

Devran Bebek Üzerine: Önlenebilir Anne Ölümleri ve Etik Sorumluluk

About Baby Devran: Preventable Maternal Deaths and Ethical Responsibility

Can ILGIN^a

Prof. Dr. N. Yasemin Yalım'ın "Devran Bebek" başlıklı makalesi, Türkiye'de rapor edilen gelişmelere rağmen hâlâ önemli bir halk sağlığı problemi olan anne ölümleri üzerine etik, halk sağlığı ve klinik yönlerden önemli bakış açıları sunmaktadır. Makalede riskli gebeliği olan genç kadının, çocukluktan itibaren hikayesi ve genç kadının ölümüyle sonuçlanan olaylar detaylı olarak anlatılmaktadır (1).

Genç kadının evlilik öncesi yıllarında tıbbi takibinin gerektiği biçimde yapıldığı anlaşılmaktadır. Ancak makalede kadının neden kalp hastası olduğu tam olarak anlatılmamıştır. Konjenital kalp hastalığı olan çocukların, tanı aldıkları andan itibaren takip edilmeleri gerekmektedir (2). Çocuk doğumdan sonraki yıllarda edinsel nedenlerle kalp hastası olmuşsa, birincil koruma ile engellenebilen kalp hastalığı söz konusudur. Romatizmal kalp hastalıkları, önlenebilen pediatrik kalp hastalıkları arasında yer almaktadır (3). Çocukların romatizmal kalp hastalıklarından korunması birinci basamakta çalışan sağlık personelinin tıbbi sorumluluğundadır (4).

Genç kadının evlilik sonrası kontrollerinin aksadığı ve gebelik kararını hekimlere danışmadan aldığı belirtilmektedir. Hastanın, hangi uzmanlık alanı tarafından takip edildiği makalede belirtilmemiştir. Pediatrik ya da pediatrik kardiyologların hastalarını erişkinlik döneminde erişkin kardiyoloji ya da kalp damar cerrahisi anabilim dallarına yönlendirmeleri ve bu konuda gerekli bilgilendirmeyi yapmaları, tıbbi ve etik sorumlulukları arasındadır (5). Konjenital ya da edinsel kalp hastalığı olan kadının, hastalığın olası komplikasyonlarından korunması ikincil korumadır (6).

Genç kadın, hekimler tarafından gebelik komplikasyonları açısından bilgilendirilmiştir. Ancak makale, hekimlerin kadının gebeliğinin mutlak riskleri üzerine yoğunlaştığını bildirmiştir. Eğer kadının gebe kalması, tıbbi açıdan mutlak olarak kontraendikeyse, kontrasepsiyon yöntemleri ile hastanın hayatı kurtarılabilirdi (7). Bu eylem birincil koruma içinde değerlendirilebilir. Genç kadın, hekimi tarafından muayene edilmiş ve gerekli tıbbi müdahale hakkında bilgilendirme yapılmamışsa, hekim birincil koruma eylemini yerine getirmemiştir. Ek olarak, genç kadının gebeliğin komplikasyonları üzerine aldığı bilgilendirme, kadının eğitim seviyesine uygun ve anlaşılır biçimde yapılmalıdır. Bilgilendirmenin açık, anlaşılır, hedefe yönelik ve kapsayıcı olması bilgilendirmeyi yapan hekimlerin sorumlulukları arasındadır (8).

Genç kadının, evliliğinin ilk beş yılında gebelikten korunduğu bildiriliyor. Bu durum, kadının aile planlaması yönünde desteklendiği, aile planlaması yöntemlerini doğru şekilde uyguladığını gösterebilir. Ancak kalp hastalığı olan kadının, aile planlama yöntemlerinin risk grubuna özgü riskleri konusunda yeterli biçimde bilgilendirilmesi, aile planlama yöntemlerini uygulayan hekimlerin ya da sağlık personelinin sorumlulukları arasındadır. Bu bilgilendirme ile birincil koruma sağlanabilir (9). Gebeliğin risklerinden dolayı, gebeliğin sonlandırılması ikincil koruma olarak değerlendirilebilir (10). Gebelik terminasyonuna yönelik heyet raporunun alınması için hekim, hastasını bilgilendirmiş ve doğru yönlendirmiştir. Ancak hastanın özerkliğine saygı duyarak hastasını bu seçime zorlamamıştır.

^aDr., Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, ✉can.ilgin@marmara.edu.tr

Gönderim Tarihi: 29.08.2017 • Kabul Tarihi: 01.09.2017

Gebeliğin yedinci ayında gelişen semptomlar sonrası kadının yardım arama davranışındaki gecikme, birinci gecikme olarak sınıflandırılabilir (11). Kadın, hekimler tarafından gebeliğin riskleri konusunda birçok kez bilgilendirilse de bilgilendirmenin içeriği ve süresi bildirilmemiştir. Ek olarak kadının eğitim düzeyi ve statüsü de otonom karar verme şansını azaltmıştır. Bu nedenle kadın yardım aramada geç kalmıştır (12). Gebelik boyunca sadece gebeliğin başında doğum öncesi bakım almış olması da birinci gecikmeye neden olan faktörler arasındadır. Hastanın ikamet ettiği bölgede, riskli gebeye müdahale edecek sağlık kuruluşu olmadığı ya da bu yöndeki inanç nedeniyle Ankara'ya doğru, hasta için uygun olmayan bir yolculuğun başlaması, ikinci gecikmeye yol açmıştır. Gebenin ikamet ettiği bölgede ya da o bölgeye en yakın riskli gebeliği takip edebilecek sağlık personeli ve donanıma sahip olan hastanede takip edilmesi ve acil durumda ambulans ile bu hastaneye taşınması, ikinci gecikmeye bağlı ölümü engelleyebilirdi (13). Makalede acil servis donanımının gebe ve fetüsün takibi için yeterli olduğu belirtilmiştir. Hastanın doktoru, riskli gebe ve zor doğum ile ilgilenebilecek teorik ve pratik bilgiye sahiptir. Ancak hastanın makalede tariflenen acil servis yerine, ilgili uzmanların (kadın hastalıkları ve doğum, perinatoloji, kardiyoloji, anestezi gibi) bulunduğu bir üst merkezde tedavisi, olası üçüncü gecikmeyi engelleyebilirdi.

Makalenin son kısmında, fetüsün yaşamına ilişkin babanın verdiği karara yer verilmiştir. Ancak makalede tariflenen vakada baba, fetüsün yaşaması durumunda gelişebilecek komplikasyonları değerlendirme kapasitesine ve fetüsün hayatı konusunda karar verme yetisine sahip değildir. Fetüsün iyilik hali yaşam ile bağdaşmıyorsa ve yapılacak tüm müdahaleler fetüsün ölümü ile sonuçlanacaksa, tedavinin boşunluğu üzerine tartışılabilir (14,15). Ancak makalede fetüsün iyi durumda olduğu ve gerekli tıbbi müdahale ile doğurtulabileceği bildirilmiştir. Bu nedenle babanın onamına ihtiyaç olmaksızın fetüs doğurtulabilir. Ancak doğum öncesi ve sonrası bebeğin durumu hakkında babaya gerekli bilgi verilmeli, bebeğin doğum sonrası hastanede bakımı ve hastane sonrası bakımı için gerekli sosyal destek sağlanmalıdır (16).

KAYNAKLAR

1. Yalın YN, Devran Bebek. Turkish Journal of Bioethics. 2017;4(1):36-38. Doi: 10.5505/tjob.2017.93584
2. Wren C, O'Sullivan J. Survival with congenital heart disease and need for follow up in adult life. Heart. 2001;85(4):438-443. Doi:10.1136/heart.85.4.438.
3. Marijon E, Mirabel M, Celermajer DS, Jouven X. Rheumatic heart disease. The Lancet . 379;9819. s. 953-964
4. Zühlke LJ, Karthikeyan G. Primary Prevention for Rheumatic Fever. Global Heart. 2013;8:3. s. 221-226. ISSN: 2211-8160, <http://dx.doi.org/10.1016/j.gheart.2013.08.005>.
5. Wray J, Frigiola A, Bull C, et al Loss to specialist follow-up in congenital heart disease; out of sight, out of mind. Heart. 2013;99. s. 485-490.
6. Khairy P. Ventricular arrhythmias and sudden cardiac death in adults with congenital heart disease. Heart. 2016;102. s. 1703-1709.
7. Kiely DG, Condliffe R, Wilson VJ, Gandhi SV, Elliot CA. Pregnancy and pulmonary hypertension: a practical approach to management. Obstetric Medicine. 2013;6(4). s. 144-154. Doi:10.1177/1753495X13495193.
8. Gatzoulis MA. Adult congenital heart disease: education, education, education. Nature Reviews Cardiology. 2006;3:2-3. Doi:10.1038/ncpcardio0382.
9. Uebing A, Steer PJ, Yentis SM, Gatzoulis MA. Pregnancy and congenital heart disease. BMJ : British Medical Journal. 2006;332(7538). s. 401-406.
10. Olsson KM, Channick R. Pregnancy in pulmonary arterial hypertension. European Respiratory Review. 2016;25(142). s. 431-437. Doi: 10.1183/16000617.0079-2016.

11. Thaddeus S, Maine D. Too far to walk: maternal mortality in context. *Soc Sci Med.* 1994; 38(8). s. 1091-110.
12. Mgawadere F, Unkels R, Kazembe A, Van den Broek N. Factors associated with maternal mortality in Malawi: application of the three delays model. *BMC Pregnancy and Childbirth.* 2017;17:219. Doi:10.1186/s12884-017-1406-5.
13. Jackson R, Tesfay FH, Gebrehiwot TG, Godefay H. Factors that hinder or enable maternal health strategies to reduce delays in rural and pastoralist areas in Ethiopia. *Trop Med Int Health.* 2017;22(2):148-160. Doi: 10.1111/tmi.12818. Epub 2017 Jan 3.
14. Fine RL, Whitfield JM, Carr BL, Mayo TW. Medical Futility in the Neonatal Intensive Care Unit: Hope for a Resolution *Pediatrics.* 2005;116(5). s. 1219-1222; DOI: 10.1542/peds.2004-2790.
15. Chervenak, Frank A. Ethical issues in periviable birth. *Seminars in Perinatology.* 37;6. s. 422 - 425
16. Arnold C, Tyson JE, Outcomes following periviable birth. *Seminars in Perinatology.* 38;1. s. 2 - 11