

Doğumda Defansif Tıp Uygulamalarının Hasta Hakları ve Ebelik Etik Kodları Yönünden Değerlendirilmesi

Evaluation of Defensive Medicine Practices in Birth According to Patient Rights and Code of Ethics for Midwives

Zeynep BAROL KURTOĞLU¹ , Nurten KAYA² 

ÖZ

Sağlık bakımında modern bakış açısının bir yan etkisi olarak doğum tıbbileştirilmiş ve doğumun fizyolojik ve doğal bir süreç olduğu göz ardı edilerek doğum hastalık gibi algılanmaya başlanmıştır. Doğumun doğal akışına yapılan müdahaleler, malpraktis korkusuyla birleşerek defansif tıp uygulamasının yolunu açmıştır. Doğum doğal fizyolojik bir süreçtir ve dışarıdan yapılan müdahaleler doğumun normal seyrini etkilemektedir. Ancak günümüzde sağlık ekibi tarafından rutin olarak, kanıt temelli olmaksızın uygulanan pek çok girişim doğumun doğal ilerleyişine müdahalede bulunmaktadır. Bu derlemede travay ve doğum sürecindeki kanıt temelli olmayan ve rutin olarak yapılan defansif müdahalelerin (doğumda oral alım, sık vajinal tuşe, sürekli fetal izleme, sentetik oksitosin kullanımı, amniyotomi, duygusal destek eksikliği, doğumun ikinci evresinde litotomi pozisyonu, epizyotomi) hasta hakları ve ebelik etik kodları açısından irdelenmesi yer almaktadır.

Anahtar Kelimeler: Defansif tıp, doğum, ebelik, ebelik etik kodları, hasta hakları

ABSTRACT

Birth is medicated as a side effect of the modern perspective in health care and is perceived as a birth disorder by ignoring the fact that birth is a physiological and natural process. Aggressive interventions in the natural flow of birth, combined with fear of malpractice, paved the way for the application of defensive medicine. Birth is a natural physiological process, and external interventions affect the normal course of birth. However, currently, many interventions routinely performed by the medical team without evidence-based intervention are treated as a disease and intervene in the natural progression of labor. The aim of this review was to examine defensive interventions (oral intake, frequent vaginal key, continuous fetal monitoring, synthetic oxytocin use, amniotomy, lack of emotional support, lithotomy position in the second stage of labor, and episiotomy) that are not based on evidence and are routines in the labor and delivery process with respect to patient rights and code of ethics for midwives.

Keywords: Birth, code of ethics for midwives, defensive medicine, midwifery, patient rights

Geliş Tarihi/Received: 07.02.2019 **Kabul Tarihi/Accepted:** 26.07.2019 **Çevrimiçi Yayın Tarihi/Available Online Date:** 04.10.2019

¹Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü, Samsun, Türkiye

²İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü, İstanbul Türkiye

Sorumlu yazar/Correspondence: Nurten KAYA, İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü, İstanbul Türkiye, e-mail: nurka@istanbul.edu.tr

Cite this article as: Barol Kurtoğlu Z, Kaya N. Evaluation of Defensive Medicine Practices in Birth According to Patient Rights and Code of Ethics for Midwives. Journal of Health Science and Profession 2019; 6(3): 610-20.



This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License

Giriş

Etik sözcüğü Yunanca “ethos” kelimesinden gelir ve “gelenek, alışkanlıklar, kabul edilen düzen, bir topluluğun ruhu, karakter ya da huy” anlamındadır. Etik; ahlak felsefesi, ödev, yükümlülük, sorumluluk ve erdem gibi kavramları analiz eden, doğruluk veya yanlışlık ile iyi veya kötüyle ilgili ahlaki yargıları ele alan, ahlaki eylemin doğasını soruşturan ve iyi bir yaşamın nasıl olması gerektiğini açıklamaya çalışan bir felsefe alanıdır. Bir ebe için etik; en genel tanımı ile ebelik eylemleri üzerine düşünme çabasıdır. Bu nedenle ebenin mesleki etik değerlerinde kadının, ailenin, toplumun haklarını koruma ve savunma önemli yer tutar. Ebelik bakımında, etik temellerle ebelik uygulamalarını hayata geçirmek doğumun doğasını korumak anlamında çok önemlidir (1). Bununla birlikte sağlık bakımında modern bakış açısının bir yan etkisi olarak doğum müdahaleli duruma getirilmiş ve doğumun fizyolojik ve doğal bir süreç olduğu göz ardı edilerek doğum hastalık gibi algılanmaya başlanmıştır (2). Doğumun doğal akışına yapılan tıbbi müdahaleler, malpraktis korkusuyla birleşerek defansif tıp uygulamasının yolunu açmıştır (3-5). Bu derleme ile travay ve doğum sürecindeki kanıt temelli olmayan ve rutin olarak yapılan defansif müdahalelerin hasta hakları ve ebelik etiği açısından irdelenmesi amaçlanmıştır.

Ebeliğin Yasal ve Etik Boyutu

Mesleki uygulamalarını, yarar sağlama, zarar vermeme, özerkliğe saygı ve adalet etik ilkelerine dayandıran ebe, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından “gebelik, doğum ve doğum sonu dönemde gerekli bakım ve danışmanlığı sağlamak, normal doğumları kendi sorumluluğunda yaptırmak, yenidoğanın bakımını üstlenmek üzere eğitilen kişi” olarak tanımlamıştır (6-8). Ebelik ile ilişkili uluslararası kurum ve kuruluşlar tarafından geliştirilen etik kodlar; bilgilendirilmiş olur, ebelik yetki alanları, kadın ve diğer önemli kişilerin temel insan haklarının korunması, disiplin içi ve disiplinler arası ekip çalışmasına inanma, kadının holistik ve hümanistik gereksinimlerini karşılama içeriğinden oluşmaktadır (9).

Türkiye’de ebeler, 11/4/1928 yılında kabul edilen 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı San’atlarının

Tarzi İcrasına Dair Kanun’a tabidir (10). Resmi gazetede yayınlanan 2014 yılı 29007 sayılı “Sağlık Meslek Mensupları İle Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Diğer Meslek Mensuplarının İş Ve Görev Tanımlarına Dair Yönetmelik” de ebenin iş ve görev tanımı yapılmış ve bu yönetmelikte doğum yaptırmak ve takibi ile ilgili olarak; “Doğum sürecini yönetir, travay sırasında anne ve bebeğin sağlığını izler, normal doğumları ve tabibin olmadığı yerde acil makat doğumları yaptırır, gerektiğinde epizyotomi uygular. Doğum sürecinde normalden sapmaları belirler. Acil durumlarda tedbir alır ve tabibe haber verir, tabibin direktifleri doğrultusunda acil müdahalelerde bulunur” ifadeleri yer almıştır (10).

DSÖ’nün 2014 yılında hazırladığı rapora göre gebelik ve doğum ile ilgili komplikasyonlar nedeniyle dünya genelinde yaklaşık 287.000 kadın her yıl ölmekte, 2.9 milyon yeni doğan hayatın ilk ayında ölmekte ve 2.6 milyon ölü doğum gerçekleşmektedir. Bu raporda önemli ölçüde önlenebilir ölümlerin çoğunun, düşük gelirli ülkelerde, yoksul ve kırsal bölgelerde gerçekleştiği ve ancak ebelik hizmetlerinin artırılmasıyla ülkelerin anne ve bebek ölüm hızlarını düşürülebileceği belirtilmektedir (11).

Bireylerin sağlık ve esenlik konusundaki gereksinimlerinin eşit olarak karşılanması temel bir insan hakkı olmasına karşın sağlık hakkının eşit ve kalıcı olarak karşılanamadığı açıktır (12). Bütün yönleri ile özel bir durum olan doğum anında kadının sağlık hakkı korunmalıdır.

Doğumun Doğası: Doğum Hastalık Değildir!

Hipokrat ve Aristo, doğumda kadınların gereksinimlerinin karşılanması gerektiğine inanmış ve doğumda kadına yardım eden kişilerin olmasını savunmuşlardır (13). Mongan (14) ise, doğumun, doğal ve fizyolojik bir işlev olduğunu ve bu duruma uygun bir bakım planlanması gerektiğini bildirmiştir. Doğal doğumun dünyaca ünlü savunucusu Odent (15) de, bu durumu “fizyolojik bir sürece yardım edilemez, önemli olan onu engellemektir” şeklinde vurgulamış ve doğal sürecin gerçekleşebilmesi için doğuma yardım eden/ katılan kişilerin doğumda gözlemci olarak kalması gerektiğini ifade etmiştir. Ayrıca ideal bir doğumun karanlık loş, sessiz ve sakin bir odada, huzurlu bir ortamda doğum sürecinin doğal seyrine bırakılarak ger-

çekleştirilmesini önermektedir. Doğuma dışarıdan yapılan müdahaleler doğum sürecini olumsuz etkilemektedir. Odent (15) ve Davis ve Bonaro (16) yayınlarında, doğumun müdahalesiz olması gerektiğini savunmuş ancak gelişen teknoloji ve tıbbi bakımın etkisiyle günümüzde doğumun müdahale ile özdeşleştiği belirtilmiştir.

Defansif Tıp Uygulamaları

Gelişmiş ülkelerin büyük bir kısmında sağlık hizmetlerinin sunumunda ciddi bir sorun olarak algılanan defansif tıbbi uygulamalar, doktorların tıbbi uygulamaları yaparken aldığı sorumluluğun etkisiyle, gerekli olmadığı halde teşhis ve tedaviye yönelik uygulamaları daha sık gerçekleştirmesi ya da tam tersi olarak, riskli gördüğü hasta ve tedavi yöntemlerinden kaçınması olarak tanımlanmaktadır (17). Defansif tıp uygulamaları; doktorların malpraktis (tıbbi uygulama hataları) davalarından kaçınmak için yaptıkları uygulamalardır. Literatürde, defansif tıbbi uygulamada öncelikli amacın hasta tarafından dava açılmasının önüne geçmek olduğu belirtilmektedir (18).

Genel olarak defansif tıp uygulama nedenlerine bakıldığında, başta çok yüksek oranda malpraktis davaları olmak üzere, hasta ve doktor arasındaki iletişim sıkıntıları, medyanın etkisi, mesleki deneyimsizlik, şiddet, sağlık performans sistemi, hasta şikâyetleri, hasta yoğunluğu, kusursuz hekim olma isteği olarak sıralanmaktadır (19). Bishop ve ark. (20) tarafından yapılan bir çalışmada defansif tıp uyguladığını belirten hekimlerin % 90'ı bunun nedeninin malpraktis davalarının önüne geçmek olduğunu belirtmiştir. Defansif tıp uygulamaları yasal olarak sorumluluk almaktan kaçarak, hasta haklarına ve etik değerlere ters düşmekte ve bu durum da başka bir yasal bir soruna işaret etmektedir. Bu çerçevede sağlık ekibi, malpraktis sorumluluğundan kaçarken etik değerler ve hasta hakları gibi sorumluluklarla yüz yüze gelebilecektir. Bu durumda defansif tıbbi uygulamaların önemli bir sorun olduğunun en büyük göstergesidir (17-19).

Doğum Sürecinde Defansif Tıp Uygulamaları

Doğum eylemi doğal ve fizyolojik bir süreçtir. Ancak günümüzde kanıt temelli olmaksızın uygulanan pek çok rutin girişim ile doğum doğal ilerleyişinden çıkmaktadır (13-15).

Son yıllarda sağlık ekibi tarafından doğum, riskli ve kontrol altına alınması gereken bir süreç olarak görülmüş ve doğuma tıbbi müdahalede bulunulması, doğum sürecinin tedavi edilmesi gereken bir hastalık gibi algılanmasına yol açmıştır (15,21). Hastalık gibi algılanan doğum malpraktis davaları korkusuyla defansif uygulamaların önünü açarak, hem etik hem ekonomik, hem hizmet memnuniyet algısında negatif değişimlere neden olmuştur (15,22-24). Normal doğum komplikasyonlarının bile malpraktis olarak görülmesinin oluşturduğu baskı, defansif uygulamalara yönelimi ve sezaryen doğum oranlarını arttırmıştır (24). Literatürden elde edilen kanıtlar, doğum süresince ebe liderliğindeki bakımın güvenli ve etkili olduğunu, ayrıca daha az müdahale gerektiğini göstermektedir (25). Sakala ve Corry (26) “doğum eyleminde belirli sorunlara yönelik geliştirilen birçok tedavi edici tekniğin, sağlıklı kadınlarda rutin olarak kullanılmaya başlandığını” ifade etmektedir. Bu rutin uygulamalar, olası malpraktis davalarını önlemeye yönelik olmasına karşın pek çok yönden temel insan hakları, hasta hakları ve etik ilkeler ile çelişmektedir (27,28).

Aşağıda doğum sürecindeki defansif uygulamalardan bazıları kanıtlar, hasta hakları ve etik ilkeler bağlamında tartışılmıştır.

Doğumda Oral Alım Kısıtlaması

DSÖ, doğumda sıvı ve oral kısıtlamanın anne memnuniyetini düşürdüğünü ve şimdiye kadar oral ve sıvı kısıtlaması yapılmadan meydana gelmiş doğumların (3000 den fazla) hiç birinde genel anestezi sırasında mideden akciğerlere yiyecek ve içecek geçişi olarak bilinen ve travayda oral alımın kısıtlama nedeni olan Mendelson Sendromu'na rastlanmadığını belirtmiştir (29). Bunun sonucu olarak düşük riskli kadınlar için, doğum sırasında oral sıvı ve yiyecek alımını güçsüz tavsiye, çok düşük kanıt düzeyi olarak önermektedir (29,30). Bir meta analizinde (16'sı Cochrane'den derlenen 23 çalışma), oral alımın kısıtlanmasını destekleyen bir kanıt olmadığı ve doğumda annenin memnuniyetinin önemli olduğu, bu nedenle oral alımın kısıtlanmasının anne memnuniyetini olumsuz etkilediği ifade edilmiştir (31). The American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG: Amerikan Obstetrisyen ve Jinekologlar Birliği) (2017) spontan ilerleyen do-

ğum eyleminde olan kadınlar için, intravenöz sıvıların rutin sürekli infüzyonunun güvenli olmasına rağmen, hareket serbestliğini sınırlayıcı ve gereksiz olduğunu vurgulamış ve oral alımı önermiştir (32). Türkiye’de ise çoğu hastanede bu uygulama Anne Dostu Hastane kavramıyla birlikte değişmekle beraber halen oral alım, doğumhaneye kabulde birlikte kısıtlanmaktadır (33). Uzel ve Yanıkekrem (33) tarafından, intrapartum dönemde kanıta dayalı uygulamalar konusunda kadınların tercihlerini belirlemek amacıyla yapılan bir çalışmada (n:325), kadınların doğumda sadece %0.6’sının oral alımına izin verilmiş ve kadınların %84’ü doğumda bir şeyler yemek istediğini belirtmiştir. Oysa doğum sürecinde sıvı ve besin alımı özerklik etik ilkesine ters bir şekilde uygulanmaktadır.

Hasta Hakları Yönetmeliğinin 11. maddesinde, “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 aldatici mahiyette teşhis ve tedavi yapılamaz” ifadesi yer almaktadır. Dolayısı ile kesin kanıtı olmayan oral alım kısıtlamasının rutin olarak kullanımının defansif tıbbi uygulama olarak söz konusu madde ile çelişmektedir (34,35).

Doğumun İkinci Evresinde Litotomi Pozisyonu

Doğum anında annenin pozisyonuyla ilgili çalışmalar, kadınların doğum sırasında içgüdüsel olarak birçok farklı pozisyonda bulunmak istediğini ortaya koymuştur. En iyi pozisyonun hangisi olduğuna dair yeterli kanıt yoktur (32,36). ACOG 2017 Rehberi’nde kadının doğum sırasında içgüdüsel olarak istediği pozisyonda olmasını önermektedir. Günümüzde doğum sırasında kullanılan litotomi pozisyonu ve yatar pozisyonun, daha sık hipotansiyon ve fetal kalp hızında yavaşlamaya neden olduğu bilinmektedir (32). Dik pozisyonda olan kadınların sezaryen doğum yapma olasılıklarının daha düşük olduğuna ilişkin çalışmalar bulunmaktadır (32,36). Doğum sürecinin ikinci evresinde kadının dik durması, yer çekiminden yararlanmasını sağlayacak, ayrıca daha az aortovegal basınç oluşacak, fetüs daha kolay doğum pozisyonunu alacak, pelvisin anterior-posterior ve transfer çıkışları daha fazla genişleyebilecektir (36). Gottvall ve ark. (37), anal

sfincter yaralanmasında doğum pozisyonlarının rolünü değerlendirmiş ve litotomi pozisyonunda doğum yapmanın anal sfincter yaralanmasını artırdığını saptamıştır. Çin’de, 1400 kadının yarısının supine, diğer yarısının el diz pozisyonunda doğum yaptığı randomize kontrollü çalışmanın sonuçlarına göre doğumda el ve diz pozisyonunu koruyabilen kadınların epizyotomi ve ikinci derece perine lase-rasyonu oranlarının (epizyotomi dahil) daha düşük olduğu gösterilmiştir (38). Günümüzde, doğumda annenin kendini en rahat hissettiği pozisyonda olması, odada isteği şekilde yürüebilmesi Sağlık Bakanlığı’nın Anne Dostu Hastane Uygulaması Kriterleri arasında yer almaktadır (39). Doğum sırasında kadının istediği gibi hareket edememesi, hasta hakları yönetmeliğinin 11. Maddesi ve yarar sağlama etik ilkesiyle ters düşmektedir (17,32,34-37). Belirli durumlar dışında doğumda gebenin yatması yarar sağlamamakta, hatta düşük riskli gebelerde fetal ve maternal açıdan zarar verebilmektedir (32,34-37). Hasta hakları yönetmeliği 14. Maddesinde ise “Tıbbi Özen Gösterilmesi” üzerinde durularak, “Personel, hastanın durumunun gerektirdiği tıbbi özeni gösterir. Hastanın hayatını kurtarmak veya sağlığını korumak mümkün olmadığı takdirde dahi, ıstırabını azaltmaya veya dindirmeye çalışmakla zorunludur” maddesi yer almaktadır (17,35). Bu maddeye göre de, sağlık ekibi üyelerinin doğumun ikinci evresinde kadının rahat edeceği pozisyonu sağlaması, rutin uygulamadan kaçınarak bireysel bakım vermesi gerekmektedir.

Vajinal Tuşe Sıklığı

Stepherd ve Cheyne (40), doğumda yapılan vajinal muayenenin nedenlerini ve sıklığını belirlemek amacıyla yaptıkları bir çalışmada, sağlık ekibinin neredeyse %70’inin, dört saatten daha sık aralıklarla vajinal muayene uyguladıklarını saptamıştır. Vajinal muayene artışında, ebeler tarafından en sık gösterilen neden doğumun başlangıcını ve ilerleyişini değerlendirmek olarak belirtilmiştir.

DSÖ’nün (2018) Pozitif Bir Doğum Deneyimi İçin İntrapartum Bakım Önerileri Rehberi’nde; rutin olarak doğumun ilerleyişinin değerlendirilmesi amacıyla düşük riskli kadınlarda dört saat arayla vajinal muayene önerilmektedir (30). Sık aralıklarla kadına vajinal muayene yapılması, hem enfeksi-

yon açısından hem de doğumun tüm doğal akışını bozması açısından önerilmemektedir (30). Bununla birlikte, sağlık ekibi üyesinin düşük riskli gebelerde bu uygulamayı rutin olarak sık aralarla yapması temel etik ilkelerden zarar vermeme ve yarar sağlama etik ilkesiyle ters düşmektedir. Dahası sık tetkik istemi olduğu için de defansif bir müdahale olması anlamına gelmektedir. Bu durumda Hasta Hakları Yönetmeliğinde Madde 11’te yer alan “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” ifadesiyle çelişmektedir (17,34,35).

Sürekli Elektronik Fetal İzlem

Sürekli elektronik fetal izleme (EFİ) gebeyi yatağa bağımlı kılmaktadır (32). Sırt üstü yatarken bebeğe giden kan akımı azalır. Gebe baş etmek için bednine odaklanamaz. Toplam 37000 kadını içeren 12 kontrollü çalışmanın Cochrane analizine göre sürekli EFİ ile aralıklı EFİ karşılaştırıldığında; sezaryen, forseps ve vakumlu doğumlarda dahil olmak üzere operatif doğumların sayısında artış olduğu bulunmuştur (41). ACOG (2017) ve DSÖ (2018) Düşük riskli gebeler için aralıklı EFİ’nin için güvenilir olduğunu belirtmektedir (30,32). ACOG, düşük riskli gebelerin doğum sürecinin birinci evresinde fetal izlemin her 30 dk.’da bir, ikinci evresinde her 15 dk.’da bir; yüksek riskli gebelerde birinci evrede 15 dk.’da bir, ikinci evrede her 5 dk.’da bir değerlendirilmesini önermektedir (32). Ayrıca ACOG, sürekli elektronik fetal izlem yapılan doğumların, daha fazla vakum ve forseps kullanımı ve sezaryen artışıyla yüksek kanıt düzeyinde (Level A) ilişkili olduğunu belirtmiştir (32). Bu durumda önce zarar verme etik ilkesiyle ters düşmektedir. Sürekli EFİ aşırı tetkik istemi olarak defansif kabul edilmektedir. Bu durumda hasta hakları yönetmeliğinin 11. Maddesi ve 14. Maddesiyle de çelişmektedir (35).

Sentetik Oksitosin Kullanımı

DSÖ’ye göre oksitosin, tek başına gecikmiş doğum eylemi için kullanılmalıdır. Doğumda gecikme saptanmadan intravenöz oksitosin ile doğumu destekleme önerilmez (30). Ancak günümüzde obstetrik

bakımda sentetik oksitosin rutin olarak uygulanmaktadır. Sentetik oksitosin kullanımı acil sezaryen endikasyonlarının nedenlerinden biridir (41). Doğumun doğal akışını bozan bir müdahale olan sentetik oksitosinin doğumu başlatmak, hızlandırmak amacıyla rutin kullanılması özerklik, zarar verme ve yarar sağlama ilkesine ters düşmektedir. Aynı zamanda bu defansif uygulamanın hasta hakları yönetmeliğinin sağlık hizmetlerinden eşit olarak yararlanma hakkı ile çeliştiği söylenebilir (17,34,35).

Amniyotomi

Fischer ve ark. (42) tarafından toplam 627 kadının değerlendirildiği bir çalışmada, 20 yıllık bir süre boyunca aynı merkezdeki doğumu hızlandırma yöntemleri değerlendirilmiş ve amniyotominin yanında hiçbir indüksiyon ajanının başarılı vajinal doğum oranına etkisi olmadığı belirlenmiştir. Aynı zamanda, amniyotominin gebelerde doğum ağrılarını artırdığı ve doğum süresini etkilemediği saptanmıştır (42). DSÖ’ye göre çok düşük kanıt-güçsüz tavsiye olarak gecikmiş doğumun tedavisinde tek başına amniyotomi kullanılması tavsiye edilmez ve oksitosinle birlikte kullanımı önerilir (29,30). ACOG (2017) rutin amniyotomi önermemektedir (32). Amniyotomi doğumhanelerde genellikle doğumu hızlandırmak için rutin olarak hekim istemiyle yapılmaktadır. Cochrane’de spontan doğumu hızlandırmak için tek başına amniyotiminin etkinliğini saptamak amacıyla toplam 5583 kadını içeren 15 çalışmanın dahil edildiği bir meta-analizinde, amniyotominin rutin olarak kullanımını önermek için yeterli kanıt olmadığı belirtilmiştir (43). Doğumun doğal akışına yapılan bu müdahalenin rutin kullanımında doğumu hızlandırdığına dair yeterli bir kanıt yoktur (29,30,32,43). Defansif olarak uygulanan bu işlemde hasta hakları açısından bir yararlılık söz konusu değildir. Dolayısıyla Hasta Hakları Yönetmeliğinin 11. maddesine aykırıdır (34,35).

Doğumda Duygusal Destek Eksikliği

Berghella ve ark. (44), doğum sürecinde yanlarında destek birinin olması; doğumda kadının memnuniyeti artırdığı, spontan vaginal doğum olasılığını artırdığı ve ağrı kesici kullanımını azalttığını belirtmiştir. Toplam 15288 kadının dahil edildiği 22 çalışmayı içeren meta analizinde, doğumda

destek alan kadınlarda; daha az analjeziye gereksinim duyulduğu, doğumun daha kısa sürdüğü, daha az sezaryen olduğu ve daha az müdahaleli doğum yaşandığı gözlenmiş ve bu durumun herhangi bir yan etkisi olmamıştır (45). DSÖ, orta kanıt düzeyi-güçlü tavsiye olarak travay ve doğumda sürekli destek veren birini doğum sürecinin gelişimi için önermektedir (29,39). ACOG, düzenli hemşirelik-ebelik bakımına ek olarak birebir duygusal desteğin doğumda sonuçları geliştirici etkisi olduğunu belirtmektedir (32). Uluslararası rehberler önermesine rağmen Türkiye de pek çok hastane politikası buna izin vermemektedir. Bu durum kadınların doğum eylemiyle başa çıkmakta zorlanmasına neden olmaktadır (46). Bu durum kadınının insan haklarına aykırıdır. Kadın, doğumda yanında duygusal destek olmasını istediği bir refakatçisini isteyebilmelidir. Temel insan haklarının sağlık hizmetlerindeki yansımaları olarak nitelendirilebilecek Hasta Hakları Yönetmeliği'nin 40.Maddesi'nde yer aldığı üzere, "Hasta gereksinim duyduğunda refakatçi talep edebilmelidir" (17,34,35). Aynı zamanda, Hasta Hakları Yönetmeliği 21 maddesi'nde "Hasta tıbben sakınca olmayan hallerde yanında bir yakınının bulunmasına izin verilmesini isteme hakkına sahiptir" maddesine göre de doğum yapan düşük riskli bir kadına bu hakkın tanınmaması, hasta hakları yönetmeliğiyle ters düşmektedir (17,35).-

Epizyotomi

Carroll ve ark. (47) tarafından yapılan, 5541 kadının incelendiği randomize kontrollü sekiz çalışmanın meta analizine göre; rutin epizyotomi ile, sınırlı epizyotomi uygulamasının etkileri karşılaştırılmış, rutin epizyotomi uygulanan kadınlarda epizyotomi oranı %75 iken, sınırlı epizyotomi uygulanan kadınlarda bu oran %28 olarak saptanmıştır. Ayrıca, rutin epizyotomi ile kıyaslandığında sınırlı epizyotomide perinatal travma şiddetinde azalma görüldüğü, daha az sütür uygulandığı, daha az komplikasyon görüldüğü saptanmıştır. İki grup arasında üriner inkontinans, ağırlı cinsel ilişki ve perinatal ağrı yönünden anlamlı bir fark bulunmamıştır. ACOG rutin epizyotomiyi önermemekte, kanıtlar sadece müdahaleli doğumlarda epizyotomi yapılabileceğini belirtmektedir. Doğumda epizyotominin 3. ve 4. derece lase-rasyonları önlediği konusundaki kanıtlar yetersizdir

(32). Öte yandan yapılan meta analizi çalışmaları, sadece gerekli durumlarda yapılan epizyotomi yerine rutin epizyotominin daha çok perine travmasıyla ilişkili olduğu; ancak enstrümental doğumda yapılan epizyotominin analsifinkter yaralanmalarını önleyebileceğini göstermiştir (48). Epizyotominin rutin olarak yapılması, kadının yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediğinden, defansif bir uygulamadır ve bu bağlamda hasta hakları ve evrensel etik ilkelerle çelişmektedir (34,35).

Sonuç olarak gebelik ve doğum normal fizyolojik bir süreçtir. Bu nedenle ICM, DSÖ, Ulusal Ebeler Derneği gibi birçok ulusal ve uluslararası örgüt doğuma müdahale edilmemesi gerektiğini vurgulamaktadır. Bu önerilere rağmen günümüzde doğuma müdahale tür ve nedenleri yukarıda kısaca özetlenmiştir. Aşağıda ise doğumda yapılan rutin ve defansif uygulamaları önleme stratejileri; anne dostu hastaneler, yasal ve etik düzenlemeler, ebelik bakımının doğum sürecindeki önemi kapsamında ele alınmıştır.

Doğum Sürecindeki Defansif Uygulamaları Önleme Stratejileri

Anne Dostu Hastaneler

Ulusal "Anne Dostu Hastane Programı" çalışmaları 2011 yılında başlamıştır. Programın amacı; gebelik, doğum eylemi ve lohusalık döneminde haklar, güvenlik ve mahremiyet dikkate alınarak gebe takiplerinin ve doğumlarının gerçekleştirileceği ortamları oluşturmaktır (39). Anne dostu hastane kriterlerinden konu ile ilgili olanlarına aşağıda yer verilmiştir:

- Gebe ve yakınları ilgili konularda bilgilendirilmelidir.
- Doğum sürecinde gebenin fiziksel ve duygusal gereksinimleri karşılanmalıdır.
- Travay sırasında gebe için pozisyon kısıtlaması olmamalı, istediği pozisyonda yatabilmeli, oda-da rahatça yürüyebilmeli, hareket edebilmelidir.
- Gebelerin aktif pozisyonlarda ıkınmaları teşvik edilerek, doğum gerçekleştirilmelidir.
- Kanıta dayalı olmayan müdahaleler rutin olarak uygulanmamalıdır (örn; oral alım kesilmemeli, lavman, tıraş, sık tuşe, üretral kateter uygulanmamalı, erken amniyotomi yapılmamalıdır).
- Kurumun sezaryen oranı DSÖ'nün belirlediği sınırlarda kalmalıdır.

Anne Dostu Hastaneler, henüz ülkemizde yaygınlaşmamıştır. Ayrıca anne dostu hastanelerde halen kanıta dayalı olmayan uygulamalar devam etmektedir. Dünyada bu konudaki uluslararası hareketlerin en önemlilerinden “Anne Dostu Doğum İnsiyatifi” (Mother Friendly Birth Initiative) ve “Annelik Hizmetlerini Geliştirme Koalisyonu” (Coalition for Improving Maternal Services), 1997 yılında annelerin, bebeklerin ve ailelerin bakım ve refahı için endişe duyan bireylerin ve 26 ulusal ve uluslararası organizasyonların birleşmesi ile kurulmuştur (49). Bu koalisyonda doğum örgütleri, doğum uzmanları, doğum savunucuları ve hizmet alanlar bulunur. Kuruluşun amacı: gebelik bakımını kanıta dayalı olarak düzenlemek, doğum öncesi komplikasyonları önlemek ve bu sorunlara bağlı maliyeti azaltmaktır (39,49). Bu girişimlerin nihai sonucu annelerin, bebeklerin ve ailelerin iyilik halinin ve onlara sunulan hizmetlerin niteliğinin bilimsel kanıtlara dayalı olarak artmasıdır. Bu hareketlerin çıkış felsefesinde insan hakları, kadın hakları, hasta hakları ve tıp etiğinin temel ilkeleri bulunur ve doğum eyleminin normleştirilmesi, gebe olarak kadının güçlendirilmesi ve otonomisinin sağlanması, sağlık hizmeti sunanların zarar vermemesi ve sunduğu hizmetlerden sorumlu olması vardır (39,49).

Yasal ve Etik Düzenlemeler

Son yıllarda, tüm dünya ile birlikte Türkiye’de malpraktis davalarında hızlı bir artış olmuştur. Malpraktis davaları kadın hastalıkları ve jinekoloji branşında daha sık görülmektedir. Genel olarak, kadın hastalıkları ve jinekoloji branşı hem anne hem fetus sağlığını ilgilendirdiği için riskli bir tıp dalı olarak kabul edilmektedir (50). Sağlık yasaları, gelişen hasta hakları kapsamında, sağlık ekibi tarafından oldukça zorlayıcı ve hekimin karar verme noktasında, doğumda müdahaleyi artırıcı yöndedir (51). Yapılan bir çalışmada sezaryen oranlarının yükselmesindeki en etkili faktörlerden birinin kadın doğum uzmanlarına açılan malpraktis davaları olduğu belirtmiştir (52).

Altındış ve ark. (53) hekimlerin %80.88’inin her hastayı potansiyel bir davacı olarak görme tedirginliği yaşadığını, %79.41’inin gerekli olmayan testleri de isteme eğiliminde olduğunu ve %74,6’sı-

nın yeni TCK’nın hekimlikle alakalı maddelerinden tedirginlik duyduğunu, %69.64’ünün tıbbi hata yapmaktan çekindiği belirtilmiştir. Panella ve ark. (54) defansif tıp uygulanma sıklığını, maliyet etkisini ve çözümleri değerlendirmek amacıyla yaptığı bir çalışmada; yasa dışı yapılan malpraktis reformunun ve defansif uygulamalarla ilgili kanıta dayalı bir klinik rehberin bu konuda etkili olacağını belirtilmiştir. Yasal düzenlemeler yapılırken, doğumla ilgili hekimlerin, sağlık ekibinin ve hizmet alan bireylerin beklenti ve memnuniyet durumlarının dikkate alınması, doğuma yapılan defansif müdahaleleri azaltacağı düşünülmektedir.

Dargahi ve Moraveji (55) İran’da defansif tıbbın nedenlerini incelemiş ve etik ilkelerin göz ardı edilmesini, defansif tıbbı artırıcı bir neden olarak ele almıştır. Aynı şekilde diğer bir çalışmada da defansif tıp uygulamalarının azaltılmasında kadın doğum uzmanlarının ve doğum ekibinin etik değerler yönünden güçlendirilmesinin öneminden söz edilmiştir (54). Defansif tıp uygulamalarında, tıbbi bir hatayı takiben hastanın şikayeti ile karşı karşıya kalmak doğum ekibinin yaşayacağı genel bir strestir (55). Kadın doğum uzmanlarının, ebelerin ve hemşirelerin mesleki etik değerlerini güçlendirmeye yönelik çalışmalar, doğumda defansif tıp uygulanmasını azaltabilir. Ebeler olarak, ebeliğin temel felsefesi olan doğumun doğasına saygı gereği, doğumun doğal akışına müdahale etmeden, kadına hak ettiği saygıyı göstermek ebeliğin etik sorumluluklarından biridir (56).

Doğumda Ebelik Bakımının Önemi

Uluslararası Ebelik Konfederasyonu ebeliğin etik kodlarını tanımlarken, ebeğin toplumun tüm üyeleriyle saygı, güven ve onura dayalı ilişki kuran, kadının insan haklarına saygılı, tüm insanlar için adalet ve sağlık hizmetlerine eşit erişim isteyen kişi olduğunu vurgular (56). Bu anlamda doğumda aktif olarak ebelerin yer almasının doğumda yapılan rutin müdahaleleri azalttığına dair güçlü kanıta dayalı çalışmalar bulunmaktadır (25). Cochrane’de doğumda sürekli ebelik bakımıyla standart uygulamaların karşılaştırıldığı toplam 17674 kadının dahil edildiği 15 çalışmanın meta analizinde, ebe liderliğindeki sürekli bakımın verildiği doğumlarda daha az vakum-forsepsli doğum, daha az bölgesel anal-

jezi kullanımı, daha fazla kendiliğinden başlayan normal doğum birincil sonuçlar olarak bulunurken, ikincil sonuçlar olarak ebe liderliğindeki sürekli bakımın verildiği grupta daha az epizyotomi, daha az amniyotomi daha az 24 hafta altında fetal ölüm ve daha az yeni doğan ölümü saptanmıştır. Bunun yanısıra ebe liderliğindeki sürekli bakımın, daha fazla gebe memnuniyeti ve daha az maliyetle ilişkili olduğu belirtilmiştir (57). Ebe liderliğindeki bakım, anne için güçlü iletişim, bire bir yakın temas ile ona dokunan aynı zamanda doğumda düşük müdahale olarak kabul edilmektedir (25). Ebeden alınan destek çoğu kadın için gebeliği ve doğumu normal yaşam olayı olarak gören bir bakım felsefesi demektir (25). Ebelik uygulamaları, zaman, güven, farkındalık ve alçak gönüllülük temelli doğum ve sonrası korkuları dengeleyen, gebelik ve doğumun fizyolojik gerçekliklerine dayandırılan, kadın ve bebekleri etkileyen, kültürel değerlerle çevrili mesleki ve kişisel değerlere dayanır (58). Ebelerin düşük riskli gebelerin doğumunda yer almasının doğumda uygulanan defansif uygulamaların önlenmesinde etkili olacağı düşünülmektedir.

Sonuç ve Öneriler

Günümüzde doğum sürecinde en fazla malpraktis korkusu başta olmak üzere çeşitli sebeplerle defansif tıp uygulaması yapılmaktadır. Bu durum mesleki etik değerler ve hasta hakları yönetmeliğiyle çelişmektedir. Çözüm için disiplinler arası ekip anlayışı ile politik ve hukuksal konular başta olmak üzere, sağlık, eğitim ve etik uygulamalar konusunda yeni düzenlemeler gerekmektedir. Kanıta dayalı olmayan uygulamaların rutin olarak uygulanması ve defansif tıp hakkında çözümler oluşturabilmek için;

- Etik değerler konusunda güçlendirme eğitimleri ve bu konuda daha fazla çalışma yapılması,
- Yasal düzenlemeler yapılırken, doğumla ilgili hekimlerin, sağlık ekibinin ve hizmet alan bireylerin beklenti ve memnuniyet durumlarının dikkate alınması,
- Lisans düzeyinden itibaren defansif tıp uygulamaları ve doğum konusunda eğitim verilmeye başlanması,
- İletişim sorunlarını engellemek için iletişim ve empati ilgili eğitimlerin verilmesi,

- Hastane içi denetleme sistemleri ve etik kurul mekanizması geliştirilerek defansif uygulamaların önüne geçilmesi,
- Doğum uygulamalarında etik kavramı ve hasta hakları konusunda daha fazla bilimsel çalışma yapılması,
- Kadının gebe olduğu dönemden itibaren doğum ve ana babalık için eğitimlerin düzenlenmesi,
- Anne dostu hastane kavramının yaygınlaşması için tüm sağlık ekibi tarafından sürece destek verilmesi,
- Ebelerin doğumda aktif yer alması konusunun desteklenmesi önerilir.

Hakem Değerlendirmesi: Dış bağımsız.

Yazar Katkıları: Fikir - N.K., Z.B.K.; Tasarım - N.K.; Denetleme - N.K.; Kaynaklar - Z.B.K.; Malzemeler - N.K., Z.B.K.; Veri Toplanması ve/veya İşlenmesi - N.K., Z.B.K.; Analiz ve/veya Yorum - N.K., Z.B.K.; Literatür Taraması - N.K., Z.B.K.; Yazıyı Yazan - Z.B.K.; Eleştirel İnceleme - N.K.; Diğer - N.K., Z.B.K.

Çıkar Çatışması: Yazarlar çıkar çatışması bildirmemişlerdir.

Finansal Destek: Yazarlar bu çalışma için finansal destek almadıklarını beyan etmişlerdir.

Peer-review: Externally peer-reviewed.

Author Contributions: Concept - N.K., Z.B.K.; Design - N.K.; Supervision - N.K.; Resources - Z.B.K.; Materials - N.K., Z.B.K.; Data Collection and/or Processing - N.K., Z.B.K.; Analysis and/or Interpretation - N.K., Z.B.K.; Literature Search - N.K., Z.B.K.; Writing Manuscript - Z.B.K.; Critical Review - N.K.; Other - N.K., Z.B.K.

Conflict of Interest: The authors have no conflicts of interest to declare.

Financial Disclosure: The authors declared that this study has received no financial support.

Kaynaklar

1. MacLellan J. Claiming an Ethic of Care for midwifery. *Nurs Ethics*. 2014; 21(7): 803-11. [\[CrossRef\]](#)
2. Kurttaş M. Sociological Overview of Medicalization Process Trade of Health and Body Control. *AU Sağlık Bil. Derg.* 2017; 27: 983-1012. [\[CrossRef\]](#)

3. Kim EK, Fletcher WJ, Johnson CT. Effect of Increasing Malpractice Insurance Cost and Subsequent Practice of Defensive Medicine on Out-of-Hospital Birth Rates in the United States. *Am J Perinatol.* 2019; 36(7): 723-9. [\[CrossRef\]](#)
4. The University of British Columbia. The Medicalization of Childbirth, 2016. (Erişim tarihi: 02.07.2018) Erişim adresi: https://wiki.ubc.ca/The_Medicalization_of_Childbirth
5. Parry DC. "We wanted a birth experience, not a medical experience": exploring Canadian women's use of midwifery." *Health Care Women Int.* 2008; 29; 8-9: 784-806. [\[CrossRef\]](#)
6. Jones JL, Foster IR. Ebelik Uygulamalarında Profesyonel Etik [Professional Ethics in Midwifery Practice] . Ersoy N, Özcan M, Ergin A. (Çev.), Nobel Yayıncılık, Ankara: 2015. p. 21-30
7. Berkiten EA, Özcan M, Ersoy N, Acar Z. Definition of the ethical values and ethics codes for turkish midwifery: A focused group study in Kocaeli. *Nurs Midwifery Stud.* 2013; 2(3): 21-7. [\[CrossRef\]](#)
8. Arslan H, Karahan N, Çam Ç. The effect of midwifery on the nature and mode of birth. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi.* 2008; 1(2): 54.
9. Yıldırım G, Koçkanat P, Duran Ö. National midwifery codes and occupational values. *STED.* 2014; 23(4): 148-54.
10. 1593 Sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu[İnternet] T.C.Resmi Gazete 6 Mayıs 1930. (Erişim Tarihi:05.04.2018). Erişim adresi: <http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.3.1593.pdf>
11. World Health Organization. Midwifery 2019. (Erişim Tarihi:05.04.2018) Erişim Adresi: <http://www.who.int/features/factfiles/midwifery/en/11>
12. Büken Örnek N. Women on the Basis of Human Vulnerability / Respect for Vulnerability and Personal Integrity. *Türkiye Klinikleri J Obstet Womens Health Dis Nurs-Special Topics.* 2018; 4(1): 1-11
13. Rathfisch G. Doğal Doğum. Doğal Doğum Felsefesi, Milyonlarca Yıldı Gerçekleşen Serüven 1.Baskı. İstanbul:Nobel Tıp Kitabevleri; 2012.p.15-40
14. Mongan MF. Hypnobirthing Mongan Yöntemi. Çoker H (Ed.), İstanbul:Gün Yayıncılık; 2013.
15. Odent M. Sezaryan Neden Öneriliyor? Neden Tercih Ediliyor? Anne ve Bebeği Bekleyen Riskler. Çev. Zerrin Koltukçuoğlu. 2nd ed. İstanbul: Kuraldışı Yayıncılık; 2013.
16. Davis E, Bonaro DP. *Orgasmic Birth Your Guid to a Safe, Satisfying and Pleasurable Birth Experience.* New York, USA: Rodale; 2010.
17. Yılmaz K. *Defansif Tıp. 1. Baskı.* Ankara:Seçkin; 2014.p.133-205.
18. Başer A, Kolcu B, İnci M, Kolcu G, Gök Balcı U. Validity and Reliability of The Turkish Version of The Defensive Medicine Behaviour Scale: Preliminary Study. *Tepecik Eğit Hast Derg* 2014; 24(2): 99-102. [\[CrossRef\]](#)
19. Yeşiltaş A, Erdem R. A Review of Defensive Medicine Applications. *Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi.* 2018; 10(23): 137-150. [\[CrossRef\]](#)
20. Bishop TF, Federman AD, Keyhani S. Physicians' Views on Defensive Medicine: A National Survey. *Arch Intern Med.* 2010; 170(12): 1081-3. [\[CrossRef\]](#)
21. Payne MR, Denning A, Tuttle L, Bryant V, Walker S, Higgins J. Birth is not an illness. *Aust New Zeal J Obstet Gynaec.* 2003; 43(1): 90-1. [\[CrossRef\]](#)
22. Healy S, Humphreys E, Kennedy C. A qualitative exploration of how midwives' and obstetricians' perception of risk affects care practices for low-risk women and normal birth. *Women Birth.* 2017; 30: 367-75. [\[CrossRef\]](#)
23. Küçük M. Defensive medicine among obstetricians and gynaecologists in Turkey. *JOGC.* 2017; 38(2): 200-5. [\[CrossRef\]](#)
24. Karabel M. P, Demirbaş M, İnci M. B. Changing Rates of Cesarean Section in Turkey and in the World and Probable Causes. *Sakarya Tıp Dergisi.* 2017; 7(4): 158-63. [\[CrossRef\]](#)
25. Raipuria HD, Lovett B, Lucas L, Hughes V. A Literature Review of Midwifery-Led Care in Reducing Labor and Birth Interventions. *Nurs Womens Health.* 2018; 22(5): 387-400. [\[CrossRef\]](#)
26. Sakala C, Corry M. Evidence-based maternity care: what it is and what it can achieve. New York (NY): Milbank Memorial Fund; 2008.
27. Gojayeva A. Avrupa Biyotıp Sözleşmesi ve Türk Hukukuna Etkileri. *Sağlık Hukuku Digestası. 1. Baskı.* Ankara:Ankara Barosu Yayınları; 2009.p.28-70.
28. Özcan B, Özel Ç. Personality rights in the medical relationship resulting from medical intervention in the context of patient rights the obligation of the physician to enlighten the patient; and some considerations of informed consent. *Hacettepe Journal of Health Administration.* 2007; 10(1): 54.
29. World Health Organization. WHO recommendations for augmentation of labour 2014. (Erişim Tarihi:12.04.2018). Erişim adresi: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112825/9789241507363_eng.pdf?sequence=1
30. World Health Organization.WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth ex-

- perience 2018. (Erişim Tarihi:12.04.2018). Erişim adresi: <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/en>
31. Irvani M, Janghorbani M, Zarean E, Bahrami M. An overview of systematic reviews of normal labor and delivery management. *Iran J Nurs Midwifery Res.* 2015; 20(3): 293-303.
 32. The American College of Obstetricians and Gynecologists. Approaches to Limit Intervention During Labor and Birth Committee Opinion 2017. (Erişim Tarihi:13.04.2018). Erişim adresi: <https://www.acog.org/Resources-And-Publications/Committee-Opinions/Committee-on-Obstetric-Practice/Oral-Intake-During-Labor1>
 33. Uzel Gökdemir H, Yanikkerem E. Evidence-Based Practice During Intrapartum Period: Preferences of Women Giving Birth. *DEUHFED.* 2018; 11(1): 26-34.
 34. Yılmaz K, Polat O, Kocamaz G. Defansif tıp uygulamalarının hukuksal açıdan incelenmesi. *TOAD.* 2014; 5: 16.
 35. Türkiye Cumhuriyeti Mevzuat Geliştirme ve Yayın Genel Müdürlüğü.Hasta Hakları Yönetmeliği Resmi Gazete Tarihi:01.08.1998 Resmi Gazete Sayısı: 23420. (Erişim Tarihi:18.04.2018) Erişim adresi <http://www.mevzuat.gov.tr/Metin.Aspx?MevzuatKod=7.54847&sourceXmlSearch=&MevzuatIlski=0>
 36. Joyce T, Di Franco AM, Romano RK. Care Practice Spontaneous Pushing in Upright Or Gravityneutral Positions. *JPE.* 2007; 16(3): 35-8. **[CrossRef]**
 37. Gottvall K, Allebeck P, Ekéus C. Risk factors for anal sphincter tears: the importance of maternal position at birth. *BJOG* 2007; 114(10): 1266-72. **[CrossRef]**
 38. Zhang H, Huang S, Guo X, Zhao N, Lu Y, Chen M, et al. A randomised controlled trial in comparingmaternal and neonatal outcomes between hands-and-knees delivery position andsupine position in China. *Midwifery.* 2017; 50: 117-24. **[CrossRef]**
 39. THSK. Anne Dostu Hastane Programı: Ankara: Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kadın Üreme Daire Başkanlığı. (Erişim Tarihi:18.04.2018) Erişim adresi: <http://kadinureme.thsk.saglik.gov.tr/daire-faaliyetleri/803-anne-dostu-hastane-program%C4%B1.html>
 40. Shepherd A, Cheyne H. The frequency and reasons for vaginal examinations in labour. *Women Birth.* 2013; 26(1): 49-54. **[CrossRef]**
 41. Selin L, Wennerholm UB, Jonsson M, Dencker A, Wallin G, Wiberg-Itzel E, et al. High-dose versus low-dose of oxytocin for labouraugmentation: a randomised controlled trial. *Women Birth.* 2018; pii: S1871-5192(18)30363-9.
 42. Fischer R, Machac N, Hunter K, Adriance L. A comparison of induction of labor success rates over three time periods in 20 years at a single academic tertiarycare center: are we improving vaginal delivery rates? *J Matern Fetal NeonatalMed.* 2017; 21: 1-7. **[CrossRef]**
 43. Smyth RM, Markham C, Dowswell T. Amniotomy for shortening spontaneous labour. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013; 6: CD006167. **[CrossRef]**
 44. Berghella V, Baxter JK, Chauhan SP. Evidence based labor and delivery management. *Am J Obstet Gynecol.* 2008; 199(5): 445-54. **[CrossRef]**
 45. Bohren MA, Hofmeyr GJ, Sakala C, Fukuzawa RK, Cuthbert A. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017; 7: CD003766. **[CrossRef]**
 46. Timur S, Hotun Şahin N. Women's social support preferences and experiences at birth. *HEMARGE.* 2010; 12(1): 29-40.
 47. Carroli G, Mignini L. Episiotomy for vaginal birth. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2009; 1. doi 10.1002/14651858.CD000081. **[CrossRef]**
 48. The Cochrane Collaboration. Selective versus routine use of episiotomy for vaginal birth 2017. (Erişim Tarihi:12.04.2018) Erişim adresi: <http://www.cochrane.org/CD000081/PREGselective-versus-routine-use-episiotomy-vaginal-birth>
 49. CIMS' Mother-Friendly Childbirth Initiative. The Coalition for Improving Maternity Services, 2015. (Erişim Tarihi:14.04.2018) Erişim adresi: [http://www.motherfriendly.org/resources/Documents/CIMS%20MotherFriendly%20Childbirth%20Initiative%20\(2015\).pdf](http://www.motherfriendly.org/resources/Documents/CIMS%20MotherFriendly%20Childbirth%20Initiative%20(2015).pdf)
 50. Küçük, M. Defensive medicine among obstetricians and gynaecologists in Turkey. *J Obstet Gynaecol.* 2017; 38(2) 200-5. **[CrossRef]**
 51. Yorulmaz C, Kaya A. Tıbbi Malpraktisin Uzmanlık Alanlarına Dağılımı Ve Karşılaşılan Nedenler. İçinde Çetin G., Kaya A, editör. Hekimlik Uygulamalarının Adli Tıbbi Güncellemesi [Practice of Medicine Forensic Medical Update]. İstanbul:İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri; 2012; 78: 9-22.
 52. Gür EB, Turan GA, Tatar S, Oran N, Yüksel M, Yavuz İ, et al. In Turkey Evaluation of Gynecology and Obstetrics Physicians and midwives in terms of high cesarean rate. *Turk Klinikleri J Med.* 2014; 24(2): 71-9.
 53. Altındiş S, Coşar E, Atasoy A, Akbaba B, Şimşir İ, Öz S. Defensive Medicine in Health Care. *BMJ.* 2019; 3(1): 12-9. **[CrossRef]**

54. Panella M, Rinaldi C, Leigheb F, Knesse S, Donnarumma C, Kul S, et al. Prevalence and costs of defensive medicine: a national survey of Italian physicians. *J Health Serv Res Policy*. 2017; 22(4): 211-7. **[CrossRef]**
55. Dargahi H, Moraveji M. Defensive Medicine: Ethical or Unethical? A Case Study of Tehran University of Medical Sciences Hospitals. *J Public Health*. 2018; 2(2): 1-7.
56. International Confederation of Midwives. International Code of Ethics for Midwives, 2017 (Erişim 02.07.2018) Erişim adresi: <http://www.hebammen.at/wp-content/uploads/2017/04/International-Code-of-Ethics-for-Midwives.pdf>. .docx
57. Sandall J, Soltani H, Gates S, Shennan A, Devane D. Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015; 9: CD004667. **[CrossRef]**
58. Demirbaş Meydan ř, Kaya N. Development of the Midwifery Professional Values Scale. *HSP*. 2018; 5(2): 129-38. **[CrossRef]**