

Küresel bakış açısı: Sezaryen ve kürtajın cinsel sağlık ve üreme sağlığındaki rolü

Dr. A. Metin Gülmezoğlu



Kadın hastalıkları ve doğum uzmanı olan Dr. Gülmezoğlu, 1990 - 1995 yıllarında Güney Afrika Cumhuriyeti'nde, daha sonra İngiltere'de Cochrane Merkezinde çalışmıştır. DSÖ'de 1997 yılından beri anne sağlığı konusunda özellikle doğum sonrası kanamaları önleme, ölüm ve ciddi morbidite konusunda çok merkezli çalışmaları yöneten Gülmezoğlu, DSÖ'nün yayımladığı uluslararası tedavi protokolleri projelerini koordine etmektedir. Cochrane Collaboration Pregnancy and Childbirth (gebelik ve doğum) Ve Fertility Regulation (fertilite kontrolü) gruplarının editörleri arasında yer almaktadır. İnternet üzerinden yayımlanan DSO Üreme Sağlığı Kütüphanesi (WHO Reproductive Health Library) projesini koordine etmektedir. DSO Cenevre Ofisinde Anne Sağlığı ve Perinatal Sağlık Birimi sorumlusudur.

Sezaryen ve kürtaj (isteğe bağlı düşük) cinsel sağlık ve üreme sağlığının önemli ve aynı zamanda tartışmalı konularıdır. Sezaryen ve kürtajın bazı ortak özellikleri olmakla birlikte tıbbi ve sosyal konuları, nedenleri ve gerek kişisel gerekse toplum sağlığı üzerindeki etkileri farklıdır. Bu nedenle bu iki olguyu ayrı ayrı tartışmak kanımca daha doğrudur.

1. Sezaryen tartışması

Küresel sezaryen oranları

Günümüzde dünyanın hemen her ülkesinde sezaryen artışı olduğunu söylemek pek yanlış olmaz. 2007 yılında yayımlanan 126 ülke ve bölgesel sezaryen oranları raporu; küresel ortalamayı % 15, bölgesel ortalamaları Latin Amerika ve Karayipler için % 29,2, Avrupa için % 19, Asya için % 15,9 ve Kuzey Amerika için % 24,3 olarak belirlemiştir.⁽¹⁾ DSÖ olarak 2004 yılından beri 24 ülkeyi kapsayan doğum şekli ile anne ve bebek sağlığı arasındaki ilişkiye baktığımız çalışmada, yaklaşık 300 bin doğumun % 25,7'sinin sezaryenle, % 1'inin tıbbi endikasyonsuz sezaryenle olduğunu saptadık.⁽²⁾ Yüzde bir, oran olarak az olarak görünebilirse

de birçok ülkede sezaryen oranlarının artmasıyla bu oranın da artacağını varsaymak gerekir. Nitekim bu çalışmanın devamı sayılabilecek anne ve bebeklerde ölüm ve ciddi morbiditeyi incelediğimiz araştırmada sezaryen oranlarının her coğrafi bölgede arttığını gözledik.⁽³⁾ Bir önceki çalışmada yer alan hastanelerin sezaryen oranlarına baktığımızda yıllık artış Latin Amerika ülkelerinde % 5,1, Afrika ülkelerinde % 13,3, Güney-Doğu Asya ülkelerinde % 4,4 ve Batı Pasifik ülkelerinde % 6,1 oranındadır (Henüz yayınlanmamış bulgular). Bu eğilim devam ettiği takdirde 10-15 yıl sonra doğumların büyük çoğunluğunun sezaryen ile olacağını varsaymak durumundayız. Bu sezaryen artışını, yalnızca tıbbi gereksinim ya da endikasyonlarla açıklamanın olası olmadığını söyleyebiliriz.

Sezaryen artışını etkileyen faktörler

Doğum şeklini belirleyen faktörler arasında tıbbi gereksinim ya da endikasyonların yanı sıra sosyal ve kültürel faktörler de önemli rol oynamaktadır. Bu bağlamda değişik kesimler değişik iddialarda bulunmaktadır. Sıklıkla tekrarlanan bir iddia, kadınların daha çok sezaryen

isteğinde bulunduğuudur. Mazzoni'nin, kadınların sezaryen tercihini inceleyen çalışmaların sistematik derlemesinde; değişik coğrafi bölgede olma, önceki gebelik sayısı ve önceki doğumların sezaryenle sonlandırılmış olup olmasının sezaryen tercihi üzerinde etkisi olduğu belirlenmiştir.⁽⁴⁾ Özellikle tercih sorusunun zamanlaması önemli bulunmuştur. Gebelik dışı ve gebelik sırasında sezaryen tercih oranı % 10-15 arasında iken gebelik sonrası dönemde bu rakam % 22'ye ulaşmıştır. Bu konudaki diğer çalışmalarda da kadınların yalnızca tercih olarak (psikolojik ya da tıbbi bir neden olmaksızın) sezaryeni seçme oranı % 10-15'i geçmemektedir.

Sezaryen artışını incelerken konunun sosyal ve medya yönüne de bakmak yararlı olabilir. Doğum şekli ve sezaryen tercihi günlük basın ve kadın dergilerinde nispeten sıklıkla bahsedilmekte, özellikle popüler tanınan kişilerin gebelikleri ve tercihleri medyada ele alınmaktadır. Brezilya'da yayımlanan popüler kadın dergilerinin sezaryen konusunu nasıl ele aldığı 20 yıllık (1988-2008) bir zaman diliminde derlenmiştir.⁽⁵⁾ Bu derlemede çoğunlukla sezaryenin kısa süreli avantaj ve dezavantajları üzerinde durulduğu ve tıbbi bilgilerin kaynaklarının iyi tanımlan-





Amerika Birleşik Devletleri ve bazı Doğu Avrupa ülkelerinde tüm gebeliklerin % 50-66'sı istem dışı gebeliklerdir ve bunların büyük çoğunluğu kürtajla sonlanmaktadır. Kontrasepsiyon başarısızlığı durumunda güvensiz düşük sıklıkla karşılaşılan bir sonuç olmakta ve kadının yaşamını tehlikeye sokan bir durum ortaya çıkmaktadır.

lanmadığı belirtilmektedir. Sezaryenin avantajları olarak ağrısız doğum ve gerek doktorlar gerekse kadınlar için zamanlama kolaylığı getirdiği, dezavantaj olarak doğal olmayan bir doğum şekli olması ve nekahat devresinin daha uzun olması gösterilmiştir. Burada ilginç olan şey, gerek anne gerekse bebek açısından uzun süreli etkilerin daha seyrek tartışılmasıdır. Bunun bir nedeni sağlık görevlilerinin ve araştırmacıların (gerek halk sağlığı uzmanı gerekse doğum hekimleri) sezaryenin uzun

süreli etkileri konusunda yeterli bir bilgi birikimi ya da kanıt tabanı oluşturamamış olmasıdır. Sezaryenin bebeklerde uzun süreli olumlu ya da olumsuz bir etkisinin olmadığı bilinmemektedir. Anne açısından sonraki gebeliklerde plasentanın yapışık olma riskinin arttığı bilinmekte ama bunun histerektomi, transfüzyon ve yoğun bakıma alınma gibi ciddi komplikasyonlara katkısı tam olarak nicelendirilebilmiş değildir.

Bir diğer iyi bilinmeyen konu, hastanelerdeki hizmet kalitesindeki sorunların doğum şeklini ne derece etkilediğidir. Örneğin doğum korkusu, gebelik sırasında annelere doğum sırasında ne gibi ağrı kesici yöntemleri kullanıldığı ve bunların etkinlik derecesi iyi anlatılırsa ve uygulanırsa belki azaltılabilir. Buna bir de sezaryen oranını azalttığı gösterilmiş olan doğum sırasında bire bir sosyal ve psikolojik destek sağlama eklenirse en azından genel korku ve ağrı korkusunun azaltılabileceği düşünülebilir.⁽⁶⁾

Son olarak hekimlerin sezaryen tercihinin genel sezaryen artışında rol oynadığını varsayabiliriz. Ne yazık ki bunu rakamlarla ifade etmek kolay değil. Günümüzde anestezi yöntemlerinin güvenilirliği, gelişmiş ülkelerde komplikasyonlarla başa çıkma başarısı (yoğun bakım, kan transfüzyonu gibi olanaklar), doğumun zamanlama kolaylığı ve meslek hatalarına karşı dava açma kolaylığına bağlı defansif hekimlik sorunlarının hekimleri sezaryene daha fazla yatkın kıldığı

muhakkak. Ancak sağlık sistemlerinin zayıf olduğu yerlerde sezaryenin anne ölüm ve ciddi morbidite oranını arttırdığını unutmamak gerekir.⁽²⁾

Sezaryen oranını azaltacak girişimler

Çok sayıda tıbbi, sosyal ve kültürel faktörün rol oynadığı bir olguya kolay ve basit bir çözüm bulunması maalesef zor. Khunpradit, gereksiz (tıbbi endikasyonsuz) sezaryen oranını azaltma amacı güden araştırmaların etkinliğini 2011 yılında yayımlanan Cochrane sistematik derlemesinde inceledi.⁽⁷⁾ Bu derlemeye altısı Kuzey Amerika, dördü Avrupa, ikisi Tayvan, ikisi İran ve biri Avustralya'da yapılan 16 çalışma dâhil edildi. Bu çalışmaların altısı gebeleri hedef alarak doğum korkusunu yenme, ilk gebeliklerindeki kadınlara eğitim ve sezaryen sonrası vajinal doğum amaçladılar. Bu çalışmalar genelde küçük çapta olup anne adaylarını değişik yöntemlerle eğitime ve destekleme girişimlerinin yararı konusunda önemli bir kanıt bazı oluşturamadılar. Diğer 10 çalışmada kadın-doğum uzmanları (n=6), toplum sağlığı hemşireleri (n=1) ve hastane ve kadın-doğum bölümleri (n=3) hedef alındı. Bu çalışmaların üçünde sezaryen oranlarında mütevazı düşüşler saptandı. Althabe, beş Latin Amerika ülkesinde zorunlu ikinci görüş girişimini inceledi. Bu çalışmada doğum protokolleri oluşturuldu ve sezaryen kararı alındığı zaman bunu ikinci bir doktora

teyit ettirme zorunluluğu getirildi. Bu çalışmada 1,9 toplam sezaryen risk farkı (% 95 güven sınırı 3,8 ile 0,1 arası) elde edildi.⁽⁸⁾ Tayvan'da Althabe çalışmasına benzer zorunlu ikinci görüş ve bölüm içi toplantılarda geri bildirim çalışması ortalama % 6,4 oranında tekrar sezaryen düşüşü sağladı.⁽⁹⁾ Bu çalışmada toplam sezaryen oranında bir farklılık bulunmadı. Bir diğer nispeten başarılı çalışmada lokal fikir liderlerinin yardımı sezaryen sonrası vajinal doğum önerilen ve vajinal doğum yapan anne sayısında artış sağladı.⁽¹⁰⁾

Sezaryen ile vajinal doğum ücretlerinin eşitlenmesi⁽¹¹⁾ ve yasal düzenlemelerle tıbbi protokol izletme girişimlerinin sezaryen oranlarını etkileme konusunda⁽¹²⁾ önemli bir etkisi olup olmadığı konusunda kanıt bazı zayıf bulundu.

Sonuç

Günümüzde hiç bir ülkede sezaryen artışını yavaşlatacak ya da durduracak bir çözüm bulunamamıştır. Dünya Sağlık Örgütü tarafından 1985'te bazı uzmanların görüşüne dayanılarak önerilen % 5-15 arası ideal sezaryen oranı birçok orta ve çok gelirlili ülkede aşılmış durumdadır. Komplikasyonsuz gebelik ve doğumların ebeler tarafından idare edildiği Hollanda ve bazı İskandinav ülkelerinde sezaryen oranı hala % 15-20 arasında ve bu ülkeler anne ve bebek ölümlerinin en düşük olduğu ülkeler arasındadır.

Kanımcı doğum öncesi uygun eğitim ve doğum sırasında kaliteli ve bire bir destekli, uygun ağrı kontrolü her anne adayını için minimum standart olmalıdır. Bunun ötesinde sezaryen oranını düşürmek için yapılacak girişimlerin araştırma kapsamında ve olayın tıbbi, sosyal ve sağlık sistemi organizasyonu boyutlarını içine alacak şekilde planlanması uygun olacaktır.

2. İsteğe bağlı düşük (kürtaj)

Küresel kürtaj oranları

İsteğe bağlı düşük her kadın için çok özel bir durum olup toplumsal normlar ve yasal düzenlemeler göz önüne alındığında güvenilir tahminler elde etmenin güçlüğü ortadadır. Dünya Sağlık Örgütü ve Guttmacher Enstitüsü gerek isteğe bağlı gerekse güvensiz düşük tahminlerini yayımlamaktadır. Bu tahminlerde çeşitli yayınlara bakılarak değişik bölgelerdeki eksik bildirim ve hesaplama hataları düzeltilmekte ve sonra tahmini rakamlar yayımlanmaktadır. Küresel olarak 2008 yılında yaklaşık 43,8 milyon isteğe bağlı düşük ve 22 milyon güvensiz düşük olduğu tahmin edilmekte ve bunların % 99'u gelişmekte olan ülkelerde görülmektedir.

Güvensiz düşüklere anne ölümlerinin yaklaşık % 13'ünü oluşturmaktadır.⁽¹³⁾

Kürtajın nedenleri ve sınırlamanın getireceği sorunlar

İsteğe bağlı düşük; sosyal, kültürel, yasal ve dini boyutları olan karmaşık bir olgu olarak algılanabilir. Kürtajı bir halk sağlığı olgusu olarak öne çıkaran neden, güvensiz düşüklere en önlenbilir anne ölümü nedeni olmasıdır. Üreme kontrolü, her kadın için sihi bir zorunluluktur. Bu sağlanmadığı takdirde istenmeyen veya zamansız gebelikler anne ve bebek sağlığını doğrudan tehlikeye atmaktadır. Hormonal kontraseptifler, rahim içi araç ve kısırlaştırma gibi modern kontraseptif yöntemler anne sağlığını koruyan ve hatta anne ölümlerinin azaltılması için en etkili yöntemlerdir. Maalesef hiç bir modern kontraseptif yöntem % 100 koruyucu olmamaktadır. Amerika Birleşik Devletleri'nde kürtajla sonlanan gebeliklerin % 13'ü doğum kontrol hapını ve % 14'ü prezervatifi doğru ve sürekli kullananlar arasında olmuştur.⁽¹⁴⁾

Amerika Birleşik Devletleri ve bazı Doğu Avrupa ülkelerinde tüm gebeliklerin % 50-66'sı istem dışı gebeliklerdir ve bunların büyük çoğunluğu kürtajla sonlanmaktadır. Kontrasepsiyon başarısızlığı durumunda güvensiz düşük sıklıkla karşılaşılan bir sonuç olmakta ve kadının yaşamını tehlikeye sokan bir durum ortaya çıkmaktadır. Türkiye gibi modern gebelikten korunma yöntemlerinin yanısıra geleneksel (geri çekme gibi) yöntemlerin yaygın olduğu yerlerde isteğe bağlı düşüğe gereksinim daha fazladır. Yapılan araştırmalarda kadınların kürtaja başvurma nedenleri incelenmiş ve çoğu olguda birden fazla etkenin rol oynadığı saptanmıştır.⁽¹⁵⁾ Modern kontrasepsiyon kürtaj olasılığını azaltsa da tam olarak önlemesi mümkün değildir. Bunun nedeni hem yukarıda bahsettiğim gibi en iyi yöntemlerin dahi başarısız olabilmeleri kadınların kendi üreme-cinsel sağlığı ve kendi yaşamlarını tam kontrol edebilmekten yoksun olmalarıdır. Bu nedenle kürtaja getirilecek sınırlamalar, en çok sağlıklarıyla ilgili karar alamayan, kırsal kesimde ve sağlık merkezlerine uzak yerlerde yaşayan düşük gelirlili kadınları olumsuz etkileyecektir.

Güvensiz düşüklere gerek hijyenik koşulların eksikliği gerekse ehil kişilerin her zaman bulunmaması nedeniyle komplikasyon oranı artmakta ve özellikle kanama ve enfeksiyona bağlı ölüm ve ciddi morbidite görülmektedir.

Kaynaklar

1) Betrán AP, Merialdi M, Lauer JA, Bing-Shun W, Thomas J, Van Look P, Wagner M. Rates of

caesarean section: analysis of global, regional and national estimates. *Paediatr Perinat Epidemiol.* 2007 Mar;21(2):98-113.

2) Souza JP, Gülmezoglu A, Lumbiganon P, Laopaiboon M, Carroli G, Fawole B, Ruyan P; WHO Global Survey on Maternal and Perinatal Health Research Group. Caesarean section without medical indications is associated with an increased risk of adverse short-term maternal outcomes: the 2004-2008 WHO Global Survey on Maternal and Perinatal Health. *BMC Med.* 2010 Nov 10;8:71.

3) Souza JP, Gülmezoglu AM, Carroli G, Lumbiganon P, Qureshi Z; WHOMCS Research Group. The world health organization multicountry survey on maternal and newborn health: study protocol. *BMC Health Serv Res.* 2011 Oct 26;11:286.

4) Mazzone A, Althabe F, Liu NH, Bonotti AM, Gibbons L, Sánchez AJ, Belizán JM. Women's preference for caesarean section: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *BJOG.* 2011 Mar;118(4):391-9.

5) Torloni MR, Daher S, Betrán AP, Widmer M, Montilla P, Souza JP, Merialdi M. Portrayal of caesarean section in Brazilian women's magazines: 20 year review. *BMJ.* 2011 Jan 25;342:d276. doi: 10.1136/bmj.d276.

6) Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C, Weston J. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database Syst Rev.* 2011 Feb 16;(2):CD003766.

7) Khunpradit S, Tavender E, Lumbiganon P, Laopaiboon M, Wasiak J, Gruen RL. Non-clinical interventions for reducing unnecessary caesarean section. *Cochrane Database Syst Rev.* 2011 Jun 15;(6):CD005528.

8) Althabe F, Belizán JM, Villar J, Alexander S, Bergel E, Ramos S, et al. Mandatory second opinion to reduce rates of unnecessary caesarean sections in Latin America: a cluster randomised control trial. *Lancet* 2004;363:1934-40.

9) Liang WH, Yuan CC, Hung JH, Yang ML, Yang MJ, Chen YJ. Effect of peer review and trial of labor on lowering cesarean section rates. *Journal of the Chinese Medical Association* 2004;67:281-6.

10) Lomas J, Enkin M, Anderson GM, Hannah WJ, Vayda E, Singer J. Opinion leaders vs adult and feedback to implement practice guidelines-delivery after previous cesarean section. *JAMA* 1991;265:2202-7.

11) Lo JC. Financial incentives do not always work—an example of cesarean sections in Taiwan. *Health Policy* 2008;88:121-9.

12) Studnicki J, Rimmel R, Campbell R, Werner DC. The impact of legislatively imposed practice guidelines on cesarean section rates: the Florida experience. *American Journal of Medical Quality* 1997;12:62-8.

13) Unsafe abortion: global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2008. — 6th ed. http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241501118_eng.pdf (Erişim tarihi: 20.07.2012)

14) Guttmacher Institute. http://www.guttmacher.org/pubs/fb_induced_abortion.html (Erişim tarihi: 20.07.2012)

15) Bankole A, Singh S, Haas T. Reasons why women have induced abortions: Evidence from 27 countries. *International Family Planning Perspectives*, 1998;24:117-127