



## Sezaryen İle Doğuma Güncel Bir Bakış: Modern Sezaryen Teorisi

A Current Overview of Cesarean Birth: The Modern Cesarean Theory

Hava Özkan<sup>1</sup>, Betül Uzun Özer<sup>2</sup>, Özlem Arı<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü Erzurum, Turkey

<sup>2</sup>Amasya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü Amasya, Turkey

<sup>3</sup>Palandöken İlçe Sağlık Müdürlüğü, Palandöken, Erzurum, Turkey

### ABSTRACT

Birth is one of the most sensitive and important indexes of the health system in all societies. For this reason, the care offered to everyone who will give birth both by vaginal delivery and by cesarean section; It should be evidence-based, health-promoting and cost-effective. Although cesarean section is a life-saving intervention for maternal and fetal health, it is a surgical intervention, it can affect health in the short or long term, and its cost is higher than vaginal birth. Despite this, there is a significant increase in cesarean section rates today. According to the modern cesarean section theory, the effects of developments in health and technology in this increase are quite large. At the same time, this theory states that women who do not trust their own bodies and who are convinced that cesarean section is the most appropriate option for their baby's health are less likely to give birth naturally, and argues that the biggest responsibility in this regard falls to midwives. Midwives should ensure that women and their families are informed in all areas they need from the preconceptional period. In addition, the duties and responsibilities of midwives should be clearly defined with laws and policies and the responsibility of vaginal birth should be left to midwives.

**Keywords:** Birth, midwife, cesarean section, technocratic.

### ÖZET

Doğum, tüm toplumlarda sağlık sisteminin en hassas ve en önemli indekslerinden biridir. Bu nedenle hem vajinal yolla hem de sezaryen ile doğum yapacak herkese sunulan bakım; kanıta dayalı, sağlığı iyileştirici ve düşük maliyetli olmalıdır. Sezaryen ameliyatı, maternal ve fetal sağlık için hayat kurtarıcı bir müdahale olmakla birlikte cerrahi bir girişimdir, sağlığı kısa veya uzun süreli etkileyebilir ve maliyeti vajinal doğuma göre daha yüksektir. Buna rağmen günümüzde sezaryen oranlarında önemli ölçüde artış görülmektedir. Modern sezaryen teorisine göre bu artışın yaşanmasında sağlık ve teknoloji alanında yaşanan gelişmelerin etkisi oldukça büyüktür. Aynı zamanda bu teori, kendi bedenine güvenmeyen, sezaryenin bebeğinin sağlığı için en uygun seçenek olduğuna inandırılan kadınların daha düşük olasılıkla vajinal doğum yaptığını belirtmekte ve bu konuda en büyük sorumluluğun ebelere düştüğünü savunmaktadır. Ebeler, prekonsepsiyonel dönemden itibaren kadın ve ailesinin gereksinim duyduğu tüm alanlarda bilgilendirilmesini sağlamalıdır. Ayrıca yasa ve politikalar ile ebelerin görev ve sorumlulukları net bir şekilde belirlenmeli ve vajinal doğumun sorumluluğu ebelere bırakılmalıdır.

**Anahtar kelimeler:** Doğum, ebe, sezaryen, teknokratik.

### Giriş

Sezaryen, vajinal doğumun mümkün olmadığı veya maternal ve fetal sağlığı tehlikeye sokabilecek herhangi bir komplikasyon geliştiği durumlarda en sık tercih edilen cerrahi bir girişimdir<sup>1,2</sup>. Maternal ve fetal sağlık için hayat kurtarıcı bir müdahale olan sezaryen, fetusun laparotomi ve histerotomi ile doğumunun gerçekleştirilmesi olarak tanımlanabilir<sup>3</sup>. Sezaryen ameliyatının yaklaşık olarak %85'inin geçirilmiş sezaryen, fetal distress, distosi ve prezantasyon anomalileri sebebiyle yapıldığı bilinmektedir<sup>4,5</sup>. Sezaryen ameliyatının sadece tıbbi gerekçeler varlığında yapılması, vajinal doğuma bir alternatif olarak düşünülmemesi oldukça önemlidir<sup>2,4</sup>. Çünkü tıbbi endikasyon varlığı dışında yapılan sezaryen ameliyatlarının maternal ve fetal sağlığa kanıtlanmış bir etkisinin olmadığı, aksine sağlığa çeşitli olumsuz etkileri olduğu bilinmektedir<sup>2,5</sup>. Buna rağmen son yirmi yılda anestezi ve postoperatif bakımdaki gelişmelerle birlikte tüm dünyada sezaryen oranları giderek artmaktadır<sup>5-8</sup>. Sezaryen oranlarında yaşanan bu artış hala net olarak anlaşılmamış olsa da, bu duruma birden fazla faktörün katkıda bulunduğu düşünülmektedir<sup>7</sup>. Elektronik fetal monitörizasyon kullanımının yaygınlaşması, ileri anne yaşı, antepartum kanama, hipertansiyon, sefalopelvik uyumsuzluk, majör konjenital



anomaliler, yardımcı üreme tekniklerinin yaygınlaşması sonucunda çoğul gebeliklerde meydana gelen artış, hekimlerin malpraktis davaları sebebiyle risk almak istememesi ve kadının yaşadığı doğum korkusu bu faktörlerden bazılarıdır<sup>9-12</sup>.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), 1985 yılında Brezilya'da üreme sağlığı uzmanlarını buluşturduğu panelde, sezaryen hızının tüm doğumlar içinde %10-15'lerin üzerinde olmaması gerektiğini belirtmiştir<sup>4</sup>. Avrupa ülkelerinin verilerine dayanarak yapılan bu açıklama bazı tartışmaları beraberinde getirmiştir. Bunun üzerine DSÖ 2015 yılında düzenlediği panelde, %15 oranının ulaşılması gereken bir hedef olmadığını, %10-15'e kadar yapılan sezaryenin maternal ve fetal ölümleri azalttığını ancak bu oranının aşılması gerektiğini, bu oranların aşıldığı durumlarda maternal ve fetal sağlığın olumsuz etkileneceğini açıklamıştır<sup>5,13</sup>.

Günümüzde sezaryen hızının giderek arttığı bilinmektedir. Sezaryen oranlarının istikrarlı artışı, ideal sezaryen oranı konusunda fikir birliği bulunmaması, risk ve maliyetler nedeniyle dünya genelinde endişeye sebep olmaktadır. Son 24 yılın sezaryen oranlarını sunmak için yapılan ve 150 ülkenin verilerinin kullanıldığı geniş çaplı bir araştırmada, ortalama küresel sezaryen hızının %18.6; yıllık ortalama artış hızının ise %4.4 olduğu tespit edilmiştir. Aynı çalışmada sezaryen hızı en düşük %7.3 ile Afrika'da, en yüksek ise %40.5 ile Latin Amerika ve Karayipler'de olduğu tespit edilmiştir<sup>14</sup>. Ekonomik ve Kalkınma İş Birliği Örgütü (OECD) tarafından her yıl yayınlanan raporda ülkemiz %54.9 sezaryen doğum hızı ile birinci sırada yer almakta ve ülkemizi Kore (%45) ve Polonya (%38.9)'nın takip ettiği görülmektedir<sup>15</sup>. Ülkemizde sezaryen hızının dramatik artışını Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları (TNSA) ve Sağlık İstatistikleri Yıllığı'nda da görülmektedir<sup>16,17</sup>. Ülkemizde sezaryen oranı 2018 yılında TNSA<sup>17</sup> ana raporunda %52, Sağlık İstatistikleri Yıllığı<sup>16</sup> raporunda ise %54.9 olarak bildirilmiş olup DSÖ'nün kabul edilebilir yüzdesinden çok daha yüksekte olduğu bilinmektedir. Yüksek sezaryen doğum hızının, etik ve ekonomik problemler nedeniyle önemli bir halk sağlığı sorunu olduğu gerçeği unutulmamalı<sup>5</sup>, sezaryen oranlarının artışına katkısı olduğu düşünülen faktörler ilgili kuram ve teoriler ışığında ele alınıp incelenmelidir<sup>18</sup>. Bu doğrultuda planlanan derleme ile ülkemizde artan sezaryen hızını, kadınların sezaryen ile doğum yapma kararlarında etkili olan faktörleri ve ebelerin sezaryene ameliyatına bakış açısını, modern sezaryen teorisi perspektifinden incelemek amaçlanmıştır. Ayrıca konuyla alakalı güncel bir çalışmanın bulunmaması derlemenin literatüre anlamlı veriler kazandıracakını düşündürmüştür.

Bu çalışma için 2021 yılının Haziran ayında "cesarean section/sezaryen", "modern cesarean theory/modern sezaryen teorisi", "birth/doğum", "midwife/ebe", "gynecologist/kadın doğum uzmanı", "technocratic/teknokratik" ve "technomedical/teknomedikal" anahtar kelimeler ile Google Scholar, Clinical Key, PubMed, Cohcrane Library, Science Direct veri tabanlarında tarama yapılmıştır. Ulaşılan literatür doğrultusunda bu derleme yazılmıştır.

## Sezaryen Tanımı ve Tarihçesi

Tüm toplumlarda yıllardan beri var olduğuna inanılan sezaryen ile doğumun ne olduğu ve kökeni konusunda farklı görüşler ve efsaneler bulunmaktadır<sup>19</sup>. Örneğin Türk Dil Kurumu sezaryeni "Karı ve döl yatağının kesilerek bebeğin alınmasına dayanan doğum yöntemi" olarak tanımlarken<sup>20</sup>, literatürde genellikle "vajinal doğumun mümkün olmadığı durumlarda veya maternal ve fetal sağlığın riske girmesi halinde tercih edilen operatif girişim" şeklinde tanımlamalar yapıldığı görülmektedir<sup>21-23</sup>. Sezaryen ile doğumun kökeni hakkında en yaygın olarak bilinen efsane ise Julius Caesar'ın doğumuna aittir. Bu efsaneye göre Julius Caesar sezaryen ile doğduğu için bu girişim sezaryen adını almıştır<sup>8,24</sup>. Daha sonra ise ilk başarılı sezaryen ameliyatının 1890 yılında İrlanda'da yapıldığı bilinmektedir<sup>25</sup>.

## Sezaryen Endikasyon ve Kontrendikasyonları

Doğum eyleminin normal seyrinde ilerleme durumuna göre çok acil, acil, elektif veya planlı olarak uygulanabilen sezaryen ameliyatının birtakım endikasyonları bulunmaktadır<sup>3,26</sup>.

### Maternal endikasyonlar<sup>27,28</sup>:

- ❖ Geçirilmiş sezaryen ameliyatı veya diğer uterin cerrahiler
- ❖ Pelvik deformite veya sefalopelvik uyumsuzluk
- ❖ Önceki pelvik veya rektal rekonstrüktif cerrahi

- ❖ Genital Herpes Simpleks (HSV-2) ve Human Immunodeficiency Virus (HIV) gibi maternal enfeksiyonlar
- ❖ Sistemik hastalıklar (Kalp veya akciğer hastalığı gibi)
- ❖ Eşzamanlı intraabdominal cerrahi gerektiren patoloji
- ❖ Perimortem sezaryen
- ❖ Anne isteği

#### **Fetal endikasyonlar<sup>27,28</sup>:**

- ❖ Güven vermeyen fetal durum/Fetal distres
- ❖ Malprezentasyon ve malpozisyon
- ❖ Makrozomi
- ❖ Hidrosefali ve anensefali gibi konjenital anomaliler
- ❖ Trombositopeni

#### **Doğum, umbilikal kord ve plasentaya ait anatomik endikasyonlar<sup>27,28</sup>:**

- ❖ Plasentaya ait anormallikler (plasenta previa, ablasyo plasenta, plasenta akreata)
- ❖ Umbilikal kord prolapsusu
- ❖ İnvaziv serviks kanseri
- ❖ Baş-pelvis uyumsuzluğu
- ❖ Distosi

Sezaryen için tıbbi bir kontrendikasyon bulunmamakla birlikte gebenin sezaryeni reddetmesi, ciddi koagülopati veya ölü fetüs varlığında sezaryen ameliyatı yerine vajinal doğumun tercih edilmesi daha doğru bir yaklaşım olacaktır<sup>3</sup>.

#### **Sezaryenin Maternal ve Fetal Sağlığa Etkileri**

Doğum, tüm toplumlarda sağlık sisteminin en hassas ve en önemli indekslerinden bir tanesidir. Bu nedenle hem vajinal yolla hem de sezaryen ile doğum yapacak herkese sunulan bakım; kanıta dayalı, sağlığı iyileştirici ve düşük maliyetli olmalıdır<sup>29,30</sup>. Sezaryen ameliyatı, maternal ve fetal sağlık için hayat kurtarıcı bir müdahale olmakla birlikte cerrahi bir girişimdir, sağlığı kısa veya uzun süreli etkileyebilir ve maliyeti vajinal doğuma göre daha yüksektir. Bu nedenle sezaryen ameliyatının sadece tıbbi endikasyon varlığında yapılması gerektiği unutulmamalıdır<sup>31,32</sup>. Literatürde sezaryen ile doğumun sağlığa etkileri, maternal ve fetal etkiler olmak üzere 2 grupta toplanmıştır<sup>32,33</sup>.

#### **Sezaryenin Maternal Sağlığa Etkileri**

Sezaryen ameliyatı maternal sağlığı olumlu veya olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Örneğin, sezaryen ile doğum yapan kadınlarda perine yaralanmaları, servikal laserasyonlar, vajinal hematoma, pelvik organ prolapsusları, fekal ve idrar inkontinansının daha az sıklıkta geliştiği<sup>34-37</sup> ve sezaryen sonrası disparoni görülme sıklığının düşük olduğu<sup>38,39</sup> tespit edilmiştir. Maternal sağlığa birtakım yararları olan sezaryen ameliyatının çeşitli komplikasyonları da mevcuttur. Kan transfüzyonu gereksinimi, amniyotik sıvı embolisi, enfeksiyon (endometrit, yara yeri enfeksiyonu gibi), postpartum hemoraji, tromboemboli, atoni, peripartum histerektomi, mesane laserasyonu, üreter ve bağırsak hasarı, postpartum üriner retansiyon, kronik pelvik ağrı, sonraki gebeliklerde uterin rüptür gibi ciddi problemler ve maternal ölüm sezaryen ameliyatının maternal komplikasyonları arasında yer almaktadır<sup>31,32,37,40-43</sup>. Ayrıca doğum sonu dönemde iyileşme gecikmekte, hastanede kalış süresi uzamakta, emzirme erken dönemde başlatılamamakta ve tıbbi bakıma bağlı maliyet artmaktadır<sup>44</sup>.

#### **Sezaryenin Fetal Sağlığa Etkileri**

Sezaryen ameliyatının, fetal mortalite, yenidoğan enfeksiyonu, neonatal asfiksi, makat prezentasyonlarında olumsuz neonatal sonuçlar, brakial pleksus hasarı, frenik sinir yaralanması, serebral palsi ve intrakraniyal yaralanma gibi doğum travmalarını azalttığı tahmin edilmektedir<sup>35,37,41,45</sup>. Sayısız komplikasyonu bulunmasına rağmen sezaryenin tartışmasız en önemli yararı perinatal ölüm oranlarını azaltmasıdır<sup>4</sup>. Ancak bu durum sezaryenin yenidoğan sağlığı için vajinal doğumdan üstün olduğu anlamına gelmemektedir. Nitekim sezaryen

ameliyatının da yenidoğan için pek çok riski beraberinde getirdiğini gösteren çalışmalar mevcuttur<sup>35,44,46</sup>. Örneğin doğum eylemi başlamadan ve tıbbi endikasyon olmaksızın yapılan gereksiz sezaryen uygulamasının, yenidoğana ilişkin çeşitli travmalara, dehidratasyon, respiratuar distress sendromu, enfeksiyon, hipoglisemi, vücut sıcaklığının korunması ile ilgili sorunlara, doğum sonu dönemde anne-bebek etkileşiminin gecikmesine ve maternal bağlanmanın olumsuz etkilenmesine yol açabileceği bilinmektedir<sup>35,44,45-48</sup>. Khasawneh ve arkadaşları 2020 yılında<sup>7</sup> Ürdün'de üçüncü basamak bir hastanede sezaryen ile doğumun yenidoğan sağlığına etkilerini incelemek amacıyla yaptıkları çalışmada, hastanede doğumların yarısından fazlasının sezaryen ile gerçekleştirildiğini, doğan bebeklerin neredeyse üçte birinin ise yenidoğan yoğun bakım ünitesine kabul edildiğini tespit etmişlerdir. Benzer olarak Kupari ve arkadaşları tarafından<sup>49</sup> artan sezaryen oranlarının doğum sonrası kısa vadede yenidoğan sonuçlarını iyileştirip iyileştirmediğini belirlemek amacıyla yapılan çalışmada da sezaryen ameliyatının yenidoğan sonuçlarını iyileştirmediği aksine yenidoğan yoğun bakım ünitelerine başvuruların artmasına sebep olduğu bulunmuştur. Dolayısıyla sezaryen oranlarının düşük seviyelerde tutulması ile daha iyi neonatal sonuçlar elde etmenin mümkün olduğu söylenebilir<sup>7,49</sup>.

## Sezaryen Doğum Hızının Artmasına Neden Olan Faktörler

Günümüzde küresel olarak endişe verici bir şekilde artmaya devam eden sezaryen oranları, hem DSÖ hem de Uluslararası Jinekoloji ve Obstetrik Federasyonu (FIGO) tarafından “salgın” olarak tanımlanmaktadır<sup>4,50</sup>. Artan sezaryen oranının salgın olarak tanımlanmasında uluslararası veriler oldukça etkili olmuştur. Bu veriler incelendiğinde uluslararası sezaryen oranının 1990 yılında %6.7'den 2014 yılında %19.1'e yükseldiği, bu artışın özellikle Doğu Avrupa ve Güney Asya ülkelerinde yaşandığı görülmektedir<sup>5,51</sup>. Artan sezaryen oranlarının önüne geçebilmek için önde gelen kuruluşlar ve alanında uzman sağlık profesyonelleri, sezaryen oranlarının artmasında etkili olan faktörleri incelemişlerdir. Ayrıca gereksiz yapılan sezaryen ameliyatının yarar sağlamaktan çok zarar verdiği ve uzun vadeli risklerinin mutlaka değerlendirilmesi gerektiği konusunda ulusal ve uluslararası platformlarda çağrıda bulunulmuş ve konuyla alakalı farkındalık sağlanmaya çalışılmıştır<sup>50,52,53</sup>.

Bazı durumlarda hayat kurtarıcı olabilen sezaryen hızının artışının en büyük nedeni herhangi bir tıbbi endikasyon olmadan yapılan ameliyatlardır<sup>54</sup>. Klinik bir durum olmadan yapılan sezaryen ameliyatları sıklıkla doğum korkusu<sup>55</sup>, önceki olumsuz deneyimler, vajinal doğumda bebeğin zarar göreceği düşüncesi, doğumda kontrolünü kaybetme korkusu ve doğum sonrası dönemde cinsel yaşamın olumsuz etkileeneceği düşüncesi<sup>10,56-60</sup> gibi nedenlerle annenin talebi üzerine yapılmaktadır<sup>45</sup>. Ülkemizde annenin isteği üzerine yapılan sezaryen oranlarına ilişkin net bir bilgi bulunmamaktadır. 2015 yılından itibaren tek çocuk politikası yerine iki çocuk politikasının benimsendiği Çin'de, araştırmalar sezaryen vakalarının %24.6-%28.4'ünün herhangi bir tıbbi endikasyon olmaksızın annenin isteği üzerine yapıldığını göstermektedir<sup>61,62</sup>. Ayrıca doğurganlık yaşının yükselmesi, tüp ligasyonu isteği, ebe ve hekimlerin malpraktis davalarından çekinmesi, hekimin kendi işlerine göre doğum zamanını planlamak istemesi, sağlık ve teknoloji alanında yaşanan gelişmeler, yardımcı üreme tekniklerinin yaygın kullanımı sonucunda çoğul gebeliklerin sık görülmesi ve kıymetli bebek düşüncesi de sezaryen oranlarının hızla artmasının sebepleri arasında yer almaktadır<sup>63-65</sup>.

Günümüzde doğum korkusunun kadınların doğum şekli tercihlerinde etkili olduğu ve doğum korkusu yaşayan kişilerin planlı sezaryeni daha fazla tercih ettiği çalışmalarla kanıtlanmıştır<sup>57,58</sup>. Kuzey Avrupalı kadınların yaşadıkları doğum korkusu ve sezaryen tercihleri arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yapılan bir çalışmada şiddetli doğum korkusu yaşayan özellikle multiparların sezaryen ameliyatını tercih ettikleri tespit edilmiştir. Bu çalışmada multiparların sezaryen ile doğum yapmak istemeleri doğum korkusunun yanı sıra önceki deneyimlerin de sezaryen tercihinde etkili olduğunu göstermektedir<sup>59</sup>.

Kadınların doğum şekli tercihlerinde planlanan çocuk sayısı da önemli bir faktördür. Özellikle birden fazla çocuğa sahip olma düşüncesinin sezaryen tercihini azalttığı düşünülmektedir. Örneğin, Çin'in yakın zamanda başlatılan iki çocuk politikasının ardından gebe kalan kadınların doğum şekli tercihlerini belirlemek amacıyla yapılan bir çalışmada, kadınların genellikle vajinal yolla doğum yapmak istedikleri bulunmuştur. Aynı çalışmada kadınların doğum şekli tercihinde anne yaşının, eş ve doktorun tercihinin, sosyo-kültürel değerler ve dini inançların etkili olduğu tespit edilmiştir<sup>66</sup>. Tüm bu çalışmalara dayanarak kadınlar için doğumun sezaryen ameliyatı ile gerçekleştirilmesi kararının kolayca verilmediği, bu kararın pek çok faktörden etkilenerek şekillendiği söylenebilir. Kadınlar için isteğe bağlı sezaryen, küreselleşen dünyada yükselen trend

ile birlikte özellikle anne ve yenidoğan/çocuk sağlığı kapsamında tartışılan popüler alanların başında gelmektedir. Ancak mevcut yaklaşımlar, kadının ihtiyaçlarını karşılamada ve endişelerini gidermede yetersiz kalmaktadır. Bu anlamda sezaryenin nedenlerini sınıflandıracak teorik bir çerçeve sağlamanın ve modern sezaryen teorisi gibi sosyal teorilerin, kadınların endişelerini gidermede önemli bir yere sahip olduğu düşünülmektedir. Ayrıca bu teori sayesinde ebelerin de sezaryeni daha iyi anlamaları ve bakım verdikleri grubu bilgilendirmeleri hedeflenmektedir<sup>67</sup>.

## Modern Sezaryen Teorisi

### Doğal Doğuma Karşıt Görüşler ve Ebelerin Roller

Doğal doğum, kadının içgüdüsel olarak kendi doğumunu aktif olarak yönettiği dolayısıyla herhangi bir tıbbi işlem içermeyen doğum olarak tanımlanabilir<sup>68-70</sup>. Doğal doğumda doğumun sorumluluğu kadın ve ebededir, ebe gereksiz tüm müdahalelerden kaçınır ve izleyici konumunda yer alır<sup>71,72</sup>. Kadın eylemde kolay bir doğum için zihin gücünü kullanır ve annelik rolünün ilk basamağını başarı ile tamamlar<sup>73,74</sup>. Günümüzde ise pek çok faktörün etkisiyle doğal doğum terkedilmekte, doğum müdahale edilmesi ve tıbbin kontrolünde gerçekleştirilmesi gereken dolayısıyla ilaç kullanımı ve ameliyatların baskın olduğu, kadın ve ebeğin pasif roller üstlendiği bir olay haline getirilmektedir<sup>73-75</sup>.

Eylemde doğum yapan kadının ve ebeğin pasif rol üstlenmelerine ve güçsüzleştirilmesine çeşitli faktörler sebep olmuştur. Sağlık ve teknolojiye yaşanan gelişmeler neticesinde, hekimlerin evde doğum yerine tüm olanakların sağlandığı hastane doğumlarını tercih etmesi ve doğumların ebelerin yetersizliği nedeniyle hekimlere bırakılması gerektiği düşüncesi bu faktörler arasında yer almaktadır. Nitekim 1800'lü yılların sonunda hekimlere ait bazı kaynaklarda ebelerin doğum hakkında yetersizliği anlatılmış ve anne ölümlerinden sorumlu oldukları savunulmuştur<sup>76</sup>. Böylece doğum riskli bir olay olarak kabul edilmiş ve hekimin uyguladığı tüm tıbbi girişimlerin sağlığa yarar sağladığı kabul edilmiştir<sup>77</sup>.

Sağlık sistemleri, toplumların önyargıları ve inançlarını bünyesinde barındırmaktadır. Davis-Floyd, teknolojik gelişmeler ideolojisi etrafında örgütlenen toplumu ve sağlık sistemini "teknokratik model" veya "teknomedikal model" olarak tanımlamaktadır. Davis-Floyd'a göre bu paradigmanın altında yatan en temel değer "ayrılıktır". Bu değer küreselleşen dünyada çağdaş doğumu etkileyen önemli bir güçtür ve maalesef doğum deneyimini yaşamın akışından ayırır<sup>78</sup>.

Teknokratik model, insan vücudunu makine olarak kabul ettiği için, vücudu zihinden ayırır. Anneyi fabrika bebeği ise ürün olarak kabul eden bu bakış açısına göre kadın bedeni sürekli manipüle edilmeye ihtiyaç duymaktadır. Davis-Floyd, insan vücudunu bir makine olarak kabul etmenin hekimleri hastaya karşı sorumluluk duygusundan kurtardığını ve onların işini kolaylaştırdığını düşünmektedir. Bu nedenle de doğum sürecini manipüle etmek için her türlü teknolojiyi kullanmak gerekmektedir. Teknolojiyi kullanması gereken kişi ise kesinlikle kadın doğum uzmanı olmalıdır<sup>78</sup>.

Teknokratik modelde kadınlar gebeliklerinin en erken döneminden doğum sonu döneme kadar yüksek teknoloji aletlerle takip edilirler ve olası her problem bu teknolojik aletler yardımıyla çözümlenir. Bu duruma gebelikte ultrasonun yaygın kullanımı, doğumda sürekli Elektronik Fetal Monitorizasyon (EFM), vakum, forseps veya sezaryen ile bebeğin doğurtulması örnek olarak verilebilir. Ayrıca litotomi pozisyonu, rutin amniyotomi, oksitosin ve epizyotomi uygulaması da teknokratik modelde sıklıkla uygulanmaktadır<sup>78</sup>.

Kealy ve Liamputtong<sup>79</sup>, doğumun teknolojiden uzak ve doğal bir şekilde gerçekleştirilmesinde ebelerin, kadınların sezaryen tercihlerinde etkili olan faktörleri bilmesinin etkili olduğunu savunmaktadır. Bu görüşlerinden hareketle Kealy ve Liamputtong, sezaryen için güncel ve geleneksel nedenleri anlamaya yardımcı olan üç klinik uygulama bölgesi tanımlamışlardır; merkezi alan (central zone), gri alan (grey zone), çevresel alan (peripheral zone).

**Merkezi alan (Central zone):** Umbilikal kord prolapsusu ve preeklampsi gibi maternal ve fetal sağlığın ciddi tehlike altında olduğu durumlarda uygulanan sezaryenler bu alanda yer alır. Merkezi alanda tercih edilen sezaryenin hayat kurtarıcı olduğu kesin olarak kabul edilmiştir<sup>79</sup>.

**Gri alan (Grey zone):** Maternal ve fetal sağlığı etkileyen tıbbi bir gerekçe olmamasına rağmen, genellikle hekimin isteği doğrultusunda gerçekleştirilen sezaryenler bu alanda yer alır. Gri alanda yapılan sezaryen

uygulamasının yararları ve zararları kanıt yetersizliği sebebiyle tartışmalıdır<sup>79</sup>. Bu durum Parsons'a<sup>80</sup> göre, hekimlerin belirsizlik durumunda bekle-gör yaklaşımını değil de daha iyi olduğuna inandıkları müdahaleyi tercih etmelerinden kaynaklanmaktadır. Örneğin ülkemizde yapılan bir çalışmada kadınların sezaryen ile doğumu tercih etme nedenleri arasında ilk sırada hekimin isteğinin yer aldığı saptanmıştır<sup>10</sup>.

**Çevresel alan (Peripheral zone):** Olumsuz doğum deneyimi, doğumda ağrı yaşamak istenmemesi veya doğum korkusu gibi nedenlerle genellikle annenin isteğiyle uygulanan sezaryenler ise çevresel alanda yer alır. Çevresel alanda uygulanan sezaryenin zararlarının yararlarından fazla olduğu açıkça bilinmektedir<sup>79</sup>.

## Sezaryenin Sosyal Yapısı ve Karar Verme Yöntemleri

Doğum her ne kadar kişisel bir deneyim olarak görülse de toplumun sosyo-kültürel yapısından etkilenen ve toplumsal cinsiyet ilişkileri ile iç içe olan bir olgudur. Bu durumu en iyi açıklayan kişi Beckett olmuştur<sup>79-81</sup>. Beckett erkek egemen bir toplumda yaşayan, kendi bedenlerine güvenmemeleri öğretilen ve sezaryenin bebekleri için en sağlıklı yol olduğu benimsetilen kadınların sezaryen ile doğum yapmak istediklerini savunmaktadır. Öte yandan toplumsal cinsiyet konusunda eşitlikçi bakış açısına sahip, kendi bedenlerine güvenen, ebe tarafından desteklenen ve vajinal doğumun hem kendileri hem de bebeklerinin sağlığı için en güvenilir yol olduğuna inandırılan kadınların ise vajinal doğumu tercih ettiklerini belirtmiştir<sup>81</sup>. Nitekim ülkemizde yapılan iki çalışmada da kadınların vajinal doğumu tercih etme nedenleri arasında ilk sırada anne ve bebeğin daha sağlıklı olacağını düşünmelerinin geldiği görülmektedir<sup>10,82</sup>.

Tıbbi bakımda karar vermede farklı yaklaşım ve yöntemler yer almakla birlikte üç genel sınıflandırma bulunmaktadır: Paternalistik yaklaşım, ortak yaklaşım ve bilgilendirilmiş seçim<sup>83,84</sup>. Ancak bütün bu yaklaşımların bireylerin doğum şekli tercihlerinde etkili faktörleri açıklamada yetersiz kaldığı düşünülmektedir<sup>67</sup>. Paternalistik yaklaşımda; gebenin sağlık durumunun tanı ve tedavisi hakkında karar vermeye uygun olmadığı, sıklıkla maternal ve fetal sağlığı tehdit eden bir durum varlığında sorumluluk alan lider kişi yani doktor, acil olarak sezaryen kararı verebilir. Kişi karar verme sürecinin dışında tutulduğu için paternalistik yaklaşım otoriter yaklaşım olarak da bilinmektedir<sup>85</sup>. Maternal ve fetal sağlık için en uygun doğum şekline doğum yapan kadının inançları ve tercihleri dikkate alınarak karar verildiği yaklaşım, ortak yaklaşım olarak adlandırılmaktadır. Paternalistik yaklaşıma benzer olarak bu yaklaşımda da otoritenin kararına saygı duyulması esastır<sup>83</sup>. Bilgilendirilmiş seçimde ise kişinin durumu hakkında ihtiyaç duyduğu teknik bilgi kendisine aktarılır, karar ve sorumluluk kişinin kendisine bırakılır<sup>84</sup>. Tıbbi bir endikasyon olmadan sezaryenin tercih edilmesi görüşünün ilk olarak 1985'te New England Journal of Medicine'de yayınlanan ve vajinal doğumun pasif bekleyişinden kaçınmak için profilaktik sezaryenin önerildiği bir makalede ele alındığı bilinmektedir<sup>86</sup>. O günden itibaren koruyucu olduğu düşünülen ve bu nedenle herhangi bir gereklilik olmadan tercih edilen sezaryen ameliyatı, tartışılan bir konu olmuştur<sup>87</sup>. Karar verme yöntemlerinden bilgilendirilmiş seçimde, genellikle kadınların doğru bir şekilde bilgilendirilmeden vajinal doğumda sağlıklarının bozulacağına inandırıldıkları ve böylece sezaryeni tercih ettikleri düşünülmektedir<sup>81</sup>. Ancak tıbbi endikasyon olmaksızın kadınların sezaryeni tercih etme durumları literatürde yeterince ele alınmamıştır.

Hausman<sup>88</sup>, kadınların tam ve doğru bilgiye sahip olmadan sezaryeni tercih etmelerinde teknolojinin etkili olduğunu belirtmiştir. Beckett<sup>81</sup>, Wirtz ve arkadaşları<sup>83</sup>, Nilstun ve arkadaşları<sup>87</sup> kadının sezaryen tercihinde teknolojik gelişmelerin bilgilendirmenin yerini aldığını, bu durumun etik bir yaklaşım olmadığını, bireysel ve toplumsal maliyetlerinin yanı sıra maternal ve fetal sağlığın riske atıldığını savunmuşlardır. Herhangi bir endikasyon olmadan yapılan gereksiz sezaryeni etik ve ekonomik açıdan ele alan Wagner, doğumun tıbbileştirilmesinin en iyi örneğinin elektif sezaryenler olduğunu belirtmiş ve son 20 yılda artan sezaryen oranlarının maternal ve fetal sağlığa riskleri de beraberinde getirdiğini açıklamıştır. Wagner'a göre gereksiz yapılan her girişim zaman, kişi, malzeme, hazırlık ve eğitim gibi kaynaklara olan ihtiyacı artırmakta ve kurumlara ekstra yük getirmektedir. Wagner ayrıca ülkelerin anne ölüm oranlarının, yüksek sezaryen oranlarının bir sonucu olduğunu ve bu hipotezi test etmek için tüm anne ölümlerinin dikkatli bir şekilde değerlendirilmesi gerektiğini de savunmuştur<sup>89</sup>.

Günümüzde batılı modern doğumun etkisiyle normal fizyolojik bir olay olan doğum süreci, riskli ve müdahale edilmesi gereken bir alan olarak değerlendirilmektedir. Geçmişte özellikle kadın doğum uzmanlarının doğumu riskli bir yaşam olayı olarak kabul ettikleri ve vajinal doğumun sadece geçmiş

zamanlarda güvenle yapıldığını düşündükleri bilinmektedir<sup>88,90,91</sup>. Wagner'da<sup>92</sup>, kadın doğum uzmanlarının sezaryeni tercih ederek risk almaktan kaçındıklarını ancak bunu yaparken anne ve bebeğini riske attıklarını savunmuştur. Her zaman bebeklerinin sağlıklarını düşünen ve iyi olmasını isteyen kadınlar bir şekilde sezaryen ameliyatının riskleri azaltacağına inandırılırsa vajinal doğumdan uzaklaşacak ve sezaryeni tercih edeceklerdir<sup>93</sup>. Kadınların doğum algısı, risk ve belirsizlikler hakkındaki endişeleri, alanında uzman ebeler tarafından ele alınması ve çözümlenmesi gereken alanlardır. Doğum öncesi dönemden itibaren kadının yanında olan ebe, kadın ile arasında güvene dayalı bir ilişki kurarak, doğru bilgilendirmeyle doğum şekli tercihini etkileyebilir ve vajinal doğum konusunda kadını cesaretlendirebilir<sup>19,23,71</sup>.

Sezaryen oranlarının DSÖ'nün önerdiği %15 sınırına düşürülmesinde ve anne ölüm oranlarının azaltılmasında ebeler hizmetleri önemli bir role sahiptir. Bugün maternal ve fetal sağlığın primer sorumluları olarak ebelerin kabul edildiği Yeni Zelanda, İngiltere ve Hollanda gibi ülkelerde sezaryen oranlarının düşük olduğu göze çarpmaktadır. Bu ülkelerde yapılan çalışmalar çiftlerin prekonsepsiyonel dönemden başlanarak gebelik, doğum ve doğum sonu süreçlerde ebe liderliğinde bakım aldıklarını dolayısıyla bu durumun elektif sezaryen oranlarını azalttığını göstermektedir<sup>94-96</sup>. Benzer olarak Çin'de yapılan bir çalışmada da doğumda ebe liderliğinde bakım alan kadınların standart bakım alan kadınlara oranla sezaryen doğum oranlarının düşük olduğu tespit edilmiştir<sup>97</sup>. Dolayısıyla ebelerin modern sezaryen teorisi ışığında prekonsepsiyonel dönemden itibaren çiftlere bakım ve danışmanlık hizmetleri sunmasının ve doğumların ebe liderliğinde sürdürülmesinin sezaryen oranlarını azaltmada etkili olduğu söylenebilir.

## Sonuç

Hızlı bir değişim gösteren yeni dünya düzeninde sağlık ve teknoloji alanında yaşanan gelişmeler neticesinde sezaryen ameliyatlarının vajinal doğumun yerini aldığı görülmektedir. Değişen bu düzen ebelerin rollerini ellerinden almış ve kadın sağlığının primer sorumlusu olan ebeleri eylemde pasifleştirmiştir. Teknokratik model veya teknomedikal model olarak adlandırılan yeni sağlık sistemi, vücudun zihinden ayrı ele alınmasını savunmuş ve doğum eylemini yaşamın normal akışından ayırmıştır. Böylece insan vücudunun vajinal doğuma uygun olmadığı bu nedenle de kontrol edilmesi gerektiği görüşü yaygınlaşmıştır. Bu durum hekimlerin işlerini kolaylaştırmış ve doğumu daha iyi yönetmek için her türlü teknoloji kullanılmıştır. Ancak kanıt temelli çalışmalar sezaryen ameliyatının maternal ve fetal sağlığa olumsuz pek çok etkisinin olduğunu göstermiştir. Bu çalışmalarda tıbbi endikasyon olmadan, hekim veya annenin isteği ile yapılan sezaryen ameliyatının maternal ve fetal sağlığı olumsuz etkilediği ve sağlık sistemine ekstra yük getirdiği saptanmıştır. Literatürde kadınların sezaryen tercihlerinde etkili olan faktörlerin incelendiği çalışmalar da bulunmaktadır. Bu çalışmalardan elde edilen en önemli sonuç kadınların kendi bedenlerine güvenmemeleri ve sezaryenin bebeklerinin sağlığı için en uygun seçenek olduğuna inanmalarındadır. Modern sezaryen teorisine göre kendi bedenine güvenmeyen ve sezaryenin bebeğinin sağlığı için en uygun seçenek olduğuna inandırılan bir kadının vajinal doğum yapabilmesi zorlaşmaktadır. Bu anlamda en büyük sorumluluk ebelere düşmektedir. Ebeler mesleki etik ilkeler ışığında, prekonsepsiyonel dönemden itibaren kadın ve ailesinin gereksinim duyduğu tüm alanlarda bilgilendirilmesini sağlamalı ve bireylere vajinal doğumun kadının fizyolojisine en uygun tek seçenek olduğunu anlatmalıdır. Bu eğitimler alanında uzman ebeler tarafından özellikle gebe okullarında, doğum öncesi bakım ve danışmanlık hizmetleri kapsamında yürütülmelidir. Böylece ebe, bireylerin kararlarına saygı duyarak, yönlendirici olmadan danışmanlık rolünü yerine getirmelidir. Ebeler ayrıca doğum öncesi bakım ve danışmanlık hizmetlerini kaliteli ve nitelikli bir şekilde yürüterek kadının kendi bedenine güvenmesini sağlamalıdır. Dolayısıyla prekonsepsiyonel dönemden itibaren takip edilen, gereksinim duyduğu tüm alanlarda bilgilendirilen gebeler, kendilerini güvende hissedecek ve doğum esnasında daha az müdahaleye gereksinim duyacaktır. Bu anlamda yasa ve politikalar ile ebelerin görev ve sorumluluklarının net bir şekilde belirlenmesinin, doğum öncesi bakım ve danışmanlık hizmetleri ile vajinal doğumun sorumluluğunun tamamen ebelere bırakılmasının sezaryen oranlarını azaltmada en etkili çözüm yolu olacağı öngörülmektedir.

## Kaynaklar

1. Khan A, Ghani T, Rahim A, Rahman MM. Changing trends in incidence and indications of caesarean section. *Mymensingh Med J.* 2014;23:52-5

2. Vogel JP, Betran AP, Vindevoghel N, Paulo Souza J, Regina Torloni M, Zhang J, et al. Use of the Robson classification to assess caesarean section trends in 21 countries: a secondary analysis of two WHO multicountry surveys. *Lancet Glob Health*. 2015;3(5):e260–70.
3. Sung S, Mahdy H. Cesarean Section. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2021 Jan-. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK546707/>.
4. World Health Organization (WHO). WHO statement on caesarean section rates. Available from: [https://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal\\_perinatal\\_health/cs-statement/en/](https://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/cs-statement/en/). Accessed: 20 June 2021
5. Betran AP, Torloni MR, Zhang JJ, Gulmezoglu AM. WHO Working Group on Caesarean Section. WHO Statement on Caesarean Section Rates. *BJOG*. 2016;123:667–70.
6. Alkaş, S. Sezaryen ile doğum yapan annelerde doğum sonu konfor (Yüksek lisans tezi). Ankara, Ankara Üniversitesi, 2019.
7. Khasawneh W, Obeidat N, Yusef D, Alsulaiman JW. The impact of cesarean section on neonatal outcomes at a university-based tertiary hospital in Jordan. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2020;20:1-9.
8. Aşıcı N. Kadın hastalıkları ve doğum uzmanlarının sezaryen doğum yöntemi ile ilgili görüş ve düşünceleri: Nitel bir çalışma, Sakarya ili örneği (Uzmanlık tezi). Sakarya, Sakarya Üniversitesi, 2021.
9. Mazzoni A, Althabe F, Liu N, Bonotti A, Gibbons L, Sanchez A. Women's preference for caesarean section: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *BJOG*. 2011;118:391–9.
10. Karabulutlu Ö. Kadınların doğum şekli tercihlerini etkileyen faktörler. *İ.Ü.F.N. Hem. Derg.* 2012;20:210-8.
11. Bal DM, Yılmaz DS, Beji KN. Kadınların sezaryen doğum tercihleri. *FNJN Florence Nightingale Journal of Nursing*. 2013;21:139-46.
12. Naeem M, Khan MZUI, Abbas SH, Khan A, Adil M, Khan MU. Rate and indications of elective and emergency caesarean section; a study in a tertiary care hospital of Peshawar. *J Ayub Med Coll Abbottabad*. 2015;27:151–4.
13. World Health Organization (WHO). Appropriate Technology For Birth. *Lancet*. 1985;436-7.
14. Betrán AP, Ye J, Moller AB, Zhang J, Gülmezoglu AM, Torloni MR. The increasing trend in caesarean section rates: Global, regional and national estimates: 1990-2014. *PLoS One*. 2016; 11(2):e0148343. doi: 10.1371/journal.pone.0148343.
15. Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). Caesarean sections. Available from: <https://www.statista.com/statistics/283123/cesarean-sections-in-oecd-countries/> Accessed: 20 June 2021
16. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2018. Ankara, 2019.
17. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2018. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü Yayınları. 2019.
18. Bhatia M, Banerjee K, Dixit P, Dwivedi LK. Assessment of variation in cesarean delivery rates between public and private health facilities in India from 2005 to 2016. *JAMA Netw Open*. 2020;3(8):e2015022. Doi: <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.15022>.
19. Başkaya Y, Sayiner FD. Sezaryen oranını azaltmaya yönelik kanıta dayalı ebek uygulamaları. *HSP*. 2018;5:113-9.
20. Türk Dil Kurumu (TDK). Sezaryen nedir? Available from: <https://sozluk.gov.tr/> Accessed: 18 June 2021.
21. T.C. Sağlık Bakanlığı Doğum ve Sezaryen Eylemi Yönetim Rehberi 2010. Available from: <https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/a%C3%A7sap27.pdf> Accessed: 18 June 2021.
22. Karabel MP, Demirbaş M, İnci MB. Türkiye'de ve Dünya'da değişen sezaryen sıklığı ve olası nedenleri. *Sakarya Med J*. 2017;7:158-63.
23. Korkut S, Kaya N. Sezaryen doğum kararına ebe farkındalığı ile etik yaklaşım. *HSP*. 2019;6(1):144-52. Doi: 10.17681/hsp.442171.
24. Boley JP. The history of caesarean section. *Can Med Assoc J*. 1991;145:319-22.
25. O'Sullivan FJ. Caesarean birth. *The Ulster Medical Journal*. 1990; 59:1-10.
26. Eldridge J. Obstetric anaesthesia and analgesia. In *Oxford handbook of anaesthesia*, 3rd ed (Eds KG Allman, IH Wilson): 754-764. New York, Oxford University Press, 2011.
27. Barber EL, Lundsberg LS, Belanger K, Pettker CM, Funai EF, Illuzzi JL. Indications contributing to the increasing cesarean delivery rate. *Obstet Gynecol*. 2011;118:29-38.
28. Boyle A, Reddy UM, Landy HJ, Huang CC, Driggers RW, Laughon SK. Primary cesarean delivery in the United States. *Obstet Gynecol*. 2013;122:33-40.
29. Ebrashy AE, Kassab A, Nada A, Saleh WF, Soliman A. Caesarean section in a university and general tertiary hospitals in Cairo; Egypt: Rates, indications and limits. *KAJOG*. 2011;2:20-6.
30. Sotoodeh Jahromi A, Rahmani K, Madani A. Relation of knowledge about cesarean disadvantages and delivery mode selection in women with first pregnancy; south of Iran. *Journal of Research in Medical and Dental Sciences*. 2018;6:550-6.
31. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL. Caesarean Delivery and Peripartum Hysterectomy. In *William's obstetrics*, 24rd ed: 587-608. New York, 2014.
32. Sandall J, Tribe RM, Avery L, Mola G, Ha Visser G, Se Homer C et al. Short-term and long-term effects of caesarean section on the health of women and children. *The Lancet*. 2018;392:1349-57.
33. Demir İ. Sezaryen ile doğum yapan annelerin ilk hafta memnuniyet durumları (Uzmanlık tezi). İzmir, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, 2020.
34. Dahlgren LS, Dadelszen PV, Christilaw J, Janssen AP, Lisonkova S, Marquette GP et al. Caesarean section on maternal request: risks and benefits in healthy nulliparous women and their infants. *J Obstet Gynaecol Can*. 2009;31(9):808-17. Doi: [https://doi.org/10.1016/S1701-2163\(16\)34299-2](https://doi.org/10.1016/S1701-2163(16)34299-2).
35. Gregory KD, Jackson S, Korst L, Fridman M. Cesarean versus vaginal delivery: Whose risks? whose benefits? *Am J Perinatol*. 2012;29(1):7-18. Doi: <https://doi.org/10.1055/s-0031-1285829>.
36. Liu X, Landon MB, Cheng W, Chen Y. Cesarean delivery on maternal request in China: what are the risks and benefits? *Am J Obstet Gynecol*. 2015;212:817.e1-9. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2015.01.043>.



37. Keag OE, Norman JE, Stock SJ. Long-term risks and benefits associated with cesarean delivery for mother, baby, and subsequent pregnancies: Systematic review and meta-analysis. *PLoS Med.* 2018;15(1):e1002494. Doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002494>.
38. Signorello LB, Harlow BL, Chekos AK, Repke JT. Postpartum sexual functioning and its relationship to perineal trauma: A retrospective cohort study of primiparous women. *Am J Obstet Gynecol.* 2001;184(5):881-8. Doi: <https://doi.org/10.1067/mob.2001.113855>.
39. Klein K, Worda C, Leipold H, Gruber C, Husslein P, Wenzl R. Does the mode of delivery influence sexual function after childbirth? *Journal of Women's Health.* 2009;18(8):1227-31. Doi: <https://doi.org/10.1089=jwh.2008.1198>.
40. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Committee on Practice Bulletins-Obstetrics. Practice Bulletin No. 183: Postpartum Hemorrhage. *Obstet Gynecol.* 2017;130(4):e168-e186. Doi: <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000002351>.
41. Gupta M, Saini V. Cesarean section: Mortality and morbidity. *Journal of Clinical and Diagnostic Research.* 2018;12(9):QE01-QE06. Doi: <https://doi.org/10.7860/JCDR/2018/37034.11994>.
42. Otkjaer AM, Jorgensen HL, Clausen TD, Krebs L. Maternal short-term complications after planned cesarean delivery without medical indication: A registry-based study. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2019;98(7):905-12. Doi: <https://doi.org/10.1111/aogs.13549>.
43. Diallo MH, Balde IS, Diallo AD, Balde O, Diallo BS, Sylla I et al. Maternal complications of cesarean section in a resource-limited country: The case of the maternity unit of Kankan Regional Hospital, Guinea. *Open Journal of Obstetrics and Gynecology.* 2019;9(7):981-90. Doi: <https://doi.org/10.4236/ojog.2019.97095>.
44. Şahin NH. Seksio-sezaryen: Yaygınlığı ve sonuçları. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi.* 2009;2(3):93-8.
45. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Cesarean delivery on maternal request. Committee Opinion No. 559. *Obstet Gynecol.* 2013;121:904-7.
46. Kiyak Çağlayan E, Kara M, Cihan Gürel Y. Kliniğimizdeki sezaryen operasyonlarında görülen komplikasyonlar ve olası risk faktörlerinin değerlendirilmesi. *Medical Journal of Bakırköy.* 2011;7:65-8. Doi:10.5350/BTDMJB201107205.
47. Buhimschi CS, Buhimschi IA. Advantages of vaginal delivery. *Clinical Obstetrics and Gynecology.* 2006;49:167-83.
48. Şentürk Erenel A, Çiçek S. Doğum şeklinin anne ve yenidoğan sağlığına etkisi. *Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi.* 2018;9:123-9.
49. Kupari M, Talola M, Luukkaala T, Tihtonen K. Does an increased cesarean section rate improve neonatal outcome in term pregnancies? *Archives of Gynecology and Obstetrics.* 2016;294:41-6.
50. Visser GHA, Ayres-de-Campos D, Barnea ER, de Bernis L, Di Renzo GC, Vidarte MFE, et al. FIGO position paper: how to stop the cesarean section epidemic. *Lancet.* 2018;392:1286e7.
51. Boerma T, Ronsmans C, Melesse DY, Barros AJD, Barros FC, Juan L, et al. Global epidemiology of use of and disparities in cesarean sections. *Lancet.* 2018;392:1341e8.
52. Spong C. Uterine rupture more likely with repeated C-sections. FIGO; 2012. Available from: <https://www.figo.org/uterine-rupture-more-likely-repeated-c-sections>. Accessed: 18 June 2021.
53. The International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO). C-Sections: How to stop the epidemic. 2018. Available from: <https://www.figo.org/c-sections-how-stop-epidemic>. Accessed: 15 June 2021.
54. Kingdon C, Downe S, Betran AP. Non-clinical interventions to reduce unnecessary cesarean section targeted at organisations, facilities and systems: Systematic review of qualitative studies. *PLoS ONE.* 2018;13(9):e0203274. Doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0203274>.
55. Hofberg K, Ward MR. Fear of childbirth, tocophobia, and mental health in mothers: the obstetric-psychiatric interface. *Clin Obstet Gynecol.* 2004;47(3):527-34. Doi: <https://doi.org/10.1097/01.grf.0000132527.62504.ca>.
56. Fuglens D, Aas E, Botten G, Oian P, Kristiansen IS. Why do some pregnant women prefer cesarean? The influence of parity, delivery experiences, and fear. *Am J Obstet Gynecol.* 2011;205(45):e1-9. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2011.03.043>.
57. Storksen HT, Eberhard-Gran M, Garhus-Niegel S, Eskild A. Fear of childbirth; the relation to anxiety and depression. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica.* 2012;91:237-42.
58. Larsson B, Karlström A, Rubertsson C, Hildingsson I. The effects of counseling on fear of childbirth. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica.* 2015;94:629-36.
59. Ryding EL, Lukasse M, Parys AS, Wangel AM, Karro H, Kristjansdottir H, et al. Fear of childbirth and risk of cesarean delivery: a cohort study in six European countries. *Birth.* 2015;42:48-55.
60. Uçar T, Gölbaşı Z. Nedenleri ve sonuçlarıyla doğum korkusu. *İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi.* 2015;4:54-8.
61. Hou L, Li G, Zou L, Li C, Chen Y, Yuan Y et al. Cesarean delivery rate and indications in mainland China: a cross sectional study in 2011. *Zhonghua Fu Chan Ke Za Zhi.* 2014;49:728-35.
62. Liu Y, Li G, Chen Y, Wang X, Ruan Y, Zou L et al. A descriptive analysis of the indications for cesarean section in mainland China. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2014;14:410.
63. Çakmak B, Arslan S, Nacar MC. Kadınların isteğe bağlı sezaryen konusundaki görüşleri. *Fırat Tıp Dergisi.* 2014;19:122-5.
64. Ergöl Ş, Kürtüncü M. Bir üniversite hastanesinde kadınların sezaryen doğum tercihlerini etkileyen faktörler. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi.* 2014;1:26-34.
65. Güler ES, Yanikkerem E. Kadınların doğum yöntemleri ve sezaryen sonrası vajinal doğum hakkında düşünceleri. *STED.* 2018;27:27-36.
66. Liang H, Fan Y, Zhang N, Chongsuvivatwong V, Wang Q, Gong J et al. Women's cesarean section preferences and influencing factors in relation to China's two-child policy: a cross-sectional study. *Patient Preference and Adherence.* 2018;12:2093-2101.
67. Özkul Gürol S. Modern Sezaryen Teorisi: Risk Belirsizlikler ve Korku. İçerisinde Ebelik Uygulamaları İçin Teori, 1. Baskı (Editör Tuna Oran N, Öztürk Can H): 287-309. Ankara, Alter Yayıncılık, 2017.

68. Rathfisch G. Doğal Doğum Felsefesi. İstanbul, Nobel Matbaacılık, 2012.
69. Ekşi Z, Can Gürkan Ö. Doğal doğum. Türkiye Klinikleri Obstetric-Women's Health and Diseases Nursing-Special Topics. 2015;1:35-40.
70. Happel-Parkins A, Azim KA. At pains to consent: A narrative inquiry into women's attempts of natural childbirth. *Women and Birth*. 2016;29:310-20.
71. Sayiner F, Özerdoğan N. Doğal doğum. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*. 2009;2:143-8.
72. Amanak K, Akdolun Balkaya N. Ebelik bölümü öğrencilerinin doğal doğuma yönelik bilgi ve düşünceleri. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2013;2:7-14.
73. Cahill HA. Male appropriation and medicalisation of childbirth: An historical analysis. *Journal of Advanced Nursing*. 2001;33:334-42.
74. Erenel ŞA. Kadın sağlığı hizmetlerinin tarihçesi. In *Kadın Sağlığı*. (Editör Ahsen Şirin): 124-35. İstanbul, Bedray Basın Yayıncılık, 2008.
75. Vural G, Erenel ŞA. Doğumun medikalizasyonu neden artmıştır, azaltabilir miyiz? *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*. 2017;4:76-83.
76. Mongan M. *HypnoBirthing: The Mongan Method*. 4th Edition. 2007.
77. Zadoroznyj M. Social class, social selves and social control in childbirth. *Sociology of Health & Illness*. 1999;21:267-89.
78. Davis-Floyd R. The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. 2001;75:5-23.
79. Kealy MA, Liamputtong P. Contemporary caesarean section theory: risk, uncertainty and fear. In *Theory for Midwifery Practice*. (Eds R. Bryar & M. Sinclair): 262-284. 2011.
80. Parsons T. *The social system*. London: Routledge & Kegan Paul. 1951.
81. Beckett K. Choosing cesarean: Feminism and the politics of childbirth in the United States. *Feminist Theory*. 2005;6:251-75.
82. Işık Sönmez C, Sıvaslıoğlu AA. Gebe kadınların doğum şekli tercihi ve bunları etkileyen faktörler. *Konuralp Tıp Dergisi*. 2019;11:369-76.
83. Wirtz V, Cribb A, Barber N. Patient-doctor decision-making about treatment within the consultation—A critical analysis of models. *Social science & medicine*. 2006;62:116-24.
84. Thompson AG. The meaning of patient involvement and participation in health care consultations: a taxonomy. *Social Science & Medicine*. 2007;64:1297-310.
85. Şendoğdu AA, Erdirençelebi M. Paternalist liderlik ile örgütsel vatandaşlık davranışı arasındaki ilişkiye yönelik bir araştırma. *Sosyal Ekonomik Araştırmalar Dergisi*. 2014;14:253-74.
86. Feldman GB, Freiman JA. Prophylactic cesarean at term? *N Engl J Med*. 1985;312:1264-67.
87. Nilstun T, Habiba M, Lingman G, Saracci R, Da Frè M, Cuttini M. Cesarean delivery on maternal request: can the ethical problem be solved by the principlist approach? *BMC medical ethics*. 2008;9:1-8.
88. Hausman BL. Risky business: framing childbirth in hospital settings. *Journal of Medical Humanities*. 2005;26:23-38.
89. Wagner M. Fish can't see water: the need to humanize birth. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. 2001;75:25-37.
90. Lane K. The medical model of the body as a site of risk: A case study of childbirth. *Sociology of Health & Illness Monograph Series*. 1995;53-72.
91. Possamai-Inesedy A. Confining risk: Choice and responsibility in childbirth in a risk society, *Health Sociology Review*. 2006;15(4):406-14, DOI: 10.5172/ hesr.2006.15.4.406.
92. Wagner M. Choosing caesarean section. *The Lancet*. 2000;356:1677-80.
93. Liamputtong P, Watson LF. The meanings and experiences of cesarean birth among Cambodian, Lao and Vietnamese immigrant women in Australia. *Women & Health*. 2006;43:63-82.
94. Toker E, Aktaş S. İngiltere'de ebelik. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*. 2010;2:89-97.
95. Wieggers TA, Hukkelhoven CW. The role of hospital midwives in the Netherlands. *BMC pregnancy and childbirth*. 2010;10:1-9.
96. Wernham E, Gurney J, Stanley J, Ellison-Loschmann L, Sarfati D. A comparison of midwife-led and medical-led models of care and their relationship to adverse fetal and neonatal outcomes: a retrospective cohort study in New Zealand. *PLoS Medicine*. 2016;13:e1002134.
97. Cheung NF, Mander R, Wang X, Fu W, Zhou H, Zhang L. Clinical outcomes of the first midwife-led normal birth unit in China: a retrospective cohort study. *Midwifery*. 2011;27:582-7.

### Correspondence Address / Yazışma Adresi

Betül Uzun Özer  
Amasya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi  
Ebelik Bölümü  
Amasya, Turkey  
e-mail: betul.uzun@amasya.edu.tr

**Geliş tarihi/ Received:** 25.06.2021

**Kabul tarihi/ Accepted:** 31.07.2021

\*Bu derlemenin 24-26 Eylül 2021 tarihlerinde gerçekleştirilecek olan 4.Uluslararası 5.Ulusal İstanbul Ebelik Günleri Kongresi'nde sözel bildiri olarak sunulması planlanmaktadır.