

Doğumun Medikalizasyonu Neden Artmıştır, Azalta Bilir Miyiz?

Why Did Medicalization of Birth Increase, Can We Reduce It?

(Derleme)

Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2017, 4(2), 76-83

Gülşen VURAL¹, Ayten Şentürk ERENEL²

¹Yakın Doğu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Lefkoşa, KKTC

²Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Ankara, Türkiye

Geliş Tarihi: 10 Mart 2016

Kabul Tarihi: 30 Mart 2017

Bu çalışma 02-06 Mart 2011 tarihinde 10. Uludağ Jinekoloji ve Obstetri Kış Kongresinde sunulmuştur.

ÖZ

Geçmiş yıllarda doğum hizmetleri eğitimi olmayan, kişisel deneyimleri ile yardım sağlayan, doğurganlığını tamamlamış, bilgi olarak nitelendirilen ebe kadınlar tarafından veriliyordu. Bu dönemde medikalizasyon olarak tanımlanan ve doğum eylemini kolaylaştıran, doğum ağrısını azaltan bazı gelişmeler ortaya çıkmıştır. Medikalizasyonun sonucunda doğal bir olay olarak algılanan doğumlar riskli olarak algılanmış, aşırı tıbbi müdahalelerle yönetilmeye başlanılmıştır. Günümüzde normal doğum elektronik fetal monitorizasyon, epizyotomi, lavman benzeri uygulamalarla gerçekleşmekte sezaryen oranları da bu gelişmelere paralel olarak giderek artmaktadır. Doğumun medikalizasyonu sonucunda kadın gebeliği ile ilgili yeterince bilgilendirilerek kararlara katılmamakta, doğumunu yönetememekte, doğumunu ev ortamlarından uzaklaşarak gerçekleştirmekte ve doğum için harcananan para artmaktadır. Hastanede gerçekleşen doğumlarda bebeğin anne ve aile üyeleri ile etkileşimi hastane kuralları dahilinde gerçekleşmekte ve gecikmektedir. Bu nedenle günümüzde medikalize edilmiş doğumlar sorgulanmaya başlamış ve Sağlık Bakanlığı Türkiye'de sezaryen oranlarını düşürmek ve doğal doğumu desteklemek için önlemler almıştır.

Doğal doğumu desteklemek için ekip çalışması ve doğum öncesi bakım hizmetlerinin nitelikli bir biçimde verilmesi önemlidir. Bu nedenle kadınların doğum öncesi dönemde ve travayda bildikleri bir ebe/hemşire tarafından izlenmesi gerekir. Hemşirenin, ebenin, doktorun ve kadının doğal doğum konusunda kendilerini rahat hissetmeleri gerekir.

Anahtar Kelimeler: Doğal doğum, gebelik, medikalizasyon, müdahale.

ABSTRACT

In the past, child births were assisted by elder, wise women who had finalized their own fertile period, provided help with personal experiences and had no formal education. During this period some improvements to ease labor and labor pain, described as medicalization, emerged. As a result of medicalization, labor which used to be perceived as a natural phenomenon, started to be perceived as risky and began to be managed with advanced medical interventions. Nowadays, labors have been taking place with electronic fetal monitoring, enema, and

İletişim : gulsenural@hotmail.com

episiotomy, cesarean section rates are increasing in parallel with these developments. As a result of medicalization of the labor, women are not making informed decisions about their pregnancy, labor takes place away from the home environment and costs of delivery increase. During labors taking place at the hospitals, baby's interaction with the parents and other family members are delayed under the rules of the hospitals. For this reason, nowadays, medicalized births have been started to be questioned and the Ministry of Health in Turkey have taken precautions to lower cesarean births and support natural childbirth. Teamwork to support natural childbirth and prenatal care is important to provide quality prenatal services. Therefore, a women's prenatal and intrapartum period should be followed up by the same (familiar) midwife/nurse. Nurse/midwife, physician and women should all feel confident about natural child birth.

Key Words: *Intervention, medicalization, natural childbirth, pregnancy*

GİRİŞ

Geçmiş yıllarda evde ebelerin yönetiminde gerçekleşen doğumlar teknolojinin gelişmesiyle birlikte hastanelerde ve hekimlerin kontrolünde gerçekleştirilmeye başlanılmıştır. Teknolojik gelişmelere paralel olarak hastanelerde gerçekleştirilen doğumlarda kullanılan tıbbi müdahalelerin sayısı da giderek artmıştır. Literatürde doğumun medikalizasyonu olarak tanımlanan kan transfüzyonu, forseps, vakum, epizyotomi ve sezaryen benzeri müdahaleler anne ve bebek sağlığı açısından son derece önemli olmasına karşın, bu uygulamaların rutin hale gelmemesi ve zorunlu olmadıkça kullanılmaması önerilmektedir¹. Buna karşın son yıllarda hastanelerde gerçekleşen doğumlarda tıbbi müdahalelere sıklıkla rastlanmakta, ilk doğumların hemen hemen tamamında epizyotomi uygulanmakta, sezaryen doğumlar sayıca artmaktadır². Şahin'in belirttiğine göre, Türkiye'de hastanelerde meydana gelen tüm doğumların %65'inden fazlasına, primiparların ise %90'ından fazlasına epizyotomi uygulanmaktadır³. Gereksiz tıbbi müdahalelerin sonucunda anne ve bebek sağlığı riske girmekte, yüksek maliyetli doğumlar gerçekleşmektedir. Doğumun medikalizasyonunda meydana gelen artışın en önemli nedeninin doğum öncesi bakım hizmetlerinin, özellikle anneleri doğal doğuma hazırlayan eğitimlerin yetersizliği olduğu düşünülmektedir. Çalışmalar ebelerin yönetiminde gerçekleşen doğumlarda sezaryen, induksiyon, analjezi, anestezi ve girişimli doğum oranlarının daha az olduğunu göstermektedir⁴⁻⁶. Bu nedenle risk taşımayan gebeliklerde doğum öncesi bakım hizmetlerinin aynı ebe ya da hemşire tarafından yürütülmesi önerilmektedir. Bu makalede doğumun medikalizasyonu konusunda meydana gelen gelişmelere ve ebe ve hemşirelerin doğal doğumu artırmadaki rollerine vurgu yapılması hedeflenmiştir.

Doğumun Tarihçesi

Milat'tan sonra 1800'lü yılların ortalarına kadar kadınlar sorun olmadıkça bebeklerini doğal bir şekilde evlerinde dünyaya getiriyorlardı. Evde gerçekleşen doğumlarda kadının yanında annesi, bir yakını veya eşi bulunuyordu. Doğum hizmetleri örgün eğitimi olmayan, kişisel deneyimleri ile yardım sağlayan, doğurganlığını tamamlamış, bilge olarak nitelendirilen ebe kadınlar tarafından veriliyordu. Bu dönemde iyi bir ebe; 35 yaşından büyük, birkaç doğum yapmış, kendi deneyim ve gözlemleriyle kolay doğum

yapma yöntemlerini öğrenmiş, yardımsever bir kişilik olarak tanımlanmaktaydı. Binbeşyüzlü yıllarda bilgi kaynağı olarak başvuru olan bir doğum kitabında, doğum yapan kadının ihtiyaç ve duygularının farkında olunması, kolay bir doğum için kadının zihin gücünün kullanılması gerektiği savunulmuştur⁷⁻⁹.

Doğum ve kadınla ilgili olumlu inançların olduğu bu yıllarda toplumların genel sağlık düzeyi düşük, anne ve bebek ölümleri ise oldukça yüksekti. Anne ve bebek ölümlerinin önemli nedenleri arasında dar pelvis ve zor doğum eylemi yer almaktaydı¹. Binsekizyüzlü yıllarda, doğum eylemini kolaylaştıran ve doğum ağrısını azaltan bazı gelişmeler ortaya çıkmış, forseps keşfedilmiş ve zor doğumlarda kullanılması sonucunda anne ve bebek ölümleri azalmıştır. İlk kez kraliçe Victoria'ya doğum ağrısını hissetmemesi için kloroform uygulanmıştır. Kloroform'un uygulanması doğum ağrısının azaltılmasını sağlamakla birlikte, kullanma yetkisinin sadece hekimlere ait olması doğumun ebelerin kontrolünden ve doğal ortamdan çıkarak doktorların kontrolünde ve hastanelerde gerçekleşmesine yol açmıştır⁹. Böylece doğumlar ev ortamının dışında, destek sağlayan bireylerin katılımı olmadan çeşitli araçlar kullanılarak gerçekleştirilmeye ve genellikle erkek hekimler tarafından ilaç uygulamaları yapılarak yönetilmeye başlanılmıştır. Tıbbi gelişmelerin sonucunda doğum olduğundan daha riskli bir süreç olarak kurgulanmaya ve gereksiz tıbbi müdahaleler meşrulaştırılmaya başlanılmıştır. Aşırı ve gereksiz uygulamalar ile reçete edilmiş doğumlar ortaya çıkmış, kadınlar gebeliklerini riskli, problemlili ve belirsizliklerle dolu, doğumu ise ağrı-acı veren bir olay olarak algılamaya ve medikal bakış açısı ile görmeye başlamıştır. Geçmiş yıllarda doğum, annenin çaba ve başarısını ortaya koyduğu, annelik rolünün gerçekleştiği, kutlanması gereken bir olay olarak algılanırken, yeni uygulamaların sonucunda tıbbin kontrolünde gerçekleşen, kadınların pasif bir rol üstlendiği, hizmet alıcı ve hasta rolüne büründükleri bir olay olarak görülmeye başlanmıştır^{7,8,10}.

Bin sekizyüzlü yıllarda hastanelerin daha fazla donanıma sahip olmaları sonucunda, anne ve bebeğin yaşamının kurtulmasını sağlayan olanaklar elde edilmişti. Ancak, tıbbi müdahaleler beraberinde hastane enfeksiyonu riskini de getirmişti. Bu dönemde hekimler tarafından takip edilen ve hastanelerde gerçekleşen doğumlarda septiseminin daha çok görüldüğü belirlenmiş ve hastanede doğum yapan kadınlara evde doğum yapan kadınlardan daha çok müdahale yapıldığı da saptanmıştır^{8,11}. 1930 yılında yapılan bir çalışmada anne ölüm oranının ebelerden bakım alan kadınlarda, hekimlerden bakım alan kadınlara göre daha düşük olduğu belirlenmiştir⁹. Hastanelerde gerçekleşen doğumlarda ölüm oranlarının yüksek olmasının, doğumun doğasına bağlı olmayıp, hastanelerin koşullarının kötü olmasına ve yetersiz hijyen uygulamalarına bağlı olduğu da anlaşılmaya başlanmıştır. Bu sonuçlar doğumların evde gerçekleşmesinin daha güvenli olduğu fikrini ortaya koymuştur. Ancak sulfanamidlerin keşfi ile birlikte enfeksiyonların kontrol altına alınmasının sonucunda doğumlar yeniden hastanelerde ve erkeklerin kontrolünde gerçekleşmeye başladı^{1,12}. Doğumların evden hastaneye kaymasının bir diğer nedeni de, hekimlerin kendi eğitimleri için doğumu bir vaka olarak görmeleriydi. Hekimler için evde gerçekleştirilen doğumlarda anestezi, forseps ve vakum benzeri uygulamaların yapılması oldukça güçlüydü. Hekimler doğum sırasında yaptıkları müdahaleleri hastanelerde daha rahat uygulayabilmekteydiler. Hekimler kendi ekipmanlarını evlere taşıma zorluğundan kurtulmak için, doğumları hastanede yaptırmayı tercih ettiler. Böylece hekimler daha fazla kadına aynı anda bakmaya ve daha çok para kazanmaya başladılar. Ayrıca hastanelerde gerçekleşen doğumlarda

hekimlere yardımcı olan insan gücü de (hemşire, ebe ve diğer ekip üyeleri) ücretsiz olarak sağlanmaktaydı. Kadınlar da hastanelerde sunulan otelcilik hizmetleri, ağrısız doğum teknikleri ve doğum sonrası evde yapmaları gereken işleri (büyük çocukların bakımı ve diğer ev işleri gibi) yapmayarak dinlenme fırsatı elde ediyorlardı. Kadınlar doğum sonu dönemde hastanede dinlenme olanağı elde ettikleri için, hastane doğumlarını daha çok tercih etmeye başladılar^{7,8}. Ayrıca tıbbi bilgi ve teknolojinin artmasıyla birlikte, doktorlar pelvis ölçülerine ilişkin bilgi sahibi olmaya başladılar ve bu bilgilerini doğum öncesi bakımda ve doğumun yönetiminde kullanarak anne ve bebek ölümlerini azalttılar. Böylece doğum ebelerin kontrolünden çıkarak doktorların kontrolüne girmeye başladı¹³. Ebeler de güçlerini artırmak amacıyla doğum sırasında uyguladıkları müdahaleleri artırmış, ancak hekimler ebeleri kendileri için tehdit olarak algıladıkları için, ebelerin doğuma müdahalelerini sınırlandırmıştır. Bazı gebeler hastanelerde ebelerden anestezi almak istemelerine rağmen, hekimler ebelerin anestezi uygulamasına izin vermemiş ve ebeleri eğitimsiz olarak nitelendirmişlerdir. 1911 yılında bir hekim tarafından yazılan kitapta ebelerin eğitimsizliğinden söz edilmiştir. Hatta bazı yayınlarda hekimlerin ebeleri anne ölümlerinden sorumlu tuttıkları da görülmüştür^{8,9}.

Zadorozny¹⁴ geçmiş yıllarda olduğu gibi günümüzde de, doğumun olduğundan daha riskli bir olay olarak kurgulandığını, sınırsız tıbbi müdahalelerin meşrulaştırıldığını belirtmektedir. Doğumu riskli olarak algılayan ve bu konuda yeterince bilgi sahibi olmayan kadınlar sezaryen doğumların vajinal doğumlardan daha güvenli olduğunu ifade etmektedirler. Cindoğlu¹⁵ çalışmasında kadınların doğum sırasında hastane ortamından, hekim ve hemşirelerin davranışlarından memnun olmadıklarını ortaya koymuştur. Çalışmada ayrıca doğumun kadın doğum hekimleri tarafından da son derece riskli bir durum olarak ifade edildiği, hekimlerin önemli bir bölümünün sezaryen doğumları vajinal doğuma oranla daha sorunsuz buldukları belirtilmektedir¹⁵.

Doğumun medikalizasyonunun bir başka nedeni de kontraseptif yöntemlerin artmasıyla birlikte kadınların daha az çocuk sahibi olmaya başlamalarıdır. Doğum sayısının azalması evde doğumun izlenme olanağını azaltmış, doğumun kadın için bilinmeyen bir olay olarak algılanmasına yol açmıştır. Bu durum doğumun evden hastanelere kaymasına neden olmuştur¹⁶. Olaya bebekler açısından bakıldığında, hastanede doğan bebekler kendilerini soğuk, gürültülü, büyük ve aşırı ışıklı ortamlarda bulmaktadırlar. Hastanede gerçekleşen doğumlardan sonra bebekler genellikle annelerinden ayrı ünitelerde tutulmakta, annelerinin sıcaklığını hissederek emzirmek yerine biberonla beslenmeye başlamışlardır. Ayrıca hastanelerde gerçekleşen doğumlarda sağlık ekibinin önceliği ebeveynlerin önceliklerinden farklıydı. Bu nedenle emzirme dahil anne ve bebek etkileşimi kurallar dahilinde gerçekleşmekte, gecikebilmekte veya bazen engellenmektedir. Hastanelerin katı kuralları nedeni ile yeni doğan bebeklerin kardeşleri ve diğer yakınları ile etkileşimleri de oldukça geç başlamaktaydı^{16,17}.

Son yıllarda vajinal doğumlarda önemli ölçüde azalma, sezaryen doğumlarda da artış olmaya başlamıştır. Bu artışın nedenleri arasında sezaryen doğumların normal doğumlara oranla daha kısa sürede gerçekleşmesi ve hekimlerin maddi kazançlarının daha fazla olması yer almaktadır. Cindoğlu¹⁵ hekimlerin doğumda sezaryeni tercih etme nedenleri ile ilgili yaptığı çalışmada iki hekim “Sezaryen doğumların zaman ve para açısından daha avantajlı” olduğunu belirtmiştir. Hekimlerin bu konudaki

ifadelerine bakıldığında özel hastanede normal doğum yaptıran bir kadın doğum uzmanı “Normal doğum yaptırdığında muayenehanede hasta bakamayacağını ve daha az para kazanacağını” belirtmiştir. Bir başka hekim de normal doğumu tercih etmeme nedenini “evde çocuk çocuğunuz ayrı siz ayrı, on saat ter içinde tıraş olmadan normal doğumu bekleyeceksiniz” olarak açıklamıştır. Sezaryen oranlarının artmasının bir başka nedeni de doğumun normal süresi ile ilgilidir. Bazı hekimler 10-12 saatten uzun süren eylemin normal olmadığını düşünmektedir. Buna karşın ebeler özellikle ilk doğumlarda sürenin uzun olmasını normal kabul etmektedir. Bu nedenle ebeler tarafından gerçekleştirilen doğumlarda daha az müdahale yapılmaktadır. Sezaryen doğumların tercih edilmesinin bir diğer nedeni de, vajinal doğumun gerçekleşme zamanının belirsizliklerle dolu bir deneyim olarak görülmesidir. Oysa sezaryen, doğum zamanını belirsizlikten kurtararak planlanabilir hale getirmektedir¹⁴.

Dünya Sağlık Örgütü iyi bir doğum öncesi bakımın sonucunda gerçekleşen sezaryen oranının %15’i geçmemesi gerektiğini belirtmektedir. Buna karşın sezaryen oranları giderek artış göstermektedir⁸. Türkiye’de sezaryen ile doğum hızı, 2003 yılında yapılan Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması’na göre büyük ölçüde artmıştır^{19,20}. Türkiye’de sezaryen oranları 2001 yılında %21 iken, 2009 yılında %47, 2013 yılında da %48 olarak belirlenmiştir. Her yıl sezaryen oranlarında artış görülmesi üzerine Sağlık Bakanlığı sezaryen oranını düşürme programı başlatmıştır²¹⁻²³.

Doğumun medikalizasyonunun bir diğer nedeni de son yıllarda hasta hakları ile ilgili gelişmelerdir. Günümüzde ebeveynler eylemde anne ve bebek sağlığını tehdit eden durumlara ilişkin geçmiş yıllara oranla daha fazla bilgi sahibi olup haklarını daha çok aramaktadırlar. Bu nedenle hekimler sezaryeni, doğumda teknolojiyi ve ilaçları daha çok kullanmaktadır. Hekimler doğumu daha fazla kontrolleri altında tutarak, medikalize ederek olası suçlamalar ve davalardan kurtulabileceklerini de düşünmektedirler²³. Kadın doğum uzmanlarının doğum sırasında sıklıkla girişimlerde buldukları, sezaryen kararı verilmesinde yönlendirici oldukları ve kadınları bilgilendirerek onamlarını almadıkları, böylece kadınların hastanelere ve kendilerine olan bağımlılıklarını artırdıkları da düşünülmektedir.

Doğumun medikalizasyonunun anne ve bebek sağlığına etkisi

Doğumun medikalizasyonu anne ve bebek sağlığına önemli katkılar getirmiştir. Bu uygulamaların bazıları; güvenli kan nakli, anestezi, sezaryen, antibiyotiklerin kullanımı, epidural anestezi, elektronik fetal monitör ve preimplantasyon genetik tanı testleridir. Günümüzde anestezi, sezaryen ve antibiyotiklerin kullanımına bağlı olarak pek çok riskli gebelik ve doğum sağlıklı bir şekilde sonuçlanmaktadır. Ancak bu gelişmeler her doğumun riskli olduğu ve hastalık olarak algılanması gerektiği anlamına da gelmemelidir. Ayrıca gebelikte ve doğumda uygulanan tıbbi müdahaleler de bazı riskleri içermektedir. Örneğin yapılan girişimlerin yanlış sonuç vermesi nedeniyle kadınlar gereksiz kaygılar yaşamaktadırlar. Epizyotominin rutin uygulanması, doğum sonu dönemde annenin hareketlerini kısıtlamakta emzirme, ağrı ve enfeksiyon riski oluşmaktadır. Amniotomi enfeksiyon ve düşük riskini artırmaktadır^{24,25}. Sezaryen ve epidural anestezinin günümüzde yaygın uygulandığını bilmekteyiz. Sezaryen sonrası komplikasyon görülme sıklığı (kanama, emboli, organ yaralanmaları, enfeksiyonlar, yeni doğanda solunum problemleri) artmaktadır. Bu durum annelerin hastanede daha

uzun yatmalarına yol açmaktadır^{2,26}. Epidural anestezinin doğumda konforu sağlamakla birlikte doğum sonu dönemde idrar yapmada gecikme, hipotansiyon, şiddetli baş ağrısı, doğumun ikinci evresinde gecikme ve ilk 24 saatte emzirme sorunlarına yol açtığı da belirlenmiştir^{27,28}.

Günümüzde normal doğum elektronik fetal monitorizasyon, epidural kullanımı, induksiyon, epizyotomi, lavman, perine tıraşı, litotomi pozisyonu ile gerçekleşmektedir. Normal üreme deneyimlerini yaşayan kadınlar hasta olarak adlandırılmakta medikal bakış açısı anne karnında tıbbın tuzağına düşmüş bebek imajını yaratmaktadır. Doğumun medikalizasyonu sonucunda kadınlar doğumlarını ev ortamlarından uzaklaşarak gerçekleştirmekte ve doğum sırasında desteksiz kalmaktadırlar.

Doğumun medikalizasyonuna feminist yaklaşım

Doğumun medikalizasyonu sonucunda feministler kadın bedeninin ne kadar kendilerine ait olduğunu sorgulamaya başlamışlardır. Feministler, gerekli olmadığı halde kadın bedenine birçok müdahalede bulunulduğunu ve sonuçta bu müdahalelerin tıbbın cinsiyetçi yaklaşımının bir ürünü olduğunu ifade etmektedirler. Bu görüşün sonucunda Amerika Birleşik Devletleri'nde alternatif feminist sağlık merkezleri ortaya çıkmıştır. Bu klinikler küretaj ve aile planlaması, medikal abortus, lezbiyen sağlığı, gebelik hizmetleri, doğal doğum dersleri, psikoterapi, tecavüz sonrası bakım ve rehabilitasyonu da içeren hizmetleri vermektedir²⁹. Ayrıca son yıllarda doğal doğum anlayışını benimseyen uygulamalar da başlatılmıştır. Doğal doğum anlayışının benimsendiği kurumlarda doğumun gerçekleştiği fizik ortamlar ev ortamına benzetilmekte, travay odalarında ve doğumun gerçekleştiği alanlarda tıbbi aletlerin azaltıldığı, suda doğum ve toplarla ağrının azaltılmaya çalışıldığı görülmektedir.

Doğumun medikalizasyonunu azaltmada ebe ve hemşirenin rolü

Sağlıklı bir gebelik, doğum ve doğum sonu dönem kadının bu dönemlere hazırlığı ve uyumunu gerektirir. Gebeliğe ve doğum sonu döneme uyum sağlanabilmesi için, kadının aynı ebe yada hemşire tarafından yakından izlenmesi gerekir. Ebe ve hemşirelerin, gebeleri ev ziyareti yolu ile kendi ortamlarında izlemeleri sonucunda gebeler kendilerini daha çok güvende hissedecek, doğumla daha iyi baş edebilecek ve sonuçta daha az tıbbi müdahaleye ihtiyaç duyacaklardır.

Doğum korkusuna yol açan önemli nedenlerden birisi de doğum ağrısı ile baş edememe kaygısıdır. 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 yada 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 önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Johanson R, Newburn M, Macfarlane A. Has the medicalisation of childbirth gone too far? British Medical Journal 2002; Jul 13; 325(7355):103.
2. Gözükara F, Eroğlu K. Sezaryen doğum artışını önlemenin bir yolu: "Bir kez sezaryen hep sezaryen" yaklaşımı yerine sezaryen sonrası vajinal doğum ve hemşirenin rolleri. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi 2011;18 (2): 89-100.
3. Şahin NH, Yıldırım G ve Aslan E, Evaluating the second stages of deliveries maternity hospital. Türkiye Klinikleri Jinekoloji Obstetrik Dergisi 2007; 17(1): 37-43.
4. Davis LG, Riedmann G L, Sapiro M, Minogue JP, Kazer RR. Cesarean section rates in low-risk private patients managed by certified nurse-midwives and obstetricians. Journal of Nurse Midwifery 1994;39(2):91-7.
5. Adler BA, Bodner K, Kimberger O, Lazanov P, Husslein P, Mayerhofer K. Influence of the birth attendant on maternal and neonatal outcomes during normal vaginal delivery: A comparison between midwife and physician management. Wiener Klinische Wochenschrift 2004;116 (11):379-384.
6. Chambliss LR, Daly C, Medearis AL, Ames M, Kayne M, Paul R. The role of selection bias in comparing cesarean birth rates between physician and midwifery management. Obstetrics and Gynecology 1992; 80(2):161-165.
7. Cahill HA. Male appropriation and medicalisation of childbirth: An historical analysis. Journal of Advanced Nursing 2001;33(3): 334-42.
8. Erenel ŞA. Kadın sağlığı hizmetlerinin tarihçesi. In: Editör Ahsen Şirin. Kadın Sağlığı. İstanbul: Bedray Basın Yayıncılık Limited Şirketi 2008. s.124-135.
9. Mongan MF. 2008; http://www.amazon.com/HypnoBirthing-natural-approach-comfortable-birthing/dp/0757302661#reader_0757302661. 13.02.2014.
10. Feldhusen E A. The history of midwifery and childbirth in America: A time line [online] 2000; <http://www.midwiferytoday.com/articles/timeline.asp>.13.02.2011.
11. Dalton, F. A., 2009. A mixedmethods study of the medicalization and demedicalization of childbirth. http://dukespace.lib.duke.edu/dspace/bitstream/handle/10161/1071/D_Dalton_Alexandra_a_200904.pdf?sequence=1.24 June 2015.
12. Thomasson MA, Treber J. From home to hospital: The evolution of childbirth in the united states, 1928-1940. Explorations in Economic History 2008; (45):76-99.
13. Nettleton S. The sociology of health and illness. Cambridge: Polity Pres; 2006.
14. Zadoroznyl M. Social class, social selves and social control in childbirth. Sociology of Health and Illness 1999;21(3):267-89.
15. Cindoğlu D, Cengiz FS. Türkiye'de doğumların medikalizasyonu: feminist bir bakışla sezaryen problemini düşünmek. In: II. Kadın Hekimlik ve Kadın Sağlığı Kongresi Kitabı. Ankara; Rulo Ofset Matbaacılık San Tic. Ltd. Şti; 2010. s:53-65.
16. Simkin P. Labour support:where has it been going? International Journal of Childbirth Educators 1996;14:22-3.
17. David B Chamberlain. 2007. Introduction to the birth scene. <http://www.birthpsychology.com/birthscene/index>. 10.2.2011.
18. World Health Organization. Appropriate technology for birth. Lancet 1985;2(8452):436-467.
19. Paul RH, Miller DA. Cesarean birth: how to reduce the rate. American Journal Obstetric Gynecology 1995;172(6):1903-7.
20. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. 2008; http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2008/data/TNSA-2008_ozet_Rapor_tr.pdf. 15.02.2012. 21.07.2015.

21. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. 2003; <http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2003/analizrapor.shtml>. 15.02.2011.
22. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. 2013. http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2013/rapor/TNSA_2013_ana_rapor.pdf. 07.12.2015.
23. İtil İM. Sezaryen sadece Türkiye’de değil dünyada da artıyor <http://www.tjod.org/tr/haberler/54-haberler/453-sezeryan-sadece-turkiyede-degil-dunyada-da-artiyor>. 17.02.2011.
24. Costello A, Osrin D. Epidemiological transition, Medicalisation of childbirth, and neonatal mortality: Three Brazilian birth-cohorts. *Lancet* 2005; 365(5):825-26.
25. Cairoli E. Medicalisation of childbirth in maternity health policies, ethical evaluation of the use of medicalisationin [Master Thesis]. Utrecht University;2010.
26. İgde Artıran F. Sezaryan sonrası vajinal doğum. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi* 2004;13:137-140.
27. Topalismailoğlu N.2013; URL:http://www.egebelik.net/dogumda_anestezi/epidural_anestezi.asp. 05.01.2013.
28. Baumgarder DJ, Muehl P, Fischer M, Pribbenow B. Effect of labor epidural anesthesia on breast-feeding of healthy full-term newborns delivered vaginally. *Journal of the American Board of Family Medicien* 2003; 16(1): 7-13.
29. Dayı A. II. Kadın hekimlik ve kadın sağlığı kongresi kitabı. Ankara: Rulo Ofset Matbacılık San. Tic.Ltd. Şti; 2010. s:66-74.