

Hasta İsteği ile Sezaryen

Doç. Dr. Mekin Sezik

Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Isparta

Giriş

Günümüzde sezaryen en yaygın uygulanan ameliyatlardan biri haline gelmiştir. Mevcut konu başlığı da - Hasta isteği ile sezaryen - aslında bir tıbbi soruna atfen kullanılmakta ve tıp camiası ile toplumda heyecanlı tartışmalara konu olmaktadır. Mevcut sunumda bu mevzu ile bilinenlerin tekrarından çok konuya farklı bir felsefi yaklaşım önerilecek; konu hakkında esas fikir bildirmesi gerekenlerin, yani kadınların tartışmanın dışında bırakıldığı iddia edilecektir.

Hasta (?) İsteği

Öncelikle, konu başlığı dahi sorunludur. Eğer sezaryen bir cerrahi müdahale ise hasta isteği ile yapılmasının bu oranda sorun oluşturmaması beklenmelidir. Örneğin “hasta isteği ile tonsillektomi” niçin bu kadar tartışma yaratmamaktadır? Devamlı boğaz ağrısından yakınan bir hastanın bademciklerinin alınmasını istemesi makul gibi görünmektedir.¹ Bir diğer husus ise gebe kadının “hasta” olup olmadığıdır. Türk Dil Kurumu, “hasta” terimini “sağlığı bozuk olan, esenliği yerinde olmayan” olarak tanımlamaktadır.² “Hasta isteği ile sezaryen” terimi, kadının esasen gebelik esnasında sağlığının bozulmuş olduğu ve üstüne üstlük bir de sezaryen talebinde bulunduğunu ima etmektedir. Bu çelişkilerin farkına varan bazı yazarlar, “endikasyon dışı sezaryen” ve benzeri terimleri tercih etmektedirler. Bu durumda da sezaryen endikasyonlarının neler olduğu ve bunu kimlerin belirlediği tartışmaya açık olacaktır. Endikasyonları, kural olarak hekimler belirlemektedir. Geleneksel olarak ameliyat endikasyonunu klinik görgü ve tecrübesine dayanarak hekim belirler(di). Günümüzde ise, yine çoğunluğunu hekimlerin oluşturduğu tıbbi yapılanmalar ve organizasyonlar “yönergeler” vasıtası ile genel endikasyonları belirlemektedirler.³ Ayrıca, sağlık politikasında söz sahibi olan hükümet, özel sağlık kurumları ve sigorta şirketleri gibi yapılanmalar da hekimin uygulayacağı ameliyatın gerekli olup olmadığını

sorgulamakta ve mali denetim yolu ile dolaylı olarak endikasyon belirlemektedirler. Bu şekilde, hekimin münferit olarak karar verip endikasyon koyma yetkisi kısıtlanmış olmakta; hekim “karar verip uygulayan” konumundan “sadece” “uygulayan” -yani tekniker-konumuna doğru yer değiştirmektedir.^{4,6} Bu durum da “gebe kadın-hekim” ilişkisini temelden sarsmaktadır.

Kadın hastalıkları ve doğum uzmanlığının en duyarlı kısmını oluşturan “gebe-hekim” ilişkisinin giderek aşırı medikalizasyon ve mekanikleşme eğilimine sokulduğunu iddia ediyorum. Halbuki, geleneksel derinlikten baktığımızda obstetrisyen gebe kadını tanıır, bilir, onunla belirli oranda “empati” kurar, hatta ailevi sorunlarını paylaşır, gebenin güvenini tesis ederdi. Her ne kadar doğum hekimi için “doğum” belirli oranda rutin bir işlem olarak görülebilse de çoğu kadın için “doğum yapmak” hayatlarının en önemli olaylarından birini temsil etmektedir. Bu olayın “iyi anılar” ile sonlanması önem taşımaktadır. Gebe kadının, normal doğum sırasında kendisine eşlik edecek bir teknokrat değil deyim yerindeyse bir “şifacı” ihtiyacı içinde olduğu söylenebilir.⁷ Ne yazık ki doğuma eşlik eden sağlık personelinin “şifacı” nitelikleri günümüzde yok olmaya yüz tutmaktadır.

Sonuçta, hekim ve gebe kadın arasındaki bağ giderek seyrekleşmekte ve hekime “teknisyen” rolü benimsilmeye çalışılmaktadır. İşte sezaryen ameliyatı da tam bu aşırı medikalizasyon ve sıradan teknikleşmeye uygun düşmektedir. Sezaryen, vajinal doğuma göre daha fazla beceri ve deneyim gerektirmemekte; hızlı sonuca ulaşılmakta, ne hekim ne de gebe fazla zaman kaybetmemektedir.⁸ Yani zaman açısından da sezaryen, sabırsız ve sonuca kestirmeden ulaşmayı uygun gören anlayış ile paralellik göstermektedir.⁹ İlginç şekilde ülkelerdeki sezaryen oranları ile trafik kazalarındaki ölüm oranları belirli bir müspet bağlantı göstermektedir. İki bin üç yılı verileri ile sezaryen oranı en düşük ülke olan Hollanda (%12.9), aynı za-

manda trafik kazalarında ölüm oranı da en düşük olan ülke konumundadır (100,000'de 4.9). Aynı dönemde Amerika Birleşik Devletleri'nde sezaryen oranı %21.1 ve trafikte ölüm oranı Hollanda'nın yaklaşık 3 katı (100,000'de 14.5) olmuştur.^{10,11} Tüm bunlar, gelişmişlik düzeyi ve refahtan bağımsız olarak bazı toplumsal parametrelerin de sezaryen oranlarındaki artışı etkilediğini düşündürmektedir. Yukarıdaki dayanaklardan yola çıkarak, bugün karşı karşıya olduğumuz "sezaryen oranlarındaki artışın" obstetrik pratiğindeki küresel ölçekli aşırı medikalizasyon ve mekanikleşme ile "aksak" bazı toplumsal pratik ve değer yargılarının birleşmesinden kaynaklanan girift bir durum olduğunu kabul etmemiz gerekmektedir.¹² Dolayısıyla çözüm önerileri basit bazı düzenlemelerden çok daha kapsayıcı ve toplumu değiştirici olmalıdır.

Tartışmanın Odağı: Kadınlar

Sezaryen oranlarındaki artışın önemli bir kısmının gebe kadınların talebi ile "tıbbi endikasyonsuz" veya "elektif" olarak uygulanan ameliyatlardan kaynaklandığı ileri sürülmektedir. Sezaryen oranı ve talebindeki artışa dair birçok neden belirtilmekte ve bunlara yönelik önlemler alınması gerektiği söylenmektedir. Mevcut sunum kapsamında bunların tekrarlanması fazla anlam ifade etmeyebilir. Mutlaka bu nedenler kayda değerdir; öneriler değerlidir ve dikkate alınmalıdır. Ancak benim farklı olarak vurgulamak istediğim husus, anılan tartışmaları kimin yürüttüğüdür. Sonuç olarak kadınları ilgilendiren; temelde kadına ve kadın vücuduna has bir eylem olan doğum yapmaya ait bir sorunu, neredeyse "kadınlar" dışında herkes hararetle tartışmaktadır: Hekimler, tıbbi organizasyonlar, diğer sağlık uzmanları, sağlık politikasını belirleyenler, akademisyenler, sigorta şirketleri, bürokratlar, medyalar, avukatlar, yargıçlar, ekonomistler ve diğerleri. Bu keşmekeşin içinde aslında tartışmanın öznesi olan reproduktif yaştaki kadınların fikirlerinin sanki pek önemi yok gibidir. "Bazı nedenlerden dolayı kadınlar sezaryen istemektedir ve bu isteğe saygı gösterilebilir; ancak neden fazla sezaryen istediklerini de kadınlar adına diğerleri araştırmalı ve sorunu çözmelidir". Ben bu tavrı genel manada kadınlar adına dışlayıcı ve aşağılayıcı buluyorum.

Tıp pratiğinde aslında şeffaflık hiçbir zaman olmamıştır. Yani, hasta adına bir takım kararlar gıyaben alınmış ve uygulanmıştır. Benzer şekilde doğum bilminde de geçmişte gebe kadın ve fetus adına tıp profesyonelleri karar verici mekanizma olmuştur. Ancak, şu an geldiğimiz noktada "bilgilendirilmiş onam" adı altında sözde bir tıbbi şeffaflık yaratılmıştır. Bu kez,

bazen sayfalarca bilgidan oluşan teknik detayların hasta tarafından özümsemesi ve hukuki onay vermesi beklenmektedir. Bu ve benzeri uygulamalar, ne yazık ki gebe-hekim arasında oluşan kuvvetli güven hissiyatını hukuki bir metin ve anlamaya indirgeme çabasıdır. Gebenin bilgilendirilmesi ve yazılı onayının alınması mutlaka önem taşımaktadır; ancak taraflar arasında güven birliği kurulmadan ve uzlaşma sağlanmaksızın yazılı belgelerin katkısı kısıtlı olacaktır.¹³ Gerçek anlamda tıbbi şeffaflığın bu olmadığı, yani gebe bir kadına doğumuna dair ayrıntılı teknik bilgilerin yazılı olarak sıralanmasının şeffaflık açısından yeterli olmayacağı açıktır.¹⁴ Her gebenin doğuma nasıl hazırlanacağı, doğumunda kimlerin bulunacağı, doğumun nerede yapılacağı, doğumun hangi safhalarında ne tür uygulamalar yapılabileceği, ağrısının nasıl kesileceği ve benzeri hususları öğrenmeye, doğum eylemi esnasında bulunacağı ortamlar ile takibini ve bakımını üstlenecek kişileri önceden görmeye hakkı bulunmaktadır.¹⁵ Bunlar, Türkiye şartlarında gerçekleştirilmesi güç idealler olarak gözükebilir; ancak doğuma dair tıbbi uygulamalarımızın uygun şekilde şeffaflaştırılması kadınları da bu sorunun çözümüne dâhil etmenin ilk basamağı olabilir.¹⁶

Doğumda Gebeye Destek

Normal doğum öncesi tıbbi şeffaflığa ek olarak doğum eylemi esnasında gebeye destek de önemli olabilir. Gebeye tıbbi olmayan destek gerçekten de sezaryen oranlarını azaltabilir mi? Bu konudaki çok yeni bir Cochrane derlemesine göre, cevap müspet gözükmemektedir.¹⁷ İlginç olarak doğum eylemi sırasında hastane personeli veya bir aile ferdinin tıbbi olmayan destek vermesi durumunda, sezaryen oranları azalmamaktadır. Ancak, sağlık personeli veya gebenin yakın çevresi dışındaki bir profesyonel tarafından destek verildiğinde sezaryen oranlarında %20 civarında azalma olduğu saptanmıştır.¹⁷ Bu bulgu, yukarıda bahsedilen "sağlık personelinin aşırı medikalizasyonu"na bağlanabilir.

Aslında, doğum sırasında tıbbi olmayan destek, tarihi perspektiften de köktenci bir uygulamaya işaret etmektedir. Tıp tarihi metinlerinde ve tarihi görsel materyallerde gebenin doğum esnasında yalnız bırakılmadığı ve gebenin başında çoğunlukla toplum tarafından kendisine bu rol biçilmiş diğer bir kadının eşlik ettiği görülmektedir. Günümüzde doğuma eşlik eden bu kadınlara "doula", "doğum yardımcısı" veya "doğum koçu" gibi isimler verilmektedir. İsimlendirme ne olursa olsun, bu konudaki çalışmalar doğum eylemi esnasında verilen profesyonel tıp dışı deste-

ğin sezaryen oranlarını azaltabileceğini göstermektedir.¹⁷⁻²⁰ Bunu ek olarak, sağlık kurumlarında normal doğum için ayrılan bölümlerin mimari planlamasının da özenle yapılması ve medikalizasyondan kaçınılması önem taşıyabilir. Ne yazık ki Türkiye’de hâlen girişinde “Sancı Odası” levhası bulunan ve doğumhane olarak adlandırılan hastane kısımları mevcuttur. Kanımca, “doğumhane” kavramı ve fiziki mekânının günümüz obstetrik yaklaşımında yeri olmamalıdır. Bu konuda Sağlık Bakanlığı’nın kısıtlı içerikte olmakla beraber bir çalışma (Anne Dostu Hastane Programı) yürütüyor olması²¹ sevindiricidir.

Sonuç

Sonuç olarak, normal (vajinal) doğum tıp mesleği ve uygulamalarındaki aşırı teknikleşmeye ikincil olarak marjinalleşme eğilimine girmiştir. Kadın hastalıkları ve doğum uzmanlarının normal doğumun doğal olduğunu daha fazla vurgulaması gerekmektedir. Da-lımızdaki teknik gelişmeler, doğal olan (yani normal doğum) üzerine ek fayda sağlayacak şekilde yapılandırılmalıdır. Bunlar arasında; rejlional anestezinin uygulanabilirliğinin yaygınlaştırılması, hekim ve sağlık personelinin gebe kadın ile güven tesis edebileceği psikolojik ve fiziksel ortamların yaratılması, hastane mimarisinin insana ve ihtiyaca yönelik planlanması, gebelere doğum öncesi, sırası ve sonrasında psikolojik ve tıbbi olmayan yeterli ek destek hizmetlerinin verilmesi bulunmaktadır. Ayrıca, erkek egemen tıbbi söylemlerden uzaklaşılması ve kadına has olan “doğum yapma” ayrıcalığının da yine kadınlar tarafından vurgulanıp, içselleştirilmesi önem taşımaktadır.

Kaynaklar

1. Millenson M. Demanding Medical Excellence: Doctors and Accountability in the Information Age. The University of Chicago Press, Chicago, 1999, s 30-52.
2. <http://tdkterim.gov.tr/bts/>
3. Field MJ, Lohr KN. Guidelines for Clinical Practice From Development to Use. National Academy Press, Washington D.C., 1992, s 135-62.
4. Gezer A, Simsek YO, Altinok TA. Elective cesarean section: evolution of obstetrician to technician. Birth. 2007; 34: 357-9.
5. Stirrat GM, Dunn PM. Elective caesarean section on request. Obstetricians are more than technicians. BMJ. 1999; 318: 120-1.
6. Demontis R, Pisu S, Pintor M, D’aloja E. Cesarean section without clinical indication versus vaginal delivery as a paradigmatic model in the discourse of medical setting decisions. J Matern Fetal Neonatal Med. 2010 Dec 15. [Elektronik Baskı]
7. Reale B. Intrapartum care in the twenty-first century. Nurs Clin North Am. 2002; 37: 771-9.
8. Klein MC. Obstetrician's fear of childbirth: how did it happen? Birth. 2005; 32 :207-9.
9. Finsen V, Storeheier AH, Aasland OG. Cesarean section: Norwegian women do as obstetricians do-not as obstetricians say. Birth. 2008 Jun;35(2):117-20.
10. http://www.nationmaster.com/graph/hea_bir_by_cae_sec-health-births-by-caesarean-section
11. [http://www.driveandstayalive.com/info%20section/statistics/stats-multicountry-percapita 2004.htm](http://www.driveandstayalive.com/info%20section/statistics/stats-multicountry-percapita%202004.htm)
12. Murphy MA. Medicalization of Birth: The Social Construction of Cesarean Section. A Qualitative Analysis. Michigan Üniversitesi Felsefe (Sosyoloji) Doktora Tezi, 2010.
13. Nilstun T, Habiba M, Lingman G, Saracci R, Da Frè M, Cuttini M; EUROBS study group. Cesarean delivery on maternal request: can the ethical problem be solved by the principlist approach? BMC Med Ethics. 2008; 9: 11.
14. Obstetrics and Gynecology Risk Research Group; Kukla R, Kuppermann M, Little M, ve ark. Finding autonomy in birth. Bioethics. 2009; 23: 1-8.
15. http://www.motherfriendly.org/pdf/MFCL_english.pdf
16. Budin WC. Welcoming Transparency. J Perinat Educ. 2009; 18: 1-3.
17. Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C, Weston J. Continuous support for women during childbirth. Cochrane Database Syst Rev. 2011 Feb 16; 2: CD003766.
18. Scott KD, Berkowitz G, Klaus M. A comparison of intermittent and continuous support during labor: a meta-analysis. Am J Obstet Gynecol. 1999; 180: 1054-9.
19. Trueba G, Contreras C, Velazco MT, Lara EG, Martínez HB. Alternative strategy to decrease cesarean section: Support by doula during labor. J Perinat Educ. 2000; 9: 8-13.
20. McGrath SK, Kennell JH. A randomized controlled trial of continuous labor support for middle-class couples: effect on cesarean delivery rates. Birth. 2008; 35: 92-7.
21. <http://www.saglik.gov.tr/ACSAB/belge/1-12227/anne-dostu-hastane-programi.html>