

## Evaluation of Measures Taken to Reduce Caesarean Delivery

## Sezaryen Doğumları Azaltmaya İlişkin Alınan Önlemlerin Değerlendirilmesi

Berika Zülal KARACA<sup>a</sup>, Ayşegül KARACA DEDEOĞLU<sup>b\*</sup><sup>a</sup> PhD Student, Graduate School of Education, Karabük University, Karabük, Türkiye. [ROR](#)<sup>b</sup> Doktora Öğrencisi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Karabük Üniversitesi, Karabük, Türkiye. [ROR](#)<sup>b</sup> Assist.Prof., Department of Health Management, Faculty of Health Sciences, Karabük University, Karabük, Türkiye. [ROR](#)<sup>b</sup> Dr. Öğr. Üyesi, Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Karabük Üniversitesi, Karabük, Türkiye. [ROR](#)\* Corresponding Author / İletişimden Sorumlu Yazar, E-mail: [aysegulkaraca@karabuk.edu.tr](mailto:aysegulkaraca@karabuk.edu.tr)

## ARTICLE INFO

## Article History:

Received: 06.09.2024

Accepted: 22.11.2024

Publication: 23.12.2024

## Citation:

Karaca, B. Z., and Karaca Dedeoğlu,

A. (2024). Evaluation of measures

taken to reduce caesarean delivery.

Artuklu Health, 10, 47-58.

<https://doi.org/10.58252/artukluhealth.1544944>[h.1544944](https://doi.org/10.58252/artukluhealth.1544944)

## ABSTRACT

**Introduction:** Despite the World Health Organization (WHO) recommending that caesarean delivery rates should not exceed 15%, this rate reached 60.1% in Turkey in 2022. This study examines the reasons behind increasing caesarean delivery rates globally and in Turkey, and reviews the administrative and legal measures taken to reduce these rates.

**Methods:** Document analysis was used as the research method. Data were obtained from the 2022 Statistical Yearbook of the Turkish Ministry of Health, statistics from relevant institutions, legislation on caesarean delivery, high court rulings, and administrative measures taken by the Ministry of Health. The study focuses on caesarean delivery rates up to 2022. The absence of 2023 data limit the study's ability to analyse the most recent trends.

**Results:** While medically indicated caesarean delivery can be beneficial for maternal and infant health, non-medically indicated caesarean deliveries may lead to various issues. Physicians may recommend caesarean delivery due to concerns about complications or fear of errors during vaginal delivery. Similarly, pregnant women may prefer caesarean delivery due to fear of labour pain, concerns about body changes, and perceptions of greater safety. In Turkey, the most stringent measure to reduce caesarean delivery rates was introduced in 2012 with an amendment to the Public Health Law, which prohibited non-medically indicated caesarean deliveries. Additionally, financial incentives and performance-based systems have been implemented. However, despite these measures, caesarean delivery rates have continued to rise rather than decline.

**Conclusion:** Controlling caesarean delivery rates and ensuring they are performed only when medically necessary is crucial for maternal and infant health. Developing more effective strategies, revisiting current policies, and increasing societal awareness are essential. Adopting a more comprehensive approach that promotes vaginal delivery and incorporates midwifery support can contribute significantly to addressing this issue.

**Keywords:** Health policy, Medical law, Caesarean, Normal delivery

## MAKALE BİLGİLERİ

## Makale Geçmişi:

Geliş Tarihi: 06.09.2024

Kabul Tarihi: 22.11.2024

Yayın Tarihi: 23.12.2024

## Atf Bilgisi:

Karaca, B. Z., ve Karaca Dedeoğlu,

A. (2024). Sezaryen doğumları

azaltmaya ilişkin alınan önlemlerin

değerlendirilmesi. Artuklu Health,

10, 47-58.

<https://doi.org/10.58252/artukluhealth.1544944>[h.1544944](https://doi.org/10.58252/artukluhealth.1544944)

## ÖZET

**Giriş:** Dünya Sağlık Örgütü, sezaryen doğum oranlarının %15'i geçmemesi gerektiğini belirtmesine rağmen, Türkiye'de bu oran 2022 yılında %60.1'e ulaşmıştır. Bu çalışma, dünya ve Türkiye'de artan sezaryen doğum oranlarının nedenlerini ve bu oranları azaltmaya yönelik alınan idari ve yasal önlemleri incelemektedir.

**Yöntem:** Araştırmada doküman analizi yöntemi kullanılmıştır. Veriler, Türkiye Sağlık Bakanlığı İstatistik Yıllığı 2022, ilgili kurumların istatistikleri, sezaryenle ilgili mevzuat, yüksek yargı kararları ve Sağlık Bakanlığı'nın idari tedbirlerine ilişkin belgelerden elde edilmiştir. Çalışma, 2022 yılına kadar olan sezaryen doğum oranlarını kapsamaktadır. 2023 yılı verilerinin yayımlanmamış olması, çalışmayı güncel analiz açısından kısıtlamaktadır.

**Bulgular:** Tıbbi gereklilik durumunda faydalı olan sezaryen doğum, gereklilik dışı tercih edildiğinde çeşitli sorunlara yol açabilmektedir. Hekimler, normal doğum sırasında oluşabilecek komplikasyon ve hata yapma kaygısıyla sezaryeni önerebilmekte; gebeler ise doğum sancısı, vücut değişikliği kaygıları ve güvenlik endişeleri nedeniyle sezaryene yönelebilmektedir. Türkiye'de sezaryen doğumları azaltmak amacıyla en sert tedbir; 2012 yılında Umumi Hıfzıssıhha Kanunu'na eklenen bir madde ile tıbbi zorunluluk dışında sezaryen doğumun yaptırılmasının yasaklanması tedbiridir. Ayrıca mali teşvik ve performans sistemi gibi önlemler alınmıştır. Ancak bu tedbirlere rağmen sezaryen oranlarında düşüş sağlanamamış, oranlar giderek artmıştır.

**Sonuç:** Sezaryen oranlarının kontrol altına alınması, anne ve bebek sağlığı için büyük önem taşımaktadır. Bu doğrultuda daha etkili stratejiler geliştirilmesi, mevcut politikaların gözden geçirilmesi ve toplumsal farkındalığın artırılması gerekmektedir. Normal doğumu teşvik eden ve ebe desteğini artıran bütüncül yaklaşımlar, bu sorunun çözümüne katkı sağlayabilir.

**Anahtar Kelimeler:** Sağlık politikası, Tıp hukuku, Sezaryen, Normal doğum

## 1. Giriş

Sezaryen doğum; bebeğin cerrahi bir müdahale ile annenin karın ve rahim duvarı kesilerek dünyaya getirilmesini sağlayan bir doğum yöntemidir. Tıbbi herhangi bir gereklilik söz konusu olduğu durumda, sezaryen doğum hem annenin hem de bebeğin sağlığını koruyan kritik bir müdahale olabilmektedir (Özkan, Uzun Özer ve Arı, 2021). Ancak son yıllarda sezaryen doğum oranlarında kayda değer bir artış yaşanması hem devletleri hem de sağlık örgütlerini endişelendirmiştir. Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) ideal sezaryen oranını 1985'ten bu yana %10-15 olarak belirlemesine rağmen (WHO, 2024), 2022 yılı itibariyle Türkiye'de bu oran %60.1 seviyesine ulaşmış durumdadır (Türkiye Cumhuriyeti Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2022, 2024). Bu artış sezaryen doğumlarının, tıbbi bir zorunluluk olmaksızın yaygın bir şekilde tercih edilmesinin bir göstergesidir. Ek olarak; anne ve bebek sağlığı üzerinde olumsuz etkilere neden olabilecek ciddi bir halk sağlığı problemi haline gelmesi nedeniyle Dünya genelinde olduğu gibi Türkiye'de de sezaryen doğum oranlarının azaltılmasına yönelik bir eğilim bulunmaktadır (Kızılcıka Çakaloz ve Çoban, 2019).

Türkiye'deki sezaryen doğum oranlarının yükselmesinde; doğum korkusu, sağlık hizmetlerinin organizasyonu, doğum sürecine ilişkin yanlış inanışlar, sağlık profesyonellerinin sezaryeni daha güvenli bir seçenek olarak görmesi gibi faktörlerin etkili olduğu düşünülmektedir (Ceylantekin, 2006). Bu bağlamda, sezaryen doğum oranlarını kontrol altına almak amacıyla çeşitli düzenlemeler yapılmış, yasal ve idari önlem ve mali teşvikler devreye sokulmuş olmasına rağmen, bu önlemlerin büyük ölçüde başarısız kaldığı tespit edilmiştir. Eğitim çalışmaları, bilinçlendirme kampanyaları ve sağlık profesyonellerinin eğitimi gibi girişimler, sezaryen oranlarını düşürmede beklenen başarıyı sağlayamamıştır.

Sonuç olarak; sezaryen doğum oranlarının kontrolsüz bir şekilde artması ciddi bir halk sağlığı sorunu teşkil etmekte ve anne-bebek sağlığı üzerinde uzun vadeli olumsuz etkiler yaratmaktadır (Ergöl ve Kürtüncü, 2014). Bu bağlamda, sezaryen oranlarının düşürülmesine yönelik daha etkili ve kapsamlı stratejiler geliştirilmesi gereklidir. Sadece hukuki düzenleme ve mali teşviklerin yeterli olmadığı hem de toplumsal farkındalığın artırılması yoluyla, normal doğumun teşvik edilmesi, sağlık sisteminin bu doğrultuda yeniden yapılandırılması ve sezaryen doğumun sadece tıbbi gereklilikler doğrultusunda uygulanması gerektiği vurgulanmalıdır.

Bu çalışmanın amacı; Türkiye'de sezaryen doğum oranlarındaki artışın nedenlerini analiz etmek ve bu artış azaltmaya yönelik olarak alınan idari ve hukuki tedbir ve teşvikleri değerlendirmektir.

## 2. Normal ve Sezaryen Doğum Kavramı

Doğum; her canlı için kutsal ve doğal bir süreç olup, insanlık tarihinin varoluşundan bu yana gerçekleşen ve tüm memeli canlıların soylarının bir sonraki nesle aktarmasını sağlayan bir olaydır. İnsan tabiatı normal doğum yapmak üzere kurgulanmasına rağmen değişen dünya ve gelişen teknoloji imkanları ile anne adaylarının doğum tercihleri de normal doğumdan ziyade sezaryen doğuma yönelmektedir.

Doğum eylemi “son adet dönemi periyodundan 40 hafta sonra dölllenme ürünü olan fetüs ve eklerinin rahimden dış ortama atıldığı bir süreç” olarak tıbben tanımlanmaktadır (Yaşar, 2006).

Normal doğum yöntemi; tıbbi olarak aksi bir durum olmadıkça ve doğru müdahale ortamı sağlanması durumunda gebeler ve bebekleri için göreceli olarak daha sağlıklı olduğu belirtilmektedir. Ayrıca en önemli yararı ise normal ve fizyolojik bir süreç olmasıdır. Ancak bebeğin geliş yolunun annenin doğum yoluna uygun olmaması, anne adayının doğum esnasında aşırı zorlanması, bebeğin normale göre iri olması ve daha öncesinde gerçekleştirilmiş sezaryen doğumlar vb. bazı durumlar normal doğum yapmayı engelleyebilmektedir. Bu durumlarda, bebeğin sezaryen doğum ile alınması tıbbi bir zorunluluk olarak kaçınılmazdır (Karabulutlu, 2012).

Sezaryen doğum yöntemi ise “*karının kesilmesi ve daha sonra rahim duvarındaki kesim ile bebeğin doğumu*” olarak tanımlanmaktadır (Karabel, Demirbaş ve İnci, 2017). Sezaryen doğum, sadece normal doğumun mümkün olmadığı durumlarda değil, annenin talebinin olduğu durumlarda da tercih edilebilmektedir (Turamanlar ve Songur, 2014). Yapılan araştırmalar sonucunda; sezaryen doğumun normal doğumun alternatifi olmadığı bildirilmiştir. Ek olarak; cerrahi müdahale gerektiren durumlarda (anne ve/veya çocuğa) uygulanması gereken durumlar dışında sezaryen doğumun faydasını gösteren herhangi bir kanıt rastlanmamıştır (WHO, 2015). Sezaryen doğumun; anne ve çocuğa fayda sağlamamasının yanı sıra normal doğuma kıyasla anne ve çocuğa ilişkin birçok olumsuz etkisi olabilmektedir. İsteğe bağlı sezaryen doğumu azaltmaya yönelik çeşitli önlemler alınsa da alınan bu önlemlerin başarılı olmadığı görülmektedir (Gözükara ve Eroğlu, 2011).

### 3. Sezaryenin Tarihçesi

Sezaryen kavramı, ilk defa “postmortem sezaryen doğum” yöntemi ile doğan bebekler için kullanılmıştır. On altıncı yüzyıla gelinceye kadar bu müdahale “sezaryen ameliyatı” olarak bilinmekteydi. “Sezaryen doğum” terimi 1581 yılında François Rousset tarafından literatürde ilk defa kullanılmıştır. Yirminci yüzyıla gelindiğinde “sezaryen” kavramının kullanımı yaygınlaşmış ve günümüzde de hala kullanılmaya devam edilmektedir (Uğurer, 2023).

Tarihteki ilk sezaryen doğum; 1500 yılında hayvan bakımı işi ile uğraşan *Nuferin* isimli bir şahsın, normal doğumda tehlikeye girmiş olan karısına sezaryen ile müdahale etmesiyle anne ile çocuğun yaşamasını sağlamıştır. Bu tıbbi girişim; hekim olmayan bir kişinin, canlı bir kadında başarı ile doğumu gerçekleştirdiği onaylanmış ilk vaka olarak kayda geçmiştir (Duman, 2006).

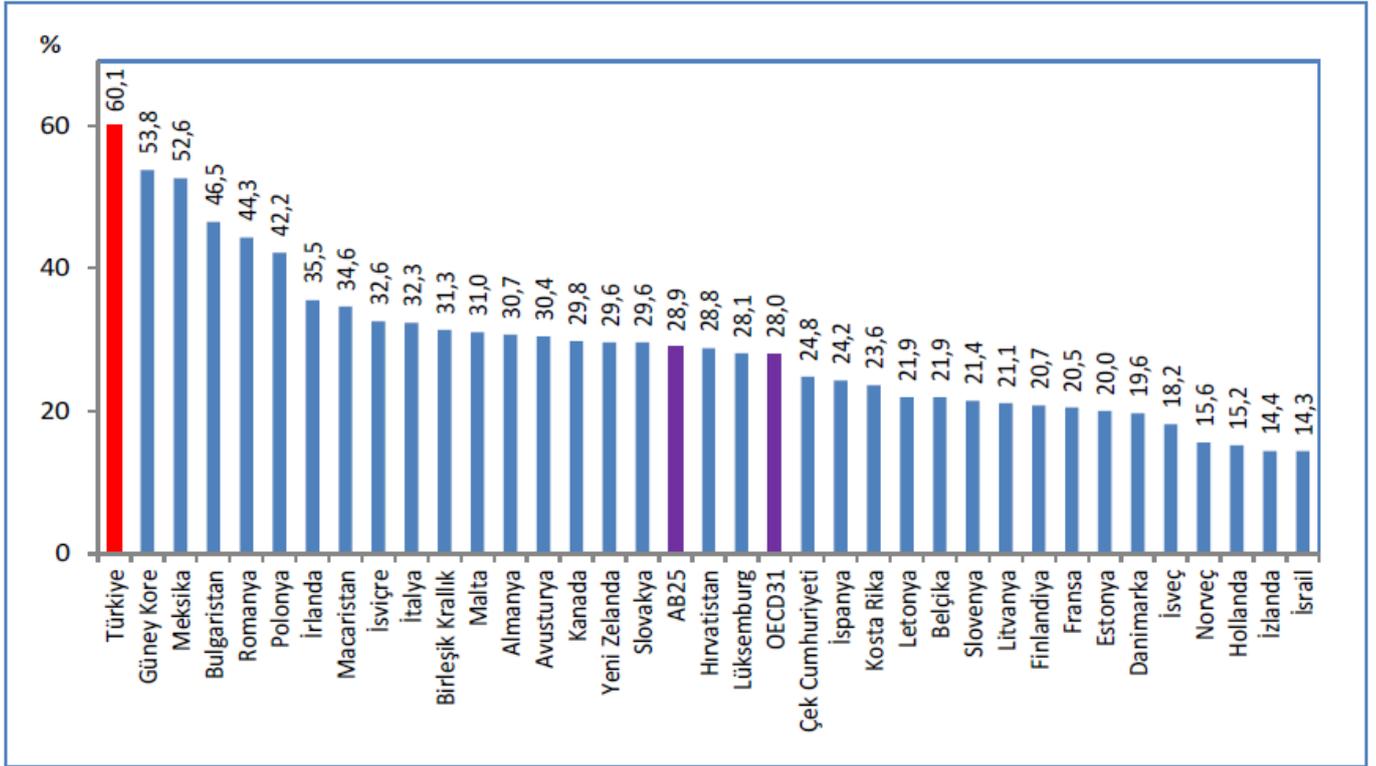
Sezaryen doğumun kökenine dair bilinen en yaygın başka bir efsane ise Julius Caesar’ın bu yöntemle doğduğuna inanılmasıdır. Söz konusu inanışa göre sezaryen doğum ile dünyaya gelen Julius Caesar’dan dolayı bu yönteme “sezaryen” adı verilmiştir (Özkan, Uzun Özer ve Arı, 2021). Ancak o dönemde sezaryen ameliyatı sonrasında annelerin kanama ve enfeksiyon nedeniyle ölümünün kaçınılmaz olduğu göz önüne alınırsa, Caesar’ın annesinin de doğumdan sonra uzun yıllar yaşadığı bilgisi bu efsanenin doğruluğu hakkında şüphe uyandırmaktadır (Gorchiyeva, 2021).

Sezaryen üzerine yazılan ilk bilimsel çalışma ise Trautmann ve ekibinin 1610 yılında gerçekleştirdiği sezaryen ameliyatı, tıp literatüründe yayınlanmış ilk vaka çalışmasıdır. Bu çalışmada; gebeliği sırasında rahimin dışarıya doğru yer değiştirmesi ve büyük bir abdominal fitik geliştiren bir kadına yapılan sezaryen ameliyatı anlatılmaktadır. Bebek başarılı bir şekilde doğurtulmuş, ancak anne doğumdan 25 gün sonra hayatını kaybetmiştir. Buna rağmen, ameliyat sonrası rahim duvarının iyileştiği gözlemlenmiştir. 1647’de Hollanda’da, bir boğanın yaraladığı dokuz aylık gebe bir kadına yapılan ameliyat ise bir “ischium kemiğinden diğer ischioma ve hilal şeklinde pubik kemiğine uzanan, karın duvarındaki sürekli bir kesik” olarak tanımlanmıştır (Turamanlar ve Songur, 2014). Anne ve bebeğin her ikisinin de yaşadığı ilk başarılı sezaryen operasyonu ise 1890 yılında İrlanda’da gerçekleştirilmiştir. Diğer taraftan geçmişte sezaryen doğum, dini inanış gereği ölen ya da ölmek üzere olan gebe kadını bebeğinden ayrı gömmek için de gerçekleştirilmiştir (Aşıcı, 2021).

### 4. Dünya’da ve Türkiye’de Sezaryen Doğum Oranları

DSÖ, 1985 yılından bugüne canlı doğum içinde sezaryen doğum oranının sadece %10-15 arasında olması gerektiğini tavsiye etmiştir. Ancak 1985 yılından günümüze geldikçe hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde sezaryen doğum oranının hızla arttığı görülmektedir. Tıbbi gereklilik durumunda sezaryen doğum; “*perinatal mortalite ve morbiditeyi*” önemli derecede önlemektedir. Ancak diğer cerrahi işlemler gibi sezaryen doğumun da kısa ve uzun vadeli etkileri bulunmakta ve doğum sonrasında anne ve bebek için çeşitli komplikasyonlar yaratmaktadır. Bu riskler, özellikle sağlık hizmetlerine kısıtlı erişim sağlayan kadınların bakımında daha da yüksek olabilmektedir. Sezaryen doğumların önlenemez yükselişinden dolayı son dönemlerde devletler ve klinisyenler; anne ve bebek sağlığı bakımından sezaryen doğumun olumsuz sonuçları konusundaki endişelerini sıklıkla dile getirmektedir (WHO, 2024). DSÖ’nün yayımladığı son araştırmaya göre Dünya genelinde sezaryen doğumlar tüm doğumların beşte birinden fazlasını teşkil edecek şekilde artmaya devam etmektedir. Araştırma verilerine göre sezaryen doğum sayısının önümüzdeki on yılda da artacağı ve 2030 yılına gelinceye kadar tüm doğumların neredeyse üçte birinin sezaryen yolu ile gerçekleşeceği tahmin edilmektedir (Uğurer, 2023).

DSÖ’nün veri portalının verilerine bakıldığında; %42.9 oranı ile Güney Amerika, kıta bazlı en yüksek sezaryen doğum ortalamasına sahiptir. Afrika kıtası ise %7.3 ortalama oran ile en düşük sezaryen doğum ortalamasına sahip kıtadır. Ekonomik Kalkınma ve İş Birliği Örgütü’nün verilerine göre en düşük sezaryen doğum oranlarına sahip olan ülkeler; Hollanda, Norveç, Finlandiya, İsveç, İzlanda ve İsrail gibi ülkelerdir. Bu ülkelerin sezaryen doğum oranı ortalaması, %15-17 arasındadır. Diğer yandan; Türkiye, Şili ve Meksika gibi ülkelerde ise her iki doğumdan birinin sezaryenle gerçekleştiği kaydedilmektedir (Duman ve Gölbaşı, 2023).



Şekil 1. Sezaryen Ameliyatının Canlı Doğumlar İçindeki Oranının Uluslararası Karşılaştırması, (%), 2021 (T.C. Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2022)

Sezaryen doğumların canlı doğumlar içindeki uluslararası karşılaştırması incelendiğinde Türkiye, %60.1 oranı ile en yüksek sezaryen doğum oranına sahip ülke olduğu görülmektedir. Türkiye'nin ardından en yüksek sezaryen oranı %53.8 ile Güney Kore ve %52.6 ile Meksika gelmektedir. En düşük sezaryen oranı ise %14.3 ile İsrail'e aittir. Organisation for Economic Cooperation and Development (Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü) (OECD) ülkelerinin, sezaryen doğum oranı ortalaması %28 olarak belirlenmiştir. Türkiye'de sezaryen doğum hızı, Dünya geneline benzer şekilde yıllar içinde artış eğilimi göstermektedir. 2006 yılında sezaryen doğum oranının canlı doğumlar içindeki oranı %29.6 iken 2022 yılında bu oran dramatik bir artış göstererek %60.1'e kadar çıkmıştır.

Aşağıda yer alan Tablo 1'de 2006-2022 yılları arasında sezaryen doğum oranlarının oranları yer almaktadır.

Tablo 1. Yıllara Göre Sezaryen Doğum Oranları

Yıl	Oran (%)
2006	29.6
2007	35
2008	36.7
2009	42.7
2010	45.5
2011	46.6
2012	48
2013	50.4
2014	51.1
2015	53.1
2016	53.1
2017	53
2018	54.9
2019	57
2020	57.3
2021	58.4
2022	60.1

(T.C. Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2022)

Bölgesel karşılaştırma yapıldığında; en yüksek sezaryen doğum oranının %69.4 ile Akdeniz Bölgesi'nde gerçekleştiği ve en düşük

oranın ise %43.9 ile Kuzeydoğu Anadolu Bölgesi'nde gerçekleştiği görülmektedir.

**Tablo 2.** İstatistik Bölge Birimleri Sınıflandırması (İBBS-1)'e Göre Doğum Göstergeleri, (%), 2021, 2022

	Hastanelerde Gerçekleşen Doğum Oranları		Sezaryen Ameliyatın Canlı Doğumlar İçindeki Oranları		Primer Sezaryen Ameliyatının Canlı Doğumlar İçindeki Oranları	
	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
Batı Anadolu	98.5	98.5	57.1	58.7	30.2	30.2
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

(T.C. Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2022)

Türkiye'de 2022 yılında gerçekleşen sezaryen doğumlar en çok %78.1 ile özel hastanelerde gerçekleşmektedir.

En düşük oran ise Sağlık Bakanlığı'na bağlı devlet hastanelerindedir.

**Tablo 3.** 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	17.6	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
Toplam	59.6	60.9	62.8	30.0	30.3	32.5

(T.C. Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2022)

Tüm bu verilerden sonra Dünya ülkelerine göre ülkemizdeki yüksek sezaryen doğum oranlarının sebebini anlamak için bazı sorular sormak önemlidir. Örneğin; Türkiye'de yaşayan gebe kadınlar ile İzlanda'da yaşayan gebe kadınlar arasında belirgin bir farklılık olmadığını varsayarsak ülkemizde 2022 yılında %60.1 oranında olan bu rakam, neden İzlanda gibi ülkelerde daha düşüktür? Gebe kadınların doğum tercihlerini etkileyen ülkelere göre hekimler arasında ne tür bir farklılık vardır? Bu ülkelerin sağlık politikaları mı böyle bir farklılığa neden olmaktadır? Bu konulara ilişkin kapsamlı sorular sormak ve bu durumları anlamaya yönelik çalışmalar yapılması sorunun çözümüne katkı sunacaktır.

### 5. Sezaryen Doğum Oranlarının Yüksek Olmasının Sebepleri

Sezaryen doğum oranlarının yüksekliğine ilişkin faktörler incelendiğinde; literatürde sıklıkla hekimlerin kişisel görüş ve tercihlerini gebelere yansıtarak onların sezaryen doğumu, normal doğuma tercih etmelerine neden olduğu iddiası bulunmaktadır (Hotun Şahin, 2009). Yapılan çalışmalar bu iddiayı destekler nitelikte olup, gebenin sezaryen doğum tercihinin gerçekte önemli bir oranda hekim tarafından yönlendirilmiş olduğu ve gebenin kişisel önceliğinde bebeği için doğru ve uygun olan ne ise onun yapılmasını istediği belirlenmiştir. Başka bir araştırmada; sezaryeni tercih etme nedenleri arasında en yüksek oranın, doktor önerisi veya isteği (%50) olarak saptanmıştır (Kızılcıka Çakaloz ve Çoban, 2019).

Hindistan’da 2016-2021 yılları arasında gebelik komplikasyonlarının varlığındaki azalmasına rağmen sezaryen doğumların artması (%17.2’den %21.5’e) üzerine yapılan geniş kapsamlı bir araştırmada; tıbbi faktörler dışındaki diğer faktörlerin doğum şeklini etkilediği sonucuna varılmıştır. Bunlar arasında; kilolu kadınların düşük kilolu kadınlara göre sezaryen oranının iki katı olduğu; 35-49 yaş aralığındaki kadınların 15-24 yaş aralığındaki kadınlara göre sezaryen oranının aynı şekilde iki kat daha fazla olduğu bulunmaktadır. Ayrıca özel sağlık kuruluşlarında doğum yapan kadınların, sezaryen olma olasılığının yaklaşık dört kat daha yüksek olduğu bildirilmiştir. Sonuç olarak; sağlık tesisi türünün (kamu veya özel), doğumun sezaryenle yapılıp yapılmaması üzerinde en fazla etkiye sahip bir faktör olduğu belirtilmiştir (Mohan, Shirisha, Vaidyanathan ve Muraleedharan, 2023).

Türkiye’de yapılan bir araştırmada; araştırmaya katılan kadınların %69.5’inin son doğum yönteminin sezaryen doğum olduğu ve bu kadınların %65.7’si de sezaryen doğum yapma nedeni olarak tıbbi zorunluluk olduğunu bildirmiştir. Son doğumlarında normal doğum yapanların yaş ortalamaları 28, sezaryen ile doğum yapanların ise 30’dur. Tıbbi zorunluluk hali dışında sezaryen doğum yapan kadınların bu yöntemi tercih etmelerinde en önemli iki neden; doğum ağrısından korkma ve hekim tercihi olduğu bildirmiştir. Sezaryen doğum yöntemi tercihinde ise köyde yaşayanların oranlarının ilçe ve şehir merkezinde yaşayanlara göre daha düşük olduğu görülmüştür. Gebelik izlemlerini ve doğumlarını devlet hastanesinde yapanların, üniversite veya özel hastanede yapanlara oranla sezaryen doğum sıklığı anlamlı oranda düşüktür (Açıkgöz, Aslan Yüksel, Yüksel ve Ayoğlu, 2020). Başka bir çalışmada ise kadınların son doğum şeklinin sezaryen olmasını etkileyen faktörler incelenmiştir. Bu çalışmada, annenin kentsel bölgede yaşıyor olması sezaryen oranını 10 kat artırırken, son doğumu özel sektörde gerçekleştirmiş olmasının 2.5 kat, gebelik döneminde sağlık problemi yaşamış olmasının 2.1 kat, hastanede yatış yapmış olmasının 2.3 kat ve sezaryen gerektiren bir sağlık problemi yaşamış olmasının ise 13.2 kat artırdığı belirlenmiştir (Özkan, Aksakal, Avcı, Civil ve Tunca, 2013). Yapılan bir başka çalışmada; sezaryen doğum oranındaki hız ve operasyonun genellikle gündüz saatlerinde ve cuma günleri arttığını gösterilmiştir (Ceylantekin, 2006). Tüm bu kişisel yönlendirmelerin dışında değişen paradigma da sezaryen doğum oranlarını arttırabilmektedir. Özellikle 1980 öncesi bir sezaryen doğum vakasındaki genel yaklaşım; hekimlerin “*neden sezaryen doğum yöntemini tercih ettiği*” sorgulanırken, anne ve bebek ile ilgili en ufak problem yaşanması durumunda bu paradigma yerini

hekimlere “*neden sezaryen doğum yaptırmadığı*” şeklindeki bir anlayışa evrilmiştir (Dölen ve Özdeğirmenci, 2004). Değişen bu paradigmanın nedenleri arasında; elektif (isteğe bağlı) sezaryen doğum ile ilgili hekim ve hastane açısından daha avantajlı olması, hekimlerin sezaryen doğuma yönelmelerininin maddi yönden ekstra gelir sağlaması, operasyonun daha kısa sürede ve planlanarak gerçekleşmesi, malpraktis (tıbbi hata) korkusu ve risk altına girmeme ve sezaryen doğum operasyonunun artmasıyla hekimin pratikte çok az normal doğum ile karşılaşması gibi etkenler yer almaktadır. Hekimlerin normal doğum prosedüründe yaşanacak komplikasyonlardan kaçınma isteği, hata yapma korkusu ve endişesi ile hekimleri sezaryen doğum yaptırmaya yönlendirmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2010). Sezaryen doğum oranların yüksek olmasının bir başka sebebi de geçmişte yapılmış sezaryen doğumlarının tekrar etmesidir (Özkaya, 2005). Gebeler açısından bakıldığında, sezaryen doğuma yönelme nedenleri arasında çeşitli psikolojik ve algısal faktörler öne çıkmaktadır. Yapılan çalışmalarda, gebelerin normal doğum sürecine yönelik endişe ve anksiyete duydukları tespit edilmiştir. Örneğin, bir çalışmada sezaryen ile doğum yapan kadınların %47.4’ünün bu yöntemi doğum korkusu nedeniyle tercih ettiği belirtilmiştir (Ergöl ve Kürtüncü, 2014). Diğer yaygın nedenler arasında, ağrı çekmek istememeleri (%71.1) ve sezaryen doğumun kendileri ve bebekleri için daha sağlıklı olduğunu düşünmeleri (%15.5) yer almaktadır (Gözükara ve Eroğlu, 2011). Ayrıca çoğul gebelikler, normal doğum sebebi ile kadın vücudunda meydana gelen değişikliklerden rahatsız olma gibi sebeplerden dolayı kadınlar elektif sezaryen doğuma yönelebilmektedir (Başar ve Yeşildere Sağlam, 2018). Ayrıca sezaryen operasyon yöntemleri ve anestezi yönünden teknik gelişmelerin olması anne adaylarında sezaryen yönteminin normal doğum yöntemine bir alternatif oluşturduğu algısı da yaratmaktadır (Korkut ve Kaya, 2019). Bunların dışında önemli bir etken ise genel olarak annelik gebelik yaşının yükselmesi ve gebelik yaş oranının ortalaması 35 ve 40 yaş olarak ortaya çıkması ve artan anne yaşının oluşturduğu komplikasyonlar sebebiyle de sezaryen doğum oranlarının bu yaş aralığında yüksek artmasına sebep olmuştur (Dölen ve Özdeğirmenci, 2004). Artan yaş oranları kadınlarda doğurganlığın azalmasını da etkilemekle birlikte yardımcı üreme yöntemlerinin gelişiminin bir sonucu olarak oluşan gebeliklere “kıymetli bebek” anlayışının hâkim olmasının bir sonucu olarak sezaryen doğum yapılması sezaryen doğum oranlarını arttırıcı etkenlerden birisidir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2017). Diğer taraftan kadınların çalışma hayatında daha fazla yer edinmesi, eğitim seviyelerinin yükselmesi, sosyoekonomik ve kültürel düzeyinin artmasına bağlı olarak özel

sağlık sigortası edinmeleri (Artıran İğde, 2004) ve buna bağlı olarak beklentilerinin, şikâyetlerinin ve memnuniyet kriterlerinin artması da sezaryen doğumların artında etkili olmaktadır (Özkaya, 2005).

Sezaryen doğum oranını arttıran başka bir etken ise doğum ünitelerindeki alt yapı eksiklikleri, doğum odalarının tek gebe için olmaması, çoklu kullanımda bir hastanın psikolojik durumunun diğer hastaları etkileyebilmesi, doğuma yardımcı profesyonellerin eksikliği ve ebe-hemşire bakımın yeterli düzeyde olmamasıdır ([www.tjod.org](http://www.tjod.org)). Ek olarak; doğum öncesi bilgilendirme süreçlerindeki eksiklikler ve yetersizlikler sezaryen artışında önemli bir rol oynamaktadır. Özellikle gebelik sürecinde yeterli bilgiye ulaşamayan anne adaylarının doğum yöntemleri hakkında yanlış ya da eksik bilgi edinmesi, sezaryen doğumu daha güvenli ve kolay bir seçenek olarak görmelerine neden olabilmektedir (Zeybek Yılmaz ve Turan, 2022).

Diğer taraftan aile hekimliği uygulamasına geçilmesiyle; ebelerin bir kısmı geleneksel doğum hizmetlerinden ve hastane temelli doğrudan doğum desteği rollerinden uzaklaşarak aile sağlığı merkezlerinde görevlendirilmiştir. Bu durum; ebelerin normal doğumu destekleme ve kadınlara doğrudan rehberlik etme rollerini sınırlamış, doğum sürecindeki aktif rollerini azaltmıştır. Ebelerin etkinliğinin azalması, doğum sürecindeki sorumluluğun daha fazla hekime devredilmesine yol açmış ve bu durum sezaryen doğum oranlarının artışına katkıda bulunmuştur (Korkut ve Kaya, 2019).

Sezaryen doğum yönteminin artış sebeplerini inceledikten sonra sorulması gereken diğer önemli bir soru “*sezaryen doğum yöntemi normal doğuma alternatif olup olamayacağı, sezaryenin ne kadar gerekli ve normal doğum yöntemine kıyasla anne ve bebek için ne kadar sağlıklı olduğu*” dur. Öncelikli olarak sezaryen doğum yöntemi doğal ve fizyolojik bir süreç değildir ve vücut bütünlüğünü bozarak bebeğin anne karnından çıkarılmasına dayanır. Sezaryen doğum tıbbi gereklilik halinde anne ve bebek sağlığı açısından hayat kurtarıcı bir girişim olarak kabul edilse de yapılan çalışmalarda sezaryen doğum yöntemini tercih eden kadınlarda normal doğum yapanlara göre “*ani kalp durması, yara hematomu, enfeksiyon, anestezi komplikasyonları, hastanede kalış süresi, yapışıklıklar, mesane ve bağırsak yaralanmaları, doğum kanalının kapanması ve rahmin alınmasını gerektiren kanama riskinin yüksek olduğu*” belirlenmiştir. Ayrıca sezaryen doğumlarda, emzirme sorunlarının daha fazla görüldüğü yaşandığı belirtilmiştir (Şentürk Erenel ve Pelit Aksu, 2017). Ayrıca anne ölüm riski açısından baktığımızda ise “annenin sezaryen sonrası ölüm riski 2.500 doğumda birden azken, normal doğum

sonrasında 10.000’de birden azdır” (Artıran İğde, 2004). Son olarak Almanya’da doğum yöntemlerinin etkileri üzerinde yapılan bir çalışmada; normal doğum yöntemiyle doğan bebeklerin doğum sırasında doğum kanalından geçmesiyle midede barınan ve sindirim sistemine yardımcı bazı yararlı bakterilerle karşılaştığı tespit edilmiştir. Sezaryen doğumda ise bebek anne karnından kesilerek çıkarıldığı için bu bakterilerle temas ortamı oluşmamakta ve ileride bebeğin vücudu bu bakteriyle tanıştığı zaman tepki vermesine sebep olmaktadır (Günel Gürbüz, 2009). Karolinska Enstitüsü’nde yapılan diğer bir çalışmada ise sezaryen doğum ile doğan bebeklerin ilerleyen yıllarda diyabet, kanser ve astımın görülme riskini arttırdığı tespit edilmiştir (Demiröz Bal, Dereli Yılmaz ve Kızılkaya Beji, 2013).

Ülkelerin ideal sezaryen oranını belirleyebilmek ve daha doğru analiz yapılabilmesi için toplum ve hastane düzeyinde sezaryen oranlarının sürekli takip edilmesi gerektiğinden yola çıkarak DSÖ, “Robson Gebe Sınıflaması” sistemini geliştirmiştir. Doktor Michael Robson tarafından 2001 yılında önerilen bu sistem ile “kadınları obstetrik özelliklerine göre tabakalandırmakta ve böylece karşılaştırmalar karıştırıcı faktörlerden daha az etkilenecek yapılabilmektedir. DSÖ, bu sınıflamanın kullanımındaki değer, yarar ve potansiyel sakıncalarını daha iyi anlamak ve sezaryen doğum eğilimlerini dünya düzeyinde inceleyebilmek için bu sınıflamayı kullanarak toplum ve hastane düzeyinde olmak üzere iki sistematik inceleme yapmıştır (WHO, 2024). Robson Gebe Sınıflaması sistemini, 2012 temmuz ayından itibaren Türkiye’de tüm kamu ve özel hastaneler tarafından kullanılmaya başlamıştır. Bu sınıflama sistemine göre, toplum tabanlı araştırmalar (genel popülasyonun özelliklerini inceleyen çalışmalar) ile hastanede tedavi gören hastalar üzerinde yapılan hastane temelli araştırmaların birbirinden ayrılması önemlidir. Çünkü bu iki araştırma türü, farklı veri kaynaklarına dayanır ve elde edilen bulguların yorumlanması ile sağlık politikalarının oluşturulmasında farklı anlamlar taşır (Duman ve Gölbaşı, 2023).

## 6. Sezaryen Doğuma İlişkin Hukuki Düzenlemeler

Türkiye, artan sezaryen doğum oranlarını azaltmaya yönelik bir takım hukuk düzenlemeleri yapmıştır. Özellikle tıbbi zorunluluk dışında olan sezaryen doğumları azaltmayı amaçlamak için “1593 sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu” nun (UHK) 153’üncü maddesine 04/07/2012 tarihinde 6354 sayılı Kanun ile eklenen “Gebe veya rahmindeki bebek için tıbbi zorunluluk bulunması hâlinde doğum, sezaryen ameliyatı ile yaptırılabilir.” (Umumi Hıfzıssıhha Kanunu, Erişim Tarihi: 06.06.2024) maddesini ekleyerek “tıbbi bir gereklilik olmaksızın yalnızca anne veya

hekim isteği ile sezaryenin yapılmasını önlemek ve aksine hareket eden hekimlerin sorumluluğuna gidilmesi” amaçlanmıştır. Bu düzenlemenin hukuka uygunluğunu tartışmadan önce sezaryen doğuma ilişkin Türkiye’deki yasal çerçeveyi incelemek gereklidir: Her tıbbi girişim gibi sezaryen de biçimsel bakımdan vücut dokunulmazlığını ihlal eden bir fiil niteliğindedir. 1982 Anayasasının 17’nci maddesinin 2’nci fıkrasına göre, “*Tıbbi zorunluluklar ve kanunda yazılı haller dışında, kişinin vücut bütünlüğüne dokunulamaz; rızası olmadan bilimsel ve tıbbi deneylere tabi tutulamaz*” ([www.icisleri.gov.tr](http://www.icisleri.gov.tr)) şeklinde yer verilen düzenleme ile tıbbi müdahalenin kapsamı olarak insan sağlığını ve vücut bütünlüğünü koruma (endikasyon) ile tıbbi zorunluluk olmasa dahi kanuni düzenlemeler çerçevesinde beden bütünlüğüne müdahale edilebileceği anayasa ile güvence altına alınmıştır.

Bir tıbbi girişimin tıp bilimi verileri bakımından zorunlu veya gerekli görülmesine endikasyon denir. Endikasyon (tıbbi gereklilik) bulunmadığı halde bir kişinin ameliyat edilmesi veya diğer bir tedavi yöntemi uygulanması durumunda söz konusu eylem hem haksız fiil teşkil edebileceği gibi hem de cezai yönden de sorumluluk da doğuracaktır.

Tıbbi müdahalenin hukuka uygun olması için öncelikle kanunla yetkili kılınmış kişi tarafından müdahalenin gerçekleşmesi; tıbbi müdahalenin hukuken öngörülmüş amaçlara uygun olması, müdahalenin tıp mesleği standartlarına uygun olması ve kişinin önceden aydınlatılmış onamının alınmış olması gereklidir. “Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi” m.13/3. maddesinde “*Tabip ve dış tabibi; teşhis, tedavi veya korunmak gayesi olmaksızın, hastanın arzusuna uyararak veya diğer sebeplerle, akli veya bedeni mukavemetini azaltacak herhangi bir şey yapamaz*” (Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi, Erişim tarihi: 21.11.2024) düzenlemesine göre hekim hastanın taleplerine bağlı değildir.

UHK’da yapılan düzenlemeye dönersek, 2012 yılında eklenen düzenlemenin iptal edilmesi için Anayasa Mahkemesi’ne başvurulmuştur. Başvuruda, anne adayı bakımından Anayasa’nın 17’nci maddesinin birinci fıkrası ile koruma altına alınan “*herkesin yaşama, maddi ve manevi varlığını koruma ve geliştirme*” hakkının gebe kadınların bebeklerini dünyaya nasıl getireceklerine ilişkin yöntemi seçme hakkını da içerdiğini; “*kişinin, maddi ve manevi varlığını koruma ve geliştirme hakkı*” ile Anayasanın 56. maddesi ile korunan “*kişinin hayatını beden ve ruh sağlığı içinde sürdürme hakkı*” birbiri ile ayrılmaz bir bağ içinde olduğu ve bu nedenle “Anayasanın 17. maddesi ve 56. maddeleri ile bütüncül bir şekilde” koruma altına alındığı

belirtilmiştir. Ayrıca bu düzenleme ile hekime tercih hakkı verilmediği, “Anayasa’nın 48. maddesinin birinci fıkrasında”, “*Herkes dilediği alanda çalışma ve sözleşme hürriyetlerine sahiptir*” normuna aykırı bir şekilde hekimlerin vajinal doğum yaptırmaya zorlandığı bu durumun da çalışma hürriyetine engel teşkil ettiği belirtilmiştir. Anayasa Mahkemesi yapılan bu başvuruyu “*hekime, tedaviye ilişkin bilimsel görüşünü ileri sürme ve uygulama konusunda yasal bir dayanak sağladığını, sezaryen ameliyatının sağlık hizmetlerinden yararlanmaya engel olmayacak biçimde, tıp bilimine göre belirlenecek nedenlerle sınırlayan, bilimin gerekleri dışında herhangi bir yöntem dayatmayan, kadının maddi ve manevi varlığını geliştirmeye engel olmadığını*” belirterek düzenlemenin Anayasaya aykırı olmadığını oy çokluğu ile reddetmiştir (Anayasa Mahkemesi Kararı, 1982). Ancak karşı oy gerekçesi de dikkate değerdir. Anayasa Mahkemesi’nin ilgili kararında; sezaryenle doğum konusunda bilimsel araştırmaların kesin sonuçlara ulaşmadığı, bu nedenle sezaryenin risklerine dair genel yargılara varılmayacağı ifade edilmiştir. Bazı araştırmalar sezaryenin ölüm riskini artırdığını öne sürerken, diğerleri bu riski daha düşük bulmaktadır. Ayrıca sezaryenle doğum yapan kadınların tıbbi durumlarının (örneğin; önceden var olan hastalıklar) sonuçlara etkisinin net şekilde değerlendirilmediği belirtilmiştir. Mahkeme, sezaryen oranlarının yüksek olduğu ülkelerde (örneğin; Türkiye, Çin, Brezilya) kadın haklarının geride kaldığını ve bu sorunun yasaklamalar yerine eğitim ve demokratik özgürlük ortamının geliştirilmesiyle çözülebileceğini savunmuştur. Kadının doğum yöntemi seçme özgürlüğünün; Anayasa’nın 17. maddesiyle korunduğu vurgulanarak, bu alana devlet müdahalesinin ölçülü olması gerektiği ifade edilmiştir. Sonuç olarak; sezaryen yasağının kadının bedenine ilişkin karar verme özgürlüğüne ve demokratik toplum ilkelerine aykırı olduğu değerlendirilmiştir (Anayasa Mahkemesi Kararı, 1982).

Tıbbi bir zorunluluğun olmadığı hallerde annenin doğum yöntemini seçmesinin temel bir hasta hakkı olup olmadığı literatürde de tartışmalıdır (Romanis, 2019). Türkiye’deki yasaklayıcı düzenlemenin aksine İngiltere’de karar verme kapasitesine sahip bir gebe kadının, hekim tarafından yeterince bilgilendirilmesi koşulu ile isteğe bağlı sezaryen doğumu tercih etmesi kabul edilmektedir. Bu konuya ilişkin İngiltere’de 2011 yılında değiştirilen yönergeye göre hekimlerin isteğe bağlı sezaryen doğumu önermemeleri ancak kadının bu konuya ilişkin talebinin nedenleri ve sezaryen doğumun riskleri ve faydalarının ayrıntılı olarak tartışılması gerektiği ancak kadının ısrarlı talebi normal doğum korkusundan kaynaklandığının tespiti durumunda,

kendisine uzman ruh sağlığı desteği sunulması gerektiği tavsiye edilmiştir ([www.nice.org.uk/guidance/cg132#planned-cs](http://www.nice.org.uk/guidance/cg132#planned-cs)).

Ancak kadınların doğum yöntemi ile ilgili seçim yapma hakkının sağlandığı İngiltere’de 2018 yılında yayımlanan bir raporda (<https://birthrights.org.uk/wp-content/uploads>) hamile kadınların genellikle isteğe bağlı sezaryen doğuma erişemediği bildirilerek teoride kadının seçimine bırakılan bu durum pratikte bu durumun da hasta özerkliği ve bireyin beden bütünlüğüne ilişkin hakkı bağlamında kabul edilemeyeceği belirtilmiştir (Romanis, 2019).

Kadının doğum yöntemini seçme konusunda özgür olması ve normal doğuma zorlanmaması kişinin “maddi ve manevi varlığını koruma ve geliştirme hakkının” bir uzantısıdır. Kadının doğum yöntemini seçme konusunda kendi ve bebeğinin sağlığı açısından olası tüm fayda ve muhtemel riskler hususunda aydınlatıldıktan sonra karar vermesinin sağlanması gereklidir. Ancak kadının doğum yöntemini seçme konusunda bilgilendirilmesinden sonra karar alma süreci basit bir tartışmadan daha karmaşık olabilir. Çünkü bu aynı zamanda hekim tarafından bilginin nasıl iletildiğine, söz konusu risklere ilişkin kadının ve hekimin değerlendirme farklılığı ve kadının kendisine verilen bilgiyi yorumlama ve kendi kararlarının sorumluluğunu kabul etme kapasitesi de seçimini etkileyeceği göz ardı edilmemelidir (Yuen Loke, Davies ve Mak, 2019).

Uluslararası Ebeler Konfederasyonu (International Confederation of Midwives-ICM) da doğumun fizyolojik bir süreç olduğunu vurgulamakta ve doğum sürecine ilişkin birincil karar vericinin kadın olması gerektiğini ifade etmektedir. Ayrıca ebelerin gereksiz müdahalelerden kaçınarak ve kadınların özgüvenini artırmaya yönelik yaklaşımlar benimseyerek normal doğumları teşvik etmeleri ve bu yolla sezaryen oranlarının azaltılmasına katkıda bulunmaları gerektiğini belirtmektedir (Kızılcı Çakaloz ve Çoban, 2019).

Sonuç olarak; doğum yönteminin seçimine ilişkin yasaklayıcı düzenlemelerden ziyade kadının normal doğum yapma korkusunun çözümüne ilişkin tıbbi çözüm önerisi kişi hürriyeti açısından daha hukukidir (Çakmak, Arslan ve Nacar, 2014). Zira doğum yöntemi konusunda yasada emredici normlar getirilmiş olsa da sezaryen oranlarının düşmemesi ve hatta artması bu sorunun yasaklama ile çözülemeyeceğinin göstergesidir.

## 7. Türkiye’de Artan Sezaryen Doğum Oranını Azaltmaya Yönelik Alınan Diğer Tedbirler

Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı, Türkiye’ de sezaryen doğum hızının endişe verici artışı neticesinde çeşitli kadın

hastalıkları ve doğum uzman dernekleri ile sezaryen doğum hızını düşürme gayesiyle yoğun bir çalışma başlatarak birtakım önlemler almıştır. Bu çalışmaların bazıları kronolojik olarak göre şu şekildedir: 2010 yılında “Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği” (TJOD), “Türk Perinatoloji Derneği ve Türkiye Maternal Fetal Tıp ve Perinatoloji Derneği” (TMFTP) ile iş birliği yapılarak “Sağlık Bakanlığı Doğum Programı Bilim Kurulu” tarafından “Doğum ve Sezaryen Yönetim Rehberi” hazırlanmış ve yayımlanmıştır. Bu rehber, doğum ve sezaryen uygulamalarının yönetiminde standartlar belirlemeyi ve sezaryen doğum oranlarını düşürmeyi amaçlamaktadır (Aşıcı, 2021). Bu plan kapsamında, 2011 yılında çalışmalara başlanarak 2013 yılı itibariyle sezaryen doğum hızının %35’e kadar düşürülmesi hedeflenmiştir. Söz konusu eylem planı sezaryen doğum oranlarını düşürmek için çeşitli stratejileri ve önlemleri içermektedir (TJOD). 2016 yılında “Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı”na (TÜSEB) bağlı “Türkiye Anne, Çocuk ve Ergen Sağlığı Enstitüsü” tarafından düzenlenen Doğum Şekli Tercihinin Multidisipliner İrdelenmesi Çalıştayı’nda, Türkiye’de %53’e ulaşan sezaryen doğum hızının kaygı verici düzeyde olduğu vurgulanmıştır. Bu çalıştayda, dönemin Sağlık Bakanı; “Gereksiz sezaryen doğum oranı yüksek olan hastaneleri cezalandıracağını ve ayrıca gereksiz sezaryen operasyonlarının en fazla yapıldığı hastanelerde, sezaryen ameliyatlarını gerçekleştiren ekipleri eğitime alacağını” belirtmiştir (Aşıcı, 2021). 2017 yılında, “İstanbul Sağlık Müdürlüğü Kadın Hastalıkları ve Doğum Branşı Komisyonu” tarafından hazırlanan bir rapor; normal doğumların artırılması ve sezaryen doğumların azaltılması için asgari standartları belirlemiştir. Bu rapor; sezaryen doğum oranlarını düşürmek için gerekli olan temel standartları ve uygulamaları ortaya koyarak, Türkiye’ de doğum yöntemlerinin iyileştirilmesi adına önemli bir rehber niteliği taşımaktadır ([www.saglik.gov.tr](http://www.saglik.gov.tr)). Aynı yıl itibariyle Türkiye’de gebelerin, gebelik dönemini daha sağlıklı geçirmeleri, yenidoğanların ise daha kaliteli bakım alabilmeleri ve bunlarla beraber sezaryen doğum oranlarının azaltılması amacıyla sadece kamu hastanelerinde değil özel hastanelerin tamamında gebe okullarının kurulma faaliyetine başlanmıştır. Gebe okullarında gebelere eğitim ve danışmanlık hizmeti sunulmakta, ayrıca doğum yöntemleri hakkında farkındalıkları artırılmaktadır. Bu girişim; anne ve bebek sağlığını iyileştirmeyi ve sezaryen doğum oranlarını düşürmeyi hedeflemiştir (Duman ve Gölbaşı, 2023).

Sağlık Bakanlığı’nın 02/10/2018 tarih ve 2018/23 sayılı yayımlanan “Sağlık Hizmetlerinde Gebe Bilgilendirme Sınıfı, Gebe Okulu ve Doğuma Hazırlık ve Danışmanlık Merkezlerinin Çalışma Usul ve Esasları Hakkında Genelge” ile bu kapsamda

“anne adaylarının ruhsal, fiziksel ve sosyal yönden doğuma ve doğum sonrası döneme bilinçli bir şekilde hazırlanması ve desteklenmesi için gebe okulu, gebe bilgilendirme sınıfı ile doğuma hazırlık ve danışmanlık merkezlerine yönelik standartların geliştirilmesi” amacını taşımaktadır (<https://shgmsmdb.saglik.gov.tr>).

Yine 2019 yılında, Türk Perinatoloji Derneği tarafından hazırlanan “Doğum Eylem Planı”, Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Kadın ve Üreme Sağlığı Dairesi Başkanlığı’na sunulmuştur. Bu plan; doğum süreçlerinin yönetimi ve iyileştirilmesi amacıyla kapsamlı stratejiler içermekte olup, doğum eylemlerinde standartların yükseltilmesi ve sezaryen oranlarının azaltılmasına yönelik önemli öneriler sunmaktadır (AŞICI, 2021).

Sezaryen doğuma ilişkin ödeme yapısını değiştirmek, sezaryen oranlarını ve diğer müdahaleleri azaltma potansiyeli olduğu öne sürülen bir strateji olduğu ileri sürülmektedir. Zira doktor veya hastane açgözlülüğünün sezaryen doğum oranlarının artmasından sorumlu olduğunu iddia etmek sorunu çok basite indirgemek olur. Normal doğumun mali açıdan teşvik edecek ödeme politikalarının sezaryen doğum oranlarını azaltmak için etkili olabileceği bildirilmişse de (Walker, Turnbull ve Wilkinson, 2002), Avustralya’da sezaryen oranlarının hızlanmasını engellemek için 1988’de küresel bir doğum ücreti getirilmiş 1995’te geri çekilen bu küresel ücretin, tırmanmaya devam eden sezaryen doğum oranları üzerinde görünür bir etkisi olmadığı görülmüştür (<https://www.mbsonline.gov.au>). Ülkemizde de Sağlık Bakanlığı, kamuya bağlı hastanelerde yapılan sezaryen doğum oranlarını hastanenin performansında gösterge olarak kabul ederek normal doğum yaptıran hekime 480 puan, sezaryen doğum yaptıran hekime ise 150 puan vererek normal doğum yaptıran hekimlerin %300’den daha fazla ücret almasını sağlamaktadır (<https://khgmekodemdb.saglik.gov.tr>). Aynı şekilde Sosyal Güvenlik Kurumu da normal doğumu teşvik için Sağlık Uygulama Tebliği ile normal doğumda hastanelere ödenecek bedeli sezaryen durumuna göre iki misline çıkartmıştır (<https://www.sgk.gov.tr>). Ancak tüm bu mali teşviklere rağmen sezaryen doğum hızı azalmamıştır.

Tablo 2’de yer alan veriler doğrultusunda 2012 yılında %48 olan sezaryen doğum oranı 2022 yılında %12.1 yükselerek 60.1 seviyesine ulaşmıştır. Bu artış, sezaryen doğumların 10 yıllık bir süreçte ne kadar yaygınlaştığını açıkça göstermektedir. Ayrıca bu veriler; sağlık politikalarının ve doğum yöntemleriyle ilgili toplumsal eğilimlerin nasıl değiştiğine dair önemli ipuçları sunmaktadır. Sezaryen doğum oranının böylesi yüksek bir

seviyeye ulaşmış olması, mevcut politikaların ve uygulamaların etkili bir şekilde uygulanmadığını veya yeterli olmadığını ortaya koymaktadır. Eğitim ve farkındalık çalışmalarının geniş kitlelere ulaşmadığı, sağlık profesyonellerinin sezaryen konusunda yeterince bilgilendirilmediği ve teşvik programlarının yeterli etkiyi yaratmadığı söylenebilir. Ayrıca hastanelerdeki denetim ve kontrol mekanizmalarının zayıf kaldığı, yasal düzenlemelerin tam anlamıyla uygulanmadığı görülmektedir. Bu durum Türkiye’de sağlık politikalarının yeniden gözden geçirilmesi ve sezaryen doğum oranlarını azaltmaya yönelik daha güçlü, daha kapsamlı ve etkili stratejilerin geliştirilmesi gerektiğini göstermektedir. Ayrıca sezaryen doğum oranlarını düşürmek için sadece sağlık alanında değil, toplumsal ve kültürel alanda da kapsamlı değişikliklere ihtiyaç duyulmaktadır. Eğitim sisteminden medya kampanyalarına, doğum öncesi ve sonrası bakım hizmetlerinden aile planlamasına kadar geniş bir yelpazede koordineli bir yaklaşım benimsenmelidir. Tüm bunların yanı sıra uluslararası ebelik uygulamalarının ulusal sağlık sistemine entegrasyonu önem arz etmektedir. Ebelerin mesleğin özüne uygun sorumluluklarını yeniden benimsemeleri, normal doğumlarda rollerini etkin bir şekilde sürdürmeleri ve artırmaları gerekmektedir. Ebelik aktivitelerinin önemini ortaya koyan bilimsel araştırmaların yapılması ve bu çalışmaların uygulamaya yansıtılması da sezaryen oranlarının azaltılmasında önemli bir rol oynayacaktır (Kızılca Çakaloz ve Çoban, 2019).

## 8. Sonuç

Sezaryen doğumların canlı doğumlar içindeki uluslararası karşılaştırmasına bakıldığında; Türkiye, %60.1 oranı ile en yüksek sezaryen doğum oranına sahip ülke olarak görülmektedir. Türkiye’de en yüksek sezaryen doğum oranı %69.4 ile Akdeniz Bölgesi’nde, en düşük oran ise %43.9 ile Kuzeydoğu Anadolu Bölgesi’nde gerçekleştiği görülmektedir. Türkiye’de 2022 yılında gerçekleşen sezaryen doğumlar en çok %78.1 ile özel hastanelerde; en düşük oran ise Sağlık Bakanlığı’na bağlı devlet hastanelerindedir. Türkiye’de sezaryen doğum oranlarını azaltmaya yönelik çeşitli hukuki ve idari önlemler alınmış olmasına rağmen, bu çabaların beklenen sonuçları vermediği gözlemlenmiştir. Sezaryen doğum oranlarının yüksek olması, sağlık politikalarının yeniden gözden geçirilmesini ve sezaryen yerine normal doğumu teşvik eden daha kapsamlı stratejilerin geliştirilmesini gerektirmektedir. Bu noktada da doğum öncesi bakım hizmetleri kapsamında gebelere ve eşlerine yönelik danışmanlık ve eğitim hizmetlerinin planlanması, hayata geçirilmesi ve sürekliliğinin sağlanması önem taşımaktadır.

Eğitim programlarının; normal ve sezaryen doğumun olumlu ve olumsuz yönlerini detaylı bir şekilde açıklayarak gebelerin doğum şekline ve hastane tercihlerine doğum öncesinde bilinçli bir şekilde karar vermelerine destek olması hedeflenmelidir. Ayrıca bu programlara normal doğum, müdahaleli doğum, doğumda ağrı yönetimi, anestezi yöntemleri ve sezaryen doğuma ilişkin kanıta dayalı bilgilerin yer aldığı eğitim materyallerinin eklenmesi faydalı olacaktır. Aynı zamanda anne adaylarının doğum korkusunun azaltılması ve doğum sırasında daha fazla destek sağlanması, sezaryen oranlarının düşürülmesi için önemli adımlar olacaktır.

Son olarak, ülkemizde uluslararası ebelik uygulamalarının etkin bir şekilde uygulanabilir hale getirilmesi ve ebelik sisteminin güçlendirilmesine yönelik politikaların geliştirilmesi önem arz etmektedir. Ebeklik eğitimcilerinin; örgün ve yaygın eğitim programlarını uluslararası kuruluşlar tarafından belirlenen sezaryen yönetimi rehberleri doğrultusunda yeniden düzenlemeleri gerekmektedir. Bu doğrultuda ebelerin mesleki becerilerini artırmaya yönelik, teknoloji ile uyumlu modern eğitim tekniklerinin kullanılması önerilmektedir. Ayrıca hastane yöneticileri tarafından ebelerin acil durumlarda sunacakları bakım ve müdahaleler için kanıta dayalı bilgi birikimine dayalı rehberler hazırlanmalıdır. Bu rehberler, ebelerin bu alandaki deneyimlerini artırmalarına destek olacak şekilde tasarlanmalı ve özel eğitim programları ile desteklenmelidir.

## Article Information / Makale Bilgileri

**Evaluation:** Two External Reviewers / Double Blind

**Değerlendirme:** İki Dış Hakem / Çift Taraflı Körleme

**Ethical Consideration:** Ethics committee approval is not required for this study.

**Etik Beyan:** Bu çalışma için etik kurul onayına gerek yoktur.

**Similarity Screening:** Done – iThenticate and intihal.net

**Benzerlik Taraması:** Yapıldı – iThenticate ve intihal.net

**Ethical Statement / Etik Bildirim:** [health@artuklu.edu.tr](mailto:health@artuklu.edu.tr)

## Authorship Contribution/ Yazar Katkıları:

Araştırmanın Tasarımı (CRediT 1)	BZK (%70) - AKD (%30)
Veri Toplanması (CRediT 2)	BZK (%70) - AKD (%30)
Araştırma - Veri Analizi - Doğrulama (CRediT 3-4-6-11)	BZK (%50) - AKD (%50)
Makalenin Yazımı (CRediT 12-13)	BZK (%70) - AKD (%30)
Metnin Geliştirilmesi ve Tashihi (CRediT 14)	AKD (%100)

**Conflict of Interest:** No conflict of interest declared.

**Çıkar Çatışması:** Çıkar çatışması beyan edilmemiştir.

**Financing:** No external funding was used to support this research.

**Finansman:** Bu çalışma sırasında herhangi bir finansal destek alınmamıştır.

**Copyright & Licence:** The authors own the copyright of their work published in the journal and their work is published under the CC BY-NC 4.0 licence. 

**Telif Hakkı & Lisans:** Yazarlar dergide yayınlanan çalışmalarının telif hakkına sahiptirler ve çalışmalarını CC BY-NC 4.0 lisansı altında yayımlanmaktadır. 

## Kaynaklar

- Açıkgöz, B., Aslan Yüksel, N., Yüksel, C. ve Ayoğlu, F.N. (2020). Aile sağlığı merkezine başvuran kadınların doğum yöntemleri ve etkileyen etmenler. Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 13(1), 87-96. <https://doi.org/10.26559/mersinsbd.640085>
- Anayasa Mahkemesi Kararı. (2013). <https://normkararlarbilgibankasi.anayasa.gov.tr/Dosyalar/Kararlar/KararPDF/2013-105-nrm.pdf> adresinden 20 Kasım 2024 tarihinde alınmıştır.
- Arturan İğde, F. (2004). Sezaryen sonrası normal vajinal doğum. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi, 13(4), 137-139. <https://doi.org/10.53490/egehemsire.1081072>
- Aşıcı, N. (2021). Kadın hastalıkları ve doğum uzmanlarının sezaryen doğum yöntemi ile ilgili görüş ve düşünceleri: nitel bir çalışma, Sakarya ili örneği. [Uzmanlık Tezi]. Sakarya Üniversitesi.
- Başar, F. ve Yeşildere Sağlam, H. (2018). Kadınların doğum şekli tercihlerini ve etkileyen faktörler. Journal of Current Researches, 8(1), 59-74. <https://doi:10.26579/jocrehes.8.1.6>
- Caesarean Section: Clinical Guideline. (2011). National institute for health and care excellence. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng192/resources/caesarean-birth-pdf-66142078788805> adresinden 17 Kasım 2024 tarihinde alınmıştır.
- Ceylantekin, Y. (2006). Sezaryenle ve vajinal yolla doğum yapan kadınların doğum öncesi ve sonrası tecrübe ve bilgi düzeylerinin değerlendirilmesi. [Yayımlanmamış yüksek lisans tezi]. Afyon Kocatepe Üniversitesi.
- Commonwealth Department of Health and Family Services. (1987). Medicare benefits schedule—item fee benefits list for parts 1–11: <https://www.mbsonline.gov.au/internet/mbsonline/publishing.nsf/Content/515793D58E889BD0CA257CD100033990/%24File/1987-MBS.pdf> adresinden alınmıştır.
- Çakmak, B., Arslan, S. ve Nacar, M. C. (2014). Kadınların isteğe bağlı sezaryen konusundaki görüşleri. Fırat Tıp Dergisi, 19(3), 122-125.
- Demiröz Bal, M., Dereli Yılmaz, S. ve Kızılkaya Beji, N. (2013). Kadınların sezaryen doğum tercihleri. Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi, 21(2), 139-146.
- Dölen, İ., ve Özdeğirmenci, Ö. (2004). Optimal sezaryen hızı ne olmalıdır? Türkiye’de ve Dünyada güncel nedir? TJOD Uzmanlık Sonrası Eğitim Dergisi, (7), 113-117.
- Duman, F.N. ve Gölbaşı, Z. (2023). Artan sezaryen doğum oranının anne-bebek sağlığı üzerine etkileri ve sezaryen doğumların azaltılmasına yönelik stratejiler. Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care, 17(1), s. 188-194. <https://doi.org/10.21763/tjfmpe.1188235>
- Duman, Z. (2006). Sağlık çalışanlarının normal doğum ve sezaryen ile ilgili düşünceleri. [Yayımlanmamış yüksek lisans tezi]. Afyon Kocatepe Üniversitesi
- Ergöl, Ş. ve Kürtüncü, M. (2014). Bir üniversite hastanesinde kadınların sezaryen doğum tercihlerini etkileyen faktörler. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 1(3), s. 26-34.
- Gorchiyeva, İ. (2021). Sezaryen sonrası normal doğum planlanan gebelerde sonografik uterin alt segment kalınlık ölçümünün prediktif değeri. [Tıpta uzmanlık tezi]. Bezmialem Vakıf Üniversitesi.

- Gözükar, F. ve Eroğlu, K. (2011). Sezaryen doğum artışı önlemenin bir yolu: "bir kez sezaryen hep sezaryen" yaklaşımı yerine sezaryen sonrası vajinal doğum ve hemşirenin rolleri. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi, 18(2), s. 89-100.
- Günel Gürbüz, B. (2009, Ağustos). Geri dönüşü olmayan karar sezaryen. Hasta hakları aktivistleri. [www.hastahaklari.net](http://www.hastahaklari.net) adresinden 10 Haziran 2024 tarihinde alınmıştır.
- Hotun Şahin, N. (2009). Seksio-sezaryen: yaygınlığı ve sonuçları. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, 2(3), 93-8.
- Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü Ek Ödeme Daire Başkanlığı. Tıbbi işlemler yönergesi eki liste değişikliği (24/03/2022 tarihli). <https://khgmekodemdb.saglik.gov.tr/TR-87809/tibbi-islemler-yonergesi-eki-liste-degisikligi-24032022-tarihli.html> adresinden 14 Kasım 2024 tarihinde alınmıştır.
- Karabel, M.P., Demirbaş, M. ve İnci, M.B. (2017). Türkiye’de ve Dünya’da değişen sezaryen sıklığı ve olası nedenleri. Sakarya Tıp Dergisi, 7(4), 158-163. <https://doi.org/10.31832/smj.368600>
- Karabulutlu, Ö. (2012). Kadınların doğum şekli tercihlerini etkileyen faktörler. Florence Nightingale Journal of Nursing, 20(3), 210-218.
- Kızıla Çakaloz, D., ve Çoban, A. (2019). Sezaryen doğumların azaltılmasına ebennin rolü. Arşiv Kaynak Tarama Dergisi, 28(1), s. 51-59. <https://doi:10.17827/akt.390168>
- Korkut, S. ve Kaya, N. (2019). Sezaryen doğum kararına ebe farkındalığı ile etik yaklaşım. Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi, 6(1), 144-152. <https://doi.org/10.17681/hsp.442171>
- Maternal Request Caesarean. Birthrights: <https://birthrights.org.uk/wp-content/uploads/2018/08/Final-Birthrights-MRCS-Report-2108-1.pdf> adresinden 17 Kasım 2024 tarihinde alınmıştır.
- Mohan, V.N., Shirisha, P., Vaidyanathan, G. and Muralidharan, V. (2023). Variations in the prevalence of caesarean section deliveries in India between 2016 and 2021 - an analysis of tamil nadu and chhattisgarh. BMC Pregnancy Childbirth, 23(1), 1-22. <https://doi.org/10.1186/s12884-023-05928-4>
- Özkan, H., Uzun Özer, B. ve Arı, Ö. (2021). Sezaryen ile doğuma güncel bir bakış: modern sezaryen teorisi. Arşiv Kaynak Tarama Dergisi, 30(4), s. 226-235. <https://doi:10.17827/akt.957483>
- Özkan, S., Aksakal, F. Avcı, E., Civil, E., ve Tunca, M. (2013). Kadınların doğum yöntemi tercihi ve ilişkili faktörler. Turkish Journal of Public Health, 11(2), 59-71.
- Özkaya, O. (2005). Süleyman Demirel Üniversitesi kadın hastalıkları ve doğum kliniğindeki 5 yıllık doğum oranları ve sezaryen endikasyonları. S.D.Ü Tıp Fak. Derg., 12(4), 36-39.
- Romanis, E.C. (2019). Why the elective caesarean lottery is ethically impermissible. Health Care Anal, 27(4), 249-268. <https://doi.org/10.1007/s10728-019-00370-0>
- Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlık Meslekleri Daire Başkanlığı. Sağlık hizmetlerinde gebe bilgilendirme sınıfı, gebe okulu ve doğuma hazırlık ve danışmanlık merkezlerinin çalışma usul ve esasları hakkında genelge. <https://shgmsmdb.saglik.gov.tr/TR-77063/saglik-hizmetlerinde-gebe-bilgilendirme-sinifi-gebe-okulu-ve-doguma-hazirlik-ve-danismanlik-merkezlerinin-calisma-usul-ve-esaslari-hakkinda-genelge.html> adresinden 15 Kasım 2024 tarihinde alınmıştır.
- Sosyal Güvenlik Kurumu. 09/05/2024 Tarih ve 32541 Sayılı Resmi Gazete’de Yayımlanan “Sosyal Güvenlik Kurumu sağlık uygulama tebliğinde değişiklik yapılmasına dair tebliğ”: <https://www.sgk.gov.tr/Duyuru/Detay/09052024-Tarih-ve-32541-Sayili-Resmi-Gazetede-Yayimlanan-Sosyal-Guvenlik-Kurumu-Saglik-Uygulama-Tebliğinde-Degisiklik-Yapilmasina-Dair-Tebliğ-2024-05-10-09-10-00> adresinden 15 Kasım 2024 tarihinde alınmıştır.
- Şentürk Erenel, A. ve Pelit Aksu, S. (2017). Sezaryen sonrası vajinal doğum: neden ve hangi koşullarda? Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 6(3), 235 - 242.
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2010). Doğum ve sezaryen eylemi yönetim rehberi. <https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/6407/0/dogum-ve-sezaryen-eylemi-yonetim-rehberipdf.pdf> adresinden 8 Haziran 2024 tarihinde alınmıştır.
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2017). Kadın hastalıkları ve doğum komisyonu raporu. <https://www.saglik.gov.tr/TR-84930/saglik-istatistikleri-yilliklari.html> adresinden 7 Haziran 2024 tarihinde alınmıştır.
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2024). T.C. sağlık istatistikleri yıllığı 2022. <https://www.saglik.gov.tr/TR-84930/saglik-istatistikleri-yilliklari.html> adresinden 4 Haziran 2024 tarihinde alınmıştır.
- Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi. (2024). <https://ilkoordinasyonweb.saglik.gov.tr/TR-5448/tibbi-deontoloji-nizamnamesi.html> adresinden 21 Kasım 2024 tarihinde alınmıştır.
- TJOD. Sağlık Bakanlığı – TJOD sezaryen oranlarını azaltma ortak eylem planı. <https://www.tjod.org/saglik-bakanligi-tjod-sezaryen-oranlarini-azaltma-ortak-eylem-planı/> adresinden 10 Haziran 2024 tarihinde alınmıştır.
- Turamanlar, O. ve Songur, A. (2014). Sezaryen ameliyatın tarihsel gelişimine anatomik açıdan bakış. Lokman Hekim Journal, 4(2), s. 8-12.
- Türkiye Cumhuriyeti Anayasası. (1982). <https://www.icisleri.gov.tr/illeridaresi/turkiye-cumhuriyeti-anayasasi> adresinden 21 Kasım 2024 tarihinde alınmıştır.
- Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği. (2010). Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği sezaryen raporu. <https://www.tjod.org> adresinden 6 Haziran 2024 tarihinde alınmıştır.
- Uğürer, Y. (2023). Planlı sezaryenin doğum sonrası erken süt salınımı ve emzirme başarısına etkisi. [Yayımlanmamış yüksek lisans tezi]. Adnan Menderes Üniversitesi.
- Umumi Hıfzıssıhha Kanunu. (2024). Mevzuat. <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuatmetin/1.3.1593.pdf> adresinden 6 Haziran 2024 tarihinde alınmıştır.
- Walker, R., Turnbull, D. and Wilkinson, C. (2002). Strategies to Address Global Cesarean Section Rates: A Review of The Evidence. Birth Issues in Perinatal Care, 29(1), s. 28-39. <https://doi.org/10.1046/j.1523-536X.2002.00153.x>
- WHO. (2015). Sezaryen doğum hızları ile ilgili DSÖ açıklaması: [https://iris.who.int/bitstream/10665/161442/1/WHO\\_RHR\\_15.02\\_tur.pdf?ua=1](https://iris.who.int/bitstream/10665/161442/1/WHO_RHR_15.02_tur.pdf?ua=1) adresinden 2 Haziran 2024 tarihinde alınmıştır.
- WHO. Statement on caesarean section rates. <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-RHR-15.02> adresinden 15 Kasım 2024 tarihinde alınmıştır.
- Yaşar, Ö. (2006). Primer kadınların doğum tercihlerini ve bunu etkileyen faktörler. [Yayımlanmamış yüksek lisans tezi]. Afyon Kocatepe Üniversitesi.
- Yuen Loke, A., Davies, L. and Mak, Y.-w. (2019). Is it the decision of women to choose a cesarean section as the mode of birth? A review of literature on the views of stakeholders. BMC Pregnancy and Childbirth. <https://doi.org/10.1186/s12884-019-2440-2>
- Zeybek Yılmaz, S. ve Turan, Z. (2022). Doğum korkusunda ebellek ve hemşirelik yaklaşımları. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hemşirelik Dergisi, 4(1), 33-38. <https://doi.org/10.48071/sbuhemşirelik.1078482>