

DOI: 10.38136/jgon.1482889

## TÜRKİYE SEZARYEN ORANI DURUM ANALİZİ VE POLİTİKA ÖNERİLERİ

## Caesarean Rate in Türkiye Situation Analysis and Policy Recommendations

GÜLSEN TOPAKTAŞ<sup>1</sup>UMUT BEYLİK<sup>2</sup>

Orcid ID: 0000-0001-8825-6737

Orcid ID: 0000-0002-4950-9604

<sup>1</sup> Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü<sup>1</sup> Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü

## ÖZ

**Amaç:** Türkiye 2022 yılı itibarı ile sezaryen oranında Dünya'da ilk sıraya konulmuştur. Bu çalışma Türkiye'deki sezaryen ve normal doğum ile ilgili mevcut durumu ortaya koymak ve politika önerilerinde bulunmak amacıyla yapılmıştır.

**Gereçler ve Yöntem:** Çalışmada kullanılan veriler Sağlık Bakanlığı istatistik yıllıkları, Eurostat ve OECD veri tabanlarından, Sağlık Bakanlığı ve Sosyal Güvenlik Kurumu ilgili birimlerinin web sitelerinden temin edilmiş olup kamuoyuna açık verilerdir. Çalışma temin edilen veriler kapsamında kendi içinde Türkiye bölgeleri ve uluslararası düzeyde karşılaştırmalı analizi yapılmış, aynı zamanda literatür ile de tartışılmıştır.

**Bulgular:** Türkiye sezaryen oranı açısından Dünya'da ilk sıradadır, özel sektörde sezaryen oranı %78,1 çıkmıştır. Türkiye'de bölgeler arasında sezaryen oranları arasında farklılıklar yüksektir. Sağlık Bakanlığı ve Sosyal Güvenlik Kurumu'nun caydırıcı düzenlemelerine rağmen sezaryen oranları Türkiye'de artma eğilimini devam ettirmiştir.

**Sonuç:** Türkiye sezaryen oranlarını düşürmeye yönelik olarak; başarılı ülkelerin uygulamalarını değerlendirmeli, kanıta dayalı rehber ve protokoller kapsamında doğum sürecini yürütmeli, sezaryen ameliyatını maliyet unsuru yapmak yerine toplumu anne ve bebek sağlığı açısından normal doğuma yönelik aydınlatmalıdır. Sağlık hizmet sunumu ile geri ödeme sistemlerinde sezaryene yönelik bütünsel yönetim mekanizması oluşturmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** Sezaryen Oranı, Türkiye, Sağlık Sistemi, Doğum, Sağlık Politikası

## ABSTRACT

**Aim:** As of 2022, Türkiye ranks first in the world in cesarean section rate. This study was conducted to reveal the current situation regarding cesarean section and normal birth in Turkey and to make policy recommendations.

**Material and Method:** The data used in the study were obtained from the statistical yearbooks of the Ministry of Health, Eurostat and OECD databases, and the websites of the relevant units of the Ministry of Health and the Social Security Institution and are publicly available data. Within the scope of the data provided in the study, a comparative analysis was made within Turkey's regions and at the international level, and it was also discussed with the literature. **Results:** Türkiye ranks first in the world in terms of cesarean section rate, while the cesarean section rate in the private sector is 78.1%. There are high differences in cesarean section rates between regions in Turkey. Despite the deterrent regulations of the Ministry of Health and the Social Security Institution, cesarean section rates have continued to increase in Turkey.

**Conclusion:** In order to reduce caesarean section rates in Türkiye; It should evaluate the practices of successful countries, carry out the birth process within the scope of evidence-based guidelines and protocols, and enlighten the society about normal birth in terms of mother and baby health, instead of making cesarean section a cost factor. An integrated management mechanism for cesarean section should be established in health and payment systems.

**Keywords:** Caesarean Rate, Türkiye, Health System, Birth, Health Policy

Sorumlu Yazar/ Corresponding Author: Umut BEYLİK

Adres: Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Yönetimi

E-mail: :umut.beylik@sbu.edu.tr

Başvuru tarihi: 12.05.2024

Kabul tarihi : 08.06.2024

## GİRİŞ

1966 yılında Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) doğumu; “kendiliğinden başlayan, doğumun başlangıcından bitimine kadar düşük riskli devam eden, 37- 42 haftalar arasında baş gelişle fetüsün kendiliğinden doğması ve doğum sonrası anne ve bebeğin iyi durumda olmasıdır” olarak ifade etmiştir (1).

Doğum, kadın yaşamında normal bir süreç olmakla beraber kadına heyecan ve mutluluk vermenin yanında çeşitli nedenlerle korku da veren fiziksel ve ruhsal etkilere sahip karmaşık bir durumdur (2). Her kadının doğum süreci kendine özgü olması nedeniyle hem doğum olayının algılanması hem de bu deneyimin yorumu kişiden kişiye farklılık gösterir (3). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), tüm kadınlar için “olumlu doğum deneyimini” ulaşılması gereken bir hedef noktası olarak varsaymaktadır. Olumlu bir doğum deneyimi ise; yetenekli, bilgili ve nazik sağlık profesyoneli tarafından sunulan bakım ve duygusal destekle birlikte, güvenli bir ortamda sağlıklı bebeğin doğması olarak tanımlanır (4). Optimum fiziki şartların sağlanması yanı sıra sosyal desteğin, özellikle doğumda aktif rol alan ilgili hekim ve ebelerin niteliği ve desteği ideal doğum ortamı için elzemdir (5). Doğum genel olarak normal (vajinal) ve sezaryen doğum olmak üzere iki farklı şekilde gerçekleşir (6). Vajinal doğum eyleminin başarılı şekilde sonuçlanması için; zamanında kendiliğinden başlaması hem fetal hem de maternal sağlığın yerinde olması, baş pelvis uyumu ve annenin maternal psikososyal durumu önemlidir (7). Bununla birlikte sağlıklı gebelik ve doğum sürecinde dahi tıbbi müdahaleler söz konusu olabilmektedir.

Sezaryen, önceleri ölmek üzere olan bir gebeden fetüsü canlı kurtarabilmek için gerçekleştirilen ve ölüm oranı yüksek bir işlem iken 19. yüzyıldan itibaren ise asepsi, anestezi, cerrahi teknikler ve güvenli kan transfüzyonundaki ilerlemeler sonucunda daha güvenli bir doğum yöntemi olarak uygulanmaktadır (8).

Tıbbi gereklilikler durumunda yapılan sezaryenler anne ve bebek mortalite ve morbidite istatistiklerini pozitif yönde etkilerken, tıbbi gerekçe olmadan uygulandığı takdirde ise tıbbi ve etik bazı tartışmaların konusu olmuştur (9). Bunların dışında yüksek sezaryen oranları, önemli sağlık bakımı maliyetine de neden olmaktadır. Bu kapsamda hem sezaryenin ortaya çıkardığı riskler hem de maliyetlerin yüksek olması göz önüne alındığında sezaryen oranlarında yaşanan sürekli artış, temel bir halk sağlığı problemi görülmektedir (10).

Sezaryenin gerekmediği durumlarda anne ve bebek için faydasını gösteren hiçbir kanıt sunulmamıştır. Hatta herhangi bir

ameliyatta olduğu gibi sezaryen de kısa ve uzun vadede riskleri vardır ve bunlar arasında; annede anesteziye maruz kalmanın getirdiği yan etkiler, doğum sonrası kanamanın daha fazla olması, taburculuğun uzaması, iyileşmenin gecikmesi gibi riskler yer almaktadır. Bu risklerin hepsi hem doğum sonrasında da anne ve bebeğin sağlığına hem de gelecek gebelikler de oluşabilecek durumlara etki edebilmektedir. DSÖ'nün 'hiçbir bölgede, sezaryen oranının %10 - 15'lerin üzerinde olmasını haklı çıkaracak bir gerekçe bulunmamaktadır' şeklindeki bildiri kapsamında geliştirilecek politika ve uygulamalara ihtiyaç bulunmakta olup bu çerçevede yapılacak çalışmaların literatüre katkı sağlayacağı öngörülmektedir (11).

Dünya Sağlık Örgütü sezaryen oranlarının 1985 yılından bu yana tüm doğumlar içinde %10-15 oranında olmasını önermektedir (12). 2018 yılı Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmalarına (TNSA) göre Türkiye'de tüm doğumlar içinde sezaryen doğumların sıklığı %52'dir. Son dönemlerdeki istatistik veriler birçok ülke de yapılan sezaryen ile doğum oranlarının yüksek olduğunu göstermektedir. 2021 yılı OECD verilerine göre 1000 canlı doğumda sezaryen oranı en düşük olan ülke olarak 148 ile İsrail'dir. İsrail'i 1000 canlı doğumda 152 Hollanda takip etmekte olup İsveç, Norveç ve İzlanda'daki oranlar da bu ülkelerle yakın oranlara sahip çıkmıştır. 1000 canlı doğum da en yüksek orana sahip olan ülke 586 ile Meksika iken hemen öncesinde sondan ikinci olan ülke ise 1000 canlı doğumda 573 ile Türkiye olması dikkat çekmiştir (13).

Türkiye'de giderek artan sezaryen doğum oranını anlamak ve bu konuda politika önerileri oluşturabilmek için doğru ve tam verilerin elde edilerek karar verilmesi önemlidir. Sezaryen, gebelik ya da doğum sırasında herhangi olumsuz bir durum gelişmesi durumlarında başvuru ve sık gerçekleştirilen cerrahi girişimler arasında yer almaktadır. Sezaryenin riskli gebeliklerde önemli faydaları var olmakla birlikte çok sık tercih anne ve bebek sağlığı için olumsuz sonuçlara ve sağlık sistemi için de yüklü bir maliyet unsuruna sahiptir (14).

Yukarıda bahsedilen hususlar kapsamında bu çalışmanın amacı; sezaryen oranlarını Türkiye'de istatistik bölge birimleri sınıflandırmasına (Tablo 1) göre ülke içinde ve ülke olarak uluslararası ve küresel düzeyde mevcut konumu ortaya koymak, sezaryen ile ilgili mevcut politika uygulamalarını tıbbi gereklilik ve maliyet açısından analiz etmek ve literatürde Türkiye'de yapılan çalışmalar kapsamında tartışarak önerilerde bulunmak amacıyla yapılmıştır.

## MATERYAL VE METOD

Sezaryen oranları ile ilgili bölgesel ve uluslararası karşılaştırma yapmak amacıyla kullanılacak olan istatistiki veriler Sağlık Bakanlığınca Nisan 2024'te yayınlanan Sağlık İstatistikleri Yıllığı, OECD Health Data ve Eurostat veri tabanlarından alınmıştır. Doğum ile ilgili maliyet ve fiyatların karşılaştırılabilmesi için; Sosyal Güvenlik Kurumunun doğum ile ilgili fiyat tarifesi Sağlık Uygulama Tebliği (SUT) Ek-2/C Tanıya Dayalı İşlem Puan Listesi'nden temin edilmiştir. Maliyet açısından ise (sezaryen ile normal doğum) gerçeğe yakın olarak maliyet ağırlıklarını en doğru gösteren Teşhisle İlişkili Grup (TİG) verileri Sağlık Bakanlığı Sosyal Güvenlik Uygulamaları Daire Başkanlığı'ndan alınmıştır. Ayrıca sezaryen ile ilgili Sağlık Bakanlığı klinik kalite göstergeleri de çalışma kapsamında değerlendirmeye alınmıştır. İlgili verilerin tamamı kamuoyuna açık olarak ilan edilen veriler olması nedeniyle etik ve idari izin alınmamıştır. Çalışmanın öncelikle temin edilen veriler kapsamında kıyaslama amaçlı değerlendirmeler yapılmıştır. Tartışma bölümünde Türkiye'de bu alanda yapılan çalışmalar ile konu literatür kapsamında da ele alınarak hem tartışma hem de gerçek veri analizleri üzerinden sonuç ve önerilerde bulunulmuştur. Çalışmada kullanılan oranların hesaplanma yöntemine göre tanımları aşağıda belirtilmiş olup Türkiye içi kıyaslamada kullanılan İBBS listesi Tablo 1'de gösterilmiştir (15): Sezaryen Ameliyatının Canlı Doğumlar İçindeki Oranı, (%): Belirli bir zaman diliminde hastanelerde gerçekleşen sezaryen ameliyat sayısının aynı zaman diliminde gerçekleşen canlı doğum sayısına oranıdır.

Primer Sezaryen Ameliyatının Canlı Doğumlar İçindeki Oranı, (%): Belirli bir zaman diliminde hastanelerde gerçekleşen primer sezaryen ameliyat sayısının aynı zaman diliminde gerçekleşen canlı doğum sayısına oranıdır.

Sezaryen Ameliyatının Hastane Doğumları İçindeki Oranı, (%): Belirli bir zaman diliminde hastanelerde gerçekleşen sezaryen ameliyat sayısının aynı zaman diliminde hastanelerde gerçekleşen doğum eylemi sayısına oranıdır.

Primer Sezaryen Ameliyatının Hastane Doğumları İçindeki Oranı, (%): Belirli bir zaman diliminde hastanelerde gerçekleşen primer sezaryen ameliyat sayısının aynı zaman diliminde hastanelerde gerçekleşen doğum eylemi sayısına oranıdır.

TİG: Hastaların klinik ve demografik verilerini esas alarak maliyet bazında sistemlere göre gruplandırma yapan vaka bazlı ödeme sistemidir (16).

Bağlı Değer: Bir TİG'in maliyetinin, tüm TİG'lerin ortalama ma-

liyetine oranıdır. Bağlı değeri hesaplayabilmek için maliyet verileri gereklidir (17).

## BULGULAR

Doğum İstatistikleri Çerçevesinde Karşılaştırma

Bu bölümde temin edilen istatistiki veriler kapsamında sunulan tablolara ait verilere ait önemli hususlar özetlenmiştir.

Tablo 2'de (15) yıllara ve sektörlere göre sezaryen ve primer sezaryen ameliyatlarının hastane doğumları içindeki oranı gösterilmiştir. İlgili tabloya göre hem yıllara göre hem de sektörlerle göre sezaryen ve primer sezaryen ameliyatlarının hastane doğumları içindeki oranı yükseliş trendindedir. Sezaryen ve primer sezaryen oranı 2022 yılı itibarı ile sırasıyla %46,4 ve %18,5 ile en düşük düzeyde Sağlık Bakanlığı'nda gerçekleşmiş olup Özel sektörde bu oran en yüksek seviyededir ve sırasıyla %78,1 ve %46,2 olarak gerçekleşmiştir. Üniversitelerde bu oran özel sektöre oldukça yakın olarak gerçekleşmiştir ve sezaryen ameliyatının hastane doğumları içinde genel oranı %62,8 olarak çıkmıştır.

İstatistiki Bölge Birimleri Sınıflandırması -1 (İBBS-1)'e göre Türkiye bölgelerinde yer alan hastanelerde gerçekleşen doğum oranları, sezaryen ve primer sezaryen oranları Tablo 3'de (15) gösterilmiştir. Hastanelerde gerçekleşen doğum oranı Türkiye ortalaması 2022 yılında %97,3 olup en düşük orana sahip bölge %91,6 ile Kuzeydoğu Anadolu Bölgesi, en yüksek orana sahip bölge ise Akdeniz bölgesi olmuştur. 2021 yılı içinde en düşük ve yüksek bölgeler aynı bölgelerdir.

Sezaryen ameliyatının canlı doğumlar içindeki oranı Türkiye ortalaması %60,1 olup 2021'e göre yaklaşık 1,7 puanlık artış göstermiştir. Bu orandaki en düşük veri her iki yılda da yine Kuzeydoğu Anadolu bölgesi olup son yıl verisi %43,9'dur. En yüksek veri ise aynı şekilde Akdeniz Bölgesi olup 2022'de %69,4 olarak gerçekleşmiştir. Primer sezaryenin canlı doğumlar içindeki oranı Türkiye ortalaması %31,1 olup 2021'e göre 2 puan artmıştır. Buradaki en düşük oranın Güneydoğu Anadolu'da (%21,4) en yüksek oranın ise Batı Marmara'da (%39,7) olduğu görülmüştür.

Sezaryen ameliyatının canlı doğumlar içindeki oranının uluslararası karşılaştırmasının yapıldığı Şekil 1'e göre (15,18,19) 2022 yılı Türkiye sezaryen oranı %60,1 ile en yüksek oranda gerçekleşen ülke konumundadır. En düşük orana sahip ülke %14,3 ile İsrail olurken OECD ortalaması %28 ve AB ortalaması %28,9 olup Türkiye'nin en yüksek orana sahip olması ve ortalamadan çok uzak olması dikkat çekici görülmüştür.

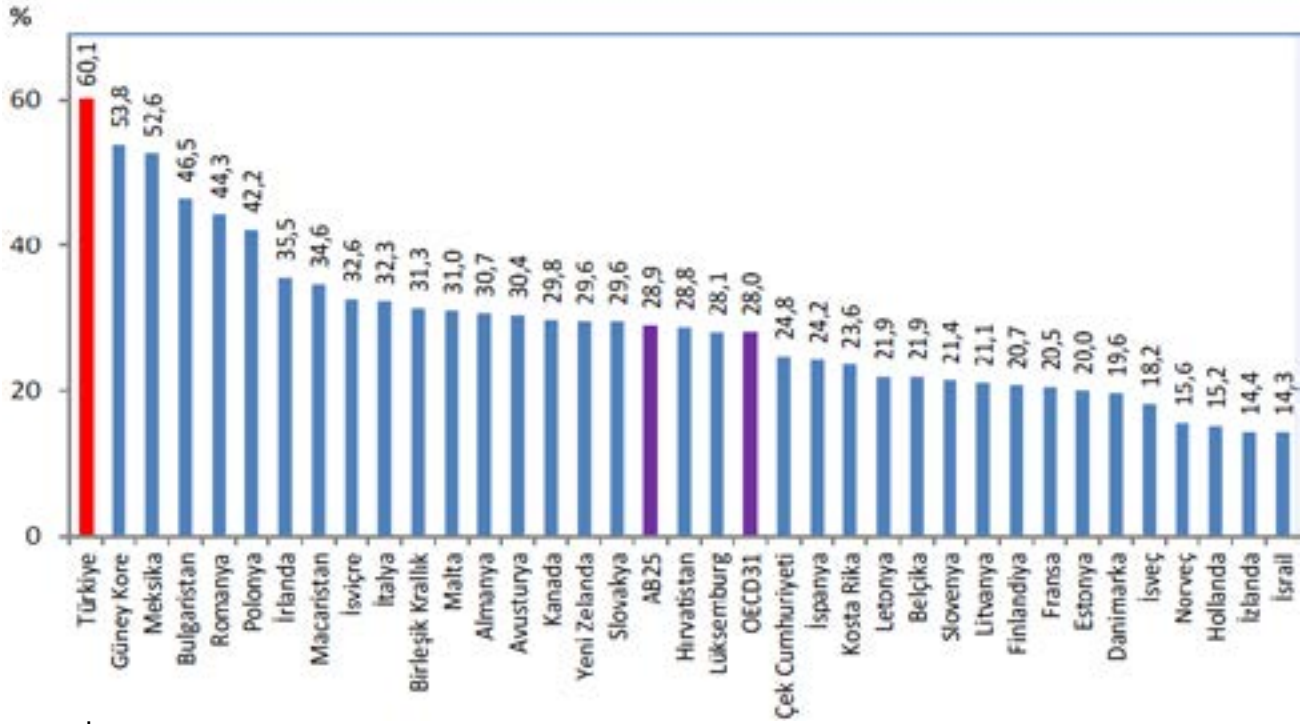
Tablo 1. İstatistiki Bölge Birimleri Sınıflaması (İBBS)

İBBS 1	İBBS 2	İBBS 3
Akdeniz	Antalya Alt Bölgesi	Antalya Isparta Burdur
	Adana Alt Bölgesi	Adana Mersin
	Hatay Alt Bölgesi	Hatay Kahramanmaraş Osmaniye
Batı Anadolu	Ankara Alt Bölgesi	Ankara
	Konya Alt Bölgesi	Konya Karaman
Batı Karadeniz	Zonguldak Alt Bölgesi	Zonguldak Karabük Dartın
	Kastamonu Alt Bölgesi	Kastamonu Çankırı Sinop
	Samsun Alt Bölgesi	Samsun Tokat Çorum Amasya
Batı Marmara	Tekirdağ Alt Bölgesi	Tekirdağ Edirne Kırklareli
	Hatirci Alt Bölgesi	Balıkesir Çanakkale
Doğu Karadeniz	Trabzon Alt Bölgesi	Trabzon Ordu Giresun Rize Artvin Gümüşhane
Doğu Marmara	Bursa Alt Bölgesi	Bursa Eskişehir Bilecik
	Kocaeli Alt Bölgesi	Kocaeli Sakarya Düzce Bolu Yalova

İBBS 1	İBBS 2	İBBS 3
Ege	İzmir Alt Bölgesi	İzmir
	Aydın Alt Bölgesi	Aydın Denizli Muğla
	Manisa Alt Bölgesi	Manisa Afyonkarahisar Kütahya Uşak
Güneydoğu Anadolu	Gaziantep Alt Bölgesi	Gaziantep Adıyaman Kilis
	Şanlıurfa Alt Bölgesi	Şanlıurfa Diyarbakır
	Mardin Alt Bölgesi	Mardin Batman Şırnak Siirt
İstanbul	İstanbul Alt Bölgesi	İstanbul
Kuzeydoğu Anadolu	Erzurum Alt Bölgesi	Erzurum Erzincan Bayburt
	Ağrı Alt Bölgesi	Ağrı Kars Iğdır Ardahan
Ortadoğu Anadolu	Malatya Alt Bölgesi	Malatya Elazığ Bingöl Tunceli
	Van Alt Bölgesi	Van Muş Bilis Hakkari
Orta Anadolu	Kırıkkale Alt Bölgesi	Kırıkkale Aksaray Niğde Nevşehir Kayseri
	Kayseri Alt Bölgesi	Kayseri Sivas Yozgat



Şekil 1. Sezaryen Ameliyatının Canlı Doğumlar İçindeki Oranının Uluslararası Karşılaştırması, (%)



## Doğum İşlem ve Ameliyatlarının Fiyat ve Maliyetlerinin Kıyaslanması

Bu bölümde fiyat verisi için doğum ile ilgili SUT işlem puanları ve maliyet bilgileri için doğum ile ilgili TİG bağlı değerleri kullanılacaktır. Türkiye’de sezaryen ameliyatı ile ilgili kamunun fiyatlandırma stratejisi ile sezaryen politikası değerlendirilecektir. Aynı zamanda vakalarla ilgili maliyet ağırlıklarına göre belirlenen Bağıl Değer uygulamasına göre vakaların fiyatını belirleyen TİG sistemine göre de doğum ile ilgili işlemlerin durumları da incelenerek uygulanan politika hakkında değerlendirmede bulunulacaktır.

Tablo 2. Yıllara ve Sektörlere Göre Sezaryen ve Primer Sezaryen Ameliyatlarının Hastane Doğumları İçindeki Oranı, (%)

	Sezaryen Ameliyatı			Primer Sezaryen Ameliyatı		
	2020	2021	2022	2020	2021	2022
Sağlık Bakanlığı	42,8	44,6	46,4	16,8	17,5	18,5
Üniversite	71,4	73,1	74,4	36,4	36,8	38,8
Özel	74,1	75,5	78,1	41,8	42,3	46,2
<b>Toplam</b>	<b>59,6</b>	<b>60,9</b>	<b>62,8</b>	<b>30,0</b>	<b>30,3</b>	<b>32,5</b>

Türkiye’de sosyal güvenlik sistemi sosyal sigorta kapsamında genel sağlık sigortası olarak isimlendirilmiş ve Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) kurumsal yapısı ile iş ve işlemlerin yürütülmesi sağlanmıştır. SGK tarafından yayınlanan Sağlık Uygulama Tebliği (SUT) eklerindeki listelerde sağlık hizmetlerinin her birine bir puan tanımlanmakta ve bu puanlar her yıl belirlenen bir sabit katsayı ile çarpılarak o hizmetin fiyatı bulunmaktadır. Doğum ile ilgili işlemler SUT Tanıya Dayalı İşlem Puan Listesi olan Ek-2/C listede yer almakta olup Tablo 4’de doğum ile ilgili işlem puanları belirtilmiştir.

Tablo 4’e (20) göre normal veya müdahaleli vajinal doğumların işlem puanları oldukça yüksek olup en düşük normal vajinal doğum işlem puanı 24.368,88 puan olarak belirlenmiştir. Sezaryen puanları ise tabloda son iki satırda yer almakta olup sezaryen 6.919,60 puan olarak belirlenmiştir. Bu puanlara bakılarak normal vajinal doğumun sezaryen ile doğumdan 3 (üç) kattan daha fazla fiyata sahip olduğu tespit edilmiştir. Bu durum sezaryen ameliyatına daha düşük fiyat verilerek sezaryen oranlarını azaltma politikası uygulandığı anlamını taşımaktadır.

Sezaryen ve normal vajinal doğum maliyetlerinin de karşılaştırılması için TİG bağlı değerlerine bakmak gereklidir. Bağıl değerler her vaka için vaka sayısı ile çarpılarak bulunan toplam maliyetin o vaka sayısına bölünmesi ile belirlendiği için sezaryen ve vajinal doğum TİG’lerinin bağıl değerlerinin kıyaslanmasına ihtiyaç bulunmaktadır. Bu kapsamda Sağlık Bakanlığı tarafından yayınlanan

doğum ile ilgili TİG'ler ile bunlara ait bağıl değerler Tablo 5'de yer almaktadır.

Tablo 3. İBBS-1'e Göre Doğum Göstergeleri, (%), 2021, 2022

İBBS-1	Hastanelerde Gerçekleşen Doğum Oranı		Sezaryen Ameliyatının Canlı Doğumlar İçindeki Oranı		Primer Sezaryen Ameliyatının Canlı Doğumlar İçindeki Oranı	
	2021	2022	2021	2022	2021	2022
İstanbul	98,5	98,6	61,4	63,0	32,5	34,7
Batı Marmara	95,8	96,1	64,6	67,1	35,7	39,7
Ege	98,5	98,3	65,9	67,6	35,0	37,7
Doğu Marmara	97,7	97,0	61,9	62,5	32,6	34,2
İbatı Anadolu	98,5	98,5	57,1	58,7	30,2	32,0
Akdeniz	100	99,6	68,1	69,4	31,9	34,1
Orta Anadolu	96,2	95,7	55,0	55,9	27,5	29,1
Batı Karadeniz	96,8	96,1	66,9	67,9	35,9	36,7
Doğu Karadeniz	96,0	96,0	64,7	66,1	32,2	34,6
Kuzeydoğu Anadolu	94,2	91,6	43,4	43,9	22,3	22,8
Ortadoğu Anadolu	95,1	95,7	45,1	47,3	22,1	24,0
Güneydoğu Anadolu	96,0	96,1	48,5	50,7	19,8	21,4
Türkiye	97,5	97,3	58,4	60,1	29,1	31,1

Tablo 4. Taniya Dayalı İşlem Puan Listesi Doğum İşlem Puanları

İŞLEM KODU	İŞLEM ADI	İŞLEM PUANI
P619910	Müdahaleli vajinal doğum	24.368,88
P619911	Müdahaleli vajinal doğum (İlk doğum)	33.316,67
P619912	Müdahaleli vajinal doğum (Çoğul gebelik)	30.460,96
P619913	Müdahaleli vajinal ilk doğum (Çoğul gebelik)	34.613,95
P619920	Normal vajinal doğum	24.368,88
P619921	Normal vajinal doğum (İlk doğum)	33.316,67
P619922	Epidural anestezi ile vajinal doğum	32.312,96
P619923	Epidural anestezi ile vajinal doğum (Çoğul gebelik)	38.015,26
P619925	Suda vajinal doğum	40.939,63
P619926	Normal vajinal doğum (Çoğul gebelik)	30.460,96
P619927	Normal vajinal ilk doğum (Çoğul gebelik)	34.613,95
P619929	Sezaryen (Çoğul gebelik)	7.987,79
P619930	Sezaryen	6.919,60

Tablo 5'e (21) göre O01C kodlu en düşük bağıl değerli sezaryen ameliyatı (komplikasyonun ve komorbiditenin olmadığı) TİG'inin bağıl değeri 1,01 iken en düşük bağıl değerli vajinal doğum TİG'i olan O60C ((komplikasyonun ve komorbiditenin olmadığı) bağıl değeri ise 0,73'dür. Bu kapsamda sezaryen ameliyatı yaklaşık %33 daha fazla maliyetli olarak gerçekleşmektedir.

En yüksek bağıl değerli sezaryen TİG'i olan O01A (komplikasyonu ve komorbiditesi olan) 3,06 bağıl değere sahipken komplikasyonlu ve komorbiditesi olan müdahaleli vajinal doğumun O02A TİG'inin bağıl değeri 1,80'dir. Yani burada da sezaryen maliyeti vajinal doğum maliyetinden %60 daha fazla çıkmıştır.

Tablo 5. Türkiye Teşhis İlişkili Gruplar Doğum TİG'lerine ait Bağıl Değer Listesi

TİG Kodu ve Tanımı	Bağıl Değer
O01A : Doğum, Sezeryan, Katastrofik KK Bulunan	3,06
O01B : Doğum, Sezeryan, Şiddetli KK Bulunan	1,61
O01C : Doğum, Sezeryan, Katastrofik/Şiddetli KK Bulunmayan	1,01
O02A : Doğum, Vajinal Yolla, Ameliyathane İşlemi Eşlik Eden, Katastrofik/Şiddetli KK Bulunan	1,80
O02B : Doğum, Vajinal Yolla, Ameliyathane İşlemi Eşlik Eden, Katastrofik/Şiddetli KK Bulunmayan	1,21
O60A : Doğum, Vajinal Yolla, Katastrofik/Şiddetli KK Bulunan	1,35
O60B : Doğum, Vajinal Yolla, Katastrofik/Şiddetli KK Bulunmayan	1,02
O60C : Doğum, Vajinal Yolla, Tekil, Komplike Olmayan, Diğer Olumsuzlukların Eşlik Etmediği	0,73

### Sezaryen Oranı Klinik Kalite Göstergeleri

Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğüne yayınlanan Klinik Kalite Ölçme ve Değerlendirme Rehberi'nde Gebelik ve Doğum Süreci ile ilgili standart ve göstergeler de tanımlanmıştır. Gebelik süreci ve doğum sağlık olgusu için toplam üç standart ve 30 gösterge oluşturulmuştur. Standartlar klinik kalite açısından sağlık olgusunun takibinde ana hedefleri göstermektedirler. Standartların uygulanma düzeyini izleyebilmek amacı ile göstergeler belirlenmiştir. Göstergelerin takibinin tüm ülkede aynı dil ile yapılabilmesi ve iyileştirme faaliyetlerinin planlanabilmesi için her bir göstergeye yönelik hesaplama yöntemleri, veri kaynakları ve teknik notlar da hazırlanmıştır. Sezaryen ile ilgili standartlar, göstergeler ve gösterge kartları şöyledir (22):

Standart Kodu: GD02 (Gebelik Süreci ve Doğum'a ait 2. standart anlamına gelmektedir)

Standart: Endikasyon dışı sezaryen doğumların önlenmesi sağlanmalıdır.

Tablo 6. Primer Sezaryen Yapılan Gebe Oranı Gösterge Kartı

Primer Sezaryen Yapılan Gebe Oranı		Hedef Değer	≤ %20
<b>Gösterge Kodu</b>	GD.26 UBK	<b>Hedef Grup</b>	
<b>Tanım</b>	Primer sezaryen yapılan gebe oranını ifade etmektedir.	<b>Harç Tabloları</b>	
<b>Standart</b>	Endoksiyon dışı sezaryen doğumların oranının düşük olmasıdır.	<b>Pay:</b>	Primer sezaryen SUT kodunu alan ve rapor üzerinde primer sezaryen veya girişim olan hasta sayısı
<b>Hesaplama Yöntemi</b>	İlgili dönemle: (İki defa sezaryen yapılan gebe sayısı / Veri kaynağında yer alan ICD 10 tanı kodlarından herhangi birini alan doğum yapan gebe sayısı) X 100	<b>Payda:</b>	Doğum yapılan ilgili dönemdeki doğum SUT kodlarından herhangi birini alan gebe sayısı
<b>Veri Kaynağı</b>	<b>Gebelik sonucu doğum verisi doldurulanlar</b> <b>Pay:</b> * 619.929 Sezaryen (Çoğul gebelik) * 619.930 Sezaryen E-rapor sisteminden gelen primer sezaryen <b>Payda:</b> * 619.910 Müdahaleli vajinal doğum * 619.911 Müdahaleli vajinal doğum (İk. doğum) * 619.912 Müdahaleli vajinal doğum (Çoğul gebelik) * 619.913 Müdahaleli vajinal ik. doğum (Çoğul gebelik) * 619.920 Normal vajinal doğum * 619.921 Normal vajinal doğum (İk. doğum) * 619.922 Epidural anestesi ile vajinal doğum * 619.923 Epidural anestesi ile vajinal doğum (Çoğul gebelik) * 619.926 Normal vajinal doğum (Çoğul gebelik) * 619.927 Normal vajinal ik. doğum (Çoğul gebelik) * 619.929 Sezaryen (Çoğul gebelik) * 619.930 Sezaryen <b>Gebelik sonucu doğum verisi doldurulanlar</b>	<b>Teknik Notlar</b>	<b>Primer sezaryen:</b> Diğer önce sezaryen olmayan gebelerin doğumuna sezaryenle olmasıdır.
		<b>Veri Analiz Periyodu</b>	6 aylık, yıllık
		<b>Sorumlular</b>	SHGM, SKAÇDÖB, İKlinik Kalite Birimi, Klinik Kalite İyileştirme Komitesi

## Gösterge (GD.G26): Primer Sezaryen Yapılan Gebe Oranı

Primer Sezaryen Yapılan Gebe Oranı Gösterge Kartı'nın gösterildiği Tablo 6'ya (22) bakıldığında gösterge tanımı, hesaplama yöntemi, veri kaynakları, hedef değer, analiz periyodu ve sorumlular gösterilmiştir. Bu çalışma kapsamında değerlendirildiğine gerek standardın bizzat kendi ifadesi gerekse gösterge kartında yer alan hedef değerlerin %20 ve altı şeklinde tanımlanmasından dolayı Sağlık Bakanlığı'nın sezaryen oranlarını düşürmek ve kontrol altında tutmak için hastanelere ait kalite puanının hesaplanmasına etki eden bir faktör olarak görülmüştür.

Sezaryen ile ilişkili bir diğer standart ise "Doğum sonrası tüm kadınlar düzenli olarak izlenir ve uygun tedavi sunulur" olarak tanımlanmıştır. Bu standardın GD.29 UBK gösterge kodunun tanımı ise "Sezaryen sonrası ilk 48 saati doldurarak taburcu olan lohusa oranını ifade etmektedir". Tablo 7'de (22) bu gösterge kartı belirtilmiş olup Sağlık Bakanlığı'nın buradaki yaklaşımı sezaryen sonrası ortalama kalış sürelerini kısa tutmak olduğu görülmektedir. Bu kapsamda göstergenin amacının, sezaryen ameliyatının sorunsuz bir şekilde yapılarak ameliyat sonrası hastanın bakımına dair sağlık kurumlarının gerekli tedbirleri almasını özendirmek olduğu söylenebilir.

Tablo 7. Sezaryen sonrası ilk 48 saati doldurarak taburcu olan lohusa oranı gösterge kartı

Sezaryen Sonrası İlk 48 Saat Doldurarak Taburcu Olan Lohusa Oranı		Hedef Değer	≥ %20
<b>Gösterge Kodu</b>	GD.29 UBK	<b>Hedef Grup</b>	
<b>Tanım</b>	Sezaryen sonrası ilk 48 saati doldurarak taburcu olan lohusa oranını ifade etmektedir.	<b>Harç Tabloları</b>	
<b>Standart</b>	Doğum sonrası tüm kadınlar düzenli olarak izlenir ve uygun tedavi sunulur.	<b>Pay:</b>	Primer sezaryen sonrası doğumdan itibaren 48 saat içerisinde taburcu olan hasta sayısı
<b>Hesaplama Yöntemi</b>	İlgili dönemle: (Sezaryen sonrası ilk 48 saati doldurarak taburcu olan lohusa sayısı / Sezaryen yapılan gebe sayısı) X 100	<b>Payda:</b>	Özellik 29-Çocuk hastaneleri saat 12:00'den doğum yapan hastalar 27-Çocuk hastaneleri saat 12:00'den sonra taburcu olanlar
<b>Veri Kaynağı</b>	<b>Pay:</b> Sezaryen sonrası ilk 48 saati doldurarak taburcu olan lohusa sayısı <b>Payda:</b> * 619.929 Sezaryen (Çoğul gebelik) * 619.930 Sezaryen	<b>Veri Analiz Periyodu</b>	6 aylık, yıllık
		<b>Sorumlular</b>	SHGM, SKAÇDÖB, İKlinik Kalite Birimi, Klinik Kalite İyileştirme Komitesi



## TARTIŞMA

Bu bölümde çalışmayla ilgili benzer ve farklı çalışmalar veya bu alanda ilgili ve yetkili ulusal ve uluslararası kurum ve kuruluşların rapor ve kararları ile çalışma bulgularından hareketle tartışma bölümü yazılması farklı bakış açılarını görmek ve değerlendirmek açısından faydalı olacağı düşünülmüştür.

Literatüre bakıldığında ise sağlık personelinin vajinal doğumu tercih nedenlerinin sorgulandığı çalışmalardan bazıları şöyle özetlenebilir; Temizkan ve Mete (2020) vajinal doğumu (23), doğal olduğu ve bebek sağlığı için daha faydalı (%84,6 oranında) olduğu için; Korkmaz (2023) daha az komplikasyona neden olduğu (%57,6 oranında) için (11); Tektaş ve ark. (2018) anne açısından daha sağlıklı (%86,6 oranında) olduğu için (24); Yüksel ve ark. (2016) erken iyileşme ve hızlı eve dönüş olduğu için (%62,44 oranında) tercih ettiklerini (25); Elkin (2016) çalışmasında katılımcıların çoğunluğunun vajinal doğumu, doğal ve anne sağlığı açısından iyi olması nedeniyle tercih ettiklerini belirtmişlerdir (26).

Şencan ve arkadaşlarının 2016 yılında yayınlanan çalışmasına göre Türkiye'de maternal mortalite oranı 100 bin canlı doğumda 15.2 olarak hesaplandı (213 anne ölümü). Obstetrik öyküye göre yapılan değerlendirmede 57 olgunun geçirilmiş sezaryena sahip olduğu saptandı (27). Bu durumda anne ölümleri arasında sezaryen ile doğum yapanların oranı yaklaşık %27 civarında olup normal doğum sonrası olanlar %73 civarındadır. Türkiye'deki sezaryen oranı Şekli 1'e göre %60,1 olması nedeniyle anne ölümleri açısından sezaryen ameliyatının azaltıcı etkisinden bahsedilebilir. DSÖ tarafından 2023 yılında yayınlanan rapora göre; 2015 yılından bu yana hayatta kalma oranlarının aynı kaldığını ilerlemediğini gösteriyor. Rapora göre her yıl yaklaşık 290 bin anne ölümü gerçekleşmektedir (28). Bu durumda anne ölümlerini azaltıcı bir etki olarak sezaryen ameliyatı uygun zaman ve ortamlarda riskli durumlar için acil tercih edilmesi gereken bir seçenek olarak da görülmelidir.

Sağlık Bakanlığı ve SGK uygulamaları sezaryen açısından bulgular bölümünde belirtildiği azaltmaya ve kontrol etmeye yönelik mekanizmalar üzerine kurulmuştur. Ancak bu durumun sağlık profesyonelleri ve kurumları üzerindeki baskılayıcı etkisi anne ölümlerinin artmasına neden olabilir.

Türk Tabipleri Birliği de yakın zamanda sezaryen doğum oranlarının artışına dikkat çekmiştir. Araştırma sonuçlarına göre hastane doğumları yıllar itibarıyla artış gösterirken, sezaryen doğumların artması son derece dikkat çekicidir. 2018 TNSA

sonuçlarına göre (29) doğumların yarısından fazlası (%52) sezaryen doğumlardır. Bu doğumların yaklaşık üçte ikisi (%68'i) özel hastanelerde olmuştur. Araştırmada hane halkı refahı ve kadınların eğitim seviyesi yükseldikçe sezaryen ile yapılan doğumların yüzdesi de artmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü endikasyon (bebeğin ve annenin sağlığını tehdit eden durum varlığında mutlaka sezaryen yapılması gereken) varsa sezaryen yapılmasını önermektedir. Farklı araştırmalarda da bunun %10'lar civarında olabileceği belirtilmektedir. DSÖ, sezaryen operasyonunun yan etkilerini de dikkate alarak endikasyon yoksa (yani, mutlaka yapılması gerekmiyorsa) normal doğumu önermektedir. 2018 yılında her iki doğumdan birinin sezaryen doğum olması nedeniyle bu konu dikkatle incelenmeli ve nedenleri ve çözüm yolları üzerinde durulmalıdır (30). Burada özellikle özel hastanelerdeki %70'lere varan sezaryen oranları bu çalışmadaki Tablo 2 ile örtüşmektedir. Sezaryen ameliyatındaki keyfi durumlar özel ve üniversite hastanelerin oldukça yüksek görünmektedir. Her ne kadar SGK tarafından sezaryen ücretleri daha düşük olsa da özel sektör kuruluşları büyük fark oranları kullanarak veya SGK anlaşmasız olarak faaliyet yapabilmektedir. Gelir durumu iyi ve doğum sürecinin risklerinden haberdar olanlar özel sektörde sezaryen tercihini hekime sunmaktadır. Elbette her hastanın hakları kapsamında çeşitli seçenekleri arasından seçim hakkı bulunmaktadır. Ancak sezaryen ameliyatının tanımı gereği tıbbi gereklilikler halinde tercih edilmesi gerektiği hususu olması nedeniyle sadece anne sağlığı açısından değil bebek sağlığı açısından da mümkünse normal doğum yapılmalıdır. Bu durumda hekimlerin endikasyon dışı sezaryen ameliyatına yönelik kanıtlayıcı önlemler ön plana çıkarılması tartışılabilir. Sağlık Bakanlığı'nın kalite göstergeleri ve SGK'nın fiyat baskılamaları yerine doğum şeklinin seçimine yönelik kanıtlayıcı süreç mekanizmalarına yönelik yaklaşımlar değerlendirilebilir.

Doğum her ne şekilde olursa olsun doğum öncesi bakım, doğum süreci ve doğum sonrası bakım bütünsel olarak ele alınmalıdır. Bu süreçlerde kanıta dayalı protokol ve rehberlerin önemi büyüktür ki bu çalışmanın 3.3. alt bölüm başlığı Sağlık Bakanlığı'nın buna önem verdiğini göstermektedir. Ancak Büyükal ve Yılmaz'ın çok yeni yapılan çalışmalarının sonuçları dikkat çekicidir. Çalışma normal spontan doğum ve sezaryen doğumlar için kanıta dayalı uygulamaların kullanımının araştırılması, doğum sırasında annenin optimal bakımına katkı sağlamak gayesiyle yapılmış olup yaptıkları çalışmada doğumda kanıta dayalı olmayan rutin klinik uygulamalara dikkat çekmekte ve bu durumun hastanedeki doğum sürecini optimal olmaktan uzak

hale getirdiğini göstermektedir. Bu çalışma ebe, hemşire ve klinisyenlerin kanıta dayalı uygulamalarında bilgi ve davranış değişikliği yapmaları gerektiğini ortaya koymaktadır (31).

Son olarak özellikle “kadın hastalıkları ve doğum uzmanları”nın olası malpraktis durumunda yüklü tazminat ödeme riski ile karşı karşıya kalma olasılıkları da bu konu açısından ayrıca değerlendirilmelidir. Malpraktis konusunda 27 Mayıs 2022 tarihinde Resmi Gazete’de yayımlanan 7406 sayılı yasa ile 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu’na getirilen Ek Madde 18 ile Mesleki Sorumluluk Kurulu kurulmuş olup bu kurulun çalışma usul ve esasları ise Sağlık Bakanlığınca 15 Haziran 2022 tarihinde çıkarılan “Sağlık Meslek Mensuplarının Tıbbî İşlem ve Uygulamaları Nedeniyle Soruşturulmasına ve İdarece Ödenen Tazminatın Rücu Edilmesine Dair Usul ve Esaslar Hakkında Yönetmelik” kapsamında düzenlenmiştir. Bu kurulun raporlarının içeriği ile ilgili henüz literatürde yeterli bilgi bulunmaması nedeniyle bu çalışma kapsamında yeterince değerlendirme yapılamamakla birlikte kurulun alacağı kararların, “kadın hastalıkları ve doğum uzmanları”nın sezaryen veya normal doğum tercihlerini etkileyebileceği öngörülmektedir.

Ayrıca gerek malpraktis davaları ile bilir kişilik süreçlerinde gerekse Mesleki Sorumluluk Kurulu işleyiş ve karar süreçlerinde; gebelik ve doğum sürecine yönelik uygulamada kullanımı ilgili resmi kurumlarca onaylanmış olan klinik rehber ve protokoller dikkate alınarak yapılması bu konuda şeffaf, adil ve hesap verilebilir uygulama ve denetim sağlayacağı düşünülmektedir.

## SONUÇ

Türkiye günümüz itibarı (2022 verileri) ile sezaryen oranı açısından Dünya’da en yüksek orana sahiptir. Bu oran Türkiye’de özel sektörde %78’i ve üniversite sağlık sektöründe ise %75’i, Sağlık Bakanlığı’nda ise önleyici tedbirlere rağmen %46’yı aşmış durumdadır. Türkiye’de sezaryen oranlarının yüksekliğine dikkat çeken çok çalışma ve rapor olmakla birlikte bir iyileşme sağlanamamıştır. Ancak tartışma bölümünde de belirtilen önemli bir husus da göz ardı edilmemelidir. Sağlık Bakanlığı 2022 istatistik yılına göre Türkiye’de anne ölüm hızı yüz binde 12,6 seviyesinde olup üst gelir grubu ülkelerin ortalamasından (yüz binde 13,3) daha iyi duruma gelmiştir. Elbette anne ölümleri içerisinde doğum öncesi ve sonrası süreçlerde yer almaktadır.

Türkiye’de Sağlık Bakanlığı ve SGK üzerinden sezaryen oranlarını baskılayıcı ve kontrol altına almaya çalışan düzenlemelerin var olduğu ancak çok etkisiz kaldığı görülmüştür. Bunun-

la birlikte Dünya’da 1. sırada Türkiye’nin yer alıyor olması bu konuya öncelikli politika geliştirilmesi ve dünya ortalamalarına yaklaştırılması gerektiği söylenebilir. Bu bağlamda politika önerileri aşağıda sıralanmıştır:

- Sezaryen oranları açısından iyi konumda olan ülkelerle kıyaslama yapmak için yerinde incelemeler yapılarak ülke sağlık sistemine adapte edilebilecek düzenlemeler belirlenmeli ve uygulamalara yansıtılmalıdır.

- Doğum süreçlerinde keyfi uygulamaları ortadan kaldırmak için standardizasyona yönelik süreçler hayata geçirilmelidir. Özellikle gebelik ve doğum süreçlerine yönelik güncel ve yetkili otoritelerce kabul edilmiş klinik rehber ve protokoller uygulanmalıdır.

- Kısa vadede gereksiz sezaryenleri önlemek amaçlı kanıtlayıcı süreçlere odaklı (klinik rehber ve protokollere uyumluluk) denetim mekanizmaları geliştirilebilir. Acil sezaryen uygulamaları kapsam dışı bırakılarak planlanacak/planlanmış sezaryenler için; sağlık kurumlarında kurulan, çalışma usul ve esasları ilgili paydaşların da görüşleri alınarak Sağlık Bakanlığınca belirlenen “Sezaryen Komiteleri” gibi yetkili üst bir yapının tanımlanması ile gerek kendi kendine denetim gerekse kurum dışındaki tüm taraflara (Sağlık Bakanlığı, SGK, özel sağlık sigortası kuruluşları, mahkemeler, hasta ve yakınları gibi) izleme, denetim veya karar verme açısından daha etkili bir sistem işleyebilir.

- Türkiye’deki doğurganlık hızının yüksekliği de dikkate alınarak sağlık harcamalarını da kontrol etmek amacıyla gereksiz sezaryen ameliyatlarına yönelik gerekirse geri ödemelerde sezaryen ameliyatının istisnası sağlanabilir. Yani sezaryen ameliyatına yönelik özel düzenlemeler ile denetim, fiyatlandırma ve geri ödeme sistemi, iyileştirme dönemi eylem planı/reformu gibi detaylı tasarlanmış mekanizmalar ile düşürülmelidir. Türkiye’nin Dünya verisi kabul edilebilir değildir.

- Anne ölüm hızları açısından pozitif etkisi de olabileceği düşünülerek sezaryen ameliyatlarının kanıtlayıcı olmak kaydıyla önceden tanımlanan risklerde tercih edilmesi sağlanmalıdır.

- Sağlık Bakanlığı klinik kalite göstergelerini sağlık kurumlarına geri ödeme, sağlık personeline performansla dayalı ödeme, sağlık turizmi yetki belgesi ve akreditasyon gibi mekanizmalarda mutlaka değerlendirmelidir. Hem teşvik ve hem de caydırıcılık açısından ortak bir mekanizma kurulması bu şekilde sağlanabilir

- SGK özel ve üniversite sağlık kuruluşlarında sezaryen

süreçlerine yönelik denetimini kanıta dayalı olarak artırmalı, endikasyon dışı sezaryen için ödüllendirici (arzulanan sezaryen oranı düzeyi yakalanıncaya kadar) veya mevcut stratejiden daha caydırıcı düzenlemeler yapmayı öncelemelidir. Bununla birlikte maliyet değerinin altında fiyat belirleme stratejisini bütünlük bir yaklaşımla ele alarak yürütmelidir. Yani sadece SUT'da bir işlem puanı olarak değil aynı zamanda yerinde değerlendirmeler ve kanıtlayıcı süreçler tanımlayarak konuyu ele almalı, keyfi uygulamaların kaynaklarına odaklanmalıdır.

- Kamuoyuna tıbbi zorunluluklar dışında normal doğumun anne ve bebek sağlığı açısından önemi iletişim kanalları aracılığıyla yaygın ve sürekli olarak anlatılmalıdır. Sağlık Bakanlığınca yapılan "Gebe Okulları" uygulamasının daha erişilebilir ve yaygın hale getirilmesi ve doğum süreci ile ilgili sağlık profesyonelleri ile iletişimini ve doğum tercihi kararlarını bilgiye dayalı vermeleri sağlanmalıdır.

## KAYNAKLAR

- WHO, (1997) Care in normal birth: a practical guide. Technical Working Group, World Health Organization. Birth, 24(2):121-3.
- Kapısız, Ö., Karaca, A., Özkan, F. S., & Savaş, H. G. (2017). Hemşirelik Öğrencilerinin 3. Doğum Algısı. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi, 7(3), 156-160.
- Namujju, J., Muhindo, R., Mselle, L. T., Waiswa, P., Nankumbi, J., & Muwanguzi, P. (2018). Childbirth experiences and their derived meaning: a qualitative study among postnatal mothers in Mbale regional referral hospital, Uganda. Reproductive health, 15(1), 1-11.
- WHO. (2019). Recommendations: Intrapartum Care for a Positive Childbirth Experience, WHO:Geneva, Switzerland.
- Reyhan, FA., & Sayiner, FD. (2024). The Importance of the Birth Environment and A Review on the Ideal Birth Unit. Journal of Midwifery and Health Sciences, 7(1): 195-207.
- Cunningham, F.G. and Williams, J.W., (2010), Williams obstetrics 23rd edition. New York: McGraw-Hill Medical.
- Guyton, A.C. and Hall, J.E., (2006), Textbook of Medical Physiology. 11th Edition, Elsevier Saunders, Amsterdam.
- Penn, Z. ve Maghami, G.S., (2001), Indications for caesarean section. Best Prac tRes Clin Obstet Gynaecol, 15(1):1-15.
- Korkut, S. ve Kaya, N., (2019), Sezaryen doğum kararına ebe farkındalığı ile etik yaklaşım. Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi 6(1): 144-152.
- WHO (World Health Organization), (2018), WHO recommendations non-clinical intervention store duce unnecessary caesarean sections.
- Korkmaz, B.Ş., (2023), Kadın Doğum Kliniklerinde Çalışan Hekim, Hemşire Ve Ebelerin Doğum Şekli Tercihleri, Tercihlerin Nedenleri Ve Bu Tercihlerin Nedenlerini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi, Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, Ankara.
- Yıldırım, Ç.K., (2018), Kastamonu İl Merkezinde Çalışan Kadın Hekim, Kadın Hemşire ve Ebelerin Doğum Şekilleri Ve Normal Doğuma Bakış Açılı, Karabük Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı.
- Smith, V., Hannon, K., & Begley, C., (2022), Clinician's attitudes towards caesarean section: A cross-sectional survey in two tertiary level maternity units in Ireland. Women and Birth.2022; 35(4), 423-428.
- Shaw, D., Guise, J.M., Shah, N., Daniellsson, K.G., Joseph, K.S., Barbara, L., Wong, F., Woodd, S. ve Main, E.K., (2016), Drivers of maternity care in high-income countries: can health systems support woman centred care?. Lancet, 388(10057):2282-2295.
- Sağlık Bakanlığı, (2022), Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü 2022 Yılı Sağlık İstatistikleri Yıllığı, Ankara.
- Cesur C., (2015), TİG'de Temel Kavramlar, TİG Klinik Veri Validasyon Eğitimi Ders Notu, Ankara, s:3.
- Pongpirul K., (2011), Hospital coding practice data quality and DRG-Based reimbursement under the Thai Universal Coverage Scheme, PhD Thesis- Johns Hopkinsg University, Maryland, s:10.
- Eurostat (2022), <https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-datasets/-/teicp060>, (Erişim tarihi: 14.11.2023).
- OECD Health Statistics (2022), <https://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm>, (Erişim tarihi: 18.12.2023).
- Sosyal Güvenlik Kurumu, (2024), Sağlık Uygulama Tebliği Tanıya Dayalı İşlem Puan Listesi, Ek-2/C, <https://www.sgk.gov.tr/Duyuru/Detay/09052024-SUT-Degisiklik-Tebligi-Islenmis-Guncel-2013-SUT-2024-05-10-09-10-31>, Erişim Tarihi: 11/04/2024.
- Sağlık Bakanlığı Sosyal Güvenlik Uygulamaları Daire Başkanlığı, (2024), <https://tig.saglik.gov.tr/Eklen>

ti/3249/0/28-subat-turkiye--teshis-iliskili-gruplar-bagil-deger-listesi-1pdf.pdf, Erişim tarihi: 04.05.2024.

22. Sağlık Bakanlığı, (2021), Klinik Kalite Ölçme ve Değerlendirme Rehberi, Ankara.

23. Temizkan, E. ve Mete, S., (2020), Primipar Gebelerin doğum şekli tercihlerini etkileyen etmenlerin belirlenmesi. Koç Üniversitesi Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi, 17(2):112-119.

24. Tektas E, Bozkurt G, Ergin E, Sezgin S. Sağlık Bilimleri Fakültesi öğrencilerinin doğum şekli tercihleri ve etkileyen faktörler. Cukurova Medical Journal. 2018;43(1):63-69

25. Yüksel, D., Yüce, T., Kalafat, E., Şahin Aker, S. ve Koç, A., (2016), The views of nulliparous pregnant women on the types of delivery. Turk J Obstet Gynecol, 13(3):127-131.

26. Elkin, N., (2016), Bir aile sağlığı merkezine başvurmuş olan 18-49 yaş arası kadınların doğum şekli tercihleri ve ilişkili faktörler. Anadolu Kliniği, 21(2):119-128.

27. Şencan, İ., Engin-Üstün, Y., Sanisoğlu, S., Özcan, A., Karaahmetoğlu, S., Keskin, H.L., Uygur, D., Kabasakal, A., Esen, M. ve Keskin, B., (2016), 2014 Yılı Türkiye Ulusal Anne Ölümlerinin Demografik Verilere Göre Değerlendirilmesi, Jinekoloji - Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi 2016; Volume:13, Sayı:2, Sayfa: 45 – 47.

28. Birleşmiş Milletler Türkiye, (2023), "Yeni BM Raporu: Her 7 saniyede bir hamile kadın veya yeni doğan ölüyor", Haber (<https://turkiye.un.org/tr/230706-yeni-bm-raporu-her-7-saniyede-bir-hamile-kad%C4%B1n-veya-yeni-do%C4%9Fan-%C3%B6l%C3%BCyor>), Erişim Tarihi: 10.05.2024)

29. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA), (2018), Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Ankara, Türkiye.

30. Türk Tabipler Birliği (TTB), (2020), Kadınların Sağlık İhtiyacı Görmezden Gelinemez, Ertelenemez, TTB Kadın Hekimlik ve Kadın Sağlığı Kolu 05.01.2020 tarihli toplantı kararı, [https://www.ttb.org.tr/haber\\_goster.php?Guid=0d4e451c-57a-a-11ea-8634-d913d4ed2800](https://www.ttb.org.tr/haber_goster.php?Guid=0d4e451c-57a-a-11ea-8634-d913d4ed2800), Erişim Tarihi: 09.05.2024.

31. Büyükkal, T. & Yılmaz, T. (2024). Evidence-based practices during spontaneous and cesarean delivery. Fenerbahçe University Journal of Health Sciences, 4(1), 90- 102.