TÜRKİYE CUMHURİYETİ'NİN YÜZÜNCÜ YILI

Ebelikte Profesyonellik ve Bazı Özel Durumlarda Ebelik Hizmetleri 1

Editör
Gülbahtiyar Demirel

BİDGE

BİDGE Yayınları

Ebelikte Profesyonellik ve Bazı Özel Durumlarda Ebelik Hizmetleri 1

Editör: Prof. Dr. Gülbahtiyar DEMİREL

ISBN: 978-625-372-561-7

1. Baskı
Sayfa Düzeni: Gözde YÜCEL
Yayınlama Tarihi: 25.12.2024
BİDGE Yayınları

Bu eserin bütün hakları saklıdır. Kaynak gösterilerek tanıtım için yapılacak kısa alıntılar dışında yayıncının ve editörün yazılı izni olmaksızın hiçbir yolla çoğaltılamaz.

Sertifika No: 71374
Yayın hakları © BİDGE Yayınları
www.bidgeyayinlari.com.tr - bidgeyayinlari@gmail.com
Krc Bilişim Ticaret ve Organizasyon Ltd. Şti.
Güzeltepe Mahallesi Abidin Daver Sokak Sefer Apartmanı No: 7/9 Çankaya / Ankara

İçindekiler

Kadın Genital Mutilasyonunun Kadın Sağlığına Etkileri ve Ebelik Yaklaşımları 4

Gülüzar SADE 4

Gülbahtiyar DEMİREL 4

İklim Değişikliği ve Ebelik: Geleceği Şekillendiren Bir Perspektif 23

ZeYNEP BAROL 23

Relaxation techniques used in birth pain 31

Nurten ÖZÇALKAP 31

Doğum Sonrası Duygusal Değişimler: Annelik Hüznü ve Önleme Stratejileri 46

Yılda Arzu ABA 46

Yoga Exercise For Menopausal Women 63

Ebru YILDIRIM 63

BÖLÜM I

Kadın Genital Mutilasyonunun Kadın Sağlığına Etkileri ve Ebelik Yaklaşımları

Gülüzar SADE[1]
Gülbahtiyar DEMİREL[2]

Giriş

Kadın genital mutilasyonu (KGM) kültürel, sosyal veya dini sebeplerle kadınların dış genital organlarının kısmen ya da tamamen kesilmesi ya da zarar verilmesiyle karakterize edilen, tıbbi bir gerekliliği olmayan bir uygulamadır (The Lancet, 2018; WHO, 2022). KGM genellikle Afrika, Orta Doğu ve bazı Asya ülkelerinde yaygındır, ancak küreselleşen dünyada göçmen topluluklar aracılığıyla başka ülkelere de yayılmıştır. KGM cinsiyet

[1] Dr. Öğr. Üyesi, Tarsus Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü, Mersin, Orcid No: 0000-0002-8132-8811, guluzarsade@tarsus.edu.tr
[2] Prof. Dr., Sivas Cumhuriyet Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü, Sivas, Orcid No: 0000-0003-2258-7757 gulbahtiyar_doganer@hotmail.com

eşitsizliğinin, toplumsal baskının ve geleneklerin bir yansımasıdır (WHO, 2008; The Lancet, 2018; WHO, 2022).

KGM'nin kadın sağlığına etkileri oldukça geniş ve yıkıcıdır. Fiziksel olarak, şiddetli ağrı, aşırı kanama, enfeksiyonlar, kronik pelvik ağrı ve kısırlık gibi komplikasyonlara neden olabilirken (WHO, 2022), uzun vadede doğum sırasında komplikasyonlar, fistüller ve yenidoğan ölümleri gibi sorunlarla da ilişkilendirilmiştir. Psikolojik olarak KGM, travma sonrası stres bozukluğu, anksiyete ve depresyon gibi zihinsel sağlık sorunlarına ve bunlarla birlikte cinsel işlev bozukluklarına yol açabilmektedir (The Lancet, 2018; WHO, 2022).

KGM ile mücadelede uluslararası düzeyde yasal düzenlemeler ve bilinçlendirme kampanyaları önem taşımaktadır. Ebelerin bu süreçte aktif rol alması, KGM'nin önlenmesi ve etkilerinin azaltılması açısından vazgeçilmezdir (Macfarlane & Dorkenoo, 2015; Varol & ark., 2017; Pallitto & Ahmed, 2021). Ebeler, KGM ile mücadelede ve etkilenen kadınlara bakım sunmada kritik bir role sahiptir. Ebelik yaklaşımları, öncelikle önleme, bilinçlendirme ve destekleyici bakım hizmetleri üzerine odaklanır (Macfarlane & Dorkenoo, 2015; Pallitto & Ahmed, 2021). Ebeler, toplumda farkındalık yaratmak, kadınları ve aileleri eğitmek, kültürel duyarlılığı göz önünde bulundurarak KGM'nin zararlarını anlatmaktan sorumlu olup KGM'den etkilenen kadınlara doğum öncesi, doğum sırası ve sonrası bakım sunarken komplikasyonların yönetiminde aktif bir rol oynar. Psikolojik destek sağlamak ve gerektiğinde uzmanlara yönlendirmek de ebelik yaklaşımının önemli bir parçasıdır (Relph & ark., 2012; Macfarlane & Dorkenoo, 2015; Pallitto & Ahmed, 2021). Literatürde kadın sağlığını birçok

yönden olumsuz etkileyen KGM'nin yeterince ele alınmadığı görülmektedir. Bu bağlamda kadın genital mutilasyonunun kadın sağlığına etkileri ve ebelik yaklaşımlarına yönelik güncel literatür doğrultusunda hazırlanan bu çalışmanın, sağlık çalışanlarına yön gösterici olabileceği ve literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Kadın Genital Mutilasyonu ve Prevalansı

Dünya çapında kadınların haklarını ve fiziksel bütünlüğünü ihlal eden bir uygulama olarak kabul edilen (Khosla & ark., 2017) KGM, tıbbi olmayan nedenlerle kadın dış genital organlarının kısmen veya tamamen çıkarılmasını veya kadın genital organlarına başka şekilde zarar verilmesini içeren tüm prosedürler şeklinde tanımlamaktadır (WHO, 2008). KGM, kadınlara yönelik bir şiddet biçimi olup insan haklarının ciddi bir ihlali ve cinsiyet eşitsizliğinin bir ifadesidir (The Lancet, 2018). Kadına hiçbir tıbbi faydası olmayan KGM, genellikle ağrı, kanama, enfeksiyon, uzun vadede idrar sorunları, kistler, doğum komplikasyonları, yenidoğan ve anne ölüm riskinin artması gibi büyük sorunlarının nedeni olarak karşımıza çıkmaktadır (WHO, 2008; The Lancet, 2018).

Küresel bir halk sağlığı sorunu olan KGM'nin yaygınlığı ülkeden ülkeye değişmekle birlikte bazen bir ülke içinde bazı bölgeler KGM'yi hiç duymamışken, diğer bölgelerde KGM'nin kız çocuklarının %90'ına uygulandığı görülmektedir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) raporuna göre, Afrika, Orta Doğu ve Asya dahil olmak üzere düşük ve orta gelirli yaklaşık 30 ülkede 200 milyondan fazla kız ve kadın KGM'lidir (WHO, 2022). Yaygınlaşan KGM yüzünden her yıl yaklaşık üç milyon kız çocuğunun bu uygulamaya maruz kalma riski altında olduğu tahmin edilmektedir (WHO, 2020). Birleşmiş Milletler'in 2024 verilerine göre, 230 milyondan

fazla kız ve kadına KGM uygulanmıştır. En fazla vaka 144 milyon kadın ile Afrika ülkelerinde görülürken, bunu 80 milyon vakayla Asya ve 6 milyon vakayla Ortadoğu ülkeleri takip etmektedir (United Nations, 2024). KGM bazı ülkelerde, örneğin Mısır'da neredeyse evrensel olsa da, diğer ülkelerde, örneğin Kenya'da yaygınlık oranı %32 olup ülke içindeki etnik gruplar arasında önemli farklılıklar görülmektedir (UNICEF, 2005). Mısır'da, 15 ile 49 yaş arasındaki kızların ve kadınların %97'si KGM'ye maruz kalmış olup Gine, Etiyopya, Sudan, Somali ve Mali gibi ülkelerde de KGM yüksek yaygınlık oranına (%80 ve üzeri) sahiptir (United Nations, 2024).

Kadın Genital Mutilasyonunun Ortaya Çıkışı

Ortaya çıkışı net olarak bilinmemekle birlikte bazı belgeler, Yunan tarihçiler ve coğrafyacılar (Herodot, MÖ 425-484) ve Strabon (MÖ 64-MS 23) KGM'nin Firavunlar zamanında Nil Vadisi boyunca Antik Mısır'da ortaya çıktığını ve bu nedenle Mısır'ın genellikle kaynak ülke olarak kabul edildiğini belirtmektedir (Odukogbe & ark., 2017). Antik Yunanda kadın sünneti MÖ 163'ten kalma bir papirüste kaydedilmiş olup Efesli Soranus ise üçüncü yüzyılda KGM tekniğini tanımlamıştır (Martinelli & Ollé-Goig, 2012). KGM’nin ilk zamanlarda kadın kölelerin gebe kalmasını önlemek amacıyla yapıldığı bildirilmektedir (Odukogbe & ark., 2017). Ayrıca antik çağda Mısırlılarda mumyalarda, Arap coğrafyasında İslam öncesi dönemde KGM uygulaması belgelenmiştir. KGM, mastürbasyon dahil birçok rahatsızlığın tedavisi için 19. yüzyıla kadar Avrupa ve Kuzey Amerika'da tıp mesleği tarafından da uygulanmıştır (Martinelli & Ollé-Goig, 2012). Batı Avrupa ve Amerika Birleşik Devletleri'nde klitoridektominin

1950'lerde histeri, epilepsi, ruhsal bozukluklar, mastürbasyon, nimfomani ve melankoli gibi algılanan rahatsızlıkları tedavi etmek amacıyla uygulandığı bildirilmektedir (UNFPA, 2016).

Kadın Genital Mutilasyon Uygulamasına Etki Eden Faktörler

KGM'nin uygulanmasına ve devam etmesine çok sayıda sosyokültürel faktör katkıda bulunmaktadır (Eshraghi & ark., 2024). Tüm dünyada uygulanma alanına sahip olan KGM'nin yaygınlık oranlarındaki farklılıklar çoğunlukla ülkeye, belirli bir ülkedeki konuma (kentsel veya kırsal), bir kızın annesinin eğitim düzeyine, dini ve etnik kökene bağlıdır (Rahman & Toubia, 2000). Bir toplumun gelenek ve kültüründe derin köklere sahip çok hassas bir konu olan KGM, gençleri topluma entegre etmek için bir başlangıç ritüeli olarak varsayılmakta ve bu ritüeli sorgulamak genellikle geleneğe bir müdahale olarak kabul edilmektedir (Utz-Billing & Kentenich, 2008). KGM, din tarafından onaylanmasa da Hristiyanlık ve İslam'ın dini kitaplarında yer almasa da bazı topluluklar bu uygulamayı dini bir gereklilik olarak görmektedir (Eshraghi & ark., 2024).

KGM toplumsal, ekonomik ve politik yapılara yerleşmiş olan toplumsal cinsiyet eşitsizliğinin bir ifadesi olup yaygın olarak uygulandığı bölgelerde toplumsal normun, kültürün bir parçasıdır, kültürel kimliği ve aidiyet duygusunu güçlendiren bir geçiş ayini olarak kabul görmektedir. Bu toplumlarda kızın namusunu, evlenilebilirliğini ve hijyenini sağlaması için KGM uygulamasına başvurması gerekmektedir (Eshraghi & ark., 2024). KGM uygulamasına; ebeveynlerin tutumu, kızlarının toplumda kabul görmesi, kızlarının namusunu korumak, evlenmesini sağlamak, doğurganlığın artacağına inanılması, hijyenik olacağı ve erkeğin

cinsel zevkini artıracağına inanmaları gibi nedenlerle devam edilmektedir. Bu uygulamayı sürdüren ebeveynler şefkatli ve sevgi dolu olup kızlarını kötülüklerden koruduklarına inanmaktadırlar. Ayrıca ebeveynlerin KGM konusunda ısrarcı olmalarının nedenleri arasında; kızlarının evlenemeyeceklerine inanmaları, toplumun dışlayacağı, fahişe olarak damgalanacağı, klitorisin zararlı olduğu, doğum sırasında bebeğe dokunursa bebeğin öleceğine inanılması, kesilmezse yere kadar büyüyeceği inancı yer almaktadır. Bu topluluklarda klitorisin çıkarılması kadının hayatta kalmasını, güzelliğini ve itibarını korumaktadır (Nour, 2008).

Kadın Genital Mutilasyonu Türleri

Kızların sünnet edildiği yaşlar bölgeden bölgeye büyük farklılıklar göstermekte (Utz-Billing & Kentenich, 2008), KGM genellikle 4 ile 14 yaşları arasında, bazen de uygulamanın yapıldığı yere ve altında yatan temel nedene bağlı olarak değişen yaş gruplarında (yaşamın ilk haftasında, bebeklik döneminde, ergenlikten önce, evlenecek kadınlarda, ilk gebelik sırasında, ilk doğumdan önce, doğumdan hemen sonra, kadının yaşamındaki diğer dönemlerde vb.) uygulanmaktadır (Odukogbe & ark., 2017; Molina-Gallego & ark., 2021). Tip 1, 2, 3, 4 olmak üzere dört tür KGM tanımlanmaktadır.

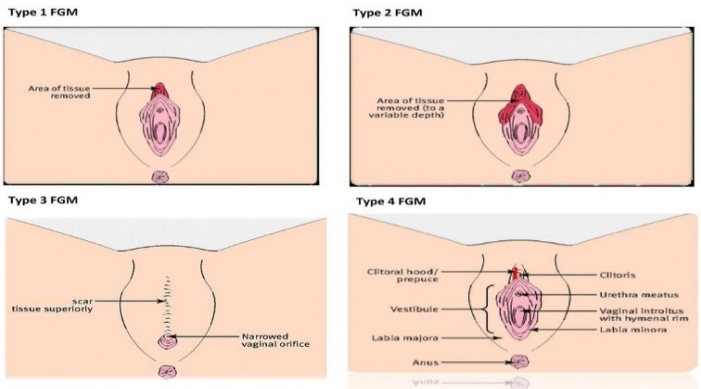
Tip 1: Klitorisin kısmen veya tamamen çıkarılmasıdır (klitoridektomi).

Tip 2: Klitorisin ve labialaların kısmen veya tamamen çıkarılmasıdır.

Tip 3: Klitoris çıkarılabilmekte ya da yerinde bırakılabilmekte olup vajinal açıklığı küçültmek için labiaları birbirine dikmeyi (infibulasyon) kapsamaktadır.

Tip 4: Tıbbi amaç dışında kadın cinsel organlarına yapılan bütün zararlı uygulamaları (delme, kesme, kazıma, yakma işlemleri vb.) içermektedir (Şekil 1).

KGM'nin tüm tipleri kadın sağlığı açısından zararlı olup tip 1 ve tip 2 en yaygın olanlarıdır (WHO, 2008). Tip 1 çoğunlukla Etiyopya, Eritre ve Kenya'da, tip 2 Benin, Sierra Leone, Gambiya ve Gine gibi Batı Afrika'nın bazı bölgelerinde, tip 3 ise Somali, Kuzey Sudanlı ve Cibutili kadınlara uygulanmaktadır (Nour, 2004). Tip 4'te Kuzey Nijeryalılar vajinaya aşındırıcı madde sokmakta veya vajinal deliği kazımaktadır (Mandara, 2008).



Şekil 1. KGM Sınıflandırması

Kaynak: Hodes, D., Armitage, A., Robinson, K., & Creighton, S. M. (2016). Female genital mutilation in children presenting to a London safeguarding clinic: a case series. Archives of disease in childhood, 101(3), 212-216.

KGM'yi geleneksel olarak uygulayanlar (sünnetçi, yaşlı bir kadın, berber ya da eğitimsiz geleneksel bir uygulayıcı vb.) işlem sırasında hijyenik olmayan jilet, makas, cam, sterilize edilmemiş keskinleştirilmiş mutfak bıçakları, keskinleştirilmiş taşlar ve tırnakları kullanmaktadır. İşlem çoğu kez kız ya da kadının evinde, köyün dışında bir bölgede ya da sünnet merkezinde anestezisiz uygulanmaktadır (Wakabi, 2007). Tip 2 ve 3 şeklinde yapılan geleneksel uygulamada yara dokusunun oluşması ve kadının hareketsiz kalması için kadının bacakları kalçadan ayak bileğine kadar 40 gün boyunca birbirine bağlanmaktadır. Mısır, Kenya, Sudan ve Endonezya gibi bazı Afrika ve Asya ülkelerinde, KGM tıbbileştirilmiş olup genellikle sağlık uzmanları anestezi eşliğinde işlemleri yapmaktadır (Dorkenoo & Elworthy, 1992).

Kadın Genital Mutilasyonunun Kadın Sağlığına Etkileri

KGM, kadın sağlığını olumsuz yönde etkileyerek birçok sorunu (kanama, septik şok, fiziksel, psikolojik ve cinsel komplikasyonlar vb.) beraberinde getirmektedir (WHO, 2008). KGM nedeniyle hem acil hem de uzun vadeli komplikasyonlar oluşmakta olup komplikasyonlar arasında ağrı, kanama, idrar sorunları, üriner retansiyon, genital doku şişmesi, enfeksiyonlar, pelvis, femur ve klavikula kemik kırıkları, tetanoz, psikolojik travma, şok ve bazen ölüm yer alabilmektedir (WHO, 2024).

Enfeksiyon, akut ve uzun vade de oluşabilen KGM'nin en ciddi komplikasyonlarından birisidir. Uygulamanın genellikle anestezi veya antibiyotik kullanılmadan ve aseptik koşullara dikkat edilmeden yapılması Chlostridium tetani, Staphylococcus aureus ve Pseudomonas pyocyanea gibi enfeksiyonlarına neden olabilmektedir. Ayrıca, cinsel yolla bulaşan hastalıklar (HIV,

Chlamydia trachomatis, Neisseria gonorrhoeae, Treponema pallidum, Candida albicans, Trichomonas vaginalis ve Herpes Simpleks Virüsü Tip 2) KGM uygulanan kadınlarda uygulanmayanlara göre daha fazla oranda görülmektedir (Hearst & Molnar, 2013; Velia & ark., 2015; Haaew & ark., 2018). KGM, uzun vadede yara izi (fibrozis, keloidler, sebase kistler, vulvar apseler, hematokolpos, tam labial füzyon, kısmi labial füzyon, vajinal stenoz vb.), ağrı (vajinal, vulvar ağrı vb.), enfeksiyon, infertilite, cinsel işlev bozukluğu (disparoni, anorgazm, vajinal kuruluk, cinsel isteksizlik vb), menstruasyonla ilgili ruhsal, obstetrik (perineal laserasyonlar, epizyotomi, vb.) ve idrarla ilgili (üretra darlığı, kronik idrar yolu enfeksiyonu, idrar kristalleri, meatal obstrüksiyon, meatitis) sorunlara neden olabilmektedir (Hearst & Molnar, 2013; Eshraghi & ark., 2024). İdrar tutamama veya diğer sağlık sorunları normal sosyal hayata katılımı zorlaştırmaktadır (Utz-Billing & Kentenich, 2008).

KGM sonrasında gelişebilecek obstetrik sorunlar arasında; sezaryen doğum, artmış hemoraji riski, epizyotomi, uzamış doğum, obstetrik laserasyonlar, enstrümantal doğum, distosiler, stilbirth, erken neonatal ölüm, hastanede kalma süresinin uzaması, doğumda yenidoğan resusitasyonunun artması ve obstetrik fistüller yer almaktadır (WHO, 2024). KGM sonrası infetilite ilgili sonuçlar çelişkili olup KGM'nin III. türünden sonra, kadınların infertilite riski %25-30'dur. İnfertilitede; yara dokusu, uterus ve overlerin kronik enfeksiyonlarından dolayı vajinanın rijit olması gibi sebepler anatomik, stres, hayal kırıklığı, disparoni, penetrasyon, kronik ve çiftler arasında yaşanan sorunlar gibi sebepler psikolojik nedenler arasında yer almaktadır (Utz-Billing & Kentenich, 2008).

KGM kadının ruh sağlığını olumsuz (depresyon, anksiyete, travma sonrası stres bozukluğu vb.) yönde etkilemektedir. KGM'li kadınlar tüm yaşamlarını etkileyen eksiklik, korku, kabuslar, kronik sinirlilik, aşağılık ve bastırılmışlık duyguları ile yaşamlarına devam etmeye çalışmaktadır. KGM'den sonra kadınların psikosomatik, depresyon, psikoz ve nevroz gibi psikiyatrik hastalıklara yakalanma riski daha da yükselmektedir (Utz-Billing & Kentenich, 2008; Hearst & Molnar, 2013; Haaew & ark., 2018).

Kadın Genital Mutilasyonunda Tedavi ve Bakım

Sağlık profesyonelleri KGM'nin ve kadın sağlığı üzerindeki zararlı etkilerinin önlenmesi ve azaltılmasında kritik bir rol oynamakta olup var olan komplikasyonları öncelik sırasına göre tedavi etmelidir. Kadın tarafından talep edilirse, en iyi çözüm deinfibulasyon tedavisidir (Velia & ark., 2015). Deinfibülasyon, infibülasyonlu kadınlarda birleşmiş labiaları ayırmak için lokal anestezi altında yapılan küçük cerrahi prosedürdür. Deinfibülasyon, özellikle gebelikten önce olmak üzere, gebelikte, orta trimesterden itibaren doğuma kadar veya doğumun ilk evresinde yapılabilmektedir. Doğum sırasında vajinal muayeneyi ve kateterizasyonu kolaylaştıran deinfibülasyon, perineal travmayı azaltabilmektedir (Utz-Billing & Kentenich, 2008; Simpson & ark., 2012).

İnfibulasyonlu kadınlar doğum sırasında en yüksek riski taşıdığından, sağlık profesyonelleri infibulasyonlu kadınların değerlendirilmesi ve yönetimi konusunda uzmanlık geliştirmek üzere eğitilmelidir (Rouzi & ark., 2001; Kimani & ark., 2016). Kadınlara, deinfibulasyonun normal idrara çıkma, menstrual kanama ve cinsel ilişkiye izin vermek için vajinal kanala bir açıklık

sağlayabileceği ve psikoseksüel sağlık konusunda danışmanlık yapılmalıdır (Kimani & ark., 2016). KGM komplikasyonlarının (idrar boşaltmada ve cinsel ilişkide zorluk, şiddetli dismenore, skar dokusunda keloid oluşumu, tekrarlayan enfeksiyonlar ve gebelik/doğum durumlarında defibülasyon vb.) yönetimine yönelik eğitim ve bakım verilmelidir. Dermoid kistler ve keloidler gibi geç komplikasyonlarla başa çıkmak için sağlık profesyonellerinin tedavi etme, fistül onarımı ve deinfibulasyon gibi küratif prosedürleri uygulama ve bakımı konusunda eğitilmeleri önerilmektedir (WHO, 2001; Asante, Omurtag & Roberts, 2010; Hamoudi & Shier, 2010; Jina & Thomas, 2013).

Kadın Genital Mutilasyonunda Ebelik Yaklaşımı

Bazı topluluklarda yaygın olan KGM konusunda dikkatli olunmakla birlikte KGM'nin akut ve kronik sorunlarını çözümlemek için sağlık profesyonellerinin bireye yaklaşımı oldukça önemlidir. Bu süreçte sağlık profesyonelleri içerisinde önemli bir yere sahip olan ebe;

- Kadınla kuracağı iletişim sürecinde iletişim ortamını optimize etmeli,
- Kadının mahremiyetini sağlamalı, saygılı davranmalı, güven duygusu geliştirmeli, bunun için zaman tanımalı,
- Geleneksel zararlı bir uygulama olan KGM'nin terk edilmesi için toplumdaki bireylere danışmanlık vermeli,
- KGM'ye maruz kalan kadınlara fiziksel ve duygusal olarak destek olmalı,

- İnfibulasyonlu kadınları uygun kliniklere yönlendirmeli,
- Riskli bölgelerde 25-64 yaş arası kadınlarda serviks kanseri taramalarında KGM'yi tespit etmek için genital muayene yapmalı,
- Klinik yönetimi için kapsamlı ve teknik bilgiler içeren rehberler oluşturmalı,
- Kadınlar ve risk altında olan çocuklar için mevcut yerel hizmetleri belirlemeli,
- KGM'nin sık uygulandığı bölgelerde bütün gebelere rutin doğum öncesi kontrollerde KGM hakkında soru sormalı ve muayene ederek değerlendirmeli,
- KGM'li anne bir kız çocuk doğurduğunda çocuğun KGM riski ile karşı karşıya olduğunu bilmeli, çocuğu takip etmeli, anne ve aileyi hukuki süreç hakkında bilgilendirmeli,
- Doğum sonu dönemde sık ziyaret ve destekle KGM'yi önlemeye yardımcı olmalı,
- KGM mağdurlarının yaşam kalitesini artırmak ve vakaları azaltmaya katkıda bulunmak için kanıta dayalı müdahaleler yapmalıdır (Zaidi & ark., 2007; Simpson & ark., 2012; Relph & ark., 2012; Macfarlane & Dorkenoo, 2015; Varol & ark., 2017; Pallitto & Ahmed, 2021).

Sonuç

KGM, kadının fiziksel, ruhsal ve cinsel sağlığını olumsuz etkileyen ciddi bir halk sağlığı sorunu ve insan hakları ihlalidir. Bu uygulama, kadınların yaşam kalitesini düşürmekle kalmayıp, anne ve yenidoğan sağlığı üzerindeki etkileriyle nesiller boyu devam eden bir zarar döngüsü yaratmaktadır. KGM'nin kadınlar üzerinde yarattığı fiziksel komplikasyonlar, psikolojik travmalar ve toplumsal baskılar göz önüne alındığında, bu uygulamanın ortadan kaldırılmasına yönelik kapsamlı bir yaklaşımın gerekli olduğu açıktır. Eğitim, farkındalık, yasal yaptırımlar ve kültürel duyarlılık ile desteklenen bir strateji, KGM'yi sonlandırma çabalarının temel taşlarını oluşturmalıdır.

Ebeler, KGM ile mücadelede ve etkilenen kadınlara yönelik bakımda ön safta yer alarak hayati bir rol üstlenir. Önemli bir sağlık profesyoneli olan ebeler, önleme, eğitim ve destekleyici bakım hizmetleri sağlayarak bu sürecin hem bireysel hem de toplumsal boyutlarında etkili olabilirler. Ayrıca, ebelerin kültürel duyarlılığı koruyarak kadınlara empatiyle yaklaşmaları, güven oluşturma ve farkındalığı artırma noktasında kritik önem taşır. Bu nedenle, ebelere yönelik kapsamlı eğitim programlarının geliştirilmesi, onların bu alandaki etkinliğini artıracaktır. KGM'nin ortadan kaldırılmasında ulusal ve uluslararası iş birliği, sürdürülebilir politikalar ve toplum destekli yaklaşımlar bir araya getirildiğinde, kadınların hak ettikleri sağlıklı ve özgür yaşam koşullarına ulaşmaları mümkün olacaktır.

Kaynaklar

Asante, A., Omurtag, K., & Roberts, C. (2010). Epidermal inclusion cyst of the clitoris 30 years after female genital mutilation. *Fertility and Sterility*, *94*(3), 1097-e1.

Dorkenoo, E., & Elworthy, S. (1992). *Female genital mutilation: proposals for change. London*: Minority Rights Group, p.30-35.

Eshraghi, B., Marions, L., Berger, C., & Berggren, V. (2024). "A part of my life". A qualitative study about perceptions of female genital mutilation and experiences of healthcare among affected women residing in Sweden. *BMC Womens Health*, *24*(1), 304. Doi: 10.1186/s12905-024-03149-1

Haaew, A., Arafa, A.E., Abd Allah, N.A.E.F., & Fahim, A.S. (2018). Prevalence of female circumcision among young women in Beni-Suef, Egypt: a cross-sectional study. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, *31*(6), 571-574. Doi: 10.1016/j.jpag.2018.07.010.

Hamoudi, A., & Shier, M. (2010). Late complications of childhood female genital mutilation. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, *32*(6), 587-589.

Hearst, A.A., & Molnar, A.M. (2013). Female genital cutting: an evidence-based approach to clinical management for the primary care physician. *Mayo Clinic Proceedings,* 88(6), 618-629.

Hodes, D., Armitage, A., Robinson, K., & Creighton, S. M. (2016). Female genital mutilation in children presenting to a London safeguarding clinic: a case series. *Archives of Disease in Childhood*, *101*(3), 212-216.

Jina, R., & Thomas, L.S. (2013). Health consequences of sexual violence against women. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, *27*(1), 15-26.

Khosla, R., Banerjee, J., Chou, D., Say, L., & Fried, S. T. (2017). Gender equality and human rights approaches to female genital mutilation: a review of international human rights norms and standards. *Reproductive Health*, *14(1)*, 1-9. Doi: 10.1186/ s12978-017-0322-5.

Kimani, S., Muteshi-Strachan, J., & Njue, C. (2016). Health impacts of female genital mutilation/cutting: A synthesis of the evidence. *Evidence to End FGM/C Programme: Research to Help Girls and Women Thrive*. New York: Population Council.

Macfarlane, A.J., & Dorkenoo, E. (2015). *PP20 Estimating the numbers of women and girls with female genital mutilation in England and Wales*. London: BMJ Publishing Group Ltd.

Mandara, M.U. (2004). Female genital mutilation in Nigeria. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 84(3), 291-298.

Martinelli, M. & Ollé-Goig, J.E. (2012). Female genital mutilation in Djibouti. *African Health Sciences*, 12(4), 412-415. Doi: 10.4314/ahs.v12i4.2.

Molina-Gallego, B., Mordillo-Mateos, L., de Corral, G.M., Gómez-Cantarino, S., Polonio-López, B., & Ugarte-Gurrutxaga, M.I. (2021). Female genital mutilation: knowledge and skills of health professionals. *Healthcare*, 9(8), 974. Doi: 10.3390/ healthcare9080974.

Nour, N.M. (2004). Female genital cutting: clinical and cultural guidelines. *Obstetrical & Gynecological Survey*, *59*(4), 272-279.

Nour, N.M. (2008). Female genital cutting: a persisting practice. *Reviews in Obstetrics and Gynecology*, 1(3), 135-139.

Odukogbe, A.T.A., Afolabi, B.B., Bello, O.O. & Adeyanju, A.S. (2017). Female genital mutilation/cutting in Africa. *Translational Andrology and Urology*, *6*(2), 138-148. Doi: 10.21037/tau.2016.12.01

Pallitto, C.C., & Ahmed, W. (2021). The role of the health sector in contributing to the abandonment of female genital mutilation. *Med*, *2*(5), 485-489. Doi: 10.1016/j.medj.2021.04. 023.

Rahman, A., & Toubia, N. (Eds.). (2000). *Female genital mutilation: A guide to worldwide laws and policies*. London: Zed Books.

Relph, S., Inamdar, R., Singh, H., & Yoong, W. (2012). Healthcare professionals more knowledgeable about female genital mutilation but still some way to go. *BMJ*, 344:e2744. Doi: 10.1136/bmj.e2744.

Rouzi, A.A., Aljhadali, E.A., Amarin, Z.O., & Abduljabbar, H.S. (2001). The use of intrapartum defibulation in women with female genital mutilation. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 108(9), 949-951.

Shell-Duncan, B., Wander, K., Hernlund, Y., & Moreau, A. (2013). Legislating change? Responses to criminalizing female genital cutting in Senegal. *Law & Society Review*, 47(4), 803-835.

Simpson, J., Robinson, K., Creighton, S.M., & Hodes, D. (2012). Female genital mutilation: the role of health professionals in prevention, assessment, and management. *BMJ,* 344, e1361. Doi: 10.1136/bmj.e1361

The Lancet. (2018). Changing culture to end FGM. *The Lancet,* 391(10119), 401. Doi:10.1016/S0140-6736(18)30151-X.

The United Nations Children's Fund (UNICEF). (2005). *Female genital mutilation/cutting: a statistical exploration*. UNICEF, New York, Website: http://www.unicef.org/publications/ files/FGM C_final_10_October.pdf

United Nations Population Funds (UNFPA). (2016). *Female genital mutilation (FGM) frequently asked questions*. Website: http://www.unfpa.org/resources/female-genital-mutilation-fgm-frequently-asked-questions# sthash.lLBanQT3.dpuf

United Nations. (2024). *Over 230 million women and girls subjected to female genital mutilation*. UNICEF, Website: https://news.un.org/en/story/2024/03/1147402

Utz-Billing, I., & Kentenich, H. (2008). Female genital mutilation: an injury, physical and mental harm. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 29(4), 225-229. Doi: 10.1080/01674820802547087

Varol, N., Hall, J.J., Black, K., Turkmani, S., & Dawson, A. (2017). Evidence-based policy responses to strengthen health, community and legislative systems that care for women in Australia with female genital mutilation/cutting. *Reproductive Health*, 14, 1-8.

Velia, M., Argo, A., Costanzo, A., Tarantino, L., Milone, L., & Pavone, C. (2015). Female genital mutilations: genito-urinary complications and ethical-legal aspects. *Urologia Journal*, 82(3), 151-159. Doi: 10.5301/uro.5000115

Wakabi, W. (2007). Africa battles to make female genital mutilation history. *The Lancet*, 369(9567), 1069-1070. Doi: 10.1016/S0140-6736(07)60508-X

World Health Organization. (2001). *Management of pregnancy, childbirth and postpartum period in the presence of female genital mutilation*. Geneva: WHO. Website: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/66805/1/WHO_FCH_GWH_01.2.pdf.

World Health Organization. (2008). *Eliminating female genital mutilation: an interagency statement*, Geneva: WHO, Website: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/fgm/9789241596442/en/.

World Health Organization. (2020). *Female genital mutilation hurts women and economies*. Website: https://www.who.int/news/item/06-02-2020-female-genital-mutilation-hurts-women-and-economies#:~:text=Treating%20female%20genital%20mutilation%20costs%20USD%201.4%20billion%20per%20year%20globally:%20WHO&text=Female%20genital%20mutilation%20(FGM)%20exacts,World%20Health%20Organization%20(WHO).

World Health Organization. (2022). *Female genital mutilation: fact sheet*. Website: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/ detail /female-genital-mutilation.

World Health Organization. (2024). *Sexual and reproductive health. Health risks of female genital mutilation (FGM).* Website: https://www.who.int/teams/sexual-and-reproductive-health-and-research-(srh)/areas-of-work/female-genital-mutilation/health-risks-of-female-genital-mutilation

Zaidi, N., Khalil, A., Roberts, C., & Browne, M. (2007). Knowledge of female genital mutilation among healthcare professionals. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 27(2), 161-164. Doi: 10.1080/01443610601124257.

BÖLÜM II

İklim Değişikliği ve Ebelik: Geleceği Şekillendiren Bir Perspektif

ZeYNEP BAROL

Giriş

Küresel iklim değişikliği, sağlık ekosisteminin tüm unsurlarını derinden etkileyerek hava sıcaklıklarındaki artıştan su kaynaklarının azalmasına, afet sıklığındaki yükselişten enfeksiyon hastalıklarının yayılımına uzanan geniş bir yelpazede sorunlar doğurmaktadır (WHO, 2021). Bu dönüşüm, özellikle üreme, maternal, yenidoğan, çocuk ve ergen sağlığı alanlarında kritik riskleri beraberinde getirmektedir (UNFPA, 2019; IPCC, 2022). Nitekim aşırı sıcak hava dalgaları, ekstrem meteorolojik olaylar ve gıda güvencesindeki azalma gebelik sürecini, fetal gelişimi ve doğum sonuçlarını olumsuz etkileyebilmekte (UNICEF, 2023; Basu & Malig, 2011; Gould & Linton, 2020), bu durum ise toplumsal sağlık sistemlerini yeniden değerlendirmeyi gerekli kılmaktadır. Bu kapsamda, ebelik pratiği sadece bireysel danışmanlık hizmetleri sunmakla sınırlı

kalmayıp, topluluk düzeyinde dayanıklılık geliştirilmesinde de merkezî bir rol üstlenmektedir. Ebelerin iklim değişikliği kaynaklı riskleri azaltma çabaları, koruyucu, bütüncül ve kapsayıcı yaklaşımların benimsenmesiyle daha etkili hale gelebilir.

Uluslararası Ebelik Konfederasyonu (ICM), iklim değişikliğinin ebelik mesleği açısından stratejik önemini vurgulayarak, ebelerin bu küresel krize yanıt vermede liderlik konumunda olduğunun altını çizmektedir (ICM, 2017). İklim krizi, küresel ölçekte sağlık eşitsizliklerini derinleştirmekte (Rudolph, Gould & Berko, 2015) ve koruyucu sağlık hizmetlerinin önemini bir kez daha gündeme taşımaktadır. Bu bağlamda, iklim değişikliğiyle mücadele kapsamında hızlı, etkin ve çok boyutlu müdahaleler zorunlu hale gelmektedir (Haines & Ebi, 2019).

1. İklim Değişikliğinin Anne ve Bebek Sağlığına Etkileri

İklim değişikliğinin sonuçları, yüksek sıcaklıklar, hava kirliliği, su kaynaklarının kirlenmesi ile beslenme bozukluklarının birlikte etkisi altında anne ve bebek sağlığını tehdit edici bir nitelik kazanır. Örneğin, sıcak hava dalgaları preterm doğum, preeklampsi ve intrauterin büyüme geriliği riskini artırırken (IPCC, 2022; Benmarhnia vd., 2016), önlem alınmadığında neonatal mortalite oranlarında artış gözlemlenebilmektedir (Basu & Malig, 2011). Ayrıca gıda güvenliğindeki azalma, çocuklarda malnütrisyon prevalansını yükselterek (Grace vd., 2012; Lenters, Brown & Bhutta, 2016; Uddin vd., 2020) anne ve bebek sağlığını dolaylı yollarla da olumsuz etkilemektedir. Özellikle sosyoekonomik açıdan dezavantajlı bölgelerde temel hijyen koşulları ve sağlık hizmetlerine erişim güçleşmekte, bulaşıcı hastalıkların yaygınlaşmasıyla birlikte

anne-bebek sağlığı daha kırılgan bir yapıya bürünmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı, erişim tarihi: 10/12/2024).

1.1 Aşırı Sıcaklıklar ve Termal Stres

Artan hava sıcaklıkları, gebe kadınlarda termal stres yaratarak çeşitli obstetrik risklerin artmasına neden olur (IPCC, 2022). Bu durum, yetersiz beslenme ve kronik hastalıkların eşlik ettiği olgularda daha da karmaşık bir hal alır (Lenters vd., 2016). Ebelerin bu noktada, gebe kadınlara uygun hidrasyon stratejileri önererek, serin ortamları teşvik ederek ve yerel ölçekte uyum mekanizmalarının oluşturulmasında rehberlik ederek kritik bir rol üstlendiği söylenebilir.

1.2 Afetler, Zorunlu Göç ve Sağlık Hizmetlerine Erişim

İklim değişikliğine bağlı afetler, temel sağlık hizmetlerinin sürdürülmesini güçleştirir. Afet yönetimi kapsamında geliştirilen ısı eylem planları, gebelerin ve yenidoğanların sağlığını koruma yönünde önemli katkılar sunmasına karşın (Benmarhnia vd., 2016), zorunlu göç hareketlerinin yaşandığı topluluklarda hizmetin sürekliliğini güvence altına almak son derece zordur. Ebeler bu noktada, mobil sağlık ekiplerine entegre olarak doğum öncesi ve sonrası bakımın sürekliliğini sağlamanın yanı sıra, hijyen koşullarının iyileştirilmesi ve yeterli beslenme imkanlarının oluşturulmasında da inisiyatif alır (UNICEF, 2023; Uddin vd., 2020).

2. Ebelik Bakımı: İklime Dayanıklı Sağlık Hizmetleri

Ebeler, iklim değişikliğinin ortaya çıkardığı çok boyutlu sağlık sorunlarına esnek ve uyarlanabilir bakım modelleri geliştirerek yanıt verebilir. Afet yönetimi planlarına entegre edilmiş ebelik hizmetleri,

kriz dönemlerinde dahi anne ve bebek sağlığının öncelikli hale gelmesine olanak tanır (IPCC, 2022). Aynı zamanda, iklim değişikliği kaynaklı hava kirliliği ve tehlikeli atıklar gibi çevresel stresörler, toplumsal düzeyde farkındalığın artırılmasını ve koruyucu önlemlerin yaygınlaştırılmasını zorunlu kılmaktadır (Nawrotzki & DeWaard, 2018).

2.1 Toplum Temelli Yaklaşımlar ve Cinsiyet Eşitliği

İklim değişikliği, toplumsal cinsiyet eşitsizliklerini pekiştirerek kadınları, özellikle hamile ve emziren anneleri, daha savunmasız bir konuma itmektedir (UNFPA, 2019). Ebeler, toplumsal cinsiyete duyarlı bakım sunarak kadınların güçlendirilmesine, sağlık hizmetlerine erişiminin artırılmasına ve böylece iklim krizine karşı toplumların dayanıklılığının yükselmesine katkı sağlamaktadır (Rudolph vd., 2015).

2.2 Dijital Sağlık Uygulamaları ve Tele-Ebelik

Afet koşullarında veya ulaşımın güçleştiği durumlarda dijital sağlık ve tele-ebelik uygulamaları, kaliteli bakıma kesintisiz erişimi mümkün kılar. Bu sayede hastaların ve sağlık çalışanlarının seyahat gereksinimi azalırken, karbon ayak izinin düşürülmesi ve sağlık sistemlerinin iklim dostu bir yapıya kavuşması da desteklenir (WHO, 2021).

2.3 Gezegensel Sağlık Eğitimi ve Ebelik Müfredatı

Ebelik eğitiminin iklim bilimleri, sürdürülebilirlik ve ekolojik sağlık konularını da içerecek şekilde genişletilmesi, geleceğin sağlık profesyonellerinin iklim krizine karşı bütüncül ve çok boyutlu çözümler üretebilmesini sağlayacaktır (UNICEF, 2023). Yalnızca klinik becerilerin değil, aynı zamanda çevresel farkındalık ve

kaynakların etkin kullanımının da müfredata dahil edilmesi uzun vadede toplum sağlığına önemli katkılar sunar (Haines & Ebi, 2019).

3. Sürdürülebilirlik ve Ebelik: Çevresel Etkilerin Azaltılması

Sağlık sektörü, küresel sera gazı emisyonlarının belirli bir kısmından sorumlu olup, enerji verimliliği, atık yönetimi, yerel tedarik zincirleri geliştirme ve yenilenebilir enerji kullanımını içeren "yeşil sağlık" uygulamaları bu alanda hayati önem taşır (WHO, 2015). Ebeler, doğum ünitelerinde atık azaltımı, su ve enerji tasarrufu ile güvenli beslenme kaynaklarının teşviki konularında rehberlik ederek sağlık sistemlerinin iklim dirençliliğini güçlendirir (Grace vd., 2012).

Sonuç: İklim Dirençli Ebelik Modelleri ve Gelecek Vizyonu

Ebelik, iklim değişikliğine karşı küresel mücadelenin kritik bir bileşeni konumundadır. Ebeler, anne-bebek sağlığının korunması, esnek sağlık sistemlerinin inşası, toplumsal cinsiyet eşitliğinin geliştirilmesi, beslenme ve hijyen standartlarının sürdürülebilir hale getirilmesi ve yeşil sağlık uygulamalarının benimsenmesi konularında temel rol oynar (Haines & Ebi, 2019; Smith vd., 2018). Bu çerçevede iklime dayanıklı ebelik modellerinin geliştirilmesi, gelecekte toplumların esenliği ve sürdürülebilirliği açısından hayati önem taşımaktadır.

Kaynaklar

Basu, R., & Malig, B. J. (2011). High ambient temperature and infant mortality in California. American Journal of Epidemiology, 175(5), 492–499. https://doi.org/10.1093/aje/kwr406

Benmarhnia, T., Bailey, Z., Kaiser, D., Auger, N., King, N., & Kaufman, J. S. (2016). A difference-in-differences approach to assess the effect of a heat action plan on heat-related mortality and morbidity in Montreal, Canada. Environmental Health Perspectives, 124(11), 1694–1699. https://doi.org/10.1289/EHP203

Gould, H. A., & Linton, J. M. (2020). Child health in a changing climate: Rising temperatures, extreme weather, and the future of our children. Pediatrics, 145(2), e20193700. https://doi.org/10.1542/peds.2019-3700

Grace, K., Davenport, F., Funk, C., & Lerner, A. M. (2012). Child malnutrition and climate in Sub-Saharan Africa: An analysis of recent trends in Kenya. Applied Geography, 35(1-2), 405–413. https://doi.org/10.1016/j.apgeog.2012.06.017

Haines, A., & Ebi, K. (2019). The imperative for climate action to protect health. New England Journal of Medicine, 380(3), 263–273. https://doi.org/10.1056/NEJMra1807873

ICM. (2017). ICM Position Statement: Climate Change and Midwifery. Erişim tarihi: 10/12/2024, https://www.internationalmidwives.org/assets/files/statement-files/2018/04/ps2017_005-en_climate-change-and-midwifery.pdf

Intergovernmental Panel on Climate Change [IPCC]. (2022). Climate Change 2022: Impacts, Adaptation and Vulnerability.

Cambridge University Press. Erişim tarihi: 10/12/2024, https://www.ipcc.ch/report/ar6/wg2/

Lenters, L. M., Brown, K. H., & Bhutta, Z. A. (2016). Climate change and its impact on nutrition and health. BMJ, 353, i2097. https://doi.org/10.1136/bmj.i2097

Nawrotzki, R. J., & DeWaard, J. (2018). Putting climate change and environmental hazards in context: A cross-national analysis of hazardous air pollutants and mortality in developed nations. Population and Environment, 40(2), 159–185. https://doi.org/10.1007/s11111-018-0303-1

Rudolph, L., Gould, S., & Berko, J. (2015). Climate Change, Health, and Equity: Opportunities for Action. Public Health Institute. Erişim Tarihi: 10/12/2024, https://www.phi.org/thought-leadership/climate-change-health-and-equity-opportunities-for-action/

Smith, K. R., Woodward, A., Lemke, B., Otto, M., Chang, C. J., & Banatvala, N. (2018). Human Health: Impacts, Adaptation, and Co-Benefits. Global Warming of 1.5°C: An IPCC Special Report. IPCC. Erişim Tarihi: 10/12/2024, https://www.ipcc.ch/sr15/

T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. (Erişim tarihi: 10/12/2024). İklim Değişikliği ve Sağlık. https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/cevresagligi/iklim-degisikligi.html

Uddin, M., Huda, T. M., Dibley, M. J., Senarath, U., & Haque, M. R. (2020). Impact of climate change on childhood malnutrition and diarrheal diseases in Bangladesh. Environment and Urbanization, 32(2), 598–615. https://doi.org/10.1177/0956247820923763

UNFPA. (2019). Climate Change and its Impact on Sexual, Reproductive, Maternal, Newborn, Child and Adolescent Health (SRMNCAH). Erişim tarihi: 10/12/2024, https://www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/CLIMATE_CHANGE_FINAL_-_eng.pdf

UNICEF. (2023). Climate, Environment and Energy. Erişim tarihi: 10/12/2024, https://www.unicef.org/environment-and-climate-change

WHO. (2015). Operational Framework for Building Climate Resilient Health Systems. Erişim tarihi: 10/12/2024, https://apps.who.int/iris/handle/10665/189951

WHO. (2021). Climate Change and Health: Key Facts. Erişim tarihi: 10/12/2024, https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/climate-change-and-health.

BÖLÜM III

Relaxation techniques used in birth pain

Nurten ÖZÇALKAP[1]

Introduction

Birth is a very special experience for the woman and her family. The labor pain experienced during this period is one of the most severe and most difficult to control pains in a woman's life. However, this pain is distinguished from other types of pain by being part of a natural process, occurring within a limited period of time, and its nature that reunites the mother with her baby. Birth pain is affected by many individual, physiological, psychological and sociocultural factors (Edirne, 2007; Zwelling, &Johnson, 2006). Contrary to the false belief that birth pain is natural and every mother should experience this pain; Birth pain must be kept under

control. Nursing care in the management of labor pain in women giving birth will reduce pain and increase the woman's satisfaction with birth. However, maternal satisfaction; Receiving support during birth, the approach of the person providing this

[1] Dr. Öğr. Üyesi.Ağrı İbrahim Çeçen Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü Ağrı, Turkiye. ORCID ID: :0000-0003-2440-968X. E- mail: nozcalkap@agri.edu.tr.

support, past experiences are closely related to the mother's decision-making and ability to implement these decisions. Non-pharmacological methods increase mothers' satisfaction with birth by supporting these four factors (Huntley, et al., 2004). Relaxing techniques during birth are effective in reducing labor pain. Midwives have important roles here. Midwives should know how to help women cope with labor pain, teach them and encourage women to apply them.

Birth Pain

International Association for the Study of Pain (IASP) defines pain as 'an unpleasant emotional sensation originating from a certain region, related to tissue damage or not, associated with the person's past experiences' (IASP, 2024). Birth pain, which is one of the most severe pains known and defined today, is defined as a condition influenced by many neurophysiological, biochemical, psychogenic, ethnocultural, religious, cognitive, spiritual and environmental factors (Unalmis Erdogan, Yanikkerem & Goker, 2017).

Different aspects of labour pain from other pains;

- It is part of a normal process,
- Realisation within a limited period of time,
- Having rest periods,
- It is an expected pain with a preparation period,
- It differs from other types of pain with its characteristics such as the mother willingly enduring these pains for her baby (Berkiten Ergin, 2013).

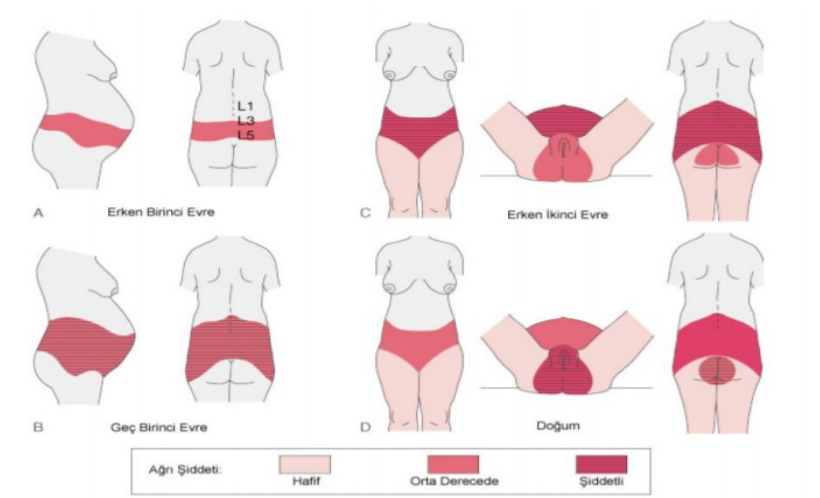
Neuro-Physiology of Labour Pain

Pain is a universal experience, but it is very difficult to define. Pain has two elements.

1- Physiological perception by sensory nerves and transmission to the central nervous system,

2- Psychological perception of sensation, interpretation as pain and reactions against these interpretations (Ertem & Sevil, 2005).

Pain in stage I of labour is mostly visceral pain and develops due to dilatation of the cervix, hypoxia in the uterus during contractions, stretching of the lower segment of the uterus and pressure on the neighbouring tissues. Pain arising from the uterus is transmitted by afferents from the 10th, 11th, and 12th thoracic and 1st lumbar nerve endings. Therefore, the pain is felt in the lower part of the abdominal wall, above the lumbar region and the sacrum. With the descent of the foetal head, compression of the lumbosacral plexus occurs and pain is felt in the back, legs and buttocks. While the sympathetic nervous system plays an important role in pain transmission in the first period of labour, somatic fibres of the pudendal and sacral nerves are also involved in the second and third periods with stimuli from the perineum (İpek, 2014; Can, 2015; Akın, 2018)



Picture 1. Severity and location of labor pain felt according to stages (8)

Kaynak; Miller RD, Miller's Anesthesia, 6th edition, Elsevier Churchill Livingstone, Philadelphia, Pennsylvania. 2005: 2315.

Towards the end of the first stage of labour, pain in the perineal area begins. This indicates that the foetus is progressing and stage II of labour has begun. Pain in the second stage of labour is caused by hypoxia of the uterine muscles, dilation of the vagina and perineum, pressure of the fetus on the perineum and dilation of the surrounding tissues. Both motor and sensory fibres of the perineum enter the spinal cord via the pudendal nerve via sacral roots 2, 3, and 4. The pain seen in the third stage of labour occurs due to uterine contractions and cervical dilatation during placental expulsion (İpek, 2014; Can, 2015; Akın, 2018).

Factors Affecting Labour Pain

There are two elements in the occurrence of labour pain. The first is the physiological perception of pain by sensory nerves and its transmission to the central nervous system, and the second is of psychological origin and includes the reaction and response process.

Physiological factors

- Hypoxia in the uterus
- Cervical tension and pressure of the cervix on the nerve ganglia
- Severity and continuity of contractions:
- Degree of cervical dilatation and the effect of contractions on dilatation:
- Perineal Tension
- Age, Physical Condition, Number of Births and Experiences of the Mother
- Weight and position of the foetus
- Practices and Birth Environment
- Hormonal Effects (Berkiten Ergin, 2013)

Psychological factors

- Anksiyete ve Korku
- Anxiety and Fear
- Culture
- Convenience, comfort and labour support
- Preparation for Childbirth
- The Language of Birth
- Understanding the birth process
- Satisfaction of the mother (Berkiten Ergin, 2013)

Effects of Labour Pain on Mother and Fetus

Labour pain is a condition that mechanically exhausts the woman, causes stress and increases anxiety. The increase in fear and anxiety physiologically causes the release of catecholamines and catecholamines have an effect on uterine muscles and blood vessels. This reduces blood flow to the uterus, leading to impaired placental perfusion and fetal hypoxia.

Pain is a strong respiratory stimulus. Therefore, it causes an increase in the woman's ventilation per minute, resulting in respiratory alcoholosis and decreased uterine blood flow. If the maternal PO2 level falls below 70 mmHg, the foetus enters hypoxia and acidosis may develop which cannot be easily corrected even after delivery (Moralar, Türkmen & Altan, 2011; Yıllar, 2014).

If labour pain is not managed well, the woman's mental health may deteriorate and labour may become unpleasant for both herself and her partner. Postnatal relationships with her husband and baby may be severely affected, she may have difficulty in interacting and this may lead to emotional disorders and depression in the mother (Moralar, Türkmen & Altan, 2011; Yıllar, 2014).

Pain Theories

Door Control Theory, Endorphin Theory and Interactive Pain Theory are the basis of pain treatment with physical and mental methods (Ertem &Sevil, 2005; İpek, 2014)

Gate control theory (GCC)

The only theory that fully explains both the physiological and psychological components of pain is the Gate Control Theory. This theory, which was proposed by Ronald Melzack and Patrick Wall in 1965 and expanded again in the 1980s, continues to be valid today. According to this theory; there is a gate mechanism in the spinal cord and the painful stimulus is modulated here. This gate is opened by the activity of fine diameter fibres and pain stimuli reach the level of consciousness. The gate is closed by the activity of thick fibres and pain is not felt because the stimuli do not reach the level of consciousness. The premise of this theory is as follows:

- The presence and intensity of pain is related to the passage of neurological stimuli.
- Gate control mechanisms in the nervous system control the passage of pain.

If the door is open, stimuli resulting in pain sensation reach the level of consciousness, if the door is closed, stimuli cannot reach the level of consciousness and pain cannot be felt (Berkiten Ergin, 2013; Akın, 2018).

Endorphin theory

The term endorphin is a combination of the words 'endogenous' and 'morphine' and describes opoid-like substances secreted by the body itself. The existence of these substances was determined in the mid-1970s. Endorphins reduce pain by binding to narcotic receptors on the nerve endings of the spinal cord and blocking the passage of pain stimuli. Endorphin theories have helped to understand that pain perception and the need for analgesia differ from person to person. The variability in the amount of endorphins in different people, and possibly the increase or decrease in endorphin levels in combination with other factors, explain the differences in pain perception. Endorphin release increases with mild pain, mild stress, physical exercise, massage, acupuncture, TENS applications and sexual activity. Prolonged pain, recurrent

stress, prolonged use of morphine or alcohol decrease endorphin release and cause pain to be felt more intensely (Berkiten Ergin, 2013). Physical and mental methods such as relaxation techniques, mental mental techniques, sensual stimulation techniques, respiratory techniques are used to make labour a painless experience. In these methods used in the control of labour pain, simplicity, reliability and not harming the health of the mother and foetus are sought.

Interactive pain model

The theories of pain known today evaluate the multidimensional characteristic of pain, but are insufficient to explain the complex structure that is effective in relieving or relieving pain. The individual who has pain and reacts to it has a family and cultural system. This system of the individual directs the interpretation of the individual's pain, the way it is expressed and the applications to be made for the relief of pain. At the same time, it regulates the behaviours of caregivers and provides pain relief to a significant extent (Berkiten Ergin, 2013).

Management of Labour Pain and Methods Used

It is known that although it is physiological, this uncontrollable labour pain negatively affects maternal and fetal health (Mamuk & Davas, 2010). Because of the negative effects of labour pain on the mother and fetus, the American Society of Anaesthesiologists (ASA) and the American College of Obstetrics and Gynaecology (ACOG) have accepted labour pain as an indication requiring treatment (Ertem, 2005; Tournaire & Theau-Yonneau, 2007). Physical and mental methods are methods that enable the woman to relax completely without the use of drugs in labour and direct her to minimise her pain. Physical stimulation techniques used in the management of labour pain include tens, intradermal sterile water injection, reiki touch therapy, chiropractic, acupuncture, acupressure, homeopathy, reflexology, hydrotherapy-bath, phytotherapy, aromatherapy and massage. Relaxation

techniques used in the management of birth pain; hypnosis, biofeedback, haptonomy, yoga and music methods. Mental-mental techniques used in the management of labour pain; imagination, focusing and distraction. Respiratory techniques used in the management of labour pain are dick read and lamaze methods (Kömürcü ve ark., 2013; Erkek &Pasınlıoğlu, 2016; Karabulutlu, 2014).

Relaxation Techniques

Hypnosis

Hypnosis is a state of intense concentration and deep relaxation. In fact, it is similar to dreaming, daydreaming, watching a film, reading a book or meditating. The main difference that distinguishes hypnosis from these is that there are external or self-suggestions. The most important function of hypnosis is to narrow the state of consciousness by concentrating attention, to decrease awareness of external stimuli and to increase response to external suggestions (Karabulutlu, 2014). Hypnosis typically involves two people. When there is a hypnotist and a hypnotised person, hypnosis is called hetero-hypnosis (HH). However, self-hypnosis (SH) is defined as a single individual both assuming the roles and presenting them to himself/herself (Landolt & Milling, 2011). Hypnosis is a method accepted by the American Medical Association to reduce or eliminate pain and anxiety in labour. Hypnosis in labour is almost self-hypnosis, in other words, hypnotherapists teach women to put themselves into a state of hypnosis. Sometimes the woman's partner can be considered as a stimulus giver. It is an effective method for reducing labour pain and has advantages such as not requiring pharmacological agents and equipment and not having negative effects on the fetus and newborn compared to others (Ksycinski, Hartman-Ksycinska & Pszeniczna, 2010).

Hypnosis has been proven effective in reducing labor and labor pain. Hypnosis reduces the amount of analgesia used for labor pain. Hetero-hypnosis or self-hypnosis may be superior to standard

care and childbirth education classes in reducing pain. Hypnosis provides higher Apgar scores in newborns. There are also results that it is effective in shortening the first stage of labor and reduces fear and tension during birth (Dolto, 2004).

Biofeedback

It is a method in which physiological reactions of which the person is unaware are reflected back as visible and audible signals with the help of electrodes attached to the skin. Individuals can be taught how to reduce stress symptoms and physiological activity such as brain waves, heart function, respiration, muscle activity and skin temperature through biofeedback (Duchane, 1989; Mamuk & Davas, 2010). Information given about physiological changes such as cervical dilatation, contractions, and blood pressure during labor is requested back from the woman during pain. Biofeedback directs the woman's interest and attention to her body in a different direction, making labor pain less perceived (Guétin et al., 2018; Barragán Loayza, Solà & Juandó Prats, 2011).

The effectiveness of using biofeedback to reduce pain in women during labor has not been proven. Electromyographic biofeedback has some positive effects in the early stages of labor, but it does not reduce the need for additional pharmacological analgesia as labor progresses (Guétin et al., 2018).

Haptonomy (Touch of love)

The science of haptonomy, defined and developed by Frans Veldman as the combination of touch, emotional approval and voice, enables pregnant women and their partners to establish a close relationship with their babies just before birth. Haptonomy comes from the origin of haptein in Greek, meaning to touch and heal. During birth; It aims to establish an emotional bond between the parent and the fetus by being in contact with the fetus.

The fetus responds very clearly to parental stimuli, and this can cause many positive changes in discomfort during pregnancy, pain

and anxiety during and after birth (Karabulutlu, 2014; Amanak, Karaöz & Sevil, 2013).

Haptonomy sessions

Haptonomy aims to create an emotional bond between parents and their children. Haptonomy classes do not take place in groups, but only in close proximity with the father, mother and a person trained in haptonomy, usually a midwife. Haptonomy classes begin when the mother can feel the baby's movement at about four months of age. During a haptonomy session, the father is invited to communicate with the child by placing his hands on the mother's belly. The child is expected to respond by moving (Dolto, 2004).

It is important to predict the baby's behavior before birth towards the impulses stimulated by the parents. It has been stated that haptonomy is an important form of nonverbal expression in the relationship between parents and their unborn baby, and the effect of haptonomy on fetal health and parental satisfaction is very important (Ksycinski, Hartman-Ksycinska & Pszeniczna, 2010).

Yoga

Yoga is a mind-body practice that has been used since ancient times and dates back to India. It literally means “integration of body, mind and soul”. The aim of yoga is to create balance in the emotional, mental, physical and spiritual dimensions by using body mechanics, breathing techniques, mind control, meditation and contemplation practices (Erkek &Pasınlıoğlu, 2016; Doğan, 2018)

Benefits of yoga during birth:

- It strengthens the respiratory and circulatory system and abdominal muscles, so the pregnant woman can use contractions and respiratory muscles effectively during birth.
- It increases flexibility and rest ability to relieve the discomfort caused by pain. It ensures that birth is easy and fast.
- It relieves physical and mental tension. It reduces women's stress and anger, making them calmer, more controlled and more peaceful.

- It accelerates the mother's acceptance of the baby after birth (Erkek &Pasınlıoğlu, 2016)

Music

It has been known for centuries that music has therapeutic effects on the body and mind. In particular, the application of music in pain management has become popular in medicine over the last two decades. According to the gate control theory, the mechanism of music is that pain signals carried by smaller nerve fibers are blocked by the auditory stimulus of music. Music perceived by the right brain also stimulates the pituitary gland to secrete endorphins to reduce pain (Guétin et al., 2018). It is known that in Eastern culture, music in the Rehavi mode is effective between the afternoon and night hours and at dawn. This maqam, which especially helps with labor pain, can be useful in relieving pain by creating a feeling of peace and relaxation in women with the reed sound it contains, and can also be useful in the treatment of mental conditions (Yıldırım, 2003).

The study investigating the effect of musicotherapy applied to reduce pain and anxiety in women before or during birth was conducted with 62 women. After its use, musicotherapy was found to be very effective in reducing anxiety, while having little effect on reducing labor pain in women. Music therapy, a non-pharmacological method, has been reported to be an effective, simple and economical method to make it easier for women to cope with labor pain and reduce anxiety during birth (Avcıbey, 2009).

References

Akın B. Algılanan doğum ağrısı, doğum memnuniyeti ve neonatal sonuçlar üzerine doğum dansının etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ebelik Anabilim Dalı. Doktora Tezi, İzmir: Ege Üniversitesi, 2018.

Avcıbey VB. Gevşeme tekniklerinin travaydaki gebelerin anksiyete düzeyleri üzerine etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ebelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi. Adana; Çukurova Üniversitesi 2009.

Barragán Loayza IM, Solà I, Juandó Prats C. Biofeedback For Pain Management During Labour. Cochrane Database Syst Rev. 2011 Jun 15;(6):CD006168.

Berkiten Ergin A. Doğum Ağrısının Fizyolojisi. İçinde: Kömürcü N (editör). Doğum Ağrısı ve Yönetimi. 2. Baskı. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri, 2013: 23-24.

Can HO, Saruhan A. Evaluation of the effects of ice massage applied to large intestine 4 (hegu) on postpartum pain during the active phase of labor. Iran J Nurs Midwifery Res. 2015;20(1):129-38

Doğan MD. The effect of reiki on pain: a meta-analysis. complementary therapies in clinical practice, 2018; 31: 384-387.

duchane p. effects of biofeedback on childbirth pain. J Pain Symptom Manage. 1989 Sep;4(3):117-23.

Dutucu N. Sanal gerçeklik gözlüğünün kadının algıladığı doğum ağrısına etkisi. Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Ebelik Anabilim Dalı. Doktora Tezi, İstanbul: İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, 2019.

Dolto C. Haptonomic accompaniment of pregnancy in its preventive effects in case of maternal depression. Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence 2004, 52(5):311-319.

Guétin S,Brun L, Mériadec C, Camus E, Deniaud M, Thayer FJ, Koenig J, Wayne D,Williams P. A smartphone-based music intervention to reduce pain and anxiety in women before or during labor European Journal of Integrative Medicine 2018, 21:24–2625.

Huntley, L. A., Coon, J. T., Ernest, E., Am J Obstet Gynecol, 2004; 191: 36-44.

Edirne, S., Ağrı. 1. Baskı, İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, 2007: 30-106.

Erkek ZY, Pasınlıoğlu T. Doğum ağrısında kullanılan tamamlayıcı tedavi yöntemleri. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 2016; 19(1):71-77.

Ertem G, Sevil Ü. Doğum ağrısı ve hemşirelik yaklaşımı. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2005, 8: 117-123.

International Association for the Study of Pain: Pain Definitions IASP Taxonomy. (05/11/2024 date https://www.iasp-pain.org/Education/Content.aspx?ItemNumber=1698 Accessed]

İpek A. Doğum eyleminde alt sırt bölgesine uygulanan derisel terapi yöntemlerinin doğum ağrısı algısına ve doğumun süresine etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Doktora Tezi, Erzurum: Atatürk Üniversitesi, 2014.

Karabulutlu Ö. (2014). Doğum ağrısı kontrolünde kullanılan nonfarmakolojik yöntemler. Caucasian Journal Of Science, 2014; 1(1): 43-50.

Kömürcü N, Berkiten Ergin A, Çalışkan E, Buckley SJ, Çalık KY, Çoker H, Karabekir N. Doğum Ağrısının Kontrolünde Non-Farmakolojik Yöntemler.İçinde: Kömürcü N (editör). Doğum Ağrısı ve Yönetimi. 2. Baskı. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri, 2013: 76-78.

Ksycinski W Hartman-Ksycinska A, Pszeniczna E. Prenatal baby's behaviour with the use of haptonomic techniques and the relevant experiences and reactions of the parents. Early Human Development Volume 86, Supplement, November 2010,86(11) :S125.

Landolt AS, Milling LS. The efficacy of hypnosis as an intervention for labor and delivery pain: a comprehensive methodological review. Clin Psychol Rev. 2011;31(6):1022-31.

Leeman, L., Fontaine, P., King, V. et al. American Family Physician, 2003; 68 (6):1109-12.

Mamuk R, Davas Nİ. Doğum ağrısının kontrolünde kullanılan nonfarmakolojik gevşeme ve tensel uyarılma yöntemleri. Ş.E.E.A.H. Tıp Bülteni 2010:44;137-144.

Miller RD, Miller's Anesthesia, 6th edition, Elsevier Churchill Livingstone, Philadelphia, Pennsylvania. 2005: 2315.

Moralar, DG, Türkmen ÜA, Altan A. Doğum analjezisi. Ok Meydanı Tıp Dergisi, 2011; 27(1), 5-11.

Tournaire M, Theau-Yonneau A. Complementary and alternative approaches to pain relief during labor. Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine (eCAM), 2007,4: 409-417.

Unalmis Erdogan S, Yanikkerem E, Goker A. Effects of low back massage on perceived birth pain and satisfaction. Complement Ther Clin Pract. 2017 Aug;28:169-175.

Yıldırım G, Şahin NH. Doğum ağrısının kontrolünde hemşirelik yaklaşımı. C. Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi 2003, 7(1):14-20.

Yıllar Z. Doğum eyleminde bel ağrısının hafifletilmesinde intradermal steril su enjeksiyonu. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 2014;17:3

Zwelling, E., Johnson, K., American Journal of Maternal Child Nursing, 2006; 31(6): 364-370. 49

BÖLÜM IV

Doğum Sonrası Duygusal Değişimler: Annelik Hüznü ve Önleme Stratejileri

Yılda Arzu ABA

1. Giriş

Postpartum dönemde annelik hüznü (postpartum blues), doğumdan sonraki ilk haftalarda kadınlarda yaygın olarak görülen, geçici duygusal dalgalanma ve stres belirtilerinden oluşan bir durumdur. Çoğu zaman hafif seyirli ve kendiliğinden geçen bir süreç olmasına rağmen, daha ciddi psikiyatrik sorunlara, özellikle postpartum depresyona dönüşme riski taşır. Bu bölümde, annelik hüznünün prevalansı, etiyolojisi, klinik belirtileri, yönetimi ve önlenmesi üzerine güncel bilgiler sunulmaktadır. Ayrıca, annelik hüznünün kadınların psikososyal iyilik hali ve ebeveynlik becerileri üzerindeki etkileri ele alınarak, hemşirelik yaklaşımları ve müdahale stratejileri tartışılmaktadır.

1.Annelik Hüznü

Postpartum dönem, kadınların hem fizyolojik hem de psikososyal anlamda önemli değişimlere maruz kaldığı bir süreçtir. Bu dönemde hormonal değişiklikler, yaşam tarzı adaptasyonu ve annelik rolüne geçiş, birey üzerinde önemli stres kaynakları oluşturabilir. Annelik hüznü, doğum sonrası dönemde birçok kadında görülen bir duygusal hassasiyet durumudur. Dünya genelinde annelik hüznünün prevalansı %50-80 arasında değişmektedir ve bu durum genellikle doğumdan sonraki 3-5 gün içinde başlar, yaklaşık 10-14 gün içinde kendiliğinden düzelir (İvelik & Başar, 2023; Yavuz & Bilge, 2022).

Annelik hüznü, postpartum depresyon veya postpartum psikoz gibi daha ciddi ruhsal bozukluklardan farklıdır; ancak, doğru yönetilmediğinde bu bozukluklara zemin hazırlayabilir. Bu nedenle, annelik hüznünün etiyolojisinin, risk faktörlerinin ve etkilerinin anlaşılması, erken tanı ve müdahale açısından kritik öneme sahiptir (Sutter ve ark., 1997).

Annelik hüznü, doğumdan sonraki ilk birkaç gün içinde birçok anne tarafından yaşanan geçici bir ruhsal dalgalanmadır. Tam olarak tanımlanmış bir durum olmasa da belirtileri genellikle,

- Ağlama, depresif duygular, üzüntü ve sinirlilik
- İştahsızlık, uykusuzluk ve kararsızlık
- Bebeğin bakımı konusunda endişe şeklinde ifade edilir.

Annelik hüznünün nedenleri tam olarak bilinmemekle birlikte, hormonal değişiklikler, uyku eksikliği, stres ve yeni annelik rolüne adaptasyon zorluğu gibi faktörlerin rol oynadığı düşünülmektedir. Annelik hüznü genellikle 10-15 gün içinde kendiliğinden düzelen psikolojik bir durumdur (Yavuz, Bilge 2022; Baldy vd., 2023; Miller vd., 2017). Annelik hüznünün dünya çapındaki yaygınlık oranlarının büyük ölçüde değişiklik gösterdiği bilinmektedir. Bu durumun sebepleri,

- Yerleşik bir klinik tanımın ve tanı kriterlerinin yokluğu,
- Çalışma metodolojisindeki farklılıklar,
- Kültürel ve coğrafi bağlamlar şeklinde sıralanabilir.

1980-2019 yılları arasında yayınlanmış 26 çalışmada annelik hüznünün prevalans değerlerinin %13,7 ile %76 arasında değiştiği bildirilmiştir. Bu çalışmalarda tahmini genel prevalans değeri %39 olarak hesaplanmıştır (Rezaie-Keikhaie vd., Arbabisarjou, 2020; Tosto vd., 2023). Annelik hüznünün nedenleri arasında bir dizi faktörün rol oynadığı düşünülmektedir. Doğumdan sonra, östrojen ve progesteron hormonlarının seviyeleri hızla düşer. Bu durum, ruh halinde bozulmalara yol açabileceği gibi; Sezaryen doğum ve düşük doğum ağırlığı, annenin yaşı, uykusuzluk, stres, zayıf ailesel ve/veya evlilik bağlantılarının yanı sıra, önceden var olan ruhsal sorunlar, kişilik tipi, travmatik deneyimler ve zor yaşam koşulları da annelik hüznü riskini artıran faktörler arasında yer alabileceği tahmin edilmektedir (O'Hara, ve Wisner, 2014; Millerve vd., 2017; Doğan vd., 2014; Gerli, vd., 2021).

1.1. Annelik Hüznünün Prevalansı ve Risk Faktörleri

Annelik hüznü (baby blues), doğum sonrası kadınların %50-80'ini etkileyen oldukça yaygın bir durumdur (Beck, 2001). Ancak prevalans oranları kültürel, sosyoekonomik ve sağlık hizmetlerine erişim gibi faktörlere bağlı olarak değişiklik gösterebilir. Örneğin, Batı ülkelerinde yapılan araştırmalar, annelik hüznünün görülme oranını genellikle %50-60 arasında belirtirken (O'Hara & Wisner, 2014), düşük ve orta gelirli ülkelerde bu oran %80'e kadar çıkabilmektedir (World Health Organization [WHO], 2016). Kültürel farklılıklar, sosyal destek mekanizmalarının yapısı ve kadınların doğum sonrası dönemde aldıkları bakımın niteliği, bu farklılıkların temel nedenlerindendir.

1. Biyolojik Risk Faktörleri

Biyolojik faktörler, doğum sonrası hormonal değişikliklere ve fiziksel süreçlere dayanır. Doğum sonrası dönemde uykusuzluk ve biyolojik ritim bozuklukları, annenin duygu durumunu olumsuz etkileyebilir. Melatonin salgısındaki değişiklikler, bu süreci etkileyen bir diğer biyolojik mekanizmadır (Parry et al., 2000).

- **Hormonal Değişiklikler:** Östrojen ve progesteron düzeylerinin doğumdan hemen sonra ani düşüşü, beyindeki serotonin ve dopamin gibi nörotransmitterlerin dengesini etkileyerek duygusal dalgalanmalara yol açabilir (Beck, 2001). Bunun yanı sıra, oksitosin ve prolaktin gibi hormonların emzirme ile artışı da duygusal hassasiyeti artırabilir (Dennis & Dowswell, 2013).
- **Fiziksel Yorgunluk:** Doğumun fiziksel travmaları, doğum sonrası ağrı ve iyileşme süreci, annenin ruh sağlığını etkileyen önemli faktörlerdir (O'Hara & Wisner, 2014).
- **Uyku Eksikliği:** Yenidoğan bakımı nedeniyle annelerin uyku düzeninin bozulması, annelik hüznünün temel tetikleyicilerinden biridir (Yelland, Sutherland, & Brown, 2010).

2. Psikososyal Risk Faktörleri

Psikososyal faktörler, kadının duygusal dayanıklılığı ve sosyal destek sistemleriyle ilişkilidir.

- **Psikiyatrik Öykü:** Daha önce anksiyete veya depresyon geçirmiş kadınların postpartum dönemde annelik hüznü yaşama olasılığı daha yüksektir (O'Hara & Wisner, 2014). Özellikle prenatal dönemdeki stres, postpartum duygusal dalgalanmalara zemin hazırlayabilir.
- **Sosyal Destek Eksikliği:** Yakın çevreden, özellikle eş ve aileden alınan destek eksikliği, annelik hüznünün şiddetini

artırabilir (WHO, 2016). Örneğin, sosyal destek mekanizmalarının zayıf olduğu toplumlarda annelik hüznü oranlarının daha yüksek olduğu gözlenmiştir (Beck, 2001).

- **Annelik Rolüne Adaptasyon:** İlk kez anne olan kadınlar, annelik rolüne uyum sağlamakta zorlanabilir. Bu durum, beklentilerle gerçeklik arasındaki uyumsuzluk nedeniyle duygusal dalgalanmaları artırabilir (Dennis & Dowswell, 2013).

3. Çevresel Risk Faktörleri

Çevresel faktörler, annenin yaşadığı ortamın koşulları ve sosyoekonomik düzeyiyle ilişkilidir.

- **Sosyoekonomik Durum:** Ekonomik zorluklar, annelik hüznü riskini artıran önemli bir çevresel faktördür. Finansal stres, özellikle düşük gelirli ailelerde postpartum dönemde sıkça gözlenmektedir (Yelland et al., 2010).
- **Kültürel Faktörler:** Kültürel beklentiler, doğum sonrası annenin yükümlülüklerini artırabilir. Örneğin, geleneksel aile yapılarında kadınların üzerindeki bakım ve ev işi sorumlulukları, bu dönemde daha belirgin hale gelebilir (WHO, 2016).
- **Eş Desteği:** Eşin duygusal ve fiziksel desteğinin eksikliği, annelik hüznü riskini artıran önemli bir faktördür (Dennis & Dowswell, 2013).

4. Kültürel Farklılıklar

Kültürel farklılıklar, annelik hüznü deneyiminde belirleyici bir role sahiptir. Örneğin, Asya kültürlerinde, geniş aile desteği ve geleneksel bakım ritüelleri, annelik hüznü şiddetini azaltabilir (Beck, 2001). Ancak, Batı toplumlarında bireysel sorumluluğa vurgu yapıldığı için anneler, bu dönemde daha fazla yalnızlık ve izolasyon yaşayabilir (O'Hara & Wisner, 2014). Bu nedenle, kültürel bağlam,

annelik hüznü yönetiminde dikkate alınması gereken önemli bir unsurdur.

1.2. Annelik Hüznünün Etiyoloji ve Patofizyolojisi

Annelik hüznünün nedenleri tam olarak anlaşılmamış olmakla birlikte, biyolojik, psikolojik ve çevresel faktörlerin etkileşimli bir şekilde rol oynadığı düşünülmektedir. Bunu dışunda patofizyolojide rol oynayan mekanizmalar aşağıdaki şekilde sıralanmıştır;

1. **Nörotransmitter Düzenlemeleri:** Annelik hüznünün patofizyolojisinde serotonin, dopamin ve norepinefrin düzenlemelerindeki bozulmalar önemli bir rol oynar. Serotonin düşüklüğü, üzgünlük ve çaresizlik hissini artırabilirken, dopamin disfonksiyonu motivasyon kaybı ve enerji azlığı ile ilişkilidir (Moses-Kolko et al., 2008).
2. **HPA Ekseni Disfonksiyonu:** Hipotalamus-hipofiz-adrenal (HPA) eksenindeki aktivasyon, stres tepkisini düzenler. Doğum sonrası kortizol seviyelerindeki dalgalanmalar, annenin stresle başa çıkma becerisini etkileyebilir (Yim et al., 2009).
3. **Nöroinflamasyon:** Doğum sonrası dönemde artan nöroinflamasyon, beyindeki mikroglia aktivitesini etkileyebilir ve bu durum duygu durum dalgalanmalarına katkıda bulunabilir (Scrandis et al., 2008).

1.3. Annelik Hüznünün Ayırıcı Tanılaması

Annelik hüznü genellikle klinik gözlem ve öznel değerlendirme ile tanınır. Tanı koyarken, belirtilerin süresi ve şiddeti dikkate alınmalıdır. Belirtileri üzgünlük, huzursuzluk, çabuk ağlama ve yorgunluk gibi hafif duygu durumu değişikliklerini içerir. Ancak, bu belirtiler postpartum depresyon veya postpartum psikoz gibi daha ciddi bozukluklarla benzerlik gösterebilir. Bu nedenle, annelik hüznünün ayırıcı tanısında dikkatli bir değerlendirme gereklidir.

1.3.1. Annelik Hüznü Belirtileri ve Tanı Kriterleri

Annelik hüznü genellikle doğumdan sonraki ilk 3-5 gün içinde başlar ve 10-14 gün içinde kendiliğinden geçer. Belirtiler genellikle hafif ve dalgalı seyreder. Bunlar şu şekilde sıralanabilir:

- Üzgünlük ve çabuk ağlama
- Huzursuzluk ve irritabilite
- Yorgunluk ve uyku problemleri
- Anksiyete ve konsantrasyon zorluğu (Beck, 2001).

1.3.2. Postpartum Depresyon ile Farklar

Postpartum depresyon (PPD), annelik hüznünün belirtilerine ek olarak daha ciddi ve kalıcı semptomlar gösterir. PPD genellikle doğumdan sonraki ilk 4-6 hafta içinde ortaya çıkar ve müdahale edilmezse aylarca sürebilir. Annelik hüznü ile PPD arasındaki temel farklar şunlardır:

- **Süre:** Annelik hüznü kısa sürelidir, PPD ise daha uzun süreli ve kalıcıdır.
- **Şiddet:** PPD semptomları daha şiddetlidir ve fonksiyonel bozukluklara yol açabilir.
- **Kendi kendine geçme:** Annelik hüznü kendiliğinden geçer; PPD ise profesyonel müdahale gerektirir (Moses-Kolko et al., 2008).

1.3.3. Postpartum Psikoz ile Farklar

Postpartum psikoz, doğum sonrası ruhsal bozukluklar arasında en ciddi olanıdır. Nadiren görülür (%0.1-0.2) ancak acil müdahale gerektirir. Bu durum genellikle bipolar bozukluk veya şizofreni hikayesi olan bireylerde ortaya çıkar (Sit et al., 2006). Postpartum psikozun temel farkları şunlardır:

- **Psikotik semptomlar:** Halüsinasyonlar, hezeyanlar ve dezorganize düşünce yapısı.
- **Davranış bozuklukları:** Kendine veya bebeğine zarar verme riski.
- **Ani başlangıç:** Belirtiler genellikle doğumdan sonraki ilk iki hafta içinde aniden ortaya çıkar.

1.3.4. Ayırıcı Tanıda Kullanılan Yöntemler

1. **Klinik Görüşme** Annenin ruhsal durumunun detaylı bir şekilde değerlendirilmesi, belirtilerin süresi ve şiddeti hakkında bilgi sağlar. Edinburgh Postnatal Depresyon Ölçeği (EPDS) gibi tarama araçları bu süreci destekler (Cox et al., 1987).
2. **Laboratuvar Testleri** Tiroid disfonksiyonu veya anemi gibi fiziksel rahatsızlıklar, postpartum ruhsal bozukluklarla karıştırılabilir. Bu nedenle, biyokimyasal testler tanıyı destekleyebilir (Miller et al., 2009).
3. **Psikiyatrik Değerlendirme** Daha ciddi ruhsal bozuklukları dışlamak için profesyonel bir psikiyatrik değerlendirme gereklidir. Bu, özellikle postpartum psikoz ş\u00fphesinde önemlidir.

1.4. Annelik Hüznünün Yönetim ve Tedavi Yaklaşımları

Annelik hüznü genellikle kendi kendine düzelen bir durumdur, ancak destekleyici yaklaşımlar sürecin kolaylaştırılmasında önemlidir.

1. **Destekleyici Müdahaleler:**
    - **Aile ve Sosyal Destek:** Yakın çevreden gelen duygusal ve fiziksel destek, annelik hüznünün şiddetini azaltabilir.
    - **Eğitim:** Kadınlara ve ailelerine annelik hüznünün normal bir süreç olduğu konusunda bilgi verilmesi.

- **Uyku Düzenlemesi:** Anneye dinlenme ve uyku için zaman yaratılması.

2. **Profesyonel Müdahaleler:**
    - Psikolojik danışmanlık: Gerektiğinde bireysel veya grup terapileri.
    - İlaç tedavisi: Çok nadir durumlarda, şiddetli anksiyete belirtileri için hafif anksiyolitik ilaçlar düşünülebilir.

Annelik hüznü, diğer postpartum zihinsel rahatsızlıklardan farklı bulgularla ortaya çıkar. Semptomların genellikle doğumdan sonraki ilk birkaç gün veya hafta içinde birçok kadında ortaya çıkması ayrıca hafif ve geçici seyretmesinden dolayı Annelik hüznünde tedaviye her zaman ihtiyaç duyulmaz (Beihaghi vd., 2019; Tolentino ve Schmidt, 2018). Belirtilerin 2 haftadan daha uzun sürerse, bu durum genellikle postpartum depresyonun bir işareti olarak kabul edilir. Bu durumda, annenin bir sağlık profesyoneli ile görüşmesi ve gerekli tedaviye başlaması önemlidir. Annelik hüznü hafif ve geçici olsa da annelerde bebek ve kendine yönelik riskli düşünceler açısından dikkatli bir değerlendirme yapılmalıdır. Yeterince uyumak annelerin iyileşmesi için çok önemlidir. Aile ve yakınlardan gelen destek bu konuda yardımcı olabilir. Uykusuzluk devam ederse bilişsel terapi ve/veya ilaç tedavisi önerilebilir (Balaram ve Marwaha, 2023; Ntaouti, vd., 2020).

1.5. Annelik Hüznünün Önlenmesi: Stratejiler ve Yaklaşımlar

Annelik hüznünün önlenmesi, risk faktörlerinin azaltılmasına yönelik bir dizi strateji içerir:

1. **Eğitim ve Farkındalık:** Annelik hüznünü önlemek için annenin ve aile bireylerinin bu durum hakkında bilgilendirilmesi kritik bir öneme sahiptir. Özellikle, doğum öncesi eğitim programları ile annenin yaşayabileceği ruhsal

değişimler ve bu durumlarla başa çıkma stratejileri konusunda bilgilendirilmesi gerekir (Beck, 2001).

2. **Sosyal Destek:** Sosyal destek, annelik hüznünü önlemede çok etkili bir faktördür. Aile, arkadaşlar ve topluluk desteği, annenin duygusal ihtiyaçlarını karşılayabilir. Destekleyici bir çevre oluşturulması, annenin stres seviyesini azaltarak ruhsal sağlığını korur (Terry & Mayocchi, 1996).
3. **Uyku Düzeni ve Fiziksel Sağlık:** Doğum sonrası dönemde uykusuzluk, annelik hüznünü tetikleyen önemli bir faktördür. Annenin uyku ihtiyacını karşılaması ve fiziksel sağlığını koruyacak önlemlerin alınması, duygu durumunun stabilitesini destekler (Parry et al., 2000).
4. **Psikososyal Müdahaleler:** Profesyonel destek, annelik hüznü belirtilerini önlemek için etkili olabilir. Grup terapileri, bireysel psikoterapi ve stres yönetimi programları, annelerin duygu durumunu iyileştirmek için önerilmektedir (Dennis, 2003).
5. **Hormonal ve Farmakolojik Yaklaşımlar:** Hormonal dalgalanmaları dengelemeye yönelik tedaviler, bazı durumlarda annelik hüznünü önlemek için kullanılabilir. Ancak, farmakolojik tedaviye ancak klinik değerlendirme sonrası karar verilmelidir (Bloch et al., 2003).
6. **Kendi Kendine Bakım ve Gevşeme Teknikleri:** Meditasyon, yoga ve nefes alma egzersizleri gibi gevşeme teknikleri, annenin stres seviyesini düşürerek ruhsal sağlığını destekler. Annenin kendi içsel kaynaklarını kullanarak başa çıkma stratejileri geliştirmesi teşvik edilmelidir (Logsdon et al., 2006).

2.2. Annelik Hüznünde Hemşirelik Yaklaşımları

Postpartum erken dönemde hem olumlu duygular hem de ani ruh hali değişiklikleri göz ardı edilmemelidir. Çoğu ruh sağlığı bozukluğunda duygudurum semptomlarının ilk gözlemcileri olan hemşirelerin bu dönemi dikkatle değerlendirmesi gerekmektedir

(Pop vd., 2015). Postpartum dönemde annelerin kaygılarını ve endişelerini gidermek, yeterlilik duygularını artırmak ve annelik rolüne uyum sağlamalarına yardımcı olmak için hemşireler önemli bir rol oynar. Bu kapsamda hemşirelerin yapması gereken; eğitim, rehberlik ve danışmanlık hizmetleri, bu dönemdeki sorunlarla başa çıkmalarında büyük önem taşır (Yüksekol vd., 2014; Downs vd., 2008).

Hemşirelik disiplini, annelerin bu dönemde yaşadıkları psikososyal sorunlarla başa çıkmalarında kritik bir rol oynar. Destekleyici yaklaşımlar, annenin ruhsal sağlığının korunması ve bebeğiyle bağlanması açısından çok önemlidir (Beck, 2001).

Hemşirelik Yaklaşımları

1. **Erken Tanı ve Değerlendirme:** Hemşireler, annelik hüznü belirtilerini erken fark edebilmek için postpartum dönemde düzenli izlem yapmalıdır. Edinburgh Postnatal Depresyon Ölçeği (EPDS) gibi standart tarama araçlarını kullanarak annelerin ruhsal durumunu değerlendirmek, önemli bir adımdır (Cox et al., 1987).
2. **Bireyselleştirilmiş Bakım:** Hemşireler, annenin fiziksel, duygusal ve sosyal ihtiyaçlarını bireysel olarak değerlendirmelidir. Kendi kendine bakım yönetiminde annenin rolü vurgulanarak yetkilendirme sağlanabilir (Beck, 2001).
3. **Psikososyal Destek:** Hemşireler, annenin sosyal destek kaynaklarının etkinliğini değerlendirmeli ve gerektiğinde aile bireylerini destek mekanizmalarına dahil etmelidir. Destekleyici bir aile ve çevre, annenin iyilik haline büyük katkı sağlar (Terry & Mayocchi, 1996).
4. **Doğum Sonrası Eğitim ve Danışmanlık:** Hemşireler, doğumdan sonraki dönemde annenin karşılaşabileceği ruhsal değişimler konusunda bilgilendirme yapmalıdır. Eğitim, annenin belirtileri tanıması ve gerektiğinde profesyonel

yardım alması için farkındalığını artırır (Dennis & Hodnett, 2007).

5. **Etkili İletişim Teknikleri:** Empatik bir yaklaşım ve aktif dinleme, annenin duygularını ifade etmesine yardımcı olur. Bu, annenin kendini anlaşılmış ve desteklenmiş hissetmesini sağlar (Logsdon et al., 2006).
6. **Grup Destek Programları:** Hemşireler, anneler için destek grupları organize ederek, bu grupların sosyal etkileşim ve dayanışma ortamı sağlamasına katkıda bulunabilir. Araştırmalar, bu grupların annelerin duygu durumunu iyileştirdiğini göstermektedir (Dennis, 2003).
7. **Kriz Yönetimi:** Hemşireler, annelik hüznünün daha ciddi boyutlara ulaşması durumunda uygun profesyonel yardım mekanizmalarını harekete geçirebilir. Multidisipliner yaklaşımların koordine edilmesi, tedavi ve destek sürecini iyileştirir (Moses-Kolko et al., 2008).

Sonuç

Postpartum dönemde annelik hüznü, kadınların büyük bir kısmını etkileyen yaygın ancak geçici bir durumdur. Hormonal, psikososyal ve çevresel faktörlerin etkileşimiyle ortaya çıkan bu durum, erken fark edildiğinde basit müdahalelerle yönetilebilir. Annelik hüznünün etkili bir şekilde ele alınması, daha ciddi postpartum ruhsal bozuklukların önlenmesine katkı sağlar. Sağlık profesyonelleri, annelik hüznünün tanınmasında, eğitiminde ve yönetiminde kilit bir role sahiptir. Gelecekte yapılacak araştırmalar, annelik hüznünün daha iyi anlaşılmasını ve önlenmesini sağlayacak önemli bilgiler sunabilir. Erken tanı ve müdahale, postpartum dönemde annelerin ruhsal sağlığını koruma açısından kritik öneme sahiptir. Gelecekte yapılacak araştırmalar, bu mekanizmaların daha iyi anlaşılması ve hedefe yönelik tedavi stratejilerinin geliştirilmesine olanak tanıyacaktır.

Kaynakça

Beck, C. T. (2001). Predictors of postpartum depression: An update. *Nursing Research, 50*(5), 275-285. https://doi.org/10.1097/00006199-200109000-00004

Bloch, M., Daly, R. C., & Rubinow, D. R. (2003). Endocrine factors in the etiology of postpartum depression. *Comprehensive Psychiatry, 44*(3), 234-246.

Cambaz Ulaş, S., Köken, S., & Tayhan, E. (2016). Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Ebe ve Hemşirelerin Annelik Hüznüne Yönelik Sorumlulukları ve Önlem Alabilme Güçleri. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 19*(3), 210-216.

Cox, J. L., Holden, J. M., & Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression: Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *The British Journal of Psychiatry, 150*(6), 782-786.

Dennis, C. L. (2003). Peer support within a health care context: A concept analysis. *International Journal of Nursing Studies, 40*(3), 321-332.

Dennis, C. L., & Dowswell, T. (2013). Psychosocial and psychological interventions for preventing postpartum depression. *The Cochrane Database of Systematic Reviews, 2013*(2), CD001134. https://doi.org/10.1002/14651858.CD001134.pub3

Dennis, C. L., & Hodnett, E. (2007). Psychosocial and psychological interventions for treating postpartum depression: A

systematic review. *Cochrane Database of Systematic Reviews, 4*, CD006116.

Doğan Yüksekol, Ö., Arguvanlı, S., & Başer, M. (2014). Annelik Hüznü ve Hemşirelik. *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi, 2*(1), 56-61.

Ercan, E. S., & Kütük, M. Ö. (2023). Annelik Hüznü, Gebelik ve Lohusalık Depresyonu. In E. S. Ercan et al. (Eds.), *0-6 Yaş Dönem Çocuğu Ruhsal Gelişimi ve Ruh Sağlığı* (pp. 39-45). Akademisyen Kitabevi.

Gerli, S., Fraternale, F., Lucarini, E., Chiaraluce, S., Tortorella, A., & Bini, V. (2021). Obstetric and psychosocial risk factors associated with maternity blues. *Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine, 34*(8), 1227-1232.

Guintivano, J., Arad, M., Gould, T. D., Payne, J. L., & Kaminsky, Z. A. (2013). Antenatal prediction of postpartum depression with blood DNA methylation biomarkers. *Molecular Psychiatry, 19*(5), 560-567.

Henshaw, C., Foreman, D., & Cox, J. (2004). Postnatal blues: A risk factor for postnatal depression. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology, 25*(3-4), 267-272.

İvelik, D., & Başar, F. (2023). Annelik Hüznü ve Hemşirelik Yaklaşımı. In S. Güngör & D. Atik (Eds.), *Hemşirelik ve Ebelik Alanında Gelişmeler* (pp. 239-254). Platanus Publishing.

Logsdon, M. C., Wisner, K. L., & Pinto-Foltz, M. D. (2006). The impact of postpartum depression on mothering. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing, 35*(5), 652-658.

Luciano, M., Sampogna, G., Del Vecchio, V., Giallonardo, V., Perris, F., & Carfagno, M. (2021). The transition from maternity blues to full-blown perinatal depression: Results from a longitudinal study. *Frontiers in Psychiatry, 12*, 1-9.

Miller, L. J., & LaRusso, E. M. (2009). Preventing postpartum depression. *Psychiatric Clinics, 31*(3), 517-534.

Moses-Kolko, E. L., Wisner, K. L., Price, J. C., Berga, S. L., & Drevets, W. C. (2008). Postpartum depression: The neurobiological basis for treatment. *Current Psychiatry Reviews, 4*(1), 1-8.

O'Hara, M. W., & McCabe, J. E. (2013). Postpartum depression: Current status and future directions. *Annual Review of Clinical Psychology, 9*, 379-407.

O'Hara, M. W., & Wisner, K. L. (2014). Perinatal mental illness: Definition, description, and aetiology. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology, 28*(1), 3–12. https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2013.09.002

Özdilek, R., Dinçel, Y., & Aksoy, S. D. (2023). Annelik Hüznü Ölçeği'nin Türkçe Geçerlilik ve Güvenilirliği. *Sakarya Üniversitesi Holistik Sağlık Dergisi, 6*(1), 90-105.

Parry, B. L., Meliska, C. J., Martinez, L. F., Lopez, A. M., & Sorenson, D. L. (2000). Sleep, rhythms, and mood during pregnancy and the postpartum period. *Sleep Medicine Clinics, 15*(3), 1-10.

Scrandis, D. A., Langenberg, P., Tonelli, L. H., Sheikh, T. M., & Manogura, A. C. (2008). Postpartum depression and

inflammation: The link between stress and the HPA axis. *Journal of Psychiatric Research, 42*(6), 477-484.

Sit, D. K., Rothschild, A. J., & Wisner, K. L. (2006). A review of postpartum psychosis. *Journal of Women's Health, 15*(4), 352-368.

Sutter, A. L., Leroy, V., Dallay, D., Verdoux, H., & Bourgeois, M. (1997). Post-partum blues and mild depressive symptomatology at days three and five after delivery: A French cross-sectional study. *Journal of Affective Disorders, 44*(1), 1-4.

Terry, D. J., & Mayocchi, L. (1996). The role of stress, social support, and coping strategies in predicting postpartum depressive symptoms. *Journal of Anxiety, Stress & Coping, 9*(1), 103-113.

World Health Organization (WHO). (2016). Maternal mental health. Retrieved from https://www.who.int/mental_health/maternal-child/maternal_mental_health/en/

Yavuz, M. Y., & Bilge, Ç. (2022). Annelik Hüznünden Postpartum Depresyon ve Psikoza. *Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 5*(1), 1-10.

Yelland, J., Sutherland, G., & Brown, S. J. (2010). Postpartum anxiety, depression and social health: Findings from a population-based survey of Australian women. *BMC Public Health, 10*(1), 771. https://doi.org/10.1186/1471-2458-10-771

Yim, I. S., Tanner Stapleton, L. R., Guardino, C. M., Hahn-Holbrook, J., & Dunkel Schetter, C. (2009). Biological and psychosocial predictors of postpartum depression: Systematic

review and call for integration. *Annual Review of Clinical Psychology, 5*, 151-180.

BÖLÜM V

Yoga Exercise For Menopausal Women

Ebru YILDIRIM

Introduction

Menopause is one of the life stages of women in the climacteric period (1). According to the World Health Organization (WHO) definition, menopause is defined as the termination of menstruation as a result of loss of ovarian activity. Decrease in the quality and quantity of ovarian follicles, decrease in estradiol level and consequent increase in follicle stimulating hormone (FSH) cause imbalances in the menstrual cycle (2).The average age of menopause is known to be 45-50 years and varies according to countries (3). Women who spend 1/3 of their lives in the menopause period are affected for a long time by the changes seen during menopause. Physical, emotional and hormonal changes are observed during menopause. Physiological changes include cardiovascular, vasomotor control imbalance, urogenital atrophy, musculoskeletal/joint dysfunction and osteoporosis, psychological

changes include depression, cognitive changes and decreased sleep quality (4). Menopausal symptoms appear as early and late symptoms. In the literature, early menopausal symptoms include hot flashes, psychological problems, night sweats, urinary-sexual problems and cancer, while late symptoms include cardiovascular diseases, osteoporosis and changes in the urogenital system, and psychological disturbing symptoms include depression, cognitive changes and decreased sleep quality (5-10).In addition to these symptoms, cognitive function and quality of life decrease due to neurological aging (8,9).

Menopause and Yoga

The decrease in estrogen with the loss of ovarian activity is reported to be the main cause of menopausal symptoms (10). To alleviate menopausal symptoms in women and

Various treatments ranging from traditional medicines to complementary and alternative medicine have been developed to improve quality of life (11). The conventional therapeutic approach to menopause management increases the risk of breast cancer, cardiovascular diseases, stroke and venous thromboembolism (12). For vasomotor symptoms and genitourinary syndrome of menopause, hormone therapy for menopause is reported to be the most effective treatment (13). Although there are medical treatment methods with drugs in the treatment of menopausal symptoms, alternative treatment methods other than drugs are also recommended. Since hormone replacement therapy also has risks, women have been found to turn to complementary and alternative treatment methods (14). Women prefer treatment methods that are

compatible with their cultural structure, as well as acupuncture, yoga, relaxation movements, manipulation techniques, meditation, exercise, homeopathy or traditional Chinese medicines, natural estrogen sources, diet, vitamin and mineral support (15). Alternative treatment methods are more preferred by women (16-19). Studies have shown that physical exercise during menopause reduces vasomotor symptoms such as hot flashes, hot flushes and night sweats, depression, loss of muscle mass, sexual dysfunctions and increases quality of life (19). Regular physical activity has been reported to help manage and alleviate the uncomfortable symptoms of menopause (20). Exercise is a non-pharmacologic, safe and accessible method that can be used in the management of menopausal symptoms (21). One of the exercises that can be practiced in the menopausal period is yoga. Yoga, which aims to bring health to the physical, mental and emotional dimensions of human beings, is an ancient Indian philosophical system (18). Yoga is defined as a body-mind based practice that combines breathing, meditation and body postures (22). Yoga has physiological, psychological and biochemical benefits. Benefits of yoga; improvement of poster disorders, reduction of pain, regulation of sleep, increased immunity, regulation of the autonomic nervous system, increased cardiovascular efficiency, increased cardiovascular efficiency, decreased blood pressure and pulse, regulation of the respiratory system, as well as regulation of the endocrine, excretory, gastrointestinal system, The positive health-protective and health-promoting effects on lipids and glucose are reported to include mental well-being, increased confidence, increased social cohesion, decreased anxiety and depression,

decreased insomnia, increased sleep quality, decreased vasomotor symptoms and decreased osteoporosis symptoms (23-27). In studies examining the effects of yoga in the menopausal period; In the experimental study conducted by Joshi et al (2011), it was reported that vasomotor, psychological and urogenital symptoms of the yoga group decreased (28). Cramer et al (2012) reported that there was moderate evidence for the effects of yoga on psychological symptoms and no evidence for other symptoms (29). In another study by Nyugen et al. it was reported that yoga significantly improved physical quality of life (30). When other studies on symptoms during menopause were examined; it was found that yoga was effective in reducing sleep problems, hot flashes and psychological emotional problems (31-41).When we look at the study examining the effect of yoga on heart rate variability in early post-menopausal women; it was found that yoga significantly improved heart rate and had the potential to reduce the risk of cardiovascular disease in menopausal women (42). In another study, it was found that yoga applied for 12 weeks to women aged 45-65 years during menopause reduced menopausal symptoms, stress levels and depression and prevented the increase in cortisone levels (43).

Conclusion

Yoga is recommended as an alternative method to reduce symptoms and improve quality of life in menopausal women**.**

KAYNAKÇA

NICE. Menopause: diagnosis and manage- ment NICE guideline. Published November 12, 2015. Last updated December 05, 2019. [Link]

C.S. Atwood, S.V. Meethal, T. Liu, *et al.* Dysregulation of the hypothalamic-pituitary-gonadal axis with menopause and andropause promotes neurodegenerative senescenceJ Neuropathol Exp Neurol, 64 (2005), pp. 93-103

Melby MK, Lock M, Kaufert P. Culture and symptom reporting at menopause. Hum Re- prod Update. 2005;11(5):495-512. [Crossref] [PubMed]

Holloway D. An overview of the menopause: assessment and management. Nurs Stand. 2011;25(30):47-57. [Crossref] [PubMed]

K.J. Buhling, B.V. Daniels, F.S. Studnit, C. Eulenburg, A.O. Mueck The use of complementary and alternative medicine by women transitioning through menopause in Germany: results of a survey of women aged 45–60 years Complement Ther Med, 22 (2014), pp. 94-98

Bawar S, Sadaf F, Rahim R, Faiz NR. Com- parison of vasomotor symptoms in post- menopausal women with different socio-economic status. Gomal Journal of Med- ical Sciences. 2013;11(2):195-98.

Tümer A, Kartal A. [The relation between women's attitudes towards menopause and their menopausal complaints]. Pamukkale Tıp Dergisi. 2018;11(3):337-46. [Crossref]

Yanikkerem E, Koltan SO, Tamay AG, Dikayak S. Relationship between women's at- titude towards menopause and quality of life. Climacteric. 2012;15(6):552-62. [Crossref] [PubMed]

Ghazanfarpour M, Kaviani M, Abdolahian S, Bonakchi H, Khadijeh MN, Naghavi M, et all. The relationship between women's attitude towards menopause and menopausal symp- toms among postmenopausal women. Gy- necol Endocrinol. 2015;31(11):860-5. [Crossref] [PubMed]

Bacon, J.L. (2017). The menopausal transition. Obstet Gynecol Clin., 44(2):285-296.

Nelson, H.D., Haney, E. Humphrey, L., Miller, J., Nedrow, A., Nicolaidis, C., Vesco, K., Walker, M., Bougatsos, C., Nygren, P. (2005). Management of menopause-related symptoms: Summary. In AHRQ Evidence Report Summaries; Agency for Healthcare Research and Quality: Rockville, MD, USA,; Volume 120.

Ertem G. [To determine the life quality of women in climacterium period]. Journal of Human Sciences. 2010;7(1):469-83.

North American Menopause Society (NAMS) (2011). The role of soy isoflavones in menopausal health: report of the North American Menopause Society/Wulf H. Utian Translational Science Symposium in Chicago. Menopause, 18, 732-753İlkin ve ark.Menopozal Kadınlarda Egzersizin Fizyolojik Etkileri: Bir Sistematik Derleme.2020

.Kang HJ, Ansbacher R, Hammoud MM. Use of alternati- ve and complemen-tary medicine in menopause. Internatio- nal Journal

of Gynecology&Obstetrics 2002;79(3):195-207. http://dx.doi.org/10.1016/S0020-7292(02)00297-7.

16. Rossouw JE, Anderson GL, Prentice RL, LaCroix AZ, Kooperberg C, Stefanick ML, et al. Risks and benefits of estrogen plus prog- estin in healthy postmenopausal women: prin- cipal results from the women's health initiative randomized controlled trial. JAMA. 2002;288(3):321-33. [PubMed]

17.Ma J, Drieling R, Stafford RS. US women de- sire greater professional guidance on hor- mone and alternative therapies for menopause symptom management. Menopause. 2006;13(3):506-16. [Crossref] [PubMed]

18. Johnson A, Roberts L, Elkins G. Complemen- tary and alternative medicine for menopause. J Evid Based Integr Med. 2019;24: 2515690X19829380. [Crossref] [PubMed] [PMC]

19. KupfererEM,DormireSL,BeckerH.Comple- mentary and Alternative Medicine Use for Vasomotor Symptoms Among Women Who Have Discontinued Hormone Therapy. Journal of Obstetric, Gynecologic and Neona- tal Nursing. 2009;38:50-9. [Crossref] [PubMed]

20.Skrzypulec, V., Dąbrowska, J., Drosdzol, A. (2010). The influence of physical activity level on climacteric symptoms menopausal women. Climacteric, 13(4), 355-61.

21.M.L. Gharote., (2002) Hathapradipika of Svatmarama: with 10 Chapters .Lonavla Yoga Institute, Lonavla (2002)

22.Wren, A.A., Wright, M.A., Carson, J.W., & Keefe, F.J. (2011). Yoga for persistent pain: New findings and directions for an ancient practice. Pain, 152(3), 477–480

23.Woodyard, C. Exploring the therapeutic effects of yoga and its ability to increase quality of life. International Journal of Yoga 2011;4(2):49-54.yarar

24.R.F. Afonso, H. Hachul, E.H. Kozasa, *et al.*Yoga decreases insomnia in post-menopausal women: a randomized clinical TrialMenopause, 19 (2012), pp. 186-193

25. K.M. Chen, M.H. Chen, H.C. Chao, H.M. Hung, H.S. Lin, C.H. LiSleep quality, depression state, and health status of older adults after silver yoga exercises: cluster randomized trial. Int J Nurs Stud, 46 (2009), pp. 154-163

26. K.M. Newton, S.D. Reed, K.A. Guthrie, *et al.*Efficacy of yoga for vasomotor symptoms: a randomized controlled trial Menopause, 21 (2014), pp. 339-346

27.L.M. Fishman Yoga for osteoporosis: a pilot study Top Geriatr Rehabil, 25 (2009), pp. 244-250 Complementary Therapies in Medicine Volume 26, June 2016, Pages 128-135

28. Joshi S, et al. Effect of yoga on menopausal symptoms. Menopause International 2011;17(3), 78–81

29.Cramer H, et al. Effectiveness of Yoga for Menopausal Symptoms: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. Evıdence-Based Complementary and Alternative Medicine 2012; ID 863905, 11

30.Nguyen TM, et al. Exercise and Quality of Life in Women with Menopausal Symptoms: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trial. Int. J. Environ. Res. Public Health 2020, 17, 704

31. Newton KM, et al. Efficacy of yoga for vasomotor symptoms: a randomized controlled trial. Menopause 2014; 21(4), 339–346

32. Avis NE, et al. Pilot study of integral yoga formenopausal hot flashes. Menopoz 2014 Ağustos; 21 (8): 846-54

33. Jones SMW, et al. A yoga & exercise randomized controlled trial for vasomotor symptoms: Effects on heart rate variability, Complementary Therapies in Medicine 2016; 66–71

34.Shepherd-BaniganM,etal. Improvingvasomotorsymptoms; psychological symptoms; and health related quality of life in peri- or post-menopausal women through yoga: An umbrella systematic review and meta-analysis. Complementary Therapies in Medicine 2017;34:156–164

35. Avis NE, et al. A pooled analysis of three studies of nonpharmacological interventions for menopausal hot flashes. Menopause: The Journal of The North American Menopause Society. 2019; 26(4): 350-356

36. Afonso RF, et al. Yoga decreases insomnia in postmenopausal women: A randomized clinical trial. Menopause: The Journal of The North American Menopause Society 2012; (2): 186-193

37. Buchanan, et al. Effects of Yoga and Aerobic Exercise on Actigraphic Sleep Parameters in Menopausal Women with Hot Flashes. Journal of Clinical Sleep Medicine 2017;13(1):11-18

38. Xi L, Liu L, Yuan R. Effect of The Informatıon Support Method Combıned Wıth Yoga Exercıse on The Depressıon, Anxıety, And Sleep Qualıty of Menopausal Women, Psychiatria Danubina 2020; 32(3-4):380-388

39. Wei-Li Wang, et al. The effect of yoga on sleep quality and insomnia in women with sleep problems: asystematic review and meta-analysis. BMC Psychiatry 2020; 20:195

40. Gün Ç, Demirci N. Menopozda bitkisel tedavi kullanımı. Arşiv Kaynak Tarama Dergisi 2015; 24(4): 520-530.

41. Jorge MP, et al. Hatha Yoga practice decreases menopause symptoms and improves quality of life: A randomized controlled trial. Complementary Therapies in Medicine 2016; 26:128-35.

42. Praveena, S.M., Asha, G., Sunita, M., Anju, J., Ratna, B. (2018). Yoga, Erken Postmenopozal Kadınlarda Kardiyovasküler Koruma Sağlar. Int J Yoga, 11(1), 37-43.

43.Jorge ve ark.Hatha Yoga practice decreases menopause symptoms and improves quality of life: A randomized controlled trial.2016

BIDGE