

Biz burada her gün
“sağlık” üzerine
konuşuyoruz.
Tıklayın, siz de katılın!



SAĞLIK DÜŞÜNCESİ VE TIP KÜLTÜRÜ PLATFORMU

www.sdplatform.com

SD

KIŞ 2018
SAYI:45
ISSN: 1307-2358

TESA
TÜRKİYE EĞİTİM, SAĞLIK VE
ARAŞTIRMA VAKFI
ADINA SAHİBİ
Dr. Fahrettin Koca

SORUMLU YAZI İŞLERİ MÜDÜRÜ
Prof. Dr. Naci Karacaoğlu

YAYIN KURULU
Prof. Dr. Mustafa Altındış
Prof. Dr. Yüksel Altuntaş
Prof. Dr. Lütfü Hanoğlu
Yrd. Doç. Dr. İlker Köse
Prof. Dr. Fahri Ovalı
Dr. Bülent Özalp
Prof. Dr. Hanefi Özbek
Prof. Dr. Gürkan Öztürk
Prof. Dr. Mustafa Öztürk
Prof. Dr. Recep Öztürk
Prof. Dr. Haydar Sur
Prof. Dr. Muzafer Şeker
Prof. Dr. Akif Tan
Prof. Dr. Mustafa Taşdemir
Yrd. Doç. Dr. Mahmut Tokaç
* Soy isimlere göre alfabetik sırayla

YAYIN KOORDİNATÖRÜ
Ömer Çakkal

GÖRSEL YÖNETMEN
A. Selim Tuncer

GRAFİK TASARIM
Murat Çakır

YAPIM
Medicom

YÖNETİM ADRESİ
Koşuyolu Mah. Alidede Sk. Demirli Sitesi
A Blok No: 7 / 3 Kadıköy-İstanbul
Tel: 0216 681 53 66

BASKI
Ege Basım Ltd. Şti.
Esatpaşa Mah. Ziyapaşa Cad. No: 4
Ege Plaza Ataşehir / İstanbul
Tel: 0216 472 84 01

YAYIN TÜRÜ
Ulusal Süreli Yayın
SD'ye gönderilen makaleler, alıntı tespit
programı ithenticate'te tarandıktan sonra kabul
edilmektedir. Yazıların içeriğinden yazarları
sorumludur. Tanıtım için yapılacak kısa alıntılar
dışında, yayımcının yazılı izni olmaksızın hiçbir
yolla çoğaltılamaz.

WEB
www.sdplatform.com

E-POSTA
bilgi@sdplatform.com

Hayata güzel başlamak

“Doğum bir yönüyle hayatın başlangıcı olsa da diğer yönüyle ölümle meçhul bir tarihe randevulaşmaktır.” diyerek hayatı özetlemeye çalışıyordu bir önceki sayıda editör yazımız. Yer yüzündeki hayatı “doğum” ile başlatmak her nasılsa adet olmuş, genel bir kabul görmüştür. Oysa doğum görünür dünyamızda bile “rahim içi hayattan” “rahim dışı hayata” bir geçiştir; saklanan, korunan, bağımlı bir halden rüzgârlı, fırtınalı, riskli bir hale geçiş.... Kısacası doğum, gerçekte hayatın başlaması değil belki de devamıdır; ezelden ebede giden yolculukta bir kesit, belki de. Menzile yol veren izafi bir zamanda konup göçülecek bir anın, göz açıp kapayıncaya kadar geçen sürenin başlangıcıdır. Hayat denen serüvenimizin hangi evresine koyarsanız koyun, doğum bu yolculuğun en büyük durağı, en büyük kırılma anı ve en önemli safhasıdır. Bu önemli durağın en “doğal” şekilde geçilmesi ve etkisiyle kalan tüm ömrü etkileyebilecek olan olumsuzluklardan arındırılması, hepimizin ortak hedefi olmalıdır. Bu yükü omuzlamış olan anne ile insanoğlu varlığını geleceğe taşıyan yavrusuna hiçbir şekilde zararın dokunmamasıdır esas olan.

Doğum eski çağlardan beri tecrübeli kişilerin yardımıyla gerçekleştirilmiş, birçok tıbbi ve kültürel ritüele konu olmuştur. Ancak tıbbın ve teknolojinin gelişmesi ile birlikte doğumun da “medikalizasyonu” ortaya çıkmış, evde doğal olarak gerçekleştirilen eylem, sağlık merkezlerine, oradan doğumhanelere ve nihayet ameliyathanelere taşınmıştır. Bugün ülkemizde doğum 619.920 kodlu tıbbi bir girişimi ifade etmektedir.

Ancak her fizyolojik ya da girişimsel olay sırasında olduğu gibi doğum sırasında da bazı komplikasyonlar ve istenmeyen durumlar gelişebilir. Bu durumların önlenmesi ve tedavisinin

belirli bir tıbbi bilgi ve bakım gerektirdiği açıktır. Doğum her ne kadar fizyolojik ve doğal bir süreç kabul edilse de sürprizlerle dolu olduğu yadsınamaz. Böylesine kritik bir sürecin yönetilmesi de ancak tıbbi bilgi ve beceri ile mümkün olabilmektedir. Özellikle son yüz yıl içinde yapılan bilimsel araştırmalar ve teknolojik gelişmeler ile doğum sırasında meydana gelen komplikasyonların yönetiminde ciddi başarılar sağlanmış, buna paralel olarak gerek anne ölümlerinde ve sakatlıklarında gerekse bebek ölümleri ve sakatlıklarında ciddi iyileşmeler ortaya çıkmıştır.

Doğal olanla olmayanı ayırt edebilme, fizyolojik olanla patolojik olanın ayırdına varabilme, yolunda gitmeyen bir durumun tespiti halinde uygun şekilde “bilen” bir kişiden yardım almaktan daha tabii ne olabilir? Alışageldiğimiz, artı ve eksilerle bezenmiş, “ya hep ya hiç” veya “ya ben ya o” yaklaşımlarından uzaklaşarak sürece analitik bakabilmek, çözüm üretmemiz için daha faydalı değil mi? Zor durumlarda kurtarıcı olan sezaryen adı verilen cerrahi girişimin, normal bir doğum şekli olamayacağı bilinmesine rağmen tüm dünyada ve ülkemizde hala yüksek oranlarda yapılmakta olduğu bilinen bir vakıdır. Yapılan tüm uyarılara ve alınan tüm “önlemlere” rağmen giderek artması, üzerinde ciddi araştırmalar yapılması ve kök nedenlerin bulunması gereken bir husustur. Bu sorun tek bir kesimin ve grubun değil; kamu hastanelerinin, özel hastanelerin, üniversitelerin, kamu hekimlerinin, özel hekimlerin, tüm ebelerin, sosyal güvenlik kurumunun, özel sigorta şirketlerinin, sosyologların, hukukçuların,

ekonomistlerin ve çocuklu-çocuksuz, evli-bekar, kadın-erkek tüm toplumun ortak sorunudur.

Bilgi toplumunun gerektirdiği donanımına sahip olmak, yaptığımız işlerin profesyonel ilişki, uzman görüşü, örfi yaklaşım veya siyasi tercihlerden ziyade kanıtlanmış bilgiye dayalı olmasını gerektirir. Her konuda olduğu gibi kendimize ait çizgilerimizi bilmek hem anneler hem bebekler hem de toplum için en faydalı yaklaşım biçimi olacaktır.

Tabii ki doğum, ontolojik olduğu kadar kişisel ve toplumsal bir vakıdır ve toplumun tüm kesimlerini ilgilendirir. Toplumun doğurganlık hızına ve biçimine etki eden farklı sağlık ve nüfus politikaları olmaktadır. Bu politikalar ekonomik ve siyasal tercihlerle de yakın ilişki içindedir. Gerekçe ne olursa olsun, farklı coğrafyalarda, farklı kültürlerde ve farklı zamanlarda doğum alışkanlıklarına etki eden politikalar ve bunların etkisi farklı düzeylerde olmaktadır. Kısacası günümüz dünyasında doğumun medikalizasyonu kadar, ekonomik ve siyasal araç olması da söz konusudur.

Her ne kadar doğumu, ezelden ebede giden yolculukta bir kesit, menzile yol veren izafi bir zamanda konup göçülecek bir anın ve göz açıp kapayıncaya kadar geçen sürenin başlangıcı olarak ifade etmiş olsak da her doğum yeni bir telaş, yeni bir umut, yeni bir heyecan ve insanlığa yeni bir “hediye”dir. Hediyeğin en doğalını, en kusursuzunu, en güzelini istemek hakkımız olsa gerektir. Zira varlığımızın geleceğe aktarımının yegâne yolu budur.

İçindekiler

6

ÜREME SAĞLIĞI POLİTİKALARI
DR. AYŞE KARAHASANOĞLU

8

ÜÇ ÇOCUK: KENDİNİZ, EŞİNİZ VE ÜLKENİZ İÇİN
PROF. DR. SABAHATTİN AYDIN



12

(G)ÜÇ ÇOCUK POLİTİKASI
PROF. DR. MUSTAFA TAŞDEMİR - DR. ŞEYMA ARSLAN

14

DOĞUM KONTROLÜNÜN TARİHÇESİ VE ETİĞİ
YRD. DOÇ. DR. MAHMUT TOKAÇ

18

"DOĞUM KOÇLUĞU" MU?
SELİME SANCAR

22

DOĞUMDA KORKU
DR. EMİNE AYLİN ATAĞIR

24

DOĞUM FİZYOLOJİSİNE ELVERİŞLİ
DOĞUM ORTAMLARI
YRD. DOÇ. DR. FİLİZ OKUMUŞ

26

YENİ BİR YAKLAŞIM: MEDİPOL KADIN
DOĞUM VE ÇOCUK HASTANESİ
PROF. DR. GAZİ YİĞİTBAŞI

28

DOĞUM ŞEKLİNİN ERKEN VE GEÇ YAŞAM
ÜZERİNDEKİ ETKİLERİ
PROF. DR. FAHRİ OVALI

30

DOĞUM ŞEKLİNİN KADIN SAĞLIĞINA ETKİSİ
DR. NURCAN ARMAĞAN

32

DR. ODENT VE DOĞAL DOĞUMA DAİR
DR. ESRA ALBAYRAK



34

DR. MICHEL ODENT: KADINLARIN TEK BAŞLARINA
DOĞUM YAPMA YETİLERİ ELLERİNDEN ALINDI

38

GEBE OKULU
YRD. DOÇ. DR. FATMA COŞAR ÇETİN

40

ALTERNATİF DOĞUM YÖNTEMLERİ
YRD. DOÇ. DR. NAZENDE K. YILDIZ



44

SAĞLIĞIN BAŞI "ORGANİK DOĞUM"
PROF. DR. MUSTAFA ÖZTÜRK

46

GELENEKSEL TIP UYGULAMALARI
VE NORMAL DOĞUM
YRD. DOÇ. DR. NECLA ŞENGİL ÖZCAN

50

DÜNYADA NORMAL YOLLA VE SEZARYENLE DOĞUM
YRD. DOÇ. DR. ŞULE SELMAN

54

KANADA'DA DOĞAL DOĞUM MERKEZLERİ
DR. ASIYE YASEMİN BAYRAKTAR

56

EBELİK EĞİTİMİNDE KLİNİK UYGULAMA SORUNLARI
YRD. DOÇ. DR. ASIYE AYAR KOCATÜRK



60

DÜNYADA EBELİK MESLEĞİ VE EĞİTİMİ
DOÇ. DR. SEMA DERELİ YILMAZ
YASEMİN ERKAL AKSOY

64

GEBELİK TAKİBİ VE SAĞLIKLI GEBELİK
YRD. DOÇ. DR. SEVİL ŞAHİN

66

İSTANBUL'DAKİ İLK DOĞUMEVİ
(DEMİRKAPI VİLADETHANESİ)
PROF. DR. AYTEN ALTINTAŞ

68

PROF. DR. ASIM CENANİ: DÜRÜSTLÜK
HEKİMLİĞİN OLMAZSA OLMAZDIR



72

SAĞLIK SİSTEMLERİ (3): MEKSİKA
DR. ÖMER ATAÇ - PROF. DR. HAYDAR SUR

76

SIFIR ATIK YÖNETİMİ
PROF. DR. MUSTAFA ÖZTÜRK

78

BEŞİKTEN BEŞİĞE ATIK
YRD. DOÇ. DR. DUYGU ERTEN

82

ARTAN AŞI KARŞITLIĞI EĞİLİMİ;
NEDENLERİ VE SONUÇLARI
PROF. DR. MUSTAFA ALTINDİŞ
DR. HÜSEYİN HAYDAR KUTLU

88

TIPTA UZMANLIK EĞİTİMİNDE SORUNLAR
VE ÇÖZÜM ÖNERİLERİ
PROF. DR. RECEP ÖZTÜRK

94

SAĞLIK BİLİMİ VE SAĞLIK BİYOTEKNOLOJİSİ
İÇİN YENİ BİR UMUT; TÜRKİYE SAĞLIK
ENSTİTÜLERİ BAŞKANLIĞI (TÜSEB)
PROF. DR. H. FAHRETTİN KELEŞTEMUR

96

ORTA DOĞU İSLAM MEDENİYETİNDE
BİLİMİN DOĞUŞU
PROF. DR. TALİP ALP



100

İNSAN DÜŞÜNEN BİR KAMBRİYENDİR!
PROF. DR. AKİF TAN

104

KARİKATÜR
DR. ORHAN DOĞAN

Üreme sağlığı politikaları

Dr. Ayşe Karahasanoğlu



Elbistan' da doğdu. İlk ve orta öğrenimini doğduğu ilçede tamamladı. İstanbul Tıp Fakültesinden mezun oldu. İstanbul Beyoğlu İlçesinde Sağlık Ocağı Hekimi, Sorumlu Hekim ve İstanbul İl Sağlık Müdürlüğünde Danışman Hekim olarak çalıştı. Kadın Hastalıkları ve Doğum İhtisasını Süleymaniye Kadın Hastalıkları ve Doğum Eğitim ve Araştırma Hastanesinde yaptı. Üreme endokrinolojisi, üreme tıbbı, tüp bebek, normal doğum, SSVD, laparoskopik ve histeroskopik cerrahi Dr. Karahasanoğlu'nun özel ilgi ve çalışma alanlarıdır.

Ülkemizde, çok fazla ön planda olmasa da öteden beri politik gündemin bir parçasını nüfus artışı ve buna bağlı olarak çocuk sahibi olma oluşturmaktadır. Dünyadaki ve ülkemizdeki gelişmeler zaman zaman farklı yaklaşımların belirlenmesine ve değişik politikaların uygulanmasına sebep olsa da bugün üreme sağlığı, insan hakları ve ihtiyaçları kapsamında değerlendirilmekte olup gençlerin aile kurması, güvenli gebelik ve doğum ile sağlıklı çocuklara sahip olması teşvik edilmekte ve bunu destekleyen eğitim, organizasyon ve sağlık yatırımları yapılmaktadır.

Cumhuriyetin ilk yıllarında nüfus artışı her fırsatta teşvik edilerek bu hususta sosyal ve ekonomik tedbirler alınmış, kanuni düzenlemeler yapılmıştır. Bunların içinde; çok çocuklu ailelere getirilen vergi muafiyeti, hazineye ait tarlaların kendilerine bedelsiz verilmesi, merkezi yerlerde doğum evlerinin kurulması yanında en ilgi çekici teşviklerden biri 1930 yılında uygulamaya konulan "6 ve daha fazla çocuğa sahip kadınlara para ve madalya verilmesi" uygulamasıdır. Bu uygulamaların sebebi ise uzun yıllar birçok cephede savaştan ve işgale uğrayan yurdun müdafaası uğruna erkek nüfusun önemli oranda azalmasıdır. Kontrolsüz nüfus artışının kalkınmaya olumsuz etkisi olacağı istikametindeki inanış ve bunu takip eden sağlıkla ilgili kaygılar sebebiyle uluslararası destekli nüfus planlaması çalışmalarının uygulamaları ise ülkemizde 1960'lı yıllarda başlamıştır. Ekonomik kalkınmanın olumsuz etkilenmesini önlemek için uygulanmaya başlayan bu politika kapsamında; gebeliği önleyici araç ve ilaçların ithal edilmesini yasaklayan kanunlar değiştirilmiş bu

alandaki çalışmaların organizasyonu için kurumlar oluşturulmuştur. Ancak güncel ulusal politikalar en başında da belirtmiş olduğumuz gibi ne nüfusu artırmaya (Avrupa ülkelerinde olduğu gibi) ne de nüfusu azaltmaya (Çin ve Hindistan da olduğu gibi) yöneliktir. Ülkemizde uygulanan politika, üreme hakkını insan hakları kapsamında kabul etmekte ve bunu desteklemektedir. Bunun en kayda değer örneği ise infertil çiftler için üremeye yardımcı yöntem uygulamaları ile sağlıklı çocuklara sahip olmaları için verilen sosyal güvenlik desteği ve yapılan sağlık yatırımlarıdır.

Üreme sağlığına yönelik uygulanan politikaların ve bu doğrultudaki çalışmaların sonuç üzerindeki olumlu etkisi ise değerlendirmeye ve tartışmaya açıktır. Çünkü bu sayede; tüm vatandaşlarımızın yurt genelinde üreme sağlığı için ihtiyaç duydukları bilgi ve hizmetlere kolaylıkla ulaşabilmesi, özellikle gençlerin sağlıklı ve bilinçli cinsel davranış konusunda bilinçlendirilmesi, her gebeliğin istenen gebelik ve her doğumun sağlıklı ve güvenli doğum olmasının sağlanması gerekmektedir. Kadınların sağlık ihtiyaçları anne olarak ele alınmakta ve üreme işinin diğer öznesi olan erkek çoğu zaman ve çoğu yerde bu işin dışında sayılmaktadır. Oysaki üreme sağlığını olumsuz etkileyen birçok bulaşıcı hastalığın tespit ve tedavisi için erkeğin izlemi, korunma yöntemleri ve gebelikteki cinsellik gibi birçok konuda erkek bilinci son derece önemlidir.

Doğurganlık dönemi olan 15-49 yaş aralığında kadınların gebelik ve doğumla ilgili sağlık ihtiyaçlarından dolayı izlenmesi ve sağlık hizmeti verilmesi ise üreme sağlığı açısından vazgeçilmezdir. Çünkü bu dönemde yapılan izleme; Jinekolojik

hastalıklar ve cinsel yolla bulaşan hastalıklar erken teşhis edilerek tedavisinin sağlanması, infertil ailelere çocuk sahibi olmaları için geç kalmadan yardımcı olunması ve gebeliği erken dönemde tespit ederek gerekli tetkik ve kontrollerin zamanında yapılması gibi sayısız fayda sağlanır.

Ülkemizde birçok jinekolojik ve cinsel yolla bulaşan hastalıklar ne yazık ki gebeliğin ilerleyen dönemlerinde gebe muayenesi esnasında tespit edilmekte, infertil çiftlere yapılması gereken tüp bebek ve benzeri tedavilere çocuk sahibi olmanın imkânsız yakın zor olduğu ileri yaşlarda başlanmakta, şehirlerde gebeliğin yaklaşık ikinci ayında kırsal kesimde ise ortalama üçüncü ayında doktora başvurulmaktadır. Bu konuda kamu kurumları ve resmi sağlık kuruluşlarının çalışmaları yanında özel sağlık kuruluşlarına ve başta işin uzmanı olan hekimler olmak üzere tüm sağlık çalışanlarına büyük görev düşmektedir. Ülkemizde doğurganlık çağındaki kadınların yaşadığı ortamlar ve şartları birbirinden o kadar farklıdır ki bu kadar nitelikli bir hizmeti değil sıradan bir sağlık hizmetini dahi standart bir şekilde sunmak oldukça zordur. Kadının öğrenim durumu, mesleği, sosyal güvencesi gibi sosyodemografik özellikleri; ilk adet yaşı, ilk evlilik yaşı, ilk doğum yaşı gibi cinsel sağlık bilgileri; doğurganlık bilgileri; sigara ve alkol gibi alışkanlıkları tespit ve değerlendirmesiyle mevcut duruma göre yönlendirilmesi gerekir. Mesela, doğurganlık çağındaki eğitimli ve kariyer sahibi kadınların çocuk doğurmaya teşvik edilmesi yönündeki politikalar ve sağlık hizmetleri ile nüfusun daha nitelikli hale getirilmesi kolaylaştırılabilecektir. Bunun için yapılması gerekli yasal düzenlemeler ülkemizde yapılmış olmakla birlikte uygulamada



özel sektörün yaklaşımları ve kamudaki bürokrasi işi zorlaştırmaktadır.

Çalışan, eğitilmiş kadının çocuk sahibi olmak için teşviki hem gebelik hem doğum hem de sonrasında kullanılması gereken izinler ve çocuğun büyüme çağındaki evde bakım ve kreş ihtiyacı, sonrasındaki eğitim ve bakım giderleri sebebi ile kolay bir iş değildir. Tam da bu noktada, ilgi alanında olmayan için inanılması güç bir gerçeği ifade etmek gerekir. Bizde, kırsal bölgede yaşayan, tarım ve hayvancılıkla uğraşan yoksul insanlar için çocuk ekonomik bir değer olarak görülür ancak şehirde özellikle eşlerin ikisinin de çalıştığı ailelerde gelir düzeyi yükseldikçe durum değişir. Çünkü çocuk bakmanın maliyeti artar.

Yeni evlenen çiftlere evlilik öncesinde zorunlu olarak yaptırılan bazı testler yanında "doğurganlık check up'ı" yapılması ve üreme sağlığı konusunda etkili bir seminare katılmalarının sağlanması da olumlu sonuçlar verecektir. Üreme sağlığında gebeliğin planlı olması ise işin en önemli kısmıdır. Bu konuda çiftleri bilgilendirme konusundaki politikalar ve çalışmalar önemlidir. Çünkü gebelik öncesi sigara ve alkol gibi alışkanlıklar ile eşlerin sağlık durumu doğacak olan bebeğin de sağlık durumunu belirlemektedir. Kadının gebeliğe sağlıklı bir şekilde hazırlanması da gerekmektedir. Eğer varsa alkol ve sigara kullanımının bırakılması, obezite ve hipertansiyon gibi rahatsızlıkların kontrol altına alınması, kullanılan ilaçların gebeliğe etkisinin değerlendirilip düzenlenmesi de ancak gebeliğin planlı olması ile sağlanabilmektedir.

Dünya genelinde yaygın olarak uygulanmakta olan üreme politikalarına getirilen en önemli eleştiri ise bu politikaların

genelde doğum kontrolü ve gebeliğin sonlandırılması konularını düzenlemesi ve en çok bu hususların üzerinde durulmasıdır. Bunun yanında uygulanan politikalar çoğu zaman kadın üzerinde doğurganlığın sınırlandırılması sonucunu doğurmaktadır. Ülkemizde ise bize göre bu konudaki en önemli husus; kadınların zaman içinde artan oranda her sektörde istihdam edilmesine rağmen erkek, aile içindeki sorumluluğu paylaşmakta istekli davranmamaktadır. Erkeklerin aile içi sorumluluğu paylaşma noktasındaki çekincelerini veya isteksizliklerini ise iş sorumluluklarının ebeveynlik sorumluluklarından daha ağır basmasına bağlayabiliriz. Bu durumda çalışan kadın çocuk sahibi olmak noktasında ürkektir. Birden fazla çocuğa sahip olmak hele ki 3-4 kadın için büyük cesaret işidir.

İlk bakışta çalışan kentli kadının sorunu olarak görülen bu durumun, hızla artan kent nüfusu göz önüne alındığında çok daha genel bir sorun olduğu anlaşılabilmektedir. Bu durumda, ailelerin birden fazla çocuğa sahip olma noktasında motive edilmesi hatta Sayın Cumhurbaşkanımızın en az üç çocuk sahibi olma noktasında genç çiftleri daha nikâh aşamasında yüreklendirmesi politikaların makul bir nüfus artışı noktasında olduğunu göstermektedir. Bu politikanın, istenen sonucu vermesi uygulamaya ayrılan bütçenin yeterli düzeyde olmasına ve etkin kullanılmasına bağlıdır. Bütçenin miktarı doğal olarak merkezi bütçenin büyüklüğü ve bu hususa ayrılacak payla ilgilidir. Ancak ortak projeler kapsamında; yerel yönetimlerin, sivil toplum örgütlerinin ve özel sağlık kuruluşlarının da bu çalışmaların içinde olmasının sağlanması hem kaynak ihtiyacının karşılanmasında hem de hizmetin etkinliği açısından faydalı olacaktır. Gebelikte risklerin tespiti, düzenli

gebe takibi ve doğum; üreme sağlığının içinde değerlendirilmesi gereken diğer süreçlerdir. Bu konuda sevindirici olan; uygulanan üreme sağlığı politikalarının ve yaygınlaşan etkin ve kaliteli sağlık hizmetlerinin geldiği noktanın yurdumuzun birçok bölgesinde dünya standartlarına yaklaşmasıdır. Beklenen ve istenen ise bu konuda verilen hizmetin ve ulaşılan vatandaş bilinci seviyesinin yaygınlığının artırılması ile nihayetinde herkesin aynı kalitede ve kolaylıkla bu hizmetlerden faydalanmasıdır.

Kaynaklar

Aile Planlaması Kalite Araştırmaları Raporu. TC Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü- Management Sciences for Health (Türkiye Temsilciliği) Ağustos 2000

Comprehensive Counseling for Reproductive Health-Trainer's Manual. Engender Health@ 2003. Türkiye.

<https://www.engenderhealth.org/pubs/courses/index.php> (Erişim Tarihi: 19.11.2017)

Nüfus ve Kalkınma, Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansında Kabul Edilen Eylem Planı, Kahire, 5-13 Eylül 1994, Birleşmiş Milletler, Ankara, 1994, s.1, 8-12.

Türkyılmaz A.S., Koç İ. ve Yiğit E. (2009). "Ek B: Araştırma Tasarımı", Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 2008. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı ve TÜBİTAK, Ankara,

Ulusal Aile Planlaması Hizmet Rehberi. T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü Yayını, Ankara, Cilt 1, 2000.

Ulusoy M., Aliaga A. ve Hancıoğlu A. (1994). "Ek B: Araştırma Tasarımı, Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 1993. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Macro International Inc., Ankara, Türkiye.

Üç çocuk: Kendiniz, eşiniz ve ülkeniz için

Prof. Dr. Sabahattin Aydın



1959 yılında Bolu, Göynük'te doğdu. İlk öğrenimini İstanbul'da Şair Nedim İlkokulunda, orta öğrenimini Özel Darüşşafaka Lisesinde tamamladı. İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesinden 1985 yılında mezun oldu. Üroloji uzmanlığını Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesinde tamamladı (1992). Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı'nda, 1996 yılında doçent, 2003 yılında profesör oldu. 2001-2002 yıllarında İstanbul Büyükşehir Belediyesi Sağlık İşleri Müdürü olarak görev yaptı. 2006-2009 yıllarında Dünya Sağlık Örgütü İcra Kurulu üyesi olan Aydın, Sağlık Bakanlığı Müsteşar Yardımcılığı görevinde bulundu. Dr. Aydın, halen Medipol Üniversitesi Rektörü'dür.

Birinci çocuk kendiniz için, ikinci çocuk eşiniz için, üçüncü çocuk ülkeniz için." Bunun Japonlara ait bir söz olduğunu duymuştum. Bu sözün nakledildiği bir ortamda İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesinden emekli olan bir öğretim üyesi arkadaşımız, benzer sözü hocası Prof. Dr. Ekrem Kadri Unat'tan da duyduğundan bahsetti (1). Hocanın sözü ise şöyle: "Bir çocuk senin için, bir çocuk eşin için, bir çocuk vatan için, gerisi Allah kerim." Biraz araştırma yaptığımda, Avustralya Federal Hazine Bakanı Peter Costello'nun 2004 bütçe görüşmeleri sırasında ülkesindeki doğum hızından şikâyetle ettiği benzer sözlerine rastladım. "Eğer mümkünse çocuk yapmanız iyi bir şeydir. Yapmalısınız da; birini kocanız için, birini karınız için, birini de ülkeniz için" diyerek çağırda bulunmuş. Costello bu sözleriyle, ülkesindeki mevcut doğumların nüfusu koruyamamasından dolayı uygulanması planlanan nüfus politikasına dikkat çekmek istemiştir (2). İstatistiklere bakıldığında bu yaklaşımın; kadın başına doğan çocuk sayısı 1,4 olan Japonya için de, birçok Avrupa ülkesi için de gerekli olduğu anlaşılmaktadır.

Sayın Cumhurbaşkanımız Recep Tayyip Erdoğan'ın basında sıklıkla rastladığımız sözlerini sanırım duymuşsunuzdur. Katıldığı tüm nikâh merasimlerinde evlenen çiftte üç çocuk sahibi olmalarını tavsiye etmektedir. Bu tavsiyesini kamuoyunun ezberine bilmesini sağlayacak bir deyişle zenginleştirmiştir. Kendi anlatımıyla, Başbakanın Beypazarlı bir amcamız, "Başbakan evladına söyle, hep 'En az üç evlat' diyor. Onu şöyle anlatsın" demiş. "Bir olur garip olur; iki olur rakip olur; üç

olur denge olur; dört olur bereket olur; gerisi Allah kerim" (3).

Evlilikle beraber toplumun en küçük yapı taşı olan karı-kocadan müteşekkil bir aile oluşmaktadır. Bu ailenin nicel varlığını bir sonraki nesle aktarabilmesi, kendi yerlerini tutacak olan iki adet çocuğu yetişkin hale getirerek topluma kazandırmasına bağlıdır. Çocuğa sahip olmak anne ve babadan oluşan bir çekirdek aile için söz konusudur. Bu hususta kullanılan göstergeler doğrudan doğurgan çağındaki kadın sayısına izafe edilmektedir. Her ne kadar istatistiki hesaplamalar doğurgan çağındaki kadın üzerinden yapılmaktaysa da arka planında karı ve kocadan oluşan üretken bir aile varlığı kabul edilmektedir. Bu amaçla ölçüt olarak kullanılan "toplam doğurganlık hızı" aslında sadece kadına değil, anne ve babadan oluşan çiftte izafe edilen bir ölçü birimidir. Toplam doğurganlık hızı klasik tanımıyla, yaşa özgü doğum hızlarının doğurganlık dönemi boyunca sabit olduğu farz edilerek bir kadının bu dönemde sahip olduğu ortalama çocuk sayısını ifade eder. Daha basit bir ifadeyle söylersek, doğurganlık dönemi olarak kabul edilen 15-49 yaşları arasında bir kadının sahip olduğu ortalama çocuk sayısıdır. Toplam doğurganlık hızı, Avrupa ve bazı Asya ülkelerinde 1'in altına düşmüşken, Afrika ülkelerinde 7'nin üzerine çıkmış durumdadır.

Mevcut nüfusun karakterinin korunabilmesi, diğer bir ifadeyle, aile için sıfır nüfus artışının sürdürülebilmesi için ailenin belli sayıda çocuğa sahip olması gereklidir. Nüfusun mevcut karakterinin korunması, yani eksilenin yerine konması için kadınların sahip olması gereken ortalama

çocuk sayısına "replasman oranı" diğer bir ifadeyle karşılama veya "yerine koyma oranı" denmektedir. Gelişmiş ülkeler için yerine koyma oranı 2,1'dir. Her doğan çocuğun sağlıklı bir hayat sürerek büyü-yüp kendi çocuklarına sahip olmasının her zaman mümkün olmadığı ve arada çocuğu olmayanların da görülebileceği gerekçesiyle üretken nüfusa oranla %5'lik bir tamponlama hesabı yapıldığında çift başına 0,1 çocuk ilave edilmektedir. Bu yüzden çocuk ölümlerinin düşük olduğu gelişmiş ülkelerde yerine koyma oranı 2,1 olmaktadır. Nüfusun korunabilmesi için bu oranın sağlık göstergelerinin kötü olduğu, çocuk ve erişkin ölümlerinin fazla olduğu ülkelerde çok daha yüksek olması gerekmektedir.

Toplam doğurganlık hızının en yüksek olduğu ülkelere göz gezdirirsek, Nijer (6,6), Mali (5,9), Somali (5,9), Uganda (5,8) ve Afganistan (5,2) başı çekmektedir. Bütün dünya tek bir nüfus olarak değerlendirildiğinde 1970'li yıllarda 4,5 olan küresel toplam doğurganlık hızı günümüzde 2,5 olmuştur. 2020'li yıllarda 2,4 olması beklenmektedir. Günümüzde dikkat çekici olan ise dünyanın neredeyse yarısının (nüfusun %46'sı) doğurganlık hızının replasman oranının altında seyretmesidir (4). Düşük doğurganlık oranına sahip olanlar, Avrupa ve Kuzey Amerika'nın tamamı, bazı Asya ülkeleri ve Karayipler'dir. Dünya istatistiklerine göre, toplam doğurganlık hızının en düşük olduğu ülkelerin başında Singapur (0,8), Tayvan (1,1), Güney Kore (1,2), Bosna Hersek (1,2), Romanya (1,3) ve Polonya (1,3) gibi ülkeler gelmektedir (4). Avrupa Birliği'nin bütün olarak toplam doğurganlık hızı sadece 1,5'tur. Burada dikkatimi çeken bir hususu da belirtmek



isterim. CIA kaynaklarında İsrail'de toplam doğurganlık hızı 2,66 (2016 yılı tahmini) verilirken, Dünya Bankası kayıtlarında ve OECD tablolarında 3,1 (2015 yılı) olarak yer almaktadır. Hatta OECD tablosunda yer alan ülkeler arasında en yüksek doğurganlık hızına sahip olan ülkenin İsrail olduğu görülmektedir (5-7).

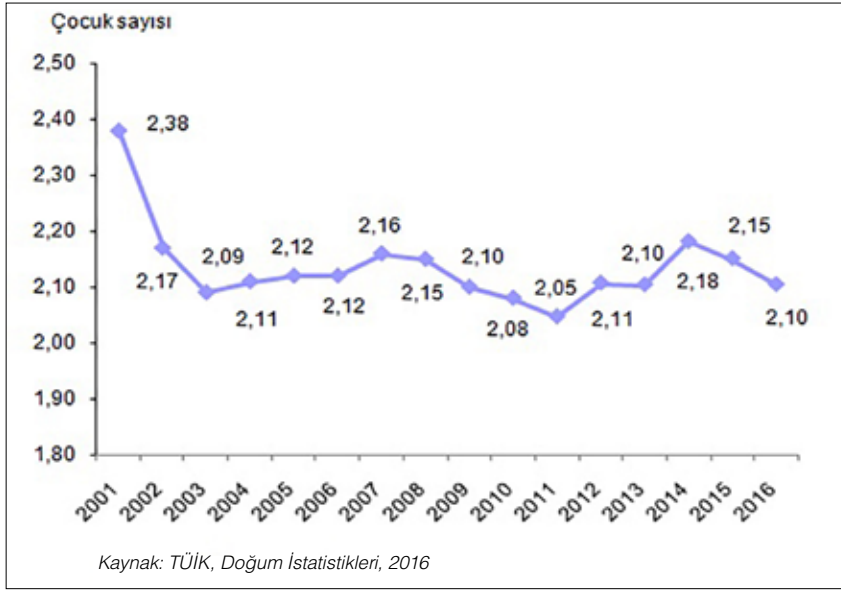
Bir ülkede farklı coğrafyada yaşayanlar veya farklı kültürel gruplar arasında doğurganlık hızları değişiklikler göstermektedir. Mesela Amerika Birleşik Devletleri'nde ülkenin toplam doğurganlık hızı 2,1 iken, Hispaniklerde 3,0, AfroAmerikalılarda 2,2, Asya kökenlilerde ve Pasifik adalarında ise 1,9'dur (8). Görüleceği üzere toplam doğurganlık oranı bir ülkenin geleceğine yönelik nüfusun gelişimi ve hatta ülke içindeki demografik değişimleri göstermesi bakımından önemli bir göstergedir. Mortalitenin düşük ve doğumda beklenen ömrün uzun olduğu bir ülkede doğurganlık hızı yerine koyma oranına eşit olan (2,1) bir toplumda nüfusun artışı sonuçta duracaktır. Eğer mortalite oranının yüksek olduğu bir ülkeden söz ediyorsak, nüfusun duracağı replasman düzeyi aile başına daha yüksek bir çocuk oranında olmak zorundadır. Bugün Avrupa ülkelerinde ölüm sayıları doğum sayılarını aşmış durumdadır. Bu durumda nüfusu korumak için göç almaktan başka çareleri kalmamıştır.

Toplumda bir yandan doğumda beklenen ortalama ömrün artması, diğer yandan doğurganlık hızının düşmesi, sadece nüfus konusunda bir nicelik sorunu değil, aynı zamanda nitelik sorununun da habercisidir. Nüfus piramidinin bozulduğu anlamına gelir. Piramidin tabanında yer alan çocuk nüfus yetiştirilmeye ve

eğitilmeye muhtaç olması bakımından bağımlı nüfus olarak addedilirken, piramidin üst ucunda yer alan yaşlı nüfus da aynı şekilde desteğe ve bakıma muhtaç bağımlı nüfusu oluşturur. Bir farkla ki, yaşlı nüfus, kamu hizmetleri ve sağlık harcamaları açısından oransız bir şekilde fazla tüketime yol açan bir kesimdir. Her iki kesimin bağımlı olduğu dinamik nüfus ise piramidin orta tabakasını oluşturan genç ve orta yaş kesimidir. Doğurganlık hızının düşmeye başlamasıyla bağımlı çocuk sayısının azaldığı ve nüfusun henüz yaşlanmadığı, yani yaşlı bağımlıların henüz yük oluşturacak düzeye ulaşmadığı geçici döneme "demografik fırsat penceresi" denmektedir.

Eğer nüfusta düşme hızlı olursa ağır sosyal ve ekonomik problemlerin yaşanması kaçınılmaz olacaktır. Bugün Almanya, İtalya ve eski Sovyetler Birliği ülkeleri başta olmak üzere birçok Avrupa ülkesi ölüm oranından daha düşük olan doğum oranlarıyla bu tehdidi yaşamaktadır. Nüfus gerileme hızının yavaşlığı, problemi kısmen perdeleyebilmektedir. Ancak bu gidişatın sonuçta, ülkelerinin ekonomilerini, savunma sistemlerini ve hatta varlıklarını tehdit ettiği artık gizlenemez bir durumdur. Bu yüzden eğer doğurganlık hızlarını yerine koyma düzeyinin üzerine çekemezlerse "nitelikli insan göçleriyle" bu sorunu aşmak zorundadırlar. Bazı Avrupa ülkelerinin çok çocuk sahibi olunması için çeşitli teşvik yöntemleri uyguladıklarını biliyoruz. Bu teşviklerin ülkelere önemli bir ekonomik yük getirmesinin yanında çok da etkili olduğu söylenemez (9). Zaman zaman işçilere kapılarını açarak kitlesel göçle üretken nüfusu temin etme politikaları uygulamış olsalar da bunun doğurduğu uyumlaşma sorunu ve sosyokültürel

Toplam doğurganlık hızı klasik tanımıyla, yaşa özgü doğum hızlarının doğurganlık dönemi boyunca sabit olduğu farz edilerek bir kadının bu dönemde sahip olduğu ortalama çocuk sayısını ifade eder. Daha basit bir ifadeyle söylersek, doğurganlık dönemi olarak kabul edilen 15-49 yaşları arasında bir kadının sahip olduğu ortalama çocuk sayısıdır. Toplam doğurganlık hızı, Avrupa ve bazı Asya ülkelerinde birin altına düşmüşken, Afrika ülkelerinde 7'nin üzerine çıkmış durumdadır.



çatışmalar hepimizin malumu. Nitekim bazı Avrupa ülkeleri mevcut göçmenleri geri göndermenin yollarını aramakta; sadece nitelikli göçmene kapılarını açma gibi akılcı fakat insanlıkla bağdaşmayan politikaları zorladıkları görülmektedir. Amerika Birleşik Devletleri nitelikli göçmenlere fırsatlar sunarak bu yolla ayakta kalmayı başarmış görünmektedir. Ancak tek kutuplu bir dünya algısı bozuldukça bu politikanın sürdürülebilmesi kolay olmayacaktır.

İkinci Dünya Savaşı'ndan sonra ölüm hızlarında ani düşüşler olmuştur. Doğurganlık hızlarında belirgin bir değişikliğin olmaması dünya nüfusunu hızlı bir artış eğilimine sokmuştur. Bu artışın önemli bir kısmı gelişmekte olan ülkelerdedir. Bebek ve çocuk ölüm oranları yüksek, ortalama ömür kısa olsa da, yine de dünya nüfus artışında görünürde baş sorumlu olarak gelişmekte olan ülkeler görülmekteydi. Bu ülkelerde kaynakların sınırlı olması, mevcut gıdanın dengesiz dağılımı, çeşitli hastalıkların sık görülmesi, bebek ölümlerinin yüksek olması, uygun sanitasyon bulunmaması, yatırım sermayesinin kıtlığı ile eğitim ve iş imkânlarının bulunmaması sosyoekonomik geriliğin önündeki engellerdi. Bu engellerin tamamı nüfusun hızlı

artışına bağlanmaktaydı. Bu yüzen başta Amerika Birleşik Devletleri olmak üzere, gelişmiş ülkeler gönüllü fonlar ayırarak bu ülkelerde nüfus planlama politikalarına destek sağlamaya başlamışlardır. Hatta aile planlama araçlarına erişimin temel insan hakkı olduğu anlayışı kabul görmüştür (10).

Bu hibe fonların hedefi, gelişmemiş ülkelerdeki nüfusu kontrol altına alıp, sınırlanan nüfusunun refah düzeyinin artırılması mı, yoksa çoğu yer altında gizli bulunan kaynakların dünyanın gelişmiş bölgeleriyle daha kolay paylaşılmasının temini için miydi? Bunlar spekülasyona açık tartışma konularıdır. Bu tür destekli nüfus planlama çalışmalarından birçok ülkede sonuç alındığı söylenebilmektedir. Ancak temelde politik olduğu aşikâr olan bu girişimler daha sonra ekonomi temelli aile planlaması politikalarına evrilmiştir.

Günümüzde sorunun şiddeti bakımından nüfus temelli politikalar, gelişmekte olan ülkelere ziyade, gelişmiş ülkelerin kendi gündemlerinde yer almaktadır. Çok çeşitli dinamikler, ülkelerin gelişmişlikleriyle paralel olarak nüfusun yaşlanması ve çokluğuyla değil azlığıyla sorun haline gelmesine yol açmıştır.

Eğer demografik yapımızı korumak, nüfusumuzun kendini yenilemesini sağlamak istiyorsak Japonya, Avustralya ya da herhangi bir Avrupa ülkesi için geçerli olan kaygılar bizim için de geçerli değil mi? Gelişmenin, şehirleşmenin, modern hayat tarzının olumsuzluklarını giderecek, ailelerin çocuk sahibi olmalarını cazip kılacak, çocuklarını güvenle yetiştirmelerini sağlayacak teşviklere, reformlara ve bu yönde istikrarlı politikalara ihtiyaç olduğu açıktır.

Bükreş'te 1974 Birleşmiş Milletler Dünya Nüfus Konferansı'nda kabul edilen "Dünya Nüfus Eylem Planı" yöresel ve kırsal gelişmeyi teşvik ederek şehirleşme baskısını azaltıcı planların yapılmasını öngörmekteydi (11). Ne var ki gerçek gelişmenin bu yönde olmadığı görülmektedir. Birleşmiş Milletlerin projeksiyonuna göre 2000 yılında 1,97 milyar olan şehirli nüfus, 2050 yılında ikiye katlanarak 3,9 milyar olacaktır (12). Ülkelerin gelişmişliği, sanayileşme, şehirleşme, kadınların iş hayatında yer alması gibi çoklu etkenin bileşiminden doğan bir hayat tarzı söz konusudur. Bu doğal olarak daha sağlıklı ve daha uzun yaşamayı teşvik ederken, bir o kadar da daha az çocuk sahibi olmayı ya da çocuk sahibi olmamayı özendirmektedir. Hatta ailelerin çocuk sahibi olması bu hayat tarzında adeta bir ek problem haline gelmiştir. Durum ülkemiz için de farklı değildir. İlkokul yıllarımızda bize Türkiye'nin bir tarım ülkesi olduğu öğretilmekteydi. Hâlbuki adrese dayalı nüfus kayıt sistemine göre 2016 yılı sonu itibarıyla 79.814.871 olan ülke nüfusunun %92,3'ünün il ve ilçe merkezlerinde, %7,7'sinin ise belde ve köylerde yaşadığı görülmektedir (13). Yani artık neredeyse tamamen kentli bir nüfusa sahip olduğumuz anlaşılmaktadır.

Tablo: Türkiye’de istatistiki bölge birimleri sınıflamasına göre 2016 yılı toplam doğurganlık hızları (13)

Bölgeler	Toplam doğurganlık hızı
İstanbul	1,85
Batı Marmara	1,68
Ege	1,76
Doğu Marmara	1,88
Batı Anadolu	1,86
Akdeniz	2,23
Orta Anadolu	2,03
Batı Karadeniz	1,69
Doğu Karadeniz	1,76
Kuzeydoğu Anadolu	2,70
Ortadoğu Anadolu	2,65
Güneydoğu Anadolu	3,37
Türkiye geneli	2,10

Gelişme ve şehirleşme ile bizlerden önce tanışmış olan Japonya ve Avrupa ülkelerinde nüfusun yaşlanma sorunu yıllardır gündemde olan bir konudur. Ancak esas alarm verici olan, 1970 ve 80’lerden itibaren orta gelir grubundaki ülkelerde de nüfusun hızla yaşlanmaya başlamış olmasıdır. Pazar ekonomilerinin öne çıktığı ülkelerden Brezilya, Hindistan, Güney Kore ve Türkiye gibi birçok ülkede nüfus hızlı bir yaşlanma eğimine girmiştir. Bağımlı yaşlı nüfusun hızlı artışı bu ülkelerde ciddi bir sağlık sorunu, ekonomik sorun ve sosyal sorun halini alma potansiyeli taşımaktadır. Doğurganlık düşmekte, ortalama ömür uzamakta, üretken nüfusa bağımlı olan yaşlı nüfus hızla artmakta, mevcut iş gücü bu artan yükü karşılamada yetersiz kalmaktadır (14). Emeklilik politikaları, yaşlı bakımı, yaşlılara verilen sağlık hizmetleri gibi alanlarda reform arayışları kaçınılmaz olmaktadır. Bu hızlı yaşlanmayı fark eden ülkeler mevcut genç nüfusu kullanarak ekonomik gelişmelerinde ivme yakalamaya çalışarak geleceklerini korumaya çalışmaktadır.

Demografik fırsat penceresini iyi değerlendirmeyi başarabilen ülkeler nispeten riski yönetebilmektedir. Sözü edildiği gibi doğurganlık hızının düşmeye başladığı, üretken genç nüfusun hala varlığını koruduğu dönemde yakalanan bir fırsat, çalışıp üretenin çok olduğu, bağımlı nüfusun az olduğu geçici bir dönemdir bu. Demografik fırsat penceresi denen bu dönemde hızlı ekonomik gelişme sağlanması, gerekli emeklilik reformlarının yapılması ve yaşlılara yönelik uzun vadeli politikaların geliştirilmesi beklenmektedir. Bu demografik fırsat

penceresinden nasıl yararlanılacağı bu yazının kapsamı dışındadır.

Göstergeler, Türkiye’de demografik geliş döneminin neredeyse sona erdiğini, yani toplam nüfusun artık sabitleşmeye doğru gittiğini göstermektedir. Aynı zamanda nüfus hızla yaşlanmaktadır. TÜİK verilerine göre 2016 yılı toplam doğurganlık hızı 2,1’e düşmüştür (13). Yani tam yerine koyma düzeyine ulaşılmıştır. 2000’li yılların başında doğurganlık hızının 2,38 olduğu dikkate alındığında düşüşün ne denli hızlı seyrettiği fark edilebilir. Genel doğurganlık hızı açısından değerlendirdiğimizde yine 2000’li yılların başında bin doğurgan kadın yılda 82,7 canlı çocuk doğururken, 2016 yılında bu sayının 70,8’e düştüğü görülmektedir (13). Önümüzdeki yıllarda nüfusun kendini yenilemesinin risk altına gireceği açıktır. Kaldı ki, bu analizler Türkiye nüfusunu bir bütün olarak değerlendirdiğimizde anlamlıdır. Homojen bir ülke olmadığımız gerçeği ışığında verilere bölgeler düzeyinde baktığımızda, demografik fırsat penceresi dahil birçok fırsatı kaçırmakta olduğumuz görülecektir.

İstanbul başta olmak üzere Marmara Bölgesi’nin tamamı ile Karadeniz Bölgesi ve Batı Anadolu Bölgesi’nde toplam doğurganlık hızı 2’nin altına düşmüş olup yerine koyma düzeyinin oldukça altındadır. Orta Anadolu riskli bölgeye girmiştir. Akdeniz Bölgesi’nde doğurganlık hızı 2,23 olmasına rağmen bu durum bölgenin doğu ve iç bölgelerinden kaynaklanmaktadır. Kısacası Türkiye’de nüfusun niceliksel olarak korunması, sadece Kuzeydoğu, Orta ve Güneydoğu Anadolu bölgelerindeki yüksek doğurganlık hızlarına bağlıdır. Bunun dışındaki tüm ülke sathı nüfusunun gerilememesi veya artışını bu bölgelerden gelen göçlere borçludur. Kaldı ki, doğu bölgelerimizdeki yüksek doğurganlık hızları bile bütün ülkemizin toplam doğurganlık hızını 2,1’in üzerine çıkarmaya yetmemektedir.

Göçlerle nüfus sorununun çözülmesi hususunda Avrupa ülkelerinin tutumuna bu yazıda değinilmişti. Ülkemizin doğusu hariç tamamının Avrupa ülkeleri ile benzer sorunla karşı karşıya olduğunu gizleyemeyiz. Özellikle batı bölgelerimiz acil tedbir alınması konusunda uyarı vermektedir. Eğer demografik yapımızı korumak, nüfusumuzun kendini yenilemesini sağlamak istiyorsak Japonya, Avustralya ya da herhangi bir Avrupa ülkesi için geçerli olan kaygılar bizim için de geçerli değil mi? Gelişmenin, şehirleşmenin, modern hayat tarzının olumsuzluklarını giderecek, ailelerin çocuk sahibi olmalarını cazip kılacak, çocuklarını güvenle yetiştirmelerini sağlayacak teşviklere, reformlara ve

bu yönde istikrarlı politikalara ihtiyaç olduğu açıktır. Son yıllarda bu hususta farkındalık olduğunu ve belli adımların atılmakta olduğunu gözlemliyoruz.

Ülkesinin geleceği için kaygı duyan toplum önderlerinin ülkesi için her aileden en az üç çocuk istemesi her halde daha iyi anlaşılmaktadır. Castello’nun ya da Ekrem Kadri Hocanın ifadesiyle; “Bir çocuk senin için, bir çocuk eşin için, bir çocuk vatan için, gerisi Allah kerim.”

Kaynaklar

- 1) Recep Öztürk, Prof. Dr. kişisel iletişim. (27.12.2017)
- 2) Jay, Christopher: *For the Good of the Nation* [online]. Griffith REVIEW, No. 10, Summer 2005/6: [192-199]. <http://search.informit.com.au/documentSummary;dn=413274597930762;res=IELLCC> ISSN: 1839-2954. (Erişim Tarihi: 08.11.2017)
- 3) İstanbul-BİA Haber Merkezi, 22 Aralık 2014, <https://bianet.org/bianet/siyaset/160991-erdogan-1-2-3-4-cocuk-gerisi-allah-kerim> (Erişim Tarihi: 10.11.2017)
- 4) UN. United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2015). *World Fertility Patterns 2015 – Data Booklet (ST/ESA/SER.A/370)*.
- 5) CIA. *The World Fact Book*. Central Intelligence Agency. <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/rankorder/2127rank.html> (Erişim Tarihi: 8.11.2017)
- 6) WB. 2017 *The World Bank Group* <https://data.worldbank.org/indicator/SP.DYN.TFRT.IN?end=2015&start=2015&view=bar> (Erişim Tarihi: 8.11.2017)
- 7) OECD (2017), *Fertility Rates (indicator)*. Doi: 10.1787/8272fb01-en (Erişim Tarihi: 10.11.2017)
- 8) Getis, Getis, and Fellmann, *Introduction to Geography*. 2004, McGraw Hill In: Rosenberg, Matt. “Total Fertility Rate.” ThoughtCo, Mar. 3, 2017, thoughtco.com/total-fertility-rate-1435463.
- 9) Ben J. Wattenberg, *Fewer: How the Demography of Depopulation Will Shape Our Future* (Chicago: Ivan R. Dee, 2004); Phillip Longman,
- 10) *World Population and Fertility Planning Technologies: The Next 20 Years*. US Government Printing Office. Washington DC., 1982, https://books.google.com.tr/books?id=uWm7jO8Bo3gC&pg=PA12&pg=PA12&dq=population+planning&source=bl&ots=s09yHt7tJ&sig=28yKFG_ke_Ulsgal2KyHEoeksoM&hl=tr&sa=X&ved=0ahUKewiRi4Wpk7TXAhWhZoKHV_QB8Y4ChDoAQhEMAQ#v=onepage&q=population%20planning&f=false (Erişim Tarihi: 10.11.2017)
- 11) *World Population Plan of Action from the United Nations World Population Conference, Bucharest, August 19-30, 1974*. Dep State Bull. 1974 Sep:1-14.
- 12) De Sherbinin A, George Martine G. “Urban Population, Development and Environment Dynamics.” Policy Paper 3, Committee for International Cooperation in National Research in Demography (CICRED). 2007. Paris.
- 13) TÜİK, *Türkiye İstatistik Kurumu*, http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1060 (Erişim Tarihi: 10.11.2017)
- 14) Nugent R, Seligman B: *How Demographic Change Affects Development*. Demographics and Development in the 21st Century Initiative Technical Background Paper. The Center for Global Development.

(G)üç çocuk politikası

Prof. Dr. Mustafa Taşdemir



Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesinden 1990 yılında mezun oldu. 1998'de halk sağlığı uzmanı oldu ve kalite yönetimi uygulamalarında uzmanlaşmak amacıyla özel sektörde çalışmaya başladı. 2001 yılında Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümünde öğretim üyesi olarak çalışmaya başladı. 2008'de Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalına geçti. 2008-2009 döneminde yaklaşık bir yıl süreyle Sağlık Bakanlığında kıdemli eğitim ve araştırma koordinatörü olarak görev üstlendi. 2009 yılında Anadolu Üniversitesi İşletme Fakültesi'ni bitirdi. 2012-2014 döneminde İstanbul Halk Sağlığı Müdürü olarak görev yapan Taşdemir halen İstanbul Medeniyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalında çalışmaktadır.

Dr. Şeyma Arslan



İlk ve orta öğrenimini Manisa'da tamamladı. 2012 yılında İstanbul Tıp Fakültesinden mezun oldu. Van Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve Fatih Sultan Mehmet Eğitim ve Araştırma Hastanesinde acil hekimliği yaptı. İstanbul Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalında uzmanlık eğitimine, Sağlık Bilimleri Enstitüsünde ise Sağlık Ekonomisi yüksek lisans eğitimine devam etmektedir.

Dünya nüfusunun değişim seyri içinde demografik dönüşüm denilen, benzeri daha önce görülmemiş bir olgu yaşanmaktadır. Demografik Dönüşüm Kuramı, sosyolojideki Modernleşme Kuramının bir türevi olarak da değerlendirilmektedir. Modernleşme Kuramına göre tüm toplumlar önce gelenekseldirler; zaman içinde Batılı ülkelerin yaşadığı süreçleri yaşayarak modernleşeceklerdir. Demografik Dönüşüm Kuramı da benzer şekilde Batılı ülkelerin yaşadığı nüfus süreçlerini diğer ülkelerin de eninde sonunda yaşayacağını varsaymaktadır. Demografik dönüşümün genel bir seyri olsa da süreler ve etkili faktörler bakımından ülkeler arasında, hatta ülke içindeki bölgeler arasında farklılıklar yaşanmaktadır. Yani her ülke aynı serüveni farklı bir şekilde yaşamaktadır. Değişmeyen şey, bütün toplumların doğurganlık ve ölümlülük hızlarının yüksek olduğu bir aşamadan düşük olduğu bir aşamaya dönüşümü yaşayacaklarıdır.

Ülkemizin demografik dönüşüm modelinde üçüncü dönemin sonlarında olduğu kabul edilmektedir. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2013 verilerine göre toplam doğurganlık hızı (TDH) ülke genelinde 2,26; doğuda 3,41; kuzeyde 2,08; Orta Anadolu'da 1,89; güneyde 2,48 ve batıda 1,83'tür. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) doğum istatistiklerine göre ise toplam doğurganlık hızı (TDH) 2015 yılında 2,15 çocuk iken 2016 yılında 2,10 çocuk olarak gerçekleşmiştir. TÜİK'in 2013 yılında gerçekleştirdiği nüfus projeksiyonu temel senaryosuna göre

TDH tedrici bir şekilde 2050 yılına kadar sürekli olarak azalacak ve 2050 yılında 1,65 olacaktır. 2050 yılından sonra tekrar 0,20 civarında yükselme öngören varsayım 2075 yılında TDH'nı 1,85 olarak tahmin etmektedir. BM'nin orta düzey doğurganlık senaryosu da 2050 yılı için TDH'nı 1,75 öngörmektedir.

TÜİK'in temel senaryo dışında iki senaryosu daha vardır. Bu senaryolar birbirine yakın değildir. Yayınlanan raporlarda sadece projeksiyon rakamlarını görebiliyoruz; projeksiyonların mantığını, gerekçelerini, açıklamalarını maalesef öğrenemiyoruz. Şu hususu da belirtelim ki, ülkemizde 1960'lı yıllardan itibaren gerek uluslararası gerekse ulusal kuruluşlarca yapılan nüfus projeksiyonları isabetli olmamıştır. Bunun temel nedeni demografik dönüşümün gelişmiş ülkelerdeki gibi uzun zamana yayılacağına varsayılmasıdır. Artık doğurganlık hızının epey düştüğü günümüz şartlarında yapılan ve yapılacak projeksiyonların daha isabetli olmasını bekleyebiliriz.

Önce gelişmiş ülkelerin yaşadığı doğurganlık hızının düşmesine bağlı sonuçlara "demografik kriz" denmektedir. Bu krize karşı doğurganlık seviyesini muhafaza etmek ve artırmak yönünde nüfus politikası uygulayan ülkelerin büyük çoğunluğu doğurganlık seviyesini artırıcı yönde, bazıları ise mevcut doğurganlık seviyesini muhafaza edici yönde politikalar ve tedbirler uygulamaktadır. En azından 2010 yılı itibarı ile OECD üyesi ülkeler arasında doğurganlık seviyesini azaltmaya yönelik politikalar ve tedbirler uygulayan herhangi

bir ülke bulunmamaktadır. Pronatalist politika uygulayan ülkelerin oranı da giderek armaktadır.

Gelişmiş ülkelerin "demografik kriz"e dair deneyimleri, demografik yapıyı krizden çıkarmak için yapılacak müdahalenin zamanlamasının önemli olduğunu ortaya koymuştur.

Fransa, Finlandiya, Norveç ve İsveç'in gerileyen doğurganlık hızlarını, diğer ülkelerde gözlenmeyen bir şekilde 1,9-2,0 seviyesine yükseltmiş olmalarının altında, alınan tedbirlerin başarıyla uygulanmasının yanında tedbirleri doğurganlık seviyeleri çok düşmeden uygulamış olmaları yatmaktadır. Birim zamanda yüksek başarı sağlamış olan Slovenya, Estonya, Çek Cumhuriyeti, Rusya gibi ülkelerde ise TDH geç müdahaleye bağlı olarak nüfus yenilenme hızının epeyce gerisinde kalmıştır.

Şimdi bu konuda en başarılı ülkelere biri olarak gösterilen Fransa'nın neler yaptığından biraz bahsedelim. Fransa'da uygulanmakta olan pronatalist politikalar, dünyadaki en kapsamlı politika örneklerindendir. Diğer OECD ülkeleri ile kıyaslandığında, ailelerin çocuk sahibi olması için ayrılan devlet fonlarının miktarı epey yüksektir. 1970'ler ve 1980'lerde kariyer ve aileyi birleştirmeye çalışan kadınlara yönelik yardımlara odaklanma süreci başladı. Çalışan annelere çocuk bakım yardımı getirildi. 1980'den itibaren okul öncesi eğitim sistemi geliştirildi. 1985'te işten ayrılan ve çocuk yetiştirmeye adanmış üç veya daha fazla çocuğu olan

kadınlar için devlet yardımı getirildi. 1990'lı yıllarda evde veya özel anaokullarında bebek bakım hizmetlerini kullanan çalışan ebeveynlerin masrafları karşılanmaya başladı. Kapsamlı politika özet olarak şunları içermektedir:

- Çocuk sahibi ebeveynlere yönelik iş hayatında esneklikler ve teşvikler
- Çocuğu olan kadınlara 4 ay ücretli izin hakkı
- Ailenin gelirine bağlı olarak, çocuk bakım masraflarının karşılanması
- Bir annenin doğumunu müteakiben bir yıl boyunca çalışmaması durumunda aylık nakit teşviki
- Eğitim ve konut alımında destek
- İş garantisini de içeren izin veya kısmi çalışma imkânları
- Çalışma süresi ile orantılı ücret verilmektedir.
- Bebek ve çocukların bakımı için çok çeşitli kreş, dadı vb. hizmetleri
- Yabancılarla sığınma hakkı verilmesi
- Reklam ve kampanya faaliyetleri

Ülkemizde de 2014-2018 dönemini kapsayan Onuncu Beş Yıllık Kalkınma Planı ile çeşitli uygulamalar başlatılmıştır. Bu çerçevede, Ailenin ve Dinamik Nüfus Yapısının Korunması Programı geliştirilmiştir. Yetersizliklerine rağmen bu iyi bir gelişmedir. Ancak Dokuzuncu Kalkınma Planında nüfus artışından yakınırlken ve herhangi bir şekilde nüfus politikasından bahsedilmezken, Onuncu Planda birdenbire politika değişikliğine gidilmesi planlamanın zayıflığını düşündürmektedir.

Prof. Dr. Cem Behar ve arkadaşları 2009'da TÜSİAD için hazırladıkları raporda, ülkemizde 1965'ten sonra uygulanan nüfus politikalarının etkisinin çok düşük olduğunu birtakım hesaplamalara dayanarak belirtmişlerdir. Söz konusu dönemde doğurganlık hızının resmi nüfus planlaması programlarının etkisiyle değil, evli çiftlerin kendi inisiyatifleriyle düşürüldüğünü değerlendirmişlerdir. Antinatalist politikalar için zikredilen bu başarısızlık kanaatimizce mevcut ve müstakbel pronatalist uygulamalar için de söz konusu olabilir. Zira bu konuda politikalardan ziyade ekonomik, sosyal, kültürel vb. şartlar etkili olmaktadır. Belli başlı sorunları / eksiklikleri şu şekilde sıralayabiliriz:

- Eğitim ve refah düzeyi düşük olanlarda evlenme yaşı düşük, doğurganlık yüksektir; dolayısıyla toplumda eğitim ve refah düzeyi yükseldikçe doğurganlığın düşmesi beklenir. Bu paradoksu nasıl aşacağız?
- Görebildiğimiz kadarıyla, ülkemizde doğurganlığı bütün boyutlarıyla değerlendiren kapsamlı bir çalışma bugüne kadar yapılmış değildir.

• Umut veren politika ve uygulamalardan söz etmek zordur.

- Sorumlu kurumlar ayrıntılı olarak belirlenmiş değildir; koordinasyon yetersizdir.
- Üç büyük partinin programlarında nüfus politikasına yer verilmediği, hatta "nüfus politikası" ibaresi geçmediği gibi, bu konuya dolaylı atıf da yoktur.
- Beyaz eşya, mobilya, otomotiv vb. satışlarını artırmaya yönelik teşvikler olduğunda bunu toplum olarak öğreniyor, algılıyor ve değerlendiriyoruz. Nüfusla ilgili uygulamalar ise aynı şekilde gündem olmuyor. "Cumhurbaşkanının sevenlerinden ricası" düzeyinde bir algı var gibi...
- Dindarlık, milliyetçilik gibi faktörlerin kişisel ve ailesel doğurganlık tercihlerini ne kadar etkileyebildiğini, yani din-vatan-millet için ne kadar çocuk doğurulduğunu / doğurulabileceğini bilmiyoruz.
- Pronatalist politika konusunda ciddi polemik yoksa, bunun sebebi mutabakattan ziyade genel olarak gerçekleşmeyeceğine inanılması ve ciddiye alınmaması olabilir.

Bunlardan hareketle yapılması gerekenleri ve dikkate alınması gereken hususları şöylece ifade edebiliriz:

- Sosyoloji, antropoloji, psikoloji, ekonomi / ekonometri, siyasal bilimler, coğrafya, ilahiyat, tarih, gerontoloji, halk sağlığı / epidemiyoloji, matematik / istatistik, demografi işbirliğiyle dört başı mamur araştırmalar yapılmalıdır. Böyle bir araştırma mezkûr sorunlara olabildiğince çözüm üretebilecek, en azından çözümün ipuçlarını yakalayacak nitelikte olmalıdır.
 - Nüfus politikaları tek düze bir olgu olmayıp birçok faktörün bütüncül olarak ele alınması gereken politikalarlardır. Politikalar halkın norm ve kültürüne aykırı olmamalıdır. Tüm etnik grupların ve sosyoekonomik sınıfların düşünce ve önerileri alınmalıdır.
 - Uygulanacak nüfus politikasının gerekliliği ve faydaları çok iyi anlatılmalıdır. Halkın nüfus politikasını benimsemesi sağlanmalıdır.
 - Başarılı politikanın temeli, uygulanması için yeterli bir harcama seviyesidir (GSYİH'nın en az %4-6'sıdır).
 - Nüfus politikalarında kullanılan yöntem ve araçlar doğru seçilmelidir.
 - İlgili bakanlıklar başta olmak üzere resmi ve sivil tüm paydaşları sürece dahil ederek nüfus politikası uygulamalarını koordine edecek ve sürdürülebilirliği sağlayacak bir yapı, bir merkez oluşturulmalıdır.
- Bilinmelidir ki, nüfus politikaları etkilerini en erken 15-20 yıl içerisinde gösterebilmektedir. Uygulanacak politikaya karar verirken bu gerçeklik göz önüne alınmalı ve geç kalınmamalıdır. Bu uzun süreçte görev üstlenecek yönetimlerin aynı hassasiyetle politikaları uygulaması, yani istikrar ve süreklilik gerekmektedir.

Kaynaklar

Demir, O. (2016). Nüfus Politikaları ve Çin, Fransa ve Türkiye Örneklerinin Değerlendirilmesi. *Social Sciences*, 11(1), 41-61. (Erişim Tarihi: 21.12.2017)

Gokova Olga Vladimirovna, Kiseleva Albina Musaevna *Comparative social and economic study of youth pro-natalist policy in the regions of Germany, France and Russia* // Экономика региона. 2017. №2. URL: <http://cyberleninka.ru/article/n/comparative-social-and-economic-study-of-youth-pro-natalist-policy-in-the-regions-of-germany-france-and-russia> (дата обращения: 31.12.2017). КиберЛенинка: <https://cyberleninka.ru/article/n/comparative-social-and-economic-study-of-youth-pro-natalist-policy-in-the-regions-of-germany-france-and-russia> (Erişim Tarihi: 25.12.2017)

http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/images/d/dc/Demographic_balance%2C_1_January_2015_%E2%80%93_1_January_2080_%28thousands%29_PF15.png (Erişim Tarihi: 25.12.2017)

http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/images/d/dd/Total_fertility_rate%2C_1960%E2%80%932015_%28live_births_per_woman%29_YB17.png (Erişim Tarihi: 25.12.2017)

http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Fertility_statistics (Erişim Tarihi: 20.12.2017)

http://www.akparti.org.tr/site/akparti/parti-programi#bolum_ (Erişim Tarihi: 31.12.2017)

http://www.bbc.co.uk/schools/gcsebitesize/geography/population/managing_population_rev5.shtml (Erişim Tarihi: 21.12.2017)

http://www.hips.hacettepe.edu.tr/TurkiyeninDemografikDonusumu_220410.pdf (Erişim Tarihi: 20.12.2017)

http://www.todaie.edu.tr/resimler/ekler/0287d73a4eb205c_ek.pdf?dergi=Amme%20Idaresi%20Dergisi (Erişim Tarihi: 25.12.2017)

<http://www.tusiad.org.tr/yayinlar/raporlar/item/1851-turkiyenin-firsat-penceresi-demografik-donusum-ve-izdusumleri> (Erişim Tarihi: 20.12.2017)

http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/policy/Infocart_work-family_balance.pdf (Erişim Tarihi: 21.12.2017)

<http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/policy/WPP2013/wpp2013.pdf> (Erişim Tarihi: 23.12.2017)

http://www3.kalkinma.gov.tr/DocObjects/view/15346/N%C3%BCfus_Politikas%C4%B1_Bas%C4%B1na_Sunum_23_Ekim_20_20.pdf (Erişim Tarihi: 26.12.2017)

https://esa.un.org/unpd/wpp/Publications/Files/WPP2017_KeyFindings.pdf (Erişim Tarihi: 21.12.2017)

<https://populationeducation.org/content/us-fertility-rate-19-children-woman-2016> (Erişim Tarihi: 21.12.2017)

<https://www.chp.org.tr/Assets/dosya/chp-program-2015-01-12.pdf> (Erişim Tarihi: 31.12.2017)

https://www.mhp.org.tr/usr_img/_mhp2007/.../mhp_parti_programi_2009_opt.pdf (Erişim Tarihi: 31.12.2017)

T.C. Kalkınma Bakanlığı (2013). Ailenin ve Dinamik Nüfus Yapısının Korunması Programı (<http://www.kalkinma.gov.tr/Documents/OD%C3%96P-08012015-Ailenin%20ve%20Dinamik%20N%C3%BCfus%20Yap%C4%B1s%C4%B1n%C4%B1n%20Korunmas%C4%B120Program%C4%B120Eylem%20Plan%C4%B1.pdf>) (Erişim Tarihi: 24.12.2017)

T.C. Kalkınma Bakanlığı (2013). Türkiye'nin Demografik Dönüşümü ve Dinamik Nüfus Yapısını Korumaya Yönelik Yeni Nüfus ve Aile Politikası Sunumu (http://www3.kalkinma.gov.tr/DocObjects/view/15346/N%C3%BCfus_Politikas%C4%B1_Bas%C4%B1na_Sunum_23_Ekim_20_20.pdf) (Erişim Tarihi: 22.12.2017)

Doğum kontrolünün tarihçesi ve etiği

Yrd. Doç. Dr. Mahmut Tokaç



1963 yılında Ordu, Ünye'de doğdu. 1979'da Ünye Lisesinden, 1985'te İstanbul Üniversitesi (İ.Ü.) Cerrahpaşa Tıp Fakültesinden mezun oldu. 2000 yılında İ.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Deontoloji ve Tıp Tarihi Bölümü'nde doktorasını tamamladı. 2002-2003 tarihleri arasında İstanbul 112 Ambulans Komuta Merkezi Başhekimliği, 2003-2009'da Sağlık Bakanlığı İlaç ve Eczacılık Genel Müdürlüğünde Genel Müdür Yardımcılığı ve Genel Müdürlüğü ile 2009-2013 arasında İstanbul Başakşehir Devlet Hastanesi Başhekimliği görevlerinde bulundu. Dr. Tokaç halen İstanbul Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi Deontoloji ve Tıp Tarihi Anabilim Dalı Başkanı ve Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulama Araştırma Merkezi Müdürü olarak görev yapmaktadır.

Gebelik ve doğum insanlığın varoluşundan beri olduğuna göre, gebeliklerin önlenmesinin de insanlıkla eşzamanlı olduğu düşünülebilir. Tarihte bu konuda bilgi veren en eski belgeler olan Mısır papirüslerinden önceki dönemle ilgili ancak bazı tahminlerde bulunabiliyoruz. Kaynakların olmadığı daha eski dönemlerde bile geri çekme (azil), gün sayımı, emzirmenin tesiri gibi tamamen doğal yöntemlerle, çeşitli bitkisel veya hayvansal kaynaklı karışımlarla ya da birtakım tamponlarla gebeliklerin önlenmesi yanında bazı yöntemlerle düşük gerçekleştirme ile de doğumların azaltılması yoluna gidildiğini düşünebiliriz.

Geri çekme yönteminin de uygulandığı bilinen Eski Mısır'da M.Ö. 1900 ila 1100 tarihleri arasında ait 5 ayrı papirusta mevcut olan ve kadın cinsel organında kullanılan gebeliği önleyici bazı formüllerin varlığından, bazı maddelerin yardımıyla gebeliği önleme gayretlerinin de çok daha öncelere dayandığını söyleyebiliriz. Örneğin elimizdeki en eski kaynaklardan olan Kahun Papirüsünde 3 farklı formül yer almaktadır. Bunlar içinde timsah dışkısından bal ve karbonata kadar birtakım maddelerin kadının cinsel organına serpilmesi gibi değişik yöntemler önerilmektedir. Ebers Papirüsünde ise Ebucehil karpuzu, hurma ve bal karışımının rahime bir tampon gibi yerleştirilmesi yöntemi mevcuttur.

Diğer birçok eski uygarlıkta



da gebeliği önleyici bazı uygulamaların olduğu da bilinmektedir. Örneğin Antik Yunan sikkelerinde resmi bulunan Silphium (dev rezene) bitkisinin doğumu engelleyici ya da düşük yapıcı etkisi dolayısıyla çok kullanımı sonucu türünün tükendiği bile söylenir. Tarihte anti-afrodizyak etkili veya sperm sayısını azaltıcı bazı formüllerle de gebeliği önleme çalışmaları olduğu gibi büyü ya da muska gibi yöntemler de denenmiştir. Çeşitli karışımlarla oluşturulan ve kadınların cinsel organına spermelerin girişini fiziksel olarak engelleyen tamponlar da tarihte gebeliği önleyici olarak kullanılmışlardır. Sadece cinsel ilişkiyi engellemek için oluşturulmuş bekaret kemerleri de gebeliği önleyici olarak kullanılmıştır. Altın, gümüş gibi paslanmayan madenlerden yapılmış yüzük ya da spermisit (spermeleri öldürücü) etkili bazı maddeler de rahme yerleştirilmek suretiyle gebeliği engelleyici olarak kullanılmıştır.

Balık mesaneleri, keten kılıflar ve hayvansal bağırsak gibi malzemelerden yapılan çeşitli primitif kılıflar gebeliği önleyici olarak binlerce yıldır kullanılmışsa da 16. yüzyılda anatomist Gabriele Fallopius tarafından frengi hastalığına karşı bir koruyucu olarak geliştirilen ve hayvani zarlardan yapılmış günümüzdekilere benzer şekildeki kılıf, 19. yüzyıldan itibaren kauçuktan yapılan kondoma dönüşmüş ve halen de gebeliği önleyici olarak kullanılmaktadır. 1950'lerden itibaren doğum kontrol hapları konusunda klinik çalışmalar başlatılmış ve ilk doğum kontrol hapi

1960 yılında FDA tarafından onaylanarak piyasaya sunulmuştur. Ancak bunların içerdiği hormonlar dolayısıyla zararlı etkileri görülünce 80'lerden itibaren düşük doz hormon içeren ilaçlar geliştirilmiştir.

60'ların sonunda Rahim İçi Araçlar (RİA) çıktı. Ancak enfeksiyonlara yol açması ve bunlara bağlı ölümler görülmesi dolayısıyla bir süre sonra RİA'lar yasaklandı. 1980'lerde bakırdan yapılmış RİA'lar piyasaya sürüldü. 2000'lerden itibaren de yavaş hormon salımlı cihazlar ve implantlar devreye girdi. Bu yöntemlerin gebelikleri tamamen önleyememesi üzerine kadın ya da erkeklerde kısırlaştırma yöntemleri uygulanmaya başlandı. Ancak bütün çabalara rağmen herhangi bir şekilde gebeliğin gerçekleşmesi durumunda abortus (düşük) yaptırılması ya da kürtaj günümüzde en çok kullanılan doğum kontrol yöntemlerinden biri haline geldi.

Doğum Kontrolü ile Nüfus mu Planlanır, Yoksa Aile mi?

Bu sorunun cevabını verebilmek için "nüfus planlaması" ve "aile planlaması" kavramlarını irdelememiz gerekir. Aile planlaması; ailelerin istedikleri zaman, istedikleri aralıkta ve istedikleri sayıda çocuk sahibi olmasını gerçekleştirmelerine yardımcı olan uygulamalar olarak tanımlanabilir. Bu isteklerin gerekçeleri tamamen kişilerin kendi düşünce ve inanışlarına göre şekillenir. Aile planlamasının amacı bazı kaynaklarda yer aldığı gibi, "hızlı nüfus artışını önleyerek toplumun sağlıklı, mutlu, iyi eğitilmiş ve ekonomik olanakları yeterli kişilerden oluşmasının sağlanması" değildir. Bu olsa olsa nüfus planlamasının amacıdır.

Adından da anlaşılacağı üzere, nüfus



planlaması bir ülkenin nüfusunun artırılması ya da azaltılması yönündeki politikalarıdır. Bu politikalar ülkeden ülkeye değişiklik gösterebildiği gibi, aynı ülkede dönemsel olarak da değişiklik gösterebilir. Örneğin Türkiye Cumhuriyeti'nin kurulduğu yıllarda nüfusun artırılması yönünde teşvikler yapılırken (pronatalist politika), 1960'lardan itibaren azaltma yönünde (antinatalist) politikalar öne geçmiştir. Şimdilerde ise AK Parti iktidarı ile birlikte yeniden nüfusun artması yönünde teşvikler yapılmaktadır. Bu arada devletin zirvesinin "en az 3 çocuk yapın" dediği dönemde devletin sağlık kuruluşları aracılığıyla doğum kontrol yöntemlerinin halka ulaştırılması bir çelişki ya da nüfus planlaması kapsamında nüfusu azaltma politikası olarak görülmeyip aile planlamasının sağlıklı şekilde yapılmasının bir yolu diye düşünülmelidir. Nüfus politikalarının değişmesinin en bariz olduğu ülkelerin başında modern Avrupa ülkeleri gelir ki Mathusien politikalar sonucu nüfusun hızla azalması üzerine tehlike çanları çalmaya başlayınca bu defa nüfus artışını sağlamak, doğumu teşvik edici önlemler almak zorunda kalmışlardır. Yine Çin'de 1979 yılında başlatılan ve uzun yıllar sürdürülen birden fazla çocuk yasağının son yıllarda kaldırılmış olması da bu politika değişikliklerine tipik bir örnektir.

Nüfus politikaları genellikle aileleri aile planlaması yönünde teşvik edici nitelikte olsa da Çin örneğinde olduğu gibi zaman zaman zorlayıcı olabilmektedir. Kabul edilebilir sınırlardaki gebeliği önleyici uygulamalar yanında bakılabileceğinden fazla olduğu gerekçesiyle çeşitli yöntemlerle çocukların düşürülmesi ya da doğmuş çocukların öldürülmesi, Araplarda İslam öncesi dönemde ya da tek çocuk zorlaması döneminde Çin'de görüldüğü şekilde kız çocuklarını çocuklar arası seleksiyon amacıyla öldürmeleri, Nazi döneminde sağlıklı bir nesil elde edecekleri gerekçesiyle özürlü çocukların ortadan kaldırılması (öjeni) gibi uygulamalar da nüfus planlaması kapsamında değerlendirilebilir.

Nüfus Planlamasının Kaynağı: Malthusien Teori

İngiltere Allbury'deki Anglikan Kilisesinin papazı ve ekonomist Thomas Robert Malthus 1798 yılında *An Essay on the Principle of Population* (Nüfus İlkesi Üzerine Deneme) adlı eserinde nüfusun geometrik artmasına karşılık gıda maddelerinin aritmetik arttığını, bir süre sonra gıda maddelerinin yetersiz kalacağını öne sürmüştü ve bu gidişi durdurmak için geç evlenmek, cinsel ilişkide bulunmayarak çocuk yapmamak gibi tedbirler öneriyordu. Özellikle de alt sınıfların çoğalmasının önüne geçilmesini istiyor ve yoksullara yapılan sosyal yardımlara da şiddetle karşı çıkıyordu. Malthus'un fikirleri o dönemde çok rağbet görmedi, hatta özellikle Marks ve Engels gibi sosyalist yazarlar Malthus'a şiddetle karşı çıktılar. (Gerçi sosyalistlerin ve özellikle de Marks'ın, Malthus'a karşı çıkmaları nüfusun artmasından yana oldukları için değildi, artan nüfusun ucuz işgücü anlamına geleceği düşüncesiyle nüfusun artmamasını istiyorlardı. Onların itirazı, gıda maddelerinin artışına yönelik öngörüsüne karşı idi. Dünyada bilimsel gelişmelerin hızla ilerlediği ve bunun sonucunda gıda maddelerinin artışının da daha hızlı olacağını savunuyorlardı. Marks'a göre kapitalist sistemden sosyalist sisteme geçilince refah düzeyi artacağından bireyler zaten çocuk doğurmak istemeyeceklerdi.)

Malthus'un evliliklerin geciktirilmesi ve cinsel perhiz fikirlerine karşı çıkanlardan biri de Francis Place'di. Onun nüfusu azaltmak için önerdiği tedbirler doğum kontrol yöntemlerinin yaygınlaştırılmasıydı. 1877 yılında İngiltere'de nüfus planlamasını yaygınlaştırmak amacıyla bir birlik kurulmasına vesile olan ve *Yeni-Malthusçuluk* (Neo-Malthusien) olarak adlandırılan bu görüş, 20. yüzyılda yaygınlaşmış ve nüfus planlaması politikalarının temelini oluşturmuştur. Batıda Yeni-Malthusçuluk akımı ile özellikle geri kalmış toplumların nüfus artışının önüne geçilmesi gerektiği fikri yaygınlaştı. Çünkü

Nüfus politikalarının değişmesinin en bariz olduğu ülkelerin başında modern Avrupa ülkeleri gelir ki Mathusien politikalar sonucu nüfusun hızla azalması üzerine tehlike çanları çalmaya başlayınca bu defa nüfus artışını sağlamak doğumu teşvik edici önlemler almak zorunda kalmışlardır. Yine Çin'de 1979 yılında başlatılan ve uzun yıllar sürdürülen birden fazla çocuk yasağının son yıllarda kaldırılmış olması da bu politika değişikliklerine tipik bir örnektir.

onlara göre nüfus artışı sadece ülkelerin değil, dünyanın makro ölçekte bir sorunu idi. Bu görüşte olanların kaynakların ve nüfusun bir arada oluşu ve birbirine bağımlılığı düşüncesiyle ortaya attıkları "*Küresel Demografik Dönüşüm*" kuramına göre nüfus artışı engellenmedikçe ülkelerin ekonomik olarak kalkınması mümkün değildir.

Birleşmiş Milletler Nüfus Bölümü (daha sonraki adıyla Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu - UNFPA) tarafından ilki 1954 yılında Roma'da gerçekleştirilen Nüfus Konferanslarında bu konuya dikkat çekilmişti ve her on yılda bir bu konferansların toplanması kararlaştırılmıştı. Buna istinaden 1964 Belgrad'da gerçekleştirilen konferansta konu yeniden ele alınmıştı. Ancak bu konferanslarda nüfus ve kalkınma arasında tam bir bağ kurulacak mutabakat sağlanamamıştı. Bu süreçte Dr. Paul R. Ehrlich'in *The Population Bomb* (Nüfus Patlaması) isimli kitabının 1968'de yayınlanmasıyla Malthus'un ortaya attığı korkuları yeniden yaygınlaştı ve tüm dünyada bir nüfus azaltma tartışmaları yeniden alevlendi.

1974 yılında Bükreş'te toplanan ve nüfus politikalarını kalkınma politikalarının bir parçası olarak ele almaya başlayan ve 1984 New Mexico'da bu politikaları geliştirerek devam eden BM Nüfus Kongreleri 1994 Kahire'de Birleşmiş Milletler Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı (International Conference on

İnsanlar eğitim ve refah düzeyleri arttıkça rahatlarının bozulacağı endişesiyle doğum yapmaktan kaçınmaktadırlar. Başka konularda toplumların geleceğinin selameti açısından herkesin üzerine düşeni yapması fikri genel kabul görürken, iş doğum konusuna geldiğinde bireysel menfaatler ön plana geçebilmektedir. Eğer uzun vadede gelişmiş ülkelerde yaşananlara benzer sorunlar yaşanması istenmiyorsa, toplumsal duyarlılığın gereğini yerine getirerek herkesin taşın altına elini koyması gerekmektedir.

Population and Development - IDPD) adıyla nihai noktaya ulaştı. Bu konferanslar sonucu tercih edilen nüfus politikaları, özellikle gelişmekte olan ülkelerde doğum kontrolü yani aile planlaması yoluyla nüfus artış oranlarının azaltılması şeklinde oluşturulmuştur. Doğumların azaldığı ülkelerde “nüfusun sürdürülmesine eşit doğurganlık hızı” ya da “doğurganlık yenilenme düzeyi” (replacement level of fertility) kavramları ortaya çıkmıştır. Bir ülkenin doğurganlık hızı 2,1 civarında olduğunda nüfusu ne artacak ne de azalacaktır. Eğer çocuk ölümleri fazla ise bu hızın biraz daha yükselmesi gerekir.

Avrupa'da İkinci Dünya Savaşı'ndan sonra Yeni-Malthusçu fikrin etkisiyle doğumların azalması (ki doğurganlık hızı 1-1,5 civarına kadar düşmüş idi) ve gittikçe nüfusun yaşanması üzerine bu sefer de Anti-Malthusçuluk akımı başlamış ve doğumları teşvik eden politikalara ağırlık verilmişse de maalesef nüfusun artışı sağlanamamıştır. Çünkü refah düzeyi arttıkça insanlar doğurmaktan vaz geçmekteydiler (Avrupa'ya her ne kadar Marks'ın dediği gibi sosyalizm gelmemiş olsa da!). Nüfus piramidinin yaşlılar lehine bozulmasının önüne geçemeyen Avrupa göçmen takviyesi

ile çalışan nüfus oluşturmaya çalışmış, bu sefer de göçmenlerin getirdiği problemlerle uğraşmak zorunda kalmıştır. Bu yüzden Avrupa ülkeleri yerli vatandaşlarına doğurun çağrılarını yaparken, kendi ülkelerindeki azınlık ve göçmenler ile 3. dünya ülkelerinde doğum kontrolünü yaygınlaştırmak için üstün bir gayret göstermektedirler.

Doğum Kontrolüne Dinlerin Bakışı

Yahudilikte doğum kontrolüne sıcak bakılmaz ve Yahudi nüfusunun artması Tevrat'ta şu cümlelerle övülür: “*Ve Allah, Nuh'u ve oğullarını mübarek kılıp onlara dedi ki: Seni ziyadesiyle mübarek kılacağım ve senin zürriyetini, göklerin yıldızları gibi, deniz kenarında olan kum gibi ziyadesiyle çoğaltacağım.*”

Hristiyanlıkta ise mezheplerin konuya ilişkin tutumları farklıdır. Katolikler uzun süre doğum kontrolüne karşı durmuş iken, Protestanlar ve Anglikanlar daha müsamahakâr yaklaşmaktadır. Üstelik nüfus planlaması fikrinin baş aktörü olan Malthus bir Anglikan papazıdır.

İslam dininde doğum kontrolü hakkında farklı görüşler olsa da genel olarak doğum kontrol yöntemlerine müsaade edilirken kürtaja kesinlikle cevaz verilmemektedir. Din İşleri Yüksek Kurulu'nun doğum kontrolü hakkındaki görüşü şu şekildedir: “*Sağlığa zararlı olmamak şartıyla, deri altına hormon düzenleyici yerleştirmek (implant), kondom kullanmak, azil (geri çekilmek) gibi yöntemlerle hamileliğin önlenmesinde dinen bir sakınca yoktur. Bununla birlikte annenin hayatı söz konusu olmadıkça, hamilelik gerçekleşikten sonra, hangi aşamada olursa olsun, kürtaj ve benzeri yöntemlerle çocuğun alınması caiz değildir. Çünkü hamileliğin başlaması ile doğacak çocuğun hayat hakkı gerçekleşmiş olur.*”

Aynı görüşün devamında “*Maddi ya da sosyal endişelerle ceninin hayatıyetini bir şekilde sona erdirmek hayat hakkına tecavüzdür.*” diyerek bu görüşün desteklenmek üzere En'am suresinin 151. ayeti delil olarak gösterilmiştir: “*Fakirlik endişesi ile çocuklarınızı öldürmeyin. Sizi de onları da biz rızıklandırırız.*” Din İşleri Yüksek Kurulu'nun “*fitrata müdahale*” olarak değerlendirdiği kadın veya erkeğin geri dönüşü olmayacak şekilde kısırlaştırılması konusundaki görüşü ise “*sağlık açısından kesin bir zorunluluk olmadığı müddetçe caiz değildir.*” şeklindedir. Aslında İslam alimleri Malthusçu yaklaşımdaki gibi rızık endişesiyle çocuk sayısının azaltılmasını değil, doğacak çocukların daha uygun zamanlarda olmasına yönelik tedbirlerin alınmasını onaylamaktadırlar. Diğer bir deyişle nüfusu azaltacak bir nüfus planlamasına taraftar olmamaktadırlar. Hatta Mevdü'dü gibi bazı mütefekkirler,

bu politikaların Müslümanların azalmasını isteyen batılilar tarafından ortaya atıldığını ileri sürmektedirler.

Doğum Kontrolü ve Etik

BM Nüfus Konferanslarında düşük yapma ya da kürtaj yoluyla başlamış bir gebeliğin sonlandırılmasının doğum kontrol yöntemi olarak uygulanmasının uygun olmadığı dile getirilmiş olsa da kürtajın maalesef günümüzde sıkça başvurulanan doğum kontrol yöntemi haline dönüşmüş olması etik açıdan ciddi bir sorundur. Etikçilere göre de kürtajın bir doğum kontrol yöntemi olarak kullanılması etik davranış olarak kabul edilemez. Düşük yapma ya da kürtajı başka bir çalışmada ele almak üzere bu çalışmamızda düşük yapma ya da kürtaj dışındaki doğum kontrol yöntemlerinin etik boyutunu ele alacağız.

Ancak bu konuya geçmeden önce 80'lerin sonlarına doğru İstanbul Zeytinburnu 7 No'lu Ana-Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezinde çalışırken yaşadığım trajikomik bir hatıramı naklederek her şeyin olur olmaz doğum kontrol yöntemi haline getirilmesinin yersizliğini anlatmaya çalışacağım. Kısaca AÇSAP olarak adlandırılan merkezde iki hanım arkadaşla birlikte üç hekim poliklinikte görev yapıyorduk. U düzeninde yerleştirilmiş masaların iç tarafında bizler birbirimize sırtlarımızı vermiş bir şekilde oturarak, hastalık ya da rutin aşılama için getirilen çocukları muayene ediyor, bu esnada annelere de kaç çocukları olduğunu, gebelikten korunma yöntemlerini kullanıp kullanmadığını sorup formlara kaydediyorduk. Özellikle iki ve daha fazla çocuklu olanların artık doğum kontrol yöntemlerini kullanmalarını salık verip merkezimin diğer bölümündeki hemşire hanımlara yönlendiriyorduk. Bizler kendimize gelen çocuk ve anne ile ilgilenirken aynı odada olduğumuz için birbirimizi de duyardık. Hekim arkadaşlarımızdan biri çocuk sayısını sorduğu anneden iki çocuğu olduğu cevabını alması üzerine iki çocuklu annelere rutinimiz olduğu vechile korunup korunmadığını sordu. Annenin artık korunma gereğinin kalmadığını anlatmak için “*Kocam öldü zaten.*” demesi üzerine hekim arkadaşımızın boş bulunup “*Haaa! İyi, iyi!*” dediğini ve sonra mahcup olup hanımefendiden özür dileğini duymuştuk. Bu olay üzerine anne odadan çıktıktan sonra “*Doktor Hanım, yüze 100 etkili bir doğum kontrol yöntemi icat ettiniz. Kocaları öldürerek doğumları tümüyle engellemiş olursuz.*” diyerek espri yapmıştık.

Düşük yapma ya da kürtaj dışındaki gebeliği önleyici diğer doğum kontrol yöntemlerini geleneksel yöntemler, modern ilaç/gereçler ve cerrahi müdahaleler olarak üçe ayırabiliriz. Kişilerin tüm bu yöntemlerin avantaj ve dezavantajları ba-

Gebeliği Önleyici Doğum Kontrol Yöntemleri

GELENEKSEL YÖNTEMLER	MODERN İLAÇ/GEREÇLER	CERRAHİ MÜDAHALELER
Geri çekme (Azil)	Hormonlu haplar	Kadın tüplerinin bağlanması
Takvim yöntemi	Depo hormon enjeksiyonları	Sperm kanallarının bağlanması
Vajinal yıkama	Deri altı hormon implantları	
Sperm öldürücüler	Rahim içi araçlar (RİA)	
Süt emzirme etkisi	Engelleyici bariyerler Sperm öldürücü ilaçlar	

kiminden bilgilendirilmeleri, gerektiğinde bunlara ulaşabilmelerinin sağlanması hem istenmeyen gebeliklerin sağlıksız yöntemlerle düşük yapma ya da kürtaj yoluyla sonlandırılarak bunların birer doğum kontrol yöntemi haline getirilmemesi, hem de bu yöntemle başvurmak zorunda kalan kadınların bedensel ve ruhsal zararlara maruz kalmaması açısından önemlidir. Bunlara ulaşım kişiler için bir hak olduğu kadar ulaştırmak da devletler için bir görevdir.

Etik açısından olaya baktığımızda her üç kategoride de karar verme noktasında ailelerin mi bireylerin mi buna karar verecekleri noktasında tartışma yaşanmaktadır. Özellikle tüp ligasyonu ve vazektomi gibi geri dönüşü olmayan gebeliği önleyici uygulamalarda bireyin evli olması durumunda yasal eşin izninin gerekli olmasının kimilerince “*kişinin kendi bedenine sahip olma hakkı*” ile bağdaşmadığı dile getirilmektedir. Aslına bakılırsa aksi bir mutabakatla başlamış olmak kaydıyla aile kurumunun temelinde neslin devamı şeklinde zimmen bir sözleşmenin varlığı kabul edilir. Bu sözleşmenin devamı tarafların karşılıklı yükümlülüklerini yerine getirmelerine bağlıdır. Bu itibarla yasa koyucu evlilik durumunda eşlerin birlikte karar vermelerini vaz etmiştir ki bu da bize göre etik açıdan da uygun olmalıdır.

Gebelik ya da doğum bir kişinin tek başına yapabileceği bir eylem olmadığından doğuma ya da doğumu kontrol etmeye karar verme aşamasında çiftin birlikte karar vermesi temel ilke olmalıdır. Tabii ki hamilelik ve doğum eyleminin doğrudan kadının bedenine ilgili olmasını da göz ardı etmememiz gerekiyor. Burada Çobanoğlu'nun “*Annenin vücudunun olayın bir parçası olması nedeniyle babadan daha fazla söz sahibi olması*” fikri makul duruyor. Yoksa feministlerin dediği gibi sadece kadının söz sahibi olmasının savunulması durumunda diğer eşin haklarının tamamen ihlal edilmesi durumu ortaya çıkar ki bunun da etik açıdan izahının imkânı yoktur. (Tabii ki işin diğer boyutu olarak, ülkemizde bazı erkeklerin özerklik ilkesini tümüyle ihlal ederek eşlerine hiçbir söz hakkı vermeden baskıcı bir şekilde sadece kendilerinin karar vermesi şeklindeki bir garabetin etik açıdan zaten değerlendirmeye bile alınmayacak kadar anormal bir durum olduğu aşikardır.) Bu noktada bir başka

etik problem de yasal olmayan eşlerin karara katılamamasıdır. Ülkemizde bir kısım insanların “imam nikahı” tabir edilen yöntemle evli olmalarına rağmen (özellikle doğu ve güneydoğu bölgelerimizde yaygın olan çok eşlilik durumlarında) yasal olarak evli sayılmamaları ya da bir kısım insanların da tercihen resmi nikah akdi olmadan birlikte olmaları durumlarında erkeklerin hiçbir hakkının olmaması, erkek eşin özerklik hakkının tamamen göz ardı edilmesi sonucuna yol açmaktadır.

Aslında tam bu noktada etiğin en başta gelen “*özerklik*” ilkesinin mutlak bir özgürlük şeklinde algılanmasının da doğru olmadığına altını çizmemiz gerekiyor. Öğretilerde özgürlük kavramının tanımı yapılırken toplum halinde yaşadığı zaman özgürlüğün “*mutlak*” olamayacağı, başkalarının özgürlüğüne tecavüz söz konusu olduğu zaman bireylerin özgürlüklerinin kısıtlanabileceği, aksi taktirde anarşinin olacağı bildirilir. Toplumsal olgularda bireysel özgürlüğümüzün sınırları olacaktır. Örneğin bireysel özgürlük deyip çevreye zarar verecek hareketler yaptığımızda yasalarda karşılığı olmasa bile toplumdan tepki görürüz. Şöyle bir örnek verebiliriz: Uçakta uçuş güvenliğini tehlikeye atma ihtimali olan yasak bir davranışı (havada iken uçağın kapısını açmaya çalışma gibi) yapmaya kalkan birisine uçak mürettebatı ya da diğer yolcuların müdahale etmemesi durumunda uçağın düşmesi halinde tüm yolcuların zarar göreceği herkesçe malumdur. Bu şekilde davranmak isteyen birisine müdahale edildiğinde o kişinin “*benim özgürlüğümü kısıtlayamazsınız*” şeklinde itiraz etmesinin mantıklı bir izahı olamaz.

Ülkemizdeki bazı meslek gruplarının aksini savunmalarına rağmen tarihçe kısmında açıkladığımız gerekçelerle bir toplumda doğumların belli bir seviyenin altında kalması halinde nüfusun azalacağı, yaşlanacağı (ki önümüzdeki 30 yılda ülkemizdeki yaşlı nüfus oranının 2-3 kat artacağı öngörülmektedir) ve bu durumda o toplumun gelecekte ciddi sorunlarla karşı karşıya kalacağı yaşanan örnekler dolayısıyla artık bilinen bir gerçektir. Nüfusun azaltılmasını savunanlar, yaşlanan nüfusa karşı çalışanların göç yoluyla karşılanması önermektedirler. Geçmişte sömürgeleştirdikleri ülkelerin doğal kaynaklarını çalarak zengin olan ülkelerin günümüzde insan kaynağını sömürerek

çalışan nüfus problemini çözme yoluna gitmelerini bizim de uygulayabileceğimizi öne sürenlere, bizim o sömürgeci ülkeler gibi davranamayacağımızı hatırlatmakta yarar vardır. Yine karşımızdaki örneklerde gördüğümüz gibi insanlar eğitim ve refah düzeyleri arttıkça rahatlarının bozulacağı endişesiyle doğum yapmaktan kaçınmaktadırlar. Başka konularda toplumların geleceğinin selameti açısından herkesin üzerine düşeni yapması fikri genel kabul görürken, iş doğum konusuna geldiğinde bireysel menfaatler ön plana geçebilmektedir. Eğer uzun vadede gelişmiş ülkelerde yaşananlara benzer sorunlar yaşanması istenmiyorsa, toplumsal duyarlılığın gereğini yerine getirerek herkesin taşın altına elini koyması gerekmektedir.

Kaynaklar

Angus McLaren; *A History of Contraception From Antiquity to the Present Day*, Blackwell Publishers, Oxford UK & Cambridge USA, 1990

Ann Namal, *Yaşamın Başlangıcına Ait Etik Sorunlar*, İstanbul Tıp Fakültesi Ders Notları

Diyanet İşleri Başkanlığı web sitesi, *Din İşleri Yüksek Kurulu kararları*:

- <https://kurul.diyanet.gov.tr/Cevap-Ara/997/dogum-kontrolunun-dini-hukmu-nedir> (Erişim Tarihi: 25.12.2017)

- <https://kurul.diyanet.gov.tr/Cevap-Ara/998/gebeligi-engellemek-icin-kordon-baglatma-vb-yontemlerin-uygulanmasi-caiz-midir> (Erişim Tarihi: 25.12.2017)

Ebru Özberk, *Nüfus Politikaları ve Kadın Bedeni Üzerinde Denetim*, Ankara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Kadın Çalışmaları Ana Bilim Dalı Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2003.

Frank Furedi; *Population & Development: A Critical Introduction*, Blackwell Publishers, Oxford, 1997.

Gürkan Sert; *Üreme Haklarının Yasal Temelleri ve Etik Değerlendirme*, İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı Yay., İstanbul, 2013.

Hatcher RA, Kowal D, Guest F et al.; *Kontraseptif Yöntemler*, Uluslararası Basım, İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı Yayını No:1, Ankara 1990.

HASUDER Üreme Sağlığı Grubunun Nüfus Politikaları, Aile Planlaması ve Düşükler Hakkındaki Görüşü: (web sitesi) <https://hasuder.org/anasayfa/index.php/uereme-sagligi/163-nuefus-politikalari-aile-planlamasi-ve-duesuekler-hasuder-uereme-sagligi-grubunun-goeruesue> (Erişim Tarihi: 25.12.2017)

<https://www.ourbodiesourselves.org/health-info/a-brief-history-of-birth-control> (Erişim Tarihi: 25.12.2017)

Hüseyin Saraç; *Ekonomik ve Sosyal Boyutuyla İslamda Nüfus Politikası*, Türkiye Diyanet Vakfı Yay., Ankara, 1997.

John T. Noonan, Jr; *Contraception: A History of Its Treatment by the Catholic Theologians and Canonists*, Harvard University Press, 1986.

Nesrin Çobanoğlu, *Kuramsal ve Uygulamalı Tıp Etiği*, Eflatun Yay., Ankara, 2009.

Paul R. Ehrlich; *The Population Bomb*, Ballantine Books, New York, 1968.

Sağlık Bakanlığı Ana ve Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. *Aile Planlamasında Genel Bilgiler İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı İstanbul 1997. ss 122-40*

“Doğum koçluğu” mu?

Selime Sancar



1969 yılında ABD’de dünyaya geldi. Marmara Üniversitesinde tamamladığı Türk Dili ve Edebiyatı eğitiminin ardından ABD’de tamamlayıcı tıp eğitimi aldı. 2006-2014 yılları arasında yaşadığı New York’ta da refleksoloji eğitimleri verdi, refleksolog ve homeopat doğum destekçisi olarak ev ve hastane doğumlarına iştirak etti. 2014’de Türkiye’ye dönen Sancar ebelik lisans eğitimine devam etmektedir. Halen özel bir hastanede ve bir sağlıklı yaşam merkezinde doğuma hazırlık eğitimleri ve danışmanlık hizmeti veren Sancar evlidir ve dört çocuk annesidir.

Son on yıl öncesine kadar adını pek duymadığımız, varlığından bile haberdar olmadığımız bir uygulama olan doğum koçluğu neden ve nasıl ortaya çıktı? Bizdeki doğum koçu terimi, Batı’da 60’lı yılların sonu 70’li yılların başından beri “doula” olarak biliniyor (duu-lah diye okunuyor). Kökenini ise Antik Yunanca’daki “hizmet eden kadın” manasına gelen kelimeden alıyor. Meşhur sözlük Merriam Webster Dictionary’e göre, “Doğumdan önce, doğum sırasında ve doğumdan hemen sonra anneye tavsiye, bilgi, duygusal destek ve fiziksel rahatlama sunan, doğum konusunda tecrübeli kadın” (1) yani doğum ve lohusa destekçisi manasına geliyor. Doğumda ve post-partum dönemde hizmet veren doulalar mevcut. Aslında koçluktan çok doğum süreci ve sonrasında gebeye, eşine ve çocuklarına gösterilen destekleyici rol kastediliyor. Peki, Türkiye’de böyle bir role ihtiyaç var mı? Ya aile üyeleri, yakın dostlar veya ebeler? 1928’de başlayan kanuni düzenlemeler (2) ve daha sonraki yıllarda değişen sağlık politikaları doğrultusundaki yönetmeliklerle (3) giderek marjinalize edilen ve doğumdaki merkezi rolleri ellerinden alınmış olan ebeler, zaten profesyonel birer doğum destekçisi değil mi? Bu makalede işte bu sorulara cevap arayarak Türkiye’de ve dünyada dönüşen doğumları ve ortaya çıkan yeni rolleri ele alacağız.

Değişen Doğum Kültürü

Batı ülkelerinde modern dönemde ortaya çıkan çekirdek aile kavramı ve endüstriyelleşme, birçok kadın için geniş aileden uzakta yaşama zorunluluğunu ortaya çıkarmıştır. Bu da, aynı sosyal değişiklikleri 20-30 senelik bir ara ile takip eden toplumlarda geleneksel olarak, anne, büyükanne veya kız kardeş gibi aile üyeleri veya yakın komşular tarafından

karşılanan doğum destekçiliği rolünün, özellikle büyük şehirlerde giderek kaybolmasına yol açmıştır. Böylece binlerce yıldır yakın aile üyelerince doğumun başından sonuna kadar süreklilik arz eden, anaç bir şefkatin ve teşvikin doğum öncesinde, sırasında ve sonrasında doğum yapan anne ve bebek üzerinde yoğunlaşmasını sağlayan geleneksel doğum kültürü, diğer alanlardaki kültürel değişime paralel olarak ortadan kalkma durumuna gelmiştir.

İlginci, 20. yüzyılın başında Amerika Birleşik Devletleri’nde tıp eğitiminin kalitesi üzerine 1910 ve 1912 yıllarında yayınlanan iki rapor, Amerikan obstetrik dalı uzmanlarının çok zayıf eğitildikleri sonucuna varınca, raporlardan bir tanesi obstetrik dalı eğitimi güçlendirmek için bütün doğumların hastanelere taşınmasını ve ebeliğin yasaklanmasını teklif etmiştir. Fakir kadınların ebelere başvurmak yerine, doktorların eğitim alacağı alanlar olarak kullanılacak olan vakıf hastanelerine yönlendirilmelerini öngörmüştür (4). Bunu takip eden yıllarda, Modern Tıp modelinin hızla gelişmesi ve doğumların tamamen hastanelere taşınması ile dünyaca tanınmış ebe Ina May Gaskin’e göre 60’lı yılların ABD’sinde, değil doğumun aile tarafından desteklenmesi, ebelik mesleği bile bir ara tamamen ortadan kalkma tehlikesi geçirmiştir (5).

Böylece günümüzde kadın ve yeni doğan bebek, ev doğumlarından kurumsal doğumlara geçişte kendilerini tamamen farklı, suni ve doğumun fizyolojisine uygun olmayan bir ortamda bulmuştur. Ev ortamında manevi, duygusal ve psikolojik destek sağlayarak doğumu dayanışma içerisinde gerçekleştiren ve yeni anneye sevildiğini ve mahremiyetinin korunduğunu hissettiren aile ve ebe iş birliği yaklaşımı devam edememiştir. Özellikle 70’li yıllarda ABD’deki bazı doğal doğum

isteyen kadınların doğum yaptıkları hastanede istekleri dışında onam alınmadan uyuşturulmaları, kullanmak istemedikleri kimyasallara ve prosedürlere maruz bırakılmaları ve bebeklerinin doğar doğmaz kendilerinden alınıp uzaklaştırılması onları yeni çözüm arayışlarına itmiştir. Bütün bunlara engel olmak adına, hiç olmazsa kocalarının doğum esnasında koruyucu rolde yanlarında olmasını hak olarak talep etmişlerdir (6). Bu mücadele sonunda eşleriyle doğuma girebilseler de aynı istenmeyen uygulamalar maalesef çoğalarak devam etmiştir. Günümüzde ise eşlerin destek için doğuma girip giremeyeceği birçok çevrede hala tartışma konusudur. Her halükârda kadim gelenek yerini, birden çok anneyi ve bebeği öncelikle hayatta tutmayı ve fiziksel olarak sağlıklı olarak tanımlanan parametreler içerisinde taburcu etmeyi amaçlayan bir sağlık sisteminin uzantısı olan, doktorların ve sağlık personelinin hastane ortamında sunduğu “standar-dize bakıma” devretmiştir.

Ancak, dünyada olduğu gibi ülkemizde de bu değişen doğum kültürünün bir uzantısı olarak hızla artan sezaryenler, bu yıl Medipol Üniversitesinin de misafir ettiği Sezaryen kitabının yazarı duayen Dr. Michael Odent’a göre, “insanlığın geleceği açısından artık sürdürülebilir” sayılmamaktadır (7). Dünya Sağlık Örgütü gibi uluslararası kuruluşların global düzeyde geliştirdiği sezaryen oranlarını düşürme stratejileri, ulusal sağlık politikalarını da etkilemektedir (8). Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı ve sivil toplum kuruluşları tarafından girişilen gayretlerle, Türkiye genelindeki devlet ve özel sektör hastanelerinin doğal doğumu destekleyebilecek donanımlara kavuşması için çalışma komisyonları oluşturulmuş, eylem planları hazırlanmış (9) ve büyük şehirlerde ve Anadolu’da pilot projeler uygulanmaya başlanmıştır.

Gerçekleşen bu değişim ve dönüşüm sonucu, gelişmişliğin önemli bir göstergesi sayılan anne bebek ölüm hızının azalması (10), ülkemizde de genel bir memnuniyetle karşılanmaktadır. Ancak, bütün bu gayretlere rağmen doğum yapan kadınların realitesi, tatmin eden doğal bir doğum tecrübesinden oldukça uzaktır. Genel uygulamada, dönüşen doğum şeklinin geldiği son noktada doğumun manevi ve duygusal boyutu doğum olgusunun bir parçası olmaktan çıkarılmıştır. Doğum yapan gebenin yapayalnız bir halde veya hayatında ilk defa gördüğü yabancıların yanında (eğitim hastanesi ise asistan doktorlar eşliğinde, doğumların azlığı dolayısı ile bazen 20'den fazla kişiden oluşan stajyer ebe, hemşire ve doktor grubu önünde) yarı çıplak olarak, litotomi pozisyonunda steril yeşil örtüler ardına tamamen izole edilerek gözlenmesi ve bazı durumlarda da doğumu yaptıranlar tarafından sözlü veya fiziksel şiddete maruz kalması maa- lesef normal olarak algılanmaktadır (11).

Doğumun akabinde anne-bebek bağlanmasının önemini vurgulayan, neonatoloji alanında yayınlanan pek çok çalışma bulunmaktadır (12). Buna rağmen, sağlıklı olsa da yenidoğanın nerede ise anneye gösterilmeden, bazen de 30 saniye süren bir ten tene (yanak yanağa) temasın ardından annenin endişeli bakışları altında apar topar yeni doğan odasına medikal protokolleri uygulamak için götürülmesi birçok hastanede gerekli addedilmektedir. Hele bebek sezaryenle dünyaya geldiyse, kordonunun hiç bekle- tilmeden hemen klempenmesinde, yeni hayatının en kıymetli anlarını annesinden uzakta geçirmesinde anormal bir taraf görülmemektedir (13).

Geniş aile kavramının kaybolması ile yitirilen destek, doğumun yabancı orta- tama taşınması, üstüne üstlük travmatik deneyimler sonrasında dalgalar halinde yayılan olumsuz doğum hikâyeleri, doğum yapacak kadınları, insanlık ve kadınlık onurlarını onlar adına korumak için yanlarında (ayak uçlarında değil!) duracak, tanıdık bir sima aramaya itmiş- tir. Bu durumda bu desteği bulamayan kadınların çoğunluğunun elektif sezaryene yönelmesi, o kadar da şaşırtıcı olmasa gerek.

Dünyada Doğum Koçluğu

Gebe, doğum anında yanında birinin desteğini hissederse doğum süresi kısalmır, bu yapılan araştırmalarla sabittir. Doulanın doğum ekibinin bir parçası olarak doğumda bulunması yapılan bir dizi araştırmaya göre sezaryen oranını %50, doğumun süresini %25, dışarıdan oksito- sin kullanımını %40, epidural talebini %60 azaltmaktadır (14). Artık bu hizmeti veren profesyonel “doulalar anneleri pek çok

yönden destekleyebiliyor. Bütün doulalar gebe ve bakım veren arasındaki iletişimi sağlayıp, kadınların kendi kendini temsil etmeleri için onları cesaretlendirebiliyor, kendi sağlık bakımları ile ilgili aydınlatılmış, bilgilendirilmiş kararlar vermelerini istiyorlar (15).” Doğum doulası, doğum boyunca anneyi rahatlatan nefes teknik- lerini ve diğer ağrı azaltma yöntemlerini uygulamayı teklif edebiliyor. Anneyi emzirmeye hazırlayıp, anne sütünün bebeğe yeteceği konusunda güven telkin ediyor. Bebek doğunca emzirme düzenini oturtabiliyor. Postpartum destek doulası ise doğumdan sonra bebeğe fiilen bakıyor, annenin iyileşme sürecinde duygusal ve fiziksel destek sağlıyor. Gerektiğinde evi toplayıp bulaşıkları yıkarken, geceyi uykusuz geçiren an- neye dinlenme zamanı tanıyor. Yemek pişirebiliyor. Kısacası anneye annelik yapıyor ama herhangi bir medikal veya klinik uygulama yapmıyor.

Bu tür postpartum doulalığa ilginç bir örnek Çin'den geliyor (16). Al Jazeera Televizyonu'na göre Çin'de geniş çapta medikal model ile doğum yapılıyor ama kökenini Geleneksel Çin Tıbbı'ndan alan güçlü bir lohusalık geleneği var. Anneler ve bebekler doğum sonrası bir ay boyunca evlerinde toparlanıyorlar, dışarı çıkıp halka karışmıyorlar. Bu durumda Çin'de büyük şehirlerde ka- dınların doğum sonrası ilk ay boyunca kesintisiz destek alma ihtiyacını gidermek için lüks bir hizmet sektörü oluşmuş. Özellikle bu dönemde, “*confinement lady*” denen profesyoneller anne evden çıkmadan özel bakım sağlayabildikleri gibi, bebekleri yeni doğan çifti bir ay boyunca ağırlayan lüks “postpartum otellerin” de sayısı artmış durumda. Evde anneye bir veya iki ay kalarak bakım veren kadın profesyonel, normal bir maaşın 2-3 katı ücret talep edebiliyor. Bu postpartum destekçisi bizdeki doğum koçu kavramının çok ötesinde. Lohusalık dönemi boyunca yeni annenin yanında kalarak kemik suyu çorbası dahil, üç öğün özel yiyecek ve içecekler hazırlıyor. Bebeğin altını değiştirip bezlerini elde yıkıyor, annenin gece uyumasını ve dinlenmesini sağlayıp, her gün bebeğe zeytinyağı ile masaj yapıyor. Çin tıbbına göre doğumda “chi” enerjisi (hayat enerjisi) çok düşmüş olan anne, böyle bakılmazsa ve üşütürse ileride birçok hastalığa yakalanma ihtimali artabiliyor. Bu konuda profesyonel çalışan bir kadın- dan hizmet almak isteyen modern Çinli annelerin sayısı gün geçtikçe çoğalıyor.

Doğumda İnsan Haklarının Korunması ve Doğuma Saygı İklimi

21. yüzyılın ilk çeyreğine yaklaştığımız bu günlerde, köklü bir ebelik ve aile desteği geleneği olan Türkiye'de doğuma destek

Doğum yapan gebenin yapayalnız bir halde veya hayatında ilk defa gördüğü yabancıların yanında (eğitim hastanesi ise asistan doktorlar eşliğinde, doğumların azlığı dolayısı ile bazen 20'den fazla kişiden oluşan stajyer ebe, hemşire ve doktor grubu önünde) yarı çıplak olarak, litotomi pozisyonunda steril yeşil örtüler ardına tamamen izole edilerek gözlenmesi ve bazı durumlarda da doğumu yaptıranlar tarafından sözlü veya fiziksel şiddete maruz kalması maa- lesef normal olarak algılanmaktadır.

ve gebeye saygı kültüründen o kadar uzak noktalara gelindi ki, ebelik, hem- şirelik ve tıp fakültesi stajyer öğrencileri gebelerin saygı ve sevgi ile desteklendiği bir doğum görmekte zorlanıyorlar. İster Dr. Semra Özer'in de bir yazısında ge- çen, hiç de doğal olmayan bir “vajeryan” (17) isterse de sezaryen doğum olsun, eğitim alan stajyer öğrenci, gebenin elini tutmaya kalksa veya gebenin ayak ucuna yakın durmak yerine bir ara baş ucuna geçse, gebeyi şımarttığı gerekçesi ile doktor veya diğer personel tarafından azarlanma, aşağılanma ve hatta do- ğumhaneden kovulma durumları ile karşılaşabilmektedir.

Özellikle birtakım eğitim araştırma veya kamu hastanelerinde devam eden bu olumsuz tabloya rağmen, travaydaki gebeyi zorlu doğum ortamlarının doğumu inhibe edici etkisinden korumak için stratejiler geliştirilmesi bir zorunluluktur. Buradan yola çıkarak sivil toplum kuruluşları nezdinde, az sayıda ama organize bir grup Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanı hekim, ebe ve doğum psikoloğu gün geçtikçe donanımlarını artırarak etkin çözümün bir parçası olma gayreti içerisinde. Doğum koçlarının da katıldığı toplantılarda verilen bazı ulusal ve uluslararası eğitimleri önce kendileri alıp doğumu kolaylaştıran yöntemleri öğreniyorlar. Sonra da doğumların iyiye doğru dönüştürülmesinde öncü bir

misyon yükleniyorlar. Çatısı altında bir araya geldikleri sivil toplum kuruluşlarının organizasyonları ve bazen de Sağlık Bakanlığı iş birliğinde yaptıkları projeler ile diğer hekim arkadaşlarına, ebelere ve doğum koçlarına eğitim hizmeti vermeye devam ediyorlar (18).

Uluslararası bu tür organizasyonlardan bir tanesi olan Midwifery Today Konferansı geçen sene Avrupa Birliği'nin başkenti Strasbourg'da toplanmıştı. Dünyanın 40 kadar farklı ülkesinden gelen doğuma hazırlık eğitimcisi, doula (doğum koçu), ebe ve kadın doğum uzmanı hekimin, kadın hakları savunucusu avukatların ve bir Avrupa Parlamenterleri'nin katıldığı konferansın 2016 ana başlığının, "*Birth is a Human Rights Issue*" yani "Doğum bir İnsan Hakları Meselesidir" olması tesadüfi değildir. Örnekleri verilen iç karartıcı tablonun, birçok modern Avrupa hastanesinde de yaşanması ile uluslararası gönüllü doğum profesyonelleri organize olmuşlardır. Konferans sonunda hazırladıkları Sonuç Bildirgesi'ni Avrupa Parlamentosu'na sunmuş ve doğum ortamında özellikle annenin maruz kaldığı sözlü veya fiziksel şiddeti (19) kınayarak, "annenin hangi ortamda, kiminle ve hangi pozisyonda doğum yapacağını seçmesinin temel bir insan hakkı olduğu" üzerinde durmuşlardır (20).

Türkiye'de Anneler Neden Doğum Koçu Tercih Ediyorlar?

Aslında gebe kadına destek verme rolünde aile ve eşlerin yetersiz kalmasına, doğum yapan kadının ihlal edilmiş ve aciz hissettirilmesine ve toplumda oluşturulan "korkunç doğum" imgesi ile özel hastanelerde %80-90'lara dayanmış olan sezaryen oranlarına rağmen doğal doğumu arzu eden anneler bir arayış içerisinde. Ebelerin öğrencilikte staj eğitimlerini riske atmamak için, mezun olduktan sonra da işlerinden olmamak için tanık olunan insan hakları ihlallerine itiraz edemeyecek kadar sindirilmiş olmaları, sağlık sisteminden bağımsız çalışan ama doğumun içinde yer alan doğum koçlarına duyulan ilgiyi artırmaktadır.

Türkiye'de ebelerin sağlık personeli olarak bağımsız çalışmalarının önünde engeller olduğu için, eskiden olduğu gibi doğumun başından sonuna kadar kesintisiz olarak ebe desteği alabilmek, bütün yeni düzenlemelere rağmen çok sık rastlanan bir durum değil henüz. Bazı şanslı gebeler özel hastane ile anlaşması olan ve doğumda kesintisiz desteğin önemini bilen bir doktorun yanında çalışan bir ebeden bu şekilde bire bir hizmet alabiliyorlar. Bazıları da ebelerin gözetim ve yönetiminde sevindirici yeni düzenlemelerle pilot uygulama yapan eğitim araştırma hastanesine doğuma gelmişse aynı odada ebe desteğinde

travay geçirip, doğum gerçekleştirebiliyor. Ancak büyük bir çoğunluk, doğumunda hastanede çalışan bir ebe ile karşılaşsa da bu ebe medikal prosedürleri ve takip-leri uygulamayla görevlendirildiği ve daha çok hemşire gibi çalışarak kalabalık ve yoğun servisin yükünü taşımayla meşgul olduğu için gebeye doğum desteğini kesintisiz veremiyor. Kısacası yurt dışındaki gebelerin doğum destekçisine ihtiyaç duymaları ile ortaya çıkan doulalık, biz de de benzer sebeplerle doğum koçlarına olan talebi artırıyor.

Ayrıca günümüzde anne, hala veya yenge gibi aile üyelerinin doğum destekçiliği rolünü ifa etmelerinin önünde yepyeni engeller de mevcut. Bazı akrabaların kendi olumsuz doğum deneyimlerinin veya duydukları dehşet dolu doğum hikâyelerinin hipnotik etkisine kapılma-larından dolayı, doğumlarda gidişatı olumsuz etkilemeleri söz konusu. Hatta kızlarının sezaryene alınması için baskı yapan, tehditler savuran ailelerin ülkedeki sezaryen oranlarına etkisi bile araştırma konusu olabilecek niteliktedir. Bu da aile üyelerinin artık doğuma alınamamasına neden olmaktadır. Hatta olumlu bir destek sağlama niyetleri olsa da sosyokültürel değişim sonucu gebenin yanında yer alamamaları, bu önemli rolün boş kalmasına neden olmaktadır.

Kimler Doğum Koçluğu Eğitim Almalı?

Doğum yapan her kadını destekleyen bir ekibin veya eğitilmiş profesyonellerin yetiştirilmesi, yaşanan güzel doğum hikâyelerinin tekrar ortaya çıkmasını sağlayacaktır. Bu süreci doğum koçları yetiştirerek desteklemek kısa vadede bir çözüm olarak görülebilir. Ancak aslında her doğum profesyonelinin -doktorundan ebesine, bebek hemşiresinden temizlik işleri görevlisine kadar- bir ekip olarak doğum koçluğu eğitimine benzer bir bilinç ve hassasiyet oluşturmayı hedefleyen eğitimlere ve seminerlere katılmaları, doğum kültürünün rehabilitasyonunda etkili olacaktır.

Ancak kadınlara hizmete ve doğuma gönül veren, doğumun kutsal olduğunu, doğal bir süreç olması gerektiğini düşünen idealist her kadın doğum koçluğu eğitimi alabilir. Türkiye gerçeğinde ilginçtir, bu tanıma en çok uyanlar ebelerdir. Yaptıkları işlerle kendilerini doğumun ruhundan uzaklaştırılmış, "doktor yardımcısı sağlık elemanı" (21) kimliğine sıkışıp kalmış hisseden, mesleki doyumdan yoksun ebelerin doğum koçu eğitimi almaya en iyi aday olmaları ironiktir. Ebeler mesleğinin hak ettiği platforma ulaşması için lisans seviyesindeki ebeler eğitim programlarında dünya standartlarında bir doğum destekçisi eğitimi içeriğinin her öğrenciye kazandırılması gerektiğinin

de bir göstergesidir. Hele hukuki olarak ebelerin hakkıyla doğum destekçisi rolü oynaması engellenir, yetki alanları ile ilgili problemler daha uzun yıllar devam ederse, bu arada zor durumda kalan gebelere destek sağlayacak başka bir mesleğin ortaya çıkıp hizmet sektöründe yerini alması kaçınılmaz olacaktır.

Türkiye'de Profesyonel Doğum Koçluğuna Duyulan Tepki Nereden Kaynaklanıyor?

Türkiye'de doğum koçlarına en büyük tepki ve itiraz ebe camiasından geliyor. Sağlık Bakanlığınca başlatılan bütün yeni girişimlere, gönderilen heyetlerin dünya sağlık sistemlerini bil fiil yerinde gezip görerek incelemeler yapıp, aralarından kanıta dayalı sağlık uygulamalarını kullanarak yapılan düzenlemelere rağmen, sahada doğum yapan bir kadının neler yaşadığı ve hissettiği henüz tam olarak değerlendirmeye dahil edilmemektedir. Dolayısıyla, doğum yapan kadına en büyük desteği sağlayabilecek kapasitede olan ebeler mesleğini yetki ve sorumluluklarla donatacak bir doğum politikasına geçişte zorlanmalar görülmektedir. Hukuki olarak sürekli alan kısıtlamasına maruz kalan ebeler mesleği, yukarıda bahsedildiği üzere değil sahada, henüz üniversite eğitimleri sırasında bile anne ve bebeğe ihtiyaç duyduğu sıcak desteği verebilecek yetkide ve statüde değildir. Ebeler birçok yerde ebe olarak iş bulamayıp hemşire olarak çalıştırılmaktadır. Yoğun hastane servislerinde hemen hiçbir zaman kesintisiz olarak baştan sona tek bir gebe ve doğum eylemi ile ilgilenme lüksüne sahip değildirler. Ebeler özellikle doğumların birinci basamak hizmet kurumlarından ikinci basamak kurumlara kaydırılması sonrasında statü kaybının ve doğum parasını garantilemek isteyen bazı hekimler tarafından rakip olarak görülmelelerinin sıkıntısını hissediyorlar. Hala, bazı hastanelerde hızlı gelişen bir eylemde, uzman doktor gelmeden bebek dünyaya geldiği için suçlanan ebeler mevcuttur. Bu psikoloji içerisindeki ebeler, bir de "doğumhaneye doğum koçları alınacak" dediği zaman doğal bir tepki olarak protest moda geçebiliyorlar. Bu da değişik akademik ortamlardaki kulislere hele doktorlar, ebeler, doğum koçları ve psikologlarının katıldığı bazı konferanslarda hissedilir bir gerilime dönüşebiliyor. Hâlbuki doğumun güzelleştirilmesi ve gelecek nesillerin travmadan mümkün olduğunca uzak bir ortamda, aşk hormonu oksitosin eşliğinde karşılanması, anne-bebek bağlanması için ideal şartların sağlanması için daha yapılacak o kadar iş var ki...

Doğum Koçluğu Eğitiminde Neler Olmalı?

Günümüzde klasik bir eğitim araştırma hastanesinde bir kadının, travay odasında

kendisiyle aynı durumdaki diğer gebelerin yaşadığı travmatik muayenelere ve saygıdan yoksun muamelelere şahit olması nadir bir durum değildir. Bu yoğun stresin etkisi ile ağır algısının zirvede olduğu, symfitan gibi oksitosin derivativlerinin kışkırtıcı etkisi ile sempatik sinir sistemi hâkimiyetinde hapsolup kalan doğumlara tekrar tekrar şahit oluyoruz. Onun yerine, gebenin aktif, rahat, korunmuş olmanın huzurunu ve doğum sürecine saygılı, vakarlı bir yaklaşımın getirdiği güveni hissetmesini sağlayacak yöntemlere ve stratejilere gerçekten ihtiyaç vardır.

Doğum koçluğu yapan kişinin, en başta farkında olması gereken mesele şudur: Bir kadının doğal yollarla hamile kalmak için ihtiyaç hissettiği ortama, doğal yollarla doğum yapmak için de ihtiyacı vardır. Normal konsepsiyonda, bebek “yaparken” salgılanan utangaç oksitosini ve rahatlatan endorfin hormonlarını davet eden hormon olan melatonin, loş ortamlarda daha rahat salgılanır. Bu ortamda kadının analitik sözel uyarıdan uzak ve gözetlenmediğinden emin hissettiğinde ortaya çıkan hareketleri ve çıkardığı sesleri -bebeğini doğururken de aynı hormonlara ihtiyaç duymasından dolayı- güvenle sergileyebileceği “ultra mahrem” bir ortam sağlanması şarttır (22). Ayrıca, doğumun fiziksel olduğu kadar, duygusal, sosyal ve manevi (spiritüel) boyutu olan çok yönlü bir olgu olduğundan yola çıkarak, eğitilmiş doğum koçunun holistik bir yaklaşımla verdiği desteğin, gebeyi her boyutta anne şefkati ile sarıp sarmalaması önemlidir. Doğum koçunun veya bu sıfatı alan diğer sağlık profesyonelin aldığı eğitim, kendisini bu role hazırlayacak geniş bir yelpazede yer alan konuları içermelidir.

Doğum koçunun ana hatları ile anatomi ve doğum süreci ile ilgili temel eğitimlerin yanında, doğumda özellikle anneyi en stresli ve ağırlı konumdan, tamamen sakin ve huzurlu bir moda hızla geçirebildiği bilimsel olarak da ispatlanmış metot ve yaklaşımları iyi öğrenmesi gerekmektedir. Bu da bütün doğum ekibinin işini kolaylaştırıcı, anne ve bebekte oluşabilecek komplikasyonları azaltan bir katkı sağlayacaktır. Bu bağlamda dünyadaki doula eğitimleri incelendiğinde, Türkiye’de ebelerin dahi bağımsız uygulamasına izin verilmeyen birçok geleneksel ve tamamlayıcı uygulamayı doulaların doğum yapan anneye hiçbir kanuni engelle karşılaşmadan sunması, standart modern tıbbın ve farmakolojinin sahasına girmedikleri sürece normal sayılmaktadır (23). Türkiye’de ise bir sağlık çalışanı olan ebelerin bile dünyada doğumda kullanılan homeopatik formülleri veya refleksoloji tekniklerini hastane ortamlarında serbestçe uygulaması yönetmeliklere göre mümkün görünmemektedir. Bu alandaki engellemelerin kaldırılarak doğumlarda kadınlara ve bebeklere dünya standart-

larında hizmet verilebilmesi durumunda kazananlar gebeler, bebekler ve aileleri olacaktır. Bu da ülkenin ve hatta insanlığın geleceğini olumlu yönde destekleyebilir.

Sonuç olarak, Doğum Koçluğu kısa yoldan para kazanıp, ebelerin mesleğini elinden alma fikriyle yola çıkan, ebelik taslayan bir grup kadının başlattığı bir iş değildir. Doğum kültürünün, mahrem ve manevi değerlere öncelik verilerek en kısa zamanda tekrar ayağa kaldırılması gerektiğini hatırlatan sosyolojik bir olgudur. Dönüşen doğum kültüründe, gebe merkezli yeni çözümlere acil ihtiyaç olduğunu hatırlatmaktadır. Ebelerin 1912’den beri modern hastane doğumlarının bir parçası olmasını gereksiz gören doktor merkezli bir sistemin kullandığı retorik, bu sefer ebelerin doğum destekçileri için kullanmaları önyargılı bir yaklaşımı devam ettirmek olmaz mı? Geleneksel olarak binlerce yıllık doğum geleneğinde ebeler ve doğum destekçileri aynı amaca yönelik omuz omuza çalışmadı mı? Evet, belki doğum destekçiliği son zamana kadar ücret almadan gönüllülük esasına dayanarak sürdürülüyordu. Ancak unutmamak gerekir ki, geleneksel toplumlarda bizim köy ve mahalle ebelerimiz de eğitilmiş ebeler gelinceye kadar standart bir ücret talep etmiyorlardı. Çevrelerinde doğum yapan her kadının yardımına koşuyor ve buna karşılık da olsa doğum desteği gören ailenin çam sakızı çoban armağanı hediyelerini kabul ediyorlardı.

Modern ebenin hastane ortamında gebeden gebeye rutin kürler ve prosedürler uygulama rolü ile işinin başından aşkın olması, oluşan bu “yanından bir an olsun ayrılmadan sevgi ile kol kanat germe” boşluğunu doldurmak için doğum koçluğu veya destekçiliğine duyulan ihtiyacı yadsınamaz hale getirmektedir. Çünkü oksitosinsiz spontane doğal doğum olmuyor ve sevgisiz de oksitosin üretimi yetersiz kalıyor. Ebelerin sevgi dolu bu fonksiyonu hakkı ile ifa etmesine izin verecek bir zihniyet değişikliği olmadıkça, daha çok uzun bir süre doğum koçuna toplum olarak ihtiyacımız olacak gibi görünüyor. Profesyonel postpartum doula hizmetine geline: Aile yapımız ve sosyal dayanışma kültürümüz çözülmeye devam ettikçe bu profesyonel hizmetin önü de sonuna kadar açık. Duyurula...

Kaynaklar

1) Merriam Webster Dictionary <https://www.merriam-webster.com/doula> (Erişim Tarihi: 03.12.2017)

2) Tababet ve Şuabatı San’atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanunu. (1928). T.C. Resmi Gazete, 863, 11 Nisan 1928. Ayrıca bakınız, Aile Hekimliği Kanunu. (2004). T.C. Resmi Gazete, 25665, 09 Aralık 2004.

3) Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği, 133. Madde. (1983). T.C. Resmi Gazete, 1983. Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezleri Yönetmeliği. (1997). T.C. Resmi Gazete, 22900, 06 Şubat 1997. Ve Aile Hekimliği Uygulama

Yönetmeliği. (2010). T.C. Resmi Gazete, 27591, 25 Mayıs 2010.

4) “Ina May Gaskin on history of midwifery, her story and issues with hospitals” (at The Farm, TN) YouTubeVideo. (Erişim Tarihi: 03.12.2017).

5) Rooks, Judith P. “The History of Midwifery”. Our Bodies Ourselves. Last revised 22.05 2014. www.ourbodiesourselves.org/health-info/history-of-midwifery (Erişim Tarihi: 03.12.2017).

6) Gaskin, Ina May. “Spiritual Midwifery”, 1975.

7) Odent, Michael. “Sezaryen”, Kuraldışı Yayınları. Kasım 2008.

8) Dünya Sağlık Örgütü. “Sezaryen Doğum Hızları ile ilgili DSÖ Açıklaması” 2015.

9) Sağlık Bakanlığı-TJOD Sezaryen Oranlarını Azaltma Ortak Eylem Planı, 2011 ve Sağlık Bakanlığı Endikasyon Dışı Sezaryenlerin Önlenmesi Eylem Planı.

10) CNN Türk. “Türkiye’de Ölüm İstatistikleri Açıklandı”. İHA, 07.06.2017, (Erişim Tarihi: 04.12.2017).

11) WHO. “Prevention and Elimination of Disrespect and Abuse During Childbirth”. www.who.int/maternal_perinatal (Erişim Tarihi: 04.12.2017).

12) Güleşen, Aslı ve Dilek Yıldız. “Erken Postpartum Dönemde Anne Bebek Bağlanmasının Kanıta Dayalı Uygulamalar ile İncelenmesi”.TAF Preventive Medicine Bulletin, 2013: 12(2).

13) ACOG Committee Opinion. “Delayed Umbilical Cord Clamping After Birth.” Number 684, January 2017.

14) Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C. “Continuous Support for Women During Childbirth”. Cochrane Databse of Systematic Reviews. CD003766, (2003).

15) OBOS Pregnancy and Birth Contributors. “The Role of Doulas”. Our Bodies Our Selves. April 3, 2014. www.ourbodiesourselves.org/health-info/doulas/ (Erişim Tarihi: 04.12.2017).

16) Al Jazeera, Documentary 101 East. “China’s Super Mums”. www.aljazeera.com/programmes/101east/2015/06/china-super-mums-150603090607900.html (Erişim Tarihi: 04.12.2017).

17) Özer, Semra. “Vajeryen olacağına sezaryen olsun!”. NT Hayat, (Erişim Tarih: 04.12.2017).

18) KASAV Kadın Sağlıkçılar Vakfı, Doğum için Elele Demeği, Biruni Üniversitesi ve T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu ortaklığı ile “Ebelik Becerileri Geliştirme Eğitici Eğitimi” 4 Mart-1 Nisan 2017.

19) Bohren, Meghan A., Joshua P. Vogel, [...], A. Metin Gülmezoğlu. “The Mistreatment of Women during Childbirth in Health Facilities Globally: A Mixed-Methods Systematic Review”. PLoS Medicine. 2015. www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles (Erişim Tarih: 04.12.2017).

20) Midwifery Today Conference. “Birth is a Human Rights Issue”. Strasbourg, France. 19-24 October 2016. CEDAW, UN Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women. French Case.

21) Aile Hekimliği Kanunu. (2004).

22) Homeopathy for Birth Professionals – Community Well www.communitywellst.com/homeopathy-for-birth-professionals/ (Erişim Tarihi: 04.12.2017). Veya Homeopathy for Childbirth The Matrona, “A homeopathic program for Doulas and Birth Caregivers” www.thematrona.com/healing/homeopathy-for-childbirth-continuum/ (Erişim Tarihi: 04.12.2017).

Doğumda korku

Dr. Emine Aylin Atakır



1973 yılında Tunceli’de doğdu. 1996’da İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesinden mezun oldu. 1997-2002 yıllarında Süleymaniye Doğumevinde Kadın Hastalıkları ve Doğum uzmanlığını tamamladı. 2012 yılından beri "doğal doğum" konusunda çalışmalar yapan Dr. Atakır, evlidir ve 3 çocuk annesidir.

Doğum; Allah(cc)’ın bize bir lütfu, ilk insan olan Hz. Âdem (as) ve Hz. Havva annemizden beridir insanlığın binlerce yıldır neslini devam ettirmesinin yoludur. Kadınlar binlerce yıldır dünyaya yeni bir yavru getirmek, canıyla kaniyle onu besleyip büyütmek için doğuruyor, yeni bir bireyin aileye katılışı bir mutluluk, bir heyecan olarak kutlanıyor. Buna rağmen doğum -ne yazık ki- korku ve acıyla birlikte anılmaya başladı. Artık normal doğuracak olan da sezaryen olacak olan da korkuyor. Kadınlarımız artık doğumdan korkuyorlar. Peki, ne oldu da doğum korkuyla özdeşleşti? M.Ö. 3000’li yıllarda doğumların doğal ve en az düzeyde korku ile yaşandığına dair belgeler mevcut. Doğumla köyün bilge kadınları ilgileniyor ve doğumun doğal olduğuna inanılıyordu. Tıbbın ilk dönemlerinde liderliği erkekler aldığı da yaklaşım aynı şekilde devam etti. Hipokrat ve Aristo doğumda acıdan söz etmezken; kadınların bu dönemde ihtiyaç ve duygularının karşılanması gerektiğinden bahsetmişlerdir. Hipokrat ebelere ilk resmi eğitimi veren kişidir. Aristo ise doğum esnasında derin gevşemenin öneminden söz etmiştir. Bir komplikasyon çıktığında da bunun tedavisi için kadının gevşemiş durumda olmasının gerektiğini belirtmiştir. Doğal bir durum olan doğurma esnasında kadınlara kibar davranılmıştır.

M.S. 300’lü yıllarda kadınlara özellikle ebelere ve şifacılar karşı bir aşağılama hareketi başladı. Bu durum gerçekten toplum için çok faydalı olan kadınların asılmalarına kadar gitti. St.Clement of Alexandria’nın şu cümlesi dikkate şayandır: “Her kadın, kadın olduğunu

düşünüp utançla dolmalıdır.” Yeni çıkarılan yasalarla, kadınlar çok büyük bir günahla hamile kaldıkları için hamilelik süresince ayrı bir yerde tutulmalarına ve doğum sırasında yalnız bırakılmalarına karar verildi. Gebe kadın, sağlık hizmetini hak eden bir hasta olarak görülüyordu. Hekimler doğuma giremedikleri gibi ebelik de kaldırıldığı için kadınlar tamamen yalnız bırakılmışlardı. Böylece önceden kutlama olan doğum artık azap verecek kadar acı dolu, yalnız ve çok korkulan bir çile haline geldi.

Doğumda acı ve korku aşılamaz iki eşlikçi olunca elbette doğumun fizyolojisi de bozuldu. Bu fiziksel etki bedeninin otonom sinir sistemi (OSS) işlevine bağlanabilir. OSS, bedenlerimiz içindeki iletişim ağıdır. Ana işlevi mesajları yorumlamak ve gereken hareketi belirleyip bunu diğer sistemlere iletmektir. Bu tepkiler bizim bilinçli kontrolümüzde değildir, istem dışıdır. Otonom sinir sistemimizin iki ögesini biliyoruz. Birincisi, sempatik sinir sistemi; ikincisi, Parasempatik sinir sistemi. Normalde organlarımızın günlük işlerinin yapılabilmesi için parasempatik sistemin aktif olması gerekir. Sempatik sistem kaç-savaş veya donakal sistemi olduğundan sadece gerekli zamanlarda bu sistemimiz çalışmalı gerekmediğinde sakinleşebilmeliyiz. Oysa gebenin doğumla ilgili olarak korku içinde olması gebenin gereğinden fazla bu panik odasında kalması ile sonuçlanır. Doğumda korku ile indüklenen sempatik sistem aktivasyonunun sonuçları ne olabilir?

Gebe doğum odasına girmiştir. Çok korkmaktadır ancak ne kaçabilmektedir ne de savaşılabilmektedir. Donakalmıştır. Sempatik sistemin etkisiyle bütün kan beyne, kalbe ve extremitelere gön-

derilmiş, uterus ve fetüs ise yeterince oksijenlenememektedir. Bu esnada uterusun yetersiz oksijenasyonu sebebiyle normalde daha az hissedeceği ve hafif atlatacağı kasılmalar çok şiddetli bir ağrıya dönüşmüştür. Fetusa da az kan gittiğinden fetal kardiyak aktivitede de bozulmalar olmaktadır. Rahimdeki düz kaslar kasılmakta ancak rahim ağzındaki gevşemesi gereken yuvarlak kaslar gevşememektedir. Böylece normalde uyum içinde çalışması gereken iki kas grubu artık birbirlerine karşı çalışmaya başlar. Yine bu da annede ciddi ağrıya sebep olur. Oluşan bu ağrı zaten yüksek düzeyde olan adrenalini daha çok artırır, gergin kasılmalar artar ve ağrı daha çok artar.

Bu tabloyu ilk olarak Korku-Gerginlik-Ağrı çemberi adıyla Dr. Dick Read tanımlamıştır. Dr. Dick Read 1930’larda Londra’da hekimlik yapmaktadır. Doğum olduğunda evlere gitmektedir. Yine bir gün bir doğum için Londra’nın varoş bir semtine çağırılmıştır. Gittiğinde oldukça karanlık bir odada kendi kendine yatan ve hafif sesler çıkaran bir kadın görmüştür. Kadının ağrısını kesmek için ona kloroform uzattığında kadın eliyle bu teklifi geri çevirmiştir. O andan sonra Dr. Dick Read ancak olayı seyretmekte ve düşünmektedir. Doğum olup bittikten sonra doğum yapan kadına neden ağrı kesici istemediğini sorduğunda kadın şöyle bir cevap vermiştir: “Acımadı ki, neden acıması mı gerekiyordu?” İşte doğumlarımızın değişebilmesi için gerek şart doğumun doğal bir vücut eylemi olduğuna tekrar inanmamızdır.

Ailelerin doğum öncesinde gebelikleri sırasında doğuma hazırlık eğitimi almaları korkuyu gidermek açısından önemli

bir yöntemdir. Çünkü bilgi, korkunun panzehiridir. Aileler öğrendikçe doğum hakkında daha ılımlı düşüncelere ve duygulara sahip olacaklardır. Kadının doğurma gücü unutulmuştur. Hâlbuki kadın, içinde doğurma potansiyeli ile yaratılmıştır. Uterus denen organ müthiş bir organdır. Besleme, büyütme, koruma ve doğurma yeteneğine sahiptir. Kadınlarımızın bu kadim bilgiye tekrar kavuşmaları ve tamamen benimsemeleri gerekiyor. Tekrar “Ben yapabilirim, bunu yapabilecek şekilde yarattım” duygusuna ulaşmaları gerekiyor.

Doğuma hazırlık eğitimi ile doğuma hazırlanan ve kendine güveni geri gelen kadın, gebeliği boyunca yapacağı bazı egzersizlerle bedenini ve zihnini doğuma hazırlamış olur. Doğumu öncesinde nefes egzersizleri yapıp vücudunu buna alıştıran kadın, doğumu esnasında ihtiyaç duyduğunda derin nefesler alarak korkudan kasılmış kaslarını gevşetebilecek, bebeğine ilerleyebilmesi için yol açabilecektir. Doğumda asıl çalışması gereken rahmin düz kaslarıdır. Rahim ağzındaki yuvarlak kaslar ve pelvis kasları olabildiğince gevşek olmalıdır. Ancak çoğu kadın doğumu boyunca kaskatı kalmaktadır. Yapılan nefes egzersizleri ile bu kasları gevşetmeyi ve bebeğe yol vermeyi öğreneceklerdir.

Doğumun korku dolu olmaması için bir yöntem de şartlanmadır. Şu anda zaten kafalarımız doğumun acılı ve ağrılı olacağına şartlanmış durumdadır. Bu yüzden de kadınlarımız çok korkuyorlar. Oysa doğumda bir miktar ağrı olabilir ancak bunun hemen peşinden salgılanan endorfin hormonu ile de gevşeme ve rahatlama olacak şartlanmasını kadınlarımızın tekrar kazanması gerekiyor. Beden zihnin robotudur. Bedenimizin neyi ne zaman yapacağını zihin söyler. Eğer bir kadın zihnini düşünceleri sayesinde bedenini, gevşeme ve rahatlama etkisi yapacak şekilde eğitebilirse çok rahat ve korkusuz bir doğum yapabilir. Buna şartlı refleks denir. Korkusuz bir doğumda karşımızda doğumdan korkmayan ve doğumunu coşkuyla bekleyen bir kadın bulunur. Kasılmalar esnasında gevşek kalarak sempatik sinir sisteminin aktivasyonunu engeller. Nefesini düzgün alıp vererek kaslarının ve bebeğinin oksijen ihtiyacını karşılar. Rahim kasları birbiri ile uyumlu çalıştığı için doğum daha çabuk olur. Doğum ortamında olması gereken oksitosin maksimum miktarda salgılanarak anne ile bebeği arasındaki bağlanmayı sağlar.

Şu anda bu durumu tersine çevirmek için neler yapabiliriz? Doğum hakkında toplumsal olarak içine girdiğimiz olumsuz düşüncelerden kurtulmalıyız. Daha önce doğum yapmış kadınlar yeni nesle doğumu özendirerek anlatmalı. Medyada



doğumun daha pozitif yönleri gösterilmeli, dizilerde doğum olacağı an yapılan kargaşalara bir son verilmeli. Doğumun sakın de olabileceği anlatılmalı. Sağlık çalışanları olarak bizler kadınları güzel bir doğum yapabilecekleri hususunda daha çok desteklemeliyiz. Doğum odalarını kadınların mahremiyetlerine uygun bir şekilde daha özenli dizayn etmeliyiz. Anne bebek dostu doğum kriterlerine uygun bir şekilde kadının yanında onu destekleyecek bir yakınının olabilmesini sağlamalıyız. Doğumda gerekmedikçe müdahalelerden kaçınmalıyız. Kadınların doğumda aktif hareketli olmalarına ve kasılmalarını böyle karşılamalarına imkân vermeliyiz. Doğumda zamana saygı duymalıyız. Her doğumun bir hızı vardır. Anne ve bebek iyi olduğu sürece doğumu hızlandırmaya çalışmamalıyız. Bebek doğduğunda eğer iyi durumdaysa bebeği annenin karnına koyarak ikisinin birbirine kavuşmaları sağlamalıyız. Böylece doğum “bir avazda kurtulacak” bir şey olmaktan çıkıp “Rabbim kavuştursun” durumuna geçebilecektir.

Kaynaklar

Childbirth Without Fear, The Principles and Practice of Natural Childbirth, Grantly Dick Read, Pinter Martin Edition, London, 2013

Doğal Doğum Felsefesi, Milyonlarca Yıldır Gerçekleşen Serüven, Gülay Rathfisch / Nobel Tıp Kitabevi, 2012, İstanbul

Hypnobirthing, Mary F. Mongan / Health Communications, Inc., USA, 2005 / Türkçesi: Gün Yayıncılık, İstanbul

Temel Kadın Hastalıkları Ve Doğum Bilgisi, Editörler: Serdar Günalp, Kunter Yüce / Güneş Tıp Kitabevi, 2008, Ankara

Sağlık çalışanları olarak bizler kadınları güzel bir doğum yapabilecekleri hususunda daha çok desteklemeliyiz. Doğum odalarını kadınların mahremiyetlerine uygun bir şekilde daha özenli dizayn etmeliyiz. Anne bebek dostu doğum kriterlerine uygun bir şekilde kadının yanında onu destekleyecek bir yakınının olabilmesini sağlamalıyız. Doğumda gerekmedikçe müdahalelerden kaçınmalıyız.

Doğum fizyolojisine elverişli doğum ortamları

Yrd. Doç. Dr. Filiz Okumuş



Ortaöğrenimini 1996 yılında Kahramanmaraş Sağlık Meslek Lisesi Ebelik Bölümü'nde tamamladıktan sonra Sağlık Bakanlığı kadrosunda ebe olarak atandı. Batman Sosyalleştirme Bölgesi'nde mecburi hizmetini yaptı. Ardından Gaziantep Üniversitesinde lisans ve yüksek lisans, Marmara Üniversitesinde doktora eğitimini tamamladı. Lisans ve lisansüstü eğitimleri sırasında Şanlıurfa, Gaziantep ve Kahramanmaraş'ta ebelik yapmaya devam etti. Sağlık Bakanlığı kadrosunda 12 yıl ebe olarak görev yaptıktan sonra Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesinde Ebelik Bölüm Başkanı oldu. Yeditepe Üniversitesi'nde de çalışan Okumuş, 2012 yılından beri Medipol Üniversitesinde görev yapmaktadır.

Doğum, bir kadının ve bebeğinin hayatı için önemli bir deneyimdir. Bu deneyimin sağlıklı bir şekilde gerçekleşmesi gerek annenin sonraki hayatında gerekse bebeğin yetişkin hayatında önemli sonuçlara sahiptir. Türkiye'de her iki doğumdan biri sezaryenle sonuçlanmaktadır. Buna ek olarak yaşamlarının ilk üç ayına gelindiğinde her üç bebekten sadece biri anne sütü almaya devam etmektedir. Normal doğumun ve doğum sonu anne sütü alımının bireyin tüm yaşamında bağışıklık sistemi başta olmak üzere mental ve emosyonel yönden birçok katkıları olduğu düşünülmektedir.

Doğumların hastanelere taşınmış olmasının sezaryen oranlarının artmasına neden olduğu yönündeki görüşler, hastane ortamlarının normal doğum için elverişli olmadığı düşüncesini akla getirmektedir. Doğum yapmak için hastaneye başvuran kadınlar doğum ortamlarında kişisel kontrol eksikliği, gereksiz tıbbi müdahalelere maruz kalma olasılığı ve sağlık çalışanlarının nazik olmayan yaklaşımları nedeniyle çeşitli derecelerde korku ve anksiyete yaşayabilmektedirler. Yaşanan bu korku ve anksiyete, sempatik sinir sistemini harekete geçirerek doğumun yavaşlamasına ve hatta durmasına neden olabilmektedir. Sezaryen oranlarını azaltma yönündeki çalışmaların bundan sonraki temel odak noktası, doğum ortamlarını normal doğuma uygun hale getirmek olmalıdır.

Doğumun fizyolojisine uygun olarak hazırlanan doğum ortamları, doğumda farmakolojik analjezi kullanımını, epizyotomi oranlarını, sentetik oksitosin kullanımını ve kadınların doğumda maruz kaldıkları diğer rutin müdahalelere ihtiyacı ortadan kaldıracaktır. Bunun yanında sezaryen oranlarının azalması ve doğum sonrası ilk altı ay emzirme oranlarının artmasına katkı sağlayabilir. Neslimizin sağlıklı bir şekilde devamı için doğum ortamlarının yeniden düzenlenmesi büyük önem arz etmektedir.

Güven ve Mahremiyet

Doğum yapan kadında gözlemlenme hissi doğumun fizyolojisini engelleyen en önemli etkenlerden biridir. Güven ve mahremiyet, doğumda doğal oksitosin salgısı için en gerekli unsurlardan biridir. Doğum esnasında sağlık çalışanlarının kolay müdahalesine imkân sağlayan litotomi pozisyonu, kadının mahremiyet duygusunu olumsuz etkilemektedir. Bunun neticesi olarak da gözlemlenme hissi neokortikal aktivitenin artışı, ardından katekolaminlerin salınımı ile ilişkilendirilmiştir. Doğum için doğal olarak salgılanması gerekli olan oksitosin salınımı, katekolaminlerin varlığından olumsuz etkilenmektedir. Günümüz doğum ortamlarında ebeler, hastane prosedürünün gerektirdiği bazı uygulamaları yerine getirmek için kadının odasına sık sık girip çıkmaktadır. Sağlık çalışanlarının travay esnasında gebenin odasına girip çıkması doğumun doğal sürecini olumsuz etkilemektedir. Oysaki kadının bu prosedürlerden çok, doğumun doğal bir şekilde ilerlemesi için kaliteli bir ebe desteğine ihtiyacı vardır. Doğumun fiziksel çevresi kadının mahremiyet hissini destekleyecek şekilde düzenlenmelidir. Doğum ortamları tek kişilik odalar olması yanında sürekli giriş çıkışların engellendiği alanlar olmalıdır. Kadınlar, başkalarının görüş alanı içinde olduğunu hissetmemelidir. Odaya giren sağlık çalışanları mutlaka kapıya vurmali ve kapı açıldığında direkt olarak kadının bulunduğu alan göze çarpmamalıdır. Kapı açıkken bile mahremiyeti sağlayacak görsel ve fiziksel engeller konulmalıdır.

Yatağın Yerleştirilmesi

Kadınlar doğum için hastaneye başvurduklarında hasta dosyası çıkarılmakta, hasta yatağına alınmakta ve hasta gibi muamele görmektedir. Doğumun fizyolojik bir olay olduğu gerçeğini kabulü için en başta kadının hasta olarak değil bir birey olarak kabulü gerekmektedir. Doğum odalarında hasta yatağının merkezde olması gebenin sürekli yatacağı ve bu

yatakta doğumunu gerçekleştirmesinin zorunlu olduğu izlenimi vermektedir. Kimi uygulamalar, yatağın hiçbir şekilde doğum odasında bulunmamasını desteklerken kimileri ise yer yataklarının kullanılabilirliğini önermektedir. Ancak yer yatakları, ebelerin muayenesi ve bakımı sırasında rahat olmayan bir ortam yaratabilmektedir. Yatak, doğum odasının kenarında olmalı ve ortam kadının aktif hareketine imkân sağlayacak şekilde boş bırakılmalı ya da harekete imkân sağlayacak ekipmanlar yerleştirilmelidir. Doğum odasının düzeni kadına yatacağı izlenimi değil hareket halinde olabileceği izlenimi vermelidir.

Suyun Kullanımı

Günümüzde Türk toplumu için "su doğumu" çok yeni bir uygulamadır. Birçok hastane suda doğum ünitesi şeklinde reklam yapsa da genellikle suda doğum değil "suda travay" amacı gütmektedir. Türkiye'de su doğumu için yetişmiş eleman kıtlılığı bulunmaktadır. Her doğum odasında küvet bulundurulmalı, ancak küvet kullanımı kadının tercihi bırakılmalıdır. Eğer doğum esnasında ihtiyaç duyarsa kadın, küvete girmek isteyebilir. Bu, durum doğum esnasında karar verilebilecek bir durum olup kadın ve ebesinin birlikte yürüteceği bir süreç olmalıdır. Yapılan çalışmalar, küvet kullanımının hem kadını doğumda dikey pozisyonlar yönünden desteklediğini hem de daha az ağrı hissi ile doğumu hızlandırdığını göstermiştir. Doğumda küvetin ve/veya duşun kullanımı doğumda hidroterapi etkisi sağlamaktadır. Duş alarak kadın, hijyen bakımından kendini daha iyi hissetmekte doğum sürecine de aktif olarak katılmaktadır. Kadının duş alacağı ortam doğum odasının bir kenarında ve kapalı bir alanda yer almalıdır. Doğum desteği verecek ebeğin de kadının yanında olabilecek şekilde geniş alanlar olmalıdır.

Aydınlatma

Parlak ve yapay ışıklar, neokorteksi uyarak katekolamin salınımını tetikle-

mekte ve doğumun normal fizyolojisini inhibe etmektedir. Doğum ortamlarında doğal ışığı içeriye alacak dış pencereler kullanılmalıdır. Son yapılan araştırmalar, karanlık hormonu olarak bilinen melatonin salgısının oksitosin salgısı için pozitif etki sağladığını bildirmiştir. Parlak ışıklar doğumun fizyolojik olarak ilerlemesinin önünde büyük bir engel gibi durmaktadır. Parlak olmayan loş ışıklar, doğum esnasında oksitosin salınımı tetikleyici etkiye sahiptir. Loş ışıklar, hem melatonin salgısını uyandırırken aynı zamanda kadında güven ve mahremiyet duygusunu da destekleyici bir özelliğe sahiptir.

Doğal manzaraya bakmanın sağlık üzerinde önemli olumlu katkıları bulunmaktadır. Yapılan çalışmalara göre, hasta odalarında doğaya bakan pencerenin bulunması ağrı kesici kullanımını azaltmakta ve hastanede kalış süresini kısaltmaktadır. Bedenin doğal biyolojik ritmini desteklemek, doğum sürecine de önemli katkılar sağlamaktadır. Doğum için başvuran kadının avlu ve açık alanlardan faydalanması için doğum odaları zemin katta olması ve doğum odalarının doğal manzaraya bakan pencerelere sahip olması doğumun normal fizyolojisini destekleyen bir yaklaşımdır. Doğum odasının pencere boyutu ve konumu, odanın içerisinde mahremiyetini korurken doğal ışığı içeriye girmesi de sağlanmalıdır. Pencerelerin açılıp kapanabilir özellikte olması kadının dışarı ile bağlantısını üzerinde kontrol sahibi olmasını sağlamak için kullanışlı olabilir. Pencere kenarında koltuk bulunması pencereden doğanın görünümünü üst düzeye çıkarabilir.

Doğum Odasında Renk Seçimi

Hastanede kullanılan rengin ve dekorun hastaların iyileşme sürecinde son derece önemli etkileri olduğunu modern bilim de kabul etmiştir. Doğum ortamlarında kullanılan her ekipman doğumun doğal sürecini destekleyecek özelliklere sahip olmalıdır. Parlak renkler neokorteksi uyurabileceği için parlak renklerden ve beyaz ve krem renklerinden kaçınılmalıdır. İdeal renkler, mavi, mor, pembe ve yeşil renklerdir. Doğum odalarında mobilya kullanımı en az düzeyde tutulmalıdır. Hastane görüntüsüne neden olan ekipmanlar kapalı dolaplarda bulundurulmalı, ihtiyaç halinde dolabın kapakları açılmalıdır. Kadınlara doğal ev ortamı sağlaması açısından kendi biblolarını ya da evlerinde kullandıkları tabloları getirmesi için teşvik edilebilir. Doğum esnasında kadının görsel odak noktası oluşturması, sürece konsantrasyonu için katkı sağlamaktadır. Sanat eserleri, tablolar ve biblolar, doğum ortamlarında görsel odak noktası olarak kullanılabilir. Bu aynı zamanda kadının güven hissini de artırıcı etkiye sahiptir. Doğum odasında kullanılan ekipman doğumda hareketli olmaya ve sık pozisyon değiştirmeye yardımcı olacak nitelikte olmalıdır. Doğum topu, doğum taburesi yararlı ekipmanlardan bazılarıdır. Kadınlar travay ve doğum esnasında fizyolojik olarak bir

yere tutunarak bedenini esnetme ve çömelme ihtiyacı duymaktadır. Tavana ya da duvara asılı halatlar kadınların bu fizyolojik ihtiyaçlarını karşılayabilmektedir.

Gürültü

Doğum ortamlarındaki gürültünün kaynağı genel olarak kullanılan ekipmanlar ya da sağlık çalışanlarının yüksek sesle konuşmasıdır. Hastane ortamlarında gürültünün hastalarda ağrı toleransını düşürdüğüne dair çok sayıda araştırma sonucu bulunmaktadır. Gürültü, farmakolojik ağrı kesici kullanımını artırmaktadır. Doğum ortamlarında sağlık çalışanlarının sessiz olması ya da konuşurken alçak sesle konuşmaları şeklinde bir kültürün yerleşmesi bugün en önemli ihtiyacımızdır. Doğumun doğal sürecinin desteklenmesinde doğum ortamlarının sesi absorbe edecek şekilde özel olarak tasarlanması gerekmektedir. Doğum ortamlarında konuşma ve araç gereç seslerinin oluşturduğu gürültüyü en aza indirmenin yanında hafif bir entrümental müziğin eşlik etmesi hem gebeler hem de sağlık çalışanların üzerinde olumlu etkiler sağlayabilir. Müzik, travay esnasında kadınların negatif uyarılara konsantrasyonunu azaltarak ağrı ve anksiyete düzeyinin azalmasına yardımcı olabilir. Kaydedilmiş doğal seslerin kullanımı da faydalı yöntemler arasında sayılmaktadır. Doğal su sesi, kuş sesleri ya da deniz dalgası sesleri, kadının tercihine bağlı olarak doğum odasında kullanılabilir.

Hareket Özgürlüğü

Doğum için hastaneye başvuran kadının hasta olarak kabul edilmesi damar yolu açılması suretiyle hasta yatağına bağımlı hale gelmesine neden olmaktadır. Buna ek olarak elektronik fetal monitorizasyon (EFM) kullanımı kadınları yatağa bağlayan diğer nedendir. Travay esnasında serbest hareket edebilme, doğumu istediği pozisyonda yapma normal bir doğum için sağlanması gereken en önemli koşullardan biridir. Doğum esnasında bebeğin doğum kanalında rahat ilerlemesini sağlamak için anne, içgüdüsel olarak farklı hareketler yapma ve pozisyonlar alma gereği duyabilir. Doğum ortamlarının fiziksel dizaynı kadının istediği hareketleri yapması için teşvik etmesi yanında buna yardımcı olacak genişliğe sahip olmalıdır. Doğum odası, kadının rahat hareket edebileceği yeterli genişlikte dizayn edilirken doğum odasının büyüklüğü mahremiyet algısını olumsuz etkileyebilecek şekilde olmamalıdır. Hukuki süreçler için belirli bir aralıkta EFM kaydı yapılması yeterli olacaktır. Yapılan çalışmalarda EFM kullanımı başladığından beri sezaryen ve serebral palsi oranlarının arttığını gösterse de, günümüzde fetal takip için daha güvenilir bir yöntem bulunmamaktadır. Kullanım zorunluluğunun olduğu durumlarda ise kablosuz kullanımı mümkün olan EFM cihazları kullanılmalıdır. Doğum odalarındaki EFM cihazları bir merkezden duvara sabitlenmiş monitörlerle takip edilebilmektedir.

Oral Alımın Sürdürülmesi

Doğum esnasında oral sıvı ve gıda alımının kısıtlanması seksen yıl önceki Kuzey Amerika ve İngiltere uygulamalarına dayanmaktadır. Bu uygulamalar, sezaryen gerekli olursa genel anestezinin neden olabileceği aspire etme ihtimali üzerinde durmaktadır. Oysaki dört saatten fazla boş bırakılan midedeki sıvıların aspire edilme riski, boş olmayan midenin neden olabileceği aspire etme riskinden daha fazladır. Ayrıca günümüzde cerrahi alanındaki teknolojik ilerlemeler ve sezaryende daha çok kombine epidural-spinal anestezi kullanımı doğumda kadının aç bırakılmasının gereksiz bir uygulama olduğunu ortaya koymaktadır.

Doğum kadın için zaman alan ve zorlu bir deneyimdir. Bu deneyim esnasında zorluklarla baş edebilmesi için gerekli kalori ihtiyacının karşılanması büyük önem taşımaktadır. Ebeler, doğumda kadının oral sıvı ve gıda alımını desteklemeli, gebe dosyasında "doğum diyeti" adı altında yeni beslenme kâlemleri yer almalıdır. Kadınlar için ayrılan doğum ortamları kadınların sıvılarını ve besinlerini eğer isterlerse kendi hazırlayabilecekleri şekilde bölmeler içermelidir. Sıvı alımını sağlamak için doğal meyve suları, dondurulmuş meyveler, enerji içecekleri kadınlara yardımcı olabilir.

Sonuç olarak; ailelerin yaşamında önemli bir süreç olan doğum deneyiminin doğal ve fizyolojik bir şekilde gerçekleşmesi, doğumun fizyolojisine uygun doğum ortamları ile mümkün olabilir. Doğumların olumlu deneyimler haline gelmesi ve kadınların sezaryen yerine normal doğumu tercih edebilmesi için doğum ortamlarının yeniden düzenlenmesine ihtiyaç vardır. Bu ihtiyacın güncel politikalarla desteklenmesi için sağlık sistemlerine ve politika yapıcılara önemli görevler düşmektedir.

Kaynaklar

- Adams ED, Bianchi AL. A Practical Approach to Labor Support. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs 2008; 37(1):106-15.
- Ajadi MA, Kuti O, Orji EO, Ogunniyi SO & Sule SS. The Effect of Amniotomy on The Outcome of Spontaneous Labour in Uncomplicated Pregnancy, Journal of Obstetrics and Gynaecology 2006; 26:7, 631-634.
- Conde-Agudelo A, Rosas-Bermudez A, Gulmezoglu A. Evidence-based Intrapartum Care in Cali, Colombia: A Quantitative and Qualitative Study. BJOG 2008;115:1547-1556.
- Gupta, J.K., G.J. Hofmeyr, and M. Shehmar, Position in The Second Stage of Labour for Women Without Epidural Anaesthesia. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2012. Issue 5.
- Schweitzer, M., L. Gilpin, and S. Frampton, Healing Spaces: Elements of Environmental Design That Make An Impact on Health. The Journal of Alternative and Complementary Medicine, 2004. 10(1): p. S71-S83.
- Shaw-Battista J. Systematic Review of Hydrotherapy Research. J Perinat Neonat Nurs 2017 Volume 00 Number 00, 1-14
- Shin, J.-H., L.E. Maxwell, and P. Eshelman, Hospital Birthing Room Design: A study of Mother's Perceptions of Hominess. Journal of Interior Design, 2004. 30(2): p. 23-36.
- Symon, A.G., et al., Care and Environment in Midwife-led and Obstetric-led Units: A Comparison of mothers' and Birth Partners' Perceptions. Midwifery, 2011. 27(6): p. 880-886.
- Ulrich, R., How Design Impacts Wellness. The Healthcare Forum Journal, 1992. 35(5): p. 20.
- Walsh, D., Evidence-based Care for Normal Labour and Birth: A Guide for Midwives. 2007, London: Routledge.

Yeni bir yaklaşım: Medipol Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesi

Medipol Mega Üniversite Hastanesi bünyesinde açılacak olan Çocuk ve Doğum Hastanesi hakkında bilgi alabilir miyiz? Tam adı nedir, personel ve yatak kapasitesi ne şekilde olacak?

Medipol Mega Üniversite Hastanesi; Diş Hastanesi, Onkoloji Hastanesi, Kalp ve Damar Hastanesi ve Genel Hastane olmak üzere 4 ana bloktan oluşuyordu. Yeni ek binamız toplam 50.000 m2 ye yakın beşinci ana blok olarak Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesi adı altında hizmete girecek. Her bir odamız tek kişilik olmak üzere, bu ek binamızın toplam odanın yatak kapasitesi 300 civarında olacak. Doğumhaneler, özel doğum odaları, süt odaları, bebek bakım odaları, eğitim odaları gibi kadın doğum kliniğine ait yaklaşık 100 oda tahsis edilecek. Şu an hastanemizde hizmet alımı personelimiz de dahil olmak üzere yaklaşık 2500 çalışanımız mevcut. Bu yeni ek binamız ile çalışan sayımızın 3500-3750 civarında olacağını ön görüyoruz.

Ülkemizde özel hastaneler bünyesinde 'doğum hastanesi' şeklinde bir dal anlayışı sanıyorum bir ilk. Bu noktada neler söylersiniz?

Doğum hayatın en önemli olaylarından biri. Sadece anne ve bebek için değil, onların çevresindeki birçok insan için de son derece önemli olan doğum süreci her anında kendine özgü ve hassas dinamikleri barındırır. Dolayısıyla farklı ve özel ele alınması gerekir. Bugün doğum yapmak için hastaneye başvuran kadınların çoğu zihinlerindeki hastane algısından dolayı rahatsız edici bir gerginlik yaşarlar. Bu bakımdan doğum yapacak kadınlarımızı diğer hastane ortamlarından ayrı ve doğuma özel farklı organize edilmiş ortamlarda ağırlamak çok önemli bir ayrıcalık olacak.

Ülkemizde doğumların seyrine bakıldığında yıllar içinde ev doğumları sağlık personeli eliyle yapılan doğumlara, onlar sağlık ocaklarındaki doğumlara, sonra hastane doğumlarına, hastanede de doğumhanelerden ameliyathanedeki

doğumlara evrildi. Bu süreci siz nasıl yorumluyorsunuz?

Doğumların sağlık personeli olmayan tecrübesiz kişilerin refakatinde evlerde yapılması tabii ki artık kabul edebileceğimiz bir şey değil. Ancak bahsettiğiniz sürecin bu şekilde evrilmiş olması da doğru değil. Doğum, normal fizyolojik bir olay. Son derece nadir görülen özel sorunların dışında, normal doğum yapan anneler ve normal doğan çocuklar hasta değil normal insanlardır. Tam teşekküllü klasik hastanelerin ameliyathanelerinde yapılan doğumlarda, sağlık çalışanlarının tüm kontrolleri elinde tutarak gebeye inisiyatif vermemesi nedeniyle gebelerimiz doğumlarında pasif kalmakta. Oysa gebenin bedenine güvenmesini ve sürecin doğal seyrinde ilerlemesini sağlayacak tecrübeli bir rehberlik sayesinde çok daha kısa sürede, kolay, ağrısız ve komplikasyonsuz doğumlar gerçekleşir. Doğum sabır ister, emek ister, tecrübe ister. Anne ya da sağlık ekibi tarafından yapılan sabırsız ve aceleci girişimsel eylemler, doğumu kolaylaştırmak yerine zorlaştıracak ve komplikasyonlara yol açacaktır. Dolayısıyla doğumun klasik hastaneler gibi sadece hastalara hizmet eden ortamlar yerine, tecrübeli ve profesyonel desteğin sağlandığı doğal ortama benzer şartların oluşturulduğu ortamlarda gerçekleşmesi en sağlıklıdır.

Dünyada da genel bir eğilim var ama bilhassa ülkemizde sezaryen oranları çok yüksek. Sağlık Bakanlığının da sezaryeni düşürmek için söylemleri var. Sezaryene sizin bakışınız nedir?

Sezaryen esasen önemli bir batin ameliyatıdır ve kesin gerekliliği olmadığı müddetçe uygulanmamalıdır. Sezaryene bağlı anne ölüm oranları 4-8/10.000 arasındadır ve bu risk vajinal doğuma göre 26 kat fazladır. Ayrıca sezaryenin normal doğuma göre getirdiği ekonomik maliyet %50 daha fazladır. Sezaryen bu dezavantajları dışında, normal doğum sürecinin anne ve bebeğe sağladığı olumlu etkileri de ortadan kaldıran bir ameliyattır. Ülkemizde doğan her çocuğun neredeyse yarısının sezaryenle doğuyor olması ve bu oranda maalesef dünyada ilk sıralarda yer alıyor



Prof. Dr. Gazi Yiğitbaşı

Medipol Mega Üniversite Hastanesi Medikal Direktörü

olmamız bir an evvel kurtulmamız gereken bir ayıptır. Sezaryen oranlarının normalin çok üzerine çıkmasının altında yatan temel sebeplerden biri, kadınlarımızın normal doğumun çok ağırlı ve dayanılmaz kötü bir tecrübe olduğuna inanması ve sezaryen ameliyatının bebekler için daha sağlıklı olduğunu zannetmesidir. Buna ilave olarak hekimlerimizin yasal açıdan daha savunmacı davranışları, normal doğuma verilmesi gereken emek ve harcanan zamanın fazla olması da temel sebeplerdendir. Tabii ilgili Bakanlıklarımızın bu konuda olumlu çalışmaları çok yararlı olacaktır. Hekimlerimizin ve hastanelerimizin de bu konuda doğru yaklaşımları çok belirleyici olacaktır. Ancak bir o kadar da doğum yapacak anne, onun eş ve yakınlarının da inisiyatif almaları gerekir. Normal doğum konusunda ısrarcı olmaları, sezaryen gündeme geldiğinde özellikle neden gerekli olabileceğini detaylı bir şekilde sorgulamaları şarttır. Bu açıdan gebeyi ilk andan son ana kadar tam sahiplenme, doğru bilgilendirme, doğru yönlendirme ve uygun çevresel şartları sağlanması son derece önemlidir.

Medipol Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesindeki tasarımı nedir? Burada normal doğumlar teşvik edilecek mi?

Medipol Kadın Doğum ve Çocuk Hastanemizde temel felsefemiz normal doğumların teşvik edilmesi olacak. Bu amaçla oldukça geniş alanlar organize

ediyoruz. Bu alanlarda, sadece kadın doğum kliniğine özel 24 adet ayaktan muayene odası ile birlikte, suda doğum odasının da dahil olduğu geniş ve konforlu doğumhaneler, özel banyo ve tuvaletleri olan çok sayıda geniş ve konforlu odalar, bu odalardan daha geniş süit odalar ve hatta hastalarımızın kaldıkları odalarında doğum yapabilecekleri özel odalar yer alacak. Normal sağlıklı bir doğum için öncelikle doğumun doğal yollarla başlamış olması gerekir. Gebeye doğum boyunca hareket özgürlüğü tanınmalı, doğru bir iletişim yolu ile ona yakın duygusal ve fiziksel destek verilmelidir. Gereksiz her türlü müdahaleden kaçınılmalıdır, çünkü doğumun doğal işleyişine yapılan her türlü müdahale doğumun doğal gidişini etkiler. Ayrıca doğumda bir tek pozisyon yerine farklı pozisyonlar sağlanmalıdır. Doğum sonrasında da anne ve bebek ilk andan itibaren bir arada kalmalıdır. Yeni hastanemizdeki düzenlemelerimizi sürecin bu şekilde sağlıklı olmasına dönük yapıyoruz. Normal doğumu teşvik etmek için sağlanması gereken en önemli şartlardan biri olan annenin rahat hareket edebileceği geniş hareket alanları oluşturuyoruz. Anne bu alanlarda istediği gibi dolaşabilmeli, istediği hareketleri çekinmeden rahatça yapabilmelidir. Ayrıca tek bir doğum pozisyonuna mecbur bırakmayan; oturarak, çömelerek ya da arzu edilecek her türlü pozisyona uyumlu dinamik doğum platformları kurguluyoruz. Doğum topu, doğum taburesi, tavana ya da duvara asılı halatlar gibi unsurlarla bedeni esnetme ve destek alma amaçlı normal fizyolojik doğumu destekleyici ekipmanlar dizayn ediyoruz.

Gebenin kendini evinde ve güvende hissetmesi, doğum konforu ve huzuru açısından hayli önemli. Avrupa'da ev ortamlarını andıran doğumevlerinden bahsediliyor. Bu bakımdan sormak isterim; hastanenizin mimari bir farklılığı olacak mı?

Medipol Kadın Doğum ve Çocuk Hastanemizde diğer temel felsefemiz ev ortamına benzer ortamlar oluşturmak. Ev ortamı oluşturmada en başta gelen iki konu güven ortamı ve mahremiyettir. Gebemiz binamıza yerleştiği andan itibaren sadece kendi özel kullanımına ait alanlara sahip olacak, bu alanları dilerse kendi eşyaları ile dekore edecek. Bu alanlarda rahatça dolaşabilen gebemiz başkalarının görüş alanlarına asla girmeyecek ya da özel izinsiz hiç kimse bu alanlara giriş-çıkış yapamayacak. Dolayısıyla alanlarda güvenlik en üst seviyede olacak. Gürültüyü tama yakın önleyen özel bina ve oda ses izolasyonları yapılacak ve hastanın da tercihi dikkate alınarak rahatlatan müzikler, su, deniz dalgası ya da kuş sesleri gibi doğal sesler kullanılacak. Ayrıca gebemizle misafir olduğu her anında birebir ilgilenen, onun her sorununa anında yardımcı olacak eğitilmiş ve tecrübeli personelimiz olacak. Mobilya tefrişatımız çok yer kapla-

mayan, yerden yüksekliği fazla olmayan, şık, konforlu, ergonomik, kullanımı kolay özel tasarımlar olarak dizayn edilecek. Duvar, zemin ve pencerelerde mümkün olduğunca doğal materyaller kullanılacak. Aydınlatma düzenlemesinde bolca doğal ışık kullanılacak, parlak canlı ışıklar yerine loş ve sıcak ışıklandırma sistemleri kullanılacak. Renk seçimlerinde sedatize eden, huzur veren daha soft renkler tercih edilecek. Gebemizi rahatsız eden hiçbir koku olmayacak, tam tersine çeşitli aromaterapi uygulamaları ile hoş bir koku ortamı sağlanacak. Ayrıca misafirimizin göz zevkine hitap edebilecek zengin görsel dekorlar kullanılacak. Bütün bunların ötesinde gebenin tanıdığı, sevdiği eş, dost, akrabaları ile ya da kaynaşmak istediği diğer gebelerle birlikte olabileceği sohbet, müzik, eğlence ortamları oluşturulacak.

Sezaryene kıyasla normal doğum, özel hastaneler için hayli pahalı bir süreç. Çok sayıda personeli ve alanları uzun süreler bir doğum için tahsis etmek durumundasınız. Hastanenizin normal doğumu önceleyen politikası, hem ekonomi hem de insan kaynağı noktasında sizce sürdürülebilir mi?

Doğrudur, ilk etapta maliyet artacaktır. Ancak hastane işletmeciliğinde tek parametrenin kâr olması, kâr hırsı ile gereksiz ve zararlı uygulamalar konusunda ısrarcı olmak çok yanlıştır. Bu ısrar, sonunda beklediğiniz kârlılığınızı götürdüğü gibi marka değerini de bitirir. Bazen doğru uygulamaları kâr beklentisi olmadan, sağlam organizasyonlar ve süreçler oluşturarak gerçekleştirebilmelisiniz. Doğru işler doğru kurgulandığında ve yürütüldüğünde elde edilecek sonuçlar, başta marka değerinizi olmak üzere çok farklı yerlerden size ciddi katkılar sağlayacaktır. Ben kuracağımız bu hastanede, zamanla bir denge içerisinde sürdürülebilir bir ekonomik verimliliği yakalayacağımıza inanıyorum.

Ebelerin ve kadın doğum uzmanı doktorların doğumdaki rolünün değişmesi ile ilgili ne söylersiniz?

Doğum sürecinin son derece doğal ve fizyolojik bir süreç olduğunu, anne ve bebeğin hasta olmadıklarını ve normal olduklarını kabul ediyorsak, bu süreçte hekimden çok ebenin daha aktif olması gerektiğini de kabul etmiş oluruz. Elbette doğum yapacak her anne adayının geldiği ilk andan itibaren bir hekimi olacaktır. Ancak normal doğum süreci bazen uzun sürebileceğinden, tüm sürece hekimin refakat edebilmesi mümkün olamıyor. Sezaryen oranını artıran önemli sebeplerden biri de bu. Bu bakımdan bir ebe hele de tecrübeli bir ebe, gebeyi sahiplenme ve onu her anlamda destekleme bakımından daha önemli bir aktör. Şayet hekimin müdahalesinin gerektiği olağan bir dışı durum olduğunda tabi ki ebe hekimi haberdar edecektir. Ancak doğumların %99'unun normal doğum şeklinde gerçekleşmesi

hedefimizi hatırlarsak, bu ihtiyacın son derece az olacağı ortada.

Ebelerin doğum sürecinden dışlandığına ilişkin bir tartışma da var. Hastanenizde ebelere öncü bir rol verecek misiniz?

Evet, ebelerimize öncü bir rol vereceğiz. Gebenin normal doğuma teşvik edilmesinde ve normal doğumun sorunsuz tamamlanmasında gebe ile doğru iletişim son derece önemlidir. Özellikle ilk gebeliklerde kadınlar ne ile karşılaşacaklarını bilemediklerinden dolayı çok gergin olabilirler. Gebenin bütün tedirginliklerini ve gerginliklerini hafifletecek, onun her türlü ihtiyacını doğru algılayıp doğru bir şekilde destekleyecek tecrübeli bir ebenin yerini hiç kimse alamaz. Kadını doğru bilgilendirme ve doğru yönlendirme, normal doğumu teşvikte en önemli unsurdur. Doğum anında da tecrübeli bir ebenin destek ve yönlendirmesi çok önemlidir. Doğum yapan bir anne o esnada adeta başka bir gezegene geçer, farklı bir trans hali yaşar. Bu trans halini iyi yönetmek gerekir. Örneğin doğum esnasında hiç yeri değilken "T.C. kimlik numaran nedir?" gibi bir soru sormak ya da gereksizce sık sık vajinal muayene yapmak, gebenin o anını alt üst eder. Bu bakımdan doğum anındaki duyguları anlayabilen, hissedilen, yönlendirebilen tecrübeli ebeler çok önemlidir.

Modern ülkelerde gebelik koçluğu yaygınlaşıyor. Hastanenizde de hizmet veren gebelik koçları olacak mı?

Hastanemizde amaçlarımızdan biri de, gebeliğin ilk anından doğumdan sonraki ikinci haftaya kadarki sürecin tamamında hem anne hem bebeğin yakından takibini yapmak. Doğum, aslında çok az düzeyde tıbbi girişim gerektirir. Kadının kendi doğumu ile ilgili doğru tercihi yapması için doğru bilgilendirilmesi, gebelik öncesi dönemden doğum sonu döneme kadar nitelikli ve kaliteli bakım alması, alternatif doğum, doğum ağrısı ile baş etme ve gevşeme teknikleri konusunda yeterli danışmanlık hizmetinden yararlanması çok önemlidir. Bu amaçla hastanemizde sürecin her aşamasında hekimler, ebeler, fizyoterapistler ve psikologlardan oluşan gebelik koçları aktif olarak devrede olacak. Bu koçlar; genel gebe eğitimi, doğuma hazırlık, lohusalık, emzirme, bebek bakımı, babalık eğitimi gibi faaliyetleri aktif olarak sürdürecektir. Örneğin fizyoterapistler doğum öncesi egzersizlerde aktif roller üstlenirken, psikologlar ebelerin aşamadığı doğum korkularında devrede olacak. Bazı hekimlerimiz ise hipnoz yoluyla ağrısız doğum yaptıracak. Ayrıca Üniversitemiz bünyesinde yer alan Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulama Merkezimiz bünyesinde görevli, alanlarında uzman hekimler; homeopati, kupa tedavisi, ozon tedavisi, refleksoloji, akupunktur, egzersiz ve masaj tedavileri gibi uygulamaları da gerçekleştirecek.

Doğum şeklinin erken ve geç yaşam üzerindeki etkileri

Prof. Dr. Fahri Ovalı



Orta öğrenimini Özel Darüşşafaka Lisesinde tamamladı. İstanbul Tıp Fakültesindeki lisans eğitiminin (1985) ardından çocuk sağlığı ve hastalıkları ihtisası yaptı (1991). 1993-2003 yılları arasında İstanbul Tıp Fakültesi'nde, 2003-2005 yıllarında Afyon Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde görev yaptı. 1996'da doçent, 2003'te profesör oldu. 2005-2015 arasında Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi'nde Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi Eğitim Sorumlusu ve Başhekim olarak görev yaptı. 2008 -2013 yılları arasında Tıpta Uzmanlık Kurulu (TUK) üyeliği görevinde bulunan olan Dr. Ovalı halen İstanbul Medeniyet Üniversitesi Rektör Yardımcısıdır.

Hayat, iki hücrenin birleşmesi ile başlar, anne karnında belirli bir aşamaya geldikten sonra doğumla birlikte farklı bir çevrede devam eder ve sonlanır. Yeryüzündeki hayatı olumlu veya olumsuz yönde etkileyen birçok olay daha yeryüzüne gelmeden ortaya çıkar. Bu olayların tüm hayatı etkileme oranları ve olasılıkları, hayatın geri kalan tüm dönemlerine kıyasla çok daha fazladır. Baştaki ilk düğmenin yanlış iliklenmesinden sonra diğer tüm düğmeler de yanlış ilikleneceği gibi, başlangıçta yapılan hatalar veya meydana gelen değişikliklerin de tüm hayatı etkilemesi kaçınılmazdır. Bu süreç içinde insanoğlunun dokuz ay yaşadığı annesinden ayrılıp yeryüzünde “tek başına” yaşamaya başlaması, hayatın en dramatik ayrılığıdır. Bu “ayrılık” sırasında yapılan “hatalar”, “travmalar” veya karşılaşılan “olumsuzluklar” da birçok yolla bebeği ve büyüdükçe de bireyi etkiler. Bu bağlamda temel soru(n), doğumun doğal vajinal yoldan mı, yoksa ameliyat ile (sezaryen) mi yaptırılacağıdır. Yapılan tüm çalışmalarda sezaryen ile doğumun “normal” doğuma göre neyi değiştir(me)diği araştırılır.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tüm doğumların ancak %15 kadarının sezaryen gerektirebileceğini bildirmesine karşın bu oran dünyanın çeşitli ülkelerinde çok daha yüksektir. Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) 1970'lerde sezaryen ile doğum oranı %5,5 iken, 1993 yılında bu oran %22,8'e ve 2007 yılında da %31,8'e yükselmiştir. Çin'de 1966 yılında %2,4 olan oran, 1981'de %20,5'e, daha sonrasında ise %50'lere kadar yükselmiştir. Brezilya'da ise bazı

bölgelerdeki sezaryen oranları %80'lere kadar çıkmaktadır. Ülkemizde ise Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması raporlarına göre bölgeler arasında farklılıklar olmakla beraber sezaryen ile doğum oranları 1998 yılında %13,9 iken 2008 yılında % 36,7'ye yükselmiştir.

Gerçek sezaryen endikasyonları dışında, sezaryen oranlarındaki artış nedenleri arasında çoğul gebeliklerin ve anne yaşının artışı, üremeye yardımcı tekniklerinin ve fetal elektronik monitorizasyonun kullanımındaki artış gösterilmektedir. Ayrıca günümüzde tıbbi bir endikasyon olmaksızın, “annenin isteğine bağlı” olarak yapılan sezaryen oranları da endişe verici şekilde artmaktadır. Bu tercihte bilimsel kanıtlara dayanmayan, sezaryenin bebek için daha güvenli olduğu inancı etkili olmaktadır. Normal doğum sırasında bebeğin daha fazla travmaya maruz kalma ihtimali, gebelik yaşının ileride doğru kayması ve yardımcı üreme teknikleriyle gebe kalanların artması, kadınların ortalama vücut kitle indekslerinin artması (obeziteye eğilim) uzmanlık eğitiminde vajinal doğum girişimlerinin yeteri kadar öğretilmemesi ve asfiktik doğum sonrasında gelişen beyin felciyle ilgili olarak ortaya çıkan hukuki sorumluluklar ve dava süreçleri nedeniyle sezaryen ile doğumların arttığı düşünülmektedir. Buna rağmen “Annenin veya bebeğin hayatının riske girdiği durumlarda sezaryenin yapılması gerektiği hatta yapılmadığı zaman suçlu duruma düşüleceği genellikle kabul görür. Mahkemelerde adli tıpa yansıtılan yüzlerce dosyada, sakat kalan, spastik olarak hayata devam eden veya ölen çocuklarda ne için zamanında sezaryen yapılmadığı ve normal doğum gerçek-

leştirildiği sorulmakta, sağlık personeli suçlanmakta ve astronomik tazminatlar istenmektedir.”

Gerek normal doğumun gerekse sezaryenle doğumun hem anne hem de bebek sağlığı üzerine olumlu veya olumsuz bazı etkilerinden söz edilir. Anne üzerine olan etkiler, ayrı bir yazı konusudur. Diğer yandan; özellikle, isteğe bağlı sezaryenin yenidoğan üzerindeki etkileri konusunda yeterli çalışma yoktur. Buradaki en önemli faktör, isteğe bağlı sezaryenlerin geri ödeme kurumu tarafından ödemesinin yapılmaması nedeniyle, bu şekilde yapılan sezaryenlerin sayısının tam olarak bilinmemesi ve başka endikasyonlar altında yer almasıdır. Bu konuda yapılan çeşitli çalışmalarda farklı sonuçlar elde edilmiştir.

Bazı çalışmalarda sezaryen ile doğan bebeklerdeki ölüm hızının vajinal yolla doğanlara kıyasla daha yüksek olduğu bildirilmiş olmasına rağmen tam tersini gösteren çalışmalar da bulunmaktadır. Bu çalışmalarda ele alınan grupların özelliklerinin farklı oluşu, tam bir kıyaslama yapılmasını imkânsız hale getirmektedir. Aslında perinatal mortalite açısından her iki doğum şekli arasında belirgin bir fark yoktur.

Elektif sezaryen ile doğan bebeklerde genellikle yenidoğanın geçici taşipnesi, persistan pulmoner hipertansiyon daha fazla görülürken, vajinal yoldan doğan bebeklerde ise intraventriküler kanamalar, brakial pleksus felçleri, sepsis ve perinatal ölümler daha fazla gözlenmektedir. Ancak vajinal doğumlardaki bu komplikasyonların bir tanesinin gelişmesini önleyebilmek için 2 bin sezaryenin yapılması gerektiği

hesaplanmıştır. Her türlü tıbbi girişimde olduğu gibi, sezaryen ile doğum kararı verilen olgularda tüm riskler göz önüne alınarak hastalar bilgilendirilmeli ve rızaları alınmalıdır. Neonatal riskleri en aza indirmek için ideal olanı doğumun 39. gestasyon haftası tamamlandıktan sonra yapılmasıdır. Perinatal asfiksini önlenmesi için genellikle sezaryen yapılması önerilse de doğum şekli ile perinatal asfiksi arasındaki ilişki ise net değildir. Yapılan çalışmalarda ortaya konan önemli bir konu, perinatal asfiksini genellikle doğum süreci başlamadan önce geliştiği ve doğum şekliyle ilişkisinin bulunmadığıdır. Son 30 yılda sezaryen oranları artmasına rağmen 2.500 gr üzerindeki bebeklerde serebral palsy oranları hep aynı kalmıştır. Diğer bir deyimle, serebral palsy, doğum şekline etkilenmemektedir. Çünkü bu vakaların büyük bir kısmı, doğum eylemi başlamadan önce meydana gelen olaylara bağlıdır ve tüm serebral palsy vakalarının ancak %10'luk bir kısmının doğum sırasında ortaya çıktığı bilinmektedir. Elektronik fetal kalp hızı monitorizasyonu ilk ortaya çıktığı zaman perinatal olaylara bağlı hasarları %50 oranında azaltılacağı öngörülmesine rağmen aradan geçen 30 yıldan sonra uzun süreli nörolojik ve kognitif sonuçların aynı olduğu, elektronik fetal monitorizasyonun tek etkisinin sezaryen oranlarını artırmak olduğu belirtilmiştir. Bu bebeklere doğumdan önce tanı koyacak bir yöntem henüz mevcut değildir ve elektronik fetal monitorizasyon perinatal asfiksini erken dönemde tanınmasında yetersizdir.

Günümüzde ilk doğumda bebeğin makat pozisyonunda geldiği durumlarda genellikle doğum şekli olarak sezaryen tercih edilmektedir. Yapılan çeşitli çalışmalarda bu doğumların vajinal yolla yapılması halinde kol felci (brakial plexus felci), beyin içi kanamalar, nöbetler ve düşük Apgar skorlarının daha sık görüldüğü, hatta yenidoğan ölümlerine daha fazla rastlandığı belirtilmiştir. Buna mukabil bazı çalışmalarda ise aynı şekilde doğan bebeklerin nörolojik gelişimlerinin diğer bebeklere kıyasla farklı olmadığı, mortalitelerinin de artmadığı öne sürülmüştür. Doğum travmalarının aslında doğum şekline ziyade bebeğin tartsısı ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Buna karşılık çok erken doğan küçük bebeklerin sezaryen ile doğurtulmasının bebek üzerinde olumlu etkileri olduğu bildirilmiştir.

Solunum sistemi ile ilgili sorunlar, elektif sezaryenle doğanlarda yaklaşık yedi kat daha fazla görülür. Özellikle sezaryen ile doğurtulan geç preterm ve erken term bebeklerde bu sorunlar çok daha fazla ortaya çıkar. Bu durumun en önemli nedeni, akciğerlerin dış hayata uyum için yeteri kadar olgunlaşmadan ve doğum eyleminin getirdiği hormonal değişiklikler olmadan bebeğin doğmasıdır. Solunum sorunlarının ortaya çıkması ile bebeklerin

hastanede yatış süreleri uzar, dış hayata adaptasyon zorlanır, bebeklerdeki sepsis ve kronik akciğer hastalığı riski arttığı gibi, hastane maliyetleri de artar.

Sezaryen ile doğumun son yıllarda üzerinde en çok durulan etkilerinden biri, bebeğin bağırsak florasında meydana gelen değişikliklerdir. Doğum şeklinin bebeğin bağırsak florasını (mikrobiyotaya) etkilediği yönünde birçok çalışma vardır. Vajinal yolla doğan bebekler annenin vajinal ve fekal florası ile temas ederken sezaryenle doğan bebekler, annenin cilt florası ile temas ederler. Sezaryen ile doğan bebeklerde ileriki yıllarda alerji, astım ve diyabet gelişme riski daha fazladır ve bu etki, yenidoğan dönemindeki bağırsak florasındaki değişikliklere bağlanmıştır. Bağırsaklar doğumdan önce steril olmasına rağmen normal vajinal doğum sırasında doğum kanalından geçerken bebeğin yuttuğu salgılar aracılığı ile ilk bağırsak florası (mikrobiyotası) oluşur. Doğumdan sonra yapılan uygulamalar, anne sütü ile beslenme veya antibiyotiklere maruz kalma gibi uygulamalar da bağırsak mikrobiyotasını değiştirir. Sezaryenle doğan bebeklerde Lactobasiller ve bifidobakterlerin kolonizasyonu bozulur ancak altı aydan sonra bu fark ortadan kalksa da etkileri tüm yaşam boyu devam edebilir.

Üzerinde pek fazla durulmayan bir diğer konu ise sezaryen sonrasında annenin ağrı nedeniyle yeterli sütünün olmaması ve emzirmede meydana gelen gecikmelerdir. Eğer bu dönemde bebeğe formül mama başlanırsa bağırsak florası da olumsuz etkilenir. Çeşitli nöral, endokrin ve immün yollar ile etkilenen bağırsak-beyin iletişiminin sonucu olarak beyin fonksiyonları etkilenebilir ve bu nedenle bağırsak mikrobiyotası “ikinci beyin” olarak da adlandırılabilir. Bağırsakların, insanın psikolojik durumunu etkilediği 19. yüzyıldan beri bilinen bir durumdur ve birçok hayvan çalışmasında da gösterilmiştir. Ancak son yapılan bazı çalışmalarda bağırsak ile kognitif gelişim arasındaki ilişkinin net olmadığı ileri sürülmüş ve doğum şekliyle kognitif gecikme, zekâ, davranış bozuklukları ve otistik spektrum bozuklukları arasında çelişkili sonuçlar bulunmuştur.

Alerjik hastalıklar, üzerinde durulan bir başka konudur. Sezaryenle doğum astım insidansında %20'lik bir artışa neden olabilir ancak atopik dermatit gibi alerjik hastalıkları artırdığı kanıtlanmamıştır. (Hijyen hipotezi) İnflamatuvar bağırsak hastalığı gelişim riskinin araştırıldığı bir çalışmada ise sezaryen ile doğumun ilk 14 yaş içinde çocukta inflamatuvar bağırsak hastalığı gelişme riskini 1,5 kata kadar artırdığı ortaya konmuştur. Ancak bunun hangi mekanizmalar ile meydana geldiği henüz daha araştırılmaktadır.

Sezaryen, anne ve fetus hayatının tehlikeye girdiği durumlarda yapılması

gereken hayati bir operasyondur. Tıbbi olarak gerektiği halde sezaryen yapılamadığı veya reddedildiği durumlarda hem anne hem de bebek mortalitesi çok yüksektir. Buna karşılık sezaryen, doğru endikasyonlarla yapıldığı zaman hayat kurtarıcıdır. Perinatal ve neonatal yan etkileri ve olumsuz sonuçları fazla olduğu için “elektif sezaryen” ve temeli doğum ağrısı korkusuna dayanan uygulamaları azaltmak için gerekli çabanın sarf edilmesi, gebelik takiplerinde kadın doğum hekimlerinin sezaryenin ve vajinal doğumun anne ve çocuk üzerindeki olumlu ve olumsuz etkilerini her seferinde anlatılması, vajinal doğumun faydalarının doğumdan sonra ve hayat boyu devam edeceğini fakat doğumun sürprizlerle dolu olduğunu ve vajinal doğum yapmak üzere izlenen gebenin doğum anında sezaryen endikasyonu doğurabileceği de anne adayları tarafından bilinmesi vurgulanmalıdır. Diğer yandan anne sütünün doğumun ilk dakikalarından itibaren kullanılmasının yaygınlaştırılması ve devam ettirilmesi için gerekli çabalar gösterilmelidir.

Kaynaklar

Aviram A, Weiser I, Ashwal E et al. Combined Vaginal Cesarean Delivery of Twins: Risk Factors and Neonatal Outcome. A Single Center Experience. *J Matern Fetal Neonatal Med* 2015; 28: 509-14.

Bager M, Simonsen J, Nielsen NM, Frisch M. Cesarean Section and Offspring's Risk of Inflammatory Bowel Disease: A National Cohort Study. *Inflamm Bowel Dis* 2012; 18: 857-62.

Chigbu CO, Iloabachie GC. The Burden of Cesarean Section Refusal in A Developing Country Setting. *BJOG* 2007; 114: 1261-5.

Ekeus C, Norman M, Aberg K, Winberg S, Stolt K, Aransson A. Vaginal Breech Delivery at Term and Neonatal Morbidity and Mortality. A Population Based Cohort Study in Sweden. *J Matern Fetal Neonatal Med* 2017; Sept 22: 1-6.

Lama JD et al. Intrapartum Electronic Fetal Heart Rate Monitoring and The Identification of Metabolic Acidosis and Lypoxic Ischemic Encephalopathy. *Am J Obstet Gynecol* 2007; 197: 301. E1-e8.

Macharey G, Vaisanen-Tommiska M, Gissler M et al. Neurodevelopmental Outcome at The Age of 4 Years According to The Planned Mode of Delivery in Term Breech Presentation: A Nationwide Population Based Record Linkage Study. *J Perinatal Med* 2017; sept 9.

Maitra A, Sheriff A, Strachan D, Henderson J. Mode of Delivery is not Associated with Asthma or Atopy in Childhood. *Clin Exp Allergy* 2004; 34: 1349-55.

Milson I et al. Influence of Maternal, Obstetric and Fetal Risk Factors on the Pervallence of Birth Asphyxia at Term in A Swedish Urban Population. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2002; 81: 909-917

Morrison et al. Neonatal Respiratory Morbidity and Mode of Delivery at Term: Influence of Timing of Elective Caesarean Section. *Br J Obstet Gynecol* 1995; 102: 101-6.

Ovalı F. İsteğe Bağlı Sezaryen: Hak mı? Haksızlık mı? *SD Dergisi* 2012; 24: 40-41.

Paneth N, Hong T, Kornzeiowski S. The Descriptive Epidemiology of Cerebral Palsy. *Clin Perinatal* 2006; 33: 251-67.

Signore C, Hemachandra A, Klebanoff M. Neonatal Mortality and Morbidity After Elective Cesarean Delivery Versus Routine Expectant Management: A Decision Analysis. *Semin Perinatol* 2006; 30: 288-95.

Doğum şeklinin kadın sağlığına etkisi

Dr. Nurcan Armağan



Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesinden 1985 yılında mezun oldu. Mecburi hizmetini Çankırı Devlet Hastanesi Kadın Doğum Kliniğinde Aile Planlaması Ünitesinde yaptı. 1988-1992 yıllarında Haydarpaşa Numune Hastanesinde Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanlığı eğitimini aldı. Kısa bir dönem Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesinde çalıştıktan sonra Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastanesi Aile Planlaması bölümünde görev yaptı. 1996'dan itibaren özel bir hastanede hekimlik yapan Dr. Armağan, halen Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Öğretim Görevlisidir.

Doğum şekli ile kadın sağlığının ilişkisini düşündüğümüzde, ülkemizdeki kadınların doğum yöntemlerini seçerken bulundukları coğrafyaya bağlı olarak değişen toplumsal koşulların yarattığı etki iç acıtan bir durum. Batıdan doğuya doğru gidildikçe kadının söz hakkının azaldığı ve ataerkil aile yapısının etkisinin arttığı bir görülmekte. Bu durum kadının istediği doğum şeklini tercih etmesini engellediği gibi aslında operatif doğum yapması uygun olacak kadınların onun için riskli olan vajinal doğumla baş başa kalmasına yol açmaktadır.

Doğum yönteminin kadın anatomisinde yol açtığı değişiklikler yanında kadının ruhsal dünyasında yarattığı etkinin de konuşulması gerekiyor. Doğum öncesi çevresinden aldığı vajinal doğum yapılmazsa anne olma hissiyatının alınamayacağı söylemi ile doğumda çekilen acıyı abartarak anlatan kadın hikâyeleri arasında kalan anne adayının ikilem yaşayacağı ve buna bağlı olarak da doğum sonu hüznün hatta postpartum depresyonuna girme ihtimalinin artacağı ihmal edilmemeli. Doğum sonu (postpartum) depresyonunun aileye ve bebeğe yapacağı olumsuz etkiler de üzerinde durulması gereken başka bir konu. Bu nedenle doğumu yaptıran anne ve bebeği yatağa almakla işin bittiğini düşünmek saflık olacaktır. Günler sonra gelen bir telefonla günler öncesi doğurttuğunuz lohusanın "Şimdi pencereimin önündeyim doktorum" demesiyle irkilmeniz ve onun postpartum yaşadığı depresyona bağlı intihar girişiminde olduğunu anlamanız hiç sürpriz olmayacaktır. Bu örnek abartı

bir örnek olmayıp bizzat yaşadığım ve hiçbir meslektaşımın da benzer bir durumda kalmasını istemediğim bir anımdır. Hamile kadına, vajinal ya da sezaryen fark etmeksizin her iki doğum yönteminde de yanında olunacağı ve terslik anında müdahale edileceği güvencesini verebilmek, doğum korkusunu azaltacak, postpartum hüznün ve depresyonun önlenmesinde etkili olacaktır.

Ülkemizde son yıllarda açıkça görülen sezaryen oranının yükselmesinde, doğumhanede istihdam edilen ebe sayısının azalması, hekimlerin yoğun çalışma şartları sebebiyle hastaları planlı olarak yapılabilen sezaryene yönlendirmesi kadar gebelerin ağrı çekmeyeceği düşüncesiyle sezaryeni tercih etmesi de etkilidir. Ancak unutulmaması gereken nokta, her iki doğum yönteminin de ağırlı olduğu ve her iki yöntemin de çeşitli riskler taşıdığıdır. Doğumda komplikasyonların olmaması tüm sağlık çalışanlarının birincil hedefi olmasına rağmen bazen kaçınılmaz olarak karşımıza çıkmaktadır.

Hekimliğim boyunca sayısız vajinal doğum ve sezaryen yapmış biri olarak öncelikle hastalarımıza doğum yöntemini değiştirerek ağrıdan ve öngörülemeyen komplikasyonlardan kaçınılamayacağını anlatmışımdır. Doğum her zaman için sürprizlerle dolu bir eylemdir. Tabii ki operasyonel doğum ile vajinal doğumun kadın sağlığına etkileri farklıdır. Doğum şeklinin yanında gebeliğin tüm vücut sistemlerine yaptığı kalıcı etkiler de unutulmamalıdır. Pek çok kadının gebelik öncesi tespit edilememiş diyabet, kalp

problemleri, tiroit düzensizlikleri gibi rahatsızlıkları gebeliklerinde öğrendiklerini biliyoruz. Buna bir örnek olarak benim de kendi gebeliğim öncesinde tespit edilememiş olan mitral kalp prolapsusu rahatsızlığım, doğum sonrasında gelişen kansızlıkla aşikâr hale gelmiş ve ancak bundan sonra tanı konulmuştur. Hele ki bu problemlere sahip kadınların gebelik sayısı arttıkça, problemler de artarak ciddi sağlık sorunlarına yol açabilmektedir. Hiç problemi olmayan kadınlar da bile gebelik, pelvik kas ve bağ dokusunda yaptığı değişimle pelvik organ sarkmalarına ve ileri yaşamda istemsiz idrar kaçırmalara sebep olabilmektedir.

Ayrıca gebelik isteyen kadınların gerekli laboratuvar testleri ile olası problemlerinin önceden tespitinin sağlanması için gerekli önlemler alınmalıdır. Ülkemizde doğuya gidildikçe anne ölüm oranlarının artmasında bu tetkiklerin zamanında yapılmaması, yapılsa bile gerekli önlemlerin alınmamasının büyük rolü vardır. Doğum eylemi iyi yönetilemediğinde kadının maruz kalacağı komplikasyonların anne ve bebek için ölümcül olabileceği gerçeğini hiç unutmamak gerekir. Elbette ki her iki doğum yönteminin ortak riskleri kadar birbirinden farklı riskleri de vardır. Normal doğumda daha çok vücutta yaşanan travmaya bağlı olarak bozulmalar yaşanırken, sezaryen doğumda daha çok ameliyat riskleri görülmektedir.

Normal Vajinal Doğum ve Kadın Sağlığı

Normal doğumda, doğum sonu yaşanan pelvik organ sarkmasının engellenmesi halk sağlığı kapsamında ele alınmalı ve

gebelik öncesinden başlayarak kadınlara pelvisi kuvvetlendirici egzersizler öğretilmelidir. Doğum yolu (vajina), doğum travması nedeniyle çok bozulmuş bir kadının ciddi pelvik egzersizlerle nasıl toparladığını görmek de bizim mesleğin güzel yönlerindendir. Vajinal doğum sonu karşılaştığımız problemlerden biri de, gaz kaçırma ve hatta ürogenital organların sarkarak dışarı çıkmasına yol açacak kadar ciddi pelvis hasarıdır. Doğum öncesi öngörülemeyen ve maalessif engellenmesi mümkün olmayan bir durum olan doğumun normalden hızlı seyretmesi halinde, pelvik kaslar yeterince elastikiyet kazanmadan doğum gerçekleştiği için kas yırtılmaları ve buna bağlı kadının tüm yaşamını olumsuz etkileyen kronik pelvik ağrı da kadın sağlığı yönünden önemlidir. Normal vajinal doğumda nadir de olsa kemik yapının eklemlerinde ayrılmalar olabilir. Bunun tedavisinde lohusanın hareketsiz kalması gereken bir dönem olacaktır. Bu dönemde eğer gerekli tedbirler alınmazsa hareketsizliğe bağlı damar içinde pıhtı oluşması ve bundan kopan parçaların akciğere gitmesiyle (emboli) ani anne ölümü karşılaşılabildiğimiz ciddi komplikasyonlardır. Vajinal doğumda en sık karşılaştığımız diğer bir problem basur (hemoroid pakelerinin) oluşması ve kadının lohusalığının keyfini çıkarmasını engelleyecek kadar ızdırap vermesi, bazen de cerrahi müdahale gerektirecek kadar ilerlemesidir. Vajinal müdahaleli doğum olarak kabul ettiğimiz doğum kanalına kesi yaparak gerçekleştirdiğimiz doğumlarda nadiren kesi hattının içine kanamalar veya yetersiz dikiş yapılması nedeniyle dikiş ayrılmaları, çok nadir de olsa enfeksiyonlar erken dönemde karşılaştığımız problemlerdendir. Zor vajinal doğumda, istenmeyen doğum kanalı yırtıklarıyla da karşılaşabilmekteyiz. Özellikle kalın bağırsağa doğru olan yırtıklarda eğer anında doğru cerrahi müdahaleyi yapamazsak doğum sonu dönemde kadında, istemsiz gaz kaçırma, eğer bağırsağı kapatan sfinkter kasında ciddi onarılmamış yırtık varsa buna bağlı istemsiz büyük abdest kaçırma şikâyeti olacaktır. Çok nadir de olsa vajinal doğumda başın uzun süre doğum kanalında kalmasına bağlı olarak idrar torbasında doku beslenmesi bozulmakta ve fistül dediğimiz, iki organ arasında kanal oluşumu meydana gelmektedir. Fistül oluşan kadın, doğumdan haftalar sonra iç çamaşırının istemsiz olarak devamlı ıslandığı şikâyetiyle başvurur ki tedavisinin çok zor olması sebebiyle bu durum hiçbir obstetrisyenin karşılaşmak istemediği bir tablodur. Yapılan çalışmalar yanında kendi tecrübelerimden de bildiğim kadarıyla vajinal doğum yapan kadınların çok büyük bir oranında vajinal genişleme ve bazılarında buna eşlik eden idrar torbasının vajinaya fıtıklaşması, bazen de kalın bağırsağın

vajinaya fıtıklaşması durumuyla karşılaşmaktayız. Vajina genişlemesi, vajinal doğumun kaçınılmaz sonuçlarından olup hamile kadına gebelik sırasında ve hatta mümkünse gebelik öncesinde, pelvik kas egzersizlerine başlamasının önerilmesi koruyucu hekimlik açısından çok fayda sağlayacaktır.

Sezaryen ve Kadın Sağlığı

Operatif doğum şekli olan sezaryende anne ameliyatı takip eden ilk andan itibaren cerrahi girişimin tüm risklerini taşır. En sık karşılaştığımız problem ertesi gün gaz çıkarmadaki zorluktur. Hastalarımız sıklıkla sağ omuz ağrısından şikâyetçi olurlar ki bu diyafragmanın gerilmesinin sonucu olan bir durumdur. Bağırsak hareketlerinin durması, bağırsak düğümlemesi veya doğum sonu kanama gibi problemler sezaryende daha az karşılaştığımız sorunlardır. Sezaryende pelvik kaslarla ilgili sıkıntımız olmamasına bağlı olarak pelvik ağrıyla karşılaşmazken, bazı hastalar uzun yıllar ameliyat yerindeki ağrıdan şikâyetçi olabilmektedir. Bunun sebebi olarak doku yapışıklıkları ilk akla gelen neden olmasına rağmen tedavisi için bu yapışıklıkları açmayı çok düşünmeyiz çünkü kişisel farklılıklara bağlı olarak her insanın doku iyileşme hızı ve şekli farklıdır. Böyle ağrısı olanlara yapacağımız cerrahi yaklaşım yeni yapışıklıklara yol açabilir. Bu da ağrıyı azaltalım derken ilave yeni ağrı odaklarının oluşmasına neden olabilir.

Doğum ve Lohusa Psikolojisi

Çevresindeki kişilerin psikolojik baskısına maruz kalan bir gebenin doğum ağrısı çektikten sonra çeşitli nedenlerle sezaryen olması bazen annenin psikolojisini bozarak kendini yeteneksiz görmesine yol açabilmektedir. Unutulmamalıdır ki doğum kişiye özeldir. Herkesin doğum şekli ve doğumda çektiği ağrının şiddeti, süresi ve doğumdan sonraki yaşadığı çeşitli sağlık problemleri farklıdır. Doğum hekimliğinde amacımız hamile kadının ruhsal ve bedensel sağlık durumunu tam gözden geçirerek onun ve bebeğinin sağlıklı bir şekilde eve gitmesini sağlamaktır. Kişinin ilerleyen yaşamında hekimini, ebesini ve tüm sağlık çalışanlarını sevgiyle, saygıyla anması doğumun mümkün olduğu kadar komplikasyonsuz sonuçlanmasıyla olur. Sağlık personeli olarak başarılı olmamızda hasta ve hasta yakınlarıyla empati kurmamız ve olaylara bu şekilde yaklaşmamız, komplikasyonsuz ve kadın sağlığını bozmayacak nice doğumlar yaptırabilmemizi sağlar. Bu aynı zamanda mesleğimizi de severek yapmamızın yolunu açacaktır.

Yazdığım tüm bu istenmeyen ve önle-

Çevresindeki kişilerin psikolojik baskısına maruz kalan bir gebenin doğum ağrısı çektikten sonra çeşitli nedenlerle sezaryen olması bazen annenin psikolojisini bozarak kendini yeteneksiz görmesine yol açabilmektedir. Unutulmamalıdır ki doğum kişiye özeldir. Herkesin doğum şekli ve doğumda çektiği ağrının şiddeti, süresi ve doğumdan sonraki yaşadığı çeşitli sağlık problemleri farklıdır.

nemeyen komplikasyonlarına rağmen doğum, hayatın bir mucizesidir. Hayata yeni bir bebek getirmenin verdiği derin haz, kadınların çektikleri tüm zorlukları unutmalarına ve tekrar tekrar gebe kalmalarına neden olmaktadır. Bir doğum doktoru olarak bebeğin doğumuna yardım ettiğim ve ilk ağıllamalarını duyduğum nice bebek mesleğime olan sevgimi artırmış, doğurttuğum nice kadınla aramızda sevgi ve saygı bağının oluşmasını sağlamıştır.

Uzun yıllar fiziki şartlarının zorladığı hastanelerde çalıştığım için doğumun hem anne adayı hem de hekim, ebe ve personel açısından ne kadar sıkıntılı bir süreç olduğunu iyi bilir, her problemsiz doğumdan sonra ciddi bir adrenalin deşarjıyla “bu da bitti şükür” derim. Doğum hekimliği tıbbın en meşakkatli, en yorucu dallarından biri olmasına rağmen yaşattığı mutlulukla da en sevilen dalıdır. Unutmamak gerekir ki doğum için aile bireylerinin size emanet ettiği gebenin sağlıklı bir anne-bebek ikilisiyle geri teslimi istenmektedir. Bu nedenle ailelerin doğumhanede yaşanabilecek en ufak bir tersliğe tahammülleri yoktur. Doktor-ebe ikilisinin bunu hiç unutmuyarak özveriyle çalışması takdirle karşılanmalıdır. Ayrıca unutulmamalıdır ki ülkemizin sağlık alanındaki ilerlemesi ve son yıllarda çeşitli şehirlerde oluşturulan “Acil Kanama Ekipleri”nin anne ölümlerini engellemedeki başarısı göğsümüzü kabartmakta ve ileriye umutla bakmamızı sağlamaktadır.

Dr. Odent ve doğal doğuma dair

Dr. Esra Albayrak



1983 yılında İstanbul'da doğdu. Ortaöğrenimini Kadıköy İmam Hatip Lisesinde, sosyoloji ve tarih alanlarındaki yükseköğrenimini ise ABD'de Indiana Üniversitesi, Bloomington'da tamamladı (2003). ABD'de Kaliforniya Üniversitesi, Berkeley'de sosyoloji alanında doktora yaptı (2016). Özellikle din- devlet ilişkisi, eğitim sosyolojisi, demokrasi ve sivil toplum konuları ile ilgili çalışmalarını sürdüren Dr. Albayrak akademik çalışmalarının dışında NUN Eğitim ve Kültür Vakfı Yönetim Kurulu Başkanlığını yürütmektedir. Türkiye Yeşilay Cemiyeti ile Türkiye Gençlik ve Eğitime Hizmet Vakfında (TÜRGEV) Yönetim Kurulu Üyesi olarak sivil toplum faaliyetlerine destek veren Dr. Albayrak evlidir ve üç çocuk annesidir.

Dr. Odent'in bir röportajında, doğumun ve emzirmenin en önemli hormonu olan oksitosine dair bir vurgusu çok dikkatimi çekmişti. Oksitosin hormonunun insanlar arası sosyalleşmede ve sevmeye kapasitesinde büyük rol oynadığını söylüyordu. Bu hormonun doğal doğumla ilişkisine vurgu yapıyor ve doğal doğumlardan uzaklaşmamızın neticesinde 3-4 nesil sonra bu hormonun işlevini yitirmesi durumunda uygarlık adına ne tür bedeller ödeyeceğimizi düşünmeye davet ediyordu.

Üç doğumunu da normal yolla gerçekleştirmiş bir anne olarak, Odent'in, doğumun ilkel beyinle sürdürülmesi gereken bir süreç olduğuna ilişkin yorumlarından çok etkilendiğimi söylemek zorundayım. Zira müdahalesiz normal doğumu tecrübe etmiş her anne bilir ki, doğum anı, annenin genelde algıladığımız dünya dışında başka boyuta taşındığı bir süreçtir. Orada mantığınız ve beyninizle değil, içgüdülerinizle hareket edersiniz. Bu içgüdülerin kadına Allah tarafından bahşedilmiş, eşsiz ve tekrarı olmayan hisler olduğuna inanıyorum. Bu güce tüm kadınların inanmasının doğuma dair korku ve endişeleri bertaraf edeceğini düşünüyorum.

Odent, doğum yapmakta olan bir kadının beyninin, ortamdaki hiçbir etken tarafından uyarılmaması gerektiğini savunuyor. Etraftakilerin konuşması, gebeye sorular sorması, telkinde bulunmaları, ortamın fiziksel şartları, yabancıların girip çık-



ması, suni ışıklandırmanın bulunması, fotoğraf makinası-kameralar ile çekim yapılması gibi unsurların doğum odasında bulunmaması gerektiğini vurguluyor. Bu kabule uygun ortamların sağlanması nesillerin geleceği üzerinde etkili olacağı için, doğrusu hem devlete hem de tıp alanında çalışma gösteren özel müesseselere ciddi görevler düşmektedir.

Yaşadığımız dönemin bizi doğal doğumdan uzaklaştıran yönüne dikkat çekmek isterim. Konforlu bir hayat sürmek, acı ve üzüntü yaşamamak, ağrı çekmemek sürekli bir biçimde özendirilmektedir. Halbuki hayatın içinde acı ve üzüntü yoksa, o hayatın etkileyici bir hikayesinin olması da zordur. Hüzün nasıl insanı olgunlaştırıyorsa, doğumda ağrı olarak tabir edilen, bugün ise müdahalesiz doğumu destekleyenlerin "doğum dal-

gaları" olarak nitelendirdiği o süreç de doğumu olgunlaştırmaktadır. Ağrısız doğum tabirinin kullanılmasının bu açıdan, doğum tecrübesi yaşamamış anneleri olumsuz şartlandığını düşünüyorum. Doğumun, insanoğlunun yaratıldığı ilk andan itibaren süregelen bir tecrübe olduğunu ve içinde barındırdığı her aşamanın fitri olduğunu hatırlamanın doğumu daha heyecan verici bir forma soktuğu kanısındayım.

Pek çok modern toplumda olduğu gibi ülkemizde de doktor ile hasta arasında otoriter bir ilişki mevcuttur. Genel olarak hastalar doktorların yönlendirmelerine teslim olmaktadır. Bu durum, gebelik söz konusu olduğunda, tıbbi bilgisi ile daha çok riskleri ön görmeye odaklanmış hekim yaklaşımının gebeyi olumsuz etkilemesine ve doğuma karşı korkular geliştirmesine sebep olmaktadır. Odent ise, sağlıklı gebelik geçiren bir anne adayının sık yapılacak tıbbi tahliller ile olumsuz ihtimallere karşı hazırlanmasını sağlıklı bulmamaktadır. Örneğin standart halini almış ve yaygın olarak yapılan ultrasonografi incelemelerinin dahi gerekliliğini sorgulamakta, gebelikte düşük kan değerleri konusunda oldukça farklı ve cesareti yorumlar getirmektedir.

Belki de vurguladığı en önemli husus, ebelik müessesinin güçlendirmesi gerektiğidir. Zira ona göre ebe, gebe için adeta anne gibi güven veren bir limandır. Doğumu anne ile birlikte sabırla takip eder ve herhangi bir şekilde fitri sürece müdahale etmez.



Yaşadığımız dönemin bizi doğal doğumdan uzaklaştıran yönüne dikkat çekmek isterim. Konforlu bir hayat sürmek, acı ve üzüntü yaşamamak, ağrı çekmemek sürekli bir biçimde özendirilmektedir. Halbuki hayatın içinde acı ve üzüntü yoksa, o hayatın etkileyici bir hikayesinin olması da zordur. Hüzün nasıl insanı olgunlaştırıyorsa, doğumda ağrı olarak tabir edilen, bugün ise müdahalesiz doğumu destekleyenlerin “doğum dalgaları” olarak nitelendirdiği o süreç de doğumu olgunlaştırmaktadır.

Kadın hastalıkları ve doğum uzmanı doktorlarımız ile ebelerimizin, Odent'in yaklaşımını ve onun gebelik ile doğum konusundaki bakış açılarını mutlaka incelemeleri ve üzerine düşünmeleri gerektiğine inanıyorum.

Doğum süreci, anne ile bebek arasında duygusal bağın şekillendiği çok özel bir zamandır. Bu özel zamanın kendi doğal akışı içinde yaşanması, fiziken ve ruhen yaşamımızı biçimlendirmektedir. Doğum sırasında salgılanan bir hormonun emzirme sürecini etkilediği hepimizin malumudur. Emzirmenin süresi ve kalitesi doğumun doğallığına bağlıdır.

Günümüzde ne yazık ki, beden doğal fonksiyonu olmaktan çıkarak tıbbi bir müdahaleye dönüşen doğum eylemi, birçok hormonal salgının yitimine neden olmaktadır. Neticede doğal süreçten uzaklaştıkça yeni problemlerle karşılaşmamız kaçınılmaz olmaktadır.

Hal böyleyken, müdahalesiz doğum gittikçe azalmaktadır. Sezaryen bir gereklilikten ziyade tercih konusu

olmaktadır. Türkiye'de sezaryen oranının %53'e kadar çıkması alarm verici bir durumdur. Halbuki Dünya Sağlık Örgütü'nün makul gördüğü %15 oranı, tüm gelişmiş ülkelerin hedefidir.

Öte yandan, 2013 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması Raporu'na göre, Türkiye'de ilk 6 ayda emzirme oranları %31 seviyesindedir. Bu oran da artırılmalıdır. İnanıyorum ki sezaryen oranının azalmasına paralel olarak bu oran kendiliğinden artacaktır.

Bu hedeflere ulaşmada en büyük aktör elbette kadınlardır. Kadınlarımızın bilinçlenmesi ve sezaryen tercihiyle neleri kaybettiklerinin farkına varması önemlidir. Elbette tıbbi gereklilik olduğunda sezaryen hayat kurtarıcıdır. Fakat unutulmamalıdır ki, sezaryen bir tercih konusu değildir!

Bu hususta hastanelerin ve sağlık kurumlarının yapması gerekenler de vardır. Yine Dr. Odent'in vurguladığı üzere, doğum sırasında gebelerin doğal ihtiyaçlarının karşılanması, doğum

korkularının yenilmesi bakımından son derece önemlidir. Mahremiyeti sağlanmış, huzurlu ve güvenli bir ortam, kadınların doğum gibi mucizevi bir olayın bilgeliğine ulaşmasını sağlayabilir. Hastanelerimizin fiziki ortamlarının bu yönde düzenlenmesi gerekmektedir. Sağlık Bakanlığımızın bu alanda çalışmalar yaptığını biliyorum.

Öte yandan medyamızda normal doğumu özendirici bir dilin kullanılmasının ne kadar önemli olduğunu söylemeye bile gerek yoktur. Oysa ne yazık ki, durum tam aksi yönde işlemektedir. Basında sıklıkla doğum komplikasyonlarını öne çıkaran, doğum korkusunu teşvik eden caydırıcı haberlerin yer aldığını görüyoruz.

Eşref-i mahlukat olan insanın dünyaya gelişini fitratına uygun bir çerçevede karşılamak gelecek nesillere olan borcumuzdur. Doğum şeklinin ve doğum ortamının gelecek nesilleri ve dolayısıyla medeniyeti şekillendirmedeki rolünü dikkate alan bir bakış açısını korumamız gerektiği kanısındayım.

Dr. Michel Odent: Kadınların tek başlarına doğum yapma yetileri ellerinden alındı

Ömer Çakkal

Londra'daki Primal Sağlık Araştırma Merkezi'nin kurucusu Fransız doktor Michel Odent, doğum sürecine getirdiği yaklaşımlarıyla tüm dünyada çığır açan ve kitapları 22 dile çevrilen ünlü bir hekim. Hastane doğumlarında ev ortamları oluşturan ve doğum havuzlarını hastanelere taşıyan doktor olarak tanınan Dr. Odent'in doğuma yaklaşımı The Lancet gibi birçok seçkin tıp dergisine ve BBC tarafından hazırlanan Birth Reborn gibi belgesellere de konu olmuştu. SD'nin sorularını yanıtlayan 87 yaşındaki duayen hekim, son yıllarda tıbbi gelişmelerin de etkisiyle kadınların tek başlarına doğum yapma yetilerinin ellerinden alındığını söyledi. Farklı sezaryen türleri olduğuna da dikkat çeken Odent, ideal sezaryenin doğum süreci başladıktan sonra yapılan sezaryen olduğunu, bu şekilde olduğunda annenin oksitosin hormonu salgılayabildiğini ve sütünün yeterli oranda geleceğini söyledi. Odent, insanların doğum fizyolojisini tam olarak bilmediğinin de altını çizdi.

Doğuma yaklaşımınızı temel olarak anlatabilir misiniz? Sizce doğum nasıl bir süreç?

Basitçe anlatmak gerekirse, doğum istem dışı gerçekleşen ve arkaik ile primitif yapıların kontrolünde geçen bir süreçtir. Doğum sürecine yardımcı olamayız ama düzenini bozabiliriz. Doğum süreci ile alakalı önemli olan nokta inhibisyon yapan faktörleri belirlemektir. Adrenalinin kortikal olarak salgılanması inhibisyona örnek teşkil etmektedir. Oksitosin antagonizma olduğu gibi adrenalin antagonizma da vardır. Bunun sadece

doğumda gözlenmediğini belirtmek isterim. Üreme hayatının tüm evrelerinde geçerlidir. Örnek olarak dişi memelilerin konu olduğu araştırmaları gösterebiliriz. Dişi memelilerin korktuklarında süt salgılayamadıkları görülmüştür. Korktuğumuzda ve kendimizi korumaya ihtiyacımız olduğunda üremeyi ötelimiz. Vahşi doğada yaşayan dişi bir memeli düşünün. Çevresinde yırtıcı bir hayvanın varlığını hissettiği zaman kendini ya saldırmaya ya da kaçmaya hazırlar. Bunlar olurken adrenalin salgılar ve yavrusunun doğumunu erteler. İnsanlar da acil durumlarda üremelerini ertelerler. Aynı şey cinsel birliktelik için de geçerlidir. Deprem gibi acil durumlarda bu istek ertelenir. Bunlar kendimizi kortikal seviyesini yükselten olaylardan korumak adına gerçekleşir. Doğum sürecinde neokortikal aktivitelerin korunması gerekmektedir. Günümüzde neokortikal inhibisyon kavramı büyük önem teşkil etmektedir. Neokortikal aktivitenin bazı fizyolojik fonksiyonları bastırdığını biliyoruz. Yeni yapılan araştırmalarla da neokortikal inhibisyon kavramının genel olarak insanoğlunun doğasını, ama özellikle de doğumunu anlamakta kilit rol oynadığını anlıyoruz. Bunu sadece nörofizyolojik gözlemlerle değil, klinik gözlemlerle de anlayabiliriz. Farmakolojik destek almadan kendi başına kolayca doğurabilen kadınların doğum sürecinin bir kısmında düşük seviyede neokortikal kontrole sahip oldukları aşikârdır. Örnek olarak kendilerini çevrelerinden soyutlamaları verilebilir. Medeni bir kadından beklenmeyecek tavırlar sergiledikleri de söylenebilir. Çığlık atabilir, küfredebilir, tuhaf davranışlar sergileyebilirler. Doğum esnasında kadınların ebelerini ısırdıkları örneklerine

rastlanmıştır. Bunların hepsi neokortikal kontrolün zayıfladığının iyi birer göstergesidir. Bunlara ilaveten daha önce hiç düşünmediğimiz ve önem vermediğimiz basit örnekler de var. Mesela zor bir doğum sürecinden geçen kadınların, başkalarının göremediği şeyleri gördüklerine tanık olunmuştur. Koku alma duyularının da neokortikal aktivite yüzünden azaldığı gözlemlenmiştir. Bu, şarap içtiğimizde koku alma duyumuzun zayıflamasına benzer bir etkidir. Doğa, tüm mekanik zorluklara rağmen kadınların doğum yapmasını mümkün kılacak bir yol buldu. Doğum yapan bir kadının temel ihtiyacı, neokorteksin tüm olası uyarıcılarına karşı korunmaktır. Bu uyarıcılar neler mi? İletişim, ışık ve tüm dikkat artırıcı durumlar neokorteksi uyarır. Kadınları koruyabilmek, kültürel koşullanma yüzünden zorlaşmıştır. Doğumun sosyalleşmesinin başından beri, yani neolitik devrimden beri doğumlar kültürel ortamın kontrolünde yapılmıştır. O zamanın öncesinde kadınlar doğum yapmak için kendilerini izole ederlerdi. Kadınların tek başlarına doğum yapma yetileri, gelişen geleneklerle ve ebe kavramının bulunmasıyla ellerinden alındı. Yakın zamana kadar bu böyle kaldı. Lütfen sözlüklere bakınız. Dominant paradigmaları değerlendirmek için sözlükler harika bir alettir. Doğum hakkındaki anahtar kelimeler anne ve bebek hakkında değil de hep başkalarının aktif rolleri hakkındadır. Anahtar kelimeler yardım etmek ve rehberlik etmektir. Bu tüm kültürler için aynıdır. Tıp camiasında "coaching" (koçluk) kelimesi kullanılır. Gördüğümüz üzere, kadının artık tek başına doğum yapmak gibi bir gücü artık yok. Ama bir fizyolog gibi düşünürseniz sizin için kilit kelime "korumak" olacaktır.



Bunun bilincinde olmak çok önemlidir. Nörofizyoloji tarafından esinlenen yeni bir paradigmaya girmektedir. Bu yeni paradigmanın kavramı gayet basittir. Koruyabiliriz ama yardım edemeyiz.

“Doğum yapan bir matematikçi örgü örmeye yönelebilir”

Ayakta, yatarak, doğal, sezaryen ve suda doğum gibi farklı doğum yöntemleri var. Dünyada bu konudaki fotoğrafı çekebilir misiniz?

Ülkeler arasındaki benzerlikleri ve farklılıkları bulmak ve anlatabilmek için kullandığım basit bir kural var. Ülkeleri, yakın zamanda yaşam koşulları yükselen ve uzun süre önce yaşam koşulları yükselmiş olan diye ikiye ayırıyorum. Yaşam koşulları yakın zamanda yükselen ülkelerde sezaryen doğumun genellikle daha sık kullanıldığını söyleyebilirim. Bu ülkelere örnek olarak Latin Amerika, Brezilya, Meksika, Çin, İran, Kıbrıs ve Türkiye’yi verebilirim. Öte yandan yaşam koşulları uzun süre önce yükselmiş olan ülkelerde sezaryen doğumun daha az olduğunu görüyoruz. İskandinav ve Avrupa ülkeleri buna örnektir. Yaşam koşulları yakın zamanda yükselen ülkelerde teknik gelişmelerin hızla adapte edildiği gözlemlenmiştir. Ama düşünce yapıları bir gecede tabii ki değişmez. Kavramsal evrim çok daha yavaş bir şekilde ilerler. Bu yüzden de söylediklerim dünya çapında bir genel değerlendirmenin sonucudur.

Sezaryen oranları neden yükseldi?

Bunun nedeni özetle kültürel ve küresel

olarak doğum fizyolojisinin bilinmemesinden kaynaklanıyor.

Ülkemiz açısından değerlendirecek olursak eskiden doğumlar evde, tarlada, bahçede; yani günlük hayatın akışı içinde gerçekleşiyordu. Günümüze şehirleşmenin de etkisiyle hastanelere, dahası ameliyathanelere taşınmış durumda. Sizce bu değişim nasıl oldu? Tüm dünyada da benzer şekilde mi oldu?

Bebeklerin yaygın olarak artık evlerde değil de hastanelerde doğmaları sadece tek bir ülkeye özel bir durum değildir. Bu küresel bir olay.

Londra’daki Primal Sağlık Araştırma Merkezi’nden bahsedebilir misiniz?

Primal sağlık ve primal sağlık araştırma neredeyse 30 yıl önce 1986 yılında benim Primal Health isimli kitabımla başlamıştır. Hayatımızın başında temel uyarlanırlar sistemlerimiz olgunlaşır. O süreçte olan her şeyin uzun vadeli sonuçları olması gerekir. Bu kavramla beraber primal sağlık, primal sağlık araştırma ve 30 yıl önce oluşturmaya başladığım veritabanı şekillenmiştir. Doğumu da kapsayan ilk süreç ve daha sonraki sağlık, patolojik şartlar ve karakter tipleri arasındaki korelasyona bakılmaktadır. Bu konuyla alakalı veriler toplamaya başladığımda bulduğum epidemiyolojik çalışmaların sayısı bir elin parmaklarının sayısını geçmiyordu. Bugün ise veritabanımızda hayatın bu iki evresi arasında neler olduğunu anlatan binden fazla çalışma hakkında kayıt var. Korelasyon her zaman neden ve sonuç ilişkisi değildir.

“Doğumun sosyalleşmesinin başından beri, yani neolitik devrimden beri doğumlar kültürel ortamın kontrolünde yapılmıştır. O zamanın öncesinde kadınlar doğum yapmak için kendilerini izole ederlerdi. Kadınların tek başlarına doğum yapma yetileri, gelişen geleneklerle ve ebe kavramının bulunmasıyla ellerinden alındı. Kadının artık tek başına doğum yapmak gibi bir gücü artık yok.”

Bu yüzden de hızla gelişmekte olan ve açıklayıcı olmakla beraber tercüme edici bir güce de sahip olan bilimsel öğretilere güvenmeliyiz.

Hastane doğumlarında ev ortamları oluşturma ve doğum havuzları hazırlamak gibi çalışmalarınızı anlatabilir misiniz?

Bu çalışmalar hâlihazırda birçok ülkede yürürlükte. Birleşik Krallığın neredeyse her doğumhanesinde doğum havuzları bulunuyor. Bunlar artık proje olmaktan çıktı, çok sık rastlanan örnekler oldu.



“İspanyol-İsveçli bir ekibin beyin görüntüleme teknikleri, kadınların doğum sonrası farklı hissettiklerini ortaya koydu. Örneğin bir matematikçinin doğum sonrası denklem çözmektense artık örgü örmeye yönelmesi gibi. Hamile kadınlar için hamileliklerinin sonlarına doğru sakin bir ortam sağlanması gerekir. Onları teknik detaylarla endişelendirmemeliyiz.”

Dr. Odent'e Medipol REMER ziyaretinde Taha Keleştemur, Prof. Dr. Ertuğrul Kılıç, Prof. Dr. Aykan Yücel ve Ömer Çakkal (soldan-sağa) eşlik etti.

Doğuma yaklaşımınız The Lancet'e ve BBC tarafından hazırlanan Birth Reborn gibi belgesellere konu olmuş. Fikirleriniz sizce neden bu şekilde heyecan uyandırdı?

30-40 yıl önce anlattıklarımız çoğu kişiyi şaşırtıyordu. O sadece bir geçiş süreciydi. Artık insanlar söylediklerimizi benimsediler.

İhtiyaçları vurguluyorsunuz. Sizce hamile bir kadının ve yeni doğan bir bebeğin temel ihtiyaçları nedir?

Hamile kadınların ve yeni doğan bebeklerin bazı temel ihtiyaçları şimdiye kadar göz önünde bulundurulmamıştı. Bunun önemine, neokortikal inhibisyon ve doğum yapan kadınların temel ihtiyaçlarını anladığımızda farkına varabiliriz. Bunu anladığımızda doğum yapmanın fizyolojik bir hazırlık gerektirdiğini de anlayabiliriz. Doğum esnasında kadınlar kendilerini adeta neokortikal aktivitelerini azaltmaya hazırlıyor. Her ne kadar bu hazırlığın belirtileri bilinse de şimdiye kadar daha önce hiç tam olarak yorumlanmamıştır. Buna örnek olarak hamile kadınların kötü hafızaları hakkında şikâyet etmeleri verilebilir. Kötü hafızalarının nedeni, aslında vücutlarının onları doğuma hazırlamaya başlamasıdır. Vücutları onların neokortikal aktivitelerini azaltmaya başlar. Bu İspanyol-İsveçli bir ekibin beyin görüntüleme teknikleri ile kanıtlanmıştır. Ekibin sonuçlarına göre kadınların doğum sonrası farklı hissettikleri görülmüştür. Örneğin bir

matematikçinin doğum sonrası denklem çözmektense artık örgü örmeyi sevmesi gibi. Sonuç olarak hamile kadınlar için hamileliklerinin sonlarına doğru sakin bir ortam sağlanması gerekmektedir. Onları teknik detaylarla endişelendirmemeliyiz. Bu, doğum öncesi bakım ile ilgili olan kişiler ve hamile annelerin aileleri için önemli bir konu.

Bir röportajınızda şöyle diyorsunuz: “Eğer doğuran anneyi rahatsız ederseniz anne yavrusuna bakmaz. Çok basit. Eğer bir memeli epidural ile doğum yaparsa yavrusuna bakmaz. Bir memeli sezaryen ile doğum yaparsa yavrusuna bakmaz. Çok basit. İnsanlarda durum çok daha karmaşık.” Bu noktada sormak istiyorum: İnsanlarda durum nasıl?

Öncelikle doğum sürecine müdahale etmekten bahsederken memeli hayvanlar ve insanlar arasındaki ayrımı göz önünde bulundurmalıyız. Memeli hayvanlarda kural gayet basittir. Eğer doğuma herhangi bir şekilde dışarıdan müdahale edilirse anne bebeğiyle ilgilenmez. Örneğin epidural anestezi ile doğum yapan dişi koyunlar bebekleriyle ilgilenmezler. Çünkü kendi başına doğum yapmadığı için hormonları yeterli seviyeye ulaşmamıştır. Bu durum, insanlar için çok daha karmaşıktır. Çünkü insanlar konuşma yetisine sahiptir, iletişim kurmak için çok daha sofistike bir yöntemlere sahiptirler ve onlar kültürlerini yaratırlar. Bu yüzden annenin davranışı hormon seviyesinden daha çok kültürü tarafından şekillenir. Mesela

hamile kadınlar bir bebek sahibi olacaklarını bilirler, annelik içgüdüsüne sahip olacaklarını bilirler. Bu, hamile kadınlarla hamile memeli hayvanlar arasındaki en büyük farktır. Bu yüzden de insanları ele aldığımızda farklı sorular sormamız gerekmektedir. Bu demek değil ki başka memelilerden öğrenebileceğimiz hiçbir şey yok. Memeli hayvanlar bize insanlar hakkında hangi sorular sormamızı gösterir. Ama konu insanlar olunca hep kolektif boyutta düşünmemiz lazım. Medeniyet ve insanoğlunu düşünerek konuyu ele almamız lazım. Örneğin, eğer memeli hayvanlar sezaryenle doğum yaptıktan sonra bebekleriyle ilgilenmeye başlasaydılar bu gelecekte sezaryenle doğmuş insanlık için ne ifade ederdi diye sormamız lazım.

“İdeal sezaryen, doğum süreci başladıktan sonra yapılan sezaryendir”

Rahatlama hormonu olarak bilinen oksitosin için siz aşk hormonu diyorsunuz. Ve bu hormonun, sezaryen doğumlar esnasında gebe kadına verilen ilaçlarla bastırıldığını ifade ediyorsunuz. Bu nasıl oluyor?

Doğum sürecinde gerçekleşen tıbbi müdahale, hormonal dengeyi değiştirir. Eğer epidural anestezi kullanılırsa oksitosinin salgılanması azalır. Bu iki sistem arasında bir bağlantı vardır. Damar yoluyla sentetik bir oksitosin kullanılırsa anneler doğal oksitosin salgılamazlar. Çünkü sentetik oksitosin beyin duvarından geçemez. Sezaryen hakkında bilmemiz gereken en önemli şey, birden fazla sezaryen türü olduğudur. Doğum öncesi sezaryende anne henüz hormon salgılamamıştır. Ama doğum başladıktan sonra yapılan sezaryende anne gerekli hormon dengesine ulaşmıştır. İdeal sezaryen doğum süreci başladıktan sonra yapılan sezaryendir. Çünkü anne gerekli hormonal seviyeye ulaşmıştır. Annesinin sayesinde bebekte de gerekli hormonal seviye görülür.

Diyorsunuz ki, “Aşk hormonu salgılayan kadınların sayısı giderek sifıra yaklaşıyor. Böyle bir durumda 3-5 nesil sonra aşk hormonu kullanılmaz olursa uygarlık açısından ne olacak?” Biz size soralım: Sizce ne olacak?

Bazı fizyolojik fonksiyonlarımızın geleceği epigenetiğin belirli bir dalına aittir. Bunlar jenerasyondan jenerasyona zayıflar ve giderek tesirlerini yitirirler. Bu durum oksitosin sistemi için geçerlidir. Dünyadaki kadınların çoğu salgılamaları gereken hormonları salgılamadan doğum yapıyor. Fizyolojik sistemin günümüzde az kullanılmasının bir sürü nedeni var, kadınların az sayıda çocuklarının olması, laktasyon süresinin çok kısa olması gibi.

Bu hormon yüksek dozajda salgılanması gerekirken artık çok az salgılanan bir sistem oldu. Sorumuz şu olmalı: İnsan oksitosin sisteminin geleceği ne olacak? Bunu araştırmalıyız.

Kadınlar temelde doğum korkusu nedeniyle sezaryene yöneliyor. Bu korkuyu artıran unsurları bir de sizden dinleyebilir miyiz?

Doğum yapma korkusu kültürel olarak doğum fizyolojisini anlamamaktan kaynaklanıyor. Tekrar dile getirmek gerekirse, ilk yapmamız gereken şey, doğum fizyolojisini daha iyi anlamamızdır. Doğumu en kolay nasıl gerçekleştirebileceğimizi anlamamız lazım. Belki de günümüzdeki doğum yapma korkusunu anlayabilmek için çocuk doğumu sosyolojisinin başına kadar gitmemiz lazım.

Doğum korkusu nasıl azaltılabilir?

Bunu azaltmanın en iyi yolu, doğumu en kolay hale nasıl getirebileceğimizi anlamak olur.

Doğum şeklinin ve ortamının medeniyeti şekillendirdiğine ilişkin bir teziniz var. Bunu açabilir misiniz?

İnsanoğlunun yapması gereken temel şey, kendimiz hakkında kolektif boyutta düşünmek. Yani bireysel olarak geleceğimizi değil de bir ırk olarak geleceğimizi düşünmeliyiz. Mesela hayalinde hep normal doğum yapmak olan ama sezaryenle doğum yapmak zorunda kalan bir anneye bunun çok önemli olmadığını anlatmalıyız. Bunun bir sorun haline gelmesi, ancak toplumdaki tüm bebekler o şekilde doğarlarsa olur. Önemli olan halka çocuk doğumu hakkında konuşulduğunda kolektif boyutun önemini anlatmaktır.

Ülkemiz Cumhurbaşkanı Tayyip Erdoğan'ın eşi Emine Erdoğan, 10 ay önce sizin de katıldığınız Uluslararası Gebelik Doğum ve Lohusalık Kongresinde şöyle bir ifade kullanmıştı: “Doğum anı, kadınlara gerçek bir bilgelik sunar. Kadınlar bu sürece tüm boyutlarıyla şahit olarak, yaratılıştaki mucizeyi de yakından tecrübe eder.” Bu görüş hakkında siz neler söylersiniz?

Bence Sayın Erdoğan gibi birden fazla doğum yapmış tecrübeli anneleri dinlemek çok önemlidir. Böyle anneler çocuk doğumu hakkında gerçek uzmanlardır. Başkalarını dinlemeden önce onları dinlemeliyiz.

Son olarak emzirme konusunda söylemek istedikleriniz var mı? Sezaryen emzirmeyi de etkiler mi?

Doğum ve laktasyon fizyolojisi arasında

“Doğum sürecinde gerçekleşen tıbbi müdahale, hormonal dengeyi değiştirir. Eğer epidural anestezi kullanılırsa oksitosinin salgılanması azalır. Damar yoluyla sentetik bir oksitosin kullanılırsa anneler doğal oksitosin salgılamazlar. Çünkü sentetik oksitosin beyin duvarından geçemez. Doğum öncesi sezaryende anne henüz hormon salgılamamıştır. Ama doğum başladıktan sonra yapılan sezaryende anne gerekli hormon dengesine ulaşmıştır. İdeal sezaryen doğum süreci başladıktan sonra yapılan sezaryendir.”

bir bütünlük var. Bu bütünlüğe yüzeysel olarak müdahale etmek bile tüm süreci etkilemiş oluruz. Mesela doğum esnasında kadınların kendilerini korumak için beta-endorfin salgıladıklarını biliyoruz. Beta-endorfin prolaktindir. Prolaktin de laktasyon için önem teşkil etmektedir. Doğum yapan anne epidural anesteziyle gerçekleşen doğum esnasında eğer beta-endorfin salgılayamazsa laktasyon başlangıcının etkilenebileceğini öngörebiliriz. Bu örnekleri kullanarak oksitosin sistemlerinin devamlılığını sağlayabiliriz. Etkili olmak için oksitosin salgılanması sürekli olmalıdır. İsveç'te oksitosin salgılamayı ölçmek için bir sistem geliştirildi. Normal doğumdan iki gün sonra bebek anne sütü emerken yapılan ölçümlerle sezaryen ameliyatıyla doğum yapan annelerin ölçümlerinin aynı olmadığı görüldü. Normal doğum yapan annelerin oksitosin seviyelerinin daha etkili olduğu görüldü. Eğer sürecin başına müdahale edersek sonuna da müdahale etmiş oluruz. Tabi insanlar söz konusu olduğunda işler o kadar da basit olmayabiliyor. Genele uymayan anekdotlar da bulunmakta. Evlat edindiği çocuğu emzirmiş kadınlar tanıyorum. Bu kadınlar doğum yapmamışlardı ama sütleri geldi. Evet, genel olarak bilinen bazı doğrular var fakat sıklıkla genel rollerimizden sapmaktayız.

Gebe okulu

Yrd. Doç. Dr. Fatma Coşar Çetin



Lise eğitimini Isparta Sağlık Meslek Lisesi Ebelik Bölümü'nde, lisans eğitimini Süleyman Demirel Üniversitesi (SDÜ) Sağlık Yüksekokulu (SYO) Ebelik Bölümü'nde tamamladı. Sağlık Bakanlığı'ndaki 4 yıl ebelik görevinin ardından 2002-2007 yılları arasında SDÜ SYO Ebelik Bölümü'nde Araştırma Görevlisi olarak yer aldı. Doktora eğitimini Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi (SBF) Hemşirelik Bölümü Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalında tamamlayan Çetin, doktora tez araştırması için ABD'de Baltimore Johns Hopkins Hospital'da gebe eğitim sınıflarında inceleme ve araştırma yapmak üzere görevlendirildi. Birçok ilde doğuma hazırlık eğitici eğitimlerini sürdüren Çetin, 2013'ten beri İstanbul Medeniyet Üniversitesi SBF Hemşirelik Bölümü'nde görev yapmaktadır.

Gebelik, kadın yaşamında fizyolojik, psikolojik ve sosyal değişimlerin yaşandığı ve bu değişimlere uyumu gerektiren önemli bir dönemdir. Doğum süreci ise kadının yaşamı boyunca çok az deneyimleyebileceği mucizevi bir yolculuktur. Burada en önemli olay çiftlerin hayatına yeni bir bireyin katılmasıdır. Bu yeni katılımla birlikte çiftler yeni duruma adapte olmanın yanı sıra yeni yaşam biçimlerine de alışmaya çalışacaklardır. Özellikle ilk defa anne ve baba olacak bireyler gebelik, doğum ve doğum sonrasına ilişkin oldukça fazla endişe yaşamaktadırlar. Her ne kadar çiftler durumu öncesinden bilseler de, bu durumla nasıl baş edecekleri hakkında yetersiz kalmaktadırlar.

Her kadının doğumunu güvenli koşulda gerçekleştirmesini sağlayacak nitelikli sağlık hizmetlerinden yararlanabilmesinin yanı sıra güzel anılarla coşku içinde doğum yapması en doğal hakkıdır. Gebe ve bebekler sağlık hizmeti alımında önceliklidirler. "Barselona Anne Hakları Bildirgesi"ne göre, her kadının üreme sağlığı, gebelik, doğum ve yeni doğan bakımı konusunda yeterli eğitim ve bilgi alma hakkı vardır. Çiftlere bu konuda bilgi verirken doğumun tehlikesiz ve basit bir fizyolojik süreç olduğunu belirtmemiz gerekir.

Geçmişten günümüze kadınlar gebe eğitimine ilişkin bilgileri farklı kaynaklardan edinmişlerdir. Geçmiş dönemlerde gebelerin, gebelik ve doğumla ilgili bilgileri annesinden, kardeşinden ya da komşusundan öğrendiklerini görmekteyiz. 19. yy sonlarına kadar doğuma hazırlık eğitimleri aile ve sosyal çevrenin desteğiyle yapılmıyordu. Normal doğumlar ise geleneksel ebeler ve profesyonel ebeler tarafından yine sosyal destek ile evde yapılmaktaydı. Ev doğumlarında normal olmayan durumlar gelişebiliyordu. Endüstri devrimi ile birlikte enfeksiyon ve ağrının azaltılması için kullanılmakta olan ilaçlar, endüstrileşme sonrasında aile bağlarındaki zayıflama, "kadının işi" olan doğumun evden hastaneye taşınmasına sebep olmuştur. Doğumda yaşanan bu

değişimlerle birlikte kadın hareketlerindeki artış anne adaylarının doğum hakkındaki görüşlerini ve beklentilerini değiştirmiştir. Kadınlar artık doğumlarını yönetmek ve doğumun merkezinde olmak, doğum ağrıları ile ilaç dışı kendi yöntemleri ile baş etmek istemekte ve doğumu tek başlarına değil eşleriyle birlikte paylaşarak mutlu bir deneyim olarak yaşamak istemektedirler.

Anne adayının doğuma en iyi şekilde hazırlanması ve desteklenmesi, kadının kendini eşsiz hissetmesini, kendi bedenini ve yaşamını yönetebilme fırsatı sayesinde kişisel algısının güçlenmesini sağlamaktadır. Birçok anne adayı gebelikte kendini nelerin beklediği, doğum eyleminin nasıl olduğu, özellikle doğum ağrıları ile nasıl baş edeceği, anne-baba olma ile beraber kendilerini nelerin beklediği konusunda çok fazla bilgiye sahip değildir. Doğum eylemi bilinmezliklerle dolu bir yolculuktur. Örneğin; bir yerden başka bir yere seyahat ederken nerede, ne kadar süre mola vereceğinizi, yolculuğunuzun ne kadar süreceğini bilirsiniz. "Birazdan mola verimiz, sabredeyim" şeklinde düşünebilirsiniz. İşte gebe kadının ve ona destek olacak kişilerin de doğum yolculuğunda, eylemin nasıl olduğu, destek anlamında neler yapabileceklerini, doğumun fizyolojisi gereği ortaya çıkan durumlarla nasıl baş edebileceğini öğrenmesi anlamında gebe okulu ve doğuma hazırlık sınıfları bu boşluğu doldurmakta, bireyleri hem anne-babalığa hazırlamakta hem de doğumdaki olası durumlarla (başta doğum ağrısı olmak üzere) nasıl baş edebileceklerini öğretmekte, anne adaylarının beden farkındalığını sağlayarak doğumu daha güzel bir deneyim olarak yaşamalarına yardımcı olmaktadır.

Doğuma Hazırlık Sınıflarının Tarihsel Gelişimi

Dünyada doğuma hazırlık sınıflarının başlangıcı 1930'lu yıllara dayanmaktadır. Etkisi ise günümüze kadar artarak devam etmiştir. Farklı zamanlarda farklı felsefe ve akımlar etkili olmuş ve bunun sonucunda Lamaze Dick-Read, Kitzinger, Bradley, Leboyer gibi birçok doğuma hazırlık yöntemi yaygınlaşmıştır. 1930'lu yıllarda

ilk kez Grantly-Dick Read isimli İngiliz bir doktor tarafından doğuma yardım yöntemi geliştirilmiştir. Dick-Read yöntemi "gevşemenin olduğu yerde gerginlik ve anksiyete olmaz" ilkesine dayanmaktadır. Bir diğer yöntem ise Lamaze'dir. Avrupa ve Amerika'da en popüler olan Lamaze yöntemidir. Lamaze yöntemi, gebenin bedensel ve ruhsal olarak doğuma hazırlanmasını içermektedir. Yöntemin esası Pavlov'un şartlı refleksini temel almaktadır. Bireyin beyni, uyarıyı aldıktan sonra kabul etmekte, analiz etmekte ve doğru yanıt verebilecek şekilde eğitilebilmektedir. Bu yöntemi Rus psikologlar "Psikoproflaksi" olarak adlandırmışlardır. Bilincin kontrol edilme sürecidir. Buna göre gebeler doğru eğitim alırsa doğum ağrısı başladığında kasılma yerine kendini gevşeterek ve doğru nefes alıp kontrolü yakalayabilirse doğumun süresi kısaltılmakta ve daha az ağrı hissetmektedir.

Uluslararası Lamaze Organizasyonu'nun (Lamaze International) Amerika'da kurulmasıyla birlikte Lamaze'in bir yöntemden öte doğal doğum felsefesi olduğu belirtilmiş ve normal doğumun destekleyicisi ve koruyucusu olmuştur. Bu bağlamda sağlıklı doğum uygulamaları (Healthy Birth Practices) Lamaze felsefesinin temelini oluşturarak WHO'nun sağlıklı doğum için gerekli şartlarını daha da zenginleştirmiştir. Fransa'da Lamaze felsefesi ile doğumunu gerçekleştiren ve Amerika'ya döndüğünde bu yöntemin bilinmediği fark eden Marjorie Kormel isimli kadın, bir kitap yazarak (kitabın ismi Thank You Dr. Lamaze) "doğuma hazırlık sınıfları"nın Amerika'da yapılmasına önayak olmuştur. Burada Elizabeth Bing de öncülük etmiş ve çalışmalar yapmıştır. Bu gelişmelere paralel olarak doğum öncesi eğitim sınıfları formelleşmeye başlamıştır. Günümüzde halen çok aktif olan bu sınıflar için eğitici yetiştirmeyi amaçlayan dernekler kurulmuştur.

Gebe okullarının ülkemizdeki tarihi dünya kadar eski değildir. 1980'li yıllarda başlayan gebe eğitim sınıfları 2000 yılından itibaren yaygınlaşmıştır. Ancak son zamanlarda ülkemizde de gebeler ve eşlerinin doğuma hazırlık sınıflarına katılma isteği artmaktadır.

Bu artışta Sağlık Bakanlığının gebeleri normal doğum yönünde desteklemesi, halkı medya ve diğer kanallar vasıtasıyla bilinçlendirmesi, bununla birlikte doğum alanında çalışan sağlık profesyonellerinin düzenlenen eğitim programları ile bu konudaki görev, yetki ve sorumlulukları hususunda farkındalıklarının artırılması etkili olmuştur. Artık anne adayları doğumlarını yönetebilmeyi, doğumun acı verici bir süreçten öte güzel bir deneyim olmasını ve bu süreci eşi ve sevdikleriyle birlikte yaşamayı ve kendi bedenlerine güvenerek girişimsiz doğumlar yapmayı istemektedirler. İşte gebelerin bunun gibi istek ve dilekleri çiftlerin gebe okullarına olan talebini artırmış ve buna paralel olarak devletin de doğuma hazırlık ile ilgili politikasına pozitif yönde destek sağlayarak kurumsallaştırma politikasını hızlandırmıştır.

Doğuma Hazırlık Sınıflarının Amaçları

Doğuma hazırlık eğitiminde amaç; anne adayını ve çiftleri gebelik, doğum ve doğum sonrası döneme ilişkin doğru kararlar almalarına ve bu dönemleri en güzel şekilde geçirebilmelerine yardımcı olmaktır. Bu eğitimler sayesinde çiftler bu dönemde yaşadıkları deneyimin anne adayı, bebek ve diğer aile bireylerinin tüm yaşamını etkileyeceğini öğrenirler. Gebe eğitimi, erken ve geç dönem eğitimlerin tamamını kapsar ve çiftleri doğuma ve anne-babalığa hazırlar. Günümüzde ise gebe eğitimi sadece erken ve geç dönemleri değil gebelik öncesi dönemden anne-babalığın ilk aylarına ilişkin bir dizi eğitim sınıflarını kapsamaktadır.

Çiftler bebek sahibi olmaya karar verdikten sonra bir doğum uzmanına gitmekte ve gebelik öncesi testler, sağlık durumu, genetik incelemeler, beslenme, egzersiz ve yaşam tarzı değişiklikleri, alışkanlıkların değişimi gibi konularda genel danışmanlık almaktadırlar. Sağlıklı gebeliklerin oluşmasında gebelik öncesi ve gebeliğin erken dönemlerinde düzenlenecek eğitim sınıflarına gereksinim vardır. Günümüzdeki gebe eğitim sınıfları çeşitlidir. Genellikle erken ve geç dönem eğitim sınıfları olmak üzere ikiye ayrılır.

Erken dönem gebe eğitimi sınıflarının içeriği (ilk trimester):

- Gebelik semptomları
- Gebelikte öz bakım
- Fetal gelişim
- Fetüs için çevresel tehlikeler
- Gebelikte cinsellik
- Beslenme, dinlenme ve egzersiz önerileri
- Gebelikte görülen yaygın rahatsızlıklar ve rahatlama teknikleri
- Gebelik kontrolleri ve bu kontrollerde yapılan tetkikler

Geç dönem gebe eğitimi sınıflarının içeriği (ikinci ve üçüncü trimester):

Üçüncü trimester doğuma hazırlık eğitiminin süresi, ilk kez anne-baba olacaklar

için en az 12 saat olmalıdır. Eğitim en az dört en fazla sekiz gebe ile yapılmalıdır. Eşlerin katılımıyla birlikte en fazla on iki kişi olmalıdır. Eğitimlerde farklı öğretim teknikleri kullanılmalı ve çiftlerin interaktif katılımı sağlanmalıdır. Eğitimlerde katılımcıların kültürel değer ve inançları göz önünde bulundurularak eğitim stratejileri belirlenmelidir. Eğitimin içeriği şöyledir:

- Normal gebelik; gebeliğin anatomisi ve fizyolojisi, gebelikte oluşan fizyolojik değişiklikler, gebelikte oluşan psikolojik değişiklikler ve cinsellik, gebelikteki sağlıklı yaşam için egzersizler, pelvik egzersizler ve Kegel egzersizi, erken doğum eylemi ve gebelikte tehlike belirtiler.
- Normal doğum eylemi fizyolojisi, hormonlar, ağrı teorileri, ağrı fizyolojisi ve ağrının doğumdaki rolü, normal doğumu kolaylaştıran stratejiler, dokunma ve masaj, hidroterapi, aromaterapi, sıcak ve soğuk uygulama, doğumda uygulanan müdahaleler ve olası komplikasyonları (kanıt temelli yaklaşımlar).
- Doğumun ikinci evresinde destek
- Doğumun üçüncü evresini destekleme stratejileri
- Doğumdan hemen sonra anne ve bebek temasının sağlanmasının önemi
- Doğum sonu dönem
- Postpartum depresyon
- Bebek bakımı ve emzirme
- Bilinçli karar verme, doğumda kadın hakları, doğum planı oluşturma
- Postpartum dönemde cinsellik
- Sezaryen sonrası normal doğum (VBAC) yerine tekrar sezaryen yapılması

Gebe eğitim sınıflarının etkinliğini değerlendirmek amacıyla son zamanlarda oldukça fazla çalışma yapılmıştır. Bu konuda yapılan araştırmalara göre bu sınıfların etkileri şu şekilde sınıflandırılabilir:

Gebe eğitimi ve doğuma hazırlık eğitimlerinin gebeliğe etkileri: Doğuma hazırlık sınıfına katılan gebelerde katılmayanlara göre sigara içme, alkol alma davranışlarının daha az olduğu, egzersiz yapma, dengeli beslenme ve sağlığa olan ilginin daha fazla olduğu bildirilmiştir. Yine yapılan çalışmalarda gebelikte eğitim alanın eşler arasındaki ilişki üzerine olumlu etkisi olduğu, eşler arasındaki iletişimin daha iyi olduğu, babaların bilgilerinin arttığı ve böylece eşlerine yaklaşımlarının daha destekleyici olduğu belirtilmiştir.

Gebe eğitimi ve doğuma hazırlık eğitimlerinin doğuma etkileri: Eğitim sınıflarına katılan gebelerin doğum sırasında daha az ağrı hissettikleri, analjezi ve anestezi kullanımının daha az olduğu bildirilen çalışmaların yanında, etkisinin olmadığı ya da epidural anestezi kullanım oranının fazla olduğu yönünde çalışmalar da mevcuttur. Eğitim sınıfına katılan gebelerin kendine güveninin yüksek olduğu, öğrendikleri bilgilerin doğum sırasında kendileri için yararlı olduğu, doğumda ağrı ile baş etmelerinin daha iyi olduğu, doğum sırasında daha az anksiyeteye sahip

oldukları bildirilmektedir. Bu sonuçlar anne ve bebek sağlığının korunması ve geliştirilmesine olumlu katkılar sağlayabilir.

Gebe eğitimi ve doğuma hazırlık eğitimlerinin doğum sonu dönemdeki etkileri: Yapılan çalışmalarda sınıfa katılmanın sosyal desteği artırdığı, yeni anne-babaların birbirlerine destek oldukları, doğum sonu emzirmede daha başarılı oldukları belirtilmiştir.

Sonuç olarak; gebe eğitimi ve doğuma hazırlık eğitimlerinin yaygınlaştırılması sağlıklı bir doğum süreci için hem gebe hem de sağlık çalışanları açısından oldukça önem taşımaktadır. Bu bağlamda gebelerin bu eğitimlere yönlendirilmesi gebelerin güzel ve sağlıklı bir doğum süreci yaşamaları, sağlık ekibinin de iş yükünü azaltarak doğum sürecinde her bir gebeye daha etkin bakım fırsatı sunacaktır. Müdahaleli doğumlar azalarak anne ve bebek sağlıklı olumlu yönde etkilenecektir. Ayrıca doğumların normal olması ülke ekonomisinin sağlık harcamalarındaki maliyet etkinliğini de olumlu yönde etkileyecektir.

Kaynaklar

Charlotte A, Raymond G. (2007). *Childbirth Education in 21st Century: An Immodest Proposal. The Journal of Perinatal Education.* 16(4): 38-48.

Coşar F, Demirci N: (2012). *Lamaze Felsefesine Dayalı Doğuma Hazırlık Eğitiminin Doğum Algısı ve Doğuma Uyum Sürecine Etkisi. S.D.Ü Sağlık Enstitüsü Dergisi.* 3(1):18-30.

Coşar F: *Lamaze Felsefesine Dayalı Doğuma Hazırlık Sınıflarının Doğum Sürecine Etkisi. Yayınlanmamış Doktora Tezi, Danışman: Doç. Dr. Nurdan Demirci. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 2012.*

Curl M, Lothian S, Scaer RM, Wals A: *Childbirth Educator, Doula, Nurses, and Woman Respond to Six Care Practices for Normal Birth. The Journal of Perinatal Education, Spring 2004;13 (2): 42-50.*

Hotelling B: *Teaching Normal Birth Interactively. The Journal of Perinatal Education 2004;13 (2): 51-56.*

Humenick SS. (2004). *Maternity & Women's Health Care. In: Childbirth and Perinatal Education. Eds: Lowdermilk DL, Perry SE, 8th ed, Mosby, USA, p. 448-467.*

Karaçam Z: *Doğum Sonu Dönem. Kadın Sağlığı. Ed: Şirin A, Kavlak O. Bedray Yayıncılık, Ekim 2008, s:719-754.*

Mete S: *Doğum öncesi eğitim: Şirin A(Ed) Kadın Sağlığı, Bedray Basım Yayıncılık, İstanbul, 2008; p: 501-505.*

N. Turgut ve ark., *Gebe Okulunda Eğitim Alan Gebelerin Bilgi Düzeyleri Üzerine Bir Araştırma. G.O.P. Taksim E.A.H. Jaren 2017;3(1):1-8.*

Reeder S, Martin L, Gliffin D: *Maternity Nursing, Family, Newborn, And Womans Health Care, 7th ed. Lippincott, Philadelphia, 1997.*

Serçekuş P, Yenil K: *Doğuma Hazırlık Sınıflarının Türkiye'deki Gelişimi. Türkiye Klinikleri J Obstet Womens Health Dis Nurs-Special Topics 2015;1(1):33-5.*

Simkin P: *Pregnancy Childbirth And Newborn, Meadowbrook, Newyork, 1984.*

Spinelli A, Baglio G, Donati S, Grandolfo ME, Osborn J. (2003). *Do Antenatal Classes Benefit the Mother and Her Baby? J Matern Fetal Neonatal Med. Feb;13(2):94-101.*

Üstünsöz A, Güngör S: *Antenatal Eğitimin Dünü ve Bugünü: Kadayıfçı O (Ed) Lamaze Yöntemi ile Doğuma Hazırlık ve Doğum. Nobel Tıp Kitabevleri, Türkiye, 2005, p: 7-20.*

Waldenström U, Hildingsson I, Ryding EL. (2006). *Antenatal Fear of Childbirth and its Association with Subsequent Caesarean Section and Experience of Childbirth. BJOG. 113 (6): 638-46.*

Alternatif doğum yöntemleri

Yrd. Doç. Dr. Nazende K. Yıldız



Sivas'ta doğdu. 1979'da Zeynep Kamil Sağlık Meslek Lisesinden, 1986'da Gevher Nesibe Sağlık Eğitim Enstitüsünden ve 1999'da Marmara Üniversitesi Sağlık Eğitim Fakültesinden mezun oldu. Marmara Üniversitesi Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalında yüksek lisans (2003) ve doktora (2010) eğitimi tamamladı. 2013 yılından 2017 yılına kadar yardımcı doçent unvanıyla görev aldığı Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü'nden emekli oldu. Yıldız, halen Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü'nde ders vermektedir.

Son yıllarda dünya genelinde doğumla ilgili alternatif yöntem çalışmaları hız kazanmış ve geliştirilen yöntemler uygulanmaya başlamıştır. Bu çalışma ve arayışlar, değişen dünyada kadınların eskiye oranla daha az sayıda deneyimleyecekleri sadece kadına özgü olan doğum olayını hem güvenli hem de ilerde mutlu ve keyifli olarak hatırlamalarını amaçlamaktadır.

Doğum; normal gebelik süresi sonunda bebeğin ve plasantanın uterus içi ortamdan dış ortama geçişi ile tamamlanan fizyolojik bir süreçtir. Alternatif ise birinin yerine seçilebilecek bir başka yol, yöntem demektir. Doğumun alternatiflerine birkaç açıdan bakmak gerekir.

Öncelikle bebeğin anne karnından dış ortama geçmesi için diğer bir deyişle doğumun gerçekleşmesi için bir doğum yolu gereklidir. Bebeğin dünyaya gelmesinde zaten iki yol vardır. Birincisi; diğer canlılarda da olduğu gibi doğal olan yol -ki buna vajinal yolla doğum ya da normal doğum diyoruz- ikincisi abdominal yol yani abdomenden kesi yapılarak bebeğin dış ortama geçişinin sağlanması yöntemi buna da sezaryenle doğum diyoruz. Birinci yol kadının ve bebeğin gayreti ile gerçekleşebilirken ikinci yöntem sadece doğum ekibi tarafından gerçekleştirilmektedir. Bu yollardan ikincisi yani sezaryenle doğum, normal doğum için "doğum yolu" açısından alternatiftir. Fakat sezaryenle doğum, doğacak ya da doğuracak olan için yüksek risk varsa ancak o zaman kullanılmalıdır. Yüksek riskten kasıt anneye ya da bebeğe ait normal yoldan

doğumun gerçekleşmesine engel bir neden var ise anne ya da bebeğin hayatının kurtarılması gereken durumlarda, doğum sezaryenle yapılmalıdır.

Doğumun alternatiflerine doğumun yapılacağı yer açısından bakıldığında; hastanede doğum, evde doğum ve bazı ülkelerde bulunan doğum merkezlerinde doğum sayılabilir. Eski çağlarda kadınların kendi başlarına ya da deneyimli bir kadının yardımı ile evde doğum yaptıkları ve bu doğumların doğal yolla olduğu bilinmektedir. Ancak o çağlarda anne ve bebek ölüm oranlarının günümüzde kabul edilemeyecek kadar yüksek olduğu da tahmin edilmelidir. Tıbbın ilerlemesi ile doğumlar hastanelerde yapılmaya başlanmış, teknolojik gelişmelerle birlikte sağlıklı anneler ve sağlıklı bebeklerle sonuçlanması açısından daha güvenli hale gelmiştir. Halen çoğu ülkede, büyük çoğunlukla doğumun yapılacağı yer açısından Hastane doğumu tercih edilmektedir. Hastane doğumunda çoğunlukla invaziv uygulamalar yapılmakta ve bu girişimler aynı ülkenin hastanelerinde olduğu gibi diğer ülkelerde de aynı veya birbirine çok yakın uygulamalardır. Böylece doğumlar dünya genelinde Geleneksel hale gelmiştir. Geleneksel doğum günümüzde tüm dünyada hastanede olan ve doğuma doktorun katılımını içeren geçerli bir standarttır. Kent kadınlarının çoğu bir doğum uzmanı konusunda güven olmak ister ancak doktorun klinik yaklaşımına karşı olumsuzlukları da vardır. Hastanede doğum genellikle medikalize edilir ve jinekolojik masada sırtüstü bacaklar gerilerek mahremiyet açısından da uygun olmayan pozisyonda gerçekleştirilir. Bu pozisyona öylesine

alışılmıştır ki çalışan ekip açısından aksi düşünülemez iken kadınları çoğu aslında bu pozisyondan hoşnut değildir. Geleneksel doğumda hastaneye kabul edilen gebenin doğuma kadar olan izleminde, vajinal muayeneler, EFM (elektronik fetal monitorizasyon), ultrason incelemeleri, oksitosin indüksiyonu ve diğer ilaç uygulamaları doğumu obstetrik açıdan güvenli hale getirmektedir. Bu durumda gebe, doğumu yapabileceği konusunda özgüvenini yitirir ve kendisini adeta doğum ekibine teslim eder. Böyle gerçekleşen bir doğumun sonrasına da olumsuz yansımaların olduğu görülmektedir. Anne kendi bakımı ve bebek bakımı ve emzirilmesi konusunda kendisini yeterli bulamayabilir. Ülkemizde hastane doğumu kesinlikle güvenlidir. Kadınların doğumlarını daha iyi hatırlamaları için rutin invaziv girişimlerin ihtiyaç duyulan gebelere uygulanması yeterli olacaktır. Dünya Sağlık Örgütü'nün (WHO) kanıt temelli önerileri doğrultusunda yapılan doğumlar; doğumu yapan kadın ve ailesi, doğum ekibi ve maliyet açısından daha yararlı olacaktır. Doğumu hızlandırmak için yapılan uygulamalardan vazgeçmek bile yeterlidir. Bu uygulamalar arasında; rutin oksitosin uygulama, EFM için yatağa bağımlı kılma, uzun yatan gebeler için yiyecek içecek kısıtlaması, doğumda epizyotomi ve krede manevrası uygulama sayılabilir. Değerlendirilmesi iyi yapılan düşük riskli olduğu görülen gebelerin hareket serbestisi, gebenin hafif ama enerji sağlayan yiyecek ve içecek alması, doğum için krede manevrası yerine doğumu zamanlamanın iyi yapılması, rutin ve erken epizyotomi yerine perinenin iyi desteklenmesi, epizyotomi gerekiyorsa iyi zamanlama doğumları güvenli olması yanında daha keyifli hale getirecektir.



Evde doğum: Eski çağlarda doğumların evde yapıldığından ancak mortalite oranlarının yüksekliğinden söz edilmektedir. Günümüzde ise daha çok batı ülkelerinde politik nedenlerle evde doğum desteklenmektedir. Evde doğumun en yüksek olduğu ülke Hollanda'dır. WHO düşük riskli gebelerin, yeterli ve kaliteli doğum öncesi bakım alması ve ani gelişebilecek bir probleme karşı donanımlı bir doğum ünitesine nakil için acil durum planı oluşturulmuş olması kaydıyla evde doğumun tercih edilebileceğine ilişkin rapor yayınlamıştır. Evde doğumun güvenli olabilmesi için "planlı" olması ve uzman kişilerce desteklenmesi gerekmektedir. Planlı evde doğum; "uzman bir sağlık çalışanının katılımıyla gerçekleşen, düşük riskli olarak seçilmiş gebelerin doğum öncesi, doğum sırası ve doğum sonrası dönemde bakımı ve gerektiğinde hastaneye transferinin sağlanması" şeklinde tanımlanmaktadır. Evde doğumu destekleyen ülkelerde, evde doğuma katılmaya sadece sertifikalı ebe-hemşire ve ebeler yetkin sayılırlar. Evde doğuma yetkin olan ve aile, sorumluluklarını bilerek evde doğuma birlikte karar vermelidirler. Evde doğumun olumlu yönleri olduğu gibi olumsuz yönlerinin de olabileceği bilinmelidir. Evde doğumun olumlu yönleri şunlardır: Gebenin kendi evinde olması doğuma aktif olarak katılımını sağlar, ebe ile sıkı bir iş birliği yapmasına imkân verir. Alışıldık mekân, güven duygusu verir ve korkuları yok eder. Doğumdan sonraki ilk saatlerde evde bulunulması hem anne hem de

bebek için uyumu kolaylaştırıcıdır. Yenidoğan için ev ortamı aile çemberine katılım için en uygun ortamdır. Ev ortamı kadının güvenlik, rahatlık, özgürlük ve mahremiyet gibi ihtiyaçlarını karşılamak için uygundur. Doğuma eşlik edilmesine imkân verir, doğum yapanı kadın olarak ve eşile birlikte çift olarak güçlendirir. Kadın evde kendine rahatlatıcı bir ortam sağlayabilir ve doğum yapacağı mekânı kendine göre düzenleyebilir. Kadın rahat ettiği pozisyonu tercih edebilir, sık sık pozisyon değiştirebilir. Kasları gevşeten ve doğumu kolaylaştırıcı etkisi olduğu bilinen sıcak duş yöntemini kullanabilir. İlaç veya tıbbi müdahaleye ihtiyaç yoktur. Bebeklerin karışma riski ve hastane enfeksiyonu riski yoktur. Varsa diğer çocukların bakımı ve ev işleri kesintiye uğramaz. Anne-bebek iletişimi erken dönemde başlar. Evde doğum sonrası emzirme oranları yüksektir. Aile bireylerinin mutluluk ve sevinçlerini paylaşmasını, doğum anını hep birlikte kutlamalarını sağlar. Hastane doğumlarına kıyasla daha ucuz olması olumlu yönleridir. Olumsuz yönleri ise şunlardır: Her doğum bir risk taşır. Evde yapılan doğumda, transferi gerektiren bir durum belirlirse; hastaneye ulaşım, müdahale edilene kadar geçen süre zaman kaybı olabilir. Ancak yapılan çalışmalar, tecrübeli ebelerin olası problemleri erkenden tanıyıp, zamanında transferi sağladığını ortaya koymaktadır. Evde uzman ekip ve ekipman bulunmamasıdır. Ülkemizde planlı evde doğum çok nadirdir. Bazı ülkelerde bulunan doğum merkezleri de

Evde doğumun güvenli olabilmesi için "planlı" olması ve uzman kişilerce desteklenmesi gerekmektedir. Planlı evde doğum; "uzman bir sağlık çalışanının katılımıyla gerçekleşen, düşük riskli olarak seçilmiş gebelerin doğum öncesi, doğum sırası ve doğum sonrası dönemde bakımı ve gerektiğinde hastaneye transferinin sağlanması" şeklinde tanımlanmaktadır. Evde doğumu destekleyen ülkelerde, evde doğuma katılmaya sadece sertifikalı ebe-hemşire ve ebeler yetkin sayılırlar.



ülkemizde bulunmamaktadır. Doğumun yönetimi açısından alternatif ise doğal doğum, girişimsel doğum şeklinde değerlendirilebilir.

Doğal doğum: Anne adayının doğum için hazırlıklı olduğunu kabul eden ve doğum esnasında rutin tıbbi müdahaleleri reddeden bir yaklaşımdır. Kadın vücudu doğurma fonksiyonu ve yeteneğine sahip, anatomik ve fizyolojik olarak doğal doğuma uygun güç ve yapıda yaratılmıştır. Doğal doğum yapan kadınlar, doğumun yönetimini üstlendiklerinden kendilerini daha güçlü hissederler. Anne doğumunu olması gerektiği gibi doğal yoldan yaptığı için anneliğe hazırdır, güçlü ve dayanıklıdır. Bu yöntemde bebek doğar doğmaz, henüz göbek kordonu kesilmeden annenin memesine verilir, anne ile bebek arasında hızlıca kurulan ten teması, güçlü bir duygusal ilişkinin temellerini hazırlar. Emzirme daha keyifli ve başarılı olur. WHO yaptığı bir araştırmaya göre, anne ve bebek arasında doğumdan hemen sonra kurulan ten temasıyla, bebeklerin daha az ağladığı, anne ile bebeğin etkileşiminin daha iyi olduğu ve bunun da annenin bebeğini başarılı bir şekilde emzirmesine yardım ettiği bulunmuştur. Bu yüzden her kadının hakkı olan doğal doğum, gebelikte iyi bir hazırlık, eğitim, gebelik sürecine ve doğuma eşlik edecek bir ebeğin olması, kadın doğum doktoru ile iyi bir iş birliği, anneyi anlayan ve onu destekleyen ailesi,

kısacası iyi bir ekip bunun gerçekleşmesi için yeterli olacaktır.

Tarihsel süreç içinde kadınların doğal doğumdan uzaklaşmasında kentleşmenin rolü olmuştur. Toplumsal, sosyal ve kültürel değişimle birlikte çoğu kadın doğumdan korkar hale gelmiştir. Hastanelerde medikalize edilen geleneksel doğumlar, kadının kendi doğumunu yönetmesi yerine doğum ekibinin yönetimi ve direktifleri doğrultusunda yapılmaktadır. 20 yüzyılın ikinci yarısından sonra ise yeniden doğumların doğal olmasının kazanılması için Lamaze, Dick Read, Leboyer, Bradley, Odent gibi doğal doğum savunucularının yöntemleri ilgi görmeye başlamıştır.

Lamaze yöntemi: 1950'lerde popüler olan Lamaze ile doğum yöntemi bugün hala birçok ülkede olduğu gibi ülkemizde de popüler doğum yöntemlerinden biri olarak uygulanmaktadır. Lamaze günümüzde korku ve stres haline gelen normal doğumun daha ağrısız, korkusuz, keyifli ve doğal bir şekilde ilerlemesini amaçlar. Rus bilimciler, psikoprofilaksi adını verdikleri bilincin korunması anlamına gelen tekniği Fransa'da bir kongrede anlatmışlardır. Bu teknik Fransız Dr. Fernand Lamaze'in dikkatini çekmiş, hemen ilgilenmiş ve öğrenmek amacıyla Rusya'ya gitmiştir. Dönükten sonra Rusların tekniklerine yeni nefes teknikleri eklemiştir. 1951'de ilk kez

Fransa'da Lamaze yöntemi ile doğum uygulanmıştır. Bu yöntemin aslı gebelik döneminde kadının ve eşinin doğuma hazırlık eğitiminden oluşmaktadır. Lamaze yöntemi; doğum öncesi gebenin doğum konusunda bilgilendirilmesini, eğitilmesini, travay boyunca ve doğum sırasında desteklenmesini, solunum egzersizleri ile rahatlama ve gevşeme tekniklerini içerir. Solunum egzersizleri ile gebe doğumuna konsantre olur, kasılmalarını bilinçli olarak kontrol eder, böylece uterusu giden kan akışı artar, plasenta yolu ile bebeğe oksijen sağlanmış olur. DSÖ'nün 1999 yılında yaptığı bir çalışma sonrasında, Lamaze felsefesinin doğuma götüren altı uygulaması kabul edilmiş, doğuma eşlik eden ekibe kanıt temelli uygulamalar olarak kullanmaları önerilmiştir. Bu öneriler;

1. Doğum kendi başlamalıdır.
2. Annelere doğum boyunca hareket özgürlüğü verilmelidir.
3. Doğum yapan kadınlara duygusal ve fiziksel destek verilmelidir.
4. Doğum eylemi boyunca rutin müdahalelerden kaçınılmalıdır.
5. Doğumda doğal ve aktif ıkınma teknikleri tercih edilmelidir.
6. Doğumdan sonra anne ve bebeği bir arada tutulmalıdır ve emzirme için limitsiz imkân tanınmalıdır.

Dick Read yöntemi: Bu yöntem doğumda korkunun giderilmesi esasına dayanır. Dr. Grantly Dick Read doğum ağrısının korku sonucunda oluştuğunu öne sürmüştür. Dick Read'e göre, korku gerilime, gerilim de ağrıya sebep olur. Korku doğal olarak bedende gerginlik yaratır, doğum sırasında bebek çıkmıyken direnci artırır. 1933 yılında yazdığı "Doğal Doğum (Natural Childbirth)" kitabında korkunun doğum öncesi eğitimle giderileceğinden söz etmiştir. Korku, eğitim ve fiziksel/ruhsal alıştırma ile giderilirse gebe bedenini özgür bırakır ve doğal doğurma gücünü kullanabilir.

Leboyer yöntemi: Frederick Leboyer; doğumun hassas bir şekilde yapılması gerektiğini, doğum odasındaki kuvvetli ışıkların, gürültünün, bebeğin ilk solunumuna başlaması için vurulmasının ve bebeğin solunumuna başlamadan umbilikal kordun kesilmesinin olumsuz etkilendiğini, bebeğin ağrı ve travmasının azaltılmasının gerektiğini savunur.

Bradley yöntemi: Bu yöntemde kadınların epidural anestezi, intravenöz ilaçlar, cerrahi veya aletler kullanmadan eşlerinin desteği ile doğum yapmalarını teşvik edilir. Bradley, 1965 yılında Eş Koçluğunda Doğum (Husband-Coached Childbirth) kitabında doğumda eşlerin koçluğunun ve solunum tekniklerinin doğumu kolaylaştıracağını savunmuştur. Doğumu

daha doğal kılmak adına karanlık, yalnızlık ve sessizlik önemlidir. Bu metodu kullanan kadınlar ağrı sırasında uyuyor gibi görünürler ama aslında derin zihinsel rahatlık durumundadırlar.

Odent yöntemi: Doğum özel bir deneyimdir ve çiftler bu deneyimi uyarıların olmadığı, en iyi fiziksel ortamda sevgi ile yaşamalıdır felsefesine dayanır. Michel Odent doğumun içgüdüsel bir olay olduğunu, doğal fizyolojik sürecin bozulmaması gerektiğini belirtir.

Doğal doğumun savunucularından İngiliz antropolog ve doğum eğitimcisi Sheila Kitzinger, İngiliz doğum eğitimcisi Janet Balaskas, ebe-hemşire Pam England, kadınların yaşamları boyunca unutmayacakları, sadece kadına özgü olan bu deneyimin zihinlerinde keyifli anı olarak kalması, aileye yeni katılan bireyin daha keyifle karşılanması için çalışmaktadırlar.

Suda doğum: Son zamanlarda popüler hale gelen “suda doğum” da alternatif bir doğum yöntemidir. Suda doğum hastanede veya evde olabilir. Bebeğin tam anlamıyla suyun içinde doğması ya da travay sürecinde kadının suyun olumlu etkilerinden yararlandıktan sonra doğum suyun dışında yapılması şeklindedir. Sudan yararlanmanın diğer bir yolu da kadının sıcak su ile duş almasıdır. Suda doğum yapacak olan kadın yöntem ile ilgili avantaj ve dezavantajları konusunda yeterli bilgiye sahip olarak yöntemi tercih ediyor olmalıdır. Aynı zamanda travay ve doğumu yönetecek profesyonelin yetkinlik sertifikasına sahip olması gerekir. Suda doğumda suyun sıcaklığı, miktarı ve hijyeni önemlidir. Suyun sıcaklığı vücut ısısına uygun olarak 36-37 derece, miktarı kadının göğüs altı hizasına kadar olmalıdır. Suyun rahatlatıcı etkisi ile düzenli solunum ve kaldırma kuvveti ile kas gerginliğini azaltır, doğum ağrısına tahammül daha iyidir. Analjezi ihtiyacı azalır. Suyun içinde olmak kadına içgüdüsel olarak davranabileceği ve doğum sürecini kontrol edebileceği bir ortam sunar. Doğumun süresini kısaltır, doğum sonrası kadın kendini daha iyi hisseder. Su bebeğin dünyaya daha yumuşak geçişini sağlar. Suda doğumun anne ya da bebek için zararlı etkilere neden olduğunu gösteren hiçbir kanıt bulunmamaktadır. Araştırmacılar konuyla ilgili daha fazla çalışmaya ihtiyaç olduğunu belirtmektedir. Ülkemizde ise az sayıda yapılan suda doğum ile ilgili çalışma bulunmamaktadır.

Hypnobirthing (Hipnoz ile doğum): Temelde eski doğum felsefesine odaklanır. Hipnoz, direkt olarak bilinçaltına girmenin uzun süredir kullanılan bir tekniğidir. Doğumda kullanıldığında, ağrının ve korkunun ortadan kaldırılmasının yanı sıra

mümkün olan en derin gevşemeye olanak tanır. Bu sayede hem anne hem de bebek için daha az komplikasyon, daha hızlı ve kolay doğum, daha az kanama olduğu belirtilmektedir. 1989’da hipnoterapist Marie Morgan tarafından tanıtılan bu yöntem Morgan yöntemi olarak da bilinir. Hipnoterapistler gebelere ve doğuma destek olacaklara gevşeme teknikleri, doğum kaslarının nasıl çalıştığını ve doğal doğum içgüdülerini öğretir. Amaç sakin ve rahat doğumdur. Bu yöntemin savunucuları, “korku ve gerginlik yoksa ya da özel tıbbi sorun yoksa şiddetli doğum ağrıları da olmaz” inancını savunurlar.

Akupunktur: Enerjinin doğal akışını dengelemeye yardımcı olmak için uyarıcı noktalara ince iğneleri yerleştirmeyi içeren eski bir Çin şifa yöntemidir. Doğum hazırlığında gebeliğin 36. haftasından sonra uygulandığında, servikte etkili bir yumuşama ve belirgin derecede kısalmış bir doğum süreci gözlenmiştir. Bazı çalışmalar, iğnelerin ağrıyı azalttığını ve doğum sırasında sakinleştirici bir etkiye sahip olduğunu göstermiştir. Epizyotomi kesisi ve tamiri sırasında akupunktur analjezisinden yararlanılabilir. Akupunktur ağrı kesici etkisi yanı sıra psikolojik bir gevşeme ile anne ile daha uyumlu bir iş birliğine girilir. Erken membran rüptüründe doğumun başlamasını uyarmada etkili olduğu da belirtilmektedir.

Alternatif doğum yöntemleri yanında gebenin kendisinin veya destek olanın uygulayabileceği doğumu kolaylaştırıcı yollar da vardır. Kadınların doğuma zor olarak bakmalarının nedeni bilinmeyeneye karşı korku ve olumsuz deneyimlerdir. Öncelikle eğitim yoluyla bu önyargılardan kurtulmaları gereklidir. Bunu için travayda uygulanabilecek doğum ağrısını hafifleten yöntemlerden bir ya da birkaçı kullanılarak rahat bir doğum deneyimi hedeflemesi sağlanır. Doğum ağrısını hafifleten yöntemler arasında hareket ve pozisyon özellikle dik pozisyonlar ve yürüyüş, merdiven inip çıkma, masaj teknikleri, nefes egzersizleri, sıcak duş, akupressur, Transkütan Sinir Stimülasyonu (TENS), aromaterapi, müzik gibi yöntemler vardır. Doğumda ise geleneksel olarak kullanılan sırtüstü litotomi pozisyonu yerine, anne adayının daha doğal ve daha uygun pozisyonlarda doğurmasına izin verilebilir. Örneğin annenin dik pozisyonunda, çömelme pozisyonunda, yan yatması ve bir bacağını kaldırması ya da ayakta durarak öne eğilmesi gibi ıkınmanın da daha kolay olduğu pozisyonlar kullanılabilir.

Sonuç olarak; aslında kadın, kendi içgüdüğü ile travayın ilerlemesine odaklanırsa sahip olduğu içsel gücün etkisi, doğum ekibi, eşi veya ailesinin desteği ile doğumu bilge bir şekilde sonlandırabilir.

Kadın, kendi içgüdüğü ile travayın ilerlemesine odaklanırsa sahip olduğu içsel gücün etkisi, doğum ekibi, eşi veya ailesinin desteği ile doğumu bilge bir şekilde sonlandırabilir. Alternatif doğum yöntemleri kullanılmak isteniyorsa öncelikle doğum yapacak olan anne adayının ve ailesinin travay ve doğumda kullanacağı yöntemlerle ilgili yeterli bilgiye sahip olmaları sağlanarak nerede, hangi yöntemle, kiminle doğum yapacağı doğum ekibi ile birlikte değerlendirilip tercihin kendilerine bırakılması en ideal olanıdır.

Alternatif doğum yöntemleri kullanılmak isteniyorsa öncelikle doğum yapacak olan anne adayının ve ailesinin travay ve doğumda kullanacağı yöntemlerle ilgili yeterli bilgiye sahip olmaları sağlanarak nerede, hangi yöntemle, kiminle doğum yapacağı doğum ekibi ile birlikte değerlendirilip tercihin kendilerine bırakılması en ideal olanıdır. Doğum hizmetlerinin bu şekilde sunulması, sağlık sisteminin uygunluğu, doğumla ilgili çalışan sağlık ekibinin ve ailelerin hazır olması ile mümkün olabilir.

Kaynaklar

Care in Normal Birth WHO/FRH/MSM/96.24 http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/63167/1/WHO_FRH_MSM_96.24.pdf (Erişim Tarihi: 25.11.2017)

<https://www.verywell.com/questions-about-home-birth-2752915> (Erişim Tarihi: 1.12.2017)

<https://waterbirth.org/wp-content/uploads/2017/08/The-use-of-Water-for-Labour-and-Birth.pdf> (Erişim Tarihi: 1.12.2017)

<https://sites.google.com/site/kellypidgeonwithwoman/home/about-kelly-pidgeon-midwife> (Erişim Tarihi: 1.12.2017)

Nursing for Women's Health Volume 18 Issue 5 <http://nwh.awhonn.org> © 2014, AWHONN (Erişim Tarihi: 1.12.2017)

Zielinski R, Ackerson K, Lowe KL.: Planned home birth: benefits, risks, and opportunities, International Journal of Women's Health, 2015:7.

“Organik doğum”*

Prof. Dr. Mustafa Öztürk



1973'te Karabük'te doğdu. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden 1997'de mezun oldu. 2001'de Fatih Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde uzmanlık eğitimi tamamlayarak iç hastalıkları uzmanı oldu. Endokrinoloji yan dal ihtisasını yaptığı Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde uzun yıllar görev yaptı. Dr. Öztürk, halen İstanbul Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğretim Üyesidir.

Anne karnındaki fetüs, steril bir ortamdır. Gastrointestinal sistemi de steril durumdadır. Doğum eylemi başladığında membranların yırtılmasıyla mikroorganizmalarla ilk kez karşılaşılır. Doğum kanalından geçerken bebeğin cildi ve mukozal yüzeyleri annenin florası ile temas eder. Gastrointestinal sistem ilk kez annenin florası ile kolonize olmaya başlarken, mikroorganizmalar ile karşılaşılması bağışıklık sistemini harekete geçirerek yenidoğanın doğal bağışıklık sisteminin gelişmesini sağlar. Bağırsaklarda ilk görülen bakteriler streptokoklar, laktobasiller ve enterobakter ailesidir. Bu bakterilerin aktivitesi ile intestinal oksijen azalırken, bağırsakların asıl florasını oluşturan bifidobakter, bakteroides, clostridium ve ruminokoklar gibi anaerobik bakterilerin gelişimi için uygun ortam oluşur. Bağırsak forasının çeşitliliği zaman içinde artarken, süten kesilme döneminde büyük değişiklikler görülür. İlk yılın sonunda, çocuğun mikrobiyal ekosistemi erişkine oldukça benzerdir. (1) Erişkinde gastrointestinal sistem 104 bakteri içerir; vücuttaki ökaryotik hücre sayısı ise bunun onda birdir. Erişkin insanda mikrobiyotada 500-1000 farklı tür bulunur. Steril ortamda yaşatılan (gnotobiotik) fareler, kommensal floranın fonksiyonlarının gözlenmesi için iyi bir araçtır. Gnotobiotik fareler vücut ağırlıklarını korumak için %30 daha fazla kaloriye ihtiyaç duyarlar. Bağışıklık sistemleri

gelişmez ve enfeksiyonlara açıktırlar. (2)

Sezaryen (CS) ile doğum yapan bebekler, annenin florası ile karşılaşmazlar; anne kucağına daha geç verilirler. CS ile doğan bebeklerin gastrointestinal kolonizasyonu gecikir ve normal doğan bebeklere göre önemli farklılıklar arz eder. Bifidobakterium ve bakteroides sayıları azdır. Normal doğan bebeklerde gastrointestinal sistemde annenin vajen florasından gelen laktobasiller yaygınken, CS ile doğan bebeklerde cilt kaynaklı stafilokoklar daha fazladır. CS bebeklerinde hastane kaynaklı antibiyotige dirençli mikroorganizmalarla kolonizasyon sıklığı artmıştır. Clostridium difficile ile kolonizasyonun arttığı gösterilmiştir. CS ile doğan bebeklerde barsak florası annenin cilt florasına daha yakındır. Normal ve CS ile doğanların bağırsak florasındaki değişiklikler 7 yaşından sonra bile gözlenebilmektedir. (3) Bağırsak florasındaki değişiklikler inflamatuvar ve otoimmün hastalıklar ile ilişkilendirilmiştir. Alerjik astım, inflamatuvar bağırsak hastalıkları (Chron ve ülseratif kolit) gibi atopik bozukluklar ile Çölyak hastalığının bağırsak florasındaki bozukluklar ile ilişkisi saptanmıştır. Ancak bu değişikliklerin hastalığa yol açan bir faktör mü olduğu yoksa hastalığın bir sonucu olarak mı ortaya çıktığı kesin değildir. İnflamatuvar bağırsak hastalıklarının patogenezi ile ilgili en son hipotez genetik yatkınlık sonucu, bağırsaktaki zararsız bakteriyel antijenlere karşı kontrolsüz bir bağışıklık sistemi yanıtının oluşmasıdır. İnflamatuvar bağırsak hastalıklarında proteobacteria ve aci-

netobacteria sayılarında artış, firmiküt grubu bakterilerde azalma saptanmıştır. Bu hastalarda gastrointestinal sistemdeki bakteri sayısının arttığı ancak çeşitliliğin azaldığı ve firmikut/bakteroides oranının azaldığı gösterilmiştir.

Fare deneylerinde, normal yolla doğan yavruların bağırsaklarında, doğal bağışıklık sisteminin sinyal moleküllü interlökin-1 reseptör ilişkili kinaz 1 (IRAK1) ekspresyonunda ani bir baskılanma ve toll-like reseptör antijenlerine karşı tolerans saptanmıştır. CS ile doğan farelerde ise bu değişim gözlenmemiştir. İnsanda bunun olup olmadığı kesin değildir. Ancak bazı çalışmalar doğum şeklinin fagositer hücrelerin fonksiyonunu etkilediği ve monositlerdeki TLR2 ve TLR4 ekspresyonunu değiştirdiğini göstermiştir. (4) Sezaryenle doğan bebeklerde normal yolla doğan bebeklere oranla 6. ayda interferon-gamma ve IL-8 sitokinlerinin düzeyleri daha düşük ve tetanoz aşısına karşı oluşan CD4(+) T hücre yanıtı bir ve iki yaşlarında daha zayıf bulunmuştur. Epidemiyolojik çalışmalarda CS ile doğan bebeklerin postnatal dönemde solunum yolu hastalıklarına daha sık yakalandığını göstermektedir. Alerjik astım riski (%20-50) daha yüksektir. (5-8) CS ile doğanlardaki astım riski bir çalışmada %80 artmış bulunmuştur. (9) Aynı çalışmada anne ve babası alerjik olan bebekler CS ile doğduklarında, normal yolla doğuma göre riskin neredeyse 3 kat arttığı görülmüştür. Başka bir çalışmada da alerjik rinit riski CS ile doğanlarda %80 artmış bulunmuştur.

* Eylül 2012 tarihli Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi, 24. sayıdaki makalenin güncellenmiş halidir.

(10) 20 çalışmanın verilerinin meta-analizinde, CS ile doğanlarda Tip 1 diyabet riskinde de %20 artış saptanmıştır. (11) Son yapılan çalışmalarda CS ile doğan bebeklerde çölyak hastalığı riskinin de (%80) daha yüksek olduğu görülmüştür. (12) Diyabet, romatizmal hastalıklar ya da inflamatuvar bağırsak hastalığı olan gebelerde CS oranları daha yüksektir. Bu yüksek CS oranları, bağışıklık sistemini bozarak, bu çocukların zaten kötü olan genetik yapılarının otoimmün hastalıklar açısından daha da riskli hale gelmesine sebep olabilir. CS ile doğan bebeklerde kan basınçları daha düşük ölçülmektedir. 7-8 yaşlarına geldiklerinde CS ile doğanlarda kan basıncında ortalama 2mm daha düşüklük izlenmektedir (13) Ghrelin, açlık durumunda mideden salgılanan iştahı arttıran ve büyüme hormonu salgısını uyaran bir hormondur. CS ile doğan yenidoğanlarda ghrelin düzeylerinin normal doğanlara göre daha düşük olduğu saptanmıştır (14). Fransa’da yapılan bir çalışmada, 22 yaşından erken başlayan şizofreni vakalarının doğumunda obstetrik komplikasyon öyküsünün fazla olduğu saptanmıştır. Bu hastalarda anormal geliş öyküsü 2,7 kat, CS öyküsü ise 10 kat daha fazla saptanmıştır (15) CS’nin şizofreni gelişiminde rolü olup olmadığı ise belirsizdir. Diğer yandan dikkat eksikliği sendromu tanısı konuların çocukların annelerinde CS oranları daha yüksek bulunmuştur. (16) Çocukluk çağı akut lösemilerinde de CS oranı kontrollere göre 2,5 kat yüksek bulunmuştur (17) Non-Hodgkin lenfoma hastalarının geçmişte araştırıldığında, CS ile doğum oranının, kontrollere göre %60 daha sık olduğu saptanmıştır (18) Nöbet geçiren yenidoğanlarda yapılan bir çalışmada, CS ile doğanların ileri yaşamlarında büyüme gelişme geriliği, serebral palsy ve epilepsi gibi hastalıklar için daha riskli olduğu saptanmıştır. (19)

Vajinal doğum esnasında annede artan oksitosin düzeyleri yalnızca uterusun kasılmasını sağlamakla kalmaz, annenin bebeğine duygusal bağlanmasını da kolaylaştırır. Vajinal yolla doğan yenidoğanların dolaşımdaki oksitosin düzeyleri de erişkinlerden yüksektir. Sosyal ve duygusal iletişimde önemli rolü olan oksitosin hormonunun yenidoğandaki düzeylerinin, bebeğin anne ilgisi için ağlama sıklığı ile ilişkili olduğu da gösterilmiştir. CS ile doğum yapan kadınlarda emzirme oranları daha düşüktür. Fonksiyonel MR incelemelerinde CS ile doğum yapan kadınların, bebeklerinin ağlamasını duyduklarında beynin empati ve motivasyonla ilgili bölgelerindeki aktivasyonun normal doğum yapanlara göre daha düşük olduğu saptanmıştır. CS ile doğumun anne ve bebeğin bağlanmasında karşılıklı sorun yarattığı anlaşılmaktadır. Yenidoğan döneminde anne bağının zayıflamasının erişkin hayatta ne gibi

duygusal ve sosyal sonuçları olabileceği üzerinde düşünülmesi ve araştırılması gereken bir konudur.

Kanser, metabolik ve otoimmün hastalıkların giderek arttığı günümüzde, doğal beslenmenin önemi giderek daha iyi anlaşılmaktadır. Doğal beslenmenin yanı sıra “doğal yaşamak” da hastalıklardan korunmada büyük önem arz etmektedir. Hareketsizlik, obeziteden kansere pek çok hastalığın en önemli nedenlerinden biridir. Gıdalardaki kimyasal maddeler sıklıkla endokrin bozukluklara yol açabilmektedir. Bu nedenle “organik beslenme” son derece popüler bir kavramdır. Bilimsel veriler, beslenmenin önemli olduğunu ancak sağlık risklerimizin genetik yapıyla birlikte anne karnında karşılaştığımız olaylar ve doğum şeklimizle şekillendiğini göstermektedir. Doğal yaşamın ilk basamağının “doğal doğum” olduğu anlaşılmaktadır. CS ile doğan bebekler, immün sistemleri doğal yoldan uygun şekilde programlanmadığından çok çeşitli hastalıklar açısından dezavantajlı dünyaya gelmektedirler

Doktorların ve annelerin, CS’ye karar vermeden önce çok daha dikkatli ve seçici davranması gerektiği anlaşılmaktadır. Ülkemizde giderek artan CS oranları, önümüzdeki yıllarda daha sağlıklı, kronik hastalıkların pençesinde kıvranan bir toplumla karşılaşmamıza neden olabilir. Bu nedenle sağlığın başı “organik doğum” diyoruz.

Kaynaklar

- 1) Palmer C, Bik EM, DiGiulio DB, Relman DA, Brown PO. Development of the human infant intestinal microbiota. *PLoS Biol* 2007; 5:177.
- 2) Evalotte Decker, Mathias Homef and Silvia Stockinger. Cesarean delivery is associated with celiac disease but not inflammatory bowel disease in children. *Gut Microbes* 2:2, 91-98; March/April 2011
- 3) Salminen S, Gibson GR, McCartney AL, Isolauri E. Influence of mode of delivery on gut microbiota composition in seven year old children. *Gut* 2004; 53:1388-9.
- 4) Muniz-Junqueira MI, Peçanha LM, da Silva-Filho VL, de Almeida Cardoso MC, Tosta CE. Novel microtechnique for assessment of postnatal maturation of the phagocytic function of neutrophils and monocytes. *Clin Diagn Lab Immunol*. 2003 Nov;10(6):1096-102.
- 5) Puff R1, D’Orlando O1, Heninger AK2, Kühn D2, Krause S1, Winkler C3, Beyerlein A1, Bonifacio E2, Ziegler Compromised immune response in infants at risk for type 1 diabetes born by Caesarean Section. *Clin Immunol*. 2015 Oct;160(2):282-5. doi: 10.1016/j.clim.2015.06.008
- 6) Davidson R, Roberts SE, Wotton CJ, Goldacre MJ Influence of maternal and perinatal factors on subsequent hospitalisation for asthma in children: evidence from the Oxford record linkage study. *BMC Pulm Med*. 2010 Mar 16; 10:14.
- 7) Hakansson S, Kallen K. Cesarean section

increases the risk of hospital care in childhood for asthma and gastroenteritis. *Clin Exp Allergy* 2003; 33:757-64.

8) Renz-Polster H, David MR, Buist AS, Vollmer WM, O’Connor EA, Frazier EA, et al. Cesarean section delivery and the risk of allergic disorders in childhood. *Clin Exp Allergy* 2005; 35:1466-72.

9) Tollånes MC, Moster D, Daltveit AK, Irgens LM Cesarean section and risk of severe childhood asthma: a population-based cohort study *J Pediatr*. 2008 Jul;153(1):112-6. Epub 2008 Mar 21.)

10) Roduit C, Scholtens S, de Jongste JC, Wijga AH, Gerritsen J, Postma DS, Brunekreef B, Hoekstra MO, Aalberse R, Smit HA. Asthma at 8 years of age in children born by caesarean section. *Thorax*. 2009 Feb;64(2):107-13. Epub 2008 Dec 3.)

11) Pistiner M, Gold DR, Abdulkarim H, Hoffman E, Celedón JC. Birth by cesarean section, allergic rhinitis, and allergic sensitization among children with a parental history of atopy. *J Allergy Clin Immunol*. 2008 Aug;122(2):274-9. Epub 2008 Jun 20.

12) Cardwell CR, Stene LC, Joner G, Cineke O, Svensson J, Goldacre MJ, et al. Cesarean section is associated with an increased risk of childhood-onset type 1 diabetes mellitus: a meta-analysis of observational studies. *Diabetologia* 2008; 51:726-35.

13) Decker E, Engelmann G, Findeisen A, Gerner P, Laass M, Ney D, et al. Cesarean delivery is associated with celiac disease but not inflammatory bowel disease in children. *Pediatrics* 2010; 125:1433-40.

14) Morley R, Kennedy K, Lucas A, Blizzard L, Dwyer T. Mode of delivery and childhood blood pressure. *Pediatr Res*. 2000 Apr;47(4 Pt 1):463-7.

15) Bellone S, Rapa A, Vivenza D, Vercellotti A, Petri A, Radetti G, Bellone J, Broglio F, Ghigo E, Bona G. Circulating ghrelin levels in newborns are not associated to gender, body weight and hormonal parameters but depend on the type of delivery. *J Endocrinol Invest*. 2003 Apr;26(4):RC9-11.

16) Verdoux H, Geddes JR, Takeji N, Lawrie SM, Bovet P, Eagles JM, Heun R, McCreddie RG, McNeil TF, O’Callaghan E, Stöber G, Willinger MU, Wright P, Murray RM. Obstetric complications and age at onset in schizophrenia: an international collaborative meta-analysis of individual patient data. *Am J Psychiatry*. 1997 Sep;154(9):1220-7.

17) Amiri S, Malek A, Sadegfard M, Abdi S. Pregnancy-related maternal risk factors of attention-deficit hyperactivity disorder: a case-control study. *ISRN Pediatr*. 2012; 2012:458064. Epub 2012 Jun 5.

18) Cnattingius S, Zack M, Ekblom A, Gunnarskog J, Linet M, Adami HO Prenatal and neonatal risk factors for childhood myeloid leukemia. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*. 1995 Jul-Aug;4(5):441-5.

19) Adami J, Glimelius B, Cnattingius S, Ekblom A, Zahm SH, Linet M, Zack M. Maternal and perinatal factors associated with non-Hodgkin’s lymphoma among children. *Int J Cancer*. 1996 Mar 15;65(6):774-7.

20) Garfinkle J, Shevell MI. Prognostic factors and development of a scoring system for outcome of neonatal seizures in term infants. *Eur J Paediatr Neurol*. 2011 May;15(3):222-9.

21) Swain JE, Tasgin E, Mayes LC, Feldman R, Constable T, Leckman JF. Maternal brain response to own baby-cry is affected by cesarean section delivery *J Child Psychol Psychiatry*. 2008 Oct; 49(10): 1042–1052

Geleneksel tıp uygulamaları ve normal doğum

Yrd. Doç. Dr. Necla Şengil Özcan



1969 yılında Kayseri’de doğdu. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesinden 1993 yılında mezun oldu. Mecburi hizmetini 1993-2000 yılları arasında Konya-Sarayönü’nde yaptı. 2006 yılında Haseki Eğitim Araştırma Hastanesinde kadın hastalıkları ve doğum ihtisası yaptı. 2006-2008 yıllarında Iğdır’da mecburi hizmet ve başhekimlik görevlerini üstlendi. 2008-2016 yıllarında İstanbul’da özel hastanelerde kadın doğum hekimliği yaptı. 2017’de Şanlıurfa Eğitim Araştırma Hastanesinde çalıştı. Halen Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi TEBAD’da geleneksel ve tamamlayıcı tıp alanında çalışmaktadır.

Doğum bir hastalık değildir. Gebelik ve doğum, kadın hayatının doğal bir süreci ve kadın bedeninin fizyolojik bir eylemidir. Ancak günümüzde doğum yönetilmesi ve müdahale edilmesi gereken tıbbi bir olay olarak görülmeye başlanmıştır. Anne adaylarının entelektüel seviyelerine de bağlı olarak, her türlü bilgiye kolay ulaşabilmesi; ağrı korkusunu ve doğum ile ilgili stres seviyesini yükseltmekte, anne ve bebeğin sağlığı konusunda endişelerini artırmaktadır. Bu durum, gerçekleştirebileceği halde normal doğumdan uzaklaşmaya ve müdahaleli doğum ya da sezaryen ile doğuma yönelmeye neden olmaktadır. Riskli gebelikler ve bu risklerin doğuma yansımaları dışında, normal doğumun anne ve bebek sağlığı açısından önemli, güvenli ve sağlıklı olduğu bilinmektedir. Bu konuda yürütülen kampanyalarla normal doğum özendirilmeye çalışılmaktadır. Normal doğum aslında doğumun kendisidir. Tıbbi bir sebep olmadan yapılacak tüm diğer tercihler müdahaleli doğumdur. Dünyada olduğu gibi ülkemizde de yüksek sezaryen oranlarını düşürmeye, normal doğumu desteklemeye ve sayısını artırmaya yönelik acil çalışmalar yapılmaktadır. Beden, ruh ve çevresel faktörler ile insanın fizyolojik yapısına bir bütün olarak yaklaşan “Geleneksel Tıp Uygulamaları” da gebelik ve doğum sürecinin yönetilmesi ve anne adayının normal doğuma hazırlanması için son yıllarda çok kullanılır olmuştur.

Normal Doğum

Doğum, türe özgü normal gebelik süresi sonunda yavrunun dünyaya geliş sürecidir. Doğum, bedenimizin

salgıladığı hormonların yönetiminde yapılan fizyolojik bir olaydır. Doğal veya normal doğum ise mümkün olduğunca müdahale edilmeden anne ve bebeğin birlikte gerçekleştirdiği doğumdur. Kendiliğinden başlayan doğal bir doğumda anne bedeni ve bebek ne yapacaklarını fizyolojik olarak bildikleri için mükemmel bir ortak çalışma içindedirler. Bu sayede anne bebeğini, tüm doğal hormonlarının etkisi altında doğuracak, doğar doğmaz bebeğini göğsüne alabilecek ve bebeği ile güçlü bir bağ kurabilecektir. Doğuma yapılacak her müdahale bu işleyişi az ya da çok bozabilecektir. İdeal olan, anne bedeninin ve bebeğin bu mükemmel ortak çalışmasını destekleyecek bir ortam yaratılarak anne ve bebeğin fizyolojik davranışlarının desteklenmesidir.

Günümüzde normal doğum gerçeği değişmiş, doğum yönetilmesi ve müdahale edilmesi gereken tıbbi bir olay olarak görülmeye, sezaryen ameliyatı, modern doğum şekli olarak düşünülmeye, normal doğum yapmak isteyen annelerimizin önüne konan birçok müdahale ise doğumu kolaylaştırıcı faktörler olarak sunulmaya başlanmıştır. Dünya Sağlık Örgütü, kabul edilebilir sezaryen oranının yüzde 5-15 olması gerektiğini belirtirken, birçok batı ülkesinde bu oran yüzde 30 sınırına yaklaşmıştır. Bu ülkeler şimdiden bu yüksek sezaryen oranlarını aşağı çekmek için çalışmalara başlamıştır. Ülkemizde ise sezaryen oranlarının devlet kurumlarında yüzde 50, özel kurumlarda yüzde 80 sınırlarına geldiği görülmektedir. Bir şeylerin yanlış yapıldığını gösteren bu inanılmaz durum gerek anne gerekse bebek için birçok olumsuzluğu da beraberinde getirmektedir.

Doğum öncesi hamileler genel olarak kaygılıdır. Bu doğal bir durumdur. Daha önce hiç doğum yapmamış bir kadın bilmediği bu durum için kaygılanır ve korkar. Her 9-10 kadından birinde görülebilen ve “tokofobi” adı verilen doğum yapmaktan korkma, aşırı kaygı duyma durumu, psikoterapi ve hipnoz ile tedavi edilebilir bir durumdur. Günümüzde doğru bilgilerin yanında yanlış bilgilerin de fazla olduğu internetten ulaşılan bilgiler arttıkça, anne adaylarının korkuları da artmıştır. Oysa ilk çağdan bu yana kadın, doğurur. Bu kadının doğasında olan bir durumdur. Hatta profesyonel yardım almadan doğurur.

Doğal olarak riskli gebeliklerde gerekli tıbbi önlemler alınır ve müdahaleler yapılırken, riskli olmayan hamilelere sağlıklı ve güvenli doğum ortamları hazırlanmalı ve fizyolojik olan normal, doğal doğumların gerçekleştirilmesine yardımcı olacak destekler verilmelidir. Bu çerçevede geleneksel tıp yaklaşımları ile gebelerin desteklenmesi ve normal doğuma hazırlanması son yıllarda yaygınlık kazanmıştır.

Geleneksel ve Entegratif Tıp Uygulamaları

Dünya Sağlık Örgütüne (DSÖ) göre geleneksel tıp, fiziksel ve ruhsal hastalıklardan korunma, bunlara tanı koyma, iyileştirme veya tedavi etmenin yanında sağlığın iyi sürdürülmesinde de kullanılan, farklı kültürlerle özgü teori, inanç ve tecrübelerle dayalı -izahı yapılabilen veya yapılamayan- bilgi, beceri ve uygulamaların bütünüdür. Günümüz modern tıp veya konvansiyonel tıp uygulamaları ile birlikte kullanılmalarına göre tamamlayıcı ve entegratif tıp tanımları



da kullanılmaktadır. “Tamamlayıcı Tıp”, ilave yarar sağladığına inanılan sağlık uygulamalarının konvansiyonel tıpla birlikte kullanılması sonucu kazandığı anlamdır. Entegratif Tıp ise geleneksel ve tamamlayıcı tıp ile kanıta dayalı modern tıp uygulamalarını bütüncül olarak değerlendiren ve Bütünleştirici/ Bütüncül Tıp olarak tanımlanan yöntem ve uygulamaları kapsamaktadır.

Konvansiyonel tıbbın özel dallara ayrılarak vücudun her sistemini ayrı uzmanlık alanı içinde ele alması ve tedavi etmesine karşılık geleneksel tıp insana bütünsel bir bakışla onu akıl, ruh, beden, enerji ve çevresel faktörlerle değerlendirmektedir. Bu nedenle bu uygulamalar, fizyolojik yapıya uygun ve uyumlu sonuçlar ortaya çıkartmaktadır.

Gebelik ve doğum ile ilgili geleneksel tıp uygulamalarının amacı bütüncül tıp kapsamında gebeyi normal doğuma hazırlamaktır. Bu amaçla Amerika, Kanada, İngiltere, Almanya ve Avustralya gibi ülkelerin obstetri kliniklerinde ve doğum merkezlerinde büyük oranda kullanılmaktadır. Ülkemizde ise sağlık profesyonellerinin eğitimlerinde entegratif sağlık yaklaşımlarına henüz yeteri kadar yer verilmemektedir. Anne adaylarının entegratif sağlık yaklaşımlarını kendi kendilerine reçete etmeleri ve genellikle bir uzmandan görüş almamaları nedeniyle ortaya çıkan sorunlara çözüm üretmekte ve anne adaylarının sorularını yanıtlamakta, ülkemizde, sağlık profesyonelleri yetersiz kalmaktadırlar.

Gebelik döneminde geleneksel tıp yaklaşımlarının nedeni konvansiyonel tıba güvensizlikten çok, bu uygulamaların farmakolojik ilaçlara göre anne ve bebek için daha güvenli olduğuna inanılması, bu tedavilerin holistik potansiyeli olması ve annenin gebelik dönemi deneyimlerini kontrol altına almaya yardımcı olmasıdır. Kısaca geleneksel tıbbın tercih nedeni, normalliği, fizyolojik olanı desteklemek ve medikal müdahaleleri azaltmaktır.

Dünyada normal doğumu destekleyen bazı kurumsallaşmış entegratif yöntemler geliştirilmiştir. Bu yöntemler ile anne adaylarına sağlıklı ve bilinçli doğum için eğitimler verilirken, doğal doğumun önemini savunan kanıta dayalı çalışmalara da destek verilmektedir. Yapılan bu çalışmalar sonucunda birçok ülkede doğum servislerinde sunulan hizmetler yeniden düzenlenmiştir. Hastane odaları ev tipine dönüştürülmüş, odalarda doğum havuzları yaygınlaştırılmıştır. Doğuma yapılan müdahaleler mümkün olduğunca azaltılmıştır. İsteyen ailelere doğum merkezleri veya evlerinde doğum imkânı sunulmuş, bu uygulama devlet sigortaları tarafından da desteklenmiştir.

Lamaze Yöntemi: Psikoprofilaksi olarak bilinir. Bu yöntemle göre ağrı şartlanmış bir tepkidir. Bu bağlamda, kadınlar da doğum öncesi dönemde ağrı çekmemeye şartlanabilirler. Lamaze, başta geleneksel nefes tekniklerini kullanırken daha sonra başka bazı yöntemleri de uygulamalarına entegre etmiş ve anne adayını normal doğuma

Her 9-10 kadından birinde görülebilen ve “tokofobi” adı verilen, doğum yapmaktan korkma, aşırı kaygı duyma durumu, psikoterapi ve hipnoz ile tedavi edilebilir bir durumdur. Günümüzde doğru bilgilerin yanında kirli bilgilerin de fazla olduğu internetten ulaşılan bilgiler arttıkça, anne adaylarının korkuları da artmıştır. Oysa ilk çağdan bu yana kadın, doğurur. Bu kadının doğasında olan bir durumdur. Hatta profesyonel yardım almadan doğurur.

Fitoterapi için kullanılan bitkiler çeşitli kaynaklarda geleneksel olarak kullanılan ve yapılan çeşitli araştırmalarda olumlu sonuçların alındığı bitkilerdir. Aktif olarak kadın doğum kliniklerinde doğumu kolaylaştırıcı, normal doğuma katkıda bulunan ve sezaryen sayısını azaltan uygulamalar olarak özellikle Türkiye’de henüz kliniklerde yoktur. Bu alanda çalışmaların yoğun ve güvenli bir şekilde artırılması ve fitoterapotik ajanlara olan önyargının azalması, güvenin artması gerekmektedir.

götüren kanıta dayalı uygulamalar hakkında bilgiler yayınlamıştır. Dünya Sağlık Örgütü 1999 yılında yaptığı bir çalışma sonrasında, “Normal Doğumda Bakım Uygulamaları” isimli bir rehber hazırlamıştır. Bu uygulamalar Lamaze tarafından eklenenlerle birlikte altı başlık altında toplanmıştır:

- 1) Doğum kendi başlamalıdır.
- 2) Annelere doğum boyunca hareket özgürlüğü verilmelidir.
- 3) Doğum yapan kadınlara duygusal ve fiziksel destek verilmelidir.
- 4) Doğum eylemi boyunca rutin müdahalelerden kaçınılmalıdır.
- 5) Doğumda doğal ve aktif ıkınma teknikleri tercih edilmelidir.
- 6) Doğumdan sonra anne ve bebeği bir arada tutulmalıdır ve emzirme için limitsiz imkân tanınmalıdır.

Aktif Doğum: Aktif doğum, dik pozisyonunda olmayı ve annenin içgüdüsel hareketlerine izin vermeyi savunur. Doğumda annenin özgür hareket etmesini ve doğumun kendiliğinden gerçekleşmesini öngörür. Aktif doğumda diğer felsefelerden farklı olarak; doğumda kadının pozisyonu, salgılanan doğal hormonların doğuma etkisi ve gebelikte

ve doğumda yoganın önemini vurgular.

Suda Doğum: Doğum esnasında suyun gevşetici, rahatlatıcı ve sakinleştirici etkisinden faydalanılmaktadır. Su, beden ağırlığının daha az hissedilmesini ve kan dolasımı ve kontraksiyonların etkin olmasını sağlamaktadır. Ayrıca gebenin anksiyetesini azaltmakta, endorfin üretimini artırmakta ve perinenin elastikiyetini sağlayarak bebeğin geçişini kolaylaştırmaktadır.

Hipnozla Doğum: Doğumda hipnoz kullanımını 1989 yılında “*Hypnobirthing*” adı altında tanımlanmıştır. Hypnobirthing, bir doğum yöntemi olması yanında bir doğuma hazırlık felsefesidir. Kadına gebelik sırasında otohipnoz ve kontraksiyonları nefesle karşılama öğretilir. Doğumda kullanılan kelimelerin kadınların neokorteksini uyardığından hareketle doğum görevlilerinin kullandıkları kelimeleri özenle seçmeleri öğütlenir.

Uygulanan Entegratif Sağlık Yaklaşımları

Gebelik ve doğum dönemlerinde, sağlıklı bir gebelik dönemi geçirilmesi ve normal doğuma hazırlanılması için en çok uygulanan entegratif sağlık yaklaşımları şunlardır:

Doğal ürünler: Bitkisel tedaviler (fitoterapi), vitamin ve mineral takviyeleri, probiyotikler, aromaterapi.

Zihin-beden uygulamaları: Yoga/meditasyon, dua, gevşeme teknikleri (nefes egzersizleri, imajinasyon ve progresif gevşeme), dokunma terapisi, hipnoterapi, postural terapi, kayropraksi ve osteopatik manipülasyon, masaj, akupunktur/akupressur, refleksoloji, antroposofik terapi (müzik, sanat ve dans terapisi) ve hipnoz.

Diğer tamamlayıcı tedavi yaklaşımları; geleneksel Çin tıbbı, naturopati ve homeopati: Bu uygulamalardan bazıları dünyada genellikle sertifikalı ebeler tarafından gebelere tavsiye şeklinde kullanılmaktadır. Kimi uygulamalar için ise gebeleri osteopat, kayropraktör, manuel terapist, akupunkturist, antroposofik terapist, homeopat, naturopat, paranormal practitioner, masaj terapisti, aromaterapist, herbalistlere sevk etmek tedirler.

Gebelik sırasında en çok kullanılan bitkisel tedaviler; zencefil, kızılçık, ahududu yaprağı, Alman papatyası, ekinezya, kediotu, aslankuyruğu, selamotu, kırmızı yaban mersini, uva ursi, yabangül, nane, karnıyarık otu tohumu, biberiye, sarı kantaron, melisa ve sarımsaktır.

Bu bitkiler doğuma hazırlık yanında,

grip/nezle, bulantı/kusma, sıvı retansiyonu (ödem), idrar yolları enfeksiyonu, diş ağrısı, mide problemleri, sindirim problemleri, sırt ağrısı, solunum yolları enfeksiyonları için de kullanılmaktadır. Bitkiler; likit, toz, kapsül, tablet, merhem formunda bulunmaktadır. Bazıları ihtiyaç olduğunda hazırlanmakta, bazıları da paketlenmiş olarak bulunmaktadır. Bitkisel ürünler sadece hastalığı iyileştirmek için değil, aynı zamanda sağlığı korumak veya destek olarak da kullanılmaktadır.

Gebelik ve doğum dönemlerinde geleneksel/entegratif tıp uygulama endikasyonları: Gebelik ve doğum ile ilgili literatürde geleneksel ve entegratif tıp yaklaşımları gebelik ve doğum süreçleri için ayrı ayrı ele alınmıştır. Gebelik döneminde entegratif sağlık yaklaşımlarının kullanımı çoğu zaman bir endikasyon varlığına bağlıdır. Gebelik döneminde anne adayları genellikle şu durumlarda entegratif tıp uygulamalarından faydalanmak ister:

- Bulantı ve kusma
- Lumbal ve pelvik ağrılar
- Üriner sistem enfeksiyonu
- Vajinal mantar enfeksiyonu
- Ayak bileği ödemi
- Dispne, uykusuzluk ve yorgunluk
- Anemi
- Perineal rahatsızlıklar

Doğum ile ilgili olarak entegratif sağlık yaklaşımlarının en çok kullanıldığı durumlar;

- Makat prezantasyon
- Perineal travmadan korunmak
- Postterm gebelik
- Doğum ağrısı
- Doğum indüksiyonu ve augmentasyonu gibi endikasyonlardır.

Doğum indüksiyonu olarak ahududu yaprağı, Hint yağı, akupunktur ve homeopati sıklıkla kullanılan yöntemler arasındadır. Aromaterapi kullanılarak perine doğuma hazırlanmakta, makat prezantasyonun sefalik versiyonu için özel akupunktur noktalarına moxa uygulanmaktadır. Doğum ağrısını azaltmak için akupunktur/akupressur, masaj, steril su enjeksiyonu, hidroterapi, hipnoz ve gevşeme teknikleri en çok kullanılan yöntemler arasındadır.

Fitoterapi Uygulama Örnekleri

Gebelik dönemi ve normal doğuma hazırlık amacıyla kullanılan fitoterapik ajanların, gebeliğin hangi döneminde kullanılacağı, hangi dozda kullanılacağı ve ne kadar süre ile kullanılacağı gibi temel ilkelere bağlı olmalıdır. Bu amaçla

en çok kullanılan fitoterapi ajanları gebe kalmayı kolaylaştırıcı, gebeliğin ilk üç ayında bulantı ve kusmaları, düşük yapmayı önleyici ve gebeliğin son aylarında ise doğumu kolaylaştırıcı amaçlarla, doğum sonrasında kanamaları önleyici ve süt artırıcı amaçlarla kullanılırlar. Bu amaçlarla kullanılan bazı fitoterapik ajanlar ve kısa özellikleri:

Kakule (*Elettaria cardamomum*): Çekirdeği gebelik dönemindeki kusmalarda etkili bir bitkidir.

Zencefil (*Zingiber officinale*): Bugün ilaç haline getirilen bazı bulantı önleyici ajanlarda zencefil belli oranlarda bulunmaktadır. Olası yan etkilerine karşılık günlük doz 1 gramı geçmemelidir.

Ahududu yaprağı (*Rubus idaeus*): Rosaceae Familyasındandır. Taneli meyveleri sevilir. Hamilelikte faydalı olan kısmı özellikle yapraklarıdır. Ahududu yaprağının rahim rahatlatıcı bir özelliğe sahip olduğu bilinmektedir. Hamilelik döneminde rahim ve pelvis kemiği boşluğundaki düz kasları güçlendirmek, doğum sancısını hafifletmek ve doğumu kolaylaştırmak için tavsiye edilmektedir. Bitkinin bu amaçla kullanılan kısmı çay şeklinde kullanılan yapraklarıdır. Ahududu yaprağı içinde hafif kanama durdurucu etki gösteren tanin maddesi vardır.

Yapılan bir araştırmada, ABD, Kanada ve Avustralya'daki kadınların %15-25'inin hamilelik döneminde ahududu yaprağı kullandığı bildirilmiştir. 172 Sertifikalı ebe ve hemşire arasında yapılan bir araştırmaya göre %63'ü kırmızı ahududu yaprağını tavsiye etmektedir. Hamileliğinde ahududu yaprağı alan anne ve bebeklerinde almayanlara göre herhangi bir olumsuzluk gözlenmemiştir. Yine Avustralya'da yapılan bir çalışmaya göre; hamile bayanlara doğuma kadar 32 hafta boyunca günde 2 kez 1200 mg ahududu yaprağı kapsülü verilmiş, ahududu yaprağı alanlarda doğum sancısının, serviksin açılmaya başlamasından doğuma kadar olan 2. döneminin daha az sürdüğü ve forceps veya vakum kullanma gerekliliğinin daha düşük oranda gerçekleştiği bildirilmiştir. Oldukça güvenli olmasına ve yan etkisinin görülmemesine rağmen hamilelik döneminde doktora danışılarak kullanılmalıdır.

Çoban çantası (*Capsella bursa-pastoris*): Geleneksel kullanımda doğum sırasında uterusun kontraksiyonunu stimüle edici etkisi nedeniyle doğumu kolaylaştırıcı amaçla kullanılmıştır. Ayrıca uterus kasını güçlendirici özelliği vardır. Doğum sonrası kanamaları durdurmak amacıyla kullanılmıştır. Akut toksisite, sedasyon, pupillada dilatasyon, paralizisi, solunum

güçlüğü gibi yan etkileri doza bağlı olarak görülebilmektedir

Evening primrose oil (EPO): Amerika'da ebelerin %30'u EPO'yu doğumu stimüle etmek için kullandığını işaret etmiştir. 37. haftadan sonra kullanıldığında gebelik süresini kısaltmadığını gösteren bir çalışma yapılmıştır. EPO'nun basilica bileşenlerinden GLA (gama linolenik asit) insan vücudunda doğal olarak yapılmaktadır. Yetişkin bir kadın günde 20 mg/kg GLA üretir ve 23-65 mg/kg bebek tarafından emilmektedir. Laktasyonda 2-6. aylarda EPO kullanımı esansiyel yağ asitlerinin ve total yağ oranının anne sütünde artmasına neden olmaktadır. Mide bulantısı, ishal ve baş ağrısı gibi yan etkiler bildirilmiştir.

Kartopu (*Viburnum prunifolium*): Geleneksel olarak, gebelik kusmalarında, düşük önleyici olarak erken doğumu önlemek amacıyla kullanılmıştır

Hayıt (*Vitex agnus castus*): Düşük önleyici amaçla geleneksel tedavide kullanılmış, Luteal fonksiyonu iyileştirerek progesteron seviyesini artırdığı düşünülmektedir. Overin aşırı stimülasyonu sonucu düşük riski artabilir. Mide bulantısı, baş ağrısı, GIS şikâyetleri akne, kaşıntı ve döküntü yan etki olarak görülebilir

Kuşkonmaz (*Asparagus rasemosus*): Asparagaceae familyasındandır. Tıbbi olarak kullanılan kısmı kökleridir. Kısırlık, menopozal şikâyetler ve anne sütü azlığı durumlarında önerilir. Batı bitkisel tıbbında doğurganlığı artırmak, kadın ve erkekte üreme dokularını güçlendirmek için kullanılmaktadır. Rahim duvarındaki kasları rahatlatığı, PMS (premenstrual sendrom) ve menopozal semptomları hafiflettiği kanıtlanmıştır. Anne sütü üretimini artırdığı görülmüştür.

Kimyon (*Carvi fructus*), **anason meyvesi** (*Ani fructus*) ve **rezene** (*Foeniculi fructu*): Belli oranlarda karışım oluşturulup çayı hazırlanır.

Anason (*Pimpinella anisum*): Halk arasında galaktogog (süt yapıcı) olarak kullanılır

Çemen tohumu (*Trigonella foenum-graecum*): Süt artırır. Şekeri düşürdüğü için dikkat edilmelidir.

Çörek otu (*Nigella sativa*): Süt miktarını artırır, ancak çok yüksek dozlarda ve aşırı tüketilmemelidir.

Adaçayı: Gebelikte kullanılmaz. İlk üç ayda alındığında düşük nedeni olabilir. Rahim hareketlerini artırarak düşüğe neden olur. Ayrıca süt veren annelerde sütü keser, herhangi bir nedenle süt kesilmek isteniyorsa adaçayı verilebilir

Ceviz: Omega 3 içeriyor olması nedeniyle bebeğin zihinsel gelişimi için önemlidir. Gebelik döneminde balık ve ceviz bol tüketilmelidir. Emzirme döneminde ise ceviz sütü azaltır.

Hurma: 38-39. haftadan sonra hurma doğumu tetikler. Hurmada bulunan oksitosin doğumu kolaylaştırır. Emzirme döneminde sütü artırır.

Yazıda bahsi geçen ve özel olarak fitoterapi için kullanılan bitkiler çeşitli kaynaklarda geleneksel olarak kullanılan ve yapılan çeşitli araştırmalarda olumlu sonuçların alındığı bitkilerdir. Aktif olarak kadın doğum kliniklerinde doğumu kolaylaştırıcı, normal doğuma katkıda bulunan ve sezaryen sayısını azaltan uygulamalar olarak özellikle Türkiye'de henüz kliniklerde yoktur. Bu alanda çalışmaların yoğun ve güvenli bir şekilde artırılması ve fitoterapötik ajanlara olan önyargının azalması, güvenin artması gerekmektedir. Halk bu konuya daha cesaretle yaklaşmaktadır. Ancak güvenli ve doğru kullanımı için uzman sağlıkçıların öncülüğünde ve onayıyla kullanılmalıdır. Ayrıca, kullanılan bitkisel ürünlerin iyi imalat uygulamaları (GMP, Good Manufacturing Practise) kurallarına uygun üretilmiş olması gerekmektedir.

Kaynaklar

<http://dogumakademisi.com/tr/blog/dogum-1/99/saglikli-doguma-goturen-kanita-dayali-6-uygulama--cokerh-32> (Erişim Tarihi: 11.11.2017).

<http://dogumakademisi.com/tr/blog/doguma-hazirlilik/139/dogal-dogum-nedir-ve-nasil-hazirlanilir--cokerh/36> (Erişim Tarihi: 11.11.2017).

Johnson RL, Foster S, Low Dog T, Kiefer D. Şifalı Bitkiler Ansiklopedisi. National Geographic, İstanbul, 2017.

Okumuş F. Gebelik ve Doğum ile İlgili İntegratif Sağlık Yaklaşımları: Hipnozla Doğum, Doğum Ortamları: İyi Klinik Uygulama Örnekleri. Integr Tip Derg. 2015;3(2):60-63.

Pelkonen O, Xu Q, Fan T. Why is Research on Herbal Medicinal Products Important and How Can We Improve its Quality? J Tradit Compl Med 4(1)-7, 2014.

Peschel W. The Use of Community Herbal Monographs to Facilitate Registrations and Authorizations of Herbal Medicinal Products in the European Union 2004-2012. J Ethnopharmacol. 158, 47-486, 2014.

Sahoo N, Manchikanti P, Day S. Herbal Drugs and Regulation. Fitoterapia, 81, 462-71, 2010.

Smith CA, Collins CT, Crowther CA, Levett KM. Acupuncture or Acupressure for Pain Management in Labour. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD009232/abstract> 6 July 2011 (Erişim Tarihi: 11.11.2017).

TC Sağlık Bakanlığı. Doğum Şekli Tercihinin Multi-disipliner İrdelenmesi Çalıştayı Kitapçığı. Ankara. 10-11 Şubat 2017.

Yeşilada E, İyileştiren Bitkiler. Hayy Kitap, 5. Baskı, İstanbul, 2012.

Dünyada normal yolla ve sezaryenle doğum

Yrd. Doç. Dr. Şule Selman



1969 doğumlu olan Selman, 1986'da İstanbul Yeni Levent Lisesinden mezun oldu. 1992'de İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesinde tıp eğitimini tamamlayarak 1993-1998 yılları arasında Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Kadın Hastalıkları ve Doğum İhtisası yaptı. 1998'den itibaren serbest hekim olarak hizmet vermeye başladı ve ağırlıklı olarak riskli gebeliklerin yönetimi ve doğum çalışmalarına devam etti. Dr. Selman, evlidir ve üç çocuk annesidir.

Doğum, insanoğlunun yaratılışından 1900'lere kadar kadının, içgüdüleriyle sezgileriyle normal olarak kabul ettiği yaşamının doğal bir parçasıydı. Doğum sırasında, doğum yapan kadına, kendisi de doğum yapmış kadınlarla; kadın dayanışması halinde veya ebelerle desteklenerek yardım edilirdi. Zor doğumlara ise hekimler müdahale ederdi. Kimi zaman ise bazı kadınlar, kimseyi yanlarında istemeyip kendi odalarında veya samanlık gibi gözlerden irak, mahremiyetlerinden emin, sessiz, sakin, loş yerlerde içlerindeki doğurma gücünü hissederek tek başlarına doğumlar yapar, bebeklerini kucaklarına alıp bağır-larına basar sonrasında ise göbeklerini kesip bağlarlardı. Anadolu'da tarlada iş yaparken tek başına doğum yapan kadın hikâyeleri de dilden dile günümüze kadar ulaşmıştır. Doğumdaki tüm bu tarihsel akış, esasında eski çağlarda kadınların içlerinde var olan doğurma gücünü hissedebildiklerini, doğumu normal bir süreç olarak algıladıklarını ve doğumun fizyolojisine uygun ortamı içgüdü ve sezgileriyle keşfedebildiklerini göstermektedir.

Kadın dayanışması yanında bazı maharetli, bilge, sezgileri kuvvetli kadın-ların daha fazla doğuma girmesi ve bu kadınların kendi kızlarına ve torunlarına el vermeleriyle dünyada köy ebeleri ortaya çıkmıştır. Bu ebeler, bulunduk-ları zamana ve kendi kültürlerine uygun yöntemler geliştirerek doğuma yardım ve doğumu kolaylaştırma teknikleri ge-liştirmeye başlamışlardır. Tarihsel süreç incelendiğinde insanoğlunun varoluş sürecinde doktorlardan çok ebelerin

doğum yaptırdığı görülmektedir.

Günümüzde Norveç, Hollanda, Dani-marka, Almanya ve İsveç kültürlerinde ebe destekli doğum halen normal kabul edilerek devam ettirilmektedir. Ebeliğin en yaygın uygulandığı, doğumların %70'ine ebelerin girdiği, bu altı ülkenin perinatal mortalite oranları dünyadaki diğer ülkelere göre en düşük seviyeler-dedir. Amerika Birleşik Devletleri'nde ise ebeler, politik kısıtlamalar nedeniyle doğumların sadece %5 ila %8'ine yardım edebilirken; perinatal mortalite hızı en-dişe verici düzeyde yüksektir ve dünya sıralamasında 30. sırada yer almaktadır.

Doğumda ebelik modelinin çok faydalı etkileri olmasına rağmen 1800'lerde özellikle Batı'da başlayan bir akımla, doğumlara hekimlerin daha fazla girmesi ve forseps denen aletin doğumlarda kullanımının yaygınlaşması, ebelerin hızla doğumlardan uzaklaştırılması söz konusu olmuştur. Avrupa'daki engizisyon mahkemelerinde yakarak cezalandır-malarda ana hedef, "cadılar" olarak damgalanan ebeler olmuştur çoğu zaman. Engizisyonun el kitabı olan Mal-leus Maleficarum'da "Katolik kilisesine ebelerden daha çok zararı olan yoktur" diye yazılmıştır. Doğ'u'da doğumları hala ebeler yaptırıyorken, ABD'de 1900'lerin başında ebelere karşı saldırılar artmış ve tıp bir meslek haline gelip bu alandaki maddi kazanç erkek hekimlerin dikkatini çekmeye başlamıştır. O dönem ABD'de kızların üniversitelere girmeleri de engel-lenince ebeler tamamen doğumlardan uzaklaştırılmıştır. Doğumlara hastane-lerde sadece erkek hekimlerin girmesi ve hemşirelerin de onlara yardımcılık yapması şeklinde doğum yardimında

değişim meydana gelmiştir.

Fransa ve İngiltere'de ise modern tıbbi gelişme ve ilerlemelerin ışığında ebeler, eğitime alınmıştır. Ebeliğin güçlendirilmesi adına, mevcut ebelerin güncel bilimsel bilgilere ulaşabilmeleri ve doğumda asepsi-antisepsinin yay-gınlaşması için eğitimler başlatılmıştır. Fakat hem Fransa hem de İngiltere'de, ebelerin güçlendirmeleri sağlanmasına ve geleneksel ebelik uygulamalarının doğumlarda kullanımını devam ettirme-lerine rağmen zamanla doğumun hekim-lere kaymasının önüne geçilememiştir. Buralarda da ebeler, doktor yardımcısı konumuna indirgenmişlerdir. Osmanlı döneminde, Padişah Abdülmecit ve Abdülhamit döneminde doğumda mo-dern yöntemleri öğrenmek için Fransa'ya gönderilen doktorlardan biri olan Besim Ömer Paşa vasıtasıyla ülkemize de bu akım ulaşmıştır. 1840'ta ilk ebelik okulu açılırken geleneksel köy ebeleri horlanıp dışlanmıştır. Okullara alınan yeni ebelik öğrencilerinin eğitimlerinde hijyen, hekime itaat ve yardım ön planda tutul-muştur. Ebelik beceri ve yeteneklerinin nesillerden nesillere aktarımını sağlayan tecrübeli ebe kadınların "el verme" yolu kesintiye uğratılmıştır.

Ebelerin Batı'da ağırlıklı olmak üzere tüm dünyada doğumlardan uzaklaştırılması ve doğumun hızla medikalizasyonu ile doğum süreci değişikliğe uğrayarak toplumlarda doğum algısı tümüyle değişmeye başlamıştır. Son yüzyıla gelindiğinde ise doğumlarda değişimin çarpıcı sonuçlarıyla bakışlar tekrar doğumun fizyolojisine ve bu değişime neden olan faktörlere yönelmiştir.

Doğu'da doğumları hala ebeler yaptırıyorken, ABD'de 1900'lerin başında ebelere karşı saldırılar artmış ve tıp bir meslek haline gelip bu alandaki maddi kazanç erkek hekimlerin dikkatini çekmeye başlamıştır. O dönem ABD'de kızların üniversitelere girmeleri de engellenince ebeler tamamen doğumlardan uzaklaştırılmış ve doğumlara hastanelerde, sadece erkek hekimlerin girmesi ve hemşirelerin de onlara yardımcılık yapması şeklinde değişime uğramıştır.



Doğumlar Nasıl Değişti?

Doğumların değişiminde birçok faktör, etkili olmuştur:

- Doğum ortamlarının değişmesi; evlerden hastanelere taşınması
- Doğumlarda komplikasyonlarla mücadelede etkili tıbbi teknoloji ve müdahalelerin geliştirilmesi
- Kadınların yaşam tarzları; kırsaldan şehir hayatına geçiş
- Toplumun ve kadınların doğumdan beklentileri
- Doğumda ağrıyı azaltacak ilaç dışı rahatlatıcı yöntemler yerine; farmakolojik ağrı gidericilerin giderek rutin kullanıma geçirilmesi
- Gebelik takibinde ve doğumda kullanılan teknolojilerin rutine girmesi; aşırı tıbbi müdahale
- Doğumun mahremiyet özelliğine gösterilen özenin kaybolması
- Medyada doğum haberlerinin özensiz, abartılı, sorumluluk gözetilmeksizin yer alması

Bu faktörlerin etkisinde değişimlerden bazıları iyi yönde olurken bazıları istenmeyen yönde olup olumsuz sonuçlara yol açmıştır.

İyi yönde olan değişimler, gebelik ve doğumda komplikasyonlarla müca-

deleyi destekleyen tıbbi ve teknolojik gelişmeler sayesinde ortaya çıkmıştır ve yüz güldürücü olmuştur. Bu sayede gebelik ve doğum takiplerinin düzene girmesiyle anne ve bebek ölümleri anlamlı bir şekilde azalmıştır. Dünyada gelişmiş ülkelerde bugün Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre anne ölümü 100 bin doğumda 14-15'er civarındadır. Ülkemizde de Sağlık Bakanlığı verilerine göre 2016 yılında anne ölüm oranımız 100 bin doğumda 14,6 civarında yani gelişmiş ülkeler seviyesindedir. Milenyum hedeflerinden 5. hedef anne ölümlerinin 100 bin doğumda 10'ların altına düşürülmesi olarak belirlenmiştir.

İstenmeyen olumsuz sonuçlardan en bariz değişim ise sezaryen oranlarında kabul edilebilir seviyelerin çok üzerinde artışla kendisini göstermiştir. Artan sezaryen oranlarına yol açan nedenler ayrıntılı incelendiğinde sayılan faktörler etkisiyle toplumda yayılan doğum korkusunun başı çeken sebeplerden olduğu tespit edilmiştir. Doğum korkusunun ve doğuma dair toplumda yayılan olumsuz algının kökeni incelendiğinde ise bir önceki kuşak kadınların yaşadığı olumsuz-zorlu doğum süreçlerini biraz da hikâyeleştirerek kızlarına aktarmaları, medyadaki korkutucu doğum sahneleri, gazetelerdeki korkutucu doğum haberleri, sağlıkçıların tüm doğumları yüksek riskli bir süreç olarak algılamaları, hastanelerdeki doğum ortamlarının mah-

remiyet ve güven, sükûnet konusunda elverişsizliği, sağlık personelinin kullandığı korkutucu dil, doğumun sadece doktor tarafından yapılması beklentisi gibi nedenler bulunmaktadır.

1) İyi yönde gelişmeler:

- Gebelik ve doğum takiplerinin düzene girmesi
- Anne ve bebek ölüm oranlarında azalma

2) Bazı istenmeyen yan etkiler

- Sezaryen oranlarının artması
- Doğum korkusunun yayılması

Bu faktörlerin etkisi altında, kadınların doğum deneyimlerinin, büyük ölçüde değişmesi yanında kadınların ve ailelerde oluşan bu doğum korkusu etkisiyle doğum profesyonellerinde de doğuma karşı olumsuz bazı tutumlar ve yargılar gelişmiştir. Öyle bir algı gelişmiştir ki sanki sezaryen "cankurtaran en emin yol" ama vajinal yolla doğum "tehlikelerle dolu karanlık bir yol" olarak kabul görmeye başlamıştır. Literatürde yer almayan "kıymetli bebekler" olarak adlandırılan bir kavram oluşmuş ve tekrarlayan gebeliklerden sonra gebe kalanlarda, İVF gebeliklerinde, ileri yaş annelerinde, intrauterin gelişme geriliği olan gebeliklerde, ikiz gebeliklerde -endikasyon olmadığı için- hemen sezaryene almayıp normal yolla doğum şansını denemek

Dünyada, üzerinde önemle durulan konulardan birisi de normal doğumlardan kadınların güçlenerek çıkmaları için hastanelerdeki doğum ortamlarının ev benzeri düzenlenmesidir. Doğum odalarının, annenin kendisini evinde hissedeceği, güven ve mahremiyet ihtiyacını karşılayacak şekilde düzenlenmesinin ve annelerin doğumda birebir kesintisiz ebe desteği almasının normal ve kolay doğum oranlarını artırdığı saptanmıştır.

bebeği tehlikeye atmakla eşdeğer tutulmaktadır. Hâlbuki yapılan tüm araştırmalarda tıbbi zorunluluk olmadıkça normal yolla doğumun, sezaryenle doğuma göre daha az riskli olduğu kanıtlanmıştır. 2014'te ACOG sezaryenle doğumun normal yolla doğuma oranla üç kat daha riskli olduğu ile ilgili görüş birliğini yayınlamıştır.

Doğumun Aktif Yönetimi

Doğumlarda komplikasyonlarla mücadelede faydalı olan birçok tıbbi müdahale, zamanla rutin kullanılmaya başlanmıştır. Bu değişim, doğumlara gereğinden fazla müdahale edilmesine yol açmış ve doğumların fizyolojik seyri zarara uğramıştır. "Doğumun aktif yönetimi" denen bir kavram geliştirilmiştir. Bu yöntemle (diğer bir deyişle hızlandırılmış doğum yöntemi ile) doğum sürecindeki anneye mümkün olduğunca kısa sürede, güvenli bir doğum ortamı sağlanmaktadır. Ancak doğumun aktif yönetiminde kullanılan; sentetik oksitosin (suni sancı), devamlı bebek kalp atışlarının takibi, sık ultrason ve zarların erken açılması gibi uygulamalarla, yeterli bilgi ve hazırlığı da olmayan annelerin korku ve kaygılarının arttığı saptanmıştır. Ayrıca hızlandırılmış doğum ve sürekli bebek kalp atışı takibi sezaryen oranlarının da artmasına neden olmuştur.

Günümüzde kanıta dayalı tıp verilerine göre doğuma yapılan birçok rutin mü-

dahale sadece tıbbi zorunluluk halinde uygulanmalıdır. 1996'da Dünya Sağlık Örgütü tüm ülkelere doğumda tıbbi müdahalelerin azaltılması ile ilgili bir çağrı yapmıştır. En son 2017 yılı Dünya Sağlık Örgütü Doğumların Yönetimi Rehberinde de düşük riskli gebeliklerde, annelere hareket serbestiyeti, yeme içmenin kısıtlanmaması, bebek kalp atışlarının aralıklı dinlenilmesi gibi tavsiyeler bulunmaktadır.

Sezaryenle Doğum Oranlarında Artış

Dünya Sağlık Örgütü, kabul edilebilir sezaryen oranını %15 olarak açıklamasına rağmen; dünyada bu oranı tutturabilen ülkeler, yine ebelik uygulamalarının yaygın olduğu Kuzey Avrupa ülkeleridir. Bunun dışında dünyanın birçok ülkesinde bu sınır çok aşılmış durumdadır. Sezaryenle doğum, bir hayat kurtarma ameliyatından daha çok; doğumdan korkma, doğum ağrısından kurtulma, kısa sürede ve tayin edilmiş zamanda bebeği kucağa almak için tercih edilen veya aşırı medikal müdahalelerin yol açtığı bir ameliyatla doğum şekli olarak normalin üzerinde artan oranlarda seyretmektedir. Özellikle Batı'da ve eğitilmiş, çalışan kadınlar arasında bir üst statü belirteci olarak da kullanılmaktadır.

Fakat gerek anestezi komplikasyonları gerek cerrahinin neden olduğu komplikasyonlar ve özellikle isteğe bağlı sezaryenlerde, biyolojik zamanı kaçırarak takvim ve saat tercihleriyle bebeğin kendi doğum sinyali beklenmeden dışarı alınması hem anne hem de bebeğe zarar veren fiziksel ve ruhsal sorunlara kapı aralamaktadır. Kanama, enfeksiyon riskindeki artış, takip eden 2.,3. sezaryenlerde etraf organlarda yapışıklıklar, plasentanın yapışma anomalileri, anne ve bebeğin hayatı riskini artıran sezaryenle ilişkili diğer tehlikeli durumlardır. Bu ve benzeri nedenlerle dünyada sezaryenle doğum ancak tıbbi zorunluluk hallerinde başvurulması gereken bir yöntem olarak kabul edilmektedir.

Doğal (Medikalize Olmayan) Doğumlar Ne Zaman Popüler Oldu?

Özellikle 1900'lerin başlarında İngiltere başta olmak üzere Batı'da, bebeğin tam doğacağı sırada anesteziyle uyutulup forsepsle bebeğin alınması şeklinde doğumlar artmaya başlamıştır. Bu şekilde doğumda kadının ağrı duymasının önüne geçileceği düşünülmüştür. Daha sonraları ise ABD'de nerdeyse tüm doğumlarda erken dönemde epidural anestezi uygulanarak kadının yatağa ve monitöre bağımlı hale gelmesine yol açılmıştır. Bu tür müdahaleler sonrasında ciddi doğum yolu yırtıklarının ortaya çıkması, annenin uzun süre anestezinin

etkisiyle bebeğinden uzak kalması, sonrasındaki cerrahi müdahalelerden kaynaklanan şiddetli ağrılar kadınları hastane doğumlarından korkar hale getirmiştir. Hem fiziksel travmalar hem annenin psikolojik travmaları annelerin sağlığını olumsuz yönde etkilemiştir.

1950 ve 1960'larda kadınlar doğum esnasında verilen ağır anestezi ile ilişkili problemlerin farkına varmaya başlamışlardır. Yoğun bir anestezinin anne ve bebek üzerine negatif etkileri olmakta ve kadınlar kendi bakımlarını ve bebeklerinin bakımlarını yapmada yetersiz kalmaktaydı. Doğumun kontrolü, kadından (doğuran kadın ve ebesinden) doktora (o zaman için genellikle erkek) kaymaktaydı. Büyüyen kadın hareketi bu güç dengesi değişimine dikkat çekmiş ve doğal doğum hareketini başlatmıştır. Doğum deneyiminde sorumluluk alan kişinin doktor değil kadının kendisi olması gerektiği yönünde fikirler belirmiştir.

İlaç Dışı Ağrı Giderme Yöntemleri Arayışları

Doğumda kullanılan farmakolojik ağrı kesici yöntemler artık eskisine göre çok daha güvenlidir ve doğumun gidişatını daha az etkilemektedir. Ancak yine de bu yöntemlerin göz ardı edilemeyecek birçok yan etkileri bulunmaktadır. Farmakolojik ağrı kontrol yöntemlerinin yanı sıra ilk olarak Dr. Dick Read (1940) tarafından ağrının algılanmasının kişiye göre değiştiği ve korkunun ağrıyı artırdığı ifade edilmiştir. Read ilk defa *Childbirth Without Fear* (Korkusuz Doğum) kitabında korkunun, gerginliğe yol açtığını, gerginliğin de ağrıların daha şiddetli hissedilmesine yol açtığını ifade eden "Korku-Gerginlik-Ağrı" çemberini tarif etmiştir. Doğum ortamında bu çemberin bir kısır döngü oluşturduğunu Read'ın ortaya koymasını takiben bu kısır döngüyü kırarak bazı tekniklerin geliştirilmesi ihtiyacına dikkatler çevrilmiş oldu. Bu kısır döngüyü azaltmak için korkuyu dolayısı ile ağrıyı gidermek için Lamaze ve Bradley (1960) tarafından gebenin telkinle ikna edilmesi, derin solunum ve gevşeme egzersizlerine ilişkin yeni teoriler ortaya atılmıştır (Mager, Chadeyron 1982, May, Mahlmeister 1997, Nichols, Zwelling 1997). Lamaze'a göre hayal kurma ile gevşeme, odaklanma ve kompleks solunum şekillerinin uygulanması sonucu ağrı algısını azaltmak olasıdır. Bradley ise derin gevşeme tekniklerinin yanı sıra doğum yapan kadının yanında eşinin ya da sevdiği kişinin desteğinin olmasının ağrı kontrolünde etkili olduğunu belirtmiştir.

İlk bakışta doğal doğum hareketi, doğumdaki rahatlık ve müdahalelerden kaçınma açısından geriye dönüş gibi görünmüş olsa da günümüzde medikalize olmayan ağrı kesici yöntemlerde ilerlemeler kay-

dedilmiştir. Tıbbi müdahalelere alternatif olabilecek düzeyde ilaç dışı ağrı kesici yöntemler, kolay uygulanabilir, ucuz ve yan etkilerinin olmaması gibi özellikleri nedeniyle anneler tarafından daha fazla kabul görmüştür. Doğal doğumun erken dönem yandaşları; Dick-Read, 1943; Karmal, 1959; Bradley, 1965; Lamaze, 1970; İna May Gaskin 1971; Leboyer, 1975; kadınlar için doğurma gücünü keşfetme, gevşeme, nefes teknikleri, hipnoz ve suya girme gibi yöntemleri geliştirmişlerdir. Bu erken dönem ustalardan cesaret alan kadınlar kendi doğumlarında bu yöntemleri kullanma hakkı istemeye başlamışlardır.

Doğuma Bütüncül Bakış

Doğumun sağlıklı gerçekleşmesi doğumun fizyolojisine uygun takibiyle doğru orantılıdır. Dünyada doğumla ilgili tüm arayışların sonucunda doğuma “holistik yaklaşım” yani başka bir deyişle “bütüncül yaklaşım”ın doğumun fizyolojik takibinde en önemli faktör olduğu ve doğumlarda; hekim ve ebeğin bir ekip halinde yardımının da doğumun fizyolojik seyri için olmazsa olmaz olduğu ortaya çıkmıştır. Yeni bir bebek dünyaya gelirken anne vücudunda sadece fizyolojik süreçler tek başına işlemez; beraberinde psikolojik süreçler de devreye girer. Bir kadın bir bebek doğururken kendisi de anneliğe doğar ve eşinin aynı süreçte babalığa doğmasıyla toplumun en küçük yapı taşı olan yeni bir aile doğmuş olur. Bu açılarından doğumda; biyolojik, psikolojik ve sosyal süreçlerin iç-içe geçmesi nedeniyle doğuma biyopsikososyal olarak bütüncül bakış açısıyla yaklaşmak gereği aşîkârdır.

Günümüzde anne ve bebeğin ihtiyaçlarının doğumun merkezine alınarak doğum desteği terip edilmesi tavsiye edilmektedir. Anne ve bebeğin fiziksel olduğu kadar psikolojik ihtiyaçları da göz önünde bulundurularak destek sağlandığında doğum anına gereken ihtimam gösterilmiş olur. Böylece sağlıklı bir anne-bebek bağlanmasının da tesisi sağlanabilir.

Doğum Ortamları

Doğum ortamlarında gürültü, telaş, fazla aydınlatma ve ortamın gebeyi korkutacak şekilde- acil odası tarzı -düzenlenmiş olması, doğumun hormonlarını ve anne sinir sistemini olumsuz yönde etkilemektedir. Bu tür doğum ortamlarında doğumun doğal gidişatını bozulmaktadır.

Bu nedenle, dünyada, üzerinde önemle durulan konulardan birisi de normal doğumlardan kadınların güçlenerek çıkmaları için hastanelerdeki doğum ortamlarının ev benzeri düzenlenmesidir. Doğum odalarının, annenin kendisini evinde hissedeceği, güven ve mah-

remiyet ihtiyacını karşılayacak şekilde düzenlenmesinin ve annelerin doğumda birebir kesintisiz ebe desteği almasının normal ve kolay doğum oranlarını artırdığı saptanmıştır.

Dünya Sağlık Örgütü tarafından “anne dostu hastane kriterleri” belirlenmiştir ve birçok ülkede “anne dostu hastane” kavramı yaygınlaştırılmaya çalışılmaktadır.

Doğumlarda ana hedef, sağlıklı anne ve sağlıklı bebeklerdir. Doğumun fizyolojisine uygun seyri için ebe ve hekim iş birliği içerisinde birlikte hareket etmelidir. Ebelerin doğumlara dahil olmadığı ülkelerde sezaryen oranları artmaktadır.

Doğumda birebir kesintisiz destekten yoksun anneler, normal yolla doğursalar bile doğum sonrası memnuniyet derecelerinin destek alanlara göre daha az olduğu tespit edilmiştir.

Sağlıklı anne ve sağlıklı bebekler için doğumun fizyolojisinin korunması büyük öneme sahiptir. Doğumun fizyolojisinin korunması ise uygun ortamlarda, bütüncül bir bakış açısıyla ve ekip yaklaşımı sayesinde mümkün olabilmektedir. Sağlıklı anne ve bebekler ise sağlıklı nesiller ve sağlıklı toplum demektir.

Kaynaklar

American College of Nurse-Midwives; Midwives Alliance of North America; National Association of Certified Professional Midwives. (2012). Supporting healthy and normal physiologic childbirth: a consensus statement by the American College of Nurse-Midwives, Midwives Alliance of North America, and the National Association of Certified Professional Midwives. *Journal of Midwifery for Womens Health*, 57(5), 529-532.

Balşoy-Erakaya, G. (2015). *Kahraman Doktor İhtiyar Acuzeye Karşı*. İstanbul: Can Yayınevi.

Beyinli, G. (2015). *Elleri Tılsımlı: Modern Türkiye'de Ebelik*. İstanbul: Ayizi Kitap.

Bradamat IJ, Driedger M (1993). Satisfaction With Birth Center Care: A Randomised Controlled Study Birth, (20), March.

Childbirth Connection. Blueprint for action: steps toward a high-quality, high-value maternity care system. <http://transform.childbirthconnection.org/blueprint/>. Accessed February 21, 2013.

Dixon, L., Fullerton, J.T., Begley, C., et al. (2011). Systematic review: the clinical effectiveness of physiological (expectant) management of the third stage of labor following a physiological labor and birth. *International Journal of Childbirth*, 1(3), 179-195. 10/2015 ©

Davis, E. (2012). *Heart and Hands: A Midwife's Guide to Pregnancy and Birth*. 5th edition. Berkeley, USA: Random House USA Inc.

Dick-Read, G. (2013). *Childbirth Without Fear*. 4th edition. London: TJ International Ltd.

Dominguez-Bello, M. et al. (2010). Delivery mode shapes the acquisition and structure of the initial microbiota across multiple body habitats in newborns. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*.

Gaskin, I. M. (2003). *Ina May's Guide to Childbirth*.

Tennessee. USA: Bantam.

Goer, H. and Romano, A. (2012). *Optimal Care in Childbirth: The case for a physiologic approach*. Classic Day Publishing.

How Has Childbirth Changed in This Century? Retrieved December 23, 2017, from <https://www.takingcharge.csh.umn.edu/explore-healing-practices/holistic-pregnancy-childbirth/how-has-childbirth-changed-century--> (Erişim Tarihi: 01.01.018)

ICEA FCMC Position Paper 2013.

Joint Policy Statement on Normal Childbirth, Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada/ AWHONN Canada et al. No 221, December 2008.

Koçak, Y.Ç., Can, H. Ö., ve Soğukpınar, N. (2010). Geleneksel Doğum Uygulamaları ve Doğum Yardımcıları. *e-Journal of New World Sciences Academy Life Sciences*, 5(4), 1-6.

Kavanagh, K. et al. (2012). Knowledge of the Birth Process Among Undergraduates: Impact of Screening of a Documentary Featuring Natural Childbirth in Low-Risk Pregnancies. *International Journal of Childbirth: Official Publication of the International Confederation of Midwives*, Vol. 2, No. 1.

Kennedy, H.P., Grant, J., Walton, C., et al. (2010). Normalizing birth in England: a qualitative study. *Journal of Midwifery and Womens Health*, 55(3), 262-269.

Lamaze International. (2009). Introduction to the six Lamaze healthy birth practices. Retrieved from <http://www.lamaze.org/>

Mongan M. (2012). *Kutlamadan Korkuya: Kadın ve Doğumun Tarihçesi*. Hypnobirthing: The Mongan Method, (pp. 61-71). İstanbul: Gün Yayıncılık.

Queensland Maternity and Neonatal Clinical Guidelines: Normal Birth. Endorsed by Queensland Maternity and Neonatal Clinical Guidelines Program Statewide Maternity and Neonatal Clinical Network. April 2012.

Rathfisch G. (2015). *Doğal Doğum Felsefesi*. Ankara: Nobel Tıp Kitabevi.

Romano, A. and Lothian, J. (2008). Promoting, protecting and supporting normal birth: a look at the evidence. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*, 37(1), 94-104.

Sakala, C., Corry, M.P. (2008). Evidence-based maternity care: what it is and what it can achieve. New York, NY: Milbank Memorial Fund.

Torres, J.M. (2013). Breastmilk and Labour support: Lactation consultants' and doulas' strategies for navigating the medical context of maternity care. *Sociology of Health and Illnesses*.

Türkiye İstatistik Kurumu (2016). <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=24649>

United Nations Statistics Division, <http://unstats.un.org> (Erişim Tarihi: 25.12.2017)

World Health Organization (2007). www.who.int (Erişim Tarihi: 25.12.2017)

World Health Organization. (1996). *World Health Organization. Care in Normal Birth: A Practical Guide*.

World Health Organization (2017). www.who.int (Erişim Tarihi: 25.12.2017)

Zuchora-Walske, C. et al. (2011). *The ICEA Guide to Pregnancy and Birth*. Meadowbrook Press, NY.

Zwelling, E. (2008). The Emergence of High-Tech Birthing. *Journal of Obstetrics, Gynecologic and Neonatal Nurses*, 37, 85-93.

Kanada'da doğal doğum merkezleri

Dr. Asiye Yasemin Bayraktar



12 Haziran 1987'de doğdu. İlk, orta ve lise eğitimini Kanada'da tamamladı. Üniversite eğitimi Kanada'nın Ontario eyaletinde bulunan Guelph University'de başladı, İstanbul Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesinden mezun oldu. 2014 yılından itibaren normal doğum merkezleri üzerinde çeşitli çalışmalarda bulundu. Dr. Bayraktar, Kanada'da yıllardır uygulanan doğum sisteminin Türkiye'de de uygulanabilmesi amacıyla çeşitli projeler yürütmektedir.

Doğal doğum merkezlerinde yer alan her türlü ekipman, evde doğum yapma durumlarına eşdeğerdir. Doğal doğum merkezleri, komplike olmayan ve normal doğum durumları için kurulmuşlardır. Bu merkezlerde, küçük müdahaleler ile yapılan doğumlar için uygun olan ekipmanlara ulaşılması olanağı vardır. Merkezlerde doktorlar veya hemşireler doğum alanında görev almazlar. Ebeler, doğum anında gebelerin rahatlaması ve ağrılarının giderilmesi için birtakım seçenekler sunar. Ebeler, evde, doğal doğum merkezlerinde veya hastanelerde, masaj, steril su enjeksiyonu, karşı basınç, pozisyon değişiklikleri, ortamın sıcaklığı veya soğukluğu gibi konfor tedbirleri alırlar. Diğer ağrı yönetim seçeneklerine erişim aşağıdaki durumlara göre değişkenlik gösterebilir:

Ev: Gebelerin evlerinde banyo, duş veya kiralanmış bir doğum havuzu kullanması, ağrının kesilmesi ve doğumun rahatlığı için kullanılabilir yöntemlerdendir.

Doğal doğum merkezleri: Doğumda, doğum havuzuna ve duşlara olanak sağlanarak ağrının azaltılması ve doğumun kolaylaştırılması sağlanmaktadır (Suda doğum gibi). Nitroksit ve TENS (Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation) de doğal doğum merkezlerinde ağrılarının giderilmesi ve doğumun rahatlığı için sunulmaktadır. Bunlara örnek olarak; doğum dışkıları, askılı sapanlar, doğum topları, diz çökme ve çömelme için paspaslardır. Evde veya doğal doğum merkezinde yapılan doğumlarda, doğum sonrası bebeğin nefes alması için ek yardıma ihtiyaç duyması durumunda oksijen ve ekipmanların kullanımı, kanamaların durdurulması için ilaç kullanımı da dahil olmak üzere, ebeler birçok olası acil duruma karşı ihtiyaç duyulan araç-gereci kullanabilirler. Doğal doğum merkezleri yalnızca doğum için kullanılmaz, aileler ve toplum, buralarda gebelik, doğum, emzirme ve ebeveynlik gibi konularda da bilgi ve destek alabilmektedirler.

Doğum merkezlerinde kimler doğum yapabilir?

Doğum merkezlerinde doğum yapabi-

lecek olanlar; ebe ile doğum yapmak isteyenler ve sağlıklı olup, normal ve komplikasyonsuz hamilelik geçirenlerdir. Doğal doğum merkezleri, prematüre gibi komplike doğumları ele almaz. Kanada'daki doğal doğum merkezlerinde gerçekleştirilen doğumlar ebeler kontrolünde yapılmaktadır. Yani doktorlar ve hemşireler bu merkezlerde bulunmazlar. Doğal doğumlarda genellikle iki ebe bulunur, bununla birlikte dilediği kadar aile üyesi veya arkadaşı da doğum yapanın yanında bulunabilir. Bu tür doğum merkezlerinde epidural, endüksiyon, sezaryen ya da başka hastane servislerine ihtiyaç duyan hizmetler bulunmamaktadır. Doğum merkezlerinde yer alan ebeler ayrıca diğer doğum yöntemleri desteği, ağrı kesiciler ve hamilelerin bakımları konularını da ele almaktadır. Ebeler, gebelik, doğal doğum konusunda uzmanlaşmışlardır, bunlarla beraber acil durumlar konusunda da eğitim almışlardır. Olası bir ihtiyaç durumunda da doğum merkezleri, acil durumlara ve hastanelere acil durum transferlerine karşı her türlü hazırlığı almış durumdadır.

Doğal Doğum Merkezlerinde Tipik Bir Doğumda Neler Olur?

Ebeler, gebelerin doğum için hazır olup olmadıklarını telefon üzerinden veya şahsen değerlendirerek, doğum için en uygun zamanı ayarlayarak, doğum merkezine gelmelerini istemektedirler. Gebeler, doğum sürecine girdiklerinde doğum merkezlerine kabul edilmekte, burada doğum merkezi yardımcıları, gebeleri karşılayarak onları ya direkt olarak doğumhaneye ya da ilgili diğer birime yönlendirmektedirler. Doğum merkezi yardımcıları, doğum süreci boyunca, doğum merkezindeki ailelere, gebelere ve ebelere yardımcı olmaktadır. Gebeler, doğumdan sonra 4 saate kadar doğum merkezlerinde misafir edilebilmektedirler. Bu zaman zarfından sonra anneler evlerine uğurlanmaktadır. Doğum merkezleri, doğumdan sonra uzun süreli misafirlikler için gerekli olmamaktadır. Fakat anne veya bebeğinin doğumdan sonra gözlem altında tutulması gereken durumlarda, hastaneye sevk edilmektedirler. Doğum sürecinde, gebelerden gerekli izinlerin alın-

ması koşuluyla öğrenciler bu sürece dahil edilebilmektedir. Doğal doğum merkezleri, ebeler öğrencileri, diğer sağlık ve doğum personelinin, doğal doğum eğitimi alması açısından da önemli bir yer tutmaktadır.

Komplikasyon Yaşanması Durumları

Ebeler, anne adayının gebelik sürecinin ve doğumunun hastanede mi yoksa doğal doğum merkezlerinde mi olması gerektiği konusunda yardımcı olmakla görevlidirler. Doğal doğum merkezinde doğum yapılması uygun görülen gebelerin, doğum esnasında komplikasyon yaşaması ve bunun acil bir durum teşkil etmesi durumunda anne ve/veya bebek acilen hastaneye sevk edilmektedir. Bu süreci yöneten kişi ebedir. Hastaneye sevk hızı hızlı olması, hastane dışındaki doğumların güvenliğinin en önemli parçalarından bir tanesidir.

Hastaneye sevk acil durum teşkil etmemesi veya zaman bakımından aciliyet barındırmaması durumlarında, ebelerin öncelik gösterdiği veya tavsiye ettiği hastaneye sevk mümkündür. Bu durumlarda en yakın hastane şartı aranmaz. Sevk durumun özelliğine göre özel araç veya ambulans ile yapılabilmektedir. Sevk nedeni acil bir durum barındırıyorsa derhal yerel acil servis hattı (911 veya 112) aranarak ambulans çağrılmakta ve en yakın hastaneye sevk edilmektedir. Bazı durumlarda, gebelerin veya bebeklerin sevk sırasında bir doktorun da yanlarında bulunması gerekebilir. Bu durumlar, sevk edilenin hayati önem taşıdığı durumlarda çok önemlidir. Bu tür durumlarda, ebeler; gebelere destek vermeye ve durumları iyileştikten sonra da bakımını üstlenmeye devam etmektedirler.

Normal Fizyolojik Doğumun Sonuçları

Normal fizyolojik doğum, anne ve bebek için kısa ve uzun vadeli sağlık durumu üzerinde olumlu etkilere sahiptir. Nöroendokrin sistemin optimal fizyolojik fonksiyonu, strese yanıt olarak endojen oksitosin ve faydalı katekolaminlerin salınımını artırır. Bu hormonlar, endorfin seviye-

leri artırılmış -kardiyo-solunum geçişinin kolaylaştırılması ve termoregülasyon da dahil olmak üzere- etkili doğum modelleri ve koruyucu fizyolojik tepkileri desteklemektedir. Başarılı bir laktasyon, diğer adıyla memeden süt gelmesi, anne ile bebek arasındaki bağlanma davranışını geliştirir. Optimal fizyolojik işlev olduğunda, doğum eylemini yapay olarak artırmak için müdahale gerekebilmekte; bu da potansiyel olarak ağrı ile baş edebilme yeteneklerine müdahale edebilmektedir. Doğum kendiliğinden ilerlediğinde, fetal bir uzlaşma olasılığı veya araçsal/cerrahi müdahale ihtiyacı azalmaktadır. Çoğu kadın için normal fizyolojik doğumun kısa vadeli faydaları, fiziksel ve duygusal açıdan sağlıklı ve anneler kadar güçlü olma hissi içerebilmektedir. Bebekler annelerinin ihtiyaçlarına cevap verme yeteneğinden ve nörolojik davranışları etkileyebilecek ilaçlara maruz kalmanın eksikliğinden fayda göreceklerdir. Uzun vadeli sonuçlar arasında, kadının fiziksel ve zihinsel sağlığı ve doğurganlık kapasitesi, bebek büyümesi ve gelişimi ve potansiyel olarak kronik hastalık insidansı için olumlu etkiler bulunmaktadır. Bunlara birlikte bakıldığında, bu sonuçlar aile işlevselliği ve uygun maliyetli bakım sayesinde aileye ve topluma yararlıdır.

Normal Fizyolojik Doğumu Etkileyen Faktörler

Bir kadının müdahale etmeden doğum yapabilme yeteneğini etkileyen birçok faktör vardır. Bunları şöyle sıralamak mümkündür:

Kadınlara göre;

- Bireysel sağlık durumu ve fiziksel uygunluğu
- Doğumda otonomi ve kendi kaderini tayin etme
- Doğal fizyolojik doğumun değeri hakkında kültürel inançlar, normlar ve uygulamalar ve eğitim dahil olmak üzere doğumla ilgili kişisel bilgi ve güven
- Tamamıyla bilgilendirilmiş, karar almanın paylaşılması
- Normal fizyolojik doğum konusunda destekleyici ve yetenekli sağlık sistemi ve sağlayıcılara erişim
- Klinisyene göre;
- Ağrı ile baş etmeye yardımcı olmak da dahil olmak üzere, fizyolojik doğumu desteklemek için eğitim, bilgi ve beceri
- Kadınların doğum sırasındaki güvenlerini arttırmak ve bu süreçteki korkularını azaltmak için eğitilmiş eşgüdümlü çalışmaya kararlı olmaları
- Ortak karar verme konusunda taahhüt vermeleri
- Normal fizyolojik doğumu destekleyen bir altyapı içerisinde çalışmaları
- Doğum ortamı ve çevresine göre;
- Her bir kadın için ebelik yardımına erişimi
- Baskıdan uzak, ortak karar almada da yeterli zamana sahip olma
- Kanıta dayalı bir klinik belirtisi olmayan doğuma teşvik olmamalı
- Doğum sırasında kadının istediği gibi beslenmeyi teşvik etmek (yiyecek ve içecek)

Tablo: Kanada'da Ebelerin Bulunduğu Merkezler

EYALET	MEVZUAT (YIL)	FİNANSE EDİLMİŞ	FINANS DIŞI ÖDEME	EV, HASTANE VE DOĞUM MERKEZLERİ	EBELİK OKULU
British Columbia	Evet (1998)	Evet	Hayır	Ev/Hastane/ Doğum Merkezi	Evet
Alberta	Evet (1998)	Hayır	Evet	Ev/Hastane/ Doğum Merkezi	Hayır
Saskatchewan	Evet	Hayır	Evet	Ev	Hayır
Manitoba	Evet (2000)	Evet	Hayır	Ev/Hastane	Hayır
Ontario	Evet (1994)	Evet	Hayır	Ev/Hastane	Evet
Quebec	Evet (1999)	Evet	Hayır	Ev/Hastane/ Doğum Merkezi	Evet
New Brunswick	Hayır	Hayır	Evet	Ev	Hayır
Nova Scotia	Hayır	Hayır	Evet	Ev	Hayır
Prince Edward Island	Hayır	Hayır	Evet	Ev	Hayır
Newfound Land	Hayır	Hayır	Hayır	Hastane (Sadece Uzak Bölgelerde)	Hayır
Yukon Territories	Hayır	Hayır	Evet	Ev	Hayır
North West Territories	Evet	Evet	Evet	Ev	Hayır
Nunavut	Kısmen (Bir Proje)	Kısmen	Hayır	Doğum Merkezi	Hayır

Kaynak: Hawkins M, Knox S.'den Alınmıştır (2003). *The Midwifery Option: A Canadian Guide to the Birth Experience*. Toronto: HarperCollins Yayınları

- Doğum esnasında hareket serbestisi ve doğum pozisyonunun kadının tercihine bırakılması, Sürekli elektronik gözlemin klinik olarak gerekmediği sürece, kalp seslerinin doğum sırasında aralıklı olarak dinlenmesi
- Bütün kadınların doğum ağrısı ile başa çıkmak için farmakolojik olmayan yöntemler konusunda uzman doğum bakımı sağlayıcıları
- Her kadının rahatlığını, onurunu ve mahremiyetini destekleyen bakım
- Her kadının kültürel ihtiyaçlarına saygı gösterilmesi

Ontario'daki Ev ve Doğal Doğum Merkezleri Hakkındaki Çalışmalar

Ontario evde ve doğum merkezlerindeki doğum verileri ile yapılan retrospektif kohort çalışmaları, ev doğumunun güvenli olduğunu göstermiştir. Hutton ve arkadaşlarının 2009 yılındaki çalışması, 6692 ev doğumunu 6692 düşük riskli kadın hastanın doğum planlaması ile karşılaştıran eşleştirilmiş bir kohort çalışmasıydı. Gruplar doğurganlık durumu ve önceki sezaryen ile eşleştirildi. Planlanan ev doğumlarının %78'i evde sorunsuz şekilde gerçekleştirilirken, % 22'lik oranı bir merkeze nakil edildi, bu nakillerin % 5'lik oranı da nakil esnasında ambulans hizmeti kullandı. Ev ile normal doğum merkezlerinde gerçekleşen doğal doğumların incelendiğinde, primer sonuca baktığımız zaman; neonatal / perinatal mortalitenin bir bileşimi veya ciddi morbidite farkı olmadığı görülüyor. Ev doğum planlayan kadınların ciddi morbidite yaşamaları oranı ve ihtimali daha azdı. Evde doğum planlayan kadınların; Epizyotomi, yardımcı vajinal doğum, sezaryen, farmasötik ağrı kesiciler konusunda obstetric müdahaleler olasılığı daha azdır.

Kanada Ebe Eğitim Merkezleri

Ebeler, hamileliğin tüm aşamalarında yani doğum öncesi dönemde ve doğumdan altı hafta sonraya kadar kadınlar için birincil sağlık hizmeti sağlayıcılarıdır. Bazı eyaletler ve bölgelerde ebeler

için kontrol sistemi düzenlemiştir. Bu, doğum yaptıran ebelerin resmi eğitime sahip olması ve doğuma ilişkin ruhsat sahibi olması gerektiği anlamına gelir. Tüm ebeler klinikler, hastaneler, doğum merkezleri ve hastanın evinde doğum yaptırma yetkisine sahiptirler.

Kanada ile Eşdeğer Doğal Doğum Merkezlerini Konusunda Amerika'daki Çalışmalar

Amerika'da 84 tane doğum öncesi doğum merkezinde, emzirme ve doğum için başvuran 11,814 kadın üzerinde çalışma yapılmış ve doğumlarını veya hastaneye sevk edilmelerini ve bundan sonra en az dört hafta boyunca bebeklerin takibi sağlanmıştır. Kadınlar, gebeliğin kötü sonucu için varsayılan ortalama riskin altında kalmaktaydılar. Kadınların %70,7'sinde sadece küçük komplikasyonlar vardı veya hiç yoktu, %7,9'u doğum sırasında ya da kısa süre sonra şiddetli omurga distosisi veya ağır mekonyum gibi ciddi acil komplikasyonlara sahiptiler. Her altı kişiden biri (yüzde 15,8) hastaneye kaldırıldı; bunların yüzde 2,4'ü acil durum transferleri yaptı. Daha önce doğum yapmamış kadınların %29'u ve daha önce doğum yapmış kadınların sadece %7'si transfer edildi, ancak acil transferlerin sıklığı aynıydı. Sezaryen oranı %4,4 idi. Anne ölümleri yoktu. Genel intrapartum ve neonatal ölüm hızı 1000 doğumda 1,3 idi. Bebek ölüm hızı ve düşük Apgar skorları, düşük riskli hastane doğumları ile ilgili geniş araştırmalarda bildirilenlere benzerdi. Sonuç olarak, doğum merkezleri, özellikle daha önce çocuk sahibi olan gebeler için güvenli ve kabul edilebilir bir alternatif sunmakta ve bu bakımın nispeten daha az sezaryen ile sonuçlandığı sonucuna varılmıştır.

Kaynaklar

<http://www.birthcenters.org> (Erişim Tarihi: 10.12.2017)

<http://www.torontobirthcentre.ca> (Erişim Tarihi: 10.12.2017)

<http://bornontario.ca> (Erişim Tarihi: 10.12.2017)

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed> (Erişim Tarihi: 10.12.2017)

Ebelik eğitiminde klinik uygulama sorunları

Yrd. Doç. Dr. Asiye Ayar Kocatürk



1961 yılında Sinop, Erfelek'te doğdu. Edirne Sağlık Okulu, Zeynep Kamil Sağlık Meslek Lisesini bitirdi. Mecburi hizmetini Ağrı Cumaçay'da Köy Ebesi olarak tamamladı. 1991 yılında Gevher Nesibe Sağlık Eğitim Enstitüsünü bitirdi. Zonguldak ve Zeynep Kamil Sağlık Meslek Lisesinde meslek dersi öğretmeni olarak görev yaptı. 2000 yılında Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Eğitim Bölümünde lisansını, aynı üniversitenin Kadın Doğum Hemşireliği Ana Bilim Dalında, yüksek lisans ve doktorasını tamamladı. 2014 yılında Marmara Üniversitesi SBF Ebelik Bölümünden Emekli oldu. 2014 yılından bu yana İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümünde görev yapmaktadır.

İnsanlık tarihi kadar eski olan, sağlık sektörünün vazgeçilmez mesleklerinden biri ebeliktir. Ebelik, günümüze ulaşmaya kadar çeşitli aşamalardan geçmiştir. İlkçağlarda uygulama ile öğrenilen bir sanat iken daha sonra eğitimle elde edilen bir meslek halini almıştır. Bir ebe adayının mesleğini yapabilmesine yetki verecek belgeyi alabilmesi için teorik, laboratuvar ve klinik uygulamayı içeren kapsamlı bir eğitimden geçmesi gerekir. Birbirini tamamlayan bu unsurların öğrencinin öğrenim becerilerine ve eğitimin basamaklarına göre yapılandırılması ve izlenmesi ve ölçümlenmesi gerekir. Klinik alanların öğrenci için hazırlanması ya da öğrenci için uygun klinik seçilmesi ebelik eğitiminin önemli öğelerinden biridir. Öğrencinin teorik bilgiyi pratiğe aktarmasının en önemli yeri kliniklerdir. Bunların düzenlenmesinde dikkat edilmesi gereken kriterler ve bunların gerçekleştirilmesini zorlaştıran lokal ve genel sorunlar mevcuttur. Bu yazıda ebelik eğitimi klinik alan uygulamalarının gerçekleştirilmesinde gerekli kriterler, yaşanan güçlükler ve olası çözüm önerilerinden söz edilecektir.

1. Ebelik Eğitiminde Klinik Uygulama Alanlarının Önemi ve Yapısı

Türk Dil Kurumu "Bilgiyi" öğrenme, araştırma veya gözlem yoluyla elde edilen gerçek ve zekânın çalışması sonucu ortaya çıkan düşünce, "Uygulamayı" ise

öğrencilerin kuramsal olarak öğrendikleri bilgi, ilke ve uygulamayı derslik içinde ya da dışında doğrulanmak için yaptıkları ya da yeni bilgiler elde etikleri çalışmalarıdır diye açıklar. Ebelikte lisans eğitiminde okulun fiziksel, yönetsel ve eğitsel yapısının yeri ve önemi çok büyüktür. Ebelik bölümü öğrencisi sınıfta aldığı teorik bilgiyi beceri laboratuvarlarında pratik olarak deneyimler. Ancak bu deneyimler öğrencinin istenilen beceriyi kazanması için yeterli değildir. Öğrencinin hedeflenen beceriyi edinmesi ve davranış değişikliği geliştirebilmesi için klinik alana gereksinimi vardır. Uluslararası Ebelik Konfederasyonu (ICM)'e ebelik eğitiminde yeterli düzeyde mesleksel beceri kazandırılması için eğitimin en az %40 teori, %50 uygulama olması, kanıta dayalı yaklaşımların uygulanması, yetişkin öğrenme ilkelerine ve yeterliğe dayalı eğitim verilmesi gerektiğini belirtilmektedir. Ayrıca Yüksek Öğretim Kurulu (YÖK) Ebeliğin Avrupa Birliği üyesi ülkelerinde tanınabilmesi için öğrencilerin yapması gereken klinik uygulamalara ilişkin esasları aşağıdaki gibi sıralamıştır.

YÖK Ebelik Mezuniyet Kriterleri

1. 100 doğum öncesi muayeneye katılmak
2. En az 40 hamile kadının gözetimi ve bakımını yapmak
3. Riskli 40 hamile kadının bakımı ve gözetimini yapmak
4. En az 40 doğum yaptırmak

5. Bir ya da iki makat geliş doğuma yardım etmek
6. Epizyotomi ve dikiş atma deneyimi edinmek
7. En az 100 doğum sonrası ve normal yenidoğan muayenesi yapmak
8. Riskli yenidoğan bakımı gözetimi yapmak
9. Jinekoloji ve obstetrik alanında patolojik vakaların bakımını yapmak
10. Tıp ve cerrahide genel patolojik vakaların bakımına giriş

Ebelik öğrencilerinin uygulama alanlarının önemini, ebelik mezuniyet kriterlerini koyan YÖK de vurgulamaktadır. Sağlıklı nesillerin oluşmasında önemli bir yere sahip olan ebelerin, bilgi ve beceri yönünden istenilen düzeye ulaşmasında, eğitimin en önemli parçası olan uygulamaların önemi büyüktür. Ne yazık ki ülkemizde rol-görev karmaşası vardır. Öğrenciler ebe diploması alabilmek için 40 doğum yaptırmaları gerekirken, ebelik uygulamalarının önemli bir bölümünü birinci basamakta aile hekimleri ikinci ve üçüncü basamakta ise jinekoloji hekimleri tarafından yürütülmektedir. Bu nedenle öğrenciler uygulama alanından gerekli beceriyi elde edememektedirler.

Avrupa Birliği Ülkelerinde Ebelik Eğitimi

Avrupa Birliği (AB) 2013/55'e göre ebelik eğitiminin AB üye ülkelerinde denkliliğinin tanınması için, teori ve uygulamaya yönelik



toplamda 4.600 saatlik bir eğitim alınması ve bu eğitimin en az üçte birini klinik uygulamalardan oluşması zorunludur.

Avusturya'da Ebelik Eğitimi

Lisans eğitimi altı dönemdir ve toplamda 4.500 saatlik bir eğitimden oluşmaktadır. Bu eğitim süresinin minimum %25'i hastane veya diğer sağlık kurumlarında uygulama dersleri şeklinde gerçekleştirilmektedir. Uygulamalar küçük öğrenci grupları halinde, en fazla iki öğrenciden oluşan gruplar halinde verilmektedir. Ebelik öğrencileri en az 40 doğum, 100 gebe danışmanlığı eğitimini uyguladıktan sonra mezun olabilmektedirler.

Yeni Zelanda'da Ebelik Eğitimi

Yeni Zelanda'da ebelik eğitimi üç yıldır. Bu eğitimlerin %50'si teori ve %50'si klinik uygulamadır. Öğrenciler çeşitli ortamlarda tecrübe kazanabilmek için atanmış tecrübeli ebe ve sorumlu ebe ile birlikte çalışmaktadırlar. Ebelik öğrencisi en az 40 doğumu yaptırmak ve riskli doğumla ilgili 40 kadının bakımına katılmak zorundadır. Teorik ve uygulama becerilerini elde eden öğrencilerin ebelik lisans derecesi ile mezun olduktan sonra teorik ve pratik olarak Ulusal Ebelik Sınavı'nı geçmeleri gerekir. Sınavda başarılı olamayanlar Ebelik Konseyi Kayıtları'na giremedikleri için görev yapma izni alamazlar.

Ebelik Eğitiminde Klinik Uygulama Alanlarının Yapısı

Ebelik öğrencileri klinik uygulamalar için özel, devlet ve üniversite hastanelerine, aile ağırlığı merkezlerine teorik bilgisini uygulamaya aktarmak için giderler. Bu alanlar öğrencinin kendini tanıma, gücünü ve sınırlılıklarını fark etme ve mesleki kimliğinin geliştiği yerlerdir. Öğrenciler klinik alanlarda gebeyi tanıma, gebe muayenesi yapma ve tuşe becerilerini geliştirirler. Bu becerilerin geliştirilmesinde öğrencilere klinik eğitimsi ve klinikte bulunan ebeler, hemşireler ve diğer sağlık profesyonelleri rehberlik eder. Ülkemizde, eğitimciler dışında kalan sağlık profesyonellerinin, ebelik öğrencilerine nasıl bir rehberlik verileceğine dair yapılandırılmış eğitim mevcut değildir. Klinik profesyonellerinin rehberliği, kendi bilgi, deneyimleri, rehberlik etme istekliliği, çalışma koşullarının kuralları ve uygunluğuyla şekillenir. Ebeler için uygulama alanları mesleğin gerektirdiği teknik becerinin yanı sıra ebe adaylarının eleştirel düşünme, iletişim, problem çözme gibi profesyonellik becerilerini de geliştirdikleri alanlardır.

Uygulama ortamı, öğrencinin öğrenimini büyük ölçüde etkileme gücüne sahip fiziki, sosyal ve psikolojik öğelerden oluşur. Öğrencinin uygulama alanından olumlu etkilenmesini sağlamak için klinik öğretimin sahip olması gereken özellikler şunlardır:

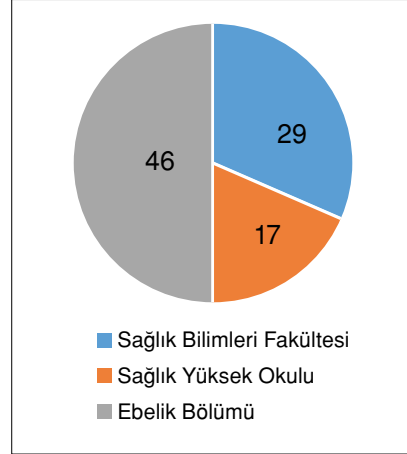
Ebelerin, bilgi ve beceri yönünden istenilen düzeye ulaşmasında, eğitimin en önemli parçası olan uygulamaların önemi büyüktür. Ne yazık ki ülkemizde rol-görev karmaşası vardır.

Öğrenciler ebe diploması alabilmek için 40 doğum yaptırmaları gerekirken, ebelik uygulamalarının önemli bir bölümünü birinci basamakta aile hekimleri ikinci ve üçüncü basamakta ise jinekoloji hekimleri tarafından yürütülmektedir. Bu nedenle öğrenciler uygulama alanından gerekli beceriyi elde edememektedirler.

Öğrencilerin eğitimleri boyunca yaşadıkları sorunların arasında uygulama alanının yetersiz olmasının %20 ile ilk sırada yer aldığı görülmektedir. Ülkemizde sağlık yüksekokulları ve fakültelere bağlı olmak üzere toplam 46 üniversitede 2015-2016 eğitim-öğretim yılı ebellek bölümü ve bu bölümlerde eğitime devam eden toplam 7.908 öğrenci bulunmaktadır. 46 ebellek bölümünün eğitim kadrosunda 168 akademisyen görev yapmakta ve öğretim üyesi başına 47,07 öğrenci düşmektedir.

- Sağlam bir teorik eğitime dayandırılmış olmalıdır.
- Ebellekte temel yeterlilik alanlarına sahip olmaları için amaçlar sık sık vurgulanmalıdır.
- Ebellek hizmetlerinin felsefesinin en büyük farkının hastalık değil, sağlığın sürdürülmesi ve geliştirilmesi olduğu vurgulanmalıdır.
- Okul- uygulama alanı işbirliğinde karşılıklı yarar ilkesini gözetmeli ve ortak hedefler üretmelidir.
- Öğrencilere klinik uygulamalarda öğrenmeleri gereken becerilerin önemli olduğuna ikna edilmelidir.
- Atılğan olmalarını, nerede ve ne zaman hayır diyeceğini bilmeleri üzerinde durulmalıdır.
- Öğrencilerin bireysel ayrıcalıklarına göre planlanmalıdır.
- Öğrencilerin ulaşım, giyinme ve yeme ihtiyaçları göz önünde bulundurulmalıdır.
- Çeşitli öğretim teknikleri özenle seçilmeli ve uygulanmalıdır.
- Öğrencilerin kendi öğrenimlerinden sorumlu olmaları desteklenmeli ve sağlanmalıdır.

Grafik: 2016-2017 Eğitim Döneminde Ebellek Bölümleri



- Öğretmem ve öğrenci ilişkileri sürekli etkileşim içinde olmalıdır.
- Öğrenci motivasyonu sürdürülmelidir.

Uygulama alanları seçilirken, öğrencide geliştirilmek istenen beceri, kazandırılmak istenen davranış göz önünde bulundurulmalıdır. Uygulama alanlarının öğrenciye kazandırılması gereken davranışları dikkate alınmadan planlarsa öğrenci sinama, yanılma ya da önündeki örnekleri taklit yolu ile öğrendiği görülmektedir. Çalışma alanı insan olan ebellek mesleğinin uygulanmasında sinama-yanılma yönteminin yeri yoktur. Taklit/rol model olarak öğrenme doğru ve yeterli örnekler mümkün olduğu sürece bir öğrenme modelidir. Öğrencinin gördüklerini eleştirel gözle değerlendirme becerisi yeterli değilse, gördükleri ya da deneyimledikleri örnekleri rehberi ile birlikte kritik edemiyorsa taklit etme kötü sonuçlanabilir. Ancak klinik alanda rehberlik edilmeyen, ya da yeterince rehberlik alamayan öğrencinin taklit ve sinama-yanılma yolu ile öğrenmesi kaçınılmazdır. Yalnız bırakılan öğrenciler taklit yoluyla öğrenir. Doğru örnekleri taklit etmedikleri eğitimciler tarafından fark edildiğinde ise olumsuz bir sonuç ortaya çıkmaktadır. Çünkü öğrenme, bireyin çevresi ile etkileşimi sürecinin bireyde kalıcı olan davranış değişikliğidir. Olumsuz çevrede olumsuz davranışlar gelişmesi beklenen bir süreçtir.

2. Klinik Uygulama Sorunları

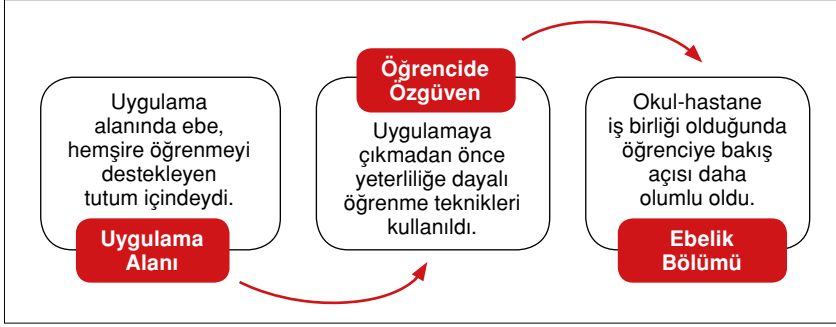
Sağlık Bakanlığı 2023 yılı için 315 bin civarında sağlık personeli sayısına ulaşmayı amaçladığı açıklaması üzerine öğrenci kontenjanlarının artırılması eğitim kalitesini olumsuz yönde etkilemiştir. İstanbul bölgesinde artan öğrenci sayılarına orantılı olarak hastane sayıları ve klinik sayısı yetersiz kalmıştır. Bir hastaneye uygulamaya kabul edilecek öğrenci sayısının sağlık personeli sayısının 1/2'sini geçmemesi

gerektiği hususu Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğünün 09.11.2015 tarih 476 sayılı yazısında belirtilmesine rağmen hastane çalışanlarının iki katı öğrenci kabul edilmektedir. Çünkü il genelinde kamu/özel/vakıf üniversite ve lise sağlık alanı öğrenci sayıları planlamaların çok üzerindedir. Öğrenciler sahayı/ klinik uygulama alanını görmeden, mezun olmamaları için klinik alanlara kabul edilmektedirler. Öğrenci fazlalığı çalışanların işlerini yapmalarını engellemekte ve hasta güvenliği tehlikeye girmektedir.

- Toplu halde aynı hastaneye öğrencilerin verilmemesi
- Öğrencilerin çok sayıda alana bölünmesi ile eğitimci eksikliği
- Alanların başka okulların öğrencileriyle paylaşılması
- Alanların fiziki kısıtlılıkları
- Öğrenci sayılarının fazlalığı
- Gece nöbetlerinin uygulamadan kaldırılması
- Uygulama alanlarının yetersizliği
- Öğrencinin devamsızlığı

Bu yazıda sayılan birçok faktör, uygulama alanlarında sorun yaratmaktadır. Artan öğrenci sayısı eğitim programlarındaki teorik derslerde çok fazla sorun olmazken uygulama alanlarında aldıkları teorik bilgiyi uygulamaya dönüştüremedikleri için ebellek öğrencileri %59,1'inin mesleklerinden soğuduklarını ifade etmişlerdir. Sahada çalışan ebellek öğrencinin öğrenmek için orada bulunduğunu bilmeli, yapacakları uygulamalarda yanlarında eğitici ve izleyici olmalıdır. Oysa yapılan araştırmalarda öğrencilerin %53'ünün uygulama alanlarında karşılaştıkları herhangi bir sorunda hemşirelerden destek görmemesi, öğretim elemanları tarafından uygulama performanslarının yeterli değerlendirilmemesi, öğrenciye yeterli zaman ayrılmaması ve öğretim elemanı sayısının yetersiz olması gibi sorunları dile getirmişlerdir. Öğrencilerin eğitimleri boyunca yaşadıkları sorunların arasında uygulama alanının yetersiz olmasının %20 ile ilk sırada yer aldığı görülmektedir. Ülkemizde sağlık yüksekokulları ve fakültelere bağlı olmak üzere toplam 46 üniversitede 2015-2016 eğitim-öğretim yılı ebellek bölümü ve bu bölümlerde eğitime devam eden toplam 7.908 öğrenci bulunmaktadır. 46 ebellek bölümünün eğitim kadrosunda 168 akademisyen görev yapmakta ve öğretim üyesi başına 47,07 öğrenci düşmektedir. Ebellek alanında yetişmiş yeterli akademisyenin olmaması, uygulama alanında öğrenciye rehberlik edecek uzman ebenin olmaması öğrenciyi sahada yalnız başına bırakmakta ve bu durum uygulama hatalarına neden olmaktadır.

Şekil: Uygulama değerlendirmesi



Ebelik Eğitiminde Klinik Uygulama Sorunlarına Çözüm Önerileri

- Uygulama Alanları ile ebelik bölümü iş birliği içinde olmalıdır.
- Öğrenci iş birliği olumludur ve motivasyonu artırır.
- Öğrenci sayılarını azaltmak için özellikle gece nöbetlerine ebe öğrencilerin kabulü sağlanmalıdır.
- Klinikte çalışan ebelerin öğrencilerin öğrenmek için orada oldukları vurgulanmalı ve öğrencilere iyi bir rol model olmaları sağlanmalıdır.
- Ebelik eğitimi veren üniversiteler yöneticileri ve hastanelerin yöneticileriyle sık sık sorunlarını görüşüldüğü toplantılar yapılması sağlanmalıdır.
- Öğrencilerin farklı illerde klinik uygulama yapması sağlanmalıdır.

Öğrencilerin uygulama alanlarından dönüşlerinde mesleklerinden hiç mutlu olmadıkları ve hastaya dokunmadan uygulamayı tamamladıkları gözlemlenmektedir. Klinik alanların sorumluluğunu alan kurumların gece nöbetlerine uygunluk vermemesi klinik alanda aynı anda birçok okul ve farklı öğrencilerin bulunmasına neden olmaktadır. Bu nedenle ebelik mesleğinin güçlenmesi için uygulama stratejileri geliştirmenin yollarını aradık. Sağlık Bilimleri Fakültesi ebelik bölümü olarak; İstanbul'da yaşadığımız sorunlardan yola çıkarak öğrencilerin klinik karar verme becerilerini geliştirmeye üzere yeni uygulama alanlarını planladık. Rektörümüz Sebahattin Aydın ve dekanımız Erdoğan Kunter'in de onayını alarak okulumuzun programında olmamasına rağmen yaz döneminde becerilerini geliştirmek üzere gönüllü olarak 18 Temmuz-4 Ağustos 2016 tarihleri arasında 50 öğrenciden 45'i ile Erzurum'a, 10 Temmuz-4 Ağustos 2017 tarihleri arasında ise 60 öğrenciden 45'i ile Şanlıurfa'ya uygulamaya gittik.

Aileler çocuklarını İstanbul dışına göndermek istemedikleri için bizi tercih etmişlerdi. Bu nedenle uygulamayı tamamen gönüllü hiçbir zorlama olmadan öğrencilerin istekleri doğrultusunda planladık. Öğrencilerimiz çok istekliydik

ailelerinden uzakta yurttan kalmayı deneyimleyeceklerdi. Aileler ise biz yanlarında olacağımız için izin konusunda hiçbir sıkıntı yaratmadılar. Ailelerden yazılı izinleri alındı. Gideceğimiz ildeki Kredi Yurtlar Kurumu, Kamu Hastaneler Birliği ve hastanelerin hemşirelik hizmetleri müdürleriyle bağlantıya geçildi. Öğrenciler biletlerini aldı. Memleketlerinden ya da İstanbul'dan toplu halde uygulama yapacağımız alanlara geldiler. Ebelik Bölümü olarak becerilerinin gelişmesi için sorunlara böyle çözüm önerisi getirdik.

Uygulama alanı, öğrenci ve ebelik bölümü uyum içinde olduğu zaman uygulama başarıya ulaşır. Bilim ve teknolojiye gelişmeler, ebelik mesleğini ebeler tarafından uygulanmasını zorlaştırmıştır. Ultrasonun doğumda kullanılmasıyla birlikte gebe takipleri doktorların tekeline geçmiş ve doğumlar medikalleşmiştir. Dünyada sağlıkla ilgilendiren değişim koşullarına uyum sağlamak için ebelik eğitiminin de değişmesi gerekmektedir. Bu nedenle bilgi ve teknolojiyi kurumuza taşıyarak ebelik bölümü uygulama merkezini açtık. Burada öğrencilerimize basit ultrason değerlendirme eğitimi başlattık. Öğrencinin güçlenmesini, kendine güvenmesini en geçerli yolu bilgi sahibi olmasıdır.

İstanbul'da bulunan dokuz ebelik bölümü ve hastanelerin doğum klinikleriyle iş birliği yaparak 26-28 Nisan 2018'de İstanbul Ebelik Günleri Kongresi'ne ev sahipliği yapacağız. Bu kongreyle amacımız uygulama alanlarında yaşadığımız sorunların çözümü için doğum klinikleri ile bütün ebelik bölümlerini bir araya getirerek çözüm oluşturmaktır.

Kaynaklar

- Dolgun G. 3. Uluslararası 4. Ulusal 21-24.09.2017 Ebelik Kongresi, Ankara
- Dünya'da Ebelik Eğitimi Selda YÖRÜK Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi 2016; 6 (1): 46-50
- Erkal S. Sağlık-Sen Hemşirelik Sempozyumu. Sağlık-Sen Yayınları – 29 2015 ANKARA
- Güler H. 21-24.09.2017 3. Uluslararası 4. Ulusal Ebelik Kongresi, Ankara. <http://www.ebko2017.org/> (Erişim Tarihi: 10.10.2017).

İstanbul'da bulunan dokuz ebelik bölümü ve hastanelerin doğum klinikleriyle iş birliği yaparak 26-28 Nisan 2018'de İstanbul Ebelik Günleri Kongresi'ne ev sahipliği yapacağız. Bu kongreyle amacımız uygulama alanlarında yaşadığımız sorunların çözümü için doğum klinikleri ile bütün ebelik bölümlerini bir araya getirerek çözüm oluşturmaktır.

<http://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/HTML/?uri=CELEX:32013L0055&from=en> (Erişim Tarihi: 10.10.2017).

<https://www.hebammenverband.de/aktuell/nachricht-detail/datum/2017/11/21/artikel/bundesdelegiertentagung-des-deutschen-hebammenverbandes-2017-in-berlin/> (Erişim Tarihi: 10.10.2017).

https://www.medizin.uni-halle.de/fileadmin/Bereichsordner/Institute/GesundheitsPflegerwissenschaften/Sonstige_Downloads/Ayerle/01_ZHWI_8_Ausgabe_Akademisierung_GA_2016.pdf (Erişim Tarihi: 10.10.2017).

<https://yokatlas.yok.gov.tr/index.php> (Erişim Tarihi: 10.10.2017).

Karaöz S. Hemşirelik Eğitiminde Klinik Değerlendirme. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi DEUHYO ED 2013, 6 (3), 149-158 <http://www.deuhyoedergi.org>. (Erişim Tarihi: 10.10.2017)

Korkmaz N. Yeni Zelanda'da Ebelik. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, Cilt:1, Sayı:2. 2008

Resmi Gazete 2008; 26775 Sayı

Resmi Gazete Tarihi: 01.07.1996 Resmi Gazete Sayısı: 22683. Lisansüstü Eğitim ve Öğretim Yönetmeliği. (Erişim Tarihi: 10.10.2017) Erişim adresi: http://www.yok.gov.tr/web/guest/icerik/-/journal_content/56_INSTANCE_rEHF8BI sfYRx/10279/17377

Saydam K. Profesyonel Bir Meslek Olarak Türkiye'de Ebelik. Sağlık ve Toplum. Tutkun Matbaası Ankara 2015.

Spiegel Online Dergisi: <http://www.spiegel.de/karriere/jobdoppel-die-hebamme-und-die-sterbebegleiterin-a-798278-4.htm>, (Erişim Tarihi: 22.11.2017).

TDK, http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_bts&arama=kelime&guid=TDK.GTS.5a0 (Erişim Tarihi: 10.11.2017).

Uyer G. Hemşirelikte Klinik Öğretim. Hatiboğlu Yayınları-Ankara, 1992.

Yılmaz T, Karanisoğlu H. Türkiye'de Ebelik Eğitiminin Güncel Durumu. 2016; 3(1):73-77.

Dünyada ebelik mesleği ve eğitimi

Doç. Dr. Sema Dereli Yılmaz



Selçuk Üniversitesi Konya Sağlık Yüksek Okulu Ebelik Bölümü'nden mezun oldu. Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsünde yüksek lisans ve İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Kadın Hastalıkları ve Doğum Hemşireliği Anabilim Dalı'nda doktora eğitimini tamamladı. Doçentliğini 2014 yılında, ebelik alanında aldı. Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü öğretim üyesi olan Yılmaz'ın cinsel sağlık, üreme sağlığı, aile planlaması, prenatal bağlanma, doğum öncesi ve sonrası dönem, infertilite ve ürener inkontinans kapsamında yayınları vardır.

Yasemin Erkal Aksoy



1989 yılında Ankara'da doğdu. 2011 yılında, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü'nde lisansını; 2014'te, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Anabilim Dalı'nda yüksek lisansını tamamladı. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Anabilim Dalı'nda doktora eğitimine devam eden Aksoy, Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü Öğretim Görevlisi'dir.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), ebeleri güçlendirmek için güncel stratejiler belirlemiştir. Ortak hedef, ebelerin nüfusun sağlık ve refahının geliştirilmesine ve sağlık eşitsizliklerinin azaltılmasına katkıda bulunmaktır (1, 2, 3). Birçok üye devlette ebelik eğitimi, ebelerin liderliğindeki hizmetler olmak üzere mesleki rollerin geliştirilmesi için çalışma yapılmıştır. Bunlar karmaşık hasta bakımının yönetimini mümkün kılmıştır. Bununla birlikte ebelerin sağlık değişikliklerine cevap vermek için rollerini ve genişletilmiş hizmetler ile ilgili çok az doküman ve ülkeler arasında büyük farklılıklar vardır. Ebelik uygulamasının gelişimi için tedavi ve bakımda kanıta dayalı bir yaklaşım çok önemlidir (4). Daha iyi sonuçların elde edilebilmesi için ebeliğin güçlendirilmesi gerektiği kabul edilmektedir. Mevcut ve ortaya çıkan halk sağlığı sorunları, sektörler arası iş birliği ve sağlık uzmanlarının çok disiplinli ekipleri arasında eş güdümlü bir yaklaşım gerektirmektedir (5). Ebeler, nitelikli ve hakkaniyete uygun hizmetlerin sağlanmasına ek olarak, halk sağlığı için gerekli olan kilit/önemli beceri ve uzmanlığa sahiptir. Sağlık sistemindeki değişiklikler nedeniyle, ebelik kapasitesini büyütme, dönüştürme ve optimize

etme çabaları her zamankinden daha önemlidir. Ebelerin görevlerinin gözden geçirilmesi ve uygulama kapsamının genişletilmesi, halk sağlığı ihtiyaçlarına daha etkili yanıt verebilmektedir. Bu durum bakım kalitesinin daha çok yükselmesine ve daha iyi sağlık sonuçlarına yol açabilmektedir. Aynı zamanda ebelerin profesyonel statüsünü ve iş doyumunu artırabilmektedir. Sağlık 2020 politika-sına göre;

- Sağlığın teşvik edilmesi
- Yaşam boyu yaklaşım ile davranış değişikliğinin teşvik edilmesi
- İnsanların güçlendirilmesi
- Sağlıklı yaşlanmanın teşvik edilmesi
- Kronik sorunların ve uzun süreli bakımının yönetilmesi
- Kanıta dayalı ve güvenli uygulamaların uygulanması, konularında ebeler kilit bir rol oynayabilmektedirler (3).

Ebeliğin kapasitesinin geliştirilmesi, Sağlık 2020'nin iki ana stratejik hedefine yardımcı olacaktır: Herkes için sağlığın geliştirilmesi, sağlık eşitsizliklerinin azaltılmasına çalışmaktır. Dünyada ebelik mesleğinin farklı uygulamaları mevcuttur. Örneğin bazı ülkelerde ebeler gerekli ilaçları reçete edebilmektedirler. Ebelik mesleği ve eğitimi hakkında

Hollanda, Finlandiya, İrlanda, Birleşik Krallık, İzlanda ve Türkiye örneklerini inceleyeceğiz.

Hollanda Sağlık Sistemi

Hollanda sağlık sistemi oldukça gelişmiş birinci basamak sağlık hizmetine sahiptir. Birinci basamakta aile hekimleri, ebeler, fizyoterapistler, eczacılar, dişçiler, sosyal çalışmacılar, uygulama hemşiresi ve evde bakım sunucuları hastaların ikinci ve üçüncü basamağa sevinde görev alırlar. Hollanda'da birinci basamak hizmetlerde görevli, önemli profesyoneller ebelerdir. Ebeler, düşük riskli gebeler için özelleşmiş uzmanlardır. Bir gebe, gebelik testi yaptıktan sonra aile hekimine başvurmadan kendisine en yakın ebe ofisine giderek kaydını yaptırabilmektedir. Hollanda, kadınların doğumlarını evde ya da hastanede yapmak konusunda özgür oldukları tek Batı Avrupa ülkesidir. Görev dağılımının net olması, risk seçimi ve farklı tabakalar arasında karşılıklı iş birliği Hollanda sağlık sisteminin gücünü artırmaktadır (6, 7). Hollanda'da birinci basamakta ebe, bağımsız medikal profesyoneldir ve sağlıklı gebeliği olan (düşük riskli) kadınlar için gebelik, doğum ve doğum sonrası sekiz hafta boyunca bakım sağlar, ayrıca eylem ve kararlarında özerktir.

Ebe, normal gebe izlemleri sırasında bir komplikasyon tespit ettiğinde ikinci ya da üçüncü basamak hastanelerde jinekologa danışabilmekte ve gerekirse hastaneye sevk edebilmektedir (7, 8).

Hollanda'da Ebelik

Hollanda'da ebelik bölümü öğrencileri okulu tamamladıktan sonra hangi alanda çalışacaklarına kendileri karar vermektedir. Çoğu ebe, kariyerine vekil ebe olarak başlamaktadır. Vekil ebelik, birinci basamakta topluma dayalı hizmet veren ebe ofisinde yapılmaktadır. Klinik ebeliği için ikinci basamağa geçilebilmekte veya birinci basamakta devam edilebilmektedir. Birinci basamakta çeşitli kariyer değişiklikleri yapmak mümkündür. Örneğin ultrason operatörü, prenatal tarama görevlisi veya prekonsepsiyonel danışman gibi görevlerde de yoğunlaşabilir. Ayrıca ebe, intrapartum bakım vermeyip prenatal ya da postnatal hizmetlerde çalışabilmektedir. Aynı zamanda birinci basamağı bırakmak suretiyle akademik alanda araştırmacı ya da öğretim görevlisi olarak çalışabilmektedir (8). Hollanda'da ebelik, toplum ebeliği pratiğine dayalıdır. Toplum ebeleri, birinci basamak bakımında çalışan bağımsız medikal profesyonellerdir.



Hollanda'da Ebelik Eğitimi

Hollanda eğitim sistemi; öğrencilerin yetenek, zekâ ve öğrenme düzeylerinin uygun şekilde yönlendirildiği güçlü bir ortaöğretim sistemine dayalıdır. Ortaöğretim; genel eğitim ve mesleki eğitim olmak üzere iki temel öğrenim alanına ayrılır. Genel eğitim; "Yükseköğrenime Hazırlayan Genel Ortaöğretim" ve "Yüksek Genel Ortaöğretim" olmak üzere iki şekildedir. Hollanda'da yükseköğrenim ise üniversitelerde verilen akademik yükseköğretim ile üniversite kapsamına girmeyen meslek yüksekokullarında verilen mesleki yükseköğretim ve açık üniversite tarafından yürütülen uzaktan yükseköğretim şeklinde yürütülmektedir (7, 9). Yükseköğrenimde Ebelik Bölümü'ne müracaat için fen branşında yüksek genel ortaöğretim mezuniyeti şartı aranmaktadır. Ebelik bölümü için başvuran öğrenciler, en iyi adayların seçildiği geniş bir değerlendirmeden geçmektedir. Öğrenci ilkönce yazılı müracaatta bulunmaktadır. Yazılı müracaattan sonra kura çekilişi ve ardından mülakat için davet edilmektedir. Mülakattan sonra başvuru yapan öğrencinin neden ebe olmak istediğine dair bir başvuru mektubu yazması istenmektedir. Başvuru mektubu yeterli bulunan belirli sayıda kişiler ebelik bölümüne kabul edilmektedir. Hollanda'da Amsterdam, Rotterdam ve Maastricht olmak üzere üç şehirde ebelik okulu bulunmaktadır (9, 10).

Finlandiya'da Ebelik

Finlandiya'da bir ebe, eğitilmiş ve kayıtlı bir sağlık mesleği mensubu olup, doğum kliniklerinde (temel sağlık) doğum öncesi ve doğum sonrası bakım hizmeti vermektedir. Hastanelerde doğum öncesi, doğum sonrası ve doğum sonrası bakım hizmeti vermektedir. Kısaca, ebe faaliyetleri antenatal sınıflar, doğum öncesi kontroller, normal doğum (epizyotomi ve sütür dahil), anormallik durumunda yardım, doğum sonrası ev ziyaretleri, ebeveyn eğitimi (örneğin emzirme, ebeveynlik becerileri) oluşmaktadır.

Birinci basamakta, ebe bağımsız olarak gebelik başına 16,6 antenatal kontrol gerçekleştirmekte ondan sonra, kadını bir antenatal kliniğin genel pratisyen veya jinekologuna yönlendirmektedir. Ebe ayrıca doğum öncesi ve doğuma hazırlık sınıflarında hizmet vermektedir. Doğumlar yalnızca hastanede yapıldığı için birinci basamakta çalışan ebeler doğumları yürütmemektedir. Doğum sonrası evrede anne veya bebeği kontrol etmek için ebe bir ya da iki ev ziyareti yapmaktadır. Sekonder bakımda, ebe antenatal kliniklerdeki tıbbi uzmanlara yardımcı olmakta, diyabet ve bağımlılar için özel klinikler açmaktadır. Ayrıca Antenatal servislerdeki tüm ebelik görevlerini üstlenmekte ve ultrason ile görüntüleme yapmaktadır. Doğum

Hollanda'da ebelik bölümü öğrencileri okulu tamamladıktan sonra hangi alanda çalışacaklarına kendileri karar vermektedir. Çoğu ebe, kariyerine vekil ebe olarak başlamaktadır. Vekil ebelik, birinci basamakta topluma dayalı hizmet veren ebe ofisinde yapılmaktadır. Klinik ebeliği için ikinci basamağa geçilebilmekte veya birinci basamakta devam edilebilmektedir.

Türkiye’de Aile Sağlığı Elemanı (ASE) olarak sağlık personelinin adlandırılması mesleklerin vasıfsızlaştırılması, isimlerinin kullanılmaması meslekleri yok etmektedir. Sağlık Bakanlığı meslek gruplarına özgü tanımlamalar yapmalıdır. “Aile Sağlığı Ebeliği” modeli kullanılmalı, ebeler halk sağlığında görevlendirilmeli, her aileye bir ebe tahsis edilmelidir.

öncesi bakım her zaman bir hastanede yapılmakta, ebe normal doğumlarda bulunmaktadır. Narkotik olmayan ağrı kesici, epiyotomi ve sütur uygulamasına izin verilmektedir. Bir anormallik varsa, ebe jinekologa yardımcı olmakta, direkt tıbbi gözetim altında bakım sağlamaktadır. Doğum sonrası dönemde, hastanedeki ebe, ana-bebeğin bakımı ve refahından sorumludur. Anne sütü ve ebeveynlik becerileri ile ilgili eğitim ve destek vermektedir. Bir hastanede doğum yapmaktan başka seçenek yoktur. Kayıtlı ebelerin yaklaşık 25’i erkektir (11, 12). Çoğu ebe (%99,9) kamu sektöründe istihdam edilmektedir. Bu sektör, hastaneler ve toplum sağlığı merkezlerinde bulunan doğum kliniklerinden oluşmaktadır. Özel sektörde çalışan küçük bir ebeler grubu (yaklaşık %1) vardır (11, 12).

Finlandiya’da Ebelik Eğitimi

Ebelik üç yıllık hemşirelik eğitiminden sonra 1,5 yıl süren bir eğitimidir. Hemşirelik kursuna kabul edilebilmek için yeterlilik sınavından geçmeli ya da aynı alanda lise veya yüksekokul diplomasına sahip olmalıdırlar. Ayrıca öğrencilerin sağlıklı olmaları ve kayıt işleminden önce yetenek testini geçmeleri gerekir. Öğrenciler ebe olarak nitelendirilmektedir. Birinci ve ikinci basamakta çalışabilmektedirler (11).

İrlanda’da Ebelik

İrlanda, ICM/FIGO/WHO (1992) yılında yapılan ebe tanımı ve belirtilen faaliyetleri kabul etmiştir. İrlanda’da bir

ebe normal bir gebelik yaşayan kadının sorumluluğunu alıp bağımsız doğumunu yaptırabilmektedir. Yüksek riskli kadınlara özenle yardımcı olabilmektedir. Bu gibi durumlarda, ebe jinekolog ile sorumluluğu paylaşmaktadır. İrlanda ebe de ebeveyn eğitimi vermektedir. Kadın, ilk antenatal muayene için pratisyen hekime gidebilmektedir. Çoğu kadın birinci basamak sağlık hizmeti sunucusu olarak bir doğum uzmanı seçmektedir. 1960’lı yıllardan beri, ebeler bakımı daha “tıbbi hale getirilmiştir.” Bu nedenle ebeler, hastane-ebesi ve obstetrik hemşireleri haline gelmiştir. Doğumevlerinde düşük riskli kadınlara hizmet veren ebelerin klinikleri vardır. Doğumda jinekologlar her zaman bulunmaz. Arka planda kalırlar. Eğer problem varsa ebe doktorla iletişim kurar. Onu asiste eder. Ebe kendi performansından sorumludur. İrlanda’da tüm doğumların %99,6’sı hastanede gerçekleşmektedir.

İrlanda’da Ebelik Eğitimi

Bir ebeler eğitimine kayıt olmak için öğrencinin genel hemşire olması ve mezuniyet sonrası deneyim kazanmış olması gerekir. Ebelik eğitimi iki yıldır. Ebelik rehberi, Avrupa Birliği direktiflerine uygundur. Eğitimden hastane ve üniversite sorumludur (12).

Birleşik Krallıkta Ebelik

İngiltere’de, bir ebe, normal gebelik yaşayan ve doğum yapan bir kadının bağımsız olarak sorumluluğunu alabilmektedir. Buna ek olarak, doğumda sorunlar olsa da bir ebe her zaman vardır. Ebe bir anormallik durumunda sorumlu olacak olayı yönetebilecek bir jinekologa (Birleşik Krallık’ta doğum uzmanı olarak bilinir) başvurur. Ebe ve kayıtlı tıp pratisyeninin sorumlulukları birbiriyle ilişkili ve tamamlayıcıdır. Her pratisyen kendi uygulamasından sorumludur. Bir kadın gebe olduğunu düşünürse, ilk etapta ebe ya da genel pratisyene gidebilmektedir. Eğer kadın ebeler bakımı seçerse, sorun çıkıp jinekologa sevk edilene kadar ebeğin bakımı altında kalabilmektedir. Önce bir genel pratisyene giderse, onu ebeye veya bir jinekologa sevk edecektir. Bu nedenle jinekolog sadece anormallik vakalarına değil aynı zamanda ebeler bakımının birincil bakım sağlayıcısı olabilmektedir. Bununla birlikte, jinekologların komplikasyonları olan kadınların bakımına konsantre olma eğilimi artmaktadır. Ebelik sistemi, gebelik ve doğum hakkındaki genel görüşe uygundur. Toplum bu süreci yalnızca doğal değil aynı zamanda potansiyel risk olarak görmektedir. Kadın jinekologun yanı sıra ebeye de gidebilmektedir. Ebeler, gebelik ve doğumu doğal bir süreç olarak görmekte ancak esas olarak tıbbi ortamlarda çalışmaktadırlar. Bir ebe

doğum sorunlu bile olsa her zaman doğumda bulunmaktadır. Zor doğumlardan jinekolog sorumludur. Ebe jinekologun yanında kadınla ilgilenmeye devam eder. Ebeveynler hastanede, evde veya bir doğum merkezinde doğum yapmayı seçebilmektedirler. Ancak ebeveynler kararlarını oturtabilecekleri yeterli bilgiye sahip değildirler (13).

Birleşik Krallık’ta Ebelik Eğitimi

Ebelik öğrencisi olmak için en az 17,5 yaşında olmak ve İngilizce ve Galce dahil olmak üzere beklenen eğitim niteliklerine sahip olması gerekmektedir. Tüm eğitimler üniversite tabanlıdır ve üniversite tarafından talep edilen eğitim gereksinimleri temel profesyonel eğitime giriş şartlarından daha yüksektir. Bir ebeler eğitimi en az üç yıldan ve her yıl 45 programlı haftadan oluşmaktadır (13).

İzlanda’da Ebelik

İzlanda, *Organization for Economic Cooperation and Development* (OECD) ülkeleri arasında en düşük sezaryen oranına ve dünyada en yüksek emzirme oranına sahiptir. Evde doğumların yaklaşık %70 olduğu (1950-1960 yılları arasında) zamanlardan beri tıbbi tedavinin artmasına rağmen, evde doğumlar sürekli artmaktadır. Buna rağmen doğumlar çoğunlukla hastanede gerçekleşmektedir. Doğum salonlarında kadınları ebeler karşılamakta, bir sorun olduğunda doktora haber verilmektedir. Doğumdan sonraki gün kadınlar taburcu edilmektedir. Ancak ebeler doğumu doğal bir süreç olarak görmektedirler. Bu ideolojiye göre planlanan ev doğumları komplike olmayan gebelikler, sağlıklı kadınlar için bir seçenek olarak görülmemektedir. Evde doğum hakkı kadınlara sunulmakta ancak evlerinin hastaneden 20 km uzaklıktan fazla olmaması ve mutlaka doğumda iki ebe olması ve hastaneye bildirilmesi gerekmektedir (14, 15). İzlanda’nın maternal ve neonatal ölüm hızı dünyadaki en düşük oranlar arasında yer almaktadır (16).

İzlanda’da Ebelik Eğitimi

İzlanda’da ebeler eğitimi ilk 1761 yılında resmi olarak başlamıştır ve ebeler “*Mothers of Light* /Işık Anneleri” olarak bilinmektedirler. İzlanda’daki ebe, gebelik, doğum ve doğum sonrası birincil bakıcı olarak yerini korumuştur. Diğer Batı ülkelerindeki ebelere kıyasla, İzlandalı ebeler iyi eğitim almışlardır: hemşirelik alanında dört yıl, ek olarak ebeler bölümünde iki yıllık klinik yüksek lisans düzeyinde eğitime sahiptir ve aday derecesi ile ebe olarak pratik yapma lisansı elde edilmektedir (17). Artan sayıda ebeler, ebeler alanında yüksek

lisansın üstü akademik eğitime devam etmektedir. Yeterli klinik deneyime sahip yüksek lisans dereceli ebe klinikte uzman ebe olarak belgelendirilmektedir (18).

Türkiye’de Ebelik

Türkiye’de Ebeler Derneğinin geliştirdiği “Ebelik Bakım Modeli; gebelik ve doğumun normal, fizyolojik bir süreç olduğu düşüncesinden temel alır. Kadın ve ailesinin fiziksel, psikososyal, spiritüel ve sosyal iyilik halini, doğum süreci aracılığıyla değerlendirir ve kadına gebelik, doğum ve doğum sonrası dönemde eğitim, danışmanlık ve bakım verir. Kadını tüm yaşamı boyunca (özellikle gebelik, doğum ve doğum sonrası dönemde) sürekli olarak destekler. Gebelik, doğum ve doğum sonrası dönemde uygulanan teknolojik girişimleri mümkün olan en az seviyeye indirir. Obstetrik ya da diğer konularda acil durumları tanımlayarak, gerekli girişim ve yönlendirmeyi yapar. Bu bakım modeli kadın ve aile merkezlidir. Bütüncüldür, kanıt temelli ve bireyselleştirilmiştir. Kültürel farklılıklara saygı duyar” şeklinde tanımlanmıştır (19). Ebeler prekonsepsiyonel bakım ve doğum öncesi bakım vermede birinci basamakta görevli personeldir. Sağlık bakanlığı rehberlerle bakım planlamasını yapmıştır. Türkiye’de doğumlar hastane ortamında yapıldığı için ebeler doğumlara aktif katılmaktadır. Doğumevlerinde doğumlara ebeler katılırken, asistan doktorun olduğu yerlerde sadece bakım vermesi istenmektedir. Ebeler doğum sonu bakımında hastaneden taburcu olana kadar serviste hizmet vermektedir. Birinci basamakta ise izlem protokolü doğrultusunda ebeler lohusaları merkeze çağırarak kontrollerini yapmaktadır. Aile hekimliği sisteminde ev ziyaretleri sadece merkeze gelemeyen bireylere yapılmaktadır. Bu durum gebe, lohusa ve bebek izlemlerinin ev ortamında yapılmasına engel olmaktadır.

Türkiye’de Ebelik Eğitimi

Türkiye’de ebelik eğitimi, sağlık hizmetlerinin örgütlenmesinde yaşanan gelişmeler, toplumun sağlık sorunlarının çözümü için planlanan politikalar çerçevesinde şekillenmiştir. Günümüzde 12 yıl temel eğitim sonrası 4 yıllık ebelik lisans programı düzeyinde verilmektedir (20). Türkiye’de ebelik eğitimi 46 üniversitede (kamu ve özel) verilmekte yaklaşık her sene her üniversite bölüme en az 30 en çok 100 öğrenci kabul etmektedir (21).

Ebelik Hizmetleri Açısından Görevleri ve Öneriler

Birinci basamakta ebelik hizmetleri ayrı bir grup içerisinde verilmeli her aileye bakım veren bir ebe olmalıdır. Konsep-

siyon öncesi, doğum öncesi, doğum ve doğum sonrası süreçlerde her kadının ebelik hizmetlerine gereksinimi vardır. Ebeler halk sağlığı alanına giren birçok konuda görevlendirilmelidir. Ebelerin uzmanlık alanları ayrılmalıdır. Sekreterlik yapmak yerine eğitici, destekleyici ve teşvik edici rolleri ön plana çıkarılmalıdır. Görev tanımları yasal mevzuatta belirgin bir şekilde çizilmeli, belirsizlikler ortadan kaldırılmalıdır. DSÖ’nün hedefleri doğrultusunda ebeler güçlendirilmeli ve potansiyel güçlerini kullanmalarına fırsat verilmelidir. Türkiye’de Aile Sağlığı Elemanı (ASE) olarak sağlık personelinin adlandırılması mesleklerin vasıfsızlaştırılması, isimlerinin kullanılmaması meslekleri yok etmektedir. Sağlık Bakanlığı meslek gruplarına özgü tanımlamalar yapmalıdır. “Aile Sağlığı Ebeliği” modeli kullanılmalı, ebeler halk sağlığında görevlendirilmeli, her aileye bir ebe tahsis edilmelidir. Tüm bunların uygulanabilmesi için birinci basamakta ebe sayısının artırılması, ebelerin bağımsız aile sağlığı elemanı olarak görev yapması, riskli durumları belirlemesi, aile hekimi ile koordineli çalışması gerekmektedir (22, 23). İkinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerinin sunumunda ebeler aktif rol almalıdır. Riskli durumları tespit etmeli ve hekime danışmalıdır. Doğumlarda kadının en yakın destekçisi ebelerdir. Ebelerin iş doyumunun artması için mesleğe gereken önemin verilmesi, yıpranma payının getirilmesi gerekmektedir.

Kaynaklar

- 1) *Strategic Directions for Strengthening Nursing and Midwifery Services 2002–2008*. Geneva, World Health Organization, 2002. http://www.who.int/hrh/nursing_midwifery/strategic_directions/en/ (Erişim Tarihi: 02.11.2017).
- 2) *Strategic Directions for Strengthening Nursing and Midwifery Services 2011–2015*. Geneva, World Health Organization, 2010. http://whqlibdoc.who.int/hq/2010/WHO_HRH_HPN_10.1_eng.pdf (Erişim Tarihi: 02.11.2017).
- 3) *Strengthening Nursing and Midwifery Services: European Strategic Directions Towards Health 2020*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, in press.
- 4) Banta HD et al. *Handbook for Evidence-based Working and Case Study Writing*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2006.
- 5) *Health 2020. A European Policy Framework and Strategy for the 21st Century*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2013 http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/199532/Health2020-Long.pdf (Erişim Tarihi: 02.11.2017).
- 6) Schäfer W, Kroneman M, Boerma W, Van Den Berg M, Westert G, Deville W, Van Ginneken E. (2010). “The Netherlands: Health System Review” *Health Systems In Transition*, 12(1):1-229.
- 7) Okumuş F. (2016). *Ebeler Liderliğinde Doğum Bakım Modeli Hollanda Örneği*. Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları ve Anne Çocuk Sağlığı Dergisi, (7):120-141.
- 8) Warmelink JC, Wieggers TA, De Cock TP, Spelten ER, Hutton EK. (2015). *Career Plans of Primary Care*

Midwives in the Netherlands and Their Intentions to Leave The Current Job. Hum Resour Health, 13(29):1-10.

9) Canatan K, Yükselen A, Serbest F, Okumuş F. (2015). 2014 Yılı Hollanda İnsan Hakları Raporu. *İslamofobi Ve Entegrasyon Arasında Azınlıklar*. İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi, ss.12-20.

10) KNOV (2015). *The Royal Dutch Organisation of Midwives (KNOV) 2014” Midwifery in The Netherlands*. <https://www.knov.nl/samenwerken/tekstpagina/489-2/midwifery-in-the-netherlands/hoofdstuk/463/midwifery-in-the-netherlands/> (Erişim Tarihi: 02.11.2017).

11) Råholm MB, Hedegaard BL, Løfmark A, Slettebø Å. (2010). *Nursing Education in Denmark, Finland, Norway and Sweden—from Bachelor’s Degree to PhD*. *Journal of Advanced Nursing*, 66(9), 2126-37.

12) Emons J, Luiten M. (2001) *Midwifery in Europe. An inventory in fifteen EU-member States*. Deloitte & Touche. The Netherlands.

13) UKCC. (1998). *Standards for Specialist Education and Practice*. United Kingdom Central Council for Nursing, Midwifery and Health Visiting. London.

14) Paine LL, Palsdottir B. (1987). *An American Look At Midwifery In Iceland* *Journal of Nurse-Midwifery*, 32(5):319-22.

15) *Icelandic Midwives’ Association*. (2000). *Hugmyndafraedi og stefna [Ideology and Policy] [pamphlet]*. Reykjavik, Iceland: Icelandic Midwives’ Association. Icelandic.

16) World Health Organization. (2015). *Maternal Mortality: Data by Country*. <http://apps.who.int/gho/data/node.main.15> (Erişim Tarihi: 02.11.2017).

17) Sveinsdóttir H. (2016) *Planned Home Births in Iceland: Premise, Outcome, and Influential Factors*. University of Iceland School of Health Sciences Faculty of Nursing. Doktora Tezi.

18) Ministry of Welfare. (2012). *Reglugerð Um Menn-tun, Rettindi Og Skyldur Ljosmaedra Og Skilyrði Til Ad Hjota Starfsleyfi Og Serfraedileyfi [Regulation on the Education, Rights and Obligations of Midwives and Criteria for Granting of Licences and Specialist Licences]*. Reykjavik, Iceland: Ministry of Welfare. Icelandic.

19) *Ebeler Derneği Resmi Web Sayfası*. Ebeler Mesleğinin Tanımı, Görev Yetki, Sorumlulukları ve Çalışma Alanları, Tarih: 14.01.2011, Sayı: 01.

20) *Türk Ebeler Derneği*. Anasayfa Dernekten Haberler. Ulusal Ebeler Müfredat Çalıştayı Toplandı. URL: http://www.turkebelerdernegi.com/index.php?option=com_content&task=view&id=230&Itemid=113 (Erişim Tarihi: 02.11.2017).

21) T.C. Sağlık Bakanlığı. *Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü. Sağlık İstatistikleri Yıllığı* Ankara, 2014.

22) McNeil J, Doran J, Lynn F, Anderson G, Alderdice F. *Public Health Education for Midwives and Midwifery Students: A Mixed Methods Study*. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2012; 12 (142):1-9.

23) Biro MA. *What Has Public Health got to do With Midwifery? Midwives’ Role in Securing Better Health Outcomes for Mothers and Babies*. *Women and Birth*. 2011; 24: 17-23.

Gebelik takibi ve sağlıklı gebelik

Yrd. Doç. Dr. Sevil Şahin



Sakarya Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu'ndan 2000 yılında mezun oldu. 2005 yılında Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliğinde Bilim Uzmanı, 2011 yılında doktor unvanını aldı. 2000-2013 yılları arasında Sakarya Üniversitesinde öğretim görevlisi olarak çalıştı. 2013 yılından itibaren Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesinde Öğretim Üyesi olarak görev yapmaktadır.

Gebelik takibi; anne adayının gebelik dönemi boyunca ve devam eden süreçte karşılaşılabileceği risklere göre, bebeğin gelişiminin takip edilmesini ve gebelik dönemi boyunca geçecek sürenin sağlıklı bir şekilde geçirilmesini sağlamak amacı ile yapılmaktadır. Gebelik takibinin önemi (1);

- 1) Anne ve bebeğin sağlık taramaları ayrıntılı olarak yapılmaktadır.
- 2) Bebeğin sağlık durumunun ve gelişiminin kontrol edilmesini ve gebeliğin kaçınıcı haftada olduğunun tespitini sağlamaktadır.
- 3) Gebelik döneminde gebeliğe bağlı oluşabilecek riskler konusunda yapılması gerekenler hakkında bilgi edinilmesini sağlamaktadır.
- 4) Anne adayında gebelik dönemini olumsuz etkileyecek herhangi bir rahatsızlık varsa bunların belirlenmesi ve gereken önlemlerin alınmasını sağlamaktadır.
- 5) Anne ve bebek için uygun olan doğum yöntemleri hakkında bilgi verilmekte ve anne adayının ortalama olarak ne zaman doğum yapacağı tespit edilmektedir.
- 6) Anne adayının gebelik ile ilgili gerekli bilgileri edinmesini sağlamaktadır.
- 7) Anne adayında gebelik bilinci oluşmasını sağlamaktadır.
- 8) Herhangi bir erken doğum riski ile karşılaşma durumunda gerekli işlemlerin yapılmasını sağlamaktadır (2,3).

Doğum Öncesi Bakım Hizmetleri

Doğum öncesi bakım (DÖB); kadının

gebe kalmasından doğuma kadar geçen sürede anneyi, gebeliği ve bebeği riske sokabilecek sağlık sorunları olup olmadığını belirlemeye ve varsa uygun çözümlerini sunmayı hedefleyen sağlık hizmetleridir (4,5). DÖB genelde gebe kadının gebelik dönemi boyunca sağlığının korunması ve bu süreci sağlıklı geçirmesi, akabinde sağlıklı bebekler doğmasını amaçlamaktadır. DÖB'ın özel amaçları ise annede gebelikten önce var olan hastalıkları tespit etmek, gebelik komplikasyonu olarak ortaya çıkabilecek hastalıkların erken tanı ve tedavisini gerçekleştirmek, sağlık durumu gerekli kılıyorsa sağlık kuruluşuna sevkini sağlamak, riskli gebelikleri saptamak, doğacak olan bebeği intrauterin izlemek, anneyi tetanosa karşı bağışıklamak, doğumun nerede, nasıl ve hangi sağlık personeli tarafından yapılacağına karar vermek, annenin beslenmesi, gebelik döneminde hijyeninin nasıl sağlanacağına anlatılması, doğum eyleminin nasıl gerçekleşeceği ve doğum sonrası bakımda dikkat edilecek hususlar hakkında, doğum sonrası bebek bakımı ve çiftlerin uygulayabileceği gebelikten korunma yöntemleri konusunda eğitim vermektir (6,7).

Doğum öncesi eğitim erken dönemde başlatılırsa anne ve bebek ölümlerinin azalması sağlanacaktır. Gebelikten önce riskler saptanmazsa sakatlıkların ve etkilenmelerin önlenmesi için geç kalınmakta, müdahale fırsatları kaçırılmaktadır. Gebelik öncesinde müdahale edildiği takdirde (gebelikteki müdahalelere kıyasla) kronik hastalıkların, kötü alışkanlıkların ve enfeksiyonların yarattığı olumsuzluklar büyük oranda azalmaktadır (8). 2007 yılında yapılan

araştırmaya göre, anne ölümlerinin %79'u "doğrudan nedenler"den kaynaklanmıştır. Bu araştırmaya göre anne ölümlerine sebep olan faktörler arasında kanamalar %25, preeklampsi/eklampsi %18, enfeksiyonlar %5, intihar %3 oranında bulunmuştur (9). Sağlık Bakanlığı, gebe muayenelerinde standardı sağlamak ve DÖB'ün daha nitelikli yapılması için "Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi" hazırlamış ve deklare etmiştir. Hazırlanan bu rehberde her gebenin 14 hafta içinde, 18-24, 30-32 ve 36-38 haftalar arasında olmak üzere dört kez doğum öncesi bakım alması gerektiği, yapılan takiplerde ise gerekli olan rutin muayenelerin, testlerin ve danışmanlık hizmetlerinin yapılması gerektiği tanımlanmıştır (10). Türkiye'de gebe bakımında ve izleminde birinci basamak sağlık çalışanları uzun süredir önemli bir sorumluluk üstlenmişlerdir. 2010 yılı itibarıyla ülke çapında geçişin tamamlandığı aile hekimliği uygulamasında da her gebeden sorumlu bir doktor ve bir ebe bulunmaktadır (1). Birinci basamakta nitelikli gebe takibinde (10):

- Hastalık taraması yapılması varsa mevcut hastalıkların tespiti,
- Sağlığın iyileştirilmesi ve danışmanlık hizmetinin verilmesi,
- Doğuma hazırlık sürecinin oluşturulması,
- Komplikasyonlara karşı hazırlık, sayılabilir.

Türkiye'de Gebe Takip Uygulaması

Sağlık Bakanlığının gebe takip çizelgesi şöyledir (11):

Tablo 1: Gebe Takip Çizelgesi

İlk Ziyaret (Gebeliğin ilk 14 Haftası)	İlk izlem 14. haftadan sonra yapılmaktadır. Öncelikle soy geçmiş ve geçirilmiş hastalıkların tespiti, gebe kadının fiziksel muayenesi ve gerekli olan testler, anemi varsa ilaç takviyesi yapılır ve gebelik konusunda bilgilendirme yapılır.
18 ile 24 Hafta Arası	Birinci izlemde kayıt edilen Kişisel Bilgileri, Soy Geçmişi, Alishkanlıkları, Tıbbi, Obstetrik ve Mevcut Gebelik Öyküsü gözden geçirilir. Fiziksel muayene, laboratuvar testleri, gebeye verilecek ilaç desteği, bilgilendirme ve danışmanlık hizmetlerini içerir.
28 ile 32 Hafta Arası	Gebelik öyküsünün alınması, fiziksel muayene, laboratuvar testleri, ilaç desteği ve bağışıklama konusunda bilgi verilmesi, yapılan hizmetin kayıt altına alınmasını içerir.
36 ile 38 Hafta Arası	Üçüncü izlemde bu yana gelişen gebelik yakınmalarının olup olmadığı sorgulanır. (Bacaklarda kramp gibi) Fiziksel muayenede ödem kontrolü, meme kontrolü, obstetrik değerlendirme amaçlı vajinal kontrol yapılır. İdrar tahlili ve kanda hemoglobin bakılır. Gerekli ise demir desteğine başlanır.

Türkiye’de Gebe Takip Uygulaması Sağlık Bakanlığı Protokolü

“Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Yönergenin Kadın Sağlığı Hizmetleri başlıklı 179. maddesi, sağlık kurumuna başvuran gebe ve lohusa kadınlara, Sağlık Bakanlığının belirlediği standartlara uygun hizmet verilmesini öngörmektedir. Bu standartlar çerçevesinde” (12);

- 1) Riskli gebeliklerin tespit edilmesi ve bu konuda bakanlıkça belirlenen gerekli tedbirlerin alınması,
- 2) Anne adaylarına gerekli ve yeterli bilgi, eğitim ve danışmanlık hizmeti verme,
- 3) Anne ve çocuk sağlığı konusunda bilgi verme, bağışıklama konusunda bilgi verme.

Doğum öncesi bakım alan kadınların oranı 2003 yılında %80,9 seviyesinde olup 2013 yılında %98,2 olmuş ve 2016 yılında bu oran %98,5’lere yükselmeye devam etmiştir. 10 yıl süresince doğum öncesi bakım alan kadınların oranı giderek artmıştır (11).

Doğum Öncesi Dönemde Eğitim Almanın Önemi

Gebelikte gelişen doğal süreçte anne adayının vücudunda birtakım değişiklikler meydana gelmektedir. Anne adayının bu süreçte oluşabilecek değişiklikler konusunda ve gebelik boyunca rutin yapılması gerekli testler ve takipler hakkında bilgi sahibi olması gereklidir. Gebelik seyri boyunca hangi ayda hangi testlerin yapılacağı kontrole gidilme sıklığı hakkında bilgi verilmelidir (11). Gebelik döneminde başlıca anne ölüm nedenleri arasında kanama, enfeksiyon ve toksemi olup bunların altında da aşırı doğurganlık, doğum öncesi bakım (DÖB) ve beslenme yetersizliği, sağlık hizmetlerinden yeterince yararlanamama gibi önlenabilir nedenler sayılabilir (2,5). Önceki yıllarda kadınlar doğum öncesi dönem hakkında bilgi edinme kaynağı

olarak yakın çevresini kullanıyor, normal doğumlar çoğunlukla evde ebe tarafından yaptırılıyordu. Zamanın ve teknolojinin ilerlemesiyle toplumların bilinçlenmesiyle artık doğumlar evlerden sağlık kuruluşlarına yani hastaneye taşındı (13). Perinatoloji alanında çalışan hemşirelerin gebe ve ailesine eğitim vermesi ailenin gebelik ve doğacak bebekleri hakkında bilgi sahibi olmasını ve gebelik sürecini rahat geçirmesini sağlayacaktır. Anne ve çocuk sağlığı kapsamında koruyucu sağlık hizmetlerinin çalışması ve danışmanlık hizmetleri gebe kadının eğitimi açısından önemlidir (14).

Sonuç olarak gebelik süreci sırasında yapılan rutin kontrollerin, bebeğin ve annenin sağlığına direkt katkısı yanında, anneyi bilinçlendirerek yine bebeğin ve annenin sağlığına katkı yapması açısından da büyük faydaları olduğu görülmektedir. Bu nedenle gebeleri rutin kontrollere teşvik etmek için basın-yayın organları dışında bölgesel tarama faaliyetleri yapılmalı ve gebelerin rutin kontrollere gelmeleri özendirilmelidir.

Kaynaklar

- 1) WHO. Essential Antenatal, Perinatal and Postpartum Care. Promoting Effective Perinatal Care. Training Modules. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen 2002. http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0013/131521/E79235.pdf (Erişim Tarihi: 20.11.2017)
- 2) Akın A, Özvarış ŞB. Ana Sağlığı ve Aile Planlaması. Bertan M, Güler Ç, editör. Halk Sağlığı Temel Bilgiler. İkinci baskı. Ankara: Güneş Kitabevi; 1997: 117-55.
- 3) Kirkham C, Harris S, Grzybowski S. Evidence-based Prenatal Care: Part 1. General Prenatal Care and Counseling Issues. Am Fam Phys 2005;71(7):1307-16
- 4) Centers for Disease Control and Prevention Health Resources and Services Administration. Maternal, Infant and Child Health. In: U.S. Department of Health and Human Services. Healthy People 2010. 2nd ed. With Understanding and Improving Health and Objectives for Improving Health. 2 vols. Washington, DC: U.S. Government Printing Office, 2000.p.3-56.
- 5) Sönmez Y. Doğum Öncesi Bakım Hizmetleri, Dokuz Eylül Üniversitesi Sürekli Tıp Eğitimi Merkezi Dergisi, 2007, 16(1): 9-11.
- 6) Baysoy GN, Ozkan S. Gebelik Öncesi (Prekonsepsiyonel) Bakım: Halk Sağlığı Perspektifi, Gazi

Gebelik süreci

sırasında yapılan rutin kontrollerin, bebeğin ve annenin sağlığına direkt katkısı yanında, anneyi bilinçlendirerek yine bebeğin ve annenin sağlığına katkı yapması açısından da büyük faydaları olduğu görülmektedir. Bu nedenle gebeleri rutin kontrollere teşvik etmek için basın-yayın organları dışında bölgesel tarama faaliyetleri yapılmalı ve gebelerin rutin kontrollere gelmeleri özendirilmelidir.

Med J, 2012, 23: 77-90.

7) Anderson JE, Ebrahim S, Floyd L, Atrash H. Prevalence of Risk Factors for Adverse Pregnancy Outcomes During Pregnancy and The Preconception Period-United States, 2002-2004. Matern Child Health J 2006; 10: 101-6.

8) Tezcan Sebahat, Türkiye’de Anne Ölümünün Boyutu, Nedenleri ve Yapılması Gerekenler XI. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi 25 Ekim 2007. <http://slideplayer.biz.tr/slide/1969867/> (Erişim Tarihi: 20.11.2017).

9) Çatak B, İkişik H, Kartal S B, Öner C, Uluç H, Seğmen Ö. “İstanbul’da Doğum Öncesi Bakım Hizmetlerinin Değerlendirilmesi; Toplum Tabanlı Bir Araştırma”, Perinatoloji Dergisi, 2012, 20 (3): 126-134.

10) Michael C. Recommendations for Preconception Care. Am Fam Physician 2007;176(3):397-400.

11) T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kadın ve Üreme Sağlığı Daire Başkanlığı. Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi, Sağlık Bakanlığı Yayın No: 924, Ankara, 2014. <http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/dogumonubakim.pdf>. (Erişim Tarihi: 20.11.2017).

12) Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Yönerge Kadın Sağlığı Hizmetleri. <http://www.hm.saglik.gov.tr/pdf/mevzuat/saghyuzurulmesi-yonergesi.pdf>. (Erişim Tarihi: 15.11.2017).

13) Coşar F, Demirci N. “Süleyman Demirel Üniversitesi Lamaze Felsefesine Dayalı Doğuma Hazırlık Eğitiminin Doğum Algısı ve Doğuma Uyum Sürecine Etkisi”, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, SDÜ Sağlık Enstitüsü Dergisi, 1 (3), 2012: 18.

14) Arabacıoğlu C. Gebelerde Yaşam Kalitesi ve Eğitim Gereksinimlerinin Belirlenmesi (Tez). İstanbul Bilim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Yüksek Lisans Programı Yüksek Lisans Tezi, 2012: 22-23.

İstanbul'daki ilk doğumevi: Demirkapı Viladethanesi

Prof. Dr. Ayten Altıntaş



Tokat'ta doğdu. İlk ve orta öğretimini Konya'da, yükseköğrenimini 1966-1970 yıllarında İstanbul Üniversitesi Eczacılık Fakültesinde tamamladı. Aralık 1975'te Prof. Dr. Bedii N. Şehsuvaroğlu'nun yanında tıp tarihi çalışmalarına başladı. Hocasının vefatı üzerine Cerrahpaşa Tıp Fakültesinde Prof. Dr. Emine M. Atabek'in kürsüsüne geçti. 1982 yılında doktor, 1988'de doçent, 1996 yılında profesör oldu. Çalışmalarında tıp tarihi ve tıp etiği alanlarında yoğunlaşmış, Türk tıp eğitimi ve Osmanlı tıbbında tedavi konusuna ağırlık vermiştir. Halen İstanbul Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı Başkanı olan Altıntaş, evlidir ve iki çocuk annesidir.

Demirkapı Viladethanesi, 1892 yılında İstanbul'da tıp okulunun yakınında gözlerden uzak, ufak bir binada halka hizmet için açılan ilk doğumeydi. Bu doğumevi Paris'te Kadın Doğum ihtisası yaparak İstanbul'a dönen Doktor Besim Ömer'in büyük gayreti ile kurulmuştu. Dr. Besim Ömer "Mekteb-i Tıbbiye-i Şahane"yi birincilikle bitirmiş, ertesi sene doğum bilgisi dersi (Fenn-i Kibale) muallim muavini olarak göreve başlamıştı. Bir yıl sonra 1887'de Paris'e ihtisas yapmak için gönderilmişti. Dört yıldan fazla Paris'te kalmış, Paris Tıp Fakültesindeki eğitimini tamamlamış, zamanın en önemli hocalarıyla çalışmıştı. O yıllarda Fransız Kadın Doğum Obstetrik ekolü en parlak devresini yaşamaktaydı. O dönemde Paris Tıp Fakültesinde doğum eğitimi; gebe muayenesi, gebelik takibi, normal ve patolojik doğum, lohusalık devri ve yeni doğan bakımı olarak standartlaşmıştı. Modern Obstetrik'e yön veren büyük isimler o günlerde de ayakta olan doğum kliniklerinde pratik eğitim yapmakta, öğrenciye ve ebelerle uygulamalar gösteriyorlardı. Dr. Besim Ömer böyle bir ortamda ihtisas yaptı.

Doktor Besim Ömer, Fransa'dan dönüşünde Askeri Tıp Okulu olan Mekteb-i Tıbbiye-i Şahane'ye kadın doğum hocası olarak atanır. İlk işi uygulama olanağı olan bir klinik açabilmektir. Kendisi bunun çok zor olduğunu bilmektedir. Çünkü daha önce de bu konuda girişimleri olmuş fakat neticelenmemiştir. Sultan II. Abdülhamid'in çocuklarının her doğumunda Kadın Doğum hocaları fırsatbilir hayırlı bir iş olarak bir doğumevi açılması teklifini yaparlardı. Besim Ömer bunu şöyle anlatır; "Hemen her veladet-i hümayunda isticlab-ı davat-ı hayriye'ye vesile olacağı ifadesiyle bir veladethane tesisi irade-

sini istihsal için vaki olan müracaatlara menfi cevap gelmekte idi." 1885 yılında da Fenn-i Kibale hocası Vahid Bey'in zamanında bir viladethane açılması teklifi ısrarla yinelenmiş, Dahiliye Nazırı Ethem Paşa'nın girişimleriyle iş daha ciddi bir hale gelmişti. Mimar Perpiyanni'ye planları hazırlattırılmıştı. İki katlı olacak olan bina; lohusa salonları, kundaklama odası, sütineler için yatakhaneler, ders-hane, tabip ve muavinleri için odaların da yer alacağı bir bina olacaktı. 4.800 Osmanlı lirası sarfiyla inşa edilecek olan bu binanın inşası kabul olunmuş, bu para Dahiliye Bütçesi'ne ilave edilmişti. Fakat İrade çıkmamış, bu girişim de sonuçsuz kalmıştı. Besim Ömer bu viladethaneyi şöyle tanımlar; 1885'te tesisi tekarrür ve fakat nasılsa inşası teahhür eden Kabile Hastahanesi (Viladethane). Sağlığa ve sağlık müesseselerine fevkalade önem veren ve zamanında çok önemli birkaç hastaneyi bizzat yaptırtan Sultan II. Abdülhamid viladethaneyi neden reddediyordu? Bunun sebebini herkes gibi Dr. Besim Ömer de biliyor ve kısaca şöyle açıklıyordu; "O zaman nezd-i Şahane'de veladethane bir 'piçhane' gibi telakki edilmiş olmasıdır... Hep bu telakki tesiri altında menfi cevap gelmekte idi." Her şey burada düğümlenip kalıyordu.

Doğumevi Neden "Piçhane" Olarak Düşünüldü?

Osmanlı'da çok uzun zamandır ve o döneme kadar doğum, evde ebelerin yardımıyla yapılan bir müdahale idi. Osmanlı Sarayı'nda saray ebeleri doğumlar için özenle hazırlanmış odalarda doğum yaptırıyor ve bu görev sonunda yüklü bir miktar para ve hediyelere gark oluyorlardı. Saygıdeğer ve hali vakti yerinde herkes doğum için evinde hazırlanıyor, ebeyi özenle seçiyor ve doğumu evlerinde

gerçekleştiriyorlardı. Fakir aileler de aynen bu geleneği sürdürüyor, doğum için mahallelerindeki ebelerden, akraba ve komşulardan yararlanıyorlardı. Evinde doğum yapamayacak olanlar ise gayri meşru çocuğa sahip olanlar idi. Doğumdan ailesinin haberi olmamasını isteyen anne adayları ile genelev kadınları bu gruba giriyorlardı. Bu sebepten viladethanelerde yalnızca bu kadınların doğum yapacağı düşünülüyordu. Fakat Besim Ömer biliyordu ki normal doğum için hazır olan ebe en ufak bir zorlukla karşılaştığında ne yapacağını bilemiyor ve sonunda hekim çağırılıyordu. Hekime müracaat genellikle geç oluyor ya anne ya bebek veya ikisi de hayatlarını kaybediyordu. Normal doğum olduktan sonra da hem anne hem bebek için tehlikeler devam ediyor hastalık veya bakımsızlıktan sık sık ölümlerle karşılaşılıyordu.

Dr. Besim Ömer; doğumu ve doğumdan sonra bakımı bilen hekim ve ebelerin bir arada bulunduğu bir merkezde doğum yaptırmanın ne kadar isabetli olduğunu çok iyi biliyordu. Bunu tatbikata sokmak için daha önceki girişim ve tecrübelerden yararlanarak; İrade isteyen yeni bir viladethane inşası yerine kolayca içine geçebilecekleri "özel izin, özel para"nın talep edilmeyeceği bir çözüm düşündü. 1892 yılında Askeri Tıbbiye'nin yakınında gözlerden uzak iki katlı ufak bir binayı viladethane olarak kullanmaya karar verdi. Gereken teçhizat Tıbbiye'nin bünyesinden karşılanmış, hekimler, ebeler ve kadın doğum için teorik bilgi alan öğrenciler hazır. Hemen faaliyete geçilir. Besim Ömer açılışı şöyle özetler; "1892'de Demirkapı'da Saray-ı Hümayun dahilinde vaki taşkıslada bulunan Mekteb-i Tıbbiye-i Şahane civarında nebatat bahçesi arkasında kale duvarına muttasıl üç oda ve bir sofadan ibaret küçük bir bina adeta gizli olarak, küçük bir Seririyat-ı Veladiye

haline getirilerek o zamana kadar tamamen nazari olan Fenn-i Kibale ve Emraz-ı Nisa'nın bir dereceye kadar ameli olarak tedrisine ve manken üzerinde mümaresat ve ameliyat-ı veladiye iraesine başlanılmış idi. Memleketimizde İlk Seririyat-ı Veladiye işte burasıdır. Bütün bu çabaların sessizce yürütülmesinin nedenini de şöyle açıklar; Seririyat-ı Veladiye'nin adeta gizli bir surette küşadına başlıca sebep o zaman nezd-i Şahane'de viladethanenin bir piçhane gibi telakki edilmiş olmasıdır."

Bu işin önemli kısmı başarılmış, bina bütün teçhizatı ile hazır olmuştu. Şimdi sıra daha da önemli bir engeli aşmaya gelmişti. Bu önemli aşama da halkı evde değil, viladethanede doğum yapmaya ikna etmek, razı etmek, alıştırmaktı. Hekimler ve öğrenciler Tibbiye'ye muayeneye gelen gebe kadınları ikna etmeye çalışıyorlar, Dr. Besim Ömer de bütün gayreti ile gazetelere viladethanenin önemini ve gerekliliğini vurgulayan yazılar yazıyordu.

"Viladethane Anne ve Bebekler için Önemlidir"

Dr. Besim Ömer, viladethanenin gerekliliğini anlatan yazılarında ilk vurguladığı fikri, her anne adayının viladethanede doğum yapmasının önemi idi. Dr. Besim Ömer, "Bazı gebeler vaktinde tabii olarak doğuramayıp ya vaktinden evvel veya doğum vaktinde 'ameliyat-ı fenniye icrası' ile doğurmaya muhtaçtırlar" der. "Viladethane darülaman olmasıyla muhtaç oldukları ameliyatı orada gördükten ve her türlü tedavi ettirilerek tamamen kesbi afiyet ve emniyet ettikten sonra hanelerine avdet ederler" diyerek viladethanenin hayati önemine dikkat çeken yazılarına devam eder. Besim Ömer viladethanenin doğacak çocuk için de önemli olduğunu her zaman belirtir. Bebeklerin doğumdan önceki ve sonraki hayatlarında birçok hastalıklara hedef olduklarını ve doğumu erken olan bebeklerin küveze ihtiyaçları olduğunu belirterek bebeğin hayatı için çok önemli olan bu şartların ancak viladethanede bulunacağını da yazılarında belirtir.

"Viladethane Lohusalar için Mühimdir"

Viladethanenin annenin doğumdan sonra sağlığının korunmasında da önemli olduğuna işaret eden Besim Ömer, evlerindeki kötü şartlarda bakımını sağlayamayan annelerin viladethanede gereken her şeye sahip olabileceğini uzun uzun anlatır. Ayrıca fakir ve aciz gebe kadınların olduğu kadar risk taşıyan her lohusa ve bebeğin viladethanelere ihtiyacı olduğunu bu sebeple buranın hayırlı ve sevap kazanılacak bir yer olduğunu ifade eder. Viladethanelerin yalnız fakirlere has olmadığı da anlatılmaktadır. Besim Ömer Avrupa'da evlerinde doğum

yapmayı kararlaştırdıkları halde daha sonra düşar olduğu arızadan dolayı derhal viladethanelere nakledilen pek çok hamilenin olduğunu belirtir. Bu sebeple viladethaneyi bir "Hayrathane" olarak kabul eder.

"Viladethane Bir Dershanedir"

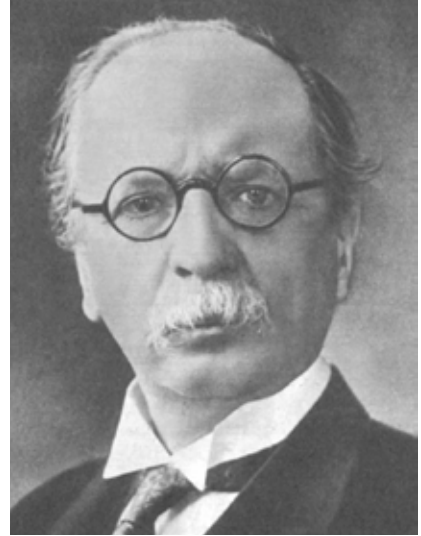
Besim Ömer viladethanenin hizmetinin iki türlü olduğu biri "muhtac-ı aciz gebelere hizmet" diğeri de "tabib ve ebelerin tedrisat-ı ameliyesine mahsus olan bir mektep" olduğuna dikkat çekiyordu. Kendisi Askeri Tibbiye'de hocalığa başladığının ikinci senesi 1895'te Ebelik Okulu'na da müdür olarak atanmıştı. Ömrünün büyük bir kısmını bu çok önemli görevi üstlenecek hanımların eğitimlerine vermişti. "Ebelerin çoğu basit ve tabii bir doğum ile mutlaka bir tıbbi müdahale gerektiren doğum halini birbirinden ayırt edemeyecek durumdadırlar" diyordu. Böyle bir pratik okulunun tesisi ile daha bilgili ebeler yetişeceğinin önemle altını çiziyordu.

Viladethanede ebelerin yanı sıra Mekteb-i Tibbiye-yi Şahane'de doğum derslerini teorik olarak okuyan öğrenciler de pratik yapacaklardı. Viladethane açılınca Tibbiye son sınıf öğrencileri altışar kişilik gruplar halinde 24 saat sıra ile nöbet tutmaya başladılar. Bu öğrenciler doğumda bulunarak doğum pratiği şansına sahip oluyorlardı. Besim Ömer'in tabiriyle "Viladethane tabib ve kabilelerin malumat-ı fenniye ve ameliyelerini ikmal edeceği için büyük bir dersane idi."

"Viladethanenin Nüfus-u Osmaniye ve İslamiyeye Hizmeti Vardır"

Dr. Besim Ömer Osmanlı nüfusunun artmasına da çok önem veriyordu. Doğumda yapılan hataların azaltılması, yeni doğan ve lohusanın bakımı ile ölümlerin azalacağı, ebelere ve Tibbiyelilere verilen pratiğe dayalı bilgi ile Osmanlı Devleti'nin her yerine bu hizmetlerin götürüleceği ve bununda Osmanlı nüfusunun artmasına hizmet edeceğine inancını belirtiyordu. Besim Ömer viladethanenin önem ve lüzumundan uzun uzun bahsettiği makalelerin sonunda yeni bir bina inşa edilinceye kadar Demirkapı'daki kendi tesis ettiği viladethanede hizmet verileceğini yazarak viladethaneyi kabul ettirmek ve önemini anlatmak istiyor ayrıca yeni bir binanın inşası gerekliliğine de dikkat çekiyordu.

Dr. Besim Ömer'in gazetelerde yazdığı yazılar netice vermiş, viladethanenin gerekliliğine insanlar inandırılmış, burası gebe kadınların tercih ettikleri bir müessese haline getirilmişti. Dr. Besim Ömer'in daha geniş bir viladethaneye geçme rüyası da zamanla gerçekleşmişti. 1904 yılında inşasına başlattığı



Besim Ömer

Kadırga'daki yeni binaya 1909 yılında geçildi. İlk viladethane açıldıktan sonra bu müessesenin faaliyetlerini izleyen ve önemini anlayan Sultan II. Abdülhamid 1904 senesinde yeni bir viladethane isteğine hiç tereddütsüz "İrade-i seniyye-i hazret-i hilafet penahi" vermişti. Daha sonra da inşaat için gereken her şey kolayca kabul edilmişti. Bu durum Besim Ömer'in başarısının en önemli göstergelerinden biriydi.

Dr. Besim Ömer'in Demirkapı'da kurduğu viladethane 17 yıl hizmet verir. Müdahale gereken doğumlar bu konuda yetişen hekimlerin ellerine teslim edilir. Hem gebelere hem yeni doğanlara hizmet verilir. Lohusaların bakımı yapılır, özel bakım gerektiren bebekler büyütülür. Bu arada tıbbiye öğrencilerine ve ebelere pratik eğitim yaptırılır. Halk bu konuda eğitilir. İlk günlerin problemleri bu duvarlar arasında çözülür. Zorluklar bir avuç insanla başarılmaya çalışılır. Hayatı kurtarılan annelerin mutluluğu, hayatı kucaklayan bebeklerin ufak çılgınlıkları, hizmet için süratle koşuşan hekim, ebe ve öğrencilerin ayak sesleri hepsi bu ufak binada yankılanmaktadır. Bu ilk viladethane 2000'li yıllara kadar harap bir halde idi. Yeniden restore edildiğinde bu önemli görev dikkate alınmadı. Yandaki binalarla birleştirilerek bir bütün haline getirildi. 125 yıldır ayakta olan bu bina, kurulduğu günlerdeki gibi aynı sessizlikle, yaşadığı bu önemli günleri hatırlayacakları hasretle bekliyor.

Kaynaklar

Ayten Altıntaş; "Demirkapı Viladethanesi (İstanbul'daki ilk Doğumevi)." Tombak, sayı 17, 1997, İstanbul, s.26-30.

Dr. Besim Ömer: Doğum Tarihi. İstanbul 1932. sah.50,51.

Servet-i Fünun, numero 306, cilt 12(7 Kanunusani 1321) sah. 311-314.

Başbakanlık Osmanlı Arşivi. İrade Maarif. 16.ZA.1322 hususi no. 1.

Prof. Dr. Asım Cenani: Dürüstlük, hekimliğin olmazsa olmazıdır

Prof. Dr. Recep Öztürk

Prof. Dr. Ayten Altıntaş

Ömer Çakkal

Türkiye'nin ilk genetik uzmanlarından Prof. Dr. Asım Cenani, Almanya'da ve ülkemizde yaptığı hizmetlerle ve "Cenani-Lenz Syndactylism" kavramını literatüre kazandırmasıyla dünya bilimine katkı sunmuş bir isim. Yarım asrı aşan akademik hayatında hem her iki ülkede binlerce hastayı tedavi eden, hem de sayısız öğrenci yetiştiren Prof. Cenani, 1998 yılında Cerrahpaşa Tıp Fakültesinden emekliye ayrıldı. Adına hazırlanan hatıra kitabı geçtiğimiz haftalarda yayımlanan Asım Cenani'yi evinde ziyaret ederek Almanya ve Türkiye'de geçen akademik ve mesleki yaşamını kendisinden dinledik.

Hocam siz bir anlamda Türkiye'ye genetiği getiren insansınız. Genetiğin dünü ve bugünü hakkında neler söylersiniz?

Genetik çok eski bir bilim. Eski Yunan kitaplarında genetik olarak geçmiyor ama genetiğe ait birçok bilgiler bulunmakta. Genetik, Gregor Johann Mendel'le başlar. İlk olarak hayvan ve bitkiler üzerinden düşünülmüştür. Genetiğin insanla ilişkisi geçen asrın başlarından başlamıştı fakat yanlış şekilde. Yanlışlık dememizin nedeni ise Amerikalılar 1917'de ülkelerine gelen Avrupalıları kontrol eden bir mekanizmayla genetiğe başlamışlardı. Ve bunun sonucunda demişler ki Kuzey Avrupalılar genetik bakımdan iyidir fakat Güney Avrupalılar genetik bakımdan kötüdür. Bu nedenden dolayı "Amerika'ya Kuzey Avrupalıları alalım, Güney Avrupalıları almayalım" önerisi ortaya atılmıştır. Yani genetiğin insanla ilgili olan kısmı çok iyi başlamamıştır. Mengele denen insan, -bir bilim insanı diyemeyeceğim ona ama- Almanya'da genetik incelemelerini insanlar üzerinde yapmış ve insanlığa

yardım edeyim derken pek çok cinayetler işlemiştir. Ta ki kromozom sayısının 48 değil de 46 olduğu bilindikten ve buna bağlı çalışmalar gerçekleştirildikten sonra genetik dediğimiz şey insanlara uygulanmaya başlamış ve tıbbın hizmetine verilmiştir. Demek ki genetiğin güncellik kazanması 1950'lerden sonraya dayanır. Ben Almanya'ya ilk gittiğimde hiçbir insan genetiği bilgisi okumadan gittim. Galatasaray Lisesinde çok iyi biyoloji öğretmenimiz ve çok iyi biyoloji kitaplarımız vardı. Fakat genetik konusu yoktu içinde. Tabii ondan sonra tıp fakültesine başladığımız zaman "Genetik ve Botanik" isimli kitaptan hayvan ve bitki genetiğini öğrendik. Ayrıca insan kromozom sayısını da 48 olarak öğrendik. 1970'li yıllarda Almanya'dan döndüğümde bile tıp fakültesinde okunan kitaplardan birinde insan kromozom sayısı 48 olarak belirtiliyordu. Yani demem o ki her şey çok yavaş ilerledi. İnsan kromozom sayısının 46, anormalinin 47 olduğu anlaşıldıktan sonra genetik güncellik kazandı. Ve çok hızlı bir şekilde ilerlemeye başladı. Son 50 yıl içinde genetik konusunda çok şey öğrenildi. Ve ben bunu yaşadım günü gününe. Nitekim Almanya'da çalıştığım çocuk kliniğinde ilk genetik vakalarına rastladım. 2 Türk çocuğunda böbrekleri ilgilendiren bir diyabet hastalığı vardı. İncelediğimde bunun annelerde de görülebileceğini gösterdim. Almanya'dan Türkiye'ye gelirken laboratuvarımı da getirdim ve geldiğim zaman Hacettepe'de Burhan Say Hocanın bir laboratuvar kurduğunu, Bekir Sıtkı Hocanın Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesinde doğrudan doğruya tek genli genetik hastalıklarla uğraşmaya başladığını duydum. Ama yine de bu konuda okutulan bir ders veya herhangi bir eğitim bulunmamaktaydı. Almanya'dan Türkiye'ye gelip laboratuvar kurduğumda gördük ki baya bir hasta grubu var. Ve yavaş yavaş çalışmalara

başladık ama Türkiye'de ve dünyada moleküler genetiğin gelişmesi çok uzun sürdü. Teknik cihazların geliştirilmesiyle analizler kolaylaştı ve genetik bugünkü duruma erişti. Şunu belirtmek isterim ki Türkiye bilgi bakımından geride değil. Türkiye'deki merkezler bilimsel olarak bütün bilgiye sahip ama uygulama açısından bir Amerika ya da Japonya değiliz.

Prof.Dr. Recep Öztürk (R.Ö.): Genetik bilimine bu kadar gayret verirken geriye dönüp baktığınızda keşke dediğiniz hususlar oluyor mu? Mesela Türkiye'de ne olsaydı daha iyi olurdu? Veya Türkiye'de talep edip de yaptıramadığınız durumlar oldu mu?

Evet, mesela bana imkân verilmedi ve sümen altı yapıldı. Devlet Planlama Teşkilatına proje verdim, fakat projeler gitmedi. Bir rektör yardımcısı projemi göndermedi. Sonradan kendisine damat olacak kişinin Amerika'daki tahsilini bitirmesini bekledi. Fakat o çocuk da kendini çok iyi yetiştirdi ve gayet de iyi çalışıyor ona da bir sözüm yok. Benim Devlet Planlama Teşkilatından alacağım destekle daha önceden yetiştirebileceğim moleküler genetik projem olmadı.

R.Ö.: Ülkemizde teoriyi pratiğe dökme konusunda sıkıntılar var mı?

Var tabii. Adını vermek istemiyorum, İstanbul'da bir üniversite genetik üzerine bir çalışma gerçekleştirmek istedi. Maliyeti yüksek buldular, yapmaktan vazgeçtiler. Ben ve arkadaşım rapor hazırladık, çok detaylı araştırma yaptık, nelerin lazım olacağını listesini çıkardık. Fakat üniversitenin yetkilileri, "bu kadar para yatıracaksınız, bize dönüşü olmaz" dediler ve projeden vazgeçtiler.

R.Ö.: Tıbbi biyolojik bilimler bölümünün kurulması için büyük gayret gösterdiniz. Onun genetikle olan ilişkisi hakkında neler söylersiniz? Bir de bu bölüm beklentiyi ne kadar karşıladı?

Ben biyokimyasal genetiği kurdum, şu an kimsede yok. Kurma nedenimiz o işe ilgi duyanları ve o işten anlayanları oraya yöneltmekti. Tıbbi biyolojik bilimler bölümünde 700'den fazla öğrenci yetişti ve bu öğrenciler çok iyi yerlere geldi.

R.Ö.: Peki bu bölüm neden kapandı? Sizce devam etmeli miydi?

Tıbbi biyolojik bilimler bölümü kesinlikle devam etmeliydi. İki nedenden dolayı kapandı. Bunun birinci nedeni Cerrahpaşa'daki hekimler. Bizim için bunlar hekimlik taslayacak dediler, bu sebeple karşı çıktılar. Bu, çok büyük bir kıskançlık ve çekememezlikti. Tıbbi biyolojik bilimler bölümünde eğitim gören öğrenciler, "bu dersler daha iyi, biz daha iyi eğitim alıyoruz" dediler ve bu okulda duyuldu. Hâlbuki bu çocuklar da Cerrahpaşa'nın öğrencileriydi fakat bazı art niyetli kişiler orası bizden daha iyi eğitim nasıl verir diye sorunlar çıkarmaya başladı. Ve dekan yardımcılarının bir tanesinin çok büyük zararları oldu, resmen düşmanlık etti. İkincisi fen fakülteleri bu öğrencileri biz yetiştirirsek daha iyi olur dediler ve bu öğrencileri biz alalım önerisinde bulundular. İstanbul Üniversitesi Fen Fakültesi çok ısrar ederek bu öğrencileri aldı.

Prof. Dr. Ayten Altıntaş: Kemal Alemdaroğlu Hoca demişti ki; "tıbbi biyolojik bilimler bölümünden mezun olan öğrencilere devlet nerede kadro vereceğini bilmiyor". Sizce de öyle bir durum var mıydı?

Hayır, öyle bir durum yoktu. Unvanları da vardı, kadroları da. Bu bölümden mezun olanlar tıbbi biyolog unvanıyla mezun oluyordu. O unvanla tıpta uzmanlık sınavına giriyorlardı. Şimdi artık biyolog olarak giremiyorlar.

R.Ö.: Bölümü kurmanızdaki esas amaç, üst düzeyde araştırmacılar yetiştirmekti değil mi Hocam?

Elbette. Bütün amacım buydu. Tıp fakültesine hekim olarak yeterli zaman ayıramıyordum ve zamanımı hem nesil yetiştirmeye hem de hastalıklarla mücadele etmeye ayırmak istiyordum. Yani özetlersek hastayla değil de hastalıklarla uğraşmaktı amaç.

Asım Hocam, Prof. Dr. Adnan Yüksel ve Prof. Dr. Hüsrev Hatemi'ye size geleceğimi söyleyip kendilerinden soru önerisi aldım. Adnan Hoca kliniği ve temel bilimi beraber götürün nadir şahsiyetlerden biri olmanıza işaret etti.



Prof. Cenani, röportajımız esnasında atalarına ait yüzük ve mühürleri bize tanıttı.

Hakikaten hem en fazla genetik hastası bakan doktorlardansınız, hem de çok sayıda öğrenci yetiştirdiniz. Bu ikisinin bir arada götürülmesi hakkında neler söylersiniz?

Hekim olarak kendi mesleğimi yapmak istedim. Genetikçi olarak fazla kimse de yoktu zaten. Tabi zamanla genç arkadaşlar yetişti, benim yükümün yarısını aldılar. Benim hasta muayenem de bir nevi öğreticilikti. Hasta muayenesi yaparken beraber çalıştığım arkadaşlara genetik ne şekilde düşünülmeli, nasıl tedavi edilmeli bunları da öğretiyordum. Fakat ikisini beraber yürütmek bana yük oluyordu ama iyi bir bileşimdi. Şunu da belirtmek isterim ki araştırma ayrı bir olay, ben esasen hiç araştırma yapmadım. Araştırmayı yaptırdım, onlara kolaylık gösterdim, fikir verdim ve şu araştırılacak dedim. Tıbbi biyolojik bilimler bölümüne geçtikten sonra fiili olarak araştırma yapmadım.

Öğrencileriniz sizin için, "bakar bakmaz sendromları anlayan bir hekim" diyor. Pek çok öğrenciniz genetiği sayenizde sevmiş. Neler söylersiniz?

Herhalde bende zamanla bir göz alışkanlığı olmuş. Ama her şeyin önünde

"Almanya'da klinikte ölen çocukların idrarlarını incelerken dansite değerindeki dengesizliği fark ettim. Hastalığın tanısını koyduktan sonra su vermek gerektiğini anladık. Hemşeriler su veriyordu ama çocuklar yeterince içmiyordu. Benim aklıma bir fikir geldi. Plastik biberonları yatak başlarına bağladım. Ha bire su içmeye başlayan çocuklar iyileşmeye başladılar. Biz de "Türk bir doktor bir alet icat etti" diye ün yaptık."

merak ve dikkat var. Almanya'da çalıştığım yıllarda 5 ayrı serviste 300 yataklı bir yerde çalışıyordum ve oraya gelen bütün nadir vakalar bana söylenirdi. Onlara gidip bakıyordum ve birçok hastayı görüyordum. Hatta bazı zamanlar hastane koridorundan geçerken hasta görüyordum, girip içeri bakıyordum. Kendi servisim olmamasına rağmen hastalara bakardım, çünkü merak ederdim. Zamanla bilgisayar gibi hastalıkları hemencecik anlamaya başladım.

Bu noktada Almanya yıllarınızdan küçük bir hatıranızı anlatabilir misiniz? Pratik bir çözüm olarak hasta yatağına bağladığınız pet şişeleri sizin ağzınızdan dinlemek istiyorum.

Anlatayım. Almanya'da çalışırken çocuk kliniğinde ölen çocukların idrarlarını incelerken idrardaki dansite değerindeki dengesizliği fark ettim. Hastalığın tanısını koyduktan sonra su vermek gerektiğini anladık, çünkü hastalığın ilacı yoktu. Hemşeriler su veriyordu ama çocuklar yeterince içmiyordu. Benim aklıma bir fikir geldi. "Plastik şişeyi yataklarına bağlayalım, susadıkları zaman çocuklar oradan su içsinler" dedim. Yatak başlıklarına biberon bağladık. Ve çocuklar ha bire su içmeye başladılar. Zamanla iyileşmeye başladılar. Tabi biz de bu arada "Türk bir doktor bir alet icat etti" diye ün yaptık (Gülüyor).

Etik değerlere saygılı olmanızdan ve insanların fikirlerine kıymet vermenizden övgüyle söz ediliyor. Öğrencileriniz ve çevrenizdekilerden edindiğiniz bilgilere göre Anadolu'dan gelen öğrencilerinizin elinden tutup yurtdışına gönderiyormuşsunuz...

Efendim ben hocalarımdan çok büyük yardım gördüm. Örneğin Almanya'da bir pediatri profesörünün şahsına verdiği belge, bana birçok kapıları açtı. Ben Alexander von Humboldt Vakfının bursunu alırken herkes dedi ki; "bu profesör kimse için böyle bir belge yazmaz. Bu durumu başka bir profesöre soralım". Başka bir profesöre bu durumu soruyorlar. O da diyor ki; "daha fazlasını bile yazardı". Malum pediatri profesörü o belgeyi yoğun bakımdayken yazmıştı. Kendisine bir şey olursa benim mağdur olacağımdan endişe etmiş ve o belgeyi yoğun bakım ortamında yazmıştı. İşte ben böyle bir adamın üzerimdeki emeğini unutamam. Anlaşılması çok zor bir adamdı ama beni çok seviyordu. 3 yıl ders asistanlığını yaptım. Almanya'dan laboratuvarımı Türkiye'ye taşımama da çok yardımcı oldu.

R.Ö.: Referans mektubu Avrupa'da çok değerli. Sizce referans mektupları Türkiye'de yeterince işliyor mu?

Türkiye'de işleyip işlemediğini bilemiyo-

rum ama Avrupa'da referans mektubu işliyor. Ben referans mektubuyla çok kişiyi gönderdim. Tabi o mektubun yazılabilmesi için referansı verenin sizi tanıması ve size güvenmesi lazım.

Zamanı çok verimli kullanabilen, insan yetiştirmeye kıymet veren, hep okuyan biri olduğunuzu biliyoruz. Günde kaç saat okuyorsunuz?

Tıbbi biyolojik bilimler bölümünü ilk kurduğum zamanlar her gece 2'de yatıp sabah 7'de kalkıyordum. Bu süreç içinde sürekli okuyordum. Çünkü bilmediğim konuları öğrenip öğrencilerime aktarmam gerekiyordu. Yani hazır bir şey yoktu. Hazır olmayan şeyleri oradan buradan bulup hazırlıyorduk. Bilmediğim konuları alanında en iyilerden öğrenmeye çalışıyordum. Mesela benim alanım immünoloji değil ama yeri geldiğinde o konu hakkında bilgiler edinip immünoloji anlatıyordum. Tıbbi biyolojik bilimler bölümü yokken fen fakültesinde derslerim vardı. O zamanlar Cerrahpaşa'da genetiğin lafı bile edilmezken fen fakültesinde ben insan genetiği okuttum.

Ceddinizden Mütercim Asım hakkında neler söylersiniz?

Mütercim Asım dört jenerasyon önce amcamız oluyor. Aynı zamanda isim babamızdır. Mütercim Asım, zamanın en önemli kitaplarını Türkçeye kazandırmıştır. Aynı zamanda dönemin resmi tarihçisidir.

"Alman eğitimi teorik ve detaycı; bizde ise hizmetler daha hızlı"

Almanya'daki tıp eğitimi ile bizdeki tıp eğitimi ne konularda benziyor, nerelerde ayrışıyor?

Almanya'daki tıp eğitimi doğrudan doğruya teoriye dayalı. Mesela Amerika'da tıp eğitimi tamamen pratik üzerine kuruludur. Almanya'da çocuk vakaları kliniğinde bir patoloğun defterine baktım ve gördüm ki en ince bulguları bile incelemiş. Mesela bizde patoloji o kadar da önemli değildir. Alman eğitim sistemi gereğinden fazla detaycıdır, biz o kadar detaycı değiliz. Öte yandan şu an Türk tıbbının Alman tıbbıyla yarışacak seviyede olduğunu söyleyenler, hatta daha ilerde olduğunu ifade edenler var.

R.Ö.: Türkiye'de en yüksek puanı alanlar hekimliği seçiyor. Almanya'da da durum böyle mi?

Almanya'da da öyle kesinlikle. Onların da kendine özgü sınavlarından çok iyi puan almak gerekiyor. Yani Almanya'da da öyle herkes kolay kolay tıba giremiyor.

Almanların 1933'te getirdiği disiplin

Türkiye'de ne kadar ilerledi? 2. Dünya Savaşı sonrası gevşedi mi, gevşediyse zararı mı oldu, faydası mı?

Dünya değişti artık. Şu an dünyanın hiçbir yerinde sıkı bir disiplin yok. Aile hayatında bile yok. Mesela ben hiçbir zaman hocalarımla senli-benli olamazdım. Hâlbuki ben buna müsaade ettim. Ben öğrencilerime arkadaşım gibi davrandım. Hepsıyla de senli-benliyim ve ben bundan rahatsız olmuyorum. Ayrıca sözünü ettiğiniz disiplin bugünün Almanya'sında bile kalmadı!

Bilimde, bilhassa tıp eğitiminde disiplinin önemi nedir sizce?

Disiplin, doğru ve dürüst iş yapmak için şarttır. Bir araştırmada disiplin olmazsa araştırma olmaz. Fakat bilim insanlarının kendi aralarında olan ağır disiplin iyi bir durum değil. Çünkü insanın çalışma şevkini, hevesini kırıyor. Samimiyet iyidir ama samimiyet laubalilik değildir. Ben çalışma arkadaşlarımı her zaman arkadaşlarım olarak gördüm.

R.Ö.: Genel dahiliye, genel pediatri ve genel cerrahi alanlarına dünya genelinde yeterince önem veriliyor mu?

Önce genelini çok iyi bileceksiniz sonra özeline bileceksiniz. Zamanında, "aile hekimi olsun mu, olmasın mı" diye bütün fakültelerde soruldu. Bana da sorduklarında dedim ki; "eğer genel bir aile hekimi olacaksa, çok iyi bir dahiliyecisi olarak yetişmesi gerekir." Aile hekimi sadece reçete yazıp gönderen birisi olmamalı, bir nevi sevk memuru olmamalı. Yani hastalığı çözmeye çalışacak, çözemese sevk edecek. Mesela ben Almanya'nın Hamburg şehrinde pediatri eğitimi alırken bana kadın doğumunda bulundun mu dediler. Yani kadın doğumunda bulunmayan bir kişi çocuk uzmanı olamıyordu. Ben Çapa'da kadın doğumunda bulduğumu ifade ettim tabi.

Hocam müsaadenizle konuyu farklı bir noktaya taşımak istiyorum. Tüp bebek, organ nakli, sezaryen, kürtaj, ötanazi, klonlama, genetik manipülasyon, insan-hayvan genlerinin karışımından oluşan hibrid varlıklar gibi uygulamalar tüm dünyada tartışılıyor. Deniyor ki adeta gelecekte canlılar adeta laboratuvarda tasarlanan varlıklara dönüşecek. Bir genetikçi olarak bu gelişmeleri siz nasıl yorumluyorsunuz?

İnsan sağlığı için yapılacak olan tüm çalışmalara izin verilmeli. Fakat bir yaratıcılık yaparak "değiştireceğiz" falan dediğiniz zaman ona bir hudut konulması gerekli. Bakın beyin transmisyonu diyorlar, bence yapılsın. Eğer kimsenin zararına olmuyorsa aksine faydasına oluyorsa neden olmasın! Etik bir durum bence. Ama genleri düzenleyerek yeni

bir insan yapmak doğru değil. Fakat genleri iyileştirerek sağlıklı çocuk doğurtmak uygundur ve etikdir. Ben ödünç alınmış annelere taraftar değilim, bunun yerine evlatlık edinsinler. Çok saygı duyduğum birisi çocuk istiyordu ama olmuyordu. Dedim ki; eğer olmuyorsa resmi kanallarla bir evlatlık al. "Yok, kendi çocuğum olsun istiyorum" dedi. Ve birtakım yollardan bahsetti fakat bu etik değildi. Ben de bunların etik olmadığını kendisine söyledim. Buna taraftar değilim. Eğer hastalıklı geni ortaya çıkarıp bunu açıklayabiliyorsanız bu etikdir ve buna tarafım. Ama bu hastalıkları ortadan kaldırmak için hastaları öldürürseniz cinayet işlemiş olursunuz!

R.Ö.: İnsanlar genetiği çok çeşitli noktalarda ve farklı amaçlarla kullanıyor. Türkiye'de de yapılan kız çocuk / erkek çocuk seçimi yani cinsiyet belirleme konusu hakkında görüşleriniz neler?

Bu bir kırmızı çizgi işte! Bakın bunu Çin'de yaptılar, bütün kız çocuklarını öldürdüler. Çin'de olan tek çocuk uygulamasından dolayı Çinliler bütün kız çocuklarını yok etti. Bu doğrudan doğruya cinayettir.

21. yüzyılda tıp, sağlık, sağlıklı olmak nedir sizin için? Sizce dünya toplumu olarak sağlıkta neredeyiz?

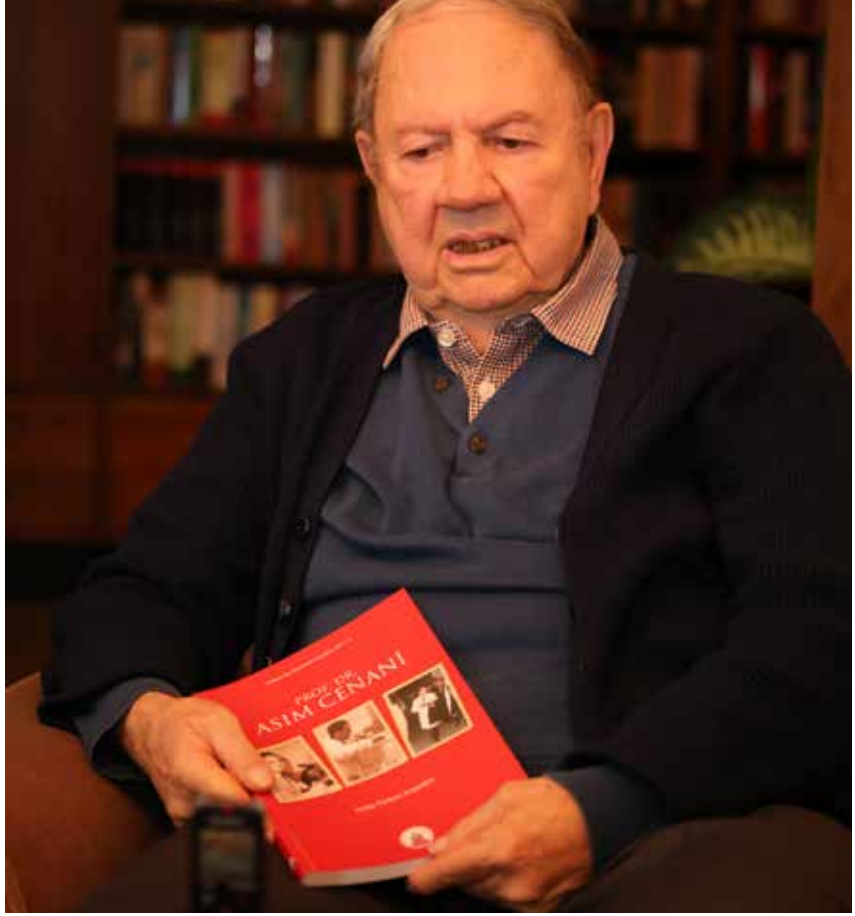
Ben bu konuda çok büyük bir aşırıcılık olduğunu düşünüyorum. Mesela laboratuvar muayenelerinin çok sık yapılması ve hastayı anlayıp dinlemeden hemen laboratuvara gönderilmesi doğru değil. Bizde pratik tıp daha ileri düzeyde. Almanya'da örneğin randevular 3-4 ay sonraya verilir. Bizde ise bu tarih daha erkendir. Almanya'da en önemli hastalıklarda bile, yani beklenmeyecek hastalıklarda bile bekleyin derler. Almanya'da akrabalarımız bulunuyor ve bunları duyuyoruz.

"Şehir hastaneleri çok ileri görüşlü bir proje"

Ülkemizdeki mevcut sağlık politikalarını nasıl görüyorsunuz?

Özel hastaneler eğer doğru düzgün çalışıyorsa muhakkak faydalı olmuşlardır. Devlet hastaneleri ve üniversite hastanelerinin yükünü hafifletmişlerdir. Zaten yeni kurulan vakıf üniversite hastaneleri muazzam bir şekilde kuruluyor. İmkân bakımından çok iyi durumdadır. Fakat bunların yanında sadece para kazanmak için kurulmuş hastaneler de var, bunlara dikkat etmek gerekli. Bu arada şehir hastaneleri çok ileri görüşlü bir proje. Onlar belki bugünün değil ama yarının hastaneleri.

Sizce iyi hekim nedir, nasıl olmalıdır? Sadece iyi insanlar mı iyi hekim olabilir?



Prof. Dr. Asım Cenani adına hazırlanan kitap, Yelda Tarkan Argüden imzası ile Türkiye Tıp Akademisi Yayınları arasından çıktı.

İyi hekimin bir kere dürüst olması lazım. Dürüstlük, hekimliğin olmazsa olmazıdır. İyi hekim hem maddi, hem manevi yönden dürüst olmalıdır. Örneğin kişinin sağlık durumu kötü ama kişiye moral vermek için senin durumun iyi demek de bir dürüstlük değildir. O nedenle her açıdan dürüst olmak gerekiyor.

Ülkemizde tıp yayıncılığında dünden bugüne gözlemleriniz neler?

Hiç olmayan bir şey çok bollaştı, günümüzde bu tür yayınlardan çok var. Batıda çıkan yayınların çevirileri ülkemizde de yayımlanıyor. Bilimsel yayınlar çoğaldı. Akademik yükselme açısından bunun getirdiği gereklilik bu tür yayınların sayısını artırmış durumda.

Peki profesör olduktan, yani akademik gereklilik ortadan kalktıktan sonra bilimsel yayınlar azalıyor mu?

Ben emekli olduktan sonra, 10 sene daha benim yayınlarım devam etti. Profesör olduktan sonra da bu yayınların sürdürülmesi lazım.

R.Ö.: Babanızdan kalan Öğüt şiiri var. Bunun yaşamınızdaki rolü ve etkisi nedir?

Babamın yaşam tarzını hep örnek aldım.

Babam hiçbir zaman materyale önem vermeyen, sürekli etrafındakilerin yardımına koşan birisiydi. Zaten babamın bine yakın şiiri bulunmakta. Babam yaklaşık 100 yaşına kadar devamlı şiir yazdı.

R.Ö.: Öğrencilikten itibaren başlayan talebe cemiyetleri, dergilerde editörlük, ardından şiirler, hikayeler ve Gaziantep Kültür Derneğinde görevler bunun yanında toplantılar, kongreler... Yani bunları özetlersek çok güçlü sosyal yönünüz de bulunmakta. Gençler sizin yaptıklarınızı nasıl yapabilir?

Hiçbir zaman eğlenmeye bir yere gitmedim. Ben üniversite kampında bile kitapların tasniflerini yapıyordum. Dışardan bakan sanıyordu ki hoca tatil yapıyor. Mesela gece matbaaya giderdim ve bundan zevk alırdım. İşin sırrı bunlardan zevk almakta gizli.

Son soru: hekimlere öneriler, gençlere ve öğrencilere tavsiyeleriniz var mı?

Bu mesleği yapmak isteyenlerin öncelikle sevmesi gerekiyor. Sevmeden hekimlik olmaz. Ayrıca bu mesleği yapmak isteyenler disiplinli çalışmak zorunda. Hayatları boyunca öğrenmeyi yaşam tarzı edinmeliler.

Sağlık sistemleri (3): Meksika

Dr. Ömer Ataç



İstanbul Atatürk Fen Lisesi ve Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesinden mezun oldu. Mecburi hizmetini İstanbul Halk Sağlığı Müdürlüğünde tamamladıktan sonra özel bir firmada tıbbi cihaz direktifi kapsamında denetim ve değerlendirme süreçlerinde klinik uzman olarak yer aldı. Halen İstanbul Medipol Üniversitesinde öğretim görevlisi olarak çalışan Ataç, halk sağlığı doktora eğitimini İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsünde sürdürmektedir.

Prof. Dr. Haydar Sur



1986'da İstanbul Tıp Fakültesinden mezun oldu. 1988'de Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Bulaşıcı Hastalıklar Dairesinde ve 1989-1996 yıllarında ise İstanbul Sağlık Müdürlüğünde Müdür Yardımcısı olarak görev yaptı. 1996'da İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsünden doktora derecesi aldı. 1998'de halk sağlığı doçenti, 2003 yılında sağlık yönetimi profesörü oldu. Dr. Sur, halen Üsküdar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanı olarak görev yapmaktadır.

Her ülke ekonomik, politik, kültürel ve tarihsel özelliklerinden etkilenerek gelişen, kendine özgü bir sağlık sistemine sahiptir. Her sistemin avantajları-dezavantajları, iyi ve zayıf yanları bulunmaktadır. Daha önceki yazılarımızda da ifade ettiğimiz gibi bir sağlık sisteminin mutlaka sahip olması gereken özellikler; etkililik, verimlilik ve hakkaniyet olarak ortaya konduğu halde, bunların uygulanmasına yönelik detayları içeren ve tüm sistemlere uygulanabilen kesin çözümler mevcut değildir. Bir toplumda iyi sonuç veren bir yaklaşım, başka bir toplumda tam tersi bir sonucu doğurabilir. Bu bağlamda, sağlık sistemlerini inceleyen yazılarımıza bu sayıda Meksika ile devam ediyoruz. Meksika -ABD de dahil olmak üzere- dünyada sağlık hizmetlerinin en fazla özelleştiği bir ülkedir. Tedavi edici sağlık hizmetlerinin ön planda olduğu ve büyük bir kısmının özel sektör tarafından sunulmasının yanında Meksika sağlık sistemini dikkat çekici kılan bir diğer husus, 2000'li yıllarda başlayan bir dizi reform çalışmasıdır. Bu reform sürecinde kapsayıcılığın artırılması temel hedef olmuş, ayrıca sağlık hizmetlerindeki yüksek maliyetlerin düşürülmesi, kalitenin artırılması ve hizmete erişimin yaygınlaştırılması hedeflenmiştir.

Genel Bilgiler ve Demografik Özellikler

Meksika 2016 yılı itibarıyla yaklaşık 127,5 milyon nüfusa sahip bir Kuzey Amerika ülkesidir. Nüfusun %7'si 65 yaşın üstündedir ve doğumda beklenen yaşam süresi 76,9 yıldır. Ülke 31 eyalet ve 1 federal bölgeden oluşan bir federal cumhuriyettir. Dünya Bankası verilerine göre kişi başı GSYİH 8,201 dolar olarak hesaplanmıştır fakat bazı eyaletlerde bu rakam 28 bin dolara kadar yükselmektedir. Dünya'nın 15. büyük ekonomisi olarak gösterilmektedir. 1994 yılında ABD ve Kanada ile imzalanan Kuzey Amerika Serbest Ticaret Antlaşması (NAFTA) sonrası ekonomik büyümenin ivmesi artmıştır. OECD üyeleri arasında ülke içi eşitsizliklerin en fazla olduğu ülkelerden biridir. Birçok gösterge açısından eyaletler arası eşitsizliklerin mevcut olduğunu söylemek mümkündür. Özellikle güneyde yer alan eyaletler ve kırsal bölgelerde yaşam koşullarının kuzeye göre daha zorlu olduğu görülmektedir. Kuzey'de refahın daha iyi olmasının temel nedenlerinden biri, NAFTA'nın imzalanması sonrası artan ticari faaliyetlerin, coğrafi konumundan dolayı kuzey eyaletlerini olumlu yönde daha çok etkilemesidir. Nüfusun yaklaşık %10'u açlık sınırının altında yaşamaktadır ve gelir dağılımındaki eşitsizlikler açısından OECD ülkeleri arasında sadece

Şili'den iyi durumdadır. Toplam yoksulluk oranı ise %20'dir. Yoksul eyaletlerde okur-yazarlık ve eğitim oranları da yüksek değildir. Örneğin, Guerrero, Chiapas ve Oaxaca eyaletlerinde 15 yaş nüfusun %15'i okur-yazar değildir ve ilkokulu bitirmeyenlerin oranı %30'dur. Aynı eyaletlerde şebeke suyu erişemeyen nüfusun oranı %25, ülke genelinde ise %8,6'dır. Buna rağmen OECD yaşam memnuniyeti araştırmasında, 7,1/10 ile OECD ortalamasının (6,6/10) üstünde, 13. sırada yer almaktadır.

Girişte, ülkedeki eşitsizliklere vurgu yapılmasının nedeni, bu durumun her alanda olduğu gibi sağlık alanında da olumsuz sonuçları olmasıdır. Eyaletler arası eşitsizlikler sağlığa da yansımış durumdadır. Örneğin, anne ve bebek ölümleri eyaletler arasında büyük değişkenlik göstermektedir. 1 yaş altı bebek ölüm hızı ülke ortalaması 7/1.000 iken eyaletlere göre 5,1 ile 14,2 arasında değişmektedir. Benzer şekilde, anne ölüm oranı ülke ortalaması 38,2/100 bin iken, eyaletlere göre 19,8 ile 75,9 arasında değişmektedir.

Sağlık Sisteminin Genel Yapısı

Meksika sağlık sisteminin dünyanın dikkatini çekmesine neden olan süreç, Halk Sağlığı ve Sağlık Yönetimi alanında



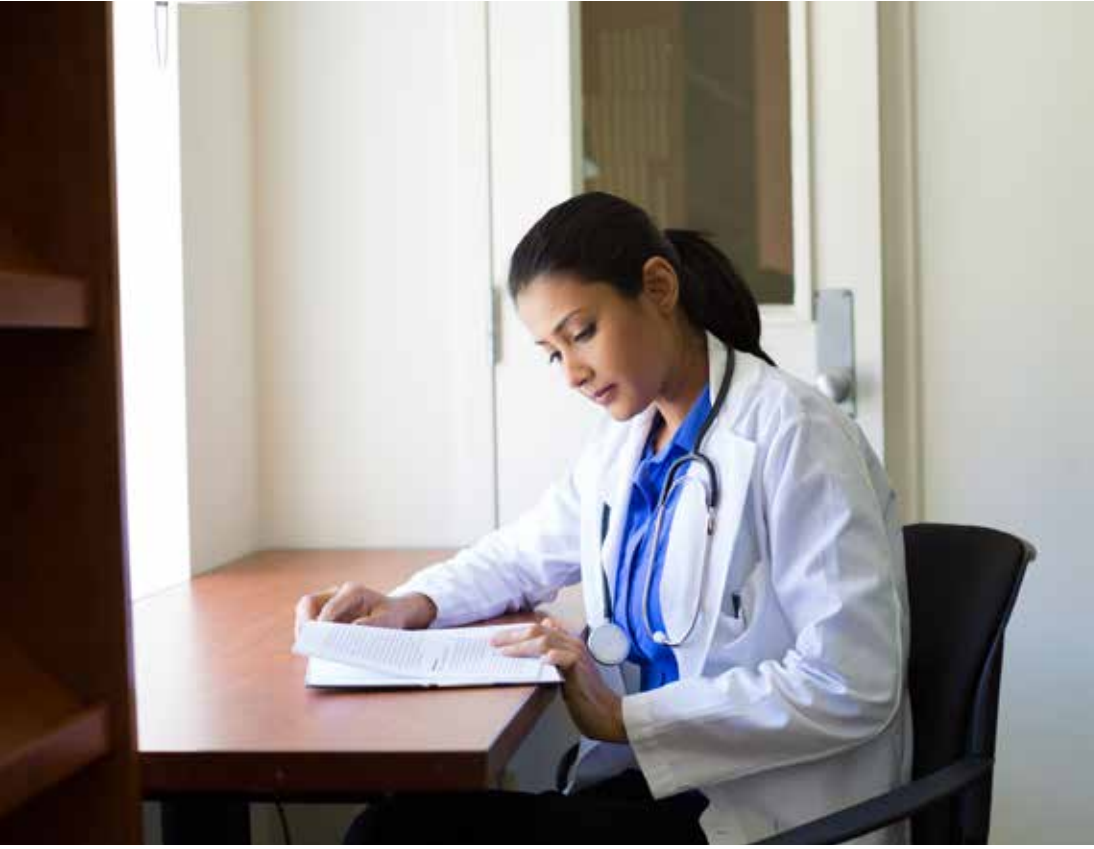
dünyada önemli isimlerden biri olan Julio Frenk'in 2000 yılında Sağlık Bakanı olması ile başlamıştır. 2006 yılına kadar bu görevi yürüten Frenk döneminde bir dizi reform hızlı bir şekilde uygulanmaya çalışılmıştır. Bunlardan en çarpıcı olanı ise Ocak 2004'te yürürlüğe giren Seguro Popular (SP) adlı Sosyal Güvenlik Reformu ile sağlık sisteminin kapsayıcılığının artırılmasıdır.

Reform dönemine değinmeden önce, 2000'li yıllara kadar olan sağlık sistemi yapısına göz atmakta fayda var. Meksika sağlık sisteminin en belirgin özelliği, çeşitli alt sistemlere bölünmüş olmasıdır. Tarihsel süreçte, stratejik bir planlamadan ziyade meslek gruplarının ihtiyaçlarına göre şekillenmiş ve birbiriyle doğrudan bağlantısı olmayan bir hizmet sunumu oluşmuştur. 1930'ların sonunda kamu görevlileri, askeri personel, petrol işçileri vb. farklı iş sektörleri, farklı ekonomik imkânlarla sahip gruplara yönelik çeşitli sosyal güvenlik kurumları kurulmuştur. Ana sosyal güvenlik kurumu olan IMSS'nin kaynağı, işverenlerin çalışanlar adına ödediği primlerden meydana gelmektedir. Kamu görevlileri için ISSSTE, petrol işçileri için PEMEX, deniz kuvvetleri personeli için SEMAR gibi farklı yapılar zamanla kurulmuştur. Her sosyal güvenlik yapısı kendi hizmet sunma kapasitesine sahiptir ve kapsa-

dıkları hizmet yelpazesi çok değişkenlik göstermektedir. Her birinin kendi klinik ve hastaneleri, anlaşmalı oldukları eczaneler bulunmaktadır. Bu açıdan, dikey bir yapıdan söz edebiliriz. Hizmet ağı, kapsam ve kalite açısından ciddi farklılıklar görülmektedir. Bu yaklaşım, hizmet sunumu kapasitesinin mesleki ihtiyaçlar ve ödeme gücüne göre şekillenip diğer ihtiyaçların geri planda kalmasına neden olmuştur. Kendi işinde çalışanlar, kayıt dışı işlerde çalışanlar ve kırsaldaki nüfus yıllarca kapsam dışı kalmış, bu grubun ihtiyaçları federal hükümet tarafından görülmeye çalışılmıştır. Kayıtlı ekonomi açısından güçlü bir yapıya sahip olmayan Meksika'da sağlık hizmetleri için kullanılan kaynaklarda sürekliliğin sağlanamaması hizmetlerin aksamasına ve hizmet kalitesinin düşük olmasına neden olmuştur. Çalışanların %60'ının kayıt dışı işlerde çalışması da hizmet almalarını zorlaştırmaktadır.

Parçalı yapının en büyük dezavantajı ise bireylerin dahil oldukları sosyal güvenlik sistemleri arasında geçişler söz konusu olduğunda hizmetlerin aksamasıdır. Örneğin petrol işçisi olarak çalışan biri, PEMEX'te kayıtlıyken görevinden ayrılıp başka bir sektörde işçi olarak çalışmaya başlarsa IMSS'ye dahil olması gerekmektedir. İki sosyal güvenlik sisteminin kapsadığı hizmetler arasında büyük

Meksika sağlık sisteminin dünyanın dikkatini çekmesine neden olan süreç, Halk Sağlığı ve Sağlık Yönetimi alanında dünyada önemli isimlerden biri olan Julio Frenk'in 2000 yılında Sağlık Bakanı olması ile başlamıştır. 2006 yılına kadar bu görevi yürüten Frenk döneminde bir dizi reform hızlı bir şekilde uygulanmaya çalışılmıştır. Bunlardan en çarpıcı olanı ise Ocak 2004'te yürürlüğe giren Seguro Popular (SP) adlı Sosyal Güvenlik Reformu ile sağlık sisteminin kapsayıcılığının artırılmasıdır.



Bu parçalı yapıda paydaşların iş birliği hayati önem taşımaktadır. SP'nin yürürlüğe girmesine paralel olarak farklı sistemler arası koordinasyonun artırılması için çalışmalar yürütülmektedir. Çünkü bu farklı yapılar objektif kriterlerle karşılaştırılamamakta, kalite göstergeleri ve sistem performans değerlendirmeleri yapılamamaktadır. Buna yönelik adımlar Sağlık Bakanlığının öncelikleri arasındadır. Fakat kurumların ellerindeki imkânları paylaşmama eğiliminde olmaları bu süreci zorlaştırmaktadır.

farklılıklar olduğu için PEMEX'te aldığı bazı hizmetleri IMMS'te alamaz hale gelmektedir. İşsiz kalanlar ise eskiden kapsam dışı iken 2004 yılından beri SP'ye dahil edilmektedirler. Acil durumlarda ise hastalar kendi kurumlarına bağlı bir kuruluşa sevk edilebilecek kadar stabil bir duruma gelene kadar diğer kurumların sağlık kuruluşlarından hizmet alabilmektedir.

90'lardan sonra çeşitli reform çalışmaları yapılmış fakat istenen sonuçlar elde edilememiştir. 2004 yılında ilan edilen SP ile kapsam dışı olan nüfusun sisteme dahil edilmesi hedeflenmiştir. SP, federal hükümet tarafından finanse edilmektedir. Hizmet sunumu eyaletlere kaynak aktarımı yoluyla sağlanmaktadır. Kişiler gelir seviyesine göre ücretsiz olarak veya gelirin %5'ini aşmayacak şekilde yıllık prim ödemesiyle sisteme dahil edilmektedirler. İlk yıl 5 milyon kişi, 10. yılın sonunda ise 50 milyon kişi SP'ye dahil olmuştur. Hastane merkezli bir sağlık hizmet sunumu anlayışı mevcut olduğu için gerek birinci basamak sağlık hizmetleri gerekse birincil ve ikincil korumaya yönelik hizmetler yıllarca geri planda kalmıştır. Birinci basamak örgütlenmesi çok zayıftır, aile hekimliği sistemi gibi bir yapı mevcut değildir. Son yıllarda aşı takvimindeki iyileştirmeler ve tarama programlarının genişletilmesiyle bazı konularda ilerlemeler sağlanmıştır fakat hala yeterli düzeyde değildir. Aşılama oranlarında Hep. B %82, DaBT %83 ve Kızamık %89'dur. Kadınlarda serviks ve meme kanseri

tarama oranları hedef nüfuslarda %25'in altındadır. Bunların beraber, servikal kanserden ölüm oranının 10,2/100 bin olduğunu ve Meksika'nın OECD birincisi olduğunu vurgulamak gerekir. Bakanlık bünyesinde 35 ulusal program yürütülmektedir ve eyaletler de kendilerine sağlık için tahsis edilen kaynağın en az %20'sini önleyici faaliyetlere ayırmak mecburiyetindedir.

Sağlık Finansmanı

Son 10 yılda bütçeden sağlığa ayrılan pay, kamu harcamalarındaki artışlar ve cepten yapılan harcamalardaki azalmalara rağmen sağlık finansmanı ile ilgili göstergelerin birçoğunda hala OECD ortalamasının altındadır. Kamu yatırımları on yılda GSYİH'nin %2,4'ünden %3,2'ye çıkmıştır. Fakat toplamda GSYİH'nin %6,2'si sağlığa harcadığı için kamu harcamaları hala yetersizdir. Üstelik bu %6,2'lik oran dahi OECD ortalaması olan %8,9'un altındadır. Hane halkı sağlık harcamalarının oranı %4,0'dır ve OECD'de en yüksek orana sahiptir. Sağlık harcamalarından dolayı fakirleşen nüfus %3,3'ten %0,8'e inmiştir fakat cepten harcama oranı hala %45 ile yüksek bir seviyededir ve bu kategoride de OECD'de birinci sıradadır. Sağlığa ayrılan bütçenin az olmasının, sağlık sistemini aşan bir konu olduğunu hatırlatmak gerekir. Ülkede kayıt dışı iş kolları oranı yüksek olduğu için vergi geliri de çalışan nüfusa göre düşük kalmaktadır. Vergi geliri düşük olunca devletin sağlığa ayırdığı kamu bütçesi de istenilen seviyede olmamaktadır. SP reformuna rağmen cepten harcamalarda kayda değer bir azalma görülemedi. Çünkü pahalı hizmetlerin bir kısmı hala SP kapsamında değildir ve bireyler bu hizmetleri alabilmek için cepten harcama yapmak mecburiyetindedirler. Geri ödeme sistemlerindeki problemlere bir örnek vermek gerekirse örneğin eğer iş kazası veya meslek hastalığı kaynaklı değilse protez ücreti SP tarafından karşılanmamaktadır. Ülkede az sayıda özel sağlık sigortası da mevcuttur. Nüfusun yalnız %7'si bir özel sağlık sigortasına sahiptir fakat çok sayıda özel sağlık kuruluşu bulunmaktadır.

SP'nin federal hükümet tarafından finanse edildiğini ifade etmiştik. Devletin bunun için 3 farklı gelir kaynağı bulunmaktadır; federal vergiler, eyalet vergileri ve kişilerin prim ödemeleri. Gelir düzeyi en düşük olan yaklaşık %20'lik bir nüfus prim ödemesinden muafır. Sistemdeki gelir ve kaynak dengesizliği bu noktada yaşanmaktadır. Fakir eyaletler en düşük vergi gelirine sahip bölgelerdir. Aynı zamanda nüfuslarının çoğu prim ödemesinden muaf olduğu için sağlık hizmetleri için tek kaynakları federal hükümetten aktarılan paydır. Bu aktarımda yaşanan

bir aksaklık hizmet sunumuna haliyle olumsuz olarak yansımaktadır.

Sağlık Hizmeti İş Gücü ve Kapasitesi

Ülkede 2013 yılı itibarıyla, 256.281 doktor (191.826 kamu, 64.455 özel) 310.441 hemşire (270.596 kamu, 39.845 özel) 4.424 hastane (1.335 kamu, 3.089 özel) bulunmaktadır. Kişi başı yıllık sağlık kuruluşuna başvuru sayısı 2,2'dir. Meksika, sağlık kuruluşlarının özel/kamu olması oranında OECD ülkeleri arasında birinci sıradadır. 1 milyon nüfusa, 11,4 kamu ve 28,6 özel sağlık kuruluşu düşmektedir. Özel hastane sayısı fazla olmasına rağmen yatak oranının düşük olmasının nedeni, yaklaşık 3 bin özel sağlık kuruluşundaki yatak sayısının 20'den az olmasıdır. Özel/kamu sağlık kuruluşu oranı 2,3'tür. OECD ülkeleri arasında bu oranın 1'in üzerinde olduğu ülkeler sırasıyla; Meksika, Almanya, Yunanistan ve İrlanda'dır. Bu noktada, özel sektörü tamamen kamulaştırmak mümkün olmadığına göre, bazı hizmetler çeşitli anlaşmalarla SP veya diğer sigortaların kapsamına dahil edilmektedir. Örneğin IMSS, hemodiyaliz için bazı özel kuruluşlarla anlaşmış durumdadır. Hizmet sunumundaki dağılım adaletsizliğine bir örnek olarak, uzman hekime muayene olma oranları SP'de 319/1.000, IMSS'te 338/1.000 ve ISSSTE'de 620/1.000'dir. SP mensuplarının %33'ü, IMSS'in ise %14'ü kendilerine reçete edilen ilaçları stok yetersizliğinden dolayı temin edememektedir. Hekim maaşları aylık ortalama 1.500 dolar civarındadır, özel sektörde ise 3.000 dolara kadar yükselmektedir. Sabit maaş ve hizmet başına ücret gibi farklı modellere göre ödemeler yapılmaktadır.

Sağlık Reformu Hakkındaki Tartışmalar

2006 yılında Lancet'in 368. sayısında Meksika'daki sağlık sistemine ve bilhassa SP'ye övgüler içeren ve yazarları arasında, Meksika Sağlık Bakanlığı yetkilileri ile Julio Frenk'in de bulunduğu bir dizi makale yayınlandı. Makalelerde SP sonrası, sistemdeki iyileşmelere ait birçok örnek sunulmaktadır. Fakat bu makalelere yönelik ciddi eleştiriler içeren yayınlar da söz konusudur. Çeşitli göstergelerdeki iyileşmelerin SP sayesinde mi gerçekleştiği yoksa zaten yıllardan beri görülen yavaş da olsa bir iyileşmenin devamı olup olmadığı tartışmaların merkezindedir. 2004 reformuyla sihirli bir dokunuş yapılmadığı, 90'larda başlayan reform çabalarının bir devamı olduğu eleştiriler arasındadır. Parçalı yapının SP sonrası dönemde de devam ettiği ve ülke içi eşitsizliklerdeki azalışın yeterli olmadığı itirazları da dile getirilmektedir. İlk yıllarda sisteme dahil olan nüfusun

fazla olmasının nedenleri arasında, ilk kaydolanların en yoksul %20'lik kesim olduğu ve sıradakilerin ise katkı ödemek mecburiyetinde oldukları için kaydolma hızının yavaşlayacağı da yer almıştır. 10 yılın sonunda ülkede, hala hiçbir sigorta sistemine dahil olmayan yaklaşık %20'lik bir kesim bulunmaktadır.

Sorunlar

- Ülkede doğumda beklenen yaşam süresi son 15 yılda 73,3'ten 76,9'a yükselmiştir fakat aynı dönemde OECD ortalaması ise 77,1'den 80,4'e yükselmiştir. Ülke nüfusu yaşlanmaktadır. 2015'te 7,5 milyon olan 65 yaş üstü nüfusun 2030'da 14,1 milyona ulaşması ve toplam nüfusun yaklaşık %10'u olması beklenmektedir. Sağlık hizmeti sunumundaki kalite düşüklüğü, yaşlı nüfusa dönük bakım hizmetlerinin yetersiz olması yakın gelecekte daha büyük bir problem haline gelecektir.
- Meksika hakkında ilginç bir bilgi de, toplam sağlık harcamalarının %8,6'sının idari giderlere ait olmasıdır ki bu alanda OECD içerisinde ilk sırada gelmektedir. Sağlığa ayrılan kaynağın OECD ortalamasına göre düşük olduğunu ifade etmiştik ayrıca bu kaynaklar yanlış yönetilmektedir.
- Ülkenin coğrafi yapısından dolayı yaklaşık %20'lik bir nüfus sağlık hizmetine rahatlıkla ulaşamamaktadır.
- Fazla kilolu ve obez insan sayısı hızla artmaktadır. Yetişkinlerin yaklaşık %70'i bu iki gruptan birinde yer almaktadır. Çocukların 3'te 1'i obezdir ve ABD'den sonra obezitenin en sık görüldüğü ülkedir. Yetişkinlerde diyabet sıklığı %15'tir ve bu oran OECD ortalamasının iki katıdır.
- Bakanlık yetkilileri tarafından yayınlanan bir raporda, sağlık sisteminin önündeki üç temel görev şöyle sıralanmıştır.
 - Toplumun tüm sağlık hizmeti ihtiyaçlarına cevap verilmesi
 - Kaynakların verimli kullanılması
 - Sağlık hizmetinin bütüncüllüğünün ve sürekliliğinin sağlanması

Sonuç

Meksika'nın sağlıkta beklenen sıçramayı yapamadığını söyleyebiliriz. Hastanecilik ve özel sektör merkezli bir yapıda, çok parçalı sosyal güvenlik kuruluşları aracılığıyla toplumun ihtiyaçlarından çok kurumların kabiliyetlerine göre hizmet sunulmaktadır. SP ile kapsayıcılık kesin olarak artmıştır fakat nitelik ve nicelik olarak atılması gereken çok sayıda adım mevcuttur. Koruyucu hizmetler, uzun süreli bakım gerektiren hizmetler, yaşlanan nüfusun, kronik hastalıklarla mücadele başlıklarında hızla ilerleme sağlanmalıdır. Sosyal güvenlik sistemleri arasındaki farklılıklar en aza indirilmeli,

kapsam içinde yer alan hizmetlerin asgari standartları olmalıdır.

Bu parçalı yapıda paydaşların iş birliği hayati önem taşımaktadır. SP'nin yürürlüğe girmesine paralel olarak farklı sistemler arası koordinasyonun artırılması için çalışmalar yürütülmektedir. Çünkü bu farklı yapılar objektif kriterlerle karşılaştırılamamakta, kalite göstergeleri ve sistem performans değerlendirmeleri yapılamamaktadır. Buna yönelik adımlar Sağlık Bakanlığının öncelikleri arasındadır. Fakat kurumların ellerindeki imkânları paylaşmama eğiliminde olmaları bu süreci zorlaştırmaktadır.

Kaynaklar

Frenk, J., Gonzalez-Pier ve ark., *Comprehensive Reform to Improve Health System Performance in Mexico*, Lancet 368: 1524-34; 2006

Gakidou, E. ve ark. *Assessing The Effect of The 2001-06 Mexican Health Reform: An Interim Report Card*, Lancet 368: 1920-35; 2006

Gonzalez-Pier, E. ve ark. *Priority Setting for Health Interventions in Mexico's System of Social Protection in Health*, Lancet 368: 1608-18; 2006

Gutierrez, J. P. ve ark *Effective Access to Health Care in Mexico*, BMC Health Services Research, 14: 186-195, 2014

Healing Mexican Healthcare Stakeholder Collaboration is The Cure, The Economist Intelligence Unit, 2013

Homedes, N., Ugalde, A., *Twenty-Five Years of Convoluted Health Reforms in Mexico*, Plos Medicine 6: 1-8, 2009

Knaul, F. M., Gonzalez-Pier, E., Dantes, O., ve ark. *The Quest for Universal Health Coverage: Achieving Social Protection for all in Mexico*, Lancet 380: 1259-79; 2012

Laurell, A. C., *Health System Reform In Mexico: A Critical Review*, International Journal of Health Services, 37: 515-535, 2007

Llorens, M., Bertozzi, S., Gonzalez-Pier, E. ve ark. *Addressing Inequity In Health And Health Care In Mexico*, Health Affairs, 21: 47-56, 2002

Lopez, M., Valle, A., Aguilera, N., *Reforming the Mexican Health System to Achieve Effective Health Care Coverage*, Health Systems & Reform, 1:3, 181-188, 2015

Sıfır atık yönetimi

Prof. Dr. Mustafa Öztürk



İstanbul Üniversitesi Kimya Mühendisliği Bölümünden mezun oldu. İstanbul Teknik Üniversitesinde çevre mühendisliği doktorasını tamamladı. Yıldız Teknik Üniversitesinde yardımcı doçent olarak akademik hayata atıldı, 1995'te profesör oldu. İstanbul Büyükşehir Belediyesinde Çevre Koruma ve Geliştirme Dairesi Başkanlığı, Çevre ve Orman Bakanlığında Çevre Müsteşar Yardımcısı görevlerinde bulundu. 23. Dönem Hatay Milletvekili ve AB-Türkiye Karma Parlamento Komisyonu Üyesi olarak görev yapan Prof. Öztürk, halen Çevre ve Şehircilik Bakanlığı Müsteşarı olarak görev yapmaktadır.

Doğal kaynaklar, küresel ekonominin işleyişini ve yaşam kalitesini desteklemektedir. Bu kaynaklar, yakıtlar, mineraller ve metaller gibi hammaddeleri değil aynı zamanda gıda, toprak, su, hava, biyo-kütle ve ekosistemleri de içermektedir. İyi işleyen bir ekonomi, doğal kaynakların ve ham maddelerin kesintisiz akışına bağlıdır. Kaynakların sürdürülebilir ve verimli bir şekilde yönetimi, günümüzde kaçınılmaz bir gereklilik durumundadır. 1900 yılına göre bugün, kişi başına enerji tüketimi 3 katına, ham madde kullanımı 2 katına çıkmış, dünya nüfusu ise 5 katına yaklaşmıştır. Yeryüzünden toplam kaynak çıkarımı 1980'de 40 milyar ton seviyelerindeyken 2030 yılı projeksiyonu 100 milyar ton olarak ön görülmektedir. 2000'li yıllarda 500 milyar ton hammadde tüketiminin olduğu ülkemizde de bu değer 2015'te hızlı bir yükselişle birlikte 1,3 milyar tonu aşarak yaklaşık 3 katına çıkmıştır. Bununla birlikte sanayi devrimine bağlı olarak ortaya çıkan teknolojik yeniliklerle birlikte artan nüfus ve şehirleşme, yaşam standartlarının ve tüketim alışkanlıklarının farklılaşmasına yol açmakta, sonuçta da geçmişe nazaran daha çok atığın oluşmasına neden olmaktadır. Bu durum aynı zamanda, başta doğal kaynakların tükenmesi ve iklim değişikliği gibi hususlar olmak üzere tüm canlıları tehdit edecek boyutlara varan hava, su ve toprak kirliliğine neden olmaktadır.

Dünya Bankası raporlarına göre yılda 1,3 milyar ton olan evsel atık miktarının 2025 yılında 2,2 milyar tona ulaşması beklenmektedir. Dünyada atığın %52 si depolama alanında depolanmaktadır. Aynı rapora göre bu alanda yapılan yıllık harcamanın ise 205 milyar Dolardan 2025 yılında 375 milyar Dolara ulaşacağı düşünülmektedir. Beraberinde karbon emisyonları da ciddi bir şekilde artış göstermiştir. Emisyonlardaki hızlı artış neticesinde bu artış hızını kontrol altına almak için son 25 yılda dünyada ciddi bir farkındalık oluşturma cabası içine girilmiştir. Ülkemizde de benzer artışları görmek

mümkündür. 1995 yılında oluşan evsel atık miktarı 17 milyon ton dolaylarında iken 2015 yılına gelindiğinde bu değer 31 milyon tona ulaştığı görülmektedir. 2023 yılında ise bu miktarın 38 milyon tona ulaşacağı öngörülmektedir.

Ülkemizde oluşan evsel atıkların %52'sini organik atıklar, % 6'sını plastik atıklar -ki bunların çok büyük bir bölümünü plastik poşetler oluşturmakta-, %10'unu kâğıt-karton atıkları, %4'ünü cam, % 2'sini metal atıklar oluşturmakta, kalan kısmı ise diğer atıklardan oluşmaktadır. Bu oranlara baktığımızda atıklarımızın çok büyük bir kısmının değerlendirilebilir yani geri kazanılarak hammadde olabilecek, yeni ürünlere dönüştürülebilecek atıklar olduğunu görüyoruz. Bunun yanında kaynağında ayrıldığı ve çöpe atıldığı için plastik, kâğıt-karton, cam, metal gibi değerlendirilebilir birçok atık depolama sahalarına gitmekte ve yaklaşık olarak her yıl 1 milyar TL'lik kaynak yok olmaktadır. Oluşan bu atıkların herhangi bir işleme tabi tutulmadan doğrudan depolama sahalarında bertaraf edilmesi düşünüldüğünde, kaba bir hesaba her yıl yüzlerce futbol sahası büyüklüğünde depolama alanına ihtiyaç duyulmaktadır. Aynı şekilde bu atıkların toplanması, taşınması ve/veya depolanması gibi yönetsel faaliyetler de ilave maliyetler doğuracaktır. İdeal atık yönetim hiyerarşisine göre atıkların oluştuğu yerde önlenmesi ve azaltılması, oluşumunun önlenemediği durumda yeniden kullanımı atık yönetimi hiyerarşisinin öncelikli basamaklarıdır. Yeniden kullanım imkânı olmayan atıkların ise ekonomiye kazandırılması amacıyla geri dönüşümü, maddesel geri kazanımı veya enerji olarak geri kazanımı şeklinde kullanılması, gereklidir.

Ancak uygun bir geri kazanım yöntemi bulunmaması halinde atıkların nihai bertarafı tercih edilmelidir. Dolayısıyla, kaynağında önleme ve azaltma yeniden kullanma, en yakın ve en uygun tesiste atığın işlenmesi yoluyla geri kazanımı ile atık yönetim hiyerarşisinin etkin bir şekilde uygulanması çevre kirliliğinin

minimize edilmesini sağlamaktadır. Ayrıca bu uygulama, çevre kirliliğinin giderilmesi için oluşan maliyetlerin minimize edilmesi bakımından da önem arz etmektedir. Hammadde ihtiyacımızın sürekli arttığı, öte yandan gerek depolama alanlarımız gerekse de hammadde ve doğal kaynaklarımızın sınırlı olduğu düşünüldüğünde atık yönetiminde döngüsel ekonomi bağlamında giderek gelişen ve yerleşen bir kavram olan sıfır atık yaklaşımının hızla hayata geçirilmesi ve su, atık, sera gazı ve enerjiyi içeren entegre yaklaşımla atıkların yönetiminin sağlanması gerekmektedir.

"Sıfır atık"; israfın önlenmesini, oluşan atığın azaltılmasını, atıkların geri dönüştürülmesini, kaynakların daha verimli kullanılmasını, etkin toplama sisteminin kurulmasını kapsayan atık yönetim yaklaşımı olarak tanımlanan bir hedeftir. Uluslararası anlamda sıfır atık kavramının güncel tanımı 2004 yılında Sıfır Atık Uluslararası Birliği (Zero Waste International Alliance) tarafından yapılmıştır. Sıfır atık kavramı; atıkların ve ürünlerin yapısındaki toksisitesinin azaltılması ve önlenmesi, tüm kaynakların korunması ve muhafaza edilmesi, atıkların yakılması ve gömülmesinin engellenmesi için sistemli bir biçimde ürün ve proseslerin dizaynı ve yönetilmesi şeklinde açıklanabilmektedir.

Atığın oluşumunun önlenmesi veya minimize edilmesi, sıfır atık yaklaşımının çatısını oluşturmaktadır. Ancak atık oluşumunun engellenemediği durumda bu atıkların kaynağında yönetiminin sağlanması da bu yaklaşımının önemli bir aşamasıdır. Atıkların geri dönüşüm ve geri kazanım süreci içinde değerlendirilmeden bertarafı, hem maddesel hem de enerji olarak ciddi kaynak kayıpları yaşanmasına neden olmaktadır. Bunun önüne geçmek temel hedeftir. Böyle bir yaklaşımın sağlayacağı faydalara ilişkin bazı bulgular şu şekildedir:

Kaynağında ayrı toplanan 1 ton atık kâğıt-karton 17 ağacı kesilmekten kurtarmaktadır. Her bir ağaç iki kişinin oksijen ihtiyacını karşılamaktadır. Yine 1

ton atık kâğıdın geri dönüşümü ile 12.400 m3 sera gazı engellenmiş, 2,4 m3 atık depolama alanından tasarruf sağlanmış olacaktır. Geri dönüştürülen her 1 ton cam için yaklaşık 100 litre petrolden tasarruf edilebilmektedir. Yeni üretime kıyasla, metal ve plastik geri kazanımı ile %95 enerji tasarrufu sağlanabilecektir. Atık camlar tekrar cam ürünlerine, plastikler elyaf ve dolgu malzemesi ile otomobil parçası gibi birçok malzemeye, atık metaller ise tekrar metal ürünlerine dönüşebilmektedir. Sıfır atık yönetiminde önemli bir etki, atıkların azaltılması ve bu atıkların zararsız hale getirilmeleri için yapılması gereken harcamaların düşmesidir. Ayrıca bu durumla birlikte atık yönetiminde kullanılan geri dönüşüm ve yeniden kullanım gibi yöntemler, maliyetin azalmasını sağlarken verimliliği de arttırmaktadır.

Sıfır atık yaklaşımı döngüsel ekonominin de temelini oluşturmaktadır. 2015 yılı sonunda Avrupa Birliğince kabul edilen Döngüsel Ekonomi Paketinde; 2030 yılına kadar belediye atıklarında %65 geri dönüşüm, ambalaj atıklarında %75 geri dönüşüm ve depolanacak belediye atığının aşamalı olarak %10'a indirilmesi hedefi konmuştur. Bu hedefler, gelişmiş birçok ülkeyi dahi zorlayacak niteliktedir. Ortaya konan döngüsel ekonomi hedefleri, tüm dünyada giderek yaygınlaşan sıfır atık yaklaşımının hayata geçirilmesini de zaruri hale getirmiştir. Sıfır atık yaklaşımı tüm dünyada bireysel olarak uygulandığı gibi kurumlar ve belediyeler nezdinde de uygulanmaktadır.

Sıfır atık yaklaşımının uygulanması, aşağıda sıralanan birçok avantajı da beraberinde getirecektir.

- Kaynak verimliliğinin artması
- Temiz ortam kaynaklı olarak performansın artması
- Ekonomik kazanç sağlanması
- İsrafin önüne geçilmesi
- Çevresel risklerin azalmasının sağlanması
- Doğal kaynakları koruması
- Enerji tasarrufu sağlanması
- Çevre koruma bilincinin kurum bünyesinde gelişmesine katkı sağlandığından çalışanların "duyarlı tüketici" duygusuna sahip olması
- Ulusal ve uluslararası pazarlarda kurumun "çevreci" sıfatına sahip olmasının sağlanması ve bu sayede prestijinin artması
- Ulusal ve uluslararası belgelerin alınmasını kolaylaştırması.

Çevre ve Şehircilik Bakanlığımız, bu noktadan hareketle "Sürdürülebilir Kalkınma İlkeleri" çerçevesinde atıklarımızı kontrol altına almak, gelecek nesillere temiz ve gelişmiş bir Türkiye ile yaşanabilir bir dünya bırakmak için sıfır atık projesine önderlik yapmaktadır. Hem Çevre ve Şehircilik Bakanlığında hem

de Cumhurbaşkanlığı Külliyesinde sıfır atık projesi uygulamaya geçirilmiş ve 26 Eylül 2017 tarihinde Cumhurbaşkanımızın saygıdeğer eşi Emine Erdoğan Hanımefendinin öncülüğünde projenin tanıtım toplantısı Cumhurbaşkanlığı Külliyesinde gerçekleştirilmiştir.

Sıfır Atık Projesinde 7 aşamadan oluşan yol haritası esas alınarak çalışmalara başlanmıştır. İlk aşama, odak noktası ve ekiplerin oluşturulması olmaktadır. Atığın özelliği, kaynağı, miktarı, çevre insan sağlığına etkileri bilinmediği zaman etkin bir yönetim sağlanamamaktadır. Bu noktada mevcut durum ortaya konulmuş, ihtiyaçlar tespit edilmiş ve uygulamanın temeli atılmıştır. Renklerin insanların algısı üzerinde büyük etkisi olduğundan uygulamada standarda erişmek adına renk skalası oluşturulmuştur. Kâğıt atıklar için mavi, cam-yeşil, plastik-sarı, metal-gri, organik-kahverengi, geri dönüşmeyen atık-siyah, yemek artıkları-beyaz, ekmek artıkları-mor olarak belirlenmiş, biriktirme ekipmanları, poşetler, taşıma konteynırları aynı renkte detaylandırılmıştır. Uygulamada verimli bir çalışma gerçekleştirilebilmesi için hedef kitlelere göre eğitimin gerçekleştirilmesi çok büyük önem taşımaktadır. Bakanlıkta kat görevlilerine, bakım onarım sorumlularına ve çalışanlarına ayrı ayrı uygulamalı eğitim bilgilendirme seminerleri düzenlenmiştir. Uygulama aşamasında plastik, kâğıt, cam, metal atıklar ve kızartmalık atık yağlar, atık elektrikli ve elektronik eşyalar ayrı toplanarak geri dönüşüm tesislerine gönderilmektedir. Ekmek ve yemek artıkları ayrı toplanarak hayvan barınaklarına gönderilmektedir. Sebze atıkları ile park bahçe atıkları ayrı toplanarak kompost yapılmakta, park ve bahçelerde toprak iyileştirici olarak kullanılmaktadır.

Sıfır atık projesinin 2018 itibarıyla aşamalı olarak kamu kurumlarında, terminallerde (havaalanı, otogarlar, limanlar vb.), eğitim kurumlarında (üniversiteler, yüksekokullar, enstitüler, okullar vb.), alışveriş merkezlerinde, konut sitelerinde, sağlık kurumlarında (hastaneler, ASM'ler vb.), eğlen-dinlen tesislerinde (otel, eğlence merkezleri, restoranlar, parklar vb.), stadyumlarda, iş merkezlerinde ve büyük iş yerlerinde uygulamaya geçirilmesi hedeflenmektedir. Bu kurumlarda sıfır atık çalışmalarının etkin bir şekilde uygulanabilmesine yardımcı olmak adına Bakanlığımızca sıfır atık yönetimi uygulama rehberi ve plan formatı hazırlanmıştır.

Bununla birlikte çalışmaları daha verimli ve kalıcı hale getirmek, sürdürülebilir bir sistem kurmak amacıyla "Sıfır Atık Yönetimi Eylem Planı" hazırlanması ihtiyacı doğmuştur. 2017-2023 dönemini kapsayan Sıfır Atık Yönetimi Eylem Planının kapsamında 6 hedef ve 39 eylem belirlenmiştir. Hazırlanan Sıfır Atık Yönetimi Eylem Planı; mevcut durumu ortaya koymak, sıfır atık yaklaşımı hakkında bilgi vermek, tüm kurum/kuruluşlarda uygulan-

masını sağlamak amacıyla aşamalı olarak yapılması gereken çalışmalar için bir yol haritası çizmektedir. Plan kapsamında sıfır atık uygulamasına geçen kurumlar "Sıfır Atık Yıldızı" ile belgelenecektir. Sıfır Atık Yıldızına sahip sağlık kuruluşları geri dönüşümün önemli bir lokomotif olacaktır.

Hastaneler hasta ve yaralıların, hastalıktan şüphe edenlerin ve sağlık durumlarını kontrol ettirmek isteyenlerin ayakta veya yatarak izleme (müşahede), muayene, tanı (teşhis), tedavi ve rehabilite edildikleri aynı zamanda doğum yapılan kurumdur. Bu hizmetlerin yerine getirilmesi esnasında farklı birimlerde farklı özellikte atıklar oluşmaktadır. Yatak başına düşen günlük ortalama atık miktarı üniversite hastanelerinde 4,1-8,7 kg, genel hastanelerde 2,1-4,2 kg, bölge hastanelerinde 0,5-0,2 kg olarak değişmektedir. Bu atıkların günlük, aylık ve yıllık toplamı oldukça büyük miktarlar oluşturmaktadır. Sağlıkla ilgili işlemler sırasında oluşan atıkların %75-90'ı risksiz veya halk sağlığını tehdit etmeyen genel atıklar iken, geri kalan kısmı riskli atıklardan oluşur. Hastanelerde tıbbi atıkların yanı sıra evsel nitelikli atıklar, tehlikeli atıklar, radyoaktif atıklar ve bakım onarım atıklarının oluştuğu görülmektedir. Her bir atığında farklı bir yönetim sistemi bulunmaktadır. Hastane atıklarının etkin bir şekilde yönetilmemesi, çeşitli sorunları da beraberinde getirecektir. Tehlikesiz atıkların tıbbi ve tehlikeli atıklara karışması ekonomik yük doğuracağından, işgücü kaybını arttıracığından, tehlikeli ve tıbbi atıkların tehlikesiz kabul ettiğimiz atıklara karışması sağlık ve çevre açısından çok daha büyük problemler yaratmaktadır. Bu nedenle hastanelerde ve benzeri sağlık kuruluşlarında üretilen tıbbi atıkların evsel nitelikli atıklardan ayrı olarak toplanması, depolanması ve elimine edilmesi gerekmektedir.

Hastanede atıkların kaynağında ayrılması durumunda;

- Hastalıkların yayılması önlenmekte
- Riskler en aza indirilmekte
- Çalışan sağlığı ve güvenliğini sağlanmakta
- Yerel kaynakların daha etkin kullanılması sağlanmakta
- Çevre korunmakta
- Bertaraf maliyetleri düşürülmekte
- Atıklar geri kazanılmaktadır.

Sağlık sektöründe atıkların oluşumundan başlayarak atık yönetim sistemlerini kurmaları, mümkün olduğu kadar atık oluşumunu azaltarak doğal kaynakların korunmasını sağlamaları gereklidir. Mevcut kullanım alışkanlığımıza devam etmek bir seçenek değildir. Alışkanlıklarımızı değiştirerek kaynaklarımızı daha verimli kullanmak ve atık miktarını azaltmak, ülkemiz için büyüme ve istihdam yaratmanın anahtarı olacaktır.

Beşikten beşiğe atık

Yrd. Doç. Dr. Duygu Erten



Boğaziçi Üniversitesi Mühendislik Fakültesi İnşaat Bölümü'nden 1988'de mezun oldu. 1988-2004 yılları arasında ABD'de Rutgers Üniversitesinde İnşaat ve Çevre alanında yüksek lisans ve doktora çalışmalarını tamamladı ve farklı ülkelerde emlak sektöründe sürdürülebilir binalar ve yerleşimler alanında çalıştı. Yaygın kullanılan LEED, BREEAM, DGNB, C2C, WELL gibi yeşil bina ve ürün sertifikalarında akredite profesyoneli ve lisanslı eğitim partneridir. Dr. Erten Amerikan İnşaat Mühendisleri Odası Bilim Kurulu Üyesi, ABD Yeşil Binalar Konseyi Yönetim Kurulu üyesi ve Türkiye Yeşil Binalar Derneği geçmiş dönem Yönetim Kurulu Başkanı'dır. Dr. Erten, halen Medipol Üniversitesi İnşaat Mühendisliği Öğretim Üyesidir.

"Bizler her birimiz hayat ağının bir parçasıyız. İnsanlığın sürekliliği, elbette, daha büyük anlamıyla yaşam ağının kendisidir ve bu güzel mavi ve yeşil yaşayan gezegene yaptığımız kısa ziyarette, insanlığın sürekliliğini sağlamak için iki seçeneğimiz var: onu incitmek veya ona yardım etmek. Bu tercih tamamen sana kalmış."

Ray Anderson, Interface firmasının kurucusu (1)

"Atık yiyecektir. Daha az kötü, iyi olmaz. Amaç, işi iyi yapmaktır."

William McDonough & Michael Braungart (2)

Doğa kanunlarının doğrusal bir çizgisi yoktur. Bütün kaynaklar ve yaşam döngüsel bir sistemdir. Hücreler dokuları, dokular organları ve sistemleri, sistemler de bir araya gelerek canlı organizmayı meydana getirir. Bu nedenle aslında dünyada çöp diye bir kavram yoktur. Her canlı atığı, başka bir canlının besinidir. Atıktan enerji üretilir ve bu sayede canlılar gelişerek büyür. Bu döngüyü bozan tek varlık insanın yarattığı ürünlerdir. Doğanın akışı döngüsel iken, insanın yarattıkları doğrusal bir düzlemde akmaktadır. Günümüzde bu akışın döngüsel olmamasının önündeki en büyük engellerden biri, ürünleri toplama ve yeniden kullanmayı sağlayacak endüstriyel altyapının eksikliğidir. Ekonomik modelleri yeniden düşünmek, sadece sistemlerin yeniden düzenlenmesini değil iş modelinin de yeniden tanımlanmasını gerektiriyor (5). Avrupa Komisyonunun Döngüsel Ekonomi Çerçevesi, bu sorunların bazılarını çözmekten bahsediyor. Avrupa Komisyonuna göre "Döngüsel ekonomide yeniden kullanma, tamir etme ve geri dönüşüm, normal iş yapış şekli; atık ise geçmişin unsuru" haline gelecek ve döngüsel ekonomi AB iş dünyasının 600 milyar avro tasarruf yapmasını sağlayacak (3).

Beşikten Beşiğe "Cradle to Cradle (C2C)" kavramı, bir ürünün yaşam döngüsünü tanımlarken, beşikten mezara kavramının yerine, sonsuz kullanım olasılığını göz önünde bulundurarak sıfır atık ötesine geçer. Prof. Dr. Michael Braungart tarafından Almanya'da kurulan EPEA (Environmental Protection Encouragement Agency), uluslararası bir araştırma enstitüsü olarak, dünyanın her yanında yeni üretim süreçlerinin, ürünlerin ve hizmetlerin tasarımında "Beşikten Beşiğe" metodolojisinin uygulanması için 1987'den beri çalışmaktadır ve EPEA aynı zamanda C2C patentinin sahibidir.

Bu patent; malzeme dünyasına beşik-ten beşiğe, geri dönüşümü güç olan maddeler, yeniden kullanılabilirlik, teknik çevrim, orijinal ve çevre dostu ürünler haline dönüştürme gibi yeni kavramlar getirmiştir. Patent birçok sektörde sürdürülebilirlik hareketinin yolunu açmıştır. C2C konseptine göre her sektörde tasarımcılar yeni ürünler ortaya koymaya başlamaktadırlar. Bu ürünler ilk günden, kullanımlarının sonunda biyolojik çevrime girebilecek ve en azından kompost olabilecek ya da teknik çevrimlere girebilecek şekilde tasarlanmaktadır. Atık kavramı yok olmakta, bunun yerine eskiyince tekrar üretildiği fabrikalara yollanabilen ürünler ortaya çıkmaktadır. Düşünce

sistemi gereği, bu anlayışla tasarlanan ve üretilen çevreci ürünler aynı zamanda yüksek kalitede olmaktadır.

EPEA, C2C patentini bir sertifikalama işine çevirmiş ve malzemeleri değerlendirerek onlara çevreci etiket verme çalışmalarını yürütmektedir. C2C etiketini alan ürünler sayesinde, işletmeler ekolojik ve akıllı bir tasarımı yaptıklarını görünür bir şekilde ortaya koyabilmektedirler. Tüketici de C2C logosunu taşıyan ürünün ekolojik kalite ölçütlerini taşıdığını kolayca görebilmektedir. C2C sertifikası, ürünlere "Basic-Silver-Gold ve Platin" olmak üzere dört ayrı seviyede verilmektedir.



Şekil 1: Beşikten Beşiğe Dönüşüm



Steelcase Marka Sertifikalı Ofis Mobilyaları

C2C etiketi alan malzemeler şu üç anlayışa göre tasarlanmaktadır:

- 1) Atık=Besin. Bu eşitlik, atık kavramı ortadan kalktığı anlamına gelmektedir.
- 2) Güneş enerjisi (direkt ya da depolanmış veya dönüşmüş olarak) kullanılmaktadır.
- 3) Kültürel ve Biyolojik olmak üzere çeşitlilik desteklenmektedir (1).

Biyolojik Besin Döngüsü

Biyolojik besinler, doğal ürünlerdir ve biyolojik olarak parçalanırlar. Dünya için bir tehlike oluşturmaz, kullanıldıktan sonra atıldıklarında doğaya karışır ve parçalanma süreçlerine katılırlar. Biyolojik besin olabilmesi için, tasarlanan ürünler “tüketim ürünleri” adını alır, güvenli bir şekilde doğaya geri döner, sağlıklı ve yaşayan sistemlerde besin olurlar. Temizlik maddeleri, tek kullanımdan sonra atılan ambalajlar, kullanılırken biyolojik, kimyasal ve fiziksel olarak değişime uğrayan ürünler (halı tabanları, fren balataları gibi) biyolojik besin olarak geliştirilmeye uygun tipik tüketim ürünleridir.

Teknik Besin Döngüsü

Karmaşık, dayanıklı tüketim ürünleri ve mineral kaynaklar teknik “metabolizma”ya girebilirler. Bu metabolizma çevriminde atıklar değil, besinler oluşur. “Teknik bir besin”, sonradan tekrar geri kazanılabilmesi ve kullanılabilmesi için kapalı bir üretim çevriminde kalması gereken bir malzemedir. Malzeme, bu sayede yaşam çevrimleri sırasında değerini ürün olarak korur. Malzemelerin değerlerini artırmalarına “upcycling” adı verilmektedir. Bu teknik besinler, “dayanıklı tüketim

ürünleri” için de kullanılmaktadırlar. Kullanıcı, üründen sanki sahibiymiş gibi yararlı olsa da ileride yine dönüşüme girebileceğinden, ürün gerçekte üreticisine ait olarak kalmaktadır (3).

Bu sonsuz döngünün sonucunda dayanıklı tüketim ürünleri yaratılabilmiş ve bu ürünler pazarda başarıyla yer etmişlerdir. Örneğin, yer döşemesi sektöründe, Amerikan Shaw firması, ürün hizmeti konseptini benimsemiş bulunmaktadır. Shaw firması, EcoWorx adını verdiği yer döşemesi için Nylon 6 denilen, eski halı elyaflarının tekrar geri kazanıldığı ve önemli bir malzeme kaybına yol açmadan yüksek kaliteli ipliğe dönüştürdüğü bir sistem geliştirmiştir. Geliştirilen bu sistem, yeni yaşam çevrimi sayesinde eski “Nylon 6”ya yeni bir değer katmaktadır. Bilinen geri dönüşüm proseslerinde, sentetik malzemenin polimer uzunluğunun kısaldığı ve inorganik malzeme başka bir madde ile kirlendiği için son ürünün kalitesi düşmektedir. Bu da geri kazanılan malzemeden yararlanmayı sınırlamakta ve kullanım alanını daraltmaktadır (4).

Beşikten beşiğe kavramı, kalite kaybı olmaksızın sonsuza dek tekrar kullanılabilen ürünler ve “kalitesi artırılan” güvenli işlemler yaratmamız gerektiği üzerine kurulmuştur. Önceleri gerçekçi gelmeyen bu fikir, Braungart ve McDonough tasarım uygulamalarında defalarca kullanıldıktan sonra pazarda yer bulmuştur. McDonough, bir İsviçre şirketi için bir ekolojik tekstil içeriği hazırlama ile görevlendirildi. Şirket, başlangıçta geri dönüşümlü pamuk ve PET kullanarak yapılan bir tekstil ürünü önermiştir. Ancak C2C felsefesine göre yazılan raporda şunları içermektedir (6):

Beşikten beşiğe kavramı, kalite kaybı olmaksızın sonsuza dek tekrar kullanılabilen ürünler ve “kalitesi artırılan” güvenli işlemler yaratmamız gerektiği üzerine kurulmuştur. Önceleri gerçekçi gelmeyen bu fikir, Braungart ve McDonough tasarım uygulamalarında defalarca kullanıldıktan sonra pazarda yer bulmuştur.

“1) Kullanılan malzemeler örneğin pamuk, yüksek pestisit seviyelerini kullanan ve üretmek için büyük çevresel hasar yaratılan, dünyadaki en zararlı bitkidir. Ayrıca PET gibi zararlı kimyasallar da içermektedir.

2) Çoğu ürünün içinde zehirli maddeler var.

3) PET şişe geri dönüştürülemez. Çünkü bu bir döngü sonudur. Ayrılmayan uyumsuz malzemeleri karıştırdığından, ürün asla geri dönüştürülemez. Bu gerçek bir atıktır ancak C2C felsefesine göre artık atık yoktur, her şey geriye dönebiliyor.”

Tekstil şirketi, daha ekolojik alternatif bir ürün için bakın neler yapmıştır. Önce, binlerce malzemeyi analiz etmiş; işverene, güvenli ve sürdürülebilir maddelerden oluşan bir liste sunmuşlardır. Biyolojik ve endüstriyel ürünlerin karıştırılmaması gerektiğini ortaya koymuşlardır. Bu tür karışık ürünler geri dönüştürülemezdir. Ancak bu önerilerle, ortaya çıkan ürün daha pahalıya mal olmaktadır. Yeni ürünün içinde, yönetilmesi gereken az miktarda bileşen bulunduğundan, zehirli materyalleri belgelemekten, depolamadan ve yönetmekten vazgeçildiğinden ve bunlara artık ihtiyaç duyulmadığından, işçi üretkenliğinin yüksek olması nedeniyle, alternatiflerinden **daha ucuzdur**.

Son ürün, kompost olarak kullanılabilen kesinlikle güvenli bileşenlere biyolojik olarak parçalanabilen bir üründür. McDonough, şeyleri daha az kötüleştirmek isteyen çevresel hareketlerin sonuçta başarısız olacağını söylemektedir. Çünkü daha az kötü, yeterince iyi değildir. Asıl amaç, işleri iyi yapmaktır. Bir endüstri



Sürdürülebilir bir yeşil yaşam modeli artık tüm dünyanın arayışındır. Yeşil binaların en önemli parametrelerinden biri atığın azaltılmasıdır. Ancak bu konuda kurumsal bilinç ve yeşil iş yapış şekillerinin dışında bireysel bilincinde yerleştirilmesi her birimizin sorumluluğudur. Hollanda'da kurulan bir vakıf bu doğrultuda yarattığı network'le Avrupa genelinde Belediyeler ve Sivil Toplum Kuruluşları aracılığıyla atığın sıfırlanması için çalışmaktadır. Türkiye'de ise Çevre ve Şehircilik Bakanlığı tarafından 26 Eylül 2017'de "Sıfır Atık Projesi" başlatılmıştır.

toplumunda, sanayi büyümeye ve deregülasyona inanırken, çevreciler büyümeyi yavaşlatmaya ve endüstriyel üretimin kötü etkilerini hafifletmeye inanmaktadırlar. Doğada ise büyüme ve atıklar iyidir çünkü bir kaynaktan gelen atık başka bir besin kaynağıdır. Örneğin zeytin ağacı büyür ve sonra tüm çiçekleri kompost haline dönüşerek, zeytin ağacının tabanında yetişen çimleri ve çiçekleri besler. Beşikten beşiğe felsefesi, endüstriyel üretim için de modelimiz olmalıdır.

Bu felsefe hem üretimde hem de yaşamları boyunca daha iyi güvenli, üretmek için verimli ürünler üretmektir. Eko-verimlilik görüşü, daha az sayıda ve daha dayanıklı ürün üretmemizi ister ancak felsefe gittikçe daha fazla dayanıklı malzeme ürettiğimiz eko-etkili bir yaklaşım için savunur. Ancak biz onları beşikten beşiğe kadar güvenli, enerji açısından verimli ve yükseltilebilir yapmaktayız (6).

Sıfır Atığa Doğru

Avrupa Birliği'nde yapılan araştırmaların sonuçlarına göre, inşaat projelerinden

çıkan inşaat ve yıkım atığı en gereksiz atık malzemelerindendir. En son çıkan inşaat ve atık raporuna göre, bu tür atık Avrupa Birliği'ndeki tüm atığın %30'unu oluşturmaktadır. Bu tür atığın %60'ı atık sahalarına yollanmaktadır. Yollanmayanlar ise ayrıştırmanın çok zor olduğu şekilde toplanmakta ve içindeki kıymetli maddelerle atık olmaktadır (down-cycled). Her yıl inanılmaz miktarda ekonomik ve çevresel değer artarak çöpe gitmektedir. Ancak bu ziyan gerçeği değişebilir. Döngüsel ekonomi ve bu sistem için geliştirdiğimiz iş modelleri "Tasarım, kullanım ve yeniden kazanım" döngüsünden yola çıkarak atığı bir değer olarak görmektedir. Ülkeler, çevreci, ekolojik malzemeler ortaya koyabilmek için gereken çıkarmaları ve eklemeleri yaparak döngüsel tasarım moduna geçebilmektedir. Birçok bina malzemesinin yüksek geri dönüşüm oranını kaldırmak gibi özellikleri vardır. Bu sayede daha yüksek ekonomik gelişme sağlanabilmektedir. Tablo 1'de de görüleceği gibi Türkiye atığı ayrıştırarak ayırmada ve ayırdığını raporlamada henüz işin başındadır. Gereken veriler olmadan sıfır atık stratejileri kurgulamak-

ta güçtür. Döngüsel tasarım sayesinde artan malzeme verimliliği, farklı stratejiler için bir platform yaratacaktır. Bazı stratejiler, malzemeler için maksimum değer yaratırken, bazıları var oldukları ürünün değerine değer katmaktadırlar (mesela binalar). Döngüsel iş modelleri (DİM), için malzeme üreticileri, müteahhitler, son kullanıcılar ve geri dönüştürücüler gibi tüm paydaşları kapsayan bir tanımlama çerçevesi ve uygun döngüsel malzeme tasarım stratejileri gereklidir. Bunun için önce kritik ham malzemelerin ortaya konması gerekmektedir (7). Sürdürülebilir bir yeşil yaşam modeli artık tüm dünyanın arayışındır. Yeşil binaların en önemli parametrelerinden biri atığın azaltılmasıdır. Ancak bu konuda kurumsal bilinç ve yeşil iş yapış şekillerinin dışında bireysel bilincinde yerleştirilmesi her birimizin sorumluluğudur. Hollanda'da kurulan bir vakıf bu doğrultuda yarattığı network'le Avrupa genelinde Belediyeler ve Sivil Toplum Kuruluşları aracılığıyla, atığın sıfırlanması için çalışmaktadır (8). Türkiye'de ise Çevre ve Şehircilik Bakanlığı tarafından 26 Eylül 2017'de "Sıfır Atık Projesi" başlatılmıştır (9).

Tablo 1: Ülkelere Göre Kategorize Edilmiş Atık Miktarları Ref: EUROSTAT (tehlikeli ve NACE Rev. 2 faaliyeti): 26.10.2017

ÜLKE/ATIK	TOPLAM ATIK	Kimyasal ve Tıbbi Atık	Dönüştürülmüş	Ekipman	Hayvan ve bitki atığı	Karışık Atık	Sulu Çamur	Mineral ve katılaşmış
Avrupa Topluluğu (28 ülke)	2.494.700.000	54.960.000	234.540.000	16.160.000	88.670.000	286.170.000	18.490.000	1.795.720.000
Belçika	56.434.826	2.397.368	13.655.143	603.575	5.635.143	6.878.445	579.150	26.686.002
Bulgaristan	179.677.011	518.228	2.370.564	132.660	983.646	3.223.979	78.817	172.369.117
Çek Cumhuriyeti	23.394.956	797.432	4.500.553	79.581	583.264	3.706.252	348.833	13.379.041
Danimarka	20.081.310	317.413	3.361.288	168.614	1.087.281	3.555.861	187.953	11.402.900
Almanya	387.504.241	8.821.344	38.860.736	2.465.085	15.011.037	45.318.230	1.614.740	275.413.069
Estonya	21.804.040	1.750.157	1.263.107	34.312	149.633	484.602	27.245	18.094.986
İrlanda	15.166.830	776.112	1.434.386	212.874	554.285	3.674.107	616.688	7.898.378
Yunanistan	69.758.868	251.623	1.125.064	188.460	575.225	7.495.065	138.035	59.985.396
İspanya	110.518.494	2.990.346	12.345.888	1.202.597	8.058.640	32.327.292	1.438.320	52.155.411
Fransa	324.462.969	4.867.183	34.499.195	2.218.682	11.304.163	33.878.044	1.394.495	236.301.207
Hırvatistan	3.724.563	56.814	904.420	58.078	395.664	1.491.070	16.830	801.687
İtalya	159.107.169	16.071.024	26.503.670	2.800.026	6.921.585	39.416.867	5.455.319	61.938.678
Kıbrıs	2.050.850	21.404	281.339	18.137	112.018	233.278	6.906	1.377.767
Letonya	2.621.495	65.624	331.184	25.071	105.480	1.400.008	22.705	671.423
Litvanya	6.200.450	70.124	1.066.287	82.691	551.038	1.369.783	48.937	3.011.590
Luxemburg	7.072.758	47.825	383.363	7.398	95.427	255.433	10.639	6.272.673
Macaristan	16.650.639	489.182	3.230.318	50.066	699.238	4.412.073	164.486	7.605.276
Malta	1.664.836	23.126	82.875	7.772	16.605	266.406	9.626	1.258.426
Hollanda	133.249.753	2.391.871	8.513.570	534.410	14.718.640	10.246.921	637.871	96.206.470
Avusturya	55.868.298	696.748	5.825.952	166.174	1.887.723	4.435.601	432.207	42.423.893
Polonya	179.179.899	2.486.819	13.933.574	224.452	3.112.616	23.611.842	626.376	135.184.220
Portekiz	14.586.917	817.492	4.683.744	170.078	183.064	5.302.060	687.260	2.743.219
Romanya	176.334.308	915.886	4.531.549	132.270	1.063.964	6.482.895	212.511	162.995.233
Slovenya	4.686.417	227.873	1.222.752	26.359	289.773	667.449	180.419	2.071.792
Slovakya	8.862.778	554.383	1.490.982	30.911	920.338	1.582.460	293.818	3.989.886
Finlandiya	95.969.888	1.006.713	5.716.157	212.954	1.079.091	2.894.362	397.613	84.662.998
İsveç	167.026.886	1.315.108	5.440.160	721.671	2.205.186	4.908.952	423.457	152.012.352
İngiltere	251.037.228	4.218.205	36.979.644	3.584.126	10.365.788	36.645.728	2.440.037	156.803.699
İzlanda	799.200	89.719	110.654	10.956	41.388	136.987	3.720	405.776
Lihtenştayn	569.067	1.372	15.835	531	9.934	12.400	2.716	526.279
Norveç	11.726.860	927.793	3.335.572	399.805	866.632	3.014.450	152.159	3.030.449
Montenegro	1.164.024	30.552	54.358	1.080	45.492	260.507	10.208	761.827
Makedonya	2.186.612	951.293	1.005.624	1.220	91.933	14.961	30	121.551
Arnavutluk	:	:	:	:	:	1.228.884	:	:
Hırvatistan	49.128.310	32.888	378.425	14.388	199.453	1.652.009	143.299	46.707.848
Türkiye	73.075.119	:	:	:	:	:	36.794	:
Bosna	:	:	:	:	:	:	:	:
Kosova	1.039.803	834	61.383	23	3.880	756.442	0	217.241

Not: Arnavutluk, Türkiye ve Bosna'ya dair bazı veriler bulunamamıştır.

Kaynaklar

1) https://www.ted.com/talks/ray_anderson_on_the_business_logic_of_sustainability?language=tr (Erişim Tarihi: 1.11.2017)

2) McDonough, W. and Braungart, M. 2013. *The Upcycle: Beyond Sustainability-Designing for Abundance*. New York: North Point Press.

3) Cradle To Cradle: Remaking the Way We Make Things, William McDonough&Michael Braungart,

North Point Press, 2002.

4) Ellen MacArthur Foundation (EMF). 2012. *Towards the Circular Economy Vol. 1: An economic and business rationale for an accelerated transition*. Ellen MacArthur Foundation: Cowes.

5) Bocken, N.M.P., I. de Pauw, C. Bakker and B. Van der Grinten. 2016. *Product design and business model strategies for a circular economy*.

6) Pal R. and Sandberg E. 2017, *Sustainable value creation through new industrial supply chains in*

apparel and fashion. Journal of Industrial and Production Engineering, 33(5): 308-320.

7) Clinton, L. and R. Whisnant. 2014. *Model Behavior – 20 Business Model Innovations for Sustainability*. London: SustainAbility.

8) <https://zerowasteurope.eu/> (Erişim Tarihi: 1.1.2018)

9) <https://www.csb.gov.tr/turkce/index.php?Sayfa=faaliyetdetay&Id=22019> (Erişim Tarihi: 1.1.2018)

Artan aşı karşıtlığı eğilimi; nedenleri ve sonuçları

Prof. Dr. Mustafa Altındış



1966 yılında Konya'da doğdu. Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesinden 1989'da mezun oldu. Aynı fakültenin Mikrobiyoloji Anabilim Dalında doktora eğitimini tamamladı. 1999 yılında Afyon Kocatepe Üniversitesi (AKU) Tıp Fakültesi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı'na kurucu öğretim üyesi olarak atandı. 2002 yılında viroloji bilim doktoru, 2005 yılında klinik mikrobiyoloji doçenti oldu. Erasmus kapsamında Macaristan ve Avusturya'da misafir öğretim üyesi olarak bulundu. Bir yıl kadar görevli bulunduğu İngiltere NHS Leeds Teaching Hospitals'de laboratuvar kalite sistemlerini inceledi, moleküler viroloji referans laboratuvarında çalıştı. Dr. Altındış, Mayıs 2011'de AKU Tıp Fakültesinde profesörlük kadrosuna atanmış, Haziran 2013'de Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesine geçmiş olup halen Tıbbi Mikrobiyoloji A.D. ve Tıbbi Viroloji Bilim Dalı Başkanlıkları yanı sıra Diş Hekimliği Dekanlığını da yürütmektedir.

Dr. Hüseyin Haydar Kutlu



1987 Konya doğumlu olup ilk ve orta öğrenimlerini Trabzon'da tamamlayarak 2010 yılında tıp fakültesinden mezun olmuş, 2016 yılında da Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesinde tıbbi mikrobiyoloji uzmanlık eğitimini tamamlamıştır. Halen Muş Devlet Hastanesinde Mikrobiyoloji Uzmanı olarak görevini sürdürmektedir. Dr. Kutlu evlidir ve iki çocuk babasıdır.

Enfeksiyon hastalıkları, insanlık tarihinde yaşanan birçok salgın ile milyonlarca kişinin ölümüne neden olan olaylara konu olmuş bir alandır. Yakın ve uzak geçmişte veba, kolera, çiçek, tifüs, grip gibi hastalıklarla ortaya çıkan pandemiler yanı sıra enfekte materyaller ve kontamine eşyaların biyoterör ajanı olarak kullanılabilmesi de söz konusudur. Tarih boyunca bu hastalıkların tedavisine yönelik çabalar olmakla birlikte, enfeksiyona yakalanmayı önleyecek önlemler elbette daha önemlidir ve birkaç yüzyıldır daha da önem kazanmıştır. Hiç kuşkusuz bu önlemler arasında en önemlilerinden biri aşılamadır.

A. Aşı Karşıtlığının Kısa Tarihçesi

"Vaccine (aşı)" kelimesi; düşük hastalandırıcılık özelliğine sahip bir poxvirus olan ve çiçek hastalığından korunmada kullanılmış olan "Vaccinia virüs"ten türetilmiştir. Sütçü kadınlarının inek çiçeği hastalığına yakalanmalarının onları çiçek hastalığından koruduğuna dair gözlemleri sonucunda Benjamin Jesty bir salgın sırasında 1774'te inek memesindeki lezyondan aldığı materyalle karısı ve iki oğlunu aşılamıştır. Edward Jenner bu gözlemi klinik deneylere dayandırarak hazırladığı makalesiyle dünyaya ilan

etmiş ve inek çiçeği lezyonlarından aldığı cerahatin, bağışıklanması hedeflenen kişinin koluna inoküle edildiği bu yöntemle vaksinasyon (aşılama) ismini vermiştir. Aslında bundan çok daha eski yıllarda çiçek hastalığına karşı aşılama Osmanlıda uygulanmıştır. Variolasyon denilen bu yöntemde çiçek hastalığını hafif geçirenlerin lezyonlarından alınan materyalin fındık kabuğunda kurutulup başkalarını aşılamada kullanıldığı İngiliz İstanbul sefresi Lady Montague tarafından 1717 yılında İngiltere'ye yazılan mektuplarda ifade edilmiştir.

Aşılanmanın başlamasıyla birlikte -hiç gecikmeden- aşı karşıtlığı da başlamıştır. Osmanlı'daki çiçek aşısından (variolasyon) çok etkilenen Lady Montague, mektuplarında bu uygulamanın İngiltere'de uygulanmasını çok istediğini ancak buna karşı çıkanların olacağından çekindiğini, gerekirse bunlarla mücadele edeceğini yazmaktadır. Edward Jenner'in tıp camiasına aşı kavramını tanıtmalarını takiben 1800'lü yılların başlarında yaygın aşılama başlamış, 1840-1853 yılları arasındaki aşılama hareketleri sonucunda İngiltere'de aşılama zorunlu hale getirilmiştir. Aynı yıl Londra'da kurulan Anti-Aşı Derneği (Anti-Vaccination League) aşı karşıtları için çekirdek bir yapı teşkil etmiştir. 1867 yasasıyla aşı zorunluluğunun 14 yaşına genişletilmesi ile aşı karşıtları

kişisel hak ve özgürlüklerin ihlali kavramına odaklanmış ve yeni yasaya cevaben aynı yıl Zorunlu Aşı Karşıtları Derneği'ni (Anti-Compulsory Vaccination League) kurmuşlardır. Aşı karşıtlarının 1870-1880'li yıllarda çıkardığı kitaplar, broşürler, dergiler aşılama oranlarında ciddi düşüşlere neden olmuş ve örneğin Stockholm'de 1872 yılı aşılama oranı %40'ların biraz üstünde kalmıştır. Fakat iki yıl sonra şehirde ortaya çıkan büyük bir salgın, yaygın aşılamaya yeniden dönülmesini sağlamıştır. Aşı karşıtı bu çalışmalar, 1898 yılında İngiltere yasalarına giren "vicdani ret" kavramının ortaya çıkmasına neden olmuştur. Tüm bu tarihsel sürecin ilginç yanı ise günümüzdeki aşı karşıtlarının kullandığı argümanların 19. yüzyıldakiler ile büyük oranda örtüşmesidir.

Argümanlar benzeştiği gibi ortaya çıkan sonuçlar da tarihtekiler ile çok benzeşmektedir. Örneğin her yıl tahmini 24 milyon ziyaretçinin geldiği Disneyland (Kaliforniya, ABD) kaynaklı 2014 yılı Aralık sonu ve 2015 yılı Şubat başı dönemde Kaliforniya sakinlerinden 110 tane doğrulanmış kızamık vakasının olduğu bir salgın ortaya çıkmıştır. Amerikan Hastalıkları Önleme ve Kontrol Merkezi'nin (Centers for Disease Control and Prevention-CDC) 2015 yılı ilk dört ayına yönelik yayınladığı raporda ise Disneyland salgını ile ilişkili



Amerika'nın yedi eyaletinde, Meksika'da ve Kanada'da ortaya çıkan salgınlardan bahsedilmekte ve vakaların %80'inin ya aşısız ya da aşılanma durumu bilinmeyen kişilerden oluştuğu ifade edilmektedir. Ortaya çıkan bu durum negatif bakışların, aşı karşıtlığının merkez üssü olarak bilinen Kaliforniya'ya çevrilmesine neden olmuştur. Her ne kadar kreş ve okullara kabulde Kızamık-Kızamıkçık-Kabakulak (KKK-MMR) aşısı gerekli ise de pek çok eyalette kişisel görüş ve inançlara bağlı aşıdan muafiyete izin verilmektedir. 2014 yılında Kaliforniya'da anaokullarında aşı muafiyet oranı % 2,5 iken Kaliforniya'nın Nevada gibi belli bölgelerinde kişisel görüş ve inançlara bağlı aşılamadan muaf tutulma oranı % 22'lere ulaşmaktadır.

B. Toplumsal Bağışıklık ve Aşı Tereddüdü

Aşılamada belli oranların üzerine çıkıldığında toplumsal bağışıklık (*herd immunity*) sayesinde immün yetmezlik ya da başka sağlık sorunları nedeniyle aşılanamayan insanlar da korunabilmektedir. Örneğin kızamık salgınlarını önleyebilmek için yaklaşık %95 oranında bağışıklama oranı yakalamak gerekmektedir. Fakat aşı karşıtlığı nedeniyle toplumsal bağışıklık oranına erişilemeyen ya da sürdürülemeyen coğrafi bölgelerde, örneğin aşı karşıtlarının kümелendiği yerlerde,

kızamık gibi aşı ile önlenabilir hastalıklar salgınlar yaparak karşımıza çıkmaktadır. Bu yüzden olsa gerek, Amerika'da en çok satan kitaplar arasında yer alan ve aşı karşıtları için kaynak teşkil eden "Aşı Kitabı"nda (*The Vaccine Book: Making the Right Decision for Your Child*) Robert Sears KKK aşısı yaptırmak istemeyen ebeveynlere, bu korkularını başka komşuları ile paylaşmamalarını, çok kişi bu aşıyı yaptırmazsa bu hastalıkların hızlı bir şekilde artacağını ifade etmektedir. Başka bir deyişle "toplumsal bağışıklık içinde saklanın, fakat saklandığınızı kimseye söylemeyin" demektedir.

Toplumsal bağışıklığın sürdürülmesinde aşı karşıtlığı üzerinde durulsa da buz dağının görünmeyen yüzü olan aşı tereddüdü (*vaccine hesitancy*) kavramına yer verilmesi daha bütüncül yaklaşım açısından önemlidir. Aşı tereddüdü, aşılanmanın güvenliliği ve gerekliliği hakkındaki şüpheleri ifade etmektedir. Aşı konusunda tereddütlü ebeveynler çoğu aşıyı yaptırdığı halde sıklıkla aşıların bazılarını ya da hepsini geciktirmekte ve sonuçta çocuklarını aşı ile önlenabilir hastalıklar açısından risk altında bırakmaktadır. Çocukları okul döneminde zorunlu aşıları yaptıрма çağında olup aşı muafiyeti talep etmeyen Wisconsin'deki ebeveynlerde yapılan çalışmada %34'ü çok fazla aşılanmanın çocuklarının bağışıklık sistemini zayıflattığına dair

Çocukları okul döneminde zorunlu aşıları yaptıрма çağında olup aşı muafiyeti talep etmeyen Wisconsin'deki ebeveynlerde yapılan çalışmada %34'ü çok fazla aşılanmanın çocuklarının bağışıklık sistemini zayıflattığına dair endişeleri varken %23'ü çocuklarının onlar için iyi olan miktardan fazla aşıya maruz kaldığına dair hisler taşımaktadır. Ebeveynlerin %15'i ise çocuklarının aşı yerine hastalığı geçirerek bağışıklık kazanmasının daha iyi olduğunu düşünmektedirler.



endişeleri varken %23'ü çocuklarının onlar için iyi olan miktardan fazla aşıya maruz kaldığına dair hisler taşımaktadır. Ebeveynlerin %15'i ise çocuklarının aşı yerine hastalığı geçirerek bağışıklık kazanmasının daha iyi olduğunu düşünmektedirler. Aşı tereddüdü olan kişilerin forumlarda yazdıkları görüşlerin incelendiği bir çalışmada aşılarla ilgili ana şikâyetin “çok fazla ve çok erken” olduğu yönünde olup sonuçta ebeveynlerin klinisyenlerden sıklıkla takvimdeki aşılarının ertelenmesini talep ettikleri ve klinisyenlerin de buna onay verdiği bildirilmektedir.

Aşı karşıtlarının kullandığı argümanlara geçmeden önce aşı üretim basamaklarına ve aşıların içeriklerine de kısaca değinmek yerinde olacaktır.

C. Aşıların Hazırlanışı ve İçeriği

Dünya çapında her yıl bir milyar dozdan fazla ve çok büyük çoğunluğu tamamen sağlıklı kişilere verilen aşılar, bu özelliklerinden dolayı tasarım, monitorizasyon ve uygunluk açısından günümüzün en sıkı tedbirler alınan ürünleri olmaktadır. Aşıların üretimi çeşitli temel basamaklardan oluşmaktadır. Bunlar içinde ilk basamak immün cevabı tetiklemek için kullanılacak antijenin üretimidir. Bu basamak kısmi inaktivasyon veya bir alt ünitenin izolasyonu ya da patojenden elde edilen rekombinant proteinin elde edilmesi amacıyla patojenin üretim aşamasını içermektedir. Virüsler tavuk fibroblastları gibi primer hücre kültürlerinde (sarıhumma aşı için) veya MRC-5 gibi sürekli hücre dizilerinde (Hepatit A aşısı için) çoğaltılmaktadır. Bakteriyel patojenler antijen bütünlüğünü koruyup verimini optimize etmek üzere geliştirilen besiyerleri içeren biyoreaktörlerde çoğaltılmaktadır. Rekombinant proteinler bakteri, mantar ya da hücre kültürlerinde üretilebilmektedir. Sonraki adım antijenin substrattan salınımı ve üretim için kullanılan ortamdan izole

edilmesidir. Ardından antijenin saflaştırılması aşaması gelmektedir. Rekombinant protein aşılarından bu aşama kolon kromatografisi ve ultrafiltrasyon gibi kompleks adımlar içerirken inaktive viral aşılar da ayrıca saflaştırmaya gerek olmadan basitçe izole edilen virüsün inaktivasyonu yeterlidir. Bundan sonra aşı içeriğine immün cevabı artırmak için adjuvan, raf ömrünü uzatmak için stabilizörler veya çoklu doz vialer için koruyucular eklenebilir.

Aşıların içeriğini aktif içerik, aşıya eklenen maddeler ve aşı üretim sürecinde kullanılan ürün ve teknikler şeklinde üç grupta toplamak mümkündür. Herhangi bir aşının en önemli kısmını su oluşturur ki birçok aşıda miktarı 0,5 mililitredir. Bütün diğer aşı içeriği ise birkaç miligramı geçmez. Aşıların aktif içeriği olan bakteriyel ya da viral antijenlerin miktarı ise birkaç mikrogram kadardır. Aşılar eklenen maddeler içinde adjuvan olarak kullanılan alüminyum tuzları, koruyucu olarak kullanılabilen tiomersal (ya da diğer adıyla tiomerosal), stabilizör olarak kullanılan jelatin, insan serum albümini, rekombinant insan serum albümini, sorbitol ve çok küçük miktarlarda bulunabilen süroz, laktoz, mannitol, gliserol, medium 199, monosodyumglutamat ve üre söylenebilir. Ayrıca emülsifiye edici olarak kullanılan polisorbata 80 ve oral rotavirüs aşısı gibi aşılar tat düzenleyici olarak eklenen süroz aşılar eklenen diğer maddeler olarak ifade edilebilir. Gıda ve ilaç üretiminden farklı olarak aşıların üretimi sırasında kullanılan tüm ürünler, her ne kadar bazıları aşı içeriğinde hiç kalmasa bile, yardımcı maddeler başlığı altında listelenmektedir. Bunların içinde neomisin, streptomisin, polimiksin B, gentamisin ve kanamisin gibi antibiyotikler, maya proteinleri, bazı aşıların paketlenmesi sırasında kullanılan lateks, formaldehit ve gluteraldehit, asitliği düzenleyiciler, insan hücre dizileri, hayvan hücre dizileri, genetiği değiştirilmiş organizmalar, rekombinant DNA

teknolojisi, sığır kaynaklı ürünler ve diğer besiyerleri ana başlıklardır.

D. Aşılama Çalışmaları Gereksiz mi, Durdurulsa Nasıl Olur?

Halen dünyada uygulanan aşılama programları, yaşamı tehdit eden hastalıkların (çiçek, çocuk felci, difteri, boğmaca, kızamık, kuduz gibi) görülmesini önemli ölçüde azaltmış ve ilginçtir bu hastalıklardan bazıları için artık aşıların gereksiz olduğu düşüncesi bile ortaya atılmıştır. Aşı karşıtları da bu düşünceyi de kullanarak bulaşıcı hastalıkların önlenmesinde yaygın aşılama programlarının değil, modern hijyen uygulamalarının daha önemli olacağını vurgulamaya başlamışlardır. Hâlbuki CDC'nin yayınladığı “Aşılamaları durdursaydık ne olurdu?” başlıklı raporda durumun tam aksi olduğu şu şekilde ifade edilmektedir: Aşısı bulunmadan önce ABD'de neredeyse herkes kızamık geçirmekteydi ve her yıl bunların yüzlercesi kızamıktan kaybedilmekteydi. Bugün çoğu doktor ömründe hiç kızamık vakası görmemiştir. Aşısı bulunmadan önce 1921 yılında 15 binden fazla Amerikalı difteriden ölmüşken 2004-2014 yılları arasında CDC'ye sadece iki difteri vakası bildirilmiştir. 1964-1965 yıllarında ortaya çıkan kızamıkçık epidemisinde 12,5 milyon Amerikalı enfekte olmuş, iki bin bebek ölmüş ve 11 bin düşüğe neden olmuşken 2012 yılından beri CDC'ye 15 kızamıkçık vakası bildirilmiştir. Kontrol altında görülen bir hastalığın aniden geri dönebileceğini bilinmektedir çünkü böyle olduğu Japonya, Avustralya, İsveç gibi ülkelerde görülmüştür. 1974'te Japon çocuklarının %80'i boğmaca aşısı almaktayken aynı yıl bütün ülkede sadece 393 boğmaca vakası bildirilmiş, boğmaca ilişkili tek bir ölüm bile bildirilmemiştir. Daha sonra aşılanma oranları düşmüş ve sadece %10 çocuk aşılanır hale gelmiştir. 1979 yılında ise 13 binden fazla kişi boğmacaya yakalanmış ve 41'i ölmüştür. Rutin aşılamaya dönüldüğünde ise hastalık sayıları yeniden düşmüştür.

E. Aşılama Programlarını Aşı Üreticileri mi Regüle Ediyor?

Aşı karşıtlarının sıklıkla üzerinde durduğu diğer bir iddia ise aşı üreticilerinin inanılmaz kazançlar elde ettiği, bu durumun evrensel aşılama önerilerini yönlendirdiği, aşı yan etkilerinin örtüldüğü yönünde olmaktadır ve bu iddialar aşı karşıtı sitelerin hemen tamamında yer almaktadır. Hatta aşı üreticilerinin araştırma bursu ya da hediye formunda verdikleri finansal destekler ile çalışmaları yönlendirdikleri iddia edilmektedir. Hâlbuki aşı üreticisi firmalar aynı zamanda aşısını ürettikleri hastalıklara yönelik ilaçları da üretilip pazarlamaktadırlar. Acaba aşı ile önlenilebilir hastalıklara yönelik aşılama programları yapılması mı yoksa bu hastalıkların ortaya

çıkıp bunların tedavisine yönelik ilaçların satılması mı bu firmalar açısından daha kârlıdır? Bunu hepatit B temelinde basit bir hesap yaparak inceleyelim: Kronik hepatit B'li yetişkinlerin başlangıç tedavisinde Peg-IFN, entecavir ya da tenofovir kullanılmaktadır. Tedavide Peg-IFN kullanılacaksa yetişkinlerde haftada 180 µg dozda kullanılması ve tedavi süresi olarak pek çok araştırmada 48 hafta süreyle kullanılması önerilmektedir. Kronik aktif hepatit B'li bir kişinin sadece Peg-IFN ilaç maliyeti 412,15 X 48 = 19.783 TL'dir. Bu ise ortalama bin doz hepatit B aşısı demektir. Amerika'da hepatit B bağışıklama öncesinde çocukluk çağı hepatit B enfeksiyonlarının sıklığının araştırıldığı bir çalışmada 1990'lı yılların başlarında her yıl 10 yaş altı yaklaşık 16 bin çocuğun HBV ile enfekte olduğu hesaplanmıştır. Bu hesaba HBsAg pozitif annelerden doğan 15 bin çocuktaki perinatal enfeksiyonlar dahil edilmemiştir. Her ne kadar yeni enfeksiyon ve akut hastalık oranı yetişkinlerde en yüksek ise de kronik enfeksiyon daha çok yenidoğan ya da erken çocukluk döneminde enfekte olan kişilerde ortaya çıkmaktadır. ABD'de hepatit B aşılama programlarının rutin olmasından önce kronik enfeksiyonların tahmini %30-40'lık oranının perinatal ya da erken çocukluk dönemindeki bulaşa bağlı olduğuna inanılmaktadır. Tüm bu verilere dayanarak şunu söyleyebiliriz ki kronik aktif hepatit B tedavisinde kullanılan ilaçlarının daha çok satılması için aşılanması gereken en son kitle yenidoğanlar olmalıdır. Hâlbuki rutin bağışıklama programlarında bunun tam aksinin söz konusu olduğu rahatlıkla görülmektedir.

F. Aşıların Güvenliğine Yönelik Endişeler

1. Aşı İçeriği ve Otizm

Aşılama stratejilerinin başarısı toplumların aşıların yararları ya da riskleri konusundaki algılarına ve bununla bağlantılı olarak aşılamaya duydukları güvene dayanmaktadır. Aşılarla ilgili toplumsal endişeler ve nelerin bunlara yol açtığı konusunda daha çok bilgi edinilmesi aşılama stratejilerini yönlendirecektir. Aşılarla ilgili risk algısı bağlamında Avrupa Birliği ülkelerinde yayınlanan 145 makalenin sistematik analizinin yapıldığı bir çalışmada, aşılamayla ilgili toplumdaki en büyük endişenin aşı güvenliğine dair olduğu ve sıklıkla aşıların risklerinin yararlarına göre ağır bastığına dair bir kanaate yol açtığı görülmüştür. Bu bağlamda endişelerin başında, aşıların otizme yol açıp açmadığı gelmektedir. Andrew Wakefield'in 1998 yılında Lancet'te yayınlanan ve süt çocukluğu döneminde verilen KKK aşısı ile otizm arasında ilişki olduğunu öne süren çalışma, KKK aşılmasıyla ilgili

Tablo: Otizm ve civa zehirlenmesinin karakteristik bulguları

	Otizm	Civa zehirlenmesi
Motor	Stereotipiler	Ataksi, dizartri
Görme	Anormallik yok	Daralmış görme alanları
Konuşma	Gecikme, ekolali	Dizartri
Duyusal	Aşırı duyarlılık	Periferik nöropati
Psikiyatrik	Sosyal olarak ilgisiz, tekdüzelikte ısrarcılık	Toksik psikoz, hafif vakalarda non-spesifik depresyon, anksiyete
Baş boyutu	Büyük	Küçük

ebeveyn davranışlarında değişimlere ve sağlık sunucularına güvenin azalmasına neden olmuş, 1997 yılında neredeyse %95'e ulaşan İskoçya'daki aşılama oranı, bu yayını etkisi ile 2001 yılında %87'ye gerilemiş, Wakefield'in yayını geri çekilmiş ve aşılamanın eski oranlara ulaşması 2012'nin sonlarını bulmuştur. Aşı ve otizm ilişkisine dair iddia edilen hipotezlerden biri KKK aşıların kombine edilmesinin barsak duvarına zarar vererek ensefalo-patik proteinlerin kana geçişini sağladığı ve otizme neden olduğu; bir diğeri ise bazı aşılarla koruyucu olarak kullanılan etil-civa içeren tiomerosalın merkezi sinir sistemine toksik olduğu şeklinde olmuştur.

Araştırmacıların değişik ülkelerde gerçekleştirdikleri "KKK aşısı otizme yol açar mı?" sorusuna cevap aradıkları ekolojik çalışmaların hiçbirinde otizm vakalarındaki artış KKK aşılması ile ilişkili bulunmamıştır. Danimarka'da 1991-1998 yılları arasında dünyaya gelen 537.303 çocuğun aşılama durumu ve otizm tanısının incelendiği retrospektif çalışmada KKK aşısı yaptıran ve yaptırmayanlarda otizm için görece risk açısından hiçbir fark gözlenmemiştir. Otistik çocuklarda aşılama zamanı ile otizm gelişimi açısından bir ilişki de saptanmamıştır. Aşı-otizm ilişkisine dair çok tartışılan bir konu ise aşı içeriğindeki civa içeren bir bileşik olan thiomersalın (ya da thiomerosal) otizme neden olabileceğine dair endişeler olmuştur.

Thiomersal (sodyum etil-civa tiyosalisilat), organik bir civa bileşiğidir. 1930'lu yıllardan beri çoklu-doz aşıların içerisine eklenerek, enjektöre defalarca aşı çekilmesi yoluyla veya aşının üretimi sırasında oluşabilecek bakteri ve mantar kontaminasyonunu önlemek amacıyla koruyucu olarak kullanılmaktadır. On binde birlik (%0.01'lik) konsantrasyonda olan thiomersal geniş bir patojen spektrumuyla oluşabilecek kontaminasyonu önleyecek bir kapasitededir. Ağırlığının yarısı etil-civa olan bu bileşik KKK gibi canlı aşılarla bulunmamaktadır. Koruyucu olarak %0.01'lik thiomersal içeren bir aşının 0.5mL'sinde 25 µg civa bulunmaktadır. FDA 1997 yılında tüm gıda ve ilaçlardaki civa bileşimini saptama ve ölçümünü zorunlu kılmıştır. İki yıl sonra FDA çocukların hayatlarının ilk altı ayında 187,5 µg'a kadar civa alabileceğini

belirlemiştir. Buna rağmen 1999 yılında Amerikan Pediatri Akademisi (AAP) ve Halk Sağlığı Servisi küçük bebeklere yapılan tüm aşılarından civa içeriğinin ivedilikle uzaklaştırılmasını önermiştir. Böylece civa karşıtı grupların doğuşu ve artması da hızlanmıştır. Hâlbuki otizmin belirti ve bulguları civa etkileşimi/zehirlenmesinden net bir şekilde farklılık göstermektedir (Tablo).

CDC'nin desteklediği İtalya'da yapılan bir çalışmada ise hayatının ilk yılında biri thiomersal diğeri ise 2-phenoxxy etanol içeren iki Difteri-Tetanoz-Aselüler Boğmaca (DTaP) aşısı vurulan çocuklar, 10 yıl sonra nöropsikolojik performans açısından değerlendirilmiş ve aşılardaki thiomersalın zararlı olmadığı sonucuna varılmıştır. CDC, yürüttüğü ya da dahil olduğu pek çok çalışmalara dayanarak thiomersalin bir toksin değil, sadece aşılarla kontaminasyonu önleyen bir koruyucu olduğunu açıklamıştır.

2. Aşılama-otoimmün Hastalıklar

Aşıların otoimmün hastalıklara neden olup olmadığı da spekülatif bir konu olmuştur. Otoimmün hastalıkların aşılanma sonucu harekete geçebileceği hakkındaki bulgular, ABD'de domuz gribi salgınındaki Guillain-Barré Sendromu (GBS) vakalarına kadar dayanmaktadır. Bu vakalarda ilgili aşının uygulandığı hastalarda yüz binde bir GBS yaşanmasına rağmen bu oranın, aslında aşılanmadan önceki orandan çok daha düşük olduğunu bulunmuştur. Buna benzer olarak kızamık-kızamıkçık-kabakulak (KKK)'da da iddialar öne sürülmesine rağmen aşının KKK sıklığının 10 kat azalması sebebiyle bu iddialar da önemini kaybetmiştir. Özellikle Fransa'da öne sürülen Hepatit B aşısı ve Multiple skleroz ilişkisi çok büyük ses getirmesine rağmen konu demiyelinizan problemlerin Hepatit B aşısı ile ilişkisini olmadığını kanıtlayan çalışmalar ile çürütülmüştür. Yapılan kısıtlı çalışmalar ile aşı-otoimmün hastalık ilişkilerinin çürütülmesine rağmen aşının etkisinin karmaşık ve çok yönlü yolları da olduğu unutulmamalıdır.

3. Cenin Kaynaklı Aşılar

Bazı aşıların hazırlanışında fetal kaynaklı hücre serileri kullanılmaktadır fakat bu

hücre serilerinin elde ediliş şekli bazen iddia edildiği gibi annelere zorla düşük yaptırılıp ceninlerin toplandığı şeklinde değildir. Aşı için kullanılacak virüsleri çoğaltmak için hücre kültürlerine ihtiyaç vardır ve bunların bazısında (hepatit A, kızamıkçık, suçiçeği, zona ve kuduz aşısı gibi) fetal kaynaklı hücre serileri kullanılmaktadır. Aşıların içinde değil, sadece hazırlanışında bu hücre serileri kullanılmakta ve virüs çoğaltıldıktan sonra bunlar uzaklaştırılmaktadır. Fakat eser miktarda hücre proteinler ve DNA zincirleri aşının içeriğine geçebilmektedir. Fetal hücre serilerinin en bilinenleri; WI-38 (Wistar Institute 38) ve MRC-5'dir (Medical Research Council-5). Onlarca yıldır aşı üretiminde kullanılan bu iki seriden biri 1960'lı yıllarda biri İngiltere'de diğeri İsveç'te yapılan iki elektif abortus sonrası elde edilmiştir.

4. Rotavirus Aşısında Saptanan PCV-1 ve PCV-2 Partiküllerine Yönelik Endişeler

2010 yılında aşılarla viral genetik materyal saptamaya yönelik bir çalışma esnasında Rotavirus aşılarında Porcine circovirus (PCV) isimli küçük, dairesel, tek zincirli DNA taşıyan virüslere ait fragmanlar (PVC-1, PVC-2) saptanmıştır. PCV kuşları ve domuzları enfekte eden bir virüs olup PCV-1'in domuzlar dahil hayvanlarda ya da insanda hastalığa yol açtığı bilinmemektedir. PCV-2 her ne kadar domuzlarda hastalık etkeni olabilse de insanlarda hastalığa yol açtığı bilinmemektedir. Aşı içeriğinde yer alışı nedeni ise halen bilinmemektedir. CDC'den rotavirüslerin neden olduğu diare sonucunu dünyada yılda beş yaş altı yaklaşık 550 bin çocuk ölümü olduğu, PCV'lerin insanda hastalık yaptığının bilinmediği, bir süredir kullanımda olan bu aşılarla yönelik yürütülen çalışmalarda güvenlik riski açısından herhangi bir veri bulunmadığı yönünde açıklama yapılmıştır.

5. Pnömonokok Aşılarında PCV Bulunuyor mu?

Pnömonokok aşılarının üzerinde yazan PCV-7 ya da PCV-13 ifadeleri PCV-1 ya da PCV-2 virüsleri ile ilişkili olmayıp "pneumococcal conjugate vaccines" kısaltması olarak kullanılmaktadır.

6. Aşılarda Domuz Jelatini Kullanımı

Jelatin tavuk, sığır, domuz ve balık gibi bazı hayvanların kollajen dokularından elde edilen bir maddedir. Kollajen tendon, kemik ve eklem gibi dokularda bulunmaktadır. Domuz jelatini de domuzların kollajen dokularından elde edilmektedir. Domuz jelatini bazı aşılarla stabilize edici, saklama süresince aşının güvenli ve etkili kalmasını sağlamak amacıyla kullanılmaktadır. Gıdalarda kullanı-

mından farklı olarak aşılarla kullanılan jelatin yüksek oranda saflaştırılmakta ve peptit moleküllerine parçalanmaktadır. İngiltere'de aşı karşıtı tutumlarda bu konu çok ön plana çıkmış, sağlık otoritesi rutin bağışıklama programında uygulanan üç markaya ait aşılarla domuz jelatini varlığını bildirilmiş ve bunlara yönelik varsa alternatif markalar arayışını ifade edilmiştir. Bir aşının geliştirme süreci yıllar aldığı için üretici firmanın seçtiği stabilize edici ajanı hemen değiştirmesi de kolay olmayıp uzun bir süreç gerektirir.

G. Aşı Karşıtlığına Yönelik Çözüm Önerileri

Aşılarla ilgili bu yazıda değinilmiş ya da değinilememiş pek çok endişeye yönelik çalışmalar yapılmış ve dünyadaki tıp otoriteleri tarafından çoğunlukla aşıların hem gerekli hem de güvenli olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Fakat toplumun belli kesimlerinde bu bulguların geçerliliğine halen şüpheyle yaklaşmaktadır. Bunun temel nedeni toplumun bilgiye erişim yolları ile ilgilidir. "Aşı ve otizm" şeklinde online araştırma yapan herhangi bir kişinin karşısına CDC'nin yayınladığı verilerle "Ulusal Aşı Bilgi Merkezi" (National Vaccine Information Center) verilerinin -ki ismi stratejik olarak seçilen bu kuruluş aşı karşıtı literatür sergilemektedir- birlikte çıkmasıdır. Bu tarz aşı karşıtı bir siteye birkaç dakika bile maruz kalmanın aşılarla ilgili risk algısında artışla ve ebeveynlerin aşılamayı birkaç ay geciktirmesiyle sonuçlandığı gösterilmiştir. Aşılarla ilgili araştırma yapan ebeveynlerin internette karşılaştığı kişisel hikâyelerin, aşı ile ilgili negatif anlatıların da risk algısına yönelik ciddi etkileri bulunmaktadır. Ülkemizde de pek çok aşı karşıtı online site bulunmaktadır ve konu hakkında yeterli teknik bilgiye sahip olmayan herkesi etkileme potansiyeline sahip gibi gözükmektedir. Böyle bir durum karşısında sağlık çalışanlarının aşılar ve aşı karşıtlığıyla ilgili yeterli bilgi ve donanımına sahip olması ve aşı konusunda tereddüdü olan bir ebeveyne nasıl yaklaşacağını da ayrıca bilmesi gerekmektedir. Tereddütlü bir ebeveyne uygun bir metotla yaklaşıldığında etkili sonuçlar alınabilmektedir. Bu yaklaşımlardan bir tanesi İngilizce "Corroborate-About me-Science-Explain/Advise" kelimelerinin baş harfleri ile üretilen bir akronim olan C.A.S.E. yaklaşımıdır. Bu yaklaşımda aşı ile ilgili endişelerini söyleyen ebeveyne hemen bilimsel bilgilerle cevap vermek yerine klinisyen ilk önce karşı tarafın endişelerine hak vererek onu cesaretlendirmekte ve bu düşüncenin nereden gelmiş olabileceğini anladığını ifade ederek hislerinde yalnız olmadığını göstermeyi hedeflemektedir.

İkinci fazda klinisyen ebeveynin spesifik endişesine hak veren pozisyon

ayrılıp kendisinin bu konuda nasıl uzmanlaştığına dair (bu konuda okuduğu yayınlar, katıldığı konferanslar, görüştüğü uzmanlar olabilir) bilgi verir ve kendisinin çocuğunun sağlığı ile ilgili rolünü söyleyerek ebeveynin güvenine hitap eder. Sonra sıra bilgi transferi aşamasına gelir. Son olarak da neden bu kadar kuvvetle aşılama gerektiğine ve bunun hasta için neden en iyisi olduğuna inandığını ifade eder. Örnek bir diyalog şu şekilde gerçekleştirilebilir: (Şekil)

Sonuç olarak, birçok gruptan aşılama ile ilgili negatif teoriler ve görüşler vardır; ama bu gibi durumlar genellikle tesadüfe dayalı olgular sonucu birkaç sonuca dayandırılmaktadır. Aşı konusunda hiçbir risk yok demek de olası olmadığı gibi birkaç olumsuz raporları göz önüne alarak yapılan kesin yargılar da çözüm değildir. Bu tür olumsuz bulguların özenle irdelenmesi ve özellikle sağlık çalışanlarının ve yetkililerin konunun önemini bilip duyarlı hareket etmesi gerekmektedir. Sağlık ile ilişkili bölümler olan tıp, hemşirelik ve eczacılık gibi bölümlerin mesleki eğitimlerinde aşılama karşıtlığı ve yaklaşımı konulu dersler koyulması fayda sağlayacaktır.

Kaynaklar

Allan N, Harden J. Parental decision-making in Uptake of the MMR Vaccination: A Systematic Review of Qualitative Literature. *J Public Health (Oxf)*. 2015 Dec;37(4):678-87. Doi: 10.1093/pubmed/dfu075. Epub 2014 Oct 8.

Armstrong GL, Mast EE, Wojczynski M, Margolis HS. Childhood Hepatitis B Virus Infections in The United States Before Hepatitis B Immunization. *Pediatrics*. 2001 Nov;108(5):1123-8.

Ataç Ö, Aker AA. Aşı Karşıtlığı. *Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi*. 2014; 30: 42-47. www.sdplatform.com/Dergi/777/Plasebo.aspx (Erişim Tarihi: 28.07.2017).

Badur S. Aşı Karşıtı Gruplar ve Aşılarla Karşı Yapılan Haksız Suçlamalar. *ANKEM Derg*. 2011; 25(Ek 2): 82-86.

Barile JP, Kuiperminc GP, Weintraub ES, Mink JW, Thompson WW. Thimerosal Exposure in Early Life and Neuropsychological Outcomes 7-10 Years later. *J Pediatr Psychol*. 2012 Jan-Feb;37(1):106-18. Doi: 10.1093/jpepsy/jsr048. Epub 2011 Jul 23.

Beşirbellioğlu B. Antimikrobiyal Aşılar. In: Murray PR, Rosenthal KS, Pfaller M.A. *Tıbbi Mikrobiyoloji*. 2014, 6ed. Ankara. p.148.

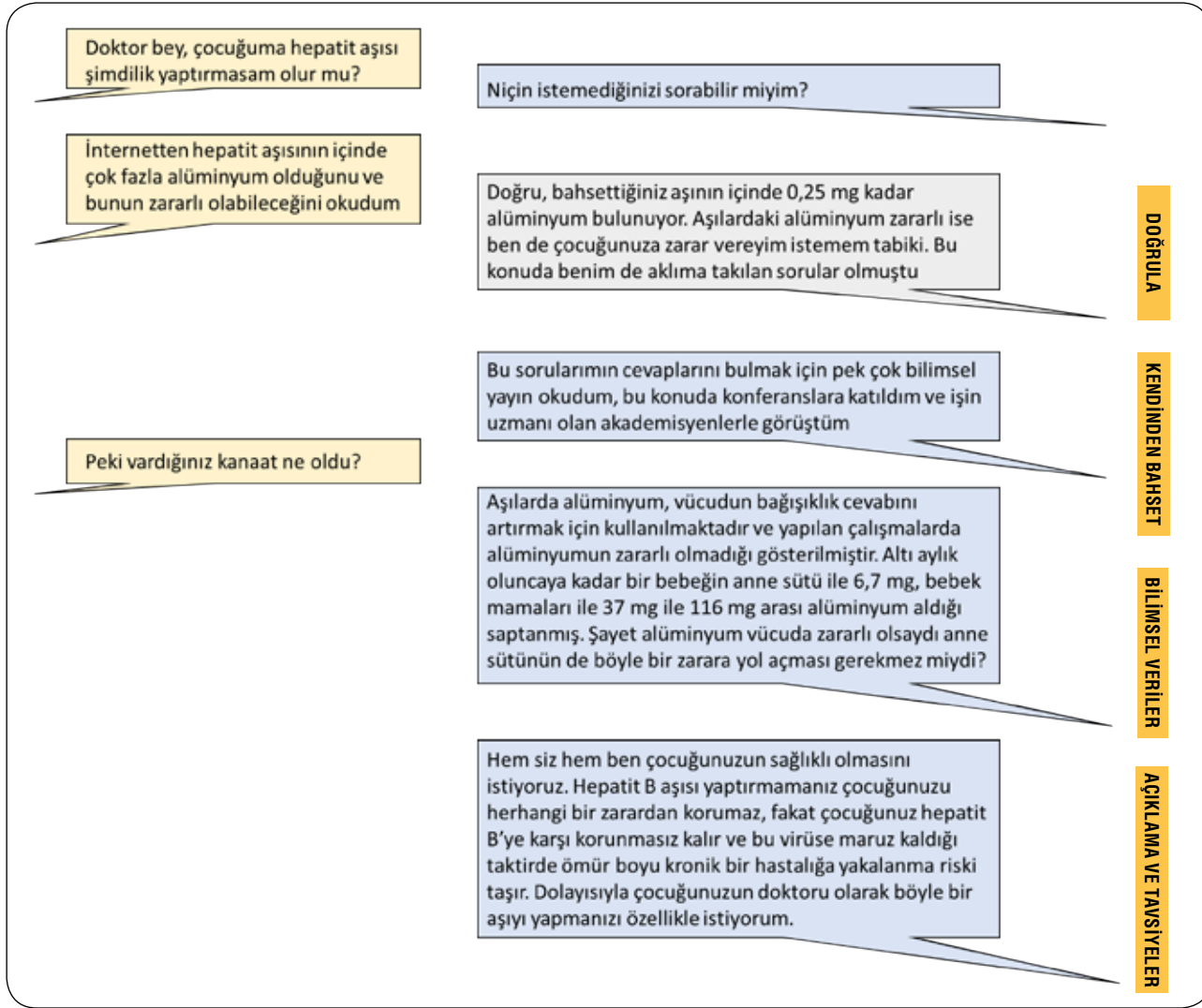
Center for Disease Control and Prevention, Science Summary: CDC Studies on Thimerosal in Vaccines, www.cdc.gov/vaccinesafety/pdf/cdcstudiesonvaccinesandaautism.pdf (Erişim Tarihi: 05.09.2017).

Center for Disease Control and Prevention, Vaccines and Immunizations. www.cdc.gov/vaccines/vaccgen/whatifstop.htm/ (Erişim Tarihi: 01.09.2017).

Clemmons NS, Gastanaduy PA, Fiebelkorn AP, Redd SB, Wallace GS; Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Measles-United States, January 4-April 2, 2015. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2015 Apr 17;64(14):373-6.

Fine P, Eames K, Heymann DL. "Herd immunity": A Rough Guide. *Clin Infect Dis*. 2011 Apr 1;52(7):911-6. Doi: 10.1093/cid/cir007.

Gerber JS, Offit PA. Vaccines and Autism: A Tale



Şekil: C.A.S.E. Metodu kullanılarak hazırlanan basit bir diyalog örneği

of Shifting Hypotheses. *Clin Infect Dis*. 2009 Feb 15;48(4):456-61. doi: 10.1086/596476.

Gomez PL, Robinson JM, Rogalewicz JA: Vaccine Manufacturing. In: Plotkin SA, Orenstein WA, Offit PA. *Vaccines*. 2013. 6 ed. p.44-47

Jacobson RM, StSaver JL, FinneyRutten LJ. Vaccine Hesitancy. *Mayo ClinProc*. 2015 Nov;90(11):1562-8. Doi: 10.1016/j.mayocp.2015.09.006. Review.

Jacobson RM, Van Etta L, Bahta L. The C.A.S.E. Approach: Guidance for Talking to Vaccine - Hesitant Parents. *MinnMed*. 2013 Apr;96(4):49-50.

Jenner, E. *An Inquiry into The Causes and Effects of The Variolae Vaccinae* (Low, London, 1798).

Karafilakis E, Larson HJ; ADVANCE consortium. Thebenefit of the doubt or doubts over benefits? A systematic literature review of perceived risks of vaccines in European populations. *Vaccine*. 2017 Sep 5;35(37):4840-4850. doi: 10.1016/j.vaccine.2017.07.061. Epub 2017 Jul 29. Review.

Kempe A, O'Leary ST, Kennedy A, Crane LA, Allison MA, Beaty BL, Hurley LP, Brtnikova M, Jimenez-Zambrano A, Stokley S. Physician Response to Parental Requests to Spread Out There Commended Vaccine Schedule. *Pediatrics*. 2015 Apr;135(4):666-77. Doi: 10.1542/peds.2014-3474. Epub 2015 Mar 2.

Nelson KB, Bauman ML. Thimerosal and Autism? *Pediatrics*. 2003 Mar;111(3):674-9.

Nelson MC, Rogers J. The Right Todie? Anti-vaccination Activity and the1874 Smallpox Epide-

mic in Stockholm, *SocHistMed*. 1992;5(3):36988.

Rodriguez NJ. Vaccine-Hesitant Justifications: "Too Many, Too Soon", Narrative Persuasion, and The Conflation of Expertise. *GlobQualNurs-Res*. 2016 Aug 12;3:2333393616663304, Doi: 10.1177/2333393616663304. eCollection 2016 Jan-Dec.

Salmon DA, Sotir MJ, Pan WK, Berg JL, Omer SB, Stokley S, Hopfensperger DJ, Davis JP, Halsey NA. Parental Vaccine Refusal in Wisconsin: A Case-control Study. *WJMJ*. 2009 Feb;108(1):17-23.

scienceblogs.com/insolence/2017/03/07/how-aborted-fetal-cells-in-vaccines-saved-lives/ (Erişim Tarihi: 15.08.2017)

Taylor B, Miller E, Farrington CP, Petropoulos MC, Favot-Mayaud I, Li J, Waight PA. Autism and Measles, Mumps, and Rubella Vaccine: No Epidemiological Evidence for A Causal Association. *Lancet*. 1999 Jun 12;353(9169):2026-9.

Terrault NA, Bzowej NH, Chang KM, Hwang JP, Jonas MM, Murad MH; American Association for The Study of Liver Diseases. AASLD Guidelines for Treatment of Chronic Hepatitis B. *Hepatology*. 2016 Jan;63(1):261-83, Doi: 10.1002/hep.28156. Epub 2015 Nov 13.

Töreci K: Aşıların Tarihçesi, In: Badur S, Bakır M. *Aşı Kitabı* 2012, p.3, 4.

Türk İlaç Rehberi, HB-VAX PRO 10 mcg 1 flakon ilaç Eşdeğerleri, www.ilacrehberi.com/v/hb-vax-pro-10-mcg-1-flakon-a6ae/esdegerleri/ (Erişim Tarihi: 02.09.2017).

Vaccine Knowledge Project - University of Oxford, www.ovg.ox.ac.uk/vaccine-ingredients/ (Erişim Tarihi: 29.08.2017).

Wolfe RM, Sharp LK, Lipsky MS. Content and Design Attributes of Anti Vaccination Web Sites. *JAMA*. 2002 Jun 26;287(24):3245-8.

Wolfe RM, Sharp LK. Anti-vaccinationists Past and Present. *BMJ*. 2002 Aug 24;325(7361):430-2.

www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/460069/8584-Vaccines-porcine-gelatin-2015-2P-A4-04-web.pdf (Erişim Tarihi: 15.08.2017)

www.greenmedinfo.com/blog/rotavirus-vaccines-still-contaminated-pig-virus-dna (Erişim Tarihi: 15.08.2017)

www.sciencebasedmedicine.org/aborted-fetal-tissue-and-vaccines-combining-pseudoscience-and-religion-to-demonize-vaccines-2/ (Erişim Tarihi: 15.08.2017)

www.who.int/immunization_standards/vaccine_quality/PCV1_Q_and_As_rotavirus_vaccines_3Jun10.pdf?ua=1 (Erişim Tarihi: 15.08.2017)

Yurdakök K. Thiomersal ve Aşılar. *Hacettepe Tıp Dergisi*. 2006; 37:35-42.

Zipprich J, Winter K, Hacker J, Xia D, Watt J, Hariman K; Centersfor Disease Control andPrevention (CDC), MeaslesOutbreak -California, December 2014-February 2015. *MMWR MorbMortalWklyRep*. 2015 Feb 20;64(6):153-4.

Tıpta uzmanlık eğitiminde sorunlar ve çözüm önerileri

Prof. Dr. Recep Öztürk



1962 yılında İkizdere'de (Rize) doğdu. Tulumpınar Köyü Mehmet Akif İlkokulu, İkizdere Ortaokulu, Rize Lisesi, İstanbul Üniversitesi (İ.Ü.) Cerrahpaşa Tıp Fakültesinden mezun oldu (1984). Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji uzmanlığını İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesinde yaptı. 1994'te doçent, 2000'de profesör oldu. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Öğretim Üyeliğinden 2016'da emekli oldu. Öncelikli uğraş alanları; hastane enfeksiyonları, HIV enfeksiyonu, enfeksiyöz ishaller, enfeksiyon hastalıkları laboratuvar tanısı ile yükseköğretimde ve sağlıkta kalitedir. 2009-2013'te Yükseköğretim Kurulu (YÖK) Üyeliği, 2011-2015'te Tıpta Uzmanlık Kurulu (TUK) üyeliği yapan Öztürk, Hastane Enfeksiyonları, Grip ve Boğmaca Bilimsel Danışma Kurulları Üyesidir. Dr. Öztürk, halen Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı Öğretim Üyesidir.

Tıp eğitimi; kaliteli ve özverili insan gücüne ihtiyaç duyan, emek yoğun bir eğitimidir. Değişim ve yenilenmenin en hızlı olduğu bilim alanlarından biri olan tıp eğitimi; ilgili eğitimi sunacak ve alacakların düzeyi yanında, çok ayrıntılı, pahalı fiziki yapılar ve teknolojik donanım gerektirmektedir. Tıp eğitiminin sorunları birbiriyle yakın ilişkili yetiştirme dönemleriyle ilgili olup, tıp eğitimi öncesi, mezuniyet öncesi dönem (tıp fakültesi dönemi), uzmanlık dönemi ve mezuniyet sonrasını kapsar. Gelişen teknolojinin sunduğu imkânlarla hızlanan değişim ve yenileşmenin, sağlığı daha karmaşık ve pahalı hale getirmesiyle de sorunlar giderek artmaktadır. Bu yazıda ülkemizde tıpta uzmanlık eğitimi sorunları irdelenip çözüm önerileri sunulacaktır. Sorunlara geçmeden konunun tarihçesine kısaca değinilecektir.

Tıpta Uzmanlık Eğitiminin Kısa Tarihçesi

1928 yılında çıkartılan 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun'un 9. maddesi ve sonrasında hazırlanan Tababet ve İhtisas Vesikaları Hakkında Nizamname (8 Mayıs 1929) tıpta uzmanlıkla ilgili ilk yasal düzenlemelerdir. Tıpta uzmanlık

konusunda daha sonra 1947-1973 arasında şu düzenlemeler yapılmıştır: Tababet Uzmanlık Belgeleri Tüzüğü (24 Temmuz 1947), Tababet İhtisas Nizamnamesi (28 Aralık 1955), Tababet İhtisas Tüzüğü (2 Haziran 1961), Tababet Uzmanlık Tüzüğü (17 Ağustos 1962), Tababet Uzmanlık Tüzüğü (5 Nisan 1973), 1973'te Tababet Uzmanlık Kurulu da kurulmuştur. Çalışmaları zamanla aksayan kurul 1996-2001 arasında toplantı yapamamıştır.

Uzun bir süreçte, konuyla ilgili kurumlar arasında yapılan görüşmeler, toplantılar ve tartışmalar sonrasında bir mutabakata varılamamış, Ağustos 2000'de Tababet Uzmanlık Tüzüğü'nde önemli değişiklikler yapılmış ve bu kapsamda Tıpta Uzmanlık Kurulu (TUK) kurulmuştur. Ancak, Danıştay 5. Dairesi, Tababet Uzmanlık Kurulu'na danışılmadığı için Yönetmelik değişikliklerinin yürütmesini durdurmuştur. Değişik uzmanlık alanları tarafından dava konusu edilen ilgili tüzük, Danıştay 8. Dairesinin, 19 Kasım 2003'te TUK'un tüzükle değil, yasayla kurulması gerekçesiyle, TUK'un geçtiği tüzük maddelerinin yürütmelerini durdurmuştur. Sağlık Bakanlığı, TUK ile ilgili olan maddelerin değil, geçici maddelerin iptalini temyiz etmiş, Danıştay İdari Dava Daireleri Kurulu, 8 Aralık 2005'te kararı onamıştır. İptal sonrası tüzükle ilgili

görüşme ve tartışmalar devam etmiştir. Tartışmalar sonuç vermemiş, Sağlık Bakanlığı tüzük yerine yönetmelikle düzenleme yapmak üzere 1219 sayılı yasada değişiklik yapma yoluna gitmiştir.

5614 sayılı yasa ile 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun'un 9. maddesinde değişiklik (4 Nisan 2007) yapılmış, "...Sağlık Bakanlığının sürekli kurulu niteliğinde Tıpta Uzmanlık Kurulu teşkil olunmuştur." Tıpta ve Dış Hekimliğinde Uzmanlık Eğitimi Yönetmeliği (TUEY) 18 Temmuz 2009'da yayımlanmıştır. 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun'da yapılan değişiklikle, tıpta uzmanlık ve yan dal uzmanlık alanları ve süreleri ek madde 14 ile düzenlenmiş ve ekli liste olarak belirlenmiştir (26 Nisan 2011). 26 Nisan 2014'te Tıpta ve Dış Hekimliğinde Uzmanlık Eğitimi Yönetmeliği'nde bazı değişiklikler yapılmıştır. Yasalarda yapılan değişiklikler ve ilgili yönetmelikle, tıpta uzmanlık eğitimi ağırlıklı olarak Sağlık Bakanlığının sorumluluğuna verilmiştir.

Sorunlar ve Çözüm Önerileri

Tıpta uzmanlık eğitimi sorunları, değişik uzmanlık dallarında ihtisas yapan 22 bin kadar uzmanlık öğrencisini, eğitimcileri,



uzmanlık eğitimine katkı veren kurumları, ilgili paydaşları yakından etkilemektedir. Bugün ülkemizde 100 tıp fakültesinden 84'ü aktif olup, ayrıca Sağlık Bilimleri Üniversitesine bağlı 50 civarında Eğitim Araştırma Hastanesi vardır. Bu sayılar tıpta uzmanlık konusunun 130 kadar kurumu ilgilendirdiğini göstermektedir. Tıpta uzmanlık eğitimiyle ilgili değişik sorunlar olmakla birlikte biz bunları beş ana başlık altında ele alacağız.

1. Mezuniyet Öncesi Dönemdeki Sorunlar

Ülkemizde uzmanlaşma konusunda yoğun talep artarak devam etmektedir. Mezuniyet öncesi tıp öğrenimi döneminde öğrenciler, temel hekimlik bilgi ve becerisini kazanmak yerine tüm güçlerini TUS sınavı için harcamakta, bu durum fakültelerdeki eğitimi olumsuz yönde etkilemektedir. Ülke geneline yayılan TUS dershaneleri, tıp eğitiminin özellikle son iki yılında öğrencilerin hemen hepsinin devam ettiği yerler haline gelmiş, TUS sınav başarısı fakülte eğitim kalitesinin bir ölçüsü olduğu yanlışlığına neden olmuştur. Bu durum, çoğu tıp fakültesinde uygulamalı tıp eğitimini olumsuz etkilemektedir. Mezuniyet öncesi dönemde, Ulusal Çekirdek Eğitim Programı'nın gerektirdiği yeterliliklere ulaşma noktasında ciddi sıkıntıların oldu-

ğunu pek çok akademisyen gözlemlerine dayanarak ifade etmektedir.

Uzmanlığa girişte esas olan TUS sınavı fırsat eşitliğini sağlama noktasında önemli bir sorunu çözmüş olmakla birlikte, büyük ağırlıkla bilgiyi, belirli bir oranda kavrama ve zihinsel uygulamayı ölçmekte, becerileri mevcut haliyle değerlendirememektedir. Tıp fakültesi döneminde yeterli ve gerekli bilgi ve beceriyi kazanamayan hekimlerin uzmanlık eğitimi dönemine ve hatta tüm hekimlik hayatına ilgili sorunlar olumsuz yansımaktadır. Ülkemizde, Avrupa ülkelerinde uzmanlıkta temel olan dahili ve cerrahi alanlarda zorunlu temel eğitime (*common trunk*) yer verilmemiş olması bahse konu sorunların azaltılmasını önleyici etki yapmaktadır.

Çözüm Önerileri: Mezuniyet öncesi eğitimde yeterliliklere uygun bir eğitim verilmeli, özellikle beceri kazandırma eğitimleri özenle yapılmalıdır. Haliyle bu daha fazla öğretim üyesi, fiziki ve teknolojik imkânlar yanında daha az, imkânlarla uyumu daha az öğrenci kontenjanıyla sağlanabilir. Uzmanlığa girişte adaleti sağlayan TUS devam etmeli ama temel bilimler, klinik bilimler ve mezuniyet sonrasında üç basamaklı, ABD'deki USMLE benzeri bir sınav sistemine geçilmelidir. Konuyla ilgili

Tıpta uzmanlık eğitimi sorunları, değişik uzmanlık dallarında ihtisas yapan 22 bin kadar uzmanlık öğrencisini, eğitimcileri, uzmanlık eğitime katkı veren kurumları, ilgili paydaşları yakından etkilemektedir. Bugün ülkemizde 100 tıp fakültesinden 84'ü aktif olup, ayrıca Sağlık Bilimleri Üniversitesine bağlı 50 civarında Eğitim Araştırma Hastanesi vardır. Bu sayılar tıpta uzmanlık konusunun 130 kadar kurumu ilgilendirdiğini göstermektedir.



YÖK tarafından yeni düzenlenmiş bir ankette, “vizit” uygulaması tüm anabilim dalları için önemli bir eğitsel aktivite olmasına rağmen kurumların % 24,9’unda, “bölüm içi asistan dersleri” kurumların %15,1’inde, “öğretim üyeleriyle çalışma” aktivitesi kurumların %18,4’ünde bulunmamaktadır. Aynı ankette, kurumların akademik ve bilimsel faaliyet düzeyleri tıpta uzmanlık öğrencilerinin %26’sı tarafından çok yetersiz bulunurken, sadece %5,2’si tarafından “çok yeterli” olarak değerlendirilmiştir.

sorunun uyulması ve TUS sınavının ilgili eksikliklerinin giderilmesiyle sağlanabilir.

2. Uzmanlık Eğitiminde Standartlarla İlgili Sorunlar

TUK ve TUKMOS komisyonlarının çalışmaları ile 82 ana dal ve yan dalda (5 anadal ve bir yan dalda sürüm 2,1 halen bitmemiştir) çekirdek müfredatların 2,1 sürümü bitirilmiş ve yeterliliklere dayalı uygulama sorumluluğu başlamıştır. TUKMOS komisyonları arasında anlayış farkı, ülkedeki altyapının henüz ayrıntılı analiz edilmemiş olması nedeniyle tıpta uzmanlık eğitimi yapabilecek kurum ve birimler için ayrıntılı asgari standart çalışması henüz bitirilmemiştir. Belirlenen asgari standartlar ülke koşulları nedeni ile genelde düşük tutulmuş, bir kısım standartlar bağlayıcı olmayan gelişme standardı olarak belirlenmiştir. Genel olarak uzmanlık alanlarında üç öğretim üyesi zorunluluğu şartı aranmakta ise de uygulama becerilerinin çok önemli olduğu uzmanlık eğitiminde ilgili eğitimi gerekli ve yeterli çerçevede verecek eğitmeni sayısında kurumlar arasında ciddi farklar vardır. Bazı alanlarda (acil, aile hekimliği...) bir öğretim üyesine 10, hatta 20’den fazla tıpta uzmanlık öğrencisi sorumluluğu verilebilmektedir.

Kurumların fiziki yapısı ve teknolojik donanımı için de aynı farklar söz konu-

sudur. Tıpta uzmanlık eğitimi kalitesinin, ülkenin bugünü ve geleceği için ne kadar stratejik öneme sahip olduğu herkesçe bilinmektedir. Buna rağmen, özellikle kurumlarda hizmet verecek hekime olan ihtiyaç nedeniyle, tıpta uzmanlık öğrencilerinin eğitim kalitesi öncelikle dikkate alınmadan, kurumlar arasında eşitlik ilkesine uymaya dikkat edilmeye çalışılarak, tıpta uzmanlık kadroları dağıtılmaktadır. Bu durum zamanla eğitimi yetersiz bulan tıpta uzmanlık öğrencilerinin resmi şikâyetlerine de neden olmaktadır; ayrıca sınırlı sayıda eğitmeniye sahip birimlerde, atama, vefat vd. nedenlerle oluşan eğitmeni eksikliğinden tıpta uzmanlık öğrencilerinin eğitimi belirli bir dönem aksamakta, eğitmeni eksikliği tamamlanmazsa uzmanlık öğrencisi başka kurumlara verilmektedir. Ortak kullanım esasıyla çalışan afiliye hastanelerde yetki paylaşımı ve diğer idari sorunlar da uzmanlık eğitimi olumsuz etkilemektedir.

Çözüm Önerileri: Tıpta uzmanlık eğitiminde eğitmeni sayısı ve niteliği, fiziki altyapı imkânları, teknolojik donanım, hasta sayısı ve çeşitliliği gibi ölçütler dikkate alınarak asgari standartlar yükseltilmeli, belirlenmiş gelişme standartları asgari standart kapsamına alınmalıdır. Tıpta uzmanlık, doktora eşdeğeri kabul edildiğinden en azından doktora için gereken sayıda eğitmeni (bir anabilim

dalında doktora/sanatta yeterlilik programının açılabilmesi için o anabilim dalında gereken akademik özelliklerin yanında en az doktora veya doçentliği programın alanında ikisi profesör veya biri profesör ikisi doçent olmak üzere altı öğretim üyesinin bulunması şarttır. Bu öğretim üyelerinden bir tanesi yabancı uyruklu olabilir. Doktora/sanatta yeterlilik programı için söz konusu öğretim üyelerinin, en az dört yarıyıl bir lisans ya da iki yarıyıl boyunca tezli yüksek lisans programında ders vermiş olması gerekmektedir) tıpta uzmanlık için de zorunlu olmalıdır.

İlgili standartlar, ülke genelinde kurumların ortalamasına ve hizmet ihtiyacına göre değil, tıpta uzmanlık eğitiminde ileri düzey kaliteli bir eğitimin nasıl sağlanacağı temelinde belirlenmelidir. Hele iç hastalıkları, çocuk sağlığı ve hastalıkları, genel cerrahi, kadın hastalıkları ve doğum gibi çok geniş uygulama gerektiren alanlarda müfredatlardaki yeterliliğin sağlanmasına imkân verecek yüksek standartlar belirlenmeli, bu gibi genel alanlarda üç eğitimci gibi bir sayıyla asla yetinilmemelidir. Alanına göre bazı farklar olabilse de bir eğitimciye 2-3'ten fazla tıpta uzmanlık öğrencisi sorumluluğu verilmemelidir. Tıpta uzmanlık eğitimi yeterliliklerinde eğitim süresince tespit edilen eksiklikler, gecikmeden uygunsa ilgili klinikte veya başka bir kurumda rotasyonla tamamlanmalıdır. Belirlenen standart düzeye erişemeyen veya standardın altına düşen kurumların/ birimlerin uzmanlık eğitim verme yetkisi gerekli şartlar sağlanana kadar durdurulmalıdır. Gerekli hallerde bugün bazı kurumlarda yapıldığı gibi, birkaç kurum "ortak program" açarak tıpta uzmanlık öğrencisinin eğitiminde eksiklik/aksaklık oluşması önlenmelidir. Hizmet gerekçesi ile her kuruma/birime tıpta uzmanlık öğrencisi verilmemeli, uzmanlık eğitimi standartların üzerine çıkmış kurumlarda yapılmalıdır. Tıp eğitiminde giderek hızla artmakta olan değişimler dikkate alınarak çekirdek müfredatların zamanında güncellenmesi sağlanmalı, dünyadaki gelişmeler dikkate alınarak standartlar değiştirilmelidir.

3. Yeterliliklere Dayalı Eğitim Temininde Yaşanan Sorunlar

TUK ve TUKMOS'un çalışmaları ile uzmanlık ana ve yan dalları çekirdek müfredatlarının çoğunun içeriği belirlenmiştir. Buradaki sorun, daha önce değinildiği gibi çekirdek, hatta genişletilmiş müfredatların gereğini sağlayacak eğitimci kadrosu, fiziki altyapı imkânları ve teknolojik donanım, hasta sayısı ve çeşitliliğindedir. Eğitimci sayısında bazı kurumlardaki sayıca yetersizlik, kurumlar arasında sayıca önemli farklılık, ülkemizde uygulanan hizmet ağırlıklı

performans anlayışı, eğitimde bütünsel anlayışı olumsuz şekilde etkilemektedir. Eğitimcilerin, tıpta uzmanlık eğitiminin gereklerine uygun, etkili ve güncellenen eğitimcilerin eğitimi programına katılmasında da sorunlar yaşanmaktadır. Yeterliliklere dayalı eğitimde usta çırak ilişkisi ön planda olmakla birlikte eğitimin öğrenci (asistan) odaklı olması temel koşuldur. Uzmanlık öğrenciliği dönemi eğitim ve çalışma programı, çekirdek/genişletilmiş müfredata göre önceden ayrıntılı planlanıp uzmanlık öğrencisinin düzenli bir eğitim alması sağlanmasını gerektirir. Eğitimin gereklerine göre değil, hizmetin zorunluluklarına dayalı bir eğitim ve çalışma programı belirlenmeye çalışılmakta, çoğu yerde buna bile uyulamamaktadır. Bazı kurumlarda hiçbir eğitim programının olmadığı bilinmekte, bazılarında var olan eğitim programları öğle yemek saati arasına sıkıştırılmaktadır. Eğitimde belirlenmiş dış rotasyonlar çoğunlukla niyet düzeyinde kalmakta ve etkin olarak yapılmamaktadır. Bazı birimlerde yeterli hasta sayısı ve çeşitliliği sağlanamamakta, bazılarında gerekli teknolojik donanım yetersiz kalmaktadır.

YÖK tarafından yeni düzenlenmiş bir ankette, "vizit" uygulaması tüm anabilim dalları için önemli bir eğitsel aktivite olmasına rağmen kurumların % 24,9'unda, "bölüm içi asistan dersleri" kurumların %15,1'inde, "öğretim üyeleriyle çalışma" aktivitesi kurumların %18,4'ünde bulunmamaktadır. Aynı ankette, kurumların akademik ve bilimsel faaliyet düzeyleri tıpta uzmanlık öğrencilerinin %26'sı tarafından çok yetersiz bulunurken, sadece %5,2'si tarafından "çok yeterli" olarak değerlendirilmiştir. Eğitimde klinik yetkinlikler ve girişimsel yetkinliklerin nasıl sağlanacağı, takip edileceği ve ölçüleceği konusunda asgari standartlar konusunda yeterli bir çalışma henüz yapılmamıştır. Girişimsel yetkinliklerde, yapılan girişim sayısının artmasıyla komplikasyonların azalması beklenen bir durumdur. Konuyla ilgili bir örnek, laparoskopik safra kesesi cerrahisinde ilk 30 vaka ile 50. vaka sonrasında komplikasyon oranlarının 10 kat azaldığını ortaya koyan araştırmadır.

Yeterliliklerin ölçme ve değerlendirilmesi konusu mevcut durumda ilgili program eğitimcilerine bırakılmıştır. Yeterliliklere dayalı bir eğitim olan tıpta uzmanlık eğitiminde uygun ölçme ve değerlendirmenin (bilgiyi değişik düzeyle ölçen farklı sınavlar, simülasyon sınavları, iş başı sınavları (mini klinik sınav, olgu temelli değerlendirme, girişimsel beceri geri bildirimi, akran değerlendirmesi, 360o değerlendirme, değişik ilgililerden geri bildirimler vd.) uygun ve düzenli bir şekilde yapılmasında, sürdürülmesinde sorunlar vardır. Az sayıda kurumda

ölçme ve değerlendirme ile ilgili çalışmalar yapılmakla birlikte, genellikle eğitimin düzenli takibi ve uygun ölçme değerlendirmesi konusunda hedeflenen düzeylere henüz ulaşılammıştır.

Eğitim için önemli olan yapılandırılmış eğitim etkinlikleri (sunum, seminer, olgu tartışması, dosya tartışması, makale tartışması, konsey, kurs, morbidite ve mortalite toplantıları), değişik uygulamalı eğitim etkinlikleri ile bağımsız ve keşfederek öğrenme etkinlikleri açısından uygun ve yeterli süreçlerin ne kadar etkin yapılabildiği bilinmemekte, kurumlar arasında önemli uygulama farkları yaşandığı gözlemlenmektedir. Bazı kurumlarda tıpta uzmanlık öğrenci sayısının yetersizliği, aşırı hizmet ve nöbet yükü akran eğitimi yetersizliğine neden olmaktadır. Kurumlarda rol model öğretim üyesinin olumlu etkisi herkesçe kabul edilen bir gerçektir. "İyi bir rol model; iletişime açık, öğrenmeye/öğretmeye meraklı, düşündüklerini öğrencileri ile paylaşan, öğrenen merkezli eğitimi hedefleyen, öğrencileri ile vaka tartışmasına zaman ayıran, kendi kişisel ve profesyonel gelişimini sürekli devam ettiren, birlikte çalışıklarına sevgi ve saygı gösteren, ekip çalışması kültürünün ve değerler sisteminin gelişmesi için mücadele eden, etik ve deontolojik kurallara özen gösteren, değer ve sorumluluk sahibi kişidir."

Hizmet sunumu dışındaki diğer altı temel yetkinliğin (Yönetici, Ekip Üyesi, Sağlık Koruyucusu, İletişim Kuran, Değer ve Sorumluluk Sahibi, Öğrenen ve Öğreten) nasıl sağlanacağı, nasıl takip edilip değerlendirileceği konusunda bir görüş birliği henüz yoktur; bu konuda kurumların asgari olarak ne yapacağı henüz belirlenmemiştir. Tıpta uzmanlık öğrencisi karnesi ve izlem portföylerinin de yer alacağı "Uzmanlık Eğitimi Takip Sistemi" (UETS) için belirlenen hedeflere henüz ulaşılammış olup bu durum ülke çapında asgari eğitim standartlarına uyum durumunun değerlendirilmesini engellemektedir.

Çözüm Önerileri: Eğitimciler, belirli dönemlerde güncellenen eğitimcilerin eğitimi programına katılmalıdır. Ölçme ve değerlendirme dahil uzmanlık eğitimiyle ilgili güncel bilgi ve beceriler ilgili programların içeriğinde yer almalıdır. Uzmanlık öğrencisi öğreniminde, eğitim, araştırma ve çalışma dengesi gözetilerek hazırlanmış bir program hazırlanmalı, "eğitim odaklı" hizmet sunulmalıdır. Tıpta uzmanlık öğrencisinin sunduğu sağlık hizmeti, özellikle ilk kıdem döneminde mutlaka eğitimcilerin gözetiminde olmalıdır. Tıpta uzmanlık öğrencisi için hasta hizmeti, eğitim ve araştırma hizmetleri (tez vd. araştırmalar) dengesi iyi kurulmalıdır.

Tıpta doktora yapanların özlük hakları (eğitim dönemi ve sonrasında) en az uzmanlara sağlanan bir düzeye yükseltilmeli, hatta temel bilimlere pozitif ayrımcılık sağlayan haklar verilmelidir. Günümüzde herkes tarafından bilinen nedenlerle hekimlerin temel tıp bilimlerini beklenen düzeyde tercih etmeyişlerinin gerekçelerini ortadan kaldıran düzenlemeler yapılarak temel tıp bilimlerinde uzmanlık yerine doktora özendirilmelidir.

Uzmanlık öğrencisinin sağlık hizmeti yükü eğitim ve uzmanlık için gerekli bilimsel araştırmaya engel olmamalıdır. Tıpta uzmanlık öğrencisine alanına göre değişmek üzere haftada 3-5 saat teorik, 8-10 saat yapılandırılmış pratik eğitimi düzenli olarak verilmelidir. Kısaca eğitimler ve araştırmaya ayrılan zaman mesainin 1/3-1/4 ünü kapsamalıdır. İdeal olarak uzmanlık öğrencisi göreve başladığında kendine eğitim odaklı bir çalışma takvimi sunulabilmeli, 1-2 yıl sonra neye hazırlanacağını bilmelidir.

Eğitim etkinlikleri (yapılandırılmış, uygulamalı, bağımsız keşfederek öğrenme), mentorluk, yapılandırılmış küçük grup çalışmaları, beyin fırtınası, yapılandırılmış araştırma eğitimi gibi diğer etkinliklerle daha zenginleştirilebilir. Tıpta uzmanlık öğrencisi akranları, uzmanlar ve hocalarından bizzat görerek öğrenmelidir. Eğitimciler, rol model olabilmek konusunda büyük gayret göstermelidir. Uzmanlık eğitiminde çekirdek veya genişletilmiş müfredatın uygulandığının belgesi olan "tıpta uzmanlık karnesi" nesnel bir izlemle doldurulmuş olmalı, bu süreçte gerekli klinik ve girişimsel yeterliliklerinin kazanıldığı uygun ölçme ve değerlendirme metotlarıyla ortaya konmalıdır. Hastane otomasyon programı ile uzmanlık öğrencisi karnesi, arasında eş güdüm sağlanarak asistanların uyguladığı işlemlerin direkt olarak karneye kaydının sağlanması

ve bu şekilde bir takibin oluşturulması nesnelliğin sağlanmasında olumlu katkı sağlar. Uzmanlık eğitim döneminde, çağın koşullarına göre belirlenmiş zorunlu sayıda bir pratik uygulama zorunluluğu sağlanmalıdır; kurumlarında zorunlu uygulamaları yapamayanlar eksikliklerini rotasyonla başka bir kurumda tamamlamalıdır.

Uzmanlık eğitim programlarının özdeğerlendirme raporları her yıl TUK tarafından dikkatle incelenmeli, en az 4-5 yılda bir kurumsal değerlendirme yapılmalıdır. Özdeğerlendirme raporlarının yıllık incelemesinde sorun saptanan birimler gecikmeden değerlendirilmelidir. Özdeğerlendirme raporları yanında tıpta uzmanlık öğrencileri geri bildirimleri yapılmalı ve değerlendirilmelidir. Tıpta uzmanlık eğitimi veren programların, özerk, devletçe yetkisi kabul edilen tıpta uzmanlık alanında akreditasyon yetkisi almış kuruluşlarca değerlendirilip akredite edilmesi teşvik edilmeli, akredite olan birimlere daha fazla sayıda uzmanlık öğrencisi verilmelidir. Tıpta uzmanlık eğitiminde ülke çapında standartlara uyum sağlanıp, tıpta uzmanlık eğitimi veren birimlerin akreditasyonu sağlanana kadar ulusal bir merkezi sınav düşünülebilir.

4. Tıpta Uzmanlık Tezi ile İlgili Sorunlar

Ülkemizde, tıpta uzmanlıkla doktoranın denk kabul edilmesi, üzerinde yeterince tartışma yapılmamış bir sorundur. Bilindiği gibi tıpta uzmanlık eğitimi ile doktora eğitimi farklıdır; tıpta uzmanlık eğitimi ile mesleki yeterlilik, doktora eğitimi ile bilim yeterliliği kazanılır. Tıpta uzmanlık öğrencilerinin kurumlar arasında bazı farklar olmakla birlikte %40-%50 kadarı eğitimleri boyunca bilimsel araştırmalara katılmadıklarını belirtmiştir.

Sadece uzman olmak isteyenler için uzmanlık tezi, bilimsel bir başarıya imza atmak yerine, bürokratik bir engel oluşturmaktadır. Ülke genelinde yapılan uzmanlık tezlerinin kalitesi incelenmeye değer ciddi bir konudur. Yine bilindiği gibi uzmanlık geniş bir çerçevede belirli bir düzeyde bilgi ve beceri kazanmayı gerektirirken; doktora, bir alanın belirlenen dar bir kısmında ileri düzeyde derinleşmek, ilgili alanda sorun çözebilen araştırma becerilerine ulaşmayı gerektirmektedir. Haliyle doktora, ya sorun çözen nitelikli bir tezle ya da bir alanda 3-5 nitelikli yayının birleştirilmesi ile ortaya çıkan bir tez varlığını gerektirmektedir. ABD, değişik Avrupa ülkeleri (Almanya, Hollanda, Avusturya, Malta, Fransa, Yunanistan, İngiltere (bazı alanlarda var), İsviçre (bazı alanlarda yayın isteniyor) ve Japonya'da uzmanlık tezi yoktur. Uzmanlık tezi olan ülke

sayısı çok azdır. Ülkemizde uzmanlık tezi özellikle eğitimciler tarafından çok önemsenmektedir ama değişik kesimler uzmanlık tezlerindeki kalite sorunundan yakınmaktadır. Nitekim farklı branşlardaki tezlerin %0-33'ü (ort. %13,6) uluslararası, %0-75'i (ort. %20,7) ulusal yayına dönüştürülmekte, geri kalanların bilim hayatına ölçülebilir bir katkısı olmamaktadır.

Çözüm Önerisi: Tıpta uzmanlık kendine özgü yeterlilikler ekseninde verilmeli, uzmanlık için gereken düzeyde bilimsel araştırma bilgi ve becerisi de kazandırılmalıdır. Ancak her uzmandan doktora düzeyinde araştırmacı olmasını beklemek haksızlık olur ve bu beklentilerin karşılanması da imkânsızdır. Uzmanlıkla birlikte doktora (birleşik, örtüşük veya ardışık) yapma imkânı sağlanmalı veya ABD örneğindeki gibi araştırmacı uzman hekimler yetiştiren farklı bir program uygulanmaya konmalıdır. "Doktora eğitiminin uzmanlık eğitiminden belirgin farklılığının korunması gerekir; doktora eğitiminde, özelden genele analitik düşünme ve tasarımlama tartışmaları ile yaratıcılık becerisi; uzmanlıkta, genelden özele ve hizmet işlevlerinin içine yerleştirilmiş öğrenme fırsatları ile çözüme becerisinin ön planda tutulması gerekir." Tıpta doktora yapanların özlük hakları (eğitim dönemi ve sonrasında) en az uzmanlara sağlanan bir düzeye yükseltilmeli, hatta temel bilimlere pozitif ayrımcılık sağlayan haklar verilmelidir. Günümüzde herkes tarafından bilinen nedenlerle hekimlerin temel tıp bilimlerini beklenen düzeyde tercih etmeyişlerinin gerekçelerini ortadan kaldıran düzenlemeler yapılarak temel tıp bilimlerinde uzmanlık yerine doktora özendirilmelidir. Mevcut tez anlayışı değişmezse tez kaldırılmalıdır. Elbette, uzmanın meslek hayatı için gerekli bilimsel çalışma kapasitesi her uzmanlık öğrencisine kazandırılmalıdır. Tez yapılmaya devam edilecekse kalitesinden taviz verilmemeli ve tezler nitelikli bir yayına dönüştürülmelidir.

5. Uzmanlık Sonrası Sürekli Eğitim Dönemi Sorunları

Uzmanlık sonrası sürekli tıp eğitiminde uzmanlık dernekleri ve tabip odaları önemli çalışmalar yapmaktadır. Ancak uzmanlık sonrası sürekli tıp eğitiminde yapılması ve takip edilmesi gerekenler konusunda ortak bir görüş veya program yoktur. Ayrıca mesleğini uygulayan bütün hekimler için mezuniyet sonrasında sürekli eğitimin belli bir kredi ile takip edilmesi ve belirli aralarla bir sınav yapılması konusunda ülkemizde henüz bir görüş birliğine varılmamıştır.

Çözüm Önerileri: Uzmanlık sonrası sürekli eğitim için, sürekli tıp eğitimi der-

gileri, düzenli güncellenen tanı ve tedavi rehberleri, kongreler, sempozyumlar, çalıştaylar, kurslar, internet üzerinden eğitim seçenekleri kullanılabilir. İlgili eğitim aktiviteleri, sürekli eğitim anlayışı çerçevesinde bir kredilendirme esasına bağlanmalıdır. Uzmanlık dernekleri veya derneklerinin de yer alacağı bir kurulun 5-10 yılda bir yapacağı sınavlar (board) sınavları uygulamaya konulmalıdır.

6. Diğer Sorunlar

Tıpta uzmanlık eğitiminin finansmanı, tıpta uzmanlık öğrencilerinin özlük hakları, çalışma koşulları ve çalışma ortamı gibi konularda da değişik sorunlar yaşanmaktadır. Mali açıdan yaşanan sorunlar tıpta uzmanlık öğrencilerinin özellikle büyük şehirlerde özel hastanelerde yasal ve etik olmayan şekilde nöbet tutmasına neden olmaktadır. Bu durum tıpta uzmanlık öğrencisi başarı ve çalışma performansını olumsuz etkilemektedir. Kurumlara verilen tıpta uzmanlık öğrencileri için ilgili kuruma doğrudan sağlanan bir mali destek söz konusu değildir. Bilimsel araştırma ve tez çalışmaları BAP'lardan sağlanan sembolik ücretlerle desteklenmektedir. TÜBİTAK gibi kurumlardan destek almak, zamanlama sorunları nedeniyle kolay olmamaktadır. Tıpta uzmanlık öğrencilerinin AB ölçütlerine göre daha uzun çalışma süresi, çalışma ortamı imkânları da bir sorun alanıdır. Nitekim YÖK tarafından yapılan ankette yaşam koşullarından hiç memnun olmayanların %8,9, memnun olmayanların ise %14,7 oranında olması dikkat çekicidir.

Çözüm Önerisi: Tıpta uzmanlık öğrencilerine maaş ve performans adı altında yapılan ödemeler ülke imkânları nispetinde artırılmalıdır. Çalışma koşulları ve saatleri ile nöbetlerle ilgili sorunlar zaman içinde düzeltilip giderilmelidir. Tez ve bilimsel araştırmalara sağlanan imkânlar artırılmalıdır.

Sonuç

Mezuniyet öncesi tıpta uzmanlık ve mezuniyet sonrası eğitim süreçleri birbirini doğal olarak etkilemektedir. Bu nedenle ilgili eğitim süreçlerinin birbirini bütüncü şekilde planlanması, kurum/birim, eğitimci açısından elden geldiğince üst standartlar belirlenmesi, sağlık hizmet sunumu kadar diğer yetkinliklerinin kazanılması, eğitim ve araştırmayı dengeli bir şekilde kapsayan eğitim programı düzenlenmesi, uzmanlık eğitimi takip sisteminin uygulamaya geçirilmesi, programların düzenli takibi, akreditasyonun özendirilip desteklenmesi, tıpta uzmanlık öğrencilerinin özlük haklarının, çalışma ve yaşam koşullarının memnuniyetini artırıcı çalışmalar yapılması sorunların çözümünde etkili olacaktır.

Kaynaklar

Afdhal NH, Vollmer CM. Complications of Laparoscopic Cholecystectomy, UpToDate, v.18 (Erişim Tarihi: 01.10.2017).

Altun A. Türk Kardiyoloji Uzmanlık Eğitiminin Sorunları: 2011 Raporu, file.tkd.org.tr/PDFs/Turk-Kardiyoloji-Uzmanlik-Egitiminin-Sorunlari-2011-Raporu.pdf (Erişim Tarihi: 01.10.2017).

Altuntaş Y. Tıpta Uzmanlık Eğitiminin Sorunları (Eğitim Hastanelerinden Bakış) TUEK-2016 - Tıpta Uzmanlık Eğitiminde Kalite Çalıştayı, 26-27 Mayıs 2016, İstanbul, s.49-55, http://tiptauzmanlik.org/2016/TUEK_CALISTAY_RAPORU.pdf (Erişim Tarihi: 01.10.2017).

Aydın S. Tıpta Uzmanlık Eğitiminde Gelecek Öngörüler, TUEK-2016 - Tıpta Uzmanlık Eğitiminde Kalite Çalıştayı, 26-27 Mayıs 2016, İstanbul, s.68-75, http://tiptauzmanlik.org/2016/TUEK_CALISTAY_RAPORU.pdf (Erişim Tarihi: 01.10.2017).

Güven M, Poyrazoğlu H. Tıp eğitiminin sorunlarına tıp fakültesi dekanlarının bakışı, SD (Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi), 2013, 27: 72-75. sdplatform.com/Dergi/725/Tip-egitiminin-sorunlarina-tip-fakultesi-dekanlarinin-bakisi.aspx (Erişim Tarihi: 01.10.2017).

Kalcioğlu MT, Eğilmez OK, Karaca S, Haneg FM, İleri Y. Publication Rates of Otolaryngology Theses from Turkey in Peer-reviewed Journals. Kulak Burun Bogaz Ihtis Derg. 2016; 26: 143-51. Doi: 10.5606/kbbihtisas.2016.63626.

Moore MJ, Bennett CL. The Learning Curve for Laparoscopic Cholecystectomy. The Southern Surgeons Club. Am J Surg 1995; 170: 55.

Murt A, Arkan E, Esen F. Tıpta Uzmanlık Eğitimi 3: Asistanların Gözünden... SD (Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi), 2013, 27: 80-83, sdplatform.com/Yazilar/Konuk-Yazilar/339/Tipta-uzmanlik-egitimi-3-Asistanlarin-gozunden.aspx (Erişim Tarihi: 01.10.2017).

Murt A. Tıpta uzmanlık eğitimi 1, SD (Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi), 2012, 24: 92-95, sdplatform.com/Yazilar/Konuk-Yazilar/321/Tipta-uzmanlik-egitimi-1.aspx, (Erişim Tarihi: 01.10.2017).

Murt A. Tıpta uzmanlık eğitimi 2, SD(Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi), 2013, 25: 76-79, sdplatform.com/Yazilar/Konuk-Yazilar/330/Tipta-uzmanlik-egitimi-2.aspx (Erişim Tarihi: 01.10.2017).

Murt A. Tıpta uzmanlık eğitimi 4: Yönetmelik çerçevesinde eleştirel bakış, 2013, 29: 80-81. sdplatform.com/Yazilar/Konuk-Yazilar/349/Tipta-uzmanlik-egitimi-4-Yonetmelik-cercevesinde-elestirel-bakis.aspx (Erişim Tarihi: 01.10.2017).

Öğrenci A, Ekşi MŞ, Özcan-Ekşi EE, Koban O. From Idea to Publication: Publication Rates of Theses in Neurosurgery from Turkey. Neurol Neurochir Pol. 2016; 50: 45-7. Doi: 10.1016/j.pjnns.2015.11.007.

Özgen Ü, Eğri M, Aktaş M, et al. Publication Pattern of Turkish Medical Theses: Analysis of 22625 Medical Theses Completed in Years 1980-2005. Türkiye Klinikleri J Med Sci 2011;31: 1122-31.

Öztürk R. Tıp ve diğer sağlık bilimleri eğitimi alanında önemli sorunlar ve çözüm önerileri, SD (Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi), 2013, 27: 6-9. sdplatform.com/Yazilar/Kose-Yazilar/336/Tip-ve-diger-saglik-bilimleri-egitimi-alaninda-onemli-sorunlar-ve-cozum-onerileri.aspx (Erişim Tarihi: 01.10.2017).

Öztürk R. Tıpta ve Diş Hekimliğinde Uzmanlık Eğitimi Yönetmeliği ve Diğer İlgili Mevzuat. Öztürk R, Seymen HO, Sönmezoglu K (eds). Tıpta Uzmanlık Öğrencisi Uyum Eğitimi Kitabı, 2016:5-17.

Öztürk R. Ülkemizde Tıp Eğitimine Genel Bir Bakış,

SD (Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi), 2006, 1: 64-69. sdplatform.com/Yazilar/Kose-Yazilar/136/Ülkemizde-tip-egitimine-genel-bir-bakis.aspx (Erişim Tarihi: 01.10.2017).

Sayek İ, Aktan Ö, Demir T, Özyurt A. Tıpta Uzmanlık Eğitimi Raporu, www.ttb.org.tr/kutuphane/tiptauzmanlikegitimi.pdf (Erişim Tarihi: 01.10.2017).

Sipahi H, Durusoy R, Ergin I, Hassoy H, Davas A, Karababa A. Publication Rates of Public Health Theses in International and National Peer-Review Journals in Turkey. Iranian Journal of Public Health. 2012;41: 31-35.

Sipahi OR, Caglayan Serin D, Pullukcu H, Tasbakan M, Köseli Ulu D, Yamazhan T, Arda B, Sipahi H, Ulusoy S. Publication Rates of Turkish Medical Specialty and Doctorate Theses on Medical Microbiology, Clinical Microbiology and Infectious Diseases Disciplines in International Journals, Mikrobiyol Bul. 2014; 48: 341-5.

Tıpta ve Diş Hekimliğinde Uzmanlık Eğitimi Yönetmeliği (http://mevzuat.basbakanlik.gov.tr/Metin.Aspx?MevzuatKod=7.5.19629&MevzuatIsmi=0&sourceXmlSearch=t%C4%B1pta%20ve%20di%C5%9F%20hekimli%C4%9Findetuey-2014.pdf, (Erişim Tarihi: 29.09.2017).

TUEK-2016. Tıpta Uzmanlık Eğitiminde Kalite Çalıştayı (Çalıştay Raporları, s.79-121) http://tiptauzmanlik.org/2016/TUEK_CALISTAY_RAPORU.pdf (Erişim Tarihi: 01.10.2017).Türkiye

www.konya.edu.tr/haber/180 (Erişim Tarihi: 28.09.2017).

www.tuk.saglik.gov.tr/mevzuat.html (Erişim Tarihi: 30.09.2017).

www.tuk.saglik.gov.tr/muf2.1/index.html (Erişim Tarihi: 01.10.2017).

Yılmaz Ö, Yüksel H.Tıp eğitiminde uzmanlık tezlerine bakış: sorunlar ve çözüm önerileri, www.toraks.org.tr/uploadFiles/book/file/372013104956-5TIP.pdf (Erişim Tarihi: 01.10.2017).

Yükseköğretim Kurulu. Doktora/Sanatta Yeterlilik Programı Açmak İçin Başvuru Formatı, http://www.yok.gov.tr/web/guest/icerik/-/journal_content/56_INSTANCE_rEHF8BIsYRyX/10279%2019003

Yükseköğretim Kurulu. Tıp Dallarında Asistan Eğitimi Çalıştayı Raporu, yok.gov.tr/documents/10279/2922270/tip-dallarinda_egitim_calistayi.pdf/e30037bd-9fbb-4f53-8f05-42f13d6b3abe (Erişim Tarihi: 30.09.2017).

Yükseköğretim Kurulu. Yükseköğretim Kurulu Başkanlığı Tarafından Sağlık Bakanlığına Sunulan Öneriler (2013).yok.gov.tr/documents/10279/173480/Y%C3%BCKsek%C3%B6%C4%9Fretim+Kurulu+Ba%C5%9Fkanl%C4%B1%C4%9F%20Taraf%C4%B1ndan+Sa%C4%9FI%C4%B1k+Bakanl%C4%B1%C4%9F%20na+Sunulan+%C3%96neriler/57dc443c-feab-454d-b035-9ebaa65950d6 (Erişim tarihi: 30.09.2017).

Yükseköğretim Kurulu. Yükseköğretim Yeterlilikler Çerçevesi: www.ttyc.yok.gov.tr/; ttyc.yok.gov.tr/?pid=48 (Erişim Tarihi: 02.10.2017).

Sağlık bilimi ve sağlık biyoteknolojisi için yeni bir umut; Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı (TÜSEB)

Prof. Dr. H. Fahrettin Keleştemur



1955 yılında Elazığ'da doğdu. Orta ve lise eğitimini Elazığ'da tamamlayan Keleştemur, 1979 yılında Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesinden mezun oldu. 1990 yılında doçent, 1995 yılında profesör oldu. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi ve Londra Üniversitesi St. Bartholomew's Hastanesinde endokrinoloji eğitimi aldı. 2008-2015 yıllarında Erciyes Üniversitesi Rektörlüğünü yürüttü, 2012 yılında Türkiye Bilimler Akademisi (TÜBA) Konsey üyeliğine seçildi. 2013 yılı Bayındır Sağlık Grubu Tıp Bilim Ödülü ve 2014 yılı TÜBİTAK Bilim Ödülüne layık görüldü. Son 20 yıldır beyin hasarına bağlı nöro-endokrin değişikliklerle ilgilenmektedir. 2015 yılında Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı'na atanmıştır.

Sağlık insanlık tarihi boyunca üzerinde en çok konuşulan, tartışılan ve ilgi odağı olan bir kavramdır. Daha sağlıklı yaşamak, daha uzun yaşamak, hatta ölümsüz olmak insanların her zaman arzuladıkları bir olgudur. Günümüzde de bu durum değişmemiştir. Dolayısıyla hekimlik mesleği ve ilgili meslekler farklı isimler ve uygulamalar içerse de her zaman var olmuştur. İçinde bulunduğumuz son yüz yıl ise; sağlık alanında çok büyük gelişmelere şahitlik etmiş ve özellikle son 20-30 yıl sağlık biliminde önemli kavram değişikliklerinin ortaya çıktığı bir dönem haline gelmiştir. Sağlık bilimi ve sağlık biyoteknolojisinde meydana gelen gelişmelerde şüphesiz ileri teknolojinin sağlık alanına uygulanmasının büyük katkısı vardır.

Geçen yüz yıl içerisinde ABD ve Batı Avrupa devletlerinde, sağlıkla ilgili bilimsel araştırmaların yapılması, desteklenmesi ve koordine edilmesi amacıyla ABD'de National Institutes of Health (NIH), İngiltere'de Medical Research Council (MRC) ve National Institute for Health Research (NIHR), Fransa'da INSERM ve Almanya'da MaxPlanck enstitüleri gibi teşkilatlar kurulmuştur. Aynı amaca yönelik olarak, 2014 Kasım ayında Türkiye

'de, Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı (TÜSEB) resmi olarak kurulmuş ve teşkilatlanma çalışmaları ise 2015 ortalarında, kurucu başkanın atanmasıyla başlamıştır. Bu tarih, NIH'in kuruluşundan yaklaşık 90 yıl sonradır. Sağlıkla ilgili araştırmalar ülkemizde 1960'lı yıllardan itibaren başta TÜBİTAK olmak üzere üniversitelerin kendi öz kaynakları tarafından desteklenmeye başlamıştır.

TÜSEB'in kuruluş tarihi aslında sağlık biliminde ve sağlıkla ilgili konularda önemli değişme ve gelişmeler olduğu bir döneme rastlamaktadır. Bunların başında yaşlanma gelmektedir. Günümüzde hayat süresi giderek uzamakta ve bunun sonucu olarak yaşlı nüfus artmaktadır. Yüz yaşın üzerinde ciddi bir nüfus oluşmaktadır. Yaşlanma ile birlikte görülen hastalıklar kişinin hayat kalitesini ileri derecede bozduğu gibi ciddi ekonomik külfete de yol açmaktadır. Yapay zekâ ve robotik sistemler sağlık uygulamalarında giderek daha yaygın bir şekilde kullanılmaya başlanmıştır. İnsan genomunun büyük ölçüde anlaşılması insanlık tarihi açısından da bir devrim niteliği taşımaktadır. Genom başlı başına bir bilim dalı haline gelmiştir ve her gün yeni ileri teknolojilerin genom araştırmalarında kullanılmaya başlanması ile sadece genetik kökenli hastalıkların değil aynı zamanda diyabet,

obezite gibi kronik kompleks hastalıkların da tanı ve tedavilerinde ciddi değişiklikler olmaya başlamıştır. 'Kişiye yönelik tedavi' geleneksel bir kavramın (hastalık yok hasta vardır) yeniden güncellenmiş bir ifadesidir ve özellikle kanser tedavisinde kullanımı rutin bir uygulama haline almaktadır. Ayrıntılı genom analizi sonucu mesela aynı akciğer kanseri tipine sahip iki hastaya farklı farklı tedavi protokolleri uygulanabilecektir. Genom analizleri sonucu milyarlarca ifade edilen veri ortaya çıkmaktadır ve bu verilerin analizi için biyoenformatik bilimine ihtiyaç vardır. Dönüşümsel tıp (translational medicine) nispeten yeni bir kavramdır ve özellikle NIH mevcut bütçesinin %30 kadarını bu alana ayırmaktadır. Dönüşümsel tıp temel bilim araştırmaları ve klinik araştırmalar arasındaki karşılıklı etkileşimi kapsar ve böylece yeni tanı ve tedavi metotlarının ortaya çıkmasına zemin hazırlar. Beyin araştırmaları son 20 yıl içerisinde ileri derecede artmış ve bunun sonucu olarak beyin fonksiyonları daha iyi anlaşılmış, dolayısıyla beyni ilgilendiren hastalıkların tanı ve tedavilerinde belirgin ilerlemeler kaydedilmiştir. Beyin hastalıklarının tanısında yeni görüntüleme metotları kullanılmaktadır. Organik beyin bozuklukları yanında, artık sınırdaki kişilik bozuklukları bile nöro-radyolojik metotlar ile görüntülenebilmektedir. Uzun tıbbi ilgili ülkelerde

yeni bir araştırma alanıdır. Rejeneratif tıp önümüzdeki yılların en önemli araştırma alanlarından birisi olmaya devam edecektir. Doku mühendisliği, hücre tedavileri ve tıbbi cihaz teknolojisindeki hızlı gelişmeler yapay organların yapılabilmesine imkân tanımaktadır. Dünyadaki bu gelişmeler doğrultusunda Türkiye'deki tıp eğitiminin de belli aralıklarla gözden geçirilmesi kaçınılmazdır.

TÜSEB'in kuruluş amaçları; sağlık bilimi ve sağlık biyoteknolojisi alanında Ar-Ge yapmak ve desteklemek, 6569 sayılı ilgili kanunda açık bir şekilde belirtilmiştir. Ancak dünyadaki ve Türkiye'deki uygulamalar destekleyici kuruluşların bizzat Ar-Ge yapmak yerine, Ar-Ge çalışmalarını desteklemesinin daha doğru bir yaklaşım olduğunu göstermektedir. Bu durumun ancak bir istisnası vardır: temel bilim araştırmaları. Endüstri genel olarak temel bilim araştırmalarını büyük ölçekte desteklemez. Bunun en önemli sebebi temel bilim araştırmalarının ticari bir çıktıya ne zaman döneceğinin kestirilememesi veya kısa vadede böyle bir beklentinin olmamasıdır. Aslında temel bilim araştırmaları kısa süre içerisinde tanı ve tedaviye kullanılabilecek bir ürün elde etme amacı da taşımamaktadır. Fakat temel bilim olmadan da bilimde yeni düşünce ve buluşlara ulaşmak mümkün değildir. Bu gerçeğin bir sonucu olarak TÜSEB sağlık bilimi ile ilgili temel bilim alanlarında bizzat AR-GE yapacak ve araştırmacı yetiştirecektir. Bu mesele ne yazık ki biraz ihmal edilmiş ve temel bilim alanlarında yeteri kadar ve yüksek kapasitede araştırmamız olamamıştır. Bilim ve teknolojiye ilerlemiş ülkeler incelendiği zaman, bu ülkelerin aynı zamanda temel bilim araştırmalarında da öncü oldukları kolayca anlaşılır. TÜSEB zaman içerisinde bilimsel gelişmeleri ve ihtiyaçları da dikkate alarak destek politikalarını yenileyecektir. Genel olarak temel bilim, dönüşümsel tıp, kişiye yönelik tıp ve biyoteknoloji orantılı bir şekilde desteklenecektir.

TÜSEB şu anda iki yerleşkeye sahiptir. Birincisi olan Koşuyolu Yerleşkesi İstanbul'da bulunmaktadır ve burada obezite ve diyabet gibi kronik kompleks hastalıklar ile ilgili bir temel bilim araştırma merkezi kurulacaktır. Halen konuyla ilgili etüt-proje ve alt yapı çalışmaları devam etmektedir. Burada kurulacak olan merkezin geniş bir coğrafyanın ihtiyacını karşılayacak özellikler barındırması da düşünülmektedir. Merkez dinamik bir yapıya sahip olacak ve en ileri temel bilim araştırmalarının yapılacağı özellikler içerecektir. TÜSEB Ar-Ge destek programları da Koşuyolu Yerleşkesinde yürütülecektir. TÜSEB'in ikinci yerleşkesi ise; Mavi Göl (Mamak) Yerleşkesi, Ankara'da bulunmaktadır. Mavi Göl Yerleşkesi 'inde Kanser Araştırma Merkezi kurulması çalışmalarına başlanmıştır.

Aynı yerleşkede kısa bir süre önce Aziz Sancar'ın da açılışına katıldığı ve kendi adını taşıyan bir araştırma merkezi kurulmuştur; Aziz Sancar Araştırma Merkezi. Bu merkez içerisinde iki önemli araştırma laboratuvarı kurulma çalışmaları başlamıştır. Birincisi Kronobiyoloji ve Onarım Mekanizmaları Laboratuvarı. İsminden de anlaşılacağı gibi bu laboratuvar da Aziz Sancar Hoca'nın kendi çalışma alanları ile ilgili araştırmalar yapılması hedeflenmektedir. Bu konuda Aziz Sancar'ın daha önce yanında çalışan araştırmacılar ile de görüşmelere devam edilmektedir. İkinci laboratuvar ise genom çalışmalarının yapılacağı; 'Genom Araştırmaları Laboratuvarı' olacaktır. Bu laboratuvar aynı zamanda TÜSEB'in öncülük edeceği ve yakın bir zamanda başlanacak olan Türkiye Genom Projesi'nin de referans merkezi olacaktır. Genom araştırmaları ile ilgili olarak ayrıca insan ve fiziksel alt yapısı uygun üniversitelerde de araştırma merkezlerinin kurulması proje kapsamında desteklenecektir. Genom biliminin önümüzdeki yılların en önemli araştırma alanlarından birisi olacağı artık bilim dünyası tarafından kabul edilmektedir. Genom çalışmaları sonucu ortaya çıkacak toplumsal veriler sağlık sistemlerini de büyük ölçüde değiştirecektir. TÜSEB Sağlık Politikaları Enstitüsü şimdiden genomik bilgilerin sağlık sistemine uyarlanması ile ilgili olarak çalışmaya başlamıştır. İnsanlık tarihinin en büyük projelerinden birisi olan insan genom projesi batı bilim insanları tarafından başarılmıştır. Ne yazık ki bilimin diğer alanlarında olduğu gibi genom biliminin mevcut duruma gelmesinde de Türk bilim insanlarının katkılarından söz etmek zordur. Özellikle 8-14. yüz yıllar arasında bilim dünyasına çok orijinal ve yeni bilgiler, buluşlar sunan bir medeniyetin bugünkü temsilcilerine; bizlere, olağanüstü sorumluluklar düşmektedir. Bilimin evrensel olduğu bir gerçektir ancak gelişmiş ülkeler aynı zamanda evrensel bilime de en çok katkısı olan ülkelerdir. Genom araştırma merkezleri aynı zamanda TÜSEB'in bilim insanı yetiştirme projelerinden de birisi olacaktır.

TÜSEB ayrıca stratejik öneme de sahip olan plazma ve plazma ürünleri, aşı ve ilaç çalışmalarına destek verecektir. Türkiye'de aşı üretimi ile ilgili çalışmaları destekleyecektir. Bu konuda önemli çalışmalar yapılmış ve kısa bir süre önce öncelikli olarak viral aşılarda Türkiye'de üretilebilmesi için gerekli projeler yürürlüğe girmiştir. Bir üniversitemizde daha önce kurulmuş olan ve Kırım-Kongo kanamalı hastalık için aşı üretiminin dünyada ilk defa Faz 1 çalışmalarının yapıldığı laboratuvarlar TÜSEB tarafından desteklenmeye başlamıştır. Tıbbi cihazların ülkemizde yapılabilmesi ve yeni teknolojik cihazların geliştirilmeleri TÜSEB'in önem verdiği öncelikli alanlardan birisidir. TÜSEB tıbbi cihazlarla ilgili teknoloji transferine ve yeni teknolojiler

geliştirilmesine önem verecektir.

Doku, kan, DNA ve diğer biyolojik örneklerin depolandığı yerler olan biyobankalar bilimsel çalışmalar için çok önemlidir. Gelişmiş Batı ve bazı Uzak Doğu ülkelerinin aksine Türkiye'de ulusal nitelikte bir Biyobanka mevcut değildir. Ankara-Mavi Göl yerleşkesinde Türkiye'nin ihtiyacını karşılayacak ölçekte bir Ulusal Biyobanka kurulma çalışmaları başlamıştır. Bu sayede özellikle kanser başta olmak üzere ileri düzeyde bilimsel çalışmalar yapılabilecek ve ayrıca Türk bilim insanlarının evrensel bilime katkı sağlama özelliğinde olan uluslararası çok merkezli çalışmalara katılmasına imkân sağlanacaktır. Ulusal Biyobanka önemli boyutlarda kaynak israfını da engellemiş olacaktır.

Kuruluş kanununda 6 enstitü mevcut iken 7. bir enstitü daha kurulmuştur; Sağlık Politikaları Enstitüsü. İhtiyaç halinde yeni enstitüler de kurulabilmektedir. 2018 yılından itibaren sağlık bilimi ve sağlık biyoteknolojisi alanlarında araştırma projeleri destek programlarına başlanacaktır. Seçilecek konular enstitülerin bilim kurulları tarafından belirlenecektir. Konu seçiminde evrensel ve yerel sağlık problemleri göz önüne alınacak, ayrıca geleceğe yönelik araştırmaların da desteklenmesine özen gösterilecektir. Uluslararası bilimsel iş birlikleri azami derecede teşvik edilecektir. Öncelikli olarak stratejik Ar-Ge projeleri desteklenecektir. Bu bağlamda fiziksel ve akademik alt yapısı uygun üniversitelerde seçilmiş konularda TÜSEB araştırma merkezleri kurulacaktır. Bu merkezlerde dönüşümsel tıp ağırlıklı araştırmaların desteklenmesine öncelik verilecektir. Merkezlerin seçimine TÜSEB tarafından üniversitelerin araştırma altyapıları incelendikten sonra karar verilecektir.

2017 yılında TÜSEB Aziz Sancar Bilim, Hizmet ve Teşvik ödülleri programı başlatılmış ve ilk ödüller sahiplerini bulmuştur. Yurt dışında, çok sayıda, sağlık alanında çalışan yüksek vasıflı araştırmacılarımız mevcuttur. Yurt dışında çalışan Türk Bilim insanlarının tecrübelerinin ülkemize kazandırılması için yeni uygulamaların hayata geçirilmesi planlanmaktadır. Seçilmiş konularda yurt dışında çalışan bilim insanlarımızın aynı konuda ülkemizde çalışan bilim insanlarıyla buluştukları, Türk Tıp Dünyası Kurultayı, 2017 tarihinden itibaren TÜSEB tarafından düzenlenmeye başlanmıştır. Her yıl ayrı bir konu seçilerek devam ettirilecek olup, şimdiden hazırlıklarına başlanan 2018 yılı Türk Tıp Kurultayı konusu kronik hastalıklar olarak belirlenmiştir. Belirlediğimiz hedefler doğrultusunda, kısa süre içerisinde Türkiye, sağlık bilimi ve biyoteknolojisi alanlarında dünyanın önde gelen ülkelerinden birisi olacaktır.

Orta Doğu İslam medeniyetinde bilimin doğuşu

Prof. Dr. Talip Alp



İngiltere'de The Pitman College of English ve Londra Üniversitesi North-Western Polytechnic'te eğitim gördü. Manchester Üniversitesi Metalürji Bölümünden 1966 yılında metalürji mühendisi, 1970 yılında doktora unvanlarını aldı. Yurt içinde ve yurt dışında birçok üniversitede öğretim, araştırma ve Ar-Ge faaliyetlerinde bulundu ayrıca tarih ve İslami ilimler alanlarında incelemeler yaptı. American Society for Materials, Heat Treatment Society'nin kurucu üyelerinden olan Prof. Alp, halen TÜBİTAK Bilim ve Teknoloji Kurulu Üyesi ve Medipol Üniversitesi Mühendislik ve Doğa Bilimleri Fakültesi Öğretim Üyesi olarak görev yapmaktadır.

İlk "ilahi vahiy" Hz. Muhammed'e 610 yılında Mekke'de indi. On iki yıllık çetin bir mücadeleden sonra ilk Müslümanlar ve akabinde Peygamber, Medine'ye hicret ettiler. Müteakip yıllarda ilk dört halife zamanında İslam, başta Arap Yarımadası olmak üzere, Suriye, Mısır, İran ve Kuzey Afrika'da yayıldı. Muaviye, hilafetini 661 yılında Şam'da ilan etti. 670 yılında bir Emevi donanması Konstantiniyye (İstanbul) surlarını zorladı. Kuşatma beş sene sürdü ama şehir alınmadı. 712 yılında Tarık bin Ziyad İberya Yarımadası'na (İspanya) girdi. İslam ordusu 732 yılında Fransa topraklarında, Tour'da Charles Martel tarafından durduruldu. Doğuda İslam ordusu Maverünnahir, Orta Asya ve Sind'i fethederek Çin'e ve Hindistan'a dayandı. İslam'ın kısa zaman içinde geniş coğrafyalara yayılışı Orta Doğu'nun merkezinde yaşayan İslam toplumunun kadim Helen, Mısır, Babil, Fars ve Hint kültürleriyle yakından temasını sağladı. Ebul Abbas el Saffah 750 yılında Emevi Devleti'ni ortadan kaldırarak yerine 500 yıl sürecek Abbasi hilafetini kurdu. 754 yılında hilafet makamına geçen Ebu Cafer el Mensur 762 yılında Bağdat şehrinin temellerini attı. Çok geçmeden Bağdat dünyanın en önemli bilim, kültür ve medeniyet başkenti oldu. Emevilerin son yıllarında her ne kadar bilimlere alaka giderek arttıysa da gerçek manada bilimsel araştırma ve geliştirmeler el Mansur Devri'nde (754-775) büyük destek gördü. Mensur'un talimatı ile bilim ve felsefe kitapları Yunanca, Farsça ve Süryanice'den Arapçaya tercüme edilmeye başlandı. Böylece Aristo'nun bazı kitapları, gökbilimci Batlamyus'un "Elmacest"i ve Nikomakus'un "Aritmetik"i,

Öklid'in "Elementler"i ve diğer dillerden benzer kitaplar tercüme edilerek araştırmacıların istifadesine sunuldu. Tarihçi Mesudi'nin (Ö. 956) rivayetine göre, Mensur'un astrolojiye büyük ilgisi olduğundan önceleri Mecusi iken sonradan Müslüman olan Nevbaht, İbrahim el Fezari (Ö. 777), Usturlabçı Ali bin İsa gibi kişileri maiyetine aldı. Bunlardan İbrahim el Fezari usturlab yapan ilk Arap gökbilimci olarak bilinir. İbrahim'in oğlu Muhammed el Fezari "Siddhanta" adlı kitabı Sanskritçeden Arapçaya çevirdi. Nevbaht'ın torunlarından el-Hasan bin Sahl, halife el Vasik'in maiyetinde çalışırken bir gökbilimi kitabı yazdı ve Farsça'dan Arapça'ya tercümeler yaptı. Mensur'un maiyetinde müneccim (astrolog) olmasına rağmen, Ali bin İsa'nın yıldızlara bakarak istikbali okumaya çalışmanın batıl (geçersiz) olduğunu anlatan bir reddiyesi vardır. Aynı zamanda tabiplik yapan Ali bin İsa'nın Latinceye tercüme edilen ve gözün anatomisi ve hastalıklarını anlatan önemli bir eseri vardır. Ameliyatlarda hastanın acı duymaması için, tıp tarihinde anestezi yapmayı teklif eden ilk hekimdir.

Halife el Mehdi'nin yanında müneccim olarak çalışan Filozof Stefanus, 790'lı yıllarda Konstantiniyye'yi ziyaret ettikten sonra yazdığı kitapta Bizans'ın başkentinde astronomi ve astroloji ile ilgili hiçbir şey bulmadığını kaydeder. Tarihçi Dimitri Gutas Stefanus'un Bağdat'tan Konstantiniyye'ye sadece bilimsel gelişmelerin haberlerini değil, hatırı sayılır matematik ve astroloji bilgileri de taşıdığını, bu suretle yüz elli senelik bir fasıladan sonra Bizans'ta matematik bilimlerine ilgiyi yeniden canlandırdığını

belirtir. Bunun ardından, M.Ö. 800-50 yıllarında Yunan el yazmalarından yirmi dokuz eserin istinsah edildiğini yazar. Gutas'a göre Bizans'taki bu hummalı faaliyet Bağdat'taki tercüme hareketine bir karşılıktı ve Bizanslıların Arap biliminin üstünlüğünün farkına varıp onu taklit etme arzusundan doğmuştu.

İslam medeniyetinde ilk dikkate değer yükseköğrenim müessesesi Halife el Me'mun'un 830 yılında Bağdat'ta kurduğu "Beytul Hikme"dir. Tarihçi Philip Hitti'ye göre, bir tercüme bürosu olmasının yanı sıra, Beytul Hikme akademi ve halk kütüphanesi vasıflarını haiz olduğu gibi gökbilimi dersleri veren rasathanesi de vardı. Aynı zamanda kurulmaya başlayan hastahaneler tıbbi tedrisatın yapıldığı merkezlerdi. Farklı milletlerden Beytul Hikme'ye davet edilen bilginler; bilimin her dalında çığır açmış, muhteşem eserler vermiş, buluşlar gerçekleştirmişlerdir.

"Introduction to The History of Science" adlı devasa eserinde Sarton'un belagatle ifade ettiği gibi, "(Orta Çağın) en değerli, en özgün ve en mühim eserleri Arapça yazılan kitaplardır. Sekizinci asrın ikinci yarısından on birinci asrın sonuna kadar Arapça, insanlığın bilim ve ilerleme lisaniydi. O zamanda iyi ve güncel bilgi edinmek isteyenler, Arap olmayanlar öyle yapmıştır, tıpkı günümüzde entelektüel gelişmeyi takip etmek isteyenlerin büyük Batı lisanlarından birini öğrenmesi gerektiği gibi. Bu ifadeleri ispatlamaya lüzum yoktur, çünkü çalışmanın tamamı bunların ispatıdır. Bunun için Batı'da eşdeğer muasırları bulunmayan birkaç muhteşem isimden ilham almak yeterlidir. Cabir ibn Hayyan, el-Kindi, el-Battani,



Huneyn ibn İshak, el-Farabi, İbrahim ibn Sinan, el-Mesudi, el-Tabari, Ebul-Vefa, Ali ibn Abbas, Ebul Kasım, İbn el-Cezzar, el-Biruni, İbn Sina, İbn Yunus, el Karhi, İbn el-Heysem, Ali ibn İsa, el Gazali, el Zarkali, Ömer Hayyam. Bu muhteşem isimler dizisini daha da genişletmek zor olmaz. Kim size Orta Çağın bilimsel açıdan kısır olduğunu söylerse bu isimleri ona karşı hüccet olarak ileri sürün."

Mezopotamya'nın merkezinde doğan İslam medeniyeti ve onun temelleri üzerinde yükselen bilim ve irfan kültürü, Endülüs ve Mağrip'ten Orta Asya'ya uzanan İslam coğrafyasının diğer bilim başkentlerinden Orta Çağ boyunca insanlığı aydınlatmıştır. Bu medeniyet sürecinde yer alan sayısız bilgin, başta matematik, gökbilimi, tıp, kimya, fizik, teknoloji ve coğrafya olmak üzere bilimin her dalında pek çok dikkate değer araştırmalar gerçekleştirmiş, yeniliklere öncülük etmişlerdir. Bergen'in işaret ettiği gibi, Hintlilerin ondalık hesap sistemine kesirleri katarak matematik işlemleri kolaylaştırmak, "Cebir"i icad, düzlem ve küresel geometride gerçekleştirilen buluşlar, denklemlerin sayısal çözümlerini yeni usullerle sonuçlandırmak İslam matematiğinin bilime yaptığı en önemli katkılardandır. Halife Me'mun ve Mutasım (833-43) devrinde Bağdat'ın en seçkin bilim adamlarından Mervli (Türkmenistan) Habeş el Hasib 16 astronomi ve üç matematik çalışmasının müellifidir. "Şam Cedvelleri" adlı gökbilimi kitabında eski Yunanlıların kullandığı "kirişler" yerine "sinüs", "kosinüs" ve "tanjant" trigonometrik fonksiyonlarını ilk defa tarif etmiş ve kullanmıştır. Habeş Batlamyus'un Elma-cestini gözden geçirmiş ve Batlamyus'un güneş, ay ve gezegenlerin hareketi ile ilgili cetvellerini kendi hesaplarına göre düzeltmiştir. Çağa damgasını vuran meşhur gökbilimcilerinden biri de Maverannehirli Ahmed el Fergani'dir. Halife el-Me'mun'dan Mütevekkil devrine kadar (847-61) Bağdat'ta çalışmalarını

sürdürmüştür. Batlamyus gökbiliminin şümüllü izahı olan "Kitab fi Usul İlm el-Nucum" on ikinci asırda Latince'ye tercüme edildi. El-Fihrist'in müellifi İbn el-Nedim'in anlattığına göre, matematikçi ve gökbilimci el-Huvarizmi Me'mun'un zamanında Beytul Hikme'de tam mesai çalışıyordu. Cebir biliminin mucidi olan el-Huvarizmi, "el-Kitabul Muhtasar fi'l-Hisab'il Cebri vel Mukabele" isimli kitabını 825 yılında kaleme aldı. 1145 yılında Latince'ye tercüme edilen bu eser, "Cebir"i'nin menşei sayılır. Huvarizmi'nin bir diğer kitabı, "el-Kitabul Muhtasar fi'l-Hisab el Hind", on ikinci asırda Latince'ye tercüme edildi. Bu sayede Avrupalılar halen kullanageldikleri Hint-Arap hesaplama usullerini (dört işlemi) öğrendiler.

Banu Musa (Musa'nın oğulları) olarak tanınan Muhammed, Ahmed ve Hasan kardeşler, el-Me'mun ve halefleri zamanında Beytul Hikme'nin çatısı altında bilimsel çalışmalara bizzat ve maddi destek sağlayan önemli bilim adamlarıdır. Bu üç kardeş, matematik, gökbilimi ve mühendislik (mekanik robotlar) üzerine yirmi kadar kitap yazmışlardır. Bunlardan, İngilizce ismi "Book on The Knowledge of Measuring Plane and Spherical Figures" olan kitap on ikinci asırda Latince'ye çevrildi. İngilizce adı "The Book of Ingenious Mechanical Devices" (Harika ve Mekanik Aygıtlar Kitabı) en önemli kitaplarındandır. Tarihçi İbn Hallikan'ın anlattığına göre, Me'mun'un talimatı ile Banu Musa kardeşler dünyanın çevresini hesapladılar. Bunun için Sincar çölünde, kutup yıldızının ufuk açısının bir derece fark ettiği iki nokta arasındaki mesafeyi ölçüp 360 ile çarptılar. Buna göre sonuç 8 bin fersah yani 24 bin mildir. Günümüzde kabul edilen değer 24.092 mildir. Banu Musa'nın yanında çalışan Huneyn ibn İshak (808-73) ve Sabit ibn Kurra (836-901) tercüme ve telifleri ile bilim tarihinde iz bırakan isimlerdendir. Huneyn, oğlu İshak ve yeğeni Hubeyş ile birlikte Hipokrat'ın tıp çalışmalarını Öklid'in "Elementler"

kitabını ve Dioscorides'in eczacılıkla ilgili "De Materia Medica"sından başka Galen'in 129 çalışmasının 90'ını Süryaniceye diğerlerini Arapçaya çevirdiler. "Meteorlar", "Kuyruklu Yıldızlar", "Gökkuşağı", "Gözle ilgili Meseleler" ve daha birçok konular Huneyn'in kitap yazdığı ilgi alanlarıdır. Huneyn bunların yanı sıra çok ünlü bir hekimdi. "Tıp üzerine Meseleler" ve "Beslenmenin Hususiyetleri" üzerine yazdığı iki kitap günümüze kadar gelmiştir. Kuzey Mezopotamya'nın Harran Şehrinde doğan Sabit bin Kurra'nın Arapça telif ettiği 150 kitaptan 80 tanesi günümüze ulaşmıştır. "Gök Bilimi", "Matematik", "Mekanik", "Tıp", "Coğrafya", "Mineraloji", "Fizik", "Zooloji", "Felsefe" ve "Mantık" işlediği konulardır. "Paraboloidin Hacminin hesaplanması", "İkinci ve Üçüncü Dereceden Denklemlerin Geometrik Çözümleri" Sabit bin Kurra'nın matematik bilimine katkılarındandır. Mezopotamya'nın "İslam Rönesansı" Harun Reşid devrinde hız kesmeden yükselirken, dünyanın en büyük şehri Bağdat bir milyon insan barındırıyordu. Dünya bilim başkentinin dokuz yüz kadar kâğıt imalathanesi, yüzden fazla kitabevi, sayısız kütüphanesi vardı. Bağdat'tan sonra Abbasi Devleti'nin ikinci büyük şehri Basra, Hicri 14 yılında (miladi 636) Hz. Ömer'in emriyle inşa edildi. Yakubi'nin tasvirine göre "dünyanın en büyük şehri" (belki ikinci büyük şehri) olan Basra şüphesiz ticaret ve zenginlik merkeziydi. Şehir Müslüman Arap ve İranlılardan başka Hristiyan, Yahudi ve Hintlilerle dolup taşıyordu. Hatırı sayılır bir "Sanayi Bölgesi", "şeker fabrikaları", "dokuma tezgâhları" ve "tersanesi" ile Basra bir dünya finans ve ticaret merkezine dönüşmüştü. 1258 yılında Moğol istilasına kadar İslam'ın Ortadoğu coğrafyasında inşa edilen efsanevi medeniyetinin dahi bilim adamları ve muhteşem eserleri halen sayısız dünya üniversitelerinde "Oryantal Araştırma Merkezlerinin" araştırma konusu konumunu sürdürmektedir.

Kahire'de Sultan Hasan ve El-Rifai camileri

Batılıların "Arapların Filozofu" unvanını verdikleri El Kindi'nin (801-861) Halife Mutasım'a ithaf ettiği felsefe kitabının önsözünde şu paragraf devrin entelektüel atmosferini yansıtır. "Hangi kaynaktan gelirse gelsin, gerçeği kabul etmek ve onu özümsemek hususunda utanmamıza gerek yoktur. Gerçeği bize getiren evvelki nesiller ve yabancı halklar olsa bile. Çünkü gerçeği arayan kişi için gerçeğin kendisinden daha değerli bir şey yoktur. Gerçek, arayanı asla değersiz kılmaz, alçaltmaz, bilakis onu asil kılar ve ona şeref kazandırır." El Kindi'nin 242 eserinden ancak 20 kadarı günümüze ulaşmıştır. Çağını aşan bir düşündürüdür. Latince tercüme eseri "De Aspecticus" ta "Işığın Hızı"ndan bahseder.

İslam medeniyetinde tıp biliminin üstün bir mevkisi vardır. İslam tıbbının ilk büyük bilgini el-Razi (854-930) eserlerinin Latince kaynaklarında Rhazes olarak bilinir. İlk tıp tahsilini doğduğu Rey (İran) şehrinde yaptı. Akabinde Bağdat'taki hastaneye başhekim oldu. Çok sayıda talebe yetiştirdi. 232 kitabın müellifidir. Tıbbın hemen her dalında eser vermiştir. Ayrıca felsefe, mantık, matematik, astronomi, kozmoloji, alkemi (simya), gramer ve ilahiyat konularında eserleri vardır. Günümüze ulaşan en mühim eseri yirmi beş cilt tutan "el Havi"nin Latince tercümesi (Continens) 1279 yılında tamamlandı ve 1542 yılına kadar, matbaanın icadı ile, beş baskı yaptı. Çiçek ve kızamık hastalıkları üzerine yazdığı kitabı "De Pestes" ismiyle Latinceye çevrildi. 15. asır ile 19. asır arasında 40 defa basıldı. Doğuda ve batıda şöhreti zirveye ulaşmıştı. Batılılar ona "ikinci Galen" adını taktılar. Kimyasal maddeler ve laboratuvar aletleri üzerinde çalıştı. İncelediği kimyasal maddelerden biri "Petrol" dür. Damıtılmış petrol ve bitkisel yağlarla çalışan lambalar icat etti. O asrın dehalarından biri de şüphesiz Farabî Türk bilgini Ebu Nasr Muhammed el Farabî'dir. (870-950). İlk tahsilini Buhara ve Merv'de yaptıktan sonra Bağdat'a geçti. Yunan bilimleri üzerindeki Konstantiniyye'de yaptığı sanılıyor. Farabî (910-942) yıllarında Bağdat'ta dersler verdi. Ondan sonra Şam'a geçti. Yüzden fazla eserinin ancak 33'ü zamanımıza ulaştı. Felsefe, matematik, gökbilimi, müzik, fizik, tıp, kimya, zooloji kitaplarının konusunu teşkil eder. Bilimlerin tasnifini konu edinen kitabı "Di Scientis" adıyla Latinceye tercüme edilmiştir. Yazar Latince literatürde Alpharabus olarak tanınır. Farabî'nin "Mükemmel Faziletli Şehir" kitabı doğuda ve batıda ilgi görmüştür. Beytul Hikme'nin kuruluşundan sonra yetişen ilk nesil bilginlerin önde gelenlerinden Harranlı Muhammed el Battani (850-929) gökbiliminin önde gelen simalarındandır. "El-Zic el-Sabi" adlı astronomi cetvelleri 12. asrın ilk yarısında Latinceye "Opus astronomicum" adı ile tercüme edilmiştir. El Battani,

Batlamyus'un güneş ve ayın hareketleri ile ilgili bazı hatalarını düzeltmiştir. Kopernik, Battani'nin cetvellerini kullanmış, Merkür ve Venüs'ün yörüngelerinden söz ederken onun gözlemlerine atıfta bulunmuştur. On altıncı asırda Danimarkalı gökbilimci Tycho Brahe gibi kepler ve Galile de Battani'nin görüşlerine başvurmuşlardır. Konusunda kesin otorite kaynak sayılan el Zic el-Sabi'nin Latince tercümesini, Arapça aslının yazılış tarihinden bin yıl sonra İtalyan C.A. Nallino yayınladı.

Battani'nin muasırı, gök bilimci ve matematikçi Ebu Cafer el Hazin'in yirmi kadar kitabından dokuz tanesi günümüze kadar gelmiştir. Kayıp kitaplarından "Gezegenlerin Sırrı Kitabı"na 17. asırda atıfta bulunulmuştur. El Hazin'in Oxford'ta korunan matematik kitabı $x^3+y^3=z^3$ türünde denklemlerin çözümsüzlüğü üzerine yazılmış bir risaledir. 1637 yılında Fransız matematikçi Fermat, Hazin'in denklemini "2"den büyük üstler için genelleştirmiştir (Fermat Teoremi). Bu teorem ancak 1995 yılında İngiliz Andrew Wiles tarafından ispatlandı. Bilim tarihi araştırmalarının açıkça gösterdiği gibi 8. asrın ortalarından 16. asra kadar İslam Medeniyetinde üretilen ilmi eserlerin çoğu başta Latince olmak üzere Avrupa dillerine tercüme edildi. Böylece İslam'ın uygarlık merkezlerinden yeni bilimlerin Batıya akışını sağlayan bilim adamları ve özgün eserlerinin birkaçının özetle hatırlamakla yetineceğiz.

Matematikçi ve gökbilimci Abdurrahman el Sufi (Batı'da Azophi) (903-986) nın eserlerinden "Sabit Takım Yıldızlar üzerine Risale" adlı meşhur eseri asırlarca elden düşmedi. Kitabında kullandığı Arapça yıldız isimleri modern istilahların arasına girdi. Latin kaynaklarda Haly Abbas olarak tanınan Ali bin Abbas el Mecusi (925-994)'nin meşhur "Kitab el Melik"i Latinceye "Liber Regius" adıyla tercüme edildi. Yirmi bölümden oluşan kitabında birçok ilkleri ve şaşılabacak derecede dakik teşhisler yer almaktadır. Ebul Vefa el Buzcani (940-998) Bağdat rasathanesinde çalıştı. "Kitab el Macisti" adlı eserinde gökbilimi hesaplamalarında önemli yer tutan küresel trigonometriye kattığı özgün buluşları vardır. Astronomide kullanılan trigonometrik cetvelleri kendi buluşu olan "yaklaşık sinüs fonksiyonu" yöntemi ile ıslah etmiştir. Trigonometride "Sinüs Teoremi" olarak bilinen kanununu talebesi Abu Nasr Mansur ile keşfedip astronomi problemlerinin çözümünde kullanmıştır. Ebul Vefa'nın ismi ayda bir kritere verilerek bu büyük bilgin tebcil edilmiştir. Ebu Nasr Mansur'un talebesi, Ebul Reyhan Muhammed bin Ahmed el Biruni (973-1048), Batılıların "polymath" unvanı ile andıkları, Sarton'un tabiri ile "bütün çağların en büyük bilim adamlarından"dır. Yüz kırk altı eserinin 39'u astronomi, 15'i matematik, 10'u

jeodezi ve haritacılık, 9'u coğrafya, 2'si tıp ve eczacılık, 2'si mekanik, 2'si mineral ve mücevherler, 2'si zaman ölçümü, 1'i meteoroloji, 5'i kronoloji, 4'ü tarih, 3'ü din ve felsefe, 23'ü astroloji, gerisi çeşitli konular üzerinedir. Freely'nin ifadesi ile "muazzam ilgi alanları, bir kısım özgün araştırmaları ve başarıları onu tüm bilgilerin en üst makamına taşır."

İslam'ın tabiat felsefesi ve tıp bilimi, Freely'ye göre, Ebu Ali el Hüseyin İbn Sina (980-1037) ile zirveye ulaşır. Muasır, Biruni gibi, İbn Sina nadir dehalardandır. İki yüz yetmiş eserinin arasında "el Kanun fit Tıb" şaheseridir. El Kanun, başta Latince olmak üzere pek çok dünya dillerine çevrilmiş ve altı asır boyunca Batı'nın tıp fakültelerinde okutulmuştur. İbn Sina ve diğer Orta çağ İslam tıp bilginleri hakkında geniş bilgi için Ahmet Ağırakça'nın hazırladığı "History of Islamic Medicine"e başvurulmalıdır.

Birleşmiş Milletler Genel Kurulu 2015 yılını "Uluslararası Işık ve Işık Temelli Teknolojiler Yılı" ilan etti. Bu münasebetle, 965 yılında Basra'da doğup Basra ve Bağdat'ta ilim tahsil eden Hasan İbn el Haysem'in optik bilimine katkılarına yer verildi. Başta optik, matematik, ve astronomi olmak üzere pek çok alanlarda 96 kitap yazmıştır. Şaheseri "Kitabul Manazir" adlı 7 cilt optik kitabı takriben 12. Yüzyılın sonunda Latinceye "DeAspectibus" adıyla çevrilmiştir. Düz, Küresel ve parabolik aynalar kullanarak yansıma optiği ve yoğunlukları farklı şeffaf ortamlarda ışık hızının farklı olduğunu varsayarak kırılma optiği konularında özgün kontrollü deneysel araştırmalar yaptı. Elde ettiği sonuçlar, Roger Bacon, Galile, Descartes, Leonardo da Vinci, Kepler ve Hygens gibi Rönesans bilim adamlarını etkiledi. 1976 yılında David C. Lindberg "nihai tahlilde, görme duyusu konusunda Kepler'in konumu Alhazen'in (İbnul Heysem'in Latince ismi) görüşünden çok farklı değildir tespitinde bulundu. Tarihin en büyük optik bilgini", "İkinci Batlamyus", "İlk Modern Bilim insanı" gibi unvanlarla anılan, modern bilimsel yöntemleri ilk kullanan İbnul Heysem'in onuruna bir astroide ve Ay'da bir kratere ismi verildi. Bir matematikçi olarak, İbnul Heysem, Batıda "Alhazen Problemi" olarak bilinen dördüncü dereceden bir denklemin çözmüş olmakla meşhur olmuştur.

Orta çağın önde gelen bilginlerinden Ala addin İbn Nefis (1208-1288) Şam'da tıp tahsilini tamamladı. Zamanının ikinci İbn Sina'sı olarak adlandırılan İbn Nefis, Kahire'de Sultan Baybars'ın saray doktoru iken el Mesruriyye Medresesinde Fıkıh dersleri verdi. Tıp üzerine yazdığı seksen ciltlik dev eseri 1952 yılında keşfedildi. Küçük kan dolaşımını ilk defa bulan İbn Nefis olduğu ancak 1924 yılında anlaşıldı.

O zamana kadar, bu buluş İngiliz William Harvey (1578-1657) e mal edilmiştir. İbn Nefis'in talebesi, İbn el Kuf (1280-1288) tıp dünyasında kılcal damarlar ve bunların kan dolaşımındaki rolünü bulmasıyla tanınır. Cerrahi Bilimi üzerine yazdığı eser meşhurdur. Kılcal damarlar hakkında yazan ilk Batılı bilim adamı Bolonya'lı Marcello Malpigi'dir (1628-1694). Malpigi 1661 yılında mikroskop kullanarak kılcal damarların varlığı ve bunların atar ve toplardamarlar arasında kan dolaşımını nasıl etkilediğini izah etmiştir.

İslam matematik tarihinin en parlak isimlerinden biri de şüphesiz Ömer Hayyam'dır (1048-1130) Hazin, Buzcani, Farabi ve İbn Sina gibi bilgilerin eserlerini incelemiştir. Antik Çağ'ın klasikleri de okuduğu kitaplar arasındadır. 1070 yılında Semerkand'ta "Cebir Problemleri" ile ilgili meşhur eserini yazdı. 1074 yılında Selçuklu sultanı Melikşah'ın daveti üzerine İsfahan'da devlet rasathanesinin başına tayin edildi. Bu esnada, Hayyam meşhur Celali Takvimini hazırlayıp 1079 yılında sultan Melihşah'a sundu. Bu takvim İran'da ve Orta Asya Cumhuriyetlerinde halen kullanılmaktadır. Sultan Sencer'in Selçuklu başkentini 1118'de Horasan'dan Merv Şehrine taşımaya üzerine, Hayyam da ilmi çalışmalarını devam ettirmek üzere sultanın maiyetine ilihak etti. Merv'de ikameti sırasında Matematik, mekanik ve felsefe üzerine kitaplar telif etti.

İslam medeniyetinde, Abbasi Halifesi Me'mun'un himayesinde çalışan bilim insanlarından Banu Musa kardeşlerin tasarımlarıyla hayata geçirilen mekanik cihazlar silsilesi Hayyam ve talebesi Hazini'nin "Kitab Mizan el Hikme'sinde devam etmiş ve Bediuzzaman Ebul iz İsmail bin Razzaz el Cezeri'nin elli olağanüstü Mekanik cihazın tasarımı ile zirveye ulaşmıştır. Cezeri'nin 1206 yılında kaleme aldığı kitap Donald R. Hill tarafından İngilizceye çevrildi. Kitabının 5. bölümünde Cezeri, Dünyada ilk "çalar saat"ın çalışma prensiplerini anlatır. Onun için Hill, "bize birinci dereceden önemli bir mühendislik vesikası bıraktı" demiştir. Cezeri'nin bazı icatları sonradan Batı'da taklit edildi. Leonardo da Vinci'nin bahsettiği Cezeri'nin konik vanası ilk icadından beş yüz sene sonra 1784 yılında İngiltere'de patentlendi. Orta Çağ İslam medeniyetinde Batı ülkelerine yapılan teknoloji transferi sonucu sayısız Arapça kelime İngilizce ve diğer Batı dillerinde günümüzde kullanılmaktadır. Ayrıca, Cezeri ilk su pompasını tasarlayıp imal eden ve çalıştıran mühendistir.

Haçlıların Kudüs'ü uzun süren işgali ve 1258 de Moğolların Bağdat'ı harabeye çevirmelerine rağmen bilimsel araştırmalar gerekli destekleri bulduğu sürece devam etti. Abbasi Hilafeti'nin çöküşünden sonra, Moğol idarecilerin desteği ile

ikisi İran'da üçüncüsü Semerkand'da, üç önemli rasathane kuruldu. Moğol istilasını Takip eden iki asır boyunca bu merkezlerde çalışan matematikçi, gökbilimci ve fizikçiler önemli gelişmelere ön ayak oldu. Bazı bilim tarihçileri bu devre "İslam Biliminin Altın Çağı" dedi.

Marağa Rasathanesi (İran) 1259 yılında Moğol Hükümdarı Hulagu'nun desteği ile Tebriz'in güneyinde kuruldu. Bir medresesi ve kütüphanesi olan rasathanenin başına İranlı matematikçi ve gökbilimci Nasiruddi'n el Tusi (1201-1274) getirildi. Nasiruddin takriben 1165 yılında Bağdat'ta ders veren büyük matematikçi ve gökbilimci Şerafuddin el Tusi'nin yetiştirdiği Kemaluddin bin Yunus'un talebesidir. Rasathane ve içindeki gözlem ve ölçüm aletlerinin inşası o devrin büyük gökbilimci ve mühendislerinden Şamlı Müeyyidduddin el Urdu'nin (ö. 1296) nezaretinde gerçekleşti. Urdu, Yunan gökbiliminin yerini alacak özgün bir gökbilimini ve kendisinden sonra gelen tüm gökbilimcileri etkileyen meşhur matematik teoremini geliştirdi. Bu teorem ve "Urdu temması" olarak bilinen teorisi, Kopernik'in meşhur çalışmalarına yön vermiştir. Urdu'nin gökbiliminde açtığı bu çığır Tusi, Kudbeddin Şirazi (ö. 1311), Nizameddin el Nişaburi (ö. 1328), İbn Şatir (1375), Sadr el-Şeria el Buhari (y. 1350), Ali Kuşçu (ö. 1474), Mulla Fethallah el Şirvani (y. 1450), ve Şemseddin el Hafri (ö. 1550) ile devam etti. Bilim tarihçilerinin 1957 yılında başlattığı araştırmalar Kopernik'in 1453'te kullandığı "ay modelinin" takriben iki yüz yıl önce Şam'da yaşayan İbn Şatir'in geliştirdiği modelin aynısı olduğunu gösterdi. Noel Swerdlow ve Otto Neugebauer'e göre, Kopernik'in kullandığı bazı matematik yöntemler Arap, İranlı ve Türk gökbilimcilerin yöntemlerine dayanıyordu.

Tusi'nin astronomi ve matematik çalışmaları Doğu'da ve Batı'da, takibeden yıllarda sayısız gökbilimciyi etkilemiştir. Tusi, ayrıca felsefe, mantık, ahlak, ilahiyat, mineroloji, tıp, astroloji ve simya üzerine eserler vermiştir. George Saliba'nın işaret ettiği gibi "Kopernik zamanında Avrupa kentlerindeki bilim" İslam topraklarındaki ile aynı seviyededir. "Ancak Avrupa'nın İslam bilimine ilgisi 17. ve 18. yüzyılda sürmüştür." Buna örnek olarak 1643'te Jacop Golios'un British Museum'da halen korunan İbn Heysem'in "On the Elevation of the Pole" adlı eserinin tercümesi ile 1760 yılında Londra'da karşılıklı sayfalarda Latince ve Arapça olarak basılmış Ebu Bekir el Razi'nin "Smallpox" (Çiçek Hastalığı) adlı Kitabı gösterilebilir.

Arapça ilmi çalışmalara yoğun alaka gösteren Rönesans bilim insanlarının çokluğu nazarı dikkate alındığında Saliba'nın isabetle teşhis ettiği gibi, "Medici Oryantal (Arapça) Matbaasının gerçek

pazarının çeviri yerine özgün Arapçaya ilgi gösteren Avrupa öğrenim merkezleri olduğu ortaya çıkar". Nitekim Andreas Alpagus (ö. 1522) Ortaçağ Arapça tercümelerin sıhhatine güvenmediğinden Arapça Öğrenmek için Şam'a gitmiş ve orada 15 yıl okuduktan sonra 16. yüzyıla doğru Padua'ya (İtalya) geri dönmüş, İbn Sina'nın eserlerini yeniden tercüme etmiş ve 1505'te Padua'da tıp kürsüsünde ders vermiştir. Keza, Zacharias Rosenbach (y. 1614) Herborn Akademisinde tıp talebelerinin İbn Sina'nın "el Kanun fit Tib" kitabının Arapça aslından okunması için Arapça öğretilmesini teklif etmiştir. 1492 yılında Amerika Kitasının keşfi ve müteakip asırlarda amansız bir şiddetle tırmanan Batı sömürgeciliğinin Avrupa'ya sağladığı zengin tabii kaynaklar ve köle ticaretinin sunduğu külfetsiz işgücü Batı'ya muazzam bir iktisadi güç kazandırdı. Bu gelişmelerin Avrupa'da "Rönesans" ve "Sanayi" Devrimi'ni doğurması ile Batı'nın tekno-ekonomik gücü karşısında Osmanlı ve Babür Hint devletleri tarihe karıştı. Birinci Dünya savaşı ve ardından İkinci Dünya Savaşı'ndan beri Batılı emperyalist güçlerin rekabet ve savaş alanına çevirdikleri Ortadoğu İslam coğrafyası iki-üç asır kadar önce kaybetmeye başladığı bilim ve teknoloji geleneğini yeniden kazanma istidadındadır. Tarih boyunca bu topraklarda kurulan sayısız medeniyetler, bölgede yeni oluşumların doğabileceğine işaret etmektedir. Konuyu büyük sosyal bilimci İbn Haldun'un tespiti ile noktalayalım. "Her ne kadar Endülüs ve Mağrib'te bilim, görünüşte nerdeyse bitmiş olsa da, Müslüman Doğu'da (Ortadoğu'da) Antik Çağ'dan beri o bölgede süregelen medeniyetten aldığı güçle varlığını korumaktadır". İbn Haldun'un bu ifadesi bugün için de geçerlidir.

Kaynaklar

G. Sarton, *Introduction to the History of Science*, Robert E. Krieger Publishing Company, N.York, 1975.

G. Saliba, *Islamic Science and the Making of the European Renaissance*, MIT, 2007.(Türkçesi; Güneşli Aksoy, Mahya Yayıncılık, İstanbul, 2012).

John Freely, *Light from the East, How Medieval Islam Helped to Shape the Western World*, I.B. Tauris & Co.Ltd., London, 2011.

J.L. Bergen, *Episodes in the Mathematics of Medieval Islam* Springer, 2003.

Philip K.Hitti, *History of the Arabs*, Mac Millan, London, 1970.

W.P.Berlinghoff, F.Q. Gouvea, *Math Through Ages*, Oxtan House Publishers, 2002.

Bediuzzaman Ebul İzz bin İsmail b.Rezzaz el Cezeri, *Cezeri'nin Olağanüstü Makineleri*, Popsense Yayınları, İstanbul, 2015.

Ursula Weisser, *Avicenna: Influence on Medical studies in the West*, Encyclopedica Iranica.

İnsan düşünen bir kambriyendir!

Prof. Dr. Akif Tan



1961'de Ankara'da doğdu. 1985 yılında Gülhane Askeri Tıp Fakültesini bitirdi. 1990'da GATA Genel Cerrahi Anabilim Dalı'nda uzmanlık eğitimi aldı. 1996 yılında GATA Genel Cerrahi Anabilim Dalı'nda yardımcı doçent olarak göreve başladı. 2002 yılında doçent oldu ve 2004 yılında kıdemli albay olarak emekliye ayrıldı. Uzun yıllar Özel İstanbul Medipol Hastanesi Genel Cerrahi Kliniğinde çalışan Tan, halen Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı'nda görev yapmaktadır. Dr. Tan evlidir ve 2 çocuk babasıdır.

"Hakikaten, insan üzerine öyle uzun bir zaman gelip geçti ki, henüz anılan bir şey değildi..."

(İnsan suresi, 1. Ayet)

"De ki; yeryüzünde gezip dolaşın, Allah'ın yaratmaya nasıl başladığına bakın. Sonra Allah son yaratmayı da yapacaktır. Çünkü Allah her şeye kadirdir..."

(Ankebut suresi, 20. Ayet)

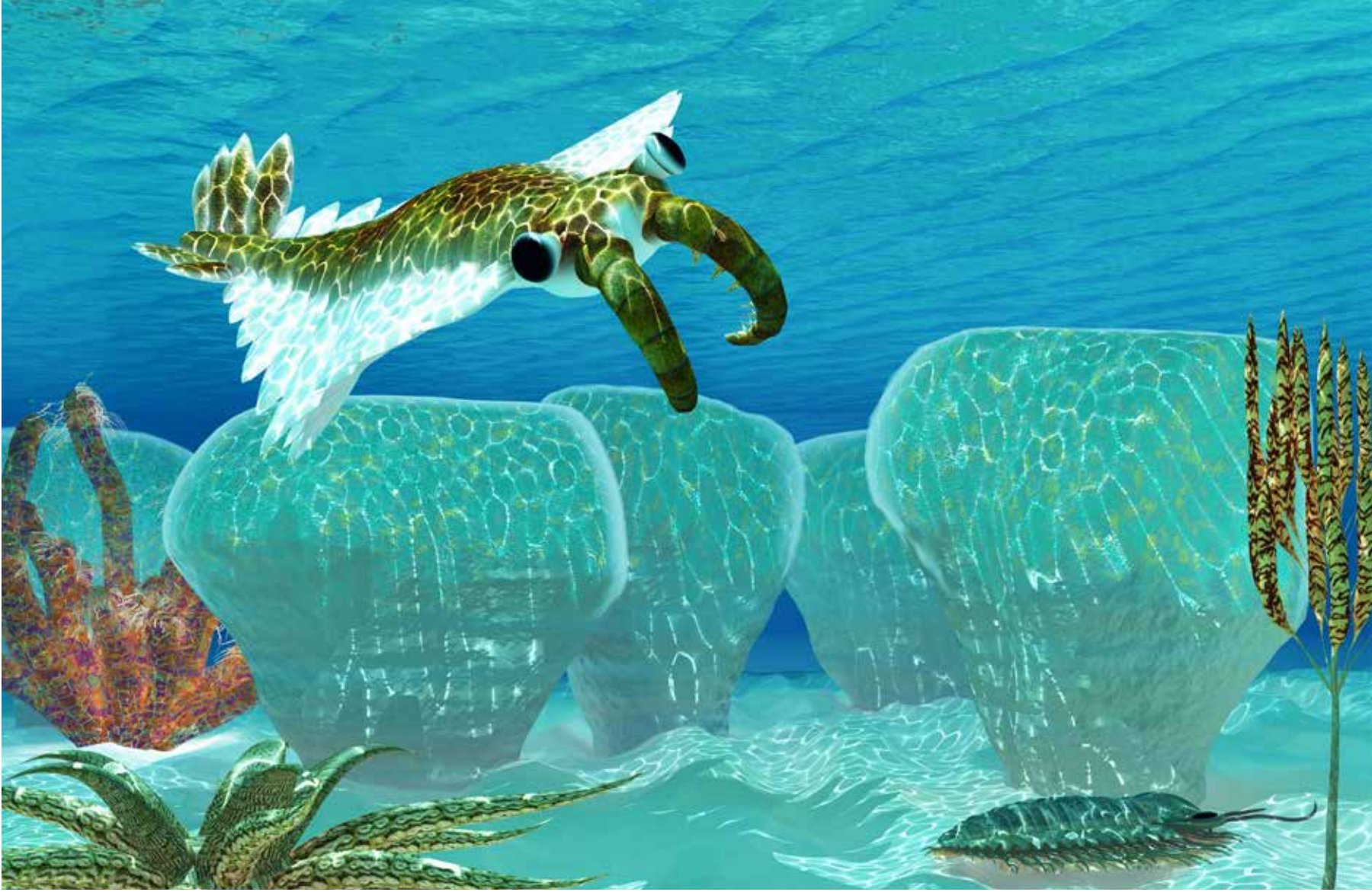
İnsanın hikâyesine sadece hominidea ya da primat atalarından başlamak, düşünce tarihine birçok yazarın yaptığı gibi Herakleitos'tan Aristo ya da Sokrat'tan başlamaya benzer. Biz, felsefeyi düşünce olarak anlıyor olabiliriz ama insanın 5 milyon yıl önce Afrika savanlarında ağaçtan indiği, bipedal hareket eden ve koşan, avlanan bir canlı olmaya başladığında, aynı zamanda hem kafatasındaki değişikliklerle beyin hacmi ve yapısının değiştiğini geçen zamanla, çevresinin ve kendisinin farkına vararak, yavaş yavaş çevresini etkisi altına almaya başladığını yani tüm diğer canlılara giderek artan bir şekilde üstünlük kurduğunu ve bunu da aklıyla başardığını görebilmekteyiz. Yani insanın ve düşünmesinin hikâyesine sadece felsefe tarihi değil Afrika'daki ilk varoluş yıllarına giderek bir göz atmak daha doğru olacaktır. Ne zaman düşünmeye başladığını tespit etmeden önce hikâyeye bir başlangıç yaparsak bu da aslında evrenin, yine evrende ölçülebilecek en küçük iki nokta arasındaki mesafe olan planck mesafesinde (10-37 cm) ve ölçülebilecek en küçük zaman (10-43 sn) yani planck zamanındayken bugünden 13 milyar 7 yüz milyon yıl önceki haliyle yani "big bang" ile başlamalıyız. Çünkü bugün evrendeki tüm madde ve tüm enerji var olmaya, milyarlarca yıl önce bu kadar küçük bir anda başlamıştır ve hala devam etmektedir. Artık kesin olarak, yüzyıllar öncesinin "stabil evren" anlayışını bırakıp her yerde homojen ol-

mayan, katlanıp bükülmüş olan kara delik ve beyaz delikleriyle sürekli genişleyen, değişen bir evrende var olduğumuzu bilmekteyiz.

Samanyolu galaksisinde küçük bir ada olan güneş sistemimiz de üzerinde yaşadığımız gezegenimizin hemen hemen güneş ile aynı zamanlarda, 4 milyar yıl önce oluştuğunu, üzerine şiiirler yazıp şarkılar söylediğimiz gökyüzünün süsü olan ayında 3,5 milyar yıl önce çarpan bir gök taşı ile dünyadan kopan bir parça olduğunu (bir başka versiyonu da dünya çevresinde dönen parçalardan ayın oluştuğudur) bilmekteyiz. Satürn'ün yakınlarından Cassini uzay aracı tarafından çekilen fotoğrafında, karanlık evrende mavi bir top gibi görünen dünyamızda, o ilk yıllarda volkanik patlamalar, yağın gök taşı yağmurları ve ilk su damlaları vardır sadece (arkean dönem). Henüz atmosfer olmadığı için güneşin ultra-viyole ışınlarıyla 6 saatte (bir gün) bir kendi etrafında hızla dönen bu güzel kürede henüz canlılarda yoktur (hedeon dönem). Sonra damla damla oluşan su ve buharlarını, dünyayı kartopuna çeviren buzullar izler ve eridikçe de denizler oluşur, atmosfer ortaya çıkar. Önce bakterilerle başlar canlılığın kıpırtıları, sonra hücre duvarı olmayan prokaryotlar gelişir ama sonra duvarı olan hücreleriyle eukaryotlarla birlikte edikara faunası donatır tüm dünyayı (prekambriyen dönem). Sonra 600 milyon yıl önce kambriyen patlaması ile denizlerin dibinde hareket

eden canlılar belirir. Sanki bir anda oluyormuş gibi anlattığımız bu döneme adını veren kambriyen canlılarının her yerde görülmesi yaklaşık 20 milyon yılını alır aslında dünyanın. İşte günümüzde artık jeolojik devirler dediğimiz ve canlı hayatını 4 devire ayırdığımız dönem de böylece başlamış olur.

İlk devir, palezoik dönem... Tüm dünya denizlerle kaplıdır ve güney yarım kürede Godwana ana kıtası bulunur. Denizlerde bugün bulabildiğimiz en eski fosiller yani kambriyenlerle doludur, suda canlı bir hayat vardır. Denizlerde önce yumuşakçalar yani omurgasızlar boy göstermeye başladıktan sonra yavaş yavaş çeneli balıklar ve derken ozon tabakasının koruyucu etkisi ile canlılar denizden çıkmaya başlar. Devonian dönemin baskın canlıları balıklardır. Silurien dönemde başlayan yapraksız ve çiçeksiz bitkilerin yerini karalardaki odunsu büyük ağaçlar karbonifer dönemde almaya başlamıştır ve artık denizden karaya doğru çıkan amfibilerle permiyen döneme girilir yani 500 milyon yıl önce kambriyen patlamasıyla başlayan zengin canlı hayat artık denizlerden karaya doğru fauna ve florasıyla yayılmaya başlamıştır. Belki burada araya girip günümüze kadar bu 500 milyon yıllık tarihte beş büyük canlı yok oluşunun yaşandığını da hatırlatmakta fayda vardır. Yani her şey bu kadar düzgün ve peş peşe gerçekleşmemekte, oluşan büyük katastrofiler veya meteor çarpması gibi



büyük olaylarla dünyadaki canlı hayat yok olma noktasına kadar gelip tekrar devam edebilmektedir. Bu büyük yok oluşların ilki; oldovisien sonunda yani 440 milyon yıl önce büyük bir buzul oluşumuyla deniz canlılarının özellikle trilobitlerin %60'ının yok olmasıyla sonuçlanmıştır. İkinci yok oluş, devonien sonunda 375 milyon yıl önce görülmüştür. Bu yok oluş, hem karada hem denizdeki hayatın etkilendiği ve canlıların %45'inin yok olduğu, 20 milyon yıl süren ve volkanik patlamalarla atmosferin tamamen kapandığı uzun süren olaylar zinciri nedeniyledir. Üçüncüsü ve yaklaşık %85-90 canlıların yok olduğu büyük permien yok oluştür. Permien dönemi sonunda 250 milyon yıl önce meydana gelen bu olayda dünyadaki godwana ve lavrasya kıtalarının birleşmesiyle oluşan tek kıta Pangea'nın kuzey ucundaki volkanların patlamasıyla oluşmuştur. Dördüncüsü ise 200 milyon yıl önce, trias çağı sonrasındaki Pangea ana kıtasını parçalayan ve bugünkü kıta hareketlerini şekillendiren tektonik hareketlerdir. Beşinci ve dinozorlar çağını bitiren yok oluş ise Meksika körfezine düşen büyük bir meteor ile 65 milyon yıl önce meydana gelmiştir ve büyük cüseli hayvanları, bitkileri yok edip keseli sıçanlarla başlayan memeliler çağına neden olduğu söylenebilmektedir.

Erken Trias dönemiyle dinozorlar çağı başlarken 2. devir yani Mesozoik Döneme de girilmiştir. 370 milyon yıllarında başlayan ve karalarda dinozorların dünyaya

dağıldığı jurasik ve geniş yapraklı bitki hâkimiyetindeki kreteas dönemleriyle 65 milyon yıl önceki yok oluşa kadar devam eden bu sürüngenler çağında, kuşlar da gökyüzünde yoğunlaşmaya başlamıştır. Artık plasentalı memeliler ve kuşlarla dolan dünyada 3. devir senozoik dönem 60 milyon yıl önce başlamıştır. Himalayaların, Alp Dağlarının ve Hindistan'ın Asya ile birleşmesinin gerçekleştiği çiçekli bitkilerle otlakların oluştuğu bu dönem 3-5 milyon yıl önce sona ermiştir ve bu dönemi kıtaların artık günümüzdeki konumunu aldığı ve yeryüzünde primatların maymun ve mamutlarla, insanların hakimiyet kazandığı 4. devir başlamıştır. Güney ve kuzey Amerika kıtaları arasındaki geçişlerin kapanması, okyanustaki sıcak ve soğuk su akıntılarının değiştirmiştir. Büyük deniz akıntılarının iklimi belirlediği Afrika'da ormanların yerini savanların almasına yol açmıştır. Artık şempanze, bonobon, goril ya da apelerle birlikte ağaçların yerine savanlarda bipedal dolaşan "hominid"lere de rastlanmaya başlamıştır. İlk defa 7 milyon yıl önce maymunların sonu ve ortak ilk ata denilebilecek "shalendropus tchadensis" Afrika'nın güney ve doğu kıyılarında yaşamaya başlamıştır. 5 milyon yıl önce "ardipithecus"lar ve onları da 3 milyon yıl önce, iki ayak üzerinde dik yürüyebilen, boyun kemikleri bu duruşa adapte olan ve başparmaklarıyla dallara tutunmak yerine alet tutmaya daha uygun olan "australopithecus"lar izler. Sonunda taş balta gibi hem savunma hem de

Günümüzde bulunan her iskelet, kafatası, diş ya da çene kemiği tarihlendirilerek gelişimi belirlenerek arşivlenmekte olduğu için hepsini inceleyerek "australopithecus aferensis"lerle başlayan diz ve pelvis kemiklerinde, omurgada meydana gelen, kafatasında oluşan değişiklikler evrimin bugünkü yönünü çok açık ortaya koymaktadır. Tabi ki düz bir evrimsel süreçten bahsetmek mümkün değildir ve her bir tür yüz binler hatta milyonlarca yıl içerisinde bugün dahi tartışılan ara tür ve cinsleri de oluşturmaktadır.

avlanmaya yarayan kendine alet yapabilen homo habilisler (alet yapan insan) 2 milyon yıl önce Afrika'da Tanzanya ve Olduvai George bölgelerinde sayılarını artırır. Bu gelişim "homo erektus" (dik duran insan) ve 200 bin yıl önce "homo sapiens" (akıl sahibi insan) ile birlikte günümüze kadar uzanmaktadır.

Belki bundan 200 yıl önce bu anlatımlara, masal ya da hikâye gözü ile bakılabilir ama Avusturalya'da Edikara tepelerinde 600 milyon yıl öncesine tarihlendirilebilen kayalardaki fosillerin kayda geçmesiyle, paleoantologlar ve arkeologlarla yapılan kazı ve buluntularla artık bu anlatım bazı küçük değişiklikler her zaman yapılabilir de kesinleşmiş yani kanıtlarla desteklenen gerçekler haline gelmiştir. 17. yüzyılda ilk defa bir dinozora ait iskelet bulunduğunda insanlar bulduklarının ne olduğunu uzun yıllar anlayamamış, bir deve ait olduğunu kurgulamışlardır. Bu antik çağda bulunan dinazor kemiklerinin Roma ya da Yunanlılarca ejderhalara ait olduğunun mitolojik canlıların gerçek olduğunun kanıtı sayıldığını söylemelerinden pek farklı değildir. 18. yüzyılda yavaş yavaş bu kemikler sürüngenlere hatta "dehşet verici sürüngenlere" yani "dinozorlara ait" olarak yorumlanmış ve hayali, mitolojik söylemlere böylece bir son verilmiştir. Yine ilk defa 1891'de bir insan iskeletinin bulunup bunun 1 milyon yıl öncesine tarihlendirilmesi ve günümüzde kayda geçirilmiş 2,5 milyondan fazla insan iskelet kalıntısıyla artık bu tarihi adım adım izlemek rasyonel bir olay haline gelmiştir.

Günümüzde bulunan her iskelet, kafatası, diş ya da çene kemiği tarihlendirilerek gelişimi belirlenerek arşivlenmekte olduğu için hepsini inceleyerek "australopithecus aferensis"lerle başlayan diz ve pelvis kemiklerinde, omurgada meydana gelen, kafatasında oluşan değişiklikler evrimin bugünkü yönünü çok açık ortaya koymaktadır. Tabii ki düz bir evrimsel süreçten bahsetmek mümkün değildir ve her bir tür yüz binler hatta milyonlarca yıl içerisinde bugün dahi tartışılan ara tür ve cinsleri de oluşturmaktadır. Homo sapienslerin, neanderthal ve homo sapiens sapienslerle olan farkları gibi... Homo hayderbergenensis ve robustus tartışmaları gibi hala devam eden farklı evrimsel basamaklar olabileceği tartışmaları olsa da özellikle ekstremitelerde gelişiminde ve kafatası buluntularında 5 milyon yıldan günümüze beyin hacminin artması, göz kürelerinin önde, boyun omurlarının başın dik durmasını sağlayan evrimsel bir süreç geçirdiği ise açıkça izlenmektedir.

Genellikle düşüncenin beyinle ilişkisi gibi insanın atası da maymunmuş gibi bir algı hep öne çıkar. Ama nasıl ki insanın atası sadece primatlara değil

deniz canlılarına hatta denizdeki ilk canlılara kadar uzanıyorsa aslında düşünce beyinle özdeşleşse de ilk nöronlar hatta hücredeki ilk elektriksel ark ya da elektriksel gradyen ile başladığı da düşünülemez mi? Bugün kuantum çağının da etkisi ile beyinde organikten metafiziğe yani düşünceye geçiş yerleri olarak mikrotübülüsler araştırma konusu olmaktadır. Elbette her canlı bir canlılık şuuru taşımakta ve kendi varlığını koruma refleksiyle hayatını sürdürmektedir. Düşüncenin organik kökenlerinin nerede başladığı ise hala bir tartışma alanıdır. Elbette bazı maymunlarda alet kullanma, iş planlaması yapabilme gibi eğitime ve öğretmeye bağlı akılcı faaliyet görülse de hiç biri insanın gösterdiği aşama ile evrimsel sonuçla karşılaştırılamayacak ölçekte dir.

Bu konuda düşünceden bahsederken aslında ben daha çok simgesel düşünceden bahsettiğimi imajların taklit edilmesinden bu tür düşüncenin farklı olduğunu vurguladığımı hatırlatmalıyım. Evrimsel süreçte bugün son nokta düşünen insansa ilk eukaryotlarla birlikte (1 milyar yıl önce) hücre duvarlı ilk canlılarda aslında primitif ilk hücreyle belirli bir elektriksel gradyenden bahsedebiliriz belki.

Yine de evrim sürecinde sinirle bizi ilk tanıştıran, ilk sinir ağı bulunan canlı "cnidaria"lar yani deniz anemonlarıdır (600 milyon yıl önce). Periferik sinir ağları bulunur. Aslında radyal sinir ağı bulunan "echinodermata"lar da (550 milyon yıl) bu konuda ilkler arasında sayılabilmektedir. Santral ve periferik iki ganglionu bulunan "annelida" ya da "earthworm"ları 350 milyon yıl önceki çenesiz balıklardaki gelişmiş santral sinir sistemi, (ön ve arka beyin) medulla yapısı ile görmek mümkündür. Balıklarda, amfibilerde ve sürüngenlerde derken memelilerde ön, orta ve arka beyin formasyonu ile gittikçe daha da gelişen ve organize olan bir beyinden bahsetmek mümkündür. Hele hele maymunlardan sonra australopithecuslardan ve homo cinsinden itibaren frontal lobdaki büyüme ve occipital loblarda küçülme ile gyrusların derinleşmesi ve korteks kalınlaşması sadece beyin hacminin 600 cc'den 1400 cc'ye çıkmasının değil bütün bu organizasyonun da düşünce için ciddi bir önemi olduğunu göstermektedir.

Gerçekten insan Afrika savanlarında avcılıktan avcı toplayıcı ve besin yetiştiriciliğine kadar giderken sadece beyin hacmindeki büyümeye yeteneklerini artırmış olabilir mi? Elbette, beyni daha büyük olan balina, fil gibi canlılara bakarak bunun böyle olmadığı çok kolay söylenebilmektedir yani aslında aklın kullanılmasında beyin büyüklüğü değil

de beyin vücutla oranı daha önemli gibi görünüyor. Çünkü beyin düşünceyi oluştururken aynı zamanda büyük bir vücut kitlesini de kontrol etmek zorundadır ve bu nörolojik yapı düşünce için konumuz dışında kalmaktadır. Dolayısıyla bu ilişki, beyin kitlesinin vücut kitlesine oranı (beyin-vücut oranı) ensefalizasyon katsayısı ile doğru olarak tanımlanmıştır. Bu oranı tüm hayvanlara uyguladığımızda insanın konumunun grafiklerde en verimli yerde durduğu görülür. Homo sapiens'in bu konumuna göre hemen yakınındaysa homo habilis, australopithecuslar, hominidler baboonlar ve şempanzeler bulunmaktadır. Memeliler arasında da yunuslar, omurgasızlarda ahtapotlar ve mürekkep balıkları EQ değerleri açısından en verimli yerde bulunurlar ve zekâlarını birçok deneyle kanıtlayan diğer hayvanlardır. Aklın veya zekânın kullanımında nöron sayısı hatta sinaps sayılarının çoğalması ile zekâ arasında bir ilişki daha çok teorik olarak belirtilmekteyse de henüz pratik bir kanıt mevcut olmadığı için genellikle kabul gören ama kanıtlanmamış bir veri olarak nöron sayısının da rolünden bahsetmek gerekmektedir.

İnsanın tarihsel olarak her basamakta biraz daha beynini geliştirdiğini, zekâ ve düşünce gücünü artırdığını söylemek mümkünse de, bu süreçlerdeki yaşama biçimleri ve ürettikleri de aynı verimliliği gözlemlemek mümkündür. Böylece her gelişmenin belirli bir feedback ile gelişmeyi artırdığı söylenebilmektedir. 600 cc'lik beyin büyüklüğü ve yeni bipedal davranış içerisinde sadece oldovien kültür dediğimiz taşı yontma eylemindeki insan, gittikçe simetrik yontularla alet yapan hatta yontuları kullanan insana doğru, aşölyen endüstri dediğimiz yeni alet yapım biçimlerine evrilmiştir. Alt paleolitik dönem denilen bu 1,5 milyon yıl önceki yontular orta paleolitikte yaklaşık 200 binli yıllarda hazırlanmış nüvelerden yapılan yontulmuş aletlere tahta mızraklara doğru değişmeye başlamıştır. 1,5 milyon yıl önce homo habilisler sadece kendini korumaya yönelik araçlar, basit yontular yaparlarken (oldovien) homo erektuslar, artan hareket kabiliyetleri ve kafatası büyüklüğündeki artışla birlikte hem iyi ve uzmanlaşmış birer avcı olmuş hem de yaptıkları aletlerde çift yüzeyli alet (aşölyen) kullanmaya başlamışlardır. Alt paleolitikte uzun zaman alsa da fiziksel özellikleriyle birlikte topluluk halindeki yaşamlarında ve avlanmalarında, beslenmelerinde de değişiklikler olmaktadır. Orta paleolitiğe yani 200 bin yıl öncesine gelindiğinde homo sapienslerle birlikte alet yapımı da daha detaylı, daha kompakt ve mikrolitlere doğru değişmiştir bile.

130 bin yıl önce bazı antropologlara göre

simgesel düşüncenin geliştiği homo sapienslerde deniz kabuğundan boncuk yapımı, 75 binli yıllarda kırmızı boya ile ölü gömme davranışları izlenmeye başlamıştır. Buna bir de 50 bin yıl önce Mousterien kültür döneminde, insanın konuşması yani ses çıkarmaktan soyut anlatımlı konuşmaya geçmesi ile alt paleolitik dönemde gerçek bir devrimden bahsedilebilmektedir. Richard Leakey buna “üst paleolitik devrim” demektedir ve artık insanın ölüsünü gömmek için bilinçli bir eylemde bulunduğunu, öbür dünya kavramı taşıdığını, bedenini süslemek için çeşitli figürlerde takılar yaptığını ve hatta bugün Fransa ve İspanya’daki Lascaux, Altamira mağaraları gibi birçok mağarada gördüğümüz resimlerle, önemli bir mağara resim sanatı oluşturduğunu söylemektedir. Bu dönemde gerçekten de rastlanan tüm kafatası buluntularında, beyin büyüklüğü artmış hatta “calvaria”nın iç yüzeyinde “broca” konuşma merkezi olabilecek izler görülmektedir (Ralph Holloway’in 1972 Turkana buluntusu çalışmaları). Wernicke alanının da bu yıllarda gelişmiş olabileceği artık kabul edilmektedir. Yine aynı alt paleolitikte beyin hemisferlerinde solda daha fazla bir büyüklük izlenmektedir. “Basiscranii”deki değişimlerle 200 binli yıllar da arkaik homo sapienste ses çıkarabilme özelliği izlense de bunun yeterli bir dil yeteneği ve düşünce ile simgesel bir düşünceyi aktarması da üst paleolitik döneme ve Afrika’dan çıktıktan sonraki döneme tarihlendirilmektedir.

İnsanın düşüncesinde imajlar ve taklidi önnde olduğu, diğer canlılar ya da hayvanlarla benzer özellikler geçirdiği dönemler, işte bu üst paleolitik devrimin daha sonrada Neolitik devrimin gösterdiği gibi büyük sıçramalarla tüm diğer primatların çok önüne geçeceği yıllara insanı taşımıştır. Her ne kadar şempanzeler, yunuslar da belirli bir zekâdan, hatta yaratıcı hayal güçlerinden bahsedebilirsek de üst düzey iletişim ve oryantasyonda, simgesel düşünme ve sanat becerisinde böyle bir karşılaştırma yapabilmek, mümkün değildir. Bu sadece homo sapiens sapiensin, sadece hominidlerle değil homo erectusla bile büyük farkını ortaya koymaktadır. Pirimatların ortak özelliği olan tımar yapma, el kol hareketleri ile işaret dili oluşturma, ses çıkarma Homo erectusla birlikte bilgi aktaran bir dil kullanmaya homo sapiensle de simgesel konuşma, “simgesel düşünmeye kadar gelmiştir” denilebilmektedir.

Alt paleolitikte daha ateşi bile kontrol etmemiş halde avcılık ve savunma için doğada gördüğü taş örneğinden (imge) kendine balta yontmaya başlayan insanın simgesel bir alet tasarlaması ve geliştirmesi yaklaşık 1 milyon yılını almıştır. Ancak insanın; simetri kavramını

simgesel alet yapımı, çevreyle iletişimini artırma, el-göz koordinasyonunu geliştirme kafatası, basiscranii ve larenksteki anatomik uyumlarla birlikte konuşma ve simgesel anlatımını da mağara ve heykelcik yapımlarıyla geliştirme, silahlarında baltadan mızraklara mızraklardan ok ve yay kullanımına kadar geliştirmesi düşüncedeki evriminin de önceleri ne kadar yavaş olsa da sonra bir kartopu gibi hızlanarak devam ettiğini göstermektedir. Bu evrimin ilk basamaklarında sinir hücresinin ganglionların periferik ve merkezi yerleşimlere evrimleşirken nasıl yüz milyonlarca yıl geçirdiğini sonraları gittikçe artan bir detaylı merkezi sinir sistemi organizasyonuna gidişini de hatırlatmaktadır.

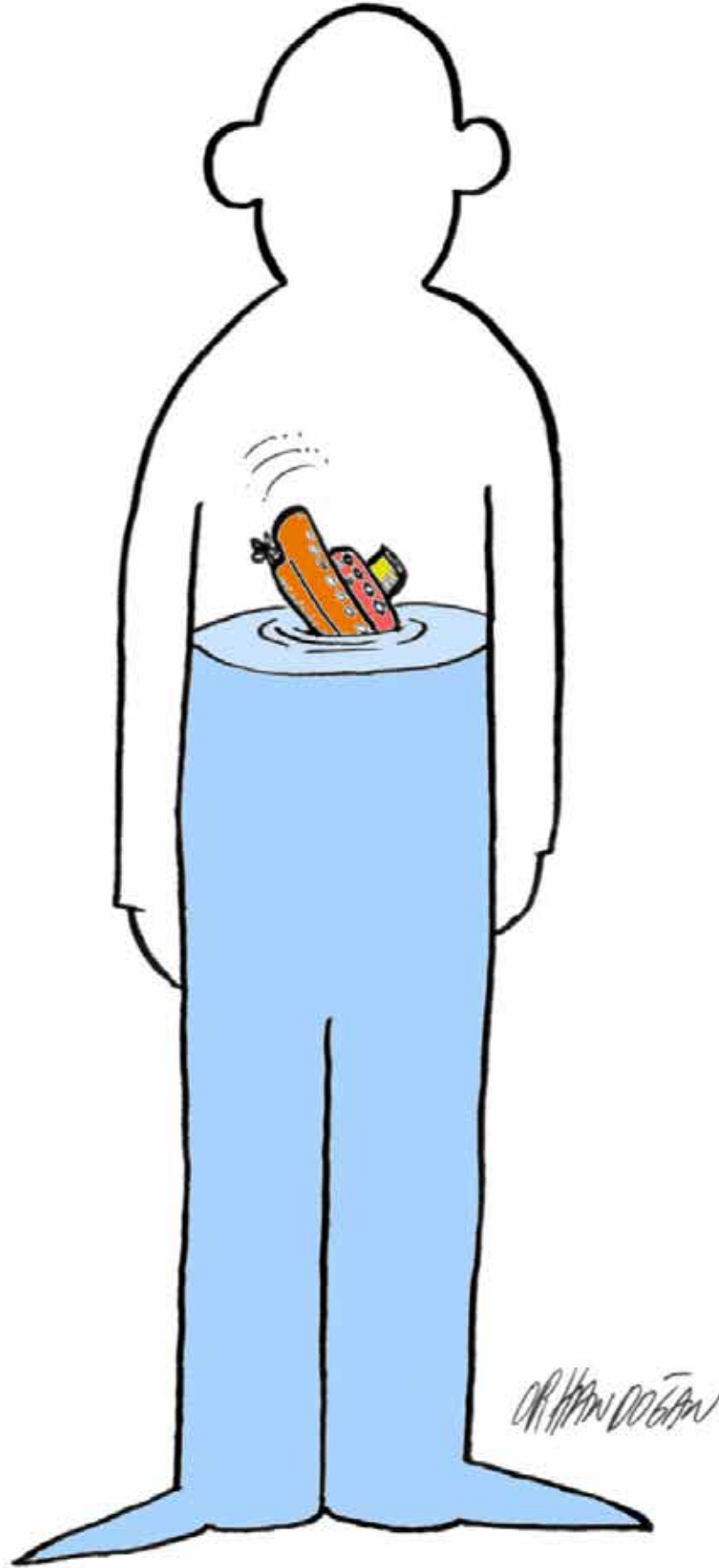
Aslında zihinsel süreçleri bazı tanımlara oturtmadan sübjektif tartışmak çok yorucu bir süreçtir bu nedenle belki “zihin kuramı” (theory of mind) ile Alan Barnard’ın üst paleolitikten itibaren evrimin nasıl daha görülebildiğini simgesel gelişime göre anlatması bizim için de yol gösterici olabilmektedir. Bugün küçük çocukların zihin gelişimi için kullanılan Sally-Ann testi ve “amaçlılık seviyesi”, şempanzelerden australopithecuslara ve homo evrimleşmesine kadar giden yolda bize ışık tutabilmektedir. Sally-Ann testi, basit uygulanan ve bir çocuğun “zihin kuramı” edinmiş olup olmadığını gösteren yani 3 yaş ile 5 yaş zihin durumunu belirleyen bir testtir. Zihin kuramı, 2001’de yayınlanan bir meta analizle 3 ve 5 yaş arası zihin gelişimini doğru yansıttığı kabul edilen bir çalışmadır. 2,5-3 yaş çocuklar tıpkı şempanze ve australopithecuslar gibi görünen gerçekliğe dayalı cevaplar vermektedir. Zihin kuramı normalde başkalarının farklı düşündüğünü, kişinin anlaması demektir ve 5. yaşa geçişi göstermektedir. Sally ve Ann testinin ne olduğundan kısaca bahsetmek gerekir. İki bebek vardır; birinin adı Sally diğerrinin de Ann. Sally topu yastığın altına koyarak dışarı çıkar, Ann topu oradan alır ve Sally yokken topu kutunun içine koyar. Ardından Sally odaya döner ve bunu anlatan kişi 4 yaşındaki çocuğa sorar “Sally topun nerede olduğunu sanıyor?” 4. yaş cevabı “kutuda olduğu”; 5. yaş cevabı da “yatağın altında olduğu”dur. Çünkü doğrusu top yer değiştirdiğinde Sally dışarıdadır ve bunu bilemez. Burada bir ve ikinci seviye amaçlılık görülebilir, üçüncü seviye amaçlılık ise üçüncü bir kişinin ne istediği ya da düşündüğü hakkında ikinci bir kişinin ne düşündüğünü akıldan geçirmektir. Dördüncü ve beşinci seviye amaçlılıkta ise daha detaya girilen üçüncü ve dördüncü kişilerin ne düşünebildiği hakkında fikir yürütme vardır. Yani zihin kuramında 5. yaşta çocuklar diğer çocukların kendisinden farklı bir düşünceye sahip olduğunun farkına vararak bunu içselleştirmektedir. Bu nedenle de bu testler şizofreni, otizm

gibi hastalıklarda kullanılmaktadır. Bu kuramı ise 1978 yılında ilk kullanan kişi bir primatolog olan Premack’tır.

Bizi ilgilendirense birinci seviye amaçlılık yani 3 yaş çocukluk zihni ve imgelem dünyasıdır. Sadece görüleni yapmak, taklit etmek şempanzelerde mevcuttur. Hatta bazı deneylerde kızıl ötesi kameralar kullanılarak sadece el kol hareketleri değil de, göz hareketleri izlendiğinde ikinci derece amaçlılığın da olabileceği görülmüştür. Australopithecuslarda ikinci seviye amaçlılık görülürken, homo erectusta üçüncü seviye, arkaik homo sapienste dördüncü seviye amaçlılık 300 bin yıl önceki insanda arkaik homo cinslerinde var olarak kabul edilmiştir. Beşinci seviye amaçlılığın ise Robin Dunbar ve ark. çalışmalarında 200 bin yıl önce homo sapiens sapiensten itibaren olabileceği gösterilmiştir. Aslında bu seviye çok önemlidir çünkü bu seviye, sanat ve estetik bilincini getirmekte, öbür dünya anlayışının kavrandığı yani dinin gerçekten anlaşılabilmesi seviyesidir.

İnsan, önce kendisinin mi yoksa çevresinin mi farkına vardı bilmek hayli güçtür. Ancak farkında olmaya başladığında, önceleri çok yavaş sonraları ise gittikçe artan bir hızla hem kendisini hem de çevresini değiştirmeye başlamıştır. Düşünce dediğimizde bir yandan zekâyı bir yandan hayal ve hatıraları bir yandan mantık ve kavrayışını ele almış olmaktadır. Yine insan olduğunun farkına vardığında tüm çevresine de egemen olmaya başlayıp, çevresini kendisine göre yeniden değiştirmeye şekillendirmeye başlamıştır. Bunu da milyonlarca yıl önce organik temelleri atılan ancak yüzbinlerce yıl önce sübjektif düşünmeye başlaması ile gerçekleştirmiştir. Belki de paleolitik devrim ya da neolitik devrim olarak insanlık tarihinde gözlemlenen bu sıçramalar aslında insana ve insanlığa da peygamberlerce ilahi hakikatin açıklandığı önemli anlardır. Bugün insanlığını kaybeden insanın bunu hatırlaması bile en önemli kazanımıdır.

Milyarlarca yılda evrimleşerek, kambriyenden bugüne kadar o büyük yok oluşlardan, büyük mücadelelerle, -tüm canlıların içinde- canlılığını devam ettirerek günümüze ulaşan insan, işte bu harika canlılığıyla; bir de, 600 milyon yıl önce basit primitif bir sinir ağıyla başlayan beynini geliştirirken aklını, düşünmesini de geliştiren; sonunda varlığının farkına varan “cogito ergo sum” (düşünüyorum o halde varım) ile bilinçliliğini taçlandıran süreçlerle hala evrimine devam etmektedir.



Karikatür: Dr. Orhan Doğan