



Sezaryen Doğumların Azaltılmasında Ebelin Rolü The Role of Midwifery for Reducing Caesarean Section

Damla Kızılcı Çakaloz¹, Ayden Çoban¹

¹Adnan Menderes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Anabilim Dalı, Aydın, Turkey

ABSTRACT

Although the caesarean section brings significant burdens to the country's economy and is associated with increased risk of maternal mortality and serious foetal morbidity, its rate is increasing year by year in Turkey and other countries in the World. For this reason, various strategies have come up in recent years to reduce cesarean section rates. Instead of physician-based strategies, promoting normal birth by use of midwifery skills as well as continuous support of women and strengthening the care given by midwives is aimed. Since the rate of cesarean section in our country is very high, in order to reduce these rates and to increase midwifery care practices in our country as in the World, there is a need for scientific studies to improve midwifery applications. The aim of this study is aimed to determine the role of midwifery in decreasing cesarean delivery rates.

Keywords: Caesarean section, midwifery, care

ÖZET

Sezaryen doğum ülke ekonomisine önemli yükler getirmesine, artan maternal mortalite ve ciddi fetal morbidite riski ile ilişkili olmasına rağmen, Türkiye ve dünyanın diğer ülkelerinde her geçen yıl artmaktadır. Bu sebeple son yıllarda sezaryen doğum oranlarını düşürmeye yönelik çeşitli stratejiler gündeme gelmiştir. Özellikle hekim temelli stratejiler yerine, ebeler tarafından verilen bakımın güçlendirilmesi ve kadınların sürekli desteklenmesiyle normal doğumun teşvik edilmesi amaçlanmaktadır. Ülkemizdeki sezaryen doğum oranının oldukça yüksek olması nedeniyle bu oranların azaltılabilmesi için dünya da olduğu gibi ülkemizde de ebelik bakım uygulamalarının artırılması ve bu uygulamaları geliştirilmesi için bilimsel çalışmalara ihtiyaç bulunmaktadır. Tüm bu gerekçelerden dolayı bu makalede sezaryen doğum oranlarının azaltılmasında ebelerin rollerinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Anahtar kelimeler: Sezaryen doğum, ebelik, bakım

Giriş

Sezaryen doğum, ihtiyaç olduğu durumlarda anne ve bebek için yaşam kurtarıcı cerrahi bir girişim olmakla birlikte, vajinal doğuma göre maternal mortalite ve morbidite oranlarını arttırabilmektedir. Ayrıca sezaryen doğumun yüksek maternal ölüm, iyileşme, geç emzirmeye bağlı anne-bebek ilişkisinde gecikme, gelecek doğumların risklerini artırma ve hastanede kalış süresinin daha uzun olmasına, hastane maliyetinin artmasına dolayısıyla ülke ekonomisine ciddi yük getirme gibi dezavantajları da vardır^{1,2}.

Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) 1985 yılında Brezilya'nın Fortaleza kentinde düzenlenen toplantısından beri sezaryen konusundaki önerisi; sezaryen için ideal oranın %10 ile %15 arasında sınırlı kalması yönündedir. Ancak o günden bu yana pek çok ülkede olduğu gibi ülkemizde de sezaryen oranı, bu hedefin üzerindedir³.

Sezaryen oranlarındaki bu artışın nedenleri arasında; ilk gebelik yaşının ileri olması, doğum sayısının azalması, ultrasonografi ve fetal monitorizasyonun yaygın olarak kullanılması, yardımcı üreme tekniklerinin yaygın kullanılması, doktorun malpraktis konusunda endişelenmesi, sezaryen doğumun sağlık kurumu ve doktora ekonomik katkılarının olması, normal doğumun zaman kaybı olarak görülmesi, hemşire-ebe ve doktorların eğitimindeki değişiklikler, gebe istemi, antenatal bakım sırasında yetersiz bilgi ve destek verilmesi, annelerin eğitim seviyelerinin yükselmesi, ailelerin ekonomik olarak iyi durumda olmaları, normal doğum korkusu, normal doğum konusunda yanlış inançlar, elektif sezaryenin artması yer almaktadır⁴⁻⁷. Ergöl ve Kürtüncü'nün çalışmasında sezaryen ile doğum yapan kadınların %47,4'ü doğumdan korktuğu için, sezaryen doğumu tercih ettiğini, Karabulutlu'nun çalışmasında sezaryen ile doğumu tercih etme nedenleri arasında ise



en fazla, doktorlarının önerisi/isteği olduğu (%50), Gözükara ve Eroğlu'nun çalışmasında ise en fazla doğumdan/doğum ağrısından korkma (%71,1) ve bebek için daha sağlıklı olduğunu düşünme (%15,5) olduğu saptanmıştır^{1,8,9}. Özkan ve arkadaşlarının çalışmasında da kadınların son doğum şeklinin sezaryen olmasını etkileyen faktörler araştırılmıştır. Çalışmada annenin kente yaşıyor olması 10 kat, son doğumu özel sektörde yapmış olması 2,5 kat, annenin gebelik döneminde problem yaşamış olmasının sezaryen olma durumunu 2,1 kat, hastanede yatmış olmasının 2,3 kat, sezaryen olmayı gerektiren problem yaşamış olmasının 13,2 kat artırdığı saptanmıştır¹⁰.

Yüksek oranda sezaryen doğum bir halk sağlığı sorunudur. Bu nedenle tüm dünyada sezaryen ile olan doğumların aşağıya çekilmesine yönelik bir eğilim vardır¹¹. Özellikle gebenin istemi ve antenatal bakım sırasında yetersiz bilgi ve destek verilmesi ebeler için üzerinde durulması gereken bir konudur. Çünkü ebelik bakımının iyi uygulandığı gelişmiş ülkelerde sezaryen oranlarının düşük olması dikkat çekici bir durumdur. Gelişmiş ülkelerde en uygun ebelik bakımı sunulmakta ve kadın prekonsepsiyonel dönemden doğum sonu döneme kadar nitelikli bakım, izlem, eğitim ve danışmanlık hizmeti almaktadır^{12,13}.

Uluslararası Ebeler Konfederasyonu (International Confederation of Midwives, ICM), doğumun fizyolojik bir süreç olduğunu, doğum ile ilgili konularda primer karar verici kişinin kadın olduğunu ve ebelerin doğumda gerekmedikçe müdahale içermeyen ve kadının özgüvenini artırıcı girişimleri uygulayarak normal doğumları geliştirilmesine ve sezaryen doğum oranlarının azaltılmasına katkıda bulunmaları gerektiğini vurgulamaktadır¹⁴.

Ülkemizde sezaryen oranlarının sağlıklı bir şekilde azaltılabilmesi için, uluslararası ebelik uygulamalarının ülkemizde de işlerlik kazanması gerekmektedir. Ayrıca ebelerin mesleğin doğasına uygun sorumluluklarını yeniden benimsemesi, normal doğumlarda etkinliğini koruması ve arttırması, ebelik aktivitelerinin önemini gösteren bilimsel çalışmalar ortaya koyması gerekmektedir. Bu gerekçelerden dolayı bu derlemede amaç güncel literatürler altında sezaryen doğum oranlarının azaltılmasında ebelerin rollerinin belirlenmesidir.

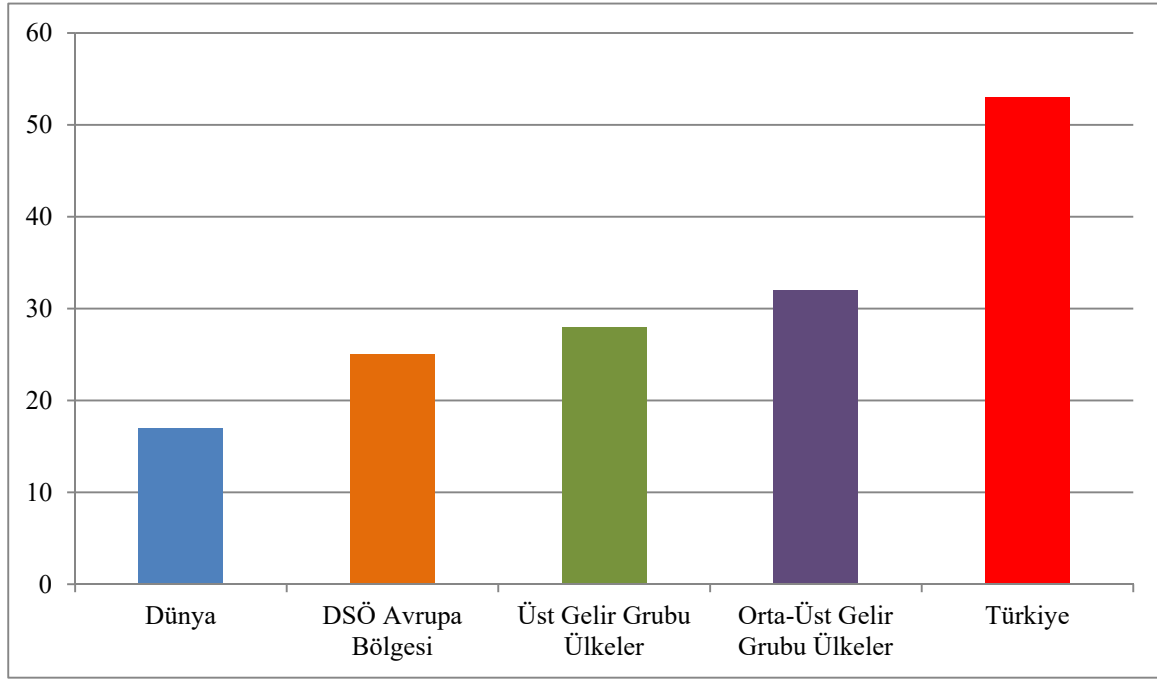
Sezaryen Doğum Sıklığı

Sezaryen doğum sıklığı dünyada ülkeler, şehirler ve hatta hastaneler arasında belirgin farklılıklar göstermekle birlikte tüm dünyada varılan ortak nokta 1970'li yıllardan itibaren sezaryen oranının önlenemez biçimde yükselişte olduğudur¹⁵. Geçmişte anne ve bebek için hayat kurtarıcı son seçenek olarak kadın hastalıkları ve doğum alanında çığır açan sezaryen, günümüzde giderek yaygınlaşarak toplum, hekim, aile ve anne adayı tarafından doğumun kısa sürede sonlanmasını ve zamanlamasını sağlayan konforlu bir doğum şekliymiş gibi doğru olmayan bir biçimde algılanmaya başlanmıştır. Bu durum sezaryeni komplikasyonları ve sonraki doğumlara olumsuz etkisi ile tartışılması gereken toplumsal bir sorun haline getirmiştir¹⁶⁻¹⁸.

Yaklaşık 30 yıldır uluslararası sağlık toplumu sezaryen hızının %10-15 olmasını ideal olarak kabul etmektedir. DSÖ 2015 sağlık istatistiklerine göre bazı ülkelerin sezaryen doğum hızları; ABD'de %33, Brezilya'da %56, Meksika'da %46, Kore ve İtalya'da %38, İsviçre'de %33, Avusturalya ve Almanya'da %32, Kanada'da %27, Yeni Zelanda %24, Hollanda'da %16 ve dünya genelinde %17'dir. Dünya Sağlık Örgütü bölgeleri içinde en yüksek olduğu bölge Amerika (38), en düşük olduğu bölge ise Afrika (4) 'dir. Görüldüğü gibi bu ülkelerde sezaryen hızları Dünya Sağlık Örgütü tarafından önerilen sezaryen hızından oldukça yüksektir¹⁹.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 1998 yılında anne ve bebek sağlığı hizmetlerine ulaşılabilirliğin artırılmasına yönelik çalışmalarını hızlandırmış ve böylece Türkiye'de bebek ölüm hızı binde 7,6'ya, anne ölüm hızı yüz binde 15,2'ye düşürülmüştür^{20,21}. Ancak Sağlık İstatistikleri Yılığında incelendiğinde Türkiye'de 2002 yılında sezaryen oranı %21'iken 2015'de %53'e kadar yükselmiştir²². Sağlık göstergelerimizde önemli iyileşmeler olmasına rağmen olmuş sezaryen oranlarındaki artış dikkat çekicidir¹³.

Şu anda, OECD (Organisation for Economic Cooperation and Development) ülkeleri arasında Türkiye %53,1'lik en yüksek sezaryen oranına sahip ülke olmakla birlikte ikinci sırada yer alan Macaristan, %37,2 ile Türkiye'nin oldukça gerisindedir²³. Sezaryen doğumların tüm doğumlar içindeki oranının 2014 yılına ait uluslararası karşılaştırılması şekil 1'de gösterilmiştir²².



Şekil 1. Sezaryen doğumların tüm doğumlar içindeki oranının uluslararası karşılaştırılması, (%), 2014²²

Türkiye’de bölgelere göre sezaryen oranlarında belirgin fark olmakla birlikte 10 yıl içinde sezaryen doğum yüksek bir hızla artış göstermiştir. Sağlık istatistikleri yıllığında bölgelere göre sezaryen oranlarındaki değişiklik incelenmiş, en yüksek sezaryen oranı Akdeniz bölgesinde 2002 yılında %20’den 2015 yılında %64’e yükselmiştir²². Ülkemizde çeşitli bölgelerde yapılan çalışmalarda sezaryen oranlarının %40 [Konakçı ve Kılıç, 2004] ve %50’lere [Yılmaz ve ark, 2009] kadar çıktığı bildirilmektedir^{24,25}. Güney ve arkadaşlarının Süleyman Demirel Tıp Fakültesi Araştırma Hastanesinde yaptıkları çalışmada 2001 yılında %58 olan sezaryen oranının 2005’te %85’e yükseldiği, Yılmaz ve arkadaşlarının Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi’nde yaptıkları çalışmada 2002 yılında %37,7 olan sezaryen oranının 2007 yılında %51’e ulaştığı ve Kahramanmaraş’ta Coşkun ve arkadaşlarının çalışmasında da 2004’te %34,4 olan sezaryen oranının 2006 yılında %40,2’e yükseldiği saptanmıştır^{25,26}.

Tablo 1. Dünya Sağlık Örgütü Bölgelerine göre Sezaryen Doğum Hızı¹⁹

DSÖ Bölgesi	Sezaryen Doğum Hızı ^a (%)	
Afrika	2007-2014	4
Amerika	2007-2014	38
Güney Doğu Asya	2007-2014	10
Avrupa	2007-2014	25
Doğu Akdeniz	2007-2014	22
Batı Pasifik	2007-2014	25
Dünya Geneli	2007-2014	17

^aAnne sağlığı göstergelerine ilişkin Dünya Sağlık Örgütü küresel veri tabanı, 2015 güncellemesi kullanılmıştır

Türkiye’de doğumların gerçekleştiği hastanelere doğum yaptırılan hastaneye göre bazı kurumların toplam sezaryen oranı Şekil 2’te gösterilmiştir²². Kurumların, hizmet verdikleri toplumun belirli özelliklerini, farklı obstetrik vaka türlerini göz önünde bulundurarak sezaryen doğum oranlarını izlemeleri zorunludur. Sezaryen ile doğumu sınıflandırmak için kullanılan mevcut sistemler arasında, 10 gruplu sınıflandırma (Robson olarak bilinen sınıflandırma) son yıllarda pek çok ülkede yaygın olarak kullanılmaya başlanmıştır. Bu bağlamda DSÖ, sağlık hizmeti veren kuruluşlarda sezaryen doğumun değerlendirilmesi, izlenmesi ve diğer kurumlardaki sezaryen hızları ile zaman içinde kıyaslama yapabilmek için Robson sınıflamasını uluslararası standart olarak önermektedir³. Robson On Gruplu Sınıflandırma Sistemi, sezaryen endikasyonları bakımından objektif olarak farklı obstetrik özelliklere sahip kadınlar arasında sezaryen oranını belirlemek için kullanılan bir sınıflandırma sistemidir^{15,27}. Bununla birlikte bu sınıflandırma sistemi, gebelerin obstetrik

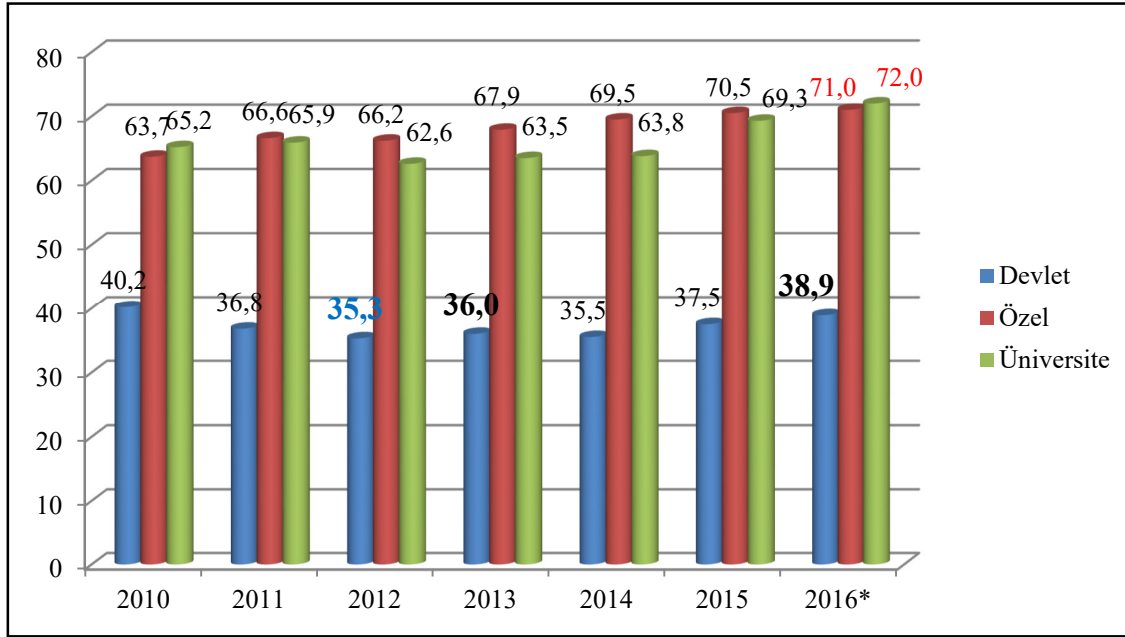
özellikleri ile sınıflanmasını sağlamakta, sezaryen oranları, gruplar arası karşılaştırılabilmekte ve sezaryene götüren bileşenler (Tablo 2) belirlenebilmektedir²⁸. Böylece, hem gelişmekte olan hem de gelişmiş ülkeler hedefledikleri sezaryen oranına ulaşabilmek için ülkelerinin analizini kolayca yapabilirler³. Türkiye’de Sağlık Bakanlığı Robson On Gruplu Sınıflandırma Sistemi’ni Mayıs 2012’den itibaren 1500 hastanede kullanılmaya başlanmış ancak, formun doldurulması aşamasında yaşanan sorunlar nedeniyle 2014 yılından itibaren raporlanmaya başlamıştır. Bu rapora göre 2016 yılı içindeki Türkiye verileri incelendiğinde (Tablo 3) sezaryen doğum yapan gebeler en çok (%64,9) ikinci grupta (Nullipar, tek geliş baş, ≥ 37 hf, indüklenmiş ya da travaydan önce sezaryen yapılmış) yer almaktadır^{29,30}. Aksoy ve arkadaşları 2015 yılında Türkiye’de Robson On Gruplu Sınıflandırma Sistemi’ne göre sezaryen doğumların oranının ve endikasyonlarının inceledikleri çalışmada; gebelerin %49,9 vajinal doğum yaptığını, sezaryen doğum yapan gebelerin, %7,8’i birinci grupta, %10,3’ü ikinci grupta, %14,9’sı beşinci grupta, %6,5’i ise onuncu grupta olduğunu, kadınların sezaryen endikasyonlarında, en yüksek oranın önceden sezaryen geçirmiş olmak (%41) ve ikinci yüksek oranın ilerlemeyen travay (%13,8) olduğu saptanmıştır³¹.

Tablo 2. Robson On Gruplu Sınıflandırma Sistemi²⁸

1	Nullipar, tek geliş baş, ≥ 37 hf, travayı spontan başlamış
2	Nullipar, tek geliş baş, ≥ 37 hf, indüklenmiş ya da travaydan önce sezaryen yapılmış
3	Multipar (eski sezaryenli değil), tek geliş baş, ≥ 37 hf, travayı spontan başlamış
4	Multipar (eski sezaryenli değil), tek geliş baş, ≥ 37 hf, indüklenmiş ya da travaydan önce sezaryen yapılmış
5	Eski sezaryenli, tek geliş baş, ≥ 37 hf
6	Tüm nullipar makatlar
7	Tüm nullipar makatlar (eski sezaryenliler dahil)
8	Tüm çoğul gebelikler (eski sezaryenliler dahil)
9	Tüm transvers-oblikler (eski sezaryenliler dahil)
10	Tüm tek geliş baş, ≥ 36 hf, (eski sezaryenliler dahil)

Tablo 3. Robson Gruplarındaki Sezaryen Yüzdeleri 2014-2016³⁰

Yıllar	Hastane Tipi	Robson 1	Robson 2	Robson 3	Robson 4
		Nullipar, tek geliş baş, ≥ 37 hf, travayı spontan başlamış	Nullipar, tek geliş baş, ≥ 37 hf, indüklenmiş ya da travaydan önce sezaryen yapılmış	Multipar (eski sezaryenli değil), tek geliş baş, ≥ 37 hf, travayı spontan başlamış	Multipar (eski sezaryenli değil), tek geliş baş, ≥ 37 hf, indüklenmiş ya da travaydan önce sezaryen yapılmış
		Sezaryen yüzdesi	Sezaryen yüzdesi	Sezaryen yüzdesi	Sezaryen yüzdesi
2014 yılı	Kamu	19,8	46,4	7,6	26,5
	Özel	51,9	75,8	29,3	58,4
	Üniversite	39,4	64,6	22,2	60,5
	Türkiye	34,0	63,8	13,6	41,2
2015 yılı	Kamu	19,0	51,6	6,5	30,6
	Özel	53,6	75,7	29,9	56,9
	Üniversite	47,1	70,3	37,4	58,3
	Türkiye	34,6	66,4	12,7	43,6
Ocak Eylül 2016	Kamu	18,0	50,2	6,6	28,6
	Özel	52,8	74,7	28,5	57,5
	Üniversite	46,0	67,3	32,5	59,2
	Türkiye	34,3	64,9	12,7	42,8



Şekil 2. Yıllara ve Sektörlere Göre Hastanede Yapılan Doğumların Toplam Sezaryen Oranları, (%), Türkiye^{22,30}

Not: 2016 Sağlık Bakanlığı *Ocak-Mart verileridir.

Sezaryen Sıklığını Etkileyen Faktörler

Tüm dünya genelinde 1980 yılından itibaren teknolojik alandaki gelişmeler, hekime, anneye ve bakıma ilişkin nedenlerle sezaryen sıklığı artış göstermiştir³²⁻³³. Özellikle doğum sayısının azalması ile birlikte giderek daha az sayıda multipar gebe ile karşılaşılması ve nullipar oranında belirgin artış, yardımcı üreme tekniklerindeki gelişmeler ve bu teknikle gebe kalan kadınların doğru olmayan bir inanışla sezaryene yönlendirilmesi, kadının sosyoekonomik düzeyinin düzelmesi ile birlikte ileri yaş gebe sayılarındaki artış, elektronik fetal monitörizasyonun yaygın olarak kullanılması ve akut fetal distres tanısı kesin olarak konmamış vakaların sezaryene alınması, operatif doğum sayısının ve bu eğitimi veren kurum, eğitimli doktor sayısının belirgin olarak azalması, bazı hekimlerin uzun bir travay takibi yerine daha kısa sürede sonuçlanan ve daha kolay olarak görülen sezaryeni vajinal doğuma tercih etmesi, önceden belirlenen zamanda gerçekleştirilebilmesi ve maddi getirisinin hekimi cezabetmesi, geçirilmiş sezaryen öyküsü ile giderek daha sık karşılaşılması ve sezaryen sonrası vajinal doğum vakalarının giderek azalması, ülkelerin malpraktis yasalarında ve davalarında hekimlerin aleyhine olan gelişmeler, sezaryen gerektirebilecek maternal ve fetal sorunların günümüzde antenatal olarak daha çok tespit edilebilmesi, makat gelişlerde tercih edilmesi, makat vajinal doğum deneyiminin giderek azalması, sosyoekonomik seviyesi iyi olan insanların arasında sezaryen ile doğumun daha güvenli olduğu düşüncesi, isteğine bağlı sezaryen kavramının ortaya çıkması ve giderek yaygınlaşması, obez vakaların sayısında artış, gebelere doğum konusunda yeterli düzeyde ebelik bakımı verilememesi ve antenatal dönemde bilgilendirmenin azlığı veya yetersizliği bu artışın nedenleri arasında gösterilmektedir³¹⁻³⁴.

Ayrıca riskli gebeliklerin başarıyla sonlanmasını sağlayan ve çeşitli gebelik komplikasyonlarını önlemede sezaryen doğumun yararını gösteren çalışmalar sezaryen eğilimini artırmıştır. “Bir kez sezaryen, daima sezaryen” inancı, sezaryen sayısının hızla artmasına önderlik etmektedir^{35,36}. Birkaç yeni gözlemsel çalışma, bu gelişimin en büyük katkısının, düşük riskli kadınlar arasında sezaryen doğumunda belirgin bir artış olduğunu ve tekrarlayan sezaryen olgularının bu artışa neden olduğunu ortaya koymaktadır³⁷⁻⁴¹.

Sağlık Bakanlığınca ülkemizde artan sezaryen oranlarının nedenlerini ortaya koyacak geniş ölçekli retrospektif ve prospektif çalışmalar planlanmış olmakla birlikte, bu oranın yükselmesinde hekimin malpraktis korkusu, ağrısız doğumun (epidural anestezi ile) yaygın olarak uygulanamaması, ebelerin aktif

olarak doğumu takibi ve yaptırmasındaki yetersizlikler (gebelerin normal doğum konusunda birebir eğitiminin sağlanmaması, normal doğum korkusu, doğumhane nöbet ekiplerinin oluşturulmaması gibi) ve isteğe bağlı yapılan sezaryen uygulamaları (buna bağlı olarak da tekrarlayan sezaryenlerin artışı) ve sezaryen endikasyonlarının genişletilmesi gibi faktörlerin rol oynadığı düşünülmektedir³⁴.

Sezaryen Sıklığını Azaltmaya Yönelik Öneriler

Sezaryen artan sıklığıyla günümüzde artık önüne geçilmesi gereken toplumsal bir sorun haline gelmiştir. Bu nedenle tüm dünya ülkeleri sezaryen önleme stratejileri geliştirme çabası içindedirler ve sezaryen sıklığını azaltmaya yönelik çeşitli öneriler almışlardır^{30,42}.

İlk olarak akut fetal distres, baş pelvis uygunsuzluğu, ilerlemeyen eylem, başarısız eylem indüksiyonu gibi oldukça liberal kullanılan tanımlamaların açıklığa kavuşturularak sezaryen protokollerinin oluşturulması gerektiği üzerinde durulmaktadır. Bunu takiben sezaryen endikasyonları kılavuzları yenilenmesi ve sınırlandırılması, sağlık sistemleri tarafından hastanelere sezaryen hızı için sınırlama getirilmesi ve özellikle sezaryen sonrası vajinal doğumun (SSVD) yaygınlaştırılması önerilmektedir^{30,32}.

Risklerin belirlenmesine yönelik önerilerden elektronik fetal monitörizasyonun belli endikasyonlar dahilinde uygulanması, obezite, gebelikte aşırı kilo alımı ve fetal makrozominin azaltılması, makat prezentasyonu için vajinal doğumun yaygınlaştırılması, operatif doğumun sezaryenden önce bir seçenek olarak sunulmaya başlanması, travay takibi ve doğum ağrısı ile tıbbi ve tıbbi olmayan yöntemlerle etkin mücadele edilmesi gerekmektedir^{30,33}.

Ebelik uygulamaları açısından ebelik sistemlerinin güçlendirilmesi, gebelerin sezaryen riskleri konusunda bilgilendirilmesine önem verilmesi, gebe ve eşlerinin doğum konusunda eğitim almalarının sağlanması ve vajinal doğum ile ilgili korku, endişe, yanlış bilgi ve inanışlarının düzeltilmesi ve doğum kaygısı (tokofobi) olan kadınların, antenatal dönemde psikoloğa sevk edilmesi gerekmektedir. Ayrıca eğitimlerin sadece gebe odaklı değil halk ve tüm kademededen öğrencilere yönelik düzenlenmesi önerilmektedir^{30,32,42}.

Türkiye'deki sezaryen oranındaki bu kaygı verici artış neticesinde Sağlık Bakanlığı, sezaryen oranını düşürmek için yoğun bir çalışma başlatmış ve bir dizi önlemleri devreye sokmuştur. Bu bağlamda 2017 yılında "Kadın Sağlığı ve Doğum Hizmetlerinin İyileştirilmesi Komisyonunu" tarafından yayınlanan raporda "Türkiye'de yüksek sezaryen oranlarını düşürmek için eylem planı" hazırlanmıştır. 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 özetlenebilir³⁴.

Sezaryen Sıklığını Azaltılmasında Ebenin Rolü

Bugün dünyada bulunan bütün ebeler, kadın sağlığı ve doğum hizmetlerinde birincil bakım sağlayıcı sağlık çalışanları olarak kabul görmektedir. Ebelik uygulamalarının iyi olduğu Avustralya, Yeni Zelanda, Hollanda, İngiltere ve İrlanda gibi gelişmiş ülkelerde sezaryen oranlarının düşük olması dikkat çekici bir durumdur. Bu ülkelerde gebelik, doğum ve doğum sonu hizmetler, ebelerin önderliğinde kesintisiz olarak yürütülmekte ve kadın prekonsepsiyonel dönemden doğum sonu döneme kadar nitelikli ve kaliteli bakım, izlem, eğitim ve danışmanlık hizmeti almaktadır. Sezaryen sıklığının dünya sağlık örgütünün önerdiği şekilde %15 oranına düşürülmesi için, uluslararası ebelik uygulamalarının ülkemizde de işlerlik kazanması gerekmektedir^{12-13,43}.

Kadınlar doğum şekline karar verirken birçok faktörden etkilenebilmektedirler çünkü tıbbi açıdan sezaryen endikasyonu olmayan kadınların, olumsuz sonuçların riski dışındaki sebepleri (sezaryen doğum konusundaki bilgileri, deneyimleri ve çevrelerinden duydukları vb.) sezaryene bakışını önemli ölçüde etkilemektedir^{9,44,45}. Lavender ve arkadaşlarının cochrane sistematik derlemesinde; kadınların yaşadıkları travmatik doğum veya cinsel istismar deneyimi, vajinal doğum korkusu, seçim ve kontrol ihtiyacı ve kültürel nedenlerle sonraki doğumlarında sezaryeni tercih ettikleri belirtilmiştir⁴⁴. Penna ve Arulkumaran (2003) çalışmasında, kadının doğum tercihi kararında, yaşadığı toplumda sezaryenin "iyi" veya "kötü" olarak değerlendirilmesi ve arkadaşlarının etkisinin önemli bir faktör olduğu gösterilmiştir⁴⁶. Özkan ve arkadaşlarının çalışmasında da kadınların gebeliğinde doğum şekilleri hakkında bilgi edinmemiş olmasının sezaryen doğum tercihi kararını 1,4 kat artırdığı saptanmıştır. Sonuç olarak tüm bu faktörlerden etkilenen kadınlar bazen isteyerek, bazen de istemeden planladıklarından farklı bir şekilde doğum yapabilmektedir¹⁰.

Özellikle bu dönemde kadınlar doğum korkusuna ve buna bağlı doğum ağrısı ile baş edememe kaygısı nedeni ile hekimlerinden daha çok sezaryen talep etmektedirler³². Karakuş ve Şahin'in çalışmasında kendi tercihi ile sezaryen ile doğum yapan kadınların %62,1'i ağrı korkusu, %26,4'ü güvenli bulma nedenleri ile sezaryeni tercih ettiklerini bildirmişlerdir⁴⁷. Burada önemli olan gebelerin doğru kişilerden, yeterli düzeyde bilgilendirilerek, uygun doğum şekline yönlendirilmeleri ve doğum eyleminin anne ve bebek açısından olumlu sonuçlanmasıdır⁹. Bu nedenle sağlık hizmetlerinde çalışan tüm ebeler gebelerin sezaryen tercihlerini etkilemede önemli görevler düşmektedir. Ebeler mesleğin etik ilkeleri ışığında kadınlara ve ailelerine gebeliğinin ilk aylarından itibaren doğru ve düzenli bir sağlık eğitimi vererek, tüm olası durumları aile ile tartışabilmeli, yönlendirici olmadan bireysel karara saygı duyarak bireyi desteklemeli ve danışmanlık sorumluluğunu yerine getirebilmelidir^{1,43}. Ayrıca ebe tarafından eğitilmiş gebenin destek alacağı bir arkadaş, eş benzeri yakınının doğuma katılımını sağlamak doğum sırasında anneye duygusal destek sağlaması açısından, ağrı sırasında hareket etme, masaj, dikkati bir objeye yönlendirme benzeri farmakolojik olmayan yöntemlerin ebe tarafından gebeye uygulanması da doğum ağrısının daha az hissedilmesi açısından önemlidir^{32,45}. Sağlıklı bir gebelik, kadının bu süreçte meydana gelen değişimlere hazırlığını ve uyumunu gerektirir. Kadının uyum sağlanabilmesi için de aynı ebe tarafından yakından izlenmesi gerekir. Ayrıca ebeler kadınları yakından değerlendirirken bilgi gereksinimlerini de göz önünde bulundurmalı, eğitim hizmetini çiftlerin/gebelerin doğum şekilleri konusunda sahip oldukları bilgi düzeylerine ve bilgilerindeki eksikliklere ve yanlışlıklara göre planlamalıdır. Böylece yakından izlenen gebeler kendilerini daha çok güvende hissedecek, doğumla daha iyi baş edebilecek ve sonuçta daha az tıbbi müdahaleye ihtiyaç duyacaklardır^{1,32}. Leslie ve Storton "anne dostu 10 adım" başlıklı kanıtları inceledikleri çalışmalarında gebeliği süresince profesyonel bir ebelik bakımı alan kadınların, travayda indüksiyon ve sıvı desteğine daha az ihtiyaç duyduğu, antenatal dönemde daha az hastaneye yattığı, daha az analjezi ve anesteziye başvurduğu, daha az amniyotomi ve operatif doğum uygulandığı, nonfarmakolojik, hidroterapi ve benzer diğer yöntemlerin daha fazla kullanıldığı, spontan doğum oranlarında artma ve sezaryen oranlarında azalma olduğu özellikle fetal distres gibi acil sezaryen ihtiyacında, nulliparlarda azalma ve sezaryen sonrası vajinal doğumlarda artma olduğu iyi kalitede çalışmalarla gösterilmiştir⁴⁸.

Sonuç olarak, normal doğum sürecine ağırlık verilerek sezaryen oranlarını azaltmak ve gereksiz girişimleri önlemek amacıyla ebeler ülkelerinin doğum politikalarında önemli rol üstlenebilirler. Ancak ebeler mesleğin doğasına uygun sorumluluklarını yeniden benimsemesi, normal doğum konusunda kendilerini geliştirerek bu alandaki rollerine sahip çıkması, arttırması ve ebeğin sorumluluk aktivitelerinin önemini gösteren bilimsel çalışmalar ortaya koyması gerekmektedir. Ayrıca kadının gebeliği süresince aynı ebe tarafından eğitilmesi, doğum ve doğum sonrası döneme hazırlanması ve doğumda "anne dostu" uygulama ve yaklaşımların benimsenmesi, ebelerin kamu/özel hastane ile bağlantılı çalışma modelinin uygulanabilmesi ve konu ile ilgili yasal düzenlemelerin yapılması bu alanda gelişmelerin elde edilmesini sağlayacaktır^{12,43,49}.

Sonuç

Konu ile ilgili mevcut kanıtlar, sezaryen doğumun tıbbi olarak işleminin tıbben gerekli olduğunda, perinatal mortalite ve morbiditeyi etkili olarak önlemekte olduğuna ve sezaryen ile doğum oranının tüm dünyada giderek artış gösterdiğine dikkat çekmektedir. Ancak sezaryen doğum oranlarının maternal ve perinatal morbidite, pediatrik sonuç, psikolojik ve sosyal yönden iyilik hali gibi sonuçlar üzerine etkisi hala belirsizdir. Sezaryen doğumun erken ve gelecekteki sağlık etkilerini anlamak için daha fazla araştırma gereklidir³.

Bu bağlamda; ebeler doğum öncesi bakım hizmetleri kapsamında gebelere/ çiftlere konuya ilişkin eğitim ve danışmanlık hizmetinin planlamalı ve uygulamalıdır. Sezaryen ve vajinal doğumun avantaj ve dezavantajlarının anlatıldığı bir gebe eğitim programı oluşturmalıdır. Bu program kapsamında spontan vajinal doğum, müdahaleli vajinal doğum, doğum analjezi ve anestezi ile sezaryen hakkında kanıta dayalı bilgiler vermeli, gebenin doğum şekline ve tercih edeceği hastaneye doğumdan çok önce karar vermesi için yardımcı olmalı ve gebede tokofobi veya vajinismus sorunu var mı? Psikolojik tedavi başlanmalı mı? ayırt edilmesi sağlanmalıdır.

Uluslararası ebelik uygulamalarının ülkemizde de işlerlik kazanması, ebelik sistemi güçlendirilmesine yönelik politikalar oluşturulması sağlanmalıdır. Sağlık sistemleri tarafından hastanelere sezaryen hızı için sınırlama

getirilmesi, sezaryen hızlarını karşılaştırma ve değerlendirmek için küresel standart olarak sınıflandırma sisteminin oluşturulmasına yönelik rehberler geliştirilmelidir.

Ebelik eğitimcileri örgün ve yaygın eğitimler sırasında sezaryen yönetimi ile ilgili uluslararası kuruluşların belirlediği rehberler doğrultusunda eğitim programlarını yeniden düzenlemeli ve ebelerin becerilerini arttırmaya yönelik teknoloji ile uyumlu eğitim teknikleri kullanmalardır.

Hastane yöneticilerinin ebelerin acil durumlarda verecekleri bakım ve müdahale ile ilgili kanıta dayalı bilgi birikimi ile hazırlanmış rehberler oluşturmaları ve ebelerin bu konudaki deneyimlerini arttırabilmeleri için özel eğitim programları hazırlamaları yararlı olabilir.

Kaynaklar

- Gözükara F, Eroğlu K. Sezaryen doğum artışı önlemenin bir yolu: "bir kez sezaryen hep sezaryen" yaklaşımı yerine sezaryen sonrası vajinal doğum ve hemşirenin rolleri. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi. 2011;18:89-100.
- Güney M, Uzun E, Oral B, Sankan İ, Bayhan G, Mungan T. Kliniğimizde 2001 - 2005 yılları arasında sezaryen oranı ve endikasyonları. J Turk Soc Obstet Gynecol. 2006;3:249-54.
- World Health Organization (WHO). Erişim tarihi: 09.01.2018. Available from: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/cs-statement/en/.
- Wang Z, Sun W, Zhou H. Midwife-led care model for reducing caesarean rate: A novel concept for worldwide birth units where standard obstetric care still dominates. Journal of Medical Hypotheses and Ideas. 2012;6:28-31.
- Duran ET, Atan ŞÜ. Kadınların sezaryen/vajinal doğuma ilişkin bakış açılarının kalitatif analizi. Genel Tıp Dergisi. 2011;21:83-8.
- Tekirdağ Aİ, Cebeci R. Eğitim hastanesinde sezaryen oranları. JOPP Derg. 2010;2:21-6.
- Monari M, Di Mario S, Facchinetti F, Basevi V. Obstetricians and midwives attitudes toward cesarean section. BIRTH. 2008;35:129-35.
- Ergöl Ş, Kürtüncü M. Bir üniversite hastanesinde kadınların sezaryen doğum tercihlerini etkileyen faktörler. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi. 2014;1:26-34.
- Karabulutlu Ö. Kadınların doğum şekli tercihlerini etkileyen faktörler. İ.Ü.F.N. Hem. Derg. 2012;20:210-18.
- Özkan S, Sakal FN, Avcı E, Civil EF, Tunca MZ. Kadınların doğum yöntemi tercihi ve ilişkili faktörler. Turk J Public Health. 2013;11:58-71.
- Alonso BD, Silva FMB, Latorre MRDO, Diniz CSG, Bick D. Caesarean birth rates in public and privately funded hospitals: A cross-sectional study. Rev Saude Publica. 2017;51:1-10.
- Arslan H, Karahan N, Çam Ç. Ebeliğin doğası ve doğum şekli üzerine etkisi. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı e-Dergisi. 2008;1:54-9.
- Okumuş, F. Ebeler liderliğinde doğum bakım modeli: Hollanda örneği. Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları ve Anne Çocuk Sağlığı Dergisi. 2016;7:120-41.
- International Confederation of Midwives (ICM). Erişim tarihi: 09.01.2018. Available from:http://internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/CoreDocuments/CD2008_001%20V2014%20ENG%20International%20Code%20of%20Ethics%20for%20Midwives.pdf
- Vogel JP, Betrán AP, Vindevoghel N, Souza JP, Torloni MR, Zhang J. et al. Use of the robson classification to assess caesarean section trends in 21 countries: A secondary analysis of two who multicounty surveys. Lancet Glob Health. 2015;3:260-70.
- Niino Y. The increasing cesarean rate globally and what we can do about it. BioSci Trends. 2011;5:139-50.
- Menacker F, Eugene Declercq E, Macdorman MF. Cesarean delivery: Background, trends, and epidemiology. Semin Perinatol. 2006;30:235-41.
- Flamm BL. Cesarean Section: A Worldwide Epidemic? BIRTH. 2000;27:139-40.
- World Health Organization (WHO). Erişim tarihi: 09.01.2018. Available from: http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2015/en/
- World Health Organization (WHO). Erişim tarihi: 09.01.2018. Available from: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/98398/wa540ga199heeng.pdf
- Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA). Erişim tarihi: 09.01.2018. Available from: http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2013/rapor/TNSA_2013_ana_rapor.pdf
- T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü. Erişim tarihi: 09.01.2018. Available from: http://www.sagem.gov.tr/dosyalar/SIY_2015.pdf
- Organization for Economic Cooperation and Development (OECD). Erişim tarihi: 09.01.2018. Available from: <https://data.oecd.org/healthcare/caesarean-sections.htm>.
- Konakçı SK, Kılıç B. İzmir'de sezaryen ile doğum oranları ve buna etki eden faktörler. Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst. 2004;16:88-95.
- Yılmaz M, İsaoğlu Ü, Kadanalı S. Kliniğimizde 2002-2007 yılları arasında sezaryen olan hastaların incelenmesi. Marmara Medical Journal. 2009;22:104-10.
- Coşkun A, Köstü B, Ercan Ö, Kıran H, Güven MA, Kıran G. Kahramanmaraş il merkezinde 2004 ve 2006 yıllarındaki doğumların karşılaştırılması. TJOD Dergisi. 2007;4:168-72.
- Betrán AP, Vindevoghel N, Souza JP, Gülmözoglu AM, Torloni MR. A systematic review of the robson classification for caesarean section: What works, doesn't work and how to improve it. PLoS ONE. 2014;9:e97769.

28. Robson MS. Classification of caesarean sections. *Fetal Mat Med Rev.* 2001;12;23–39.
29. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kadın ve Üreme Sağlığı Daire Başkanlığı. Erişim tarihi: 09.01.2018. Available from: <http://www.thsk.gov.tr>.
30. Sarıkaya E. Doğum şekli tercihinin multidisipliner irdelenmesi çalıştay sonuç bildirgesinin anne ölümleri açısından özeti. 25. Avrupa 15. Ulusal Jinekolojik ve Obstetrik Kongresi, 10-11 Şubat 2017, Ankara.
31. Aksoy YE, Sert E, Er M, Can HÖ. Robson on gruplu sınıflandırma sistemine göre sezaryen doğumların incelenmesi. *Uluslararası Hakemli Hemşirelik Araştırmaları Dergisi.* 2015;2:18-25.
32. Vural G, Erenel AŞ. Doğumun medikalizasyonu neden artmıştır, azalta bilir miyiz? Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi. 2017;4:76-83.
33. Tay H. Klinikimizde tekrarlayan sezaryen sıklığı, anne ve bebek için sonuçları (uzmanlık tezi). Diyarbakır, Dicle Üniversitesi, 2014.
34. TC. Sağlık Bakanlığı İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü. Erişim tarihi: 09.01.2018. Available from: http://www.istanbul saglik.gov.tr/w/anasayfalinkler/belge/ekutuphane/kadin_hastaliklari_ve_dogum_bransi_komisyon_calismalari.pdf.
35. Christensen LF, Overgaard C. Are freestanding midwifery units a safe alternative to obstetric units for low-risk, primiparous childbirth? An analysis of effect differences by parity in a matched cohort study. *BMC Pregnancy and Childbirth.* 2017;17:1-10.
36. Murta EFC, Nomellini RS. Is repeated caesarean section a consequence of elective caesarean section? *The Lancet.* 2004;364:649-50.
37. Barčaitė E, Kemeklienė G, Railaitė DR, Bartusevičius A, Maleckienė L, Nadišauskienė R. Cesarean section rates in Lithuania using Robson ten group classification system. *Medicina.* 2015;51:280–5.
38. Tan JKH, Tan EL, Kanagalingan D, Tan LK. Rational dissection of a high institutional cesarean section rate: An analysis using the Robson ten group classification system. *J Obstet Gynaecol Res.* 2015;41:534–9.
39. Kelly S, Sprague A, Fell DB, Murphy P, Aelicks N, Guo Y. et.al. Examining caesarean section rates in Canada using the Robson classification system. *J Obstet Gynaecol Can.* 2013;35:206–14.
40. Roberts CL, Algert CS, Ford JB, Todd AL, Morris JM. Pathways to a rising caesarean section rate: A population-based cohort study. *BMJ Open.* 2012;2:1-8.
41. Overgaard C, Møller AM, Fenger-Grøn M, Knudsen LB, Sandall J. Freestanding midwifery unit versus obstetric unit: A matched cohort study of outcomes in low-risk women. *BMJ Open.* 2011;1:e000262.
42. Clapp MA, Barth WH. The future of cesarean delivery rates in the United States. *Clin Obstet Gynecol.* 2017;60:829-39.
43. Çubuk MM. Kadınların doğum tercihleri üzerine sağlık eğitiminin etkisi (yüksek lisans tezi). Malatya, İnönü Üniversitesi, 2014.
44. Lavender T, Hofmery GJ, Neilson JP, Kingdon C, Gyte GML. Cesarean section for non-medical reasons at term. *Cochrane Database Syst Rev.* 2014;3:1-22.
45. Şahin NH. Seksio-sezaryen: yaygınlığı ve sonuçları. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi.* 2009;3:93-8.
46. Penna L, Arulkumaran S. Cesarean section for non-medical reasons. *Int J Gynaecol Obstet.* 2003;82:399-409.
47. Karakuş A, Şahin NH. Women's opinions and perceptions toward birth methods after birth. abstracts of posters, *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care.* 2008;13:166-7.
48. Leslie SM, Storton S. The coalition for improving maternity services: Evidence basis for the ten steps of mother-friendly care step 1: Offers all birthing mothers unrestricted access to birth companions, labor support, professional midwifery care. *J Perinat Educ.* 2007;16:10-9.
49. Sayner FD, Özerdoğan N, Giray S, Özdemir E, Savcı A. Kadınların doğum şekli tercihlerini etkileyen faktörler. *Perinatoloji Dergisi.* 2009;17:104-12.

Correspondence Address / Yazışma Adresi

Damla Kızılca Çakaloz
Adnan Menderes Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi
Ebelik Anabilim Dalı
Aydın, Turkey
e-mail: damlakizilca@gmail.com

Geliş tarihi/ Received: 05.02.2018**Kabul tarihi/Accepted:** 24.04.2018