

Doğumu yeniden yapılandırmak: anne dostu hastaneler ve normal doğum eylem planı

Dr. Betül Zehra Pirdal



2017 yılında İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Tıp Fakültesinden mezun oldu ve 2018-2022 yılları arasında İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Ana Bilim Dalında ihtisasını yaptı. Sultangazi İlçe Sağlık Müdürlüğünde Halk Sağlığı Hizmetleri birim sorumlusu olarak görev aldı. Eylül 2024'ten beri Sağlık Geliştirilmesi Genel Müdürlüğünde Halk Sağlığı Uzmanı olarak görev yapmaktadır.

Doç. Dr. Muhammed Atak



İstanbul Tıp Fakültesinden 2012 yılında mezun oldu. Tıp eğitiminin ardından halk sağlığı alanında eğitimini tamamladı, saha deneyimiyle akademik bilgisini birleştirerek sağlık hizmetlerinin geliştirilmesine yönelik çok sayıda projede aktif rol aldı. İstanbul, Bitlis ve çeşitli yurt dışı görevlerinde hekimlik, yöneticilik ve koordinasyon sorumlulukları üstlendi. Afet yönetimi, sağlık okuryazarlığı, göç sağlığı ve birinci basamak hizmetlerin güçlendirilmesi gibi alanlarda çalışmalar yürüttü. İstanbul Üniversitesinde öğretim üyesi olan Dr. Atak, Ağustos 2024'ten bu yana Sağlık Bakanlığı Sağlık Geliştirilmesi Genel Müdürü olarak görev yapmaktadır.

Doğum, hayatın başlangıcını simgeleyen temel bir biyolojik ve sosyal olaydır. Ancak son yıllarda dünya genelinde artan sezaryen doğum oranları, doğum hizmetlerine ilişkin politikalarda derinlemesine bir yeniden değerlendirmeyi zorunlu kılmaktadır. Özellikle tıbbi gerekçelere dayanmayan, gereksiz sezaryen oranlarındaki artış, anne ve bebek sağlığı üzerinde kısa ve uzun vadeli riskleri beraberinde getirmektedir (1). Türkiye, OECD ülkeleri arasında en yüksek sezaryen oranına sahip ülkeler arasındadır. 2023 yılı itibarıyla bu oran yüzde 61,5'e ulaşmış; bu durum kamu sağlığı açısından öncelikli bir politika alanının doğduğunu göstermiştir (2). Bu makalede, Türkiye'de artan sezaryen oranları neticesinde doğum hizmetlerinin dönüşümü; ebelik hizmetlerinin güçlendirilmesi, kadın merkezli bakım modelleri ve ulusal politika belgeleri (Anne Dostu Hastane Programı ve Normal Doğum Eylem Planı) çerçevesinde değerlendirilecektir.

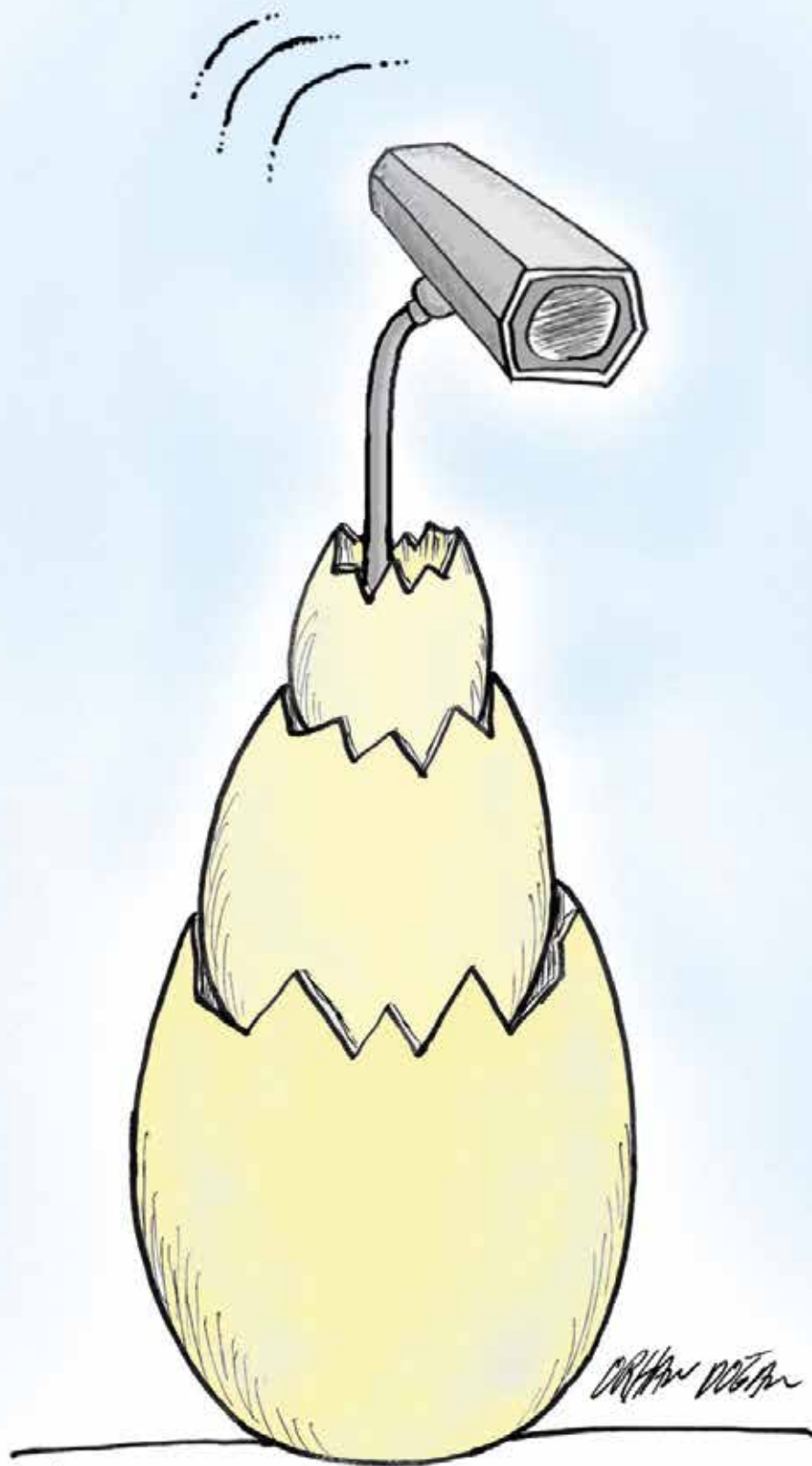
Dünyada Sezaryen Oranları ve Sağlık Etkileri

Dünya genelinde sezaryen doğum oranı 1990 yılında yüzde 7 düzeyindeyken, 2021 itibarıyla bu oran yüzde 21'e yükselmiştir. Bu artış yalnızca tıbbi zorunluluklardan değil; aynı zamanda sosyal, ekonomik ve kültürel etkenlerden de kaynaklanmaktadır.

Sezaryenle gerçekleşen doğumlar, anenin taburculuk süresini uzatabilmekte ve toparlanma süreci normal doğuma kıyasla daha meşakkatli olabilmektedir. Bununla birlikte sezaryenle doğan bebeklerde solunum problemleri daha sık görülmekte, anne sütüyle beslenmeye geçişte gecikmeler yaşanabilmektedir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), geçmişte sezaryen oranlarının yüzde 10-15 aralığında tutulmasını önermiştir. Daha sonra bu öneri, sezaryen oranlarını her ülkenin kendi sağlık sistemi ve ihtiyaçları doğrultusunda ayrıca değerlendirilmesi ve sezaryenin yalnızca tıbbi zorunluluk

hâlinde tercih edilmesi yönünde olmuştur. DSÖ'nün 2018 tarihli kılavuzunda gereksiz sezaryen oranlarının düşürülmesi için klinik dışı müdahale stratejileri önerilmiş; kadınlara, sağlık profesyonellerine ve sağlık sistemlerine yönelik çok katmanlı müdahalelerin gerekliliği vurgulanmıştır. Sezaryenin tıbbi endikasyon olmaksızın tercih edilmesi, enfeksiyon, kan kaybı ve ileri gebeliklerde cerrahi komplikasyonlar gibi riskleri artırmakta, ayrıca sağlık sistemi üzerinde ciddi ekonomik yük oluşturmaktadır (3).

2024 yılında Avrupa Perinatal Tıp Derneği (EAPM) ve Avrupa Ebeler Derneği (EMA) tarafından yayımlanan ortak raporda, ulusal düzeyde sezaryen oranlarının yüzde 15 ila yüzde 20 arasında seyretmesi hem bilimsel veriler hem de başarılı sağlık sistemi örnekleri doğrultusunda önerilmektedir. Raporda, sezaryen uygulamalarındaki aşırı artışın, sağlık çalışanlarının vajinal doğum, makat geliş ya da çoğul gebeliklerin yönetimi gibi doğum sürecine özgü





temel uygulamalarda deneyim kaybına yol açabileceği ve bunun uzun vadede hem klinik yeterlilik hem de toplumsal güven açısından ciddi riskler barındırdığı ifade edilmiştir. Bu nedenle, klinik uygulama becerilerinin korunması ve normal doğumun sürdürülebilirliğinin sağlanması adına, politika yapıcılar ve meslek örgütleri sezaryen oranlarındaki artışı sınırlayacak stratejik adımlara öncelik vermesinin önemi vurgulanmıştır (4).

Dünya genelinde sezaryen doğum oranlarındaki artış, bu eğilimin olası sonuçlarına ilişkin farkındalık çalışmalarını ve müdahale stratejilerini beraberinde getirmiştir. 2018 yılında The Lancet'te yayımlanan bir derlemede, sezaryen oranlarındaki küresel artış "epidemi" olarak tanımlanmış ve bu artışın durdurulması gerektiği vurgulanmıştır. Sezaryen ameliyatında ulaşım da dünyada eşitsizlikler mevcuttur; Güney

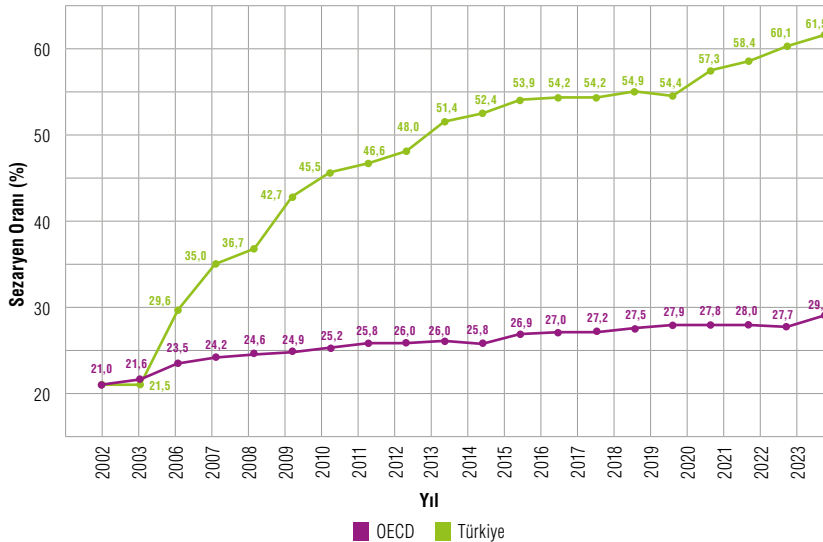
Afrika'da sezaryen oranı yüzde 4 iken, Latin Amerika'da bu oran yüzde 60'lara ulaşmaktadır. Dünya Jinekoloji ve Obstetrik Kongresinde Brezilya ve Çin'de her yıl 6,2 milyar gereksiz sezaryen ameliyatı yapıldığı bildirilmiştir (5).

Türkiye'de Sezaryen Oranları

Türkiye'de sezaryen oranları 2000'li yılların başında yüzde 20 seviyelerindeyken, 2013 yılından itibaren yüzde 50'nin üzerine çıkmış; 2023 yılı itibarıyla yüzde 61,5'e ulaşmıştır. Türkiye, OECD ülkeleri arasında ilk sıralardadır (2, 6). 2000'li yıllardan itibaren Türkiye'de sezaryen oranları, OECD ortalamasının belirgin şekilde üzerinde seyretmekte ve yıllar içinde artış eğilimi göstermektedir (Grafik 1).

2018-2023 yıllarını kapsayan ulusal verilere göre Türkiye'de sezaryen doğum oranı yüzde 57,6, primer sezaryen oranı ise yüzde 28,8 olarak bildirilmiştir. Robson sınıflandırmasına göre normal doğuma elverişli kabul edilen Grup 1-4 olgularındaki sezaryen oranları referans aralıkların belirgin biçimde üzerindedir. Bu sonuç Türkiye'de tıbbi gereklilik dışında yapılan sezaryenlerin fazla olduğunu göstermektedir. Kurumlar arası karşılaştırmalarda; özel hastanelerde

Grafik 1: Türkiye ve OECD sezaryen oranlarının yıllar içinde değişimi



Kaynak: Sağlık İstatistikleri Yıllığı ve OECD Health Data

sezaryen oranının yüzde 70'in üzerinde olduğu, bu oranın kamu ve üniversite hastanelerine kıyasla anlamlı ölçüde yüksek olduğu bildirilmiştir (7).

Sezaryen oranlarının bu denli yüksek olması, yalnızca klinik faktörlerle değil; sağlık sisteminin sunduğu annelik bakım modellerinin yapısıyla da yakından ilişkilidir. Kadına doğum sürecinde hangi modelle hizmet sunulduğu, müdahale sıklığını, karar alma süreçlerine katılımı ve doğum deneyimini doğrudan etkilemektedir (8-10).

Annelik Bakım Modelleri ve Ebelik Hizmetlerinin Güçlendirilmesi

Kadınların gebelik, doğum ve doğum sonrası süreçlerinde gereksinim duyduğu hizmetlerin niteliği, uygulanan annelik bakım modeline göre önemli ölçüde değişmektedir. Sağlık hizmetlerinde kadın merkezli yaklaşımların ön plana çıktığı günümüzde, bakım modelleri yalnızca klinik sonuçlar açısından değil; aynı zamanda bireysel deneyim, memnuniyet ve sağlık okuryazarlığı gibi sosyal göstergeler açısından da değerlendirilmelidir. Avustralya bağlamında gerçekleştirilen ve annelik bakım modellerini doğrudan karşılaştıran en kapsamlı tarama çalışmalarından biri olan Talukdar ve arkadaşlarının çalışmasında beş temel annelik bakım modeli tanımlanmıştır (8):

- I) **Standart kamu bakımı:** Kamu hastanelerinde, vardiyalı çalışan hekim ve ebeler tarafından verilen, süreklilik olmayan doğum bakımı modeli.
- II) **Kamu ebelik süreklilik modeli:** Aynı ebenin veya küçük bir ekip içinden tanıdık bir ebenin gebelik, doğum ve doğum sonrası süreci izlediği, kadın merkezli kamu destekli model.
- III) **Ortak bakım:** Gebelik boyunca aile hekimi takibi, doğumda ise kamu hastanesi ekibi tarafından yürütülen karma model.
- IV) **Özel obstetrik bakım:** Kadınların ücretli olarak özel bir kadın doğum uzmanı tarafından takip edildiği, genelde özel hastanelerde sunulan model.
- V) **Özel ebelik bakımı:** Kadının kendisinin seçtiği özel ebeyle evde ya da hastanede doğum yapmasına olanak tanıyan, bireyselleştirilmiş ücretli model.

Bu modeller; bakım veren kişi, hizmetin sunulduğu yer, sağlık sistemine entegre olma biçimi ve bakımın sürekliliği gibi yapısal unsurlar açısından farklılaşmaktadır. Araştırmada öne çıkan bulgu, kamu ebelik süreklilik modelinin hem klinik hem de deneyimsel çıktılar bakımından en olumlu sonuçlara sahip olmasıdır. Kadınlara tanıdık bir ebenin gebelikten postpartum döneme kadar sürekli bakım vermesini esas alan bu model sayesinde sezaryen, epizyotomi ve yenidoğan yoğun bakım yatış oranlarını azaltmakta, normal doğum oranlarını ve memnuniyet düzeyini artırmaktadır.

Buna karşın standart kamu bakımında hizmet, hastane vardiyasında görevli sağlık profesyonelleri tarafından yürütülmekte olup, bakımın sürekliliği sağlanamamakta ve bu durum kadınların karar alma süreçlerine aktif katılımını sınırlandırmaktadır. Özel obstetrik bakım modelleri ise yüksek maliyet, daha fazla medikal müdahale ve daha düşük doğum memnuniyeti gibi olumsuzluklarla ilişkilendirilmiştir. Ayrıca, özel ebelik bakımı ve ortak bakım modelleri üzerine yürütülmüş karşılaştırmalı araştırmaların yetersizliği, bu modellerin etkinliğini değerlendirmeyi güçleştirmektedir (8).

Benzer şekilde, İspanya'dan yapılan bir araştırmada da iki farklı hastanedeki doğum bakım yaklaşımlarında fizyolojik doğumu benimseyen ve kadın merkezli yaklaşımı esas alan ve daha tıbbi müdahale odaklı bir bakım modeli uygulayan hastane arasında anlamlı farklar bulunmuştur. Kadın merkezli hastanede, normal doğum oranları daha yüksek, sezaryen ve epizyotomi oranları daha düşükken; kadınlar doğum sürecine daha fazla katılım göstermekte ve bakımın kişiselleştirildiğini ifade etmektedirler. Bu bulgular, doğum bakım modellerindeki yapısal farklılıkların doğrudan klinik sonuçlara yansımada olduğunu göstermektedir (9).

Her iki ülke örneğinde de görüldüğü üzere, model tercihi sadece bakım verenin mesleki disiplinine değil; bakımın sürekliliği, karar alma süreçlerine kadının katılımı, doğum yeri seçeneği, müdahale sıklığı ve sağlık sistemi tarafından sunulan finansal mekanizmalara da bağlıdır.

Ebelikte süreklilik modeli yalnızca klinik başarı değil; aynı zamanda annenin deneyimi, sistem maliyeti ve sağlık hizmeti sunumunun sürdürülebilirliği açısından da üstünlük sağladığı gösterilmiştir. 15

2024 yılında Avrupa Perinatal Tıp Derneği ve Avrupa Ebeler Derneği tarafından yayımlanan ortak raporda, ulusal düzeyde sezaryen oranlarının yüzde 15 ile yüzde 20 arasında seyretmesi hem bilimsel veriler hem de başarılı sağlık sistemi örnekleri doğrultusunda önerilmektedir.

randomize kontrollü çalışmayı içeren bir derlemede, ebe sürekliliği ile izlenen kadınların tanıdıkları bir ebenin varlığında doğuma girme, normal doğum yapma ve tıbbi müdahalelere daha az maruz kalma olasılıkları anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Ayrıca preterm doğum ve neonatal mortalite oranlarının düştüğü; kadınların ise bakım alma süreçlerinden daha memnun olduğu bildirilmiştir. Bu model yalnızca kadınların bireysel deneyimini güçlendirmekle kalmayıp, aynı zamanda sağlık sisteminde maliyet etkinliği ve ebelerde tükenmişliği azaltma gibi kurumsal faydalar da sağlamaktadır (10).

Dünya genelinde olduğu gibi Türkiye'de de kadın merkezli doğum hizmetlerinin yaygınlaştırılması, sadece klinik göstergelerin değil; aynı zamanda deneyim temelli kalite ölçütlerinin de iyileştirilmesini hedefleyen yapısal reformlara ihtiyaç olduğunu göstermektedir. Özellikle ebelik sürekliliğine dayalı bakım modelinin hem sezaryen oranlarının azaltılması hem de doğumun fizyolojik doğasına uygun şekilde yönetilmesi açısından sağladığı yararlar, sağlık politikalarının yönünü belirlemede etkili bir rehber niteliğindedir. Kadının doğum sürecine aktif katılımını destekleyen, gereksiz müdahaleleri azaltan ve doğum sonrası iyileşme sürecini hızlandıran bu modelin, Türkiye gibi sezaryen oranlarının dünya ortalamasının oldukça üzerinde seyrettiği ülkelerde benimsenmesi, anne ve bebek sağlığı açısından stratejik bir öncelik hâline gelmiştir.

Bu kapsamda Türkiye’de atılan en önemli adımlarından biri, Sağlık Bakanlığı tarafından başlatılan Anne Dostu Hastane Programıdır (11). DSÖ’nün “saygılı anne-bakımı” çerçevesinde şekillenen bu program, doğumu yalnızca klinik bir olay olarak değil; kadının biyolojik, duygusal ve sosyal bütünlüğünü etkileyen çok boyutlu bir süreç olarak ele almaktadır. Programın temel amacı; doğumhane ortamlarında kadın merkezli bakımın güçlendirilmesi, doğum sürecinde gereksiz müdahalelerin azaltılması ve doğum deneyiminin hem fizyolojik hem de duygusal açıdan güçlendirici bir sürece dönüşmesini sağlamaktır (12).

Anne Dostu Hastane Programının kavramsal çerçevesi ilk olarak 2010 yılında oluşturulmuş, ardından 2015 yılında sahada pilot uygulamalar başlatılmıştır. Pilot sürecin ardından geliştirilen program, 2018 yılı itibarıyla ulusal ölçekte yaygınlaştırılmış; bu kapsamda 50’den fazla hastane, gerekli kriterleri sağlayarak “Anne Dostu Hastane” ünvanı almaya hak kazanmıştır (13).

Anne Dostu Hastane kriterleri; fiziksel altyapıdan klinik uygulamalara, sağlık personelinin tutumundan kurumsal kültüre kadar geniş bir yelpazede düzenlemeleri içermektedir. Bu kapsamda hastanelerin doğum ünitelerinde mahremiyeti sağlayacak şekilde tek kişilik doğum odalarının yaygınlaştırılması,

doğum sırasında kadınlara refakatçi desteği sağlanması, kadınların tercih ettikleri doğum pozisyonlarında doğum yapabilmesine olanak tanınması, sürekli ebelik desteği sunulması ve doğum sonrası erken ten tene temas ile emzirmenin başlatılması gibi uygulamalar temel standartlar arasında yer almaktadır. Ayrıca doğum öncesi hazırlık kursları, doğum planı hazırlanması, bilgilendirilmiş onam süreçlerinin güçlendirilmesi ve müdahale kararlarının kadının tercihleri doğrultusunda alınması da programın özünü oluşturmaktadır (13).

Program yalnızca yapısal ve teknik uygulamalarla sınırlı değildir; aynı zamanda sağlık personelinin iletişim becerilerinin ve etik farkındalığının geliştirilmesini de hedeflemektedir. Anne Dostu Hastane Programı kapsamında görev yapan sağlık personeline yönelik eğitim içerikleri geliştirilmiş; doğum sürecinde kadına saygılı bakım, etkili iletişim teknikleri, empati temelli hizmet sunumu ve kültürel duyarlılık gibi konular hizmet içi eğitim modüllerine entegre edilmiştir. Özellikle ebelerin doğumdaki rolünün tanınması ve güçlendirilmesi, programın ana eksenlerinden biridir (12).

Anne Dostu Hastane Programının bir diğer önemli bileşeni ise sürekli kalite değerlendirmesidir. Bakanlık tarafından geliştirilen Anne Dostu Hastane Değerlendirme Formları aracılığıyla

hastanelerin fiziksel koşulları, hizmet sunum süreçleri, doğum ortamlarının psikososyal yeterliliği ve sağlık çalışanlarının bilgi-davranış düzeyleri periyodik olarak izlenmekte ve değerlendirme kriterlerini karşılayan hastanelere “Anne Dostu” ünvanı verilmektedir. Bu ünvanla doğumhanelerde sürdürülebilir bir kalite kültürünün inşası açısından sembolik olduğu kadar işlevsel bir araç olarak da değerlendirilmektedir. Özellikle kadınların doğum yapacakları kurumu seçerken bu ünvanı dikkate alabilecekleri göz önünde bulundurulduğunda, Anne Dostu Hastane olmak hem sağlık kurumu hem de anneler açısından karşılıklı bir güven mekanizması kuracaktır (12).

Anne Dostu Hastane Programı, doğum ortamlarının kadın merkezli, mahremiyeti gözetilen ve fizyolojik doğumu destekleyen bir anlayışla yeniden yapılandırılmasını amaçlayarak önemli bir kurumsal dönüşüm başlatmıştır. Bu çerçevede elde edilen kazanımlar, sezaryen oranlarının düşürülmesi hedefiyle daha sistematik ve çok boyutlu müdahaleleri içeren yeni bir stratejik plana zemin oluşturmuştur. 2024 yılında yayımlanan Normal Doğum Eylem Planı, tıbbi gereklilik dışındaki sezaryen uygulamalarını azaltmak, ebelik rolünün güçlenmesini sağlamak ve doğum bakım hizmetlerinde kaliteyi artırmak amacıyla yapılandırılmıştır. Eylem planında, Anne Dostu Hastane Programı’nın yaygınlaştırılması da bu hedefe hizmet





eden temel yapı taşlarından biri olarak tanımlanmıştır (14).

Normal Doğum Eylem Planı, doğum hizmetlerini yalnızca klinik yönüyle değil, aynı zamanda bireysel deneyim, sağlık okuryazarlığı ve hizmet sunum modeli bağlamında da dönüştürmeyi amaçlamaktadır. “Her Gebeye Ebe” modeli ile her gebenin birebir bir sağlık profesyoneli tarafından takip edilmesi hedeflenmiş; tüm doğum yapılan sağlık tesislerinde gebe okulu kurulması zorunlu hâle getirilmiştir. Gebe okulları, doğum öncesi hazırlık, doğum süreci ve postpartum döneme ilişkin doğru bilgi aktarımını sağlamayı ve doğuma ilişkin korkuların azaltılmasını amaçlamaktadır. Ayrıca gebelerin sağlık okuryazarlık seviyelerini yükseltmek ve kadınların doğum sürecine aktif katılımını teşvik etmek amacıyla geliştirilen “Annelik

Yolculuğu” mobil uygulaması ile dijital takip ve bilgilendirme süreçlerinin desteklenmesi hedeflenmiştir (14).

Sonuç

Türkiye’de sezaryen oranlarının yüzde 60’ın üzerine çıkmış olması, yalnızca klinik uygulamalarla açıklanamayacak derinlikte yapısal ve kültürel bir sorunu işaret etmektedir. Normal doğumun teşviki ve gereksiz sezaryenlerin azaltılması, teknik düzenlemelerin ötesinde toplumsal düzeyde bir sahiplenme ve kültürel dönüşüm gerektirir. Bu doğrultuda geliştirilen Normal Doğum Eylem Planı’nın etkili ve sürdürülebilir olması, yalnızca sağlık profesyonellerinin değil; kadınların, ailelerin ve toplumun tamamının doğuma bakışını dönüştürecek çok boyutlu müdahalelerle mümkündür. Doğum korkusuyla mücadele eden

psikososyal destek programlarının yaygınlaştırılması, doğumun doğal bir süreç olduğuna ilişkin olumlu anlatıların güçlendirilmesi ve kadının doğum sürecindeki rolünün yeniden tanımlanması bu dönüşümün temelini oluşturmaktadır. Aynı zamanda bu dönüşüm, yalnızca politika belgelerine değil, doğuma dair kolektif bilince de dayalı bir değişimi zorunlu kılmaktadır.

Kaynaklar

- 1) Opiyo, N., Kingdon, C., Oladapo, O. T., Souza, J. P., Vogel, J. P., Bonet, M., et al. (2020). Non-clinical interventions to reduce unnecessary caesarean sections: WHO recommendations. *Bulletin of the World Health Organization*, 98(1), 66-68.
- 2) T.C. Sağlık Bakanlığı. (2025). Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2023. <https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklen-ti/50500/0/siy202307032025pdf.pdf> (Erişim Tarihi: 02.06.2025).
- 3) World Health Organization. (2018). WHO recommendations: Non-clinical interventions to reduce unnecessary caesarean sections.
- 4) Ayres-de-Campos, D., Simon, A., Modi, N., Tudose, M., Saliba, E., Wielgos, M., et al. (2020). Joint position statement: Caesarean delivery rates at a country level should be in the 15-20% range. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 294, 76-78.
- 5) The Lancet. (2018). Stemming the global caesarean section epidemic. *The Lancet*, 392(10155), 1279.
- 6) Organisation for Economic Co-operation and Development. (2025). OECD Data Explorer: Surgical procedures. [https://data-explorer.oecd.org/vis?lc=en&df\[ds\]=DisseminateFinalDMZ&df\[id\]=DSD_HEALTH_PROC%40DF_SURG_PROC&df\[ag\]=OECD.ELS.HD&df\[vs\]=1.1&dq=...CM74_CAE.....&pd=2010%2Cto\[TIME_PERIOD\]=false&vw=tb](https://data-explorer.oecd.org/vis?lc=en&df[ds]=DisseminateFinalDMZ&df[id]=DSD_HEALTH_PROC%40DF_SURG_PROC&df[ag]=OECD.ELS.HD&df[vs]=1.1&dq=...CM74_CAE.....&pd=2010%2Cto[TIME_PERIOD]=false&vw=tb) (Erişim Tarihi: 20.06.2025).
- 7) Ulgu, M. M., Birinci, S., Altun Ensari, T., & Gözükar, M. G. (2023). Cesarean section rates in Turkey 2018-2023: Overview of national data by using Robson ten group classification system. *Turkish Journal of Obstetrics and Gynecology*, 20(3), 191-198.
- 8) Talukdar, S., Dingle, K., & Miller, Y. D. (2021). A scoping review of evidence comparing models of maternity care in Australia. *Midwifery*, 99, 102973.
- 9) Ferrer, M. B. C., Jordana, M. C., Meseguer, C. B., Garcia, C. C., & Roche, M. E. M. (2016). Comparative study analysing women's childbirth satisfaction and obstetric outcomes across two different models of maternity care. *BMJ Open*, 6(8), e011362.
- 10) Homer, C. S. (2016). Models of maternity care: Evidence for midwifery continuity of care. *Medical Journal of Australia*, 205(8), 370-374.
- 11) T.C. Sağlık Bakanlığı, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. (2025). Anne Dostu Hastane Programı. <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/programlar-2/anne-dostu-hastane-programi.html> (Erişim Tarihi: 21.06.2025).
- 12) T.C. Sağlık Bakanlığı, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. (2018). Anne Dostu Hastane Eğitimci Rehberi.
- 13) T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı. (2018). Ulusal Anne ve Bebek Dostu Hastane Kriterleri ve Ünvan Alan Hastaneler Listesi.
- 14) T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Geliştirme ve Gelişme Merkezi. (2024). Normal Doğum Eylem Planı.