

DOĞUM YÖNETİMİNDE ETİK SORUNLAR VE SAĞLIK PROFESYONELLERİNİN SORUMLULUKLARI

ETHICAL PROBLEMS AND RESPONSIBILITIES OF HEALTH PROFESSIONALS IN BIRTH MANAGEMENT

Özlem AKIN¹, Gamze ŞAHBAZ², Hüsne YÜCESOY², Nülüfer ERBİL³

¹ Öğr.Gör., Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Rize

² Doktora Öğrencisi, Ordu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği AD, Ordu

³ Prof. Dr., Ordu Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Ordu

Özet

Günümüzde sağlık profesyonelleri, alınacak kararlar ve hukuki açıdan yeterli bilgiye sahip olamama konusunda etik ikilemler yaşamaktadırlar. Sağlık profesyonellerinin karşılaşılan etik sorunlara etik ilkeler ve etkili profesyonel bakım doğrultusunda yaklaşım göstermeleri gerekmektedir. Doğum yönetimi doğum şekli, malpraktis olguları, obstetrik şiddet ve ihmal, mahremiyet ve bilgilendirilmiş onam konularında sıklıkla etik ikilemler yaşanabilir. Bu nedenle hasta için karar verme özerkliği sağlık hizmeti modeli hedeflerinin ayrılmaz bir parçası olmaktadır. Sağlık profesyonellerinin sağlık hizmetlerini planlama ve uygulama konusunda her türlü müdahale ve kararlarında etik ilkeler çerçevesinde hareket etmeleri son derece önem taşımaktadır. Bu derlemenin amacı, doğum yönetiminde etik sorunlar ve sağlık profesyonellerinin sorumlulukları hakkında farkındalığın artırılmasıdır.

Anahtar Kelimeler: Doğum, Etik, Etik ikilemler, Sağlık profesyonelleri.

Abstract

Today, healthcare professionals have ethical dilemmas about the decisions to be made and the lack of sufficient legal information. Health professionals should approach ethical problems in line with ethical principles and effective professional care. Ethical dilemmas are often encountered in delivery management, delivery mode, malpractice case, obstetric violence and neglect, privacy and informed consent. Therefore, decision making autonomy for the patient becomes an integral part of the healthcare model goals. It is extremely important that healthcare professionals act within the framework of ethical principles in all kinds of interventions and decisions regarding planning and implementation of health services. The purpose of this review is to raise awareness about ethical problems in birth management and responsibilities of health professionals.

Key Words: Birth, Ethics, Ethical dilemmas, Health professionals.

ORCID IDs: Ö.A. 0000-0001-7210-8756; G.S. 0000-0002-8999-0818; N.E 0000-0003-3586-6237

Sorumlu Yazar: 1 Öğr.Gör., Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Rize

E-mail: ozlem.akin@erdogan.edu.tr

Geliş tarihi/ Date of receipt :26.08.2020

Kabul tarihi / Date of acceptance: 09.12.2020

GİRİŞ

Etik, ahlaki değerler sistemi olarak tanımlanmaktadır ve sağlık profesyonelleri günlük çalışmalarında pek çok etik ikileme maruz kalmaktadır. Etik ikilemlere karar verme ve etik çatışmaların çözümlenmesinde yararlılık, zarar vermeme, adalet ve otonomi ilkesi olmak üzere dört temel ilke bulunmaktadır. Yararlılık, hastaya ilk olarak ve her şeyin üzerinde fayda sağlayan bir ilke özelliği taşır, zarar vermeme ise başkalarına zarar verecek eylemde bulunmama yükümlülüğüdür. Özerkliğe saygı ilkesi, kişilerin karar verme ve seçim yapmasında özgür bırakılmasıdır. Adalet ilkesi ise eldeki kaynakların sağlık alanında eşit bir şekilde kullanılmasını içermektedir (1).

Dünyanın bütün coğrafyalarında nüfus, çok kültürlü hale gelmekte ve bu durum hastalarına bireyselleştirilmiş ve bütüncül bakım vermekle yükümlü olan sağlık profesyonelleri için önemli bir konu özelliği taşımaktadır (1). Kadın sağlığı hemşireliği, etik ikilemlerin en çok yaşandığı alanlardan birisidir. Bu nedenle sağlık profesyonellerinin sağlık hizmetleri konusunda her türlü müdahale ve kararda etik ilkeler çerçevesinde hareket etmeleri son derece önem taşımaktadır (2).

Bu derlemede, doğum yönetiminde etik sorunlar ve sağlık profesyonellerinin sorumlulukları hakkında literatüre katkı sağlanması amaçlanmıştır.

Doğum şekli tercihi kararlaştırılan etik durumlar

Vajinal doğum, anne ve bebek için fayda sağlayan doğal ve fizyolojik bir eylemdir. Sezaryen ise vajinal doğum yapmanın ve normal koşullarda yapılacak doğumun güvenle gerçekleşmediği durumlarda ve doğumu takiben beklenen aşırı maternal ya da fetal hastalık oranı riskinin olması halinde uygulanması gereken abdominal cerrahi girişim ile bebeğin uterin ortam dışına alınmasıdır. Aynı zamanda tüm dünya genelinde son zamanlarda sıklıkla tercih edilen majör cerrahi bir girişimdir (3). Sezaryenin en önemli endikasyonları; fetal distres, ilerlemeyen travay, baş pelvis uyumsuzluğu, malprezentasyon ve malpozisyon, uterin disfonksiyon, yumuşak dokuda engel, sezaryen sonrası vajinal doğum, geçirilmiş uterin cerrahi, neoplazi, servikal serklaj, plasenta previa,

ablasyo plasenta, preeklamsi, eklemsi, umbilikal kord prolapsusu, plasental yetmezlik, çoğul gebelik, maternal diyabet, Rh uyuşmazlığı, postmortem sezaryen, fetal makrozomi, anneden bebeğe bulaşabilecek enfeksiyonlar, konjenital utero-vajinal anomali, kötü obstetrik öykü, müdahaleli doğumda başarısızlık, fetal anomali, oligohidroamnios ve polihidroamnios olmaktadır (4).

Sezaryen ilk uygulanmaya konulduğunda anne adayının yaşamını kurtarmak adına en son yapılacak bir cerrahi operasyon iken, şimdilerde bebeği kurtarmak amacıyla düşük riskli, tıbbi zorunluluklar dışında anne adaylarının istemi halinde ve hekimin iş yükünü kolaylaştıran bir cerrahi operasyon şeklini almıştır (4). Sezaryen, aynı zamanda büyük bir cerrahi girişim gerektiren, ani maternal ve perinatal risklerle de ilişkili olabilmektedir (5).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), ideal sezaryen oranının 10-15% düzeyinde olması gerektiğini belirtmektedir (6). Dünya geneline bakıldığında sezaryen sayısı artış göstermektedir, Meksika'da %43.9, İtalya'da %38.5, ABD'de %32.3, Kanada'da %26.6, İngiltere'de %23.4, Norveç'te %17.1, Finlandiya'da %16.5 ve Hollanda'da %14.3 olarak saptanmıştır (7). Betran ve arkadaşları (5), küresel sezaryen oranının %18.6 olduğunu, en az gelişmiş bölgelerde %6 ve en gelişmiş bölgelerde %27.2 olduğunu belirtmiştir. Güney Amerika, %42.9 oranıyla dünyadaki en yüksek ortalama sezaryen oranına sahip bölgedir. Latin Amerika ve Karayipler bölgesi (%40.5) yüksek sezaryen oranlarına sahiptir ve bunu Kuzey Amerika (%32.3), Okyanusya (%31.1), Avrupa (%25), Asya (%19.2) ve Afrika (%7.3) izlemektedir. En düşük sezaryen doğum oranı ise %3 ile Batı Afrika'dadır.

Türkiye Nüfus Sağlık Araştırma Enstitüsü (TNSA) verilerine göre sezaryen doğum oranları; 2013'te %48 iken, 2018'de %52 bulunmuştur (8,9). Dünya genelinde ise Organisation for Co-operation and Economic Development (OECD) ülkelerinin doğum oranlarını incelendiğinde, Türkiye'nin 2018 yılı sezaryen doğum oranı 1000 canlı doğumda 548.90 ile en yüksek düzeydedir (10).

Sezaryen doğum oranlarındaki artışa bakıldığında, kadınların gebelik yaşının ilerlemesi, preterm ve çoğul gebeliklerin artması, üremeye yardımcı yöntemlerin yaygınlaşması, anne isteğiyle sezaryen doğum

yapılması ve ilk doğumları sezaryen olan anne sayısının artışı dikkat çekmektedir (7).

Aynı zamanda sezaryen doğumun kadınlar tarafından daha güvenli algılanması, teknolojinin gelişmesi, maternal, perinatal morbidite ve mortalite riskinin az olması, hekimler açısından da doğum zamanının belirlenmesi, malpraktis, medikolegal problemler, müdahaleli doğumdan kaçınma isteği, riskli gebelik artışları ve ileri yaş gebelikleri sezaryen doğumu daha cazip kılmaktadır (4). Ayrıca, sezaryenle yapılan doğumun ardından, anne adaylarının bir sonraki çocuğunu vajinal doğumla dünyaya getirme sürecinde, uterus rüptürü veya diğer komplikasyonların olma olasılığı nedeniyle tercih edilmemektedir (11).

Sezaryen oranının artmasının, hem anne adayları hem de henüz doğmamış bebekleri için risk yaratmasına rağmen anne isteği ile sezaryen oranındaki artıştan kaynaklandığı düşünülmektedir (12). Keag ve arkadaşları (13), sezaryenin, idrar kaçırma ve pelvik organ prolapsusu oranlarında azalmayı sağladığını, fakat gelecekteki gebelik sonuçları ve gebelik komplikasyonları ve uzun dönem çocuk hastalıkları ile de ilişkili olduğunu belirtmiştir. Aynı çalışmada, sezaryen ile doğumun çocuklarda solunum problemleri, astım ve obezite gibi önlenemez komplikasyonlar, kadınlarda doğum sonrası enfeksiyonlar, hemoraji, anestezi veya kan transfüzyonu ile ilgili komplikasyonlar, uterus rüptürü, plasental implantasyon problemleri ve histerektomi ihtiyacı gibi komplikasyonlara neden olabileceği belirtilmiştir (13).

Modern tıp etiği, özerklik, fayda, zararsızlık ve adaleti göz önünde bulundurmaktadır. Tıbbi olmayan nedenlerle gerçekleştirilen sezaryenin rölatif yarar ve risklerini içeren güçlü bir kanıt bulunmamaktadır (14). Dünyadaki yükselen sezaryen oranlarını ele almak ve bu prosedürün aşırı kullanılmasından kaynaklanan kadın ve yenidoğanlara zarar gelmesini önlemek için, DSÖ 2018'de gereksiz sezaryeni azaltmak için klinik olmayan müdahaleler hakkında yeni öneriler yayınlamış, yüksek, orta ve düşük gelirli ülkelerde gereksiz sezaryeni azaltmak için ulusal politika ve protokollerin geliştirilmesi konusunda bilgilendirmeyi amaçlamıştır. Kadınlar için sağlık eğitimi, sağlık profesyonellerine yönelik öneriler ve

sağlık kuruluşlarına yönelik önlemleri kapsamaktadır (15).

Ülkemiz genelinde ise sezaryen oranındaki kaygı verici artış neticesinde Sağlık Bakanlığı, sezaryen oranını düşürmek için yoğun bir çalışma başlatmış ve bir dizi önlemleri devreye sokmuştur. Bu bağlamda 2017 yılında “Kadın Sağlığı ve Doğum Hizmetlerinin İyileştirilmesi Komisyonu” tarafından yayınlanan raporda “Türkiye’de artan sezaryen oranlarını düşürmek adına eylem planı” hazırlanmıştır. Bu eylem planı, klinik obstetrik aktivitelerin düzenlenmesi, hastane alt yapılarının iyileştirilmesi, idari ve hukuki alt yapının geliştirilmesi ve bu amaca yönelik bilimsel çalışmaların desteklenmesi şeklinde özetlenebilir (16).

Yanikkerem ve Çimen’in (11) araştırmasında hemşirelerin birçoğu vajinal doğumun pelvik taban disfonksiyonu, inkontinans ve prolapsusu artırdığına inanmaktadır. Katılımcıların %85.1’i ebeler ve hemşirelerin doktorlara oranla normal doğuma daha olumlu yaklaşımda bulunduğunu ve %84.6’sı ebeler ve hemşirelerin normal doğumu daha çok desteklediklerini dile getirmiştir. 40 yaşın altındaki hemşirelerin %91.2’si normal doğumun prolapsusa, %85.6’sı ise pelvik taban disfonksiyonuna yol açtığına inanmaktadır. Sağlık profesyonellerinin bu konuda kadınlara eğitim ve danışmanlık sorumluluğu bulunmaktadır.

Sağlık profesyonellerinin etik sorumlulukları

Sağlık profesyonellerinin antenatal bakım sırasında yetersiz danışmanlık vermesiyle vajinal doğum korkusunun artması gibi bir takım sorunlarla karşı karşıya kalınmaktadır (4).

Sağlık profesyonellerine yönelik öneriler ve sağlık kuruluşlarına yönelik önlemlerden ilk olarak sezaryen için protokollerin oluşturulması, sezaryen endikasyonları kılavuzlarının yenilenmesi, sağlık sistemleri tarafından hastanelere sezaryen hızı için sınırlama getirilmesi ve özellikle sezaryen sonrası vajinal doğumun yaygınlaştırılması önerilmektedir (17). Gebelerde sezaryen riskleri konusunda sağlık profesyonellerinin bilgilendirilmesine önem verilmesi, gebe ve eşlerinin doğum konusunda eğitim almalarının sağlanması ve vajinal doğum ile ilgili korku, kaygı, yanlış bilgi ve inanışların önlenmesi ve doğum kaygısı olan kadınların antenatal

dönemde psikolog desteği almaları için sevk edilmesi gerekmektedir. Ayrıca eğitimlerin sadece gebe odaklı değil halk ve tüm kademedan öğrencilere yönelik düzenlenmesi önerilmektedir. Danışma konusunda amaç her zaman bilgilendirilmiş onam olmalıdır. Danışmanlık ve karar verme süreci birkaç oturum olabilmektedir. Kişinin isteğinin merkezinde yer alan değerleri, korkuları veya endişeleri sorulmalı, yüksek kaliteli kanıtlara dayanan bilgiler doğrultusunda risklerin ve faydaların bir listesi oluşturulmalıdır. Doğum şekli konusunda ön yargı veya baskı olmaksızın karşılıklı bir karara varılmalı, etik sorumluluklar göz önünde bulundurulmalıdır (18).

Sezaryen sonrası vajinal doğum ve etik sorunlar

Etik ikilemlere açık bir diğer konu günümüzde bir problem olan yasal risklere karşı, endişe ve sorumluluk almaktan çekinme niteliği taşıyan sezaryen sonrası vajinal doğumdur. Sezaryen oranları son yıllarda küresel olarak artış göstermiştir. Sezaryen oranlarını azaltmak için birtakım yaklaşımlar uygulanmaktadır. Sezaryen sonrası vajinal doğum (SSVD), sezaryen oranlarındaki artışı azaltmak için iyi bir seçenektir (19). Fakat SSVD’de önceki sezaryen endikasyonu, önceki vajinal doğum öyküsü, anneyi etkileyen faktörler ve mevcut gebelik durumu gibi bireysel faktörler başarı oranlarını etkiler. Qi ve arkadaşları (20), daha önce vajinal doğum öyküsü olmayan kadınların SSVD başarı şansını daha yüksek bulmuştur. SSVD başarı şansını etkileyen diğer değişkenler ise, anne yaşı ve anne kilosu olarak belirlenmiştir (21).

Sezaryen oranlarının artmasına yönelik önlem almak adına sezaryen sonrası vajinal doğuma talebin artması için dünya genelinde detaylı bilgilendirme yapılmaktadır (22). American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) rehberinde sezaryen sonrası vajinal doğumun, sezaryen deneyimleyen çoğu kadın için uygun ve güvenli bir seçenek olduğu belirtilmektedir (23).

Önceki doğumun sezaryen olması, bir sonraki doğuma yaklaşımın belirlenmesi obstetride en tartışmalı alanlardan birisidir. Doğum şekline yönelik yaklaşımın belirlenmesi, obstetrik uygulamanın merkezinde yer alır. Sezaryen doğum oranları, güvenli doğum ve hasta otonomisi gibi konular

etik ikilemlere neden olabilir. Bazı uzmanlar, daha önce sezaryen geçirmiş tüm kadınlarda sezaryenin tekrarlanmasını şiddetle önermektedir. Bazıları ise sezaryen oranlarını düşürmenin bir yolu olarak görmektedirler. Hasta merkezli ve kanıta dayalı bir doğum yaklaşımı oluşturmada ve SSVD ile tekrar sezaryen doğum arasındaki karara nasıl etik olarak yaklaşılacağı konusunda kafa karışıklığı mevcuttur (24). Bu kararı verebilmek için, hem sağlık profesyonellerinin hem de hastaların doğum şekline ve başarılı vajinal doğum şansına karar vermelerine yardımcı olacak bilgilere ihtiyaçları vardır. Doğum şekline ilişkin danışmanlığa bir kadın doğum uzmanı katılmalı ve çoğu durumda karar 36. gebelik haftasında kesinleşmelidir. Başarılı SSVD ile ilgili bilgi sahibi olmak, doğum şekline ilişkin karar verme sürecini iyileştirebilmektedir (25).

Sağlık profesyonellerinin etik sorumlulukları

Sezaryenden sonra komplikasyonsuz vajinal doğum makul seçenekler olarak görülmelidir (24). Bu konuda sağlık profesyonellerinin SSVD ve elektif sezaryen riskleri ve yararları hakkında kadına bilgi ve danışmanlık sunması önemlidir (19). Doğum şekilleri ve özellikle SSVD hakkında danışmanlık ve eğitim sunma, artmakta olan sezaryen oranlarını ve tekrarlayan sezaryene bağlı riskleri azaltmada önem taşımaktadır. Sağlık profesyonelleri, prenatal bakım sürecinde doğum yöntemleri ve SSVD’nin olumlu ve olumsuz tarafları hakkında danışmanlık hizmetleri ile kadınların farkındalıklarını artırabilirler. Öncelikle SSVD ve dünyadaki sezaryen oranları, SSVD’nin sezaryen oranlarını azaltmada bir seçenek olması ve komplikasyon oranlarını azaltması yönüyle bilgi sağlanmalıdır (19).

Sezaryen sonrası vajinal doğum için anne gönüllü olmalı ve yazılı onamı alınmalı, pelvik darlık, uterusta şekil bozukluğu ve rüptür olmamalıdır. Önceki sezaryenin alt segment trasvers insizyonla yapılmış olması gerekmektedir. Alt segment kalınlığının 2 mm’den çok olması, uterusta sezaryen dışında herhangi bir skar veya anormallik olmaması, fetüsün dört kilogram altında olması ve gerekli alt yapının sağlanmasıyla SSVD yapılabilmektedir (4). Herhangi bir kontrendikasyon yoksa, alt segment transvers sezaryen geçirmiş gebelere maternal/fetal riskleri tartışıldıktan ve onam alındıktan sonra

SSVD denenebilir. Uygun vakalarda SSVD denemesinde başarı oranı %60-80 civarındadır. SSVD girişiminin uterus rüptürü, acil sezaryen girişimi, antepartum fetal ölüm, fetal asidoz ve yenidoğan ünitesi gereksinimi gibi riskleri söz konusu da olabilmektedir (4). Daha önce sezaryen doğum yapmış olan kadınlarda, herhangi bir riskin olmaması halinde SSVD yapılmalı, danışmanlık ve yönetim planı tıbbi kayıta yer almalıdır (19).

Malpraktis olguları

Malpraktis, Latince kökenli “Male” ve “Praxis” den türeyerek “hatalı uygulama” anlamı taşımaktadır. Türk Tabipleri Birliği malpraktis kavramını, sağlık hizmetinden kaynaklanan zarar ve tıbbi uygulama hataları olarak ifade etmiştir (26).

Hastalar obstetrik süreçlerinin mükemmel şekilde gerçekleşmesini bekler fakat süreç ne kadar doğal olsa da beraberinde bazı komplikasyonları getirebilmektedir. Yapılan çalışmalarda sağlık profesyonellerinde, yeterli teorik ve beceri eğitimi eksikliği, güncel bilgilerde yetersizlik, yoğun çalışma saatleri, nöbet sistemi, bir sağlık çalışanı başına düşen hasta sayısının çok olması, kaygı durumu ve cihazların yetersiz olması gibi birçok faktörün malpraktise neden olduğu düşünülmektedir (27).

Türkiye’de yapılan araştırmalar sonucunda malpraktis vakalarına bakıldığında, vakaların %16.8’i obstetri ve jinekoloji alanında gerçekleştirilmiştir (28). Preeklamsi ve eklamsi tanısının konulamaması, makrozominin saptanamaması, transvers prezentasyonda veya sefalopelvik uyumsuzlukta oksitosin infüzyonu uygulanması, aşırı kristaller manevrası, sezaryen endikasyonunda başarısızlık, sezaryen sonrası kişiye vaginal doğum yaptırılması neticesinde uterus rüptürü gelişmesi gibi sebeplerle infant ölümleri, ultrasonda konjenital anomalinin tanılanamaması, alfa fetoprotein düzeyinin bakılmaması, uzamış doğumu uzmana bildirmeme sonucunda asfiksisi ve spastik kuadripleji, uzmana bildirmeden müdahale uygulama nedeni ile humerus kırığı ve subdural hematoma gibi vakaları kapsamaktadır (28). AlDakhil’in (29) Suudi Arabistan’da yaptığı çalışma sonucunda toplam 463 malpraktis iddiasından %24.6’sının obstetri ve jinekolojide olduğu, bu iddiaların %80.7’sinin doğum eylemiyle ilgili

komplikasyonlarla ilgili olduğu belirtilmiştir. Obstetrik malpraktis davalarının en sık nedenlerinin ise brakial pleksus yaralanması ve hipoksik iskemik ensefalopati olduğu saptanmıştır. Ayrıca omuz distosisi tüm malpraktis iddiaların %63’ünün nedeni ve omuz distosisi iddialarının çoğunun davacı lehine karar verildiği belirtilmiştir.

Doğumda travmadan kaynaklanan Erb paralizi, subgaleal kanama ve vakum ekstraksiyonu nedeni ile gelişen fetal kafatası kırığının hem vaginal hem de sezaryen doğumlarda görüldüğü bildirilmektedir (30). Davaların birçoğu, doğum şekli olarak sezaryenin tercih edilmemesi sebebiyle açılmaktadır. Bu davalar, özellikle çocukta oluşan brakial pleksus ve serebral palsi hasarı ya da annede oluşabilen perine hasarı, histerektomi ve atoni gibi durumlar nedeniyle meydana gelmektedir. Makrozomik bebeğin intrauterin olarak fark edilmemesi, normal doğumda çocuğa ya da anneye zarar vermesi sebebiyle de açılmış pek çok dava bulunmaktadır (31). Obstetri ve jinekoloji yüksek dava riski ile birlikte olduğu genel olarak kabul edilen özel bir alandır. Bu nedenle sağlık profesyonellerinin önemli rol ve sorumlulukları bulunmaktadır.

Sağlık profesyonellerinin etik sorumlulukları

Ülkemizde DSÖ’nün %15’lik sezaryen hedefine ulaşamamasındaki en önemli nedenin sağlık profesyonelleri üzerindeki malpraktis baskısı olduğu düşünülmektedir (3). Sağlık profesyonelleri, yaptıkları işin doğası nedeniyle sık sık travmatik olaylara maruz kalmaktadırlar. Ebeler ve hemşireler, gerçek yaşamda doğum eylemi ve doğumla ilgili acil bir olayla karşılaştıklarında nispeten hazırlıksız hissedebilmekte, bazıları yaşanan deneyimden travmatize olmakta, bazıları ise bu durumu acil müdahale becerilerini geliştirme fırsatı olarak görmektedir (32).

Çakmak ve arkadaşlarının (33) araştırmasında, tıbbi hataların en önemli sebepleri dikkatsizlik, özensizlik, tedavi ve tanı hataları olarak belirtilmiş, tıbbi hataların diğer sebepleri arasında ise tanı hataları, ihmal ve vücutta yabancı cisim unutmaya gibi etkenler de saptanmıştır. Yanlış uygulamaları önlemek adına sağlık profesyonelleri dikkatli olmalı, yetki ve sorumluluklarının bilincine varmalı, gereksiz müdahalelerden kaçınmalı ve doğru kayıt tutmalıdır. Eğer hatalı bir uygulama

nedeni ile yenidoğan zarar gördü ise, sağlık profesyonelleri işbirliği içinde gerekli girişimlerde bulunmalıdır. Ayrıca yapılan ya da ihmal edilen girişimlerin kayıt altına alınması Sağlık profesyonellerinin sorumlulukları arasındadır (34).

Günümüzde gebelik sonucu beklenildiği gibi olmadığında, sağlık profesyonellerine karşı yasal işlem kaygısı devam etmektedir. Bu nedenle, doğum yönetiminde rol alan sağlık profesyonellerinin etik kurallar ve ilkeler doğrultusunda yapılan her işlemi kayıt etmesi gereklidir. Doğumu gerçekleştirirken sorumlu olan doktora bilgi vermeli, danışmalı ve birlikte hareket etmelidir (35). Bu süreçte hastaya yapılacak işlemler hakkında bilgiler sağlamalı hem fiziksel hem de bilgi anlamında mahremiyete önem verilmelidir.

Mahremiyete saygı ve bilgilendirilmiş onam

İnsan haklarının ayrılmaz bir parçası olan mahremiyet hakkı, bireylerin yalnız kalabilmeleri, istediklerini düşünüp, arzuladıkları yer, zaman ve şartlarda kimlerle ne ölçüde ilişki kurabileceklerini ve hareket edebilmelerine karar verebildikleri alanı ve bu alanda sahip olunan hakkı ifade edebilmektir (36). Hastalara yapılan tüm uygulamalarda hastanın mahremiyetine saygı gösterilmesi gerekmektedir. Sağlık profesyonellerinin mahremiyet kapsamında dikkate alması gereken noktalardan bazıları, hastanın sağlık kayıtları, hasta odasına girmeden önce kapıya vurmamak, hastanın hijyen alışkanlıkları, hastanın cinsel tercihleri ya da aile ilişkilerine dair bilgilerin başkalarıyla paylaşılmamasıdır (37).

Sağlık uygulamalarında başta doğum olmak üzere kadın sağlığı alanında yapılan uygulamalar ve girişimlerde insan ve üreme hakları kapsamında esas alınan bir değer olan mahremiyete, saygı gösterilmesi önem taşımaktadır. Doğum, kadın hayatında mucizevi olaylardan birisidir ve her kadın bu süreci güzel hatırlamak ister. Sağlık profesyonellerinin etkin bir bakım sağlaması her kadının en doğal hakkıdır. Doğumu deneyimleyen her kadın için sağlık profesyonellerinin ilgisi, çevresel faktörlerin hijyenik olması, insan onuruna saygılı bir hizmet anlayışının sürdürülmesi ve mahremiyete saygı gösterilmesi bu sürecin olumlu olmasını sağlar (38).

Literatür incelendiğinde, klinikte bilgilendirilmiş onam ve mahremiyete özen konusunda tam bir hakimiyet sağlanamamıştır

(39). Bilgilendirilmiş onam doktrini hastaların tıbbi özerkliğini korur, yani hastaların tıbbi tavsiyeye karşı tedavi kararları alma hakkı olduğunu bildirir. Cerrahi prosedürlerde, ilgili kişilerden bilgilendirilmiş olur almak iyi bir uygulama olmaktadır. Kadınlar sezaryeni “tıbbi endikasyon” olmadan seçtikleri zaman, aydınlatılmış onamın “rıza” kısmı sorun teşkil etmemektedir, çünkü kadın sezaryen istiyorsa bu prosedürü kabul ettiği anlamına gelmektedir. Bilginin onaylanması için karar veren kişinin prosedür hakkında bilgi ve anlayışa sahip olması, zihinsel olarak yetkin olması, alternatif seçimler yapılması ve kararın gönüllü olarak verilmesi gerekmektedir (40).

Sağlık profesyonellerinin etik sorumlulukları

Sağlık profesyonelleri bakım, muayene, tanı ve tedavi işlemlerinde hastanın bedenine, sağlığına ve kişisel tercihlerine dair gizlilik esas alınması gereken yönleri zorunlu olarak açıklamalı, gereken durumlarda bireylerin mahremiyet haklarını göz önünde bulundurmalıdır (38).

Doğum ve doğumun seyri, tıbbi tedavi ile ilgili olarak, “Gebe bir kadın sezaryen planlamalı mıdır?”, “Ne zaman hastaneye gitmelidir?”, “Epidural anestezi olarak ya da doğal yöntemlerle mi doğum yapılmalıdır?” gibi bir dizi soruyu gündeme getirmektedir. Doğum eylemi ilerledikçe, hastanın kararları daha önce aldığı kararlardan farklı gelişebilir. Bu durumda etik ikilemlerle karşı karşıya kalmamak adına sağlık profesyonelleri doğumun her aşamasında hastadan bilgilendirilmiş onam almalıdır (41).

Bireye bilgilendirilmiş onam alınmadan girişim yapılmaması ve izin verdiği ölçüde işlemin uygulanması bireyin mahremiyet hakkının gerekliliğidir. Örneğin izin alınmadan yapılan gebeliği sonlandırma, doğurganlığı önleme uygulamalarının yanı sıra tıbbi açıdan bir sakıncası olmadığı sürece istenen girişimin uygulanmaması da bireyin haklarının ihlali olarak kabul edilir (42). Öztürk ve arkadaşlarının (39) yapmış olduğu bir çalışmada, doğum anında en sık yaşanan sorunlara bakıldığında %96.6’sı gebelerin tıbbi uygulamayı reddetmesi, %86.2’sinin gebe ya da lohusanın hayati tehlike bulunmasına rağmen taburcu edilme talebi, %83.9’unun gebenin arzularının dikkate alınmaması problemleriyle karşılaşmışlardır. En az saptanan sorunlar ise, gebenin karar süreçlerinin dışında bırakılması

(%56.3), doğum sırasında mahremiyete saygı gösterilmemesi (%52.9), aydınlatılmış onam formlarının imzalatılmaması (%44.8), ağır anomalili yenidoğana pasif ötenazi uygulanması (%37.9) ve sınırlı tıbbi olanakların adil dağıtılmamasıdır (%34.5). Bu nedenle bilgilendirilmiş onam ve doğum yönetiminde mahremiyet konuları etik anlamda büyük önem taşımaktadır.

Bireylerin kişisel verilerinin gizli tutulması, önlemler alınması, hastalara ait verilerin gizliliği, hasta bilgi düzeylerinin ve hastaların sormak istediklerinin yanıtlanması, sağlık hizmetinin sürekliliğinin sağlanması konularında, hasta ve çalışan sirkülasyonunun fazla olması nedeniyle tüm sağlık profesyonellerine hiçbir meslek mensubunu ayırt etmeksizin hasta mahremiyeti konulu eğitimler verilerek eğitimlerin sürekliliği sağlanmalıdır (1). Doğum yönetiminde hastaların mahremiyetinin korunmasında dikkate alınması gereken birçok konu bulunmaktadır ancak bunun sağlanabilmesi adına hastaya yönelik verilerin saklanması ve sadece yetkililer arasında uygun şekilde paylaşılması oldukça önem taşımaktadır. Sağlık profesyonelleri hastaların sağlık bilgilerinin yazılı olduğu evrakları hasta odalarında ve diğer yerlerde bırakmamalıdır (43). Kaliteli hizmeti amaçlayan sağlık kurumları, hasta haklarının yanı sıra mahremiyet ve bilgilerin gizliliğinin korunması ve sürdürülmesine ilişkin kurumsal ve yasal düzenlemeleri yapmalı ve bunları uygulamalıdır (38).

Obstetrik şiddet ve ihmal

Son yıllarda, dünya genelinde doğum sırasında kadınlara yönelik kötü niyetli ve saygısız uygulamaların yayılmasıyla birlikte, fizyolojik ve komplike olmayan doğumlarda bile doğum sırasında artan ve endişe verici tıbbi müdahalelerin olduğu bildirilmektedir (44). Kadınlara doğum sırasında kötü muamele ve kötüye kullanımı, toplumsal cinsiyetin yanı sıra insan ve üreme haklarını da içeren bir sorundur ve literatürde “obstetrik şiddet” olarak belirtilmektedir. Obstetrik şiddet, fiziksel şiddet, sözlü ve duygusal şiddet, sezaryen ve epizyotomi gibi gereksiz uygulamalar ve sistem yetersizliklerine gömülü yapısal şiddetleri içermektedir (44).

Doğum sırasında kadınların kötüye kullanılması, İngiltere, İskandinavya, Latin Amerika ve Afrika gibi çeşitli ülkelerde

meydana gelen dünya çapında önemli bir sorun olarak kabul edilmektedir (44). Mesenburg ve arkadaşları (45) doğum sırasında saygısızlık ve istismara ilişkin bilgileri doğumdan üç ay sonra hane halkı mülakatı ile topladığı çalışmada, kadınlar sözlü taciz (%10), bakım alamama (%6), istenmeyen veya uygunsuz prosedürler (%6) ve fiziksel istismar (%5) yaşadığını bildirmiştir. Fiziksel istismar bildiren kadınların %1'i bacaklarını ayırmaya zorlamanın en yaygın istismar şekli olduğunu belirtmiştir. Vedam ve arkadaşlarının (46) ABD'de yaptığı çalışmada, altı kadından biri doğum esnasında bir veya daha fazla kötü muamele yaşadıklarını, özerklik kaybı, bağırarak, azarlamak veya tehdit etmek ve göz ardı edilmesi, reddedilmesi veya yardım taleplerine yanıt alınmaması gibi sorunlara maruz kaldıklarını belirtmiştir. Ayrıca kötü muamele deneyimleri doğum yerine göre de önemli farklılıklar göstermiştir. Evde doğum yapan kadınların %5.1'inin, hastanede doğum yapan kadınların %28.1'inin kötü muamele gördükleri saptanmıştır.

Her ülkenin obstetrik şiddete yönelebilecek ilgili mevzuat geliştirmesi gerekmektedir. Hastane dışı hizmetlerde dahil olmak üzere doğum hizmetlerine erişim için yasal engeller belirlenmeli ve ele alınmalıdır. Ayrıca, algılanan engeller ile yasal engeller arasındaki fark da dikkate alınmalıdır (44).

Sezaryenin artmasının sebeplerinden birisi de hastaların sağlık profesyonelleriyle olumsuz deneyimleri olabilmektedir. Hastaların %38.1'i sağlık personelinin hastaları önemsemediklerini ifade etmişlerdir (47). Flores ve arkadaşlarının (48) çalışmasında, vajinal dokunuş doğum sırasında acı verici bir uygulama olarak belirtilmekte, vajinal muayene için her defasında başka bir kişinin değerlendirme için odaya girmesi ve birbirleriyle iletişim kurmayan birçok sağlıkçı tarafından gerçekleştirildiği belirtilmektedir.

Sağlık profesyonellerinin etik sorumlulukları

Obstetrik şiddeti görünür kılmak, hastaların duygusal ve fiziksel güvenliğini ve genel bakım kalitesini iyileştirmek, hastalar ile sağlık profesyonelleri arasındaki diyalogun karşılıklı saygı, güven ve anlayışa dayalı olması için düzeltici eylemlerin ilk adımıdır (49). Obstetrik şiddeti önlemek ve mücadele etmek için akademik eğitim, kadınların farkındalığı, sosyal seferberlik, şiddetten ve saygıdan bağımsız obstetrik bakım sağlanmasını garanti

etmede etkili yasaların ve kamu politikalarının oluşturulması, kadınları obstetrik şiddete karşı koruyan, şiddet içermeyen bakım haklarını ve bedenleri üzerindeki özerkliği kabul eden yasaların, yönetmeliklerin ve kamu politikalarının olması gerekmektedir. Doğum eylemindeki kadınlar kendi içsel desteğinin yanında başkalarının desteğine de ihtiyaç duymaktadır. Bu nedenle doğum eyleminde, sağlık profesyonelleri empatik anlayış içerisinde bir bakım sağlamalıdır.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Doğum yönetimi, sağlık profesyonelleri ve hastalar arasında etik ikilemlerin yaşandığı bir konu haline gelmiştir. Kadınlar hayatının önemli bir zaman dilimi olan doğum sürecinde sağlık profesyonellerinden en iyi şekilde danışmanlık ve bakım almayı beklemektedirler. Doğum sürecinde etik sorunlarla karşılaşmamak için bireylerin özerkliğine saygı gösterilmesi ve bilgilendirilmiş onam alınarak bakım verilmesi, kadınlara yönelik obstetrik şiddetin göz ardı edilmemesi, sağlık profesyonellerinin donanımlı olması ve malpraktis vakalarının azaltılmasıyla etik sorunların en aza indirilmesi sağlanacaktır.

Bu nedenle, doğum yönetiminde etik ikilemler hakkında eğitimler verilmesi, sezaryenin spontan doğum için bir alternatif olmaması ve buna yönelik ülkelerin politikalar geliştirmesi, elektif sezaryen hakkında gebelerin kendileri, bebekleri ve gelecekteki herhangi bir gebelik için olası uzun vadeli riskleri ve yararları hakkında daha iyi bilgilendirilmesi, sağlık profesyonellerinin hastaları tıbbi bilgi vererek hem hastanın özerkliği hem de kendileri için anne ve fetüsün sağlığını optimize etme yükümlülüğüne saygı gösterecek şekilde yönlendirmesi, sezaryen oranının azaltılmasının ulusal bir öncelik olması, SSVD'nin bu hedefe ulaşmak için kanıtlanmış bir strateji olması, malpraktis vakalarının azaltılmasına yönelik sağlık profesyonellerinin farkındalık düzeylerinin geliştirilmesi, yapılacak işlemler öncesinde, sırasında ve sonrasında, tıbbi, etik ve yasal prosedürler konusunda hastaların bilgilendirilmesi, hasta ile iletişim tekniklerinin geliştirilmesi, karşılaşılan etik ihlallerde bireylerin haklarını savunması konusunda ilgili birimlere yönlendirilmesi, sosyal seferberlik girişimleri ile gereksiz müdahaleleri azaltmak için doğumda doğru uygulamaların

yaygınlaştırılması, doğum yönetiminde etiğin mesleki sorumluluk modeli haline getirilmesi, sağlık profesyonellerinin kadın sağlığı alanında güncel tedavi yaklaşımlarını takip etmesi önerilebilir.

Çıkar Çatışması Beyanı

Yazarlar, çıkar çatışması olmadığını beyan etmişlerdir.

Fon Bilgisi

Yazarlar bu çalışma için finansal destek almadıklarını beyan etmişlerdir.

KAYNAKLAR

1. Oran N, Yüksel E. Kùltürler arası hemşirelik ve etik. Türkiye Klinikleri Journal Public Health Nurse-Special Topics 2015; 1(3): 7-13.
2. Kırıcı S, Canbulat Şahiner N, Çelik D. Ethical dilemmas in perinatology. Journal of Human Science 2020; 17(1): 11-20.
<https://doi.org/10.14687/jhs.v17i1.5803>.
3. Yapça ÖE, Karaca İ, Çatma T. Artan sezaryen oranlarını nasıl azaltabiliriz? Üç yıllık sezaryen verilerimiz eşliğinde değerlendirme. İstanbul Kanuni Sultan Süleyman Tıp Dergisi 2015; 7(3): 97-102.
4. Demirgöz Bal M, Dereli Yılmaz S, Bergiten Ergin A. Doğum Eylemine Yönelik Girişimler. İçinde: Demirgöz Bal Meltem, editör. Ebelere Yönelik Kapsamlı Doğum. Ankara, Özyurt Matbaacılık, 2017: 277-307.
5. Betran AP, Ye J, Moller A, Zhang J, Gulmezoglu AM, Torloni MR. The Increasing Trend in Caesarean Section Rates: Global, Regional and National Estimates: 1990-2014. PLOS ONE 2016; 11(2): 1-12.
6. Sezaryen Doğum Hızları ile ilgili DSÖ Açıklaması. Erişim Tarihi: (10.05.2020):
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161442/1/WHO_RHR_15.02_tur.pdf?ua=1.

7. İşgüder Kunt Ç, Bulut YE, Yılmaz G, Doğru Yılmaz H, Özsoy AZ, Başol N. Kliniğimizde 2014-2016 yılları arasında sezaryen oranı ve endikasyonları. *Jinekoloji -Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi* 2017; 14(4): 168-171.
8. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması Raporu (TNSA). (2013). Ankara. Erişim tarihi: 18.03.2020, http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2013/rapor/TNSA_2013_ana_rapor.pdf.
9. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması Raporu (TNSA). (2018). Ankara. Erişim tarihi 18.03.2020, http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2018/rapor/TNSA_2018_anarapor.pdf.
10. OECD (2020), Caesarean sections (indicator). doi: 10.1787/adc3c39f-en (Accessed on 10 September 2020).
11. Yanıkerem E, Çimen E. Hemşirelerin doğum yöntemleri ve sezaryen sonrası vajinal doğuma bakış açıları. *Manisa CBU Journal of Institute of Health Science* 2017; 4(1): 533-541.
12. Mylonas I, Friese K. Indications for and risks of elective cesarean section. *Deutsches Aertzblatt Online* 2015; 112(29-30): 489-495.
13. Keag OE, Norman JE, Stock SJ. Long-term risks and benefits associated with cesarean delivery for mother, baby, and subsequent pregnancies: Systematic review and meta-analysis. *PLOS Medicine* 2015; 15(1): e1002494.
14. Chervenak FA, McCullough LB. Ethical issues in cesarean delivery. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology* 2017; 43: 68-75.
15. Opiyo N, Kingdon C, Oladapo OT., Souza JP, Vogel JP, Bonet M, Bucagu M, Portela A, McConville F, Downe S, Gülmezoglu AM, Betrán AP. Non-clinical interventions to reduce unnecessary caesarean sections: WHO recommendations. *Bulletin of the World Health Organization* 2020; 98(1): 66-68.
16. TC. Sağlık Bakanlığı, İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü, (2017), Kadın Hastalıkları ve Doğum Komisyonu Raporu. Erişim adresi (10.06.2020): http://www.istanbul saglik.gov.tr/w/ana sayfalinkler/belge/ekutuphane/kadin_hastalıkları_ve_dogum_bransı_komisyon_calismaları.pdf.
17. Vural G, Erenel AŞ. Doğumun medikalizasyonu neden artmıştır, azaltabilir miyiz? *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi* 2017; 4: 76-83.
18. Alsayegh E, Bos H, Campbell K, Barret J. No. 361-Caesarean Delivery on Maternal Request. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada (JOGC)* 2018; 40(7): 967-971.
19. Yanıkerem E, Karakuş A. Bazı ülkelerin rehberlerine göre sezaryen sonrası vajinal doğum. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi* 2016; 13(2): 79-87.
20. Qi XY, Xing YP, Wang XZ, Yang FZ. Examination of the association of physical activity during pregnancy after cesarean delivery and vaginal birth among Chinese women. *Reproductive Health* 2018; 15(1): 84. <https://doi.org/10.1186/s12978-018-0544-1>.
21. Tsai HT, Wu CH. Vaginal birth after cesarean section—The world trend and local experience in Taiwan. *Taiwanese Journal of Obstetrics and Gynecology*, 2017; 56(1): 41-45.
22. Gardner K, Henry A, Thou S, Davis G, Miller T. Improving VBAC rates: the combined impact of two management strategies. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology* 2014; 54(4): 327-332. doi:10.1111/ajo.12229.
23. American College of Obstetricians and Gynecologist 2010. Vaginal Birth After Cesarean Delivery: Deciding on a trial of labor after Cesarean Delivery. Retrievent From (09.06.2020): <http://www.acog.org/-/media/For>.

24. Lyerly AD, Little MO. Toward an ethically responsible approach to vaginal birth after cesarean. *Seminars in Perinatology* 2010; 34(5): 337-344. doi:10.1053/j.semperi.2010.05.007.
25. Patel MD, Maitra N, Patel PK, Sheth T, Vaishnav P. Predicting successful trial of labor after cesarean delivery: evaluation of two scoring systems. *The Journal of Obstetrics and Gynecology of India* 2017; 68(4): 276–282.
26. Türk Tabipler Birliği (TTB). Füsün Sayek TTB raporları/kitapları: Sağlıkla ilgili uluslararası belgeler. Ankara: Türk Tabipler Birliği Yayınları, 2009: 48.
27. Güngör P, Doğan MY, Yaşar KM. Farklı Ülkelerin malpraktis konusunda yasal düzenleme girişimleri, zorunlu mali sorumluluk sigortası. *Zeynep Kamil Tıp Bülteni* 2012; 43(4): 128-38.
28. Büken E, Örnek Büken N, Büken B. Obstetric and gynecologic malpractice in turkey: incidence, impact, causes and prevention. *Journal of Clinical Forensic Medicine* 2004; 11: 233-247.
29. AlDakhil LO. Obstetric and gynecologic malpractice claims in Saudi Arabia: Incidence and cause. *Journal of Forensic and Legal Medicine* 2016; 40: 8–11.
30. Schiffrin BS, Cohen WR. The Effect of malpractice claims on the use of caesarean section. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology* 2013; 27: 269-83.
31. Çağdır A, Taşçı Aİ. Sezaryen, kürtaj ve normal doğumla ilgili adli tıp'taki dava konuları. *Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi* 2012; 24: 54-7.
32. Elmir R, Pangas J, Dahlen H, Schmied V. A meta-ethnographic synthesis of midwives' and nurses' experiences of adverse labour and birth events. *Journal of Clinical Nursing* 2017; 26(23-24): 4184–4200.
33. Çakmak C, Demir H, Kidak LB. A research on examination of medical errors through court judgments. *Journal of Turgut Ozal Medical Center* 2017; 24(4): 443-449.
34. Türkmen H, Ekti R. Ebelik ve yenidoğanda malpraktis. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 2017; 20(2): 154-159.
35. Karahan N. Ebelerin gebelik, doğum ve doğum sonrası dönemde karşılaştıkları adli sorunlar 2. *Tıp Hukuku Günleri*. S. Koç M. Can. M (Ed.), Adli Obstetrik ve Jinekoloji içinde (s. 83-91), 2012.
36. T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlıkta Kalite Standartları (SKS) Hastane Seti, Versiyon 5.1, 2015: 9.
37. Arslan ET, Demir H. Sağlık çalışanlarının hasta mahremiyetine ilişkin tutumu: nitel bir araştırma. *AİBÜ Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi* 2017; 17(4): 191-220.
38. Tosun H, Aksoy N. Ebelik uygulamalarında mahremiyet. *Journal of Health Professionals Research* 2019; 1(1): 21-27.
39. Öztürk M, Alan S, Kadioğlu S. Doğumhanede tıp etiği: bir alan çalışması. *Cukurova Medical Journal* 2019; 44(1): 183-194.
40. Andanda P. Module two: informed consent. *Developing World Bioethics* 2005; 5: 14–29.
41. Flanigan J. Obstetric autonomy and informed consent. *Ethic Theory Moral Practice* 2016; 19: 225–244.
42. Sert G. Vakalarla Türkiye'de Üreme Hakları. İstanbul: Turap Tanıtım Yayınları 2013; 14-17.
43. McGowan Claire. "Patients' confidentiality". *Critical Care Nurse* 2012; 32(5): 61–64.
44. Sadler M, Santos M, Ruiz-Berdu'n D, Leiva Rojas G, Skoko E, Gillen P, Clausen J. Moving beyond disrespect and abuse: Addressing the structural dimensions of obstetric violence. *Reproductive Health Matters* 2016; 24: 47–55.
45. Mesenburg MA, Victora CG, Jacob Serruya S, Ponce de León R, Damaso AH, Domingues MR da Silveira MF. Disrespect and abuse of women during the process of childbirth in the 2015 Pelotas birth cohort. *Reproductive Health* 2018; 15(1): 2-8.

46. Vedam S, Stoll K, Taiwo TK, Rubashkin N, Cheyney M, ... Declercq E. The Giving Voice to Mothers study: inequity and mistreatment during pregnancy and childbirth in the United States. *Reproductive Health* 2019; 16(1): 77. <https://doi.org/10.1186/s12978-019-0729-2>.
47. Timur S, Şahin NH. Kadınların doğumda sosyal destek tercihleri ve deneyimleri. *Hemşirelikte Araştırma ve Geliştirme Dergisi* 2010; 12(1): 29-40.
48. Flores YYR, Ledezma AGM, Ibarra LEH, Acevedo CEG. Social construction of obstetric violence of Tenek and Nahuatl women in Mexico. *Revista Da Escola de Enfermagem Da USP* 2019; 53: e03464.
49. Perera D, Lund R, Swahnberg K, Schei B, Infanti JJ. “When helpers hurt”: women’s and midwives’ stories of obstetric violence in state health institutions, Colombo district, Sri Lanka. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2018; 18(1): 3-12.