

Sezaryen Doğuma Etik İlkeler Kapsamında Hemşirelik Yaklaşımı

Nazlı Emel Özer YURDAL¹ & Emine GERÇEK ÖTER²

Nursing Approach to Cesarean Birth In The Scope Of Ethical Principles

¹ Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi Uzman Hemşire.

² Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Doğum-Kadın Sağlığı Ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Doç Dr.

ÖZ

Sezaryen, bebeğin abdominal olarak uterus kavitesinden doğurtulması işlemine verilen addır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün bildirdiği ve olması gereken ortalama sezaryen doğum oranı %10-15 oranlarındadır. Fakat günümüzde sezaryen doğum oranı, bu oranın oldukça üstünde olup OECD'nin 2017 raporuna göre Türkiye'de sezaryen doğum oranının % 53.1 olarak gerçekleşmiştir. Aynı raporda bu oranın Avrupa birliği ülkelerinde % 28 olarak gerçekleştiği açıklanmıştır. Sezaryen doğum anne ve fetus için birçok komplikasyon içermesine rağmen son yıllarda isteğe bağlı olarak yapılan sezaryen oranlarının yüksek olduğu tespit edilmiştir. Bu durum sağlık hizmetlerinin kişilere verilirken eşitsizlik yaşanmasına, ekonomik olarak hastaneye yük oluşturmaya ve adalet ilkesinin ihlal edilmesine neden olarak etik bir sorun haline gelmektedir. Hemşireliğin profesyonel bir meslek olması ve temel sorumluluğunun insan bakımı olması nedeniyle etik kural ve ilkeler doğrultusunda yürütülmelidir. Hemşireler, prekonsepsiyonel dönemden itibaren kadınlara gebelik, doğum ve lohusalığa ilişkin eğitim ve danışmanlık rollerini yerine getirmelidirler. Doğumun iç güdüsel fizyolojik bir durum olduğu kadınlara öğretilerek, doğum korkusu önlenerek, isteğe bağlı sezaryen doğum tercihlerinin yerini normal doğum alabilecektir. Bu derlemede kadınların sezaryen doğum tercih nedenlerinin neler olduğu ve hemşirelerin sezaryen doğum oranlarını azaltmaktaki rolleri etik yaklaşım çerçevesinde açıklanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Etik, Hemşire, Sezaryen,

ABSTRACT

Cesarean section is the name given to the process of delivering the baby abdominally from the uterine cavity. The average cesarean delivery rate that should be reported by the World Health Organization (WHO) is 10-15%. But today cesarean birth rate, this rate is well above according to the OECD's 2017 report was realized as 53.1% of the cesarean birth rate in Turkey. In the same report, it was announced that this rate was realized as 28% in European Union countries.. This situation becomes an ethical problem by causing inequality in the provision of health services to individuals, causing an economic burden on the hospital and violating the principle of justice. Since nursing is a professional profession and its main responsibility is human care, it should be carried out in line with ethical rules and principles. Nurses should fulfill their educational and counseling roles regarding pregnancy, childbirth, and the postpartum period starting from the preconceptional period. By teaching women that birth is an instinctive physiological condition, the fear of birth can be prevented, and optional cesarean delivery preferences can be replaced by vaginal delivery. In this review, the reasons why women prefer cesarean delivery and the role of nurses in reducing cesarean delivery rates will be explained within the framework of the ethical approach.

Keywords: Cesarean section, Ethics, Nurse.

Sorumlu Yazar: Nazlı Emel Özer YURDAL e-mail: emelozer18@hotmail.com **ORCID:** 0000-0003-2559-969X **Emine GERÇEK ÖTER** e-mail: emine.gercek@gmail.com **ORCID:** 0000-0002-0310-5470

Geliş tarihi: 16.09.2020

Kabul tarihi: 30.03.2021

EXTENDED ABSTRACT

Cesarean section is the process of delivering the baby abdominally from the uterine cavity. Cesarean section has been a part of human culture since ancient times, and there are tales about this process in both Western and other cultures resulting in live mothers and babies. According to Greek mythology, Apollo removed the founder of the famous religious medicine cult Asclepius from his mother's womb. There are many accounts of cesarean in the cultures of ancient Hindu, Egyptian, Greek, Roman, and other European peoples. Looking at the modern medical history of cesarean, dead-mother; While it was an operation that ended in the form of a dead-fetus when the mother's life was in danger in the 19th century, it was started to save the life of the baby towards the end of the 20th century. In the second half of the nineteenth century, private hospitals for women emerged in the United States of America (USA) and Europe. (Speert, 1980). In the 1940s, hospital births, including normal birth, began to be questioned by Western country citizens, and since 1940, the experience of giving birth has become safer and less frightening, and many women have continued to see this experience more positively. Thus was born the natural birth movement fueled by the modern feminist movement that encourages women to take more responsibility for their bodies and health care. The cesarean birth rate, which has risen in the last two decades, has also been questioned by laypeople. For this reason, there was a steady increase in vaginal deliveries after cesarean in the late 1980s. (Oakley, 1984).

Mode of delivery by Caesarean section from the end of the 80s, while the overall trend cesarean section decreased birth in the world has become widespread with ease of access to cesarean delivery service in Turkey (Yücel and Unal, 2018). The World Health Organization (WHO) reported that the average rate of cesarean deliveries nude and should be 10-15% according to the 2018 report oranlarındadır.tns cesarean birth rate in Turkey was determined to be 52%.

Although cesarean delivery involves many complications for the mother and fetus, it has been found that the rate of optional cesarean section is high in recent years. This situation becomes an ethical problem by causing inequality in the provision of health services to individuals, causing an economic burden on the hospital and violating the principle of justice. When the choice of optional cesarean delivery is evaluated within the scope of the principle of

autonomy of the mother, the woman has the right to choose cesarean delivery, but considering that it has risks and complications for the fetus/newborn, it creates a conflict in terms of fetal/neonatal autonomy. On the other hand, when the principle of justice is observed, a pregnant woman who wants a cesarean delivery without a fetal indication will have demanded unequal rights with other patients, although she does not pay a fee, and will leave the healthcare institution in an economically difficult situation and may also restrict the access of pregnant women with indications to cesarean treatment. Besides, considering the principle of justice; It should be ensured that surgical team members do not discriminate during the intervention of cesarean section in HIV-positive pregnant women and receive the same level and quality of service as normal individuals. Since nursing is a professional profession and its main responsibility is human care, it should be carried out in line with ethical rules and principles. Nurses should fulfill their educational and counseling roles regarding pregnancy, childbirth, and puerperium from the preconception period. Nurses and healthcare professionals should be able to guide families in making decisions following ethical principles (the principle of benefit, non-harm, the principle of justice, the principle of autonomy) in cesarean delivery. Pregnant women and their spouses should be adequately informed by healthcare professionals about the indications, complications, and risks of cesarean delivery. Nurses should remind pregnant women of the ethical principle of not harming fetal health during the decision-making process and support them to make their decisions within the framework of ethical principles. By teaching women that birth is an instinctive physiological condition, the fear of birth can be prevented, and optional cesarean delivery preferences can be replaced by a normal birth. In this review, the reasons why women prefer cesarean section and the roles of nurses in reducing cesarean section rates are explained within the framework of the ethical approach. Cesarean delivery should be preferred when the health of the mother and fetus is in danger. Women with a history of cesarean section in their previous deliveries tend to prefer cesarean section in their current pregnancies by healthcare professionals, women tend to have cesarean section due to many reasons such as fear of normal birth due to the poor past birth experience or the painful birth in the movies they watch, lack of knowledge about birth methods. . The risks and costs of cesarean delivery in terms of mother and fetus/newborn are higher than normal delivery. Nurses are required to inform women about normal birth, delivery methods, methods of coping with labor pain, cesarean delivery indications, risks, and complications in the prenatal period. Increasing the number of maternal and baby-friendly hospitals will increase the rate of

performing cesarean deliveries within the indication, thus making a significant contribution to national data on maternal and infant health.

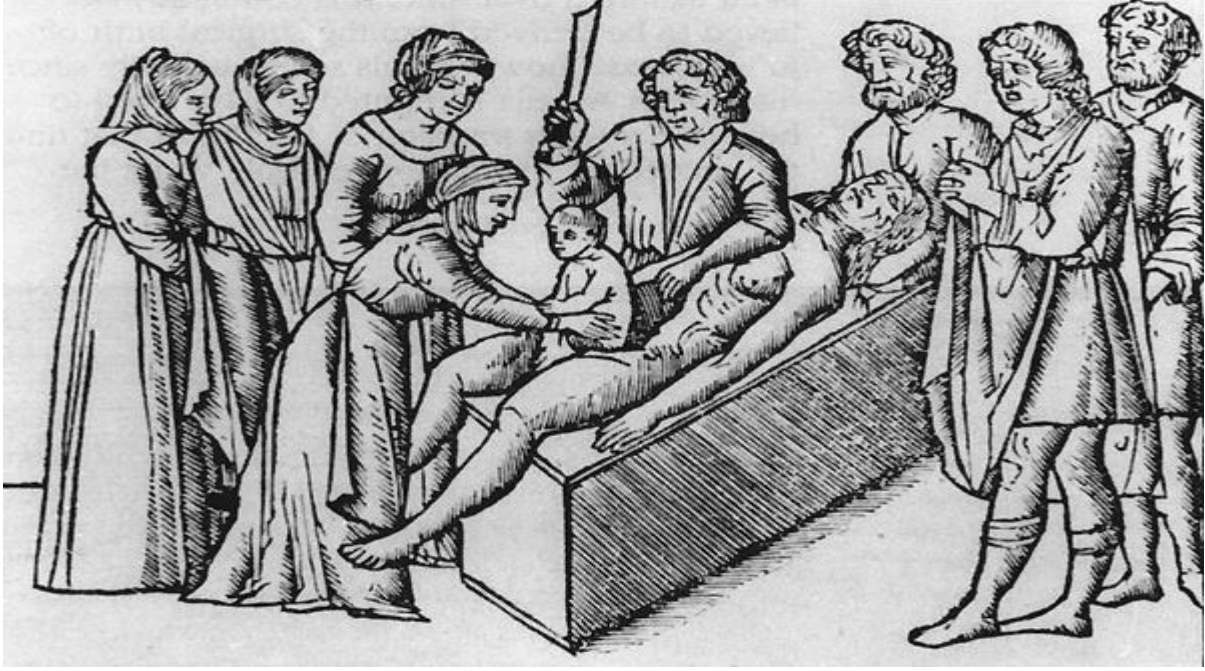
GİRİŞ

Sezaryen, bebeğin abdominal olarak uterus kavitesinden kesi ile doğurtulması işlemine verilen addır (Korkut ve Kaya, 2019; Şahin ve Erbil; 2019). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün bildirdiği olması gereken ortalama sezaryen doğum oranı %10-15'dir. Fakat günümüzde sezaryen doğum oranı, bu oranın oldukça üstünde olup OECD'nin 2017 raporuna göre Türkiye'de sezaryen doğum oranının % 53.1 olarak gerçekleşmiştir. Aynı raporda bu oranın Avrupa birliği ülkelerinde % 28 olarak gerçekleştiği açıklanmıştır (WHO, 2015; Başkaya ve Sayiner, 2018; OECD, 2019). Hemşireler tarafından prekonsepsiyonel dönemden itibaren kadınlara gebelik ve doğum ile ilgili eğitim ve destek verilerek doğum korkusunun önüne geçilmelidir.

Bu derlemede kadınların sezaryen doğum tercih nedenlerinin neler olduğu ve hemşirelerin sezaryen doğum oranlarını azaltmaktaki rolleri etik yaklaşım çerçevesinde açıklanacaktır.

Sezaryen Doğumun Tarihçesi

Sezaryen, antik çağlardan beri insan kültürünün bir parçası olmuştur ve bu işlemle ilgili hem batı hem de diğer kültürlerde canlı anneler ve bebekler ile sonuçlanan masallar vardır. Yunan mitolojisine göre Apollo, ünlü dini tıp kültürünün kurucusu Asclepius'u annesinin karnından çıkarmıştır. Antik Hindu, Mısır, Yunan, Roma ve diğer Avrupa halklarının kültürlerinde de sezaryen ile ilgili çok sayıda anlatım bulunmaktadır. Fakat yine de sezaryenin erken tarihi efsanevi bir sürece dayanmaktadır. Hatta "sezaryen" in kökeninin görünüşte zaman içinde bozulduğu bile söylenebilir. Genellikle Jul Sezar'ın doğum şekli olarak tanımlanmış olsa da, Sezar'ın annesi Aurelia'nın, oğlunun Britanya'yı fethettiğini görece kadar yaşadığı düşünüldüğünde bu pek olası görünmemektedir. Çünkü o dönemlerde sezaryen yalnızca ölmüş veya ölmekte olan gebe annelerden bebeği cerrahi müdahale ile alarak bebeğin hayatını kurtarıp devletin devamı için nüfusun artırılması üzerine temellenmiştir. Dolayısıyla Sezar dönemindeki Roma'da sezaryen doğum için cerrahi müdahalenin bu kadar yaygınlaşmasında o dönemin Roma kanunları olmuştur. Diğer bir ihtimal ise Latince kökenleri arasında kesilmek anlamına gelen "caedere" fiili ve annesi öldükten sonra operasyonla dünyaya gelen bebekler için kullanılan "caesones" terimi olduğu söylenebilir. Nihayetinde, sezaryen kelimesinin veya işleminin tam olarak ne zaman, nerede, nasıl doğduğuna dair kesin bir kanıt bulunmamıştır (Boley, 1935).



Resim 1. Sezaryen operasyonu ile ilgili erken dönem çizimlerden biri. Canlı bir bebek ölü anneden alınıyor. (Suetonius'un "On İki Sezar'ın Yaşamı" (1506) adlı eserinden bir gravür. Bu gravürde Julius Caesar'ın doğduğu iddia ediliyor (A Brochure to Accompany an Exhibition on the History of Cesarean Section at the NLM. Sewell, 1993. <https://www.nlm.nih.gov/exhibition/cesarean/index.html>).

On altıncı ve on yedinci yüzyıllara kadar işlem sezaryen operasyonu olarak biliniyordu. Bu, Jacques Guillimeau'nun "section" (kesmek) terimini tanıttığı ebelik kitabının 1598'de yayınlanmasının ardından değişmeye başlamıştır. Bundan sonra da giderek "kesmek"(section) yerine "operasyon" terimi kullanılmaya başlanmıştır (Sewell, 1993).



Resim 2. Asklepios'un annesi Coronis'in karından babası Apollo tarafından çıkarılması: Alessandro Beneditti'nin De Re Medica'nın 1549 baskısından gravür (A Brochure to Accompany an Exhibition on the History of Cesarean Section at the NLM. Sewell, 1993. <https://www.nlm.nih.gov/exhibition/cesarean/index.html>).

Bilim ve tıpta büyük bir durgunluğun yaşandığı orta çağ döneminde sezaryen operasyona dair dilden dile aktarılan bazı sezaryen öyküleri aslında operasyonun gerçekleştiğine dair önemli bilgiler de sunulmuştur. Bu süreçteki ilk yazılı kayıt sezaryen operasyonun 1500 yılında İsviçre'de gerçekleştirildiğini göstermektedir (Young, 1944). On altıncı ve on yedinci yüzyıllarda Rönesans'la birlikte, insan anatomisini ayrıntılı olarak gösteren birçok eser yayınlanmıştır. Örneğin 1543'te yayınlanan Andreas Vesalius'un anıtsal genel anatomik metni “De Corporis Humani Fabrica” normal kadın genital ve karın yapılarını tasvir etmekteydi. On sekizinci ve on dokuzuncu yüzyılın başlarında anatomistler ve cerrahlar insan vücudunun normal ve patolojik anatomisi hakkındaki bilgilerini önemli ölçüde genişletmişti (Maulitz, 1987).

Sezaryenin modern tıbbi medikalizasyon tarihçesine bakıldığında ölü-anne; ölü-fetüs şeklinde sonlanan bir operasyon iken 19. yüzyılda anne hayatı tehlike altında olduğunda, 20. yüzyılın sonlarına doğru ise bebeğin hayatını kurtarmak için yapılmaya başlanmıştır.

On dokuzuncu yüzyılın ikinci yarısında Amerika Birleşik Devletleri (ABD) ve Avrupa'da kadınlar için özel hastaneler ortaya çıkmıştır. (Speert, 1980). Batılı ülke vatandaşlarınca 1940'lı yıllarda normal doğum da dâhil olmak üzere hastanede doğum yapma sorgulanmaya başlanmış ve 1940'tan beri doğum yapma deneyimi daha güvenli ve daha az korkutucu hale gelerek birçok kadın bu deneyimi daha olumlu görmeye devam etmiştir. Böylece, kadınları kendi bedenleri ve sağlık hizmetleri için daha fazla sorumluluk almaya teşvik eden modern feminist hareketin körüklediği doğal doğum hareketi doğmuştur. Son yirmi yılda yükselen sezaryen doğum oranı da meslekten olmayan kişiler tarafından sorgulanmıştır. Bu nedenle 1980'lerin sonlarında sezaryen sonrası vajinal doğumlarda da düzenli bir artış olmuştur. (Oakley, 1984).

Sezaryen ile doğum şekli 80'li yılların sonundan itibaren dünyada genel eğilim sezaryen doğumun azalması yönünde iken Türkiye'de sezaryen doğum hizmetine erişim kolaylığı ile beraber yaygınlaşmaya başlamıştır (Yücel ve Ünal, 2018). Bir diğer değişim ise ev yerine hastanede yapılan doğumların artmış olmasıdır. 1988-1998 yılları arasında dünya geneliyle beraber Türkiye'nin de sezaryen doğum ortalaması %7 düzeylerinde iken, son yıllarda %54'lere kadar yükselmiştir (Betran ve ark.,2016; Sağlık Bakanlığı, 2016; Yücel ve Ünal, 2018).

Bu kısa tarihin de belirttiği gibi, sezaryen endikasyonları belgelenmiş, tarihi boyunca oldukça değişmiştir. Bunlar, hepsi tıbbi pratiğe etki eden dini, kültürel, ekonomik, profesyonel ve teknolojik gelişmeler tarafından şekillendirilmiştir. Sezaryen operasyonu, annesi ölmüş veya ölmekte olan bir fetüsün yaşamını olmasa bile ruhunu kurtarma girişimlerinden ortaya çıkmıştır. Ameliyat gittikçe artan bir şekilde hayatının tehlikede olduğu durumlar dışında,

annenin sağlığının tehlikede olduğunun düşünüldüğü durumlarda da gerçekleştirilmiştir. Son olarak, yirminci yüzyılın sonlarında, ana akım batı tıp toplumunda doğum başladıktan sonra fetus birincil hasta olmuştur. Fetüsün ve gebenin hasta olarak görülmesi, hastanelerin artması, anestezinin yaygınlaşması, doğumun doktorlar tarafından yaptırılması sezaryen doğumun artmasına neden olmuştur (Fisk, 2002; Ataç ve ark., 2004; Başkaya ve Sayiner, 2018).

Sezaryen Doğumun Endikasyonları

1-Fetal endikasyonlar; fetal sıkıntı, çoğul gebelik, fetal anomaliler (hidrosefali), fetal prezentasyon anomalileri (makat prezentasyon, alın, yüz geliş)

2-Maternal endikasyonlar; geçirilmiş uterus cerrahisi (sezaryen, diğer operasyonlar), sistemik hastalıklar (DM, HT vb), vertikal geçişli maternal enfeksiyonlar (HIV vb.)

3-Travay veya doğuma ait endikasyonlar; baş-pelvis uyumsuzluğu, Uzamış eylem, Fetal makrozomi

4-Umbilikal kord ve plasentaya ait endikasyonlar; kordon sarkması, plasenta previa, ablasyo plasenta 'dır (Sağlık Bakanlığı, 2010;Caughey ve ark., 2014; Özçerezci Güner ve Kavlak, 2016).

Sezaryenin Ameliyatın Anne ve Bebek Açısından Taşıdığı Riskler

- ✓ Enfeksiyon (ACOG 2021).
- ✓ Kan kaybı (ACOG 2021).
- ✓ Ölüm riski (Dölen ve Özdeğirmenci; 2004; İğde Artıran, 2004; Moodliar ve ark., 2007).
- ✓ Sezaryen sonrasında derin ven trombozu ve emboli riski normal doğuma göre daha fazla görülmektedir.
- ✓ Anne bebek etkileşiminin gecikmesine zemin hazırlar.
- ✓ Sezaryen sonrası ağrı normal doğumdan daha şiddetli görülmektedir.
- ✓ Sezaryen sonrasında bebekte solunum sıkıntısı gelişme olasılığı daha yüksektir.
- ✓ Sezaryen ameliyatı geçiren annenin sonraki doğumlarında plasentanın servikse yerleşmesi veya endometriuma yapışması gibi komplikasyonlar görülmektedir.
- ✓ Anesteziye bağlı komplikasyonlar gelişebilir.
- ✓ İleride infertilite gelişebilir (Özçerezci Güner ve Kavlak, 2016).

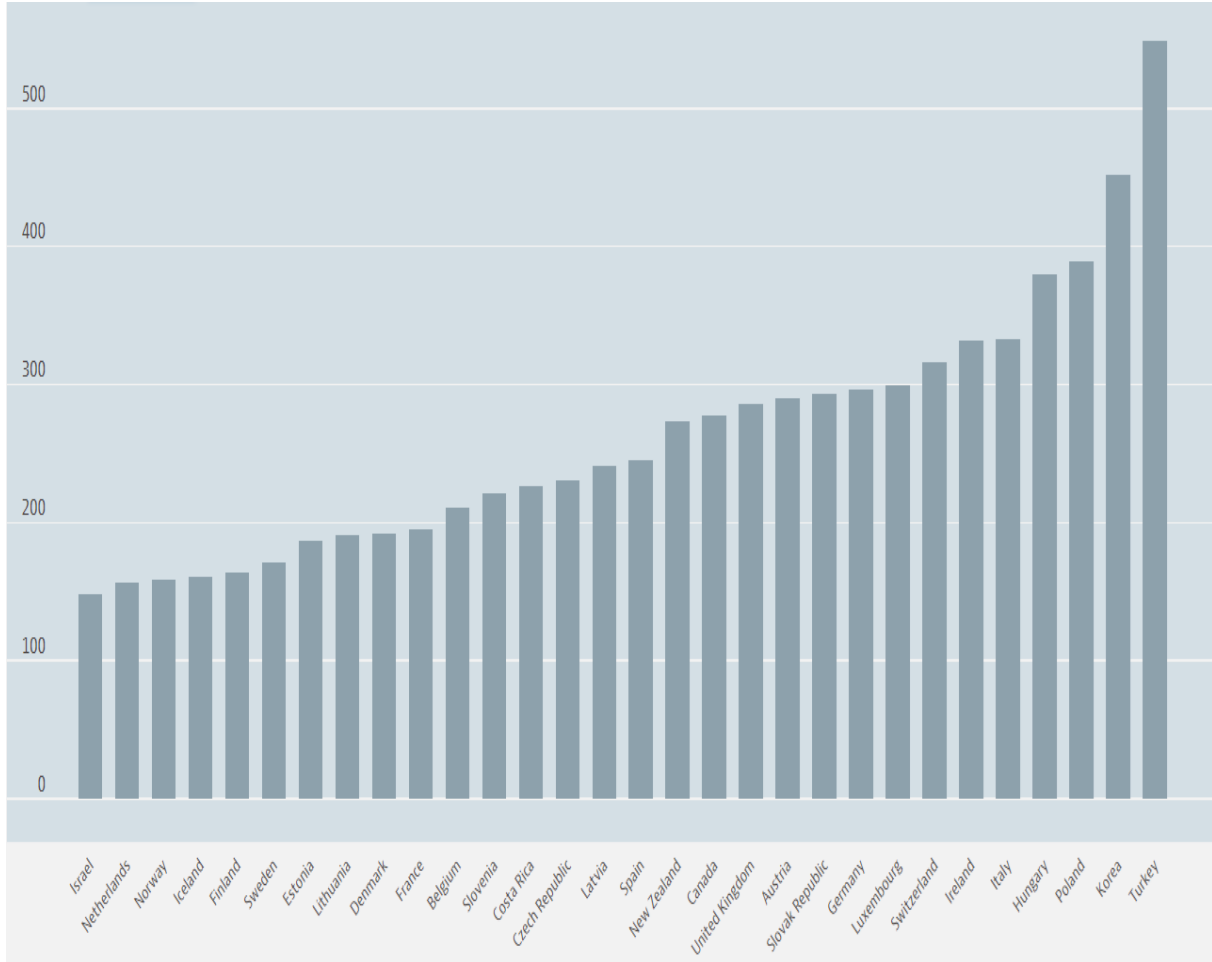
Ülkemizde ve Dünyada Sezaryen Görülme Oranı

Dünya Sağlık Örgütü'nün bildirdiği olması gereken ortalama sezaryen doğum oranı %10-15'dir. Fakat günümüzde sezaryen doğum oranı, bu oranın oldukça üstündedir (WHO,

2015; Başkaya ve Sayiner, 2018). Belirlenen bu sezaryen oranının üstüne çıkıldığında perinatal ve maternal morbiditenin ve mortalitenin artacağı kabul edilmiştir. Dünya Sağlık Örgütü'nün %15'lik ideal sezaryen oranı hedefine ulaşamamasındaki en önemli faktörün ise, hekimler üzerindeki malpraktis baskısı olduğu iddia edilmektedir (Şahin ve Erbil, 2019). Yapılan araştırmalar dünyada yaklaşık her beş kadından birinin sezaryen ile doğum yaptığını işaret etmektedir (Betran ve ark., 2016; Demirbaş ve ark., 2018). Seksenli yıllarda azalma eğiliminde olduğu halde son 10-15 yılda hızlı artış gösteren sezaryen ile doğum, medikalizasyonun en yoğun yaşandığı alandır (Kurttaş, 2017).

Dünyada en yüksek sezaryen oranları Avrupa ülkelerinde görülmektedir (Şahin ve Erbil, 2019). Bazı Afrika ülkelerinde %1-2 gibi düşük sezaryen oranları varken, ABD ve Kanada'da bu oran %20-30 arasındadır. Latin Amerika ülkelerinde sezaryen oranları %40'a ulaşmıştır (Başar ve Sağlam, 2018). Diğer taraftan OECD ülkeleri içerisindeki 2015-2018 yıllarına dair sezaryen doğum oranlarına bakıldığında Türkiye her bin doğumda 549 sezaryen oranı ile OECD ülkeleri arasında birinci sırada yer alırken, İsrail her bin doğumda 149 sezaryen oranı ile son sırada yer almaktadır. Bir Asya ülkesi olan ve geleneklerine bağlılıkları ile bilinen Güney Kore ise her bin doğumda 452 sezaryen oranı ile Türkiye'den sonra ikinci sırada yer almaktadır. OECD ülkeleri düşünüldüğünde çoğunlukla Avrupa ülkelerinde sezaryen oranlarının yüksek olduğunu söylemek mümkündür (OECD, 2020).

Tablo 1. Sezaryen Doğumların OECD Ülkeleri İçindeki Dağılımı (OECD, 2020).



Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'nde yapılan araştırmalar, ülkedeki sezaryen artış nedenlerinden birinin, bir kadın sezaryen geçirdiğinde sonraki tüm doğumlar için ameliyat gerektireceği fikrinin somutlaştırılması olduğu tespit edilmiştir (Willson, 1988). ABD'de 1990 yılında, tahmini 90.000 kadın sezaryen sonrası vajinal yolla doğum yapmıştır. Önceki doğumlarında sezaryen geçiren kadınların yeni gebeliklerinde normal doğum denemesi yapılması hekimler tarafından önerilmiştir. Sonuç olarak, 1980'lerin sonlarında sezaryen sonrası vajinal doğumlarda düzenli bir artış olmuştur (Willson, 1988). Wilson (1988)'un çalışmasında, ABD'de neredeyse %25 ve Büyük Britanya'da %9 olan sezaryen oranlarının karşılaştırılması yapılmıştır ve ABD'deki eğilimlerin sorgulanması gerektiği sonucuna varılmıştır. Bu çalışma, sezaryen doğumun annelerin ve bebeklerin hayatını kurtaran ve engelleri önleyen bir operasyon olmaya devam etmesine rağmen, hem tıbbi hem de meslekten olmayan toplulukların çoğu doğumun normal olduğunu ve daha fazla doğumun müdahale olmadan ilerlemesi gerektiğini akılda tutmaları gerektiğini göstermektedir.

Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü (OECD) ülkeleri arasında Türkiye, 2015 yılında, sezaryen doğum sayısında birinci sırada yer almıştır (OECD, 2019). 2016 yılı Türkiye Sağlık İstatistiklerine göre Türkiye'de primer sezaryen oranı %26,9'dur. Sezaryen doğumun tüm doğumlar içindeki payı ise %54,2'dir (Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2016). Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması (TNSA) verilerine göre, 1993 yılında % 7 olan sezaryen doğum oranı 1998 yılında % 14'e, 2003 yılında % 21'e, 2008 yılında % 37'ye, 2013'de %48'e ve bu oranın 2018'de %52'ye yükseldiği görülmektedir (TNSA, 2018).

Sezaryen Doğumun Artış ve Tercih Nedenleri

Dünyada ve Türkiye'deki oranlardan da anlaşılacağı gibi sezaryen ile doğumda önemli bir artış görülmektedir. Hekim isteği ve yönlendirmesi, anne adaylarının isteği, sezaryen doğumun daha güvenilir olduğu düşüncesi, anne adaylarının ağrı çekmek istememeleri, normal doğum sürecinden korkmaları ve anksiyete duymaları (Başar ve Sağlam, 2018), sezaryen doğumun daha konforlu ve ağrısız olması, tüp ligasyon isteği (Yıldız ve ark., 2014), doğum tarihinin planlanabilir olması, annenin ileri yaşı, yüksek sosyoekonomik yapısı ve ileri eğitim düzeyi, geçmiş sezaryen öyküsü, vajinal doğum anında oluşabilecek komplikasyonlarda hekimin medikolegal problemlerle karşılaşması sezaryenden başka ağrısız doğum seçeneklerinin yeterince kullanılmaması, yardımcı üreme tekniklerine bağlı preterm ve çoğul gebeliklerin artması, ultrasonografi ve antenatal fetal izlemin yaygın kullanılmasına bağlı fetal distres tanısının artması, paritenin azalması, annenin kariyer endişesi, sezaryen doğumun kolay olduğu düşüncesi, anne adayının sabırsızlığı ve bir an önce doğumdan kurtulma isteği, kıymetli bebek algısının bu oranların artmasında etkili olduğu bildirilmektedir (Karabulutlu, 2012; Özkan ve ark., 2013; Yapça ve ark., 2015; Karabel ve ark., 2017; Çalık ve ark., 2018; Başkaya ve Sayiner, 2018). Yapılan bir çalışmada, annenin sosyoekonomik düzeyi, eğitim durumu, yaşı, yaşam alanının kentsel bölge olması, doğumun yapıldığı hastane, doktorun özel sahada çalışıyor olması, bir kez sezaryen hep sezaryen düşüncesi gibi etkenlerin sezaryenle doğum oranını artırdığına dikkat çekilmektedir (Özkan ve ark., 2013).

Sezaryen Doğum ve Etik Sorunlar

Sezaryen doğum anne ve fetus için birçok komplikasyon içermesine rağmen son yıllarda isteğe bağlı olarak yapılan sezaryen oranlarının yüksek olduğu gözlemlenmektedir. Bu durum sağlık hizmetlerinin kişilere verilirken eşitsizlik yaşanmasına, ekonomik olarak hastaneye yük olmasına ve adalet ilkesinin ihlal edilmesine neden olarak etik bir sorun haline gelmektedir (Arda, 1992; Latham ve Norwits, 2009; Arıkan ve ark., 2010). Gebelik bir hastalık mıdır? Vajinal doğum ya da sezaryen doğum şekline gebe kadın karar verebilir mi? Gebelik tedavi edilebilir bir hastalık mıdır? Kadınların isteğe bağlı sezaryen olma hakkı var mıdır? Bu sorular

sağlık çalışanları tarafından analiz edilmelidir (McFarlin, 2004; Latham ve Norwits, 2009; Aktaş ve Gönenç, 2011). Sağlık çalışanları tarafından sezaryen doğumu tercih etmeden önce mevcut durumun etik ilkeler çerçevesinde (adalet, eşitlik, özerklik, yarar sağlama, zarar vermeme) değerlendirilip karar verilmesine yardımcı olmak gerekir (Chervenak ve McCullough, 2013).

SEZARYEN DOĞUMDA ETİK İLKELER DOĞRULTUSUNDA HEMŞİRELİK YAKLAŞIMI

Uluslararası Hemşirelik Konseyi (ICN) hemşirelik tanımını “bireyin, ailenin toplumun sağlığını koruma ve geliştirmeye yardım eden, hastalık halinde iyileştirme ve rehabilite etmeye katılan bir meslek grubudur” biçiminde tanımlamaktadır (Velioğlu ve Babadağ, 1992). Türk Hemşireler Derneği (THD) Hemşirelik tanımını; “Hemşirelik, bireyin, ailenin ve toplumun sağlığını ve esenliğini koruma, geliştirme ve hastalık halinde iyileştirme amacına yönelik hemşirelik hizmetlerinin planlanması, örgütlenmesi, uygulanması, değerlendirilmesinden, bu kişilerin eğitiminden sorumlu bilim ve sanattan oluşan bir sağlık disiplindir” şeklindedir.

Hemşireliğin profesyonel bir meslek olması ve temel sorumluluğunun insan bakımı olması nedeniyle etik kural ve ilkeler doğrultusunda yürütülmesi gerekmektedir (Liaschenko ve Peter, 2004; Avcı, 2007). Hemşireler bu etik ilke ve kurallar doğrultusunda hareket ederek karar verme süreçlerinde özerklik ve otonomi kazanırlar (Saharkiz, 2008, Öztürk, 2010, Okuroğlu ve ark., 2014). Hemşireler ve sağlık çalışanları, aileler tarafından sezaryen doğumda etik ilkeler (Yararlılık ilkesi, zarar verememe ilkesi, adalet ilkesi, özerklik ilkesi) doğrultusunda karar verilmesine rehberlik edebilmelidir.

Zarar Vermeme - Yararlılık İlkesi

Yararlılık ilkesinin sadece yararlı olarak sınırlandırmayıp başkalarına yardım etme biçiminde anlamı da vardır. Bu ilke kapsamında amaçlanan, sezaryen operasyonunun olumlu sonuçları ile olumsuz sonuçlarını dengede tutabilmektir. Zarar vermeme ilkesi hastaya yapılacak girişimlerin önceden değerlendirilerek en az zarar sağlayacak girişimin seçilmesi, hastanın zarardan korunması olarak tanımlanmaktadır (Avcı, 2007; Öztürk, 2010; Karadağlı, 2016).

Sezaryen doğum kararı verilirken anne, fetüs/yenidoğan için sağlayacağı yararlar ile uzun ve kısa dönemde oluşabilecek riskler yararlılık-zarar vermeme ilkesi doğrultusunda değerlendirilerek karar verilmelidir. Sezaryen doğum güvenilir bir cerrahi olmasına rağmen

enfeksiyon, emboli, solunum problemleri, anne-bebek etkileşiminin gecikmesi, hastanede yatış süresinin uzaması gibi riskleri içermektedir (Nilstun, ve ark., 2008; Arıkan ve ark., 2010; Aktaş ve Gönenç, 2011). İsteğe bağlı sezaryen doğumlarda fetüs/yenidoğanın sağlayacağı yarar durumu azdır ve zarar görmesine neden olabilmektedir. Bu durum fetüs/yenidoğanın yararlılık ilkesine ters düşmektedir (Beauchamp, 2003, Nilstun, 2008) Kadınlar doğum ağrısından kaçınmak, üriner inkontinansdan kaçınmak için sezaryen doğum tercih etmektedir. Hemşire ve sağlık çalışanları tarafından kadınlara ağrı kontrolü için solunum ve gevşeme egzersizleri, masaj, düş kurma ile ağrının kontrolü öğretilmeli, pelvik egzersizler uygulamalı olarak gösterilip yaptırılıp isteğe bağlı sezaryen oranlarında azalmaya yardımcı olunmalıdır (Nilstun, 2008). Gebeler kordon kanının saklanması istedikleri durumlarda isteğe bağlı sezaryen doğum yöntemini seçebilirler. Ya da hekim tarafından kordon kanının toplanması amacıyla gebeler sezaryen doğuma yönlendirilebilirler. Bu durum etik ikilem yaşanmasına neden olarak yarar sağlama-zarar vermeme etik ilkesinin ihmal edilmesine sebep olur (Dündar ve Aksu, 2019).

Sağlık çalışanları tarafından gebeler ve eşleri sezaryen doğumun endikasyonları, komplikasyonları ve riskleri açısından yeterli bir şekilde bilgilendirilmelidir. Hemşireler gebeye karar verme sürecinde fetal sağlığa zarar vermeme etik ilkesini hatırlatmalı ve kararını etik ilke çerçevesinde vermesini desteklemelidir (Silva, 1990; Ersoy ve Aydın; 1994; Akın ve Özvarış, 2008).

Özerklik İlkesi

Özerklik ilkesi, bireyin özgür bir şekilde düşünebilmesi, kendi ile ilgili kararları verebilmesi, kendisine yapılması planlanan girişimler konusunda hiçbir kimsenin baskısı olmadan karar verebilmesi olarak tanımlanmaktadır (Biol, 1997; Avcı, 2007; Öztürk; 2010). Özerklik ilkesi doğrultusunda her bireyin özel olduğu, bireylerin inançlarına ve fikirlerine saygılı olmak gerekmektedir (Burkhardt ve Nathaniel, 2013; Okuroğlu, 2014). Bireye yapılacak her türlü girişim, tedavi hakkında anlaşılır bir biçimde bilgi verilmelidir. Tedavinin veya girişimlerin amaçları, yan etkileri, olası komplikasyonları net ve anlaşılır şekilde aktarılmalıdır. Tedaviyi veya girişimi kabul etme ve reddetme kararı birey tarafından yönlendirme olmadan verilmelidir (Dölen ve Özdeğirmenci; 2006). Sezaryen uygulamasından önce anneye sezaryen doğum hakkında, olası komplikasyonları hakkında bilgi verildikten sonra aydınlatılmış onam formunun kullanılması gereklidir (Ataç ve ark., 2004).

İsteğe bağlı olarak sezaryen doğum tercihi annenin özerklik ilkesi kapsamında değerlendirildiğinde kadının sezaryen doğum seçme hakkı vardır ancak fetüs/yenidoğan için risk ve komplikasyonları olduğu düşünüldüğünde fetüs/yenidoğan özerkliği açısından çelişki

yaratmaktadır (McFarlin, 2004; Bergeron, 2007; Aktaş ve Gönenç, 2011, Ralston ve Farrell, 2015).

Adalet İlkesi

Adalet ilkesi; yeni veya deneysel tedavilerin yük ve yararlarının toplumdaki tüm gruplar arasında eşit olarak dağıtılması ve prosedürlerin tüm bireyler için mevcut yasalarla güvence altına alınarak adil olmasını gerekliliğidir. Sağlık hizmeti verenler, adaleti değerlendirirken dört ana alanı göz önünde bulundurmalıdır: kıt kaynakların adil dağılımı, rekabet eden ihtiyaçlar, haklar ve yükümlülükler ve anayasal mevzuatla olası çatışmalar. Örneğin üreme teknolojileri ve infertilite tedavileri etik ikilemler yaratır, çünkü tedavi tüm insanlar için eşit derecede mevcut ve ulaşılabilir değildir. Kimin veya hangisinin öncelikli olması gerektiğine ilişkin belirsizlik sağlık hizmetleri hükümlerindeki maddeleri de belirsizleştirir (Grazi ve Wolowelsky, 2005).

Sağlık ihtiyaçları bireyler arasında farklılık göstermekle birlikte, 'tipik' işlevi geri getirmeyi veya sürdürmeyi amaçlayan tedavi ve önleme gereksinimlerine göre yönlendirilir (ancak bu her zaman kolayca tanımlanamayabilir). Bireylerin tedavisinde, ihtiyaçlarının belirlenmesinde adil olmak, uygulanması düşünülen operasyonun yararlı olması adalet ilkesinin getirileridir. "Adalet" kelimesi yasal gereklilikleri (yasal adalet) yerine getirmek bağlamında kullanılır ((Nilstun, 2008).). Fetal endikasyon bulunmadığı halde gebenin isteğiyle sezaryen olması durumunda bu ilke sekteye uğrayabilir (Nilstun, 2008).

Özerkliğe saygı, istenmeyen tedaviyi reddetme hakkını beraberinde getirirken, talep üzerine tedavi alma hakkını da sağlamaz (Nilstun, 2008). Bu nedenle adalet ilkesi gözetildiğinde fetal endikasyonu bulunmadığı halde sezaryen doğum isteyen bir gebe, ücret ödemediği halde diğer hastalarla eşit olmayan haklar talep etmiş olacaktır ve sağlık kuruluşunu ekonomik olarak zor durumda bırakacağı gibi endikasyon taşıyan gebelerin sezaryen tedavisine erişimini de kısıtlayabilir. Örneğin böyle bir gebe doktor ve ilgili hemşire ve ebeleri kendi talebiyle oluşturduğu tedaviyle meşgul ederken acil tanıyla gelen fetal endikasyonları bulunan bir gebenin tedavisinin gecikmesini, sekteye uğramasına hatta fetüs veya annenin hayatını kaybetmesine neden olabilir. Bu durumda adaletsizlik oluşmuş olur. Ayrıca, adalet ilkesi gözetildiğinde; HIV pozitif gebeye sezaryen uygulanmasında cerrahi ekip üyelerinin müdahalesi sırasında ayrımcılık yapmaması ve normal bireyler ile aynı düzey ve kalitede hizmet alması sağlanmalıdır (Berlandi, 1997).

SONUÇ

Sezaryen doğum anne ve fetüsün sağlığını tehlikede olduğu durumlarda tercih edilmelidir. Sağlık çalışanları tarafından önceki doğumunda sezaryen öyküsü olan kadınların şimdiki gebeliklerinde sezaryen tercihinine yönelmesi, kadının geçmiş doğum deneyiminin kötü olması ya da etraftan duydukları, izlediği filmlerde doğumun ağrılı olması yüzünden normal doğumdan korkması, doğum yöntemleri konusunda bilgi yetersizlikleri gibi pek çok neden ile kadınlar sezaryen doğuma yönelmektedir. Sezaryen doğumun anne ve fetüs/yenidoğan açısından riskleri ve maliyeti normal doğumdan daha fazladır. Hemşirelerin doğum öncesi dönemde kadınlara normal doğum, doğum yöntemleri, doğum ağrısı ile baş etme yöntemleri, sezaryen doğum endikasyonları, riskleri, komplikasyonları hakkında bilgi vermeleri gerekmektedir. Doğuma hazırlık sınıflarının yaygınlaştırılması, anne ve bebek dostu hastane sayısının artırılması sezaryen doğumların endikasyon dahilinde uygulanma oranlarını arttıracak, dolayısıyla anne-bebek sağlığı ile ilgili ulusal verilere de önemli katkı sağlanacaktır.

Çıkar Çatışması: Yazarlar arasında herhangi bir çıkar çatışması yoktur.

Finansal Destek: Çalışma için finansal destek alınmamıştır.

KAYNAKLAR

- ACOG. American College of Obstetricians and Gynecologists (2021). <https://www.acog.org/womens-health/faqs/cesarean-birth>.
- Akın A. Özvarış ŞB. (2008). Reproductive Health and Ethics. The Basics Textbook of Public Health. Ankara. Hacettepe University Publications, p.208-11.
- Aktaş, D., & Sezaryen, G. İ. (2011). Etik [Cesarean and ethics]. *Türkiye Klinikleri [Journal of Medical Ethics-Law and History]*, 19(3), 186-195.
- Arda B. (1992). An Evaluation in Terms of Medical Research: Reseach ethics. *Journal of Syndrome*,12(1):45-8.
- Arıkan İ. Barut A. Gezer Ş. Başaran M. Harma M. Harma M, et al. (2010). Evaluation of the Cesarean Section Cases: A 5-Year Experience. *Turkey Clinics Journal of Gynecology&Obstetrics*, 20(3):155-60.
- Ataç, A., Güven, T., & Gülsoy, R. (2004). Sezaryen Reddine Etik Açısından Bakış [Refusal Of Caesarean Section From Medical Ethics' Point Of View]. *Türkiye Klinikleri [Journal of Medical Ethics-Law and History]*, 12(4), 270-273.
- Avcı K. (2007). Pediatri Alanında Hemşirelerin Etik Sorunların Çözümüne Yönelik Yaklaşımlarının İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; Ankara.
- Başar, F., Sağlam, H. Y. (2018). Kadınların doğum şekli tercihleri ve etkileyen faktörler. *Journal of Current Researches on Health Sector*, 8(1), 59-74.
- Başkaya, Y., ve Sayiner, F. D. (2018). Sezaryen Oranını Azaltmaya Yönelik Kanıtı Dayalı Ebelik Uygulamaları/Evidence-Based Midwifery Practices to Reduce Cesarean Rat. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 5(1), 113-119.
- Beauchamp, T. L. (2003). Methods and principles in biomedical ethics. *Journal of medical ethics*, 29(5), 269-274.
- Bergeron, V. (2007). The Ethics Of Cesarean Section On Maternal Request: A Feminist Critique Of The American College Of Obstetricians And Gynecologists' position On Patient-Choice Surgery. *Bioethics*, 21(9), 478-487.
- Berlandi, J. L. H. (1997). Ethical Issues in Pediatric Perioperative Nursing. *Nursing Clinics of North America*, 32(1), 153-168.
- Betrán, A. P., Ye, J., Moller, A. B., Zhang, J., Gülmezoglu, A. M., & Torloni, M. R. (2016). The increasing trend in caesarean section rates: global, regional and national estimates: 1990-2014. *PloS one*, 11(2), e0148343.
- Biröl L. (1997). Hemşirelik Süreci. 4. Baskı. Etki Matbaacılık Yayıncılık Ltd. Şti., İzmir.
- Boley, J. P. (1935). The history of caesarean section. *Canadian Medical Association Journal*, 32(5), 557.
- Burkhart, A. M., & Nathaniel, A. K. (2013). Çağdaş Hemşirelikte Etik. Çev Edit: Alpar ŞE., Bahçecik N., Karabacak Ü.. İstanbul Tıp Kitabevi. 3. Baskı. İstanbul.
- Caughey, A. B., Cahill, A. G., Guise, J. M., Rouse, D. J., & American College of Obstetricians and Gynecologists. (2014). Safe prevention of the primary cesarean delivery. *American journal of obstetrics and gynecology*, 210(3), 179-193.
- Chervenak, F. A., & McCullough, L. B. (2013). Preventive ethics for cesarean delivery: the time has come. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 209(3), 166-167.
- Çalık, K. Y., Erkaya, R., & Karabulutlu, Ö. (2018). Üçüncü basamak bir hastanede 4 yıllık sezaryen doğumlarının oranları ve endikasyonları. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 5(2), 201-209.
- Demirbaş, M., Karabel, M. P., & İnci, M. B. (2017). Türkiye'de ve Dünya'da Değişen Sezaryen Sıklığı ve Olası Nedenleri. *Sakarya Tıp Dergisi*, 7(4), 158-163.
- Demirbaş, M., Karabel, M. P., & İnci, M. B. (2018). Türkiye'de ve Dünya'da Değişen Sezaryen Sıklığı ve Olası Nedenleri. *Sakarya Tıp Dergisi*, 7(4), 158-163.
- Dölen İ, Özdeğirmenci Ö. (2004). Optimal sezaryen hızı ne olmalıdır? Türkiye'de ve dünyada güncel nedir? *TJOD Uzmanlık Sonrası Eğitim Dergisi*, 7, 113-117.

- Dölen İ, Özdeğirmenci Ö. (2006). Woman medicine on Ethical and Legal Issues. Ed: Çiçek MN, Akyürek C, Çelik Ç, Haberal A. Solar Books: p.155-64. İstanbul.
- Dündar, T., Aksu, H. (2019). Kordon Kanı Bankacılığı ve Etik. Türkiye Klinikleri Tıp Etiği-Hukuku Tarihi Dergisi, 27(1), 73-77.
- Ersoy N, Aydın E. (1994). The Principle of Beneficence on Medical Ethics . Türkiye Klinikleri J Med Ethics-Law-Hist, 2(2):57- 60.
- Fisk, N. M. (2002). Caesarean section for all patients. Controversies in obstetrics, gynaecology and infertility. Bologna: Monduzzi Editore, 111-15.
- Grazi, R. V. Wolowelsky, J. B. (2005). "New ethical issues". Overcoming infertility : a guide for Jewish couples. Ed. Richard Grazi: New Milford, Conn. : Toby, p. 409-424. United States.
- İğde Artıran F. (2004). Sezaryen sonrası normal vaginal doğum. STED, 13, 137-140.
- Karabulutlu, Ö. (2012). Kadınların doğum şekli tercihlerini etkileyen faktörler. İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 20(3), 210-218.
- Karadağlı, F. (2016). Profesyonel hemşirelikte etik. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi, 6(3), 197-200.
- Korkut, S., ve Kaya, N. (2019). Sezaryen doğum kararına ebe farkındalığı ile etik yaklaşım. Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi, 6(1), 144-152. DOI: 10.17681/hsp.442171.
- Kurtdaş, M. Ç. (2017). Medikalizasyon süreci, sağlığın ticarileşmesi ve bedenin denetlenmesine sosyolojik bir bakış. Adıyaman Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, (27), 983-1012.
- Latham, S. R., & Norwitz, E. R. (2009). Ethics and "cesarean delivery on maternal demand". In Seminars in perinatology (Vol. 33, No. 6, pp. 405-409).
- Liaschenko, J., & Peter, E. (2004). Nursing ethics and conceptualizations of nursing: profession, practice and work. Journal of advanced nursing, 46(5), 488-495.
- McFarlin, B. L. (2004). Elective cesarean birth: issues and ethics of an informed decision. Journal of Midwifery & Women's Health, 49(5), 421-429.
- Moodliar, S., Moodley, J., & Esterhuizen, T. M. (2007). Complications associated with caesarean delivery in a setting with high HIV prevalence rates. European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology, 131(2), 138-145.
- Nilstun, T., Habiba, M., Lingman, G., Saracci, R., Da Frè, M., & Cuttini, M. (2008). Cesarean delivery on maternal request: can the ethical problem be solved by the principlist approach?. BMC medical ethics, 9(1), 1-8. <https://doi.org/10.1186/1472-6939-9-11>.
- Oakley A. (1984). The Captured Womb: A History of the Medical Care of Pregnant Women, New York: Basil Blackwell Ltd.
- OECD (2020), Caesarean sections (indicator). doi: 10.1787/adc3c39f-en (Accessed on 17 November 2020)
- OECD Health Statistics 2019. <https://doi.org/10.1787/888934017918> (Accessed on 17 November 2020)
- Okuroğlu, G. K., Bahçecik, N., & Alpar, Ş. E. (2014). Felsefe ve hemşirelik etiği. Kilikya Felsefe Dergisi, (1), 53-61.
- Özçerezci Güner, Ö., Kavlak, O. (2016). Doğum. Ü. Sevil ve G. Ertem (Ed.), Perinatoloji ve bakım. İzmir: Ankara Nobel Kitapevi.
- Özkan, S., Aksakal, F. N., Avcı, E., Civil, E. F., & Tunca, M. Z. (2013). Kadınların doğum yöntemi tercihi ve ilişkili faktörler/Delivery methods: choices for women and related factors. Turkish Journal of Public Health, 11(2), 59-71.
- Öztürk, H. (2010). Yönetici hemşirelerin etik davranışları ve bir araştırma. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi).
- Ralston, S. J., & Farrell, R. M. (2015). The Ethics of Access: Who Is Offered a Cesarean Delivery, and Why?. Hastings Center Report, 45(6), 15-19.
- Russell, C. M. (1987). Morbid Appearances. Cambridge University Press.

- Saharkhiz, H. (2008). Effect group discussions about professional ethics with nursing student on promoting of them professional ethics. Tarbiat Modares University, Faculty of Medical Sciences Dissertation.
- Sewell, J. E. (1993). Cesarean section—a brief history. A brochure to accompany an exhibition on the history of cesarean section at the National Library of Medicine,30. Erişim adresi: <https://www.nlm.nih.gov/exhibition/cesarean/part1.html>
- Silva MC.(1990). Ethical Decision Making In Nursing Administration. Norwalk. Appleton-Lange;. p.66-80.
- Speert, H. (1980). Obstetrics and gynecology in America: a history. American College of Obstetricians and Gynecologists. Baltimore: Waverly Press,
- Şahin, M., ve Erbil, N. Doğum ve Medikalizasyon. Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisi, 2(2), 120-130.
- T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü (2010). Doğum ve Sezaryen Eylemi Yönetim Rehberi. Ankara: Damla Matbaacılık.
- T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı, (2017). Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, Ankara. <https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/13183,sy2016turkcepdf.pdf?0>
- TNSA (2013). "2013 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması". Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, T.C. Kalkınma Bakanlığı ve TÜBİTAK, Ankara, Türkiye.
- TNSA (2018). "2018 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması". Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, T.C. Kalkınma Bakanlığı ve TÜBİTAK, Ankara, Türkiye.
- Todman, D. (2007). A history of caesarean section: from ancient world to the modern era. Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology, 47(5), 357-361.
- Velioglu P, Babadağ K. (1992). Hemşirelik Tarihi ve Deontoloji. T.C. Anadolu Üniversitesi Yayınları, No:562, Etam A.Ş. ve Ofset Yayıncılık, Eskişehir.
- Willson, J. R. (1988). The conquest of cesarean section-related infections: a progress report. Obstetrics and gynecology, 72(3 Pt 2), 519-532.
- World Health Organization. WHO statement on caesarean section rates. No. WHO/RHR/15.02. World Health Organization, 2015. (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161442/WHO_RHR_15.02_eng.pdf?sequence=1)
- Yapça, Ö. E., Karaca, İ., & Çatma, T. (2015). Artan sezaryen oranlarını nasıl azaltabiliriz. Üç yıllık sezaryen verilerimiz eşliğinde değerlendirme. İstanbul Kanuni Sultan Süleyman Tıp Dergisi, 7(3), 97-102.
- Yıldız, Ş., Çaypınar, S. S., Cengiz, H., Dağdeviren, H., & Kanawati, A. (2014). Awareness and perceptions of Turkish women towards delivery methods. Journal of Clinical & Experimental Investigations, 5(2).
- Young, J. H. (1942). Caesarean section: the history and development of the operation from earliest times (Doctoral dissertation, University of Edinburgh).
- Yücel U ve Ünal İ. (2018). Türkiye’de Doğum Hizmetlerindeki Değişim: 1983-2013. 3.Uluslararası Bilim Sempozyumu; 111-117.