



**T.C. SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
HASEKİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM EĞİTİM KLİNİĞİ**

**SEZARYEN DOĞUM YAPAN
KADINLARDA REKÜRREN SEZARYENİN
YAŞAM KALİTESİ ÜZERİNE ETKİSİ**

Dr. Can Özcan Güder

(UZMANLIK TEZİ)

İSTANBUL-2025



**T.C. SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
HASEKİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM EĞİTİM KLİNİĞİ**

**SEZARYEN DOĞUM YAPAN
KADINLARDA REKÜRREN SEZARYENİN
YAŞAM KALİTESİ ÜZERİNE ETKİSİ**

Dr. Can Özcan GÜDER

Tez Danışmanı: Prof. Dr. Ali ÇETİN

(UZMANLIK TEZİ)

İSTANBUL-2025

İÇİNDEKİLER TABLOSU

1. İÇİNDEKİLER TABLOSU.....	i
2. TEŞEKKÜR.....	iii
3. KISALTMALAR.....	iv
4. TABLOLAR LİSTESİ.....	vi
5. ŞEKİLLER LİSTESİ.....	viii
6. ÖZET.....	viii
7. ABSTRACT.....	x
8. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
9. GENEL BİLGİLER.....	3
9.1. SEZARYEN.....	3
9.1.1. Sezaryenin Endikasyonları.....	4
9.1.2. Sezaryen Komplikasyonları.....	16
9.2. TEKRARLAYAN GEBELİK SONRASI PELVİK ORGAN KOMPLİKASYONLARI.....	22
9.2.1. Üriner İnkontinans.....	22
9.2.2. Sistosel.....	23
9.2.3. Rektosel.....	23
9.2.4. Uterin prolapsus.....	23
9.3. TEKRARLAYAN SEZARYENDE ARTAN RİSKLER.....	23
9.4. SEZARYENDE HİSTEREKTOMİ ENDİKASYONLARI.....	24
9.5. HAMİLE KADINLARIN DOĞUM ŞEKLİNİ SEÇMESİNE ETKİ EDEN FAKTÖRLER.....	24
9.6. SEZARYENDE CERRAHİ MÜDAHELE TİPİ.....	26
9.6.1. Elektif Sezaryen.....	26
9.6.2. Acil Sezaryen.....	27
9.7. YAŞAM KALİTESİ.....	27
10. GEREÇ VE YÖNTEM.....	37
10.1. ÇALIŞMA TASARIMI VE KATILIMCILAR.....	37
10.2. ARAŞTIRMANIN ÖRNEKLEM BÜYÜKLÜĞÜNÜN HESAPLANMASI.....	37
10.3. ÇALIŞMA PROTOKOLÜ.....	38
10.4. YAŞAM KALİTESİ DEĞERLENDİRİLMESİ.....	39
10.5. İSTATİSTİKSEL ANALİZ.....	39

11. BULGULAR.....	40
12. TARTIŞMA.....	48
12.1. SEZARYEN ENDİKASYON ORANI.....	48
12.2. SEZARYEN SONRASI GÖRÜLEN KOMPLİKASYONLAR.....	48
12.3. OPERASYON ŞEKLİ.....	49
12.4. NEONATAL MORTALİTE.....	50
12.5. YAŞAM KALİTESİ.....	51
12.6. AĞRI.....	54
13. SONUÇ.....	57
14. KAYNAKÇA.....	58



TEŞEKKÜR

Kadın Hastalıkları ve Doğum asistanlık eğitimim boyunca mesleki tecrübelerimin oluşmasındaki katkıları, sağladığı imkanlar ve desteğini esirgemeyen, tezimi hazırlama aşamasında deneyimleri ve bilgisiyle hep yanımda olan Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ndeki eğitim sorumlumuz ve danışmanımın sayın Prof. Dr. Ali Çetin'e teşekkürlerimi sunarım.

Asistanlığım süresince bilgi, tecrübesini paylaşarak en iyi şekilde yetişmem amacıyla özveride bulunan, desteğini ve bilgisini hiçbir zaman bizlerden esirgemeyen eğitici ve özverili olan sayın Prof. Dr. Paşa Uluğ'ya en içten teşekkürlerimi sunarım.

Asistanlığım süresince tecrübelerini paylaşarak en iyi şekilde yetişmem amacıyla özveride bulunan, desteğini ve bilgisini hiçbir zaman bizlerden esirgemeyen, Doç. Dr. Numan Çim'e teşekkürlerimi sunarım.

Tez hazırlama sürecinde yardımlarını ve bilgisini esirgemeyen, aynı zamanda asistanlık eğitimim süresince mesleki tecrübe ve bilgileriyle her zaman bana yol gösteren Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi Uzmanlarına sevgilerimi sunarım.

Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Hastanesi'nde birlikte çalıştığımız, değerli hocalarıma, uzman ağabeylerim ve ablalarımıza bilgi, beceri ve tecrübelerini benimle paylaştıkları için teşekkür ederim.

Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Hastanesi'nde beraber çalıştığım sevgili kıdemlilerim, eş kıdemlerim ve aramıza sonradan katılan, kısa bir sürede olsa çalışma fırsatı bulduğum asistan arkadaşlarıma teşekkür ederim.

Tüm hayatım boyunca emekleriyle ve sevgileriyle bana katkıda bulunan ve eğitim sürecimde her zaman bana destek olan, hiçbir fedakârlıktan kaçınmayan sevgili annem Resude Özdemir' e, ablam Günseli Usgu'ya desteklerinden dolayı çok teşekkür ederim. Hayatımıza geçte olsa dahil olan, sevgisini ve desteğini benden esirgemeyen sevgili yeğenim Duru Usgu' ya teşekkür ederim.

Dr. Can Özcan Güder

KISALTMALAR

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

AFİ: Amniyotik sıvı indeksi

ALT: Alanin aminotransferaz

ANOVA: Tekrarlı ölçümler varyans analizi

AST: Aspartat aminotransferaz

ACOG: American College Of Obstetricians and Gynaecologists

BT: Bilgisayarlı tomografi

CAE: Cerrahi alan enfeksiyonu

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

E. Coli: Escherichia coli

EQ-5D: Avrupa yaşam kalitesi 5 boyutlu ölçeği (Euro Quality of Life 5 Dimensions)

FİGO: International Federation of Gynecology and Obstetrics

GDM: Gestasyonel diabetes mellitus

HBV: Hepatit B virusu

HCV: Hepatit C virusu

HIV: Human immunodeficiency virus

HPV: Human papilloma virus

HSV: Herpes simpleks virus

İGK: İntrahepatik gebelik kolestazi

LEEP: Lop elektrokoter eksizyon prosedürü

MGI: Anne tarafından oluşturulan indeks (Mother generated indeks)

NİCE: National Institute for Health and Care Excellence

NST: Non stres test

PAS: Plasenta akreata spektrumu

QoL-GRAV: Gebelikte yaşam kalitesi (Quality of life gravidarum)

RCOG: Royal College of Obstetricians and Gynaecologists

RNA: Ribonükleik asit

SF-6D: Kısa form 6 boyut

SF-12: Kısa form 12

SF-34 PREG: Short Form-34 Pregnancy

SF-36: Kısa form 36

SRİS: Sistemik inflamatuvar yanıt sendromu

TAH: Transabdominal histerektomi

USG: Ultrason

WHO QoL-100: DSÖ Yaşam kalitesi -100 (World Health Organization quality of life - 100)

WHO QoL-Bref : DSÖ Yaşam kalitesi - Kısa Form (World Health Organization quality of life)

VKİ: Vücut kitle indeksi



TABLolar LİSTESİ

Tablo 1. Sezaryen endikasyonları.....	4
Tablo 2. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri	40
Tablo 3. Katılımcıların sezaryen endikasyonları.....	42
Tablo 4. Çalışma gruplarında sezaryen sonrası görülen komplikasyonlar.....	44
Tablo 5. Multipar kadınlarda görülen komplikasyonlar.....	44
Tablo 6. Çalışma gruplarının operasyona alınma koşulları.....	45
Tablo 7. Çalışma gruplarının neonatal mortalite parametreleri.....	46
Tablo 8. Çalışma gruplarının SF-36 bulguları.....	47



ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1. Makat prezentasyon.....	11
Şekil 2. Transvers duruş.....	11
Şekil 3. Yüz geliş	11
Şekil 4. Katılımcıların sezaryen endikasyonları.....	43



ÖZET

Amaç: Bu çalışmanın amacı sezaryen ile doğum yapan hamile kadınlarda sezaryen sayısının postpartum dönemdeki yaşam kalitesi üzerine etkisini araştırmaktır.

Gereç ve Yöntem: 1 Eylül 2024 – 24 Ocak 2025 tarihleri arasında, Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Servislerinde yaşları 18-45 yıl arasında değişen, gebeliği 20- 42 haftalar arasında olan toplam 100 sağlıklı hamile kadın çalışmaya dahil edildi. Çalışmaya dahil edilen hamile kadınlar ilk sezaryen ve tekrarlayan sezaryen gruplarına ayrıldı. Bireylerin sosyodemografik özellikleri, gestasyonel süreleri, cerrahi müdahale tipi, anestezi tipi, gebelik sayısı, düşük sayısı, spotan vajinal doğum sayısı, sezaryen sayısı, ektopik gebelik sayısı oluşturulan kişisel bilgi formu ile sorgulandı. Hamile kadınların sezaryen endikasyonları, komplikasyonları, operasyon şekli, neonatal mortalite parametreleri incelendi. Yaşam kalitesi SF-36 ile preoperatif (preop), postoperatif (postop) 1., postop2. gün olmak üzere üç defa değerlendirildi.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen hamile kadınların yaş, boy, ağırlık, VKİ, gestasyonel süre değerleri açısından grupların benzer olduğu bulundu ($p<0,05$). Cerrahi müdahale tipi, anestezi tipi, gebelik sayısı açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark belirlendi ($p<0,05$). Operasyona alınma koşulları karşılaştırıldığında, tam dilatasyondan sezaryene giden, gelecek doğumunda tekrar sezaryen seçen gönüllülerin gruplar arası karşılaştırmasında istatistiksel anlamlı fark bulundu ($p<0,05$). Çalışma grupları arasında sezaryen sırasında transabdominal histerektomi (TAH) gereksinimi oranları açısından anlamlı fark yoktu ($p>0,05$). Neonatal mortalite parametreleri arasında yer alan posoperatif 1. dakikada alınan Apgar skorlarının gruplar arası karşılaştırmasında istatistiksel anlamlı fark bulundu ($p=0,008$). Apgar 5 dk, ağırlık parametrelerinin gruplar arası karşılaştırmasında istatistiksel anlamlı fark belirlenmedi ($p>0,05$). SF-36 Yaşam kalitesinin tüm alt parametrelerinde zaman etkisinde istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p<0,01$), fakat grup etkisi ve zaman x grup etkisinde istatistiksel anlamlılık saptanmadı (sırasıyla $p=0,083$; $p=0,312$).

Sonuç: Sonuç olarak sezaryen sayısının yaşam kalitesi üzerinde etkisinin olmadığı, fakat sezaryenden sonra zamanla yaşam kalitesinin azaldığı sonucuna varıldı.

Anahtar kelimeler: Sezaryen, yaşam kalitesi, tekrarlayan sezaryen, sağlık problemler



ABSTRACT

Aim: The aim of this study was to investigate the impact of the number of cesarean deliveries on postpartum quality of life in pregnant women who underwent cesarean section.

Materials and Methods: Between September 1st, 2024 and January 24th, 2025 a total of 100 healthy pregnant women aged 18–45 years, with gestational ages ranging from 20 to 42 weeks were included in the study at the Obstetrics and Gynecology Department of Haseki Training and Research Hospital. The participants were divided into two groups: single cesarean section and repeated cesarean sections. Sociodemographic characteristics, gestational age, type of surgical intervention, type of anesthesia, number of pregnancies, miscarriages, spontaneous vaginal deliveries, number of cesarean sections, and ectopic pregnancies were recorded using a structured personal information form. Cesarean indications, intraoperative complications, surgical technique, and neonatal mortality parameters were evaluated. Quality of life was evaluated preoperatively (preop), and on the 1st, 2nd postoperative (postop) days using the SF-36 questionnaire.

Results: There were no statistically significant differences between the groups regarding age, height, weight, BMI, or gestational age ($p > 0.05$). Statistically significant differences were observed between the single and repeated cesarean groups in terms of type of surgical intervention, type of anesthesia, and number of pregnancies ($p < 0.05$). A significant difference in surgical approach was noted between the groups, especially in cases involving cesarean sections performed at full cervical dilation and in women with a history of prior cesarean delivery ($p < 0.05$). However, no significant difference was observed between the groups regarding the rate of transition from cesarean section to total abdominal hysterectomy ($p > 0.05$). Among neonatal mortality parameters, a statistically significant difference was found in 1-minute Apgar scores between the groups ($p = 0.008$), whereas no significant differences were observed in 5-minute Apgar scores or birth weight ($p > 0.05$). A statistically significant main effect of time was detected across all subdomains of the SF-36 quality of life scores ($p < 0.01$); however, there were no significant group effect or time \times group effect ($p = 0.083$ and $p = 0.312$, respectively).

Conclusion: In conclusion, postpartum quality of life was not significantly affected by the number of cesarean deliveries. Nonetheless, a progressive decline in quality of life was noted in the days following cesarean section.

Keywords: Cesarean section, quality of life, repeat cesarean section, health problems



GİRİŞ VE AMAÇ

Sezaryenle doğum, batının ön yüzünde insizyon yapılarak gerçekleştirilen doğum şeklidir. Sezaryenle ilgili prevelans çalışmaları incelendiğinde hem dünyada hem Türkiye’de sezaryenle yapılan doğum oranlarının arttığı belirlenmiştir (1). Sezaryenle doğum, spontan vajinal doğumun mümkün olmadığı durumlarda veya spontan vajinal doğum gerçekleştirileceği zaman anne ya da bebeğin hayatını riske atan bir durum oluştuğunda tercih edilmektedir. Tüm dünyada sezaryen prevelansı artarken, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) sezaryen oranının tüm doğumların %15’ini geçmemesi gerektiği yönünde görüş bildirmiştir (2).

Yaşam kalitesi, bireylerin bakış açısından sağlığın çok boyutlu ölçüsü olarak tanımlanmaktadır. Hastalıkların bireyler üzerindeki fiziksel, duygusal, sosyal etkilerine odaklanırken, bireylerin hedeflerini, beklentilerini, standartlarını ve endişelerini göz önüne alır. Yaşam kalitesi, iyilik halini, hastalığın etkisini ve müdahalelerin maliyet etkinliğini tahmin etme kabiliyeti nedeniyle sağlık hizmetlerinde artan öneme sahiptir. Kanıtlar, yaşam kalitesinin maternal sağlığın geçerli bir ölçütü olduğunu göstermektedir (3). Yapılan çalışmalar, vajinal doğum yapan kadınların doğum sonrası yaşam kalitelerinin fiziksel, ruhsal, sosyal ve ağrı boyutları puanlarının daha yüksek olduğunu, sezaryenle doğum yapan kadınlara göre daha yüksek enerji ve canlılık seviyelerine sahip olduğunu göstermiştir (4-6).

Literatür incelendiğinde doğum sonrası erken dönemde yaşam kalitesini değerlendiren çalışmalar birbiriyle çelişkili sonuçlar ortaya koymaktadır. Prick vd. obstetrik komplikasyonlardan sonra kadınların sağlıkla ilgili yaşam kalitelerini değerlendirmiştir (7). Acil ve elektif sezaryen geçiren kadınların, spontan vajinal doğum yapan kadınlara göre Kısa Form 36 (SF-36) ’nın fiziksel komponent puanının 5-6 puan daha düşük olduğu belirtilmiştir. Hutton vd. postnatal 3. ayda yaşam kalitesini değerlendirdikleri çalışmalarında sezaryen ve spontan vajinal doğum yapan kadınların yaşam kalitelerinin benzer olduğunu bulmuştur (8). Literatür incelendiğinde spontan vajinal doğum ve sezaryenin yakın dönem, uzak dönem yaşam kalitesi üzerine etkilerini değerlendiren çalışmalar mevcuttur, bu çalışmaların yanı sıra acil ve elektif sezaryenin yaşam kalitesi üzerine etkilerini değerlendiren çalışmalara da rastlanmıştır; fakat tekrarlayan sezaryenin yaşam kalitesi üzerine etkisini değerlendiren tek bir çalışmaya denk gelinmiştir. Bu çalışmada hamile

kadınların yaşam kalitesi DSÖ'nün geliştirdiği Avrupa Yaşam Kalitesi 5 Boyutlu Ölçeği (Euro Quality of Life 5 Dimensions, EQ-5D) ile değerlendirilmiştir (3).

Bu çalışmada, ilk ve tekrarlayan sezaryen ile doğum yapan kadınların yaşam kalitelerini SF-36 ölçütü ile karşılaştırarak, sezaryen doğum yapan kadınlarda rekürren sezaryenin yaşam kalitesi üzerine etkisini araştırmayı hedefledik.

Çalışmanın hipotezleri;

H0: Sezaryen sayısının postpartum dönemdeki yaşam kalitesi üzerine etkisi yoktur.

H1: Sezaryen sayısının postpartum dönemdeki yaşam kalitesi üzerine etkisi vardır.



GENEL BİLGİLER

9.1. SEZARYEN

Sezaryen abdominal duvar ve uterin duvarda açılan kesiler aracılığı ile bebeğin çıkarılmasıdır. Vajinal doğumun mümkün olmadığı bazı durumlarda, kadının ve bebeğin sağlığını korumak için sezaryen gerekebilir (9). Sezaryen dünyada en çok gerçekleştirilen cerrahi prosedürlerden biridir. Kadının yaşamında doğal bir olay olarak kabul edilen doğum hem fiziksel hem de duyuşsal değişikliklerle ilişkilidir. Bu nedenle sezaryen, maternal–neonatal etkileşimi açısından ameliyat sonrası dönemi postpartum döneme dönüştüren benzersiz bir cerrahi prosedürdür. Sezaryenle doğum fetal morbidite, mortalite oranlarını azaltmak için kullanılan ve riskli durumlarda güvenilir kabul edilen cerrahi bir prosedürdür. Sezaryenle gerçekleşen doğum eyleminin iyileşme süresi ve komplikasyonları normal doğuma göre daha yüksektir (10).

Vajinal doğumun mümkün olmadığı geçirilmiş sezaryen, fetal distress, distosi ve prezantasyon anomalileri gibi durumlar sonucunda sezaryen tercih edilmektedir. Endikasyonsuz yapılan sezaryen ameliyatlarının fetal sağlığa kanıtlanmış bir etkisinin olmadığı ayrıca sağlık üzerine çeşitli olumsuz etkileri olduğu bilinmektedir. Buna rağmen sezaryen oranları tüm dünyada giderek artmaktadır. Bu artışın nedeni kesin olarak anlaşılmamıştır. Bu duruma bazı faktörlerin neden olduğu düşünülmektedir. Hipertansiyon, ileri anne yaşı, antepartum kanamalar, baş pelvis uyumsuzluğu, günümüzde yardımcı üreme tekniklerinin daha fazla kullanılıyor olması sonucu çoğul gebelik sayısında artış ve kadınların normal doğumdan korkmaları gibi sebeplerin sezaryen oranını artırdığı düşünülmektedir. DSÖ sezaryen doğum oranının tüm doğumlara göre %15 in üzerinde olmaması gerektiğini bildirmiştir. Bu orana kadar olan sezaryen doğumlar maternal ve fetal sağlığı kötü etkilemeyip maternal ve fetal ölümleri azalttığı bu oran üzerinde yapılan sezaryen doğumların fetal ve maternal sağlığı kötü yönde etkilediği açıklanmıştır. Bu yüzden sezaryen sadece gerekli durumlarda yapılması gereken cerrahi bir prosedürdür. Diğer cerrahi prosedürlerde olduğu gibi sezaryende komplikasyonların yanı sıra postpartum kanamada artış, enfeksiyon, neonatal morbidite, hastaneden taburculuğun uzaması, cerrahi insizyon bölgesinin iyileşmesinde gecikmesi gibi durumlar

gözlenebilmektedir. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları kurumunun 2018 yılında yaptığı araştırma sonucunda Türkiye’de sezaryen doğum oranının %52 olarak bulunmuştur (11, 12).

9.1.1. Sezaryenin Endikasyonları

Sezaryen cerrahi yaklaşımının doğum eyleminin ilerlemesine göre maternal, fetal, doğum, umbilikal kord ve plasentaya ait anatomik endikasyonlar tabloda belirtilmiştir(13).

Tablo 1. Sezaryen endikasyonları

Maternal Endikasyonlar	Fetal Endikasyonlar	Doğum, Umbilikal Kord ve Plasentaya ait Anatomik Komplikasyonlar
Sefalopelvik uyumsuzluk	Fetal distres	Plesentaprevia,
Geçirilmiş uterin cerrahiler	Malprezentasyonlar	Vasaprevia,
Maternal istek	Makrozomi	Plesentaakreata spektrumu
Maternalarrest	Çoğul gebelikler	Plesenta dekolmanı
Maternal enfeksiyonlar	Oligohidramnios	Umbilikal kord prolapsusu
Gebelik komplikasyonları		Uterin rüptür
İlerlemeyen travay		Miad aşımı gebelik
Kötü obstetrik öykü		
İleri anne yaşı		
Serviks hastalıkları		

Doğum sırasında sezaryen için herhangi bir tıbbi kontraendikasyon literatürde belirtilmemiştir. Buna rağmen mort fetüs, ciddi koagülopati veya hamile kadının sezaryanı reddetmesi durumunda; hayati riskler anlatılarak spontan vajinal doğum tercih edilebilir (14). Ayrıca bazı durumlarda acil olarak sezaryen yapılması gerekirken, bazı durumlarda planlı sezaryen yapılabilmektedir (15).

9.1.1.1. Maternal endikasyonlar:

9.1.1.1.1. Sefalopelvik uyumsuzluk: Sefalo pelvik uyumsuzluk doğuştan pelvik girimin dar olması veya pelvis fraktürleri sonrası görülebilmektedir. Fetüsün normalden iri olması da sefalo pelvik uyumsuzluk sebebi olmaktadır (16, 17).

9.1.1.1.2. Geçirilmiş uterin cerrahi: Önceden sezeryan geçiren bireylerde spontan yolla vajinal doğum denenebilmektedir. Sezeryan sonrası vajinal doğum tercih edilen olgularda; erken mobilizasyona olanak sağlaması, kan kaybının daha az olması nedeniyle kan trasfüzyon ihtiyacının azalmış olması, cerrahi girişime göre daha az oranda enfeksiyon görülmesi, tıbbi müdahale ihtiyacının azalmış olması, plesenta invazyon anomalilerinin daha az görülmesi gibi faydaları bulunmaktadır. Bunun yanı sıra; sezeryan sonrası spontan vajinal doğum yapanlarda uterin rüptür ve acil sezeryan gereksinim oranları artmaktadır (18).

9.1.1.1.3. Maternal istek: Herhangi bir endikasyon veya medikal neden olmaksızın sadece anne isteği ile sezaryen yapmak da mümkündür. Hamile kadının vajinal doğum ve sezaryen hakkında detaylı bir şekilde bilgilendirilmesi gerekmektedir. Hamile kadınların sezaryenle doğum yaptıkları zaman doğumun tarihinin kesin olması, anestezi altında ağrıyı daha az hissetmeleri, spontan vajinal doğumu gerçekleştiremeyecekleri korkusu, spontan vajinal doğumda çocuğun sıkışıp zarar göreceği endişesi, estetik kaygıları, daha önceki doğumun zor geçmesi gibi durumlar söz konusu olduğunda kontrolü ellerinde tutmak için sezaryene yönelmektedirler. Tabiki hiçbir zaman kadın doğum uzmanları sadece anne isteğini gözeterek sezaryen yapmak zorunda değildir. Sezaryen cerrahi bir müdahale olup komplikasyonlara sebebiyet verebilir. Her zaman sezaryen kararı tıbbi gerekçeler ile desteklenerek verilmelidir (19-21).

9.1.1.1.4. Maternal arrest: Öncelik her zaman hamile kadını kurtarmak olsa da, hamile kadının kurtarılamayacağı, maternal dolaşımın kollaps olduğu durumlarda beş dakika içinde doğumun tamamlanması önerilmektedir. Beş dakika içerisinde spontan yolla vajinal doğum gerçekleştirilemeyeceği durumlarda sezaryen gereklidir (22).

9.1.1.1.5. Maternal enfeksiyonlar: Maternal enfeksiyonlarda spontan vajinal doğum sırasında bebeğe enfeksiyon geçmesi ihtimaline karşı, bazı enfeksiyon durumunda direk sezeryan tercih edilmesi gerekmektedir (23).

Herpes simpleks virus (HSV-2): HSV-2 bulaşı genelde fetüsün lezyon yerine primer olarak temas etmesi ile görülmektedir. Ancak intrauterin dönemde de bulaş tanımlanmıştır. Eğer HSV-2 vürüsü var ise vertikal geçişin önlenmesi için en geç 36.

haftada antiviral tedavinin başlanması gerekmektedir ve 39. haftada sezeryan planlanması gerekmektedir (23).

Human papilloma virus (HPV): Doğum yolunda bulunan aktif siğil varlığında doğum sırasında kanama, zor ve yavaş bir doğum olacağı tahmin ediliyor ise sezeryan ile doğum önerilmektedir (23).

Human immunodeficiency virus (HIV): Doğum şekline karar verirken HIV RNA miktarının belirlenmesi önemlidir. HIV RNA miktarı 1000' den fazla veya kopya sayısı bilinmeyen olgularda sezeryan yapılması anneden bebeğe geçişi azaltmaktadır(23).

Hepatit B virusu (HBV) - Hepatit C virusu (HCV): Spontan vajinal yolla doğum için herhangi bir komplikasyon yoksa spontan vajinal yolla doğum tercih edilebilir (23).

9.1.1.1.6. Gebelik komplikasyonları: Gebelik dönemi boyunca her ne kadar herhangi bir komplikasyon ortaya çıkmasa da %15 oranında hayatı tehdit eden komplikasyon gelişebilir. Bazı komplikasyonlar sıkı takip gerektirirken, bazı komplikasyonlar majör obstetrik girişimi zorunlu hale getirmektedir (24)

İntrahepatik gebelik kolestazi: İntrahepatik gebelik kolestazi (İGK), gebeliğin ikinci ve üçüncü trimestrinde açıklanamayan maternal pruritus, yükselmiş serum safra asitleri ($>10 \mu\text{mol/L}$) ve/veya yüksek karaciğer transaminazları (Alanin Aminotransferaz (ALT) $>35 \text{ U/L}$ ve/ veya Aspartat Aminotransferaz (AST) $>35 \text{ U/L}$) ile karakterizedir. Semptomlar doğumdan sonra kendiliğinden iyileşmektedir. İGK hem anne hem de fetus için olumsuz etkiler oluşturmaktadır (25). Marschall vd. 2013'te yaptıkları araştırma, İGK'lı gebelerin safra kesesi taşına bağlı morbidite ve hepatit C gibi hepatobiliyer hastalıklara yakalanma risklerinin önemli oranda arttığını belirtmiştir (26) . Aynı çalışmada İGK'nın plasenta yetersizliği, erken doğum, amniyon sıvısının mekonyum ile kirlenmesi, fetal distres, yenidoğan yoğun bakım ünitesine yatış, ölü doğum gibi fetal komplikasyonlara neden olduğu belirtilmiştir (26). Glantz vd. maternal serum safra asitleri $>40 \mu\text{mol/L}$ 'ye ulaşmadıkça olumsuz gebelik sonuçlarının meydana gelmediğini göstermiştir (27). Yapılan çalışmalar, İGK'da ölü doğumun genellikle gebeliğin 36. haftasından sonra meydana geldiğini bildirmiştir. Doğum 38. haftayı geçmeyecek şekilde planlanması önerilmektedir. Şiddetli kaşıntı, sarılık, yüksek total serum safra asit düzeyi ($>100 \mu\text{mol/L}$) veya

İGK' ya bağlı preterm fetal ölüm öyküsü durumunda 36. haftada doğum düşünülebilir (25).

Gestasyonel diabetes mellitus: Gestasyonel Diabetes Mellitus (GDM), hamilelik sırasında fark edilen ve doğumdan sonra ortadan kalkan disglisemi ile sonuçlanan bozulmuş glukoz toleransı ile karakterizedir. Maternal hipergliseminin antenatal, intrapartum ve neonatal komplikasyonlar dahil olmak üzere olumsuz hamilelik sonuçları ile ilişkili olduğunu gösteren önemli kanıtlar vardır. Olumsuz sonuçların ciddiyeti, hipergliseminin derecesine ve hamilelik sürecinin farklı trimesterlerinde fetüsün artan glikoz seviyesine maruz kalma süresine bağlıdır. GDM preeklampsi, erken doğum, sezaryen, makrozomi ve yenidoğan hipoglisemisi gibi olumsuz sonuçların riskinde de artışla ilişkilidir (28). Hamilelik döneminde maternal hiperglisemi, erken doğum ve makrozomiye bağlı sezaryenle doğuma sebebiyet vermektedir. Doğum sonrası yenidoğan hipoglisemisi, hiperbillirubinemiye bağlı olarak yenidoğan yoğun bakım ünitesine yatış oranını artırmaktadır (29). GDM' li hamile kadınlarda glisemik kontrol iyiye ve ek komplikasyon görülüyorsa term döneme kadar beklenebilir. Böyle durumlarda 39. haftadan önce doğum gerekmemektedir. Spontan vajinal doğumda hamilelik haftası 40 hafta üzeri olan olgularda %10 oranında omuz distosi saptanırken, 38-39. haftalarda bu oran %1,4'tür. Glisemik kontrolün zayıf olduğu GDM' li hamilerde 37. ve 38. haftalarda doğum yapılması önerilmektedir. GDM' li hamilelerde hastane yatışına rağmen glisemik kontrol bozursa ve anormal antepartum fetal test bulguları varsa 34-36. haftalar arasında doğum eylemi planlanabilmektedir. GDM' li hamilelerde hiperglisemiye bağlı makrozomi ve omuz takılması daha yaygın olarak görüldüğu gözönüne alındığında ek doğum yöntemi olarak sezaryen dikkate alınmalıdır(30).

Preeklampsi: Hamilelik döneminde preeklampsi tanısı, tansiyonları normal seyreden bireyde 20. gebelik haftasından sonra hipertansiyon ile birlikte proteinüri olması veya proteinüri olmaksızın pulmoner ödem, böbrek yetmezliği, trombositopeni, anormal karaciğer fonksiyonu, görme bozukluğu semptomlarından en az birinin varlığı ile tanımlanır. Hamileliğin 37. haftasından sonra preeklampsi tanısı konulduğunda, hamilenin sezaryene alınması gerekmektedir. Gebeliğin 37. haftasından daha küçük olan kadınlarda maternal ve fetal stabilite mevcutsa ve herhangi bir end organ disfonksiyonu yoksa hamile yakından izlenmelidir. Şiddetli

preeklampsi ve end organ hasarı bulguları varsa, haftaya bakılmaksızın acil sezaryen kararı verilmesi gerekmektedir (31).

Eklampsi: Preeklampsi veya gestasyonel hipertansiyona fokal veya multifokal nöbetlerin eşlik etmesi durumudur. Eklampsi varlığında gebelik haftasına bakılmaksızın, hamilenin acil sezaryene alınması gerekmektedir (31).

9.1.1.1.7. İlerlemeyen travay: Tam servikal dilatasyon ile yenidoğanın doğumu arasında geçen süre olarak tanımlanan doğumun ikinci evresi; parite, epidural anestezi, maternal vücut kitle indeksi (VKİ) ve fetal baş pozisyonu gibi çeşitli faktörlerden etkilenmektedir. DSÖ doğumun ikinci evresini multipar gebeler için 2 saat, nullipar gebeler için ise 3 saat üst sınır olarak önermektedir. Sezaryenden kaçınmak için American College Of Obstetricians and Gynaecologists (ACOG) ikinci evre doğum eyleminin durmasını tanımlamak için multipar ve nullipar kadınlarda sırasıyla en az 2 ve 3 saat ıkmaya izin verilmesi gerektiğini belirtmiştir (32). Doğumun birinci evresinin latent fazında ise multipar gebelerde 14 saatten uzun sürede, nullipar gebelerde ise 20 saattenden uzun sürmesi durumunda sezaryen kararı alınması gerekmektedir. Doğumun birinci evresinin aktif fazı içinse düzenli kasılmalar olmasına rağmen, en az 4 saat boyunca ilerleme olmamasıdır. İkinci doğum evresinin uzaması tek başına sezaryen endikasyonu oluşturmadığı unutulmamalıdır. İkinci evre uzadığında, sezaryen gerekip gerekmediğine karar vermek için kadının, fetüsün ve uterus kontraktıl güçlerinin klinik değerlendirmesini önermektedir (33, 34).

9.1.1.1.8. Kötü obstetrik öykü: Önceki hamilelik döneminin erken haftasında oluşan kayıplar, tekrarlayan düşükler, anembiryonik gebelik, ektopik gebelik, servikal yetmezliğe bağlı gebelik kayıpları, konjenital malformasyonlar, preeklampsi, eklampsi, kronik hipertansiyon, hamilelik öncesinde diabet öyküsü ve GDM gibi durumların önceki hamileliklerde tekrarlaması durumudur. Bu tarz hamilelik öyküsü olan kadınlar yakın takip altında tutulmalıdır. Genel doğum yaklaşımı olarak hamileliğin son haftasına kadar beklemeyip 38. haftada sezaryenle doğumun gerçekleştirilmesi gerekmektedir (24, 35).

9.1.1.1.9. İleri anne yaşı: International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO) tarafından tedavi protokolleri uygulamalarının standart hale gelebilmesi için 35 yaşın üzerindeki hamilelikler ileri anne yaşı, 40 yaş üzeri

hamilelikler ise çok ileri anne yaşı olarak belirtilmektedir. Yaşı 40 yılı aşan hamilelerde sezaryenle doğum oranının arttığı gözlenmiştir. Ayrıca hamilelik sırasında artmış maternal ve fetal riskler bulunmaktadır. Yapılan çalışmalara göre çok ileri yaşta hamileliği olan kadınlarda GDM, prematüre doğum, plasenta dekolmanı, intrauterin gelişim geriliği, postpartum kanama, plasenta previa, düşük doğum ağırlığı ve makrozomi gibi bulguların arttığı belirtilmektedir (36). Anne ve baba yaşının ileri olduğu hamileliklerde tekrarlayan düşük oranı artmaktadır. Yaşı 20-30 yıl arasında olan hamilelerin, 20 haftadan önce düşük yapma riski %8,9 dur. Yaşı 40' ın üzerinde olan hamilelerde ise bu oran %74,7'ye çıkmaktadır (37).

9.1.1.1.10. Serviks hastalıkları: Servikal serklaj, servikal yetersizliği tedavi etmek ve hamileliğin ikinci trimesterinde düşük ve erken doğumları önlemek için kullanılır. Serklaj endikasyonu, servikal yetersizlik temel alınarak belirlenir. Önceki hamileliklerde servikal yetersizlik öyküsü bulunan hastalarda serklaj hamileliğin 12.-14. haftaları arasında gerçekleştirilir, hamileliğin 2. trimesterinde rutin muayene esnasında servikal yetmezlik olduğu gösterilirse, serviksin 25 cm kısa olması durumunda hamileliğin 24. haftasından önce serklaj yapılması gerekmektedir. Daha önceden Lop Elektrokoter Eksizyon Prosedürü (LEEP) operasyonu geçiren hastalarda servikal uzunluk yakından takip edilmelidir. Elektif (profilaktik) serklaj daha önce servikal yetmezlik sebebiyle erken doğum ve spontan abortus geçiren hastalarda önleyici amaçla yapılmaktadır. Hamileliğin 12-14 haftaları arasında uygulanır. Acil (kurtarıcı veya terapatik) serklaj serviksin kısalması, servikal dilatasyon olması durumunda yapılır. Elektif serklaja göre başarı oranı daha düşük, erken doğum riski daha yüksektir. Serklaj dikişi hamileliğin 36-37. haftaları arasında çıkartılır. Miad hamilelikte servikal serklajın alınmadığı durumlarda sezaryenle doğum tercih edilmesi gerekmektedir. Servikal serklajlı olgularda 28. haftadan büyük hamilelerde sepsis, ağır enfeksiyon ve ciddi korioamniyonit bulgusu varsa ve annenin genel durumunun kötüleştiği durumlarda sezaryen tercih edilebilir (38, 39).

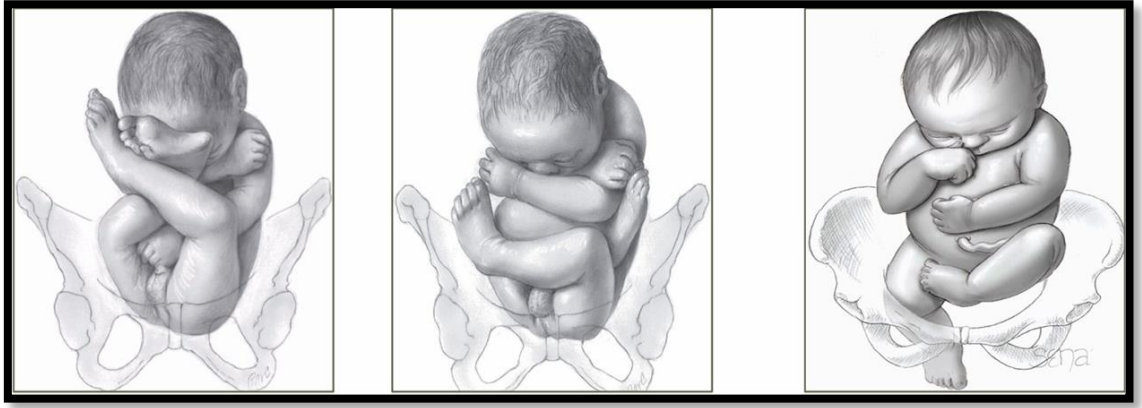
9.1.1.2. Fetal endikasyonlar:

9.1.1.2.1. Fetal distres: Fetal distresin en yaygın nedeni bebeğin yeterli miktarda oksijen alamamasıdır. Özellikle fetal anemi, taşisistoli, bebeğin amniyotik sıvısının yetersiz olması, hamilelik kaynaklı hipertansiyon veya anne kan basıncının

anormal derece düşüklüğü fetal distrese sebep olan önemli faktörlerdendir. Antenatal dönemde fetal distres fetüs için hayati öneme sahiptir. Acil müdahale edilmesi gerekmektedir (40).

9.1.1.2.2. Malprezentasyonlar: Malprezentasyon, fetüsün doğum kanalına normal olan sefalik pozisyondan farklı bir pozisyonda yerleşmesidir. En sık karşılaşılan malprezentasyon tipleri arasında makat prezentasyon, transvers duruş ve yüz veya alın geliş bulunmaktadır (41).

Makat Prezentasyon: Malprezentasyonlar arasında en sık görülen malprezentasyon şeklidir. Genel olarak makat prezentasyon üç şekilde oluşur. Saf makat gelişte fetüsün kalça eklemi fleksiyonda, diz eklemi ekstansiyondadır. En sık makat prezentasyon bu şekilde görülmektedir. Komplet makat prezentasyonda, fetüsün kalça ve diz eklemi fleksiyonda durmaktadır. İnkompel makat prezentasyonda fetüsün bir veya iki kalça ve diz eklemide inkompel olarak fleksiyonda durmaktadır (42). Anne karnındaki bebek saf veya komplet makat prezentasyonda olduğu durumlarda fetüs normal doğum ağırlığında (2500-3500g), fetal bir anomali, feto-pelvik uyumsuzluk yoksa, anenin de onamı alınarak spontan vajinal yolla doğum denenebilir. Ancak 37.-42. haftalar arasında makat doğumlarda planlanarak sezaryen yapılması, spontan vajinal doğumlara göre perinatal morbidite ve mortalitede anlamlı oranda azalma gösterirken, maternal koplasyonlar sezaryen veya spontan vajinal doğumda aynı olarak kalmaktadır. Makat prezentasyonda fetüsün büyük olduğu, boyna kordon dolanmasının olduğu, erken membran rüptürü gözlemleniyse ve erken membran rüptürü 12 saatten önce gerçekleşiyse, ayak prezentasyon varsa spontan vajinal doğum denenmeden sezaryen yapılması gerekmektedir (18).

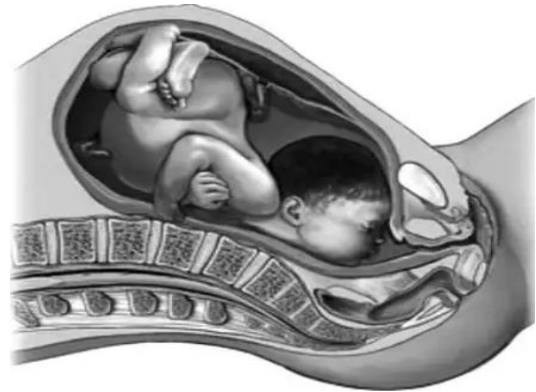


Şekil 1. Makat prezentasyon

Transvers Duruş: Doğuma yaklaşılan dönemde yapılan ultrasonografi (usg) bulgularında transvers duruş saptanırsa 39. haftaya sezaryen planlanması gerekmektedir. 39. haftadan önceki dönemlerde erken membran rüptürü görülen olgularda vakit kaybetmeden sezaryen planlanması gerekmektedir. Sezeryandan önce yapılan usg ile mutlaka fetüsün duruş pozisyonu net olarak saptanmalıdır (18).



Şekil 2. Transvers duruş



Şekil 3. Yüz geliş

Oblik Duruş: Oblik duruşta ciddi derecede oligohidramnios, erken membran rüptürü, fetal distres, güven vermeyen NST, fetal bir anomali, uterin anomali, pelvik darlık, ablasyo plesenta olması durumunda kesin olarak sezaryen planlanması gerekmektedir. Ancak bu prezentasyonda versiyon denenebilmektedir. Versiyon başarılı olursa spontan vajinal yolla doğum yapılabilir (18).

Yüz Geliş: Yüz gelişleri mentum posterior geliş, mentum anterior geliş ve mentum transvers geliş şeklinde üç katagoride görülebilir. Mentum anterior gelişte spontan

vajinal yolla doğum denenebilir, yalnız mentum trasversgeliş ve mentum posterior gelişte spontan vajinal doğum imkansızdır ve sezaryen planlanmalıdır (18).

Alın Geliş: Normalde spontan vajinal doğumda başın tam defleksiyon şeklinde durması gerekmektedir. Fetüsün başının tam defleksiyon pozisyonunda olmayıp frontal kemiğin önde olacak şekilde duruşu alın geliş pozisyonudur. Bu pozisyon genelde persiste etmeyen geçici bir pozisyonudur. Ancak persiste eden olgularda spontan vajinal yolla doğum mümkün değildir ve sezaryen ile doğum seçilmesi gerekmektedir (18).

9.1.1.2.3. Makrozomi: Eğer fetüsün ağırlığı doğumdan önce yapılan usg' ye göre 4000g üzerinde ise sezaryenle doğum planlanması gerekmektedir. Sezaryenle yapılan doğumlarda maternal ve fetal mortalite, morbidite büyük oranda azalmaktadır (43).

9.1.1.2.4. Çoğul gebelik: Çoğul gebelikler koryon ve amniyon sayısına göre; dikoryonik diamniyotik, monokoryonik diamniyotik ve monokoryonik monoamniyotik gebelik olmak üzere üç başlık altında incelenebilir. Dikoryonik diamniyotik çoğul gebelikte doğum 38. ve 39. haftalardan sonraya bekletilebilir. Monokoryonik diamniyotik gebelerde doğum genelde 36. ile 37. haftalar arasında, eğer monokoryonik monoamniyotik gebelik varsa 32. ve 34. haftalar arasına doğum planlanmalıdır. Eğer altyapı yetersizliği var ise, baş geliş haricinde bir prezentasyon söz konusuysa, üç ve üzeri fetüs varlığında ve tüm monokoryonik gebeliklerde sezaryen ile doğum planlanması gerekmektedir. Çoğul gebeliklerde ikinci fetüs verteks ve makat geliş ise, olağan dışı bir durum yoksa vajinal doğum denenebilir. İkinci fetüs için trasvers geliş söz konusuysa versiyon denenerek doğum gerçekleştirilebilir. Versiyon başarısız olursa veya herhangi bir olağan dışı durum söz konusu olursa tüm çoğul gebeliklerde sezaryen planlanması gerekmektedir. İlk fetüsün doğumundan sonra ikinci fetüsün pozisyonu değişeceği için spontan vajinal doğum planlanıyorsa mutlaka ilk fetüs doğduktan sonra usg kontrolü yapılarak ikinci fetüsün geliş pozisyonuna karar verildikten sonra spontan vajinal doğum planlanmalıdır (18).

9.1.1.2.5. Oligohidroamnios: Oligohidramnios en yaygın olarak amniyotik sıvı indeksinin (AFI) 5 cm'nin altında olması veya en derin tek cebin 2 cm'nin altında olması olarak tanımlanır. Olumsuz fetal sonuçlarla ilişkili olmasının yanı sıra

maternal ve/veya fetal komorbiditelerin olası varlığının da bir göstergesidir. Oligohidroamniosda genelde altta yatan fetüsün idrar yollarının gelişimi etkileyen konjenital anomaliler, erken membran rüptürü, posterm döneme gidiş gibi fetomaternal patolojiler bulunmaktadır. İzole oligohidramniosda ise fetal yapısal ve kromozomal anormallikler, fetal büyüme kısıtlaması veya intrauterin enfeksiyon olmaksızın ve bilinen maternal hastalık olmadan oligohidramnios varlığını ifade eder. Doğum sırasında, acil sezaryen doğum ve hipertansiyon gibi plasental perfüzyonu etkileyen altta yatan maternal bozukluklar dahil olmak üzere olumsuz perinatal sonuç insidansında artış ile fetal distress riskindeki artış ilişkilidir. Bu nedenle, izole oligohidramnios termde (37. gebelik haftası) teşhis edildiğinde, bu olumsuz sonuçların insidansını azaltmak amacıyla genellikle doğum indüksiyonu için bir endikasyon olarak kabul edilir. Fetal distress (NST' de bozulma ve USG' de umblikal arter dopplerinde bozulma), şiddetli büyüme geriliği ile birlikte oligohidroamniosun olduğu durumlarda sezaryen ile doğum tercih edilmelidir (44, 45).

9.1.1.3. Doğum, Umblikal Kord ve Plasentaya Ait Anatomik Komplikasyonlar:

9.1.1.3.1. Plesenta previa: Plesenta previa hamileliğin 2. trimesterin 20. haftasında plesentanın internal servikal osa çok yakın sonlanması veya internal servikal osu kapatması durumudur. Antepartum dönemde ve pospartum dönemde ciddi kanamalara sebebiyet verebilir. Otuz ikinci haftada yapılan usg kontrollerinde doğum şekli açısından plesental yerleşime bakılması gerekmektedir. Plesenta, servikal osa iki cm kala sonlanan olgularda spontan vajinal yolla doğum mümkün olabilmektedir. Plesental kenar servikal osu tamamen kapatıyorsa, bir cm veya daha az mesafede sonlanıyorsa kesin olarak sezaryen yapılması gerekmektedir (46).

9.1.1.3.2. Vasa previa: Fetüsün kan damarlarının servikal osun ön tarafından geçtiği duruma denir. Tüm vasaprevia olgularında 34. haftada sezaryen önerilmektedir. Eğer 34. haftanın öncesinde olan takiplerde güven vermeyen NST, kontraksiyona bağlı ağrıların olması, vajinal kanama veya membran rüptürü olan olgularda acil olarak sezaryen planlanmalıdır (47).

9.1.1.3.3. Plesenta akreataspekturumu: PAS ciddi obstetrik hemorajiye sebebiyet verebilmektedir. Pospartum dönemde kanama kontrolü sağlanamazsa acil olarak histerektomi gerektirebilmektedir. PAS nedeniyle yapılan sezaryen sonrası

ciddi hemorajiye bağlı olarak çoklu organ yetmezliği, mesane yaralanması, üreter yaralanması, bağırsak yaralanması, kaglasyon bozuklukları ve ölüm meydana gelebilmektedir. Sezeryan sonrası masif kan tranfüzyonu gerektirebilmektedir ve ciddi maternal mortaliteye sebebiyet verebilmektedir (48).

9.1.1.3.4. Plesenta dekolmanı: Plesenta dekolmanı doğum eylemi olmadan önce plesentanın kısmi veya tam olarak ayrılması durumudur. Plesenta dekolman tanısı için klinik ve usg bulgularının birlikte değerlendirilmesi önemlidir. Özelikle akut dekolmanda hamilelerde başlayan ani vajinal kanama ayrıca uterus kasılmasına bağlı olarak torakal ve lumbal bölgelerde ağrı görülebilmektedir. Usg' nin plesenta dekolmanını gösterme duyarlılığı %25 ile %60 arasında değişmektedir. Plesenta dekolmanı bulguları olan term ve terme yakın hamileler acilen sezaryena alınmalıdır. Hamilenin şiddetli dekolman bulgusu varsa, term olup olmaması gözetmeksizin fetüs yaşamla bağdaşıyorsa acilen sezaryen yapılması gerekmektedir. Anne ve bebeğin durumu stabil olduğu ve 34. haftadan kkk olan hamilelerde ise yakın NST takibi USG kontrolü eşliğinde konservatif tedavi uygulanabilir. Akut plesenta dekolmanı özelikle maternal ve fetal mortalitenin önemli bir sebebidir. Bu yüzden erken teşhis anne ve bebek hayatı için kurtarıcı olmaktadır (49).

9.1.1.3.5. Umblikal kord prolapsusu: Kordon sarkması görülen vakaların çoğunda serviks tam açıkken fetal baş spinalar hizasında veya altındadır. Bu durumda acil olarak forseps veya vakum kullanılarak spontan vajinal doğum gerçekleştirilebilir veya doğumun uzamasına bağlı fetal kayıplar olabileceği göz önüne alınarak acil sezaryen tercih edilebilir. Özellikle umblikal kord sarkması durumunda kordonda pulsasyon varsa ve doğum eyleminin birinci safhasındaysanız acilen sezaryan yapılmalıdır. Ama doğum eyleminin ikinci safhasına geçilmişse bebeğin gelişine göre doğum biçimi tercih edilmelidir. Eğer bebek verteks gelişli ise spontan vajinal yolla doğum mümkün olabilmektedir ama en hızlı ve acil şekilde doğum gerçekleşmesi lazımdır. Spontan vajinal doğumun hızlı gerçekleşmesi amacı ile vakum veya forseps kullanılabilir. Eğer vakum veya forseps kullanılmayacak durumdaysa veya spontan vajinal doğum hızla gerekleşemiyeycekse sezaryan ile doğumu tercih etmek gerekmektedir. Doğum eyleminin ikinci safhasında bebeğin gelişi makat veya baş geliş ise piper veya uzun forseps uygulanabilir. Annenin durumu spontan vajinal doğuma elverişli ise spontan vajinal doğum denenebilir aksi

takdirde sezaryen ile doğum tercih edilmesi gerekmektedir. Eğer kordon sarkmasında umbilikal korda pulsasyon yoksa ve fetal kayıp gerçekleşmişse anne için en güvenli doğum yöntemini seçmek gerekmektedir (50).

9.1.1.3.6. Uterin rüptür: Günümüzde tekrarlayan sezaryen sıklığına bağlı olarak uterin rüptür görülme oranlarında artış göstermektedir. Tekrarlayan sezaryenlerde uterusun cerrahi olarak travmasına bağlı olarak sonraki hamileliklerde uterin rüptür görülme olasılığı hiç sezaryen geçirmemiş bir hamileye göre daha yüksektir. Uterin rüptür anne ve bebek ölümüne sebebiyet veren önemli bir komplikasyon olmasının yanı sıra acil sezaryen endikasyonudur. Uterin rüptür komplet uterin rüptür ve inkomplet uterin rüptür olarak ikiye ayrılır. Komplet uterin rüptür uterusun duvarının tam kat yırtılmasıdır. İnkomplet uterin rüptürde ise uterus duvarının tam kat olarak yırtılmamış olmasıdır. Uterin rüptürler kendiliğinden olması mümkün olabildiği gibi travma, geçirilmiş sezaryen, tekrarlayan doğum, uzamış travaya bağlı uterusun yorularak kontraksiyona direçsiz hale gelmesi sonucunda oluşabilmektedir. Sonuç olarak bir hamilelikte uterin rüptür olduğu durumda spontan vajinal doğum denenmeden, sezaryen ile doğum tercih edilmelidir. Eğer maternal yaşamı tehdit eden durdurulamayan kanamalarda anne yaşı ve fertilité isteği göz önüne alınmaksızın histerektomi kararı vermek hayati bir öneme sahiptir (51).

9.1.1.3.7. Miad aşımı gebelik: Post-term gebelik, 41+6 tamamlanmış gebelik haftasının ötesine geçen dönem olarak tanımlanmaktadır. Bu gebelik haftasının aşılması ile ölü doğum ve perinatal mortalite riskinde keskin bir artış olduğu bilinmektedir. Birleşik Krallık'taki National Institute for Health and Care Excellence (NICE) kılavuzları, 41+0 ile 42+0 hafta arasında komplikasyonsuz hamileliği olan kadınlara doğum indüksiyonunun önerilmesi gerektiğini belirtir. DSÖ 41+0 haftaya ulaşan tüm hamilelere doğum indüksiyonunu önermektedir (52). Post-term gebeliği olanlarda fetal ve maternal riskler daha fazla görülebildiği için doğum eylemi farmakolojik ajanlarla başlatılır veya sezaryenle doğum değerlendirilir. Post-term gebelikte her zaman sezaryen tercih edilmesi gerekmemektedir. İndüksiyonun başarısız olması, fetal distres, hamileliğin ileri haftalarına bağlı plesental yetmezlik, amniyon sıvısında azalma, mekonyumlu amniyon sıvısı, fetal makrozomi görülmesi durumunda sezaryenle doğum tercih edilebilir (53).

9.1.2. Sezaryen Komplikasyonları

Sezaryenlerin çoğu sorunsuz ve güvenli bir şekilde gerçekleşmektedir ancak sezaryenin major açık abdominal cerrahi prosedür olduğu unutulmamalıdır. Sezaryen sonrasında kanama enfeksiyon ve tromboemboli riski normal doğuma göre daha fazla görüldüğü için maternal mortalite ve morbidite oranı sezaryende daha sık olarak görülmektedir (54, 55).

9.1.2.1. Postpartum hemoraji:

Sezaryen postpartum hemoraji için risk faktörü oluşturmaktadır. Elektif sezaryen sonrası postpartum hemoraji oranı %1,1 iken spontan vajinal doğumda bu oran %6'ya çıkmaktadır. Sezaryen sonrası oluşan hemoraji uterin atoni, doku travması (serviko vajinal travma, mesane yaralanması, adezyonlardan kaynaklanan kanama), koagülopatiler ve plasenta ile ilgili sorunlar gibi çeşitli nedenlerle meydana gelir. Sezaryen sonrası gelişen hemorajinin tedavisi nedene yönelik olmalıdır (56). Uterin atoni syntocinon, ergometrine, carboprost ve misoprostol gibi uterotonik ilaçlarla tedavi edilir. Bunlar başarısız olursa, intrauterin tamponad balonu ve/veya kompresyon sütürleri (örneğin, B-Lynch) gibi cerrahi yöntemler kullanılmalıdır. Travmaya bağlı hemoraji, dikkatli bir cerrahi teknik kullanılarak en aza indirilebilir. Sezaryen sırasında uterus dekstro-rotasyon açısından kontrol edilmeli ve uterus insizyonundan önce bu durum düzeltilmelidir. Tekrarlayan sezaryenlerde uterusun alt segmentinde yapışıklık olabileceği düşünülerek, uterusun alt kısmından mesaneye yakın olacak şekilde insizyon açılmasından kaçınılmalıdır. Bu önlemler geniş ligament travması, mesane ve üreter yaralanması riskini azaltır. Plasenta praevia veya plasenta akreta gibi plasentaya bağlı kanamaların görüldüğü durumlar, hemostatik sütürler veya intrauterin balon tamponad ile yönetilebilir. İntravenöz traneksamik asit tüm kanama vakalarında faydalı bir yardımcı olabilir (57).

9.1.2.2. Postoperatif sepsis:

Sezaryen doğum, doğum sonrası sepsis için en önemli risk faktörüdür ve birçok farklı nedenden kaynaklanabilir. İnsizyon yerinin enfeksiyonu ve endometrit sezaryen sonrası en sık görülen enfeksiyonlardır. Sepsis riski, elektif sezaryenle karşılaştırıldığında acil sezaryende daha yüksektir (58). Wloch vd. diğer risk faktörlerini inceledikleri çalışmalarında, obezite ve 20 yılın altındaki anne yaşının

insizyon enfeksiyonu için bağımsız risk faktörü olduğunu belirlemişlerdir (59). Aynı çalışmada İnsizyon alanı enfeksiyon oranının %9,6 ve en sık izole edilen organizmaların staphylococcus aureus, escherichia coli (E. coli) ve enterococcus olduğu belirtilmiştir (59).

Sistemik inflamatuvar yanıt sendromu (SIRS) sepsis tanısında önemli bir kriterdir. SIRS'e enfeksiyon bulgularının eşlik etmesi sepsis lehine değerlendirilmektedir. Sepsisin ilerlemesi durumunda çoklu organ yetmezliği ve septik şok gelişebilir. SIRS sadece enfeksiyona bağlı olarak görülmemektedir; bunun yanı sıra yanık, travma, pankreatit, cerrahi müdahale sonrası da görülmektedir. Hasarın ekzojen ve endojen kaynağının tespit edilip ortadan kaldırılması gerekmektedir. Vücut sıcaklığının 38 °C üzerinde olması veya 36 °C altında olması, kalp atım hızının 90 atım/dk fazla olması, solunum hızının dakikada 20'den fazla olması veya PaCO²<32 mmHg olması, beyaz küre (lökosit) sayısının >12000/mm³ veya < 4000/mm³ veya %10'dan fazla immatur nötrofil varlığı olarak belirtilen kriterlerden en az ikisinin pozitif olması durumunda SIRS tanısı koyulmaktadır (60, 61).

9.1.2.3. Mesane yaralanması:

Sezaryen sırasında mesane yaralanması nadir olarak görülmektedir. Sezaryen sırasında mesane ve üreter yaralanma riski için bu oranı Kraliyet Kadın Doğum Uzmanları ve Jinekologlar Koleji [Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG)] 1000'de 1 olduğunu belirtirken, Türkiye'de 56.000' den fazla sezaryen ameliyatının incelendiği geniş bir vaka kontrol çalışmasında bu oran %0,13 olarak bildirilmiştir. Mesane yaralanması, sezaryen sonrası spontan vajinal doğumda, elektif tekrarlayan sezaryenlere kıyasla daha sık meydana gelmiştir. Primer sezaryenlerde mesane yaralanmalarının çoğu peritoneal giriş sırasında meydana gelirken, tekrarlayan sezaryenlerde yaralanmaların çoğu alt uterin segmentin diseksiyonu (mesane flebi oluşturulması) sırasında meydana gelmektedir (62). Mesane yaralanması intraoperatif olarak belirlenir ve uygun şekilde onarılsa mükemmel bir prognoza sahiptir. Peritoneal giriş zor ise veya ciddi pelvik yapışıklıklar varsa yaralanma olasılığı yükselmektedir. Sezaryen sırasında oluşan mesane yaralanmaları intraoperatif olarak idrar ekstravazasyonu, görünür kateter balonu, açık hematüri veya uterus insizyonundan kaynaklanmayan önemli kanama

ile kendini gösterebilir. İntraoperatif olarak tespit edilemeyen yaralanmalar; sondadan metilen mavisi verilerek abdominal drenden akan idrar, oligüri, bozulmuş böbrek fonksiyonu, veziko-uterin fistül veya intraabdominal kanamaya bağlı inkontinans ile ortaya çıkabilir (63).

9.1.2.4. Üreter yaralanması:

Sezaryen sırasında üreter yaralanması mesane yaralanmasına kıyasla çok daha az görülmektedir fakat intraoperatif olarak fark edilme olasılığı çok daha düşüktür. Toplam 11.284 sezaryeni kapsayan geniş bir sistematik derleme ve meta analizde 16 mesane yaralanması ve 4 üreter yaralanması vakası tespit edilmiş olup, bu oran 1000 sezaryen başına 0,27' dir. Üreterler çeşitli şekillerde hasar görebilir ancak sezaryen sırasında en yaygın olarak transeksiyon ve bir sütür ile ligasyondur. Transeksiyon, uterus insizyonunun broad ligamente uzanması durumunda meydana gelebilir. Üreterlerin uterin arterlere yakınlığı nedeniyle hemostaz girişimleri sırasında da sütürün içine girme riski de bulunmaktadır. Üreterler mesaneyle birleştikleri yerde de risk altındadır. Ayrıca üreterler mesane yaralanması sonucunda veya mesane yaralanmasının onarımı sırasında hasar görebilir (64, 65).

Üreter yaralanması intraoperatif olarak fark edilmediğinde; yaralanmaya, yaralanma konumuna ve postoperatif sürenin uzunluğuna bağlı olarak çeşitli şekillerde ortaya çıkabilir. Üreterlerin bilateral tam oklüzyonu veya transeksiyonu post operatif anüri ile sonuçlanmaktadır. Diğer belirti ve semptomlar arasında ateş, hematüri, yan ağrı, abdominal distansiyon, sepsis, peritonit, ileus veya retroperitoneal ürinom oluşumu yer alır. Böbrek fonksiyon testleri, oklüzyon durumunda obstrüktif nefropatiye veya transeksiyon varsa metabolik reabsorpsiyona bağlı böbrek yetmezliğini düşündürebilir. Bazen de obstrüktif nefropati çok daha sonra sekonder hipertansiyon ile ortaya çıkabilir (65, 66). Türkiye'de yapılan vaka serisi çalışmasında, sezaryen sonrası geç tanı konulan ve perkütan olarak tedavi edilen üreter yaralanmaları incelenmiştir. Aynı çalışmada ortalama tanı süresinin 21 gün olduğu ve tanıda maksimum gecikme süresinin 8 ay olduğu belirtilmiştir. Lezyonu tanımlamak için anterograd piyelografi ve ardından perkütan nefrostomi uygulanmıştır. Obstrüksiyon vakalarında, nefrostomi yoluyla haftalık piyelogram yapılarak sütürlerin çözülmesini beklemiştir. Bu çalışmada genel olarak üreterik yaralanmaların %75'i perkütan olarak tedavi edilmiştir (67).

9.1.2.5. Bağırsak yaralanması:

Ani bağırsak yaralanması nadir görülen bir komplikasyondur. Mesane yaralanması ile karşılaştırıldığında, intraoperatif bağırsak yaralanması hakkında yayımlanmış çok daha az literatür bulunmaktadır. Gebeliğe bağlı büyümüş uterus, sezaryen sırasında bağırsakları ameliyat alanından uzaklaştırır; ancak bağırsaklar yine de çeşitli şekillerde hasar görebilir. Özellikle orta hat insizyonu ile cerrahi öyküsü olan kadınlarda bağırsaklar karın ön duvarına yapışık olabilir. Peritoneal giriş sırasında veya doğumdan önce yapışıklıkların ayrılması gerekiyorsa bağırsakların belirli bir kısmı hasar görebilir. Ayrıca doğumdan sonra kapatma sırasında da bağırsak hasar görebilir. İnsizyon uzamışsa uterus kapatılırken, uterusun posteriorundaki sütürlerin içine bağırsak kısımları sıkışabilir. Uterusun eksternalizasyonu uterusun posterior yönünün doğrudan görüntülenmesini sağlar ve özellikle insizyonun uzadığı durumlarda bağırsak kısımlarının sütür hattı boyunca sıkışıp yaralanmadığını görmek açısından önemlidir (68).

Intraoperatif olarak teşhis edilemeyen bağırsak yaralanması genellikle intraabdominal sepsis belirti ve semptomları ile ortaya çıkacaktır. Diatermi yaralanmasını takiben perforasyon durumunda teşhis birkaç gün gecikebilir. Tanı koymak amacı ile bilgisayarlı tomografi (BT) görüntülemesinden faydalanılarak ekstra lüminal hava ve sıvı görülebilir, ancak bu belirtiler postoperatif olarak erken dönemde normal bulgu olarak düşünülebilir. Genişlemiş bağırsak kısımları, inflamasyon ve apse oluşumuna dair kanıtlar, oral kontrast maddenin ekstravazasyonu gastrointestinal perforasyonu daha fazla düşündürür. İlk ameliyat sırasında yaralanmaların tespit edilmesine kıyasla peritonit varlığında yeniden ameliyat yapılması durumunda, kolostomi gerektirme olasılığı yüksektir (69).

9.1.2.6. Postoperatif ileus:

Postoperatif ileus, ameliyattan sonra meydana gelen mekanik olmayan nedenlere bağlı şiddetli kabızlık ve oral alımın tolere edilememesi ile bulgu gösterir. Bu bulgular abdominal cerrahiye bağlı normal bir fizyolojik yanıt olarak da ortaya çıkabilir. Ameliyat sonrası ileusun patogenezi tam olarak anlaşılamamıştır ve sebebinin multifaktöriyel olduğu düşünülmektedir. Jinekolojik operasyonlardan sonra ileus insidansının %10-15 olduğu tahmin edilmektedir, ancak sezaryen için

spesifik veriler yetersizdir. Sakız çiğnemenin sezaryen sonrası postoperatif ileusu azaltmadaki rolünü inceleyen 2014 yılında yapılan sistematik derlemede, yaklaşık %12' lik bir insidans olduğunu öne sürülmüştür (70).

İleus; anoreksi, bulantı ve kusma, gaz çıkaramama, ameliyattan sonra artan ağrı ve distansiyon ile kendini gösterir. Semptomlar tutulan bağırsak bölgesine bağlı olarak değişkenlik gösterir. Alt gastrointestinal bölgede görülen tutulumda minimal distansiyon ve oral alımı tolere etme ile birlikte flatus yokluğu görülebilirken, üst gastrointestinal bölgede görülen tutulumda flatus korunurken distansiyon, kusma ve oral alımı tolere edememe görülebilmektedir. İntravenöz sıvı replasmanı, antiemetikler ve oral alımın sınırlandırılması postoperatif ileusu yönetmek için kullanılır. Özellikle dirençli kusma ile birlikte belirgin distansiyonu olan hastalar nazogastrik tüpten faydalanılabilir. Böbrek fonksiyonu, elektrolitler kontrol edilmeli ve bunlarda bozukluk varsa düzeltilmelidir. Bağırsak fonksiyonunu engelleyen opiat analjezikler en az düzeye indirilmelidir (69, 71).

Ana diagnostik zorluk, bağırsak tıkanıklığının nadir görülen daha ciddi nedenlerini dışlamaktır. Bu nedenler arasında postoperatif adezyon oluşumu, intraabdominal sepsis ve Ogilvie sendromu yer alır. Basit konservatif önlemlerle iyileşmeyen veya ameliyat sonrası ileus için beklenenden daha ciddi semptom gösteren hastalarda, batın röntgeni yararlı bir ilk incelemedir. Hem kalın hem de ince bağırsak dahil olmak üzere batın boyunca gaz olması parolitik ileusu daha çok düşündürürken, kolonda gaz olmadan ince bağırsağın şişmiş kısımlarının olması mekanik tıkanıklığı daha çok düşündürmektedir. Ogilvie sendromundan şüpheleniliyorsa röntgen çekilerek çekum çapı ölçülebilir. Benzer şekilde, batın BT taraması da aynı bilgiyi verirken karın içi koleksiyonları da göstererek, bağırsağın tıkanıklık ve geçiş noktasını daha kesin bir şekilde belirlenmesini sağlar (72).

9.1.2.7. Ogilvie sendromu:

Ogilvie sendromu, mekanik bir neden olmaksızın akut kalın bağırsak tıkanıklığı olarak tanımlanır. Sezaryene özgü olmayıp cerrahi geçiren herhangi bir hastada görülebildiği gibi, altta yatan ciddi tıbbi sorunları olan cerrahi geçirmemiş hastalarda da görülebilmektedir. Patofizyolojisi tam olarak bilinmemektedir ancak distal kolonun otonomik innervasyonundaki dengesizlik nedeniyle atoniye bağlı olarak proksimal dilatasyon görülür. Ogilvie sendromu sezaryen sırasında serviks,

vajina ve broad ligamente yakın olan sakral parasempatik pleksusun hasar görmesinden kaynaklanabilir. Klasik semptom, başlangıçta ağrısız olabilen ve çeşitli derecelerde kabızlıkla ilişkili progresif batın distansiyonudur. Çekum genişledikçe ağrı şiddeti artar ve sağ tarafa lokalize olur, buna bağlı olarak taşikardi görülür. Sonunda çekal iskemi, perforasyon ve peritonit görülür (73). Abdominal distansiyonu ilerleyen sezaryen sonrası kadınlarda Ogilvie sendromundan süphelenilmelidir. Öncelikli yaklaşım intravenöz sıvılar, analjezi, elektrolit dengesizliğinin düzeltilmesi, nazogastrik tüp takılması ve batın röntgeni çekilmesidir. Görüntülemelerde genellikle kalın bağırsağın, özellikle de çekumun büyük ölçüde genişlemiş kıvrımları görülür. Çekum çapının 10-12 cm' den az olduğu durumlarda, intravenöz neostigmin uygulanarak konservatif tedavinin denenmesi önerilmektedir. Çekum çapının 10-12 cm' den büyük olması durumunda hastaya rektal flatus tüpü ile acil kolon dekompresyonu yapılmalıdır. Hastaların çoğu hızla iyileşir ancak dekompresyon başarısız olursa veya peritonit kanıtı varsa laparotomi ve bağırsak rezeksiyonu gerekir. Bazı vaka çalışmalarına göre daha küçük çekum çaplarında daha erken cerrahi müdahale önerilmektedir, ancak Ogilvie sendromunun yönetimindeki en önemli nokta hızlı tanı koyma ve cerrahi girişimdir (74).

9.1.2.8. Cerrahi alan enfeksiyonu:

Sezaryen sonrasında ortaya çıkan kısa vadeli morbiditelerden biri de cerrahi alan enfeksiyonudur (CAE). CAE her türlü cerrahi prosedürle ilişkili potansiyel bir komplikasyondur ve cilt, cilt altı doku, yumuşak dokuyu kapsamaktadır. Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezleri (Centers for Disease Control and Prevention, CDC), cerrahinin yapıldığı vücut kısmında 30 gün içinde meydana gelen enfeksiyonu, CAE olarak tanımlamaktadır. CAE tüm sezaryen doğumlarda %1-15 oranında görülmektedir. Sezaryen ile doğum yapan hamile kadınların enfeksiyon kapma olasılığı, vajinal doğum yapanlara kıyasla 5 ila 20 kat daha fazladır. Son on yılda bu risk, büyük ölçüde hijyen koşullarındaki iyileşmeler ve antibiyotik profilaksisi sayesinde önemli ölçüde azalmıştır. CAE sağlık sistemleri, bireyler ve toplumlar üzerinde büyük bir yük oluşturmakta, hastanede kalış süresini, tekrar yatış ve taburculuk sonrası bakım maliyetlerini artırmaktadır (45).

Yapılan çalışmalarda CAE' nin bağımsız risk faktörleri arasında; ileri anne yaşı, tekrarlayan sezaryen öyküsü, erken membran rüptürü, obezite, hipertansiyon veya preeklampsi, diabetes mellitus, korioamnionit, multiparite, tekrarlayan vajinal muayeneler, artmış cerrahi kan kaybı, acil sezaryen doğum, uygun antibiyotik profilaksisinin eksikliği, artmış cerrahi süre ve çoğul gebelikler, hastanede kalış süresinin uzaması, kronik anemi, hipertansiyon, HIV gibi komorbiditelerin varlığı yer almaktadır. Bazı çalışmalar cerrahi sırasında kullanılan tekniklerin insizyonun yeniden açılma riskini artırabileceğini belirtmiştir. Bu risk faktörleri arasında deri kapanması için dikiş yerine zımba kullanılması, subkütanöz dikişin uygulanmaması veya zımbaların erken çıkarılması yer almaktadır (75, 76).

9.2. TEKRARLAYAN GEBELİK SONRASI PELVİK ORGAN KOMPLİKASYONLARI

Tekrarlayan gebelikler pelvik taban kasları ve bağ dokularının zayıflamasına neden olarak pelvik organlara ilişkin çeşitli komplikasyonlara yol açabilir. Özellikle tekrarlayan doğumlar pelvik destek yapılarında hasara neden olur ve bu durum pelvik organ prolapsusları ile birlikte çeşitli klinik sorunların ortaya çıkmasına zemin hazırlar (77).

9.2.1. Üriner İnkontinans

Gebelik süresince ve postpartum dönemde oldukça sık karşılaşılan bir durumdur. Literatür incelendiğinde üriner inkontinansın görülme olasılığı bireylerin sosyodemografik özellikleri, kas yapısı, dokuların kuvvetine bağlı olarak değişiklik göstermektedir. Postpartum dönemde üriner inkontinans görülme oranı %6-31 arasında değişirken, hamilelik süresince bu oran %18,6- 75 arasında olduğu bildirilmektedir. Tekrarlayan hamilelikler ve doğumların ardından geçen bir yıllık süreçte ise bu oran %30-50 arasında değişebilmektedir. Üriner inkontinansın prevelansının postpartum dönemde azaldığına dair bir görüş bulunsa da kanıtlar bu görüşü desteklememektedir (78, 79). Magnani vd. yaptığı çalışmaya göre üriner inkontinans görülme sıklığı hamileliğin son dönemlerine doğru en üst düzeye ulaşmaktadır. Üriner inkontinans postpartum 6. aydan sonra ek risk faktörlerinin varlığında 24. aya kadar devam edebilmektedir (80). Gebelik ve öncesi dönemlerde üriner inkontinans varlığı postpartum dönemde üriner inkontinansın tekrarlama riski ile doğrudan ilişkilidir. Ayrıca tekrarlayan doğumlar, gebelik, uzamış doğum eylemi,

doğum şekli gibi faktörler postpartum dönemde üriner inkontinansın görülme olasılığını artırmaktadır (78).

9.2.2. Sistosel

Pelvik taban kaslarının kuvvet kaybı ve bağ dokularındaki zayıflık sonucunda mesanenin vajene doğru sarkması durumudur. Sistoselin en önemli sebeplerinden biri tekrarlayan gebeliklerdir. Geçirilen her gebelik pelvik yapılar üzerinde stres oluşturarak sistosel gelişme riskini artırmaktadır. Tekrarlayan gebelikler ve spontan vajinal doğumlar pelvik taban kaslarının kuvvetinin azaltır, uterusun büyümesiyle intaabdöminal basınç artışına neden olarak sistosele yatkınlığı artırır (81).

9.2.3. Rektosel

Pelvik taban kaslarındaki kuvvet kaybı sonucunda ortaya çıkan rektumun rektovajinal septumdan posterior vajinal kanala doğru protrüzyonudur. Tekrarlayan doğumlar, gebelik, ağır kaldırma, ileri yaş, kronik kabızlık, obezite, menopoza, genetik faktörler görülme olasılığını artırmaktadır. Hafif rektosel vakaları asemptomatik seyrederken, ağır rektosel vakalarında kabızlık, cinsel ilişki sırasında ve pelvik bölgede ağrı, mukoza erezyonları ve kanama gibi semptomlar görülebilir (82).

9.2.4. Uterin prolapsus

Uterin prolapsus, pelvik taban destek yapılarının zayıflamasına bağlı olarak uterusun pelvik boşluktaki normal anatomik pozisyonuna göre aşağı doğru yer değiştirmesidir (83). Literatürde özellikle tekrarlayan hamilelikler menopoza, obezite, genetik yatkınlık, doğum sırasında meydana gelen mekanik travmalar, pelvik tabanın bağ dokusu ve kaslarında oluşan nöromüsküler hasarlar, hamileliğe bağlı hormonal değişiklikler ile ileri yaşın pelvik destek yapılarını zayıflatarak uterin prolapsus insidansını artırdığı bildirilmektedir (84, 85).

9.3. TEKRARLAYAN SEZARYENDE ARTAN RİSKLER

Uterin enfeksiyonlar, CAE, plasenta previa ve akreata, transfüzyon gerekliliği, histerektomi, mesane ve bağırsak yaralanmaları, operasyon süresinde artış, maternal mortalite, yoğun bakım gerekliliği tekrarlayan sezaryanda artan risklerdir (86).

9.4. SEZARYENDA HİSTEREKTOMİ ENDİKASYONLARI

Atoni kanaması, anormal plesantasyon, uterin rüptür, servikal laserasyon, postpartum uterin enfeksiyon, leiomyom, invaziv serviks kanseri, over neoplazisi sezeryan sırasında histerektomi endikasyonudur. Sezaryen sırasında histerektomi yapıldığında en sık komplikasyon olarak kanama ve üriner hasar görülmektedir (87).

9.5. HAMİLE KADINLARIN DOĞUM ŞEKLİNİ SEÇMESİNE ETKİ EDEN FAKTÖRLER

Sezaryen vajinal doğumun mümkün olmadığı durumlarda, anne veya bebeğin hayatını tehlikeye sokabilecek ciddi komplikasyonların varlığında en sık tercih edilen cerrahi girişimdir. Sezaryen spontan vajinal doğumun mümkün olmadığı veya spontan vajinal doğum için ciddi komplikasyonların varlığında anne bebek için hayat kurtarıcıdır (88). Her ne kadar doğum kişisel bir deneyim olsada çevresel faktörlerden, toplumun sosyokültürel yapısından yüksek oranda etkilenmektedir. Beckett vd. yaptıkları çalışmada erkeklerin egemen olduğu toplumlarda, kadınların bedenlerine güvenin az olması ve baskıcı toplum yapısı sonucunda kadınların doğum eylemini gerçekleştiremeyecekleri düşüncesi toplum tarafından vurgulandığı belirlenmiştir (89). Belirtilen nedenler doğrultusunda hamile kadınların özellikle sezaryene yöneldiklerini ve sezaryenle doğum yapmak istedikleri saptanmıştır. Aynı çalışmada cinsiyet eşitliğinin hakim olduğu toplumlarda ise hamile kadınların kendi bedenlerine güvenlerinin daha fazla olduğunu ve ebe tarafından desteklenen gebelerin spontan vajinal doğumun hem kendileri hem de bebekleri açısından daha sağlıklı olduğu belirlenmiştir (89).

Ülkemizde yapılan çalışmalar kadınların özellikle spontan vajinal doğumu seçme sebeplerinin annenin ve bebeğinin sezaryenle doğuma göre daha sağlıklı olacağı düşüncesinden kaynaklandığını belirtmiştir (90, 91). Hamile kadınların büyük çoğunluğu süreç boyunca doğum yöntemi hakkında çok çeşitli kaynaklardan bilgi almaktadır. Bu kaynakların ilk sırasında sağlık personeli, ikinci sırada ise internet ve arkadaşları bulunmaktadır. Bu araştırma sonucunda hamile kadınların %17,9' unun doğum şekli konusundaki kararlarının değiştiği saptanmıştır. Aile, arkadaş ve internet kaynaklarından elde edilen bilgiler yetersiz ve yanlış bilgilendirmeye sebebiyet vermektedir. Doğumların %72' sinin şekline hekimin

karar verdiği gözlenmiştir. Hamile kadınlara sorulduğunda %58,3' nün sezaryanı tercih ettiği sezaryen olan bireylerin ise %56,3' nün bir sonraki doğumda normal doğum yapmak istedikleri belirlenmiştir. Her ne kadar hamile kadınlar doğum şekline karar vermiş olsalar da planladıklarından farklı şekilde doğum yapmak zorunda kalabilmektedirler. Doğum şekli konusundaki son karar her zaman hekimin olmuştur (92). Doğum yapacak hamile kadınların sezaryanı seçme sebepleri arasında spontan vajinal doğuma karşı duyulan korku, doğum esnasında bebeğin riske gireceğinin düşünülmesi, doğum sırasında oluşan ağrıyı kaldıramama korkusu, korunma yöntemi olarak sezaryen esnasında tüplerini bağlatmak istemeleri, annelerin yaşının ileri olması, epizyotomi korkusu ve estetik kaygılar, posterm gebeliğin olması ve çeşitli indüksiyonlar ile doğum eyleminin ilerlememesi, aile ve arkadaş baskısı gibi sebepler yer almaktadır (90).

Bazı annelerde ise sezaryenle yapılan doğumun zor bir doğum şekli olduğunu, sezaryen sonrası emzirme güçlüğü, doğum sonrası sosyal hayata dönüşün gecikeceği, bebekte insizyona bağlı kesi yaralanmalarının oluşabileceği, doğum sonrası uyukusuzluk, gaz çıkarmada zorluk, ağrı gibi korkular yer almaktadır. Bu yüzden bunları düşünen kadınların daha çok oranda spontan vajinal doğuma yönelimi söz konusu olmaktadır (93).

Hausman vd. yaptığı çalışmaya göre kadınların sezaryeni tercih etmelerinin sebebi yeterli ve doğru bilgiye ulaşamamaları ve bu konudaki en önemli sebebin de teknoloji olduğunu öne sürmektedir (94). Ayrıca yapılan çalışmalar kadının sezaryen tercihi yaparken sağlık çalışanlarından yeterli bilgi edinememeleri, teknolojiye bağlı olarak yanlış bilgilendirildiklerini düşünmektedirler. Endikasyonsuz olarak yapılan sezaryen ameliyatlarında maternal ve fetal sağlığın riske girdiğini ayrıca toplumsal olarak ekstra maliyete sebebiyet verildiğini savunmuşlardır (89, 94).

Wagner vd. sezaryeni etik ve ekonomik açıdan inceledikleri çalışmalarında endikasyon olmadan yapılan sezaryen ameliyatlarının anne ve bebeğin hayatını gereksiz olarak riske attığını, sezaryen yapılacaksa tıbbi endikasyon gösterilmesi gerektiğini belirtmişlerdir (95). Aynı çalışmada sezaryen oranlarının artığı, bu artışın fetal ve maternal riskleri de beraberinde getirdiği gözlemlenmiştir. Anne ölüm oranındaki artış sebebinin sezaryen sayısındaki artışla bağlantılı olduğu ve anne ölümlerinin dikkatli bir şekilde incelenmelidir. Bu çalışmada gereksiz yapılan her

sezaryen ameliyatı malzeme, kişi, zaman, eğitim ve hazırlık gibi kaynakların gereksiz harcanmasına sebebiyet verdiği belirtilmiştir (95). Doğum her zaman normal ve fizyolojik bir süreç olmuştur ama batılı modern görüşün etkisi ile doğum, riskli ve müdahale edilmesi gereken bir süreç gibi lanse edilmektedir. Wagner vd. 2000 yılında yaptıkları çalışmalarında kadın doğum uzmanlarının sezaryeni tercih etmelerindeki amacın spontan vajinal doğum esnasında oluşabilecek risklerden kaçınmak olduğu ancak endikasyonsuz ve gereksiz yapılan sezaryen ameliyatlarından sonra anne ve bebeğin hayatını riske attığını savunmuştur (96).

Hamile kadınlar çoğu zaman bebekleri için en iyi ve hayat kurtarıcı yöntemin sezaryen olduğunu düşünmektedirler. Kendileri ve bebekleri için spontan vajinal doğuma oranla daha az riskli olduğuna inanmışlardır. Ama bu kararın tüm riskler göz önüne alınarak uzman hekimler ve ebeler tarafından verilmesi gerekmektedir. (97). Türkiye’ de sezaryen sayısı vajinal doğumdan daha fazla oranda görülmektedir. Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü 2021 raporunda Türkiye’de her 1000 canlı doğumdan 544’ünün sezaryen ameliyatı ile gerçekleştiği bilgisi yer almaktadır (98).

9.6. SEZARYENDE CERRAHİ MÜDAHELE TİPİ

9.6.1. Elektif Sezaryen

Sezaryen abdominal cerrahiye içeren invaziv bir tıbbi uygulamadır. Sezaryen oranındaki önemli artış toplumların çoğunda önlemleri bir sorun haline gelmiştir. Her ne kadar sezaryen anne ve fetus sağlığını korumak için tercih edilse de günümüzde herhangi bir tıbbi neden olmaksızın maternal istek üzerine gerçekleştirildiğini sıklıkla gözlemlenmektedir. Çoğu ülkede sezaryenle doğum prevalansı DSÖ tarafından tüm doğumların %10-15 olarak açıklanan kabul edilebilir eşik değerin üzerindedir. Elektif sezaryenin nedenleri oldukça karmaşıktır ve açıklanması kolay olmayan farklı faktörler etkilidir. Genellikle elektif sezaryen talebi, tüm hamile kadınların yaklaşık %20’ sinin yaşadığı doğum korkusundan kaynaklanmaktadır ve bu kadınların %6 ile %10 arasında doğum yapma korkusu bulunmaktadır. Yapılan diğer çalışmalar ise kadınların üriner inkontinansı ve pelvik organ prolapsusunu önlemek için elektif sezaryeni seçtiklerini bildirmiştir. Son zamanlarda yapılan çalışmalar elektif sezaryenin vajinal doğuma kıyasla üriner inkontinans, pelvik

organ prolapsusu ve fekal inkontinans gibi pelvik taban sorunları riskini azaltabileceğini göstermektedir (99, 100).

Planlı sezaryen ile doğum, annelere ve doktorlara doğum zamanını planlama olanağı da sunmaktadır. Bunun yanı sıra kadın doğum uzmanları, sezaryenle ilişkili obstetrik risklerin artması nedeniyle annelerin elektif sezaryen isteğini yerine getirme konusunda genellikle isteksizdir. Sezaryen, vajinal doğuma göre anestezi komplikasyonları, idrar yolu yaralanması, kanama, enfeksiyon, yenidoğan solunum sıkıntısı ve yenidoğan laserasyonları gibi daha yüksek risklere sahiptir. Vajinal doğumdan sonra iyileşme süresi sezaryene göre daha kısadır. Ayrıca sezaryen doğum daha yüksek maliyetlerle ilişkilidir (101).

9.6.2. Acil Sezaryen

Acil sezaryen, fetüsün ve/veya hamile kadının yaşamına yönelik acil bir risk söz konusu olduğunda uygulanan cerrahi prosedürdür. Acil sezaryen gerçekleştirme kararı ile yenidoğanın doğumu arasındaki süreye karar- doğum aralığı denir. RCOG' a göre önerilen doğum kararı aralığı 30 dakikadır (102). İndüksiyon başarısız olursa, acil sezaryen ile doğum yapılması gerekir ve acil sezaryenlerde maternal riskler elektif sezaryen doğumlara göre daha fazladır. Genellikle spontan vajinal doğuma öncelik verilir, çünkü vajinal doğumun hem hamile kadın hem de çocuk için elektif sezaryen doğumdan daha güvenli ve daha faydalı olduğu düşünülmektedir. İndüksiyonun başarısız olması, güvenli ve faydalı bir doğum gerçekleştirme amacının başarısızlığa uğramasıdır. Spontan vajinal doğumun ilerlememesi durumunda sezaryen kararı kaçınılmazdır (103).

9.7. YAŞAM KALİTESİ

Bireylerin ve toplumların genel iyilik hali olarak tanımlanan, yaşamın olumsuz ve olumlu yönlerini özetleyen yaşam kalitesi; fiziksel sağlık, aile, eğitim, istihdam, refah, dini inançlar, finans ve çevreye kadar birçok parametreden oluşan yaşam memnuniyetini içermektedir. Hamilelik ve doğum sonrası da dahil olmak üzere yaşamın tüm aşamalarında yaşam kalitesi değerlendirilebilir (104). Sağlık hizmetlerinin giderek daha fazla hasta merkezli bir yaklaşıma yönelmesi ile birlikte,

sağlıkla ilgili yaşam kalitesi gibi hasta tarafından bildirilen sonuçlar özellikle hamilelik ve doğum süreçlerinde artan bir öneme sahip olmaya başlamıştır (105).

Her dakika dünya genelinde yaklaşık 255 bebek doğmaktadır. Doğum süreci hamile kadının fiziksel, psikoloji ve sosyal sağlığını etkilemektedir. Son 10 yılda gelişmiş ülkelerde hamilelik süreci ve doğum sonrası bakım geleneksel olarak mortalite ve morbiditeyi azaltmaya yönelik hedeflerin ötesine geçerek sağlıkla ilgili yaşam kalitesini iyileştirmek gibi daha geniş hedeflere yönelmiştir. Sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi, fiziksel, psikolojik ve sosyal boyutları içeren çok yönlü bir kavramdır. Bu kavram, DSÖ'nün sağlığı yalnızca hastalık veya sakatlık durumunun yokluğu değil, aynı zamanda fiziksel, zihinsel ve sosyal yönden tam bir iyilik hali olarak tanımlaması ile şekillenmiştir. Bireyin sağlıklı kabul edilebilmesi, yalnızca bedensel iyilik haliyle değil aynı zamanda duygusal ve zihinsel iyilik haliyle de doğrudan ilişkilidir (106). Doğuma hazırlık sürecinin neden olabileceği duygusal ve psikolojik sorunlar üzerine yapılan çok sayıda çalışma bulunmaktadır. ACOG, postpartum dönemi 12 haftaya kadar uzatarak bu döneme “dördüncü trimester” adını vermektedir. Bu dönem, akut (24 saat), erken (7 gün) ve geç (6 hafta ile 6 ay arası) olmak üzere üç faza ayrılmakta ve annelerin sağlığı üzerindeki kritik etkisi vurgulanmaktadır (107). Gecikmiş iyileşme, fiziksel limitasyonlar, ağrı gibi cerrahi ve anesteziye bağlı olarak görülen komplikasyonlar yaşam kalitesinin mental ve emosyonel boyutlarını negatif yönde etkileyerek, postpartum dönemde annelerin genel yaşam kalitesinin düşmesine sebep olmaktadır (108, 109).

Çalışmalar, sezaryen doğum yapan annelerde yaşam kalitesinin fiziksel ve emosyonel bileşenlerinin vajinal doğum yapanlara kıyasla daha fazla etkilendiğini ortaya koymuştur. Sezaryen doğumdan sonra kadınlar depresyon ve ağrı semptomlarını daha şiddetli yaşamaktadır. Bu durum, bir sonraki hamileliklerinde ve doğum sonrası dönemde yalnızca yaşam kalitesini değil, aynı zamanda ebeveynlik tutumlarını ve ailenin genel refah düzeyinide olumsuz yönde etkileyebileceği düşünülmektedir (6).

Az sayıda araştırmacı sezaryenden sonraki ilk birkaç gün boyunca kadının iyilik haliyle ilgilenmiştir ve daha azı da sezaryen sonrası kadınların konforunu artıran etkili psikolojik müdahaleleri belirlemeye ve tanımlamaya çalışmıştır (110, 111). Hamile kadının doğum ve postpartum dönemdeki adaptasyonu, annenin

sağlıkla ilgili yaşam kalitesi üzerinde önemli bir etkiye sahiptir. Ayrıca postpartum dönemde yaşam kalitesi hamilelik, doğum süreci, yenidoğanın sağlığı, maternal ırk, maternal yaş, maternal eğitim durumu, sosyoekonomik durum tıbbi ve tıbbi olmayan faktörlerden etkilenmektedir. Literatürde belirtilen üriner inkontinans gibi yaygın sağlık sorunları yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir (7). Tekrarlayan gebelik ve doğum üriner inkontinansın kadınlarda görülme olasılığını artırmaktadır. Üriner inkontinans, rektosel her ne kadar yaşamı tehdit eden bir hastalık olmasa da özellikle sosyal yaşam, günlük yaşam aktiviteleri, eğitim ve iş faaliyetlerinde kadınların hayatlarını kısıtlayarak yaşam kalitelerinin azalmasına neden olmaktadır (112, 113). Üriner inkontinans gülme, öksürme, egzersiz yaparken kişinin sürekli idrar kaçıracağı gibi hissetmesi sonucunda fiziksel aktivitelerden kaçınmaya neden olarak fiziksel ve sosyal engellere yol açmaktadır. Psikolojik olarak annelerin ve gebelerin özgüvenlerini sarsarak anksiyete, depresyon ve strese neden olmaktadır. Bu durum sonucunda kadınlar kendilerini toplumdan soyutlamalarına sebep olur (114). Tekrarlayan gebeliklerden sonra gelişen sistosel sık idrara çıkma, üriner inkontinans, vajinada dolgunluk ve baskı hissi, idrar yaparken zorlanma, cinsel ilişki sırasında rahatsızlık hissi gibi semptomlar görülmektedir. Bu semptomlar annenin yaşam kalitesini negatif yönde etkiler ve özgüven kaybına neden olur (115). Uterin prolapsusu kadının yaşam kalitesi üzerine etkisi yalnızca fiziksel semptomlarla sınırlı değildir, ileri yaşlarda sık karşılaşılan bir durum olmasına rağmen çoğu kadın hastalıklarını ve semptomlarını gizlemektedirler. Uterin prolapsus, üriner inkontinans, fekal inkontinans, pelvik ağrı, mukuza erezyonu ve kanamaya neden olarak psikolojik durumu olumsuz etkilemektedir (34, 85). Bu bağlamda yaşam kalitesini değerlendirmek amacıyla Prolapsus Yaşam Kalitesi Ölçeği (P-QoL), Pelvik Taban Distres Envanteri (PFDI-20) ve Pelvik Taban Etki Ölçeği (PFIQ-7) gibi ölçme araçları kullanılmaktadır. Bu ölçekler kullanılarak yapılan çalışmalarda özellikle ileri evre uterin prolapsuslarda yaşam kalitesi çok ciddi oranda etkilendiği belirtilmiştir (116).

Olivera vd. yaptıkları çalışmada 30-40 yaş arası, yüksek eğitim seviyesine sahip, beyaz ırktan olan annelerin yaşam kalitesi düzeylerinin daha yüksek olduğunu saptamıştır (117). Yüksek maternal yaş, düşük sosyo-ekonomik düzey ve zenci ırktan olan annelerin yaşam kalitelerinin daha düşük düzeyde olduğu belirlenmiştir (117).

İleri yaşta doğum yapmış annelerde, bazı olumsuz fiziksel ve zihinsel sağlık sonuçlarının görülme riski artabilir, bu da sağlıkla ilgili yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir. Maternal yaş, doğum şekli ve doğum sonrası yaşam kalitesi gibi faktörlerin arasındaki ilişkinin incelendiği çalışmaların sonuçları arasında tutarlılık görülmemektedir. (118).

Sezaryen bir batın ameliyatıdır ve insizyon, ağrı, kan kaybı, halsizlik, hareket kısıtlılığı, ağırlık kaldırma yasağı ve ameliyattan sonra görülebilen skar doku gibi sonuçlara sahiptir. Sezaryen ameliyatı geçiren kadınlar ilerleyen süreçte günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmekte zorluk çekme, postpartum dönemdeki ağrıya ve korkuya bağlı geç mobilize olma, ağrı, emzirememe, uykusuzluk, yeni doğan çocuğun bakımını yapmakta güçlük, postpartum dönemde konforda azalma, anksiyete, depresyon gibi pek çok sorunla baş etmektedirler (3).

Kısa vd. 2016' da yaptığı bir çalışmada sezaryen sonrası kadınların sorunları karşılaştırıldığı zaman en önemli sorun olarak ağrı görülmüştür (119). Cerrahi sonrası dönemde ağrının oluşum mekanizması iki önemli faktöre bağlıdır. Biri postpartum dönemde oksitosin salınımına bağlı olarak uterus kasılıp eski haline dönmesi, diğeri ise cerrahi insizyona bağlı olarak gerçekleşen travmadır. Cerrahi sonrası ağrının azaltılmasına yönelik girişimler; depresyonu ve anksiyeteyi azaltıp, yeterli miktarda emzirmeyi, postpartum bebek bakımını ve bireyin yaşam kalitesini artırmaya yönelik önemli bir etkiye sahiptir (119, 120).

Sezaryen sonrası ilk birkaç gün içinde, yaşam kalitesini etkileyebilecek somatik sonuçlar aşağıda tanımlanmıştır:

- Ağrı

- Öksürürken, pozisyon değiştirirken, hareket ederken cerrahi alan ağrısı,

-Uterusun involüsyonuna bağlı batın ağrısı,

-Subaraknoid anestezinin komplikasyonu olarak baş ağrısı (ponksiyon sonrası sendrom),

- Sırt ağrısı,

- Genel anestezi veya ağrı kesicilerden sonra bulantı ve kusma,

- Fiziksel aktivitenin kısıtlanması,

- Spontan vajinal doğuma göre daha uzun süre yatakta kalma ihtiyacı,

- Sırt üstü yatma zorunluluğu (ameliyattan sonra birkaç saat boyunca),

- Ameliyattan sonra 24 saat boyunca parenteral beslenme,
- Ağrı ve kuvvet kaybı nedeniyle öz bakım kapasitesinde azalma,
- Cerrahi ameliyat esnasında kan kaybına bağlı kan değerlerindeki düşme sonucu akut dönemde üşüme ve titreme hissiyatı (ameliyattan sonra birkaç saat boyunca),
- Önemli ölçüde kan kaybına bağlı halsizlik,
- İdrar yapma zorluğu, kabızlık,
- Çocuk bakımında zorluk (pozisyon değiştirirken ağrı),
- Emzirme zorluğu,
 - Bebeği spontan vajinal doğumdan daha geç memeye koyma, memelerin boşaltılamaması, ek biberonla besleme nedeniyle emzirmenin gecikmesi.
 - Bebeği memeye koymak için hareket ederken hissedilen insizyon ağrısı (121).

Sezaryen sonrası erken dönemde kadınların olumsuz yaşam kalitesinin iki ana belirleyicisi ameliyat sonrası ağrı ve emzirme güçlüğüdür. Sezaryen sonrası emzirmeye başlamak spontan vajinal doğuma göre daha zor olabilir çünkü bebekle ilk temas gecikir ve ayrıca bebek anestezi etkisi altında ve güçlü bir emme refleksi üretemeyecek kadar uykulu olabilir. Tüm bu faktörler laktasyonu geciktirebilir. Emzirmenin gecikmesi annenin ruhsal durumunu olumsuz etkiler. Bu aşamadaki birçok kadın emziremeyeceklerinden veya süt üretemeyeceklerinden ve bebeklerinin emmeyi asla öğrenemeyeceğinden korkar. Annenin stresi laktasyon refleksini bloke edebileceğinden kısır döngü tetiklenir (110).

Sezaryenin psikolojik sonuçlarını tartışırken, cerrahinin hangi koşullar altında yapıldığını göz önünde bulundurulmalıdır. Sezaryen sonrası yaşam kalitesiyle ilgili yayınlarda yazarlar, beklenmedik bir ameliyat geçiren hastaların daha depresif olduklarına ve ameliyatı planlı olan hastalara kıyasla yaşam kalitesi düzeyinin daha düşük olduğuna dikkat çekmektedir. Sezaryen sonrası genç anneler, spontan vajinal doğum yapan annelere kıyasla yaşadıkları deneyimi daha olumsuz değerlendirmektedir (122). Torkana vd. tarafından İran'da yapılan bir çalışmada da sezaryenle doğum yapan kadınların yaşam kalitesi puanlarının, özellikle doğumdan sonraki ilk birkaç hafta içinde, vajinal doğum yapan kadınlara kıyasla yarı yarıya daha düşük olduğu bulunmuştur (4). Jansen vd. yaptıkları çalışmalarında beklenmedik ve planlı sezaryen sonrası kadınların, vajinal doğum yapan kadınlara

kıyasla daha fazla yorgunluk, daha düşük yaşam kalitesi ve daha uzun iyileşme süresi tespit etmişlerdir (123). Bu çalışmada, plansız ameliyat geçiren hastalar en fazla yorgunluk hisseden ve en düşük yaşam kalitesine sahip grup olarak belirlenmiştir (123).

Hada vd. 2019 yılında yaptıkları çalışmaya göre dünya üzerinde postpartum dönemde gözlenen depresyon ve kaygı düzeyi son on yılda ciddi artış göstermiştir (124). Bu çalışmada depresyon ve kaygı özellikle vaktinden erken dönemde spontan vajinal yolla doğum yapanlarda ve cerrahi yöntem olan sezaryenle doğum yapanlarda daha çok gözlenmektedir. Sezaryenin diğer dezavantajları ise ameliyat esnasında kullanılan opioid ilaçlara ve sezaryen esnasında uygulanan ekartasyon yöntemlerine bağlı olarak sindirim sistemi bozuklukları (postpartum dönemde bağırsak hareketlerinin yavaşlaması, bulantı, kusma), batin bölgesinde gerçekleşen kramplar ve solunum sistemi fonksiyon bozukluklarıdır. Bunun gibi birçok durum kadınlarda kaygı artışına sebep olmaktadır. Ayrıca ağrıya bağlı olarak postpartum dönemde anenin oral beslenmeye geçişinin gecikmesi, bebeğini emzirmede yaşadığı güçlükler, sezaryene bağlı farklı komplikasyonların varlığı (CAE gibi) ve geç mobilizasyon gibi faktörler de sezaryen sonrası kaygıyı önemli ölçüde arttırmaktadır (124, 125). Kuo vd. 2014 yılında sezaryen olan kadınların depresyon düzeylerini incelemeye yönelik yaptıkları çalışmada, postpartum birinci gün depresyon düzeylerinin 6. ayda yapılan değerlendirmeye göre daha yüksek olduğu saptanmıştır (126). Postpartum dönemde maternal kaygı ve depresyonun erken dönemde tespit edilmesi hayati bir öneme sahiptir. Erken dönemde tespit edildiği zaman kaygı ve depresyon yüzünden oluşabilecek birçok komplikasyonun önüne geçilmiş olunacaktır. Maternal kaygı ve depresyonun erken dönemde tespit edilmesi sayesinde postpartum dönemde maternal yaşam kalitesi artırılmış olur (125).

Sezaryen sonrasında önemli cerrahi sorunlardan biri de postop dönemde bağırsak hareketlerinin normal düzenine geç dönmesidir. Batin içine yapılan müdahaleler sonucunda bağırsaklar da dahil olmak üzere birçok organ bu durumdan etkilenerek fonksiyon bozuklukları görülebilmektedir. Bağırsak hareketlerindeki bozulma cerrahi müdahale süresinin uzaması, anestezi ve iyileşme süresiyle ilgilidir. Bağırsak hareketleri normale dönmeyen postpartum dönemdeki kadınlarda epigastrik hassasiyet, hareket güçlüğü gibi problemler görülmektedir. Postpartum dönemde

bağırsak hareketleri normale dönmeyen kadınların yaşam kalitesi etkilenmektedir (127). Bağırsak hareketlerinin etkilenmesi, birçok psikolojik sorun ve fiziksel rahatsızlık yaratır ve bireyin günlük yaşam aktivitelerinde kısıtlamalara sebep verir. Postpartum dönemde bağırsak hareketleri etkilenen kadınlarda; ağrı, rahatsızlık, kabızlık, sindirim sistemi problemleri, psikolojik bozukluk ve beslenmenin normale dönmemesi enerji seviyesinde düşüklüğe neden olmaktadır. Bağırsak hareketlerinde azalma sıvı ve katı gıdaların alımında gecikmeye sebebiyet vererek postpartum dönemde iyileşme sürecini geciktirerek yaşam kalitesini negatif yönde etkilemektedir (128).

Hamilelik süresince kadının bedeninde hızlı kilo alımı, hormonal değişiklikler, kramplar, ödem gibi değişiklikler gerçekleşir. Doğumdan sonra anneler hamilelik öncesi vücut şekline ve yaşam tarzına dönmek isterler. Hamilelik süresince meydana gelen bu değişimler hanile kadının kendi beden imajı ile alakalı memnuniyetsizliğine neden olmaktadır. Değişen hormonal düzeylerle beraber beden imajındaki değişiklik annenin deprese hissetmesine neden olabilir. Bu durum anne, aile bireyleri ve yeni doğanın yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyebilir. Postpartum dönemde anne psikoloji desteğe ihtiyaç duyabilir (129).

Yukarıda özetlenen faktörlere ek olarak, doğum türüyle doğrudan ilgili olmayan çeşitli faktörler de sezaryen sonrası kadınların yaşam kalitesini etkilemektedir.

- Yeni doğan bebeğin sağlık durumu,
- Annenin genel sağlık durumu,
- Diğer aile üyelerinin sağlık durumu,
- Bebeğin ebeveynleri arasındaki ilişkiler, örneğin bebeğin babası tarafından sunulan desteğin miktarı,
- Diğer yakın akrabalarla ilişkileri,
- Annenin ve eşinin mali durumu,
- Annenin ve eşinin barınma koşulları.

Tüm bu faktörlerin toplamı sezaryen sonrası yaşam kalitesini belirler (128).

DSÖ' ye göre yaşam kalitesi, bireyin yaşamdaki yerini, kültürel bağlamı, hedefleri, beklentileri ve endişeleri göz önünde bulundurarak algılayış şeklidir (130). Mevcut kanıtlar, sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin maternal bakımın önemli bir

belirleyicisi olduğunu ve bu göstergenin fiziksel, psikolojik, ilişkisel ve sosyal sağlık bileşenlerinden etkilendiğini ortaya koymaktadır (110). Hamilelik ve postpartum dönemde yaşam kalitesi genellikle hasta tarafından bildirilen çok boyutlu ve geçerliliği kanıtlanmış ölçekler olan SF-36 ve Kısa form 12 (SF-12) ile değerlendirilmektedir. Bu ölçekleri sırasıyla DSÖ Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kısa Form (World Health Organization Quality of Life - BREF, WHO QoL-Bref), DSÖ Yaşam Kalitesi-100 (World Health Organization Quality of Life - 100, WHO QoL-100) ve Anne Tarafından Oluşturulan İndeks (Mother generated indeks, MGI) takip etmektedir. Short Form-34 Pregnancy (SF-34 PREG) ölçeği SF-36'nın gebelik için uyarlanmış versiyonudur ve gebe kadınlarda yaşam kalitesini değerlendirmek için geliştirilmiştir. Gebelikte Yaşam Kalitesi (Quality of life gravidarum, QoL-GRAV) ölçeği ise gebelik sırasındaki yaşam kalitesini ölçmek amacıyla geliştirilmiş olup, WHO QoL-Bref ile güçlü güvenilirlik ve geçerlilik göstermektedir. Sağlıkla ilgili yaşam kalitesini ölçmek için kullanılan standart bir ölçek olan EQ-5D; beş boyuttan oluşan genel yaşam kalitesi ölçüm aracıdır.(131).

SF-36 Ölçeği: Sağlıkla ilgili yaşam kalitesini değerlendiren 36 maddeden oluşan hasta tarafından bildirilen ölçektir. SF-36, 1993 yılında farklı disiplinlerden araştırmacıların yer aldığı tıbbi sonuç çalışması ekibi tarafından bireylerin işlevsel durumunu ve refahını değerlendirmek amacıyla geliştirilmiştir. Normal popülasyon ve farklı hastalıklara sahip bireylerin yaşam kalitesini ölçmek amacıyla araştırmacılar, klinisyenler tarafından yaygın olarak kullanılmaktadır. SF 36 ölçeği fonksiyonel durum, iyilik hali ve sağlığın genel değerlendirmesini kapsayan; fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, emosyonel rol güçlüğü, vitalite, mental sağlık, sosyal fonksiyon, ağrı, genel sağlık algısı olmak üzere sekiz alt boyutta ölçek. Alt boyutların %95 güven aralığında sınıflar arası korelasyon katsayısı (Inter class coefficient-ICC) değerine göre test tekrar test güvenirliliği 0,78 - 0,91 arasında değişmektedir (132, 133).

SF-12 Ölçeği: Çok yönlülüğüne ve sık kullanımına rağmen, SF-36 çok sayıda madde içermesi ve uzun uygulama süresi nedeniyle eleştirilmiştir. Daha kısa sürede uygulanabilir pratik bir ölçüm geliştirmek amacıyla Ware vd. SF-36 ile aynı boyutları içeren ancak daha az soruya sahip olan ve böylece kullanımında önemli bir avantaj sağlayan SF-12' yi geliştirmiştir. SF-12 birçok dile çevrilmiş, sağlıklı

popülasyon ve birçok hasta gruplarında geçerli ve güvenilir bir ölçek olduğu yapılan çalışmalarla belirlenmiştir. SF-12 fiziksel fonksiyon (2 madde), fiziksel rol güçlüğü (2 madde), ağrı (1 madde), genel sağlıkgısı (1 madde), vitalite (1 madde), sosyal fonksiyon (1 madde), emosyonel rol güçlüğü (2 madde) ve mental sağlığı (2 madde) olmak üzere 8 alt boyutta toplam 12 maddeden oluşmaktadır (56, 134). Alt boyutların %95 güven aralığında ICC değerine göre test tekrar test güvenilirliği 0,75-0,88 arasında değişmektedir (135).

WHO QoL-Bref - WHO QoL-100 Ölçekleri: WHO QoL-100 Avrupa Yaşam Kalitesi Araştırma Topluluğu tarafından sağlıkla ilgili yaşam kalitesini ölçmek amacıyla 1990 yılında geliştirilen ölçek; mobilite, özbakım, günlük aktiviteler, ağrı/rahatsızlık, anksiyete/depresyon olmak üzere beş alt boyuttan oluşmaktadır. Ayrıca katılımcıların mevcut sağlık durumunu 0-100 arasında puanlanan görsel analog skalası da bulunmaktadır (136). WHO QoL-Bref, yaşam kalitesi ve sağlık hizmetleri üzerine 10 yıl süren geliştirme araştırmalarından doğmuştur. Öznel değerlendirme için kişi merkezli, çok dilli bir araçtır ve çok boyutlu bir profil olarak genel kullanım için tasarlanmıştır, böylece çok çeşitli hastalık ve durumların karşılaştırılmasına olanak tanımaktadır. WHOQOL-Bref, WHOQOL-100'ün kısa bir versiyonu olarak, zamanın kısıtlı olduğu, katılımcı yükünün en aza indirilmesi gerektiği durumlarda kullanılmak üzere geliştirilmiştir. WHOQOL-Bref, fiziksel, psikolojik, sosyal ve çevresel olmak üzere dört yaşam kalitesi alanında geliştirilmiştir, 26 maddeden oluşmaktadır (137).

MGI Ölçeği: MGI, annenin önemli olarak tanımladığı, doğum bakımı uygulamaları ve müdahaleleri bağlamında değişkenlerin yer aldığı listeye dayanan; yaşam kalitesi puanının hesaplandığı, tek sayfalık üç aşamalı öznel bir doğum sonrası yaşam kalitesi değerlendirme aracıdır. Annenin kaydedebileceği değişkenler önceden belirlenmediğinden MGI standart bir psikometrik analize uygun değildir; ancak yapı geçerliliği ve güvenilirliği yüksek bulunmuştur (138).

EQ-5D Ölçeği: Ölçek bireyin yaşam kalitesini mobilite, özbakım, olağan aktiviteler, ağrı/rahatsızlık, endişe/depresyon olmak üzere beş alt boyutta inceleyen genel sağlık ölçeğidir. Ölçek EQ-5D indeks ve EQ-5D VAS olmak üzere iki kısımdan oluşmaktadır. EQ-VAS' da birey kendi sağlığını 20 cm'lik dikey bir görsel

analog skala üzerinde değerlendirmektedir. Ölçeğin genel güvenilirlik katsayısı (Cronbach $\alpha=0,860$) yüksek derecede güvenilir olarak bulunmuştur (139).

Bireyin yaşam kalitesini ölçmek için birden çok boyutta değerlendirme yapılması gerekse de sağlık alanında yaşam kalitesinde en çok dikkat çeken boyutlar fiziksel, psikolojik ve sosyal boyutlardır. Yaşam kalitesi ölçümü tek boyutlu ve basit bir şekilde ele alınamayacağı için farklı üstünlükleri olan yaşam kalitesi ölçekleri geliştirilmiştir (140). Bu ölçekler arasında öne çıkanlar MGI, SF-12, SF-36, WHO-QoL Bref, EQ-5D dir. Yapılan sistematik incelemede yaşam kalitesinin değerlendirilmesinde SF-36' nın en yaygın kullanılan ölçek olduğunu vurgulamaktadır (141). Bu ölçeklerin her biri farklı yönden avantaj ve kısıtlılıklara sahiptir. SF-36 sağlıkla ilgili yaşam kalitesini farklı boyutlarını ele almaktadır. Fiziksel sağlık ve sağlık durumunun genel etkisini değerlendirmek isteyen çalışmalar için idealdir ve sekiz temel sağlık boyutunda fikir sahibi olmamızı sağlar. Klinik değerlendirmelerde ve sağlık araştırmalarında sıklıkla tercih edilmektedir. Yaşam kalitesini tüm yönleriyle ele almak için SF-36 daha çok tercih edilebilir. Özellikle kronik hastalıklar, cerrahi yaklaşımların veya tedavilerin etkinliğini değerlendirmek için yaygın olarak kullanılmaktadır. Fiziksel ve mental sağlık alt boyutları klinik karar ve izlem açısından avantaj sağlamaktadır (142). WHO QoL-Bref 'in 26 soru ve 4 alt boyuttan oluşması SF-36'ya göre uygulama kolaylığı ve süreden tasarruf sağlamaktadır. Herhangi bir müdahalenin hem fiziksel hem de psikoloji boyutlarını incelese de SF-36 kadar ayrıntılı veri sunamamaktadır. Özellikle tıp ve sağlık bilimleri alanında SF-36' nın kullanımının daha yaygın olduğu görülmektedir. EQ-5D ise 5 alt boyutu değerlendirmektedir, tıbbi müdahalenin fiziksel boyutu incelese de mental sağlık gibi parametreleri nicelemede yetersiz kalmaktadır. SF 36 ise mental sağlığı iki ayrı boyutta değerlendirmektedir. SF-36, özellikle tedavi öncesi-sonrası değişimleri, hastalık etkilerini ve yaşam kalitesindeki ince farkları daha duyarlı şekilde yansıtmaktadır. SF-36 ile daha detaylı varyans analizleri, boyutlar arası ilişki ve değişim analizi yapılabilir. SF-12 bu derinliği sağlamaz. SF-36, özellikle bilimsel araştırmalarda, yayın kriterlerini karşılama açısından daha güçlü bir araçtır. Sonuç olarak SF-36 genellikle yaşam kalitesinin geniş ve daha ayrıntılı değerlendirilmesini amaçlayan çalışmalarda tercih edilirken, SF-12, MGI, WHO QoL-Bref ve EQ-5D gibi ölçekler uygulama açısından daha pratik çözümler sunmaktadır (143).

GEREÇ VE YÖNTEM

10.1. ÇALIŞMA TASARIMI VE KATILIMCILAR

Sezaryen doğum yapan kadınlarda sezaryen sayısının postpartum dönemdeki yaşam kalitesi üzerine etkisini araştırmak amacı ile yaptığımız çalışma 1 Eylül 2024 – 24 Ocak 2025 tarihleri arasında, Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Servisinde gerçekleştirildi. Çalışma öncesinde Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan gerekli izinler alındı (Etik Kurul Onay Tarihi: 21.08.2024 Karar No: 13-2024) Çalışmaya dahil edilen kadınlara çalışma hakkında ayrıntılı bilgilendirme yapılarak Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi bilgilendirilmiş gönüllü onam formu ile yazılı onamları alındı.

Çalışmaya dahil olma kriterleri;

- 18-45 yaş aralığındaki hamile kadınlar.
- Türkçe dili konuşan/anlayan hamile kadınlar.
- Sezaryen sonrası analjezik kullanım dozu sabit olan anneler.

Çalışmaya dahil olmama kriterleri;

- Pelvik organlara yönelik operasyon öyküsünün olan hamile kadınlar.
- 20 haftanın altında ve 42 haftanın üstünde doğum yapan kadınlar.

10.2. ARAŞTIRMANIN ÖRNEKLEM BÜYÜKLÜĞÜNÜN HESAPLANMASI

Çalışmanın birincil hedefi sezaryen sayısının yaşam kalitesi üzerine etkisinin araştırılmasıdır. Araştırmaya dahil edilen gönüllü birey sayısını belirlemek amacı ile güç analizi yapıldı. Çalışmanın gücü G Power 3.1.9.7 programı kullanılarak belirlendi. Hesaplamanın etki büyüklüğü 0,8; p değeri 0,05; power değeri 0,95 ve grup sayısı 2 seçilerek hesaplama yapıldı. Araştırmaya dahil edilen gönüllü bireylerin iki gruba ayrılacağı, verilerin t testi kullanılarak işleneceği öngörülerek yapılan hesaplamada araştırmanın toplam 84 gönüllü birey ile yapılacağı hesaplandı. Ayrıca %20 oranında araştırmadan dışlanabilecek gönüllü bireyler olabileceği düşünülerek toplam 100 gönüllü ile araştırmanın yapılması uygun bulundu.

10.3. ÇALIŞMA PROTOKOLÜ

Dahil edilme kriterlerine uygun olarak çalışmaya dahil edilen hamile kadın gönüllüler iki gruba ayrıldı: ilk sezaryen grubu ve tekrarlayan sezaryen grubu. İlk sezaryen geçiren grupta ve tekrarlayan sezaryen geçiren grupta ellişer hamile kadın gönüllü bulundu.

Kadınların gebelik haftası son adet tarihlerine göre hesaplandı. Son adet tarihini bilmeyen gönüllü hamile kadınların erken dönem USG verilerine göre gebelik haftası hesaplandı. Gönüllü hamile kadınların demografik bilgileri; yaş, boy, ağırlık, VKİ, cerrahi müdahale tipi, anestezi şekli, gestasyonel süre, normal doğum sayısı, sezaryen sayısı, hastanede kalış süresi, ektopik gebelik ve düşük sayısı, sezaryen endikasyonları, sezaryen sonrası görülen komplikasyonlar, tekrarlayan gebelik sonrası görülen komplikasyonlar, operasyon şekli, neonatal mortalite (APGAR skoru, neonatal ağırlık) hazırlanan form ile öğrenilip kayıt altına alındı. Postpartum yaşam kalitesi pre-op, postop 1. gün, postop 2.gün olmak üzere üç defa SF-36 ölçeği ile değerlendirildi.

Postoperatif enfeksiyon, hemoraji, postoperatif ileus, CEA, bağırsak yaralanması, üreter yaralanması, mesane yaralanması incelenerek sezaryen sonrası görülen komplikasyonlar belirlendi. Postoperatif enfeksiyon Sistemik İnflamatuvar Yanıt Sendromu (SRİS) kriterlerine göre değerlendirildi. SRİS kriterleri; vücut sıcaklığının 38 C° yüksek veya 36 C°' den düşük olması, kalp atım hızının 90 atım/dk' dan yüksek, solunum sayısının dakikada 20' den fazla veya PaCO₂<32 mmHg, lökosit sayısının 12.000/mm³ veya <4.000/mm³ ya da %10'dan fazla immatür formda olmasını içermektedir. Bu kriterlerden en az ikisinin bulunması SRİS olarak değerlendirilir (60). Bu çalışmada postoperatif enfeksiyon varlığına karar vermek için SRİS kriterleri kullanıldı. Preoperatif hemogram miktarı ile postoperatif 6. saat hemogram miktarı arasındaki fark iki birimden fazla olması durumu postoperatif hemoroji lehine değerlendirildi (144). Postoperatif ileus için; sezaryen sonrası postoperatif birinci ve ikinci gün gaz, gaita çıkışı sorgulandı. Postoperatif ikinci gün gaz, gaita çıkışı olmayan hastalara ayakta direk batın grafisi çekilerek konsültasyon için genel cerrahiye danışılarak tanı konuldu (145). Sezaryen geçiren gönüllülerde postoperatif süreçte cerrahi alanda kötü kokulu akıntı ve cerrahi

alanda açılma (dehisans) olması durumunda cerrahi alan enfeksiyonu olduğuna karar verildi (146).

10.4. YAŞAM KALİTESİ DEĞERLENDİRİLMESİ

Hamile kadınların yaşam kalitesi SF-36 ölçeği ile değerlendirildi. SF-36 yaşam kalitesi ölçeği 1992 yılında Rand Corporation tarafından geliştirilmiştir (147). Bu ölçek genel popülasyonların yanı sıra hastalıklı gruplarda da kullanılabilir. SF-36'nın fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, emosyonel rol güçlüğü, vitalite, mental sağlık, sosyal fonksiyon, ağrı, genel sağlık algısı olmak üzere sekiz alt boyutu bulunmaktadır ve 36 soru içermektedir. Gönüllülerin alt boyutlardan alacağı puan minimum 0, maksimum 100 arasında değişiklik göstermektedir. Bireyin SF-36'dan aldığı yüksek puan yaşam kalitesinin arttığının göstergesidir (147). Bu ölçeğin Türkçe güvenilirlik ve geçerliliği Koçyiğit vd. tarafından 1996 yılında gerçekleştirilmiştir (148).

10.5. İSTATİSTİKSEL ANALİZ

Gönüllü hamile kadınlara ait bulguların istatistiksel analizinde IBM-SPSS 25.0 (Version 25, Chicago, ABD) kullanıldı. Çalışmada yer alan tanımlayıcı istatistiksel yöntem olarak; sayısal değişkenler için aritmetik ortalama \pm standart sapma ($X \pm SS$), minimum (min), maksimum (maks) değerleri kullanılırken, kategorik değişkenlerde sayı (n) ve yüzde (%) değerleri kullanıldı. Çalışmada yer alan bağımsız gruplarda kategorik değişkenler için yapılan karşılaştırmalarda Ki-kare testi kullanıldı. Bağımsız iki grup arasındaki niceliksel verilerin karşılaştırılması amacı ile yapılan değerlendirmelerde (yaş, boy uzunluğu, ağırlık, VKİ, gestasyonel süre, neonatal mortalite) Mann Whitney U Testi kullanıldı. Çalışmada yaşam kalitesinin preoperatif, postoperatif 1. ve 2. günlerde elde edilen skorlarının karşılaştırılmasında iki yönlü Tekrarlı Ölçümler Varyans Analizi (ANOVA) kullanıldı. İki yönlü Tekrarlı Ölçümler Varyans Analizinde etki büyüklüğü olarak n^2 değeri $<0,20$ ise düşük etki, n^2 $0,20-0,50$ arası orta etki, $n^2 >0,50$ ise yüksek etki olarak kabul edildi. Yapılan tüm analizlerde istatistiksel anlamlılık değeri $p < 0,05$ olarak kabul edildi.

BULGULAR

Sezaryen doğum yapan kadınlarda sezaryen sayısının postpartum dönemdeki yaşam kalitesi üzerine etkisini araştırmak amacı ile yaptığımız çalışmaya yaşları 18-45 yıl arasında değişen 120 hamile kadın dahil edildi. İlk kez sezaryen geçiren kadınlar ilk sezaryen grubuna, tekrarlayan sezaryen geçiren kadınlar tekrarlayan sezaryen grubuna dahil edildi. Çalışma için 120 hamile kadın değerlendirildi, 4 hamile kadın dahil edilme kriterlerine uymadığı için, 12 hamile kadın çalışmaya dahil olmayı kabul etmediği için, 4 hamile kadın anestezi sonrası konfüzyon geçirmesi nedeniyle çalışma dışı bırakıldı; çalışma 100 hamile kadın ile tamamlandı.

Katılımcıların sosyodemografik özellikleri **Tablo 2'** de gösterildi. Grupların yaş, boy, ağırlık, VKİ açısından benzer olduğu belirlendi ($p>0,05$). Cerrahi müdahale tipi, anestezi tipi, gebelik sayısı, normal doğum sayısı, sezaryen sayısı yüzde değerleri açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p<0,05$). Düşük sayısı ve ektopik gebelik oranları açısından grupların benzer özellik gösterdiği belirlendi ($p>0,05$).

Tablo 2. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri

	İlk sezaryen grubu (n=50)				Tekrarlayan sezaryen grubu (n=50)				z	p
	x	ss	min	maks	x	ss	min	maks		
Yaş(yıl)	27,86	6,33	18	44	30,06	5,10	19	44	-1,91	0,059
Boy (cm)	161,18	6,31	145	171	160,96	6,39	145	172	0,17	0,863
Ağırlık (kg)	78,28	13,09	52	118	77,00	12,04	48	104	0,51	0,612
VKİ (kg/m ²)	30,25	5,45	18	46,1	29,83	5,21	18,9	45,9	0,40	0,693
Gestasyonel süre	37,78	3,02	24	41	37,61	2,24	30	40	-0,67	0,505
			n	%	n		%		x ²	p
Cerrahi müdahale tipi	Acil		44	88	22		44		21,57	<0,001
	Elektif		6	12	28		56			
Anestezi tipi	Spinal A.		10	20	20		40		4,762	0,049
	Genel A.		40	80	30		60			
Gebelik sayısı	1		26	52	0		0		35,833	<0,001
	2		7	14	13		26			
	3		7	14	17		34			
	4		5	10	10		20			
	5		3	6	6		12			
	6		2	4	3		6			
Normal doğum sayısı	9		0	0	1		2		12,193	0,007
	0		29	58	39		78			
	1		8	16	10		20			
	2		7	14	1		2			
			6	12	0		0			

Sezaryen sayısı	1	50	100	0	0	96,078	<0,001
	2	0	0	24	48		
	3	0	0	21	42		
	4	0	0	5	10		
Düşük sayısı	0	39	78	31	62	4,819	0,306
	1	4	8	10	20		
	2	6	12	6	12		
	3	1	2	2	4		
	5	0	0	1	2		
Ektopik gebelik	0	48	96	50	100	2,041	0,495
	1	2	4	0	0		

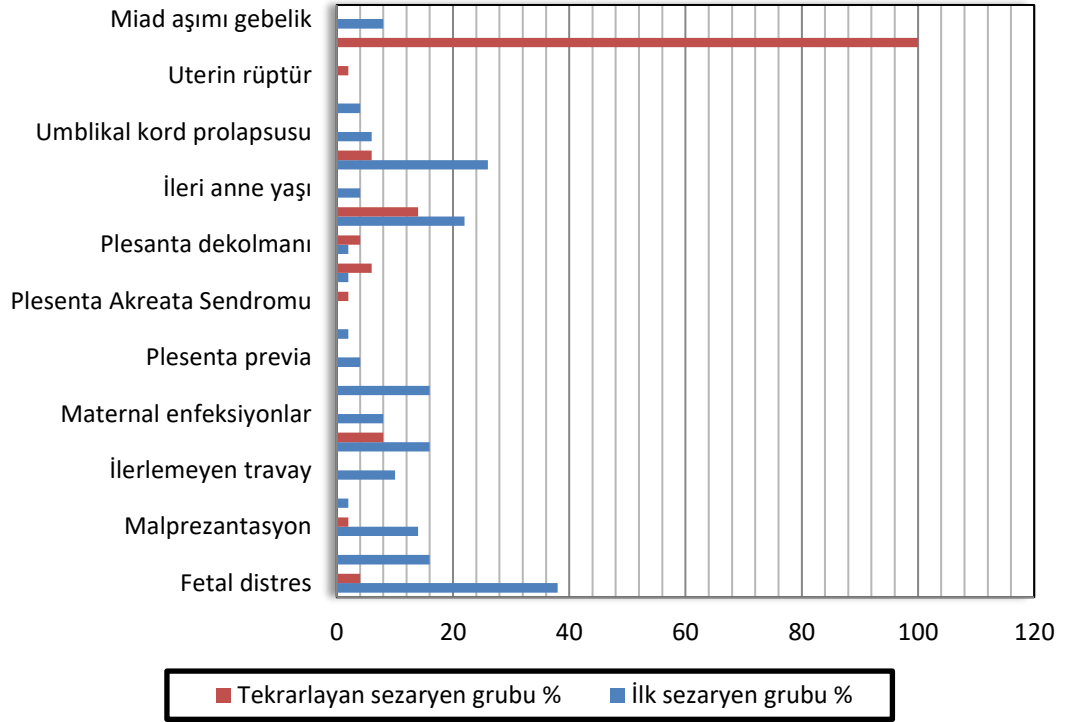
Açıklama: cm, santimetre; kg, kilogram; kg/m², kilogram/metrekaare; Spinal A., Spinal Anestezi; Genel A., Genel Anestezi; VKİ, vücut kütle indeksi; X, ortalama; SS standart sapma; min, minimum; maks, maksimum; n, birey sayısı; **p<0,05**.

Çalışmaya dahil edilen hamile kadınların sezaryen endikasyonlarının sayısal ve yüzdesel değerleri **Tablo 3** ve **Şekil 4'** de verildi. İlk sezaryen grubunda plesenta akreata sendromu nedeniyle sezaryen geçiren hamile kadın yoktu, tekrarlayan sezaryen grubunda ise 1 (%2) kadına plesenta akreata sendromu nedeniyle sezaryen uygulandı. İlk sezaryen grubunda uterin rüptür, geçirilmiş uterin cerrahi nedeniyle sezaryen uygulanan hamile kadın bulunmadı. Tekrarlayan sezaryen grubundaki hamile kadınlarda ise sefalopelvik uyumsuzluk, çoğul gebelik, ilerlemeyen travay, maternal enfeksiyonlar, makrozomi, vasa previa, ileri anne yaşı, umbilikal kord prolapsusu, serviks hastalıkları, vulva hastalıkları ve miad aşımı nedeniyle sezaryen geçiren hamile kadın olmadığı belirlendi. İlk sezaryen grubunda fetal distres %38 (n=19), tekrarlayan sezaryen grubunda ise geçirilmiş uterin cerrahi %100 (n=50) oranlarının en yüksek olduğu bulundu. Gebelik komplikasyonları incelendiğinde İlk sezaryen grubunda kolestaz görülme oranı %12,5, GDM oranı %50, preeklampsi oranı %37,5 olarak belirlendi, tekrarlayan sezaryen grubunda ise kolestaz görülmezken, GDM oranı %100, preeklampsi oranı %50 olarak saptandı.

Tablo 3. Katılımcıların sezaryen endikasyonları

Endikasyon	İlk sezaryen grubu (n=50)		Tekrarlayan sezaryen grubu (n=50)	
	n	%	n	%
Fetal distres	19	38	2	4
Sefalopelvik uyumsuzluk	8	16	0	0
Malprezantasyon	7	14	1	2
Çoğul gebelik	1	2	0	0
İlerlemeyen travay	5	10	0	0
Gebelik komplikasyonları	8	16	4	8
Kolestaz	1	12.5	0	0
GDM	4	50	4	100
Preeklampsi	3	37.5	2	50
Maternal enfeksiyonlar	4	8	0	0
Makrozomi	8	16	0	0
Plesenta previa	2	4	0	0
Vasa previa	1	2	0	0
PAS	0	0	1	2
Kötü obstetrik öykü	1	2	3	6
Plesanta dekolmanı	1	2	2	4
Maternal istek	11	22	7	14
İleri anne yaşı	2	4	0	0
Oligohidroamnios	13	26	3	6
Umbilikal kord prolapsusu	3	6	0	0
Serviks hastalıkları	2	4	0	0
Uterin rüptür	0	0	1	2
Geçirilmiş uterin cerrahi	0	0	50	100
Miad aşımı gebelik	4	8	0	0

Açıklama: PAS, Plesenta akreata sendromu; GDM, gestasyonel diabetes mellitus; n, birey sayısı; %, yüzde.



Şekil 4. Katılımcıların sezaryen endikasyonları

Hamile kadınlarda sezaryen sonrası görülen komplikasyonlar **Tablo 4'** de belirtildi. İlk kez sezaryen geçiren kadınlarda hemoroji (%14) en yüksek oranda, tekrarlayan sezaryen geçiren kadınlarda postoperatif illeus (%14) en yüksek oranda görüldü. Cerrahi alan enfeksiyonu (%4) ilk kez sezaryen geçiren kadınlarda (ilk sezaryen grubu); mesane, bağırsak, üreter yaralanması ise tekrarlayan sezaryen geçiren kadınlarda (tekrarlayan sezaryen grubu) (%2) en düşük oranda görüldü. Bağırsak, üreter, mesane yaralanmaları ilk kez sezaryen geçiren kadınlarda görülmedi.

Tablo 4. Çalışma gruplarında sezaryen sonrası görülen komplikasyonlar

Komplikasyonlar	İlk sezaryen grubu (n=50)		Tekrarlayan sezaryen grubu (n=50)	
	n	%	n	%
Postoperatif enfeksiyon	6	12	7	14
Postoperatif hemoroji	7	14	3	6
Postoperatif ileus	3	6	8	16
CAE	2	4	4	8
Bağırsak yaralanması	0	0	1	2
Üreter yaralanması	0	0	1	2
Mesane yaralanması	0	0	1	2

Açıklama: n, birey sayısı; %, yüzde; CAE, Cerrahi alan enfeksiyonu.

Multipar kadınlarda görülen komplikasyonlar **Tablo 5'** de belirtildi. İlk sezaryen grubunda üriner inkontinans görülen kadın sayısı 6 (%12), tekrarlayan sezaryen grubunda 2 (%4) olarak belirlendi. Sistosel görülme oranı ilk sezaryen grubunda 6 (%12) iken, tekrarlayan sezaryen grubunda 2 (%4) olarak saptandı. Rektosel oranı ise ilk sezaryen grubunda 3 (%6), tekrarlayan sezaryen grubunda 2 (%4) olarak belirlendi.

Tablo 5. Multipar kadınlarda görülen komplikasyonlar

Komplikasyonlar	İlk sezaryen grubu (n=50)		Tekrarlayan sezaryen grubu (n=50)	
	n	%	n	%
Üriner inkontinans	6	12	2	4
Sistosel	6	12	2	4
Rektosel	3	6	2	4

Açıklama: n, birey sayısı; %, yüzde.

Çalışma gruplarının operasyona alınma koşulları **Tablo 6'** da verildi. Tam dilatasyondan sezaryene giden, tekrar sezaryen seçen kadınların gruplar arası karşılaştırmasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulundu ($p<0,05$). Çalışma gurupları arasında sezaryen sırasında TAH gereksinim oranları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$).

Tablo 6. Çalışma gruplarının operasyona alınma koşulları

		İlk sezaryen grubu (n=50)		Tekrarlayan sezaryen grubu (n=50)		x ²	p
		n	%	n	%		
Tam dilatasyondan sezaryen	Giden	14	28	0	0	16,27 9	<0,001
	Gitmeyen	36	72	50	100		
Tekrar sezaryen	Seçen	28	56	15	30	6,895	0,009
	Seçmeyen	22	44	35	70		
Sezaryen ameliyatı TAH ile sonuçlanan kadınlar	Sonuçlanan	0	0	1	2	1,010	0,315
	Sonuçlanmayan	50	100	49	98		

Açıklama: TAH, total abdominal histerektomi; n, birey sayısı; %, yüzde; x² ki-kare testi; $p<0,05$.

Çalışma gruplarının neonatal mortalite parametreleri **Tablo 7'** de gösterildi. Neonatal mortalite parametreleri arasında yer alan posoperatif 1. dakikada alınan Apgar skorlarının gruplar arası karşılaştırmasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulundu ($p=0,008$). Apgar 5. dk puanlarında ve neonatal bebek ağırlıklarının gruplar arası karşılaştırmasında istatistiksel açıdan anlamlı fark belirlenmedi ($p>0,05$).

Tablo 7. Çalışma gruplarının neonatal mortalite parametreleri

Neonatal mortalite parametre		İlk sezaryen grubu (n=50)		Tekrarlayan sezaryen grubu (n=50)		x ²	p
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)		
Apgar 1 dk	0-6	9 (%18)	1 (%2)	7,111	0,008		
	7-10	41(%82)	49 (%98)				
Apgar 5 dk	0-6	1 (%2)	0	0,990	0,320		
	7-10	49 (%98)	50 (%100)				
Ağırlık (gram)	<2500	7(%14)	5 (%10)	0,773	0,680		
	2500-4000	41(%82)	44 (%88)				
	>4000	2(%4)	1 (%2)				

Açıklama: n, sayı; %, yüzde; dk, dakika; x² ki-kare testi; $p<0,05$.

Çalışma gruplarının SF-36 bulgularının grup içi ve gruplar arası karşılaştırması **Tablo 8'** de verildi. SF-36 Yaşam kalitesinin tüm alt parametrelerinde zaman etkisi istatistiksel olarak anlamlıydı ($p < 0,01$), fakat grup etkisi ve zaman x grup etkisinde istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmadı (sırasıyla $p = 0,083$; $p = 0,312$). Zaman değişkeninin mental sağlık alt parametresindeki etki büyüklüğü düşük ($\eta^2 = 0,179$), diğer parametrelerde ise yüksek etki büyüklüğü gözlemlendi ($\eta^2 > 0,50$).



Tablo 8. Çalışma gruplarının SF-36 bulguları

Yaşam kalitesi SF 36 (puan)	İlk sezaryen grubu (n=50)			Tekrarlayan sezaryen grubu (n=50)			Zaman	Grup	Zaman x grup
	Preop X±SS (min-maks)	Postop 1 gün X±SS (min-maks)	Postop 2 gün X±SS (min-maks)	Preop X±SS (min-maks)	Postop 1 gün X±SS (min-maks)	Postop 2 gün X±SS (min-maks)	p (n ²)	p (n ²)	p (n ²)
Fiziksel fonksiyon	97,9-4,5 (80-100)	18,2-19,21 (0-90)	37,6-19,17 (0-90)	98,9-27,27 (85-100)	21,7-17,46 (0-55)	45,1-22,46 (0-100)	<0,01 (0,946)	0,083 (0,03)	0,312 (0,24)
Fiziksel rol güçlüğü	90,5-23,08 (0-100)	5-20,82 (0-100)	15-31,13 (0-100)	94-18,6 (25-100)	6,5-21,91 (0-100)	18,5-33,05 (0-100)	<0,01 (0,894)	0,402 (0,007)	0,913 (0,002)
Emosyonel rol güçlüğü	86-24,365 (0-100)	24-23,37 (0-100)	34-24,74 (0-100)	90-19,34 (33.33-100)	26-24,55 (0-100)	38,67-33,24 (0-100)	<0,01 (0,829)	0,33 (0,01)	0,85 (0,003)
Vitalite	66,6-20,37 (15-100)	29,2-21,05 (0-75)	40,7-23,26 (0-90)	67,3-17,3 (10-95)	32,4-23,54 (00-90)	47,8-25,86 (0-100)	<0,01 (0,626)	0,235 (0,014)	0,526 (0,013)
Mental sağlık	74,88-17,09 (28-100)	59,76-22,58 12.00-96.00	68,88-17,75 (28-100)	72,32-15,83 (32-96)	57,92-22,69 (0-96)	71,04-21,42 (8-100)	<0,01 (0,179)	0,795 (0,001)	0,006 (0,547)
Sosyal fonksiyon	85-20,67 (25-100)	35,75-22,59 (0-100)	48,25-23,42 (0-100)	89,75-19,84 (12,5-100)	40-23,82 (0-100)	50,25-22,94 (12,5-100)	<0,01 (0,744)	0,87 (0,001)	0,848 (0,003)
Ağrı	81,75-22,94 (12,5-100)	18,55-19,1 (0-100)	33,9-19,83 (0-77.50)	83,85-22,8 (12,5-100)	19-16,61 (0-57)	39,35-20,46 (0-80)	<0,01 (0,84)	0,628 (0,004)	0,555 (0,012)
Genel sağlık algısı	73,6-19,22 (5-100)	38,5-27,69 (0-90)	51,7-22,03 (5-95)	74-18,41 (10-100)	34,4-26,02 (0-90)	52,7-26,52 (0-100)	<0,01 (0,624)	0,565 (0,006)	0,483 (0,015)

Açıklama; SF36, Kısa form 36; n, sayı; x, ortalama; ss, standart sapma; min, minimum; maks, maksimum; preop, preoperatif; postop, postoperatif; n²,eta-kare; iki yönlü ANOVA; p<0,05.

TARTIŞMA

Sezaryen ile doğum yapan kadınlarda sezaryen sayısının postpartum dönemdeki yaşam kalitesi üzerine etkisini araştırmak amacı ile yaptığımız çalışmanın sonucunda, sezaryen sayısının yaşam kalitesi üzerinde etkisinin olmadığı fakat sezaryenden sonra zamanla yaşam kalitesinin azaldığı sonucuna varıldı.

12.1. SEZARYEN ENDİKASYON ORANI

Cheng vd. primipar kadınlarda 2010, 2012, 2015, 2017 ve 2019 yıllarında sezaryen endikasyon oranlarını araştırdıkları çalışmalarında; 2010 ve 2012 yıllarında en sık görülen sezaryen endikasyonunun sefalopelvik uyumsuzluk (sırasıyla %21,3; 20,7) olduğu belirlenmiştir (149). Aynı çalışmada 2015 ve 2017 yıllarında ise en sık görülen endikasyonun sırasıyla %17,8 ve %17 oranlarında malprezentasyon olduğu saptanmıştır. 2019 yılına gelindiğinde ise %22,3 oranıyla en çok görülen endikasyonun fetal distres olduğu belirlenmiştir (149). Bu çalışmada ise endikasyon oranları yıl bazında incelenmemiş olsa da, ilk kez sezaryen geçiren kadınlarda en çok görülen endikasyon oranının fetal distres (%38), tekrarlayan sezaryen geçiren kadınlarda ise geçirilmiş uterin cerrahi (%100) olduğu belirlendi. Dorji vd. 2020 yılında yaptıkları kesitsel çalışmalarında en çok görülen üç sezaryen endikasyonun geçirilmiş sezaryen öyküsü (%23), fetal distres (%15,5), uzamış travay (%15,1) olduğunu belirlemişlerdir (150). Bu çalışmada ise, çalışmaya dahil edilen hamile kadınlar geçirilmiş sezaryen öyküsü sayısına göre iki gruba ayrıldı. İlk kez sezaryen geçiren hamile kadınlarda sırasıyla en sık görülen sezaryen endikasyonu fetal distres (%38), oligohidroamnios (%26), maternal istek (%22) olduğu belirlendi. Tekrarlayan sezaryen geçiren gebelerde ise sırasıyla en sık görülen sezaryen endikasyonu geçirilmiş uterin cerrahi (%100), maternal istek (%14), gebelik komplikasyonları (%8) olarak saptandı.

12.2. SEZARYEN SONRASI GÖRÜLEN KOMPLİKASYONLAR

Shoby vd. düşük gelirli ve orta gelirli ülkelerde sezaryenle ilişkili maternal ve perinatal mortalite ve komplikasyonları inceledikleri metaanaliz çalışmasında, postpartum enfeksiyon oranı (%10), cerrahi alan enfeksiyonu (%8), mesane ve

bağırsak yaralanma oranını (%6) olarak bildirmiştir (151). Bu çalışmada ise postoperatif enfeksiyon oranı ilk kez sezaryen geçiren gebelerde %12, tekrarlayan sezaryen geçiren gebelerde ise %14 oranında olduğu gözlenmiştir. Cerrahi alan enfeksiyonu ise gruplarda sırasıyla %4 ve %8 oranında saptanmıştır. Bu çalışmada Shoby vd. yaptıkları çalışmadan farklı olarak mesane, bağırsak ve üreter yaralanma oranları ayrı hesaplandı. Mesane, bağırsak, üreter yaralanması ilk kez sezaryen geçiren hamile kadınlarda görülmezken, tekrarlayan sezaryen geçirenlerde her bir yaralanma için %2 oranında saptandı. Attah vd. yaptıkları kesitsel çalışmada cerrahi alan enfeksiyon görülme oranı %27,2, postoperatif hemoraji oranı %20,5, mesane travması veya yaralanma oranı %4 olarak belirlenmiştir (152). Bu çalışmada ise postoperatif hemoraji oranı gruplarda sırasıyla %14, %6 olarak belirlendi.

12.3.OPERASYON ŞEKLİ

Uterin rüptür ve plesenta invazyon anomalilerinde tıbbi ve konservatif cerrahi önlemler başarısız olduğunda sezaryen sonrası histerektomi birinci basamak cerrahi yöntem olarak tercih edilmektedir. 1000 sezaryen başına 1-4 arasında değişen bir insidansa sahiptir (57). Jombo vd. 2022 yılında sezaryen oranını, endikasyonlarını, maternal ve fetal sonuçları değerlendirmek amacıyla yaptıkları çalışmalarında sezaryen sonrası histerektomi oranı %3 olarak bulunmuştur (153). Bu çalışmada ise ilk sezaryen geçiren kadınlarda sezaryenden histerektomiye giden hamile kadın bulunmazken, tekrarlayan sezaryen geçirenlerde sadece 1 gönüllüde sezaryenden histertomiye gidiş belirlenmiştir. Dünya genelinde sezaryen oranlarındaki artış düşünüldüğünde, sezaryen sonrası histerektomi oranlarında da artış olacağı görüşündeyiz.

Tam dilatasyonda sezaryen doğum yapmak, daha sonra spontan erken doğum riskinin artmasıyla ilişkilendirilmiştir. Woolner vd. yaptıkları çalışmada tam dilatasyondan sezaryen cerrahiye giden hamile kadınların oranını %3,7 olarak bulunurken (154), bizim yaptığımız çalışmada ilk sezaryen geçiren kadınlarda %28 oranında tam dilatasyondan sezaryene gidiş belirlense de tekrarlayan sezaryen geçirenlerde tam dilatasyondan sezaryene giden gönüllü bulunmamaktadır.

'Hasta seçimi', 'anne isteği', 'isteğe bağlı sezaryen' gibi terimlerin tümü, hamile kadınlar tarafından talep edilen ve anne/fetüs sağlığıyla ilgili tıbbi endikasyon

olmaksızın gerçekleştirilen sezaryendir. Ensari vd. Türkiye’de hamile kadınların doğum şekline ilişkin tercihlerini inceledikleri çalışmalarında, daha önce sezaryen geçiren kadınların %88,2’ si sonraki doğumu da sezaryen ile yapmak istediğini belirtmiştir (155). Sönmez vd. hamile kadınlarda doğum şekli tercihi ve etkileyen faktörleri inceledikleri çalışmalarında; çalışmaya dahil edilen 419 gönüllünün %27’si ağrı korkusu, tıbbi endikasyon, ileri yaş, ilk doğumun sezaryen olması, bebek komplikasyonları ve ürogenital organ hasarı komplikasyonlarından kaçınma gibi nedenlerle sezaryen doğumu tercih etmiştir (91). Bu çalışmada ise sezaryen seçenlerin oranı ilk sezaryen grubunda %56, tekrarlayan sezaryen grubunda %30 olarak belirlenmiştir. Tekrar sezaryen geçiren bireylerin daha düşük oranda sezaryeni tercih etmesinin nedenini sezaryen sonrası görülen postoperatif enfeksiyon, postoperatif ileus, cerrahi alan enfeksiyonu, bağırsak-üreter ve mesane yaralanması gibi komplikasyonların görülme oranının ilk kez sezaryen geçiren hamile kadınlara göre daha yüksek oranda olmasından kaynaklandığını düşünüyoruz.

12.4.NEONATAL MORTALİTE

Sezaryen maternal ve neonatal morbidite, mortalite risklerinin artırır. Farid vd. tekrarlayan sezaryenin maternal ve fetal komplikasyonlar üzerine etkisini inceledikleri çalışmalarında; 300 gönüllü sezaryen öyküsü olmayan, bir kez sezaryen geçiren ve iki veya daha fazla sezaryen geçiren olmak üzere üç gruba ayrılmıştır. Bu gruplarda yer alan yeni doğanların apgar skorları 0-3, 3-6, 7-10 olacak şekilde kategorik olarak düzenlenmiştir. Yeni doğan ağırlıkları ise 1000-1499, 1500-2499, 2500 gram ve üstü olacak düzenlenmiştir. Tekrarlayan sezaryen geçiren kadınlar yeni doğan sonuçları (Apgar skoru, ağırlık) açısından değerlendirildiğinde diğer iki gruptan daha düşük olduğu belirlenmiştir (156). Bu çalışmada ilk kez sezaryen geçiren kadınların bebeklerinin 1. Dakika Apgar skorunun tekrarlayan sezaryen geçiren kadınların bebeklerin 1. Dakika Apgar skorundan daha düşük olduğu bulunmuştur. Beşinci dakikadaki Apgar skorları ve bebek ağırlıklarının benzer olduğu belirlendi. Bu bağlamda çalışmamız Farid vd. çalışmasından farklılık göstermektedir. Bu farklılığın histerektomi, bağırsak ve meshane yaralanması gibi ciddi komplikasyon oranlarının Farid vd. yaptığı çalışmadan daha yüksek olmasından kaynaklandığını düşünüyoruz.

12.5.YAŞAM KALİTESİ

Yaşam kalitesi bireyin bakış açısından sağlığın çok boyutlu ölçümüdür. Hastalıkların bireyler üzerindeki fiziksel, emosyonel, sosyal etkilerine odaklanırken; bireylerin hedeflerini, beklentilerini, standartlarını ve endişelerini dikkate alır. Yaşam kalitesi iyilik halini, hastalığın etkisini ve uygulanan müdahalelerin maliyet etkinliğini tahmin etme yeteneği nedeniyle sağlık hizmetlerinde artan bir öneme sahiptir. Litaratürden elde edilen kanıtlar yaşam kalitesinin anne ve çocuk sağlığı için geçerli bir ölçüt olduğunu göstermektedir (3). Iliska M. vd. 2022 yılında yaptıkları çalışmada perinatal dönemde sezaryen sayısının sağlıkla ilgili yaşam kalitesi düzeyi üzerine olan etkisini incelemiştir (157). Kadınların sağlıkla ilgili yaşam kalite DSÖ'nün geliştirdiği EQ-5D ölçeği ile cerrahi öncesi ve postop üçüncü günde olmak üzere iki defa değerlendirilmiştir. Çalışmaya elektif sezaryen geçiren yüz on beş kadın dahil edilmiş; bu kadınlar sezaryen geçirmeyen, primipar ve tekrarlayan sezaryen geçiren olmak üzere üç guruba ayrılmıştır. Sezaryen sayısına bakılmaksızın kadınların sezaryen sonrasında ağrı, aktivite ve mobilite parametrelerinde yaşam kalitelerinin azaldığı bulunmuştur (157). Bu çalışmada ise hem tek sezaryen hemde tekrarlayan sezaryen geçiren kadınların preop, postop birinci, postop ikinci gün yaşam kalitesi değerlendirildi ve sezaryen sonrası SF-36'nın tüm parametrelerinde yaşam kalitesi düzeylerinin azaldığını belirlendi. Çalışmamız bu yönü ile Iliska vd. bulguları ile benzerlik göstermektedir. Litaratür incelendiğinde sezaryen sonrası plesenta previa, plesenta akreata, postpartum kanama, kan transfüzyonu, mesane yaralanması ve artmış hastanede kalış süresi gibi tıbbi komplikasyonların birçok sağlık sorunu riskini artırdığı ve tekrarlayan sezaryen geçiren kadınlarda yaşam kalitesinde düşüşün bu meydana gelen tıbbi komplikasyonlar ile ilgili olabileceği öne sürülmüştür (158-160).

Iliska vd. aynı çalışmalarında iki veya daha fazla sezaryen geçiren kadınların öz bakım ve olağan aktivite parametrelerinde sorun yaşadığı, birden fazla sezaryen geçiren kadın grubunda yaşam kalitesinin genel değerlendirme skorunda düşüş yaşadıklarını saptanmıştır (157). Bu çalışmada ise Iliska vd. farklı olarak, SF-36 ile değerlendirdiğimiz yaşam kalitesi üzerine sezaryen sayısının etki etmediği bulundu. Litaratür incelendiğinde doğum tipinin yaşam kalitesi üzerine etkilerini değerlendiren birçok çalışma olduğu belirlenmiştir, fakat sezaryen sayısının yaşam

kalitesi üzerine etkisini değerlendiren tek bir çalışmaya denk gelinmiştir (157). İlişka vd. yaşam kalitesini değerlendirirken EQ-5D leğini kullanmıştır, bu çalışmada ise SF-36 leği kullanılmıştır. Her ne kadar iki çalışmada da peroperatif, postoperatif birinci ve ikinci günlerde değerlendirme yapılmış olsa da elde edilen farklı sonucun İlişka vd yaptığı çalışmada yaşam kalitesi düzeylerinin preoperatif dönemdeki gruplar arası farklılıktan kaynaklandını dşnyoruz.

Noura vd. 2018 yılında 37 hafta üstü gebeliği olan 200 kadın üzerinde yaptıkları çalışmada acil ve elektif sezaryenin yaşam kalitesi üzerine etkisini değerlendirmiştir (161). Çalışmaya dahil edilen kadınlar acil sezaryen ve elektif sezaryen gruplarında 100' er kişi olacak şekilde iki gruba ayrılmıştır. Kadınların yaşam kalitesi DSÖ' nün geliştirdiği yaşam kalitesi WHO QoL-Bref leği ile değerlendirilmiştir. Çalışmada toplam puan hesabı yerine, ölçeğin fiziksel sosyal psikososyal ve çevresel alanlarında “daha iyi, ortalama, daha kötü” cevaplarındaki yüzdelik değişimleri ki-kare testi ile hesaplanmıştır. Ölçeğin fiziksel alanında elektif sezaryen grubunun acil sezaryene göre daha iyi olduğu; psikolojik alanda ise elektif sezaryen grubunun daha yüksek düzeyde memnuniyet, mutluluk ve düşük kayęı düzeyine sahip olduğu; sosyal alanda elektif sezaryen grubunun aile, arkadaş ve eş desteği açısından daha fazla destek aldığı; çevresel alanda ise elektif sezaryen grubunun yaşam kalitesinin daha yüksek olduğu bulunmuştur. Çalışmada aynı zamanda kadınların sezaryen ve yaşam kalitesi hakkında bilgi seviyeleri değerlendirilmiş ve her iki gruptaki bireylerin bilgi seviyesinin yetersiz olduğu gözlenmiştir. Noura vd. yaptığı bu çalışma acil sezaryen geçiren kadınların sezaryendeki bilinmezlikten, cerrahinin komplikasyonlarından korktuğunu ve elektif sezaryen grubuna göre daha heyecanlı oldukları belirtmiştir (161). Bu bulgular acil sezaryen geçiren kadınların doğuma karşı daha negatif duygular hissettiklerini belirten Mwale vd. 2014 yılında yaptıkları çalışmanın bulguları ile benzerlik göstermektedir (162). Bizim alışmamızda tekrarlayan sezaryenin kadınların yaşam kalitesi üzerine etkilerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Çalışmaya dahil edilen kadınlar ilk sezaryen ve tekrarlayan sezaryen geçiren olmak üzere iki gruba ayrılmıştır ve her iki grupta da sezaryen sonrası yaşam kalitelerinin benzer olduğu bulunmuştur. Naura vd. yaptıkları çalışmadan farklı olarak yaşam kalitesi SF-36 leği ile değerlendirilmiştir. Tekrarlayan sezaryen geçiren kadınlarda yaşam

kalitesinin farklı boyutlarının değerlendirildiği ve kültürel farklılıkların göz önünde bulundurulduğu daha değişik ölçekler kullanılarak yaşam kalitesinin değerlendirilmesiyle farklı sonuçlar elde edilebileceğini düşünüyoruz.

Yaşam kalitesi farklı insanlar için farklı anlamlar ifade etmektedir ve bu kişilerin hayatlarındaki önemli yaşam deneyimleri ülkeler arasında farklılık gösterebilir. Doğum yapmak kadınların fiziksel, psikolojik sağlığını ve doğum sonrası yaşam kalitelerini etkileyen önemli bir yaşam deneyimidir. Doğum şekli sezaryen sırasında meydana gelen mesane travması veya spontan vajinal doğum sonrası oluşan perineal travma postnatal yaşam kalitesini etkilediğini belirten çalışmalar bulunmaktadır (163). Fobelets vd. Avrupa Birliği üyesi olan Almanya İrlanda ve İtalya'da onbeş merkezi içeren çalışmasında kadınların yaşam kalitesi antenatal ve postnatal üçüncü ayda SF-6D ile değerlendirilmiştir (164). Çalışmanın sonucunda en yüksek yaşam kalitesi düzeyi spontan vajinal doğum yapan kadınlarda gözlemlenmiş daha sonra ise azalan sıra ile yaşam kalitesi enstürman yardımcı vajinal doğum, tekrarlayan elektif sezaryen yapan kadınlarda, en düşük düzey ise tekrarlayan acil sezaryen yapan kadınlarda gözlemlenmiştir (164). Bu çalışmada ise Fobelets vd. farklı olarak vajinal doğum yapan kadınlar çalışmaya dahil edilmemiştir. Hem ilk sezaryen hem de tekrarlayan sezaryen geçiren kadınlarda sezaryen sonrası yaşam kalitesi düzeylerinin düştüğü belirlenmiş fakat sezaryen sayısının yaşam kalitesi üzerine etkisi saptanamamıştır. Sezaryen sayısının yaşam kalitesi üzerine etkisinin belirlenememesinin nedenlerinden birinin Fobelets vd. yaptığı çalışmadaki gibi üç aylık bir uzun dönemde değilde postop birinci ve ikinci günlerde yapılan değerlendirmeden kaynaklandığını düşünüyoruz. Çalışmaya dahil edilen kadınlar hastanede bulunmalarından kaynaklı olarak günlük yaşam aktivitelerini deneyimleyemedikleri için ölçeğe yönelik verilen cevapların postop 1. ve 2. günler arasında farklılık göstermediğini düşünüyoruz.

Cüce vd.2019 yılında doğum şeklinin yaşam kalitesi üzerine etkisini incelemek amacı ile yaptıkları çalışmaya, 63 sezaryen 161 spontan vajinal doğum yapan toplam 224 gönüllü dahil edilmiştir (165). Kadınların yaşam kalitesi doğum sonu yaşam kalitesi ölçeği ile postnatal 4 ile 6. hafta arasında değerlendirilmiştir. Doğum şekli ile doğum sonu yaşam kalitesi arasında fark olmadığı bulunmuştur (165). Bu çalışmada ise Cüce vd. çalışmasına benzer şekilde ilk sezaryen geçiren

kadınlar ile tekrarlayan sezeryan geçiren kadınların yaşam kalitesi arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. İki çalışmada yaşam kalitesi farklı ölçeklerle değerlendirilmiş olmasına rağmen doğum şeklinin yaşam kalitesi üzerinde etkisi olmadığı belirlenmiştir. Doğum şeklinin yaşam kalitesini etkilemediği fakat isteyerek gebe kalmanın eğitim düzeyinin bireylerin yaşadıkları yerin yaşam kalitesinin bütün alanlarını pozitif yönde etkilediği yapılan çalışmalarda belirtilmiştir (166-168).

12.6.AĞRI

Tohumcu vd. sezaryen doğum ve normal doğum sonrası kadınların ağrı, yaşam kalitesi, kinezyofobi ve denge üzerine etkilerini değerlendirdikleri çalışmalarına 75 normal doğum, 75 sezeryan geçiren toplam 150 gönüllü dahil edilmiştir bireylerin ağrı düzeyi vizüel analog sıkalası yaşam kaliteleri SF-36 ölçeği ile değerlendirilmiştir (10). Normal doğum yapan kadınların yaşam kalitelerinin sezaryen doğum yapan kadınlardan daha iyi, fakat ağrı düzeylerinin ise daha yüksek olduğu bulunmuştur. SF-36'nın alt parametresi olan ağrı değişkeni açısından gruplar arasında fark tespit edilmemiştir (10). Bizim çalışmamızda ağrı SF-36'nın alt parametresi ile değerlendirilmiş fakat vizüel analog skalası kullanılmamıştır. Tohumcu vd. bulgularına benzer olarak tekrarlayan sezaryanın SF-36'nın alt parametresi olan ağrı üzerine etkisi olmadığı bulundu. İlk kez sezeryan geçiren ile tekrarlayan sezaryen geçiren kadınlardaki ağrı şiddetinin benzer bulunmasının nedeninin her iki durumda da cerrahi sonrası iyileşme fazlarının benzer şekilde ilerlemesinden kaynaklandığını düşünüyoruz. Kadının hayatındaki en ağırlı deneyimlerinden biri olan doğum fizyolojik, psikosoyal, çevresel ve kültürel faktörlerden etkilenen bir deneyim olarak tanımlanmaktadır (169). Bu çalışmaya dahil edilen bireyler fiziksel özellikler bakımından birbirine benzese de ağrıya neden olan psikosoyal, çevresel ve kültürel faktörler bu çalışmada değerlendirilmemiştir.

Eisenach vd. doğum sonrası akut ağrının ciddiyetini değerlendirdikleri çalışmalarında, ağrı numerik ağrı skalası ile doğumdan 36 saat ve 8 hafta sonra değerlendirilmiştir. Sezaryenin normal doğuma göre akut ağrıyı %32,5 oranında artırdığı belirlenmiştir (170). Bizim çalışmamızda ağrı düzeyi ayrı bir ölçekte değerlendirilmemiş olsada SF-36 ölçeği ağrı alt parametresinde her iki grupta sezeryan sonrası artış gözlenmiştir. Sezaryen sayısının ise akut ağrı düzeyi üzerine

etkisi olmadığı belirlenmiştir. Eisenach vd. çalışmasında sezaryen doğum yapan her beş kadından biri vajinal doğum yapan her on üç kadından birinin doğum sonrası şiddetli akut ağrı çektiği belirtilmiştir. Doğum sonrası akut ağrının şiddetinin doğum şeklinden etkilenmediği günlük yaşam aktiviteleri ve uyku üzerine negatif etkisinin olduğu belirtilmiştir. Bu bulgular ışığında doğumdan sonraki ilk birkaç günde görülen akut ağrının yönetimine odaklanılmasının günlük yaşam aktiviteleri ve çocuk bakımı gibi parametreler üzerinde pozitif etki göstereceği görüşündedirler (170).

Demilew vd sezaryen doğum yapan kadınlarda postoperatif akut ağrının prevalansı ve etkileyen faktörlere yönelik yaptıkları sistematik derleme ve metaanaliz çalışmasına 28 çalışma dahil edilmiştir; sezaryen sonrası akut ağrı oranının %19,5 ile %97 arasında değiştiği, derlemeye dahil edilen çalışmalarda prevalansın yaklaşık %58 olduğu belirtilmiştir (171). Postoperatif akut ağrıyı etkileyen faktörleri preoperatif ağrı, preoperatif anksiyete, tekrarlayan cerrahi, anestezi tipi, insizyon tipi ve uzunluğu ve cerrahi süresi olarak belirlemişlerdir. Bu metaanaliz çalışmasında tekrarlayan cerrahi postoperatif ağrıyı etkileyen faktörler arasında yer alsa da bizim çalışmamızda sezaryen sayısının ağrı üzerine etkisi olmadığı belirlenmiştir (171).

Bu çalışmanın bazı limitasyonları bulunmaktadır:

Bu çalışma kapsamında ilk sezaryen ve tekrarlayan sezaryen geçiren kadınların yaşam kaliteleri SF-36 ölçeği ile preop, postop 1. gün ve postop 2. gün değerlendirildi.

- Kadınların eğitim düzeyinin ve önceden geçirdikleri sezaryenin sebebinin sorgulanmasının yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin belirlenmesinde etkili olabileceğini düşünüyoruz.
- Her ne kadar bu çalışmada sezaryen sayısının akut dönemdeki yaşam kalitesi üzerine etkileri değerlendirilmiş olsa da kadınların evlerine geçip günlük yaşamlarına adapte oldukları zamana yönelik uzun dönem sonuçlarının değerlendirilmesi gerektiğini düşünüyoruz.
- Hamile kadınların preop dönemde sezaryen hakkında bilgi sahibi olmamaları nedeniyle sezaryenden korkmaları postop dönemdeki yaşam kalitelerini olumsuz yönde etkilemektedir. Hamile kadınların sezaryen öncesi “sezaryen ve yaşam kalitesi bilgi düzeylerinin” değerlendirilmesinin gerekli olduğunu düşünüyoruz.

- Bu çalışmanın sonuçları, SF-36 ölçeği temel alınarak değerlendirildiğinde, sezaryen ve tekrarlayan sezaryen öyküsü olan kadınlarda akut dönemdeki yaşam kalitesinin ayırt edici şekilde değerlendirme konusunda bu ölçeğin yetersiz kaldığı düşünülmektedir. Bununla birlikte, gebelik ve postpartum döneme özgü yaşam kalitesini değerlendirmede QoL GRAV gibi spesifik ölçeklerin kullanılması daha uygun olabilirdi ancak bu çalışmanın planlandığı dönemde QoL GRAV ölçeğinin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması henüz tamamlanmamıştı.
- Sezaryen sayısının yaşam kalitesi üzerine etkileri incelenirken bölgesel ve coğrafi farklılıkların sorgulandığı nitel çalışmalara ihtiyaç duyulduğu düşünüldü.

SONUÇ

- Çalışmamızda sezaryen sayısının; fiziksel foksiyon, fiziksel rol güçlüğü, emosyonel rol güçlüğü, vitalite, mental sağlık, sosyal foksiyon, ağrı ve genel sağlık algısı alt parametrelerini içeren yaşam kalitesi düzeyi üzerine etki etmediği belirlendi.
- İlk sezaryen ve tekrarlayan sezaryen geçiren kadınlarda preop döneme göre postop dönemde yaşam kalitesi düzeyinin tüm parametrelerinde azaldığı belirlendi.



KAYNAKÇA

1. Konakçı, S.,K., & Kılıç, B. (2002). Sezaryen ile doğumlar artıyor. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 8(11), 286-88.
2. Aksoy, H., Özyurt, S., Aksoy, Ü., Açmaz, G., Karadağ, Ö.İ., & Babayiğit, M.,A. (2014). Hastanemizdeki sezaryen hızı ve endikasyon dağılımları ışığında Türkiye’de sezaryen ile doğuma genel bakış. *Kocaeli Tıp Dergisi*, 3(3), 1-7.
3. Evans, K., Fraser, H., Uthman, O., Osokogu, O., Johnson, S., & Al-Khudairy, L. (2022). The effect of mode of delivery on health-related quality-of-life in mothers: a systematic review and meta-analysis. *BMC pregnancy and childbirth*, 22(1),149-165. <https://doi.org/10.1186/s12884-022-04473-w>
4. Torkan, B., Parsay, S., Lamyian, M., Kazemnejad, A., & Montazeri, A. (2009). Postnatal quality of life in women after normal vaginal delivery and caesarean section. *BMC pregnancy and childbirth*, 9,1-7. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-9-4>
5. Baghirzada, L., Downey, K., N., & Macarthur, A., J. (2013). Assessment of quality of life indicators in the postpartum period. *International Journal of Obstetric Anesthesia*, 22(3), 209-216. <https://doi.org/10.1016/j.ijoa.2013.03.010>
6. Mousavi, S., A., Mortazavi, F., Chaman, R., & Khosravi, A. (2013). Quality of life after cesarean and vaginal delivery. *Oman medical journal*, 28(4), 245-252. <https://doi.org/10.5001/omj.2013.70>
7. Prick, B., W., Bijlenga, D., Jansen, A., J., G., Boers, K., E., Scherjon, S., A., & Koopmans, C., M., et al. (2015). Determinants of health-related quality of life in the postpartum period after obstetric complications. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 185, 88-95. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2014.11.038>

8. Hutton, E., K., Hannah, M., E., Ross, S., Joseph, K., S., Ohlsson, A., & Asztalos, E., V., et al. (2015). Maternal outcomes at 3 months after planned caesarean section versus planned vaginal birth for twin pregnancies in the Twin Birth Study: a randomised controlled trial. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 122(12), 1653-1662. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.13597>
9. Betran, A., P., Ye, J., Moller, A., B., Souza, J., P., & 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>
10. Tohumcu, K., Şevgin, Ö., & Buğday, B. (2023). Normal doğum ve sezaryen doğumdan sonra görülen kronik ağrının yaşam kalitesine etkisinin incelenmesi. *İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu Dergisi*, 11(2), 1603-1614. <https://doi.org/10.33715/inonusaglik.1288301>
11. Özkan, H., Özer, B., U., & Arı, Ö. (2021). Sezaryen ile doğuma güncel bir bakış: modern sezaryen teorisi. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 30(4), 226-235. <https://doi.org/10.17827/aktd.957483>
12. Topaktaş, G., & Beylik, U. (2024). Türkiye sezaryen oranı durum analizi ve politika önerileri. *Jinekoloji-Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi*, 21(2), 102-113. <https://doi.org/10.38136/jgon.1482889>
13. Barber, E., L., Lundsberg, L., S., Belanger, K., Pettker, C., M., Funai, E., F., & Illuzzi, J. L. (2011). Indications contributing to the increasing cesarean delivery rate. *Obstetrics & Gynecology*, 118(1), 29-38. <https://doi.org/10.1097/AOG.0b013e31821e5f65>
14. Sung, S., Mikes, B., Martinago, D., J., & Mahdy, H. (2023). *Cesarean section*. Treasure Island (FL), StatPearls Publishing.
15. Shehta S., F., D., Fathy H., E., B., M., Abd Elrehem M., Z., H., Elzeblawy H., H., & Ragab E., S., (2023). Maternal and Newborn Outcome among Women

Undergoing Elective versus Emergency Caesarean Section: A Comparative Study. *Egyptian Journal of Health Care*, 14(3), 454-468. <https://doi.org/10.21608/ejhc.2023.317867>

16. De Cherney, A., H., Nathan L., Laufer, N., & Roman A., S.(2019). *Current Diagnosis & Treatment: Obstetrics & Gynecology* (12. baskı). New York (USA), Appleton & Lange.

17. Gilstrap, L., C., Cunnigham, Hoffman, B., L., & Yeomans, E., R. (2002). *Cesarean Delivery: Operative Obstetrics* (9. baskı). New York (USA), Appleton and Lange.

18. Doğum ve sezaryen eylemi yönetim rehberi. (2010). <https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/6407/0/dogum-ve-sezaryen-eylemi-yonetim-rehberi.pdf> (Erişim tarihi 8.05.2025)

19. Hofberg, K., & Ward, M., R. (2004). Fear of childbirth, tocophobia, and mental health in mothers: the obstetric–psychiatric interface. *Clinical obstetrics and gynecology*, 47(3), 527-534. <https://doi.org/10.1097/01.grf.0000132527.62504.ca>

20. Fuglenes, D., Aas, E., Botten, G., Øian, P., & Kristiansen, I. S. (2011). Why do some pregnant women prefer cesarean? The influence of parity, delivery experiences, and fear. *American journal of obstetrics and gynecology*, 205(1), 45-e41. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2011.03.043>

21. Uçar, T., & Gölbaşı, Z. (2015). Nedenleri ve sonuçlarıyla doğum korkusu. *Annals of Health Sciences Research*, 4(2), 54-58.

22. Jeejeebhoy, F., M., Zelop, C. M., Windrim, R., Carvalho, J., C., A., Dorian, P., & Morrison, L. J. (2011). Management of cardiac arrest in pregnancy: a systematic review. *Resuscitation*, 82(7), 801-809. <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2011.01.028>

23. Boucoiran, I., Kakkar, F., & Renaud, C. (2020). Maternal infections. *Handbook of clinical neurology*, 173, 401-422. <https://doi.org/10.1016/B978-0-444-64150-2.00029-0>
24. Aydemir, H., & Hazar, H., U. (2014). Düşük riskli, riskli, yüksek riskli gebelik ve ebenin rolü. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3(2), 815-833.
25. Kong, C., Zhu, Z., & Mei, F. (2023). Risk factors associated with cesarean section and adverse fetal outcomes in intrahepatic cholestasis of pregnancy. *Frontiers in Pediatrics*, 11, 1136244. <https://doi.org/10.3389/fped.2023.1136244>
26. Marschall, H., U., Wikström S., E., Ludvigsson, J., F., & Stephansson, O. (2013). Intrahepatic cholestasis of pregnancy and associated hepatobiliary disease: a population-based cohort study. *Hepatology*, 58(4), 1385-1391. <https://doi.org/10.1002/hep.26444>
27. Glantz, A., Marschall, H., U., & Mattsson, L., Å. (2004). Intrahepatic cholestasis of pregnancy: relationships between bile acid levels and fetal complication rates. *Hepatology*, 40(2), 467-474. <https://doi.org/10.1002/hep.20336>
28. Karkia, R., Giacchino, T., Shah, S., Gough, A., Ramadan, G., & Akolekar, R. (2023). Gestational diabetes mellitus: association with maternal and neonatal complications. *Medicina*, 59(12), 2096. <https://doi.org/10.3390/medicina59122096>
29. Ye, W., Luo, C., Huang, J., Li, C., Liu, Z., & Liu, F. (2022). Gestational diabetes mellitus and adverse pregnancy outcomes: systematic review and meta-analysis. *BMJ*, 377, e067946. <https://doi.org/10.1136/bmj-2021-067946>
30. **Caughey, A., B., & Turrentine, M. (2018).** ACOG Practice Bulletin No. 190: Gestational diabetes mellitus. *Obstetrics & Gynecology*, 131(2), E49–E64. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000002501>

31. Çakır, A., & Temiz, B. (2023). Preeklampsi ve Eklampsi (Gebelik Toksemisi): Patogenez, Tanı ve Tedavi. *Güncel Retina Dergisi*, 7(3),234-239. <https://doi.org/10.37783/CRJ-0367>
32. World Health, O. (2018). *WHO recommendations on intrapartum care for a positive childbirth experience*: World Health Organization.
33. Sapir, A., Friedrich, L., Gat, R., & Erez, O. (2023). Cesarean section in the second stage of labor is associated with early-term and late preterm birth in subsequent pregnancies. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 36(1), 2175658. <https://doi.org/10.1080/14767058.2023.2175658>
34. Chang, K., J., Seow, K., M., & Chen, K., H. (2023). Preeclampsia: Recent advances in predicting, preventing, and managing the maternal and fetal life-threatening condition. *International journal of environmental research and public health*, 20(4), 2994. <https://doi.org/10.3390/ijerph20042994>
35. Balkaya, N., A., Vural, G., & Eroğlu, K. (2014). Gebelikte belirlenen risk faktörlerinin anne ve bebek sağlığı açısından ortaya çıkardığı sorunlar. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 1(1), 6-16.
36. Akarsu, R., & Şahiner, L. (2020). Çok İleri Maternal Yaş Gebelik Sonuçlarının Değerlendirilmesi. *ACU Sağlık Bil Derg*, 11(3),522-525. <https://doi.org/10.31067/0.2020.302>
37. Güçlü, S. (2024). İleri anne ve baba yaşına bağlı meydana gelen gebelik kayıpları. *Türkiye Klinikleri Gynecology Obstetrics-Special Topics*, 17(3), 64-70.
38. Dayan, D., Schmid, M., Ebner, F. K., Janni, W., Reister, F., & Hüner, B., et al. (2024). Laparoscopic transabdominal needle-free emergency cerclage in the early second trimester of pregnancy after failed transvaginal cerclage: two case reports and a review of the literature. *Geburtshilfe und Frauenheilkunde*, 84(10), 989-998. <https://doi.org/10.1055/a-2373-0639>

39. Hickland, M., M., Story, L., Glazewska-Hallin, A., Suff, N., Cauldwell, M., & Watson, H. A., et. al. (2020). Efficacy of transvaginal cervical cerclage in women at risk of preterm birth following previous emergency cesarean section. *Acta obstetricia et gynecologica Scandinavica*, 99(11), 1486-1491. <https://doi.org/10.1111/aogs.13972>
40. Çelik, F., Tokalıoğlu, A., A., Arslanca, T., Aytekin, O., & Esin, S. (2024). Serebroplasental Doppler oran ile fetal distress arasındaki ilişki: obstetrik sonuçların değerlendirilmesi. *Jinekoloji-Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi*, 21(3), 232-237. <https://doi.org/10.38136/jgon.1530019>
41. Bar-El, L., Eliner, Y., Grunebaum, A., Lenchner, E., Wasden, S. W., Chervenak, F. A., & Bornstein, E. (2021). Race and ethnicity are among the predisposing factors for fetal malpresentation at term. *American Journal of Obstetrics & Gynecology MFM*, 3(5), 100405. <https://doi.org/10.1016/j.ajogmf.2021.100405>
42. Wängberg Nordborg, J., Svanberg, T., Strandell, A., & Carlsson, Y. (2022). Term breech presentation—Intended cesarean section versus intended vaginal delivery—A systematic review and meta-analysis. *Acta obstetricia et gynecologica Scandinavica*, 101(6), 564-576. <https://doi.org/10.1111/aogs.14333>
43. Acar, K. (1993). Fetal Makrozomi. *Perinatoloji Dergisi*, 1, 95-100.
44. Zilberman Sharon, N., Pekar-Zlotin, M., Kugler, N., Accart, Z., Nimrodi, M., & Melcer, Y., et. al. (2022). Oligohydramnios: how severe is severe? *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 35(25), 5754-5760. <https://doi.org/10.1080/14767058.2021.1892068>
45. Wax, J. R., & Pinette, M. G. (2022). The amniotic fluid index and oligohydramnios: a deeper dive into the shallow end. *American journal of obstetrics and gynecology*, 227(3), 462-470. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2022.04.016>

46. Aksoy, H., Özyurt, S., Aksoy, Ü., Açmaz, G., Karadağ, Ö., İ., & Babayiğit, M., A. (2014). Hastanemizdeki sezaryen hızı ve endikasyon dağılımları ışığında Türkiye’de sezaryen ile doğuma genel bakış. *Kocaeli Tıp Dergisi*, 3(3), 1-7.
47. Oyelese, Y., & Smulian, J. C. (2006). Placenta previa, placenta accreta, and vasa previa. *Obstetrics & Gynecology*, 107(4), 927-941.
<https://doi.org/10.1097/01.AOG.0000207559.15715.98>
48. Arı, S., A., Ökmen, F., Suner, A., Akdemir, A., Şahin, Ç., & Yeniel, Ö., vd. (2023). Tersiyer bir merkezin 5 yıllık verilerinin retrospektif analizi: plasental invazyon derecesi operatif tekniği etkiliyor mu? *Karya Journal of Health Science*, 4(1), 51-54. <https://doi.org/10.52831/kjhs.1228737>
49. Sağlam E. Plasenta Dekolmanı. *Turkiye Klinikleri Gynecology Obstetrics-Special Topics*. 2022;15(2):35-8.
50. Bayık, R., N. (2016). Umbilikal Kord Prolapsusu ve Yönetimi. *Turkiye Klinikleri Gynecology Obstetrics-Special Topics*, 9(4), 34-38.
51. Kaplan, İ. (2023). Uterus rüptürü gelişen 3 olguda konservatif tedavi ve sonuçları ile birlikte literatür derlemesi. *Tıp Fakültesi Klinikleri Dergisi*, 6(1), 81-89.
52. Lindquist, A., C., Hastie, R., M., Hiscock, R., J., Pritchard, N., L., Walker, S., P., & Tong, S. (2021). Risk of major labour-related complications for pregnancies progressing to 42 weeks or beyond. *BMC medicine*, 19, 1-8.
<https://doi.org/10.1186/s12916-021-01988-5>
53. Place, K., Rahkonen, L., Tekay, A., Väyrynen, K., Orden, M., R., & Väärasmäki, M., et. al. (2024). Labor induction at 41+ 0 gestational weeks or expectant management for the nulliparous woman: the Finnish randomized controlled multicenter trial. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica*, 103(3), 505-511 <https://doi.org/10.1111/aogs.14665>

54. Declercq, E., Barger, M., Cabral, H., J., Evans, S., R., Kotelchuck, M., & Simon, C., et.al. (2007). Maternal outcomes associated with planned primary cesarean births compared with planned vaginal births. *Obstetrics & Gynecology*, 109(3), 669-677. <https://doi.org/10.1097/01.AOG.0000255668.20639.40>
55. Gregory, K., D., Jackson, S., Korst, L., & Fridman, M. (2012). Cesarean versus vaginal delivery: whose risks? Whose benefits? *American journal of perinatology*, 29(01), 07-18. <https://doi.org/10.1055/s-0031-1295658>
56. Ekelund, K., Hanke, G., Stensballe, J., Wikkelsøe, A., Albrechtsen, C. K., & Afshari, A. (2015). Hemostatic resuscitation in postpartum hemorrhage—a supplement to surgery. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica*, 94(7), 680-692. <https://doi.org/10.1111/aogs.12668>
57. Fawcus, S., & Moodley, J. (2013). Postpartum haemorrhage associated with caesarean section and caesarean hysterectomy. *Best practice & research Clinical obstetrics & gynaecology*, 27(2), 233-249. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2012.08.018>
58. Smaill, F. M., & Grivell, R., M. (2014). Antibiotic prophylaxis versus no prophylaxis for preventing infection after cesarean section. *Cochrane database of systematic reviews*, 2014(10), CD007482, <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007482.pub3>
59. Wloch, C., Wilson, J., Lamagni, T., Harrington, P., Charlett, A., & Sheridan, E. (2012). Risk factors for surgical site infection following caesarean section in England: results from a multicentre cohort study. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 119(11), 1324-1333. <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2012.03452.x>
60. Chakraborty, R., K., & Burns, B. (2023). *Systemic Inflammatory Response Syndrome*. Treasure Island (FL), StatPearls Publishing.

61. Margraf, A., Ludwig, N., Zarbock, A., & Rossaint, J. (2020). Systemic inflammatory response syndrome after surgery: mechanisms and protection. *Anesthesia & Analgesia*, *131*(6), 1693-1707. <https://doi.org/10.1213/ANE.0000000000004844>
62. Gungorduk, K., Asicioglu, O., Celikkol, O., Sudolmus, S., & Ark, C. (2010). Iatrogenic bladder injuries during caesarean delivery: a case control study. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, *30*(7), 667-670. <https://doi.org/10.3109/01443615.2010.486086>
63. Tarney, C., M. (2013). Bladder injury during cesarean delivery. *Curr Womens Health Rev.*; *9* (2), 70–6. <https://doi.org/10.2174/157340480902140102151729>
64. Rajasekar, D., & Hall, M. (1997). Urinary tract injuries during obstetric intervention. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, *104*(6), 731-734. <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.1997.tb11986.x>
65. Jha, S., Coomarasamy, A., & Chan, K. K. (2004). Ureteric injury in obstetric and gynaecological surgery. *The Obstetrician & Gynaecologist*, *6*(4), 203-208. <https://doi.org/10.1576/toag.6.4.203.27016>
66. Burks, F., N., & Santucci, R. A. (2014). Management of iatrogenic ureteral injury. *Therapeutic advances in urology*, *6*(3), 115-124. <https://doi.org/10.1177/1756287214526767>
67. Ustunsoz, B., Ugurel, S., Duru, N., K., Ozgok, Y., & Ustunsoz, A. (2008). Percutaneous management of ureteral injuries that are diagnosed late after cesarean section. *Korean journal of radiology*, *9*(4), 348-353. <https://doi.org/10.3348/kjr.2008.9.4.348>
68. Stany, M., P., & Farley, J., H. (2008). Complications of gynecologic surgery. *Surgical Clinics of North America*, *88*(2), 343-359. <https://doi.org/10.1016/j.suc.2007.12.004>

69. Lord, R.,V.,N., & Sillin Iii, L.,F. (2011). Motility disorders of the small bowel. In Bland KI BM, Csendes A, Garden OJ, Sarr MG, Wong J, ed. *General Surgery, Principles and International Practice*, Vol. Ch. 58: Springer 2009. https://doi.org/10.1007/978-1-84996-372-5_2
70. Craciunas, L., Sajid, M., S., & Ahmed, A., S. (2014). Chewing gum in preventing postoperative ileus in women undergoing caesarean section: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 121(7), 793-800. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.12696>
71. Zeinali, F., Stulberg, J., J., & Delaney, C., P. (2009). Pharmacological management of postoperative ileus. *Canadian Journal of Surgery*, 52(2), 153.
72. Bauer, A. J., & Boeckxstaens, G., E. (2004). Mechanisms of postoperative ileus. *Neurogastroenterology & Motility*, 16, 54-60. <https://doi.org/10.1111/j.1743-3150.2004.00558.x>
73. Latunde-Dada, A., O., Alleemudder, D., I., & Webster, D., P. (2013). Ogilvie's syndrome following caesarean section. *Case Reports*, 2013, bcr2013010013. <https://doi.org/10.1136/bcr-2013-010013>
74. Saha, A. K., Newman, E., Giles, M., & Horgan, K. (2009). Ogilvie's syndrome with caecal perforation after Caesarean section: a case report. *Journal of medical case reports*, 3, 1-3. <https://doi.org/10.4076/1752-1947-3-6177>
75. Carbonnel, M., Brot, D., Benedetti, C., Kennel, T., Murtada, R., Revaux, A., & Ayoubi, J.-M. (2021). Risks factors FOR wound complications after cesarean section. *Journal of Gynecology Obstetrics and Human Reproduction*, 50(7), 101987. <https://doi.org/10.1016/j.jogoh.2020.101987>
76. Mojtahedi, M., F., Sepidarkish, M., Almukhtar, M., Eslami, Y., Mohammadianamiri, F., & Moghadam, K. B., et. al. (2023). Global incidence of

surgical site infections following caesarean section: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Hospital Infection*, 139, 82-92. <https://doi.org/10.1016/j.jhin.2023.05.019>

77. Tabaquero, M. A. (2017). Pelvic organ prolapse in pregnancy. *Obstet Gynecol Int J*, 8(2), 00284. <https://doi.org/10.15406/ogij.2017.08.00284>

78. Åhlund, S., Rothstein, E., Rådestad, I., Zwedberg, S., & Lindgren, H. (2020). Urinary incontinence after uncomplicated spontaneous vaginal birth in primiparous women during the first year after birth. *International urogynecology journal*, 31, 1409-1416. <https://doi.org/10.1007/s00192-019-03975-0>

79. Giugale, L., E., Moalli, P., A., Canavan, T., P., Meyn, L., A., & Oliphant, S., S. (2021). Prevalence and predictors of urinary incontinence at 1 year postpartum. *Urogynecology*, 27(2), e436-e441. <https://doi.org/10.1097/SPV.0000000000000955>

80. Magnani, P., S., Bettiol, H., Da Silva, A., A., M., Barbieri, M., A., De Carvalho Cavalli, R., & Brito, L., G., O. (2019). Urinary incontinence between 12 and 24 months postpartum: a cross-sectional study nested in a Brazilian cohort from two cities with different socioeconomic characteristics. *International urogynecology journal*, 30, 1003-1011. <https://doi.org/10.1007/s00192-019-03907-y>

81. Parlas, M., Bilgic, D., & Kurt, S. (2023). Five-year evaluation of women with urinary incontinence and prolapse surgical operations in a university hospital: A retrospective study. *Ege Tıp Dergisi*, 62(4). <https://doi.org/10.19161/etd.1340138>

82. Patcharatrakul, T., & Rao, S.,S.,C. (2017). Update on the pathophysiology and management of anorectal disorders. *Gut and liver*, 12(4), 375. <https://doi.org/10.5009/gnl16548>

83. Maher, C., Baessler, K., Glazener, C., M., A., Adams, E., J., & Hagen, S. (2008). Surgical management of pelvic organ prolapse in women: a short version

Cochrane review. *Neurourology and Urodynamics: Official Journal of the International Continence Society*, 27(1), 3-12. <https://doi.org/10.1002/nau.20467>

84. Tefera, Z., Temesgen, B., Arega, M., Getaneh, T., & Belay, A. (2023). Quality of life and its associated factors among women diagnosed with pelvic organ prolapse in Gynecology outpatient department Southern Nations, Nationalities, and Peoples region public referral hospitals, Ethiopia. *BMC Women's Health*, 23(1), 342-350. <https://doi.org/10.1186/s12905-023-02507-9>

85. Tega, A., Yenealem, F., Belay, G., Asmare, E., Getaneh, T., & Desalegn, M., et. al. (2024). Quality of life and its associated factors among women with pelvic organ prolapse who attend gynecology clinics Southern Ethiopia 2022. *BMC Women's Health*, 24(1), 398-408. <https://doi.org/10.1186/s12905-024-03238-1>

86. Sultana, N., Zabin, F., Begum, K., F., Fatema, K., Parveen, M., & Pervin, H., H., et. al. Understanding the Recurrence of Cesarean Sections: Common Causes and Outcomes. *Fortune Journals*, 7(4), 91-96. <https://doi.org/10.26502/ogr0166>

87. Ma, G., Yang, Y., & Fu, Q. (2024). The incidence, indications, risk factors and pregnancy outcomes of peripartum hysterectomy at a tertiary hospital between 2013 and 2022. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 310(1), 145-151. <https://doi.org/10.1007/s00404-023-07276-2>

88. Vogel, J., P., Betrán, A., P., Vindevoghel, N., Souza, J., P., Torloni, M., R., & Zhang, J., et. al. (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)

89. Beckett, K. (2005). Choosing cesarean: Feminism and the politics of childbirth in the United States. *Feminist Theory*, 6(3), 251-275. <https://doi.org/10.1177/1464700105057363>

90. Karabulutlu, Ö. (2012). Kadınların doğum şekli tercihlerini etkileyen faktörler. *Florence Nightingale Journal of Nursing*, 20(3), 210-218.
91. Sönmez, C., İ., & Sivaslıoğlu, A., A. (2019). Gebe kadınların doğum şekli tercihi ve bunları etkileyen faktörler. *Konuralp Medical Journal*, 11(3), 369-376. <https://doi.org/10.18521/ktd.629706>
92. Çuvalcı, M., & Tüfekçi, F. G. (2021). Annelerin sezaryen doğumun anne ve çocuk sağlığına etkileri ile ilgili bilgi ve görüşleri. *Yobü Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 2(2), 49-57.
93. Jea, A., Bradshaw, T., J., Whitehead, W., E., Curry, D., J., Dauser, R., C., & Luerssen, T., G. (2010). The high risks of ventriculoperitoneal shunt procedures for hydrocephalus associated with vein of Galen malformations in childhood: case report and literature review. *Pediatric Neurosurgery*, 46(2), 141-145.
94. Hausman, B., L. (2005). Risky business: framing childbirth in hospital settings. *Journal of medical humanities*, 26, 23-38. <https://doi.org/10.1007/s10912-005-1050-3>
95. Wagner, M. (2001). Fish can't see water: the need to humanize birth. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 75, S25-S37. [https://doi.org/10.1016/S0020-7292\(01\)00519-7](https://doi.org/10.1016/S0020-7292(01)00519-7)
96. Wagner, M. (2000). Choosing caesarean section. *The Lancet*, 356(9242), 1677-1680. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(00\)03169-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(00)03169-X)
97. Başkaya, Y., & Sayiner, F., D. (2018). Sezaryen Oranını Azaltmaya Yönelik Kanıt Dayalı Ebelik Uygulamaları/Evidence-Based Midwifery Practices to Reduce Cesarean Rat. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 5(1), 113-119. <https://doi.org/10.17681/hsp.335472>

98. Küçük, M. (2024). Policy recommendations to reduce high cesarean section rate in Türkiye. *The Pan African Medical Journal*, 48, 83. <https://doi.org/10.11604/pamj.2024.48.83.11726>
99. Dursun, P., Yanik, F., B., Zeyneloglu, H., B., Baser, E., Kuscu, E., & Ayhan, A. (2011). Why women request cesarean section without medical indication? *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 24(9), 1133-1137. <https://doi.org/10.3109/14767058.2010.531327>
100. Bergholt, T., Østberg, B., Legarth, J., & Weber, T. (2004). Danish obstetricians' personal preference and general attitude to elective cesarean section on maternal request: a nation-wide postal survey. *Acta obstetricia et gynecologica Scandinavica*, 83(3), 262-266. <https://doi.org/10.1111/j.0001-6349.2004.0312.x>
101. Jenabi, E., Khazaei, S., Bashirian, S., Aghababaei, S., & Matinnia, N. (2020). Reasons for elective cesarean section on maternal request: a systematic review. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 33(22), 3867-3872. <https://doi.org/10.1080/14767058.2019.1587407>
102. Kitaw, T., M., Limenh, S., K., Chekole, F., A., Getie, S., A., Gemed, B., N., & Engda, A., S. (2021). Decision to delivery interval and associated factors for emergency cesarean section: a cross-sectional study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 21, 1-7. <https://doi.org/10.1186/s12884-021-03706-8>
103. Cnattingius, R., Höglund, B., & Kieler, H. (2005). Emergency cesarean delivery in induction of labor: an evaluation of risk factors. *Acta obstetricia et gynecologica Scandinavica*, 84(5), 456-462. <https://doi.org/10.1111/j.0001-6349.2005.00620.x>
104. Symon, A., MacKay, A., & Ruta, D. (2003). Postnatal quality of life: a pilot study using the Mother-Generated Index. *Journal of Advanced Nursing*, 42(1), 21-29. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2003.02575.x>

105. Von Mackensen, S., Gringeri, A., Preedy, V., & Watson, R. (Eds.). (2010). *Handbook of disease burdens and quality of life measures*. Newyork, USA, Springer. <https://doi.org/10.1007/978-0-387-78665-0>
106. Bai, G., Korfage, I. J., Mautner, E., & Raat, H. (2019). Determinants of maternal health-related quality of life after childbirth: the generation R study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *16*(18), 3231. <https://doi.org/10.3390/ijerph16183231>
107. Romano, M., Cacciatore, A., Giordano, R., & La Rosa, B. (2010). Postpartum period: three distinct but continuous phases. *Journal of prenatal medicine*, *4*(2), 22-26.
108. Dikmen, R., & Topuz, S. (2021). The effect of postpartum quality of life upon maternal attachment. *International Journal of Caring Sciences*, *14*(2), 1448-1459.
109. Malik, M., Asim, Z., & Hussain, A. (2018). Postpartum health related quality of life after different modes of delivery among women in pakistan: the neglected link for better maternal and child health. *Int J Pharm Pharm Sci*, *10*(7), 55-61. <https://doi.org/10.22159/ijpps.2018v10i7.21284>
110. Banasiewicz, J., & Wójtowicz, S. (2010). The quality of life after cesarean section. *Acta Neuropsychologica*, *8*(3). 273–283.
111. Martínez-Galiano, J. M., Hernández-Martínez, A., Rodríguez-Almagro, J., & Delgado-Rodríguez, M. (2019). Quality of life of women after giving birth: associated factors related with the birth process. *Journal of clinical medicine*, *8*(3), 324-334. <https://doi.org/10.3390/jcm8030324>
112. Tähtinen, R., M., Cartwright, R., Tsui, J., F., Aaltonen, R., L., Aoki, Y., & Cardenas, J. L., et. al. (2016). Long-term impact of mode of delivery on stress urinary incontinence and urgency urinary incontinence: a systematic review and

meta-analysis. *European urology*, 70(1), 148-158.
<https://doi.org/10.1016/j.eururo.2016.01.037>

113. Iglesia, C., B., & Smithling, K., R. (2017). Pelvic organ prolapse. *American family physician*, 96(3), 179-185.
<https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2017/0801/p179.html>

114. Moossdorff-Steinhauser, H., F., A., Berghmans, B., C., M., Spaanderman, M., E., A., & Bols, E., M., J. (2021). Urinary incontinence 6 weeks to 1 year postpartum: prevalence, experience of bother, beliefs, and help-seeking behavior. *International urogynecology journal*, 32, 1817-1824. <https://doi.org/10.1007/s00192-020-04644-3>

115. Laganà, A., S., La Rosa, V., L., Rapisarda, A., M., C., & Vitale, S., G., (2018). Pelvic organ prolapse: the impact on quality of life and psychological well-being. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 39(2), 164-166.
<https://doi.org/10.1080/0167482X.2017.1294155>

116. Utomo, E., Blok, B., F., Steensma, A., B., & Korfage, I., J. (2014). Validation of the pelvic floor distress inventory (PFDI-20) and pelvic floor impact questionnaire (PFIQ-7) in a Dutch population. *International urogynecology journal*, 25, 531-544.
<https://doi.org/10.1007/s00192-013-2263-z>

117. De Oliveira, M., F., Parker, L., Ahn, H., Catunda, H., L., O., Bernardo, E., B., R., & De Oliveira, M., F., et. al. (2015). Maternal predictors for quality of life during the postpartum in Brazilian mothers. *Health*, 7(03), 371.
<https://doi.org/10.4236/health.2015.73042>

118. Martínez-Galiano, J., M., Hernández-Martínez, A., Rodríguez-Almagro, J., Delgado-Rodríguez, M., Rubio-Alvarez, A., & Gómez-Salgado, J. (2019). Women's quality of life at 6 weeks postpartum: influence of the discomfort present in the puerperium. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(2), 253. <https://doi.org/10.3390/ijerph16020253>

119. Kisa, S., & Zeyneloğlu, S. (2016). Opinions of women towards cesarean delivery and priority issues of care in the postpartum period. *Applied nursing research, 30*, 70-75. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2015.11.004>
120. Karaca, B., R., & Vural, P., I. (2022). Sıcak uygulamanın sezaryen sonrası akut ağrıya ve doğum sonu konfora etkisi: Randomize kontrollü bir çalışma. *TOGÜ Sağlık Bilimleri Dergisi, 2*(1), 51-64.
121. Mikiel-Kostyra, K., & Mazur, J. (1996). Bariery w karmieniu piersią: cesarskie cięcie. *Pediatrics Polska, 71*(7), 629–631.
122. Oslislo, A. (2008). Otffinowska A. *Najważniejsza chwila w życiu. O pierwszym kontakcie matki z dzieckiem i możliwości jego realizacji w placówkach położniczych w Polsce. Fundacja Rodzic po Ludzku, Warszawa*, 33-34.
123. Gerard Jansen, A., J., Duvekot, J., J., Hop, W., C., J., Essink-Bot, M.,L., Beckers, E. A., M., & Karsdorp, V., H., M.,et. al. (2007). New insights into fatigue and health-related quality of life after delivery. *Acta obstetricia et gynecologica Scandinavica, 86*(5), 579-584. <https://doi.org/10.1080/00016340701275424>
124. Hada, A., Kubota, C., Imura, M., Takauma, F., Tada, K., & Kitamura, T. (2019). The Edinburgh Postnatal Depression Scale: Model comparison of factor structure and its psychosocial correlates among mothers at one month after childbirth in Japan. *The Open Family Studies Journal, 11*(1). <https://doi.org/10.2174/1874922401911010001>
125. Terzioğlu, F., Gençbaş, D., Boztepe, H., Doğu, N., Akdeniz, C., & Yüceer, B. (2022). Sezaryen Sonrası Kaygı ve Depresyon: Non-Farmakolojik Kanıt Temelli Uygulamalar. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi, 15*(3), 395-401. <https://doi.org/10.46483/deuhfed.790640>

126. Kuo, S.,Y., Chen, S., R., & Tzeng, Y.,L. (2014). Depression and anxiety trajectories among women who undergo an elective cesarean section. *PloS one*, 9(1), e86653. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0086653>
127. Irmak, B., & Bulut, H. (2021). Abdominal Cerrahi Sonrasında Bağırsak Fonksiyonlarını Artırmada Farmakolojik Olmayan Yöntemlerin Kullanımı: Kanıtlar Ne Diyor? *Istanbul Gelisim University Journal of Health Sciences*(14), 336-350. <https://doi.org/10.38079/igusabder.957817>
128. Patel, R., R., Murphy, D., J., & Peters, T., J. (2005). Operative delivery and postnatal depression: a cohort study. *Bmj*, 330(7496), 879-883. <https://doi.org/10.1136/bmj.38376.603426.d3>
129. Nagl, M., Jepsen, L., Linde, K., & Kersting, A. (2021). Social media use and postpartum body image dissatisfaction: The role of appearance-related social comparisons and thin-ideal internalization. *Midwifery*, 100, 103038. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2021.103038>
130. World Health, O. (1995). The World Health Organization Quality of Life assessment (WHO/QOL): position paper from the World Health Organization. *Soc sci med*, 41, 1403-1409. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(95\)00112-K](https://doi.org/10.1016/0277-9536(95)00112-K)
131. Dantie, D., G., Workie, M., M., Zeleke, M., E., & Chekol, W., B. (2025). Health related quality of life and associated factors after cesarean delivery among postpartum mothers in Gondar, Ethiopia: a cross-sectional study. *BMC pregnancy and childbirth*, 25(1), 355. <https://doi.org/10.1186/s12884-025-07478-3>
132. Pan, Y., & Barnhart, H. X. (2016). Methods for assessing the reliability of quality of life based on SF-36. *Statistics in Medicine*, 35(30), 5656-5665. <https://doi.org/10.1002/sim.7085>
133. Ware Jr, J., E. (2000). SF-36 health survey update. *Spine*, 25(24), 3130-3139. <https://doi.org/10.1097/00007632-200012150-00008>

134. Soylu, C., & Kütük, B. (2022). Reliability and validity of the Turkish version of SF-12 health survey. *Turk Psikiyatri Dergisi*, 33(2), 108. <https://doi.org/10.5080/u25700>
135. Arovah, N., I., & Heesch, K., C. (2021). Assessment of the validity and reliability of the Indonesian version of Short Form 12 (SF-12). *Journal of preventive medicine and hygiene*, 62(2), E421. <https://doi.org/10.15167/2421-4248/jpmh2021.62.2.1878>
136. Whoqol, G. (1998). Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. *Psychological medicine*, 28(3), 551-558. <https://doi.org/10.1017/S0033291798006667>
137. Skevington, S., M., Lotfy, M., & O'Connell, K., A. (2004). The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: psychometric properties and results of the international field trial. A report from the WHOQOL group. *Quality of Life Research*, 13, 299-310. <https://doi.org/10.1023/B:QURE.0000018486.91360.00>
138. Khabiri, R., Rashidian, A., Montazeri, A., Symon, A., Foroushani, A., R., Arab, M., & Rashidi, B., H. (2013). Validation of the mother-generated index in Iran: a specific postnatal quality-of-life instrument. *International Journal of Preventive Medicine*, 4(12), 1371.
139. Horowitz, E., Abadi-Korek, I., Shani, M., & Shemer, J. (2010). EQ-5D as a generic measure of health-related quality of life in Israel: reliability, validity and responsiveness. *The Israel Medical Association Journal: IMAJ*, 12(12), 715-720.
140. Carr, A., J., Gibson, B., & Robinson, P., G. (2001). Is quality of life determined by expectations or experience? *Bmj*, 322(7296), 1240-1243. <https://doi.org/10.1136/bmj.322.7296.1240>

141. Brekke, M., Berg, R., C., Amro, A., Glavin, K., & Haugland, T. (2022). Quality of Life instruments and their psychometric properties for use in parents during pregnancy and the postpartum period: a systematic scoping review. *Health and Quality of Life Outcomes*, 20(1), 107. <https://doi.org/10.1186/s12955-022-02011-y>
142. Busija, L., Ackerman, I., N., Haas, R., Wallis, J., Nolte, S., & Bentley, S., et. al. (2020). Adult measures of general health and health-related quality of life. *Arthritis Care and Research*, 72(S10), 522-564. <https://doi.org/10.1002/acr.24216>
143. Latham, S., Leach, M., J., White, V., M., Webber, K., Jefford, M., & Lisy, K., et. al. (2024). Health-related quality of life in rural cancer survivors compared with their urban counterparts: a systematic review. *Supportive Care in Cancer*, 32(7), 424. <https://doi.org/10.1007/s00520-024-08618-9>
144. Du, L., Feng, L., Bi, S., Zhang, L., Tang, J., & Zhong, L., et.al. (2021). Probability of severe postpartum hemorrhage in repeat cesarean deliveries: a multicenter retrospective study in China. *Scientific Reports*, 11(1), 8434. <https://doi.org/10.1038/s41598-021-87830-7>
145. Ahmed, M., R., Sayed Ahmed, W., A., Khamess, R., E., Youwakim, M., S., & El-Nahas, K., M. (2018). Efficacy of three different regimens in recovery of bowel function following elective cesarean section: a randomized trial. *Journal of perinatal medicine*, 46(7), 786-790. <https://doi.org/10.1515/jpm-2017-0389>
146. Patil, S., B., Gupta, N., Kadakia, K., Bhasin, M., Gandhi, A., & Patil, S., S. (2024). Post Cesarean Section Abdominal Wound Dehiscence: From Plastic Surgeon's Perspective. *Journal of South Asian Federation of Obstetrics and Gynaecology*, 16(4), 412-416. <https://doi.org/10.5005/jp-journals-10006-2280>
147. Ware Jr, J. E., & Sherbourne, C., D. (1992). The MOS 36-Item short-form health survey (SF-36): I. Conceptual framework and item selection. *Medical care*, 30(6), 473-483. <https://doi.org/10.1097/00005650-199206000-00002>

148. Koçyigit, H., Aydemir, O., Olmez, N., & Memis, A. (1999). SF-36'nin Türkçe için güvenilirliği ve geçerliliği. *Ege Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Dergisi*, 12, 102-106.
149. Cheng, Y., Su, S., & Wu, S. (2022). Changes in cesarean section rates and its indications among primiparous women during each implementation phase of Chinese two-child policy: a retrospective study. *Chinese Medical Journal*, 135(18), 2264-2266. <https://doi.org/10.1097/CM9.0000000000002283>
150. Dorji, T., Wangmo, K., Dorjey, Y., Dorji, N., Kiran Chhetri, D., & Tshering, S., et. al. (2021). Indications and factors associated with cesarean section in Bhutan: A hospital-based study. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 153(3), 520-526. <https://doi.org/10.1002/ijgo.13697>
151. Sobhy, S., Arroyo-Manzano, D., Murugesu, N., Karthikeyan, G., Kumar, V., & Kaur, I., et. al. (2020). Maternal and perinatal mortality and complications associated With caesarean section in low-income and middle-income countries: A systematic review and meta-analysis. *Obstetric Anesthesia Digest*, 40(1), 16-18. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32386-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32386-9)
152. Attah, R., A., Zakari, M., & Haruna, I. (2015). An audit of caesarean section in a tertiary hospital northwest Nigeria. *Tropical Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 32(2), 6-12.
153. Jombo, S., Ossai, C., Onwusulu, D., Ilikannu, S., & Fagbemi, A. (2022). Feto-maternal outcomes of caesarean delivery in Federal Medical Centre, Asaba: a two year review. *African Health Sciences*, 22(1), 172-179. <https://doi.org/10.4314/ahs.v22i1.23>
154. Woolner, A., M. F., Raja, E., A., Bhattacharya, S., & Black, M., E. (2024). Risk of spontaneous preterm birth elevated after first cesarean delivery at full

dilatation: a retrospective cohort study of over 30,000 women. *American journal of obstetrics and gynecology*, 230(3), 358-e351.
<https://doi.org/10.1016/j.ajog.2023.09.027>

155. Ensari, T. A., Kavak, D., Yirci, B., Elmas, B., Esin, S., Yalvaç, E., S., & Tekin, Ö., M. (2022). Kadınların doğum şekline ilişkin tercihleri ve Türkiye'de sezaryen doğum yönteminin mevcut durumunun gözden geçirilmesi. *Jinekoloji-Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi*, 19(3), 1412-1417.
<https://doi.org/10.38136/jgon.1160913>

156. Farid, E., Z., E., Taha, O., A., & Ali, S., M. (2025). Single cesarian section versus multiple cesarian sections in magnitude of maternal and fetal complications: a case control study. *Egyptian Journal of Medical Research*, 6(1).

157. Ilska, M., Kołodziej-Zaleska, A., Banaś-Fiebrich, E., Brandt-Salmeri, A., Janowska-Tyc, E., & Łyszczarz, A., et. al. (2022). Health-Related Quality-of-Life among Pregnant Women after First, Second, and Multiple Cesarean Sections in the Perinatal Period: A Short-Term Longitudinal Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(24), 16747.
<https://doi.org/10.3390/ijerph192416747>

158. Cnota, W., Banas, E., Dziehcinska-Poletek, D., Janowska, E., Jagielska, A., & Piela, B., et. al. (2022). " The Killer Placenta" a threat to the lives of young women giving birth by cesarean section. *Ginekologia Polska*, 93(4), 314-320.
<https://doi.org/10.5603/GP.a2022.0043>

159. Grivell, R., M., & Dodd, J., M. (2011). Short-and long-term outcomes after cesarean section. *Expert Review of Obstetrics & Gynecology*, 6(2), 205-215.
<https://doi.org/10.1586/eog.11.16>

160. Petrou, S., Kim, S., W., McParland, P., & Boyle, E., M. (2017). Mode of delivery and long-term health-related quality-of-life outcomes: a prospective population-based study. *Birth*, 44(2), 110-119. <https://doi.org/10.1111/birth.12268>
161. Sh, N., Hm, S., Ao, A., & Ma, E. (2018). Assessing the quality of life among women undergoing elective cesarean section versus emergency cesarean section. *Egyptian Journal of Health Care*, 9(1), 71-81. <https://doi.org/10.21608/ejhc.2018.11907>
162. Mwale, R., Maluwa, A., & Odland, J., Ø. (2014). Midwives' adherence to preoperative care guidelines prior to emergency caesarean section at Bwaila Maternity Hospital in Malawi. <https://doi.org/10.4236/ojn.2014.411081>
163. Martin, C., R., & Jomeen, J. (2010). Assessment of quality of life during pregnancy and in the postnatal period. *Handbook of disease burdens and quality of life measures*, 2411-2422. <https://doi.org/10.1007/978-0-387-78665-0>
164. Fobelets, M., Beeckman, K., Buyl, R., Daly, D., Sinclair, M., & Healy, P., et al. (2018). Mode of birth and postnatal health-related quality of life after one previous cesarean in three European countries. *Birth*, 45(2), 137-147. <https://doi.org/10.1111/birt.12318>
165. Cüce, D. (2020). *Doğum şekline göre doğumda anne memnuniyetinin doğum sonu yaşam kalitesine etkisinin incelenmesi* [Yüksek lisans tezi, Üsküdar Üniversitesi]. İstanbul.
166. Altıparmak, S. (2006). Gebelerde sosyo-demografik özellikler, öz bakım gücü ve yaşam kalitesi ilişkisi. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 5(6), 416-423.
167. Çelik, A. S., Türkoğlu, N., & Pasinlioğlu, T. (2014). Annelerin doğum sonu yaşam kalitesinin belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 17(3), 151-157.

168. Mogos, M., F., August, E., M., Salinas-Miranda, A., A., Sultan, D. H., & Salihu, H., M. (2013). A systematic review of quality of life measures in pregnant and postpartum mothers. *Applied research in quality of life*, 8, 219-250. <https://doi.org/10.1007/s11482-012-9188-4>
169. Lupu, V., V., Miron, I., C., Raileanu, A., A., Starcea, I., M., Lupu, A., & Tarca, E., et. al. (2023). Difficulties in adaptation of the mother and newborn via cesarean section versus natural birth—A narrative review. *Life*, 13(2), 300. <https://doi.org/10.3390/life13020300>
170. Eisenach, J., C., Pan, P., H., Smiley, R., Lavand'homme, P., Landau, R., & Houle, T., T. (2008). Severity of acute pain after childbirth, but not type of delivery, predicts persistent pain and postpartum depression. *Pain*, 140(1), 87-94. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2008.07.009>
171. Demilew, B., C., Zurbachew, N., Getachew, N., Mekete, G., & Lema, D., T. (2024). Prevalence and associated factors of postoperative acute pain for mothers who gave birth with cesarean section: a systematic review and meta-analysis. *Pain Management Nursing*. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2024.05.010>