

Ebelerin sezaryen doğuma bakışı

Yrd. Doç. Dr. Nazan Karahan



1975 yılında Giresun'da doğdu. Giresun Sağlık Meslek Lisesi Ebelik Bölümünün ardından Marmara Üniversitesi İstanbul Zeynep Kamil Sağlık Yüksekokulu Ebelik Bölümünden mezun oldu (1999). Aynı yerde Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği alanında yüksek lisans ve doktora programlarını tamamladı. Mesleğe başladığı Giresun'un çeşitli ilçelerinde servis hemşireliği ve köy ebeliği yaptı. Halen Karabük Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu'nda Yardımcı Doçent ve Ebelik Bölüm Başkanı olarak görev yapmaktadır. Evli ve 2 çocuk annesi olan Karahan, aynı zamanda Ebeler Derneği Başkanı'dır.

Dr. Asibe Özkan



1980 yılında Tekirdağ'da doğdu. Zeynep Kamil Sağlık Meslek Lisesi Ebelik Bölümünün ardından Marmara Üniversitesi İstanbul Zeynep Kamil Sağlık Yüksekokulu'ndan mezun oldu (2002) Aynı yerde Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği alanında yüksek lisans ve doktora programlarını tamamladı. Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde süpervizör hemşire ve başhemşire yardımcısı olarak çalıştı. Halen Marmara Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde Başhemşire Yardımcısı olarak görev yapan Özkan, aynı zamanda Ebeler Derneği Başkan Yardımcısı'dır.

Gebelik; hastalık ve sağlık arasındaki çizgiyi daraltan, hormonal, fizyolojik ve psikolojik değişikliklerin yaşandığı kadın yaşamının normal fizyolojik bir evresidir. Anne ve bebek için mucizevi bir yaşam deneyimi olan bu dönemde, sunulacak tüm hizmetler, kişinin sağlık durumunun geleceğini belirler. Anne ve bebeğin, hizmet sunumu nedeniyle zarar görmesi kabul edilemez bir durumdur. Bu dönemde, eldeki en iyi kanıtlara dayalı hizmet ve bakımın sunulması esastır.

"Abdominal uterin insizyondan, ölü veya canlı bir fetüsün doğurtulması" olarak tanımlanan sezaryen, tıbbi teknolojilerin gelişimi ile beraber en güvenli şekilde

uygulanan major operasyonlardan biri olmuştur. Her ne kadar en güvenli operasyonlardan biri olsa da, sezaryen doğumlarda major bir cerrahi için geçerli her türlü komplikasyon ortaya çıkabilmektedir. Sezaryen oranındaki artış, komplikasyon görülme sıklığında da artışa neden olmaktadır. Hiçbir başka neden olmasa da, sezaryen endikasyonları ve abdominal doğumun kendine has artmış risklerinden ötürü, vajinal doğuma göre maternal mortalite 2-3 kat, maternal morbidite 5-10 kat artarken, perinatal morbidite de başta iatrojenik prematürite ve solunum yolu hastalıkları olmak üzere artmıştır. Ülkemizde çeşitli yayınlarda sezaryene bağlı maternal morbidite %15,2, maternal mortalite % 0-4.82 olarak bildirilmektedir.

Tıbbi endikasyonlarının yanı sıra günümüzde, paritenin giderek azalması, ilk gebelik yaşının yükselmesi, fetüsün daha ayrıntılı incelenebilir hale gelmesi, forseps ve vakum ekstraksiyon gibi girişimlere eğilimin azalması, sağlıkta yaşanan değişim, hasta hakları, malpraktis davaları, zayıflatılan ebeler sistemi sezaryen doğum oranını arttıran başlıca nedenler olarak sıralanabilir. İlk gebeliklerde sezaryen artışına bağlı olarak tekrarlayan sezaryen oranı da artmakta, dolayısıyla sezaryen doğum oranı Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) önerilerini aşmakta ve uyarı sinyali vermektedir.

Sezaryen doğum, popüler bir tartışma konusudur. Bugüne kadar hiçbir cerrahi veya medikal prosedür hakkında hem



bilim hem de medya alanında bu kadar tartışma yaşanmamış olması yukarıdaki endikasyonlarla açıklanabilir. Bir tarafta sağlıklı bir anne ve yenidoğan hedefi, diğer tarafta gereksiz doğum müdahaleleri, doğum medikalizasyonu ve doğal doğum olayının yaşanmamasına bağlı psikolojik bozukluklar ve hem birey hem de toplum için söz konusu olan ciddi boyuttaki parasal sorunlar tartışmaların odağını oluşturmaktadır. Bunun yanı sıra, malpraktis baskısı doğum şekli konusunda doğru karar verme zorluğu yaratmaktadır.

Dünya ülkelerinin çoğunda DSÖ'nün önerdiği % 15'lik sezaryen doğum oranı aşılmıştır. Bununla birlikte ülkemiz, giderek artan ve % 54'ü bulan sezaryen doğum oranı ile en yüksek ülkeler arasında anılmaktadır. Sezaryen doğum oranlarımızdaki bu artışın ülkemize özgü nedenlerini iyi kalitede bilimsel çalışmalarla ortaya koymak ve en doğru doğum yönetimini sağlamak önemli bir konudur.

Bu noktada dikkat çeken bir konu, sezaryen doğum oranlarının yüksek olduğu İtalya, Brezilya, Şili gibi ülkelerdeki **ebelik sisteminin yetersizliğidir**. Öte yandan sosyoekonomik ve eğitim düzeyi yüksek olan, normal gebelik ve doğumların yönetiminin ebelere bırakıldığı, riskli gebelik ve doğumlarda hekime etkin

ve zamanında yönlendirme yapılarak iyi bir ekip çalışmasının sergilendiği, Hollanda, Belçika, Danimarka, İsveç, Norveç, Finlandiya, Yeni Zelanda gibi ülkelerde sezaryen doğum oranları istikrarlı ve düşük bir düzeyde (% 12-16) devam etmektedir.

Sezaryen doğum nedenlerini inceleyen pek çok araştırmada, endikasyonlar ve diğer faktörlerin yanı sıra; **gebe isteği** önemli bir yer tutmakta ve bu istek çoğunlukla doğurma korkusu ve sezaryen doğumun daha sağlıklı olduğu düşüncesinden kaynaklanmaktadır. Bu noktada; gebelerin gebelik, doğum ve doğum sonu dönem konusunda eğitilmesi, egzersiz, gevşeme ve nefes teknikleri ile uygulamalı olarak doğuma hazırlanması ve gene doğumun doğal ve fizyolojik bir süreç olduğu algısının oluşturulması, kadınların normal doğuma yönlendirilmesinde etkili olacaktır. Ayrıca gebelik ve doğum konusunda gebe ve ailesinin nitelikli bir eğitim almış olması, kadın doğum hekimi üzerindeki doğum şekli baskısını azaltacak bir durumdur. Bu konuda yürütülecek tüm çalışmalarda amaç, daha az sezaryen daha çok vajinal doğum değil, **en doğru gebe izlemi, en doğru eylem yönetimi ve doğum sürecini hizmet alan ve hizmeti sağlayanın memnuniyetini gözeterik sunabilmek** olmalıdır.

Sezaryen doğum oranlarının yüksek olduğu İtalya, Brezilya, Şili gibi ülkelerde ebelik sistemi yetersizdir. Öte yandan sosyoekonomik ve eğitim düzeyi yüksek olan, normal gebelik ve doğumların yönetiminin ebelere bırakıldığı Hollanda, Belçika, Danimarka, İsveç, Norveç, Finlandiya, Yeni Zelanda gibi ülkelerde sezaryen doğum oranları istikrarlı ve düşük bir düzeyde (% 12-16) devam etmektedir.



Sonuç olarak, tüm dünyada sezaryen doğum oranları artmakla birlikte ülkemizdeki artış dramatik bir hal almıştır. Bu noktada amaç, daha az sezaryen, daha çok vajinal doğum değil, en doğru gebe izlemi, en doğru eylem yönetimi ve doğum sürecini hizmet alan ve sunanın memnuniyetini gözeterek sunabilmek olmalıdır. Ebelik sistemi ve eğitimin güçlendirilmesi, bu amaca hizmet edecek en etkin araçlardan biridir.

Royal College of Obstetricians and Gynaecologists tarafından hazırlanan sezaryen raporunda (NICE, Clinical Guideline 132, 2011) doğum öncesi nitelikli bir eğitim, doğumda aynı kişi tarafından sürekli destek verilmesi, eylem takibinde partograf kullanımı, normal doğum medikalizasyonu azaltma ve düşük riskli gebelerin ebelerle doğum yapmasının, güvenli bir biçimde sezaryen doğumların azaltacağı belirtilmektedir.

Literatürde ebelerin yönetimindeki doğumlarda, sezaryen doğum, oksitosin uygulama, doğumda analjezi ve anestezi ve girişimli doğum oranlarını istatistiksel olarak anlamlı derece düşük bulunduğunu gösteren çalışmalar vardır. Yapılan bir metanalizde, herhangi bir riski bulunmayan ebelerin yönetimdeki doğumlarda; sezaryen doğum, narkotik analjezi, amniotomi ve fetal monitorizasyon uygulamalarının daha düşük olduğu saptanmıştır. Gebeliği süresince kaliteli bir ebelik bakımı sağlandığında; antenatal dönemde hastaneye yatma, travay indüksiyonu, travayda analjezi ve anestezi alımının azaldığı, sezaryen doğum-acil sezaryen doğum oranlarında azalma olduğu, ağrıyla baş etmede nonfarmakolojik yöntemlerin daha fazla kullanıldığı, spontan doğum oranlarının arttığı iyi kalitede çalışmalarla kanıtlanmıştır (Leslie Storton, 2007).

Ayrıca DSÖ, UNICEF ve Uluslararası Ebelik Konfederasyonu (ICM); anne ve bebek yaşamının korunması ve güçlendirilmesi, sezaryen doğumların azaltılması için ebelik mesleğinin önemine dikkat çekmektedir. Görülmektedir ki, uluslararası organizasyonlar, tüm başarılı ülke modelleri ve/veya programların ortak teması, sezaryen oranının azaltılması için **ebelerin ve ebelik modelinin güçlendirilmesi** yönündedir.

Ülkemizde bir taraftan sezaryen doğum oranı artarken, diğer yandan ebelerin giderek işlevsizleştiği, sağlık sistemi içinde değersizleştiği gerçeği göz ardı edilmektedir. Bu durum, geçmiş insanlık tarihi kadar eski ve sunduğu hizmet kalitesi ile ulusal sağlık göstergelerini yükseltebilme gücüne sahip ebelik mesleğinin ülkemiz sağlık sistemi içinde kaybettiği özerkliği geri kazanmasının gereğini gözler önüne sermektedir. 48 bin ebe nüfusumuzu kadınlarımız ve çocuklarımızın sağlığını destekleyecek şekilde eğitmemiz, planlamamız ve yeniden yapılandırmamız **toplumsal bir borçtur**. Çünkü bu kadar büyük bir ebelik popülasyonu, şu anda ne yazık ki ana-çocuk sağlığına çok küçük katkılar sağlayabilmektedir.

Ebeler Derneği tarafından geliştirilerek Sağlık Bakanlığı'na sunulan, "**Ulusal Ebelik Hizmet Modeli**"nin temel amacı,

ebelik bakım çıktıları iyi olan ülke modellerinden yola çıkarak ülkemiz sağlık sistemine uygun, toplumsal beklentilere cevap verebilen, mesleki memnuniyet ve bağlılığı yükselten, güvenli, verimli ve etkin bir sistem oluşturabilmektedir.

Gelişmiş ülkelerin tümünde ebelerin; antenatal, innatal, postnatal süreçleri yönettiği, riskleri tanıladığı, tanıladığı riskleri yönlendirme yetkisine sahip olduğu, normal gebelikleri takip ettiği ve normal doğumları yaptırdığı, ayrıca sağlıklı yenidoğan muayenesini, izlemine yapabildiği, anne ve bebekte saptadığı her türlü riskli durumda erken dönemde hekime yönlendirme yaptığı görülmektedir. Öte yandan ekibin değerli bir üyesi olarak yüksek bir sosyal statü ve ekonomik güçle çalışan ebeler, tüm ülkelerde halk sağlığının yükseltilmesi için saha ziyaretleri yapmakta, Fransa, İsveç, Hollanda, Yeni Zelanda, Birleşik Krallık ve Kanada'da sertifikalandırılarak reçete yazabilmekte, temel obstetrik ultrasonografi uygulayabilmektedir.

Ayrıca doğum öncesi, doğum esnası ve doğum sonrası dönemlerde aynı ebe veya az sayıda ebe grubu (<5) tarafından hizmet sunulması anlamına gelen **ebelik hizmetlerinde süreklilik** de önemli bir konudur. Ebenin hizmet sunumunun devamlılığı sayesinde **doğumda malpraktis** davalarının azalması mümkün olabilir. Hizmetin sürekli sunulduğu ve ebelik eğitiminin doğrudan girişle yapıldığı Yeni Zelanda, Kanada ve Hollanda'da gebelik ve doğumla ilgili malpraktis davalarının daha düşük sayıda olması dikkat çekicidir.

Ulusal Ebelik Hizmet Modelinde, aile sağlığı merkezlerinde ataması Sağlık Bakanlığı tarafından yapılan, bulunduğu bölgenin çocuk ve kadın popülasyonuna göre büyüklüklerde ebe ekipleri (aile ebeleri) oluşturulması, bu ekiplerin kadrolarının hastanelere bağlı olması ve bir tarafı ile hastaneye bağlı olan ebenin izlediği gebenin doğumunu hastanede yaptırma ve bilgilerini hizmet içi eğitimler yoluyla güncelleme olanağı bulması önerilmektedir. Normal gebelik ve doğumların sorumluluğunun ebelere bırakılmasının önerildiği bu sistemde, risk tanılama becerileri güçlendirilmiş ebelerin, gebede riskli bir durum saptadığında kadın doğum hekimine, bebekte risk saptadığında çocuk hekimine ve genel bir sağlık sorunu saptadığına aile hekimine yönlendirme yaparak hizmetlerini yürütmesi planlanmıştır. Ulusal Ebelik Hizmet Modelinde, değinilen önemli bazı noktalar; doğumla ilgili hastanelerin tüm birimlerine ağırlıklı olarak ebe istihdam edilmesi, ebelik hizmetlerinin yönetiminin ebeler tarafından yürütülmesi, ebelerin mesleğe özgü sertifika programlarıyla güçlendirilmesi ve uzmanlaşması ve

ebelik eğitiminin güçlendirilmesidir. Tüm bunlar gebelik doğum ve yenidoğanla ilgili hizmetlerin nitelik ve kalitesini artıracak gibi, ebelerin motivasyonunu yükseltecek ve hizmet sunumunu olumlu etkileyecektir. Bu sistemin işlerlik kazanması, ancak ebelle ilgili köklü yasal düzenlemelerin yapılması ile mümkün olabilir.

Sonuç olarak, tüm dünyada sezaryen doğum oranları artmakla birlikte ülkemizdeki artış dramatik bir hal almıştır. Öte yandan normal doğumların medikalizasyonu ve gereksiz doğum müdahaleleri de tartışılması gereken bir başka önemli konudur. Bu noktada amaç, daha az sezaryen, daha çok vajinal doğum değil, en doğru gebe izlemi, en doğru eylem yönetimi ve doğum sürecini hizmet alan ve sunanın memnuniyetini gözeterek sunabilmek olmalıdır. Ebelik sistemi ve eğitiminin güçlendirilmesi, bu amaca hizmet edecek en etkin araçlardan biridir.

Kaynaklar

Davis LG, Riedmann GL, Sapiro M, Minogue JP, Kazer RR. (1994). Cesarean section rates in low-risk private patients managed by certified nurse-midwives and obstetricians. *J Nurse Midwifery*. Mar-Apr;39(2):91-7.

Emons JK, Luiten MIJ. Midwifery in Europe An inventory in fifteen EU-member states. *The European Midwives Liaison Committee (EMLC)*

Euro-Peristat, 2008. *OECD Health Data source program, 2010.*

Hodnett ED. (2008). WITHDRAWN: Continuity of caregivers for care during pregnancy and childbirth. *Cochrane Database Syst Rev*. Oct 8;(4):CD000062

Janssen PA, Ryan EM, Etches DJ, Klein MC, Reime B. (2007). Outcomes of planned hospital birth attended by midwives compared with physicians in British Columbia. *Birth*, un;34(2):140-7

Kateman H, Herschderfer K. Multidisciplinary collaborative primary maternity care project: current practice in Europe and Australia. A descriptive study. *Multidisciplinary Collaborative Primary Maternity Care Project 2005.*

Kleiverda G, Steen AM, Anderson I, Treffers PE, Everaerd W. Place of Delivery in the Netherlands: actual location of confinement. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1991;39:139-46.

Leslie SM, Storton S. (2007). *The Coalition for Improving maternity Services: Evidence Basis for the ten steps of mother-friendly Care Step One. The Journal Of Perinatal Education*, 16(1). Supplement

Lynch B (2005) *Midwifery in the 21st Century: The Politics of Economics Medicine, and Health. Journal of Midwifery & Women's Health*, Volume 50, No. 1, January/February

Making pregnancy safer: the critical role of the skilled attendant. A joint statement by WHO, ICM, FIGO. Geneva; 2004.

Malott MA, Davis NB, McDonald H, Hutton E. *Midwifery Care in Eight Industrialized Countries: How Does Canadian Midwifery Compare?. OCTOBER JOGC 2009: 974-979.*

Maternity Services Review 2009. Improving maternity services in Australia: the report of the

Maternity Services Review. Health Insite, Government of Australia Department of Health and Ageing. Available at: http://www.healthinsite.gov.au/news/improving_maternity_services_in_Australia. Accessed June 11, 2009. (Erişim tarihi: 20.07.2012)

Multidisciplinary Collaborative Primary Maternity Care Project. Final Report. Toronto; 2006.

NICE clinical guideline 132, Caesarean section, 2011

Weaver, J.J., Statham, H., Richards, M. (2007). *Are There "Unnecessary" Cesarean Sections? Perceptions of Women and Obstetricians About Cesarean Sections for Nonclinical Indications. The Birth*. 34(1): 32-41