

ARAŞTIRMA MAKALESİ / RESEARCH ARTICLE

TÜRKİYE'DEKİ SEZARYEN DOĞUM ORANINI AZALTMA POLİTİKASI: WALT VE GILSON POLİTİKA ÜÇGENİ ÇERÇEVESİNDE BİR ANALİZ

POLICY TO REDUCE THE CESAREAN SECTION RATE IN TÜRKİYE: AN ANALYSIS WITHIN FRAMEWORK OF WALT & GILSON'S POLICY TRIANGLE

Öğr. Gör. Ece ERTEK ¹

ÖZET

Doğum yaşamın başlangıcı ve tüm sistemlerin sürdürülebilirliğinin ana faktörüdür. Bu nedenle global olarak daha sağlıklı doğum standartları için çalışmalar yapılmaktadır. Sezaryen doğum oranları tüm dünyada artış göstermektedir. Dünya Sağlık Örgütü canlı doğumlar içindeki sezaryen doğum oranlarının %10-%15 arasında olması gerekliliğini belirtmektedir. Türkiye, 2023 verisine göre %61.5'lik sezaryen oranı ile dikkat çekmektedir. Türkiye'de sezaryen doğum oranlarını azaltma politikası, doküman analizi yöntemi kullanılarak, Walt ve Gilson'ın Politika Üçgeni çerçevesinde analiz edilmiştir. Politika analizi çerçevesinde sağlık politikası bağlam, içerik, aktörler ve süreç olmak üzere dört boyutta incelenmiştir. Sezaryen oranlarında sektörel (özel-kamu-üniversite) ve bölgesel farklılıklar bulunmaktadır. En yüksek sezaryen oranı özel ve üniversite hastanelerindedir. Politikanın ana aktörü Sağlık Bakanlığı'dır. Sezaryen doğum oranlarını azaltmaya yönelik politikanın arkasında güçlü nedenler vardır fakat belirlenen politika hedeflerine ulaşamamıştır. Politika başarısı tüm aktörlerin politikayı benimsemesi ile mümkün olacaktır. Bunun için, sahanın ihtiyaçları gözetilmelidir. Kanıtlanabilir verilerle toplumsal farkındalığın artırılması ve medya ve iletişim faaliyetlerine ağırlık verilmesi önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Sezaryen Doğum, Politika Analizi, Politika Üçgeni, Vajinal Doğum

ABSTRACT

Birth begins life and sustains all systems; therefore, global efforts aim to improve birth standards. Global caesarean rates continue to rise. World Health Organization recommends a caesarean rate of 10–15%. Türkiye stands out with a caesarean section rate of 61.5% according to 2023 data. Türkiye's caesarean-reduction policy was analyzed via document review using Walt and Gilson's Policy Triangle. Within this framework, the health policy was examined across four dimensions: context, content, actors, and process. There are sectoral and regional differences in caesarean section rates. The highest caesarean section rates are found in private and university hospitals. The main policy maker is the Ministry of Health. There are strong reasons behind the policy aimed at reducing caesarean section rates, but the stated policy objectives have not been achieved. It is recommended to increase public awareness with verifiable data and to focus on media and communication activities.

Keywords: Keywords: Caesarean Section, Policy Analysis, Policy Triangle, Vaginal Delivery

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Rektörlük/Kalite Koordinatörlüğü, ece.ertek@sbu.edu.tr ORCID: 0000-0002-3637-1634

1. GİRİŞ

Evrensel olarak birincil öneme sahip, yaşamın sürdürülebilirliğinin temennisi olan doğum olayı her boyutu ile incelenmekte ve sağlıklı bir gelecek ve sürdürülebilir bir sağlık finansmanı için politikalar oluşturulmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ/ WHO) raporuna göre sezaryen oranları her geçen yıl global ölçekte artış göstermekte ve artan sezaryen oranlarının neden olabileceği negatif sağlık sonuçları konusunda uluslararası düzeyde endişe oluşmaktadır (Betrán, 2023). Doğum şekli olarak sezaryenin tercih edilmesinde, bebek kalp ritminin bozulması, bebeğin ters gelmesi, doğumun gecikmesi gibi tıbbi gereklilikler etkili olabileceği gibi tıbbi olmayan sebepler de etkili olabilmektedir. Doğum hizmeti veren kurumun yaklaşımı, hekimlerin iş planını düzenleme isteği veya olası malpraktis davalarından kaçınma eğilimleri sezaryen doğum oranını arttırabilmektedir. Ayrıca kadınların doğum sancısından kaçınma, vajinal doğum hakkındaki tutumları, bebeklerinin doğum tarihini belirleme istekleri gibi faktörler de sezaryen doğum uygulamalarını arttırmaktadır (Aksoy vd., 2014; Karaca ve Karaca Dedeoğlu, 2024). DSÖ'nün 1985 yılından bu yana, ideal bulduğu sezaryen ile doğum oranı %10 ile %15 arasındadır.

Sezaryen doğum, vajinal doğumun mümkün olmadığı veya riskli olduğu durumlarda uygulanan, yerinde kullanıldığında hayat kurtarıcı bir cerrahi yöntemdir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2010a). DSÖ'ye göre tüm canlı doğumlar içindeki sezaryen doğum oranları %10'un altında ise sezaryen ile doğum hizmetine erişimde yetersizliğe, %15'in üzerinde ise tıbbi endikasyon dışı sezaryen uygulamalarının varlığına işaret eder. Sezaryen ile doğum hizmetine erişimin yetersiz olması durumu da sezaryen uygulamalarının gereğinden fazla olması durumu da anne- bebek sağlığı için risk oluşturmaktadır. Sezaryen doğum, cerrahi bir yöntem olmasından kaynaklı, annede meydana gelebilecek kanama, enfeksiyon, histerektomi, cerrahi yaralanma, yara komplikasyonları ve anestezi komplikasyonları gibi komplikasyonları risklerini içinde barındırır (Wang vd., 2010; Betrán vd., 2016).

Sistemik derlemeler ile elde edilen sonuçlara göre, sezaryen oranının %10 oranının üzerine çıkmasının anne- bebek ölümlerini azaltmadığı raporlanmıştır (Betrán, 2015; Ye, 2015). Sezaryen ile doğan bebeklerin yenidoğan yoğun bakımına yatma, yaşamını kaybetme, uzun vadede solunum sıkıntıları yaşama, bağışıklığının düşük olması, diyabet, obezite gibi hastalıklara sahip olma ihtimalinin arttığı yönünde çalışma sonuçları mevcuttur (Marshall vd., 2011; Keag, 2018). Düşük ve orta gelirli ülkelerde uygulanan bir başka araştırmaya göre, sezaryen doğumların anne bebek ölüm oranlarını dikkat çekici düzeyde arttırdığı bulunmuştur (Sobhy, 2019). Marshall ve diğerleri (2011)'nin çalışmasında birincil sezaryen doğum uygulamasından sonraki doğumlarda sezaryen endikasyonunun arttığı raporlanmıştır. Silver ve diğerleri (2006)'ne göre, her bir sezaryen uygulaması, rahim duvarına atılan dikişlerin rahim duvarını inceltmesi sebebi ile vajinal doğum durumunda rahim duvarının yırtılma riskini arttırmaktadır. Çalışmadan elde edilen veriye göre beş ve üzere defa sezaryen doğum geçirmiş bir kadının, vajinal doğum geçirmiş kadına göre 15 kat daha fazla histerektomi riski bulunmaktadır. Tekrarlayan sezaryenlerde, gebelikte plasentanın yanlış yere konumlanması ve normalden daha güçlü rahim duvarına yapışması riski artmaktadır. Bu durum ciddi kanamalara sebep olabilmekte ve rahmin alınmasına kadar ek cerrahi işlemleri zorunlu kılabilir (Marshall vd., 2011). Marshall ve diğerleri (2011)'nin meta- analiz yöntemi ile çoklu sezaryen doğumların maternal morbidite üzerindeki etkisini araştırdığı çalışmada, plasenta previa görülme riskinin, bir sezaryen doğum yapmış kadınlarda %1 iken, üç ve üzerinde sezaryen doğum yapmış kadınlarda %2,8 olduğu ortaya konulmuştur. Clark ve diğerleri (2008), Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'nde yaptığı araştırmada, anne ölümleri ile sezaryen doğum arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Bu çalışmaya göre doğum şekli

ile nedensel ilişkili olan anne ölümleri vajinal doğumda 100.000 anne ölümünde 0.2 iken sezaryen doğumda 100.000 anne ölümünde 2.2 bulunmuştur (Clark vd., 2008).

Türkiye, sezaryen doğumda %61.5 oran ile Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü (OECD) ülkeleri ortalamasının, 2 katından daha fazladır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2025a). Türkiye’de sezaryen doğum oranının kritik düzeyde olmasının ve sezaryen doğumun anne ve bebek sağlığı üzerinde tehdit oluşturmasının yanı sıra sezaryen doğumların ülke ekonomisi üzerinde de tehdit oluşturması düzenleyici faaliyetleri zorunlu kılmıştır. Bu faaliyetlerin uygulamaya konulmasında ana aktör Sağlık Bakanlığı olmuştur (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2024b). Birinci ve Parpucu (2023)’nın çalışmasında, önlenebilir sezaryen doğumun, 2022 yılındaki toplam maliyeti, sezaryen komplikasyonları ve ek maliyetler eklenmeden yaklaşık 1 milyar 750 milyon lira olarak raporlanmıştır. Türkiye’deki sezaryen doğumu azaltma politikası, sağlık sistemindeki çeşitli aktörlerin, sosyal faktörlerin, ekonomik durumun ve kültürel etkilerin kesişiminde şekillenen önemli bir sağlık politikası alanıdır. Bu politika, doğumda anne bebek sağlığının korunması için gerekli olan altyapıyı oluşturmayı ve hasta güvenliği için endikasyon dışı işlemleri engellemeyi amaçlarken, aynı zamanda hastanın doğum şekline karar verme haklarını da gözetmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2024b). Sağlık Bakanlığı’nın sürdürdüğü sezaryen doğumları azaltma politikasının her yönü ile incelenmesi ve politikanın farklı açılardan değerlendirilmesi için politika analizi yapılmıştır. Politika analizi, kapsamlı bir araştırma perspektifi sunan Walt ve Gilson Politika Üçgeni modeli ile yapılmıştır. Bu model, Türkiye’deki doğum politikasının bağlam, içerik, süreç ve aktörler boyutlarının tümünün incelenerek yapılan çalışmaların sınırlı olması sebebi ile tercih edilmiştir. Literatürde sınırlı yönleri ile yer bulan bu politikanın daha kapsamlı ele alınması hedeflenmiştir. Politika analizi ile politikanın mevcut durumunu, gelecekteki muhtemel sonuçlarını değerlendirmek, politikanın daha iyi anlaşılması amaçlanmıştır. Bulgular ile alana katkı sağlamak amaçlanmıştır.

2. YÖNTEM

Türkiye’deki doğum politikası, ulusal ve uluslararası bilimsel çalışmalar ve istatistikler göz önünde bulundurularak, nitel bir araştırma yöntemi olan doküman analizi yöntemi ile “Walt ve Gilson Politika Üçgeni” çerçevesinde incelenmiştir. Politika analizi geriye dönük (retrospektif) ve ileriye yönelik (prospektif) bakış açısı ile sürdürülmüştür. Doküman analizi yöntemi bir nitel bilimsel çalışma yöntemi olup, araştırılmak istenen konu hakkında veri içeren yazılı belgelerin toplanması, incelenmesi, sorgulanması ve analiz edilmesi sürecidir (Yıldırım ve Şimşek, 2013; Sak vd., 2021). Gill Walt ve Lucy Gilson (1994) tarafından geliştirilen “Politika Üçgeni” modeli, bağlam (context), içerik (content), süreç (process) ve aktörler (actors) olmak üzere dört temel bileşeni olan bir politika analiz modelidir. Model adını tasvir edilen bir üçgenden alır ve üçgenin üç köşesinde içerik, bağlam ve süreç boyutları yer almaktadır. Üçgenin ortasında ise her boyut ile ilişki halinde olan aktörler boyutu yer almaktadır. “Walt ve Gilson Politika Üçgeni” modeli, sağlık politikasını farklı yönleri ile analiz etmeyi amaçlar. Model, bağlam bölümünde, politikanın şekillendiği sosyal, ekonomik, kültürel, siyasi coğrafi ortamı; içerik bölümünde, politikanın amacı ve içeriği; süreç bölümünde, politikanın gündeme gelmesinden itibaren uygulanma aşamaları; aktörler bölümünde, politika sürecine katılan ve politikadan etkilenen kişi, grup ve kurumları çözümlemeye imkân veren kuramsal bir çerçeve sunar (Buse vd., 2005).

Doküman analizinde, veri toplama ve verileri Walt ve Gilson politika analizi modelinin boyutlarına göre gruplandırma aşamaları takip edilmiştir. Veri toplama aşamasında, ilgili konu

hakkında Sağlık Bakanlığı ve bağlı kuruluşların resmi raporları, resmi haber siteleri, resmi kanalla yapılan dernek açıklamaları, Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) raporları, DSÖ ve Dünya Bankası raporları toplanmıştır. Dijital platformda yapılan araştırma kapsamında anahtar kelimeler kullanılarak Google Akademik, Dergipark, Pubmed veri tabanları üzerinden arama yapılmıştır.

3. BULGULAR

3.1. Bağlam (Kapsam)

Türkiye’deki doğum politikalarının şekillendirilmesinde sağlık hizmetlerine erişim, kültürel kurallar, sosyal çevre ve ekonomik durumlar gibi pek çok faktör etkili olmaktadır (Walt ve Gilson,1994; Buse vd., 2005). Bu başlık altında doğum yöntemlerinin kullanımının uluslararası düzeyde durumu, sezaryeni azaltıcı politikaların geliştirilmesine sebep olan mevcut durum ve mevcut durumu etkileyen faktörler raporlanmıştır.

Normal doğum olarak da adlandırılan vajinal doğum, kadın için normal fizyolojik bir olay olmakla birlikte doğası gereği bazı riskleri de taşımaktadır (Gözükara ve Eroğlu, 2011). Anne ve bebek sağlığı için risk oranının yüksek olduğu, vajinal doğumun uygulanamadığı, durumlarda diğer doğum şekli seçeneği sezaryen doğumdur (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2010a; DSÖ, 2021). Cerrahi bir işlem olan sezaryen bazı vakalarda anne ve bebek için hayat kurtarıcı bir seçenek olmaktadır (Park vd., 2005). Fakat sezaryen doğumun da vajinal doğuma göre maternal ve/veya fetal mortalite, morbidite oranlarında artış; dikişlerin iyileşmesi, anne bebek bağlanmasında ve bebek beslenmesinde gecikme, anestezinin yan etkisi, bir sonraki doğumdaki riski artırma gibi birçok dezavantajlı durumlar raporlanmaktadır (Radobugh ve Everhart, 1999; Konakçı ve Kılıç, 2002; Aslam vd., 2003). Sağlık risklerinin yanı sıra sezaryen cerrahi bir müdahale olduğu için anestezi, ameliyathane, malzeme gibi ihtiyaçların doğması ve hastanede yatış süresinin fazla olması nedenleri ile normal doğuma kıyasla %50 daha maliyetli bir seçenek olarak raporlanmaktadır. Bu da ülke ekonomisi için bir yük oluşturmaktadır (Konakçı ve Kılıç, 2002; Güney vd., 2006; Gözükara ve Eroğlu, 2008). Sezaryen yöntemi ile doğum sayısının dünya çapında artış göstermesi, global anlamda anne bebek sağlığı açısından riskler oluşturduğu gibi, sağlık sistemine de ek maliyetler getirmektedir. Bu sebeplerle sezaryen doğumu azaltıcı politikalara ihtiyaç duyulmaktadır (Birinci ve Parpucu, 2023).

Zamanla sağlık hizmeti sunucularının ve sağlık hizmeti alacak kişilerin, doğum yöntemlerine yaklaşımlarının değişmesi ile sezaryen doğum oranları artış göstermeye başlamıştır (Tekirdağ ve Cebeci, 2010; DSÖ, 2021). Sezaryen doğumlar, dünya genelindeki tüm doğumların yaklaşık %21’ini oluşturmaktadır. Mevcut artış eğiliminin devam etmesi hâlinde, bu oranın 2030 yılına kadar %29’a ulaşacağı öngörülmektedir (Karaca ve Karaca Dedeoğlu, 2024; DSÖ, 2024). DSÖ’nün en son 2018’de güncellenen raporuna göre Sahra Altı Afrika Bölgeleri (%5) sezaryen ile doğum oranında en düşük seviyeye sahiptir (DSÖ, 2025). Sahra Altı Afrika Bölgesi gibi düşük gelirli ülkelerde anne-bebek ölüm oranı yüksektir. Bunun sebeplerinden biri sezaryen doğum yöntemine de ihtiyaç dahilinde erişememeleridir (Ye, 2015; Sobhy, 2018).

OECD 2024 Sağlık Verisi ve Avrupa İstatistik Ofisi Veri Tabanı üzerinden elde edilen verilere göre tüm canlı doğumlar içindeki sezaryen ile doğum oranı, Türkiye’de %61.5 iken 31 OECD ülkesinde ortalama %28’dir. Ayrıca bu oran 25 Avrupa Birliği ülkesinde ortalama %28.7’dir. Bu verilere göre Türkiye’deki sezaryen yöntemi ile doğum oranı, dikkat çekici düzeyde

yüksek görülmektedir. Buna göre sezaryen cerrahi işleminin Türkiye’de endikasyon dışı, yani gerekmeden, yapıldığı yorumu yapılabilmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2025a). Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı 2024- 2028 dönemi stratejik planına göre sezaryen doğum oranını %35 seviyesine düşürmeyi hedeflemektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2024c). Sağlık Bakanlığı (2025a)’nın Sağlık İstatistikleri Yıllığı’nda raporladığı canlı doğumlar içindeki sezaryen doğum yüzdelik oranları, yüksekten düşüğe şu şekilde sıralanmaktadır: Türkiye (61.5), Güney Kore, (53.8), Meksika (52.6), Bulgaristan (46.5), Romanya (44.3), Polonya (42.2), İrlanda (35.5), Macaristan (34.6), İsviçre (32.6), İtalya (32.3), Birleşik Krallık (31.3), Almanya (30.7), Kanada (29.8), Hırvatistan (28.8), Lüksemburg (28.1), İspanya (24.3), Belçika (21.9), Fransa (20.5), Danimarka (19.6), İsveç (18.2), İsrail (15.6), Norveç (15.6), Hollanda (15.4), İzlanda (14.4).

Türkiye’de yıllara ve sektörlere göre sezaryen ve primer sezaryen doğum oranları sürekli artış göstermektedir. Sektörlere göre bakıldığında, Sağlık Bakanlığı’nın 2023 verisine göre, özel sağlık kurumlarındaki doğumlar içindeki sezaryen ameliyatı oranı %79.2 ve primer sezaryen oranı %48.4; üniversite hastanelerindeki doğumlar içindeki sezaryen ameliyatı oranı %76.4 ve primer sezaryen oranı %42.4; Sağlık Bakanlığı hastanelerindeki doğumlar içindeki sezaryen ameliyatı oranı %49.6 ve primer sezaryen oranı %20.1’dir. En yüksek sezaryen ve primer sezaryen oranı özel hastanelerde, sonraki en yüksek sezaryen ve primer sezaryen oranı üniversite hastanelerindedir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2025a).

Sezaryen doğumun sürekli artışındaki sebepler konusundaki tespitler özel hastanelerin ve hekimlerin sezaryen doğuma yönlendirme gücü, ilk doğumun sezaryen olmasından kaynaklı ikinci doğumun da sezaryen seçilmesi, toplumun anne sağlığı konusunda yetersiz farkındalık düzeyi, sezaryenin daha güvenilir olduğu yönündeki yanlış inanışlar, birinci basamak sağlık hizmetlerindeki gebe ve lohusa izlemlerinin niteliğinin yeterli düzeyde olmamasıdır (Aksoy vd., 2014; T.C. Sağlık Bakanlığı, 2024a). Bazı araştırmalara göre hekimlerin ve hastanelerin sezaryeni tercih etme nedenleri arasında; normal doğumda ortaya çıkabilecek komplikasyonlar ve hatalar sonucu açılacak malpraktis davalarından kaçınma, sezaryenin planlı ve kısa sürede gerçekleşme avantajı ile maddi açıdan daha fazla gelir sağlaması yer almaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2010a). Bir başka çalışmada, annenin kentsel bölgede olmasının sezaryen oranını 10 kat daha arttırdığı; son doğumunu özel sektörde yapmış olmasının sezaryen oranını 2.5 kat daha arttırdığı tespit edilmiştir (Özkan vd., 2013). Başka bir bakışla yapılan diğer çalışmada da sezaryen doğum hızının en yüksek olduğu zamanların cuma günü ve sabah saatlerinde olduğu tespit edilmiştir (Ceylantekin ve Yılmaz, 2021). Kadınların sezaryen doğum tercihini arttıran diğer sebepler arasında; doğum sancısı korkusu, normal doğum kaynaklı vücut şeklinin bozulacağı inanışı, bebeğinin doğum tarihini belirleyebilme isteği gibi sebepler yer almaktadır (Aksoy vd., 2014; Karaca ve Karaca Dedeoğlu, 2024; T.C. Sağlık Bakanlığı, 2024b).

Kadınlarda yaş grubuna göre doğurganlık yaşı incelendiğinde, 2001 yılından en yüksek doğurganlık hızı 20-24 yaş aralığında iken 2023 yılında 25-29 yaş aralığı olmuştur. TÜİK (2024a)’ın doğum istatistikleri raporuna göre, 2001 yılında en yüksek doğum sayısı binde 144 iken 2023 yılında en yüksek doğum sayısı binde 101 olmuştur. Bu verilere göre doğum hızının düşüş gösterdiği ve doğurganlık yaşının ilerlediği görülmektedir. Doğurganlık hızının düşmesi ve doğum yaşının artması; ileri yaşta evlilik ve anne- baba adaylarının kariyer yapma önceliği gibi sebeplere bağlanmaktadır. Doğumların ileri yaşta tercih edilmesi kaynaklı, normal doğumda riskler artmakta, bu durum da sezaryen cerrahi tercihini arttırmaktadır. İleri yaşlardaki doğumlarda anne ve bebek sağlığı için artan riskler sebebi ile yardımcı üreme tekniklerinin kullanımı yaygınlaşmıştır. Yardımcı üreme tekniklerinin yaygınlaşması, çoğul

ve preterm (erken doğum) gebeliklerin görülme olasılığını artırmıştır. Çoğul ve preterm doğum olasılıklarının artması yine sezaryen doğum oranını arttırmıştır (Karabulutlu, 2013; Aksoy vd., 2014).

TÜİK (2024b)'in Ölüm ve Ölüm Nedeni İstatistikleri 2023 verilerine göre Türkiye'deki önlenebilir ölümler arasında "gebelik, doğum, perinatal dönem kaynaklı hastalıklar" sebebiyle önlenebilir ölümler %5.9 olarak raporlanmıştır. Bu ölümlerin nedenlerinin yetersiz sağlık hizmeti veya sağlık personeli veya gereksiz sezaryen cerrahisi uygulamalarının etkisi olduğu düşünülebilir. Fakat kesin yargıya varılamamaktadır. DSÖ (2006)'nın raporuna göre her 1000 kişide en az 4.5 sağlık personeli gerekliliği ifade edilmektedir. Türkiye'de her 1000 kadına kadın sağlığı alanında çalışan 3 sağlık çalışanı hizmet vermektedir. 2002 yılında 41479 olan ebe sayısı, 2024 yılında 61725'tir. Son 22 yılda ebe sayısında artış gözlemlenmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2024b, 2025a).

Sezaryen ve normal doğum oranları bölgesel olarak farklılıklar göstermektedir. Özellikle gelişmiş şehirlerde hastaneler ve kadın hastalıkları ve doğum alanında dal hastaneleri yaygınken, kırsal bölgelerde bu merkezlere erişim mümkün olmayabilmektedir. Kırsal bölgelerde hastanelerin ve doğum kliniklerinin olmaması nedeniyle yetkin ve yeterli sağlık personeline, gerekli cerrahi hizmetlere erişimi kısıtlamakta ve bu sebeple kırsal bölgelerde normal doğum ve evde doğum oranı daha yüksek seyretmektedir. Bölgesel karşılaştırmaya göre 2023 yılında canlı doğumlar içindeki en yüksek sezaryen doğum oranının Batı Karadeniz Bölgesi'nde; en düşük oranın ise Ortadoğu Anadolu Bölgesi'nde olduğu görülmektedir. Hastanede gerçekleşen doğumların tüm canlı doğumlar içindeki oranının en düşük olduğu bölge ise Güneydoğu Anadolu Bölgesi olarak raporlanmakta ve bu da geleneksel doğum yöntemlerinin yani evde doğumun uygulandığı şeklinde yorumlanabilmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2025a).

3.2. İçerik

Türkiye'de sezaryen doğumu azaltıcı politikaların içeriği raporlanmış birçok resmî belge ile incelenmiş sezaryen doğuma yönelik hedefler, risk faktörleri ve önlemler içerik başlığı altında açıklanmıştır. Buse ve diğerleri (2005)'ne göre içerik boyutu, diğer boyutların bir kısmını veya tamamını yansıtabilir. Türkiye verilerine ulaşmada, Sağlık Bakanlığı kaynaklarına öncelik verilmiştir. Normal doğum yöntemi insanlık tarihinin başından beri uygulanan, günümüzde de uygun ortam sağlandıkça, tıbbi bir problem görülmedikçe anne ve bebek için doğal ve fizyolojik bir süreç olmasının yanında, görece daha sağlıklı bir yöntem olarak belirtilmektedir (Betrán vd., 2016). Annenin doğum sırasında zorlanması, bebeğin normal doğuma uygun olmaması, annenin daha önce sezaryen doğum geçirmesi gibi sebeplerle sezaryen doğum, tıbbi olarak zorunluluk kabul edilir. Fakat sezaryen doğum uygulamalarındaki tek faktör tıbbi gereklilik veya doktor yönlendirmesi değildir. Anne adayları da tercihlerini tıbbi sebeplere dayanmadan sezaryen doğumdan yana kullanabilmektedirler (Turamanlar ve Songur, 2014). Bu nedenledir ki gereksiz sezaryen doğumları azaltmak için sadece hukuki düzenleme veya mali teşvikler yeterli olmamakta, halkın da bilinçlendirilmesi gerekmektedir.

Anne- bebek sağlığı bir ülkenin gelişmişlik düzeyini gösteren en önemli işaretlerden biridir. Tıbbi gereklilik dışı sezaryen cerrahi işleminin anne-bebek sağlığı için ek fayda sağlamamasının yanı sıra sağlığı tehlikeye atmakta ve ciddi bir halk sağlığı problemini ortaya çıkarmaktadır (Ergöl ve Kürtüncü, 2015). Bu nedenle hem global anlamda hem de Türkiye'de sezaryen doğum oranlarının düzenlenmesi konusunda politikalar ortaya konulmakta, tedbirler alınmaktadır. 2003 yılından bu yana uygulanan Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında anne bebek sağlığı, sağlık hizmetlerinin kalitesinin artırılması ve erişimde eşitliklerin giderilmesi

gibi pek çok konuda çalışmalar ve yasal düzenlemeler ortaya koyulmaktadır. Sağlık Bakanlığı komisyonları ile, ilgili mesleki dernekler tarafından doğumun her aşaması için ve acil durumlara özel yönetim rehberleri oluşturulmuştur (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2018).

Sezaryen ve normal doğumu kontrol altına alma ve doğru uygulama konusunda 2010 yılında Doğum ve Sezaryen Yönetim Rehberi yayımlanmıştır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2010a). Yayımlanan bu rehberler bilgi verme ve rehberlik sunma amaçlı olup bir yaptırımı bulunmamaktadır. Türkiye’de sezaryen doğumu azaltıcı tedbirlerden biri de 2012 yılında Umumi Hıfzıssıhha Kanunu’nda tıbbi gereklilik dışında sezaryenin kısıtlanması, tespiti halinde disiplin işlemlerinin uygulanacağı duyurusudur. Fakat bu yasaklama hem hekimin mesleğini icra etme hürriyetine aykırı bulunması hem de kadınların doğum yöntemi seçiminde, tıbbi bir zorunluluk durumu yok ise, birincil karar verici olarak kabul edilmesi yönünden etkili olmamaktadır (Karaca ve Karaca Dedeoğlu, 2024). 2012 yılında kamu hastaneleri ve özel hastanelerde, sezaryen doğum kararını klinik olarak anlamlı ilkeler ile takip etmeyi amaçlayan, uluslararası geçerliliği olan Robson Sınıflandırma Sistemi kullanılmaya başlanmıştır. Robson Sınıflandırma Sistemi ülkelerin sezaryen oranlarını dünya düzeyinde inceleyebilmek ve toplum tabanlı takibini yapabilmek için Doktor Michael Robson tarafından 2001 yılında geliştirilmiş ve DSÖ tarafında küresel bir standart olarak kullanılması önerilmiştir. Robson ilkeleri sezaryen oranlarının hangi gruplarda yoğunlaştığını tespit ederek, kadınları 6 kritere göre 10 gruba ayırmıştır. Sağlık Bakanlığı bu sınıflandırma sistemi ile sezaryen oranlarının hangi grupta yoğunlaştığını ölçmeyi ve sağlık politikalarını hedef gruplara göre planlamayı hedeflemektedir (Betrán vd., 2016; Kıyak vd., 2019). DSÖ 2015 yılında sistematik derleme ve analizleri sonucu ideal sezaryen oranlarının %10-15 arasında olması gerektiğini; 2018 yılında tüm dünyada artan sezaryen oranları için Gereksiz Sezaryenleri Azaltmak İçin Klinik Olmayan Müdahaleler Kılavuzu’nda önerilerini yayınlamıştır. 2024 yılında Avrupa Perinatal Tıp Derneği ve Avrupa Ebeler Derneği ülke düzeyindeki ideal sezaryen oranlarının %15-20 aralığında olması gerektiğini bildirmiştir.

Sağlık Bakanlığı normal doğumu teşvik etmek, tıbbi zorunluluk olmadıkça yapılan sezaryen oranlarını düşürmek, çalışanların eğitimlerini artırmak, halkın bilinçlenmesini sağlamak amaçlarını kapsayan 3 Ekim 2024- 10 Temmuz 2025 tarihleri arasında geçerli Normal Doğum Eylem Planını yürürlüğe koymuştur. Bu eylem planı anne dostu standartlarında hastaneleri yaygınlaştırmak, doğum süreçlerinin takibini sağlayacak dijital çözümler sağlamak, doğum hizmetlerinin kalitesini arttırmak için çalışmalar yapılacağını bildirir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2024b). Türkiye’de 2010 yılında uygulanmaya başlanan aile hekimliği sistemi ile ebelerin bir kısmı aile hekimliklerinde doğum hizmetleri görevlerini bırakarak çalışmaya başlamışlardır. Bu da ebelerin doğrudan aktif doğum süreçlerindeki rollerini azaltmış, doğum süreçlerindeki sorumluluk hekimlere kaymıştır. Bu durumun sezaryen doğum oranlarındaki artışa katkısı olduğu belirtilmektedir (Korkut ve Kaya, 2019). Normal Doğum Eylem Planı’nda ebelerin meslekte güçlendirilmesi hedeflenmektedir. Kadınların normal doğuma yönelik korkularını ve aklındaki soru işaretlerinin giderilmesini sağlamak için “Gebe Okulları” açılmakta, gebelik sürecindeki her kadının “Her Gebeye Bir Ebe” programı çerçevesinde ebelerin görevlendirilmesi sağlanmaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2024b).

Eylem planına göre sezaryen doğumun sağlık çalışanları tarafından tercih edilmesinin en önemli sebeplerinden biri sağlık çalışanlarının hatalı tıbbi uygulamalardan (malpraktis) doğabilecek hukuki sorumluluklarının riskini almak istememeleridir. Hukuki kaygılara dayanan bu etkenin en aza indirilebilmesi, hekimlere ve sağlık çalışanlarına uygulama alanı sağlanabilmesi için mevzuat değişikliği ile malpraktis davalarında sağlık çalışanını koruyacak şartlar konulmuştur. Hekime hukuki yaptırımda bulunulabilmesi için hekimin hatalı

davranışını kasten ve görevi kötüye kullanmaya yönelik yaptığını kesinleşmiş ceza mahkemesi kararı ile tespit edilmiş olması gerekmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2024b). 40 Haftalık Normal Doğum Eylem planında 2025 yılı sonuna kadar sezaryen oranlarının %5 düşürülmesi, doğum yapılan kamu, üniversite ve özel sağlık kuruluşlarının en az %95 inde gebelik okulu açılması, gebelerin en az %80' ine bilgilendirme yapılması, tüm doğum ünitelerinin %50'sinin anne dostu hastane standardına getirilmesi, tüm doğumhane çalışanlarının eğitim programlarını tamamlaması, annelere annelik sürecinde rehberlik yapacak “annelik yolculuğu” mobil uygulamasının hayata geçirilmesi ve en az %20 gebenin aktif olarak kullanması, doğumhane çalışanlarına maddi teşvik uygulamalarının sağlanması hedeflenmektedir. Sezaryen oranlarını düşürebilmek için klinik rehberlere göre normal doğum veya sezaryen takibinin yapılması, sezaryen doğuma yönelik denetimlerin yapılması ve uygulama nedenlerinin incelenmesi, kamudaki sağlık yöneticilerinin performans kıstaslarına primer sezaryen doğum oranlarının eklenmesi, hastanelerin fiziki standartlarının uygun hale getirilmesi, doğumhanelerde sorumlu ebe ve rehber ebe görevlendirilmesinin yapılması eylem planlanmaktadır. Normal doğum teşvik ek puanının hesaplanması ve ek ödemeler konusunda yönetmelik, 01.01.2025 tarihinden itibaren geçerli olmak üzere yürürlüğe konulmuştur (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2024a, 2024b).

3.3. Aktörler

Politika üçgeni modelinde aktörler, politika sürecini doğrudan veya dolaylı olarak etkileme gücü olan birey, örgüt, hükümet, uluslararası kuruluşlar ve eylemleri kapsar. Politikanın şekli, politika sürecinde karar verici aktörler ve ilişki içinde bulundukları çeşitli diğer aktörlere bağlıdır. Farklı görüşlerdeki aktörlerin gücüne göre uzlaşılan politikalar şekillenmektedir. Aktörler politika sürecinin farklı aşamalarında farklı rollerde bulunabilirler (Buse vd., 2005). Politika aktör grupları, alt grupları ve politikadaki baskın olan tanımlayıcı rolü ve etkileri Tablo 1. de özetlenmiştir.

Tablo 1. Sezaryen Doğum Oranını Azaltma Politikası Aktörleri

Aktör Grubu	Aktör Alt Grupları	Tanımlayıcı Rolü
Resmi Aktörler	Sağlık Bakanlığı ve Bağlı/İlgili Kurumları	Karar Verici Aktörler
	Sağlık Bakanlığı ve Bağlı/İlgili Kurumları	
	Hastaneler ve Klinikler	Uygulayıcı Aktörler
	Sağlık Profesyonelleri	
Gayri Resmi Aktörler	Kadınlar ve Aileler	Etkilenen Aktörler
	Medya ve Sosyal Medya	
	Ulusal Sivil Toplum Kuruluşları ve Meslek Örgütleri	
	Akademisyenler/Araştırmacılar	Etkileyici Aktörler
	Sağlık Profesyonelleri	
Uluslararası Aktörler	Uluslararası Kurum ve Dernekler	

Kaynak: Yazar tarafından oluşturulmuştur.

Tablo 1’de, aktör alt gruplarının baskın olarak üstlendikleri roller gösterilmiştir. Bununla birlikte, bazı aktörler birden fazla tanımlayıcı role sahip olabilmektedir. Örneğin, Sağlık Bakanlığı ve bağlı/ilgili kurumlar, politikanın hem oluşturulması hem de uygulanmasından sorumlu kurumlar olarak hem kural koyucu hem de uygulayıcı aktör rolünü üstlenmektedir.

Sağlık profesyonelleri, politikanın sahadaki uygulanmasında aktif görev alarak uygulayıcı aktörler arasında yer almakta; aynı zamanda klinik deneyimleri, mesleki otoriteleri ve hasta yönlendirme pratikleri aracılığıyla politika sürecine dolaylı biçimde etki ederek etkileyici aktör rolünü de üstlenebilmektedir.

3.3.1. Karar Verici Aktörler

Sağlık Bakanlığı ve Bağlı/İlgili Kurumlar: Türkiye’de sağlık konusundaki politikaların kararlarını veren ana aktörü, yürütücüsü ve denetleyicisidir. Sağlık Bakanlığı hem kural koyucu hem de uygulayıcıdır. Karar alma gücüne sahip olduğu için gücün en görünür şekline sahiptir. Bakanlık global ve yerel çaptaki istatistikler ışığında anne- bebek sağlığını koruyucu, sezaryen doğumu azaltıcı politikalar belirlemekte, gereklilikleri analiz etmekte ve kaynak tahsisi sağlamaktadır (Buse vd., 2005).

3.3.2. Uygulayıcı Aktörler

Sağlık Bakanlığı ve Bağlı/İlgili Kurumlar: Belirlediği eylem planlarının uygulanmasını sağlamak ve denetim mekanizması kurmaktadır. Ülkenin sosyal, ekonomik, kültürel, coğrafi özelliklerini göz önünde bulundurularak eylem planları, yönetmelikler ortaya koyar ve personelin eğitim programlarının oluşturulmasını sağlar (Buse vd., 2005).

Hastaneler ve Klinikler: Sağlık politikalarını uygulayan ana aktörlerdir. Hastane ve klinikler sağlık sunucuları olarak sezaryen ve normal doğum oranlarını doğrudan etkilerler. Hastaların bilinçlendirilmesinde büyük rol oynarlar. Kamu- özel- üniversite hastanelerinin kendine has hedefleri ve organik yapısı doğrultusunda normal doğum oranlarını da bu doğrultuda şekillendirebilmektedir.

Sağlık Profesyonelleri: Kadın sağlığı ve doğum hizmetlerinin planlanması ve uygulanmasında rol alan kadın hastalıkları ve doğum uzmanları, ebeler, hemşireler ve psikologlar ailelerle doğrudan temas kurarak doğum şeklinin seçimi ve uygulanmasında etkili role sahiptirler. Sağlık profesyonelleri politikanın hem uygulayıcısı hem de etkileyici ve yönlendiricisi durumundadır. Sezaryen doğum oranlarını azaltmaya yönelik politikanın etkin biçimde uygulanabilmesi, öncelikle hekimlerin ve doğumhane personelinin, tıbben gerekli bir durum bulunmadığı sürece, anneleri normal doğuma yönlendirmesi ve bu süreçte rehberlik etmesiyle mümkündür. Normal doğum eylem planına göre ebelerin gebelik takibi sürecinde daha etkin rol alması için planlamalar yapılmaktadır.

3.3.3. Etkilenen Aktörler

Kadınlar ve Aileler: Normal doğum için geliştirilen sağlık politikalarından doğrudan etkilenen kesim kadınlardır. Kadınlar doğum şeklini talep edebilen ve doktorunu yönlendirebilen bir role sahiptir. Sezaryen doğumu azaltıcı politikaların etkili olabilmesi için ailelere ve kadınlara bilinçlendirme programları düzenlenmektedir. Normal doğum eylem planına göre kadınların gebelik öncesinden gebelik sonrasına kadar olan süreçte yararlanabilecekleri “Annelik Yolculuğu” isimli mobil uygulama hayata geçirilmiştir. “Annelik Yolculuğu” mobil uygulaması, beslenme, doğuma hazırlık ve lohusalık, 0-2 yaş bebek sağlığı, aşı takvimi gibi pek çok içerik ile dijital mağazalarda ücretsiz olarak erişime açılmıştır. Uygulama, annelerin doğum sürecinde kadınlara rehberlik etmek, aileleri bilinçlendirmek ve sağlık okur yazarlığını arttırmayı hedeflemektedir (Anadolu Ajansı, 2025).

3.3.4. Etkileyici Aktörler

Medya ve Sosyal Medya: Medya aktörü politika sürecinde doğrudan olmasa da dolaylı olarak politika sürecini etkiler. Kamuoyu oluşturma ve algıyı yönlendirme gücü vardır. Gündem

belirleyerek mevcut politikanın uygulanmasını sağlamak veya mevcut olmayan bir politikanın uygulanmasını tetiklemek, aktörler arasındaki iletişim ağını kurmak etkili rollerindendir. Sağlık Bakanlığı'nın da politika uygulamalarında, iletişim faaliyetlerinde aktif olarak kullandığı bir platformdur.

Sivil Toplum Kuruluşları ve Meslek Örgütleri: Sivil toplum kuruluşları ve meslek örgütleri politika sürecinde baskı ve çıkar gruplarıdır. Politika sürecine doğrudan dahil olmayıp olarak etkileyici role sahiptir (Walt ve Gilson, 1994; Buse vd., 2005). Sivil toplum kuruluşları kadın hakları konusunda gördükleri eksikleri çeşitli kanallardan dile getirerek politika süreçlerini etkileyebilirler. Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği gibi meslek örgütleri de mesleki uzmanlıkları ışığında, uygulanan sağlık politikalarına yönelik teknik değerlendirmeler ve öneriler sunarak politika sürecine katkıda bulunmayı amaçlar. Sağlık Bakanlığı'nın normal doğumu teşvik eden politikasına yönelik uygulamaları kimi zaman sivil toplum kuruluşları ve meslek örgütleri tarafından tepki ile karşılanabilmektedir.

Uluslararası Dernekler ve Kuruluşlar: DSÖ, Dünya Bankası, Birleşmiş Milletler Yardım Fonu (UNICEF/United Nations Children's Fund), uluslararası sivil toplum kuruluşları gibi uluslararası dernek ve kuruluşlar, global sağlık politikasını etkileyen güçlü aktörlerdendir. Politika sürecinde, ülkelere hedeflere yönelik finansman sağlama, kılavuzlar, stratejiler, izleme ve değerlendirme standartları sunarak ülkelerin politikalarını yönlendirirler. Global düzeyde raporlamalar sunarak belirledikleri politikanın benimsenmesi için hükümetleri zorlayabilirler (Buse vd., 2005). Örneğin, DSÖ küresel anlamda artan sezaryen oranlarını takip eder. Hedefler belirler ve her ülkenin kendi içinde değerlendirmesi ve uygulaması için öneriler sunar. Ülkelerin sağlık politikalarını oluşturmada önder rol oynar. DSÖ 2015 yılında global düzeyde ideal sezaryen oranlarının %10-15 arasında olması gerektiğini bildirmiştir. 2018 yılında tüm dünyada artan sezaryen oranları için Gereksiz Sezaryenleri Azaltmak İçin Klinik Olmayan Müdahaleler Kılavuzu'nda önerilerini yayınlamıştır (DSÖ, 2018). Uluslararası meslek derneklerine örnek olarak; Ebeler Konfederasyonu ve Avrupa Perinatal Tıp Derneği ve Avrupa Ebeler Derneği verilebilir. Bu dernekler meslek gruplarının uluslararası düzeyde haklarını gözeterek, veriye dayalı çalışmalarla politikaları etkilerler (Karaca ve Karaca Dedeoğlu, 2024).

Akademisyenler ve Araştırmacılar: Üniversiteler ve araştırma enstitüleri gibi akademik kurumlar ve alanda çalışan araştırmacılar, bilimsel ve kanıta dayalı çalışmalarla politika yapıcılarını bilgilendirir. Ulusal ve uluslararası düzeyde politika süreçlerini değerlendirir, elde edilen araştırma bulgularına dayanarak öneri verir.

3.4. Süreç

3.4.1. Sorunun Tespiti

Dünya Sağlık Örgütü 1985 yılında yaptığı global çapta veri analizi ile sezaryen doğum oranlarını %10 ile %15 arasında olması gerektiğini; üzerinde olması gereksiz kullanımı, altında olması da yetersiz sağlık hizmetlerini gösterdiğini açıklamışlardır. 2015 yılında sezaryen doğum hızları ile ilgili raporunda ise sezaryen oranlarının günümüze kadar sürekli olarak artış trendinde olmasının anne- çocuk ve gelecek nesillerin sağlığı için endişelere yol açması nedeniyle ulusal ve uluslararası aktörler arasında konunun tekrar ele alınmasına yol açmıştır. Rapora göre sezaryen doğum gereklilik olması durumunda mortalite ve morbiditeyi önlemekte fakat gerekli olmadığı durumlarda uygulanmasının görece bir faydası bulunmamaktadır (Betrán vd., 2016; T.C. Sağlık Bakanlığı, 2025a). Bazı araştırmalarda sezaryen doğumun normal doğuma göre mortalite ve morbidite oranlarında artış, cerrahinin yan etkileri, iyileşme sürecinin uzunluğu gibi anne bebek sağlığını olumsuz yönde etkileyecek

durumlar raporlanmaktadır (Radobugh ve Everhart., 1999; Konakçı ve Kılıç, 2002; Aslam vd., 2003). Diğer taraftan sezaryen doğumun cerrahi bir işlem olmasından kaynaklı maliyetleri arttırması ülke ekonomisine bir yük oluşturmaktadır (Konakçı ve Kılıç, 2002; Güney vd., 2006; Gözükkara ve Eroğlu, 2008). Sezaryen doğum uygulamalarının Türkiye’de dağılımına bakıldığında yıllara göre artış eğiliminde olduğu ve gelişmemiş bölgelerde sezaryen oranı daha düşükken gelişmiş bölgelerde daha yüksek gözlemlenmektedir. Hizmet sunucularına göre dağılıma bakıldığında hastanede yapılan doğumlar arasında sezaryen doğum oranlarının en yüksek özel sektörde sonra üniversite hastanelerinin olduğu tespit edilmiştir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2025a).

3.4.2. Politika Geliştirme ve Uygulama

Sağlık Bakanlığı ve bağlı müdürlükleri, ilgili bakanlıklar, akademisyenler ve sivil toplum kuruluşları ile birlikte sezaryen ve normal doğumların takibi yapılmış, sezaryen doğuma yönelimin nedenleri araştırılmıştır. Belirlenen eksiklikler üzerine yasal düzenlemeler, hekime, sağlık çalışanına ve ailelere eğitim planlamaları yapılmıştır. 2003 yılında başlatılan Sağlıkta Dönüşüm Programı hedeflerine dahil edilmiştir. 2007 yılında Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü tarafından Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi yayımlanmış; 2014 yılında Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü tarafından güncellenmiş, 2018 yılında Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü tarafından güncel veriler ve hedefler ışığında yenilenmiştir. 2010 yılında “Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği”, “Türk Perinatoloji Derneği ve Türkiye Maternal Fetal Tıp ve Perinatoloji Derneği” iş birliği ile Doğum ve Sezaryen Eylemi Yönetim Rehberi geliştirilmiştir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2010a, 2018). 2010 yılında Sağlık Bakanlığı Sağlıkta Performans ve Kalite Yönergesi ile kamu hastanelerinin normal doğum oranları performans kriteri olarak eklenerek, normal doğum yaptıran hekime 480 puan sezaryen doğum yaptıran hekime 150 puan verilmeye başlanmıştır. Böylelikle hekime normal doğum seçiminde gelirinde %300 üzerinde maddi teşvik sağlanmıştır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2010b). Ayrıca Sağlıkta Uygulama Tebliğinde normal doğum için hastanelere ödenek, sezaryen doğuma göre %200 oranında arttırılmıştır.

2012 yılında Umumi Hıfzıssıhha Kanunu ile endikasyon dışı yapılan sezaryen ameliyatlara kısıtlama getirilmiştir. 2016 yılında Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı’na bağlı Türkiye Anne, Çocuk ve Ergen Sağlığı Enstitüsü tarafından düzenlenen Doğum Şekli Tercihinin Multidisipliner İrdelenmesi Çalıştayı düzenlenmiş, endikasyon dışı sezaryen ameliyatlara ceza ve tespit edilen ekibe eğitim programı vurgulanmıştır. 2017 yılında kamu ve özel hastanelerinde gebelere eğitim ve danışmanlık hizmeti verilmek üzere gebe okulları açılmaya başlanmıştır. 2018 yılında gebelik okullarındaki standartların belirlenmesi için “Sağlık Hizmetlerinde Gebe Bilgilendirme Sınıfı, Gebe Okulu ve Doğuma Hazırlık ve Danışmanlık Merkezlerinin Çalışma Usul ve Esasları Hakkında Genelge” yayımlanmıştır. 2019 yılında Türk Perinatoloji Derneği doğum hizmetlerinin kalitesinin arttırılması ve sezaryen doğum oranlarının düşürülmesine yönelik kapsamlı öneriler sunmuştur (Türk Perinatoloji Derneği, 2019).

3 Ekim 2024- 10 Temmuz 2025 Normal Doğum Eylem planı ile ebelerin doğum süreçlerindeki rolünü güçlendirme, yeterli sayıda ebe istihdam ederek gebelere danışmanlık hizmeti sağlama, gebe okulunu tüm hastanelerde uygulamaya koyma, gebelik takibini dijital çözümlerle birleştirme hedeflenmektedir. Hekimlerin malpraktis davalarından dolayı sezaryen doğuma yönelmesinin önüne geçebilmek için bu eylem planına göre hekim ve doğum personelinin koruyan yasal düzenlemeler getirilmiştir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2024b). 2012 yılında kullanılmaya başlanan Robson Sınıflandırma kriterlerine uyum aranacaktır. 19 Nisan 2025’te yayımlanan Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkındaki

Yönetmeliği güncellenmiş ve Tıp Merkezlerinde Planlı sezaryen doğum yasaklanmıştır. Ayrıca bu yönetmelikle doğum ünitesi olmayan sağlık merkezlerine doğum ünitesi kurma zorunluluğu getirilmiştir. Ayrıca ameliyathanesi bulunmayan tıp merkezlerinde doğum ünitesi kurulmasına da izin verilmeyecektir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2025b).

4. TARTIŞMA

Global düzeyde sezaryen doğum oranlarını en ideal düzeye getirmek için çalışmalar yapılmaktadır. Özellikle gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde sezaryen doğum oranlarının sürekli artış göstermesi anne bebek sağlığı için endişe oluşturmaktadır. Türkiye dışında birçok ülkede sezaryen oranlarında artış görülmektedir (Betrán vd., 2015, 2016; Betrán, 2023). Sezaryen yönteminin kullanımı sektörel olarak farklılık göstermektedir. Türkiye’de özel hastanelerde ve üniversite hastanelerinde sezaryen doğum oranlarının en yüksek oranları göstermesi farklı yıllardan çalışma ve belgelerle kanıtlanmaktadır (Konakçı ve Kılıç, 2002; T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011, 2013, 2019). Sezaryen endikasyonlarının araştırılmasında en önemli endikasyonun, annenin daha önce sezaryen ameliyatı geçirmiş olması olduğu Aksoy vd. (2014), Yumru vd. (2000), Bayman vd. (2000), Yıldız vd. (2010) çalışmalarında da bulgulanmıştır. Sezaryen oranlarının bölgesel farklılık göstermesi, sağlık hizmetlerine erişim eşitsizliği konusunda soruları beraberinde getirmektedir. Bölgesel farklılıklar çalışmalarla raporlanmıştır (Konakçı ve Kılıç, 2002; T.C. Sağlık Bakanlığı, 2025a). Türkiye’de sağlık sisteminin dönüşümü, doğumdaki toplumsal inançlar, değişen hasta tercihleri, hukuki baskılar, özel hastanelerinin artışı gibi pek çok faktör sezaryen doğum oranlarının artışına zemin hazırlamıştır. Endikasyon dışı ve anne isteğine bağlı olan sezaryen uygulamalarında en büyük sebep kadınların doğum korkusudur. Bu bulguyu destekleyen yurtiçi ve yurtdışı birçok rapor bulunmaktadır (Aksoy vd., 2014; Karabel vd., 2017). Sağlık Bakanlığı tarafından uygulamaya alınan Normal Doğum Eylem Planı ve 2024-2028 Sağlık Bakanlığı Stratejik Planı’na göre normal doğum politikasına gözden geçirilmiş ve kapsamlı eylem planları hazırlanmıştır. Politikanın benimsenmesi için planlanan eylemlerin izleme ve sonuçlarının değerlendirmelerinin sürekli olması planlanmıştır. Türkiye’de sezaryen doğumu azaltma yönünde çeşitli idari ve hukuki düzenlemelerin; eğitim programlarının ve teşvik kampanyalarının oluşturulduğu görülmüştür. Normal Doğum Eylem Planına göre T.C. Sağlık Bakanlığı (2024a, 2024b) kadınların doğum haklarına ve ilgili meslek mensuplarının çalışma hürriyetine saygı gösterilmesini sağlarken, aynı zamanda sağlık sisteminin verimliliğini artırmayı amaçlamaktadır.

5. SONUÇ VE ÖNERİLER

Türkiye’de normal doğum politikası Walt ve Gilson’ın Politika Üçgeni Çerçevesi’nde ele alınmış ve bu politikanın şekillendiği sosyal, ekonomik, kültürel kapsamı, politikanın süreci, politikanın uygulanmasında rol oynayan aktörleri analiz edilmiştir. Politika analizine göre normal doğum politikasının ana aktörü Sağlık Bakanlığı’dır. Making Health Policy kitabında, merkezi karar vericilerin sağlık politikalarını belirlemesi ve alt kademedeki uygulayıcılara devretmesi, “yukarıdan aşağı” (Top-Down) yaklaşımı olarak tanımlanmaktadır (Buse vd., 2005). Burada incelenen politikanın yukarıdan aşağıya uygulandığı görülmektedir. Alt kademe uygulayıcılar hastaneler, klinikler ve sağlık profesyonelleridir. Yukarıdan aşağı uygulama yaklaşımı, otoritenin daha hızlı kurulması ve kararların daha hızlı alınmasını sağlarken, politikanın tasarlanması sürecinde sahadaki beklenti ve ihtiyaçları göz ardı edebilmektedir. Bu durum uygulamada zorluklar oluşturmaktadır. Örneğin, sezaryen

doğumun azaltılması politikası için, özel sektör, meslek kuruluşları, sivil toplum kuruluşları, kadınlar gibi diğer aktörlerin politika karar sürecinde görüşleri sınırlı tutulmuştur. Politika analizinin bir parçası olan aktörler incelendiğinde, politikanın uygulama sürecinde bazı aktörlerin iş birliği geri planda kalmış ve uygulamada motivasyonları düşük seyretmiştir. Uygulamaya konulan sağlık politikasının etkili olabilmesi için tüm paydaşların katılımı gereklidir. Özel, kamu, üniversite hastaneleri, sağlık çalışanları ve halkın bu politikayı benimsemesi ve desteklemesi gerekmektedir. Bunun için bilinçlendirme faaliyetleri önerilmektedir. Bilinçlendirme faaliyetlerinin etkinliğinin mutlaka ölçülmesi ve sonuçların raporlanması önerilir. Hastane yönetimi ve çalışanların eğitimleri sürekli hale getirilmelidir. Gebelik öncesinde, sürecinde ve sonrasında kanıtlanabilir veriye dayalı eğitimler, ücretsiz psikolojik destek verilmelidir. Etkinlik, eğitim ve sosyal medya sistemleriyle daha fazla yararlanılması gerektiği, annenin doğumun her sürecinde bilgilendirilmesi önerilmektedir.

Steven Lukes'in güç teorisine göre politika yapıcılarının sahip olduğu karar alma, karar almama ve düşünce ve algı kontrolü olarak üç temel güç boyutu bulunmaktadır. Bu üç boyuttan en hassas olanı düşünce ve algı kontrolü gücüdür. Medya ve iletişim faaliyetleri ile politikanın uygulanmasında ve benimsenmesinde önemli bir aktördür (Lukes, 1974). Medya ve iletişim faaliyetleri, kamu spotları, dış ortamlardaki doğuma yönelik yayınlar bilimsel verilere dayalı yapılmalıdır. Duyurular zaman ve mekânın uygunluğu göz önünde bulundurularak yapılmalıdır. Sezaryen doğumu tercih eden veya tıbbi gereklilik sebebi ile sezaryen doğum ile doğumunu yapan annelerin psikolojik durumları da göz önünde bulundurularak ayırıştırıcı bir dil kullanılmasından kaçınılmalıdır. Sağlık ile ilgili konular, toplumun duygusal ve psikolojik kırılganlıklarını da etkilediği için hassasiyetle ele alınmalıdır. Sezaryen doğum oranlarının her yıl faaliyet raporları ile izlendiği ve Sağlık Bakanlığı'nın Stratejik planlarına dahil edildiği görülmüştür. Fakat sezaryen doğum oranı sürekli artış göstermeye devam ettiği görülmektedir. Politika etkinliği yeniden gözden geçirilmeli ve stratejik hedeflerde erişilebilir ve gerçekçi oranlar belirlenmelidir.

YAZAR BEYANI

Katkı Oranı Beyanı: Yazar, çalışmanın tümüne tek başına katkı sağlamıştır.

Destek ve Teşekkür Beyanı: Çalışmada herhangi bir kurum ya da kuruluştan destek alınmamıştır.

Çatışma Beyanı: Çalışmada herhangi bir potansiyel çıkar çatışması söz konusu değildir.

KAYNAKÇA

Aksoy, H., Özyurt, S., Aksoy, Ü., Açmaz, G., Karadağ, Ö. İ. ve Babayigit, M. A. (2014). Hastanemizdeki sezaryen hızı ve endikasyon dağılımları ışığında Türkiye'de sezaryen ile doğuma genel bakış. *Kocaeli Tıp Dergisi*, 3(3), 1-7.

Anadolu Ajansı. (19 Mayıs 2025). Sağlık Bakanlığı "annelik" yolculuğunu dijital platforma taşıdı. Anadolu Ajansı. <https://www.aa.com.tr/tr/saglik/saglik-bakanligi-annelik-yolculugunu-dijital-platforma-tasidi/3572740> adresinden 16.07.2025 tarihinde alınmıştır.

- Aslam, M., Gilmour, K., ve Fawdry, D. (2003). Who wants a caesarean section? A study of woman's personal experience of vaginal and caesarean delivery. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 23(4), 364-366.
- Bayman, G., Yalınkaya, A., Yayla, M. ve Yalınkaya, Ö., Erden, AC., (2000). Kliniğimizde 1995-1999 yılları arasında yapılan sezaryenlerin ve sezaryen esnasında yapılan diğer operasyonların değerlendirilmesi. *Medikal Network Klinik Bilimler ve Doktor Dergisi*, 6(2): 249-251
- Betrán, A. P., Torloni, M. R., Zhang, J. J. ve Gülmezoglu, A. M., for the WHO Working Group on Caesarean Section, (2016). WHO Statement on caesarean section rates. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 123(5), 667-670.
- Betrán, A. P., Torloni, M. R., Zhang, J., Ye, J., Mikolajczyk, R., Deneux-Tharaux, C., Oladapo, O. T., Souza, J. P., Tunçalp, Ö., Vogel, J. P. Ve Gülmezoglu, A. M. (2015). What is the optimal rate of caesarean section at population level? A systematic review of ecologic studies. *Reproductive health*, 12(57).
- Betrán, A. P., (2023). WHO session: Nonclinical intervention to reduce unnecessary caesarean section. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*, 49(S1), 87-89.
- Birinci, Ş. ve Parpucu, Ü. M. (2023). Ne zaman sezaryen: Türkiye Cumhuriyeti'nde 2022 yılında uygulanan sezaryen operasyonlarının Dünya Sağlık Örgütü Çok-Ülkeli Araştırma Rehberi doğrultusunda incelenmesi. *Turkish Journal of Obstetrics and Gynecology*, 20(3), 184-190. <https://doi.org/10.4274/tjod.galenos.2023.35919>
- Buse, K., Mays, N. ve Walt, G. (2005). Making health policy (2. Baskı) Nick Black and Rosalind Raine. Open University Press.
- Ceylantekin, Y. ve Yılmaz, M. (2021). Sezaryenle ve vajinal yolla doğum yapan kadınların doğum öncesi ve sonrası tecrübe ve bilgi düzeylerinin değerlendirilmesi. *Social Sciences Studies Journal*, 7(85), 2923-2933.
- Clark, S. L., Belfort, M. A., Dildy, G. A., Herbst, M. A., Meyers, J. A. ve Hankins, G. D. (2008). Maternal death in the 21st century: causes, prevention, and relationship to cesarean delivery. *American Journal of Obstetrics and gynecology*, 199(1), 36.e1–e11.
- Ergöl, Ş. ve Kürtüncü, M. (2015). Bir üniversite hastanesinde kadınların sezaryen doğum tercihlerini etkileyen faktörler. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 1(3), 26-34.
- Gözükara, F. ve Eroğlu, K. (2008). İlk doğumunu yapmış kadınların (primipar) doğum şekline yönelik tercihlerini etkileyen faktörler. *Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, 15(1), 32-46.
- Gözükara, F. ve Eroğlu, K. (2011). Sezaryen doğum artışını önlemenin bir yolu: “Bir kez sezaryen hep sezaryen” yaklaşımı yerine vajinal doğum ve hemşirenin rolleri. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, 89-100.
- Güney, M., Uzun, E., Oral, B., Sarıkan, İ., Bayhan, G. ve Mungan, T. (2006). Kliniğimizde 2001-2005 yılları arasında sezaryen oranı ve endikasyonları. *Uzmanlık Sonrası Eğitim ve Güncel Gelişmeler Dergisi*, 3(4), 249-254.
- Karabel, MP., 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.

- Karabulutlu, Ö. (2013). Kadınların doğum şekli tercihlerini etkileyen faktörler. *Florence Nightingale Journal of Nursing*, 20(3), 210-218. <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/95117> adresinden 04.06.2025 tarihinde alınmıştır.
- Karaca, B.Z. ve Karaca Dedeoğlu, A. (2024). Sezaryen doğumları azaltmaya ilişkin alınan önlemlerin değerlendirilmesi. *Artuklu Health*, 10, 47-58.
- Keag, O. E., Norman, J. E. ve Stock, S. J. (2018). Long-term risks and benefits associated with cesarean delivery for mother, baby, and subsequent pregnancies: Systematic review and meta-analysis. *PLoS Medicine*, 15(1), e1002494.
- Kıyak, H., Bolluk, G., Canaz, E., Yüksel, S. ve Gedikbaşı, A. (2019). The evaluation of cesarean section rates in accordance with Robson Ten-Group Classification System and the data of perinatology (tertiary center). *Perinatal Journal*. 27(2), 89-100.
- Konakçı S.K. ve Kılıç B. (2002). Sezaryen ile doğumlar artıyor. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 11 (8), 286-288.
- Korkut, S. ve Kaya, N. (2019). Sezaryen doğum kararına ebe farkındalığı ile etik yaklaşım. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*. 6(1), 144-144
- Lukes, S., (1974) *Power: A radical view*. (2. Baskı) London: Macmillan Press, s. 24.
- Marshall, N. E., Fu, R. ve Guise, J. M. (2011). Impact of multiple cesarean deliveries on maternal morbidity: a systematic review. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 205(3), 262-268.
- Özkan, S., Sakal, 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.
- Park, CS., Yeoum, SG. ve Choi, ES. (2005). Study of subjectivity in the perception of cesarean birth. *Nursing and Health Sciences*, 7(1), 3-8.
- Radobugh, S. ve Everhart, A. (1999). Cesarean birth: Reducing incidence while improving outcomes. *Nursing for Woman's Health* , 3(1), 28-34.
- Sak, R., Şahin Sak, İT., Öneren Şendil, Ç. ve Nas, E. (2021). Bir araştırma yöntemi olarak doküman analizi. *Kocaeli Üniversitesi Eğitim Dergisi*, 4(1), 227-250.
- Silver, R. M., Landon, M. B., Rouse, D. J., Leveno, K. J., Spong, C. Y., Thom, E. A., vd. (2006). Maternal morbidity associated with multiple repeat cesarean deliveries. *Obstetrics & Gynecology*, 107(6), 1226-1232.
- Sobhy, S., Arroyo-Manzano, D., Murugesu, N., Karthikeyan, G., Kumar, V., Kaur, I., Fernandez, E., Gundabattula, S. R., Betrán, A. P., Khan, K., Zamora, J. ve Thangaratinam, S. (2019). Maternal and perinatal mortality and complications associated with caesarean section in low-income and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. *Lancet (London, England)*, 393(10184), 1973-1982.
- Tekirdağ, A. ve Cebeci R. (2010). Eğitim hastanesinde sezaryen oranları. *JOPP Dergisi*, 2(1), 21-26.
- Turamanlar, O. ve Songur, A. (2014). Sezaryen ameliyatının tarihsel gelişimine anatomik açıdan bakış. *Lokman Hekim Journal*, 4(2), 8-12.

- Türk Perinatoloji Derneği. (2019). Türk Perinatoloji Derneği görüşü: Doğum eylem planı 2019-2023. https://www.perinatoloji.org.tr/wpcontent/uploads/sites/6/2020/04/sezer-yan_TPD-gorusu_2019.pdf adresinden 04.06.2025 tarihinde alınmıştır.
- Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı. (2010a). Doğum ve sezaryen eylemi yönetim rehberi. <https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/6407/0/dogum-ve-sezaryen-eylemi-yonetim-rehberipdf.pdf> adresinden 04.06.2025 tarihinde alınmıştır.
- Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı. (2010b). Sağlıkta Performans ve Kalite Yönergesi. <https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/3632/0/sagliktaperformansvekaliteyonergesi20092010pdf.pdf> adresinden 04.06.2025 tarihinde alınmıştır.
- Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı. (2011). Sağlık istatistikleri yılı 2010. <https://ekutuphane.saglik.gov.tr/ekutuphane/kitaplar/saglikistatistikleriyilligi2010.pdf> adresinden 29.07.2025 tarihinde alınmıştır.
- Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı. (2013). Sağlık istatistikleri yılı 2012.
- Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı (2018). Doğum öncesi bakım yönetim rehberi. https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/Yayinlarimiz/Rehberler/dogum_onesi_bakim_08-01-2019_1.pdf adresinden 04.06.2025 tarihinde alınmıştır.
- Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı. (2019). Sağlık istatistikleri yılı 2018. <https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/36134/0/siy2018trpdf.pdf> adresinden 29.07.2025 tarihinde alınmıştır.
- Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı. (2024a). Sağlık tesislerinde normal doğumun teşvikine yönelik usul ve esaslar. <https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/49893/0/saglik-tesislerinde-normal-dogumun-tesvikine-yonelik-usul-ve-esaslarpdf.pdf> adresinden 04.06.2025 tarihinde alınmıştır.
- Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı. (2024b). Normal doğum eylem planı (03.10.2024-10.07.2025). <https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/> adresinden 04.06.2025 tarihinde alınmıştır.
- Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı (2024c). 2024-2028 Stratejik Planı.
- Türkiye İstatistik Kurumu. [TÜİK] (2024a). Doğum istatistikleri, 2023. <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Dogum-Istatistikleri-2023-53708> adresinden 04.06.2025 tarihinde alınmıştır.
- Türkiye İstatistik Kurumu. [TÜİK] (2024b). Ölüm ve ölüm nedeni istatistikleri, 2023. <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Olum-ve-Olum-Nedeni-Istatistikleri-2023-53709> adresinden 04.06.2025 tarihinde alınmıştır.
- Walt, G. ve Gilson, L. (1994). Reforming the health sector in developing countries: the central role of policy analysis. *Health policy and planning* 9(4). 353-370.
- Wang, B. S., Zhou, L. F., Coulter, D., Liang, H., Zhong, Y., Guo, Y. N., Zhu, L. P., Gao, X. L., Yuan, W. ve Gao, E. S. (2010). Effects of caesarean section on maternal health in low risk nulliparous women: a prospective matched cohort study in Shanghai, China. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 10 (78).
- World Health Organization. (2016). Global strategy on human resources for health: Workforce 2030. WHO Press.

- World Health Organization. (2018). WHO recommendations non-clinical interventions to reduce unnecessary caesarean sections. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550338> adresinden 04.06.2025 tarihinde alınmıştır.
- World Health Organization. (2021, Haziran 16). Caesarean section rates continue to rise, amid growing inequalities in access. <https://www.who.int/news/item/16-06-2021-caesarean-section-rates-continue-to-rise-amid-growing-inequalities-in-access> adresinden 04.06.2025 tarihinde alınmıştır.
- World Health Organization. (2024). World health statistics 2024: Monitoring health for the SDGs, sustainable development goals. WHO Press.
- World Health Organization. (2025). Births by caesarean section (%). [https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/births-by-caesarean-section-\(-\)](https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/births-by-caesarean-section-(-)) adresinden 04.06.2025 tarihinde alınmıştır.
- Ye, J., Zhang, J., Mikolajczyk, R., Torloni, M. R., Gülmezoglu, A. M. ve Betran, A. P. (2016). Association between rates of caesarean section and maternal and neonatal mortality in the 21st century: a worldwide population-based ecological study with longitudinal data. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 123(5), 745-753.
- Yıldırım, A. ve Şimşek, H. (2013). Sosyal bilimlerde nitel araştırma yöntemleri. Seçkin Yayıncılık.
- Yıldız, A., Köksal, A., Çukurova, K., Keklik, A., Çelik, N. ve İvit, H. (2010). Bir obstetrik kliniğinde 15 yıllık periyod süresince sezaryen oranları ve endikasyonlarının yıllara göre dağılımı. *Nobel Medicus Journal*, 6(1), 10–14.
- Yumru, E., Davas, İ., Baksu, B., Altıntaş, A., Altın, A. Ve Mert, M. (2000). 1995- 1999 yılları arasında sezaryen operasyonu endikasyonları ve oranları. *Perinatoloji Dergisi*, 8(3), 94-98.