

Doğum ve Medikalizasyon

Birth and Medicalization

Merve Şahin¹  Nülüfer Erbil² 

¹Hemşire, Ünye Devlet Hastanesi, Doğum Servisi, Ordu, TÜRKİYE

²Ordu Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Ordu, TÜRKİYE

Geliş tarihi/ Date of receipt:30/05/2019 **Kabul tarihi/ Date of acceptance:**28/09/2019

© Ordu University Faculty of Health Sciences, Department of Nursing, Turkey, **Published online** 30/09/2019

ÖZET

Doğum ağrısını azaltan, doğum eylemini kolaylaştıran gelişmelerin olması doğumda medikalizasyon kavramını ortaya çıkarmıştır. Medikalizasyon ile birlikte doğal yollarla olması gereken doğum, riskli ve müdahale edilmesi gereken bir olay olarak görülmeye başlanmıştır. Elektronik fetal monitörizasyon, indüksiyon ve epizyotomi gibi doğum eyleminde yapılan uygulamalar artmış, doğum riskli bir eylem olarak algılanmaya başlanmış, hastane ortamında gerçekleştirilmesinde zorunluluk hissedilmeye başlamıştır. Bu nedenle günümüzde, medikalize doğumlar tartışılmaya başlanmış, doğal doğumu arttırmak ve sezaryen oranlarını düşürmeye çalışılmıştır. Bu derlemede, doğumda kullanılan medikalizasyon uygulamaları, neden ve sonuçları ile hemşire ve ebelerin sorumluluklarına dair literatür bilgileri paylaşılmıştır.

Anahtar kelimeler: Doğum, doğum eylemi, medikalizasyon

ABSTRACT

The fact that there are improvements that reduce labor pain and facilitate labor has revealed the concept of medicalization at birth. With medicalization, birth which should be done naturally, is seen as a risky event that needs to be intervened. Practices in labor such as electronic fetal monitoring, induction and episiotomy have increased, birth has started to be perceived as a risky act and it has become necessary to perform it in hospital environment. For this reason, medicalized deliveries have been started to be discussed and natural births and cesarean rates have been tried to be reduced. In this review, the literature information about medicalization practices used at birth, causes and consequences, and responsibilities of nurses and midwives were shared.

Key words: Birth, labor, medicalization

ORCID IDs of the authors: M.Ş. 0000-0001-5742-1568; N.E.0000-0003-3586-6237

Sorumlu Yazar/Corresponding Author:

Merve ŞAHİN

Ünye Devlet Hastanesi Ünye / Ordu, TÜRKİYE

e-posta/e-mail adresi: mrvshn_5594@hotmail.com

Bu çalışma, Ordu Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Yüksek Lisans Semineri olarak 09/05/2018 tarihinde sunulmuştur.

Atıf/Citation: Şahin M, Erbil N (2019). Doğum ve Medikalizasyon. Ordu University Journal of Nursing Studies 2 (2), 120-130.

Giriş

Gebelik ve doğum çoğu toplumda normal bir süreç olarak kabul edilen vücudun normal, sağlıklı ve doğal bir fonksiyonu olmakla birlikte, ebeveynler için en güzel yaşam deneyimlerindedir (Hotelling 2009; Yakut, 2015). Geçmişten günümüze çeşitli sebeplerle doğal doğumdan uzaklaşmıştır (Khan 2008, Özkan ve ark 2013, Yıldırım ve ark 2015). Doğum yeri evden hastaneye; doğuma katılanlar akraba ve arkadaş, kadınlar ve ebeden, doktor ve sağlık personeline; kullanılan teknikler ise doğal süreçlerden ilaç ve ameliyatın oldukça yoğun kullanımına ve doğumun anlamı sosyal ve kişisel bir olaydan medikal bir olaya dönüşmüştür (Vural ve Erenel, 2017).

Doğumun, geçmişte kadının yarımsız ya da profesyonel olmayan bir yardım ile yaptığı fizyolojik bir olay olduğuna inanılmış; bir problem olmadıkça kadınlar bebeklerini doğal yöntemler ile evlerinde dünyaya getirmişlerdir (Apay ve Sakar; 2015). Kadınlar doğum yaparken istedikleri gibi hareket etmiş; içgüdülerini dinleyerek kasılmalar karşısında kendi istedikleri pozisyonları almışlardır (Yıldız, 2018). Ayrıca tarihte kadınlar, çeşitli taşlar, muska ve tılsımı doğumu kolaylaştırmak amacıyla kullanmış, doğum yaparken çeşitli tanrıçalardan, adak, dua, büyü ve tılsımlardan yardım ummuşlardır. Örneğin; Anadolu'da "Meryem Ana Eli" diye bilinen (suya atıldığında el parmağı gibi açılan) bir bitki kökü, süt ve yumurta kabuğu tozu birlikte içildiğinde, uterus kasılmalarına yardımcı olacağına inanılmıştır (Kömürcü ve Gençalp, 2002).

Tarihte, doğum eylemine müdahale amaçlı çeşitli araçlar ve uygulamalar geliştirilmiştir. Romalılar zamanında kraniyoklast, dekapitator, vajinal spekulum, dilatör ve skalpel gibi aletler kullanılmıştır. Romalılar kraniyoklastı, baş-pelvis uyuşmazlıklarında ölü fetüsü doğurabilmek için fetüs başını parçalamak amacıyla kullanmıştır. Aynı yıllarda Simpson, vakum ekstraksiyonunu bulmuş ve ilk kez kraliçe Viktorya'ya kloroform uygulayarak doğum ağrılarını kurtulmasını sağlamıştır (Bayırlı, 2019).

Lister ve Semmelweis ise asepsi ve antisepsi geliştirecek sepsis ve puerperal enfeksiyonların önlenmesinde önemli adımlar atmıştır (Kömürcü ve Gençalp, 2002). 1800'lü yılların sonlarına doğru ise Porro sezaryen ameliyatını geliştirmiştir. Kan ürünleri, antibiyotik ve anestezi alanındaki gelişmeler sezaryen oranının artmasına ve halen günümüzde en güvenilir, en sık uygulanan jinekolojik cerrahi işlemlerden biri haline gelmesine neden olmuştur (Akdaş ve Gönenç, 2011).

Günümüzde ise genellikle doğum hastanede medikalize edilmektedir. Günümüzde yapılan uygulamalar arasında; rutin epizyotomi ve oksitosin uygulamaları, yeme-içme kısıtlaması ve elektro fetal monitörizasyonu (EFM) için uzun süreli gebeyi yatar pozisyonda tutma sıkça kullanılmaktadır (Yıldız, 2018).

Doğumun Medikalizasyonu

"Medikalizasyon/tibbileştirme" geçmişte hastalık ya da rahatsızlık olarak kabul edilmeyen durumların hastalık ya da rahatsızlık olarak kabul edilmesi ev yaşam üzerinde tıbbın denetimi ve kontrolünün artması" olarak tanımlanmaktadır (Kurttaş, 2017). "Doğumda medikalizasyon" ise gebelik ve doğum esnasında; anne adayını için bilinmezlik ve çoğunlukla istenmeyen bir olay olarak görülmektedir (Clesse ve ark., 2018). Medikalizasyon süreci, anne adayını ve ailesini kendisi ile ilgili durumlarda dışarıda bırakarak kararları alan bir bakım sürecidir. Kadın doğumhaneye girdiği anda medikalize olmaya başlamaktadır. Gebeye doğumhanede ya da servislerde hemen damar yolu açılması, birçok defa kan alınması, anemmez için birçok sorunun ard arda yöneltmesi, elektronik fetal monitöre bağlanıp serum takılması gibi birçok işleme maruz kalmaktadır (Johanson ve ark., 2002; Prosen ve Krajnc, 2013).

Medikalleşme ile ilgili deneyimler ve bedenler üstünde "kontrol" etkisi oluşmuştur. Medikalizasyonun ortaya çıkışında birçok faktör etkili olmuştur. Malpraktis yasaları, kar amacı güdülmesi, teknolojinin kullanılmasının güven hissi oluşturması gibi nedenler medikalizasyona katkı sağlamıştır.

Ayrıca son yıllarda biyomedikal hastane/mühendislik gibi yeni sahaların da ortaya çıkması medikalleşmenin artışına neden olmuştur (Clesse ve ark., 2018). Bu faktörlerden en önemlisi, modern tıbbın hastalık ve sağlıkta etkinliğini arttırması ve bu alanda hemen hemen tek otorite haline gelmesidir. Bunun neticesinde geleneksel toplumlarda normal bir süreç olarak görülen pek çok durum, tıbbi bir durummuş gibi ele alınmaktadır. Doğal bir süreç olan gebelik ve doğum, 20.yüzyılın başından bu yana modern tıbbın kontrolü ve denetimi altında tıbbileştirilmiştir (Kurtdaş, 2017; Cindoğlu, 1995).

Doğumun medikalizasyonu dünyada olduğu gibi ülkemizde de çarpıcı bir artış göstermektedir (Kurtdaş, 2017). Doğum söz konusu olduğunda deneyim, etki ve mekânın önemi üzerine yapılan araştırmalar büyürken, odak noktası öncelikle hastane alanı olarak kalmaktadır (Burns, 2015). Doğumun medikalizasyonun artışı birçok etkene bağlanmaktadır. Bunlardan biri, doktorların doğumu kendi eğitimleri için bir vaka olarak görmeleridir. Çünkü doktorlar anestezi, forseps, vakum gibi uygulamaları, hastane ortamında daha rahat uygulamaktadırlar. Doktorların tıp bilgisinin yüceliği hakkındaki inançları, doğal olan doğumda, kendisini ve hastaneyi vazgeçilmez olarak görmeleri ve mesleğinin gücünü arttırmak istemeleri doğumun medikalizasyonunu desteklemiştir (Cindeoğlu, 1995).

Doğumun medikalizasyonunun doktorlara sağladığı avantajlar dışında, gebelere de birtakım avantajlar sunulması onları hastaneye yöneltmektedir. Hastanelerde kadınlara sunulan otelecilik hizmetleri, evde yapması gereken işlerden kurtularak dinlenme fırsatı bulmaları ve ağrısız doğum teknikleri kadınların hastaneleri daha çok tercih etmelerine neden olmuştur (Cahill, 2001; Vural ve Erenel, 2017).

Doğumun medikalizasyonuna başka bir neden olarak, medya gösterilmektedir. Schanie ve ark. (2008) yaptıkları bir çalışmada, yeni annelerin gebelik, doğum yapma ve çocuk yetiştirme konularındaki çoğu bilgileri güncel

dergilerden elde etmelerinin kadını ne derece etkileyebileceğini gösterdiği bildirilmiştir. Kar amaçlı, kültür ve hastalık endüstrilerinin işbirliği sonucunda, ortaya çıkan sağlıkla ilgili medya programları medikalizasyonun yerleşmesi ve yaygınlaşması açısından büyük öneme sahiptir. Bu programlarda özellikle doğum, kadın bedenine ve yaşamın doğal döngüsüne müdahale edilmesi gereken sağlık sorunları olarak gösterilmektedir. Kaya (2011)'nın yaptığı çalışmada, TV programlarında izletilen doğumun, normal değil sezaryen olması ve doğuma hazırlanan kadının aynı diğer hastalar gibi hazırlanması, ameliyata gönderilmesi televizyon başındaki izleyici kadını etkilediği belirtilmektedir. Programda canlı yayınlanan doğumun sanki olağanüstü bir durummuş gibi gösterilmesi, kadın bedeninin medikalize edilmesi sürecinin geldiği noktayı dikkat çekici bir şekilde göstermektedir. Daha da önemlisi programlarda gebelik ve doğumun hastalık olarak anlatılması ve ilerleyen teknolojinin uygulama alanı haline getirilmektedir (Kaya, 2011).

Doğumda medikalizasyonun bir başka nedeni, sağlık alanında açılan davalardır.

Yapılan bir araştırmada sağlık alanında açılan davaların % 70'inin kadın hastalıkları ile ilgili olduğu ve bu vakaların % 99'unun doğumda "müdahale etmeme" veya "müdahale halinde gecikme" ile ilgili olduğu belirtilmiştir. Bu nedenle hekimlerin doğum sırasındaki müdahaleyi arttırdıkları, kadınları yeterince bilgilendirip onamlarını almayarak, doğum kararında yönlendirici oldukları ve kadınların kendilerine ve hastanelere bağlılıklarını arttırdıkları belirtilmektedir (Vural ve Erenel, 2017).

Doğumda Kullanılan Medikalizasyon Uygulamaları

Gelişen tıp ile birlikte doğumların hastanede daha güvenli olacağı konusunda çoğu ülke hemfikirdir (Yıldız, 2018). Medikalize doğumda tanımlanan teknolojiler, kan transfüzyonundan, hasta yatağı başı monitörleri, fetal izlem cihazları, forseps, vakum, epizyotomi, manuel teknikler, indüksiyon ilaçları ve sezaryen gibi

müdahalelere kadar uzanmaktadır. Kullanılan bu teknolojiler bebek ve anne sağlığı için oldukça önemli olmakla birlikte, gereksiz yapılan müdahaleler bebek ve anne sağlığını olumsuz etkilemekte ve maliyeti yüksek doğumlara neden olmaktadır. Ancak son yıllarda yapılan doğumlarda tıbbi müdahalelerin sayısı artmakta, ilk doğumların neredeyse tümünde epizyotomi yapılmakta ve sezaryen doğumlar giderek artmaktadır (Vural ve Erenel, 2017).

Fetüste anormal koşulları tespit etmek için yapılan elektronik fetal monitörizasyon, amniyotomi, vakum, forseps, epizyotomi, doğum indüksiyonu ve sezaryen doğumda en yaygın kullanılan medikalizasyon uygulamalarıdır (Cairolı, 2010).

Elektronik Fetal Monitörizasyon

Elektronik fetal monitörizasyon, doğum öncesi bebeğin iyilik halini belirlemek, erken doğum riskini ve hipoksi gibi durumların saptanması ve gerekli önlemlerin alınması için kullanılan bir uygulamadır (Demir ve Kalelioğlu, 2018).

Amerikan Obstetrisyenler ve Jinekologlar Birliği (American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG)), gebelerin ne zaman elektronik fetal monitöre bağlanması gerektiğini bir protokol ile belirtmiştir (ACOG, 2009). Bu protokole göre, düşük riskli gebeliklerin doppler ya da fetoskop ile takibi yeterlidir. Fakat son yıllarda artan malpraktis davalarında elektronik fetal monitörizasyon çıktısını delil olarak gösterilmesi, başta ülkemiz olmak üzere birçok ülkede sürekli olarak kullanılmasına sebep olmuştur (Demir ve Kalelioğlu, 2018).

Amniyotomi

Amniyotomi, amniyotik zarların suni olarak açma işlemidir. Bu yöntem ile doğumu başlatmak ve hızlandırmak için kullanılır. Amniyotomi, doğum eylemini başlatmak veya hızlandırmak amacı ile kullanılan müdahale yöntemidir (Taşkın, 2014). Amniyotominin bazı komplikasyonları; intrauterin enfeksiyon, yenidoğanda enfeksiyon gelişmesi, fetal kalp atım hızında düşme, vasa previa, doğum

ağrısında artma, kord prolapsusu ve uterus hiperstimülasyonudur (Erenel ve Çiçek, 2018). Yapılan bir çalışmada “Anne Dostu Doğum Modeli”ne göre eğitim alan anne adaylarının standart eğitim alan anne adaylarına göre epizyotomi, sürekli fetal monitörizasyon ve amniyotomi yöntemleri daha az tercih ettikleri görülmüştür (Li ve ark., 2015).

Vakum

Vakum aleti ile saçlı fetal deride negatif basınç oluşturularak, fetus başına traksiyon uygulayıp fetusun pelvisten geçişi sağlanır (Yakut, 2015; Karakuş ve ark., 2014; Taşkın, 2014). Doğumu hızlandırmak amacıyla bebeğin doğum kanalından ilerleyemediği durumlarda, annenin ıknmasına engel bir durum olduğunda, doğumun hızla gerçekleşmesi gereken fetal distres durumunda kullanılır (Karakuş ve ark., 2014). Nikpoor ve Bain (2013), müdahalesiz vajinal doğum oranında azalma ve vakum- forseps kullanımının vakum lehine artış gösterdiğini belirtmektedir. Bu uygulamanın annede oluşturabileceği komplikasyonlar; perine yara yeri enfeksiyonu, rektovajinal fistül perianal, vajinal ve servikal laserasyonlar, vajinal hematoma, doğum sonrası kanama ve perineal ağrı ve nadir olarak üretra yaralanmasıdır. Bebeğe ise perinatal ölüme, emmede başarısızlık, retina kanamasına neden olabilmektedir (Suwannachat ve ark., 2012). Ayrıca vakum uygulaması intrakranial yaralanma, asfiksi, sefal hematoma, kaput suksadeneum, laserasyon ya da kafa derisi sıyrıkları gibi komplikasyonlara neden olabilmektedir. Destekli vajinal doğumlarda şiddetli perineal travma ise annelerde olumsuz psikolojik etkiye neden olabilmektedir (O'Mahony ve ark., 2010). Forseps ve vakum ile yaptırılan doğumların karşılaştırıldığı bir araştırmada doğumda levator ayrılma riskini beş kat artırdığı belirtilmiştir (Memon ve ark., 2015). Vakum aleti uygulanarak vajinal doğum gerçekleştirilmesi gün geçtikçe azalan bir uygulamadır. Karakuş ve ark. (2014) yapmış olduğu 5 yıllık çalışmada da yıllık vakum aleti ile doğum ortalamasının %0.4'ten %0.2'ye düştüğü izlenmiştir. Yapılan başka bir çalışmada vakum ile doğum oranı 1976, 1986,

1996, 2006 ve 2016 yıllarında sırasıyla %0.97, %0.42, %0.17, %0.06 ve %0 olarak belirtilmiştir (Tanaçan ve Bektaş, 2019).

Forseps

Forseps, fetüsün başını kavrayarak bebeğin doğumuna yardımcı olmaktadır. (Nikpoor ve Bain 2013). Forseps uygulaması 16. yüzyıllara dayanan oldukça eski bir yöntemdir. Kullanımı giderek azalmış olsa da dünya genelinde kullanım oranı %1.5-26 arasındadır. Ülkemizdeki insidansın ise alt sınırlara yakın olduğu tahmin edilmektedir (Gelişen ve Dur, 2008). Yine yukarıda bahsedilen aynı çalışmada müdahaleli doğum sıklığı 1976, 1986, 1996, 2006 ve 2016 yıllarında ele alınarak %16.4, %17.1, %5.1, %1.9 ve %0 olarak bulunmuştur. Müdahaleli doğumlar içinde forseps kullanım sıklığı sırası ile %99.3, %99.58, %99.83, %99.94 ve %0 olarak bulunmuştur (Tanaçan ve Bektaş, 2019). Forsepsin belli başlı komplikasyonları; saçlı deri ve fetal yüz yaralanmaları, epizyotomi oranında artış, perinede yırtıklar, idrar inkontinansı, perineal travma ve annede analjezi kullanımında artıştır (O'Mahony ve ark 2010).

Epizyotomi

Epizyotomi, “perine insizyonu ile vajinal açıklığı artırmak için doğumun ikinci evresinin son bölümünde uygulanan cerrahi kesidir” (Karaahmet ve Yazıcı, 2017). Epizyotomi, dünya çapında kadınların en sık yaşadığı tıbbi uygulamalardan biridir. Epizyotomi son zamanlarda rutin uygulama olmaktan çıkmıştır. Yapılan çalışmalarda epizyotomi oranları multipar doğumlarda %6-12, nulliparlar doğumlarda %54-92.3 arasındadır (Al-Ghamari, 2016; Raisanen ve ark., 2010).

Ülkemizde epizyotomi oranlarını konu alan çalışmalar sınırlı olup, multipar doğumlarda %51.8-72 nullipar doğumlarda %92-96.7 arasındadır (Kaya ve Demirel, 2018). Ülkemizde yapılan bir çalışmada hastanelerde gerçekleşen bütün doğumların %65'inden fazlasına, ilk doğum yapanların ise %90'ından fazlasına epizyotomi uygulandığı belirtilmiştir (Yakut, 2015). Epizyotominin en sık görülen

komplikasyonları; doğum sonu ilk üç ayda şiddetli disparoni, daha fazla kan kaybı, enfeksiyon, III. ve IV. derece perine laserasyonları, anal sfinkter travmasına bağlı üriner ve anal inkontinans, perine hasarı ve iyileşme süresinin uzamasıdır (Taşkın 2014).

Doğum İndüksiyonu

Doğum indüksiyonu, uterus kontraksiyonlarının farmakolojik ya da mekanik yöntemler ile yapay olarak başlatılmasıdır. İndüksiyon uygulaması doğumun beklenenden bir iki hafta gecikmesi, zarlar açıldığı halde 24 saat içinde doğumun başlamaması, amniyon zarının enfeksiyonu, preeklemsi, gestasyonel diyabet gibi durumların varlığında kullanılmaktadır (Türkler, 2019). Son yıllarda doğum indüksiyonunun kullanımı artış göstermekle birlikte ciddi morbidite riskinde getirmiştir. Ülkemizde doğum indüksiyonu kullanımı ile ilgili yeterli veri bulunmamakla beraber, tüm hamilelerin yaklaşık %20–30'unda doğum indüksiyonu kullanıldığı bildirilmektedir. Bu bulgu, doğum indüksiyonunun sıkça kullanılan tıbbi bir girişim olduğunu göstermektedir (Demirel ve Çelik, 2013). İndüksiyon uygulanan gebelerde, ikinci bir tıbbi müdahale olasılığını da artmakta (Çetinkaya ve Söylemez, 2013), indüksiyon kullanılan gebelerde fetal distres, uterus rüptürü, antidiüretik etki, hipotansiyon, sezaryen ve hiperstimülasyon gibi komplikasyonlara yol açabildiği belirtilmektedir (Demirel ve Çelik, 2013). Ezeanochie ve ark. (2013), doğumda uygulanan oksitosin indüksiyonunun gebeler üzerindeki memnuniyet düzeylerinin düşük olduğunu belirtmiştir.

Sezaryen

Sezaryen, bebeğin abdominal olarak uterus kavitesinden doğurtulması operasyonudur (Taşkın 2014). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün bildirdiği ideal sezaryen doğum oranı %10-15'dir. Ancak günümüzde sezaryen oranı, bu oranın oldukça üstündedir (Aksay ve ark., 2017; Başar ve Sağlam, 2018; Başkaya ve Sayiner, 2018). Belirlenen bu sezaryen oranının altına inildiğinde veya üstüne çıkıldığında

perinatal ve maternal morbiditenin ve mortalitenin artacağı kabul edilmiştir. Ülkemizde DSÖ'nün %15'lik sezaryen hedefine ulaşamamasındaki en önemli faktörün ise, hekimler üzerindeki malpraktis baskısı olduğu düşünülmektedir (Yapça ve ark.,2015).

Yapılan araştırmalar dünyada yaklaşık her beş kadından birinin sezaryen ile doğum yaptığını göstermektedir (Karabel ve ark., 2017). Özellikle son 10-15 yılda hızlı artış gösteren sezaryen ile doğum, tıbbileşmenin en yoğun yaşandığı alandır (Kurtdaş, 2017). Dünyada en yüksek sezaryen oranları Avrupa ülkelerinde görülmektedir. Bazı Afrika ülkelerinde % 1-2 gibi düşük sezaryen oranları varken, Amerika Birleşik Devletleri ve Kanada'da bu oran % 20-30 arasındadır. Latin Amerika ülkelerinde sezaryen oranları %40'a ulaşmıştır (Başar ve Sağlam, 2018). Türkiye'de primer sezaryen oranı %26.9'dur. Sezaryen doğumun tüm doğumlar içindeki payı ise %54.2'dir (Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2016). 2015 yılında, Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü (OECD) ülkeleri arasında Türkiye, sezaryen doğum sayısında birinci sırada yer almıştır. Her bin canlı doğum başına yapılan sezaryen doğum sayısını gösteren bu ölçüt Türkiye için 1000 canlı doğumda 531 olarak bulunmuştur (Karabel ve ark., 2017). Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması (TNSA) verilerine göre, 2008'deki sezaryen doğum oranı %37 iken, bu oranın 2013'te %48'e yükseldiği görülmektedir (TNSA, 2013).

Dünyada ve Türkiye'deki oranlardan da anlaşılacağı gibi sezaryen ile doğumda önemli bir artış görülmektedir. Hekim isteği ve yönlendirmesi, anne adaylarının isteği, sezaryen doğumun daha güvenilir olduğu düşüncesi, anne adaylarının ağrı çekmek istememeleri, normal doğum sürecinden korkmaları ve anksiyete duymaları (Başar ve Sağlam, 2018), sezaryen doğumun daha konforlu ve ağrısız olması, tüp ligasyon isteği (Yıldız ve ark., 2014), doğum tarihinin planlanabilir olması, annenin ileri yaşı, yüksek sosyoekonomik yapısı ve ileri eğitim düzeyi, geçmiş sezaryen öyküsü, vajinal doğum anında oluşabilecek komplikasyonlarda hekimin medikolegal problemlerle karşılaşması,

sezaryenden başka ağrısız doğum seçeneklerinin yeterince kullanılmaması, yardımcı üreme tekniklerine bağlı preterm ve çoğul gebeliklerin artması, ultrasonografi ve antenatal fetal izlemin yaygın kullanılmasına bağlı fetal distres tanısının artması, paritenin azalması, annenin kariyer endişesi, sezaryen doğumun kolay olduğu düşüncesi, anne adayının sabırsızlığı ve bir an önce doğumdan kurtulma isteği, kıymetli bebek algısı bu oranların arttırmasında etkili olduğunu göstermektedir (Yapça ve ark., 2015; Özkan ve ark., 2013; Karabulutlu, 2012; Karabel ve ark., 2017; Çalık ve ark., 2018; Başkaya ve Sayiner, 2018). Yapılan bir çalışmada, annenin sosyoekonomik düzeyi, eğitim durumu, yaşı, yaşam alanının kentsel bölge olması, doğumun yapıldığı hastane, doktorun özel sahada çalışıyor olması, bir kez sezaryen hep sezaryen düşüncesi gibi etkenlerin sezaryenle doğum oranını arttırdığına dikkat çekilmektedir (Özkan ve ark., 2013).

Medikalize Doğumla İlgili Sorunlar

Doğum alanında gelişen tıp teknolojisi, gereksiz aşırı uygulamalarla reçete edilmiş doğumlara sebep olmuştur. Bu da kadınların gebelik endişelerini artırmış, doğumu ağrılı-acı verici bir olay olarak algılamaya ve doğumu medikal bakış açısıyla görmelerine neden olmuştur.

Doğum sırasında vakum, ilaç ve anestezi kullanımı, ebeler ve gebe kadınlar için rehber kitapların yaygınlaşması, kadın hastanelerinin kurulması, gebelik ve doğum ile ilgili medikalizasyon tartışmalarının oluşmasına neden olmuştur (Apay ve Sakar, 2015; Vural ve Erenel, 2017).

Doğumun medikalizasyonu sonucunda normal üreme sürecini yaşayan kadınlar hasta olarak nitelendirilmekte ve kadınlar ev ortamlarından uzaklaşarak doğumlarını hastanelerde gerçekleştirmekte, doğum anında desteksiz kalmaktadırlar (Karabulutlu, 2012). Doğumun geçmişte olduğu gibi bugün de olduğundan daha riskli bir olaymış algısı yaratılarak tıbbi müdahalelerin normalleştirildiği belirtilmektedir. Bu durumda doğumu riskli bir eylem olarak gören ve bu

konuda yeterince bilgiye sahip olmayan anne adayları, sezaryen doğumların, vajinal doğumlardan daha güvenli olduğunu düşünmektedirler (Çağlayan ve ark., 2010).

Medikalize doğumun getirdiği bir başka sorun ise etik sorundur. Dünyada, isteğe bağlı sezaryenlerin etik tartışmaları devam etmektedir. Uluslararası Jinekoloji ve Obstetri Federasyonu (FIGO) sezaryenin tıbbi nedenler dışında yapılmaması gerektiğini belirtmektedir. ACOG (2013) yaptığı açıklamaya göre gebeliğin 39. haftasından önce isteğe bağlı sezaryenin yapılmaması gerektiğini belirtmektedir. Doğumun riskli bir eylem olarak kurgulanması ve tıbbi müdahalelerin meşrulaştırılması da bazı etik problemleri de beraberinde getirmektedir (Çağlayan ve ark., 2010). Tıbbi müdahalelerin seçiminde etik açıdan annenin ve fetüs/yenidoğanın uygulama sonunda yarar-zarar durumu, özerkliği ve özerkliğe saygı durumu, etik açısından adalet ve sağlık hizmetlerinde sınırlı kaynakların uygun dağıtımı ve isteğe bağlı sezaryenin ekonomik boyutu sağlık profesyonellerinin (hekim-hemşire/ebe) mesleklerinin etik bütünlüğünün korunması yönüyle değerlendirilerek uygun bir karar verilmesi gerekmektedir (Akdaş ve Gönenç, 2011).

Günümüzde Doğumu Medikalizasyonuna Bakış

Doğum medikalizasyonu ile eskiden kadının kendi çaba ve başarısıyla gerçekleştiği bir eylem olan doğum, günümüzde kadınların aktif rolünün yok olduğu ve tıbbin kontrolünde gerçekleşen, kadının hasta ve hizmet alıcı role büründüğü bir olay haline gelmiştir. Kadın bedeninin kontrolünün kendinden çıkması, doktorun ve sağlık endüstrisinin içine girmesi, kadının endişe, merak ve teslimiyet içinde olması normal hayatın bir parçası olarak görülmüştür (Sezgin, 2011). Johanson ve ark. (2002), doğumun mevcut medikalizasyonunu değiştirmek için, her toplumdaki doğum kültürünün yeniden düzenlenmesi gerektiğini belirtmektedirler. Ancak teknolojinin anne ve bebeğinin hayatını kurtaran bir olay olması, teknolojiye duyulan güveni arttırmasının yanı sıra, kadınların doğum süreci çevrelerindeki

doğurganlık kültürü tarafından sınırlandırmıştır (Johanson ve ark., 2002).

Gebelik süreci, sıkı takip edilmesi gerekçesiyle medikalizasyonu en üst noktaya ulaştırmıştır. Gebelik artık normal fizyolojik bir olaydan patolojik bir sürece dönüşmüştür. Bütün gebelikleri tehlike potansiyeli olarak tanımlayan, doğum yapacak annenin hasta olarak kaydını yapan, sürecin her noktasına müdahale eden bir tıp kurumu kültürü oluşmuştur. (Büken, 2016).

Doğumda Medikalizasyonunun Azaltılmasında Hemşire ve Ebenin Rolü

Doğum annenin sosyal, fiziksel ve biyolojik olaylar yaşadığı bir dönemdir. Sağlıklı bir gebelik, doğum ve doğum sonu dönem kadının bu dönemlere hazırlığını ve uyumunu gerektirir. Gebeliğe ve doğum sonu döneme uyum sağlanabilmesi için, kadının aynı ebe ya da hemşire tarafından yakından izlenmesi gerekir. Doğum eylemi sürecinde kadınlara beraber olan hemşire ve ebe bütüncül yaklaşımla bakım vererek kadınların sağlıklı ve rahat doğum yapmalarını sağlayabilir; bebek ve anne sağlığının gelişimine katkı verebilir.

Doğum sürecindeki kadınlar, mahremiyetini koruyamama ve tanımadığı ortamda bulunma gibi durumlarla baş etmeye çalışmaktadırlar. Doğum eylemi hakkında yeterince bilgi sahibi olmayan kadın anksiyete, endişe ve korku yaşamaktadır. Doğum eylemi sürecinde kadına verilen destek kadının olumsuz deneyim yaşamasını önleyebilir. Ebe ve hemşirelerin, gebeleri ev ziyareti ile kendi ortamlarında izlemeleri sonucunda, gebeler kendilerini daha çok güvende hissedecek, doğumla daha iyi baş edebilecek ve sonuçta daha az tıbbi müdahaleye ihtiyaç duyacaklardır (Karaçam ve Akyüz, 2011; Vural ve Erenel, 2017).

Doğum kadının yaşamı boyunca deneyimlediği en güzel duygulardan birisidir. Her kadın kültürel farklılıklar ve insan onuru bakımından, memnun edici ve güvenli bir doğum yaşama ve doğumunu yapacağı yer konusunda özgürce seçim yapma hakkına sahiptir (Bayram, 2009). Doğum süreci bazen kadınları birtakım risklerle karşılaşmasına ve kadının stres yaşamasına neden olabilmektedir (Başar

ve Sağlam, 2018; Özkan ve ark., 2013; Karabulutlu, 2012; Gözükar ve Eroğlu, 2011). Doğru ve yeterli bilgi verilmeyen kadınlar normal doğumun ağrılı olduğu ve bebeğinin risk altında olduğu düşüncesi ile sezaryen doğuma yönelmektedir. Sezaryen doğumları azaltmak ve normal doğuma teşvik konusunda hekimlerin, hemşirelerin ve ebelerin önemli sorumlulukları vardır (Başar ve Sağlam, 2018; Bal ve ark., 2013). Sağlık çalışanlarının bu süreçte verdiği doğru, yeterli ve tarafsız bilgilendirme, doğumun tüm seçenekleriyle kadın ve aile ile tartışılması, destekleyici eğitim ve danışmanlık anne adaylarının kuşku, anksiyete ve belirsizlikleri giderilerek normal doğum için pozitif düşünce sağlanmış olacaktır (Başar ve Sağlam, 2018; Karabulutlu, 2012).

Günümüzde hemşire ve ebeler, kadın sağlığı ve doğum hizmetleri üzerine birincil bakım sağlayıcı sağlık personelidir. Hemşirelik ve ebelik uygulamalarının iyi olduğu İrlanda, İngiltere, Hollanda, Yeni Zelanda ve Avustralya gibi ülkelerde müdahaleli doğum oranı düşüktür.

Bu ülkelerde gebelik ve doğum sonrası verilen hizmetler, ebe öncülüğünde kesintisiz olarak sürdürülmekte ve kadın gebelik öncesinden doğum sonuna kadar danışmanlık, eğitim, izlem ve kaliteli bakım hizmetlerini almaktadır (Çakaloz ve Çoban, 2019).

Kadınlar doğum ağrısı ile baş etme kaygısı nedeni ile hekimlerinden daha çok müdahale talep etmektedirler. Bu sorun gebelerin ebe ve hemşireler tarafından doğum öncesi dönemde hazırlanmaları ile giderilebilir. Doğumun kadınlar tarafından ağrı ve acı olarak algılanmasının terk edilmesi ve bu gerçeğin öncelikle ebe, hemşire ve hekimler tarafından kabul edilmesi gerekmektedir. Ayrıca gebenin destek alacağı bir arkadaş, eş benzeri yakınının ebe ya da hemşire tarafından doğum öncesi dönemde eğitilerek doğuma katılımını sağlamak, doğum sırasında anneye duygusal destek sağlaması açısından önemlidir. Suda doğum ve ağrı sırasında hareket etme, masaj, dikkati bir objeye yönlendirme benzeri farmakolojik olmayan uygulamaların doğum sırasında kullanımını sağlamak doğum ağrısının daha az hissedilmesine yardımcı

olacaktır. Sonuç olarak, ebe ve hemşirelerin doğal doğum konusunda kendilerini geliştirerek bu alandaki rollerine sahip çıkmaları önemlidir (Vural ve Erenel, 2017; Çakaloz ve Çoban, 2019).

Sonuç ve Öneriler

Ülkemizde hastane doğumu kesinlikle güvenlidir. Ancak kadınların doğumlarını daha iyi hatırlamaları için rutin invaziv girişimlerin ihtiyaç duyulan gebelere uygulanması gerekmektedir. Hastanede yatışı uygun görülen gebelerin, servise geldiği andan itibaren birçok işleme tabi tutulması gebenin anksiyete ve stresini arttırmaktadır. Değerlendirilmesi iyi yapılan düşük riskli gebelere hareket etme serbestliğinin sağlanması, gebenin hafif ama enerji sağlayan yiyecek ve içecek alması, doğumu zamanlamasının iyi yapılması, rutin ve erken epizyotomi yerine perinenin iyi desteklenmesi, epizyotomi gerekiyorsa doğru zamanda yapılması doğumların güvenli olması yanında annenin de kendini güvende hissetmesini sağlayacaktır.

Sonuç olarak anne adayları için medikalize edilmiş uygulamaların olumlu/olumsuz etkileri değerlendirilerek gereksinimler doğrultusunda kullanılmalıdır.

Kadınlar normal doğum yapmaya cesaretlendirilerek memnuniyetlerinin artırılması birey ve toplum sağlığı açısından oldukça önemlidir.

Ülkemizde son yıllarda doğal doğum giderek önem kazanmaktadır. Doğumda medikalizasyonun azalması için öneriler;

- Gebelik ve doğumdan önce, gebenin gereksinimleri doğrultusunda danışmanlık hizmeti sunulması,
- Gebelerin doğuma hazırlık kurslarına katılmaları için teşviki,
- Doğuma yönelik yanlış mitlerin ve uygulamaların kanıtlar doğrultusunda tartışılması, doğru bilgilerin edinilmesi ve yanlış uygulamaların düzeltilmesi,
- Doğuma yönelik olumlu tutum geliştirilmesi,
- Anne adaylarının gebelik ve doğum sürecinde desteklenmesi,

-Ağrıyla baş etmede farmakolojik olmayan yöntemlerin kullanıldığı doğumların artırılması,
-Doğumda tıbbi müdahalelerin en aza indirilmesi,
-Ebelerin ve hemşirelerin hizmet içi eğitimlerle güncel bilgileri takip etmesi sağlanması,
-Medyanın toplum üzerindeki etkisi dikkate alındığında medyada vajinal doğuma yönelik olumlu mesajlara daha sık yer verilmesi önerilir.

Araştırmanın Etik Yönü/ Ethics Committee Approval: Literatür taraması yapıldı, derlemede kullanılan kaynaklar bölümünde gösterildi.

Hakem/Peer-review: Dış hakem değerlendirmesi.

Yazar Katkısı/Author Contributions: Fikir/kavram: MŞ, NE; Tasarım: MŞ, NE; Danışmanlık: NE; Kaynak tarama: MŞ, NE; Makalenin Yazımı: MŞ, NE; Eleştirel inceleme: NE.

Çıkar çatışması/Conflict of interest: Çalışmada herhangi bir çıkar çatışması söz konusu değildir.

Finansal Destek/Financial Disclosure: Çalışma için herhangi bir finansal destek alınmamıştır.

Çalışma Literatüre Ne Kattı?

- Doğumun medikalize olmasının nedenleri hakkında bilgi verilmiştir.
- Medikalizasyonun sonuçları hakkında bilgi verilmiştir.
- Alternatif yöntemler hakkında bilgi verilmiştir.

Kaynaklar

Akdaş D, Gönenç İM. (2011). Sezaryen ve etik. *Türkiye Klinikleri Journal Medical Ethics*, 19(3), 186-95.

Aksay Y, Gülhan YB, Saygın N, Körükçü Ö. (2017). Gebelerin psikososyal sağlıkları doğum tercihini etkiler mi? *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(2), 138-145.

Al-Ghamari K, Al-Riyami Z, Al-Moqbali M, Al-Marjabi F, Al-Mahrouqi B, Al-Khatri A, Al-Khsawneh EM. (2016). Predictors of routine episiotomy in primigravida women in Oman. *Applied Nurses Research*, 29, 131-135.

American Collage Obstetricians and Gynecologists (2013). ACOG committee opinion no. 559: Cesarean delivery on maternal request. *Obstetrics and Gynecology*, 121: 904-907.

American College of Obstetricians and Gynecologists (2009). ACOG Practice Bulletin No.106: Intrapartum Fetal Heart Rate Monitoring: Nomenclature, Interpretation, And General Management Principles. *Obstetrics and Gynecology*, 114(1), 192-202.

Apay ES, Sakar T. (2015). Üreme sağlığına farklı bir bakış: osmanlı dönemi. *Lokman Hekim Dergisi*, 5(2):45-51.

Bal DM, Yılmaz DS, Beji NK. (2013). Kadınların sezaryen doğum tercihleri. *Florance Nightingale Hemşirelik Dergisi* 21(2), 139-146.

Başar F, Sağlam YH. (2018). Women's choice of delivery methods and the factors that affect them. *Journal of Current Researches on Health Sector*, 8 (1), 59-74.

Başkaya Y, Sayiner DF. (2018). Sezaryen oranını azaltmaya yönelik kanıta dayalı ebelik uygulamaları. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 5(1), 113-119. Erişim tarihi: 12.05.2018.

Bayırlı R. (2019). Antik çağdan milenyumda doğum felsefesi. *Türk Dünyası Uygulama ve Araştırma Merkezi Yenidoğan Dergisi*, 2(4), 324-333.

Bayram G. (2009). Kanıta dayalı uygulamalar doğrultusunda alternatif bir doğum yöntemi: evde doğum. *100. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 2(3), 99-104.

Büken NÖ (2016). Kadın bedeninin doğurganlığa hapsedilişi. *Türk Tıp Etiği Tıp Hukuku ve Tıp Tarihi Araştırmaları Yıllığı; İstanbul Tıp Kitapevi*, 49-54.

Burns E. (2015). More than four walls: the meaning of home in home birth experiences. *Social Inclusion*, 3(2), 6-16.

Cahill HA. (2001). Male appropriation and medicalisation of childbirth: an historical analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 33(3), 334-342.

Cindoğlu D. (1995). Doğumun medikalizasyonu ve kadın açısından hastaneler. *Toplum ve Hekim*, 10, (69-70), 99-101.

Cairolı E. (2010). Medicalisation of childbirth in maternity health policies, ethical evaluation of the use of medicalization in [Master Thesis]. *Utrecht University*; 2010.

Çakaloz DK, Çoban A. (2019). Sezaryen doğumların azaltılmasında ebenin rolü. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 28(1), 51-59.

- Clesse C, Lighezzolo AJ, de Lavergne S, Hamlin S, Scheffler M. (2018). The Evolution of birth medicalisation: A systematic review. *Midwifery*, 66:161-167.
- Çalık YK, Erkaya R, Karabulutlu Ö. (2018). Üçüncü basamak bir hastanede 4 yıllık sezaryen doğumlarının oranları ve endikasyonları. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 5(2), 201-209.
- Çağlayan KE, Kara M, Gürel YC. (2010). Kliniğimizde üç yıllık sezaryen oranı ve endikasyonları. *Journal of Experimental and Clinical Medicine Deneysel ve Klinik Tıp Dergisi*, 27, 50-53.
- Çetinkaya E Ş, Söylemez F. (2013). Doğum induksiyonunda başarıyı etkileyen faktörler ve doğum induksiyonu yöntemleri. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 66 (1), 25-32.
- Demirel G, Çelik BD. (2013). Doğal Doğuma Müdahale: Sentetik Oksitosin Kullanımı Sürekli Tıp Eğitim Dergisi, 22(4), 157-163.
- Department of Reproductive Health and Research World Health Organization (2015), Sezaryen Doğum Hızları ile ilgili DSÖ Açıklaması. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161442/11/WHO_RHR_15.02_tur.pdf?ua=1. Erişim Tarihi: 06.09.2019.
- Demir Ö, Kalelioğlu İ. (2018). İntrapartum fetal monitörizasyon. *Türkiye Klinikleri Jinekoloji ve Obstetri Derneği*, 11(1), 30-37.
- Erenel AŞ, Çiçek S. (2018). Doğum Eylemine Yapılan Müdahalelerin Anne ve Çocuk Sağlığına Etkileri. *Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 9(2), 123-129.
- Ezeanochie MC, Olaqbuji B, Ande A. (2013). Women's concerns and satisfaction with induced labour at term in a Nigerian population. *The Nigerian Postgraduate Medical Journal*, 20(1), 1-4.
- Gelişen O, Dur R. (2008). Operatif Doğumlar: Forseps Uygulamaları. *Türkiye Klinikleri Jinekoloji Obsretik Dergisi*, 1(1), 55-62.
- Gözükara F, Eroğlu K. (2011). Sezaryen Doğum Artışını Önlemenin Bir Yolu: "Bir Kez Sezaryen Hep Sezaryen" Yaklaşımı Yerine Sezaryen Sonrası Vajinal Doğum ve Hemşirenin Rollerini. *Derleme. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, 18(2), 89-100.
- Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (2014), "2013 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması". Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, T.C. Kalkınma Bakanlığı ve TÜBİTAK, Ankara, Türkiye.
- Hotelling B.A. (2009). Teaching normal birth, normally. *The Journal of Perinatal Education*, 18(1), 51-55.
- Johanson R, Newburn M, Macfarlane A. (2002). Has the medicalisation of childbirth gone too far? *British Medical Journal*. 325(7355), 103.
- Karaahmet A, Yazıcı S. (2017). Epizyotomide güncel durum. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 4(1), 57-63.
- Karabel PM, Demirbaş M, İnci M. (2017). Türkiye'de ve dünya'da değişen sezaryen sıklığı ve olası nedenleri. *Sakarya Tıp Dergisi* (4), 158-163.
- Karabulutlu Ö. (2012). Kadınların doğum şekli tercihlerini etkileyen faktörler. *İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 20(3), 210-218.
- Karaçam Z, Akyüz EÖ. (2011). Doğum eyleminde verilen destekleyici bakım ve ebe/hemşirenin rolü. *İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 19(1), 45-53.
- Karakuş R, Anđın D, Temizkan O, Polat M, Şanverdi İ, Karakuş S, Ekinci F. (2014). Vakum ile operatif vajinal doğumun perinatal etkileri. *Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni*, 48(3), 192-197.
- Kaya ŞŞ. (2011). Televizyonda kadın, sağlık ve hastalık. *Sosyoloji Araştırmaları Dergisi*, 14(2), 118-150.
- Kaya N, Demirel G. (2018). İntrapartum perine masajı uygulamasına güncel bakış. *Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 3(1): 33-40
- Khan H. (2008). High cesarean section rate: can we reduce it? *Gomal Journal of Medical Sciences*, 6(1), 1.
- Kömürcü N, Gençalp NS. (2002). Geçmişten günümüze doğuma yardım. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 5(1), 78-82.
- Kurtdaş ÇM. (2017). Medikalizasyon süreci, sağlığın ticarileşmesi ve bedenin denetlenmesine sosyolojik bir bakış. *Adıyaman Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 10(27), 983-1012.
- Li YP, Yeh CH, Lin SY, Chen TC, Yang YL, Lee CN, Kuo SC. (2015). A proposed mother-friendly childbirth model for Taiwanese women, the implementation and satisfaction survey. *Taiwanese Journal of Obstetrics and Gynecology* 54(6),731-736.
- Memon HU, Blomquist JL, Dietz HP (2015). Comparison of levator ani muscle avulsion injury after forceps-assisted and vacuum-assisted vaginal childbirth. *Obstetrics and Gynecology*, 125 (5), 1080-1087.

- Nikpoor P, Bain E. (2013). Analgesia for forceps delivery. Cochrane Database Systematic Review, 9, CD008878.
- O'Mahony F, Hofmeyr GJ, Menon V. (2010). Choice of instruments for assisted vaginal delivery. Cochrane Database Systematic Review, 10(11).
- Özkan S, Sakal FN, Avcı E, Civil EF, Tunca MZ. (2013). Kadınların doğum yöntemi tercihi ve ilişkili faktörler. Turkish Journal of Public Health, 11(2), 59-71.
- Prosen M, Krajc MT. (2013). Sociological conceptualization of the medicalization of pregnancy and childbirth: the implications in Slovenia. Revija Za Sociologiju, 43(3), 251-272.
- Raisanen S, Vehvilainen JK, Heinonen S. (2010). need forand consequences of episiotomy in vaginal birth: a critical approach. Midwifery, 26, 348-56.
- Schanie CL, Punto-Foltz MD, Logston MC. (2008). Analysis of popular press articles concerning postpartum depression:1998-2006. Issues Mental Health Nursing, 29 (11), 1200-1216.
- Sezgin D. (2011). Yaşam Tarzı Önerileri Bağlamında Sağlık Haberlerinin Analizi. Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 2(2): 52-77.
- Suwannachat B, Lumbiganon P, Laopaiboon M. (2012). Rapid versus step wise negative pressure application for vacuum extraction assisted vaginal delivery. Cochrane Database Systematic Review, 15(8): CD006636.
- Tanaçan A, Beksaç MS. (2019). Üçüncü basamak bir merkezdeki operatif vajinal doğum sıklığının dekatlar arasındaki değişiminin retrospektif olarak incelenmesi. İstanbul Tıp Fakültesi Dergisi, 82(3): 139-43.
- Taşkın L. Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri, 2014.
- T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı (2017). Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü. <https://www.saglik.gov.tr/TR,30485/saglik-istatistikleri-yilligi-2016-yayinlanmistir.html>. Erişim Tarihi: 15.10.2018.
- Türkler C. (2019). Günüşümü olan, nullipar gebelerde prostaglandin e2'nin doğum indüksiyonu üzerine etkisi. Bozok Tıp Dergisi, 9(1), 71-75.
- Vural G, Erenel ŞA. (2017). Doğumun medikalizasyonu neden artmıştır, azaltabilir miyiz? Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 4(2), 76-83
- Yakut EY. (2015). Gebelerin Doğum Şekline İlişkin Görüş Ve Tercihleri. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum-Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Aydın .
- Yapça ÖE, Karaca İ, Çatma T. (2015). Artan sezaryen oranlarını nasıl azaltabiliriz? Üç yıllık sezaryen verilerimiz eşliğinde değerlendirme. İstanbul Kanuni Sultan Süleyman Tıp Dergisi, 7(3), 97-102.
- Yıldırım S, Aktepe KE, Onaran Y, Namlı KM, İltemir DC. (2015). Sezaryen operasyonuna genel bir bakış. Yeni Tıp Dergisi, 32, 10-12.
- Yıldız Ş, Süzen ÇS, Cengiz H, Dağdeviren H, Kanawati A. (2014). Awareness and perceptions of Turkish women to wards delivery methods. Journal of Clinical and Experimental Investigations, 5 (2), 173-178.
- Yıldız KN. (2018). Alternatif doğum yöntemleri. Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi, 45, 40-43.