



ATATURK  
UNIVERSITY  
PUBLICATIONS

# Journal of Midwifery *and* Health Sciences

## Ebelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi

*Official journal of Atatürk University Faculty of Health Sciences*

Volume 5 • Issue 3 • December 2022



EISSN 2687-2110  
[midwifery-ataunipress.org](http://midwifery-ataunipress.org)

# Journal of Midwifery and Health Sciences

Ebelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi

## Editor

**Serap EJDER APAY**

Department of Midwifery, Atatürk University, Faculty of Health Sciences, Erzurum, Turkey

## Associate Editors

**Ayla KANBUR**

Department of Midwifery, Atatürk University, Faculty of Health Sciences, Erzurum, Turkey

**Hava ÖZKAN**

Department of Midwifery, Atatürk University, Faculty of Health Sciences, Erzurum, Turkey

## Editorial Board

**Ayla ERGİN**

Department of Midwifery, Kocaeli University, Faculty of Health Sciences, Kocaeli, Turkey

**Aytül HADIMLI**

Department of Midwifery, Ege University, Faculty of Health Sciences, İzmir, Turkey

**Emine Serap SARICAN**

Department of Midwifery, Ağrı İbrahim Çeçen University, Faculty of Health Sciences, Ağrı, Turkey

**Grazyna BAÇZEK**

Department of Gynecological and Obstetric Didactics, Medical University of Warsaw, Faculty of Health Sciences, Warsaw, Poland

**Hülya TÜRKMEN**

Department of Midwifery, Balıkesir Üniversitesi, Balıkesir School of Health, Balıkesir, Turkey

**İlknur Münevver GÖNENÇ**

Department of Midwifery, Ankara University, Faculty of Nursing, Ankara, Turkey

**Joeri VERMEULEN**

Vrije Universiteit Brussel (VUB), Brussels, Belgium

**Małgorzata NAGÓRSKA**

Institute of Medical Sciences, Rzeszow University, Medical College, Rzeszow, Poland

**Markéta MORAVCOVÁ**

University of Pardubice, Faculty of Health Studies, Pardubice, Czechia;

**Özgür ALPARSLAN**

Department of Midwifery, Gaziosman Paşa University, Faculty of Health Sciences, Tokat, Turkey



### Founder

İbrahim KARA

### General Manager

Ali ŞAHİN

### Publishing Directors

İrem SOYSAL  
Gökhan ÇİMEN

### Editor

Bahar ALBAYRAK

### Publications Coordinators

Arzu ARI  
Deniz KAYA  
Irmak BERBEROĞLU  
Alara ERGİN  
Hira Gizem FIDAN  
Vuslat TAŞ  
İrem ÖZMEN

### Web Coordinators

Sinem Fehime KOZ  
Doğan Oruç

### Finance Coordinator

Elif Yıldız ÇELİK

### Contact

Publisher: Atatürk University  
Address: Atatürk University, Yakutiye,  
Erzurum, Turkey

Publishing Service: AVES  
Address: Büyükdere Cad., 105/9 34394 Şişli,  
İstanbul, Turkey  
Phone: +90 212 217 17 00  
E-mail: info@avesyayincilik.com  
Webpage: www.avesyayincilik.com

# Journal of Midwifery and Health Sciences

Ebelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi

## Sarah CHURCH

Institute of Health and Social Care, London South Bank University, School of Nursing & Midwifery, London, UK

## Serap ÖZTÜRK

Department of Midwifery, 19 Mayıs University, Faculty of Health Sciences, Samsun, Turkey

## Sevil HAKIMI

Tabriz University of Medical Sciences, Faculty of Nursing and Midwifery, Tabriz, Iran

## Tuđçe SÖNMEZ

Department of Midwifery, Tarsus University, Faculty of Health Sciences, Mersin, Turkey

## Yasemin AYDIN KARTAL

Department of Midwifery, University of Health Sciences, Hamidiye Faculty of Health Sciences, İstanbul, Turkey

## Secretary

## Elif Yađmur GÜR

Department of Midwifery, Eskişehir Osmangazi University, Faculty of Health Sciences, Erzurum, Turkey

## Editorial Staff

## Elif ERDOĞAN

Department of Midwifery, Atatürk University, Faculty of Health Sciences, Erzurum, Turkey

## Gamze CEYLAN

Department of Midwifery, Atatürk University, Faculty of Health Sciences, Erzurum, Turkey

## Esra SAYAR

Department of Midwifery, Atatürk University, Faculty of Health Sciences, Erzurum, Turkey

## Tuđçenur YILMAZ

Department of Child Development, Atatürk University, Faculty of Health Sciences, Erzurum, Turkey

## Zehra Demet ÜST TAŞĐIN

Department of Midwifery, Atatürk University, Faculty of Health Sciences, Erzurum, Turkey

## Zeynep Sena DERDİYOK

Department of Child Development, Atatürk University, Faculty of Health Sciences, Erzurum, Turkey

## Statistics Editor

## Senem GÖNENÇ

Department of Statistics, Atatürk University, Faculty of Science, Erzurum, Turkey

## Language Editors

## Yeliz BİBER VANGÖLÜ

Department of English Language and Literature, Atatürk University, Faculty of Letters, Erzurum, Turkey

## Mehmet ÜNAL

Department of Foreign Languages, Atatürk University, School of Foreign Languages, Erzurum, Turkey

# Journal of Midwifery and Health Sciences

Ebelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi

## AIMS AND SCOPE

Journal of Midwifery and Health Sciences is a scientific, open access periodical published in accordance with independent, unbiased, and double-blinded peer-review principles. The journal is the official online-only publication of Atatürk University Faculty of Health Sciences, and it is published triannually in April, August and December. The publication language of the journal is Turkish and English.

The aim of the journal is to publish original research papers of the highest scientific and clinical value in the field of midwifery and health sciences. Journal of Midwifery and Health Sciences also publishes reviews, rare case report and letters to the editors.

The target audience of the journal includes midwives, nurses, academicians, clinical researchers, medical/health professionals, students, nursing professionals and related professional and academic bodies and institutions.

Journal of Midwifery and Health Sciences is currently indexed in DOAJ and China National Knowledge Infrastructure (CNKI).

The editorial and publication processes of the journal are shaped in accordance with the guidelines of the International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), World Association of Medical Editors (WAME), Council of Science Editors (CSE), Committee on Publication Ethics (COPE), European Association of Science Editors (EASE), and National Information Standards Organization (NISO). The journal is in conformity with the Principles of Transparency and Best Practice in Scholarly Publishing (doaj.org/bestpractice).

All expenses of the journal are covered by the Atatürk University Faculty of Health Sciences. Processing and publication are free of charge with the journal. No fees are requested from the authors at any point throughout the evaluation and publication process. All manuscripts must be submitted via the online submission system, which is available at <https://midwifery-ataunipress.org/EN>. The journal guidelines, technical information, and the required forms are available on the journal's web page.

### Disclaimer

Statements or opinions expressed in the manuscripts published in the journal reflect the views of the author(s) and not the opinions of the Atatürk University Faculty of Health Sciences, editors, editorial board, and/or publisher; the editors, editorial board, and publisher disclaim any responsibility or liability for such materials.

### Open Access Statement

Journal of Midwifery and Health Sciences is an open access publication, and the journal's publication model is based on Budapest Open Access Initiative (BOAI) declaration. Journal's archive is available online, free of charge at <https://midwifery-ataunipress.org/EN>. Authors retain the copyright of their published work in the Journal of Midwifery and Health Sciences. The journal's content is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial (CC BY-NC) 4.0 International License which permits third parties to share and adapt the content for non-commercial purposes by giving the appropriate credit to the original work.

From January 2022 onwards, content is licensed under a Creative Commons CC BY-NC 4.0 license. The journal's back content was published under a traditional copyright license however the archive is available for free access.

You can find the current version of the Instructions to Authors at <https://midwifery-ataunipress.org/>

**Editor-in-Chief:** Serap EJDER APAY

**Address:** Atatürk University Faculty of Health Sciences, Erzurum, Turkey

**E-mail:** [sejder@atauni.edu.tr](mailto:sejder@atauni.edu.tr)

**Publisher:** Atatürk University

**Address:** Atatürk University, Yakutiye, Erzurum, Turkey

**Publishing Service:** AVES

**Address:** Büyükdere Cad., 105/9 34394 Şişli, İstanbul, Turkey

**Phone:** +90 212 217 17 00

**E-mail:** [info@avesyayincilik.com](mailto:info@avesyayincilik.com)

**Webpage:** [www.avesyayincilik.com](http://www.avesyayincilik.com)

# Journal of Midwifery and Health Sciences

Ebelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi

## CONTENTS

### RESEARCH ARTICLES

- 93 Quality of Life of Pregnant Women: Acceptance of Pregnancy and Its Relationship with Some Factors  
*Figen ALP YILMAZ*
- 99 Human Leukocyte Antigen Allele and Haplotype Frequency Distribution in Chronic Kidney Failure Patients Applying for Bone Marrow and Kidney Transplantation in the Eastern Anatolia Region  
*Mustafa GÜZELEL, Hasan DOĞAN*
- 106 Midwifery Students' First Vaginal Examination Experiences: A Qualitative Study  
*Şükran ŞANLI, Vildan KULAÇ, Yasemin HAMLACI BAŞKAYA*
- 114 The Correlation Between Distress in Pregnancy and Complaints and Quality of Life During Pregnancy  
*Sevinç KÖSE TUNCER, Papatya KARAKURT, Necla KASIMOĞLU*

### REVIEWS

- 122 Integration of Hypnobreastfeeding Philosophy into Breastfeeding Education and Counseling  
*Merlinda ALUŞ TOKAT, Gözde GÖKÇE İSBİR*
- 131 A Critical Review: Traditional Practices Surrounding Postpartum Period Impact on Breastfeeding in Turkey and the UK  
*Güldane Damla KAYA*
- 139 Acknowledgement of Reviewers

# Gebelerin Yaşam Kalitesi: Gebeliğin Kabulü ve Bazı Faktörlerle İlişkisi

## Quality of Life of Pregnant Women: Acceptance of Pregnancy and Its Relationship with Some Factors

Figen ALP YILMAZ 

Alanya Alaaddin Keykubat  
Üniversitesi, Sağlık Bilimleri  
Fakültesi, Hemşirelik Bölümü,  
Antalya, Türkiye



### ÖZ

**Amaç:** Bu çalışma gebelerin yaşam kalitesinin gebeliğin kabulü ve bazı faktörlerle olan ilişkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır

**Yöntemler:** Tanımlayıcı-kesitsel tipte olan araştırmanın verileri Ocak-Aralık 2021'de İç Anadolu Bölgesinde bir üniversite hastanesinde kadın doğum kliniği-polikliniğine başvuran 407 gebe ile görüşülerek toplandı. Verilerin toplanmasında, "Kişisel Bilgi Formu," "Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu" ve "Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği" kullanıldı. Araştırmada verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistikler, varyans analizi (ANOVA), student-t testi ve pearson korelasyon analizleri kullanıldı.

**Bulgular:** Gebelerin yaşam kalitesi ölçeği alt boyutlarının puan ortalamaları sırasıyla 11,26, 12,61, 12,46, 12,70 olarak belirlenmiştir. Gebeliğin kabulü alt boyutunun puan ortalaması ise 43,25 olarak saptanmıştır. Eğitim durumunun, gelir durumunun, trimesterin ve gebelik sayısının yaşam kalitesinin alt boyutlarını etkileyen faktörler olduğu bulunmuştur. Gebeliğin kabulü ve yaşam kalitesi arasında pozitif yönlü ilişki olduğu belirlenmiştir.

**Sonuç:** Araştırmaya katılan gebelerin yaşam kalitesinin bazı sosyo demografik ve obstetrik faktörler tarafından etkilendiği ve gebeliğin kabulü ve yaşam kalitesi arasında pozitif yönlü ilişki olduğu belirlenmiştir. Ebe ve hemşireler tarafından gebelerin yaşam kalitesinin artırılması için danışmanlık verilmesi önerilir.

**Anahtar Kelimeler:** Gebeliğin kabulü, yaşam kalitesi, gebelik

### ABSTRACT

**Objective:** This study was conducted to determine the relationship between the quality of life of pregnant women and the acceptance of pregnancy and some factors.

**Methods:** The data of the descriptive cross-sectional study were collected by interviewing 407 pregnant women who applied to the obstetrics clinic-outpatient clinic in a university hospital in the Central Anatolia Region between January and December 2021. "Personal Information Form," "World Health Organization Short Form of Quality of Life Scale," and "Prenatal Self-assessment Scale" were used to collect data. In the study, descriptive statistics, analysis of variance, Student's t test, and Pearson correlation analyses were used to evaluate the data ( $p < .05$ ).

**Results:** The mean scores of the sub-dimensions of the pregnant women's quality of life scale were determined as 11.26, 12.61, 12.46, and 12.70, respectively. The mean score of the acceptance of pregnancy sub-dimension was determined as 43.25. It has been determined that educational status, income status, trimester, and number of pregnancies are factors affecting the sub-dimensions of quality of life. It has been determined that there is a positive relationship between acceptance of pregnancy and quality of life.

**Conclusion:** It was determined that the quality of life of the pregnant women participating in the study was affected by some socio-demographic and obstetric factors, and there was a positive relationship between acceptance of pregnancy and quality of life. It is recommended that midwife and nurses provide counseling to increase the quality of life of pregnant women.

**Keywords:** Acceptance of pregnancy, life quality, pregnancy

Geliş Tarihi/Received: 03.06.2022

Kabul Tarihi/Accepted: 08.09.2022

Yayın Tarihi/Publication Date: 30.12.2022

Sorumlu Yazar/Corresponding Author:

Figen ALP YILMAZ

E-mail: efigenden@gmail.com

Cite this article as: Yılmaz, F. A. (2022). Quality of life of pregnant women: Acceptance of pregnancy and its relationship with some factors. *Journal of Midwifery and Health Sciences*, 5(3), 93-98.



Content of this journal is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License

## Giriş

Gebelik, gelişen fetüsün ihtiyaçlarını karşılamak, homeostazisi korumak, doğum ve doğum sonu döneme uyum göstermek için önemli psikolojik, fizyolojik ve duygusal değişimlerin olduğu geçiş dönemidir (Calou et al., 2014). Bu değişikliklere uyum sağlamak bireyden bireye farklılık gösterebilir (Kazemi et al., 2017; Mogos et al., 2013). Anne adayının çeşitli nedenlerle gebelik sürecinde görülen bu değişikliklere yeterli uyum sağlayamaması gebelik döneminde kadının yaşam kalitesini azaltabilmektedir (Calou et al., 2014). Gebelikte yaşam kalitesinin azalması, düşük doğum ağırlıklı fetüsün doğmasına ve gebelikte daha fazla kilo artışına sebep olmaktadır (Bai et al., 2018). Literatürde gebelikte yaşam kalitesinin düşmesinin yaşam memnuniyetini azalttığı belirtilmektedir (Abujilban et al., 2017).

Gebelikte yaşam kalitesinin sosyo ekonomik durum, eğitim durumu, antenatal bakım alma ve gebeliğin kabulü gibi faktörlerden etkilendiği bildirilmektedir (Khajehpour et al., 2013). Gebeliğin kabulü kadının algılarını, duygularını, bu döneme uyum sağlamasını ve değişimlerle baş etme yeteneğini açısından oldukça önemli bir kavramdır. Gebeliğin kabulü ve annelik rolünü kazanmada güçlük yaşayan anne, gebelikte yaşadığı sorunlarla ilgili olarak gebeliğe ve bebeğe karşı olumsuz tutum geliştirebilmektedir (Çoşkuner et al., 2017) Bu durumda gebenin yaşam kalitesini etkileyebilmektedir.

Gebelikte yaşam kalitesi değerlendirmek ve ilişkili faktörleri belirlemek hemşirelerin/ebelerin önemli sorumluluklarındandır. Literatürde gebelerin yaşam kalitesini inceleyen çalışmaların olduğu görülmektedir (Bai et al., 2018; Calou et al., 2014; Kazemi et al., 2017). Fakat gebeliğin kabulü ve yaşam kalitesi arasında ilişkiyi inceleyen herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Gebelikte yaşam kalitesi ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi bütüncül sağlık bakımı verilmesinde oldukça önem taşımaktadır. Hemşireler/ebeler eğitim, danışmanlık, rehberlik, psikososyal bakım gibi rollerini kullanarak gebelik dönemindeki kadınların yaşam kalitelerini arttırabilecek konumdadırlar. Bu anlamda literatüre önemli katkı sağlaması beklenen bu çalışmada, gebelerin yaşam kalitesi düzeyleri ve yaşam kalitesini etkileyen faktörleri belirlemek amaçlanmaktadır.

## Yöntemler

**Araştırmanın Türü:** Bu araştırma tanımlayıcı-kesitsel tipte bir çalışmadır.

**Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman:** Bu çalışma, Ocak-Aralık 2021 tarihleri arasında Türkiye'nin bir bölgesinde bir üniversite hastanesinin kadın doğum polikliniğinde yapılmıştır.

**Araştırmanın Evren ve Örnekleme:** Çalışmanın evrenini araştırma kriterlerine uyan ve örneklem büyüklüğü evrenin bilindiği durumlarda kullanılan örneklem büyüklüğünü hesaplama formülünde %95 güven aralığı ve %5 hata payı ile örneklem sayısı ile minimum 387 olarak hesaplanmış veri kaybı olabileceği düşünülecek daha çok kişiye ulaşılmış ve araştırma 407 kişi ile tamamlanmıştır. Çalışmaya dahil edilme kriterleri; (a) 18 yaşından büyük olmak, (b) kendisinde ve bebekte herhangi bir risk olmaması (c) gebe olmak ve (d) çalışmaya katılmaya istekli olmadır.

**Veri Toplama Araçları:** Araştırma verileri kişisel bilgi formu Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği Gebeliğin Kabulü Alt boyutu, Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği – Kısa Formu ile toplanmıştır.

**Kişisel Bilgi Formu :** Bu soru formunda gebelerin sosyo-demografik ve obstetrik öykülerine ilişkin sorular yer almaktadır.

**Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu (WHOQOL-BREF-TR):** Dünya Sağlık Örgütü tarafından geliştirilmiş ve 4 alt boyuttan oluşan WHOQOL- BREF-TR 100'ün kısa formudur.26 maddeden oluşan ve 5'li derecelendirme tipine sahip bu ölçek "1= Hiç Memnun Değilim, 5= Çok Memnunum" şeklinde hazırlanmıştır. Alınan yüksek puan, yüksek yaşam kalitesine işaret etmektedir. Türkçe uyarlaması Eser ve arkadaşları tarafından gerçekleştirilmiştir. Ölçeğin Cronbach's alfa iç tutarlılık katsayıları; bedensel alanda 0,83, ruhsal alanda 0,66, sosyal alanda 0,53 ve çevre alanında 0,73 bulunmuştur (Eser et al., 1999). Bu çalışmada fiziksel alan için Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısı 0,395, psikolojik alan için 0,720, sosyal ilişkiler için 0,540, çevre alanında 0,810 olarak belirlenmiştir.

**Prenatal kendini değerlendirme ölçeği (PKDÖ):** Bu ölçek Lederman tarafından gebelikte kadınların anneliğe uyumunu belirlemek amacıyla 1979 yılında geliştirilmiştir. Türkiye uyarlamasını 2008 yılında Beydağ ve Mete yapmıştır. Bu çalışmada, PKDÖ'nin 14 madde içeren 'Gebeliğin Kabulü' alt boyutundan yararlanılmıştır. Gebelik kabulü alt ölçeğinde en fazla 56; en az 14 puan alınabilmektedir. Yüksek puanlar gebeliğe uyumun düşük olduğunu gösterir (Beydağ & Mete, 2008). Ölçeğin Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısı 0,80 belirlenmiştir. Bu çalışmada gebeliğin kabulü için Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısı 0,940 olarak tespit edildi.

**Verilerin Değerlendirilmesi:** Verilerin değerlendirilmesinde SPSS 22.0 paket programı kullanılmıştır. Verilerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov Smirnov testi ile değerlendirilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde ikili gruplarda independent t testi, üçlü gruplarda karşılaştırılmasında One Way Anova testi ile analiz edilmiştir. Üçlü gruplarda farklılığın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemede varyanslar homojen olduğu için Tukey test sonuçlarına bakılmıştır. Ölçekler arasındaki ilişkinin değerlendirilmesinde Spearman korelasyon analizi kullanılmıştır.

**Araştırmanın Etik Yönü:** Araştırmanın uygulanabilmesi için Bozok Üniversitesi'nin Sosyal Bilimler Etik Kurulundan onay alınmıştır. (Sayı no: 95799348-050.01.04-E.29928). Çalışmaya katılan gebelere çalışma hakkında bilgi verilmiştir. Bilgilendirilmiş gönüllü olur formu imzalatılmıştır. Çalışma Helsinki deklarasyonuna uygun olarak yürütülmüştür.

**Araştırmanın Sınırlılıkları:** Çalışmanın yalnızca bir bölgedeki bir üniversite hastanesinde yürütülmesi, öz bildirim yönteminin kullanılması bu araştırmanın sınırlılığını oluşturmaktadır.

## Bulgular

Çalışmamıza katılan gebelerin %51'inin 26-30 yaş aralığında olduğu ve %36,6'sının ortaokul mezunu olduğu belirlenmiştir. Gebelerin %89,7'sinin çekirdek ailede olduğu ve %80,8'sinin ilde yaşadığı saptanmıştır. Gebelerin %49,6'sının 1.gebeliği olduğu ve %71'inin gebeliğin planlı olduğunu ifade edilmiştir (Tablo 1).

Çalışmaya katılan gebelerin yaşam kalitesi ölçeği alt boyutlarının puan ortalamalarına bakıldığında fiziksel alan alt boyutunun 11,26 ± 1,37, sosyal ilişkiler alt boyutunun 12,61 ± 2,20 psikolojik alan alt boyutunun 12,46 ± 1,81 ve çevre alt boyutunun 12,70 ± 1,41 olduğu belirlenmiştir. Gebeliğin kabulü alt boyutunun puan ortalaması ise 43,25 ± 9,90 olarak saptanmıştır (Tablo 2).

Gebelerin bazı değişkenlere göre yaşam kalitesinin alt boyutlarının dağılımı Tablo 3'te verilmektedir. Gebelerin eğitim durumunun, gelir durumunun, bulunduğu trimesterin, ve gebelik



**Tablo 1.**  
Gebelerin bazı özelliklerinin dağılımı (n = 407)

| Değişkenler                             | n (%)     |
|---|-----------|
| <b>Yaş</b>                              |           |
| 25 yaş ve altı                          | 150(36,9) |
| 26-30 yaş                               | 208(51,1) |
| 31 yaş ve üstü                          | 49(12,0)  |
| <b>Eğitim Durumu</b>                    |           |
| İlkokul                                 | 52(12,8)  |
| Ortaokul                                | 149(36,6) |
| Lise                                    | 67(16,5)  |
| Üniversite                              | 139(34,2) |
| <b>Gelir Durumu</b>                     |           |
| Kötü                                    | 95(23,3)  |
| Orta                                    | 138(33,9) |
| İyi                                     | 174(42,8) |
| <b>Evlilik süresi</b>                   |           |
| 1-5 yıl arası                           | 242(59,5) |
| 6 yıl ve üstü                           | 165(40,5) |
| <b>Aile tipi</b>                        |           |
| Çekirdek Aile                           | 365(89,7) |
| Geniş aile                              | 42(10,3)  |
| <b>En çok yaşanılan yer</b>             |           |
| Kasaba /köy                             | 25(6,1)   |
| İlçe                                    | 53(13,0)  |
| İl                                      | 329(80,8) |
| <b>Trimester</b>                        |           |
| I.trimester                             | 129(31,7) |
| II. trimester                           | 150(36,9) |
| III trimester                           | 128(31,4) |
| <b>Gebelik sayısı</b>                   |           |
| 1. Gebelik                              | 202(49,6) |
| 2. Gebelik                              | 129(31,7) |
| 3. Gebelik ve üstü                      | 76(18,7)  |
| <b>Gebeliğin planlı olma durumu</b>     |           |
| Evet                                    | 289(71,0) |
| Hayır                                   | 118(29,0) |
| <b>Gebelikte eş desteği olma durumu</b> |           |
| Evet                                    | 55(13,5)  |
| Hayır                                   | 352(86,5) |

**Tablo 2.**  
Gebelerin yaşam kalitesi alt boyutları ve gebeliğin kabulü puan ortalamalarının dağılımı

| Değişkenler      | Ort ± SD     | Min-max     |
|------------------|--------------|-------------|
| Fiziksel alan    | 11,26 ± 1,37 | 8-16        |
| Sosyal ilişkiler | 12,61 ± 2,20 | 4-17,33     |
| Psikolojik alan  | 12,46 ± 1,81 | 8-16,67     |
| Çevre            | 12,70 ± 1,41 | 8,44 -15,56 |
| Gebeliğin kabulü | 43,25 ± 9,90 | 14-56       |

**Tablo 3.**  
Gebelerin yaşam kalitesi alt boyutlarının bazı değişkenlere göre karşılaştırılması (n=407)

| Değişken Fiziksel alan Ort ± SS         | Psikolojik alan Ort ± SS | Sosyal ilişkiler Ort±SS | Çevre Ort ± SS      |
|---|--------------------------|-------------------------|---------------------|
| <b>Yaş</b>                              |                          |                         |                     |
| 25 yaş ve altı 11,32 ± 1,36             | 12,43 ± 1,88             | 12,05 ± 2,14            | 12,69 ± 1,43        |
| 26-30 yaş 11,29 ± 1,37                  | 12,58 ± 1,77             | 12,82 ± 2,19            | 12,83 ± 1,38        |
| 31 yaş ve üstü 10,96 ± 1,44             | 12,08 ± 1,76             | 12,02 ± 2,38            | 12,17 ± 1,38        |
| <b>p</b> ,255                           | ,266                     | ,056                    | ,013                |
| <b>Eğitim Durumu</b>                    |                          |                         |                     |
| İlkokul 10,69 ± 1,39                    | 11,35 ± 1,62             | 10,76 ± 2,19            | 11,34 ± 1,27        |
| Ortaokul 11,16 ± 1,37                   | 12,36 ± 1,72             | 12,43 ± 2,12            | 12,55 ± 1,39        |
| Lise 11,30 ± 1,19                       | 12,65 ± 1,98             | 12,79 ± 1,87            | 12,91 ± 1,24        |
| Üniversite 11,57 ± 1,38                 | 12,90 ± 1,72             | 13,41 ± 2,01            | 13,26 ± 1,18        |
| <b>p</b> < ,001 <sup>a</sup>            | < ,001 <sup>a</sup>      | < ,001 <sup>a</sup>     | < ,001 <sup>a</sup> |
| <b>Gelir durumu</b>                     |                          |                         |                     |
| Kötü 12,51 ± 2,01                       | 12,18 ± 2,23             | 12,18 ± 2,23            | 12,44 ± 1,51        |
| Orta 12,59 ± 1,83                       | 12,64 ± 2,19             | 12,64 ± 2,19            | 12,76 ± 1,40        |
| İyi 12,34 ± 1,68                        | 13,13 ± 2,08             | 13,13 ± 2,08            | 12,98 ± 1,22        |
| <b>p</b> ,468 <sup>a</sup>              | < ,001 <sup>a</sup>      | < ,001 <sup>a</sup>     | < ,001 <sup>a</sup> |
| <b>Evlilik süresi</b>                   |                          |                         |                     |
| 1-5 yıl arası 11,41 ± 1,30              | 12,69 ± 1,85             | 12,92 ± 2,07            | 13,00 ± 1,31        |
| 6 yıl ve üstü 11,05 ± 1,44              | 12,14 ± 1,71             | 12,15 ± 2,32            | 12,25 ± 1,44        |
| <b>p</b> ,078 <sup>b</sup>              | ,109 <sup>b</sup>        | ,422 <sup>b</sup>       | ,264 <sup>b</sup>   |
| <b>Aile tipi</b>                        |                          |                         |                     |
| Çekirdek Aile 11,36 ± 1,34              | 12,59 ± 1,77             | 12,79 ± 2,14            | 12,85 ± 1,34        |
| Geniş aile 10,36 ± 1,32                 | 11,34 ± 1,81             | 11,04 ± 2,10            | 11,40 ± 1,35        |
| <b>p</b> ,680 <sup>b</sup>              | ,521 <sup>b</sup>        | ,510 <sup>b</sup>       | ,839 <sup>b</sup>   |
| <b>Trimester</b>                        |                          |                         |                     |
| I.trimester 10,40 ± 1,16                | 11,19 ± 1,27             | 11,32 ± 1,87            | 11,84 ± 1,25        |
| II. trimester 12,03 ± 1,03              | 13,64 ± 1,31             | 13,79 ± 1,82            | 13,35 ± 1,19        |
| III trimester 11,22 ± 1,40              | 12,36 ± 1,89             | 12,52 ± 2,18            | 12,79 ± 1,3         |
| <b>p</b> < ,001 <sup>a</sup>            | < ,001 <sup>a</sup>      | < ,001 <sup>a</sup>     | < ,001 <sup>a</sup> |
| <b>Gebelik sayısı</b>                   |                          |                         |                     |
| 1.Gebelik 11,54 ± 1,15                  | 12,96 ± 1,78             | 13,22 ± 2,03            | 13,22 ± 1,28        |
| 2.Gebelik 11,19 ± 1,55                  | 12,22 ± 1,73             | 12,60 ± 2,06            | 12,47 ± 1,24        |
| 3.Gebelik üstü 10,64 ± 1,39             | 11,56 ± 1,62             | 10,89 ± 2,06            | 11,70 ± 1,40        |
| <b>p</b> < ,001 <sup>a</sup>            | < ,001 <sup>a</sup>      | < ,001 <sup>a</sup>     | < ,001 <sup>a</sup> |
| <b>Gebeliğin planlı olma durumu</b>     |                          |                         |                     |
| Evet 11,39 ± 1,39                       | 12,70 ± 1,76             | 12,91 ± 2,08            | 12,91 ± 1,31        |
| Hayır 10,94 ± 1,28                      | 11,88 ± 1,82             | 11,87 ± 2,33            | 12,17 ± 1,50        |
| <b>p</b> ,260 <sup>b</sup>              | ,990 <sup>b</sup>        | ,731 <sup>b</sup>       | ,158 <sup>b</sup>   |
| <b>Gebelikte eş desteği olma durumu</b> |                          |                         |                     |
| Evet 10,57 ± 1,39                       | 11,23 ± 1,45             | 10,54 ± 2,16            | 11,35 ± 1,47        |
| Hayır 11,37 ± 1,34                      | 12,66 ± 1,79             | 12,93 ± 2,03            | 12,91 ± 1,28        |
| <b>p</b> ,744 <sup>b</sup>              | ,011 <sup>b</sup>        | ,875 <sup>b</sup>       | ,243 <sup>b</sup>   |

SS: standard sapma ,<sup>a</sup>:ANOVA, <sup>b</sup>:t test



**Tablo 4.**  
Gebelerin yaşam kalitesi alt boyutları ve gebeliğin kabulü puan ortalaması arasındaki korelasyon

| Değişkenler Fiziksel alan      | Psikolojik alan | Sosyal ilişkiler | Çevre |
|--------------------------------|-----------------|------------------|-------|
| Gebeliğin kabulü <i>r</i> ,567 | ,692            | ,617             | ,623  |
| <i>p</i> ,000                  | ,000            | ,000             | ,000  |

sayısının yaşam kalitesinin alt boyutlarını etkileyen faktörler olduğu belirlenmiştir. Üniversite mezunu olanların, gelir durumu iyi olanların, ikinci trimesterde olanların ve birinci gebeliği olan kadınların yaşam kalitesi ölçeğinin alt boyutlarının puan ortalamasının diğerlerine göre yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 3).

Tablo 4 ebelerin yaşam kalitesi ölçeğinin alt boyutları ve gebeliğin kabulü arasında pozitif yönlü güçlü istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır.

## Tartışma

Bu çalışma gebelerin yaşam kalitesi ve etkileyen faktörlerin incelenmesiyle literatürde bu konudaki boşluğu doldurabilecek sonuçlara ulaşması açısından önemli ve dikkate değerdir. Çalışmamız üç trimesterde 407 gebenin yaşam kalitesinin fiziksel, zihinsel, sosyal ve çevresel açıdan değerlendirilmesi açısından büyük önem taşımaktadır. Bu çalışma sonucunda elde edilecek bulgular gebelerin yaşam kalitesini artırmada farklı müdahalelerin geliştirilmesine olanak sağlayabilir.

Çalışmamızda yaşam kalitesi ölçeğinin puan ortalamaları değerlendirildiğinde en yüksek alt boyut olduğu çevre boyutu olduğu görülmektedir. Gülseren ve ark. 2019'da yaptıkları çalışmada fiziksel, zihinsel, sosyal ve çevresel alanlar 13,8, 14,5; 14,6 ve 14,8 olduğu ve çevre boyutunun en yüksek alt boyut olduğu görülmektedir. Altıparmak ve ark 2006'da yaptıkları çalışmada da, fiziksel, mental, gebenin sosyal ve çevresel alan puan ortalamalarının 12,9, 13,9, 14,7 ve 13,4 idi. Çalışma sonuçları değerlendirildiğinde bizim çalışma sonuçlarına benzer sonuçlar olduğu görülmektedir. Bu çalışmada çevre alt boyutunun puan ortalamasının yüksek olmasında Türk kültüründe gebelik çok önemlidir. Gebelere çok fazla değer verilmekte ve çok fazla çevre düzenlemesi yapılmaktadır. Gebelerin çevre alt boyutunun yüksek olmasında bu durumun etkili olduğu düşünülmektedir.

Bu çalışmada da eğitim seviyesinin yükselmesinin yaşam kalitesini olumlu yönde etkileyen bir değişken olarak belirlenmiştir. Literatürde bu bulguyu destekleyen çalışmaların olduğu görülmektedir (Altıparmak et al., 2006; Çalikoğlu et al., 2018). Eğitim seviyesi yükseldikçe, gebelik dönemi ve sağlıktan beklentiler hakkında farkındalık artacak, problemlerle daha kolay baş edebilecekler, bu durum da yaşam kalitesinin artmasına sebep olabileceği düşünülmektedir.

Gebelerde yaşam kalitesini etkileyen bir diğer sosyo ekonomik değişkende gelir durumu olduğu belirlenmiştir. Ramirez-Velez (2011) düşük gelir düzeyinin gebelerin yaşam kalitesinin düşmesinde önemli bir faktör olduğunu bulmuştur. Bai ve arkadaşları 2018'de düşük gelir düzeyinin yaşam kalitesinin zihinsel alanını olumsuz etkileyebileceğini ifade etmektedir. Ayrıca Abbaszadeh ve ark. 2009'da gebelerin gelir düzeyinin yaşam kalitesini etkileyen bir değişken olduğu belirlemişlerdir. Ülkemizde gebelerle yapılan bir çalışmada, düzenli bir geliri olmayan gebelerin ruh sağlığı ve sosyal işlev yaşam kalitesi puanlarında fark bulunmuştur (Kara et al., 2012).

Bu çalışmada gebelerin bulunduğu trimesterin yaşam kalitesini etkileyen önemli bir değişken olduğu ve ikinci trimesterde olan gebelerin yaşam kalitelerinin diğer trimestere göre yüksek olduğu belirlenmiştir. Bizim bulgumuzun aksine Mazúchová ve ark. 2018'de birinci trimesterde yaşam kalitesinin üçüncü trimestere göre daha yüksek, ikinci trimesterde ise en düşük olduğunu bulmuşlar ancak trimesterler arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bu konuda yapılan diğer çalışmalarda gebelerin üçüncü trimesterde en düşük yaşam kalitesi puanına sahip olduğu belirlenmiştir (Fatemeh et al., 2010; Vacshova et al., 2013). Yaşam kalitesindeki trimesterlerdeki farklılığın gebelik ile ilgili semptomlar ve rahatsızlığa bağlıdır. Birinci trimesterde gebeler bulantı kusmayı yoğun yaşanırken, (Balıkova et al., 2014; Fatemeh et al., 2013) üçüncü trimesterde üriner inkontinans (Kök et al., 2016) yaşanmaktadır.

Bu çalışmada birinci gebeliği olan kadınların yaşam kaliteleri puan ortalamalarının diğerlerine göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Gebelik ve doğum sayısı artıkça yaşam kalitesi negatif etkilenebilir. Bu konuda yapılan bir çalışmada bir gebeliği olan kadınların yaşam kalitelerinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Çalikoğlu et al., 2018). Kadınlar ilk gebeliklerinde daha heyecanlı olabilirler, sonraki gebeliklerinde sorumluluk duygusunun artması ve diğer çocuklara vakit ayırma zorunluluğu yaşam kalitelerinin negatif etkilenmesine sebep olabilir. Ek olarak gebelik ve doğum sayısının artması annenin tükenmesine ve çeşitli sağlık problemlerinin oluşmasına sebep olabilir. Chank ve ark. 2014'de yapmış olduğu çalışmada olumsuz sağlık durumunun ve gebelik sayısının artmasının yaşam kalitesinin düşmesine sebep olan faktörler olduğu belirlenmiştir.

Bu çalışmada gebeliğin kabulü orta düzeyde olduğu belirlenmiştir. Türkiye'de bu konuda yapılan çalışmaların büyük çoğunluğunda gebeliğin kabulünün orta düzeyde olduğu belirlenmiştir (Çoşkuner et al., 2017; Karabulutlu et al., 2016; Şat et al., 2018). Çalışma bulgumuz ve literatür bulguları ile uyumlu şekilde gebelerin gebeliğin kabulünün genellikle orta düzeyde olduğunu göstermektedir. Çalışmada, gebelik kabulünün artıkça yaşam kalitesinin olumlu yönde arttığı belirlenmiş olup, her ikisi de birbirlerini pozitif yönde etkilediği bulunmuştur. Ayrıca literatürde gebeliğin kabulünün yaşam kalitesine etkisini inceleyen herhangi bir çalışmaya ulaşamamıştır. Bu çalışmanın bulguları gebelerin yaşam kalitesini etkileyen belirlemek açısından önemli olup, ileride yapılacak araştırmalara ışık tutacağı söylenebilir.

## Sonuç ve Öneriler

Çalışmamızda gebelikte yaşam kalitesinin etkilendiği ve bazı sosyo-demografik ve obstetrik özelliklerin yaşam kalitesini etkilediği belirlenmiştir. Bu çalışmada yer alan gebelerin gebelik kabul düzeylerinin orta düzeyde olduğu ve yaşam kalitesi gebeliğin kabulü arasında pozitif yönlü ilişki olduğu saptanmıştır. Gebelik döneminde yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin belirlenmesine yönelik aynı kadınların farklı trimesterde görüşlerini belirlemek için kalitatif çalışmaların yapılması önerilebilir. Ebe hemşireler tarafından gebelerin yaşam kalitesinin artırılması için doğum öncesi dönemde eğitimler verilebilir.

**Etik Komite Onayı:** Bu çalışma için etik komite onayı Bozok Üniversitesi Sosyal Bilimler Etik Kurulundan (Tarih: 25.10.2020 Karar No: 95799348-E.29928) alınmıştır.

**Bilgilendirilmiş Onam:** Yazılı hasta onamı bu çalışmaya katılan katılımcılardan alınmıştır

**Hakem Değerlendirmesi:** Dış bağımsız.

**Çıkar Çatışması:** Yazar, çıkar çatışması olmadığını beyan etmiştir

**Finansal Destek:** Yazar, bu çalışma için finansal destek almadığını beyan etmiştir.

**Ethics Committee Approval:** Ethics committee approval was received for this study from Bozok University Social Sciences Ethics Committee (Date: 25.10.2020 Decision No: 95799348-E.29928).

**Informed Consent:** Written informed consent was obtained from all participants who participated in this study.

**Peer-review:** Externally peer-reviewed.

**Declaration of Interests:** The authors declare that they have no competing interest.

**Funding:** The author declares that this study had received no financial support.

### Kaynaklar

- Abbaszadeh, F., Bagheri, A., & Mehran, N. A. H. I. D. (2009). Quality of life among pregnant women. *Hayat*, 15(1), 41–48.
- Abujilban, S., Abuidhail, J., Mrayan, L., & Hatamleh, R. (2017). Characteristics of pregnant Jordanian women dissatisfied with life: A comparison between satisfied and dissatisfied women's demographics. *Health Care for Women International*, 38(6), 556–570. [CrossRef]
- Alkan, G. B., & Ayten, D. İ. N. Ç. Stress urinary incontinence during pregnancy in primigravidae and their quality of life. *Black Sea Journal of Health Science*, 5(1), 31–38.
- Altıparmak, S. (2006). Gebelerde Sosyo-Demografik Özellikler, Öz Bakım Gücü ve Yaşam Kalitesi İlişkisi. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 5(6), 416–423.
- Bai, G., Raat, H., Jaddoe, V. W. V., Mautner, E., & Korfage, I. J. (2018). Trajectories and predictors of women's health-related quality of life during pregnancy: A large longitudinal cohort study. *PLoS One*, 13(4), e0194999. [CrossRef]
- Balíková, M., & Bužgová, R. (2014). Quality of women's life with nausea and vomiting during pregnancy. *Ošetrivatelství a porodní asistence*, 5(1), 29–35.
- Beydağ, K. T., & Mete, S. (2008). Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeğinin Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. *Anadolu hemşirelik ve sağlık bilimleri dergisi*, 11(1), 16–24.
- Calikoglu, E. O., Akcay, H. B., Kavuncuoglu, D., Tanriverdi, E. C., Yerli, E. B., & Salcan, S. (2018). Erzurum il Merkezinde Yaşayan Üçüncü Trimester Gebelerin Sosyodemografik Özellikleri ve Yaşam Kaliteleri. *Family Practice and Palliative Care*, 3(1), 33–38.
- Calou, C. G. P., Pinheiro, A. K. B., Castro, R. C. M. B., de Oliveira, M. F., de Souza Aquino, P., & Antezana, F. J. (2014). Health related quality of life of pregnant women and associated factors: An integrative review. *Health*, 6(18), 2375–2387. [CrossRef]
- Chang, S. R., Chen, K. H., Lin, M. I., Lin, H. H., Huang, L. H., & Lin, W. A. (2014). A repeated measures study of changes in health-related quality of life during pregnancy and the relationship with obstetric factors. *Journal of advanced nursing*, 70(10), 2245–2256. [CrossRef]
- Coşkun Potur, D., Mamuk, R., Şahin, N. H., Demirci, N., & Hamlaci, Y. (2017). Association between fear of childbirth and maternal acceptance of pregnancy. *International nursing review*, 64(4), 576–583. [CrossRef]
- Dağlar, G., Bilgiç, D., & Özkan, S. A. (2019). Factors affecting the quality of life among pregnant women during third trimester of pregnancy. *Cukurova medical journal*, 44(3), 772–781.
- Eser, E., Fidaner, H., Fidaner, C., Eser, S. Y., Elbi, H., & Göker, E. (1999). Psychometric properties of the WHOQOL-100 and WHOQOL-bref. *J. Psychiatry psychol. psychopharmacol.*, 7(2), 23–40.
- Fatemeh, A., Azam, B., & Nahid, M. (2010). Quality of life in pregnant women results of a study from Kashan, Iran. *Pakistan journal of medical sciences*, 26(3), 692–697.
- Fernandes, R. ÁQ., & Vido, M. B. (2009). Pregnancy and quality of life: Assessment during the gestational trimesters. *Online Brazilian journal of nursing*, 8(1). [CrossRef]
- Kara, M., Çağlayan, E. K., Karaçavuş, S., & Erdoğan, Y. (2012). Yozgat İlinde Yaşayan Gebelerin Sosyoekonomik ve Demografik Faktörler Açısından Değerlendirilmesi. *Cumhuriyet medical journal*, 34(2), 158–163. [CrossRef]
- Karabulut, Ö., Coşkun Potur, D., Doğan Merih, Y., Cebeci Mutlu, S., & Demirci, N. (2016). Does antenatal education reduce fear of childbirth? *International nursing review*, 63(1), 60–67. [CrossRef]
- Kazemi, F., Nahidi, F., & Kariman, N. (2017). Exploring factors behind pregnant women's quality of life in Iran: A qualitative study. *Electronic physician*, 9(12), 5991–6001. [CrossRef]
- Khajehpour, M., Simbar, M., Jannesari, S., Ramezani-Tehrani, F., & Majd, H. A. (2013). Health status of women with intended and unintended pregnancies. *Public health*, 127(1), 58–64. [CrossRef]
- Kok, G., Seven, M., Guvenc, G., & Akyuz, A. (2016). Urinary incontinence in pregnant women: Prevalence, associated factors, and its effects on health-related quality of life. *Journal of wound, ostomy, and continence nursing*, 43(5), 511–516. [CrossRef]
- Mazúchová, L., Kelčíková, S., & Dubovická, Z. (2018). Measuring women's quality of life during pregnancy. *Kontakt*, 20(1), e31–e36. [CrossRef]
- Mogos, M. F., August, E. M., Salinas-Miranda, A. A., Sultan, D. H., & Salihi, H. M. (2013). A systematic review of quality of life measures in pregnant and postpartum mothers. *Applied research in quality of life*, 8(2), 219–250. [CrossRef]
- Özkan Şat, S., & Yaman Sözbir, Ş (2018). Use of mobile applications and blogs by pregnant women in Turkey and the impact on adaptation to pregnancy. *Midwifery*, 62, 273–277. (doi:[CrossRef])
- Ramírez Vélez, R. (2011). Pregnancy and health-related quality of life: A cross sectional study. *Colombia médica*, 42(4), 476–481. [CrossRef]
- Vachkova, E., Jezek, S., Mares, J., & Moravcova, M. (2013). The evaluation of the psychometric properties of a specific quality of life questionnaire for physiological pregnancy. *Health and quality of life outcomes*, 11(1), 214. [CrossRef]

## Extended Abstract


Pregnancy is a period of meeting the demands of the mother and fetus, homeostasis to protect, to adapt to the birth and postpartum period transition with significant psychological, historical, and emotional changes. Adapting to these changes may differ from individual to individual. During pregnancy, for various reasons, the expectant mother's inability to adapt adequately to these changes seen in pregnancy can reduce the women's quality of life during this period. There are many reasons why an expectant mother may not be able to cope with the changes she sees during pregnancy, which can have a direct impact on the quality of her life. Quality of life during pregnancy may vary with socio-economic status, educational status, receiving antenatal care, and acceptance of pregnancy. Acceptance of pregnancy affects women's perceptions, emotions, adaptation to this period, and her ability to cope with changes. Life in pregnancy, identification of the quality and influencing factors of holistic health care delivery is very important. Acceptance of pregnancy may affect woman's perceptions, feelings, adaptation to this period. In terms of their ability to provide and cope with changes. It is an important concept. Acceptance of pregnancy and the role of motherhood. mother, who has difficulty in earning, negative attitude towards pregnancy and baby can develop. Nurses/midwives training, using roles such as counseling, guidance, psychosocial care can improve the quality of life of women during pregnancy they are in position. In this sense, it is expected to make a significant contribution to the literature.

This study was conducted to determine the relationship between the quality of life of pregnant women and the acceptance of pregnancy and some factors. The data of the descriptive cross-sectional study were collected by interviewing 407 pregnant women who applied to the obstetrics clinic-outpatient clinic in a university hospital in the Central Anatolia Region between January and December 2021. "Personal Information Form," "World Health Organization Short Form of Quality of Life Scale," and "Prenatal self-assessment scale" were used to collect data. In the evaluation of data It used SPSS 22.0 package program. Normal distribution of the data Its suitability was evaluated with the Kolmogorov Smirnov test. Give- In the evaluation of futures, independent t inverse in paired groups, Analysis with One Way Anova test in comparison of groups of three has been done. In the three groups, between which groups is the difference? Since the variances are homogeneous in determining has been looked at. In the evaluation of the relationship between the scales Spearman correlation analysis was used.

51% of the pregnant women who participated in our study were 26-30 years old and 36.6% of them were secondary school graduates. Determined. 89.7% of the pregnant women were in the nuclear family and It was determined that 80.8% of them live in the province. 49.6% of pregnant women She stated that she had the first pregnancy and 71% of them stated that the pregnancy was planned. The mean scores of the sub-dimensions of the pregnant women's life quality scale were determined as 11.26 for the physical space sub-dimension, 12.61 for the social relations sub-dimension, 12.46 for the psychological domain sub-dimension, and 12.70 for the environment sub-dimension. The mean score of the acceptance of pregnancy sub-dimension was found to be 43.25. It has been determined that educational status, income status, trimester, and number of pregnancies are factors affecting the sub-dimensions of quality of life. University graduates, those with good income, those in the second trimester and those in the first sub-dimensions of the quality of life scale of women with pregnancy .It was found that the mean score was higher than the others.It has been determined that there is a positive relationship between acceptance of pregnancy and quality of life. It was determined that the quality of life of the pregnant women participating in the study was affected by some socio-demographic and obstetric factors, and there was a positive relationship between acceptance of pregnancy and quality of life. The pregnant women included in this study acceptance levels are moderate and quality of life It was found that there is a positive relationship between acceptance of pregnancy. Determining the factors affecting the quality of life during pregnancy. The opinions of the same women in different trimesters about . It is recommended to carry out qualitative studies to determine midwife to improve the quality of life of pregnant women by nurses. prenatal education can be given.

# Doğu Anadolu Bölgesinde Kemik İliği ve Böbrek Nakli İçin Başvuran KBY'li Hastaların İnsan Lökosit Antijen Allel ve Haplotip Frekansı Dağılımı

Human Leukocyte Antigen Allele and Haplotype Frequency Distribution in Chronic Kidney Failure Patients Applying for Bone Marrow and Kidney Transplantation in the Eastern Anatolia Region

Mustafa GÜZELEL   
Hasan DOĞAN 

Department of Medical Biology,  
Atatürk University, Faculty of  
Medicine, Erzurum, Turkey



Geliş Tarihi/Received: 01.06.2022

Kabul Tarihi/Accepted: 08.09.2022

Yayın Tarihi/Publication Date: 30.12.2022

Sorumlu Yazar/Corresponding Author:  
Hasan DOĞAN  
E-mail: dthdogan@gmail.com

Cite this article as: Güzelel, M., & Doğan, H. (2022). Human leukocyte antigen allele and haplotype frequency distribution in chronic kidney failure patients applying for bone marrow and kidney transplantation in the Eastern Anatolia region. *Journal of Midwifery and Health Sciences*, 5(3), 99-105.



Content of this journal is licensed under a  
Creative Commons Attribution-  
NonCommercial 4.0 International License

## ÖZ

**Amaç:** Bu çalışmada, Doğu Anadolu Bölgesinde yaşayan ve Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Biyoloji Anabilim Dalı Doku Tipleme Laboratuvarına başvuran, kemik iliği (Kİ) ve kronik böbrek yetmezliği (KBY) sebebiyle böbrek nakli bekleyen hastaların HLA allellerinin dağılımı ve haplotip frekanslarının belirlenmesi amaçlanmıştır.

**Yöntemler:** Çalışmamızda 1000 hastanın, periferik kanlarından PCR-SSP (Polimeraz Zincir Reaksiyonu- Sekansa Özgü Primer) ve PCR-SSO (Polimeraz Zincir Reaksiyonu-Sekansa Özgü Oligonükleotit) yöntemleri kullanılarak HLA-A-B-DR doku tiplerini elde edilmiştir. 2011-2019 yılları arasındaki doku tiplene laboratuvar sonuçları geriye dönük olarak taranıp, HLA allelleri ve haplotip geçişlerini içeren bir tablo oluşturuldu, bölgemizdeki HLA Sınıf I ve HLA Sınıf II moleküllerinin birlikte geçiş frekansları belirlendi.

**Bulgular:** HLA-A lokusunda A\*24 (%19,3), A\*02 (%19,2), HLA-B lokusunda B\*35 (%19), B\*51 (%17,5), HLA-DRB1 lokusunda DRB1\*11 (%23), DRB1\*04 (%15,5) en sık görülen alleller oldu. A\*02-B\*35-DRB1\*04 (%1,4), A\*24-B\*51-DRB1\*11 (%1,3) ve A\*02-B\*35-DRB1\*11 (%1,2) ise en sık görülen haplotipler olarak saptandı.

**Sonuç:** Araştırmanın neticesinde; heterojen etnik alt grupların olduğu Erzurum ili ve Doğu Anadolu bölgesinde yaşayan 1000 hastanın HLA allel frekansları ve haplotip geçişleri tespit edilmiş oldu. Böylelikle bölgemizde en fazla tekrar eden allel ve haplotip geçişleri belirlendi. Çalışmamızın Türkiye'de yapılan diğer çalışmaları destekler nitelikte olduğu ve literatüre katkı sağladığı gözlemlendi.

**Anahtar Kelimeler:** Allel, frekans, haplotip, HLA, MHC

## ABSTRACT

**Objective:** In this study, the distribution of human leukocyte antigen alleles of patients living in the Eastern Anatolia Region and applying to Atatürk University Medical Faculty Medical Biology Department Tissue Typing Laboratory and waiting for kidney transplantation due to bone marrow and chronic kidney failure are investigated and haplotype frequencies are determined.

**Methods:** In our study, human leukocyte antigen-A, B, DR tissue typing was done by using peripheral bloods obtained from 1000 patients using PCR-SSP (Polymerase Chain Reaction-Sequence Specific Primer) and PCR-SSO (Polymerase Chain Reaction-Sequence Specific Oligonucleotide) tissue typing analysis methods. Tissue typing laboratory results between 2011 and 2019 were retrospectively scanned, and a table containing human leukocyte antigen alleles and haplotype transitions was created.

**Results:** By using the data in the table, the crossover frequencies of human leukocyte antigen Class I and HLA Class II molecules in our region were determined. As a result of the analyses, A\*24



(19.3%) and A\*02 (19.2%) are the most common alleles at the human leukocyte antigen-A locus. B\*35 (19%) and B\*51 (17.5%) are the most common alleles at the human leukocyte antigen -B locus. DRB1\*11 (23%) and DRB1\*04 (15.5%) are the most common alleles at the human leukocyte antigen-DRB1 locus. A\*02-B\*35-DRB1\*04 (1.4%), A\*24-B\*51-DRB1\*11 (1.3%), and A\*02-B\*35-DRB1\*11 (%1.2) are detected to be the most common haplotypes.

**Conclusion:** As a conclusion of our research, it has been identified that there are some heterogeneous ethnic subgroups. Moreover, human leukocyte antigen allele frequencies and haplotype transitions of 1000 patients living in Erzurum province and Eastern Anatolia Region were detected. Thus, the most repetitive allele and haplotype transitions were determined in our region. It has been observed that our research supports other studies conducted in Turkey and contributes to the literature.

**Keywords:** Allele, frequency, haplotype, HLA, MHC

## Giriş

İnsanlarda ilk kez lökositlerde gözlemlenen HLA, İnsan Lokosit Antijenleri (Human Leukocyte Antigens) olarak bilinmektedir. Ayrıca HLA için, immün sisteminin vücuda giren yabancı antijenleri tanımasını sağlayan "Transplantasyon Antijenleri" terimleri de kullanılmaktadır. İmmün sisteminin dış veya kendinden olan uyarınları ayırt etmesini sağlayan HLA molekülü, insanlarda 6. kromozomun kısa kolu üzerine entegre olmuştur. Bu bölge aynı zamanda, Büyük Doku Uyum Kompleksi (MHC/Major Histokompatibility Complex) adını almaktadır (Akçam, 2005; Chinen & Buckley, 2010). MHC kompleksi, 4000 kb büyüklüğünde olup 3.673.800 nükleotit, 224 kadar gen ve 30.000 farklı allelden oluşmaktadır. Ayrıca bu bölgede immün yanıtta rolleri tanımlanamayan bazı genler de yer almaktadır (Özbolet ve ark., 2014). MHC, kodlanan proteinlerin yapı ve özelliklerine göre; MHC Sınıf I (HLA-A, B, C, E, F, G), MHC Sınıf II (HLA-DR, DP, DQ, DO, DN) ve MHC Sınıf III olmak üzere alt bölümlere ayrılmaktadır (Yılmaz, 2014).

MHC Sınıf I ve Sınıf II molekülleri, T hücrelerine antijen sunumundan sorumlu olan moleküllerdir. Hücre yüzeyine yerleşmiş MHC molekülleri, yabancı antijenleri bağlayarak immün sisteminin efektör hücrelerine sunar ve immün yanıtın başlamasını sağlar. HLA antijenlerinin en önemli kullanım yeri, doku ve organ nakillerindeki doku uyumunun sağlanmasıdır (Yılmaz, 2014). Bu özelliklerinden dolayı hücre, doku, organ nakillerinde alıcı ve verici arasındaki HLA uyumu nakilin başarısında son derece önemlidir. MHC Sınıf III olarak isimlendirilen HLA-A, HLA-B, HLA-DR bölgeleri arasında yer alan kompleman proteinlerinden; C2, C4A, C4B Faktör B, TNF- $\alpha$ , - $\beta$  ısı şok proteinlerini kodlayan genler de tespit edilmiştir. Ayrıca MHC Sınıf I, II ve III moleküllerinin yanı sıra, MHC Sınıf IV bölgesi de saptanmıştır ve (MICA, MICB, SK12W, AIF-1, IC7, Hsp70, B144, LTB, ıkBL, TNF, LTA, BATI) antijenleri yer almaktadır. Bu bölge, inflamatuvar bölge olarak da tanımlanmaktadır (Özbolet ve ark., 2014).

MHC Sınıf I ve Sınıf II genleri, insan genomundaki en polimorfik gen grubudur. Bu gruptaki bazı genler için 200 allelik varyasyonlar tanımlanmıştır. Toplam HLA allelleri 30.039 olup HLA Sınıf I için 21.904, Sınıf II için 8.136 alleli bulunmaktadır. Bunun dışında 483 HLA olmayan allel ve 1 tane de gizli allel olduğu tespit edilmiştir (Immuno Polymorphism Database, 2022).

Böbrek ve Kemik iliği (Kİ) nakillerinde HLA uyumu gereklidir. Özellikle kemik iliği ve böbrek nakillerinde HLA Sınıf I ve Sınıf II moleküllerinin uyumu önemli bir yer teşkil etmektedir. Kalp ve akciğer nakillerinde DR lokusundaki HLA uyumuna bakılır, bunun yanı sıra doku ve organ nakillerinde; donör bulma, iskemik süre, alıcının klinik ihtiyaçlarını karşılamada zorluklar, trasplantasyon sürecini

olumsuz etkileyebilmektedir. Vasküler bir yatağa nakledilmeyen kornea greftlerinde HLA uyumuna bakılmaksızın nakiller yapılabilir (Sheldon & Poulton, 2006). HLA uyumsuz nakilleri alıcıda humoral ve hücresele düzeylerde immün yanıtın oluşmasını tetikler bu da beraberinde doku reddini kemik iliği nakillerinde ise Greft Versust Host (GVHD) hastalığının ortaya çıkmasına sebep olur (Mahdi, 2013).

Böbrek nakillerindeki HLA (insan lökosit antijeni) uyumu, uzun peryotlarda nakli yapılan dokunun hayatta kalma sürecine etki eden en önemli unsurdur. HLA antijenlerinde görülen yüksek seviyedeki polimorfizimler böbrek naklinde tamamen uyumlu olmasa da kısmen uyumlu olabilecek donör bulma ihtimalini artırır. Ancak bu durum doku nakilleri için tek başına yeterli değildir (Marsh, 2014; Opelz & Döhler, 2007; Thorogood ve ark., 1992).

Günümüze kadar olan HLA eşleşmeleri böbrek nakli referans alınarak; HLA-A, -B ve -DR antijenlerini kapsayacak şekilde yapılmış, o dönemde bile bireylerin büyük çoğunluğu, en az 1 veya daha fazla sayıda HLA antijeni için uyumsuz alıcı olarak gözlemlenmiştir. Nakil için uygun olmayan HLA dokusunun nakil yapılacak kişide, düşük allogreft sağkalımı ile ilgili donöre özgü antikorları (DSA) geliştirme şansı artar, bu da naklin başarısını olumsuz etkiler (Everly ve ark., 2013; Lachmann ve ark., 2009).

Bu araştırma; Doğu Anadolu Bölgesinde yaşayan kemik iliği ve böbrek nakli bekleyen hastaların "İnsan Lokosit Antijenleri" (HLA) molekülü allel ve haplotip frekanslarının geçişlerinin belirlenmesi amacıyla yapıldı.

## Yöntemler

**Materyal:** Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Müdürlüğü (SAUMM) Tıbbi Biyoloji Anabilim Dalı Doku Tipleme Laboratuvarı'na başvuran ve akraba olmayan 1000 hastanın 2011-2019 yılları arasındaki kan veya doku örneklerinden, SSP (Sekansa Spesifik Primer) ve SSO (Sekansa Spesifik Oligonükleotit) düşük çözünürlükteki DNA dizi analiz yöntemleri kullanılarak elde edilen doku tipleme laboratuvar sonuçları geriye dönük olarak taranmıştır.

**Metot:** Çalışmaya dahil edilen 1000 hastanın retrospektif tarama neticesinde elde edilen doku tipleme laboratuvar sonuçlarındaki HLA allelleri ve haplotip dağılımları verilerini içeren bir tablo oluşturulmuş, bu tablodaki veriler "SPSS 20 İstatistiksel analiz yöntemi" kullanılarak Doğu Anadolu Bölgesindeki HLA Sınıf I ve Sınıf II allellerinin birlikte geçiş frekansları ve yüzdelik dağılımlarının belirlenmesi sağlanmıştır.

Yapılan çalışma için Atatürk Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan (Tarih:26.12.2019, Karar No: 8/14) onay alındı.

## Bulgular

Bu çalışmada Doğu Anadolu Bölgesinde yaşayan ve Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkez Müdürlüğü (SAUMM) Tıbbi Biyoloji Anabilim Dalı Doku Tipleme Laboratuvarına başvuran Kİ ve Böbrek nakli bekleyen 1000 hastanın, periferik kan örneklerinden SSP ve SSO yöntemleri kullanılarak HLA-A-B-DRB1 doku tiplmeleri elde edilmiştir. 2011–2019 yılları arasındaki doku tipleme laboratuvar sonuçları geriye dönük olarak taranmış, HLA allelleri ve haplotip geçişlerini içeren bir tablo oluşturulmuştur. Tablodaki veriler SPSS20 kullanılarak bölgemizdeki HLA Sınıf I ve HLA Sınıf II moleküllerinin birlikte geçiş frekansları belirlenmiştir. Bu çalışmada akraba olmayan 1000 bireyin haplotip geçişleri analiz edilip değerlendirilmiştir.

Doku tiplmeleri incelenen 1000 hastadan Böbrek yetmezliği olan 522 (%52,2) hastanın 214 (%40,99) tanesi kadın, 308 (%59,01) tanesi erkekti ve yaş ortalaması, kadınlarda;  $43,1 \pm 17,17$  iken, erkeklerde  $46,4 \pm 16,05$  idi. Kİ hastası 478 (%47,8) hastanın 201 (%42,05) tanesi kadın, 277 (%57,95) tanesi erkekti ve yaş ortalaması kadınlar için  $30,8 \pm 20,15$  iken erkekler için  $28,7 \pm 21,04$  idi.

| Klinik     | Sayı (n=)   | Cinsiyet (K/E)          | Yaş ortalaması(K/E)                     |
|------------|-------------|-------------------------|---|
| KBY        | 522 (%52,2) | 214(%40,99)/308(%59,01) | $43,1 \pm 17,17/$<br>$46,4 \pm 16,05$   |
| Kİ hastası | 478 (%47,8) | 201(%42,05)/277(%57,95) | $30,8 \pm 20,15/$<br>$28,7 \pm 21,04$   |
| Toplam     | 1000 (%100) | 415 (%41,5)/585 (%58,5) | $37,43 \pm 19,56/$<br>$38,34 \pm 20,48$ |

| HLA-A*        | Sayı        | (%)        | Frekans |
|---------------|-------------|------------|---------|
| HLA-A*24      | 386         | 19,3       | 0,193   |
| HLA-A*02      | 383         | 19,2       | 0,192   |
| HLA-A*03      | 252         | 12,6       | 0,126   |
| HLA-A*11      | 226         | 11,3       | 0,113   |
| HLA-A*01      | 191         | 9,6        | 0,0955  |
| HLA-A*68      | 106         | 5,3        | 0,053   |
| HLA-A*26      | 101         | 5,1        | 0,0505  |
| HLA-A*32      | 94          | 4,7        | 0,047   |
| HLA-A*30      | 75          | 3,8        | 0,0375  |
| HLA-A*29      | 56          | 2,8        | 0,028   |
| HLA-A*23      | 54          | 2,7        | 0,027   |
| HLA-A*33      | 32          | 1,6        | 0,016   |
| HLA-A*31      | 21          | 1,1        | 0,0105  |
| HLA-A*69      | 9           | 0,4        | 0,0045  |
| HLA-A*66      | 5           | 0,3        | 0,0025  |
| HLA-A*25      | 4           | 0,2        | 0,002   |
| HLA-A*74      | 4           | 0,2        | 0,002   |
| HLA-A*43      | 1           | 0,1        | 0,0005  |
| <b>Toplam</b> | <b>2000</b> | <b>100</b> |         |

Toplamda 1000 hastanın 415 (%41,5)'i kadın, 585 (%58,5)'i erkek ve yaş ortalaması kadınlarda;  $37,43 \pm 19,56$  iken erkeklerde  $38,34 \pm 20,48$  olarak tespit edildi (Tablo 1).

Yapılan analizler neticesinde; toplam 2000 allelde gözlemlenen 18 farklı HLA-A allelinin geçiş frekansları tablosu Tablo 2'de gösterilmiştir. En çok geçişi olan 3 HLA-A alleli ise sırasıyla A\*24 ( $n=386$ ) (%19,3), A\*02 ( $n=383$ ) (%19,2), A\*03 ( $n=252$ ) (%12,6), olarak gözlemlendi. Ayrıca en az tespit edilen HLA-A allelleri ise A\*43 ( $n=1$ ) (%0,1), A\*74 ( $n=4$ ) (%0,2), A\*28 ve A\*25 ( $n=4$ ) (%0,2) olarak sıralandı.

HLA-B lokusunda toplamda 2000 allel içinde gözlemlenen 30 farklı HLA allelinin geçiş frekansları tablosu Tablo 3'de gösterilmiştir. HLA-B lokusunda en fazla tekrar eden 3 allelin geçişleri ise sırasıyla B\*35 ( $n=379$ ) (%19), B\*51 ( $n=350$ ) (%17,5), B\*49 ( $n=126$ ) (%6,3) olarak gözlemlenmiştir. Ayrıca en az tekrarı görülen HLA-B allelleri ise B\*78 ( $n=1$ ) (%0,1), B\*62 ( $n=1$ ) (%0,1), B\*54 ( $n=1$ ) (0,1) olarak sıralandı.

**Tablo 3.**  
HLA -B allelleri geçiş frekansları tablosu

| HLA-B*        | Sayı        | (%)        | Frekans |
|---------------|-------------|------------|---------|
| HLA-B*35      | 379         | 19         | 0,1895  |
| HLA-B*51      | 350         | 17,5       | 0,175   |
| HLA-B*49      | 126         | 6,3        | 0,063   |
| HLA-B*18      | 105         | 5,3        | 0,0525  |
| HLA-B*07      | 101         | 5,1        | 0,0505  |
| HLA-B*44      | 100         | 5          | 0,05    |
| HLA-B*08      | 98          | 4,9        | 0,049   |
| HLA-B*55      | 95          | 4,8        | 0,0475  |
| HLA-B*52      | 85          | 4,3        | 0,0425  |
| HLA-B*38      | 81          | 4,1        | 0,0405  |
| HLA-B*40      | 66          | 3,3        | 0,033   |
| HLA-B*50      | 58          | 2,9        | 0,029   |
| HLA-B*13      | 56          | 2,8        | 0,028   |
| HLA-B*15      | 48          | 2,4        | 0,024   |
| HLA-B*27      | 48          | 2,4        | 0,024   |
| HLA-B*41      | 44          | 2,2        | 0,022   |
| HLA-B*57      | 34          | 1,7        | 0,017   |
| HLA-B*14      | 30          | 1,5        | 0,015   |
| HLA-B*39      | 26          | 1,3        | 0,013   |
| HLA-B*58      | 18          | 0,9        | 0,009   |
| HLA-B*53      | 14          | 0,7        | 0,007   |
| HLA-B*37      | 13          | 0,7        | 0,0065  |
| HLA-B*45      | 8           | 0,4        | 0,004   |
| HLA-B*56      | 7           | 0,4        | 0,0035  |
| HLA-B*46      | 3           | 0,2        | 0,0015  |
| HLA-B*73      | 3           | 0,2        | 0,0015  |
| HLA-B*48      | 1           | 0,1        | 0,0005  |
| HLA-B*54      | 1           | 0,1        | 0,0005  |
| HLA-B*62      | 1           | 0,1        | 0,0005  |
| HLA-B*78      | 1           | 0,1        | 0,0005  |
| <b>Toplam</b> | <b>2000</b> | <b>100</b> |         |

**Tablo 4.**  
HLA-DRB1 allelleri geçiş frekansları tablosu

| HLA-DRB1*     | Sayı        | (%)        | Frekans |
|---------------|-------------|------------|---------|
| HLA-DRB1*11   | 460         | 23         | 0,23    |
| HLA-DRB1*04   | 309         | 15,5       | 0,155   |
| HLA-DRB1*15   | 254         | 12,7       | 0,127   |
| HLA-DRB1*13   | 243         | 12,1       | 0,121   |
| HLA-DRB1*03   | 198         | 9,9        | 0,099   |
| HLA-DRB1*14   | 132         | 6,6        | 0,066   |
| HLA-DRB1*07   | 117         | 5,9        | 0,0585  |
| HLA-DRB1*01   | 99          | 5          | 0,0495  |
| HLA-DRB1*16   | 64          | 3,2        | 0,032   |
| HLA-DRB1*10   | 37          | 1,8        | 0,0185  |
| HLA-DRB1*08   | 36          | 1,8        | 0,018   |
| HLA-DRB1*09   | 27          | 1,4        | 0,0135  |
| HLA-DRB1*12   | 24          | 1,2        | 0,012   |
| <b>Toplam</b> | <b>2000</b> | <b>100</b> |         |

HLA-DRB1 lokusunda tespit edilen ilk 13 HLA allelinin geçişi Tablo 4'te gösterilmiştir. HLA-DRB1 lokusunda en fazla geçiş yapan ilk 3 allel ise sırasıyla; DRB1\*11 ( $n=460$ ) (%23), DRB1\*04 ( $n=309$ ) (%15,5), DRB1\*15 ( $n=254$ ) (%12,7) olarak gözlemlenmiş, en az geçişi görülen HLA-DRB1 allelleri ise sırasıyla DRB1\*12 ( $n=24$ ) (%1,2), DRB1\*09 ( $n=27$ ) (%1,4), DRB1\*08 ( $n=36$ ) (%1,8) olarak sıralandığı görülmüştür.

Yaptığımız çalışma neticesinde tespit edilen ve en sık geçişleri olan HLA-A, HLA-B, HLA-DRB1 allel haplotipleri birlikte geçiş frekansları Tablo 5'te gösterilmiştir. En fazla tekrar eden 3 haplotip ise sırasıyla A\*02 B\*35 DRB1\*04 ( $n=28$ ) (%1,4), A\*24 B\*51 DRB1\*11 ( $n=26$ ) (%1,3), A\*2 B\*35 DRB1\*11 ( $n=24$ ) (%1,2) olarak gözlemlenmişti. En az tekrar eden HLA haplotipleri ise sırasıyla A\*74 B\*55 DRB1\*14 ( $n=1$ ) (%0,1), A\*74 B\*35 DRB1\*08 ( $n=1$ ) (%0,1), A\*69 B\*58 DRB1\*14 ( $n=1$ ) (%0,1) olarak saptandı.

Bulgularımız sonucunda en fazla tekrar eden haplotip olan A\*02 B\*35 DRB1\*04 içinde en sık görülen allel olan HLA-A\*24 bulunmamakla beraber, ikinci sırada en fazla görülen HLA-A\*02 alleli bulunmaktadır. HLA-B lokusunda en fazla görülen HLA-B\*35 alleli bu haplotip geçiş içinde de bulunmaktadır. HLA-DRB1 lokusunda en fazla tespit edilen HLA-DRB1\*11 alleli bu haplotip geçiş içinde bulunmamakla beraber, ikinci sırada en fazla görülen HLA-DRB1\*04 alleli bulunmaktadır.

En fazla tekrar eden ikinci haplotip olan A\*24 B\*51 DRB1\*11 içinde en fazla tekrar eden A\*24 alleli bulunurken, B lokusunda en fazla tekrar eden B\*35 alleli bulunmamakla birlikte ikinci en fazla tekrar eden B\*51 alleli bulunmaktadır. DRB1 lokusunda ise en fazla tekrar eden DRB1\*11 alleli bulunmaktadır.

En fazla tekrar eden üçüncü haplotip olan A\*02 B\*35 DRB1\*11 geçişi içinde en fazla tekrarı olan A\*24 alleli bulunmayıp, ikinci en fazla tekrarı görülen A\*02 alleli bulunmaktadır. HLA-B ve HLA-DRB1 lokuslarında ise en fazla tekrarı görülen B\*35 ve DRB1\*11 allelleri bulunmaktadır.

## Tartışma

Çalışmamızda 1000 hastanın HLA doku tiplemesi laboratuvar sonuçları geriye dönük olarak taranıp, incelenmiştir. HLA-A,

**Tablo 5.**  
En fazla geçişi görülen HLA-A, HLA-B, HLA-DRB1 allelleri haplotip geçiş frekansları tablosu

| HLA-A*HLA-B*HLA-DRB1 | Sayı (n=) | (%)  | Frekans |
|----------------------|-----------|------|---------|
| A*02-B*35-DRB1*04    | 28        | 1,4  | 0,014   |
| A*24-B*51-DRB1*11    | 26        | 1,3  | 0,013   |
| A*02-B*35-DRB1*11    | 24        | 1,2  | 0,012   |
| A*03-B*35-DRB1*11    | 19        | 0,95 | 0,0095  |
| A*02-B*51-DRB1*11    | 19        | 0,95 | 0,0095  |
| A*24-B*35-DRB1*11    | 17        | 0,85 | 0,0085  |
| A*24-B*52-DRB1*15    | 16        | 0,8  | 0,008   |
| A*01-B*08-DRB1*03    | 16        | 0,8  | 0,008   |
| A*24-B*08-DRB1*03    | 16        | 0,8  | 0,008   |
| A*24-B*35-DRB1*04    | 15        | 0,75 | 0,0075  |
| A*02-B*08-DRB1*03    | 15        | 0,75 | 0,0075  |
| A*03-B*08-DRB1*03    | 15        | 0,75 | 0,0075  |
| A*11-B*49-DRB1*11    | 14        | 0,7  | 0,007   |
| A*03-B*44-DRB1*04    | 14        | 0,7  | 0,007   |
| A*11-B*51-DRB1*11    | 14        | 0,7  | 0,007   |
| A*11-B*52-DRB1*15    | 14        | 0,7  | 0,007   |
| A*24-B*18-DRB1*11    | 14        | 0,7  | 0,007   |
| A*24-B*51-DRB1*13    | 13        | 0,65 | 0,0065  |
| A*24-B*51-DRB1*04    | 12        | 0,6  | 0,006   |
| A*02-B*51-DRB1*04    | 12        | 0,6  | 0,006   |

HLA-B, HLA-DRB1 haplotipleri belirlenen ve akraba olmayan bu hastaların verileri yani 2000 allel Microsoft Excel programı yardımıyla liste haline getirilmiş, listedeki veriler SPSS 20 paket programı kullanılarak istatistiksel temel veri analizleri yapılmıştır. Seçici bir profil oluşturmak ve akraba içi geçiş tekrarlarını dahil etmemek için akraba bireyler çalışmaya dahil edilmemiştir.

Bilimdeki gelişmelere paralel olarak yeni allellerin keşfiyle allel sayıları artsa da tek popülasyonlar örnek alındığında doku tipleme çözünürlüğü ve örnek sayısındaki azlık nedeniyle genlerdeki değişkenliğin küçük bir kısmı saptanabilmektedir. Çalışmalar neticesinde her popülasyondaki çoğu lokusta düşük çözünürlükte 10-30 arasında farklı allelin görüldüğü saptanmıştır. En fazla allel içeren HLA-B lokusunda ortalama 30-32 allelin varlığı tespit edilmiştir (Sanchez-Mazas ve ark., 2011).

Bölgemizde yapmış olduğumuz çalışmanın sonuçlarına göre; HLA-A lokusunda 18, HLA-B lokusunda 30, HLADR-B1 lokusunda 13 farklı allelin olduğu tespit edilmiştir. HLA-A lokusunda; A\*24 (%19,3), A\*02 (%19,2), A\*03(%12,6) en sık tekrar eden 3 HLA-A alleli olduğu belirlenmiştir. HLA-B lokusunda en fazla tekrar eden 3 allel ise sırasıyla B\*35(%19), B\*51(%17,5), B\*49(%6,3) olduğu görülmüştür. HLA-DRB1 lokusunda ise; DRB1\*11(%23), DRB1\*04 (%15,5), DRB1\*15 (%12,7) en sık tekrar eden DRB1 allelleri olarak saptanmış, ayrıca A\*02-B\*35-DRB1\*04, A\*24-B\*51-DRB1\*11, A\*02-B\*35-DRB1\*11 sırasıyla en fazla geçişi görülen ilk üç haplotip olmuştur.

Ülkemizde ve dünyada yapılan HLA allel frekansları ile ilgili popülasyon çalışmalarını incelediğimizde birden fazla çalışmanın olduğu gözlemlenmiştir.

Kayhan ve arkadaşlarının Doğu Anadolu Bölgesinde Malatya ili içerisinde 408 diyaliz hastasını kapsayan çalışma neticesinde



ise; HLA-A lokusunda A\*02, A\*24, A\*11, HLA-B lokusunda B\*35, B\*51, B\*44, HLA-DRB1 lokusunda DRB1\*11, DRB1\*04 ve DRB1\*13 allellerinin en sık tekrar eden alleller olduğu tespit edilmiştir. Aynı çalışmada en fazla tekrar eden haplotip geçişleri ise sırasıyla; A\*02-B\*51-DRB1\*11, A\*11-B\*35-DRB1\*11, A\*24-B\*35-DRB1\*11 dir (Kayhan ve ark., 2013).

Ülkemizdeki diğer bir çalışma ise Ege bölgesinde Akman B. tarafından yapılmıştır. 2341 bireyi kapsayan çalışmanın sonucuna göre; HLA-A lokusunda sırasıyla A\*02, A\*24, A\*03 allelleri en fazla tekrar eden ilk üç allel iken, HLA-B lokusunda en sık tekrar eden ilk üç allel ise sırasıyla B\*35 B\*51 B\*44 olmuş, HLA-DRB1 lokunda ise DRB1\*11, DRB1\*04, DRB1\*15 en fazla tekrar eden alleller olmuştur. Çalışmadaki haplotip geçişlerine bakıldığında ise en fazla geçişi görülen ilk üç haplotip ise sırasıyla A\*24-B\*35-DRB1\*11, A\*01-B\*08-DRB1\*03, A\*03-B\*44-DRB1\*04 olmuştur (Akman, 2016).

Bölgemizde yaptığımız çalışma, Akman. B'nin çalışmasıyla kıyaslandığında HLA-A lokusundaki en fazla tekrar eden ilk üç allelden ilk ikisinin benzer fakat yerlerinin farklı olduğu üçüncü en fazla tekrar eden allel olan A\*03'ün benzer olduğu görülmüştür. HLA- B lokusunda ilk iki sıradaki B\*35, B\*51 allelleri ile benzer fakat çalışmada üçüncü en fazla tekrar eden B\*44 ten farklı olarak çalışmamızda B\*49 alleli görülmektedir. B\*44 alleli çalışmamızda en fazla tekrar eden alleller arasında 6. Sırada olup çalışmalarını destekler niteliktedir. HLA-DRB1 lokusundaki alleller incelendiğinde ise en fazla tekrar eden ilk üç allel olan DRB1\*11, DRB1\*04, DRB1\*15 allelleri ile tamamen benzerlik göstermektedir. HLA haplotip geçişleri incelendiğinde ise iki çalışmada da en fazla tekrar eden ilk üç geçişin birbirinden farklı olduğu, Akman'ın çalışmasında en fazla geçişi görülen; A\*24 B\*35 DRB1\*11, A\*01-B\*08-DRB1\*03, A\*03-B\*44-DRB1\*04 haplotipleri çalışmamızda da en fazla tekrar eden haplotip geçişleri arasında bulunmaktadır.

Yurtdışında yapılan HLA haplotip geçişleri ve allel analiz çalışmaları ile çalışmamız karşılaştırıldığında;

Ramosaj-Morina ve arkadaşlarının Kosova'daki Arnavut popülasyonundan 124 bireyle yaptıkları HLA allel ve haplotip geçişlerini içeren çalışması ele alındığında şu şekilde verilerin elde edildiği gözlenmiştir. Çalışmada HLA- A lokusunda toplamda 22 allel bulunmuş bu allellerden en fazla tekrar eden ilk üç allel sırasıyla A\*02, A\*24, A\*03 olmuştur. HLA-B lokusunda görülen yüksek polimorfizim gösteren 37 allel tespit edilmiş bu allellerden en fazla tekrar eden ilk üçü sırasıyla B\*51, B\*18 ve B\*38 olmuştur. HLA-DRB1 lokusunda toplam 27 allel gözlemlenmiş bu allellerin en fazla tekrar eden ilk 3 allel ise sırasıyla DRB1\*11, DRB1\*16, DRB1\*03 olmuştur. Aynı çalışmada HLA haplotip geçişlerine bakıldığında en fazla geçiş gösteren ilk 3 haplotip sırasıyla A\*02-B\*18-DRB1\*11, A\*02-B\*51-DRB1\*16, A\*02-B\*51-DRB1\*11 olmuştur (Ramosaj-Morina ve ark., 2021).

Ameen R. ve arkadaşlarının 595 sağlıklı ve akraba olmayan gönüllü bireyin venöz kanlarını kullanarak Kuveyt popülasyonundaki HLA allel ve haplotip geçişleri ile genetik profillerin belirlenmesini amaçladığı çalışmanın sonuçlarına göre ise HLA-A lokusunda en fazla tekrarı görülen ilk üç allel A\*02, A\*24, A\*01 olmuştur. Bunu takiben B\*50, B\*51, B\*08 allelleri ise HLA-B lokusunda en fazla tekrar eden ilk üç allel olurken, DRB1\*07, DRB1\*03, DRB1\*13 allelleri ise HLA-DRB1 lokusunda en fazla tekrar eden üç allel olmuştur. Aynı çalışmadaki HLA haplotip geçişleri göz önüne alındığında ise A\*02-B\*50-DRB1\*07, A\*26-B\*08-DRB1\*03, A\*33-B\*58-DRB1\*03 haplotiplerinin en sık tekrar eden haplotipler olduğu görülmüştür (Ameen ve ark., 2020).

Bölgemizde yaptığımız çalışmanın sonuçları ile Ameen R. ve arkadaşlarının yaptığı çalışmanın sonuçları karşılaştırıldığında ise; HLA- A lokusunda A\*02, A\*24 allellerinin benzer olduğu üçüncü allel olan A\*01 yerine çalışmamızda A\*03 alleli en fazla tekrar eden üçüncü allel iken, A\*01 alleli çalışmamızda 5. en fazla tekrar eden allel olmuştur. Çalışmada HLA-B lokusundaki alleller kıyaslandığında en fazla tekrar eden B\*51'in her iki çalışmada ikinci en fazla tekrar eden allel olduğu, birinci ve üçüncü allellerin ise birbirinden farklı fakat B\*50, B\*08 allellerinin çalışmamızda da en fazla tekrar eden alleller arasında olduğu gözlenmiştir. En fazla tekrar eden HLA-DRB1 lokusundaki alleller kıyaslandığında her iki çalışmadaki en fazla geçişi görülen ilk 3 allelin birbirinden farklı olduğu görülmüş, fakat çalışmada en fazla geçişi görülen DRB1\*07, DRB1\*03, DRB1\*13 allelleri yapmış olduğumuz çalışmada da en fazla tekrar eden alleller arasında olduğu görülmüştür. HLA haplotip geçişlerini değerlendirdiğimizde ise; Ameen R. ve arkadaşlarının çalışmasında en fazla tekrar eden haplotipler A\*02-B\*50-DRB1\*07, A\*26-B\*08-DRB1\*03, A\*33-B\*58-DRB1\*03 iken bizim çalışmamızda en fazla tekrar eden ilk üç haplotip olan A\*02-B\*35-DRB1\*04, A\*24-B\*51-DRB1\*11, A\*02-B\*35-DRB1\*11 ile benzerlik göstermediği görülmüş, ayrıca A\*02-B\*50-DRB1\*07, A\*26 B\*08-DRB1\*03, A\*33-B\*58-DRB1\*03 haplotiplerine çalışmamızda en fazla tekrar eden 20 haplotip geçişi içinde de bulunmadığı görülmüştür.

## Sonuç ve Öneriler

Her bir etnik grupta ve coğrafik bölgede farklılık gösteren HLA allel ve haplotip frekanslarının bilinmesi HLA doku gruplarının belirlenmesinde klinisyen ve araştırmacılar için günümüzde daha çok önem kazanmıştır. Böbrek ve hematopoietik kök hücre nakillerinde hasta ve donör arasındaki HLA uyumunun greft versus host hastalığı (GVHD) riskini düşürdüğü, daha başarılı nakiller yapıldığı ve greft surveyini uzattığı bilinmektedir. Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkez Müdürlüğü (SAUMM) Doku Tipleme Laboratuvarı'nın yaklaşık 10 yıllık verileri kullanarak yapılan bu çalışma sonucunda; heterojen etnik alt grupların olduğu Erzurum ili ve Doğu Anadolu bölgesine ait kullanıma açık iyi ve gerekli bir data elde edilmiş oldu. Yaptığımız araştırma neticesinde; Doğu Anadolu Bölgesinde yaşayan Kİ ve Böbrek nakli bekleyen 1000 hastanın HLA allel frekansları ve haplotip geçişleri tespit edildi. Böylelikle bölgemizde en fazla tekrar eden allel ve haplotip geçişleri belirlenmiş oldu. Çalışmamızın Türkiye'de yapılan diğer çalışmaları destekler nitelikte olduğu ve literatüre katkı sağladığı gözlemlendi.

**Etik Komite Onayı:** Bu çalışma için etik komite onayı Atatürk Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan (Tarih: 26.12.2019, Karar No: 8/14) alınmıştır.

**Hakem Değerlendirmesi:** Dış bağımsız.

**Yazar Katkıları:** Fikir – H.D., M.G.; Tasarım – H.D.; Denetleme – H.D.; Kaynaklar – M.G.; Veri Toplanması ve/veya İşlemesi – M.G.; Analiz ve/veya Yorum – H.D., M.G.; Literatür Taraması – M.G.; Yazıyı Yazan – H.D., M.G.; Eleştirel İnceleme – H.D.

**Çıkar Çatışması:** Yazarlar, çıkar çatışması olmadığını beyan etmiştir.

**Finansal Destek:** Yazarlar, bu çalışma için finansal destek almadıklarını beyan etmişlerdir.

**Ethics Committee Approval:** Ethics committee approval was received for this study from Atatürk University Clinical Research Ethics Committee (Date: 26.12.2019, Decision No: 8/14).

**Peer-review:** Externally peer-reviewed.

**Author Contributions:** Concept – H.D., M.G.; Design – H.D.; Supervision – H.D.; Materials – M.G.; Data Collection and/or Processing – M.G.; Analysis and/or Interpretation – H.D., M.G.; Literature Review – M.G.; Writing – H.D., M.G.; Critical Review – H.D.

**Declaration of Interests:** The authors declare that they have no competing interest.

**Funding:** The authors declare that this study had received no financial support.

### Kaynaklar

- Akçam, F. Z. (2005). HLA Sistemi. *Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi*, 25, 829–834.
- Akman, B. (2016). *Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi doku tipleme laboratuvarına başvuran bireylerin insan lökosit antijen (HLA) allellerinin ve haplotiplerinin frekansları*. (Yüksek Lisans Tezi), İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Ameen, R., Al Shemari, S. H., & Marsh, S. G. E. (2020). HLA haplotype frequencies and genetic profiles of the Kuwaiti population. *Medical Principles and Practice*, 29(1), 39–45. [CrossRef]
- Chinen, J., & Buckley, R. H. (2010). Transplantation immunology: Solid organ and bone marrow. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*, 125(2), S324–S335. [CrossRef]
- Everly, M. J., Rebellato, L. M., Haisch, C. E., Ozawa, M., Parker, K., Briley, K. P., Catrou, P. G., Bolin, P., Kendrick, W. T., Kendrick, S. A., Harland, R. C., & Terasaki, P. I. (2013). Incidence and impact of de novo donor-specific alloantibody in primary renal allografts. *Transplantation*, 95(3), 410–417. [CrossRef]
- Immuno Polymorphism Database. (2022). <http://www.ebi.ac.uk/imgt/hla/stats.html>. Mayıs, 30.
- Kayhan, B., Kurtoglu, E., Taskapan, H., Piskin, T., Sahin, I., Otlu, G., & Unal, B. (2013). In HLA-A-B-DRB1 allele and haplotype frequencies and comparison with blood group antigens in dialysis patients in the east Anatolia region of Turkey. *Transplantation Proceedings*, 2123–2128.
- Lachmann, N., Terasaki, P. I., Budde, K., Liefeldt, L., Kahl, A., Reinke, P., Pratschke, J., Rudolph, B., Schmidt, D., Salama, A., & Schönemann, C. (2009). Anti-human leukocyte antigen and donor-specific antibodies detected by Luminex posttransplant serve as biomarkers for chronic rejection of renal allografts. *Transplantation*, 87(10), 1505–1513. [CrossRef]
- Mahdi, B. M. (2013). A glow of HLA typing in organ transplantation. *Clinical and Translational Medicine*, 2(1), 6. [CrossRef]
- Marsh, S. G. (2014). Nomenclature for factors of the HLA system, update March 2014. *Tissue Antigens*, 83(6), 444–453. [CrossRef]
- Opelz, G., & Döhler, B. (2007). Effect of human leukocyte antigen compatibility on kidney graft survival: Comparative analysis of two decades. *Transplantation*, 84(2), 137–143. [CrossRef]
- Özbolat, G., Yenilmez, E. D., & Abdulah, T. (2014). İnsan Lökosit Antijenleri, Yapı ve İşlevleri. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 23, 387–397.
- Ramosaj-Morina, A., Burek Kamenaric, M., Keka Sylva, A., Baloku, A., Grubic, Z., & Zunec, R. (2021). HLA-A,-C., & -B.-DRB1,-DQA1, and-DQB1 allele and haplotype repertoires in the Albanian population from Kosovo. *Immunological Investigations*, 1–11.
- Sanchez-Mazas, A., Fernandez-Viña, M., Middleton, D., Hollenbach, J. A., Buhler, S., Di, D., Rajalingam, R., Dugoujon, J. M., Mack, S. J., & Thorsby, E. (2011). Immunogenetics as a tool in anthropological studies. *Immunology*, 133(2), 143–164. [CrossRef]
- Sheldon, S., & Poulton, K. (2006). HLA typing and its influence on organ transplantation. *Methods in Molecular Biology*, 333, 157–174. [CrossRef]
- Thorogood, J., Van Houwelingen, J. C., Van Rood, J. J., Zantvoort, F. A., Schreuder, G. M., & Persijn, G. G. (1992). Factors contributing to long-term kidney graft survival in Eurotransplant. *Transplantation*, 54(1), 152–158. [CrossRef]
- Yılmaz, M. (2014). Doku Uygunluk Antijenleri. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 23(1), 8–13. [CrossRef]

## Extended Abstract

HLA, which was first observed in leukocytes in humans, is known as Human Leukocyte Antigens. In addition, the terms “Transplantation Antigens” are also used for HLA, which enable the immune system to recognize foreign antigens entering the body. The HLA molecule, which enables the immune system to distinguish between external and internal stimuli, is integrated on the short arm of chromosome 6 in humans. This region is also called the MHC/Major Histocompatibility Complex. The MHC complex is 4,000 kb in size and consists of 3,673,800 nucleotides, 224 genes, and 30,000 different alleles. In addition, there are some genes whose roles in the immune response have not been defined in this region. MHC, according to the structure and properties of the encoded proteins; It is subdivided into MHC Class I (HLA - A, B, C, E, F, G), MHC Class II (HLA - DR, DP, DQ, DO, DN) and MHC Class III.

HLA matching is required in kidney and bone marrow transplants. Especially in bone marrow and kidney transplants, the compatibility of HLA Class I and Class II molecules has an important place. HLA incompatible transplants trigger the immune response at the humoral and cellular levels in the recipient, which causes tissue rejection and the emergence of Graft Versus Host (GVHD) disease in bone marrow transplants. HLA (human leukocyte antigen) compatibility in kidney transplants is the most important factor affecting the survival of the transplanted tissue in long periods. The high level of polymorphisms seen in HLA antigens increases the probability of finding a partially compatible donor in kidney transplantation, if not fully compatible. However, this situation alone is not sufficient for tissue transplantation. HLA tissue that is not suitable for transplantation increases the chance of developing donor-specific antibodies (DSA) related to low allograft survival in the transplant recipient, which negatively affects the success of the transplant. This research was performed to determine the transitions of the “Human Leukocyte Antigens” (HLA) molecule allele and haplotype frequencies of patients living in the Eastern Anatolia Region and waiting for bone marrow and kidney transplantation.

In our study, human leukocyte antigen A, B, DR tissue typing was done by using peripheral bloods obtained from 1000 patients using PCR-SSP (Polymerase Chain Reaction-Sequence Specific Primer) and PCR-SSO (Polymerase Chain Reaction-Sequence Specific Oligonucleotide) tissue typing analysis methods. Tissue typing laboratory results between 2011 and 2019 were retrospectively scanned, and a table containing human leukocyte antigen alleles and haplotype transitions was created.

By using the data in the table, the crossover frequencies of human leukocyte antigen Class I and HLA Class II molecules in our region were determined. As a result of the analyses, A\*24 (19.3%) and A\*02 (19.2%) are the most common alleles at the human leukocyte antigen-A locus. B\*35 (19%) and B\*51 (17.5%) are the most common alleles at the human leukocyte antigen -B locus. DRB1\*11 (23%) and DRB1\*04 (15.5%) are the most common alleles at the human leukocyte antigen-DRB1 locus. A\*02-B\*35-DRB1\*04 (1.4%), A\*24-B\*51-DRB1\*11 (1.3%), and A\*02-B\*35-DRB1\*11 (%1.2) are detected to be the most common haplotypes.




In our study, HLA tissue typing laboratory results of 1000 patients were retrospectively scanned and examined. The data of these unrelated patients whose HLA-A, HLA-B, HLA-DRB1 haplotypes were determined, that is, the 2000 alleles were listed with the help of Microsoft Excel program, and the data in the list were analyzed using the SPSS 20 package program. Relatives were not included in the study in order to create a selective profile and not include inbreeding repetitions.

Although the number of alleles increases with the discovery of new alleles in parallel with the developments in science, a small part of the variability in the genes can be detected due to the tissue typing resolution and the low number of samples when single populations are taken as samples. As a result of the studies, it was determined that between 10-30 different alleles were seen at low resolution at most loci in each population. An average of 30-32 alleles were detected in the HLA-B locus containing the most alleles.

As a conclusion of our research, it has been identified that there are some heterogeneous ethnic subgroups. Moreover, human leukocyte antigen allele frequencies and haplotype transitions of 1000 patients living in Erzurum province and Eastern Anatolia Region were detected. Thus, the most repetitive allele and haplotype transitions were determined in our region. It has been observed that our research supports other studies conducted in Turkey and contributes to the literature.

# Ebelik Öğrencilerinin İlk Vajinal Muayene Deneyimleri: Nitel Bir Çalışma

## Midwifery Students' First Vaginal Examination Experiences: A Qualitative Study

Şükran ŞANLI<sup>1</sup>  
Vildan KULAÇ<sup>1</sup>  
Yasemin HAMLACI  
BAŞKAYA<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Sakarya Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ebelik Anabilim Dalı, Sakarya, Türkiye

<sup>2</sup>Sakarya Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü, Sakarya, Türkiye

### ÖZ

**Amaç:** Bu çalışma, öğrencilerin ilk vajinal muayene deneyimi süresince yaşadıkları deneyimleri ve anksiyete düzeylerini belirlemek amacıyla yapıldı.

**Yöntemler:** Araştırmaya Aralık 2021- Ocak 2022 tarihleri arasında bir devlet üniversitesinin Ebelik Bölümünde okuyan, doğumhaneye uygulama için gelen 2.ve 3.sınıf 13 ebelik öğrencisi katıldı. Veriler sosyo-demografik bilgi formu, durumluk anksiyete ölçeği ve yarı yapılandırılmış soru formu aracılığıyla toplandı. Anksiyete düzeylerini belirlemek ve uygulama öncesi, sonrası farkı ortaya koyabilmek için SPSS 21 programından yararlanıldı. İstatistiksel olarak anlamlılık değeri  $P < ,05$  kabul edildi.

**Bulgular:** Araştırmaya katılan öğrencilerin yaş ortalaması  $20,46 \pm 0,66$  (19-21), akademik ortalamaları ise  $3,26 \pm 0,42$  (2,54-3,97)'dir. Vajinal muayene öncesi öğrencilerin kaygı düzeyi  $37,46 \pm 10,03$ 'ken, muayene yaptıktan sonraki kaygı düzey ortalamaları  $32,30 \pm 6,35$ 'dir. Araştırma da öğrencilerin deneyimleri 3 ana tema (muayene öncesi, muayene süreci, muayene sonrası) ve 7 kategori (mahremiyet, aseptik koşullar, bilgilendirme, gereklilik, sıklık, duygular, beklentiler) altında toplandı.

**Sonuç:** Vajinal muayene ebelik eğitiminde oldukça önemlidir. Öğrenciler uygulama sonrasında duygularında olumlu anlamda değişim yaşamış, özgüvenleri artmış ve kendilerini ebe gibi hissettiklerini ifade etmişlerdir. Ancak beklentileri mevcut destek sistemlerinin artırılması gerektiği yönündedir. Bu sonuçlar doğrultusunda, öğrencilerin destek sistemlerinin artırılması ve öğrencilerin ebelik uygulama eğitimine yönelik daha fazla çalışma yapılması önerilmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Anksiyete, ebelik, eğitim, öğrenci, vajinal muayene

### ABSTRACT

**Objective:** This study was carried out to determine the experiences and anxiety levels of the students during their first vaginal examination experience.

**Methods:** Between December 2021 and January 2022, 13 midwifery students of the second and third grades, who came to the delivery room of a state university, studying in the Department of Midwifery, participated in the study. Data were collected through a sociodemographic information form, state anxiety scale, and semistructured questionnaire. Statistical Package of Social Sciences 21 program was used to determine the anxiety levels and to reveal the difference before and after the application. A statistically significant value of  $P < .05$  was accepted.

**Results:** The mean age of the students participating in the study was  $20.46 \pm 0.66$  (19-21) and their academic average was  $3.26 \pm 0.42$  (2.54-3.97). While the anxiety level of the students before the vaginal examination was  $37.46 \pm 10.03$ , the mean anxiety level after the examination was  $32.30 \pm 6.35$ . In the research, students' experiences were gathered under three main themes (pre-examination, examination process, and post-examination) and seven categories (privacy, aseptic conditions, information, necessity, frequency, emotions, and expectations).

**Conclusion:** Vaginal examination is very important in midwifery education. After the application, the students experienced a positive change in their emotions, their self-confidence increased, and they stated that they felt like a midwife. However, their expectations are that the existing support systems should be increased. In line with these results, it is recommended to increase the support systems of students and to conduct more studies on midwifery practice training of students.

**Keywords:** Anxiety, midwifery, education, student, vaginal examination

Geliş Tarihi/Received: 07.04.2022

Kabul Tarihi/Accepted: 26.10.2022

Yayın Tarihi/Publication Date: 30.12.2022

Sorumlu Yazar/Corresponding Author:  
Vildan KULAÇ  
E-mail: vildan.kulac1@ogr.sakarya.edu.tr

Cite this article as: Şanlı, S., Kulaç, V., & Hamlacı Başkaya, Y. (2022). Midwifery students' first vaginal examination experiences: A qualitative study. *Journal of Midwifery and Health Sciences*, 5(3), 106-113.



Content of this journal is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License



## Giriş

Ebelik, geçmişten günümüze kadar kadınlara doğum öncesi, doğum ve doğum sonrası dönemde bakım veren bir meslek grubu olmuştur. Yükseköğretim kurumlarının lisans düzeyinde eğitim veren bir bölüm olan ebeler hem teorik hem de uygulamalı dersleri bünyesinde barındırmaktadır. Bu eğitim programının kapsamında yer alan klinik uygulamalar, ebeler bilgi ve becerilerinin kazandırılmasında önemli bir yere sahiptir (Akın Korhan ve ark., 2020).

Ebelik, kadının sosyal hayatını ve kişisel kimliğini göz önüne alarak bütüncül bakım sağlayan bir felsefeye sahiptir. Bu felsefenin temel amaçları, doğumun doğal akışını bozmadan, bu süreci kolaylaştırmak ve doğum sırasındaki klinik müdahaleyi en az seviyeye indirmektir (Yılar Erkek & Özer, 2020). Genellikle klinik müdahaleler göz önüne alındığında doğum eylemi sürecinde en sık yapılan müdahale vajinal muayenedir. Gebeliğin ilk trimesterinde 8-10. gebelik haftaları arasında ve son trimesterde doğuma bir iki hafta kala ya da doğum başlangıç belirtileri ile beraber bebeğin ve annenin sağlığının rutin değerlendirilmesi, doğum için baş-pelvis uygunluğunun değerlendirilmesi, prezentasyonun belirlenmesi, doğum zamanının ve doğumun vajinal olup olamayacağını belirlenmesi amacıyla yapılmaktadır (Yıldırım, 2018). Bimanuel vajinal muayene, işaret parmağı ve orta parmağın vajen içine yerleştirilmesi ile gerçekleştirilmektedir. Sağlık profesyonelleri yaptıkları vajinal muayene ile servikal efasman, servikal dilatasyon, fetal prezentasyon, membranların sağlamlığı, amniyotik sıvının rengi hakkında bilgi edinmektedir (Yılar Erkek & Özer, 2020). Edinilen bu bilgiler doğrultusunda, vajinal doğumun ilerleyişi ve normal doğumun olup olmayacağı hakkında karar verilmektedir (Yıldırım, 2018). Vajinal muayene, eylemin aktif fazında gebenin durumuna göre 2-4 saatte bir yapılmalıdır. Dünya Sağlık Örgütü'nün önerisi, vajinal muayenenin 4 saat aralıklarla ve mümkünse aynı kişi tarafından yapılması yönündedir (WHO, 2003). Yaygın olarak kullanılan bir uygulama olmasına karşın, fayda/zararları ve ne sıklıkta yapılması gerektiğine ilişkin kanıta dayalı sonuçlar yeterli değildir (Sağlık Bakanlığı, 2009).

Gebe ve fetüs sağlığı izlemi açısından tüm dünyada genel kabul görmüş ve en sık kullanılan yöntem olan vajinal muayene, tüm ebe ve öğrenci ebelerin teorik olarak bilip klinikte uygulaması gereken bir muayene yöntemidir. ICM'nin Uluslararası Ebeler Konfederasyonu (International Confederation of Midwives-ICM), eğitim yeterlilik ve eğitim standartlarını yayınlamasına rağmen ebeler eğitiminde klinik ortamda öğrencilere sağlıklı öğrenme ortamları henüz istenilen şartlarda sağlanamamaktadır. Klinik eğitim sürecince uygulama yapacak uygun ortamın olmaması ve kliniklerdeki kalabalık ortamlar, öğrencilerin uygulama şansının ciddi şekilde azalmasına yol açmaktadır. Aynı zamanda öğrencilerin çoğunluğu uygulama yapmak için fırsat bulamamaktadır. (Bingöl Bayrı ve ark., 2020). Yapılan her uygulama öğrenciler için bir deneyim niteliğindedir. Ebeler öğrencileri klinik uygulamalarda ebe ve öğretim üyesi gözetiminde vajinal muayene yapmaktadır. Özellikle ilk klinik deneyim öngörülemez olmasından dolayı daha çok anksiyete ve stres oluşturabilmektedir (Aydın Kartal & Yazıcı, 2017). Anksiyeteli ve stresli öğrenci doğru karar verme ve algılama sorunu yaşayabilmektedir. Ayrıca stresin öğrencinin beceri geliştirme ve klinik performansını etkilediği düşünülmektedir. Bu sebeple öğrencilerin klinik öğrenme deneyimlerinin her aşamasında anksiyete ve stres düzeylerinin belirlenmesi ayrıca önem taşımaktadır (Aydın Kartal & Yazıcı, 2017).

Lisans düzeyinde ebeler öğrencileri için temel öğrenim becerilerinden biri olan vajinal muayene, yeterince deneyimlenmediği için öğrencilerin çekindikleri, endişelendikleri ve öğrencilerde anksiyete oluşturan bir beceri haline geldiği düşünülmektedir. Sağlık kurumlarındaki uygulama eğitimi, ebeler programları/bölümleri tarafından belirlenen derslerin öğrenme çıktılarına karşılayabilecek ve öğrencinin deneyim kazanmasını sağlayacak nitelikte olması desteklenmeli ve denetlenmelidir (Kutlu ve ark., 2018). Literatürde ebeler öğrencilerinin ilk klinik deneyimleri ile ilgili çalışmalar olmasına rağmen ilk vajinal muayene deneyimini inceleyen çalışmaya rastlanmamıştır. Bu nedenle, bu çalışmanın amacı ebeler öğrencilerinin ilk vajinal muayene deneyimlerini ve anksiyete düzeylerini ortaya koymaktır.

## Yöntemler

**Araştırma Tipi:** Araştırma niteliksel tanımlayıcı fenomenolojik bir araştırmadır.

**Araştırmanın Yeri ve Zamanı:** Araştırma, Aralık 2021- Ocak 2022 tarihleri arasında Sakarya'da bulunan bir Eğitim Araştırma Hastanesi'nde yapılmıştır.

**Araştırmanın Evren ve Örneklemi:** Çalışmanın evreni Aralık 2021- Ocak 2022 tarihleri arasında doğumhaneye uygulama için gelen ebeler 2. ve 3. sınıf öğrencilerinden oluşmaktadır. 1. sınıf ebeler öğrencileri henüz klinik uygulamaya çıkmadıkları için, 4. sınıf ebeler öğrencileri ise daha önce vajinal muayene yapmış oldukları için çalışma dışı bırakılmıştır. Doğumhane uygulamasına toplam 20 ebeler öğrencisi (yedi kişi 2. sınıf, on üç kişi 3. sınıf) katılmıştır. Araştırmaya katılmaya 3 ebeler öğrencisi gönüllü olmamıştır. Nitel araştırmalarda örneklem büyüklüğüne karar vermede "doğgunluk" önemli bir rehberdir. Katılımcılar tarafından verilen bilgilerin tekrarlandığı ve katılımcıların genellikle aynı ifadeleri tekrar kullandığı durumda örneklem sayısının yeterli olduğuna karar verilmiştir. Araştırmanın örneklemi çalışmaya katılmayı kabul eden ve araştırmaya dahil edilme kriterlerini sağlayan 13 ebeler öğrenci oluşturmuştur. Dört ebeler öğrencisi ile veri doğgunluğuna ulaşıldığı için görüşülmemiştir.

### Araştırmaya Dâhil Edilme Kriterleri

- Daha önce vajinal muayene yapmamış ebeler 2. ve 3. sınıf öğrencisi olmak,
- Araştırmaya katılmaya gönüllü olması,
- Herhangi bir iletişim bozukluğunun olmaması.

### Araştırmadan Dışlanma Kriterleri

- Araştırmaya katılmaya gönüllü olmamak,
- Türkçe konuşamamak.

### Araştırmada Kullanılan Ölçüm Araçları

- **Sosyo-Demografik Bilgi Formu:** Araştırmacılar tarafından hazırlanan katılımcıları tanıtmaya yönelik yaşı, sınıfı, akademik ortalaması, bölümü tercih etme nedeni gibi 8 tane anket sorusu bulunmaktadır.
- **Durumluk Anksiyete Ölçeği (STAI-I):** Durumluk Anksiyete Ölçeği, kişinin kendisini belirli bir anda nasıl hissettiğini belirten ifadelerden oluşan bir ölçüm aracıdır. Toplamda 20 sorudan oluşmaktadır. Durumluk anksiyete ölçeğinin maddelerinde ifade edilen duygu ya da davranışların değerlendirmesi yaşantının şiddetine göre; 1) Hiç, 2) Biraz, 3) Çok ve 4) Tamamıyla seçeneklerinden oluşmaktadır. En yüksek puan 80, en düşük puan ise 20'dir. Toplam anksiyete puanı ne kadar yüksekse, envanteri dolduran kişinin anksiyete düzeyi o kadar yüksektir.

• **Yarı Yapılandırılmış Soru Formu:** Araştırmacılar tarafından, yapılan literatür taraması (Bingöl Bayrı ve ark., 2020) sonucunda hazırlanmıştır. Ebelik öğrencilerinin vajinal muayene ile ilgili bilgi, birikim, duygu, düşünce ve önerilerini ölçmeyi amaçlayan toplam 15 tane açık uçlu sorudan oluşmaktadır. 7 tanesi uygulama öncesinde, 8 tanesi uygulama sonrasında katılımcılara yöneltilmiştir.

**Verilerin Toplanması:** Veriler öğrencinin ilk defa yapacağı vajinal muayene öncesi ve sonrası olmak üzere iki görüşme halinde yapılarak toplanmıştır. İlk görüşme muayene öncesi doğumhanede bulunan sessiz, uygun bir odada yapılmıştır. Sonrasında görüşmeyi yapan ve çalışmada yardımcı araştırmacı olan ebeğin gözetiminde vajinal muayene gerçekleştirilmiştir. Muayene sonrasında ise ikinci görüşme yine doğumhanede bulunan uygun ve sessiz bir odada gerçekleştirilmiştir. Veriler sosyo-demografik bilgi formu, durumluk anksiyete ölçeği ve yarı yapılandırılmış (semistructured) soru formu aracılığıyla toplanmıştır. Durumluk anksiyete ölçeği muayene öncesi ve sonrası olmak üzere iki kez uygulanmıştır. Yarı-yapılandırılmış soru formu araştırmanın yapısına uygun olarak açık uçlu sorulardan oluşmuştur. Muayene öncesinde ilk yapılan görüşmeler ortalama 15 dakika, muayene sonrası yapılan görüşme ise ortalama 10 dakika sürmüştür.

**Verilerin Değerlendirilmesi:** Araştırmamızda nitel araştırma desenlerinden fenomenolojik yaklaşım kullanılmıştır. Fenomenolojik yaklaşımın temelini bireysel tecrübeler oluşturmaktadır. Bu yaklaşımda araştırmacı katılımcının kişisel (öznel) tecrübeleri ile ilgilenmekte, bireyin algılamaları ve olaylara yükledikleri anlamları incelemektedir. Fenomenoloji tanımlayıcı bir araştırmadır. Bu bağlamda genelleme yapmak değil, olguları tanımlamak önemlidir (Frechette et al. 2020). Çalışmanın yürütülmesi ve sonuçların raporlanması, nitel araştırmaların raporlanması için konsolide kriterler kılavuzu (COREQ) ile uyumlu olmasına dikkat edilmiştir. Veri analizi, veri toplama işleminin tamamlanmasının ardından başlamıştır. Her görüşmenin analizi, gerçekleştiği tarihten itibaren bir hafta içinde yapılmıştır. Analizde nitel araştırma yöntemlerinde

profesyonel veri analizi yazılımı olan Maxqda kullanılmıştır. Anksiyete düzeylerini belirlemek ve uygulama öncesi, sonrası farkı ortaya koyabilmek için SPSS 21 programından yararlanılmıştır. Veriler normal dağılım göstermediğinden dolayı uygulama öncesi- sonrası kaygı puan ortalamalarının değerlendirilmesinde Wilcoxon işaretli sıralar testi kullanılmıştır. İstatistiksel olarak anlamlılık değeri  $P < ,05$  kabul edilmiştir.

**Araştırmanın Etik Yönü:** Bu çalışmanın yürütülebilmesi için kurum izni Sakarya Eğitim Araştırma Hastanesi'nden, Sakarya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanlığı'ndan ve Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'ndan (Tarih: 30.11.2021 Sayı: E-71522473-050.01.04-8356 O-535) alınmıştır. Araştırma süresince Helsinki Deklarasyonunda belirtilen etik gereklilikler yerine getirilmiştir. Katılımcılar araştırmaya katılımın gönüllülük esasına dayalı olduğu ve herhangi bir açıklama yapmadan istedikleri zaman geri çekilebilecekleri konusunda bilgilendirilmişlerdir. Öğrencilere araştırmaya katılmayı ve verilerin kaydedilmesi için ses kayıt cihazı kullanılmasını kabul edip etmedikleri ile ilgili sözlü onamları alınmıştır.

## Bulgular

Çalışmaya katılan öğrencilerin yaş ortalaması  $20,46 \pm 0,66$  (min:19–max:21), akademik ortalamaları ise  $3,26 \pm 0,42$  (min: 2,54–max:3,97)'dir. Öğrencilerin çoğunluğu ebeliği kendi isteği ile seçtiğini belirtmiştir. Öğrencilerin özellikleri Tablo 1'de verilmiştir. Vajinal muayene öncesi öğrencilerin kaygı düzeyi  $38,07 \pm 9,92$ 'ken, muayene yaptıktan sonraki kaygı düzey ortalamaları  $31,84 \pm 5,95$ 'dir. İstatistiksel olarak muayene sonrası öğrencilerin kaygı düzeylerinin anlamlı olarak azaldığı saptanmıştır ( $P < ,05$ ).

Çalışma sonucunda 3 ana tema belirlenmiştir. Ana tema ve alt temalar Tablo 2'de verilmiştir.

Bu bölümde öğrencilerin düşünce ve deneyimleri; "muayeneye hazırlık", "muayene süreci" ve "muayene sonrası" olarak üç tema çerçevesinde verilmiş, katılımcıların alt temalara ilişkin cevaplarından örnekler sunulmuştur.

**Tablo 1.**  
Katılımcıların sosyo-demografik, akademik özellikleri ve kaygı düzeyleri

| Katılımcı    | Yaş | Sınıfı | Akademik ortalama | Mesleği tercih etme | VM öncesi Kaygı  | VM sonrası Kaygı            |
|--------------|-----|--------|-------------------|---------------------|------------------|-----------------------------|
| K1           | 20  | 3      | 3,03              | Kendi isteği        | 34               | 30                          |
| K2           | 21  | 3      | 3,26              | Kendi isteği        | 35               | 34                          |
| K3           | 21  | 3      | 3,29              | Kendi isteği        | 38               | 35                          |
| K4           | 21  | 3      | 3,35              | Kendi isteği        | 26               | 28                          |
| K5           | 21  | 3      | 3,00              | Kendi isteği        | 43               | 33                          |
| K6           | 21  | 3      | 3,10              | Kendi isteği        | 36               | 31                          |
| K7           | 20  | 3      | 3,97              | Puanı yettiği için  | 29               | 24                          |
| K8           | 21  | 3      | 2,54              | Puanı yettiği için  | 47               | 46                          |
| K9           | 20  | 2      | 3,88              | Kendi isteği        | 34               | 31                          |
| K10          | 20  | 2      | 3,78              | Kendi isteği        | 34               | 30                          |
| K11          | 21  | 3      | 2,74              | Kendi isteği        | 66               | 22                          |
| K12          | 20  | 2      | 3,45              | Kendi isteği        | 37               | 37                          |
| K13          | 19  | 2      | 3,07              | Kendi isteği        | 36               | 33                          |
| Ortalama     |     |        |                   |                     | $38,07 \pm 9,92$ | $31,84 \pm 5,95$            |
| Test değeri* |     |        |                   |                     | $z: 2,832$       | <b><math>P= ,005</math></b> |

\* wilcoxon işaretli sıralar testi

| <b>Tablo 2.</b><br>Tanımlanmış Tema ve Kategoriler |                  |
|--|------------------|
| Temalar  | Alt kategoriler  |
| Muayeneye hazırlık                                 | Mahremiyet       |
|  | Aseptik Koşullar |
|  | Bilgilendirme    |
| Muayene süreci                                     | Gerekliliği      |
|  | Sıklığı          |
| Muayene sonrası                                    | Duygular         |
|  | Beklentiler      |

### Tema 1. Muayeneye Hazırlık

Ebelik öğrencileri vajinal muayene öncesinde dikkat edilmesi gereken bazı noktalar olduğunu ifade etmişlerdir. Dikkat edilmesi gereken noktalar "mahremiyet", "aseptik koşullar" ve "bilgilendirme" alt temaları ile değerlendirilmiştir.

#### Mahremiyet

Öğrencilerin neredeyse tamamı vajinal muayenenin mahrem bir durum olduğunu düşünerek özellikle bu süreçte gebenin mahremiyetine daha çok dikkat edilmesi gerektiğini belirtmişlerdir. Mahremiyetin gebenin ve ebeğin rahatlamasına da yararlı olacağını düşündüklerini ifade eden örnekler şöyledir;

"Mahremiyet açısından kapılar ve perdeler kapalı olmalı... gebenin güvende hissetmesini sağlamamız gerekiyor" Ö6

"Mahremiyet sağlanmalı, bazı kadınlar çok utanç oluyor bu da beni duygusal olarak etkiliyor, girişim yapmamda engel oluyor." Ö8

#### Aseptik koşullar

Yapılan her girişim öncesi asepsi koşullarına uyulması gerektiğini belirten öğrenciler, şunları ifade etmiştir;

"Aseptik kurallara dikkat etmeliyiz, enfeksiyonu önlemek için aseptik kurallara göre muayene etmeliyiz" Ö7

"Kendi el hijyenimize ve aynı zamanda hastanın hijyenine dikkat edilmeli" Ö3

#### Bilgilendirme

Öğrenciler gebeye muayene öncesi işlem hakkında bilgi vermenin önemine vurgu yapmış ve iletişim kurma ile ilgili şunları ifade etmişlerdir;

"Muayene öncesi hastayı sakinleştirmemiz gerekiyor. Hastaya öncelikle ne yaptığımızı anlatmamız gerekiyor. Söylemeden hiçbir

şey uygulamamız gerekiyor. Neyi neden yaptığımızı hastaya açıklamamız gerekiyor. Yaptığımız şeyleri de not etmemiz gerekiyor." Ö11

"Muayene öncesi gebe ile iletişim kurma ve muayene ile ilgili yeterli bilgi vermemiz gebeyi rahatlatacaktır" Ö2

### Tema 2. Muayene süreci

Vajinal muayene sürecine yönelik düşüncelerini ifade eden öğrenciler, muayenenin "gerekliliği" ve "sıklığı" konusuna vurgu yapmışlardır.

#### Gerekliliği

Öğrencilerin tamamı vajinal muayenenin doğumda kesinlikle yapılması gereken önemli bir uygulama olduğunu, doğum sürecini vajinal muayene ile daha iyi takip edebileceklerini ifade etmişlerdi.

"Doğum öncesinde annenin pelvik kemik yapısının doğuma uygun olup olmadığını kontrol etmek için ve doğumun başlayıp başlamadığını kontrol etmek için muayene yaparız, bunlar doğumun gidişatı için önemlidir." Ö5

"Açıklığı kontrol etmek için, kanama durumuna bakmak için ve akıntı olup olmadığını bakmak için, doğumun ilerleyişi ya da ilerlememesi hakkında bize bilgi veriyor bu yüzden mutlaka yapılmalıdır." Ö9

"Bebeğin geliş durumunu öğrenmek için, doğumun yaklaşıp yaklaşmadığını bakmak için vajinal muayene yaparız. Açıklık arttıkça doğumun yaklaştığı anlamına gelir ve ona göre de hastaya müdahale edebiliriz." Ö12

#### Sıklığı

Vajinal muayenenin hangi aralıklarla ve neye göre yapılması gerektiği konusunda öğrencilerin bilgilerinin yetersiz olduğu görülmüştür.

"Gerekli gördüğümüz sıklıkta yapmalıyız, belirli bir sıklığı yok diye biliyorum. İlk evrede çok sık yapmamaya çalışıyoruz." Ö1 "15 dakikada 1 yapılır." Ö6 "Doğumdan önce 30 dakikada bir yapılır bence." Ö5

"15 dk'de bir yapmak gibi kesin bir kaide yok. Gerektiğinde yapıyoruz. NST çekiyorsak oradaki bulgulara bakarak yapılır" Ö8 "Bu konuda tam bir fikrim yok." Ö13

### Tema 3. Muayene sonrası

Son tema muayene sonrası yapılan görüşmelerden ortaya çıkmıştır. Bir uygulamayı ilk defa deneyimlemek öğrencilerin duygu ve beklentilerinde önemli değişimlere neden olmaktadır.

| <b>Tablo 3.</b><br>Öğrencilerin uygulama öncesi ve sonrası duygu değişimleri  |  |
|---|--|
| Uygulama Öncesi   | Uygulama Sonrası   |
| Hastanın canını yakıyormuşum gibi düşündüğüm için daha hassas davranmaya çalışıyorum." Ö1   | "Çok güzel bir deneyimdi. Kendimi öğrenci gibi değil ebe gibi hissettirdi." Ö1   |
| Yanlış yapmaktan korkuyorum, anneye ve bebeğe zarar verebileceğimi düşünüyorum" Ö3  | "Farklı ve korkutucu bir deneyimdi. Önce korku sonra korkulacak bir şey olmadığını hissettirdi" Ö3   |
| "Yanlış yapmaktan korkuyorum ve tedirginim" Ö10   | "Başta çok korkarak yaklaştım ama yaptıktan sonra kendime biraz daha özgüvenim geldi. Bunu yapamam diye düşünüyordum. En son bunu yaparım diye düşünüyordum. Bunu da yaptığım için artık özgüvenim geldi biraz." Ö10 |
| "Ben ilk vajinal muayene yapacağımdaya midemin bulanacağını düşünüyorum. Çünkü midem hassas ve kandan tiksiniyorum. Bunlar beni etkiliyor." Ö11 | "Beklediğimden çok üstündeydi. Bence en büyük nedeni ön yargımın gitmiş olması. Başta çok iğrenç görüyordum çünkü." Ö11  |



## Duygular

Öğrencilerin uygulama öncesi ve sonrası duygularındaki değişim beklenen bir durumdur. Öğrenciler uygulama sonrasında duygularında olumlu anlamda değişim yaşadıklarını, özgüvenlerinin arttığını ve ebeliği hissettiklerini ifade etmişlerdir (Tablo 3).

## Beklentiler

Ebelik eğitiminin önemli bir bölümü olan uygulamalar önce teorik olarak anlatıldıktan sonra mümkünse maket üzerinde uygulanır, sonrasında kliniklerde gebe/hasta üzerinde uygulama yaptırılmaktadır. Vajinal muayene uygulamasına dair eğitimle ilgili beklentilerini öğrenciler şu şekilde ifade etmişlerdir;

*"Yanlış yapmaktan korktum aslında. Direk hastada denemeden önce makette denemeli ve öğrenmeliyiz."*Ö3

*"Gerçekle maket arasında gerçekten çok fark varmış. Bu açıdan fikrim değişti."*Ö3

*"Öğrencilere maketler üzerinde bu eğitim uygulanmalı. Okulda uyguladık daha önce, bence faydalıydı."*Ö4

*"Bence bu önce animasyon şeklinde gösterilmeli sonra maket en son hasta üstünde yapılması gerekiyor."*Ö10

*"Bence okuldaki maket gibi değil. Okulda bir makettense hastanede öğretmenlerle beraber deneyim edilebilir. Makette direk elde ediliyor ama gerçekte daha farklı şeylere dokunuyorsunuz."*Ö11

## Tartışma

Ebelik öğrencilerinin ilk vajinal muayene uygulaması deneyimlerini ve anksiyete düzeylerini belirlemek amacıyla yapılan bu çalışmada 13 ebelik öğrencisi ile görüşüldü. Araştırmada öğrencilerin deneyimleri 3 ana tema ve 7 kategori altında toplandı. Ortaya çıkan sonuçlar, ebelik öğrencilerinin ilk vajinal muayene uygulaması konusundaki deneyimleri, bu sürece yönelik algı ve beklentilerini ortaya koymak açısından önemlidir.

### Tema 1. Muayeneye Hazırlık

Mahremiyet, bir başkası tarafından kişinin beden, duygu, düşünce veya kendisine/işliklerine ait bilgilere erişmenin sınırlanması anlamına gelmektedir. Aynı zamanda hasta hakları arasında yer almaktadır (T.C Sağlık Bakanlığı, 2016). Mahremiyet duygusu, kültürümüz gereği kız çocuklarının küçük yaşta itibaren genital organlarını koruması ve saklaması gerekliliği ile yetiştirilmesinden kaynaklanmaktadır. Bu sebeple sağlık profesyonellerinin, doğum eyleminin takibinde kullanılan vajinal muayene esnasında dikkat etmesi gerekenler arasında mahremiyet yer almaktadır. Muayene esnasında mahremiyete ve diğer gerekliliklere özen gösterilmediği takdirde, kadınlarda utanma ve korku duygularında artma, anksiyete, suçluluk, güçsüzlük ve memnuniyette azalma olmaktadır (Hassan ve ark., 2012; Lai & Levy, 2002; Taşkın, 2014). Erbil ve ark. tarafından yapılan bir araştırmada muayene sırasında, kadınların orta düzeyde anksiyete, %62,5'inin utanma, %37,9'unun korku, %21,7'sinin ağrı yaşadığı belirlenmiştir (Erbil ve ark.,2018). Yılar Erkek ve Özer tarafından 121 nullipar gebe ile yapılan araştırmada, gebelerin %97,5'i yanında muayene yapan kişi dışında biri olmamasını, %85,1'i tek kişilik odada ve kadın ebe/hekim tarafından yapılmasını istediği belirlenmiştir (Yılar Erkek & Özer, 2020). Altay ve Kefeli'nin yaptığı çalışmada da kadınların %65'i mahremiyetle ilgili olarak vajinal muayeneyi kabul etmediğini belirtmiştir (Altay & Kefeli, 2012). Bay ve Akın (2022) tarafından pelvik cerrahi yapılan 415 kadının katıldığı veri tabanlı kesitsel araştırmada, muayene öncesi kadınların %28,1'i utanç, %18,8'i huzursuzluk, %17,2'si anksiyete, %16,5'i korku %15'i ağrı ve %2,3'ü suçluluk-öfke

hissetmiştir. Elde edilen sonuçlara göre kadınlara muayene öncesi bilgi vermek mahremiyet algılarını olumlu yönde etkilemiştir (Bay & Akın, 2022). Bizim çalışmamızda elde edilen bulguların literatürde bulunan çalışmaları desteklediği görülmüştür.

Hastane koşullarında uygulanan tüm girişimler gibi vajinal muayenede de aseptik koşullara dikkat etmek gerekmektedir. Bu koşullar genellikle, steril/nonsteril eldiven giyme, disposable malzemeler kullanmak, temiz alanları kontamine etmemek, muayene öncesi/sonrası elleri yıkamaktır. Vajinal muayenede gelişebilecek ilk komplikasyon enfeksiyondur (Borders ve ark., 2012). Özellikle kanama ve su gelişi durumlarında gereksiz muayeneden kaçınılması gerektiği belirtilmekte ancak muayene gerekliliği takip ve karar vermedeki önemi konusunda çelişkinin yaşandığı bir durumdur. Enfeksiyon riskinin önlenmesi, bulaş yollarının önünün kesilmesinde aseptik uygulamalar önemli yer tutmaktadır. Çalışmaya katılan öğrenci ebelerde aseptik koşulların muayenede öncelikli dikkat edilmesi gerekenler arasında yer aldığını vurgulamakta oldukları ancak aseptik koşullar konusunda fazla detay vermedikleri görülmüştür.

Her birey alışageldiği yaşam süreci içinde bilmediği bir durumla karşılaştığında anksiyete yaşar. Vajinal muayene de bunlardan biridir (Altay & Kefeli, 2012). Vajinal muayene öncesinde, kadınlara olumlu iletişim kurulması, kadına yapılacak işlem ve oluşabilecek etkileri hakkında bilgi verilmesi, onun işleme daha rahat uyum sağlaması ve olumlu muayene deneyimi yaşamasında etkili olabilmektedir. Literatüre bakıldığında, Yıldırım'ın yaptığı yüksek lisans tez çalışmasında 20 kadından 16'sının vajinal muayenede bilgi verilmesini önemsedikleri, 10 kadının muayeneye ilişkin yeterli bilgisi olmadığını düşündüğü, 6 kadının da bilgilendirildiğini düşündüğü görülmüştür (Yıldırım, 2018). Yine Demir ve Yeşiltepe Oskay'ın çalışmasında yer alan kadınların %78'i sağlık profesyonellerinin güler yüzlü, ilgili ve özenli davranmasını, %69,7'si işlem öncesi gerekli bilgileri vermesini istemiştir (Demir & Yeşiltepe Oskay,2014). Özcan ve ark. tarafından yapılan çalışmada ise 249 kadından %66,7'si işlem öncesi açıklama yapıldığını, açıklama yapan kişinin ise %56,1 oranında ebe/hemşire olduğu belirlenmiştir. (Özcan ve ark., 2020). Bizim çalışmamızda da literatürle benzer şekilde ebelik öğrencileri, muayene öncesi işlem hakkında bilgi vermenin önemine vurgu yapmıştır.

### Tema 2. Muayene Süreci

Vajinal muayene gerekliliği ve sıklığı konusunda kanıta dayalı yeterli çalışma bulunmamakla birlikte, Dünya Sağlık Örgütü, vajinal muayenenin 4 saat aralıklarla ve mümkünse aynı kişi tarafından yapılmasını önermektedir (WHO, 2003). Dixon ve Foureur, vajinal muayenenin önemli bir klinik değerlendirme aracı olabileceğini, ancak standartlaştırılmış doğum bakımının bir parçası olarak rutin bir şekilde kullanıldığında gereksiz bir müdahale olarak görülmesi gerektiğini savunmaktadırlar. Ancak bir başka araştırmacı, vajinal muayenenin doğum eyleminde rutin hale geldiğini ve artık bir müdahale olarak görülmediğini öne sürmektedir. Ayrıca araştırma kanıtı yetersizliği nedeniyle rutin vajinal muayenenin etkili bakım oluşturup oluşturmadığını bilmenin imkansız olduğunu ve rutin vajinal muayenenin gerekçesini sorguladığını eklemektedir (Warren, 1999). Bu endişelere rağmen, doğumda vajinal muayenenin rutin kullanımı devam etmektedir (Cheyne ve ark., 2008). Birleşik Krallık'ta Kraliyet Kadın Doğum Uzmanları ve Jinekologlar Koleji artık vajinal muayeneyi tıbbi müdahale olarak kabul etmekte ve bu nedenle vajinal muayenenin yalnızca 'mutlak gerekli olduğunda' yapılması gerektiğini vurgulamaktadır (Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, 2002). Sherped

ve Cheyne (2013) yaptıkları bir çalışmada spontan vajinal doğum için başvuran kadınların (359) %66'sının her 4 saatte bir kereden daha fazla vajinal muayene edildiğini ortaya koymuştur (Shepherd & Cheyne, 2013). Küçük ve Yeşilçiçek Çalık'ın (2021) çalışmasında kadınların doğum eylemi boyunca ortalama 4 kere vajinal muayene deneyimi yaşadıkların ve vajinal muayenenin ebeler tarafından yapılmasını istedikleri bulunmuştur (Küçük & Yeşilçiçek Çalık, 2021). Bizim çalışmamızda vajinal muayenenin gerekliliği ve sıklığı konusunda öğrenciler arasında fikir birliği bulunmadığı tespit edilmiştir. Teorik ders ve uygulamalar sırasında vajinal muayene ile ilgili güncel kanıta dayalı uygulamalara ve rehberlerin son önerilerine daha çok vurgu yapılması gerekmektedir. Ayrıca klinikteki uygulamaların da bu yönde iyileştirilmesi adına çalışmalar yapılmalıdır.

### Tema 3. Muayene Sonrası

Kaygı, genellikle ilk klinik deneyimlerde gözlemlenen bir duygudur. İlk klinik eğitim deneyimi sırasında, hemşirelik öğrencilerinin stres ve kaygı düzeylerinde artış olduğu bildirilmektedir (Chan ve ark., 2009, Jan & Popescu, 2014). Aydın Kartal ve Yazıcı'nın (2017) 75 ebelik bölümü öğrencisi ile yaptıkları çalışmada da, ebelik öğrencilerinin ilk kez klinik uygulama başlangıcındaki stres düzeyleri uygulama sonrası stres düzeylerine göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (Aydın Kartal & Yazıcı, 2017). Çalışmamızda da literatürle benzer bir şekilde vajinal muayene öncesi öğrencilerin kaygı düzeyi ortalaması muayene yaptıktan sonraki kaygı düzey ortalamalarından daha yüksek bulunmuştur.

Jan ve Popescu (2014) 212 hemşirelik öğrencisi ile yaptıkları çalışmada ilk klinik deneyimdeki stresin nedenlerini hastanın içinde bulunduğu durum ve hastaların acı-ağrı çekmeleri olarak bildirmiştir (Jan & Popescu, 2014). Bizim çalışmamızda da gebenin canını yakmaktan ve yanlış yapmaktan korktuğunu belirten öğrenciler görülmektedir. Bunun yanı sıra uygulama sonrası öğrencilerde yaşanan bir diğer duygu da özgüven artışıdır. Genç Köse ve arkadaşlarının 20 öğrenci ile yaptıkları bir çalışmada, öğrencilerin son staj günü özgüvenlerinin ilk staj günü özgüvenlerine göre arttığı bildirilmiştir (Genç Köse ve ark., 2021).

Vajinal muayene hem teorik bilgi hem de el becerisi/pratik gerektiren bir uygulamadır. Teorik eğitimde çoğu öğrenci maketler, gerçeğe dayalı simülasyonlar ile uygulama imkânı bulabilmektedir. Klinik eğitim sırasında kalabalık ortam sebebiyle öğrencilerin bir kısmı yeterli vajinal muayene yapamamaktadır. Bu konu ile ilgili olarak Bharj ve Embo, öğrenmeyi etkileyen birçok faktörün olduğunu, bunların da teori-uygulama boşluğu, fırsatların nitelik ve niceliği, kalabalık öğrenci topluluğu vb. olduğunu belirtmiştir (Bharj & Embo, 2018). Kutlu ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ebe öğrencilerin vajinal muayene yapma ve kaydetme durumu da değerlendirilmiş olup hiç vajinal muayene yapmadım diyenlerin sayısı 3 (%4,3), 10'dan fazla yaptım diyenlerin sayısı ise 35 (%50)' tir (Kutlu ve ark., 2018). Bizim çalışmamızda da öğrenciler yanlış yapmaktan korktuklarını, maket ve gerçek arsında farklılıkların olduğunu, teorik eğitimde maket/simülasyon/animasyon vb. araç-gereç kullanımının yararlı olacağı düşüncesi, klinik eğitimde ise ebe, öğretim elemanı eşliğinde muayene deneyimi sağlanması gibi beklentilerinin olması bu çalışmaları destekler niteliktedir. Kahraman ve arkadaşlarının yaptığı, 199 çalışmayı içeren sistematik derlemede, vajinal tuşede simülasyon etkinliğini değerlendiren çalışmalar incelenmiş olup simülasyon kullanımının vajinal tuşeyi öğrenmede etkili olduğu sonucuna varılmıştır. (Kahraman ve ark., 2022). Tüm bunlar değerlendirildiğinde elde olan imkân/durum ile öğrenci beklentilerinin karşılanmadığı anlaşılmıştır. Pratik

uygulamanın iyileştirilmesinde gerçeğe dayalı simülasyon, animasyon, maket kullanımı, klinik uygulamalarda öğrencilere destek olunması gibi imkanların sağlanması kaliteli ebelik eğitiminde faydalı olacağı düşünülmektedir.

### Araştırmanın Sınırlılıkları

Çalışmanın bazı sınırlılıkları mevcuttur. Öncelikle nitel çalışma olarak planlanan çalışma tek kurumda gerçekleştirildiğinden dolayı tüm ebelik öğrencilerine genellenemez. Ayrıca, sadece ilk kez vajinal muayene yapacak olan öğrenciler örnekleme dahil edildiği için veri sayısı sınırlı kalmıştır.

## Sonuç ve Öneriler

Vajinal muayene, travay takibinde belirleyici uygulamalar arasında yer almaktadır. Öğrenciler klinik uygulamalarda ebeler ve öğretim üyeleri gözetiminde vajinal muayene yapmaktadır. Çalışmamızda, öğrenciler vajinal muayene öncesinde, muayene sürecinde ve sonrasında dikkat edilmesi gereken noktalar olduğunu belirtmişlerdir. Muayenenin, doğum eyleminin takibinde gerekli olduğunu bildikleri ancak hangi sıklıkta yapılması gerektiği konusunda yeterli bilgiye sahip olmadıkları görülmüştür. Ayrıca öğrenciler uygulama sonrasında duygularında olumlu anlamda değişim yaşamış, özgüvenleri artmış ve ebeliği hissettiklerini ifade etmişlerdir. Buna rağmen beklentileri, mevcut eğitim sistemindeki klinik uygulamalarda sunulan destek sistemlerinin artırılması gerektiği yönündedir. Ebelik öğrencilerinin klinik uygulama öncesinde laboratuvar uygulamalarında deneyim kazanması ile hem stres/kaygı düzeylerinin azaltılması hem de kliniğe daha kolay adapte olması sağlanacaktır. Bu nedenle ebelik öğrencilerinin uygulamalar konusunda eksiklikleri ve ihtiyaçlarının belirlenmesi, klinikte yaşadıkları deneyimler ve beklentilerine yönelik daha fazla çalışma yapılması önerilmektedir.

**Etik Komite Onayı:** Bu çalışma için etik komite onayı Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'ndan (Tarih: 30.11.2021, Sayı: E-71522473-050.01.04-83560-535) alınmıştır.

**Bilgilendirilmiş Onam:** Yazılı bilgilendirilmiş onam bu çalışmaya katılan katılımcılardan alınmıştır.

**Hakem Değerlendirmesi:** Dış bağımsız.

**Yazar Katkıları:** Fikir –Ş.Ş., V.K. ; Tasarım – Ş.Ş., V.K.; Denetleme – Y.H.B.; Kaynaklar –Ş.Ş., V.K., Y.H.B; Veri Toplanması ve/veya İşlemesi – Ş.Ş., V.K.; Analiz ve/veya Yorum – Ş.Ş., V.K., Y.H.B.; Literatür Taraması – Ş.Ş., V.K. Yazıyı Yazan – Ş.Ş., V.K. ; Eleştirel İnceleme – Y.H.B.

**Çıkar Çatışması:** Yazarlar, çıkar çatışması olmadığını beyan etmişlerdir.

**Finansal Destek:** Yazarlar, bu çalışma için finansal destek almadıklarını beyan etmişlerdir.

**Ethics Committee Approval:** Ethics committee approval was received for this study from the ethics committee of Sakarya University Faculty of Medicine Non-Invasive Research (Date: 30.11.2021, Number: E-71522473-050.01.04-83560-535).

**Informed Consent:** Written informed consent was obtained from all participants who participated in this study.

**Peer-review:** Externally peer-reviewed.

**Author Contributions:** Concept – Ş.Ş., V.K. ; Design – Ş.Ş., V.K. ; Supervision – Y.H.B.; Resources – Ş.Ş., V.K., Y.H.B; Data Collection and/or Processing – Ş.Ş., V.K.; Analysis and/or Interpretation – Ş.Ş., V.K., Y.H.B; Literature Search – Ş.Ş., V.K.; Writing Manuscript – Ş.Ş., V.K.; Critical Review – Y.H.B.

**Declaration of Interests:** The authors declare that they have no competing interest.

**Funding:** The authors declare that this study had received no financial support.

## Kaynaklar

- Akın Korhan, E., Yıldırım, D., Özçiftçi, S., & Tokem, Y. (2020). Hemşirelik birinci sınıf öğrencilerinin Palyatif Bakımda İlk Klinik uygulama deneyimleri. *Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(1), 1–6.
- Altay, B., & Kefeli, B. (2012). Jinekolojik muayeneye gelen kadınların anksiyete düzeyi ve etkileyen bazı faktörler. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 5(4), 134–141.
- Aydın Kartal, Y., & Yazıcı, S. (2017). Ebelik öğrencilerinin ilk klinik deneyim başlangıcı ve sonunda anksiyete ve stres düzeylerinin belirlenmesi. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 4(3), 190–195.
- Bay, H., & Akin, B. (2022). Privacy, self-esteem, anxiety in women having pelvic examination. *Clinical Nursing Research*, 31(7), 1376–1383. [CrossRef]
- Bekmezci, H., & Özkan, H. (2015). Ebelik uygulamalarında mahremiyetin önemi. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 2(1), 113–124. [CrossRef]
- Bharj, K. K., & Embo, M. (2018). Factors affecting quality of midwifery students learning in the workplace: Results of two icm congress workshops. *Midwifery*, 30(62), 116–118. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0266613818300913?via%3Dihub>.
- Bingöl Bayrı, F., Demirgöz Bal, M., Karakoç, A., & Aslan, B. (2020). Ebelik öğrencilerinin doğum simülasyon eğitim deneyimi. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 11(4), 711–718.
- Borders, N., Lawton, R., & Martin, S. R. (2012). A clinical audit of the number of vaginal examinations in labor: A novel idea. *Journal of Midwifery and Women's Health*, 57(2), 139–144. [CrossRef]
- Chan, C. K., So, W. K., & Fong, D. Y. (2009). Hong Kong baccalaureate nursing students' stress and their coping strategies in clinical practice. *Journal of Professional Nursing*, 25(5), 307–313. [CrossRef]
- Cheyne, H., Hundley, V., Dowding, D., Bland, J. M., McNamee, P., Greer, L., Styles, M., Barnett, C. A., Scotland, G., & Niven, C. (2008). Effects of algorithm for diagnosis of active labour: Cluster randomised trial. *BMJ*, 337, a2396. [CrossRef]
- Demir, S., & Oskay, Ü. Y. (2014). Jinekolojik muayene olan kadınların yaşadığı deneyimler ve sağlık profesyonelinin beklentileri. *Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi*, 1(1), 68–79.
- Dixon, L., & Foureur, M. (2010). The vaginal examination during labour: Is it of benefit or harm? *N. Z. Coll. Midwifery*, 42, 21–26.
- Erbil, N., Şenkul, A., Sağlam, Y., & Ergül, N. (2008). Jinekolojik muayene öncesinde türk kadınların anksiyete seviyeleri ve muayeneye ilişkin tutumlarının belirlenmesi. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, 5, 1–5.
- Genç Köse, B., Bakoğlu, E., Pekmezci Purut, H., & Kefeli Çol, B. (2021). Yaşlı Bakımı öğrencilerinin Klinik uygulama deneyimlerinin niteliksel değerlendirilmesi. *STED / Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 30(1), 1–8. [CrossRef]
- Hassan, S., Sundby, J., Husseini, A., & Bjertness, E. (2012). Palestinian women's feelings and opinions about vaginal examinations during normal childbirth: An exploratory study. *Lancet*, 380, 35. [CrossRef]
- Jan, L. K., & Popescu, L. (2014). Israel's nursing students' stress sources and coping strategies during their first clinical experience in hospital wards-A qualitative research. *Social Work/Revista de Asistenta Sociala*, 13(4), 163–188.
- Kahraman, A., Şen Aytakin, M., & Çetin, Ö. (2022). Effectiveness of simulation methods used for teaching vaginal examination to midwifery students: Systematic review. *Journal of TOGU Health Sciences*, 2(1), 88–98.
- Kucuk, E., & Calik, K. Y. (2021). Women's experiences and frequency of vaginal examination during labour. *Clinical and Experimental Health Sciences*, 11(3), 426–432.
- Kutlu, L., Turan, A., Tanrıverdi, F. Ş., Urfa, H., & Keskin, G. (2018). Ebelik öğrencilerinin doğumhane deneyimlerinin duygu ve düşünceleri üzerindeki etkisinin değerlendirilmesi. *Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 1, 31–56.
- Özcan, H., Yüksel Koçak, D., & Dağlı, A. (2020). Jinekolojik muayene olan kadınların deneyimleri: Gümüşhane örneği. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 7(3), 188–195.
- Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (2002). *Gynaecological examinations: Guidelines for specialist practice*. Great Britain. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists.
- Shepherd, A., & Cheyne, H. (2013). The frequency and reasons for vaginal examinations in labour. *Women and Birth*, 26(1), 49–54. [CrossRef]
- Taşkın, L. (2014). *Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği*. Ankara: Sistem Ofset Matbaacılık. 12. Baskı, 125–128.
- T.C. Sağlık Bakanlığı (2009). *Ana çocuk sağlığı ve aile Planlaması (AÇSAP) genel müdürlüğü*.
- T.C. Sağlık Bakanlığı (2016). *Hasta hakları Yönetmeliği*. <https://www.saglik.gov.tr/TR,10461/hasta-haklari-yonetmeliği.html>
- Warren, C. (1999). Why should I do vaginal examinations? *Practising Midwife*, 2(6), 12–13.
- World Health Organization (2003). *Reproductive health, & World Health Organization. Department of reproductive health. Pregnancy, childbirth, postpartum, and newborn care: A guide for essential practice*.
- Yılar Erkek, Z., & Özer, S. (2020). Doğum sürecinde yapılan vajinal muayeneye ilişkin Annelerin Görüşleri. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 23(1), 9–16.
- Yıldırım, G. (2018). *Kadınların normal doğum sürecinde vajinal muayeneye ilişkin deneyimleri ve etkileyen faktörler* [Yüksek lisans Tezi]. Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı.
- Ying Lai, C., & Levy, V. (2002). Hong Kong chinese women's experiences of vaginal examinations in labour. *Midwifery*, 18(4), 296–303. [CrossRef]

## Extended Abstract

Midwifery is a professional group that provides care to women in the prenatal, birth, and postpartum period from past to present. Midwifery, which is a department that provides undergraduate education in universities, includes both theoretical and applied courses. Clinical practices within the scope of this training program have an essential place in gaining midwifery knowledge and skills. Considering the clinical practices in midwifery education, the most common practice during the labor process is vaginal examination. Each practice is an experience for students. Especially the first experiences can cause more stress and anxiety. Therefore, the aim of this study is to reveal the first vaginal examination experiences and anxiety levels of midwifery students.




Thirteen midwifery students (2nd and 3rd-grade) attending the midwifery department of a state university and coming to the delivery room for practice participated in the research. The ages of the students are between 19 and 21. The students' class, the reason for choosing the profession, their averages and the stress levels in the vaginal examination were questioned. The data were collected in two interviews, before and after the student's vaginal examination. The interviews were conducted in a quiet, one-on-one room in the delivery room with the practicing student. Data were collected through a socio-demographic information form, state anxiety scale, and semi-structured questionnaire. The state anxiety scale was administered twice, before and after the examination. The semi-structured questionnaire consisted of open-ended questions by the structure of the research. The first interview before the examination lasted an average of 15 minutes, and the interview after the examination lasted an average of 10 minutes. The majority of the students stated that they chose midwifery voluntarily. The anxiety level of the students before the vaginal examination was  $38.07 \pm 9.92$ . The mean anxiety level after the examination was  $31.84 \pm 5.95$ . Statistically, it was determined that the students' anxiety levels decreased significantly after the examination ( $P < 0,05$ ). As a result of the study, 3 main themes and some sub-themes were determined. These; "preparation for the examination", "examination process", and "post-examination" themes. The points to be considered in the main theme of preparation for the examination were evaluated with the sub-themes of "privacy", "aseptic conditions" and "information". Almost all of the students thought that vaginal examination was a confidential situation and stated that more attention should be paid to the privacy of the pregnant woman, especially in this process. Students stated that asepsis conditions should be followed in order to reduce or eliminate the risk of infection before each intervention. The importance of informing the pregnant woman about the procedure before the examination was emphasized and they stated that informing the pregnant woman calmed the patient. Different studies support this assessment. In the main theme of the examination, the students who expressed their thoughts about the examination process emphasized the "necessity" and "frequency" of the examination. All of the students stated that vaginal examination is an important practice that should definitely be done at birth, and that they can follow the birth process better with vaginal examination. Thus, the person following the birth will have an idea about the beginning of the birth and whether there is an abnormal situation. It has been observed that the students' knowledge about the intervals and according to which vaginal examination should be performed is insufficient. Some said that it should be done when they see it necessary. Some students said that it can be done every 15 or 30 minutes. The recommendation of the World Health Organization is that the vaginal examination should be performed at intervals of 4 hours and, if possible, by the same person. In the last theme, the post-examination theme, it was concluded that experiencing an application for the first time caused significant changes in the feelings and expectations of the students. The students stated that they experienced a positive change in their emotions after the application, their self-confidence increased and they felt midwifery. The students stated that in their expectations from the training about the vaginal examination, the use of the model should be increased first and that it should be done with a trainer in the first patient.

As a result, vaginal examination is among the determining practices in labor follow-up. In clinical practice, students perform vaginal examination under the supervision of midwives and faculty members. Midwifery students will gain practices in simulation practices before clinical practice and will both reduce their stress/anxiety levels and adapt to the clinic more easily. For this reason, it is recommended to determine the deficiencies and needs of midwifery students in terms of practices, and to conduct more studies on their experiences and expectations in the clinic.



# Gebelerde Distres ile Gebelikte Yakınmalar ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişki

## The Correlation Between Distress in Pregnancy and Complaints and Quality of Life During Pregnancy

Sevinç KÖSE TUNCER   
Papatya KARAKURT   
Necla KASIMOĞLU 

Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi,  
Sağlık Bilimleri Fakültesi,  
Hemşirelik Bölümü, Erzincan,  
Türkiye



### ÖZ

**Amaç:** Bu araştırmada, gebelikte distres ile gebelikte yakınmalar ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

**Yöntemler:** İlişkisel tanımlayıcı nitelikte planlanan bu araştırma, Mart-Eylül 2019 tarihleri arasında, bir kamu hastanesinin gebe polikliniklerine başvuran 393 gebe ile yürütülmüştür. Veriler, Kişisel Bilgi Formu, Gebelikte Yakınmalar ve Yaşam Kalitesine Etkisi Ölçeği ve Tilburg Gebelikte Distres Ölçeği ile toplanmıştır. İstatistiksel değerlendirmede; sayı, yüzde, ortalama, standart sapma, Mann Whitney U analizi, Kruskal Wallis Analizi ve Spearman Korelasyon Analizi kullanılmıştır.

**Bulgular:** Gebelerin %39,4'ünün distreste olduğu belirlenmiştir. Gebelerin Tilburg Distres Ölçeği'nden aldıkları toplam puan ortalamasının  $25,03 \pm 8,20$  ve Gebelikte Yakınmalar ve Yaşam Kalitesine Etkisi Ölçeği aldıkları toplam puan ortalamasının ise  $5,89 \pm 22,26$  olduğu saptanmıştır. Tilburg Distres Ölçeği ile Gebelikte Yakınmalar ve Yaşam Kalitesi Ölçeği puan ortalamaları arasında negatif yönde düşük düzeyde bir ilişki olduğu ve gebelerdeki distres arttıkça gebelikteki olağan yakınmalara bağlı yaşam kalitesinin azaldığı saptanmıştır ( $p < ,05$ ).

**Sonuç:** Gebelikteki yakınmaların, yaşam kalitesi ile distres arasında ters bir ilişki olduğu, gebelerdeki distres arttıkça gebelikteki olağan yakınmalara bağlı yaşam kalitesinin azaldığı belirlenmiştir. Bu sonuç doğrultusunda ebe/hemşirelerin prenatal sağlık bakım hizmetleri kapsamında gebelerdeki distresin ve olağan rahatsızların azaltılmasına yönelik girişimlere yer vermesi önerilir.

**Anahtar Kelimeler:** Gebelikte distres, gebelik, gebelik yakınmaları, yaşam kalitesi

### ABSTRACT

**Objective:** The aim of this study was to determine the correlation between distress in pregnancy and complaints and quality of life during pregnancy.

**Methods:** This correlational descriptive study was conducted with 393 pregnant women who applied to the pregnancy outpatient clinics of a public hospital between March and September 2019. Data were collected using Personal Information Form, the Scale of Complaints During Pregnancy and Their Effect on Quality of Life, and Tilburg Pregnancy Distress Scale. Number, percentage, mean, standard deviation, Mann Whitney U analysis, Kruskal Wallis Analysis, and Spearman's Correlation Analysis were used for statistical analysis.

**Results:** It was determined that 39.4% of the pregnant women were distressed. The Tilburg Distress Scale total mean score of the pregnant women was  $25.03 \pm 8.20$ , and their total mean score of the Scale of Complaints During Pregnancy and Their Effect on Quality of Life was  $52.89 \pm 22.26$ . There was a low negative correlation between the mean scores of the Tilburg Distress Scale and the Scale of Complaints During Pregnancy and Their Effect on Quality of Life, and as the distress of pregnant women increased, their quality of life got impaired depending on the common complaints during pregnancy ( $p < .05$ ).

**Conclusion:** It was found that there was a reverse correlation between the complaints, quality of life and distress during pregnancy, and as the distress of pregnant women increased, their quality of life got impaired depending on to the common complaints during pregnancy. In line with this result, it is recommended for midwives/nurses to include interventions to reduce distress and common discomforts in pregnant women within the scope of prenatal healthcare services.

**Keywords:** Distress during pregnancy, pregnancy, pregnancy complaints, quality of life

Geliş Tarihi/Received: 11.03.2022

Kabul Tarihi/Accepted: 08.09.2022

Yayın Tarihi/Publication Date: 30.12.2022

Sorumlu Yazar/Corresponding Author:

Sevinç KÖSE TUNCER

E-mail: svncose1024@hotmail.com

Cite this article as: Köse Tuncer, S., Karakurt, P., & Kasimoğlu, N. (2022). The correlation between distress in pregnancy and complaints and quality of life during pregnancy. *Journal of Midwifery and Health Sciences*, 5(3), 114-121.



Content of this journal is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License

## Giriş

Gebelik süreci, konsepsiyondan doğum eyleminin başlamasına kadar geçen süre olarak adlandırılmaktadır (Aydemir & Soğukpınar, 2020; Şimşek, 2019; Taşkın ve ark., 2019). Gebelik doğal ve fizyolojik bir olay olmasına rağmen gebenin vücudunda, hormonal ve ruhsal durumda değişikliklerin olduğu anneler için özel deneyimler içeren bir süreçtir (Akmeşe & Karaca Saydam, 2020; Duman & Kızılkaya Beji, 2019; Şahan, 2020; Taşkın ve ark., 2019) Gebeliğe adaptasyon sürecinde meydana gelen değişiklikler kadının birçok riskli durum ile karşı karşıya kalmasına neden olmaktadır.

Gebelikte salgılanan östrojen ve progesteron hormonuna bağlı olarak annede bir çok değişiklik meydana gelmektedir (Taşkın ve ark., 2019). Gebelerin en fazla görüle olağan rahatsızlıklar sırasıyla, vajinal akıntıda artma, sık idrara çıkma, bulantı, reflü, uykusuzluk, cinsel istekte değişiklikler, el veya ayaklarda şişme/ödem, konsipasyon, depresif/mutsuz, bacaklarda varis, baş ağrısı, vajinal mantar enfeksiyonu, ellerde uyuşma, baş dönmesi olduğu tespit edilmiş olup, bu yakınmaların gebelerin çoğunluğunda günlük yaşamın oldukça kısıtlandığı belirlenmiştir (Akcan, 2019). Başka diğer bir çalışmada ise gebelerin deneyimlediği yakınmalar arasında en çok halsizlik, yorgunluk, sık sık idrara çıkma, kalça ve bel ağrısı, uykusuzluk, sırt ağrısı, bacaklarda kasılma/kramp, bacaklarda uyuşma/karınalanma, vajinal akıntı, bulantı, aşırma, el ve ayaklarda şişme/ödem, reflü ve kusma gibi olağan rahatsızlıklar yer almaktadır (İncirkuş, 2021). Gebelik döneminde çoğunlukla görülen bu yakınmalar her ne kadar tedavi gerektirmeyen hafif rahatsızlıklar olsa da, gebenin konforunu etkilemektedir (İçke & Soğukpınar, 2020).

Gebelik fizyolojik değişimlerle birlikte biyopsikososyal değişimlerin de yaşandığı kaygı ve strese neden olabilecek etkenlerle karşılaşma riskinin yüksek olduğu bir dönemdir (Akmeşe & Karaca Saydam, 2020). Gebelik dönemine özgü stres, "prenatal sıkıntı" olarak tanımlanmaktadır. Prenatal sıkıntı kadının insanlarla olan ilişkilerinde, rollerinde, yaşam tarzı ve sorumluluklarında değişikliklere neden olmaktadır (Yılmaz & Şahin, 2019). Gebelerde yaşanan stres, depresyon ve anksiyeteye sonucunda norepinefrin ve kortizol düzeyleri yükselmekte, bu uterusu olan kan akımını azalmaktadır. Bu durumda hemde fetüs hemde anne üzerinde ciddi obstetrik ve neonatal sonuçlar meydana gelmektedir (Gürok & Atmaca, 2019) (Akmeşe & Karaca Saydam, 2020). Bunun yanında gebelik döneminde yaşanan yoğun stres, olağan rahatsızlıklarda artmaya da neden olmaktadır (Can ve ark., 2019).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) yaşam kalitesini " bireylerin yaşamındaki kültür ve değerler içinde oluşan amaçları, beklentileri, ilgi alanları ve hayat standartlarına bağlı olarak kendilerini nasıl algıladıkları" olarak tanımlanmaktadır. Gebelikte oluşan hormonal, fizyolojik ve ruhsal değişimler yaşam kalitesini de etkilemektedir (Özhüner & Çelik, 2019). Literatür incelendiğinde; gebelikte prolaktin, TSH triodothyronine hormon, östrojen ve progesteron düzeylerinde ciddi düzeyde değişiklikler görülmektedir. Özellikle TSH hormonun yükselmesi ile gebelik distresi arasında oldukça yüksek ilişki vardır (Akmeşe & Karaca Saydam, 2020). Hipertansiyonun ilişkilerde bozulma gibi psikososyal etkileri vardır ve gebelerde yaşam kalitesini azaltmaktadır (Durgun Ozan, 2019). Gebelikte bulantı kusma ile anksiyete ve depresyon arasında pozitif ilişki olduğu belirtilmektedir (Durgun Ozan, 2019). Yapılan çalışmalar incelendiğinde; gebelik kaynaklı fizyolojik değişikliklerin psikolojik değişikliklere neden olduğu, bu değişimlerin gebenin yaşam kalitesini ve psikososyal sağlığını olumsuz şekilde

etkilediği belirtilmektedir (Aksoy Derya ve ark., 2018). Yapılan diğer çalışmalarda gebelikte yaşanan bulantı kusma şikayeti ne kadar çok olursa, gebelerde depresyon görülme durumunun da yaygın olduğu (Can ve ark., 2019) gebelik dönemine ait rahatsızlıklar yaşayan gebelerin prenatal sıkıntı düzeylerinin yüksek olduğu (Yılmaz & Şahin, 2019), gebelikte ortaya çıkan olağan rahatsızlıkların yaşam kalitesine olan olumsuz etkisi arttıkça, psikososyal sağlık düzeyinin giderek azaldığı saptanmıştır (Aksoy Derya ve ark., 2018).

Gebelerin yaşam kalitesini arttıracak bilgi ve uygulamaların kadınlara öğretilmesinde en önemli görev kadınlarla görüşme oranı yüksek olan hemşirelere düşmektedir. Gebelik süresince hemşireler kadının gereksinimlerini belirleyip, gebelerin olumlu ve güçlü yönlerini fark etmelerini sağlamalıdır (Can ve ark., 2019). Doğum öncesi sağlık hizmeti veren sunana sağlık personelinin temel görevi, doğal ve fizyolojik olan bu süreci kontrol etmekten çok, kolaylaştırmak ve etkili bir bakım sunarak gebenin ihtiyaç ve beklentilerini karşılamaktır (Duman & Kızılkaya Beji, 2019). Gebelik döneminde yaşanan olağan rahatsızlıklar ve psikolojik değişikliklere ait çalışmalar olup, olağan rahatsızlıkların yaşam kalitesine etkisinin distresle olan ilişkisini araştıran çalışmalar yetersizdir. Bu nedenle bu araştırma, gebelerdeki distres ile gebelikte olağan rahatsızlıklar ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Hipotez 1: Gebelerde distres ile gebelikte olağan rahatsızlıklar ve yaşam kalitesi arasında ilişki vardır.

Hipotez 2: Gebelerde distres ile gebelikte olağan rahatsızlıklar ve yaşam kalitesi arasında ilişki yoktur.

## Yöntemler

**Araştırmanın Türü:** Tanımlayıcı türde yapılan araştırmanın evrenini bir ildeki eğitim ve araştırma hastanesi, kadın doğum ve NST polikliniklerine başvuran gebeler oluşturmuştur. Araştırmada örneklem seçimine gidilmemiştir. Nisan 2021–Eylül 2021 tarihleri arasında iletişim sorunu olmayan, psikiyatrik tanı almayan, gebeliği ve fetüse ait riskli bir durumu olmayan 393 gebe araştırma kapsamına alınmıştır.

**Veri Toplama Araçları:** Verilerin Toplanmasında, Kişisel Bilgi Formu, Gebelikteki Yakınmalar ve Yaşam Kalitesine Etkisi Ölçeği (GYKEÖ) ve Tilburg Gebelikte Distres Ölçeği (TGDÖ) kullanılmıştır.

**Kişisel Bilgi Formu:** Araştırmacıların hazırladığı bu form gebelerin (yaş, eğitim, eş eğitimi, meslek, gelir düzeyi, aile yapısı, gebelik haftası, gebelik sayısı, yaşayan çocuk sayısı, vb.) sosyodemografik ve obstetrik özelliklerini belirleyebilecek türde 13 sorudan oluşmuştur.

**Tilburg Gebelikte Distres Ölçeği (TGDÖ):** Ölçek Pouver ve arkadaşları tarafından 2011'de gebelikteki distresin (depresyon, anksiyete, stres) belirlenmesi için geliştirilmiştir. Türkçeye uyarlanması Çapık ve Pasinoğlu (2013) tarafından yapılmıştır (Çapık ve Pasinoğlu 2013). Ölçek 16 maddeden oluşmakta olup "çok sık" (0 puan), "oldukça sık" (1 puan), "ara sıra" (2 puan), "nadiren veya hiç" (3 puan) arasında değişen 4'lü likert tipi şeklinde derecelendirilmiştir. Ölçekteki 3, 5, 6, 7, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 16 maddeler ters kodlanmaktadır. Ölçeğin toplamından alınabilecek en düşük 0 puan iken en yüksek 48 puandır. Ölçeğin "Olumsuz Duygulanım" ile "Eş Katılımı" olmak üzere iki alt boyutu vardır. Olumsuz Duygulanım Alt Boyutunun 11 maddesi (3, 5, 6, 7, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 16.) bulunmakta olup, alınabilecek en düşük puan 0, en yüksek ise 33

puandır. Eş Katılımı Alt Boyutu 5 maddeden (1,2,4,8 ve 15.) oluşur. Alt boyuttan en düşük 0 puan, en yüksek 15 puan alınmaktadır. Kesme noktasına göre ölçekte alınan toplam puanın 28 ve üzerinde olması distres bakımından risk altında olan gebelerin tanılanmasını sağlamaktadır. Cronbach alfa kat sayılarının (toplam ölçek=0,83, eş katılımı=0,72, olumsuz duygulanım=0,83) yeterli düzeyde olduğu saptanmıştır. Bu araştırmanın cronbach alfa güvenirlik katsayısının 0,78'tir.

**Gebelikteki Yakınmalar ve Yaşam Kalitesine Etkisi Ölçeği (GYY-KEÖ):** Ölçek 2008 yılında Foxcroft K.F. ve ark. tarafından gebelikte yaşanabilecek yakınmaların ne sıklıkla yaşandığını ve bunların her birinin günlük yaşamı nasıl etkilediğini belirlemek ve sağlık profesyonelleri tarafından kullanılması amacıyla geliştirilmiştir. Ölçeğin Türkçeye uyarlanması Özorhan ve Pasinlioğlu (2016) tarafından yapılmıştır (Özorhan ve Pasinlioğlu 2016). Ölçekte 42 maddelik olup iki bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde gebelikte ortaya çıkan yakınmalardan son bir ay içerisinde ne kadar sıklıkla karşılaşıldığını değerlendirip 4'lü likert tipli bir ölçektir. Bu bölüm "asla" (0), "nadiren" (1), "bazen" (2), "sık sık" (3) olarak kodlanmaktadır. Eğer birinci bölümden her bir yakınma için 1-3 arasında bir işaretleme yapılırsa ölçeğin ikinci bölümüne geçilmektedir. Ölçeğin ikinci bölümünde ise yakınmaların günlük yaşam aktivitesini ne ölçüde etkilediğini ölçen 3'lü likert tipte bir ölçektir. Bu bölüm "hiç sınırlamamakta (0)," "az sınırlamakta (1)," "çok sınırlamakta (2)" şeklinde işaretlenmektedir. Ölçeğin toplam puanı yükseldikçe, yaşam kalitesi düşmektedir. Ölçeği cronbach alfa katsayısı 1.00'e çok yakın bulunmuştur. Yapılan çalışmada cronbach alfa güvenirlik katsayısı 0,82'dir.

**Verilerin Toplanması:** Verilerin toplanmasında; gebelere soru formu ve ölçekler ile ilgili gerekli açıklamalar yapıldıktan sonra bire bir görüşülerek doldurulmuştur.

**Verilerin Analizi:** Verilerin değerlendirilmesi SPSS for Windows 25.0 istatistik programı kullanılmıştır. Sayı, ortalama, yüzdelik, standart sapma, Kruskal Wallis Analizi, Mann Whitney U analizi ile Spearman Korelasyon kullanılmıştır.

**Araştırmanın Etik İlkeleri:** Araştırmanın yapılabilmesi için İnsan Araştırmaları Etik Kurulu'ndan (07/02/2019-Protokol No:02/03) onay alındıktan sonra, araştırmanın yürütüleceği kurumdan izin alınmıştır. Araştırmaya başlamadan önce Sağlık Bakanlığı Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi Mengücek Gazi Eğitim Araştırma Hastanesinden yazılı izin alınmıştır. Araştırmaya ait veriler toplanmaya başlamadan önce araştırmaya katılacak gebelere araştırma hakkında açıklama yapılarak aydınlatılmış onam ilkesine bağlı kalmıştır. Katılma kriterlerine uyan gebelerin sözel onamları alınarak çalışmaya gönüllü olarak katılmak isteyenler kabul edilmiştir. Çalışma Helsinki Deklerasyonu prensiplerine uygun olarak yürütülmüştür.

## Bulgular

Araştırma kapsamına alınan gebelerin yaş ortalamasının 27,66 ± 5,13 olduğu, %42'sinin lise mezunu, %78,9'unun ev hanımı, %41,5'inin eşi lise mezunu, %51,9'unun eşinin mesleği ise işçidir. Çalışmaya katılan kadınların %88,3'ünün sigara kullanmadığı, %64,1'inin gelir durumu algısının orta düzeyde, %85,2'sinin çekirdek aile yapısına sahip olduğu, %67,4'ünün il merkezinde yaşadığı görülmektedir. Kadınların %34,1'inin gebelik sayısının iki, %36,1'inin tek çocuğa sahip olduğu, %85'inin bu gebeliği istediği ve %76,6'sının III. Trimesterde olduğu saptanmıştır (Tablo 1).

Gebelerin TGDÖ'nden aldıkları toplam puan ortalamasının 25,03 ± 8,20 ve GYYKEÖ aldıkları toplam puan ortalamasının ise 52,89 ± 22,26 olduğu saptanmıştır. (Tablo 2).

Tablo 3 incelendiğinde; Gebelerin %39,4'ünün (155 gebe) distreste olduğu bulunmuştur.

| Tablo 1.<br>Gebelerin Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı (n = 393) |                |             |             |             |            |
|--|----------------|-------------|-------------|-------------|------------|
| Değişkenler  |                | Sayı        | %           |             |            |
| Eğitim Durumu  | İlkokul        | 46          | 11,7        |             |            |
|  | Ortaokul       | 72          | 18,3        |             |            |
|  | Lise           | 165         | 42,0        |             |            |
|  | Üniversite     | 110         | 28,0        |             |            |
| Meslek Durumu  | Ev hanımı      | 310         | 78,9        |             |            |
|  | Memur          | 48          | 12,2        |             |            |
|  | İşçi           | 18          | 4,6         |             |            |
|  | Diğer          | 17          | 4,3         |             |            |
| Eşinin Eğitim Durumu   | İlkokul        | 26          | 6,6         |             |            |
|  | Ortaokul       | 63          | 16,0        |             |            |
|  | Lise           | 163         | 41,5        |             |            |
|  | Üniversite     | 141         | 35,9        |             |            |
| Eşinin Mesleği   | İşsiz          | 12          | 3,1         |             |            |
|  | Memur          | 141         | 35,9        |             |            |
|  | İşçi           | 204         | 51,9        |             |            |
|  | Diğer          | 36          | 9,1         |             |            |
| Sigara Kullanma Durumu   | Evet           | 46          | 11,7        |             |            |
|  | Hayır          | 347         | 88,3        |             |            |
| Gelir Durumu Algısı  | Kötü           | 13          | 3,3         |             |            |
|  | Orta           | 252         | 64,1        |             |            |
|  | İyi            | 128         | 32,6        |             |            |
| Aile Tipi  | Çekirdek Aile  | 335         | 85,2        |             |            |
|  | Geniş Aile     | 58          | 14,8        |             |            |
| Yaşanılan Yer  | İl Merkezi     | 265         | 67,4        |             |            |
|  | İlçe           | 87          | 22,1        |             |            |
|  | Kasaba/Köy     | 41          | 10,5        |             |            |
| Gebelik Sayısı   | 1              | 125         | 31,8        |             |            |
|  | 2              | 134         | 34,1        |             |            |
|  | 3              | 96          | 24,4        |             |            |
|  | 4 ve üzeri     | 38          | 9,7         |             |            |
| Yaşayan Çocuk Sayısı   | Yok            | 139         | 35,4        |             |            |
|  | 1              | 142         | 36,1        |             |            |
|  | 2              | 88          | 22,4        |             |            |
|  | 3 ve üzeri     | 24          | 6,1         |             |            |
| Bu Gebeliği İsteme Durumu  | İstiyor        | 334         | 85,0        |             |            |
|  | İstemiyor      | 59          | 15,0        |             |            |
| Gebelik Haftası  | I. trimester   | 26          | 6,6         |             |            |
|  | II. trimester  | 66          | 16,8        |             |            |
|  | III. trimester | 301         | 76,6        |             |            |
| Sürekli Değişkenler  | <b>n</b>       | <b>Min.</b> | <b>Max.</b> | <b>Ort.</b> | <b>SS.</b> |
| Gebenin Yaşı   | 393            | 18          | 45          | 27,66       | 5,13       |



**Tablo 2.**  
Gebelerin TGDÖ ve GYYKEÖ Puan Ortalamaları (n = 393)

| Ölçekler |                    | Min  | Max    | Mean ± SS     |
|----------|--------------------|------|--------|---------------|
| TGDÖ     | Eş Katılımı        | 0,00 | 14,00  | 3,18 ± 3,23   |
|          | Olumsuz Duygulanım | 1,00 | 33,00  | 21,85 ± 7,12  |
|          | Toplam             | 3,00 | 44,00  | 25,03 ± 8,20  |
| GYKKEÖ   | Toplam             | 9,00 | 162,00 | 52,89 ± 22,26 |

**Tablo 3.**  
Gebelerin TGD Ölçeğinin Kesme Noktasına Göre Dağılımı (n = 393)

| Kesme Noktası         | Sayı | %     |
|-----------------------|------|-------|
| Distres Riski Olmayan | 238  | 60,6  |
| Distres Riski Olan    | 155  | 39,4  |
| Toplam                | 393  | 100,0 |

Tablo 4 incelendiğinde gebelerin aile tipi, yaşanılan yere ile TGDÖ toplam puan ortalamaları arasında anlamlı ilişki vardır ( $p < ,05$ ). Ayrıca araştırma kapsamına alınan gebelerin gebelik ve yaşayan çocuk sayısı, gebeliği isteme durumu ile TGDÖ puan ortalamaları arasındaki farkında anlamlı olduğu görülmektedir.

Araştırmaya katılan gebelerin eğitim, meslek, eşinin eğitim ve meslek, sigara kullanma durumu, gelir durumu algısı, gebelik haftası ile TGDÖ puan ortalamaları arasındaki anlamlılık bulunmamaktadır ( $p > ,05$ ).

Çalışmaya katılan kadınların yaşı ile TGDÖ puan ortalamaları arasındaki ilişkiye bakıldığında yaş arttıkça gebelerdeki distresinde arttığı görülmektedir.

**Tablo 4.**  
Gebelerin tanıtıcı özellikleri ile TGDÖ ve GYYKEÖ toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması (n = 393)

| Tanıtıcı özellikler         | n   | %    | TGD Ölçeği        | GYYKEÖ Ölçeği       |
|-----------------------------|-----|------|-------------------|---------------------|
|                             |     |      | X ± SS            | X ± SS              |
| <b>Eğitim Durumu</b>        |     |      |                   |                     |
| İlkokul                     | 46  | 11,7 | 24,26 ± 9,54      | 61,26 ± 25,72       |
| Ortaokul                    | 72  | 18,3 | 26,07 ± 8,25      | 50,71 ± 18,28       |
| Lise                        | 165 | 42,0 | 24,92 ± 8,28      | 49,15 ± 21,93       |
| Üniversite                  | 110 | 28,0 | 24,85 ± 7,47      | 56,43 ± 22,37       |
| <b>Test—p</b>               |     |      | KW= 2,042/p=,564  | KW=13,101/p = ,004  |
| <b>Meslek Durumu</b>        |     |      |                   |                     |
| Ev hanımı                   | 310 | 78,9 | 24,93 ± 8,46      | 52,90 ± 22,22       |
| Memur                       | 48  | 12,2 | 25,54 ± 7,62      | 54,98 ± 21,92       |
| İşçi                        | 18  | 4,6  | 25,39 ± 7,25      | 39,78 ± 19,36       |
| Diğer                       | 17  | 4,3  | 25,18 ± 6,00      | 60,59 ± 22,86       |
| <b>Test—p</b>               |     |      | KW= 0,156/p= ,984 | KW= 10,751/p = ,013 |
| <b>Eşinin Eğitim Durumu</b> |     |      |                   |                     |
| İlkokul                     | 26  | 6,6  | 26,15 ± 8,93      | 60,31 ± 26,00       |
| Ortaokul                    | 63  | 16,0 | 24,89 ± 9,31      | 53,56 ± 21,15       |
| Lise                        | 163 | 41,5 | 25,10 ± 8,18      | 52,21 ± 22,17       |
| Üniversite                  | 141 | 35,9 | 24,82 ± 7,61      | 52,01 ± 22,09       |
| <b>Test—p</b>               |     |      | KW= 0,395/p= ,941 | KW= 3,093/p= ,377   |

| <b>Eşinin Mesleği</b>                    |     |      |                               |                             |
|--|-----|------|-------------------------------|-----------------------------|
| İşsiz                                    | 12  | 3,1  | 24,42 ± 7,39                  | 54,75 ± 34,00               |
| Memur                                    | 141 | 35,9 | 25,83 ± 6,62                  | 51,38 ± 19,94               |
| İşçi                                     | 204 | 51,9 | 24,73 ± 9,10                  | 53,12 ± 22,08               |
| Diğer                                    | 36  | 9,2  | 23,83 ± 8,67                  | 56,86 ± 27,20               |
| <b>Test—p</b>                            |     |      | KW= 2,770/p= ,428             | KW= ,501/p= ,919            |
| <b>Sigara Kullanma Durumu</b>            |     |      |                               |                             |
| Evet                                     | 46  | 11,7 | 26,93 ± 7,20                  | 51,26 ± 23,81               |
| Hayır                                    | 347 | 88,3 | 24,78 ± 8,30                  | 53,10 ± 22,07               |
| <b>Test—p</b>                            |     |      | M-W<br>U = 6609,000/p= ,058   | M-W<br>U = 7417,500/p= ,436 |
| <b>Gelir Durumu Algısı</b>               |     |      |                               |                             |
| Kötü                                     | 13  | 3,3  | 25,31 ± 5,59                  | 49,69 ± 23,31               |
| Orta                                     | 252 | 64,1 | 24,30 ± 9,13                  | 53,44 ± 22,84               |
| İyi                                      | 128 | 32,6 | 26,45 ± 6,05                  | 52,13 ± 21,08               |
| <b>Test—p</b>                            |     |      | KW= 3,343/p= ,188             | KW= 0,524/p= ,769           |
| <b>Aile Tipi</b>                         |     |      |                               |                             |
| Çekirdek Aile                            | 335 | 85,2 | 24,61 ± 8,34                  | 52,87 ± 22,16               |
| Geniş Aile                               | 58  | 14,8 | 27,47 ± 6,91                  | 53,00 ± 23,03               |
| <b>Test—p</b>                            |     |      | M-W U = 7843,000/<br>p = ,019 | M-W<br>U = 9652,000/p= ,937 |
| <b>Yaşanılan Yer</b>                     |     |      |                               |                             |
| İl Merkezi                               | 265 | 67,4 | 24,79 ± 8,28                  | 52,78 ± 22,84               |
| İlçe                                     | 87  | 22,1 | 27,07 ± 6,99                  | 50,76 ± 19,65               |
| Kasaba/Köy                               | 41  | 10,4 | 22,29 ± 9,13                  | 58,10 ± 23,33               |
| <b>Test—p</b>                            |     |      | KW= 7,088/p= ,029             | KW= 3,278/p= ,194           |
| <b>Gebelik Sayısı</b>                    |     |      |                               |                             |
| 1  | 125 | 31,8 | 21,51 ± 8,91                  | 53,42 ± 21,86               |
| 2  | 134 | 34,1 | 26,54 ± 7,03                  | 51,10 ± 22,72               |
| 3  | 96  | 24,4 | 26,86 ± 7,35                  | 52,80 ± 24,01               |
| 4 ve üzeri                               | 38  | 9,7  | 26,68 ± 8,26                  | 57,68 ± 16,57               |
| <b>Test—p</b>                            |     |      | KW= 29,168/p = ,000           | KW= 5,168/p= ,160           |
| <b>Yaşayan Çocuk Sayısı</b>              |     |      |                               |                             |
| Yok                                      | 139 | 35,4 | 20,96 ± 8,86                  | 52,08 ± 20,45               |
| 1  | 142 | 36,1 | 26,99 ± 6,88                  | 50,82 ± 23,58               |
| 2  | 88  | 22,4 | 27,48 ± 6,66                  | 55,98 ± 23,46               |
| 3 ve üzeri                               | 24  | 6,1  | 28,04 ± 7,77                  | 58,50 ± 18,58               |
| <b>Test—p</b>                            |     |      | KW= 46,984/p = ,000           | KW= 6,413/p= ,093           |
| <b>Bu Gebeliği İsteme Durumu</b>         |     |      |                               |                             |
| İstiyor                                  | 334 | 85,0 | 24,48 ± 8,26                  | 52,81 ± 22,84               |
| İstemiyor                                | 59  | 15,0 | 28,19 ± 7,09                  | 53,34 ± 18,82               |
| <b>Test—p</b>                            |     |      | M-W U = 7464000/<br>p = ,003  | M-W<br>U = 9315,500/p= ,504 |
| <b>Gebelik Haftası</b>                   |     |      |                               |                             |
| I.trimestir                              | 26  | 6,6  | 25,38 ± 9,11                  | 38,08 ± 21,77               |
| II.trimestir                             | 66  | 16,8 | 24,29 ± 8,63                  | 46,80 ± 22,09               |
| III.trimestir                            | 301 | 76,6 | 25,17 ± 8,04                  | 55,50 ± 21,64               |
| <b>Test—p</b>                            |     |      | KW= 0,445/p= ,801             | KW= 28,481/p = ,000         |
| <b>Gebenin Yaşı (Ort = 27,66 ± 5,13)</b> |     |      |                               |                             |
| <b>Test—p</b>                            |     |      | r = ,128<br>p = ,011          | r = ,075<br>p = ,138        |

**Tablo 5.**  
Gebelerin TGDÖ ve GYYKEÖ puan ortalamaları arasındaki ilişki (n = 393)

| Ölçekler   | GYYKE Ölçeği |
|------------|--------------|
| TGD Ölçeği | $r = -.140$  |
|            | $p = .005^*$ |

Araştırma kapsamına alınan gebelerin eğitim, meslek durumu ve gebelik haftasına göre GYYKE ölçeği puan ortalamaları arasındaki anlamlılık bulunmuştur ( $p < .05$ ).

Gebelerin eşinin eğitim ve meslek durumu, sigara kullanma, gelir durumu algısı, aile tipi, yaşanan yer, çocuk sayısı, gebelik sayısı ve bu gebeliği isteme durumuna göre GYYKE toplam puan ortalaması arasında anlamlılık bulunmamaktadır ( $p > .05$ ).

Gebelerin yaşı ile GYYKE ölçeği puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki olmadığı belirtilmiştir.

TGDÖ ile GYYKE puan ortalamaları arasında negatif yönde düşük düzeyde bir ilişki vardır. Gebelerdeki distres arttıkça gebelikteki olağan yakınmalara bağlı yaşam kalitesi azalmaktadır ( $p < .05$ ) (Tablo 5).

## Tartışma

Araştırmada TGDÖ toplam puan ortalaması  $25,03 \pm 8,20$  olup, %39,4'ünün distres vardır. Yapılan başka bir çalışmada ise gebelerin TGDÖ toplam puan ortalaması  $29,05 \pm 11,6$  olup, %63,5'nin distres mevcuttur (Gozuyesil & Arioğ Duzgun, 2021). Çapık ve ark. çalışmasında TGDÖ puan ortalamasının  $18,86 \pm 7,37$  olduğu ve gebelerin %11,9'unun distres yaşadığı tespit edilmiştir (Çapık ve ark., 2015). Çiltaş ve ark. çalışmasında distres puan ortalaması  $23,66 \pm 7,48$  olup, gebelerin %33'ünde distres yaşadığı tespit edilmiştir (Yıldız Çiltaş & Tuncer Köse, 2019). Yapılan başka bir çalışmada da gebelerin TGDÖ puan ortalaması  $13,48 \pm 8,6$  olup, %9,6'sının distres vardır (Dündar ve ark., 2019). Yapılan başka çalışmalarda primiparların hepsinde multiparların ise %86,5'inde stres tespit edilmiş olup (Taşlar, 2019) gebelerin stres durumunun "ortadan az düşük düzeyde" olduğu belirlenmiştir (Coşkun ve ark., 2019). Gebelik döneminde anksiyete bozuklukları prevalansı %4 ile %30 arasında değiştiği kabul edilmektedir (Gürok & Atmaca, 2019). Çalışma bulguları birbirine benzerlik göstermekte olup gebelerde distresin mevcut olduğunu söyleyebiliriz.

Gebelerin yaşı arttıkça gebelerdeki distresin de arttığı görülmektedir. Araştırma bulgusundan farklı olarak yapılan diğer çalışmalarda yaş ile gebelikte distres arasında anlamlı ilişki olmadığı belirlenmiştir (Gozuyesil & Arioğ Duzgun, 2021; Kışlak & Köse Tuncer, 2019; Yılmaz & Şahin, 2019). Farklılığın nedeni olarak örneklem grubu farklılığından kaynaklanabileceği düşünülmektedir. Örneklemin alındığı ilde ileri yaş gebeliklerde gebeliğin plansız olması, gebeliğin istenmeme, yaşayan çocuk sayısında artma nedeni ile gebelerde distresin artmış olabileceği düşünülmektedir.

Araştırmada gebelerin aile tipinin ile gebelikte distresi etkilediği belirlenmiştir. Kaloğlu'nun yapmış olduğu çalışmada da aile tipinin gebelikte distresi etkilediği belirlenmiştir (Kaloğlu Binici & Köse Tuncer, 2020). Yapılan başka bir çalışmada ise aile tipinin gebelikte distresi etkilemediği bulunmuştur (Kışlak & Köse Tuncer, 2019). Aile tipinin gebelikteki distesi etkilemede rolü olduğu söylenebilir.

Gebelerin yaşanan yer ile TGDÖ toplam puan ortalaması arasında anlamlılık vardır. Yapılan diğer çalışmalarda da gebelerde

distresi yaşanan yeri etkilediği bulunmuştur (Gozuyesil & Arioğ Duzgun, 2021; Kışlak & Köse Tuncer, 2019). Yaşanan yerin gebelikteki stresi etkilemede rolü olduğu ve bu doğrultuda gebeler bakım verilirken yaşanan yerinde dikkate alınmasının önemli olduğu söylenebilir.

Araştırmada gebelik sayısının gebelikte distresi etkilediği belirlenmiştir. Literatür incelendiğinde gebelik sayısının gebelikte distresi etkilediğini gösteren çalışmalar bulunmaktadır (Çapık ve ark., 2015; Dündar ve ark., 2019; Yıldız Çiltaş & Tuncer Köse, 2019). Çalışma bulguları araştırmamız desteklemekte olup gebelik sayısının distresi etkilediği söylenebilir. Bu durumda, primipar ve ikiden daha fazla gebeliğe sahip multipar kadınlar distres açısından risk altındadır.

Araştırma kapsamına alınan gebelerin yaşayan çocuk sayısının gebelikte distresi etkilediği bulunmuştur. Yapılan bazı çalışmalarda yaşayan çocuk sayısının distresi etkilediği bulunurken (Dündar ve ark., 2019; Gozuyesil & Arioğ Duzgun, 2021; Margirit Coşkun, 2020; Yıldız Çiltaş & Tuncer Köse, 2019) Çapık ve ark çalışmasında ise çocuk sayısının gebelikte distresi etkilemediği bulunmuştur (Çapık ve ark., 2015). Çocuk sayısı arttıkça çocukların bakımı için harcanacak zaman artmakta buda gebenin kendine ayıracağı zamanı azaltmakta olup gebelerde distresin artmasına neden olan bir faktör olabileceği düşünülmektedir.

Araştırmada gebeliği isteme durumunun gebelikte distresi etkilediği belirlenmiştir. Literatürde yapılan çalışmalar bu araştırma bulgusunu destekler nitelikte olup gebeliği isteme durumunun gebelikte distresi etkilediği tespit edilmiştir (Dündar ve ark., 2019; Gozuyesil & Arioğ Duzgun, 2021; Kışlak & Köse Tuncer, 2019). Gebeliğin istenmeme durumu olumsuz duygulanımı arttırabileceği için gebenin distres yaşamada önemli bir faktör olduğu düşünülmektedir.

Araştırma kapsamına alınan gebelerin eğitim düzeyinin gebelikte distresi etkilemediği belirlenmiştir. Literatürde eğitim düzeyinin gebelikte distresi etkilediğini (Çapık ve ark., 2015; Gozuyesil & Arioğ Duzgun, 2021; Kaloğlu Binici & Köse Tuncer, 2020; Yıldız Çiltaş & Tuncer Köse, 2019) ve etkilemediğini (Kışlak & Köse Tuncer, 2019) ortaya koyan çalışmalar bulunmaktadır. Ülkemizde doğum öncesi bakım hizmetlerinin yüksek oranda verilmesi nedeni ile her gebeye eşit eğitim verilmesi sonucu gebelerdeki eğitim seviyesinin distresi etkilemede rolünün az olduğunu söyleyebiliriz.

Araştırmada gebenin mesleği, eşinin eğitim durumu, eşinin mesleği, sigara kullanma durumu, gelir durumu algısı, gebelik haftası durumunun gebelikte distresi etkilemediği belirlenmiştir. Bu araştırma bulgularını destekler nitelikte gelir düzeyi ve eşlerin eğitim düzeyinin gebelikte distresi etkilediğini (Gozuyesil & Arioğ Duzgun, 2021) tespit eden çalışmalar bulunmasına rağmen, gelir düzeyi, eşlerin eğitim düzeyinin (Çapık ve ark., 2015; Kışlak & Köse Tuncer, 2019) ve gebelik trimestrinin (Dündar ve ark., 2019; Gozuyesil & Arioğ Duzgun, 2021; Yılmaz & Şahin, 2019) gebelikte distresi etkilemediğini tespit eden çalışmalarda bulunmaktadır. Çalışmalar doğrultusunda gebeler bakım verilirken gebelerin sosyodemografik özellikleri dikkate alınarak bütüncül bakım verilmesi distrese bağlı olağan rahatsızlıkları ve yaşam kalitelerini arttırmaya katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Gebelerde bazı sosyodemografik özelliklerin gebelikteki olağan rahatsızlıklar ve yaşam kalitesini etkilemektedir. Araştırma kapsamına alınan gebelerin eğitim, meslek ve gebelik haftasının GYYKE'yi etkilerken, gebelerin yaşı, eşinin eğitim ve meslek durumu, sigara kullanma, gelir durumu algısı, aile tipi, yaşanan yer, gebelik

ve çocuk sayısı ile birlikte gebeliğini isteme durumunun gebelikteki yakınmalar ve yaşam aktivitelerini etkilemediği saptanmıştır. Aynı ölçek ile yapılan bir çalışmada yaş, sağlık güvencesi, gelir düzeyi, gebelik haftası, ev sahipliği durumu, yaşayan çocuk sayısı gibi sosyodemografik özelliklerin gebelikteki yakınmalar ve yaşam kalitesine etki ettiği bulunmuştur (Demir, 2019). İncir kuşun aynı ölçek ile yapmış olduğu başka bir çalışmada da gebelerin öğrenin durumu, gebeliğin planlı ve istendik olması, bebeğin cinsiyeti ile GYYKE arasında anlamlı ilişki bulunmazken, gebelerin çalışma durumu, ekonomik durum arasında anlamlı ilişki bulunmuştur (İncirkuş, 2021). Aksoy Derya ve ark. çalışmasında da gebelerin ekonomik durumu, çalışma durumu, trimester ile GYYKE arasında anlamlı ilişki bulunurken, gebenin yaşı, eğitim durumu, aile tipi, yaşayan çocuk sayısı, gebeliğin planlı olma durumu arasında anlamsız ilişki bulunmuştur (Aksoy Derya ve ark., 2018). Yine yapılan başka bir çalışmada da GYYKE ile gebelerin yaşı, yaşanan yer, eğitim, çalışma, aylık gelir, eşlerinin eğitimi ile GYYKEÖ puan ortalamaları arasında ileri düzeyde anlamlı farklılık saptanmıştır (Akcan, 2019). Yapılan çalışmalar doğrultusunda sosyodemografik özelliklerin bazılarının gebelerde olağan rahatsızlıklar ve yaşam kalitesini etkilediğini söyleyebiliriz. Bu sonuçlar sağlık personelinin gebelerdeki olağan rahatsızlıklara yönelik önlemleri almada ve risk faktörlerini belirlemede yararlı olacağı düşünülmektedir.

**Hipotez 1: Gebelerde distres ile gebelikte olağan rahatsızlıklar ve yaşam kalitesi arasında ters yönde bir ilişki olup,** araştırmada gebelerdeki distres arttıkça gebelikteki olağan yakınmalara bağlı yaşam kalitesinin azaldığı saptanmıştır. Literatür incelendiğinde; gebelikte troid stimüle eden hormon (TSH), prolaktin, riiodothronine hormon, östorjen ve progestan düzeylerinde önemli değişimler görülür. Özellikle artmış TSH hormonu ile gebelikte depresyon arasında yüksek düzeyde bir ilişki vardır (Akmeşe & Karaca Saydam, 2020). Gebelerde işsizlik, maddi problemler, gebelikte meydana gelen bazı değişiklikler konusunda gebenin bilgi sahibi olmamama, gebeliği çok isteme yada istememe, fetüsün sağlık durumuna odaklanma, kendisine, eşi ve ailesine ait gelecek kaygıları kadında yoğun stres yaratabilmekte ve bulantı kusma, uykusuzluk gibi olağan rahatsızlıklarda artmaya neden olmaktadır. Aynı literatürde gebelikte bulantı kusma ile anksiyete ve depresyon arasında pozitif ilişki olduğu belirtilmektedir (Durgun Ozan, 2019). Yapılan çalışmalar incelendiğinde; Özhüner çalışmasında gebelikte oluşan hormonal, fizyolojik ve ruhsal değişimler yaşam kalitesini etkilediğini bulmuştur (Özhüner & Çelik, 2019). Gebelerden hiperemesis, kabızlık, psikolojik sorunlar, uyku ve yorgunluk sorunu yaşayanların yaşam kalitesinin en az bir boyutunda sorun yaşadıklarını ve kadının yaşam kalitesini düşürdüğünü bulunmuş (Can ve ark., 2019) Akçan ve ark. çalışmasında reflü, sık idrara çıkma idrar kaçırma, hemoroid, vajinal mantar enfeksiyonu, kalça, bel ve sırt ağrısı, el veya ayaklarda ödem, bacaklarda varis, halsizlik, bacakların arkasında ağrı korku/endişe hissetme ve deprsif/mutsuz hissetme yakınmalarını yaşayan gebelerin günlük yaşamlarının oldukça çok kısıtlandığı belirlenmiştir (Akcan, 2019). Başka bir çalışmada gebelikte yaşanan bulantı kusma bulguları ne kadar şiddetli olursa, depresyon görülme durumunun da o kadar sık olduğunu belirtilmiştir. Aynı çalışmada gebelerin hiperemesis, mide ,uyku, yorgunluk ve psikolojik sorunlar yaşayanların yaşam kalitesinin en azı bir boyutunda sorun yaşadıkları bulunmuştur (Can ve ark., 2019). Yapılan diğer çalışmalarda da gebelik ile ilgili problem yaşayan gebelerin prenatal sıkıntı düzeylerinin yüksek olduğu (Yılmaz & Şahin, 2019), gebelikteki olağan rahatsızlıkların yaşam kalitesine olan olumsuz etkisi arttıkça, psikososyal

sağlık düzeyi azalmaktadır (Aksoy Derya ve ark., 2018). Akpınar ve arkadaşının yapmış olduğu benzer çalışmada gebelikte distres arttıkça yaşam kalitesinin de azaldığı saptanmıştır (Akpınar & Ejder Apay, 2020). Literatür ve yapılan diğer çalışma bulguları değerlendirildiğinde gebelerdeki distres ile gebelikteki olağan rahatsızlıklar ve yaşam kalitesi arasında bir ilişki olduğu ve gebelerdeki distres arttıkça gebelikteki olağan yakınmalara bağlı yaşam kalitesinin azaldığı söylenebilir. Çalışma sonuçlarına göre sağlık personelinin gebelerdeki distresi belirleyip bu doğrultuda gerekli planlamaları yapıp olağan rahatsızlıkları azaltarak ve yaşam kalitelerini artırarak temelde anne ve çocuk sağlığına genelde toplum ve ülke sağlığına katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

## Sonuç ve Öneriler

Gebelikteki yakınmalar ve yaşam kalitesi ile distres arasında ters bir ilişki olduğu, gebelerdeki distres arttıkça gebelikteki olağan yakınmalara bağlı yaşam kalitesinin azaldığı tespit edilmiştir. Doğum öncesi bakım hizmetleri sırasında sağlık profesyonelleri gebelerdeki distresin tanımlaması, olağan rahatsızlıkları azaltmaya yönelik uygulamalara yer vermesi, distrese neden olan durumları belirlemesi, distrese yönelik başa çıkma yöntemlerinin öğretilmesi ile karşılaşılacak olan olağan rahatsızlıkları azaltmaya katkı sağlayarak yaşam kalitelerini iyileştirecektir. Bu sonuçlar doğrultusunda; gebelere prenatal bakım hizmeti veren sağlık personelleri bakım verirken gebelikte olağan rahatsızlıklar ve distres gibi risklere ilişkin bilgileri değerlendirme, tanımlama ve uygun etkinlikleri planlaması önerilir. Ayrıca araştırmacılara farklı örneklem gruplarında gebelikte distresin olağan yakınmalar ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi araştıran yeni çalışmalar yapmaları önerilmektedir.

**Etik Komite Onayı:** Bu çalışma için etik komite onayı Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi Etik Komitesi'nden (Tarih: 07/02/2019, Karar No: 02/03) alınmıştır.

**Bilgilendirilmiş Onam:** Yazılı hasta onamı bu çalışmaya katılan katılımcılardan alınmıştır

**Hakem Değerlendirmesi:** Dış bağımsız.

**Yazar Katkıları:** Fikir – S.K.T., P.K., N.K.; Tasarım – S.K.T., P.K., N.K.; Denetleme – S.K.T., P.K., N.K.; Kaynaklar – S.K.T., P.K., N.K.; Veri Toplanması ve/veya İşlemesi – S.K.T., P.K., N.K.; Analiz ve/veya Yorum – S.K.T., P.K., N.K.; Literatür Taraması – S.K.T., P.K., N.K.; Yazıyı Yazan – S.K.T., P.K., N.K.; Eleştirel İnceleme – S.K.T., P.K., N.K.

**Çıkar Çatışması:** Yazarlar, çıkar çatışması olmadığını beyan etmişlerdir.

**Finansal Destek:** Yazarlar, bu çalışma için finansal destek almadıklarını beyan etmişlerdir.

**Ethics Committee Approval:** Ethics committee approval was received for this study from the Ethics Committee of Erzincan Binali Yıldırım University (Date: 07/02/2019, Decision No: 02/03).

**Informed Consent:** Written informed consent was obtained from all participants who participated in this study.

**Peer-review:** Externally peer-reviewed.

**Author Contributions:** Concept – S.K.T, P.K, N.K.; Design – S.K.T, P.K, N.K.; Supervision – S.K.T, P.K, N.K.; Resources – S.K.T, P.K, N.K.; Data Collection and/or Processing – S.K.T, P.K, N.K.; Analysis and/or Interpretation – S.K.T, P.K, N.K.; Literature Search – S.K.T, P.K, N.K.; Writing Manuscript – S.K.T, P.K, N.K.; Critical Review – S.K.T, P.K, N.K.

**Declaration of Interests:** The authors declare that they have no competing interest.

**Funding:** The authors declare that this study had received no financial support.

### Kaynaklar

- Akcan, K. (2019). *Perinatoloji kliniğinde yatan gebelerin gebelik semptomlarının yaşam kalitesine etkisi*. Hasan Kalyoncu Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Akmeşe, Z., & Karaca Saydam, B. (2020). *Doğum öncesi bakım* (N. Soğukpınar & B. Saydam Karaca, Eds.). Ayrıntı Basımevi.
- Akpınar, F., & Ejder Apay, S. (2020). Gebelikte yaşanan distres ile gebelikteki yakınmalar ve yaşam kalitesi arasındaki ilişki. *Jinekoloji-Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi*, 17(5), 550–561. [\[CrossRef\]](#)
- Aksoy Derya, Y., Özşahin, Z., Uçar, T., Erdemoğlu, Ç., & Ünver, H. (2018). The relationship between impact of pregnancy complaints on the life quality of the pregnant women and their psychosocial health level. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, 171–177. [\[CrossRef\]](#)
- Aydemir, H., & Soğukpınar, N. (2020). *Doğum öncesi bakım* (N. Soğukpınar & B. Saydam Karaca, Eds.). Ayrıntı Basımevi.
- Can, R., Yılmaz Dereli, S., Çankaya, S., & Kodoz, N. (2019). Problems experienced during pregnancy and their Associations with quality of life. *Sağlık ve Toplum*, 2, 58–64.
- Çapık, A. (2013). *Tilburg gebelikte distres ölçeği'nin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması*. Atatürk Üniversitesi.
- Çapık, A., Apay, E., & Sakar, T. (2015). Gebelerde distres düzeyinin belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 18(3), 196–203.
- Coşkun, A. M., Okcu, G., & Arslan, S. (2019). The impact of distress experienced during pregnancy on prenatal attachment. *Perinatal Journal*, 27(2), 49–55. [\[CrossRef\]](#)
- Demir, E. (2019). *Gebelerin sosyodemografik özelliklerinin gebelikte oluşan yakınmalar ve yaşam kalitesine etkisinin belirlenmesi*. Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Duman, M., & Kızılkaya Beji, N. (2019). *Riskli gebelikler ve bakım* (S. Timur Taşhan, Ö. Doğan Yüksekol, & M. Duman, Eds.). Göktuğ, Basın yayın ve Dağıtım.
- Dündar, T., Özsoy, S., Aksu, H., & Toptaş, B. (2019). Obstetrik özelliklerin gebelikte distres üzerine etkisi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 22(1), 17–14.
- Durgun Ozan, Y. (2019). *Riskli gebelikler ve bakım* (S. Timur Taşhan, Ö. Doğan Yüksekol, & M. Duman, Eds.). Göktuğ, Basın yayın ve Dağıtım.
- Gozuyesil, E., & Arioz Duzgun, A. (2021). Prenatal distress and the contributing factors in high-risk pregnant women. *Journal of Education and Research in Nursing*, 18(2), 183–189. [\[CrossRef\]](#)
- Gürok, G., & Atmaca, M. (2019). *Riskli gebelikler ve bakım* (S. Timur Taşhan, Ö. Doğan Yüksekol, & M. Duman, Eds.). Göktuğ, Basın Yayın ve Dağıtım.
- İçke, S., & Soğukpınar, N. (2020). *Doğum öncesi bakım* (N. Soğukpınar & B. Karaca Saydam, Eds.). Ayrıntı Basımevi.
- İncirkuş, H. (2021). *Son trimester gebelerin yaşam kalitelesinin belirlenmesi*. İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Kaloğlu Binici, D., & Köse Tuncer, S. (2020). Primipar ve multipar gebelerde algılanan stres ve etkileyen faktörlerin incelenmesi. *Ebelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3(3), 189–202.
- Kışlak, D., & Köse Tuncer, S. (2019). *Gebelerdeki distresin sağlık uygulamaları üzerine etkisi*. Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Margirit Coşkun, A. (2020). An analysis of pregnancy perception of pregnant women in terms of stress, demographic and obstetric characteristics. *Journal of Education and Research in Nursing*. [\[CrossRef\]](#)
- Özhüner, Y., & Çelik, N. (2019). Gebelerde uyku kalitesi ve yaşam kalitesi. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 39–47. [\[CrossRef\]](#)
- Özorhan, Y. E. (2016). *Gebelikte yakınmalar ve yaşam kalitesine etkisi ölçeğinin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması*. Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Şahan, Ö. (2020). Erken gebelik döneminde yaşanan bulantı kusmanın sıklığı ve yaşam kalitesine etkisi [The frequency of nausea vomiting during early pregnancy and effect on quality of life], *Hemşirelik Bilimi Dergisi/Journal of Nursing Science*. 3(1), 7–11.
- Şimşek, N. (2019). *Riskli gebelikler ve bakım* (S. Timur Taşhan, Ö. Doğan Yüksekol, & M. Duman, Eds.). Göktuğ, Basın Yayın ve Dağıtım.
- Taşkın, L., İçinden, & Taşkın, L. (2019). *Doğum ve kadın sağlığı hemşireliği* (L. Taşkın, Ed.). Reaksiyon Matbaacılık.
- Taşlar, N. (2019). *Primipar ve multipar gebelerde ikinci trimester stres düzeyleri*. İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Yıldız Çiltaş, N., & Tuncer Köse, S. (2019). Distressin defining in pregnancy: Erzincan case. *Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 7(1), 15–24. [\[CrossRef\]](#)
- Yılmaz, E. B., & Şahin, E. (2019). Factors associated with prenatal distress levels of pregnant women. *Journal of Psychiatric Nursing*, 10(3), 197–203. [\[CrossRef\]](#)



## Extended Abstract


Pregnancy is a natural and physiological event; however, it is a process in which women go through changes in the mother's body structure and hormonal and mental conditions and include specific experiences for women. Many changes occur in the mother due to the estrogen and progesterone hormones secreted during pregnancy. Depending on these changes, the common discomforts of pregnant women such as nausea, vomiting, reflux, frequent urination, fear, anxiety, insomnia, increased vaginal discharge, contractions/cramps in the legs, change in appearance, and swelling/edema in the hands or feet occur. Although these complaints, which are mostly seen during pregnancy, are mild discomforts that do not require treatment, they affect the comfort and quality of life of the pregnant woman. In addition to physiological changes, pregnancy is a period in which important biopsychosocial changes are experienced and the risk of encountering many factors that can cause anxiety and stress is high. While the physiological changes specific to pregnancy constitute the source of the psychological changes, the complaints that occur with these changes negatively affect the quality of life and psychosocial health of the pregnant woman. The intense stress experienced during pregnancy also increases common complaints. In addition, there is a reverse correlation between the effect of complaints during pregnancy on the quality of life and the level of psychosocial health decreases significantly. Nurses, who have the opportunity to conduct a face-to-face conversation with women more often, have the most important task in informing women about pregnancy that will enhance the quality of life. There are studies on physical and psychological changes experienced during pregnancy, but number of studies investigating the correlation between distress and the effect of common complaints on quality of life is limited. Therefore, this study was conducted to determine the correlation between distress in pregnancy and complaints and quality of life during pregnancy.

The population of this descriptive and relationship-seeking study consisted of pregnant women who applied to the obstetrics and gynecology outpatient clinics of a training and research hospital in a province. No sample selection was used in the study. Three hundred ninety-three pregnant women who were literate, had no communication problems, had no mental problems before, and had no risky condition in pregnancy and fetus were included in the study between April 2021 and September 2021. Data were collected using Personal Information Form, the Scale of Complaints During Pregnancy and Their Effect on Quality of Life, and the Tilburg Pregnancy Distress Scale. The Personal Information Form included a total of 13 questions that could determine the socio-demographic and obstetric characteristics of pregnant women (age, education, occupation, spouse education, income, family type, gravidity, number of living children, gestational week, etc.). The Scale of Complaints During Pregnancy and Their Effect on Quality of Life consists of 16 items. These items are rated as a 4-point Likert type ranging from "very often" (0 point), "quite often" (1 point), "sometimes" (2 points), and "rarely or never" (3 points). Items 3, 5, 6, 7, 9, 10, 11, 12, 13, 14, and 16 in the scale are reversely coded. The lowest and highest scores of the overall scale are 0 and 48, respectively. The scale has two subscales: "Negative Affect" and "Spousal Involvement." The lowest and highest scores of this subscale are 0 and 33, respectively. The scale has a certain cut-off point. A total score of 28 and above in the scale enables the diagnosis of pregnant women who are at risk for distress (depression, anxiety, stress). The Tilburg Pregnancy Distress Scale has 42 items and consists of 2 sections. The first section evaluates how often the complaints that occur during pregnancy are encountered in the last month and is coded as "never" (0), "rarely" (1), "sometimes" (2), and "often" (3). If a score between 1 and 3 is marked for each complaint from the first section, the second section of the scale is started. In the second section, it is a 3-point Likert-type scale measuring how the complaints affect the activities of daily living, and marking is made as "not limiting at all (0)," "limiting slightly (1)," and "limiting a lot (2)." The higher the total score obtained from the scale, the lower the quality of life. Number, percentage, mean, standard deviation, Mann Whitney *U* analysis, Kruskal Wallis Analysis, and Spearman's Correlation Analysis were used in statistical evaluation. After obtaining approval from the Human Researches Ethics Committee (07/02/2019-Protocol No: 02/03) to conduct the study, written permission was obtained from the institution where the research would be conducted. Before starting the study, the participants were informed about the purpose, duration, and implementation phase of the study and also the principle of informed consent was met. The verbal consent of the pregnant women participating in the study was obtained and the voluntary ones were included in the study. The study was conducted in accordance with the principles of the Declaration of Helsinki. It was determined that the mean age of the pregnant women included in the study was  $27.66 \pm 5.13$ , 42% of them were high school graduates, 78.9% were housewives, 41.5% of their spouses were high school graduates, and 51.9% of their spouses were workers. Of the pregnant women, 88.3% were not smokers, 64.1% perceived their income as middle, 85.2% had a nuclear family structure, and 67.4% were residing in the city center; 34.1% of the pregnant women had two pregnancies, 36.1% had one child, 85% intended this pregnancy, and 76.6% were in the third trimester. When the distribution of pregnant women according to the cut-off point of the scale was evaluated, it was determined that 39.4% of the pregnant women (155 pregnant women) in total were distressed. Total mean score of the pregnant women from the Tilburg Pregnancy Distress Scale was  $25.03 \pm 8.20$ , and the total mean score of the Scale of Complaints During Pregnancy and Their Effect on Quality of Life was  $52.89 \pm 22.26$ . There was a low negative correlation between the participants' mean score of Tilburg Pregnancy Distress Scale and the Scale of Complaints During Pregnancy and Their Effect on Quality of Life, and as the distress increased in pregnant women, the quality of life decreased due to the common complaints during pregnancy ( $p < .05$ ). There was a reverse correlation between distress and complaints during pregnancy and quality of life and as the distress increases in pregnant women, quality of life got impaired due to usual complaints during pregnancy.

Within the scope of prenatal health care services, the definition of distress in pregnant women by healthcare professionals and the inclusion of practices to eliminate/reduce pregnancy complaints will enhance the quality of life by contributing to the management of distress during pregnancy and the common discomforts to be encountered. It is recommended for healthcare professionals, who provide prenatal care services to pregnant women, evaluate information about risks such as common complaints and distress during pregnancy, identify them and plan appropriate activities while providing care.

# Hipnoemzirme Felsefesinin Emzirme Eğitim ve Danışmanlığına Entegrasyonu

## Integration of Hypnobreastfeeding Philosophy into Breastfeeding Education and Counseling

Merlinda ALUŞ TOKAT<sup>1</sup>  
Gözde GÖKÇE İSBİR<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye

<sup>2</sup>Mersin Üniversitesi, İçel Sağlık Yüksekokulu, Ebelik Bölümü, Mersin, Türkiye

### ÖZ

Dünya'da ve ülkemizde emzirme sonuçlarını iyileştirmeye yönelik eğitim ve danışmanlık programları çok yoğun olarak sürdürülmesine rağmen emzirme oranları hedeflenen düzeylerde değildir. Fakat emzirme eğitimlerin içeriğini değerlendirdiğimizde genelde memenin anatomisi ve fizyolojisi, süt miktarları değerlendirme, rutinler, emzirme pozisyonları, emzirme süreçlerinde yaşanan problemler ve çözümleri şeklindedir. Oysa emzirme insanın varoluşundan itibaren devam eden ve içgüdüsel olarak yürütülen bir eylemdir. Bu doğrultuda, emzirmeye yönelik belirtilen karmaşanın etkisini azaltabilmek ve kadının doğal emzirme sürecini deneyimlemesini sağlamak için içgüdüleri konusunda farkındalığın artırılacağı kadına özgü eğitim ve danışmanlık süreçlerine gereksinim olduğu kaçınılmazdır. Bu farkındalığı kazanmakta da hipnoemzirme felsefesinin yararlı olacağı düşünülmektedir. Emzirmenin doğasına odaklanılarak ve hypnobirthing/hypnofertility felsefesi, duyu odaklı yaklaşımlar, farkındalıkla şefkat uygulamaları ve motivasyonel görüşme yöntemlerine temellendirilerek geliştirilen hipnoemzirme, bir yöntemden ziyade bir felsefedir. Hipnoemzirme eğitim ve danışmanlıklarında amaç kadının bilgileri sindirmesi değil, kendini keşfetmesidir. Bu makalede, hipnoemzirme felsefesinin emzirme eğitim ve danışmanlıklarına entegrasyonun açıklanması amaçlanmaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** Duygu düzenleme, emzirme danışmanı, farkındalık, hipnoemzirme, hipnoz

### ABSTRACT

Although training and consultancy programs to improve breastfeeding results in the world and in our country are very intensive, breastfeeding rates are not at the targeted levels. However, when we evaluate the content of breastfeeding trainings, it is generally in the form of anatomy and physiology of the breast, evaluation of milk amounts, routines, breastfeeding positions, problems experienced in breastfeeding processes and their solutions. However, breastfeeding is an action that has been going on since human existence and is carried out instinctively. In this direction, it is inevitable that individual training and counseling processes will be needed to increase awareness of her instincts in order to reduce the effect of confusion stated regarding breastfeeding and to enable the woman to experience the natural breastfeeding process. It is thought that the hypnobreastfeeding philosophy will be useful in gaining this awareness. Developed by focusing on the nature of breastfeeding and based on the philosophy of hypno birthing/hypnofertility, emotion-oriented approaches, compassion with mindfulness practices and motivational interview methods, hypnobreastfeeding is a philosophy rather than a method. This article aims to explain the integration of hypnobreastfeeding philosophy into breastfeeding training and counseling.

**Keywords:** Emotion regulation, lactation consultant, mindfulness, hypnobreastfeeding, hypnosis

### Giriş

Emzirme beslenmenin doğal ve normal yolu olup, beslenmeden oldukça fazlasıdır. Tüm yaşamsal süreçleri etkileyen emzirme ile fiziksel ve psikolojik sağlığın temelleri atılır. Emzirme beslenmenin yanı sıra bağışıklık sistemini güçlendiren, gelişimsel süreçlere katkı sağlayan, bağlanma ve psikolojik sağlığın oluşması ve sürdürülmesinde de önemli rol oynayan değerli bir süreçtir. Bu nedenle, emzirmeye



Geliş Tarihi/Received: 05.11.2021

Kabul Tarihi/Accepted: 29.06.2022

Yayın Tarihi/Publication Date: 30.12.2022

Sorumlu Yazar/Corresponding Author:  
Gözde GÖKÇE İSBİR  
E-mail: gozdegokce@gmail.com

Cite this article as: Aluş Tokat, M., & Gökçe İsbir, G. (2022). Integration of hypnobreastfeeding philosophy into breastfeeding education and counseling. *Journal of Midwifery and Health Sciences*, 5(3), 122-130.



Content of this journal is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License

doğumdan sonra ilk bir saat içerisinde başlaması, ilk altı ay bebeğin sadece anne sütü ile emzirilmesi, emzirmenin iki yaş ve sonrasına kadar sürdürülmesi önerilmektedir (WHO & UNICEF, 2003). Ancak dünya genelinde emzirme oranları hedeflenenin çok altında olup, özellikle yüksek gelirli ve eğitimli kadınların çoğunlukta olduğu gelişmiş ülkelerde oranlar oldukça düşük seyretmektedir (WHO, 2017). Ülkemizde bebeklerin ilk bir saate emzirme oranlarının %71, ilk altı ayda sadece anne sütü ile beslenme oranlarının %41 ve iki yaşına kadar emzirme oranının ise %33,5 olduğu belirlenmiş olup, hedeflenen oranlardan oldukça uzaktadır (TNSA, 2018).

Sürdürülebilir sağlık ve kalkınma hedefleri doğrultusunda, oranların iyileştirilmesine yönelik birçok stratejik planlamalar yapılmaktadır. Bu planlamaların ilk sırasını eğitim ve danışmanlık oluşturmaktadır (SBB, 2019). Eğitim, sağlık göstergelerinin iyileştirilmesinde en sıklıkla kullanılan yöntemdir. Ancak emzirme eğitimlerinin hedeflenen oranlara ulaşmada yetersiz kaldığı bilinmektedir (Zhao ve ark., 2017). Emzirme sonuçlarını iyileştirmeye yönelik eğitim ve danışmanlık programının etkisini değerlendiren araştırmalar incelendiğinde, kanıtların düşük düzeyde olduğu, oranları istenilen düzeye getirmede yetersiz kaldığı vurgulanmıştır (Balogun ve ark., 2016). Elbette kadınlar emzirmeye dair bilgilerini yalnızca aldıkları emzirme eğitiminden elde etmemektedirler. Kadınların yaşam boyunca bilinç ve bilinçaltı, kendi emme deneyimi, çocukluktan itibaren gözlemlediği ve duyduğu emzirme deneyimleri, sosyal medya, internet, kitap, dergi, çeşitli kitle iletişim araçları ve emzirme eğitim ve danışmanlıkları gibi birçok bilgiye maruz kalır. Kadınların emzirme konusunda elde ettikleri bilgiler çoğunlukla emzirmenin anatomisi ve fizyolojisi, süt miktarları, rutinler, emzirme pozisyonları, emzirme süreçlerinde yaşanan problemler ve çözümlerine yöneliktir. Her ne kadar bilgi kaynaklarının temel hedefi, kadının emzirme konusunda bilgi sahibi olmasını sağlamak, tutum, beceri ve davranış kazandırarak emzirme sürecini doğru yönetmesine destek olmak olsa da, gereksinimden fazla bilgi ile kadının neokorteksini fazla miktarda uyarılarak sürecin normalden uzaklaşmasına sebep olmaktadır. Üstelik çoğu zaman farklı kaynaklardan elde edilen bilgiler birbiriyle çelişmekte ve kadının süreci yönetmesini karmaşıklaştırabilmektedir. Oysaki zihni ve bedeni gevşetmeden etkin öğrenme, beceri kazanımı ve davranış değişikliği beklenemeyeceği, olumsuz mesajlar silinmeden olumlu mesajların yüklenemeyeceği bilinmektedir (Lankton, 2016). Emzirme kadının neokorteksine gereksinim duymaksızın içgüdüsel olarak gerçekleşen bir eylemdir. Bu doğrultuda, emzirmeye yönelik belirtilen karmaşanın etkisini azaltabilmek ve kadının doğal emzirme sürecini deneyimlemesini sağlamak için içgüdüleri konusunda farkındalığın artırılacağı kadına özgü eğitim ve danışmanlık süreçlerine gereksinim olduğu kaçınılmazdır. Son yıllarda yapılan deneysel tasarımı araştırmalarda, "hipnoemzirme" bir felsefeden ziyade bir gevşeme tekniği olarak değerlendirilmiştir ve her ne kadar kanıt düzeyleri düşük ve yetersiz sayıda araştırma olsa da emzirme süreçlerinde olumlu sonuçlar elde edilmiştir (Altıparmak & Aksoy, 2021; Asih & Nyimas, 2020; Sari ve ark., 2017). Bu bölümde, emzirme eğitim ve danışmanlıklarında kullanılabilen emzirme için yeni bir yaklaşım olan hipnoemzirme felsefesine değinilecek, süreçlere entegrasyonu açıklanacaktır.

### Hipnoemzirme Felsefesi

Emzirmenin doğasına odaklanılarak ve hypnobirthing/hypnotherapy felsefesi, duygu odaklı yaklaşımlar, farkındalık, özşefkat ve motivasyonel görüşme yöntemlerine temellendirilerek geliştirilen hipnoemzirme, bir yöntemden ziyade bir felsefedir (Şekil 1). Hipnoemzirme, anne ve bebek arasında etkileşimi ve içgüdüsel



Şekil 1.

Hipnoemzirme Felsefesinin Komponentleri

yaklaşımı benimseyen, emzirmenin doğasına odaklanan, kadının bedenine yönelik farkındalık kazandıran, özşefkat becerilerini geliştiren, özgüvenini arttıran ve anne-bebek iş birliğini vurgulayan bir felsefedir. Bu felsefede amaç, kadına emzirmeyi öğretmek değil, bedenini ve içgüdülerini keşfetmesini sağlamak, emzirme süreçlerini farkındalıkla ve şefkatle sürdürebilmek, zihin-beden etkileşimi ile doğasında ve pozitif bir emzirme deneyimini yaşanmasına olanak tanımaktır. Hipnoemzirme felsefesi, kadının gevşemesini, bilincini daraltmasını, emzirmeye odaklanılmasını, olumlu bilinç ve bilinçaltı değişimlerini, zihin-beden iş birliğini, duygu değişim ve dönüşümünü, emzirmeyle ilişkili dil kalıpları ve inancın değişimini, emzirmede motivasyonun önemini anlamayı ve uygulamayı sağlar. Hipnoemzirme felsefesiyle, hormonal ve fizyolojik süreçlerin doğal akışında kalması amaçlanır. O nedenle hipnoemzirme felsefesinde stresin yönetimine yönelik zihinsel ve bedensel gevşeme uygulamaları ile masaj ve nefes uygulamaları kullanılır. Ayrıca kadının emzirme süreçlerinde bedensel duyumsamalarını fark etmesi, deneyimin farkında olması, emzirmeye yönelik içgüdülerini, duygularını fark etmesi ve dönüştürmesi sağlanır. Hipnoemzirme felsefesinde, kadının bedenini ve bebeğini tanımasına olanak tanınır ve bilinçaltısında emzirmeye yönelik olumlu şemalar oluşturulur. İlkel beynin kullanımına odaklanılarak, neokorteksin gereksiz bilgi ve uyarılarla uyarılmasından uzaklaşılır.



## Emzirme Eğitim ve Danışmanlıklarında Neokorteksi Uyarmakla Uyarmamak Arasındaki Derin Fark

Bebekler emmeyle ilgili doğal bir içgüdü ile doğarlar. Onlara ne yapmaları gerektiğinin öğretilmesine ihtiyaçları yoktur. Sadece yeni beslenme düzenini algılamaları, anlamları ve davranış haline getirmeleri için zamana ve emme pratiği yapmalarına ihtiyaçları vardır (Rapley & Murkett, 2018). Aslında benzer durum anne içinde geçerlidir. Emme gibi emzirme de beyin arkaik bölgesinde gerçekleşmektedir. Beynin arkaik yapısı organizmanın hayatta kalmasını sağlayan genetik programlama ile tasarlanmıştır. Organizmadaki fizyolojik süreçler arkaik bölgede tamamen bilinçsiz, istemsiz ve içgüdüsel olarak yönetilmektedir. Ancak içgüdüsel davranışlar da çevresel uyaranları yorumlayan neokorteksin etkisi altındadır (Ragusa, 2015). Emzirme anne için de sağ beyin kontrollünde gerçekleşen içgüdüsel bir eylemdir. Ancak günümüzde özellikle sanayileşen ve teknolojikleşen modern toplumlarda yaşayan kadınların neokorteksleri fazlasıyla uyarılmakta, içgüdülerinden uzaklaşmaktadır. Doğasında bir emzirme için, kadınla birlikte tüm aile ve toplumun, anne ve bebeğin emzirmeye yönelik içgüdülerini fark etmeleri, onlara güvenmeleri ve sağ beyin kullanımını arttırmaları oldukça önemlidir. Emzirme konusunda çevreden gelen bu mesajların kadınların emzirmeye yönelik algısını ve duygusunu olumsuz etkilediği düşünülmektedir (Ragusa, 2015; Rapley & Murkett, 2018).

Teknoloji kullanımının artmasıyla her konuda olduğu gibi emzirmede de kontrolsüz kirli bilgiye maruz kalınmakta, emzirme sorunlarını içeren paylaşımların yoğunluğu arttıkça emzirmenin sorunlu bir deneyim olduğu algısı oluşmakta, kadınlarda kaygı ve yetersizlik duygusu deneyimlendiği gözlenmektedir. Bunun sonucunda kadınlar emzirme süreçlerinde problem yaşamaya odaklanmakta ve problemleri çözmeye yönelik arayışları artmaktadır. Oysaki gebelik ve doğum süreçlerinde olduğu gibi emzirme sürecine de gerekmedikçe müdahale edilmemelidir. Emzirme içgüdüsel bir deneyimdir. Bu nedenle öğretilmesine gereksinim yoktur. Kadınlar gözlem ve epigenetik aktarımlar sonucunda bu deneyimi içgüdüsel olarak gerçekleştirir (Balogun ve ark., 2016; Milinco ve ark., 2020; Ragusa, 2015).

Günümüzde modern kadının içgüdülerine yeniden odaklanabilmesi konusunda farkındalık kazanması, değişmesi ve dönüşmesi için rehberliğe gereksinim duymaktadır. Ancak günümüzde emzirme eğitim ve danışmanlıklarında genellikle emzirmenin doğası yerine, sorunlar ve baş etme yollarına odaklanılmakta, anatomi, fizyoloji, olası riskler ve medikal yaklaşımları içeren genellikle bilişsel nadiren de davranışsal etki yaratabilecek biçimde yapılandırılmış standart bilgilerin sunumu şeklinde dizayn edilmiştir. Gereksiniminden fazla, karmaşık bir yapı ile sunulan standart eğitim içerikleri kadının neokorteksinin uyarılmasına ve sol beynin ön planda olmasına sebep olur. Oysaki emzirmenin doğası gereği sağ beyinde yer alan arkaik bölgenin aktifleşmesi gerekir. Bunun için neokorteks uyarımının azaltılmasına gereksinim duyulur. Emzirme eğitim ve danışmanlıklarında aslında eğitmen olası durumlara karşı önlem almak ister ancak gereksiz yoğunlukta ve kompleks eğitimlerin kadınlarda kaygı ve korku yarattığı gözlenmektedir. Buna ek olarak, kadının karşılanmamış bilgi gereksiniminin de kaygı ve korku yarattığı ve neokorteksin uyarılmasına sebep olduğu gözlenmektedir. Bu doğrultuda eğitimlerde sadece kadının ya da ailenin gereksinimi

doğrultusunda bilgi, basit ve sade bir dille sunulmalıdır (Ragusa, 2015).

Kadınların bilgi gereksinimleri uygun bir şekilde karşılandığında anksiyetelerinin öğrenmelerini olumlu etkileyeceği ve öğrendiklerini davranışa dönüştürmek amacıyla motivasyonlarının artacağı düşünülmektedir. Hipnoemzirme felsefesine dayalı emzirme eğitim ve danışmanlıklarında kadının öncelikleri ve gereksinimi doğrultusunda talep ettiği kadar bilgi sunulmalı, kadının bedenini ve bebeğini tanımaya olanak tanınmalı ve bilinçaltında emzirmeye yönelik olumlu şemalar oluşturulmalıdır. Ayrıca, kadının duygularını düzenlemeyi, emzirmeye uyumlu inanç geliştirmeyi, gevşemeyi ve motivasyonu içermelidir (Balogun ve ark., 2016; Ragusa, 2015).

### Hipnoemzirme Felsefesine Dayalı Emzirme Eğitim ve Danışmanlık İçeriğinin Planlanması

Hipnoemzirme eğitim ve danışmanlıklarında amaç kadının bilgileri sindirmesi değil, kendini keşfetmesidir. Bu nedenle, eğitim ve danışmanlık süreçlerinde kadının gereksinimi kadar aldığı bilgiden tatmin olmasına, emzireceğine dair olumlu duygu ve düşüncelere sahip olmasına, içgüdülerine güvenmesine ve motivasyonunun artırılmasına odaklanılmalıdır. Ancak modern dünyada kendinden uzaklaşan kadın için yeniden kendini tanıması, içgüdülerini fark etmesi ve güvenmesi belirli bir süreç gerektirir. Bu nedenle hipnoemzirme felsefesine dayalı eğitim/danışmanlık süreçlerinin içselleştirilip yaşam felsefesi haline getirilebilmesi için eğitimlerin sıkıştırılmış, üst üste yapılan eğitimlerden ziyade haftalara yayılması oldukça önemlidir. Hipnoemzirme felsefesine dayandırılarak yapılan eğitimlerin ortalama 8 hafta olması, haftanın bir günü ortalama 2-3 saat sürdürülmesi önerilir. Tablo 1'de örnek Hipnoemzirme Eğitim ve Danışmanlık Planı yer almaktadır.

#### 1. Hafta: Tanışma

Emzirme eğitim ve danışmanlık sürecinde en önemli unsur kadın-danışman arasında güvene dayalı terapatik ilişkinin oluşturulabilmesidir. Bu oturumda kadın-danışman birbirlerini tanımalı ve beklentiler/talepler doğrultusunda bir yol haritası belirlemelidir. Ayrıca kadının emzirmeye ilişkin duygu, düşüncelerini ve deneyimlerini danışmanla paylaşması bu süreci kolaylaştıracaktır. Böylece güvene dayalı profesyonel ilişkinin oluşturulması süreci olumlu etkileyecektir. Bu amaçla kadınlara "Emzirme hakkında neler hissediyorsunuz?" "Emzirmeye ilişkin çevrenizdeki deneyimlerde genel olarak neleri gözlemlediniz?" gibi sorular sorularak kadınların kendilerini ifade etmelerine olanak tanyabilir. Bu oturum danışman için aslında bir veri toplama sürecidir. Kadınların emzirmeye yönelik uyumsuz duygularını ve düşüncelerini keşfedebilir. Örneğin; bir kadın "emzirememekten korkuyorum." dediğinde, duygu farkındalığı süreci kadın-danışman arasında başlamış oldu. Ancak dönüşüm süreci için zamana ihtiyaç vardır. Kadının anlaşıldığını hissetmesi, yardım alabileceğini fark etmesi, motivasyonunu arttıracak uyumlu duyguya geçişini kolaylaştıracaktır. Danışman olarak, "Aslında birçok anne benzer kaygıları taşır. Bu süreçte, duygunuza yoğunlaşıp, onu tanımaya anlamaya çalışacağız, onu görmezden gelmek yerine saygıyla yargılamadan kabul edeceğiz ve kendimize anlayışla sarılacağız. Süreç boyunca 'kaygı' duygusu yerini 'tatmin' duygusuna yavaş yavaş bırakacaktır." diyebiliriz. Bu oturumda kadınlar hipnoemzirme felsefesine dayalı eğitim ve danışmanlık içeriğinin yalnızca emzirme hakkında bilgi sunumu şeklinde olmayacağı konusunda bilgilendirilmelidir (Gokce Isbir & Alus Tokat, in press; Mongan, 2005).

| Tablo 1.<br>Hipnoemzirme Eğitim ve Danışmanlık Planı |  |   |
|--|--|---|
| Hafta  | Konular  | Hipnoemzirme felsefesinin değerlendirilen/etkilene-<br>n komponenti   |
| 1. Hafta   | Tanışma<br>Emzirmeye ilişkin duygu, düşünce ve deneyimlerin paylaşımı<br>Nezaketle nefes molası  | -Duygu farkındalığı<br>-Nefes farkındalığı<br>-Motivasyon durumunun değerlendirilmesi                             |
| 2. Hafta   | Emzirmeye yönelik bilgi gereksiniminin karşılanması  | -Emzirmeye yönelik bilgi gereksiniminin karşılanması<br>-Zihinsel olarak güvenli alan farkındalığı                |
| 3. hafta   | Emzirmede zihin-beden harmonisi<br>Limon meditasyonu<br>Farkındalık<br>Kuru üzüm meditasyonu<br>Beden taraması   | -Zihin-beden etkileşimi<br>-Farkındalık deneyimi<br>-Bedene dair farkındalık deneyimi                             |
| 4. Hafta   | Duyularımızın farkında mıyız?<br>Perinatal süreçlere yönelik duygu farkındalığı<br>Emzirmeye yönelik duygu farkındalığı<br>Duygu farkındalığı oyunu<br>Nezaket Meditasyonu | -Duygu farkındalığı<br>-Şefkat deneyimi   |
| 5. Hafta   | Emzirmeye yönelik duygulara ulaşım ve duyguların değerlendirilmesi<br>Nezaket Meditasyonu  | -Duygulara ulaşım ve değerlendirme<br>-Öz-motivasyon becerisinin kazanımı<br>-Şefkat deneyimi                     |
| 6. Hafta   | Emzirmeye yönelik duyguların değişim ve dönüşümü<br>Duyguya ulaşım ve duygudan ayrılma gevşemesi<br>Nezaket Meditasyonu  | -Duygu düzenleme<br>-Öz-motivasyon becerisinin kazanımı<br>-Şefkat deneyimi                                       |
| 7. hafta   | Emzirmeye yönelik duyguların yeniden anlamlandırılması ve deneyimletilmesi<br>Canlandırmalar<br>Endorfin ve Oksitosin masajı<br>Sakinlik Meditasyonu                       | -Zihin- beden etkileşimi<br>-Duygu dönüşümü<br>-Öz-motivasyon becerisinin kazanımı<br>-Şefkat ve gevşeme deneyimi |
| 8. hafta-  | Hipnoemzirme sürecine yönelik motivasyonel görüşme teknikleri<br>kullanılarak yapılandırılmış görüşmelerin gerçekleştirilmesi<br>Şükran Dolu Beden Taraması                | -Motivasyonun değerlendirilmesi<br>-Öz-motivasyonu sürdürülebilir becerisinin kazanımı<br>-Beden farkındalığı     |

Hipnoemzirme felsefesinde kadınlara gereksinimleri kadar bilgi verilmesi gerektiği savunulur. Kadına farklı yollarla elde ettiği gereksinimi olmayan her bilginin süreci olumsuz etkileyeceği açıklanmalı ve gereksinimlerini fark etmesi konusunda rehberlik edilmelidir. Ancak birçok aile gereksinimlerinin farkında olmaya-bilir. Hatta kendi gereksinimlerinin diğer kadınlarınkinden farklı olduğunu da fark etmemiş olabilirler. O nedenle, sorgulayıcı sorularla kendi gereksinimlerini fark etmelerine olanak tanınmalıdır. Bu sorular, yanıtlarının kendilerinde olacak sorular olmalıdır. Kadın bu soruların yanıtlarını ararken, aslında kendini keşfetmelidir. Bu oturumda danışmanın beklentisi, kadının gereksinimini sorgulamasını sağlamak olmalıdır. Ancak danışman kadının doğru soru sormasında rehberlik etmelidir. Bu aşama çok önemlidir. Zihnin olumlu yapılması tam olarak bu anda başlar. Günümüzde emzirme eğitim ve danışmanlıklarına gelen kadınların soruları genellikle şu şekilde olur;

“Memelerim yeterli miktarda süt üretebilir mi?”

“Bebeğim emebilecek mi?”

“Emzirebilecek miyim?”

Bir emzirme eğitim ve danışmanı olarak bu soruların kaygı içerdiğini, zihinde tekrar edildiğinde kaygının artacağına farkında olunması gerekmektedir. Bu süreçte doğru soruları nasıl soracağı konusunda rehberlik yapılmalıdır. Sorular zihinde sorulurken bile olumlu bir imajın etkisi yaratmalıdır ki kadının soruların yanıtlarını aramaya teşvik etmeli ve bu keşif sürecinde kendini ve emzirme sürecini olumlu anlamasına olanak tanınmalıdır.

Örneğin;

“Bir gebe kadın/anne emzirme ile ilgili neyi bilmeye gereksinim duyar?”

“Benim emzirme ile ilgili en çok neyi bilmeye gereksinimim var?”

“Kadın bedeni bebeği doyurabilecek yetenek, güç, sabır ve beceriye nasıl sahip olabiliyor?”

“Memelerim bebeğimin ihtiyacı kadar süt üretebilmeyi nasıl biliyor?”

“Bebeğim memeyi tutmayı, emmeyi nasıl biliyor? Onun bu süper gücüne nasıl destek olabilirim?”

## 2. Hafta: Emzirmeye yönelik bilgi gereksiniminin karşılanması

Hipnoemzirme felsefesi bilgi sunmaya karşı değildir, ancak kadınların gereksinimi kadar bilginin sunulmasını savunmaktadır. Çünkü karşılanmayan bilgi gereksinimi stres yaratarak emzirmenin hormonal sürecini baskılayabilir. O nedenle kadınların bilgi gereksinimleri mutlaka karşılanmalı ve kadınlar bu süreçten tatmin olmalıdırlar. Kadınların bilgi gereksinimleri birbirlerinden farklıdır. Bu nedenle eğitimci/danışman her konuda bilgi sahibi olmalı ancak standart bir içerik sunmaktan kaçınmalıdır. Çünkü gereksinim olmayan bilgi de kadınlarda stres/korku yaratarak emzirme sürecini olumsuz etkileyebilir. Tanışma oturumunda, sorulara yanıt arayan kadınlar bilgi gereksinimlerini fark etmemişlerdir. Danışman mümkün olduğunca neokorteksi uyuracak detaylardan kaçınmalı, olumlu görsellerle desteklemelidir. Örneğin; kadın emzirme pozisyonlarını merak ediyorsa, danışman

sadece bebeğin meme ucunun tam kavramasının önemini anlatmalı, en uygun pozisyona bebeğiyle birlikte karar verebileceklerini vurgulamalıdır. Fakat eğer kadın emzirme pozisyonlarını bir bilgi gereksinimi olarak görüp ifade etmiyorsa bu konu eğitim içeriğinde yer almamalıdır. Emzirme ile ilgili görseller izletilirken eğitimci/danışman “pozisyon böyle olmalıdır” diye vurgulamasa da görsel kadının bilinçaltına gidecektir ve emzirme süreçlerinde farkında olmadan uygun pozisyonu kendisi alacaktır. Bu doğrultuda, uygun görselleri seçmek oldukça önemlidir (Milinco ve ark., 2020). Hipnoemzirme felsefesini benimseyen eğitimci/danışman kadının gereksinimi doğrultusunda, eğitimci/danışman emzirmeye yönelik güncel bilgiyi takip etmeli, tüm fizyoloji ve patofizyolojiyi bilmeli ancak yetişkin eğitim ilkelerini temel alarak olumlu sözcükleri içeren basit bir dille ve güncel bilgiyi sunmalıdır. Örneğin emzirme/meme problemini merak etmeyen bir kadına emzirme ve meme sorunları anlatılmamalıdır. Eğer süreçte herhangi bir sorun yaşanırsa, soruna yönelik danışmanlık verilmelidir. Eğitim süreçlerinde kadına bunun güvencesinin verilmesi kadının rahatlamasını sağlayacaktır. Birçok kadın eğitime emzirme problemlerini ve çözüm yollarını öğrenmeyi hedefleyerek gelir. Bu durumda, “Her yaşamsal tecrübeye olduğu gibi emzirme süreçlerinde de çok nadir de olsa zorluklar yaşanabilir. Ancak bunlar genellikle kadınlara özgü olur. O nedenle önceden bilinmesi yarar sağlamayabilir. Şunu bilin ki, eğer süreçte zorlandığınız deneyimleriniz olursa, ben sizlere bu yaşadığınız durumla ilgili tüm öğrenmek istediklerinizi anlatacağım ve birlikte size özgü çözümler bulacağız. Merak etmeyin.” Unutulmaması gereken en önemli nokta kadının profesyonel bir meslek üyesi değil, bir anne adayı oluşudur. O nedenle eğiticinin/danışmanın bildiği her şeyi bilmesine gereksinimi yoktur, gereksinimden fazla bilgi sunma yaklaşımı, emzirme sürecini zorlaştırmaktadır (Gokce Isbir & Alus Tokat, in press; Mongan, 2005).

### 3. Hafta: Zihin-beden harmonisini fark etmek, kabul etmek ve izin vermek

Hipnoemzirme felsefesinin temelini duygularla birlikte zihnin yönetimi oluşturur. Zihni yönetmek ya da yönlendirebilmek için zihni bilmek oldukça önemlidir. Hipnoemzirme felsefesinde, hem eğitimci/danışmanın hem de kadının zihni ve zihin-beden etkileşim süreçlerini bilmesi önemlidir. Zihin bilinç, bilinçaltı ve eleştirel faktörden oluşur. Bilincin dili olumlu kelimeler ve telkinlerdir. Bilinçaltının dili ise metaforlar ve semboller, hayalinde canlandırma, görselleştirme, gevşemedir. Hayal etme ile frontal ve pariyetal lob; gevşeme ile temporal lobta yer alan Wernike alanı, görselleştirme ile oksipital lob uyarılır. Emzirme ile ilişkin olumlu görseller (emziren, sakin ve mutlu görünen annelerin fotoğrafları ve videolar), hayaller (kadının bebeği emerken meme başından bir sürü delikten her çeşitte fiskiye gibi sütün bebeğin ağzına aktığını hayal etmesi), gevşemelere (progresif kas gevşemesi, nezaket ve şefkat meditasyonları) ek olarak aromaterapi ve müzik bilinçaltını olumlu etkileyecek uygulamalardır. Eleştirel faktör ise bilinç ve bilinçaltı arasında yer almaktadır. Eleştirel faktör bir bariyerdir ve olumsuz mesajların bilinçaltına yerleşmesini engellerken, olumlu mesajların yerleşmesini sağlar. Hipnoemzirmede bilinçaltındaki emzirme ile ilgili negatif mesajlar çıkarılır ve yerine yeni olumlu mesajlar yerleştirilir. Eleştirel faktör bariyerini aşarak bilinçaltına yerleştirilen mesajlar nörotransmitterler yoluyla otonom sinir sistemine iletilir ve hormonal süreçler etkilenir (Mongan, 2005).

Hipnoemzirme eğitimcisi/danışmanı zihni yönlendirebilecek yasalara da hakim olmalı ve kadınlara çeşitli aktivitelerle bu yasaları deneyimlemelidir. Hipnoemzirme süreçlerinde zihnin üç yasası kullanılabilir; psikofiziksel tepki yasası, uyumlu çekim ve

tekrar yasası, motivasyon yasasıdır (Mongan, 2005). Psikofiziksel tepki yasasında; kadının zihninde bulundurduğu her önerme, düşünce veya duygu için bedenin içinde ona karşılık gelen fizyolojik ve kimyasal bir tepki vardır. Beden zihnin eylem bileşenidir. Bu nedenle, zihin neyi gerçek olarak algılamayı seçerse, beden o doğrultuda tepki verir. HypnoBirthing felsefesinde temelini oluşturan bu yasanın olumlu etkileri araştırmalarla kanıtlanmıştır (Atis & Rathfisch, 2018; Azizmohammadi & Azizmohammadi, 2019; Beebe, 2014; Steel ve ark., 2016). Bu nedenle, hipnoemzirme felsefesine de yasanın entegrasyonu yapılmıştır. Gebelik döneminde hipnoemzirme eğitim/danışmanlık sürecinde eğitimci/danışman kadının zihin-beden arasındaki etkileşimi fark etmesini sağlamak amacıyla bazı hayal etme, görselleştirme, gevşeme etkinlikleri kullanılır ve sonrasında deneyimi anlamlandırılır. Postpartum süreçte yapılan hipnoemzirme eğitim ve danışmanlık süreçlerinde endorfin ve oksitosin masajları uygulanabilir ve masajlar sırasında olumlama, hayal etme, görselleştirmeler kullanılarak emzirme sürecine etkisi değerlendirilebilir. Endorfin ve oksitosin masajlarının emzirme sonuçlarını olumlu etkilediği bilinmektedir (Altıparmak & Aksoy, 2021; Dini ve ark., 2017). Hipnoemzirme felsefesi doğrultusunda bu masajlar “süt arttırma ve rahatlama masajları” olarak isimlendirilebilir.

Uyumlu çekim ve tekrar yasasında; kelimelere odaklanılır, çünkü bilincin dili kelimelerdir. Kelimeler, duyguları, inançları, tutum ve davranışları etkiler (Mongan, 2005). Hipnoemzirme eğitim/danışmanlıklarında, emzirme ile ilgili olumsuz ya da teknik kelimeler kullanılmaksızın, olumlu kelimelere yer verilir. Emziren anne, emen bebek, yeterli, bol, verimli, sürdürülebilir, besleyici gibi kelimeler hipnoemzirme felsefesinin dilini oluşturur. Hipnoemzirme felsefesinde bilinci olumlu etkilemek için olumlu kelimelerden oluşan telkinler kullanılır. Telkinler bizim yaşamda sergilediğimiz davranışlarımızın en temel sebebidir. Hipnoemzirme eğitimlerinde kadınların kendi olumlarını oluşturmalarını sağlamak oldukça önemlidir. Fakat oluşturulan olumlamanın kişisel ve şimdiki zamanda olması gerektiği belirtilmelidir. Olumlamaların istedik etkiyi sağlaması için annelere sıklıkla olumlamaları tekrar etmeleri, sürekli görebilecekleri bir yere asmaları önerilebilir. Ayrıca hipnoemzirme eğitim/danışmanlık süreçlerinde olumlu mesajın nöroendokrin sürece etkisi kadınların gereksinimleri doğrultusunda, basit ve sade bir dille, şematize edilerek anlatılması önerilir (Gokce Isbir & Alus Tokat, in press).

Hipnoemzirmede kullanılacak örnek olumlamalar;

- “Bedenimin bebeğimi besleyecek, büyütecek, sakinleştirecek, koruyacak sütü üreteceğine inanıyorum.”
- “Memelerim tüm gebeliğim sürecinde bebeğim için süt üretmeye hazırlandı.”
- “Memelerimde süt üretimi oluyor, süt kanallarım açık ve bebeğim her çektiğinde birçok delikten süt bebeğimin ağzına doluyor.”
- Bebeğimin emzirirken yutma sesini duymak huzur veriyor.”
- “Bebeğimi besleyen ve sakinleştiren bedenim, sana minnettarım.”
- “Kendime ve bebeğime emzirmenin hazzını yaşamayı diliyorum.”
- “Emzirmenin bedenime sunduğu sakinliğin farkındayım.”

Motivasyon yasasında ise, kadınların eylemleri gerçekleştirebilme etkinliğini arttırabilme için motivasyona gereksinimleri olduğu vurgulanır. Zihin motive olduğunda, beden ancak hedeflenen tepkiyi verebilir. Her kadının motivasyon kaynağı ve motive olma süreci farklı olabilir. Bu nedenle hipnoemzirme sürecinde

motivasyonel görüşme yöntemlerinin kullanımı oldukça önemlidir (Gokce Isbir & Alus Tokat, in press; Mongan, 2005).

Zihnin bedenle olan harmonisinin ve bunun emzirme deneyimine yansımalarının farkında olmak, deneyimi nazik bir merakla, açık ve yargılamayan bir zihinle gözlemlemek, emzirme deneyimin farkında olmasını sağlamak, sürece yargısızca bütünüyle saygı duyup kabul etmek, bedensel duyumsamalarını fark etmesini sağlamak, zorlayıcı duygu ve deneyimlerde kadının kendisine şefkatle yaklaşma becerisinin kazandırılması amaçlanmaktadır. Farkındalık ve öz-şefkat alışkanlıkları uzun süreçte kazanılan alışkanlıklardır (Van den Brink ve ark., 2021). Bu nedenle, farkındalık ve öz-şefkate yönelik her hafta bir meditasyon ya da günlük yaşamda kullanma etkinliği yapılmalı, tüm eğitim ve danışmanlık süreçlerinde sürdürülmesi konusunda teşvik edilmelidir.

#### 4. - 7. Hafta: Duygu farkındalığı ve dönüşüm süreci

Hipnoemzirme felsefesine dayalı emzirme eğitiminin amaçlarından biri de kadının içgüdülerini keşfetmesi ve güvenmesidir. Bunun için duygu farkındalığı oldukça önemlidir. Duygu farkındalığına tanışma oturumundan başlanabilir. Kadının emzirmeye yönelik duygu ve düşüncelerini fark etmesini sağlamak için çağırışım, canlandırma, görselleştirme gibi yöntemler kullanılabilir. Örneğin "Emzirme deyince aklınıza gelen kelimeler neler?" sorusuna verilen yanıtlar kullanılarak kadının kendi duygusunu fark etmesi sağlanabilir. Duygu paylaşımı sırasında eğitmen/danışman tarafından empatik dinleme becerileri kullanılmalı ve etkin veri toplanmalıdır (Atis & Rathfisch, 2018; Gokce Isbir & Alus Tokat, in press).

Davranış kazandırmaya yönelik planlanan eğitim ve danışmanlık süreçlerinde belirlenen davranışa yönelik kadının duygusunun uyumu oldukça önemlidir (Van den Brink ve ark., 2021). Emzirme eğitim ve danışmanlıklarında genellikle sonuca başka bir değişle emzirme davranışına odaklanılır. Çoğu zaman kadının duyguları hem kadın hem danışman tarafından göz ardı edilir. Ancak davranışlar duyguların sonucudur. Bu nedenle, hipnoemzirme eğitim ve danışmanlık süreçlerinde emzirmeye yönelik duyguların uyumunun belirlenmesine ve gerekli durumlarda duygu düzenlemesine odaklanılır. Duygunun uyumu belirlenirken ilk olarak kadının kendi duygusunu fark etmesi sağlanmalıdır. Ancak çoğu zaman kadınlar duygularının kelime karşılığını bulamayabilirler. Bir danışman olarak, kadının duygularını ifade etmede doğru sözcükler bulmasına ve duygusunu tanımlamasına rehberlik edilmelidir. Ayrıca kadının tanımladığı duyguyu anlamlandırması sağlanmalıdır. Uyumlu olmayan duygular için duygu düzenlemesi yapılmalıdır (Greenberg, 2015).

Gruplara verilen emzirme eğitimlerinde duygu farkındalığı süreci beklenilenden farklı olabilir. Kadınlar grubun dinamiği doğrultusunda duygularını rahatça ifade etme ya da paylaşma konusunda çekinceler yaşayabilir. Danışman bunun farkında olmalı, gerekli durumlarda bireysel danışmanlık planlayabilmelidir. Duyguları fark etmek, zaman, emek ve zihinsel dinginlik ister. O nedenle hem bireysel hem de grup çalışmalarında duygu farkındalığı gevşeme egzersizleri sırasında da yapılabilir. Gevşeme sırasında kadın kendi ile baş başa iken ve neokorteksi uyarılmazken duygu farkındalığını daha etkin gerçekleştirebilir. Gevşeme sonrası bireysel danışmanlıkla duygu anlamlandırması ve düzenlemesi yapılabilir.

Kadınların duygu farkındalığı, anlamlandırması, düzenlemesi süreçlerinde doğru rehberlik yapabilmek amacıyla kadınların duygu odaklı yaklaşımlar konusunda gerekli eğitimleri almaları ve ilgili birçok kaynağı okumaları önerilir. Ayrıca danışmanın

emzirmeye yönelik kendi duyguları ile de çalışması oldukça önemlidir. Çünkü duygular davranışları yönlendirir. Danışman olarak emzirmeye yönelik uyumlu duygulara sahip olmak, danışmanlık becerilerine ve kadınların emzirme sürecine doğrudan yansır.

#### 8. Hafta: Motivasyonel görüşme

Motivasyonel görüşme, bireylerin yeni edinecekleri bir davranışa yönelik öz-yeterlilik konusunda ambuvalan duygular yaşadığında kullanılan birey merkezli bir görüşme biçimidir (Rollnick & Miller, 1995). Motivasyonel görüşmede bireyin kaygılarına ve değişim için içsel motivasyonuna odaklanılır (Vasilaki ve ark., 2006). Hipnoemzirme eğitim ve danışmanlık sürecinde motivasyonel görüşme, kadının emzirme öz-yeterliliğini arttırma ya da emzirme deneyimine yönelik ambivalan duygular yaşayan kadınların motivasyonunu arttırmada kullanılmakta ve emzirme sonuçlarını olumlu etkilemektedir (Copeland ve ark., 2019; DeFoor & Darby, 2020; Franco-Antonio ve ark., 2019, 2020). Bu oturumun amacı, kadının süreçte kazanılması hedeflenen öz-motivasyon becerisinin değerlendirilip, geliştirilmesine ve sürdürülebilir olmasına katkı sağlamaktır. Hipnoemzirme eğitimlerinin tüm süreçlerinde öz-motivasyon değerlendirilmesi yapılır ve öz-motivasyon becerisi kazanımı hedeflenir. Her oturumda yapılan zihin-beden etkileşimi ve duygu düzenleme çalışmaları kadınların öz-motivasyon becerisini kazanmasına olanak tanır. Son oturumda bireysel olarak planlanan motivasyonel görüşmelerle de öz-motivasyon becerisinin sürdürülmesine odaklanılır ve bu görüşmeler emzirme sürecinde kadın gereksinim duydukça sürdürülür. Hipnoemzirme felsefesine dayalı eğitim ve danışmanlık sunacak danışmanların motivasyonel görüşmeye yönelik gerekli eğitimleri alması önerilir (Vasilaki ve ark., 2006).

Hipnoemzirme eğitim/danışmanlığında;

- İçeriği ve yoğunluğu kadının gereksinimini karşılayacak biçimde emzirmeye yönelik bilgiler sunulmalı,
- Emzirme sürecindeki bedensel, zihinsel, duygusal değişime farkındalık sağlanmalı,
- Bilinçaltında yer alan uyumlu/uyumsuz duyguların farkındalığı, anlamlandırılması ve düzenlenmesine odaklanılmalı,
- Emzirmenin doğal ve içgüdüsel bir deneyim olduğunu fark etmesi, bedenini izleme becerisini kazanması sağlanmalı,
- Kadının emzirme sorumluluğunun bilincinde olması sağlanmalı,
- Emzirmeye yönelik birçok olumlu görseller kullanılmalı,
- Olumlu duygu ve düşüncelerin nöroendokrin etkilerine yönelik farkındalık kazandırılmalı,
- Olumlu dil kullanımının önemi vurgulanmalı ve olumsuzlukların kullanımına yönelik motivasyon uygulamaları yapılmalı,
- Hipnoemzirmeye özgü gevşeme ve masajlar öğretilmeli ve uygulanmalı, eğitim sonrası sürdürülebilirliğinin sağlanması amacıyla doküman ve materyal verilmeli,
- Kadının emzirmeye yönelik öz yeterliliğini ve motivasyonunu arttıracak oyunlar, canlandırmalar ve görüşmeler yapılmalı,
- Eğitim süreci ve sonrasında da motivasyonel görüşmeler yapılmalıdır.

#### Hipnoemzirme Eğitimsi/Danışmanı Nasıl Olunur?

Günümüzde ebe, hemşire ve doktorlar mezuniyet sonrası emzirme eğitim ve danışmanlığı yapabilmektedir. Eğitim/danışmanlığın niteliğini arttırmak amacıyla T.C. Sağlık Bakanlığı ve bazı sivil toplum kuruluşları tarafından güncelleme eğitimleri yapılmaktadır. Ancak hipnoemzirme içgüdüsel olarak gerçekleşen emzirmeye yönelik farkındalık kazandırma ve paradigma



değişimini hedefleyen bir felsefedir. Hipnoemzirme, birçok felsefeye temellendirilerek geliştirilmiştir. Bu nedenle, hipnoemzirme felsefesine dayalı eğitim/danışmanlık hizmeti sunacak profesyonellerin temel emzirme danışmanlığı eğitimine ek olarak hipnoemzirme eğitici/danışmanlık eğitimlerine katılmaları ve felsefeyi bütüncül olarak öğrendikten sonra uygulamalarına uyarlamaları önerilir. Ayrıca, hipnoemzirme felsefesine dayalı emzirme eğitim/danışmanlık sürecinin niteliğini arttırmak amacıyla eğitimci/danışmanlar hipnoz, duyu odaklı yaklaşımlar, farkındalıkla öz-şefkat eğitimleri ve motivasyonel görüşme eğitimlerini almaları önerilir. Türkiye’de “Hipnoemzirme Eğitici/Danışman Eğitimi” ilk olarak 2019 yılında başlamış olup, üniversitelerin sürekli eğitim merkezleri aracılığı ile yapılmaktadır. Hipnoemzirme felsefesi doğrultusunda emzirmeye yönelik eğitim/danışmanlık süreçlerinin değişimini hedefleyen farkındalık eğitimleri 1–3 gün arasında yapılmıştır. Danışmanların beceri kazanımına yönelik eğitimlerin ise 3–5 gün arasında olması önerilmektedir. Eğitim sonrasında eğitimci/danışmanın yeni paradigma doğrultusunda kişisel değişim ve dönüşüme gereksinimi olabilir. Sağlık profesyonelleri toplumdaki normal kadınlara göre daha fazla olumsuz deneyimlerle karşılaşır. Bu durum bilinçaltı negatif mesaj oluşumunu artırır ve içgüdüsel doğal bir eylem olan emzirmeye yönelik duyu, inanç, tutum ve davranışlarını olumsuz etkileyebilir. Hipnoemzirme felsefesini benimseyen emzirme eğitimci/danışmanları öncelikle emzirmeye yönelik kendi duygularının farkında olmalı, anlamlandırılmalı, düzenlemeli ve dönüştürmelidir. Çünkü danışmanın emzirmeye yönelik duyguları beden diline, davranışlarına ve kararlarına yansır ve danışmanlık süreci bundan etkilenir (Greenberg, 2015). Bu nedenle hipnoemzirme eğitimcisi/danışmanı kendine bilinçaltı değişim süreci için fırsat vermelidir. Hipnoemzirme eğitimci/danışmanlık eğitimi farkındalık kazanmak için ilk fırsat olup, olumlu yeni bilgi ve mesajlarla bilinçaltının yeniden yapılandırılması başlar. Eğitimde danışman tarafından edinilen bilgilerin yaşam felsefesi olarak benimsenmesi ve uygulanması hipnoemzirme eğitim ve danışmanlık sürecinin niteliğini arttıracaktır. Hipnoemzirmenin bir felsefe olarak benimsenmesinin, danışmanın gereksiz önlem alma dürtüsünün engelleyeceği düşünülmektedir. Sağlık profesyonellerinin önlem alma dürtüsü (mamaya erken başlama, emzirmeye yardımcı aperlara yönelme vs), henüz yeni doğum yapmış incinebilir durumdaki kadının gereksiz müdahaleleri kabul etmesine ve sonrasında gereksiz problemlerin oluşmasına sebep olabilmektedir. Gereksiz müdahalelerle annelerin içgüdüsel dürtü ve çabaları engel lenmemelidir. Hipnoemzirme felsefesini benimseyen eğitimci/danışmanlarından danışmanlığı “gereksinimi kadar destek olma” sürecine dönüştürmeleri beklenir. Eğitimci/danışman, süreçteki rolünün güçlendirme, destek ve motivasyon sağlama olduğunu unutmamalıdır.

## Sonuç

Emzirmeye yönelik hedeflere ulaşılması amacıyla var olan durum, hedeflere ulaşmada yapılan uygulamaların değerlendirilmeye ve paradigma değişimine gereksinim olduğu düşünülmektedir. Hipnoemzirme, anne-bebek arasındaki güven ilişkisini temel alan, emzirmeye yönelik pozitif düşünce, kelimeler, hayaller, görseller, olumlama ve öykülerin süreci olumlu etkileyeceğini belirten ve kadının emzirmeye yönelik özyeterlilik ve motivasyon kazanmasını hedefleyen bir felsefedir. Günümüzde emzirme eğitimleri birçok emzirme sorunlarının çözümlerini içerir ancak bu bir eğitmen kaygısıdır, olma ihtimaline karşı önlem alma çabasıdır. Gereksinim olmayan bilgi neokorteksi uyarır, korku ve stres yaratır ki bu süreci olumsuz etkiler. Hipnoemzirme felsefesine dayalı eğitim

ve danışmanlık sürecinde, kadının emzirmenin doğasını bilmeye, kendi ve bebeğinin bedenini tanımaya, farkındalık ve şefkatle, yargılamadan kabul eden bir zihinle emzirme sürecini deneyimlemeye, duygularını fark etmeye, değiştirmeye ve dönüştürmeye, emzirmeye yönelik uyumlu inanç oluşturmaya, yararlı stresi doğru kullanabilmek amacıyla görselleştirme ve rahatlama tekniklerini bilmeye ve motivasyona odaklanı. Hipnoemzirme eğitim ve danışmanlık süreçlerinde kadının neokorteksini tatmin edecek gereksinimi kadar bilgi sunulur, ilkel beyin kullanımının öğretilmesine odaklanılır. Hipnoemzirme felsefesinin emzirme hedeflerine ulaşmada etkili olacağı düşünülmektedir. Bunun için iyi yapılandırılmış deneysel araştırmalara gereksinim duyulmaktadır.

**Hakem Değerlendirmesi:** Dış bağımsız.

**Yazar Katkıları:** Fikir – M.A.T., G.G.İ.; Tasarım – M.A.T., G.G.İ.; Denetleme – M.A.T.; Kaynaklar – G.G.İ.; Veri Toplanması ve/veya İşlemesi – M.A.T., G.G.İ.; Analiz ve/veya Yorum – M.A.T., G.G.İ.; Literatür Taraması – M.A.T., G.G.İ.; Yazıyı Yazan – M.A.T., G.G.İ.; Eleştirel İnceleme – G.G.İ.

**Çıkar Çatışması:** Yazarlar, çıkar çatışması olmadığını beyan etmişlerdir.

**Finansal Destek:** Yazarlar, bu çalışma için finansal destek almadıklarını beyan etmişlerdir.

**Peer-review:** Externally peer-reviewed.

**Author Contributions:** Concept – M.A.T., G.G.İ.; Design – M.A.T., G.G.İ.; Supervision – M.A.T.; Resources – G.G.İ.; Data Collection and/or Processing – M.A.T., G.G.İ.; Analysis and/or Interpretation – M.A.T., G.G.İ.; Literature Search – M.A.T., G.G.İ.; Writing Manuscript – M.A.T., G.G.İ.; Critical Review – G.G.İ.

**Declaration of Interests:** The authors declare that they have no competing interest.

**Funding:** The authors declare that this study has received no financial support.

## Kaynaklar

- Altıparmak, S., & Aksoy, D. Y. (2021). *Hipnoemzirme ve Oksitosin Masajının Primiparlarda Emzirme Motivasyonu, Yetersiz Süt Algısı, Bağlanma ve Uterus İnvolüsyon Sürecine Etkisi*[Doktora Tezi]. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp>
- Asih, Y., & Nyimas, A. (2020). Hypnobreastfeeding to increase motivation and breast milk production: A study. *International Journal of Innovation, Creativity and Change*, 13(2), 122–137.
- Atis, F. Y., & Rathfisch, G. (2018). The effect of hypnobirthing training given in the antenatal period on birth pain and fear. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 33, 77–84. [CrossRef]
- Azizmohammadi, S., & Azizmohammadi, S. (2019). Hypnotherapy in management of delivery pain: A review. *European Journal of Translational Myology*, 29(3), 8365. [CrossRef]
- Balogun, O. O., O’Sullivan, E. J., McFadden, A., Ota, E., Gavine, A., Garner, C. D., Renfrew, M. J., & MacGillivray, S. (2016). Interventions for promoting the initiation of breastfeeding. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 11, CD001688. [CrossRef]
- Beebe, K. R. (2014). Hypnotherapy for labor and birth. *Nursing for Women’s Health*, 18(1), 48–59. [CrossRef]
- Copeland, L., Merrett, L., McQuire, C., Grant, A., Gobat, N., Tedstone, S., Playle, R., Channon, S., Sanders, J., Phillips, R., Hunter, B., Brown, A., Fitzsimmons, D., Robling, M., & Paranjothy, S. (2019). Feasibility and acceptability of a motivational interviewing breastfeeding peer support intervention. *Maternal and Child Nutrition*, 15(2), e12703. [CrossRef]
- DeFoor, M., & Darby, W. (2020). Motivate to lactate: Utilizing motivational interviewing to improve breastfeeding rates. *Journal of Perinatal Education*, 29(1), 9–15. [CrossRef]



- Dini, P. R., Suwondo, A., Hardjanti, T. S., Hadisaputro, S., Mardiyono, W.M., & (2017). The effect of hypnobreastfeeding and oxytocin massage on breastmilk production in postpartum. *Journal of Medical Science and Clinical Research*, 5(10), 28600–28604. [CrossRef]
- Franco-Antonio, C., Calderón-García, J. F., Santano-Mogena, E., Rico-Martín, S., & Cordovilla-Guardia, S. (2020). Effectiveness of a brief motivational intervention to increase the breastfeeding duration in the first 6 months postpartum: Randomized controlled trial. *Journal of Advanced Nursing*, 76(3), 888–902. [CrossRef]
- Franco-Antonio, C., Calderón-García, J. F., Vilar-López, R., Portillo-Santamaría, M., Navas-Pérez, J. F., & Cordovilla-Guardia, S. (2019). A randomized controlled trial to evaluate the effectiveness of a brief motivational intervention to improve exclusive breastfeeding rates: Study protocol. *Journal of Advanced Nursing*, 75(4), 888–897. [CrossRef]
- Gokce Isbir, G., & Alus Tokat, M. (in press). The philosophy that enables to return to our essence in breastfeeding: Hypnobreastfeeding. *Journal of Perinatal Education*.
- Greenberg, L. S. (2015). *Emotion-focused therapy: Coaching clients to work through their feelings*. American Psychological Association.
- TNSA. (2018). Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. <http://www.hips.hacettepe.edu.tr/>
- Lankton, S. (2016). Conscious/unconscious dissociation induction: Increasing hypnotic performance with “resistant” clients. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 59(2), 175–185. [CrossRef]
- Milincó, M., Travan, L., Cattaneo, A., Knowles, A., Sola, M. V., Causin, E., Cortivo, C., Degrassi, M., Di Tommaso, F., Verardi, G., Dipietro, L., Piazza, M., Scolz, S., Rossetto, M., Ronfani, L., & Trieste BN (Biological Nurturing) Investigators. (2020). Effectiveness of biological nurturing on early breastfeeding problems: A randomized controlled trial. *International Breastfeeding Journal*, 15(1), 21. [CrossRef]
- Mongan, M. (2005). *Hypnobirthing the Mongan method* (3rd ed., pp. 57–81). Health Communication Inc.
- Ragusa, A. (2015). How to reduce synthetic oxytocin administration and stimulate the production of endogenous oxytocin in childbirth. *Journal of Pediatric and Neonatal Individualized Medicine*, 4(2), e040228.
- Rapley, G., & Murkett, T. (2018). *Bebek Öncülüğünde Emzirme Rehberi* (pp. 13–24). Gün Yayıncılık.
- Rollnick, S., & Miller, W. R. (1995). What is motivational interviewing? *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 23(4), 325–334. [CrossRef]
- Sari, L. P., Salimo, H., & Budihastuti, U. R. (2017). Optimizing the combination of oxytocin massage and hypnobreastfeeding for breast milk production among post-partum mothers. *Journal of Maternal and Child Health*, 2(1), 20–29. [CrossRef]
- Van den Brink et al. (2021). *Şefkat Korkaklara Göre Değil*. Inkilap Yayıncılık.
- Steel, A., Frawley, J., Sibbritt, D., Broom, A., & Adams, J. (2016). The characteristics of women who use hypnotherapy for intrapartum pain management: Preliminary insights from a nationally-representative sample of Australian women. *Complementary Therapies in Medicine*, 25, 67–70. [CrossRef]
- T.C. Strateji ve Bütçe Başkanlığı (SBB). (2019). Sürdürülebilir Kalkınma Amaçları Değerlendirme raporu. [https://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2020/03/Surdurulebilir-Kalkinma-Amaclari-Degerlendirm-e-Raporu\\_13\\_12\\_2019-WEB.pdf](https://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2020/03/Surdurulebilir-Kalkinma-Amaclari-Degerlendirm-e-Raporu_13_12_2019-WEB.pdf)
- Vasilaki, E. I., Hosier, S. G., & Cox, W. M. (2006). The efficacy of motivational interviewing as a brief intervention for excessive drinking: A meta-analytic review. *Alcohol and Alcoholism*, 41(3), 328–335. [CrossRef]
- World Health Organization (WHO). (2017). World Health Organization guideline: protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/259386>
- World Health Organization (WHO), & United Nations Children’s Fund (UNICEF). (2003). *Global Strategy for Infant and Young Child Feeding*. World Health Organization.
- Zhao, J., Zhao, Y., Du, M., Binns, C. W., & Lee, A. H. (2017). Maternal education and breastfeeding practices in China: A systematic review and meta-analysis. *Midwifery*, 50, 62–71. [CrossRef]

## Extended Abstract

Although education and counseling programs to improve breastfeeding outcomes are carried out intensively in the world and in our country, breastfeeding rates are not at the targeted levels. However, breastfeeding is an act that continues since the existence of human beings and is carried out instinctively. In this direction, it is inevitable that individual training and counseling processes are needed to increase awareness of instincts to reduce the effect of confusion regarding breastfeeding and to enable women to experience the natural breastfeeding process. It is thought that hypnobreastfeeding will be useful in gaining this awareness.

Babies are born with an instinct for sucking. They do not need to be taught what to do. They just need time and practice sucking to perceive, understand, and act on the new diet. In fact, the same situation applies to the mother. Like suckling, breastfeeding takes place in the archaic region of the brain. The archaic structure of the brain was designed with genetic programming that ensures the survival of the organism. Physiological processes in the organism are managed completely unconsciously, involuntarily, and instinctively in the archaic region. However, instinctive behaviors are also under the influence of the neocortex, which interprets environmental stimuli. Breastfeeding is an instinctive action that takes place under the control of the right brain for the mother. However, the neocortex of women living in today's industrialized and technologicalized modern societies are overly stimulated and they move away from their instincts. For a natural breastfeeding, it is very important that the whole family and society, together with the woman, realize the mother's and baby's breastfeeding instincts, trust them, and increase the use of the right brain. It is thought that these messages from the environment about breastfeeding negatively affect women's perception and feelings about breastfeeding.

With the increase in the use of technology, we are exposed to uncontrolled dirty information in breastfeeding as in every other subject, as the intensity of the sharing about breastfeeding problems increases, the perception that breastfeeding is a problematic experience occurs, and it is observed that women experience feelings of anxiety and inadequacy. As a result, women focus on experiencing problems during breastfeeding and their search for solving problems increases. However, as with pregnancy and birth processes, breastfeeding should not be interfered with unless necessary. Breastfeeding is an instinctive experience. Therefore, it does not need to be taught. Women instinctively realize this experience because of observation and epigenetic transmissions.

Today, modern women need guidance to gain awareness and change and transform to refocus on their instincts. However, nowadays, breastfeeding education and counseling generally focus on the problems and ways of coping rather than the nature of breastfeeding and are designed as the presentation of standardized information that includes anatomy, physiology, possible risks, and medical approaches, usually structured in a way that can create cognitive and rarely behavioral effects. The standard educational content, which is presented with a more complex structure than necessary, causes the woman's neocortex to be stimulated and the left brain to be in the foreground. However, due to the nature of breastfeeding, the archaic region in the right brain should be activated. For this, reduction of neocortex stimulation is required. In breastfeeding education and counseling, the trainer wants to take precautions against possible situations, but it is observed that unnecessary and complex trainings create anxiety and fear in women. In addition, it is observed that the woman's unmet need for information also creates anxiety and fear and stimulates the neocortex. In this direction, information should be presented in a simple and plain language only in line with the needs of the woman or the family in the trainings.

It is thought that when individuals' information needs are met appropriately, their anxiety will be at a level that will positively trigger their learning and their motivation will increase to transform what they have learned into behavior. In breastfeeding education and counseling based on the hypno-nursing philosophy, information should be provided as much as the woman demands in line with her priorities and needs, the woman should be allowed to get to know her body and her baby, and positive schemes for breastfeeding should be created subconsciously. It should also include regulating the woman's emotions, developing beliefs compatible with breastfeeding, relaxation, and motivation.

Hypnobreastfeeding is a philosophy that adopts the interaction and instinctive approach between the mother and the baby, focuses on the nature of breastfeeding, raises awareness of the woman's body, develops self-compassion skills, increases self-confidence, and emphasizes mother-infant cooperation. The aim of this philosophy is not to teach women to breastfeed but to enable them to discover their body and instincts, to continue breastfeeding processes with awareness and compassion, and to enable a positive and natural breastfeeding experience with mind-body interaction. The philosophy of hypnobreastfeeding enables women to relax, narrow their consciousness, focus on breastfeeding, positive conscious and subconscious changes, mind-body cooperation, emotion change and transformation, change of language patterns and belief related to breastfeeding, and understanding and practice the importance of motivation in breastfeeding. With the philosophy of hypnobreastfeeding, it is aimed to keep hormonal and physiological processes in their natural flow. For this reason, mental and physical relaxation practices, massage, and breathing practices are used for the management of stress in the philosophy of hypnobreastfeeding. In addition, it is ensured that the woman realizes her bodily sensations during the breastfeeding processes, is aware of the experience, and realizes and transforms her instincts and feelings toward breastfeeding. In the philosophy of hypnobreastfeeding, the woman is allowed to get to know her body and her baby, and subconsciously positive schemes for breastfeeding are created. Focusing on the use of the primitive brain, the stimulation of the neocortex with unnecessary information and stimuli is avoided. The aim of hypnobreastfeeding training and counseling is not for women to digest information but for self-discovery. In this article, it is aimed to explain the integration of hypnobreastfeeding philosophy into breastfeeding education and counseling.

# A Critical Review: Traditional Practices Surrounding Postpartum Period Impact on Breastfeeding in Turkey and the UK

Eleştirel Bir İnceleme: Türkiye ve Birleşik Krallık'ta Doğum Sonrası Dönemi Çevreleyen Geleneksel Uygulamaların Emzirmeye Etkisi

Güldane Damla KAYA 

Department of Health Sciences,  
University of Surrey, Faculty of  
Health & Medical Sciences, Surrey,  
United Kingdom



## ABSTRACT

For many years, many studies have been conducted to understand the highly controversial nature of many cultural practices. Viewing the wider collective rituals of the postpartum period is helpful to understand cultural breastfeeding practices. Despite breastfeeding rates being lower in Western societies, traditional breastfeeding practices are quite common in underdeveloped and developing countries. Although the social and cultural structure in the UK does not seem similar to that of Turkey, great differences in terms of traditional postpartum practice effect on breastfeeding may not be seen between the two countries. The critical review aimed to identify a search for the recent practice from 2007 to 2021. Five key search words are used in various combinations including the following: breastfeeding, cultural practices, postpartum breastfeeding practices, infant feeding, and postpartum traditional practices. The major databases searched for this review include PubMed, MEDLINE, Google Scholar, MIDIRS, Cochrane, DergiPark, and Turkish equivalent of the International Scientific Citation Index (Higher Education Council National Thesis Centre). The findings of this critical review provided positive contributions to clinical practices and future studies. Breastfeeding is beneficial both physiologically and psychosocially for both mother and baby, and traditional cultural practices play a critical and fundamental role in postnatal care in many societies. In addition, it is necessary and important to carry out more studies in the literature related to traditional breastfeeding practices, revealing the fact that different practices can be done in postnatal care.

**Keywords:** Breastfeeding, cultural practices, postpartum breastfeeding practices, traditional breastfeeding practices

## ÖZ

Uzun yıllar boyunca, birçok kültürel uygulamanın oldukça tartışmalı doğasını anlamak için birçok çalışma yapılmıştır. Doğum sonrası dönemin daha geniş kolektif ritüellerini incelemek, kültürel emzirme uygulamalarını anlamak için yararlıdır. Batı toplumlarında emzirme oranları daha düşük olmasına rağmen, gelişmemiş ve gelişmekte olan ülkelerde geleneksel emzirme uygulamaları oldukça yaygındır. Birleşik Krallık'taki sosyal ve kültürel yapı Türkiye'ye benzemese de, iki ülke arasında geleneksel doğum sonrası uygulamaların emzirmeye etkisi açısından büyük farklılıklar görülebilmektedir. Bu Eleştirel derleme, son uygulamaları tanımlamak için 2007'den 2021'e kadar olan araştırmaları belirlemeyi amaçladı. Bunun için, çeşitli kombinasyonlarda beş anahtar arama kelimesi kullanılmıştır: emzirme, kültürel uygulamalar, doğum sonrası emzirme uygulamaları, bebek beslemesi, doğum sonrası geleneksel uygulamalar. Bu inceleme için aranan başlıca veritabanları arasında PubMed, MEDLINE, Google Scholar, MIDIRS, Cochrane, DergiPark ve Ulusal Tez Merkezi bulunmaktadır. Bu eleştirel incelemenin bulguları, klinik uygulamalara ve gelecekteki çalışmalara olumlu katkılar sağlayabilir. Anne sütü ve emzirmenin hem anne hem de bebek için fizyolojik ve psikososyal açıdan faydalı olduğu ve pek çok toplumda kültürel uygulamalar doğum sonrası bakımda kritik ve temel bir rol oynadığı ortaya çıkmaktadır. Ayrıca doğum sonrası bakımda farklı geleneksel uygulamaların var olabileceğini ortaya koyan geleneksel doğum sonu uygulamalar ile ilgili literatürde daha fazla çalışma yapılması gerekli ve önemlidir.

**Anahtar Kelimeler:** Emzirme, kültürel uygulamalar, doğum sonrası emzirme uygulamaları, geleneksel emzirme uygulamaları

Geliş Tarihi/Received: 01.05.2021

Kabul Tarihi/Accepted: 21.07.2022

Yayın Tarihi/Publication Date: 30.12.2022

Sorumlu Yazar/Correspondence:

Güldane Damla KAYA

E-mail: g.kaya@surrey.ac.uk

Cite this article as: Kaya, G. D. (2022). A critical review: Traditional practices surrounding postpartum period impact on breastfeeding in Turkey and the UK. *Journal of Midwifery and Health Sciences*, 5(3), 131-138.



Content of this journal is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License

## Introduction

In general, the definition of culture is associated with values, symbols, practices, and beliefs. Culture is also characterized by a particular group, a system of socially transmitted behavioral patterns, and as a context of health and illness, including the experience of sickness. In many cultures around the world, pregnancy, childbirth, and the immediate postpartum period are significant life events that observe specific and special rituals and customs (Dennis, 2017; Kaewsarn et al., 2013).

The puerperium or postpartum period is 6 weeks long, starting approximately 1 hour after placental birth. The postpartum period is a time to take on new roles for a woman and her family and is an important issue of maternal and child health (Dhakal, 2007; Sharma, 2016). Among the reasons for the postpartum period being an important aspect of maternal and child health is that throughout this 6-week process, many changes occur in the woman's body. The woman's body has resolved to heal many of the changes of pregnancy, labor, and delivery, and the body has returned from the pregnancy position (Sharma, 2016; WHO, 1989). These changes begin with the start of lactation, and this process is strongly connected to culture.

An understanding of traditional postpartum practices' impact on breastfeeding is therefore essential if effective behavior change strategies are to be developed for future policies aimed at increasing breastfeeding rates. Policymakers and healthcare providers should find out how to affect traditional breastfeeding practices in the postpartum period in order to fully understand this important issue. However, there are a great number of studies conducted on postpartum traditional practices, but there is a gap in the literature regarding these two distinct cultures and the combination of a theoretical framework (Joseph & Earland, 2019; Maria et al., 2018; Zhou et al., 2020). This critical review filled the gap by assembling the traditional postpartum practices that affect breastfeeding uniquely in Turkey and the UK.

Practice is always a good source for a review topic or problem. Another useful idea can be gleaned from reading the literature (Coughlan, 2017). According to my personal experiences, there is a high cultural distance between the UK and Turkey. This multicultural structure and other causes are among the reasons for determining countries and this subject. For this reason, this critical review aims to assemble calculations of the impact on a variety of traditional breastfeeding practices related to the postpartum period across cultures using a theoretical framework. The objectives are to identify commonalities and differences in traditional postpartum practices and consider the implications of these traditional postpartum practices for the provision of maternal healthcare. This critical review identified traditional postpartum practices which support or prevent an effect on breastfeeding and guided to implementation of future policies and studies to prevent harmful traditional postpartum behaviour. Research question of this study is: How do traditional postpartum practices in Turkey and the UK impact breastfeeding?

### Why is the Effect of Postpartum Traditional Practices on Breastfeeding an Important Issue?

For many years, the best-known food for all babies who are less than 6 months of age has been breast milk (Lawson, 1995; Ozkan Pehlivanoglu & Unlüoglu, 2019) because it is associated with the health and nutritional benefits (WHO, 2003). According to the medical and public health literature, which is widely recognized,

the benefits that breastfeeding provides to babies and mothers are quite numerous. Breastfeeding promotes behavioral, immunological, economical, environmental, and neurological benefits and are indisputable and overwhelming (Joseph & Earland, 2019; Paine et al., 1999; WHO, 1998). Many international studies on the health benefits of breastfeeding have found a direct correlation between breastfeeding's duration and the benefits of breastfeeding and they have shown that it may protect children who are at risk from type 1 diabetes (Gerstein, 1994; Mayer et al., 1988; McKinney et al., 1999; Ozkan Pehlivanoglu & Unlüoglu, 2019), certain cancers (Davis, 1998; Smulevich et al., 1999; Wagner et al., 2019), and Crohn's disease (Beauregard et al., 2015; Koletzko et al., 1989). As stated by World Health Organization (WHO)/United Nations Children's Fund (UNICEF) (1990, 2003, 2010), the additional benefits of breastfeeding to maternal health are that it reduces the risk of ovarian cancer, type 2 diabetes mellitus, and breast cancer.

World Health Organization and UNICEF (1989) declared that health policies must include promoting and protecting only breastfeeding during infancy (at least 6 months) in all countries. Despite this recommendation published by WHO and UNICEF, the rates of breastfeeding duration and initiation of breastfeeding besides cultural and social groups vary slightly from country to within-country due to traditional postpartum practices (Demirtas, 2012; Joseph & Earland, 2019). For example, although the breastfeeding rate in the United States is about 70%, breastfeeding did not continue until the recommended period (Breastfeeding Report Card, 2014). Studies conducted in the WHO European Region (2019) demonstrated that between 2006 and 2012, only 25% of infants were fed only breastmilk during the first 6 months and an average of 13% of babies were breastfed without taking any formula-fed for only the first 6 months.

The breastfeeding rate in the UK was 73.8%. Although most countries have high rates of initiation; however, the breastfeeding prevalence rate at 6–8 months was only 45.2% in England (NHS, Quarter 1 2018/19). Breastfeeding is very common in Turkey; 96% of all children were breastfed for a while. In Turkey, 58% of 6-month-old infants are fed especially with breast milk without supplementary food (Turkey Demographic and Health Survey (TDHS), 2013).

The medical and public health literature on the topic of traditional postpartum practices indicates that it is also related to the impact on mother and infant mortality. The reasons for maternal and infant mortality are associated with inadequate care in the postpartum period (Kisa, 2018; WHO, 2015c). According to WHO, rates of infant and maternal mortality increase in the majority of developed and developing countries (Say et al., 2014; WHO, 2015a). In 2015, while in developing countries, the maternal mortality rate (MMR) was 239 per 100,000 live births and the infant mortality rate was 48 per 100,000 live births, MMR in developed countries was only 12 and the infant mortality rate was 32 (WHO, 2015c). In 2015, MMR was 3.9 per 100,000 live births and the infant mortality rate was 8.8 per 1000 live births in England versus 20 in Turkey in 2013 and the infant mortality rate was 11.7 (Kisa, 2018; WHO, 2015d). World Health Organization suggested that maternal health services must identify and address all of the impediments, for example, poverty, inadequate services, and traditional practices to prevent maternal and infant deaths (WHO, 2015b). The majority of maternal and infant mortality may be connected to traditional postpartum practices which contain influences from religious



and other sociocultural factors (Kisa, 2018; Shamaki & Buang, 2014).

In the UK and Turkey, traditional postpartum practices' impact on breastfeeding necessitates various approaches to quality maternity health care to reach national targets on breastfeeding. When the benefits of breastfeeding to the mother and the baby are taken into account, the critical analysis of established traditional postpartum practices that support or prevent these benefits can be used to provide quality maternity care and to prevent maternal and infant deaths.

### General Information About Turkey

Turkey has a heterogeneous population and cultural structure which includes 65% in urban areas and 35% in rural communities, and the total population is 71 million. Women in the 15–49 age group constitute a fourth of the population of the country (TDHS, 2013; Yilmaz, 2013). Although health services in Turkey have been nationalized after 1961, the use of traditional practices is still widespread. Traditional postpartum practices in the East of Turkey are more widespread than in the West (Ozsoy & Katabi, 2008; TDHS, 2013).

According to the new socialized health services, as recommended by the WHO, mothers and infants receive postpartum care for the first 24 hours after vaginal childbirth and for the cesarean section, it is 3 days. However, if the woman gives birth at home and she does not go to a hospital after childbirth or she does not give information to a midwife, the mother and newborn will not receive care (Kisa, 2018; Ozsoy & Katabi, 2008).

### General Information About The United Kingdom

The UK includes four countries: England, Scotland, Wales, and Northern Ireland. The United Kingdom's population is 65 million (ONS, 2015). The Census Analysis (2011) showed that almost half (46%) of the foreign-born population, is identified as a White ethnic group, a third identified as Asian/Asian British (33%, 2.4 million), and 13% (992,000) identified as Black/African/Caribbean/Black British.

The research indicated that the UK has become more ethnically diverse. There may be some factors, which contain changing social and cultural attitudes, and these factors influence how people analyze their religious, ethnic, and traditional identity (Census Analysis, 2011).

Although the social and cultural structure in the UK does not seem similar to that of Turkey, great differences in terms of traditional postpartum practices' effect on breastfeeding may not be seen between the two countries (Kisa, 2018; Ozsoy & Katabi, 2008).

## Methods

This critical review is a summary of the results and a critical evaluation of a series of research on the identified topic (Baker, 2016; Coughlan, 2021). Furthermore, a critical review can demonstrate where the subject may be heading, and it can also indicate how the subject of interest has been researched and used before (Schneider, 2007). A critical weakness of many studies investigating the effects of breastfeeding is the lack of clarity as to whether traditional practices in the postpartum period are effective in breastfeeding. Using a critical analytical approach, the review filled a lack of clarity in the literature regarding this issue

(Popay, Rogers & Williams, 1998). Holloway and Wheeler (2010) describe ethnography as a “way of looking at human behavior in a cultural context to gain knowledge of cultural rules, norms, and practices.” However, as the research question seeks the effects of traditional practices on breastfeeding, ethnography is suitable for the research question.

### Research Design

Using studies that include systematic reviews of cross-cultural research on postpartum from around the world with particular reference to the effect of traditional practices on breastfeeding (e.g., Dennis, 2017; Huang, 2010), the theoretical framework used would be developed. The critical review aimed to identify searches from 2007 to 2021 in order to define the recent practice. Five key search words are used in various combinations including the following: breastfeeding, cultural practices, postpartum breastfeeding practices, infant feeding, and postpartum traditional practices. The major databases searched for this review include PubMed, MEDLINE, Google Scholar, MIDIRS, Cochrane, DergiPark, and Turkish equivalent of the International Scientific Citation Index (Higher Education Council National Thesis Centre).

Key search terms to ensure sources accessed are included in all search combinations are adopted (Appendix B). Electronic databases have wide-reaching access to healthcare and midwifery research (Rees, 2012). Electronic search strategies are complemented by careful checking of reference lists of manual searches and related searches. Links to related articles in electronic databases are also searched.

### Inclusion/Exclusion Criteria

The critical review examined all peer-reviewed publications from 2007 to 2021 in the literature that focused on traditional breastfeeding practices surrounding the postpartum period in Turkey and the UK and within the first year following childbirth using qualitative or quantitative methodology. The studies are searched in English and Turkish languages so that there are no problems with the translation (because the reviewer knows both languages).

If studies did not contain a description of postpartum traditional practices or did not include newborn traditional practices, these studies could not be accepted. In addition, articles only on maternal care as well as studies associated with Turkish and English cultures were excluded. Masters theses were excluded. Relevance documents should focus on breastfeeding in the postpartum period according to traditional practices. Some critical barriers to accessing maternal and newborn health care services such as perceived quality of infant/maternal care, factors related to baby's gender, women's lack of status as decision-making, economic situation, they excluded from this article. The review has adopted “academic” publications; therefore, it excluded grey literature sources.

All identified studies are evaluated in terms of eligibility based on the information provided in the title, abstract, and descriptive/MeHS (Medical Subject Heading) conditions; a report is prepared for all studies that meet the inclusion criteria.

### Study Selection and Data Analysis

The aim is rather to gather information from studies that can provide inside knowledge on specific kinds of traditional postpartum practices' impact on breastfeeding and aims to demonstrate that critically evaluated its quality (Coughlan, 2017).



In a critical review, one of the first areas to consider is the extent to which the inclusion and exclusion criteria may reduce or increase bias (Rees, 2012; Bryman, 2012). In the health-related literature, there are numerous studies on postpartum traditional practices, however, only studies that are focused on the traditional breastfeeding practices surrounding postpartum are included in the literature review. Articles focusing on the prevalence of postpartum practices in a culture, for example, without indication of the impact of the culture on breastfeeding, were excluded from the literature review. Furthermore, the term “postpartum or postnatal practices” should be specified as the dependent variable examined by the researchers for the studies to be included in the study sample. In the abstract, if the variables are ambiguous, the whole study is examined.

Throughout the search and retrieval of literature, it is fundamental that all decisions are carefully recorded, in particular, when studies are excluded (Coughlan, 2017). Therefore, a flow chart is created for how studies are selected, to reduce the risk of reasonable disposal of relevant papers.

Once the researcher defined the articles for the final data pool, each study was analyzed and categorized according to its research strategy. Using thematic analysis methods by Braun and Clarke framework (Braun & Clarke, 2006), the articles were separated into codes and broad categories via open coding in the first round and were further classified into themes according to the traditional practices and their effect on breastfeeding discussed in the article.

## Discussion and Conclusion

While several authors have emphasized that traditional postpartum practices surrounding breastfeeding are inhibited by modernization and urbanization (Crichton & Thorley, 1996; Fok, 1996; Erci, 2003; Kisa, 2018), many international researchers suggest that in Western or “modern” cultures, where rates of maternal and infant mortality are falling, breastfeeding benefits for baby health (Chee & Horstmanshof, 1996; Kaewsarn, 2013; Yilmaz, 2019).

Cultural practices in many societies play a critical and fundamental role in postnatal care. Nevertheless, during this process, the general purpose in a series of traditional postpartum practices is to protect the mother–infant and well-being. One of the critical aspects of postnatal care is that most communities view the mother and the newborn as vulnerable in all respects, and many traditional practices have also been shaped for this aim. For this reason, if postpartum care is not adequate, it can cause complications for the mother and the baby. Traditional postpartum practices may have harmful, neutral, and beneficial effects (Sein, 2013).

The most important traditional practices which can refer to as inadequate postnatal care are those related to breastfeeding. Inadequate postpartum care is widespread all over the world (WHO, 2010). For instance, for South Asian women in the UK, breastfeeding is delayed because of traditional practices surrounding colostrum. They are perceived that newborns cannot digest colostrum. So, it may be common practice to withhold the colostrum and not give it to the baby (Dennis, 2017). Hindu families in the UK wait 2 days (after Chhatti's celebration) before they start breastfeeding because the ancient Indian holy scripture “Sushruta” defended the start of breastfeeding on the fifth or sixth day of birth (Dennis, 2017; Gatrad et al., 2004).

In England, if women who believed in Christianity had vaginal discharge (lochia), they could not be “churched” until the vaginal discharge had stopped. Additionally, women could not rejoin the community. During vaginal discharge, it was thought by society that women should not breastfeed, although this traditional practice was not always observed (Fildes, 1989). In orthodox Jewish women (in the UK), on the Sabbath (holy Saturday for Jews and as this is seen as work), they might not use mechanical breast pumps even if their use becomes compulsory. However, breastfeeding is allowed, and women can use their hands for expressing milk. When the mother uses her hand to express the milk, she has to use it in a salt-laden container or over the sink (Chertok, 1999; Thwala, Holroyd & Jones, 2012). Researchers reported that Turkish women cover the baby's face with a piece of cloth that must be yellow to prevent newborn jaundice, generally when they breastfeed (Kisa, 2018; Yilmaz et al., 2013).

While some traditional practices cause more harm than benefits to the mother and baby, the benefits of breastfeeding in some applications are indisputable. Thai women in the UK prefer to massage their breasts if they need to encourage the production of milk (Kaewsarn et al., 2013). In certain Hindu traditions, before new mothers begin breastfeeding, the mother's breasts are washed symbolically by the members of the female family (Gatrad et al., 2004). The duration of breastfeeding varies depending on society and culture. While Arabic mothers in the UK breastfeed their babies for about 2 years (Dennis, 2017), following the Annaprasana ceremony (at approximately 6 months), Hindu mothers prefer to wean because of baby mobility (Gatrad et al., 2004). The women in the UK thought that emotions might influence their newborns so they tried to keep calm and relaxed during breastfeeding. They believed that this was the best for their baby and that it helped increase milk production (Mathers & Yu-Chu, 2010). Ozsoy and Katabi (2006) in their studies (77.4% of 300 women participants) stated that they consumed products such as black-eyed peas, onions, potatoes, or tarhana (a kind of soup) to increase the amount of breast milk.

Many published studies examine the broader collective practices of postpartum (Maria & Priebe, 2018; Ozkan Pehlivanoglu & Unluoglu, 2019; Zhou et al., 2020). However, traditional postpartum practices of interest are usually quite an extensive topic and need to be refined so that the purpose of the review becomes both clearer to the reader and more manageable for the reviewer. For example, a search on Google Scholar for the term “traditional postpartum practices” yielded 56,300 results. A review of the sub-categories can help refine this topic and offer insight into how much literature is available on the topic. Some significant reviews (Dennis, 2017; Grigoriadis, 2009) described traditional postpartum practices in different cultures. The sub-categories were determined in light of these studies (Appendix A). Specific themes informed the framework of common postpartum practices' impact on breastfeeding.

Breastfeeding is beneficial both physiologically and psychosocially for both mother and baby, and traditional cultural practices play a critical and fundamental role in postnatal care in many societies. In addition, it is necessary and important to carry out more studies in the literature related to traditional breastfeeding practices, revealing the fact that different practices can be used in postnatal care. Although the general purpose of traditional postnatal practice is to protect the mother–baby and welfare,

traditional practices regarding breastfeeding should be evaluated considering the differences between societies. On the other hand, it is important to focus on social culture for the education of midwives and nurses on the importance of breast milk and traditional cultural practices with harmful, neutral, and beneficial effects and to gain positive social support.

### Limitations and Directions for Future Research

There are limitations to this critical review. Not two cultural groups are equally represented because of the unavailability of studies, so it may reflect the need for additional studies. The limitations of the study are that traditional postpartum practices are assessed only for the impact on breastfeeding and are restricted to Turkish and English, peer-reviewed literature, and health-related. As in anthropological studies, there may be relevant research published in other non-health studies or other language-related publications. In the literature, studies that include the perceptions of cultural practices provide rich data to explain the effect of breastfeeding (Bina, 2008).

The aim of the analysis was to define the differences and similarities between countries. Therefore, the results may not be representative of the Turkish population and the UK population.

More specifically, it is important to undertake the present study that highlights the need for further research studies of this nature to establish the nature of cultural practices' impact on breastfeeding, particularly in the context of widespread social and health policy change.

**Peer-review:** Externally peer-reviewed.

**Declaration of Interests:** The author declares that they have no competing interest.

**Funding:** The author declares that this study had received no financial support.

**Hakem Değerlendirmesi:** Dış bağımsız.

**Çıkar Çatışması:** Yazar, çıkar çatışması olmadığını beyan etmiştir.

**Finansal Destek:** Yazar, bu çalışma için finansal destek almadığını beyan etmiştir.

### References

- Baker, J. D. (2016). The purpose, process and methods of writing a literature review. *AORN Journal*, 103(3), 265–269. [CrossRef]
- Beauregard, J. L., Hamner, H. C., Chen, J., Avila-Rodriguez, W., Elam-Evans, L. D., & Perrine, C. G. (2019). Racial disparities in breastfeeding initiation and duration among US infants born in 2015. *MMWR. Morbidity and Mortality Weekly Report*, 68(34), 745–748. [CrossRef]
- Bina, R. (2008). The impact of cultural factors upon postpartum depression: A literature review. *Health Care for Women International*, 29(6), 568–592. [CrossRef]
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. [CrossRef]
- Breastfeeding Report Card. (2014). *National Immunization Surveys: The United States*. <https://www.cdc.gov/breastfeeding/data/reportcard.htm>
- Bryman, A. (2012). *Social research methods* (4th ed, pp. 36–57). Oxford University Press.
- Census Analysis. (2011). Ethnicity and religion of the non-UK born population in England and Wales. <https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/culturalidentity/ethnicity/articles/2011censusanalysisethnicityandreligionofthenonukbornpopulationinenglandandwales/2015-06-18>
- Chee, O. Y., & Horstmannshof, L. (1996). A review of breastfeeding practices in Hong-Kong-1994/1995. *Breastfeeding Review*, 4(1), 7–12.
- Chertok, I. (1999). Relief of breast engorgement for the sabbath-observant Jewish woman. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 28(4), 365–369. [CrossRef]
- Coughlan, M., & Cronin, P. (2021). *Doing a literature review in nursing health and social care, 2.nd* (pp.102–145). Sage.
- Crichton, L., & Thorley, V. (1996). Breastfeeding in Australia. *Birth Issues*, 5(1), 17–20.
- Davis, M. K. (1998). Review of the evidence for an association between infant feeding and childhood cancer. *International Journal of Cancer*, 11(Suppl.), 29–33.
- Demirtas, B. (2012). Strategies to support breastfeeding: A review. *International Nursing Review*, 3(1), 35–39.
- Dennis, C. L., Fung, K., Grigoriadis, S., Robinson, G. E., Romans, S., & Ross, L. (2007). Traditional postpartum practices and rituals: A qualitative systematic review. *Women's Health*, 3(4), 487–502. [CrossRef]
- Dhakar, S., Chapman, G. N., Simkhada, P. P., van Teijlingen, E. R., Stephens, J., & Raja, A. E. (2007). Utilisation of postnatal care among rural women in Nepal. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 7(1), 19. [CrossRef]
- Erci, B. (2003). Barriers to utilization of prenatal care services in Turkey. *Journal of Nursing Scholarship*, 35(3), 269–273. [CrossRef]
- Fildes, V. (1986). *Breasts, bottles and babies. A history of infant feeding* (p. 85). Edinburgh University Press.
- Fok, D. (1997). Breastfeeding in Singapore. *Breastfeeding Review*, 5(2), 25–28.
- Gatrad, A. R., Ray, M., & Sheikh, A. (2004). Hindu birth customs. *Archives of Disease in Childhood*, 89(12), 1094–1097. [CrossRef]
- Gerstein, H. C. (1994). Cow's milk exposure and type 1 diabetes mellitus. A critical overview of the clinical literature. *Diabetes Care*, 17(1), 13–19. [CrossRef]
- Grigoriadis, S., Erlick Robinson, G. E., Fung, K., Ross, L. E., Chee, C. Y., Dennis, C. L., & Romans, S. (2009). Traditional postpartum practices and rituals: Clinical implications. *Canadian Journal of Psychiatry: Revue Canadienne de Psychiatrie*, 54(12), 834–840. [CrossRef]
- Holloway, I., & Wheeler, S. (2010). *Qualitative research for nurses* (3rd ed, p. 35). Wiley-Blackwell.
- Johnson, M., & Long, T. (2010). Research ethics. In K. Gerrish & A. Lackey (Eds.), *The research Process in Nursing* (6th ed, pp. 356–367). Wiley-Blackwell.
- Joseph, F. I., & Earland, J. (2019). A qualitative exploration of the sociocultural determinants of exclusive breastfeeding practices among rural mothers, North West Nigeria. *International Breastfeeding Journal*, 14, 38. [CrossRef]
- Kaewsarn, P., Moyle, W., & Creedy, D. (2003). Traditional postpartum practices among Thaiwomen. *Journal of Advanced Nursing*, 41(4), 358–366. [CrossRef]
- Kaewsarn, P., Moyle, W., & Creedy, D. (2003). Thai nurses' beliefs about breastfeeding and postpartum practices. *Journal of Clinical Nursing*, 12(4), 467–475. [CrossRef]
- Koletzko, S., Sherman, P., Corey, M., Griffiths, A., & Smith, C. (1989). Role of infant feeding practices in development of Crohn's disease in childhood. *BMJ*, 298(6688), 1617–1618. [CrossRef]
- Lawson, K., & Tulloch, M. I. (1995). Breastfeeding duration: Prenatal intentions and postnatal practices. *Journal of Advanced Nursing*, 22(5), 841–849. [CrossRef]
- Maria, L. B., & Priebe, J. (2018). Revisiting the socioeconomic determinants of exclusive breastfeeding practices: Evidence from Eastern Indonesia. *Oxford Development Studies*, 46(3), 398–410. [CrossRef]
- Mathers, N. J., & Huang, Y. (2010). A comparative study of traditional postpartum practices and rituals in the UK and Taiwan. *Diversity in Health and Care*, 7, 239–247.
- Mayer, E. J., Hamman, R. F., Gay, E. C., Lezotte, D. C., Savitz, D. A., & Klingensmith, G. J. (1988). Reduced risk of IDDM among breast-fed children. The Colorado IDDM registry. *Diabetes*, 37(12), 1625–1632. [CrossRef]

- McKinney, P. A., Parslow, R., Gurney, K. A., Law, G. R., Bodansky, H. J., & Williams, R. (1999). Perinatal and neonatal determinants of childhood type 1 diabetes: A case-control study in Yorkshire, UK. *Diabetes Care*, 22(6), 928–932. [\[CrossRef\]](#)
- NHS England. (2018/19). Statistical Release Breastfeeding Initiation & Breastfeeding Prevalence 6-8 weeks. Quarter 1 2018/19. <https://www.england.nhs.uk/statistics/statistical-work-areas/maternity-and-breastfeeding/>
- Office for National Statistics (ONS). (2015). The countries of the UK [Online]. <https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/populationandmigration/populationestimates/bulletins/annualmidyearpopulationestimates/latest>
- Ozkan Pehlivanoglu, E. F., & Unluoglu, I. (2019). Historical of breastfeeding. *Turkiye Klinikleri Family Medicine-Special Topics*, 10(1), 21–25.
- Ozsoy, S. A., & Katabi, V. (2008). A comparison of traditional practices used in pregnancy, labour and the postpartum period among women in Turkey and Iran. *Midwifery*, 24(3), 291–300. [\[CrossRef\]](#)
- Paine, B. J., Makrides, M., & Gibson, R. A. (1999). Duration of breastfeeding and Bayley's Mental Development Index at 1 year of age. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 3, 82–85.
- Polit, D., & Beck, C. (2008). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (8th ed, pp. 345–367). Lippincott Williams and Wilkins.
- Popay, J., Rogers, A., & Williams, G. (1998). Rationale and standards for the systematic review of qualitative literature in health services research. *Qualitative Health Research*, 8(3), 341–351. [\[CrossRef\]](#)
- Rees, C. (2012). *Introduction to research for midwives* (3rd ed, pp. 34–69). Churchill Livingstone.
- Say, L., Chou, D., Gemmill, A., Tunçalp, Ö, Moller, A. B., Daniels, J., Gülmezoğlu, A. M., Temmerman, M., & Alkema, L. (2014). Global causes of maternal death: A WHO systematic analysis. *Lancet. Global Health*, 2(6), e323–e333. [\[CrossRef\]](#)
- Sein, K. K. (2013). Beliefs and practices surrounding postpartum period among Myanmar women. *Midwifery*, 29(11), 1257–1263. [\[CrossRef\]](#)
- Shamaki, M. A., & Buang, A. (2014). Sociocultural practices in maternal health among women in a less developed economy: An overview of Sokoto State, Nigeria. *Malaysian Journal of Society and Space*, 10(6), 1–14.
- Sharma, S., van Teijlingen, E., Hundley, V., Angell, C., & Simkhada, P. (2016). Dirty and 40 days in the wilderness: Eliciting childbirth and postnatal cultural practices and beliefs in Nepal. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 16(1), 147. [\[CrossRef\]](#)
- Smulevich, V. B., Solionova, L. G., & Belyakova, S. V. (1999). Parental occupation and other factors and cancer risk in children: I. Study methodology and non-occupational factors. *International Journal of Cancer*, 83(6), 718–722. [\[CrossRef\]](#)
- Thwala, S. B. P., Holroyd, E., & Jones, L. K. (2012). Health belief dualism in the postnatal practices of rural Swazi women: An ethnographic account. *Women and Birth*, 25(4), e68–e74. [\[CrossRef\]](#)
- Wagner, S., Kersuzan, C., Gojard, S., Tichit, C., Nicklaus, S., Thierry, X., Charles, M. A., Lioret, S., & de Lauzon-Guillain, B. (2019). Breastfeeding initiation and duration in France: The importance of intergenerational and previous maternal breastfeeding experiences—Results from the nationwide ELFE study. *Midwifery*, 69, 67–75. [\[CrossRef\]](#)
- Turkish Demographic and Health Survey Main Report (TDHS). (2013). [http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2008/data/TNSA-2008\\_ana\\_](http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2008/data/TNSA-2008_ana_)
- WHO. (2003). *Global strategy for infant and young child feeding*. WHO. <https://www.who.int/publications/i/item/9241562218>
- WHO. (2010). *WHO Technical consultation on postpartum and postnatal care. Department of making pregnancy safer*. WHO/MPS/10. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/70432>
- WHO. (2015a). Global Health Observatory (GHO) data. Infant mortality. Situation and trends [Online]. [http://www.who.int/gho/child\\_health/mortality/neonatal\\_infant\\_text/en/](http://www.who.int/gho/child_health/mortality/neonatal_infant_text/en/)
- WHO. (2015b). Maternal mortality. Fact sheet No. 348 [Online]. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/en>
- WHO. (2015c). Trends in maternal mortality: 1990 to 2015, Genera [Online]. <http://data.worldbank.org/indicator/SH.STA.MMRT/countries>
- WHO. (2015d). World health statistics. [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/170250/1/9789240694439\\_eng.pdf?ua=1&ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/170250/1/9789240694439_eng.pdf?ua=1&ua=1)
- WHO EUROPE. (2015e). WHO European Region has lowest global breastfeeding rates [Online]. <http://www.euro.who.int/en/health-topics/Life-stages/maternal-and-newborn-health/news/2015/08/who-european-region-has-lowest-global-breastfeeding-rates>
- World Health Organization & Maternal and Newborn Health/Safe Motherhood Unit. (1998). *Postpartum care of the mother and newborn: A practical guide: Report of a technical working group*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/66439>
- World Health Organization, & United Nations Children's Fund. (1999). *Protecting, promoting and supporting breastfeeding. The special role of maternity services. A Joint WHO/UNICEF Statement, Geneva, Switzerland 1989*. WHO/United Nations Children's Fund. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/39679>
- Yılmaz, D., Kisa, S., Zeyneloğlu, S., & Güner, T. (2013). Determination of the use of traditional practices to ease labour among Turkish women. *International Journal of Nursing Practice*, 19(1), 65–73. [\[CrossRef\]](#)
- Zeyneloğlu, S., & Kisa, S. (2018). Traditional practices for maternal and newborn care among Turkish postpartum women. *Applied Nursing Research*, 39, 148–153. [\[CrossRef\]](#)
- Zhou, Q., Younger, K. M., Cassidy, T. M., Wang, W., & Kearney, J. M. (2020). Breastfeeding practices 2008–2009 among Chinese mothers living in Ireland: A mixed methods study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 20(1), 51. [\[CrossRef\]](#)

## Genişletilmiş Özet

Genel olarak kültürün tanımı değerler, semboller, uygulamalar ve inançlarla ilişkilendirilir. Kültür ayrıca belirli bir grupta, sosyal olarak iletilen davranış kalıpları sistemi ve sağlık ve hastalık deneyimi bağlamında karakterize edilir. Dünya çapında birçok kültürde hamilelik, doğum ve doğum sonrası dönem, belirli ve özel ritüelleri ve gelenekleri gözlemleyen önemli yaşam döngüleridir.

Lohusalık veya doğum sonrası dönem, plasentanın doğumundan yaklaşık bir saat sonra başlayarak altı haftaya kadar geçen süreyi kapsar. Doğum sonrası dönem, kadın ve ailesi için yeni roller üstlenme zamanıdır ve anne ve çocuk sağlığının önemli bir konusudur. Doğum sonrası dönemin anne ve çocuk sağlığının önemli bir parçası olmasının sebeplerinden biri de bu altı haftalık süreç boyunca kadın vücudunda birçok fizyolojik ve psikolojik değişikliklerin gerçekleşmesidir. Kadının vücudunda hamilelik, doğum ve doğumla ilgili birçok oluşan fiziksel değişiklikler doğumdan sonra doğum öncesi döneme dönme eğilimindedir. Bu değişiklikler genellikle laktasyonun başlamasıyla başlar ve bu süreç kadının ve yer aldığı toplumun kültürüyle güçlü bir şekilde bağlantılıdır. Bu nedenle, emzirme oranlarını artırmayı amaçlayan gelecekteki politikalar için etkili davranış değişikliği stratejileri geliştirilecekse, geleneksel doğum sonrası uygulamaların emzirme üzerindeki etkisinin anlaşılması çok önemlidir. Bu kritik konuyu anlamak için, politika yapıcılar ve sağlık hizmeti sağlayıcıları, doğum sonrası dönemde geleneksel emzirme uygulamalarını nasıl etkileyeceğini kavramalıdır. Bununla birlikte, doğum sonrası geleneksel uygulamalar hakkında çok sayıda çalışma yapılmıştır, ancak bu iki farklı kültür ve teorik bir çerçevenin birleşimi ile ilgili literatürde bir boşluk bulunmaktadır. Bu eleştirel inceleme, geleneksel doğum sonrası uygulamaların emzirme üzerindeki etkisini Türkiye ve Birleşik Krallık'a özgü bir şekilde bir araya getirerek literatürdeki bu boşluğu doldurmaya amaçlamaktadır.

6 aylıktan küçük tüm bebekler için en iyi bilinen besin anne sütü olmuştur, çünkü anne sütü ile beslenmenin sağlık açısından faydaları ile paralel bir bağlantısı vardır. Yaygın olarak kabul edilen tıp ve halk sağlığı literatüründe de, emzirmenin bebeklere ve annelere sağladığı fizyolojik ve psikolojik faydaları vurgulanmaktadır. Emzirme davranışsal, immünolojik, ekonomik, çevresel ve nörolojik olarak iyiliğe teşvik eder ve emzirmenin faydaları bu bağlamlarda tartışılmazdır. Emzirmenin sağlığa yararları üzerine birçok uluslararası ve ulusal araştırmalar, emzirmenin süresi ile emzirmenin faydalarının kapsamı arasında doğrudan bir ilişki bulmuştur ve bu çalışmalar bazı kanserler, Crohn hastalığı da dahil, Tip 1 diyabet riski altındaki çocukları koruyabileceğini göstermiştir. Ayrıca, DSÖ ve UNICEF'in 1990, 2003 ve 2010 yıllarındaki raporlarında emzirmenin, yumurtalık kanseri, Tip 2 diabetes mellitus ve meme kanseri görülme risklerini azaltarak anne sağlığına ek faydalar sağladığı belirtilmektedir.

DSÖ ve UNICEF, sağlık politikalarının tüm ülkeler için bebeklik döneminde (en az 6 ay) sadece emzirmeyi teşvik etmeyi ve korumayı içermesi gerektiğini bildirmiştir. DSÖ ve UNICEF tarafından yayınlanan bu tavsiyeye rağmen kültürel ve sosyal grupların yanı sıra emzirme süresi ve emzirmeye başlama oranları da geleneksel doğum sonrası uygulamalar nedeniyle ülkeden ülkeye farklılık gösterebilmektedir. Örneğin Amerika Birleşik Devletleri'nde emzirme oranı %70 civarında olmasına rağmen emzirme tavsiye edilen süreye (ilk 6 ay) kadar devam oranları farklılık gösterir. DSÖ Avrupa Bölgesinde 2019 da yapılan araştırmalar, 2006 ile 2012 yılları arasında bebeklerin sadece %25'inin ilk 6 ayda sadece anne sütü ile beslendiğini ve bebeklerin ortalama %13'ünün ise ek gıda almadan sadece anne sütü ile beslendiğini göstermiştir.

İngiltere'de emzirme oranı ise %73,8 dir. Çoğu ülkede emzirmeye başlama oranları yüksek olmasına rağmen, 6-8 aylık bebeklerde emzirme yaygınlığı oranı düşüş eğilimindedir, bu oran İngiltere'de sadece %45,2 dir. Türkiye'de de emzirme çok yaygındır ve tüm yenidoğanların yüzde 96'sı doğumdan hemen sonra anne sütüyle beslenmektedir. Ayrıca, Türkiye'de altı aylık bebeklerin %58'i ek gıda olmadan sadece anne sütü ile beslenmektedir.

Geleneksel doğum sonrası uygulamalar konusundaki tıp ve halk sağlığı literatürü, bunun anne ve bebek ölümleri üzerindeki etkisi ile de ilişkili olduğunu göstermektedir. Anne ve bebek ölümlerinin nedenleri arasında doğum sonrası dönemde yetersiz bakım yer almaktadır. DSÖ'ye göre gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerin çoğunda bebek ve anne ölüm oranları artmaktadır. 2015 yılında gelişmekte olan ülkelerde Anne Ölüm Hızı (AÖH) 100.000 canlı doğumda 239 ve bebek ölüm hızı 100.000 canlı doğumda 48 dir, gelişmiş ülkelerde ise AÖH sadece 12 ve bebek ölüm hızı 32 dir. İngiltere'de 2015 yılında AÖH 100.000 canlı doğumda 3,9 ve bebek ölüm hızı 1.000 canlı doğumda 8,8 dir, 2013 yılında Türkiye'de ise AÖH 20 ve bebek ölüm hızı 11,7 dir. DSÖ, anne sağlığı hizmetlerinin tüm engelleri tanımlaması ve ele alması gerektiğini önermektedir; bu engeller arasında yoksulluk, yetersiz maternal hizmetler, anne ve bebek ölümlerini önlemeye yönelik geleneksel uygulamalar yer almaktadır. Bu sebeple, anne ve bebek ölümlerinin çoğunluğu, dini ve diğer sosyo-kültürel faktörlerin etkilerini içeren geleneksel doğum sonrası uygulamalara bağlı olabilir.

İngiltere ve Türkiye'de geleneksel doğum sonrası uygulamaların emzirme üzerindeki etkisi, emzirme konusunda ulusal hedeflere ulaşmak için kaliteli anne sağlığı bakımına yönelik çeşitli yaklaşımları zorunlu kılmaktadır. Emzirmenin anneye ve bebeğe faydaları dikkate alındığında, bu faydaları destekleyen veya engelleyen yerleşik geleneksel doğum sonrası uygulamaların eleştirel analizi, kaliteli anne bakımı sağlamak ve anne ve bebek ölümlerini önlemek için kullanılabilir.

Emzirmek hem anne hem bebek için fizyolojik ve psikososyal açıdan bir çok faydalar barındırır ve bu süreçlerdeki geleneksel kültürel uygulamalar birçok toplumda doğum sonrası bakımda kritik ve temel bir rol oynamaktadır. Ayrıca doğum sonrası bakımda farklı uygulamaların yapılabileceğini ortaya koyan geleneksel emzirme uygulamaları ile ilgili literatürde daha fazla çalışma yapılması gerekli ve önemlidir. Geleneksel doğum sonrası uygulamalarda genel ortak amaç anne-bebeği ve refahı korumak olsa da, emzirmeye ilişkin geleneksel uygulamalar toplumlar arasındaki farklılıklar göz önünde bulundurularak değerlendirilmelidir. Öte yandan, ebe ve hemşirelerin anne sütünün önemi ve geleneksel kültürel uygulamaların zararlı, nötr ve faydalı etkileri konusunda eğitimleri için sosyo-kültürel yapıya odaklanmak ve bu bağlamda sosyal destek sağlamak önemlidir.

## APPENDIX A

| <b>Sub-categories for Traditional Postpartum Practices</b>   |
|--|
| Traditional practices for the lactation period,  |
| Traditional practices for human nutrition,   |
| Traditional practices for increasing milk release,   |
| Traditional practices for treating postnatal nipple fissures,  |
| Breastfeeding in the postpartum period (time to start breastfeeding, applications for excess of blood, time to cut the milk) |
| Traditional practices for the way and time of passing your baby through additional nutrients,                                |
| Traditional practices for postnatal breastfeeding problems.  |

## APPENDIX B

|  |
|--|
| Summary of search terms used in combination with keywords    |
| Search terms used  |
| “breastfeeding” OR “cultural practices”                      |
| AND  |
| “infant feeding” or “postpartum traditional practices”       |
| OR   |
| “postpartum breastfeeding practices” or “cultural practices” |

Three search strategies are accepted:

Search strategy 1: The major databases searched for this review include PubMed, MEDLINE, Google Scholar, MIDIRS, Cochrane, DergiPark, and Turkish equivalent of the International Scientific Citation Index (Higher Education Council National Thesis Center).

Search strategy 2: This review could not use Grey literature, because Grey literature is a study that generally includes results that are not significantly different among the groups involved in the studies. Since the study aims to determine the differences, grey literature is contrary to the purpose of working.

Search strategy 3: It aims to use access to up-to-date resources and a sufficiently broad and critical analytical approach.



# Acknowledgement of Reviewers

Dear readers,

Our reviewers perform very important and precious role in the evaluation of the scientific articles, make valuable contributions to the increasing quality and the rising at an international level of the Journal of Midwifery and Health Sciences.

Editorial Board would like to thank all the reviewers that are listed below for their support in Journal of Midwifery and Health Sciences in 2022.

|                           |                          |                         |
|---------------------------|--------------------------|-------------------------|
| Abdullah Uyanık           | Filiz Aslantekin Özçoban | Rabia Ekti Genç         |
| Afife Yurttaş             | Gamze Fışkın             | Refika Genç Koyucu      |
| Arzu Kul Uçtu             | Güldane Damla Kaya       | Roya Motavalli          |
| Ayça Şolt                 | Gülsüm Gündoğdu          | Seda Göncü Serhatlıoğlu |
| Ayla Ergin                | Gülümser Dolgun          | Selda İldan Çalım       |
| Ayşe Nur Yılmaz           | Hakan Uslu               | Sema Dereli Yılmaz      |
| Aytül Hadımlı             | Hale Uyar Hazar          | Semra Pınar             |
| Bihter Akın               | Hava Özkan               | Sibel Asi               |
| Cansu Işık                | Hediye Karakoç           | Sibel İçke              |
| Cantürk Çapık             | Hülya Türkmen            | Sibel Karaca Sivrikaya  |
| Çiler Yeygel              | Hüsniye Dinç Kaya        | Songül Aktaş            |
| Deniz Akyıldız            | Mesut Yıldız             | Sümeyye Altıparmak      |
| Didem Şimşek Küçükkelepçe | Mevra Aydın Çil          | Sümeyye Bal             |
| Duygu Murat Öztürk        | Mustafa Soyöz            | Tuğba Yılmaz Esencan    |
| Emin Mercan               | Neriman Güdücü           | Tülay Ayna              |
| Emine Serap Çağan         | Nilay Gökbulut           | Yasemin Aydın Kartal    |
| Emine Serap Sarıcan       | Ömer Faruk Bayrak        | Yeliz Çakır Koçak       |
| Emre Tekce                | Ömer Faruk Uygur         | Yeşim Aksoy Derya       |
| Erdem Çankaya             | Özgür Alparslan          | Zeliha Burcu Yurtsal    |
| Esra Güney                | Özlem Şahin Altun        | Zeliha Özşahin          |
| Esra Sabancı Baransel     | Pelin Palas Karaca       | Zümrüt Yılar Erkek      |

