

Türkiye’de Kadın Doğum Hekimleri ve Ebeler Açısından Yüksek Sezaryen Oranının Değerlendirilmesi

The Overview of High Cesarean Section Rate in Turkey Through the Eyes of Obstetricians and Midwives

Esra Bahar GÜR,^a
Gülizar Arzu TURAN,^a
Sümeysra TATAR,^a
Nazan ORAN,^b
Melike YÜKSEL YAVUZ,^a
İrem HEPYILMAZ,^a
Serkan GÜÇLÜ^a

^aKadın Hastalıkları ve Doğum AD,
Şifa Üniversitesi Tıp Fakültesi,
^bHemşirelik Bölümü,
Ege Üniversitesi
İzmir Atatürk Sağlık Yüksekokulu,
İzmir

Geliş Tarihi/Received: 30.07.2013
Kabul Tarihi/Accepted: 05.12.2013

Bu çalışma, 14. Ulusal Perinatoloji Kongresi (14-23 Eylül 2013, Muğla)’nde sözlü olarak sunulmuştur.

Yazışma Adresi/Correspondence:
Esra Bahar GÜR
Şifa Üniversitesi Tıp Fakültesi,
Kadın Hastalıkları ve Doğum AD, İzmir,
TÜRKİYE/TURKEY
esrabaharg@yahoo.com

ÖZET Amaç: Türkiye’deki yüksek sezaryen oranına hastane koşullarının etkisini ve kadın-doğum (KD) uzmanı hekimler ile ebelerin yüksek sezaryen oranının nedenleri hakkındaki görüşlerini araştırmak. **Gereç ve Yöntemler:** Çalışma için, İzmir’de bir özel hastane, bir ikinci basamak kamu hastanesi ve bir üniversite hastanesi çalışma alanı olarak belirlendi. Bu hastanelerdeki ebe ve KD uzmanlarına yüz yüze görüşme tekniği ile anket soruları yöneltildi. Katılımcılardan, her bir soru için “sizce bu, hastanenizdeki yüksek sezaryen oranında etkili bir faktör müdür?” sorusuna “evet/hayır” şeklinde cevap vermeleri istendi. Her bir faktör için, katılımcıların “evet” cevabı yüzdesi ≤ 50 ise, o faktörün “kısmen etkili”, $50-75$ ise “etkili” ve ≥ 75 ise, “çok etkili faktör” olduğu yorumu yapıldı. **Bulgular:** Çalışmaya, özel hastaneden dört doktor ve sekiz ebe (%100), kamu hastanesinden 12 doktor ve 15 ebe (%82) ve eğitim hastanesinden 35 doktor ve 27 ebe (%77) katıldı. Katılımcılar, mediko-legal nedenlerin hastanelerindeki yüksek sezaryen oranına en çok etki eden faktör olduğu belirtmiştir. Mesai dışı koşullarda acil müdahale koşullarının yetersizliğinin ve icap usulü çalışmanın özel ve kamu hastanesinde çok etkili bir faktör olduğu ve özel hastanede ebelerin deneyim yetersizliğinin çok etkili bir faktör olduğu ifade edilmiştir. Her üç hastanede de hekimler, riskli doğumları yaptırmak istememelerinin sezaryen oranına çok etkili bir faktör olduğunu belirtmiştir. Özel hastanede ki isteğe bağlı sezaryen haricinde hasta kaynaklı nedenler, diğer katılımcılar tarafından kısmen etkili faktör olarak değerlendirilmiştir. **Sonuç:** Ülkemizde doğum yaptırılan sağlık kuruluşlarının alt yapıları ve doğum ekibinin çalışma şekli birbirinden farklıdır. Çözüm önerilerinde, mediko-legal iyileştirmeler, mesai dışı çalışma koşullarının iyileştirilmesi, ebelerin eğitimlerinin ve sorumluluklarının artırılması öne çıkmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Sezaryen; doğum oranı; doğum merkezleri

ABSTRACT Objective: To investigate the effect of the hospitals’ conditions to high cesarean birth rates in Turkey and obstetricians and midwives’s thoughts on this issue. **Material and Methods:** A private hospital, a public hospital, and a university hospital in İzmir were identified as the study area. A face- to-face questionnaire was administered to midwives and obstetricians at these hospitals. Participants were asked as “Is this effective on the cesarean rate in your hospital?” and the answer was “yes or no”. All the answers for each factor were evaluated. The positive response rate was grouped as partially effective (less than 50%); effective (between 50-75%) and very effective (more than 75%). **Results:** Four doctors and eight midwives (100%) at private hospital, 12 doctors and 15 midwives (82%) at public hospital and 35 doctors and 27 midwives (77%) at educational institution were included this study. The medico-legal reasons were the most effective on the high cesarean rates. Insufficiency of emergent conditions, doctor on call and midwives’ experience were very effective factors, especially in private hospital. The doctors denoted that the avoidance from risky deliveries was very effective factor in high cesarean ratio. Except for the elective caesarean, patient -related causes were partially effective in the private hospital. **Conclusion:** In our country, infrastructure and working conditions of maternity services in hospitals are quite different from each other. Suggestions for the solution are improvement of medico-legal issues and emergency working conditions and increase the training and responsibilities of midwives.

Key Words: Cesarean section; birth rate; birthing centers

Tüm dünyada son 50 yıllık süreçte gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde sezaryen oranları kaygı verici bir hızla artmaktadır. 2010 yılı Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) raporunda %15 “kabul edilebilir sezaryen oranı” olarak tanımlanmıştır ve bu rapora göre dünyada 137 ülke içinden 69 ülkede sezaryen oranının %15'ten yüksek olduğu bildirilmiştir.¹ Gebenin doktora ulaşabilirliği arttıkça sezaryen oranlarının arttığı bir gerçektir. Ancak %15'i aşan sezaryen oranlarında tıbbi endikasyon dışı uygulamaların söz konusu olduğu düşünülmektedir. Ülkemizde sezaryen doğum oranı, Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması (TNSA) 2003 verilerine göre %21 iken, 2008 raporunda %37'ye yükselmiştir. Ekonomik Kalkınma ve İş Birliği Örgütü (OECD)'nün 2011 yılında yayımladığı rapora göre Türkiye, 2009 yılına ait %42,7'lik oranıyla Brezilya ve Çin'den sonra OECD ülkeleri arasında bu oranı en yüksek olan üçüncü ülkedir. Sağlık Bakanlığının verilerine göre ise, son beş yılda (2007-2011) sezaryen oranları artmaya devam etmek suretiyle %46,6'ya çıkmıştır.²

Uygun endikasyon ile yapıldığında fetal ve maternal açıdan hayat kurtarıcı olmakla beraber, sezaryen, anne açısından intraoperatif mortalite ve morbidite riskini arttırırken, kronik pelvik ağrı, tekrarlayan doğumlardaki sezaryen oranında artış, yaşam boyu olası pelvik cerrahilerde komplikasyon oranının artması gibi kadın yaşamını uzun dönemde etkileyebilecek ciddi sorunlara yol açabilmektedir. Sezaryenin yenidoğan morbiditesini arttırdığı bilinmektedir. Ayrıca ilk doğumun sezaryenle olması, sezaryen sonrası vajinal doğum (SSVD)'un yaygın olmadığı toplumlarda, doğum sayısını kısıtlamakta, bu durum ülke nüfus dinamiklerini etkilemekte ve resmî nüfus politikalarını düzenleyen otoritelerce kaygı verici bulunmaktadır. Diğer taraftan sezaryen, maliyetinin vajinal doğuma kıyasla %50 daha fazla olması ve daha uzun hastanede yatma süresi nedeniyle ülke ekonomisine ciddi yük getirmektedir. 2010 DSÖ raporuna göre, 2008 yılında 6,2 milyon gereksiz sezaryen uygulanmış ve bu durum tüm dünyada yaklaşık 432 milyon dolar olması gereken sezaryen giderinin 2,32 milyar dolara yükselmesine yol açmıştır.¹

Türkiye'deki sezaryen oranındaki bu kaygı verici artış neticesinde Sağlık Bakanlığı, sezaryen ora-

nını düşürmek için yoğun bir çalışma başlatmış ve bir dizi önlemleri devreye sokmuştur. Bu bağlamda 2011 yılında “Türkiye’de yüksek sezaryen oranlarını düşürmek için eylem planı” hazırlanmış ve 2013 ulusal sezaryen oranı için %35 hedefi konulmuştur. Bu eylem planı, klinik obstetrik aktivitelerin düzenlenmesi, hastane alt yapılarının iyileştirilmesi, idari ve hukuki alt yapının geliştirilmesi ve bu amaca yönelik bilimsel çalışmaların desteklenmesi şeklinde özetlenebilir. Son yıllarda aktif eğitim politikaları sayesinde, gebeler arasında vajinal doğuma ilgi artmış ve isteğe bağlı sezaryenlerde göreceli bir düşüş izlenmiştir. Ancak, 2012 ve 2013 yıllarına ait tamamlanmamış ön verilere göre, Türkiye’de sezaryen oranı, belirlenen hedeflerin çok üzerinde olup, istenen düşüş sağlanmış gibi görünmemektedir.

Ülkemizde doğum hizmeti, özel sağlık kuruluşları, kamu hastaneleri ve doğum evleri ile üçüncü basamak eğitim hastaneleri gibi alt yapı ve çalışma koşulları birbirinden çok farklı olan sağlık birimlerinde verilmektedir. İsteğe bağlı sezaryen uygulamasının yapılmadığı kamu sektörü ve üniversite hastanelerinde dahi sezaryen oranının hedefin çok üzerinde olması, ülkemizde doğum hizmetini veren sağlık personelinin tıbbi endikasyon dışı sezaryene gerek duyduğunu göstermektedir. Öyleyse, hekim ve ebeleri sezaryen kararı almaya yönelten faktörler nelerdir? Biz de bu noktadan yola çıkarak, çalışmamızda, KD uzmanları ve ebelerin Türkiye’deki yüksek sezaryen oranlarının nedenleri hakkındaki düşüncelerini sorgulayarak, bu duruma çalıştıkları hastane koşullarının etkisini irdelemeyi ve yüksek sezaryen oranları ile mücadeleye katkı sağlamayı amaçladık.

GEREÇ VE YÖNTEMLER

Çalışmamız Şifa Üniversitesi etik kurulu onayı ile yapılmıştır. Çalışma için, İzmir ilinde yıllık doğum sayısı en yüksek olan bir özel hastane, bir ikinci basamak kamu hastanesi (doğum evi) ve bir üçüncü basamak üniversite hastanesi çalışma alanı olarak belirlendi. Çalışmaya, özel hastaneden dört doktor ve sekiz ebe (%100), kamu hastanesinden 12 doktor ve 15 ebe (%82) ve eğitim hastanesinden 35 doktor ve 27 ebe (%77) katılmayı kabul etti.

Belirlenen bu üç hastanedeki ebe ve kadın hastalıkları ve doğum uzmanı doktorlara, yüz yüze görüşme tekniği ile anket soruları yöneltildi. Katılımcılardan, her bir soru için “ sizce bu, hastanenizdeki yüksek sezaryen oranında etkili bir faktör müdür?” sorusuna “ evet/hayır” şeklinde cevap vermeleri istendi. “Evet” cevaplarının yüzdesi grafik tablolar olarak sunuldu. Her bir faktör için, katılımcıların “evet” cevabı yüzdesi \leq %50 ise, o faktörün “kısmen etkili”, %50-75 ise “etkili” ve \geq %75 ise, “çok etkili faktör” olduğu yorumu yapıldı.

Çalışmamızda, hasta kaynaklı nedenler başlığı altında, isteğe bağlı sezaryenler, artan maternal obezite, gebelikte yetersiz egzersiz, ileri maternal yaş ve artan infertilite tedavilerinin yüksek sezaryen oranına etkisi sorgulanırken; doktor ve ebe kaynaklı nedenler başlığı altında, ebelerin deneyim yetersizliği, gebe takibinde gebenin doğum konusunda yetersiz eğitilmesi, doktorların makat doğum yaptırmayı tercih etmemeleri, doktorların SSVD’yi tercih etmemeleri, doktorların müdahaleli doğum yöntemlerini tercih etmemeleri, sezaryeni anne ve bebek için daha güvenli bulma, doğum indüksiyonunun endikasyonsuz kullanımı ve doğal doğumun üstünlüğüne inanmamanın yüksek sezaryen oranına etkisi araştırılmıştır. Hastane kaynaklı nedenler başlığı altında, mesai dışı anestezi ve çocuk doktoru olmaması, mesai dışı KD uzmanı olmaması, doğumu gebeliği takip eden hekimin yaptırmaması, yardımcı personel ve eksikliği, doğumhane ve travay odalarının alt yapı yetersizliği, doğumlarda epidural anestezi uygulanmaması, hasta mahremiyetine saygı duyulmaması ve hasta başı prim sistemi; mediko-legal nedenler başlığı altında ise tüm yasal sorumluluğun hekim üzerinde olması, hasta ve hasta yakınlarından şiddet görme korkusu ve haksız yere basında yer alma korkusunun yüksek sezaryen oranına etkisi sorgulanmıştır.

Anketin son bölümünde ucu açık soru tekniği ile, katılımcılara “Türkiye’de yüksek sezaryen oranını düşüreceğine inandığınız 3 önemli adım ne olmalıdır?” sorusu yöneltildi. Ayrıca katılımcılara “Sizce isteğe bağlı sezaryenin yasaklanması çözüme katkı sağlar mı?” ve “Sağlık Bakanlığının bireysel sezaryen oranı yüksek KD uzmanı hekimleri

doğum eğitimine göndermesinin çözüme katkı sağlayabileceğini düşünüyor musunuz?” soruları yöneltildi. Bu bölümde verilen cevaplar, tartışma bölümünde irdelendi.

BULGULAR

Çalışma alanı olarak belirlenen üç hastanenin doğum hizmetleri açısından özellikleri Tablo 1’de sunulmuştur. Doğum ve sezaryen sayıları İl Sağlık Müdürlüğü 2011 yılı kayıtlarından alınmıştır. Anket sonuçlarına göre:

HASTA KAYNAKLI NEDENLER

Çalışmamızda hasta kaynaklı nedenlerin isteğe bağlı sezaryenler dışında, hastane farkı gözetmeksizin katılımcılar tarafından yüksek sezaryen oranına “kısmen etkili faktör” olarak değerlendirildiğini gözlemledik. İsteğe bağlı sezaryenler ise, özel hastanedeki doğum ekibi tarafından sezaryen oranını arttıran “çok etkili faktör” olarak ifade edilmiştir. Hasta kaynaklı nedenlerin, hastaneler göre etkisi Şekil 1’de sunulmuştur.

DOKTOR VE EBE KAYNAKLI NEDENLER

Çalışmamızda ebelerin eğitim ve deneyim yetersizliğinin özellikle özel hastanede çalışan doğum ekibi tarafından çok etkili bir faktör olarak görüldüğünü ve ebelerin gebe takibinde gebeleri doğuma yeterince hazırlayamamalarının da etkili bir faktör olarak görüldüğünü saptadık. Her üç hastane tipinde de KD uzmanlarının makat doğum, SSVD ve müdahaleli doğumları yaptırmak istememeleri ve doğum indüksiyonu yöntemlerini endikasyonsuz kullanmalarının sezaryen oranına “çok etkili” faktör olduğu belirtilmiştir. Doktor ve ebe kaynaklı nedenlerin, hastaneler göre etkisi Şekil 2’de sunulmuştur.

HASTANE KAYNAKLI NEDENLER

Çalışmamızda hastane kaynaklı nedenlerin üç hastanede de farklı şekillerde etkisi olduğu ortaya çıkmaktadır. Özel hastanede mesai dışı anestezi, çocuk ve KD uzmanı olmaması ile yardımcı personel eksikliği katılımcılar tarafından çok etkili bulunmuşken, kamu hastanesinde mesai dışı anestezi ve çocuk uzmanı olmaması ve doğumda epi-

TABLO 1: Çalışmanın yapıldığı üç hastanenin obstetrik açıdan özellikleri.

2011 Yılı Yıllık Veriler	Özel hastane	Doğumevi	Üniversite hastanesi
Doğum sayısı†	1,328	4,372	2.475
İlk sezaryen sayısı†	486	1009	839
Mükerrer sezaryen sayısı†	486	793	710
Sezaryen oranı†	73,19	41,22	62,59
KD doktor sayısı	4	15*	42**
Ebe sayısı	8	18	38
Doktor başına düşen yıllık doğum sayısı	332	291,4	58,9
Ebe başına düşen yıllık doğum sayısı	166	242,8	65,1
Mevcut departman	Obstetri/perinatoloji	Obstetri	Obstetri/perinatoloji
NST ile izlem	+	+	+
Merkezi monitörizasyon	-	-	+
Fetal skalp kan örnekleme	-	-	-
Mesai dışı anestezi uzmanı	+	-	+
Mesai dışı çocuk uzmanı	-	+	+
Mesai dışı nöbetçi KD uzmanı	-	+	+
Akademik durum	-	-	+
Obstetrik açıdan normal seyreden doğumu yaptıran sağlık personeli	KD uzmanı (gebeliği takip eden doktor)	ebe	Asistan doktor (doğumhane çalışma ekibi)
Doktor kazanç durumu	Sabit maaş+hasta başı prim	Sabit maaş+hasta başı prim	Sabit maaş+hasta başı prim
Ebe kazanç durumu	Sabit maaş	Sabit maaş	Sabit maaş
Ebelerin mezuniyet sonrası ortalama çalışma süreleri (yıl)	1,2	5,4	3,8

†: İzmir İl Sağlık Müdürlüğü 2011 verileri. KD: kadın hastalıkları ve doğum; NST: non-stres test.

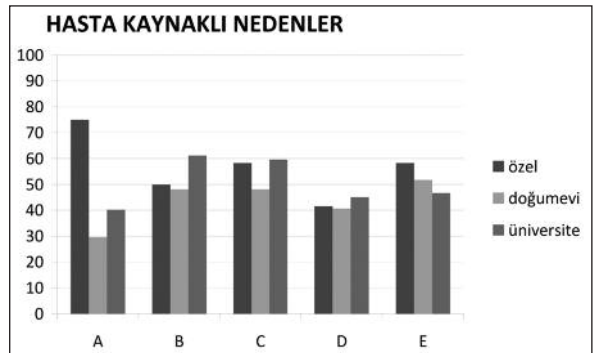
*:Obstetri departmanında çalışan uzman hekim sayısı

**Obstetri departmanında çalışan hekim sayısı (uzman+asistan)

dural anestezi uygulanmamasının doğum ekibi tarafından çok etkili faktör olarak görüldüğü bulunmuştur. Çalışmamızda, gebeye karşı özensiz davranışlar ve hasta mahremiyetine saygı duyulmamasının kamu ve üniversite hastanelerinde çok etkili faktör olarak algılandığını gözlemledik. Hastane farkı olmaksızın, tüm katılımcılar arasında hastanelerin teknik donanım ve alt yapılarının yeterli olduğu ve sezaryen oranında etkin bir faktör olarak ifade edilmezken, hasta başı prim sisteminin çok etkili bir faktör olduğu belirtilmiştir. Hastane kaynaklı nedenlerin, hastanelere göre etkisi Şekil 3'te sunulmuştur.

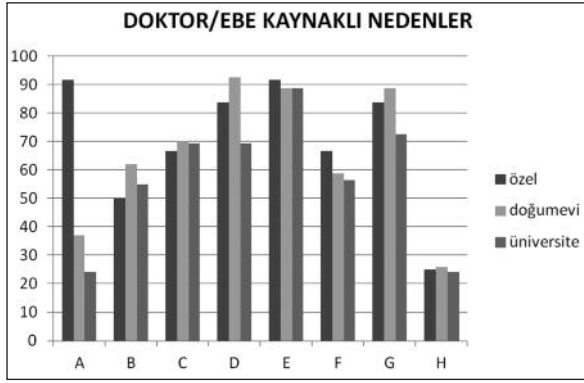
MEDİKO-LEGAL NEDENLER

Hastane farkı gözetmeksizin çalışmaya katılan tüm katılımcılara göre, tüm yasal sorumluluğun hekim üzerinde olması, hasta ve hasta yakınlarından şiddet görme korkusu ve haksız yere basında yer alma

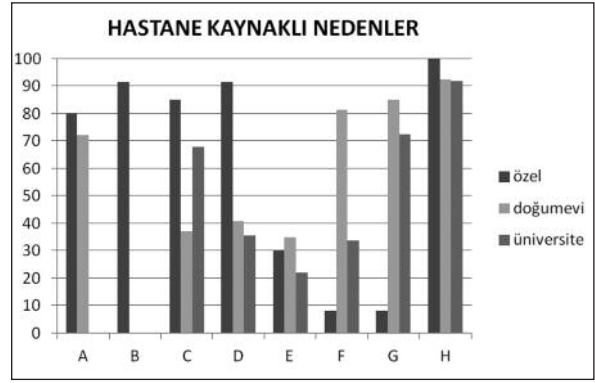


ŞEKİL 1: A: İsteğe bağlı sezaryenler; B: Artan maternal obezite; C: Gebelikte yetersiz egzersiz; D: İleri maternal yaş; E: Artan infertilite tedavileri. (Dikey eksen: evet cevaplarının yüzdesi, 100=%100)

korkusu “çok etkili faktör” olarak değerlendirilmiştir. Mediko-legal nedenlerin, hastaneler göre etkisi Şekil 4'te sunulmuştur.



ŞEKİL 2: A: Ebelerin deneyim yetersizliği, B: Gebe takibinde gebenin doğum konusunda yetersiz eğitilmesi, C: Doktorların makat doğum yaptırmayı tercih etmemeleri, D: Doktorların SSVD'yi tercih etmemeleri, E: Doktorların müdahaleli doğum yöntemlerini tercih etmemeleri, F: Sezaryeni anne ve bebek için daha güvenli bulma, G: Doğum indüksiyonunun agresif kullanımı, H: Doğal doğumun üstünlüğüne inanmama (Dikey eksen: evet cevaplarının yüzdesi, 100=%100).



ŞEKİL 3: A: Mesai dışı anestezi ve çocuk doktoru olmaması, B: Mesai dışı KD uzmanı olmaması, C: Doğumu gebeliği takip eden hekimin yaptırmaması, D: Yardımcı personel ve eksikliği, E: Doğumhane ve travay odalarının alt yapı yetersizliği, F: Doğumlara epidural anestezi uygulanmaması, G: Hasta mahremiyetine saygı duyulmaması, H: Hasta başı prim sistemi (Dikey eksen: evet cevaplarının yüzdesi, 100=%100).

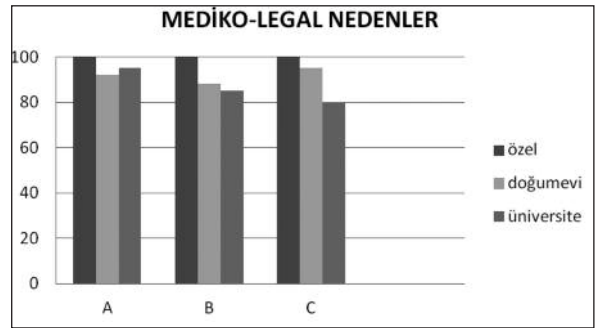
ÇÖZÜME YÖNELİK ÖNERİLER

Çalışmamızın son bölümünde tüm katılımcılara “Türkiye’de sezaryen oranını düşürmek için atılması gereken en önemli adımlar neler olmalıdır?” sorusu yöneltildi. Tüm katılımcıların çözüme ait en sık “Hukuki düzenlemeler ile güvenli çalışma ortamının sağlanması” önerisinde bulunduğu gözlemlendi. Katılımcıların en sık verdiği üç cevabın hastanelere göre dağılımı Tablo 2’de sunulmuştur.

Ayrıca katılımcıların %94’ü “Sizce isteğe bağlı sezaryenin yasaklanması çözüme katkı sağlar mı?” sorusuna “hayır” cevabı verirken, %98’i “Sağlık Bakanlığının bireysel sezaryen oranı yüksek KD uzmanı hekimleri doğum eğitimine göndermesi uygulamasının çözüme katkı sağlayabileceğini düşünüyor musunuz?” sorusuna “hayır” cevabını vermiştir.

TARTIŞMA

“Bir ülkede sezaryen oranı”, pek çok faktörden etkilenen karmaşık bir olgudur ve bu problemin farklı pencerelerden bakıldığında farklı nedenleri olabilir. Ancak sorunun temelden çözülebilmesi için, konunun odak noktasında yer alan hekimler ve ebelerin, bakış açısı oldukça önemlidir. Çalışmamızda, hekim ve ebelerin anket sorularına verdikleri yanıtlar ve çözüme yönelik önerilerini hastane bazında yorumlamaya çalıştık.



ŞEKİL 4: A: Tüm yasal sorumluluğun hekim üzerinde olması, B: Hasta ve hasta yakınlarından şiddet görme korkusu, C: Haksız yere basında yer alma korkusu (Dikey eksen: evet cevaplarının yüzdesi, 100=%100).

HASTA KAYNAKLI NEDENLER

Çalışmamızda, isteğe bağlı sezaryen dışında hasta kaynaklı nedenler, hastane farkı gözetmeksizin çalışmaya katılan tüm katılımcılar tarafından kısmen etkili bir faktör olarak değerlendirilmiştir. Hasta kaynaklı nedenler başlığı altında irdelenen faktörler oldukça farklıdır. İleri maternal yaş ve değişen yaşam tarzları gibi nedenlerin değiştirilmesi pek olası değildir. İnfertilite tedavilerindeki artan başarı ise yüksek sezaryen oranına katkı sağlıyorsa da olumsuz bir durum değildir.

Türkiye’de kamu kurumları ve üniversite hastanelerinde isteğe bağlı sezaryen yapılmamaktadır, bu durum, elektif sezaryen talebi olan gebenin özel sağlık kuruluşlarına yönelmesine yol açmaktadır ve

TABLO 2: Türkiye'de sezaryen oranını düşürmek için atılması gereken en önemli adımlar neler olmalıdır? Sorusuna verilen cevaplar (sıklık sırasına göre).

Özel hastane	<ol style="list-style-type: none"> 1. Hukuki düzenlemeler ile güvenli çalışma ortamının sağlanması 2. Mesai dışı güvenli doğum takibinin sağlanması (anestezi ve pediatri açısından) 3. İcap sisteminin ortadan kalkması 4. Ebelerin eğitim düzeyleri artırılarak, doğum sürecinde aktif yer alması 5. "Doğumu gebeliği takip eden hekimin yaptırması" anlayışının düzelmesi
Doğumevi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Hukuki düzenlemeler ile güvenli çalışma ortamının sağlanması 2. Ücretlendirmede hasta başı prim sisteminin kaldırılması 3. Normal doğum ücretlerinin teşvik edici düzeyde olması 4. Doğumlarda epidural anestezi uygulamasının yaygınlaştırılması 5. Ebelerin travay takibi ve doğum için prim almaları
Üniversite hastanesi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Hukuki düzenlemeler ile güvenli çalışma ortamının sağlanması 2. Gebe takibinde gebenin normal doğum konusunda yeterli düzeyde eğitilmesi 3. Gebelik takibi sırasında gebelerin normal doğuma hazırlanması 4. Hasta mahremiyetine saygı duyulması 5. Gebe ve yakınlarının sezaryenin komplikasyonları hakkında kapsamlı bilgilendirilmesi

özel hastanelerin %70'e varan yüksek sezaryen oranına katkıda bulunmaktadır. "Elektif sezaryen" tartışmalı bir konu olsa da, vajinal doğum, pelvik prolapsus, anal ve üriner inkontinans, seksüel fonksiyon kaybı, uzamış travay, acil sezaryen ya da müdahaleli doğum gereksinimi, kalıcı fetal hasar gibi riskler barındırmaktadır ve sezaryenin komplikasyonları hakkında yeterince bilgilendirilmiş gebenin sezaryen talebini geri çevirmek etik görünmemektedir. 2013 yılına ait bir meta-analizin sonuçlarına göre ABD'de gerçekleşen doğumların en az %3'ünü hasta isteği nedeniyle yapılan sezaryenler oluşturmaktadır.³ Üç yüz kırk dört, komplike olmayan gebeliğe sahip gebeye doğum tercihlerinin sorulduğu bir çalışmada, Türkiye'deki gebelerin %14,5'i elektif sezaryen tercihi belirtmiştir.⁴ Keza başka bir çalışmada, obstetrisyenlerin %21'i, ürojinekolojistlerin %50'si ve kolorektal cerrahların %48'i kendi ya da partnerlerinin doğumunda elektif sezaryeni tercih etmektedir.⁵ Bir başka çalışmada ABD'de ürojinekolojistlerin %62'sinin elektif sezaryeni desteklediği gösterilmiştir.⁶ Sonuç olarak, normal doğumun avantajlarını en iyi bilen hekim grubunda dahi elektif sezaryen tercih edilebilmektedir ve her iki doğum yönteminin avantaj ve dezavantajları konusunda iyice bilgilendirilmiş gebenin doğum şek-

lini tercih etme hakkı vardır. Burada önemli olan, gebenin sezaryenin kısa ve uzun dönemde doğuracağı olumsuzluklar hakkında yeterince aydınlatılması ve bu yönde onunun alınmasıdır. Elektif sezaryeni yasaklamak, çalışmaya katılanların %94'ü tarafından çözüme katkı sağlayacak bir yol gibi görülmemiştir.

Tüm dünyada değişen yaşam tarzlarına bağlı olarak maternal obezitede artış ve gebelikte yetersiz egzersiz, sezaryen oranlarına katkı sağlayan bir faktördür. 287,213 gebenin sonuçlarının değerlendirildiği bir çalışmada, maternal obezitenin gestasyonel diyabet, preeklampsi, 90 persantil üstü bebek doğurma ve acil sezaryen gereksinimini arttırdığı gösterilmiştir.⁷ Gebelik öncesi obeziteyle mücadele ve gebelikte doğru diyet uygulamaları konusunda gebelerin eğitim sezaryen oranlarını düşürmeye katkı sağlayabilir. Gebelikte egzersizin diyabet ve preeklampsi riskini azalttığı, kilo alımını düzenlemeye yardım ettiği ve sezaryen oranını düşürdüğüne dair çalışmalar mevcuttur.^{8,9}

Yıllar içinde kadınların eğitim süreçleri, iş yaşamının getirdiği zorluklar, geç evlenme ya da gebeliği erteleme isteği gibi faktörler, maternal yaş ortalamasını arttırmıştır. İnfertilite tedavilerinde başarının artması da sezaryen oranına katkı sağlayan bağımsız bir risk faktörü olarak görülmektedir.^{3,4}

DOKTOR VE EBE KAYNAKLI NEDENLER

Çalışmamızın yapıldığı üç hastaneden, özel hastanede ve üniversite hastanesinde ebelerin aktif doğum sürecine katılmadığı bulunmuştur. Bunun bir nedeni, ebelerin eğitim süreçleri içinde yeterli bilgi ve deneyimi kazanamaması iken, bir başka faktör, gebelerin doğumu hekimin gerçekleştirmesi yönündeki beklentisi ve baskısıdır. Oysa ülkemizdeki mevcut yasalar, ebeyi normal doğum yaptırmaya yetkili kılmaktadır. Ancak aynı yasal düzenlemelerde “Ebeler, bu asli görevlerinin yanında hemşirelerin gördükleri hizmetleri de görmek ve onların uymak zorunda bulunduğu hükümlere uymakla yükümlüdür” ibaresi, ebelerin asli görevlerinden uzaklaşmasına yol açarken, ebenin yürütmesi gereken travay ve normal doğum yükünü KD uzmanı hekimlerin üzerine yığılmıştır.

Ebeliğin doğası, doğumu fizyolojik akışı içerisinde izlemeye uygundur. Literatürde ebelerin yaptırdığı doğumlarda sezaryen doğum, oksitosin uygulama, amniotomi, doğumda analjezi ve anestezi ve girişimli doğum oranlarını istatistiksel olarak anlamlı derece düşük olduğunu gösteren çalışmalar vardır.^{10,11} Dünya genelinde, sezaryen doğum oranlarının yüksek olduğu İtalya, Brezilya, Şili gibi ülkelerdeki ebelik sisteminin yetersiz olduğu, öte yandan 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 ettiği görülmektedir.^{12,13}

Çalışmamızda, özel hastanedeki doğum ekibinin verdiği yanıtlar, bu tip hastanede hem sayı ve eğitim düzeylerinin yetersiz oluşu bakımından hem de doğum sürecine aktif katılmama bakımından ebe faktörünün yüksek sezaryen oranında çok etkili olduğunu düşündürmektedir. Özel hastanede çalışan ebelerin mezuniyet sonrası aktif çalışma süreleri ortalama 1,2 yıl olarak bulunmuştur. Bu durum KD hekiminin gebe takibini ebeye teslim etmek istememesinin bir nedeni olabilir.

Devlet hastanesinde, ebeler doğum sürecinde daha aktif rol almaktadır ve bu durum, kamu hastanesinin sezaryen oranına pozitif yönde yansımaktadır. Ancak, çalışmamızdaki açık uçlu sorulara verilen cevaplardan anladığımıza göre, kamu hastanesindeki ebelerin yaptırdıkları ve takip ettikleri doğumlardan herhangi bir prim almamaları, yasal olarak kendilerini güvende hissetmemeleri ve gebelerin doğumu yaptıracak kişi olarak ebeye güvensiz bakış açısı ebelerin doğum yaptırmak konusundaki isteğini azaltmaktadır.

Ebelerin temel görevlerinden biri de, gebe takibi sırasında gebeyi normal doğum konusunda eğiterek doğuma hazırlamak olmalıdır. Türkiye’de birinci basamak sağlık kuruluşları tarafından yapılan gebelik izlemi, DSÖ önerilerini karşılamaktadır. TNSA-2008 verilerine göre, Türkiye’de her 10 gebeden 9’u doğum öncesi gebelik izlemi almaktadır ve gebelerin %74’ü “yeterli düzeyde gebelik izlemi” olarak tanımlanan gebelik boyu en az dört kez gebelik izlemi almaktadır.² Buna keza, bu takiplerde, gebelerin doğum konusunda yeterince hazırlanmadığı bir gerçektir ve gebelikte kaliteli doğum eğitiminin sezaryen oranını düşürdüğünü gösteren randomize çalışmalar mevcuttur.¹⁴ Çalışmamızdan elde edilen verilere göre, ebelerin, gebelik sürecinde yeterli doğum eğitim vermemeleri, katılımcılar tarafından etkili bir faktör olarak değerlendirilmiştir. Birinci basamak sağlık kuruluşlarında, gebeleri normal doğuma hazırlamak üzere hazırlanmış standart bir eğitim programının verilmesi zorunlu hale getirilebilir.

Konuya hekimler açısından bakıldığında, her üç hastane tipinde de KD uzmanlarının makat doğum, SSVD ve müdahaleli doğumları yaptırmak istememelerinin çok etkili bir faktör olduğu görülmüştür. Özellikle malpraktis korkusu ve mesai dışı hastane koşullarının yetersizliği, deneyimli hekimleri özellikli doğumlardan uzaklaştırırken, genç hekimlerin bu müdahaleleri öğrenme şansını azaltmaktadır ve gerekli önlemler alınmazsa, yıllar içinde müdahaleli doğum uygulamaları giderek unutulacak gibi görünmektedir. ABD’de yapılan bir çalışmada, 1996 yılında %28,3 olan SSVD oranının, 2004 yılında %9,2’ye düştüğü ve bu düşüşte malpraktis korkusunun en etkili faktör olduğu gösterilmiştir.¹⁵

HASTANE KAYNAKLI NEDENLER

Çalışmamızda değerlendirilen üç hastanede de ekipman ve donanım eksikliğinden çok, özellikle mesai dışı koşullarda acil müdahaleyi sağlayacak sağlık personeli eksikliğinin, sezaryen oranını arttıran çok etkili bir faktör olduğu gözlenmiştir. Sağlık Bakanlığının yayımlanmış olduğu doğum izlem rehberinde, makat doğum, çoğul gebeliklerde vajinal doğum ve SSVD gibi özellikli doğumların, ancak mesai dışı acil müdahale olanaklarının tam olduğu hastanelerde yaptırılması önerilmektedir. Çalışmamıza dâhil edilen üniversite hastanesi dışındaki hastanelerde, mesai dışı koşullarda anestezi ve pediatri hekimi olmaması, KD hekimlerini özellikle riskli olgularda, mesai içinde doğum yaptırmaya zorluyor olabilir. Ayrıca çalışmamıza alınan özel ve kamu hastanesinde, KD uzmanları icap usulü çalışmaktadırlar ve yoğun mesai temposu dışında, mesai dışı icaba gelmek, istenmeyen bir durumdur. Üstelik özel hastanede, hasta gebelik takibini yapan doktoru tercih edebilmekte, bu durum KD hekiminin mesai kavramı olmaksızın 7 gün 24 saat hastaneye çağırılma ihtimalini doğurmakta ve insanüstü bir performans gerektirmektedir.

Mesai koşullarında güvenli acil müdahale için gereken sağlık personelinin bulunduramayan özel hastane ve kamu hastanelerinin doğum hizmeti vermemesi, bunun yerine yeterli sayıda hekimin hizmet verdiği doğum hastanelerinin kurulması ve küçük hastanelerin doğum hizmetini bu merkezlerden satın alması çözüme katkı sağlayabilir.

Çalışmamıza alınan üç tip hastanede de KD hekimleri hasta başı pirim/puan usulüne göre ücretlendirilmekteydi ve katılımcılar, bu durumun sezaryen oranı üzerine çok etkili bir faktör olduğunu belirtmiştir. KD uzmanları ve ebelerin yoğun çalışma temposu ve aldıkları riskler göz önünde bulundurularak tatmin edici düzeyde ve sabit maaşla ücretlendirilmeleri, sorunun çözümüne katkı sağlayabilir.

Doğumda epidural anestezi olanaklarının yetersizliği, özellikle kamu hastanesinde sezaryen oranını çok etkileyen bir faktör olarak karşımıza çıkmaktadır. Nitekim Büyükbayrak ve ark.nın yap-

tığı çalışmada, isteğe bağlı sezaryen nedenleri arasında %45,2 ile ilk sırayı vajinal doğumda ağrı çekme korkusunun aldığı gösterilmiştir.⁴

Özellikle kamu ve üniversite hastanelerinde, gebeye yönelik özensiz davranışların ve hasta mahremiyetine saygı duyulmamasının da sezaryen oranına çok etki eden bir faktör olabileceği izlenmiştir.

MEDİKO-LEGAL NEDENLER

Çalışmamızın sonucunda hastane farkı gözetmesizin KD uzmanı ve ebelerin ortak görüşü, malpraktis korkusunun sezaryen oranına çok etkili bir faktör olduğudur. Bu konunun üç önemli ayağı mevcuttur: yasal boyut, medya, hekime şiddet.

Çalışmamızda, tüm katılımcılar tarafından sezaryen oranını düşürmeye yönelik en önemli adım olarak en fazla "Hukuki düzenlemeler ile güvenli çalışma ortamının sağlanması" önerisinin getirilmesi, yasal düzenlemelerin KD hekimleri ve ebeler üzerinde oluşturduğu baskıyı göstermek bakımından önemlidir. 2011 yılında ABD'de yapılan bir çalışmada, 233 738 sigorta poliçesi incelenmiş ve kadın-doğum ile ilgili iddiaların %13'lük bir oranla yedinci sırada olduğu ve bu iddiaların %78'inde tazminat ödenmediği gösterilmiştir.¹⁶ Türkiye'de ise açılan malpraktis davalarında kadın-doğum birinci sırada yer almaktadır. Yüksek sağlık şurasına gelen 1053 dava dosyası içinde kadın-doğumla ilgili dosyalar %18,8 ile birinci sırada yer almaktadır.¹⁷ Açılan davalardaki tazminat talepleri, çok yüksektir.¹⁸ ABD'de yapılan bir çalışmada, sigorta şirketlerinin malpraktis pirimleri arttıkça, primer sezaryen oranının da arttığı gösterilmiştir.¹⁹

Özellikle doğum ile ilgili malpraktis durumlarının, yasal boyutu dışında bir de medya boyutu vardır. 2000-2007 yılları arasında Türk gazetelerinde çıkan malpraktis haberlerinin incelendiği bir çalışmaya göre, 2000 yılında %1,2 olan malpraktis haberi oranı, 2007 yılında %30'a yükselmiştir ve en çok haber %13,4 ile kadın-doğum kaynaklıdır. Haberlerin %98'i ajans kaynaklı olup, %20,3'ü eksik bilgi içermektedir. Haberlerin %47,1'i fotoğraf içermektedir ve fotoğrafların %65'i konuyla ilgisizdir. Haber konusu olan malpraktis olaylarının sadece %2,3'ünde sağlık personeline cezai yaptırım

uygulanmıştır.²⁰ Çalışmamızda haksız yere basında yer alma korkusunun doğum ekibi üzerinde ciddi bir baskı oluşturduğu izlenmiştir.

Tüm dünyada sağlık çalışanlarına şiddet gide-rek artmaktadır. Bir çalışmada, doktor ve hemşire-lerin yarısının sözel, yedide birinin fiziksel şiddete uğradığı gösterilmiştir.²¹ 2011 yılında ülkemizde yapılan bir çalışmada, sağlık çalışanlarının %72'sinin, sağlık çalışanlarına şiddetin arttığını düşün-düğünü ortaya koymuştur. Aynı çalışmada, son bir yılda hekimler arasında en çok şiddete maruz kalan grubun, KD uzmanları olduğu ifade edilmiştir.²²

SONUÇ

Türkiye'de sezaryen doğum oranı, acil önlem alınması gereken seviyeye yükselmiştir. Sezaryen oranı, pek çok faktörün etkilediği karmaşık bir konudur. Ülkemizde doğum yaptırılan sağlık ku-ruluşlarının alt yapıları ve çalışma şekli birbirinden farklıdır ve çözüme yönelik stratejilerin belirlen-mesinde bu farklar göz önünde bulundurulmalıdır. Bu konuda hızla başarıya ulaşmak için, yapılacak daha geniş katılımlı bilimsel çalışmalara ihtiyaç vardır.

KAYNAKLAR

1. Chaillet N, Dubé E, Dugas M, Francoeur D, Dubé J, Gagnon S, et al. Identifying barriers and facilitators towards implementing guidelines to reduce caesarean section rates in Quebec. *Bull World Health Organ* 2007;85(10): 791-7.
2. Aydın DS, Yayla M. [Turkey demographic and health survey results of antenatal care, perinatal fetal and neonatal evaluation with respect to prognosis]. *Perinatoloji Dergisi* 2010; 18(3):85-91.
3. Ecker J. Elective cesarean delivery on maternal request. *JAMA* 2013;309(18):1930-6.
4. Buyukbayrak EE, Kaymaz O, Kars B, Karsidag AY, Bektas E, Unal O, et al. Caesarean delivery or vaginal birth: preference of Turkish pregnant women and influencing factors. *J Obstet Gynaecol* 2010;30(2):155-8.
5. Turner CE, Young JM, Solomon MJ, Ludlow J, Benness C, Phipps H. Vaginal delivery compared with elective caesarean section: the views of pregnant women and clinicians. *BJOG* 2008;115(12):1494-502.
6. Wu JM, Hundley AF, Visco AG. Elective primary cesarean delivery: attitudes of urogynecology and maternal-fetal medicine specialists. *Obstet Gynecol* 2005;105(2):301-6.
7. Sebire NJ, Jolly M, Harris JP, Wadsworth J, Joffe M, Beard RW, et al. Maternal obesity and pregnancy outcome: a study of 287,213 pregnancies in London. *Int J Obes Relat Metab Disord* 2001;25(8):1175-82.
8. Bungum TJ, Peaslee DL, Jackson AW, Perez MA. Exercise during pregnancy and type of delivery in nulliparae. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2000;29(3):258-64.
9. Clapp JF 3rd. The effects of maternal exercise on fetal oxygenation and feto-placental growth. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2003;110(Suppl 1):S80-5.
10. Davis LG, Riedmann GL, Sapiro M, Minogue JP, Kazer RR. Cesarean section rates in low-risk private patients managed by certified nurse-midwives and obstetricians. *J Nurse Midwifery* 1994;39(2):91-7.
11. Janssen PA, Ryan EM, Etches DJ, Klein MC, Reime B. Outcomes of planned hospital birth attended by midwives compared with physicians in British Columbia. *Birth* 2007;34(2):140-7.
12. Butler J, Abrams B, Parker J, Roberts JM, Laros RK Jr. Supportive nurse-midwife care is associated with a reduced incidence of cesarean section. *Am J Obstet Gynecol* 1993;168(5):1407-13.
13. Rowley MJ, Hensley MJ, Brinsmead MW, Wlodarczyk JH. Continuity of care by a midwife team versus routine care during pregnancy and birth: a randomised trial. *Med J Aust* 1995;163(6):289-93.
14. Homer CS, Davis GK, Brodie PM, Sheehan A, Barclay LM, Wills J, et al. Collaboration in maternity care: a randomised controlled trial comparing community-based continuity of care with standard hospital care. *BJOG* 2001; 108(1):16-22.
15. Yang YT, Mello MM, Subramanian SV, Studdert DM. Relationship between malpractice litigation pressure and rates of cesarean section and vaginal birth after cesarean section. *Med Care* 2009;47(2):234-42.
16. Jena AB, Seabury S, Lakdawalla D, Chandra A. Malpractice risk according to physician specialty. *N Engl J Med* 2011;365(7):629-36.
17. Kök AN, Güler M, Çalangu S. [Malpractice in medicine]. *Ankem Dergisi* 2003;17(4):345-51.
18. Gökmen H, Güleç S. [Medical malpractice, professional liability insurance and risk management as a tool for physicians]. *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi* 2010;1:9-16.
19. Rock SM. Malpractice premiums and primary cesarean section rates in New York and Illinois. *Public Health Rep* 1988;103(5):459-63.
20. Ertem G, Oksel E. [A retrospective review about the malpractice applications in medicine]. *Dirim Tıp Gazetesi* 2009;84(1):1-10.
21. Tekin İ. [Violence against emergency staff]. *Türkiye Klinikleri J Surg Med Sci* 2006;2(50): 68-73.
22. Camcı O, Kutlu Y. [Determination of workplace violence toward health workers in Kocaeli]. *Journal of Psychiatric Nursing* 2011;2(1):9-16.