

Sezaryen Oranını Azaltmaya Yönelik Kanıta Dayalı Ebelik Uygulamaları

Evidence-Based Midwifery Practices to Reduce Cesarean Rate

Yasemin BAŞKAYA^a, Fatma Deniz SAYINER^b

ÖZET Sezaryen doğum oranları, riskli durumlarda anne ve bebek mortalite/morbiditesini azaltmayı hedefleyerek özellikle son yirmi yıldır giderek artmıştır. Yüksek maternal ve neonatal komplikasyon oranına neden olan ve sağlık harcamalarını ekonomik yönden arttıran sezaryen doğum oranları günümüzde tüm dünya için endişe verici hale gelmiştir. Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü ülkeleri arasında en yüksek sezaryen doğum oranına sahip ülke olan Türkiye’de her 100 canlı doğumun 50,4’ü sezaryen ile gerçekleştirilmektedir. Sağlık Bakanlığı ve uzmanlar tarafından yürütülen sezaryen oranlarını düşürmeye yönelik çalışmalar sağlık çalışanlarının ve özellikle ebelerin işbirliğinin önemi üzerinde durmaktadır. Ebelerin yapacakları psikososyal, klinik ve yapısal uygulamalar ile multidisipliner çalışılması gereken bu amaca katkı sağlayacaklardır. Bu makalenin amacı dünyada ve ülkemizde sezaryen yaygınlığını azaltmaya yönelik yapılabilecek kanıta dayalı ebelik uygulamalarını literatür doğrultusunda tartışmaktır.

Anahtar Kelimeler: Kanıta dayalı uygulamalar, ebelik, sezaryen

ABSTRACT Cesarean birth rates have increased steadily over the past two decades, with the aim of reducing maternal and infant mortality / morbidity in risky situations. Cesarean birth rates, which cause high maternal and neonatal complication rates and increase health expenditures economically, have become worrying for the whole world today. In Turkey, the country with the highest cesarean birth rate among Organization for Economic Cooperation and Development countries, 50.4 of every 100 live births are performed with cesarean section. Efforts to reduce cesarean rates conducted by the Ministry of Health and authorities emphasizes the importance of cooperation of midwives. Midwives will contribute to this common purpose, which requires multidisciplinary study with psychosocial, clinical and structural applications. The purpose of this article is to discuss in the light of the literature the evidence-based midwifery practices that can be done to reduce cesarean rates in the world and in our country.

Keywords: Evidence-based practice, midwifery, cesarean section

GİRİŞ

Sezaryen operasyonu, tıp tarihinde en eski operasyonlardan biri olup yüzyıllar boyunca yapılagelmiştir.¹ Sezaryenin ortaya çıkışında öncelikli amaç, anneden ziyade bebeği kurtarmaktı çünkü operasyon sonrasında annenin yaşama şansı yok denecek kadar azdı. Son yüzyılda enfeksiyonun kontrolü ve sütür başarısı gibi nedenlerle başarılı sezaryenler artmıştır. Önceleri hayat kurtarmak amacıyla nadiren başvuru olan sezaryenle doğum son yıllarda tüm dünyada artış göstermektedir. Bu artışın nedenleri arasında; ilk gebelik yaşının ileri olması, paritenin azalması, ultrasonografi ve fetal monitorizasyonun yaygın olarak kullanılması, eski sezaryen sayısında artış, yardımcı üreme tekniklerinin yaygın kullanılması gibi nedenler vardır. Ayrıca normal vajinal doğumun uzun ve

ağrılı olması, anne adaylarının oluşabilecek sorunlar nedeni ile normal doğumdan korkması isteğe bağlı yapılan sezaryenin daha kolay bir yöntem olarak görülmesidir.^{2,3}

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tüm doğumların yalnızca %10-15’inin sezaryen olmasını önermektedir. Tıbbi endikasyon olduğu durumlarda sezaryen, anne ve bebek ölümlerinin azaltmasında etkilidir. Fakat sezaryen prevalansı, hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerin çoğunda önerilen seviyenin üzerindedir ve yıllar içinde artan bir eğilim göstermektedir.^{2,4} DSÖ verilerine göre Kanada’da sezaryen oranı 1995’de %17,5 iken 2003 yılında %23,7’ye yükselmiştir.⁵ TNSA 2013 verilerine göre son beş yılda meydana gelen tüm doğumların %48,1’i sezaryen ile yapılmıştır. Sezaryen doğumlar,

Geliş Tarihi/Received:27-08-2017 / **Kabul Tarihi/Accepted:**05-11-2017

^aArş. Gör., Sakarya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü, Sakarya, yaseminhamlaci@gmail.com, ORCID: 0000-0002-1533-8667

^bDoç. Dr., Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü, denizsayiner@gmail.com, ORCID: 0000-0001-9287-989X

Sorumlu yazar /Correspondence Arş. Gör. Yasemin BAŞKAYA, Sakarya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü, Sakarya, yaseminhamlaci@gmail.com

TNSA 2008'e (%37) göre büyük ölçüde yükselmiştir. Aynı zamanda ilk doğumların yüzde 52'si sezaryen ile yapılmıştır. Sezaryen ile yapılan doğumlar, Doğu bölgesi (%32) hariç tüm bölgelerde %50 ve üzeridir.⁶ Türkiye, Sağlık Bakanlığı ve İktisadi İşbirliği ve Gelişme Teşkilatının (OECD) verilerine göre, dünyada en fazla sezaryenle doğum yapılan ülkeler sıralamasında ilk sırada yer almaktadır. 2016 yılında Türkiye'de dünyaya gelen bebek sayısı 1.248.041'dir ve bu bebeklerin 676.152'si (%54.17) sezaryenle dünyaya gelmiştir.⁷

Günümüzde, güvenli uygulanan bir cerrahi işlem olmasına rağmen, majör bir girişim olduğu için sezaryenle doğum bazı komplikasyonları da beraberinde getirmektedir. Sezaryen doğum yapan kadınlar vajinal doğum yapan kadınlarla karşılaştırıldığında daha büyük riskler taşımaktadır. Sezaryen sırasında ve sonrasında karşılaşılan maternal komplikasyonlar; enfeksiyon, anestezi riskleri, hemoraji, komşu organ yaralanmaları, emboli vb.dir. Sezaryen sonrası en sık görülen komplikasyonlardan biri sepsistir ve sezaryen sonrası kanama, enfeksiyon gibi komplikasyonlar nedeniyle anne ölüm oranlarında artış görülmektedir.⁸ Özellikle tekrarlayan sezaryenlerde kadınların sonraki gebeliklerinde plasenta previa, plasentanın morbid yapışıklığı ve plasentanın anormal yerleşmesi gibi ciddi plasental anomalilerin görülme olasılığı daha yüksektir.⁹ Ayrıca vajinal doğuma kıyaslandığında sezaryen doğum sonrası hastanede kalma süresi yaklaşık 3 kat daha uzundur. Sezaryen sırasında ve sonrasında karşılaşılan yenidoğana yönelik komplikasyonlar ise; neonatal morbidite, bebekte yaralanma, neonatal respiratuar distres sendromu şeklinde özetlenebilir. Ayrıca, sezaryen doğum sonrası annenin anesteziden uyanması, ağrılarının fazla olması, abdomende insizyon bulunması gibi nedenlerle anne bebek ilişkisi olumsuz etkilenmekte ve annelerin bebeklerini erken emzirme oranları düşmektedir.¹⁰ Yenidoğanın barsak gelişimi doğum şekli ve ilk günlerdeki beslenme şeklinden etkilenmektedir. Doğumda yenidoğan barsağı bakterileri içeren çevre ile temasla kolonize olur. Vajinal yolla doğan bebekler erkenden kolonize olurken sezaryenle doğan bebeklerde gaitada bakteri sayısı ve bifidobakteri içeriği birinci ayda bile vajinal doğum ile doğanlardan daha az bulunmaktadır.¹¹

Yüksek maternal ve neonatal komplikasyon oranına neden olan ve sağlık harcamalarını ekonomik yönden arttıran sezaryen doğum oranları günümüzde tüm dünyanın sorunu

haline gelmiştir. Sezaryen oranlarının azaltılması için sağlık çalışanlarına büyük görev düşmektedir. Doğumhane ve birinci basamakta gebelerle birebir temas kurmakta olan ebelerle daha büyük görevler düşmektedir. Sezaryen doğum oranlarının düşürülmesinde ebelik uygulamalarını psikososyal, klinik ve yapısal uygulamalar olarak üç ana başlık altında toplayabiliriz.

Sezaryen Oranlarının Düşürülmesinde Ebelik Uygulamaları

Psikososyal Uygulamalar

Sezaryen doğum oranının artma nedenlerinin başında kadının vajinal doğumdan korkması nedeniyle isteğe bağlı sezaryen yapılması gelmektedir. Kadınların normal vajinal doğum korkusu bebeğin ölmesi veya zarar görmesi, doğum yapabilecek yetenekte olmadığını düşünme, ağrı yaşama, doğum personeline güvenmeme, ölüm, epizyotomi, fazla kanama, doğum boyunca yalnız olma, doğumun nasıl olacağını bilmeme gibi nedenlerden kaynaklanmaktadır.¹²⁻¹⁴ Duran ve Atan'ın¹⁵ 2011 yılında yapmış oldukları kalitatif bir çalışmada kadınlar “-normal doğumun ağrısı fazla, sezaryen daha iyi, acı hissedilmediği için, param olsa sezaryen olurum, hem bebek hem de anne daha az zarar görüyor, daha rahat” demişlerdir. Sezaryen ve normal doğuma yönelik bilgi eksikliği ve yanlış inançların korkuya neden olduğu ve bunun sezaryen isteğine yol açtığı görülmüştür. Kadının doğum deneyimini olumlu yaşayabilmesi için ağrı, gerginlik ve korku döngüsünün kırılması önemlidir. Bu döngünün kırılması için doğum öncesi ve doğum sırasında verilecek olan ebelik bakımı ve desteği doğumda önem kazanmaktadır. Psikososyal ebelik uygulamaları; doğum öncesi, doğum veya doğum sonrası dönemde kadının psikolojik refahına odaklanarak sezaryen oranına değinmektedir. Bu psikososyal uygulamalar, gebelik ve doğumun psikolojik yönlerini sosyal destek ve eğitim yoluyla ele alarak sezaryen oranını azaltmaya çalışmaktadır.

Antenatal dönemde verilen doğuma hazırlık eğitimi kadınların doğuma yönelik bilgilerini arttırarak doğum korkularını azaltmaktadır. 2008 yılında yapılan bir çalışmada; orta gelirli çiftlere verilen doğum desteğinin, sezaryen doğum oranını ve epidural analjezili doğum oranını azalttığı görülmüştür.¹⁶ 2016 yılında yayınlanan bir çalışmaya göre; doğuma hazırlık sınıflarına katılma durumları kadınların doğum şekli tercihlerini etkilemektedir. Bu

yüzden gebelerin doğuma hazırlık sınıflarına katılmaları ve ya doğum konusunda danışmanlık almaları önerilmektedir.¹⁷

Antenatal eğitimin doğumda kendine güven ve ağıryla baş etmeye etkisini araştıran çalışmalar kadınların doğum sürecine uyum sağlamasıyla sezaryen olasılığının da azaldığını göstermektedir. Ip ve arkadaşları 2009 yılında yayınladıkları çalışmada, eğitim alan kadınların doğuma yönelik öz-yeterliliklerinin arttığı ve doğum ile daha iyi baş ettiklerini saptamıştır.¹⁸

Klinik Uygulamalar

Klinik uygulamaları; ebe yönetimindeki doğumlar, mobilizasyon ve pozisyon, doğumhaneye geç kabul, distosinin tanılanması, sürekli intrapartum destek, partograf kullanımı ve sezaryen sonrası vajinal doğum konularında özetleyebiliriz.

Ebe yönetimindeki doğumlar

Yirmi yıl öncesine kadar doğumlar ebe yönetiminde oluyorken, ebelerin doğumlardan çekilmesiyle doğumlar daha medikalize olmuş ve sezaryen oranları artmıştır. İyi yetişmiş bir ebe, gebe takipleri sırasında sorunlu gebelikleri tespit ederek, risk taşımayan gebelerin doğumunu gerçekleştirebilir. Sandall ve arkadaşlarının 2016 yılında yaptıkları Cochrane çalışmasında, kadınların ebe yönetiminde verilen sağlık hizmeti ve bakımdan daha memnun kaldıkları bildirilmiştir. Çalışma sonucunda, sezaryen vakalarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamasına rağmen doğumda epizyotomi, bölgesel anestezi ve müdahaleli doğumların daha az olduğu, spontan vajinal doğumların daha fazla olduğu bulunmuştur.¹⁹

Mobilizasyon ve pozisyon

Tarih boyunca doğumda kadınların hareket etme özgürlüğü olmuş özellikle dik pozisyonlardan yararlanılmış ve yatış pozisyonları tercih edilmemiştir. Günümüzde ise, kadının elektronik fetal monitörizasyona bağlı kalarak fetüsün takibinin kolaylaştırılması, intravenöz tedaviler, perineal bölgesine müdahalelerin yapılması gibi medikal nedenlerle yatış pozisyonları daha fazla tercih edilmektedir. Yerçekimi etkisinin fazla olduğu dik pozisyonlar ise kadının sırt ağrısını hafifletip, fetüsün rotasyon ve inişi kolaylaştırarak travay süresini kısaltmaktadır. Ayrıca fetal kalp atımındaki yavaşlamaları azaltıp, kontraksiyonların etkinliğini artırır bu sayede de sezaryen olasılığını düşürmektedir. 2013 yılında yayınlanan Cochrane sistematik incelemesinde,

doğum eyleminin ilk evresinde yürüyüş, ayakta durma ve dik pozisyonlar desteklendiğinde yatar pozisyonlara kıyasla, kadınların doğum süresini ortalama 1 saat 20 dakika kısalttığı, sezaryen ve epidural gereksinimini azalttığı belirtilmiştir.²⁰

Doğumhaneye geç kabul

Yayımlanan bir sistematik analiz çalışmasında (2009), doğumhaneye geç kabulde doğum salonunda bekleme süresinin kıaldığı, gebelerin kontrol duygusunu daha fazla hissettiği, intrapartum analjezi ve oksitosin gereksiniminin daha az olduğu belirtilmiştir. Ancak aynı çalışmada sezaryen oranları ile maternal ve fetal diğer sonuçlara ilişkin yeterli kanıt olmadığı bildirilmiştir.²¹ Kauffman ve arkadaşlarının çalışmasına göre (2016); servikal dilatasyonun 4 cm'den daha düşük olduğu gebelerin doğumhaneye kabulünde medikal müdahale ve sezaryen oranı artmaktadır.²² Ülkemizde doğumhaneye yatış kararını ebe veremiyor olsa da, sezaryen oranlarının azaltılmasında bu konunun önemini göz ardı edilmemesi gerekmektedir.

Distosinin tanılanması

Özellikle erken dönemde hastaneye kabul edilen gebeler sezaryen için risk altındadır. Müdahalelerin birçoğu bu aşamada gerçekleşir bu yüzden çoğu gebe, hekim ve ebe distosinin tanılanması için "daha fazla zaman" ihtiyacını savunmaktadır. Uzmanlar sezaryenin artmasına neden olan uzamış eylem ya da distosi tanılanması için daha katı kriterlere ihtiyacın olduğunu belirtmişlerdir.²³ Aktif fazda yeterli uterusün kontraksiyonlara rağmen iki saat içinde servikal değişikliğin olmamasıyla tanımlanan aktif fazda tıkanma ile ilgili Kaliforniya'da 2008 yılında yapılan retrospektif kohort çalışmasında distosi tanıldıktan sonra olan vajinal doğum ve distosi tanılanmaksızın olan vajinal ya da sezaryen doğum sonuçları karşılaştırıldığında iki saatten daha uzun süre beklemenin yenidoğan riskini arttırmadan sezaryen doğum ile ilişkili maternal riskleri azaltabileceğini düşündürmektedir.²⁴ Güvenli Doğum Konsorsiyumu vajinal yolla ilerlemeye devam eden kadınlarda 4 ile 5 cm'lik dilatasyonun ilerlemesinin 6 saatten uzun sürebileceğini ve 5 ile 6 cm'nin ilerlemesinin 3 saati geçebileceğini buldular. Dolayısıyla belki de "aktif fazı" klinik olarak uygulanan 4 cm yerine 6 cm'den başlatmak daha iyi olarak nitelendirilebilir.²³

Tablo 1. Doğumun Birinci Evresinde Primer Sezaryen Doğumu Önlemede Öneriler ve Kalite Düzeyleri ²⁵

Doğumun birinci evresi	
Öneri	Öneri düzeyi
Uzun süren latent faz (örn. Nullipar kadınlarda > 20 saat ve multipar kadınlarda > 14 saat) sezaryen doğum için endikasyon olmamalıdır.	1B Güçlü öneri, orta kalitede kanıt düzeyi
Doğumun ilk aşamasında yavaş ama ilerleyen doğum, sezaryen doğum için endikasyon olmamalıdır.	1B Güçlü öneri, orta kalitede kanıt düzeyi
Servikal dilatasyonun 6 cm olması çoğu kadının aktif faza geçtiğinin eşik değeri olarak kabul edilmelidir. Bu nedenle, 6 cm'lik açılma olmadan önce, aktif faz ilerleme standartları uygulanmamalıdır.	1B Güçlü öneri, orta kalitede kanıt düzeyi
Aktif fazda duran doğumlar için sezaryen doğum, 4 saatlik yeterli uterin aktiviteye rağmen ilerleme olmayan membranları rüptüre olmuş 6 cm açılması olan veya en az 6 saatlik oksitosin uygulamasına rağmen yetersiz uterus aktivitesi ve servikal değişiklik olmayan kadınlar için düşünülmelidir.	1B Güçlü öneri, orta kalitede kanıt düzeyi

Tablo 2. Doğumun İkinci Evresinde Primer Sezaryen Doğumu Önlemede Öneriler ve Kalite Düzeyleri ²⁵

Doğumun ikinci evresi	
Öneri	Öneri düzeyi
Doğumun ikinci evresinde belirli bir maksimum sürenin ötesinde, tüm kadınların operatif doğum ile doğurması gerektiği tespit edilmemiştir.	1C Güçlü öneri, Düşük kalitede kanıt düzeyi
İkinci evrede doğumun durması tanılanmadan önce, anne ve fetüsün koşulları izin veriyorsa, takip etmeye izin verin: -Multipar kadınlarda en az 2 saat ıkınma (1B) -Nullipar kadınlarda en az 3 saat ıkınma (1B) Süreç belgelendiği sürece daha uzun süreler bireysel bazda uygulanabilir. (örn., Epidural analjezi veya fetal malpozisyon ile) (1B)	1B Güçlü öneri, orta kalitede kanıt düzeyi
Doğumun ikinci evresinde operatif vajinal doğumun iyi eğitilmiş ve deneyimli bir hekim tarafından yaptırılmasının sezaryene alternatif olarak güvenli, kabul edilebilir olacağı düşünülmelidir. Operatif vajinal doğum ile ilgili pratik beceriler ve bakımın devamlılığını konusunda eğitimlere teşvik edilmelidir.	1B Güçlü öneri, orta kalitede kanıt düzeyi
Doğumun ikinci evresinde fetal malpozisyon duruşlarda fetal oksiputun manuel rotasyonu, operatif vajinal doğum veya sezaryen doğum öncesinde düşünülmeli gereken kabul edilebilir müdahaledir. Malpozisyon gelişlerde sezaryen doğumlarının güvenli bir şekilde önlenmesi için, özellikle anormal fetus inişlerde, doğumun ikinci aşamasında fetal pozisyonun değerlendirilmesi önemlidir.	1B Güçlü öneri, orta kalitede kanıt düzeyi

Sezaryen oranlarının azaltılması için Amerikan Obstetrisyen ve Jinekolojistler Cemiyeti ve Maternal-Fetal Tıp Derneği'nin (ACOG ve SMFM) yayınladıkları ortak görüş bildirisinde primer sezaryen doğumu önlemek için doğumun birinci ve ikinci evresindeki bekleme süreleri ve uygulama önerilerini kanıt düzeyleriyle belirtmişlerdir (Tablo 1 ve 2).²⁵ Bu önerilerin ebeler tarafından bilinmesi, distosinin tanınması ve uygun müdahalelerin doğru zamanda yapılması açısından önemlidir.

Sürekli intrapartum destek

Doğum eylemi psikososyal dengelerde bozulmaya neden olan, anne ve ailede yoğun strese yaratan bir süreçtir. Sürekli intrapartum destek; doğum yapan kadına yardımın kesintisiz olarak yapılması, doğum süreci boyunca kadın ve ailesine ihtiyacı olduğunda gerekli desteğin verilmesi anlamlarına gelmektedir. Bu destek; masaj, sıcak veya soğuk uygulama gibi fiziksel rahatı sağlayıcı uygulamalar, kadına cesaret vererek ve sürekli yanında olarak doğum yapan kadına duygusal destek verme, doğumun gidişatı hakkında kadını ve aileyi bilgilendirme, sağlık çalışanları ile iletişimini kolaylaştırma ve bu süreçte kadının haklarını korumayı içerir. Doğum sırasında verilen destek kadınların aktif bir şekilde doğuma katılmasını sağlayarak sezaryen olasılığını düşürmektedir. 2014 yılında yayınlanan bir Cochrane analizinde doğum sırasında eğitilmiş bir kişi tarafından gebeye verilen sürekli desteğin sezaryen olasılığını düşürdüğü görülmüştür.²⁶ Şüphesiz ki doğumda bu desteği en iyi verebilecek kişi ebedir.

Partograf kullanımı

Partograf, doğum eyleminin izlenmesi ve değerlendirilmesi için doğum yöntemine karar vermede kullanılan kağıt üzerindeki grafiksel bir kayıttır. Ülkemizde Sağlık Bakanlığı tarafından sezaryen oranlarının azaltılması amacıyla 2011-/66 sayılı Partograf Genelgesi yayınlanmış ancak bu partograf doğum eyleminin latent ve aktif fazını içerecek şekilde olduğu için yeniden düzenlenmiş, 2015/02 sayılı Partograf Genelgesinde latent faz çıkartılarak Partograf ve Partograf Kullanma Kılavuzu aktif fazda doğum izlemine yönelik olarak tekrar düzenlenmiştir.²⁷ Partograf kullanımının, perinatal ve fetal morbidite ve mortalite üzerine etkisini belirlemek amacıyla yapılan ve 7706 kadını kapsayan Cochrane sistematik incelemesine göre, partograf kullanımının, sezaryen, müdahaleli vajinal do-

ğum ve 5. dakikadaki Apgar skorlarının <7 olması açısından fark bildirilmemiştir. Ayrıca latent fazda partograf kullanılmadığı durumda sezaryen oranlarının daha düşük olduğu bulunmuştur.^{28,29} American Women's Collage, ebelik müdahaleleri sırasındaki doğru değerlendirilmelerin ve kayıtların gerekliliği için tüm ebelerin doğum süreci boyunca partograf kullanmasını önermektedir.³⁰

Sezaryen sonrası vajinal doğum (SSVD)

Edwin Cragin tarafından 1916 yılında "bir kez sezaryen, her zaman sezaryen" olarak söylenen mottunun şuanda geçersiz olduğunun farkına varılmıştır. White, May ve Cluett'in 2016 yılında yayınladıkları bir çalışmaya göre; bir önceki doğumu sezaryen olan kadınlar için ebe liderliğinde doğum öncesi bakım uygulaması, hekim liderliğinde doğum öncesi bakım uygulamasına göre güvenilir ve etkili bir alternatiftir ve istenen sezaryen sonrası vajinal doğuma eğilimi arttırmaktadır.³¹ Nousia ve arkadaşları tarafından 2014 yılında Yunanistan'da ebelerin sezaryen sonrası vajinal doğuma katkılarını araştırdıkları çalışmada, antepartum ve intrapartum dönemde ebe tarafından desteklenen, geçmişte sezaryen doğum yapmış, risk taşımayan tekil gebeliği olan 66 kadın çalışmaya alınmış. Çalışma sonucunda kadınların 52'si (%79) başarılı bir şekilde vajinal doğum yapmıştır.³² Öyle görünüyor ki, antepartum dönemde bir ebe tarafından uygun şekilde bilgilendirilmiş ve hazırlanmış gebelerin, yüksek oranda vajinal doğum elde ettiği görülmektedir.

Yapısal Uygulamalar

Yapısal uygulamalar daha çok hastane organizasyonu ve politikasını ilgilendiren konulardır. Klinik uygulama klavuzlarının kullanılması, kalite iyileştirme stratejileri, ebelik hizmet kalitesinin artması, yeterli ebe sayısı ve uygun çalışma saatleri gibi konulardan bahsedilebilir. Ayrıca ülkemizde anne dostu hastane uygulamasının başlamasıyla birlikte yüksek maliyetli, etkin olmayan tarama ve tanı işlemleri yerine; uygulama amacı kanıt temelli literatüre dayanan, doğum sürecinin normal olduğu, otonomi, güçlendirme, zarar vermeme ve sorumluluk prensiplerine dayanan bir süreç gerçekleşmektedir. Anne dostu hastanelerin sayısı arttıkça ve kanıt temelli uygulamalar sağlık profesyonelleri tarafından etkin kullanıldıkça doğum normal seyrinde, güvenilir ve kadınların kendi istediği şekilde gerçekleşmiş olacaktır.³³

Sonuç

Yıllar içinde giderek yükselen sezaryen doğum oranlarının doğru atılacak stratejik adımlarla ve multidisipliner çalışmalarla zaman içinde oranları azalacaktır. Bu bağlamda kanıta dayalı uygulamaları klinik ile birleştirilmek son derece önemlidir. Kanıt temelli uygulamaların klinik ile birleştirilmesi için ebelerin doğumda daha aktif rol almasının sağlanması gerekmektedir. Sezaryen doğum oranını düşürmek amacıyla ebeler tarafından kadınlara yönelik doğuma hazırlık kurslarının yaygınlaştırılması ve doğuma yönelik olumlu tutum geliştirilmesi desteklenmelidir. Kanıta dayalı uygulamaları içeren hizmet içi eğitim programlarının artırılması, ebelerin güncel gelişmeleri takip etmeleri ve uygulamaları açısından önemlidir.

Kaynaklar

1. Turamanlar O, Songur A. Sezaryen Ameliyatının Tarihsel Gelişimine Anatomik Açıdan Bakış [An Anatomical Look at the Historical Development of Cesarean Operation]. Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Dergisi [Mersin University School of Medicine Lokman Hekim Journal of History of Medicine and Folk Medicine] 2014; 4(2):8-12.
2. Öner S, Koçuş F. Mersinde 18-49 yaş arası bir grup kadında sezaryen sıklığı ve etkileyen faktörler [The prevalence of cesarean section among 18-49-year-old women living in Mersin province and affecting factors]. TAF Preventive Medicine Bulletin 2016; 15(5):401-407.
3. İnanç BB, Sıkar D, Yaşar L, Yaşar N. Eski sezaryenli gebelerin demografik özellikleri ve ilk sezaryen endikasyonlarının değerlendirilmesi [Demographic features and indications of pregnant women with previous cesarean section]. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi [Turkish Journal of Family Practice] 2013; 17(1): 3-7.
4. World Health Organization, WHO Statement on Caesarean Section Rates 2015. (Erişim Tarihi: 30/05/2017) Erişim adresi: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/cs-statement/en/ :
5. 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. Bulletin of the World Health Organization 2007; 85(10): 791-797.
6. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2013. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Ankara.
7. Sert Karaaslan Y, Yener D. Dünyada En Yüksek Sezaryen Oranı Türkiye'de 2017. Anadolu Ajansı Haberi. (Erişim Tarihi: 30/05/2017) Erişim adresi: <http://aa.com.tr/tr/gunun-basliklari/dunyada-en-yukse-sezaryen-orani-turkiyede/763733>
8. Moodliar S, Moodley J, Esterhuizen TM. Complications associated with caesarean delivery in a setting with high HIV prevalence rates. European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology 2007; 131(2): 138-145.
9. Leslie MS. Counseling women about elective cesarean section. Journal of Midwifery & Women's Health 2004; 49(2): 155-159.
10. Eker A, Yurdakul M. Annelerin bebek beslenmesi ve emzirmeye ilişkin bilgi ve uygulamaları [The Knowledge and Practices Mothers to Related of Baby Feeding and Breastfeeding]. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi [Journal of Continuing Medical Education] 2006; 15(9): 158-163.
11. Kültürsay N. Bebeklikte Barsak Florası Gelişimi ve İmmün Sisteme Etkileri [Development of Intestinal Flora in Infancy and Its Effects on Immune System]. Çocuk Enfeksiyon Dergisi [Journal of Pediatric Infection] 2009; 3(2): 75-78.
12. Wiklund I, Edman G, Ryding EL, Andolf E. Expectation and experiences of childbirth in primiparae with caesarean section. BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology 2008; 115(3):324-331.
13. Serçekuş P. Doğum Korkusuna Müdahale: Hypnobirthing [Intervention for fear of childbirth: Hypnobirthing], TAF Preventive Medicine Bulletin 2011; 10(2): 239-242.
14. Şahin N, Dinç H, Dişsiz M. Gebelerin doğuma ilişkin korkuları ve etkileyen faktörler [Pregnant women's fear of childbirth and related factors]. Zeynep Kamil Tıp Bülteni [Medical Bulletin of Zeynep Kamil] 2009; 40(2): 57-62.
15. Duran ET, Atan ŞÜ. Kadınlarda sezaryen/vajinal doğuma ilişkin bakış açılarının kalitatif analizi [Qualitative analysis of perspectives of woman about cessation section/vaginal delivery]. Genel Tıp Derg [Journal of General Medicine] 2011; 21: 83-8.

16. McGrath SK, Kennell JH. A Randomized Controlled Trial of Continuous Labor Support for Middle-Class Couples: Effect on Cesarean Delivery Rates. *Birth* 2008; 35(2): 92-97.
17. Karimi S, Kazemi F, Masoumi SZ, Shobeiri F, Roshanaei G. Effect of Consultation and Educating in Preparation Classes for Delivery on Pregnancy Consequences: A Randomized Controlled Clinical Trial. *Electronic Physician* 2016; 8(11): 3177.
18. Ip WY, Tang CS, Goggins WB. An educational intervention to improve women's ability to cope with childbirth. *Journal of clinical nursing* 2009; 18(15):2125-2135.
19. Sandall J, Soltani H, Gates S, Shennan A, Devane D. Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. *The Cochrane Library* 2016; 4:1-73. doi: 10.1002/14651858.CD004667.pub5
20. Lawrence A, Lewis L, Hofmeyr GJ, Styles C. Maternal positions and mobility during first stage labour. *The Cochrane Library* 2013;10:1-159. doi: 10.1002/14651858.CD003934.pub4
21. Lauzon L, Hodnett ED. Labour assessment programs to delay admission to labour wards. *The Cochrane Library* (Edited in 2009) 2001;3:1-16. doi: 10.1002/14651858.CD000936
22. Kauffman E, Souter VL, Katon JG, Sitcov K. Cervical dilation on admission in term spontaneous labor and maternal and newborn outcomes. *Obstetrics & Gynecology* 2016; 127(3): 481-488.
23. Jackson S, Gregory KD. Management of the First Stage of Labor: Potential Strategies to Lower the Cesarean Delivery Rate. *Clinical obstetrics and gynecology* 2015; 58(2):217-226.
24. Henry DE, Cheng YW, Shaffer BL, Kamala AJ, Bianco K, Caughey AB. Perinatal outcomes in the setting of active phase arrest of labor. *Obstetric Anesthesia Digest* 2009; 29(4): 187-188.
25. Caughey AB, Cahill AG, Guise JM, Rouse DJ, American College of Obstetricians and Gynecologists. Safe prevention of the primary cesarean delivery. *American journal of obstetrics and gynecology* 2014; 210(3): 179-193.
26. Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C. Continuous support for women during childbirth. *The Cochrane Library* 2012;10:1-57. doi: 10.1002/14651858.CD003766.pub4
27. Sağlık Bakanlığı Partograf Genelgesi 2015 (Erişim Tarihi: 20/05/2017) Erişim adresi: <http://kadinureme.thsk.saglik.gov.tr/haberler/946-2015-2-say%C4%B1%C4%B1-partograf-genelgesi-yay%C4%B1nlanm%C4%B1C5%9Ft%C4%B1r.html>
28. Lavender T, Hart A, Smyth R. Effect of partogram use on outcomes for women in spontaneous labour at term. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013; 7: 1-74. CD005461. doi: 10.1002/14651858.CD005461.pub4
29. Başgöl Ş, Beji NK. Doğum eyleminin birinci evresinde sık yapılan uygulamalar ve kanıta dayalı yaklaşım [Common Practices and Evidence Based Approach in First Stage of Labor]. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi [Journal of Duzce University Health Sciences Institute]* 2015; 5(2): 32-39.
30. Beydağ KD, Merih YD, Esencan TY. Doğumhanede Çalışan Hemşire Ve Ebelerin Partograf Kullanımı Ve Partografin Gerekliliğine Yönelik Görüşleri [Opinion of Delivery Room Nurse and Midwives About Using Partogram and Effectiveness of Partograms]. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi [Gümüşhane University Journal of Health Sciences]* 2013; 2(2):193-205.
31. White HK, May A, Cluett ER. Evaluating a Midwife-Led Model of Antenatal Care for Women with a Previous Cesarean Section: A Retrospective, Comparative Cohort Study. *Birth* 2016; 43(3): 200-208.
32. Nousia K, Michalopoulos G, Grigoriadis C, Stournaras S, Brezeanou C, Vrachnis N, Farmakides G. Vaginal birth after cesarean section in Greece and the contribution of the midwives. *HJOG* 2014; 13(3):73-76.
33. Başgöl Ş, Oskay Ü. Ana çocuk sağlığı hizmetlerinin geliştirilmesinde anne dostu hastane modeli [Model of Mother-Friendly Hospitals for Development of Maternal and Child Health Services]. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi [Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences]* 2014; 17(2): 125-129.