

Maternal talep üzerine elektif sezaryen: Etik ve yasal hususlar

Claudia Casella¹, Emanuele Capasso¹ , Cristina Bianco¹ , Gabriele Saccone² ,
Maurizio Guida², Vincenzo Graziano¹, Mariano Paternoster¹

¹Napoli Federico II Üniversitesi, Hukuk Bölümü, Napoli, İtalya

²Napoli Federico II Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Üreme Bilimleri ve Diş Hekimliği Bölümü, Nörobilim, Napoli, İtalya

Özet

Sezaryen, uterus duvarında yapılan cerrahi insizyonlar aracılığıyla fetüsün doğurtulması olarak tanımlanmaktadır. Primer sezaryen operasyonları genellikle tekrarlayan sezaryenlere sebep olmakta ve bu da plasenta akreta spektrum bozukluklarına yol açabilmektedir. Sağlıklı bir hastanın üzerinde cerrahi işlem uygulamanın yanı sıra gebeleri bu risklere maruz bırakma konusundaki etik tutum, sağlık sistemimiz üzerinde artan mali baskıyla beraber hasta tercihine yönelik talep ile daha da karmaşık hale gelmiştir. Ele alınacak asıl soru, annenin ve doğacak bebeğinin artmış riskini dikkate alarak, obstetrik endikasyon yokken gebelerin sezaryen doğumu seçmesine izin vermenin (ör. maternal talep üzerine sezaryen doğum) etik olup olmadığıdır.

Anahtar sözcükler: Sezaryen, hukuk, plasenta akreta, previa, yasa.

Abstract: Elective cesarean section on maternal request: ethical and legal considerations

Cesarean is defined as the delivery of a fetus through surgical incisions made through the uterine wall. Primary cesarean sections often lead to repeat cesareans, which may lead to placenta accreta spectrum disorders. The ethic of exposing mothers to these risks, as well as performing surgery on what is otherwise a healthy patient, become entangled with the demand for patient choice, as well as the increasing financial strain on our healthcare system. The main question to be examined is whether it is ethical to allow women to opt for cesarean delivery in the absence of obstetric indication (i.e. cesarean delivery on maternal request), taking into account the increased risk to the mother and her future offspring.

Keywords: Caesarean section, legal, placenta accreta, previa, law.

Sezaryen doğum, abdominal duvar (laparotomi) ve uterus duvarı (histerotomi) üzerinde yapılan cerrahi insizyonlar aracılığıyla fetüsün doğurtulması olarak tanımlanmaktadır. ABD’de sezaryen doğumun genel yıllık insidansı 1996 yılından bu yana sürekli artarak 2018 yılında %32’ye ulaşmıştır. Primer sezaryen operasyonları genellikle tekrarlayan sezaryenlere sebep olmakta ve bu da plasenta akreta spektrum bozukluklarına yol açabilmektedir. Primer ve sekonder sezaryen oranları son yıllardaki gibi yükselmeye devam ederse, 2021 yılına kadar sezaryen oranı %56.2’ye ulaşacak ve yıllık olarak ilave 6236 plasenta previa, 4504 plasenta akreta ve 130 maternal ölüm vakası olacaktır. Bu komplikasyonlardaki artış, yaklaşık 6 yıl sonra sezaryenlerdeki artışın gerisinde kalacaktır.

İtalya’da sezaryen doğum oranında büyük bir artış tespit edilmiştir; 1981’de %13.3 olan oran 2018’de %33.16’ya yükselmiş olup Puglia’da %40.82 ve Campania bölgesinde %53.14 oranlarıyla büyük bir çoğunluğu İtalya’nın güney bölgelerinde görülmüştür. İtalya şu an en yüksek sezaryen doğum oranına sahip Avrupa ülkesidir. Son olarak, ulusal ortalamadan büyük ölçüde daha yüksek sezaryen oranına sahip ve düşük sayıda doğumun gerçekleştiği birimler ve özel kurumlara aynı bölgedeki farklı doğum merkezleri arasında büyük farklılıklar kaydedilmiştir.^[1] İtalya’da daha yüksek sezaryen doğum talebi ile ilişkili maternal faktörler yaş, nulliparite, düşük eğitim seviyesi ve daha önce gerçekleştirilen sezaryen doğum olarak rapor edilmiştir.^[2]

Yazışma adresi: Dr. Gabriele Saccone. Napoli Federico II Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Üreme Bilimleri ve Diş Hekimliği Bölümü, Nörobilim, Napoli, İtalya. e-posta: gabriele.saccone.1990@gmail.com / **Geliş tarihi:** 9 Ağustos 2020; **Kabul tarihi:** 14 Eylül 2020

Bu yazının atf künyesi: Casella C, Capasso E, Bianco C, Saccone G, Guida M, Graziano V, Paternoster M. Elective cesarean section on maternal request: ethical and legal considerations. Perinatal Journal 2020;28(3):154–156. doi:10.2399/prn.20.0283007

Bu yazının çevrimiçi İngilizce sürümü: www.perinataljournal.com/20200283007

ORCID ID: E. Capasso 0000-0001-9907-9078; C. Bianco 0000-0002-1143-8783; G. Saccone 0000-0003-0078-2113

Sezaryen doğum verileri, Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından %15 oranındaki bir sınır ile belirlenen endikasyonlarla çalışmaktadır.^[3] Bu, İtalya'da gerçek bir endikasyon olmaksızın sezaryen doğumların tercih edildiği genel bir politika olduğunu göstermektedir. Olasılıkla bu durum, yasal baskının azaltılması^[4] ve/veya maternal ağrı veya rahatsızlıktan ve doğum yapma korkusundan kaçınmak için ortaya çıkmaktadır.

Sezaryen doğum, ikiz gebelikler veya makat gelişin yanı sıra fetüsün distres belirtileri gösterdiği durumlarda daha güvenli bir doğum yöntemidir. Bununla birlikte, sezaryen doğum her zaman gelecekteki gebeliklerde artmış riskle ve intraoperatif ve postoperatif komplikasyonlarla ilişkilendirilmektedir. Bu riskler kadınlar tarafından tamamen anlaşılabilir.

Sağlıklı bir hastanın üzerinde cerrahi işlem uygulamanın yanı sıra gebeleri bu risklere maruz bırakma konusundaki etik tutum, sağlık sistemimiz üzerinde artan mali baskıyla beraber hasta tercihine yönelik talep ile daha da karmaşık hale gelmiştir. Ele alınacak asıl soru, annenin ve doğacak bebeğinin artmış riskini dikkate alarak, obstetrik endikasyon yokken gebelerin sezaryen doğumu seçmesine izin vermenin (ör. maternal talep üzerine sezaryen doğum) etik olup olmadığıdır.

Amerikan Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanları Derneği (ACOG), maternal talep üzerine sezaryen doğum yapmanın gerekli olmadığına karar verilmesi halinde obstetrisyenin bu talebi yerine getirmekten kaçınılabileceği ve gebeyi bir başka hekime yönlendirebileceğini belirten bir Komite Görüşü beyanı yayınlamıştır. Obstetrisyen sezaryen doğumu gerçekleştirmeye karar verdiğinde, etiğin özerkliğe saygı, yararlılık, zarar vermeme, doğruluk ve adalet ilkelerine saygı göstererek vajinal doğuma kıyasla hastayı olası riskler ve operasyonun faydaları konusunda uyarmalıdır.^[5]

Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanları Kraliyet Okulu (RCOG), aşağıdaki önerileri sunmuştur:^[6]

- Maternal talep, sezaryen doğum için kendi başına bir endikasyon değildir ve talep için belirli sebepler araştırılmalı, tartışılmalı ve kaydedilmelidir.
- Bir kadın ortada tanımlanabilir bir neden yokken sezaryen doğum talep ettiğinde, sezaryen doğumun vajinal doğuma kıyasla genel faydaları ve riskleri tartışılmalı ve kaydedilmelidir.
- Bir kadının doğum yapma korkusu nedeniyle sezaryen doğum talep edildiğinde, destekleyici bir şekilde korkularıyla başa çıkmasına yardımcı olmak amacıyla

kendisine rehberlik sunulmalıdır (örneğin bilişsel davranış terapisi), böylece doğum esnasındaki sancılara yönelik korku azalır ve daha kısa doğum sağlanabilir.

- Bir klinisyen, ortada tanımlanabilir bir neden yoksa sezaryen doğum talebini reddetme hakkına sahiptir. Ancak kadının kararına saygı duyulmalı ve ikinci bir görüş için bir başka hekime sevk edilmelidir.
- 2012 yılında gerçekleştirilen bir Cochrane derleminde, sezaryen doğum için hiçbir net klinik endikasyona sahip olmayan kadınlarda planlı vajinal doğuma kıyasla planlı sezaryen doğumun perinatal ve maternal morbidite ve mortalite ile maternal psikolojik morbidite üzerindeki etkilerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Bu derlemede, miatta tıbbi olmayan nedenlerle planlı sezaryen doğuma ilişkin olarak randomize kontrollü çalışmalarda herhangi bir uygulama tavsiyesine temel oluşturacak kanıtın elde edilmediği sonucuna varılmıştır.^[7]

Çok yakın bir tarihte ACOG, Maternal Talep Üzerine Sezaryen Doğuma İlişkin Komite Görüşünü revize etmiş ve aşağıdaki önerilerde bulunmuştur:^[8]

- Bir hastanın sezaryen doğumu tercih etmesinin ana motivasyonu doğum esnasındaki sancılara yönelik korku ise, obstetrisyenler prenatal doğum eğitiminin ve doğum esnasında duygusal desteğin yanı sıra analjeziyi tartışmalı ve teklif etmelidir.
- Sezaryen doğuma yönelik maternal veya fetal endikasyonların olmaması halinde vajinal doğum planı güvenli ve uygundur ve önerilmelidir.
- Hastanın talebinin ardındaki gerekçeleri keşfettikten ve riskler ile faydaları tartıştıktan sonra, maternal talep üzerine sezaryen doğum 39. gebelik haftasından önce gerçekleştirilmemelidir. Kadınlar ayrıca, sonraki gebeliklerde plasenta previa ve postpartum histerektomi riski konusunda bilgilendirilmelidir. İtalya'da Sağlık Bakanlığının sezaryen doğum oranını azaltmayı amaçlayan uygulama kılavuzları, doğum yapma korkusunu azaltmayı, doğuma ilişkin tıbbi hususlarda rehberlik sunmayı ve en sonunda ikinci bir görüş alması için hastayı bir başka hekime yönlendirmeyi önermektedir.^[8]

Temelde, hiçbir tıbbi endikasyon olmaksızın maternal talep üzerine sezaryen doğum oranındaki artışın iki nedeni bulunmaktadır: yenidoğana yönelik advers olayları azaltmayı amaçlayan maternal varsayım ve sağlık çalışanlarının yanlış tedaviye yönelik sorumluluk korkusu. Etik bakış açısıyla iki farklı husus dikkate alınmalıdır:

Obstetrisyen, annenin vajinal doğumu reddetme (ör. doğum sancısı korkusu nedeniyle) ve sezaryen doğumu tercih etme hakkına saygı duymak zorunda kalabilir veya obstetrisyen, gerekli değilse sezaryen doğumu reddetme hakkına sahiptir. Bizim görüşümüze göre, doğum sancısı ve rahatsızlık veya neonatal advers sonuç korkusu ile ilgili kaygı, sezaryen doğuma yönelik güçlü ve bilinçli bir karar vermeye yeterli değildir. Ayrıca, doğum sırasında böyle bir durum meydana geldiğinde, sancı ve korku gebenin karar verme gücü üzerinde büyük bir etkiye sahip olabilir. Tam olarak böyle bir durumda obstetrisyen, hastaya destek teklif etmelidir ve gebenin gerçek isteğine yönelik yeterli bir doğrulama istemek zorunda olabilir. Ancak gebelik sırasında psikolojik desteğin, vajinal doğum korkusu olan gebelerin yanı sıra daha önce olumsuz doğum deneyimine sahip olanlar üzerinde de faydalı bir etkisi olabileceği gözlemlenmiştir.^[9,10]

Ancak görüşümüze göre, hastanın kendi kaderini tayin etme hakkı ile obstetrisyenin profesyonel özerkliği saygısı arasında çelişki olduğu varsayımında hasta pozisyonu öncelikli olmalıdır. Bu bağlamda, hastanın gönüllü olarak sezaryen doğum talep ettiği durumlar da belirleyicidir. Obstetrisyenin reddetmesi hastaya doğrudan zararlı sonuçlanmıyorsa, tıbbi mesleğin sorumlu bilimsel özgürlüğü prensibine saygı duyulmalıdır. Aksi takdirde, tıbbi hizmeti diğer hekimlere devretme imkanı bulunmuyorsa, gebenin lehine ve isteği yönünde bu prensipten ödün verilmelidir. Ayrıca gebenin rızası antenatal dönemde olabildiğince erken bir şekilde sunulan temel bir bilgi ile alınmalıdır ve amaçlanan bakım planındaki her değişiklikte tekrarlanmalıdır. Bu yöntemin uygulanması ile, kadınların endişeleri ve isteklerini görüşmeye ve tercihleri etkileyebilecek herhangi bir acil durum olmadığı ve genel olarak karara ilişkin tüm hususları sakın şekilde ele almanın mümkün olduğu durumda diğer sağlık hizmeti sağlayıcılarıyla randevu ayarlamaya yetecek zaman kalacaktır. Bu bakımdan, RCOG'un "sezaryen doğum yapmayı seçme" görüşünün, planlı bir sezaryen doğum yapmayı isteyen gebeler için çok faydalı olabileceğine inanıyoruz.^[6]

Çıkar Çakışması: Çıkar çakışması bulunmadığı belirtilmiştir.

Kaynaklar

1. Yearly report on the activity of hospitalization. Data SDO 2018. [Internet]. Rome: General Direction of Health Planning. [2019 June]. Available from: http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2898_allegato.pdf
2. Torloni MR, Betrán AP, Montilla P, Scolaro E, Seuc A, Mazzoni A, et al. Do Italian women prefer cesarean section? Results from a survey on mode of delivery preferences. *BMC Pregnancy Childbirth* 2013;13:78. [PubMed] [CrossRef]
3. Maternal & Child Health Research Consortium. Confidential enquiry into stillbirths and deaths in infants. 7th Annual Report, 41, London: MCHRC; 2000.
4. Vimercati A, Greco P, Kardashi A, Rossi C, Loizzi V, Scioscia M, et al. Choice of cesarean section and perception of legal pressure. *J Perinat Med* 2000;28:111–7. [PubMed] [CrossRef]
5. American College of Obstetricians and Gynecologists. Surgery and patient choice: the ethics of decision making [ACOG Committee Opinion no 289] *Obstet Gynecol* 2003; 102:1101–6. [PubMed] [CrossRef]
6. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health. Caesarean section. Clinical Guideline. April 2004. <http://www.csh.org.tw/dr.tcj/Educartion/Guideline/OB%20guideline/CS1%20Guideline.pdf>
7. Lavender T, Hofmeyr GJ, Neilson JP, Kingdon C, Gyte GML. Caesarean section for non-medical reasons at term. *Cochrane Database Syst Rev* 2012;2012(3):CD004660. [PubMed] [CrossRef]
8. The American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). ACOG Committee Opinion No. 761: Cesarean delivery on maternal request. *Obstet Gynecol* 2019;133:e73–e7. [PubMed] [CrossRef]
9. González-Hernando CRN, García-Alonso MM, Vázquez-Fernández ME, San José-Arribas A, Sanz-Almazán M, Puebla-Nicolás E. Evaluation of a "Mother and Child Healthcare Blog" and post-use satisfaction: a qualitative interview study. *International Journal of Nursing* 2016;3:1–8. [CrossRef]
10. Nanette PF, Cordero MAW, Munoz AP, Nash D. Collaboration effort between physicians and nurses: a feedback tool for the review of the hospitals. *International Journal of Nursing* 2017;4:19–26. [CrossRef]

Bu makalenin kullanım izni Creative Commons Attribution-NoCommercial-NoDerivs 3.0 Unported (CC BY-NC-ND3.0) lisansı aracılığıyla bedelsiz sunulmaktadır. / This work is licensed under the Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivs 3.0 Unported (CC BY-NC-ND3.0) License. To view a copy of this license, visit <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/> or send a letter to Creative Commons, PO Box 1866, Mountain View, CA 94042, USA.