

T.C.
ADİYAMAN ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
EBELİK ANABİLİM DALI

SEZARYEN DOĞUMUN VE EPİZYOTOMİ UYGULAMASININ
CİNSEL YAŞAM VE POSTPARTUM DEPRESYON ÜZERİNE ETKİSİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Büşra KORKMAZ YAPICI

DANIŞMAN
Doç. Dr. Semiha AYDIN ÖZKAN

ADİYAMAN, 2024

ÖZET

SEZARYEN DOĞUMUN VE EPİZYOTOMİ UYGULAMASININ CİNSEL YAŞAM VE POSTPARTUM DEPRESYON ÜZERİNE ETKİSİ

Büşra KORKMAZ YAPICI

Ebelik Anabilim Dalı,

Adıyaman Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Temmuz/2024, Sayfa:72

Danışman: Doç. Dr. Semiha AYDIN ÖZKAN

Bu çalışma sezaryen doğumun ve epizyotomi uygulamasının cinsel yaşam ve postpartum depresyon üzerine etkisini incelemek amacı ile tanımlayıcı ve kesitsel tipte yapılmıştır. Çalışmanın örneklemini ilk doğumunu yapan, postpartum 2-6 ay arasında olan, sezaryen doğum 92, epizyotomili vajinal doğum 92 ve vajinal doğum yapan grupta 92 olmak üzere toplam 276 kadından oluşmaktadır. Araştırmanın verileri Katılımcı Bilgi Formu, Kadın Cinsel Fonksiyon Ölçeği-6 ve Edinburg Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği ile toplanmıştır. Çalışma verilerinin normal dağılım gösterdiği saptanmış, analizler için parametrik testler kullanılmıştır. Kadın Cinsel Fonksiyon Ölçeği-6 toplam puan ortalamaları epizyotomili vajinal doğum yapan kadınlarda $16,12 \pm 3,51$, sezaryen doğum yapan kadınlarda $18,62 \pm 4,01$, vajinal doğum yapan kadınlarda $21,10 \pm 3,35$ 'tir. Gruplar arasında Kadın Cinsel Fonksiyon Ölçeği-6 toplam puanı vajinal doğum yapan kadınlarda istatistiksel anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p < 0,000$). Edinburg Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği toplam puan ortalamaları vajinal doğum yapan kadınlarda $7,21 \pm 4,28$, sezaryen doğum yapan kadınlarda $11,46 \pm 4,52$, epizyotomili vajinal doğum yapan kadınlarda $12,97 \pm 3,88$ 'dir. Vajinal doğum yapan kadınların Edinburg Doğum Sonu Depresyon Ölçeği puan ortalamasının diğer iki gruba göre istatistiksel anlamlı olarak daha düşük olduğu saptanmıştır ($F=45,906$, $p=0,001$). Bu çalışmada doğum şekillerinin postpartum dönemde cinsel yaşam ve postpartum depresyon üzerinde etkili olduğu saptanmıştır. Ebe liderliğindeki bakım modelleri kapsamında doğum şekilleri planlanırken doğum sonrası dönemde cinsel işlev ve postpartum depresyonu etkileme potansiyeli hakkında kadınlara eğitim verilmesi önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Cinsel yaşam; Doğum şekilleri; Epizyotomi; Postpartum depresyon; Sezaryen doğum.

ABSTRACT

THE EFFECT OF CESAREAN DELIVERY AND EPISIOTOMY ON SEXUAL LIFE AND POSTPARTUM DEPRESSION

Büşra KORKMAZ YAPICI

Department of Midwifery

Adıyaman University, Graduate Education Institute, July/2024, Page:72

Supervisor: Assoc. Prof. Dr. Semiha AYDIN ÖZKAN

This descriptive and cross-sectional study was conducted to examine the effect of cesarean delivery and episiotomy application on sexual life and postpartum depression. The sample of the study consisted of a total of 276 women who gave their first birth, who were between 2-6 months postpartum, 92 women who had cesarean section, 92 women who had vaginal delivery with episiotomy and 92 women who had vaginal delivery. The data were collected with the Participant Information Form, Female Sexual Function Scale-6 and Edinburg Postpartum Depression Scale. The study data were found to be normally distributed and parametric tests were used for the analysis. The mean total score of Female Sexual Function Scale-6 was 16.12 ± 3.51 in women who had vaginal delivery with episiotomy, 18.62 ± 4.01 in women who had cesarean delivery, and 21.10 ± 3.35 in women who had vaginal delivery. Female Sexual Function Scale-6 total score was found to be statistically significantly higher in women who gave birth vaginally ($p < 0.000$). The mean total score of Edinburg Postpartum Depression Scale was 7.21 ± 4.28 in women who gave birth vaginally, 11.46 ± 4.52 in women who gave birth by cesarean section and 12.97 ± 3.88 in women who gave birth vaginally with episiotomy. It was found that the mean score of Edinburg Postpartum Depression Scale was statistically significantly lower in women who had vaginal delivery compared to the other two groups ($F=45.906$, $p=0.001$). In this study, it was found that modes of delivery were effective on sexual life and postpartum depression in the postpartum period. Within the scope of midwife-led care models, it is recommended that women should be educated about the potential to affect sexual function and postpartum depression in the postpartum period while planning birth styles.

Keywords: Caesarean section; Episiotomy; Types of delivery; Postpartum depression; Sexual life.

TEŞEKKÜR

Çalışma sürecimde sadece deneyimlerini ve bilgisini benimle paylaşmakla kalmayan, yol gösteren, sabır, sevgi ve hoşgörü dolu yüreğini benden esirgemeyen, eğitim alanında her zaman en büyük şansım olarak bahsedeceğim, hayatımda değerli izler bırakan sayın hocam, danışmanım Doç. Dr. Semiha AYDIN ÖZKAN'a,

Yüksek Lisans eğitimim boyunca bilgi ve desteklerini esirgemeyen değerli hocalarım Prof. Dr. Süleyman BAYRAM'a, Doç. Dr. Tuba KOÇ ÖZKAN'a, Dr. Öğr. Üyesi Türkan ŞAHİN'ne ve Dr. Öğr. Üyesi Saadet BOYBAY KOYUNCU'ya,

Araştırmaya katılmayı kabul eden değerli annelere,

Yüksek Lisans eğitimimde tanıdığım, dersler ve tez sürecinde çok şey paylaştığım ve bundan sonraki hayatımda benim için her zaman kıymetli olacak olan Gurbet AKINCI'ya ve Müjde GÜL GÜVEN'e,

Hayatımda her zaman iyi ki dediğim, beni bugünlere yorulmadan, bıkmadan, büyük bir sabırla getiren; özverisi, sevgisi ve yüreği büyük canım babam Ali KORKMAZ'a, canım annem Hatice KORKMAZ'a, canım ablam Emine KORKMAZ KUZU'ya, canım kardeşim Evra KORKMAZ DURAKCI'ya ve ebedi dostum Merve Ayşe BOZKURT COŞKUN'a,

Her zaman her konuda yanımda olan, eğitimim ve evliliğimiz boyunca beni destekleyen, cesaretlendiren, sabrın ve sevgin için, sevgili eşim, hayat arkadaşım, Ozan YAPICI'ya, tez sürecimde desteğini benden hiç çekmeyen Öznur YAPICI'ya, tez sürecimde her türlü yardıma koşan Sevim YAPICI KAKIZ'a, Sakine YAPICI ALTUN'a, Selcan YAPICI'ya, Yıldız YAPICI'ya, Emine YAPICI'ya, beni kendi kızı gibi gören kayınvalidem Fatma YAPICI'ya ve bu sürece başladığımda benimle olan maalesef bu günleri göremeyen kayınbabam Abdurrahman YAPICI'ya,

SONSUZ TEŞEKKÜRLERİMİ SUNARIM...

ETİK İLKE VE KURALLARA UYGUNLUK BEYANNAMESİ

Bu tezin bana ait, özgün bir çalışma olduğunu; çalışmamın hazırlık, veri toplama, analiz ve bilgilerin sunumu olmak üzere tüm aşamalarında bilimsel etik ilke ve kurallara uygun davrandığımı; bu çalışma kapsamında elde edilen tüm veri ve bilgiler için kaynak gösterdiğimi ve bu kaynaklara kaynakçada yer verdiğimi; bu çalışmanın Adıyaman Üniversitesi tarafından kullanılan “bilimsel intihal tespit programı”yla tarandığını ve hiçbir şekilde “intihal içermediğini” beyan ederim. Herhangi bir zamanda, çalışmamla ilgili yaptığım bu beyana aykırı bir durumun saptanması durumunda, ortaya çıkacak tüm ahlaki ve hukuki sonuçları kabul ettiğimi bildiririm.

(İmza)

Büşra KORKMAZ YAPICI

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
BAŞLIK SAYFASI.....	i
JÜRİ VE ENSTİTÜ ONAYI.....	ii
ÖZET	iii
ABSTRACT	iv
TEŞEKKÜR.....	v
ETİK İLKE VE KURALLARA UYGUNLUK BEYANNAMESİ	vi
İÇİNDEKİLER.....	vii
TABLolar DİZİNİ.....	x
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	xi
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	xii
1. GİRİŞ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	5
2.1. Gebelik ve Doğum Olgusu.....	5
2.2. Doğum Şekilleri.....	5
2.2.1. Normal vajinal doğum.....	5
2.2.1.1. Doğum eyleminde rol oynayan faktörler.....	6
2.2.1.2. Doğumun evreleri.....	7
2.2.2. Müdahaleli vajinal doğum	7
2.2.2.1. İndüksiyon.....	8
2.2.2.2. Vakum ekstraksiyonu.....	8
2.2.2.3. Forsepsle doğum.....	8
2.2.2.4. Epizyotomi uygulaması.....	9
2.2.3. Dünya'da ve Türkiye'de normal doğum nedenleri ve epizyotomi kullanım oranları.....	11
2.2.4. Sezaryen doğum	12
2.2.4.1. Sezaryen doğum türleri	13
2.2.4.2. Sezaryen doğum endikasyonları	13
2.2.4.3. Sezaryen doğumun riskleri.....	14
2.2.5. Dünya'da ve Türkiye'de sezaryen doğum oranları	16
2.3. Doğum Şekline Karar Vermede Ebinin Rolü	17

2.4. Postpartum Dönem	18
2.5. Postpartum Dönemde Cinsel Yaşam	20
2.5.1. Doğum şekillerinin postpartum dönem cinsel yaşam üzerine etkisi.....	21
2.6. Postpartum Depresyon	22
2.6.1. Doğum şekillerinin postpartum depresyon üzerine etkisi.....	23
3. GEREÇ VE YÖNTEMLER	25
3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi.....	25
3.2. Araştırma Hipotezleri.....	25
3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	25
3.4. Araştırmanın Değişkenleri	25
3.4.1. Bağımlı değişkenler	25
3.4.2. Bağımsız değişkenler	26
3.4.3. Kontrol değişkenler.....	26
3.5. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	26
3.5.1. Katılımcıların araştırmaya dahil edilme kriterleri	26
3.5.2. Katılımcıların araştırmadan dışlanma kriterleri	26
3.6. Araştırma Akış Şeması	27
3.7. Verilerin Toplanması.....	27
3.8. Veri Toplama Araçları	28
3.8.1. Tanımlayıcı bilgi formu	28
3.8.2. Kadın cinsel fonksiyon ölçeği-6 (KCFÖ-6).....	28
3.8.3. Edinburg doğum sonrası depresyon ölçeği (EDSDÖ).....	29
3.9. Verilerin Değerlendirilmesi.....	29
3.10. Araştırma İzni ve Etik Kurul.....	29
3.11. Araştırmanın Sınırlılıkları	30
4. BULGULAR	31
5. SONUÇ, TARTIŞMA VE ÖNERİLER	45
5.1. Sonuç.....	45
5.2. Tartışma.....	46
5.2.1. Katılımcıların tanıtıcı özelliklerine ilişkin bulguların tartışması.....	46
5.2.2. Katılımcıların postpartum dönem cinsel yaşama ilişkin bulguların tartışması.....	47
5.2.3. Katılımcıların postpartum depresyona ilişkin bulguların tartışması	50

5.2.4. Katılımcıların postpartum dönemde cinsel yaşam ve postpartum depresyon ilişkisinin bulgularının tartışması	51
5.3. Öneriler	53
KAYNAKÇA	54
EKLER	
ÖZGEÇMİŞ	



TABLÖLAR DİZİNİ

	Sayfa
Tablo 4.1. Katılımcıların gruplara göre sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı.....	31
Tablo 4.2. Katılımcıların gruplara göre obstetrik özelliklerinin dağılımı.....	33
Tablo 4.3. Katılımcıların gruplara göre bebeğe ait özelliklerinin dağılımı.....	34
Tablo 4.4. Katılımcıların gruplar arasında KCFÖ-6 ve alt boyut puan ortalamalarının dağılımı.....	36
Tablo 4.5. Katılımcıların gruplar arasında KCFÖ-6 toplam puan ortalamalarının Sosyo-demografik özelliklere göre dağılımı.....	37
Tablo 4.6. Katılımcıların gruplar arasında KCFÖ-6 toplam puan ortalamalarının obstetrik özelliklere göre dağılımı.....	39
Tablo 4.7. Katılımcıların gruplar arasında KCFÖ-6 toplam puan ortalamalarının bebeğe ait özelliklere göre dağılımı.....	40
Tablo 4.8. Katılımcıların gruplar arasında EDSDÖ toplam puan ortalamalarının dağılımı.....	41
Tablo 4.9. Katılımcıların gruplar arasında EDSDÖ toplam puan ortalamalarının Sosyo-demografik özelliklere göre dağılımı.....	41
Tablo 4.10. Katılımcıların gruplar arasında EDSDÖ toplam puan ortalamalarının obstetrik özelliklere göre dağılımı.....	43
Tablo 4.11. Katılımcıların gruplar arasında EDSDÖ toplam puan ortalamalarının bebeğe ait özelliklere göre dağılımı.....	44

ŞEKİLLER DİZİNİ

	Sayfa
Şekil 3.1. Araştırma akış şeması.....	27



SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

ACOG	: Amerikan Kadın Hastalıkları ve Jinekologlar Koleji
ASM	: Aile Sağlığı Merkezi
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
EDSDÖ	: Edinburg Doğum Sonu Depresyon Ölçeği
KCFÖ	: Kadın Cinsel Fonksiyon Ölçeği
KCFÖ-6	: Kadın Cinsel Fonksiyon Ölçeği-6
PPD	: Postpartum Depresyon
TSSB	: Travma Sonrası Stres Bozukluğu
TNSA	: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması

1. GİRİŞ

Doğum, kadının hayatını fiziksel, sosyal ve psikolojik yönlerden etkileyebilen bir deneyimdir. Doğumlar sezaryen (elektif, acil) ve normal vajinal (epizyotomili, vakum, forseps) doğum olarak iki şekilde yapılabilmektedir (Eckerdal vd. 2018: 301-311). Dünya çapında sezaryen oranı son 15 yılda %10'dan %21'e yükselmiş ve yıllık %4 oranında sürekli artan bir eğilim göstermiştir (The Lancet, 2018: 1279). Sezaryen doğum oranı, vajinal doğum oranına göre tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de artmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından önerilen sezaryen oranı %15 olmasına rağmen ülkemizde Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2018 yılı verilerine göre bu oran %52'dir (WHO, 2015; TNSA, 2018). Ülkemizdeki sezaryen oranı son beş yıla göre %4 artmıştır. Türkiye'de vajinal doğumların %64-74'üne epizyotomi uygulandığı ve bu oranın primipar kadınlarda %90'ın üzerinde olduğu belirtilmiştir (Karaçam vd. 2013: 237-245; Şahin, Yıldırım ve Aslan, 2007: 37-43). Epizyotominin doğum sonrası dönemde perineal travmayı arttırdığı için kadının cinsel yaşamını ve özgüvenini olumsuz yönde etkilediği, anne-bebek arasındaki bağ kurmayı geciktirdiği (Karaçam vd. 2013: 237-245), doğumda daha fazla kan kaybı ve emzirmeyi olumsuz etkilediği belirtilmiştir (Jiang vd. 2017). Aynı zamanda epizyotomi uygulanan bölgenin idrar ve gaita ile kontaminasyon ve enfeksiyon riskinin arttığı ve iyileşme sürecini geciktirerek yaşam kalitesi üzerinde olumsuz etkileri olduğu belirtilmiştir (Hartmann vd. 2005: 2141-2148). Sezaryen doğum olan kişilerin ise vajinal doğuma göre hastaneden taburcu olma sürelerinin uzadığı belirtilmiştir (Sis Çelik, Türkoğlu ve Pasinlioğlu, 2015: 1-7). Yapılan araştırmalarda sezaryen doğum yapan kadınların, doğum sırasında ve sonrasında komplikasyonlar açısından vajinal doğum yapan kadınlara göre daha fazla risk altında oldukları belirtilmektedir (Baksu, 2005: 401-406; Barrett vd. 2005: 306-311; Handelzalts vd. 2017; Sis Çelik, Türkoğlu ve Pasinlioğlu, 2015: 1-7).

Doğum sonu dönem anatomik ve fizyolojik değişikliklere ek olarak anneliğin başladığı, yeni sorumlulukların oluştuğu, eşi ve diğer aile fertleri arasında ilişkilerin yeniden biçimlendiği önemli bir süreçtir (Eckerdal vd. 2018: 301-311; Petrosyan, Armenian ve Arzoumanian, 2011: 77-81). DSÖ'ye göre, cinsel sağlık, cinsel yaşama saygılı bir yaklaşımı ve hazzı deneyimleme yeteneğini ifade ederken, aynı zamanda küresel olarak bireylerin sağlığını etkileyen temel boyutlarından birini oluşturmaktadır (Nikolaidou vd. 2022: 1212). Cinsel işlev bozukluğunun prevalansı çeşitli çalışmalarda araştırılmış ve kadın cinsel işlev bozukluğu insidansına ilişkin veriler, farklı çalışmalarda %20 ile %70 arasında değiştiği bildirilmiştir (McCabe vd. 2016: 144-152). Kadın cinsel işlevi; biyolojik, psikolojik,

kişilerarası ve sosyal faktörlerden etkilenen çok faktörlü olarak düşünülebilir. Doğum sonrası cinsel kaygılar yaygın olmasına rağmen, doğum sonrası cinsel yanıt hakkında sınırlı veri bulunmaktadır (Cappell vd. 2020: 257-272). Yapılan bir araştırmada sezaryen doğum veya müdahaleli vajinal doğum yapanlar daha kötü bir doğum deneyimi yaşadıklarını ve daha kötü bir doğum deneyimi olanlar da daha düşük cinsel işlev bildirdikleri belirtilmiştir. (Handelzalts vd. 2017). Araştırmalar, doğum yapan beş kadından birinin doğum sonrası ilk üç ay boyunca dispareniiden yakındığını bildirmiştir (Brubaker vd. 2008: 1040-1044). Başka bir araştırma ise doğumdan sonra kadınların %80'inden fazlasında fiziksel olarak cinsel sorunların mevcut olduğunu belirtmiştir. Bulgular, perineal travmanın ve dolayısıyla doğum yönteminin kadınların %80'inde cinsel problemlerle ilişkili olduğunu göstermiştir (Barrett vd. 2005: 306-311). Benzer şekilde, doğum sonrası kadınlar için cinsel yakınlık ilişkilerinin yeniden başlamasını etkileyen faktörlerden birinin, doğum sırasında meydana gelen perineal yaralanma derecesi olduğu gösterilmiştir (Dabiri vd. 2014: 276-279). Yapılan araştırmalarda, doğumdan sonra, doğum türüne bağlı olarak belirli değişikliklerin meydana geldiği belirtilmiştir (Barrett vd. 2005: 306-311; Brubaker vd. 2008: 1040-1044; Dabiri vd. 2014: 276-279; Handelzalts vd. 2017). Vajinal doğum ile ilgili olarak, bunun spontan veya yardımlı doğum olup olmadığı, perine travması ve pelvik taban değişiklikleri sonuçlar arasında olduğu ve doğum sonrası ağrı kadınların %6-11,5'ini etkilediği belirtilmiştir (Lavand'homme, 2019: 320-324).

Doğum, kadınların yaşamlarında cinsel fonksiyonlarına olduğu gibi duygu durumları üzerinde de pek çok etkisi vardır (Eckerdal vd. 2018: 301-311; Petrosyan, Armenian ve Arzoumanian, 2011:77-81). Postpartum dönem sadece anne ve yenidoğanı değil, diğer aile üyelerini ve yaşamlarının çeşitli yönlerini de etkiler. Annelerin yaklaşık %85'i doğumdan sonra duygu durum bozuklukları yaşayabilir. Postpartum depresyon (PPD) sağlıklarını ciddi şekilde etkileyen en yaygın duygu durum bozukluklarıdır ve kronikleşme ihtimali yüksek olan psikolojik bir problemdir. Psikososyal ve biyolojik faktörlerin semptomları genellikle ruh hali değişimleri, üzüntü ve ağlama, kilo ve iştah değişiklikleri, günlük aktivitelere ilgi eksikliği, uykusuzluk, bebeği ile ilgili endişeler, yorgunluk veya enerji kaybı, değersizlik duyguları, suçluluk ve ölüm düşüncelerini içeren PPD'nin etiyolojik mekanizmaları olduğuna dair kanıtlar sunmaktadır. Daha da önemlisi, çocuklarına veya kendilerine zarar verme konusundaki takıntılı düşünceler, PPD'nin karakteristik semptomlarından bazılarıdır ve bu da annenin zihinsel durumunu daha da kötüleştirebilir. PPD'un risk faktörleri karmaşıktır ve daha önceden depresyon ve anksiyete öyküsü, doğum sonrası obstetrik

komplasyonlar, anne yaşı, hormonal dengesizlikler, destek sistemleri eksikliği, yetersiz ekonomik durum gibi sebepler yer alabilir (Eckerdal vd. 2018: 301-311; Lewis vd. 2017: 3-9; Petrosyan, Armenian ve Arzoumanian, 2011; Pham vd. 2018: 731-738; Skalkidou vd. 2012: 659-672; Strelow vd. 2018: 15-18). Yapılan bazı araştırmalar; doğum şeklinin, doğum sonrası komplasyonların, anne yaşının ve daha önce depresyon öyküsünün PPD riskini artırdığını göstermiştir (Baksu vd. 2007: 401-406; Barrett vd. 2005: 306-311; Eckerdal vd. 2018: 301-311; Handelzalts vd. 2017; Hartmann vd. 2005: 2141-2148; Jiang vd. 2017; Petrosyan, Armenian ve Arzoumanian, 2011: 77-81; Reid ve Taylor, 2015: 246-262; Silverman vd. 2017: 178-187; Sis Çelik, Türkoğlu ve Pasinlioğlu, 2015: 1-7; Yim vd. 2015: 99-137). Doğum sonrası depresyonun beş kadından birini etkilediği ve cinsel istek ve cinsel zevk algısı üzerinde derin bir etkisi olabileceği için doğum sonrası dönemdeki psikolojik değişikliklerin etkilerinin de göz önünde bulundurulması gerektiği belirtilmiştir (Johnson, 2011: 1267-1286).

Postpartum dönem cinsel yaşamın dışında psikolojik sağlığıda olumsuz etkilediği belirtilmektedir (Liu vd. 2022: 1308). Yapılan literatür araştırmasında, Sadat ve arkadaşları (2014) yapmış oldukları çalışmada doğumdan sonraki 2-4 ay arasında doğum şeklinin postpartum depresyon ile ilişkili olmadığını ancak vajinal doğum yapan kadınlarının doğumdan sonraki 2-4 ay arasında Edinburgh Doğum Sonu Depresyon Ölçeği (EDSDÖ) puanının daha fazla düşüş gösterdiğini belirtmiştir (Sadat vd. 2014: 172-177). Bu araştırmanın aksine başka bir araştırma, doğum şekli ile doğum sonrası depresyon arasında güçlü bir ilişki olduğu belirtilmiştir (Meky vd. 2020: 3300-3307). Aynı zamanda Ilska ve arkadaşları (2020) tarafından yapılan araştırmada sezaryenin (özellikle acil sezaryen) PPD için bir risk faktörü olduğu ve doğum sonrası yaşanan ağrı seviyesi potansiyel depresyon şiddetinin bir göstergesi olduğu belirtilmiştir (Ilska vd. 2020: 102731). Nikolaidou ve arkadaşları (2022) yaptıkları sistematik derlemede doğum tipinin cinsel fonsiyon üzerindeki etkisi açısından değerlendirdikleri, 10 çalışmada sezaryen ve vajinal doğum arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığını belirtmişlerdir (Nikolaidou vd. 2022: 1212). Yapılan bu araştırmanın aksine cinsel işlev bozukluğu annelerin büyük bir bölümünü etkilediği ve postpartum dönemde doğum şekli ve perineal travmanın önemli bir rol oynadığı belirtilmiştir. Ayrıca zaman içinde ilerleyici bir azalma olmasına rağmen, 6 ay ve 1 yıl postpartumda cinsel işlev bozukluğu prevalansın hala önemli olduğu vurgulanmıştır (Isidori vd. 2010: 1139-1146).

Doğum şekilleri, kadınların psikolojik durumları ve cinsel yaşamları üzerinde önemli bir yere sahiptir (Handelzalts vd. 2017). Doğum şekli ve epizyotomi uygulamasının doğum sonrası cinsel yaşamı ve depresyonu etkileyip etkilemediğini ortaya çıkarmak önemlidir, çünkü hem cinsel sağlık hem de PPD anne sağlığının önemli bileşenleridir. Ayrıca PPD sadece anneyi değil, aynı zamanda bebek ve tüm aile bireyleri de etkileyebilmesi sebebiyle üzerinde durulması gereken önemli bir konudur. Literatür incelendiğinde sezaryen doğum ve epizyotomi uygulamasının doğum sonrası cinsel yaşam ve PPD üzerindeki ilişkilerini beraber değerlendiren bir araştırma bulunmamaktadır. Bu çalışma ile bu açıdan literatüre katkı sağlanması hedeflenmektedir.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Gebelik ve Doğum Olgusu

Gebelik, üreme çağındaki her kadının yaşayabileceği yaşam sürecinin olağan bir parçası olarak kabul gören fizyolojik bir olaydır. Kadın vücudu gebelik süreci boyunca büyümeye devam eden ve gelişen fetüsün gereksinimlerini karşılayarak ve uygun ortam hazırlayarak doğuma hazırlar. Gebelik süreci, son menstrüasyonun ilk gününden itibaren 280 gün, 10 lunar ay (28 günlük), ya da 40 haftadır. Gerçek gebelik süresi fertilizasyon gününden itibaren 276 gündür (Taşkın, 2020: 87). Gestasyon yaşı 38-42 haftalık olan fetüs dış ortamda yaşayabilecek yetenektedir. Doğum ise dış ortamda yaşama kapasitesine erişmiş fetüsün intrauterin ortamdan ekstrauterin ortama geçişinin yaşandığı bir süreçtir (Taşkın, 2020: 281).

2.2. Doğum Şekilleri

Doğum eylemi vajinal yoldan ya da abdomenden cerrahi yolla gerçekleşebilmektedir. Vajinal yoldan gerçekleşen doğumlar normal vajinal doğum, müdahaleli vajinal doğum olarak, abdomenden cerrahi yoldan yapılan doğumlar ise planlı sezaryen doğum ya da acil sezaryen doğum olmak üzere iki farklı durumda yapılmaktadır (Sönmez ve Sivaslıoğlu, 2019: 369-376).

2.2.1. Normal vajinal doğum

Normal vajinal doğum uterusun daha fazla büyümediği, fetüsün artık dış ortamda yaşayabilecek düzeye ulaştığı, herhangi bir müdahale olmaksızın fetüs ve eklerinin vajinal kanaldan dış ortama geçiş yaptığı doğum şeklidir (Taşkın, 2020: 281). Uluslararası Ebelik Konfederasyonu (ICM), normal vajinal doğumu anne ve fetus arasındaki fizyolojik ve psikolojik ilişkiye dayanan dinamik benzeri olmayan bir süreç olarak tanımlamaktadır (ICM, 2018). Bir doğum eyleminin normal olduğundan bahsedebilmek için fetüsün son menstrual periyoddan 40 hafta sonra, tek ve canlı bir fetüsün varlığında, verteks pozisyonunda herhangi bir baş- pelvis uyumsuzluğunun olmadığı, kendiliğinden başlayan kontraksiyonlarla gerçekleşen, doğum sonrası sağlıklı bir fetüs ve anne varlığı ile gerçekleşmesi beklenmektedir (Taşkın, 2020: 281).

Normal doğum; insanlığın başlangıcından bu yana bütün memelilerin soylarını devam ettirmekte kullandıkları sürdürülebilir ve güvenli üreme açısından evrensel bir doğum

şeklidir (Petersen, 2018: 704-706). Normal vajinal doğumun birçok avantajı vardır bunlardan en önemlisi normal ve fizyolojik olmasıdır (Sönmez ve Sivaslıoğlu, 2019: 369-376). Vajinal doğum sürecindeki doğal mekanizmaların, fetüsün ve plasantanın doğum kanalından atıldığı pasif bir mekanik süreç olmaktan uzak, fetüsün doğum sonrası normal immünolojik ve fizyolojik gelişimi için izin verilen bazı koruyucu gelişimsel süreçleri tetikleyebileceği varsayılmıştır (Tribe vd. 2018: 5709-5722). Ayrıca normal vajinal doğumda yara enfeksiyon riski, maternal komplikasyon riski ve yenidoğanda olabilecek solunum sıkıntısının daha az, taburculuk süresinin ve doğum sonu iyileşme süresinin daha kısa olması, anne ve bebek arasındaki ilişkisinin daha hızlı başlatılabilmesi, anestezinin olumsuz etkilerine maruz kalınmaması, maternal ölüm oranının daha düşük olması gibi avantajları vardır (Altuntuğ, 2010: 62-65; Geller vd. 2010: 675-683; Sharma ve Dhakal, 2018: 535-539). Ancak sezaryen doğum ile kıyaslandığında, doğum eylemin daha uzun süreceği belirtilmiştir (Sharma ve Dhakal, 2018: 535-539).

2.2.1.1. Doğum eyleminde rol oynayan faktörler

Doğum eylemi 4 ana faktörün etkisi altındadır. Bunlar; doğum yolu (pelvis ve yumuşak kısım), fetüs (boyut, prezentasyon ve vb. /yolcu), uterin kontraksiyonlar (fonksiyonel/güç) ve psikolojik durum (Annenin duygu durumu)'dur (Dereli Yılmaz, Demirgöz Bal ve Berkiten Ergin, 2017; Karakaya ve Koç, 2022: 70-71).

Doğum kanalı kemik pelvisi, pelvis ve perinenin yumuşak dokularını içerir. Fetüsün anne karnındaki pozisyonu, yatışı, duruşu ve fetal başın büyüklüğü doğumu etkileyen bileşenlerdir (Karakaya ve Koç, 2022: 70-71). Doğum sürecinde etkili başka bir faktör de eylemin gerçekleşmesini sağlayan kontraksiyonlardır. Bunlar istemli ve istemsiz kontraksiyonlardır. Fetüs ve eklerinin uterustan atılmasını sağlarlar. Birincil güç dediğimiz uterusun istemsiz kasılmaları doğumun başladığını gösterir ve böylece serviksin dilatasyonu başlar. İkincil güç ise istemli bir şekilde annenin ıkmama gücüdür ve bebeğin doğum kanalından dış ortama atılmasını sağlar (Karakaya ve Koç, 2022: 70-71). Tüm bu fizyolojik olayların yanı sıra annenin duygu durumu da temel faktörler arasında yer almaktadır. Kadınlar doğum süreçlerinde birbirinden farkı duygular yaşadıklarını bazılarının panik, korku, öfke, çaresizlik, anksiyete gibi duygular yaşadığını belirtirken bazıları ise mutluluk, heyecan, minnettar olma gibi pozitif duygular yaşadığını belirtmiştir (Ayers, 2014: 145-148). Doğum eyleminde anne adayını rahat ve kendini iyi hissediyorsa rahatsızlıklarla daha

iyi baş edebilir ve böylece fizyolojik sürece uyum sağlayabilmektedir (Çalık ve Çetin, 2018, Taşkın, 2020: 294-295).

2.2.1.2. Doğumun evreleri

Doğum eyleminin 1. evresi: Silinme ve dilatasyon evresi olarak bilinir. Latent, aktif ve geçiş fazı olarak 3'e ayrılır. Gerçek doğum ağrıları ile başlar. Servikal silinme tamamlandığında ve dilatasyon 10 cm olduğunda 1. Evre sonlanır.

Doğum eyleminin 2. evresi: Pasif fetal iniş ve aktif itme fazı olarak da bilinir. Bu faz doğumun 1. evresinin sonlandığı zaman başlayan ve bebeğin doğumu ile sonlanan evredir. Bu evrede ıkınma hissi ile beraber perinede kabarma ve ardından da taçlanma görülür. Fetüs başı perineyi gerdikçe pelvik tabandaki levator ani kasını ve kasın alt ve üst yüzeyine örten fasiayı gerer. Başın çıkışı anında çok gerilen vulvar açıklıkta düzensiz yırtıkların oluşmaması için bu bölgede epizyotomi olarak adlandırılan insizyon uygulanabilir (Taşkın, 2020: 301-303).

Doğum eyleminin 3. evresi: Bebeğin doğumu ile başlayan ve plesantanın uterustan ayrılıp atılması ile sonlanan evredir (Dereli Yılmaz, Demirgöz Bal ve Berkiten Ergin, 2017: 131-134).

Doğum eyleminin 4. evresi: Plesantanın doğumu ile başlayan ve sonrasındaki genellikle 1-4 saati kapsayan zaman dilimidir. Bu periyod başlangıcında anne daha doğum odasındadır. Annenin vital bulguları değerlendirilir. Epizyotomi uygulanan kişilerin epizyotomi onarımı yapılır. Annenin fiziksel ve ruhsal durumu stabilleşmeye başlar. Ancak anestezinin uygulandığı durumlarda ya da eylemde herhangi bir komplikasyon gelişmesi durumunda doğum eyleminin 4. evresi uzayabilir (Dereli Yılmaz, Demirgöz Bal ve Berkiten Ergin, 2017: 137-140; Taşkın, 2020: 336).

2.2.2. Müdahaleli vajinal doğum

Müdahaleli vajinal doğumlar maternal ya da fetal endikasyonlar durumunda doğumun güvenli bir şekilde gerçekleştirilmesi, kolaylaştırılması ve gebeliğin devamından daha iyi sonuçlar elde edilmesi amacıyla tercih edilebilen yöntemlerdir (ACOG, 2015). Bu müdahaleler; indiksiyon, vakum ekstrasyonu, forsepsle doğum ve epizyotomi uygulamasıdır.

2.2.2.1. İndüksiyon

Doğum indüksiyonu, spontan doğumun başlamadığı ve vajinal yolla doğum eyleminin gerçekleşmesinin sağlandığı doğumu kolaylaştırmak için servikal olgunlaşma ve ilerleyici uterus kasılmalarının yapay olarak uyarılmasıdır (ACOG, 2009: 386-397). Farmakolojik (prostaglandinler, oksitosin), mekanik (balon kateterler, ekstraamniyotik salin infüzyonu, higroskopik dilatörler, ozmotik dilatörler) ve diğer (membranların sıvazlanması), doğum indüksiyon yöntemleri mevcuttur (Çetinkaya ve Söylemez, 2013: 25-32). Kadının parite, yaş, kilo, boy ve vücut kitle indeksinin, fetal ağırlığının ve gebelik yaşı dahil bazı belirli özelliklerin doğum indüksiyonunun başarısı ile ilişkili olduğu belirtilmiştir (Crane, 2006: 573-584). İndüksiyon kullanımının Dünyada artış gösterdiği ve morbitide riskini arttırdığı belirtilmiştir (Çetinkaya ve Söylemez, 2013: 25-32). Doğum indüksiyon kararının anne ve fetus için gebeliğin devamında getireceği risklerden fazla olması durumunda indüksiyon nedeni ve hangi yöntemin kullanılacağı ve ne zaman uygulanacağı anne adayına anlatılıp ona göre karar verilmesi gerektiği belirtilmektedir (Çetinkaya ve Söylemez, 2013: 25-32).

2.2.2.2. Vakum ekstraksiyonu

Vakum ekstraksiyonu, fetal başa yumuşak vakum çanı yerleştirilerek mekanik bir pompa aracılığı ile kontraksiyonlarla eş zamanlı olarak fetüsün doğumun gerçekleştirildiği müdahaleli doğum şeklidir. Endikasyonları arasında maternal kardiyovasküler ya da nörolojik bir rahatsızlık durumuna bağlı doğumun 2. evresinin kısaltılması istenilen durumlarda, güven vermeyen fetal testlerin varlığı, doğumun 2. evresinin uzamasında ve maternal bitkinlik/yorgunluk varlığında vakum ekstraksiyonu uygulanabilir (Dereli Yılmaz, Demirgöz Bal ve Berkiten Ergin, 2017: 289). Vakum yardımcı vajinal doğum ile normal spontan vajinal doğumun karşılaştırıldığı bir çalışmada, vakum yardımcı doğumun daha fazla maternal ve yenidoğan komplikasyonu ile ilişkili olduğu, maternal komplikasyonlarda en sık perineal yırtıkların, yenidoğan da ise en sık karşılaşılan komplikasyonun kaput suksadenum olduğu belirtilmiştir (Abbas vd. 2021).

2.2.2.3. Forsepsle doğum

Fetal kafatasına direk olarak forseps ile traksiyon işlemi uygulanarak fetüsün doğumuna yardımcı olan müdahaleli doğum şeklidir (Dereli Yılmaz, Demirgöz Bal ve Berkiten Ergin, 2017: 292). Endikasyonlar arasında; doğum eyleminde ilerleme olmaması, yetersiz uterin kontraksiyonlar, doğumun ikinci aşamasının kısaltılmasının yararlı olduğu

düşünülen fetal distres ve maternal durumlar bulunmaktadır (Black ve Murphy, 2019: 55-68). Doğum şekillerinin karşılaştırıldığı araştırmada forseps yardımlı vajinal doğum yapan ve planlanmamış sezaryen doğum yapan kadınların, müdahalesiz vajinal doğum yapan kadınlarla karşılaştırıldığında doğum sonrası fiziksel ve duygusal sağlıklarının kötü olduğu belirtilmiştir. Müdahalesiz vajinal doğum ve planlı sezaryen doğum gerçekleştiren kadınların doğum sürecinden daha az etkilendikleri belirtilmiştir. Aynı zamanda çoğu kadının fiziksel ve duygusal sağlığının zamanla iyileştiği görülmüştür ancak forseps destekli vajinal doğum yapanların doğumdan birkaç ay sonra devam eden travmatik semptomları bildirme ihtimalinin daha yüksek bulunduğu belirtilmiştir (Rowlands ve Redshaw, 2012: 138). Forseps ile vakum ekstraksiyonunun yenidoğan üzerindeki etkilerinin karşılaştırıldığı çalışmada, forseps ile doğumu gerçekleştirilen yenidoğanların daha fazla yüz yaralanmalarına maruz kaldığı belirtilmiştir. Ayrıca majör perineal ve vajinal yırtıkların forseps uygulamasında daha yaygın olduğu belirtilmiştir (Johnson vd. 2004: 513-518).

2.2.2.4. Epizyotomi uygulaması

Epizyotomi fetüs başının daha kolay, hızlı ve sorunsuz doğumunu gerçekleştirmek, perinenin tonüsünü korumak, istenmeyen perineal yırtıkları önlemek için doğumun ikinci evresinde bebek başı doğarken vajinal açıklığı genişletmek amacıyla perinede bulunan bulbo-kavernos kasına yapılan cerrahi insizyon olarak tanımlanır (Taşkın, 2020:378; Thacker ve Banta, 1983: 322-338). Epizyotomi uygulaması bazı ülkelerde doğumlar sırasında rutin bir bakım politikası olarak kullanılmaktadır (Jiang vd. 2017). Ancak rutin kullanım etkinliği için açıkça tanımlanmış bir kanıt yoktur. Epizyotomi perineal yırtıkları önlemek için profilaktik bir önlem olarak tanıtılmıştır (Thacker ve Banta, 1983: 322-338). Epizyotomi yaygın olarak kullanılan obstetrik bir girişimdir (Webb ve Culhane, 2002: 132-136). Dünyanın neredeyse bütün ülkelerinde doğumda en çok tercih edilen işlemdir. Epizyotomi ilk olarak 1742 yılında, İrlandalı erkek ebe Ould tarafından tanımlanmış olup yaygın olarak kullanımı 20. yüzyılın ikinci yarısından sonra başlamıştır (Yıldız Karaahmet ve Yazıcı, 2017: 57-63).

Epizyotomi uygulama yerine göre median, lateral ve mediolateral epizyotomi olarak üç farklı şekilde uygulanabilir. Median epizyotomi posterior forset'den anüse doğru perinenin orta hattından dikey bir kesidir (Kalis, 2012: 522-526). Yapılan kesi önde bulbokavernöz kaslarının, yanlarda süperfasiyal transvers perineal ve kısmen levatorani kasının ve arkada ise anal sfinkterin oluşturduğu perineal kısma yapılıdır (Dereli Yılmaz,

Demirgöz Bal ve Berkiten Ergin, 2017:286). Median epizyotomi uzarsa anal sfinkterin uzanarak üçüncü veya dördüncü derece yırtılmaya neden olmasının muhtemel olduğuna dikkat çekilmektedir. Lateral epizyotomi, vajen arka ucuna doğru ve 90 derecelik dik açıyla kesi uygulama yöntemidir. Lateral epizyotomi ise nadir kullanılan bir uygulamadır (Yıldız Karaahmet ve Yazıcı, 2017: 57-63). Mediolateral epizyotomi ise posterior forsette orta hatta iskiyal tuberosite doğru anal sfinkterden laterale doğru 45 derecelik açı ile yapılan kesidir (Kalis, 2012: 522-526). Yapılan keside cilt ve cilt altı doku, bulbokavernöz kas ve fasya, transvers perineal kas ve levatorani kası ve fasyası kesilir (Dereli Yılmaz, Demirgöz Bal ve Berkiten Ergin, 2017:289). Epizyotomi genellikle perine gerildiğinde ikinci aşamada geç dönemde yapılır. Kesiden önce bölgesel anestezisi yoksa perineyi uyuşturmak için lokal anestezi enjekte edilir (ACOG 2006: 957-962). Yapılan bir araştırmada epizyotominin uygulama yerine göre median epizyotomi kullanılan vajinal doğumların %14,8'inde derin perineal yırtıkların meydana geldiği, buna karşılık aynı zaman diliminde mediolateral epizyotomi uygulanan doğumların sadece %7'sin de perineal yırtıkların meydana geldiği bildirilmiştir (Sooklim vd. 2007: 10).

American College of Nurse-Midwives (ACNM), Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada (SOGC) ve bununla birlikte DSÖ, vajinal doğumda epizyotominin rutin olarak uygulanmasının önerilmediğini, sağlık personelinin bebeğin süratli ve kolay bir şekilde doğması gerektiği ve fetal ya da maternal risk varlığında epizyotominin gerçekleşmesi gerektiğini vurgulamakta ve kısıtlayıcı kullanımı önermektedirler (WHO, 2018). Epizyotominin rutin bir uygulama olarak görülmemesi, epizyotominin makat gelişlerde, omuz distosisi, forseps ve vakum uygulamalarında, rijit perinede, önceki doğumlardan kalma skar doku varlığında, iri fetüste, gelen kısmın perineye dayandığı halde 5 dakika içinde doğum gerçekleşmediğinde, kalp yetmezliği gibi durumlarda annenin aşırı ıkınmasını engellemek amacıyla ve fetal hipoksi gibi durumlarda kullanılması önerilmektedir (Gebelik ve Doğumda Komplikasyonların Yönetimi: Ebeler ve Doktorlar İçin Bir Kılavuz, 2003: 71; Taşkın, 2020: 378). Epizyotominin rutin kullanımına karşı mevcut önerilere rağmen, Türkiye'de insidansı hala yüksektir (Karaçam vd. 2013: 237-245).

Kısıtlayıcı epizyotomi uygulamasının rutin epizyotomiye dayalı politikalara kıyasla birtakım faydaları olduğu belirtilmiştir (Carroli ve Mignini, 2009). Epizyotominin rutin kullanımının kısıtlanmasının posterior perineal travma riskini azalttığı belirtilmiştir (Kettle ve Tohill, 2008: 1401). Vajinal doğum esnasında rutin epizyotomi ve kısıtlayıcı epizyotominin karşılaştırıldığı ve 8 araştırmanın (5541 kadın) dahil edildiği meta analiz

çalışmasında, rutin epizyotomi grubunda kadınların %75,15'inde (2035/2708) epizyotomi uygulanırken, kısıtlayıcı epizyotomi grubunda ise bu oran %28,40 (776/2733) olarak belirtilmiştir. Kısıtlayıcı epizyotomi uygulamasının rutin epizyotomi uygulamasına göre daha az dikiş ihtiyacı olduğu, kadınların ilk yedi günde daha az şiddetli perineal travma ve daha az posterior perineal travma yaşadıkları belirtilmiştir (Carroli ve Mignini, 2009). Ayrıca rutin ve kısıtlayıcı epizyotomin karşılaştırıldığı başka bir çalışmada ise rutin epizyotomi politikasının kısıtlayıcı epizyotomi politikasından daha iyi veya daha kötü olduğuna dair kesin kanıtlar sağlamadığı ve her iki grup arasında küçük farklılıklar olduğu belirtilmiştir (Murphy vd. 2008: 1695-1703).

Vajinal doğum yapan kadınların %85'inden fazlası bazı perineal travmalara maruz kaldığı ve perineal travmanın uzun süreli fiziksel ve psikolojik rahatsızlıklara neden olabileceği belirtilmiştir (Kettle ve Tohill, 2008:1401). Benzer şekilde epizyotominin perineal yaralanma riskini azalttığına, bebeklerde doğum yaralanmasını önlediğine veya gelecekteki idrar kaçırma riskini azalttığına dair bir kanıt bulunmadığı belirtilmiştir. Ayrıca epizyotomi uygulaması doğumdan sonra daha fazla ağrı ve cinsel disfonksiyonlar ile ilişkili olduğu belirtilmiştir (Goer, Sagady Leslie ve Romano, 2007: 32-64; Klein vd. 1994: 591-598; Renfrew vd. 1998: 143-160). Epizyotominin bu olumsuz sonuçlarına ek olarak anne-bebek bağlanmasını da olumsuz etkilediği bildirilmektedir (Yanık, 2008: 50-54).

2.2.3. Dünya’da ve Türkiye’de normal doğum nedenleri ve epizyotomi kullanım oranları

Doğum, kadının yaşamını değiştiren bir olaydır ve hem fiziksel hem de zihinsel olarak yaşamı üzerinde uzun süreli bir etkiye sahiptir (O’Kelly ve Moore, 2017). Her yıl dünya çapında yaklaşık 140 milyon bebek doğmaktadır (Olusanya, Teeple ve Kassebaum, 2018). Kadınlar farklı nedenlerle doğum şekillerine karar vermektedirler. Yapılan bir araştırmada vajinal doğum tercihinin başlıca nedenleri daha erken iyileşme ve daha erken hastane taburculuğu süresi, daha fizyolojik bir doğum şekli ve önceki vajinal doğum öyküsü olduğu belirtilmiştir (Buyukbayrak vd. 2010: 155-158). Benzer şekilde yapılan başka bir çalışmada ise vajinal doğumu tercih etmenin nedenleri yaşamın ilk saatlerinde bebekten ayrılmak istenmemesi, hastanede kalış süresinin daha kısa olması ve doğum sonrası iyileşmenin daha hızlı olması olarak belirtilmiştir. (Torloni vd. 2013: 78). Başka bir çalışmada ise vajinal doğumun tercih edilmesinin nedenleri arasında; kanama ve enfeksiyon riskinin daha az

olması, cerrahi işlem ve anestezi korkusu, emzirmenin daha erken başlatılması olduğu gösterilmiştir. (Yüksel vd. 2016: 127-131).

Doğum sırasında vajinal açıklığı genişleten cerrahi bir prosedür olan epizyotomi, 2000’li yılların başına kadar yaygın bir uygulamaydı. 1996 yılında DSÖ %10’luk bir epizyotomi oranı önerilmiştir. (WHO, 1996). 2018’deki en son yayımında ise DSÖ belirli bir yüzde önerilmemekle birlikte epizyotominin kısıtlayıcı kullanımı önerilmektedir. Epizyotominin sadece klinik endikasyonlarda kullanılması tavsiye edilmektedir (WHO, 2018). Dünya genelinde bildirilen epizyotomi oranları bir ülkeden diğerine büyük farklılıklar göstermektedir (Woldegeorgis vd. 2022: 905174). Epizyotomi oranları gelişmekte olan ülkelerde yüksek kalırken, gelişmiş ülkelerde azalmıştır (Woldegeorgis vd. 2022: 905174). Epizyotomi oranları, Hollandada %10,8, Afrika’da %41,7 Filistin’de primiparlarda %78,8 ve Meksika’da %95 olarak bildirilmiştir (Garcia-Cerde vd. 2021: 549; Seijmonsbergen-Schermers vd. 2013: 247-255; Woldegeorgis vd. 2022: 905174; Zimmo vd. 2018).

Bazı ülkelerde epizyotomi oranlarında bir düşüş bildirilmiştir. Fransa’da epizyotomi oranı primiparlarda 2013 yılında %27,2, 2017 ise %17,1’e (Clesse vd. 2020: 20208), Çin’de primiparlarda %85,50’den %41,7’ye (Jiang vd. 2017), Brezilya’da 2014’te %54, 2019’da %42’ye (Cunha vd. 2019: 636-646), Amerika Birleşik Devletler’inde 2002’de %20,3’ten 2011’de %9,4’e (Kozhimannil vd. 2017: 41-48) düştüğü belirtilmiştir. Epizyotomi uygulama oranları dünya çapında, özellikle daha az sanayileşmiş ülkelerde ve Doğu Asya’da yüksek seyretmektedir (Clesse vd. 2018: 644-662).

Ülkemiz de epizyotomi uygulamaları gelişmiş ülkelere farklıdır. Geleneksel olarak primiparlara rutin, multiparlarda ise ihtiyaç duyulduğunda epizyotomi yapıldığı bilinmektedir. Türkiye’de Karaçam ve arkadaşları (2013) tarafından yapılan araştırmada vajinal doğumların %64’ünde (ilk doğumların %95’i, ikinci doğumların %48’i, üçüncü ve sonraki doğumların %12’si) epizyotomi yapıldığı bildirilmiştir. Türkiyede epizyotomi oranı ortalama %56,3 olarak belirtilmiştir (Karaçam vd. 2013: 237-245).

2.2.4. Sezaryen doğum

Sezaryen doğum, normal vajinal doğumun sağlıklı bir şekilde tamamlanma ihtimalinin olmadığı durumlarda, doğum eylemi süresince beklenen aşırı maternal ve/veya fetal morbidite riski söz konusu olduğunda ve vajinal yol ile doğum yapmanın tercih edilmediği durumlarda başvurulması gereken bebeğin uterus kavitesinden abdominal ve uterin insizyon

yöntemi ile doğurtulmasıdır (Dereli Yılmaz, Demirgöz Bal ve Berkiten Ergin, 2017:295; Taşkın, 2020:379). Eski bir cerrahi yöntem olan sezaryen ilk olarak 1800’lü yıllarda ABD’de yapılmıştır (Dereli Yılmaz, Demirgöz Bal ve Berkiten Ergin, 2017: 295; Taşkın, 2020: 379).

Sezaryen doğum çok sayıda yüksek riskli gebe kadının ve yenidoğanın distosi gibi yüksek riskli gebelik problemlerini çözmek için hayatını kurtaran bir cerrahi müdahale olarak kullanılmıştır. Tıbbi açıdan sezaryen doğum, yüksek riskli gebe kadınların ve yenidoğanların hayatlarını korumada önemli bir rol oynar (Deng vd. 2021: 384).

2.2.4.1. Sezaryen doğum türleri

Sezaryen doğum, planlı (elektif sezaryen) veya acil durum olarak tanımlanan iki gruba ayrılır. Planlı veya elektif sezaryen doğum, doğum eyleminin başlama belirtileri görülmeden önce ve genellikle 37-39 haftalık gebelik haftası arasında planlanır. Planlı sezaryen genellikle tıbbi bir durum ya da komplikasyon olmadan doktorun veya annenin kararına bağlı olarak ortaya çıkar (Rutayisire vd. 2017: 145-153). Anne isteği üzerine sezaryen doğum, maternal ya da fetal bir endikasyon olmadan vajinal doğum yerine sezaryen doğumu tercih etmesidir (Ecker, 2013: 1930-1936). Aynı zamanda elektif sezaryen doğum sadece ilk doğumunu sezaryen doğum yapan kadınların daha sonraki doğumunda yine sezaryen doğumu tercih etmesi değil, ilk doğumu olan ve herhangi bir maternal ya da fetal endikasyon olmaması halinde bile sezaryen doğum tercih edilmektedir (Gözükara ve Eroğlu, 2011: 89-100). Amerikan Kadın Hastalıkları ve Jinekologlar Koleji (ACOG), anne isteği üzerine sezaryen doğumu herhangi bir tıbbi veya obstetrik endikasyon olmaksızın maternal istek üzerine birincil sezaryen doğum olarak tanımlamıştır (ACOG, 2007: 1501). Acil sezaryen doğum ise doğum başladıktan sonra maternal ve/veya fetal yaşamı tehdit eden riskli durum varlığında acil planlanan operasyon olarak tanımlanmaktadır (Curran vd. 2015: 935-942; Rutayisire vd. 2017).

2.2.4.2. Sezaryen doğum endikasyonları

1960’lı yıllarda sezaryen endikasyonu olmayan teşhisler 1980’li yıllarda sezaryen tekniklerindeki gelişmelerden kaynaklı (kan ürünleri ve antibiyotikler) sezaryen ile doğum endikasyonlarının genişlemesine yol açmıştır (Dereli Yılmaz, Demirgöz Bal ve Berkiten Ergin, 2017: 295). Son yıllarda ise, sosyal ekonominin gelişmesi ve tıbbi teknolojinin sürekli iyileştirilmesi ile birlikte sezaryen doğum endikasyonları değişmiştir. Ayrıca endikasyonlar maternal veya fetal fizyolojik faktörlerden sosyal psikolojik faktörlere dönüşmüştür

(Mylonas ve Frieze, 2015: 489-495). Sezaryen endikasyonları hakkındaki fikir birliği artık doğumla ilgili kaygı gibi psikososyal faktörler ve annenin herhangi tıbbi bir endikasyon sözü konusu olmadığında bile sezaryen yaptırma isteği de dahil olmak üzere birçok ülkede değişmiştir (Stjernholm, Petersson ve Eneroth, 2010: 49-53). Maternal istek sezaryen doğumun birincil endikasyonu haline gelmiştir (Deng vd. 2021: 384).

Fetal distres, ilerlemeyen travay, baş pelvis uyumsuzluğu, fetal prezentasyon anomalileri, uterin disfonksiyon, yumuşak dokuda engel, umbilikal kord sarkması, plasenta anomalileri, maternal riskli durumlarda anne adayının sezaryen ile doğumun gerçekleştirilmesi perinatal mortalite ve morbiditeyi etkileyebilmektedir (Dereli Yılmaz, Demirgöz Bal ve Berkiten Ergin, 2017:297; Korkut ve Nurten, 2019: 144-152). DSÖ'ye göre, doğumların %15' i, anne ve/veya fetal sağlığın korunması için zorunlu olduğu sezaryen için kesin endikasyona sahiptir (Sharma ve Dhakal, 2018: 535-539). Gereksinim duyulmadan yapılan sezaryen doğumların anneye ve yenidoğana yararlarını gösteren bir kanıtı rastlanmamaktadır (Sağlık Bakanlığı Doğum ve Sezaryen Eylemi Yönetim Rehberi 2010).

2.2.4.3. Sezaryen doğumun riskleri

Sezaryen doğum günümüzde eskisinden daha sık yapılmakta, anneler ve bebekler üzerindeki olumsuz etkileri yavaş yavaş ortaya çıkmaktadır (Dereli Yılmaz, Demirgöz Bal ve Berkiten Ergin, 2017:295). Sezaryen cerrahi bir girişimdir. Obstetrik ve jinekolojik ameliyatlarda karşılaşılan tüm riskleri taşır (Konakçı ve Kılıç, 2002: 286-288). Sezaryen doğum yapan annelerde vajinal doğum yapan annelere kıyasla kısa ve uzun dönemde görülebilecek birtakım riskler mevcuttur.

Annede görülebilecek kısa dönem riskler;

- Puerperal enfeksiyona daha yatkındırlar.
- İnce bağırsak tıkanıklıklarına daha yatkındırlar.
- Doğum sonrası depresyon riski daha yüksektir.
- Hastanede kalış süresinin daha fazladır.
- Bebek ile ilişkisi daha geç kurulmaktadır.
- Ciddi akut maternal morbidite riski daha yüksektir.
- Emzirme ve ten tene temasın kurulmasında gecikmeler vardır.

- Postpartum kanama miktarı daha fazladır (Abenhaim vd. 2018: 354-359; Allen vd. 2003: 477-482; Altuntuğ 2010: 62-65; Geller vd. 2010: 675-683; Hobbs vd. 2016: 90; Sandall vd. 2018: 1349-1357; Sharma ve Dhakal, 2018: 535-539; Xie vd. 2011: 1881-1886).

Annede görülebilecek uzun dönem riskler;

- Maternal ölüm oranı daha fazladır.
- Yara enfeksiyonu riski daha fazladır.
- Cinsel disfonksiyon daha fazla görülür.
- Gelecekteki gebeliklerde plasenta previa veya akreata, plasenta dekolmanı ve uterus rüptürü insidanslarının arttığı belirtilmiştir (De Mucio vd. 2019: 281-291; Downes, Grantz ve Shenassa, 2017: 935-957; Fanshawe vd. 2023: 52; Sharma ve Dhakal, 2018: 535-539; Vandenberghe vd. 2019: 370-381).

Sezaryen ve müdahaleli doğum oranlarının, dünyanın birçok yerinde doğum şeklinin çocukluk döneminde ve uzun vadeli sağlık üzerinde nasıl bir etkiye sahip olacağı ile ilgili kültürel ve tıbbi nedenlerden dolayı arttığı belirtilmiştir. Bunların yanı sıra özellikle sezaryen ile doğan bebeklerin, normal vajinal doğumla doğanlara göre daha farklı bir fizyolojiye sahip oldukları, solunum ve kardiyometabolik morbiditeler gibi hem akut hem de kronik komplikasyonlara daha fazla maruz kaldıkları belirtilmiştir (Tribe vd. 2018: 5709-5722). Sezaryen ile doğan bebekler hormonal, fizyolojik, bakteriyel ve tıbbi müdahaleler nedeni ile ince fizyolojik modülasyona maruz kalabilirler (Sandall vd. 2018: 1349-1357). Ayrıca son yıllarda, elektif sezaryen ile doğan bebekler için bir dizi riskler de tanımlanmıştır (Cardwell vd. 2008: 726-735).

Bebekte görülebilecek kısa dönem riskler;

- Hastanede kalış süresinin daha fazla olması,
- Anne ile ilişkisinin daha geç kurulması,
- Erken emmenin yararlarından faydanılamaması,
- Ten tene temasın kurulmasında gecikmeler vardır (Altuntuğ, 2010: 62-65; Geller vd. 2010: 675-683; Hobbs vd. 2016: 90).

Bebekte görülebilecek uzun dönem riskler;

- Solunum ve bağışıklık sistemi hastalıklarına karşı daha hassas olabilir.
- Büyüme ve gelişmeleri üzerinde kalıcı bir etki yaratabilir.
- Elektif sezaryen ile doğan bebekler için astım riskinde %20'lik bir artış belirtilmiştir.

- Elektif sezaryen ile doğan bebekler için çocukluk çağı başlangıçlı tip 1 diyabet riskinde %20'lik bir artış belirtilmiştir.
- Gıda alerjenlerine karşı IgE aracılı duyarlılık geliştirme riskinin de arttığı belirtilmiştir (Benterud, Sandvik ve Lindemann, 2009: 359-361; Cardwell vd. 2008: 726-735; Cho ve Norman, 2013: 249-254; Jakobsson vd. 2014: 559-566; Koplin vd. 2008: 682-687; Yuan vd. 2016).

2.2.5. Dünya’da ve Türkiye’de sezaryen doğum oranları

Sezaryen oranı, sezaryen doğum sayısının toplam canlı doğum sayısına bölünmesiyle hesaplanan bir yüzde olarak ifade edilir. DSÖ, 2015 yılında Robson Sınıflandırma sisteminin sezaryen oranlarını değerlendirmek, izlemek ve karşılaştırmak için küresel bir standart olarak kullanılmasını önermiştir (WHO, 2015). Bu sınıflandırmada önemli maternal ve fetal değişkenlere göre sezaryen oranlarının analizleri yapılır. Bu değişkenler parite, önceki sezaryen doğum varlığı, doğum eyleminin başlangıcı, gestasyonel yaşı, fetüs sayısı ve fetüsün prezentasyonudur.

DSÖ, 1985 yılından bu yana en düşük anne ölüm ve yenidoğan ölüm oranlarına sahip ülkelerin sezaryen oranlarına dayanarak optimal %15’lik bir sezaryen oranı önermektedir (WHO, 2015). Birçok ülke, DSÖ’nün önerdiği sezaryen doğum oranını %10 oranında aşmıştır. Sezaryen oranlar; Çin, Dominik Cumhuriyeti, Romanya, Gürcistan ve Paraguay %40’ın üzerinde bir artış göstermiştir. Türkiye, Andorra ve Mısır ise sezaryen oranında %50’den fazla bir artış göstermiştir. (Betrán vd. 2016: 667-670; Betran 2021). Sezaryen oranları bir popülasyonda %10’a yükseldiğinde, anne ve yenidoğan ölüm sayılarının azaldığını göstermektedir. Ancak oran %10’u aştığında ölüm oranlarının iyileştiğine dair bir kanıt yoktur (WHO, 2015).

Bir kadın dünyanın neresinde yaşadığına bağlı olarak sezaryenlere ulaşmada önemli tutarsızlıklar vardır (Betran vd. 2021). Dünya çapında ülke düzeyinde sezaryen oranları derlenmiş, küresel ve bölgesel tahminler oluşturulmuş ve 2007, 2016 ve 2021 yıllarında raporlar yayınlanmıştır. 2007 yılında gelişmiş ülkelerde sezaryen doğumların oranı %21,1 iken, en az gelişmiş ülkelerde doğumların sadece %2’si sezaryen ile yapılmaktaydı. (Betrán vd. 2007: 98-113). 2016 yılında sunulan raporda ise 150 ülkeden gelen verilere bağlı olarak belirlenen sezaryen oranları 1990 ve 2014 yılları arasında küresel ortalama sezaryen oranının %12,4 oranında arttığını ve yıllık ortalama % 4,4’lük bir artış oranı olduğu belirtilmiştir (Betrán vd. 2016: 667-670). 2021 yılında ise 159 ülkeden gelen verilere dayanarak 1990

yılından 2018 yılına kadar küresel ve bölgesel sezaryen oranındaki değişiklikleri dünya çapında canlı doğumların %96,9'unu kapsayan verilere dayanarak sezaryen oranı %19 puan arttığı belirtilmiştir (Betran vd. 2021).

Tüm dünyada olduğu gibi Türkiye'de de sezaryenle doğum oranı zamanla artış göstermiştir. Türkiye'de sezaryen doğum oranı 1993 yılında %8, 1998' de %13.6, 2007'de %37.498, 2011 yılında bu oran %47.52' e ve 2018 yılı verilerine göre bu oranın %52' ye yükseldiği bildirilmektedir (TNSA, 2003; TNSA, 2008; TNSA, 2018). TNSA 2018' de %52'lik sezaryen oranının %38'lik kısmının düzenli kontraksiyon başlamadan karar verilirken, %14'ü için kontraksiyon başladıktan sonra karar verildiği belirtilmiştir (TNSA, 2018).

DSÖ'nün araştırmasına göre sezaryen kullanımı küresel olarak artışa devam etmekte şu anda tüm doğumların 5'te 1'inden fazlasını (%21) oluşturmaktadır (WHO, 2021). Araştırmaya göre bu sayı önümüzdeki on yıl boyunca artmaya devam edecek ve 2030 yılına kadar tüm doğumların hemen hemen üçte birinin (%29) sezaryen ile gerçekleşmesi olasılığı olduğunu ortaya koymaktadır (Betran vd. 2021; WHO, 2021).

Sezaryen oranları Avrupa ülkeleri gibi birçok gelişmiş ülkede özellikle anne isteği üzerine tıbbi endikasyon olmadan sezaryen doğum yapma eğiliminin artması nedeni ile sürekli olarak artmaktadır (Habiba vd. 2006: 647-656). Diğer bir artış nedeni ise 21 ülkenin dahil edildiği DSÖ tarafından önerilen Robson Sezaryen Doğum Sınıflandırma Sistemini kullanılan çalışmada sezaryen doğumların artışındaki önemli neden daha önce geçirilmiş sezaryen doğum olduğu belirtilmiştir (Vogel vd. 2015).

Dominik Cumhuriyeti, Brezilya, Kıbrıs, Mısır ve Türkiye' de, sezaryen doğumlar artık vajinal doğumlardan daha fazladır (Betran vd. 2021). Dünyada üreme çağındaki kadınlarda en sık uygulanan cerrahi operasyon olmaya devam ediyor (Antoine ve Young, 2020: 5-16). Tekrarlayan sezaryen doğumun orta veya düşük insani gelişme indeksi ülkelerinde sezaryen doğumun giderek daha önemli bir belirleyicisi olduğu ve tıbbi olarak gereksiz birincil sezaryen doğumu azaltmak için stratejilerin uygulanması gerektiği belirtilmektedir (Harrison vd. 2020: 165).

2.3. Doğum Şekline Karar Vermede Ebenin Rolü

DSÖ'nün tanımına göre ebe; “gebelik sırasında, doğumda ve doğum sonrası dönemlerde annelere gerekli bakım ve danışmanlığı sağlamak, normal doğumları kendi sorumluluğunda yaptırmak ve yeni doğan bakımını yapmak üzere eğitilmiş kişidir” (WHO

1983). DSÖ verilerine göre; ebelerin aktif olarak çalıştıkları ülkelerde anne ölümlerinin, perinatal bebek ölümlerinin, sezaryenle doğum oranlarının azaldığı ve doğum aralıklarının uzadığı, ebelik hizmetlerinin yeterli olmadığı ülkelerde ise bu göstergelerin oldukça yüksek olduğu bilinmektedir (Midwifery Curriculum, 2004). Sezaryen oranlarının hızla artmasıyla birlikte kadınlar, gebeliklerinde doğum şekli sorunuyla karşı karşıya kalmaktadır (Sharma ve Dhakal, 2018: 535-539).

Birinci basamakta önemli bir yere sahip olan ebeler, antenatal takip ile ebeveynleri doğuma hazırlamakta ve danışmanlık hizmetleri ile ebeveynlerin doğum şekline karar vermesinde etkili olabilmektedir. Ebeler, kadınların normal vajinal doğuma ilişkin korku ve anksiyetelerinin azaltılmalı, doğum şekilleri hakkında bilgi düzeylerini tanımlamalı, doğum eylemine hazırlamalı ve olumlu doğum deneyimi yaşamalarına yardımcı olmalıdır (Beiranvand vd. 2017; Karabulutlu, 2012: 210-218; King, 2020: 7-9; Vatansever ve Okumuş, 2013: 81-87).

Doğum sırasında sürekli ebelik desteğinin sağlanması, spontan vajinal doğumun artması, doğum süresinin kısalması ve sezaryen doğumun azalması, müdahaleli vajinal doğum, Apgar skoru ve doğum deneyimleri hakkında olumsuz duyguların azalması dahil olmak üzere kadınlar ve bebekler için daha olumlu sonuçlandığı belirtilmektedir (Bohren vd. 2017). Ebe liderliğindeki süreklilik bakım modellerine sahip kadınların epidural analjezi yapılması olasılığının daha düşük, spontan vajinal doğum olasılığının daha yüksek olduğu belirtilmiştir. Ayrıca ebe liderliğindeki doğumlarda kadınların erken doğum yaşama olasılığının ve bebeklerini kaybetme riskinin daha düşük olduğu belirtilmiştir (Sandall vd. 2016). Yapılan bir sistematik derlemede de gebelik ve doğum süreçlerinde ebe liderliğindeki bakım modellerine tabi tutulan kadınların standart olarak rutin bakıma tabi tutulan kadınlara kıyasla planlı sezaryen ve epizyotomi uygulanma olasılığının daha düşük olduğu belirtilmiştir (Chapman vd. 2019: 206).

2.4. Postpartum Dönem

Postpartum dönem bebeğin doğumu, plesanta ve membranların uterustan atılmasından sonra başlayan bir süreçtir. Postpartum dönem genellikle 6 haftalık bir zamanı kapsayan fizyolojik, psikolojik ve sosyal değişimlerin yaşandığı bir süreçtir. Bu süreç daha çok üreme sisteminde olmak üzere diğer vücut sistemlerinde de değişimler gerçekleşmektedir. Bu dönem de başta uterus ve vajina olmak üzere üreme organları ve diğer tüm sistemler gebelik öncesi haline döner. Aynı zamanda bu gerileyici değişikliklerin yanı sıra laktasyona

hazırlanan memelerde ilerleyici değişiklikler meydana gelir (Taşkın, 2020: 462; Dereli Yılmaz, Demirgöz Bal ve Berkiten Ergin, 2017: 164-166).

Postpartum dönem, aileye artık yeni birinin katılmasından dolayı yeni bir düzenin kurulduğu dönemdir. Bebeğine, doğum şekillere bağlı yaşadığı sorunlara, yeni bir düzene ve vücut imajındaki değişikliklere adapte olmak zorunda olan anne açısından postpartum dönem zor geçebilir. Aileye yeni bir bireyin katılması ile beraber eşlerinde sorumlulukları artmış ve beklentileri değişmiştir. Bu süreçte eğer ailede iletişim iyi ise daha pozitif sonuçlar yaşanmaktadır. Bebeğin doğumu, kadın ve eşi için doyum kaynağı olmaktadır ve aile ilişkileri daha çok güçlenmektedir. Ancak postpartum dönemde eşler değişen ve artan sorumlulukları kaynaklı sosyal yaşamlarında değişiklik yapmaya başlarlar. Anneler, postpartum dönemin ilk günlerinde kendi bakımları ve bebeklerin gereksinimlerini karşılama konusunda yetersiz kalabilirler. Anneler bu dönemde bebeğiyle iletişim kurmak, bakımlarını üstlenmek ve bebekle ilgili herhangi bir sorunla baş etmek için çaba harcarlar. Bu sorunlar annede stres kaynağı olabilir (Taşkın, 2020: 469-470). Tüm bu fizyolojik değişikliklere ve yeni rollerine uyum sağlamak için uğraşan annede psikolojik ve davranış değişiklikleri görülebilir.

Doğum ve doğumdan sonra annede ortaya çıkabilecek orta ve uzun vadeli (doğumdan sonraki 6 haftadan fazla) sağlık sorunları yaşanabilir. Doğum sonrası cinsel işlev bozukluğu, depresyon, anksiyete bozuklukları, doğuma bağlı travma sonrası stres bozukluğu, psikoz, tokofobi, tiroid, mastitis ve kilo verememe gibi sorunlar yaşanabilir. Epizyotomi, perineal onarım ve vajinal doğumla ilgili olarak perine ağrısı, üriner inkontinans, anal inkontinans, enfeksiyonlar, yaralanmalar, disparoni ve pelvik organ prolapsusu görülebilir. Sezaryen, laparotomi, histerektomi veya uterus rüptürü onarımına ilgili olarak yaşanabilecek sağlık sorunları ise cerrahi alan enfeksiyonu, pelvik yapışıklıklar, bağırsak tıkanıklığı, cerrahi yaralanma, uterus yırtılması, yara, yara izi veya uterus komplikasyonları, derin ven trombozu, zatürre, ağrı ve sinir yaralanması, menoraji ve dismenore , disparoni, sekonder infertilite, üriner inkontinans, anal inkontinans, pelvik organ prolapsusu, olumsuz psikolojik etkiler ve plasental kusurlar dahil olmak üzere sonraki gebelikler üzerinde olumsuz etkileri olabilir (Balkaya, 2002: 42-49; Vogel vd. 2023). Depresyon, idrar ve anal inkontinans ve cinsel işlev bozukluğu gibi durumlar gebelik ve doğumdan kaynaklanabilir ya da şiddetlenir (Vogel vd. 2023).

Birçok kadın doğumdan sonraki orta ve uzun vadede doğumla ilgili ve doğumla ilişkili morbidite yaşar. Mevcut veriler en yaygın durumların disparoni (%35), bel ağrısı (%32),

idrar kaçırma (%8-31), anksiyete (%9-24), anal inkontinans (%19), depresyon (%11-17), tokofobi (%6-15), perineal ağrı (%11) ve sekonder infertilite (%11) olduğunu belirtmektedir (Banaei vd. 2021:14-24; Dennis, Falah-Hassani ve Shiri, 2017: 315-323; Manresa vd. 2019: 853-868; Mascarenhas vd. 2012; Woody vd. 2017: 86-92; Nilsson vd. 2018: 28).

2.5. Postpartum Dönemde Cinsel Yaşam

DSÖ, “cinsel sağlığı sadece hastalık, fonksiyon bozukluğu veya sakatlığın olmaması değil, cinselliğe ilişkin fiziksel, duygusal, zihinsel ve sosyal olarak sağlıklı olma durumu gibi geniş kavramları kapsamaktadır. Aynı zamanda cinsel sağlık, cinsellik ve cinsel ilişkilere yönelik hem olumlu ve saygılı bir yaklaşım, hem de zorlama, ayrımcılık ve şiddetten arınmış keyifli ve güvenli cinsel deneyimlere sahip olmayı gerektirir” olarak tanımlanmaktadır (WHO, 2018).

Cinsel işlev bozukluğu ise, cinsel arzu, cinsel uyarılma, orgazm ve cinsel ilişki sırasında ağrı olarak kendini gösteren psikiyatrik, bireysel ve çift deneyimlerini ifade eder (Wright ve O'Connor, 2015: 607-628). Kadın cinsel işlev bozukluğu, kadınların yaklaşık %40-45'ini etkileyen en yaygın sağlık sorunlarından biridir (Yenieli ve Petri, 2014: 5-14).

Kadın cinsel sağlığı, her yaştaki kadın için yaşamın önemli bir parçasıdır ve birçok faktörden etkilenir (Gutzeit, Levy ve Lowenstein, 2020: 8-13). Özellikle gebelik ve doğum, cinsel sağlığı değiştirebilecek biyolojik, psikolojik ve sosyal değişiklikleri beraberinde getirir (Norhayati ve Azman Yacob, 2017: 328-344). Doğum sayısı, doğum şekli, epizyotomi, emzirme, yorgunluk ve postpartum depresyon doğum sonrası cinsel sağlığı etkileyen bazı faktörlerdir (Abouzari-Gazafroodi vd. 2015: 72). Literatürde yer alan bazı araştırmalarda doğum sonrası cinsel işlev bozukluğu prevalansının %7,9 ile %64,9 arasında değiştiği bildirilmektedir (Hartmann vd. 2005: 2141-2148; McCabe vd. 2016: 144-152). Yapılan bir araştırmada gebelik ve postpartum dönemlerde depresyon belirtilerinin artmasıyla cinsel işlev bozukluğunun arttığı, cinsel yaşam kalitesinin önemli ölçüde düştüğü belirtilmiş ve özellikle doğum sonrası altıncı ayda depresif belirtiler azaldığında cinsel yaşam kalitesinin de arttığı ifade edilmiştir (Gokyildiz Surucu vd. 2022: 1379-1389).

Postpartum dönemde disparoni, vajinal kayganlaşma (ıslanma) eksikliği, orgazma ulaşmada zorluk, cinsel ilişkiden sonra vajinal kanama veya tahriş ve cinsel istek kaybı gibi alanlarda önemli bir kötüleşme vardır (Barrett vd. 2000: 186-195; Rosen ve Pukall, 2016: 126-135). Doğum sonrası 6 ve 12. ayda cinsel sağlık sorunları hakkında bilgi vermek amacıyla yapılan 1408 primipar kadının dahil edildiği prospektif bir kohort çalışmasında

kadınların yaklaşık yarısı (%46,3) cinselliğe ilgi duymadığını, %43'ü vajinal kayganlaşma sorunu yaşadığını ve %37,5'inde doğumdan 6 ay sonra disparoni yaşadığı belirtilmiştir. Ayrıca araştırmada daha önceden var olan disparoninin doğum sonrası 6. ayda cinsel sağlık sorunları ile doğum sonrası 12. ayda vajinal kayganlaşma eksikliği ile ilişkili olduğu belirtilmiştir (O'Malley vd. 2018: 196). Başka bir prospektif bir kohort araştırmasında disparoni ve doğum sonrası dönemde cinsel istek kaybı gibi cinsel sağlık sorunlarının sıklığı doğum sonrası 3 ay da %30-60, 6 ay da ise %17-31 olarak belirtilmiştir (Gommesen vd. 2019).

2.5.1. Doğum şekillerinin postpartum dönem cinsel yaşam üzerine etkisi

Doğum, pelvik taban kaslarında anatomik ve fonksiyonel değişikliklere yol açar. Yaşanan bu değişiklikler postpartum dönemde kadınların cinsellik ile ilgili bazı şikayetlerden sorumlu olabilir (Anzaku ve Mikah, 2014: 210-216). Postpartum dönemde cinsel istek ve cinsel aktivite gebeliğe göre azalmakta ve cinsel sorunlar daha sık ortaya çıkmaktadır (Dabiri vd. 2014: 276-279). Yapılan bir çalışmada kadınların %91,3'ünün doğum sonrası cinsel sorunlardan muzdarip olduğunu belirtilmiştir (Acele ve Karaçam, 2012: 929-937).

Vajinal doğum sonrası perineal ağrı veya rahatsızlık oldukça yaygındır ve normal cinsel yaşamı da etkileyebilir (Venugopal vd. 2022: 162-169). Vajinal doğumu takiben disparoni bireylerin yaklaşık %60'ında 3 ay, %30'unda ise 6 ay süreyle devam ettiği belirtilmiş ve kadınların %15'inde 3 yıla kadar bile disparoni olduğu belirtilmektedir (Ejegård, Ryding ve Sjogren, 2008: 1-7). Klein ve arkadaşları (2009), vajinal yolla doğum yapan 55 primipar ve 44 elektif sezaryen uygulanan kişiyi Kadın Cinsel Fonksiyon Ölçeği (KCFÖ) ile değerlendirdikleri araştırmada, 3 ay sonra annelerin disparoni oranı vajinal doğum yapanlarda daha yüksek, 12 ay sonra değerlendirilen annelerde KCFÖ toplam puanları karşılaştırıldığında gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmadığı belirtilmiştir (Klein vd. 2009: 1227-1231). KCFÖ kullanılarak yapılan prospektif bir çalışmada da sezaryen grubu ile vajinal doğum ve mediolateral epizyotomi uygulanan grup karşılaştırıldığında, vajinal doğum ve mediolateral epizyotomi grubu doğum sonrası 3 ayda daha düşük memnuniyet ve daha yüksek ağrı düzeyleri olduğunu ve KCFÖ puanlarının hiçbir gruplar arasında 6., 12. veya 24. aylarda farklılık göstermediği belirtilmektedir. Ayrıca kısa dönem doğum sonrası etkilerden bağımsız olarak sezaryen doğumun cinsel

fonksiyonların korunması açısından vajinal doğumdan üstün olmadığı belirtilmiştir (Kahramanoglu vd. 2017: 907-916).

Doğum şekillerinin, postpartum dönem cinsel işlev bozukluğu ile ilgili ilişkisine bakıldığında bir sistematik derleme ve meta analiz çalışmasında anal sfinkter hasarının hem cinsel işlev bozukluğu hem de dispareni ile ilişkili olduğu, epizyotominin dispareni ile ilişkili fakat cinsel işlev bozukluğu ile ilişkili olmadığı, spontan doğumla karşılaştırıldığında sezaryen doğumun dispareni olasılığını azalttığı, enstrümantal vajinal doğumun cinsel işlev bozukluk olasılığını arttırdığı, dispareni için fark yaratmadığı ve perineal travmanın doğum şeklinden ziyade doğumdan sonraki ilk yılda cinsel işlev bozukluğu olasılığını arttırdığı belirtilmiştir (Cattani vd. 2022: 1017-1028). Fanshawe ve arkadaşları (2023), farklı doğum biçimlerinin (spontan vajinal doğum, epizyotomi ile vajinal doğum, yardımcı vajinal doğum, planlı sezaryen ve acil sezaryen) cinsel işlevsellik üzerindeki etkisini belirlemek amacıyla yaptıkları bütünlendirici bir sistematik derlemede, doğum sonrası 6-12. aylarda yardımcı vajinal doğum ve epizyotomi ile vajinal doğum, sezaryene kıyasla daha kötü cinsel fonksiyon ile ilişkili olduğu belirtilmiştir (Fanshawe vd. 2023: 52).

2.6. Postpartum Depresyon

Amerikan Psikiyatri Birliği (APA) tarafından oluşturulan DSM-5 (Diagnostic and Statistictical Manual of Mental Disorders) tanı kriterleri PPD doğum sonu dönemde ortaya çıkan majör depresyon ya da duygu durum değişikliklerin doğum sonrası 4 hafta içinde ortaya çıkması şeklinde tanımlanmaktadır (APA, 2013). Doğum sonrası özellikle ilk 6 ay PPD için önemli bir süreçtir. Doğumdan sonra en sık görülen psikiyatrik hastalık, anne davranışlarını bozabilen (Field, 2010: 1-6), doğum sonrası ve 5 yıla kadar devam edebilen çocukların bilişsel, duygusal ve davranışsal gelişimini olumsuz yönde etkileyebilen yıkıcı bir mental hastalıktır (Grace, Evindar ve Stewart, 2003: 263-274).

PPD, doğumla ilişkili yaygın bir komplikasyon ve önemli bir küresel halk sağlığı sorunu oluşturmaktadır. Postpartum dönemde kadınlarda görülebilen duygu durum dalgalanma ve yaşamdan zevk almama gibi belirtiler depresif durum olarak belirtilmektedir. Depresif durumlar, normal kabul edilen hüznünlük halinden, psikotik depresyona kadar ilerleyebilen bir gelişim gösterebilir ve bu belirtiler doğumu takip eden ilk bir yıl içinde herhangi bir zamanda ortaya çıkabilir. Doğumun en sık görülen komplikasyonu olan PPD anneyi olumsuz etkilemekte, anksiyete bozuklukları, ebeveynlik stresi ve karmaşık bir hastalık durumuna yol açabilecek sıkıntılar ile ilişkilidir (Molgora vd. 2022: 1553).

Sistemantik bir derleme ve meta analiz çalışmada, doğum sonrası depresyon prevalansının %14 olduğu bildirilmiştir (Liu, Wang ve Wang, 2022: 2665-2677). Tüm dünyada olduğu gibi Türkiye'de de postpartum depresyon yaygın bir sorundur. Türkiye'de yapılan bir meta analiz çalışmasında PPD prevalansı %23,8 olarak belirtilmiştir. Gelişmiş şehirlerde prevalansı %21,2, gelişmekte olan şehirlerde ise %25 olarak bulunmuştur (Özcan, Boyacıoğlu ve Dinç, 2017: 420-428). Doğumdan sonra geçen sürenin artmasıyla depresyon prevalansının azaldığı ve bir çok faktörle ilişkili olduğu belirtilmiştir (Karaçam vd. 2018: 821-841). Doğumdan önce depresif belirtilerin prevalansı %12,8, doğumdan 6 hafta sonra %11,8 ve doğumdan 6 ay sonra %10,1 olarak belirtilmiştir (Fiala vd. 2017: 104).

2.6.1. Doğum şekillerinin postpartum depresyon üzerine etkisi

PPD, doğumdan sonra sadece annenin sağlığını değil aynı zamanda çocuğun gelişimini ve ebeveynlik davranışlarını da etkileyebilen en yaygın psikiyatrik durumdur (Zhao ve Zhang, 2020: 102353). PPD için risk faktörleri arasında; psikiyatrik hastalık öyküsü, şiddet ve istismar, evlilik ilişkisi, sosyal destek eksikliği, göçmen olma, sosyoekonomik durum, obez ve aşırı kilo, gestasyonel diyabet, D vitamini eksikliği, sezaryen doğum, çoklu doğumlar, olumsuz doğum deneyimi erken ve düşük doğum ağırlıklı bebekler doğum sonrası uyku bozukluğu ve doğum sonrası anemi bulunmaktadır (Agrawal, Mehendale ve Malhotra, 2022; Zhao ve Zhang, 2020: 102353). Bu faktörler PPD gelişimi için güçlü ya da zayıf etkilere sahip olabilir.

Eckerdal ve arkadaşları (2018) yaptıkları araştırmada doğum şeklinin postpartum depresyon riski üzerinde doğrudan bir etkisi olmadığı ve acil sezaryen veya vakum ekstraksiyonu ile doğum yapan ve olumsuz doğum deneyimi bildiren kadınların, postpartum depresyon için yüksek riske sahip olduğu belirtilmiştir (Eckerdal vd. 2018: 301-311). Acil veya elektif bir karar sezaryen doğumun hasta stresini şiddetlendirebileceği ve doğum sonrası depresyon gelişme olasılığını artırdığı belirtilmiştir (Zhao ve Zhang, 2020: 102353). Ilska ve arkadaşları (2020) sezaryen doğum yapan kadınların tıbbi müdahale olmaksızın vajinal doğum yapanlara göre PPD erken semptomlarına sahip oldukları belirtilmiştir (Ilska vd. 2020: 102731). Faisal-Cury, ve arkadaşları (2019) ise yaptıkları araştırmada doğum şekli ile maternal depresyon arasında ilişki olmadığını belirtmişlerdir (Faisal-Cury ve Menezes, 2019: 631-635). Bir meta analiz araştırmasında acil sezaryenin elektif sezaryene göre PPD riskini arttırdığı belirtilmiştir (Xu vd. 2017: 118-126). Benzer şekilde sistemantik derleme ve meta analizde elektif sezaryen, acil sezaryen, enstrümantal vajinal doğum ve spontan vajinal

doğumun doğum sonrası depresyon ile ilişkisini belirlemek amacıyla yapılan araştırmada, doğum şeklinin hafif postpartum depresyonun ortaya çıkması üzerinde önemli bir etkiye sahip olduğu ve sezaryen ile doğum yapmış kadınların özellikle de acil sezaryenla doğum yapan kadınların hafif postpartum depresyon riski altında olduğu belirtilmiştir (Sun, Wang ve Li, 2021: 588-601).

3. GEREÇ VE YÖNTEMLER

3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi

Bu araştırma, sezaryen doğum yapan ve vajinal doğum esnasında epizyotomi uygulanan kadınların doğum sonrası cinsel yaşam ve postpartum depresyon üzerine etkisini araştırmak amacıyla yapılmıştır. Tanımlayıcı ve kesitsel tipte yapılan bir araştırmadır.

3.2. Araştırma Hipotezleri

H₁: Sezaryen doğumun cinsel yaşam üzerine etkisi vardır.

H₂: Sezaryen doğumun postpartum depresyon üzerine etkisi vardır.

H₃: Epizyotomili vajinal doğumun cinsel yaşam üzerine etkisi vardır.

H₄: Epizyotomili vajinal doğumun postpartum depresyon üzerine etkisi vardır.

3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma 01.11.2022-31.01.2023 tarihleri arasında, Adıyaman 1 Nolu, 6 Nolu, 14 Nolu, 16 Nolu ve Şehit Mehmet Orhan Aile Sağlığı Merkezi (ASM)'de gerçekleştirilmiştir.

Araştırmanın yapıldığı ASM'ler birinci basamak tanı, tedavi ve koruyucu hizmetlerin sunulduğu kurumlardır. ASM'lerde aile hekimlerine kayıtlı olan sağlıklı ya da hasta bireylerin poliklinik hizmetleri, laboratuvar hizmetleri, yenidoğan, bebek ve çocuk izlemleri, gebe ve lohusa takibi, 15-49 yaş arası kadın izlemleri, tarama programları, aşılama hizmetleri, periyodik sağlık kontrolleri, aile planlaması hizmetleri, enjeksiyon ve pansuman hizmetleri, kayıtlı olan bireylere yönelik eğitim ve danışmalık gibi hizmetler verilmektedir. ASM'ler hafta içi 08.00-17.00 saatleri arasında çalışmaktadırlar. Çalışmanın yapıldığı ASM'lerde her bir aile hekimi ve beraber çalıştığı ebe veya hemşireye ait çalışmala odaları, gebe ve lohusa izlem odaları, yenidoğan-bebek izlem odaları, emzirme odası, personel dinlenme odaları, mutfak, depo ve hasta danışma bölümü bulunmaktadır.

3.4. Araştırmanın Değişkenleri

3.4.1. Bağımlı değişkenler

Kadın Cinsel Fonksiyon Ölçeği-6 ve Edinburg Doğum Sonrası Depresyon Ölçek puanları bağımlı değişkenlerdir.

3.4.2. Bağımsız değişkenler

Vajinal doğum, epizyotomili vajinal doğum ve sezaryen doğum bağımsız değişkenlerdir.

3.4.3. Kontrol değişkenler

Kadının yaşı, eş yaşı, eğitim durumu, eş eğitim durumu, çalışma durumu, eş çalışma durumu, gelir durumu, evlilik yılı, doğum sonu sigara kullanması, gebelik sayısı, düşük sayısı, küretaj sayısı, planlı gebelik olup olmadığı, bebeğin doğum kilosu, bebeğin cinsiyeti ve bebek yaşı (ay) kontrol değişkenlerdir.

3.5. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Adıyaman il sağlık müdürlüğüne bağlı merkezde bulunan 33 Aile Sağlığı merkezine (ASM) kayıtlı, 20-40 yaş aralığında, doğum sonu 2-6 aylık dönemde olan ve ilk doğumunu yapan kadınlar araştırmanın evrenini oluşturmaktadır.

Örneklem grubu doğum şekillerine göre gruplara basit rastgele seçilmiştir. Örneklem hesabı g power programı ile yapılmıştır. Cohen d etki büyüklüğü 0.5 alınmıştır (Cohen 1988). Örneklem büyüklüğü %5 hata payı, %95 güven aralığı ile hesaplandığında her grupta 92 kişi olarak belirlendi. Sezaryen olan grupta 92 kişi, epizyotomili vajinal doğum yapan grupta 92 kişi ve vajinal doğum yapan grupta 92 kişi olmak üzere araştırmaya 276 postpartum kadın araştırmanın örneklemi oluşturmaktadır.

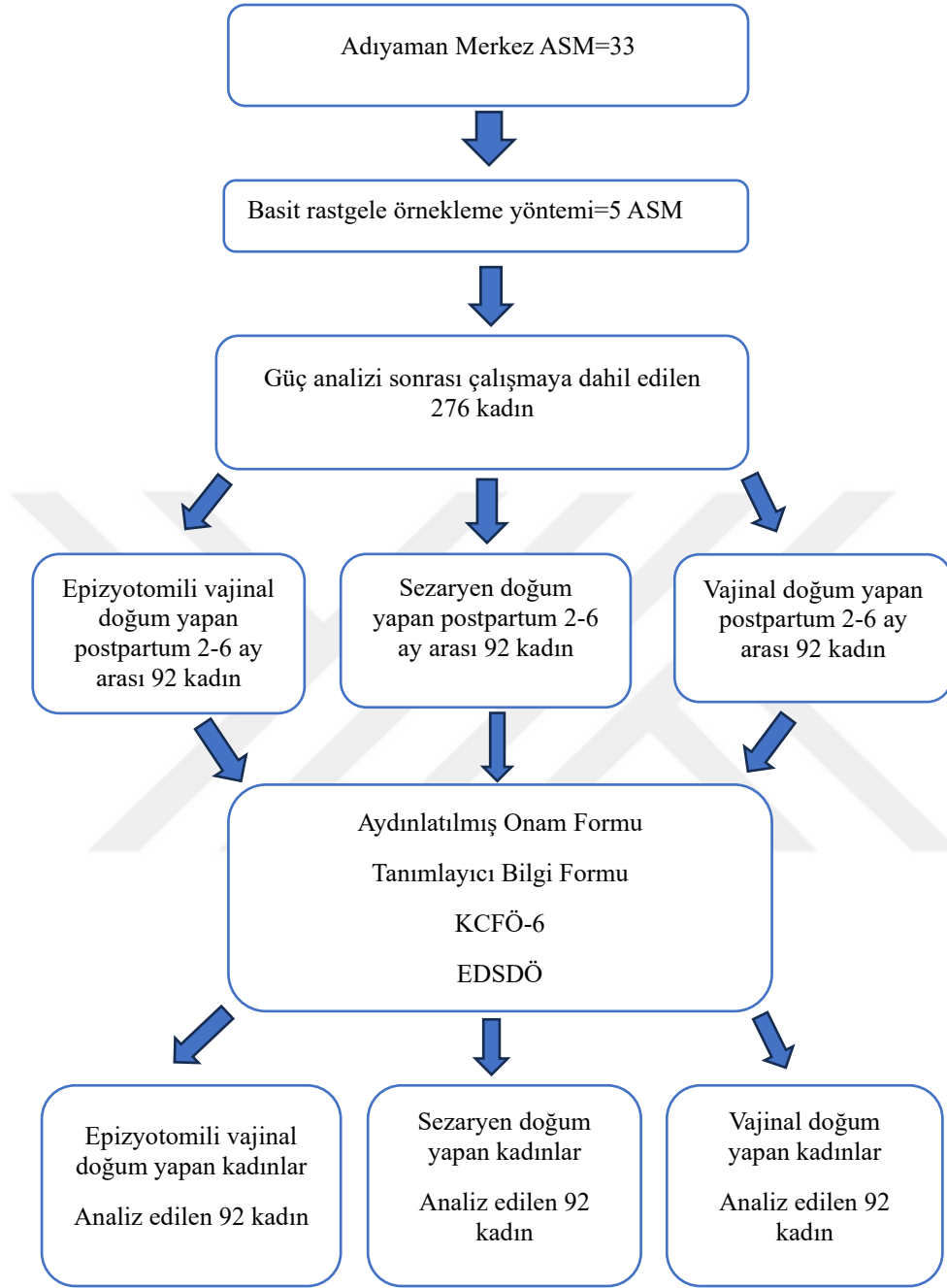
3.5.1. Katılımcıların araştırmaya dahil edilme kriterleri

- Postpartum 2-6. ayları arasında olması,
- İlk bebeğini doğurması,
- 20-40 yaş arasında olması,
- Türkçe okur-yazar olması,
- Araştırmaya katılmayı kabul etmesi.

3.5.2. Katılımcıların araştırmadan dışlanma kriterleri

- Gebelikten önce ve gebelikte tanı almış psikiyatrik bir hastalığı olması,
- Gebelikten önce ve gebelikte tanı almış cinsel fonksiyon bozukluğu olması,
- Gebelikten önce ve gebelikte tanı almış kronik bir hastalığı olması.

3.6. Araştırma Akış Şeması



Şekil.3.1. Araştırma akış şeması

3.7. Verilerin Toplanması

Veriler, 01.11.2022-31.01.2023 tarihleri arasında Adıyaman il merkezinde yer alan 1 Nolu, 6 Nolu, 14 Nolu, 16 Nolu ve Şehit Mehmet Orhan ASM olmak üzere toplamda 5 ASM’de dahil edilme ve dışlama kriterlerine uyan, araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme ile bilgilendirme onam formu imzalatılıp veriler toplanmıştır (EK-1). ASM’lerin çalışma

saatleri içerisinde ASM'ye tanı, tedavi ve kontrol amacıyla gelen anneler tarafından anket formu ile veri toplaması gerçekleştirildi. Veriler ASM'lerde bulunan emzirme odaları, aşılama odaları ve lohusa izlem odalarında toplanmıştır. Veri toplama süresi 10-15 dakika sürmüştür. Araştırmaya katılmak istemeyen kişi olmamıştır.

3.8. Veri Toplama Araçları

Araştırmanın verileri; katılımcıların sosyodemografik özelliklerini ve doğum şekillerini sorgulayan katılımcı bilgi formu, doğum sonrası cinsel yaşamı değerlendirmede kullanılan Kadın Cinsel Fonksiyon Ölçeği (KCFÖ-6) ve Postpartum depresyonu belirlemek amacıyla Edinburg Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği (EDSDÖ) ile toplanmıştır.

3.8.1. Tanımlayıcı bilgi formu

Araştırmacılar tarafından geliştirilen Tanımlayıcı Bilgi Formu, katılımcıların sosyodemografik (yaş, eş yaş, eğitim durumu, eş eğitim durumu, çalışma durumu, eş çalışma durumu, gelir durumu, evlilik yılı, doğum sonu sigara kullanma durumu) özellikleri, obstetrik (gebelik sayısı, düşük sayısı, küretaj sayısı, planlı gebelik olup olmadığı) özellikleri, bebeğe ait (doğum kilosu, bebek ayı, bebeğin cinsiyeti bebek beslenme) özellikler, cinsel sağlık ve depresyon durumunu etkileyebileceği düşünülen toplamda 19 sorudan oluşmaktadır (Eckerdal vd. 2018: 301-311; Meki vd. 2020: 3300-3307; Nikolaidou vd. 2022: 1212) (EK-2a).

3.8.2. Kadın cinsel fonksiyon ölçeği-6 (KCFÖ-6)

Kadın cinsel işlevini ölçen orijinal 19 maddelik 'Kadın Cinsel Fonksiyon Ölçeği'den uyarlanan 6 maddeli, kısa ve kendi kendine uygulanan bir ölçme aracıdır (Isidori vd. 2010: 1139-1146) (EK-2b). KCFÖ-6 arzu, uyarılma, kayganlaşma, orgazm, memnuniyet ve ağrı alt alanlarından oluşur. Arzu ve memnuniyet alanları 5'li likert tipi bir ölçekte 1'den 5'e kadar derecelendirilir ve kalan maddeler ise 6'lı likert tipi bir ölçekte 0'dan 5'e kadar derecelendirilir. Toplam alınabilecek puan 2 ile 30 arasındadır ve alınan daha düşük bir puan cinsel işlevin zayıf olduğunu gösterir. Sonbahar, Culha ve Jannini (2021) tarafından geçerlik güvenirliği yapılan ölçeğin Cronbach alpha değeri 0,862 olarak belirtilmiştir. Bu çalışmada ölçeğin Cronbach alpha değeri 0,705 olarak saptanmıştır.

3.8.3. Edinburg doğum sonrası depresyon ölçeği (EDSDÖ)

Cox ve arkadaşları tarafından geliştirilen ölçek doğum sonrası dönemde depresyon yönünden riski belirlemek, düzey ve şiddet değişimini ölçmek için tarama amaçlı hazırlanmış olup, depresyon tanısı koymaya yönelik değildir (Cox, Holden ve Sagovsky, 1987: 782-786). EDSDÖ 10 maddeden, dörtlü likert biçimde kendini değerlendirme ölçeğidir (EK-2c). Dört seçenekten oluşan yanıtlar 0-3 arasında puanlanmaktadır. Ölçekten alınacak en düşük puan 0 ve en yüksek puan 30'dur. Ölçeğin 3, 5, 6, 7, 8, 9 ve 10'uncu maddeleri 3, 2, 1, 0 şeklinde ters olarak puanlanmaktadır. Ölçeğin Türkçe uyarlaması Engindeniz ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. Kesme noktası 13 olarak hesaplanmış olup, toplam alınan puan kesme noktasından yüksek olan kadınlar risk grubu olarak kabul edilmektedir. Ölçeğin geçerlilik güvenirlik analizinde cronbach alpha değeri 0,79 olarak bulunmuştur (Engindeniz, Küey ve Kültür, 1996: 51-52). Bu çalışmada Cronbach alpha değeri 0,882 olarak saptanmıştır.

3.9. Verilerin Değerlendirilmesi

Veriler, Adıyaman Üniversitesinin lisanslı SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) 16.0 paket programı kullanılarak analiz edilmiştir. Tanımlayıcı istatistikler sürekli değişkenler için ortalama, standart sapma olarak, kategorik değişkenler ise frekans ve yüzde şeklinde verilmiştir. Verilerin normal dağılımı gösterip göstermediğini saptamak için basıklık-çarpıklık katsayı değerlerinin +2 ile -2 değer aralığında olması beklenmektedir (Pallant, 2017). KCFÖ-6 ve EDSDÖ'nin basıklık-çarpıklık katsayı değerlerinin +2 ile -2 değer aralığında olmasından dolayı analizlerde parametrik testler kullanılmıştır. İstatistiksel değerlendirmede, bağımsız gruplarda t testi, One Way ANOVA testleri ile kullanılmıştır. Üç ve üzeri grup arasında anlamlılık çıkması durumunda, farkı yaratan grubun bulunması için LSD ve Tukey testleri ile anlamlılığı yaratan grup saptanmıştır. İstatistiksel önemlilik düzeyi $p < 0,05$ olarak kabul edilmiştir.

3.10. Araştırma İzni ve Etik Kurul

Araştırmaya başlamadan önce Adıyaman Halk Sağlığı başkanlığından ön izin alınmıştır. Daha sonra Adıyaman İl Sağlık Müdürlüğünden Adıyaman 1 Nolu, 6 Nolu, 14 Nolu, 16 Nolu ve Şehit Mehmet Orhan Aile Sağlığı Merkezlerinde yapılabilmesi için (E-13389845-799) araştırma izni alınmıştır (EK-3a).

Araştırma etik kurul onayı (Adıyaman Üniversitesi Giriřimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan (25.10.2022, 2022/7-59) alınmıştır. Çalışma etik ilkeler hususunu içeren Helsinki Bildirgesine uygun yapılmıştır (EK-3b).

3.11. Araştırmanın Sınırlılıkları

Çalışmanın sadece Adıyaman merkezde bulunan 5 ASM'de yürütülmesi nedeniyle tüm postpartum dönem de olan kadınlara genellenememektedir. Bu alışma sadece postpartum dönem 2 ve 6. ayları kapsamaktadır ve daha fazla uzun dönem değişiklikleri değerlendirilememiştir. Ayrıca çalışmamız da sezaryen grubu örnekleme acil sezaryen doğum ve elektif sezaryen doğum diye ayrılmamıştır.

4. BULGULAR

Bu çalışmanın bulguları araştırma sorularına göre yer almaktadır. Araştırma bulguları şu şekildedir;

Tablo 4.1. Katılımcıların gruplara göre sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı (N=276)

	Epizyotomili Vajinal Doğum		Vajinal Doğum		Sezaryen Doğum		İstatistik
Sosyo-demografik özellikler	Ort±SS		Ort±SS		Ort±SS		
Yaş ortalama	27,27±2,67		27,35±2,81		29,29±3,49		F*=13,362 p=0,001
Eş yaş ortalama	29,64±3,08		30,09±3,64		31,86±4,23		F=9,401 p=0,001
	n	%	n	%	n	%	X ² ** /p
Yaş grup							
22-29 yaş	72	78,3	71	77,2	47	51,6	X ² =19,402 p=0,000
30-38 yaş	20	21,7	21	22,8	45	48,4	
Eş yaş grup							
24-30 yaş	68	73,9	60	65,2	45	48,9	X ² =12,670 p=0,002
31-40 yaş	24	26,1	32	34,8	47	51,1	
Eğitim durumu							
Ortaöğretim ve Lise	56	60,9	44	47,8	28	30,4	X ² =18,183 p=0,001
Lisans ve üzeri	36	39,1	48	52,2	64	69,6	
Eş eğitim durumu							
Ortaöğretim ve Lise	42	45,7	34	36,9	18	19,6	X ² =18,009 p=0,001
Lisans ve üzeri	50	54,3	58	63,1	74	80,4	
Gelir getiren bir işte çalışma durumu							
Hayır	60	65,2	51	55,4	31	33,7	X ² =19,176 p=0,000
Evet	32	34,8	41	44,6	61	66,3	
Eşin gelir getiren bir işte çalışma durumu							
Hayır	9	9,8	6	6,5	4	4,3	X ² =2,148 p=0,342
Evet	83	90,2	86	93,5	88	95,7	
Gelir durumu							
Gelirim giderimden fazla	14	15,2	16	17,4	27	29,3	X ² =18,339 p=0,001
Gelirim giderime denk	20	21,7	38	41,3	31	33,7	
Gelirim giderimden az	58	63,0	38	41,3	34	37,0	
Evlilik yılı							
1-2 yıl	55	59,8	61	66,3	38	41,3	X ² =12,545 p=0,002
3 yıl ve üzeri	37	40,2	31	33,7	54	58,7	
Doğum sonu sigara kullanma durumu							
Evet	12	13,0	10	10,9	21	22,8	X ² =5,675 p=0,059
Hayır	80	87,0	82	89,1	71	77,2	

*One Way ANOVA, ** Pearson Ki-kare

Epizyotomili vajinal doğum, vajinal doğum ve sezaryen doğum grubundaki kadınların sosyodemografik özellikleri incelendiğinde; epizyotomili vajinal doğum yapan kadınların yaş ortalamasının 27,27±2,67, vajinal doğum yapan kadınların yaş ortalamasının 27,35±2,8,

sezaryen doğum yapan kadınların yaş ortalaması $29,29 \pm 3,49$ olduğu saptanmıştır. Epizyotomili vajinal doğum yapan kadınların %78,3'ü, vajinal doğum yapan kadınların %77,2'si, sezaryen doğum yapan kadınların %47,2'si 22-29 yaş grubundadır. Gruplar arasında yaş dağılımı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu, farkın sezaryen grubundaki kadınların yaş dağılımından kaynaklandığı saptanmıştır ($X^2 = 19,402$, $p = 0,000$).

Epizyotomili vajinal doğum yapan kadınların eşlerinin %73,9'u, vajinal doğum yapan kadınların eşlerinin %65,2'si, sezaryen doğum yapan kadınların eşlerinin %48,9'u 24-30 yaş grubundadır. Gruplar arasında eş yaş dağılımı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu, farkın sezaryen grubundaki kadınların eşlerinin yaş dağılımından kaynaklandığı saptanmıştır ($X^2 = 12,670$, $p = 0,002$).

Epizyotomili vajinal doğum yapan kadınların %60,9'u, vajinal doğum yapan kadınların %47,8'i, sezaryen doğum yapan kadınların %30,4'ü ortaöğretim ve lise eğitim grubundadır. Gruplar arasında eğitim durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu, farkın sezaryen grubundaki kadınların eğitim durumundaki dağılımdan kaynaklandığı saptanmıştır ($X^2 = 18,183$, $p = 0,001$).

Epizyotomili vajinal doğum yapan kadınların eşlerinin %45,7'si, vajinal doğum yapan kadınların %36,9'u, sezaryen doğum yapan kadınların %19,6'sı ortaöğretim ve lise eğitim grubundadır. Gruplar arasında eş eğitim durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu, farkın sezaryen grubundaki kadınların eş eğitim durumundaki dağılımdan kaynaklandığı saptanmıştır ($X^2 = 18,009$, $p = 0,001$).

Epizyotomili vajinal doğum yapan kadınların %34,8'i, vajinal doğum yapan kadınların %44,6'sı, sezaryen doğum yapan kadınların %66,3'ü gelir getiren bir işte çalışan gruptadır. Gruplar arasında gelir getiren bir işte çalışma durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu, farkın sezaryen grubundaki kadınların gelir getiren bir işte çalışma durumundan kaynaklandığı saptanmıştır ($X^2 = 19,176$, $p = 0,000$).

Epizyotomili vajinal doğum yapan kadınların eşlerinin %90,2'si, vajinal doğum yapan kadınların %93,5'i, sezaryen doğum yapan kadınların %95,7'si gelir getiren bir işte çalışan gruptadır. Gruplar arasında eşin gelir getiren bir işte çalışma durumu istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı benzer dağılım gösterdiği saptanmıştır ($p = 0,342$).

Epizyotomili vajinal doğum yapan kadınların %15,2'si, vajinal doğum yapan kadınların %17,8'i, sezaryen doğum yapan kadınların %29,3'ü gelirlerinin giderlerinden fazla olduğunu belirtmişlerdir. Gruplar arasında gelir durumu açısından istatistiksel

olarakan anlamlı fark olduğu, farkın sezaryen grubundaki kadınların gelir durumundan kaynaklandığı saptanmıştır ($X^2=18,339$, $p=0,001$).

Epizyotomili vajinal doğum yapan kadınların %59,8'i, vajinal doğum yapan kadınların %66,4'ü, sezaryen doğum yapan kadınların %41,3'ü evlilik yılı 1-2 yıl olan gruptadır. Gruplar arasında evlilik yılı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu, farkın sezaryen gruptaki kadınların evlilik yılı durumundan kaynaklandığı saptanmıştır ($X^2=12,545$, $p=0,002$).

Epizyotomili vajinal doğum yapan kadınların %13,0'ı, vajinal doğum yapan kadınların %10,9'ü, sezaryen doğum yapan kadınların %22,8'i doğum sonu sigara kullanan gruptadır. Gruplar arasında doğum sonu sigara kullanma açısından istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı, verilerin benzer dağılım gösterdiği saptanmıştır ($p=0,059$) (Tablo 4.1).

Tablo 4.2. Katılımcıların gruplara göre obstetrik özelliklerinin dağılımı (N=276)

Obstetrik özellikler	Epizyotomili Vajinal Doğum		Vajinal Doğum		Sezaryen Doğum		X^2 / p
	n	%	n	%	n	%	
Gebelik sayısı							
1 gebelik	77	83,7	81	88,0	67	72,8	$X^2 = 7,504$ p=0,025
2 ve üzeri gebelik	15	16,3	11	12,0	25	27,2	
Düşük/ küretaj sayısı							
Hiç düşük deneyimlememiş	77	83,7	81	88,0	67	72,8	$X^2 = 7,504$ p=0,025
1 ve üzeri düşük	15	16,3	11	12,0	25	27,2	
Planlı bir gebelik							
Evet	64	69,6	67	72,8	81	88,0	$X^2 = 10,049$ p=0,007
Hayır	28	30,4	25	27,2	11	12,0	

*Pearson Ki-kare

Katılımcıların gruplara göre obstetrik özelliklerinin dağılımı tablo 4.2'de gösterilmektedir.

Epizyotomili vajinal doğum, vajinal doğum ve sezaryen doğum grubundaki kadınların obstetrik özellikleri incelendiğinde; epizyotomili vajinal doğum yapan kadınların %83,7'si, vajinal doğum yapan kadınların %88'i, sezaryen doğum yapan kadınların %72,8'i bir gebelik yaşamışlardır. Gruplar arasında gebelik sayısı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu, farkın sezaryen grubundaki gebelik sayısından kaynaklandığı saptanmıştır ($X^2=7,504$, $p=0,025$).

Grupların düşük/ küretaj sayısı incelendiğinde; epizyotomili vajinal doğum yapan kadınların %83,7'si, vajinal doğum yapan kadınların %88'i, sezaryen doğum yapan kadınların %72,8'i hiç düşük/ küretaj deneyimlememiştir. Gruplar arasında düşük/ küretaj

sayısı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu, farkın sezaryen grubundaki düşük/küretaj sayısından kaynaklandığı saptanmıştır ($X^2=7,504$, $p=0,025$).

Epizyotomili vajinal doğum yapan kadınların %69,6'i, vajinal doğum yapan kadınların %72,8'i, sezaryen doğum yapan kadınların %88,0'i planlı gebelik olan gruptadır. Gruplar arasında planlı bir gebelik açısından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu, farkın sezaryen grubundaki gebelik sayısından kaynaklandığı saptanmıştır ($X^2=10,049$, $p=0,007$) (Tablo 4.2).

Tablo 4.3. Katılımcıların gruplara göre bebeğe ait özelliklerinin dağılımı (N=276)

Bebeğe ait özellikler	Epizyotomili Vajinal Doğum		Vajinal Doğum		Sezaryen Doğum		Test değeri
	Ort±SS		Ort±SS		Ort±SS		
Bebek doğum kilo ortalaması	3165,98±300,85		3013,70±309,12		3367,50±470,40		F*=21,341 p=0.000
Bebeğin cinsiyeti	n	%	n	%	n	%	X ² **=5,307 p=0,070
Kız	49	53,3	50	54,3	36	39,1	
Erkek	43	46,7	42	45,7	56	60,9	
Bebek yaşı (ay)							X ² **=6,838 p=0,554
2 aylık	15	16,3	12	13,0	10	10,9	
3 aylık	24	18,5	15	16,3	19	20,7	
4 aylık	21	22,8	22	23,9	20	21,7	
5 aylık	17	26,1	17	18,5	17	18,5	
6 aylık	15	16,3	26	28,3	26	28,3	
Bebek beslenme							X ² **=34,872 p=0.000
Sadece anne sütü	14	15,2	27	29,3	6	6,5	
Sadece mama	14	15,2	9	9,9	16	17,4	
Anne sütü ve mama	46	50,0	28	30,4	41	44,6	
Anne sütü ve ek gıda	18	19,6	28	30,4	29	31,5	

*One Way ANOVA, ** Pearson Ki-kare

Katılımcıların gruplara göre bebeğe ait özelliklerinin dağılımı tablo 4.3'de gösterilmektedir.

Epizyotomili vajinal doğum, vajinal doğum ve sezaryen doğum gruplarındaki kadınların bebeklerine ait özellikler incelendiğinde; epizyotomili vajinal doğum yapan kadınların bebeklerinin doğum kilo ortalaması 3165,98±300,85, vajinal doğum yapan kadınların bebeklerinin doğum kilo ortalaması 3013,70±309,12, sezaryen doğum yapan kadınların bebeklerinin doğum kilo ortalaması 3367,50±470,40 olduğu saptanmıştır. Gruplar arasında bebek doğum kilo ortalaması açısından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu, farkın sezaryen doğumla doğan gruptaki bebek doğum kilo ortalamasından kaynaklandığı saptanmıştır ($F=21,341$, $p=0,000$).

Epizyotomili vajinal doğum yapan kadınların bebeklerinin %53,3'ü, vajinal doğum yapan kadınların bebeklerinin %54,3'ü, sezaryen doğum yapan kadınların bebeklerinin %39,1'inin cinsiyeti kızdır. Gruplar arasında bebeğin cinsiyeti açısından istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptanmıştır ($X^2=5,307$, $p=0,070$).

Epizyotomili vajinal doğum yapan kadınların bebeklerinin %16,3'ü, vajinal doğum yapan kadınların bebeklerinin %13,0'ı, sezaryen doğum yapan kadınların bebeklerinin %10,9'u 2 aylık olarak saptanmıştır. Epizyotomili vajinal doğum yapan kadınların bebeklerinin %18,5'i, vajinal doğum yapan kadınların bebeklerinin %16,3'ü, sezaryen doğum yapan kadınların bebeklerinin %20,7'si 3 aylık olarak saptandı. Epizyotomili vajinal doğum yapan kadınların bebeklerinin %22,8'i, vajinal doğum yapan kadınların bebeklerinin %23,9'u, sezaryen doğum yapan kadınların bebeklerinin %21,7'si 4 aylık olarak saptanmıştır. Epizyotomili vajinal doğum yapan kadınların bebeklerinin %26,1'i, vajinal doğum yapan kadınların bebeklerinin %18,5'i, sezaryen doğum yapan kadınların bebeklerinin %18,5'i 5 aylık olarak saptandı. Epizyotomili vajinal doğum yapan kadınların bebeklerinin %16,3'i, vajinal doğum yapan kadınların bebeklerinin %28,3'ü, sezaryen doğum yapan kadınların bebeklerinin %28,3'ü 6 aylık olarak saptanmıştır. Gruplar arasında bebeğin yaşı (ay) açısından istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptanmıştır ($X^2=6,838$, $p=0,554$).

Epizyotomili vajinal doğum yapan kadınların bebeklerinin %15,2'si, vajinal doğum yapan kadınların bebeklerinin %29,3'ü, sezaryen doğum yapan kadınların bebeklerinin %6,5'i sadece anne sütü ile beslenmektedir. Epizyotomili vajinal doğum yapan kadınların bebeklerinin %15,2'si, vajinal doğum yapan kadınların bebeklerinin %9,9'u, sezaryen doğum yapan kadınların bebeklerinin %17,4'ü sadece mama ile beslenmektedir. Epizyotomili vajinal doğum yapan kadınların bebeklerinin %50,0'ı, vajinal doğum yapan kadınların bebeklerinin %30,4'ü, sezaryen doğum yapan kadınların bebeklerinin %44,6'sı anne sütü ve mama ile beslenmektedir. Epizyotomili vajinal doğum yapan kadınların bebeklerinin %19,6'sı, vajinal doğum yapan kadınların bebeklerinin %30,4'ü, sezaryen doğum yapan kadınların bebeklerinin %31,5'i anne sütü ve ek gıda ile beslenmektedir. Gruplar arasında bebek beslenme açısından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($X^2=34,872$, $p=0,000$).

Tablo 4.4. Katılımcıların gruplar arasında KCFÖ-6 ve alt boyut toplam puan ortalamalarının dağılımı (N=276)

KCFÖ-6	Epizyotomili Vajinal Doğum ^a	Vajinal Doğum ^b	Sezaryen Doğum ^c	Test değeri*
Cinsel istek alt boyut	2,70±1,02	3,66±0,82	3,15±0,93	F=25,149 p=0,000 b>c>a
Uyarılma alt boyut	2,47±0,91	3,71±0,89	3,07±1,01	F=39,924 p=0,000 b>c>a
Kayganlaşma alt boyut	2,48±0,93	3,84±0,89	3,16±0,99	F=48,285 p=0,000 b>c>a
Orgazm alt boyut	2,32±0,95	3,67±0,96	2,97±1,03	F=44,101 p=0,000 b>c>a
Memnuniyet alt boyut	2,37±1,06	4,05±0,76	3,28±1,04	F=70,663 p=0,000 b>c>a
Ağrı alt boyut	3,79±1,11	2,16±0,93	2,99±1,11	F=55,160 p=0,000 a>c>b
KCFÖ-6 toplam	16,12±3,51	21,10±3,35	18,62±4,01	F=47,422 p=0,000 b>c>a

*One Way ANOVA, LSD ve Tukey test

Katılımcıların gruplar arasında KCFÖ-6 ve alt boyut puan ortalamalarının dağılımı tablo 4.4’de gösterilmektedir.

Epizyotomili vajinal doğum yapan kadınlarda cinsel istek puan ortalaması 2,70±1,02, uyarılma puan ortalaması 2,47±0,91, kayganlaşma puan ortalaması 2,48±0,93, orgazm puan ortalaması 2,32±0,95, memnuniyet puan ortalaması 2,37±1,06, ağrı puan ortalaması 3,79±1,11, KCFÖ-6 toplam puan ortalaması 16,12±3,51 olduğu saptanmıştır.

Vajinal doğum yapan kadınlarda cinsel istek puan ortalaması 3,66±0,82, uyarılma puan ortalaması 3,71±0,89, kayganlaşma puan ortalaması 3,84±0,89, orgazm puan ortalaması 3,67±0,96, memnuniyet puan ortalaması 4,05±0,76, ağrı puan ortalaması 2,16±0,93, KCFÖ-6 toplam puan ortalaması 21,10±3,35 olduğu saptanmıştır.

Sezaryen doğum yapan kadınlarda cinsel istek puan ortalaması 3,15±0,93, uyarılma puan ortalaması 3,07±1,01, kayganlaşma puan ortalaması 3,16±0,99, orgazm puan ortalaması 2,97±1,03, memnuniyet puan ortalaması 3,28±1,04, ağrı puan ortalaması 2,99±1,11, KCFÖ-6 toplam puan ortalaması 18,62±4,01 olduğu saptanmıştır.

Gruplar arasında KCFÖ-6 toplam puanı ve ağrı alt boyutu dışındaki diğer alt boyut puan ortalamaları vajinal doğum yapan kadınlarda istatistiksel olarak anlamlı yüksek olduğu saptanmıştır (p<0,000). Ağrı alt boyutu ise epizyotomili vajinal doğum ve sezaryen doğum yapan kadınlara göre vajinal doğum yapan kadınlarda istatistiksel olarak daha düşük olduğu saptanmıştır (p<0,000) (Tablo 4.4).

Tablo 4.5. Katılımcıların gruplar arasında KCFÖ-6 toplam puan ortalamalarının sosyo-demografik özelliklere göre dağılımı (N=276)

Sosyo-Demografik Özellikler	Epizyotomili Vajinal Doğum		Vajinal Doğum		Sezaryen Doğum	
	n	X±SS	n	X±SS	n	X±SS
Yaş grubu						
22-29 yaş	72	16,00±3,71	71	21,03±3,46	47	18,32±3,74
30-38 yaş	20	16,55±2,66	21	21,33±3,01	45	18,95±3,35
Test değeri		t=-0,618 p=0,538		t=-0,365 p=0,716		t=-0,851 p=0,397
Eş yaş grup						
24-30 yaş	68	16,18±3,71	60	20,95±3,52	45	18,49±3,16
31-40 yaş	24	15,96±2,96	32	21,38±3,02	47	18,74±3,89
Test değeri		t=0,260 p=0,795		t=-0,577 p=0,565		t=-0,345 p=0,731
Eğitim durumu						
Ortaöğretim ve Lise	56	15,80±3,57	44	20,25±3,85	28	18,29±3,17
Lisans ve üstü	36	16,61±3,39	48	21,88±2,62	64	18,76±3,69
Test değeri		t=-1,078 p=0,284		t=-2,382 p=0,019		t=-0,597 p=0,552
Eş eğitim durumu						
Ortaöğretim ve Lise	42	15,55±3,62	34	20,15±4,19	18	18,67±3,71
Lisans ve üstü	50	16,60±3,38	58	21,66±2,63	74	18,61±3,52
Test değeri		t=-1,441 p=0,153		t=-2,123 p=0,036		t=0,063 p=0,950
Gelir getiren bir işte çalışma durumu						
Evet	32	16,68±3,57	41	21,27±2,82	61	18,86±3,52
Hayır	60	15,81±3,46	51	20,96±3,74	31	18,12±3,56
Test değeri		t= 1,135 p=0,259		t= 0,435 p=0,664		t= 0,948 p=0,346
Eşin gelir getiren bir işte çalışma durumu						
Evet	83	16,19±3,51	86	21,15±3,35	88	18,68±3,58
Hayır	9	15,44±4,95	6	20,33±3,56	4	17,25±1,89
Test değeri		t= 0,605 p=0,547		t= 0,576 p=0,566		t= 0,790 p=0,431
Gelir durumu						
Gelirim giderimden az	58	15,69±3,60	38	19,86±3,84*	34	17,94±3,81
Gelirim giderime denk	20	16,55±3,28	38	22,18±2,70	31	18,90±2,74
Gelirim giderimden fazla	14	17,29±3,32	16	21,43±2,55	27	19,14±3,94
Test değeri		F=1,368 p=0,260		F=5,048 p=0,008		F= 1,028 p=0,362
Evlilik yılı						
1-2 yıl	55	15,87±3,99	61	20,37±3,54	38	18,50±3,34

Tablo 4.5. (Devam) *Katılımcıların gruplar arasında KCFÖ-6 toplam puan ortalamalarının sosyo-demografik özelliklere göre dağılımı (N=276)*

3 yıl ve üzeri	37	16,49±2,64	31	22,52±2,43	54	18,70±3,69
Test değeri		t= -0,821 p=0,414		t= -3,020 p=0,003		t= -0,271 p=0,787
Doğum sonu sigara kullanma durumu						
Evet	12	15,58±2,91	10	20,90±2,23	21	18,52±3,04
Hayır	80	16,20±3,60	82	21,12±3,47	71	18,65±3,69
Test değeri		t= 0,565 p=0,573		t= 0,197 p=0,845		t= -0,141 p=0,889

t=Independent simple t test

F=One way ANOVA

*farkı yaratan grup= LSD ve Tukey test

Katılımcıların gruplar arasında KCFÖ-6 toplam puan ortalamalarının sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı tablo 4.5’de gösterilmektedir.

Epizyotomili vajinal doğum yapan kadınların KCFÖ-6 puan ortalama dağılımları, kendisinin ve eşlerinin yaş grubuna göre, kendisinin ve eşinin eğitim durumuna, kendisinin ve eşinin gelir getiren bir işte çalışma durumuna, gelir durumuna, evlilik yılı dağılımına ve doğum sonu sigara kullanma durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı, benzer dağılım gösterdiği saptanmıştır (p>0,005).

Vajinal doğum yapan kadınların KCFÖ-6 puan ortalamaları, kendisi (21,88±2,62) ve eşi (21,66±2,63) lisansüstü eğitim mezunu olanlarda, geliri giderine denk olanlarda (22,18±2,70), 3 yıl ve üzeri evli olanlarda (22,52±2,43) istatistiksel olarak anlamlı daha yüksek olduğu saptanmıştır (p<0,005). Bunun yanında vajinal doğum yapan kadınların KCFÖ-6 puan ortalamaları kendisinin ve eşlerinin yaş grubuna göre, kendisinin ve eşinin gelir getiren bir işte çalışma durumuna ve doğum sonu sigara kullanma durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı, benzer dağılım gösterdiği saptanmıştır (p>0,005).

Sezaryen doğum yapan kadınların KCFÖ-6 puan ortalama dağılımları, kendisinin ve eşlerinin yaş grubuna göre, kendisinin ve eşinin eğitim durumuna, kendisinin ve eşinin gelir getiren bir işte çalışma durumuna, gelir durumuna, evlilik yılı dağılımına ve doğum sonu sigara kullanma durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı, benzer dağılım gösterdiği saptanmıştır (p>0,005).

Tablo 4.6. Katılımcıların gruplar arasında KCFÖ-6 toplam puan ortalamalarının obstetrik özelliklere göre dağılımı (N=276)

Obstetrik özellikler	Epizyotomili Vajinal Doğum		Vajinal Doğum		Sezaryen Doğum	
	n	X±SS	n	X±SS	n	X±SS
Gebelik sayısı						
1 gebelik	77	16,25±3,67	81	20,95±3,41	67	18,49±3,63
2 ve üzeri gebelik	15	15,47±2,50	11	22,18±2,75	25	18,96±3,31
Test değeri		t= 0,786 p=0,434		t=-1,145 p=0,255		t=- 0,562 p=0,576
Planlı bir gebelik						
Evet	64	16,54±3,02	67	21,79±2,74	81	18,79±3,49
Hayır	28	15,14±4,34	25	19,24±4,13	11	17,36±3,83
Test değeri		t=1,786 p=0,077		t=3,435 p=0,001		t=1,260 p=0,211

t=Independent simple t test

Katılımcıların gruplar arasında KCFÖ-6 toplam puan ortalamalarının obstetrik özelliklere göre dağılımı tablo 4.6’da incelenmiştir.

Epizyotomili vajinal doğum yapan kadınların KCFÖ-6 puan ortalamasının gebelik sayısına ve gebeliğin planlı olup olmaması durumuna göre benzer dağılım gösterdiği saptanmıştır (p>0,005).

Vajinal doğum yapan kadınların KCFÖ-6 puan ortalamasının gebeliğinin planlı olduğunu ifade eden gruba göre (21,79±2,74) istatistiksel olarak anlamlı daha yüksek olduğu saptanmıştır (t=3,435, p=0,001). Bunun yanında vajinal doğum yapan kadınların KCFÖ-6 puan ortalamaları gebelik sayısına göre benzer dağılım gösterdiği saptandı (p>0,005).

Sezaryen doğum yapan kadınların KCFÖ-6 toplam puan ortalaması gebelik sayısına, gebeliğin planlı olup olmaması durumuna göre benzer dağılım gösterdiği saptanmıştır (p>0,005).

Tablo 4.7. Katılımcıların gruplar arasında KCFÖ-6 toplam puan ortalamalarının bebeğe ait özelliklere göre dağılımı (N=276)

Bebeğe ait özellikler	Epizyotomili Vajinal Doğum		Vajinal Doğum		Sezaryen Doğum	
	n	X±SS	n	X±SS	n	X±SS
Bebeğin cinsiyeti						
Kız	49	16,63±3,39	50	21,24±2,71	36	19,08±3,67
Erkek	43	15,53±3,3,60	42	20,93±4,01	56	18,32±3,45
Test değeri		t= 1,507 p=0,135		t=0,442 p=0,660		t=1,009 p=0,316
Bebek yaşı (ay)						
2 aylık	15	14,13±4,90	12	16,75±4,54*	10	19,20±3,80
3 aylık	24	16,25±2,54	15	21,53±2,29	19	17,42±2,17*
4 aylık	21	16,52±2,40	22	20,86±2,64	20	17,00±4,33*
5 aylık	17	15,88±2,32	17	21,65±2,71	17	18,76±3,19
6 aylık	15	17,60±4,93	26	22,69±2,49	26	20,50±3,04*
Test değeri		F=2,055 p=0,094		F=9,127 p=0,000		F=3,914 p=0,006

t=Independent simple t test

F=One way ANOVA

*farkı yaratan grup= LSD ve Tukey test

Katılımcıların gruplar arasında KCFÖ-6 toplam puan ortalamalarının bebeğe ait özelliklere göre dağılımı tablo 4.7’de incelenmiştir.

Epizyotomili vajinal doğum yapan kadınlarda bebeğin cinsiyeti ve bebeğin yaşının kadın cinsel fonksiyon üzerinde etkisinin olmadığı ($p>0,005$) ancak bebeğin beslenme şeklinin kadın cinsel fonksiyon üzerinde istatistiksel olarak anlamlı olarak fark yarattığı saptanmıştır ($p<0,005$). Cinsel fonksiyon toplam puan ortalamasının bebeğini sadece mama ile besleyen kadınlarda ($14,00\pm4,64$) bebeğini anne sütü ve ek gıda ile besleyen kadınlara ($19,38\pm4,31$) göre istatistiksel olarak daha düşük olduğu saptanmıştır ($F=3,225$, $p=0,010$).

Vajinal doğum yapan kadınlarda bebeğin cinsiyeti ve bebeğin beslenme şeklinin kadın cinsel fonksiyon üzerinde etkisinin olmadığı ($p>0,005$) ancak bebeğin yaşının kadın cinsel fonksiyon üzerinde istatistiksel anlamlı olarak fark yarattığı saptandı ($p<0,005$). Cinsel fonksiyon toplam puan ortalaması bebeği 2 aylık olan annelerin ($16,75\pm4,54$), bebeği 3 ay-6 ay arasında olan annelere göre istatistiksel anlamlı olarak daha düşük olduğu saptandı ($F=9,127$, $p=0,000$).

Sezaryen ile doğum yapan kadınlarda bebeğin cinsiyetinin kadın cinsel fonksiyon üzerinde etkisinin olmadığı ($p>0,005$) ancak bebeğin yaşının kadın cinsel fonksiyon üzerinde istatistiksel olarak fark yarattığı saptanmıştır ($p<0,005$). Cinsel fonksiyon toplam puan ortalamasının bebeği 6 aylık olan annelerin ($20,50\pm3,04$), bebeği 3 aylık ($17,42\pm2,17$)

ve 4 aylık ($17,00 \pm 4,33$) olan annelere göre istatistiksel olarak daha yüksek olduğu saptandı ($F=3,914$, $p=0,006$).

Tablo 4.8. Katılımcıların Gruplar arasında EDSDÖ toplam puan ortalamalarının dağılımı ($N=276$)

	Epizyotomili Vajinal Doğum ^a	Vajinal Doğum ^b	Sezaryen Doğum ^c	Test değeri
	X $\pm$ SS	X $\pm$ SS	X $\pm$ SS	
EDSDÖ	12,97 $\pm$ 3,88	7,21 $\pm$ 4,28	11,46 $\pm$ 4,52	F=45,906 p=0,001 b<c<a*

F=One way ANOVA *farkı yaratan grup= LSD ve Tukey test

EDSDÖ toplam puan ortalamaları epizyotomi vajinal doğum yapan kadınlarda 12,97 $\pm$ 3,88, vajinal doğum yapan kadınlarda 7,21 $\pm$ 4,28 ve sezaryen doğum yapan kadınlarda 11,46 $\pm$ 4,52 olarak saptandı. Vajinal doğum yapan kadınların Edinburg depresyon puan ortalamasının diğer gruplara göre istatistiksel olarak daha düşük olduğu saptanmıştır ($F=45,906$, $p=0,001$).

Tablo 4.9. Katılımcıların gruplar arasında EDSDÖ toplam puan ortalamalarının sosyo-demografik özelliklere göre dağılımı ($N=276$)

Demografik Özellikler	Epizyotomili Vajinal Doğum		Vajinal Doğum		Sezaryen Doğum	
	n	X $\pm$ SS	n	X $\pm$ SS	n	X $\pm$ SS
Yaş grubu						
22-29 yaş	72	12,76 $\pm$ 3,81	71	6,82 $\pm$ 4,01	47	10,85 $\pm$ 4,78
30-38 yaş	20	13,75 $\pm$ 4,09	21	8,52 $\pm$ 4,99	45	12,11 $\pm$ 4,24
Test değeri		t=-1,006 p=0,968		t=-1,620 p=0,109		t=-1,329 p=0,187
Eş yaş grubu						
24-30 yaş	68	12,91 $\pm$ 3,96	60	6,83 $\pm$ 3,76	45	11,31 $\pm$ 4,62
31-40 yaş	24	13,17 $\pm$ 3,70	32	7,91 $\pm$ 5,01	47	11,60 $\pm$ 4,47
Test değeri		t=-0,275 p=0,777		t=-1,147 p=0,254		t=-0,300 p=0,765
Eğitim durumu						
Ortaöğretim ve Lise	56	13,36 $\pm$ 3,70	44	7,16 $\pm$ 4,50	28	11,71 $\pm$ 4,85
Lisans ve üstü	36	12,39 $\pm$ 4,11	48	7,25 $\pm$ 4,11	64	11,34 $\pm$ 4,41
Test değeri		t=1,171 p=0,245		t=-0,101 p=0,920		t=-0,360 p=0,720
Eş eğitim durumu						

Tablo 4.9. (Devam) *Katılımcıların gruplar arasında EDSDÖ toplam puan ortalamalarının sosyo-demografik özelliklere göre dağılımı (N=276)*

Ortaöğretim ve Lise	42	13,66±3,81	34	7,35±4,88	18	10,44±4,05
Lisans ve üstü	50	12,40±3,88	58	7,12±3,93	74	11,70±4,62
Test değeri		t=1,573 p=0,119		t=-0,250 p=0,803		t=-1,059 p=0,292
Gelir getiren bir işte çalışma durumu						
Evet	32	12,94±3,58	41	8,05±4,60	61	11,21±3,98
Hayır	60	13,00±3,74	51	6,52±3,92	31	11,93±5,47
Test değeri		t=0,073 p=0,942		t=-1,710 p=0,091		t=-0,722 p=0,472
Eşin gelir getiren bir işte çalışma durumu						
Evet	83	13,01±3,76	86	7,21±4,18	88	11,36±4,54
Hayır	9	12,67±5,03	6	7,17±6,01	4	13,50±4,20
Test değeri		t=0,253 p=0,801		t=-0,023 p=0,981		t=-0,923 p=0,358
Gelir durumu						
Gelirim giderimden az	58	13,10±3,97	38	7,92±4,47	34	12,91±4,82
Gelirim giderime denk	20	13,10±4,19	38	6,87±4,25	31	10,77±3,77
Gelirim giderimden fazla	14	12,98±3,88	16	6,31±3,84	27	10,40±4,60
Test değeri		F= 0,259 p=0,772		F= 0,997 p=0,373		F= 2,963 p=0,057
Evlilik yılı						
1-2 yıl	55	12,25±4,02	61	7,49±4,69	38	10,74±5,37
3 yıl ve üzeri	37	14,05±3,43	31	6,64±3,32	54	11,96±3,79
Test değeri		t= -2,230 p=0,024		t=0,896 p=0,373		t=-1,285 p=0,202
Doğum sonu sigara kullanma durumu						
Evet	12	14,41±4,66	10	6,90±2,84	21	12,67±3,65
Hayır	80	12,76±3,73	82	7,24±4,43	71	11,10±4,71
Test değeri		t= -1,174 p=0,261		t=0,239 p=0,812		t=1,403 p=0,164

t=Independent simple t test

F=One way ANOVA

Katılımcıların gruplar arasında EDSDÖ toplam puan ortalamalarının sosyo-demografik özelliklere göre dağılımı tablo 4. 9’da incelenmiştir.

Epizyotomili vajinal doğum yapan kadınların EDSDÖ toplam puan ortalamaları, kendisinin ve eşlerinin yaş grubuna göre, kendisinin ve eşinin eğitim durumuna, kendisinin ve eşinin gelir getiren bir işte çalışma durumuna, gelir durumuna ve doğum sonu sigara kullanma durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı, benzer dağılım gösterdiği

saptanmıştır ($p>0,005$). Depresyon puanları, evlilik yılı açısından incelendiğinde 3 yıl ve üzeri evli olan kadınların postpartum depresyon puan ortalaması ($14,05\pm3,43$), 1-2 yıldır evli olan kadınlara ($12,25\pm4,02$) göre istatistiksel anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptanmıştır ($t=-2,230$ $p=0,024$).

Vajinal doğum yapan kadınların EDSDÖ toplam puan ortalamaları, kendisinin ve eşlerinin yaş grubuna göre, kendisinin ve eşinin eğitim durumuna, kendisinin ve eşinin gelir getiren bir işte çalışma durumuna, gelir durumuna, evlilik yılı dağılımına ve doğum sonu sigara kullanma durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı, benzer dağılım gösterdiği saptanmıştır ($p>0,005$).

Sezaryen doğum yapan kadınların EDSDÖ toplam puan ortalama dağılımları, kendisinin ve eşlerinin yaş grubuna göre, kendisinin ve eşinin eğitim durumuna, kendisinin ve eşinin gelir getiren bir işte çalışma durumuna, gelir durumuna, evlilik yılı dağılımına ve doğum sonu sigara kullanma durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı, benzer dağılım gösterdiği saptandı ($p>0,005$) (Tablo 4. 9).

Tablo 4.10. Katılımcıların gruplar arasında EDSDÖ toplam puan ortalamalarının obstetrik özelliklere göre dağılımı (N=276)

Obstetrik özellikler	Epizyotomili Vajinal Doğum		Vajinal Doğum		Sezaryen Doğum	
	n	X $\pm$ SS	n	X $\pm$ SS	n	X $\pm$ SS
Gebelik sayısı						
1 gebelik	77	12,77 $\pm$ 3,76	81	7,16 $\pm$ 4,38	67	11,09 $\pm$ 4,66
2 ve üzeri gebelik	15	14,00 $\pm$ 4,42	11	7,55 $\pm$ 3,59	25	12,44 $\pm$ 4,06
Test değeri		t= -1,117 p=0,267		t=-0,278 p=0,781		t=-1,329 p=0,187
Planlı bir gebelik						
Evet	64	12,84 $\pm$ 3,73	67	6,86 $\pm$ 4,02	81	10,96 $\pm$ 4,27
Hayır	28	13,29 $\pm$ 3,73	25	8,12 $\pm$ 4,89	11	15,09 $\pm$ 4,91
Test değeri		t= -0,501 p=0,618		t=-1,254 p=0,212		t=-2,959 p=0,004

t=Independent simple t test

Katılımcıların gruplar arasında EDSDÖ toplam puan ortalamalarının obstetrik özelliklere göre dağılımı Tablo 4.10'da gösterilmiştir.

Epizyotomili vajinal doğum yapan kadınların EDSDÖ toplam puan ortalaması gebelik sayısına ve gebeliğin planlı olup olmaması durumuna göre benzer dağılım gösterdiği saptanmıştır ($p>0,005$).

Sezaryen doğum yapan kadınların EDSDÖ toplam puan ortalamasının gebeliğinin planlı olduğunu ifade eden grupta ($10,96 \pm 4,27$), gebeliğin planlı olmadığını ifade eden ($15,09 \pm 4,91$) gruba göre istatistiksel olarak daha düşük olduğu saptanmıştır ($t=3,435$, $p=0,001$). Bunun yanında sezaryen doğum yapan kadınların KCFÖ-6 puan ortalamaları gebelik sayısına göre benzer dağılım gösterdiği saptanmıştır ($p>0,005$).

Tablo 4.11. Katılımcıların gruplar arasında EDSDÖ toplam puan ortalamalarının bebeğe ait özelliklere göre dağılımı (N=276)

Bebeğe ait özellikler	Epizyotomili Vajinal Doğum		Vajinal Doğum		Sezaryen Doğum	
	n	X $\pm$ SS	n	X $\pm$ SS	n	X $\pm$ SS
Bebeğin cinsiyeti						
Kız	49	12,16 $\pm$ 3,44	50	6,44 $\pm$ 4,34	36	11,53 $\pm$ 4,17
Erkek	43	13,91 $\pm$ 3,44	42	8,11 $\pm$ 4,07	56	11,41 $\pm$ 4,77
Test değeri		t=-2,197 p=0,031		t=-1,901 p=0,061		t=0,121 p=0,904
Bebek yaşı (ay)						
2 aylık	15	14,33 $\pm$ 5,11	12	8,92 $\pm$ 4,38	10	11,70 $\pm$ 4,60
3 aylık	24	12,92 $\pm$ 3,09	15	6,93 $\pm$ 3,6	19	11,63 $\pm$ 5,69
4 aylık	21	12,91 $\pm$ 3,65	22	7,95 $\pm$ 5,09	20	11,95 $\pm$ 5,02
5 aylık	17	13,29 $\pm$ 3,70	17	7,00 $\pm$ 3,61	17	11,76 $\pm$ 2,39
6 aylık	15	11,47 $\pm$ 4,09	26	6,08 $\pm$ 4,16	26	10,65 $\pm$ 4,44*
Test değeri		F=1,063 p=0,380		F=1,131 p=0,347		F=0,289 p=0,884

t=Independent simple t test

F=One way ANOVA

Katılımcıların gruplar arasında EDSDÖ toplam puan ortalamalarının bebeğe ait özelliklere göre dağılımı tablo 4. 11’de gösterilmektedir.

Epizyotomili vajinal doğum, vajinal doğum ve sezaryen doğum yapan kadınların bebeğin cinsiyeti ve bebeğin yaşının EDSDÖ toplam puanı üzerinde etkisinin olmadığı saptanmıştır ($p>0,005$).

5. SONUÇ, TARTIŞMA VE ÖNERİLER

5.1. Sonuç

Sezaryen doğum yapan ve vajinal doğum esnasında epizyotomi uygulanan kadınların doğum sonrası cinsel yaşam ve postpartum depresyon üzerine etkisini araştırmak amacıyla yapılan bu araştırmada aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

- Epizyotomili vajinal doğum yapan kadınların yaş ortalaması $27,27 \pm 2,67$, vajinal doğum yapan kadınların yaş ortalaması $27,35 \pm 2,8$, sezaryen doğum yapan kadınların yaş ortalaması $29,29 \pm 3,49$ 'dur.
- Epizyotomili vajinal doğum yapan kadınlarda KCFÖ-6 toplam puan ortalaması $16,12 \pm 3,51$ 'dir.
- Vajinal doğum yapan kadınlarda KCFÖ-6 toplam puan ortalaması $21,10 \pm 3,35$ 'dir.
- Sezaryen doğum yapan kadınlarda KCFÖ-6 toplam puan ortalaması $18,62 \pm 4,01$ 'dir.
- Epizyotomili vajinal doğum yapan kadınlarda cinsel istek puan ortalaması $2,70 \pm 1,02$, uyarılma puan ortalaması $2,47 \pm 0,91$, kayganlaşma puan ortalaması $2,48 \pm 0,93$, orgazm puan ortalaması $2,32 \pm 0,95$, memnuniyet puan ortalaması $2,37 \pm 1,06$, ağrı puan ortalaması $3,79 \pm 1,11$ 'dir.
- Vajinal doğum yapan kadınlarda cinsel istek puan ortalaması $3,66 \pm 0,82$, uyarılma puan ortalaması $3,71 \pm 0,89$, kayganlaşma puan ortalaması $3,84 \pm 0,89$, orgazm puan ortalaması $3,67 \pm 0,96$, memnuniyet puan ortalaması $4,05 \pm 0,76$, ağrı puan ortalaması $2,16 \pm 0,93$ 'dir.
- Sezaryen doğum yapan kadınlarda cinsel istek puan ortalaması $3,15 \pm 0,93$, uyarılma puan ortalaması $3,07 \pm 1,01$, kayganlaşma puan ortalaması $3,16 \pm 0,99$, orgazm puan ortalaması $2,97 \pm 1,03$, memnuniyet puan ortalaması $3,28 \pm 1,04$, ağrı puan ortalaması $2,99 \pm 1,11$ 'dir.
- Vajinal doğum yapan kadınlarda KCFÖ-6 toplam puanı ve ağrı alt boyutu dışındaki diğer alt boyut puan ortalamalarına göre daha yüksektir.
- KCFÖ-6, ağrı alt boyutu epizyotomili vajinal doğum ve sezaryen doğum yapan kadınlara göre vajinal doğum yapan kadınlarda daha düşüktür.
- EDSÖ toplam puan ortalamaları epizyotomi vajinal doğum yapan kadınlarda $12,97 \pm 3,88$ 'dir.
- EDSÖ toplam puan ortalamaları vajinal doğum yapan kadınlarda $7,21 \pm 4,28$ 'dir.
- EDSÖ toplam puan ortalamaları sezaryen doğum yapan kadınlarda $11,46 \pm 4,52$ 'dir.

- Doğum şekilleri postpartum dönemde cinsel yaşam ve postpartum depresyon üzerinde etkilidir.
- Sezaryen doğum postpartum dönemde cinsel yaşamı etkilemektedir.
- Sezaryen doğumun postpartum depresyon üzerine etkisi vardır.
- Epizyotomili vajinal doğum postpartum dönemde cinsel yaşamı etkilemektedir.
- Epizyotomili vajinal doğumun postpartum depresyon üzerine etkisi vardır.
- Vajinal doğum yapan kadınların postpartum dönemde cinsel disfonksiyon yaşama olasılığı, epizyotomili ve sezaryen doğum yapan kadınlara göre daha düşüktür.
- Vajinal doğum yapan kadınların doğum sonu postpartum depresyon yaşama durumu, epizyotomili ve sezaryen doğum yapan kadınlara göre daha düşüktür.

5.2. Tartışma

Doğum, kadın hayatını fiziksel, sosyal ve psikolojik açıdan etkileyebilen bir eylemdir. Doğum sonu dönem ise anatomik ve fizyolojik değişikliklerin yanı sıra anneliğin başladığı, yeni sorumlulukların oluştuğu, aile fertleri arasında ilişkilerin yeniden biçimlendiği önemli bir süreçtir (Petrosyan, Armenian ve Arzoumanian, 2011). Annenin postpartum dönemde bedenindeki değişiklikler, annenin davranışlarını, ruhsal/mental sağlığını, cinsel yaşamını ve dolayısıyla yaşam kalitesini etkileyebilmektedir (Taşkın, 2020:164-166, 462). Bu çalışma sezaryen doğumun ve epizyotomi uygulamasının postpartum dönemde cinsel yaşam ve postpartum depresyon üzerindeki etkisini incelemek amacıyla yapılmıştır.

5.2.1. Katılımcıların tanıtıcı özelliklerine ilişkin bulguların tartışması

Bu araştırmaya katılan katılımcıların gruplar arasında sosyodemografik özellikler açısından homojen olup olmadıklarını saptamak için karşılaştırmalı ki kare testleri uygulanmıştır. Karşılaştırmalar, sezaryen doğum, epizyotomili vajinal doğum ve vajinal doğum yapan kadınların ve eşlerinin yaş grubu, eğitim durumu, çalışma durumu, gelir durumu ve evlilik süresi açısından gruplarının birbirinden anlamlı olarak farklı oldukları; farklılığın sezaryen gruptaki katılımcılar lehine anlamlı olduğu ve homojen olmadıkları saptanmıştır ($p<0.05$) (Tablo 4.1). Ayrıca gebelik sayısı, düşük sayısı ve gebeliğin planlı olmasının sezaryen gruptaki katılımcılar lehine anlamlı olduğu ve homojen olmadıkları saptanmıştır ($p<0.05$) (Tablo 4.2).

Çalışmanın sosyodemografik ve obstetrik özelliklerinin sezaryen gruptaki katılımcılar lehine farklılık göstermesinde sezaryen doğum yapan kadınların sosyolojik özelliklerinden kaynaklandığı düşünülmektedir. Bu bilgilerin, katılımcıların cinsel sağlık durumlarının ve postpartum depresyon bulgularının tartışılmasında yol gösterici olacağı düşünülmektedir.

5.2.2. Katılımcıların postpartum dönem cinsel yaşama ilişkin bulguların tartışması

Cinsel sağlık, bireylerin yaşam kalitesini etkileyen temel unsurlardan biridir (Nikolaidou vd. 2022: 1212). Postpartum dönemde ilk cinsel birleşme çiftler arasında olumlu ilişkileri kolaylaştıran ve sevgiyi zenginleştiren önemli bir adımdır (Aliakbari vd. 2018: 269-275). Postpartum dönemde cinsel aktiviteye başlama zamanı bireyden bireye farklılık göstermektedir. Ancak varsa epizyotomi ve/veya sezaryen kesisi iyileşinceye ve loşia kanaması sona erene kadar (yaklaşık 4-6 hafta arası) cinsel aktivitenin ertelenmesi önerilmektedir (Taşkın, 2020: 492). Bu öneriler doğrultusunda çalışmamızda doğum şekillerinin cinsel yaşam üzerindeki etkilerini saptayabilmek için doğum sonu 2 ve 6 ay arasındaki kadınlar çalışmaya dahil edilmiştir. Yapılan bir meta analiz araştırmasında doğum sonu 2-6 ay arasında kadınların daha fazla cinsel disfonksiyon deneyimledikleri belirtilmiştir (Banaei vd. 2021: 14-24). Bu nedenle kadınların cinsel fonksiyonlarının değerlendirilmesinde doğum şekillerinin etkisinin incelenmesi önem kazanmaktadır.

Postpartum dönemde kadınların cinsel fonksiyonları; doğum şekli, epizyotomi varlığı, doğum travmaları, hormonal değişimler, emzirme, bebeğe ait problemler, kadının beden imajı algısı, çiftler arasındaki ilişki, sosyal rol değişimi gibi birçok psikolojik ve fizyolojik değişikliklerden etkilenebilmektedir (Dabiri vd. 2017: 276-279; Drozdowskyj vd. 2020: 38-47; Saotome, Yonezawa ve Suganuma, 2018: 348-355; Tavares vd. 2019: 198-208). Bunların yanında postpartum dönemde, perinedeki travmanın derecesi, doğumun müdahaleli olup olmaması, genital organlardaki fizyolojik değişiklikler açısından doğum şekilleri cinsel yaşamı etkileyen önemli faktörler arasındadır. Vajinal doğum sırasında forsepsle ve/veya fetal başın basısıyla perine, vulva ve klitoris uyarılarak pudendal sinir zarar görebilir. Ayrıca, vajinal sarkma sonucu tonusu azalan vajinal kaslarda orgazmda azalma olabilir. Sezaryen doğumda perine dejenerasyonu olmaması sebebiyle, doğum sonrası cinsel işlev bozukluğunun ortaya çıkmasını engelleyebileceği düşünülmektedir (Başkaya, Karakoç ve Özerdoğan, 2018: 269-274; Dabiri vd. 2017: 276-279; Kasap vd. 2016: 201-206). Ancak kısa dönem doğum sonrası etkilerden bağımsız olarak sezaryenin normal cinsel

fonksiyonları koruması açısından vajinal doğumdan üstün olmadığı belirtilmektedir (Kahramanoglu vd. 2017: 907-916; Lurie vd. 2013: 785-792). Bu çalışmada KCFÖ-6 toplam puan ortalaması en yüksek vajinal doğum yapan kadınlarda ($21,10 \pm 3,35$), daha sonra sezaryen ile doğum yapan kadınlarda ($18,62 \pm 4,01$) en düşük ise epizyotomili vajinal doğum yapan kadınlarda ($16,12 \pm 3,51$) istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p < 0,05$). (Tablo 4.4). Çalışmamızda ileri istatistiksel analizlere göre epizyotomili vajinal doğum yapan kadınların sezaryen ile doğum yapan kadınlara göre cinsel işlevin daha zayıf olduğunu, cinsel işlev puan ortalamasının vajinal doğum yapan kadınlarda yüksek olduğu saptanmıştır ($p < 0,05$). Literatürde doğum şekillerinin postpartum dönem cinsel yaşam üzerindeki etkisi olduğunu belirten çalışmaların yanında etkisi olmadığını belirten çalışmalarda bulunmaktadır. Yapılan bir araştırmada epizyotomi ile vajinal doğumun, sezaryen doğuma oranla (planlı ve acil sezaryen arasında ayrım olmaksızın) daha kötü toplam cinsel işlev puanlarına sahip oldukları belirtilmiştir (Moghadam vd. 2019). Benzer şekilde vajinal doğum (spontan vajinal doğum, epizyotomi ile vajinal doğum ve yardımcı vajinal doğum arasında ayrım yapılmadan) sezaryen doğum (planlı ve acil sezaryen arasında ayrım yapılmadan) kıyasla daha iyi cinsel işlev puanları ile ilişkilendirilmiştir (IUGA, 2012). Ancak bunun yanında, Lurie ve arkadaşları (2013) ve De souza ve arkadaşları (2021) yaptıkları araştırmalarda doğum şekillerinin postpartum dönemde cinsel yaşam üzerinde etkisinin olmadığı belirtilmiştir. Benzer şekilde Amiri ve arkadaşları (2017) yaptıkları araştırmada, primipar kadınlarda mediolateral epizyotomi ile vajinal doğum ve sezaryen doğum arasında cinsel işlev bozukluğu açısından fark olmadığı, ancak normal cinsel fonksiyonların korunması açısından sezaryen doğumun vajinal doğuma tercih edilmemesi gerektiğini belirtmişlerdir. Yaptığımız çalışma doğum şekillerinin cinsel yaşam üzerine etkisinin olması açısından literatür ile uyumludur. Çalışmamızda en düşük cinsel fonksiyon puan ortalamasının epizyotomili vajinal doğum yapan gruba aittir olduğu saptanmıştır. Ayrıca çalışmamızda da sezaryen doğumun, vajinal doğuma göre postpartum dönemde cinsel yaşam üzerinde koruyucu bir etkisinin olmadığı görülmektedir. Bu doğrultuda çalışmamızın birinci hipotezi olan “Sezaryen doğumun cinsel yaşam üzerinde etkisi vardır” hipotezi kabul edilmiştir.

Kadın cinsel yanıt döngüsü, cinsel istek, cinsel uyarılma, orgazm ve memnuniyet olmak üzere dört fazdan oluşan sosyal, biyolojik, hormonal, çevresel ve psikolojik durumları içeren multifaktöriyel bir durumdur (Güler ve Erbil, 2022). Cinsel yanıt döngüsünü oluşturan fazlardan herhangi birindeki yetersizlik kadınlarda cinsel istek bozuklukları, cinsel uyarılma

bozuklukları, orgazm bozuklukları ve/veya cinsel ağrı/birleşme bozuklukları olarak karşımıza çıkabilmektedir (Fuentealba-Torres vd. 2019; Güler ve Erbil, 2022). Doğum eylemi, kadın cinsel işlevini birden fazla mekanizma yoluyla etkileme potansiyeline sahip önemli bir faktördür (Fehniger vd. 2013: 988-997). Postpartum dönemde kadın cinsel işlev bozukluğunun beş kat arttığı belirtilmektedir (Fuchs vd. 2021: 1-6). Hayatın her döneminde önemli bir yere sahip olan cinselliği ve birçok kadını etkileyen doğum eyleminin postpartum dönemde cinsel yaşam üzerindeki etkisini belirlemek ve kadın cinselliğinin doğum şekillerinden etkilenip etkilenmediğini belirlemek oldukça önemlidir. Bu çalışmada cinsel istek, uyarılma kayganlaşma, orgazm, memnuniyet alt boyut puan ortalamaları istatistiksel anlamlı olarak en yüksek vajinal doğum yapan kadınlarda daha sonra sezaryen doğum yapan kadınlarda ve en düşük epizyotomili vajinal doğum yapan kadınlarda olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Ağrı alt boyut puan ortalaması ise istatistiksel anlamlı olarak en yüksek epizyotomili vajinal doğum yapan kadınlarda daha sonra sezaryen doğum yapan kadınlarda ve en düşük vajinal doğum yapan kadınlarda olduğu saptandı ($p<0,05$) (Tablo 4.4). Literatüre baktığımızda çalışmamıza benzer şekilde cinsel yaşam alt boyutlarının doğum şekillerinden etkilendiği görülmektedir. Moghadam ve arkadaşları (2019) yaptığı çalışmada epizyotomi ile vajinal doğumun, sezaryen doğuma oranla (planlı ve acil sezaryen arasında ayrım olmaksızın) cinsel istek alt boyut puan ortalamasının daha düşük olduğu belirtilmiştir (Moghadam vd. 2019). Zgliczynska ve arkadaşları (2021) müdahalesiz vajinal doğum yapan kadınlarda, uyarılma alt boyut puan ortalamalarının daha yüksek olduğunu belirtmişlerdir (Zgliczynska vd. 2021: 882-892). Benzer şekilde Song ve arkadaşları (2014) yaptığı çalışmada epizyotomi ile vajinal doğum yapan kadınlarda uyarılma, cinsel istek, kayganlaşma ve ağrı alt boyut alanlarının etkilendiği ve epizyotominin cinsel fonksiyon üzerine olumsuz etkileri olduğunu bildirmişlerdir (Song vd. 2014). Barbara ve arkadaşları (2016) spontan vajinal doğum, operatif vajinal doğum ve sezaryen doğum yapan kadınları 3 gruba ayırarak yaptığı çalışmada doğum sonrası 6. ayda cinsel fonksiyonların, operatif vajinal doğum yapılan kadınlarda uyarılma, kayganlık ve orgazm cinsel işlev puanlarının daha düşük olduğu belirtilmiştir (Barbara vd. 2016: 393-401). Başka bir çalışmada ise mediolateral epizyotomi ile doğum yapan kadınlarda 3. ayda cinsel memnuniyet düzeylerinin daha düşük ağrı puanlarının daha yüksek olduğu belirtilmiştir (Kahramanoglu vd. 2017: 907-916). Postpartum 2-6 ay arasındaki kadınların örnekleme alındığı bu çalışmada literatür ile benzer şekilde epizyotomili vajinal doğum yapan kadınlarda cinsel fonksiyonların ve alt boyutlarının daha olumsuz etkilendiği saptanmıştır. Postpartum dönem

cinsel yaşamı etkileyen birçok fizyolojik, psikolojik ve sosyokültürel faktörlerin olduğu bilinmektedir. Doğum şekilleri açısından ele alındığında epizyotomili vajinal doğum yapan kadınlar arasında pelvik travmalara bağlı cinsel yaşamın daha olumsuz etkilendiği düşünülmektedir. Bu sonuçlar doğrultusunda “*Epizyotomili vajinal doğumun cinsel yaşam üzerinde etkisi vardır*” hipotezi kabul edilmiştir.

5.2.3. Katılımcıların postpartum depresyona ilişkin bulguların tartışması

Doğumla ilgili yaygın bir komplikasyon olan postpartum depresyon, annenin davranışlarını etkileyebilen önemli bir halk sağlığı sorunudur. Ayrıca yalnızca anneyi değil bebeğin de bilişsel, duygusal ve davranışsal gelişimini olumsuz yönde etkileyebilen yaygın bir psikiyatrik durumdur (Grace, Evindar ve Stewart, 2003: 263-274). Doğum sonrası ilk 6 ay postpartum depresyon açısından oldukça önemli bir dönemdir (Field, 2010: 1-6). PPD’nin doğum sonu 6 haftadan sonra prevalansı %11,8 olarak belirtilmiştir (Fiala vd. 2017: 104). Türkiye’de ise yapılan bir meta analiz çalışmasında PPD prevalansı, %23,8 olarak belirtilmiştir (Özcan, Boyacıoğlu ve Dinç, 2017: 420-428.). Bu nedenle anne ve bebek sağlığını etkilemesi bakımından PPD’nin değerlendirilmesinde doğum şekillerinin etkisinin incelenmesi oldukça önem kazanmaktadır.

Bu çalışmada EDSDÖ toplam puan ortalamaları epizyotomili vajinal doğum yapan kadınlarda $12,97 \pm 3,88$, vajinal doğum yapan kadınlarda $7,21 \pm 4,28$ ve sezaryen doğum yapan kadınlarda $11,46 \pm 4,52$ olarak saptanmıştır. Vajinal doğum yapan kadınların EDSDÖ puan ortalamasının diğer gruplara göre istatistiksel anlamlı olarak daha düşük olduğu saptanmıştır ($F=45,906$, $p=0,001$) (Tablo 4.8). Literatür incelendiğinde doğum şekillerinin PPD gelişimi ile ilgisi oldukça tartışmalı bir konudur. Literatürde doğum şekillerinin PPD üzerindeki etkisini olmadığını belirten çalışmaların (Chen ve Wang, 2002: 452-458; Patel vd. 2005) yanında, etkisi olduğunu belirten çalışmalar da bulunmaktadır. Son yıllarda yapılan araştırmalarda da doğum şeklinin doğum sonrası annelerin ruh sağlığı üzerindeki etkisi olduğu vurgulanmaktadır (Beck-Hiestermann vd. 2024: 118; Meky vd. 2020: 3300-3307; Xu vd. 2017: 118-126). Başka bir araştırmada da normal vajinal doğum grubunda EPDS puan ortalaması acil ve elektif sezaryen gruplarına göre istatistiksel olarak düşük olduğu belirtilmiştir. Doğum şekli ve PPD arasında güçlü bir ilişki olduğu vurgulanmıştır (Meky vd. 2020: 3300-3307). Primiparlarda; elektif sezaryen ve vajinal doğum ile doğum yapan 32.729 kadının dahil edildiği çalışmada 6 aylık ve 12 aylık postpartum dönemde sezaryenin hem depresyon öyküsü olan hem de olmayan anneler için PPD için bir risk

faktörü olduğu belirtilmektedir (Liu vd. 2022: 1308). Literatüre baktığımızda sezaryen doğumun vajinal doğum şekline göre PPD gelişimi açısından önemli bir risk faktörü olduğu belirtilmektedir. Benzer şekilde planlı veya plansız sezaryen doğum deneyimleyen kadınların, vajinal doğum yapanlara oranla daha yüksek düzeyde somatizasyon, depresyon ve anksiyete semptomları sergileme eğiliminde olduğu belirtilmektedir (Dekel, Stuebe ve Dishy, 2017: 560). Benzer şekilde 27 araştırma makalesinin incelendiği bir meta-analiz çalışmasında, sezaryen doğumun PPD açısından risk faktörü olduğu belirtilmiştir (Xu vd. 2017: 118-126). Yaptığımız çalışma, sezaryen doğum şekli ile epizyotomili vajinal doğum grubunda bulunan kadınlar arasında PPD puan ortalamasının daha yüksek olması açısından literatürü desteklemektedir. Bu çalışmada araştırmanın ikinci hipotezi olan “*Sezaryen doğumun postpartum depresyon üzerinde etkisi vardır*” hipotezi kabul edilmiştir.

Doğum sırasında epizyotomiye de kapsayan perineal travma yaygındır ancak psikolojik etkisi hakkında çok az şey bilinmektedir (Opondo vd. 2023: 639). Eckerdal ve arkadaşları (2018) doğum şeklinin PPD üzerinde doğrudan bir etkisi olmadığını, ancak negatif bir doğum deneyimi ile PPD arasında dolaylı bir ilişki olduğunu belirtmişlerdir. Bu çalışmada EDSDÖ toplam puan ortalamasının epizyotomili vajinal doğum yapan kadınlarda $12,97 \pm 3,88$ olduğu ve epizyotomili doğum yapan kadınların PPD puan ortalamasının diğer gruplar ile kıyaslandığında istatistiksel olarak anlamlı fark yarattığı saptanmıştır ($F=45,906$, $p=0,001$). Literatürde perineal travma ile PPD riski arasındaki ilişkiyi değerlendiren sınırlı çalışma bulunmaktadır. Doğumda epizyotomi uygulanan annelerin anlamlı olmasa da perinesi sağlam olan annelere göre ortalama 1,24 puan daha yüksek EDSDÖ puanlarına sahip olduğu belirtilmiştir ($p>0.05$) (Khalaf, Al Amri ve Al Qadire, 2023). Perineal travma yaşayan kadınların fiziksel semptomlar yaşama olasılığının daha yüksek olduğu ve fiziksel semptom yaşayan kadınlarda doğum sonrası depresyon bildirme olasılığının da yükseldiği belirtilmektedir (Opondo vd. 2023: 639). İncelenen araştırmalarda literatürde perineal travmaya bağlı semptomlar sonucu kadınların PPD deneyimleme riski arttığı görülmektedir. Bu çalışmada araştırmanın dördüncü hipotezi olan “*Epizyotomili vajinal doğumun postpartum depresyon üzerinde etkisi vardır*” hipotezi kabul edilmiştir.

5.2.4. Katılımcıların postpartum dönemde cinsel yaşam ve postpartum depresyon ilişkisinin bulgularının tartışması

Kadın sağlığının bir parçası olarak kabul edilen cinsel işlev, yaşamın vazgeçilmez bir bileşenidir. Cinsel yaşam, birçok biyolojik ve psikolojik faktörden etkilenen çok boyutlu bir

olgudur (Yıldız, 2015: 49-59). Postpartum dönem, kadınların depresyon yaşama oranının en yüksek olduğu dönemdir (Özdamar vd. 2014: 71-77). Literatür incelendiğinde PPD görülen kadınlarda, cinsel fonksiyon bozukluğunun daha fazla olduğu belirtilmektedir (Leeman ve Rogers, 2012: 647-655). Yapılan bir araştırmada postpartum dönemde annelerin %19'unun postpartum hüznü, %11'inin PPD, %19'unun ise çeşitli anksiyete bozuklukları yaşadığı belirtilmiştir. Bu sorunların ise kadınların %34'ünün evlilik memnuniyetlerini ve cinsel yaşamlarını etkilediği belirtilmiştir (Maamri vd. 2019: 704-710). Yapılan başka bir araştırma sonucuna göre de cinsel istek, uyarılma veya orgazm bozukluğu yaşayan kadınların yaklaşık %40'ının aynı zamanda PPD'ye sahip olduğu, postpartum dönemde cinsel ilişkiye daha geç başladığı belirtilmiştir (Johannes vd. 2009: 1698-1706). Postpartum depresyonun beş kadından birini etkilediği, cinsel istek ve cinsel zevk algısı üzerinde önemli bir etkisi olabileceği için postpartum dönemdeki psikolojik değişikliklerin göz önünde bulundurulması gerektiği belirtilmiştir (Johnson, 2011). Bu çalışmada da postpartum dönemde gruplar arasında cinsel yaşam ve postpartum depresyon açısından istatistiksel olarak anlamlı fark vardır. Hem postpartum depresyon hemde postpartum cinsel yaşam açısından en iyi sonuçları bildiren katılımcılar vajinal doğum yapan kadınlardır. Çalışma sonuçlarına göre postpartum dönemde cinsel yaşam iyiye PPD görülme olasılığının daha az, PPD mevcut ise kadının postpartum dönemde cinsel disfonksiyon yaşama olasılığının daha fazla olduğu söylenebilir.

Annenin ruhsal durumu doğum sonu cinsel yaşamı etkileyen faktörlerden biridir. Bazı kadınlar bu sürece uyum sağlarken bazı kadınlar sürece uyum sağlayamamaktadır. Doğum öncesinde sezaryen uygulamalarının da rutin denetimleriyle kanıta dayalı klinik kılavuzların izlenmesi, mümkün olduğunda ikinci bir tıbbi görüş alınması ve işbirlikçi bir ebelik-doğum uzmanı bakım modelinin benimsenmesi oldukça önemlidir (WHO, 2021). Aynı zamanda doğum şekillerin postpartum dönemde cinsel yaşam ve PPD üzerindeki rolünü belirlemek yalnızca PPD ve cinsel disfonksiyonlarının etiyolojisi hakkında fikir vermekle kalmayıp, aynı zamanda kadınların postpartum dönemde cinsel yaşam ve PPD konusunda problem yaşamamaları ya da yaşanılması olası problemlerin en aza indirilmesi açısından kadınlara doğum şekilleri hakkında eğitimlerin verilmesi oldukça önemlidir. Ayrıca her doğum şeklinin ve sonuçlarının kişiye özgü olduğu mutlaka vurgulanmalıdır.

5.3. Öneriler

Çalışma sonuçları doğrultusunda;

- Farklı kültürel özelliklere ve toplumsal değerlere sahip olan kadınların, postpartum döneme yönelik eğitimlerle farkındalık düzeylerinin arttırılması,
- Ebeler, doğum sonu kadının bakımını planlarken cinsel sağlık problemlerinin ve postpartum depresyonun tanımına, nedenlerine, komplikasyonlarına ve doğum sonrası cinsel sağlık problemlerine yol açan konuların önlenmesine yönelik birey odaklı çalışması,
- Ebe liderliğindeki bakım modelleri gebelik doğum ve doğum sonu süreçlerde tercih edilmesi
- Postpartum dönemde olumlu değişimler sağlamak için epidemiyolojik çalışmaların ve kanıta dayalı kılavuzların takip edilmesi,
- Doğum şekillerinin cinsel yaşam ve depresyon üzerine etkisini ortaya çıkaran meta analiz çalışmalarının yapılması,
- Gebelik ve doğum eylemi üzerine odaklı ülkelerin sağlık politikalarının kadının tüm sağlık koşullarını ele alan sağlık politikalarının geliştirilmesine ve uygulanmasına öncelik verilmesi önerilir.

KAYNAKÇA

Abbas, R. A., Qadi, Y. H., Bukhari, R. and Shams, T. (2021). “Maternal and Neonatal Complications Resulting From Vacuum-Assisted and Normal Vaginal Deliveries”. *Cureus*, 13 (5), e14962.

Abenhaim, H. A., Tulandi, T., Wilchesky, M., Platt, R., Spence, A. R., Czuzoj-Shulman, N. and Suissa, S. (2018). “Effect of Cesarean Delivery on Long-term Risk of Small Bowel Obstruction”. *Obstetrics and Gynecology*, 131(2), 354–359.

Abouzari-Gazafrودی, K., Najafi, F., Kazemnejad, E., Rahnama, P. and Montazeri, A. (2015). “Demographic and Obstetric Factors Affecting Women's Sexual Functioning During Pregnancy”. *Reproductive Health*, 12, 72.

Abstracts of the oral presentations from the 37th Annual IUGA (International Urogynecological Association) Meeting. Brisbane, Australia. September 4-8, 2012. (2012). *International urogynecology journal*, 23 Suppl 2, S43–S244. <https://doi.org/10.1007/s00192-012-1875-z>

Acele, E. Ö. ve Karaçam, Z. (2012). “Sexual Problems in Women During the First Postpartum Year and Related Conditions”. *Journal of Clinical Nursing*, 21(7-8), 929–937. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2011.03882.x>

ACOG Practice Bulletin No. 107: Induction of labor. (2009). *Obstetrics and Gynecology*, 114(2 Pt 1), 386–397. <https://doi.org/10.1097/AOG.0b013e3181b48ef5>

Agrawal, I., Mehendale, A. M. ve Malhotra, R. (2022). “Risk Factors of Postpartum Depression”. *Cureus*, 14(10), e30898. <https://doi.org/10.7759/cureus.30898>

Aliakbari, S. A., Safarzadeh, S., Bayat, F., Pormehr-Yabandeh, A., Dashti, S., Roozbeh, N. and Banaei, M. (2018). “Related Factors of Domestic Violence: a Population-Based Research on Iranian Women”. *International Journal of Women's Health and Reproduction Sciences*, 6(3), 269-275.

Allen, V. M., O'Connell, C. M., Liston, R. M. and Baskett, T. F. (2003). “Maternal Morbidity Associated with Cesarean Delivery Without Labor Compared with Spontaneous Onset of Labor at Term”. *Obstetrics and Gynecology*, 102(3), 477–482. [https://doi.org/10.1016/s0029-7844\(03\)00570-2](https://doi.org/10.1016/s0029-7844(03)00570-2)

Altuntuğ, K., Kızılırmak, A., Kartal, B. ve Başer, M. (2010). “Vajinal Doğumlarda Perine Travmasının Önlenmesinde Perine Masajının Etkisi”. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 13(3), 62-65.

American College of Obstetricians-Gynecologists (2006). ACOG Practice Bulletin. Episiotomy. Clinical Management Guidelines for Obstetrician-Gynecologists. Number 71, April 2006. *Obstetrics and Gynecology*, 107(4), 957–962.

American College of Obstetricians and Gynecologists (2007). ACOG Committee Opinion No. 394, December 2007. Cesarean Delivery on Maternal Request. *Obstetrics and Gynecology*, 110(6), 1501. <https://doi.org/10.1097/01.AOG.0000291577.01569.4c>

American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). (2015). Operative Vaginal Delivery. Practice bulletin No. 154. *Obstetrics and Gynecology*, 126(5), e56-65.

Amerikan Psikiyatri Birliği (APA). Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El kitabı, beşinci baskı (DSM- V), (Çev.: Köroğlu E), Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2013.

Amiri, F. N., Omidvar, S., Bakhtiari, A. and Hajiahmadi, M. (2017). “Female Sexual Outcomes in Primiparous Women After Vaginal Delivery and Cesarean Section”. *African Health Sciences*, 17(3), 623–631. <https://doi.org/10.4314/ahs.v17i3.4>

Antoine, C. and Young, B. K. (2020). “Cesarean Section One Hundred Years 1920-2020: the Good, the Bad and the Ugly”. *Journal of Perinatal Medicine*, 49(1), 5–16. <https://doi.org/10.1515/jpm-2020-0305>

Anzaku, A. and Mikah, S. (2014). “Postpartum Resumption of Sexual Activity, Sexual Morbidity and Use of Modern Contraceptives Among Nigerian Women in Jos”. *Annals of Medical and Health Sciences Research*, 4(2), 210–216. <https://doi.org/10.4103/2141-9248.129044>

Ayers, S. (2014). “Fear of Childbirth, Postnatal Post-Traumatic Stress Disorder and Midwifery Care”. *Midwifery* 2014;30:145-148.

Baksu, B., Davas, I., Agar, E., Akyol, A. and Varolan, A. (2007). “The Effect of Mode of Delivery on Postpartum Sexual Functioning in Primiparous Women”. *International Urogynecology Journal and Pelvic Floor Dysfunction*, 18 (4), 401–406.

Balkaya, N. A. (2002). “Postpartum Dönemde Annelerin Bakım Gereksinimleri ve Ebe-Hemşirenin Rolü”. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 6 (2), 42-49.

Banaei, M., Kariman, N., Ozgoli, G., Nasiri, M., Ghasemi, V., Khiabani, A., Dashti, S. and Mohamadkhani Shahri, L. (2021). “Prevalence of Postpartum Dyspareunia: A Systematic Review and Meta-Analysis”. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics: The Official Organ of The International Federation of Gynaecology and Obstetrics*, 153 (1), 14–24. <https://doi.org/10.1002/ijgo.13523>

Barbara, G., Pifarotti, P., Facchin, F., Cortinovis, I., Dridi, D., Ronchetti, C., Calzolari, L. and Vercellini, P. (2016). “Impact of Mode of Delivery on Female Postpartum Sexual Functioning: Spontaneous Vaginal Delivery and Operative Vaginal Delivery vs. Cesarean Section”. *The Journal of Sexual Medicine*, 13 (3), 393–401.

Barrett, G., Peacock, J., Victor, C. R. and Manyonda, I. (2005). “Cesarean Section and Postnatal Sexual Health”. *Birth (Berkeley, Calif.)*, 32 (4), 306–311.

Barrett, G., Pendry, E., Peacock, J., Victor, C., Thakar, R. and Manyonda, I. (2000). "Women's Sexual Health After Childbirth". *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 107 (2), 186-195.

Başkaya Y., Karakoç H. ve Özerdoğan N. (2018). "Postpartum Dönemde Yaşanan Cinsel Sağlık Sorunları, Ebe ve Hemşirenin Rolü". *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 15:269-274.

Beck-Hiestertermann, F. M. L., Hartung, L. K., Richert, N., Miethe, S. and Wiegand-Grefe, S. (2024). "Are 6 More Accurate than 4? The Influence of Different Modes of Delivery on Postpartum Depression and PTSD". *BMC Pregnancy and Childbirth*, 24 (1), 118. <https://doi.org/10.1186/s12884-024-06267-8>

Beiranvand, S. P., Moghadam, Z. B., Salsali, M., Majd, H. A., Birjandi, M. and Khalesi, Z. B. (2017). "Prevalence of Fear of Childbirth and Its Associated Factors in Primigravid Women: A cross-sectional study". *Shiraz E-Medical Journal*, 18 (11).

Benterud, T., Sandvik, L. and Lindemann, R. (2009). "Cesarean Section is Associated with More Frequent Pneumothorax and Respiratory Problems in The Neonate". *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 88 (3), 359-361.

Betrán, A. P., Meriáldi, M., Lauer, J. A., Bing-Shun, W., Thomas, J., Van Look, P. and Wagner, M. (2007). "Rates of Caesarean Section: Analysis of Global, Regional and National Estimates". *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, 21(2), 98–113. <https://doi.org/10.1111/j.1365-3016.2007.00786.x>

Betran, A. P., Torloni, M. R., Zhang, J. J., Gülmezoglu, A. M. and WHO Working Group On Caesarean Section (2016). "WHO Statement on Caesarean Section Rates". *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 123(5), 667–670. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.13526>

Betran, A. P., Ye, J., Moller, A. B., Souza, J. P. and Zhang, J. (2021). "Trends and Projections of Caesarean Section Rates: Global and Regional Estimates". *BMJ Global Health*, 6(6), E005671. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2021-005671>

Black, M. and Murphy, D. J. (2019). "Forceps Delivery for Non-Rotational and Rotational Operative Vaginal Delivery". *Best Practice & Research. Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 56, 55–68. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2019.02.002>

Bohren, M. A., Hofmeyr, G. J., Sakala, C., Fukuzawa, R. K. and Cuthbert, A. (2017). "Continuous Support for Women During Childbirth". *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 7(7), CD003766. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003766.Pub6>

Brubaker, L., Handa, V. L., Bradley, C. S., Connolly, A., Moalli, P., Brown, M. B. and Weber, A. (2008). "Sexual Function 6 Months After First Delivery." *Obstetrics and Gynecology*, 111 (5), 1040–1044.

Buyukbayrak, E. E., Kaymaz, O., Kars, B., Karsidag, A. Y. K., Bektas, E., Unal, O. and Turan, C. (2010). "Caesarean Delivery or Vaginal Birth: Preference of Turkish Pregnant Women and Influencing Factors". *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 30(2), 155-158.

Cappell, J., Bouchard, K. N., Chamberlain, S. M., Byers-Heinlein, A., Chivers, M. L. and Pukall, C. F. (2020). "Is Mode of Delivery Associated with Sexual Response? A Pilot Study of Genital and Subjective Sexual Arousal in Primiparous Women with Vaginal or Cesarean Section Births". *The Journal of Sexual Medicine*, 17 (2), 257–272.

Cardwell, C. R., Stene, L. C., Joner, G., Cinek, O., Svensson, J., Goldacre, M. J., Parslow, R. C., Pozzilli, P., Brigis, G., Stoyanov, D., Urbonaite, B., Sipetić, S., Schober, E., Ionescu-Tirgoviste, C., Devoti, G., De Beaufort, C. E., Buschard, K. and Patterson, C. C. (2008). "Caesarean Section is Associated With an Increased Risk of Childhood-Onset Type 1 Diabetes Mellitus: A Meta-Analysis of Observational Studies". *Diabetologia*, 51 (5), 726–735. <https://doi.org/10.1007/S00125-008-0941-Z>

Carroli, G. and Mignini, L. (2009). "Episiotomy for Vaginal Birth". *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, (1), CD000081. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000081.pub2>

Cattani, L., De Maeyer, L., Verbakel, J. Y., Bosteels, J. and Deprest, J. (2022). "Predictors For Sexual Dysfunction in The First Year Postpartum: A Systematic Review and Meta-Analysis". *BJOG : An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 129(7), 1017–1028. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.16934>

Chapman, A., Nagle, C., Bick, D., Lindberg, R., Kent, B., Calache, J. and Hutchinson, A. M. (2019). "Maternity Service Organisational Interventions That Aim To Reduce Caesarean Section: A Systematic Review and Meta-Analyses". *BMC Pregnancy and Childbirth*, 19 (1), 206. <https://doi.org/10.1186/S12884-019-2351-2>

Chen, C. H. and Wang, S. Y. (2002). "Psychosocial Outcomes of Vaginal and Cesarean Births in Taiwanese Primiparas". *Research in Nursing & Health*, 25(6), 452–458. <https://doi.org/10.1002/Nur.10056>

Cho, C. E. and Norman, M. (2013). "Cesarean Section and Development of The Immune System in The Offspring". *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 208 (4), 249-254.

Clesse, C., Cottenet, J., Lighezzolo-Alnot, J., Goueslard, K., Scheffler, M., Sagot, P. and Quantin, C. (2020). "Episiotomy Practices in France: Epidemiology and Risk Factors in Non-Operative Vaginal Deliveries". *Scientific Reports*, 10(1), 20208. <https://doi.org/10.1038/S41598-020-70881-7>

Clesse, C., Lighezzolo-Alnot, J., De Lavergne, S., Hamlin, S. and Scheffler, M. (2018). "Statistical Trends of Episiotomy Around The World: Comparative Systematic Review of Changing Practices". *Health Care for Women International*, 39(6), 644–662. <https://doi.org/10.1080/07399332.2018.1445253>

Cohen J. (1988). *Statistical Power Analysis For The Behavioral Sciences*, 7th Ed. New York Lawrence Erlbaum Associates, 1-579.

Cox, J. L., Holden, J. M. and Sagovsky, R. (1987). "Detection of Postnatal Depression: Development of The 10-Item Edinburgh Postnatal Depression Scale". The British Journal of Psychiatry, 150 (6), 782-786.

Crane J. M. (2006). "Factors Predicting Labor Induction Success: A Critical Analysis". Clinical Obstetrics and Gynecology, 49 (3), 573–584. <https://doi.org/10.1097/00003081-200609000-00017>

Cunha, C. M. P., Katz, L., Lemos, A. and Amorim, M. M. (2019). "Knowledge, Attitude And Practice Of Brazilian Obstetricians Regarding Episiotomy. Conhecimento, Atitude E Prática Dos Obstetras Brasileiros Em Relação A Episiotomia". Revista Brasileira De Ginecologia E Obstetricia : Revista Da Federacao Brasileira Das Sociedades De Ginecologia E Obstetricia, 41(11), 636–646. <https://doi.org/10.1055/S-0039-3400314>

Curran, E. A., Dalman, C., Kearney, P. M., Kenny, L. C., Cryan, J. F., Dinan, T. G. and Khashan, A. S. (2015). "Association Between Obstetric Mode of Delivery and Autism Spectrum Disorder: A Population-Based Sibling Design Study". JAMA Psychiatry, 72(9), 935–942. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2015.0846>

Çalık, K. Y. ve Çetin, F. Ç. (2018). Normal Doğum ve Sonrası Dönem. İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevleri

Çetinkaya, Ş. E. ve Söylemez, F. (2013). "Doğum İndüksiyonunda Başarıyı Etkileyen Faktörler ve Doğum İndüksiyonu Yöntemleri". Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası, 66 (1), 25-32. DOI: 10.1501/Tipfak_00000000837

Dabiri, F., Yabandeh, A. P., Shahi, A., Kamjoo, A. and Teshnizi, S. H. (2014). "The Effect of Mode of Delivery on Postpartum Sexual Functioning in Primiparous Women". Oman Medical Journal, 29 (4), 276–279. <https://doi.org/10.5001/omj.2014.72>

Dekel, S., Stuebe, C. and Dishy, G. (2017). "Childbirth Induced Posttraumatic Stress Syndrome: A Systematic Review of Prevalence and Risk Factors". Frontiers in Psychology, 8, 560. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.00560>

De Mucio, B., Serruya, S., Alemán, A., Castellano, G. and Sosa, C. G. (2019). "A Systematic Review and Meta-Analysis of Cesarean Delivery and Other Uterine Surgery as Risk Factors for Placenta Accreta". International Journal of Gynaecology and Obstetrics: The Official Organ of The International Federation of Gynaecology and Obstetrics, 147(3), 281–291. <https://doi.org/10.1002/ijgo.12948>

Deng, R., Tang, X., Liu, J., Gao, Y., and Zhong, X. (2021). "Cesarean Delivery on Maternal Request and Its Influencing Factors in Chongqing, China". BMC Pregnancy and Childbirth, 21(1), 384. <https://doi.org/10.1186/S12884-021-03866-7>

Dennis, C. L., Falah-Hassani, K. and Shiri, R. (2017). "Prevalence of Antenatal and Postnatal Anxiety: Systematic Review and Meta-Analysis". The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science, 210 (5), 315–323. <https://doi.org/10.1192/Bjp.Bp.116.187179>

Dereli Yılmaz, S. Demirgöz Bal, M. ve Berkiten Ergin, A. (2017). “Doğum Eylemi”. Meltem Demirgöz Bal, Sema Dereli Yılmaz (Ed.) Ebelere Yönelik Kapsamlı Doğum (ss 1). Ankara: Akademisyen Kitapevi.

de Sousa, N. Q., Borges, A. C., Sarabando, R., Bivar, L., Viana, J., Cerqueira, M., Miranda, A., Reis, I. and Nogueira-Silva, C. (2021). “The Role of Operative Vaginal Delivery in Postpartum Sexual Dysfunction: MOODS- A Prospective Study”. *The Journal of Sexual Medicine*, 18 (6), 1075–1082. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2021.04.002>

Downes, K. L., Grantz, K. L. and Shenassa, E. D. (2017). “Maternal, Labor, Delivery and Perinatal Outcomes Associated with Placental Abruptio: A Systematic Review”. *American Journal of Perinatology*, 34(10), 935–957. <https://doi.org/10.1055/S-0037-1599149>

Eckerdal, P., Georgakis, M. K., Kollia, N., Wikström, A. K., Högberg, U. and Skalkidou, A. (2018). “Delineating The Association Between Mode of Delivery and Postpartum Depression Symptoms: A Longitudinal Study”. *Acta Obstetrica Et Gynecologica Scandinavica*, 97(3), 301–311. <https://doi.org/10.1111/Aogs.13275>

Ecker J. (2013). “Elective Cesarean Delivery on Maternal Request”. *JAMA*, 309 (18), 1930–1936. <https://doi.org/10.1001/jama.2013.3982>

Ejegård, H., Ryding, E. L. and Sjogren, B. (2008). “Sexuality After Delivery with Episiotomy: A Long-Term Follow-Up”. *Gynecologic and Obstetric Investigation*, 66(1), 1–7. <https://doi.org/10.1159/000113464>

Engindeniz, A. N., Küey, L. ve Kültür, S. (1996).” Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği Türkçe Formu Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması”. *Bahar Sempozyumları*, 1, 51-52.

Faisal-Cury, A. and Menezes, P. R. (2019). “Type of Delivery is not Associated with Maternal Depression”. *Archives of Women's Mental Health*, 22(5), 631–635. <https://doi.org/10.1007/S00737-018-0923-1>

Fan, D., Li, S., Wang, W., Tian, G., Liu, L., Wu, S., Guo, X. and Liu, Z. (2017). “Sexual Dysfunction and Mode of Delivery in Chinese Primiparous Women: A Systematic Review and Meta-Analysis”. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 17(1), 408. <https://doi.org/10.1186/S12884-017-1583-2>

Fanshawe, A. M., De Jonge, A., Ginter, N., Takács, L., Dahlen, H. G., Swertz, M. A. and Peters, L. L. (2023). “The Impact of Mode of Birth, and Episiotomy, on Postpartum Sexual Function in The Medium- and Longer-Term: An Integrative Systematic Review”. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(7), 5252. <https://doi.org/10.3390/Ijerph20075252>

Fehniger, J. E., Brown, J. S., Creasman, J. M., Van Den Eeden, S. K., Thom, D. H., Subak, L. L. and Huang, A. J. (2013). “Childbirth and Female Sexual Function Later in Life”. *Obstetrics and Gynecology*, 122(5), 988–997. <https://doi.org/10.1097/AOG.0b013e3182a7f3fc>

Fiala, A., Švancara, J., Klánová, J. and Kašpárek, T. (2017). “Sociodemographic and Delivery Risk Factors for Developing Postpartum Depression in A Sample Of 3233 Mothers From The Czech ELSPAC Study”. *BMC Psychiatry*, 17(1), 104. <https://doi.org/10.1186/S12888-017-1261-Y>

Field T. (2010). “Postpartum Depression Effects on Early Interactions, Parenting and Safety Practices: A Review”. *Infant Behavior & Development*, 33(1), 1–6. <https://doi.org/10.1016/J.infbeh.2009.10.005>

Fuchs, A., Czech, I., Dulská, A. and Drosdzol-Cop, A. (2021). “The Impact of Motherhood on Sexuality”. *Ginekologia Polska*, 92(1), 1–6. <https://doi.org/10.5603/GP.A2020.0162>

Fuentealba-Torres, M., Cartagena-Ramos, D., Fronteira, I., Lara, L. A., Arroyo, L. H., Arcoverde, M. A. M., Yamamura, M., Nascimento, L. C. and Arcêncio, R. A. (2019). “What are the Prevalence and Factors Associated with Sexual Dysfunction in Breastfeeding Women? A Brazilian Cross-Sectional Analytical Study”. *BMJ open*, 9(4), e025833. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-025833>

Garcia-Cerde, R., Torres-Pereda, P., Olvera-Garcia, M. and Hulme, J. (2021). “Health Care Workers' Perceptions of Episiotomy in The Era of Respectful Maternity Care: A Qualitative Study of an Obstetric Training Program in Mexico”. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 21(1), 549. <https://doi.org/10.1186/S12884-021-04022-X>

Gebelik ve Doğumda Komplikasyonların Yönetimi: Ebeler ve Doktorlar İçin Bir Kılavuz. ISBN 975-590-179-5 Dünya Sağlık Örgütü-2003. ss:İ:71.

Geller, E. J., Wu, J. M., Jannelli, M. L., Nguyen, T. V. and Visco, A. G. (2010). “Maternal Outcomes Associated with Planned Vaginal Versus Planned Primary Cesarean Delivery”. *American Journal of Perinatology*, 27(9), 675–683. <https://doi.org/10.1055/S-0030-1249765>

Goer, H., Sagady Leslie, M. and Romano, A. (2007). “Step 6: Does Not Routinely Employ Practices, Procedures Unsupported By Scientific Evidence: The Coalition for Improving Maternity Services”. *The Journal of Perinatal Education*, 16 Suppl 1(Suppl 1), 32-64. <https://doi.org/10.1624/105812407X173182>

Gokyildiz Surucu, S., Avcibay Vurtec, B., Kaya Senol, D., Gozuyesil, E., Bilgic, D., Onat Koroglu, C., Daglar, G., Avci, N., Cayir, G., Haliloglu Peker, B., Kizilkaya Beji, N., Peker, H. and Yalcin, O. (2022). “Evaluation of Women's Sexual Quality of Life, Depression, and Sexual Functions in The Pregnancy and Postpartum Periods: A Multi-Centered Study”. *The Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*, 48(6), 1379–1389. <https://doi.org/10.1111/Jog.15227>

Gommesen, D., Nøhr, E., Qvist, N. and Rasch, V. (2019). “Obstetric Perineal Tears, Sexual Function and Dyspareunia Among Primiparous Women 12 Months Postpartum: A Prospective Cohort Study”. *BMJ Open*, 9(12), E032368. <https://doi.org/10.1136/Bmjopen-2019-032368>

Gözükara, A. G. D. F. ve Eroğlu, K. (2011). “Sezaryen Doğum Artışını Önlemenin Bir Yolu: “Bir Kez Sezaryen Hep Sezaryen” Yaklaşımı Yerine Sezaryen Sonrası Vajinal Doğum Ve Hemşirenin Rollerini”. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 18(2), 89-100.

Grace, S. L., Evindar, A. and Stewart, D. E. (2003). “The Effect of Postpartum Depression on Child Cognitive Development and Behavior: A Review and Critical Analysis of The Literature”. Archives of Women's Mental Health, 6(4), 263–274. <https://doi.org/10.1007/S00737-003-0024-6>

Gutzeit, O., Levy, G. and Lowenstein, L. (2020). “Postpartum Female Sexual Function: Risk Factors for Postpartum Sexual Dysfunction”. Sexual Medicine, 8(1), 8–13. <https://doi.org/10.1016/j.esxm.2019.10.005>.

Habiba, M., Kaminski, M., Da Frè, M., Marsal, K., Bleker, O., Librero, J., Grandjean, H., Gratia, P., Guaschino, S., Heyl, W., Taylor, D. and Cuttini, M. (2006). “Caesarean Section on Request: A Comparison of Obstetricians' Attitudes in Eight European Countries”. BJOG : An International Journal of Obstetrics and Gynaecology, 113(6), 647–656. <https://doi.org/10.1111/J.1471-0528.2006.00933.X>

Handelzalts, J. E., Waldman Peyser, A., Krissi, H., Levy, S., Wiznitzer, A. and Peled, Y. (2017). “Indications For Emergency Intervention, Mode of Delivery, and The Childbirth Experience”. Plos One, 12(1), E0169132.

Harrison, M. S., Garcés, A. L., Goudar, S. S., Saleem, S., Moore, J. L., Esamai, F., Patel, A. B., Chomba, E., Bose, C. L., Liechty, E. A., Krebs, N. F., Derman, R. J., Hibberd, P. L., Carlo, W. A., Tshefu, A., Koso-Thomas, M., McClure, E. M. and Goldenberg, R. L. (2020). “Cesarean Birth in The Global Network For Women's and Children's Health Research: Trends in Utilization, Risk Factors, and Subgroups with High Cesarean Birth Rates”. Reproductive Health, 17(Suppl 3), 165. <https://doi.org/10.1186/S12978-020-01021-7>

Hartmann, K., Viswanathan, M., Palmieri, R., Gartlehner, G., Thorp, J., Jr and Lohr, K. N. (2005). “Outcomes of Routine Episiotomy: A Systematic Review”. JAMA, 293(17), 2141–2148. <https://doi.org/10.1001/Jama.293.17.2141>

Hicks, T. L., Goodall, S. F., Quattrone, E. M. and Lydon-Rochelle, M. T. (2004). “Postpartum Sexual Functioning and Method of Delivery: Summary of The Evidence”. Journal of Midwifery & Women's Health, 49(5), 430–436. <https://doi.org/10.1016/J.Jmwh.2004.04.007>

Hobbs, A. J., Mannion, C. A., McDonald, S. W., Brockway, M. and Tough, S. C. (2016). “The Impact of Caesarean Section on Breastfeeding Initiation, Duration and Difficulties in The First Four Months Postpartum”. BMC Pregnancy and Childbirth, 16, 90. <https://doi.org/10.1186/S12884-016-0876-1>

Iliska, M., Banaś, E., Gregor, K., Brandt-Salmeri, A., Iliski, A. and Cnota, W. (2020). “Vaginal Delivery or Caesarean Section- Severity of Early Symptoms of Postpartum

Depression and Assessment of Pain in Polish Women in The Early Puerperium”. *Midwifery*, 87, 102731.

International Confederation of Midwives. 2018. *International Code of Ethics For Midwives: International Confederation of Midwives*. The Netherlands: International Confederation Of Mi

Isidori, A. M., Pozza, C., Esposito, K., Giugliano, D., Morano, S., Vignozzi, L., Corona, G., Lenzi, A. and Jannini, E. A. (2010). “Development and Validation of A 6-Item Version of The Female Sexual Function Index (FSFI) As A Diagnostic Tool For Female Sexual Dysfunction”. *The Journal of Sexual Medicine*, 7(3), 1139–1146.

Jakobsson, H. E., Abrahamsson, T. R., Jenmalm, M. C., Harris, K., Quince, C., Jernberg, C., Björkstén, B., Engstrand, L. and Andersson, A. F. (2014). “Decreased Gut Microbiota Diversity, Delayed Bacteroidetes Colonisation and Reduced Th1 Responses in Infants Delivered By Caesarean Section”. *Gut*, 63(4), 559–566. <https://doi.org/10.1136/Gutjnl-2012-303249>

Jiang, H., Qian, X., Carroli, G. and Garner, P. (2017). “Selective Versus Routine Use of Episiotomy for Vaginal Birth”. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2(2), CD000081. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000081.Pub3>

Johannes, C. B., Clayton, A. H., Odom, D. M., Rosen, R. C., Russo, P. A., Shifren, J. L. and Monz, B. U. (2009). “Distressing Sexual Problems in United States Women Revisited: Prevalence After Accounting for Depression”. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 70(12), 1698–1706. <https://doi.org/10.4088/JCP.09m05390gry>

Johnson C. E. (2011). “Sexual Health During Pregnancy And The Postpartum”. *The Journal of Sexual Medicine*, 8(5), 1267–1286.

Johnson, J. H., Figueroa, R., Garry, D., Elimian, A. and Maulik, D. (2004). “Immediate Maternal and Neonatal Effects of Forceps and Vacuum-Assisted Deliveries. *Obstetrics and Gynecology*, 103(3), 513–518. <https://doi.org/10.1097/01.AOG.0000114985.22844.6d>

Kahramanoglu, I., Baktiroglu, M., Hamzaoglu, K., Kahramanoglu, O., Verit, F. F. and Yucel, O. (2017). “The Impact of Mode of Delivery on The Sexual Function of Primiparous Women: A Prospective Study”. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 295(4), 907–916. <https://doi.org/10.1007/S00404-017-4299-7>

Kalis, V., Laine, K., De Leeuw, J. W., Ismail, K. M. and Tincello, D. G. (2012). “Classification of Episiotomy: Towards A Standardisation of Terminology”. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 119(5), 522–526. <https://doi.org/10.1111/J.1471-0528.2011.03268.X>

Karabulutlu, Ö. (2012). “Kadınların Doğum Şekli Tercihlerini Etkileyen Faktörler”. *Florence Nightingale Journal of Nursing*, 20(3), 210-218.

Karaçam, Z., Çoban, A., Akbaş, B., and Karabulut, E. (2018). "Status of Postpartum Depression in Turkey: A Meta-Analysis". *Health Care for Women International*, 39(7), 821–841. <https://doi.org/10.1080/07399332.2018.1466144>

Karaçam, Z., Ekmen, H., Çalışır, H. and Şeker, S. (2013). "Prevalence of Episiotomy in Primiparas, Related Conditions, and Effects of Episiotomy on Suture Materials Used, Perineal Pain, Wound Healing 3 Weeks Postpartum in Turkey: A Prospective Follow-Up Study". *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 18(3), 237-245.

Karakaya, N. ve Koç, E. (2022). "Doğumun Başlaması ve Doğum Süreci". *Sağlık & Bilim*, 70-71.

Kasap, E., Aksu, E. E., Şahin, N., Güçlü, S. ve Gür, E. B. (2016). "Doğum Şeklinin Seksüel Fonksiyon Üzerine Etkisi Var Mıdır". *Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dergisi*, 26(3), 201-206.

Kaya, L. and Çiğdem, Z. (2019). "The Relationship Between Mode of Delivery and Postpartum Depression". *Journal of Education and Health Promotion*, 8, 5. https://doi.org/10.4103/Jehp.Jehp_97_18

Kettle, C. and Tohill, S. (2008). "Perineal Care". *BMJ Clinical Evidence*, 2008, 1401.

Khalaf, A., Al Amri, N., and Al Qadire, M. (2023). "Childbirth-Related Episiotomy and Tear in Relation to Risk of Postpartum Depression: A Retrospective Cohort Study on Omani Mothers". *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 1–14. Advance Online Publication. <https://doi.org/10.1080/02646838.2023.2300082>

King T. L. (2020). "The Effectiveness of Midwifery Care in The World Health Organization Year of The Nurse and The Midwife: Reducing The Cesarean Birth Rate". *Journal of Midwifery & Women's Health*, 65(1), 7–9. <https://doi.org/10.1111/Jmwh.13089>

Klein, K., Worda, C., Leipold, H., Gruber, C., Husslein, P. and Wenzl, R. (2009). "Does The Mode of Delivery Influence Sexual Function After Childbirth?". *Journal of Women's Health* (2002), 18(8), 1227–1231. <https://doi.org/10.1089/Jwh.2008.1198>

Klein, M. C., Gauthier, R. J., Robbins, J. M., Kaczorowski, J., Jorgensen, S. H., Franco, E. D., Johnson, B., Waghorn, K., Gelfand, M. M. and Guralnick, M. S. (1994). "Relationship of Episiotomy to Perineal Trauma and Morbidity, Sexual Dysfunction, and Pelvic Floor Relaxation". *American Journal of Obstetrics And Gynecology*, 171(3), 591–598. [https://doi.org/10.1016/0002-9378\(94\)90070-1](https://doi.org/10.1016/0002-9378(94)90070-1)

Konakçı, S. K. ve Kılıç, B. (2002). "Sezaryen ile Doğumlar Artıyor". *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 8(11), 286-288.

Koplin, J., Allen, K., Gurrin, L., Osborne, N., Tang, M. L. and Dharmage, S. (2008). "Is Caesarean Delivery Associated with Sensitization to Food Allergens and IgE-Mediated Food Allergy: A Systematic Review". *Pediatric Allergy and Immunology: Official Publication of The European Society of Pediatric Allergy and Immunology*, 19(8), 682–687. <https://doi.org/10.1111/J.1399-3038.2008.00731.X>

Korkut, S. ve Nurten, K. (2019). “Sezaryen Doğum Kararına Ebe Farkındalığı ile Etik Yaklaşım”. Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi, 6(1), 144-152.

Kozhimannil, K. B., Karaca-Mandic, P., Blauer-Peterson, C. J., Shah, N. T. and Snowden, J. M. (2017). “Uptake and Utilization of Practice Guidelines in Hospitals in The United States: The Case of Routine Episiotomy”. Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety, 43(1), 41–48. <https://doi.org/10.1016/J.Jcjq.2016.10.002>

Laganà, A. S., Burgio, M. A., Ciancimino, L., Sicilia, A., Pizzo, A., Magno, C., Buttice, S. and Triolo, O. (2015). “Evaluation of Recovery and Quality of Sexual Activity in Women During Postpartum in Relation to The Different Mode of Delivery: A Retrospective Analysis”. Minerva Ginecologica, 67(4), 315–320.

Lavand'homme P. (2019). “Postpartum Chronic Pain”. Minerva Anestesiologica, 85(3), 320–324.

Leeman, L. M. and Rogers, R. G. (2012). “Sex After Childbirth: Postpartum Sexual Function”. Obstetrics and Gynecology, 119(3), 647–655. <https://doi.org/10.1097/AOG.0b013e3182479611>

Lewis, B. A., Billing, L., Schuver, K., Gjerdingen, D., Avery, M. and Marcus, B. H. (2017). “The Relationship Between Employment Status and Depression Symptomatology Among Women at Risk for Postpartum Depression”. Women's Health (London, England), 13(1), 3–9.

Liu, T. C., Peng, H. C., Chen, C. and Chen, C. S. (2022). “Mode of Delivery Is Associated with Postpartum Depression: Do Women with and without Depression History Exhibit a Difference?”. Healthcare (Basel, Switzerland), 10(7), 1308. <https://doi.org/10.3390/healthcare10071308>

Liu, X., Wang, S. and Wang, G. (2022). “Prevalence and Risk Factors of Postpartum Depression in Women: A Systematic Review and Meta-Analysis”. Journal of Clinical Nursing, 31(19-20), 2665–2677. <https://doi.org/10.1111/Jocn.16121>

Lurie, S., Aizenberg, M., Sulema, V., Boaz, M., Kovo, M., Golan, A. and Sadan, O. (2013). “Sexual Function After Childbirth By The Mode of Delivery: A Prospective Study”. Archives of Gynecology and Obstetrics, 288(4), 785–792. <https://doi.org/10.1007/S00404-013-2846-4>

Maamri, A., Badri, T., Boujemla, H. and El Kissi, Y. (2019). “Sexuality During The Postpartum Period: Study of A Population of Tunisian Women”. La Tunisie Medicale, 97(5), 704–710.

Manresa, M., Pereda, A., Bataller, E., Terre-Rull, C., Ismail, K. M. and Webb, S. S. (2019). “Incidence of Perineal Pain and Dyspareunia Following Spontaneous Vaginal Birth: A Systematic Review and Meta-Analysis. International Urogynecology Journal, 30(6), 853–868. <https://doi.org/10.1007/S00192-019-03894-0>

Mascarenhas, M. N., Flaxman, S. R., Boerma, T., Vanderpoel, S. and Stevens, G. A. (2012). "National, Regional, and Global Trends in Infertility Prevalence Since 1990: A Systematic Analysis of 277 Health Surveys". *Plos Medicine*, 9(12), E1001356. <https://doi.org/10.1371/Journal.Pmed.1001356>

Meky, H. K., Shaaban, M. M., Ahmed, M. R. and Mohammed, T. Y. (2020). "Prevalence of Postpartum Depression Regarding Mode of Delivery: A Cross-Sectional Study". *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine :The Official Journal of The European Association of Perinatal Medicine, The Federation of Asia and Oceania Perinatal Societies, The International Society of Perinatal Obstetricians*, 33(19), 3300–3307. <https://doi.org/10.1080/14767058.2019.1571572>

McCabe, M. P., Sharlip, I. D., Lewis, R., Atalla, E., Balon, R., Fisher, A. D., Laumann, E., Lee, S. W. and Segraves, R. T. (2016). "Incidence and Prevalence of Sexual Dysfunction in Women and Men: A Consensus Statement from the Fourth International Consultation on Sexual Medicine 2015". *The Journal of Sexual Medicine*, 13(2), 144–152.

Moghadam, M., Zaheri, F., Alizadeh, N. S. and Shahsavari, S. (2019). "The Relationship Between the Type of Delivery and Sexual Function in Mothers Referring to Kourdistan (Sanandaj) Health Centers in 2015-2016". *Crescent Journal of Medical & Biological Sciences*, 6(4).

Molgora, S., Saita, E., Barbieri Carones, M., Ferrazzi, E. and Facchin, F. (2022). "Predictors of Postpartum Depression among Italian Women: A Longitudinal Study". *International journal of environmental research and public health*, 19(3), 1553. <https://doi.org/10.3390/ijerph19031553>

Murphy, D. J., Macleod, M., Bahl, R., Goyder, K., Howarth, L. and Strachan, B. (2008). "A Randomised Controlled Trial of Routine Versus Restrictive use of Episiotomy at Operative Vaginal Delivery: A Multicentre Pilot Study". *BJOG: An International Journal Of Obstetrics And Gynaecology*, 115(13), 1695–1703. <https://doi.org/10.1111/J.1471-0528.2008.01960.X>

Mylonas, I. and Friese, K. (2015). "Indications for and Risks of Elective Cesarean Section". *Deutsches Arzteblatt International*, 112(29-30), 489–495. <https://doi.org/10.3238/Arztebl.2015.0489>

Nikolaidou, E., Antoniou, E., Sarella, A., Iliadou, M., Orovou, E. and Dagla, M. (2022). "The Effect of Type of Delivery on Female Postpartum Sexual Functioning: A Systematic Review". *Healthcare (Basel, Switzerland)*, 10(7), 1212.

Nilsson, C., Hessman, E., Sjöblom, H., Dencker, A., Jangsten, E., Mollberg, M., Patel, H., Sparud-Lundin, C., Wigert, H. and Begley, C. (2018). "Definitions, Measurements and Prevalence of Fear of Childbirth: A Systematic Review". *BMC Pregnancy and Childbirth*, 18(1), 28. <https://doi.org/10.1186/S12884-018-1659-7>

Norhayati, M. N. and Azman Yacob, M. (2017). "Long-Term Postpartum Effect of Severe Maternal Morbidity on Sexual Function". *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 52(4-6), 328–344. <https://doi.org/10.1177/0091217417738933>

Olusanya, B. O., Teeple, S. and Kassebaum, N. J. (2018). "The Contribution of Neonatal Jaundice to Global Child Mortality: Findings From The GBD 2016 Study". *Pediatrics*, 141(2).

Opondo, C., Harrison, S., Sanders, J., Quigley, M. A. and Alderdice, F. (2023). "The Relationship Between Perineal Trauma and Postpartum Psychological Outcomes: A Secondary Analysis of a Population-Based Survey". *BMC Pregnancy and Childbirth*, 23(1), 639. <https://doi.org/10.1186/S12884-023-05950-6>

O'Kelly, S. M. and Moore, Z. E. (2017). "Antenatal Maternal Education for Improving Postnatal Perineal Healing for Women Who have Birthed in a Hospital Setting". *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 12(12), CD012258. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012258.Pub2>

O'Malley, D., Higgins, A., Begley, C., Daly, D. and Smith, V. (2018). "Prevalence of and Risk Factors Associated with Sexual Health Issues in Primiparous Women at 6 And 12 Months Postpartum; A Longitudinal Prospective Cohort Study (The MAMMI Study)". *BMC Pregnancy and Childbirth*, 18(1), 196. <https://doi.org/10.1186/S12884-018-1838-6>

Özcan, N. K., Boyacıoğlu, N. E. and Dinç, H. (2017). "Postpartum Depression Prevalence and Risk Factors in Turkey: A Systematic Review and Meta-Analysis". *Archives of psychiatric nursing*, 31(4), 420–428. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2017.04.006>

Özdamar, Ö., Yılmaz, O., Beyca, H. ve Muhcu, M. (2014). "Gebelik ve Postpartum Dönemde Sık Görülen Ruhsal Bozukluklar (Common Psychiatric Disorders in Pregnancy And Postpartum Period)". *Zeynep Kamil Tıp Bülteni*, 45(2), 71-77.

Pallant, J. (2017). *SPSS Kullanma Kılavuzu SPSS ile Adım Adım Veri Analizi*. (Çev.: Balcı S. Ve Ahi Berat). Ankara: Anı Yayıncılık.

Patel, R. R., Murphy, D. J. and Peters, T. J. (2005). "Operative Delivery and Postnatal Depression: A Cohort Study". *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 330(7496), 879. <https://doi.org/10.1136/Bmj.38376.603426.D3>

Petersen R. W. (2018). "Vaginal Delivery: An Argument Against Requiring Consent". *The Australian & New Zealand Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 58(6), 704–706. <https://doi.org/10.1111/Ajo.12919>

Petrosyan, D., Armenian, H. K. and Arzoumanian, K. (2011). "Interaction of Maternal Age and Mode of Delivery in the Development of Postpartum Depression in Yerevan, Armenia". *Journal of Affective Disorders*, 135(1-3), 77–81.

Pham, D., Cormick, G., Amyx, M. M., Gibbons, L., Doty, M., Brown, A., Norwood, A., Daray, F. M., Althabe, F. and Belizán, J. M. (2018). "Factors Associated with Postpartum Depression in Women from Low Socioeconomic Level in Argentina: A Hierarchical Model Approach". *Journal of Affective Disorders*, 227, 731–738.

Reid, K. M. and Taylor, M. G. (2015). "Social Support, Stress, and Maternal Postpartum Depression: A Comparison of Supportive Relationships". *Social Science Research*, 54, 246–262.

Renfrew, M. J., Hannah, W., Albers, L. and Floyd, E. (1998). "Practices That Minimize Trauma to the Genital Tract in Childbirth: A Systematic Review of The Literature". *Birth* (Berkeley, Calif.), 25(3), 143–160. <https://doi.org/10.1111/j.1523-536x.1998.t01-2-.x>

Rosen, N. O. and Pukall, C. (2016). "Comparing The Prevalence, Risk Factors, and Repercussions of Postpartum Genito-Pelvic Pain and Dyspareunia". *Sexual Medicine Reviews*, 4(2), 126–135. <https://doi.org/10.1016/j.sxmr.2015.12.003>

Rowlands, I. J. and Redshaw, M. (2012). "Mode of Birth and Women's Psychological and Physical Wellbeing in the Postnatal Period". *BMC Pregnancy and Childbirth*, 12, 138. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-12-138>

Rutayisire, E., Wu, X., Huang, K., Tao, S., Chen, Y. and Tao, F. (2017). "Childhood Emotional and Behavior Problems and Their Associations with Cesarean Delivery". *Revista Brasileira De Psiquiatria* (Sao Paulo, Brazil: 1999), 40(2), 145–153. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2016-2152>

Sadat, Z., Kafaei Atrian, M., Masoudi Alavi, N., Abbaszadeh, F., Karimian, Z. and Taherian, A. (2014). "Effect of Mode of Delivery on Postpartum Depression in Iranian Women". *The Journal of Obstetrics Andgynaecology Research*, 40(1), 172–177.

Sağlık Bakanlığı Doğum ve Sezaryen Eylemi Yönetim Rehberi 2010. (Erişim Tarihi: 10.06.2018) Erişim Adresi: <https://sbu.saglik.gov.tr/ekutuphane/kitaplar/A%C3%A7sap27.pdf>

Sandall, J., Soltani, H., Gates, S., Shennan, A. and Devane, D. (2016). "Midwife-Led Continuity Models Versus Other Models of Care for Childbearing Women". *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4(4), CD004667. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004667.pub5>

Sandall, J., Tribe, R. M., Avery, L., Mola, G., Visser, G. H., Homer, C. S., Gibbons, D., Kelly, N. M., Kennedy, H. P., Kidanto, H., Taylor, P. and Temmerman, M. (2018). "Short-Term and Long-Term Effects of Caesarean Section on The Health of Women and Children". *Lancet* (London, England), 392(10155), 1349–1357.

Saotome, T. T., Yonezawa, K. and Suganuma, N. (2018). "Sexual Dysfunction and Satisfaction in Japanese Couples During Pregnancy and Postpartum". *Sexual medicine*, 6(4), 348–355.

Seijmonsbergen-Schermer, A. E., Geerts, C. C., Prins, M., Van Diem, M. T., Klomp, T., Lagro-Janssen, A. L. and De Jonge, A. (2013). "The use of Episiotomy in a Low-Risk Population in the Netherlands: A Secondary Analysis". *Birth* (Berkeley, Calif.), 40(4), 247–255.

Serrano Drozdowskyj, E., Gimeno Castro, E., Trigo López, E., Bárcenas Taland, I. and Chiclana Actis, C. (2020). "Factors Influencing Couples' Sexuality in the Puerperium: A Systematic Review". *Sexual medicine reviews*, 8(1), 38–47.

Sharma, S. and Dhakal, I. (2018). "Cesarean vs Vaginal Delivery: An Institutional Experience". *JNMA; Journal of The Nepal Medical Association*, 56(209), 535–539.

Silverman, M. E., Reichenberg, A., Savitz, D. A., Cnattingius, S., Lichtenstein, P., Hultman, C. M., Larsson, H. and Sandin, S. (2017). "The Risk Factors for Postpartum Depression: A Population-Based Study". *Depression and Anxiety*, 34(2), 178–187.

Sis Çelik, A., Türkoğlu, N. ve Pasinlioğlu, T. (2015). "Annelerin Doğum Sonu Hastane Taburculuğuna Hazır Oluşluk Düzeylerini Etkileyen Bazı Faktörlerin Belirlenmesi". *Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi*, 3(2), 1-7.

Skalkidou, A., Hellgren, C., Comasco, E., Sylvén, S. and Sundström Poromaa, I. (2012). "Biological Aspects of Postpartum Depression". *Women's Health (London, England)*, 8(6), 659–672.

Sonbahar, A. E., Culha, M. G. and Jannini, E. (2021). "The Validity And Reliability of the Turkish Version of The 6-Item Female Sexual Function Index (FSFI-6) and the Relationship Between Climacturia and Female Sexual Dysfunction. *International Journal of Impotence Research*".

Song, M., Ishii, H., Toda, M., Tomimatsu, T., Katsuyama, H., Nakamura, T., Nakai, Y. and Shimoya, K. (2014). "Association Between Sexual Health and Delivery Mode". *Sexual Medicine*, 2(4), 153–158. <https://doi.org/10.1002/Sm2.46>

Sooklim, R., Thinkhamrop, J., Lumbiganon, P., Prasertcharoensuk, W., Pattamadilok, J., Seekorn, K., Chongsomchai, C., Pitak, P. and Chansamak, S. (2007). "The Outcomes of Midline Versus Medio-Lateral Episiotomy". *Reproductive Health*, 4, 10. <https://doi.org/10.1186/1742-4755-4-10>

Sönmez, C. İ. ve Sivashioğlu, A. A. (2019). "Gebe Kadınların Doğum Şekli Tercihi ve Bunları Etkileyen Faktörler". *Konuralp Medical Journal*, 11 (3), 369-376. DOI: 10.18521/Ktd.629706

Stjernholm, Y. V., Petersson, K. and Eneroth, E. (2010). "Changed Indications for Cesarean Sections". *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*, 89(1), 49–53. <https://doi.org/10.3109/00016340903418777>

Strelow, B., Fellows, N., Fink, S. R., O’Laughlin, D. J., Radke, G., Stevens, J. and Tweedy, J. M. (2018). "Postpartum Depression in Older Women". *JAAPA: Official Journal of the American Academy of Physician Assistants*, 31(3), 15–18.

Sun, L., Wang, S. and Li, X. Q. (2021). "Association Between Mode of Delivery and Postpartum Depression: A Systematic Review And Network Meta-Analysis". *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 55(6), 588–601. <https://doi.org/10.1177/0004867420954284>

Şahin, N. H., Yıldırım, G. ve Aslan, E. (2007). "Evaluating the Second Stages of Deliveries in a Maternity Hospital", *Türkiye Klinikleri Jinekoloji Obstetrik Dergisi*, 17(1), 37-43.

Taşkın, L. (2020). *Onaltıncı Baskı Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği*. Ankara: Akamisyen Kitapevi.

Tavares, I. M., Schlagintweit, H. E., Nobre, P. J. and Rosen, N. O. (2019). "Sexual Well-Being and Perceived Stress in Couples Transitioning to Parenthood: A Dyadic Analysis". *International Journal of Clinical and Health Psychology: IJCHP*, 19(3), 198–208. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2019.07.004>

Thacker, S. B. and Banta, H. D. (1983). "Benefits and Risks of Episiotomy: An Interpretative Review of the English Language Literature, 1860-1980". *Obstetrical & Gynecological Survey*, 38(6), 322–338.

The Lancet (2018). "Stemming the Global Caesarean Section Epidemic". *Lancet* (London, England), 392(10155), 1279.

Torloni, M. R., Betrán, A. P., Montilla, P., Scolaro, E., Seuc, A., Mazzoni, A., Althabe, F., Merzagora, F., Donzelli, G. P. and Merialdi, M. (2013). "Do Italian Women Prefer Cesarean Section? Results from a Survey on Mode of Delivery Preferences". *BMC Pregnancy and Childbirth*, 13, 78. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-13-78>

Tribe, R. M., Taylor, P. D., Kelly, N. M., Rees, D., Sandall, J. and Kennedy, H. P. (2018). "Parturition and the Perinatal Period: Can Mode of Delivery Impact on the Future Health of The Neonate?". *The Journal of Physiology*, 596(23), 5709–5722. <https://doi.org/10.1113/JP275429>

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA). Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. Ankara: 2003.

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA). Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. Ankara: 2008.

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA). Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, T.C. & Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı ve TÜBİTAK, Ankara: 2018

Güler, E., ve Erbil, N. (2022). "Doğum Sonrası Dönemde Cinselliği Etkileyen Faktörler ve Sağlık Profesyonellerinin Sorumlulukları". *Androloji Bülteni (Andrology Bulletin)*, 24(2).

Vandenbergh, G., Bloemenkamp, K., Berlage, S., Colmorn, L., Deneux-Tharaux, C., Gissler, M., Knight, M., Langhoff-Roos, J., Lindqvist, P. G., Oberaigner, W., Van Roosmalen, J., Zwart, J., Roelens, K. and INOSS (The International Network Of Obstetric Survey Systems) (2019). "The International Network of Obstetric Survey Systems Study of Uterine Rupture: A Descriptive Multi-Country Population-Based Study". *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 126(3), 370–381. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.15271>

Vatansever, Z. ve Okumuş, H. (2013). “Gebelerin Doğum Şekline Karar Verme Durumlarının İncelenmesi”. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi, 6(2), 81-87.

Venugopal, V., Deenadayalan, B., Maheshkumar, K., Yogapriya, C., Akila, A., Pandiaraja, M., Poonguzhali, S. and Poornima, R. (2022). “Perineal Massage for Prevention of Perineal Trauma and Episiotomy During Labor: A Systematic Review and Meta-Analysis”. Journal of Family & Reproductive Health, 16(3), 162–169. <https://doi.org/10.18502/Jfrh.V16i3.10575>

Vogel, J. P., Betrán, A. P., Vindevoghel, N., Souza, J. P., Torloni, M. R., Zhang, J., Tunçalp, Ö., Mori, R., Morisaki, N., Ortiz-Panozo, E., Hernandez, B., Pérez-Cuevas, R., Qureshi, Z., Gülmezoglu, A. M., Temmerman, M. and WHO Multi-Country Survey on Maternal and Newborn Health Research Network (2015). “Use of the Robson Classification to Assess Caesarean Section Trends in 21 Countries: A Secondary Analysis of Two WHO Multicountry Surveys”. The Lancet. Global Health, 3(5), e260–e270. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(15\)70094-X](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(15)70094-X)

Vogel, J. P., Jung, J., Lavin, T., Simpson, G., Kluwgant, D., Abalos, E., Diaz, V., Downe, S., Filippi, V., Gallos, I., Galadanci, H., Katageri, G., Homer, C. S. E., Hofmeyr, G. J., Liabsuetrakul, T., Morhason-Bello, I. O., Osoti, A., Souza, J. P., Thakar, R., Thangaratinam, S. and Oladapo, O. T. (2023). “Neglected Medium-Term and Long-Term Consequences of Labour and Childbirth: A Systematic Analysis of The Burden, Recommended Practices, and A Way Forward”. The Lancet. Global Health, S2214-109X(23)00454-0. Advance online publication. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(23\)00454-0](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(23)00454-0)

Webb, D. A. and Culhane, J. (2002). “Hospital Variation in Episiotomy use and the Risk of Perineal Trauma During Childbirth”. Birth (Berkeley, Calif.), 29(2), 132–136. <https://doi.org/10.1046/J.1523-536x.2002.00173.X>

WHO Recommendations Departmental News: Caesarean Section Rates Continue to Rise, Amid Growing Inequalities in Access- Rising Rates Suggest Increasing Numbers of Medically Unnecessary, Potentially Harmful Procedures. Geneva: World Health Organization; 2021. Available From: <https://www.who.int/news/item/16-06-2021-caesarean-section-rates-continue-to-rise-amid-growing-inequalities-in-access>

WHO Reproductive Health Library. WHO Recommendation on Episiotomy Policy (February 2018). The WHO Reproductive Health Library; Geneva: World Health Organization. [Oct; 2022]. 2018. <https://bestdoulas.com/wp-content/uploads/2020/06/Epiguideelines.pdf>

Woldegeorgis, B. Z., Obsa, M. S., Tolu, L. B., Bogino, E. A., Boda, T. I. and Alemu, H. B. (2022). “Episiotomy Practice and its Associated Factors in Africa: A Systematic Review and Meta-Analysis”. Frontiers in Medicine, 9, 905174. <https://doi.org/10.3389/Fmed.2022.905174>

Woody, C. A., Ferrari, A. J., Siskind, D. J., Whiteford, H. A. and Harris, M. G. (2017). “A Systematic Review and Meta-Regression of the Prevalence and Incidence of Perinatal

Depression". *Journal of Affective Disorders*, 219, 86–92.
<https://doi.org/10.1016/J.Jad.2017.05.003>

World Health Organization, *The Role of Nursing/Midwifery Personnel in the Strategy of Health for All*, Resolution WHO 36.11, 1983.

World Health Organization, Department of Reproductive Health and Research. *Care in Normal Birth: A Practical Guide*. 1996. WHO/FRH/MSM/96.24 Available At http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/63167/1/WHO_FRH_MSM_96.24.pdf

World Health Organization (WHO). 2015. WHO Statement on Caesarean Section Rates. Geneva, S. Switzerland: WHO.

World Health Organization (WHO). 2021. S&A: WHO Statement on Caesarean Section Rates Departmental News: 16 June 2021.

Wright, J. J. and O'Connor, K. M. (2015). "Female Sexual Dysfunction". *The Medical Clinics of North America*, 99(3), 607–628. <https://doi.org/10.1016/J.Mcna.2015.01.011>

Xie, R. H., Lei, J., Wang, S., Xie, H., Walker, M. and Wen, S. W. (2011). "Cesarean Section and Postpartum Depression in a Cohort of Chinese Women with a High Cesarean Delivery Rate". *Journal of Women's Health* (2002), 20(12), 1881–1886. <https://doi.org/10.1089/Jwh.2011.2842>

Xu, H., Ding, Y., Ma, Y., Xin, X. and Zhang, D. (2017). "Cesarean Section and Risk of Postpartum Depression: A Meta-Analysis". *Journal of Psychosomatic Research*, 97, 118–126. <https://doi.org/10.1016/J.Jpsychores.2017.04.016>

Yanık, F. F. (2008). "Epizyotomi". *Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst-Special Topics*, 18(1), 50-54.

Yenieli, A. O. and Petri, E. (2014). "Pregnancy, Childbirth, and Sexual Function: Perceptions and Facts". *International Urogynecology Journal*, 25(1), 5–14. <https://doi.org/10.1007/S00192-013-2118-7>

Yıldız H. (2015). "The Relation Between Prepregnancy Sexuality and Sexual Function During Pregnancy and the Postpartum Period: A Prospective Study". *Journal of Sex & Marital Therapy*, 41(1), 49–59. <https://doi.org/10.1080/0092623x.2013.811452>

Yıldız Karaahmet, A. ve Yazıcı, S. (2017). "Epizyotomide Güncel Durumlar". *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 4 (1), 57-63. Doi: 10.17681/Hsp.270072

Yim, I. S., Tanner Stapleton, L. R., Guardino, C. M., Hahn-Holbrook, J. and Dunkel Schetter, C. (2015). "Biological and Psychosocial Predictors of Postpartum Depression: Systematic Review and Call for Integration". *Annual Review of Clinical Psychology*, 11, 99–137.

Yuan, C., Gaskins, A. J., Blaine, A. I., Zhang, C., Gillman, M. W., Missmer, S. A., Field, A. E. and Chavarro, J. E. (2016). "Association Between Cesarean Birth and Risk of Obesity in

Offspring in Childhood, Adolescence, and Early Adulthood”. *Jama Pediatrics*, 170(11), E162385. <https://doi.org/10.1001/Jamapediatrics.2016.2385>

Yüksel, D., Yüce, T., Kalafat, E., Şahin Aker, S. and Koç, A. (2016). “The Views of Nulliparous Pregnant Women on the Types of Delivery”. *Turkish Journal of Obstetrics and Gynecology*, 13(3), 127–131. <https://doi.org/10.4274/Tjod.46144>

Zgliczynska, M., Zasztowt-Sternicka, M., Kosinska-Kaczynska, K., Szymusik, I., Pazdzior, D., Durmaj, A., Szlachta, M., Bartnik, P. and Wielgos, M. (2021). “Impact of Childbirth on Women's Sexuality in the First Year After the Delivery”. *The Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*, 47(3), 882–892. <https://doi.org/10.1111/Jog.14583>

Zhao, X. H. and Zhang, Z. H. (2020). “Risk Factors for Postpartum Depression: An Evidence-Based Systematic Review of Systematic Reviews and Meta-Analyses”. *Asian Journal of Psychiatry*, 53, 102353. <https://doi.org/10.1016/J.Ajp.2020.102353>

Zimmo, K., Laine, K., Fosse, E., Zimmo, M., Ali-Masri, H., Zucknick, M., Vikanes, Å. and Hassan, S. (2018). “Episiotomy Practice in Six Palestinian Hospitals: A Population-Based Cohort Study Among Singleton Vaginal Births”. *BMJ Open*, 8(7), E021629. <https://doi.org/10.1136/Bmjopen-2018-021629>



EK-2a. Tanımlayıcı Bilgi Formu

TANIMLAYICI BİLGİ FORMU

Sezaryen Doğumun ve Epizyotomi Uygulamasının Cinsel Yaşam ve Postpartum Depresyon Üzerine Etkisi

Sayın Katılımcı ‘Sezaryen Doğumun ve Epizyotomi Uygulamasının Cinsel Yaşam ve Postpartum Depresyon Üzerine Etkisi’ incelenmesi amacıyla bir çalışma yapmaktayız. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Çalışmanın size getireceği herhangi bir zarar yoktur. Sizden alınan bilgiler gizli tutulacak ve başkalarıyla paylaşılmayacaktır. Araştırma sonuçları eğitim ve bilimsel amaçlı kullanılacaktır. Soruların altında yer alan seçenekler arasından uygun olanı daire içine alarak ya da açık uçlu sorularda sorunun yanında bırakılan boşluğa yazarak belirtiniz. Birden fazla seçenek işaretleyebileceğiniz sorularda, size uygun gelen bütün seçenekleri işaretleyiniz.

1. Yaşınız: (.....)
2. Eşinizin Yaşı: (.....)
3. Eğitim Durumunuz
 1. Okur-yazar
 2. İlköğretim
 3. Orta öğretim
 4. Lise
5. Üniversite ve üzeri
4. Eşinizin Eğitim Durumu
 1. Okur-yazar
 2. İlköğretim
 3. Orta öğretim
 4. Lise
 5. Üniversite ve üzeri
5. Gelir getiren bir işte çalışma durumu
 1. Evet
 2. Hayır
6. Eşin gelir getiren bir işte çalışma durumu
 1. Evet
 2. Hayır

7. Gelir Durumunuz

1. Gelirim giderimden az
2. Gelirim giderime denk
3. Gelirim giderimden fazla

8. Kaç yıldır evlisiniz? (.....)

9. Gebelik Sayısı:....

10. Düşük Sayısı:....

11. Küretaj Sayısı :...

12. Planlı bir gebelik miydi?

1. Evet
2. Hayır

13. Bebeğiniz şu an kaç aylık? (.....)

14. Bebeğinizin doğum ağırlığı nedir? (.....)

15. Bebeğin cinsiyeti nedir?

1. Kız
2. Erkek

16. Doğum şekli

1. Normal Vajinal Doğum
2. Müdahaleli Vajinal Doğum (Vakum, Forseps kullanımı)
3. Planlı Sezaryen
4. Acil Sezaryen

17. Epizyotomi uygulandı mı?

1. Evet
2. Hayır

18. Bebeğinizi nasıl besliyorsunuz?

1. Sadece anne sütü
2. Sadece mama
3. Anne Sütü ve mama
4. Anne sütü ve ek gıda

19. Doğum sonrası dönemde sigara kullanıyor musunuz? (Kullanıyorsanız günlük içtiğiniz sigara sayısını yazınız)

1. Evet (.....)
2. Hayır

EK-2b. Kadın Cinsel Fonksiyon Ölçeği-6

KADIN CİNSEL FONKSİYON ÖLÇEĞİ-6

1) Son dört hafta boyunca seksüel arzu veya ilgi seviyenizi (derecesini) nasıl değerlendirirsiniz?

5-Çok yüksek

4-Yüksek

3-Orta

2-Düşük

1-Çok düşük veya hiç yok

2) Son dört hafta boyunca seksüel aktivite veya ilişki sırasındaki uyarılma (tahrik olma) seviyenizi nasıl değerlendirirsiniz?

0-Hiç seksüel aktivitem olmadı

5-Çok yüksek

4-Yüksek

3-Orta

2-Düşük

1-Çok düşük veya hiç yok

3) Son dört hafta boyunca cinsel ilişki veya seksüel aktivite sırasında ne sıklıkta kayganlaşma (ıslanma) hissettiniz?

0-Hiç seksüel aktivitem olmadı

5-Neredeyse her zaman veya her zaman

4-Çoğu zaman (yarısından fazlasında)

3-Bazen (yaklaşık yarısında)

2-Çok azında (yarısından azında)

1-Neredeyse hiçbir zaman veya hiçbir zaman

4) Son dört hafta boyunca seksüel uyarılma ya da ilişki sırasında ne sıklıkta orgazm yaşadınız?

0-Seksüel aktivitem olmadı

5-Neredeyse her zaman veya her zaman

4-Çoğu zaman (yarısından fazlasında)

3-Bazen (yaklaşık yarısında)

2-Çok azında (yarısından azında)

1-Neredeyse hiçbir zaman veya hiçbir zaman

5) Son dört hafta boyunca cinsel yaşamınızda kendinizi ne kadar mutlu hissettiniz?

5-Çok mutlu

4-Orta düzeyde mutlu

3-Ne mutlu ne mutsuz

2-Orta düzeyde mutsuz

1-Çok mutsuz

6) Son dört hafta boyunca vajinal penetrasyon sırasında ağrı veya rahatsızlık hissettiniz mi?

0-İlişkiye girmedim

5-Neredeyse Her zaman veya her zaman

4-Çoğu zaman (yarısından fazlasında)

3-Bazen (yaklaşık yarısında)

2-Çok azında (yarısından azında)

1-Neredeyse hiçbir zaman veya hiçbir zaman

EK-2c. Edinburg Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği

EDİNBURG DOĞUM SONRASI DEPRESYON ÖLÇEĞİ

Yalnızca bugün değil son 7 gün içinde, kendinizi nasıl hissettiğinizi en iyi tanımlayan ifadeyi işaretleyiniz.

- 1) Gülebiliyor ve olayların komik tarafını görebiliyorum.
 - (0) Her zaman olduğu kadar
 - (1) Artık pek okadar değil
 - (2) Artık kesinlikle okadar değil
 - (3) Artık hiç değil
- 2) Geleceğe hevesle bakıyorum.
 - (0) Her zaman olduğu kadar
 - (1) Her zamankinden biraz daha az
 - (2) Her zamankinden kesinlikle daha az
 - (3) Hemen hemen hiç
- 3) Birşeyler kötü gittiğinde gereksiz yere kendimi suçluyorum.
 - (3) Evet, çoğu zaman
 - (2) Evet, bazen
 - (1) Çok sık değil
 - (0) Hayır, hiçbir zaman
- 4) Nedensiz yere kendimi sıkıntılı ya da endişeli hissediyorum.
 - (0) Hayır, hiçbir zaman
 - (1) Çok seyrek
 - (2) Evet, bazen
 - (3) Evet, çoğu zaman
- 5) İyi bir nedeni olmadığı halde, korkuyor ya da panikliyorum.
 - (3) Evet, çoğu zaman
 - (2) Evet, bazen
 - (1) Hayır, çok sık değil
 - (0) Hayır, hiçbir zaman
- 6) Her şey giderek sırtıma yükleniyor.
 - (3) Evet, çoğu zaman hiç başa çıkamıyorum
 - (2) Evet, bazen eskisi gibi başa çıkamıyorum
 - (1) Hayır, çoğu zaman oldukça iyi başa çıkamıyorum

- (0) Hayır, her zamanki gibi başa çıkabiliyorum
- 7) Öylesine mutsuzum ki uyumakta zorlanıyorum.
- (3) Evet, çoğu zaman
- (2) Evet, bazen
- (1) Çok sık değil
- (0) Hayır, hiçbir zaman
- 8) Kendimi üzüntülü ya da çökkün hissediyorum.
- (3) Evet, çoğu zaman
- (2) Evet, oldukça sık
- (1) Çok sık değil
- (0) Hayır, hiçbir zaman
- 9) Öylesine mutsuzum ki ağlıyorum.
- (3) Evet, çoğu zaman
- (2) Evet, oldukça sık
- (1) Çok seyrek
- (0) Hayır, asla
- 10) Kendime zarar verme düşüncesinin aklıma geldiği oldu.
- (3) Evet, oldukça sık
- (2) Bazen
- (1) Hemen hemen hiç
- (0) Asla