

## Üreme Sağlığına İlişkin Etik İkilemler ve Etik Karar Verme

### Ethical Dilemmas and Ethical Decision Making Related to Reproductive Health

#### Elif Bayrakçı Eroğlu

Araştırma Görevlisi, Gaziantep İslam Bilim ve Teknoloji Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Anabilim Dalı  
ORCID: 0000-0001-6351-6002 E-posta: elif.bayrakci@gibtu.edu.tr

#### Selin Nur Altun

Araştırma Görevlisi, Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Anabilim Dalı  
ORCID: 0000-0003-2882-2682 E-posta: selin.altun@ahievran.edu.tr

#### Meltem Akbaş

Doktor Öğretim Üyesi, Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Anabilim Dalı  
ORCID: 0000-0002-5845-0552 E-posta: makbaskanat@gmail.com

Geliş Tarihi: 22 Eylül 2025, Kabul Tarihi: 30 Ocak 2026

#### ÖZET

Bu derleme, üreme sağlığında sık karşılaşılan etik ikilemleri üç klinik vaka üzerinden ele almaktadır. İlk vaka, cinsel saldırı mağduru bir kadına acil kontrasepsiyonun vicdani ret gerekçesiyle reddedilmesini; ikinci vaka, anensefalik fetüste serklaj talebinin değerlendirilmesini; üçüncü vaka ise tıbbi endikasyon olmaksızın sezaryen doğum talebini konu edinmektedir. Vaka analizleri, hasta özerkliği, zarar vermeme, yararlılık ve adalet ilkeleri çerçevesinde tartışılmıştır. Bulgular, gebe bireyin etik özne olarak görünürlüğüünün güçlendirilmesi gerektiğini ve klinik kararların yalnızca tıbbi göstergelerle sınırlı kalmayıp etik, hukuki ve toplumsal boyutlarla da desteklenmesi gerektiğini ortaya koymaktadır. Çalışma, sağlık çalışanlarının üreme sağlığında karşılaştıkları karmaşık etik durumlarda bütüncül ve hasta merkezli bir yaklaşım benimsemelerinin önemini vurgulamaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** Etik ikilem, hasta özerkliği, etik karar verme, üreme sağlığı, vicdani ret

#### ABSTRACT

This review addresses common ethical dilemmas in reproductive health through the analysis of three clinical cases. The first case concerns the refusal to provide emergency contraception to a sexual assault survivor on the grounds of conscientious objection; the second examines the request for cervical cerclage in the presence of an anencephalic fetus; and the third explores the ethical challenges of a maternal request for cesarean delivery without medical indication. The cases are discussed within the framework of autonomy, nonmaleficence, beneficence, and justice. The findings highlight the need to strengthen the recognition of the pregnant individual as an ethical subject and emphasize that clinical decisions should not be limited to medical criteria alone but should also incorporate ethical, legal, and social dimensions. The study underscores the importance of adopting a holistic and patient-centered approach by healthcare professionals when faced with complex ethical dilemmas in reproductive health.

**Keywords:** Ethical dilemma, patient autonomy, ethical decision making, reproductive health, conscientious objection

## GİRİŞ

Etik, felsefenin bir dalı olup insan ilişkilerinin temelini oluşturan değerleri, normları, kuralları göz önünde bulundurarak eylemlerimiz üzerine düşünme etkinliğidir. Sağlık çalışanları görev yetki ve sorumluluklarını yerine getirirken etik ilkeler, etik kodlar ve değerleri göz önünde bulundurmakla yükümlüdürler. Sağlık çalışanları, bireyin ve toplumun sağlığının korunması, geliştirilmesi, yükseltilmesi ve rehabilitasyon hizmetlerine ilişkin sorumluluklarını yerine getirirken bazı karmaşık durumlarda daha fazla etik sorun yaşamakta ve etik karar vermek durumunda kalmaktadır (1). Teknoloji, iletişim ve hasta hakları alanlarında geçmişten günümüze yaşanan gelişim ve dönüşümler, sağlık sektöründe karşılaşılan etik ikilemlerin sayısını ve çeşitliliğini giderek artırmıştır (2). İki kelime, kelime anlamı bakımından TDK Sözlüğü tarafından “İnsanı istenmeyen seçeneklerden birini, çoğunlukla iki seçenekten birini izlemeye zorlayan tartışma, sorun veya usa vurma durumu” olarak tanımlanmaktadır (3). Etik ikilem ise, bir eylemi farklı açılardan haklı gösteren seçenekler arasında çatışma yaşanması durumunu ifade eder (2). Etik karar verme ise, sağlık çalışanlarının sorumluluklarını yerine getirirken yaşadıkları etik ikilemlere ilişkin karar verirken etik kuralları, ilkeleri veya yönergeleri göz önünde bulundurduğu bilişsel bir süreçtir (2).

Sağlık alanında çeşitliliği giderek artan ve sağlık hizmetlerinin üreme ile kesiştiği noktada ortaya çıkan etik ikilemler, sıklıkla hem mesleki hem de toplumsal düzeyde derin tartışmalara yol açmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü’ne göre “üreme sağlığı, üreme sistemi ve işlevleri ile süreçleriyle ilgili tüm konularda yalnızca hastalık veya sakatlığın olmaması değil, aynı zamanda tam bir fiziksel, zihinsel ve sosyal refah halidir”. Üreme sağlığı, insanların tatmin edici ve güvenli bir cinsel yaşam sürdürebilmeleri, üreme yeteneğine sahip olmaları ve bunu yapıp yapmayacaklarına, ne zaman ve ne sıklıkla yapacaklarına karar verme özgürlüğüne sahip olmaları anlamına gelir” (4). Doğum kontrolünden küretaj uygulamalarına; fetal yaşayabilirlik sınırında verilen doğum kararlarından, gebeliklerin sonlandırılmasına ya da sürdürülmesine yönelik tıbbi müdahalelere kadar birçok uygulama etik ikilemler yaratmaktadır (5).

Üreme sağlığında etik ikilemler gündeme geldiğinde, sıklıkla ilk tartışma konusu embriyo ya da fetüsün ahlaki statüsüdür. Ahlaki statü, fetüs ya da embriyonun doğmuş bireylere tanınan etik saygı ve korumadan ne ölçüde yararlanması gerektiğine işaret eder. Bazı görüşler, tam ahlaki statünün dölleme anında kazanıldığını ve dolayısıyla embriyoların da doğmuş bireylerle eşdeğer etik koruma hakkına sahip olduğunu savunur. Diğer yaklaşımlar, bu statünün bireyin bilinç ya da duyarlılık gibi belirli kapasiteleri kazandığı zaman ortaya çıktığını öne sürmektedir. Ayrıca, embriyonun gelişim süreci boyunca artan bir ahlaki statüye ulaştığını savunan farklı görüşler de bulunmaktadır (6). Ahlaki statü konusunda fikir birliği sağlamak güçtür ve bu durum halen devam etmektedir. Bununla birlikte, etik ikilemlerin çözümünde hem fetüsün ahlaki statüsüne hem de fetüsün bulunduğu gebe bireyin bedenine odaklanmak önemlidir (7).

Üreme sağlığına ilişkin etik ikilemlerde etik karar verme sürecinde ilk önce gebe bireyin etik karar alma süreçlerindeki konumu göz önünde bulundurulmalıdır. Son yıllarda, üreme sağlığına ilişkin etik ikilemlerde dikkat çekici bir örüntü gözlemlenmektedir. Klinik uzmanlar ve etikçiler, embriyoya ya da fetüse yönelik yükümlülüklerle odaklanırken, gebe bireyin çıkarları ve ona karşı etik sorumluluklar sıklıkla göz ardı edilmektedir (8). Örneğin, prenatal cerrahilerin etikliği tartışılırken, genellikle yalnızca fetüse yönelik olası yararlar ya da zararlar dikkate alınmakta, annenin bedeni ve sağlığı tartışma dışı bırakılmaktadır. Bu nedenle bazı etikçiler, “fetal cerrahi” yerine “maternal-fetal cerrahi” teriminin kullanılmasını önermektedir. Böylelikle, müdahaleden doğrudan etkilenen kadına da dikkat çekilmesi amaçlanmaktadır (9).

Benzer şekilde, HIV salgınının erken dönemlerinde, kadınlar genellikle eşlerine ya da fetüslerine hastalık bulaştırma riskleri bağlamında değerlendirildiği için, hasta ya da özne değil, bir vektör gibi ele alınmışlardır (10). Kadınların etik özne olarak görünmezliği, bilimsel ve politik tartışmalarda da belirgindir. Örneğin, 1990’lı yıllarda kök hücre

araştırmalarıyla ilgili tartışmalarda öncelikle dini otoriteler, bilim insanları ve politik aktörlerin görüşleri baskındı. Kadınların görüşleri sürece geç dahil edildiğinde, embriyoların elden çıkarılmasıyla ilgili kararların yalnızca ahlaki statüyle açıklanamayacağı, bu sürecin kadınların etik ve kişisel haklarını da doğrudan ilgilendirdiği görülmüştür (11).

Etik teorileri, sağlık hukuku, meslek kuralları bilgisi (Deontoloji) etik karar verme sürecinde yardımcı unsurlardır (12). Etik karar vermede problem tanımlanır, öz bir şekilde değer çatışması tanımlanır, olayla ilgili etik pozisyon ve değer tayin edilir, ikilemi çözmek için alternatifler kullanılır, kabul edilebilir sonuçlar öngörülür, alternatif öncelikler sıraya konur, faaliyet planı yapılı ve bu plan uygulanır (13).

Üreme sağlığına ilişkin etik ikilemlerde etik karar verme sürecinde ikinci olarak, yine çoğu zaman göz ardı edilen bir başka önemli husus, gebe birey ile embriyo/fetüs arasındaki özgün ilişkidir. Gebelik, bir bireyin bedeninin başka bir canlı tarafından kullanılmasını içerir; en sağlıklı gebelikler bile ciddi fizyolojik değişikliklere yol açarken, bazı durumlarda yaşamı tehdit edici sağlık sorunlarıyla sonuçlanabilir. Ayrıca, üreme süreci kişisel, ailevi ve toplumsal açıdan oldukça derin anlamlar taşır. Üreme sağlığına ilişkin kararlar; ebeveynlik, yakınlık ve ilişkiler bağlamında etik sorunları da beraberinde getirir. Bu nedenle, embriyonun ya da fetüsün ahlaki statüsü ne olursa olsun, gebe birey ile kurulan bu benzersiz ilişki, etik değerlendirmelerin temel bir parçası olmalıdır (14).

Bu çalışmada üreme sağlığında sıkça karşılaşılan etik ikilemlerin yazarların deneyimlerinden faydalanarak oluşturulmuş olan üç klinik vaka üzerinden ele alınması amaçlanmaktadır.

### **Vaka 1: Tecavüz Mağduru Bir Kadına Acil Kontrasepsiyonun Reddedilmesi**

T.D. 22 yaşında, bir iş arkadaşı tarafından cinsel saldırıya uğradıktan sonra acil servise başvuran genç bir kadındır. Travma sonrası standart protokoller doğrultusunda tam bir tecavüz muayenesinden geçirilmiştir. Ancak acil serviste görevli hekim, acil kontrasepsiyonu reçete etmenin kişisel inançlarıyla çeliştiğini ifade ederek, bu hizmeti sağlamayı reddetmiştir. Serviste görevli ebe, hekimin hastanın iyiliğini önceliklendirmedeğini ve standart bakım uygulamalarını yerine getirmediğini dile getirerek etik bir çatışma yaşandığını vurgulamıştır. Hekim ise vicdani inançlarına göre hareket etmenin hem hakkı hem de mesleki bir sorumluluk olduğunu savunmuştur.

Bu vaka, sağlık hizmetlerinde özellikle üreme sağlığı alanında sıkça karşılaşılan vicdani ret uygulamasının etik sınırlarını gündeme getirmektedir. Vicdani ret; sağlık çalışanlarının, kişisel ahlaki veya dini inançları doğrultusunda yasal ve standart bir sağlık hizmetini sunmayı reddetmesidir. Bu durum her ne kadar tıbbın diğer alanlarında da görülse de, özellikle doğum kontrolü ve kürtaj gibi tartışmalı hizmetlerde daha yoğun biçimde gündeme gelmektedir (15).

Bu tartışma iki ana fikir etrafında şekillenmektedir. Bir taraf, bu tür hizmetleri sunamayan hekimlerin mesleği icra etmemeleri gerektiğini ileri sürerken, diğer taraf, vicdani ret hakkının mutlak biçimde korunması gerektiğini savunmaktadır. Ancak, vicdani ret hakkına yönelik eleştiriler birden fazla etik temele dayanmaktadır. İlk olarak, vicdani ret hastaların özerklik haklarını zedeleyebilir. Özellikle cinsel saldırı mağduru bireylerde, gebelik kararlarının kontrolü çok daha hassas bir etik sorumluluk taşımaktadır (15). Bu vakada hekimin kontrasepsiyon sağlamayı reddetmesi, hastanın istemediği bir gebeliğe maruz kalma riskini artırmış ve üreme hakkı üzerinde doğrudan bir kısıtlama yaratmıştır. İkinci olarak, vicdani ret uygulamaları doğrudan ya da dolaylı biçimde hastaya zarar verme potansiyeline sahiptir. Tecavüz sonrası gebelik, pek çok birey için travmatik bir sürecin derinleşmesine neden olabilir. Üstelik bu durum gebeliğin sonlandırılması kararını gündeme getirdiğinde daha riskli ve psikolojik olarak yıpratıcı bir sürece dönüşebilir. Oysa acil kontrasepsiyon, uygun zamanda uygulandığında bu riski önleyebilecek basit bir yöntemdir (16). Üçüncü olarak, bazı vicdani ret gerekçeleri bilimsel temelden yoksundur. Örneğin, bazı sağlık çalışanları, acil kontrasepsiyonun döllenmiş yumurtayı ortadan kaldırdığına ve bu nedenle kürtajla eşdeğer olduğuna inanmaktadır. Ancak bilimsel veriler, acil kontrasepsiyonun birincil etki mekanizmasının döllenmeyi engellemek

olduğunu açıkça ortaya koymaktadır (11). Bu tür yanlış anlamalar, bilimsel bilginin yerini kişisel kanaatlerin almasıyla hasta bakımının kalitesini zayıflatmaktadır. Dördüncü olarak, vicdani ret uygulamaları sağlık hizmetlerine erişimde zaten dezavantajlı durumda olan kadınlar için ilave bir yük oluşturabilir. Alternatif bir hekim bulma önerisi, özellikle sosyoekonomik durumu sınırlı bireyler için gerçekçi bir çözüm değildir (17). Bu nedenle, profesyonel kuruluşlar, hasta hakları ile sağlık çalışanlarının vicdani bütünlükleri arasında bir denge kurulması gerektiğini savunmaktadır. Amerikan Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanları Koleji (ACOG), Amerikan Pediatri Derneği (AAP) ve Amerikan Tabipler Birliği (AMA), Avusturalya Ebelik ve Hemşirelik Federasyonu (ANMF) gibi kurumlar, vicdani ret hakkının ancak belirli koşullarda ve sınırlı biçimde uygulanabileceğini belirtmektedir (14). Bu koşullar arasında hastaya doğru ve eksiksiz bilgilendirme yapılması, talep edilen hizmetin başka bir sağlık profesyoneline yönlendirilmesi ve acil durumlarda bakımın gecikmeden sağlanması yer almaktadır.

Vicdani ret konusu yalnızca etik değil, aynı zamanda yasal boyutları olan önemli bir tartışma alanıdır. Birçok ülkede sağlık çalışanlarının dini veya vicdani gerekçelerle belirli sağlık hizmetlerini sunmayı reddetme hakkı yasal çerçevelerle düzenlenmiştir. Ancak bu hakkın kullanımı, bireylerin sağlık hizmetlerine erişim hakkı ile dengelenmek zorundadır (18).

Türkiye’de vicdani ret kavramı sağlık hizmetleri bağlamında açık ve kapsamlı bir yasal düzenlemeye sahip değildir. 1983 tarihli Nüfus Planlaması Hakkında Kanun uyarınca, gebeliğin isteğe bağlı sonlandırılması gebeliğin ilk on haftası içinde yasal olarak mümkündür (18). Ayrıca Türk Ceza Kanunu’nun 99. maddesi, cinsel saldırı sonucu oluşan gebeliklerde, mağdurun rızası ve gerekli tıbbi koşulların sağlanması halinde gebeliğin yirmi haftaya kadar sonlandırılmasına izin vermektedir (19).

Hasta Hakları Yönetmeliği bireylerin sağlık hizmetlerinden adalet ve hakkaniyet ilkeleri çerçevesinde yararlanma, ayrımcılığa uğramama ve tıbbi gerekliliklere uygun hizmet alma hakkını güvence altına almaktadır (20). Benzer şekilde Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu, sağlık hizmetlerinin herkes için ulaşılabilir, sürekli ve eşitlikçi biçimde sunulmasını temel ilke olarak benimsemektedir (21). Bu düzenlemeler, özellikle cinsel saldırı mağdurlarının acil kontrasepsiyon ve gebelik sonlandırma gibi üreme sağlığı hizmetlerine erişiminin güvence altına alınmasını amaçlamaktadır (19-21).

Acil kontrasepsiyon yöntemleri Türkiye’de yasal olarak erişilebilir olup, cinsel saldırı sonrası tıbbi bakımın bir parçası olarak kabul edilmektedir (22).

Bu bağlamda çözüm, bireysel düzeyde değil, kurumsal ve yapısal düzeyde aranmalıdır. Dresser, her hekimin tüm prosedürleri yerine getirmek zorunda olmadığını; ancak toplumun, sağlık sisteminin hastaların yasal hizmetlere erişimini güvence altına alacak mekanizmalar kurmasını beklediğini vurgulamaktadır (23). Bu noktada etik kurullar, sağlık kurumlarının vicdani ret ile hasta hakları arasında denge kuran ve acil hizmetlerin sürekliliğini sağlayan personel içi yönlendirme sistemleri geliştirmelerine yardımcı olabilir (14). Bu sistemlerde vicdani red gereksinimlerini karşılamak için danışmanlık ve destek hizmetlerinin erişiminin olması faydalı olabilir. Ayrıca hasta yönlendirmelerinde sağlık personeli vicdani reddin dolayı damgalanmadan hastanın sağlık hizmeti devamlılığı sağlanmalıdır. Ancak bu yönlendirmelerde diğer sağlık personeline ya da kuruma yüklenecek zorluğun kabul edilebilir düzeyde olması, yönlendirmenin temelinde tıbbın ahlaki ilkelerinin yer alması, sunulan sağlık hizmetinin ahlaki belirsizliğinin olması gerekmektedir (24).

## **Vaka 2: Anensefalik Fetüste Serklaj Talebi Üzerine Etik Değerlendirme**

L.G. ardışık düşük öyküsü bulunan 28 yaşında bir kadındır. Önceki gebeliğinde servikal yetmezlik nedeniyle serklaj uygulanmış, gebelik süresi tamamlanmış ve sağlıklı bir bebek dünyaya gelmiştir. Mevcut gebeliğinin 14. haftasında rutin ultrasonografide fetüste anensefali saptanmıştır. Hasta terminasyonu reddederek, önceki gebelikte olduğu gibi

serklaj yapılmasını talep etmiştir. Ancak hekimi, cerrahi müdahalenin genel anestezi ve enfeksiyon dâhil risklerini, fetus için yaşanabilirlik beklentisi bulunmadığından “tıbben haklı gösterilemez” bularak işlemi yapmayı reddetmiştir.

### ***Klinik yaklaşım***

Düşük, toplam gebeliklerin yaklaşık üçte birinde görülmesine karşın, kayıp deneyimleyen kadınlara yönelik bütüncül bakım yaklaşımları literatürde sınırlı yer tutmaktadır (25). Fetüsün yaşamla bağdaşmayan bir anomalisi saptandığında gebeliğin devamına ilişkin talepler bakımı “boşuna uzatma” çerçevesine hapsolabilmektedir. Oysa bazı yazarlar, seçilmiş obstetrik girişimlerin (örneğin serklaj) risk düzeylerinin, günümüz pratiğinde kaçınılmaz olabilecek sezaryen dâhil alternatiflerle karşılaştırıldığında mutlak biçimde yüksek olmadığını ve kadın tercihlerini sınırlamak için yeterli gerekçe oluşturmadığını savunmaktadır (26).

### ***Risk-yarar dengesi ve sağlık çalışanlarının sorumluluğu***

Obstetrik kararlarda dört temel unsur öne çıkar (26);

- Güvenlik ve Etkinlik. Uygulayıcının işlem konusunda yetkinliği, olası komplikasyonların niteliği ve “en güvenli yaklaşım” tanımının klinisyen ile hastanın risk algısına göre değişebilirliği.
- Kaynak Kullanımı ve Maliyet: Yaygınlaşırsa sağlık sistemi üzerindeki etkisi yüksek olacak müdahalelerin (ör. sezaryen) ekonomik yansımaları.
- Toplumsal ve Klinik Sonuçlar: Yüksek müdahaleli yaklaşımların rutinleşmesinin ileride vajinal doğumlarda azalma olasılığı (27).
- Hasta Değerleri ve Tercihleri: Özellikle doğum süreci gibi kişisel değerlerin ağır bastığı alanlarda, kadının sonuçlar arasında hangi riskleri kabul edilebilir gördüğü ve sürecin kendisine ne ölçüde anlam taşıdığı (28).

İlk üç unsur sağlık politikası tartışmaları için elzem olsa da, bireysel klinik karşılaşmada seçimi kısıtlamanın tek meşru temeli hastanın güvenliğini korumaktır. Anensefalide yaşanabilirlik olasılığı bulunmasa da serklajın maternal morbiditeyi anlamlı biçimde artırdığına dair güçlü kanıt yoksa, hastanın özerkliği doğrultusunda işlem düşünülmelidir. Klinisyen, kendi etik sınırları nedeniyle uygulamayı reddediyorsa hastayı deneyimli bir meslektaşına yönlendirmek profesyonel bir yükümlülüktür (26).

### ***Hasta otonomisi ve değerlerin onurlandırılması***

Doğum -tıpkı ölüm gibi- kişisel, kültürel ve ruhsal değerlerin yoğunlaştığı bir yaşam olayıdır; bu nedenle “sonucun” yanı sıra “sürecin” de hasta için etik açıdan belirleyici olduğu kabul edilmelidir (28). LG.’nin gebeliği sürdürme isteği, önceki kayıpları, sağlıklı çocuk deneyimi ve yas sürecini yönetme biçimiyle ilişkilidir. Bu bağlamda, hastanın tercihlerini sınırlamak yerine riskler hakkında ayrıntılı danışmanlık sunmak, alternatif izlem protokollerini tartışmak ve talebi karşılayabilecek bir ekibe yönlendirmek, hasta merkezli bakıma daha uygun düşmektedir.

### ***Vaka 3: Sezaryen Doğum Talebinin Etik Açıdan Değerlendirilmesi***

A.F. ikinci çocuğuna gebedir. İlk doğumunu vajinal yolla gerçekleştirmiştir; süreç travmatik geçmiş olsa da doğum hem anne hem de bebek için sağlıklı şekilde sonlanmıştır, hem kendisi hem de bebeği sağlıklı şekilde doğumdan çıkmıştır. Bu deneyimin ardından, dikkatli değerlendirme sonrasında, ikinci gebeliğinde sezaryen doğumu tercih ettiğini belirtmiştir. Ancak takip eden hekimi, tıbbi bir endikasyon olmadığı sürece sezaryen doğum yapmanın etik açıdan uygun olmadığını ifade etmiş ve A.F.’yi başka bir hekime yönlendirmeye çalışmıştır. Ne var ki, mevcut durumda talebini kabul edecek bir hekime ulaşamamıştır.

A.F.’nin klinik geçmişi vajinal doğumun fizyolojik olarak mümkün olduğunu göstermektedir; ancak önceki doğum süreci onun açısından psikolojik bir travma kaynağı olmuştur. Bu durum, doğum şekli konusunda özerk bir karar verme arzusunu tetiklemiştir. Hastanın önceki doğumunun tıbben başarılı olması, onun benzer bir süreci yeniden

yaşamak istemeyebileceği gerçeğini göz ardı etmemelidir. Bu nedenle, hasta ile sağlık çalışanları arasında doğum tercihleri hakkında derinlemesine bir görüşme yapılması, bireyin doğumla ilişkili korkularını anlamak ve olası çözüm yollarını değerlendirmek bakımından kritik önem taşır (28, 29).

Sezaryen doğum, vajinal doğuma kıyasla farklı riskler taşıyan ancak bazı durumlarda benzer düzeyde güvenli kabul edilebilen bir cerrahi prosedürdür. Modern obstetrik uygulamalarda, tıbbi gerekçe olmadan sezaryen talebi etik tartışmaların odağında yer almakta ve “isteğe bağlı sezaryen” adı altında ele alınmaktadır (30). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), gereksiz sezaryen oranlarının azaltılmasını savunmakla birlikte, doğum şekli tercihlerinde hasta özerkliğine saygı gösterilmesinin etik bakımdan elzem olduğunu da vurgulamaktadır (31). Sağlık çalışanlarının, talebi tamamen reddetmek yerine riskleri şeffaf biçimde açıklamaları, hastayı karar sürecine aktif biçimde dâhil etmeleri ve mümkünse isteğe bağlı sezaryeni gerçekleştirebilecek meslektaşlara yönlendirmeleri önerilmektedir (11).

Hasta özerkliğini ihlal edecek şekilde doğum tercihini mutlak biçimde reddetmek, etik sorumluluğu yalnızca klinik kriterlerle sınırlandırmak anlamına gelir. Halbuki hasta merkezli bakım yaklaşımı, bireyin korkuları, değerleri ve doğumla ilgili deneyimlerinin dikkate alındığı bir süreci gerekli kılar (28). A.F.’nin talebi, sadece fiziksel değil, duygusal güvenliği de hedefleyen bütüncül bir doğum planlamasının parçası olarak ele alınmalıdır.

## SONUÇ

Bu çalışma, üreme sağlığında sık karşılaşılan üç klinik ikilem üzerinden, gebe bireyin etik özne olarak merkezi konumunun sıklıkla gölgede kaldığını göstermiştir. Vakalarda ortak payda, hasta özerkliğinin saygı ve koruma görmesi; klinik kararların güncel bilimsel kanıt, zarar vermeme ve yararlılık ilkeleriyle temellendirilmesi; aynı zamanda bakımın sürekliliği ve adil erişim ilkelerinin güvence altına alınmasıdır. Vicdani reddin sınırlarının, hastanın zaman duyarlı haklarına ve bakım gereksinimine zarar vermeyecek şekilde açık ve kurumsal mekanizmalarla çizilmesi; yaşanabilirlik olasılığı olmasa dahi düşük maternal riskli girişimlerde hastanın değerlerinin onurlandırılması ve tıbbi endikasyon olmasa bile doğum şekli tercihlerinde bilgiye dayalı rıza sürecinin eksiksiz işletilmesi etik açıdan belirleyicidir.

Bu nedenle etik karar verme, yalnızca klinik endikasyonların tartıldığı bir süreç değil; etik, hukuki ve toplumsal boyutların birlikte değerlendirildiği, disiplinler arası ve kurumsal olarak desteklenen bir süreç olmalıdır.

Uygulamaya Yönelik Çıkarımlar ve Öneriler;

- Standartlar ve yönlendirme: Vicdani ret durumlarında, acil ve zaman duyarlı hizmetlerde (örn. acil kontrasepsiyon) gecikmeyi önleyecek zorunlu bilgilendirme ve etkin yönlendirme algoritmaları kurumsal düzeyde güvenceye alınmalıdır.
- Bilimsel danışmanlık: Üreme sağlığında yaygın yanlış kanıları (örn. acil kontrasepsiyonun etki mekanizması) gidermek için kanıta dayalı danışmanlık ve eğitim protokolleri güncellenmelidir.
- Hasta değerleri ve risk diyalogu: Yaşanabilirliği olmayan fetal anomalilerde dahi, maternal risk profili + hasta değerleri ortak karar verme oturumlarının ayrılmaz parçası olmalıdır.
- Doğum tercihi ve travma bilgili bakım: Tıbbi endikasyon dışı sezaryen talebinde, travma bilgili değerlendirme, ayrıntılı risk–yarar iletişimi ve mümkünse talebi karşılayabilecek ekiplere erişim kolaylaştırılmalıdır.
- Eğitim ve izleme: Etik karar verme, iletişim ve ortak karar alma becerileri sürekli mesleki gelişim programlarına entegre edilmeli; uygulamalar izlenebilir göstergelerle (gecikme süreleri, yönlendirme başarısı, hasta deneyimi) düzenli olarak değerlendirilmeli ve iyileştirilmelidir.

Sonuç olarak, üreme sağlığına ilişkin yaşanan etik ikilemlerin çözümünde yer alan etik karar verme, bireysel iyi niyetin ötesinde; kurumsal sorumluluk, disiplinler arası işbirliği ve hasta merkezli bakımın birlikte ve tutarlı biçimde işletilmesiyle mümkündür.

## KAYNAKLAR

1. Turan N, Aydın A. Hemşirelik ve Etik. İstanbul: İstanbul University Press 2024.
2. Turan N, Kaya N. Hemşirelik uygulamalarında etik. Editör Karagözoğlu Ş, Demiray A, Doğan P. Temel Hemşirelik Uygulama İçin Esaslar. Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri 2025: 398-417.
3. Türk Dil Kurumu Sözlükleri. Erişim: (<https://sozluk.gov.tr/>). Erişim Tarihi: 11.09.2025.
4. Reproductive Health. Erişim: (<https://www.who.int/southeastasia/health-topics/reproductive-health>). Erişim Tarihi: 11.09.2025.
5. Pennings G, Dondorp W, Popovic M, Chuva de Sousa Lopes S, Mertes H. Ethical considerations on the moral status of the embryo and embryo-like structures. Human Reproduction 2024; 39 (11): 2387-2391.
6. Wicclair MR. Conscientious objection in health care: An ethical analysis. Cambridge University Press 2011.
7. Dinicola GA. Perinatal Ethics: The Role of Ethics Consultation Around Parental Dilemmas Before and After Birth. Dissertation Director Magill G. Doctoral Dissertation, Duquesne University McAnulty College and Graduate School of Liberal Arts. Pittsburgh 2024.
8. Zhu J, Sanches P, Tsaknaki V, Van Der Maden W, Kaklopoulou I. The Centers and Margins of Modeling Humans in Well-being Technologies. Proceedings of the 2025 CHI Conference on Human Factors in Computing Systems. 2025: 1-16.
9. Brumley J, Lange-Kessler J, Boys A. Professional Foundation of Midwifery. Editors Phillippi J, Kantorowitz-Gordon I. Varney's Midwifery, 2023: 13-48.
10. Celie KB, Symons X, Kochheiser M, Ayala R, Lakhoo K. Conscientious objection: A global health perspective. BMJ Global Health 2024; 9 (12): e017555.
11. American College of Obstetricians and Gynecologists, Committee Opinion 390: Ethical decision making in obstetrics and gynecology. Obstet Gynecol 2019; 113 (2): 387-390.
12. Dönmez A, Yeyđel Ç, Kılınç D. Sağlık Hizmet Uygulamalarında Etik Karar Verme Süreci. IZTU Journal of Medical and Health Sciences 2022; 1 (2): 65-74.
13. Gilbert ES, Harmon JS. Etik Karar Verme. Çeviri Editörü Taşkın L. Yüksek Riskli Gebelik ve Doğum. Ankara: Palme Yayıncılık 2011: 193.
14. American College of Obstetricians and Gynecologists, Committee Opinion 439: Informed consent. Obstet Gynecol 2020; 114 (2): 401-408.
15. de Londras F, Cleeve A, Rodriguez MI, Farrell A, Furgalska M, Lavelanet AF. The Impact of 'conscientious objection' on abortion-related outcomes: A synthesis of legal and health evidence. Health policy 2023; 129: 104716.
16. Emergency contraception. Erişim: (<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/emergency-contraception>) . Erişim Tarihi: 11.09.2025.
17. American Academy of Pediatrics Policy statement: Emergency contraception. Pediatrics 2009; 124 (6): e1100–e1109.
18. Nüfus Planlaması Hakkında Kanun. Erişim: (<https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=2827&MevzuatTur=1&MevzuatTertip=5>). Erişim Tarihi: 14.01.2026.

19. Türk Ceza Kanunu, Madde 99. Erişim: (<https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=5237&MevzuatTur=1&MevzuatTertip=5>). Erişim Tarihi: 14.01.2026.
20. Hasta Hakları Yönetmeliği. Erişim: (<https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=4847&MevzuatTur=7&MevzuatTertip=5>). Erişim Tarihi: 14.01.2026.
21. Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu. Erişim: (<https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=3359&MevzuatTur=1&MevzuatTertip=5>). Erişim Tarihi: 14.01.2026.
22. T.C. Sağlık Bakanlığı Cinsel Saldırı Mağdurlarına Yönelik Sağlık Hizmetleri Rehberi. Erişim: (<https://www.aile.gov.tr/media/2499/cocuk-bakim-kuruluslarinda-calisan-personele-yonelik-istismarla-mucadele-rehber-kitapcigi.pdf>) Erişim Tarihi: 14.01.2026.
23. Dresser R. Professionals, conformity, and conscience. Hastings Center Report 2005; 35 (6): 9-10.
24. Boz İ. Hemşirelik Bakımında Vicdani Ret Mümkün müdür. Türkiye Klinikleri Journal of Medical Ethics-Law and History 2020; 28 (1): 134-140.
25. Quenby S, Gallos ID, Dhillon-Smith RK et al. Miscarriage matters: The epidemiological, physical, psychological, and economic costs of early pregnancy loss. The Lancet 2021; 397 (10285): 1658-1667.
26. Shennan AH, Story L. Cervical cerclage: Green-top guideline 75. BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology 2022; 129 (7): 1178-1210.
27. Opiyo N, Kingdon C, Oladapo OT et al. Non-clinical interventions to reduce unnecessary caesarean sections: WHO recommendations. Bulletin of the World Health Organization 2019; 98 (1): 66.
28. ACOG Committee Opinion 819: Informed Consent and Shared Decision Making in Obstetrics and Gynecology. Obstet Gynecol 2021; 137: e34-e41.
29. Romanis EC. Biotechnology, gestation, and the law. Oxford University Press 2024.
30. ACOG Committee Opinion 761: Cesarean Delivery on Maternal Request. Obstet Gynecol 2019; 133 (1): e73-e77.
31. WHO statement on caesarean section rates. Erişim: (<https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/who-statement-on-caesarean-section-rates-frequently-asked-questions>). Erişim Tarihi: 10.09.2025.