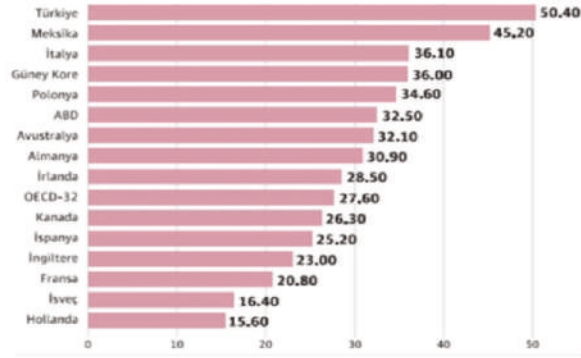


DOĞUM ŞEKLİ TERCİHİNİN MULTİDİSİPLİNER İRDELENMESİ ÇALIŞTAY KİTAPÇIĞI

10-11 ŞUBAT 2017 / ANKARA



OECD ülkeleri içinde en yüksek sezaryen oranı olan ülke Türkiye (2015)



**DOĞUM ŞEKLİ TERCİHİNİN
MULTİDİSİPLİNER İRDELENMESİ ÇALIŞTAY KİTAPÇIĞI**
10-11 ŞUBAT 2017 / ANKARA



DOĞUM ŞEKLİ TERCİHİNİN
MULTİDİSİPLİNER İRDELENMESİ ÇALIŞTAY KİTAPÇIĞI
2017

Telif Hakkı Sahibi:

@Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı, Türkiye Anne, Çocuk ve Ergen Sağlığı Enstitüsü, 2017

Tüm hakları Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı, Türkiye Anne, Çocuk ve Ergen Sağlığı Enstitüsü'ne aittir. Kaynak gösterilmeksizin alıntı yapılamaz. Alıntı yapıldığında kaynak gösterimi: "editör adı, Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı, Türkiye Anne, Çocuk ve Ergen Sağlığı Enstitüsü, basım yeri, basım yılı" belirtilmesi şeklinde olmalıdır. 5846 sayılı yasa gereği Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı, Türkiye Anne, Çocuk ve Ergen Sağlığı Enstitüsü'nün onayı olmaksızın tamamen veya kısmen çoğaltılamaz.

Editör

Doç. Dr. Esma Sarıkaya

Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı Yayın No: 1

Türkiye Anne, Çocuk ve Ergen Sağlığı Enstitüsü Yayın No: 1

Baskı: Furden Matbaa, Reklam, Tanıtım Hizmetleri

Şehit Kubilay Mah. Nilüfer Sk. No:13/17

Tel-Faks: 0312 502 07 02 Keçiören-Ankara

furdenmatbaa@gmail.com

Grafiker: Nur Söken

tasarimesta@gmail.com

ISBN: 978-975-590-636-2

**DOĞUM ŞEKLİ TERCİHİNİN
MULTİDİSİPLİNER İRDELENMESİ ÇALIŞTAY KİTAPÇIĞI**

10-11 Şubat 2017 /ANKARA

EDİTÖR

Doç. Dr. Esmâ Sarıkaya

ÇALIŞTAY SEKRETERYASI

Uzman Psikolog Nedim Yüksel Çakır

İÇİNDEKİLER

KISALTMALAR	V
AÇILIŞ KONUŞMALARI	VI
ÇALIŞTAY PROGRAMI	X
ÖNSÖZ	XV
GİRİŞ	1
TARİHÇELER <i>Doç. Dr. Esma Sarıkaya</i>	
SEZARYEN TARİHÇESİ	2
CERRAHİ DİKİŞ MATERYALLERİ TARİHİ	3
ASEPSİ ANTİSEPSİ TARİHİ	6
TÜRKİYE MODERN TIP EĞİTİMİ TARİHİ	6
UZMANLIK DALLARININ TARİHSEL GELİŞİMİ	8
ÜLKEMİZDE SAĞLIK HİZMETLERİNİN TEŞKİLATLANMASI	9
TÜRK KIZILAYI TARİHİ	9
T.C. SAĞLIK BAKANLARI	10
DOĞUM VE ÇOCUK HASTANELERİNİN KURULUŞU	11
SAĞLIK VE NÜFUS POLİTİKALARI TARİHİMİZ	12
Cumhuriyet Tarihi Nüfus ve Sağlık Politikalarının İlk Evlilik Yaşı, Doğurganlık ve Nüfus Üzerine Etkileri <i>Prof. Dr. A. Banu Ergöçmen</i>	20
TARİHİN SEYRİNDE KADIN	25
Kadın Bedeni, Doğurganlık ve Doğumun Tıpsallaştırılması Üzerine <i>Prof. Dr. Nüket Örnek Büken</i>	26
TARİHSEL SÜREÇTE SAĞLIK GÖSTERGELERİMİZ	29
DOĞUM AĞRISI VE MÜCADELE TARİHİ	35
ÇALIŞTAY GRUP RAPORLARI	40
· PSİKOLOG PSİKİYATR ANESTEZİ TAMAMLAYICI TIP UYGULAMALARI ÇALIŞTAY GRUBU	40
· ANNE VE BEBEĞE AİT SEZARYEN ENDİKASYONLARI ÇALIŞTAY GRUBU	51
· DOĞUM ŞEKLİNİN MATERNAL PERİNATAL SONUÇLARI ÇALIŞTAY GRUBU	75
PLASENTA VE PLASENTAL PATOLOJİ <i>Prof. Dr. Erdener ÖZER</i>	80
EBELİK TARİHİ	82
· EBELİK ÇALIŞTAY GRUBU	86
· HALK SAĞLIĞI, TARİH, SOSYOLOJİ, İLETİŞİM ÇALIŞTAY GRUBU	90
Doğum Şekli Tercihinde Hukuksal Boyut <i>Av. Sunay AKYILDIZ</i>	99
· HUKUK –ETİK- DİN ÇALIŞTAY GRUBU	106
Sezaryen Oranları Azaltılabilir mi? Yöntemler Ne Olmalıdır? Karşılaştırmalı Sağlık Sistemleri Perspektifiyle Bir Değerlendirme <i>Doç. Dr. Hasan Hüseyin Yıldırım</i>	111
· İYİ KLİNİK UYGULAMA ÖRNEKLERİ POLİTİKA ÖNERİLERİ ÇALIŞTAY GRUBU	118
SONUÇ	125
KİŞİSEL GÖRÜŞLER: <i>Sinan Beksaç, Cihat Şen, Namık Demir</i>	131
EKLER	131

KISALTMALAR

ACOG Amerikan Kadın Hastalıkları ve Doğum Cemiyeti
AÇSAP Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması
ASE Aile Sağlığı Elemanı
ASMAile Sağlığı Merkezi
ATT Acil Tıp Teknisyeni
BM Birleşmiş Milletler
BPU Baş-Pelvis Uyumsuzluğu
BMI vücut kitle indeksi
CS Sezaryen
DMAH Düşük Moleküler Ağırlıklı Heparin
DPT Devlet Planlama Teşkilatı
DSÖ Dünya Sağlık Örgütü
DVT Derin Ven Trombozu
ECV External sefalik versiyonun
FKA Fetal kalp atımı
GATA Gülhane Askerî Tıp Akademisi
HÜNEE Hacettepe Nüfus Etüdleri Enstitüsü
HELLP Hemoliz, yüksek karaciğer enzimleri düşük trombosit sayısı
İV İntravenöz
IUGG İntrauterin gelişme geriliği
İBBS İstatistiki Bölge Birimleri Sınıflandırması (NUTS)
IVH (intraventriküler hemoraji)
KTG Kardiotokografi
KH DU Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanı
OECD Ekonomik Kalkınma ve İş Birliği Örgütü
ÖSYM Öğrenci Seçme ve Yerleştirme Merkezi
PPROM Membranların 37. gebelik haftasından önce açılması
RCOG İngiliz Kadın Hastalıkları ve Doğum Cemiyeti
NIH Amerika Ulusal Sağlık Enstitüsü
SDP Sağlıkta Dönüşüm Programı
SGK Sosyal Güvenlik Kurumu
SSVD Sezaryen sonrası normal vajinal doğum
SUT Sağlık Uygulama Tebliği
TARD Türkiye Anestezi ve Reanimasyon Derneği
TKHK Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu
THSK Türkiye Halk Sağlığı Kurumu
TJOD Türk Jinekoloji Obstetrik Derneği
TNSA Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
TÜSEB Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı
TSM Toplum Sağlığı Merkezleri
TUK Tıpta Uzmanlık Kurulu
TUS Tıpta Uzmanlık Sınavı
TÜİK Türkiye İstatistik Kurumu
USG Ultrasonografi
YDYB Yenidoğan Yoğun Bakım
YÖK Yüksek Öğretim Kurumu

**DOĞUM ŞEKLİ TERCİHİNİN
MULTİDİSİPLİNER İRDELENMESİ ÇALIŞTAYI 1**
10-11 ŞUBAT 2017 / ANKARA



Sn. Emine Erdoğan Hanımefendi

Değerli Hanımefendiler, Beyefendiler, Kıymetli Bilim İnsanları;

Hepinizi en kalbi duygularla selamlıyorum. Bu önemli toplantının hayırlara vesile olmasını diliyorum. Katkı veren hocalarımıza kalbi şükranlarımı sunuyorum. Zira, son derece önemli bir konuyu gündeme getirdiniz. Her şeyin sentetik hale geldiği bir zamanda, gittikçe doğallıktan uzaklaştığımız bir konuda, toplumu aydınlatma gayretindesiniz. Hepinize müteşekkirim.

Eşref-i mahlukat olan insanın doğumu, kuşkusuz tüm yönleriyle ele alınması gereken bir konudur. Ruh ve beden sağlığı yerinde insanlardan oluşan bir toplum, her şeyin başıdır. Bunun için yapmamız gereken şey, hayat yolculuğuna ilk adımını atan bir evladın, dünyaya gelişine layıkıyla hazırlanmaktır.

Doğum, dünyanın en büyük mucizesidir. Bu mucizeyi yaşamak, her kadının arzusudur. Bilimsel gelişmeler, bize bu mucizenin bilinmeyen yönlerini de öğretmektedir. Doğum sürecinde, anne ve çocuk arasında çok özel bir bağın tesis edildiği biliniyor. Fakat ne yazık ki, son yıllarda bu süreç çeşitli müdahalelerin konusu haline gelmiştir. Bir hayat kurtarma ameliyatı olarak bilinen sezaryen, artık tercih edilebilir bir doğum şeklini almıştır. Oysa aslolan, müdahalesiz normal doğumdur.

Sezaryen, zorunlu sebeplerle ve doğru zamanda yapıldığında elbette hayat kurtarıcıdır. Fakat ne yazık ki, ülkemizde bu sınırlar aşılmıştır. Şu anda Türkiye'de sezaryen doğum oranı, %53 olarak ifade edilmektedir. Her ne kadar bireysel ve sosyal durumlara bağlı olsa da, Dünya Sağlık Örgütü % 15 rakamını, makul sezaryen oranı olarak açıklamıştır.

Düşünebiliyor musunuz? Ülkemizde her iki çocuktan birisi sezaryen ile dünyaya geliyor. Oysa şartlar elveriyorsa, normal doğum, bebek için en iyi sağlık güvencesidir. Sayısız faydaları vardır. Anne sütünün gelmesini sağlayan hormonal yapıyı tetikler mesela. Uzmanlar, normal doğum ve anne sütünün, hayat boyu sağlık rotamızı belirlediğini söylüyor.

O halde, neden çocuklarımızı hayata yenilgiyle başlatıyoruz? Kadınlarımızı normal doğum mucizesini yaşamaktan, çocuklarımızı da yaşam boyu sağlıklarını etkileyecek faydalardan mahrum ediyoruz? Ne yazık ki, sezaryen, pratik, çabuk ve ağrısız bir doğum şekli olarak tanıtılmaktadır. Elbette bu, kadınlarımıza görünüşte daha konforlu, planlanabilir bir imkan gibi gelebilir. Fakat zaruret olmadıkça bu tercihler bize daha büyük bedeller ödetmektedir.

Bu konuda çok yönlü bir bilinç devrimine ihtiyacımız var. Ülke olarak nüfusumuz artıyor, eğitim düzeyimiz yükseliyor, yaşam süremiz uzuyor. Buna karşılık, gelişmiş ülkelerde eğitim seviyesi arttıkça, normal doğum tercih edilirken, bizde durum tersine gidiyor. Türkiye'de %53 olan sezaryen oranı, Fransa'da %20'lerde, Hollanda'da %15'ler civarındadır. Ülkemizde normal doğum oranlarını bu seviyelere çekebilmek için bu ülkelerdeki doğum öğretilerini, hekim yaklaşımını, hasta bilincini araştırmalıyız.

Sağlıklı nesiller için, bu yanlış gidişata dur dememiz lazım. Kadınlarımıza güven ve cesaret verecek bir hasta-doktor ilişkisini tesis etmek, ebelik sistemini bilimsel çerçevede yeniden değerlendirmek gerek. Hastane ortamlarını stresten uzak düzenleyerek, kadınlarımıza güzel doğum deneyimleri yaşatmak da son derece önemlidir. Keza, medyamızın da bu gerçekleri dile getirme noktasında iş birliği içinde olması gerek. Çok şükür ki, devletimiz bu alanda önemli adımlar atıyor. 2004 ve sonrasında 'sağlıkta dönüşüm' programı çerçevesinde sağlık sektöründe büyük reformlar gerçekleştirdi. Sağlık Bakanlığımız, özellikle doğum konusunda 2008 yılından itibaren ciddi takipler yapıyor. Hastane doğumlarını artırmak, sezaryen oranlarını düşürmek ve anne sağlığını korumak amacıyla, kamu, üniversite ve özel sağlık kuruluşlarının sezaryen oranlarını takip ediyor.

Ülkemizde bu anlamda çok güzel örnekler olduğunu biliyoruz. Bugün burada üstün hizmet plaketi alacak bazı sağlık profesyonellerimiz var. Yıllık doğum sayısı, 4500 üzeri olan hastanelerden, sezaryen oranı en düşük olan 9 devlet hastanemizin, doğumhane klinik şefi ebelerine ve gebe okulu sorumlularına az sonra plaketlerini takdim edeceğiz. Bilinçli yaklaşımları, gayretleri nedeniyle kendilerini şimdiden tebrik ediyorum. Diğer sağlık kuruluşlarımıza örnek olmalarını diliyorum.

Öte yandan bu hastanelerimizde, bizim misafir addettiğimiz çok sayıda Suriyeli kadının da doğumlarını gerçekleştirdiklerini biliyorum. İnsanlığa olan hizmetlerini bu şekilde taçlandırıdıkları için kendilerini ayrıca tebrik ediyorum.

Sizlerin çok iyi bildiği gibi, yeni doğan bir yavrunun ilk ihtiyacı, annesinin sıcaklığı ve kokusudur. Emzirme dönemi ise, bu süreci çok daha besler, geliştirir. Evlatlarımızı bu faydadan da mahrum etmeyelim. Anne sütünün zenginliğini başka hiçbir besin veremez. Sanayi toplumunun şartlarına yenik düşmeyecek, insani modeller geliştirelim.

Biliyorsunuz, devletimiz, çalışan kadınlarımız için çok önemli düzenlemeler yaptı. Doğum ve süt izni, esnek çalışma saatleri, kreş imkanları, evlat sahibi olan kadınlarımızın hayatını büyük ölçüde kolaylaştırdı. Doğal yaşam tercihleri konusunda toplumsal algıları dönüştürecek bir seferberlik yaparak özümüze dönmeliyiz. Ve bu seferberliği doğum şeklinden başlatmalıyız.

Toplumumuzun sizlerin rehberliğine ihtiyacı var. Bilim insanları olarak, kadınlarımıza, sezaryenin bir talep konusu değil, zorunluluk gereği olabileceğini lütfen anlatın. Suda doğum, nefes egzersizleri, akupunktur gibi doğumu kolaylaştıran uygulamalarla onları doğal yöntemler konusunda cesaretlendirin. Bu noktada, kamu, üniversite ve özel hastanelerimizin iş birliği çok önemli. Aynı şekilde, sağlık, eğitim, psikoloji, iletişim, teknoloji gibi alanların etkileşimi, konuyu bütüncül şekilde görmemizi sağlar. İnşallah bu çalıştay da, bu yaklaşımı güçlendirecek, yaygınlaştıracak sonuçlar doğurur. Buna gönülden inanıyorum.

Kadınlarımızın müdahalesiz doğum konusundaki korkularını gidermek, siz sağlık profesyonellerinin çabasıyla mümkündür. Sizlerin vereceği sevgi ve güven, geleceğimizin teminatıdır. Çocuğumuza vereceğimiz en güzel hediye, çocukluk ve yetişkinlik döneminde sağlıklı bir yaşam sürmesini sağlayacak ideal doğum şartlarını tesis etmektir.

Geçtiğimiz aylarda yine Ankara'da düzenlenen bir toplantıda kendisine gayretleri nedeniyle teşekkür etme imkanı bulduğum, dünyaca ünlü doğum uzmanı Michel Odent, doğum şeklinin ve ortamının medeniyeti şekillendirdiğini söylüyor. Bu, gerçekten üzerinde çokça düşünmemiz gereken bir cümledir. Doğum anının, kadınlara sunduğu bilgelik, yaşam boyu yolumuzu aydınlatır.

Evlat sahibi olmak isteyen tüm genç kadınlarımızın, bu tecrübeyi en güzel şekilde yaşamalarını diliyorum. Sağlık Bakanlığımıza, Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığına ve insanlığın geleceği adına alın teri döken tüm sağlık çalışanlarına, gayretleri nedeniyle teşekkür ediyorum. Hepinizi en kalbi duygularla selamlıyorum.



Prof. Dr. Recep Akdağ

T.C. Sağlık Bakanı

Sezaryenle doğum eylemi tıbbi gerekliliklere dayalı olarak, yerinde kullanıldığında anne ve bebeğin hayatını kurtaran bir cerrahi yöntem iken, gereksiz kullanım durumunda ise maternal ve neonatal komplikasyon riski ve artan sağlık masrafları ile yakından ilişkilidir.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'ne göre %10'un altındaki sezaryen oranları yetersiz sağlık hizmetlerine ve %15'in üzerindeki sezaryen oranları ise gereksiz sağlık hizmetleri kullanımına işaret etmektedir. 20 yılı aşkın bir süredir çoğu ülkede, sezaryen oranları artış eğilimi göstermektedir. Türkiye, maalesef bu konuda OECD ülkeleri arasında ilk sıradadır.

Ülkemizde artık az gelişmiş ülkelerin bulaşıcı hastalıklar, maternal neonatal mortalite gibi sorunlarını değil, gelişmiş ülkelerin sorunları olan obezite, depresyon, kronik hastalıklar ve artmış sezaryen oranlarını konuşuyoruz. Başka ülkelerde olduğu gibi Türkiye'de de sezaryen oranları, sağlık politikası gündeminin üst sıralarında yer almaktadır. Ülkemizde sezaryen işleminin tıbbi gereklilik dışında, giderek artan bir şekilde gereksiz kullanımı söz konusudur. Bu noktada bakanlığımız, eğitimden bazı yaptırımlara kadar bir dizi eylem planı başlatmıştır ve bu uygulamalar konusunda kararlıdır.

Bu çalıştayda amacımız; sorunları tesbit etmek, çözüm üretmek ve tüm toplumda farkındalık oluşturmaktır.

Çalıştayın verimli geçmesini diler saygılar sunarım.

PLAKET TÖRENİ



Açılış konuşmalarının ardından yıllık doğum sayısı 4500 üzeri olan hastanelerden primer sezaryen oranı en düşük olan (%11 in altında) 9 tanesinin doğumhane klinik şefi, ebesi ve gebe okulu sorumlusuna (26 kişi) Sn. Emine Erdoğan Hanımefendi tarafından üstün hizmet plaketi verildi.

Bu hastanelerin birçoğunda Türkçe dahi bilmeyen iletişim sorunu had safhada yaşadığımız Suriyeli misafirlerimiz de doğum yapmıştır. Bu da ayrıca takdir edilmesi gereken bir konudur. Bu plaketle amacımız doktorlarımıza sahip çıktığımızı ve bu konudaki gayretleri farkettiğimizi ve takdirle karşıladığımızı göstermektir.

PALKET VERİLEN HASTANELER

- DİYARBAKIR GAZİ YAŞARGİL EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
- GAZİANTEP CENGİZ GÖKÇEK KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI HASTANESİ
- HATAY DEVLET HASTANESİ
- KONYA DR. FARUK SÜKAN KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI HASTANESİ
- MARDİN DEVLET HASTANESİ
- SİVAS NUMUNE HASTANESİ
- ŞANLIURFA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
- BATMAN KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI HASTANESİ
- ADANA KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI HASTANESİ

ÇALIŞTAY PROGRAMI

I. OTURUM

Oturum Başkanları: İrfan Şencan, Esmâ Sarıkaya

Tarihsel Süreçte Türk Kadınının Doğum Algısı ve Etkili Sosyo-Kültürel Ekonomik Faktörler *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Etiği ve Tıp Tarihi Anabilim Dalı Prof. Dr. Serap Şahinoğlu*

Cumhuriyet Tarihi Nüfus ve Sağlık Politikalarının İlk Evlilik Yaşı, Doğurganlık ve Nüfus Üzerine Etkileri *Hacettepe Nüfus Etütleri Enstitüsü Başkanı Prof. Dr. A. Banu Ergöçmen*

Cumhuriyet Tarihinde Ulusal Nüfus ve Sağlık Politikaları Mevzuatımız; İnsan Hakkı, Sağlık Hakkı, Çocuk Hakkı Gibi Evrensel Yasalara Türkiye' nin Uyumlanma Süreci *Tıp Hukuku Derneği Başkanı Av. Sunay Akyıldız*

II. OTURUM

Oturum Başkanları: Sare Davutoğlu, Ateş Karateke

Cumhuriyet Tarihinde Hasta Doktor İlişkilerinin Değişiminde Etkili Faktörler *Beykent Üniversitesi Sosyoloji Anabilim Dalı Başkanı Prof. Dr. Akile Reşide Gürsoy*

AÇSAP'ların Kuruluş ve Faaliyetleri, Aile Hekimliği Sistemine Geçiş, Gebe Takibi, Eğitimi Nasıl Değişti? Saha Ebelerinden Gebe Okullarına *Sağlık Araştırmaları Genel Müdürü Dr. Mehmet Rifat Köse*

Sezaryen Oranları, Robson Kriterine Göre Sezaryen Endikasyonları, İnsan Gücü Dağılımı, Gebe Okulları Sayısı, Anne Bebek Dostu Hastaneler, Sezaryen Oranlarını Azaltma Politikaları, Ebelerin Eğitimi *THSK Üreme Sağlığı Daire Başkanı Dr. Sema Sanisoğlu*

Sezaryen Oranları Azaltılabilir mi? Yöntemler Ne Olmalıdır? Uluslararası Karşılaştırma ve Politikalar *Hacettepe Üniversitesi İktisadi İdari Bilimler Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü Doç. Dr. Hasan Hüseyin Yıldırım*

ÇALIŞTAY GRUPLARI

1)HUKUK –ETİK- DİN ÇALIŞTAY GRUBU

Moderatörler: Berna Dilbaz, Nejdet Şatır, Sunay Akyıldız, Kaşif Hamdi Okur

1. Ali Selman ERKUŞ, Yargıtay 13. Hukuk Dairesi Başkanı
2. Battal YILMAZ, Yargıtay 13. Hukuk Dairesi
3. Nejdet ŞATIR, Yargıtay 15. Hukuk Dairesi Üyesi
4. Serkan DEMİRBAŞ, Yargıtay 4. Hukuk Dairesi Tetkik Hakimi
5. Kaşif Hamdi OKUR, Din İşleri Yüksek Kurulu
6. Ülfet GÖRGÜLÜ, Din İşleri Yüksek Kurulu
7. Mahmut KAYIŞ, Din İşleri Yüksek Kurulu
8. Halil KILIÇ, Din İşleri Yüksek Kurulu
9. Ahmet Nuri DANIŞMAN, Sağlık Bakanlığı Yüksek Sağlık Şurası
10. Murat YAYLA, Acıbadem International Hospital
11. Berna DİLBAZ, Adıyaman Üniversitesi Kadın Hastalıkları ve Doğum ABD
12. Feride SÖYLEMEZ, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum ABD
13. Serap ŞAHİNOĞLU, Ankara Üniversitesi Tıp Etiği ve Tıp Tarihi ABD
14. Sunay AKYILDIZ, Tıp Hukuku Derneği Başkanı
15. Olcay KUTLUBAY, Sağlık Bakanlığı Hukuk Müşaviri
16. Ünsal DÖNMEZ, Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Hukuk Fakültesi
17. Leyla MOLLAMAHMUTOĞLU, TJOD Hukuk Etik Komisyon Başkanı
18. M. Muammer DOĞAN, Ankara Tabip Odası
19. Bülent TANDOĞAN, SBÜ Zeynep Kâmil Kadın ve Çocuk Hastalıkları E.A.H. Perinatoloji

2)EBELİK ÇALIŞTAY GRUBU

Moderatörler: Aydan Biri, Lale Taşkın, Dudu Aktürk

1. Aydan BİRİ, Ankara Yüksek İhtisas Üniversitesi Kadın Hastalıkları Ve Doğum ABD
2. Salim ERKAYA, Etik Eğitim Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları Ve Doğum ABD
3. İsmail ÖZDEMİR, Kanuni Sultan Süleyman Hastanesi
4. Önder TOSUN, Diyarbakır Gazi Yaşargil Eğitim Araştırma Hastanesi
5. İlknur Münevver GÖNENÇ, Ankara Üniversitesi Ebelik Bölümü Öğretim Üyesi
6. Lale TAŞKIN, Başkent Üniversitesi Doğum ve Kadın Hemşireliği
7. Rüya GÜNAYDIN, Sağlık Bakanlığı, Hukuk Müşaviri
8. Emine AYDIN, THSK Hukuk Müşavirliği
9. Şule SALMAN, Biruni Üniversitesi
10. Aysun Kabasakal, THSK Üreme Sağlığı Dairesi
11. Fatma Deniz SAYINER Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Ebelik bölümü Öğretim Üyesi
12. Emine ACAR, THSK 1. Basamak Sağlık Kuruluşları Aile Hekimliği Uygulama Daire Başkanlığı
13. Fevzi TURGUT, AHEF Genel Sekreteri
14. Cem BİLGİÇ, AHEF Hukuk Komisyonu Üyesi
15. Serap AÇIKGÖZ ÇEPNİ, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Meslek Standartları Dairesi
16. Gülderen ÖZTÜRK, Özel Hastaneler Platformu
17. Sevil SERİN, Sağlık Bakanlığı Mevzuat İşleri Daire Başkanlığı
18. Dudu AKTÜRK, Sağlık Bakanlığı Eğitim ve Sertifikasyon İşleri Daire Başkanlığı
19. Mehmet YUMRUTAŞ, THSK Zoonoz ve Vektörel Hastalıklar Daire Başkanlığı
20. Havva ÇOBAN, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Zekai Tahir Doğum Hastanesi, Ebe
21. Ayşenur KAHRAMAN Ankara Üniversitesi ebelik öğrencisi

3) HALK SAĞLIĞI, TARİH, SOSYOLOJİ, İLETİŞİM, ÇALIŞTAY GRUBU

Moderatörler: Seçil Özkan, L. Hilal Özcebe, Sare Davutoğlu

1. Seçil ÖZKAN, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı ABD
2. Nüket ÖRNEK BÜKEN, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Tarihi ve Etik ABD
3. A. Banu ERGÖÇMEN, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü
4. L. Hilal Özcebe Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Müdürü
5. Şebnem CANPOLAT, TUiK Demografi İstatistikleri Daire Başkanı
6. İbrahim POLAT, Kanuni Sultan Süleyman Hastanesi
7. Arif GÜNGÖREN, Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi
8. Nazan KARAHAN, Karabük Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Ebelik Bölüm Başkanı ve Ebeler Derneği Başkanı
9. Asiye Dikmen UĞRAŞ, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi
10. Elif YILMAZ, Gazi Üniversitesi Öğretim Üyesi
11. Burcu KÜÇÜK BİÇER, Yüksek İhtisas Üniversitesi Halk Sağlığı ABD
12. Müge DEMİR, Hacettepe Üniversitesi Tıp Tarihi ve Etik ABD
13. Sibel GÜNEŞ, Türkiye Gazeteciler Cemiyeti Genel Sekreteri
14. Derya TÜKENMEZ AVCI, Sağlık İnsan Gücü Planlama Daire Başkanlığı Uzman Yardımcısı
15. Esra YAMAN KANSIZ Sağlığın Geliştirilmesi Daire Başkanlığı
16. Tolga AKKUŞ, Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü Halkla İlişkiler Daire Başkanı
17. Mine ÖNAL, Ankara Tabip Odası
18. Aynur BASIK, Hatay Devlet Hastanesi, Ebe

4) PSİKOLOG, PSİKİYATR, ANESTEZİ, TAMAMLAYICI TIP UYGULAMALARI

Moderatörler: Mehmet Hakan Türkçapar, Cebail Kısa

1. Mehmet Hakan TÜRKÇAPAR, Hasan Kalyoncu Üniversitesi Psikoloji Bölümü
2. Nurçin GÜLHAŞ, İnönü Üniversitesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon ABD
3. Rahmi Oruç GÜVENÇ, Üsküdar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
4. Salih MOLLAHALİLOĞLU, Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Halk Sağlığı ABD
5. Figen TÜRKÇAPAR, Hasan Kalyoncu Üniversitesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği
6. Didem KURBAN, Hera Kadın Sağlığı Merkezi
7. Cebail KISA, Dışkapı Yıldırım Beyazıt E.A. Hastanesi, Psikiyatri
8. Makbule Çiğdem AYDEMİR, Ankara Numune E.A Hastanesi, Psikiyatri
9. Özden YALÇINKAYA ALKAR, Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Psikoloji Bölümü
10. Canan YAZICI, Sağlık Bakanlığı Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Daire Başkanı
11. Kamile AYDEMİR ERKEÇ, THSK Kadın ve Üreme Sağlığı Daire Başkanlığı
12. Nedim Yüksel ÇAKIR, TÜSEB, Türkiye Anne, Çocuk ve Ergen Sağlığı Enstitüsü, Uzman Psikolog
13. Dilek GÜREL, Serbest Klinik Psikolog
14. Nezide TOPUZ, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı E.A.Hastanesi, Ebe
15. Gülten GÜKKUŞ, Afyon Devlet Hastanesi, Odiyolog, Sosyolog, Hipnoterapist
16. Ahmet YAZANEL, Özel Hastaneler Platformu

5) ANNE VE BEBEĞE AİT SEZARYEN ENDİKASYONLARI ÇALIŞTAY GRUBU

Moderatörler: Cihat Şen, Sinan Beksaç, Zeki Taner

1. Cihat ŞEN, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi ve Perinatal Tıp Vakfı
2. Sinan BEKSAÇ, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum ABD
3. Atıl YÜKSEL, İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum ABD
4. Zeki TANER, Gazi Üniversitesi Kadın Hastalıkları ve Doğum ABD
5. Hasan Fehmi YAZICIOĞLU, Özel Hekim
6. Ali ACAR, Konya Necmettin Erbakan Üniversitesi Kadın Hastalıkları ve Doğum ABD
7. Namık DEMİR, Maternal Fetal Tıp Derneği
8. Sertaç ESİN, Başkent Üniversitesi Kadın Hastalıkları ve Doğum ABD
9. Tamer MÜNGAN, Özel Korum Hastanesi
10. Acar KOÇ, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum ABD
11. Fikret Gökhan GÖYNÜMER, SBÜ, Zeynep Kamil Kadın Sağlığı E.A.Hastanesi
12. Yusuf ÜSTÜN, Ankara Medica International Hastanesi
13. Aykan YÜCEL, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı E.A.Hastanesi
14. Halil Gürsoy PALA, Sağlık Bilimleri Üniversitesi İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi
15. Murat YURDAKÖK, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Yenidoğan Servisi,
16. Ayşe KARAMAN, Dr. Sami Ulus Kadın Doğum Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Çocuk Cerrahisi
17. Fuat Emre CANBOLAT, Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı E.A.Hastanesi Yenidoğan Servisi
18. Ahmet GEDİKLİ, Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı E.A.Hastanesi Anestezi

6) DOĞUM ŞEKLİNİN MATERNAL- PERİNATAL SONUÇLARI

Moderatörler Yıldız Atalay, Fahri Ovalı, Ferit Saraçoğlu

1. Yıldız ATALAY, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Yenidoğan
2. Hüsnü Fahri OVALI, İstanbul Medeniyet Üniversitesi, Yenidoğan
3. Ferit SARAÇOĞLU, YİSAV Başkanı
4. Merih BAYRAM, Gazi Perinatoloji ABD Başkanı
5. Halil İbrahim YAKUT, Ankara Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları Hematoloji Onkoloji E.A.Hastanesi Yöneticisi
6. Şerife Suna OĞUZ, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı E.A.Hastanesi Yenidoğan Servisi
7. Cüneyt TAYMAN, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı E.A.Hastanesi Yenidoğan Servisi
8. Cemal ATALAY, Ankara Numune E.A.Hastanesi
9. Dilek UYGUR, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı E.A.Hastanesi
10. Çetin ÇAM, Zeynep Kamil Kadın Hastalıkları E.A.Hastanesi
11. Sabri CAVKAYTAR, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı E.A.Hastanesi
12. Özlem CAVKAYTAR, Dr. Sami Ulus Çocuk Hastanesi Allerji,
13. Mehmet Tuğrul CABIOĞLU, Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Fizyoloji
14. Fahri BAYIROĞLU, Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fizyoloji
15. Sema OVALI, Acıbadem Hastanesi
16. Nurgül KILIÇARSLAN, Kanuni Sultan Devlet Hastanesi, Ebe

7) İYİ KLİNİK UYGULAMA ÖRNEKLERİ, POLİTİKA ÖNERİLERİ

Moderatörler: Nazan Savaş, Ateş Karateke, Sema Sanisoğlu

1. Ateş KARATEKE, Medeniyet Üniversitesi Kadın Hastalıkları ve Doğum ABD, TJOD Başkanı
2. Vedat BULUT, Ankara Tabip Odası Başkanı, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi İmmunoloji ABD
3. Nazan SAVAŞ, Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı ABD
4. Hasan Hüseyin YILDIRIM, Hacettepe Üniversitesi İktisadi İdari Bilimler Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü,
5. Sema SANİSOĞLU, THSK Kadın ve Üreme Sağlığı Daire Başkanı,
6. Filiz AVŞAR, Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Kadın Hastalıkları ve Doğum ABD,
7. Oluş APİ, Yeditepe Üniversitesi Kadın Hastalıkları ve Doğum ABD
8. Yaprak E. ÜSTÜN, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi Yöneticisi
9. Özlem MORALOĞLU TEKİN, Etlik Eğitim Araştırma Hastanesi Yöneticisi
10. Ali GEDİKBAŞI, Kanuni Sultan Süleyman Hastanesi Yöneticisi
11. Birol DURUKAN, Zeynep Kamil SSVD Polikliniği
12. Reşat BAHAT, Özel Hastaneler ve Sağlık Kuruluşları Derneği (OHSAD)
13. Mustafa Emre YATMAN, THSK Tıbbi Hizmetler Kurum Başkan Yrd. Müşterek Sağlık Hizmetleri Daire Başkanlığı,
14. Elif Güler KAZANCI, Bursa Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliği, Tıbbi Hizmet Başkanı
15. Derya KARAÇAY ŞİMŞEK, Hatay Devlet Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanı
16. Nesibe UZEL, SAGEM, Ebe
17. Songül Kara, Bursa Çekirge Devlet hastanesi Zübeyde Hanım Doğumevi, Ebe
18. Hatice PAMUKEL, Bursa Çekirge Devlet hastanesi Zübeyde Hanım Doğumevi
19. Huriye KAAN GÜVEN (Ebe) Sağlık Bilimleri Üniversitesi Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi gebe okulu



Prof. Dr. Fahrettin Keleştemur
TÜSEB Başkanı

ÖNSÖZ

Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı (TÜSEB) 19/11/2014 tarih ve 6569 sayılı kanun ile Sağlık Bilimi ve Teknolojisi alanında bilgi üreterek, ülkemize hizmet etmek amacı ile kurulmuştur. Bu amaçla ilk kurulan Enstitüler

- Türkiye Kanser Enstitüsü
- Türkiye Biyoteknoloji Enstitüsü
- Türkiye Anne, Çocuk ve Ergen Sağlığı Enstitüsü
- Türkiye Halk Sağlığı ve Kronik Hastalıklar Enstitüsü
- Türkiye Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Enstitüsü
- Türkiye Sağlık Hizmetleri Kalite ve Akreditasyon Enstitüsü'dür.

Bu çalıştay Türkiye Anne, Çocuk ve Ergen Sağlığı Enstitüsü tarafından Türkiye'nin sezaryen oranları artış nedenlerini saptamak ve bu konuda çözüm önerilerini tartışmak amacıyla yapılmıştır. Konu tarihi, sosyal, kültürel ve tıbbi yönüyle çok kapsamlı bir şekilde, alanında uzman bilim insanları tarafından ele alınmıştır. Çalıştayın sonuçlarının yol gösterici olacağını ümit ediyorum.

Çalıştay davetimizi kabul eden tüm katılımcılara teşekkürlerimi sunarım.



Doç. Dr. Esma Sarıkaya

Türkiye Anne Çocuk ve Ergen Sağlığı Enstitüsü Başkanı

GİRİŞ

Doğum; insanoğlunun en güzel yaşantısal deneyimidir. Bu deneyimi gerçekleştirmek konusunda; kadın, erkek, doktor ve ebelerin, aslında bütün toplumun "**ustalık hissi**" önemlidir. Bu ustalık hissinin kültür, bilimsel gelişme ve entelektüel birikimle zenginleşip gelişmesi beklenirken günümüzde tam tersi bir durum ortaya çıkmıştır. Malpraktis davaları, hekim ve ebelerin; modern çağ, şehir hayatı ve çekirdek aile yapısı da toplumun, ustalık hissini elinden almıştır.

Gebelik ve doğum deneyimini şekillendiren birçok faktör vardır. Sosyal faktörler (aile, kültür, din), entelektüel koşullar, psikoloji, teknoloji, yetişmiş insan gücü, ekonomik, politik faktörler bunlardan bazılarıdır. 1980'lerden sonra hastane doğumu modern olmakla eş anlamlı hale geldi ve giderek daha çok tercih edilir oldu. Doğum için en güvenli yer hastanedir söylemi 2000'li yıllarda yerini, doğum için en güvenli yöntem sezaryendire bıraktı. Majör bir cerrahi olan ve cerrahiye ait tüm riskleri taşıyan sezaryen, halk arasında risksiz bir işlem olarak algılanmaya başlandı. Türkiye'de de demografik dönüşüm ve onun bir parçası olarak doğurganlık dönüşümü, modernleşme ile paralel giden bir süreç oldu. Hatta ülkemiz, bu konuda dünyadaki birçok ülkenin önüne geçti.

Cerrahî ve anestezi tekniğindeki gelişmeler, antisepsi kurallarına uyulması, antibiyotiklerin keşfi ve ağrı tedavisi için komplikasyonsuz yolların devreye girmesi ile sezaryen, anne ve bebek ölümlerini azaltmada çok önemli bir tıbbi kazanımdı. Fakat son 30 yılda, tıbbi gereklilik olmadan, vaginal doğuma alternatif olarak doğum ağrısı istemeyen bayanlarda sık uygulanan bir yöntem haline geldi. Hatta yeni bir üreme modeli olarak algılanmaya başlandı.

10-11 Şubat 2017 tarihlerinde çeşitli kurum ve kuruluşlarda görev yapan bilim insanlarının ve ilgili derneklerin geniş katılımı ile Ankara Meyra Palace Otel' de "Doğum Şekli Tercihinin Multidisipliner İrdelenmesi Çalıştay-1" yapılmıştır. Sezaryen oranlarındaki artışın 7 ayrı disipline ele alındığı çalıştay, ilgili tüm paydaşları bir araya getirmesi açısından özgün ve sorunu, Ulusal seferberlik coşkusu ile ele almak hedefindedir.

Çalıştayın hazırlanmasında emeği geçen ve çalıştayımıza katkı sağlayan herkese teşekkürlerimi sunarım.

TARİHÇELER

Doç.Dr. Esma Sarıkaya

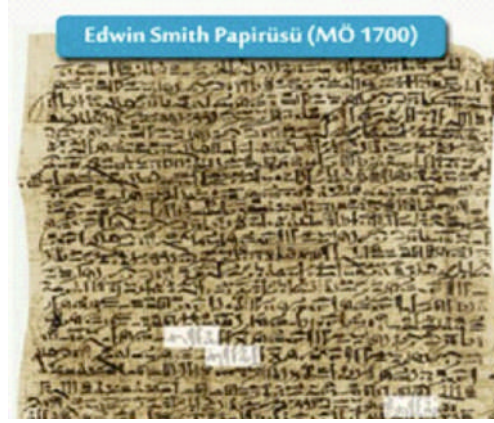
Sezaryenin Tarihçesi

- Antik çağlarda, sonrasında annenin öleceğine kesin gözüyle bakarak sadece bebeği kurtarmak için uygulanmaktaydı.
- Ortaçağda annenin doğum sırasında ölmesi halinde, doğmamış çocuğu kurtarmak için uygulanıyordu.
- 1700'lü yılların ortalarında **forseps** geliştirilmesi ile doğumda ebeler yerine kadın doğum uzmanlarının yer alması gündeme geldi
- 1870'li yıllarda sezaryene bağlı anne ölümü %75 civarındaydı. Şok, sepsis ve kanama başlıca ölüm sebebi idi. Bu yıllarda henüz günümüzdeki kendiliğinden emilerek kaybolan sütür mataryelleri olmadığı için cerrahlar rahimdeki kesiklere ve karın içerisine dikiş atmaktan kaçınırlardı. Çünkü bu dikişler, alınmadığı için ameliyat sonrasında enfeksiyonlara neden oluyordu. Öte yandan ameliyatlarda ağrı giderici yöntemler henüz yoktu
- 1882'de Max Sönger rahimdeki kesiti dikerek ölüm oranını düşürmüştür.
- 1928 yılında **penisilin**, Alexander Fleming tarafından bulundu ve 1940 yılında ilaç olarak kullanılmaya başlandı. Bu tarihten sonra sezaryen ve diğer ameliyatlarda enfeksiyonlar oldukça azalmıştır.
- 1900'lü yılların başlarında Alman Prof. John Martin Munro Kerr uterus alt segment transvers kesiyi tarifledi ve bu sayede enfeksiyon ve uterus rüptürü gibi komplikasyonlar azaldı.
- 1960'larda **elektronik fetal monitor** icat edildi ve fetal stress tanısıyla daha fazla sayıda sezaryen yapılmaya başlandı.

Ord. Prof. Dr. Cemil Topuzlu 	Sezaryan sırasında annenin ölmediği ilk ameliyat 1500'lü yıllarda gerçekleşmiştir. Amerika'da 1794 yılında West Virginia eyaletinde Dr. Jesse Bennett tarafından gerçekleştirilmiştir. Eşi Elizabeth'i ameliyat etmiştir. İngiltere'de 1815-1821 yılları arasında James Miranda Stuart Barr isminde bir kadın tarafından gerçekleştirilmiştir. Ülkemizde 1900'lü yılların başında saray cerrahı olan Cemil Topuzlu tarafından İstanbul Nişantaşı'nda bir konakta gerçekleştirilmiştir.
--	---

Tablo.1 Anne ve bebeğin yaşamının devam ettiği ilk başarılı sezaryen ameliyatları

Cerrahi Dikiş Materyalleri Tarihçesi



Resim 1. Bilinen en eski cerrahi eser

- **M.Ö 1100** İnsan bedenine uygulanmış ve günümüze kadar korunmuş^[1] bilinen en eski dikiş ise 21. Mısır Hanedanlığına ait mumya üzerinde tespit edilmiştir. Keten benzeri ip kullanılan dikiş
- Antik dönemde yaşayan farklı kültürlerde at kılı, kuru tendon ya da bağırsak, şerit şeklinde düzenlenmiş hayvan derisi ve saç, altın ya da gümüş teller ile günümüz modern cerrahisinde kullanılan “klips”lerin öncülleri olan büyük savaş karıncaları olan “Oecophylla smaragdina” isimli özel bir tür karıncanın kısıkaçları gibi materyaller dikiş amacıyla kullanılmıştır. Antik çağın ileri uygarlıklarını barındıran Hint Yarımadası'nda yazılan Sushruta Samhita'da (**M.Ö. 1200-700**) yer alan başlıklardan biri sivya (dikiş) dır. Bilinen en eski cerrahi eser olan Edwin Smith papirüsünde “ydr” olarak geçen kelime egyptolog Breasted'e göre “dikiş”, Ebbell'e göre kısıkaç olarak tanımlanmıştır.
- Primer-sekonder iyileşmeyi ilk olarak tanımlayan ve sadece yüzeysel yaralara dikiş uygulayan Hipokrat materyal olarak hayvan tendonları, fasya şeritleri gibi değişik lifleri, kemik tespitinde ise altın tel kullanır. Dikiş materyallerinin sıcak zeytinyağı ile ıslatılması yöntemi sterilizasyon için bir kanıt olarak kabul edilir.
- Galenin (**M.S 129-212**), İpek yerine ince katgütün de kullanılabileceğini yazan “De Methodo Medendi” isimli eseri katgüt için bilinen ilk kaynaktır.
- **1900**'lerin başlarında katgüt ve diğer dikiş malzemelerinin fabrikasyon üretim sonrası steril cam tüplerde saklanarak cerrahların kullanımına sunulması, uygulama sıklığının artmasına yol açmıştır.
- **1916** Theodor Kocher'in katgüt kullanımının yara enfeksiyonunu arttırdığını ileri sürmesi ve ipek kullanımını önermesi bu malzemenin uzun yıllar en seçkin dikiş malzemesi olarak tercih edilmesine neden olmuştur.
- **1930**'lu yıllardan günümüze dikiş malzemelerindeki asıl ilerleme endüstriyel kimya ve tekstil sanayisinde görülen gelişme ile olmuştur. Doku uyumlu, çok fonksiyonlu, steril edilebilen, esnek, dayanıklı ve taşınabilir malzemelerin üretilmesi.
- **1931** Emilebilir özellikli ilk sentetik dikiş materyali olan polivinil alkol ve emilemez özellikli ilk sentetik iplik olan naylon 1941 yılında kullanıma girmiştir. Daha sonraları poliesterler, poliakrilonitriller, poliolefinler ile az ya da çok başarı elde edilmiştir.
- **1950** dikiş malzemeleri için paketleme, sterilizasyon, iğneli ve iğnesiz üretim ve bunların özellikleri ile ilgili kriterler geliştirilmeye çalışılmıştır. Sterilizasyon metodu olarak geliştirilen radyasyon kullanımı, malzemelerin steril edilmesine, paketlenmesine ve asepsinin bozulmadan transferine olanak sağlamıştır

- **1970**'li yıllarda poliglukonik asit ve poliglaktin 910, 1980'li yıllarda polidioksanon ve poliglukonat, 1990'larda poliglekapon ve glikomer 631 ya da laktomer 9-1'in üretildi ve kullanıma girdi.
- **1998** yılında Avrupa Komisyonu Medikal Ürün ve Cihazlar Bilimsel Komitesi (SCMPMD: Scientific Committee on medicinal products and medical devices); katgüt dikişine alternatif olabilecek sentetik emilebilen ipliklerin olduğunu, bu ipliklerin daha iyi klinik performans sağladığını ve katgüt kullanımını gerektirecek klinik bir endikasyonun olmadığını deklare etmiştir. Bu deklarasyona gerekçe olarak ise; katgütün daha fazla reaksiyona sebebiyet verdiği ve enfeksiyon oluşum riskinin daha fazla olduğu, dokuya verdiği desteğin daha az güven verdiği, BSE (Bovine Spongiform Encephalopathy) ya da CJD (Creutzfeldt- Jakob Disease) bulaştırma riskinin bulunduğu bildirilmiştir.
- **2000**'li yıllarda dikiş malzemesi olarak katgütün kullanımı birçok ülkede yasaklanmıştır. Ülkemizde de dikiş materyalleri için getirilen CE kalite belgesi zorunluluğu 2003 yılından itibaren yürürlüğe girmiştir.

Cerrahi Dikiş Materyalleri Tarihi; Ülkemiz

- “En büyük Müslüman hekim” olarak kabul edilen ve “pratisyen hekimlerinin şefi” olarak itibar gören Zekeriya el-Razi “El-Havi fi't Tıbb” isimli kitabında dikiş materyali olarak hayvan bağırsağını kullanmayı önerir.
- “Hekimlerin prensi” olarak kabul edilen İbn Sina'nın (**M.S 980-1037**), en önemli eseri “Kanun”da, keten iplikleri gibi geleneksel malzemelerin özellikle enfeksiyon gelişme riski yüksek olan anal fistül gibi sorunlu yaralarda hızlıca deforme olduğunu belirtilerek, alternatif olarak düşündüğü domuz kılı, ilk monofilament dikiş materyali olarak tarihe geçer. Ayrıca sinir kesilerinin tedavisinde de primer dikişi ilk kez öneren İbn Sina olmuştur.
- İslam tıbbının en büyük cerrahı olarak kabul edilen Zehravi de “Kitab-ül Cerrahiye” isimli kitabında dikiş tekniklerini detaylandırır. Günümüzde de halen kullanılan “double” dikiş yöntemini tanımlayan, kemik ve bronz materyalden yapılan düz ya da eğri dikiş iğnesi kullanan Zehravi, dikiş malzemesi olarak tel, hint keneviri, hayvan tendonları, insan saç, pamuk, katgüt ve ipekten faydalanmış, kanamanın durdurulmasında termal koterizasyonu önermiştir. Ayrıca karınca yardımıyla kapatma tekniğini, bağırsak köşelerini yaklaştırmada da kullanmıştır.
- Bu kitabı Türkçeleştirip kendi deneyim, gözlem ve açıklamalarını da ekleyen Şerefeddin Sabuncuoğlu (1385-1468'den sonra) Osmanlı tıbbının ilk cerrahnamesi olan “Cerrahiyyetü'l Haniye” isimli eserinde keten, pamuk, ipek, at-sığır kılı, tiftik ipliği, hayvan bağırsağından yapılan şeritler, kopuz kirişi (bir halk sazı olan kopuzun telleri) ve karınca kafalarını kullandığını belirtir.



Resim 2. Şerefeddin Sabuncuoğlu'nun "Cerrahiyyatü'l Haniye" isimli kitabının ikinci bölüm 26. Faslı (İslam Tıbbında insan resmi içeren ilk kitap)

1843 Mekteb-i Tıbbiye-i Adliye-i Şahane ilk mezunlarını vermiş; 4 mezununun 1848 yılında Viyana'da yapılan tıp yeterlilik sınavını geçmesi üzerine Avrupa'daki tıp fakültelerine denk sayılmaya başlanmış Mekteb-i Tıbbiye-i Şahane, 1903-1909 yılları arasında Askeri Tıp Mektebi iken bu tarihten sonra sivil tıp mektebi olarak da hizmet vermiştir. Bünyesinde cerrahhane de barındıran Mekteb-i Tıbbiye-i Şahane, botanik bahçesi ve tıbbi bitkileri ile eczacı yetiştirilmesine de katkı sunmuştur. Almanca, Fransızca ve Türkçe dillerinde eğitim verilen bu Tıp Mektebi'nden çok değerli siyasetçi ve bilim insanları yetişmiştir. Başlangıçta orduya hekim yetiştirmek amacıyla kurulan Mekteb-i Tıbbiye-i Şahane'nin açılmasından sonra eğitilmiş, hemen ardından da 1842'de kadavra üzerinde çalışmaların yapılabilmesi ile insan anatomisini iyi bilen erkek hekim sayısının artması yanında, kadın hastalıkları ve doğumlarda usta-çırak eğitimi almış bazı cahil ve yetersiz ebelerin anne ve bebek ölümlerine neden olmaları, **kadınların yerine, çağdaş tıp eğitimi görmüş olan erkek hekimlerin tercih edilmesine neden oldu**

1848 Galatasaray'daki **Mekteb-i Tıbbiye-i Askeriye-i Şahane** binası yanınca Hasköy'deki Kumbarahane Kışlasına taşındı. Kolera salgınında okul kolera kışlasına dönüştürülünce Topkapı sarayı Gergeroğlu konağı Galatasaray ve Kuleli'ye taşındı

1867 de sivil **Tıbbiye Mekteb-i Tıbbiye-i Mülkiye-i Şahane** açıldı

1892'de 2. Abdülhamit Han zamanında İstanbul'da **ilk doğum kliniği viladethane** (doğumevi) Dr. Besim Ömer Paşa tarafından Gülhane askeri tıbbiye'nin yakınındaki, üç oda ve bir sofadan ibaret olan binada kuruldu. Viladethane binası Topkapı sarayı surlarına bitişikti. **1892'ye kadar** İstanbul'da kadınlar evlerde ebeler eşliğinde doğum yapıyordu. ebelerin bilgileri dahilinde evlerde doğum yapmayan kadınlar, hamile olduğunu ailesinden gizlemek zorunda kalanlar ya da genelev çalışanlarıydı. O nedenle Viladethane açılışına tepki gösterenler çok oldu. Besim Ömer Paşa doğum yapacak kadın bulabilmek için gazetelerde yazılar yazmaya başlar. Özellikle de "fakirhane"lerde doğum yapan kadınların, normal şartlarda bile sağlıksız koşullarda yaşadığını belirterek doğum sonrasında bakımsızlıktan öldükleri gerçeğini vurguladı.

Besim Ömer Paşa, son sınıf öğrencilerine 24 saat arayla, altışar kişilik gruplar halinde nöbet tutturdu. Doğumevi, bu alanda nice uzman doktorun yetiştiği bir okula dönüştü. Doğumevi'nin başarısı İstanbul'da dilden dile yayıldı. Öyle ki bina, başvuruları kabul edemez hale geldi. Bu ilk doğumevi 17 yıl hizmet verdi.

1898 yılında Gülhane Askerî Tıp Akademisi (GATA),II. Abdülhamit tarafından İstanbul'da **Gülhane Seririyat Hastanesi** olarak kurulmuş kurulduktan hemen sonra Tıbbiye-i Şahane'den mezun olan asker hekimler bölükteki görev yerlerine gitmeden önce Haydarpaşa Askeri Hastanesi yerine burada bir yıl pratik eğitimine başlamışlardır.

31 Ağustos 1900'de Darülfünun-ı Şahane adı verilen ilk üniversite II. Abdülhamid'in fermanıyla açılmıştır.

1904 yılında II. Abdülhamit, **2. Viladethane** yapılması emrini verdi

1908'de İkinci Meşrutiyet ilan edilmesinden sonra tıp konularında yapılmak istenen reform girişimleri sonucu askeri ve sivil tıp okulları birleştirilmiş ve 1909'da kurulan İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi'ne Gülhane öğretim üyelerinin on bir kişilik önemli bir kısmı da transfer olmuştur.

1909'da Mekteb-i Tıbbiye-i Askeriye-i ve Mülkiye-i Şahane Haydarpaşa'da birleştirilerek **Darülfünun-u Osmani Tıp Fakültesi** adını aldı. Fransa'daki Lyon Tıp Fakültesini örnek aldı.

1914 yılında Gülhane'deki askeri hekimlik eğitimleri artırılmış, Gülhane Seririyat Hastanesi ismi değiştirilerek "**Gülhane Tatbikat-ı Askeriye Tatbikat Mektebi ve Seririyatı**" olmuştur.

1914 1. Dünya savaşında tüm hocaları askere alınan üniversite açılmadı 1500 yataklı **Askeri İhtiyat hastanesi**'ne dönüştürüldü

1915 İstanbul Darülfünunu kız öğrenci kaydetmeye başladıysa da Tıp Fakültesi kız öğrenci almıyordu. hekim olmak isteyenler tıp eğitimi almak üzere başka ülkelere gittiler. Aynı yıl İzmir Vilayeti İdare-i Hususiyesi, eğitim masrafları İstanbul Vilayeti tarafından ödenmek üzere, *İzmirli Suat ve Süeda (Emin Kağıtçıoğlu) hanımları Cenevre Tıp Okulu (Ecole de Médecine)'na gönderdi. Nisan 1916'da Almanya'da Würzburg Üniversitesi Tıp Fakültesi'ne gönderilen Hatice Safiye Ali (Krekeler) (1894-1952), 1922 yılında Türkiye'ye dönerek ilk Türk kadın hekimi olarak çalışmaya başladı. 1918'de Bedriye Veysi (Bora) Münih'te, 1919'da Fatma (Reşit) Arif Atasagun (1901-1973) Boston Tufts Üniversitesi'nde ve Hayrünnisa Ataullah Londra Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde tıp eğitimi aldılar.*

1916'da tekrar eğitime başladı

1919 Kurtuluş Mücadelesine başlandığı yıllarda İstanbul'da Arnavut köyü **Amerikan Kız Koleji (Constantinople Women College)** bünyesinde **tıp fakültesi** açılmasına karar verilmiştir. New York Columbia University College of Physicians and Surgeons'ın programı örnek alınarak kurulan **Department of Medicine Constantinople Women's College**'da 1920 yılında eğitime geçildi. İlk yıl hiç Türk öğrenci yoktu.

1921-1922 öğretim yılında *Hamdiye Abdürrahim (Maral) ve Sabiha Süleyman (Sayın), 1923-1924 öğretim yılında ise Seniha Fuat (Yazıcıoğlu)* tıp eğitimi almaya başlasalar da bu öğrenciler İstanbul Üniversitesine kız öğrencilerin kabul edilmesinden sonra buradan ayrılmışlardır.

Asepsi Antisepsi Tarihi

- **18. yüzyılda** bir meslek dalı olarak kabul edilen cerrahide, önemli ilerlemeler olmuştur. Bununla birlikte ameliyatta ve sonrasında görülen ağrı ve enfeksiyon bu ilerlemelerin önünde engeldir.
- İnsanlık tarihinin en büyük buluşlarından biri olarak kabul edilen cerrahi anestezisinin, **1840'lı** yıllarda kullanımı ile ağrı sorunu giderilmesine karşın, enfeksiyon ile mücadelede başarı daha sonraları elde edilmiştir.
- Modern cerrahinin doğuşu olarak kabul edilen 19. yüzyılın ikinci yarısında geliştirilen antisepsi ve asepsi teknikleri bu sorunun giderilmesinde önemli köşe taşı olmuştur.
- Patojen mikroorganizmaların ortamdaki uzaklaştırılması olarak tanımlanan ve ilk kez **1750** yılında John Pringle tarafından kullanılan antisepsi terimini cerrahiye uygulayan Joseph Lister (**1827-1912**), geliştirdiği “antiseptik cerrahi” yöntemi ile yara tedavisi ve kullanılan malzemelerde önemli ilerleme sağlamıştır. Yaralara ek olarak tüm cerrahi enstrümanları ve dikiş malzemelerini de karbolik asit ile muamele eden Lister'in sağladığı başarı, cerrahi dikişlerin tarihinde bir dönüm noktası olmuştur.
- Ortamdaki tüm mikroorganizmaların öldürülmesi ya da uzaklaştırılması olarak tanımlanan asepsi, antisepsinin cerrahide kullanımından yaklaşık iki dekat sonra gündeme gelmiştir. “Aseptik” cerrahinin önderi olarak kabul edilen Tait, **1879** yılında Lister yönteminin yeterli olmadığını vurgulamıştır. Koch da 1881'de karbolik asidin yeterli antisepsi sağlamadığını savunmuştur. Neubauer ise 1885 yılında asepsi prensiplerini geliştirmiştir.
- Lister'in antisepsi metodunun uygulandığı Laennec Hastanesinde, Lucas Championiere'in yanında eğitim alan ve **1890'da** İstanbul'a dönen Cemil Paşa çalışmaya başladığı Haydarpaşa Askeri Hastanesinde modern cerrahi prensiplerini uygulamıştır.

Türkiye Modern Tıp Eğitimi Tarihi

1321 Alman tarihçi Richard Honig, bugün Beyazıt Yerleşkesi'ndeki merkez binanın bulunduğu yerde Roma üniversiteleriyle eşdeğer nitelikte tıp, hukuk, felsefe ve edebiyat, eğitimi veren bir kurumdan söz eder ve bu kurumun kurulduğu 1 Mart 1321 tarihinin İstanbul'da eğitimin başlangıç tarihi olduğunu belirtir.

1453'te Fatih Sultan Mehmet'in emriyle kurulan **Sahn-ı Seman** medreselerinde İslam bilimlerinin yanı sıra fizik, kimya, matematik, astronomi gibi aklî bilimlerde dersler verilirdi.

1470 yılında Fatih Camii yanında Fatih Külliyesi olarak inşa edilen üniversitedeki Darüşşifada tıp eğitimleri verilmiş

14 Mayıs 1557 Süleymaniye Külliyesi içindeki Süleymaniye Darüşşifası ve Tıp Medresesi

1789-1807 Sultan 3. Selim ordu ve eğitim kurumlarını modernleştirme çabaları

1805 Kasımpaşa'da donanmaya bağlı **Tersane-i Amirede** modern hekim ve cerrah yetiştirilmek üzere modern tıbbiye ve eğitim hastanesi niteliğindeki **Spitalya** kuruluşu. Cerrahlık tahsis edecek ilk öğrenciler dil bilen eczane kalfalarından seçildi. Cerrahbaşı olarak **Arbili Efendi** atandı.

1806 Spitalya'nın yanına teorik tıp ve cerrahi eğitim yapılan **Tıphane** açılışı

14 Mart 1827'de Osmanlı padişahı II. Mahmut tarafından Tulumacıbaşı Konağında **Tıphane-i Amire Cerrahhane-i amire** açıldı. Osmanlı İmparatorluğu'nda medrese tipi öğretimden modern tıp eğitimine geçişin sembolüdür ve 14 Mart tarihi bu nedenle ülkemizde tıp bayramı olarak kutlanmaktadır.

1832 de öğrenci sayısı fazlasınca Cerrahhane-i amire Topkapı sarayındaki **hastalar odasına** taşındı.

9 Ocak 1832 cerrahhane-i Mamure orduya cerrah yetiştirmek için açıldı 4 yıllık eğitim süresinin 3 yılı teorik son 1 yılı askeri kıtalarda staj

1836 Topkapı Sarayı Otlukçu Kışlasında tekrar Tıphane ile birleşti. Dersler Tıphanede İtalyanca, Cerrahhanede Türkçe veriliyordu. Cerrahhane daha sonra Halıcıoğlu'nda bir binaya taşındı

1839 Cerrahhaneler **Mekteb-i Tıbbiye-i Adliye-i Şahane** adı altında modern bir askeri tıbbiye olarak Galatsaray'da birleştirildi ve hocaları Viyana'dan getirildi. Eğitim dili Fransızca oldu. 4 yıllık idadi denilen hazırlık sınıfından sonra 4 yıllık asıl tıp eğitimi veriliyordu Ders programı 1822'den beri Viyana Josephinum okulu ile çok benzerdi. Viyana'dan getirtilen bayan Messani ve bayan Pizipio ebeler dersleri veriyordu

1842 Tıp Mektebi içinde kurslarla öğretime başlayan, daha sonra okul olarak gelişen ebe okulu, Kadın Doğum Kliniği ile birlikte Haseki'den Cerrahpaşa'ya taşındı.

1922 Tıp Fakültesine kız öğrenci alımı başladı İstanbul Üniversitesi Rektörü ve İstanbul'un ünlü kadın doğum uzmanı Besim Ömer Paşa'nın kararlılığıyla Haydarpaşa Tıbbiyesi'ne 7 kız öğrenci kayıt edilmiştir. *Müfide Kazım (Küley)*, *Sabiha Süleyman (Sayın)*, *Suat Rasim (Giz)* ve *İffet Naim (Onur)*, 6 kız öğrenci 1928 tarihinde de diplomalarını almıştır. Artık kadınlar hekimdir. İlk kadın hekimlerimiz uzman olmak için de çok çaba saffetmişler ve Çocuk Hastalıkları, Patoloji ve Çocuk Cerrahisi ile Ortopedi uzmanlığı alanlarının ilklerini oluşturmuşlardır



Resim 3. 1924 Tıp Fakültesinde okuyan kız öğrenciler
(Servet-i Fünun Sayı 1478-4)

1924 tarihli yabancıların yüksek öğretim kurumu açma ve çalıştırmalarını engelleyen **Tevhid- i Tedrisat Kanunu** ile Türkiye'de kız öğrencilerin tıp eğitimi almalarını sağlayan ilk akademik kurum olan Amerikan Kız Koleji Tıp Bölümü kapandı

1930 Sağlık ve Sosyal Yardım bakanlığı ilk olarak mezun kadın doktorlara yeni tesis edilen doğum ve çocuk bakımevlerinde asistanlık verdi.

1933 yılında Atatürk'ün gerçekleştirdiği **üniversite reformu** ile Darülfünun-u Osmani Tıp Fakültesi hocaları yerine Nazi Almanyasından kaçan 42 Alman profesör ile Beyazıt'taki Merkez binada eğitime devam etti ve **İstanbul Üniversitesi** adını aldı. Haseki, Gureba, Cerrahpaşa, Şişli çocuk ve Bakırköy Akıl hastaneleri teorik tıp dersleri de buraya taşındı. Yılda 150-250 hekim mezun oluyordu. Cumhuriyet kurulduğunda 1923'te 554 hekim varken bu sayı, 1935'te 1625'e ulaştı. İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesinin Cerrahpaşa kısmında bulunan ilk binası Belediye tarafından satın alınıp 80 yatakla 10 Temmuz 1911 tarihinde hizmete açılan Taküyiddin Paşa konağıdır. Üniversite Senatosunun 27 Temmuz 1967 tarih ve 78 sayılı kararı ile iki tıp fakültesi kuruldu. Tıp Fakültelerinden biri İstanbul diğeri Cerrahpaşa adlarını aldılar

1933 yılına kadar tıbbiye olarak hizmet veren Mekteb-i Tıbbiye-i Şahane, 1933-1983 yılları arasında Haydarpaşa Lisesi olarak eğitim vermiştir. İstanbul Tıp Fakültesi'ne girmek isteyen öğrencilerin sayısı artınca, yeni bir Tıp Fakültesi'nin kurulması kaçınılmaz olmuştu. Atatürk, 1937 Meclis Açış Nutku'nda Ankara ve Van'da iki Üniversite açılması gerektiğini belirtti.

1941'de, Türkiye'nin II. Dünya Savaşı'na girme ihtimali üzerine, askeri okulların ve Gülhane'nin İstanbul'dan Ankara'ya taşınmasına karar verilmiş ve tüm eşya ve personel, Sirkeci, İstanbul'dan Cebeci Merkez Hastanesi'ne nakledilmiştir.

19 Ekim 1945 Cebeci Hastanesi'nde Gülhane Büyük Dersanesi'nde törenle Ankara Tıp Fakültesi eğitimine başladı.

2 Şubat 1954 tarihinde Hacettepe Tıp Fakültesinin başlangıcı sayılan Çocuk Sağlığı Kürsüsü, tarihinde Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesine bağlı olarak Prof. Dr. İhsan Doğramacı tarafından kurulmuştur.

1955 Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrenci alımına başlamıştır.

8 Temmuz 1967 tarih ve 892 sayılı Kanun'la **Hacettepe Üniversitesi**

1978 İzmir Tıp Fakültesi

1982 2809 sayılı kanunla Gazi Eğitim Enstitüsü, "**Gazi Üniversitesi**" kimliğine kavuşur

1983 Mekteb-i Tıbbiye-i Şahane, **Marmara Üniversitesi'ne** tahsis edildi.

13 Mart 1985 İbni Sina hastanesi Sıhhiye Kampüsü içinde, faaliyete geçti.

1987 Tıpta uzmanlık için öğrenci seçme sınav yönetmeliği

1996–1998 Kadın doğum anabilim dallarında, kadınların istihdamının kadın sağlığına olumlu etkileri olabileceği öne sürülmüş ve ABD'de tıpta kadın istihdamını artırıcı politikalar uygulanmaya başlamıştır. ABD'de Sağlık Bakanlığı Kadın Sağlığı Birimi, akademik alanda kadın yönetici hekim sayısını artırarak, kadın sağlığını geliştirmek amacıyla 18 üniversitede Ulusal Kadın Sağlığı Uzmanlık Merkezleri oluşturmuştu

27.03.2015 tarih ve 6639 sayılı Kanun gereğince sağlık temalı olarak kurulan ilk ve tek devlet üniversitesi olan Sağlık Bilimleri Üniversitesi Mekteb-i Tıbbiye-i Şâhâne adıyla hizmet vermek üzere kuruldu

2016 Gülhane Askerî Tıp Akademisi (GATA), sağlık birimleri ile birlikte Sağlık Bakanlığına bağlanmıştır ve adı Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi olarak değiştirilmiştir. GATA'ya bağlı olan yükseköğretim birimleri ise Sağlık Bilimleri Üniversitesine devredilmiştir.

Uzmanlık Dallarının Tarihsel Gelişimi

Uzmanlık dallarının tarihsel gelişimine bakarsak Uzmanlık eğitimi Cumhuriyetten önce muallimler meclisinin yeterlilik kararı ile olmaktadır.

1838 Umumi Sıhhiye Meclisi bu görevi yapmış,

1850 bu görev Darülfünun Muallimler meclisine geçmiştir.

1916 yılında önce 9 klinik dal ve 6 laboratuvar dalı, kürsü adıyla oluşturulmuştur

26 Eylül 1926 tarihli “Tababet İhtisas Vesikaları Hakkında Nizamname” ile uzmanlık alanları ve koşulları tarif edilmiştir. Buna göre Dahiliye, Hariciye, Akliye ve Asabiye, Kulak Burun Boğaz, Göz, Deri ve Zührevi hastalılar, Çocuk hastalıkları, Kadın Doğum, Üroloji olarak 9 klinik dal belirlenmiştir. Dahiliye ve Hariciye ihtisası için üç, diğer dallar için 2 yıl o alanda çalışmış olma belge almak için aranmıştır. Türkiye tıp fakültelerinde veya Sağlık Bakanlığının belirleyeceği kurumlardan veya yabancı ülkelerdeki bilinen hastane ve laboratuvarlardan verilmiş belgelerin Türkiye tıp fakültelerince tasdik edilmiş olması halinde hekimlerin bu dallarda uzman olarak hasta bakabileceği, laboratuvar dalları olarak da Bakteriyoloji, Patoloji, Biyokimya, Ruhi ve Adli hekimlik, Radyoloji, Fizik Tedavi olarak 6 dal belirlenmiştir. Ayrıca bir de 4 senelik çalışma süresi aranan Sağlık Koruma dalı vardır. Tıp fakültesinin son sınıfında olanlardan Sağlık Korunması ihtisası için üç yıl o alanda çalışmış olma belge almak için aranmıştır. Beş seneden beri bu alanlarda çalıştığın belgeleyenlere de sınavsız belgeleri verilmiştir.

1928'de 1219 sayılı kanunla uzmanlık belgesi verecek kurullar ve çalışması zorunlu süreler ilk defa iki yıl olarak saptanmıştır.

1929 tarihli tüzükte 16 uzmanlık alanı

24 Temmuz 1947 yılında çıkarılan “Tababet Uzmanlık Belgeleri Hakkında Tüzük” yayımlanarak klinik uzmanlık dalları 9'dan 25'e çıkarılmıştır. Bu tüzük 8.5 yıl yürürlükte kalmıştır, uzmanlık için çalışma süresi iki yıldır.

28 Aralık 1955'te çıkan Tababet İhtisas Nizamnamesi ile 25 olan uzmanlık dalları 37 ihtisas dalı oldu. Tıp dışı fakültelerden mezun olanlara da tıp ihtisas dallarında uzman olma olanağı getirildi ve süre 3 yıla çıkarıldı. Bu tüzükte 5 yıl 4 ay yürürlükte kaldı.

17 Ağustos 1962'de yayınlanan tüzük ile 6 ihtisas dalı daha eklenerek 43 ana ihtisas dalı

1973'te 41 tıpta anadal ve 2 Diş hekimliğinde ana dal,

1983 tüzüğünde 47 uzmanlık dalı olmuş, fizyopatoloji uzmanlık dalı olmaktan çıkarılmıştır.

1983 ve 2002'de anadalda uzmanlığını aldıktan sonra üç yıl daha çalışarak alınan 38 yan dal

2002'deki tüzükle bakanlığın oluşturduğu Uzmanlık Kurulu bu süreler içindeki rotasyonları ve sürelerini saptama yetkisindedir. Tıp doktorları dışında diğer fakülte mezunlarına verilen tıpta uzman olma hakkı kaldırılmıştır. Tıbbi Ekoloji ve Hidroklimatoloji dalı ile Tıp Tarihi ve Deontoloji dalları kaldırılmıştır. Enfeksiyon hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji dalı ikiye ayrılmıştır. Anestezi ve Aile Hekimliği süreleri 3 yıl olarak bırakılmıştır. Eğitim süreleri bir yıl uzatılan uzmanlık alanları şunlardır. Beyin Cerrahisi, Çocuk Cerrahisi, Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları, Çocuk Ruh Sağlığı, Genel Cerrahi, Göğüs Cerrahisi, Göğüs Hastalıkları, Halk Sağlığı, İç Hastalıkları, Kadın Hastalıkları ve Doğum, Nöroloji, Nükleer Tıp, Ortopedi, Plastik Cerrahi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları, Spor Hekimliği, Tıbbi Biyokimya, Tıbbi Farmakoloji, Tıbbi Mikrobiyoloji, Tıbbi Patoloji, Üroloji olmuştur. Beyin ve Sinir Cerrahisi ile Plastik Cerrahi eğitim süresi 6 yıl olarak en uzun eğitim süresi olan ana uzmanlık dalı olmuş fakat 2011 yılında çıkarılan kanunla bunlar da 5 yıla indirilmiştir.

6 Nisan 2011 tarihli 6225 sayılı kanun 45 yandal ve bunların bağlı 43 ana dal

2011 yılında evvelce eğitim süreleri en az 5 yıl olan dallardan 4 yıla indirilenler: Acil tıp, Çocuk Sağlığı, Çocuk Ruh Sağlığı, Dermatoloji, Fizik tedavi, Göğüs Hastalıkları, Göz Hastalıkları, İç Hastalıkları, Kadın Hastalıkları ve Doğum, Kardiyoloji, Kulak Boğaz Burun Hastalıklar, Nöroloji, Radyasyon Onkolojisi, Radyoloji, Ruh Sağlığı anadalları olmuştur.

ÜLKEMİZDE SAĞLIK HİZMETLERİNİN TEŞKİLATLANMASI

1839 “Beynelmilel sıhhiye Meclisi”nin kurulmasıyla başlamıştır.

1878 “Cemiyet-i Tıbbiye-yi Mülkiye”,

1906 “Meclis-i Maarif-i Tıp”

1908 Meşrutiyetin ilanından sonra “Meclis-i Umur-ı Tıbbiye-yi Mülkiye ve Sıhhiye-yi Umumiye” olarak değiştirilmiş görev ve yetkileri genişletilmiştir.

1908, İçişleri Bakanlığına bağlı “Sağlık Genel Müdürlüğü” kurulmuştur.

1914 İçişleri Bakanlığının adı “İçişleri ve Sağlık Bakanlığı” olmuştur.

2 Mayıs 1920 tarih ve 3 sayılı kanunla Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı kuruldu

1983 Bakanlığın adı Sağlık Bakanlığı oldu

TÜRK KIZILAYI TARİHİ

Savaş alanında yaralanan ya da hastalanan askerlere hiçbir ayırım gözetmeksizin yardım etmek arzusundan doğmuştur. Kızılay, 1876 Osmanlı- Rus Savaşı'ndan 1974 Kıbrıs Barış Harekatı'na kadar geçen süre içinde, Türkiye'nin taraf olduğu tüm savaşlarda, cephe gerisinde kurduğu seyyar ve sabit hastaneler, hasta taşıma servisleri, donattığı hastane gemileri, yetiştirdiği hemşireler ve gönüllü hasta bakıcılar aracılığıyla savaş alanında yaralanan ya da hastalanan on binlerce Mehmetçik'in dost ve düşman askerinin bakım ve tedavisine yardımcı olmuş, Türk olsun düşman olsun savaş esirlerine gereken insancıl yardımları yapmış; savaştan etkilenen sivil halkın bakımı ve korunması için çaba göstermiş; I Meşrutiyetin ilanından sonra İstanbul'da görülen büyük kolera salgınından bu yana yurdumuzda ortaya çıkan doğal afetlerde felaketzedelerin bakımını, barınağı ve beslenmelerini sağlamış, uluslararası yardım faaliyetlerine katılmış; hemşirelik eğitimi, ilkyardım ve **kanla ilgili hizmetler** alanında öncülük yapmış, korunmaya gereksinen pek çok vatandaşımıza gereken sosyal yardım ve hizmetleri sunmuştur.



Dr. Marko Paşa



Dr. Abdullah Bey



Dr. Kırımlı Aziz Bey



Serdar-ı Ekrem
Ömer Paşa

Resim 4. Türk Kızılayı'nın kurucuları

11 Haziran 1868'de "**Osmanlı Yaralı ve Hasta Askerlere Yardım Cemiyeti**" adıyla kurudu

1877'de **Osmanlı Hilali Ahmer Cemiyeti**

1923'de **Türkiye Hilali Ahmer Cemiyeti**

1935'te **Türkiye Kızılay Cemiyeti**

1947'de "**Türkiye Kızılay Derneği**" adını almıştır.

2013 Kritik Kan Stok Seviyesinin Korunması Genelgesi transfüzyon merkezlerinin, stoklarını bağlı bulundukları bölge kan merkeziyle koordineli bir şekilde belirlemesini ve stokların kritik seviyenin altına düşürülmemesi için hastane yönetimlerince her türlü önlemin alınmasını düzenler

T.C. Sağlık Bakanları

TBMM Sıhhiye ve Muavenet-i İctimaiye Vekilleri (1920-1923)

- Dr. Adnan Adıvar 3 Mayıs 1920, 10 Mart 1921
- Dr. Refik Saydam 10 Mart 1921, 20 Aralık 1921
- Dr. Rıza Nur 24 Aralık 1921, 27 Ekim 1923

Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanları (1923-1980)

- Dr. Refik Saydam 30 Ekim 1923, 21 Kasım 1924
- Dr. Mazhar GERMEN 22.11.1924 - 03.03.1925
- Dr. Refik SAYDAM 04.03.1925 - 25.10.1937
- Dr. Hulusi ALATAŞ 25.10.1937 - 18.01.1945
- Dr. Sadi KONUK 18.01.1945 - 05.08.1946
- Dr. Behçet UZ 07.08.1946 - 10.06.1948
- Dr. Kemalî BAYAZIT 10.06.1948 - 22.05.1950
- Prof.Dr.N. Reşat BELGER 22.05.1950 - 19.09.1950
- Dr. E. Hayri ÜSTÜNDAĞ 20.09.1950 - 17.05.1954
- Dr. Behçet UZ 18.05.1954 - 09.12.1955
- Dr. Nafiz KÖREZ 09.12.1955 - 25.11.1957
- Dr. Lütfi KIRDAR 26.11.1957 - 27.05.1960
- Prof. Dr. Nusret KARASU 27.05.1960 - 25.08.1960
- Prof. Dr. Ragıp ÜNER 05.09.1960 - 20.11.1961
- Dr. Suat SEREN 20.11.1961 - 26.06.1962
- Dr. Yusuf AZİZOĞLU 26.06.1962 - 26.10.1963
- Prof. Dr. Kerim GÖKAY 05.11.1963 - 26.12.1963
- Dr. Kemal DEMİR 26.12.1963 - 20.02.1965
- Dr. Faruk SÜKAN 22.02.1965 - 27.10.1965
- Dr. Edip SOMUNCUOĞLU 27.10.1965 - 01.04.1967
- Dr. Vedat Ali ÖZKAN 01.04.1967 - 12.03.1971
- Prof. Dr. Türkan AKYOL 26.03.1971 - 13.12.1971
- Dr. Cevdet AYKAN 13.12.1971 - 23.05.1972
- Dr. Kemal DEMİR 23.05.1972 - 16.04.1973
- Dr. Vefa TANIR 16.04.1973 - 26.01.1974
- Dr. Selahattin CİZRELİOĞLU 26.01.1974 - 18.11.1974
- Dr. Kemal DEMİR 18.11.1974 - 18.04.1977
- Dr. Vefa TANIR 18.04.1977 - 21.06.1977
- Prof. Dr. Celal ERTUĞ 21.06.1977 - 21.07.1977
- Av. Cengiz GÖKÇEK 21.07.1977 - 05.01.1978
- Dr. Mete TAN 05.01.1978 - 12.11.1979
- Dr. Münif İSLAMOĞLU 12.11.1979 - 11.09.1980

Sağlık Bakanları (1980 - Günümüz)

- Prof. Dr. Necmi AYANOĞLU 22.09.1980 - 23.12.1981
- Prof. Dr. Kaya KILIÇTURGAY 23.12.1981 - 13.12.1983
- Mehmet AYDIN 13.12.1983 - 17.10.1986
- Doç. Dr. Mustafa KALEMLİ 17.10.1986 - 21.12.1987
- Bülent AKARCA 21.12.1987 - 26.06.1988
- Cemil ÇİÇEK 26.06.1988 - 06.07.1988
- Ziraat Müh.Nihat KİTAPÇI 06.07.1988 - 31.03.1989
- Halil ŞIVGIN (Hukukçu) 31.03.1989 - 23.06.1991
- Dr. Yaşar ERYILMAZ 23.06.1991 - 20.11.1991
- Dr. Yıldırım AKTUNA 20.11.1991 - 25.06.1993
- Rıfat SERDAROĞLU 25.06.1993 - 28.11.1993
- Ecz.Kazım DİNÇ 28.11.1993 - 15.08.1994
- Dr. Doğan BARAN 15.08.1994 - 07.03.1996
- Dr. Yıldırım AKTUNA 07.03.1996 - 26.04.1997
- Nafiz KURT 30.04.1997 - 13.05.1997
- Doç. Dr. İsmail KARAKUYU 13.05.1997 - 30.06.1997
- Dr. Halil İbrahim ÖZSOY 30.06.1997 - 11.01.1999
- Dr. Mustafa Güven KARAHAN 11.01.1999-29.05.1999
- Doç. Dr. Osman DURMUŞ 29.05.1999-18.11.2002
- Prof. Dr. Recep AKDAĞ 18.11.2002- 24.01.2013
- Dr. Mehmet MÜEZZİNOĞLU 24.01.2013-25.05.2016
- Prof. Dr. Recep AKDAĞ 25.05.2016 - ...

DOĞUM VE ÇOCUK HASTANELERİNİN KURULUŞU

1860-62 yıllarında **Zeynep Kamil Çocuk Hastanesi** Kavalalı Mehmet Ali Paşa'nın kızı Zeynep Hanım ile kocası Yusuf Kamil Paşa tarafından yaptırılan, hastalara ücretsiz hizmet veren ilk özel hastanedir. Gureba Hastanesi adıyla 1882 yılında açılmıştır. 1896 yılında Zeynep hanımın kardeşi Abdülhalim Paşa'nın oğlu Sait Halim Paşa tarafından onarılmış ve saray hekimi Cemil Topuzlu Paşa'ya özel cerrahi kliniği olarak kullanıma verilmiştir. Savaş yıllarında askeri hastane olarak hizmet vermiş, 1918'de Haydarpaşa Asker hastanesinin bir bölümü olmuş, 1920'de akıl ve sinir hastanesi olarak kullanılmış, 1933'te İstanbul belediyesine devredilmiş, 1935'te doğum evine dönüştürülmüş, 1952'de 150 yataklı kadın hastalıkları ve 200 yataklı çocuk kliniği olarak organize edilerek 1958'de kullanıma açılmıştır. 1961'de Hemşirelik Koleji binası eklenmiştir. 1982'de binaların işletimi ve yönetimi Sağlık Bakanlığı'na devredilmiştir.

1925 Hamamönü Hacı Musa Mahallesinde kiralanan kerpiçten yapılmış bir binada beş yataklı olarak **Doğumevi** açılmış. Bu hastanede hizmetler bir kadın hastalıkları uzmanı ve bir çocuk hastalıkları uzmanı ile bir başhemşire ve iki ebeyle yürütülmüştür. 1929 yılında ilk bina kafi gelmediğinden kadınlar için 15, süt çocukları için 15 yatak alabilecek başka bir bina bulundu. Bu bina da ihtiyaca cevap vermeyince 1935 yılında yine aynı semtte daha büyük bir binaya yerleşilmiştir. Bu üçüncü Doğum evinin de görülen işler bakımından kendisinden öncekiler gibi gittikçe ihtiyacı karşılayamaz hale gelmesi üzerine Sağlık Bakanlığı tarafından 3 Mart 1949 yılında açılışı yapılan 300 yataklı modern bir hastane kurulmuş olup, bu hastanenin başhekimliğine İstanbul'un tanınmış kadın hastalıkları ve doğum uzmanlarından Dr. Zekai Tahir Burak getirilmiştir.

1978 Adana Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi hizmete açıldı 150 yataklı olarak hizmet vermekte iken 2009 Ocak ayında 250 yataklı olarak hizmet veren Çukurova Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi ile birleştirilerek 400 yataklı bir hastane konumuna gelmiştir.

Ağrı'da 101 yataklı Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi vardır.

Adıyaman'da Adıyaman Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi 1998 yılında 75 yatakla başlamış, 2000 yılında 100 yatak, 2006 yılında ise 150 yatağa çıkmıştır. Adıyaman Üniversitesi'nin kurulmasından sonra 2011 yılından itibaren tıp fakültesi öğretim üyeleri ile birlikte kullanılmak üzere bakanlıkla üniversite anlaşarak öğrenci pratiklerine açılmıştır.

Amasya'da Amasya Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi 2005 yılında SSK hastanesinden ayrılıp bakanlığa bağlı Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi olarak çalışmaktadır. Aksaray'da Vehbi Ekecik, Kocaeli'de Ali Kahya, Erzurum'da Aziziye, Bolu'da 124 yataklı İzzet Baysal, Bartın'da 102 yataklı 2005 yılında açılan, Konya'da Ereğli, Kırıkkale'de Hacı Hidayet Doğrucu, İstanbul'da Bakırköy, Balıkesir'de Balıkesir, Bartın, Burdur, Çukurova'da Seyhan, Iğdır, İzmit, Antalya, İstanbul Bakırköy, Isparta, Eskişehir, Giresun, Karabük, Kırıkkale, Konya'da Faruk Sükan, Konya Ereğli'de, Mardin, Muş, Nevşehir, Niğde'de Dr. Baran, Samsun, Siirt, Ordu, Trabzon, Yozgat'ta Bozok, Zonguldak, Giresun, Muş, Mersin, Gemlik, Kayseri, Diyarbakır, Iğdır, Amasya'da, Nevşehir'de, Rize'de Çayeli'de, Zonguldak'ta Kadın Doğum ve Çocuk Hastaneleri vardır.

Aydın, Batman, Bingöl, Çorum, Hatay-İskenderun, Karabük, Kars ve Yozgat'ta Doğum ve Çocuk Bakımevleri vardır. İstanbul Yakacık'ta Doğum Evi ve Çocuk Hastanesi vardır.

Bursa'da Osmangazi Ayten Bozkaya Spastik Çocuklar Hastanesi, Beykoz'da Çocuk göğüs hastalıkları Hastanesi, Kocaeli'nde İzmit Kadın Doğum ve Çocuk Bakımevi, Kocaeli'nde Ali

Kahya 200 yataklı Doğum ve Çocuk Hastanesi, Karaman'da 128 yataklı 2006 yılında açılmış Karamanoğlu Mehmet Bey Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi bulunmaktadır.

Kayseri'de Kayseri Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesi 1982 yılında devlet hastanesindeki servislerin ayrılıp bir binada toplanması ile faaliyete geçmiştir.

Manisa'da Moris Şinasi Vakfının kurduğu ve Vakıfla Sağlık Bakanlığı arasında yapılan protokol ile halen Bakanlığın çalıştırdığı Çocuk Cerrahisi servisinin de bulunduğu 50 yataklı bir Çocuk Hastanesi ile bundan ayrı Doğum ve Çocuk Hastanesi vardır.

Osmaniye'de 2005 yılında 75 yataklı Osmaniye Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi açılmış halen hizmete girmiştir.

Van'da Van Kadın ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi 1984 yılında Van devlet hastanesinden ayrılmış ayrı bir hastane olmuş, 2004 yılında da devlet hastane- sindeki klinikler kapatılıp bu hastanede birleştirilmiş, 2007 yılında Van şehir merkezinde yeni bina kiralanıp çocuk birimleri burada hizmet vermeye başlamıştır.

Zübeyde Hanım Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesi adıyla Aydın'da, Eskişehir'de ve Ankara Altındağ'da ve Afyonkarahisar'da dört hastane vardır.

Samsun'da Samsun Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi 1937 yılında Belediyenin Doğum ve Çocuk Bakımevi olarak başlattığı hizmetini 1939 yılında halkın katkıları ile geliştirmiş ve 1984 yılında şimdiki binasına taşınmıştır. 2001 yılına kadar 170 yatakla çalışmıştır. 2003 yılında bahçesine 9 katlı bina yapılmış ve modern teçhizatla yatak kapasitesi arttırılarak hizmete devam etmektedir.

Son yıllarda Kadın Hastalıkları ve Doğum Hastaneleri olarak çalışan hastanelerden İzmir'de Dr. Ekrem Hayri Üstündağ Kadın Hastalıkları ve Doğum Hastanesi ve Ege Kadın Hastalıkları ve Doğum Hastanesi, Erzurum'da Nenehatun Kadın Doğum Hastanesi, Gaziantep'te 75. Yıl Kadın Hastalıkları ve Doğum Hastanesi, İçel'de Kadın Hastalıkları ve Doğum Hastanesi, İstanbul'da Süleymaniye Doğum ve Kadın Hastalıkları Hastanesi Eminönü'de Süleymaniye Doğum ve Kadın Hastalıkları Hastanesi gibi Hastanelerin içine yenidoğan yoğun bakım ve prematüre servisleri açılmıştır.

Sağlık ve Nüfus Politikaları Tarihimiz

Türkiye'de, demografik dönüşüm ve onun bir parçası olarak, doğurganlık dönüşümü ve doğum şekli tercihi, genel olarak modernleşme süreci ile paralel giden bir olay olarak ele alınmalıdır. Osmanlı İmparatorluğu coğrafyasında modernleşme süreci Cumhuriyet'in kuruluşundan yaklaşık iki yüzyıl öncesinde başlamıştır. III. Selim'in, II. Mahmut'un ıslahatları, Tanzimat Fermanı, Birinci ve İkinci Meşrutiyet, modernleşme sürecinde Cumhuriyet'in kuruluşunu önceleyen önemli aşamalardır.

1789-1808 III. Selim'in, ıslahatları

1808-1839 II. Mahmut dönemi **İlk nüfus sayımı** (Askeri ve ekonomik amaçlı sadece erkekler)

1839 Tanzimat Fermanı,

1847 Vakıf Gureba Hastanesi

1874 Fransız Lape Hastanesi kadınların bakıldığı bir bölümü hizmete sokmuştur.

1876 Birinci Meşrutiyet, II. Abdülhamit Han

1899 Hamidiye Etfal hastanesi

1908 İkinci Meşrutiyet,

1909 Osmanlı İmparatorluğu'nda sağlık işlerinde görevli hekim sayısı 600, eczacı 130, ebe 170, aşı memuru 200 kadar ve bunların yaklaşık yarısı gayrimüslim.

1912-13 Balkan Harbi

1914-1918 I. Dünya savaşı

1914 Bakteryoloji enstitüsü tifo, dizanteri, veba, kolera aşılıları ile tetanos ve dizanteri serumu

Orduda çeşitli rütbelerde 1646 sağlık subayı varken bu sayı 1918'de 1564 olmuştur. Bunların 336'sı ölmüş, 158'si ayrılmış geriye 1070 sağlık personeli kalmıştır.

1914-1917 Birinci Dünya savaşı başında 14000'i İstanbul'da olmak üzere sabit hastanelerin toplam yatak sayısı 37 bin. Türk Askeri arşivindeki belgelere göre Suriye Cephesinde Halep, Şam ve Kudüs ile İn, Humus, Dera, Zahle, Hama ve Baalbek'de Merkez ve Menzil hastanelerinde 4400 yataklı askeri hastane açılmıştır. Musul Hastanelerinin kapasitesi kolera, tifo ve tifus salgınlarından ötürü 5000 yatağa çıkarılmıştır. Doğu Cephesinde ise Erzurum'daki 900 yataklı mevki hastanesine ilave olarak 1950 yatak ile Trabzon, Bayburt, Erzincan, Elazığ, Diyarbakır, Van, Bitlis ve Muş'taki hastaneler de vardır.

1920 3 sayılı kanun ile Sağlık bakanlığı kuruldu. İlk Sağlık Bakanı Dr. Adnan Adıvar. Toplam hekim sayısı 260, nüfus 13 milyon, %75'i köylerde yaşıyor ortalama yaşam süresi 50, bebek ölüm hızı 1000 de 500, ana ölüm hızı 100.000 de 1000 üzerinde. Doğumların tamamı geleneksel ebeler ile komşu veya yakınları tarafından yaptırılıyordu. Sağlık Vekaleti kuruldu. Anadolu'da 410 nüfusa bir hastane yatağı düşmekteydi. Savaştan çıkmış yorgun ve çok fakir Anadolu'da ortopedik sorunlu ve yaşlı insanların yanı sıra sıtma, frengi, trahom, verem, cüzam gibi bulaşıcı hastalıklar nedeni ile insanlar perişan durumda.

1923-1946 DÖNEMİ: KORUYUCU SAĞLIK HİZMETLERİ

Bu dönemde mevcut halk sağlığı sisteminin temelleri atıldı.

1923 yılında, ülkemizde sağlık hizmetleri hükümet, belediye ve karantina tabiplikleri, küçük sıhhiye memurlukları, 86 adet yataklı tedavi kurumu, 6.437 hasta yatağı, 554 hekim, 69 eczacı, 4 hemşire, 560 sağlık memuru ve 136 ebe ile veriliyordu. 8 Ekim 1923'te çıkarılan bir kanunla İstanbul Tıbbiyesinden çıkan her hekim kura ile kendilerine isabet eden yurt köşesinde 5 yıl **mecburi hizmet** yükleniyor ve yüksek maaş veriliyordu. Aynı kanunun ikinci maddesinde Tıp talebe yurdu açılması ve burada barındırılan öğrenciler okulu bitirmelerinden sonra 3 yıl zorunlu hizmet taahhüdünde bulunuyorlardı. Bu uygulama 1949-50 eğitim yılı başına kadar devam etmiş, tıp talebe yurduna arada girenler için de yurttan kalınan her iki yıla karşı bir yıl mecburi hizmet yükü tanımlanmıştır. 1933'te Darülfünun'un üniversiteye dönüşmesinden sonra öğrenci adedi birden artmıştır. Bu **Tıp talebe yurdu uygulaması** 1948 yılına kadar devam etmiştir.

1924 memleket hastaneleri, doğum ve çocuk bakımevleri kuruldu. Nüfusun çok olduğu yerlerden başlayarak 1924'te 150 ve 1936'da 20 ilçe merkezinde **muayene ve tedavi evleri** açılmış, koruyucu sağlık hizmetlerinde çalışan hekimlerin maaşları artırılmış ancak serbest çalışmaları yasaklanmıştır, ilk olarak 1924'te Ankara, Diyarbakır, Erzurum, Sivas **Numune Hastaneleri**, 1936'da Haydarpaşa Numune Hastanesi açılmıştır. Daha sonraki yıllarda tamamlanan Trabzon ve Adana Numune Hastaneleri ile Numune Hastanesi sayısı 7'ye çıkmıştır.

BİRİNCİ PRONATALİST DÖNEM (1923-1965)

Yirminci yüzyılın ilk yarısı hem Türkiye hem de dünya için nüfusun sayısal büyüklüğünün bir güç olarak kabul edildiği yıllardı. Bu dönemde hem üretim için gerekli güç hem de askeri güç insana dayalıydı. Bu nedenle de ekonomik gelişme ve politik dengeler açısından nüfusun büyüklüğü önem taşımaktaydı.

Bu dönemde nüfusumuz; savaş, kıtlık, hastalık, mübadele, tehcir gibi nedenlerle neredeyse yüzde otuzlara varan oranlarda azalmıştı. Nüfus hareketlerinin boyutu akıl almaz boyutlara ulaşmıştı. Bu dönemde çocuk ölümleri ve enfeksiyonlara bağlı ölümlerin çok yoğun olması sebebiyle, nüfus artırıcı (pronatalist) politikalar uygulanmıştır. Bu çerçevede sağlık merkezleri, doğumevleri ve enfeksiyon hastalıklarına yönelik sağlık tesisleri artırılmıştır.

1923-1965 Nüfusu Artırmaya Yönelik Politikalar (Pro-natalist)	1965-1983 Nüfus Planlaması Dönemi (Anti-natalist)	1983-2008 Nüfus Planlamasına Devam	2014-2018 (Pro-natalist)
5'ten fazla çocuğa sahip ailelerin yol vergisinden muaf tutulması	Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planında (1963-1967) ilk kez nüfus artış hızı bir sorun olarak görülmesi	1983 2827 sayılı Nüfus Planlaması Hakkında Kanun	10. Beş Yıllık Kalkınma Planı 2014-2018 Ailenin ve Dinamik Nüfus Yapısının Korunması Programı Eylem Planı (ASPB koordinatörlüğünde)
6 ve daha fazla çocuklu ailelere madalya verilmesi	1965: 557 Sayılı Nüfus Planlaması Hakkında Kanun	Arz yerine talep merkezli bir aile planlaması programına geçiş	
1926 765 sayılı Ceza Yasası 1930 Hıfzısıhha Kanunu-Kürtaj yasağı, gebeliği önleyici ürün yasağı	Gebeliği önleyici yöntemlere izin	Gebeliğin 10. haftasına kadar istemli düşüklere izin	Bakanlıkların Stratejik Planları
Evlenme yaşının erkekler için 17, kadınlar için 15'e indirilmesi	Anne açısından hayati durumlarda ve özürlü çocuk ihtimalinde kürtaja izin	Yardımcı sağlık personeline de rahim içi araç uygulama izni	

Tablo 2. Türkiye nüfus politika tarihi (A. Banu Ergöçmen)

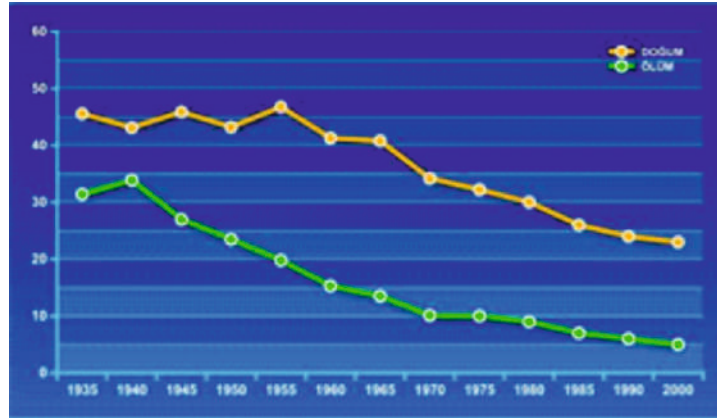
1 Mart 1926'da 765 sayılı Ceza Yasası "hayat ve vücut bütünlüğü hakkı" gerekçe gösterilerek ilaç ve alet kullanılarak çocuk düşürmeyi yasakladı.

1927 Nüfus sayımı gerçekleştirildi. Umûmî Nüfus Tahrîri" adı altında 63 vilâyet, 328 kazâ ve 39,901 köy sayılmış ve **nüfus 13,649,945 kişi** olarak belirlendi.

YILLAR	NÜFUS	ART. HİZ (bin)	ERKEK	KADIN	KENT NÜFUSU		KÖY NÜFUSU	
20.10.1927	13.648.270	-	6.563.879	7.084.391	3.305.879	24.22	10.342.391	75.78
20.10.1935	16.158.018	21.10	7.936.770	8.221.248	3.802.642	23.53	12.355.376	76.47
20.10.1940	17.820.950	19.59	8.898.912	8.922.038	4.346.249	24.39	13.474.701	75.61
21.10.1945	18.790.174	10.59	9.446.580	9.343.594	4.687.102	24.94	14.103.072	75.06
22.10.1950	20.947.188	21.73	10.572.557	10.374.631	5.244.337	25.04	15.702.851	74.96
23.10.1955	24.064.763	27.75	12.233.421	11.831.342	6.927.343	28.79	17.137.420	71.21
23.10.1960	27.754.820	28.53	14.163.888	13.590.932	8.859.731	33.69	18.895.089	68.08
24.10.1965	31.391.421	24.63	15.996.964	15.394.457	10.805.817	34.42	20.585.604	65.58
25.10.1970	35.605.176	25.19	18.006.986	17.598.190	13.691.101	38.45	21.914.075	61.55
26.10.1975	40.347.719	25.01	20.744.730	19.602.989	16.869.068	41.81	23.478.651	58.19
12.10.1980	44.736.957	20.65	22.695.362	22.041.595	19.645.007	43.91	25.091.950	56.09
20.10.1985	50.664.458	24.88	25.671.975	24.992.483	26.865.757	53.03	23.798.701	46.97
21.10.1990	56.473.035	21.71	28.607.047	27.865.988	33.326.351	59.01	23.146.684	40.99
30.11.1997	62.865.574	15.08			40.882.357	65.00	21.983.217	35.00
22.10.2000	67.803.927	18.28			44.006.274	64.90	23.797.653	35.10

Tablo 3.1927-2000 Türkiye demografik geçişi TÜİK 2003

1927-2000 yılları arasında Türkiye'de çok hızlı bir demografik dönüşüm yaşanmıştır. Toplam nüfusumuz yaklaşık beş kat artarak 13,6 milyondan 67,8 milyona ulaşmıştır. Kentsel nüfus giderek artmış, iç ve dış göçler yoğun olarak yaşanmış, nüfusun eğitim düzeyi giderek yükselmiş, ortalama yaşam süresi giderek uzamıştır.



Şekil 1. Kaba doğum ve kaba ölüm hızı 1935-2000

1925 Ankara'da Doğumevi açıldı. 1. Milli Türk Tıp Kongresi, Trahomla Savaş Kanunu

1928 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı Kanunu, **Refik Saydam Hıfzıssıha Enstitüsü** ve Mektebi verem savaş dispanserleri. 1928'de şimdiki sınırlarda hekim başına 12841 kişi düşerken 1970'te 2666 ve 2006'da 637 kişi düşmektedir 2011 itibariyle ülkede 1389 hastane (%60'ı Sağlık Bakanlığı'na ait), 118641 hekim ve her yüzbin kişiye 26.3 yatak düşmekte.

1930 Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı **1593 sayılı Umumi Hıfzıssıha Kanunu**

1939-1945 2. Dünya savaşı, Köy enstitüleri

Bu dönemde çocuk ölümleri ve enfeksiyonlara bağlı ölümlerin çok yoğun olması sebebiyle, nüfus artırıcı politikalar uygulanmıştır. Bu çerçevede sağlık merkezleri, doğumevleri ve enfeksiyon hastalıklarına yönelik sağlık tesisleri artırılmıştır.

Cumhuriyet dönemi ilk yazılı sağlık planı olarak da adlandıracağımız “Birinci On Yıllık Milli Sağlık Planı” 1946 tarihindeki Yüksek Sağlık Şurası'nca onaylanmıştır. Bu plan Sağlık Bakanı Dr. Behçet Uz tarafından 12 Aralık 1946'da açıklanmıştır.

Milli Sağlık Planı'nda köy ve köylülerimizi sağlık teşkilatına kavuşturmak ilkesi çerçevesinde, **her 40 köy için 10 yataklı bir sağlık merkezi** kurularak tedavi edici hekimlikle koruyucu sağlık hizmetlerinin birlikte verilmesi sağlanmaya çalışılmıştır. Bu merkezlere iki hekim, bir sağlık memuru, bir ebe ve bir ziyaretçi hemşire ile onar köylük gruplarda çalışacak köy ebesi ve köy sağlık memurları atanmaya çalışılmıştır. 1945 yılında 8 adet olan Sağlık Merkezi sayısı 1950 yılında 22'ye, 1955'de 181'e, 1960 yılında 283'e ulaşmıştır. Milli Sağlık Planında ülkemiz yedi sağlık bölgesine ayrılıyor, her bölgeye bir tıp fakültesi kurularak hekim ve diğer sağlık personeli sayısının artırılması düşünülüyordu (Ankara, Balıkesir, Erzurum, Diyarbakır, İzmir, Samsun, Seyhan).

1947 yılında Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı bünyesinde Biyolojik Kontrol Laboratuvarı kurulmuş ve bir aşı istasyonu hizmete açılmıştır. Bu yıldan itibaren deri içi yolu ile uygulanan **BCG aşısı üretimine** geçilmiştir.

1948 Boğmaca aşısı ülkemizde üretilmeye başlanmıştır

Birinci On Yıllık Milli Sağlık Planının devamı niteliğinde olan ve 8 Aralık 1954 tarihinde Sağlık Bakanı Dr. Behçet Uz tarafından açıklanan “**Milli Sağlık Programı ve Sağlık Bankası Hakkında Etütler**” ülkemizin sağlık planlamasının ve organizasyonun temel yapı taşlarından olmuştur. Milli Sağlık Programında ise 16 sağlık bölgesi (Ankara, Antalya, Bursa, Diyarbakır, Elazığ, Erzurum, Eskişehir, İstanbul, İzmir, Konya, Sakarya, Samsun, Seyhan, Sivas, Trabzon, Van) yapılanması öngörülmüştür. İstanbul ve Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden sonra Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi 1955 yılında öğrenci alımına başlamıştır.

1960 lı yıllarda 28 milyon nüfus %68 i köylerde yaşıyor ortalama yaşam süresi 55 bebek ölüm hızı 1000 de 185 ana ölüm hızı 100.000 de 200 üzerinde 9826 doktor 2420 hemşire 3126 ebe 566 hastane 45807 yatak doğumların çoğu geleneksel ebeler ile komşu veya yakınları tarafından yaptırılıyor. Verem hastalığından ölümler bu dönemde ciddi ölçüde azaltılmıştır. Türkiye'de il ve ilçe merkezlerinde tüberküloza bağlı ölüm hızı 1946 yılında yüz binde 150 iken, 1960 yılında yüz binde 52'ye inmiştir.

1930 yılında yasalaşan **Umumi Hıfzıssıhha Kanunu** da evliliği bireysel değil, kamusal bir kurum olarak ele alması ve kürtaj konusunda yasaklar içermesi bakımından önemli bir kanundu.

1936'da Kanunda bu bölümün ismi Irkın Tümlüğü ve Sağlığı Aleyhine Cürümler biçiminde değiştirildi ve "amaç çocuk düşürmenin önüne geçmek ve nesli korumak olduğu" gerekçesiyle revize edilip cezalar ağırlaştırıldı.

1938 Evlenme yaşı erkeklerde 17'ye, kadınlarda 15'e çekildi. Devlet, gebeliği önleyici alet ve ilaçların satılmasını önlediği gibi Osmanlı'dan beri olan kürtaj yasağını da perçinledi. Doğum kontrolü, kürtaj gibi konularda propaganda yapmak bile cezaya tabi hale geldi.

1949 DSÖ üyeliği

1952-63 Sağlık İşleri Genel Müdürlüğü **Ana Çocuk Sağlığı Şube Müdürlüğü**

1954 Milli Sağlık Programı ve Sağlık Bankası Hakkında Etütler, hemşirelik kanunu, Ankara İstanbul ve İzmir'deki hastaneler dışındaki hastaneler sağlık bakanlığına devredilmiştir.

1955 İstanbul ve Ankara Üniversitelerine ait çocuk kliniklerinin yatakları dışında devlete ait 4 çocuk hastanesi mevcut. İzmir'de Behçet Uz, Ankara'da Sami Ulus, İstanbul'da Şişli Etfal ve Zeynep Kamil hastaneleri.

1960-1980 DÖNEMİ (KORUYUCU VE TEDAVİ EDİCİ HİZMETLER BİR ARADA)

Sağlık Bakanlığı'nda görevli hekim sayısı **1960**'ta 3978, **1970**'te 4186 ve **1973**'te 4125.

1960 Askeri müdahale, Devlet Planlama Teşkilatı kurulması 1. Beş Yıllık Kalkınma Planı

1961 yılında 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun çıkarılmıştır. Sağlıkta sosyalizasyon fiilen 1963 yılında başlamış, 1983'te ülkenin tümüne yayılmıştır.

1963-1982 Ana Çocuk Sağlığı Müdürlüğü

Ana Çocuk Sağlığı Müdürlüğü 1963-1982		Nüfus Planlaması Genel Müdürlüğü 1965-1982	
Dr. Mehmet Fethi ALTINTUĞ	16.04.1963-04.09.1965	Dr. Turgut METİNER	25.08.1965-22.10.1973
Dr. Mehmet Galip ÖNERİ	26.08.1965-22.05.1973	Fatih ODEKAN	15.04.1974-20.03.1975
Mustafa SOYDAN		Tandoğan TOKGÖZ	15.04.1974-20.03.1975
Dr.Namiye TACAL KAPTANOĞLU	05.10.1977-22.06.1978	Uğur TUNCER	20.03.1975-11.05.1977
		Tandoğan TOKGÖZ	31.05.1977-26.02.1982
Dr. Mehmet Galip ÖNERİ	17.12.1979-03.09.1982		

ANTI-NATALİST DÖNEM (1965-2008)

Sağlık hizmetlerindeki gelişmelere paralel olarak çocuk ölümlerinin azalması sonucu nüfusun yılda yüzde iki civarında büyümesi ve nüfus artışının getireceği sosyal ve ekonomik problemlerden duyulan korku nedeniyle doğum kontrolü ve kürtaj gibi meselelerde asıl değişim 1960'lı yılların başlarından itibaren gerçekleşti. Yasak olmasına rağmen kürtajın inanılmaz boyutlarda gerçekleşiyor olması 1950'li yılların sonlarına doğru artık bu konuda birşeyler yapılmasını dayattı.

1965 557 sayılı Nüfus Planlaması Hakkında Kanun ile nüfusun kontrollü büyümesini hedefleyen antinatalist (nüfusu azaltıcı) politikaya geçilmiştir.

17.11.1974 tarih ve 4-1040 Sayılı Cumhurbaşkanlığı Tezkeresi ile Sosyal Güvenlik Bakanlığı kurulmuş, Sosyal Sigortalar Kurumu ile Bağ-Kur bu Bakanlığa bağlanmıştır. Kıbrıs barış Harekâtından sonra maruz kalınan ekonomik ve teknolojik ambargolar

1975 Kentleşme ve sanayileşme, yurt dışına işçi göçleri

1977 DSÖ milenyum hedefleri anne ölümlerini azaltmak amaç

1978 Sağlık Personelinin Tam Süre Çalışma Esaslarına Dair Kanun çıkarılmış ve kamu personeli olan doktorların muayenehane açması yasaklanmıştır. 1980 yılında Sağlık Personelinin Tazminat ve Çalışma Esaslarına Dair Kanun ile bu kanun yürürlükten kaldırılmış ve tekrar muayenehane serbestliği getirilmiştir. Adana Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi hizmete açıldı.

1980-2002 DÖNEMİ AİLE PLANLAMASINA AĞIRLIK VERİLDİ

1980 askeri darbe, tam gün yasası kalktı, özel sektörün rolü artmaya başladı

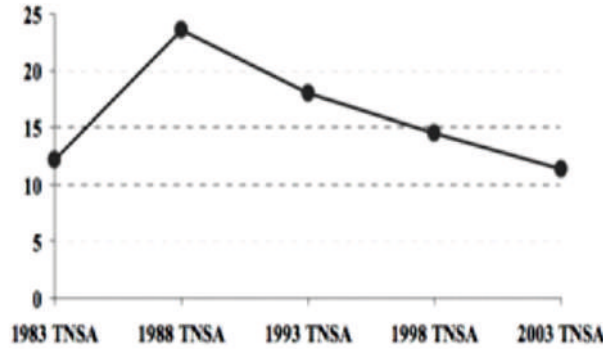
1982 Anayasası vatandaşların sosyal güvenlik hakkına sahip olmalarının yanı sıra, bu hakkın gerçekleşmesinin devletin sorumluluğunda olduğuna yönelik hükümler içermektedir.

14.12.1983 R.G. Sayısı:181 Sağlık Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname ile Sağlık ve sosyal yardım bakanlığı yerine Sağlık Bakanlığı184 sayılı Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı'nın Teşkilatı ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname (R.G. 14 Aralık 1983) ile Çalışma Bakanlığı ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı birleştirilerek Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı adıyla yeniden teşkilatlandırılmıştır

1983-2011 Aile Planlaması ve Ana Çocuk Sağlığı Genel Müdürlüğü

- > Prof. Dr. Güler Karna ilk başkan 27.02.1982-05.12.1983
- > Tandoğan Tokgöz 05.12.1983-14.11.1986
- > Dr. Güler Bezirci 14.11.1986-05.03.1990
- > Dr. Ziya Durmuş 03.01.1990-08.03.1990
- > Prof. Dr. Tomris Türmen 03.04.1990-18.05.1992
- > Prof. Dr. Ayşe Akın 18.05.1992-02.06.1997
- > Dr. Mehmet Rifat Köse 02.06.1997-02.11.2011 (geçiş dönemi) 01.04.2012

27 Mayıs 1983 2827 sayılı "Nüfus Planlaması Hakkında Kanun" yayınlandı. Bu yasaya göre hamileliğin ilk on haftasında kürtajın yasal zeminde yapılabilmesinin önünü açmasının ardından kısa bir süre, isteyerek düşük hızları artmaya devam etti İsteyerek düşük hızları "100 gebelikte" 1983 yılında 12.1 iken, 1988'de 23.6, 2003'te 11.3 oldu.



Şekil 2. Türkiye'de yıllara göre isteyerek düşük hızları (100 gebelikte 1983-2003 TNSA)

Modern aile planlaması yöntemlerinin kullanımının ve kürtajın aile planlaması yöntemi olmadığı bilincinin artması ile ancak 1990 yılından sonra azalmaya başlamıştır. 2013'te isteyerek düşük oranı %5'e geriledi (TNSA 2013). Türkiye'de modern aile planlaması yöntemi kullanımı 1965'te 557 sayılı ilk nüfus planlaması hakkında kanunun yayımlanmasıyla birlikte artmaya başlamış ve 2003'ten önceki 5 yıl içinde bu artış daha hızlı olmuştur (TNSA-2003) (Tablo 4).

Gebeliği önleyici yöntem	TDSA-1988	TNSA-1993	TNSA-1998	TNSA-2003	TNSA-2008	TNSA-2013
Herhangi bir yöntem	63.4	62.6	63.9	71.0	73.0	73.5
Herhangi bir modern yöntem	31.0	34.5	37.7	42.5	46.0	47.4
Hap	6.2	4.9	4.4	4.7	5.3	4.6
RIA	14.0	18.8	19.8	20.2	16.9	16.8
Kondom	7.2	6.6	8.2	10.8	14.3	15.8
Tüplerin bağlanması	1.7	2.9	4.2	5.7	8.3	9.4
Diğer modern yöntem	2.0	1.3	1.1	1.1	1.1	0.8
Herhangi bir geleneksel yöntem	32.3	28.1	26.1	28.5	27.0	26.0
Takvim	3.5	1.0	1.1	1.1	0.6	0.3
Geri çekme	25.7	26.2	24.4	26.4	26.2	25.5
Diğer geleneksel yöntem	3.1	0.9	0.6	1.0	0.2	0.2
Halen yöntem kullanmıyor	36.6	37.4	36.1	29.0	27.0	26.5
Toplam	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Tablo 4. Halen kullanılan gebeliği önleyici yönteme göre 15-49 yaş evli kadınların yüzde dağılımı (TNSA1988-2013)

14.06.1986 tarihinde yürürlüğe giren 3294 sayılı Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışmayı Teşvik Kanunu ile Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışmayı Teşvik Fonu kurulmuştur.

1987 Bağ-Kur

1988-1993 SB ve DPT sağlık reformu çalışması

1989 Dünya Bankası ile sıkı ilişkiler başladı

1990 Sağlık Bakanlığı ve Devlet Planlama Teşkilatı (DPT) tarafından yürütülen “Sağlık Sektörü Master Plan Etüt Çalışması” bir anlamda sağlık reformlarının ele alındığı bir sürecin başlangıcını oluşturmuştur.

1992 yeşil kart programı

1992 ve 1993'de Birinci ve İkinci Ulusal Sağlık Kongreleri. 3816 sayılı kanunla sosyal güvenlik kapsamında olmayan düşük gelirli vatandaşlar için yeşil kart uygulaması

1993-1997 altı farklı Sağlık Bakanı, istikrarsız sağlık politikaları

1997 Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezlerinin kurulması. 22900 sayılı Resmi Gazete'de yayınlanan Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezleri Yönetmeliği.

1998 Hasta Hakları Yönetmeliği, 28 Şubat darbesi

2000 li yıllar nüfus 65 milyon % 35'i köylerde yaşıyor bebek ölüm hızı 1000 de 40 ana ölüm hızı 100.000 de 49 292 AÇS/AP merkezi, 5753 sağlık ocağı 11749 sağlık evi 77344 doktor 68773 hemşire 41059 ebe toplam 339945 sağlık personeli 1213 hastane 169210 yatak

4 Ekim 2000 tarihinde yürürlüğe giren 618 Sayılı KHK ile Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı yeniden yapılandırılarak Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığı, İş Sağlığı ve Güvenliği Genel Müdürlüğü kurulmuş, ekonomik kriz

2002 yılından itibaren AB uyum süreci çerçevesinde yeni bölgeleme sistemi benimsenmiş olup, bölgeler İBBS 1 (12 bölge), İBBS 2 (26 bölge) ve İBBS 3'tür (81 il).

2003 Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı, Hastanelerin standardizasyonu için ISO 9001 belgesi İlk ISO 9001 belgesi alan devlet hastanesi Ankara Zekai Tahir Burak Kadın hastanesidir. Irak savaşı

2004 Aile hekimliği sistemine geçiş. 5263 sayılı Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Genel Müdürlüğü Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanunla Fon Genel Sekreterliği, Başbakanlığa bağlı bir Genel Müdürlük

2006 SGK kuruldu, performansa dayalı ödeme

2008 Genişletilmiş bağışıklama programı, hastanede doğum politikası

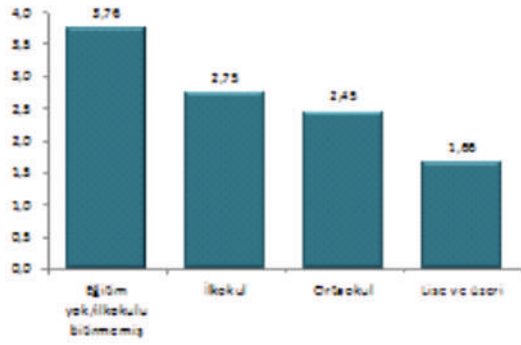
31.03.2010 Tedavi hizmetleri genel müdürlüğünün 13335 sayılı yazısı ile 16.07.2010 tarihli 28999 sayılı yazısı ve eki ülke genelinde bazı hastanelerde **perinatal merkez** kurulması

Yıllar	Okur-Yazar Olmayanlar	Lise Altı Eğitimliler	Lise ve Dengi Meslek	Yükseköğretim
2000	8.9	65.9	16.5	8.7
2001	8.9	65.4	16.7	9.0
2002	7.7	64.5	17.8	10.0
2003	7.1	63.1	18.8	11.0
2004	6.4	62.5	19.6	11.2
2005	5.5	61.1	21.0	12.4
2006	5.2	60.2	21.4	13.2
2007	4.8	59.5	21.8	13.9
2008	4.5	59.1	21.6	14.8
2009	4.7	59.0	20.7	15.6
2010	4.8	59.5	19.7	16.0

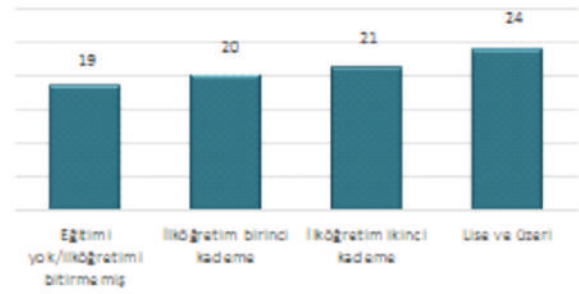
Tablo 5. Türkiye'de eğitim seviyesi 2000-2010

Türkiye'de eğitim seviyesi yıllar içinde oldukça yükselmiştir (Tablo 5). Eğitim, doğurganlık düzeyinin en önemli belirleyenlerinden birisidir. Eğitim düzeyi özellikle ilk evlilik yaşını arttırarak, kişinin yeni fikirlerle tanışması, daha iyi iş bulmalarını sağlayarak doğurganlık düşüşüne yol açmaktadır. Eğitimli kadınlar doğurganlıklarını daha bilinçli bir şekilde kontrol edebilmektedirler (Şekil 3)

Eğitime Göre Toplam Doğurganlık Hızı, 2013

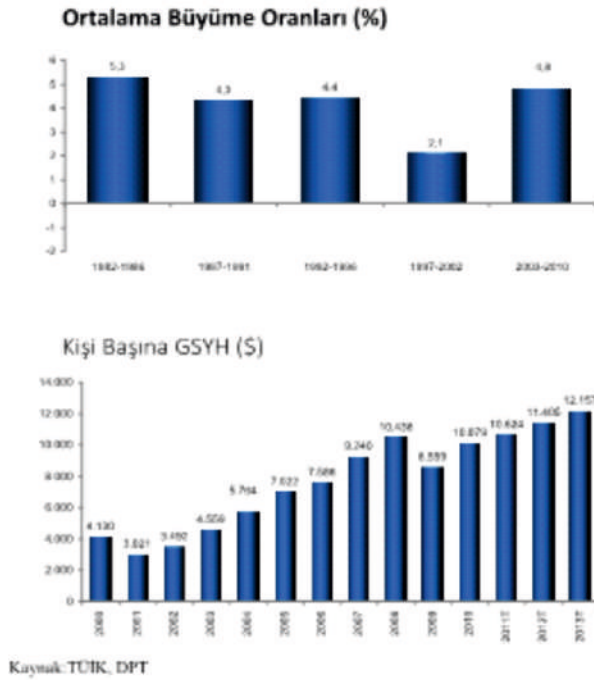


Eğitim düzeyine göre ortalama ilk evlenme yaşı



Şekil 3: Eğitim durumuna göre toplam doğurganlık hızı ve ilk evlenme yaşı (A. Banu Ergöçmen)

Hanehalkı refah düzeyi ve doğurganlık arasında da negatif bir ilişki olduğu bilinmektedir (HÜNEE, 2009) (Şekil 4).



- II. Dünya Savaşı'nın sonu itibarıyla sıcak savaşı politikalarından soğuk savaşa geçildi
- teknolojinin de insan hayatına girmesiyle beraber hızlı yaşam ve tüketim evresine girildi

Şekil 4. Hanehalkı refah düzeyi

08.06.2011 tarihli Resmi Gazetede yayımlanan 633 sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile kurulan Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığına bağlı Sosyal Yardımlar Genel Müdürlüğü, Suriye iç savaşı, göçmen krizi, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Başkanlığı ve Kamu hastaneler kurumu kuruldu, 29 Mart 2011 tarihli 5510 sayılı tam gün çalışma kanunu

2012 THSK Kadın ve Üreme Sağlığı Daire Başkanlığı, Çocuk ve Ergen Sağlığı Daire Başkanlığı

İKİNCİ PRONATALİST DÖNEM (2014-)

Türkiye'de doğurganlık düzeyinin 2 çocuğa kadar düşmesi ve daha da düşmeye devam etme eğilimi göstermesi nedeniyle doğurganlık hızını yenilenme seviyesinde tutmak için geçici iş göremezlik ödeneği, emzirme ödeneği, analık sigortası, aile yardımı, çocuk yardımı, çocuk bakımevleri kurulması, annelik/babalık izni gibi bir dizi önlem alındı.

5 Şubat 2015 Toplum sağlığı merkezi ve bağlı birimler yönetmeliği sayı:29258 9 yıldan sonra **AÇSAPlar kapandı.**

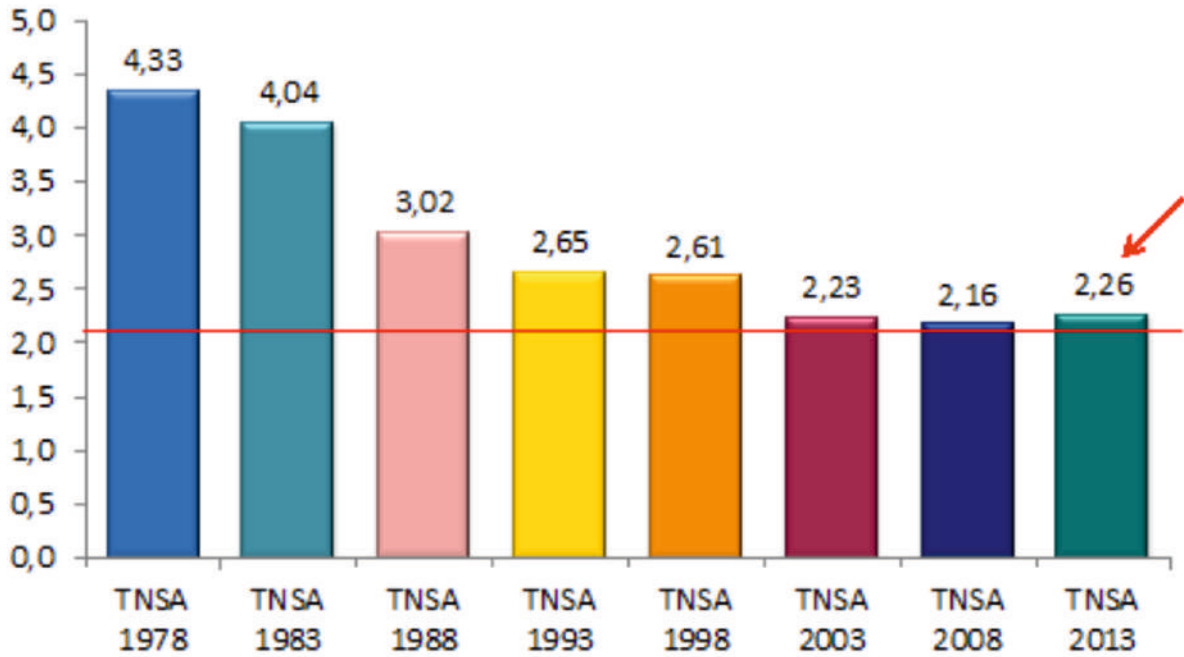
2016 toplam nüfus 79.814.871, % 7.7 si belde ve köylerde yaşıyor, beklenen yaşam süresi 77, doğumların %98i hastanede gerçekleşiyor. 141259 hekim, 152803 hemşire 53086sı ebe sadece sağlık bakanlığına bağlı 1533 hastane 21696 aile hekimliği birimi, 970 toplum sağlığı merkezi, 182 AÇSAP merkezi var 3397 aktif sağlık evi

2017 TÜSEB Türkiye Anne Çocuk ve Ergen Sağlığı Enstitüsü kuruldu.

Cumhuriyet Tarihi Nüfus ve Sağlık Politikalarının İlk Evlilik Yaşı, Doğurganlık ve Nüfus Üzerine Etkileri

A. Banu Ergöçmen 1

Türkiye'nin bugünkü nüfus yapısı, Cumhuriyet'in kuruluşundan bu yana ülkenin 93 yıllık geçmişindeki iktisadi, toplumsal ve demografik yapıların bir yansımasıdır. Türkiye'de doğurganlık seviyesi yenilenme düzeyine çok yakın bir noktaya kadar inmiştir. Kadın başına ortalama 6-7 çocuğun düştüğü 1950'li yıllardan itibaren azalmaya başlayan doğurganlık hızı, 1970'li yıllarla birlikte ivme kazanarak düşmeye devam etmiştir. 2008 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA-2008) sonuçlarına göre toplam doğurganlık hızı yenilenme düzeyinin biraz üzerinde, 2.16 olarak ölçülmüştür. Hatta bölgesel düzeyde bakıldığında beş bölgenin üçünde, Batı, Güney ve Kuzey Anadolu bölgelerinde, toplam doğurganlık hızı yenilenme düzeyinin de altına düşmüştür (HÜNEE, 2009).



Şekil 5. Toplam doğurganlık hızı 1978-2013

Nüfus politikaları, ülkenin mevcut demografik görünümünün oluşmasında önemli bir role sahiptir. Çeşitli tanımlar arasında Birleşmiş Milletler'in (BM) tanımı esas alındığında, nüfus politikası, nüfusun büyüklüğü, coğrafi dağılımı ve demografik özellikleri gibi belli demografik değişkenleri etkilemek yoluyla ekonomik, sosyal, demografik, siyasal ve diğer ilgili hedeflerin gerçekleştirilmesine yönelik tasarlanan tedbirler ve programlar olarak tanımlanmaktadır.

Nüfus politikaları, doğrudan yasal düzenlemeler yoluyla belirli bir nüfus değişkenine müdahale etmeyi amaçlayan açık politikalar olabildiği gibi, kimi zaman da farklı alanlardaki düzenlemelerin nüfus değişkenlerini etkilemesiyle dolaylı nüfus politikaları olarak uygulanmaktadır. Göç politikaları, iş ve aile desteği, aile dostu istihdam politikaları, üreme sağlığı politikaları vb. politikalar doğrudan nüfus politikaları arasında sayılabilir. Ekonomiye, toplumsal cinsiyet eşitliğine, eğitime yönelik politikalar ise nüfus üzerinde de yansımaları olan politikalarlardır.

Nüfus politikaları ile politikalarla karşılıklı etkileşim içinde olan sosyal değişme ve ekonomik kalkınmadaki gelişmeler, insanların hayata bakışını, yaşam tarzlarını farklılaştırmakta ve nüfusun üç bileşeni olan doğumlar, ölümler ve göçler bundan etkilenmektedir. Nüfusun yapısal değişmesinde toplumsal kurumların ve ilişkilerin karşılıklı değişimi; en temelde de bireylerin davranış değişimleri yatmaktadır.

Cumhuriyet'in ilk yıllarından itibaren nüfus ve nüfus ile ilgili politikalara konjonktürel boyutta yaklaşılmıştır. Politikalar, içinde bulundukları dönemin gerekleri ve geleceğin düzenlenmesi çerçevesinde ülkenin koşullarına göre belirlenirken dünyadaki akımların etkisinden de uzak kalmamışlardır. Cumhuriyet tarihimizin yaklaşık ilk kırk yılında uygulanan nüfusu arttırmaya yönelik (**pronatalist**) politika ve takip eden 43 yıldaki nüfusun kontrollü büyümesine yönelik (**antinatalist**) politika geçtiğimiz yüzyıla damgalarını vurarak, günümüzü şekillendirip, geleceği çizmiş olan politikalarlardır. Son on yıldır ise doğurganlığı artırma yönündeki bir politikanın ifadelendirilmesi ve uygulamaları, antinatalist politikanın ardılı olarak karşımızdadır. Birbiri ardına uygulanan bu farklı politikaların gerekçeleri sosyal, ekonomik ve demografik düzlemlerde karşılıklı etkileşim içinde farklılaşmaktadır.

Türkiye Cumhuriyeti'nin kurulduğu yıllardaki 13,6 milyonluk nüfusu ardı ardına yaşanan büyük savaşların ağır etkilerini taşımaktadır, bu nedenle nüfus sorunu ulusal bir politika olarak ele alınmış ve uluslararası gerçeklikler bağlamında “büyük millet olmanın gereği olarak” görülmüştür. Amaçlar arasında, uzun süren büyük savaşlar nedeniyle telef olmuş, yıpranmış ve sağlık sorunları olan nüfusu iyileştirmek, doğum sayısını arttırarak toplumsal ve ekonomik yaşamı yeniden inşa etmek, üretim artışını ve tarımsal kalkınmayı sağlamak ile o günlerde insan sayısına bağlı olan ülke savunmasını gerçekleştirebilmek vardır (Peker, 1983). Bu dönemin belli başlı demografik göstergeleri 30 yıl dolayındaki kısa bir ömrü, kadın başına çocuk sayısının 7'ye yaklaştığı yüksek doğurganlığı ve doğan çocukların dörtte birinin bir yaşına erişemediği zamanları işaret etmektedir (Shorter ve Macura, 1983; Hancıoğlu ve diğerleri, 2004). O yıllarda yürürlüğe giren kanunlarda, doğrudan veya dolaylı olarak nüfus artışını öngören hükümler vardır. Dönemin yasalarının köşe taşlarından biri “**1930 tarihli ve 1593 sayılı Umumi Hıfzısıhha Kanunu**”dur. Gebeliğe engel olacak ya da çocuk düşürmeye yarayacak her türlü araç ve gerecin ithali, dağıtımı ve satışı bu kanun ile yasaklanmıştır. Kürtaj ve çocuk yapmaya engel olacak uygulamalar **1926 tarihli Türk Ceza Kanunu** ile ağır ceza kapsamındadır: ilgili kısmın başlığı “Kasten Çocuk Düşürmek ve Düşürtmek Cürümlerinden” iken **1936'da** “İrkin Tümlüğü ve Sağlığı Aleyhine Cürümler” olarak değiştirilmiştir.

Doğurganlığın evlilik içi doğurganlık olduğu toplumlarda **ilk evlenme yaşı**, doğurganlığa maruz kalma süresini etkileyen bir faktör olarak, nüfus politikalarının odak noktasında olmaktadır. **1926'da kabul edilen Türk Medeni Kanunu** ile belirlenen asgari evlilik yaşları erkekler için 18, kadınlar için 17 iken **1938'de** kabul edilen 3453 sayılı yasayla bu yaşlar erkekler için 17'ye kadınlar için 15'e indirilmiştir. **2000li yıllardan** itibaren yasal evlenme yaşı kadın ve erkek için 17 olarak eşitlenmiştir, ancak kanun maddesinde yer alan “olağanüstü durumlar” ve “pek önemli bir sebeple” ifadeleri 16 yaşındaki evliliklerin önünü açmaktadır.

Cumhuriyetin ilk yıllarında nüfusun hızla artmasını sağlayıcı önlemleri alma görevi sağlıklı bir nesil yetiştirme hedefi temelinde Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığına verilmiştir. Doğumu özendirmenin yanında ölümü azaltma hedefi de esastır ve ölüm oranları da hızla düşürülmüştür. 1930ların sonlarında binde 30 dolayında olan kaba ölüm hızı, 1960lara gelindiğinde artık binde 17 düzeyindedir (Shorter ve Macura, 1983). Doğurganlık hızının yükselme, ölümlülük hızının ise -İkinci Dünya Savaşı Dönemi dışında- düşme eğilimi içinde olduğu ve nüfusun doğal artış hızındaki yükselmenin ivme kazandığı 1923-1960 arası dönemde, ülke nüfusu ikiye katlanmıştır.

1960'ların başında 28 milyona ulaşmış olan nüfus ve yüksek nüfus artış hızı (yüzde 2.85) pek çok ekonomik ve sosyal sorunun temel nedeni olarak değerlendirilmiştir. Hızlı nüfus artışı ve ekonomik gelişmenin ters yönlü ilişkisi, ilaveten, istenmeyen gebeliklerin Türk Ceza Kanunundaki ağır yaptırımlara rağmen yasal olmayan yollarla sonlandırılma çabası ve bu durumun anne ve bebek ölümlerini olumsuz yönde etkilemesi politika değişiminde etken olmuştur. Pronatalist politika zaman içinde yerini, nüfusun kontrollü büyümesini hedefleyen antinatalist politikaya bırakmış ve bu yönde yapılan kurumsal düzenlemeler ve uygulamalar ile nüfus ve kalkınma arasındaki bağlantı korunmaya çalışılmıştır.

Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planına (1963-1967) yansıyan nüfus artış hızının düşürülmesi görüşü ve Türkiye Büyük Millet Meclisi'nin 10 Nisan **1965'de kabul ettiği Nüfus Planlaması Hakkında Kanun** ile nüfus süreçleri için yeni bir bakış benimsenmiştir. Bu kanun ile gebeliği önleyici yöntemlerin ithali satışı ve kullanımı yasal hale gelmiş, anne ve çocuk sağlığı için hayati olan durumlarda gebeliğin sonlandırılmasına izin verilmiştir. Temel kaygı hızlı nüfus artışının milli gelirdeki artış hızının önünde gittiği sürece kişi başına gelir artışının olumsuz etkileneceğidir. Ayrıca hızlı nüfus artışı, yaşam düzeyini yükseltecek üretken yatırımlar yerine, artan nüfusun ihtiyaçlarını karşılayacak demografik yatırımları gerektirmektedir. Sonuçta 1965 yasası, her çifte çocuklarının sayısını ve aralıklarını belirleme hakkını sağlamıştır. Sterilizasyon ve on haftaya kadar gebeliğin sonlandırılmasının yasallaştırılarak daha hak temelli bir yaklaşımın benimsenmesi ise **1983'de 2827 sayılı Nüfus Planlaması Hakkında Kanunun** yürürlüğe konulmasıyla olmuştur. Bu değişiklik ile hemşire ve ebelerin rahim içi araç uygulamasına da imkan sağlanmıştır.

1960'lardan itibaren, küresel dinamiklerin de etkisi ile Türkiye'de nüfus konularının ele alınışı dünyanın bu konulara bakış biçimi olan nüfus ve kalkınma ilişkisi, doğurganlığın sınırlandırılması ve nüfus artış hızının azaltılması perspektifi içindedir. Nüfusa ilişkin konular, 1954 yılından başlayarak BM çerçevesinde düzenlenen Nüfus Konferansları ile ele alınmaya başlanmış 1960'lardaki kalkınma yaklaşımının da etkisi ile 1974 Bükreş Konferansı'ndan itibaren dünyanın gündemine “nüfus politikaları” olarak gelmeye başlamıştır. Bu dönemde, nüfus politikaları, kalkınma politikalarının bir parçası haline gelmiştir. Kurumsal düzenlemeler ve uygulamalar ile nüfus ve kalkınma arasındaki bağlantı korunmaya çalışılmıştır. Bu yaklaşım 1994 yılındaki BM Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı ile değişmiş ve kalkınmanın temeline insanı yerleştiren, bireylerin üreme haklarını ve üreme sağlığını önceleyen, kadının güçlendirilmesi ve toplumsal cinsiyet eşitliğinin sağlanmasını öne çıkaran bir yaklaşım geliştirilmiştir.

Art arda uygulanan pronatalist ve antinatalist politikalar ülkenin demografik yapısının oluşmasında etkili olmuştur. Değişen nüfus yapısı, günümüzde doğurganlığı artırma yönündeki bir politikanın ifadelendirilmesini ve uygulamalarını tekrar gündeme getirmiştir. Konuyla ilgili değinmelere 10. Beş Yıllık Kalkınma Planında (2014-2018), Bakanlıkların Stratejik Programlarında yer verilmektedir.

2- 1926: Kürtaj ve çocuk yapmaya engel olacak uygulamaların ağır ceza kapsamında yer alması; 1929: 5'ten fazla çocuğa sahip ailelerin yol vergisinden muaf tutulması;

3- Devlet Planlama Teşkilatının 1960'da kurulmasından sonra Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı ile yeni bir nüfus politikası oluşturulması konusunda fikir birliğine varılmıştır. Nüfus artış hızının düşürülmesi görüşü Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı'na yansıtılmış ve yasa tasarısı 1962 yılında TBMM'ye sevk edilmiştir.

Geçen 93 yıllık sürede, Türkiye'nin nüfus yapısında meydana gelen değişim, dünyada örneğine sık rastlanmayan hız ve özellikte olmuştur. Nüfus süreçlerinin değişimindeki üç bileşenden biri olan doğurganlık düzeyi, yirminci yüzyılın ortasından itibaren azalma eğilimine girerek yüzyılın son çeyreğinden itibaren belirgin bir inişe geçmiştir. Bu demografik değişim toplumsal ve ekonomik değişmeye paralel olarak gerçekleşmiştir ve Türkiye artık doğum ve ölüm hızlarının alt düzeyde dengeye geldiği bir konumdadır. Tahmin edilen ortalama ömür 77 yıldır; ölüm oranları dünyanın gelişmiş ülkeleri ile benzer seviyeye inmiştir; bebek ölümleri açısından bakıldığında, Bin Yıl Kalkınma hedefleri çerçevesinde konulan düzeyi belirlenmiş zamandan önce yakalamış iki ülkeden biridir. Doğurganlık nüfusun kendini yenileme seviyesinin biraz üzerindedir (2.26). Türkiye, nüfusunun dörtte birinin 15 yaşından küçük olduğu halen genç ve dinamik bir nüfus yapısına sahip olsa da toplam nüfus içinde 65 ve daha yukarı yaşlardaki nüfusun payının yüzde 8'i geçtiği, doğuşta yaşam beklentisinin yükseldiği, dolayısıyla nüfusun yaşlanmasının kaçınılmaz olduğu demografik gerçeği ile karşı karşıyadır.

Doğurganlıktaki düşme eğilimi ülke genelindedir ve ülkenin heterojen yapısının yansıdığı bir örüntüyle çeşitli boyutlarda farklılaşmaktadır. Türkiye için doğurganlığı doğrudan belirleyen biyolojik ve davranışsal faktörler arasında *gebeliği önleyici yöntem kullanımı ve evliliklerin ertelenmesi* iki önemli faktördür (Özbay, 1978; Hancıoğlu, 1997; Eryurt, 2005). Türkiye'de doğurganlık evlilik içi doğurganlıktır ve kadınların tamamına yakını evlenmektedir. Doğurganlık çağının sonuna gelindiğinde hiç evlenmemiş olanlar yüzde 2'den azdır. Türkiye'de 25-49 yaş grubundaki kadınlar için ortanca evlenme yaşı 21'dir. Evliliklerin ertelendiği, evlenmenin yaygın olduğu yaş gruplarındaki evlenmemiş kadın oranlarının artışından anlaşılmaktadır. Örneğin 20-24 yaş grubunda evlenmemiş kadın oranı 1978-2013 arasında 2 kat artmıştır.

İlk evlenme yaşının yükselmesinin ve doğumların ertelenmesinin bir sonucu olarak doğurganlığın en yüksek olduğu yaş grubu 20-24'den 25-29 yaşlar arasına geçmiştir. Ancak, kadının ilk evlenme yaşı ile ilk doğumdaki yaşı arasındaki süre zaman içinde değişmeyen bir örüntüdedir; ilk çocuğa sahip olma, evliliği izleyen 1.5 yıl içinde olmaktadır. 15-49 yaşlar arasındaki kadınlar için ortanca ilk evlenme yaşı 21, ilk doğum yaşı ise 23'tür.

Nüfusun yüzyılın ortasına kadar kendi iç dinamiğiyle artmaya devam edeceğini, çalışma çağı nüfusunun geçmişin yüksek doğurganlık düzeylerinden kaynaklı olarak artacağını, toplam nüfus içinde genç nüfusun payının giderek azalırken 65 ve daha yukarı yaşlardaki nüfusun payının yükseleceğini göstermektedir. Ülkenin bu demografik yapısı ekonomik kalkınma açısından fırsat sunarken, *fırsatın kullanılması için zaman 25-30 yıl ile sınırlıdır.*

Doğurganlık düzeyinin değişiminde rol alan sosyal, kültürel, ekonomik ve yapısal faktörler etkilerini bazı biyolojik ve davranışsal faktörler aracılığıyla gerçekleştirmektedirler Şekil 5.



Şekil 6. Doğurganlığı etkileyen faktörler

4- Öncelikli Dönüşüm Programları: 1.22. Ailenin ve Dinamik Nüfus Yapısının Korunması Programı (Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı koordinatörlüğünde)
5- Sağlık Bakanlığı 2013-2017; İçişleri Bakanlığı 2014-2019; Göç İdaresi Genel Müdürlüğü 2017-2021 Hazırlık Programı

6- "Demografik Geçiş": Geleneksel bir yapıdan karmaşık ve modern bir toplum olmaya doğru geçerken nüfus yapısında belirleyici olan doğum ve ölüm oranlarındaki değişim

7- Toplam Doğurganlık Hızı, doğurganlığın belirli bir dönemdeki düzeyinin geçerli kaldığı varsayıldığında kadınların yaşamları boyunca yapacakları doğum sayısıdır.

Bu demografik fırsatın kullanılmasında günümüzün genç yaş grubunu, giderek payı büyüyecek olan ekonomik üretkenlik yaşındaki nüfus grubunu ve daha yaşlanacak nüfusu dikkate alan bütüncül bir nüfus politikası önemlidir. Günümüzde nüfus politikaları oluştururken uluslararası çerçeveyi çizen **1994 Kahire BM Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı'nın** ve 2030 için belirlenen küresel eylem planı olan Sürdürülebilir Kalkınma Hedeflerinin ilkeleri doğrultusunda insan hakları temelli, talepleri ve tercihleri dikkate alan, niteliği göz ardı etmeyen hedefleri içeren politikalara gereksinim vardır. Uluslararası anlaşmaların hareket noktalarının gözetilmesi sürdürülebilirliğin sağlanması ve toplumsal fırsatların kaçırılmaması için önemlidir.

Kaynaklar

1. Eryurt, M.A. (2005) “Türkiye’de Doğurganlığı Belirleyen Ara Değişkenler: Yakın Döneme Bakarken” Nüfusbilim Dergisi, 27, 67-84
2. Hacettepe Institute of Population Studies, 1978 Turkish Fertility Survey. First Report, Volume 1: Methodology and Findings. Türk Tarih Kurumu Basımevi, Ankara.
3. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (2014) Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 2013. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Kalkınma Bakanlığı ve TÜBİTAK, Ankara, Türkiye.
4. Hancıoğlu, A. (1997) “Fertility Trends in Turkey: 1978-1993”. Fertility Trends, Women's Status, and Reproductive Expectations in Turkey: Results of Further Analysis of the 1993 Turkish Demographic and Health Survey. Hacettepe University Institute of Population Studies and Macro International.
5. Hancıoğlu,A., Akadlı Ergöçmen,B. ve Ünalın,T., 2004, “Population of Turkey at the Turn of the XXI.Century: Past Trends, Current Situation and Future Prospects”, Population Challenges, International Migration and Reproductive Health in Turkey and the European Union: Issues and Policy Implications. Turkish Family Health and Planning Foundation, İstanbul,43-50
6. Shorter,F.C. ve Macura,M., 1983, Türkiye’de Nüfus Artışı (1935-1975), Doğurganlık ve Ölümlülük Eğilimleri, Yurt Yayınevi, Ankara
7. Özbay, F. (1978) “Türkiye’de Doğurganlık Düzeyine ve Değişmelerine Etki Eden Ara Değişkenler”, Türkiye’de Nüfus Yapısı ve Nüfus Sorunları: 1973 Araştırması, Hacettepe Üniversitesi Yayınları, Ankara.

TARİHİN SEYRİNDE KADIN

Eski Yunanlılarda Kadın:

- İnsan üzerinde bir yük
- Kadın hizmetçi olarak evde hizmet etmek
- Kadın pistir, şeytani varlıklardan biridir
- Yasal açıdan bir eşyadır, çarşıda alınıp satılabilir
- Miras hakkı yoktur
- Erkeğin izni olmadan kadının kendi malını harcama yetkisi yoktur
- Boşama yetkisi yalnız erkeğe verilmiştir
- Yangın ve yılanın sokmasının bir çaresi vardır, fakat kadının kötülüğünün çaresi yoktur

Roma'da Kadın:

- Babanın kendi kız ve erkek çocuklarını ailesine kabul etme mecburiyeti yoktu. Çocuk doğumdan sonra, babasının ayakları önüne bırakılır, baba eğer onu kucağına alırsa çocuğu kabul etmiş sayılırdı.
- Çocuk erkek ise isteyen onu alıp götürürdü, kız ise açlık ve susuzluktan ölüp giderdi.
- Aile reisi çocuklarından dilediğini satar, istediğini aileden ihraç ederdi.
- Koca isterse karısını öldürebilirdi.
- Kadınlar vatandaş değildi.

Eski Çin'de Kadın:

- Kadın insan değildir.
- Kadınlara isim verilmezdi, numara konulur, iki üç diye seslenilirdi.
- Kız çocukları uğursuzluk sebebidir.

Eski Hind'de Kadın:

- Kadın köledir.
- Kadın kocası öldüğü zaman hayat hakkı yoktu, o gün ölmeliydi.
- Kadın 17.yüzyıla kadar kocasının cesediyle beraber yakılırdı.
- Tanrıların hoşnut edilmesi için kadın kurban edilirdi
- Hind hukukuna göre felaket, tufan, ölüm, cehennem, zehir, ejderha, ateş hiçbir zaman kadından daha kötü değildir.

Eski Mısır'da Kadın:

- Firavunlar devrinde kız kardeşlerle evlenirdi. Firavunlar tahtlarını başkalarıyla paylaşmamak için çoğu kez kız kardeşleriyle evlenmişler. Mısır halkı da Firavunlar gibi yapmışlardır.

Bâbil'de Kadın:

- Kadın evcil hayvanlar mesabesinde
- Biri bir adamın kızını öldürdüğü zaman o da kızını diğerine teslim ederdi. Teslim alan kişi kendi malı gibi kullanır isterse öldürürdü.

İslamda Kadın

- Kadına miras hakkı mülkiyet hakkı tanınmıştır.
- Kadında bulunduğu söylenen uğursuzluğu nehyetti.
- Kız çocukların katlini yasakladı

Ataerkil toplumlarda

- Kadın doğurganlığı nisbetinde kıymetli idi.
- Doğurmayan kadın boşanır
- Erkek doğurmayan kadına kuma gelir idi

KADIN BEDENİ, DOĞURGANLIK ve DOĞUMUN TIPSALLAŞTIRILMASI ÜZERİNE

Nüket Örnek Büken
HÜTF Tıp Etiği AD Başkanı

Her şeyin bedenleştirildiği (somatizasyon), simgesel olanın/görüntünün öne çıktığı, kişinin dış dünya ile kurduğu ilişkinin sınırının onun bedensel varlığına indirgendiği günümüz dünyasında artık bedenselleşen varlığımız bizi anlatamaz hale geldi. Günümüz tüketim toplumunda ve tüketim kültüründe gündelik hayatın politikasının düzenlenmesinde “beden” merkezi bir rol oynamaktadır. Bu açıdan bedeni anlamak, farklı düzey ve içerikteki toplumsal ilişkileri anlayabilmek ve belki de onarabilmek açısından önemlidir. Bedenimiz, sınıfımızın, cinsiyetimizin, mesleğimizin, ideolojimizin görüntüsü gibidir. Doğrudan beden temelli toplumsal kategoriler (kadın, erkek, seks işçisi, yaşlı, çocuk, engelli, transseksüel) ya da beden çağrışımlı dolaylı toplumsal kategoriler (kürt / laz, manken, doktor, hakim) toplumsal bir varlık olarak bedenin etki alanının genişliğini göstermektedir. Bu anlamda beden, pek çok ayrımcılığa kaynaklık etmesi ve bu ayrımcılıklara karşı mücadelenin örgütlendiği çıkış noktası olması açısından önemlidir.

Tüketim toplumunda hem bedenin korunmasına hem de bedenin görünümüne yönelik mekanizmalar işlemeye devam etmektedir. Bu süreç bedenin kozmetikten tıbbileşmeye çeşitli biçimlerde düzenlendiği bir süreç olarak güzellik, cinsellik, sağlık gibi konular üzerindeki tartışmaları da beraberinde getirmektedir.

Toplumsal yargılar örneğin bakire olmayı, anne olmayı, belli sayılarda çocuk doğurmayı, çekici olmayı norm olarak kabul ederek, bunun dışındaki durumları, kişinin bilgisizliği, ahlaksızlığı, beceriksizliği, yetersizliği şeklinde etiketleyip kişi üzerinde baskı kurulmasına yol açabilir. Bunun dışındaki tercihlerde kişilerin kendilerini yalnız hissetmeyeceği, sosyal ya da kurumsal mekanizmaların eksikliği aslında önemli bir sorundur.

Foucault ve takipçileri bedeni politik gözetim ve denetimin aracı olarak ele alırlar. Devletin bedeni tıp, eğitim sistemi, psikiyatri, hukuk gibi kurumlar aracılığıyla disipline etmesi söylemi, böylece önemli bir tartışmayı da başlatır. Tarihsel süreçte kadınların bilgileri, kendi bedenlerinin ötesinde yaşamın dönüştürülmesi için gerekli ve hayatiydi, kadınlardan kadınlara aktarılan bu bilgi, bir tür ağ vazifesi de görmekteydi. Kadınlar geleneğin ve bilgisizliğin kurucusu olarak aydınlanmanın önünde büyük engeller gibi görülerek, özellikle çocuk bakımının yönetimi kadından erkeğe, sonra da devlete geçirilmeye çalışılmaktaydı. Tıbbileştirmek ve kriminalize etmek, kadının kendisine ilişkin bilgisinin elinden alınmasına ve bedenle arasına devletin ve devlet kurumlarının tıbbi dilinin girmesine neden oldu.

Aydınlanma döneminde ebe kadınla hamile arasındaki ilişkinin içine genellikle genç erkek doktorların dahil edilmeye çalışılması, doğuma “yardımcı” olması beklenen yaşlı ebe ve genç doktorlar arasında büyük otorite problemlerine neden olmakta ve ebeler “doğanın kölesi” olmakla suçlanmaktaydı. Kadın ve bedeni arasına sızan iktidarı, bu örnekler çok iyi anlatmaktadır.

Foucault'nun bedenleri disipline etme tekniği olarak tıbbileştirme tespiti, dolaylı olarak kadının cinselleştirilmesi eğilimine dikkat çekmesi açısından önemlidir. Kadının üremeye dönük özelliklerinin aşırılaştırılmasıyla mümkün olan modern tıbbileştirme, kadını temsil eden organın dönüşmesi, doğum da dahil olmak üzere her türlü belirtinin hastalıkmiş gibi ele alınmasına ve “kadın bedeninin patolojikleştirilmesine” neden oldu. Tıbbileştirmenin cinselleştirmeyle birlikte nasıl gerçekleştiği, tıbbi illüstrasyonlarda kadın bedeninin göze çarpan kısımlarıyla belirginlik kazandı. Bu temsil kadını “cinsel” varoluşuyla, erkeği ise cinsellikten azade kılınmış gibi duran aktif ve hareketli varoluşuyla, kaslarıyla resmetti. Yine, kadınlığı tanımlayan organların tıbbin farklı tarihsel evrelerince yer değiştirdiğini görmek de bu açıdan ilginçtir.

Beden konusu neden öne çıktı ve bedenin bir araştırma konusu olarak ele alınmasını sağlayan belirleyenler neler oldu?

Kuşkusuz feminist hareket erkeğin kadın bedeni üzerindeki baskı ve denetimini deşifre etmede ve insan biyolojisindeki farklılıkların toplumsal davranışlar üzerinde belirleyici olduğu görüşünün yıkılmasında etkili olmuştur. Tarihsel eşitsizliklerin insan bedeninden yola çıkılarak doğallaştırılması, kadın bedeninin kadına uygulanan şiddetin gerekçesi olarak sunumu eleştirilmeye başlandı, sonrasında bedenini yalnızca biyolojik değil, yanı sıra toplumsal bir varlık olarak kabulüyle biyolojik olanla toplumsal olan arasındaki ilişki gündeme gelecektir.

Kadınlar biyolojik üretim kapasitelerine ve buna dayalı cinsiyetçi iş bölümündeki geleneksel rollerine göre tanımlandığında, kadınların erkeklere olan tabiliğinin kaynağında biyolojik cinsiyetleri yerine aslında toplumsal cinsiyetin olduğu ve doğanın yerini toplumun aldığı gerçeği göz ardı edilebilmektedir. Yani biyolojik bedenlerimize toplumdaki eşitsiz ve hiyerarşik iktidar dağılımına göre toplumsal anlamlar yüklenmektedir. Toplumsal cinsiyetimiz kaçınılmaz bir kader değildir. Toplumsal ilişkiler ağı içinde, toplumsal iktidarın eşitsiz dağılım sürecinde toplum tarafından oluşturulduğundan, değişebilir.

İnsan biyolojisinin toplumsal süreçlerin düzenlenmesi ve denetimindeki etkisi tıbbı geniş bir iktidar olanağı sunmuştur. Kadını baskılayan toplumsal normların, tıp aracılığıyla meşrulaştırılması konusunda sayısız örnekler verilebilir. Toplumsal iş bölümü kaynaklı hiyerarşilerin, tıbbi terimlerle ifade edilerek görünmez kılınması, belki de en az fark edilendir. Örneğin “doğum sonrası sendrom”, “premenstrüel sendrom”, “menapozal sendrom” gibi...

Ivan Illich **Sağlığın Gaspı** adlı kitabında; tıp kurumunun denetlenemeyen bir otorite olarak, neyin hastalık olduğunu, kimin hasta olduğunu ve hastalara ne yapmak gerektiğini belirlediğinde sağlığımız için büyük bir tehdit oluşturduğunu; bedenlerimiz üzerindeki hakkımıza tecavüz ettiğini; ilaç tüketimini teşvik ederek toplumun hastalıklı yapısını güçlendirdiğini; sağlığa bir "mühendislik modeli" olarak yaklaştığı için insanların kendi insani zaatları, incinebilirlikleri ve biriciklikleriyle, kişisel ve özerk bir biçimde baş etme potansiyellerini yok ettiğini anlatır... Böylece yaşam boyu tıbbi gözetim, yaşamı, her biri özel bir tür vasıllık gerektiren riskli dönemlerden oluşan bir zincire dönüştürmektedir.

Hem zengin hem de yoksul için yaşam, 'check-up'lardan ve kliniklerden geçip, başladığı yere geri dönen bir hac yolculuğu gibidir. Yaşam, daha iyi ya da daha kötü olması için kurumsal olarak planlanması ve biçimlendirilmesi gereken bir aralık olarak algılanmakta, adeta istatistiksel bir fenomene indirgenmektedir. Bu yaşam aralığı hekimin fetusun (cenin) doğup doğmayacağına ya da nasıl ve ne zaman doğacağına karar verdiği prenatal (doğum öncesi) işlemlerle başlar ve hastaya “canlandırma uygulamayınız” (DNR order) komutuyla son bulur.

Peki, doğum süreci ve doğurganlığın anlamı açısından baktığımızda ne söyleyebiliriz?

Hamilelik öncesi, hamilelik ve hamilelik sonrası olarak adlandırılan sıkı takip gerektirdiği söylenen bu süreçte medikalizasyon en üst noktaya ulaşmış değil midir? Annelik artık medikal bir süreç olarak değerlendirilirken ve yaşamın başlangıcı olan “fizyolojik sosyal doğum”, “tıbbi doğum”a doğru evrilirken, normal fizyolojik bir olay patolojik bir sürece dönüştürülmekte değil midir?

Bilimin ataerkil yapısı ve erkek egemen bir toplumda kadınlar için karar verme konusundaki korkuları düşünüldüğünde, kadınların daha güvenli bir yol olarak sunulan medikal süreçlere başvurmaları son derece anlaşılardır. Bütün hamilelikleri tehlike potansiyeli ile tanımlayan, doğum yapacak annenin hasta olarak kaydını yapan, sürecin her noktasına müdahale eden bir tıp kurumu vardır karşımızda. Üstelik biyomedikal teknoloji ve IVF teknolojisinin altında yatan kapitalizm, kadınlara kendi çocuğuna “sahip olma” isteği şeklinde yansımaktadır.

Üreme kadınlar için halen toplumsal bir statü kaynağıdır. Ayrıca doğurganlık cinselliği görünür kılan, kadının cinselliğini meşrulaştıran bir araçtır. Bir yandan annelik yüceltilirken öte yandan çocuk doğurma özelliği olmayan ya da bu özelliğini yitirmiş olan kadınların cinselliklerinin ve dolayısıyla kadınlıklarının iptali doğurganlığın etkisini göstermektedir.

Günümüzde cinselliğin üreme odaklı olmaması, istenmeyen gebelikleri sorun haline getirmekte, gebelik süreci ve çocukla ilgili sorumlulukların neredeyse tamamı kadına yüklenerek ve bunun etkileri de göz ardı edilerek kadın yalnız ve güçsüz bırakılmaktadır.

Kadınların erkeklere tabi olmaları, gebelik ve doğum konusunda yeterince söz sahibi olmamalarıyla bağlantılıdır. Kendi arzusu doğrultusunda olmayan ve yeterince korunma imkânına sahip olmadığı cinsel ilişkinin, istenmeyen gebelikle sonuçlanması, kendi arzusu dışında kadınları gebe kalmaya zorlamak, ailedeki cinsel tahakkümün bariz bir örneğidir.

Diğer taraftan günümüzde artık kadınlar ile erkekler arasında bariz bir şekilde cinsiyet ayrımına dayanan pek fazla kanuni düzenleme kalmamıştır. Cinsiyet ayrımına dayalı normların azalması hukukun feminist analizini yine de kolaylaştırmamaktadır, kanun önünde eşitlik ilkesi bile aslında erkek egemenliğine dayalı bir eşitlik anlayışıdır MacKinnon'a göre. Hiçbir tercih yapmadan herkese eşit muamele edilmesine kadın bakış açısıyla yaklaşıldığında, eşit durumda olmayana devamlı olarak mevcut hukuk ve devlet düzeninin eşitlik esasına dayandığının söylenmesi, eşitsizliğin görülmesini güçleştirir.

Kanun koymada geleneksel biçimde eşitlikçi yaklaşım, kadınların dezavantajlarını ortadan kaldırmayacaktır, çünkü hukuk görünüşte cinsiyetsiz ve tarafsız formüle edildiği halde, hukuk düzeninde kadınların yaşam deneyimleri hemen hemen hiç hesaba katılmamakta ve yalnızca erkeklerin deneyimlerine göre hukuk biçimlenmektedir. Cinsiyetler arası hiyerarşik yapılanmaya dayanan toplumsal yapıda soyut eşitlik standartları ve prensiplerine yer verilmesi, devletin ve kanunların tarafsızlığının ilan edilmesi, aslında kadınlar üzerindeki erkek egemenliğinin hukuk yoluyla rasyonelleşmesine neden olmaktadır. Kanunların cinsiyet körü olması, yalnızca kanunların kadınlar ile erkekler arasında biçimsel eşitlik esasına dayanmasından ibaret değildir. Kanunların cinsiyet körlüğü bazen kadınları açıkça erkeklerle tabi kılan güç ilişkilerine yönelik olarak hiç düzenleme yapmayıp, görmezden gelmesiyle de olabilmektedir. Eşitlik kavramının soyut ve biçimsel algılanmasından vazgeçilip, kadınların kendi somut deneyimleri ışığında içerikli bir şekilde yeniden tanımlanmalıdır. Bunun için de ilk önce kadınların gerçek hayatta erkeklerle eşit güce sahip olmadığı gerçeğinin göz önüne alınması, daha sonra da cinsiyet eşitsizliğinin doğal ya da biyolojik kaynaklı değil, politik ve toplumsal güç eşitsizliğinden kaynaklandığının kabul edilmesi gerekmektedir. Toplumsal cinsiyet eşitsizliğini ortadan kaldırdığınızda ve toplumdaki gücün eşit dağılımını sağladığınızda doğurganlığa ve kadına atfedilen değerler de değişime dönüşüme uğrayacak ve gerçek eşitlik sağlanacaktır.

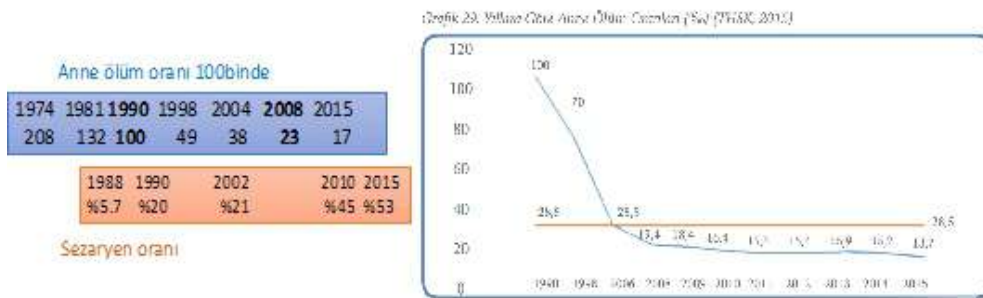
İleri Okumalar için

- Michel Foucault, Cinselliğin tarihi, Ayrıntı Yayınları, üçüncü baskı, çeviren; Uğur Tanrıöver, 2010, İstanbul.
- Jean Baudrillard, Tüketim Toplumu, Ayrıntı Yayınları, 2008, 3. Basım, İstanbul.
- Pierre-Felix Bourdieu, Düşünsel Bir Antropoloji İçin Cevaplar, 3.Baskı, 2010, İstanbul.
- Ivan Illich, Sağlığın Gaspi, Ayrıntı Yayınları, 1995, İstanbul.

TÜİK	2011	2012	2013	2014	2015
Yıllık Canlı Doğum	1.241.412	1.279.864	1.283.062	1.337.504	1.325.783

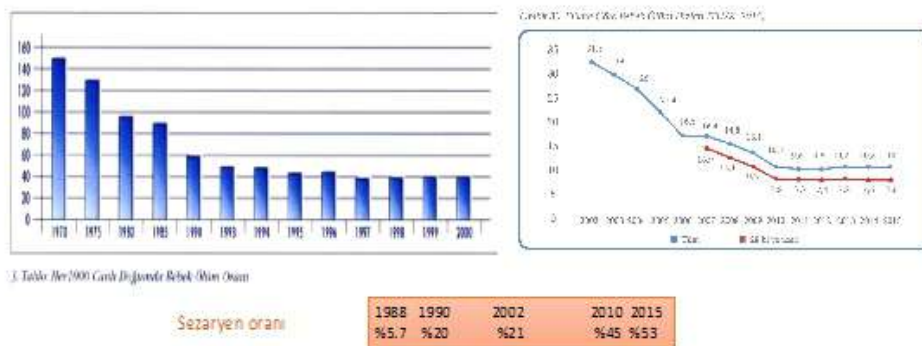
Tablo 6. Yıllık canlı doğum sayısı TÜİK

DSO tarafından yayınlanan 2008 raporunda Türkiye maternal mortalitede en hızlı düşüş sağlayan ilk 10 ülke arasında yer aldı



Şekil 7. 1990-2015 Anne ölüm oranı THSK 2015

1970-2016 yılları arasında Bebek Ölüm Hızı 1000 canlı doğumda 150 den 10'a düştü



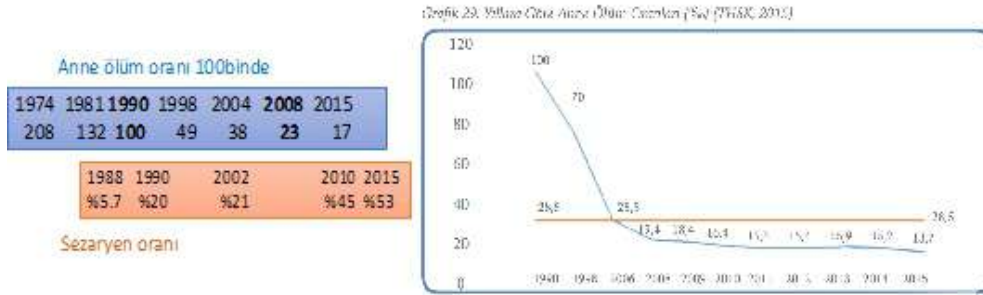
Şekil 8. 1970-2015 Bebek ölüm hızı THSK 2015

Tarihsel süreçte anne, çocuk sağlığı göstergelerimiz ve sezaryen doğum oranımızın değişimi

TÜİK	2011	2012	2013	2014	2015
Yıllık Canlı Doğum	1.241.412	1.279.864	1.283.062	1.337.504	1.325.783

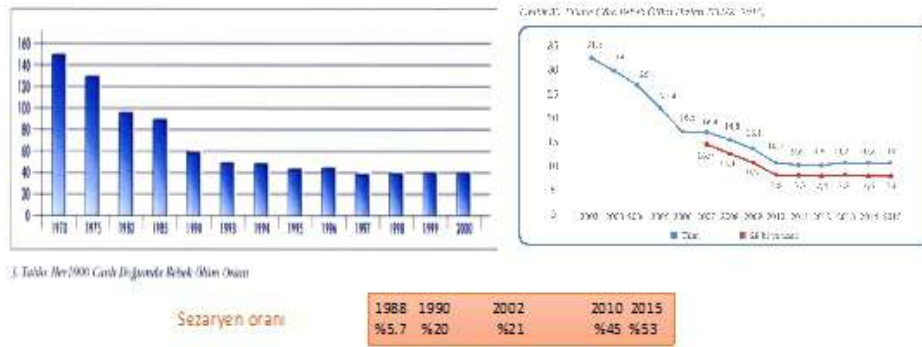
Tablo 6. Yıllık canlı doğum sayısı TÜİK

DSO tarafından yayınlanan 2008 raporunda Türkiye maternal mortalitede en hızlı düşüş sağlayan ilk 10 ülke arasında yer aldı

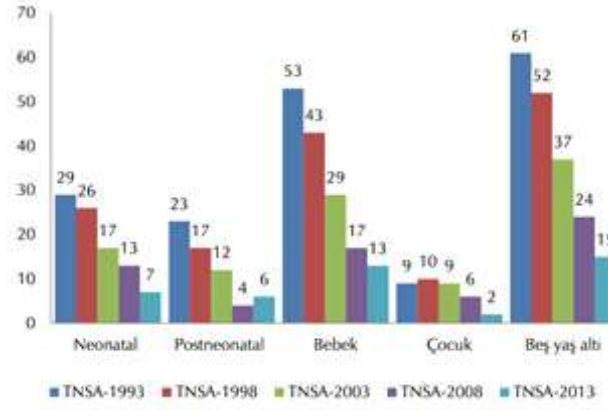


Şekil 7. 1990-2015 Anne ölüm oranı THSK 2015

1970-2016 yılları arasında Bebek Ölüm Hızı 1000 canlı doğumda 150 den 10'a düştü

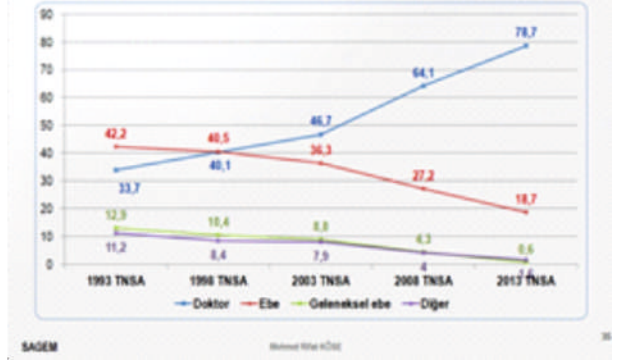
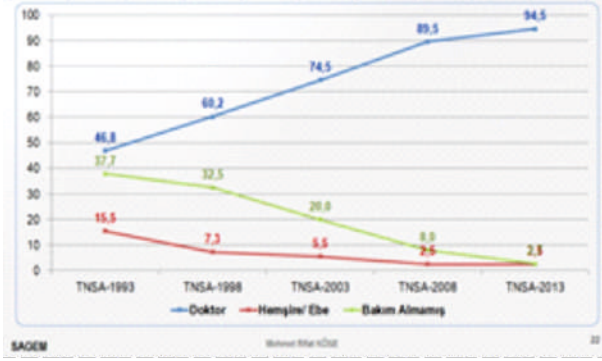


Şekil 8.1970-2015 Bebek ölüm hızı THSK 2015

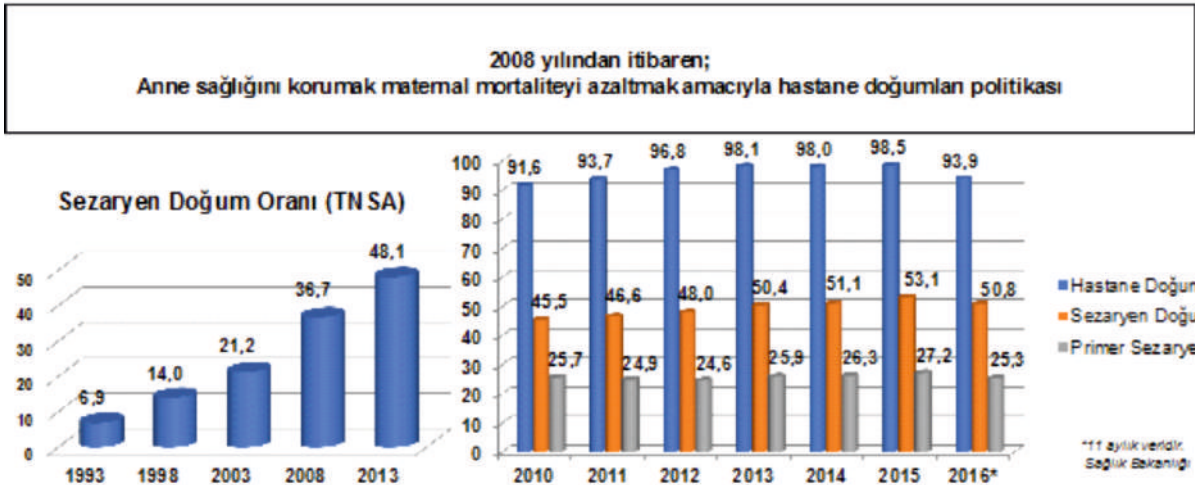


Şekil 9. Neonatal, postneonatal, bebek, çocuk, beş yaş altı ölüm hızı TNSA1993-2013

2010 yılından günümüze anne ve bebek ölüm oranlarında ciddi bir değişim olmamasına karşın sezaryen oranlarımız yükselmeye devam etmiştir

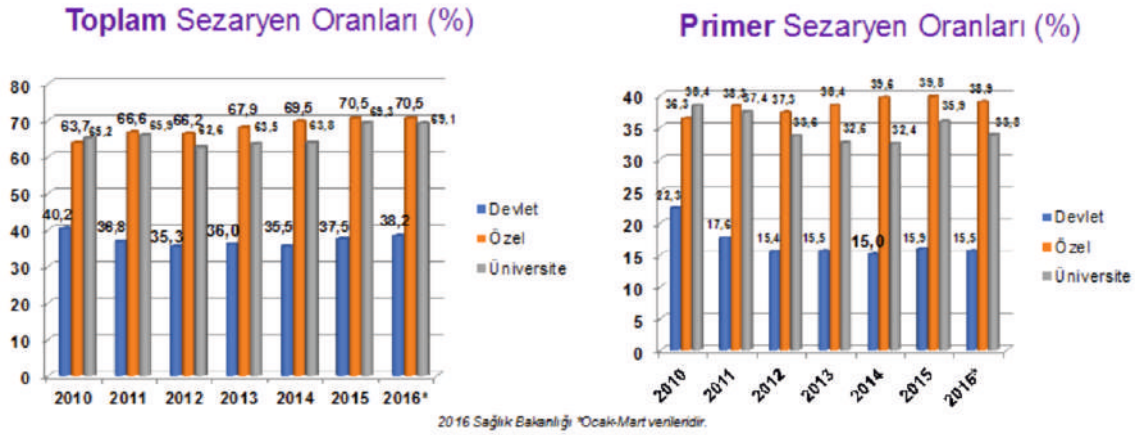


Şekil 10. Doğum öncesi bakımın ve doğumların kimler tarafından yaptırıldığı (TNSA 1993-2013)

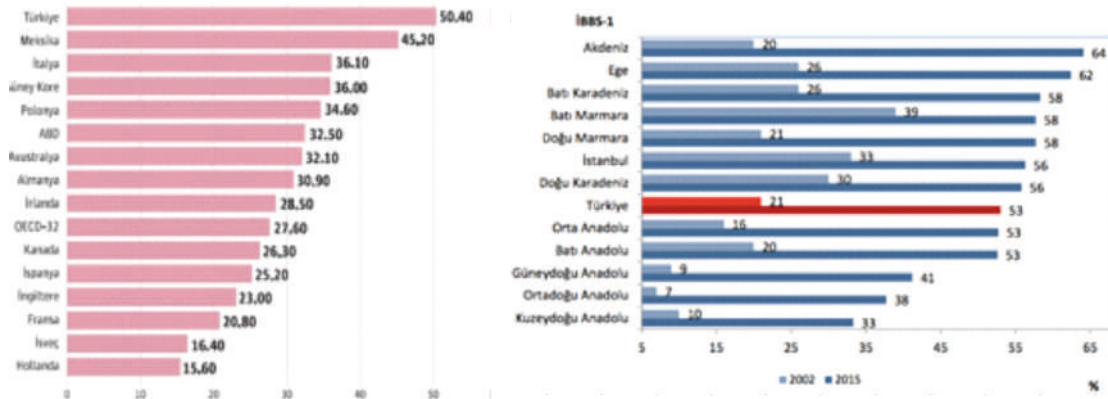


Şekil 11. 1993-2016 hastanede doğum sezaryen doğum oranları TNSA, THSK

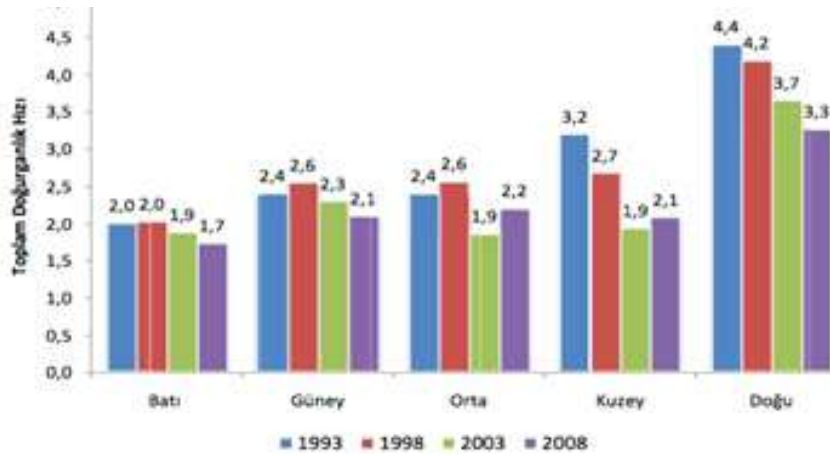
Ülkemizde maternal-perinatal ölüm oranlarını en aza indirmek için 2008 yılından itibaren evde doğumlarla mücadele ve hastane doğumlarını artırma politikasına ağırlık verilmiştir. 2004 yılından itibaren uygulanan performans sisteminde ebeler yer almamıştır. Bu politikalar ile hastane doğum oranı %90 lardan %98 lere ulaşmış ancak sezaryen oranları da bu süreçte ciddi yükselmiştir. Antenatal takip ve doğumları ebeler yerine doktorların yapmaya başlaması sezaryen oranlarındaki artışta bir etken olabilir.



Şekil 12. Türkiye Kurumlara göre primer ve toplam sezaryen oranlarının dağılımı (%)

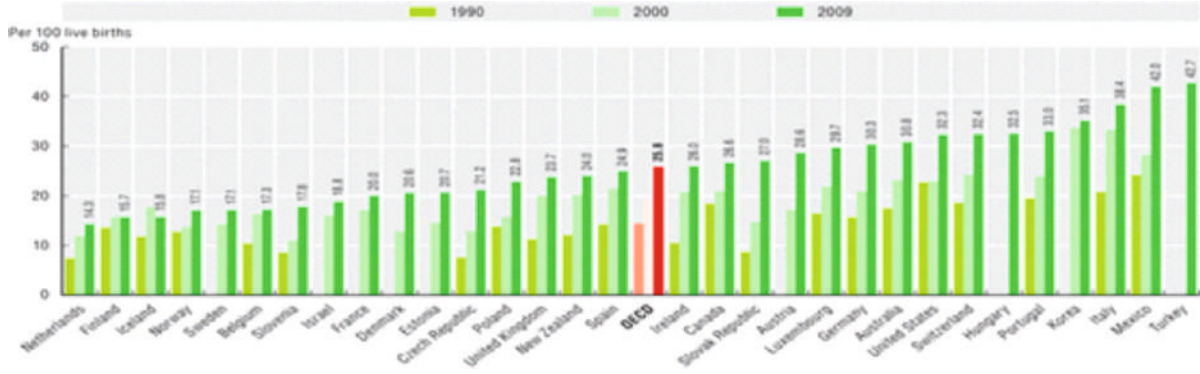


Şekil 13. OECD ülkeleri içinde sezaryen oranı en yüksek ülke Türkiye (OECD 2015).



Şekil 14. Bölgelere göre toplam doğurganlık hızlarının değişimi (1993-2008 HÜNEE)

Tüm dünyada 1990 sonrası sezaryen oranlarında ciddi bir artış oldu. Türkiye, tüm dünyada sezaryen oranı en yüksek 3 ülke arasında.



Şekil 15.1990-2000-2009 dünya ülkeleri sezaryen oranları değişimi

Artan sezaryen oranı bir sorun mu? Sezaryen yeni bir üreme modeli mi? İdeal sezaryen oranı nedir tartışmaları?

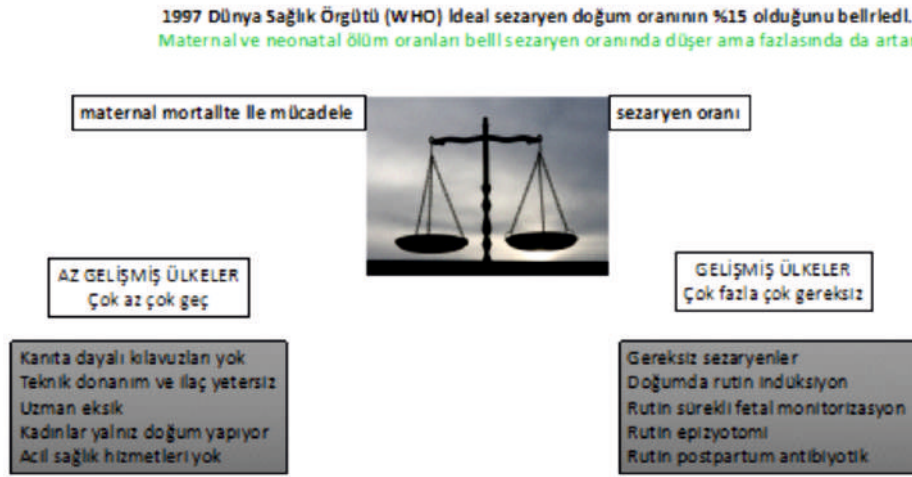
- **Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 1997** %10-15'den daha yüksek sezaryen oranının hiçbir bölgede haklı bir nedeni olamaz. Oranın %5'in altında ve %15'in üstünde olması anne ölümü açısından olumsuzdur.
- **ABD Ulusal Sağlık Enstitüsü (NIH) 2006** sezaryen doğum oranındaki artışın, tek başına, endişeye sebep olmayacağını fakat üreme modelini değiştirebileceğini belirtti
- **DSÖ 2009** Sezaryen için ampirik olarak kanıtlanmış bir oran yoktur. Bölgeler %5-15 oranını kullanmaya devam edebilirler veya kendi oranlarını ilan ederler
- **DSÖ (2010)** sezaryen doğum ile ilgili önermiş oldukları %15 ideal oranını geri çekti. Resmi açıklamasında "İdeal bir oran verebilmek için herhangi bir deneysel kanıt yoktur. Sezaryene ihtiyaç duyan her kadın buna sahip olacaktır, önemli olan da budur." ifadesini kullandı
- **ACOG (2014)** sezaryen oranını anne ve bebek sağlığını sirke atmadan nasıl güvenli şekilde düşürürüz kılavuzu hazırladı Ek.
- İdeal sezaryen doğum oranına erişme hedefi anne ve yeni doğacak bebeğin muhtemel en iyi sonuca varması üzerine inşa edilmelidir. İdeal sezaryen oranı bireysel ve sosyal durumlara bağlı olarak farklılık gösterecektir.
- DSÖ sağlık hizmeti verilen kuruluşlarda izleme, sezaryen hızının karşılaştırılması ve değerlendirilmesi için küresel standart olarak **Robson sınıflandırma sistemini** önerdi. Ülkemizde de 2012 yılından itibaren bu klasifikasyon sistemi kullanılmaya başlandı.

Robson Gebe Sınıflaması; gebenin doğurganlık öyküsüne ve sezaryen geçmişine, bebeğin geliş şekline, bebek sayısına, doğumun başlama şekline ve gebelik haftasına göre gebelerin sınıflandırıldığı, on farklı gruptan oluşan bir sistemdir.

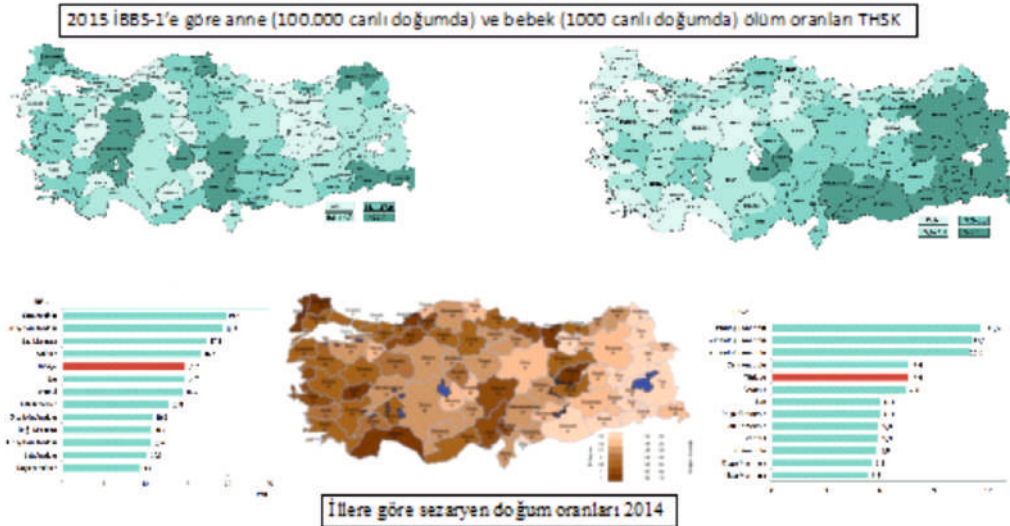
DSÖ'nün önerisi ile 31 ülkede 33 milyondan fazla kadında kullanılmıştır. Her ülke kendine göre düzenlemeler yapmakla birlikte ilk 5 grup daha fazla kullanılmıştır. DSÖ sağlık hizmeti verilen kuruluşlarda izleme, sezaryen hızının karşılaştırılması ve değerlendirilmesi için küresel standart olarak **Robson sınıflandırma sistemini** önerdi.

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

Tablo 7. Robson Gebelik Sınıflaması (Robson MS. Classification of caesarean sections. Fetal Mat Med Rev 2001;12:23–39.



Şekil 16. Maternal mortalite mücadelesi- sezaryen oranları dengesi



Şekil 17. Türkiye'de anne bebek ölüm ve sezaryen oranlarının dağılımı İBBS-2015 THSK

Bölgesel farklılıklara göre **bölgesel çözümler** (Maternal ve perinatal ölümlerin yüksek olduğu bölgelerde sezaryen oranlarının DSÖ'nün önerdiği %20 gibi makul bir seviyeye yükseltilmesi ve hastane doğumlarının artırılması düşünülebilir.

Maternal ve neonatal ölüm oranları belli sezaryen oranında düşer ama fazlasında da artar diyen DSÖ yü doğrular nitelikte bir gösterge: Akdeniz bölgesi 2015 yılı itibariyle toplam CS oranının en yüksek olduğu bölgemiz olmasına rağmen (%64) anne ölümleri Türkiye ortalamasının üstünde %16.7 gibi oldukça yüksek.

Bölge Adı	Sezaryen Doğumların Tüm Doğumlar İçindeki Payı	Primer Sezaryenin Tüm Doğumlar İçindeki Payı	SEKTÖRLERE GÖRE HASTANE SAYISI		
			Sağlık Bakanlığı	Üniversite	Özel
İstanbul	55	30	55	15	162
Batı Marmara	58	31	52	4	23
Ege	62	35	119	8	65
Doğu Marmara	58	31	76	4	52
Batı Anadolu	53	29	66	14	49
Akdeniz	64	31	80	8	86
Orta Anadolu	53	26	71	4	24
Batı Karadeniz	58	30	97	3	19
Doğu Karadeniz	56	27	67	2	12
Kuzeydoğu Anadolu	33	18	51	2	6
Ortadoğu Anadolu	38	19	54	3	19
Güneydoğu Anadolu	41	18	77	3	45
Türkiye	53	27	865	70	562

Tablo 8. Türkiye'de sezaryen oranlarının ve hastanelerin dağılımı İBBS-2015 THSK

DOĞUM AĞRISI

Esmâ Sarıkaya

Doğum ağrısı her kadın için eşsiz bir deneyimdir. Doğumun 1. Evresinde ağrının sebebi uterus kasılmaları ile uterus kasında iskemi sonucu ağrı metabolitlerinin birikimidir (T10-L1). 2. Evrede ise presente olan kısmın perine kaslarını girmesi dolayısıyla ağrı ortaya çıkar (pudental sinir) (ACOG, 1996).

Ağrıyı etkileyen fizyolojik faktörler; anne yaşı, parite, anne ve bebeğin kilosu, doğumun şiddeti ve hızı, fetüsün pozisyonu, pelvisin anatomik yapısı ile doğum eylemi sırasında gelişen fizyolojik değişimler (dilataşyon vb.), halsizlik ve uyku sorunlarıdır.

Doğumda yaşanan ağrının psikolojik etkenleri; vücuda veya ruha yönelik algısal tehdit, yardım alamamak, kontrol kaybı, acı veya acı verici bir olayın gerçekleşebileceği korkusu, bebeğinin veya kendisinin ölümüdür. Bunlara ek olarak annenin sosyo-kültürel özellikleri, yaşanmış deneyimler, annede ağrı ile başa çıkabilmede yetersizlik, doğum öncesi eğitim sınıflarına katılıma durumu, doğumda yaşanan kaba davranışlar ve yoğun tedavinin doğum ağrısı üzerinde etkisi olduğu bildirilmektedir

Doğum ağrısının kabul edilebilir hale getirilmesi temel olarak bu etkenlerin kontrolü ile gerçekleşebilir.

DÜNYA AĞRI İLE MÜCADELE TARİHİ

Tarih boyunca kadınların çoğunluğu doğum ve doğum eyleminde yaşanan ağrıya karşı duydukları korku nedeniyle en ağrısız doğum şekline yönelmişlerdir.

- "soporofik sünger" Hippocrates ve Galen
- Boğma sonucu oluşan asfiksini neden olduğu bilinç kaybının oluşturduğu anestezi İtalya'da onyedinci asrın sonlarına kadar uygulanmıştır.
- Diğer bir tuhaf metod ise kafaya vurulan darbedir
- **1540'da** Valerius Cordus tarafından **eter** bulundu
- **1779** yılında İngiliz kimyager Sir Humphry Davy Nitrous oxidin anestezik etkisini keşfetti
- **1847** de Amerikan şair Henry Wadsworth Longfellow'un eşi Fanny Longfellow ilk kez eter kullanarak doğum yapan kadın 1853'te İngiliz kraliçesi Victoria kloroform ile doğum yaptı
- **1842** yılında Crawford W Long ilk kez **eter anestezisi altında cerrahi girişim** gerçekleştirmiştir.
- **1848** yılında Kloroform inhalasyon anestezisi olarak ilk kez Meksika-Amerika savaşında yaralı askerlerin cerrahi işlemlerinde kullanıldı
- **1860'da** Albert Niemann 'nın kristalize formda alkoloidi izole etmesi **rejyonal anestezinin** ilk önemli aşamasıdır.
- **1872'de** kloral hidrati İntravenöz anestezinin öncüsü Pierre Cyprien Ore uyguladı
- **1884** yaygın olan kloroformla inhalasyon anestezisinde ortaya çıkan toksikoloji vakaları, yüksek anestezi mortalitesi ve genel anestezi verebilecek yeterli sayıda deneyimli personel olmaması nedeniyle rejyonal anestezi cerrahlar arasında popüler olmuştur
- **1927'de** İlk kısa etkili suda eriyebilir barbitürat ajanının Pernoston tarafından uygulandı
- **1928'de** ise John S. Lundy inhalasyon anestezisine amitali ilave etti
- **1942'de** ilk kez anestezi sırasında kas gevşemesi amacıyla kürar kullanıldı (Griffith ve Johnson)
- **1950'lerde** eter ve siklopropan terkedilerek nitroz oksit modern anestezide yerini korudu Halotan ile bildirilen hepatik nekrozlar sonrası yeni anestezik araştırmaları hız kazandı. IV ajanlar içinde potent opioidler önem kazandı.
- **1885 'de İlk epidural anestezi**
- **1898 'de ilk spinal anestezi** August Bier tarafından uygulanmış
- **1904'de** Kokainden sonra bulunan ilk lokal anestezik Einhorn tarafından sentezlenen prokaindir.
- **1946 'da lidokainin** bulunuşu

TÜRKİYE ANESTEZİ TARİHÇESİ

- Osmanlı topraklarında anestezi uygulamasına ilişkin en eski bilgi Kırım savaşına dair (1854-1956) olup bu savaşta yaralanan 1000'e yakın askerde kloroform kullanıldığı şeklindedir
- 1871 Eter kullanımına ilişkin ilk yayın Miralay Dr. Ahmet Bey'in 'Tıp Müfredatı' adlı ders kitabıdır.
- 1890 Cemil Topuzlu Paşa Paris'teki eğitiminin ardından ülkeye döndüğünde kloroform kullanmaya başlamıştır.
- 1898 Eter anestezisi ülkemizde ilk kez Gülhane Askeri Uygulama Okulu'nu kurmak üzere Almanya'dan gelen Rieder Paşa tarafından uygulanmıştır.
- 1930 lu yıllara kadar Türkiye'de sadece kloroform eter ve bölgesel anestezi uygulamaları olmuştur
- 1949 İlk endotrakeal anestezi uygulamaları Burhaneddin Tokar ve Sadi Sun tarafından yapılmıştır
- 3 Ocak 1955 tarih ve 3239 sayılı kararla “Haydarpaşa Numune Hastanesi'nde Anestezist Dr. Wolfgang Wirtinger'in yanında anesteziyoloji stajı görülmesi” ve “anesteziyolojinin ihtisas dalı olarak kabul edileceği tarihe kadar geçecek sürenin de anesteziyoloji asistanlık süresine sayılacağı” hakkında bildirim
- 20 Ocak 1956 tarih ve 9212 sayılı Resmi Gazete ile yürürlüğe giren 4/6379 sayılı İhtisas Tüzüğünde Anesteziyoloji yer almıştır.
- 1985 yılında 2547 sayılı YÖK kanunu 7. Maddesi d fıkrasında anestezi teknisyeni yetiştiren programlar açıldı.

AĞRIYLA MÜCADELEDE MODERN FARMAKOLOJİK YÖNTEMLER

1)İntermitan Entonox (kahkaha gazı) (%50 Nitrik oksid ve %50 Oksijen karışımı) inhalasyonu: bulantı ve başdönmesi yapabilir ancak bebeğe zararlı değildir. (1; NICE 2007) Opioidlerle birlikte kullanımında dikkatli olunmalıdır. Ucuz kokusuz kendi kendine uygulanabilir kullanımı kolay çabuk etkili (30sn) bir metoddur. Çalışanları anestezik gaz artıklarının zararlarından korumak için iyi bir havalandırma sistemi olmalıdır ve maske ile verilmelidir. 1993'te Kanada'da yapılan bir araştırmada kadınların %37 si doğum ağrısı için bu yöntemi kullanmakta. N₂O kontraendike olduğu durumlar:

- Kolon obstrüksiyonu
- Pnömotoraks
- Orta kulak ya da sinüslerde rahatsızlık
- Psikiyatrik rahatsızlığı çok şiddetli olanlar

2)Opioid kullanımı

3)Epidural ya da spinal anestezi: 16-18 gauge iğne ile L2-3, L3-4, L 4-5 seviyede epidural aralığa girilerek 18 to 20 gauge flexible kateter yerleştirmektir. Lokal anestetik (bupivacaine/ropivacaine) ve opioid (fentanyl /sufentanil) kombinasyonu en sık kullanılan yöntemdir. Epidural analjezi, doğumun 2. Evresini uzatır, fetal malpozisyon insidansını artırır. Oksitosin kullanımı ve enstrümental doğum daha sık olur. İntrapartum ateş, idrar retansiyonu diğer eşlik edebilecek risklerdir. (2-6).

4)Mobil epidural anestezide son zamanlarda düşük doz ilaç kullanılarak hastanın travay sırasında yürüyebilmesini hedefleyen tekniktir.

Epidural analjezi/anestezinin kontraindike olduğu durumlar (ACOG, 1996)

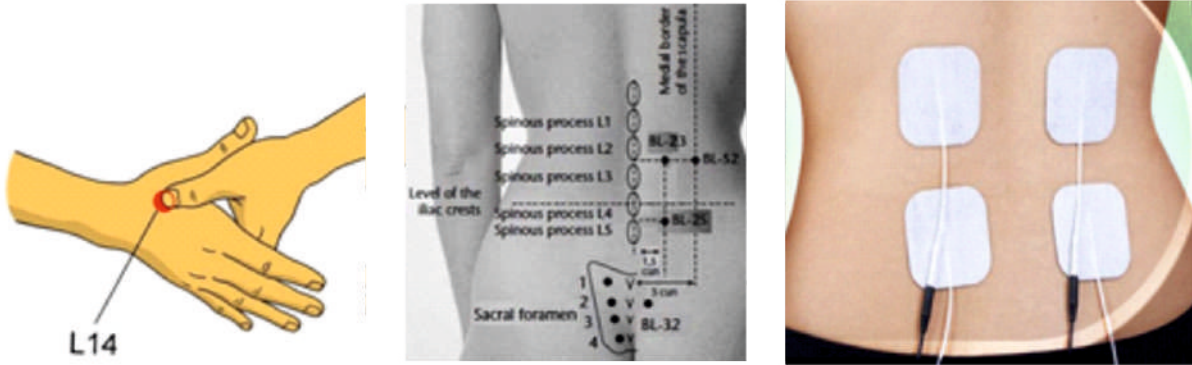
- Hastanın işlemi reddetmesi tolere edememesi
- Kafa içi basıncı artıran kitle varlığı
- İğne yerleştirilecek alanda enfeksiyon varlığı
- Koagülopati
- Düzeltilemeyen maternal hipotansiyon
- İşlemi yapabilecek ve sonrasında takibini yapacak personel olmaması

ACOG kılavuzunda (pain relief during labor 2014) eğitim almış doğum hemşirelerinin doğum ağrısı ile mücadelede yetkin olması gerektiği, epidural infüzyon hızını ve dozunu ayarlayabileceği söyleniyor.

Spinal anestezinin en sık yan etkisi maternal hipotansiyondur. Bunun için işlem öncesi yeterli profilaktik volüm replasmanı (500-1000 mls IV izotonik /Ringer's laktat) ve uygun maternal pozisyon gerekir. (ACOG, 1996; 7,8). Maternal hipotansiyon volüm yüklemesi ile düzeltilemezse IV ephedrine gerekebilir.

AĞRIYLA MÜCADELEDE FARMAKOLOJİK OLMAYAN YÖNTEMLER

- LI4 ve UB32 (Ciliao) noktalarına akupres uygulaması
- Relaksasyon
- Nefes
- Pozisyon değiştirmek gezinmek
- Ilık su
- Masaj
- TENS (Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation)



Şekil 17. LI4 ve UB32 (Ciliao) noktaları

Kaynaklar

1. Talebi H, Nourozi A, Jamilian M, et al. (2009) Entonox for labor pain: a randomized placebo controlled trial. Pakistan Journal of Biological Sciences. 12(17): 1217-21
2. Anin-Somuah M, Smyth RMD, Jones L (2011) Epidural versus non-epidural or no analgesia for pain relief in labour. Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 12. Chichester: John Wiley & Sons
3. O'Hana H, Levy A, Rozen A, et al. (2008) The effect of epidural analgesia on labor progress and outcome in nulliparous women. Journal of Maternal-Fetal Neonatal Medicine. 21(8): 517-21
4. Tracy S, Sullivan E, Wang Y, et al. (2007) Birth outcomes associated with interventions in labour amongst low risk women: A population-based study. Women and Birth 20: 41-48
5. Leighton B, Halpern S (2002) The effects of epidural on labor, maternal and neonatal outcomes: a systematic review. American Journal of Obstetrics and Gynecology 186(5): S69-S77
6. Lieberman E, Lang J, et al. (2000) Intrapartum maternal fever and neonatal outcome." Pediatrics 105(1 Pt 1): 8-13
7. Lieberman E, Davidson K, Lee-Parritz A, Shearer A (2005) Changes in fetal position during labour and their association with epidural analgesia. Obstetrics and Gynecology 105(5): 974-982
8. Lieberman E, O'Donoghue C (2002) Unintended effects of epidural analgesia during labour: a systematic review. American Journal of Obstetrics and Gynecology 186(5): S31-S68
9. ACOG Practice Bulletin No. 36: Obstetric Analgesia and Anesthesia Obstetrics & Gynecology: -2002 - Volume 100 - Issue 1 - p177191
10. TARD Türkiye anestezi ve reanimasyon Derneği Sezaryen ameliyatlarında genel anestezi uygulama kılavuzu 2015
11. TARD sezaryen ameliyatlarında nöroaxial anestezi uygulama kılavuzu 2015

DOĞUM AĞRISI-KÜLTÜR İLİŞKİSİ

Kadının algıları ve onun ağrıya verdiği anlamı olduğu kadar, ağrısı ile ilgili davranışları, kültürel olarak belirlenmektedir. Ağrıya neden olan durumun birey için taşıdığı anlam ile ağrının süresi ağrı algısını ve ağrı toleransını etkilemektedir. Doğum, kadınlığın, kişisel yeterliğin, anneliğin ilk rolünün bir testi olarak görülebilmektedir (1). Doğum ağrısının yaşanmasıyla bağlantılı olarak bebeğin değerini daha iyi anlama ve acı çekmenin annelik duygularını daha iyi hissettirdiğine inana bir grup kadın vardır.

Kültürel değerler ve inançlar, hastanın ağrıya yanıtlarını etkiler. Ağrı, büyük ölçüde kültürel öğrenmeye, durumun anlamın ve diğer bireysel faktörlere bağlı kişisel deneyimdir (2) Kültürel ve etnik farklılıklara değinilmeksizin ağrı deneyimi tam olarak açıklanamaz. Ağrının ne zaman ve nerede ifade edileceğine dair kültürel normlar erken yaşlarda öğrenilir. Örneğin Latin orijinli insanlar genellikle daha dışa vurumcudur ve ağrıyı aşırı ses ve mimikle dramatize ederler. Diğer yandan ağrıya daha dayanıklı İskandinavlılar daha içe dönük ve ifadesiz olabilmektedir (1). Ağrıya yönelik olarak iki tip davranış tanımlanmıştır; sabırlı ve duygusal. Sabırlı bireyler daha çok ağrıya dayanma yönünde davranış gösterir ve yakınmazlar, bununla birlikte duygusal bireyler, ağrılarını sözle ifade ederler. Sözel olmayan iletişim kültürler arasında farklılık göstermektedir. Bir birey ağrısını ifade etmek için yüzünü buruşturma ve inleme gibi sözel olmayan davranışlarda bulunmayı ağrının ifadesinde yeterli görebilmektedir (3,4).

Yahudi ve İtalyan hastalar İrlandalı ve Amerikalı hastalara göre acıyı daha açık olarak göstermektedir (5). Bedevi ve Yahudi grupların ikisinde de doğum ağrısı aynı seviyelerde raporlansa da çalışan Bedevi kadınların daha az ağrı çektiklerini belirtilmiştir (6). Guetemalan kadınlar ağrıyı sesli biçimde gösterme eğilimindedirler. Japon, Çin, Vietnamlı ve diğer Asya kadınları, doğum ve travay sırasında çılgılık atma ya da ağlamayı utanç verici olarak nitelendirirken, doğumun ağrılı fakat dayanılabilir bir durum olduğuna inanırlar (7). Bir kadın doğum ağrısına ilişkin düşüncelerini şu şekilde ifade etmiştir “*Neden korkmalıyım ki? İnancım var. Bu olması gereken bir şey*”.

Fin'li kadınların kendilerine ve vücutlarının sağlığına güvenerek doğum sancılarını ve doğum sürecini hastalıktan çok sağlıklı olmanın bir göstergesi olarak gördükleri belirtilmiştir (5). Türk ve Avusturyalı kadınların doğum ağrısı ile ilgili ifadeleri benzer bulunmuş olup, anksiyete, kendine güven, panik hissi yaşama gibi duygular hissedildiği belirtilirken, Türk kadınlarının doğum anını normal olarak algıladıkları ve doğumun tamamını hatırladıkları belirtilmiştir (8). Bir kadın, ağrının doğumun normal bir parçası olduğunu ve bu ağrıyı yok etmede herhangi bir yöntemin olmadığını belirtmiştir (9).

Ağrının anlamı, dini inançlarla da ilgili olabilmektedir (3). Dindar bir annenin, doğum sırasında ağrısının olduğunu ancak sonrasının muhteşem bir mucize olduğunu belirttiği bildirilmiştir. Finli dinine bağlı kadınlar doğum sırasındaki ağrı ve acıları insan hayatının gerekli ve kaçınılmaz bir parçası olarak görmektedirler (5). Asya kökenli çoğu kadının doğum sırasında ağrı ve rahatsızlık duygularını göstermekten kaçındıkları belirtilmiştir.

Sağlık profesyonelleri ağrıya yönelik olarak, etnik gruplar arasında duygusal ifade kalıplarının ne şekilde farklılık gösterdiğini bilmek durumundadır. Ağrıya verilen tepki, kültürel alt yapının etkisindedir ve sağlık profesyoneli için ağrıyı objektif olarak değerlendirmek önemlidir (2).

Bütüncül ağrı yönetimi ağrının fiziksel, duygusal, sosyal ve spiritüel yönlerini göz önünde bulundurmalıdır. Ek olarak, bütüncül ağrı yönetimi aile, kültür, geçmiş deneyimler ve deneyimlenen olayın anlamı bağlamını göz önünde bulundurmalıdır (3). Ağrı kontrolünde kültür odaklı kararları yönlendirmek için şefkatli ve bireyselleştirilmiş bir yaklaşım kullanılmalıdır. Çünkü kültürel genellemeler önyargılı olabilmektedir.

Kişisel tutumların tanımlanması, etkili ebe-hasta ilişkisinin oluşturulması, ebe yeterliliğinin oluşturulması, ağrı değerlendirilmesi, ağrı yönetimi ve sorumlulukların netleştirilmesi ağrı deneyimi yaşayan hastalarda baş etmede kullanılan altı yardımcı stratejidir. Bu stratejiler kullanılmazsa kültürel hassasiyeti olmayan bir bakım ortaya çıkabilir. (2). Tüm bu uygulamalar sonucunda kadının yaşadığı gebelik ve doğum deneyimlerinden bir birey olarak anlam çıkarması, tat alması ve kendini gerçekleştirmesi kolaylaşacaktır.

Kaynaklar

1. Köksal Ö, Duran ET Doğum Ağrısına Kültürel Yaklaşım DEUHYO ED 2013,6 (3), 144-148
2. Yıldırım, G. (2005). Doğum eyleminde uygulanan ıkınma tekniğinin anne ve fetus üzerindeki etkileri, Doktora Tezi, İ.Ü Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, Türkiye
3. Yıldız, N.K. (2003). İlaçsız ağrı kontrol yöntemlerinden tens'in doğum ağrısını algılamaya etkisi, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, M.Ü Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, Türkiye.
4. Edirne, S. (2007). Ağrı. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri
5. Kuşuoğlu S., & Eti-Aslan F. (2006). Ağrı, doğası ve kontrolü, ağrı algısını etkileyen faktörler. (pp. 51-59). İstanbul: Avrupa tıp kitapçılık ltd. şti.
6. Andrew, M.M., & Boyle, J.S. (2008). Transcultural concepts in nursing care. (Fifth. Ed.pp.330-337). London: wolter Kluwer/Lippincott Williams& Wilkins
7. Davidhizar, R., & Giger J.A. (2004). Review of the literature on care of clients in pain who are culturally diverse. International Nursing Review, 51, 47-55
8. Peacock, S.& Patel, S. (2008). Cultural influences on pain, Reviews in Pain,1(2), 6-9.
9. Callister, C.L., Khalaf, I., Semenec, S., Kartchner, R., Julkunen, K.V. (2003). The pain of childbirth: perceptions of culturally diverse women. Pain Management Nursing, 4(4), 145-154.

HASTA MERKEZLİ DOĞUM ODALARI VE TRAVAY TAKİBİ

Travay ve doğum odalarının fiziksel dizaynı, kadının kendini güvende hissedeceği, teknik ekipmanlardan uzak, kendisini evinde hissedeceği şekilde artan mahremiyet isteğini karşılayacak şekilde tasarlanmalıdır. Yeterince gün ışığı almalı mahremiyete maksimum dikkat edilmeli, odalarda sıcak su, duş alma imkanı ve tuvalet olmalı ve mobilyalar yumuşak renklerden seçilmeli. Fix mobilya sayısı en aza indirilmeli ki hasta isteğine göre yer değişiklikleri yapabilsin. Doğum odalarının dizaynında kültürel faktörler gözönüne alınmalı bayrak ve tablo gibi küçük ayrıntılar ile kadın kendini kültürüne uygun bir ortamda hissetmelidir. Kadınların evden kendileri için önemli, sevdikleri eşyaları getirerek doğum odalarını kişiselleştirmelerine izin verilmelidir. Travay odasının ortasında yatak olmamalı hastanın gezmesine imkan sağlayacak genişlikte olmalı ve dik pozisyonunda duruşunu sağlayacak mobilyalar konmalı.



Resim 5. Travay odası ve doğum koltukları örnekleri

Koku ve duygular arasında güçlü bir ilişki vardır. O nedenle doğumhanelerin hastane kokusu değil anksiyeteyi, korkuyu ve stresi azaltan hoş kokuları olmalıdır (lavanta, portakal).

Aromaterapi doğum ağrısında oldukça etkilidir.

Ses: çevredeki yüksek ve stresli sesler kişide anksiyeteyi artırır, kişide negatif anılar bırakır, ağrı toleransını düşürür, analjezi ihtiyacını ve ajitasyonu yükseltir. Ses izolasyonu, personelin bu konuda eğitimi önemlidir. Müzik 1980'li yıllardan beridir ağrı ile mücadelede bir yöntem olarak kullanılmaktadır. İlginin negatif uyaranlardan başka bir alana çekilmesini ve çevresel sesleri baskılayarak kişinin mahrem odasında olduğu duygusunu pekiştirir. Doğa seslerinin sakinleştirici etkisi ispatlanmıştır. Kadının gebeliği boyunca gevşeme, nefes ve ağrı ile mücadele teknikleri eğitimleri sırasında severek dinlediği müzikleri doğum sırasında da dinlemesi çok başarılı sonuçlar doğurmuştur.

Kadınların kültürlerine uygun bir şekilde bebeğini dünyaya getiriş seromonisi isteklerine saygılı olunmalıdır. (Doğumhanede sessizlik, bebeğin ilk duyduğu sesin annesinin sesi olmasına izin verilmesi, annenin sevdiği müzikler, plasenta ile ilgili istekler vs)

Travay ve doğum sırasında sürekli ilgilenilen bayanlarda CS oranları, müdahaleli doğumlar ve farmakolojik ağrı kesici talebi daha düşük ve doğum sürecindeki memnuniyet va tatmin daha yüksek olmaktadır.

Kaynaklar

1. Hodnett, E., et al., Alternative versus conventional institutional settings for birth. Cochrane Database Syst Rev, 2010. 9.
2. Hodnett, E., et al., Continuous support for women during childbirth. Cochrane Database Syst Rev, 2011. 3.
3. Lawrence, A., et al. Maternal positions and mobility during first stage labour. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2013. DOI: 10.1002/14651858.CD003934.pub3.
4. Smith, C., C. Collins, and C. Crowther, Aromatherapy for pain management in labour. Cochrane Database Syst Rev, 2011. 7.
5. Lehrner, J., et al., Ambient odors of orange and lavender reduce anxiety and improve mood in a dental office. Physiology & Behavior, 2005. 86(1-2): p. 92-95.
6. Douglas, C.H. and M.R. Douglas, Patient-centred improvements in health-care built environments: perspectives and design indicators. Health Expectations, 2005. 8(3): p. 264-276.
7. Findley, I. and G. Chamberlain, ABC of labour care: relief of pain. BMJ: British Medical Journal, 1999. 318(7188): p. 927.
8. Shin, J.-H., L.E. Maxwell, and P. Eshelman, Hospital birthing room design: A study of mother's perceptions of hominess. Journal of Interior Design, 2004. 30(2): p. 23-36.
9. Gamble, J., et al., Psychological trauma associated with childbirth. Women Birth, 2011. 24, Supplement 1(0): p. S28-S29.
10. Dijkstra, K., M. Pieterse, and A. Pruyn, Physical environmental stimuli that turn healthcare facilities into healing environments through psychologically mediated effects: systematic review. Journal of Advanced Nursing, 2006. 56(2): p. 166-181.
11. Short, A.E., et al., Noise levels in an Australian emergency department. Australasian Emergency Nursing Journal, 2011. 14(26-31).
12. Short, A.E., et al., Using music to reduce noise stress for patients in the emergency department: A pilot study. Music and Medicine, 2010. 2(4): p. 201-207.

PSİKOLOG, PSİKİYATR, ANESTEZİ TAMAMLAYICI TIP UYGULAMALARI ÇALIŞTAY GRUBU

Moderatörler: Mehmet Hakan Türkçapar, Cebirail Kısa

Katılımcılar

1. Mehmet Hakan, Türkçapar Hasan Kalyoncu Üniversitesi
2. Nurçin Gülhaş, İnönü Üniversitesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon ABD
3. Mehmet Tuğrul Cabioğlu, Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fizyoloji ABD
4. Rahmi Oruç Güvenç, Üsküdar Üniversitesi
5. Sedat Cömert, Ankara Güven Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanı
6. Figen Türkçapar, Hasan Kalyoncu Üniversitesi Kadın Hastalıkları ve Doğum
7. Didem Kurban, Hera Kadın Sağlığı Merkezi
8. Cebirail Kısa, Dışkapı E.A. Hastanesi, Psikiyatr
9. M. Çiğdem Aydemir, Ankara Numune E.A Hastanesi Psikiyatr,
10. Özden Yalçinkaya Alkar, Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Psikoloji Bölümü
11. Cihat Çelebi, Fizyoterapist, S.B. Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Daire Başkanlığı
12. Kamile Aydemir Erkeç, THSK Kadın ve Üreme Sağlığı Daire Başkanlığı (Ebe)
13. Nedim Yüksel Çakır ,TÜSEB- Türkiye Anne, Çocuk ve Ergen Sağlığı Enstitüsü, Uzman Psikolog
14. Dilek Gürel, Serbest Klinik Psikolog
15. Nezide Topuz , Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı E.A.Hastanesi, (Ebe)
16. Gülten Gökkuş, Afyon Devlet Hastanesi Odiyolog - Sosyolog - Hipnoterapist

DOĞUMU KOLAYLAŞTIRMADA GELENEKSEL VE TAMAMLAYICI TIP UYGULAMALARI

29158 sayılı geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamaları yönetmeliği 2014 tarihinde resmi gazetede yayınlandı Doğum sırasında akupunktur, hipnoz, müzik terapi ve diğer tamamlayıcı metodlar destekleyici tedavi olarak pekçok ülkede yıllardır kullanılmaktadır.

Doğum sırasında kalp ritmine benzer **müzik** ritimlerinin ve rehavi makamındaki müziklerin ve hareket terapisinin özellikle de geleneksel olanların yatıştırıcı ve ağrıyı azalttığı bildirilmiştir. 30 kronik ağrı hastasında yapılan çalışmada müzik terapi öncesi ve sonrasında hastaların %40 oranında ağrılarının azaldığı gözlenmiştir. 30-35 dakikalık müzik terapisinden sonra %90 enerjik hissetme görülmüştür. Ağrının endişenin azaldığı ve doğumun sürat kazandığı sonucuna ulaşılmıştır. Doğumda anneyi pozitif etkilediği, annenin kendine yönelik barış duygusunu sağlayıcılığını geliştirdiği gösterilmiştir.

Akupunktur ve akupres uygulamasının doğal doğumu kolaylaştıracağı ve hamilelik döneminde migren gibi ağrı semptomlu hastalıkların tedavisinde etkili olacağına dair yayınlar bulunmaktadır. Bu çalışmaların bir kısmında başta **LI4 (Hegu)** ve **SP6 (Sanyinjiao)** olmak üzere birçok noktaya ya akupunktur veya akupresür uygulanarak tahmin edilen doğum günü dolmuş gebelerde **servikal genişlemeyi desteklediği** ve bu noktalardan yapılan uygulamalar tahmin edilen doğum günü ile gerçekleşen doğum arasındaki süreyi kısaltabileceği belirtilmektedir.



Resim 6. LI4 (Hegu) ve SP6 (Sanyinjiao)

Doğumun başlamasıyla **LI4 ve UB32** noktalarına akupres uygulamasının **doğum ağrısı** ve doğumun seyrine etkileri olumlu bulunmuştur.

Akupunktur; standart tedavileri aksatmadan da uygulanabilmektedir. Özellikle doğumu kolaylaştırmadaki tamamlayıcı tıp metodlarından biri olan akupres eğitiminin ebelerle verilmesi önemlidir.

DsÖ 2014-2023 Geleneksel Tıp Stratejisi; sağlık hizmetleri liderlerinin, sağlık ve hasta özerkliğinin iyileştirilmesine yönelik geniş vizyona katkı sağlayacak çözümler üretmelerine yardımcı olacaktır. Stratejinin iki önemli amacı vardır: Üye Devletlerin; Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Tedavilerinin sağlığa, refaha ve insan odaklı sağlık hizmetlerine sağladığı muhtemel katkılardan yararlanmasına destek olmak ve ürünlerin, uygulamaların ve uygulayıcıların düzenlenmesi vasıtasıyla Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Tedavilerinin güvenli ve etkili kullanımını desteklemektedir. Akupunktur konusunda yapılacak araştırmaların usul ve esaslarını belirleyecek “Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Araştırmaları Yönetmeliğinin” acil olarak çıkartılarak, bu konuda yapılacak çalışmaların önü açılacaktır. Aynı zamanda doğum öncesi ve doğum sırasında kadın doğum uzmanlarıyla iş birliği halinde akupunktur gibi “Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamalarıyla” ilgili araştırmaların yapılabileceği yasal zeminin hazırlanması gerekmektedir. Gebelik sürecinde ve doğum sırasında geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamaların rolü ve nasıl uygulanacağı konusunda bir yönetmeliğe ihtiyaç olduğu düşünülmektedir.

Dünya Sağlık Örgütü

DSÖ 2014-2023 Geleneksel Tıp Stratejisi; sağlık hizmetleri liderlerinin, sağlık ve hasta özzerklığının iyileştirilmesine yönelik geniş vizyona katkı sağlayacak çözümler üretmelerine yardımcı olacaktır. Stratejinin iki önemli amacı vardır: Üye Devletlerin; GTT' nin sağlığa, refaha ve insan odaklı sağlık hizmetlerine sağladığı muhtemel katkılardan yararlanmasına destek olmak ve ürünlerin, uygulamaların ve uygulayıcıların düzenlenmesi vasıtasıyla GTT' nin güvenli ve etkili kullanımını desteklemektedir.

Strateji, proaktif politikaların geliştirilmesi ve nüfusların sağlıklı olmasında GTT' nin oynadığı rolü güçlendirecek eylem planlarının uygulanması konusunda üye devletleri desteklemeyi amaçlar.

DSÖ Geleneksel Tıp Stratejisi

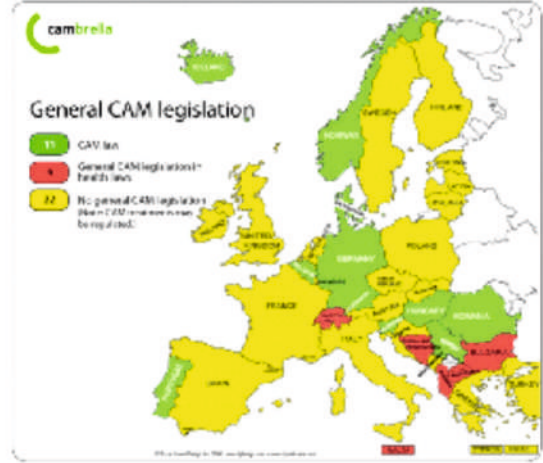
2014-2023



Avrupa'da GTAT Uygulamalarının Mevcut Yasal Durumu

- 11 ülkede özel yasa
- 8 ülkede ise sağlık hizmetleriyle ilgili kanunun içinde GTAT uygulamalarıyla ilgili özel bölüm var

Tedavi Yöntemi	Ülke Sayısı	Tedavi Yöntemi	Ülke Sayısı
Akupunktur	26	Masaj	20
Anthosophic Tıp	7	Naprathay	2
Ayurveda	5	Naturopathy	8
Kayropraktik	26	Neural Theraphy	3
Bitkisel Tıp	10	Osteopati	15
Homeopati	24	Geleneksel Çin Tıbbı	12



Standardın Adı ve Yayın Tarihi	Standardın Adı ve Yayın Tarihi
Akupunktur SEP	Sülük SEP
Ozon SEP	Osetopati SEP
Hipnoz SEP	Apiterapi SEP
Fitoterapi SEP	Proloterapi SEP
Mezoterapi SEP	Larva SEP
Homeopati SEP	Müzikterapi SEP
Kupa SEP	Refleksoloji SEP

Çalışması Devam Eden Eğitim Standardı: Kayropraktik Uygulaması

Tablo 9. Yayınlanana sertifikalı eğitim standartları

1	Gazi Üniversitesi	AKUPUNKTÜR FİTOTERAPİ OZON KUPA SÜLÜK		5	Atatürk Üniversitesi	AKUPUNKTÜR HİPNOZ	
		2	Yıldırım Beyazıt Üniversitesi	AKUPUNKTÜR OZON MEZOTERAPİ HİPNOZ, KUPA UYGULAMASI HOMEOPATİ HİPNOZ FİTOTERAPİ	PROLOTERAPİ OSTEOPATİ APİTERAPİ SÜLÜK	6	Medipol Üniversitesi
7	Bezmialem Vakıf Üniversitesi					FİTOTERAPİ	
8	Ege Üniversitesi					FİTOTERAPİ	
9	Kayseri Eğitim ve Araştırma Hastanesi					KUPA SÜLÜK OZON	APİTERAPİ HİPNOZ AKUPUNKTÜR
3	Cumhuriyet Üniversitesi	AKUPUNKTÜR		10	Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi	AKUPUNKTÜR	
4	Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi	AKUPUNKTÜR HİPNOZ KUPA SÜLÜK FİTOTERAPİ MEZOTERAPİ		11	Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi	PROLOTERAPİ	

Tablo 10. Sertifikalı eğitim veren merkezler

GEBELİK, DOĞUM VE DOĞUM SONRASINDA AKUPUNKTÜRÜN YERİ

Salih Mollahaliloğlu

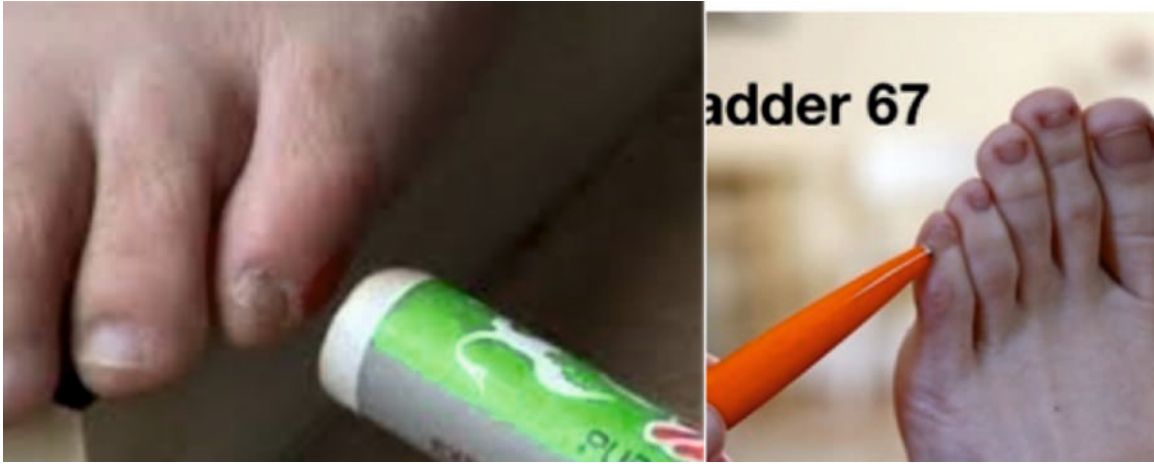
Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Halk Sağlığı ABD

Akupunktur gebelikte oldukça güvenilir bir yöntemdir ve aşağıdaki durumlarda uygulanabilir.

- Aşırı meme hassasiyeti,
- Yorgunluk,
- Pelvik ağrı (Symphysis Pubis Disfonksiyonu)
- Kabızlık
- Varis
- Sabah bulantısı ve kusmaları
- Sırt ağrısı
- Yüksek / düşük tansiyon
- Migren ve diğer baş ağrıları
- Anksiyete
- Makat geliş (akupunkturlu **moxaterapi** uygulaması ile fetal hareketleri artırarak fetüsün doğru pozisyona gelmesini amaçlar.)

Makat Prezantasyonunda Moxaterapi

Moxa aslında bir çeşit tütsü, görünüş itibariyle puroya benzer. Dumanlı ve dumansız olarak iki çeşidi var. Ana birleşeni pelin otu olan Moxa, Çin tıbbında 4000 yıldır kullanılan tedavi yöntemlerinden biri. Basit olarak uygulama yapılacak akupunktur noktalarına moxa yaklaştırılır ve yayılan ısı sayesinde kişinin vücudundaki qi' yi (kan ve yaşam enerjisi) uyatarak ve güçlendirerek tedaviyi amaçlar. Moxanın ucu yakılır. Yanan ucu ayağın en küçük parmağının tırnak dışına (akupunktur nok. Bladder 67) yaklaşık bir cm kadar yaklaştırılıp beş dakika beklenir. Beş dakikanın sonunda diğer ayağın küçük parmağının tırnak dışına geçilir ve orada da beş dakika tutulur. Sonra bir tur daha moxa uygulaması yapılır. Bebeğin dönmesi için günde iki defa, toplam yirmi dakika uygulanır. Akupunktur noktası bladder 67 ya da Zhi Yin uyarılınca, pelvisde (Leğen kemiği) sıcak enerji Yang oluşturmaya başlatır. Bu ısınma bebeğin hareketlenmesini ve dönmesini sağlar. Batı tıbbına göre moxaterapi, uterus kan dolaşımını artırır, böbrek üstü bezi ve bazı hormonları uyarır ve böylece uterus kas dokusunu olumlu yönde etkiler. Spontan dönüş için bebeği aktifleştirir. Anne için konforlu, basit ve ucuzdur. Evde rahatlıkla uygulanabilir. Bilinen bir yan etkisi yoktur. **33-36 haftalar arasında uygulandığında bebeğin kendiliğinden dönme oranı %75 tir.**



Resim 7. Akupunktur noktası bladder 67 (Zhi Yin) moxaterapi

Mart 2017 de RCOG, moksaterapinin makat prezentasyonlarında 33-35. haftada eğitimli kişilerce uygulanabileceğini (Kanıt düzeyi C) kılavuzuna koydu. (Green top Guideline 20a RCOG) (1-4)

Akupunkturun doğumda kullanımı (5-8)

Doğum sancısı

Uzamış eylemde annenin enerjisini ve gücünü artırmada

Uzamış eylem indüksiyonu

Akupunkturun doğum sonrası kullanımı

Annenin enerjisini ve gücünü artırmada

Postpartum Depresyon

Mastit

Kaynaklar

1. Impey LWM, Murphy DJ, Griffiths M, Penna LK on behalf of the Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Management of Breech Presentation. BJOG March 2017; DOI: 10.1111/1471-0528.14465.
2. Coyle ME, Smith CA, Peat B. Cephalic version by moxibustion for breech presentation. Cochrane Database Syst Rev 2012;(5): CD003928.
3. Vas J, Aranda-Regules JM, Modesto M, Ramos-Monserrat M, Baro n M, Aguilar I, et al. Using moxibustion in primary healthcare to correct non-vertex presentation: a multicentre randomised controlled trial. Acupunct Med 2013;31:31–8.
4. Sananes N, Roth GE, Aissi GA, Meyer N, Bigler A, Bouschbacher JM, Helmlinger C, Viville B, Guilpain M, Gaudineau A, Akladios CY, Nisand I, Langer B, Vayssiere C, Favre R. Acupuncture version of breech presentation: a randomized sham-controlled single-blinded trial. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2016 Sep;204:24-30.
5. Hofmeyr GJ, Kulier R. Cephalic version by postural management for breech presentation. Cochrane Database Syst Rev 2012;(10): CD000051.
6. Acupuncture to treat nausea and vomiting in early pregnancy: a randomized controlled trial' (Department of Obstetrics & Gynaecology, Adelaide University, Adelaide, Australia. 2002)
7. Acupuncture in the management of pain in labor' (Department of Obstetrics and Gynecology, County Hospital of Oestfold, Fredrikstad, Norway.2002)
8. Rabl M. Acupuncture for cervical ripening and induction of labor at term a randomized controlled trial. Wien Klin Wochenschr, 2001.

HOMEOPATİNİN GEBELİK VE DOĞUMDA KULLANIMI

Ensar Özkızıllı

1700'lü yılların sonunda, 1800'lü yılların başında düşünsel olarak ortaya konulan ancak felsefesini çok daha eski dönemlerden alan “benzeri benzerle tedavi etmek” prensibi üzerine kuran bir tedavi yaklaşımıdır.

Homeopati ya da diğer tamamlayıcı tedaviler, tedavi felsefeleri gereği, mevcut tıbbın müdahale edemediği ya da yetersiz kaldığı durumlarda (uterus atonisi) yeterlilikleri sertifikalandırılmış hekimlerce tedaviye eklenebilirler.

Hamilenin doğuma hazırlanırken homeopatik desteğe de birlikte başlanmasıdır. Bu yaklaşım genel bir profilaksi gibi görülebilir. Hastanın korkuları başta olmak üzere baskın olarak gösterdiği duygusal değişim bulguları, doğum öncesi bedeninde meydana gelen temel değişiklikler (susama, terleme, ağrı vs) tamamı dikkate alınarak uygulanacak bir yaklaşım, doğum sonrası ortaya çıkabilecek komplikasyonların oranını azaltabilir. Bu yaklaşım komplikasyonları azaltmanın yanı sıra doğumdan sonra annenin desteklenmesi şeklinde de etkisini gösterebilir. Ancak bu süreç homeopatik açıdan yeterli kalitede eğitim almış olmayı ve hamile ile birebir ilgilenmeyi gerektirir. Bu yaklaşım uygulanacaksa, Trio'nun (kadın doğum uzmanı, hamile ve homeopat doktor) doğumdan çok uzun süre önce birlikte çalışmaya başlaması gerekir. Homeopat doktor doğuma dahi girmeli, kasılmaların yönlendirilmesinden, servix açılmasına kadar herhangi bir sorunda kadın doğum uzmanı ile birlikte müdahale etmelidir.

Homeopati ülkemizde henüz yeteri kadar bilinmemektedir. Dolayısı ile doğum konusunda çalışan kadın doğum uzmanları tarafından, uyguladıkları tıbbi yaklaşıma negatif bir etkinin olabileceği endişelerini taşımaları doğaldır. Ancak zaman içerisinde, homeopati konusundaki bilgileri arttıkça ve sürece eklenen homeopatik yaklaşımın getireceği kazanımları gördükçe bu konudaki endişe ve düşüncelerinin değişeceği de aşıkardır.

Bu birlikteliğin tahsis edilebilmesi için, doğum konusunda çalışan kadın doğum uzmanlarının, yeterli kalite ve sürede homeopatik tedavi açısından bilgilendirilmeleri ve sonrasında pratik karşılıklarını görmeleri hamileler açısından kazanım olacaktır.

DOĞUM PSİKOLOJİSİ

Doğum; insanoğlunun en güzel yaşantısal deneyimidir. Bu yaşantısal deneyimi gerçekleştirmek konusunda; kadınların, erkeklerin, doktorların, ebelerin, sağlık çalışanlarının ve aslında bütün insanların ustalık hissi önemlidir. Bu “ustalık hissi” kültür ve entellektüel birikimle zenginleşerek gelişebilir. Maalesef günümüzde hekim ve ebelerin ustalık hissi malpraktis davaları ile ellerinden alınmıştır. Geçmişte anne ve babalık birçok toplumda bir yetişkin olarak, bireyin yerine getirmesi gereken görev olarak bakılmakta ve bireyler sosyal olarak bu göreve yönelik hazırlanmakta idiler. Modern çağda bireylerin akademik kariyeri ve iş hayatına atılması sosyal ve psikolojik olarak bu hazırlıktan mahrum kalmasına sebep olmuştur. Hatta gebelik ve çocuk ile algının bakıcı sorunu ve akademik kariyere engel bir soruna indirgenmesine yol açmıştır. Büyük ailelerden çekirdek aile yapısına geçiş ebeveynleri çocuk bakımı konusunda desteksiz ve yalnız bırakmıştır. Postpartum dönemde ebeveynler, bebek bakımı sağlamak, bebek için güvenli bir çevre oluşturmak, bebekle iletişim kurmak, yeni rolleri öğrenmek, aile duyarlılığı geliştirmek ve bebekle ilgili problemlerle baş etmek zorundadır. Kurumsal kreş ve çocuk bakımevlerinin ülkemizde yaygın olmaması ve çocuk bakıcılarının kalifiye olmaması, çalışan birçok kadın için ciddi bir sorundur. Postpartum dönem, çalışma hayatındaki sosyal destekten yoksun çekirdek aileler için bir kriz yaşantısına dönüşmekte o nedenle de hayatlarını kariyerlerine göre planlamak zorunda bırakmaktadır.

ŞEHİRLEŞME VE HASTANE DOĞUMLARININ DOĞUM ALGISI ÜZERİNE ETKİLERİ

Hayatın en temelinde olan doğum; günümüzde daha kalabalık ve hızlı bir hayat süren şehirli insanların, gittikçe yabancılaştıkları ve daha az rastladıkları bir durum olmaya başlamıştır. Oysa doğum; hayatın içinde oldukça doğal gelişen olayların başında yer alır; öyle ki doğum tıpkı araba sürmek gibi deneyimlenen, öğrenilebilen yaşamsal bir durumdur. Bu doğal olayın hastanelere taşınmasıyla, bu doğal olay çocuklardan yetişkinlere kadar farklı algılanmaya başlanmıştır. Şehirleşmeyle beraber bu farklı algılar beraberinde yeni korkular da ortaya çıkardı. Gebeliğin öğrenilmesinin ardından itibaren sık sık hastaneye giden ve doğumun hemen öncesinde hastanede olan anneyi gören çocuklar, doğumu hayatında içinde doğal bir durum olarak görmelerini çocuklarda hatta büyüklerde yeni korkular meydana getirmektedir. Oysa geçmişte tabiatla iç içe yaşayan kesimlerde, insan ve diğer canlıların doğumlarını seyreden, doğumun yaşamın içinde izleyen ve doğal bir olay olduğunu kabul ederek; doğumdan korkmadıkları gözlemlenmiştir. Şehirleşmeyle beraber doğadan uzaklaşmamız, tüm yaş gruplarında yeni korkular meydana getirmektedir. Bu korkulardan biri olan doğumun, doğal bir olay olduğunu çocuklara hatta yetişkinlere anlatmanın en iyi yollarından biri de insanların ve diğer canlıların doğumlarının yer aldığı belgesellerin seyredilmesini sağlamaktır. Modernleşen dünyada insanların yaşama konforunun artması ile insanlar daha iyi bir yaşam isteği taşımaktadırlar. Kadınlarda doğum yaşının ilerlemesi ve özellikle vajinal estetik kaygıların da buna eklendiğinde, bu durum sezaryen oranına bir artış olarak yansımaktadır. Doğum algısının şehirleşen toplumla beraber değişmesi, sezaryen doğum oranlarını da arttırmıştır. Anne adayının; gebeliği öğrenme sürecinden itibaren tüm sürecin hastaneye taşınması, sezaryenle doğumun daha güvenli olduğuna dair kanaatler, inançlar ve yorumlar da anne adayının sezaryenle doğum yapma tercihinin güçlendirmektedir. Öte yandan vajinal yolla yapılan doğumlara yönelik; vajinal yolla yapılan doğum sonrası cinsel problemlerin yaşandığına dair söylentiler ve filmlerde normal doğumun ağrılı, sancılı olduğuna yönelik sahnelerden kaynaklı düşüncelerin oluşturduğu algılar, hem erkeklerde hem de kadınlarda yaygın bir korkuya yol açmaktadır. Bu korkular ve geleneksel olarak annelerden aktarılan olumlu doğum öykülerinin de azalmasıyla doğal doğuma karşı bilinçte ve bilinç altında bir tepki gelişmektedir. Doğum bilinmeyen bir süreç olduğu için stres ve korku oluşturmaktadır. İleri yaş gebeliklerin artmış olması, doğumhane koşullarının mahremiyete uygun olmaması, sezaryenin anne ve bebek için daha güvenli olduğu varsayımı sezaryen oranlarını artırmaktadır. Doğum tercihinde yeterlilik algısı ve sosyal çevre etkileşimi önemlidir.

Doğum; kadınların yeni bir sürece adım attıkları ve annelik duygusuyla karşı karşıya geldikleri ilk süreçtir. Bu yeni zihinsel, duygusal ve bedensel süreç kadınlarda hüznün, melankoli veya başka psikolojik değişimlere yol açabilir.

Anne sevgisi ile doğum sancısı arasında bir bağ olduğu da biliniyor. Çünkü doğal doğumda hem bebek hem anne aralarında bağ oluşturan oksitosin hormonu salgılıyor ve annenin süt üretiminde gerekli olan prolaktin hormonunda bir artış oluyor. Epidural anestezi ve sezaryen ile doğum yapan hayvanların yavrularıyla hiçbir şekilde ilgilenmediği biliniyor.

Gebelik, bireylerin ebeveynlik rolüne adım attıkları ilk basamaktır. Ancak, gebe olmaya ya da ebeveyn olmaya karar verme her zaman planlı, bilinçli ve yalnızca bireylerin kendi isteğine bağlı olarak gelişmemektedir. Kadın istemese bile, başkalarını mutlu etmek için gebe kalmaya karar verebilmektedir.

Gebelik deneyimini şekillendiren sosyal çevredeki faktörler; aile, kültür, din, sosyal, ekonomik, politik ve entelektüel koşullardır. Hemen her toplumda, özellikle kadınlar, gebe olma ve annelik rolünü üstlenme konusunda, önemli bir baskı altında bulunmaktadır. Ataerkil toplumlarda, bebeğin cinsiyeti dahi önemli bir sosyal baskıya sebep olmaktadır.

DOĞUM SONRASI DEPRESYON (POST PARTUM DEPRESYON)

Doğumların %15'inde doğum sonrası depresyon olabilmektedir. Ülkemizde bu oran daha yüksek bulunmuştur. (%6.3-50.7). Doğum yapan tüm kadınlarda, endokrin ve biyokimyasal değişiklikler olmasına karşın doğum sonrası depresyonun kadınların bir bölümünde gelişmesi, etiyolojide kişiler arası ilişkiler, sosyal stres ve destek sistemleri gibi etmenlerin de göz önünde bulundurulması gerektiğini düşündürmektedir. (Danacı ve ark 2003)

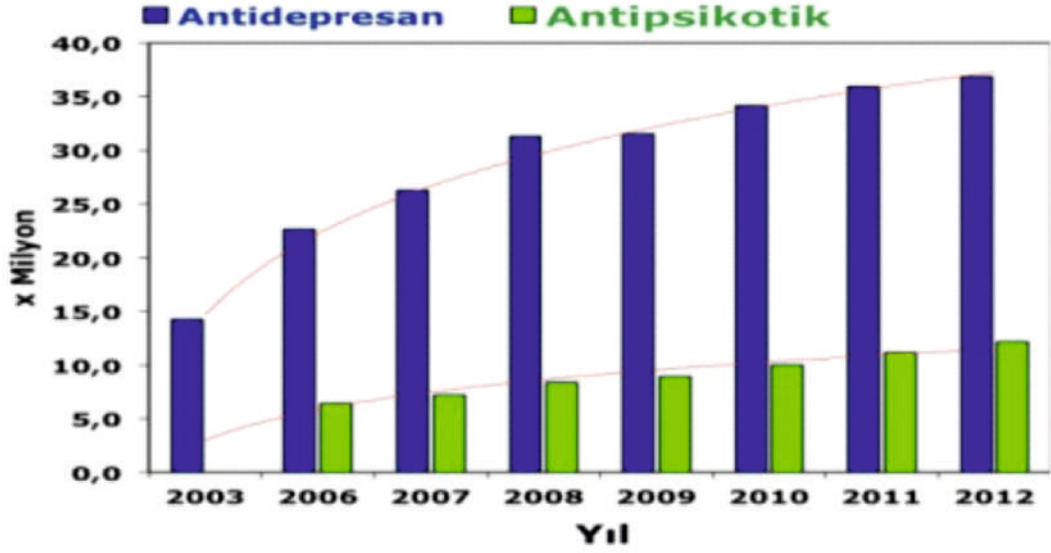
Nedenleri

- Evlilik sorunları: Eşler arasında güvensizlik, iletişimsizlik, cinsellikle ilgili sorunlar
- Beklenmedik ani yaşamsal olaylar: Ölüm, ayrılık, boşanma
- Planlanmamış gebelikler
- Operatif doğumlar
- Daha önceki gebeliklerde depresyon geçirilmiş olması
- Yüksek riskli gebelikler
- Kayıpla sonlanan gebelik ve doğum deneyimleri
- Erken anne-bebek ayrılığı
- Bebeğin bakımı ile ilgili duyulan kaygılar
- Kadının ya da eşinin işsiz kalması
- Sosyal desteğin yetersiz olması.
- Daha önce yaşanmış olan travmalar
- Yaşayan çocuk sayısının fazla olması,
- Gecekonduya yaşama,
- Göç etme,
- Bebeğinde önemli sağlık sorunu olması,
- Kadının kendisinde daha önce psikiyatrik bir bozukluğun olması,
- Eşinde psikiyatrik bozukluk olması,
- Eşiyle ve eşinin ailesiyle ilişkisinin iyi olmaması

Doğum sonrası depresyon uzun vadede anne bebek ilişkisinde bağlanmayı olumsuz etkileyebilir. Annenin yaşadığı depresif hal güncel ve/veya geçmiş stres yükleri ile ilgili olduğundan bunların çözülmesi son derece önemlidir. Doğumun travma olarak algılanması sonraki doğumlara yönelik olumsuz tutum ve davranışlara neden olabilir ve bu da sonraki doğum şekli tercihini etkileyebilir. Doğum sonrası depresyonun sezaryen ve normal doğumla ilişkisine yönelik kesin bilimsel bulgular yoktur. Bunlara yönelik araştırmalar yapılabilir.

Kişilik, doğuştan itibaren devam eden, hayat boyu süren, bireye has olan, farklı durumlarda tutarlı biçimde devam eden, duygu, düşünce, davranış örüntüsüdür. Olumsuz duyguları yaşamaya eğilim yani nörotisizm doğuma yönelik kaygıyla ilişkilendirilebilir. Mükemmeliyetçilik, obsesiflik de kişilik özelliği olarak doğuma yönelik olumsuz tutumlara neden olabilir. Utangaç-çekingen kişilik tipinde korku duyguları fazladır. Gelişimleri sürecinde duygusal yönden desteklenmemiş ve beslenmemiş olan kadınların, evlilikte gebelik algıları, eşleri ve bebekleriyle iletişimleri problemli olacaktır. Bağımlı kişilik tipindeki kadınlar tek başlarına karar veremezler. Özgüvenleri eksiktir, sorumluluk almazlar. Sığınacak liman ararlar. Ebeveynine, evlendiği zaman da kocasına bağlanırlar. Doğum ile ilgili her tür kararı bağımlı olduğu kişiye bırakırlar.

DSÖ'nün yayınladığı '**2014 Ruh Sağlığı Atlası**'nda dünya genelinde her on kişiden birinin ruh sağlığının bozuk olduğu açıklanırken, 2030 yılında depresyonun küresel bir kriz yaratacağı belirtildi. Dünya çapında depresyonda olan kişi sayısı son on yılda yaklaşık yüzde 18 arttı. Vakaların yüzde 80'inden fazlası düşük ve orta gelir seviyesindeki ülkelerde. Raporda Türkiye'de 2015 yılında yaklaşık 3 milyon 260 bin kişinin depresyondan muzdarip olduğu, bunun Türkiye nüfusunun yüzde 4,4'üne denk geldiği kaydedildi. Depresyon, erkeklere kıyasla kadınlar arasında daha yaygın. Özellikle gençler, doğum öncesi ve sonrası dönemde kadınlar ve yaşlılar arasında görülen depresyonla, mücadele edilmesi gerektiğine dikkat çekiliyor.



Şekil 18. Türkiye'de antidepresan ve antipsikotik tüketimi
(Intercontinental Marketing Service (IMSHealth) verileri 2003-2012)

Türkiye'de kadınların sezaryen tercihini etkileyen faktörler

- Doğum ağrısından korku, vajinal muayeneden korku ve çekinme
- Doktorların yönlendirmesi
- Bebeğin daha sağlıklı olacağını düşünme,
- İleri yaşta olma, tüp ligasyonu isteği
- Mahremiyet
- Ağrısız doğum yapmak isteği

DOĞUM KORKUSU, 'TOKOFOBİ'

Nedim Yüksel Çakır

Yunanca doğum anlamına gelen tokos ve korku anlamına gelen fobos kelimelerinin birleşimi olan tokofobi, normal bir olay olan doğuma karşı aşırı korku duyup aşırı davranışlar sergilenmesi veya kadının tamamen bu olayı ve bu olayla ilgili herşeyi reddetmesidir. Büyük Britanya ve İsviçre'de sezaryenle doğumların %7-22'si doğumun tehlikelerinden korktukları için kadınların sezaryeni tercih etmesi üzerine gerçekleşmekte. Ülkemiz için böyle bir çalışma yok.

Tokofobi genellikle gebelik döneminde bir **dizi semptomla** ortaya çıkıyor. Kadınların bazıları kabuslar görürken bazıları ise evde ve işyerinde konsantre olma zorlukları çeker. Ayrıca bu kadınlar gebeliğin en başlarında yoğun olarak kusma sorunu yaşayabilirler. Uykusuzluk ya da aşırı uyuma, ağlama nöbetleri sinirlilik olabilir.

Kişilerdeki kaygı bozukluğu veya posttravmatik stres bozukluğu tokofobiye neden olabilir.

Tokofobinin gelişiminde sosyokültürel yapı önemlidir. Doğum korkusu nesilden nesile aktarılır. Annelerin üremeye adaptasyonu kızlarına aktarılır. Anksiyete ve kaygı bozukluklarında genetik eğilim olabilir. Kişinin fobisi, kendisi ya da bir başkasının yaşantısına tanıklık etmiş olması sonucu ortaya çıkmış öğrenilmiş davranış olabilir. Travma, (koit yırtıkları, önceki müdahaleli doğum) veya küçük yaşta cinsel istismar ve vajinismus durumlarında aslında korkulan şey doğum değil jinekolojik muayenedir. **Vajinismus**; vajinal penetrasyon girişimi ya da imajinasyonu ile pelvik taban kaslarının istemsiz kasma ile sonuçlanan diğer bir hastalıktır.

Bir kadının tokofobi yaşamasının birçok nedeni olabilir:

Doğum personeline güvenmemek, kendini doğum yapma yeteneğinde görmemek, anne veya bebeğin öleceğinden korkmak, doğumda katlanılamaz bir ağrı yaşayacağını düşünmek

Primer tokofobi: Bazı kadınlar kendilerini **doğum yapma yeteneğini** görmezler. Bebeklerine zarar verecek kötü bir davranışta bulunacaklarını sanırlar. Bütün bu işlemin normalinden daha çok tehlike içerdiğini düşünürler. Belki de bazı durumlarda gebeliği istememiş olabilirler bu çelişki de psikolojik bir etki olarak kendini göstermiş olabilir. Hatta bazı kadınların tokofobisi geçmişte yaşadıkları bir travma veya maruz kaldıkları bir kötü davranışın sonucu olarak bilinçsizce ortaya çıkar. Doğum korkusu doğum yapmamış bayanlarda daha sık görülmektedir.

Sekonder tokofobi: Daha önce doğum yapmış kadınlar da yaşadıkları kötü deneyimlerinden dolayı tokofobi yaşayabilirler. Örneğin, acil sezaryenle veya vakum yöntemiyle doğum yapmış olan kadınlar normal doğum yapmış veya sorunsuz bir doğum yapmış kadınlara göre çok daha fazla korkarlar. Bu tür anne adaylarının özellikle travma açısından değerlendirilmesi önemlidir. Epidural anestezi gibi yeterli analjezi verilmeyen ülkelerde kadınların büyük bir çoğunluğu sezaryeni tercih ederler. Ağrı eşiği düşük olan kadınların tokofobi yaşamaları daha büyük olasılıktır. Ayrıca anne adaylarının doğum sürecinde yakınında birinin korktuğunu görmesi ya da ailesinde kaygı bozukluğu olması, korkuya karşı bir yatkınlık oluşturabilir.

Hamilelik dönemi depresyonuna eşlik eden tokofobi Depresyonun mu korkulara korkuların mı depresyona neden olduğu bulunmuş değildir.

Tokofobi yaşayan kadınlar, içlerinde bir canlının olması ve gelişmesiyle tedirgin oluyorlar. Bu tedirginlik; anne adaylarında tanımlanmamış ruhsal rahatsızlıklarının belirtisi de olabilmektedir. Ruhsal hastalığı olan anne adaylarında doğum korkusundan kaynaklanan ataklar olabilir.

Gebeliğe hazırlık dersleri ağrıları ve stresi azaltırken bebeğin sağlığıyla ilgili güvensizlikleri de ortadan kaldırır. Uygun bir psikoterapiyle tokofobi etkili olarak tedavi edilebilirken sadece dayanılmaz durumlarda ve ciddi psikolojik sorunlar durumunda ilaç tedavisi uygulanır. Düzenli psikolojik terapiler çoğu kadının durumunda planlanmış oldukları sezeryanla doğumlardan vazgeçip normal doğum yapmalarını sağlayabilir.

Doğumun dayanılmayacak bir ağrı olduğuna dair düşünceler; aralarında kadın-doğum uzmanlarının, ebelerin ve hizmet içi eğitim almış psikologların da olduğu bir ekiple anne adaylarına verilecek bilgilendirme ve danışmanlıkla giderilebilir veya azaltılabilir. Anne adayına anne olmanın güzelliklerini anlatan filmler izletilmesi bebeğinin oda ve kıyafet hazırlığını ve isim tercihini anneye vererek onun güzel hayaller kurmasını sağlamak ta tokofobiyle mücadelede etkin bir yöntem olabilir. Uygulayacağımız sistem aile içinde yakın ilişkilerini destekleyici olmalıdır. Bütün korkuyu bilinçli şekilde yeniden yapılandırmayla uzun süreli uğraşmayla giderebiliriz. Partner ilişkisi sıcak tutmalıdır.

Gebe eğitiminde hemşire ve ebeler psikolojik bilgi yönünden; psikologlar da medikal bilgi yönünden yeterli donanımına sahip olmadıkları için gebe eğitimleri için hizmet içi eğitime tabi tutulduktan sonra bu eğitimi vermelidirler.

Doğum korkusu, gebelik korkusu, vajinal ağrı **mahremiyetle** çok yakından ilişkilidir. Mahremiyet; kişinin kendi sınırlarını belirlemesiyle ortaya çıkar ve kişinin hayatında oldukça önemlidir. Ancak mahremiyetin yanlış algılanması hayata karşı bazı güçlükleri de beraberinde getirir. Mahremiyet; kişinin kendi bedenini tanımasına engel değildir. Kendi bedenini daha iyi tanıyan bireyler, problemleri olduklarının farkına daha çabuk varabilmekte kendi problemlerini de hekimlere daha iyi aktarabilmektedir. Çocuklar sorduğunda, ihtiyaç duyduğunda cinsellik eğitimi verilmelidir.

Doğumlarda mahremiyet oldukça önemlidir; herkesin mahremiyet düşüncesi farklı olabileceğinden buna saygı gösterilmelidir. Doğum yapan kadının yanında, istediği kişilerin kalması sağlanmalıdır. Doğumlarda, yakın desteği oldukça önemlidir, elin güvenle tutulması süreci kolaylaştırmaktadır. Anne adaylarının hasta muamelesi görmemeli, sağlık personelleri ile iletişimi sağlanmalı ve yatağa bağlı olmamaları sağlanmalıdır. Gebe eğitimlerinde sadece doktorlar ve ebeler değil, psikologlar ve diğer sağlık profesyonelleri yer almalıdır. Gebelik öncesinde ve sonrasında anne ve baba adaylarının bilgilendirilmesi önemlidir, gebeler doğum öncesi doğumhaneyi ziyaret edebilmelidir.

Mekân olarak doğumhaneler daha geniş daha mahremiyet içeren yerler olmalıdır. Anneler yakın ilişki bağlamı olan birinin elini tuttuğunda ağrı hissetmiyor ve bilimsel veriler olduğunu biliyoruz. Yatağa bağlı olmamaları gerekir. Olumlu iletişim kurabilen sağlık personeliyle iletişim kurabilmelidir. Doğum sürecinin öğretilmesi telkin ve tamamlayıcı tıp bağlamında ve özellikle de Bebek ve Anne dostu hastane uygulamasının desteklenmesi gerekir.

Ağrıya yönelik baş edemem düşüncesi stres etkisi ortaya çıkarır. Ağrı ve doğuma yönelik gebelerin öz yeterlilik ve baş etme becerileri geliştirilebilir. Gebe, yakınları sosyal ve duygusal destek sağlamak amacıyla doğuma katılmaları sağlanmalıdır. Doğum eylemi sırasında ağrının azaltılması amacıyla epidural anestezi uygulamaları oldukça olumlu sonuçlar vermektedir. Gebelerin epidural anestezi ile ilgili endişelerinin giderilmesi amacıyla işleme yönelik yeterli bilgilendirilmenin yapılması kadınların bu konudaki korkularının giderilmesi talebi arttıracaktır. Epidural anestezi ile ilgili deneyimli ekiplerin oluşturulması, ekiplerin devamlılığı sağlanmalıdır.

Kaynak

Danacı AE, Dinç G, Deveci A, Şen FS, İçelli İ. Postnatal depression in Turkey: epidemiological and cultural aspects. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2003;37(3):125-29.

ANNE VE BEBEĞE AİT SEZARYEN ENDİKASYONLARI ÇALIŞTAY GRUBU

Moderatörler: Cihat Şen, Sinan Beksaç, Zeki Taner

Katılımcılar:

1. Mehmet Zeki TANER Gazi üniversitesi Kadın Kadın Hastalıkları ve Doğum ABD
2. Namık Demir Türkiye Maternal Fetal Tıp ve Perinatoloji Derneği
3. Atıl YÜKSEL, Türkiye Maternal Fetal Tıp ve Perinatoloji Derneği, İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum ABD
4. Hasan Fehmi Yazıcıoğlu, Özel Hekim
5. Ali Acar, Konya Necmettin Erbakan Üniversitesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum ABD
6. Sertaç Esin Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum ABD
7. Tamer MÜNGAN, Özel Korum Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği
8. Fikret Gökhan GÖYNÜMER Zeynep Kamil Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği
9. Halil Gürsoy PALA, Sağlık Bilimleri Üniversitesi İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği
10. Merih Bayram Gazi üniversitesi Kadın Kadın Hastalıkları ve Doğum ABD
11. Ayşe Karaman, Dr. Sami Ulus Kadın Doğum Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi çocuk cerrahisi
12. Fuat Emre Canbolat, Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı E.A.H. yenidoğan
13. Ahmet Gedikli, Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı E.A.H. Anestezi

Çalıştaya katılmış kişisel fikirlerini sunmuştur.

Cihat Şen, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Kadın Kadın Hastalıkları ve Doğum ABD Perinatal Tıp Vakfı
Sinan BEKSAÇ, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum ABD

Çalıştaya katılmış ancak katkı sunmamıştır:

1. Acar KOÇ, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum ABD
2. Yusuf Üstün, Ankara Medicana International Hastanesi
3. Aykan Yücel, Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı E.A.H.

Tanımlar

Term Gebelik: Tekil gebelikler son adet tarihinin başlangıcından itibaren ortalama 280 gün (40 Hafta) sürer.

Geçmiş dönemlerde buna göre hesaplanan tahmini doğum tarihinden 3 Hf önce ile 2 Hf sonra arasında gerçekleşen doğumlar term olarak adlandırılırdı ve bu aralıkta doğan yenidoğanların sonuçları uniform ve iyi olurdu. Bu 5 haftalık aralıkta doğan bazı yenidoğanlarda solunum morbiditelerinin ortaya çıkması üzerine bu konu üzerinde çalışılmış ve en düşük morbiditenin 39 0/7 Hf ile 40 6/7 Hf arasında olduğu görülmüştür. Bu verilerin analizi sonucunda term tanımının yerine erken term, full term, geç term ve postterm tanımlamalarının kullanılmasının daha doğru olacağı sonucuna varılmıştır. Buna göre 37. Gebelik haftasından sonra doğan bebekler:

- „ **ERKEN TERM:** 37 0/7 ile 38 6/7 hafta arasında doğanlar;
- „ **FULLTERM:** 39 0/7 hafta ile 40 6/7 hafta arasında doğanlar;
- „ **GEÇ TERM:** 41 0/7 hafta ile 41 6/7 hafta arasında doğanlar;
- „ **POSTTERM:** 42 0/7 haftadan sonra doğanlar olmak üzere sınıflandırılırlar

Normal Doğum: Bir bebeğin vajinal olarak annenin çabaları ile makul bir zaman aralığında anneye ve bebeğe zarar vermeden doğumu olarak tanımlanır.

Spontan vajinal doğum: Normal tanımı, zaman içerisinde, kültürler arasında farklılıklar gösterir. Ancak doğum eyleminin 37-42. haftalar arasında spontan olarak başladığı, herhangi bir ilaç kullanılmaksızın spontan olarak ilerlediği ve doğumun spontan olarak gerçekleştiği doğumlardır.

Abnormal ya da Güç Doğum (Distozi): Bir doğumun, sezaryen ile yapılması veya vajinal olarak beklenenden uzun bir sürede doktorun gayretiyle gerçekleşmesi, ya da anne veya çocuk için zararlı bir sonuç doğması olarak tarif edilir.

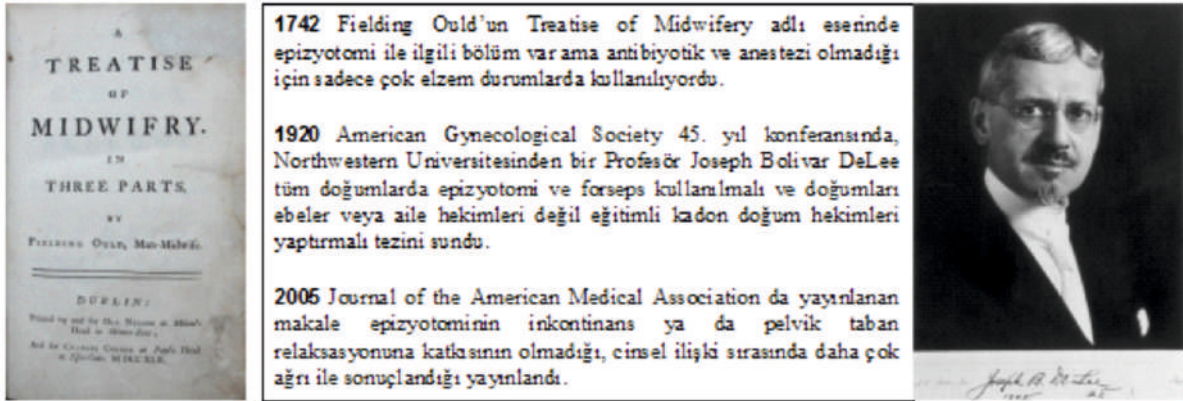
Doğal doğum: Doğum eyleminin 37-42. haftalar arasında spontan olarak başladığı, herhangi bir ilaç kullanılmaksızın spontan olarak ilerlediği ve doğumun spontan olarak gerçekleştiği doğumlardır. Doğal doğum; indüksiyon, vakum ya da forseps, genel, spinal ya da epidural anestezi, epizyotomi ve sezaryen uygulanmadığı doğum şeklidir.

Aşağıdaki durumlar da normal vajinal doğum kavramı içerisinde değerlendirilir:

- ▶ Membranların muayene sırasında spontan rüptüre olması (Doğum eyleminin tıbbi olarak uyarılmasının bir parçası değil)
- ▶ Entonox (%50 Nitrik oksid ve %50 Oksijen karışımı) kullanılması
- ▶ Opioid kullanımı
- ▶ Elektronik fetal izlem uygulanması
- ▶ 3.Evrenin aktif yönetimi
- ▶ Antenatal, intrapartum ya da postnatal komplikasyonların olması (postpartum kanama, perine yırtığı, perineal travmanın onarılması, YDYBÜ'ne girme)

Müdahaleli vaginal doğum: Aşağıdaki durumlardan birinin gerçekleştiği doğumlar, normal vaginal doğum tanımlamasının dışında kalır:

- ▶ Doğum indüksiyonu (Prostaglandinler ya da oksitosin ile indüksiyon, ya da indüksiyon amaçlı membran rüptürü)
- ▶ Epidural ya da spinal anestezi uygulanması
- ▶ Genel anestezi uygulanması
- ▶ Forseps ya da vakum uygulanması
- ▶ Epizyotomi yapılması



Resim 8. Epizyotomi tarihi Prof. Joseph Bolivar DeLee

Doğum İndüksiyonu

Gebeliğin devamı maternal-fetal nedenlerden dolayı risk teşkil ediyorsa ve bu erken doğum riskinden daha fazla ise doğum eyleminin başlatılmasına doğum indüksiyonu adı verilir. Elektif veya marjinal endikasyonlu doğum indüksiyonu 39. haftadan önce yapılmamalıdır. Doğum indüksiyonu için genel kabul gören endikasyonlar:

- Postterm gebelik
- PPRM
- Preeklampsi, eklampsi, HELLP sendromu
- Fetal ölüm
- IUGR
- İkiz gebelikler
- Koryoamniyonit
- Ablasyo plasenta
- Oligohidramnios
- Gebelik kolestazi
- Fetal etkilenmeli alloimmünizasyon

Doğumda Augmentasyon: Doğumun 1. ve 2. evrelerinde protraction (yavaşlama) ve arrest (durma) hallerinde uygulanır

Taşisistol: 10 dk içinde 5'ten fazla kontraksiyon olması. Çoğunlukla iatrojenik olarak oluşturulur.

LAMAZE DOĞUM TEKNİĞİ

1940'larda Fransız obstetrisyen Dr. Fernand Lamaze tarafından tanımlanmış. Dr. Fernand, Sovyetler Birliği'nde ebelerin nefes teknikleri masaj ve sıcak soğuk uygulamalarından çok etkilenmiş ve bu tekniği tanımlamıştır. Son yıllarda artan CS oranları ve kadınların doğum anının güzel hatıralar bırakmasını istemesi ile lamaze doğum tekniği tekrar revaçta ve daha insani algılanmakta. Bu yöntemin 6 bileşeni:

- 1) Doğumun uygun zamanda kendiliğinden başlamasına izin vermek
- 2) Travay boyunca hareketli olmak ve ayakta pozisyonlar ile yerçekimi etkisinden faydalanmak
- 3) Sevdiği bir kişi tarafından sürekli desteklenmek
- 4) Medikal işlemleri gerekmedikçe kullanmamak (yiyecek kısıtlaması, amnitomi, sürekli monitorizasyon, indüksiyon, epizyotomi, lavman)
- 5) Sırtüstü yatarak travay yaşamamak ayakta durmak ya da yan yatmak. İkinma hissi gelmeden ıkınmamak
- 6) Doğumdan sonraki 1 saat bebekle annenin ten tene teması ve bebeğin tırmanarak anne memesini bulmasını sağlamak

DOĞUMUN AKTİF YÖNETİMİ

Obstetrisyenler ilk zamanlar doğum eylemini doğal varyasyonlara sahip ve büyük ölçüde tıbbi kontrol dışında olan bir süreç olarak algıladılar. Doğum olayının yönetimi doğum için başvurudan saatler sonra gelişen sekonder komplikasyonlar ortaya çıkıncaya dek büyük ölçüde hemşireler ve hastanede görevli hekimlere devredilmişti. Ancak daha sonra İrlanda'da National Maternity Hospital'da bu geleneğe son verildi ve doğumlarda pasif doğum konsepti yerine, her gebeye bir ebenin eşlik ettiği ve travayın her anının kontrol edildiği sisteme geçildi. İlk kez 1969 yılında İrlanda'da O'Driscoll ve arkadaşları tarafından doğum eyleminin aktif yönetimi tanımlandı.

Aktif Doğum Yönetiminin Felsefesi: Özellikle ilk doğumlarda uzun süren travayın yol açtığı “fiziksel ve duygusal travmadan” kaçınılarak strese maruz kalma süresinin azaltılması.

Aktif doğum yönetiminin temel prensipleri:

- ▶ Doğum eyleminin başladığı kesin olarak tanımlanmalıdır.
- ▶ Doğum eyleminin 12 saatten daha uzun sürmeyeceğinin garantisi verilmelidir. Eğer servikal açıklık 3 cm'i geçtikten sonra dilatasyon hızı <1cm/saat olursa rutin olarak artifisiyel membran rüptürü yapılmalıdır.
- ▶ Eğer membran rüptürü sonrasında dilatasyon hızı >1cm/saat olmayacak olursa sentetik oksitosin preparatları ile doğum kasılmaları hızlandırılmalıdır.
- ▶ Doğum eylemi sırasında gebe asla yalnız bırakılmamalıdır. Eylem süresince bire bir ebe desteği verilmelidir.
- ▶ Travay gidişi partograf üzerine kaydedilmeli ve bu şekilde izlenmelidir.

Aktif doğum yönetiminde pratik uygulamada:

- ▶ Doğum Öncesi Hazırlık Sınıflarında antenatal hazırlık yapılır.
- ▶ Doğumun başlangıcının erken olarak ve doğru bir biçimde konulması gerekir.
- ▶ Fetusun iyiliğinden emin olunmalıdır.
- ▶ Etkili olmayan uterus aktivitesi erken tanınmalı ve tedavi edilmelidir.
- ▶ Annenin iyilik hali gözetilmeli ve birebir yakın destek verilmelidir.
- ▶ Ebe merkezli fakat entegre bakım verilmelidir.
- ▶ Organizasyon çerçevesi belirlenmeli ve alt yapı oluşturulmalıdır.
- ▶ Sürekli meslektaşların inceleme denetimine izin verilmelidir

Aktif doğum yönetiminde düşük sezaryen oranlarının olması ve ayrıca doğum eylemi başladıktan sonra sürekli destek garantisi gibi olumlu yönlerinin yanı sıra birçok eleştiriler de yapılmaktadır. Örneğin aktif doğum yönetiminin temel ilkelerinin, bilimsel olmayan varsayımlara dayandığı iddia edilmektedir. Aktif doğum yönetimi politikasına en çok karşı çıkılan durum, baş-pelvis uyumsuzluğudur. Aktif doğum yönetiminde bakım, anneyi, eşini ve fetüsü kapsamalıdır ve aktif destek sağlamak için fizyolojinin izlenmesi genişletilmelidir. Bu destek, gebelerin ve eşinin özerkliğine, dilek, umut ve korkularına saygılı bir şekilde verilmelidir. Aktif doğum yönetimi CS oranında az da olsa düşmelere yol açmaktadır, ancak oldukça kuralcı ve girişimseldir.

Ülkemizde mevcut doğum yönetimi

Yoğun devlet hastanelerinde, travay yatağı boşaltmak için, özel hastanelerde doktorun vakit kazanması için doğum, aktif yönetilmekte ancak ebe yetersizliğinden birebir ebe desteği verilmemekte ve antenatal dönemde de bu konuda bilgilendirilmeyen hastalar (özellikle nulliparlar) çok travmatize olmaktadır.

Ayrıca asistanlık eğitimi için arka arkaya sık ve nazik olmayan tuşe yapılması travmayı daha da artırmaktadır. Hasta, doğum salonuna girer girmez damar yolu açılmakta lavman yapılmakta, her an sezaryen ihtimali olduğundan hiçbirşey yiyip içmesine izin verilmemekte ve sürekli fetal monitorizasyon için sırtüstü yatırılmakta, probu kaydırıldığı ve damar yolunu tıkadığı için hareketine izin verilmemekte. Asistanlık eğitiminde doğum eylemini bu şekilde yönetmeyi öğrenen uzmanlar hayat boyu bu yöneme devam etmekte. Bu durumun değişimi için:

- ▶ Travay yatak ve ebe sayıları yoğun hastanelerde günlük doğum sayısına göre artırılmalıdır.
- ▶ Asistan ve ebe tuşe eğitimi maket üzerinde yapılmalı bunun için doğumhanelere tuşe maketleri konulmalı.
- ▶ Doğum eyleminde müdahaleler sınırlandırılmalıdır.
- ▶ Doğum normal ilerliyorsa ve fetal sıkıntı hali yok ise rutin amniyotomiden kaçınılmalıdır.
- ▶ Düşük riskli grupta, sürekli elektronik monitorizasyonun faydası gösterilememiştir.
- ▶ Doğum eylemi spontan ilerleyen hastalarda rutin indüksiyona gerek yoktur.

Anne İsteğine Bağlı Sezaryen

Tanım: Medikal veya obstetrik endikasyon olmadan sadece annenin talebi üzerine yapılan sezaryen operasyonu.

Ülkemizde;

- 1980 lerden sonra hastane doğumu modern olmakla eş anlamlı hale geldi ve giderek daha çok tercih edilir oldu
- Doğum için en güvenli yer hastanedir söylemi 2000'li yıllarda yerini doğum için en güvenli yöntem sezaryendir'e bıraktı
- Eğitim seviyesi yükseldikçe özel hastanede sezaryen ile doğum tercihi arttı
- İnternet kullanan bayanlar kuşaktan kuşağa aktarılan doğum algısı yerine kontrolsüz sitelerdeki algılarla doğuma yaklaşıp oldu
- Özel hastanede doğum yapmak odayı süslemek çukolata dağıtmak bir seviye göstergesi oldu

Doğum komplikasyonları haber kanallarında abartılarak ve doktor suçlanarak verildi hastalar komplikasyonlardan, doktorlar tazminat davalarından korkar oldu

İsteğe bağlı CS nedenleri

- Tek çocuk isteyen yaşlı primipar sayısı arttı
- Tokofobi (Görülme sıklığı: %20 Doğum şeklini etkileyecek kadar ciddi olguların sıklığı: %6)
- Fetal riskten kaçınma (IUMF, CP, Brakial Pleksus felci vb)
- Maternal riskten kaçınma (Stress inkontinans, fekal inkontinans, cinsel disfonksiyon vb)
- Kadınlarda kendileri ve bebekleri için güvenli bir doğumu garantileme isteği
- Planlanmış bir sezaryen ile doğumun bilinmezliklerinden kaçınma isteği
- **Kıymetli gebelik** daha önce 3 veya daha fazla düşük yapmış, uzun yıllar infertilite tedavisi almış, over rezervi düşük bayanlar

Evlenmiş kadınların düşük (kendiliğinden ve isteyerek) ve ölü doğum sayılarına göre yüzde dağılımı, Türkiye 2013

	Düşükler		Ölü doğum
	Kendiliğinden	İsteyerek	
0	77.2	86.4	96.7
1	16.3	9.5	2.9
2	4.4	2.6	0.2
3	1.2	1.0	0.1
4	0.6	0.2	0.0
5+	0.4	0.2	0.1
Toplam	100.0	100.0	100.0
Ortalama sayı	0.33	0.20	0.04
Kadın sayısı	7,063	7,063	7,063

Tablo 11. Evli kadınlarda düşük ve ölü doğum yüzdesi (TNSA 2013)

Yaş	Menopoza girmiş kadınların yüzdesi ¹	Kadın sayısı
30-34	0.4	1,565
35-39	1.5	1,513
40-41	3.8	512
42-43	5.6	515
44-45	13.1	425
46-47	27.3	403
48-49	49.1	412
Toplam	8.4	5,345

Tablo 12. Menopoza giriş 30-49 yaş kadın (TNSA 2013)

- TNSA 2013 verilerine göre doğurganlık dönemleri boyunca evlenmiş kadınların %23'ünün en az bir kez kendiliğinden düşük yaptığı, %14'ünün en az bir kez isteyerek düşük yaptığı ve %3'ünün ölü doğumu olduğu görülmektedir. 3 veya daha fazla kendiliğinden düşük yapan kadın sayısı **%2.2** dir.
- TNSA-2013'de, en yüksek yaşa özel doğurganlık hızı 25-29 yaş grubunda gözlemlenmiştir. Daha önceki araştırmalarda en yüksek yaşa özel doğurganlık hızları 20-24 yaş grubunda ortaya çıkarken, ilk kez TNSA-2008 araştırmasında en yüksek yaşa özel doğurganlık hızı 25-29 yaş grubuna ilerlemiştir. Bu sonuç, Türkiye'de yaşa özel doğurganlık örüntüsünün değiştiğini ve doğumların ileri yaşlara ertelendiğini göstermektedir.
- TNSA-2013 sonuçları, Türkiye'de primer kısırlılığın halen evli olan daha yaşlı kadınlar arasında **%4** olduğunu göstermektedir.
- TNSA-2013 sonuçları Türkiye'de 30-40 yaş arası kadınlarda menopoz oranı **%1.9**

YILLAR	Hastane Tipi	Robson 1	Robson 2	Robson 3	Robson 4
		Nullipar, tekli baş geliş, ≥ 37 ht, travmayı spontan başlamış	Nullipar, tekli baş geliş, ≥ 37 ht, induksiyon ya da travmay başlamadan önceden sezaryen yapılmış	Multipar (eski sezaryenli değil), tekli baş geliş, ≥ 37 ht, travmayı spontan başlamış	Multipar (eski sezaryenli değil), tekli baş geliş, ≥ 37 ht, induksiyon ya da travmaydan 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

Tablo 13. Türkiye kurumlarda yapılan sezaryenlerin Robson klasifikasyonu (THSK)

Risksiz gebelerde (nullipar, term, vertex prezentasyonu) primer CS nedenleri arasında en önde gelen sebepler; şüpheli kardiotokogramlar ve ilerlemeyen eylemdir. Son dönemde hasta ve doktorların sezaryen ile ilgili düşüncelerinde köklü değişimler olmuş, birçok ülkede sezaryen endikasyonları ile ilgili kılavuzlara, tıbbi gerekçe olmadan maternal istek, endikasyon olarak eklenmiştir. Bu hasta grubunda, hayat kurtarıcı bir ameliyat olan CS, kişinin mortalite ve morbiditesini artıran bir işlemdir.



Şekil 19. anne isteğine bağlı sezaryen değişik komite görüşleri

TIBBİ OLMAYAN NEDENLERLE YAPILAN SEZARYEN DOĞUMLARLA İLGİLİ ETİK GÖRÜŞLER

FIGO Komitesi - Üreme ve Kadın Sağlığının Etik Yönleri Londra, Eylül 1998

- Tüm dünyadaki sağlık çalışanları yıllarca sezaryen ile doğum hızındaki artışlarla ilgilenmişlerdir. Tıbbi, yasal, psikolojik, sosyal ve finansal faktörler gibi pek çok faktörün bu artışa katkısı olmuştur. Bu yöntemin sıklıkla kullanımını azaltmak amacıyla yapılan çalışmalar umut kırıcı olmuştur.
- Sezaryen hem anne hem çocuk için potansiyel riskleri olan cerrahi bir müdahaledir. Sezaryen, vajinal doğumdan daha fazla sağlık bakımı gerektirir.
- Konusunda uzman hekimler hastalarına zarar verebilecek hiçbir şey yapmazlar. Sağlık açısından yararı açıkça kanıtlanan tedavi ve yöntemler için sağlık kaynaklarını akıllıca paylaşabilmesi topluma karşı olan ahlaki sorumluluklarıdır. Doktorlar tıbbi avantajı olmayan bir müdahaleyi yerine getirmek için zorlanamazlar.
- Son zamanlarda artan bir oranda bazı toplumlarda kadınlar, tıbbi nedenlerden çok kişisel nedenlerle sezaryen ile doğum yapmalarını, doğum uzmanlarından istemektedirler.
- Hâlihazırda, vajinal doğumlarla karşılaştırıldığında, tıbbi olmayan nedenlerden dolayı yapılan term sezaryen doğumların rölatif risk ve yararını gösteren güçlü kanıtlar yoktur. Bununla birlikte mevcut kanıtlar normal vajinal doğumun hem anne hem çocuk açısından kısa ve uzun dönemde daha güvenilir olduğunu göstermektedir. Uterusa yapılan cerrahi müdahale daha sonraki gebelikler ve doğumları etkileyecek sonuçlar yaratır. Ek olarak tıbbi gerekçeler olmadan doğal yöntemlerin yerine doğal olmayan doğum metotlarının yer alacağı doğal endişesi vardır.
- Doktorların bu konuda kadınları bilgilendirme ve fikir verme sorumluluğu vardır. Hâlihazırda sezaryen ile doğumun kesin olarak yararını gösteren kanıtlar olmadığından, tıbbi nedenler dışında yapılan sezaryen etik olarak geçerli değildir.

Anne isteğine bağlı CS -ACOG 2013-2015

- Maternal ve fetal CS endikasyonu olmadıkça vaginal doğum daha güvenlidir.
- Etkin doğum ağrısı ile mücadele metodları olmalıdır.
- İsteğe bağlı CS: <39 Hf dan önce, çok çocuk isyenlerde yapılmamalıdır.
- Pl. previa, Pl. akreata ve histerektomi risklerinin olduğu ve CS sayısı arttıkça bu risklerin daha da yükseleceği bilgisi verilmelidir.

Cesarean Delivery	Placenta Accreta [n (%)]	Odds Ratio (95% CI)	Hysterectomy [n (%)]	Odds Ratio (95% CI)
First*	15 (0.2)	—	40 (0.7)	—
Second	49 (0.3)	1.3 (0.7–2.3)	67 (0.4)	0.7 (0.4–0.97)
Third	36 (0.6)	2.4 (1.3–4.3)	57 (0.9)	1.4 (0.9–2.1)
Fourth	31 (2.1)	9.0 (4.8–16.7)	35 (2.4)	3.8 (2.4–6.0)
Fifth	6 (2.3)	9.8 (3.8–25.5)	9 (3.5)	5.6 (2.7–11.6)
Six or more	6 (6.7)	29.8 (11.3–78.7)	8 (9.0)	15.2 (6.9–33.5)

*Primary cesarean delivery.

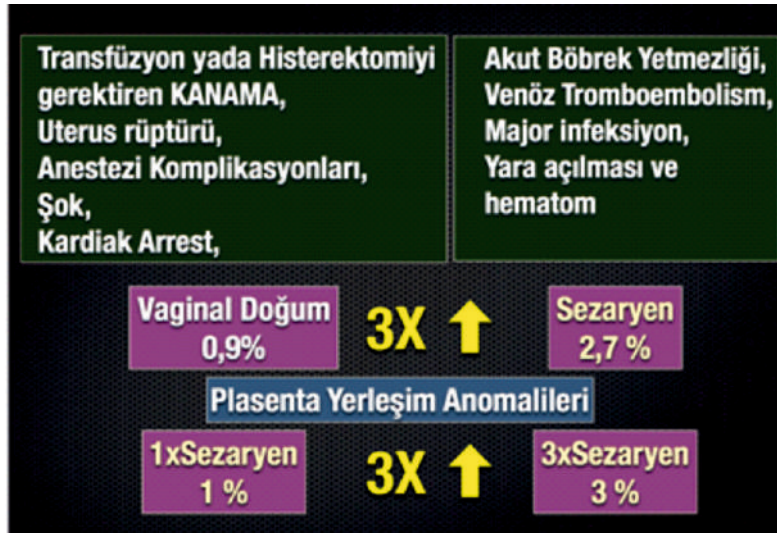
Abbreviation: CI, confidence interval.

Silver RM, Landon MB, Rouse DJ, Leveno KJ, Spong CY, Thom EA, et al. Maternal morbidity associated with multiple repeat cesarean deliveries. National Institute of Child Health and Human Development Maternal-Fetal Medicine Units Network. Obstet Gynecol 2006;107:1226–32. [PubMed] [Obstetrics & Gynecology]

Tablo 14. Artan CS sayısı ile artan plasenta akreata ve buna bağlı histerektomi riskleri

Anne isteğine bağlı CS (NICE)

- Doğum kaygısı olan kadınları, perinatal mental sağlık desteği konusunda uzman bir psikoloğa antenatal dönemde refere etmek gerekir. Annenin argümanları değerlendirilmelidir. Tüm doğum şekillerinin avantaj ve riskleri izah edilmelidir
- Bu görüşmelerden sonra hala CS isteyen bir kadında CS planlanır.



Şekil 20. Vaginal doğum- sezaryen komplikasyonları

NICE (National Institute for Health and Care Excellence) sezaryen klinik kılavuzu 2011 (en son 2012 de update edildi)

Bu kılavuzun amacı kabul edilebilir sezaryen oranlarına ulaşmak değildir. Aksine bu kılavuzun amacı, sağlık çalışanlarının, kadınlarımıza ve ailelerine sezaryen hakkında kanıta dayalı, yerinde tavsiyelerde bulunabilmesini sağlamaktır. Bu doğrultuda güzelce bilgilendirilmiş hastalar, kendileri için en doğru kararları alabileceklerdir.

Hastalar ve sağlık çalışanları için aşağıdaki başlıklarda kanıta dayalı bilgiler verir:

- CS nasıl bir prosedürdür?
- Anestezi ve cerrahi ile ilgili bilgiler
- CS endikasyonları nelerdir?
- Planlı CS hangi durumlarda teklif edilmelidir?
- Doğum sırasında CS hangi durumlarda gerekir?
- İsteğe bağlı sezaryen hangi durumlarda yapılamaz?
- Planlı CS ve planlı vaginal doğum arasında riskler ve faydalar açısından farklar nelerdir?
- CS den kaçınmak için etkili yöntemler nelerdir?
- Doğumu planladığınız hastanede CS oranını etkileyen organizasyonel ve çevresel faktörler nelerdir?
- CS sonrası gelecekteki gebelik ve doğumlar nasıl olur

İyi iletişim

Sağlık çalışanları ve gebe kadınlar arasında iyi iletişim kurulabilmesi çok önemlidir. Tedavi ve bakım hizmeti verilirken hastanın bilgilendirilmesi;

- Hastanın kültürüne uygun olmalı
- Türkçe bilmeyen, işitme, görme, zeka engelli hastalar için ayrı çözümler üretilmeli (Yabancı hastalar için kendi dillerinde onam formları, tercüman yardımı)
- 16 yaşından küçük çocuklar için özel bilgilendirme metodları kullanılmalı
- Eğer kadın onaylarsa, ailesi tedavi sürecine karar için dahil edilebilir.
- Kanıta dayalı bilgilendirme sonrası hastanın mahremiyetine, kültürüne, kararına saygılı bir şekilde CS onam formu oluşturulmalı

Kadın merkezli tıbbi hizmet

Tedavi ve koruyucu hekimlik uygulamalarında, kadınların ihtiyaç ve tercihleri dikkate alınmalıdır. Gebe kadınlara, kanıta dayalı bilgiler sunulmalı ve tedavileri konusunda bilgilendirilmiş doğru kararlar alabilmeleri için desteklenmelidir.

Sezaryen sırasında kadının isteklerine saygılı bir şekilde cevap verilmelidir. Ameliyathanede istediği müziğin çalınması, bebeğin ilk duyduğu sesin annesinin olmasını sağlayacak sessizlik, bebeğini doğarken görebilmek gibi istekleri karşılanmalıdır.

Antenatal takip sırasında gebe okullarında spontan vajinal doğum, müdahaleli vaginal doğum, doğum analjezi ve anestezisi ile sezaryen hakkında kanıta dayalı bilgiler verilmeli,

- Hastanın doğum şekline ve tercih edeceği hastaneye doğumdan çok önce karar vermesi için yardımcı olunmalıdır.
- Gebede tokofobi veya vajinismus sorunu var mı? Psikolojik tedavi başlanmalı mı? ayırd edilmelidir.
- 32-34 haftalık eski CS gebelerde aşağı yerleşimli plasenta varsa Doppler USG ile plasenta yapışma anomali var mı bakılır. Ciddi şüphe varsa MRI ile derecelendirilir. Bu hastalarda kan hazırlığı ile konsultan obstetrisyen varlığında planlı CS yapılır.

Makat prezentasyonunun antenatal dönemde yönetimi External sefalik versiyonun (ECV) başarı oranı %50 dir. Nulliparlarda 36. haftada yapılabilir. ECV, ameliyat imkanı olan merkezlerde yapılmalıdır. ECV istemeyen bayanlar 33-35. haftalar **moxibustion** tedavisi önerilmelidir.

Doğum şeklinin planlanması

Planlı CS ve planlı VD arasında riskler ve faydalar açısından farkları kadınla tartışılırken gelecekteki gebelik planları, öncelikleri ve hassasiyetleri irdelenmeli

Planlı CS ile azalabilir	Planlı vaginal doğum sonrası azalabilir	Fark yok	Tartışmalı
Doğum sırasında abdominal ve perine bölgesi ağrısı Doğumdan 3 gün sonra abdominal ve perine bölgesi ağrısı Vajene hasar Erken postpartum hemoraji Obstetrik şok	Hastanede kalış süresi Postpartum kanama nedeniyle histerektomi Kardiyak arrest YDYB a çıkış	Doğumdan 4 ay sonra abdominal ve perine bölgesi ağrısı Mesane ureter serviks hasarı Iatrojenik cerrahi hasar Pulmoner emboli Yara yeri enfeksiyonu Intraoperative travma Uterin rüptür Asiste ventilasyon veya entübasyon Akut renal yetmezlik Hipoksik ensefalopati Intrakraniyal hemoraji Neonatal respiratuar morbidite	Anne ölümü DVT Enfeksiyon yara yeri/postpartum Histerektomi Anestezik komplikasyonlar Neonatal mortalite 5. dk Apgar skoru

Tablo 15. Planlı CS/VD arasında riskler ve faydalar açısından farklar (NICE 2011)

Doğumun Zamanlaması

Gebelik	Uygun Doğum Zamanı	Açıklama
Tekil	39 0/7-40 6/7 Hafta (Term)	
İkiz	35 0/7-36 6/7 Hafta	
Üçüz	32 0/7- 33 6/7 Hafta	Betametason sonrası
Monoamniyotik İkiz	35 0/7-36 0/7 Hafta	
Elektif Sezaryen	39 0/7 Hafta	
Plasenta Acreata, increata, percreata	34 0/7 -35 6/7 Hafta	Betametason sonrası
Postterm gebelik	41 gibi membranların sıyrılması 41.0-42.0 arasında indüksiyon	oligohidramniyos, deselerasyon ve bradikardi gibi fetal kalp hızı anormallikleri yoksa

Tablo 16. Farklı gebelik durumları için uygun doğum zamanı

Postterm gebelik

41 haftayı geçen gebeliklerdeki fetal riskler

- „ yenidoğan konvülziyonları
- „ mekonyum aspirasyon sendromu
- „ dakika Apgar skorunun 4'ten düşük olması olasılığı
- „ yenidoğan yoğun bakım ünitesine yatış oranında anlamlı düzeyde artış ile ilişkilidir

41 haftayı geçen gebeliklerdeki maternal riskler

- „ ciddi perine yırtığı,
- „ enfeksiyon,
- „ postpartum kanama
- „ sezaryen doğumun artışı

Postterm gebelikte doğum zamanlaması

- Geç-term ve post-term gebelikler, perinatal morbidite ve mortalite riskinde artış ile ilişkilidir.
- Membranların sıyrılması geç term ve postterm gebelik riskini azaltır.
- Postterm gebelerde 41.0 veya hemen sonrasında doğum indüksiyonu uygulanmalıdır.
- Bu sezaryen oranlarını arttırmadan perinatal mortaliteyi azaltır
- ACOG, 42.0-42.6 arasında indüksiyonu önermekte, ancak 41.0-42.0 arasında indüksiyonu da uygun bulmaktadır.
- Gereksiz erken hospitalizasyon sezaryen oranını artırabilir.
- Postterm gebeliklerde oligohidramniyos varsa, deselerasyon ve bradikardi gibi fetal kalp hızı anormalliklerinin insidansının arttığı gözlemlenmiştir. Erken hospitalizasyon gerekebilir. 41 0/7 gebelik haftasından sonra oligohidramniyos saptanırsa, doğum endikedir. Sezaryen obstetrik endikasyon varsa yapılmalıdır.
- İndüksiyonda serviks uygun değil ise servikal olgunlaştırıcı ajanlar (PG, balon, laminarya) kullanılmalıdır.

Planlı sezaryenlerde doğum zamanlaması

39. gebelik haftası tamamlanmadan önce, erken term döneminde alınan sezaryen olgularında Apgar <7, hipoglisemi, hiperbilirubinemi, solunum distressi sendromu daha sık görülmektedir. Bu olgularda YDYBÜ'ne girme oranları daha fazladır. Bu nedenle elektif sezaryen olgularının 39. gebelik haftası tamamlandıktan sonra alınması neonatal komplikasyonları önemli ölçüde azaltacaktır. Tıbbi veya obstetrik endikasyonların bulunmadığı durumlarda 39 hafta tamamlanmadan önce sezaryen alınmamalıdır.

Yine Erken Term dönemde (37 0/7 -38 6/7 hf) alınan eski sezaryen olgularında da yenidoğanlar fetal uyum bozuklukları nedeniyle YDYBÜ'ne başvurma riski 3 kat fazladır. 37-41. Haftalar arasında doğum yapan eski sezaryen olgularında anneye ait perioperative riskler genel olarak düşüktür. Erken Term dönemde yapılan eski sezaryen olgularında da neonatal sonuçlar olumsuz etkilenmektedir. En azından 38. Gebelik haftasının tamamlanmasını beklemek özellikle diyabetik hastalarda fetal sonuçların iyileşmesini sağlar.

Gebeliği kısaltmak ve doğumdan kaçınmak fetal olgunluğu etkiler. Travayı yaşamayan bebeklerde, acil ve potansiyel olarak ömür boyu süren hastalıklar, gelişme üzerinde derin etkileri olabilecek solunum ve diğer otoimmün kökenli hastalıkları önemli ölçüde artırmıştır. Bu nedenle, doğum bilimi, CS düşünen kadınlarda bile travayın spontan başlamasının beklenmesini önermesi ya da doğumun indüklenmesini savunması şaşırtıcıdır. Anneler, CS için onay vermeden ve bebekleri adına kararlar almadan önce tüm bu bilgilerden haberdar edilmelidir. Obstetrik müdahalelerle ortaya çıkan immünolojik ve metabolik farklılıklar hakkında yeni kanıtlar ortaya çıkmaya devam etmektedir, ancak büyük bilgi boşlukları mevcuttur. Her doğum şekli potansiyel yenidoğan morbiditesi veya mortalite riski taşımasına rağmen, normal bebeklerin aslında travayın başlamasından sonra doğmayı seçeceği aşıkardır.

Kaynaklar

1. Induction of labour for improving birth outcomes for women at or beyond term. Cochrane Database Syst Rev. 2012
2. A functional definition of prolonged pregnancy based on daily fetal and neonatal mortality rates. Ultrasound Obstet Gynecol. 2004;23(5):423.
3. Systematic review: elective induction of labor versus expectant management of pregnancy. Ann Intern Med. 2009;151(4):252.
4. Guidelines for the management of pregnancy at 41+0 to 42+0 weeks. J Obstet Gynaecol Can. 2008;30(9):800-23.
5. Practice bulletin no. 146: Management of late-term and postterm pregnancies. Obstet Gynecol. 2014;124(2 Pt 1):390.

Sezaryen Endikasyonları

Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü tarafından 2010 yılında yayınlanan **Doğum ve Sezaryen Eylemi Yönetim Rehberi**nde sezaryen endikasyonları belirtilmiştir. Bu kılavuzun güncellenmesi gerekir.

Kesin CS Endikasyonları

- Uterin rüptür, kord prolapsusu, kanamalı plasenta previa, dekolman plasenta, fetal distres (Kategori 1: 30 dk içinde CS)
- Koryoamnionit
- HELLP, Eklampsi
- Pelvis uyumsuzluğu; makrozomi, ileri derecede dar pelvis, fetal kitlenli anomaliler
- Normal doğumun mümkün olmadığı malprezentasyonlar
- Maternal enfeksiyonlar

Rölatif CS Endikasyonları

- Patolojik kardiyotokografi
- İlerlemeyen eylem
- Önceki sezaryen ameliyatı
- CS kararını etkileyen maternal riskler
- Obez diabetik anneler
- 35 yaş üstü ilk gebeliklerini yaşayanlar
- Yardımcı üreme teknikleri ile gebe kalmış olanlar
- Habitüel abort öyküsü olanlar
- Maternal ek sistemik hastalıklar

Mylonas I, Friese K: The indications for and risks of elective cesarean section. Dtsch Arztebl Int 2015; 112: 489–95. DOI: 10.3238/arztebl.2015.0489

Planlı CS önerilecek durumlar (NICE 2011)

- Termde tekil makat prezentasyonu; ECV kontraendike ya da başarısız olunan olgular
- İlk bebeğin baş gelişi olmadığı ikiz gebelikler
- Minör veya majör plasenta previa
- Retroviral tedavi almayan HIV+ gebeler
- Viral yükün >400 ün üstünde olduğu tüm HIV+ gebeler
- HIV ve HCV birlikte + olan gebeler
- 3. Trimesterde başlayan primer genital HSV enfeksiyonu
- Myomektomi sonrası doğum: Saplı subseröz pedinküllü myomlar dışında normal doğum önerilmez. Özellikle kaviteye girilen, çok yaklaşılan, fazla sayıda myomu alınan olgularda sezaryen önerilir. Intramural myomektomiden sonra doğum denenecekse sürekli monitorizasyon, acil C/S önlemleri alınmalıdır. Zamanlama olarak gebeliğin 37-39 haftasında CS planlanmalıdır.
- **32-34 haftalık eski CS gebelerde aşağı yerleşimli plasenta varsa Doppler USG ile plasenta yapışma anomalisi var mı bakılır. Ciddi şüphe varsa MRI ile derecelendirilir. Bu hastalarda kan hazırlığı ile konsultan obstetrisyen varlığında planlı CS yapılır.**

Konjenital anomaliler C/S endikasyonu mudur?

Fetal anomaliler her zaman sezaryen ile doğum endikasyonu değildir. Ancak fetal yapıların çok büyüdüğü ve doğumda fetal travmayı arttıracığı veya doğumu engelleyeceği durumlarda sezaryen doğum tercih edilmelidir. Letal ve letal olmayan anomalilerde doğum yolu maternal güvenlik ve fetal-neonatal prognoza etkileri belirlenmelidir. Sezaryen ile doğum maternal, fetal-neonatal morbidite ve mortalitenin azaltılabileceği durumlar ile sınırlanmalıdır.

Doğum travması riski yüksek olgular:

- Nöral tüp defektleri: verteks pozisyon dışı, hidrosefali varlığı, herniye kesenin 4-6 cm olması
- Hidrosefali: biparyetal çap ≥ 10 cm, kafa çevresi ≥ 36 cm
- Makrosefali: 2-3 SD üzerinde olması
- Abdominal duvar defektleri: verteks pozisyon dışı ve KC içeren çok büyük defekt
- Büyük karın içi kitleler (mekonyum psödokisti, abdomende aşırı distansiyon a yol açan hidronefroz, glob vb)
- Fetal tümörler: baş-boyun, beyin, toraks, AC, KC, Bb, adrenal, pelvik tm (over), Sakrokoksigeal teratom
- Büyük sakrokoksigeal teratom: ≥ 5 cm

Kısmi endikasyon

- . Fetal interventriküler kanama
- . Galen veni anevrizmal malformasyonu
- . Fetus boynunda ciddi hiperekstansiyon yapan spinal anomali
- . Fetusda ciddi skolyoz
- . Fetusda iskelet displazisi, kemik kırığı
- . Fetal kardiyak aritmiler: Hemodinami bozuk, fetal hidrops, büyüme geriliği

ANNE VE BEBEK İÇİN GÜVENLİ, FİZYOLOJİK DOĞUM VE TRAVAY TAKİBİ SEZARYEN VE GEREKSİZ MÜDAHELELERİ CİDDİ ORANDA AZALTIR

Doğumun Evreleri	Alt Gurupları	Özellikleri
1. Evre Açılma Evresi	1. Faz LATENT FAZ	İlerleyen silinme ve açılmaya yol açan uterus kasılmalarının varlığında serviksi 2-3 cm açılmasına dek geçen süredir. 15 saatten uzun sürmesi ÖNEMLİDİR
	2.Faz AKSELERASYON FAZİ	Serviksin 2-3 cm açılmasından 4 cm açılmasına kadar geçen süredir. DOĞUMUN BAŞLANGICI 2. FAZIN BAŞLANGICINDAN itibaren ölçülmelidir.
	3. Faz MAX. EĞİM FAZİ	Serviksin 3,5 cm açılmasından 8,5 cm açılmasına kadar geçen süredir.
	4. FAZ DESELERASYON FAZİ	Bu devrede fetal başın üzerinden servikal retraksiyon gerçekleşir ve tam servikal açıklığa ulaşılır. Sıklıkla 1.evre'nin bu son fazı kısadır yada yoktur.
2. Evre Atılma Evresi	?	Serviksin 10 cm açılmasından başlayarak, fetusun doğum kanalından çıkmasına kadar geçen evredir.
3. Evre Plasentanın Ayrılma Evresi		Fetusun doğum kanalından çıkması ile başlar ve plasenta ve eklerinin çıkması ile sona erer. Ort. süresi 8-9 dakikadır.
4. Evre		Plasentanın doğumundan sonraki 1 saatlik süredir.

Tablo 17. Doğumun Evreleri

DOĞUMUN 1. EVRESİNİN YÖNETİMİNDE DİKKAT EDİLECEKLER

1) Doğum eyleminin yönetiminde ilk ve en önemli konu; doğum eylemi tanısının doğru konulmasıdır.

Yanlış olarak aktif travay tanısının konması uygun olmayan girişimlere yol açar ve sezaryen olasılığını artırır. Aktif doğum eylemi başlayıncaya dek düşük riskli gebelerin evde kalmaları ve 4 cm açıklıktan sonra hastaneye başvurmaları cesaretlendirilmelidir. (Mümkünse Doğum destekçisi eşliğinde evde beklemek doğum eyleminin tam olarak başlamasını sağlar ve gereksiz indüksiyonları önler).

Doğum Eyleminin Tanısı: Ağrılı kasılmalara aşağıdakilerden birinin eşlik etmesi

- ▶ Kanlı servikal mukus gelmesi (nişan),
- ▶ Membranların rüptüre olması,
- ▶ Servikal silinmenin tam olması

Doğum eyleminin tanısında servikal açıklık, kriterle arasında yer almaz. İlk başvurudan sonra 1 saat içerisinde gebenin travayda olup olmadığı belirlenir. Kriterlere uyan gebeler doğum için yatırılır. Kriterlere uymuyorsa gözlem için yatırılır, ertesi güne dek gözlenir. Doğum eylemi başlamadıysa eve gönderilir.

2) Yatışta Rutin Lavman Uygulaması Gerekli mi?

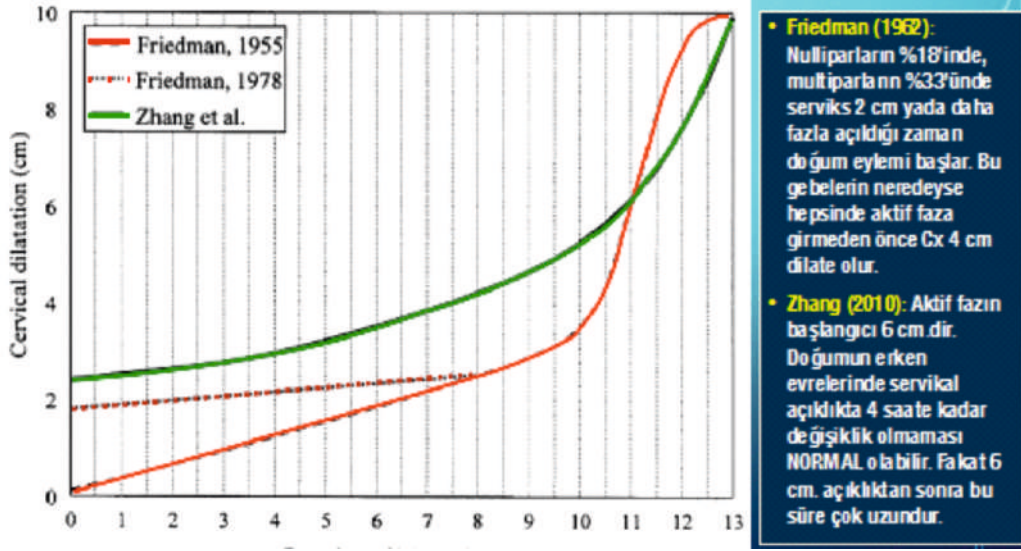
- Elektif CS öncesi lavman, postoperatif gaz-gaita çıkışında değişikliğe yol açmaz, elektif CS öncesi yapılmamalıdır (Lurie S, Baider C, Glickman H, Golan A, Sadan O. Are enemas given before cesareansection useful? A prospective randomized controlled study. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2012 Jul;163(1):27-9)
- Spontan vaginal doğum öncesi lavman yapılması, doğum esnasında gaita kontaminasyonunu azaltır ve doğum süresi kısaltır (Kovavisarach E, Sringamvong W. Enema versus no-enema in pregnant women on admission in labor: a randomized controlled trial.

2) Fizyolojik Doğumu desteklemede güncel travay eğrilerinin kullanılması Güncel travay eğrileri Zhang (2010), geleneksel olarak kullanılan Friedman Eğrileri'ne (1962) kıyasla daha yavaş seyreder. Özellikle epidural analjezi varlığında travay daha da yavaşlar.

Epidural versus non-epidural or no analgesia in labour (Review)		
Anim-Somuah M, Smyth RMD, Jones L		
2011, 38 Çalışma, 9658 Gebe		
Epidural Analjezi (Epi+Spi Dahil) vs Epidural Yok		
Ağrının Etkin Azaltır (11 RCT, 7753 gebe)	Mean Difference (MD): -3,36	95%CI: (-5,41 -1,39)
Artmış Müdahaleli Doğum (23 Çalışma, 7935 gebe)	RR: 1,42	95%CI: (1,28-1,57)
Artmış Motor Blokağ (3 çalışma, 322 gebe)	RR: 31,67	95%CI: (4,43- 231,51)
Artmış Maternal Ateş (6 Çalışma, 2741 gebe)	RR: 3,34	95%CI: (2,33- 4,23)
Uzamış 2. evre (13 Çalışma, 4233 gebe)	MD: 13,66 dk	95%CI: (8,67- 20,66)
Oksitosin İndüksiyon Oranının Artması	RR: 1,19	95%CI: (1,03-1,39)
Fetal Distres Nedeni ile Artmış CS Riski	RR: 1,43	95%CI: (1,03-1,97)

Tablo 18. Epidural analjezinin travaya etkileri

Bu nedenle eğitim kurumlarında güncel travay eğrilerinin kullanımı konusunda ebeler ve doğum hekimleri eğitilmelidir. Günümüzde doğumların aslında Friedman'ın öne sürdüğünden daha yavaş ilerlediğini bilmek, ilerlemeyen eylem endikasyonunu azaltmak için önemlidir.



Şekil 21. Friedman eğrisi ve Güncel travay eğrisi (Zhang et al)

Geleneksel olarak aktif fazın 4 cm dilatasyondan sonra başladığı kabul edilirdi. Zhang eğrisine göre ise aktif fazın başlangıcı 6 cm dir. Doğumun erken evrelerinde servikal açıklıkta 4 saate kadar değişiklik olmaması normal olabilir. Friedman ve Zhang eğrileri arasındaki farklar Tablo 2. de gösterilmiştir.

	Friedman, 1955,1978	Zhang, 2010
Aktif Faz Süresi	Ort.: 4,6 saat	Ort.: 8 saat
Aktif Faz Başlangıcı	2-4 cm Açıklık	6 cm açıklık
Dilatasyon Eğrisi	3-5 cm den sonra yukarıya doğru keskin dönüş yapar.	Dilatasyon hızı kişiden kişiye değişir ve daha yassıdır
Deselerasyon Fazı	Birinci evrenin son fazı çok kısadır yada yoktur. Bu nedenle görülemez.	Deselerasyon Fazı Yoktur.
Aktif Faz	1 cm/saat - 1,2 cm/saat	5-6 yada 7 cm.de 2 saate kadar kalıp sonra 2 cm dilate olabilir.
Dilatasyon eğrisi	Sigmoid karakterde	Basamaklı karakterde(Exponential)
Analiz Yöntemleri	Eylem bilgisi computer algoritması kullanılarak probit skala üzerine yerleştirildi.	8-10 dereceli polynomial eğri düzenleme modelleri kullanıldı.

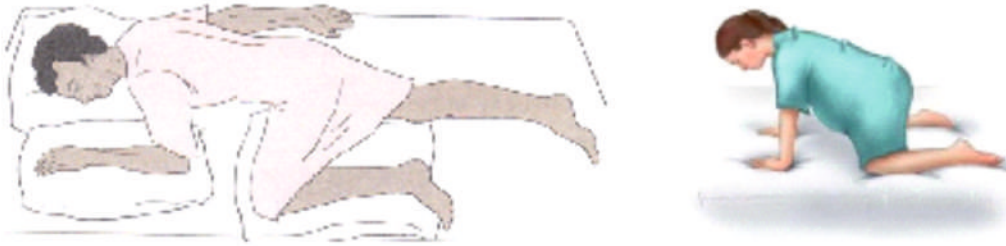
Tablo 19. Friedman ve Zhang Eğrileri

3) Doğumun 1. Evresinde Tıbbi Olmayan Destekler

Sürekli travay desteği, sezaryen oranını düşürmek ve hastanın memnuniyetini artırmak için kanıta dayalı ve etkili bir araçtır ancak yeterince kullanılmamaktadır (ACOG / SMFM Consensus Bildirisi).

Destek Türü	Özel Tedbirler
Çevre Kontrolü	Oda ısısının kontrolü, gürültü kontrolü, aydınlanma araçlarının kontrolü, oda kokusunun kontrolü
Doğumun 1. Evresindeki pozisyonlar	Ayakta durma, hareket etme, yavaş dans etme, eğilme, diz dirsek pozisyonu, çömelme, Pilates topuna oturma
Doğumun 2. Evresindeki pozisyonlar	Diz Dirsek pozisyonu, Eller ve dizler üzerinde durma, çömelme, semiFowler pozisyonu, Sim's Pozisyonu
Dokunma	Masaj yapma, Bası uygulama
Soğuk ve Sıcak Uygulama	Soğuk kompres, ılık kompres uygulamaları
Hijyen Tedbirleri	Ağız bakımı Perine bakımı, Çarşafların değiştirilmesi, Giysilerin değiştirilmesi.
Hidroterapi	Küvete girme, Duşa girme,
Mesenenin Boşaltılması	Sık olarak mesenenin boşaltılması önerilir. Tuvalete gitmesi için cesaretlendirilir.
Beslenme	Travay sırasında enerji veren sulu gıdalar ya da atıştırmalıklar önerilir.
Gebenin Eşinin Bakımı	Dinlenme, beslenme ve istirahat imkanı sunulmalıdır.

Tablo 20. Travay sırasında gebeye sunulacak fiziksel destekler



Şekil 22. Sol Lateral Sim's ve diz dirsek pozisyonu

Fetal Kalp Atım Traselerinin iyi kaydedilmesi ve yorumlanması

Hekimler ve ebeler doğum eylemi sırasında FKA örneklerini takip etmeleri önerilir (3 Aşamalı FKA değerlendirilmesi). ACOG tarafından düşük riskli bir gebede doğumun 1. Evresinde her 30. dakikada bir ve doğumun 2. Evresinde her 15 dakikada bir bir FKA örneklerini izlemeleri, buna karşılık yüksek riskli gebelerde (Örneğin İskemik Plasental Hastalıklar; PE, IUGG vb) doğumun 1. Evresinde her 15 dakikada bir ve doğumun 2. Evresinde her 5 dakikada bir izlemeleri önerilir.

Sürekli fetal monitorizasyon endikasyonları (FIGO): fetal hipoksi açısından yüksek riskli durumlar

- 1) Maternal nedenler: vajinal kanama, maternal ateş
- 2) Epidural analjezi
- 3) Mekonyum varlığı
- 4) İndüksiyon veya augmentasyon yapılmış taşisistol riski taşıyan hastalar
- 5) İntermitan fetal oskültasyonda anormallik tesbit edilmesi
- 6) Fetal intrauterin gerilik
- 7) Oligo veya polihidramnios

Kardiyotokografinin CS oranlarını %63 oranında, enstrümantal doğum oranlarını %15 oranında artırdığını belirten çalışmalar var. Risksiz hastaları doğumhaneye yatar yatmaz sürekli fetal monitorizasyon uygulamak, perinatal mortaliteyi azaltmadığı gibi gereksiz yere CS oranlarını artıran bir işlemdir. Gebe gelir gelmez 20 dakikalık kayıt iyi ise intermitan takibe geçilmelidir.

İntrapartum Kardiyotokografi (KTG) Sırasında Dikkat Edilmesi Gerekenler:

- ▶ Maternal supin pozisyon, gebe uterusun aorto-kaval basısı sonucu plasental perfüzyonu ve fetal oksijenizasyonu bozabileceğinden uzun süre bu pozisyonda monitorizasyondan kaçınılmalıdır.
- ▶ KTG kağıt hızı genellikle 1, 2 or 3 cm/dk dır.
- ▶ Gebenin hareketleri ile kayan problemler derhal düzeltilmeli maternal kalp atışından ayırd edilmelidir. Şüphe varsa ultrason ile mutlaka FKA bakılmalıdır. Bazı yeni cihazlarda maternal kalp atımı da aynı anda monitorize edilebilmektedir.
- ▶ KTG traseleri hastanın adı, kağıt hızı tarih, saat, ve kayıt yeri belli olacak şekilde kaydedilmelidir. Bazı hastanelerde dijital KTG arşivleri oluşturulmuştur.

Şüpheli KTG lerde klinik karar alma

Şüpheli KTG lerde fetüsü hipokside bırakmamak ve gereksiz girişimlerde bulunmamak için iyi klinik muhakeme ile doğumun zamanlanması şekli ve altta yatan sebebin geri dönüştürülebilirliğini ayırd etmek gerekir. Unutulmamalıdır ki intrapartum fetal monitorizasyonun amacı fetal hasarı önlemek için hipoksiyi erken tanımdır. Gestasyonel yaş, anneye uygulanan ilaçlar gibi birçok faktör KTG yi etkiler. Değerlendirmede bütüncül yaklaşım önemlidir. Şüpheli KTG, her zaman acil CS ya da enstrümantal vajinal doğum demek değildir.

- Uterin taşisistol fetal hipoksinin en sık sebebidir. Oksitosin infüzyonu durdurulmalı, hasta supin pozisyonda ise yan çevrilmelidir.

Epidural spinal analjezi varlığında maternal hipotansiyona sekonder KTG bozulabilir. Hızlı IV hidrasyon ve ephedrin bolusu ile düzeltilebilir. Randomize klinik çalışmalar hipotansif olmayan gebelerde KTG bozukluklarında IV hidrasyon ve oksijen uygulamasını etkisiz bulmuştur.

	Kalp Atım Örneği Özellikleri	Yorum
Kategori 1 <i>(Tümü Var)</i>	Bazal Atım: 110-160 vuru/dk Variabilite: Orta (5-25 vuru/dk) Geç ya da Variable Deselerasyon: yok Erken Deselerasyon: Var ya da yok Akselerasyon: Var ya da yok	NORMALDİR Sürekli izlemi gerektiren ve yeniden değerlendirmeyi gerektiren örneğe dönüşmedikçe girişim gerekmez. Yenidoğan Umbilikal Kordon pH'sının normal (>7,20) olduğunu gösteren güvenilir bir göstergedir.
Kategori 2 <i>(B r Var)</i>	Bradikardi ya da Taşikardi (< 110 ,> 160 vuru/dk) Variabilite Minimal (<3-5vuru/dk) Variabilite yok Belirgin Bazal Variabilite (>25 vuru/dk) Fetal hareket ile uyarılmış akselerasyon YOK Periodik ya da Epizodik Deselerasyonlar: Tekrarlayan variable deselerasyonlar Uzamış Deselerasyon: (>2 dk - <10 dk) Tekrarlayan Geç Deselerasyon Variable deselerasyonlar: Bazal hatta yavaş dönen, "Overshoot" ya da "Shoulder" olan	BELİRSİZDİR Sürekli izlemi gerektiren ve yeniden değerlendirmeyi gerektiren örneğe dönüşebilir
Kategori 3 <i>(B r Var)</i>	Bazal FKA Variabilitesinin Olmaması: Tekrarlayan Geç Deselerasyonlar Tekrarlayan Variable Deselerasyonlar Bradikardi Sinusoidal Pattern	ANORMALDİR GİRİŞİM GEREKİR ➔ Maternal pozisyonu değiştir. ➔ Oksijen ver. ➔ Hipotansiyon ve taşisistol'u düzelt. ➔ Kordon sarkması olup olmadığına bak. ➔ Durum düzelmez ise mümkün olduğunca çabuk DOĞUM

Tablo 21. 3 Aşamalı FKA traselerinin yorumlanması.

Kaynaklar:

1. FIGO Consensus guidelines on intrapartum fetal monitoring
2. Alfirevic Z, Devane D, Gyte GM. Continuous cardiotocography (CTG) as a form of electronic fetal monitoring (EFM) for fetal assessment during labour. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013 May 31;5:CD006066
3. Devane D, Lalor JG, Daly S, McGuire W, Smith V. Cardiotocography versus intermittent auscultation of fetal heart on admission to labour ward for assessment of fetal wellbeing. Cochrane Database Syst Rev 2012 Feb 15;2:CD005122.
4. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. The use of electronic fetal monitoring. Evidence-based clinical guideline, number 8. London: RCOG Press; 2001.

Sezaryen ameliyatlarının durumun aciliyetine göre sınıflaması

Fetal distres, modern doğumda sezaryen için önemli endikasyonlardan biridir. İn utero fetal hipoksi süresinin kalıcı fetal hipoksik iskemik beyin hasarının gelişimi için kritik faktör olduğu düşünülmektedir. Bu nedenle, fetal distres tanısı konduktan sonra doğumun mümkün olduğunca çabuk yapılması gerekmektedir. Birçok mesleki örgüt, sezaryenle ilgili kararın ardından 30 dakika içinde bebeğin doğumunun yerine getirilmesi için kılavuz hazırlamış ve bu 30 dakika kuralını denetim standardı haline getirmiştir. Royal College of Obstetrics and Gynaecology (RCOG) kısa bir süre önce aciliyet derecesine göre sezaryen sınıflandırılmasını standartlaştırmıştır (Tablo 3).

Kategori	Tanım
1	Anne ve fetus hayatının en kısa sürede ciddi tehdit altında (Akut şiddetli fetal bradikardi, kordon sarkması, uterus rüptürü, fetal kan örneklemede pH<7,2 olması) (Mümkün olan en kısa sürede CS yapınız 30 dk altında)
2	Anne ve fetus hayatı en kısa sürede tehdit altında değildir. Anne ve bebeğin durumunda daha ileri bozulmayı önlemek için bebeğin bir an önce doğurtulmasının gerektiği durumlar (Antepartum kanama, anne ve fetus durumunun bozulması ile birlikte doğumun ilerlemesinin durması) (75 dk içerisinde CS yapınız)
3	Anne ve fetus durumunda bozulma yok ancak kısa sürede doğum gerekli (Maternal ve fetal durumda bozulma yok ancak doğumun bir an önce olması gerekli) (Planlı sezaryen yapılacak bir gebede travay öncesi EMR olması ya da maternal ve fetal durumda bozulma olmaksızın doğumun ilerlemesinin durması)
4	Gebenin ve doğum ekibinin uygun olduğu zamanda doğum gerekli (Elektif olarak yapılacak tüm sezaryenler)

Tablo 22. Aciliyet derecesine göre sezaryen sınıflandırılması (RCOG, 2011)

DOĞUMUN İKİNCİ EVRESİNİN FİZYOLOJİSİ VE YÖNETİMİ

Doğumun 2. Evresi Bifazik seyir gösterir:

a. Latent Faz: Serviksin 10 cm açılmasından gebenin aktif ıkınma hissine başlamasına kadar sürer. Bu dönemde fetusun başı pasif olarak descensus yapar.

b. Aktif ıkınma Fazı: Fetal başın pelvik taban adalelerine ulaşması ve baro reseptörleri uyarması ile başlar. Taçlanma döneminde perineye sıcak kompres uygulaması, perine ağrısı ve yaralanmasının daha az olmasını sağlar.

AKTİF BUYURUCU YÖNETİM Serviks 10 cm açılır açılmaz gebe doğum masasına alınır ve lithotomi pozisyonunda kontraksiyonlar ile birlikte kapalı glottis ile ıkınması söylenir. Bu yöntemin dezavantajları:

- Suboptimal umbilical kordon kan gazı
- Daha düşük fetal O2 saturasyonu
- Daha fazla uzamış FKA deselerasyonu
- Daha fazla maternal halsizlik ve daha çok perineal travma

FİZYOLOJİK YÖNETİM ikinci evrede ıkınmanın geciktirilmesi. Annenin hissettiği zaman, fetusun başı iyice aşağıya indiğinde doğal olarak ıkınması. Annenin bu karara katılması önemlidir. 2. evrenin latent fazında ayakta pozisyonlar (oturma, çömelme ya da ayakta durma) tercih edilmelidir. Avantajları:

- İkinci evrede annenin kuvvetli ıkınmalar öncesinde dinlenmesine ve fetusun da kendisini toparlamasına imkan verir.
- Annenin aşırı yorulmasını ve tükenmesini önler.
- Doğumun ikinci evresinin kısalmasına ve operative girişimlerin azalmasına yol açar.
- Müdahaleli vaginal doğumları ve operatif girişimleri engelleyebilir.

Doğumun 2. Evresinin Aktif/Buyuruşu YADA Fizyolojik/Spontan Yönetimi	Aktif/Buyurucu	Fizyolojik/Spontan
Solunum	Valsalva çabası, nefes tutulur	Nefes verilir, ağız açıktır
İkinmanın Başlaması	Dilatasyon tam olunca	Gebe istemsiz ıkınma isteği duyulur yada baş perinede görünür
Sözel İpuçları	Derin nefes alınıp, 10'a kadar sayınaya (morarınaya) dek ıkınılır	Spontan her biri 3-4 sn süren 5-6 ıkınma çabası
İkınma	Kapalı glottis (Sessiz)	Açık glottis (oflaya puflaya)
Adaleler	Genel olarak sıkılır	Sadece abdominal adaleler gergindir.
Bağaklar	Sıklıkla yukarıya ve geriye	Bağaklar tutulmaz
Halsizlik	Belirgin	Gebe kendi çabasını kontrol eder.
Diğer Etkileri	Kardiyak output, plasental perfüzyon ve kasılma kalitesi düşer	Uterus ve solunum basınçları eş zamanlı çıkar
Perine	Ani gerilme ile sıkılır ve daha çok doku hasarı olur.	Perine yavaş yavaş gerilir, Hasar azdır
Fetus	Belirgin deselerasyonlar olur	Oksijenizasyon iyidir.

Tablo 23. Doğumun 2. evresinin yönetim metodlarının karşılaştırılması (Simpson KR, James DC. Effects of immediate versus delayed pushing during second stagelaboron fetal well-being: a randomized clinical trial.Nurs Res. 2005 May-Jun;54(3):149-57.)

Doğumun 2. evresinde yavaşlama veya durma 2. evre nulliplarlarda 2, multiparlarda ise 1 saattir (Bu değerler 5 persentili gösterir) Klasik görüşe göre epiduralde her ikisine de 1 saat eklenmelidir. 2012 ACOG ve NICHD ortak çalışmasına göre nulliplarlarda bu süre epiduralsız 3, epiduralle 4 saat, multiparlarda epiduralsız 1 epiduralle 2 saat şeklinde önerilmiştir.

Operatif Doğum-Vakum-Forseps

Doğumu sonlandırmak için endikasyon var ise ve operatif vajinal doğum başarı ile uygulanabilecek ise yapılmalıdır. Sezaryen doğum alternatiftir.

Endikasyonlar

- Doğumun 2. evresinde yavaşlama (protraction) (Nullipar 3 saat, multipar 1 saat, epidural +1)
- Fetal sıkıntı (Ani/potansiyel)
- Valsalvanın yapılmasının sakıncalı olduğu maternal hastalıklar (Kardiyak-nörojenik-akciğer)

Operatif Doğum Kontrendikasyonlar

- Fetal immatürite (>34 hafta veya 2000 gr)
- Fetal demineralizan hastalık
- Fetal kanama diatezi
- Angaje olmamış baş
- Fetal baş pozisyonu bilinmiyor
- Alın-yüz geliş
- CPD şüphesi

TRAVAY TAKİBİ BİR SANATTIR

- Doğum **EKİBİ** Gereksiz Girişimleri Yapmayacak derecede **SAKİN ve SABIRLI**;
- Telaşa varmayacak derecede **HIZLI ve UYUM** içerisinde olmalıdır.

Planlı CS önerilmeyecek durumlar (NICE 2011)

- Komplike olmayan, ilk bebeğin baş prezantasyonunda olduğu ikiz gebelikler
- Preterm doğumlar
- SGA Bebekler
- Yüksek retroviral tedavi alan HIV+ hastalarda viral yük <400/ml
- Herhangibir retroviral tedavi alan HIV+ hastada viral yük <50/ml
- Hepatit B virüs enfeksiyonu
- Hepatit C virüs enfeksiyonu
- Termde rekürren genital Herpes enfeksiyonu
- BMI >50

Makat prezantasyonunun yönetimi

- (RCOG Green-top Guideline No. 20b March 2017 BJOG 2017; DOI: 10.1111/1471-0528.14465)
- (RCOG External Cephalic Version and Reducing the Incidence of Term Breech Presentation. BJOG 2017)

Antenatal Dönemde

- External sefalik versiyonun (ECV) başarı oranı %50 dir. Nulliparlarda 36. haftada yapılabilir. ECV, ameliyat imkanı olan merkezlerde yapılmalıdır.
- **ECV istemeyen bayanlar 33-35. haftalarda moxibustion deneyebilirler.**
- Persiste makat prezantasyon tanısı almış hastalar risk faktörleri açısından değerlendirilmelidir.
- Doğum, makat doğum konusunda tecrübeli sağlık personelinin olduğu acil CS yapılabilecek hastanelerde olacak şekilde planlanmalıdır. Bu hastanelerde tüm doğumhane personeli makat manevralarına hakim olmalıdır.
- Makat prezantasyonlarda indüksiyon uygulanmaz
- Perinatal mortalite riski 39 haftadan sonra yapılan CS lerde 0.5/1000, planlı vajinal makat doğumlarda 2.0/1000, planlı sefalik doğumlarda 1.0/1000 dir.
- Planlı makat doğumlar düşük Apgar skoru ve ciddi kısa dönem komplikasyon riskini artırır ancak uzun dönem morbiditeyi değiştirmez
- Maternal komplikasyonlar başarılı vaginal doğumlarda en az, planlı CS lerde daha yüksek ve normal doğum planlayan hastaların %40 ında gereken acil CS lerde en yüksek orandadır.
- Viabilite sınırı (22-26 hafta) öncesi makat prezantasyonlarında CS endikasyonu yoktur.

Anne Ortopedik Sorunları Sezaryen endikasyonu Oluşturur mu?

- Lumbal Disk hernisi: Sıklıkla sezaryen önerilse de sadece lumbal disk hernisi tek başına sezaryen endikasyonu oluşturmamaktadır. Obstetrik endikasyona göre davranılması önerilmektedir.
- Pelvik Fraktür olgularında sezaryen oranı yüksektir. Baş pelvis uygunsuzluğu yoksa sezaryen endike değildir.

Myoma Uterisi olan Gebeler:

Geniş submukozal myomlarda fetal malprezentasyon, uterus disfonksiyonu, ablasyo plasenta oranı artar. Normal doğum denenebilir. Elektif CS özellikle alt segment yerleşimli, serviks açılmasını, başın inişini engelliyorsa tercih edilmelidir. Aksi takdirde normal doğum denenebilir.

Maternal Kalp Hastalıkları

Uygunsuz ve yanlış bir öneri olarak CS endikasyonu olarak sıklıkla gündeme gelmektedir. Vaginal doğumun kardiyak riskleri daha azdır.

Doğumun ikinci evresinde ıkınmadan kaçınılmalı, forseps-vakum ile süre kısaltılmalı ve ıkınmanın önüne geçilmelidir.

CS 'da genel anestezi yerine kombine spinal-epidural anestezi tercih edilmelidir. Dolaşım durumu kötü olan hastalarda, entübasyon, pozitif basınçlı ventilasyon, farmakolojik ajanlar genel anestezi sırasında kardiyovasküler kollapsa neden olabilir. Bu hastalarda genel anestezi tercih edilmişse opioid bazlı anestezi uygulanması oldukça avantajlıdır.

Baş-Pelvis Uyumsuzluğu (BPU)

Tanısı aktif doğum eylemi sırasında konur. Daha önceden doğum yapmış mevcut fetusta makrozomisi olmayan, maternal anatomide değişiklik yoksa BPU olamaz.

- ACOG → Doğum denemesi olmadan BPU tanısı konamaz. Serviks 3-4 cm, 3 kont. /10 dk, 200 MVU
- Pelvimetre doğumun ilerlemeyeceğini tahmin edemez ve doğum şekli konusunda karar verirken kullanılmamalıdır. [NICE 2004]
- Ayakkabı numarası, maternal boy ve fetal kilo tahminleri (ultrason veya klinik muayene ile) BPU'nu doğru tahmin edemez ve ilerlemeyecek eylem tanısı koymada kullanılmamalıdır. [NICE 2004]

BPU tanısında kullanılabilecek yöntemler:

- Klinik Pelvimetri (gelişen ülkeler için çok önemli)
- X-ray
- BT
- MR
- USG

Kesin BPU

- Kontrakte pelvis
- Pelvik kemik kitleleri
- Spondilolistezis
- Ön sakrokoksigeal tm

Fetal BPU (sadece mevcut gebelik için)

- Hidrosefali
- Makrozomi

Göreceli BPU

- Alın geliş
- Yüz geliş – mentoposterior
- Oksiput posterior
- Baş defleksiyonları

Prematurite Sezaryen Endikasyonu Değildir

Preterm doğumlarda neonatal mortalite ve morbidite artmıştır. Ancak planlı CS ile bu durumun düzeltebileceği hala netleşmemiştir. O nedenle araştırma dışında rutin olarak CS önerilmemelidir (NICE 2011).

- Ø Baş gelişli düşük doğum ağırlıklı (<2500gr) aktif travaydan ve vaginal doğumdan kaçınmak hipoksi ve IVH (intraventriküler hemoraji) azaltığına dair kanıt yok
- Ø Baş gelişli düşük doğum ağırlıklı (<2500gr) doğum şekli beyin gelişimini ve perinatal mortaliteyi etkilemiyor
- Ø Sezaryen pretermelerde cerebral palsiyi azaltmıyor
- Ø Uzun süreli bir çalışma periviable fetuslarının beyin gelişiminde doğum şeklinin etkili olmadığını ortaya koymuştur
- Ø Pretermelerde travayın fetal beyine zarar vereceğini söyleyen hipotezlere karşı travayı beklemeden yapılacak sezaryenin pretermi daha da artıracaklarını kesindir.
- Ø 288 fetuslu (<2000gr) bir çalışmada vaginal doğumun veya çıkımda forseps uygulamasının periventriküler ve IVH artırmadığı gösterilmiştir.
- Ø 101 fetuslu (500< <1500gr) bir çalışmada vaginal doğumun, epizyotomi veya çıkımda forseps uygulamasının IVH artırmadığı gösterilmiştir.
- Ø Baş gelişli düşük doğum ağırlıklı (<2500gr) fetüslerde elektif sezaryende kaçınılmalıdır. Sezaryen gerektiğinde obstetrik kurallar uygulanmalıdır.
- Ø Doğumda maternal dokunun fetal başa kompresyon uygulaması IVH artırmaz. Dolayısıyla elektif forseps ve epizyotomiden kaçınılmalıdır.
- Ø 34 haftadan önce vakum kontrendikedir

Preterm Sezaryenlerde Dikkat edilmesi gerekenler?

- Uterus gerginliği azdır
- Alt segment az gelişmiştir
- İnsizyon daha derindir ve kanlıdır
- Transvers insizyonla fetusu çıkarmak zordur
- Fetusun yaralanma şansı fazladır
- Cerrah fetusu çıkarırken nazik olmalıdır
- Cerrah yapacağı insizyonu dikkatle seçilmelidir
- Transvers insizyon seçilirse cilt insizyonu ufak açılmamalıdır
- Alt segment iyi gelişmediyse vertikal insizyon seçilebilir

SEZARYENDE TROMBOPROFİLAKSİ

Sezaryen ile doğum venöz tromboemboli riskini iki kat artırır, ancak düşük riskli bir hastada bu risk düşüktür (1/1000). Tüm hastalarda cerrahi öncesi ve sonrası pnömotik kompresyon, hidrasyon ve erken mobilizasyon gibi önlemler alınmalıdır (NICE).

Düşük riskli elektif sezaryen olgularında DMAH ile tromboproflaksi önerilmemektedir. (Western Australian Clinical guideline).

Orta risk; elektif sezaryen bir ya da daha fazla risk faktör olan veya acil sezaryen ise 7 gün DMAH kullanılır (Kanıt düzeyi C). Risk faktörü 3 ten fazla ise tedavinin uzatılması düşünülmelidir.

Yüksek risk; VTE anamnezi olan veya antenatal heparin kullanımı gerekli olan olgularda doğum sonrası 6 hafta DMAH almalıdır.

Gebelikte VTE açısından risk faktörleri değerlendirilmiş olsa da doğum sonrası dönemde risk faktörleri tekrar değerlendirilmelidir.

Risk durumuna göre DMAH kullanılacak ise sezaryenden 6-12 saat sonra başlanabilir.

Doğum öncesi dönemde heparin alan ve sezaryen olan lohusalara tromboprofilaktik heparin ilk dozu postoperatif 4 saat sonra verilmelidir.

Daha önceden VTE hikayesi olan tüm lohusalara doğum şekli ne olursa olsun doğum sonrası en az 6 hafta DMAH/AFH veya warfarin ile tromboprofilaksi ve hematoloji konsültasyonu önerilmelidir.

RCOG, NICE ve ACOG, yüksek riskli hastalarda DMAH kullanımını önermektedirler. Ancak bu öneriler daha çok uzman deneyimine dayanmaktadır, randomize kontrollü çalışma ve metaanalize dayanmamaktadır. DMAH kullanımı politikaları sağlık ekonomisi ve fayda zarar analizleri yapılmadan oluşturulmuştur. Bu çalışmalara şiddetle ve ivedilikle ihtiyaç vardır.

SEZARYEN SONRASI NORMAL VAJİNAL DOĞUM (SSVD)

Birol Durukan

Mersin Şehir Hastanesi

Avrupa ülkelerinde tüm hamilelerin %65 – 85'i önceden geçirilmiş bir sezaryen sonrasında başarılı bir normal (vajinal yoldan) doğum gerçekleştirmektedir. Doğum esnasında önceki sezaryen yerinin açılması riski 1/200 dür.

SSVD Başarısına Katkıda Bulunan Faktörler;

- . Daha önce normal doğum yapmış olmak,
- . Doğum ağrılarının kendiliğinden başlaması,
- . Hamilenin normal kiloda ve boyda olması,
- . Sezaryenden sonra 2 yıl veya daha fazla süre geçmesi

Başarılı SSVD Yapma İhtimalini Bir Miktar Azaltan Faktörler

- . İlerlemeyen doğum nedeniyle sezaryen olmak
- . Bebeğin tahmini kilosunun 4000 gramın üzerinde olması.
- . Beklenen doğum tarihinin geçmesi (miad aşımı gebelik)
- . Annenin fazla kilolu olması (gebelikten önce BMI > 30)
- . Doğumun suni sancıyla başlatılması gerektiğinde
- . Çoğul gebelik durumunda başarı şansı azalır.

SSVD Ne Zaman Önerilmez?

1. Önceki sorunlu sezaryen ameliyatı (klasik sezaryen kesisi)
2. Önceki histerotomi veya karmaşık uterus cerrahileri sonrası
3. Uterus yırtılması öyküsü
4. Alt segment myometriyum kalınlığı < 2mm
5. Normal doğumu olmayan ve 4000 gram üzeri bebek mevcudiyeti
6. 3 ya da daha fazla sezaryen ameliyatı
7. Sezaryenle doğum gerektiren tıbbi endikasyon olması.
8. İki gebelik arasında 12-18 aydan daha kısa süre olması

Antenatal Değerlendirme

Mümkünse ilk trimesterde eski CS li hastalar SSVD hakkında bilgilendirilmeli ve istekli hastalara 2. Trimesterde değerlendirilmek üzere önceki sezaryen ile ilgili belgeleri ameliyat notu epikriz vs. getirmesi istenmelidir. 3. Trimesterdaki değerlendirmede hasta kararı ve SSVD uygunluğu için 32-36 hafta arasında gebenin SSVD adayı olup olmadığı, her iki doğum şeklinin iyi ve kötü yönleri, bireysel özellikleri, değerlendirilir. Hangi yöntemin daha uygun olduğuna hasta ile birlikte karar verilir.

Doğum seyri

Farklı bir durum olmayıp bu hastalarda gerekli durumlarda vakum ve forseps kullanılması da tavsiye edilmektedir. Sakınca yoktur. Doğum sonrası uterusun içerisine elle müdahale edilerek skar yerinin muayenesi yapılmamalıdır. Postpartum kanama varlığında USG ile eski CS kesi yerini değerlendirme gerekir.

Uterin cerrahiler sonrası (miyomektomi, septum rezeksiyonu vb) ve özellikle primer CS sonrası, hastalara ameliyatla ilgili bilgi notu (uterus kesi şekli, endometriuma girildi mi rüptür oldu mu?) verilmesi alışkanlık haline getirilmelidir. Bu not, hasta ve doktorun ileride doğru doğum şeklini seçmesi ve doğum zamanlaması açısından çok faydalı olacaktır.

Zeynep Kamil Eğitim ve Araştırma Hastanesi Anne Bilgi Mektubu Örneği Bu mektup bu gebeliğinizde geçirmiş olduğunuz sezaryen ameliyatı kararının hangi sebeplerle verildiğinin kısa bir özetidir. Bu bilgiler ayrıca size bir daha gebe kalmayı planladığınızda yol gösterici olabilir. Artık birçok kadın için herhangi bir sakıncalı durum yoksa bir sonraki gebeliğinde SSVD yapmak bir seçenektir. SSVD yapabilmek için kadınlara gereken en önemli bilgi, sezaryen ile bir sonraki doğum arasında beklenmesi önerilen sürenin en az 18-24 ay olduğudur.

1. tarihinde yapılan sezaryen ameliyatı gerekçeleri: (Üfelen bir veya daha fazla uygun seçenek işaretleyiniz)		
☐ İlerlemeyen doğum	☐ Suni sancı verilemedi	☐ Güven vermeyen fetal durum
☐ Transvers/ yan geliş	☐ Makat geliş	☐ Alın / yüz geliş
☐ Placenta Previa	☐ Geçirilmiş uterus cerrahisi	☐ Diğer
2. Sezaryen öncesi doğum takibi ☐ Var ☐ Yok Sezaryene alınırken serviks açıklığı..... cm		
3. Doğumun ilk evresinin süresisaattir, ikinci evresi..... saat sürmüştür.		
4. Enstrümental doğum denemesi ☐ yok ☐ var: ☐ Vakum ☐ Forseps ☐ Diğer		
5. Doğumda bebeğin başı: ☐ Önde ☐ Arkada ☐ Yanda		
6. Bebeğin başı: (-3 -2 -1 0 +1 +2) iskiyal spina ☐ seviyesinde ☐ üstünde ☐ altında		
7. Uterus ameliyatta çift kat kapatıldı: ☐ Evet ☐ Hayır		
8. Uterus Kesisi: ☐ Alt segment ☐ Transvers ☐ Alt segment harici ☐ Vertikal		
9. Bir sonraki doğumun SSVD olmasını engelleyen tıbbi veya obstetrik sebep var mı?		
Bu formu dolduran kişi İsim/Kaşe		İmza

Şekil 24. Uterin cerrahiler sonrası hastalara verilecek ameliyat bilgi notu formu örneği

Diğer dünya ülkelerinde yaygın olarak uygulanan SSVD'nin ülkemizde uygulanması için yapılması gerekenler:

1. Ülke çapında SSVD uygulamasının pilot hastanelerden başlanarak yaygınlaştırılması
- I. CS geçirmiş her hastaya, taburcu olmadan önce gelecekte doğum seçeneklerinin neler olabileceği ve zamanlaması konusunda bilgi verilmesi
- II. Uterin cerrahiler sonrası (miyomektomi septum rezeksiyonu vb) ve özellikle primer CS sonrası, hastalara ameliyatla ilgili bilgi notu verilmesi
- III. Deneyimli sağlık personeli sayısının artırılması
- IV. Klinik rehberinin hazırlanması ve yayımlanması
- V. Sağlık Uygulama Tebliğinde (SUT) SSVD için hekimin performans - ek ödeme işlemine dair girişimsel işlem puanı ve ek ödeme konması.
- VI. Çok merkezli çalışmaların dizayn edilmesi ve bu çalışmalar için partner kaydı – proje ortağı toplanması çalışmaların sonucunda toplumsal verilerin eldesi
- VII. Formların oluşturulması

DOĞUM ŞEKLİNİN MATERNAL PERİNATAL SONUÇLARI ÇALIŞTAY GRUBU

Moderatörler: Yıldız Atalay, Fahri Ovalı, Ferit Saraçoğlu

Katılımcılar

1. Yıldız Atalay, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Neonatoloji Bilim Dalı
2. Hüsnü Fahri Ovalı, İstanbul Medeniyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları
3. Ferit Saraçoğlu, Kadın Hastalıkları ve Doğum
4. Binnur Günaydın Gazi Üniversitesi anestezi
5. Halil İbrahim Yakut, Ankara Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları Hematoloji Onkoloji E.A.H
6. Şerife Suna Oğuz, S.B.Ü Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı E.A.H
7. Cüneyt Tayman, S.B.Ü Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı E.A.H
8. Cemal Atalay, Ankara Numune E.A.H
9. Dilek Uygur, S.B.Ü Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı E.A.H
10. Çetin Çam, Zeynep Kamil Kadın Hastalıkları E.A.H
11. Sabri Cavkaytar, S.B.Ü Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı E.A.H
12. Özlem Cavkaytar, Dr. Sami Ulus Çocuk E.A.H
13. Mehmet Tuğrul Cabioğlu, Başkent Üniversitesi Fizyoloji ABD
14. Fahri Bayıroğlu, Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi Fizyoloji ABD
15. Sema Ovalı, Acıbadem Hastanesi
16. Nurgül Kılıçaslan, İstanbul S.B.Ü Kanuni S. Süleyman Devlet Hastanesi

SEZERYAN SONRASIANNEDEKİ ETKİLER

Annede ağrı, pelvik adhezyonlar, infertilite, (sayı ile orantılı) artar.

CS sonrası 6. Aydaki gebe kalma oranı ve gebelik şansı azalır.

İlk bir yılda gebelik oranı azalır.

Dış gebelik, düşük oranı artar.

CS'ın ölü doğum artırdığı konusunda çelişkili sonuçlar mevcut CS kesisinde skarda gebelik ihtimali artar.

Anormal plasentasyon; placenta previa, ablatio placenta, placenta accreata ve percreta artar, CS sayısının artması ile daha da artar; 4'den fazla CS'de pl. previa 8 kat artar.

Ameliyat komplikasyonları olarak, DIC, şok, kanama, histerektomi, ölüm riski artar.

Bebek doğduktan sonra resüsitasyon ihtiyacı gösteren bebek ve perinatal ölüm oranı artar.

Doğum anında annenin verdiği onam, hukuksal açıdan kabul edilmeyebilir, hasta uygun zamanda, doğru bilgilendirilmeli ve onam alınmalı ancak hukuksal geçerliliği zayıf olabilir.

Robson kriterleri kullanılarak daha fazla bilgi sahibi olunmalı. Her CS vakasında belirtilmelidir.

Hasta güvenliği, doğumhanede hasta güvenliği artırılmalı, doğumhane standartları belirlenmelidir.

PELVİK ETKİLENME

Gebelik ve doğum sonrası, pelvik taban hasarı ve anal ve üriner inkontinanslar artar.

Doğum şekli ve cinsel disfonksiyon arasında ilişki net değildir.

Gebelik esnasında ve sonrasında yapılan pelvik taban egzersizlerinin cinsel fonksiyon üzerinde olumlu etkisi vardır.

Operatif doğumlarda pelvik taban hasarı en fazladır. Bu nedenle aletli doğumlar zorunlu olmadıkça endikasyon dışı kullanılmamalıdır.

Elektif CS'in cinsel fonksiyon üzerine koruyucu etkisi yoktur.

CS stres inkontinans üzerine uzun dönem koruyucu etkisi yoktur.

Postpartum 6. Ayda epizyotomisiz NSVD ile CS arasında pelvik taban disfonksiyonu açısından fark yoktur.

Forsepsle doğumlarda, uzamış 2. Evrede, anal sfinkter yaralanmalarında pelvik taban hasarı en fazladır.

Tüm doğumları CS olan kadınlarda bile son doğumdan 12 yıl sonra stress inkontinans sıklığı %40

Anal sfinkter hasarı: Primipar: %2.9, Multipar: %0.8, Forsepsle doğum: %7

Perineal travma ve cinsellik

Gebelik doğumdaki fizyolojik değişiklikler bazı anneler tarafından negatif biçimde algılanır

Bu anneler perineal travmadan kaçınmak ve cinsel fonksiyonların etkilenmemesi için sezeryan olmak istemektedirler. Postpartum cinsel disfonksiyon genellikle gelip geçicidir, çoğunluğu 6 ayda düzelir

Sağlık çalışanlarının %25 i sezaryenin annesi gelecekteki stres inkontinans ve cinsel fonksiyon bozukluklarından koruduğuna inanıyor

ANESTEZİNİN ETKİLERİ

CS için rejyonal anestezi (tek doz spinal, epidural, kombine spinal epidural) tercih edilir

Rejyonal anestezi Komplikasyonları: Hipotansiyon en sık, sinir hasarı çok nadir. Aseptik menenjit, geçici sinir hasarı çok nadirdir.

Bebeğe geçen ilaç miktarı ihmal edilebilir düzeydedir.

Genel anestezi, acil şartlarda ve spinal anestezi kontrendike ise yapılır.

Annede rejyonal anestezi, postop ağrı kontrolünde daha üstündür, bebek bağlanmasını kolaylaştırır.

Genel anestezi esnasında zor entübasyon riski normal popülasyondan çok daha fazladır.

Hastalar ağrıdan korktukları için CS istiyorlarsa, normal doğum sırasındaki ağrı giderme yöntemleri hakkında güven verilmeli, bilgilendirilmeli, ikna edilmelidir.

CS sonrası annede ağrı tedavisi yeterli olmazsa emzirme performansı olumsuz etkilenebilir.

Normal doğum için egzersiz önemlidir, (Pelvik kaslar, ligamanlar, karın kasları güçlenir.) psikolojik hazırlık da gereklidir.

Gebe okullarında yukardaki konular öğretilmeli, bu okulların sayısı artırılmalı, mümkün olduğunca her gebenin bu okullardan faydalanması sağlanmalıdır. Gebe okullarının standartları belirlenmelidir.

Eğitimli kişiler tarafından yapılan / öğretilen antenatal perineal masaj perineal travmayı azaltabilir.

Gereksiz epizyotomi azaltılmalı, bu konuda duyarlılık ve eğitim artırılmalıdır

KONJENİTALANOMALİLİ BEBEKLERDE SEZARYEN

Nöral tüp defektleri: verteks pozisyon dışı, hidrosefali varlığı, herniye kesenin 4-6 cm olması
Büyük hidrosefali (BPD> 10 cm, Baş çevresi > 36 cm)
Makrosefali: 2-3 SD üzerinde olması
Abdominal duvar defektleri: Gastroşizis, omfalosel, konjenital diyafragma hernisi (?)
İskelet displazileri
5 cm 'den büyük sakrokoksigeal teratom ve tümörler

SEZARYENİN YENİDOĞANA ETKİLERİ

Genel anestezi ile yapılan CS, Anne-bebek bağlanmasını geciktirir, rejyonel anestezide bu etkiler gözlenmez. CS ile doğan bebeklerde bağırsak florası bozulur, Lactobasiller ve bifidobakterlerin kolonizasyonu bozulur, ancak 6 aydan sonra fark kalmaz.
CS ile doğan bebeklerde alerjik hastalıklar ve kronik hastalıklar otoimmün hastalıklar, kanser vb daha fazladır. (hijyen hipotezi)
Normal doğumdaki flora ortadan kalkar, mikrobiyom olumsuz etkilenir.
Genel anestezi ile CS sonucu annede ağrı nedeniyle yeterli süt verilemeyebilir, mama başlanırsa flora etkilenir.
CS yapılan bebeklerde VD göre hastaneye yatışlar, akciğer sorunları, ventilatöre bağlanma sorunları daha fazla olur.
CS ile astım ve besin alerjisi riski artmaktadır.
Atopik dermatit, inhaler alerjiler, alerjik rinit açısından fark yoktur.
Tip 1 diyabet ile elektif, acil CS arasında ilişki bulunamamıştır, genetik farklılıklar ön plandadır.
Anne sütü nörogelişim, kognitif gelişimi olumlu etkiler, kronik hastalıkları azaltır.
Anne sütü alımını artırmak için anne dostu ve bebek dostu hastanelerin artırılması gerekmektedir.

DOĞUM TRAVMALARI

Genel olarak VD'da CS'na göre daha fazla
CS, doğum travmalarını azaltmakla beraber hepsini ortadan kaldıramaz
Doğum travmalarında en önemli faktör, bebeğin tahmini ağırlığı ve pelvisin durumudur
Travmalar ile ilgili hipoksik iskemik bebek oranı, büyük bebeklerde daha fazladır.
Fetal distressin tanısı ve takibi tartışmalıdır. Kriterlerinin oluşturulması ve gerekli donanımın sağlanması gerekmektedir.

SONUÇ:

CS, doğru endikasyonlarla yapıldığı zaman anne ve bebek için hayat kurtarıcıdır.
Perinatal ve neonatal yan etkileri ve olumsuz sonuçları fazla olduğu için “elektif sezaryen” ve temeli doğum ağrısı korkusuna dayanan uygulamaları azaltmak için gerekli çabanın sarfedilmesi,
Gebelik takiplerinde kadın doğum hekimlerinin sezaryenin ve vajinal doğumun anne ve çocuk üzerindeki olumlu ve olumsuz etkilerini her seferinde anlatması,
Vajinal doğumun faydalarının doğumdan sonra ve hayat boyu devam edeceğini fakat doğumun sürprizlerle dolu olduğu,
Vajinal doğum yapmak üzere izlenen gebenin doğum anında CS endikasyonu doğurabileceği de anne adayları tarafından bilinmesi vurgulanmalıdır.
Anne sütünün doğumun ilk dakikalarından itibaren kullanılmasının yaygınlaştırılması ve devam ettirilmesi için gerekli çabalar gösterilmelidir.

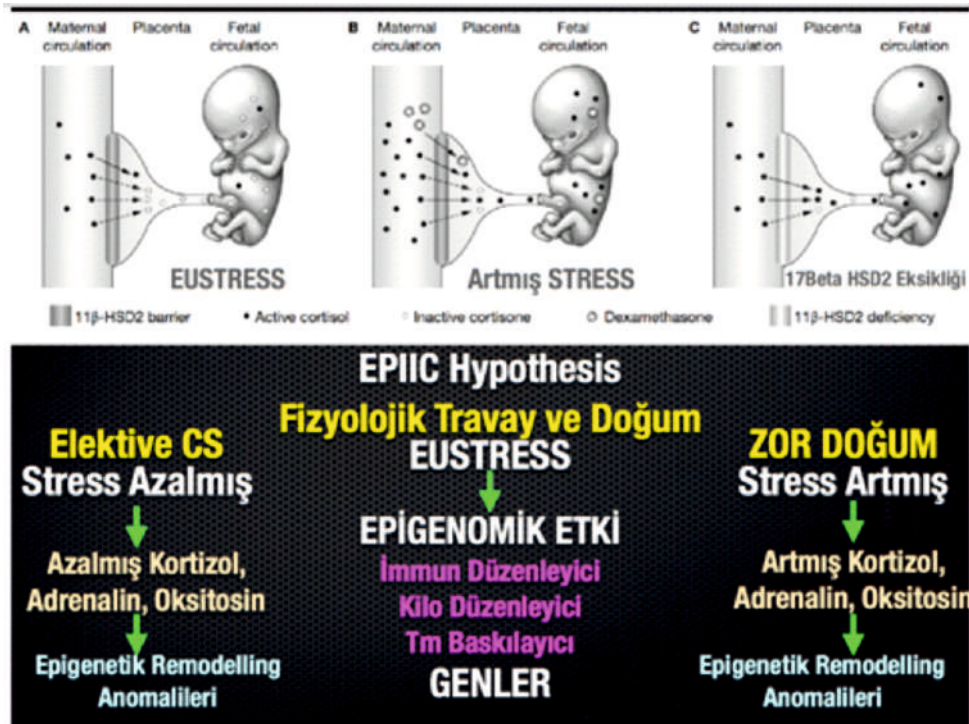
Kaynaklar

1. Nygaard I: Urinary incontinence: is cesarean delivery protective? Semin Perinatol 2006; 30: 267–71.
2. Wax JR, Cartin A, Pinette MG, Blackstone J: Patient choice cesarean: an evidence-based review. Obstet Gynecol Surv 2004; 59: 601–16.
3. Wesnes SL, Lose G: Preventing urinary incontinence during pregnancy and postpartum: a review. Int Urogynecol J 2013; 24: 889–99.
4. Sultan AH, Kamm MA, Hudson CN, Thomas JM, Bartram CI: Anal-sphincter disruption during vaginal delivery. N Engl J Med 1993; 329: 1905–11.
5. MacArthur C, Bick DE, Keighley MR: Faecal incontinence after childbirth. Br J Obstet Gynaecol 1997; 104: 46–50.
6. Nelson RL, Furner SE, Westercamp M, Farquhar C: Cesarean delivery for the prevention of anal incontinence. Cochrane Data-base Syst Rev 2010: CD006756.
7. Larsson C, Kallen K, Andolf E: Cesarean section and risk of pelvic organ prolapse: a nested case-control study. Am J Obstet Gynecol 2009; 200: 243 e1–4.
8. Klein K, Worda C, Leipold H, Gruber C, Husslein P, Wenzl R: Does the mode of delivery influence sexual function after childbirth? J Womens Health (Larchmt) 2009; 18: 1227–31 Neu, Rushing J.
Cesarean versus vaginal delivery: long-term infant outcomes and the hygiene hypothesis. Clin Perinatol. 2011 Jun;38(2):321-31. doi: 10.1016/j.clp.2011.03.008.

Barker Hipotezi ve Hijyen Hipotezi

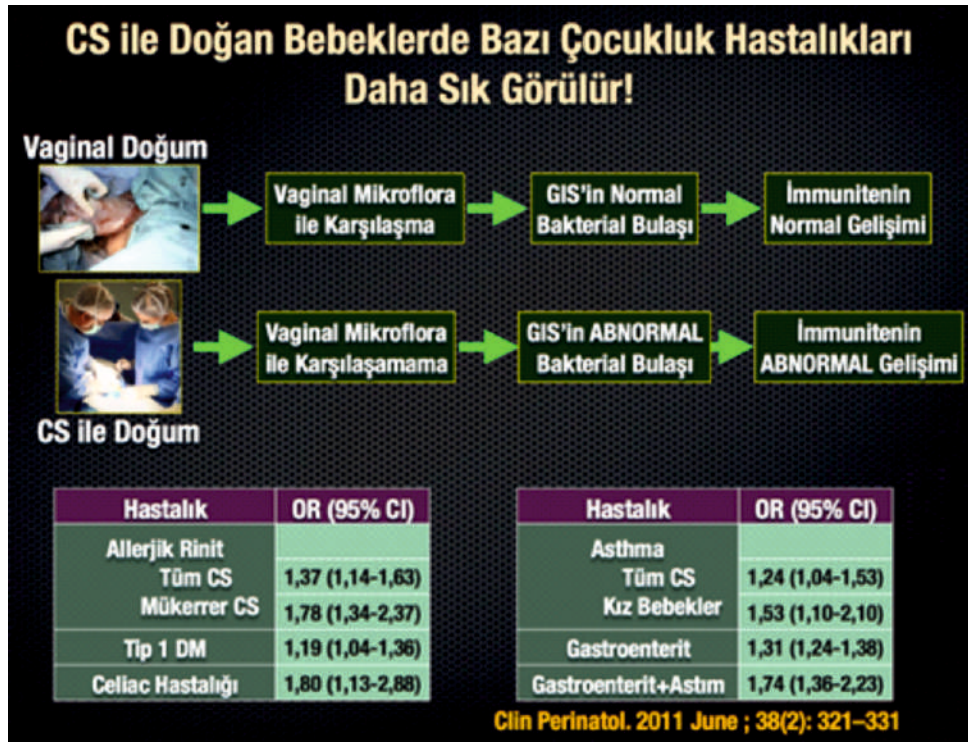
- Fetal hayattaki ve erken çocukluk dönemindeki **çevresel faktörler, diyet ve mikrobiyal çevre ile ilgili etkenler**, (CS ile doğum yada antibiyotik kullanımı vb) **İMMUN** ve **METABOLİK** programları dönüştürerek yaşamımızın ileriki dönemlerinde ortaya çıkacak sağlık sorunlarının ve immun sistem ile ilgili ve inflamatuvar hastalıkların gelişimine yol açabilir.

Clin Perinatol. 2011 June ; 38(2): 321–331



Namık Demir

Şekil 24. Hijyen Hipotezi: Artan CS oranları ile eş zamanlı olarak Tip 1 DM, Crohn, Multipl skleroz, gibi otoimmün hastalıklar ve astım, alerjik rinit ve atopik dermatiti gibi alerjik hastalıklar epidemi tarzında artışı dikkat çekmiştir.



Namık Demir



Namık Demir

Fakat 2017 Nature dergisinde Chu ve arkadaşları, yenidoğanda doğumdan hemen sonra burun deliği, ağız, ve derideki mikrobiyota vaginal ve CS ile doğan bebekte farklı olsa da 6. haftada fark olmadığı ile ilgili bir çalışma yayınladılar.

Chu DM, Ma J, Prince AL, Antony KM, Seferovic MD, Aagaard KM. Maturation of the infant microbiome community structure and function across multiple body sites and in relation to mode of delivery. Nat Med. 2017 Mar;23(3):314-326.

PLASENTA VE PLASENTAL PATOLOJİ

Prof. Dr. Erdener ÖZER

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Patoloji Anabilim Dalı

Plasenta, fetüsün ve yenidoğan bebeğin klinik durumu ile altta yatan maternal ve fetal hastalık arasındaki ilişkiyi ortaya koyan önemli bir organdır. Bu organın morfolojik ve histolojik özelliklerinin incelenmesi (patolojik inceleme); sadece tanısal, prognostik ve terapötik bilgi sağlamaz, aynı zamanda perinatal biyolojiyi anlamamıza da yardımcı olur. Bu nedenle obstetrisyen, neonatolog ve plasental patolojik arasında plasental patoloji açısından bilgi alışverişinde bulunulması, kimi zaman yenidoğanın klinik yönetiminde son derece yararlı olur. Bu açıdan bakıldığında plasentanın incelenmesi, perinatal dönemde olumsuz giden bir sürecin mantıksal olarak açıklanmasına, bu olumsuzluğun rekürens riskinin belirlenmesine önemli katkı sağlar. Elbette ki, plasentanın patolojik incelemesinin sağlayacağı bu katkı klinisyenler ve aile için de önemlidir.

Plasentanın gebelik boyunca kendine özgü iki önemli fonksiyonu vardır: Fetüs için gerekli metabolik substratı sağlamak ile fetüsü; genital mikroorganizmalar, maternal immün sistem ve çeşitli teratojenik ajanlar gibi olumsuz dış etkenlerden korumak. Bu nedenle perinatologların, plasental lezyonların yenidoğan hastalıkları üzerine olan patojenik etkilerini bilmeleri önemlidir.

Plasenta ve patolojik inceleme

Aslında prensip olarak, her perinatoloji merkezi için, kendilerine özgü bir plasenta inceleme endikasyonu listesi bulunmalıdır. Zira pratikte bir merkezde gerçekleşen doğumların yaklaşık %30-40 kadarının plasentasının incelenme endikasyonu vardır. Başlıca plasental inceleme endikasyonları şunlardır:

1. *Neonatal nedenler:* prematürite, İUGG, beklenmeyen neonatal sorun, konjenital anomali, fetal enfeksiyon kuşkusu, fetal hidrops, fetal hematolojik anormallikler vb. Kural olarak neonatolog tarafından bakıma ihtiyacı olan her yenidoğan bebeğin plasentasının incelenmesi gereklidir.
2. *Obstetrik nedenler:* intrauterin fetal ölüm, maternal hastalık, maternal enfeksiyon bulgusu, çoğul gebelik, oligo-polihidramnion, anormal plasenta vb.

Plasentanın doğum sonrası, üzerinde hasta protokolü bulunan bir kap içerisinde hemen buzdolabına konması, 7 gün kadar saklanması için yeterli olanak sağlar. Ancak plasentayı buzdolabına koymak için 1-2 saatlik süre yok ise, bu durumda plasenta hacminin 2-3 katı tamponlu formalin içinde saklanması uygundur. Bu şekilde plasentayı haftalarca saklamak mümkün olacaktır. Aslında yenidoğan döneminde bir sorunun ortaya çıkma ihtimaline karşın, tüm plasentaların en az 1 hafta saklanması, endikasyon gerçekleşmez ise atılması akılcı bir uygulamadır. Gerektiği durumlarda bebeğin geldiği hastanede plasenta incelemesi yapılmış ise, histolojik kesitler ve patoloji raporu istenerek, incelemenin sonuçları dikkate alınmalıdır. Her ne şartta olursa olsun, bir plasenta patoloğu için, inceleme yaparken yeterli klinik bilgiye sahip olmak son derece değerlidir.

Plasental hastalıklarda patogeneze

Plasenta basit olarak, fetal kan damarlarının içinde yer aldığı, trofoblastlar ile çevrili koryonik villuslar ile intervillöz aralıktan oluşur. Intervillöz aralığa desidua içerisinde yer alan spiral arteriollerden kan boşalırken, fetal damarlar vasıtasıyla besin ve gaz alışverişi tamamlanmış kan, göbek kordonu üzerinden bebeğe ulaşır. İşte bu anatomik kompartmanlarda gerçekleşen morfolojik değişiklikleri incelemek, yenidoğan bebeğin hastalıklarına neden olabilecek plasental patolojileri anlamamıza yardımcı olur.

1. *Maternal vasküler patoloji:* Intervillöz alanı besleyen maternal arterlerde stenoz, oklüzyon ya da rüptür uteroplazental kanlanma yetersizliğine neden olur. Bu durumların bir dizi morfolojik değişikliğe yol açtığı tanımlanmıştır. Bunlar arasında makroskopik olarak gözlenenler, plasental infarkt ve düşük plasental ağırlıktır.
2. *Fetal vasküler patoloji:* Umbilikal kord içerisinde bulunan fetal damarların trombotik oklüzyonu şiddetli koryoamnionit, fetal trombofilik durumlar ve maternal spesifik hastalıklarda görülebilir.
3. *Enfeksiyon ve enflamasyon:* Akut koryoamnionit genelde servikovajinal bakterilerin etkisi ile olur ve preterm gebeliğin en sık nedenidir. Histolojik bulgular kimi zaman enfeksiyonun süresini tayin etmede yardımcı olur. Subnekrotizan funusitis ve kronik koryoamnionitis bulgusu olan bebekler, kronik akciğer hastalığı gelişme riski taşır. Koryoamnionitte ortaya çıkan fetal enflamatuvar yanıt ise, neonatal mortalite için bir risk faktörüdür. Kronik plasentatite (villitis) genellikle intervillöz alana dökülen maternal kan akımı ile gelen özellikle TORCH grubu mikroorganizmalar neden olur.

4. *Gelişimsel ve yapısal lezyonlar:* Plasentanın gelişimsel anomalileri ya lateral büyüme ve membran oluşumu ya da vertikal büyüme ile ilgilidir. Birincisine örnek plasenta previa, ikincisine örnek plasenta akreata ya da perkreatadır. Diğer yapısal plasental anomaliler fetüste deformasyon ya da disrupsiyona yol açan anomalilerdir. Örneğin erken membran rüptürü ya da oligohidramnion sonucunda gelişen amniotik band gibi sekansiyal olaylardır. Ayrıca çoğul gebeliklerde görülen vasküler anastomozlar bir diğer yapısal patolojidir. Elbette ki plasentada gelişen tümörler de vardır.

Plasenta ve klinikopatolojik korelasyon

Plasentada izlenen çeşitli patolojik paternleri, yenidoğan döneminin hastalıkları ile ilişkilendirmek mümkündür. Kimi zaman plasentanın patolojik incelemesi ile gelen bilginin klinikopatolojik korelasyonu, ayırıcı tanıya önemli destek sağlayabilir. Bu bağlamda yenidoğan döneminin aşağıdaki sorunları ile plasental patolojiler ilişkilendirilebilir:

1. Preterm doğum: akut koryoamnionit, abrupsiyo plasenta (akut ya da kronik), kronik uteroplental perfüzyon azlığı, idyopatik kronik uterin enflamasyonu
2. İntrauterin büyüme geriliği: kronik uteroplental perfüzyon azlığı, etiyolojisi bilinmeyen villitis, abrupsiyo plasenta (kronik), fetal trombotik vaskülopati, perivillöz fibrin
3. Neonatal ensefalopati: abrupsiyo plasenta (akut), umbilikal kord travması
4. Serebral palsy (preterm): Şiddetli villöz ödem, koryonik damarlarda trombüs, multipl plasental lezyon
5. Serebral palsy (term): fetal trombotik vaskülopati, multipl plasental lezyon, abrupsiyo plasenta (kronik), şiddetli koryoamnionit

Kaynaklar:

1. Benirschke K, et al. The pathology of the human placenta. 5th ed. New York, Springer-Verlag, 2006.
2. Martin RJ et al. Fanaroff & Martin's neonatal-perinatal medicine. Disease of the fetus and infant. 9th ed. St. Louis, Elsevier-Mosby, 2011

DÜNYA EBELİK TARİHİ

Fatma Deniz Sayiner

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Ebelik bölümü öğretim üyesi

Ebelik insanlığın varoluşu ile başlar. Yıllarca ebelik anneden kıza geçen, yavaş gelişen bir meslek olmuştur.

- **M.Ö. 5000** – resimlerde çömelmiş ıkınan kadınlara ve onlara yardım eden ebe resimleri görülmüştür.
- İncilde ebelerden bahsedilmektedir. Ebeliğin kutsal bir meslek olduğu eski mısırdaki kral Pharaol'un ebeler Shifra ve Pua 'ya emirler verdiği gözlenmektedir. Ayrıca Musa Peygamber de ebelerin kutsallığını anlatmaktadır.
- Kaho'nun da **M.Ö. 2000** yılında ebelerden bahsettiği bilinmektedir.
- Eski Yunan'da Hipokrat'ın bazı doğumlara yardım ettiği bu nedenle de ona “erkek babaanne” dendiği bilinmektedir.
- Efesli Soranus **M.S. 98-138** ebelik hakkında yazılar yazmış ders vermiştir. Ebelerde olması gereken özelliklerden söz etmiştir. Kitabın adı “Gynaecology” dir.
- **15. yy** da Almanya'da ilk ciddi kitap 1513 yılında Euchariustr Hadio tarafından genç kadın ve ebe Roshengarton adı ile yazılmıştır.
- **1450** İngiliz ebeler lisanslarını Kardinaller Meclisinden aldılar.
- **1560** Fransız Kralı 3. Henry ebelik eğitiminde standartları belirledi ve ebelerin sınava girmesini sağladı.
- **1536–1636** doğum yardımı üzerine ebe Louise Bourgeois çok önemli yazılar yazmıştır ve pek çok yazıda referans olarak gösterilmiştir.
- **1649** JEAN LIOBAUT, Cenovalı ebelere doğumu kolaylaştırmak için Simfisis pubis eklemine genişletme yöntemlerini anlatmıştır.
- **1640** PRATICA – OF PHISICK kitabında doğum hızlandırmak için bazı ilaçlardan bahsedildi ve **kloroform** ebelikte kullanıldı.
- **1616** Elizabeth Cellien hastanelerde doğum ve lohusalık bölümü kurdu.
- **1700'lü yılların ortalarında forseps geliştirilmesi ile doğumda ebeler yerine kadın doğum uzmanlarının yer alması gündeme geldi**
- **1701** İngiltere ve Fransa'daki bu gelişmelere paralel gelişmeler Almanya'da da yaşandı. JUSKINA SIEGIMUNDIN ebelik üzerine öğrenci-hoca söyleşisi şeklinde bir kitap yazmıştır.
- Fransa'da 1745-1810 yılları arasında yaşayan Baudelockue 1775 de “Doğum Sanatının Esasları” kitabını yazmıştır.
- **1733** Marie Louise La Chapalle (1769-1821) adlı ebelik öğretmeni forseps uygulamalarındaki tekniği ile tanınmış 3 ciltlik bir kitap yazmıştır. 1773-1841 Marie – Anne Bouvin bol şekilli bir ebelik kitabı yazmıştır.
- **1819** da Laennec **steteskopu bulmuş** ve ilk kez obstetride kullanmıştır.
- **1857** Kraliçe Victoria'nın kloroformu resmen kabul etmesiyle doğum, daha çok kadın doğum uzmanları tarafından yaptırılmaya başlandı İngiliz Sir J.V. Simphson (1811-1870) forseps ve kloroformu ülkesinde obstetride kullanıma girdiren kişidir.
- **1940** Fransız obstetrisyen Dr.Fernand Lamaze **lamaze doğum tekniğini** tanımladı.
- **1960 Elektronik fetal monitor** icat edildi
- **1969** İrlanda'da O'Driscoll ve arkadaşları tarafından **doğum eyleminin aktif yönetimi** tanımlanmıştır

TÜRKİYE EBELİK TARİHİ

- Türklerin her devrinde ve kültüründe ebelik var. Doğuran kadına hizmet eden ebeler Türk kültüründe çok saygı ve itibar görmüş, iyi yaşamış bir meslek grubu idi.
- Ebeler usta-çırak usulü ile eğitiliyordu. Orta Asya Türklerinde doğuma önem veriliyor, kadınlar güvindikleri ebeler tarafından doğurtuluyordu.
- Doğumda kadına yardım eden ebe bir tanrıça gibiydi. (Umay Ana)
- Osmanlılarda ebeleri başlıca 3 gruba ayırmak mümkün;
 - Saray ebeleri “Gümüş Çakılı Ebe”, “Eli Güzel Ebe”, “Sallabaş Ebe”, “Çantalı Ebe”
 - Kibarebeleri
 - Halkebeleri
 - Kanlı ebeler zorlanılınca embriyotomi yapmak gerekirse çağrılıyordu.



Resim 8. Osmanlı dönemi hemşirelerimiz

- **1854-56** Dünyada modern anlamdaki hemşireliğin başlangıcı, Kırım Savaşı sırasında, Florence Nightingale ile başladığı kabul edilmektedir. F. Nightingale rahibelerden ve sivil hastanelerdeki kişilerden seçilen 38 kişilik bir hemşire kafilesi ve malzeme ile İstanbul'a gelmiş F. Nightingale' in yaralı ve hastalara bilgi ve şefkatle bakması onun efsaneleşmesine neden olmuştur. Böylece Türkiye; Üsküdar Selimiye Kışlasında dünyaca ünlü hemşire liderin verdiği hizmetlerle mesleğin doğuşuna tanıklık etmiştir.
 - **1838** kürtaj yasaklandı
 - **1842** batıl inançlı ebelerin anne ölümlerine sebep oldukları ile ilgili ferman
 - **1892** İstanbul'da **ilk doğum kliniği Viladethane (doğumevi)** Dr. Besim Ömer Paşa tarafından kuruldu
 - **1911** yılında **Trablusgarp** ve **1912** yılında **Balkan Savaşlarında** yaralanan askerlerin büyük kayıplar vermesiyle ve bu askerlerin bakımı için duyulan gereksinimle hemşirelik başlamıştır. Kızılhaç'ın Washington Kongresi'ne katılan Dr. Besim Ömer Paşa ve Dr. Nihat Reşat Belger, hemşireliğin bir meslek olduğunu ve branşlara ayrıldığını gözlemişler. Yurda dönüşlerinde, Besim Ömer Paşa Kızılay Cemiyeti'ni (Hilal-i Ahmer) uyararak, ülkenin hemşirelik mesleğine olan gereksinimini dile getirmiş ve bir Hemşire okulunun açılmasının zorunlu olduğunu belirtmiştir. Kızılay Cemiyeti, bu öneri üzerine ilk defa İstanbul'da Kadırga semtindeki Hastanede 6 ay süreli gönüllü hasta bakıcı kursu açmış. Bu kursta ilk dersi Prof. Dr. Besim Ömer Akalın vermiş. Balkan Savaşları ile birlikte Türk Kadını hastanelerde çalışmaya başlamıştır.
- 1913 – 1914** yıllarında üniversite konferans salonlarında tertiplenen kurslara çok sayıda öğrenci katılmış. Bu öğrencilere hasta bakımı üzerine çeşitli bilgiler verilmiş. Kursları bitirenlerden **Safiye Hüseyin (Elbi)**, **Kerime Salazar**, **Münire İsmail**; Çanakkale ve Balkan Savaşlarında gönüllü hasta bakıcılığı yapmışlar ve büyük fedakârlıklar göstermişlerdir.



Resim 9. Ebelerin ebesi Dr. Besim Ömer Paşa

Ebelik Eğitimi Tarihimiz

19. Yüzyılda ebelik mesleği başlangıçta ölkemizde anadan kızına geçmekte, görgü ve deneyime dayanmaktaydı.

1840 Mekteb-i tıbbiye de sınavla ebeler alınmaya başlandı.

1841 Paristen 2 adet yabancı ebe eğitim vermek üzere getirildi

1842 yılında 2 yıllık ebelik kursları ebe sınıfında başlatıldı. Teorik dersleri hekimler, pratik bilgileri ebe hocalar vermeye başladı.

1845 İlk kez bu eğitimi tamamlayanlara yabancı ebelerin yaptıkları sınav sonunda diplomaları verildi. Bu tarihten sonra eğitimi ve ruhsatı olmayan ebelerin çalışmaları engellendi.

1843 Kadınlara mahsus olmak üzere Haseki Sultan Darüşşifası açıldı.

1847 Guraba Hastanesinin de Kadın Hastaları için bir bölüm açıldı.

1846 Mekteb-i Tıbbiye (Tıp okulu)'de ebelik yapan hanımlara doğum bilgisi vermek üzere 2 yıl süreli “ilk ebelik kursu” açılmıştır (günde 1 saat, haftada 2 gün ders verilmiş). Başarılı olanlara 1848 yılında ilk sertifikalar verilmiştir.

1880 Dr. Besim Ömer Paşa, kursa kayıt ve kabul koşullarını ve ders programlarını yeniden düzenlemiş, Türkçe bilmeyi ve 30 yaşını geçmemiş olmayı koşul olarak öngörmüştür.

1908 Sivil tıp okulunun açılmasını takiben “Eczacı, Dişçi, Kabile ve Hastabakıcı Kadınlar Mektebi, açıldı

1909 Haydarpaşa Tıp Fakültesi kurulmuş ve Kadırga'daki binalarda ilk Ebe Okulu ve Kadın Hastalıkları Kliniği açılmıştır. Bu okula ilkokul mezunu, 30 yaşını geçmemiş kız/kadınlar alınmış ve ders programlarında klinik uygulamaya yer verilmiştir

1911 Hilâl-i Ahmer Cemiyeti (Kızılay) tarafından, 6 aylık hastabakıcılık-hemşirelik kursları başlatıldı ve kursa katılan gönüllülere kurs bitiminde diplomaları verildi. Balkan, Çanakkale ve I. Dünya Savaşı sırasında bu gönüllü hemşireler hastanelerde erkeklerle birlikte çalışmaya başladılar.

1920 “İç İşleri Bakanlığı'na bağlı Sağlık Genel Müdürlüğü tarafından değişik illerden getirilen İlkokul mezunu kızlar Kadırga Kızılay Barakalarında” 2 yıl yatılı okutularak diğer illerin ebe ihtiyacı karşılanmaya çalışılmıştır.

1924 Tıp Fakültesine ortaokulu bitirmiş kız ve kadın öğrenciler alınarak 3 yıl süreli eğitilmişlerdir. Aynı yıl İstanbul Şişli Çocuk Hastanesi'nde 50 kişilik 2 yıl süreli yatılı eğitim veren “ Ebe - Öğrenci Yurdu” açılarak Ebeler yetiştirilmiştir.

1928 Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarz-ı İcrasına Dair Kanun, özel bir eğitimle yetişmemiş (Diplomasız) ebelerin doğuma yardım etmelerini yasaklamış ve suç saymıştır.

1937 S.S.Y. Bakanlığınca değişik kentlerde, eğitim süresi farklı (9 ay, 1 yıl, 1.5 yıl, 2 yıl ve 3 yıl) Sağlık Okulları açılmıştır. Bu okullarda eğitim-öğretim parasız ve yatılıdır. Hemşire yardımcılığı, hizmetlerini ve köy ebeliği görevlerini yürütecek elemanların yetiştirildiği 2 bölümü vardı

1938-1946 Kırsal alana ebelik hizmeti götürmek üzere Milli Eğitim Bakanlığı Köy Enstitülerinde ebelik dalı oluşturulmuş, Köy enstitüleri kapanınca bu ebelik eğitimi son bulmuştur.

1978 Sağlık Okullarına son verilmiştir.

1969-1970 “İstanbul Üniversitesi Ebe Okulu Yönetmeliği” uyarınca bu okulların öğrenim süresi 4 yıl olarak belirlenmiş, 15-25 yaşındaki ortaokul / kız enstitüsü mezunu kız öğrenciler yatılı / gündüzlü olarak alınmış ve Sağlık Lisesi konumuna getirilmiştir

1952 S.S.Y.B. bağlı olarak İlk Ebe Okulu Ankara Doğumevinde açılmıştır. Değişik illerde 1946 yılından beri ortaokula dayalı hemşire-ebe-laborant okullarında ebe yetiştirme çabalarını sürdürmüştür.

1961 Zeynep Kamil/İstanbul

1964 Gaziantep

1966 Isparta'da sadece ebe yetiştirmek amacıyla okullar açılmıştır.

1986-1987 S.S.Y. Bakanlığı tarafından LİMME projesi çerçevesinde Lise mezunlarının alındığı 1 yıllık ebelik kursları da açılmıştır. Ancak 1990 yılından itibaren öğrenci alımı durdurulmuştur.

1991-1992 Sağlık Meslek Liseleri sayısı 281'e çıkarılmıştır.

1995 Sağlık Lisesi düzeyinde eğitim veren ebe/hemşire okulları Yüksek Sağlık Şurası Kararları doğrultusunda öğrenci alımını durdurmuşlardır. 1995 yılından sonra sağlık meslek liselerine ebelik öğrencisi alınmadı. Sağlık meslek lisesi mezunu ebelerden bir kısmı lisans tamamlama programını bitirdi bir kısmı bitirmedi

18 Ocak 2014 torba kanun ile ebe en az ön lisans mezunu olacak sağlık meslek lisesi ebe yardımcısı yetiştirecek.

<i>Eğitim Basamağı</i>	<i>Yılı</i>	<i>Okul Adı</i>	<i>Süresi</i>
Kurs	1843	Tıbbiye Mektebi Ebeler Kursu	2 yıl
İlkokul	1909 –	Kadınca Ebe Okulu	2 yıl
İlkokul	1924-1936	İstanbul Tıp Fakültesi Ebe Okulu	3 yıl
İlkokul	1936-1961	Balıkesir, Konya Köy Ebe Okulu	1 yıl
Ortaokul	1961-1978	Sağlık Okulu	3 yıl
Lise	1978-2008	Sağlık Meslek Lisesi	4 yıl
Ön Lisans	1985-1999	Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu	2 yıl
Lise	1986-1990	Tamamlama Programı	18 ay
Lisans	1996	Sağlık Yüksekokulu/Sağlık Bilimleri	4 yıl
Yüksek Lisans	2003	Ebelik Yüksek Lisans Programı	2 yıl
Doktora	2013	Ebelik Doktora Programı	4 yıl

Tablo 25. Ebeler Eğitimi Kronolojisi (Düzce üniversitesi sağlık Bilimleri Enstitüsü dergisi 2016;6 (1): 46-50)

EBELİK ÇALIŞTAY GRUBU

Moderatörler: Aydan Biri, Lale Taşkın, Dudu Aktürk

Katılımcılar

1. Aydan Biri Ankara Yüksek İhtisas Üniversitesi Kadın Hastalıkları ve Doğum ABD
2. Lale Taşkın Başkent Üniversitesi Doğum ve Kadın Hemşireliği
3. Salim Erkaya Etlik Eğitim Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum
4. İsmail Özdemir Kanuni Sultan Süleyman Hastanesi
5. Fatma Deniz Sayiner Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Ebelik bölümü öğretim üyesi
6. İlknur münevver Gönenç Ankara Üniversitesi Ebelik Bölümü Öğretim Üyesi
7. Önder Tosun Diyarbakır Gazi Yaşargil Eğitim Araştırma hastanesi
8. Rüya Günaydın SB Hukuk Müşaviri
9. Emine Aydın THSK hukuk müşavirliği
10. Şule Selman Biruni Üniversitesi
11. Aysun Kabasakal SB üreme sağlığı dairesi
12. Emine Acar THSK 1. basamak sağlık kuruluşları aile hekimliği uygulama daire başkanlığı
13. Fevzi Turgut AHEF gen sekreteri
14. Cem Bilgiç AHEF hukuk komisyonu üyesi
15. Serap Açıkgoz Çepni SB sağlık hizmetleri gen müd meslek standartları dairesi
16. Gülderen Öztürk Özel hastaneler platformu
17. Sevil Serin SB Sağlık mevzuat dairesi
18. Dudu Aktürk SB eğitim sertifikasyon dairesi
19. Mehmet Yumrutaş Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Zoonoz ve Vektörel Hastalıklar Daire Başkanlığı
20. Havva Çoban Sağlık Bilimleri Üniversitesi Zekai Tahir Doğum Hastanesi, Ebe
21. Ayşenur Karaman Ankara Üniversitesi ebelik öğrencisi

Ebe; gebelik, doğum ve doğum sonu dönemde kadınla iş birliği halinde kadına gereksinim duyduğu destek, bakım ve danışmanlığı sağlayan, kendi sorumluluğunda doğumu yaptıran, yenidoğan ve bebeğe bakım veren sorumluluk sahibi ve güvenilir bir profesyoneldir. Bu doğrultuda ebelik hizmetlerindeki eksiklikler ve aksaklıklar direkt olarak anne bebek sağlığını olumsuz etkileyecektir. Ebelik hizmetlerinin etkinliğinin kadının doğum şekline yansımaları olduğu düşünülmektedir. Bu çalıştay doğrultusunda ebelik çalıştay grubunda doğum şekli tercihinde ebenin rol ve sorumlulukları incelenmiş, olası sorunlar ve çözüm önerileri 4 başlıkta toplanmıştır. Bunlar;

1.Ebelik eğitimindeki sorunların doğum şekline yansıması ve çözüm önerileri

Ebelik eğitiminin vizyonu; uygulamalarını mesleki değerler, etik ilkeler ve ebelik felsefesi doğrultusunda, güvenli ve otonomi sahibi olarak gerçekleştirebilen ebeler yetiştirmektir. Bu amaca ulaşmak için eğitim programları, ebenin hizmet sunumunda gereksinim duyacağı bilgi, tutum ve beceriyi kazandıracak şekilde yapılandırılmaktadır. Bu doğrultuda ebelik eğitiminin standardize edilmesi ve mezun bir ebenin hangi yeterliliklere ve yetkinliklere sahip olması gerektiğinin ortaya konması oldukça önemli bir konudur. Fakat, yapılan ebelik çalıştay sonuçlarına göre ülkemizde her yıl mezun olan ebelerin yaklaşık 3'te 2'sinin, esas alınan Avrupa Birliği direktiflerine göre belirlenen kriterleri sağlamasına rağmen, bunun dışında kalanların sağlayamadığı ön görülmektedir. Bu doğrultuda ebelik eğitiminin standardizasyona ve iyileştirmeye ihtiyacı vardır. Uluslararası Ebeler Konfederasyonu (ICM), tüm dünyada ebelik eğitiminde standardizasyonun sağlanabilmesi için çalışmalar yürütmekte ve ebelik mesleğinin temel yeterliliklerini ortaya koyarak eğitimin asgari koşullarını belirlemektedir (Ek 1). ICM, nitelikli bir ebelik eğitiminin akademik bir dereceden ziyade yeterliğe dayalı ve klinik uygulama ağırlıklı olması gerektiğini, eleştirel düşünme, klinik karar verme ve problem çözme becerilerinin geliştirilmesinin önemli olduğunu vurgulamaktadır.

Ülkemizde ebelik eğitimi veren üniversiteler arasında öğretim elemanı, alt yapı, staj olanakları v.b kriterler açısından ciddi anlamda farklılıklar bulunmaktadır. **Bazı üniversiteler, ebe eğitimi sorumluluğu almalarına rağmen, öğrencilerine pratik eğitim verebilecekleri ortam sağlayamamaktadırlar.** Ebelik eğitiminde eğitim-araştırma hastanelerinden ve üniversite hastanelerinden yeterince destek alınamamakta, ebe öğrencilerin mezuniyet kriterlerini sağlayacak şekilde sağlık kuruluşlarında klinik uygulama yapma imkanı fiilen bulunmamaktadır. Belirtilen bu kurumlarda Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanlığı alanında eğitim alan asistanların bulunması ebelerin travayda gebe takibi, doğum yaptırmaya gibi bazı uygulamaları yerine getirmede öncelikli olarak görülmemesine ve bu alandaki uygulamalarında staj yapılan kurum tarafından bazı kısıtlamalara gidilmesi neden olmaktadır. Bu durumda ebelik eğitimi veren üniversiteler bu ihtiyacı karşılamak adına kurumsal çözüm üretme çabasına girmekte ve uygun olmayan sağlık kuruluşlarından destek almaya çalışmaktadır. Sonuç olarak, ebelerin kaliteli bir eğitim alması ve nitelikli olarak mezun olması olumsuz etkilemekte ve bu durum mezuniyet sonrasında ebelerin hizmet sunumuna yansımaktadır. Etkin ebelik hizmetlerinin yürütülmesinde eğitim, öncelikle ele alınması gereken bir konu olup, **saha uygulamalarındaki bu sorunun ivedilikle çözülmesi gerekmektedir. Sorunun çözülmesinde ise ebelik eğitiminin kurumsal protokollerle yürütülmesi,** bu protokoller kapsamında ebelik öğrencilerin mezuniyet kriterlerini karşılaması için gerekli uygulamaları yapabileceği şartların taahhüt edilmesi, mezunları için gerekli yeterlilikleri ve kriterleri sağlayamayacak kurumlarda ebe eğitiminin bu şartlar sağlanana kadar durdurulması önerilmektedir.

Yetkin ebe yetiştirmenin önündeki engellerden bir tanesi de ebe eğitimcilerin sayısal yetersizliğidir. Bu sorunun çözümünde, ebelerin saha eğitimlerinde uzman ebelerin ve yetkin/tecrübeli ebelerin mentor olarak görev alması, bu doğrultuda üniversiteler ile kamu kuruluşları arasında protokollerin hazırlanması önerilmektedir. Sahada aktif olarak çalışan ebelerin, mesleğin akademisyenleri ve klinisyenleri arasındaki iletişimi arttıracak, eğitimin teorik ve pratik kısmı arasında köprü görevi görecek düşünülmemektedir.

2. Ebelerin istihdam sorunlarının doğum şekline yansımaları ve çözüm önerileri

Ülkemizde yaklaşık 53 bin ebe çalışmakta olup, bu ebelerin 47 bini Sağlık Bakanlığına bağlı Kurumlarda 3500'i özel hastanelerde, 750 ise üniversitelere bağlı kuruluşlarda istihdam edilmiştir. Sağlık Bakanlığına bağlı kurumlarda istihdam edilen ebelerin yaklaşık 23.000 'i, kamu hastanelerinde, 24 bin ebe ise birinci basamak sağlık hizmetlerinin yürütüldüğü kurumlarda görev yapmaktadır. Kamu hastanelerinde görev yapan ebelerden, sadece 2500'ü doğum odası ve kliniklerinde çalışmakta olup, 7000 'i jinekoloji ve yenidoğan kliniklerinde çalışmakta, 13 bin ebe ise diğer kliniklerde hemşirelik hizmetlerinin sürdürülmesini sağlamaktadır. Birinci basamak hizmetlerde görev alan 24 bin ebeden 12700 ebe Aile Sağlığı Merkezlerinde istihdam edilmiştir. Her yıl yaklaşık 3000 ebe mezun olmaktadır ve son yıllarda yapılan atamalarda ebeler daha ağırlıklı ASM/TSM alanlarında istihdam edilmektedir.

Ebelerin istihdam edildikleri alanlar incelendiğinde kendi görev yetki ve sorumlulukları dışında pek çok alanda çalıştırıldıkları görülmektedir. Bu durum ebelerin, alan dışında çalışmasına, ebeğin görev yapması gereken yerlerde ise personel açığının olmasına ve farklı meslek gruplarının bu alanlarda istihdam edilmesine neden olmaktadır. Farklı alanlarda çalışan ebelerin, alan dışı çalıştıkları süre arttıkça tekrar ebelik mesleğine oryante edilmesi ve kaliteli bir hizmet sunması zorlaşmaktadır. Ayrıca ebelerin daha az istihdam edildiği üniversite ve özel hastanelerin sezaryen doğum oranlarının yüksek olması, ebeler tarafından sunulan hizmetin doğum algısı ve doğum şekli üzerinde etkili olduğunu düşündürmektedir. Bu sorunun çözümünde ebelerin alan dışında çalıştırılmaması, alan dışı çalışan ebelerin belirli bir yıl (5-10 yıldan az gibi) gözeterek, hizmet içi eğitimlerle tekrar ebelik mesleğinin gereklerini yerine getirebilecek donanıma getirilmesi önerilmektedir. Ayrıca sağlık kuruluşlarında ebelerin istihdam edilmesi gereken yerlerde standardizasyonun (kaç gebeye kaç ebe, kaç doğuma kaç ebe v.b) sağlanması ve gerekli denetimlerin yapılması sorunun çözümüne katkı sağlayacaktır. Bu nedenle sağlık kuruluşlarında doğum odası açılması için gerekli olan personelin sayı ve nitelik açısından bir yönetmelik ile tanımlanması, Örneğin özel hastanede her kadın doğum hekimi için en az 2 ebe istihdamı zorunlu olmalı ve doğum odasında sadece ebe çalışmalı gibi koşullar getirilmesi önemlidir. Doğumların %44'ünün özel hastanelerde gerçekleşmekte olduğu unutulmadan özel hastanelerdeki yüksek sezaryen oranının azaltılmasında, özel hastanelerde hemşirelik yapmak için değil bizzat ebelik rolleri için ebe istihdamı sağlanmalıdır.

3.Ebelerin görev yetki ve sorumlulukları sorunlarının doğum şekline yansımaları ve çözüm önerileri

- Yoğunlukla doğum hizmeti veren sağlık kuruluşlarında sağlık bakım hizmetleri müdürünün ebe olmaması nedeniyle kurum içi ebeler hizmetleri koordine edilememektedir. Bu durum perinatal hizmetlerin planlanmasında aksaklıklara neden olmakta ve bazı kurumlarda yanlış planlamalar nedeniyle gebeler yeterli ebe desteği alamamaktadır. Ebein doğum hizmetlerine yeterli destek veremediği kurumlarda ise sezaryen oranları yükseleceği düşünülmektedir.
- Kamu, Özel ve Üniversite hastaneleri için doğum odasında çalışacak personele ilişkin standartlar (Kaç gebe/doğum için kaç ebe v.s) açıkça belirlenmemiştir. Bu nedenle bazı kurumlarda ebelerin iş yükü çok fazla iken, bazı kuruluşlarda istihdam fazlası ebeler çalıştırılmaktadır. Hizmette eşitliğin olmaması bu kurumlardan hizmet alan kişileri olumsuz etkilemektedir.
- Doğumda ebe desteğinin artırılması için çalışanların memnuniyetlerinin, kurumsal ailetlerinin artırılması, doğum ünitelerinde ebeler açısından cazip hale getirilmesi gerekmektedir. Bunun için **doğumla ilişkin birimlerin acil servis ve yoğun bakım üniteleri gibi riskli birim sayılmaması ve performans puanlarının buna göre hesaplanması gerekmektedir.** Ayrıca ebeler uygulamalarının (postpartum bakım, emzirme danışmanlığı v.b) SUT'da tanımlanması, böylece doğumu destekleyen uygulamaların ücretlendirilmesi önemlidir. Ek olarak bizzat doğumu izleyen ve yaptıran ebein doğum başına ücret alması gibi uygulamaların ebeleri teşvik edeceği ve motivasyonu arttıracığı düşünülmektedir.
- Ebelerin performans ödeme katsayısı, lisans mezunu olan diğer sağlık personeli ile aynı düzeyde değildir. Bu iyileştirmenin yapılması eşitliğin sağlanması açısından önemlidir.
- Ebelerin mesleği ile ilgili mezuniyet sonrası eğitimler hizmet puanı ile ödüllendirilebilir. İleri eğitimler için ekonomik ve idari kolaylıkların sağlanabilir.

Birinci Basamakta Ebeler Hizmetleri Sağlıkta dönüşüm programı sonrası en fazla değişim birinci basamak hizmetlerinde olmuştur. Ülkemizde birinci basamak gebe eğitimleri artık TSM'ler tarafından verilmektedir. TSM'lerde gebe izlemi yapılmazken gebe eğitiminin buradan verilmesini hizmetin amaca ulaşmasına bir engel olacağı ve hizmetin etkin olamayacağı aşikardır.

Gebelerin doğum tercihlerinde antenatal hizmetler ve gebenin doğuma hazırlık süreci çok önemli bir rol oynamaktadır. Ebelerin ise bu hizmeti yürütmekte kilit kişi olduğu düşünülmektedir. Fakat ülkemizde, pratikte 1. basamak sağlık hizmetleri kapsamında ebeler hizmeti sunulmamaktadır. Ebeler 1. basamakta Aile Sağlığı Elemanı (ASE) olarak çalışmakta, tanımlanmış görev, yetki ve sorumlulukları dışındaki hizmetleri yürütmektedir. Ayrıca ebelerin yürütmesi gereken doğum öncesi izlem ve bakım hizmetleri ATT gibi diğer sağlık personelleri tarafından yapılabilir. ASM'de ASE olarak tanımlanan sağlık personelinin etkin bir gebe izlemi sağlayamayacağından etkin bir gebe izleminin yapılamayacağı aşikardır. Ayrıca gebelerin izlem ve danışmanlıkları telefon ile yapılabilir. Sadece telefon ile verilen hizmetin gebe izlem ve danışmanlık hizmeti kapsamında sayılmasının doğru bir yaklaşım olmadığı düşünülmektedir. Tüm bu aksaklıkların hizmetlerin kalitesinin ve etkinliğinin azaldığı ön görülmektedir. Bu durum gebelerin bu merkezlerden hizmet almamasına ve bu kurumlara başvurmamasına neden olmaktadır. Bu hizmetin düzgün bir şekilde sağlanması gebenin izlemi sırasında ebe ile temas etmesi sağlıklı bir gebelik ve doğum süreci için gereklidir.

İkinci basamak sağlık hizmetlerinde yaşanan sorunların da doğum şekli tercihine katkı sağladığı düşünülmektedir. Sağlık Bakanlığı verilerine göre tüm doğumların %29 u ebeler eşliğinde yapılmaktadır. Bu sayı çok düşüktür. Dünya literatüründe ebe eşliğindeki doğumlarda sezeryan oranları düşüktür. Büyük il merkezlerinde eğitim ve araştırma hastanelerinin büyük bir kısmında doğum salonlarında gebelerin önemli bir kısmı ebeler tarafından izlenememektedir. Gebelere travayda yeterince ebe desteği verilmemekte ve ebeler hemşireye benzer bir rol üstlenmektedir. Bu durum sezaryen oranlarına olumsuz olarak yansıdığı düşünülmektedir.

Hastanelerde düşük risk grubu olan gebelerin takibinin ve doğumunun ayrı bir alanda ebeler tarafından yaptırılması uygun bir çözüm olabileceği ön görülmektedir.

- 2. Basamakta çalışan ebelerin doğuma hazırlık sınıflarında aktif olarak rol alması doğum tercihini belirgin olarak değiştireceği düşünülmektedir.
- **Doğuma hazırlık sınıfları** sezaryene temel olan kadın söylemlerinden biri olan doğum korkusunun giderilmesi anne adayının bilgilendirilmesi ve desteklenmesi açısından oldukça önemli olmasına rağmen hali hazırda bu derslere yeterince katılım sağlanamamaktadır. Bu durumda doğuma hazırlık sınıflarına katılım sağlanması için kurumlarda gebenin ilk başvurusunu bu sınıflara yapmadan o hafta alacağı hizmete ulaşamamasının sağlanması başarılı bir sistem olabilir. Çok sayıda kurum ve kuruluş sağlık otoritelerinin kontrolü dışında doğuma hazırlık ve gebelik eğitimi sunmaktadır. Bunların önemli bir kısmı eğitici eğitimi şeklinde yürütülmektedir. Ve özellikle doğum koçu/doğum destekçisi adıyla ortaya çıkan bir grubun ebelik hizmetlerinin engelleyebileceği beklenen bir sonuçtur. Bu konuda henüz bir yasal düzenleme yapılmamıştır.
- Travayda her gebe bir ebe tarafından izlenmeli ve fiziksel, psikolojik ve sosyal destek veren ebelerin doğum odasında istihdamı sağlanmalıdır.

Ebelerin ağrı ile baş etmede non farmakolojik yöntemleri uygulaması önemlidir. Doğumda ebelerin nonfarmakolojik yöntemleri uygulaması rutin ebelik uygulamaları arasında olup ebelik müfredatı içinde yer almaktadır. Geleneksel, Alternatif ve Tamamlayıcı Tıp uygulamalarından, özellikle doğum öncesi, doğum süreci, doğum sonrası ve laktasyon dönemlerinde anneye bakım verirken yaralanılmakta, aynı zamanda bebeklerin gelişimsel bakımlarının desteklenmesine yönelik özelleştirilmiş (homoepati, aromaterapi, Akupres, Fitoterapinin geleneksel-bitkisel ürünleri, refleksoloji-ayak masajı vb.) uygulamalar yapılmaktadır. Bu uygulamaların anne ve bebek sağlığına pek çok faydası olduğu bilimsel olarak kanıtlanmıştır. Fakat ebelerin bu uygulamaları bağımsız olarak yapması “Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Yönetmeliği” ile ülkemizde engellenmiştir. Yönetmelikte, “Uygulamalar Bakanlıkça yetkilendirilmiş ünite ile uygulama merkezlerinde ve ilgili alanda “uygulama sertifikası” bulunan tabip ve sadece diş hekimliği alanında olmak üzere diş tabibi tarafından yapılabilir.” ifadesi belirtilmektedir. Bu yönetmelik kapsamında ebeler, ilgili konularda eğitim alsalar bile sertifikalı bir hekim gözetiminde olmadıkça bu uygulamaları (masaj, aromaterapi, akupressür v.b) yapamamaktadırlar. Bu anlamda anne ve çocuk sağlığının geliştirilmesi ve bakımında ebelik alanına özel uygulamalar göz ardı edilmemelidir. Sağlık bakanlığı, pek çok çalışma grubunda ebeleri non farmakolojik yöntemleri uygulamaya teşvik etmektedir. Ayrıca ebeler tarafından bu yöntemlerin uygulanmasının normal doğuma teşvikte önemli rol oynadığını vurgulamaktadır. Ülkemizde ise bakanlıkça yetkilendirilmiş ünite sayısı ve sertifikalı hekim sayısı oldukça azdır. Ebeler, çalıştığı kurum bakanlıkça yetkilendirilmiş olmadıkça ve eğitilmiş hekimin olmaması durumunda bu uygulamaları gebe üzerinde uygularsa yönetmeliğe aykırı davranmış olmaktadır. Bu durum büyük bir çelişkiye neden olmakta, gebenin ebeden etkin doğum hizmeti almasında bir engel teşkil etmektedir.

Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Yönetmeliğinde önerilen değişiklik Madde 6 (1) Uygulamalar Bakanlıkça yetkilendirilmiş ünite ile uygulama merkezlerinde ve ilgili alanda “uygulama sertifikası” bulunan tabip ve sadece diş hekimliği alanında olmak üzere diş tabibi, sadece ebelik uygulamaları alanında ebeler tarafından yapılabilir.” (3) Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanelerinde sadece ebelik alanında uygulama yapılabilir.

Ülkemizde doğum ağrısının rahatlatılmasında kullanılan yöntemlerin etkinliğini inceleyen çalışmalara bakılırsa bu çalışmaların uzun yıllardır hemşire ve ebe akademisyenler tarafından yapıldığı görülmektedir. Yönetmelik kapsamında bu meslek gruplarına uygulama yetkisi verilmemesi bu alanda yapılan akademik çalışmaları da olumsuz etkileyecektir. Dünyada birçok uygulama örnekleri olduğu gibi ülkemizde de uygulanması hem mesleki gelişimin desteklenmesi hem de ebelerin uygulama alanlarında bilimsel çalışmalar ile yapabilecekleri fikri üretimin geliştirilmesi açısından son derece önemlidir. Kültürel uygulamaların bilimsel olarak tanımlanması şansı tanıyacağı gibi alternatif Nobel ödüllü İnna May GASKİN örneğinde olduğu gibi ülkemizde normal doğum uygulamalarına dönüş için bir fırsat olacaktır.

HALK SAĞLIĞI, TARİH, SOSYOLOJİ, İLETİŞİM ÇALIŞTAY GRUBU

Moderatörler: Seçil Özkan, L. Hilal Özcebe, Sare Davutoğlu

Raportörler: Burcu Küçük Biçer, Asiye Uğraş Dikmen

Katılımcılar

1. Seçil Özkan, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD
2. L. Hilal Özcebe, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD
3. Sare Davutoğlu, Muayenehane İstanbul
4. A. Banu Ergöçmen, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü
5. Şebnem Canpolat, TÜİK Demografi İstatistikleri Daire Başkanlığı
6. İbrahim Polat, İstanbul S.B.Ü Kanuni Sultan Süleyman E.A.H
7. Arif Güngören, Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları Doğum AD
8. Asiye Uğraş Dikmen, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD
9. Elif Yılmaz, Gazi Üniversitesi
10. Burcu Küçük Biçer, Yüksek İhtisas Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD
11. Müge Demir, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Tarihi ve Etik AD
12. Sibel Güneş, Türkiye Gazeteciler Cemiyeti
13. Derya Tükenmez Avcı, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlık İnsan Gücü Planlama Daire Başkanlığı
14. Esra Yaman Kansız, Sağlıkın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü
15. Tolga Akkuş, Sağlıkın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü Halkla İlişkiler Daire Başkanlığı
16. Aynur Basık, Hatay Devlet Hastanesi
17. Mehmet Aytac Yüksel, Sağlık bilimleri Üniversitesi Kanuni Sultan Süleyman Hastanesi
18. Seda Demirci Şengül, Sağlık Bakanlığı Sağlıkın Geliştirilmesi Dairesi
19. Akile Reşide Gülsoy, Beykent Üniversitesi Sosyoloji AD
20. Gülşah Döğer, Sağlık Bakanlığı THSK, Sorumluluğu Geliştirme P. Çok Paydaşlı Sağlık UK Birimi

I. ALINACAK ÖNLEMLER

1. MEDYA

Medya, halkın algı yönetiminde önemli rol oynamaktadır. Sezaryen konusunda medyada yer alan haberler ise, uzman sağlık habercileri, ulusal ve yabancı ajanslar, hastane muhabirleri aracılığıyla yapılmaktadır. Sağlık Bakanlığı'nın açıklamaları, kamu, özel hastane hekimleri, bilimsel kongrelerde yayınlanan araştırmalar, tıbbi hata olayları sezaryen konulu haberlerin yapılmasında önemli rol oynamaktadır.

Ø *Mesajlar olumlu hale getirilmeli*

Sezaryen konulu haberlerde verilen mesajlarda ciddi sorunlar vardır. Medyanın verdiği mesajlarda siyasi söylemler ön plandadır. Siyasi söylemler bilirkişilerin danışmanlığında hazırlanmalıdır. Mesajlarda, ceza, denetim gibi kavramlar ön plana çıkarılmaktadır. Ceza kavramının sezaryenle eş değer tutulması kamuoyunda duvara çarpma etkisi yarattığı söylenebilir. Normal vajinal doğumun bilimsel olarak anne çocuk sağlığı için daha iyi olacağını gösteren mesajlar ön plana çıkarılmalıdır. Fakat gerektiği takdirde sezaryen yapılmasının da gerekliliği vurgulanmalıdır. Kadının nasıl doğum yapacağı konusunda kişisel hak olarak gördüğü alana müdahale ediliyor duygusu da yaratmamak gerekmektedir. İnsanların çok izlediği dizilerde verilen mesajlara dikkat edilmeli, diziler yapımı sırasında sağlık danışmanı kullanılmalıdır.

Ø *Kadınları normal vajinal doğum konusunda bilgilendirecek kişiler, medyada vurgulanmalı*

Haber kaynakları medyada sezaryen yerine normal vajinal doğumu ön plana çıkarırken bilginin alınacağı adresi mutlaka vurgulanmalıdır. Kamu hastanelerinde gebe eğitimi veren kurumlar, eğitimciler ön plana çıkarılmalıdır. Gerçek ve doğru bilginin, gebenin ilişki içerisinde olduğu ve gebeyi tanıyan sağlık personeli tarafından verileceği vurgulanmalıdır.

Ø *Normal vajinal doğumun insan hakkı olarak konforlu olanaklarla sağlanabileceği vurgulanmalı*

Kadınlarda kültürel olarak iz bırakan ağrılı doğum hikayelerinin izini silecek konforlu olanaklarla doğum yapılacağı mesajı verilebilmelidir. Ağrısız normal vajinal doğum yapılabileceği bilgisi verilmelidir. Kamuda ve özelde konforlu doğum olanaklarını sağlayan hastaneler ön plana çıkarılmalıdır.

Ø *Normal vajinal doğum ile ilgili mesajlar düzenli aralıklarla verilmeli*

Normal vajinal doğum ve sezaryen konulu mesajlar medyaya düzenli yer almamaktadır. Çalıştay, kongre gibi konular gündeme gelince haberler sıklaşmaktadır. Türkiye Gazeteciler Cemiyeti ve Eğitim Sağlık Muhabirleri Derneği gibi kurumlar İstanbul'da yapılacak toplantılarda ortak olarak yer alabilirler. Başta uzman sağlık habercileri olmak üzere, mesajlar düzenli olarak toplantı ve bültenlerle tüm medyaya ulaştırılabilir.

2. TIP EĞİTİMİ ve HEKİMLER

Hekimleri sezaryene yönlendiren sebeplerin ilk sıralarında, komplikasyon korkusu ve günlük yaşamı planlama sıkıntısı yer almaktadır. Hekimler arasında sezaryen ile para kazanma kaygısı söz konusu değildir. Hekimlerin normal vajinal doğum yaptırma çekincelerini azaltmak için, mezuniyet öncesi eğitime önem verilmeli ve tıp öğrencileri mezuniyet öncesi dönemde doğum yaptırabilme deneyimine sahip olmalıdır. Kadın hastalıkları ve doğum uzmanı hekimler, asistanlık dönemlerinde normal vajinal doğum konusunda gerekli pratiği tamamlamalı, mezuniyet sonrası normal vajinal doğum yaptırma konusunda tereddüt yaşamamalıdır.

➤ *Hasta hekim iletişimi güçlendirilmeli*

İletişim çok önemlidir. Hasta hekim arasındaki problemler iletişim eksikliğinden kaynaklanmaktadır. Bu yüzden, mezuniyet öncesi eğitimlerde iletişim becerileri eğitimlerinin standardize edilerek tamamlanması önemlidir. Yine komplikasyonların hastalara bildirilmesi sürecinde doğru iletişim kurulması ve psikolojik açıdan gebelerin desteklenmesi hukuk boyutunun azaltılmasında başarılı olacaktır.

➤ *Gebelerin kaygıları azaltılmalı*

Kadın hastalıkları ve doğum uzmanları (epidural analjezi, pudental analjezi) ağrısız normal vajinal doğum yaptırma konusunda hizmet içi eğitimler beceri kazanmaları sağlanarak, gebelerin çekincelerini aşım ve toplumsal yanlış inanışların önüne geçilebilir. Kadın hastalıkları ve doğum uzmanı hekimler, mezuniyet sonrası vajinal doğum yaptırma konusunda tereddüt yaşamamalıdır Aile hekimleri gebe takiplerinde sunulan hizmetin ücretsiz olduğu konusunda gerekli mesajları vermelidir. Analık sigortasının hiçbir sağlık güvencesi olmayan gebeler için kullanılabileceği bilgisi yayılmalıdır.

3. EBELERİN DURUMU

Üreme sağlığı bir bütündür. Ekip çalışmasının güçlendirilmesi sezaryen oranlarını azaltacaktır. Ebeler doğumda bir kadın hastalıkları ve doğum hekiminin koruması altında sorumluluk ve yetki verilerek çalışması sağlanmalıdır. Çünkü sayıları yeterli olmakla birlikte doğumlar konusunda yetkilendirilmemeleri sorun yaratmaktadır. Bununla birlikte herhangi bir problemlili durumda da, hemen hekim ve gerekli tıbbi yardıma ulaşılması gerekir.

Tecrübesiz ebelerin doğumhanelerde bulunması komplikasyon ve sezaryen oranlarını arttırmaktadır. Bu nedenle doğumhanelerde, deneyimsiz ebelerin deneyimli ebeler yanında çalışmasının sağlanması, hizmetin doğru sunumu ve devamlılığı açısından önemlidir.

➤ *Ebe eğitimleri düzenli olarak yenilenmeli*

Ebeler için günümüz şartlarına uygun olarak hazırlanmış, güncellenmiş normal vajinal doğum ve sezaryen doğumlarda izlenecek prosedürleri anlatan rehberler hazırlanmalıdır. Bu rehber hazırlanırken meslek örgütleri, ilgili dernekler, halk sağlığı uzmanları, iletişim uzmanları, kadın doğum uzmanı hekimler, ebeler ve sağlık idarecilerinden oluşan gruplardan destek alınmalıdır.

➤ *Ebelerin motivasyonu artırılmalı*

Ebeler, doğumhanede çok yoğun ve sorunlu bir tempoda çalıştıktan sonra, daha rahat bir bölümde çalışmanın yollarını aramakta ve doğumhaneler deneyimsiz ebelerle bırakılmaktadır. Tecrübesiz ebelerin doğumhanelerde bulunması komplikasyon ve sezaryen oranlarını arttırmaktadır. Doğumhanelerde çalışan ebelerin diğer alanlarda çalışan ebe ve hemşirelere göre ekonomik açıdan desteklenmesi, kliniklerde hizmet sunma motivasyonunun sağlanması açısından önemlidir. Ebelerin motivasyonları arttırılarak doğumhanelerde uzun süre kalma istekleri arttırılmalıdır.

➤ *Ebelerin mesleki sorumluluk sigortası hakkı olmalı*

Ebelerin mesleki sorumluluk sigortası olmadığı için, karşılaşılabilecek mahkemeler ve hukuksal süreç, ebelerin doğumhanede çalışmak istememesine sebep olabilmektedir. Sigorta hakkı sağlanması gerekmektedir.

4. SAĞLIK İNSAN GÜCÜ PLANLAMASI

Türkiye'de Ocak 2017 itibariyle toplam 52.493 ebe bulunmakta olup yaklaşık 48.000'i kamu sektöründe çalışmaktadır. Kamu sektöründe çalışan ebelerin ise yaklaşık %58'i, kendi mesleklerini icra etmemekte, çoğunlukla hemşirelik hizmetleri olmak üzere farklı servis ve birimlerde çalışmaktadır.

➤ **Sağlık İnsan gücü planlaması çok iyi yapılmalı**

Tecrübeli ve kıdemli ebelerin doğumhanelerde çalışmaları teşvik edilmeli ve istihdamları sağlanmalıdır. Bunun için de, yukarıda belirtildiği gibi motivasyonları artırılmalı ve sigorta hakları olmalıdır. Sağlıkta çalışan insan gücü dağılımında son yıllarda iyileşmeler olsa da, halen büyük bir düzensizlik gözlenmektedir. Bu sayıların belirlenmesinde aylık-yıllık doğum sayıları, perinatoloji yatak sayısı ve birinci/ikinci basamak sağlık kurumlarında hizmet sunulan nüfus göz önüne alınmalıdır. Yenidoğan yoğun bakım ünitesi yatak sayıları, erişkin yoğun bakım ünitesi yatak sayıları ile kadın doğum hekimi, ebe ve perinatolog sayılarının dağılımında yaşanan sorun giderilmelidir. Yığılma olan merkezlerden eksiklik çekilen merkezlere personel kaydırılması çözüm sağlayabilecektir. Kurumlara nüfusa göre sağlık personeli ataması yapılırken, sadece kayıtlı nüfus baz alınmaktadır. Fakat ülkemizde göz ardı edilemeyecek sayıda mülteci bulunmaktadır. Personel atamalarında, o bölgede bulunan mülteciler ve mevsimlik işçiler de göz önünde bulundurmak gerekmektedir.

SHGM Sağlık İnsan Gücü Planlama Daire Başkanlığı, sağlık meslek alanlarına yönelik makro planlama yani ülke düzeyinde planlama yapmakta. Ebelik kapsamında, ilgili meslek görev tanımlarının yer aldığı mevzuat doğrultusunda, iş yükü bileşenlerini oluşturmakta ve iş yükü analizi yaparak (DSÖ İş Yükü Analiz Yöntemini örnek alarak) ülke düzeyindeki ihtiyacı ve gelecek projeksiyonları belirlemekte. İl-hastane bazında mikro düzeyde planlama ve istihdam çalışmalarını Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu (TKHK) yapmaktadır. Birinci basamak ebelik insan gücü dağılımını ise Türkiye Halk Sağlığı kurumu yapmaktadır. İnsan gücü planlamaları farklı kurumlarca yapıldığı için sağlıkta çalışan insan gücü dağılımında büyük bir düzensizlik gözlenmektedir. Üniversite mezunları da atama alamadıklarından şikayetçi durumdadırlar. YÖK, Tıpta uzmanlık kurulu, kamu hastaneler birliği, sağlık hizmetleri genel müdürlüğü, halk sağlığı kurumu insan gücü planlama birimleri arasında koordinasyon sağlanmalı.

Branş	Personel Sayısı				
	Kamu	Üniversite	Özel	Diğer	Toplam
Kadın Doğum Uzm.	2.160	527	2.710	23	5.420
Ebe	47.764	737	3.938	54	52.493
Doğumhanede	2617				
Hemşire	103.505	22.571	26.834	946	153.856

Tablo 26. Kurumlarda çalışan kadın doğum uzmanı ebe ve hemşire dağılımı
(1 Ocak 2017, Sağlık Bakanlığı Aktif Çalışan Veri Tabanı)

Branş	Personel Sayısı			
	1. Basamak	2. Basamak	3. Basamak	112 Acil
Ebe	25.745	19.989	6.759	
Hemşire	19.970	81.457	52.429	
Acil Tıp Teknisyenliği	2.448	4.404	746	20.457

Tablo 27. 1.2.3. Basamakta çalışan ebe hemşire ATT sayısı
(1 Ocak 2017, Sağlık Bakanlığı Aktif Çalışan Veri Tabanı)

	Ebe sayısı		ebe sayısı
Kamu Hastaneler Birliğinde kadrolu	22847	Kadrosu kamuda olup dış görevde olan	994
Hemşire yetkisinde	8572	Aile hekimliği sözleşmesi	637
Doğum salonunda çalışan	2617	Genel sekreterliklerde sözleşmeli personel	222
Toplam YDYB da çalışan	1169	Sağlık bakanlığı merkez, halk sağlığı kurumu, il sağlık müd	131
Acilde çalışan	1754	Sağlık bakanlığı merkez	22

5.EVDE DOĞUM

Ülkemiz evde doğumların özendirilmesi konusunda henüz uygun şartlarda değildir. Zaten Avrupa'da (Almanya-Fransa-Avusturya) ebeler hem hastanede hem toplumda görev yapıyorlar, buna rağmen evde doğum yapma sıklıkları düşük, yaklaşık %1-2 civarındadır.

➤ *Doğumhaneler düzenlenebilir*

Hastane bünyesinde T biçimli doğumhaneler geliştirilebilir. T'nin iki kolunda ebeler normal vajinal doğum hizmeti sunarken T'nin uzun kısmında endikasyonların gelişmesi durumunda müdahale edebilecek düzeyde bir ameliyathane ve hekimlerden oluşan hizmet sunumu gerçekleştirilebilir. Bu doğumhanelerde ebeler, hekimlerin koruması altında çalışabilirler.

6. GEBELER İÇİN İZLENECEK YOL

➤ *Aile hekimlerinin Rolü*

Doğum öncesi bakımda aile hekimleri unutulmamalıdır. Çünkü birinci basamak kurumları, gebelerin en kolay ulaşabileceği sağlık kuruluşlarıdır. Bu hizmet sırasında hekim gebe ile doğru iletişim kurarak gebelik, gebelik dönemindeki uygulamalar ve yapılacak testler, doğum yeri ve şekli ile doğum sonrası bakım konusunda yeterli ve standardize edilmiş bilgi vermelidir. Gebeler aile hekimleri tarafından doğum yapacakları hastaneler açısından ayrıntılı olarak bilgilendirilmelidir.

➤ *Gebelerin Tercihleri*

Gebelerin özel hekim ve hastaneleri tercih ettiği bilinmektedir. Aile hekimleri gebelerin doğumun devlet hastanelerinde/üniversitelerde yapılması konusundaki ön yargılarını yenmeleri için yeterli iletişimi ve bilgilendirmeyi yapmalıdır. Gebelik, doğum ve doğum sonrası bakım konularında eğitim almayı istemeleri sağlanmalıdır. Hastanelerdeki gebe okullarında eğitim alma konusunda teşvik etmelidir. Bu süreç yetişkin eğitiminin bir parçası olduğu için doğru yöntemlerle yapılmalıdır. Burada görsel medya kullanılarak eğitim alma özendirilmelidir ve gebenin bu eğitimi alması için hastanede gebeler için olanaklar (ör çocukları için bakım vb) sağlanmalıdır.

➤ *Gebelerin İhtiyaçları*

Doğum süreci annenin psikolojisini etkilemektedir. Gebenin bütün ihtiyaçlarının karşılandığı ortam hastanelerde sunulmalıdır. Normal vajinal doğumda konforun sağlanması (aneljezi, sağlık personeline ulaşım, iyi iletişim...vs) gebelerin normal vajinal doğuma yönelmesini sağlayacaktır.

7. SİSTEMLE İLGİLİ ÖNERİLER

Ø *Gebe İzlemi ve hekimlerin iş yükü*

Rehberlere göre her gebe 4-5 kez izlenmeli ve izlem süresi 30 dakika olmalıdır. Mevcut şartlarda hekim (Kadın hastalıkları ve doğum ve aile hekimi) başına düşen hasta sayısı gebe izlemi için çok yüksektir. Sistemde yapılacak düzenlemeler ile hekimin günlük baktığı hasta sayısı azaltılmalı ve hastaya ayrılan nitelikli zaman artırılmalıdır.

Mevcut düzende aile hekimi başına düşen nüfus 3500-4000 civarındadır. Hekimler gebe izlemlerini istenen düzeyde sağlayamamaktadır. Bu nedenle hekim başına düşen nüfus azaltılmalı ve nüfustaki gebe-çocuk dağılımı düzenlenmelidir.

Doğumhane standartları belirlenmelidir. Ebelerin doğumhanede doğum yaptırabilmesini ve gerektiği zaman doktora kolay ulaşımını sağlayan T biçimli doğumhaneler geliştirilebilir. Minimum doğumhane personeli ve cihazları belirlenerek her kuruluştaki mevcudiyeti sağlanmalıdır. Yenidoğan yoğun bakım ünitesi ve erişkin yoğun bakım ünitesi doğumhane bulunan kuruluştaki kapasite ve nitelik açısından gözden geçirilmelidir. Maternal yoğun bakım konusunda yetkin anestezi uzmanları erişkin yoğun bakımı hizmeti sunmalıdır. Doğumhane bulunan merkezler, maternal ve perinatal mortalitenin önlenmesi için kan merkezleri ile desteklenmelidir. Kan merkezi bulunmuyorsa rezerv kan stoklarının bulunması devamlı olarak sağlanmalı ve istendiğinde hızlı ve bol kan ve kan ürünlerinin temini sağlanmalıdır.

8. HUKUKSAL DURUM

Ø *Ebelerin Korunması*

Ebelere doğum ve doğuma bağlı komplikasyonlar sonrası doğabilecek yaptırımlardan korumak amacıyla 'mesleki zorunluluk sigortası' uygulaması başlatılmalıdır. Hekimlere uygulanan malpraktis davaları sezaryen oranlarını arttırmaktadır. Doğum tercihleri için hastaya tam ve eksiksiz bilgi verilmeli, hatta daha sonraki doğumlarda oluşabilecek ve daha ileride gelişebilecek problemler tarafsız bir şekilde anlatılmalı, hastayı sezaryene yönlendirebilecek şekilde bilgi verilmesinden kaçınılmalıdır. Doğum tercihleri ile komplikasyonları konuşarak; doğum şeklini hekim hastasıyla beraber karar vermelidir. Bu sorumluluğu paylaşmalıdır.

Ø *Uygun Malpraktis Kanunu*

Aslında sağlıkta uygun bir Malpraktis kanunu bulunmamaktadır. Hekimlerin davaları, borçlar kanunu ve ceza kanunu ile çözümlenmek istenmektedir. Bu kanunlara göre de, hekim hak etmediği suçlarla yargılanabilmektedir ve defansif davranabilmektedir. Bu yüzden acilen bir malpraktis kanunu hazırlanmalıdır.

Ø *Hukuksal Bakış açısı*

Hiçbir doktorun hastasının zarar görmesini istemeyeceği açıktır. Hukuk doktorları cezalandıran değil koruyan tarafta bulunmalıdır. Hekime kasıt ve ihmal olmadığı sürece dava açılmaması gereklidir. Bu sayede hekimler tecrübe ve becerilerini daha sağlıklı kullanarak normal vajinal doğumlar konusunda var olan korkularını giderebilecektir. Bu yüzden hukukçuların doğum özelinde eğitim almaları ya da meslek kuruluşları yoluyla bilgilendirilmeleri gereklidir. Dava açılan durumlarda bilirkişiler hekimlere karşı suçlayıcı dil kullanmamalıdır.

9. ÖZEL KURUMLAR

Özel kurumlarda kamuya nazaran sezaryen yapma sıklığı daha yüksektir. Bu yükseklik, hekimlerin zamanı tüm hastalarına göre ayarlama çabası, hekimlerin kendi hayatlarını planlama kaygısı ve özele başvuran gebelerin doğumda muhakkak kendi hekimini isteme durumundan kaynaklanmaktadır. Bu kurumlara başvuran entellektüel düzeyi yüksek kişiler, sosyal nedenlerle sezaryen yapılmasını istemektedirler. Özel kurumlarda hekimler ekip kurarak gerektiği durumda hastasını diğer arkadaşına teslim ederek doğumları normal seyrine döndürebilirler. Bunu yaparken gebelere gereken bilgiler verilmeli, gebe her durumda bu ekipten biriyle doğum yapacağını bilmelidir ve bu ekip elemanları ve gebe arasında iyi bir iletişim kurulmalıdır. Böylece gebe kendisini güvende hissedecek ve endikasyonsuz sezaryen isteğinde ısrarcı olmayacaktır.

10. TOPLUMSAL DURUM-SOSYO-EKONOMİK DÜZEY

Ø *Entellektüel düzeye uygun ve doğru bilgi sunumu*

Toplumun sosyo-ekonomik düzeyi doğum şeklini etkilemektedir. Hekimler tarafsız anlatımlar kullanarak sosyo-ekonomik düzeyi düşük nüfusun doğum ağrısı korkularını yenmelerini sağlamalıdır. sosyo-ekonomik düzeyi yüksek nüfus ise gerek toplumdan, gerek medyadan gerekse de internetten öğrendiği bilgiler ile doğum şekline karar vermektedir ve genellikle sezaryeni tercih etmektedirler. Bu kesime de, tarafsız bir şekilde riskler, komplikasyonlar anlatılmalıdır.

Ø *Rol Model alma*

Toplumda rol model olan kişiler ve siyasetçiler normal vajinal doğumu ön plana çıkarmalı, halkın sıklıkla maruz kaldığı dizilerde ağrısız doğum ile gebeler normal vajinal doğuma özendirilmelidir. Toplumda, normal vajinal doğumun öncelikli olduğu fakat gerektiğinde sezaryenin yapılması gerektiği algısı oluşturulmalıdır. Bunun için televizyonda en çok izlenen saatlerde ve sosyal medyada yayınlanacak etkili kamu spotları oluşturulmalıdır.

11. Geçici koruma altındaki Suriyeli nüfus

Ø *Dolaylı yollarla sezaryen düzeyini arttırmakta*

Ülkemizde geçici koruma altındaki Suriyeli nüfus yaklaşık üç milyondur. Nüfusu bilinmekle birlikte birçok sağlık ile ilişkili verileri eksiktir. Suriyeli mültecilerin medyan yaş ortalaması Türkiye nüfusunun medyan yaş ortalamasından düşüktür. Bu grup üreme çağında bulunmakta ve hizmetleri daha fazla kullanmaktadır. Hastane düzeyinde sunulan hizmetler kayıt edilememektedir. Bununla birlikte 2011 yılından bu yana 130.000 bebek dünyaya gelmiştir. Bu hizmet bazı bölgelerde ülkemiz vatandaşlarının özele kaymasına sebep olmaktadır. Özel kurumlarda ise doğumlar tercihen sezaryen ile yapılmaktadır. Suriyeliler dolaylı yollardan sezaryen ile yapılan doğum yüzdesini arttırmaktadır.

Ø *Suriyeli özelinde bütün mülteci nüfuslara yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.*

Geçici koruma altındaki Suriyeli hastalar için Arapça onam formları ve bilgi toplama formları geliştirilerek ülkemiz genelinde sağlık sunumu gerçekleştiren kurumlara dağıtılmalıdır. Bu formlar demografik verileri detaylı bir şekilde kayıt altına almamızı sağlayacak şekilde düzenlenmelidir. Hastanelerde tercüman bulunması ve onamlara onların da şahit olarak imza atması önemlidir.

Sağlık hizmeti alırken kullandıkları ve Devlet tarafından verilen kartların çipli hale getirilmesi de önemlidir. Sağlık personeli istihdamında geçici koruma altındaki Suriyeli sayısı göz önünde bulundurulmalıdır. Ona göre sağlık insan gücü planlaması yapılmalıdır.

12. GENEL ÖNERİLER

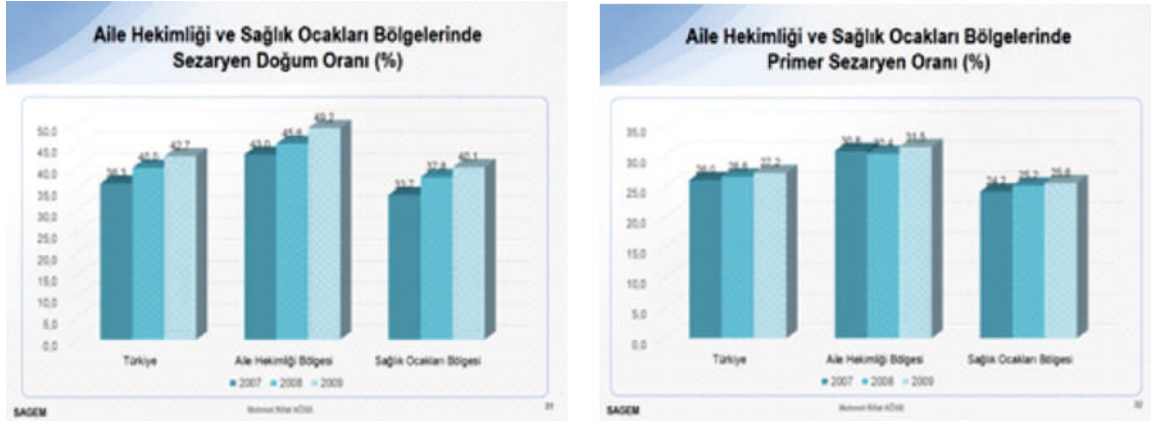
- İnsanlar için çok önemli bir karar olan doğum tercihinin belirlenmesinde, her türlü bilgilendirme kanıta dayalı yapılmalıdır. Bu yüzden ülkemiz kendi verisini üretmelidir. Kendi verisini üretebilmesi için de kamu-özel her kurumda, doğru ve düzenli kayıt tutulması gerekmektedir. Burada özellikle hastanelerde kullanılan yazılımlara hastanın tüm verilerin girişinin sağlanması ve **gebelik takibi yapan tüm kurumların otomasyon sistemlerinin birbirine entegrasyonu** gereksiz tetkik ve girişimlerden uzak durulmasını sağlayacak ve ülkemiz verisinin toplanmasını sağlayacaktır.
- Sezaryen tercihleri ile ilgili nitel araştırmalar (gebeler ve hekimler) ülkenin her bölgesini yansıtacak düzeyde yapılmalıdır. Bu araştırmalarda, endikasyon dışı sezaryenlerin nedenleri, gebelerin niçin sezaryeni öncelikli olarak istedikleri, gebelerin takiplerinde birinci basamak sağlık kuruluşlarını tercih etme/etmeme sebeplerine cevap bulunacaktır.
- Gebeler, gebelik ve doğum sürecinde bebeklerinin sağlıklarını kendi sağlıklarına göre daha ön planda tutmaktadırlar. Bundan dolayı, sezaryen ile meydana gelen doğumlar ile normal vajinal doğumlar sonucu doğan bebeklerin sağlık çıktıları konusunda epidemiyolojik çalışmalar yapılmalı ve kanıta dayalı olarak topluma bilgi verilmelidir.
- Yaş grupları ve bölgeler özelinde hekimlerin sezaryen ile doğum yapma sebebi belirlenmeli, uygun çözümler ve eğitim sağlanmalıdır.
- Doğum öncesi bakımın yeterli ve kaliteli sunumu, gebenin normal vajinal doğuma güvenini artıracak ve sezaryen ile doğum sıklığını azaltacaktır.
- Sezaryen ile yapılan doğumlar ile komplikasyonları konusunda veri toplanmasının sürveyans sisteminin kurulmasının belirlenecek önlemlerin saptanmasında gereği kanıtlanmıştır.
- **Birinci basamak sağlık kurumları, özel hastaneler, üniversite hastaneleri ile Sağlık Bakanlığı arasında veri entegrasyonu sağlanarak, veriler herkes tarafından kullanılabilir hale getirilmelidir.**
- Toplumsal cinsiyet eşitliği yaklaşımıyla kadının statüsü yükseltilerek hizmete ulaşabilmesi sağlanmalıdır.
- Sağlık, arz ve talep dengesinin tek taraflı yönetildiği bir alan olması sebebiyle hastalara tam ve eksiksiz olarak bilgilendirilme yapılarak gebenin kendi seçimini yapması sağlanmalıdır. Fakat bebek de bir birey olduğu ve bebeğin sağlığından anne kadar, hekim de sorumlu olduğu için anne karar verirken doğru yönlendirme yapılmalıdır. Sağlık arz ve talep dengesinin tek taraflı yönetildiği bir alan olması sebebiyle hastalar öncelikle normal vajinal doğum konusunda kaygıları giderilmeli ve gerekirse travay sırasında da sezaryen olabileceğini bilmelidir.
- Erken evlilikler ve adölesan dönemde görülen gebelikler tüm dünyada olduğu gibi bizim ülkemizde de sorun teşkil etmektedir. Bu gebelikler, anne ve bebek açısından yüksek risk taşımaktadır. Bu gebeliklerin ve evliliklerin önlenmesi için politikalar geliştirilmesi dolaylı olarak sezaryen oranını da düşürecektir.
- Baby shower/doğum fotoğrafçılığı konuları kişilerin kendi tercihidir. Ama yapmayanların kendisini kötü/eksik hissetmemesi için doğum öncesi bilgilendirmenin doğru yapılması ve güzel örneklerin (normal vajinal doğum sonrası bebekle fotoğraf çektirmek gibi) medyada gösterilmesi önemlidir.
- Doğum indüksiyonu sezaryen oranını arttırmaktadır. Doğumlarda gebelere yeterli süre tanınarak endikasyon dışı indüksiyon kullanımı önlenmelidir.
- Gebelerin doğum ve gebelik konusunda doğru ve güvenilir bilgiye ulaşma yolları konusunda bilgilendirilmesi önemlidir. Böylece gebenin sağlık personeline güven duyması sağlanacaktır.
- Doğum yapılacak ortamın niteliği ve doğum konforunun sağlanması önemlidir.
- 1 EBE 1 GEBE ilkesi, sezaryen ve doğum şekline ilişkin yapılacak stratejik planlarda göz önünde bulundurulmalıdır.

Türkiye'de Ocak 2017 İtibariyle Mevcut Durum

- Yıllık doğum sayısı 1.306.373
- %51'i devlet, %44'ü özelde, %5'i üniversite hastanelerinde
- Doğumların %29'u ebe eşliğinde olmaktadır (eğitim araştırma hastanesi olmayan icap sistemi gebeliklere hizmet vermek üzere planlanan **perinatal merkezlerin** neonatal yapısına ilave olarak, maternal-fetal tıp yüksek riskli gebelikler ayağının karşılanabilmesi ve bu hizmetlerin yeterli bir şekilde sunulabilmesi için obstetrik alt yapısının da bulunması gerekmektedir. Bu açıdan her merkez hizmet vereceği bölgenin yıllık yüksek riskli gebelik oranına, fiziki şartlarına ve ulaşım-erişim imkanlarına göre yapılandırılmalıdır. (Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Sağlık Bakanlığı yayın no, 836 2011)
- Perinatoloji yan dal uzman sayısı 103

	Perinatoloji Yan Dal Sahibi Uzman Sayısı
Kamu	40
Özel	10
Üniversite	53
Toplam	103

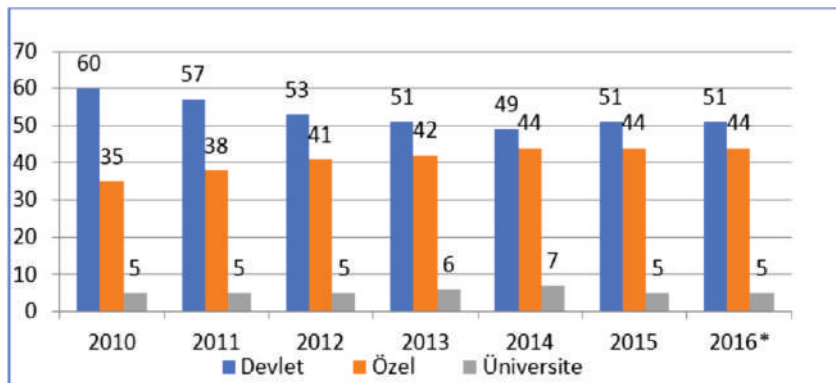
Tablo 28. Perinatoloji yan dal sahibi uzmanlarının kurumlara dağılımı



Şekil 25. Aile hekimliği sağlık ocakları bölgelerinde sezaryen ve primer sezaryen oranları (SAGEM 2007-2009)

TÜİK	2011	2012	2013	2014	2015
Yıllık Canlı Doğum	1.241.412	1.279.864	1.283.062	1.337.504	1.325.783

Tablo 29. Türkiye yıllık canlı doğum oranları (2011-2015 TÜİK)



Şekil 26. Türkiye Hastane Doğumlarının Kurumlara Dağılımı (%) (THSK)

2015	Devlet	Özel	Üniversite	Toplam	2016	Devlet	Özel	Üniversite	Toplam
Hastane Sayısı	715	575	61	1.351	Hastane Sayısı	860	587	94	1.521
Hekim Sayısı	2.779	3.010	457	6.246	Hekim Sayısı	2.879	3.009	495	6.383
Doğum Sayısı	656.948	580.027	69.398	1.306.373	Doğum Sayısı	627.555	554.897	65.731	1.248.183
Hekim Başına Düşen Doğum Sayısı	236	192	152	209	Hekim Başına Düşen Doğum Sayısı	217	184	132	195

Tablo 28. 2015-2016 hekim ve doğum sayısının kurumlara göre dağılımı (THSK)

	Aktif	Boş	Toplam
Sağlık Evleri	3397	1996	5393

Tablo 30. Sağlık evlerinin durumu 2017 Ocak THSK

Gebe Bilgilendirme sınıfları

Yıl	Toplum Sağlığı Merkezi	2. ve 3. Basamak Sağlık Kuruluşu	Toplam
2013	86	118	204
2014	636	179	815
2015	795	286	1.081
2016	834	333	1.167

Gebe Bilgilendirme sınıfı eğitime katılan gebe sayısı

Yıl	Toplum Sağlığı Merkezi	2. ve 3. Basamak Sağlık Kuruluşu	Toplam
2015	81.657	82.255	163.912
2016	94.425	122.557	216.982

Tablo 31. Gebe bilgilendirme sınıfı (2013-2016 Sema Sanisoğlu)

DOĞUM ŞEKLİ TERCİHİNDE HUKUKSAL BOYUT

Av. Sunay AKYILDIZ
Tıp Hukuku Derneği Başkanı

ÖZET: Gebe kadında, sezaryen ile doğum yapılmasına yönelik tıbbi gereklilik: endikasyon şartı bulunmadıkça, tıp ve hukuk bilimlerine uygun olan yöntem, tartışmasız normal doğumdur. Bu durumda diyebiliriz ki; normal doğum yöntemi ile anne olmak her kadının hakkıdır. Sezaryen doğum yöntemi bir deyişle doğum esnasında annenin ve bebeğin hayatını kurtaran zorunlu cerrahi girişim ve fakat bir diğer deyişle, annenin vücut bütünlüğünü bozan, aynı zamanda anne ile bebeğe, kısa ve uzun vadede birçok zararı bulunan tıbbi girişim olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu itibarla, sezaryenin, toplumda bilinenin aksine “modern bir yöntem” ya da “hak” olarak kabulü mümkün olamayacaktır.

GİRİŞ: Dünya ortalamalarına baktığımızda; %15-17⁸ aralığında olan sezaryen oranları, ülkemizde %50 ve üstü rakamlara ulaşmaktadır. Yine, OECD verilerine göre ülkemiz, Dünya’da, sezaryen doğumun vajinal doğum karşısında tercih sıklığı bağlamında, sezaryen doğumun en çok tercih edildiği üçüncü; Avrupa ülkeleri içinde ise birinci ülkeyi oluşturmaktadır.⁹ Bu noktada topluma, bilimsel olarak; normal doğumun, en doğru ve en güvenilir yöntem olduğunu, hukuksal olarak; kadının sağlık hakkı kapsamında talep edilebilir hasta hakkı olduğunu, etik olarak da anne ve bebek yararına uygulanması gerekli yöntem ve güvenli annelik anlamı taşıdığını anlatmak gerekmektedir.

ULUSLARARASI MEVZUAT İLE KADININ SAĞLIK HAKKINA GENEL BAKIŞ

Hukuk birey, toplum ve devletin hareketlerini, birbirleriyle olan ilişkilerini; yetkili organlar tarafından ulusüne uygun olarak çıkarılan, kamu gücüyle desteklenen, muhatabına genel olarak nasıl davranması yahut nasıl davranmaması gerektiğini gösteren ve bunun için ilgili bütün olasılıkları yürürlükte olan normlarla düzenleyen normatif bir bilimdir. Hukuk, birey-toplum-devlet ilişkilerinde ortak iyilik ve ortak menfaati gözetir. Genel bir tanımla hak kavramı; hareket ve varlığın meşruiyet kaynağıdır. Hukuk ise düzeninin kişilere tanıdığı olduğu yetkiler olup bu yetkilerin belirli bir sınırı vardır. Bu nedendir ki haklar, hukuk düzeni içinde birtakım sınırlandırmalara tabi tutulacaktır. Hukuk düzeninde sınırları belirleme iki türlü olur ve bu belirleme şekillerinden hangisinin uygulanacağı her hak üzerinden ayrı ayrı tartışılır. Bu yöntemlerden birincisi, hakların giremeyeceği sınırların belirlenip, onun dışındaki alanlarda her şeyin serbest bırakılmasıdır. Diğer ise kullanım alanının belirlenip, o alanın dışının engellenerek sınırlandırılmasıdır. Bu bağlamda, birincisi negatif statülü haklar, ikincisi pozitif statülü haklar için geçerlidir.

Mevzuatımızda, Hasta Hakları Yönetmeliği md. 4 ile tanımlanan hasta hakları: Sağlık hizmetlerinden yararlanma gereksinimi bulunanların, sırf insan olmaları sebebiyle sahip bulundukları ve T.C Anayasası, milletlerarası andlaşmalar, yasalar ve diğer mevzuat ile güvence altına alınmış bulunan hakları ifade etmektedir. Sağlık hakkı, ikinci kuşak haklar arasında yer alır ve pozitif statü ağırlıklı bir hak olarak değerlendirilmesi gereken konumdadır.

Dünya Sağlık Örgütü’nün çok kullanılan tanımıyla:

Sağlık: sadece hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, beden, ruh ve sosyal yönden tam iyilik hali **Sağlık Hakkı:** “Kişinin, toplumdan, devletten, sağlığının korunmasını, gerektiğinde tedavi edilmesini, iyileştirilmesini isteyebilmesi ve toplumun sağladığı imkanlardan faydalanabilmesi

Sağlık hakkı ve kadın sağlığı, uluslara arası mevzuatta;

- Dünya Sağlık Örgütü Alma Ata Bildirisi (1978)
- Birleşmiş Milletler Kadınlara Karşı Her Türlü Ayrımcılığın Önlenmesi Uluslararası Sözleşmesi (1979)
- Dünya Sağlık Örgütü Sağlıklı Halk Politikaları Hakkında Adelaide Tavsiyeleri (1988)
- Dünya Tabipler Birliği Bali Bildirgesi (1995)
- Birleşmiş Milletler Pekin Deklerasyonu (1995)
- Sağlık Reformlarına Dair Ljubljana Bildirgesi (1996)
- Biyoloji ve Tıbbın Uygulanması Bakımından İnsan Hakları ve İnsan Haysiyetinin Korunması Sözleşmesi: İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesi (1997)
- Birleşmiş Milletler Kadınlara Karşı Ayrımcılığın Önlenmesi Komitesi’nin 24 No’lu Genel Tavsiyesi: Kadınlar ve Sağlık (1999)
- Hasta Haklarına İlişkin Avrupa Statüsü (2002) sözleşmeleri ile yerini almıştır.

8- Dünya Sağlık Örgütü’nün önerdiği oran %5-15, %20 de kabul görmektedir.

9-Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği tarafından hazırlanan 09.01.2017 tarih ve “Vajinal Doğumdaki Komplikasyonlardan Hekimi Korumak İçin Hazırladığımız Mevzuat” başlıklı hüküm önerisi ve gerekçesi.

Pekin Deklarasyonu tanımıyla, kadın sağlığı, “Kadının duygusal, sosyal ve fiziksel iyiliğini içerir ve biyoloji kadar, hayatlarının sosyal, politik ve ekonomik boyutu tarafından belirlenir.

5-9 Haziran 2000 tarihleri arasında New York'ta “Kadın 2000: 21.Yüzyıl İçin Toplumsal Cinsiyet Eşitliği, Kalkınma ve Barış” konulu Birleşmiş Milletler Genel Kurul Özel Oturumu gerçekleştirilmiştir. Ülkemizin de katılarak katkı sunduğu, uluslar arası etkinlikte; “Sağlığın kadının yaşamının tüm evrelerini kapsayacak şekilde geliştirilmesinin gerekliliği” ifade edilmekle “ cinsel sağlık ve üreme sağlığı dahil olmak üzere fiziksel ve zihinsel sağlığın, yetersiz kaynak, yasal olmayan kürtaj, kürtaj sonrası sağlık hizmetlerinin yokluğu, cinsel sağlık ve üreme sağlığının sadece kadının sorumluluğu olduğunun düşünülmesinin önüne geçilmesi gibi konularda gerekli önlemlerin alınması, koruyucu sağlık hizmetinin ihmal edilmemesi ve bu kapsamda üreme haklarının tam olarak gerçekleştirilmesi, sağlıklı şartlarda kürtaj için gerekli önlemlerin alınması “konuları tartışılmıştır. Türkiye adına yapılan katkı ile ve sonuç bölümünde yer alan öneriler arasında; “kapsamlı bir sağlık reformu, sağlık sisteminin tedavi bakımla sınırlandırılmaksızın koruyucu hizmetleri de kapsamı, sağlık çalışanlarının eğitimi istenmeyen gebeliklerin uygun şartlarda sağlıklı koşullarda sonlandırılması (kürtaj) ve sağlıksız kürtajın önlenmesine dair gerekli önlemlerin alınması” başlıkları vardır. Genel bakış açısıyla, “kadın üreme sağlığı “kapsamında değerlendirilebilecek” normal doğum hakkı” devlete koruyucu veya tedavi edici sağlık hizmetleri alanında pozitif yükümlülük ve kadın hastalıkları ve doğum alanında çalışan hekimler ve sağlık çalışanlarına ise mesleki, etik ve hukuki sorumluluklar yüklemektedir.

ULUSAL MEVZUAT İLE SAĞLIK HUKUKU KURALLARI AÇISINDAN SEZARYEN DOĞUM YÖNTEMİNE BAKIŞ

Doğum şeklinin tercihi konulu bu çalışmada “anne ve bebek yararına uygulanacak sezaryen yönteminde hukuka uygunluk şartları nelerdir? sorusuna yanıt aranacaktır.

Konuya ilişkin ulusal mevzuat kapsamında, 24.04.1930 tarih 1593 sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu'nun 153. maddesinin ilk hali;

Devletin resmi müesseselerinde doğum yardımı meccanidir. Sıhhi ahvali daha fazla kalmayı istilzam etmeyen vakayide lohusaların doğumdan sonra müesseselerde bir hafta alıkonulması mecburidir.

şeklindedir. İlgili düzenleme, 04.07.2012 tarih 6354 sayılı Sağlık Bakanlığı Ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat Ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname İle Bazı Kanun Ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun'un 1. maddesi ile değiştirilmiştir:

Devletin resmi müesseselerinde doğum yardımı meccanidir.

Gebe veya rahmindeki bebek için tıbbi zorunluluk bulunması hâlinde doğum, sezaryen ameliyatı ile yaptırılabilir.

Gerekli tedbirlerin alınmasına rağmen, doğumu takiben anne veya bebekte meydana gelebilecek istenmeyen sonuçlardan dolayı hekim sorumlu tutulamaz.

Ebelik mesleği ve normal doğum ile ilgili;

1219 sayılı yasa 51. madde:

Ebeler gebelerin muayenesiyle bunların hıfzıssıhhatlerine mütaallik tedabirin ifasına ve doğumun teshiline ve bu esnada yapılacak basit manevraların ve çocuk için lazım gelen ilk tedbirlerin ifasına salahiyyettar iseler de hernevi alet ve saire tatbik etmeleri memnu ve sureti avarızı velade vekayiinde behemahal bir tabip davetine mecburdurlar. Herebe Sıhhiye ve Muaveneti İçtimaiye Vekaletince tayin olunacak levazım ve edviyeyi doğum vekayiinde beraberinde bulunduracaktır. Ebeler çiçek aşısı tatbik edebilirler.

13.01.1983 tarih 17927 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği 133. madde:

“...Kurumlarda doğum işleriyle vazifelendirilmiş ebeler, müracaat eden kadınların fenni olarak doğuma hazırlanmaları için yetkileri dahilinde her türlü tedbirleri alır ve hazırlıkları yaparlar. Meslek ve sanatlarının gerektirdiği şekilde ana ve çocuğu muayene ederler. Özellikle çocuk kalp seslerini yakından izler, müşahadelerine yazarlar. Gerekli gördükleri hallerde her türlü jenikal muayeneleri de yaparlar, müşahadelerini bir not halinde de yazarak tespit ederler ve doğumun seyrini dikkatle ve sürekli bir şekilde izlerler.

Normal doğumları kendileri yaparlar. Doğum güçlükleri veya arızaları mevcut olan veya durumunu kesin olarak tesbit edemedikleri vakaları uzman tabibe derhal haber verirler...”

22.05.2014 tarih 29007 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan Sağlık Meslek Mensupları İle Sağlık

Hizmetlerinde Çalışan Diğer Meslek Mensuplarının İş Ve Görev Tanımlarına Dair Yönetmelik madde Ek-1:
Ebe

c) Doğum sürecini yönetir; travay sırasında anne ve bebeğin sağlığını izler, normal doğumları ve tabibin olmadığı hallerde acil makat doğumları yaptırır, gerektiğinde epizyotomi uygular. Doğum sürecinde normalden sapmaları belirler, acil durum tedbirlerini alır ve tabibe haber verir, tabibin direktifleri doğrultusunda acil müdahalede bulunur.

Çalışmamız, öncelikle, Anayasamızın “Tıbbî zorunluluklar ve kanunda yazılı haller dışında, kişinin vücut bütünlüğüne dokunulamaz” hükmünü düzenleyen 17. maddesi çerçevesinde ve tıbbi zorunluluk esasını konuya özgüleyerek, “normal doğum mu? sezaryen yöntemi ile doğum mu?” noktasında hukuksal tartışmayı gerektirmektedir. İlgili yasal düzenleme ile amaçlanan, endikasyon: tıbbi gereklilik şartı olmaksızın, kadınların, sezaryenle doğuma tabi tutulmasının ve sezaryen dayatmasının önüne geçmektir.

Sağlık hakkı, Anayasamızda, 17 ve 56. maddelerde düzenlenmiş bulunan temel insan hakları arasında ve hasta hakkı olarak yer almaktadır. Ve devamla işbu hak, Anayasamızın 13. maddesi uyarınca,

“Temel hak ve hürriyetler; özlerine dokunulmaksızın yalnızca Anayasanın ilgili maddelerinde belirtilen sebeplere bağlı olarak ve ancak kanunla sınırlanabilir.” hükmü çerçevesinde temel hak ve hürriyetler kapsamında da değerlendirilmelidir. Mevzuatımızdaki sezaryen düzenlemesi de, günümüz tıp biliminin gerek ve standartları karşısında, kadının sağlık hakkını koruyucu niteliktedir.

Ayrıca gebe kadının gerçekleştirecek doğumu seçme yöntemi, hukuksal olarak, özel hayat kapsamında değerlendirilebilecektir. Anayasamızın 20. maddesi, “Herkes, özel hayatına ve aile hayatına saygı gösterilmesini isteme hakkına sahiptir. Özel hayatın ve aile hayatının gizliliğine dokunulamaz.” demekle, kişinin özel hayatına ve aile hayatına saygıyı öngörmektedir. Uluslararası sözleşmeler; Biyoloji ve Tıbbın Uygulanması Bakımından İnsan Hakları ve İnsan Haysiyetinin Korunması Sözleşmesi: İnsan Hakları Ve Biyotıp Sözleşmesi, Uluslararası Ekonomik, Sosyal ve Kültürel Haklar Sözleşmesi, Hasta Haklarına İlişkin Avrupa Statüsü, Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesi ve yargı kararları da bu yöndedir.

İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesi 2. madde ile “**insanın önceliği**”ni, “İnsanın menfaatleri ve refahı, bilim veya toplumun menfaatlerinin üstünde tutulacaktır.” şeklinde vurgularken, 3. madde ile “**sağlık hizmetlerinden adil şekilde yararlanma**” hakkını, “Taraflar, sağlığa duyulan ihtiyaçları ve kullanılabilir kaynakları gözönüne alarak, kendi egemenlik alanlarında, uygun nitelikteki sağlık hizmetlerinden adil bir şekilde yararlanılmasını sağlayacak uygun önlemleri alacaklardır.” şeklinde, beraberinde düzenlemektedir. Avrupa İnsan Hakları Mahkemesi (AİHM) de, Sözleşme'nin 8. maddesinde yer alan “özel hayat”ın, bireyin fiziki bütünlüğünü, kişisel özerkliğini ve anne baba olma ya da olmama hakkını da kapsayan geniş bir kavram olduğunu vurgulamaktadır. Evde doğum yapmayı tercih eden bir anne adayının yaptığı başvurunun değerlendirildiği Ternovszky/Macaristan kararında AİHM şu tespiti yapmıştır: “**Kişisel özerklik**, 8. Maddenin koruduğu hakların/güvencelerin yorumunda dikkate alınması gereken temel bir ilkedir. Bu nedenle, anne baba olma kararına ilişkin hak, **doğumun nasıl yapılacağı konusundaki tercih hakkını da içerir**” (Ternovszky/Macaristan, B.No:67545/09, 14/12/2010, §22).¹⁰

Diğer yandan, Tıp Bilimi ve mesleki etik kurallar gereğince hekim, mesleğini icra ederken hiçbir etki ya da baskı altında kalmadan, tamamen özgür, vicdani ve mesleki görüşüne göre hareket etme imkanına sahip bulunmalıdır. Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi'nin 6. maddesinde¹¹ hekimin, uygulayacağı tedaviyi serbestçe belirleyebileceği kuralı bulunmaktadır. Bu itibarla, uygulamaya ilişkin yasal düzenlemelerin de hekime tedavi yöntemini seçme konusunda özgürlük tanınması gerekmektedir.

Umumi Hıfzıssıhha Kanunu'nun 153. maddesinde yer alan “Gebe veya rahmindeki bebek için tıbbi zorunluluk bulunması halinde doğum, sezaryen ameliyatı ile yaptırılabilir.” hükmü, hekimin bu hakkını kısıtlar niteliktedir. Hükmün iptali istemiyle Anayasa Mahkemesi'ne yapılan başvuru sonucunda verilen 2012/103 E. 2013/105 K. sayılı kararda, düzenlemenin Anayasaya aykırı olmadığından iptal isteminin reddine karar verilmiştir. Oysa anılan düzenlemeye gerek bulunmamaktadır; hasta açısından sağlık hakkı ve hekim açısından ise mesleki çalışma özgürlüğü ve özerklik bakımından yapılan düzenlemenin, Anayasa ile Biyotıp Sözleşmesi'ne aykırı olduğu düşüncesindeyim. Zira bu hüküm ile hekimlik mesleğinin icrasına ilişkin muğlak bir sınır çizilmiştir. Tıbben sezaryen kararı verecek hekim için endikasyon/tıbbi gereklilik ölçütü nedir? Ve hekim normal doğum korkusunu psikolojik endikasyon olarak değerlendirebilecek midir? Bu bağlamda Sağlık Bakanlığı'nın, esasen gereksiz yere sezaryen uygulamalarını önlemeyi amaçlarken, tıbbi özerkliği sınırlaması ve konuyu yasal düzenleme altına alması, idarenin işlem ve eylemlerinde yer alması gereken gereklilik ve ölçülülük kriterleri açısından yeniden sorgulanmalıdır.¹²

10- Anayasa Mahkemesi 2012/103 E. 2013/105 K., Üye Engin YILDIRIM ile Üye Zühtü ARSLAN karşı oy gerekçesi.

11- Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi Madde 6 – Tabip ve dış tabibi, sanat ve mesleğini icra ederken, hiç bir tesir ve nüfuza kapılmaksızın, vicdani ve mesleki kanaatine göre hareket eder. Tabip ve dış tabibi, tatbik edeceği tedaviyi tayinde serbesttir.

12- Av. Sunay AKYILDIZ, Sağlık Hukuku Rehberi, Seçkin Yayıncılık, 2016, Ankara, syf: 313-314

Buna karşılık konu, Hasta Hakları Yönetmeliği ve hasta hakları açısından, hastanın tıbbi gereklere uygun teşhis, tedavi ve bakım hakkı ile tıbbi gereklilikler dışında müdahale yasağı açısından da değerlendirilmelidir. Yapılacak değerlendirmede tıbben verilen bilgide, anne ve bebek sağlığı açısından normal doğumun yararları ve ilk tercih olması gerekliliği ortaya çıkıyorsa; hasta hakları ve kadının sağlık hakkı açısından “normal doğumu hak olarak kabul etmek gerekmektedir.

Tıbbi Gereklere Uygun Teşhis, Tedavi ve Bakım

Madde 11- Hasta, modern tıbbi bilgi ve teknolojinin gereklerine uygun olarak teşhisinin konulmasını, tedavisinin yapılmasını ve bakımını istemek hakkına sahiptir.

Tababetin ilkelerine ve tababet ile ilgili mevzuat hükümlerine aykırı veya aldatıcı mahiyette teşhis ve tedavi yapılamaz.

Tıbbi Gereklilikler Dışında Müdahale Yasağı

Madde 12- Teşhis, tedavi veya korunma maksadı olmaksızın, ölüme veya hayati tehlikeye yol açabilecek veya vücut bütünlüğünü ihlal edebilecek veya akli veya bedeni mukavemeti azaltabilecek hiçbir şey yapılamaz ve talep edilemez.

Bu bağlamda, gebe kadının, doğum yöntemini kendi isteği ile belirlemesi ve esasen seçilen doğum yönteminin keyfiliği ya da tıp biliminin gerek ve standartları çerçevesinde anne ve bebek yararına davranışla, toplumda yanlış algı haline gelmiş sezaryen dayatmasının önüne geçilmelidir.

Çalışmamızda, konuyu tıbbi müdahalenin hukuka uygunluk şartları olan, aydınlatma, endikasyon, komplikasyon ve komplikasyon yöntemi açılarıyla değerlendirmek yararlı olacaktır.

A-SEZARYENLA DOĞUMDA ENDİKASYON ŞARTI

İlgili Umumi Hıfzısıhha Kanunu madde metninde yer alan “*Gebe veya rahmindeki bebek için tıbbi zorunluluk bulunması hâlinde doğum, sezaryen ameliyatı ile yaptırılabilir.*” cümlesi karşısında, düşüncemize göre; tartışılması gereken öncelikli ana unsur **endikasyon=tıbbi gereklilik** kavramıdır. Endikasyonun, ruhsal ve sosyal ihtiyaçları da içeren bir yönü bulunmaktadır. Günümüzde endikasyonun mutlaka “**tıbbi endikasyon**” olması gerekmektedir. Sosyal ve psikolojik endikasyon da bugün endikasyon olarak kabul edilmektedir.¹³ Kaldı ki estetik operasyonlar, günlük hayatta çok sık rastlanan cerrahi işlemler olup, bu cerrahi tıbbi uygulamaların amacı genellikle hastanın kendisini daha güzel ya da estetik yönden kusursuz hale getirme irade ve istemi yönünde gelişmekte, bunun dışında tıbben şifa bulmaya yönelik bir tıbbi uygulama olarak karşımıza çıkmamaktadır. Dünya Sağlık Örgütü de sağlığı; ruhsal, bedensel ve sosyal iyilik hali olarak tanımlamaktadır.¹⁴

O halde, güncel bilimsel veriler ışığında, endikasyon kavramının yalnızca tıbbi değil, sosyal ve psikolojik olabileceğini de kabul etmek gerekmektedir. Bu bağlamda, yasal düzenlemede, 153. madde hükmüne eklenen ikinci fıkrada söz edilen “tıbbi zorunluluk” kavramı, yalnızca tıbbi endikasyon değil, aynı zamanda gebe hasta yararına düşünülerek sosyal ve psikolojik endikasyon olarak da yorumlanmalıdır. Bu yorum aynı zamanda “kişinin özerklik hakkı ile hekimin mesleğini serbestçe ifası-özerklik hakkı “kapsamındadır.

Gebe annenin veya bebeğin hayatının ciddi şekilde risk altında olduğu ve tıbbi endikasyona dayalı “normal doğum yöntemi”nin ağır risk taşıdığı durumlarda “sezaryen doğum yöntemi” uygulanacaktır. Ancak, endikasyonsuz yani tıbbi bir gereklilik olmaksızın gerçekleştirilen her tıbbi müdahale, başta Anayasamızın kişi dokunulmazlığını düzenleyen 17. maddesi olmak üzere, Tıp Hukuku mevzuatını oluşturan birçok düzenlemeye aykırılık teşkil edeceğinden, hukuki, idari ve cezai sorumluluğu gerektirecektir.¹⁵

Bu nedenledir ki, endikasyon dışı sezaryen ile doğum, gerek tıbben ve gerekse hukuken hatalı bir uygulamadır. **Diğer bir deyişle “İhtiyaç yokken sezaryen yapılması kötü hekimlik uygulaması: malpraktistir.**¹⁶

Gebe kadının yaşı, aşırıya varan doğum korkusu, çoğul gebelik, kıymetli gebelik, mahremiyet algısı, ağrısız doğum yöntemlerinin bilinmemesi veya uygulanamaması, doğum yöntemleri konusunda eksik ve kusurlu aydınlatma vb. faktörler, doğum yönteminin belirlenmesi açısından, gebe bakış açısıyla konu ile ilgili önemli parametrelerdir.

B-AYDINLATMA ŞARTI

Günümüzde, Sağlık Hukuku kapsamında hekimlerin en fazla bilmeleri ve uygulamaları gereken kurallar, hasta haklarıdır. Hasta hakları üçüncü kuşak insan hakları olarak tanımlanan evrensel nitelikli haklardandır.

Hasta Hakları, Hasta Hakları Yönetmeliği madde. 4 de anılan yasal tanımıyla “*Sağlık hizmetlerinden yararlanma gereksinimi bulunanların, sırf insan olmaları sebebiyle sahip bulundukları ve T.C Anayasası, milletlerarası andlaşmalar, yasalar ve diğer mevzuat ile güvence altına alınmış bulunan haklar.*” dan oluşmaktadır.

13- Prof. Dr. Dr. H.c. Hakan Hakeri, Tıp Hukuku, Ankara 2012, Seçkin Yayıncılık, syf: 399

14- Tıp Hukuku Dergisi, Sayı I, Av. Sunay AKYILDIZ, Tıbbın Uygulanmasından Doğan Tazminat Davaları Ve Temel Unsurları.

15- Tıp Hukuku Dergisi, Av. Sunay AKYILDIZ, Tıbbın Uygulanmasından Doğan Tazminat Davaları Ve Temel Unsurları, Sayı I., Legal Yayınları.

16- <http://www.hthayat.com/hamilelik/dogum/haber/1000871-dogumseklene-karar-verme-hakki>

Uygulamada tıp etkinliğine yön veren kuruluşlardan biri olan "Dünya Hekimler Birliği", çeşitli dönemlerde yayınladığı bildirgelerinin bir bölümünü hasta ve denek haklarına ayırmıştır. 1981 yılında yayınlanan Lizbon Bildirgesi ile “hasta hakları” vurgulanmış; hastanın hekimini özgürce seçme hakkı, **hastanın yeterli bilgiyi aldıktan sonra tedaviyi kabul ya da reddetme hakkı**, kendisiyle ilgili tıbbi ve kişisel bilgilerin gizliliğine gereken saygının gösterilmesini bekleme hakkı olduğu dile getirilmiştir.

İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesi Sağlık Hukuku alanında referans uluslararası bir sözleşmedir. Aydınlatma ile ilgili 5. madde; “Sağlık alanında herhangi bir müdahale, ilgili kişinin bu müdahaleye özgürce ve bilgilendirilmiş bir şekilde muvafakat etmesinden sonra yapılabilir. Bu kişiye, önceden, müdahalenin amacı ve niteliği ile sonuçları ve tehlikeleri hakkında uygun bilgiler verilecektir. İlgili kişi, muvafakatini her zaman, serbestçe geri alabilir.” şeklindedir.

Doğum şekli tercihi sürecinde, gebeliği takip eden ve doğum eylemini gerçekleştirecek hekim ve gebe açısından “aydınlatma yükümlülüğü” ön plana çıkmaktadır.

Aydınlatma ve rıza, hastanın ya da bazı durumlarda yasal temsilcisinin; tanı, tedavi ile uygulanabilecek tedavi yöntemleri ve bu yöntemlere ilişkin faydalar ve riskler ile hastalığın seyri, tedavi edilmemesi durumunda yaşanabilecek prognozu, sonuçları ile ilgili olarak yeterli ve anlaşılır bir dille sözlü veya yazılı şekilde aydınlatma ve ardından hiçbir baskı altında kalmaksızın, serbest iradesiyle onam vermesi şeklinde tamamlanacak yasal bir süreçtir.¹⁷

01.08.1998 tarih ve 23420 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanan Hasta Hakları Yönetmeliği 15 ve 18. maddelerine uygun biçimde yapılacak¹⁸ aydınlatma ve onam alma gebe kadının normal doğum yöntemini tercihinde son derece etkili rol oynayacaktır. Tıp bilimi verilerinin anne adayına, anlayabileceği biçimde sade bir dille aktarılacak; normal doğumun sezaryene oranla, anne ve çocuk sağlığı üzerindeki olumlu etkileri paylaşıldığında, birinci basamaktan başlayarak “toplumda aşırı sezaryen oranlarının önlenmesi” mümkündür. Bu düşünceyle, konuyla ilgili olarak mevzuatımıza, doğum şekli tercihi ile ilgili yasal ve yazılı biçimde aydınlatma ve rıza şartı getirilmesini önermekteyiz.

C-KOMPLİKASYON ve KOMPLİKASYON YÖNETİMİ

Kavramlar

- **Tıbbi Uygulama Hataları:** “hekimin tedavi sırasında standart uygulamayı yapmaması, beceri eksikliği veya hastaya tedavi vermemesi ile oluşan zarar”
- **Komplikasyon:** Öngörülemez ya da öngörülse bile önlenemeyen istenmeyen sonuç. Bilgi ve beceri eksikliği sonucu olmaması gerekir.
- Tıbbi yardımın özenle yürütülmesi zorunluluğu (**özen borcu**) vardır.
- Hekim, tedavi sonucunda ortaya çıkacak riskten kusur yapması (**malpraktis**) halinde sorumlu tutulabilir.

Uygulamada, kadın doğum uzmanı hekimlerin sezaryen doğum yöntemini tercihinde, hukuksal açıdan “malpraktis: tıbbın kötü uygulanması” veya “anne ve bebekte oluşabilecek zararlar karşısında dava edilme” endişesi ile “defansif tıp”a yönelinmektedir. Oysa ki doğum esnasında karşılaşılabilecek komplikasyon hali, hukukça izin verilen risktir. Diğer bir deyişle tıp mesleğinin icrası sırasında hastayı zarara uğratan, tıbben istenmeyen ancak öngörülebilir kötü sonuçtur.

17- Tıp Hukuku Atölyesi – I, Aydınlatma ve Rıza, Av. Sunay AKYILDIZ, syf. 11, Seçkin, Ankara, 2013

18- Bilgilendirmenin Kapsamı

Madde 15- (Başlığı ile birlikte değişik:RG-8/5/2014-28994)

Hastaya;

a) Hastalığın muhtemel sebepleri ve nasıl seyredeceği,
b) Tıbbi müdahalenin kim tarafından nerede, ne şekilde ve nasıl yapılacağı ile tahmini süresi,
c) Diğer tanı ve tedavi seçenekleri ve bu seçeneklerin getireceği fayda ve riskler ile hastanın sağlığı üzerindeki muhtemel etkileri,
ç) Muhtemel komplikasyonları,
d) Reddetme durumunda ortaya çıkabilecek muhtemel fayda ve riskleri,
e) Kullanılacak ilaçların önemli özellikleri,
f) Sağlığı için kritik olan yaşam tarzı önerileri,
g) Gerekğinde aynı konuda tıbbi yardıma nasıl ulaşabileceği, hususlarında bilgi verilir.

Bilgi Vermenin Usulü

Madde 18- (Değişik:RG-8/5/2014-28994)

Bilgi, mümkün olduğunca sade şekilde, tereddüt ve şüpheye yer verilmeden, hastanın sosyal ve kültürel düzeyine uygun olarak anlayabileceği şekilde verilir.

Hasta, tıbbi müdahaleyi gerçekleştirecek sağlık meslek mensubu tarafından tıbbi müdahale konusunda sözlü olarak bilgilendirilir. Bilgilendirme ve tıbbi müdahaleyi yapacak sağlık meslek mensubunun farklı olmasını zorunlu kılan durumlarda, bu duruma ilişkin hastaya açıklama yapılmak suretiyle bilgilendirme yeterliliğine sahip başka bir sağlık meslek mensubu tarafından bilgilendirme yapılabilir.

Hastanın kendisinin bilgilendirilmesi esastır. Hastanın kendisi yerine bir başkasının bilgilendirilmesini talep etmesi halinde, bu talep kişinin imzası ile yazılı olarak kayıt altına alınmak kaydıyla sadece bilgilendirilmesi istenilen kişilere bilgi verilir.

Hasta, aynı şikayeti ile ilgili olarak bir başka hekimden de sağlık durumu hakkında ikinci bir görüş almayı talep edebilir.

Acil durumlar dışında, bilgilendirme hastaya makul süre tanınarak yapılır.

Bilgilendirme uygun ortamda ve hastanın mahremiyeti korunarak yapılır.

Hastanın talebi halinde yapılacak işlemin bedeline ilişkin bilgiler sağlık hizmet sunucusunun ilgili birimleri tarafından verilir.

Çalışmamıza konu sezaryen düzenlemesinde anılan 153. madde, 2. fıkradaki “**Gerekli tedbirlerin alınmasına rağmen**” ibaresi ve devamında “**doğumu takiben anne veya bebekte meydana gelebilecek istenmeyen sonuçlardan dolayı hekim sorumlu tutulamaz.**” cümlesi komplikasyon ve yönetimine işaret etmektedir.

Tıbbi müdahalede, doğru endikasyon, doğru tanı ve uygun tedavi ile birlikte, gösterilen tüm dikkat ve özene rağmen, hastada, komplikasyon gelişmiş ve işbu komplikasyona; hekim tarafından, doğru şekilde müdahale edilmiş, gerekli tedavi uygulanmış ancak hastada zarar meydana gelmişse, artık bu zarardan dolayı sağlık çalışanları ve hastane sorumlu tutulamayacaktır.¹⁹

Doğru tanı ve tedavi yönteminin belirlenmesi ile hastanın gerekli hususlarda aydınlatılarak rızasının alınmasından sonra, uygulanan tıbbi müdahale sonucu oluşan bir zarar, komplikasyon olarak karşımıza çıktığında, “komplikasyon yönetimi” ayrıca sorgulanmadan; hukuksal sorumluluk ortadan kalkmamaktadır. Zira komplikasyon sonucu meydana gelen zarardan doğan sorumluluğun ortadan kalkması için, tıbbi müdahale sonrasında ortaya çıkan, komplikasyona yapılan tıbbi müdahalenin, doğru zaman aralığı içinde ve yine hasta yararına yürütülmesi gerekmektedir. Bu noktada post-operatif dönem takibi önem kazanmaktadır. Şu halde, tüm hukuka uygunluk şartlarını taşıyan bir tıbbi müdahale sonrası meydana gelen komplikasyona müdahale, tıp biliminin gerek ve ilkelerine uygun şekilde gerçekleştirilmediği, komplikasyon yönetiminde dikkat ve özen eksikliği saptandığı takdirde, tıbbi uygulayıcılar, hekim ile sağlık kurum ve kuruluşu yine sorumlu olacaktır.²⁰

*Doğum sırasında ortaya çıkan ve doğum hekiminden kaynaklanmadığı gibi, onun aktif veya pasif fiili ile bertarafı mümkün olmayan beklenmedik komplikasyonlar herhangi bir sorumluluğa neden olmaz. Hekim bu komplikasyonlara hiç müdahale etmemiş veya etmiş ve bu sırada ağır kusurlu olarak zarar vermişse sorumlu olur.*²¹

Bu noktada sağlık çalışanlarının hukuk kaynaklı endişelerinin giderilmesi önemlidir. Sağlık Bakanlığı, Türk Tabipleri Birliği, Tabip Odaları ve uzmanlık dernekleri aracılığıyla, sezaryenle ilgili hukuki ve güncel mevzuatın aktarılması; uygulamada bilinenin aksine, tıbbi endikasyon dışı sezaryenle doğum yönteminin başlı başına malpraktis teşkil edebileceği hususunda, bilgilendirme ve eğitimler yapılması yararlı olacaktır.

II- TIBBİ ETİK VE DEONTOLOJİ KURALLARI AÇISINDAN SEZARYEN DOĞUM YÖNTEMİNE BAKIŞ

Etik, "iyi" ve "doğru" kavramlarının ne olduğunu, "evrensel iyi", "evrensel doğru" olup olmadığını ve bunlara ulaşıp ulaşılamayacağını araştıran bir zihinsel çabadır. Tıp uygulaması içinde etkinlik gösteren ve tıptaki değer sorunlarının ele alındığı alan “**tıbbi etik**” olarak adlandırılmaktadır.

Buna karşılık "deontoloji"; yazılı olsun olmasın kökleşmiş ilkeleri ve kuralları içeren ve bunları tartışmasız bir "normatif bilgi" olarak aktaran bir alandır. Diğer bir deyişle deontoloji, "ne yapmalı" ya da "ne yapmamalı" sorularına toplumun belirlediği cevaplar ve bağladığı yaptırımların tümüdür. Tıbbi deontoloji kavramı, hekimlik mesleği uygulanırken uyulması gereken tüm yasal ve ahlaki yükümlülükleri içermektedir. Etik ile deontoloji arasındaki en belirgin fark, onların yöntemlerinden ve ayrıca, ortak konularına değişik bir yaklaşımla eğilmelerinden kaynaklanmaktadır. Etik, henüz çözümünü belirlenmemiş, yerleşik normların dışında kalan sorunlarla ilgilendiği ve bu açık uçlu sorunlarda ilkelerin belirlenmesine yönelik çalışmalar yaptığı için, her zaman tartışmaya açık bir alandır. Etiğin üzerinde çalıştığı sorunlar çözüme kavuştuğunda, yani onlarla ilgili normlar belirginleştğinde söz konusu bilgiler artık deontolojinin konusu haline gelmiş sayılırlar. Bu görünümü ile etik, deontolojiyi besleyen bir havuz özelliği taşımaktadır. Ancak mevcut hukuk ve deontoloji kurallarının yine etik açıdan ele alınabileceğini, özellikle zaman içinde toplumsal gelişmelere (realiteye) yabancılaşan bu normların yeniden değerlendirilebileceğini de belirtmek gerekir.²²

Düşüncemiz, sezaryen doğum yöntemi açısından, yeniden bir etik değerlendirme yapılması gerektiği yönündedir. Zira evrensel tıbbi etik ilkeler arasında yer alan, “dürüstlük”, “yaşama saygı”, “zarar vermeme”, “adalet”, “özerklik”, “yasallık” ilkeleri, sezaryen yönteminin uygulanması veya uygulanmaması noktasında, tıp ve hukuk biliminde karşılaşılan değer sorunlarının çözümüne ışık tutacaklardır.

19- Tıp Hukuku Dergisi, Av. Sunay AKYILDIZ, Tıbbın Uygulanmasından Doğan Tazminat Davaları Ve Temel Unsurları, Sayı I., Legal Yayınları.

20- Tıp Hukuku Dergisi, Av. Sunay AKYILDIZ, Tıbbın Uygulanmasından Doğan Tazminat Davaları Ve Temel Unsurları, Sayı I., Legal Yayınları.

21- Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği tarafından 09.01.2017 tarihinde hazırlanan “Vajinal Doğumdaki Komplikasyonlardan Hekimi Korumak İçin Hazırladığımız Mevzuat” başlığı ile madde önerisi ve rapor. <http://www.tjod.org/vajinal-dogumdaki-komplikasyonlardan-hekimi-korumak-icin-hazirladigimiz-mevzuat/>

22- Tıbbi Etik: Temel Kavramlar Ve Meslek Sorunlarımız Dr. Berna Arda, syf:155-156.

SONUÇ

Günümüzde, özel sağlık hizmeti sunucularının artmasına bağlı olarak hastanın tüketici –müşteri konumunda görüldüğü ve “kazanç odaklı sağlık hizmeti sunma” biçimine dönüşen bir realitenin varlığını yadsımak mümkün değildir. Şu halde sağlık hizmetleri konusunda düzenleyici ve otorite konumundaki Sağlık Bakanlığı ile bağlı kurum ve kuruluşlar, sektörde, denge unsuru olmak zorundadırlar. Üstelik aynı zamanda, özel sağlık kurum ve kuruluşlarından, sağlık hizmeti alıcısı konumunda bulunan idarenin, hasta popülasyonunda sayısal olarak da çoğunluk oluşturan, dar gelirli ve yoksul insanlara yönelik, yüklü miktarda kadın sağlığı ve doğum bakım harcamaları yaptığını düşündüğümüzde de, konunun toplumsal önemi ortaya çıkmaktadır.

Sosyal devlet (*sozialstaat, welfare state, Etat providence*) anlayışı, devletin sosyal barışı ve sosyal adaleti sağlamak amacıyla sosyal ve ekonomik hayata aktif müdahalesini gerekli ve meşru gören bir anlayıştır.²³

Sezaryen ile doğum yönteminin ülkemizde aşırı boyuta varması karşısında yapılan yasal düzenlemelerin, sosyal ve ekonomik hayata olumlu katkısı bulunmalıdır. Kaldı ki hukuk düzeninde, toplumsal ihtiyaçlara göre yeni yasal düzenlemelere gidilmesi veya yasaların revize edilmesi olağandır.

Tıp biliminin, güncel gerek ve standartları karşında, normal doğumun, sezaryen doğuma oranla daha az risk taşınması, hastaya yarar - zarar dengesi karşısında ilk tercih olması hedeflenmelidir. Bu doğru bilgiden hareketle; anne – çocuk sağlığı ve dolayısıyla toplum sağlığı açısından, kısa ve uzun vadede “normal doğumun kural haline gelmesi” konusunda çalışmak gerekliliktir. Sağlık Bakanlığı, hekimlik meslek örgütleri, kadın doğum uzmanları, ebeler ve ebelik uzmanlık dernekleri ve diğer paydaşların işbu çalışmaya destekleri tıp bilimi açısından önemlidir.

Bu yönde yapılacak yasal düzenlemelerle “normal doğum yönteminin teşviki; “iyi hekimlik uygulamalarının ödüllendirilmesi” ve yanı sıra kadın doğumla ilgili ebe ve sağlık profesyonellerinin, Sağlık Hukuku kapsamında, konuya özgü mesleki içi eğitimlerle farkındalık oluşturmaları düşünülmelidir.

Son sözle, ülkemizde yıllara yayılan ve gerçekte kadın bedeni ve üreme sağlığına zarar veren, “normal doğum yerine dayatılan sezaryen doğum yanlışını” tıbbın yanı sıra mesleki etik ilkeler ve hukuk desteği ile düzeltmek, toplumda oluşan ve yanlış bilinen algıyı yıkmak gerekmektedir.

23- Ergun Özbudun, Türk Anayasa Hukuku, s.99.

HUKUK –ETİK- DİN ÇALIŞTAY GRUBU

Moderatörler: Berna Dilbaz, Nejdett Şatır, Sunay Akyıldız, Kaşif Hamdi Okur

Katılımcılar

1. Ali Selman ERKUŞ Yargıtay 13. Hukuk Dairesi Başkanı
2. Battal YILMAZ Yargıtay 13. Hukuk Dairesi
3. Nejdett ŞATIR yargıtay 15. Hukuk Dairesi Üyesi
4. Serkan DEMİRBAŞ yargıtay 4. Hukuk Dairesi Tetkik Hakimi
5. Kaşif Hamdi OKUR Din işleri yüksek kurulu
6. Ülfet GÖRGÜLÜ Din işleri yüksek kurulu
7. Mahmut KAYIŞ, Din işleri yüksek kurulu
8. Halil KILIÇ' Din işleri yüksek kurulu
9. Ahmet Nuri DANIŞMAN Sağlık Bakanlığı yüksek sağlık şurası
10. Murat YAYLA Acıbadem International Hospital
11. Berna DİLBAZ Adıyaman Üniversitesi Kadın Doğum
12. Feride SÖYLEMEZ Ankara Üniversitesi perinatoloji
13. Serap ŞAHİNOĞLU Ankara Üniversitesi Tıp Etiği ve Tıp Tarihi ABD
14. Sunay AKYILDIZ Tıp Hukuku Derneği Başkanı
15. Olcay KUTLUBAY SB Hukuk Müşaviri
16. Ünsal DÖNMEZ Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Hukuk
17. Leyla MOLLAMAHMUTOĞLU TJOD hukuk etik komisyon başkanı
18. M. Muammer DOĞAN Ankara Tabip Odası
19. Bülent TANDOĞAN Zeynep Kâmil Perinatoloji

Hukuk, Din Ve Etik Grubu artan sezaryen oranlarına yol açan nedenler, konunun hukuk, etik ve din boyutunu multi-disipliner bir yaklaşım ile irdelemiştir.

HUKUK

Bu başlık altında hukuki mevzuat, hukuksal sorunlar, uygulama kılavuzları ve yetki ve sorumluluklar tartışılmıştır.

Sezaryen oranlarının azaltılmasında hukuksal boyut önem taşımaktadır. Medikolegal sorun korkusu defansif tıp uygulamalarına ve sezaryen oranlarında artışa yol açmaktadır. Günümüz Türkiye'sinde kentleşmenin artması, hasta hakları ve tüketici haklarının gelişmesi ve farkındalığının artmasına bağlı olarak hastalarına şikayet başvuruları ve davalar da giderek artmaktadır. Vajinal doğum sırasında ortaya çıkabilecek omuz distosisi, fetal serabral palsi, caput succadenum, kafatası kırıkları, humerus, klavikula kırıkları, erb duchenne paralizi gibi öngörülemez komplikasyonlar medikolegal soruna yol açabileceğinden giderek defansif tıp uygulamaları artmaktadır. Aslında bu öngörülemez komplikasyonlar sezaryen doğum sonrasında da görülebilir, ama hastalarda bu komplikasyonların sezaryen sırasında oluşmayacağına dair yanlış bir kanaat oluşmuştur. Hekimler, medikolegal sorunlar nedeniyle aynı komplikasyonlar sezaryen sonrasında da görülebileceği halde “niçin sezaryen yapmadınız” şeklindeki şikayetler ve dava başvurularına muhatap olmamak için sezaryene karar vermede sosyal endikasyonu daha öncelikli hale getirmektedir.

Medikolegal sorun yaşama korkusu da hekimleri vajinal doğumdan uzaklaştırmaktadır. Halen ülkemizde vajinal doğum komplikasyonları nedeniyle kadın hastalıkları ve doğum uzmanlarına karşı açılan dava ve şikayet sayısı net olarak bilinmemektedir. Bu konuda yapılacak bir çalışma sorunun boyutlarının ortaya konması açısından önemlidir. Hukukçular tarafından tazminat davalarının çok sayıda olduğu ama bunların az bir kısmının doktor aleyhine sonuçlandığı anlatılmaktadır. Dava süreçlerinin uzun olması, istenen tazminatların Türkiye standartlarının çok üstünde yüksek olması (trafik kazaları vb. ile karşılaştırıldığında), dava sürecinde şikayetçi tarafından hekime şiddet veya tehdit uygulanması, hekimlik hizmetini mesleğini sürdüren kişi için çok yıpratıcıdır. Bu şekilde bir suçlamaya maruz kalan bir kadın hastalıkları ve doğum hekimi vajinal doğum pratiğinden uzaklaşmaktadır. Bu nedenle hekim davalı ile olabildiğince karşı karşıya gelmeden gelmemeli, hukuksal olaylar kurumlar tarafından yönetilmeli ve yürütülmelidir.

Mevcut hukuk sisteminde devlet hastaneleri ve özel hastaneler için yasal uygulamalar kısmen fark göstermektedir. Devlet hastaneleri ile ilgili şikayetler İdari yargı ve Danıştay kapsamında ele alınırken, Özel Hastaneler ile ilgili şikayetler Adli yargı ve Yargıtay tarafından ele alınmaktadır. Özel hastaneler Sağlık Bakanlığı tarafından denetlenip ruhsatlandırılmaktadır. Bu nedenle özel hastane koşulları ile ilgili bir olumsuz duruma bağlı bir şikayet durumunda Sağlık Bakanlığının da sorumluluğu söz konusudur. Özel Hastane ruhsatlanmalarında eylem izleme ve doğum odalarının vajinal doğum için en uygun koşullara sahip olup olmadığı denetlenmelidir. Şu anda yeni bir uygulama ile tüketici mahkemeleri de hasta şikayetleri ile ilgili başvuru kabul etmeye başlamışlardır. Tüketici mahkemeleri ihtisas mahkemeleri olmadığından bu uygulamanın sorun doğuracağı endişeleri mevcuttur. Bazı durumlarda arabuluculuk sisteminin etkin bir şekilde çalıştırılması yararlı olabilir.

Komplikasyon hukuk tarafından izin verilen risk olarak kabul edilmektedir. Türk Jinekoloji ve Obstetri Derneği (TJOD) hazırladığı kanun teklifi önerisinde kadın hastalıkları ve doğum uzmanlarının sorumluluklarının “*Doğum sırasında ortaya çıkan ve doğum hekiminden kaynaklanmadığı gibi, onun aktif veya pasif fiili ile bertarafı mümkün olmayan beklenmedik komplikasyonlar herhangi bir sorumluluğa neden olmaz. Hekim bu komplikasyonlara hiç müdahale etmemiş veya etmiş ve bu sırada ağır kusurlu olarak zarar vermişse sorumlu olur. Kadın doğum hekiminin kusurlu olarak anne ve/veya bebeğe zarar vermesi halinde; doğum kamu hastanesinde gerçekleştirilmişse idare; özel hastanede gerçekleştirilmişse, doğumu gerçekleştiren veya doğuma müdahale eden hekim ile özel hastane arasındaki ilişkinin hukuki niteliği önem arz etmeksizin ilgili özel hastane, kusurlu olması aranmaksızın gerçekleşen zarardan sorumludur. Gerek idare gerek özel hastane, kusurlu olarak zarara sebebiyet veren kadın doğum hekimine, ancak hekimin ağır kusurlu olması halinde rücu hakkına sahiptir.*” şeklinde tanımlanmasını önermektedir. TJOD medikolegal sorunlar ile ilgili 2015 yılında gerçekleştirdiği “HEKİMLERİN MESLEKİ VE ÖZLÜK SORUNLARI ÇALIŞTAYI”nda kadın hastalıkları ve doğum hekimliği ile ilintili medikolegal sorunlar ve bunlarla ilgili önerilerini rapor etmiştir.

Hekimlik Sözleşmesi olarak tanımlanan ayrı bir sözleşme yoktur, bu nedenle “vekalet sözleşmesi” hukuken bu anlamda kullanılmaktadır. Hasta ve hekim hak ve sorumluluklarını belirleyen bir hekimlik sözleşmesi oluşturulmalıdır. Malpraktis yasası henüz oluşturulmamıştır. Bu yasa oluşturulacak bir “Sağlık Kanunu” kapsamında ele alınmalıdır. Öngörülen kanun cezalandırmalarla ilgili uygulamalardan çok hekim sağlık çalışanı ilişkisi ve karşılıklı görev, hak ve sorumlulukları açığa kavuşturur mahiyette olmalıdır. Hasta ve hekim hak ve sorumlulukları net olarak belirlenmesi için Sağlık Hukuku ve Sağlık Kanunu ivedilikle gündeme gelmelidir.

Avrupa Konseyi İnsan Hakları ve Biyotıp sözleşmesi iç hukuk normu haline gelmiş, ve bir çok mevzuatta yer almıştır. Bu gelişmeler de hekime aydınlatma yükümlülüğü getirmiştir. Bu nedenle aydınlatılmış onam alma süreci çok önemlidir. Vajinal doğum, sezaryen ve bu işlemler sırasında uygulanacak diğer yöntemler (epizyotomi, spinal anestezi, epidural anestezi, eksternal versiyon vb..) ile ilgili bilgilendirilmeler yapılarak imzalı aydınlatılmış onamlar alınmalıdır. Tıbben gereklilik varsa, sezaryen ile birlikte myom veya kist gibi nedenlerle hayati olmayan ek bir müdahale gerekiyor ise böyle olası durumlar öngörülerek belirtilmeli, bilgilendirilmeli, hastanın anladığından emin olup tercihi sorularak standart aydınlatılmış onamdan daha ayrıntılı uzatılmış onam alınmalıdır.

. Hayati tehlike içeren durumlarda doktorun kişinin üstün yararı gözetilerek ve mevcut durumda mümkünse hastanın öncelikle birinci derece yakınlarının da hızla karar sürecine dahil edilmesiyle müdahale hakkı varsayılır. Hasta yakınları da acil durumlarda bilgilendirilmelidir. Mülteci/Suriyeli hastalar için de matbu kendi dillerinde onam formları oluşturulmalı ve tıbbi müdahaleler öncesinde imzalı aydınlatılmış onamları alınmalıdır. Ayrıca okuryazar olmayan mülteci/Suriyeli hastalar için bu konuda eğitim görmüş tercümanlar tarafından sağlık çalışanları tarafından verilen bilgilerin doğru bir şekilde aktarılması sağlanarak aydınlatılmış onam süreci gerçekleştirilmelidir.

Bakanlığımız Hukuk müşavirliği kendilerine ulaşan şikayetleri hizmet kusurunun varlığı yönünden değerlendirilmek üzere ilgili birimden davaya konu olan durumla ilgili belge istemektedir. Bu nedenle kayıtların doğru olarak tutulması önemlidir. Hasta kayıtların istinaden savunma hazırlanmaktadır. Hazırlanan savunma mahkemeye gönderilmekte, mahkeme tarafından Adli Tıp Kurumunun konu ile ilgili mütalaası istenmektedir. Adli Tıp Kurumu mütalaasının içeriğine göre Bilirkişilik Kurumuna müracaat edilmektedir. Adli Tıp Kurumunda konunun uzmanı olarak sadece bir uzman doktor bulunmaktadır. Bu nedenle Adli Tıp Kurumu mütalaaların güncel ve pratik uygulamaları göz önünde bulundurmaktan uzak olabileceği, bu nedenle Adli Tıp Kurumu bünyesinde kadın hastalıkları ve doğumla ilgili bir ihtisas komisyonunun kurulmasının uygun olacağı önerilmiştir.

Medikolegal sorunlarla karşılaşıldığında fetal anomaliler veya fetal kayıpla ilgili bebek otopsi raporları istenilmektedir. Günümüzde yapılan otopsiler organ malformasyonlarını belirleyici otopsilerdir. Otopsinin tam aydınlatıcı olabilmesi için “Genetik Otopsi” yapılmalıdır. Aynı şekilde maternal kayıplarda da gerekli durumlarda genetik otopsi yapılmalıdır. Tedavi standartlarını belirleyen kılavuzlar (rehberler) hekime ve sağlık personeline yön veren dökümanlardır. Kılavuzlar Sağlık Bakanlığı ile birlikte konu ile ilgili dernekler tarafından hazırlanmalıdır. Sağlık hizmetinin sunumunda 4 faktör: fizik mekan, altyapı ve donanım, personel ve işleyiş önemlidir. Kılavuzlarda sadece işlerin nasıl yapılacağını tanımlanmamalı, hizmet sunumu için gerekli asgari şartlar (doğumhane koşulları, donanım, bulundurulması zorunlu tıbbi cihazlar, sarf malzemeleri, bulundurulması zorunlu ilaç listesi, gerçekleşen doğum sayısına göre personel norm kadro sayısı) tanımlanmış olmalıdır. Kılavuzlar güncelliğini korumalı, bu nedenle en geç her 5 yılda bir yenilenmelidir. Ulusal doğum takip kılavuzu hazırlanmalıdır. Komplikasyonlar kılavuz kapsamında değerlendirilebilir. Kılavuzlar hazırlanırken periferde çalışan hekimlerin de koşulları göz önünde bulundurulmalı ve kılavuz kapsamında genel uygulanabilir yaklaşımlar yer almalıdır. Kılavuzlar bağlayıcı değildir. Kılavuzların bağlayıcı olması için mevzuata yerleştirilmeleri gerekmektedir. Kılavuzların genelge olarak gönderilmesi bağlayıcı olmasını sağlar. Kılavuzlar hem Adli Tıp Kurumu hem de bilirkişilik müessesesi için objektif bir kaynak olabilir.

Eğitim ve araştırma hastaneleri ve tıp fakültelerinde kadın hastalıkları ve doğum alanında tıpta uzmanlık öğrencisi yetiştirilmektedir. Uzman hekimlerin tıpta uzmanlık öğrencilerine karşı denetim ve gözetim yükümlülüğü mevcuttur. Bu nedenle tıpta uzmanlık öğrencilerinin neden olduğu uygunsuzluklarda uzman hekimler sorumlu tutulmaktadır. Tıpta uzmanlık eğitimi veren kuruluşlarda eğitim için asgari koşullar belirlenmeli ve bu yönde denetimler yapılmalıdır. Müdahaleli doğumlar ve makadi doğumlar gibi özellikli vajinal doğum uygulamaları pratiğinin kazanılması için gerekli durumlarda tıpta uzmanlık öğrencisi bu uygulamaları öğrenebileceği sağlık kuruluşlarına yönlendirilmelidir. Tıpta uzmanlık eğitimi performans sisteminden de olumsuz etkilenmektedir. Performans sistemi hekimlerin eğitim faaliyetlerine daha az zaman ayırmalarına ve zaman alan zor ve riskli girişimlerden kaçınmalarına yol açmaktadır. Eğitim faaliyetleri de performans kapsamında değerlendirilmeli, eğitimden sorumlu olan kadın hastalıkları ve doğum uzmanlarının eğitim faaliyetlerini eksiksiz yerine getirmesi sağlanmalıdır.

.Vajinal doğumun arttırılmasında ebe eşliğinde doğum hizmetlerinin arttırılmasının çok büyük bir önemi vardır. Ebelik hizmetlerinin kapsamı çeşitli kanun ve yönetmeliklerle belirlenmiştir (Ek-3). Ebelik okullarının kapatılması ebe sayılarına yansımıştır. Ayrıca halen çalışan ebelerimizin önemli bir bölümü hem görev yaptığı ünitelerin farklı olması hem de yetersiz pratik uygulama eğitimi almış olmaları nedeniyle doğum uygulamalarından uzaktır. Ebelik eğitiminin yeterli ve güçlü hale getirilmesi, ebelerin pratik eğitiminin mevcut defansif tıp uygulamaları çerçevesinde planlanması gerekmektedir. Ebeyi kim eğitecek, eğitim gören ebenin oluşturduğu bir komplikasyon veya malpraktis durumunda sorumlu kim olacak şeklindeki soruların cevaplanması gerekmektedir. Bu nedenle mevzuat oluşturulması ve ebelerin de zorunlu mesleki sorumluluk sigortası yaptırması önem taşımaktadır. Ebelerin pratik eğitimi sırasında hasta onamalarında bu konunun belirtilmesi gerekmektedir. Ebelerin ücretlendirilmesinin de uygun hale getirilmesi ve hem kamu hem de özel hastanelerde ebelik hizmetlerinin 24 saat kesintisiz devamlılığının sağlanması gerekmektedir.

Hastalara yaklaşımda sevk zinciri ve hastaneye yatış zamanının planlanması önem taşır. Özellikle durumlarda hastaneye yatış zamanlaması kılavuzlarda belirtilebilir. Sevk zinciri doğru olarak kurulmalıdır. İlçelerde kapsamlı hizmetin verilememesi bir sorundur. Bu nedenle ilçelerle ilgili bir düzenleme yapılmalı, ilgili il hastanelerinin yönetiminde bir kriz merkezi ve sevk zinciri kurulmalıdır.

Hastaneye yatışın yanı sıra gebelerin bazı zorunlu koşullarda klinikler dışında doğuma kadar bekleyebileceği gebe otelleri konusu henüz tam olarak çözüme ulaşmamıştır. Gebe Otellerinin hem yeterli personel ve mekan sağlanamaması hem de hasta ve refakatçilerine ait sorumluluklarla ilgili ayrıntılı mevzuatı olmaması nedeniyle hastanelerin yönetimi ve sorumluluğunda olması büyük sorunlar arz etmektedir. Bu konuda Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı veya Belediyelerin oluşturacağı Şefkat Evi benzeri konaklama alanları oluşturulması önerilmektedir.

DİN

Din İşleri Yüksek Kurulu normal doğum ve sezaryen konusunda aşağıdaki görüşleri beyan etmiştir:

Normal doğumun özendirilmesi için Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, Sağlık Bakanlığı ve Diyanet İşleri Başkanlığınca ortak bir çalışma yapılarak evlilik/aile eğitimlerinde bu hususta gerekli bilgilendirilmelerin yapılması uygun olur. Din İşleri Yüksek Kurulu'nun belirttiğine göre; tıp uzmanlarının anne ve bebek açısından sağlıklı olan yöntemin normal doğum olduğu ve sezaryen yöntemine tıbbi zorunluluk halinde başvurulabileceğine dair verdikleri bilgiden hareketle tıbbi zorunluluk olmadıkça sezaryen yöntemine başvurmak dinen de uygun görülmemiştir.

Tabii yollarla doğum yapmak mümkün olmadığında, ilgili uzmanların karar vermeleri halinde, annenin de sağlık durumu tehlikeye atılmadan çocuğun sezaryenle dünyaya getirilmesinde dinen bir sakınca yoktur. Ayrıca tıbbî bir zorunluluk olduğundan ve annenin de sezaryene mecbur olmasından dolayı çocuğuna karşı sorumlu tutulacağı düşünülmemelidir.

Dini perspektiften de doğum doğal bir hadisedir. Dolayısıyla tıbbi bir zorunluluk olmadıkça annenin fitri olan doğum şeklinden uzaklaşıp hem kendinin hem bebeğin sağlığını olumsuz yönde etkileme riski bulunan, sezaryen talebinde bulunmasına bir hak olarak yaklaşılması doğru değildir. Bu durumda sezaryen isteğe bağlı olarak değil, annenin ya da bebeğin hayatını koruma gayesiyle gerçekleştirilen bir tıbbi müdahale olarak görülmelidir. Öte yandan tıbbi müdahalenin hukuka uygun olması için gereken şartlardan biri de hastanın veya onun irade beyanında bulunamayacağı durumlarda kanuni temsilcisinin rızasının bulunmasıdır. Ancak hastanın hayatını kurtarmak veya zarar görmesine engel olmak gibi bir zaruret durumunda aydınlatmaya dayalı rızanın alınması beklenmeden müdahalede bulunulabilir. Buradan hareketle sezaryen öncesinde annenin bilgilendirilmesi ve rızasının alınması önemlidir. Fakat kendisinin ya da bebeğin hayatını tehdit eden bir durumda kadının tıbbi müdahaleye karşı çıkma hakkı bulunmamaktadır.

Doğum esnasında gereken tıbbi özen gösterildiği halde süreçle ilgili meydana gelebilecek komplikasyonlar dinen sorumluluk nedeni sayılmayacaktır. İslam hukukuna göre doktorun kusurlu olduğu durumlarda “akile” sistemi yani ödenecek tazminat için bir fon oluşturulduğu bildirilmiştir. Dini açıdan “kendinizi kendi elinizle tehlikeye atmayın” buyurusu ile gereksiz sezaryenin daha sonraki gebeliklerde de riskleri arttıracak bilgisinin örtüştüğü vurgulanmıştır. Ayrıca anne için hayati risk oluşturmadığı sürece, ceninin yaşama perspektifinin bulunmadığının uzman hekimler tarafından kesin olarak tespit edildiği durumlar hariç, gebeliğin sonlandırılmasının caiz görülmediği ifade edilmiştir.”

ETİK

Mesleki etik anlamında en üstün hukuki norm Bakanlar Kurulunca çıkarılan Tıbbi Deontoloji Tüzüğüdür. 663 sayılı “Sağlık Bakanlığı Ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat Ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname ile Sağlık Meslekleri Kurulu” oluşturulmuştur. Bu kurulun görevlerinden birisi de sağlık mesleklerinde etik ilkeleri belirlemektir. Ancak Kurul henüz tam anlamıyla faaliyete geçmemiştir. Hasta Hakları alanında yine sağlık mesleklerinin ödev ve sorumluluklarını gösteren düzenlemeler yapma yetkisi de Sağlık Bakanlığına verilmiştir. Bu yetkiye dayanarak Hasta Hakları Yönetmeliği çıkarılmıştır.

Klinik karar ve uygulamalarda, meslek esasları üzerinden çalışmak, evrensel etik ilkeler üzerinden hareket etmek gerekir. Meslek esasları ve etik ilkeler profesyonellik için gereklidir, Profesyonellik ile ilgili meslek esasları kurallar ve bu kararlar çerçevesinde hasta hakkında verilecek tıbbi karar mekanizmasının nasıl etik belirleyenleri işleyeceği uzmanlık dernekleri, Türk Tabipler Birliği, Dünya Tabipleri Birliği gibi meslek örgütlerinin de sorumluluğundadır (TÜRK TABİPLERİ BİRLİĞİ KANUNU Kanun No.: 6023 (Resmi Gazete: 31.01.1953 / 8323), md. 1, md.28/ I, md. 28/VI, md.38, md. 49, md. 59/g, TIBBİ DEONTOLOJİ TÜZÜĞÜ, md.1, md. 6, md. 13, md. 23, md. 44, md. 45, Türk Tabipleri Birliği Etik Bildirgeleri, Türk Tabipleri Birliği Etik Kurulu, Birinci Baskı, Mayıs 2010, Ankara Türk Tabipleri Birliği Yayınlar, CENEVRE BİLDİRGESİ, Mesleki Bağlılık Yemini, Sağlıkla İlgili Uluslararası Belgeler (Dünya Tabipler Birliği, Avrupa Konseyi, Birleşmiş Milletler, Unesco, Avrupa Tabip Birlikleri Forumu) Birinci Baskı, Haziran 1998, Ankara İkinci Baskı, Ekim 2009, Ankara Türk Tabipleri Birliği Yayınları, s.15).

Tedavi edici hizmetlerin yanı sıra koruyucu sağlık hizmetlerin de önemle yerine getirilmesi sağlığın her alanında olduğu gibi doğum şeklinin belirlenmesi süreçlerinde anne ve bebek sağlığı açısından en önemli bileşenlerdendir.

Anne ve bebeğin sağlığı için doğum şeklinin seçilmesi sürecinin tüm basamaklarında anne, baba bilgilendirilmeli, biyopsikososyal açıdan anne tam olarak desteklenmeli ve bilgilendirilmelidir. Tıbbi karar verme sürecinde tıbbi belirleyenler, hasta tercihleri, bireyin yaşam kalitesi ve diğer kültürel ve çevresel belirleyenler sırasıyla gözönünde bulundurularak karar verilmeli, sağlık ekibinin kararı temellendirilmelidir. Beauchamp ve Childress tarafından öne sürülen tıp etiğinin uluslararası düzeyde geçerliliği kabul edilen dört temel ilkesi bulunmaktadır (Beauchamp ve Childress, Principles of Biomedical Ethics.). Bunlar, hastanın özerkliğine saygı, hastaya yarar sağlama, zarar vermeme ve adalet ilkeleridir. Söz konusu ilkeler dikkate alınarak oluşturulan dört kutu yöntemi klinikte karar verme sürecinde en çok kullanılan yöntemdir. Karar verme sürecinde;

1. Tıbbi girişim endikasyonları: Hastanın tıbbi durumunun ne olduğunun, problemin akut, kronik, kritik, acil, geri dönüşlü veya terminal olup olmadığının, tedavinin etkinliğinin, palyatif bakım gerekip gerekmediğinin, tedavinin külfetli olup olmadığının değerlendirilmesi gerekir. Tedavi seçeneklerinin başarı şansının ne olduğu, hangi durumda tedavinin nafi olduğu, tedavi başarısız olursa ne yapılacağı...

2. Hastanın Tercihleri: Hasta yarar ve zararlar hakkında aydınlatılmış, bilgileri anlamış ve onam vermiş mi? Hasta karar verme kapasitesine sahip mi? Yasal açıdan yeterli mi? Karar verme kapasitesine dair bir şüphe var mı? Karar verme kapasitesi varsa tedaviye ilişkin tercihleri neler? Karar verme kapasitesi yoksa yaşayan önceden bildirdiği istekler var mı? Uygun vekil karar verici kim? Hasta tıbbi tedaviye uyamıyor veya uymak istemiyor mu? Neden?

3. Yaşam Kalitesi: Tedavili ve tedavisiz normal yaşama dönme olasılığı nedir? Tedavi başarılı olduğunda bile hastanın yaşayacağı fiziksel, zihinsel, sosyal engeller nelerdir? Bakım vericinin hasta yaşam kalitesini değerlendirmesini gölgeleyecek ön yargılar olabilir mi? Hastanın mevcut ve gelecekteki yaşam kalitesi katlanılamaz mıdır? Tedaviden vazgeçme planı veya nedeni var mıdır? Palyatif bakım planı var mıdır?

1.4. Çevresel/Diğer Özellikler: Hastanın tedavisini etkileyecek mesleki, mesleklerarası, ticari çıkar çatışmaları var mıdır? Klinik kararlarda çıkarı olan klinisyen veya hasta dışında bir taraf var mıdır? (Aile üyeleri gibi) Üçüncü kişilerin çıkarları hastanın gizliliğine saygı göstermeyi meşru şekilde sınırlandırıyor mu? Klinik kararlarda çıkar çatışması yaratacak ekonomik faktörler var mı? Klinik kararlara etkileyebilecek; kıt kaynakların paylaşımına ilişkin sorunlar, dini ve kültürel faktörler, yasal konular, klinik araştırma veya eğitim, kamu sağlığı veya güvenliği ile ilgili konular, kurumlar ve organizasyonlar (Hastaneler) arasında çıkar çatışması var mıdır? başlıkları verilen sırayla göz önünde bulundurulur. Karar verme sürecinde sağlık çalışanları bireyin özerkliğine de saygı göstermeli ve paternal tutum içerisinde olmamalıdır.

Sağlıklı doğum yönteminin benimsenmesinde medyanın da rolü büyüktür. Görsel, yazılı vb. basında, doğum konusu işlenmeli; Gebelere vajinal doğumla ilgili bilgi ve psikolojik destek verilmelidir.

İsteğe bağlı sezaryen dünyada da bir tartışma konusudur. Amerikan Kadın Hastalıkları ve Doğum Cemiyetinin (ACOG) isteğe bağlı sezaryen ile ilgili önerileri şu şekildedir: “Maternal veya fetal bir neden olmadığı takdirde vajinal doğum güvenle önerilmelidir. Vajinal doğumun avantajları hastanede kalış süresinin kısa, neonatal solunum güçlüklerinin daha az, daha sonraki gebeliklerde plazantasyon anomalisi riskinin daha az olmasıdır. İsteğe bağlı sezaryen sadece postpartum kanama riskini azaltabilir, 39. Haftadan önce yapılmamalıdır. Travay sırasında başarılı bir ağrı kontrolü sağlanamadığı için hastalar elektif sezaryene yönlendirilmemelidir. Birden fazla çocuk isteyenler isteğe bağlı sezaryene yönlendirilmemelidir”. ACOG ve benzeri dernek görüşleri Türkiye’de sunulan sağlık ve doğum hizmetleri için bağlayıcı değildir, Sağlık Bakanlığı ve ilgili derneklerin rehberler ile ülkemize uygun şartların ortaya konulması gerekmektedir.

Gebe bir kadın kendisinin veya bebeğinin daha iyi olacağı için tedavi olarak önerilen CS yi reddetme hakkına sahiptir (NICE)

Bilgilendirilmiş bir kadının isteğe bağlı CS yaptırması etik olarak kabul edilebilir; ancak cerrah da bu isteğin kadının yararına olmadığını düşünürse reddetme hakkına da sahiptir (NICE)

Önceki İlgili Çalışmalar

1: TJOD Kanun tasarı teklifi

2: TJOD Hukuk Etik Çalıştay Bildirgesi

3: “Türkiye’de Malpraktis (Yanlış Tedavi) Konusunda Yasal Düzenleme Girişimleri: Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortası Bir Çözüm Müdür?” başlıklı makale yazarı Dr. Muhtar Çokar Türk Hukuk Sitesi (<http://www.turkhukuksitesi.com>) kütüphanesi

Sezaryen Oranları Azaltılabilir mi? Yöntemler Ne Olmalıdır? Karşılaştırmalı Sağlık Sistemleri Perspektifiyle Bir Değerlendirme

Doç. Dr. Hasan Hüseyin Yıldırım

Hacettepe Üniversitesi İİBF Sağlık Yönetimi Bölümü, Ankara

Bu çalışmada; başka ülkelerin sezaryen oranlarını yönetmede ne tür önlemler aldığı hususu, karşılaştırmalı sağlık sistemleri ve politikaları çerçevesinde ele alınmış, sezaryen oranlarını yönetmede Türkiye'nin ne yaptığı hususlarına kısaca değinilmiş daha sonra da sonuç ve öneriler kapsamında ne yapılması gerektiği ortaya konulmuştur.

Karşılaştırmalı Sağlık Sistemleri ve Politikaları

Sağlık sistemleri ve politikaları, küresel bir laboratuvar, deneyimler dizini olarak düşünülebilir. Küreselleşmenin kaynaklık ettiği birbirine bağlı ve bağımlı bir dünya ortamında, sağlık sistemlerinin ve politikalarının birbiriyle karşılaştırılması kaçınılmaz olmaktadır. (Klein 1997). Bu anlamda çeşitli ve farklı kaynak, faaliyet ve etkileşimler test edilebilir, sonuçlar karşılaştırılabilir ve bilimsel genellemeler yapılabilir (Roemer 1991, 1993; Klein 1991; Yıldırım ve Yıldırım 2015). Klein (1991) diğer ülkelerin sağlık sistemlerinden dersler çıkarmayı nefes alıp vermeye benzetmekte ve başka ülkelerin deneyimlerinden faydalanma olgusundan vazgeçmenin ancak ve ancak beyin ölümüyle mümkün olabileceğini belirtmektedir. (Şekil 1).



Şekil 27. Sağlık Sistemlerini Karşılaştırmanın Nedenleri

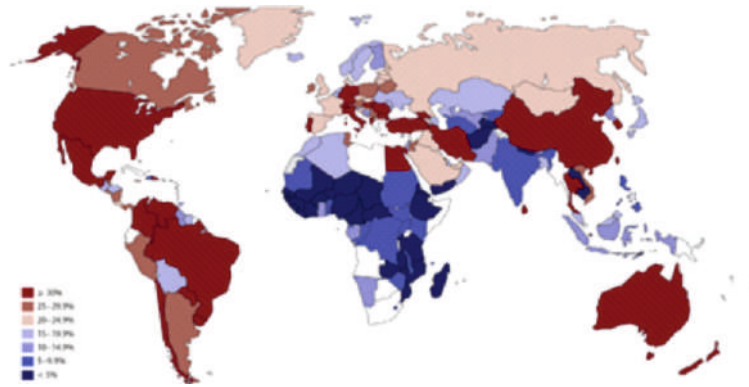
Sağlık sistemlerinin karşılaştırılması; karşılaştırmanın doğasından kaynaklanan güçlüklerin olması, sonuçların yanıltıcı olabilmesi, veri standardizasyonun olmaması ve ülkelerin sağlık sistemlerinin birçok değişkene bağlı olarak şekillenmesi gibi birçok zorlukla karşı karşıyadır. Ancak bu zorlukların veya risklerin varlığı, karşılaştırma yapılmayacağı anlamına da gelmez (Klein 1991; Yıldırım ve Yıldırım 2015).

Sağlık Sistemleri Veya Politikaları Karşılaştırılırken Kullanılan Yöntemler

Karşılaştırma yapılacak ilgili yere çalışma ziyaretleri ve incelemeleri. İkincisi ise, göreceli olarak daha az maliyetli olan yöntem olarak masa başı literatür çalışması yaparak karşılaştırmalar yapılabilir. Bu yöntemde; var olan uluslararası standartlarla karşılaştırma, ilişkili olunan ülke gruplarının ortalamaları ile karşılaştırma veya benzer sosyo-ekonomik düzeydeki ülkelerle karşılaştırma yapılabilir. Bu çalışmamız, masa başı yönteminin her üç bileşeni de kullanılarak gerçekleştirilmiştir.

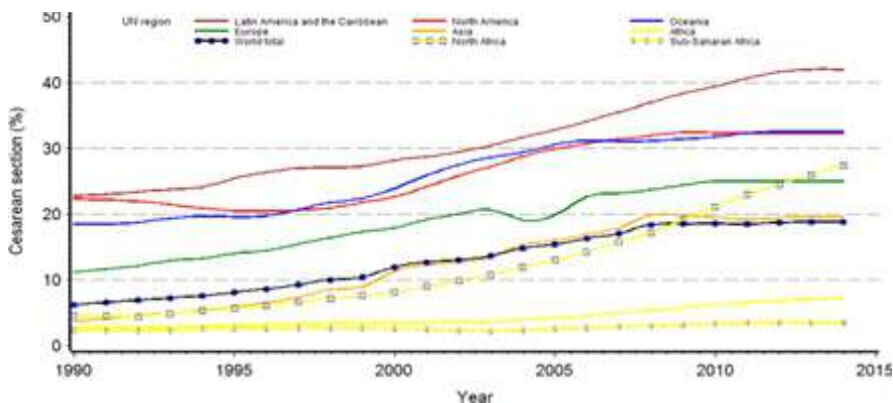
Sezaryen Oranlarının Karşılaştırılması

Global ölçekte değerlendirildiğinde eldeki verilere göre sezaryenin ortalama küresel oranı %18,6'dır ve sırasıyla en düşük ve daha gelişmiş bölgelerde %6,0 ila %27,2 arasında değişmektedir. En düşük sezaryen oranları Afrika'da (%7,3) ve daha spesifik olarak da Batı Afrika'da (%3) mevcuttur. En yüksek sezaryen oranları Latin Amerika ve Karayipler'de (%40,5) bulunurken, Güney Amerika dünyadaki en yüksek sezaryen oranlarına sahip (%42,9) alt bölgedir. Her bir bölgede en yüksek sezaryen oranına sahip ülkeler; Latin Amerika ve Karayipler'de Brezilya (%55,6) ve Dominik Cumhuriyeti (%56,4); Afrika'da Mısır (%51,9); Asya'da İran ve Türkiye (sırasıyla %47,9 ve %47,5), Avrupa'da İtalya (%38,1); Kuzey Amerika'da ABD (%32,8) ve Okyanusya'da ise Yeni Zelanda (%33,4) olmuştur. Harita 1, rapor edilen en son ulusal verilere göre ülkelerin sezaryen oranlarını göstermektedir (Betran et al. 2016).



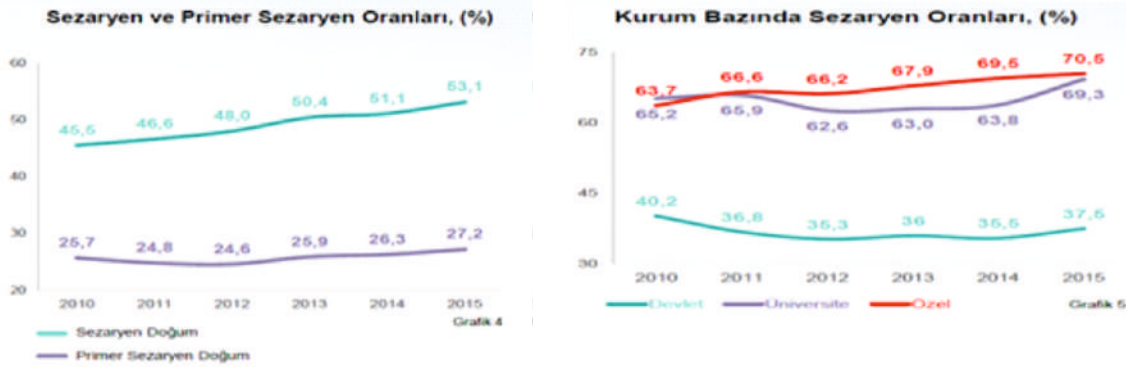
Harita 1. Ülkelere Göre Sezaryen Oranları (%), 2005 sonrası veriler)

Grafik 1, Birleşmiş Milletler (BM) coğrafi gruplamasına göre, 1990 ve 2014 yılları arasındaki küresel ve bölgesel sezaryen oranları eğilimlerini göstermektedir. 1990'da en yüksek oranla (%22,8) başlayan Latin Amerika ve Karayipler'de 2014 yılında en büyük orana ve sezaryende en büyük mutlak artışa (19,4 puan) sahip bölge olmuştur. En büyük ikinci artış Asya bölgesinde olmuştur (1990'da %4,4 iken en son tahminlerde %19,5 olmuştur). Kuzey Amerika ve Okyanusya, son 24 yılda sezaryen oranlarında benzer artışlar gerçekleştirmiştir



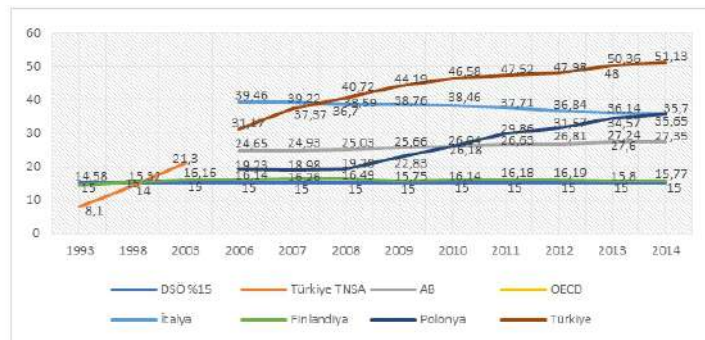
Grafik 1. Sezaryen Oranlarında Global ve Bölgesel Eğilimler, 1990-2015

Kaynak: Betran AP et al. (2016) Türkiye ölçeğindeki sezaryen oranları seyrine bakıldığında ise; sezaryen oranlarının toplamda, üniversite ve özel sektörde zamanla artış eğilimi gösterdiği, ancak devlet hastanelerinde azalış gösterdiği ve en yüksek sezaryen oranlarının da özel sektörde olduğu ve bu anlamda özeli de sırasıyla üniversite ve devlet hastanelerinin izlediği görülmektedir (Grafik 2).



Grafik 2. Türkiye'de Sezaryen Oranları ve Eğilimleri Kaynak: Akdağ (2016)

Karşılaştırmalı sağlık sistemleri ve politikaları bakış açısıyla ele alındığında ise Türkiye'nin sezaryen oranları; DSÖ'nün belirlediği uluslararası standart oran (%15), ilişkili olunan ülke gruplarının ortalamaları (AB ve OECD ortalamaları gibi) ve bazı ülkeler (İtalya ve Finlandiya ve Polonya gibi) ile karşılaştırıldığında, tüm karşılaştırmacılarından bariz bir şekilde daha yüksek olduğu görülmekte ve ek olarak da, Türkiye'nin sezaryen oranlarının zamanla artış eğilimi gösterdiği müşahade edilmektedir. Gerek kendi içindeki sürekli artış ve gerekse de karşılaştırmacıları ile karşılaştırıldığında oranların bariz yüksekliği, sezaryen işleminin Türkiye'de gereksiz bir şekilde kullanıldığı yönünde güçlü bir bulgu ve algı ortaya koymaktadır. Yukarıda da ifade edildiği üzere bu önlenabilir sezaryenlerin, anne ve çocuk sağlığı ve sağlık harcamaları üzerinde olumsuz yönde yansımaları olduğu ve de olacağı da aşikardır. Grafik 3'den de görülebildiği üzere DSÖ ve OECD sezaryen ortalamaları çok yüksek hızda olmasa da artış eğilimi göstermektedir. Diğer taraftan Türkiye ve Polonya sezaryen oranları da yüksek hızda sayılabilecek düzeyde bir artış eğilimi gösterirken, İtalya'da sezaryen oranları düşmekte ve Finlandiya'da ise sezaryen oranları zamanla sabit kalmaktadır (Grafik 3)



Grafik 3. Türkiye'nin Sezaryen Oranlarının Uluslararası Karşılaştırması
Kaynak: OECD (2017), WHO (2017), HÜNEE (1993-2013), Sağlık Bakanlığı

Sezaryen Oranlarının Artış Nedenleri

Yukarıda da ifade edildiği üzere, tıbbi gereklilikler çerçevesinde genel olarak kabul edilebilir sezaryen oranı %10-%15 düzeyindedir. Ancak yukarıda bahsi geçtiği üzere önlenabilir sezaryen oranları, istisnalar hariç hemen hemen bütün ülkelerde artış eğilimi göstermektedir. Maalesef Türkiye sezaryen oranları açısından en kötü durumda olan ülkelerin başında gelmekte ve Türkiye için bu oran %50'nin üzerindedir. Peki, önlenabilir sezaryen oranlarının artış sebepleri nelerdir? Bu artışların ülkeden ülkeye değişmekle birlikte, benzer nedenleri bulunmaktadır. Bu nedenleri temelde iki ana kulvarda ele alıp incelemek mümkündür. Bunlar; arz yönlü nedenler ve talep yönlü nedenler. Arz yönlü nedenler hizmet sunumu kanadından kaynaklanan nedenlerdir. Bunlar; teknoloji, şehirleşme, rahatlık, sağlık hizmetlerine erişim, eğitim, yetersiz sağlık insangücü, ödeme yöntemleri, defansif tıp ve malpraktis davaları olarak belirtilebilir. Talep yönlü nedenler ise, tüketiciler kanadından kaynaklanan nedenlerdir. Bunlar; düşük sağlık okuryazarlığı düzeyi, sigortalılık durumu, anne olma yaşının artışı, obezite ve hasta tercihleri olarak belirtilebilir (Şekil 3).

Bu önlenabilir nedenlere ek olarak bir de tıbbi gereklilikler de (tıbbi endikasyonlar) vardır ki bunların belli başlıları; çoğul gebelikler, makat prezentasyonu, distosi, fetal distres, makat prezentasyon, doğum eyleminin ilerlememesi, baş-pelvis uyumsuzluğu, pleanta previa, kordon sarkması veya kordonun önde gelmesi olarak belirtilebilir. DSÖ ve ilgili diğer otoritelere göre bu tıbbi gerekliliklere karşılık gelen sezaryen oranı %10-15 olarak kabul edilmektedir. Tıbbi gerekliliklere dayalı sezaryen işlemleri bu çalışmanın kapsamında dışında olduğu için burada ayrıntılarına girilmeyecektir.

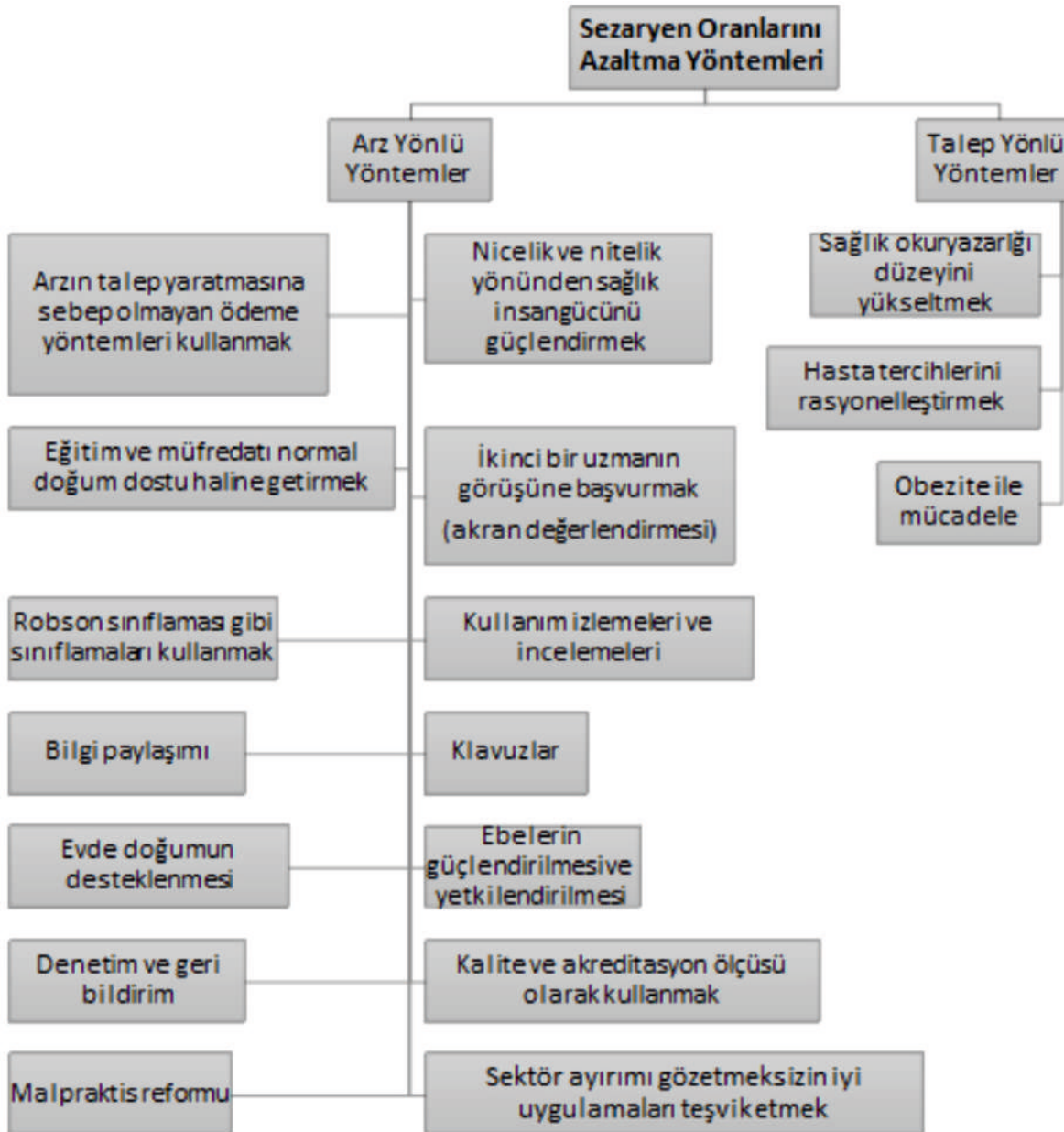


Şekil 28. Sezaryen Oranlarının Artış Nedenleri

24- 30 yılı aşkın bir süredir DSÖ'nün öncülüğündeki uluslararası sağlık otoriteleri sezaryen için ideal oranı %10 ila %15 arasında kabul etmektedir. Bu kabul, 1985 yılında Brezilya'nın Fortaleza kentinde DSÖ tarafından düzenlenen bir toplantıda üreme sağlığı uzmanlarından oluşan bir panel tarafından yapılan şu açıklamaya dayanmaktadır: "Herhangi bir bölgenin %10-15'ten daha yüksek bir sezaryen oranına sahip olması için herhangi bir haklı gerekçe yoktur". %20 de kabul edilebilir bir oran olarak görülebilmektedir (WHO 2015). Nitekim DSÖ'ye üye ülkelerde yapılan bir çalışmada 100 canlı doğumda yaklaşık 19'a kadar olan sezaryen doğum oranları DSÖ üye ülkelerinde daha düşük maternal veya neonatal mortalite ile ilişkilendirilmiştir (Molina et al. 2015).

Sezaryen Oranları Azaltılabilir mi? Yöntemler Ne Olmalıdır?

Hemen hemen bütün ülkeler sezaryen oranlarının artışından yakınmakta, bu oranların azaltılabilmesi için arayışa girmekte ve çaba sarf etmektedir. Bu anlamda sezaryen oranlarını azaltmada kullanılabilecek yöntemleri arz yönlü yöntemler ve talep yönlü yöntemler olmak üzere temelde iki ana grupta ele alarak ortaya koymak mümkündür. Arz yönlü yöntemler arasında; sezaryen oranlarını finansmanda bir değişken olarak kullanmak, arzın talep yaratmasına sebep olmayacak ödeme yöntemlerini kullanmak, sezaryen oranlarını kalite ve akreditasyon ölçüsü olarak kullanmak, nicelik ve nitelik yönünden sağlık insan gücünü güçlendirmek, eğitim müfredatlarını normal doğum dostu haline getirmek, ikinci bir uzmanın görüşüne başvurmak (akran değerlendirmesi), Robson sınıflaması gibi sınıflamaları kullanmak, kullanım incelemeleri yapmak, bilgi paylaşımı ve geribildirim yapmak, klinik uygulama rehberleri çıkarmak, malpraktis reformu, evde doğumun desteklenmesi ve ebelerin güçlendirilmesi ve yetkilendirilmesi sayılabilir. Diğer taraftan talep yönlü olarak da; sağlık okuryazarlığı düzeyini yükseltmek, obezite ile mücadele etmek ve hasta tercihlerini rasyonelleştirmek gibi yöntemler kullanılabilir (Şekil 4).



Şekil 29. Sezaryen Oranlarını Azaltma Yöntemleri

Sezaryen Oranlarını Yönetmede Türkiye Ne Yapıyor?

Sezaryen oranlarının düzeyi toplumsal bir sorun haline geldiği için başta Sağlık Bakanlığı olmak üzere, Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği, Türk Perinatoloji Derneği, Türkiye Maternal Fetal Tıp ve Perinatoloji Derneği gibi ilgili diğer aktörler önlenabilir sezaryen oranlarını azaltabilmeye dönük girişimlerde bulunmaktadır (Sağlık Bakanlığı 2010). Bu bağlamda ön plana çıkan belli başlı çalışmalara aşağıda atıf yapılmaktadır.

Sağlık Bakanlığı anne sağlığını korumak amacıyla ülke genelinde kamu ve özel sağlık kuruluşlarında doğum eyleminin ve sonuçlarının izlenmesi çalışmalarını yürütmektedir (Sağlık Bakanlığı 2010).

Uygulamada birlikteliği sağlamak ve hekimlerin klinik pratiklerinde yol gösterici olması amacı ile Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği, Türk Perinatoloji Derneği, Türkiye Maternal Fetal Tıp ve Perinatoloji Derneği ile Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü (Sağlık Bakanlığı Doğum ve Sezaryen Programı Bilim Kurulu) tarafından Doğum ve Sezaryen Eylemi Yönetim Rehberi hazırlanmıştır. Sağlık Bakanlığı doğum ve sezaryen eylemi yönetim rehberi uygulamaya yönelik temel öncelikler ve sezaryen oranının azaltılması ilkeleri Kutu 1'de verilmektedir (Sağlık Bakanlığı 2010). Bu öncelikler ve ilkeler şu aşamada revize edilmektedir.

Uygulamaya Yönelik Temel Öncelikler

- > Sezaryen ile doğum cerrahi bir girişim olup tıbbi gerekçelerle yapılması esastır ve vajinal doğumun alternatifi değildir. Sezaryen planlanırken, gebeye ve gebeliğe özgü yararları ve riskleri göz önüne alınmalıdır.
 - > Annenin istemi, sezaryen için tek başına yeterli bir neden olmamakla beraber, kişiye ait aşırı korku, endişe, panik gibi psikolojik durumların varlığı göz önünde bulundurulmalıdır. Bu durumlarda yeterli ve doğru danışmanlık verilmelidir.
 - > Sezaryen kararı, her hastanın bulguları bireyselleştirilerek verilmelidir.
- Tüm tıbbi müdahalelerde olduğu gibi, sezaryen olgularında da bilgilendirilmiş rıza formu alınmalıdır.

Sezaryen Oranlarının Azaltılması

- > Doğum eyleminin takip edildiği bütün gebeliklerde spontan doğum ilerleyişini izlemek için partograf kullanılmalıdır.
 - > Gebeliğin 36. haftasından itibaren komplikasyonsuz tekil makat bebeği olan gebelere, istisnai durumlar dışında (doğum eylemi başlamış olan, uterin skarı ve anormalliği olan, fetal sıkıntı, membran rüptürü olan, vajinal kanaması olan gebeler) dış sefalik versiyon (DSV) önerilebilir. Uygulama öncesi girişimin riskleri anne adayına bilgilendirilmiş rıza formu ile açıklanmalıdır.
 - > 42. gebelik haftasını aşan, komplikasyonsuz tekil gebelik yaşayan gebelerde, tedavinin bireyselleştirilmesi ve olguya göre karar verilerek doğum şeklinin belirlenmesi önerilmektedir. Doğumun indüklenmesi ile sezaryen oranında ve diğer komplikasyonlarda artış olabileceği bilinmelidir. Bu konu hakkında gerekli bilgiler anneye verilmelidir.
 - > Uygun olan vakalarda sezaryen sonrası vajinal doğum önerilebilir. Uygulama öncesi girişimin riskleri anne adayına bilgilendirilmiş rıza formu ile açıklanmalıdır.
 - > Doğum öncesi dönemde ikinci izlemenden itibaren normal doğum ve sezaryenle ilgili anne adaylarına danışmanlık verilmeli ve bu hizmet hazırlanacak eğitim materyalleri ile desteklenmelidir.
- Vajinal doğumda analjezi teşvik edilmelidir.

Kutu 1. Sağlık Bakanlığı Doğum ve Sezaryen Eylemi Yönetim Rehberi Uygulamaya Yönelik Temel Öncelikler ve Sezaryen Oranının Azaltılması İlkeleri Kaynak: Sağlık Bakanlığı (2010)

Bilindiği üzere, Mayıs 2012 tarihinden itibaren hastane doğumlarına ait veriler Robson Gebe Sınıflama Formu ile toplanmaya devam edilmektedir. Diğer taraftan Türkiye Halk Sağlığı Kurumu (THSK) Kadın ve Üreme Sağlığı Daire Başkanlığı tarafından gerçekleştirilen; Misafir Anne Uygulaması, Doğum Öncesi Bakım Programı, Anne Ölümleri İzleme ve Değerlendirme Programı, Anne Dostu Hastane Programı, 15-49 Yaş Kadın İzlemleri Programı gibi bazı programlar da (THSK 2017) gereksiz sezaryen oranlarını yönetmede katkı sağlayabilmektedir.

Ek olarak, Sağlık Bakanı Sayın Recep Akdağ Sağlık Bakanlığı 2017 Yılı Bütçe sunumunda Sağlık Bakanlığı'nın sezaryenin kadın ve bebek sağlığını riske sokacak şekilde gereksiz yere yapılmasını önleme kararlığında olduğunu ve bu bağlamda; 1) gebe bilgilendirme sınıflarında 2015 yılında 164 bin ve 2016 yılı ilk 9 ayında 155 bin gebeye eğitim verildiğini, 2) doğum eyleminde görev alan ebelerin hizmet içi eğitimlerinin sürdürüldüğünü ve bu eğitimlerin 2017 yılı içinde tamamlanacağını, 3) SGK ile SUT fiyat tarifesinde normal doğum ücretinin %30 artırılması ve sezaryen oranı yüksek hastanelerin hak edişlerinden kesinti yapılması konularının çalışıldığını 4) Bakanlık tarafından normal doğum yaptırma oranı çok düşük olan hekimlerin, normal doğum konusunda eğitime alınmasının ve bilim dışı sezaryen doğumların önlenmesi için Bilim Kurulu marifeti ile denetim yapılmasının planlandığını belirtmiştir (Akdağ 2016).

Sonuç ve Öneriler: Ne Yapmalı?

Bu analiz de göstermektedir ki Türkiye'de önemli düzeyde “önlenebilir ve gereksiz sezaryen oranları” mevcuttur. Yaklaşık her iki sezaryen işleminden birisi gereksiz olarak telakki edilebilir.

Türkiye'nin, oldukça yüksek olan sezaryen oranlarını istenen seviyeye düşürebilmesi için zaman kaybetmeden yukarıdakilere ek olarak, aşağıdaki önlemleri alması gerektiği değerlendirilmektedir. **“Türkiye Gereksiz Sezaryenle Mücadele Ulusal Stratejisi ve Eylem Planı”** hazırlanmalı ve uygulanmaya konulmalıdır.

- Sezaryen oranlarını düşürme konusunda çalışacak bağımsız bir kurul oluşturulmalıdır.
- Toplumun doğum şekli konusundaki sağlık okur-yazarlık düzeyi yükseltilmelidir.
- Sağlık insangücünün nicelik ve nitelik yönünden güçlendirilmesi gerekmektedir. Bu bağlamda özellikle de ebelerin gebelik ve doğum sürecindeki ve eylemindeki rolü güçlendirilmeli ve bu anlamda ebelerin eğitimleri, istihdamları ve özlük hakları iyileştirilmelidir. Mesleki sorumluluk sigortası hakları verilmelidir.
- Sezaryen oranları sağlık çalışanlarının ve kurumlarının; performans, geri ödeme, kalite ve akreditasyon işlemlerinde bir kriter olarak kullanılmalıdır.
- Sezaryen ile doğum şeklini belirleyen nedenler ve bu konuda alınması gereken önlemler konusunda araştırmalar yapılmalı ve bu araştırmalar desteklenmelidir.
- Sezaryen oranlarını azaltabilmiş veya sabit tutabilmiş ülkelere çalışma ziyaretleri düzenlenebilir veya bu ülkelerden ilgili uzman otoriteler davet edilip istişare edilebilir ve Türkiye için dersler çıkarılabilir.
- Türkiye'nin hızlı bir şekilde doğum verilerini retrospektif olarak ayrıntılı bir şekilde incelemesi ve bu inceleme neticesinde doğum yöntemi tercihinin etki eden kök nedenleri/faktörleri saptaması gerekmektedir. Bu nedenler ortaya konulduktan sonra da bunlara yönelik olarak mümkün olan önlemler alınmalıdır.
- Kurum, kural, denetim ve yaptırım dörtlüsüne verimli ve etkili bir şekilde işlerlik kazandırmak gerekir. Yaptırımın olmadığı yerde, gerek talep tarafında ve gerekse de arz tarafında gerekli davranış değişikliğini gerçekleştirmek çok mümkün olmamaktadır.

Kaynaklar

1. Akdağ R. (2016). T.C. Sağlık Bakanlığı 2017 Yılı Bütçe Sunumu. TBMM Plan ve Bütçe Komisyonu, Ankara.
2. Betrán AP, Ye J, Moller A-B, Zhang J, Gülmezoglu AM and Torloni MR. (2016). The Increasing Trend in Caesarean Section Rates: Global, Regional and National Estimates: 1990-2014. PLoS ONE, 11(2): e0148343.
3. Gibbons L et al. (2010). The Global Numbers and Costs of Additionally Needed and Unnecessary Caesarean Sections Performed per Year: Overuse as a Barrier to Universal Coverage. WHO.
4. Gözükar F ve Eroğlu K. (2011). Sezaryen Doğum Artışını Önlemenin Bir Yolu: “Bir Kez Sezaryen Hep Sezaryen” Yaklaşımı Yerine Sezaryen Sonrası Vajinal Doğum ve Hemşirenin Roller. Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi, (2011): 89-100.
5. HÜ NEE. (1993-2013). Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları 1993-2013, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Ankara.
6. Hou X, Rakhshani NS and Iunes R. (2014). Factors Associated with High Cesarean Deliveries in China and Brazil - A Call for Reducing Elective Surgeries in Moving towards Universal Health Coverage. Journal of Hospital Administration, 3(5): 67-78.
7. Klein R. (1991). Risk and Benefits of Comparative Studies: Notes From Another Shore. The Milbank Quarterly. 69(2): 275-291.
8. Klein R. (1997). Learning From Others: Shall the Last Be the First? Journal of Health Politics, Policy and Law. 22(5): 1267-1278.
9. Molina G. Et al. (2015). Relationship Between Cesarean Delivery Rate and Maternal and Neonatal Mortality. JAMA, 314(21): 2263-2270.
10. OECD. (2017). OECD Health Data 2016, OECD.
11. Romer MI. (1991). National Health Systems of the World. Volume One: The Countries. Oxford University Press, New York.
12. Roemer MI. (1993). National Health Systems Throughout the World. Annual Review of Public Health. 14: 335-353.
13. Sağlık Bakanlığı. (2010). Doğum ve Sezaryen Eylemi Yönetim Rehberi. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Ankara.
14. Sağlık Bakanlığı. (2016). Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2015, Sağlık Bakanlığı, Ankara.
15. Stafford RS. (1991). The Impact of Nonclinical Factors on Repeat Cesarean Section. JAMA, 265: 59-63.
16. THSK. (2017). (<http://kadinureme.thsk.saglik.gov.tr/>, 24.01.2017).
17. TÜSEB. (2017). TÜSEB Hakkında (<http://www.tuseb.gov.tr/tuseb-hakkinda>, 26.01.2017).
18. WHO. (2015). WHO Statement on Caesarean Section Rates, WHO (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161442/1/WHO_RHR_15.02_eng.pdf).
19. WHO. (2017). WHO Health For All Data, WHO.
20. Ye J, Zhang J, Mikolajczyk R, Torloni MR, Gulmezoglu, AM and Betran AP. (2015). Association Between Rates Of Caesarean Section And Maternal And Neonatal Mortality in the 21st Century: A Worldwide Population-Based Ecological Study with Longitudinal Data. BJOG. 745-753.
21. Yıldırım HH ve Yıldırım T. (2015). Avrupa Birliği Sağlık Politikaları ve Sağlık Sistemleri. 1. Baskı, ABSAM, Ankara.

İYİ KLİNİK UYGULAMA ÖRNEKLERİ POLİTİKA ÖNERİLERİ ÇALIŞTAY GRUBU

Moderatörler: Nazan Savaş, Ateş Karateke, Sema Sanisoğlu

Katılımcılar

1. Ateş Karateke İstanbul Medeniyet Üniv TJOD bşk
2. Vedat Bulut, Ankara Tabip Odası Başkanı, Gazi üniversitesi Tıp Fakültesi immunoloji ABD
3. Nazan Savaş, Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı ABD
4. Hasan Hüseyin Yıldırım Hacettepe Üniversitesi İktisadi İdari Bilimler Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü,
5. Sema Sanisoğlu, THSK Kadın ve Üreme Sağlığı Daire Başkanı,
6. Filiz Avşar, Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Kadın Hastalıkları ve Doğum ABD,
7. Oluş Apı Yeditepe Üniversitesi Kadın Hastalıkları ve Doğum ABD
8. Yaprak E. Üstün, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi Yöneticisi
9. Özlem Moraloğlu Etlik Eğitim Araştırma Hastanesi yöneticisi
10. Ali Gedikbaşı, Kanuni S.S.H. yöneticisi
11. Birol Durukan Zeynep Kamil SSVD polikliniği
12. Reşat Bahat Özel Hastaneler ve Sağlık Kuruluşları Derneği (OHSAD)
13. Mustafa Emre Yatman, THSK Tıbbi Hizmetler Kurum Başkan Yrd. Müşterek Sağlık Hizmetleri Daire Başkanlığı,
14. Elif Güler Kazancı, Bursa Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliği, Tıbbi Hizmet Başkanı
15. Derya Karaçay Hatay Devlet Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum
16. Nesibe Uzel, (Ebe) SAGEM
17. Songül Kara (Ebe) Bursa Çekirge Devlet hastanesi Zübeyde Hanım doğum evi
18. Hatice Pamukel (Ebe) Bursa Çekirge Devlet hastanesi Zübeyde Hanım doğum evi
19. Huriye Kaan Güven (Ebe) Sağlık Bilimleri Üniversitesi Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi Gebe Okulu

ÖZEL HASTANELER İÇİN ÖNERİLER

Doğum hizmeti veren hastanelerin personel ve teknik açıdan seviyelendirilerek vakaların doğum özelliklerine göre yönlendirilmesi için İstanbul'un pilot proje merkezi olarak seçilebileceği, Yeterli uzman sayısı olan yerlerde nöbet usulüne geçilmesi, bu durumun denetlenmesinin sağlanması,

Doğum ünitelerinin standartlara uygun olup olmadığı konularında periyodik olarak il sağlık müdürlüklerince denetlenmesi

Doğum hizmeti yürütülecek özel hastanelerde yapılabilecek müdahalelere uygun personel ve nitelik-ekipmanın güncel tutulması,

Özel hastanelerde doğum sayısına göre **standart ebe istihdamı** belirlenmeli ve özellikle 24 saat KDU nöbet tutulamadığı yerlerde 24 saat kesintisiz ebelerlik hizmetinin sağlanması,

Sağlık Bakanlığı 10 üst sağlık bölgesine göre sezaryen oranlarını özel ve devlet kurumlarını kapsayacak şekilde değerlendirilmeli. Özel kurumlar içerisinde de sezaryen oranı en düşük olan hastanelerin ve sürekliliğini sağlayan hastanelerin (ödül teşvik sistemine göre) belirlenmesi.

KAMU HASTANELERİ İÇİN ÖNERİLER

Doğum salonu personeline acil/yoğun bakım/ ameliyathane statüsündeki gibi ek ödeme ile teşviki, nöbet ücretlerinde riskli birimlere göre düzenleme yapılması, döner sermaye katsayısının artırılması

Ebe sayısının artırılması, nitelikli ebe sayısının sağlanması, uzun süreli farklı alanlarda çalışan ebelerin ebelerlik becerilerinin güncellenmesi

Türkiye'nin KDU, perinatolog, yenidoğan uzmanı, genetik uzmanı anestezi uzmanı, ebe, hemşire, teknik eleman, eğitim elemanlarının iş gücü planlama çalışmasının yapılması,

Sağlık hizmetlerinde basamaklar arasında iletişimi sağlayacak kullanılabilecek “Gebe kartı” kullanılması, bu amaçla bir standart gebe kartının hazırlanması,

Doğum eylemi yönetim rehberlerinin güncellenmesi ve uygulanması. Bu rehberin uygulanması halinde ortaya çıkabilecek sorunlarda sağlık personelinin hukuken korunması

Doğum ortamlarının iyileştirilmesi, KSK standartların denetimi

Gebe okullarının yaygınlaştırılması, eğitimin standartlaştırılması, bu okullarda eğitim veren ebelerin rotasyon şeklinde doğum salonuyla entegre çalışması böylece tüm ebelerin dönüşümlü olarak eğitim faaliyetlerine katılmasının sağlanması,

KHD uzmanı hekimlerin ve araştırma görevlisi doktorların gebe okuluna en az 1 gebe eğitim semineri süresince katılımının sağlanması ve bu okullarla ilgili farkındalığın artırılması. Gebelerin bu şekilde eğitime yönlendirilmesinin artırılması.

Sağlıklı Nesiller, Sağlıklı Başlangıçlar Projesi” vb. projelerin desteklenmesi, devamlılığının sağlanması, verilerinin toplanarak etkinliğinin değerlendirilmesi, ülkemizde benzer iyi klinik uygulamaların artmasının sağlanması. Bu alanda multidisipliner izleme ve değerlendirmelerin yapılması.

Yerel yönetimler ile doğum, doğum hizmetlerine erişim, vb. konularda halk eğitimi verilmesi konusunda iş birliği yapılması.

EĞİTİM FAALİYETLERİ İÇİN ÖNERİLER

Eğitim faaliyetleri üç saç ayağı üzerinden planlanmalıdır; GEBE-AİLESİ, EBE VE HEKİM.

Klinik Etik Eğitimi: Lisans ve lisansüstü düzeyde zorunlu olarak kadın hastalıkları ve doğum alanını ilgilendiren klinik etik eğitiminin verilmesi önemli olacaktır.

Tıp Hukuku Eğitimi: Sağlık personelinin kadın hastalıkları ve doğum alanını ilgilendiren hukuk bilgilerini vermek üzere gerek lisans gerekse de lisansüstü düzeyde eğitim müfredatı hazırlamak ve zorunlu tutmak.

İletişim becerileri eğitimi: Lisans eğitiminde iletişim becerileri ve iyi hekimlik uygulamaları, lisansüstü eğitimde ise iletişim becerileri eğitiminin verilmesi sosyal endikasyon olarak tanımlanan sezeryan tercihinin azalmasına önemli katkı sağlayacaktır.

Obstetrik eğitim: Kadın doğum uzmanlarının mezuniyet öncesi obstetrik eğitimlerin yetersiz olduğu gerçeği vurgulandı bu amaçla yıllık doğum sayısı 1500 sayısının üstünde olan eğitim kurumlara eğitim ve asistan eğitim hakkı verilmeli var olanlara da bu seviyenin üstüne çıkana kadar asistan kadrosu verilmeli.

Ebe öğrenci eğitimlerinin bir kısmını EAH'lerde ve bir kısmını da ebelerin doğum yaptırdığı il doğum hastanelerinde tamamlanması üzerine o hastanelerle protokoller oluşturulması,

Uzman ebeler sisteminin işletilmesi / yetkin ebelerin ebe eğitiminde görev almasının sağlanması,

KHD uzmanı hekimlerin ve araştırma görevlisi doktorların gebe okuluna en az 1 gebe eğitim semineri süresince katılımının sağlanması ve bu okullarla ilgili farkındalığın artırılması. Gebelerin bu şekilde eğitime yönlendirilmesinin artırılması.

Gebe ve ailesinin **sağlık okur-yazarlığının** artırılmasına yönelik medya, reklam, farkındalık oluşturulması amacıyla çalışmalar ve organizasyonların yapılması.

İl Sağlık Müdürlükleri Gözetiminde

- Gebe okullarının o ilin nüfusuna göre sayı ve eğitim standardizasyonunun sağlanması
- Her ilin yıllık doğum sayısına göre insan gücü (ebe kadın doğumcu perinatolog yenidoğan) ve teknik (yenidoğan yoğun bakım, kan bankası) envanteri çıkarılarak eksikliklerin giderilmesi (pdc, yatırım vs)
- Her ilin yıllık doğum sayısına göre o ilin doğum yapılan sağlık kurumlarında (kamu özel üniversite) standardize edilmiş minimum doğumhane ekip, yatak, ortam oluşumunun sağlanması
- GEBSİS anne bebek ölüm bildirim sistemi ve Robson kriterlerine göre cs endikasyonları veri girişlerinin düzgün akışını sağlamak
- Hastanelerde (il, ilçe) doğumlarının, evde hastanede ebe eşliğinde doğum kriterleri ve standartları kayıtları icap sistemi denetimleri
- Mülteciler için onam formları kendi dillerine çevrilecek tercüman
- Doğum sayısı yüksek illerde ve hastanelerde personel tükenmişlik ile mücadele

SAĞLIKLI NESİLLER İÇİN SAĞLIKLI BAŞLANGIÇLAR PROJESİ

Projede, gebenin doğum korkusu ve ağrı algısının olumlu yönde değiştirilmesi ve normal doğumun yaygınlaştırılması, ebelerin doğumlarda daha etkin rol almaları, gebe eğitimlerinin standardizasyonu, normal doğumun yaygınlaştırılması ve sağlıklı ve güvenli şartlarda doğum eyleminin gerçekleştirilmesi hedeflenmiştir.

“Sağlıklı Nesiller İçin Sağlıklı Başlangıç Projesi” Eylül 2015 tarihinden itibaren Danışma komisyonu ve eğitici ekibi kurularak çalışmalar pilot iller belirlenerek Afyonkarahisar, Bursa Çekirge ve Bursa İnegöl Devlet Hastanesi'nde başlatılmıştır.

Oluşturulan Bilim Kurulunun katkılarıyla eğitim programı hazırlanmıştır. 3 Modül olarak hazırlanan programda; Gebelere doğum öncesi eğitim, travay sürecinde destek ve gebenin eşinin/tercih ettiği yakının doğum sürecine dâhil edilmesi

Üç pilot hastaneden aktif olarak gebe okulu ve doğum salonunda çalışan ebeler ve gönüllü hekimlerin katılımı ile 4 günlük teorik ve 3 günlük saha süpervizör eşliğinde 11-14 Nisan 2016 tarihleri arasında koordinasyon eğitimi verilmiştir. Pilot illere ise 16 Mayıs-2 Haziran 2016 tarihleri arasında teorik, uygulamalı ve interaktif olarak eğitim yapılmıştır.

Teorik Eğitim Konuları:

Doğum Hizmetlerinin Güçlendirilmesinde Ebelik Mesleğinin Önemi
Ebelik Felsefesi ve Etik Yaklaşım
Doğuma Hazırlık Stratejileri
Kanıtı Dayalı Doğuma Hazırlık
Doğum Fizyolojisi Ve Hormonların Rolü
Nefes ve Beden Egzersizleri
Doğum Korkusu ve Yönetimi
Doğumun Evreleri
Doğumda Müdahaleler
Yenidoğan Açısından Doğum ve Sonrası
Doğum Sonu Dönem Bakım ve İzlem
Anne Bebek Bağlanması
Doğum Pozisyonları
Doğum Sürecinde Ağrı Yönetimi
Kişinin Kendisi İle İletişimi
İletişimde Etkili Dil Kullanım Kalıpları
İletişim Kurma
Travayda İletişim Kurma
Motivasyon Teknikleri
Ebelere yönelik Doğum Korkusu ve Yönetimi
Gebe ve Gebe Yakınları ile İletişim ve Motivasyonun Önemi

Primer sezeryan oranını en hızlı düşüren Eğitim Araştırma Hastanesi: Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim Araştırma Hastanesi.

PERİNATOLOJİ MERKEZİNİN ÇALIŞMA ŞEKLİ **Dr. Bülent Tandoğan**

Perinatolojinin yan dal olması ile perinatoloji unvanı alanların çoğu fetal hastalıklara ve prenatal tanıya yöneldiler. Gebe takibi; riskli olsun, risksiz olsun uzun süren zahmetli bir iştir. İş takibe gelince, bunu yapan hekimin sabırlı olması ve gebenin hastalıklarını iyi bilmesi gerekiyor; ama ne yazık ki biz de ne KD uzmanları ne de diğer branş hekimleri gebenin kadın, erkek veya çocuktan farklı dördüncü tür insan olduğunun farkında değil. Gebe takibi angarya gibi görülüyor. Kötü antenatal takip hiç yapılmamasından daha kötü sonuçlanabiliyor.

Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde bizim 5 polikliniğimiz var. 4 poliklinik MHRS' den randevu ile çalışıyor. Biz Eğitim ve Araştırma Hastanesi olduğumuz için çoğunlukla problemlili hastalar geliyor. Gebe 1 diyabetli gebe polikliniği. Gebe 2 Anne hastalıkları polikliniği (preeklampsi, hpt, kalp tiroid ve habituel abortus). Gebe 3-4 her gebenin başvurabileceği poliklinik. Gebe 5 randevusuz gelenlerin triajının yapıldığı poliklinik. Burası daha sonra SSVD yapmak isteyenlerin başvurduğu poliklinik oldu. Gebe 1 ve 2 de takip edilen hastaları perinatolojiyle yardımlaşarak takip ediyoruz. Diğer polikliniklerde yeşil alana atılarak perinatolojiye geliyorlar. Perinatoloji ise maternal ve fetal poliklinik olmak üzere yapılmış durumda. Riskli hastalar perinatoloji servisinde takip ediliyor. Vajinal doğuma karar verilenler doğumhanede ki ayrı bir ekip tarafından indukleniyorlar sezaryenleri servis perinatoloğu yan dal asistanı veya serviste görevli KD uzmanınca yapılıyor. Perikreata vakalarını kanama ekibi dediğimiz bir ekip alıyor. Tabii sorun risksiz gebe takibinde bunlar çoğunlukla aile sağlığı merkezi küçük devlet hastaneleri özel hastaneler ve bazen muayenehanelerden geliyor ve çok heterojen bir takip yapılıyor ve çok sorunlu.

Gebe takibinde önemli olan, takipte yer alan herkesin görebileceği bir kayıt sistemi ve takipte yer alanların organizasyonu ve sevk sistemi gerisi zamanla yapılabilir. Kayıt sisteminde Almanların mutterpass denen karnesi (elektronikte olacaktı ama sanırım ertelendi hala basılı bir defter kullanılıyor) bize örnek olabilir.

SEZARYEN SONRASI VAJİNAL DOĞUM (SSVD) KLİNİĞİ

Dr. Birol Durukan

SSVD uygulamasına pilot hastane dahilinde az riskli ve seçilmiş hastalarda başlanması, bu girişimin ekip çalışması içerisinde yapılması, sonuçlar görüldükçe ve deneyim arttırıldıkça hasta kapsamının genişletilmesi, hastane klinik eğitim sorumlusu, eğitim görevlisi, hastane yönetiminden destek sağlanarak uygulamaya başlanması, bu girişimin ülke çapına yaygınlaştırılması ve düzenlenmesi aşamasında mümkünse bakanlık desteği sağlanması

Uzmanlara SSVD'nin önemini anlatan sunum, referanslar ve klinik rehberleri e-mail ile gönderilmiş, SSVD konusunda bilgili ve uzman bir kişiyi hastane davet edip bir konferans düzenlenmiş, Avustralya da yayınlanan SSVD rehberi hastane genelindeki tüm sağlık personelinin farkındalığını artırabilmek üzere düzenlenmiştir. Ekip liderinin sadece meslektaşlarıyla sınırlı kalmayıp eğitimleri en az olsun bir kez de diğer sağlık personeline kısa seminer şeklinde vermesi, meslektaşlarıyla sürekli temasta kalarak uygulamayı sahiplenmesi ve düzenli gebe eğitimlerinin sağlanmasının yanı sıra çevredeki sivil toplum kuruluşlarıyla da iletişime geçerek SSVD konusunda bilgilendirme toplantıları düzenlemesi kısa sürede daha hızlı yol almak için gereklidir. Hastanemizdeki “Gebe Okulu” ile de iş birliği içerisinde eğitim alan gebelere SSVD ile ilgili bilgilendirme toplantıları planlandı.

“SSVD Polikliniği İşleyiş Talimatı”, “Antenatal Kontrol Formu”, “SSVD İçin Gebe Değerlendirme Formu”, “SSVD İçin Bilgilendirilmiş Onam Formu”, “SSVD için Gebe Bilgilendirme Rehberi”, “SSVD İçin Sağlık Personeli Bilgilendirme Rehberi”, “Kadınlara Geçirdikleri Sezaryen Sonrasında Ameliyatlarıyla İlgili Bilgi Vermek Amacıyla Bilgilendirme Formu” oluşturuldu,

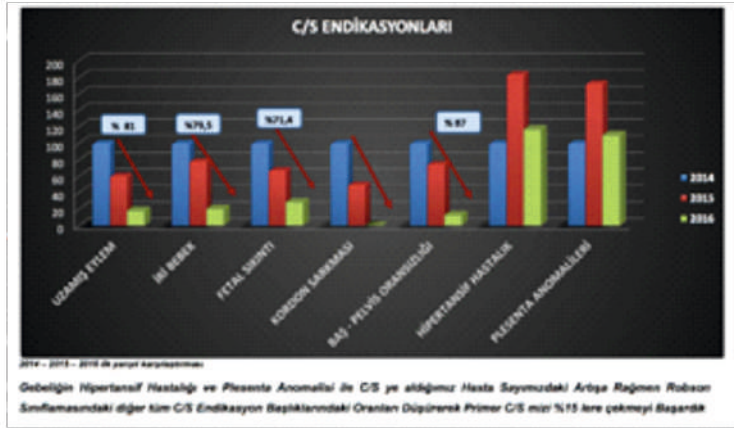
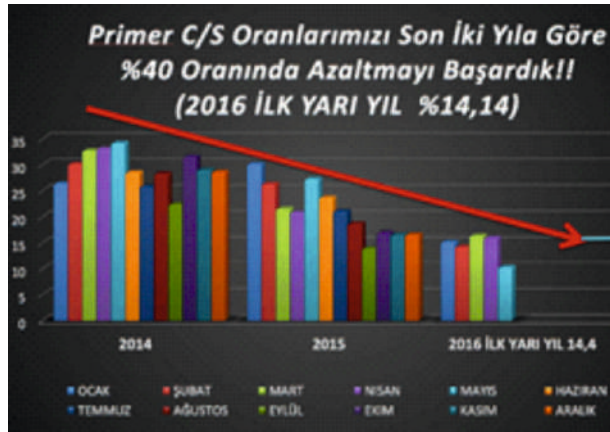
Öneriler

- Sağlık Uygulama Tebliğinde (SUT) SSVD için hekimin performans- ek ödeme işlemine dair herhangi bir girişimsel işlem puanı ve ek ödemesi yoktur. Bu uygulamanın diğer doğum şekli uygulamalarından daha fazla puanlandırılmasının hekimlerin uygulamaya özendirilmesi noktasında büyük katkı sağlayacaktır.
- SSVD istemi olan gebelere danışmanlık hizmeti verilmesi noktasında ebelerin yapılandırılması, takip ve bilgilendirme konusunda yetkinliklerinin artırılması,
- Pilot proje hastanesi kapsamında başlatılacak olan kanıta dayalı bilimsel çalışmaların konu başlıklarının belirlenmesi
- SSVD için uygun olan veya yüksek riskli grupta olan gebelerin hastane ve bölge şartlarına göre belirlenmesi Uzun vadede uygulama hastaneleri kapsamında alt yapı ve personel iyileştirmesi SSVD ile ilgili komplikasyonlarda yasal durumun değerlendirilmesi
- Medikolegal sorunlara karşı bilirkişilerin eğitimi ve bilgilendirilmesi
- Oluşturulacak olan rehberin sağlık otoriteleri, yargı kurumları, medya ve topluma ulaştırılması Alt yapı ve sağlık personeli olanaklarının yeterli olduğu eğitim araştırma hastanelerinin belirlenerek SSVD için elverişli olan ve olası komplikasyonlar bakımından düşük riskli gebelere bu hizmetin sağlanması için eğitim Sorumlularının da katılacağı bir toplantı yapılmalıdır. Bu hususta klinik şeflerinin kararlılığı önemlidir. Hastanelerde gebe takip polikliniklerinde hastaların bilgilendirilmesi ve teşviki sağlanmalıdır.

Bakanlık kontrolünde çok merkezli çalışmaların dizayn edilmesi ve bu çalışmalar için partner kaydı – proje ortağı toplanması önem arz etmektedir. (SSVD başarı oranları Yenidoğan morbidite ve mortalite oranları Anne morbidite ve mortalite oranları Hastaların SSVD'ye eğilimlerinin tespiti Sağlık çalışanlarına verilecek olan farkındalık eğitimlerinin standardize edilerek sonuçlarının ölçülmesi)

“SEZARYEN ORANLARININ DÜŞÜRÜLMESİ PROJESİ KAPSAMINDA OLUŞTURULAN DOĞUMHANE EKİPLERİ”

Sezaryen oranlarımızı kabul edilebilir sınırlara çekmek üzere; Hastanemizde kadın hastalıkları ve doğum uzman hekimlerinden oluşan “Doğumhane Ekibi” oluşturduk. Ve doğumhaneyi sahiplenmelerini sağlamak üzere ekibin hastanenin diğer hiçbir yerinde görev almaması konusunda aylık çalışma planları oluşturduk. Sezaryen oranlarımızı 2015 yılı ilk yarıyılına göre 2016 ilk 5 ayında daha fazla düşürebileceğimizi gördük.



Şekil 30. Primer sezeryan oranını en hızlı düşüren Eğitim Araştırma Hastanesi: Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim Araştırma Hastanesi.

Anne Dostu Hastaneler

Anne Dostu Unvanı Almaya Hak Kazanan Hastaneler 2015 tarih sırasına göre;

1. Manisa Merkezefendi Devlet Hastanesi
2. Manisa Akhisar Mustafa Kirazoğlu Devlet Hastanesi
3. Manisa Turgutlu Devlet Hastanesi
4. Bursa İnegöl Devlet Hastanesi
5. İzmir Urla Devlet Hastanesi

2016 yılından unvan alan hastaneler tarih sırasına göre;

1. Ankara Polatlı Devlet Hastanesi
2. Ankara Beypazarı Devlet Hastanesi
3. Aydın Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi
4. Hakkari Yüksekova Devlet Hastanesi
5. Afyonkarahisar Devlet Hastanesi
6. İzmir Tire Devlet Hastanesi

Anne Dostu Hastane Kriterleri

1. Güvenli ve kaliteli gebelik izlemi ve doğum hizmeti almak bütün anne adaylarının hakkıdır.

i. Gebe ve lohusa takipleri güncel bilimsel kriterlere göre hazırlanmış olan yazılı takip protokollerine uygun olarak yapılmalıdır.

2. Verilen hizmet, gebelik dönemi, travay, doğum ve doğum sonrası bakım ve danışmanlık hizmetlerini kapsamalıdır.

i. Gebelere doğum öncesi bakım ve danışmanlık hizmeti verilirken gerekli bilgilendirmeler yapılmalı ve “Aydınlatılmış Onam Formu” okutulup imzalatılmalıdır.

ii. Gebeler doğumun planlanmasına katkıda bulunabilmelidir.

iii. Gebe ve yakınlarının doğum şekilleri ve verilecek ilaçlarla, yapılacak tetkik ve müdahalelerin, gebe açısından muhtemel yarar ve zararları konusunda tam ve doğru olarak bilgilendirilmesini esas alan bir hizmet modeli uygulanmalı, gebe ve yakınlarına yönelik gebelik ve doğumla ilgili bilgilendirme materyalleri (yazılı, görsel, maketler, modeller vs.) olmalıdır.

3. Kurumlarda poliklinik, eğitim, danışmanlık ve doğum hizmeti verilen ortamlar ulusal standartlara uygun hazırlanmalıdır.

i. Kurumlar 7 gün 24 saat hizmet verebilen, anne ve bebek ihtiyaçlarına göre düzenlenen ünitelerden oluşmalıdır.

ii. Doğum üniteleri ulusal denetimlerle sınıflandırılmış olmalı ve kurumlar sağladıkları bakımın kalitesinden sorumlu olmalıdır.

iii. Doğum hizmeti sunan yataklı tedavi kurumları, her gebe ile birebir ilgilenen, onlarla iyi iletişim kuran yeterli sayı ve kalitede sağlık personeline sahip olmalıdır.

iv. Doğum hizmeti sunan yataklı tedavi kurumları güvenli kan transfüzyonunun sağlanması ve hastane enfeksiyonlarının önlenmesine yönelik gerekli tedbirleri almalıdır.

4. Mahremiyet beklentileri itina ile karşılanmalı, hijyen ve konfor standartları yüksek tutulmalıdır.

i. Gebenin kendini rahat ve konforlu hissetmesi sağlanmalı, yanına uygun bir refakatçi seçebilmelidir.

ii. Doğum sürecinde servislerde gebeye fiziksel ve duygusal destek birebir olmalı ve gebeler bu desteğe kolaylıkla ulaşabilmelidir.

iii. Travay sırasında gebe için pozisyon kısıtlaması olmamalı, istediği pozisyonda yatabilmeli, odada rahatça yürüyebilmeli, hareket edebilmelidir.

iv. Gebelerin aktif pozisyonlarda ıkınmaları teşvik edilerek, doğum gerçekleştirilmelidir.

5. Kanıta dayalı olmayan müdahaleler rutin olarak uygulanmamalıdır.

i. Beslenme ve sıvı alımı kesilmemelidir.

ii. Lavman, traş gibi işlemler rutin olarak uygulanmamalıdır.

iii. Erken amniyotomi, sık tuşe, üretral kateter uygulanmamalıdır.

iv. Kurumun sezaryen oranı, kabul edilebilir minimum ve maksimum seviyeleri aşmamalıdır.

6. Hizmet sunumu için gerekli olan insan kaynakları ve lojistik destek optimum düzeyde olmalıdır.

i. Doğum öncesi, doğum ve doğum sonrası hizmetler multidisipliner yaklaşım ile donanımlı bir ekip tarafından verilmelidir. Yüksek riskli gebelere yaklaşım ve sevk konusunda doğum hizmeti sunan yataklı tedavi kurumunun yazılı bir eylem planı olmalıdır.

ii. İsteyen hastalara doğum analjezisi hizmeti sunulabilmelidir.

7. Acil obstetrik durumlarda sevk kriterlerine uyulmalıdır.

i. Doğum öncesi, doğum ve doğum sonrası hizmetlerin yönetiminde devamlılık gözetilmelidir.

ii. Gebelik, doğum ve lohusalığa bağlı bir komplikasyon nedeniyle müracaat eden gebeler hemen kabul edilip gerekli tıbbi müdahale gecikmeksizin yapılmalıdır.

iii. Hasta stabilize edildikten sonra sevk edilmelidir.

iv. Sevk, 112 ile irtibata geçilerek yapılmalıdır.

v. Sevk edilen kurum, sevk eden kuruma vakalarla ilgili geri bildirim yapmalıdır.

8. Doğum hizmeti anne ve bebek odaklı olmalıdır.

i. Bebek Dostu Hastane kriterlerine uyulmalıdır.

ii. Anne ve ailelerin doğan bebeklerini kucaklamaları ve dokunmaları sağlanmalı ve devamı desteklenmelidir.

iii. Lohusa normal doğum sonrası en az 24, sezaryen doğum sonrası en az 48 saat hastanede kalmalı, postpartum bakım almalıdır.

9. Hizmet sunanların bilgi ve beceri kapasitesini güçlendirmeye yönelik aktiviteler planlanmalı ve uygulanmalıdır.

i. Hizmet içi eğitimlerin sürekliliği sağlanmalıdır.

ii. “Doğum Öncesi Bakım”, “Acil Obstetrik Bakım”, “Doğum ve Sezaryen Eylemi”, “Doğum Sonu Bakım Yönetim” Rehberlerinin kullanımı konusunda izleme değerlendirme çalışmaları yapılmalıdır.

iii. Bünyesinde çalışan hekim ve diğer sağlık personelinin bu prensip ve ilkeleri benimsemeleri ve bilgilendirilmeleri sağlanmalıdır.

iv. Çalışanlar referans materyallere 24 saat erişebilmelidir.

10. Verilen hizmetlerle ilgili gerekli kayıtlar tutulmalı ve düzenli aralıklara analizleri yapılarak hizmetlerin geliştirilmesinde kullanılmalıdır.

i. Merkezler, sunulan hizmetlerin nitelik ve niceliğine yönelik kayıtları elektronik ortamda düzenli ve doğru bir şekilde tutmalıdır.

ii. İstatistiksel veriler internet ortamında yayınlamalı, tüm kurumların ve vatandaşların erişimine açık tutulmalıdır.

iii. Maternal ve perinatal mortalite ve morbiditeleri dikkatlice izlenmeli, bu amaçla düzenli geribildirim toplantıları yapılmalıdır.

Yurt dışı iyi klinik uygulama örneği

2015 yılında Amerikan Hemşire ve ebe koleji (ACNM), "Sağlıklı doğum girişimi: primer sezaryen oranlarını azaltma" projesi başlattı. Girişimin amacı anne ve çocuk sağlığının gelişimine bir katkısı olmamasına rağmen kontrolsüzce artmış primer CS oranı ile mücadele idi. 2016 yılında 17 multidisipliner hastanede fizyolojik doğumları ve gereksiz müdahaleleri azaltma politikaları ve uygulamalarına geçildi. Kadınlar, doğum ile ilgilenen sağlık çalışanları ve hastane yöneticileri için sağlıklı, spontan travay ve doğumun değerinin açıklandığı İngilizce ve İspanyolca materyaller hazırlandılar. Web sitesi ve sosyal medya hesaplarından da bu materyallere ulaşım sağladılar.

SONUÇ

1988-2016 sezaryen oranımız %5.7'den %53'e yükseldi. Sezaryenin sanıldığı kadar basit bir ameliyat olmayıp majör bir cerrahi olduğu unutuldu.

Tüm çabalar belli bir sezaryen doğum hızına ulaşmak yerine, yalnızca ihtiyacı olan kadınlara sezaryen yapılmasını amaçlamalıdır. İdeal sezaryen doğum oranına erişme hedefi anne ve yeni doğacak bebeğin muhtemel en iyi sonuca varması üzerine inşa edilmelidir.

İdeal sezaryen oranı bireysel ve sosyal durumlara bağlı olarak farklılık gösterecektir. Sağlık sektörü, ekonomi, hukuk, psikoloji, iletişim, teknoloji, eğitim gibi birçok alanla etkileşim halindedir. Bölgeler arası coğrafi, kültürel ve demografik farklılıklar, gelir dağılımı, yaşam tarzı ve alışkanlıklar, teknolojik gelişmeler ve eğitim gibi sağlık dışı faktörlerin sağlık parametreleri üzerinde de etkilerinin olduğu açıktır. Bu yüzden, ülkeler sağlık hizmeti sunarken sadece sağlık sektörüne odaklanıp, sağlık alanının etkileşimde olduğu diğer alanların sağlık üzerindeki etkisini doğru analiz edemezlerse, yürüttükleri sağlık politikaları uzun vadede başarı sağlamayacaktır.

Bütün önlemlerde 2 temel amacımız olmalıdır:

- Kadınlarımızın, yaşadığı gebelik ve doğum deneyimlerinden bir birey olarak anlam çıkarması, tat alması ve kendini gerçekleştirme
- Doktor ve ebelerin, kaybettikleri "ustalık hissi" ni ve meslek iştiaak ve onurunu yeniden canlandırabilmek.

Sezaryen Oranları Artış Nedenleri

- Yıllar içinde sezaryen daha risksiz bir ameliyat haline gelmesi ve endikasyonunun genişlemesi.
- Sezaryen doğumun daha kısa sürede, daha kolay gerçekleşmesi, hekimlerin doğumda risk almak istememeleri.
- Fetal elektronik monitörizasyon ile ilişkili yalancı pozitif sonuçlar,
- Ultrasonografi ile saptanan yalancı pozitif makrozomik fetuslar.
- Anne, baba ve ailenin bu mutlu olayı uygun bir zaman ve ortamda yaşama düşüncesi, hekimin profesyonel ve sosyal yaşamında vakit kazanmak için doğumu planlama isteği.
- İnfertilite tedavisi ile gerçekleşen gebeliklerde bebeklerin sağlığının daha fazla önemsenmesi ve çoğul gebeliklerin artması.
- İleri yaş gebeliklerin artması.
- Özel hastanelerin çalışma koşulları ve hizmet anlayışları.
- YDYBÜ yatak sayılarının özelde kamudan daha fazla olması nedeniyle olması gerekenin tersine kamudan özele riskli hasta sevkinin artışı
- Devlet hastanelerinde yetersiz travay yatağı nedeniyle doğumu hızlandırarak yatak boşaltmak için gereksiz doğum indüksiyonları
- Günaşımı gebelerin erken hospitalizasyonu
- Maternal mortaliteyi azaltmak amacıyla hastane doğumlarının teşviki
- Mevcut SUT sistemi ile travay takibi ve doğum sorumluluğunun, kadın doğum asistan ve uzmanlarına verilmesi, ebelerin doğumhanelerde hemşire olarak çalışması
- Sezaryen endikasyonu ve travay takibi ile ilgili ulusal güncel kılavuz olmaması

Dünyada sezaryen oranlarını azaltmak için alınan önlemler

- CS endikasyonları kılavuzları yenilendi
- Ebelik sistemi güçlendirildi
- Travay takibi ve doğumda kadın merkezli kültürlere ve mahremiyete saygılı müdahalesiz sisteme geçildi
- Doğum ağrısı ile tıbbi ve tıbbi olmayan yöntemlerle etkin mücadele Entonox (%50 Nitrik oksid ve %50 Oksijen karışımı) Kanada İngiltere gibi gelişmiş ülkelerde doğum analjezisinde sıkça kullanılmakta.
- Doğum ağrısı ile mücadelede alternatif tıp yöntemleri etkin kullanılmaya başlandı (uygulamalar geri ödeme kapsamına alındı)
- Makat prezentasyonu için 33-35. haftalarda %75 etkili moxibustion tedavisi uygulanmaya başlandı
- SSVD yaygınlaştırıldı
- Risksiz gebelerin evde ebe eşliğinde doğumu yaygınlaştırıldı.
- Komplike doğumlar için konsultan obstetrisyen tanımı yapıldı
- Hastanın CS riskleri konusunda bilgilendirilmesine önem verildi
- Doğum kaygısı olan kadınlar, perinatal mental sağlık desteği konusunda uzman bir psikoloğa antenatal dönemde refere edilmeye başlandı
- Amacı, anne ve çocuk sağlığının gelişimine bir katkısı olmamasına rağmen kontrolsüzce artmış primer CS oranı ile mücadele olan "Sağlıklı doğum girişimi: primer sezaryen oranlarını azaltma" girişimleri fonlandı. Kadınlar, doğum ile ilgilenen sağlık çalışanları ve hastane yöneticileri için sağlıklı, spontan doğumun değerinin açıklandığı materyaller hazırladılar. Web sitesi ve sosyal medya hesaplarından da bu materyallere ulaşım sağladılar.

Kadın hastalıkları ve doğum uzmanlarının yapması gerekenler

- Kadın merkezli, kültürlere ve mahremiyete saygılı, minimum müdahaleli, doğum ağrısı ile mücadelede etkin yöntemler yanında, alternatif tıp yöntemlerinin de kullanıldığı doğum ve travay takip sistemine geçilmelidir
- Doğum eyleminin tanısının doğru konulması erken hospitalizasyondan kaçınmak
- Amerika'da sezaryen doğumların 1/3'ü ilerlemeyen eylem nedeniyle alınmaktadır. Bu nedenle günümüzde doğumların aslında Friedman'ın öne sürdüğünden daha yavaş ilerlediğini bilmek, ilerlemeyen eylem endikasyonunu azaltmak için önemlidir
- Kardiyotokografinin doğru kaydı ve yorumu ile şüpheli KTG durumlarında alınacak önlemler eğitimi çok iyi verilmelidir.
- Persiste makat tanısı almış gebelere 37. haftada external sefalik versiyon, ECV istemeyen bayanlara 33-35. haftalarda %75 etkili moxibustion denenmelidir.
- Postterm gebelerde 41.0 veya hemen sonrasında doğum indüksiyonu uygulanmalıdır.
- İkinci evrede ıkınma geciktirilmelidir.
- Doğum eyleminde müdahaleler sınırlandırılmalıdır
- Doğum normal ilerliyorsa ve fetal sıkıntı hali yok ise rutin amniyotomiden kaçınılmalıdır
- Düşük riskli grupta, sürekli elektronik monitorizasyonun faydası gösterilememiştir.
- Doğum eylemi spontan ilerleyen hastalarda rutin indüksiyon uygulanmamalıdır.
- Doğum kaygısı olan kadınları, perinatal mental sağlık desteği konusunda uzman bir psikoloğa antenatal dönemde refere etmek gerekir.
- İsteğe bağlı CS çok çocuk isteyenlerde yapılmamalıdır. Pl. previa, Pl. accreata ve histerektomi risklerinin olduğu ve CS sayısı arttıkça bu risklerin daha da yükseleceği bilgisi verilmelidir.

Bakanlık düzeyinde alınacak önlemler

- Ebelik sisteminin 1.2.3. basamak, özel ve üniversite hastanelerinde güçlendirilmesi
- Doğum salonu personeline acil/yoğun bakım/ameliyathane statüsündeki gibi ek ödeme ile teşviki, nöbet ücretlerinde riskli birimlere göre düzenleme yapılması, döner sermaye katsayısının artırılması
- Ebelik kanunu çıkarılması, 1.2.3. basamakta ebenin görev ve yetkilerinin net olarak belirlenmesi
- Ebe ve kadın doğum perinatoloji yan dal asistan eğitim standartlarının belirlenerek YÖK-Kamu Hastaneler Kurumu ortak protokoller imzalanması (sağlık bakanlığı teşkilat yapısı, kılavuzları, görev yetki tanım mevzuatları, yasal sorumlulukları, etik, iletişim dersleri, maket ve simülasyon uygulamaları)

- Diğer ülkelerde uygulanan, risksiz gebeliklerin evde donanımlı ebe eşliğinde doğumu sistemine hazırlık yapılması. Bu ebelerin 112 acil sistemi ve konsultan obstetrisyenlerle irtibatlandırılmasının sağlanması.
- Ulusal doğumhane fiziksel koşul ve çalışan standartları oluşturulması
- Ulusal, güncel sezaryen ve travay takip kılavuzunun hazırlanması ve ilan edilmesi (NICE sezaryen kılavuzu ülkemiz şu an şartlarına çok uygun)
- Hazırlanan kılavuzların malpraktis davalarında da baz alınması için mevzuat çalışması
- Kılavuzların kimin tarafından hazırlanacağı ve malpraktis davaları ve tazminatlar ile ilgili mevzuat çalışması
- Uzmanların mezuniyet sonrası eğitimi için uzaktan eğitim ve kredilendirme sisteminin başlatılması.
- Kadın merkezli, kültürlere ve mahremiyete saygılı, minimum müdahaleli, alternatif tıp yöntemlerinin kullanıldığı doğum ve travay takip sistemine geçilmelidir
- Gebelerde ağrı korkusu ile mücadele yöntemlerinin ve ekiplerinin doğumhanelerde standardizasyonu Entonox (%50 Nitrik oksid ve %50 Oksijen karışımı) Kanada İngiltere gibi gelişmiş ülkelerde doğum analjezisinde sıkça kullanılmakta. Anestezist gerektirmediği, uygulaması kolay olduğu için, doğum analjezisinde Entonox Türkiye gündemine gelmeli.
- Doğumun 1. Evresinde Tıbbi Olmayan Destekler (alternatif tıp uygulamaları) artırılmalı bunun için yeterli sayıda personel istihdam edilerek doğumhane koşulları yeniden dizayn edilmeli, mevzuat değişiklikleri yapılmalı.
- Alternatif tıp uygulamalarının doğumhanelerde ebeler ve yetkin kişilerce yapılması önündeki mevzuat engelleri kaldırılmalı, ilaçlar ve uygulamalar SGK geri ödemesine alınmalıdır.
- Gebe okullarının ülke genelinde yaygınlaştırılması ve eğitim standardizasyonu
- Asistan ve ebe, tuşe sütür teknikleri eğitimi maket üzerinde yapılmalı bunun için eğitim araştırma hastanelerinin doğumhanelerine tuşe maketleri konulmalı
- 1.2.3. basamakta ebe, icapçı kadın doğum hekimi, aile hekimi, ASE elemanı görev tanımlarının yapıldığı yönetmeliklerin tümünün gözden geçirilmesi
- Birinci basamak sağlık kurumları, hastaneler ve Sağlık Bakanlığı arasında veri entegrasyonu sağlanarak, verilerin herkes tarafından kullanılabilir hale getirilmesi.
- Bölgesel farklılıklara göre esnek politikalar, bölgesel çözümler
- Yoğun doğum hastanelerinde travay ve YDYBÜ yatağı, ebe sayıları, günlük doğum sayısına göre artırılmalı.
- Bazı illerde YDYBÜsi yatak sayıları özel hastanelerde devletten fazla olduğu için genellikle boş yatak bulma imkanı var. Bu nedenle küvöz ihtiyacı olacak oldukça fazla sayıdaki riskli gebe, ekip ve kan bankası olarak daha güçlü bir merkez yerine, tecrübesiz tek kişinin icap nöbetinde olduğu özel hastanelere mecburen sevk edilmek zorunda kalınıyor. Bu durum, dolaylı olarak anne ölümlerinin ve sezaryen oranlarını artmasına sebep oluyor. Bu sevk zincirini tersine doğru çevirecek önlemler alınmalı. Perinatal merkezlerin yenidoğan ve erişkin yoğun bakım ile travay yatak sayıları artırılmalı. İl düzeyinde hastanelerin standartları gözden geçirilerek doğru sevk zinciri ağının kurulumu için gerekli insangücü ve fiziki mekan düzenlemeleri yapılmalı. Bu sonuçtan çıkacak sevk zinciri kriterlerinden 112 elemanları ve tüm sağlık personeli haberdar edilmeli.
- Perifer devlet hastaneleri üniversite hastaneleri ile afileye hale getirilerek ekip tecrübesi, bilgi birikimi ve teknik imkanlar paylaşılabilir. Bu afilyasyon, ileri lab testleri, ileri girişimsel işlemler, ileri görüntüleme yöntemleri, uzmanlık sonrası eğitim ve riskli hasta sevkinde kullanılmalı.
- Riskli gebelikler sevk zincir atlası çalışması her il için il sağlık müdürlüğünce yapılmalıdır. Anne ve bebek hayatı için önemli olan sevk zinciri kriterlerini standardizasyonunu ve görev tanımlarını oluşturmak 1.2.3. basamak görev tanımlarını yapmak.
- İnsan gücü planlamaları farklı kurumlarca yapıldığı için sorunlar oluşmaktadır. YÖK, TUK, kamu hastaneler birliği, sağlık hizmetleri, halk sağlığı kurumu entegrasyonu sağlanmalıdır. Sağlıkta çalışan insan gücü belirlenmesinde aylık-yıllık doğum sayıları, perinatoloji yatak sayısı ve birinci/ikinci basamak sağlık kurumlarında hizmet sunulan nüfus göz önüne alınmalıdır. Kadın doğum anestezi hekimi, ebe ve perinatolog sayılarının dağılımında yaşanan sorun giderilmelidir. Mülteci nüfus ve mevsimlik işçiler gibi iç göç çok yüksek alan bölgeler, insan kaynağı planlamasında özel ele alınmalıdır.

- Türkiye'de yıllık doğum sayısı 1.306.373 bunların ortalama %10-15'i yüksek risk içeren gebeliklerdir. Bu gebeliklere hizmet vermek üzere planlanan perinatal merkezlerin neonatal yapısına ilave olarak, maternal-fetal tıp- yüksek riskli gebelikler ayağının karşılanabilmesi ve bu hizmetlerin yeterli bir şekilde sunulabilmesi için obstetrik ve YDYBÜ alt yapısının da bulunması gerekmektedir. Bu açıdan her merkez hizmet vereceği bölgenin yıllık yüksek riskli gebelik oranına, fiziki şartlarına ve ulaşım-erişim imkanlarına göre yapılandırılmalıdır.
- IVF sertifikalı uzman sayısı ihtiyacın çok üstünde iken (1678), kamuda sadece 40 perinatoloji uzmanı var ve çoğu da büyük şehirlerde. Oysa yıllık 130.000 riskli gebe var. Tıpta uzmanlık kurulunca, perinatoloji yan dal ve aile hekimliği uzmanlığı kadrolarının artırılması.
- 2011 yılında perinatoloji yan dal oldu ve perinatal tıp merkezleri standartları belirlendi. Her merkez hizmet vereceği bölgenin yıllık yüksek riskli gebelik oranına, fiziki şartlarına ve ulaşım-erişim imkanlarına göre yapılandırılmalı ve insan kaynağı dağılımı en iyi şekilde yapılmalıdır. Tüm Türkiye'de perinatal merkez planlaması yapılması.
- Ülke çapında SSVD uygulamasının pilot hastanelerden başlanarak yaygınlaştırılması
- Sağlık okur yazarlığı programında sağlıklı, spontan doğumun değerinin açıklandığı materyaller hazırlamak. Web sitesi ve sosyal medya hesaplarından da bu materyallere ulaşım sağlamak.
- Aile sağlığı elemanlarının ebelerden oluşmasının sağlanması ve gebelik eğitimi verebilecek, riskli gebeyi ayırd edebilecek şekilde eğitilmeleri
- YÖK ve kamu hastaneler kurumu ebelik eğitimi konusunda protokol imzalamalı ve ortak planlamaya gitmelidir.

Sağlık İnsan Gücü Planlama

- SHGM Sağlık İnsan Gücü Planlama Daire Başkanlığı, sağlık meslek alanlarına yönelik makro planlama yani ülke düzeyinde planlama yapmakta. Ebelik kapsamında, ilgili meslek görev tanımlarının yer aldığı mevzuat doğrultusunda, iş yükü bileşenlerini oluşturmakta ve iş yükü analizi yaparak (DSÖ İş Yükü Analiz Yöntemini örnek alarak) ülke düzeyindeki ihtiyacı ve gelecek projeksiyonları belirlemekte. İl-hastane bazında mikro düzeyde planlama ve istihdam çalışmalarını Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu (TKHK) yapmaktadır. Birinci basamak ebelik insan gücü dağılımını ise Türkiye Halk Sağlığı kurumu yapmaktadır.
- İnsan gücü planlamaları farklı kurumlarca yapıldığı için sağlıkta çalışan insan gücü dağılımında büyük bir düzensizlik gözlenmektedir. Üniversite mezunları da atama alamadıklarından şikayetçi durumdadırlar. YÖK, Tıpta uzmanlık kurulu, kamu hastaneler birliği, sağlık hizmetleri genel müdürlüğü, halk sağlığı kurumu insan gücü planlama birimleri arasında koordinasyon sağlanmalı. Mülteci nüfus ve mevsimlik işçiler gibi iç göç çok yüksek alan bölgeler insan kaynağı planlamasında özel ele alınmalıdır.
- Ülke genelinde kadın doğum hekimi, ebe ve perinatolog sayılarının dağılımında yaşanan sorun giderilmelidir. Yığılma olan merkezlerden eksik merkezlere personel kaydırılması çözüm sağlayabilecektir.
- Doğum yapılan merkezlerde 24 saat anestezi hekimi olmalıdır.

İl sağlık müdürlükleri gözetiminde

- Gebe okullarının o ilin nüfusuna göre sayı ve eğitim standardizasyonunun sağlanması
- Her ilin yıllık doğum sayısına göre insan gücü (ebe kadın doğumcu perinatolog yenidoğan) ve teknik (yenidoğan yoğun bakım, kan bankası) envanteri çıkarılarak eksikliklerin giderilmesi (PDC, yatırım vs)
- Her ilin yıllık doğum sayısına göre o ilin doğum yapılan sağlık kurumlarında (kamu özel üniversite) standardize edilmiş minimum doğumhane ekip, yatak, ortam oluşumunun sağlanması Doğumhanelerin fiziksel koşullarının incelenerek standartlarının yükseltilmesi
- GEBSİS anne bebek ölüm bildirim sistemi ve Robson kriterlerine göre CS endikasyonları veri girişlerinin düzgün akışını sağlamak
- Hastanelerde (il, ilçe) doğumlarının, evde hastanede ebe eşliğinde doğum kriterleri ve standartları kayıtları icap sistemi denetimleri
- Mülteciler için onam formları kendi dillerine çevrilecek, tercüman bulundurma zorunlu olmalı
- Doğum sayısı yüksek illerde ve hastanelerde personel tükenmişlik ile mücadele

Özel kurumlarda alınacak önlemler

- Özel kurumlarda kamuya nazaran sezaryen yapma sıklığı daha yüksektir. Bu yükseklik, hekimlerin zamanı tüm hastalarına göre ayarlama çabası, hekimlerin kendi hayatlarını planlama kaygısı ve özele başvuran gebelerin doğumda muhakkak kendi hekimini isteme durumundan kaynaklanmaktadır. Bu kurumlara başvuran sosyo-ekonomik düzeyi yüksek kişiler, sosyal nedenlerle sezaryen yapılmasını istemektedirler.
- Özel kurumlarda hekimler ekip kurarak gerektiği durumda hastasını diğer arkadaşına teslim ederek doğumları normal seyrine döndürebilirler. Bunu yaparken gebelere gereken bilgiler verilmeli, gebe her durumda bu ekipten biriyle doğum yapacağını bilmelidir ve bu ekip elemanları ve gebe arasında iyi bir iletişim kurulmalıdır. Böylece gebe kendisini güvende hissedecek ve endikasyonsuz sezaryen isteğinde ısrarcı olmayacaktır.
- Doğum hizmeti veren hastanelerin personel ve teknik açıdan seviyelendirilerek vakaların doğum özelliklerine göre yönlendirilmesi için İstanbul ve Ankara'nın pilot proje merkezi olarak seçilebileceği,
- Yeterli uzman sayısı olan yerlerde nöbet usulüne geçilmesi, bu durumun denetlenmesinin sağlanması,
- Doğum ünitelerinin standartlara uygun olup olmadığı konularında periyodik olarak il sağlık müdürlüklerince denetlenmesi
- Doğum hizmeti yürütülecek özel hastanelerde yapılabilecek müdahalelere uygun personel ve nitelik-ekipmanın güncel tutulması,
- Özel hastanelerde doğum sayısına göre standart ebe istihdamı belirlenmeli ve özellikle 24 saat kadın doğum uzmanı nöbet tutulmadığı yerlerde 24 saat kesintisiz ebelik hizmetinin sağlanması,

Eğitim faaliyetleri

- Eğitim faaliyetleri üç saçı ayağı üzerinden planlanmalıdır; gebe-ailesi, ebe ve hekim.
- **Klinik Etik Eğitimi:** Lisans ve lisansüstü düzeyde zorunlu olarak kadın hastalıkları ve doğum alanını ilgilendiren klinik etik eğitiminin verilmesi önemli olacaktır.
- **Tıp Hukuku Eğitimi:** Sağlık personelinin kadın hastalıkları ve doğum alanını ilgilendiren hukuk bilgilerini vermek üzere gerek lisans gerekse de lisansüstü düzeyde eğitim müfredatı hazırlamak ve zorunlu tutmak.
- **İletişim becerileri eğitimi:** Lisans eğitiminde iletişim becerileri ve iyi hekimlik uygulamaları, lisansüstü eğitimde ise iletişim becerileri eğitiminin verilmesi sosyal endikasyon olarak tanımlanan sezaryen tercihinin azalmasına önemli katkı sağlayacaktır.
- **Obstetrik eğitim:** Kadın doğum uzmanlarının mezuniyet öncesi obstetrik eğitimlerin yetersiz olduğu gerçeği vurgulandı bu amaçla yıllık doğum sayısı 1500 sayısının üstünde olan eğitim kurumlarına eğitim ve asistan eğitim hakkı verilmeli var olanlara da bu seviyenin üstüne çıkana kadar asistan kadrosu verilmemeli.
- Ebe öğrenci eğitimlerinin bir kısmını EAH'lerde ve bir kısmını da ebelerin doğum yaptırdığı il doğum hastanelerinde tamamlanması üzerine o hastanelerle protokoller oluşturulması, **YÖK ve kamu hastaneler kurumu ebelik eğitimi konusunda protokol imzalamalı ve ortak planlamaya gitmelidir.**
- Uzman ebelik sisteminin işletilmesi / yetkin ebelerin ebe eğitiminde görev almasının sağlanması,
- Kadın doğum uzmanı hekimlerin ve araştırma görevlisi doktorların gebe okuluna en az 1 gebe eğitim semineri süresince katılımının sağlanması ve bu okullarla ilgili farkındalığın artırılması. Gebelerin bu şekilde eğitime yönlendirilmesinin artırılması.
- Gebe ve ailesinin **sağlık okur-yazarlığının** artırılmasına yönelik medya, reklam, farkındalık oluşturulması amacıyla çalışmalar ve organizasyonların yapılması
- Kadınların vajinal doğum korkularının özellikle psikolojik, kültürel ve sosyal boyutunu inceleyen çalışmalar yapılmalı.

Mevzuat çalışmaları

- 1928 tarihli Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun (no 1219) 51. maddesi değiştirilmeli ve tüm kanun yenilenmeli
- Ebelik kanununun çıkarılması
- Hekimlik Sözleşmesi olarak tanımlanan ayrı bir sözleşme yoktur, bu nedenle “vekalet sözleşmesi” hukuken bu anlamda kullanılmaktadır. Hasta ve hekim hak ve sorumluluklarını belirleyen bir hekimlik sözleşmesi oluşturulmalıdır. Malpraktis yasası henüz oluşturulmamıştır. Bu yasa oluşturulacak bir “Sağlık Kanunu” kapsamında ele alınmalıdır. Öngörülen kanun cezalandırmalarla ilgili uygulamalardan çok hekim sağlık çalışanı ilişkisi ve karşılıklı görev, hak ve sorumlulukları açığa kavuşturur mahiyette olmalıdır. Hasta ve hekim hak ve sorumlulukları net olarak belirlenmesi için Sağlık Hukuku ve Sağlık Kanunu ivedilikle gündeme gelmelidir.
- Adli Tıp Kurumu bünyesinde kadın hastalıkları ve doğumla ilgili bir ihtisas komisyonunun kurulması, anne ve çocuk kayıplarında “Genetik Otopsi” yapılması, plasentanın patolojik incelemesi
- Kompliksasyon ve malpraktis ayrımının çok net yapılması Kılavuzların bağlayıcı olması için mevzuata yerleştirilmesi, Kılavuzlar hem Adli Tıp Kurumu hem de bilirkişilik müessesesi için objektif bir kaynak olabilir.

Medyada alınacak önlemler

- Türkiye Gazeteciler Cemiyeti ve Eğitim Sağlık Muhabirleri Derneği gibi kurumlar İstanbul'da yapılacak toplantılarda ortak olarak yer alabilirler. Başta uzman sağlık habercileri olmak üzere, mesajlar düzenli olarak toplantı ve bültenlerle tüm medyaya ulaştırılabilir.
- Analık sigortasının hiçbir sağlık güvencesi olmayan gebeler için kullanılabileceği bilgisi yayılmalıdır.
- Gebelerin doğru ve bilimsel bilgiye kolay ulaşabileceği broşür, internet sitesi vb. bilgi kaynakları oluşturulmalıdır.
- İnsanların çok izlediği dizilerde verilen mesajlara dikkat edilmeli, diziler yapımı sırasında sağlık danışmanı kullanılmalıdır.
- Haber kaynakları medyada sezaryen yerine normal vajinal doğumu ön plana çıkarırken bilginin alınacağı adresi mutlaka vurgulamalıdır. Kamu hastanelerinde gebe eğitimi veren kurumlar, eğitimciler ön plana çıkarılmalıdır. Gerçek ve doğru bilginin, gebenin ilişki içerisinde olduğu ve gebeyi tanıyan sağlık personeli tarafından verileceği vurgulanmalıdır.
- Gebelerin doğru ve bilimsel bilgiye kolay ulaşabileceği broşür, internet sitesi vb. bilgi kaynakları oluşturulmalıdır.
- Yerel yönetimler ile doğum, doğum hizmetlerine erişim, vb. konularda halk eğitimi verilmesi konusunda iş birliği yapılması.

“Türkiye Gereksiz Sezaryenle Mücadele Ulusal Stratejisi ve Eylem Planı” hazırlanmalı ve uygulanmaya konulmalıdır.

- Sezaryen oranlarını düşürme konusunda çalışacak bağımsız bir kurul oluşturulmalıdır.
- Toplumun doğum şekli konusundaki sağlık okur-yazarlık düzeyi yükseltilmelidir.
- Sağlık insangücünün nicelik ve nitelik yönünden güçlendirilmesi gerekmektedir. Bu bağlamda özellikle de ebelerin gebelik ve doğum sürecindeki ve eylemindeki rolü güçlendirilmeli ve bu anlamda ebelerin eğitimleri, istihdamları ve özlük hakları iyileştirilmelidir. Mesleki sorumluluk sigortası hakları verilmelidir.
- Sezaryen oranları sağlık çalışanlarının ve kurumlarının; performans, geri ödeme, kalite ve akreditasyon işlemlerinde bir kriter olarak kullanılmalıdır.
- Sezaryen ile doğum şeklini belirleyen nedenler ve bu konuda alınması gereken önlemler konusunda araştırmalar yapılmalı ve bu araştırmalar desteklenmelidir.
- Sezaryen oranlarını azaltabilmiş veya sabit tutabilmiş ülkelere çalışma ziyaretleri düzenlenebilir veya bu ülkelerden ilgili uzman otoriteler davet edilip istişare edilebilir ve Türkiye için dersler çıkarılabilir.
- Türkiye'nin hızlı bir şekilde doğum verilerini retrospektif olarak ayrıntılı bir şekilde incelemesi ve bu inceleme neticesinde doğum yöntemi tercihine etki eden kök nedenleri/faktörleri saptaması gerekmektedir. Bu nedenler ortaya konulduktan sonra da bunlara yönelik olarak mümkün olan önlemler alınmalıdır.
- Kurum, kural, denetim ve yaptırım dörtlüsüne verimli ve etkili bir şekilde işlerlik kazandırmak gerekir. Yaptırımın olmadığı yerde, gerek talep tarafında ve gerekse de arz tarafında gerekli davranış değişikliğini gerçekleştirmek çok mümkün olmamaktadır.

Ekler

Ek1.

Prof. Dr. Sinan Beksac

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi

Kadın Kadın Hastalıkları ve Doğum ABD,

Konu: Doğum şekli tercihinin multidisipliner irdelenmesi

Misyon: Doğal doğumun teşvik edilmesi

Vizyon: 1. Maternal ve perinatal morbidite ile mortalitenin olabilecek en düşük düzeyde tutulması.

2. Anne sağlığı ve konforunu gözeterek sağlıklı yenidoğanların evlerine gönderilmesi. Doğum biçiminin kişiselleştirilmesi.

3. Doğal koşullarda vajinal doğum, tıbbi gereksinim doğduğu zaman müdahaleli doğum veya sezaryen doğum denenmesinin teşvik edilmesi.

4. Hekimlere uygun çalışma koşullarının sağlanması ve yaptıkları hizmetler nedeni ile ödüllendirilmeleri. Hekimler üzerindeki sosyal ve hukuki baskının kontrol altına alınması.

Bağlayıcı Yasal Yapı:

6354 sayılı torba yasa (4.7.2012 tarihli)

Gebe ve rahmindeki bebek için tıbbi zorunluluk bulunması halinde doğum, sezaryen ameliyatı ile yaptırılabilir.

Gerekli tedbirlerin alınmasına rağmen, doğumu takiben anne veya bebekte meydana gelebilecek istenmeyen sonuçlardan dolayı hekim sorumlu tutulamaz.

Yapılması Gerekenler:

1. Robson Klasifikasyonu (RK) Grup 2 ve 4'ün kontrol altına alınması. **Hekimlerin komplikasyon ve hukuki baskı altında olduğu bu gruplara giren sezaryen endikasyonlarının dikkatli konması ve hekimlerin korunulması.** Hukuki süreçlerden korunulması için evrensel kabul gören kitapların esas alınıp, kısıtlı sayıda bilim adamının oluşturduğu öneri ve protokollerden kaçınılması. Grup 2 nin % 30-40 arası, grup 4'ün % 10-20 arası tutulması.
2. RK grup 10' a liberal yaklaşılması ve bu grup endikasyonları açısından hekimlerin üzerindeki baskının azaltılması. **6354 sayılı yasa çerçevesince onam formlarının daha korumacı hale dönüştürülmesi.** Modern tıbbın ve perinatolojinin aktif olarak devrede bulunduğu bu gruptaki sezaryen endikasyonlarının bilimsel temelli olmasının teşvik edilmesi.
3. **Doğum biçiminin kişiselleştirilmesi** hususunda kamunun bilgilendirilmesi ve hekimlerin üzerindeki baskının azaltılması. **Hekimlere karar verme aşamasında destek sağlayacak uygulamaların devreye sokulması.** Örneğin daha önceki başarılı uygulamaları esas alan “bilgisayar destek sistemlerinin” (yapay zeka) devreye sokulması.
4. Hasta-Hekim ilişkilerinin güvene dayalı biçimde yeniden yapılandırılması. Kamu kuruluşlarının desteğinin sağlanması ve basın-yayın kuruluşlarının yardımlarının sağlanması.

Endikasyonlar:

“Kadın Hastalıkları ve Doğum ihtisası” ile “Perinatoloji yan dal ihtisası” evrensel akademik değerlerle uyumlu bir biçimde ilgili referans kitapları temel alınarak verilmektedir. Belli standartları yakalamak için değişik akreditasyon programları mevcuttur. Uzman hekim, eğitiminin temel alındığı kitapları okumak ve içeriklerini bilmek zorundadır.

Sezaryen endikasyonları hususunda da aynı mantık geçerlidir. **Eğitimin esas alındığı kitaplardaki sezaryen endikasyonları uygulamada da geçerlidir.** Kısıtlı sayıda bilim adamlarınca hazırlanmış klavuzlar klasik bilgiye ters düşmez. Çelişkiler hukuki süreçlerde soruna neden olabilir.

Sonuç:

Klasik referans kitaplarındaki sezaryen endikasyonları esas alınmalıdır. Yıllar içinde oluşabilecek değişiklikler de aynı biçimde kitapların yeni baskıları kapsamında değerlendirilmelidir. Bu ortak ve standard davranış içindir.

Prof. Dr. Cihat Şen

İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi
Kadın Kadın Hastalıkları ve Doğum ABD,
Perinatal Tıp Vakfı

Vizyon:

1. Maternal ve perinatal morbidite ile mortalitenin olabilecek en düşük düzeyde tutulması.
2. Anne sağlığı ve konforunu gözeterek sağlıklı yenidoğanların evlerine gönderilmesi. Doğum biçiminin kişiselleştirilmesi.
3. Doğal koşullarda doğal doğum, tıbbi gereksinim doğduğu zaman müdahaleli doğum veya sezaryen doğum denenmesinin teşvik edilmesi

Bağlayıcı Yasal Yapı:

6354 sayılı torba yasa (4.7.2012 tarihli)

Gebe ve rahmindeki bebek için tıbbi zorunluluk bulunması halinde doğum, sezaryen ameliyatı ile yaptırılabilir.

Gerekli tedbirlerin alınmasına rağmen, doğumu takiben anne veya bebekte meydana gelebilecek istenmeyen sonuçlardan dolayı hekim sorumlu tutulamaz.

DOĞUM SÜRECİ İLE İLGİLİ PROBLEMLER VE GEREKÇELERİ

İnsanlık tarihinden bu yana doğum şekli temelde aynı olmakla birlikte, günümüzde doğuma atfedilen önem ve dolayısı ile komplikasyonlara olan bakış tamamen değişmiş durumdadır. Artık vaginal veya sezaryen doğum ile bebeğin %100 sağlıklı olarak doğması istenmekte ve bu süreçte, büyük bölümü kadın doğum hekiminin kusuru olmadan gerçekleşen komplikasyonlar neticesinde, hekimler büyük tazminat davaları ile yüzleşmek durumunda kalmaktadır. Zaman içinde bunun gibi problemlerden ötürü hekimler vaginal doğumdan çekinir hale gelmiş ve sezaryen oranları belirgin düzeyde artmıştır. Bu problem sadece ülkemize özgü bir problem olmayıp dünya genelinde sezaryen oranları ciddi artış göstermektedir. Sezaryen oranları ülke genelinde aynı olmayıp bölgesel ve kurumsal değişiklikler göstermektedir.

Günlük mesailerini, aldıkları eğitim ve mesleki tecrübeleri ışığında yerine getiren Kadın Doğum hekimlerini en çok zorlayan ve üzen olayların temelinde malpraktis korkusu yer almakta ve hemen her hekim meslek hayatı boyunca malpraktis davası maruz kalmaktadır. Kadın Doğum Hekimleri en fazla malpraktis davası açılan grubu oluşturmaktadır. Buna bağlı olarak da 10 yıl kadar önce Tıpta Uzmanlık Sınavında (TUS) en çok tercih edilen branşlardan biri iken günümüzde TUS sınavında ilk 100'e giren başarılı adaylardan hiçbirisi Kadın Doğum tercihi yapmamaktadır. Bunun sonucu olarak daha az başarılı hekim grubu Kadın Doğuma girmekte ve asistan kalitesi azalmaktadır.

Doğum eyleminin optimum olarak yönetilmesi ve hekimin vaginal doğum eylemine olan bakışının artırılması için doğum eylemi öncesi, sırası ve sonrasında ortaya çıkabilecek beklenmeyen durumlarda teknik ve hukuki destek arayışının önemli olabileceği değerlendirilmektedir. Bu kapsamda hekimin yalnız bırakılmaması gerekmektedir.

Hekimlerin en çok tedirgin olduğu hususların başında vaginal doğum eylemi ile ilgili hukuksal zeminin olmayışı (veya yetersiz oluşu) ve malpraktis ile ilgili konularda ortaya çıkabilecek maddi ve manevi tazminat kaygılarıdır. Hekimler mevcut doğum eylemi sürecinde ortaya çıkabilecek ve literatürde tanımlanmış ve önceden öngörülemeyen komplikasyonlarda dava edilmekte, bu süreç içerisinde hekimin motivasyonu etkilenecek defansif tıp yönünde girişim sergilemesine neden olmaktadır. Bu durum sezaryen oranlarını yükseltmektedir.

Vaginal doğum eyleminin süreci gebeden gebeye ve hastanın risk durumuna göre farklılık göstermektedir. Uzun sürebilen ve hastanın sürekli izlemine gerektiren bu süreçte hekimin sadece bu süreci takip etmek dışında da sorumluluklarının bulunması hekimin yanlışlar yapmasına neden olabilmektedir. Az sayıda hastanın takip edildiği bir klinikte hekim tüm görevlerini başarı ile uygularken çoğunlukla periferde çalışan ve devlet hizmet yükümlülüğünü yerine getiren, günde 100-150 hastayı muayene eden ve bu esnada gerçekleşen doğumlardan da sorumlu olan hekimin hata yapma olasılığının arttığı bir gerçektir.

Ayrıca vaginal doğumdan uzaklaştıran diğer bir neden de maternal sezaryen isteğidir. Maternal isteğin en önemli nedenlerinden biri ağrı çekme kaygısıdır.

Hekimin kendini güvende hissetmesi için doğumun gerçekleşeceği zaman ve sonrasında ekip desteğinin varlığı önemlidir. Bu konuda en çok ihtiyaç doğumda analjezi desteğinin sürekli sağlanması ve yenidoğan hekiminin bulunmasıdır.

Doğum şekillerinin adlandırılmasında, "Normal Doğum" veya "Doğal Doğum" adlandırılmasının kullanılmaması, bunun yerine "Vaginal Doğum yönetimi" ve Abdominal Doğum veya Sezaryen ile doğum yönetimi" ifadelerinin kullanılmasının uygun olduğu düşünülmüştür.

KOŞULLAR NELER OLMALIDIR?

Sezaryen doğumların artmasında en önemli nedenlerden bir tanesi, doğum eyleminin ve doğumun gerçekleştiği birimlerdeki yetersizliklerdir. Bu yetersizlikten kasıt, malzeme eksikliğinden ziyade insan gücü eksikliğidir. Ülkemiz genelinde doğum gerçekleşen gerek devlet gerekse özel tıbbi kuruluşlarda deneyimli ebe bir yana yeni mezun ebeler bile bulunmamakta, kadın doğum hekimi gündüz gece çok sayıda doğuma iştirak etmekte ve eksiksiz hizmet vermek için insanüstü çaba göstermekte, hem ebe hem de doğum hekimi verdiği hizmetin maddi-manevi karşılığını hiçbir şekilde alamamakta, doğum birimlerinde obstetrik analjezi ve acil durumlarda obstetrik anestezi için sürekli olarak anesteziist ve oluşabilecek neonatal sıkıntıları çözebilmek için pediatriist bulunmamaktadır. Tüm bu insan gücü eksikliğinin faturası ise her durumu göğüslemek zorunda kalan kadın doğum hekimine çıkmaktadır.

Bu sorunun çözümü, sezaryen doğumların azaltılmasında en önemli basamaklardan birini teşkil edecektir. Sorunun çözümü için doğumların gerçekleştiği doğum birimleri – doğumhaneler tescillenmeli, bunun için de **deneyimli ebe, yeterli sayıda kadın doğum hekimi ve 24 saat prensibi ile çalışacak anesteziist ve pediatriisti içerecek minimal çekirdek kadro mecburi tutulmalıdır**. Bu koşulların bulunmadığı veya sağlanamadığı kurumlarda doğum birimleri açılmamalıdır. Eğer lojistik yetersizlik nedeniyle kadroların oluşturulması ve devamı sağlanmaz ise, bu durumda oluşabilecek komplikasyonlardan birimlerin yer aldığı hastaneler sorumlu olmalı ve bunun faturası çalışanlara kesilmemelidir.

Ebelik sistemi doğum eyleminin takibinde ve sonuçlandırılmasında çok önemlidir ve bilimsel standartlar çerçevesinde statüleri ve çalışma koşulları belirlenmelidir. Doğumlarda hemşirelerin bulunması doğru ve hukuki değildir ve ebe-doğum hekimi işbirliği ile izlenmelidir. Ebe gerçekleştirdiği görevden sorumludur ve mükâfatını da almalıdır. Ebelerin çoğu ebelik dışı görev yapmaktadır. İstihdam ve kalite sorunu vardır. Ebelerin mezuniyet öncesi ve sonrası eğitim programları yeniden belirtilmelidir. Doğumlar uygun koşulları belirlenmiş doğum üniteleri-doğumhanede gerçekleşmeli, uygun teknik ve personel alt yapısında ilaveten mutlaka ebe ve doğum hekimi tarafından birlikte ve müşterek sorumluluğu altında izlenmelidir. Ebe hekim ilişkisi belirlenmelidir. Doğumhanede ebe ve kadın hastalıkları ve doğum uzmanı birlikte olmalı, beraber ödüllendirilmelidir. Doğumhane ve doğum ünitesi standartları ve ebe-doğum hekimi işbirliği ayrıntısı ile tanımlanmalıdır. Bu konuda ayrı bir çalıştay yapılmasına gereksinim vardır ve bu çalıştay sonucu ile bir uygulama rehberi oluşturulmuş olacaktır. Sağlık Bakanlığı bu konuda gerekli hizmet ve altyapıyı sağlamakla yükümlü olmalıdır. Doğumhanede gebenin izlem rehberi oluşturulmalı ve her aşaması (mümkün ise elektronik) olarak belgelenmelidir. Ebe ve doğum hekiminin görev işbirliği, hukuki ve etik sorumlulukları tanımlanmalıdır.

Doğumun işlevsel tanımı yapılmalıdır. Doğumhanedeki çalışmada ekip çalışması komplikasyonları azaltır ve başarıyı artırır. Doğumhane için yeterli koşullar bulunmayan yerlerde doğum yapılmasına izin verilmemelidir. Doğumhanede yapılan uygulamalar ile ilgili dokümantasyon yapılmalı ve kayıtlar saklanmalıdır. Mümkünse doğum ünitelerinde sabit ekiplerin oluşturulması gerekmektedir.

Ayrıca gebelere doğum öncesi kısa eğitim ve süreç hakkında bilgilendirme yapılmalı, doğum şekilleri hakkında onam alınmalıdır.

OBSTETRİK ANALJEZİ VE ANESTEZİ

Günümüzde sezaryen oranlarındaki artışın en önemli nedenlerinden birisi gebelerdeki ağrı korkusudur (tokofobi).

Günümüzdeki büyük teknolojik gelişmelere karşın, vaginal doğum eyleminin halen insanlık tarihinin en başından bu yana yapıldığı şekli ile yani ağırlı şekilde yapılması büyük bir çelişki ve sorun kaynağıdır. Gelişmiş ülkelerde bu problem obstetrik analjezi ve anestezinin güvenli şekilde yaygınlaşması ile ortadan kalkmıştır. Bu düzelme sadece ağrı düzeyinde olmamış, anestezi servislerin daha iyi organize olması, daha iyi eğitim ve malzeme kalitesi ile anesteziye bağlı anne ölümlerinde de dramatik azalma gerçekleşmiştir. Ülkemizde ise hâlihazırda en büyük merkezlerde dahi yeterince uygulama yapılamamaktadır. Her doğum hekimi pudendal ve paraservikal blok anestezi konusunda eğitim ve deneyim eksiklikleri giderilerek rutin uygulamaya konulmalıdır. Gereken olgularda epidural anestezi ile gebelere destek olunmalıdır. Rejyonel analjezi ve anestezinin artan kullanımı ile kadın doğum hekimlerinin de bu konudaki çekinceleri ortadan kalkacak ve doğum eylemi daha bilinçli şekilde takip edilebilecektir. Bu konuda kadın doğum hekimlerinin bilinçlendirilmesi de şarttır. **Doğum yapılan merkezlerde 24 saat anestezi hekimi olmalıdır**. Aileler epidural anestezi hakkında bilgilendirilmeli ve yanlış inanışlar giderilmelidir.

DOĞUM EYLEMİ İZLEM REHBERİ, VAJİNAL DOĞUM, OPERATİF DOĞUM VE SEZARYEN REHBERLERİNİN HAZIRLANMASI

Doğum hekimlerinin doğum eylemi izleme konusundaki en büyük sıkıntıları, yaptıkları işle ilgili kuralların ulusal zeminde net olarak belirlenmemesi ve sınırların çizilmemiş olmasıdır. Bu durum, hekim kurallarını bilmediği bir oyunun içinde yalnız olarak bırakılmaktadır. Bu nedenle hekim, günlük uygulamalarında zorluk çekmekte, bilimsel doğrulardan ziyade kişisel doğrular ortaya çıkmakta ve olası bir komplikasyon durumunda ise hem bilirkişi hem de hekimin görüşleri, ortak bir lisan bulunmadığı için çelişmekte ve problemler oluşmaktadır. Bu sorunun çözümü için güncel rehberler hazırlanması ve belirlenen aralıklarla güncellenmesi gerekmektedir. Sağlık Bakanlığı ve uzmanlık derneklerinin daha önce birlikte hazırladığı “Doğum eylemi izleme rehberinin” elden geçirilmesi önerilmiştir. Böylece doğum eylemindeki asgari klinik uygulama standartlar belirlenmelidir. Bu rehber ışığında doğum eylemini izlediği ve yönettiğini ebe ve hekim belgelendirmelidir. Böylece, yapılan işlemin tıbbi standartlara uygun olup olmadığı tartışmasına açıklık gelecektir. Ek olarak belirlenen hizmet ve klinik uygulamalar yerinde ve zamanında yapıldığında özen ve dikkat eksikliği içinde de olunmayacaktır.

Anne isteğine bağlı sezaryen bir realitedir. Bunun yasaklanması doğru değildir. Genel Dünya verileri incelendiğinde, bu oranın %3-13 (ortalama %5) olması beklenebilir. Ancak bu oranın yönetiminde gerekli bilgilendirmelerin ve psikolojik desteğin sağlanmış olması gereklidir.

ÖZET

UYGULAMA REHBERLERİ: “Doğum Eylemi İzlem Rehberi”, “Vaginal Doğum, Operatif Doğum ve Sezaryen Rehberleri” hazırlanmalıdır. Sağlık Bakanlığı ve uzmanlık derneklerinin daha önce birlikte hazırladığı “Doğum eylemi izlem rehberi” elden geçirilmelidir. Bu rehber ışığında doğum eylemini izlediği ve yönettiğini ebe ve hekim (tercihen elektronik olarak) belgelendirmelidir. Böylece, yapılan işlemin tıbbi standartlara uygun olup olmadığı tartışmasına açıklık gelecektir.

Ebe ve doğum hekiminin görev işbirliği, hukuki ve etik sorumlulukları yeniden tanımlanmalıdır

Doğum şekillerinin adlandırılmasında, "Normal Doğum" veya "Doğal Doğum" adlandırılmasının kullanılmaması, bunun yerine "Vaginal Doğum Yönetimi" ve “Abdominal Doğum” veya “Sezaryen ile Doğum Yönetimi” ifadelerinin kullanılması uygundur. [1] [2]

Doğumhane alt yapısı ve asgari teknik donanımı tanımlanmalı, statüsü belirlenmeli, özel ve kamuda doğum merkezleri oluşturulmalı, uygun olmayan merkezlere doğumhane izni verilmemelidir. Doğumlar uygun koşulları belirlenmiş doğum üniteleri-doğumhanede gerçekleşmeli, uygun teknik ve personel alt yapısında ilaveten mutlaka ebe ve doğum hekimi tarafından müşterek sorumluluğu altında izlenmelidir.

Doğumhane ekibi tanımlanmalı ve sürekli doğumhanede çalışmalıdır. Doğumhanedeki ekip çalışması komplikasyonları azaltmaktadır ve başarıyı artırır: Kadın Doğum hekimi Ebe Yenidoğan hekimi

Anestezi uzmanı

Ebe ve doğum hekiminin görev işbirliği, hukuki ve etik sorumlulukları tanımlanmalıdır. Bu konuda ayrı bir çalıştay yapılmasına gereksinim vardır ve bu çalıştay sonucu ile bir uygulama rehberi oluşturulmalıdır.

Her doğum hekimi pudendal ve paraservikal blok anestezi konusunda eğitim ve deneyim eksiklikleri giderilerek rutin uygulamaya konulmalıdır. Gereken olgularda epidural anestezi ile gebelere destek olunmalıdır.

Anne adayının doğum ile ilgili kaygılarının giderilmesi (yırtık, deformasyon, bebeğin zarar görmesi cinsel yaşam kaygıları,...) için eğitici dökümantasyonların sağlanması önemlidir.

Hasta-Hekim ilişkilerinin güvene dayalı biçimde yeniden yapılandırılması gereklidir. Kamu kuruluşlarının desteğinin sağlanması ve basın-yayın kuruluşlarının yardımlarının sağlanması uygun olacaktır.

Robson Klasifikasyonu Grup 2, 4 ve 10'un kontrol altına alınması ve hekimlerin komplikasyon ve hukuki baskı altında olduğu bu gruplara giren sezaryen endikasyonlarının dikkatli konulmasında yarar görülmektedir.

Hekim üzerinden yürütülen cezalandırma yöntemlerinden vaz geçilmelidir.

Prof. Dr. Namık Demir
Türkiye Maternal Fetal Tıp ve Perinatoloji Derneği

Doğum risksiz bir süreç değildir. Doğum esnasında kadınların %30'unda anne ya da yenidoğan ile ilgili komplikasyonlar gelişir.

- Doğum Öncesi Eğitim programları tüm gebelere yönelik olarak yapılmalıdır.
- Bu eğitimlerde gebelik sırasında düşük de olsa olası riskler konusunda gebeler bilgilendirilmelidir.
- Ülkemizde ebelerin eğitimlerine önem verilmeli ve hızla “EBE MERKEZLİ DOĞUM” birimleri oluşturulmalıdır.
- Doğumhanelerin Fiziki ve teknik şartları düzeltilmeli ve süratle kişiye özgü doğum odalarının yapımı hızlandırılmalıdır.
- Doğum yapan gebeler “dünyadaki en kutsal işi yapan bireyler” olarak algılanmalıdır.
- Vaginal Doğum olabildiğince tıptan arındırılmış olmalıdır.
- Doğumda partogram kullanılmalıdır.
- Doğum destekçilerinin doğuma katılımları özendirilmelidir.
- Güç doğumlar önceden deneyimli doğum ekibi (Hekim ve ebe) tarafından olabildiğince ön görülmeli ve önlenmelidir.
- Doğum sırasında anne ve fetusun durumu elverdiğince sabırlı olunmalı ve fundusa dışarıdan fiziksel baskı uygulanmamalıdır.
- Vaginal doğumu destekleyen müdahalelerin çoğu, ebeler tarafından gebenin başucunda başlatılabilir ve desteklenebilir.
- Doğum Hekimleri ve Ebeler, GÜNCEL TRAVAY eğrilerini ve ikinci evrenin yönetimi de dahil olmak üzere güncel bilgileri öğrenebilir ve güvenli doğumu destekleyen optimal sezaryen doğum oranına ulaşabilirler.
- Eskiden beri bilinen “DOĞUM SABIR İŞİDİR” deyişi yeniden hayata geçirilmeli ve “SABIR bir hasta güvenliği stratejisi olarak önemsenmelidir”.
- Doğum EKİBİ uyuşukluğa varmayacak derecede SAKİN ve SABIRLI; Telaşa varmayacak derecede HIZLI olmalıdır. Ve UYUM içerisinde olmalıdır.

Doğum Hizmeti Verilirken 4 Konuda Yeterli ve Dengeli Olmak Gerekir

- Ebelik Sanatı bize vücudumuza güvenmeyi, uyanık ve reaktif olmayı öğretir.
- Obstetrik Bilimi bize doğum sürecine saygıyı öğretir. Patolojik doğum süreçlerinde etkili ve yararlı tıbbi araçları sunar.
- Korku bizi tetikte tutar.
- Güven işbirliğini teşvik eder ve sağlıksız korkuyu uzaklaştırır.

Gebelerin Eğitimi:

Gebelerin eğitim düzeylerine göre vaginal doğum hakkındaki algıları farklı olabilmekte ve bu algıda farklı etmenlerin (sosyal medya, arkadaş çevresi, koruyucu kollayıcı anne baba ya da eş vb. Etkilerle vaginal doğum ile ilgili korkular beslenmektedir. Örneğin ülkemizde Doğu Anadolu ve Güneydoğu Anadolu'da yaşayan kadınlarımız büyük çoğunluğu için sezaryen olmak bir korku ve tehlike unsuru olarak algılanırken, Batı Anadolu'da yaşayan gebelerimizin büyük çoğunluğu için Vaginal Doğum bir tehlike ve korku unsuru olarak algılanmaktadır. Bu durumda Doğu ve Güneydoğu Anadolu'da yaşayan gebelerimiz hekimlerimize doğumlarının vaginal olması konusunda baskı yaparlarken, Batı Anadolu'da tam tersi olmaktadır. Bu nedenle gebelerimizin eğitimi ve doğum sırasında olabildiğince ağrı ile mücadele; pudendal anestezi, NO+O2 karışımlarının kullanılması doğum yapılacak mekanların modern ekipmanlar ile temiz ve rahat olması, mahremiyete önem verilmesi bu korkuların azalmasında etkili olabilecektir.

Uygun Yapılandırılmış Doğumhaneler

Doğumhanelerde mekan yanı sıra yapısal organizasyonun da iyi planlanması gerekir. Doğumhanede çalışan sağlık personeli:

Doğum Hekimi (Doğumhane Sorumlusu)

Anestezi uzmanı

Ebeler

Yardımcı Sağlık Personeli

Doğumhanede görevli Temizlik Personeli

Psikolog?

Doğum olayı emek yoğun bir süreç olduğu için çalışan personelin görev tanımlarının iyi yapılması gerekecektir. Bu personelde iş yoğunluğuna bağlı **tükenmişlik sendromu** oluşmamalıdır. Örneğin;

1. Doğumhane Sorumlusu (Kadın Hast. Ve Doğum Uzmanı): Doğumhanenin tüm sağlık ve ekipman lojistiğinden ve işleyişinden sorumludur. Doğumhane sorumluluğu emek yoğun bir iş olduğu için bu uzmanın DOĞUM UZMANI olarak çalışması, kadın hastalıkları ile ilgili sağlık hizmetlerine asla karışmaması gerekmektedir. İş sadece doğumhanenin işleyişinden ve müdahale gereken doğumların gerçekleştirilmesinde ve ayrıca operative doğumların gerçekleştirilmesinden ibaret olmalıdır. Doğumhane sorumlu hekimi:

Her gün çalıştığı ebeler ile birlikte mesai saatleri içerisinde doğumhaneye başvuran gebelerin muayenesini yapar ve doğumlarını planlar, Gerekli hallerde 1.evrenin yönetiminde indüksiyon uygulanacak gebeleri belirler

Müdahale gerektiren gebelerin ayırımını yapar (Trijaj),

Düşük riskli gebelerin doğumları için ebeleri görevlendirir,

Doğumhanede bulunması gereken modern ekipmanların (Transport küvöz, defibrilatör, vakum, forseps, pudendal blok cihazı vb malzemelerin sorumlusudur.

Sorumlu Doğum uzmanı birlikte çalışacağı ebelerin eğitiminden sorumludur. Bu ebelerin doğal doğum ya da doğum kurslarına katılmalarını teşvik eder.

Doğumhane sorumlusu hekim gece icapçı nöbet tutmamalıdır. Ancak gündüz mesai saatleri içerisinde gerçekleşecek doğumlardan ve bunlara yapılacak müdahalelerden ve sezaryenlerden sorumlu olmalıdır.

Gece gereken müdahaleler hastanenin genel nöbet sistemi içerisinde nöbet tutan kadın doğum uzmanları tarafından yapılmalıdır

Ebeler: Doğumhaneye başvuran gebelerin karşılanmasından ve ilk muayenelerinin yapılmasından sorumludur.

Bu gebelerin uygun zaman dilimlerin uygun zamanda doğum uzmanı tarafından muayenesinin gerçekleştirilmesini sağlar.

Doğumhanede gerçekleşecek düşük riskli gebelerin vaginal doğumları bu ebelerin sorumluluğundadır.

Doğumhanede görevli ebeler: Kıdemlerine göre 1 sorumlu ebe ve yanında nöbet sistemine göre sayıları belirlenecek daha genç ebeler yer almalıdır.

Kıdemli ebe diğer genç ebelerin yetişmesinden ve bu ebelerin eğitiminden, doğum uzmanı ile birlikte sorumludur.

Yardımcı Sağlık Personeli: Doğumhaneye başvuran gebelerin doğum odalarına alınmasında ebelere yardım edecek personeldir. Ayrıca doğumodasının malzemelerinin taşınması ve temizliğinde de sorumludurlar.

Doğumhanede Görevli Temizlik personeli: Doğumhanenin genel temizliğinden sorumlu personeldir.

Ek4

Cumhuriyet Tarihinde Nüfusla İlgili Ulusal Mevzuat Tarihimiz

T.C. Anayasası; 1921,1961,1982 tarihli

Yerleşme ve seyahat hürriyeti Anayasa ile güvence altına alınmıştır.

1926 765 sayılı ceza yasası ilaç ve alet kullanılarak çocuk düşürmeyi yasakladı

1928 1219 sayılı Tababet ve Şuabat-ı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun

1930 1593 sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu

1960 Tıbbi Deontoloji Tüzüğü

1961 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun

1965 yılında kabul edilen 557 sayılı Nüfus Planlaması Hakkında Kanun ile nüfusu artırıcı politikalar terk edilerek, gebeliği önleyici alet ve ilaçların ithali, dağıtımı ve kullanımı yasak olmaktan çıkartıldı. Ancak kürtaj yasağı devam etti

1983 2827 sayılı Nüfus Planlaması Hakkında Kanun hamileliğin ilk on haftasında kürtaj yasal hale geldi

1983 Rahim Tahliyesi ve Sterilizasyon Hizmetlerinin Yürütülmesi ve Denetlenmesine İlişkin Tüzük

1983 Nüfus Planlaması Hizmetlerini Yürütme Yönetmeliği

1987 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu

1998 Hasta Hakları Yönetmeliği

2004 5237 sayılı Türk Ceza Kanun

Doğum yardımı 633 sayılı Kanun Hükmünde Kararnameye eklenen Ek-4'üncü maddesi doğrultusunda 15/052015 tarihinden itibaren Türk vatandaşlarına ve mavi kart sahiplerine, canlı doğan birinci çocuğu için 300 TL, ikinci çocuğu için 400 TL, üçüncü ve sonraki çocukları içinse 600 TL tutarında doğum yardımı yapılmaktadır. Doğum yardımı annenin sağ ve Türk Vatandaşı olması durumunda anneye verilmekte, başvurular ise Aile ve Sosyal Politikalar İl Müdürlükleri, Sosyal Hizmet Merkezleri ve yurtdışında konsolosluklar aracılığıyla gerçekleştirilmektedir. Kamu kurum ve kuruluşlarında çalışan kişilerin başvuruları ise ilgili kurumlarına yapılmaktadır.

657 sayılı Kanunun 29/1/2016 tarihli ve 6663 sayılı Kanun, doğum ve evlat edinme sebebiyle verilecek izinlerin kullanımında kamu kurum ve kuruluşları arasında uygulama birliğinin sağlanması

Analık sigortasından sigortalıya, analık hallerine bağlı olarak ortaya çıkan iş göremezlik süresince,

2012 **Geçici iş göremezlik ödeneği** (doğumdan önceki ve sonraki sekizer haftalık sürede, çoğul gebelik halinde ise doğumdan önceki sekiz haftalık süreye iki haftalık süre ilâve edilerek çalışmadığı her gün için, erken doğum yapması halinde ise, doğumdan önce kullanamadığı çalıştırılmayacak süreler ile isteği ve hekimin onayıyla doğuma üç hafta kalıncaya kadar çalışması halinde, doğum sonrası istirahat süresine eklenen süreler için) **Emzirme ödeneği** sistemde görülen emzirme ödeneğine esas doğum raporuna istinaden otomatik olarak ödenmektedir.

AİLE HEKİMLİĞİ UYGULAMA YÖNETMELİĞİ

Tarihi: 25.01.2013

Resmi Gazete Sayısı: 28539

Aile hekiminin görev, yetki ve sorumlulukları

MADDE 4 – (1) Aile hekimi, aile sağlığı merkezini yönetmek, birlikte çalıştığı ekibi denetlemek ve hizmet içi eğitimlerini sağlamak, Bakanlıkça ve Kurumca yürütülen özel sağlık programlarının gerektirdiği kişiye yönelik sağlık hizmetlerini yürütmekle yükümlüdür.

(2) Aile hekimi, kendisine kayıtlı kişileri bir bütün olarak ele alıp kişiye yönelik koruyucu, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini bir ekip anlayışı içinde sunar.

(3) Aile hekiminin Kurumca belirlenen usul ve esaslar çerçevesinde görev, yetki ve sorumlulukları aşağıda belirtilmiştir.

a) Çalıştığı bölgenin sağlık hizmetinin planlamasında bölgesindeki toplum sağlığı merkezi ile işbirliği yapmak.

b) Hekimlik uygulaması sırasında karşılaştığı toplum ve çevre sağlığını ilgilendiren durumları bölgesinde bulunduğu toplum sağlığı merkezine bildirmek.

c) Kendisine kayıtlı kişilerin ilk değerlendirmesini yapmak için altı ay içinde ev ziyaretinde bulunmak veya kişiler ile iletişime geçmek.

ç) Kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak teşhis, tedavi, rehabilitasyon ve danışmanlık hizmetlerini vermek.

d) Sağlıkla ilgili olarak kayıtlı kişilere rehberlik yapmak, sağlığı geliştirici ve koruyucu hizmetler ile ana çocuk sağlığı ve üreme sağlığı hizmetlerini vermek.

e) Periyodik sağlık muayenesi yapmak.

f) Kayıtlı kişilerin yaş, cinsiyet ve hastalık gruplarına yönelik izlem ve taramaları (kanser, kronik hastalıklar, gebe, lohusa, yenidoğan, bebek, çocuk sağlığı, adolesan (ergen), erişkin, yaşlı sağlığı ve benzeri) yapmak.

g) Evde takibi zorunlu olan engelli, yaşlı, yatalak ve benzeri durumdaki kendisine kayıtlı kişilere evde veya gezici/yerinde sağlık hizmetlerinin yürütülmesi sırasında kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak teşhis, tedavi, rehabilitasyon ve danışmanlık hizmetlerini vermek.

ğ) Aile sağlığı merkezi şartlarında teşhis veya tedavisi yapılamayan hastaları sevk etmek, sevk edilen hastaların geri bildirimini yapılan muayene, tetkik, teşhis, tedavi ve yatış bilgilerini değerlendirmek, ikinci ve üçüncü basamak tedavi ve rehabilitasyon hizmetleri ile evde sağlık hizmetlerinin koordinasyonunu sağlamak.

h) Tetkik hizmetlerinin verilmesini sağlamak ya da bu hizmetleri vermek.

ı) Verdiği hizmetlerle ilgili olarak sağlık kayıtlarını tutmak ve gerekli bildirimleri yapmak.

i) Kendisine kayıtlı kişileri yılda en az bir defa değerlendirerek sağlık kayıtlarını güncellemek.

j) Gerekğinde hastayı gözlem altına alarak tetkik ve tedavisini yapmak.

k) Entegre sağlık hizmetinin sunulduğu merkezlerde gerektiğinde hastayı gözlem amaçlı yatırarak tetkik ve tedavisini yapmak.

l) İlgili mevzuatta birinci basamak sağlık kuruluşları ve resmî tabiplerce kişiye yönelik düzenlenmesi öngörülen her türlü sağlık raporu, sevk evrakı, reçete ve sair belgeleri düzenlemek.

m) Kurumca belirlenen konularda hizmet içi eğitimlere katılmak.

n) Kurumca ve ilgili mevzuat ile verilen diğer görevleri yapmak.

Aile sağlığı elemanının görev, yetki ve sorumlulukları

MADDE 5 – (1) Aile sağlığı elemanı, aile hekimi ile birlikte ekip anlayışı içinde kişiye yönelik koruyucu, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini sunmak ve görevinin gerektirdiği hizmetler ile ilgili sağlık kayıt ve istatistiklerini tutmakla yükümlüdür. 4. maddede sayılan görevlerin yerine getirilmesinde aile hekimi ile birlikte çalışır.

(2) Aile sağlığı elemanının Kurumca belirlenen usul ve esaslar çerçevesinde görev, yetki ve sorumlulukları aşağıda belirtilmiştir.

a) Kişilerin hayati bulgularını ölçmek ve kaydetmek.

b) Aile hekiminin gözetiminde, talimatı verilen ilaçları uygulamak.

c) Yara bakım hizmetlerini yürütmek.

ç) Tıbbi alet, malzeme ve cihazların hizmete hazır bulundurulmasını sağlamak.

d) Poliklinik hizmetlerine yardımcı olmak, tıbbi sekreter bulunmadığı hallerde sevk edilen hastaların sevk edildiği kurumla koordinasyonunu sağlamak.

e) Gereken tetkikler için numune almak, eğitimini aldığı basit laboratuvar tetkiklerini yapmak veya aldığı numunelerin ilgili laboratuvar tarafından teslim alınmasını sağlamak.

f) Gezici ve yerinde sağlık hizmetleri, sağlığı geliştirici ve koruyucu hizmetler ile ana çocuk sağlığı ve üreme sağlığı hizmetlerini vermek, evde sağlık hizmetlerinin verilmesinde aile hekimine yardımcı olmak.

g) Kurumca belirlenen hizmet içi eğitimlere katılmak.

ğ) Sağlık hizmetlerinin yürütülmesi ile ilgili olarak görev, yetki ve sorumlulukları kapsamında aile hekiminin verdiği diğer görevleri yerine getirmek.

h) Kurumca ve ilgili mevzuat ile verilen diğer görevleri yapmak.

Gezici ve yerinde sağlık hizmetlerinin yurutedilmesi

MADDE 6 – (1) Aile hekimliği pozisyonlarının planlanmasında; sağlık hizmetine ulaşımın zor olduğu belde, kuy, mezra, uzak mahalleler ve benzeri yerleşim yerleri iwin gezici sağlık hizmeti; cezaevi, uokok ıslahevi, huzurevi, korunmaya muhtaok uokokların barındığı uokok yuvaları ve yetiştirme yurtları gibi ozellik arz eden toplu yaşama alanlarından oluşan yerler iwin ise yerinde sağlık hizmeti bolyeleri modyurlukoe belirlenerek Kurumca onaylanır. Gezici sağlık hizmet bolyesi veya yerinde sağlık hizmet bolyesi olarak onaylanan yerlerle ilgili yapılmak istenen değişiklikler 6 aylık donemler halinde ilgili aile hekimlerinin de goruşleri alınmak suretiyle modyurlukoe belirlenerek Kurumun onayına sunulur. Aile hekimii tarafından talep edilen gezici veya yerinde sağlık hizmet bolyesi değişiklikleri ise modyurlukoe uygun bulunması durumunda, 6 aylık donem kisıtlamasına tabi olmaksızın Kurum onayına sunulur. Kurum onayına sunulan değişiklik tekliflerine ilişkin karar Kurum tarafından en geok 1 ay iwerisinde alınır.

(2) Cezaevi, uokok ıslahevi, huzurevi, korunmaya muhtaok uokokların barındığı uokok yuvaları ve yetiştirme yurtları gibi kişilerin kayıtlı oldukları aile hekimlerine doğrudan başvuru imkânlarının olmadığı ya da aile hekimlerini serbestoe seokme imkânının bulunmadığı toplu olarak yaşanılan ancak tabii olmayan kurumların talepleri uzerine bir ya da birden ok aile hekimii yerinde sağlık hizmeti vermekle yukumluy kılınabilir. Bu kurumlarda yerinde sağlık hizmeti veren aile hekimleri, kurumlarda ikamet eden kişileri kayıt ederler. Yerinde sağlık hizmet bolyesi olarak ilan edilen kurumlar, aile hekimlerinin sunacağı sağlık hizmeti iwin asgari şartları sağlamakla yukumludur. Bu yerlerde her 100 kişi iwin ayda uok saatte az olmamak uzerine; 750 kayıtlı kişiye kadar haftada en az bir kez, 750 ve uzeri kayıtlı kişiye ise haftada en az iki kez yerinde sağlık hizmeti verilir. Cezaevi ve uokok ıslahevi iwin bu sure iki kat olarak uygulanır.

(3) Aile hekimlerinin gezici sağlık hizmeti sunacakları bolyelerdeki yerleşim birimlerine bir plan dâhilinde periyodik aralıklarla ulaşmaları ve hizmet vermeleri esastır. Gezici sağlık hizmetine ilişkin planlama; coğrafi durum, iklim ve ulaşım şartları ile kendisine bağlı yerleşim birimlerinin sayısı dikkate alınarak ve gezici sağlık hizmeti sunulacak yerleşim yerine ulaşmak amacıyla yolda geokon sureler hariok olmak uzerine her 100 kişi iwin ayda iki saatte az olmamak kaydıyla o yerleşim yerinde aile hekimii tarafından yapılır. Nufusu 250 kişiye kadar olan yerleşim yerlerine en az ayda bir kez, 250 ile 500 kişi arasında olan yerleşim yerleri iwin en az ayda iki kez, nufusu 500 ve uzeri olan yerleşim yerlerine ise en az haftada bir kez gezici sağlık hizmeti verilir. Gezici sağlık hizmeti bolyesinde Bakanlığa ait sağlık tesisi var ise bu tesisler hizmet iwin kullanılabilir.

(4) Gezici sağlık hizmeti planlaması yapılırken, istatistikii olarak aile hekimliği birimine muryacaat eden hasta yoğunluğunun en az olduğu gunler iwin planlama yapılır. Aile hekimii gezici ve/veya yerinde sağlık hizmeti planını sozleşme doneminin ilk ayında aylık olarak yapar ve toplum sağlığı merkezine bildirir. Bu plan sozleşme doneminin sonuna kadar her ay uygulanır. Her ayın sonunda gezici/yerinde hizmet faaliyet raporunu toplum sağlığı merkezine bildirir. Zorunlu hallerde aile hekimii her turlu gezici hizmet planı değişikliğini hizmeti aksatmayacak şekilde bolyesindeki toplum sağlığı merkezine onceden bildirir. Aile hekimii; kuy ve mahalle muhtarları ile kurum yetkilileri vasıtasıyla en geok bir onceki ayın son iş gunu saat 12.00 ye kadar programının duyurulmasını sağlar. Aile sağlığı elemanının gorev yetki ve sorumlulukları çerokvevinde, gezici/yerinde sağlık hizmetlerinin ilgili kısımii ulaşım ve tıbbii donanım imkânlarının aile hekimince sağlanması kaydıyla aile sağlığı elemanı tarafından da yapılabilir. Aile sağlığı elemanınca yapılan gezici/yerinde sağlık hizmeti suresi aile hekiminin gezici/yerinde sağlık hizmeti suresinden sayılmaz.

(5) Gezici sağlık hizmetinin verildiği gunlerde tek birimli aile sağlığı merkezinin hizmete aok tutulması sağlanır.

Bağışıklama hizmetleri

MADDE 7 – (1) Bağışıklama hizmetleri aile hekimii tarafından yurutedilir. Genişletilmiş bağışıklama programı kapsamında ve/veya Bakanlık ve Kurum tarafından yurutedilen kampanyalar doğrultusunda ihtiyaok duyulan aşılar, bolyesindeki toplum sağlığı merkezi tarafından aile hekimlerine ulaştırılır. Aile hekimleri aile sağlığı merkezinde soğuk zincir şartlarının surdurulmesi iwin gerekli tedbirleri alır. Birden ok aile hekiminin gorev yaptığı aile sağlığı merkezlerinde, aile hekimlerinin muştereken muhafaza ettikleri aşılar iwin uok aylık aralıklarla bir aile hekimii ve bir aile sağlığı elemanı soğuk zincir sorumlusu olarak belirlenir. Aile sağlığı merkezinde yalnızca bir aile hekimliği biriminin bulunması halinde sorumluluk bu birimdeki aile hekimii ile aile sağlığı.

TOPLUM SAĞLIĞI MERKEZİ VE BAĞLI BİRİMLER YÖNETMELİĞİ

Sağlık evi personelinin görevleri

MADDE 49 – (1) Sağlık evlerinde çalışmakta olan personel, hizmet yönünden o bölgenin bağlandığı aile hekimine; idari yönden ise toplum sağlığı merkezine bağlı olarak çalışırlar.

(2) Sağlık evi personelinin görevleri şunlardır:

- a) Sorumluluk alanında, bireye yönelik koruyucu sağlık hizmetlerini aile hekimine bağlı olarak yürütmek,
- b) Bağlı olduğu aile hekimini, gezici sağlık hizmeti çalışmalarında desteklemek,
- c) Sağlık evinde bulundurulacak malzemeleri ve cihazları hizmete hazır olarak bulundurmak,
- ç) Sorumluluk alanında sağlıkla ilgili kayıtları tutmak,
- d) Aylık çalışmalarını toplum sağlığı merkezine bildirmek,
- e) Yürüttüğü hizmetler açısından bağlı olduğu aile hekimini bilgilendirmek,
- f) Sorumluluk alanındaki nüfus hareketlerini (doğum, ölüm, göç, mevsimlik tarım işçileri gibi) bağlı olduğu toplum sağlığı merkezine ve aile hekimine bildirmek,
- g) Sorumluluk alanının sağlık ölçütlerini değerlendirerek sorunları ve öncelikleri saptamak,
- ğ) Bölgesindeki riskli gebeleri tespit etmek ve misafir anne uygulaması kapsamına alınması için faaliyetlerde bulunmak,
- h) Sorumluluk alanında, evde sağlık hizmetine ihtiyaç duyan bireyleri tespit ederek kayıtlı olduğu aile hekimine ve koordinasyon merkezine bildirmek; koordinasyon merkezi tarafından görevlendirildiği takdirde hastalara evde sağlık hizmeti vermek,
- ı) Evlilik öncesi danışmanlık hizmetlerinde görev almak,
- i) Çevre sağlığı konusunda bağlı olduğu toplum sağlığı merkezi koordinasyonunda halk eğitimleri yapmak, gerektiğinde su sanitasyon hizmetlerinde görev almak,
- j) Bulaşıcı hastalık kontrol programlarında görev almak,
- k) Sorumluluk alanında bulunan veremli hastalara DGT uygulamak, bu hastaları düzenli olarak izlemek, ihtiyaçlarını bağlı olduğu toplum sağlığı merkezine bildirmek, bu konuda halka eğitim vermek,
- l) Sorumluluk alanında bulunan kronik hastaların izlemelerini yapmak,
- m) Sorumluluk alanında obezite danışmanlığı hizmetlerinde görev almak,
- n) Okul sağlığı hizmetlerinde görev almak,
- o) Gelişebilecek olası acil durumlar için gerekli malzeme ve ekipman bulundurulması şartı ile enjeksiyon hizmeti vermek, pansuman yapmak ve basit sütür atmak,
- ö) Sorumluluk alanında, bağlı olduğu toplum sağlığı merkezi koordinasyonunda halk eğitimleri yapmak,
- p) TSM başkanının vereceği görevi ile ilgili diğer işleri yapmak.

• AÇS-AP birimi

- **MADDE 40 –** (1) Kadın, ana, çocuk ve ergenlerin sağlık düzeyini yükseltmek, üreme sağlığı hizmetlerini sunmak ve diğer sağlık kurum ve kuruluşlarıyla iş birliği içinde kadın, ana, çocuk ve ergen sağlığı hizmetlerinin sunumunu, koruyucu sağlık hizmetleri ilkelerine uygun olarak gerçekleştirmek üzere açılan AÇS-AP biriminin görevleri şunlardır:

- a) Hizmet bölgesindeki kadın, gebe, lohusa, çocuk ve ergenlere Kurumun belirlediği standartlara uygun hizmet verilmesini sağlamak ve Kurumca belirlenen tedbirleri almak; başvuranlara bilgi, eğitim ve danışmanlık hizmeti vermek,
- b) Cinsel yolla bulaşan hastalıklar ve serviks kanseri gibi konularda erken teşhis için KETEM birimi ile iş birliği yapmak,
- c) Kadın, ana, çocuk, ergen ve üreme sağlığının geliştirilmesine yönelik olarak sorumluluk bölgesinin ihtiyaçları ve şartlarına göre Kurum veya müdürlükçe hazırlanmış olan programları uygulamak,
- ç) Kadın, ana, çocuk, ergen ve üreme sağlığına yönelik hizmet sunan diğer kurum ve kuruluşlar ile işbirliği yaparak hizmetlerin sunumunda koordinasyon sağlamak,
- d) Başvuranların, birimde uygulanamayan gebeliği önleyici yöntemleri diğer sağlık kuruluşlarından almalarını sağlamak,
- e) Kadın, ana, çocuk, ergen ve üreme sağlığı konularında; mahallin kitle iletişim araçları ile sivil toplum kuruluşlarından da faydalanmak suretiyle eğitim çalışmalarını organize etmek, sistemli bir şekilde halk eğitimi ve danışmanlık hizmetleri vermek,
- f) İlin birinci basamak sağlık hizmetlerini veren kuruluşlarında görev yapan sağlık personelinin kadın, ana, çocuk, ergen ve üreme sağlığı konularında hizmet içi eğitimlerini yürütmek,
- g) Kadın, ana, çocuk, ergen ve üreme sağlığı konularında hizmet içi eğitimlerinin devamlılığının sağlanmasını temin için Kurumca belirlenen eğitim merkezlerinde eğitici eğitimlerini yapmak,
- ğ) Gerektiğinde il dışı sağlık personelinin de kadın, ana, çocuk, ergen ve üreme sağlığı konularında eğitimlerini sağlamak,
- h) İlde yataklı veya yataksız sağlık hizmeti veya destek hizmeti veren kuruluşlar ile sağlık eğitimi veren diğer kurum ve kuruluşlarla iş birliği yapmak,
- ı) Kadın, ana, çocuk, ergen ve üreme sağlığı konuları ile ilgili yürüttüğü hizmetlerin kayıt ve bildirimlerini yapmak,
- i) Kadın, ana, çocuk, ergen ve üreme sağlığı konularında Kurumca verilen diğer görevleri yapmak.

(2) Sağlık personelinin kadın, ana, çocuk, ergen ve üreme sağlığı kapsamındaki hizmet içi eğitimlerinin planlanması ve yürütülmesi için, Kurumca belirlenen fiziki yapı, insan kaynakları ve günlük hizmet yükü gibi kriterler göz önünde bulundurularak, açılan birimler, ihtiyaç çerçevesinde Eğitim Merkezi olarak faaliyet gösterebilir.

2016 YILI TÜRKİYE EBELİK EĞİTİMİ YETERLİLİK TANIMI (YÖK)

Yeterlilik 1: Ebeler kadın, yenidoğan, çocuk ve ailelere kaliteli, kültürel farklılıklara duyarlı hizmet sunmak için obstetri, neonatoloji, sosyal bilimler, halk sağlığı ve etik konularında gerekli bilgi ve beceriye sahiptir.

Yeterlilik 2: Ebeler topluma; sağlıklı aile yaşamı, planlı gebelikler ve pozitif (olumlu) ebeveynliği desteklemek için kültüre duyarlı ve yüksek kalitede sağlık eğitimi ve hizmetleri sunar.

Yeterlilik 3: Ebeler, gebelik döneminde sağlığı yükseltmek (korumak) ve geliştirmek için enerken tanı, tedavi ve risk saptadığı gebelerin sevkini de içeren kaliteli doğum öncesi bakım hizmeti sunar.

Yeterlilik 4: Ebeler travay ve doğumda (doğum sırasında) kültüre duyarlı, kaliteli hizmet sunar, hijyenik ve güvenli koşullarda doğum yaptırır, acil ve riskli durumlarda uygun yaklaşım sağlar

Yeterlilik 6: Ebeler doğum sonrası sağlıklı bebekler için nitelikli, kültüre dayalı yenidoğan bakımı verebilecek gerekli bilgi ve beceriye sahip olmalıdır.

Yeterlilik 7: Ebeler, gebeliğin sonlandırılması ya da kaybı durumunda ulusal protokollere uygun biçimde bireyselleştirilmiş, kültürel farklılıklara duyarlı hizmet sağlar.

Yeterlilik 8: Ebeler, alanlarıyla ilgili eğitim faaliyetlerini mezuniyet öncesi ve sonrası sürdürür.

Yeterlilik 9: Ebeler, alanlarıyla ilgili konularda araştırma planlar ve yapar, projelerde çalışır.

Yeterlilik 10: Ebeler hizmet verdikleri alanların tamamında kadına ve aileye danışmanlık yapar

Yeterlilik 11. Ebeler kadınlarla birlikte oldukları her alanda organizasyon yapabilir.

2016-2017 ÖSYM Tercih Kılavuzuna Göre Türkiye'de toplam 46 Ebelik lisans bölümü mevcuttur. (11 Özel ve Vakıf Üniversitesi, 35 Devlet Üniversitesi)

Sağlık Yüksekokullarına bağlı ebelik bölümleri YGS-2 puan türü ile, Sağlık Bilimleri fakültelerine bağlı ebelik bölümlerinde MF-3 puan türünde toplam **2954** öğrenci ebelik bölümüne kabul etmiştir.

Ebelik Mevzuatı tarihi**Hemşirelik kanunu**

- Kanun Numarası : 6283
- Kabul Tarihi : 25/2/1954
- Yayımlandığı Resmi Gazete : Tarih : 2/3/1954 Sayı : 8647

Hemşirelik kanununda değişiklik yapılmasına dair kanun

- Kanun Numarası: 5634
- Kabul Tarihi: 25/4/2007
- Yayımlandığı Resmi Gazete : Tarih: 2/5/2007 Sayı: 26510

Ebelik kanunu yok 1928 Tarihli 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun geçerli tek kanun

Torba Kanun 18 Ocak 2014 tarihli Resmi Gazetede yayımlanmıştır. 1219 sayılı "Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun"un ebelerin ne mezunu olacağını belirleyen hüküm, değiştirilmiştir. Yeni düzenleme şu şekildedir: Söz konusu kanun ile sağlıkla ilgili bazı unvanlarda önemli değişiklikler yapılmıştır. **Sağlık meslek liseleri artık ebe, hemşire unvanı veremeyecek. Ebe, en az önlisans mezunu olacak**

"**MADDE 47** - Türkiye'de üniversitelerin ebelik ile ilgili lisans eğitimi veren fakülte ve yüksekokullarından mezun olan ve diplomaları Sağlık Bakanlığınca tescil edilenler ile öğrenimlerini yurt dışında ebelik ile ilgili bir okulda tamamlayarak denklikleri onaylanan ve diplomaları Sağlık Bakanlığınca tescil edilenlere ebe unvanı verilir."

Yukarıdaki hükme göre, **ebelik unvanı 18 Ocak 2014 tarihinden sonra sadece ebelikle ilgili lisans eğitimi veren fakülte veya yüksekokullardan mezun olanlara verilecektir.** Mezunların diplomalarını da Sağlık Bakanlığı tescil edecek

MADDE 29 - 1219 sayılı Kanuna aşağıdaki geçici madde eklenmiştir.

"**GEÇİCİ MADDE 11**- Bu maddenin yürürlüğe girdiği tarihten itibaren, sağlık meslek liselerinin hemşire yardımcılığı, ebe yardımcılığı ve sağlık bakım teknisyenliği haricindeki programlarına öğrenci kaydedilmez. Bu maddenin yürürlüğe girdiği tarihten itibaren 25/2/1954 tarihli ve 6283 sayılı Hemşirelik Kanununun geçici 3. maddesinin ikinci fıkrası kapsamında sağlık meslek liselerinin hemşirelik programına da öğrenci kaydı yapılmaz. Bu tarihe kadar kaydı yapılmış olan öğrenciler eğitimlerini kayıtları yapılan programlarda tamamlarlar ve bitirdikleri programların meslek unvanını kullanırlar. Sağlık meslek liselerinin kapatılan programlarından bu maddenin yürürlüğe girdiği tarihe kadar mezun olanlar da meslek unvanlarını kullanmaya devam ederler."

SAĞLIKLA İLGİLİ 4 YENİ UNVAN GELDİ

Torba kanunla, sağlıkla ilgili meslek unvanlarının sayıldığı 1219 sayılı Kanunun ek 13. maddesine 4 yeni unvan eklenmiştir. İlgili unvanlar ve açıklamaları şu şekildedir:

ü) Acil tıp teknikeri; ön lisans seviyesindeki acil tıp bölümünden mezun, acil tıbbi yardım ve bakım ile sınırlı kalmak kaydıyla hastaya müdahale ve bu hususta lazım gelen iş ve eylemleri yapan sağlık teknikeridir.

v) Hemşire yardımcısı; sağlık meslek liselerinin hemşire yardımcılığı programından mezun olup hemşire nezaretinde yardımcı olarak çalışan, ayrıca hastaların günlük yaşam aktivitelerinin yerine getirilmesi, beslenme programının uygulanması, kişisel bakım ve temizliği ile sağlık hizmetlerine ulaşımında yardımcı olan ve refakat eden sağlık teknisyenidir.

y) Ebe yardımcısı; sağlık meslek liselerinin ebe yardımcılığı programından mezun olup ebelerin nezaretinde yardımcı olarak çalışan, ayrıca hastaların günlük yaşam aktivitelerinin yerine getirilmesi, beslenme programının uygulanması, kişisel bakım ve temizliği ile sağlık hizmetlerine ulaşımında yardımcı olan ve refakat eden sağlık teknisyenidir.

z) Sağlık bakım teknisyeni; sağlık meslek liselerinin sağlık bakım teknisyenliği programından mezun olup en az tekniker düzeyindeki sağlık meslek mensuplarının nezaretinde yardımcı olarak çalışan, ayrıca hastaların günlük yaşam aktivitelerinin yerine getirilmesi, beslenme programının uygulanması, kişisel bakım ve temizliği ile sağlık hizmetlerine ulaşımında yardımcı olan ve refakat eden sağlık meslek mensubudur."

Yukarıdaki maddeden de görüleceği üzere hemşire yardımcısı, ebe yardımcısı gibi yeni unvanlar oluşturulmuştur. Sağlık meslek liselerinden mezun olanlar artık hemşire yardımcılığı, ebe yardımcılığı ve sağlık bakım teknisyenliği programları oluşturacak ve bu programlara öğrenci alacaktır. Bu uygulamaya, önümüzdeki eğitim öğretim döneminden itibaren başlayacaktır.

Günümüzde MEB ve özel sektöre bağlı (Radyoloji, tıbbi laboratuvar, ortopedik protez ve ortezi, tıbbi sekreterlik dışında) ağırlıklı olarak hemşirelik, anestezi teknisyenliği ve acil tıp teknisyenliği eğitimlerinin verildiği sağlık meslek liseleri mezunları kanuna göre ancak lisans mezunlarının yardımcısı ünvanını alabilmekte

14.7.1965 Tarihli Ve 657 Sayılı Devlet Memurları Kanununun 86' Nci Maddesi

21.06.2005 tarihinde kabul edilen ve 05.07.2005 tarihli Resmi Gazetede yayımlanarak yürürlüğe giren 657 Sayılı Kanunun 86. maddesinde yapılan değişikliğe göre Sağlık Bakanlığı, vekil ebe-hemşire alınacağı hakkında bir genelge yayınlamıştı. 14.7.1965 tarihli ve 657 sayılı Devlet Memurları Kanununun 86 ncı maddesinin üçüncü fıkrasına "eczacılık" ibaresinden sonra gelmek üzere "köy ve beldelerdeki ebelik ve hemşirelik," ibaresi eklenmiştir. Böylece hangi kadrolara açıktan vekil atanabileceği hususunu düzenleyen 657 sayılı Devlet Memurları Kanununun 86. maddesinin 3. fıkrası şu hali almıştır: "Ancak, ilkökul öğretmenliği (Yaz tatili hariç), tabiplik, diş tabipliği, eczacılık, köy ve beldelerdeki ebelik ve hemşirelik, mühendis ve mimarlık, veterinerlik, köy ve kasaba imamlığına ait boş kadrolara açıktan vekil atanabilir." Bu hükümler doğrultusunda Sağlık Bakanlığı Personel Genel Müdürlüğü 13.09.2006 tarihinde yayınladığı genelge ile **5 bin 473 vekil ebe**-hemşirenin istihdam edilmesine karar vermiştir.

Genelgenin 5. maddesinde; vekil ebe-hemşireler bakımından yer belirleme işleminin İl Sağlık Müdürlüklerince yerindelik ilkesi gözetilerek sonuçlandırılacağı hükmü yer almaktadır. Ancak söz konusu maddede bu işlemler sırasında hangi kriterlere uyulacağı ile ilgili bir hüküm bulunmamaktadır

Genelgenin 12. maddesinde; Vekil Ebe/Hemşire personelin aylık ücretlerinin, 657 sayılı Devlet Memurları Kanununun değişik 176 ncı maddesi hükümlerine göre ödeneceği ifade edilmektedir. Ancak 657 Devlet Memurları Kanununun değişik 176 ncı maddesi, "Ders ve Konferans Ücretleri" başlığını taşımaktadır ve öğretmenlerle ilgilidir. Bu maddede Sağlık Bakanlığı bir yanlışlık yapmıştır. Zira söz konusu personele ödenecek aylık ücretlerle ilgili esaslar 657 sayılı Devlet Memurları Kanununun değişik 175 ncı maddesinde düzenlenmiştir. Bu maddede:

“VEKALET, İKİNCİ GÖREV AYLIK VE ÜCRETLERİ İLE DİĞER ÖDEMELER:

Madde 175 - (Değişik madde: 30/05/1974 - KHK/12; Değiştirilerek kabul: 15/05/1975 - 1897/1 md.)

Bir göreve vekaleten atanan memurlara vekalet edilen görevin kadro derecesinin birinci kademesinin üçte biri, açıktan atananlara ise üçte ikisi verilir. Bulundukları yerden başka bir yerdeki bir göreve vekalet suretiyle atananlara, Harcırah Kanununun geçici görevle başka yere gönderilenlere ilişkin hükümleri uygulanır.

(Ek fıkra: 04/07/2001 - 631 S.KHK/5. md.) Ancak, kurum içinden veya diğer kurumlardan vekalet edenlere vekalet aylığı ödenebilmesi için, vekilin asilde aranan şartları taşıması zorunludur.

(Değişik fıkra: 22/08/1989 - KHK - 378/4 md) Açıktan vekil olarak atananlar bu Kanunla memurlara tanınan sosyal haklardan da yararlanırlar ve bunlara ödenecek vekalet aylığının hesabına memuriyet taban aylığı da dahil edilir." hükmü yer almaktadır. Bu hükümden de açıkça anlaşılacağı üzere vekil olarak açıktan atanan ebe/hemşirelere vekalet ettikleri görevin kadro derecesinin birinci kademesinin üçte ikisi maaş olarak verilecektir. Dolayısıyla açıktan vekil olarak atanan ebe/hemşireler asaleten atanan personelden çok daha az maaş alacağı gibi vekil kadrolar asaleten atanmak için herhangi bir hak da kazandırmamaktadır. Ayrıca vekil kadrolarda iş güvencesi de bulunmamaktadır.

02.05.2007 tarihli ve 26510 sayılı Resmi Gazetede yayımlanarak yürürlüğe giren Hemşirelik Kanununda değişiklik yapılmasına Dair Kanun 7. Maddesi ile 6283 sayılı Kanuna eklenen geçici 2. Maddesindeki Bir defaya mahsus olmak üzere ebelik diplomasına sahip olduğu halde bu Kanunun yayımı tarihinde 3 yıldan beri yataklı tedavi kurumlarında fiilen hemşirelik görevi yaptığını resmi belge ile belgelendiren ve Kanunun yürürlüğe girdiği tarihten itibaren 3 ay içinde talepte bulunanlar **hemşirelik yetkisi** ile görevlerine devam ederler. Bu kanun ile 9000 e yakın ebe hemşirelik yetkisi alarak doğumhaneler dışında çalışmaya başladılar.

Türkiye'de Ocak 2017 itibariyle toplam 52.493 ebe bulunmakta olup yaklaşık 48.000'i kamu sektöründe çalışmaktadır. **Kamu sektöründe çalışan ebelerin ise yaklaşık %58'i, kendi mesleklerini icra etmemekte, çoğunlukla hemşirelik hizmetleri olmak üzere farklı servis ve birimlerde çalışmaktadır.**

SAĞLIK MESLEK MENSUPLARI İLE SAĞLIK HİZMETLERİNDE ÇALIŞAN DİĞER MESLEK MENSUPLARININ İŞ VE GÖREV TANIMLARINA DAİR YÖNETMELİK Sayı: 29007/2014

Ebe

- a) Cinsel sağlık ve üreme sağlığı hizmetlerinde; gebelik öncesi dönemde gebeliğe hazırlık eğitimi ile anne-babalığa ve doğuma hazırlık programlarının hazırlanmasını ve yürütülmesini sağlar. Doğurganlık sınırları içerisindeki kadınların üreme sağlığı konusunda izlemi yapar.
- b) Gebelik tanısını koyar, normal gebe izlemi ve gerekli muayenelerini yapar, riskli durumları erken dönemde belirler, gerekli önlemleri alarak sevk eder.
- c) Doğum sürecini yönetir; travay sırasında anne ve bebeğin sağlığını izler, normal doğumları ve tabibin olmadığı hallerde acil makat doğumları yaptırır, gerektiğinde epizyotomi uygular. Doğum sürecinde normalden sapmaları belirler, acil durum tedbirlerini alır ve tabibe haber verir, tabibin direktifleri doğrultusunda acil müdahalede bulunur.
- ç) Doğum sonrası dönemde; yenidoğanın ilk bakım ve muayenesini yapar, gerektiğinde acil resüsitasyon gerçekleştirir, anneye emzirme eğitimi verir, annenin bakım ve izlemi yapar, normalden sapmaları tespit ederek sevk eder.
- d) Acil obstetrik durumlarda Bakanlıkça düzenlenen protokoller doğrultusunda tanımlanan ilaçları uygular.
- e) Gebelik, doğum ve doğum sonrası dönemde anne ve bebek sağlığını korumak ve geliştirmek için gerekli eğitim ve danışmanlık hizmeti verir.
- f) Aile planlaması hizmetlerinde, kadın ve yenidoğana ait tarama programlarında görev alır.
- g) 0-6 yaş çocuk bakım ve gelişimini izler, özellikle gebe ve 0-6 yaş çocuk aşıları olmak üzere bulaşıcı hastalıkların kontrol programlarında ve bağışıklama hizmetlerinde görev alır.

YATAKLI TEDAVİ KURUMLARI İŞLETME YÖNETMELİĞİ 1983 5, Cilt: 22, S. 2889

Ebelerin Görev ve Yetkileri:

Madde 133 – Ebeler, sağlık meslek okulu mezunu, doğum ve doğum kontrolü ile ilgili kendisine düşen görevleri yapabilecek yeteneklere sahip, gerekli kursları görmüş yardımcı sağlık personelidir. Kurumun yatak adedi azaltılmamak kaydıyla isteyen ebeler gerek görüldüğü takdirde baştabib izniyle kendilerine ayrılan yerlerde topluca kalabilirler.

Bu takdirde kahvaltı, öğle ve akşam yemekleri kurumca sağlanır. Baştabib tarafından doğum odalarındaki ebelerden bir tanesi doğum bölümünün sorumlu ebesi olarak görevlendirilir. Servis sorumlu hemşirelerinin görev ve yetkilerini haizdir.

Kurumlarda doğum işleriyle vazifelendirilmiş ebeler, müracaat eden kadınların fenni olarak doğuma hazırlanmaları için yetkileri dahilinde her türlü tedbirleri alır ve hazırlıkları yaparlar. Meslek ve sanatlarının gerektirdiği şekilde ana ve çocuğu muayene ederler. Özellikle çocuk kalp seslerini yakından izler, müşahadelerine yazarlar. Gerekli gördükleri hallerde her türlü jenikal muayeneleri de yaparlar, müşahadelerini bir not halinde de yazarak tespit ederler ve doğumun seyrini dikkatle ve sürekli bir şekilde izlerler.

Normal doğumları kendileri yaparlar.

Doğum güçlükleri veya arızaları mevcut olan veya durumunu kesin olarak tesbit edemedikleri vakaları uzman tabibe derhal haber verirler.

a) Doğan çocukların cinsiyetini, boy ölçüsünü, kafa çaplarını, göğüs çevresini, beden ağırlığını, yapısında mevcut bütün arızaları ve anormallikleri, kalıtsal belirtileri, plasanta ve kordonun niteliklerini tespit ve kaydederler.

b) İkiz veya daha fazla sayıda doğan çocukların doğum sıralarını, ne kadar ara ile doğduklarını, ölü doğanların; doğumdan sonra bir müddet daha teneffüs edip etmediklerini dikkat ve titizlikle tetkik ve kaydederler.

c) Doğan çocukların birbirlerine karıştırılmamasına son derece dikkat ederler ve bu amaçla her doğan çocuğun bileğine anasının ad ve soyadını, cinsiyetini doğum tarih ve saatini belirten bir kart bağlamak zorundadırlar. Bu etiket çocuk hastaneden çıkıncaya kadar bileğinde bırakılır.

Ayrıca bu hususta kurum İdaresince konulmuş usuller varsa onları da uygularlar.

d) Doğan çocukların göbeğinin fenni usullere uygun olarak kesilip bağlanması ve sarılması, çocuklar için tedbirlerin alınması ebelerin görevidir.

e) Doğum odalarının doğum ve müdahaleler için gerekli alet ve malzemenin her zaman temiz ve kullanmaya elverişli bir şekilde bulundurulmasını sağlarlar.

f) Ebe ve ebe hemşireler, bu asli görevleri yanında hemşirelerin gördükleri hizmetleri de görmek ve kurumlarda onların uymak zorunda bulunduğu hükümlere uymakla yükümlüdürler.

g) Bu görevleri dışında aile planlaması kursu görmüşlerse ailelere doğum kontrolü ile ilgili her türlü bilgiyi vermekle yükümlüdürler.

T – Hemşire Yardımcılarının Görev ve Yetkileri :

Madde 134 – Hemşire yardımcıları, hemşirelerin bilfiil yardımcısı olarak onların emir ve direktiflerine göre çalışan sağlık meslek okulu mezunu yardımcı sağlık personelidir. Gerektiğinde bunlara doğrudan doğruya hemşirelerin görevleri de gördürülebilir.

Hemşire yardımcıları da yiyecekleri ve yatacak yerleri bakımından hemşireler gibi işlem görürler.

AİLE HEKİMLİĞİ UYGULAMA YÖNETMELİĞİ Tarihi: 25.01.2013 Resmi Gazete Sayısı: 28539

T.C.Anayasaları İlgili Maddeleri Kronolojik Sıra ile

1921 Anayasası

Madde 11- Vilâyet mahalli umurda manevî şahsiyeti ve muhtariyeti haizdir. Harici ve dahili siyaset, şer'i adli ve askeri umur, beynelmilel iktisadî münasebat ve hükûmetin umumi tekâlifi ile menafîi birden ziyade vilâyata, şâmil hususat müstesna olmak üzere Büyük Millet Meclisince vaz edilecek kavanin mucibince evkaf, Medaris, Maarif, Sıhhiye, İktisat, Ziraat, Nafia ve Muaveneti içtimaiye işlerinin tanzim ve idaresi vilâyet şûralarının salâhiyeti dahilindedir.

1961 T.C. Anayasası

Madde 49- Devlet, herkesin beden ve ruh sağlığı içinde yaşayabilmesini ve tıbbî bakım görmesini sağlamakla ödevlidir. Devlet, yoksul veya dar gelirli ailelerin sağlık şartlarına uygun konut ihtiyaçlarını karşılayıcı tedbirleri alır.

1982 T.C. Anayasası

II. Temel hak ve hürriyetlerin sınırlanması

Madde 13- (Değişik: 3/10/2001-4709/2 md.)

Temel hak ve hürriyetler, özlerine dokunulmaksızın yalnızca Anayasanın ilgili maddelerinde belirtilen sebeplere bağlı olarak ve ancak kanunla sınırlanabilir. Bu sınırlamalar, Anayasanın sözüne ve ruhuna, demokratik toplum düzeninin ve lâik Cumhuriyetin gereklerine ve ölçülülük ilkesine aykırı olamaz.

(Maddenin 1982 tarihli Eski Hali

II. Temel hak ve hürriyetlerin sınırlanması

Madde 13.- Temel hak ve hürriyetler, Devletin ülkesi ve milletiyle bölünmez bütünlüğünün, milli egemenliğinin, Cumhuriyetin, milli güvenliğin, kamu düzeninin, genel asayişin, kamu yararının, genel ahlakın ve genel sağlığın korunması amacı ile ve ayrıca Anayasanın ilgili maddelerinde öngörülen özel sebeplerle, Anayasanın sözüne ve ruhuna uygun olarak kanunlarla sınırlanabilir. Temel hak ve hürriyetlerle ilgili genel ve özel sınırlamalar demokratik toplum düzeninin gereklerine aykırı olamaz ve öngörülükleri amaç dışında kullanılamaz.

Bu maddede yer alan genel sınırlama sebepleri temel hak ve hürriyetlerin tümü için geçerlidir.)

I. Kişinin dokunulmazlığı, maddi ve manevi varlığı

Madde 17 – Herkes, yaşama, maddî ve manevî varlığını koruma ve geliştirme hakkına sahiptir.

Tıbbî zorunluluklar ve kanunda yazılı haller dışında, kişinin vücut bütünlüğüne dokunulamaz; rızası olmadan bilimsel ve tıbbî deneylere tâbi tutulamaz.

A. Özel hayatın gizliliği

Madde 20 – Herkes, özel hayatına ve aile hayatına saygı gösterilmesini isteme hakkına sahiptir. Özel hayatın ve aile hayatının gizliliğine dokunulamaz. (Üçüncü cümle mülga: 3/10/2001-4709/5 md.)

(Değişik: 3/10/2001-4709/5 md.) Millî güvenlik, kamu düzeni, suç işlenmesinin önlenmesi, genel sağlık ve genel ahlâkın korunması veya başkalarının hak ve özgürlüklerinin korunması sebeplerinden biri veya birkaçına bağlı olarak, usulüne göre verilmiş hâkim kararı olmadıkça; yine bu sebeplere bağlı olarak gecikmesinde sakınca bulunan hallerde de kanunla yetkili kılınmış merciin yazılı emri bulunmadıkça; kimsenin üstü, özel kâğıtları ve eşyası aranamaz ve bunlara el konulamaz. Yetkili merciin kararı yirmidört saat içinde görevli hâkimin onayına sunulur. Hâkim, kararını el koymadan itibaren kırksekiz saat içinde açıklar; aksi halde, el koyma kendiliğinden kalkar.

(Ek fıkra: 7/5/2010-5982/2 md.) Herkes, kendisiyle ilgili kişisel verilerin korunmasını isteme hakkına sahiptir. Bu hak; kişinin kendisiyle ilgili kişisel veriler hakkında bilgilendirilme, bu verilere erişme, bunların düzeltilmesini veya silinmesini talep etme ve amaçları doğrultusunda kullanılıp kullanılmadığını öğrenmeyi de kapsar. Kişisel veriler, ancak kanunda öngörülen hallerde veya kişinin açık rızasıyla işlenebilir. Kişisel verilerin korunmasına ilişkin esas ve usuller kanunla düzenlenir.

(Maddenin 1982 tarihli Eski Hali

A. Özel hayatın gizliliği

Madde 20- Herkes, özel hayatına ve aile hayatına saygı gösterilmesini isteme hakkına sahiptir. Özel hayatın ve aile hayatının gizliliğine dokunulamaz. Adli soruşturma ve kovuşturmanın gerektirdiği istisnalar saklıdır.

Kanunun açıkça gösterdiği hallerde, usulüne göre verilmiş hakim kararı olmadıkça; gecikmesinde sakınca bulunan hallerde de kanunla yetkili kılınan merciin emri bulunmadıkça, kimsenin üstü, özel kâğıtları ve eşyası aranamaz ve bunlara el konulamaz.)

A. Sağlık hizmetleri ve çevrenin korunması

Madde 56– Herkes, sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkına sahiptir.

Çevreyi geliştirmek, çevre sağlığını korumak ve çevre kirlenmesini önlemek Devletin ve vatandaşların ödevidir.

Devlet, herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak; insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi artırarak, işbirliğini gerçekleştirmek amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini düzenler.

Devlet, bu görevini kamu ve özel kesimlerdeki sağlık ve sosyal kurumlarından yararlanarak, onları denetleyerek yerine getirir.

Sağlık hizmetlerinin yaygın bir şekilde yerine getirilmesi için kanunla genel sağlık sigortası kurulabilir

Kanunlar İlgili Maddeleri Kronolojik Sıra ile

1928 tarihli Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun (no 1219)

Madde 47 – (Değişik: 2/1/2014-6514/22 md.) ebelerin ne mezunu olacağını belirleyen hüküm, değiştirilmiştir. Yeni hükme göre, ebelik unvanı **18 Ocak 2014** tarihinden sonra sadece ebelle ilgili **lisans eğitimi** veren fakülte veya yüksekokullardan mezun olanlara verilecektir. Mezunların diplomalarını da Sağlık Bakanlığı tescil edecek.

Türkiye'de üniversitelerin ebelik ile ilgili lisans eğitimi veren fakülte ve yüksekokullarından mezun olan ve diplomaları Sağlık Bakanlığınca tescil edilenler ile öğrenimlerini yurt dışında ebelik ile ilgili bir okulda tamamlayarak denklikleri onaylanan ve diplomaları Sağlık Bakanlığınca tescil edilenlere ebe unvanı verilir.

(Ek fıkra: 27/3/2015-6639/1 md.) Lisans mezunu ebeler meslekleriyle ilgili lisansüstü eğitim alarak uzmanlaştıktan ve diplomaları Sağlık Bakanlığınca tescil edildikten sonra uzman ebe olarak çalışırlar.

(Ek fıkra: 27/3/2015-6639/1 md.) Ebeler meslekleri ile ilgili olan özellik arz eden birim ve alanlarda belirlenecek esaslar çerçevesinde yetki belgesi alırlar. Yetki belgesi alınacak eğitim programlarının düzenlenmesi, uygulanması, koordinasyonu, belgelendirme ve tescili, kredilendirme ve yetki belgelerinin iptali gibi hususlar ile uzman ebelerin ve yetki belgesi alanların görev, yetki ve sorumlulukları Sağlık Bakanlığınca çıkarılacak yönetmelikle düzenlenir.

Ek Madde 13 – (Ek: 6/4/2011-6225/9 md.)

...

y) (Ek:2/1/2014-6514/24 md.) Ebe yardımcısı; sağlık meslek liselerinin ebe yardımcılığı programından mezun olup ebelerin nezaretinde yardımcı olarak çalışan, ayrıca hastaların günlük yaşam aktivitelerinin yerine getirilmesi, beslenme programının uygulanması, kişisel bakım ve temizliği ile sağlık hizmetlerine ulaşımında yardımcı olan ve refakat eden sağlık teknisyenidir.

Madde 50 – Bir mahalde icrayı sanat etmek isteyen ebeler azami bir hafta zarfında isim ve hüviyetlerini, şahadetname, vesika tarih ve numarasını ve icrayı sanat edecekleri mevki mübeyyin bir ihbarnameyi bulunduğu mahallin en büyük sıhhiye memuruna vermeğe ve ikametgahın tebdili veya diğer bir mahalle nakli halinde de en az yirmi dört saat evvel nakli keyfiyeti ihbar etmeğe mecburdur.

Madde 51 – Ebeler gebelerin muayenesiyle bunların hıfzıssıhhatlerine mütaallik tedabirin ifasına ve doğumun teshiline ve bu esnada yapılacak basit manevraların ve çocuk için lazım gelen ilk tedbirlerin ifasına salahiyyetlar iseler de her nevi alet ve saire tatbik etmeleri memnu ve sureti avarızı velade vekayinde behemahal bir tabip davetine mecburdurlar. Her ebe Sıhhiye ve Muaveneti İctimaiye Vekaletince tayin olunacak levazım ve edviyeyi doğum vekayinde beraberinde bulunduracaktır. Ebeler çiçek aşısı tatbik edebilirler.

Madde 52 – Ebelerin reçete yazmaları memnudur. İcrayı sanatları için lazım gelen ve reçete ile alınması mecburi olan mevaddı resmi etıbbanın reçetesiyle eczanelerden tedarik ederler. Etıbbayı resmiye bu yolda vakı olan müracaatları sürat ve suhuletle ifaya mecburdurlar.

Madde 54 – (Değişik: 23/1/2008-5728/30 md.) Diploma veya belgesi olmadığı hâlde ebeliği sanat ittihaz edenlere, fiilleri suç oluşturmadağı takdirde, ikiyüzelli Türk Lirası idarî para cezası verilir.

Madde 55 – (Değişik: 23/1/2008-5728/31 md.) Bu Kanunun 47, 49, 50 ve 53 üncü maddelerindeki şeraiti ifa etmemiş olan veya muvakkaten menedilmiş oldukları hâlde icrayı sanat eden ebelere yüz Türk Lirası idarî para cezası verilir.

Madde 56 – (Değişik: 23/1/2008-5728/32 md.) 51 inci maddede zikredilen icrayı sanat hududunu tecavüz eden veya 51 ve 52 nci maddeler ahkamına riayet etmeyen ebelere yüz Türk Lirası idarî para cezası verilir.

Madde 57 – (Değişik: 23/1/2008-5728/33 md.) İcrayı sanata mani ve gayrikabili şifa bir marazı akli ile maluliyeti bilmuayene anlaşılan ebeler, Sağlık Bakanlığının teklifi ve Sağlık Bakanlığı Yüksek Disiplin Kurulu kararıyla icrayı sanattan menolunur ve şahadetname veya vesikası geri alınır.

Madde 70 – (Değişik: 23/1/2008-5728/38 md.)

Tabipler, dış tabipleri ve dişçiler yapacakları her nevi ameliye için hastanın, hasta küçük veya tahtı hacirde ise veli veya vasisinin evveleminde muvafakatını alırlar. Büyük ameliyei cerrahiyeler için bu muvafakatın tahriri olması lazımdır. (Veli veya vasisi olmadığı veya bulunmadığı veya üzerinde ameliye yapılacak şahıs ifadeye muktedit olmadığı takdirde muvafakat şart değildir.) Hilafında hareket edenlere ikiyüzelli Türk Lirası idarî para cezası verilir.

Bu Kanunda yazılı olan idarî para cezaları mahallî mülkî amir tarafından verilir

Torba Kanun 18 Ocak 2014 tarihli Resmi Gazetede yayımlanmıştır. Söz konusu kanun ile sağlıkla ilgili bazı unvanlarda önemli değişiklikler yapılmıştır.

EBE, ENAZ ÖNLİSANS MEZUNU OLACAK

1219 sayılı "Tababet ve Şuabatı San'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun"un ebelerin ne mezunu olacağını belirleyen hüküm, değiştirilmiştir. Yeni düzenleme şu şekildedir:

"MADDE 47 - Türkiye'de üniversitelerin ebelik ile ilgili lisans eğitimi veren fakülte ve yüksekokullarından mezun olan ve diplomaları Sağlık Bakanlığınca tescil edilenler ile öğrenimlerini yurt dışında ebelik ile ilgili bir okulda tamamlayarak denklikleri onaylanan ve diplomaları Sağlık Bakanlığınca tescil edilenlere ebe unvanı verilir."

Yukarıdaki hükme göre, ebelik unvanı 18 Ocak 2014 tarihinden sonra sadece ebelik ile ilgili lisans eğitimi veren fakülte veya yüksekokullardan mezun olanlara verilecektir. Mezunların diplomalarını da Sağlık Bakanlığınca tescil edecek

MADDE 29 - 1219 sayılı Kanuna aşağıdaki geçici madde eklenmiştir.

"GEÇİCİ MADDE 11 - Bu maddenin yürürlüğe girdiği tarihten itibaren, sağlık meslek liselerinin hemşire yardımcılığı, ebe yardımcılığı ve sağlık bakım teknisyenliği haricindeki programlarına öğrenci kaydedilmez. Bu maddenin yürürlüğe girdiği tarihten itibaren 25/2/1954 tarihli ve 6283 sayılı Hemşirelik Kanununun geçici 3. maddesinin ikinci fıkrası kapsamında sağlık meslek liselerinin hemşirelik programına da öğrenci kaydı yapılmaz. Bu tarihe kadar kaydı yapılmış olan öğrenciler eğitimlerini kayıtları yapılan programlarda tamamlarlar ve bitirdikleri programların meslek unvanını kullanırlar. Sağlık meslek liselerinin kapatılan programlarından bu maddenin yürürlüğe girdiği tarihe kadar mezun olanlar da meslek unvanlarını kullanmaya devam ederler."

SAĞLIKLA İLGİLİ 4 YENİ UNVAN GELDİ

Torba kanunla, sağlıkla ilgili meslek unvanlarının sayıldığı 1219 sayılı Kanunun ek 13. maddesine 4 yeni unvan eklenmiştir. İlgili unvanlar ve açıklamaları şu şekildedir:

ü) Acil tıp teknikeri; ön lisans seviyesindeki acil tıp bölümünden mezun, acil tıbbi yardım ve bakım ile sınırlı kalmak kaydıyla hastaya müdahale ve bu hususta lazım gelen iş ve işlemleri yapan sağlık teknikeridir.

v) Hemşire yardımcısı; sağlık meslek liselerinin hemşire yardımcılığı programından mezun olup hemşire nezaretinde yardımcı olarak çalışan, ayrıca hastaların günlük yaşam aktivitelerinin yerine getirilmesi, beslenme programının uygulanması, kişisel bakım ve temizliği ile sağlık hizmetlerine ulaşımında yardımcı olan ve refakat eden sağlık teknisyenidir.

y) Ebe yardımcısı; sağlık meslek liselerinin ebe yardımcılığı programından mezun olup ebelerin nezaretinde yardımcı olarak çalışan, ayrıca hastaların günlük yaşam aktivitelerinin yerine getirilmesi, beslenme programının uygulanması, kişisel bakım ve temizliği ile sağlık hizmetlerine ulaşımında yardımcı olan ve refakat eden sağlık teknisyenidir.

z) Sağlık bakım teknisyeni; sağlık meslek liselerinin sağlık bakım teknisyenliği programından mezun olup en az tekniker düzeyindeki sağlık meslek mensuplarının nezaretinde yardımcı olarak çalışan, ayrıca hastaların günlük yaşam aktivitelerinin yerine getirilmesi, beslenme programının uygulanması, kişisel bakım ve temizliği ile sağlık hizmetlerine ulaşımında yardımcı olan ve refakat eden sağlık meslek mensubudur."

SAĞLIK MESLEK LİSELERİ ARTIK EBE, HEMŞİRE UNVANI VEREMEYECEK

Yukarıdaki maddeden de görüleceği üzere hemşire yardımcısı, ebe yardımcısı gibi yeni unvanlar oluşturulmuştur. Sağlık meslek liselerinden mezun olanlar artık hemşire yardımcılığı, ebe yardımcılığı ve sağlık bakım teknisyenliği programları oluşturacak ve bu programlara öğrenci alacaktır. Bu uygulamaya, önümüzdeki eğitim öğretim döneminden itibaren başlayacaktır.

Şuan SML'lerde okumakta olanlar ile daha önceki yıllarda okuyup da mezun olmuş olanlar hemşire veya ebe unvanını kullanabilecek.

Ancak bu kanun düzenleme önümüzdeki yıldan itibaren Devlet kadrolarına yapılacak alımlarda lise düzeyinden çok az sayıda hemşire veya ebe alınacağını göstermektedir.

14.7.1965 tarihli ve 657 sayılı Devlet Memurları Kanununun 86 ncı maddesi

21.06.2005 tarihinde kabul edilen ve 05.07.2005 tarihli Resmi Gazetede yayımlanarak yürürlüğe giren 657 Sayılı Kanunun 86. maddesinde yapılan değişikliğe göre Sağlık Bakanlığı, vekil ebe-hemşire alınacağı hakkında bir genelge yayınlamıştı. 14.7.1965 tarihli ve 657 sayılı Devlet Memurları Kanununun 86 ncı maddesinin üçüncü fıkrasına "eczacılık" ibaresinden sonra gelmek üzere "köy ve beldelerdeki ebelik ve hemşirelik," ibaresi eklenmiştir. Böylece hangi kadrolara açıktan vekil atanabileceği hususunu düzenleyen 657 sayılı Devlet Memurları Kanununun 86. maddesinin 3. fıkrası şu hali almıştır: "Ancak, ilköğretim öğretmeni (Yaz tatili hariç), tabiplik, diş tabipliği, eczacılık, köy ve beldelerdeki ebelik ve hemşirelik, mühendis ve mimarlık, veterinerlik, köy ve kasaba imamlığına ait boş kadrolara açıktan vekil atanabilir." Bu hükümler doğrultusunda Sağlık Bakanlığı Personel Genel Müdürlüğü 13.09.2006 tarihinde yayınladığı genelge ile **5 bin 473 vekil ebe-hemşirenin** istihdam edilmesine karar vermiştir.

Genelgenin 5. maddesinde; vekil ebe-hemşireler bakımından yer belirleme işleminin İl Sağlık Müdürlüklerince yerindelik ilkesi gözetilerek sonuçlandırılacağı hükmü yer almaktadır. Ancak söz konusu maddede bu işlemler sırasında hangi kriterlere uyulacağı ile ilgili bir hüküm bulunmamaktadır

Genelgenin 12. maddesinde; Vekil Ebe/Hemşire personelin aylık ücretlerinin, 657 sayılı Devlet Memurları Kanununun değişik 176 ncı maddesi hükümlerine göre ödeneceği ifade edilmektedir. Ancak 657 Devlet Memurları Kanununun değişik 176 ncı maddesi, "Ders ve Konferans Ücretleri" başlığını taşımaktadır ve öğretmenlerle ilgilidir. Bu maddede Sağlık Bakanlığı bir yanlışlık yapmıştır. Zira söz konusu personele ödenecek aylık ücretlerle ilgili esaslar **657 sayılı Devlet Memurları Kanununun değişik 175 ncı maddesinde** düzenlenmiştir. Bu maddede:

“VEKALET, İKİNCİ GÖREV AYLIK VE ÜCRETLERİ İLE DİĞER ÖDEMELER:

Madde 175 - (Değişik madde: 30/05/1974 - KHK/12; Değiştirilerek kabul: 15/05/1975 - 1897/1 md.)

Bir göreve vekaleten atanan memurlara vekalet edilen görevin kadro derecesinin birinci kademesinin üçte biri, açıktan atananlara ise üçte ikisi verilir. Bulundukları yerden başka bir yerdeki bir göreve vekalet suretiyle atananlara, Harcırah Kanununun geçici görevle başka yere gönderilenlere ilişkin hükümleri uygulanır.

(Ek fıkra: 04/07/2001 - 631 S.KHK/5. md.) Ancak, kurum içinden veya diğer kurumlardan vekalet edenlere vekalet aylığı ödenebilmesi için, vekilin asilde aranan şartları taşıması zorunludur.

(Değişik fıkra: 22/08/1989 - KHK - 378/4 md) Açıktan vekil olarak atananlar bu Kanunla memurlara tanınan sosyal haklardan da yararlanırlar ve bunlara ödenecek vekalet aylığının hesabına memuriyet taban aylığı da dahil edilir.”hükmü yer almaktadır.Bu hükümden de açıkça anlaşılacağı üzere vekil olarak açıktan atanan ebe/hemşirelere vekalet ettikleri görevin kadro derecesinin birinci kademesinin üçte ikisi maaş olarak verilecektir.Dolayısıyla açıktan vekil olarak atanan ebe/hemşireler asaleten atanan personelden çok daha az maaş alacağı gibi vekil kadrolar asaleten atanmak için herhangi bir hak da kazandırmamaktadır. Ayrıca vekil kadrolarda iş güvencesi de bulunmamaktadır.

1930 tarihli 1593 sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu

Madde 3 – Sıhhat ve İçtimai Muavenet Vekaleti bütçeleriyle muayyen hatlar dahilinde olarak aşağıda yazılı hizmetleri doğrudan doğruya ifa eder:

- 1 - Doğumu (.....) teshil ve çocuk ölümünü tenkis edecek tedbirler.
- 2 - Validelerin doğumdan evvel ve doğumdan sonra sıhhatlerinin vikayesi.

Madde 125 – Süt annelik yapacak kadınlar zührevi hastalıklarla sari vereme ve cüzzama musap olmadıklarını müspit tabip raporları alırlar. Raporlar her altı ayda bir tecdit olunur. Bu raporu olmayan kadınların süt annelik etmesi ve rapor talep etmeden herhangi bir kadının süt anneliğe kabul edilmesi memnudur. Resmi tabipler süt annelik edecek kadınları meccanen muayene ve raporlarını ita ederler.

Madde 153 – Devletin resmi müesseselerinde doğum yardımı meccanidir. (Mülga cümle:4/7/2012-6354/1 md.) (...)

(Ek fıkra: 4/7/2012-6354/1 md.) Gebe veya rahmindeki bebek için tıbbi zorunluluk bulunması hâlinde doğum, sezaryen ameliyatı ile yaptırılabilir.

(Ek fıkra: 4/7/2012-6354/1 md.) Gerekli tedbirlerin alınmasına rağmen, doğumu takiben anne veya bebekte meydana gelebilecek istenmeyen sonuçlardan dolayı hekim sorumlu tutulamaz.

(Maddenin 1930 tarihli Eski Hali

Madde 153 - Devletin resmi müesseselerinde doğum yardımı meccanidir. Sıhhi ahvali daha fazla kalmayı istilzam etmeyen vakayide lohusalardan doğumdan sonra müesseselerde bir hafta alıkonulması mecburidir.)

Madde 154 – Hükümet ve belediye tabipleri ve ebeleri fakir kadınların doğurmasından meccanen yardıma mecburdurlar.

Tüzükler İlgili Maddeleri Kronolojik Sıra ile

1960 tarihli Tıbbi Deontoloji Tüzüğü

Madde 6 – Tabip ve diş tabibi, sanat ve mesleğini icra ederken, hiç bir tesir ve nüfuza kapılmaksızın, vicdani ve mesleki kanaatine göre hareket eder.

Tabip ve diş tabibi, tatbik edeceği tedaviyi tayinde serbesttir.

Madde 18 – Tabip ve diş tabibi, acil yardım, resmi veya insani vazifenin ifası halleri hariç olmak üzere, mesleki veya şahsi sebeplerle hastaya bakmayı reddedebilir.

Yönetmelikler İlgili Maddeleri Kronolojik Sıra ile

1983 tarihli Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği

Ş – Ebelerin Görev ve Yetkileri :

Madde 133 – Ebeler, sağlık meslek okulu mezunu, doğum ve doğum kontrolü ile ilgili kendisine düşen görevleri yapabilecek yeteneklere sahip, gerekli kursları görmüş yardımcı sağlık personelidir. Kurumun yatak adedi azaltılmamak kaydıyla isteyen ebeler gerek görüldüğü takdirde baştabib izniyle kendilerine ayrılan yerlerde topluca kalabilirler.

Bu takdirde kahvaltı, öğle ve akşam yemekleri kurumca sağlanır. Baştabib tarafından doğum odalarındaki ebelerden bir tanesi doğum bölümünün sorumlu ebesi olarak görevlendirilir. Servis sorumlu hemşirelerinin görev ve yetkilerini haizdir.

Kurumlarda doğum işleriyle vazifelendirilmiş ebeler, müracaat eden kadınların fenni olarak doğuma hazırlanmaları için yetkileri dahilinde her türlü tedbirleri alır ve hazırlıkları yaparlar. Meslek ve sanatlarının gerektirdiği şekilde ana ve çocuğu muayene ederler. Özellikle çocuk kalp seslerini yakından izler, müşahadelerine yazarlar. Gerekli gördükleri hallerde her türlü jenikal muayeneleri de yaparlar, müşahadelerini bir not halinde de yazarak tespit ederler ve doğumun seyrini dikkatle ve sürekli bir şekilde izlerler.

Bu bentteki "doğumu tezyit" hakkındaki hüküm 1/4/1965 tarih ve 557 sayılı eski Nüfus Planlaması Hakkın Kanun'un 8. maddesi ile ilga edilmiş olduğundan "tezyit" ibaresi metinden çıkarılmıştır.

Normal doğumları kendileri yaparlar.

Doğum güçlükleri veya arızaları mevcut olan veya durumunu kesin olarak tesbit edemedikleri vakaları uzman tabibe derhal haber verirler.

- Doğan çocukların cinsiyetini, boy ölçüsünü, kafa çaplarını, göğüs çevresini, beden ağırlığını, yapısında mevcut bütün arızaları ve anormallikleri, kalıtsal belirtileri, plasanta ve kordonun niteliklerini tespit ve kaydederler.
 - İkiz veya daha fazla sayıda doğan çocukların doğum sıralarını, ne kadar ara ile doğduklarını, ölü doğanların; doğumdan sonra bir müddet daha teneffüs edip etmediklerini dikkat ve titizlikle tetkik ve kaydederler.
 - Doğan çocukların birbirlerine karıştırılmamasına son derece dikkat ederler ve bu amaçla her doğan çocuğun bileğine anasının ad ve soyadını, cinsiyetini doğum tarih ve saatini belirten bir kart bağlamak zorundadırlar. Bu etiket çocuk hastaneden çıkıncaya kadar bileğinde bırakılır.
- Ayrıca bu hususta kurum İdaresince konulmuş usuller varsa onları da uygularlar.
- Doğan çocukların göbeğinin fenni usullere uygun olarak kesilip bağlanması ve sarılması, çocuklar için tedbirlerin alınması ebelerin görevidir.
 - Doğum odalarının doğum ve müdahaleler için gerekli alet ve malzemenin her zaman temiz ve kullanmaya elverişli bir şekilde bulundurulmasını sağlarlar.
 - Ebe ve ebe hemşireler, bu asli görevleri yanında hemşirelerin gördükleri hizmetleri de görmek ve kurumlarda onların uymak zorunda bulunduğu hükümlere uymakla yükümlüdürler.
 - Bu görevleri dışında aile planlaması kursu görmüşlerse ailelere doğum kontrolü ile ilgili her türlü bilgiyi vermekle yükümlüdürler.

1998 tarihli Hasta Hakları Yönetmeliği

Tıbbi Gereklere Uygun Teşhis, Tedavi ve Bakım

Madde 11- Hasta, modern tıbbi bilgi ve teknolojinin gereklerine uygun olarak teşhisinin konulmasını, tedavisinin yapılmasını ve bakımını istemek hakkına sahiptir.

Tababetin ilkelerine ve tababet ile ilgili mevzuat hükümlerine aykırı veya aldatıcı mahiyette teşhis ve tedavi yapılamaz.

Tıbbi Gereklilikler Dışında Müdahale Yasağı

Madde 12- Teşhis, tedavi veya korunma maksadı olmaksızın, ölüme veya hayati tehlikeye yol açabilecek veya vücut bütünlüğünü ihlal edebilecek veya akli veya bedeni mukavemeti azaltabilecek hiçbir şey yapılamaz ve talep de edilemez.

Bilgilendirmenin Kapsamı

Madde 15- (Başlığı ile birlikte değişik:RG-8/5/2014-28994)

Hastaya;

- Hastalığın muhtemel sebepleri ve nasıl seyredeceği,
- Tıbbi müdahalenin kim tarafından nerede, ne şekilde ve nasıl yapılacağı ile tahmini süresi,
- Diğer tanı ve tedavi seçenekleri ve bu seçeneklerin getireceği fayda ve riskler ile hastanın sağlığı üzerindeki muhtemel etkileri,
- Muhtemel komplikasyonları,
- Reddetme durumunda ortaya çıkabilecek muhtemel fayda ve riskleri,
- Kullanılacak ilaçların önemli özellikleri,
- Sağlığı için kritik olan yaşam tarzı önerileri,
- Gerektiğinde aynı konuda tıbbi yardıma nasıl ulaşabileceği, hususlarında bilgi verilir.

(Maddenin 1998 tarihli Eski Hali

Genel Olarak Bilgi İsteme

Madde 15- Hasta; sağlık durumunu, kendisine uygulanacak tıbbi işlemleri, bunların faydaları ve muhtemel sakıncaları, alternatif tıbbi müdahale usulleri, tedavinin kabul edilmemesi halinde ortaya çıkabilecek muhtemel sonuçları ve hastalığın seyri ve neticeleri konusunda sözlü veya yazılı olarak bilgi istemek hakkına sahiptir.

Sağlık durumu ile ilgili gereken bilgiyi, bizzat hasta veya hastanın küçük, temyiz kudretinden yoksun veya kısıtlı olması halinde velisi veya vasisi isteyebilir. Hasta, sağlık durumu hakkında bilgi almak üzere bir başkasına da yetki verebilir. Gerek görülen hallerde yetkinin belgelendirilmesi istenilebilir.

Hasta, tedavisi ile ilgilenen tabip dışında bir başka tabipten de sağlık durumu hakkında bilgi alabilir.)

Rıza Olmaksızın Tıbbi Ameliyeye Tabi Tutulmama

Madde 22- Kanunda gösterilen istisnalar hariç olmak üzere, kimse, rızası olmaksızın ve verdiği rızaya uygun olmayan bir şekilde tıbbi ameliyeye tabi tutulamaz.

Bir suç işlediği veya buna iştirak ettiği şüphesi altında bulunan kişinin işlediği suçun muhtemel delillerinin, kendisinin veya mağdurun vücudunda olduğu düşünülen hallerde; bu delillerin ortaya çıkarılması için sanığın veya mağdurun tıbbi ameliyeye tabi tutulması, hakimın kararına bağlıdır.

Gecikmesinde sakınca bulunan hallerde bu ameliye, cumhuriyet savcısının talebi üzerine yapılabilir.

Hastanın Rızası ve İzin

Madde 24- (Değişik: RG-8/5/2014-28994)

Tıbbi müdahalelerde hastanın rızası gerekir. Hasta küçük veya mahcur ise velisinden veya vasisinden izin alınır. Hastanın, velisinin veya vasisinin olmadığı veya hazır bulunamadığı veya hastanın ifade gücünün olmadığı hallerde, bu şart aranmaz.

Kanuni temsilcinin rızasının yeterli olduğu hallerde dahi, anlatılanları anlayabilecekleri ölçüde, küçük veya kısıtlı olan hastanın dinlenmesi suretiyle mümkün olduğu kadar bilgilendirme sürecine ve tedavisi ile ilgili alınacak kararlara katılımı sağlanır.

Sağlık kurum ve kuruluşları tarafından engellilerin durumuna uygun bilgilendirme yapılmasına ve rıza alınmasına yönelik gerekli tedbirler alınır.

Kanuni temsilci tarafından rıza verilmeyen hallerde, müdahalede bulunmak tıbben gerekli ise, velayet ve vesayet altındaki hastaya tıbbi müdahalede bulunulabilmesi; Türk Medeni Kanununun 346 ncı ve 487 inci maddeleri uyarınca mahkeme kararına bağlıdır.

Tıbbi müdahale sırasında isteğini açıklayabilecek durumda bulunmayan bir hastanın, tıbbi müdahale ile ilgili olarak önceden açıklamış olduğu istekleri göz önüne alınır.

Yeterliğin zaman zaman kaybedildiği tekrarlayıcı hastalıklarda, hastadan yeterliği olduğu dönemde onu kaybettiği dönemlere ilişkin yapılacak tıbbi müdahale için rıza vermesi istenebilir.

Hastanın rızasının alınmadığı hayati tehlikesinin bulunduğu ve bilincinin kapalı olduğu acil durumlar ile hastanın bir organının kaybına veya fonksiyonunu ifa edemez hale gelmesine yol açacak durumun varlığı halinde, hastaya tıbbi müdahalede bulunmak rızaya bağlı değildir. Bu durumda hastaya gerekli tıbbi müdahale yapılarak durum kayıt altına alınır. Ancak bu durumda, mümkünse hastanın orada bulunan yakını veya kanuni temsilcisi; mümkün olmadığı takdirde de tıbbi müdahale sonrasında hastanın yakını veya kanuni temsilcisi bilgilendirilir. Ancak hastanın bilinci açıldıktan sonraki tıbbi müdahaleler için hastanın yeterliği ve ifade edebilme gücüne bağlı olarak rıza işlemlerine başvurulur.

Sağlık kurum ve kuruluşlarında yatarak tedavisi tamamlanan hastaya, genel sağlık durumu, ilaçları, kontrol tarihleri diyet ve sonrasında neler yapması gerektiği gibi bilgileri içeren taburcu sonrası tedavi planı sağlık meslek mensubu tarafından sözel olarak anlatılır. Daha sonra bu tedavi planının yer aldığı epikrizin bir nüshası hastaya verilir.

(Maddenin 1998 tarihli Eski Hali)

Hastanın Rızası ve İzin

Madde 24- Tıbbi müdahalelerde hastanın rızası gerekir. Hasta küçük veya mahcur ise velisinden veya vasisinden izin alınır. Hastanın, velisinin veya vasisinin olmadığı veya hazır bulunamadığı veya hastanın ifade gücünün olmadığı hallerde, bu şart aranmaz.

Kanuni temsilci tarafından muvafakat verilmeyen hallerde, müdahalede bulunmak tıbben gerekli ise, velayet ve vesayet altındaki hastaya tıbbi müdahalede bulunulabilmesi; Türk Medeni Kanunu'nun 272 nci ve 431 inci maddeleri uyarınca mahkeme kararına bağlıdır.

Kanuni temsilciden veya mahkemeden izin alınması zaman gerektirecek ve hastaya derhal müdahale edilmediği takdirde hayati veya hayati organlarından birisi tehdit altına girecek ise, izin şartı aranmaz.

Üçüncü fıkrada belirtilen ve hayati veya hayati organlardan birisini tehdit eden acil haller haricinde, rızanın her zaman geri alınması mümkündür.

Rızanın geri alınması, hastanın tedaviyi reddetmesi anlamına gelir.

Rızanın müdahale başladıktan sonra geri alınması, ancak tıbbi yönden sakınca bulunmaması şartına bağlıdır.)

Tedaviyi Reddetme ve Durdurma

Madde 25- Kanunen zorunlu olan haller dışında ve doğabilecek olumsuz sonuçların sorumluluğu hastaya ait olmak üzere; hasta kendisine uygulanması planlanan veya uygulanmakta olan tedaviyi reddetmek veya durdurulmasını istemek hakkına sahiptir. Bu halde, tedavinin uygulanmamasından doğacak sonuçların hastaya veya kanuni temsilcilerine veyahut yakınlarına anlatılması ve bunu gösteren yazılı belge alınması gerekir.

Bu hakkın kullanılması, hastanın sağlık kuruluşuna tekrar müracaatında hasta aleyhine kullanılamaz.

2014 tarihli Sağlık Meslek Mensupları İle Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Diğer Meslek Mensuplarının İş Ve Görev Tanımlarına Dair Yönetmelik

Ek-1

Ebe

a) Cinsel sağlık ve üreme sağlığı hizmetlerinde; gebelik öncesi dönemde gebeliğe hazırlık eğitimi ile anne-babalığa ve doğuma hazırlık programlarının hazırlanmasını ve yürütülmesini sağlar. Doğurganlık sınırları içerisindeki kadınların üreme sağlığı konusunda izlemine yapar.

b) Gebelik tanısını koyar, normal gebe izlemine ve gerekli muayenelerini yapar, riskli durumları erken dönemde belirler, gerekli önlemleri alarak sevk eder.

c) Doğum sürecini yönetir; **travay sırasında anne ve bebeğin sağlığını izler, normal doğumları ve tabibin olmadığı hallerde acil makat doğumları yaptırır, gerektiğinde epizyotomi uygular.** Doğum sürecinde normalden sapmaları belirler, acil durum tedbirlerini alır ve tabibe haber verir, tabibin direktifleri doğrultusunda acil müdahalede bulunur.

ç) Doğum sonrası dönemde; yenidoğanın ilk bakım ve muayenesini yapar, gerektiğinde acil resüsitasyon gerçekleştirir, anneye emzirme eğitimi verir, annenin bakım ve izlemine yapar, normalden sapmaları tespit ederek sevk eder.

d) Acil obstetrik durumlarda Bakanlıkça düzenlenen protokoller doğrultusunda tanımlanan ilaçları uygular.

e) Gebelik, doğum ve doğum sonrası dönemde anne ve bebek sağlığını korumak ve geliştirmek için gerekli eğitim ve danışmanlık hizmeti verir.

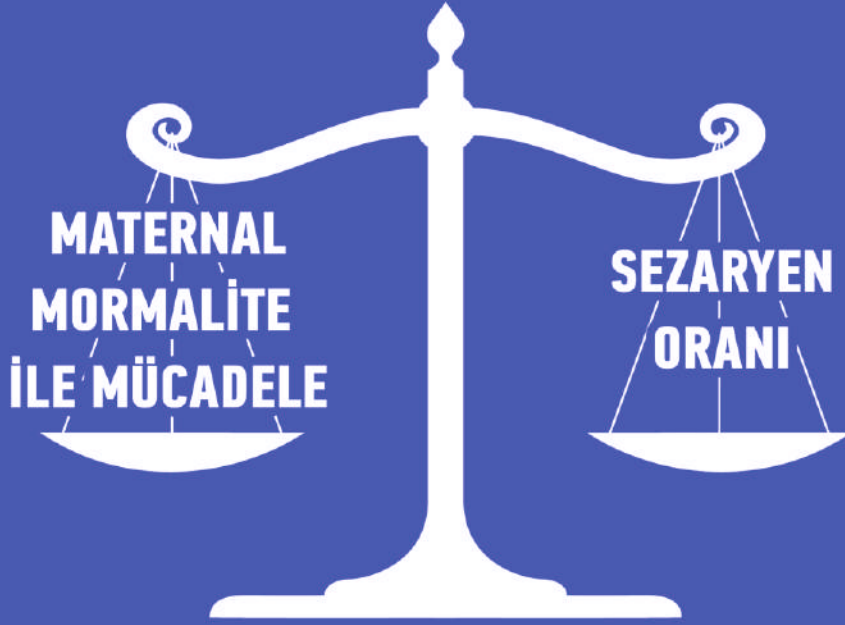
f) Aile planlaması hizmetlerinde, kadın ve yenidoğana ait tarama programlarında görev alır.

g) 0-6 yaş çocuk bakım ve gelişimini izler, özellikle gebe ve 0-6 yaş çocuk aşıları olmak üzere bulaşıcı hastalıkların kontrol programlarında ve bağışıklama hizmetlerinde görev alır.

Ek-1/B**Ebe yardımcısı**

- a) Doğurganlık sınırları içerisindeki kadınların üreme sağlığı konusunda kayıtlarının tutulmasına yardım eder.
- b) Gebelik öncesi dönemde gebeliğe hazırlık eğitim programı ile anne-babalığa ve doğuma hazırlık programlarının uygulanmasına yardım eder.
- c) Gebelik izlemleri süreci dâhil olmak üzere kadının muayeneye hazırlığını yapar.
- ç) Gebelik, doğum ve doğum sonrası dönemde gebenin günlük yaşam aktivitelerinin yerine getirilmesi, beslenme programının uygulanması, kişisel bakım ve temizliği ile ilgili gereksinimlerinin karşılanmasına yardımcı olur.
- d) Doğum sırasında gebenin doğum ağrısı ve doğum korkusuyla başa çıkmasına yardımcı olur.
- e) Doğum sonrası dönemde; anneye bebek bakımı ve emzirme konusunda yardımcı olur, anne ve bebeğin genel sağlık durumunda fark ettiği değişiklikleri ebeye bildirir.
- f) Kadının başka bir kliniğe ya da birime transferine yardım eder ve refakat eder.
- g) Gebelik, doğum ve doğum sonrası dönemde anne ve bebek sağlığını korumak ve geliştirmek için hizmet sunduğu gruba bilgi verir.
- ğ) Aile planlaması hizmetlerinde, kadın ve yenidoğana ait tarama programlarının yürütülmesinde ebeye yardım eder.
- h) Kullanılan malzemelerin temizliği, dezenfeksiyonu ve uygun şekilde saklanmasına yardım eder.
- ı) Çalıştığı ünitenin kullanıma hazır bulundurulmasında görev alır.
- i) Alınan kan, doku veya diğer örneklerin laboratuvara naklini sağlar.

1997 Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ideal sezaryen doğum oranının %15 olduğunu belirledi.



AZ GELİŞMİŞ ÜLKELER **Çok Az Çok Geç**

Kanıtı dayalı kılavuzları yok
Teknik donanım ve ilaç yetersiz
Uzman eksik
Kadınlar yalnız doğum yapıyor.
Acil sağlık hizmetleri yok

GELİŞMİŞ ÜLKELER **Çok Fazla Çok Gereksiz**

Gereksiz sezaryenler
Doğumda rutin indüksiyon
Rutin sürekli fetal monitorizasyon
Rutin epizyotomi
Rutin postpartum antibiyotik

Maternal ve neonatal ölüm oranları belli sezaryen oranında düşer ama fazlasında da artar.



ISBN: 978-975-590-636-2