



T.C.
TOKAT GAZİOSMANPAŞA ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
EBELİK ANABİLİM DALI
EBELİK YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

**OBEZ KADINLARDA PARİTEYE GÖRE MATERNAL VE
NEONATAL SONUÇLARIN DOĞUM SONU İYİLEŞME KALİTESİ
İLE İLİŞKİSİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Ayşe Betül ELÇİN

Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Demet ÇAKIR

TOKAT -2025

ETİK SÖZLEŞME

Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü tez yazım kılavuzuna göre, Dr. Öğr. Üyesi Demet ÇAKIR danışmanlığında hazırlamış olduğum “Obez Kadınlarda Pariteye Göre Maternal ve Neonatal Sonuçların Doğum Sonu İyileşme Kalitesi ile İlişkisi” adlı Yüksek Lisans tezinin bilimsel etik değerlere ve kurallara uygun, özgün bir çalışma olduğunu, aksinin tespit edilmesi halinde her türlü yasal yaptırımını kabul edeceğimi beyan ederim.

26/06/2025

Ayşe Betül ELÇİN



JÜRİ KABUL VE ONAY SAYFASI

Ayşe Betül ELÇİN tarafından hazırlanan “Obez Kadınlarda Pariteye Göre Maternal ve Neonatal Sonuçların Doğum Sonu İyileşme Kalitesi ile ilişkisi” adlı tez çalışmasının savunma sınavı 26.06.2025 tarihinde yapılmış olup aşağıda verilen Jüri tarafından Oy Birliği ile Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Ebelik Anabilim Dalı’nda Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Jüri Üyeleri**İmzası**

Üye (Başkan):

Üye :

Üye (Danışman):.....

ONAY

...../...../.....

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürü

Bu çalışmayı desteklerini her zaman hissettiğim canım aileme ithaf ediyorum...

Ayşe Betül ELÇİN

Tokat 2025



TEŞEKKÜR

Bu çalışmanın gerçekleştirilmesinde, değerli bilgilerini benimle paylaşan, kendisine ne zaman danışsam bana kıymetli zamanını ayırıp sabırla ve büyük bir ilgiyle bana faydalı olabilmek için elinden gelenden fazlasını sunan her sorun yaşadığımda yanına çekinmeden gidebildiğim, güler yüzünü ve samimiyetini benden esirgemeyen ve gelecekteki mesleki hayatımda da bana verdiği değerli bilgilerden faydalanacağımı düşündüğüm kıymetli ve danışman hoca statüsünü hakkıyla yerine getiren Dr. Öğr. Üyesi [] teşekkürü bir borç biliyor ve şükranlarımı sunuyorum.

Yine çalışmamda yol gösteren ve bana bu çalışmayı yapmaya olanak veren, çok kıymetli hocalarım Prof.Dr. [] ve Prof.Dr. [] sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Teşekkürlerin az kalacağı diğer üniversite hocalarımın da hayatım boyunca kazandırdıkları her şey için ve beni gelecekte söz sahibi yapacak bilgilerle donattıkları için hepsine teker teker teşekkürlerimi sunuyorum.

Son olarak çalışmamda desteğini ve bana olan güvenini benden esirgemeyen canım eşim []'e, can parçalarım []'a, benim her konuda örnek aldığım biricik sorumlum []'e, tüm doğumhane ekinine ve beni bu günlere sevgi ve saygı kelimelerinin anlamlarını bilecek şekilde yetiştirerek getiren ve benden hiçbir zaman desteğini esirgemeyen bu hayattaki en büyük şansım olan aileme sonsuz teşekkürler.

Ayşe Betül ELÇİN

Tokat 2025

ÖZET

OBEZ KADINLARDA PARİTEYE GÖRE MATERNAL VE NEONATAL SONUÇLARIN DOĞUM SONU İYİLEŞME KALİTESİ İLE İLİŞKİSİ

Elçin, Ayşe Betül
Yüksek Lisans, Ebelik Anabilim Dalı
Tez Danışmanı: Dr.Öğr.Üyesi [REDACTED]
Haziran, 2025, xiv +120 sayfa

Bu çalışma, obez kadınlarda pariteye göre, maternal ve neonatal sonuçların doğum sonu iyileşme kalitesi ile ilişkisini değerlendirmek amacıyla tanımlayıcı ve ilişki arayıcı olarak yapılmıştır. Araştırmanın evrenini, Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilimdalı'na doğum için gelen, beden kütle indeksi 30,0 kg/m² dan yüksek olan gebeler oluşturmuştur. Örneklem G Power 3.1 bilgisayar programıyla hesaplanmıştır. Örneklemi, primipar 64, multipar 64 olmak üzere, toplam 168 kadın oluşturmuştur. Çalışmanın verileri 01.04.2024-31.07.2024 tarihleri arasında toplanmıştır. Veriler; Kişisel Bilgi Formu, Maternal-Neonatal Bilgi Formu, Doğum Sonu İyileşme Kalitesi Ölçeği ile elde edilmiştir. Gebeler doğumhaneye kabul edildikten sonra boy ve vücut ağırlığı ölçümü yapıp beden kütle indeksi (BKİ) hesaplaması yapılarak örnekleme dahil edilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde; tanımlayıcı istatistik ölçütleri, tek ve çift yönlü varyans analizi, bağımsız örneklem t testi, Mann Whitney U testi ve Binary lojistik regresyon analizi kullanılmıştır.

Primipar ve multipar gebelerin doğum özellikler ile karşılaştırmasında doğumun sonuçlanma şekli, travayda indüksiyon uygulanma durumu, travay 3., 5. ve 6. saat oksijen satürasyon ortalamaları, travay 2. ve 6. saat vücut sıcaklığı ortalamaları ile gruplararası anlamlı farklılık olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Gebelerin şu an ki BKİ ortalaması değerlendirildiğinde primiparlarda 34.13 ± 3.68 ; multiparlarda 34.56 ± 3.03 'tür. DSİKÖ puan ortalaması primiparlarda 56.72 ± 19.07 ; multiparlarda 55.84 ± 19.77 olup gruplararası anlamlı farklılık olmadığı belirlenmiştir. Parite durumu ile DSİKÖ toplamının değişkenlerle çok yönlü karşılaştırmasında yaş, eğitim durumu, çalışma durumu, yerleşim yeri, aile tipi, şu an ki BKİ, gebelik öncesi BKİ, yenidoğan yoğun

bakım ve oksijen gereksinimi değişkenleri ile arasında anlamlı farklılık olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$).

Sonuçta; maternal obez olan primiparların doğum sonu iyileşme kalitesi multiparlardan daha yüksektir.

Anahtar Kelimeler: Parite, Maternal Obezite, Neonatal Sonuç, Doğum Sonu İyileşme Kalitesi, Ebelik



ABSTRACT**RELATIONSHIP BETWEEN MATERNAL AND NEONATAL OUTCOMES AND
QUALITY OF POSTPARTUM RECOVERY IN OBESE WOMEN ACCORDING TO
PARITY**

Elçin, Ayşe Betül
Master's Thesis, Department of Midwifery
Advisor: Assit.Prof.D. [REDACTED]
June 2025, xiv + 120 pages

This study was conducted as a descriptive and correlational study to evaluate the relationship between maternal and neonatal outcomes and the quality of postpartum recovery in obese women according to parity. The universe of the study consisted of pregnant women with a body mass index higher than 30.0 kg/m^2 who came to Tokat Gaziosmanpaşa University Training and Research Hospital, Department of Obstetrics and Gynecology for delivery. The sample was calculated using the G Power 3.1 computer program. The sample consisted of a total of 168 women, 64 primiparous and 64 multiparous. The data of the study were collected between 01.04.2024 and 31.07.2024. The data were obtained using the Personal Information Form, Maternal-Neonatal Information Form, and the Quality of Postpartum Recovery Scale (QPRS). After the pregnant women were admitted to the delivery room, their height and body weight were measured, and then their body mass index was calculated and they were included in the sample. In the evaluation of the data; Descriptive statistics, one-way and two-way analysis of variance, independent sample t test, Mann Whitney U test and Binary logistic regression analysis were used.

In the comparison of the birth characteristics of primiparous and multiparous pregnant women, it was determined that there was a significant difference between the groups in terms of the way the birth was concluded, whether induction was applied during labor, the 3rd, 5th and 6th hour oxygen saturation averages of labor, and the 2nd and 6th hour body temperature averages of labor ($p < 0.05$). When the current BMI average of the pregnant women was evaluated, it was 34.13 ± 3.68 in primiparous and 34.56 ± 3.03 in

multiparous. The mean QPRS score was 56.72 ± 19.07 in primiparous and 55.84 ± 19.77 in multiparous, and it was determined that there was no significant difference between the groups. In the multi-dimensional comparison of the parity status and the total QPRS with variables, it was determined that there was a significant difference between the variables of age, education status, employment status, place of residence, family type, current BMI, pre-pregnancy BMI and neonatal intensive care and oxygen requirement ($p < 0.05$). As a result; The quality of postpartum recovery in primiparous women with maternal obesity is higher than in multiparous women.

Keywords: Parity, Maternal Obesity, Neonatal Outcome, Postpartum Recovery Quality, Midwifery



İÇİNDEKİLER

ETİK SÖZLEŞME.....	i
JÜRİ KABUL VE ONAY SAYFASI.....	ii
TEŞEKKÜR	iv
ÖZET	v
ABSTRACT	vii
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	xiv
KISALTMALAR LİSTESİ	xv
1. GİRİŞ.....	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi.....	1
1.2. Araştırmanın Amacı	4
1.3. Araştırmanın Soruları.....	4
2. GENEL BİLGİLER.....	5
2.1. Obezitenin Tanımı.....	5
2.2. Obezite Prevelansı ve Etkileyen Faktörler	5
2.3. Maternal Obezite	8
2.3.1. Maternal Obezite Prevelansı	10
2.4. Maternal Obezitenin Maternal Komplikasyonları	11
2.4.1. Vajinal Hemoraji.....	11
2.4.2. Preterm Eylem	12
2.4.3. Üriner Sistem Enfeksiyonları.....	12
2.4.4. Gestasyonel Diyabetes Mellitus.....	13
Tablo 2. 1. Tam Kan Glikoz Değerleri	14
2.5. Gestasyonel Diyabetin Fetal Etkileri	15
2.6. Maternal Obezite ve Riskli Doğum Eylemi	17
2.6.1. Sezaryen Doğum	17
2.6.2. İntrapartum ve Postpartum Hemoraji	19
2.6.3. Doğum Distoizileri	20
2.6.4. Fetal Distres.....	20
2.7. Postpartum Komplikasyonlar.....	22
2.7.1. Postpartum Enfeksiyon.....	22

2.7.2. Postpartum Üriner İnkontinans.....	22
2.7.3. Postpartum Duygusal Değişiklikler.....	22
2.8. Maternal Obezitenin Emzirmeye Etkisi	23
2.8.1. Maternal Obezite ve Anne Sütü Bileşimi	24
2.9. Doğum Sonrası İyileşme	25
2.10. Maternal Obezitede Ebelik Bakımı	28
3. GEREÇ YÖNTEM.....	31
3.1. Araştırmanın Amacı	31
3.2. Araştırmanın Tipi	31
3.3. Araştırmanın Yapılacağı Yer ve Zaman	31
3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	31
3.5. Örneklem Kriterleri	32
3.6. Veri Toplama Araçları	33
3.6.1. Bilgilendirilmiş Olur Formu	33
3.6.2. Kişisel Bilgi Formu.....	33
3.6.3. Obstetrik Maternal ve Neonatal Bilgi Formu	33
3.6.4. Doğum Sonrası İyileşme Kalitesi Ölçeği (Obstetric Quality-of-Recovery Score) 34	
3.7. Araştırmanın Uygulaması	34
3.8. Araştırma Verilerinin Değerlendirilmesi	36
3.9. Araştırmanın Etik Yönü	37
4. BULGULAR	38
5. TARTIŞMA.....	57
6. SONUÇ ve ÖNERİLER.....	74
6.1. Sonuçlar.....	74
6.2. Öneriler	75
7. KAYNAKÇA	80
8. EKLER	93
Ek 1. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu	93
EK-2. Tanıtıcı Bilgi Formu	96
EK-3. Maternal-Neonatal Bilgi Formu	97
EK-4. Doğum Sonu İyileşme Kalitesi Ölçeği	100
EK-5. Etik Kurul İzni	101
EK-6. Kurum Çalışma İzni	102

EK-7. Ölçek İzin Belgesi	103
9. ÖZGEÇMİŞ.....	104



TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 2. 1. Tam Kan Glikoz Değerleri	14
Tablo 3.1. Araştırma Planı	31
Tablo 4.1. Obez Gebelerin Parite Durumuna Göre Sosyodemografik Özelliklerinin Dağılımı Ve Gruplararası Karşılaştırması	38
Tablo 4.2. Obez Gebelerin Parite Durumuna Göre Obstetrik Özelliklerinin Dağılımı Ve Gruplararası Karşılaştırması	40
Tablo 4.3. Obez Gebelerin Parite Durumuna Göre Doğum Özelliklerinin Dağılımı Ve Gruplararası Karşılaştırması	41
Tablo 4.4. Obez Gebelerin Parite Durumuna Göre Travay Takibi Değerlerinin Dağılımı Ve Gruplararası Karşılaştırması	42
Tablo 4.5. Lohusaların Parite Durumuna Göre Postpartum Birinci Gün Özelliklerinin Dağılımı Ve Gruplararası Karşılaştırması	44
Tablo 4.6. Lohusaların Parite Durumuna Göre Postpartum Birinci Gün Yaşam Bulguları Özelliklerinin Dağılımı Ve Gruplararası Karşılaştırması	45
Tablo 4.7. Pariteye Göre Yenidoğan Özellikleri Dağılımı Ve Gruplararası Karşılaştırılması	47
Tablo 4.8. Doğum Sonu İyileşme Kalitesi Ölçeği Toplam Ve Alt Boyutlarının Pariteye Göre Dağılımı Ve Karşılaştırması	49
Tablo 4.9. Obez Gebelerin Parite Durumuna Göre Sosyodemografik Özelliklerinin Doğum Sonu İyileşme Kalitesi Ölçeği Toplamı İle Karşılaştırması	49
Tablo 4.10. Obez Gebelerin Parite Durumuna Göre Obstetrik Özelliklerinin Doğum Sonu İyileşme Kalitesi Ölçeği Toplamı İle Karşılaştırması	51
Tablo 4.11. Obez Gebelerin Parite Durumuna Göre Doğum Özelliklerinin Doğum Sonu İyileşme Kalitesi Ölçeği Dağılımı Ve Gruplararası Karşılaştırması	52
Tablo 4.12. Lohusaların Parite Durumuna Göre Postpartum Birinci Gün Özelliklerinin Doğum Sonu İyileşme Kalitesi Ölçeği İle Karşılaştırması	53
Tablo 4.13. Primiparlarda Doğum Sonu İyileşme Kalitesi Ölçeği Toplam Ve Alt Boyutları İle Bazı Değişkenler Arasındaki İlişki Dağılımı	54
Tablo 4.14. Multiparlarda Doğum Sonu İyileşme Kalitesi Ölçeği Toplam Ve Alt Boyutları İle Bazı Değişkenler Arasındaki İlişki Dağılımı	55

Tablo 4.15 Multiparlarda Doğum Sonu İyileşme Kalitesi Ölçeği Toplamı Regresyon Analizi.....	56
---	----



ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 3.1. Araştırmanın Güç Analizleri	32
Şekil 3.2. Uygulama Akış Şeması	35



KISALTMALAR LİSTESİ

ABD	Amerika Birleşik Devletleri
ACOG	Amerikan Jinekologlar ve Obstetrisyenler Birliği
ADA	Amerikan Diyabet Derneği
BKİ	Beden Kütle İndeksi
CTG	Kardiyotocografi
DSİKÖ	Doğum Sonu İyileşme Kalitesi Ölçeği
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
FGR	Fetal Büyüme Kısıtlaması
GDM	Gestasyonel Diyabetes Mellitus
IOM	The Institute of Medicine- American Tıp Enstitüsü
IUGR	İntrauterin Gelişme Geriliği
LGA	Large for Gestasyonel Age- Gebelik Yaşına Göre Büyük Olma
NHANES III	Üçüncü Ulusal Sağlık ve Beslenme İncelemesi
NICE	National Institute of Health and Clinacal Excellence-Ulusal Sağlık Enstitüsü
NST	Non-Stres Test
NTD	Nöral Tüp Defekti
OECD	Ekonomik İş birliği ve Kalkınma Örgütü
PGDM	Gebelik Öncesi Diyabetes Mellitus
PPH	Postpartum Hemoraji
Üİ	Üriner İnkontinans
TNSA	Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
TURDEP	Türkiye Diyabet Prevalansı
TÜİK	Türkiye İstatistik Kurumu

1. GİRİŞ

1.1.Problemin Tanımı ve Önemi

Obezite, günümüzde halk sağlığını tehdit eden başlıca sorunlardan biri haline gelmiş ve Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından 21. yüzyılın en ciddi küresel sağlık problemlerinden biri olarak tanımlanmıştır (DSÖ, 2024). Beden kütle indeksinin (BKİ) 30 kg/m^2 ve üzerinde olması, bireyin obez olarak sınıflandırılması için yeterli görülmekte; bu durum gebelik sürecinde maternal ve fetal sağlık açısından ciddi riskler doğurmaktadır (Bilgin, 2020).

Maternal obezite (MO), gebelik öncesinde veya gebelik sırasında ortaya çıkan fazla kilo artışı ile karakterize olup, hem anne hem de bebek için kısa ve uzun vadeli sağlık komplikasyonlarına neden olabilmektedir (Yanikkerem & Mutlu, 2012). Özellikle prenatal dönemde yüksek BKİ ile ilişkili olarak gestasyonel diyabet, preeklampsi, sezaryen doğum, doğum sonrası hemoraji, neonatal hipoglisemi, makrozomi gibi komplikasyonların görülme sıklığı artmaktadır (Aktulay ve ark., 2012; Louwen ve ark., 2024). Özellikle doğum sonrası iyileşme süreci, maternal obezitenin etkileriyle daha karmaşık bir hal almakta ve annenin hem fiziksel hem de psikolojik toparlanmasını geciktirebilmektedir (Sultan ve Carvalho, 2021). Doğum sonrası dönemde anneler, yalnızca kendi bedenlerindeki fizyolojik değişikliklerle değil; aynı zamanda yenidoğanın bakımı, emzirme, uyku düzeninin bozulması gibi birçok sosyal ve psikolojik zorlukla da baş etmek zorundadırlar. Bu nedenle doğum sonrası iyileşme sürecinin kalitesi, anne-bebek sağlığı açısından kritik bir belirteç olarak değerlendirilmektedir (Demirci & Yılmaz Şahin, 2023).

Maternal obezite sadece gebelik ve doğum sürecini değil, aynı zamanda doğum sonu dönemde de çeşitli risklere ve sorunlara neden olduğundan takip ve bakım

önemlidir (Bilgin, 2020). Postpartum süreç klinik olarak, gestasyonel diyabet ve maternal obezite için doğum sonrası glisemik indeksin takibi, kardiyometabolik hastalığa karşı ağırlıklı olarak yaşam tarzı önlemleri yoluyla yönetmeye dayanmaktadır. Bunlar, kalori kısıtlaması, fiziksel aktivite, uyku optimizasyonu, stres yönetimi, düşük ruh hali ve obezitenin bir dizi tıbbi nedeninin belirlenmesi ve tedavisi gibi katkıda bulunan faktörlerin ele alınması etrafında odaklanan diyet müdahalelerini içermektedir. DSÖ'nin diyabet tanısı için doğumdan sonraki altı hafta ile üç aylık süreçte kan glikoz seviyesinin takibini önermekte olup her 1-3 yılda bir ek takip için bilgilendirme yapılması gerektiğini bildirmiştir (Grieger ve ark., 2021).

Doğum sonrası iyileşme, doku hasarının ardından oluşan inflamatuvar stres tepkisi, kan kaybı ve sıvı değişimleri tarafından tetiklenen fizyolojik tepkiler ve doğumdan sonra yaşanan ağrı açısından değerlendirilmesi gereken bir durumdur. Ancak doğum sonrası iyileşme, ameliyattan sonraki iyileşmeye kıyasla belirgin farklılıklara sahiptir. Doğum sonrası dönemdeki yeni anneler, daha önce deneyimlemedikleri yeni bir 'normal' duruma veya 'yeni bir temel çizgiye' iyileşmenin karmaşık bir dinamik sürecinden geçerler. Aynı zamanda, doğum ve doğumun ağırlı ve genellikle yorucu sürecinden iyileşmenin ve toparlanmanın fiziksel zorluklarıyla başa çıkarken, yeni anneler hemen bir yenidoğana bakmakla ilişkili sosyal ve fiziksel sorumluluklarla görevlendirilirler. Doğum sonrası dönem genellikle uyku yoksunluğu, anne-yenidoğan bağı, emzirme ve yeni bir hayatı aile birimine entegre etme zorluğu gibi daha önce karşılaşılmamış yeni deneyimler ve koşullar içerir. Yeni anneler, temel işlevlerini dokuz ay önceki bir zaman noktasından (yani gebe kalma zamanı civarında), doğum başlangıcından önce veya planlanan sezaryen doğumlarından önce algılayabilirler. Ancak sağlıkta daha uzun vadeli değişiklikler, gebeliğin anatomik ve fizyolojik değişimleri ve sigaradan uzak durma, alkol alımının

azaltılması veya fiziksel aktivite seviyesinde ayarlama gibi değiştirilmiş davranışların bir sonucu olarak gebe kalma anından itibaren meydana gelmiş olabilir (Sultan ve Carvalho, 2021). Doğum sonu dönemde iyileşmeyi etkileyen faktörlerin incelenmesi ve sorunların çözülmesi ebelik bakımının bir parçasıdır. Her kadın değerlidir ve her anne-bebek en iyi bakım alma hakkına sahiptir. Doğum yapmak kadının yaşamını fiziksel olarak etkileyen önemli bir deneyimdir. Psikolojik ve sosyal olarak bu etki doğum sonrası dönemde de devam etmektedir. Geleneksel yaklaşım doğum sonrası dönemi bir kesit olarak değil, kesitsel olarak ele alır. Sağlık, anneyi değerlendirirken çoğunlukla mortalite ve morbidite kriterlerine odaklanan bir süreçtir. Çağdaş yaklaşım bu kriterlerin tek başına yeterli olmayacağını savunmaktadır. Bu nedenle annelerin iyileşme düzeylerine ve yaşam kalitelerindeki değişikliklere odaklanmak gerekmektedir. Doğum sonrası dönemde periyodik olarak takip edilmesi, erken dönemde oluşabilecek komplikasyon veya hastalıkların tespitinde önemlidir (Önal ve ark., 2023).

Son yıllarda yapılan bazı çalışmalar, parite ile maternal sağlık çıktıları arasındaki ilişkinin de göz ardı edilmemesi gerektiğini ortaya koymaktadır. Doğan ve ark.'nın (2018) çalışmasında multipar gebelerde obeziteye bağlı komplikasyonların görülme sıklığı primipar gebelere kıyasla daha yüksek bulunmuştur. Bu bağlamda, parite durumunun maternal ve neonatal sonuçlar ile doğum sonrası iyileşme süreci üzerindeki etkisinin incelenmesi, hem ebelik hizmetlerinin niteliğini artırmak hem de kadın sağlığına yönelik politika geliştirme süreçlerine bilimsel katkı sağlamak açısından önemlidir.

Bu çalışma, obez gebelerde parite durumuna göre maternal ve neonatal sonuçlar ile doğum sonrası iyileşme kalitesinin değerlendirilmesini amaçlamaktadır. Elde edilen bulgular, maternal obezitenin doğum süreci üzerindeki etkilerine dair farkındalığı

artırmayı ve postpartum bakımın daha bütüncül yaklaşımlarla ele alınmasına katkı sunmayı hedeflemektedir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Obez kadınlarda pariteye göre maternal ve neonatal sonuçların doğum sonrası iyileşme durumuna etkisini değerlendirmek amaçlanmıştır.

1.3. Araştırmanın Soruları

- 1- Primipar obez kadınların maternal ve neonatal sonuçları nelerdir?
- 2- Multipar obez kadınların maternal ve neonatal sonuçları nelerdir?
- 3- Primipar obez kadınların doğum sonu iyileşme kalitesini etkileyen faktörler nelerdir?
- 4- Multipar obez kadınların doğum sonu iyileşme kalitesini etkileyen faktörler nelerdir?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Obezitenin Tanımı

Obezite, Latince kökenli "obedere" (yemek yemek) fiilinin geçmiş zaman hali olan "obesus" kelimesinden türemiş bir terimdir (Demiray ve Yorulmaz, 2023). Tıbbi olarak obezite, bedenimizde yağ dokusu kütesinin aşırı artması sonucunda ortaya çıkan ve bireyin sağlık durumunu olumsuz yönde etkileyen bir durumdur. Obezite ve vücut ağırlığını sınıflandırmak için en yaygın kullanılan ölçüm birimi, BKİ olarak adlandırılır. BKİ, vücut ağırlığının kilogram (kg) cinsinden değeri ile boy uzunluğunun metre (m) cinsinden karesine bölünerek hesaplanır ($BKİ = \text{kg/m}^2$). BKİ değeri 30 kg/m^2 ve üzerinde olması obezite olarak tanımlanmaktadır (Bilgin, 2020). Obezitenin özellikleri ve hastalıklarla olan ilişkisi ilk kez antik Yunan döneminde ele alınmıştır (Es ve Güngör Tavşanlı, 2021). Günümüzde obezite, sağlığı olumsuz etkileyen ve engellenebilir ölümcül olaylar arasında sigaranın ardından ikinci sırada yer alan çok faktörlü bir hastalık olarak kabul edilmektedir. Yüksek enerji veren besinler ile beslenme sonucu vücutta aşırı yağ birikimiyle gelişen bu durum, yağ birikiminin fazla olması şeklinde tanımlanır. Çünkü vücut yağ yüzdesini doğrudan belirlemek zordur (TEMD, 2019).

2.2. Obezite Prevelansı ve Etkileyen Faktörler

Obezitenin görülme sıklığını etkileyen etkenler arasında genetik, cinsiyet, yaş, yaşam tarzı, yemek yeme alışkanlıkları, endokrin ve metabolik etkenler yer almaktadır (Daşikan ve Kavlak, 2009). Obezite ile ilgili yapılan çalışmalarda, obezitenin eğitim düzeyi ve sosyoekonomik durum ile ilişkisinin genellikle zıt yönde olduğu belirlenmiştir (Akman ve ark., 2004). Es & Güngör Tavşanlı'nın (2021) araştırmasında, eğitim seviyesi ve gelir düzeyinin düşmesiyle obezite oranının arttığı, buna bağlı olarak karbonhidrat içerikli (ekmek, bulgur, makarna, pirinç vb.) beslenme durumunun arttığı belirlenmiş

olup bu sonuçların literatürde ile benzerlik gösterdiği saptanmıştır (Es ve Güngör Tavşanlı, 2021).

Son yıllarda, gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde obezite yaygınlığı hızla artmaktadır. 2024 yılı itibariyle, en tehlikeli sağlık problemlerini tetikleyici olarak görülen obezite, 1975 yılından bu yana üç kat artarak dünya genelinde tehlike seviyesine ulaşmıştır. 2016 yılı verilerine göre, '18 yaş ve üzeri kadınların %40'ı fazla kilolu, %15'i ise obez' olarak rapor edilmiştir (Berberoğlu ve Hocaoglu, 2021). Obezitenin hızla ilerlediği ülkelerden biri olan ABD'inde her üç yetişkin bireyden birinde obezite varlığına rastlanmaktadır (Rosenthal ve ark., 2017). ABD'de 1991 yılı ile 1999 yılı arasında obezite oranı %50 ile %70 arasında artış seyri göstermiş olup 2030 yılında ABD'nin çoğu eyaletinde obezite oranlarının %50'ye ulaşması beklenmektedir (Borrell ve Talih, 2012). Dünya genelinde yaklaşık 2.8 milyon birey, aşırı kilolu veya obez olmanın neden olduğu sağlık problemleri nedeniyle hayatını kaybetmektedir. DSÖ, 2016'da dünya genelinde 18 yaş ve üstü yetişkin kadın bireylerin nüfusunun %15'inin obez olduğunu açıklamıştır. DSÖ tarafından Avrupa, Asya ve Afrika'nın altı farklı bölgesinde yürütülen ve 12 yıl kadar devam eden MONICA çalışmasında, obezite yaygınlığında 10 yıl gibi kısa bir sürede %10-30 arasında bir artış gözlemlenmiştir (DSÖ, 1988). MONICA'nın sonuçlarını kesileştiren bir diğer veride 2013 yılında OECD (Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü)'nin yayınladığı rapordur. Bu raporda, son on yılda obezite sıklığının yüksek oranda arttığı ve OECD'ye bağlı ülkelerde nüfusun neredeyse dörde üçünün (%52,6) aşırı kilolu veya obezite problemi yaşadığı belirtilmiştir (Devaux ve Sassi, 2013). Gallus ve ark.,'nın (2015) çalışmasında, 16 Avrupa ülkesinde obezite yoğunluğu kadınlarda %11,5, erkeklerde ise %14,0, BKİ değeri 25'in üzerinde olanların oranı ise kadınlarda %40,8, erkeklerde ise %54,5 olarak belirtilmiştir. Bu veriler, 2010'daki ABD sonuçlarıyla

kıyaslandığında, Avrupa ülkelerinde obezite sıklığının %50 oranında daha düşüktür (Lugo ve ark., 2015). Türkiye'deki oranlar ise batılı ülkelere pek farklı değildir (Ural ve ark., 2018; Yılmaz ve Can, 2023).

Ülkemizde yapılan ilk kapsamlı araştırma, 1997 ile 1998 senelerinde gerçekleştirilen ve 540 merkezde 20 yaş ve üzeri 24788 bireyin katılımıyla yapılan TURDEP-I (Türkiye Diyabet Prevalans) çalışmasıdır. Bu çalışmada, obezite yaygınlığının kadınlar-erkekler %30-13 ve genel nüfusta %22,3 olduğu bildirilmiştir (Satman ve ark., 2002). Obezite 30'lu yaşlarda daha sık görülmeye başlayıp, 45-65 yaş seviyelerinde en üst düzeylere çıktığı belirlenmiştir. TURDEP-I çalışmasından 12 sene sonra yürütülen TURDEP-II çalışmasında obezite sıklığı kadınlar-erkekler %44-27 ve genel nüfusta ise %35 olarak saptanmıştır (Satman ve ark., 2013). Bu iki çalışmanın karşılaştırılmasında, Türkiye'deki erişkin toplumda obezite prevalansının 1998 yılında %22,3'ten, 2010'da %31,2'ye, yani %40 oranında arttığı belirlenmiştir. On iki yıl içerisinde kadınlarda obezite oranı %34, erkeklerde ise %10,7 oranında artmıştır (Yılmaz & Can, 2023). Türkiye Sağlık Bakanlığı istatistiklerine göre, kadınlarda obezite oranının erkeklerden daha yüksek olduğu, kadınların %23,9'unun obez, %30,1'inin ise obezite öncesi dönemde olduğu bildirilmiştir (TC. Sağlık Bakanlığı, 2016). Obezite, kadınların hayat standart ve kalitesini negatif yönde etkileyerek birçok sistemik, metabolik, hormonal, ruhsal, estetik ve toplumsal sorunlara yol açmaktadır (Duman ve Bayram, 2018).

TNSA 2018 (%30) yılı verilerine göre, 15-49 yaş kadınlarda obezite ($BKİ \geq 30$ kg/m²) prevalansı, 1998 (%18.8), 2003 (%22.7), 2008 (%23.9) ve 2013 (%26.5) olarak raporlanmış ve bu oranlar zamanla artış göstermiştir (TNSA, 2018; Dursun & Beydağ, 2023). Yanikkerem ve Mutlu'nun (2012) çalışmasında MO prevalansının %6.5 ile % 50.7

arasında değiştiği belirlenmiştir. T   K (2022) verilerine göre ülkemizde, 15 yaş ve üzeri obez kişilerin oranı 2019'dan 2022'ye kadar %21.1'den %20.2'ye gerilediği, kadınların %23.6'sının obez, %30.9'unun ise obezite öncesi dönemde bulunduğu; erkeklerde ise %16.8'inin obez, %40.4'  n  n ise obezite öncesi dönemde olduğu bildirilmiştir (T   K, 2022).

Obezite sıklığını etkileyen etmenlerin belirlenmesi, bu sorunla mücadele için gerekli önlemlerin alınması ve oluşabilecek sağlık problemlerinin çözülmesi açısından büyük önem taşımaktadır (  zenir ve ark., 2018).

2.3. Maternal Obezite

Gebelik, kadının hayat sürecinde önemli bir yer tutmaktadır (  zcan ve ark., 2016). Gebelik, hem fizyolojik hem de psikolojik adaptasyon sürecidir. Bu süreçte yaşanan önemli fizyolojik değişimlerden biri, vücut ağırlığındaki artıştır. Bu artış, yağ depolanması, plazma ve su hacminin artması gibi fizyolojik faktörlerle ilişkilidir (Hoover ve Louis, 2019). Gebe kalma anında sağlıklı olan kadının, başarılı bir gebelik dönemi geçirmesi ve sağlıklı bir bebek sahibi olma olasılığı daha yüksektir. Yetersiz beslenme ve obezite üreme çağındaki kadınlar arasında yaygındır, yüksek ve düşük gelirli ülkeler arasındaki farklar daha az belirgin hale gelmiştir (Stephenson ve ark., 2018). Gebelik   ncesi, gebelik ve postpartum süreçte beslenmenin anne ve bebek sağlığını önemli oranda etkilediği vurgulanmaktadır. Gebelik   ncesi ve erken dönemlerdeki beslenme yetersizliği, gebeliğin sağlıksız bir şekilde sonuçlanmasına yol açabilir. Gebelikte, gelişen anne ve fetüs dokularına fazla miktarda besin çeşitliliği lazımdır (Taşkın, 2023b). şehir hayatının günlük yaşam aktivitelerimize etkisi olarak   abu  ak yemek yeme, aparatif ve sağlıksız beslenme ile hareketsiz yaşam tarzı, yaşam kalitemizi olumsuz yönde etkileyen başlıca faktörlerdendir. Ayrıca, yüksek enerji içeriğine sahip, karbonhidrat ve yağ oranı

fazla olan, kolayca tüketilebilen hazır gıdaların artan kullanımı, ayaküstü beslenme alışkanlıklarının yaygınlaşmasına neden olmuş ve fazla besin alımına yol açmıştır. Bu durum, gereğinden fazla enerji vücutta yağ olarak depolanmakta ve hareketsiz yaşam tarzı nedeniyle bu yağ enerji olarak harcanamamakta, bu da obeziteye yol açmaktadır (Özenir ve ark., 2018; Sadıkhacıoğlu, 2019).

IOM, 2009 yılında DSÖ'nün obezite sınıflandırmasını kaynak alarak, gebelik döneminde farklı BKİ düzeylerine göre kilo alımını düzenleyen bir öneri rehberi yayınlamıştır. Bu rehber göre, gebelikte BKİ değeri 30 ve üzeri olan kadınlar obez olarak kabul edilmektedir.

Gebelik, komplikasyonlarıyla birlikte gelen yüksek riskli bir dönemdir (Deputy ve ark., 2018). MO, hem anne hem de bebek sağlığı açısından kötü sonuçlarla ilişkilidir. Gebelik öncesi obezitesi olan annelerde infertilite, spontan gebelik kaybı, konjenital anomaliler, gestasyonel diabetes mellitus, daha yüksek sezaryen doğum riski, yara komplikasyonları, artmış venöz tromboemboli riski, depresyon ve emzirme güçlüğü gibi sağlık sorunları daha yaygın görülmektedir (Denizli ve ark., 2022). MO prevalansının sürekli olarak arttığı ve fazla kilolu ile obez kadınların, normal BKİ'ye sahip kadınlara göre antenatal, intrapartum, neonatal ve postpartum komplikasyonlar yönünden önemli bir risk olduğu bildirilmiştir (Zengin ve ark., 2021). Gebenin özellikleri gebelik öncesi kilo, boy, yaş, parite, gebe kalma tipi (spontan veya yapay üreme teknolojisi), obstetrik öykü (kürtaj, tekrarlayan düşük, ölü doğum ve erken doğum) ve altta yatan tıbbi durumları (diyabet ve hipertansiyon) risk faktörlerini etkilemektedir. Gebelik sonuçları preeklampsi, GDM, erken doğum, Preterm Erken Membran Ruptürü (PPROM), plasenta dekolmanı, düşük, ölü doğum, canlı doğum, doğumdaki gebelik yaşı ve sezaryen doğum insidansını MO'nin sonuçlarındandır (Kim ve ark., 2021).

Gebelik öncesi obezite varlığı, antenatal dönemde ortaya çıkan fizyolojik değişikliklerin değişkenlik göstermesine yol açabilir. Kardiyak outputtaki artış MO'da şiddetlenmektedir. Obezite ayrıca kardiyak hipertrofi şiddetini artırarak miyokardiyal dilatasyona yol açabilir (Shagana ve ark., 2018). Gebelikteki gastrik reflü sorunu ise obezite nedeniyle artan intraabdominal basınç etkisiyle şiddetlenmektedir. Obez gebelerde midenin boşalım süresi uzamış olup, bu durum gastrointestinal sistem yetersizlikleri ve aspire etme riski oluşturabilmektedir. MO durumunda en az etkilenen sistem solunum sistemidir; çünkü obezite, kadınların tital volümünü azaltırken, gebelik bunu arttırarak bazı solunum problemlerini hafifletebilir (Soma-Pillay ve ark., 2016; Demirel ve Yardımcı, 2020). Doğan ve ark.,'nın (2018) çalışmasına göre, multiparite durumu obezite oranlarını artırmaktadır. Diğer çalışmalar da bu bulguları destekleyerek, multipar kadınlarda fazla kiloluluk, obezite ve morbid obezite sıklığının daha yüksek olduğunu bildirmektedir (Savona-Ventura ve Gatt, 2006; Ugwuja ve ark., 2010; Kongubol ve Phupong, 2011; Doğan ve ark., 2018).

Gebelik, protrombotik bir dönemdir; birçok çalışmada obezite durumunun, faktör sekiz ve faktör dokuz artışına bağlı olarak tromboz riskinde artışa neden olduğu gösterilmiştir (Abdollahi ve ark., 2003). Gebe kadınlar, gebe olmayanlara kıyasla 4-5 kat daha fazla tromboemboli riski taşımaktadır (Sadıkhacıoğlu, 2019).

2.3.1. Maternal Obezite Prevalansı

Üreme dönemindeki kadınlarda ve MO prevalansı, ülkelere ve ülkelerin gelir düzeyine göre önemli farklılıklar göstermektedir. 2014 yılı itibarıyla dünya genelinde 14,6 milyon obez gebenin olduğu tahmin edilmektedir. Ülkeler bazında obez gebelerin oranları, İzlanda'da %27, Kanada'da %22, Hindistan'da %21.7 (Chen ve ark., 2020), İsveç'te %23 (Bjermo ve ark., 2015), İskoçya'da %9.5 (Lahti-Pulkkinen ve ark., 2019)

ve Afrika'da %6.5-50.7 arasında değişmektedir (Onubi ve ark., 2016). Türkiye'de ise obez gebelerin oranı %20.7 ile %33 arasında değişmektedir (Poston ve ark., 2013; Çankaya ve Alan Dikmen, 2018).

Lu ve ark.,'nın (2001) çalışmasına göre, yaklaşık 20 yıllık bir araştırma sonuçlarına istinaden ABD'deki artan obezite oranının, belirli bölgelerde ve daha düşük sosyoekonomik gruplarda daha belirgin olduğu, tüm toplumsal yelpazeyi kapsayan evrensel bir olgu olduğunu istatistiksel olarak belirtmiş ve 25 yıl önce önlem alınması gerektiği belirlenmiştir.

Amerika'da yapılan bir çalışmada, 2011 ile 2015 yılları arasında MO prevalansının %8 oranında arttığı saptanmıştır (Deputy ve ark., 2018). İzlanda'da, 2005-2014 yılları arasında MO prevalansının %25.9'dan %27.7'ye yükseldiği (Eiriksdottir ve ark., 2015), Kanada'da yapılan başka bir çalışmada da, gebelerin %22'sinin obez olduğu belirtilmiştir (Macinnis ve ark., 2016).

2.4. Maternal Obezitenin Maternal Komplikasyonları

2.4.1. Vajinal Hemoraji

Gebelikte görülen vajinal kanama, son derece önemli bir konudur ve birçok sağlık riskinin belirleyicisi olarak kabul edilir. Kanama, anne ölümlerinin üç büyük sebebinden biri olduğundan, bu durum oldukça önemlidir (DSÖ, 2022). Birinci trimesterde obezite ile abortus riski arasında ilişki tespit edilmiş olmasına rağmen bu konuda yapılan çalışmaların sonuçları çelişkilidir. BKİ>30 kg/m² olan kadınlarda spontan abortus riskinin 1.2 kat arttığı (Lashen ve ark., 2004) belirlenmiş olup başka bir çalışmada da beyaz küre, nötrofil, lenfosit, PLT, PCT değerleri hariç diğer belirteçler grupları arasında benzer bulunmuştur. Beyaz küre, lenfosit, nötrofil, PCT, PLT değerleri arasındaki

farklılıkların normal kilolu ile obez gebeler arasında olduğu saptanmıştır (İncesu Çintesan, 2020).

De La Calle'nin (2022) çalışmasına göre; obez kadınlarda, zayıf kadınlara kıyasla trombosit ve lenfosit seviyelerinin artma eğiliminde olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca, obez kadınlarda zayıf kadınlara kıyasla glikoz, TSH ve trombosit seviyelerinde artma eğilimi belirlenmiş olup obez kadınlarda potansiyel subklinik inflamasyonu daha iyi anlamak için hemoglobin, trombosit, lenfosit ve TSH seviyelerinin daha fazla araştırılması gerektiği sonucuna varılmıştır.

2.4.2. Preterm Eylem

Preterm eylem, erken doğum ile sonuçlanarak prematüre bir bebek doğumuna yol açar (Öz ve Kutlay, 2023). Gebelikte aşırı kilolu olmanın da erken doğum eylemine katkıda bulunan nedenler arasında yer aldığı bildirilmektedir (Hajagos-Toth ve ark., 2017).

Magro-Malosso ve ark., (2017), gebelikte egzersizin aşırı kilolu ve obez gebelerde preterm eylem riskini azaltma potansiyelini incelemek amacıyla yapılan çalışmada haftada üç ile yedi kez, 30 ile 60 dakika süreyle egzersiz yapan aşırı kilolu ve obez gebelerin daha düşük preterm eylem riskiyle karşılaştığı saptanmıştır. Ayrıca, bu egzersizlerin GDM önlenmesinde önemli bir rol oynadığı tespit edilmiş ve bu nedenle aşırı kilolu ve obez gebeler için teşvik edilmesi gerektiği sonucuna varılmıştır.

2.4.3. Üriner Sistem Enfeksiyonları

Üriner sistem enfeksiyonları, üriner sistemin herhangi bir bölgesinde bakterilerin bulunması, çoğalması ve semptomlara yol açması durumunda ortaya çıkar. Hormonal değişiklikler ve mekanik baskılar, bu enfeksiyonların en önemli nedenleri arasında yer almaktadır (İnci ve ark., 2011). Doğurganlık çağındaki kadınların yaklaşık %4-6'sında

bakteriüri görülürken (Öztürk, 2019), gebelerde asemptomatik bakteriüri prevalansı %2-13 arasında değişmektedir (Özger ve Güzel Tunçcan, 2017). Obez gebelerde göğüs enfeksiyonları, üriner enfeksiyonlar ve genital sistem enfeksiyonlarının normal kilolu gebelere kıyasla 7,25 kat daha fazla görüldüğü rapor edilmiştir (Simon ve ark., 2020).

Gebeliğin ilk trimesterinde progesteron hormonunun gevşetici etkisi ve ileri dönemlerde büyüyen uterusun kazandığı ağırlık, üriner yollarda genişlemeye neden olur. Bu durum, mesanenin tam olarak boşalamaması sonucunda idrarın bir miktarının mesanede kalmasına ve bakterilerin üremesi için uygun bir ortam oluşmasına yol açar (Üstün ve Köksal, 2013). Obez gebelerde ise deri katlantılarının fazlalığı ve bu bölgelerin birbirine teması nedeniyle nemli ve havasız bir ortam oluşur, bu da fungal ve bakteriyel enfeksiyonlar için elverişli bir zemin hazırlar (Nazik ve ark., 2016). MO'nin makrofaj düzeyleri üzerindeki etkisini inceleyen Laskewitz ve ark.,'nın (2019) çalışmasında, obez gebelerde decidua parietalis bölgesinde düşük makrofaj düzeyleri gözlemlenmiş, makrofaj düzeylerindeki değişimin obezite ile ilişkisini daha iyi açıklamak için daha fazla sayıda araştırmaya ihtiyaç duyulduğu belirtilmiştir.

2.4.4. Gestasyonel Diyabetes Mellitus

GDM, gebelik sırasında başlayan veya ilk kez ortaya glikoz intoleransı olarak tanımlanır. Genellikle gebelerde %2-6 sıklığında ortaya çıkmakta olup yüksek riskli popülasyonlarda %10-20'ye ulaşabilir ve incelenen çoğu ırk/etnik grupta artan bir eğilim gösterir. Geleneksel risk faktörleri arasında, önceki GDM ve ileri anne yaşı en yüksek etkiye sahiptir. Irk/etnik köken ve Tip-2 diyabet aile öyküsü önemli ancak orta düzeyde bir etkiye sahiptir. Son zamanlarda fizyolojik ve patolojik olmak üzere birkaç geleneksel olmayan faktör tanımlanmıştır. Risk faktörlerinin çokluğu ve bunların etkileşimleri, bireysel bazda risk tahmininin düşük güvenilirliğine neden olmaktadır (Galtier, 2010).

GDM, gebelik sırasında ilk kez tanı konulan diyabet türüdür ve genellikle üç farklı mekanizma ile ortaya çıkabilir. İlk olarak, gebelik öncesinde mevcut olan diyabet, gebelik süresince devam edebilir. İkinci olarak, daha önce tanı almamış bireylerde, gebelik sürecindeki metabolik değişiklikler ve gebeliğin getirdiği ek yük metabolik dengeyi bozarak diyabetin gelişmesine yol açabilir. Üçüncü olarak, gebelik sırasında hormonal değişimlerin maternal metabolizmaya etkisi sonucu GDM gelişebilir. GDM'nin fetüs üzerindeki en belirgin riski, iri fetüs (makrozomi) gelişimidir. Açlık glikoz düzeyleri yüksek değilse, diyet uygulamaları genellikle tedavi için yeterli olur. Ancak, diyetle kontrol altına alınamayan durumlarda insülin tedavisi gerekli hale gelebilir (Taşkın, 2023b).

GDM'nin tanı ve tedavisinde tarama testlerinin önemi büyüktür. Bu nedenle, GDM taramaları risk faktörlerine dayanmalı ve evrensel bir yaklaşımla yapılmalıdır. GDM'nin erken tanısı, fetal ve neonatal komplikasyonların önlenmesi açısından kritik bir adımdır. Bu doğrultuda, ulusal ve uluslararası otoriteler tarafından tarama stratejileri geliştirilmiştir. Amerikan Diyabet Derneği (ADA), risk faktörü olsun ya da olmasın tüm gebelerde 24-28. gebelik haftalarında GDM taraması yapılmasını önermektedir (Albarrak ve ark., 2018). GDM tedavisinin temel amacı, glisemik kontrolü sağlayarak fetal ve maternal mortalite ile morbiditeyi azaltmaktır. ADA tarafından yayımlanan rehberde, glisemik hedefler ve tam kan glikozu için sınırlar belirlenmiştir (Tablo 1) (ADA, 2024).

Tablo 2. 1. Tam Kan Glikoz Değerleri

Saat	Glikoz Değeri
Açlık	95mg/dl altında
1.saat	140 mg/dl altında
2.saat	120 mg/dl altında

GDM yönetiminde temel amaç, maternal ve fetal komplikasyonları en aza indirmektir. Diyet ve egzersiz gibi yaşam tarzı değişiklikleri birinci basamak tedaviyi oluştururken, gerekli durumlarda insülin tedavisi eklenmelidir. ADA, GDM yönetiminde

glisemik hedeflerin bireyselleştirilmesini ve maternal-fetal sağlığı optimize edecek stratejilerin geliştirilmesini önermektedir (ADA, 2024).

PGDM tanısı almış gebelerde, majör ve minör konjenital anomaliler riskini azaltmak için prekonsepsiyonel glisemik kontrol önerilmektedir. Ornoy'un (2011) çalışmasına göre, uygun glisemik kontrol sağlanmış kadınlarda bile konjenital anomali oranı kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu belirlenmiş olup bu durumun nörogelişimsel problemler ve perinatal komplikasyonlarla ilişkilendirilmiştir.

2.5. Gestasyonel Diyabetin Fetal Etkileri

Gebelik öncesinde diyabet varlığı, konjenital defekt oranlarını artırmaktadır. Diyabet olmasa bile, obez kadınlarda iri fetüs gelişme riski artmaktadır (Ehrenberg ve ark., 2004). Kadınlarda artan obezite, GDM insidansında ve ilişkili gebelik ve perinatal komplikasyonlarda artışa yol açmaktadır (Pu ve ark., 2015; Lende ve Rijhsinghani, 2020). Obezite, glisemik kontrolün sağlanmasını zorlaştırarak hiperglisemiye yatkınlık ve insülin direnci riskini artırır, ayrıca kardiyovasküler ve metabolik fonksiyon bozukluklarına yol açabilir. Gebelik öncesinde obez olan veya gebelik süresince aşırı kilo alan kadınlarda karbonhidrat metabolizmasının bozulma olasılığı daha yüksektir. Bu durum, normal kilolu kadınlara kıyasla GDM gelişme riskini artırır. Taşdemir ve ark.,'nın (2015) çalışmasında, obez gebelerde GDM ve gebelikte görülen hipertansiyon gelişme riskinin, normal BKİ'ye sahip gebelere göre anlamlı derecede daha yüksek olduğu saptanmıştır.

GDM, genellikle doğumdan sonra normale dönen bir durumdur. Ancak, gebeliğe obez olarak başlayan veya gebelik sırasında önerilenden fazla kilo alan kadınlarda GDM'nin tip-2 diyabete dönüşme riski yüksektir. Kim ve ark.,'nın (2011) çalışmasında, GDM gelişen kadınların %10'undan daha fazlasında doğumdan sonra Tip-2 diyabet

geliştiği ve 10 yıllık izlem sürecinde bu oranın %30-70'e yükseldiği bildirilmiştir. Gürkan ve ark.,'nın (2018) çalışması ise gebelik boyunca önerilenin üzerinde kilo alımının GDM gelişimiyle anlamlı bir ilişki gösterdiğini ortaya koymuştur. Yu ve ark.,'nın (2013) sistemik derlemesine göre gebelik öncesinde fazla kilolu veya obez olanların normal kilolu kadınlara kıyasla gestasyonel haftasına büyük bebek doğurma olasılıklarının 1.53 kat daha fazla olduğunu bulmuştur (Chen ve ark., 2022).

Gebelik öncesi diyabetin (PGDM) ve GDM'nin, abortus, ölü doğum ve konjenital anomaliler gibi ciddi komplikasyonlarla ilişkili olduğu gösterilmiştir. Bununla birlikte, erken dönemde etkili glisemik kontrol, bu komplikasyonların sıklığını azaltmada önemli bir rolü vardır (Goyal ve ark., 2020).

Khalak ve ark.,'nın (2015) çalışmasında doğum sonrasında yenidoğan bebeklerde meydana gelen hipogliseminin obez annelerden doğan bebekler için daha fazla komplikasyona sebep olduğu belirtilmiştir. Hem gebelik öncesinde hem de sırasında etkili yönetim stratejileri uygulamak, anne ve bebek sağlığı üzerindeki olumsuz etkileri en aza indirmek için kritik öneme sahiptir. Artan insülin direnci ve maternal hiperglisemi, fetüsün aşırı glikoz maruziyetine neden olur. Daha fazla miktarda kan şekeri plasentadan fetal dolaşıma geçer. Fetüsteki ekstra glikoz vücut yağı olarak depolanır ve makrozomiye neden olur. Bu durum, fetüste hiperinsülinizm ile sonuçlanır ve doğum sonrası hipoglisemi riskini artırır (Kc ve ark., 2015).

GDM ve PGDM, fetal büyüme üzerinde iki uç sonuç doğurabilir: makrozomi ya da intrauterin büyüme geriliği (IUGR). Anne kan şekerinin sürekli izlenmesi ve kontrol altında tutulması, bu iki durumu önlemede kritik bir rol oynamaktadır. Sürekli glukoz monitörlerinin (CGM) kullanımı, bu tür büyüme bozukluklarının yönetiminde öne çıkan teknolojilerden biridir (ADA, 2024).

Obezite, gebelik sırasında komplikasyon riskini artırabilir ve bu durum yenidoğanlarda yoğun bakım ihtiyacını artırabilir. MO, gebelikte hipertansiyon, GDM, sezaryen doğum oranlarının artışı gibi komplikasyonlarla ilişkilendirilmiştir. Bu durum, yenidoğan sağlığını da olumsuz etkileyebilir ve YYBÜ'ye yatış oranlarını artırabilir. MO'nin doğrudan YYBÜ'ye yatış sürelerini uzattığına dair bulgular bulunmaktadır. Özellikle obez annelerin bebeklerinde RDS, hipoglisemi, sepsis riski gibi komplikasyonların daha yaygın olduğu bildirilmiştir (Al-Khalifah ve ark., 2012; Godfrey ve ark., 2017).

Fetal hiperbilirubinemi, yenidoğan sarılığı (ikter) olarak kendini gösterir. MO'nin yanı sıra hiperbilirubinemi riskini artıran faktörler de vardır. GDM, gebelikte kan şekeri seviyelerinin kontrolsüz olması, fetüste hiperbilirubinemi riskini artırır. Doğum travması, obez annelerde doğum sırasında travma riski artabilir, bu da kırmızı kan hücrelerinin yıkımını hızlandırır. Prematürite, prematüre bebeklerde karaciğer enzim aktivitesi düşük olduğu için bilirubin metabolizması daha yavaş olur (Calatano ve Ehrenberg, 2006).

2.6. Maternal Obezite ve Riskli Doğum Eylemi

2.6.1. Sezaryen Doğum

MO'nin en büyük komplikasyonlarından biri sezaryen doğumdur. Sezaryen doğum oranları, gebelikte hipertansif bozukluklar, GDM ve iri fetüs gibi komplikasyonların sık görülmesi nedeniyle obez gebelerde belirgin şekilde artış göstermektedir (Sadıkhacıoğlu, 2019). Bu durum, doğum eyleminin doğal sürecini etkileyerek sezaryene yönelmesine neden olmaktadır. Vahratian ve ark.,'nın (2004) çalışmasında, fazla kilolu ve obez gebelerde doğumun aktif fazının uzadığı tespit edilmiştir. Araştırmada, aktif fazın süresi normal kilolu gebelerde ortalama 6.2 saat, fazla kilolu gebelerde 7.5 saat ve obez gebelerde 7.9 saat olarak ölçülmüştür. Çalışma ayrıca, artan beden BKİ oksitosin üretimi ve reseptör fonksiyonları üzerinde olumsuz etkiler

oluşturabileceğini göstermiştir. Bu bulgu, obez gebelerde doğum indüksiyonunun başarısızlık oranlarının ve sezaryen oranlarının neden daha yüksek olduğunu açıklamada önemli bir dayanak sağlamaktadır.

Sezaryen doğum oranlarının azaltılmasına yönelik stratejilerde, doğum öncesi risk değerlendirmelerinin daha dikkatli yapılması ve obez gebelerin doğum sürecine yönelik bireyselleştirilmiş destek almasının önemi vurgulanmaktadır. ACOG (2021) tarafından yayımlanan protokolde, obez gebelerde doğum indüksiyonunun dikkatle planlanması ve uygun fetal izleme yöntemlerinin kullanılması önerilmektedir. Aynı zamanda, DSÖ’de obez gebelerde sezaryen oranlarının azaltılması için multidisipliner bir yaklaşımı savunmaktadır (DSÖ, 2022).

Melchor ve ark.,’nın (2019) çalışmasında, obez gebelerde doğum eylemi ile ilişkili sorunların normal ağırlıktaki gebelere kıyasla daha fazla olduğu saptanmıştır. Maternal BKİ artışıyla birlikte normal doğum olasılığının azaldığı, bunun nedeninin, obez gebelerde maternal pelviste yumuşak doku oranının artmasıyla vajinal doğum şansının azalması olarak açıklanmıştır. Çalışmada ayrıca, sezaryen doğuma bağlı komplikasyonların obez gebelerde daha sık görüldüğü bildirilmiştir.

Obez gebelerde sezaryen sonrası yara enfeksiyonu, genital ve üriner sistem enfeksiyonları, endometrit, postpartum hemoraji ve anemi gibi komplikasyonlar daha yaygın şekilde gözlemlenmektedir. Haile ve ark.,’nın (2019) çalışmasında, 3. derece obez gebelerde sezaryen sonrası en sık karşılaşılan komplikasyonlar arasında Pfannenstiel cilt insizyonlarında sorunlar (%75.6), deri altı dokusunun kapanmaması (%65.4), basınçlı pansuman gereksinimi (%65) ve tromboprofilaksi ihtiyacı (%71.8) yer almıştır. Ayrıca, sezaryen sonrası enfeksiyonların kontrol altına alınamaması durumunda, hastanede kalış

süresinin uzaması gibi ek olumsuzlukların yaşanabileceği belirtilmiştir (Haile ve ark., 2019).

2.6.2. İntrapartum ve Postpartum Hemoraji

Postpartum kanamalar, erken dönem (ilk 24 saat içinde) ve geç dönem (doğumdan sonraki 24 saat ile 6. hafta arası) olarak iki ana gruba ayrılmaktadır. Doğum sonrası kanama nedenlerinin %75-90'ı, uterusun yeterince kasılmamasıyla ilişkili olan uterin atoniden kaynaklanmaktadır. Ayrıca, kanamaların yaklaşık %20'sinde uterus rüptürü, uterin inversiyon, vajinal ve servikal lacerasyonlar ile ilişkilidir. Daha az sıklıkla (%3) konjenital ya da edinsel pıhtılaşma bozuklukları doğum sonrası kanamalara yol açabilmektedir. MO'nin, pıhtılaşma bozuklukları ve metabolik ek hastalıklarla ilişkili olduğundan doğum sonrası kanama riskini artıran önemli bir faktördür. Obezite, ayrıca kan hacmi, trombosit fonksiyonları ve fibrinoliz mekanizmaları üzerinde olumsuz etkiler göstererek postpartum hemoraji riskini yükseltmektedir. Obez gebelerde doğum sonrası kanamaların daha sık görüldüğü ve bu hastaların daha fazla medikal ve cerrahi müdahaleye ihtiyaç duyduğu belirtilmiştir (Sayiner ve Hamlacı Başkaya, 2021a; Kurt ve Aksoy, 2022).

Postpartum Hemoraji (PPH), yönetiminde güncel protokoller, MO'ye bağlı artan riskleri minimize etmek için standartlaştırılmış bakım uygulamalarını teşvik etmektedir. Risk faktörlerinin belirlenmesi ve önlemeye yönelik yaklaşımlar şu şekilde olmalıdır; DSÖ, PPH'yi önlemek için tüm doğumlarda uterotonik ilaçların (örneğin oksitosin) rutin kullanımını önermektedir. Obezite gibi risk faktörlerine sahip kadınlarda bu tür önlemler daha dikkatle uygulanmalıdır. PPH riskini artırabilecek faktörlerin, özellikle obezite ve eşlik eden komplikasyonların doğum öncesinde değerlendirilmesi önemlidir (DSÖ, 2022). Tedavi ve müdahale yöntemleri ise; ACOG, PPH yönetiminde kanama miktarını

ölçmek için aktif kanama değerlendirme araçlarının kullanılmasını önermektedir. Ayrıca, obez kadınlarda cerrahi müdahaleler sırasında uygun insizyon teknikleri ve dikiş materyalleri kullanılarak yara enfeksiyonlarının önlenmesi gerektiğini belirtir. Atipik durumlarda, kanama kontrolü için uterin tamponad, cerrahi müdahaleler veya gerektiğinde kan transfüzyonu uygulanması gereklidir. Bu yaklaşımlar, MO gibi yüksek risk faktörlerine sahip gebelerde PPH'nin etkili bir şekilde yönetilmesi için kritik önemdedir. Doğum öncesi bakım ve doğum sırasında multidisipliner ekip iş birliği, bu riskleri en aza indirmede temel rol oynar (ACOG, 2024).

Usha ve ark.,'nın (2005) Birleşik Krallık'ın Güney Glamorgan bölgesinde BKİ'si 30'un üzerinde olan kadınlarda, BKİ'si 20–30 arasında olanlara kıyasla 500 ml'den fazla kanama görülme olasılığının daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

2.6.3. Doğum Distrozileri

Obez gebeliklerde makrozomi, doğum eyleminin seyrini olumsuz etkileyen önemli bir faktördür. Makrozomik bebeklerde baş-pelvis uyumsuzluğu daha sık görüldüğünden, sezaryen oranlarında artışa neden olmaktadır. Doğum sırasında oluşabilecek distoziler, maternal komplikasyonlar ve neonatal travma gibi sorunlara neden olmaktadır. Doğum distozilerinin önlenmesi ve yönetimi için risk faktörlerinin gebelik öncesinde ve sırasında dikkatle değerlendirilmesi önemlidir (Taşkın ve Vural, 2023).

2.6.4. Fetal Distres

Fetal distres, fetüsün oksijen yetersizliği nedeniyle gelişen asidoz tablosuna karşı gösterdiği tepkilerin genel adıdır. Bu durum, anne karnındaki fetüsün yaşamını tehdit edebilecek ciddi bir durumdur ve genellikle doğum eylemi sırasında fetal kalp atımdaki anormalliklerle tanımlanır. Obez gebelerde fetal distresi tanımlama ve yönetme süreci

daha karmaşık hale gelebilir. Özellikle yağ dokusunun kalınlığı, fetal monitorizasyon cihazlarının doğru şekilde kullanılmasını engelleyebilir (Taşkın, 2023a). Monaco-Brown ve ark.,'nın (2022) çalışmasına göre obez annelerin bebeklerinin Apgar skoru obez olmayan annelerin bebeklerine oranla daha düşüktür. Azher ve ark.,'nın (2022) çalışmasında maternal obez gebelerde prematürite, sezaryen doğum, düşük Apgar skor ve travayda destekli ventilasyona ihtiyaç duyulduğu belirlenmiştir.

Obezite, doğum sırasında fetüsün pozisyonunun ve uterus kontraksiyonlarının değerlendirilmesini zorlaştırabilir. Bu durum, fetüsün iyilik halinin izlenmesi için ultrasonografi gibi ileri tekniklerden faydalanılmasını önermektedir (Cesario, 2003a). Cardona-Benavides ve ark.,'nın (2022) çalışmasında maternal morbid obezitenin doğumda fetal asidoz gelişimi için bağımsız bir risk faktörü olduğu, fetal asidozun obez gebelerde daha sık görüldüğü belirlenmiştir.

Fetal distress riski taşıyan gebelerde, özellikle obezite gibi risk faktörleri söz konusu olduğunda, doğum sırasında sürekli elektronik fetal monitorizasyon önerilir. Riskli durumlarda doğumun hızlandırılması veya sezaryen gibi müdahaleler gerekebilir. Ayrıca, fetal distressin önlenmesi ve tanısında, maternal sağlık durumunun gebelik öncesinden itibaren optimize edilmesi büyük önem taşır. MO, doğum sırasında fetal monitorizasyonun etkinliğini düşürebilir. Yağ dokusunun fazlalığı, monitör cihazlarının doğru sinyal almasını zorlaştırabilir. Bu nedenle, obez gebelerde fetal pozisyon ve uterus kontraksiyonlarının değerlendirilmesinde ultrasonografi gibi yardımcı yöntemlere başvurulması önerilmektedir (Taşkın, 2023a).

2.7. Postpartum Komplikasyonlar

2.7.1. Postpartum Enfeksiyon

Puerperal enfeksiyonlar, postpartum dönemde karşılaşılan en önemli sağlık sorunlarından biridir. Annenin vücut sıcaklığının 38°C'nin üzerine çıkması, puerperal enfeksiyon şüphesi uyandırmaktadır. Normal vajinal doğum sonrası puerperal enfeksiyon görülme oranı %1-3 iken, sezaryen sonrası bu oran %15-30'a yükselmektedir (Kulhan ve ark., 2016). Ayrıca, maternal obez annelerde postpartum dönemde enfeksiyona yakalanma riskinin, normal kilolu kadınlara göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Sadıkhacıoğlu, 2019).

2.7.2. Postpartum Üriner İnkontinans

Üriner İnkontinans (Üİ), istemsiz idrar kaçırma durumu olarak tanımlanmaktadır (Abrams ve ark., 2010). Dünya genelinde yaklaşık 250 milyon yetişkinin Üİ'den etkilendiği bildirilmektedir (Kızılkaya Beji ve ark., 2010). Buckley ve Lapitan, (2010) çalışmasına göre, 20-39 yaş arası kadınların %7-37'si Üİ yaşamaktadır. Türkiye'de ise kadınlarda Üİ prevalansının %0.4-49.7 arasında olduğu belirtilmiştir. Postpartum dönemde perine travması; kanama, enfeksiyon, doğum sonrası ağrı, disparoni ve Üİ gibi sorunlara yol açabilmektedir (Sadıkhacıoğlu, 2019; Zengin ve ark., 2021).

2.7.3. Postpartum Duygusal Değişiklikler

Gebelik ve doğum sonrası dönem, kadının fizyolojik değişimlerin devam ettiği, aynı zamanda psikolojik ve sosyal dönüşümlerin yaşandığı kritik bir süreçtir. Birçok kadın, doğum sonrası değişikliklere sorunsuz bir şekilde uyum sağlarken, bazıları hafif düzeyde psikiyatrik belirtiler gösterebilir. Ancak, bu dönemde hastanede tedavi gerektirecek kadar ciddi psikiyatrik sorunlar yaşayan kadınlar da bulunmaktadır. Postpartum dönemde ruhsal problemlere yatkınlığın nedenleri arasında; doğum sonrası

hormonal değişiklikler, geçmiş ruhsal sağlık sorunları, istenmeyen gebelikler, zor veya riskli doğumlar, eşler arası çatışmalar, sağlık personelinden yeterli destek alınamaması ve stresli yaşam olayları yer almaktadır (şimşek ve ark., 2018; Taşkın ve Akan, 2023).

Gebelik sırasında kilo alma korkusunun depresyon düzeyleri üzerindeki etkisini inceleyen Yeşilek alık ve Aktaş (2011) alışmada bu korkunun depresyon puanlarını artırdığını ancak istatistiksel olarak anlamlı bir fark yaratmadığını rapor etmiştir. Obezite ile yaşam kalitesindeki bozulma arasında pozitif bir ilişki olduğunu vurgulayan Değirmenci ve ark., (2015), bu durumun depresyonla korelasyon gösterdiğini belirtmiştir. Obezite ile ilişkili bir diğer önemli psikiyatrik konu ise benlik saygısıdır. Ruhsal durum, bireylerin yeme tutum ve alışkanlıklarını etkileyebilir. Yeme tutumu; psikomotor gelişim ve çevresel faktörlerin etkileşimi sonucu şekillenmektedir (Değirmenci ve ark., 2015; Sadıkhacıoğlu, 2019).

Van Lieshout ve ark., (2013) derlemesine istinaden; gebelik sırasında fazla kilolu veya obez olan kadınların bebeklerinin çocukluk ve ergenlikte bilişsel eksiklikler, dışsallaştırma sorunları (zellikle dikkat eksikliği/hiperaktivite bozukluğu) ve içselleştirme psikopatolojisi açısından daha yüksek risk altında olduğunu göstermektedir.

2.8. Maternal Obezitenin Emzirmeye Etkisi

MO'de doğum sonrasındaki komplikasyonlar, iri memelerin emzirmeyi zorlaştırması ve sosyodemografik ile psikolojik faktörler, azalan emzirme süresi ile ilişkilendirilmektedir (Li ve ark., 2003; Demirer ve Yardımcı, 2020). Zengin ve ark., (2021) alışmasına göre, sağlık sorunları veya doğum komplikasyonları bulunan zayıf ve obez kadınların, normal kilolu kadınlara göre yaklaşık 1.4 kat daha az emzirmeye başladığı ve emzirmeyi daha erken bıraktığı tespit edilmiştir. Ayrıca, gebelik sırasında tıbbi sorunları ya da doğum komplikasyonları olmayan şışman ve obez kadınların,

emzirmeyi bırakma riskinin her ay için %11 oranında arttığı belirtilmiştir (Arendas ve ark., 2008; Zengin ve ark., 2021). Turcksin ve ark.,'nın (2014) sistematik derlemesi sonuçlarına göre obez annelerin emzirme niyetleri obez olmayan annelere oranla daha düşük puanlı bulunmuştur. Aynı çalışmada obez annelerin emzirmeye başlama oranları da daha düşük bulunmuş ve emzirmeye devam etme süreleri obez olmayan annelere göre azalmıştır. Nedenleri arasında emzirmeye devam etmede problem yaşamaları ve laktasyonun yeterli miktarda olmaması olarak açıklanmıştır.

Obez kadınların emzirmeye başlama ve devam etme konularında daha az eğilim gösterdiği; düşük öz saygı ve güven eksikliği yaşadıkları, bu duruma ruhsal sağlık sorunları ve postnatal depresyonun katkıda bulunabileceği ifade edilmektedir (Yanikkerem ve Mutlu, 2012; Zengin ve ark., 2021).

Meenakshi ve ark.,'nın (2012) çalışmasında, obez kadınlarla normal BKİ'li kadınların karşılaştırılmasına gruplar arasında hipoglisemi, hiperbilirubinemi ve solunum sıkıntısı açısından anlamlı bir fark olmadığını göstermiştir. Bununla birlikte, aşırı kilo ve obezite, olumsuz gebelik sonuçları için kesin risk faktörleri olarak değerlendirilmiştir.

Anne sütü, bebeklerin fiziksel ve zihinsel gelişimini destekleyen en uygun besindir. Yağ, protein, karbonhidrat, vitaminler ve immünolojik bileşenler bakımından zengin olan anne sütü, doğrudan annenin fizyolojik ve metabolik durumundan etkilenir. MO, artan inflamasyon ve hormonal değişiklikler nedeniyle süt bileşimini değiştirebilir. Bu değişiklikler, bebeğin büyümesi ve sağlığı üzerinde uzun vadeli etkiler yaratabilir (Ballard ve Morrow, 2013).

2.8.1. Maternal Obezite ve Anne Sütü Bileşimi

Makrobesinler; MO, anne sütündeki yağ ve protein konsantrasyonlarını etkileyebilir. Çalışmalar, obez annelerin sütünde daha yüksek oranda doymuş yağ ve daha

düşük oranda çoklu doymamış yağ asitleri bulunduğunu göstermektedir (Andreas ve ark., 2015). Bu değişiklikler, bebekte metabolik sendrom riskini artırabilir.

Mikrobesinler ve biyolojik aktif bileşenler; obez annelerin sütünde leptin, adiponektin ve diğer hormonların seviyeleri değişebilir. Örneğin, leptin seviyesinin yüksek olması, bebeğin iştah düzenlemesi üzerinde etkili olabilir ve gelecekte obezite riskini artırabilir (Fields ve ark., 2017).

Enflamasyon ve bağışıklık faktörleri; MO, anne sütünde enflamatuvar sitokinlerin artışına yol açabilir. Bu durum, yenidoğanın bağışıklık sistemi üzerinde olumsuz etkilere neden olabilir (Chan ve ark., 2020).

2.9. Doğum Sonrası İyileşme

Kadının sağlığını ve yaşam kalitesini olumsuz etkileyen en önemli sağlık problemlerinin, doğurganlık çağına (15-49 yaş) denk gelen gebelik, doğum ve doğum sonrası (postpartum, lohusalık veya puerperium) süreçlerde meydana geldiği ve hayati önem taşıdığı, yapılan çalışmalar ve sağlık göstergeleri ışığında belirlenmiştir (Sis Çelik ve ark., 2014). Mazda ve ark.,'nın (2023) çalışmasında planlı sezaryenle doğum yapan kadınlar, spontan vajinal doğum yapanlara kıyasla 1. ve 2. günlerde önemli ölçüde daha kötü iyileşme kalitesi yaşadıkları verisine ulaşılmıştır. İyileşme kalitesi her gün önemli ölçüde iyileşerek sezaryen doğum ve spontan vajinal doğum grupları için sırasıyla 4. ve 3. günlerde önemli fark oluşturmuştur. Sezaryen ile vajinal doğum karşılaştırıldığında, spontan vajinal doğum analjezi gereksinimine kadar geçen sürenin uzaması, antiemetik gereksiniminin azalması ve beslenmenin başlaması, yürüme ve taburcu olma sürelerinin azalmasıyla ilişkilendirilmiştir. Hastanede yatarak doğum sonrası iyileşme, planlanmış sezaryen doğumla karşılaştırıldığında spontan vajinal doğumdan sonraki ilk iki günde iyileşme kalitesi önemli ölçüde daha iyidir sonucuna varılmıştır. Kozanhan ve ark.,

(2022) benzer bir çalışma yapmış sezaryen ve vajinal doğum iyileşme kalite puanlarını yakın olarak bulmuşlardır. Fiziksel egzersiz yapmak sağlıklı bir yaşam tarzını sürdürmenin bir yoludur ve doğumdan sonra fayda sağladığı ve yaşam kalitesini iyileştirdiği gösterilmiştir (Sanchez-Garcia ve ark., 2022).

Kadınların cinsel sağlığı, her yaşta hayatın en önemli unsurlarından biridir. Biyolojik, psikolojik, sosyal ve kültürel değişimler, özellikle gebelik, doğum ve menopoza dönemlerinde kadının cinsel sağlığını önemli ölçüde etkiler. Gebelikte cinsel işlev bozuklukları genellikle ilk trimesterden itibaren başlayarak artış gösterir ve doğum sonrasında, yaklaşık bir yıl içinde iyileşme eğilimi gösterir. Gebelerde cinsel işlevi sıklıkla etkileyen faktörler arasında gebeliğe bağlı semptomlar, fetüse zarar verme korkusu ve beden imajındaki değişiklikler yer alır. Doğum sonrası dönemde ise cinsel disfonksiyon; yorgunluk, rol değişiklikleri, perineal travma ve müdahaleli doğum gibi faktörlerle ilişkilidir. Menopoz döneminde ise hormonal, kişisel ve emosyonel değişimler cinsel işlevi olumsuz yönde etkileyebilir. Kadınların yaşam kalitesini artırmak amacıyla gebelik, doğum sonrası ve menopoz dönemlerinde cinsel eğitim ve danışmanlık hizmetleri, bakım süreçlerinin ayrılmaz bir parçası olmalıdır. Bu hizmetler, sağlık profesyonelleri tarafından, olumlu bir iletişim ortamında ve kadının cinsel sağlık deneyimlerini dikkate alacak şekilde kişiselleştirilmiş, kanıta dayalı uygulamalar ışığında sunulmalıdır (Bilgin & Çakır, 2022).

Genel olarak kadınlar için doğum sonrası dönem uyku yoksunluğu, anne-bebek bağı, emzirme ve ailenin yeni bir hayatı benimsemeyi içerir. Yatarak tedavi ve iyileşme kalitesini etkileyen etkenler arasında ağrı, mide bulantısı, kusma, baş dönmesi, titreme, konfor algısı, mobilizasyon, bebeği bağımsız besleyebilme yeteneği, kişisel hijyen ve bakımı ile kontrol hissi yer almaktadır. Ayakta tedavi ve iyileşme alanları arasında

psikososyal problemler, cerrahi/tıbbi etkenler, beslenme ve meme sağlığı, psikososyal destek alış durumu ağrı, fiziksel işlevler, uyku, annelik deneyimleri, bebek sağlığı, yorgunluk durumu, bedensel ve cinsel algı, cinsel işlevler yer alır. Doğum sonrası iyileşme durumunun altı haftadan uzun sürmesi beklenen bir olaydır; ancak, mesleki topluluklar arasında iyileşme süresi ile ilgili bir fikir birliği yoktur (Sultan & Carvalho, 2021). Sultan ve ark., (2020) çalışmasına göre; vajinal doğumdan sonra kantitatif yatarak iyileşme sezaryen doğuma oranla iyileşme puanı daha yüksek çıkmıştır. O'Carrol ve ark., (2023) çalışmasına göre; vajinal doğum ve sezaryen doğum iyileşme kalitesi puanları benzer sonuçlar vermiştir. Vajinal doğum yapan kadınların iyileşme kalite puanları daha yüksek çıkmıştır. Obezite hem sezaryen doğum hem de cerrahi bölge enfeksiyonu riskini artırır. Yaygın kullanıma rağmen, profilaktik negatif basınçlı yara tedavisinin obez kadınlarda sezaryen doğumdan sonra cerrahi bölge enfeksiyonunu azaltıp azaltmadığı ile ilgili çalışmalar devam etmektedir (Tuuli ve ark., 2020).

Perine travması, doğum sonrası dönemde kadınların cinsel işlevlerini etkileyen en önemli faktörlerden biridir. Bu durum, doğum sırasında genital bölgede kendiliğinden, cerrahi insizyon ya da epizyotomi nedeniyle oluşan doku hasarı olarak tanımlanır. Perine travmasına yol açan risk faktörleri arasında fetüsün pozisyon ve yerleşim bozuklukları, doğum eyleminin hızlı ilerlemesi, doğumun ikinci fazının uzaması, doğum sayısı ve yenidoğan ağırlığı yer almaktadır. Postpartum dönemde perine travması, kadınlarda kanama, enfeksiyon, doğum sonrası ağrı, dispareni ve inkontinans gibi sağlık sorunlarına yol açabilir (Altuntuğ ve ark., 2010; Karakuş ve Yanıkkerem, 2015).

Doğum sonrası hissedilen kronik ağrı, doğumdan sonra kadınların %6.1 ile %11.5'ini etkileyen ve iyileşmelerini etkileyen önemli bir ayrıntıdır. Literatürde gözlemlenen sıklığı, kronik doğum sonrası ağrıyı tanılamak için kullanılan kriterlere

dayanmaktadır. Doğum türüne göre değişiklik göstermektedir. Dünya genelinde oranın artan sezaryen doğum, özellikle kronik pelvik ağrı başta olmak üzere kronik doğum sonrası ağrı riskinin daha düşük olması durumu ilişkili görünmektedir. Genellikle nöropatik bir bileşen içeren kronik yara izi ağrısı çoğunlukla hafif seyreder. Bunun aksine, vajinal doğumdan sonra kronik pelvik ağrı ve perineal ağrı, kadınların ruh hali ve hayat kalitesi üzerinde önemli bir olumsuz etkiye sahiptir. Alandaki yapılan çalışmalara göre, hem kadınların hem de sağlık hizmeti profesyonellerinin daha iyi ağrı eğitimi sorunu azaltmaya yardımcı olabileceği kanısına varılmıştır (Lavand'homme, 2019).

Doğumdan sonraki haftalar, kadın ve bebeği için kritik bir dönemdir ve uzun vadeli sağlık ve refah için temel oluşturur. Kadınların ve bebeklerin sağlığını en iyi şekilde desteklemek için, doğum sonrası bakım tek bir karşılaşmadan ziyade, her kadının bireysel ihtiyaçlarına göre uyarlanmış hizmetler ve destekle devam eden bir süreç olmalıdır. Tüm kadınların doğum sonrası ilk 3 hafta içinde kadın doğum uzmanları ve sağlık profesyonelleri ile iletişim kurmaları önerilir. Bu ilk değerlendirme, gerektiğinde devam eden bakımla takip edilmeli ve doğumdan en geç 12 hafta sonra kapsamlı bir doğum sonrası ziyaretle tamamlanmalıdır (ACOG, 2018).

2.10. Maternal Obezitede Ebelik Bakımı

Ebelik, kadının yaşam döngüsü boyunca fiziksel, psikolojik ve sosyal yönden sağlığını destekleyen, kadın merkezli bir sağlık disiplini. Gebelik, doğum ve postpartum dönem başta olmak üzere, kadının her evresinde koruyucu, önleyici ve rehabilite edici sağlık hizmetleri sunar. Özellikle doğum sonrası dönem, kadının biyolojik ve psikososyal yönden hassas olduğu bir süreçtir ve bu dönemde verilecek ebelik bakımı, iyileşme sürecinin kalitesini doğrudan etkileyebilir (WHO, 2025).

Ebelik bakımının temel amacı, kadının doğumdan sonra fizyolojik olarak iyileşmesini sağlarken, aynı zamanda psikolojik uyumunu kolaylaştırmak ve yaşam

kalitesini artırmaktır. Doğum sonrası erken dönemde lohusanın vital bulgularının takibi, uterus involüsyonunun değerlendirilmesi, kanama kontrolü, perine bakımı, emzirme danışmanlığı ve anne-bebek bağlanmasının desteklenmesi ebelik bakımının ana unsurlarındandır (Taşkın ve Zeyneloğlu, 2023). Postpartum, kadının hem biyolojik olarak iyileştiği hem de annelik rolünü benimsediği çok yönlü bir adaptasyon sürecidir. Bu dönemde verilen nitelikli ebelik bakımı, yalnızca fiziksel iyileşmeyi hızlandırmakla kalmaz; aynı zamanda kadının ruhsal durumunu dengeler, yaşam kalitesini yükseltir ve anne-bebek bağlanmasını güçlendirerek uzun vadeli sağlığı olumlu etkiler (Çoban ve Egelioğlu Cetişli, 2020; Şirin ve Kavlak, 2018). Nitelikli ebelik bakımının önemi WHO (2025) yayınlanan klavuzda açıklamaktadır. Yapılan çalışmalar nitelikli bakımın gerekliliğini ve önemini vurgular niteliktedir (Hua ve ark., 2018; Cibralic ve ark., 2023).

Maternal obezite, doğum sonrası iyileşme sürecini olumsuz yönde etkileyen önemli bir risk faktörüdür. Obez gebelerde ebelik bakımının bireyselleştirilmesi; yara yeri enfeksiyonlarının önlenmesi, solunum fonksiyonlarının desteklenmesi, mobilizasyonun erken başlatılması, emzirme konusunda danışmanlık verilmesi ve psikososyal destek sağlanmasını kapsamalıdır (Bilgin, 2020). Ebe, bu süreçte kadının fiziksel iyileşmesinin yanı sıra beden algısı ve annelik rolünü kabullenme sürecine de destek olur. Obezitenin yönetimi, yalnızca bireysel klinik bakım değil, aynı zamanda nüfusa dayalı halk sağlığı ve ekonomik stratejilerle desteklenmelidir. Gebelik sırasında obezitenin yönetimi gebelik öncesi dönemde başlamalı ve doğum sonrasını da kapsayacak şekilde devam etmelidir (ACOG, 2021). Obez kadınların gebelik planlamasında, prekonsepsiyonel dönemde kilo kontrolü amacıyla beslenme ve egzersiz programlarının planlanması büyük önem taşımaktadır (Doğan ve ark, 2018). Ayrıca, gebenin her prenatal bakımda kapsamlı

değerlendirilmesi, kilo takibi, etkin iletişim kurulması ve komplikasyonlar hakkında bilgilendirme yapılması ebelik bakımının temel sorumluluklarındandır.

DSÖ Avrupa Bölgesi Obezite Raporu (2022) ise, sağlık hizmetlerinde obezite yönetimi hizmetlerine erişimin artırılması, sağlıksız gıdaların çocuklara satışının sınırlandırılması, sağlıklı beslenmenin teşvik edilmesi gibi sistem düzeyinde çözümler önermektedir. Bu bağlamda, ebelik bakımı sadece bireysel müdahaleleri değil, aynı zamanda toplumsal düzeyde sağlığı geliştirici yaklaşımları da içermelidir.

Gebelikte kilo yönetimi üzerine yapılan müdahaleler, kilo alımını azaltmada ve preeklampsi, gebelik hipertansiyonu, omuz distosisi gibi komplikasyonların önlenmesinde etkilidir. Diyet ve fiziksel aktiviteye dayalı müdahalelerin herhangi bir zarara yol açmadığı belirtilmiştir (Thangaratinam ve ark., 2012; Rolfo ve ark., 2020). Ebe, bu noktada kadınlara uygun rehberlik sunarak sağlıklı yaşam tarzlarını benimsemelerine yardımcı olur. Sonuç olarak, doğum sonrası iyileşme kalitesinin artırılması, maternal obeziteye bağlı risklerin azaltılması ve yaşam kalitesinin yükseltilmesi açısından ebelik bakımı hayati bir role sahiptir. Bu süreçte ebe; sadece klinik gözlem yapan değil, aynı zamanda kadını güçlendiren, farkındalık kazandıran ve sağlıklı nesillerin temelini atan bir sağlık profesyoneli.

3. GEREÇ YÖNTEM

3.1.Araştırmanın Amacı

Obez kadınlarda pariteye göre maternal ve neonatal sonuçların doğum sonrası iyileşme durumuna etkisini değerlendirmek amaçlanmıştır.

3.2.Araştırmanın Tipi

Araştırma tanımlayıcı ve ilişki arayıcı bir çalışma olarak yapılmıştır.

3.3.Araştırmanın Yapılacağı Yer ve Zaman

Araştırma, 01.04.2024-31.07.2024 tarihleri arasında, Tokat Gaziosmanpaşa Üniversite Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı'nda yürütülmüştür. Tablo 3.1'de araştırma planı sunulmuştur.

Tablo 3.1. Araştırma Planı

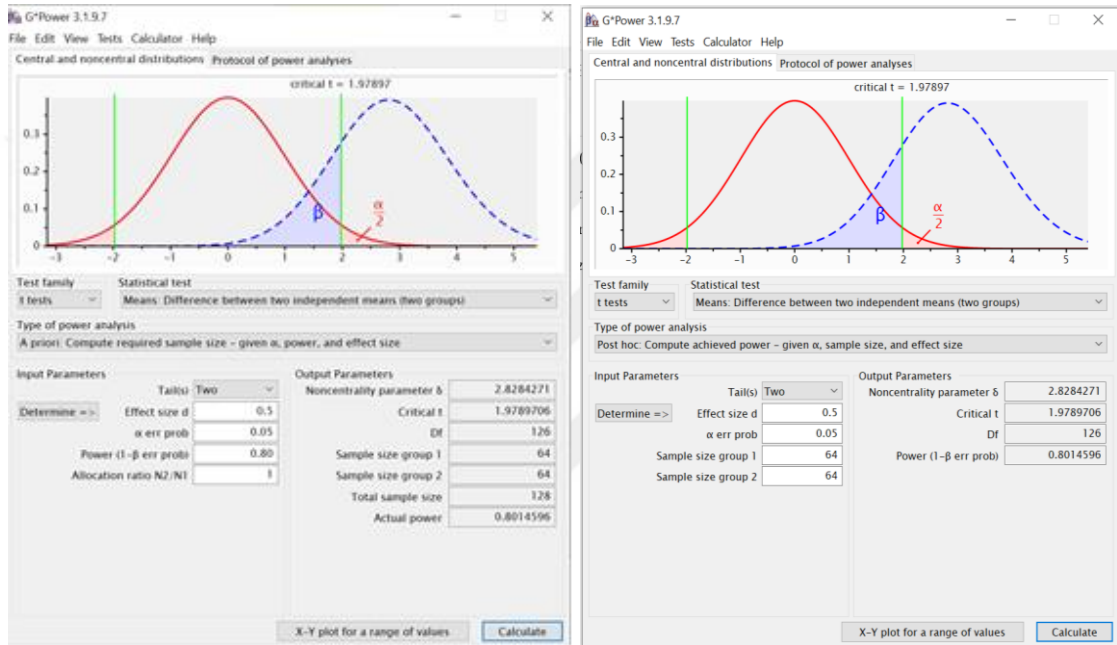
Ocak 2024	Araştırma konusuna karar verilmesi
	Ölçek izni alınması
	Tez öneri formu sunumu ve kabulü
Şubat 2024	Kurum çalışma izni alınması
	Etik kurul onayı
Nisan 2024-Temmuz 2024	Veri toplama süreci
Ağustos 2024-Ekim 2024	İstatistik analizler
Kasım 2024-Mayıs 2025	Araştırmanın raporlanması ve tez yazımı

3.4.Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Tokat Gaziosmanpaşa Üniversite Hastanesi 2023 yılı doğum verilerine göre toplam 1145 doğumun 144'ü normal, 1001'i sezaryen doğum ile sonuçlanmıştır.

Evreni, Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Hastanesi'ne doğum için başvuran 38-42 gebelik haftasında olan gebeler oluşturmuştur. Örneklemi G*Power 3.1.9.7 programı kullanılarak belirlenmiştir (Faul ve ark., 2007). Cohen (1988)'nin orta etki büyüklüğü önerisi dikkate alınmış olup t testinde bağımsız iki grup arasında fark modeli kullanılarak

araştırmanın örneklemini hesaplanmıştır. Buna göre etki büyüklüğü $d=0.5$; güven aralığı %80 (Polit & Beck, 2017) ve hata payı %5 olarak belirlenmiştir. Hesaplama sonucunda toplam 128 (64-primipar, 64-multipar) gebenin olması gerektiği sonucuna ulaşılmıştır. Çalışmamız toplam 128 gebe ile tamamlanmıştır. Araştırma sonunda yapılan posthoc güç analizine göre her bir grupta 64 kişi alındığında toplam 128 kişi ile 0.80 güce ($1-\beta=0.80$) ulaşıldığı belirlenmiştir.



Şekil 3.1. Araştırmanın Güç Analizleri

3.5.Örneklem Kriterleri

Dâhil Edilme Kriterleri: Araştırmaya katılmayı kabul eden, 19-40 yaş arasında olan, sağlıklı gebelik süreci yaşayan, gebelik haftası 38+0'den büyük 42+0'den küçük, tekil gebelik yaşayan, canlı fetus taşıyan, aktif doğum eylemine girmiş, fiziksel engeli bulunmayan, soruları doğru cevaplayabilmesi amacıyla Türkçe konuşabilen, anlama, algılama ve iletişim problemi olmayan gebeler araştırmaya dahil edilmiştir.

Dışlanma Kriterleri: Araştırmaya katılmayı kabul etmeyen, riskli gebelik tanısı alan, tedavi gerektirecek düzeyde ruhsal problemi ya da öyküsü olan, yürüme, işitme ve

psikolojik engeli olan, aktif doğum eylemine girmemiş gebeler araştırma dışında tutulmuştur.

Çıkarılma Kriterleri: Araştırmaya dahil edilip araştırmanın süresi içerisinde araştırmadan ayrılmak isteyenler, uyum sağlayamayanlar, iletişim problemi yaşayanlar araştırmadan çıkarılacağı planlanmıştır. Ancak örneklem dışı bırakılan gebe olmamıştır.

3.6. Veri Toplama Araçları

Veriler; Kişisel Veri Formu, Maternal-Neonatal Bilgi Formu ve Doğum Sonu İyileşme Kalitesi Ölçeği kullanılarak toplanmıştır.

3.6.1. Bilgilendirilmiş Olur Formu

Bu form, gebelerin araştırmaya kendi istekleri ile katıldıklarını gösteren bir belgedir. Araştırmacı tarafından hazırlanan formda araştırmanın amacı ve yararları kısaca anlatılmıştır (EK-1).

3.6.2. Kişisel Bilgi Formu

Tanıtıcı özelliklerin sorgulandığı bu formda (EK-2) gebelerin sosyodemografik (yaş, eğitim durumu, çalışma durumu, evlilik süresi, aile yapısı vb.) özelliklerine ilişkin 8 soru bulunmaktadır. Kişisel Bilgi Formu araştırmacı tarafından literatürden yararlanılarak oluşturulmuştur (Sis Çelik ve ark., 2014; Çankaya ve Alan Dikmen, 2018).

3.6.3. Obstetrik Maternal ve Neonatal Bilgi Formu

Doğum eylemi ve doğum sonrası ilk 24 saat içerisinde anneye ve yenidoğan ait bilgilerin toplandığı bu formda maternal sonuçlara (doğum şekli, postpartum oksijen satürasyonu, EFM sonucu vb.) ilişkin 27 soru, yenidoğanın özelliklerine (1. ve 5. dakika apgar skoru, kilosu vb.) ait yedi soru bulunmaktadır. Form araştırmacılar tarafından literatür (Nelson ve ark., 2016; Crawford ve ark., 2017; Beyan ve Kurt, 2019; Van Den Heuvel ve ark., 2020) taranarak oluşturulmuştur (EK-3).

3.6.4. Doğum Sonrası İyileşme Kalitesi Ölçeği (Obstetric Quality-of-Recovery Score)

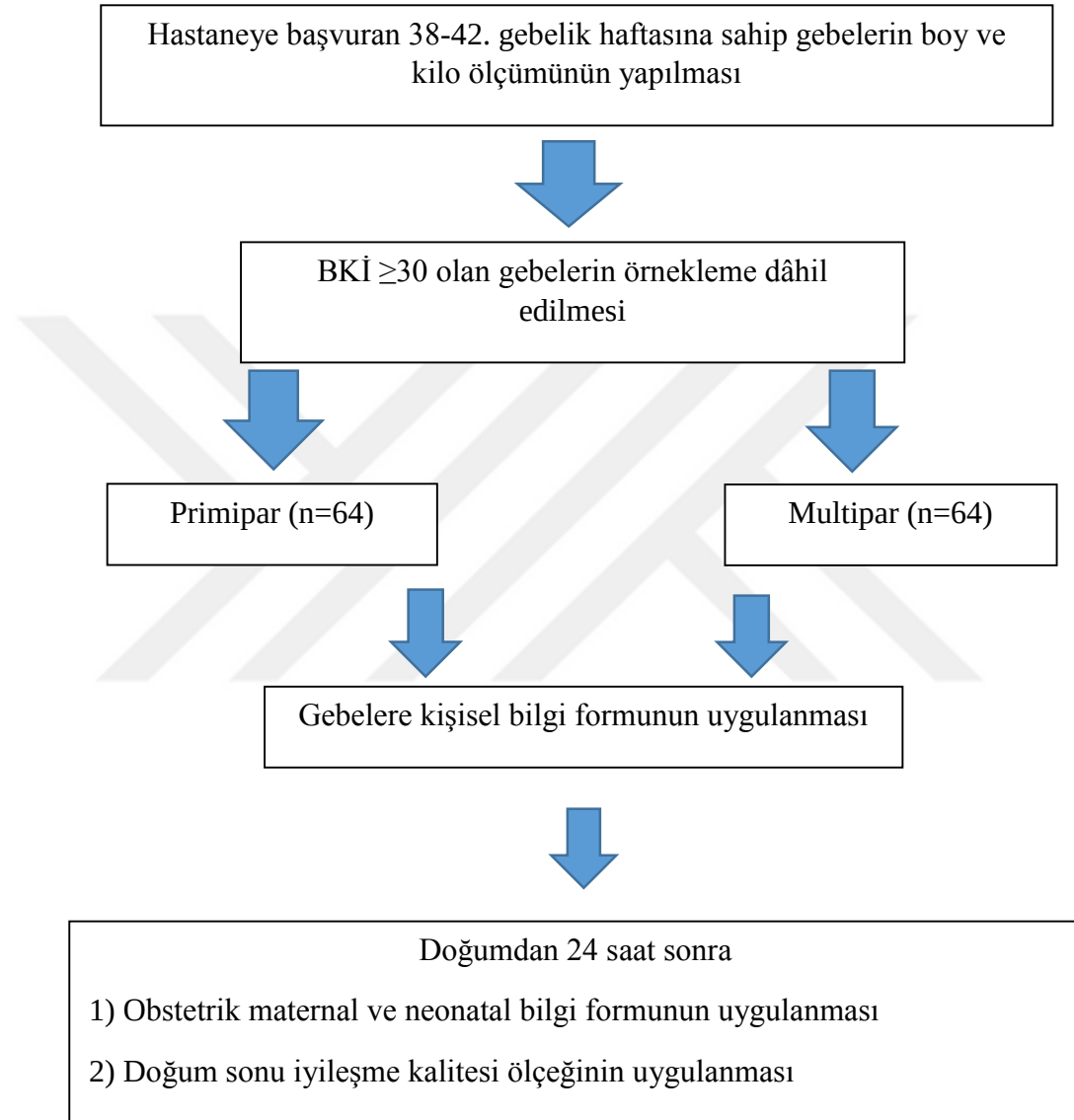
Geçerlik ve güvenilirliği Önal ve ark., (2023) tarafından yapılmış ve 11 maddeden oluşan iki faktörlü bir ölçektir. Her bir madde 0-10 puan arasında puanlanmaktadır (0-hiç katılmıyorum, 10-tamamen katılıyorum). Birinci faktör “Son 24 saat içinde nasıl hissettiniz” sorusunda yanıt aramakta ve 1-2-3-4-5. Maddeleri içermekte olup bu maddelerin tamamı ters puanlanmakta ve 0-50 arasında puan alınmaktadır. İkinci faktör “Şu an nasıl hissediyorsunuz?” sorusuna yanıt aramakta ve 6-7-8-9-10-11. Maddeleri içermekte olup 0-60 arasında değişen puan alınmaktadır. Dolayısıyla, daha yüksek puanlar daha iyi doğum sonrası iyileşme seviyelerini göstermektedir. Ölçeğin kesme noktası yoktur. Ölçekten alınabilecek toplam puan 0-110 arasında değişmektedir. Geçerlik ve güvenilirliği yapılan ölçeğin Cronbach Alpha katsayısı 0.78’dir. Çalışmamızda ölçek toplamına ait Cronbach Alpha katsayısı değeri 0.81’dir (EK-4).

3.7.Araştırmanın Uygulaması

Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Hastanesi’ne doğum için başvuran tüm 38-42 haftalık gebeler ile ilk görüşme yapılmıştır. Gebelerin boy ve kilo ölçümü yapılarak BKİ hesaplaması yapılmıştır. Hesaplama sonucunda BKİ’i 30’un üzerinde olan gebeler maternal obez olarak kabul edilmiştir. Gebelere araştırmanın amacı ve yöntemi açıklanarak ‘Bilgilendirilmiş Onam Formu’nu imzalamaları istenmiş ve imzalar alınmış ve ilk görüşme yapılmıştır. Araştırmaya katılmayı kabul eden gebeler primipar ve multipar olarak gruplara ayrılmıştır. İlk görüşmede kişisel bilgi formu uygulanmıştır. Aynı hastalar ile doğumdan 24 saat sonra tekrar görüşme yapıp Doğum Sonu İyileşme Kalitesi Ölçeği (DSİK) kadının hastanede kaldığı odasında uygulanmıştır (Ölçeğin birinci alt boyutunun son 24 saat içinde nasıl hissettiğini sorgulamasından dolayı postpartum

24.saatte ölçek uygulanmıştır). Kişisel bilgi formu ve maternal-neonatal sonuçlar araştırmacılar tarafından doldurulmuştur. Bu işlem ortalama 10-15 dakika sürmüştür.

Çalışmanın uygulama akış şeması aşağıda yer almaktadır.



Şekil 3.2. Uygulama Akış Şeması

Araştırma verilerinin toplaması aşamasında:

- Örnekleme dahil edilecek gebelerin belirlenmesinde vücut ağırlığı, boy uzunluğu, oksijen satürasyon ölçümü için doğumhane ekipmanları kullanılmıştır.

- Obez kadınların vücut ağırlığı, boy uzunluğu, oksijen satürasyonu, anne kalp atım hızı-kan şekeri ve yenidoğan kan şekeri ölçümü araştırmacı tarafından yapılmıştır.
- Anneye ait hemoglobin değerleri ile yenidoğan kan gazı ölçümü hastane prosedürüne göre alındığından hastane kayıtlarından elde edilmiştir.
- Yenidoğan boy uzunluğu ve kilo değerleri hastane kayıtlarından elde edilmiştir.

3.8. Araştırma Verilerinin Değerlendirilmesi

Elde edilen verilerin istatistiksel değerlendirmesi bilgisayar ortamında SPSS 22.0 paket programı ile yapılmıştır. Tanımlayıcı istatistiksel ölçütler (ortalama, standart sapma, minimum ve maksimum değerler ve yüzdelik sayılar) kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde parametrik test varsayımlar yerine getirildiğinde iki bağımsız grubun ortalamaları arasındaki farkın belirlenmesi için Independent Sample t testi ve ikiden fazla bağımsız grubun ortalamaları arasındaki farkın belirlenmesi için One-Way ANOVA (posthoc analiz için Tukey testi), parametrik varsayımlar yerine getirilmediğinde ikiden fazla bağımsız grubun ortalamaları arasındaki farkın belirlenmesi için Kruskal Wallis H testi, ölçek toplam ve alt boyutlar arasındaki ilişkinin belirlenmesi için Pearson korelasyon analizi, gruplararası değişkenler ile ölçek toplam puanı arasındaki farkın belirlenmesi için Two Way ANOVA, ölçek üzerinde etkili olduğunu düşünülen değişkenlerin belirlenmesinde çoklu doğrusal regresyon kullanılmış olup yanılma düzeyi 0,05 olarak alınmıştır.

Değişkenler arasındaki ilişkinin düzeyi, korelasyon katsayısının 0-0.29 arasında olması durumunda zayıf; 0.30-0.64 arasında olması durumunda orta; 0.65-0.84 arasında olması durumunda güçlü; 0.85-1 arasında olması durumunda da çok güçlü şeklinde yorumlanmıştır (Ural & Kılıç, 2013).

Verilerin normallik analizi değerlendirilirken değişkenlere ait verilerin hangi dağılımdan geldiğini belirlemek için; Kolmogorov-Smirnov testi istatistik ve p değeri, çarpıklık ve basıklık katsayıları incelenmiş, Tabachnick ve Fidell'in, (2013) önerisi doğrultusunda p değerinin 0,05'ten büyük olması veya çarpıklık ve basıklık katsayılarının ± 2 sınırları içinde bulunması durumunda verilerin dağılımının normal sınırlar içerisinde olduğu kabul edilmiştir.

3.9.Araştırmanın Etik Yönü

Araştırma için Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan etik izin (02.05.2024 tarihinde 83116987-303 sayı numarası ile no:24-KAEK-161) (EK-5) ve Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Hastanesi'nden kurum izni (Sayı: E-21979232-020-408236) (EK-6) alınmıştır. Çalışmada kullanılacak olan ölçeğin geçerlik ve güvenilirliğini yapan araştırmacılardan e-mail yoluyla izin alınmıştır (13.01.2024) (EK-7). Çalışmaya katılan tüm katılımcılardan sözlü ve yazılı bilgilendirilmiş onam (EK1) alınmıştır.

4. BULGULAR

Obez gebelerin primiparite ve multiparite durumuna göre sosyodemografik özelliklerinin dağılımı ve gruplararası karşılaştırması Tablo 4.1’te yer almaktadır.

Tablo 4.1. Obez Gebelerin Parite Durumuna Göre Sosyodemografik Özelliklerinin Dağılımı Ve Gruplararası Karşılaştırması

Özellikler	Parite				Test değeri/p
	Primiparite (n=64)		Multiparite (n=64)		
	n	%	n	%	
Yaş					$\chi^2=24.105$
20-28 yaş	53	82.8 ^a	26	40.6 ^b	$p=0.000$
29 yaş ve üzeri	11	17.2 ^a	38	59.4 ^b	
Eğitim durumu					
İlkokul	1	1.6 ^a	5	7.8 ^a	$\chi^2=10.883$
Ortaokul	9	14.1 ^a	21	32.8 ^b	
Lise	34	53.0 ^a	27	42.2 ^a	$p=0.012$
Üniversite ve üzeri	20	31.3 ^a	11	17.2 ^a	
Çalışma durumu					
Çalışmıyor	44	68.8	52	81.2	$\chi^2=2.667$
Çalışıyor	20	31.3	12	18.8	
Gelir durumu algısı					
Gelir giderden fazla	11	17.2	8	12.5	$\chi^2=2.274$
Gelir gidere denk	52	81.2	52	81.2	
Gelir giderden az	1	1.6	4	6.3	$p=0.321$
Yerleşim yeri					
İl	36	56.2	39	60.9	$\chi^2=3.368$
İlçe	22	34.4	14	21.9	
Köy	6	9.4	11	17.2	$p=0.186$
Aile tipi					
Çekirdek aile	50	78.1	44	68.8	$\chi^2=1.442$
Geniş aile	14	21.9	20	31.3	
Şu an ki BKİ*					
30-34.9 kg/m ² arasında (I.Derece obez)	39	60.9	37	57.8	$\chi^2=0.130$
35-39.9 kg/m ² arasında (II.Derece obez)	25	39.1	27	42.2	
Gebelik öncesi BKİ*					
18.5-24.9 kg/m ² arasında (normal kilolu)	13	20.4	6	9.4	$\chi^2=5.834$
25-29.9 kg/m ² arasında (fazla kilolu)	22	34.4	31	48.4	
30-34.9 kg/m ² arasında (I.Derece obez)	24	37.5	25	39.1	$p=0.212$
35-39.9 kg/m ² arasında (II.Derece obez)	5	7.8	2	3.1	
TOPLAM	64	100.0	64	100.0	
Yaş ortalaması	25.70±3.61		30.31±4.69		$t=-6.222$
$\bar{X}$ ±SS (min-max)	(20-35)		(20-41)		$p=0.000$
Gebelik öncesi kilo ortalaması	70.39±11.68		70.17±8.46		$t=0.121$
$\bar{X}$ ±SS (min-max) (kg)	(43-102)		(49-90)		$p=0.904$
Şu an ki kilo ortalaması	83.72±10.41		82.72±10.32 (68-		$t=0.545$
$\bar{X}$ ±SS (min-max) (kg)	(65-120)		120)		$p=0.586$
Boy ortalaması	156.70±0.63		154.50±0.54		$t=2.076$
$\bar{X}$ ±SS (min-max) (cm)	(147-176)		(148-172)		$p=0.040$
Gebelik öncesi BKİ ortalaması	28.69±4.60		29.36±3.05		$t=-0.976$
$\bar{X}$ ±SS (min-max)	(18.50-39.84)		(21.78-37.11)		$p=0.331$
Şu an ki Beden Kütlesi İndeksi ortalaması $\bar{X}$ ±SS	34.13±3.68		34.56±3.03		$t=-0.725$
(min-max)	(30.00-46.88)		(30.04-42.52)		$p=0.470$

*BKİ değerleri TC Sağlık Bakanlığı’ndan alınmıştır. χ^2 =Ki-Kare testi (posthoc benferroni düzeltilmeli z testi). t=Independent Sample t testi. $\bar{X}$: ortalama (mean) değer. SS: Standart Sapma. min: en küçük değer. max: en büyük değer. kg: kilogram. m²: metre kare. BKİ: Beden Kütlesi İndeksi. a-b: aynı harfe sahip gruplar arasında anlamlı farklılık vardır

Primipar ve multipar obez gebelerin sosyodemografik özelliklerinin gruplar arası karşılaştırmasında primipar gebelerin %82.8'inin 20-28 yaş aralığında, %53.0'ünün lise mezunu, %68.8'inin çalışmadığı, %81.2'sinin gelirinin giderine denk, %56.2'sinin il merkezinde ikamet ettiği, %78.1'inin çekirdek ailede yaşadığı, %37.5'inin gebelik öncesi BKİ'nin I.derece obez, %60.9'unun gebelikte BKİ'nin I.derece obez olduğu belirlenmiştir. Primipar gebelerin yaş ortalaması 25.70 ± 3.61 ; gebelik öncesi kilo ortalaması 70.39 ± 11.68 ; şu an ki kilo ortalaması 83.72 ± 10.41 ; boy ortalaması 156.70 ± 0.63 ; gebelik öncesi BKİ ortalaması 28.69 ± 4.60 ; şu an ki BKİ ortalaması 34.13 ± 3.68 'dir (Tablo 4.1).

Multipar obez gebelerin %59.4'ünün 29 yaş ve üzerinde, %42.2'sinin lise mezunu, %81.2'sinin çalışmadığı, %81.2'sinin gelirinin giderine denk, %60.9'unun il merkezinde ikamet ettiği, %68.8'inin çekirdek ailede yaşadığı, %48.4'inin gebelik öncesi BKİ'nin fazla kilolu, %57.8'inin gebelikte BKİ'nin I.derece obez olduğu belirlenmiştir. Multipar gebelerin yaş ortalaması 30.31 ± 4.69 ; gebelik öncesi kilo ortalaması 70.17 ± 8.46 ; şu an ki kilo ortalaması 82.72 ± 10.32 ; boy ortalaması 154.50 ± 0.54 ; gebelik öncesi BKİ ortalaması 29.36 ± 3.05 ; şu an ki BKİ ortalaması 34.56 ± 3.03 'tür (Tablo 4.1).

Primipar ve multipar obez gebelerin sosyodemografik özellikler ile karşılaştırmasında yaş, yaş ortalaması ve eğitim durumu ile gruplararası anlamlı farklılık olduğu belirlenmiştir ($p < 0.05$) (Tablo 4.1).

Obez gebelerin primiparite ve multiparite durumuna göre obstetrik özelliklerin dağılımı ve gruplararası karşılaştırması Tablo 4.2'te yer almaktadır.

Tablo 2.2. Obez Gebelerin Parite Durumuna Göre Obstetrik Özelliklerinin Dağılımı Ve Gruplararası Karşılaştırması

Özellikler	Parite				Test değeri/p
	Primiparite (n=64)		Multiparite (n=64)		
	n	%	n	%	
Bu gebeliğini isteme durumu					
Evet	64 ^a	100.0	49 ^b	76.6	$\chi^2=16.991$
Hayır	0 ^a	0.0	15 ^b	23.4	$p<.001$
Düzenli doğum öncesi bakım alma durumu					
Evet	61	95.3	60	93.8	$\chi^2=0.151$
Hayır	3	4.7	4	6.2	$p=0.697$
Doğum öncesi bakım alınan kurum (n=121)					
Devlet hastanesi	15	24.6	13	21.7	$\chi^2=1.236$
Üniversite hastanesi	43	70.5	46	76.7	$p=0.539$
Özel hastane	3	4.9	1	1.6	
Gebelik döneminde doğum öncesi eğitim alma durumu					
Evet	22	34.4	13	20.3	$\chi^2=3.185$
Hayır	42	65.6	51	79.7	$p=0.074$
TOPLAM	64	100.0	64	100.0	
Gebelik sayısı ortalaması			2.84±0.87		
$\bar{X}\pm SS$ (min-max)	-		(2-5)		-
Canlı doğum sayısı ortalaması			1.55±0.71		
$\bar{X}\pm SS$ (min-max)	-		(1-4)		-
Abortus sayısı ortalaması			0.27±0.44		
$\bar{X}\pm SS$ (min-max)	-		(0-1)		-
Gebelik haftası ortalaması	38.93±0.78		38.81±0.76		$t=0.861$
$\bar{X}\pm SS$ (min-max)	(38.0-40.6)		(38.0-40.5)		$p=0.391$
Son gebelik aralığı ortalaması			4.08±2.29		
$\bar{X}\pm SS$ (min-max) (yıl)	-		(1-10)		-

χ^2 : Ki-Kare testi (posthoc benferroni düzeltmeli z testi), t: Independent Sample t testi, $\bar{X}$: ortalama (mean) değer, SS: Standart Sapma, min: en küçük değer, max: en büyük değer, a-b: aynı harfe sahip gruplar arasında anlamlı farklılık vardır

Primipar ve multipar obez gebelerin obstetrik özelliklerinin gruplar arası karşılaştırmasında primipar gebelerin tamamının bu gebeliğini istediği, %95.3'ünün düzenli doğum öncesi bakım aldığı, düzenli doğum öncesi bakım alanların %70.5'inin üniversite hastanesinde bakım aldığı %65.6'sının gebelik döneminde doğum öncesi eğitim almadığı belirlenmiştir. Ayrıca primipar obez gebelerin gebelik haftası ortalaması 38.93±0.78 haftadır (Tablo 4.2).

Multipar obez gebelerin %76.6'sının bu gebeliğini istediği, %93.8'inin düzenli doğum öncesi bakım aldığı, düzenli doğum öncesi bakım alanların %76.7'sinin üniversite hastanesinde bakım aldığı, %79.7'sinin gebelik döneminde doğum öncesi eğitim

almadığı belirlenmiştir. Ayrıca primipar gebelerin gebelik sayısı ortalaması 2.84 ± 0.87 ; canlı doğum sayısı ortalaması 1.55 ± 0.71 ; abortus sayısı ortalaması 0.27 ± 0.44 ; gebelik haftası ortalaması 38.93 ± 0.78 hafta; son gebelik aralığı ortalaması 4.08 ± 2.29 'dur. Primipar ve multipar obez gebelerin obstetrik özellikler ile karşılaştırmasında bu gebeliğini isteme durumu ile gruplararası anlamlı farklılık olduğu belirlenmiştir ($p < 0.05$) (Tablo 4.2).

Obez gebelerin primiparite ve multiparite durumuna göre doğum özelliklerinin dağılımı ve gruplararası karşılaştırması Tablo 4.3'te yer almaktadır.

Tablo 4.3. Obez Gebelerin Parite Durumuna Göre Doğum Özelliklerinin Dağılımı Ve Gruplararası Karşılaştırması

Özellikler	Parite				Test değeri/p
	Primiparite (n=64)		Multiparite (n=64)		
	n	%	n	%	
Kabul amniotik membranların durumu					
Açık	22	34.4	23	35.9	$\chi^2=0.034$ $p=0.853$
Kapalı	42	65.6	41	64.1	
Doğumun sonuçlanma şekli					
Normal spontan doğum	1 ^a	1.6	7 ^b	10.9	$\chi^2=10.254$ $p=0.006$
Epizyotomi ile vajinal doğum	14 ^a	21.8	24 ^a	37.5	
Sezaryen doğum	49 ^a	76.6	33 ^b	51.6	
Doğum eyleminden memnuniyet durumu					
Evet	49	76.6	41	64.1	$\chi^2=2.438$ $p=0.295$
Hayır	6	9.5	10	15.6	
Kararsız	9	40.9	13	20.3	
Doğuma ilişkin genel düşüncesi					
Çok iyi	23	35.9	27	42.2	$\chi^2=1.020$ $p=0.796$
İyi	26	40.6	24	37.5	
Kötü	10	15.6	7	10.9	
Çok kötü	5	7.9	6	9.4	
Travayda indüksiyon uygulanma durumu					
Evet	1 ^a	1.6	7 ^b	10.9	$\chi^2=4.800$ $p=0.028$
Hayır	63 ^a	98.4	57 ^b	89.1	
Amnion sıvıdaki mekonyum varlığı					
Var	13	20.3	10	15.6	$\chi^2=0.477$ $p=0.490$
Yok	51	79.7	54	84.4	
TOPLAM	64	100.0	64	100.0	
Kabul servikal dilatasyon ortalaması	2.13±2.49		2.44±2.15		$t=-0.759$ $p=0.449$
$\bar{X} \pm SS$ (min-max) (cm)	(0-9)		(0-7)		
Kabul servikal efasman ortalaması	20.94±24.79		24.22±22.38		$t=-0.786$ $p=0.433$
$\bar{X} \pm SS$ (min-max) (%)	(0-80)		(0-70)		
Kabul baş seviyesi ortalaması	-2.56±0.88		-2.77±0.42		$Z=-0.435$ $p=0.664$
$\bar{X} \pm SS$ (min-max)	(-3 - 0)		(-3 - -2)		

χ^2 : Ki-Kare testi (posthoc benferroni düzeltilmeli z testi), t: Independent Sample t testi, Z: Mann Whitney U testi, $\bar{X}$: ortalama (mean) değer, SS: Standart Sapma, min: en küçük değer, max: en büyük değer, a-b: aynı harfe sahip gruplar arasında anlamlı farklılık vardır

Primipar ve multipar obez gebelerin doğum özelliklerinin gruplar arası değerlendirmesinde primipar gebelerin %65.6'sının doğumhaneye kabulünde amnion membranlarının kapalı, %76.6'sının doğumunun sezaryen ile sonuçlandığı, %76.6'sının doğum eyleminden memnun olduğu, % 40.6'sının doğuma ilişkin genel düşüncesinin iyi, %98.4'üne travayda indüksiyon uygulanmadığı, %79.7'sinin amnion sıvısında mekonyum olmadığı belirlendi. Multipar gebelerin %64.1'inin doğumhaneye kabulünde amnion membranlarının kapalı, %51.6'sının doğumunun sezaryen ile sonuçlandığı, %64.1'inin doğum eyleminden memnun olduğu, %42.2'sinin doğuma ilişkin genel düşüncesinin iyi, %89.1'ine travayda indüksiyon uygulanmadığı, %84.4'ünün amnion sıvısında mekonyum olmadığı (Tablo 4.3).

Primipar ve multipar gebelerin doğum özellikler ile karşılaştırmasında doğumun sonuçlanma şekli, travayda indüksiyon uygulanma durumu ile gruplararası anlamlı farklılık olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$) (Tablo 4.3).

Obez gebelerin multiparite ve multiparite durumuna göre travay takibinde kullanılan servikal dilatasyon, efasman, baş seviyesi, altı saatlik satürasyon, altı saatlik vücut sıcaklığı değerleri, doğum eylemi süresi, dağılımı ve gruplararası karşılaştırması Tablo 4.4'da yer almaktadır.

Tablo 4.4. Obez Gebelerin Parite Durumuna Göre Travay Takibi Değerlerinin Dağılımı Ve Gruplararası Karşılaştırması

Özellikler	Parite		Test değeri/p
	Primiparite (n=64)	Multiparite (n=64)	
Kabul servikal dilatasyon ortalaması	2.13±2.49	2.44±2.15	t=-0.759
$\bar{X}\pm SS$ (min-max) (cm)	(0-9)	(0-7)	p=0.449
Kabul servikal efasman ortalaması	20.94±24.79	24.22±22.38	t=-0.786
$\bar{X}\pm SS$ (min-max) (%)	(0-80)	(0-70)	p=0.433
Kabul baş seviyesi ortalaması	-2.56±0.88	-2.77±0.42	Z=-0.435
$\bar{X}\pm SS$ (min-max)	(-3 - 0)	(-3 - -2)	p=0.664
Kabul oksijen satürasyonu ortalaması	97.80±0.59	97.73±0.59	Z=-0.550
$\bar{X}\pm SS$ (min-max) (%)	(96-99)	(96-99)	p=0.582
Travay 1.saat oksijen satürasyon ortalaması	97.52±0.59	97.72±0.57	t=-1.969
$\bar{X}\pm SS$ (min-max)	(96-99)	(97-99)	p=0.051

Travay 2.saat oksijen satürasyon ortalaması	97.47±0.65	97.31±0.63	t=1.289
$\bar{X} \pm SS$ (min-max)	(96-99)	(96-99)	p=0.200
Travay 3.saat oksijen satürasyon ortalaması	97.70±0.84	97.31±0.92	t=2.029
$\bar{X} \pm SS$ (min-max) (%)	(96-99)	(96-99)	p=0.046
Travay 4.saat oksijen satürasyon ortalaması	97.76±0.87	97.62±1.02	t=0.560
$\bar{X} \pm SS$ (min-max) (%)	(96-99)	(95-99)	p=0.578
Travay 5.saat oksijen satürasyon ortalaması	97.64±0.86	97.04±0.85	Z=-2.545
$\bar{X} \pm SS$ (min-max) (%)	(95-99)	(95-98)	p=0.011
Travay 6.saat oksijen satürasyon ortalaması	97.85±0.87	97.30±0.92	t=2.436
$\bar{X} \pm SS$ (min-max)	(96-99)	(95-99)	p=0.019
Doğum eylemi süresi ortalaması	260.86±195.69	226.41±167.70	Z=-1.782
$\bar{X} \pm SS$ (min-max) (dakika)	(45-1200)	(20-840)	p=0.075
Kabul vücut sıcaklığı ortalaması	36.18±0.20	36.19±0.16	Z=-0.897
$\bar{X} \pm SS$ (min-max) (C°)	(36.0-36.9)	(36.0-36.9)	p=0.369
Travay 1.saat vücut sıcaklığı ortalaması	36.28±0.28	36.23±0.18	t=0.985
$\bar{X} \pm SS$ (min-max) (C°)	(36.0-36.9)	(36.0-36.8)	p=0.327
Travay 2.saat vücut sıcaklığı ortalaması	36.36±0.30	36.24±0.21	t=2.370
$\bar{X} \pm SS$ (min-max) (C°)	(36.0-36.9)	(36.0-36.9)	p=0.020
Travay 3.saat vücut sıcaklığı ortalaması	36.37±0.32	36.33±0.28	t=0.578
$\bar{X} \pm SS$ (min-max) (C°)	(36.0-36.9)	(36.0-37.0)	p=0.565
Travay 4.saat vücut sıcaklığı ortalaması	36.43±0.29	36.31±0.25	t=1.498
$\bar{X} \pm SS$ (min-max) (C°)	(36.0-36.9)	(36.0-37.0)	p=0.140
Travay 5.saat vücut sıcaklığı ortalaması	36.23±0.28	36.32±0.28	t=-1.164
$\bar{X} \pm SS$ (min-max) (C°)	(36.0-36.8)	(36.0-36.9)	p=0.250
Travay 6.saat vücut sıcaklığı ortalaması	36.48±0.32	36.22±0.20	t=2.981
$\bar{X} \pm SS$ (min-max) (C°)	(36.0-36.9)	(36.0-36.7)	p=0.005

χ^2 : Ki-Kare testi (posthoc benferroni düzeltmeli z testi), t: Independent Sample t testi, Z: Mann Whitney U testi, $\bar{X}$: ortalama (mean) değer, SS: Standart Sapma, min: en küçük değer, max: en büyük değer, a-b: aynı harfe sahip gruplar arasında anlamlı farklılık vardır

Primipar obez gebelerin kabul servikal dilatasyon ortalaması 2.13±2.49 cm; kabul servikal efasman ortalaması %20.94±24.79; kabul baş seviyesi ortalaması -2.56±0.88; kabul oksijen satürasyonu ortalaması %97.80±0.59; travay 1.saat oksijen satürasyon ortalaması %97.52±0.59; travay 2.saat oksijen satürasyon ortalaması %97.47±0.65; travay 3.saat oksijen satürasyon ortalaması %97.70±0.84; travay 4.saat oksijen satürasyon ortalaması %97.76±0.87; travay 5.saat oksijen satürasyon ortalaması %97.64±0.86; travay 6.saat oksijen satürasyon ortalaması %97.85±0.87; doğum eylemi süresi ortalaması 260.86±195.69 dakika; kabul vücut sıcaklığı ortalaması 36.18±0.20 C°; travay 1.saat vücut sıcaklığı ortalaması 36.28±0.28 C°; travay 2.saat vücut sıcaklığı ortalaması 36.36±0.30 C°; travay 3.saat vücut sıcaklığı ortalaması 36.37±0.32 C°; travay 4.saat vücut sıcaklığı ortalaması 36.43±0.29 C°; travay 5.saat vücut sıcaklığı ortalaması 36.23±0.28 C°; travay 6.saat vücut sıcaklığı ortalaması 36.48±0.32 C°'dir (Tablo 4.4).

Multipar gebelerin kabul servikal dilatasyon ortalaması 2.44 ± 2.15 cm; kabul servikal efasman ortalaması $\%24.22 \pm 22.38$; kabul baş seviyesi ortalaması -2.77 ± 0.42 ; kabul oksijen satürasyonu ortalaması $\%97.73 \pm 0.59$; travay 1.saat oksijen satürasyon ortalaması $\%97.72 \pm 0.57$; travay 2.saat oksijen satürasyon ortalaması $\%97.31 \pm 0.63$; travay 3.saat oksijen satürasyon ortalaması $\%97.31 \pm 0.92$; travay 4.saat oksijen satürasyon ortalaması $\%97.62 \pm 1.02$; travay 5.saat oksijen satürasyon ortalaması $\%97.04 \pm 0.85$; travay 6.saat oksijen satürasyon ortalaması $\%97.30 \pm 0.92$; doğum eylemi süresi ortalaması 226.41 ± 167.70 dakika; kabul vücut sıcaklığı ortalaması 36.19 ± 0.16 C°; travay 1.saat vücut sıcaklığı ortalaması 36.23 ± 0.18 C°; travay 2.saat vücut sıcaklığı ortalaması 36.24 ± 0.21 C°; travay 3.saat vücut sıcaklığı ortalaması 36.33 ± 0.28 C°; travay 4.saat vücut sıcaklığı ortalaması 36.31 ± 0.25 C°; travay 5.saat vücut sıcaklığı ortalaması 36.32 ± 0.28 C°; travay 6.saat vücut sıcaklığı ortalaması 36.22 ± 0.20 C°'dir (Tablo 4.4).

Primipar ve multipar gebelerin doğum özellikler ile karşılaştırmasında travay 3.. 5. ve 6. saat oksijen satürasyon ortalamaları, travay 2. ve 6. saat vücut sıcaklığı ortalamaları ile gruplararası anlamlı farklılık olduğu belirlenmiştir ($p < 0.05$) (Tablo 4.4).

Obez gebelerin primiparite ve multiparite durumuna göre postpartum birinci günde sezaryen olma nedeni ve emzirme destek durumunun dağılımı ve gruplararası karşılaştırması Tablo 4.5'de yer almaktadır.

Tablo 4.5. Lohusaların Parite Durumuna Göre Postpartum Birinci Gün Özelliklerinin Dağılımı Ve Gruplararası Karşılaştırması

Değişkenler	Parite				Test değeri/p
	Primiparite (n=64)		Multiparite (n=64)		
	n	%	n	%	

Sezaryen olma nedenleri (n=82)				
Eski C/S	0 ^a	0.0	17 ^b	51.5
Fetal distres	4 ^a	8.2	4 ^a	12.1
İlerlemeyen eylem	5 ^a	10.2	1 ^a	3.0
İri fetüs	1 ^a	2.0	4 ^a	12.1
Makat geliş	6 ^a	12.2	2 ^a	6.1
Baş pelvis uyumsuzluğu	14 ^a	28.6	0 ^b	0.0
Elektif Sezeryan	13 ^a	26.5	5 ^a	15.2
Diğer sebepler	6 ^a	12.2	0 ^b	0.0
Emzirme destek durumu				
Destekli	56 ^a	87.5	31 ^b	48.4
Desteksiz	3 ^a	4.7	31 ^b	48.4
Emzirmedi	5 ^a	7.8	2 ^a	3.2
TOPLAM	64	100.0	64	100.0

$\chi^2=45.638$
 $p<.001$

$\chi^2=31.528$
 $p<.001$

$\bar{X}$: ortalama (mean) değer, SS: Standart Sapma, min: en küçük değer, max: en büyük değer, ort.:ortalama, t: Independent Sample t testi, Z: Mann Whitney U testi, χ^2 : ki-kare testi (posthoc analiz için Benferroni düzeltmeli z testi)

Lohusaların parite durumuna göre postpartum birinci gün özelliklerinin dağılımı ve gruplararası karşılaştırmasında sezaryen olan primipar lohusaların %28.6'sının sezaryen olma nedeninin baş pelvis uyumsuzluğu, %87.5'inin destekle emzirdiği belirlenmiştir. Sezaryen olan multipar lohusaların %51,5'inin sezaryen olma nedeninin daha önce sezaryen ile doğum yapmasından kaynaklandığı, %48,4'ünün destekle emzirdiği belirlenmiştir (Tablo 4.5).

Lohusaların primiparite ve multiparite durumuna göre postpartum birinci gün yaşam bulgularının dağılımı ve gruplararası karşılaştırması Tablo 4.6'de yer almaktadır.

Tablo 4.6. Lohusaların Parite Durumuna Göre Postpartum Birinci Gün Yaşam Bulguları Özelliklerinin Dağılımı Ve Gruplararası Karşılaştırması

Değişkenler	Parite		Test değeri/p
	Primiparite (n=64)	Multiparite (n=64)	
Doğum sonu anne kalp hızı ort. 1. Saat	78.73±6.58	77.98±7.49	Z=-0.778
$\bar{X}$ ±SS (min-max) (dakika)	(72-100)	(61-110)	p=0.437
Doğum sonu anne kalp hızı ort. 6. Saat	83.20±6.32	83.88±8.44	t=-0.510
$\bar{X}$ ±SS (min-max) (dakika)	(72-100)	(66-115)	p=0.611
Doğum sonu anne kalp hızı ort. 12. Saat	82.77±6.78	82.72±8.11	t=0.035
$\bar{X}$ ±SS (min-max) (dakika)	(72-100)	(72-100)	p=0.972
Doğum sonu anne kalp hızı ort. 24. Saat	83.47±6.30	84.70±6.40	t=-1.098
$\bar{X}$ ±SS (min-max) (dakika)	(72-100)	(68-100)	p=0.274
Doğum sonu anne oksijen saturasyon ort. $\bar{X}$ ±SS (min-max) 1.saat (%)	97.91±0.46	97.52±1.78	Z=-1.666
	(96-99)	(88-98)	p=0.096
Doğum sonu anne oksijen saturasyon ort. $\bar{X}$ ±SS (min-max) 6.saat (%)	97.70±0.84	97.70±0.93	t=0.000
	(96-99)	(96-100)	p=1.000
Doğum sonu anne oksijen saturasyon ort. $\bar{X}$ ±SS (min-max) 12.saat (%)	97.83±1.29	97.84±0.84	t=-0.081
	(90-99)	(96-99)	p=0.935
Doğum sonu anne oksijen saturasyon ort.	98.30±0.74	98.20±0.73	t=0.713

$\bar{X} \pm SS$ (min-max) 24.saat (%)	(96-99)	(97-99)	p=0.477
Emzirmeye başlama süresi (dakika)	169.58 $\pm$ 228.68 (15-1440)	116.48 $\pm$ 105.24 (1-480)	Z=-1.041 p=0.298
Anne kan şekeri ortalaması doğum sonu 1.saat ($\bar{X} \pm SS$ (min-max) (mg/dl)	91.72 $\pm$ 27.25 (63-272)	89.63 $\pm$ 21.11 (60-161)	Z=-0.428 p=0.669
Anne kan şekeri ortalaması doğum sonu 6. saat ($\bar{X} \pm SS$ (min-max) (mg/dl)	86.95 $\pm$ 27.51 (50-276)	81.92 $\pm$ 13.74 (63-135)	Z=-1.786 p=0.074
Anne hemoglobin değeri doğumhaneye kabul ort. ($\bar{X} \pm SS$ (min-max)	11.88 $\pm$ 1.41 (7.2-15.2)	12.27 $\pm$ 1.12 (9.3-14.2)	t=-1.714 p=0.089
Anne hemoglobin değeri postpartum 6. saat ort. ($\bar{X} \pm SS$ (min-max)	10.00 $\pm$ 1.30 (7.2-13.0)	10.37 $\pm$ 1.13 (7.6-13.0)	t=-1.719 p=0.088

$\bar{X}$: ortalama (mean) değer, SS: Standart Sapma, min: en küçük değer, max: en büyük değer, ort.: ortalama, t: Independent Sample t testi, Z: Mann Whitney U testi, χ^2 : ki-kare testi (posthoc analiz için Benferroni düzeltmeli z testi)

Lohusaların parite durumuna göre postpartum birinci gün özelliklerinin dağılımı ve gruplararası karşılaştırmasında sezaryen olan primipar lohusaların doğum sonu anne 1.saat kalp hızı ortalaması 78.73 $\pm$ 6.58/dk; doğum sonu 6.saat anne kalp hızı ortalaması 83.20 $\pm$ 6.32/dk; doğum sonu anne 12.saat kalp hızı ortalaması 82.77 $\pm$ 6.78/dk; doğum sonu anne 24.saat kalp hızı ortalaması 83.47 $\pm$ 6.30/dk; doğum sonu 1.saat anne oksijen saturasyon ortalaması %97.91 $\pm$ 0.46; doğum sonu 6.saat anne oksijen saturasyon ortalaması %97.70 $\pm$ 0.84; doğum sonu 12.saat anne oksijen saturasyon ortalaması %97.83 $\pm$ 1.29; doğum sonu 24.saat anne oksijen saturasyon ortalaması %98.30 $\pm$ 0.74; ilk emzirmeye başlama süresi 169.58 $\pm$ 228.68 dakika; doğum sonu 1.saat anne kan şekeri ortalaması 91.72 $\pm$ 27.25 mg/dL; doğum sonu 6.saat anne kan şekeri ortalaması 86.95 $\pm$ 27.51 mg/dL; anne doğumhaneye kabul hemoglobin değeri ortalaması 11.88 $\pm$ 1.41 g/dL; anne doğum sonu 6.saat hemoglobin değeri ortalaması 10.00 $\pm$ 1.30 g/dL'dir (Tablo 4.6).

Sezaryen olan multipar lohusaların doğum sonu anne 1.saat kalp hızı ortalaması 77.98 $\pm$ 7.49/dk; doğum sonu 6.saat anne kalp hızı ortalaması 83.88 $\pm$ 8.44/dk; doğum sonu anne 12.saat kalp hızı ortalaması 82.72 $\pm$ 8.11/dk; doğum sonu anne 24.saat kalp hızı ortalaması 84.70 $\pm$ 6.40/dk; doğum sonu 1.saat anne oksijen saturasyon ortalaması %97.52 $\pm$ 1.78; doğum sonu 6.saat anne oksijen saturasyon ortalaması %97.70 $\pm$ 0.93; doğum sonu 12.saat anne oksijen saturasyon ortalaması %97.84 $\pm$ 0.84; doğum sonu

24.saat anne oksijen saturasyon ortalaması %98.20±0.73; ilk emzirmeye başlama süresi 116.48±105.24 dakika; doğum sonu 1.saat anne kan şekeri ortalaması 89.63±21.11 mg/dL; doğum sonu 6.saat anne kan şekeri ortalaması 81.92±13.74 mg/dL; anne doğumhaneye kabul hemoglobin değeri ortalaması 12.27±1.12 g/dL; anne doğum sonu 6.saat hemoglobin değeri ortalaması 10.37±1.13 g/dL'dir (Tablo 4.6).

Primipar ve multipar gebelerin postpartum birinci gün özellikler ile karşılaştırmasında sezaryen olma nedenleri ve emzirme destek durumu ile gruplararası anlamlı farklılık olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$) (Tablo 4.6).

Obez gebelerin primiparite ve multiparite olma durumuna göre yenidoğan yoğun bakım gereksinimi, oksijen gereksiniminin dağılımı, birinci ve beşinci dakika Apgar skoru, doğum kilosu, kan şekeri ortalama değerleri ve gruplararası karşılaştırması Tablo 4.7'da yer almaktadır.

Tablo 4.7. Pariteye Göre Yenidoğan Özellikleri Dağılımı Ve Gruplararası Karşılaştırılması

	Parite				
	Primiparite (n=64)		Multiparite (n=64)		
	n	%	n	%	
Yenidoğan yoğun bakım gereksinimi					
Var	12	18.8	11	17.2	$\chi^2=0.053$
Yok	52	81.2	53	82.8	$p=0.818$
Yenidoğan oksijen gereksinimi					
Var	21	32.8	17	26.6	$\chi^2=0.599$
Yok	43	67.2	47	73.4	$p=0.439$
TOPLAM	64	100,0	64	100,0	
Yenidoğan 1.dakika Apgar Skoru ort.	7.80±0.89		8.14±0.75		$t=-2.352$
$\bar{X}\pm SS$ (min-max)	(5-9)		(6-9)		$p=0.020$
Yenidoğan 5.dakika Apgar Skoru ort.	8.80±0.76		9.16±0.69		$t=-2.792$
$\bar{X}\pm SS$ (min-max)	(7-10)		(7-10)		$p=0.006$
Yenidoğan doğum kilo ortalaması	3178.13±417.36		3372.42±333.71		$Z=-2.922$
$\bar{X}\pm SS$ (min-max) (gram)	(2200-3950)		(2100-3950)		$p=0.003$
Yenidoğan boy ortalaması	49.56±1.95		49.89±1.73		$t=-1.005$
$\bar{X}\pm SS$ (min-max) (cm)	(45-54)		(46-54)		$p=0.317$
Yenidoğan kan gazı oksijen değeri	92.86±9.08		97.65±10.12		$Z=-1.749$
$\bar{X}\pm SS$ (min-max) (mmHg)	(12-53)		(14-47)		$p=0.080$
Yenidoğan 1. saat kan şekeri ortalaması	71.14±10.05		76.48±11.02		$t=-2.865$
$\bar{X}\pm SS$ (min-max) (mg/dL)	(44-90)		(43-113)		$p=0.005$

$\bar{X}$: ortalama (mean) değer, SS: Standart Sapma, min: en küçük değer, max: en büyük değer, t: Independent Sample t testi, Z: Mann Whitney U testi, χ^2 : Ki-kare testi

Pariteye göre yenidoğan özellikleri dağılımı değerlendirildiğinde primiparların %81.2'sinde yenidoğanların yoğun bakıma gereksiniminin ve %67.2'sinde oksijen gereksiniminin olmadığı belirlenmiştir. Ayrıca primiparların yenidoğan 1.dakika Apgar skor ortalaması 7.80 ± 0.89 ; 5.dakika Apgar skor ortalaması 8.80 ± 0.76 ; yenidoğan doğum kilo ortalaması 3178.13 ± 417.36 gram; yenidoğan boy ortalaması 49.56 ± 1.95 cm; yenidoğan kan gazı oksijen değeri 92.86 ± 9.08 mmHg; yenidoğan kan şekeri ortalaması 71.14 ± 10.05 mg/dL'dir. Multiparların %82.8'inde yenidoğanların yoğun bakıma gereksiniminin ve %73.4'ünde oksijen gereksiniminin olmadığı belirlenmiştir. Ayrıca primiparların yenidoğan 1.dakika Apgar skor ortalaması 8.14 ± 0.75 ; 5.dakika Apgar skor ortalaması 9.16 ± 0.69 ; yenidoğan doğum kilo ortalaması 3372.42 ± 333.71 gram; yenidoğan boy ortalaması 49.89 ± 1.73 cm; yenidoğan kan gazı oksijen değeri 97.65 ± 10.12 mmHg; yenidoğan 1. saat kan şekeri ortalaması 76.48 ± 11.02 mg/dL'dir (Tablo 4.7).

Pariteye göre yenidoğan özellikleri dağılımı karşılaştırıldığında Yenidoğan 1.dakika Apgar skoru ortalaması, yenidoğan 5.dakika Apgar skoru ortalaması, yenidoğan doğum kilo ortalaması ve yenidoğan 1. saat kan şekeri ortalaması ile gruplararası anlamlı farklılık olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.7).

Obez gebelerin primiparite ve multiparite olma durumuna göre Doğum Sonu İyileşme Kalitesi Ölçeği toplam ve alt boyut puan ortalamalarının dağılımı ve gruplararası karşılaştırması Tablo 4.8'da yer almaktadır.

Tablo 4.8. Doğum Sonu İyileşme Kalitesi Ölçeği Toplam Ve Alt Boyutlarının Pariteye Göre Dağılımı Ve Karşılaştırması

	Parite		t/p	Cronbach Alpha
	Primiparite (n=64) $\bar{X} \pm SS$ (min-max)	Multiparite (n=64) $\bar{X} \pm SS$ (min-max)		
DSİKÖ toplam	56.72±19.07 (15-110)	55.84±19.77 (0-110)	0.255/0.799	0.81
Son 24 saat içinde nasıl hissettiniz?	16.65±11.90 (0-44)	14.46±10.21 (0-43)	1.115/0.267	0.78
Şu an nasıl hissediyorsunuz?	39.17±11.46 (15-60)	43.51±10.02 (17-60)	-2.282/0.024	0.89

t: Independent Sample t testi, DSİKÖ: Doğum Sonu İyileşme Kalitesi Ölçeği, $\bar{X}$: ortalama (mean) değer, SS: Standart Sapma, min: en küçük değer, max: en büyük değer

Primiparlarda Doğum Sonu İyileşme Kalitesi Ölçeği toplam puan ortalaması 56.72±19.07; “son 24 saat içinde nasıl hissettiniz?” alt boyut puan ortalaması 16.65±11.90; “Şu an nasıl hissediyorsunuz?” alt boyut puan ortalaması 39.17±11.46’dır. Multiparlarda Doğum Sonu İyileşme Kalitesi Ölçeği toplam puan ortalaması 55.84±19.77; “son 24 saat içinde nasıl hissettiniz?” alt boyut puan ortalaması 14.46±10.21; “Şu an nasıl hissediyorsunuz?” alt boyut puan ortalaması 43.51±10.02’dir. Ölçek toplam ve alt boyutlarına ait iç geçerlik kat sayısı güvenirlik düzeyleri incelendiğinde. genel güvenirlik düzeylerinin yüksek güvenirlikte ($0.81 < \alpha < 1.00$); olduğu belirlenmiştir (Kiliç, 2016) (Tablo 4.8).

Primiparite ve multiparite durumuna göre obez gebelerin sosyodemografik özelliklerinin Doğum Sonu İyileşme Kalitesi Ölçeği toplam puan ortalamaları ile karşılaştırması Tablo 4.9’de yer almaktadır.

Tablo 4.9. Obez Gebelerin Parite Durumuna Göre Sosyodemografik Özelliklerinin Doğum Sonu İyileşme Kalitesi Ölçeği Toplamı İle Karşılaştırması

Özellikler	Parite		p**
	Primiparite (n=64) $\bar{X} \pm SS$	Multiparite (n=64) $\bar{X} \pm SS$	
Yaş			
20-28 yaş	57.96±20.33	56.92±20.41	0.010
29 yaş ve üzeri	50.73±9.77	55.11±19.53	

	t/p	1.781/0.085	0.359/0.721	
Eğitim durumu				
İlkokul ^a		(n=1)	36.20±14.25	
Ortaokul ^b		56.78±16.44	58.95±22.67	
Lise ^c		57.62±19.48	52.52±14.98	0.004
Üniversite ve üzeri ^d		55.90±20.49	67.00±19.65	
	F/p	0.227/0.877	3.655/0.017	
	Anlamlı fark		a<d	
Çalışma durumu				
Çalışmıyor		57.95±19.89	54.00±19.34	
Çalışıyor		54.00±17.31	63.83±20.36	0.016
	t/p	0.766/0.447	-1.572/0.121	
Gelir durumu algısı				
Gelir giderden fazla		64.45±26.04	65.63±26.32	
Gelir gidere denk		54.71±17.09	55.73±16.91	0.065
Gelir giderden az		(n=1)	37.75±32.06	
	Test değeri/p	t=1.188; p=0.258	F=2.811; p=0.068	
Yerleşim yeri				
İl		53.75±18.55	60.36±18.87	
İlçe		60.59±20.25	49.29±18.29	0.032
Köy		60.33±17.55	48.18±21.58	
	F/p	0.996/0.375	2.763/0.071	
Aile tipi				
Çekirdek aile		56.70±19.49	56.52±20.39	
Geniş aile		56.79±18.19	54.35±18.70	0.007
	t/p	-0.015/0.988	0.405/0.687	
Şu an ki BKİ*				
30-34.9 kg/m ² arasında (I.Derece obez)		54.64±20.03	53.97±22.48	
35-39.9 kg/m ² arasında (II.Derece obez)		59.96±17.38	58.41±15.30	0.006
	t/p	-1.090/0.280	-0.885/0.379	
Gebelik öncesi BKİ*				
18.5-24.9 kg/m ² arasında (normal kilolu)		57.17±18.67	62.17±25.27	
25-29.9 kg/m ² arasında (fazla kilolu)		55.68±18.45	51.00±22.34	
30-34.9 kg/m ² arasında (I.Derece obez)		58.63±20.25	59.20±14.05	0.020
35-39.9 kg/m ² arasında (II.Derece obez)		55.80±21.34	67.00±9.89	
	Test değeri/p	F=0.451; p=0.771	KW=4.264; p=0.234	

*BKİ değerleri TC Sağlık Bakanlığı'ndan alınmıştır, **Two Way ANOVA, t: Independent Sample t testi, $\bar{X}$: ortalama (mean) değer, SS: Standart Sapma, kg: kilogram, m²: metre kare, BKİ: Beden Kütle İndeksi, F: One Way ANOVA, KW: Kruskal Wallis H testi

Obez gebelerin parite durumuna göre sosyodemografik özelliklerinin Doğum Sonu İyileşme Kalitesi Ölçeği toplamı ile karşılaştırmasında multiparlarda ölçek toplamı ile eğitim durumu arasında anlamlı farklılık olduğu ($p<0.05$) belirlenirken. primiparlarda ölçek toplamı ile değişkenler arasında anlamlı farklılık olmadığı ($p>0.05$) grupların benzer özellik gösterdiği saptanmıştır (Tablo 4.9).

Parite durumu ile ölçek toplamının değişkenlerle çok yönlü karşılaştırmasında yaş, eğitim durumu, çalışma durumu, yerleşim yeri, aile tipi, şu an ki BKİ, gebelik öncesi BKİ değişkenleri ile arasında anlamlı farklılık olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$) (Tablo 4.9).

Obez gebelerin primiparite ve multiparite durumuna göre düzenli doğum öncesi bakım alma, doğum öncesi bakım alınan kurum ve gebelik döneminde doğum öncesi eğitim alma durumunun Doğum Sonu İyileşme Kalitesi Ölçeği toplam puan ortalamaları ile karşılaştırması Tablo 4.10'de yer almaktadır.

Tablo 4.10. Obez Gebelerin Parite Durumuna Göre Obstetrik Özelliklerinin Doğum Sonu İyileşme Kalitesi Ölçeği Toplamı İle Karşılaştırması

Özellikler	Parite		Test değeri/p*
	Primiparite (n=64)	Multiparite (n=64)	
	$\bar{X}\pm SS$	$\bar{X}\pm SS$	
Düzenli doğum öncesi bakım alma durumu			
Evet	56.38 $\pm$ 19.36	57.55 $\pm$ 18.45	0.098
Hayır	63.67 $\pm$ 12.01	30.25 $\pm$ 23.83	
Z/p	0.874/0.382	-2.095/0.036	
Doğum öncesi bakım alınan kurum			
Devlet hastanesi	63.20 $\pm$ 20.64	52.85 $\pm$ 16.46	0.002
Üniversite hastanesi	53.84 $\pm$ 18.90	58.72 $\pm$ 19.11	
Özel hastane	58.67 $\pm$ 16.19	(n=1)	
Test değeri/p	KW=1.776; p=0.183	t=-1.006; p=0.319	
Gebelik döneminde doğum öncesi eğitim alma durumu			
Evet	59.59 $\pm$ 22.04	59.23 $\pm$ 14.30	0.002
Hayır	55.21 $\pm$ 17.42	54.98 $\pm$ 20.95	
t/p	0.870/0.388	0.689/0.493	

*Two Way ANOVA, t: Independent Sample t testi, $\bar{X}$: ortalama (mean) değer, SS: Standart Sapma, Z: Mann Whitney U testi, KW: Kruskal Wallis H testi, F: One Way ANOVA

Obez gebelerin parite durumuna göre obstetrik özelliklerinin Doğum Sonu İyileşme Kalitesi Ölçeği toplamı ile karşılaştırmasında multiparlarda DSİKÖ ile düzenli doğum öncesi bakım alma durumu ile arasında anlamlı farklılık olduğu ($p<0.05$) belirlenirken primiparlarda ölçek toplamı ile değişkenler arasında anlamlı farklılık olmadığı ($p>0.05$) grupların benzer özellik gösterdiği saptanmıştır (Tablo 4.10).

Parite durumu ile ölçek toplamının değişkenlerle çok yönlü karşılaştırmasında doğum öncesi bakım alınan kurum ve gebelik döneminde doğum öncesi eğitim alma

durumu değişkenleri ile arasında anlamlı farklılık olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$) (Tablo 4.10).

Obez gebelerin primiparite ve multiparite durumuna göre doğumun sonuçlanma şekli, doğum eyleminden memnuniyet, doğuma ilişkin genel düşüncesi, travayda indüksiyon uygulanma durumu, amnion sıvıdaki mekonyum varlığının Doğum Sonu Öncesi İyileşme Kalitesi Ölçeği toplam puan ortalamalarının dağılımı ve gruplararası karşılaştırması Tablo 4.11’te yer almaktadır.

Tablo 4.11. Obez Gebelerin Parite Durumuna Göre Doğum Özelliklerinin Doğum Sonu İyileşme Kalitesi Ölçeği Dağılımı Ve Gruplararası Karşılaştırması

Özellikler		Parite		p*
		Primiparite (n=64) $\bar{X}\pm SS$	Multiparite (n=64) $\bar{X}\pm SS$	
Kabul amniotik membranların durumu				
Açık		58.55±16.63	55.96±16.39	0.007
Kapalı		55.76±20.37	55.78±21.61	
	t/p	0.551/0.583	0.034/0.973	
Doğumun sonuçlanma şekli				
Normal spontan doğum		(n=1)	63.71±11.57	0.029
Epizyotomi ile vajinal doğum		69.43±20.65	55.42±24.56	
Sezaryen doğum		52.86±17.24	54.48±17.15	
	Test değeri/p	t=3.034; p=0.004	F=0.645; p=0.528	
Doğum eyleminden memnuniyet durumu				
Evet		53.80±18.10	57.95±19.64	0.047
Hayır		70.67±26.76	51.70±25.10	
Kararsız		63.33±14.30	52.38±15.76	
	F/p	2.882/0.064	0.632/0.535	
Doğuma ilişkin genel düşüncesi				
Çok iyi		55.39±22.29	56.22±19.96	0.016
İyi		60.35±15.75	58.88±11.86	
Kötü		49.80±17.85	58.57±31.59	
Çok kötü		57.80±22.66	38.83±24.48	
	F/p	0.786/0.506	1.782/0.160	
Gebenin doğumhaneye kabul edildiğindeki EFM sonucu				
Reaktif		56.25±18.86	55.70±20.18	0.069
Nonreaktif		(n=1)	58.67±8.14	
	Z/p	-	-0.252/0.802	
Travayda indüksiyon uygulanma durumu				
Evet		(n=1)	58.71±18.22	0.084
Hayır		56.14±18.66	55.49±20.06	
	t/p	-	0.405/0.687	
Amnion sıvıdaki mekonyum varlığı				
Var		59.31±18.50	42.80±21.30	0.042
Yok		56.06±19.34	58.26±18.67	
	t/p	0.545/0.588	-2.353/0.022	

t: Independent Sample t testi, Z: Mann Whitney U testi, F: One Way ANOVA, *Two Way ANOVA, $\bar{X}$: ortalama (mean) değeri, SS: Standart Sapma

Parite durumu ile ölçek toplamının değişkenlerle çok yönlü karşılaştırmasında kabul amniotik membranların durumu, doğumun sonuçlanma şekli, doğum eyleminden memnuniyet durumu, doğuma ilişkin genel düşüncesi, amnion sıvıdaki mekonyum varlığı değişkenleri ile arasında anlamlı farklılık olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$) (Tablo 4.11).

Obez gebelerin parite durumuna göre doğum özelliklerinin Doğum Sonu İyileşme Kalitesi Ölçeği toplamı ile karşılaştırmasında primiparlarda DSİKÖ ile doğumun sonuçlanma şekli arasında; multiparlarda ölçek toplamı ile amnion sıvıdaki mekonyum varlığı arasında anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır ($p<0.05$) (Tablo 4.11).

Lohusaların primiparite ve multiparite durumuna göre sezaryen olma nedenleri, emzirme destek durumu, yenidoğan yoğun bakım gereksinimi, yenidoğan oksijen gereksiniminin Doğum Sonu İyileşme Kalitesi Ölçeği toplam puan ortalamaları ile karşılaştırması Tablo 4.12’te yer almaktadır.

Tablo 4.12. Lohusaların Parite Durumuna Göre Postpartum Birinci Gün Özelliklerinin Doğum Sonu İyileşme Kalitesi Ölçeği İle Karşılaştırması

Değişkenler	Parite		p*
	Primiparite (n=64) $\bar{X}\pm SS$	Multiparite (n=64) $\bar{X}\pm SS$	
Sezaryen olma nedenleri (n=82)			
Eski C/S	(n=0)	54.88±14.33	0.065
Fetal distres	51.00±15.76	59.50±6.85	
İlerlemeyen eylem	68.60±21.70	(n=1)	
İri fetüs	(n=1)	47.50±10.08	
Makat geliş	48.17±19.54	72.50±53.03	
Baş pelvis uyumsuzluğu	52.00±16.65	(n=0)	
Hasta isteği	46.54±14.22	43.20±14.32	
Diğer sebepler	55.50±9.97	(n=0)	0.055
	F/p 2.017/0.085	1.501/0.223	
Emzirme destek durumu			
Destekli	55.71±19.29	52.42±15.21	
Desteksiz	61.67±22.18	60.26±23.21	
Emzirmedi	65.00±15.73	40.50±6.36	
	F/p 0.642/0.530	1.895/0.159	
Yenidoğan yoğun bakım gereksinimi			0.043
Var	59.33±14.50	42.27±21.31	
Yok	56.12±20.05	58.66±18.39	
	t/p 0.524/0.602	-2.617/0.011	

Yenidoğan oksijen gereksinimi			
Var	56.90±16.47	48.47±20.52	0.019
Yok	56.63±20.41	58.51±18.99	
	t/p 0.054/0.957	-1.829/0.072	

̄X: ortalama (mean) değeri, SS: Standart Sapma, t: Independent Sample t testi, F: One Way ANOVA testi, *Two Way ANOVA

Lohusaların parite durumuna göre postpartum birinci gün özelliklerinin Doğum Sonu İyileşme Kalitesi Ölçeği ile karşılaştırmasında multiparlarda yenidoğan yoğun bakım gereksinimi ile arasında anlamlı farklılık belirlenirken ($p<0.05$), primiparlarda değişkenler ile ölçek toplamı arasında anlamlı farklılık olmadığı ($p>0.05$) grupların benzer özellik gösterdiği saptanmıştır (Tablo 4.12).

Parite durumu ile ölçek toplamının değişkenlerle çok yönlü karşılaştırmasında yenidoğan yoğun bakım gereksinimi, yenidoğan oksijen gereksinimi değişkenleri ile arasında anlamlı farklılık olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$) (Tablo 4.12).

Primipar obez gebelerin Doğum Sonu İyileşme Kalitesi Ölçeği toplam ve alt boyutları ile doğum eylem süresi, kan şekeri değerleri gibi bazı sürekli değişkenler arasındaki ilişkiye ait veriler Tablo 4.13'te yer almaktadır.

Tablo 4.13. Primiparlarda Doğum Sonu İyileşme Kalitesi Ölçeği Toplam Ve Alt Boyutları İle Bazı Değişkenler Arasındaki İlişki Dağılımı

		(1)	(2)	(3)	(4)	5)	(6)	(7)	(8)	(9)
DSİKÖ toplam (1)	r		0.758	0.769	-0.401	-0.100	0.049	0.071	-0.009	0.152
	p*	1	<.001	<.001	0.001	0.453	0.703	0.578	0.947	0.231
Son 24 saat içinde nasıl hissettiniz? (2)	r			0.208	0.213	-0.060	0.027	0.065	0.042	0.071
	p*		1	0.098	0.092	0.650	0.830	0.609	0.743	0.575
Şu an nasıl hissediyorsunuz? (3)	r				0.330	-0.072	-0.002	-0.029	-0.002	0.159
	p*			1	0.008	0.589	0.986	0.819	0.985	0.210
Doğum eylemi süresi (4)	r					-0.049	0.232	-0.110	0.054	-0.003
	p*				1	0.713	0.065	0.388	0.672	0.979
Emizirmeye başlama süresi (5)	r						0.179	0.012	-0.028	-0.327
	p*					1	0.176	0.926	0.832	0.011
Doğum sonu anne kan şekeri 1.saat (6)	r							0.157	-0.045	-0.084
	p*						1	0.215	0.725	0.508
Şu an ki BKİ (7)	r								-0.302	0.020
	p*							1	0.015	0.874
Doğum sonu anne oksijen saturasyonu 24.saat (8)	r									-0.165
	p*								1	0.193
Postpartum anne hemoglobin değeri 6.saat (9)	r									
	p*									1

*Pearson korelasyon analizi

Primiparlarda Doğum Sonu İyileşme Kalitesi Ölçeği toplam ve alt boyutları ile bazı değişkenler arasındaki ilişki dağılımı değerlendirildiğinde primiparlarda DSİKÖ toplamı ile alt boyutlar arasında güçlü düzeyde, pozitif yönlü, anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Multiparlarda son 24 saat içinde ve şu an hissedilen iyileşme kalitesi arttıkça doğum sonu iyileşme kalitesinin de arttığı saptanmıştır. Ayrıca DSİKÖ toplamı ile doğum eylemi süresi arasında orta düzeyde, negatif yönlü, anlamlı bir ilişki ($r=-0.401$; $p=0.001$) olduğu belirlenmiş olup doğum eylemi süresi azaldıkça doğum sonu iyileşme kalitesi düzeyinin arttığı saptanmıştır ($p<0.05$) (Tablo 4.13).

Multipar obez gebelerin Doğum Sonu İyileşme Kalitesi Ölçeği toplam ve alt boyutları ile doğum eylem süresi, kan şekeri değerleri gibi bazı süreli değişkenler arasındaki ilişkiye ait veriler Tablo 4.14’da yer almaktadır.

Tablo 4.14. Multiparlarda Doğum Sonu İyileşme Kalitesi Ölçeği Toplam Ve Alt Boyutları İle Bazı Değişkenler Arasındaki İlişki Dağılımı

		(1)	(2)	(3)	(4)	5)	(6)	(7)	(8)	(9)
DSİKÖ toplam (1)	r		0.640	0.561	0.051	-0.153	0.026	0.005	-0.099	0.020
	p*	1	<.001	<.001	0.689	0.227	0.835	0.969	0.437	0.875
Son 24 saat içinde nasıl hissettiniz? (2)	r			0.228	-0.260	-0.053	-0.054	0.087	-0.122	0.070
Şu an nasıl hissediyorsunuz? (3)	p*		1	0.070	0.038	0.677	0.671	0.496	0.336	0.585
Doğum eylemi süresi (4)	r				0.151	-0.260	0.081	-0.020	-0.141	0.004
Emzirmeye başlama süresi (5)	p*			1	0.233	0.038	0.527	0.875	0.267	0.974
Doğum sonu anne kan şekeri 1.saat (6)	r					-0.184	0.123	0.109	-0.010	0.252
Şu an ki BKİ (7)	p*				1	0.145	0.335	0.392	0.937	0.045
Doğum sonu anne oksijen satürasyonu 24.saat (8)	r						0.041	0.112	0.025	0.008
Postpartum anne hemogloblin değeri 6.saat (9)	p*					1	0.749	0.379	0.847	0.950
	r							0.096	0.066	0.035
	p*						1	0.448	0.604	0.783
	r								0.010	-0.041
	p*							1	0.940	0.746
	r									0.073
	p*								1	0.564
	r									
	p*									1

*Pearson korelasyon analizi

Multiparlarda DSİKÖ toplamı ile alt boyutlar arasında orta düzeyde, pozitif yönlü, anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Multiparlarda son 24 saat içinde ve şu an hissedilen iyileşme kalitesi arttıkça doğum sonu iyileşme kalitesinin de arttığı

saptanmıştır. Ayrıca “son 24 saat içinde nasıl hissettiniz?” alt boyutu ile doğum eylemi süresi arasında düşük düzeyde, negatif yönlü, anlamlı bir ilişki ($r=-0.260$; $p=0.038$) olduğu belirlenmiş olup doğum eylemi süresi azaldıkça son 24 saat içinde kendini daha iyi hissettiği saptanmıştır ($p<0.05$) (Tablo 4.14).

Multipar obez gebelerin Doğum Sonu İyileşme Kalitesi Ölçeği toplam puan ortalamasının değişkenler ile karşılaştırması sonucunda elde edilen verilere göre ölçek toplamı üzerinde etkili olan değişkenlerin belirlenmesi için yapılan regresyon analizine ait sonuçlar Tablo 4.15’de yer almaktadır.

Tablo 4.15. Multiparlarda Doğum Sonu İyileşme Kalitesi Ölçeği Toplamı Regresyon Analizi

Doğum Sonu İyileşme Kalitesi Ölçeği Bağımsız Değişkenleri	B	S.E.	p*	95% CL	
				Lower	Upper
Eğitim durumu	1.193	3.099	0.702	-5.008	7.393
Düzenli doğum öncesi bakım alma durumu	19.637	10.721	0.042	41.090	1.816
Amnion sıvıdaki mekonyum varlığı	6.644	7.374	0.371	-8.111	21.400
Yenidoğan yoğun bakım gereksinimi	9.707	7.111	0.177	-4.522	23.936
$R^2 = 0.133$ $F = 3.420$ $p = 0.014$					

*Çoklu doğrusal regresyon analizi kullanılmıştır. NOT: Primiparlarda DSIKÖ ile değişkenlerin karşılaştırmasında sadece doğumun sonuçlanma şekli arasında anlamlı farklılık olmasından dolayı bu tabloya eklenmemiştir

Multiparlarda doğum sonu iyileşme kalitesi üzerinde etkisi olduğu düşünülen değişkenlerin DSIKÖ’si puanlarını ne şekilde etkilediğini ortaya koymak için yapılan analiz sonucunda, bu değişkenlerin doğum sonu iyileşme kalitesi ile anlamlı bir ilişki sergiledikleri görülmüştür ($F=3.420$; $p<0.05$). Bu değişkenler, doğum sonu iyileşme kalitesinin % 13.3’ünü açıklamaktadır. Regresyon katsayılarının anlamlılık testleri değerlendirildiğinde düzenli doğum öncesi bakım alma durumu değişkeninin doğum sonu iyileşme kalitesi üzerinde anlamlı yordayıcı olduğu saptanmıştır ($p<0.05$) (Tablo 4.15).

5. TARTIŞMA

Obezite, 21. yüzyılın en büyük sağlık sorunlarından biri olup doğurganlık çağındaki kadınları da etkilemektedir (Laurenço ve ark., 2025). Çağımızın kaçınılmaz sorunu olan obezite insan hayatının tüm evrelerini olumsuz yönde etkilemektedir. Anne karnında başlayan risk, doğum ve doğum sonrası dönemde devam etmektedir. Yapılan çalışmalarda, obez kadınların daha yüksek intrapartum ve postpartum komplikasyon riskleriyle karşı karşıya olduğu, doğum şeklinin sezaryen ve müdahaleli sonuçlandığı, yenidoğan bebeklerde ve uzun vadede çocuklarda sorunlara yol açtığı belirlenmiştir (Almutairi ve ark., 2024; Alves ve ark., 2024; Kalantari ve ark., 2024). Dünya genelinde sorunun farkındalığı ve çözüm arayışları devam etmektedir. Obez gebelerde pariteye göre maternal ve neonatal sonuçların doğum sonu iyileşme kalitesi ile ilişkisini araştırmak amacıyla yaptığımız bu araştırmadan elde ettiğimiz bulguları mevcut literatüre göre başlıklar şeklinde tartıştık.

DSÖ, MO'yu 21. yüzyılın en önemli gebelik risklerinden biri olarak tanımlamaktadır (DSÖ, 2021). Doğum öncesi dönemde başlayan bu durumun, doğum anı ve doğum sonrası iyileşme sürecinde çok yönlü etkileri bulunmaktadır.

Yaş, doğum sonrası iyileşme sürecini etkileyen önemli bir faktördür. Fiziksel iyileşme, hormonal denge ve pelvik taban sağlığı gibi alanlarda yaşın etkisi gözlemlenmektedir. Quiroz ve ark.,'nın (2017) çalışmasında 25 yaş ve üzerindeki kadınların doğum sonrası pelvik taban kas gücünde daha fazla azalma yaşadığını belirtilmiştir. Kadınların doğurganlığının ileri yaşlara ertelenmesi, gelişmiş ülkelerde son otuz yıla yakın bir süredir görülen en önemli üreme eğilimini oluşturmaktadır. Bu durum bir dizi sosyal ve kişisel sonucu beraberinde getirmekte olup hem annelerin hem de yeni doğan çocukların sağlığını etkilemektedir. Gebelik ve doğum sırasında sağlık

komplikeasyonlarının görölme riskini artırır dolayısıyla hastanede kalış sürelerini anlamlı düzeyde etkilemektedir (Stastna ve ark., 2023). Çalışmamızda pariteye göre DSİKÖ toplam puanının yaş ile karşılaştırmasında 29 yaş ve üzerinde olanların daha genç yaştaki kadınlara göre iyileşme kalitesinin düşük olduğu belirlenmiş olup gruplararası anlamlı farklılık belirlenmiştir ($p<0,05$). Ayrıca primipar 20-28 yaş aralığındaki kadınların DSİKÖ puan ortalamasının aynı yaş grubundaki multipar gebelerden daha yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 4.7). Parite durumu ile ölçek toplamının değişkenlerle çok yönlü kaeşılaştırılmasında anlamlı farklılık belirlenmiştir ($p<0,05$). Parite değişkenine göre DSİK ölçek toplam puanları karşılaştırıldığında, tek değişkenli analiz sonuçları istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemiştir. Ancak çok değişkenli analizde parite ile DSİK toplam puanı arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Bu durum, paritenin etkisinin diğer değişkenlerin kontrolü sağlanmadan değerlendirildiğinde maskelenmiş olabileceğini, çok değişkenli analiz yoluyla ise paritenin bağımsız etkisinin daha net ortaya konulabildiğini göstermektedir. Doğum sonrası bakım, bireysel sağlık geçmişi, sosyal destek ve psikolojik durum gibi etmenler de iyileşme sürecini etkileyebilir. Akın ve ark., (2009) 35 yaş ve üzeri gebelerde doğum sonrası iyileşme sürecinin daha geç olduğu sonuca ulaşmıştır. Literatürde çalışma bulgularımızdan farklı olarak sonuçlarda elde edilmiş olup yaş ile iyileşme kalitesi arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır (Kang ve ark., 2022; Özkan ve ark., 2022; Gupta ve ark., 2023).

Kadının eğitim durumu, yalnızca bireysel bir kazanım değil aynı zamanda toplumsal bir dönüşümün ve nesiller arası sağlık aktarımının da temel taşıdır. Özellikle doğum sonrası dönemde sağlık hizmetlerine erişim, kendini ifade edebilme ve verilen bilgileri anlayıp uygulayabilme gibi iyileşme sürecini doğrudan etkileyen faktörlerde en belirleyici unsurun eğitim seviyesi olduğu görölmektedir (Çelik ve ark., 2014).

Çalışmamızda multiparlarda parite durumuna göre eğitim durumu ile DSİKÖ arasında istatistiksel anlamlı bir farklılık belirlenmiştir ($p<0,05$). Primipar bireylerde eğitim düzeyi ile DSİK ölçek toplam puanı arasındaki ilişki, tek değişkenli analizde istatistiksel olarak anlamlı bulunmamış; ancak parite değişkeninin modele dahil edilmesiyle birlikte anlamlı hale gelmiştir. Bu durum, paritenin eğitim ile DSİK arasındaki ilişkiye karıştırıcı bir etkide bulunduğunu düşündürmektedir. Parite kontrol altına alındığında, eğitimin doğum sonrası iyileşme kalitesi üzerindeki bağımsız etkisi daha açık biçimde ortaya çıkmıştır. Bu bulgu, özellikle multipar kadınlarda eğitim düzeyinin iyileşme süreci üzerindeki belirleyici rolünü vurgulamaktadır. Oluşan farklılık ilköğretim ile üniversite ve üzeri mezuniyet durumları arasında ortaya çıkmıştır. Bu sonuç özellikle temel eğitim seviyelerindeki kadınların doğum sonrası iyileşme kalitesini etkileyebileceğini göstermektedir. Üniversite ve üzeri mezun kadınlar sağlık hizmetlerine erişim, sağlık okuryazarlığı veya sosyal destek yönünden ilköğretim mezunlarına kıyasla daha kolay erişim sağladığı bildirilmektedir. Çalışma bulgularımızın aksine Özkan ve ark.,'ı (2022) ile Kumar ve ark.,'nın (2022) çalışmasında eğitim durumu ile DSİKÖ arasında istatistiksel farklılık bulunmadığı belirtilmiştir ($p>0,05$). Eğitim durumu kadının sadece postpartum sürecini değil tüm yaşam kalitesini etkilemektedir. Mokhtaryan-Gilani ve ark.,'nın (2022) çalışmasında yaşam kalitesi ile eğitim durumu arasında dolaylı bir ilişkinin bulunduğu sonucuna ulaşmışlardır. Annelerin artan eğitim düzeyi gereksinimlerinin farkında olarak doğum sonu iyileşme ve adaptasyon döneminin en az hasarla atlatılmasını sağlar. Kendi bedeninin farkında olan anne, sorunlarla daha kolay baş edebilir ve yaşadığı sağlık problemlerini daha kolay çözümleyebilir.

Gelişen teknoloji ve ihtiyaçlar kadınları çalışma hayatına katılmak zorunda bırakmıştır. Ekonomik durum kaygısı gebelikte çalışan kadın sayısını orantısız olarak

etkilemektedir. Gelir durumu algısı ile DSİK ölçek puanı arasında anlamlı bir ilişki bulunmazken çalışma durumu ile DSİK ölçek puanı arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ($p<0,05$). Günümüz ekonomisi ele alındığında çalışan gebe aileye katkı sağlar ve gelir algısı yükseldikçe DSİK ölçek puanının yükseldiği, gelir düzeyleri arasındaki ilişki doğum sonu iyileşme kalitesi üzerinde doğrusal düzeyde olmasa da dolaylı bir şekilde etkisi bulunmaktadır. Bağcı'nın (2014) çalışmasında çalışma durumu ile gelir durumu algısı ilişkisi benzer şekilde bulunmuştur. Chinweuba ve ark.,'nın (2018) çalışmasında doğum sonu iyileşme kalitesinde çalışan ve çalışmayan kadınlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0,05$). Çalışma bulgularımızın literatür ile uyumlu olduğu saptanmıştır.

Yerleşim yeri, bireyin sağlık hizmetlerine erişimi, ulaşım olanakları, çevresel güvenlik ve sosyoekonomik kaynaklara yakınlığı gibi faktörler aracılığıyla, iyileşme kalitesini etkileyen önemli bir sosyal belirleyici olarak değerlendirilmektedir (Neutens, 2015). Çalışmamızda yerleşim yeri ile DSİKÖ toplam puanı arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0,05$). İl merkezinde ile köyde ikamet eden multipar gebelerin puan ortalamaları arasında belirgin bir farklılık bulunmuştur. İl merkezinde ikamet edenlerin ölçek toplam puan ortalaması daha yüksek çıkmıştır. Dolaylı olarak, il merkezinde sağlık hizmetine ulaşmak ve hizmet almak daha kolay olduğundan bu sonucun çıkması beklenen bir veridir. Bağcı (2009) çalışmasında anlamlı farklılık bulunmuştur, en uzun süre il merkezinde yaşayan kadınlarda ölçek puanının daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Öztürk Altınayak ve Özkan'ın (2017) çalışmasında da yerleşim yeri ve ölçek puanı arasında anlamlı farklılık belirlenmiştir ($p<0,05$). Sağlık hizmetlerine erişim zorluğu ölçek puanını olumsuz yönde etkilemektedir. Ülkemiz coğrafyası ve sağlık

hizmetlerinin sunumu gebelerin erişim olanağını etkilemekte ve DSİK ölçek toplam puanlarını düşürmektedir

Aile, bireyin toplumsallaşma sürecinin başladığı, psikososyal gelişiminin şekillendiği ve temel değerlerin içselleştirildiği birincil sosyal kurum olup; doğum sonrası dönemde annelere sunulan duygusal, fiziksel ve sosyal desteğin niteliği, iyileşme sürecinin kalitesini doğrudan etkileyebilmektedir. Doğum sonrası iyileşme, sadece fizyolojik bir süreç olarak değil, aynı zamanda kadının ruhsal, sosyal ve işlevsel olarak yeniden yapılanma süreci olarak ele alınmalıdır. Bu bağlamda, annenin içinde bulunduğu aile yapısı, onun yaşadığı duygusal yükü, sorumluluk paylaşımını ve bakım desteğini belirleyen önemli bir değişkendir(Bozkuş Eğri & Konak, 2011). Aile tipinin, annenin bu dönemi nasıl deneyimlediği üzerinde belirleyici olabileceği düşünülmektedir. Çalışmamızda aile tipi ile DSİK ölçek toplam puanı arasında anlamlı farklılık belirlenmiştir ($p<0,05$). Çekirdek ailede yaşayan kadınların ölçek toplam puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur. Khademi ve ark. (2023) İran merkezli çalışmasında bu ilişki pozitif yönlü olarak belirtilmiştir. Qi ve ark. (2022) Çin merkezli çalışmasında aile yapısı ile iyileşme arasında dolaylı bir ilişkinin olduğu sonucuna varılmıştır. Handini ve ark. (2022) Endonezya’da yapılan çalışmasında aile tipinin sosyal destek ve doğum sonu iyileşme üzerine olumlu etkileri olduğunu belirlemişlerdir. Yaşanan coğrafi bölge değişse de aileye olan gereksinim her yerde aynıdır.

Gebelik, BKİ, obstetrik sonuçlar ve postnatal iyilik haliyle ilişkili önemli bir sağlık göstergesi olup; doğum sonrası dönemde iyileşme kalitesine olan etkisi halen araştırılmaktadır. Çalışmamızda gebelik öncesi BKİ ile DSİK ölçek toplam puanı arasında anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0.05$). Khader ve ark., (2025) çalışmasında BKİ ile iyileşme kalitesi arasında anlamlı farklılık bulunmadığını belirtmiştir. Zhang ve

ark. (2023) çalışmasında benzer sonuçlar bulunmuştur. Gebelik önceki BKİ gebelikte kilo alımı ve gebelikteki BKİ değerlerinde üzerinde doğrudan etkili olduğu literatürde anlatılmaktadır. Aydın'ın (2014) çalışmasında gebelerin parite durumuna göre gebelikten önceki BKİ'leri arasında istatistiksel olarak farklılık bulunmuştur ($p<0.05$). Multiparite durumu gebelik öncesi BKİ değerlerini arttırmaktadır. Iversen ve ark. (2018) çalışmasında BKİ ortalaması her bir gebelik için ortalama olarak 0,62 artış gösterdiği belirtilmiştir.

Gebelikte BKİ değerleri ile DSİK ölçek toplam puanı arasında anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0.05$). BKİ değeri 30,00-34,9 (I. Derece obez) arasında olan primipar gebelerin ölçek puan ortalamaları BKİ değerleri 35,00-39,9 (II. Derece obez) arasında olan gebelere kıyasla daha düşük bulunmuştur. Zimmo ve ark., (2025) çalışmasında anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$). BKİ değeri 35 ve üzeri “yüksek riskli gebelik” kategorisine girdiği için doğum şekli, doğumun yönetimi ve müdahale oranları artar (Timmermans ve ark., 2019). Bu da iyileşme sürecini olumsuz etkileyebilmektedir. 30–35 BKİ'deki gebeler bu risk sınırına yaklaşıp da genellikle daha az müdahale ile doğumları sonuçlanmaktadır. Aktukay ve ark.,'nın (2012) çalışmasında BKİ ile sezaryen arasında anlamlı bir ilişki bulunduğu bildirilmiştir. Yükselen BKİ sezaryen doğum oranlarını arttırır (ACOG, 2015). Dolayısıyla doğum sonrası iyileşme süreci uzun ve komplikasyonlu geçer (Harsh ve ark., 2021). Daha yüksek BKİ'ne sahip gebelerin beden algısı ve iyileşme beklentisi olumsuz etkilenebilmektedir. Bu durum iyileşme algısını etkileyip ölçek puanlarını düşürmektedir. Ayrıca yüksek BKİ beraberinde hipertansiyon ve diyabeti gibi hastalıkları beraberinde getirir (Lawand ve ark., 2023). Fizyolojik açıdan iyileşme ve hastanede kalış süreci uzamış olur.

Önce ki doğum şekli ile DSİK ölçek toplam puanı arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$). Önceki doğumu sezaryen olanların ölçek puanı normal doğum yapanlara göre yüksek çıkmıştır. Şanlı ve Öncel'in (2014) Antalya merkezli araştırmasında sezaryen oranı normal vajinal doğum oranından yüksek çıkmıştır. Aktulay ve ark.,'nın (2012) Ankara merkezli çalışması sonuçları benzer şekildedir. Özgül ve Taşpınar'ın (2019) İskenderun merkezli çalışması sonuçları yine benzer şekilde bulunmuştur. Farklı coğrafi bölgelerde yakın sezaryen oranlarının olması ülkemiz geneli artan sezaryen oranı açıklamaktadır. İlk sezaryenden sonra ki doğumların sezaryen olması endikasyonu kullanılan en sık endikasyon nedenidir. Hartge ve ark., (2015) çalışmasında geniş zaman dilimi ve örneklem büyüklüğüne rağmen primer sezaryen endikasyonu nedeniyle doğum sonucu sezaryen ile sonuçlanma oranı % 40,1'dir. Kadın doğumcuların genel yaklaşımı bu yönde olup, gebeye seçim şansının bırakılmaması ya da riskleri kabul etmeyen hekimler nedeniyle mükerrer sezaryen operasyonları oranlarını arttırmaktadır (Koridze ve ark., 2015; Layık ve ark., 2017). Dolayısıyla doğum sonu iyileşme durumu olumsuz etkilenmektedir. 2023 yılı Türkiye geneli toplam sezaryen oranı 64,2 iken primer sezaryen oranı 32,4'tür. 2022 yılı verileri göre 61,5 ile Dünya lideri durumundayız. En çok özel hastanelerde ve üniversite hastanelerinde sezaryen yapılmaktadır. Oranları 79.2 ile 76.4'tür (SİNA,2025). Bizim çalışmamıza göre sezaryen oranımız 64.1 ile Türkiye ortalaması düzeyindedir. Aktulay ve ark.,'nın (2012) çalışmasına göre artan BKİ oranı sezaryen olma olasılığını da attırmaktadır. Ata ve Şahin (2015) çalışması benzer şekilde sonuçlanmıştır. Layık ve ark., (2017) çalışmasında BKİ> 30 gebelerin sezaryen oranı %40 olarak tespit edilmiştir. Asah-Opoku ve ark., (2022) Sahra altı Afrika'da BKİ>30 gebelerin sezaryen oranı %11.8 olduğu bildirilmiştir. Çalışmamızda sezaryen nedenleri

incelendiğinde mükerrer sezaryen oranı %51.5 bulunmuştur. En yüksek sezaryen endikasyonu olarak tespit edilmiştir (tablo 4.4).

Gebeliğin istenme durumu, kadının gebelik sürecine psikolojik uyumunu ve annelik rolüne geçiş sürecini etkileyen önemli bir değişkendir; bu durum, doğum sonrası dönemde yaşanabilecek fiziksel ve ruhsal iyilik halini dolaylı olarak etkilemektedir. Çalışmamızda gebeliği isteme durumu ile DSİK ölçek toplamı arasında anlamlı bir ilişki bulunmazken, isteyerek gebe kalanların ölçek toplamı daha yüksek bulunmuştur. Baskova ve ark.,'nın (2023) araştırmasında istenmeyen gebeliklerin depresyon ölçek puanı daha yüksek bulunmuştur. Mekonnen ve ark., (2024) araştırmasında isteyerek gebe kalan kadınların annelik rolü uyumu daha yüksek ve postpartum depresyon riski daha düşük bulunmuştur. Şanlı ve Öncel'in (2014) araştırmasında isteyerek gebe kalma durumu doğum sonrası döneme uyumu ve bebek bakımı konusunda önemli bir değişken olduğu belirlenmiştir. Dagher ve ark.,'nın (2021) araştırmasında istenmeyen gebelik öncelikle perinatal dönemde etkili olduğu, doğum sonrasında depresyon ve daha ileri psikolojik sorunlara yol açtığını belirlemişlerdir.

Gebelik sürecinde sağlanan düzenli prenatal bakımın, doğum sonrası iyileşme sürecine etkisi literatürde çeşitli açılardan ele alınmaktadır. Bu ilişkinin varlığı ve yönü, bakımın içeriği, bireysel sağlık koşulları ve sosyodemografik faktörler gibi değişkenlere bağlı olarak farklılık gösterebilmektedir. Çalışmamızda düzenli bakım alma ile DSİK ölçek toplam puanı arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0.05$). Özel hastaneden bakım alan gebelerin ölçek puanı üniversite ve devlet hastanesinden bakım alanlara oranla daha düşük bulunmuştur. Bu durum devlete bağlı kuruluşların hasta yoğunluğu sebebiyle gebelerin ihtiyacı olan bakım konularında yeterli oldukları konusunda bir çıkarım yapmamızı sağlayabilir. Devlet politikası olarak daha çok sağlık çalışanı ve kolay

erişim bakım alma konusunda gebeleri tatmin edeceği düşünölmektedir. Zhao ve ark.,'nın (2023) araştırmasında 23 ölkeden elde edilen verilerle yapılan kapsamlı bir analiz, dört veya daha fazla antenatal bakım alan gebelerin, kaliteli postnatal bakım alma olasılığının daha yüksek olduğunu belirlemişlerdir. Geremew ve ark.,'nın (2020) araştırmasında antenatal bakım hizmeti alan kadınların, postnatal bakım hizmetlerini kullanma olasılığının daha yüksek olduğunu bildirmişlerdir.

Gebelik sürecinde gebelere verilen eğitimin, doğum sonrası iyileşme kalitesi üzerinde nasıl bir etkisi olduğu, hem klinik uygulamalar hem de sağlık politikaları açısından önemli bir konudur. Antenatal bakım kapsamında ele alınan doğum öncesi eğitim; gebelerin gebelik süreci, doğum ve doğum sonrası dönemleri etkilemektedir. Çalışmamızda eğitim alma durumu ile DSİK ölçek toplam puanı arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0.05$). Eğitim alan gebe doğumda ve sonrasında neler ile karşılaşacağını ve neler yaşayacağını bildiği için doğum sonrası döneme daha hızlı uyum sağlayıp ölçek puanları etkilemiştir. Demir ve Taşpınar'ın (2021) araştırmasında anlamlı farklılık bulunmamıştır. Sadıkhacıoğlu'nun (2019) çalışmasında benzer şekilde sonuçlar olduğu belirtilmiştir. Bahrami ve ark.,'nın (2013) ve Shimpuku ve ark.,'nın (2022) araştırmasında anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0.05$). Arslan (2001) araştırmasında yıllar önce eğitimin önemini açıklamış. Gebe okullarının gerekliliğinden bahsetmiştir. Günümüz sağlık politikaları açısından Sağlık Bakanlığı durumun ehemmiyetinin farkına varmış ve her kurumda gebe okulunun bulunması için yasal düzenleme yapılmıştır. Normal Doğum Eylem Planı kapsamında 03.12.2024 tarihinde yayımlanan Ebelik Yönetmeliğinin ardından “Gebe Okulları ile Doğuma Yönelik Hizmetlerin Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik” 13 Aralık 2024 Tarihli ve 32751 Sayılı Resmî Gazete'de yayımlandı.

Çalışmamızda amniyotik membranların durumu ile DSİK ölçek toplam puanı arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0.05$). Membranların kapalı olması doğum sonrası iyilik hali üzerinde olumlu etkiler yaratabileceğini düşündürmektedir. Bu durum, açık membranlara bağlı gelişebilecek enfeksiyon riski, müdahale oranındaki artış ve doğum sürecinin fizyolojik ilerleyememesi gibi faktörlerle açıklanabilir.

Kadının yaşadığı doğum deneyimi, seçilen doğum yöntemine bağlı olarak fiziksel, psikolojik ve sosyal iyilik hali üzerinde kalıcı etkiler bırakabilmekte; bu durum, doğum sonrası yaşam ve iyileşme kalitesini önemli ölçüde etkilemektedir. Çalışmamızda doğumun sonuçlanma şekli ve DSİK ölçek puanı arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0.05$). Vajinal doğum yapan gebelerin ölçek toplam puanı sezaryen olan gebelerden yüksek çıkmıştır. Epizyotomili vajinal doğum yapan primipar gebelerin puanı multiparlardan daha yüksek bulunmuştur. Oluşan fark epizyotomi durumunun geçirilmiş doğum nedeniyle bilinmesine bağlı gebede oluşan korku, endişe duygularından kaynaklanabileceği düşünülmektedir. Fiziksel iyileşme açısından farklılık olmasa da psikolojik olarak iyi oluş halini etkilemektedir demek doğru olur. Geçirilmiş doğum öyküsü gebeyi hem olumlu hem de olumsuz yönde etkilemektedir. Zira multipar gebelerin sezaryen sonrası ölçek toplam puanı primipar gebelerden yüksek bulunmuştur. Bu fark yine korku ve endişe kaynaklı oluşu düşünülmektedir. Primipar gebe sezaryen operasyonunu bilmediği için daha kaygılı olmakta dolayısıyla ölçek toplam puanı etkilenmektedir. Keleş ve ark.,'nın (2024) çalışmasında doğum şekli ile ölçek puanları arasında anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0.05$). Vajinal doğum yapanların ölçek puanı daha yüksek olduğu belirtilmiştir. Evans ve ark.,'nın (2022) çalışmasında sonuçlar benzer şekilde bulunmuştur. Bağcı'nın (2014) çalışmasında anlamlı farklılık bulunmamıştır.

Doğum memnuniyeti, kadının doğum sürecine ilişkin fiziksel, duygusal ve psikososyal deneyimlerinin bütüncül bir yansıması olup, doğum eyleminin bakımının kalitesini değerlendirmede önemli bir göstergedir. Doğum sonrası bakım ise, annenin fiziksel iyileşmesini desteklemenin yanı sıra psikolojik ve sosyal uyumunu da kapsayarak bütünsel bir iyilik hâli sağlamayı amaçlar. Çalışmamızda memnuniyet durumu ile DSİK ölçek toplam puanı arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0.05$). Multipar gebelerin ölçek puanı primipar gebelerden daha yüksek bulunmuştur. Girgin ve ark.,'nın (2024) çalışmasında da multipar gebelerin memnuniyet düzeyinin daha yüksek olduğu bildirilmiştir. Urbanova ve ark.'ının (2021) çalışmasında doğum şekli ve memnuniyet düzeyi arasında anlamlı farklılık olduğunu belirtmişlerdir. Ffrench-O'Carroll ve ark.,'nın (2024) ile Özertürk ve Gözüyeşil'in (2024) çalışmalarında anlamlı farklılık bulunmamıştır. Doğum memnuniyeti ve doğum sonrası iyileşme kalitesi, birbirinden bağımsız ancak birbiriyle ilişkili iki önemli ölçüttür ve her biri ayrı ayrı değerlendirilmelidir.

Çalışmamızda doğuma dair genel düşünce ile DSİK ölçek toplam puanı arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0.05$), doğum sürecine yönelik olumlu bir bilişsel çerçevenin, kadının doğum sonrası iyileşme kalitesine olumlu yansıdığını göstermektedir. Olumsuz düşünce yapısının ise doğum deneyimini daha zorlayıcı hale getirdiği ve iyileşme sürecini olumsuz etkileyebileceği söylenebilir. İyi ve çok iyi şeklinde değerlendirme yapan gebelerin ölçek toplam puanları daha yüksek bulunmuştur. Amber-lee ve Kachina (2025) ile Johnson ve ark., (2022) çalışmalarında anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0.05$).

Amniyotik sıvı, intrauterin yaşam boyunca fetüsün gelişimini destekleyen koruyucu ve homeostatik bir ortam sunarken, bu sıvıda mekonyum varlığının saptanması,

genellikle fetal distresin bir göstergesi olarak değerlendirilmekte ve perinatal morbidite ile ilişkilendirilen klinik açıdan anlamlı bir bulgu olarak önem kazanmaktadır (Koyuncu ve ark., 2016). Çalışmamızda mekonyum aspirasyonu ile DSİK ölçek toplam puanı arasında anlamlı farklılık belirlenmiştir. Mekonyum aspirasyonu olan gebelerin ölçek toplam puanını daha düşük bulunmuştur. Wertheimer ve ark.,'nın (2020) mekonyum aspirasyonu daha yüksek oranda olumsuz perinatal sonuçlarla ilişkili olduğunu bildirmişlerdir. Pakniat ve ark.,'nın (2016) araştırmasına göre; mekonyum aspirasyonu koryoamniyonit, endometrit geliştirme riskinin artması ve daha yüksek sezaryen oranı ile ilişkilendirilmiştir olup mekonyum aspirasyon sendromu (MAS), yenidoğan yoğun bakım ünitesine yatış, yenidoğan sepsisi, serebral palsi, nöbet ve akciğer hastalıkları dahil olmak üzere olumsuz fetal sonuçlara sebep olmaktadır. Ayrıca Wertheimer ve ark.,'nın (2020) araştırmalarına göre en sık fetal stres nedeni preeklampsi olduğunu belirtmişlerdir. MO dolaylı olarak sebep olduğu hipertansif durumlar ve plesental değişiklikler mekonyum aspirasyonunu ve sonrasında yenidoğan ile ilgili komplikasyonlara neden olabileceği, annenin doğum sonrası bebeği emzirmesi, bakım verme sürecini olumsuz etkileyip iyileşme kalitesi algısını düşüreceği düşünülmektedir. Pakniat ve ark.,'nın (2016) araştırmasında mekonyum aspirasyonu postoperatif endometrit geliştirme olasılığı neredeyse iki buçuk kat daha arttırdığı, annede puerperal enfeksiyonlara neden olduğu bildirilmiştir. Mekonyum aspirasyonu doğum sürecinin daha zor ve müdahaleli geçmesine neden olabilmekte; bunun sonucunda da doğum sonrası iyileşme süreci olumsuz etkilenebilmektedir. Mekonyum varlığı, doğumun uzaması, acil sezaryen veya müdahaleli vajinal doğum gereksinimini artırması nedeniyle annenin fiziksel iyileşmesini geciktirebilir. Ayrıca, mekonyum aspirasyon riski nedeniyle yenidoğanın sağlık durumuna ilişkin oluşan kaygılar, annenin doğum sonrası dönemde psikolojik stres

düzeyini yükseltebilir. Artan stres, anne-bebek bağlanmasını geciktirebilir ve emzirme sürecini zorlaştırabilir. Tüm bu etkenler, doğum sonrası dönemde hem fiziksel hem de duygusal iyilik halini olumsuz yönde etkileyerek, iyileşme kalitesinde anlamlı bir farklılık oluşturabilir. Bu nedenle, amniyotik sıvıda mekonyum varlığı ile doğum sonrası iyileşme kalitesi arasında gözlemlenen anlamlı ilişkinin, fizyolojik ve psikososyal birçok faktörün bir araya gelmesinden kaynaklandığı düşünülmektedir. Özlü Akkuş ve ark.,'nın (2022) araştırmasında gestasyonel yaş, gebenin ateşi ve BKİ; mekonyum aspirasyonu riskini yüzde 1.37 oranında arttırdığını bildirmişlerdir. Bouche ve ark.,'ı (2018) araştırmasında mekonyum aspirasyonu ile doğum sonrası hemoraji (PPH) ilişkisini incelemiş ve istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0.05$). Özlü Akkuş ve ark.'nın (2022) çalışması da bu bulguyu benzer nitelikteydi. Operatif vajinal doğum sonrası kanama riski mekonyum varlığı durumunda artış göstermiştir. Pıhtılaşma faktörlerinin etkilendiği yaygın intravasküler pıhtılaşmada (DIC) etkili olabileceği düşünülmektedir (Bouche ve ark., 2018).

Doğum eyleminin sezaryenla sonuçlanması neden olan endikasyonlar ile DSİK ölçek toplam puanı karşılaştırıldığında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$). Primipar gebelerde ilerlemeyen eylem nedeniyle sezaryen olanların ölçek toplam puanı daha yüksek bulunmuştur. Multiparlarda ise makat geliş nedeniyle sezaryen olanların ölçek toplam puanı daha yüksek bulunmuştur. Bunun nedeni planlanmış sezaryen operasyonu gebede daha az stres ve acil müdahale daha fazla kontrol hissi oluşturmuş, güvende hissetmesini sağlayıp doğum sonu iyileşme algısını olumlu yönde etkilemiştir. Ayrıca sezaryenin zaruriyetine inanıp daha kolay kabul etmiş ve daha kısa sürede adapte olmuş olabileceği, makat geliş antenatal takiple belirlendiği için daha fazla ilgi ve destek psikolojik olarak gebeyi kontrolde hissetmeye sevk etmiş olabileceği düşünülmektedir.

Planlı sezaryenler, iyileşme sürecini olumlu etkileyebilir denilmektedir (Türkmen ve ark., 2018; Ciechanowicz ve ark., 2019).

Emzirme, yalnızca yenidoğanın beslenmesini ve bağışıklık sisteminin güçlenmesini sağlayan bir fizyolojik süreç olmanın ötesinde, annenin doğum sonrası dönemde yaşadığı fiziksel, psikolojik ve sosyal iyileşme sürecini de doğrudan etkileyen çok yönlü bir sağlık davranışıdır (Victoria ve ark., 2016). Emzirme sırasında salgılanan oksitosin hormonunun uterusun toparlanmasını kolaylaştırdığı, kanama riskini azalttığı ve annenin stres düzeyini düşürdüğü bilinmektedir (Uvnas-Moberg ve ark., 2020). Ayrıca emzirme sürecine yönelik verilen destek, annenin emzirmeye ilişkin öz yeterliliğini artırarak, kendini daha yeterli, güçlü ve iyileşmeye açık hissetmesine katkı sağlamaktadır (McQueen & Dennis, 2007; İnci ve ark., 2017). Bu bağlamda, emzirmenin yalnızca biyolojik değil, aynı zamanda doğum sonrası iyileşme kalitesi üzerinde belirleyici olan psikososyal boyutları da dikkate alınmalı; annenin bu süreçte maruz kaldığı destek düzeyi ve bireysel deneyimleri bütüncül bir yaklaşımla değerlendirilmelidir. Çalışmamızda emzirme desteği ve DSİK ölçek toplam puanı arasında anlamlı bir ilişki bulunmazken desteksiz emziren annelerin ölçek toplam puanları daha yüksek bulunmuştur. Emzirme, anne olma duygusunu destekleyip bebeğe psikolojik olarak yetebilme hissi annenin psikolojisini olumlu etkiler (Annegür & Annagür, 2012). Emzirme desteği, annenin doğum sonrası iyileşme sürecine olumlu katkılar sağlar. Özellikle doğumun hemen ardından verilen birebir eğitim ve danışmanlık, emzirme başarısını artırıp iyileşme kalitesini yükseltir (Mccauley ve ark., 2022). MO ve emzirme ilişkisi çalışmamızın önemli ayrıntılarından biridir. Yanikkerem ve Mutlu (2012) araştırmasında obezitenin emzirmeyi devam ettirme konusunda etkileri olduğu, emzirmeyi bırakma riskinin her geçen ay %11 oranında arttığı bildirmişlerdir. McGuire ve ark., (2010) derlemesinde

MO'nin emzirmeyi devam ettirme durumunu azalttığını, obez annelerin emzirme eğilimlerinin daha az olduğunu belirtmişlerdir. Çalışmamızda emziremememe primiparlarda beş multiparlarda iki kişi olarak belirlenmiştir. Nedeni de bebeğin solunum destek ünitesine bağlı olmasıdır. Çalışmamıza katılan tüm gebelerimiz obez olduğu farkındalığı ile McGuire ve ark., (2010) derlemesinin aksine emzirme isteği ve oranımız yüksek bulunmuştur. Bilgin'nin (2020) derlemesinde de emzirme konusu McGuire ve ark.'na (2010) benzer şekilde bildirilmiştir. Sadıkhacıoğlu'nun (2012) çalışmasında BKİ ile emzirme durumu arasında anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0,05$).

Parite ile yenidoğan Apgar skorları arasında anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0,05$). Paritenin artışı fizyolojik adaptasyonu etkilemektedir. Multipar kadınlarda doğum sürecinin daha kısa sürmesi, doğumun fizyolojik olarak daha az travmatik geçmesi ve uterin kasların daha etkin çalışması, yenidoğanın doğum sonrası adaptasyonunu olumlu yönde etkileyerek Apgar skorlarını yükseltici bir rol oynayabilir. Çalışmamızda multiparların 1. ve 5. Dakika Apgar puanı ortalaması primiparlardan daha yüksek belirlenmiştir. Özgül ve Taşpınar'ın (2019) çalışmasında obezite düşük apgar skoru ve yoğun bakım ihtiyacına neden olduğu bildirilmiştir.

Yenidoğan yoğun bakım ünitesine (YYBÜ) yatış gereksinimi, yalnızca yenidoğanın sağlığı açısından değil, aynı zamanda annenin doğum sonrası dönemdeki iyileşme süreci üzerinde de çok yönlü etkiler yaratmaktadır. Bu süreçte annelerin yaşadığı fiziksel rahatsızlıklar, psikolojik zorluklar ve sosyal destek eksiklikleri, postpartum iyilik halini olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Çalışmamızda yoğun bakım gereksinimi ile DSİK ölçek toplam puanı arasında multipar gebelerde anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0,05$). Bebeği yoğun bakıma yatış yapılmış olan primiparlar %18,8 multiparlar %17,2 ve oksijen gereksinimi primiparlarda 32.8 multiparlarda ise 26.6 olarak bulunmuştur.

Multipar gebelerde yoğun bakıma yatış yapanların ölçek toplam puanı daha düşük tespit edilmiştir. Annelerinde postpartum depresyon, stres, anksiyete ve bağlanma sorunlarının daha sık görüldüğünü literatürde bulunmaktadır. Servet Yılmaz ve Akgün Kostak (2021) çalışmasında anlamlı farklılık bulunmuştur. Günaydın'ın (2013) ile Günaydın ve Dolgun'un (2015) çalışmalarında anlamlı farklılık bulunmamıştır. Taşpınar ve ark.'nın (2015) çalışmasında ise artan BKİ yoğun bakım gereksinimini arttırdığı yönündeydi. Kureshi ve ark., (2022) benzer şekilde sonuçlar belirtmiştir.

Çalışmamızda DSİK ölçek toplam puanı ile parite değişkeni karşılaştırılmasında; toplam puan ortalamalarının primipar ve multipar kadınlar arasında benzer olduğu, ancak alt bölümler arasında anlamlı farklılık bulunduğu görülmüştür ($p<0.05$). Ölçeğin birinci faktörü oluşturan “Son 24 saatte nasıl hissettiniz?” sorusuna verilen yanıtlar primipar kadınlarda daha yüksek iken; ikinci faktörü olan “Şu an nasıl hissediyorsunuz?” sorusunda ise multipar kadınların puanı daha yüksek bulunmuştur. Elde edilen bulgular, doğum sonrası erken dönemde (ilk 24 saat) primipar kadınların daha yoğun duygusal ve fiziksel etkiler yaşadığını; buna karşın doğumdan sonraki süreç ilerledikçe multipar kadınların kendilerini daha iyi hissettiklerini göstermektedir. Bu durum, doğum deneyiminin çokluğu ile birlikte kadınların süreci daha kontrollü ve bilinçli biçimde karşılayabildiklerini; iyileşme sürecine daha hızlı uyum sağladıklarını düşündürmektedir. Çalışmanın örneklem grubunun tamamının BKİ ≥ 30 olan gebelerden oluşması da bu bulguların değerlendirilmesinde dikkate değer bir faktördür. Nitekim literatürde obez gebelerde doğum sonrası toparlanma sürecinin daha yavaş ilerleyebildiği, yorgunluk, ağrı algısı ve duygusal dalgalanmaların daha yoğun yaşanabildiği belirtilmektedir (Ataş ve Özerdoğan 2021; Zimmo ve ark., 2025). Bu durumun, alınan toplam ölçek puanının BKİ'si <30 olan gebelere kıyasla daha düşük çıkmasına neden olduğu düşünülmektedir.

Çalışmamızda yapılan regresyon analizi sonucunda, DSİK ölçeği toplam puanı ile doğum öncesi düzenli bakım alma durumu arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Düzenli doğum öncesi bakım alma durumu, doğum sonrası iyileşme kalitesinin anlamlı bir yordayıcısı olarak belirlenmiştir ($p<0.05$). Bu bulgu, gebelik sürecinde antenatal bakımın gerekliliğini ve önemini ortaya koymaktadır. Düzenli bakım, doğum sonrası süreci olumlu yönde etkileyerek iyileşme kalitesini artırmaktadır.



6. SONUÇ ve ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Obez primipar ve multipar kadınlarda gebelik, doğum ve postpartum komplikasyonları ile neonatal ve fetal durumun değerlendirilmesi, maternal obezitenin doğum sonu iyileşme kalitesi ile ilişkisini değerlendirmek amacıyla yapılan bu araştırmada aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

- Primipar obez gebelerin %82.8'inin 20-28 yaş aralığında, %53.0'ünün lise mezunu, %68.8'inin çalışmadığı, multipar gebelerin % 59.4'ünün 29 yaş ve üzerinde, %42.2'sinin lise mezunu, %81.2'sinin çalışmamaktadır (Tablo 4.3).
- Primipar obez gebelerin %37,5'inin gebelik öncesi BKİ'nin I.derece obez, %60.9'unun gebelikte BKİ'nin I.derece obez, multipar gebelerin %48.4'inin gebelik öncesi BKİ'nin fazla kilolu, %57.8'inin gebelikte BKİ'nin I.derece obez olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.1).
- Primiparlarda Doğum Sonu İyileşme Kalitesi Ölçeği toplam puan ortalaması 56.72 ± 19.07 ; “son 24 saat içinde nasıl hissettiniz?” alt boyut puan ortalaması 16.65 ± 11.90 ; “Şu an nasıl hissediyorsunuz?” alt boyut puan ortalaması 39.17 ± 11.46 'dır. Multiparlarda Doğum Sonu İyileşme Kalitesi Ölçeği toplam puan ortalaması 55.84 ± 19.77 ; “son 24 saat içinde nasıl hissettiniz?” alt boyut puan ortalaması 14.46 ± 10.21 ; “Şu an nasıl hissediyorsunuz?” alt boyut puan ortalaması 43.51 ± 10.02 'dir (Tablo 4.8).
- Parite durumu ile DSİKÖ'i toplamının değişkenlerle karşılaştırmasında yaş, eğitim durumu, çalışma durumu, yerleşim yeri, aile tipi, şu an ki BKİ, gebelik öncesi BKİ, doğum öncesi bakım alınan kurum, gebelik döneminde doğum öncesi eğitim alma durumu, kabul amniotik membranların durumu, doğumun

sonuçlanma şekli, doğum eyleminden memnuniyet durumu, doğuma ilişkin genel düşüncesi, amnion sıvıdaki mekonyum varlığı, yenidoğan yoğun bakım gereksinimi, yenidoğan oksijen gereksinimi değişkenleri ile arasında anlamlı farklılık olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$) (Tablo 4.9-4.12).

- Primiparlar obez gebelerde DSİKÖ toplamı ile alt boyutlar arasında güçlü düzeyde, pozitif yönlü, anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Multiparlar obez gebelerde DSİKÖ toplamı ile alt boyutlar arasında orta düzeyde, pozitif yönlü, anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Hem primiparlarda hem de multiparlar obez gebelerin son 24 saat içinde ve şu an hissedilen iyileşme kalitesi arttıkça doğum sonu iyileşme kalitesinin de arttığı saptanmıştır (Tablo 4.13).
- Multiparlar obez gebelerde doğum sonu iyileşme kalitesi üzerinde etkisi olduğu düşünülen değişkenlerin DSİKÖ'si puanlarını ne şekilde etkilediğini ortaya koymak için yapılan analiz sonucunda, bu değişkenlerin doğum sonu iyileşme kalitesi ile anlamlı bir ilişki olduğu ($F=3.420$; $p<0.05$), düzenli doğum öncesi bakım alma durumu değişkeninin doğum sonu iyileşme kalitesi üzerinde anlamlı yordayıcı olduğu saptanmıştır ($p<0.05$) (Tablo 4.14).

6.2. Öneriler

Elde edilen bulgular, ebelik bakımının bireyselleştirilmesi, pariteye özgü yaklaşım geliştirilmesi ve doğum sonu iyileşmenin güçlendirilmesi açısından önemli ipuçları sunmaktadır. Çalışmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda,

- Doğum Sonrası İlk 24 Saatte Klinik İzlem ve Ebelik Girişimleri
 - Her iki grupta da doğum sonrası 24. saate kadar anne kalp hızı ve oksijen saturasyonu değerleri stabil seyretmekle birlikte, primiparlarda

postpartum ilk emzirmeye başlama süresi multiparlara göre daha uzundur (sırasıyla $169.58 \pm 228,68$ dk; 116.48 ± 105.24 dk). Bu durum, primipar kadınlara yönelik erken emzirme girişimlerinin ebe rehberliğinde daha yapılandırılmış biçimde uygulanmasını gerektirmektedir.

- Sezaryen doğum yapan multiparlarda doğum sonrası hemoglobin kaybı primiparlara göre daha az olmakla birlikte, her iki grupta da anlamlı düzeyde düşüş gözlenmiştir. Bu durum, postpartum dönemde anemi riskine yönelik erken tanı ve müdahale gerekliliğini vurgulamaktadır.
- Oksijen saturasyon ve kan şekeri düzeyleri açısından klinik stabilite korunmuş olsa da, postpartum izlemde bireysel risk faktörlerine göre parametrelerin takibi aksatılmamalıdır.
- Emzirme Desteği ve Eğitim Programlarının Güçlendirilmesi
 - Primipar lohusalarda emzirme desteği alma oranı oldukça yüksekken (%87.5), bu oran multiparlarda %48.4'e düşmektedir. Multipar kadınların emzirme konusunda yeterli bilgiye sahip olduğu varsayımı gerçeği yansıtmamaktadır. Dolayısıyla, tüm kadınlara, parite durumuna bakılmaksızın emzirme eğitimi ve danışmanlığı sağlanmalıdır.
 - İlk emzirmeye başlama süresi hem anne hem de yenidoğan sağlığı açısından kritik olduğundan, ebelerin doğum sonrası ilk saat içinde emzirmeyi teşvik edici ve fiziksel destekleyici müdahalelerde aktif rol almaları sağlanmalıdır.
- Yenidoğan İzlemi ve Destekleyici Ebelik Hizmetleri
 - Yenidoğanların çoğunun (%80'in üzerinde) yoğun bakım veya oksijen desteğine ihtiyaç duymamış olması sevindirici olmakla birlikte, multipar

grupta doğum ağırlığı ve Apgar skorlarının primiparlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bu sonuç, primipar obez gebelerde olası doğum travmalarına ya da yetersiz uterin aktiviteye işaret edebilir.

- Primipar gebelerde Apgar skorlarının daha düşük çıkması, doğum eylemi süresinin daha uzun ve müdahale gereksiniminin daha fazla olmasıyla ilişkilendirilebilir. Bu nedenle primipar obez gebelerin doğum sürecinde daha sıkı izlenmesi ve doğum eyleminin aktif yönetimi önerilmektedir.
- Doğum Sonu İyileşme Kalitesinin Artırılmasına Yönelik Stratejiler
 - DSİKÖ puanlarının primipar ve multipar kadınlar arasında benzer düzeyde olduğu, ancak multiparlarda eğitim durumu ve düzenli doğum öncesi bakım alma durumu ile ölçek puanları arasında anlamlı ilişkiler olduğu saptanmıştır. Bu sonuçlar, multipar kadınların sağlık okuryazarlığı ve hizmete erişim düzeylerinin doğum sonrası iyileşme deneyimini etkilediğini göstermektedir.
 - Multiparlarda düzenli doğum öncesi bakım almanın DSİKÖ puanlarını anlamlı düzeyde yordadığı ve doğum sonu iyileşmenin %13.3'ünü açıkladığı bulunmuştur. Bu durum, doğum öncesi bakım hizmetlerinin yalnızca gebelik sürecine değil, doğum sonrası iyilik haline de katkı sunduğunu ortaya koymaktadır.
 - Ölçek alt boyutlarıyla toplam puanlar arasında hem primipar hem multiparlarda pozitif yönlü ve anlamlı ilişki saptanmıştır. Bu da kadınların hem fiziksel hem psikolojik olarak doğum sonrası sürece dair öz değerlendirmelerinin iyileşme kalitesini doğrudan etkilediğini göstermektedir.

- Sosyo-demografik ve Obstetrik Değişkenler Doğrultusunda Bireyselleştirilmiş Bakım
 - Yaş, eğitim, gelir düzeyi, aile tipi ve BKİ gibi değişkenler DSİKÖ puanlarını anlamlı düzeyde etkileyen faktörler arasında yer almıştır. Bu doğrultuda, ebelik bakımının tek tip değil; kadının bireysel, sosyal ve kültürel bağlamına duyarlı biçimde yapılandırılması önem arz etmektedir.
 - Özellikle eğitim durumu düşük olan kadınlarda doğum sonrası rehberlik ve psikososyal destek daha etkin sağlanmalı; gerekirse bu kadınlar sosyal hizmet uzmanı ve psikologlar ile multidisipliner destek programlarına yönlendirilmelidir.
- Klinik Protokoller ve Politika Önerileri
 - DSİKÖ'nin doğum sonrası iyileşme değerlendirmelerinde sistematik biçimde kullanılması, bakım kalitesinin değerlendirilmesinde önemli bir göstergedir. Bu ölçeğin kadın sağlığı izlemlerinde rutin kullanımının yaygınlaştırılması önerilmektedir.
 - Ebelerin, doğum sonrası fiziksel iyileşme sürecine ek olarak, psikolojik iyilik halini de kapsayan bütüncül bir yaklaşım benimsemeleri sağlanmalıdır. Bu doğrultuda ebelik eğitimlerinde DSİKÖ benzeri hasta-raporlu sonuç ölçütlerine dayalı bakım modellerine yer verilmelidir.
 - Doğum sonu iyileşme kalitesinin maternal obez olanlarda daha düşük olmasından dolayı kadınların prekonsepsiyonel dönemde beslenme alışkanlıkları düzenlenmeli, BKİ'ne göre şişman olan kadınların gebe kalmadan önce normal sınırlar ($BKİ < 30$) içerisinde olması sağlanmalı,

- Doğum sonu iyileşme kalitesinin pariteye göre değişkenlik göstermemesi tüm gebeliklerde MO durumuna dikkat edilerek gebelik takiplerinde vücut ağırlığı ölçümleri yapılmalı ve BKİ her takipte hesaplanmalı,
- Özellikle multiparlar obez gebelerde doğum sonu iyileşme kalitesi üzerinde düzenli doğum öncesi bakım alma durumunun etkili olması nedeniyle ebeler antepartum takiplerinde dengeli ve düzenli beslenme eğitimlerine önem vermeli,
- Bu çalışma ile anlamlı sonuçlar ortaya konulmuş olsa da MO durumunun değerlendirildiği ve etkileyen faktörlerin belirlendiği çalışmaların yapılması,
- Pariteye göre maternal obezlerde maternal ve neonatal sonuçların değerlendirildiği çalışmaların daha büyük örneklem gruplarında, izlemli olarak yapılması, böylece antepartum ve intrapartum süreçteki etkilerinin değerlendirilmesi önerilmektedir.

7. KAYNAKÇA

- Abdollahi, M., Cushman, M., & Rosendall, F. R., 2003. Obesity: risk of venous thrombosis and the interaction with coagulation factor levels and oral contraceptive use. *Schattauer Gmbh*, 89(3), 493–498.
- Abrams, P., Andersson, K. E., Birdier, L., Brubaker, L., Cardozo, L., Chapple, C., Cottenden, A., Davila, W., Ridder, D. D., Dmochowski, R., Drake, M., Dubeau, C., Fry, C., Hanno, P., Smith, . H., Herschorn, S., Hosker, G., Kelleher, C., Koelbl, H., Vodusek, D., 2010. Fourth international consultation on incontinence recommendations of the international scientific committee: evaluation and treatment of urinary incontinence, pelvic organ prolapse and fecal incontinence. *Neurourology and Urodynamics*, 240, 213–240.
- ACOG, 2018. ACOG Committee Opinion No. 736: Optimizing Postpartum Care. *Obstetrics and Gynecology*, 131(5), e140-150.
- ACOG, 2021. Obesity in Pregnancy: ACOG Practice Bulletin. *Obstetrics and Gynecology*, 137(6), e128-144.
- ACOG, 2024. Weigh Gain During Pregnancy. <https://www.acog.org>; (14.04.2024).
- ADA, 2024. (ADA) Amerikan Diyabet Derneği. <https://diabetes.org/living-with-diabetes/pregnancy/gestational-diabetes>; (22.11.2024).
- Akman, M., Budak, Ş., & Kendir, M., 2004. Genel dahiliye polikliniğine başvuran hastalarda obezite sıklığı ve ilişkili sağlık problemleri. *Marmara Medical Journal*, 17(3), 115–121.
- Ataş, A. N., & Özerdoğan, N. 2021. Doğum sonu dönemde fonksiyonel durum ve yorgunluk. *Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 47-54.
- Albarrak, A. I., Rafiuddin, M., Assery, B., Allam, D., Morit, S. A., Saleh, R. A., & Zare’a, R., 2018. Evaluation of diabetes care management in primary clinics based on the guidelines of american diabetes association. *International Journal of Health Sciences*, 12(1),40–44.
- Al-Khalifah R, Al-Subaihin A, Al-Kharfi T, Al-Alaiyan S, Alfaleh KM., 2012. Neonatal short-term outcomes of gestational diabetes mellitus in saudi mothers: a retrospective cohort study. *J Clin Neonatol*, 1(1), 29-33.
- Altuntuğ, K., Kızılırmak, A., Kartal, B., & Başer, M., 2010. Vajinal doğumlarda perine travmasının önlenmesinde perine masajının etkisi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 13(3), 62–65.
- Amber-lee, B. & Kachina, A., 2025. Perceptions of birth and wellbeing after birth debriefing among women who describe their birth as traumatic. *Midwifery*, 141, 104.267.
- Andreas, N. J., Kampmann, B., & Le-Doare, K. M., 2015. Human breast milk: A review on its composition and bioactivity. *Early Human Development*, 91(11), 629–635.
- Azher, S., Pinheiro, J. M., Philbin, B., Gifford, J., & Khalak, R., 2022. The impact of maternal obesity on NICU and newborn nursery costs. *Frontiers in Pediatrics*, 10, 863165.
- Ballard, O., & Morrow, A. L., 2013. Human milk composition: Nutrients and bioactive factors. *Pediatric Clinics of North America*, 60(1), 49-74.
- Berberoğlu, Z., & Hocaoglu, Ç., 2021. Küresel sağlık sorunu obezite güncel bir gözden geçirme. *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 8(3), 543-552.

- Bilgin, Z., 2020. Maternal obezite ile ilişkili risklerin kanıt temelli yönetimi. *Online Türk Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5(1), 176–187.
- Bilgin, N. Ç., & Çakır, C., 2022. Kadın Yaşamındaki Bazı Dönemlerde (Gebelik, Doğum Sonu Ve Menopoz) Kadın Cinselliği. *Türkiye Klinikleri Obstetric*. 8 (3), 25-33.
- Borrell, L. & Talih, M., 2012. Examining periodontal disease disparities among U. S. adlts 20 years of age and older : Nhanes III. *Public Health Repoers*, 127 (5), 497-506.
- Bouche, C., Wiesenfeld, U., Ronfani, L., Simeone, R., Bogatti, P., Skerk, K., & Ricci, G., 2018. Meconium-stained amniotic fluid: a risk factor for postpartum hemorrhage. *Therapeutics and clinical risk management*, 14, 1671–1675.
- Bozkuş Eğri, G., & Konak, A., 2011. Doğum sonu dönem ile ilgili geleneksel inanç ve uygulamalara dünyadan ve Türkiye’den örnekler. *Journal of World of Turks*, 3(1), 143-155.
- Buckley, B. S., & Lapitan, M. C. M., 2010. International consultation on incontinence. *Urology*, 76(2), 265-270.
- Cardona-Benavides, I., Mora-González, P., Pineda, A., Puertas, A., & Manzanares Galán, S., 2022. Maternal obesity and the risk of fetal acidosis at birth. *the journal of maternal-fetal & neonatal medicine: The official journal of the european association of perinatal medicine. The Federation of Asia and Oceania Perinatal Societies, the International Society of Perinatal Obstetricians*, 35(4), 765-769.
- Catalano, P. M. & Shankar, K., 2017. Obesity and pregnancy: Mechanisms of short term and long term adverse consequences for mother and child. *The Bmj*, 1, 356.
- Cesario, S. K., 2003b. Obesity in what every pregnancy nurse needs to know. *Awhonn Lifeliness*, 7(2), 118-125.
- Chan D., Goruk S., Becker A. B., Subbarao P., Mandhane P. J., Turvey S.E., Lefebvre D., Sears M.R., Field C.J., Azad M.B., 2018. Adiponectin, leptin and insulin in breast milk: associations with maternal characteristics and infant body composition in the first year of life. *J Obes*, 42(1), 36-43.
- Chen, C. N., Chen, H. S., & Hsu, H. C., 2020. Maternal prepregnancy body mass index, gestational weight gain and risk of adverse perinatal outcomes in Taiwan: A population-based birth cohort study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(4).
- Chen, H. M., Wu, C. F., Hsieh, C. J., Kuo, F. C., Sun, C. W., Wang, S. L., & Wu, M. T., 2022. Relationship of maternal body weight and gestational diabetes mellitus with large-for-gestational-age babies at birth in Taiwan: The TMICS cohort. *Taiwanese Journal of Obstetrics and Gynecology*, 61(2), 234-242.
- Chinweuba, A.U., Okoronkwo, I.L., Anarado, A.N., Agbapuonwu, N.E., Ogbonnaya, N.P., & Ihudiebube-Splendor, C.N., 2018. Differentials in health-related quality of life of employed and unemployed women with normal vaginal delivery. *BMC Womens Health*. 18(1),13.
- Chou, W.H., Lee, S.O., Sun, M.H., Tseng, Y.C., Chan, K.C., Chen, Y.H. & Wu, C.Y., 2023. Validation of Chinese version of a global anesthetic recovery questionnaire: A multicenter observational trial on ObsQoR-11. *J Formos Med Assoc*. 122(6), 479-485.
- Cibralic, S., Pickup, W., Diaz, A. M., Kohlhoff, J., Karlov, L., Stylianakis, A., Schmied, V., Barnett, B., & Eapen, V. 2023. The impact of midwifery continuity of care on maternal mental health: A narrative systematic review. *Midwifery*, 116, 103546.

- Ciechanowicz, S., Howle, R., Heppolette, C., Nakhjavani, B., Carvalho, B., & Sultan, P., 2019. Evaluation of the Obstetric Quality-of-Recovery score (ObsQoR-11) following non-elective caesarean delivery. *International journal of obstetric anesthesia*, 39, 51–59.
- Cohen, J., 1988. *Statistical power analysis for the behavioral sciences*, 2nd ed. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Crawford, A., Hayes, D., Johstone, E.D., & Heazell, A.E.P., 2017. Omen's Experiences of Continuous Fetal Monitoring – a mixed-methods Systematic Review, *AOGS*, 96:1404-1413.
- Çankaya, S., & Alan Dikmen, H., 2018. Maternal obezitenin prenatal bağlanma üzerine etkisi. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 9(2), 40-45.
- Çelik, A. S., Türkoğlu, N., Pasinlioğlu, T., 2014. Annelerin Doğum Sonu Yaşam Kalitesinin Belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 17(3), 151–157.
- Dagher, R.K., Bruckheim, H.E., Colpe, L.J., Edwards, E. & White, D.B., 2021. Perinatal Depression: Challenges and Opportunities. *J Womens Health (Larchmt)*. 30(2), 154-159.
- Daşikan, Z., & Kavlak, O., 2009. Maternal obesity: Pregnancy complications and management of pregnant women. *Türkiye Klinikleri Journal of Nursing Sciences*, 1, 39-46.
- De La Calle, M., Bartha, J. L., Marin, C., Rus, J. C., Corcoles, G., Ruvira, S., & Ramiro-Cortijo, D., 2022. Maternal obesity in twin pregnancy: the role of nutrition to reduce maternal and fetal complications. *Nutrients*, 14(7), 1-12.
- Değirmenci, T., Kalkan-Oğuzhanoğlu, N., Sözeri-Varma, G., Özdel, O., & Fenkçi, S., 2015. Obezitede psikolojik belirtiler ve ilişkili etmenler. *Arch Neuropsychiatr*, 52(1), 42-46.
- Demir, R. & Taşpınar, A., 2021. Doğum Öncesi Eğitimin Doğum Sonu Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*. 10(2), 155-165.
- Demiray, G., & Yorulmaz, F., 2023. Halk sağlığı bakışıyla obezite yönetimi. *Sağlık Bilimlerinde Değer*, 13(1), 147-155.
- Demirer, B., & Yardımcı, H., 2020. Maternal ve fetal sağlık için büyük tehlike: maternal obezite. *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 7(3), 401–407.
- Denizli M, Capitano M.L., Kua K.L., 2022, Maternal obesity and the impact of associated early-life inflammation on long-term health of offspring. *Front Cell Infect Microbiol*, 16(12), 937-940.
- Dennis, C. L., & McQueen, K., 2007. Does maternal postpartum depressive symptomatology influence infant feeding outcomes?. *Acta paediatrica*, 96(4), 590–594
- Deputy, N. P., Dub, B., & Sharma, A. J., 2018. Prevalence and trends in prepregnancy normal weight 48 states, new york city, and district of columbia, 2011-2015. *MMWR. Morbidity and Mortality Weekly Report*, 66(5152), 1402-1407.
- DSÖ, 2022. Vajinal Hemaraji. ([https://www.who.int/teams/sexual-and-reproductive-health-and-research-\(srh\)/areas-of-work/maternal-and-perinatal-health/postpartum-haemorrhage](https://www.who.int/teams/sexual-and-reproductive-health-and-research-(srh)/areas-of-work/maternal-and-perinatal-health/postpartum-haemorrhage)) (10.12.24).
- DSÖ Avrupa Bölgesi Obezite Raporu, 2022. <https://www.who.int/europe/publications/i/item/9789289057738>. (05.07.25).

- Doğan, R., Saymer, F. D., & Tanır, H. M., 2018. Aile sağlığı merkezine başvuran gebelerde obezite sıklığının ve obezitenin yaşam kalitesine etkisinin incelenmesi. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 5(1), 16-23.
- Duman, G., & Bayram, F., 2018. Obezite ve gebelik. *Turkish Journal of Diabetes and Obesity*, 2(3), 101-105.
- Dursun, M., & Beydağ, K. D., 2023. Maternal obezitenin gebelerin benlik saygısı ve kendilik algısı üzerine etkisi. *Fenerbahçe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3(2), 131-139.
- Ehrenberg, H. M., Mercer, B. M., & Catalano, P. M., 2004. The influence of obesity and diabetes on the prevalence of macrosomia. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 191, 964-968.
- Eiriksdottir, V. H., Gisladdottir, A., Lund, S. H., Hauksdottir, A., Zoega, H., Valdimarsdottir, U. A., & Asgeirdottir, T. L., 2015. Smoking and obesity among pregnant women in iceland 2001-2010. *European Journal of Public Health*, 25(4), 638-643.
- Es, B., & Güngör Tavşanlı, N., 2021. The effect of obesity on quality of life during pregnancy: a cross-sectional study. *Türkiye Klinikleri Journal of Nursing Sciences*, 13(4).
- 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 Childbirth*. 22(1),149.
- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A. G., Buchner, A., 2007. G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods*, 39(2):175–191.
- Fields, D. A., Schneider, C. R., & Pavea, G., 2017. A narrative review of the evidence for the impact of maternal obesity on breastfeeding and infant feeding practices. *Obesity Reviews*, 18(11).
- French-O'Carroll, R., Saulnier, L., Bhiladvala, C., Albert, A., Mayer, U. & Chau, A., 2024. Quality of recovery and maternal satisfaction after caesarean delivery: a mixed-methods prospective cohort study. *Int J Obstet Anesth*. 60,104227
- Gallus, S., Lugo, A., Murisic, B., Bosetti, C., Boffetta, P., & La Vecchia, C., 2015. Overweight and obesity in 16 European countries. *European journal of nutrition*, 54, 679-689.
- Galtier, F., 2010. Definition, epidemiology, risk factors. *Diabetes & Metabolism*, 36 (6), 628-651.
- Geremew, A.B., Boke, M.M. & Yismaw, A.E., 2020. The Effect of Antenatal Care Service Utilization on Postnatal Care Service Utilization: A Systematic Review and Meta-analysis Study. *J Pregnancy*. 22, 7363242.
- Girgin, Ş., Tezcan, H., & Hamlacı Başkaya, Y., 2024. Doğumda Medikalizasyonun Doğum Memnuniyeti Ve Doğum Sonu Konfor Düzeyine Etkisi. *KTO Karatay Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5(2), 108-120.
- Godfrey K.M., Reynolds R.M., Prescott S.L., Nyirenda M., Jaddoe V.W., Eriksson J.G., Broekman B.F., 2017. Influence of maternal obesity on the long-term health of offspring. *Lancet Diabetes Endocrinol*, 5(1), 53-64.
- Goyal, A., Gupta, Y., Singla, R., Kalra, S., & Tandon, N., 2020. American Diabetes Association ““ Standards of Medical Care - 2020 for Gestational Diabetes Mellitus ””: A Critical Appraisal. *Diabetes Therapy*, 11(8), 1639-1644.

- Gupta, S., Choudhary, S., Choudhary, V., Jain, K., Bhatia, N., Gupta, A., 2023. Validation of Hindi version of the obstetric quality of recovery score-11 (ObsQoR-11 H) following elective caesarean section. *Indian J Anaesth.* 67(4), 251-256.
- Günaydın, S. & Dolgun, G., 2015. Investigation Of Maternal Obesity Effect On Mothers And Infants Health. *International Refereed Journal Of Gynaecology And Maternal Child Health.* Winter Term: 04, 47-64.
- Gürkan, E., Dirican, E., & Bülbül, N., 2018. The Effect of common and possible risk factors cooccurrence to the development of gestational diabetes mellitus. *Ankara Medical Journal*, 18(3), 382-390.
- Hacılar, A., & Egelioğlu Cetişli, N. (2021). Annelerin postpartum hemoglobin düzeyinin doğum sonu yaşam kalitesi, yorgunluk ve depresyon üzerine etkisi. *İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 6(2), 63-70.
- Haile, Z. T., Chavan, B., Teweldeberhan, A. K., Chertok, I. R. A., & Francescon, J., 2019. Gestational weight gain and unplanned or emergency cesarean delivery In The United States. *Women and Birth*, 32(3), 263-269.
- Hajagos-Toth, J., Ducza, E., Samavati, R., Vari, S. G., & Gaspar, R., 2017. Obesity in pregnancy: A novel concept on the roles of adipokines in uterine contractility. *Croatian Medical Journal*, 58(2), 96-104.
- Handini, H. R. S., Yusefni, E., Rustam, Y., & Hayati, N. F., 2022. The Effect Of Family Support On The Recovery Of Postpartum Mothers Based On Matrilineal Culture In Disaster Risk Areas. *Jurnal Kebidanan Dan Kesehatan Tradisional*, 118–126.
- Harsh, V., Vipin, G., Ruchi, S., Mohinder, P. S. & Gagandeep, K. W., 2021. Impact of maternal pre-pregnancy body mass index on maternal, fetal and neonatal adverse outcomes in the worldwide populations: A systematic review and meta-analysis. *Obesity Research & Clinical Practice*. 15(6), 536-545.
- Hartge, D., Spiegler, J., Schroeder, A., Deckwart, V., & Weichert, J., 2016. Maternal super-obesity. *Arch Gynecol Obstet.* May;293(5),987-92.
- Hoover, E. A., & Louis, J. M., 2019. Optimizing Health. *Obstetric and gynecology clinics of North America*, 46(3), 431-440.
- Hua, J., Zhu, L., Du, L., Yu, L., Wu, Z., Wo, D., & Du, W., 2018 . Effects of midwife-led maternity services on postpartum wellbeing and clinical outcomes in primiparous women under China's one-child policy. *BMC Pregnancy Childbirth*, 18, 329.
- Iversen, D.S., Kesmodel, U.S., Ovesen, P.G., 2018. Associations between parity and maternal BMI in a population-based cohort study. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 97(6), 694-700.
- İnce, T., Aktaş, G., Aktepe, N., & Aydın, A. 2017. Annelerin emzirme özyeterlilikleri ve emzirme başarılarını etkileyen özelliklerin değerlendirilmesi. *Journal of Dr. Behcet Uz Children's Hospital*, 7(3).183-190
- İncesu Çintesun, F. N., 2020. The Association between obesity and hematologic inflammatory markers in the first trimester pregnancies. *Perinatal Journal*, 28(1), 17-22.
- İnci, M., İnci, M., & Davarci, M., 2011. Urinary tract infections and treatments in pregnancy. *Türk Üroloji Seminerleri*, 2 (5), 124-126.
- Johnson, K. M., Candidate, A. T., & Candidate, S. K., 2022. The enduring impact of birth: Women's birth perceptions, postpartum depressive symptoms, and postpartum depression risk. *Birth*, 49 (3), 455-463.

- Kang, R., Lee, S., Lee, E., Cho, Y.J., Jeong, J.S., Choi, S.J., Gwak, M.S., Sim, W.S., Kim, D.K., & Ko, J.S., 2022. Validation and Clinical Utility of the Korean Version of the Obstetric Quality-of-Recovery Score (ObsQoR-11) Following Elective Cesarean Section: A Prospective Observational Cohort Study. *Diagnostics (Basel)*. 12(2),291.
- Karakuş, A., & Yanikkerem, E., 2015. Postpartum dönemde inkontinans ve yaşam kalitesi. *Celal Bayar Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 2(3), 54-59.
- Kc, K., Shaky, S., & Zhang, H., 2015. Gestational diabetes mellitus and macrosomia: a literature review. *Annals of Nutrition and Metabolism*, 66 (2), 14
- Keleş, E., Kaya L., Yakşi, N. & Kaya, Z., 2024. Effect of mode of delivery on postpartum health-related quality of life. *Rev Assoc Med Bras*. 70(4),e20231003.
- Khademi, K., Kaveh, M.H., Ghahremani, L., Nazari, M., & Karimi, M., 2023. The impact of family social support on postpartum quality of life among Iranian women: structural equation modelling. *Journal of International Medical Research*. 51(2).
- Khader, Z., Justin, C.J., Philip, M.J., Sudha, I.S., Aldo, D., Yahui, T.S., Barbra, V., Pervez, S., Brendan, C. & Ilana, S., 2025. Quality of recovery after cesarean delivery in patients with Class III obesity: a prospective observational cohort study. *International Journal of Obstetric Anesthesia*, 61.
- Khalak, R., Cummings, J., & Dexter, S., 2015. Maternal obesity: Significance on the preterm neonate. *International Journal of Obesity*, 39(10), 1433-1436.
- Kızılkaya Beji, N., Özbaz, A., Aslan, E., Bilgic, D., & Ayyıldız Erkan, H., 2010. Overview of the Social Impact Of Urinary Incontinence with A Focus on Turkish Women. *Urologic Nursig*, 30(6), 327-334.
- Kiliç, S., (2016). Cronbach's alpha reliability coefficient. *Psychiatry and Behavioral Sciences*, 6(1), 47.
- Kim, M. K., Hur, J., Lee, S. Y., Kim, Y. L., Park, K. S., Park, S. Y., & Lee, K. J., 2011. Maternal obesity and associated risk of adverse pregnancy outcomes in women with hyperglycemia. *Korean Journal of Obstetrics & Gynecology*, 54(10), 591.
- Kim, S. Y., Oh, S. Y., Sung, J. H., Choi, S. J., Roh, C. R., Lee, S. M. & Ryu, H. M., 2021. Validation of a strict obesity definition proposed for asians to predict adverse pregnancy outcomes in Korean pregnant women. *Journal of Korean medical science*, 36(44).
- Kongubol, A., & Phupong, V., 2011. Prepregnancy obesity and the risk of gestational diabetes mellitus. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 11, 2-5.
- Koridze, S.H., Kintraia, N., Machavariani, P., 2015. Cesarean Section - Higher Rate And Higher Challenges. *Georgian Med News*. 10 (246), 13-7.
- Koyuncu, K., Kan, Ö. & Söylemez, F., 2016. Amnion Sıvısı Dinamikleri. *Jinekoloji - Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi*. 13(2), 75-77.
- Kozanhan, B., Yıldız, M., Polat, A., Günenç, O., Tutar, S. M., İyisoy, M. S., Kulhan, N. G., & Sultan, P., 2022. Development and validation of a turkish version of obstetric quality of recovery-10. *Turkish Journal of Anaesthesiology and Reanimation*, 50(5), 366-372.
- Kulhan, M., Kulhan, N. G., Nayk, Ü., Nayk, C., & Soytürk, M., 2016. Postpartum septic pelvic thrombophlebitis, drug fever and surgical site infections: a case report. *Türkiye Klinikleri Journal of Case Reports*, 24(3), 278-282.
- Kumar, S., Ashok, V., Jain, D., Arora, A., Singh, A., & Sikka, P., 2022. Validation of an obstetric quality of recovery scoring tool (ObsQoR-11) after elective caesarean

- delivery in a developing country: a prospective observational study. *Int J Obstet Anesth.* 49,103235.
- Kureshi, A., Khalak, R., Gifford, J. & Munshi, U., 2022. Maternal Obesity-Associated Neonatal Morbidities in Early Newborn Period. *Frontier in Pediatric.* 10, 867171.
- Kurt, B., & Aksoy, H., 2022. Gebelik ve Postpartum Dönemde Kanama ve Yönetimi. *Obstetrik Aciller ve Yönetimi*, G. Demirel, F. D. Sayıner, F. Evcili, İ. S. Can Çağlayan, & B. Kurt. Akademisyen Kitapevi, Ankara, 131-142.
- Lahti-Pulkkinen, M., Bhattacharya, S., Wild, S. H., Lindsay, R. S., Räikkönen, K., Norman, J. E., Bhattacharya, S., & Reynolds, R. M., 2019. Consequences of being overweight or obese during pregnancy on diabetes in the offspring: a record linkage study in Aberdeen, Scotland. *Diabetologia*, 62(8), 1412-1419.
- Lashen, H., Fear, K., & Sturdee, D. W., 2004. Obesity is associated with increased risk of first trimester and recurrent miscarriage: matched case-control study. *Human Reproduction*, 19(7), 1644-1646.
- Laskewitz, A., Van Benthem, K. L., Kieffer, T. E. C., Faas, M. M., Verkaik-Schakel, R. N., Plösch, T., Scherjon, S. A., & Prins, J. R., 2019. The influence of maternal obesity on macrophage subsets in the human decidua. *Cellular Immunology*, 336(May 2018), 75-82.
- Lavand'homme, P., 2019. Postpartum chronic pain. *Minerva Anestesiologica*, 85(3), 320-324.
- Layık, M. E., Demirci, A., & Ekin, M. 2017., Evaluation of the effect on perinatal outcomes of maternal body mass index in Cesarean Births. *Van Medical Journal*, 24(1), 1-6.
- Lawand, G., Minisha, F., Yaqoub, S.A., Al Dewik, N., Al Rifai, H., & Farrell, T., 2023. The impact of abnormal maternal body mass index during pregnancy on perinatal outcomes: a registry-based study from Qatar. *J Perinat Med.*, 51(9), 1197-1205.
- Lende, M., & Rijhsinghani, A., 2020. Gestational diabetes: overview with emphasis on medical management. *International journal of environmental research and public health*, 17(24), 9573.
- Li, R., Jewell, S., Grummer-Strawn, L., 2003. Maternal obesity and breast-feeding practices. *Am J Clin Nutr*, 77(4), 931-936.
- Lu, G. C., Rouse, D. J., DuBard, M., Cliver, S., Kimberlin, D., & Hauth, J. C., 2001. The effect of the increasing prevalence of maternal obesity on perinatal morbidity. *American Journal Of Obstetrics And Gynecology*, 185(4), 845-849.
- Macinnis, N., Kuhle, S., Woolcott, C. G., & McDonald, S., 2016. Population attributable risk fractions of maternal overweight and obesity for adverse perinatal outcomes. *Scientific Reports*, 6(1), 1-7.
- Magro-Malosso, E. R., Saccone, G., Di Mascio, D., Di Tommaso, M., & Berghella, V., 2017. Exercise during pregnancy and risk of preterm birth in overweight and obese women: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*, 96(3), 263-273.
- Mazda, Y., Ando, K., Kato, A., Noguchi, S., Sugiyama, T., Hizuka, K., Nagai, A., Ikeda, Y., Sakamaki, D., Guo, N., Carvalho, B., & Sultan, P., 2023. Postpartum recovery of nulliparous women following scheduled cesarean delivery and spontaneous vaginal delivery: a prospective observational study. *AJOG Global Reports*, 3(3), 100226.
- Mccauley, H., Lowe, K., Furtado, N., Mangiaterra, V. & Broek, N., 2022. Essential components of postnatal care – a systematic literature review and development of

- signal functions to guide monitoring and evaluation. *BMC Pregnancy Childbirth* 22, 448.
- Meenakshi, Srivastava, R., Sharma, N. R., Kushwaha, K. P., & Aditya, V., 2012. Obstetric behavior and pregnancy outcome in overweight and obese women: maternal and fetal complications and risks in relation to maternal overweight and obesity. *Journal of Obstetrics and Gynaecology of India*, 62(3), 276-280.
- Melchor, I., Burgos, J., Del Campo, A., Aiartzaguena, A., Gutierrez, J., & Melchor, J. C., 2019. Effect of maternal obesity on pregnancy outcomes in women delivering singleton babies: a historical cohort study. *Journal of Perinatal Medicine*, 47(6), 625-630.
- Mekonnen, B.D., Vasilevski, V., Bali, A.G. & Sweet, L., 2024. Association between pregnancy intention and completion of newborn and infant continuum of care in Sub-Saharan Africa: Systematic review and meta-analysis. *BMC Pediatr* 24, 567
- Mokhtaryan-Gilani, T., Kariman, N., Nia, H.S., Doulabi, M.A., Nasiri, M., & Gilani, T.M., 2022. Evaluation of the Predictors of the Quality of Life in the Postpartum Period: A Cross-Sectional Study. *Iran J Public Health*. 51(6), 1389-1399.
- Monaco-Brown, M., Munshi, U., Horgan, M. J., Gifford, J. L., & Khalak, R., 2022. Association of maternal obesity and neonatal hypoxic-ischemic encephalopathy. *Frontiers in Pediatrics*, 10, 850654.
- Nazik, H., Kökçam, İ., Demir, F., & Çoban Gül, F., 2016. Aşırı Kilolu ve Obezlerde Deri Bulguları. *Turkderm - Arch Turk Dermatol Venerology*, 50, 59-64.
- Nelson, G., Altman, A.D., Nick, A., Meyer, L.A., Ramirez, P.T., Ahtari, C., 2016. Guidelines for postoperative care in gynecologic/oncology surgery: enhanced recovery after surgery (ERAS) society recommendations — part 11. *Gynecologic Oncology*, 140 (2), 323–332.
- Neutens, T., 2015. Accessibility, equity and health care: review and research directions for transport geographers. *Journal of Transport Geography*. 43, 14–27.
- O'Carroll, J. E., Zucco, L., Warwick, E., Arbane, G., Moonesinghe, S. R., El-Boghdadly, K., Guo, N., Carvalho, B., & Sultan, P., 2023. Quality of recovery following childbirth: a prospective, multicentre cohort study. *Anaesthesia*, 78(9), 1071-1080.
- Onubi, O. J., Marais, D., Aucott, L., Okonofua, F., & Poobalan, A. S., 2016. Maternal obesity in africa: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Public Health (United Kingdom)*, 38(3), e218-231.
- Ornoy, A., 2011. Prenatal origin of obesity and their complications: gestational diabetes, maternal overweight and the paradoxical effects of fetal growth restriction and macrosomia. *Reproductive Toxicology*, 32(2), 205-212.
- Önal, Ö., Gürlek, B., & Küçükosman, N. (2023). Turkish validity and reliability study of obstetric quality of recovery score (OBSQOR-11): Obstetric quality of recovery score. *Medical Science and Discovery*, 10(2), 57-62.
- Öz, İ. Ş., & Kutlay, Ö., (2023). Obezitenin doğum evreleri üzerine etkisi ve perinatal sonuçların incelenmesi. *Türkiye Diyabet ve Obezite Dergisi*, 7(1), 1-7
- Özcan, A., Töz, E., Halksever Özvatan, S., Vural, T., & Sancı, M., 2016. Obez gebelerin yönetimi. *The Journal of Tepecik Education and Research Hospital*, 26(1), 1-9.
- Özenir, Ç., Ayaz, A., & Kısa, Ü., 2018. Farklı Beden Kütle İndeksine Sahip Kadınların Beslenme Durumunun Bazı İnflamasyon Belirteçleri İle İlişkisinin Değerlendirilmesi. *Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara*.

- Özertürk, Ö., & Gözüyeşil, E., 2024. Doğum Şeklinin, Doğum Memnuniyetine ve Doğum Sonu Annelik Davranışına Etkisinin Belirlenmesi. KTO Karatay Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 5(3), 226-242.
- Özger, S. H., & Güzel Tunçcan, Ö., 2017. Gebelikte üriner sistem enfeksiyonları ve asemptomatik bakteriüri. Türkiye Klinikleri J Intern Med., 2(3), 154-162.
- Özgül, S. & Taşpınar, A., 2019. Maternal Obezitenin Anne ve Yenidoğan Sağlığına Etkisi. Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi 3(3), 178-189.
- Özkan, G., Kara, U., İnce, M.E., 2022.. Validation of the Turkish version of the Obstetric Quality-of-Recovery score 11 (ObsQoR-11T) after cesarean delivery. Health Qual Life Outcomes 20, 155.
- Özlü Akkuş, F., Tapkan, C., İbanoğlu, M. C., Cengaver, N. & Eyi Yapar, E.G., 2022. Deliveries with Meconium-Stained Amniotic Fluid and Outcomes: A Prospective Cohort Study. Türk Kadın Sağlığı Ve Neonatoloji Dergisi, 4(3), 121-127.
- Öztürk Altınayak, S. & Özkan, H., 2017. Assessment Of Mothers' Life-Qualityın Relation To The Provided Supports During The Postpartum Period. International Refereed Journal of Gynaecological Diseases and Maternal Child Health, 11, 79-101.
- Öztürk, H., 2019. Diyabetik hastalarda üriner enfeksiyonlarının görülme sıklığı. Doktora Tezi, İstanbul Medipol Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Pakniat, H., Mohammadi, F., & Ranjkesh, F., 2016. Meconium Amniotic Fluid is Associated with Endomyometritis. Journal of obstetrics and gynaecology of India, 66 (1), 136–140.
- Polit, D.F. & Beck, C.T., 2017. Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice (10th ed.). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.
- Poston, L., Briley, A. L., Barr, S., Bell, R., Croker, H., Coxon, K., Essex, H. N., Hunt, C., Hayes, L., Howard, L. M., Khazaezadeh, N., Kinnunen, T., Nelson, S. M., Oteng-Ntim, E., Robson, S. C., Sattar, N., Seed, P. T., Wardle, J., Sanders, T. A. B., & Sandall, J., 2013. Developing a complex intervention for diet and activity behaviour change in obese pregnant women (the upbeat trial); assessment of behavioural change and process evaluation in a pilot randomised controlled trial. BMC Pregnancy and Childbirth, 13, 1-16.
- Pu, J., Zhao, B., Wang, E. J., Nimbale, V., Osmundson, S., Kunz, L. & Palaniappan, L. P., 2015. Racial/ethnic differences in gestational diabetes prevalence and contribution of common risk factors. Paediatric and perinatal epidemiology, 29(5), 436-443.
- Qi, W., Liu, Y., Lv, H., Ge, J., Meng, Y., Zhao, N., Guo, Q. & Hu, J. 2022. Effects of family relationship and social support on the mental health of Chinese postpartum women. BMC Pregnancy Childbirth 22, 65.
- Quiroz, L.H., Pickett, S.D., Peck, J.D., Rostaminia, G., Stone, D.E., Shobeiri, S.A., 2017. Increasing Age Is a Risk Factor for Decreased Postpartum Pelvic Floor Strength. Female Pelvic Med Reconstr Surg.23(2), 136-140.
- Rolfo, A., Nuzzo, A. M., De Amicis, R., Moretti, L., Bertoli, S., & Leone, A., 2020. Fetal-Maternal Exposure to Endocrine Disruptors: Correlation with Diet Intake and Pregnancy Outcomes. Nutrients, 12(6).
- Rosenthal, R. J., Morton, J., Brethauer, S., Mattar, S., Maria, E. D., Benz, J. K., Titus, J., & Sterrett, D., 2017. Obesity in America. 13, 1643-1651.

- Sadıkhaçioğlu, F., 2019. Maternal Obezitenin Doğum ve Doğum Sonu Dönemde Kadın Sağlığına Etkileri. (Yüksek Lisans Tezi), Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Sanchez-Garcia, J. C., Aguilar-Cordero, M. J., Montiel-Troya, M., Marin-Jimenez, A. E., Cortes-Martin, J., & Rodriguez-Blanque, R., 2022. Quality of life in the postpartum recovery of women who practice hypopressive exercise: randomized clinical trial. *Journal of Clinical Medicine*, 11(19).
- Satman, I., Omer, B., Tutuncu, Y., Kalaca, S., Gedik, S., Dinccag, N., Karsidag, K., Genc, S., Telci, A., Canbaz, B., Turker, F., Yilmaz, T., Cakir, B., & Tuomilehto, J., 2013. Twelve-year trends in the prevalence and risk factors of diabetes and prediabetes in turkish adults. *European Journal of Epidemiology*, 28(2), 169-180.
- Satman, I., Yilmaz, T., Sengül, A., Salman, S., Salman, F., Uygur, S., Bastar, I., Tütüncü, Y., Sargin, M., Dinççag, N., Karsidag, K., Kalaça, S., Özcan, C., & King, H., 2002. Population-based study of diabetes and risk characteristics in Turkey: results of the Turkish diabetes Epidemiology study (TURDEP). *Diabetes Care*, 25(9), 1551-1556.
- Savona-Ventura, C., & Gatt, M., 2006. Short-term obstetric outcomes in obese maltese women. *International Journal of Diabetes and Metabolism*, 14(2).
- Sayiner, F. D., & Hamlacı Başkaya, Y., 2021a. Doğumun Dördüncü Evresinde Riskli Durumlar. *Ebeler Yönelik Riskli Doğum Yönetimi*, Sayiner, F.D. & Hamlacı Başkaya, Y.. Akademisyen Kitapevi, Ankara, 187-198.
- Servet Yılmaz, M. & Akgün Kostak, M., 2021. Postpartum Depression and Maternal Attachment Leves of Mothers in the Neonatal Intensive Care Unit of Premature Baby. *Eurasian Journal Of Health Sciences*. 4(2),71-79.
- Shagana, J. A., Dhanraj, M., Jain, A. R., & Nirosa, T., 2018. Physiological changes in pregnancy. *Drog Invebtion Today*, 10, 1594-1597.
- Shimpuku, Y., Lida, M., Hirose, N., Tada, K., Tsuji, T., Kubota, A., Senba, Y., Nagamori, K. & Horiuchi, S., 2022. Prenatal education program decreases postpartum depression and increases maternal confidence: A longitudinal quasi-experimental study in urban Japan. *Women Birth*. 35(5), e456-e463.
- Simon, A., Pratt, M., Hutton, B., Skidmore, B., Fakhraei, R., Rybak, N., Corsi, D. J., Walker, M., Velez, M. P., Smith, G. N., & Gaudet, L. M., 2020. Guidelines for the management of pregnant women with obesity: a systematic review. *Obesity Reviews*, 21(3), 1-14.
- SİNA. (Sağlıkta İstatistik ve Nedensel Analizler Platformu).2025. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2023, Bölüm 5. Hastalıkların Önlenmesi ve Sağlığın Korunması. 87-96.
- Sis Çelik, A., Türkoğlu, N., & Pasinlioğlu, T., 2014. Annelerin doğum sonu yaşam kalitesinin belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 17(3), 151-157.
- Stastna, A., Sidlo, L., Kocourkova, J., Fait, T., 2023. Does advanced maternal age explain the longer hospitalisation of mothers after childbirth? *PLoS One*. 13,18(4),e0284159.
- Stephenson, J., Heslehurst, N., Hall, J., Schoenaker, D. A., Hutchinson, J., Cade, J. E. & Mishra, G. D., 2018. Before the beginning: nutrition and lifestyle in the preconception period and its importance for future health. *The Lancet*, 391(10132), 1830-1841.

- Soma-Pillay, P., Nelson-Piercy, C., Tolppanen, H., & Mebazaa, A., 2016. Physiological changes in pregnancy: review articles. *Cardiovascular journal of Africa* 27 (2), 89-94.
- Sultan, P., & Carvalho, B., 2021. Postpartum recovery: what does it take to get back to a baseline? *Current Opinion in Obstetrics & Gynecology*, 33(2), 86-93.
- Şanlı, Y. & Öncel, S., 2014. Kadınların doğum sonrası fonksiyonel durumları ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *J Türk Soc Obstet Gynecol*, 2.105-14.
- Tabachnick, B.G., Fidell, L.S., 2013. *Using Multivariate Statistics*. Pearson.
- Taşdemir, D., Karaman, E., Yıldız, A., Han, A., Karaman, Y., & Talay, H., 2015. The effect of obesity on maternal and fetal outcomes in term pregnant women: a case-control study. *İstanbul Kanuni Sultan Süleyman Tıp Dergisi*, 7(2), 73-78.
- Taşkın, L., & Akan, N., 2023. Doğum Sonu Dönemde Uyum ve Değerlendirme- Doğum Sonu Bakım. *Doğum ve Kadın Hastalığı Hemşireliği*, Editörler: Taşkın, L. Akademisyen Kitapevi, Ankara. 665-680.
- Taşkın, L., & Vural, G., 2023. Doğum Eylemi. *Doğum ve Kadın Hastalığı Hemşireliği*, Editörler: Taşkın, L. Akademisyen Kitapevi, Ankara. 503-528.
- Taşkın, L., 2023a. Doğum Eyleminde İzlem ve Bakım. *Doğum ve Kadın Hastalığı Hemşireliği*, Editörler: Taşkın, L. Akademisyen Kitapevi, Ankara. 533-560.
- Taşkın, L., 2023b. Riskli Gebelikler. *Doğum ve Kadın Hastalığı Hemşireliği*, Editörler: Taşkın, L. Akademisyen Kitapevi, Ankara. 561-599.
- Taşkın, L. & Zeyneloğlu, S., 2023. Cinsel Sağlık/Üreme Sağlığı Toplumsal Cinsiyet. *Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği*, Editörler: Taşkın, L. Akademisyen Kitapevi, Ankara. 17-33.
- The World Health Organization MONICA Project (monitoring trends and determinants in cardiovascular disease): a major international collaboration. WHO MONICA Project Principal Investigators, *Journal of Clinical Epidemiology*, 1988, 41(2), 105-140.
- TEMD., 2019. Obezite Tanı ve Tedavi Kılavuzu. In BAYT Bilimsel Araştırmalar Basın Yayın ve Tanıtım Ltd. Şti., 2-133, Ankara.
- Thangaratinam, S., Rogozinska, E., Jolly, K., Glinkowski, S., Duda, W., Borowiack, E., Roseboom, T., Tomlinson, J., Walczak, J., Kunz, R., Mol, B. W., Coomarasamy, A., & Khan, K. S., 2012. Interventions to Reduce or Prevent Obesity in Pregnant Women: A Systematic Review. *Health Technology Assessment (Winchester, England)*, 16(31), 1-191.
- Timmermans, Y.G., Kant, K.DG., Oosterman, E.O., Spaanderman, M.EA., Villamor-Martinez, E., Kleijnen, J. & Vreugdenhil A.C.E., 2019. The impact of interpregnancy weight change on perinatal outcomes in women and their children: A systematic review and meta-analysis. *Obes Rev*. 21(3), e12974.
- Turcsin, R., Bel, S., Galjaard, S., & Devlieger, R., 2014. Maternal obesity and breastfeeding intention, initiation, intensity and duration: a systematic review. *Maternal & child nutrition*, 10(2), 166-183.
- Tuuli, M. G., Liu, J., Tita, A. T., Longo, S., Trudell, A., Carter, E. B. & Harper, L., 2020. Effect of prophylactic negative pressure wound therapy vs standard wound dressing on surgical-site infection in obese women after cesarean delivery: a randomized clinical trial. *Jama*, 324(12), 1180-1189.
- TÜİK., 2022. Türkiye İstatistik Kurumu. Hacettepe Üniversitesi. (<https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Turkiye-Saglik-Arastirmasi-2022-49747>). (10.01.25).

- Türkmen, S., Johansson, S., & Dahmoun, M. 2018. Foetal Macrosomia and Foetal-Maternal Outcomes at Birth. *Journal of pregnancy*, 4790136.
- TNSA., 2018. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü Ankara, Türkiye, Kasım 2019.
- Ugwuja, E. I., Akubugwo, E. I., Obidoa, O., & Ibiam, A. U., 2010. Maternal BMI during pregnancy: effect on trace elements status and pregnancy outcomes. *International Journal of Health Research*, 3(2), 71-78.
- Ural, A. ve Kılıç, İ., (2013). Bilimsel araştırma süreci ve SPSS ile veri analizi. Ankara: Detay Yayıncılık (s244)
- Ural, D., Kılıçkap, M., Göksülük, H., Karaaslan, D., Kayıkçioğlu, M., Özer, N., Barçın, C., Tokgözoğlu, L., Yilmaz, M. B., Abaci, A., Şengül, Ş., Arinsoy, T., Erdem, Y., Sanisoğlu, Y., & Şahin, M., 2018. Data on prevalence of obesity and waist circumference in turkey: systematic review, meta-analysis and meta-regression of epidemiological studies on cardiovascular risk factors. *Türk Kardiyoloji Dernegi Arşivi*, 46(7), 577-590.
- Urbanova, E., Skodova, Z., & Baskova, M., 2021. The Association between Birth Satisfaction and the Risk of Postpartum Depression. *International journal of environmental research and public health*, 18(19), 10458.
- Usha Kiran, T. S., Evans, J., Hemmadi, S., & Bethel, J., 2005. Outcome of pregnancy in a woman with an increased body mass index. *BJOG*, 112, 768-772.
- Uvnas Moberg, K., Ekström-Bergström, A., Buckley, S., Massarotti, C., Pajalic, Z., Luegmair, K., Kotlowska, A., Lengler, L., Olza, I., Grylka-Baeschlin, S., Leahy-Warren, P., Hadjigeorgiu, E., Villarmea, S., & Dencker, A., 2020. Maternal plasma levels of oxytocin during breastfeeding-A systematic review. *PloS one*, 15(8), e0235806.
- Üstün, Y. B., & Köksal, E., 2013. Obezite ve anestezi. *Journal of Experimental and Clinical Medicine-Deneysel ve Klinik Tıp Dergisi*, 30, 15-23.
- Vahratian, A., Zhang, J., Troendle, J. F., Savitz, D. A., & Siega-Riz, A. M., 2004. Maternal prepregnancy overweight and obesity and the pattern of labor progression in term nulliparous women. *The American College of Obstetricians and Gynecologists*, 104(5), 943-951.
- Van Den Heuvel, M. W., Stikkelbroek, Y. A., Bodden, D. H. ve Van Baar, A. L., 2020. Coping with stressful life events: Cognitive emotion regulation profiles and depressive symptoms in adolescents. *Development and Psychopathology*, 32(3), 985- 995.
- Van Lieshout, R. J., 2013. Role of maternal adiposity prior to and during pregnancy in cognitive and psychiatric problems in offspring. *Nutrition reviews*, 71(1), 95-101.
- Victoria, C. G., Bahl, R., Barros, A. J., França, G. V., Horton, S., Krasevec, J., Murch, S., Sankar, M. J., Walker, N., Rollins, N. C., & Lancet Breastfeeding Series Group, 2016. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *Lancet (London, England)*. 387(10017), 475–490
- Wertheimer, A., Shemer, A., Hadar, E., Berezowsky, A., Wiznitzer, A., & Krispin, E., (2020). The effect of meconium-stained amniotic fluid on perinatal outcome in pregnancies complicated by preterm premature rupture of membranes. *Archives of gynecology and obstetrics*, 301(5), 1181–1187.
- WHO, 2025. Implementation guidance on transitioning to midwifery models of care. 18.06.2025. (<https://www.who.int/news/item/18-06-2025-who-calls-for-global-expansion-of-midwifery-models-of-care?>).(05.07.25).

- Yanikkerem, E., & Mutlu, S., 2012. Maternal obesity: consequences and prevention strategies. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 11(3), 353-364.
- Yeşilççek Çalık, K., & Aktaş, S., 2011. Gebelikte depresyon: sıklık, risk faktörleri ve tedavisi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 3(1), 142-162.
- Yılmaz, S., & Can, R., 2023. Obezite sorunu olan ve olmayan gebelerin yaşadığı sağlık sorunlarına göre yaşam kalitesi: kesitsel çalışma. *Turkish Journal of Diabetes and Obesity*, 7(1), 8-16.
- Yu, Z., Han, S., Zhu, J., Sun, X., Ji, C., & Guo, X., 2013. Pre-pregnancy body mass index in relation to infant birth weight and offspring overweight/obesity: a systematic review and meta-analysis. *PloS one*, 8(4), e61627.
- Zengin, H., Tiryaki, Ö., Yalnizoğlu Çaka, S., & Çinar, N., 2021. Is There a relationship between the anxiety levels of the pregnant in natal and postnatal periods and their body mass index? *E-Journal of Dokuz Eylul University Nursing Faculty*, 14(1), 48-54.
- Zhang, J., Zhang, R., Chi, J. & Bai, W., 2023. Pre-pregnancy body mass index has greater influence on newborn weight and perinatal outcome than weight control during pregnancy in obese women. *Arch Public Health* 81(5).
- Zhao, S., Zhang, Y., Xiao, A.Y., He, Q. & Tang, K., 2023. Key factors associated with quality of postnatal care: a pooled analysis of 23 countries. *EClinicalMedicine*. 20(62), 102090.
- Zimmo, K., Ching-Johnson, J., Jones, P.M., Singh, S.I., Dobrowlanski, A., Symons, Y.T., Vrijer, B., Sultan, P., Carvalho, B., Sebbag, I., 2025. Quality of recovery after cesarean delivery in patients with Class III obesity: a prospective observational cohort study. *Int J Obstet Anesth*.61,104312.

8. EKLER

Ek 1. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

Ebelik bilimine katkı sağlamak amacıyla bir bilimsel araştırma yapmayı planlamaktayız. Yapılması planlanan araştırmanın ismi ‘Maternal Obezitenin Maternal Ve Neonatal Sonuçları Ve Doğum Sonu İyileşme Kalitesi Üzerine Etkisi’dir. Araştırmaya katılıp katılmamak gönüllülük esasına dayanır. Bu bilimsel çalışmaya katılma kararını tamamen hür iradeniz ile vermelisiniz. Bu kararı verirken hiç kimse tarafından size telkin ve baskıda bulunulamaz. Kararınızdan önce söz konusu bilimsel araştırma ve bu araştırmaya katılmayı kabul etmeniz durumunda yapılacak işlemler hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra bu bilimsel araştırmaya katılmak isterseniz formu imzalayınız.

Bilimsel Çalışma Hakkında Bilgiler

Araştırmaya davet edilmenizin nedeni kurumumuza başvuran gebe olmanız bu araştırma Gazi Osman Paşa Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Anabilim Dalı iş birliği ile gerçekleştirilmektedir. Bu araştırmada Obez kadınlarda Pariteye Göre Maternal Ve Neonatal Sonuçların Doğum Sonu İyileşme Kalitesi ile İlişkisi araştırılması planlanmıştır.

Çalışma Kapsamında Bilinmesi Gereken Durumlar ve Araştırmacı ile Gönüllülerin Uyması Gereken Kurallar

Araştırmaya katılmanız durumunda;

1. Sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir.
2. Çalışmaya katıldığınız için size ek bir ödeme yapılmayacaktır.
3. Araştırmacı ile aranızda kalması gereken size ait bilgilerin gizliliğine büyük özen ve saygı gösterilecektir.
4. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgileriniz çok büyük bir hassasiyetle korunacaktır.
5. Çalışma sırasında meydana gelebilecek sağlığınız ile ilgili ve diğer olumsuzlukların sorumluluğu araştırmacılara aittir.

6. Gönüllü olarak katıldığınız çalışmanın herhangi bir aşamasında araştırmadan ayrılabilirsiniz. Ancak ayrılmadan önce araştırmacılara bu durumu bildirmeniz önemlidir.

Katılımcının (Gönüllü) /Hastanın Beyanı

Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Dr.Öğr. Üyesi XXXXXXXXX, Ebe Ayşe Betül ELÇİN tarafından, bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler tarafıma aktarıldı. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya ‘katılımcı’ olarak davet edildim. Eğer bu araştırmaya katılırsam, araştırma görevlisi ile aramda kalması gereken, bana ait bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırasında da büyük özen ve saygı gösterileceği, araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin ihtimamla korunacağı kesin ve net bir şekilde belirtilmiştir. Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Benden herhangi bir ücret talep edilmeyeceği ve bana da herhangi bir ödeme yapılmayacağı net ve kesin bir şekilde ifade edilmiştir. Araştırmanın yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilme hakkına sahip olduğum bildirilmiştir. Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemin uygun olacağını da bilincindeyim. Ayrıca tıbbi durumuma herhangi bir zarar verilmemesi koşuluyla araştırmacı tarafından araştırma dışı tutulabilirim. İster doğrudan ister dolaylı olsun, araştırma sürecinde araştırma ile ilgili ortaya çıkabilecek sağlık durumuyla ilgili olumsuzluklarda sorumluluk araştırmacılara ait olup parasal bir yük altına girmeyeceğim. Araştırma sırasında araştırma ile ilgili bir sağlık sorunu ile karşılaştığımda; günün herhangi bir saatinde Dr.Öğr.Üyesi XXXXXXXXX / XXXXXXXXXXXXXXXX numaralı telefonda ulaşarak danışabileceğimi biliyorum. Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı herhangi bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun sağlığımla ilgili herhangi bir zarar olmayacağını da biliyorum. Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırma projesinde "katılımcı" (gönüllü) olarak yer alma kararını tamamen hür iradem ile almış bulunuyorum. Bu konuda yapılan daveti büyük bir memnuniyet ve gönüllük içerisinde kabul ediyorum

Katılımcı (Gönüllü)

Katılımcı (Gönüllü) ile Görüşen Araştırmacı

Adı Soyadı:

Ad Soyadı, Unvanı: Ebe Ayşe Betül ELÇİN

Adres:

Adres: Tokat Gaziosmanpaşa Üniversite Hastanesi

Telefon:

Telefon: XXXXXXXXXXXXXXXX

İmza:

İmza:

XXXXXXXXXXXXXX

EK-2. Tanıtıcı Bilgi Formu

Uygulama Tarihi / /

1. Yaşınız.....
2. Şuan ki kilonuz.....
3. Şuan ki boyunuz.....
4. Gebelik öncesi kilonuz?.....
5. Eğitim Durumunuz?

a) Okur yazar b)İlkokul c)Ortaokul d)Lise e)Lisans ve üzeri

5. Çalışma durumu?

a)Çalışmıyor b)Gelir getiren işte çalışıyor

6. Gelir Durumu?

a)Gelir Giderden Fazla b)Gelir Gidere Denk c)Gelir Giderden Az

7. Yerleşim Yeri?

a)il b)İlçe c)Köy

8. Aile Yapınız?

a)Çekirdek Aile b)Geniş Aile

EK-3. Maternal-Neonatal Bilgi Formu

Obstetrik Bilgiler

1. Gebelik sayısı	:		
2. Canlı doğum sayısı	:		
3. Ölü doğum sayısı	:		
4. Düşük/küretaj sayısı	:		
5. Gebelik haftası	:		
6. Son gebelik aralığı	:		
7. Bir önceki doğum şekli:			
8. Gebeliğin oluşma durumu:	O Kendiliğinden	O Tedavi ile	
9. Gebeliği isteme durumu:	O Evet	O Hayır	
10. Düzenli doğum öncesi bakım alma durumu:	O Evet	O Hayır	
11. Eğer cevabı “Evet” ise, Doğum öncesi bakım aldığı kurum	O Aile hekimi/ASM O Devlet Hastanesi O Üniversite Hastanesi O Özel Hastane		
12. Gebelik döneminde doğum öncesi eğitim alma durumu:	O Evet (kimden.....) O Hayır		
13. Daha önce EFM yaptırma durumu:	O Evet	O Hayır	

Doğum Eylemi İle İlgili Bilgiler

14. Travaya kabul edildiğinde vajinal muayene bulguları:
- Dilatasyon: - Efasman: Başın seviyesi: Amniotik sıvı:
15. Doğumun sonuçlanma şekli:
- Normal Doğum ise aşağıdaki uygun seçeneği işaretleyiniz O Normal spontan doğum O Epizyotomi ile vajinal doğum O Müdahaleli vajinal - Sezaryen Doğum ise nedenini yazınız:.....
16. Doğumhaneye Kabul Edildiğinde Oksijen Satürasyon Değeri:.....
Doğum Eylemi Süresince Saatlik Oksijen Satürasyon Değerleri: 1. saat:.....

2. saat:.....			
3. saat:.....			
4. saat:.....			
5. saat:.....			
6. saat:.....			
17. Doğum eyleminin süresi:			
18. Doğum eyleminden memnuniyet durumu:		O Evet	O Hayır
O Kararsız			
19. Doğuma ilişkin genel düşüncesi:			
O Çok iyi	O İyi	O Kötü	O Çok kötü
20. Gebenin Doğumhaneye Kabul Edildiğindeki EFM Sonucu:			
O Reaktif	O Nonreaktif		
21. Travayda İndüksiyon Uygulanma Durumu:			
O Evet		O Hayır	
Cevabınız Evet ise kaç saat uygulandığı:..... ve			
En Fazla Uygulanan Damla Sayısı:.....			
İndüksiyon başlama dilatasyon değeri:.....			
İndüksiyon başlama endikasyonu:.....			
İndüksiyonla birlikte EFM sonucu:			
O Reaktif		O Nonreaktif	
22. Doğum Eylemi Süresince İntrapartum Ateş Değerleri:			
Doğumhaneye Kabul:.....			
1. Saat:.....		3. Saat:.....	
2. Saat:.....		4. Saat:.....	
5. Saat:.....		6. Saat:.....	
23. Amniotik Sıvıdaki Mekonyum Varlığı:		O Evet	O Hayır

Postpartum İlk 24 Saat ile İlgili Bilgiler

24. Anne Kalp Atım Hızı:

1. Saat:..... 6. Saat:..... 12. Saat:..... 24. Saat:.....
25. Anne Oksijen Satürasyon Değeri: 1. Saat:..... 6. Saat:..... 12. Saat:..... 24. Saat:.....
26. Anne Doğumdan Ne Kadar Süre Sonra Bebeğini Emzirmeye Başladı:.....saat/dk Emzirmeyi Destekli Yapma Durumu: O Ebe desteğiyle emzirdi O Desteksiz emzirebildi O Emziremedi
27. Doğumdan Sonrası Annenin Oksijen İhtiyacı: O Var O Yok
28. Doğum Sonu Anne Kan Şekeri Düzeyi: (Kadın Doğum servisine kabulü itibariyle 6 saat defa) 1.değer:..... (1.saat) 2.değer:..... (6.saat) Anne hemoglobin değeri:..... (giriş) Anne hemoglobin değeri:..... (6. Saat)

YENİDOĞAN BİLGİ FORMU

1. 1.Dakika Apgar Skoru:..... 5.Dakika Apgar Skoru:.....
2. Yenidoğanın Yoğum Bakım Gereksinimi: OVar OYok
3. Doğum Sonu Yenidoğanın Oksijen Gereksinimi: O Var O Yok
4. Doğum Kilosu: Boyu:.....
5. Umbilikal Arter Kan Gazında Oksijen Değeri:.....
6. Doğum Sonu Yenidoğan Kan Şekeri:.....

EK-5. Etik Kurul İzni

Sayın, Dr. Öğretim Üy

Etik Kurulumuzun 02.05.2024 tarihli toplantısında görüşülen 24-KAEK-161 kayıt numaralı **“Maternal Obezitenin Maternal Ve Neonatal Sonuçları Ve Doğum Sonu İyileşme Kalitesi Üzerine Etkisi”** başlıklı çalışmanız gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup, çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına karar verilmiştir.

İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmeliğin 14-4. maddesi ve yönergemizin 18-3. maddesine göre çalışmanız tamamlandıktan sonra sonuç raporunun tarafımıza en geç 90 gün içerisinde bildirilmesi gerekmektedir.

Bilgilerinizi rica ederim.

EK-6. Kurum Çalışma İzni

E

DAĞITIM YERLERİNE

İlgi : , 28.02.2024 tarihli ve bila sayılı yazı.

Dr. Öğr. Üyes [] anışmanlığında yüksek lisans öğrencisi [] tarafından 01.04.2024-31.07.2024 tarihleri arasında yapılması planlanan "Maternal Obezitenin Maternal ve Neonatal Sonuçları ve Doğum Sonu İyileşme Kalitesi Üzerine Etkisi" başlıklı çalışmanın yapılması Merkez Müdürlüğümüzce uygun görülmüştür.

Gereğini bilgilerinize rica ederim.

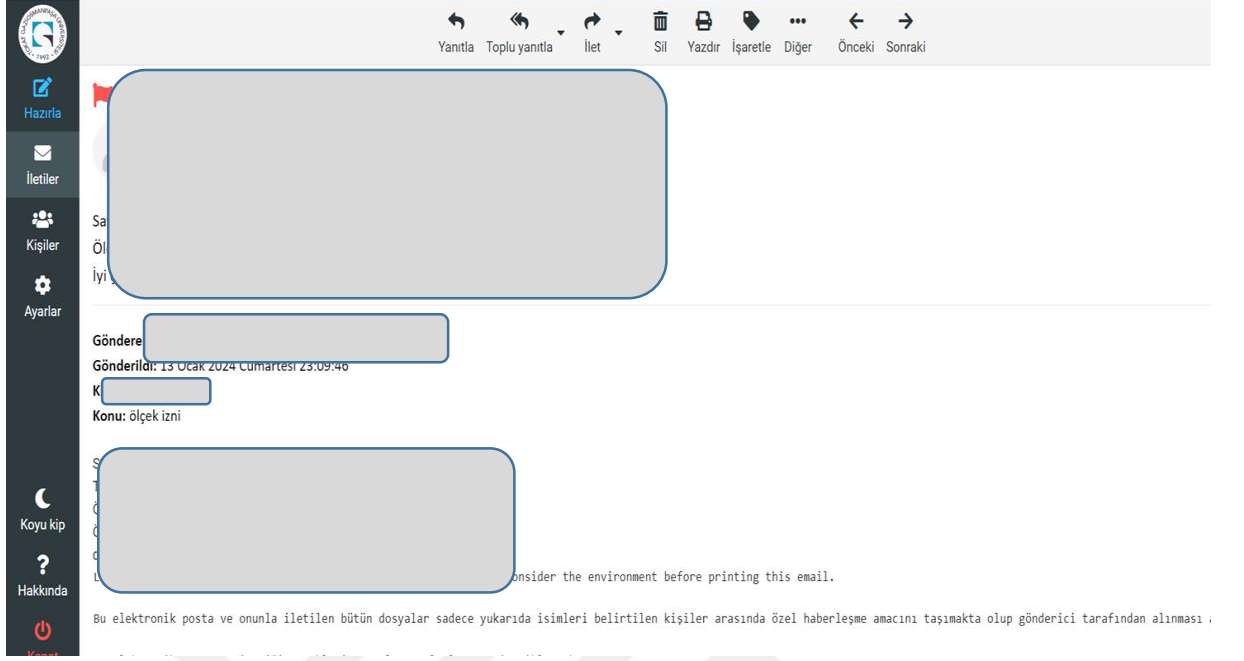
[]

[]

[]

Bu belge,güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK-7. Ölçek İzin Belgesi



The screenshot displays an email client interface. On the left is a dark sidebar with navigation icons and labels: 'Hazırla', 'İletiler', 'Kişiler', 'Ayarlar', 'Koyu kip', 'Hakkında', and a power icon. The main area shows an email header with a red flag icon, a large redacted body, and a 'Gönder' button. Below the header, the email details are visible: 'Gönderildi: 13 Ocak 2024 Cumartesi 23:09:46', 'K: [redacted]', and 'Konu: ölçek izni'. A large redacted area covers the main body of the email. At the bottom, there is a footer with a warning message in Turkish and a small English note: 'Please consider the environment before printing this email.'

Yanıtla Toplu yanıtla İlet Sil Yazdır İşaretle Diğer Önceki Sonraki

Hazırla

İletiler

Kişiler

Ayarlar

Koyu kip

Hakkında

Gönder

Gönderildi: 13 Ocak 2024 Cumartesi 23:09:46

K: [redacted]

Konu: ölçek izni

[redacted]

Please consider the environment before printing this email.

Bu elektronik posta ve onunla iletilen bütün dosyalar sadece yukarıda isimleri belirtilen kişiler arasında özel haberleşme amacını taşımakta olup gönderici tarafından alınması ;

9. ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler
İletişim Bilgileri
Öğrenim Bilgileri
İş Deneyimi

