıldan önce ölü veya ölmekte olan anneye bebeğin hayatını kurtarmak amacıyla son çare olarak yapılan sezaryen, anestezinin ve antiseptiklerin bulunmasıyla teknik olarak gelişmiş ve fetal anomaliler, ileri derecede dar pelvisler, doğum yolunun tümör veya skar dokusuyla kapalı olması gibi vaginal doğumun imkânsız olduğu durumlarda anne ve bebek hayatını kurtaran bir operasyon olmuştur. Yirminci yüzyılın başında kan gruplarının bulunması ve güvenli kan nakilleriyle birlikte sezaryen doğumun güvenilirliği artmış, vaginal doğum ile sezaryen doğum arasındaki mortalite ve morbidite farkı azalmıştır. Bu durum zamanla ileri derecede dar pelvise ve vaginal doğumu engelleyen fetal anomalilere ek olarak plasenta previa, dekolman plasenta gibi kanamanın yüksek olduğu durumlarda da sezaryenin tercih edilmesine sebep olmuştur. 1960'lara gelindiğinde ise anestezinin ve antibiyotiklerin yaygın kullanımıyla sezaryen doğum ve vaginal doğum arasındaki mortalite ve morbidite farkı daha da azalmış, böylece makat, ikiz, iri bebek, baş pelvis uygunsuzluğu gibi müdahaleli vaginal

doğum gerektirebilecek birçok riskli durumda sezaryen doğum vaginal doğuma alternatif olmaya başlamıştır. Yine 1960'da fetal kalp atımlarının kaydını sağlayan NST'nin (non-stres test) kullanıma girmesiyle, güven vermeyen fetal kalp atım kayıtları da zaman içinde tıbbi endikasyon olarak kabul edilir olmuş ve nihayet günümüzde büyük etik tartışmalara sebep olan anne istemli sezaryen medikal endikasyonlar arasında yerini almaya başlamıştır (102, 167).

Müdahaleli vaginal doğum gerektiren durumlarda sezaryen doğumun daha güvenli olduğu düşüncesi 2000 yılındaki term makat çalışmasıyla başlamıştır. Bu çalışma makat doğumda planlı sezaryen doğumun tecrübeli kadın doğum hekimleri tarafından gerçekleştirilen planlı vaginal doğuma kıyasla daha güvenli olduğu yönünde bulgularını yayınlamıştır (168, 169).

Bu görüşe sezaryen doğumun makat prezantasyonunda vaginal doğuma göre daha güvenli olduğu algısının gerçekçi temellere dayanmadığı yönünde çalışmalarla karşı çıkılmıştır (170, 171, 172).

Ancak term makat çalışmasının etkisi büyük olmuş, bu çalışmadan sonra makat prezantasyonunda doğum yaklaşımı önemli oranda değişmiş ve makat doğumda sezaryen tercih edilir olmuştur. Aynı durum ikinci ikiz eşinin makat gelmesi durumunda da geçerlidir. Bu tercih sezaryen oranlarındaki yükselmeden sorumlu tutulmuştur (167).

Günümüz klinik uygulamasında ise vaginal doğum ve sezaryen doğum yönetim rehberleri ve ders kitaplarında makat ve diğer prezantasyon anomalileri ve çoğul gebelikler kesin olmamakla birlikte hastanın özelliklerine göre bireyselleştirilerek sezaryen endikasyonları arasında sayılmaktadır. Ayrıca geçirilmiş sezaryen ve diğer uterin cerrahiler de sezaryen endikasyonları arasında yer almaktadır. Ek olarak zaman içinde toplumun demografik yapısında meydana gelen değişimlerle birlikte ilk gebelik yaşının yükselmesi, ilerleyen yaşla ek sistemik hastalıkların artması, yardımla üreme tekniklerinin gelişmesiyle beraber bu yöntemlere bağlı risklerin ve gebelik komplikasyonlarının artması ile sezaryen endikasyonları da artmıştır (2). Bu durumda Dünya Sağlık Örgütü'nün 1985 yılında %15 olarak önerdiği kabul edilebilir sezaryen oranının günümüz şartlarında uygulanabilirliği konusunda endişeler mevcuttur. Zira çalışmaya katılan hekimlerin %71'i önerilen sezaryen oranlarını günümüz şartlarında gerçekçi bulmamaktadır (Tablo 4.97). Hekimlerin %36,5'u %35-40 sezaryen oranını gerçekçi bulurken, %24'ü %30-35 sezaryen oranlarının gerçekçi olduğunu düşünmektedir (Tablo 4.98). Hekimlerin sezaryen güvenliği hakkındaki düşünceleri

ile günümüz şartlarında ideal sezaryen oranları hakkındaki düşünceleri arasında istatistik olarak anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4.99).

Vaginal doğum yönetim rehberlerinde müdahaleli doğum yaptıracak hekimin komplikasyon yönetiminde tecrübeli olması özellikle vurgulanmaktadır (2). Ancak çalışmada sezaryen doğum oranlarının yükselmesi, vaginal doğum oranlarının düşmesi ile birlikte özellikle son on yılda asistan eğitiminde müdahaleli vaginal doğum pratiğinin azaldığı tespit edilmiştir. Mülakata katılan genç hekimler asistanlık eğitiminde müdahaleli doğum gerektiren durumlarda sezaryen doğumun tercih edildiğini, komplikasyonlara müdahale edecek yeterli donanımda olmadıkları için sezaryen doğumu daha güvenli bulduklarını ve uyguladıklarını belirtmişlerdir.

Sezaryen doğumun vaginal doğumun güvenle tamamlanmasının mümkün olmadığı veya vaginal doğum ile birlikte maternal ve/veya fetal morbidite ve mortalitede belirgin artış riski olduğunda uygulanması tavsiye edilmekle beraber, doğumun öngörülemez doğası belirsizliğin artmaya başladığı durumlarda hekimleri sezaryen ile doğuma yönlendirmektedir. Çalışmaya katılan hekimlerin %45'i kendilerini sezaryen doğumda daha güvende hissettiklerini belirtmişlerdir (Tablo 4.27). Özellikle komplike doğumlarda hekimlerin doğum şekli tercihleri ile kendilerini güvende hissettikleri doğum şekli arasındaki ilişkiler istatistik olarak anlamlı bulunmuştur (Tablo 4.42, Tablo 4.51, Tablo 4.60, Tablo 4.69). Çalışmada hekimlerin %45,5'i sezaryen doğumu hem anne hem bebek için daha güvenli bulurken %30,25'i bebek için daha güvenli bulduğunu ifade etmiştir (Tablo 4.92). Özellikle komplike doğumlarda hekimlerin doğum tercihleri ile sezaryen güvenliği hakkındaki düşünceleri arasında istatistik olarak anlamlı bir ilişki olduğu gözlemlenmiştir (Tablo 4.41, Tablo 4.50, Tablo 4.59, Tablo 4.68). Hekimlerin sezaryen doğumun güvenliği hakkındaki düşünceleri ile dava edilme korkusunun sezaryen kararına etkisi arasında istatistik olarak anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4.95). Hekimlerin sezaryen doğumun güvenliği ile ilgili düşünceleri dava edilme sayısına göre farklılık göstermemiştir (Tablo 4.96).

Hekimlerin sezaryen doğum tercihinin temelinde anne ve bebek için daha güvenli olduğu düşüncesi etik açıdan değerlendirildiğinde temel etik ilkeler olan yararlı olma ve zarar vermeme prensipleri ile örtüşmektedir. Hekimlerin kendilerini daha güvende hissettikleri sezaryen doğuma yönlenmeleri ise vaginal doğum tecrübesinin azalmasıyla birlikte değerlendirildiğinde yine yararlı olma ve zarar vermeme prensipleri açısından anlaşılır bir yönelimdir. Ancak hekimlerin sezaryen doğumu anne ve bebek için daha güvenli bulmaları ve

kendilerini sezaryen doğumda daha güvende hissetmelerinin altında yatan sebepler arasında, günümüzde sezaryen doğumun güvenliğinin yükselmesine ek olarak, hekimlerin medikolegal kaygılar sebebiyle riskli doğumlardan kaçınmaları ve bu eğilimin sonucunda vaginal doğum pratiğinin azaldığı göz önüne alındığında, bu yönelimin tersine çevrilmesini sağlayacak önlemlerin alınmasına yönelik çalışmalar önem kazanmaktadır.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Ülkemizde her iki doğumdan biri sezaryen ile olmaktadır. Yüksek sezaryen oranlarını düşürmek amacıyla geliştirilen ulusal sağlık politikaları arasında vaginal doğumu özendirici gebe eğitimlerinin verilmesi, hastanelerin fiziki şartlarının vaginal doğumu özendirecek şekilde hazırlanması, vaginal doğum performans puanları arttırılırken sezaryen doğum puanlarının düşürülmesi, vaginal doğum oranı yüksek hekimlerin ödüllendirilmesi ve sezaryen oranı yüksek hekimlerin eğitime tabi tutulmaları şeklinde uygulamalar gündeme gelmiştir. Fakat bütün bu çabalara rağmen istenen başarı sağlanamamıştır. Bu çalışma kadın doğum hekimlerinin sezaryen doğum karar verme süreçlerinin yakından incelenmesinin sezaryen yüksekliğinin altında yatan sebeplerin değerlendirilebilmesine katkı sağlayacağı düşünülerek planlanmıştır.

Yüksek sezaryen oranları sebebiyle kadın doğum hekimleri temel etik ilkeler olan yararlı olma ve zarar vermeme açısından birçok eleştiriye maruz kalmakla birlikte yakından incelendiğinde bu yüksekliğin temelde karar verme sürecinde yaşanan birçok etik ve yasal çelişkinin üzerinde yükselen bir sonuç olduğu görülmektedir.

Ülkemizde sezaryen kararı verme süreci etik ve yasal açıdan çok katmanlı ve çok aşamalı karmaşık bir süreç olup sezaryen oranlarının yüksekliği ise bu çok boyutlu karar verme mekanizmasının reel sayısal sonucudur. Zira sezaryen kararını hekim veriyor görünmekle birlikte içinde bulunduğu ve bir parçası olduğu sağlık sistemi yapılanması, yargı sisteminin işleyişi, hasta hekim arasındaki güven ilişkisi, sağlık harcamaları gibi birçok etmen tarafından şekillendirilmektedir. Bu faktörlerin hepsi birbiri ile sıkı ilişki içinde, her biri bir diğerinin sebebi ya da sonucu şeklinde iç içe geçmiş olup birbirinden bağımsız incelemek mümkün değildir. Hekimlerin etik karar verme süreçlerine etki eden sebepleri bulup çözümlemek ise sadece hekimleri değil tüm sağlık yapılanmasını ilgilendiren çok boyutlu bir süreçtir.

Kadın doğum hekimlerinin günlük uygulamalarında etik yükümlülükleri ve yasal düzenlemeler arasında karar vermekte zorlandıkları durumların başında malpraktisle cezalandırılma korkusu gelmektedir. Hekimler yargılama sürecinin ve yüksek tazminat miktarlarının olumsuz etkilerinden korunmak amacıyla vaginal doğum takip sürecinde

belirsizliğin oluştuğu ve riskin artmaya başladığı durumlarda sezaryen doğuma yönelmektedirler. Bu yönelimin reel sonucu sezaryen oranlarının artması ve vaginal doğum tecrübesinin zamanla azalıp kaybolmasıdır. Uzun vadede ise ülkemizde kadın doğum hekimlerinin sayısının azalması, hasta yararının ve sağlık hizmet kalitesinin düşmesidir.

Hastaların sağlık hizmeti alma sürecinde uğradıkları zararların telafi edilmesi sosyal devlet anlayışının temel hedeflerindendir. Mevcut hukuk sisteminin malpraktis davalarına adapte edilmesiyle uğranılan zarar telafi edilmeye çalışılmakta fakat sağlık hizmetinin çok boyutlu ve ihtisas gerektiren yapısı nedeniyle birçok güçlükle karşılaşılmaktadır. Ayrıca sağlık hizmeti alma sürecinde uğranılan zararın telafisinin tek kaynağının hekim mesleki sorumluluk sigortası olması hekimlerin zenginleşmek amaçlı suistimal edilmesine sebep olarak dava sayısını arttırmaktadır. Bu durum hekimlerde yargıya olan güveni azaltarak sezaryen kararlarının artmasıyla sonuçlanmaktadır.

Bu yönelimi azaltabilmek amacıyla öncelikle hekim, hasta, yargı ve kişiler arasındaki güven ortamının tesis edilmesi temel hedef olmalıdır. Ayrıca ülkemizde tıbbi kötü uygulama davaları için özel bir yasal düzenlemenin gerekliliği tüm yönleri ile tartışılmalıdır. Zira çalışma boyunca sık sık atıf yapılan Tababet ve Şuabat'ı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun, Umumi Hıfzıssıhha Kanunu, Nüfus Planlaması Hakkında Kanun, Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi ve Hasta Hakları Yönetmeliği genel yasal çerçeveyi çiziyor ve temel etik ilkeler ile uyum içinde görünüyorsa da uygulama Borçlar Kanunu, Ceza Kanunu ve Kamu Hukuku ilkelerine göre olmakta, bu durum etik ilkeler ile derin çelişkilere sebep olarak etik ilkelerin uygulanmasını güçleştirmektedir. Bu güçlüğün ortadan kaldırılmasına yönelik bir yasal düzenlemenin öncelikli hedefi malpraktis oluşumuna sebep olan faktörlerin bulunup düzeltilmesi ve böylece hastaların sağlık hizmeti sürecinde zarara uğrama ihtimalinin en aza indirilmesi olmalıdır. Ancak zararın oluşması durumunda yargı öncesinde ön inceleme ile zarar mahkemeye gitmeden telafi edilebilmelidir. Davaya dönüşmesi durumunda ise ihtisas mahkemeleri kurularak tıp hukukuna özel uzman hukukçular tarafından davaların incelenmesi hekimlerin güveninin yeniden tesis edilmesi yönünden önemlidir. Zararın telafi edilmesi noktasında ise tek kaynağın hekim sigortası olmaması hekimlerin suistimal edilmesinin önüne geçerek dava sayısını azaltacaktır. Bu önlemlerle yargının da yükü azalacak, yargılama süreci kısalacak ve sürecin yarattığı olumsuz etkiler en aza indirilecektir. Ayrıca zararın telafi edilmesine yönelik tazminat miktarlarında, ihtiyacı karşılayacak ancak zenginleşme amaçlı

kötüye kullanımının da önüne geçilmesini sağlayacak yasal düzenlemelerin yapılması kaçınılmazdır.

Kadın doğum hekimlerinin etik yükümlülükleri ve yasal düzenlemeler arasında karar vermekte zorlandıkları ikinci durum hasta ve hasta yakınlarının baskısıdır. Bu baskının altında yatan temel sebep ise geleneksel hekim hasta ilişkisindeki güven unsurunun yok olmasıdır. Güven unsurunun ortadan kalkmasıyla ve sağlığın hak olarak algılanmasıyla birlikte hasta artık hekimine güvenememekte, vaginal doğum sürecinde önlenemez bir durumu kabullenememekte ve bu durumdan hekimi sorumlu tutmaktadır. Özellikle günümüzde ilk gebelik yaşının yükselmesi ve yardımcı üreme tekniklerinin yoğun kullanımı ile birlikte zor elde edilen gebelikler artmış, bu durum hasta ve yakınını en ufak bir riski göze alamaz duruma getirmiştir. Hasta hakları bağlamında sağlığın bir hak olarak algılanması ve vaginal doğum sürecinde önlenemez bir komplikasyonun bir dava veya fiziksel şiddete dönüşebilme ihtimalini gösteren bir endişe, ima, sözlü veya fiziksel tehdit kadın doğum hekimlerinin sezaryen kararı vermelerine sebep olmaktadır. Sezaryen doğumun da kendine özgü riskleri olmakla birlikte kısa dönemde hasta ve yakınını rahatlatmakta ve hekim üzerindeki baskıyı azaltmaktadır. Bu durumun sezaryen kararları üzerindeki etkisini azaltabilmek amacıyla hekim ve hasta arasındaki güvene dayalı ilişki yeniden tesis edilmeli, hekimlerin güven içinde çalışabilecekleri ortamlar oluşturulmalı ve yasal düzenlemelerle korunmalıdır. Bu amaçla yoğun bir eğitim planı hazırlanmalı ve toplumun her kesiminde uygulanmalıdır. Toplumun bilinçlendirilmesi uzun süreli sonuçları hedeflemekle birlikte ülkemizde sağlıklı nesillerin yetiştirilmesi açısından zaruridir.

Hekimlerin etik hukuk çatışması yaşadıkları üçüncü konu anne istemli sezaryendir. Ülkemizde her ne kadar mevcut yasal düzenlemeler anne istemli sezaryen için uygun değilse de annenin kendi doğum şeklini seçmesinin hasta özerkliği bağlamında bir insan hakkı olduğu düşüncesi toplumda yayılmakta ve hekimler tarafından da karşılık bulmaktadır. Önceleri şiddetle karşı çıkılan bu uygulama zamanla kabul edilebilir olmaya, meslek örgütleri bu konuda tavsiyelerde bulunmaya ve tıp kitaplarında sezaryen endikasyonları arasında yerini almaya başlamıştır. Bununla beraber sezaryen isteminin altında yatan sebep ağırlıklı olarak ağrı ve sezaryenin daha güvenli olduğu düşüncesi olması bakımından toplumun bilinçlendirilmesine yönelik eğitim programlarına ağırlık verilmelidir. Bu konuda Sağlık Bakanlığı'nın gebelere yönelik eğitiminin yanı sıra ilk eğitim yaşlarından itibaren tüm topluma yaygınlaştırılması amaç olmalıdır.

Son olarakbir tıbbi müdahalenin hukuka uygunluğunun ilk şartı olan tıbbi gereklilikler hekimlerin en çok etik hukuk çatışması yaşadığı alanlardan biri olarak tespit edilmiştir. Medikal endikasyon olarak tanımlanan tıbbi gereklilikler tarih boyunca sabit olmamış, tıbbi gelişmelerdeki süreklilik ile beraber çeşitlenerek artmıştır. Bu noktada sezaryen doğumun vaginal doğuma oranla en azından kısa vadede daha güvenli olduğu düşüncesinin hekimler arasında yaygın kabul görmesi önemli rol oynamaktadır. Özellikle müdahale gerektiren durumlarda hekimler yaygın olarak sezaryen doğumu daha güvenli bulmakta ve uygulamaktadırlar. Burada hasta güvenliği ile hekimin dava edilme ihtimaline karşı güvenliğinin iç içe geçmiş olması göz ardı edilmemelidir. Yine vaginal doğum tecrübesinin giderek azalması ve yerinin artan sezaryen doğum tecrübesi ile doldurulmasının sezaryen doğumu daha güvenli hale getirdiği gerçeği ülkemizde kadın doğum hekimliğinin geleceği yönünden üzerinde önemle durulması gereken bir konudur.

Çalışmada kadın doğum hekimlerinin günlük klinik uygulamalarında etik hukuk çatışması yaşadıkları konular tespit edilmeye ve bu çatışmaların sezaryen doğum karar sürecine etkileri incelenmeye çalışılmıştır. Kuşkusuz konu sağlık ve yargı sistemi yapılanması ve insan karar verme mekanizması gibi çok faktörlü ve çok katmanlı oldukça karmaşık süreçlerin incelenmesini gerektirdiğinden tüm boyutlarıyla eksiksiz bir değerlendirme olmaktan uzaktır. Bu eksikliğin giderilmesi amacıyla hekimlerin etik ve yasal sorumlulukları arasındaki çatışmaları en aza indirmeye yönelik çok boyutlu çalışmalara ihtiyaç bulunmaktadır.

KAYNAKLAR

(1) Cunningham, F.G.Leveno, K.J.Bloom, S.L., Hauth, J.C., Rouse, D.J., Spong, D.J., 2013, *Williams Obstetrik*, 23 Basım, Nobel Tıp Kitapevleri. İstanbul. ss:544-564.

(2) T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. *Doğum ve Sezaryen Eylemi Yönetim Rehberi.* Ankara. 2010.Erişim Tarihi: 05.02.2022.https://kalite.saglik.gov.tr/Eklenti/6407/0/dogum-ve-sezaryen-eylemi-yonetim-rehberi.

(3) T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2019. Ankara. 2021. Erişim Tarihi:05.02.2022.https://sbsgm.saglik.gov.tr/Eklenti/40564/0/saglik-istatistikleri-yilligi-2019.

(4) FigoKomitesiÜreme ve Kadın Sağlığında Etik Görüşler Çalışması. *Tıbbi Olmayan Nedenlerle Yapılan Sezaryen Doğumlarla İlgili etik Görüşler.* Londra. 1998. 69-70. Erişim Tarihi. https://www.tjod.org/wp-content/uploads/2012/12/etik_konular_fibo_komitesi.

(5) Beauchamp, T., Childress, J., 2017, *Biyomedikal Etik Prensipleri*, Çev. Temel MK. Betim. İstanbul Üniversitesi Yayınları. İstanbul.

(6) Sert G., 2019, *Hasta Hakları,* Seçkin Yayınevi. Ankara.

(7) Sarı N., 2007, *Tıp Etiğinin Tanımı ve Gereği,* Tıp Tarihi ve Tıp Etiği Ders Kitabı. İçinde: Sarı, N., (ed.) İstanbul Üniversitesi Yayınları, ISBN: 978-975-404-791-2, İstanbul, ss. 239-249.

(8) Beksaç, M.S., Çakar, M,, Erdinç, A.S., Şenocak, Z., 2004, *Gebelik Takibinde Prenatal Tarama ve Antenatal Bakım : Etik ve Yasal Boyut,* Doğum Hekimliği; Maternal-Fetal Tıp'ta Etik ve Yasal Boyut, İçinde: Beksaç M.S., (ed.), Bölüm 17, Medical Network, Ankara, ISBN: 975-98690-0-4, ss:186-199.

(9) Sert, G., 2020, *Tıp Hukuku ve Etiği Derslerine Giriş*, Seçkin Yayınları, Ankara, ISBN: 978-975-02-6405-4.

(10) Yıldırım, G., Kadıoğlu, S., 2007, Etik ve tıp etiği temel kavramları, *C.Ü. Tıp Fakültesi Dergisi,* 29(2): 7-12.

(11) Oğuz, N.Y., 2001, *Felsefi Yaklaşımların Işığında Klinik Etiğe Giriş*, Klinik Etik, İçinde: Oğuz N.Y., Elçioğlu, Ö., Doğan, H., (ed), Bölüm 1, Nobel Tıp Kitapevleri, İstanbul, ISBN:975-420-048-3.

(12) Oğuz, Y., 2001, Etik etik dedikleri. *Gizem*, ss: 16-18.

(13) Ülman, Y.I., 2010, Etik, biyoetik, hukuk: Temel kavramlar ve yaklaşımlar, *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 1 (1), ss:1-4.

(14) Kılıçoğlu, A., 1996, Hekimin hukuksal sorumluluğu, *T.Klin. J. Med. Ethics*, 4, ss:9-11.

(15) Hakeri, H., 2018, *Tıp Hukuku*, 13. Baskı, Seçkin Yayıncılık, Ankara, ISBN: 978-975-02-4675-3.

(16) Katoğlu,T., 2006, Türk hukukunun bir parçası olarak Avrupa Konseyi İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesi, *Ankara Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi,* Cilt:55, Sayı:1, ss:157-192.

(17) İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesi Kanun Sayı.5013.Kabul tarihi:03.12.2003. *Resmi Gazete*: 20.04.2004. Sayı:25439. Erişim Tarihi:05.02.2022, https://www5.tbmm.gov.tr/kanunlar/k5013.

(18) T.C. Anayasası. Kanun Sayısı: 2709.Kabul Tarihi:18.10.1982.*Resmi Gazete*:09.11.1982.Sayı:17863 (Mükerrer).Tertip:5 Cilt:22 Sayfa:3. Erişim Tarihi:05.02.2022, https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=2709&MevzuatTur=1&MevzuatTertip=5

(19) Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun. Kanun Numarası: 1219. Kabul Tarihi: 04.04.1928. *Resmi Gazete*:14.04.1928. Sayı: 863. Tertip:3. Cilt:9. Sayfa:126. Erişim Tarihi: 05.02.2022, https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.3.1219.

(20) Umumi Hıfzıssıhha Kanunu. Kanun Numarası: 1593. Kabul Tarihi: 24.04.1930. *Resmi Gazete*: 06.05.1930. Sayı:1489. Tertip:3. Cilt 11. Sayfa:143. Erişim Tarihi:05.02.2022, https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuatmetin/1.3.1593.

(21) Devlet Memurları Kanunu. Kanun Numarası: 657. Kabul Tarihi: 14.07.1965.*Resmi Gazete*: 23.07.1965. Sayı:12056. Tertip:5. Cilt:4. Sayfa:3044. Erişim Tarihi:05.02.02022, https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuatmetin/1.5.657.

(22) Nüfus Planlaması Hakkında Kanun. Kanun Numarası:2827.Kabul Tarihi: 24.05.1983. *Resmi Gazete*:27.05.1983. Sayı:18059.Tertip:5. Cilt:22.Sayfa:352. Erişim Tarihi: 05.02. 2022, https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.2827.

(23) Türk Tabipleri Birliği Kanunu. Kanun Numarası:6023. Kabul Tarihi:23.01.1953.*Resmi Gazete*:31.01.1953.Sayı:8323.Tertip:3. Cilt:34. Sayfa:374.ErişimTarihi:05.022022,https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.3.6023.

(24) Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi. *Resmi Gazete*: 19.02.1960. sayı:10436. Tertip:3. Cilt:41. Sayfa:164. Bakanlar Kurulu Karar tarihi: 13.01.1960. No: 4/ 12578. Dayandığı Kanun: 6023. Tarih: 23.01.1953. Erişim Tarihi: 05.02.2022, https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/2.3.412578.

(25) Hasta Hakları Yönetmeliği. Resmi Gazete: 01.08.1998. Sayı: 23420. Erişim Tarihi:05.022022,https://www.mevzuat.gov.tr/File/GeneratePdf?mevzuatNo=4847&mevzuatTur=KurumVeKurulusYonetmeligi&mevzuatTertip=5

(26) Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği. *Resmi Gazete:* 13.01.1983.Sayı:17927.ErişimTarihi:05.02.2022,https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=85319&MevzuatTur=3&MevzuatTertip=5

(27) Türk Tabipler Birliği. *Hekimlik Meslek Etiği Kuralları*. 1999. Erişim Tarihi:05.02.2022,https://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com_content&id=65

(28) Burcu, E., Şenocak, Z., 2004, *Gebe Kadın- Hekim İlişkisinin Sosyolojik ve Hukuki Boyutları,* Doğum Hekimliği; Maternal-Fetal Tıp'ta Etik ve Yasal Boyut, İçinde: Beksaç M.S., (ed.), Bölüm:1, Medical Network, Ankara, ISBN:975-98690-0-4.

(29) Aküzüm, U., 2018, Danıştay kararları ışığında tıbbi uygulama hataları, *Tıp Hukuku Dergisi,* Sayı:13, ss.71-90.

(30) Özel, K.C., 2018, Etik ve etik-hukuk arasındaki ilişki, *TAAD,* Sayı:33, ss:685-708.

(31) Karakoç, Y., 2012, Hukuk etik ilişkisi. *HFSA*, 24, ss:91-95.

(32) Tuncer, P., 2018, Tıbbi etik ve hukuk, *TheJournal of AcademicSocialScience,* Sayı:76, ss:166-192.

(33) Üstün, Ç., 2009, Tıpta etiğin yerini belirlemek, *Sağlık Hukuku Digestası,* Ankara Barosu Yayınları, Sayı:1, ss:115-118.

(34) Williams, J.R., 2015, Dünya Tabipler Birliği, *Dünya Tabipler Birliği Tıp Etiği El Kitabı*, Çev: Murat Civaner, Türk Tabipler Birliği Yayınları, ISBN: 978-605-9665-17-9.

(35) Pribilla, O., 2018, *Hukuk ile Etik Arasında Hekim*, Tıbbın Gündelik Yaşamında Etik, İçinde: Engelhardt D.V. (ed.), 3. Basım, Nobel Tıp Kitapevleri, İstanbul, ISBN:978-605-335-379-9, S ss:323-336.

(36) Oğuz, N.Y., 1995, Klinik uygulamada hekim hasta ilişkisi,*TKlin Tıbbi Etik,* 2 (3):59-65.

(37) The World MedicalAssosiation. Declaration of Geneva. 1948. Switzerland. Erişim Tarihi: 05.02.2022.https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-geneva/.

(38) Sert, G., Görkey, Ş., 2017, *MedicalLaw in Turkey,*WoltersKluwer, Netherlands, ISBN: 978-90-654-4943-6.

(39) Öcal, Ş.A., 2004, *Hekimin Hukuki Sorumluluğu,* Doğum Hekimliği; Maternal-Fetal Tıp'ta Etik ve Yasal Boyut, İçinde: Beksaç M.S. (ed), Bölüm:5, Medical Network, Ankara, ISBN: 975-98690-0-4.

(40) Gülşen, R., 2012, Hekimin malpraktisten kaynaklanan cezai sorumluluğu, *Tıp Hukuku Dergisi*, Cilt:1, Sayı:1, ss:43-67.

(41) Türk Ceza Kanunu. *Resmi Gazete*: 12.10.2004. Sayı: 25611. Kanun No:5237, Kabul Tarihi: 26.09.2004. Tertip:5 Cilt:43. Erişim Tarihi: 05 02 2022.https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuatmetin/1.5.5237.

(42) Hakeri, H., 2014, Tıp hukukunda malpraktis ve komplikasyon ayrımı,*Toraks Cerrahisi Bülteni Tıp Etiği- Tıp Hukuku,* c:5, s:1, ss:23-28.

(43) Çokar, M., 2009, Türkiye'de malpraktis konusunda yasal düzenleme girişimleri, *TürkiyeBiyoetik Derneği e- Bülteni,* Sayı:19, ss: 7-16. Erişim Tarihi:03.02.2022,https://biyoetik.org.tr/wpcontent/uploads/2019/09/bulten19.pdf

(44) Çınarlı, S., 2013, Amerika Birleşik Devletleri'nde defansif tıbbın hukuki boyutu ve çözüm önerileri, *Leges Kamu Hukuku Dergisi*, Sayı:4, ss:11-24.

(45) Duvan, A.Ö., 2019, Bireyselbaşvurukararlarında makul sürede yargılanma hakkı, *Ankara Üni. Hukuk Fak. Dergisi,* 68 (1) : 287-336.

(46) Kaşıkara, M.S., 2009, Makul süre içerisinde yargılanma hakkı, *TBB Dergisi*, Sayı:84, ss:231- 259.

(47) Turan, H., *2009,* Adil yargılanma hakkının İnsan Hakları Avrupa Sözleşmesi'ndeki Yeri ve Önemi, *TBB Dergisi*, Sayı:84, ss: 213-230.

(48) Uğrak, U., 2019, *HekimlerinTıbbiHataAlgıveTutumlarıileMalpraktisKorkularıArasındakiİlişkininDeğerlendirilmesi,* DoktoraTezi, HacettepeÜniversitesiSosyalBilimlerEnstitüsü. Ankara

(49) Top, M., Gider, Ö., Taş, Y., Çimen, S., 2008, Hekimlerintıbbihatalaranedenolanfaktörlereilişkindeğerlendirmeleri: KocaeliİlindenBir Alan Çalışması, *HacettepeSağlıkİdaresiDergisi,* Cilt:11, Sayı:2, ss:161-199.

(50) Northcott, H., Vanderheyden, L., Northcott, J., Adair, C., Morrison, M.C., Norton, P., Cowell, J., 2008, Perceptions of preventable medical errors in Alberta, Canada. *İnt J QualHealthCare*, 20(2):115-22.

(51) Flotta, D., Rizza, P., Bianco, A., 2012, Patient safety and medical errors: Knowledge, attitudes and behavior among Italian Hospital physicians, *International Journal for Quality in Health Care,* Vol:24, No:3,258-265.

(52) Menachemi, N., Richard, M.S., O'Conner, S.J., Berner, E.S., Allison, J.J., 2005, Perceptions of medical errors by internal medicine residents development and validation of a new scale, *Quality Management in Health Care*, Vol:14, Iss:3, pp:144-154.

(53) Canatan, H., Erdoğan, A. , Yılmaz, S., 2015, Hastanelerdeyapılantıbbihatalarıntürlerivenedenleriüzerinebiraraştırma: İstanbul ilindeözelbirhastaneileilgilianketçalışmasıvekonuyailişkinçözümönerileri, *SağlıkAkademisiDergisi,* Cilt: 2, Sayı:2.

(54) Saatçıoğlı, O.C., 2009, ABD veJaponya'dakiözelhukukuygulamalarındatıbbimalpraktisolgusu, *SağlıkHukukuDigestası*, Ankara BarosuYayınları, Sayı:1 ss:190-208.

(55) World Medical Association statement on medical malpractice. 1992. Spain.ErişimTarihi: 05.02 2022. https://www.wma.net/policies-post/world-medical-association-statement-on-medical-malpractice/

(56) Tümer, A., Akçan, R., Karacaoğlu, E., 2011, Ülkemizdevedünyadakiörnekleriilehekimmeslekisorumluluksigortasisteminindeğerlendirilmesi, *HacettepeTıpDergisi,* Vol:42, ss.34-41.

(57) Odabaşı, AB., Tümer, A.R., 2006, Çekinik (defansif) hekimlik; yeniTürkCezaKanunu'nunuygulanmaaşamasındatoplumubekleyentehlike, *SürekliTıpEğitimiDegisi,*Cilt: 15. Sayı:4. ss:55-59.

(58) Şenocak, C.Y., 2013, *Ülkemizde 30 Temmuz 2010 TarihindeYürürlüğeGirenTıbbiKötüUygulamayaİlişkinZorunlu Mali SorumlulukSigortası'nınTıpEtiğiveHukukuAçısındanİncelenmesi,* İ.Ü. SağlıkBilimleriEnstitüsüTıpTarihiveEtikAnabilimDalıYayınlanmamışYüksekLisansTezi, İstanbul.

(59) Yalçın, H., Şahin, A., 2017, Sorumluluk hukuku ve tıbbi kötü uygulamaya ilişkin zorunlu mesleki sorumluluk sigortası: Türkiye üzerine bir uygulama,*Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi,*26(2): 45-56.

(60) Aynacı, Y., 2008, *HekimlerdeDefansif (Çekinik) TıpUygulamalarınınAraştırılması,* TıptaUzmanlıkTezi, SelçukÜniversitesiMeramTıpfakültesiAdliTıpAnabilimDalı, Konya.

(61) Küçük, M., 2018, Defensive medicine among obstetricians and gynaecologists in Turkey, *J ObstetGynaecol*, 38(2): 200-205.

(62) Selçuk, M., 2015,*Çekinik (Defansif) Tıp*, İzmir ÜniversitesiSosyalBilimlerEnstitüsüSağlıkHukukuYüksekLisansTezi, İzmir.

(63) Toraman, A., Çarıkçı, İ.H., 2019, Defansiftıbbınnedenlerininhekimgözüyledeğerlendirilmesi, *SüleymanDemirelÜniversitesiVizyonerDergisi*, Cilt:10. Sayı:23, ss:40-51.

(64) Sungur, C., 2019, Hekimlerdetıbbihatasuçlamalarınakarşısavunmacıtıpdavranışları, *HacettepeSağlıkİdaresi Dergisi.*2019, 22(1): 191-206.

(65) Yeşiltaş, A., 2018, Malpraktissebep mi sonuç mu? *TheJournal of AcademicSocialScience* ,Sayı: 74, ss: 486-500.

(66) Şahin, B., Alcalı, Ö., 2020, Defansiftıpkavramıvedefansiftıbbiuygulamalarınhekiminhukukisorumluluğukapsamın dadeğerlendirilmesi, *TürkiyeAdaletAkademisiDergisi,* Sayı:41, ss: 483-510.

(67) Civaner, M., Yürür, K., Pala, K., 2011, *SağlıkAlanında "HizmetKaynaklıZarar": Hekimler Ne Diyor?* TürkTabiplerBirliğiYayınları, Ankara. ISBN:978-605-5867-46-1.

(68) Ersoy, L.V., 2014, Tıbbimalpraktis. *TürkToraksCerrahisiBülteni,* 5(1), ss:29-32.

(69) Frakes, M., 2012, Defensive medicine and obstetric practices, *Journal of Empirical Legal Studies,* 9(3):457-481.

(70) Kalantari, F., Saeidimehr, S., Rahim, F., 2012, Medical specialties at high risk of litigation in Iran, 1991-2011: A systematic review of 24 stıdies, *J. Med. Sci*, (8):248-255.

(71) Zhu, L., Li, L., Lang, J., 2018, The attitudes towards defensive medicine among physicians of obstetrics and gynaecology in China: A questionnaire survey in a National Congress, *British Medical Journal*, 8(2):1-7.

(72) Thirumoorthy, T., 2016, Defensive medicine: The need of reimagination of our medical litigation program, *SMA CMEP-HEALTH LAW*, 16-17.

(73) Tussing, A.D., Wojtowycz, M.A., 1997, Malpractice, defensive medicine and obstetric behavior, *Medical Care*, 35(2):172-191.

(74) Ionescu, C.A., Dimitriu, M., Poenaru,E., 2019, Defencive caesarean section: A reality and a recommended health care improvement for Romanian obstetrics, *J. Eval Clin Pract*, 25:111-116.

(75) Ali, A., Moawia, E., Yasir, E., 2016, Concept of defensive medicine and litigation among Sudanese doctors working in obstetrics and gynaecology, *BMC Med Ethics*, 17:12.

(76) Low, J.i 2009, Caesarean section: Past and present, *JOGC*, Vol:31,Iss:12, pp:1131-1136.

(77) Sewel, J.E., 1993, Cesarean section: A brief history. National Library of Medicine. ErişimTarihi: 03.02.2022, https://www.nlm.nih.gov/exhibition/cesarean/part1.html

(78) Young, JH., 1942, *Caesarean section: The History and Development of The Operation From Earliest Times, Phd Thesis,* Ediburgh University.

(79) Boss, J., 1961, The antiquity of caesarean section with maternal survival: The Jewish Tradition, *Med. Hist*, 5:117-130.

(80) Bayat, A.H., 2016, *TıpTarihi,*ZeytinburnuBelediyesi, İstanbul, ISBN:978-975-00024-4-1.

(81) Abu-Rayha-n Muhammad al-Biruni, *Al Athar al-Baqiyah al-'Qunin al-Khaliyah,* Edinburgh University Library, MS No:161, EdinburgUniversity Library.

(82) Naqvi, NH., 1986, Caesarean section in early Islamic literature, *Saudi Medical Journal*, 7(1):21-25.

(83) Felkin, R.W., 1884, Notes on Labour in Central Africa, *Edin. Med. J.*, ss:922-30.

(84) Baskett, T.F., 2010, *François Rousset and the first text on caesarean section. Caesarean Birth: The work on François Rousset in Renaissance France,* A New Treatise on Hysterotomotokie or Caesarean Childbirth. In: Baskett T.F., (ed), Preface, London. ErişimTarihi: 04.02.2022, https://doi.org/10.1017/CBO9781107784765.

(85) Parey, A., 1678, *The Works of Famous Chirurgeon*, London, pp:560-561.

(86) Guillimeau, J., 1612, Childbirth or The Happy Deliverie of Women, London, pp:185-188.

(87) Sperry, F.P., 1996, Thehysterotomokie or caesarean birth of Francis Rousset, *Hist. Sci. Med*, 30(2):259-68.

(88) Leavitt, J.W., 1983, Science enters the birthing room: Obstetrics in America since eighteen century, *The Journal of American History*, Vol:70, No:2, pp: 281-304.

(89) Ellis, H., 2010, The early days of caesarean section, *J PerioperPract*, Vol:20, Iss:5, pp:183-4.

(90) Dunn, P., 2001, Dr. John Burton of York and his obstetric treatise, *Fetal and Neonatal edition*, 84 (1):74-6.

(91) Smellie, W., 1752, A Treatise on The Theory and Practise of Midwifery. pp:375-379.

(92) Osborn, W., 1792, *Essays on The Practise of Midwifery in Natural and Difficult Labour*, pp:187-199.

(93) Churchill, F., 1860, *On The Theory and Practice Midwifery*, 4. Edition. Philadelphia, pp:613-628.

(94) Peleg, D., Burke, Y.Z., Solt, I., 2018, The history of the low transvers caesarean section: The pivotal role of Munro Kerr, *IMAJ*, Vol: 20.

(95) Wolf, J., 2017, Risk and reputation: Obstetricians, cesareans and consent, *Journal of The History of Medicine and AlliedSciences*, Vol:73, No:1, pp:7-28.

(96) Ronan, C.A., 1983, *BilimTarihi, DünyaKültürlerindeBiliminTarihiveGelişmesi,* Çev: İhsanoğlu, E., Günergun, F., 4. Baskı, TübitakYayınları, Ankara.

(97) Todman, D., 2007, Max Sanger: 1853-1903: An historical note on uterine sutures in caesarean section, *The Intetnet Journal of Gynecology and Obstetrics*, Vol:10, No:1.Erişim Tarihi: 01.02.2022. https://www.semanticscholar.org/paper/Max-S%C3%A4nger-(1853-1903)%3A-An-Historical-Note-on-in-Todman/c83372d6215f197022794e87cfc3136bd934b643

(98) Erlend, H., 2003, Max Sanger: Father of the modern caesarean section, *GynecolObstet Invest*, 55:127-129.

(99) Jellet, H., 1927, The abuse of caesarean section, *The British Medical Journal*, Vol:2, No:3479, pp:451-455.

(100) Zaffiri, L., Gardner, J., Toledo-Pereyra, L.H., 2012, History of antibiotics from salvarsan to cephalosporins, *Journal of Investigative Surgery*, 25:67-77.

(101) Dölen, İ., Gökçü, M., Şuğle, MA., 2004, *SezaryenveEtik,* DoğumHekimliği; Maternal-Fetal Tıp'taEtikveYasalBoyut, İçinde:Beksaç M.S., (ed), Bölüm: 24, Medical Network, Ankara, ISBN: 975-98690-0-4.

(102) Cunningham, F.G., Leveno, K.J., Bloom, S.L., Hauth, J.C., Rouse, D.J., Spong, D.J., 2015, *Williams Obstetrik*, 24. Basım, İstanbul, ss:587-608.

(103) Franks, P., Williams, G., Zwanziger, J., 2000, Why do physicians vary so widely in their referral rates? *Journal of General Internal Medicine*, 15(3):163-168.

(104) Fiscella, K., Franks, P., Zwanziger,J., 2000, Risk aversion and costs, *Journal of Family Ptactice*, 49(1):14-18.

(105) Benbassat,J., Pilpel,D., 2001, Physicians attitudes toward litigation and defensive practice: Development of a scale, *Behavioral Medicine*, Vol:27, pp:52-60.

(106) Katz, D.A., Williams, G.C., Brown, R.L., 2005, Emergency physicians fear of malpractice in evaluating patients with possible acute cardiac ischemia, *Annals of Emergency Medicine*, 46(6);525-533.

(107) Reed, D.A., Windish, D.M., Levine, R.B., 2008, Do fears of malpractice litigation influence teaching behaviors? *Teaching and Learning in Medicine*, 20(3):205-211.

(108) Reschovsky, J.D., Saiontz- Martinez, C.B., 2018, Malpractice claim fears and the costs of treating medicare patients: A new approach to estimating the costs of defensive medicine, *Health Services Research*, 53(3).

(109) Kırtışoğlu, M., 2018, *Yargıtayda 2010-2017 YıllarıArasındaKararaBağlananHatalıTıbbiUygulama (Malpraktis) DavaKararlarınınDeğerlendirilmesi,* UzmanlıkTezi, ÇukurovaÜniversitesiTıpFakültesiAdliTıpAnabilimDalı, Adana.

(110) Can, İ.Ö., Özkara, E., 2011, Yargıtay'dakararabağlanantıbbiuygulamahatasıdosyalarınındeğerlendirilmesi, *DEÜ TıpFakültesiDergisi*, Cilt 25, Sayı 2, ss: 69 – 76.

(111) AmericanCollege of ObstetriciansandGynocologists: *CopingWiththeStress of Medical Professional LiabilityLitigation.*CommitteeOpnion No: 551, 2013. ErişimTarihi: 05.02.2022. https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/committee-

opinion/articles/2013/01/coping-with-the-stress-of-medical-professional-liability-litigation

(112) Shwayder, J.M., 2007, Liability in high risk obstetrics, *ObstetGynecol Clin North Am*, 34:617-625.

(113) Minkoff, H., 2012, Fear of litigation and cesarean section rates, *Seminar Perinatol*, Review.

(114) Institute of Medicine, 1989, *Medical professional Liability and The Delivery of Obstetrical Care.* Vol:1. National Academy Press. Washington DC, pp:72-79.

(115) Tümer, A.R., 2002, *1995-2000 YıllarıArasındaYüksekSağlıkŞurasıTarafındanDeğerlendirilenCerrahiVakalarınınKomplikasyonveMalraktisYönündenAraştırılması,* YüksekLisansTezi.

(116) Luu, S., Patel, P., St-Martin, L., Leung, A.S., Regehr, G., Murnaghan, M.L., 2012, Waking up the next morning: Surgeon's emotional reactions toadvers events, *Med Educ*, 46(12):1179-88.

(117) Shurtz, I., 2013, The Impact of medical errors on physician behavior: Evidence from malpractice litigation, *J Health Econ*, 32(2).

(118) O'Beirne, M., Sterling, P., Palacios-Derflingher, L., Hohman, S., Zwicker, K., 2012, Emotional impact of patient safety incidents on family physicians and their office staff, *J Am Board Fam Med*, 25(2).

(119) de Boer, J., Lok, A., Van'tVerlaat, E., Duivenvoorden, H.J., Bakker, A.B., Smit, B.J., 2011, Work related critical incidents in hospital based health care providers and the risk of posttraumatic stress symptoms, anxiety and depression: A metaanalysis, *Soc Sci Med*, 73(2):316-26.

(120) Cunningham, W., Wilson, H., 2011, Complaints, shame and defensive medicine, *BMJ Qual Saf*, 20:449-452.

(121) Cengiz, İ., Küçükay, A., 2019, Tıbbimalpraktis, tıbbimalpraktisinpsikolojikboyutlarıveözelhastanedeçalışanhekimintıbbimalpraktistendoğanhukukisorumluluğu, *TAAD*, Sayı:37.

(122) Charles, S.C., 2001, Coping with medical malpractice suit, *West J. Med*, Vol:174, pp: 55-58.

(123) Charles, S.C., Pyscoty, C.E., Nelson, A., 1988, Physicians on trial self reported reactions to malpractice trials, *West J Med*, pp:358-360.

(124) Elwahab, S., Doherty, E., 2014, What about doctors? The impact of medical errors, *The Surgeon*,Vol:12, pp:297-300.

(125) Dubay, L., Kaestner, R., Waidmann, T., 1999, The impact malpractice fears on cesarean section rates, *Journal of Health Economics*, 18(4):491-522.

(126) Carrier, E.R., Reschovsky,J.D., Mello, M.M.,2010, Physicians fears of malpractice lawsuits are not assuaged by tort reforms, *Health Affairs*, Vol:29, No:9.

(127) Yang, T., Mello, M.M., Subramanian, S.V., Studdert, D.M., 2009, Relationship between malpractice litigation pressure and rates of cesarean section and vaginal birth after cesarean section, *Med Care*, 47(2):234-242.

(128) Ushiro, S., Ragusa, A., Tartaglia, D.R., 2021, Lessons learned from the Japan obstetric compensation system for cerebral palsy: A novel system of data aggregation, investigation, amelioration and no fault compensation, *Textbook of Patient Safety and Clinical Risk Management*, pp:465-484.

(129) Ushiro, S., Suzuki, H., Ueda, S., 2019, Japan obstetric compensation system for cerebral palsy: Strategic system of data aggregation, investigation, amelioration and no fault compensation, *The Journal of Obstetrics and Gynecology Reseach*, Vol:45, Iss:3, pp:493-513.

(130) He, A.J., 2014, The doctor patient relationship, defensive medicine and overprescription in Chinese public hospitals: Evidence from a cross sectional survey in Shenzhen City. *Social Science&Medicine*, 123:64-71.

(131) Studdert, D.M., Yang, Y.T., Mello, M.M., 2009, Relationship between malpractice litigation pressure and rates caesarean section and vaginal birth after caesarean section, *Medical Care*, 47(2):234-242.

(132) Catino, M., 2011,Why do doctors practice defensive medicine? The side effects of medical litigation, *Safety Science Monitor,* 15(1):1-12.

(133) Jena, A.B., Seabury, S., 2011, Malpractice risk according to physician specialty, *The New England Journal of Medicine*, Vol:365, No:7, pp:629-636.

(134) Baicker, K., Wright, B.J., Olson, N.A., 2015, Reevaluating reports of defensive medicine, *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 40(6):1157-1177.

(135) Kessler, D.P., McCellan, M.B., 1998, The effects of malpractice pressure and liability reforms on physicians perceptions of medical care, *Law and Contemporary Problems*, Vol:60, Iss:1, pp:81-106.

(136) Studdert, D.M., Mello, M.M., Sage, W.M., Roches, C.M., Peugh, J., Zapert, K., 2005, Defensive medicine among high risk specialist physicians in a volatile malpractice environment, *Journal of The American Medical Association*, 293:2069-2617.

(137) Asher, E.D., Seidman, D.S., Greenberg, D.S., Kedem, A., Sheizaf, B., Reuveni, H., 2013, Defensive medicine among obstetrician and gynecologists in tertiary hospitals, *Plos One Journal*, 8(3):1-5.

(138) Baldwin, L.M., 1995, Defensive medicine and obstetrics, *JAMA*, 274:1606-1610.

(139) Localio, A.R., 1993, Relationship between malpractice claims and cesarean delivery, *JAMA*, 269:366-373.

(140) Sloan, F.A., Entman, S.S., Reilly, B.A., Glass, C.A., Hickson, G.B., Zhang, H.H., 1997, Tort liability and obstetricians care levels, *International Review of Law and Economics*, 17:245-260.

(141) Tussing, A.D., Wojtowycz, M.A., 1986, The cesarean decision in New York State, 1986: Economic and noneconomic aspects, *Medical Care*, 30:529-540.

(142) Rudey, E.L., Leal, M.C., Rego, G., 2021, Defensive medicine and cesarean sections in Brazil, *Medicine*, 100(1).

(143) The Office of Technology Assessment, *Defensive Medicine and Malpractice*, 1994, ErişimTarihi: 05.02.2022. https://ota.fas.org/reports/9405.

(144) Dymond, S., Dunsmoor, J.E., Vervliet, B., Roche, B., Hermans ,D., 2015, Fear generalization in humans: Systematic review and implication for anxiety disorder research, *Behavior Therapy*, 46(5):561-582.

(145) Blanchard, D.C., Blanchard, R.J., 2008, Defensive behaviors, fear and anxiety, *Handbook of Behavioral Neuroscience*, 17:63-79.

(146) De Ville, K.1998, Act first and look up the law afterward? Medical malpractice and the ethics of defensive medicine, *Theoretical Medicine and Bioethics*, 19:569-589.

(147) Mello, M.M., Carly, N.K., 2005, Effects of a professional liability crisis on residents practice decision, *Obstetrics and Gynecology*, Vol:105, No:6, pp:1287-1295.

(148) Wagner, M., 2000, Choosing caesarean section, *The Lancet*, Vol:356, pp:1677-80.

(149) Kristiansen, I.S., Forde, O.H., Aasland, O., 2001, Threats from patients and their effects on medical decision making: A cross sectional, randomised trial, *The Lancet*, 357(9264):1258-1261.

(150) Little, P., Dorward, M., Warner, G., 2004, İmportance of patient pressure and perceived pressure and perceived medical need for investigations, referral and prescribing in primary care, *BMJ Clinical Research*, 328 (7437):444.

(151) Donna, M., Gates, E.D., 2006, Violance against emergency department workers, *The Journal of Emergency Medicine*, Vol:31, Iss:3, pp:331-337.

(152) Ertong, G., 2011, *SağlıkSistemindeHekim Hasta İlişkisiveGüvenUnsuru,* DoktoraTezi, Ankara ÜniversitesiSosyalBilimlerEnstitüsüSosyolojiAnabilimDalı.

(153) ACOG Committee Opinion. No:761. Cesarean delivery on maternal request. Obstetrics&Gynecology.2019.Vol:133. No:1, pp: 73-77. ErişimTarihi: 05.02.2022.https://journals.lww.com/greenjournal/Fulltext/2019/01000/ACOG_Committee_Opinion_No__761__Cesarean_Delivery.52.aspx

(154) Romanis, E.C., 2019, Why the elective caesarean lottery is ethically impermissible?, *Health Care Analysis*, 27:249-268.

(155) Casella, C., Capasso, E., Bianco, C., 2020, Elective cesarean section on maternal request: Ethical and legal consideration, *Perinatal Journal*, 28(3):154-156.

(156) Nilstun, T., 2008, Caesarean delivery on maternal request: Can the ethical problem be solved by the principlist approaches? *BMC Medical Ethics*, 9:11

(157) Arıkan, D.C., Özer, A., Kıran, H., 2011, Türkish obstetricians personal preference for mode of delivery attitude toward cesarean delivery on maternal request, *Gynecology&Obstetrics*, 284,543-549.

(158) Çakmak, B., Arslan, S., Nacar, M.C., 2014, Kadınlarınisteğebağlısezaryenkonusundakigörüşleri, *FıratTıpDergisi*, 19: 122-5.

(159) Öner, S., Koçaş, F., 2016, Mersin'de 18-49 yaşarasıbirgrupkadındasezaryensıklığıveetkileyenfaktörler, *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 15(5):401-407.

(160) Karabulutlu, Ö., 2012, Kadınlarındoğumşeklitercihlerinietkileyenfaktörler, *İstanbul ÜniversitesiHemşirelikYüksekokuluDergisi,* 20(3), 210-218.

(161) Amu, O., Rajendran, S., 1998, Should doctors perform an elective caesarean section on request? Maternal choice alone should not determine method of delivery, *BMJ*, Vol:317;463-5.

(162) Patterson, B.S., 1998, Should doctors perform an elective caesarean section on request? Yes, as long as the women is fully informed, *BMJ*, 317:462-5.

(163) Al Mufti, R., Fisk, N.M. McCarthy, A., 1997, Survey of obstetricians personal preference and discretionary practice, *European Journal of Obstetric&Gynecology and Reproductive Biology*, Vol:73, Iss:1, pp:1-4.

(164) Patted, S., 2011, Caesarean section on maternal request, *Recent Research in Science and Technology*, 3(2), 100-101.

(165) Habiba, M., Gomez, M.M,.daFre, M., Kaminski, M., Marsal, K., Bleker, O., for the EUROBS Study Group, 2006, Cesarean section on request. A comparison of obstetricians attitudes in eight European countries, *Br J Obstet&Gynaeocol*, 113:647-56.

(166) Fuglenes, D., Qian, P. Kristiansen, IV., 2008, Obstetrician choise of cesarean delivery in ambiguous cases: Is it influenced by risk attitude or fear of complaints and litigation? *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 200(1):1-8.

(167) Gabbe ,S.G., Niebyl, J.R., Simpson, J.L., 2009, *Obstetrics Normal and Problem Pregnancies,* 5. Edition, SezaryenDoğum, ss: 486-520, ISBN: 978-0443069307.

(168) Golfier, F., Raudrant, D., 2001, Planned vaginal delivery versus elective cesarean section in singleton term breech presentation: A study of 1116 cases, *European Journal of Obstetrics&Gynecology and Reproductive Biology*, Vol:98, Iss:2, pp: 186-192.

(169) Hannah, M.E. Hannah, W.J., Hewson, S.A., Hodnett, E.D., Saigal, S., Willan, A.R., 2000, Planned caesarean section versus planned vaginal birth for breech presentation at term, *Lancet*, 356:1375-83.

(170) Irıon, O., Almagbaly, P.H., Morabia, A., 1998, Planned vaginal delivery versus elective cesarean section: A study of 705 singleton term breech presentation, *Br J Obstet&Gynecol*, 105:710.

(171) Brown, L., Karrison, T., Cibils, L., 1994, Mode of delivery and perinatal results in breech presentation, *Am J Obstet&Gynecol*, 171:28.

(172) Whyte, H., Hannah, M.E., Saigal, S. et all., 2004, Outcomes of children at 2 years after planned cesarean birth versus planned vaginal birth for breech presentation at term: The international randomized term breech trial, *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, *s*191,864-7.

EKLER

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU

Değerli Katılımcı;

Fatma Keskin tarafından yürütülen **"Marmara Bölgesi'ndeki Sezaryen Uygulamalarında Karşılaşılan Etik Hukuk Çatışmaları Üzerine Nitel ve Nicel Bir Değerlendirme"** başlıklı araştırmaya katılımınız istenmektedir. Bu araştırmanın amacı mevcut yasal düzenlemelerin kadın doğum hekimlerinin etik karar verme süreçlerine etkisini sezaryen uygulamaları üzerinden araştırmak ve kadın doğum hekimleri açısından yasal belirsizliklerin azaltılarak hem hastalar hem de hekimler için yasal açıdan güvenli bir çalışma ortamı oluşturacak çözüm önerileri sunmaktır.

Çalışmada yüz yüze görüşme tekniği kullanılacak olup yaklaşık bir saat olacak şekilde planlanmıştır. Herhangi bir bilgiyi atlamamak veya yanlış değerlendirmemek için izniniz dahilinde ses kaydı alınacak veya not tutulacaktır. Görüşme sonucunda elde edilen bilgiler doğrultusunda hazırlanacak bir anket çalışması ile daha fazla kadın doğum hekiminin çalışmaya katılması sağlanarak genellenebilir sonuçlara ulaşılmaya çalışılacaktır. Bu yüzden soruları içinizden geldiği gibi ve samimiyetle cevaplamanız önem arzetmektedir. Araştırmaya sizinle birlikte yaklaşık 20 kişi katılacaktır. Bu çalışmaya katılmak tamamen **gönüllülük** esasına dayanmaktadır. Çalışmanın amacına ulaşması için sizden beklenen, kimsenin baskısı veya telkini altında olmadan, size en uygun gelen cevapları içtenlikle vermenizdir. Bu formu okuyup onaylamanız, araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz anlamına gelecektir. Ancak, çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmayı bırakma hakkına da sahipsiniz. Bu çalışmadan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacak olup kişisel bilgileriniz **gizli tutulacaktır**; ancak verileriniz yayın amacı ile kullanılabilir. Eğer araştırmanın amacı ile ilgili verilen bu bilgiler dışında şimdi veya sonra daha fazla bilgiye ihtiyaç duyarsanız araştırmacıya şimdi sorabilir veya fatmakeskin2008@hotmail.com e-posta adresi ve 0532 761 22 17 numaralı telefondan ulaşabilirsiniz. Araştırma tamamlandığında genel/size özel sonuçların sizinle paylaşılmasını istiyorsanız lütfen araştırmacıya iletiniz.

İkinci bölüm: ***(Katılımcının/Hastanın Beyanı)***

Sayın Dr Fatma Keskin tarafından "Marmara Bölgesi'ndeki Sezaryen Uygulamalarında Karşılaşılan Etik Hukuk Çatışmaları Üzerine Nitel ve Nicel Bir Değerlendirme" isimli tıbbi bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya "katılımcı" (denek) olarak davet edildim.

Eğer bu araştırmaya katılırsam hekim ile aramda kalması gereken bana ait bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırasında da büyük özen ve saygı ile yaklaşılacağına inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin ihtimamla korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi.

Projenin yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilebilirim. (Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemin uygun olacağının bilincindeyim) Ayrıca tıbbi durumuma herhangi bir zarar verilmemesi koşuluyla araştırmacı tarafından araştırma dışı da tutulabilirim.

Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır.

İster doğrudan, ister dolaylı olsun araştırma uygulamasından kaynaklanan nedenlerle meydana gelebilecek herhangi bir sağlık sorununun ortaya çıkması halinde, her türlü tıbbi müdahalenin sağlanacağı konusunda gerekli güvence verildi. (Bu tıbbi müdahalelerle ilgili olarak da parasal bir yük altına girmeyeceğim).

Araştırma sırasında bir sağlık sorunu ile karşılaştığımda; herhangi bir saatte, Dr. Fatma Keskin'i, 0532 761 22 17 numaralı telefon ile veya fatmakeskin2008@hotmail.com e-mail adresinden arayabileceğini biliyorum.

Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun tıbbi bakımıma ve hekim ile olan ilişkime herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırma projesinde "katılımcı" (denek) olarak yer alma kararını aldım. Bu konuda yapılan daveti büyük bir memnuniyet ve gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

İmzalı bu form kâğıdının bir kopyası bana verilecektir.

GÖNÜLLÜ ONAY FORMU

Yukarıda gönüllüye araştırmadan önce verilmesi gereken bilgileri gösteren metni okudum. Bunlar hakkında bana yazılı ve sözlü açıklamalar yapıldı. Bu koşullarla söz konusu klinik araştırmaya kendi rızamla hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum. **Tarih**:

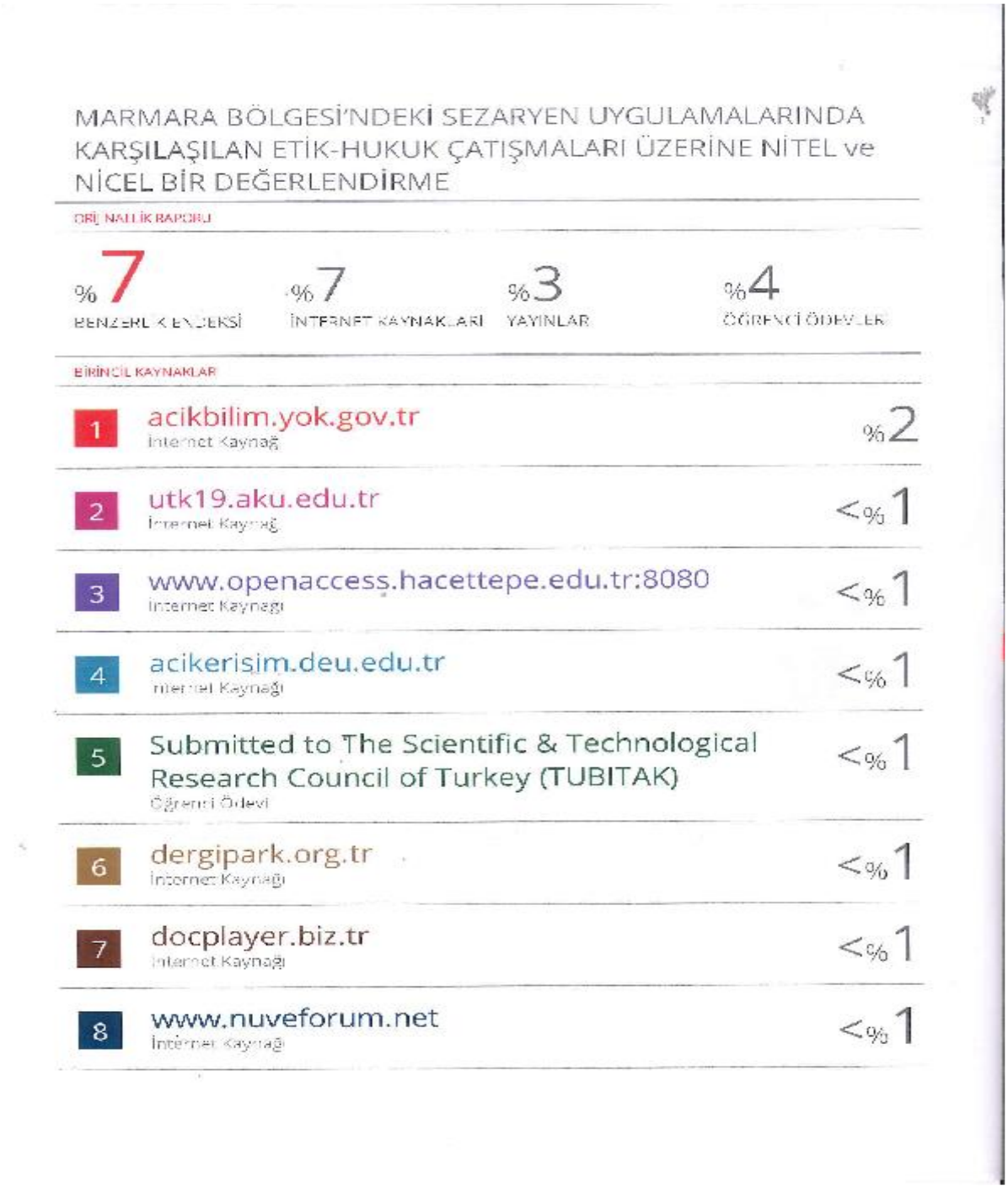
.....

Gönüllünün Adı-soyadı, İmzası, Adresi (varsa telefon no., faks no,...)

Velayet veya vesayet altında bulunanlar için veli veya vasinin Adı-soyadı, İmzası, Adresi (varsa telefon no., faks no,...)

Açıklamaları yapan **araştırmacının** Adı-soyadı, İmzası

İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI



MARMARA BÖLGESİ'NDEKİ SEZARYEN UYGULAMALARINDA KARŞILAŞILAN ETİK-HUKUK ÇATIŞMALARI ÜZERİNE NİTEL ve NİCEL BİR DEĞERLENDİRME

ORİJİNALLİK RAPORU

%7	%7	%3	%4
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1	acikbilim.yok.gov.tr İnternet Kaynağı	%2
2	utk19.aku.edu.tr İnternet Kaynağı	<%1
3	www.openaccess.hacettepe.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı	<%1
4	acikerisim.deu.edu.tr İnternet Kaynağı	<%1
5	Submitted to The Scientific & Technological Research Council of Turkey (TUBITAK) Öğrenci Ödevi	<%1
6	dergipark.org.tr İnternet Kaynağı	<%1
7	docplayer.biz.tr İnternet Kaynağı	<%1
8	www.nuveforum.net İnternet Kaynağı	<%1

ETİK KURUL İZİN YAZISI

Uyarı: Canlı denekler üzerinde yapılan tüm araştırmalar için Etik Kurul Belgesi alınması zorunludur.

☐**Etik Kurul izni gerekmektedir.**

☐**Etik Kurul izni gerekmemektedir.**

Fatma KESKİN
(İmza)

KURUM İZNİ YAZILARI

Uyarı: Canlı ve cansız deneklerle yapılan tüm çalışmalar için kurum izin belgelerinin eklenmesi zorunludur. Gizlilik ve mahremiyet içeren durumlarda kurum adı kapatılmalıdır.

☐**Kurum izni gerekmektedir.**

☐**Kurum izni gerekmemektedir.**

Öğrenci Adı SOYADI
(İmza)