

T.C.
MERSİN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

SAĞLIK OCAKLARINDA ÇALIŞAN EBE VE HEMŞİRELERİN
KORUYUCU RUH SAĞLIĞINA YÖNELİK HİZMETLERİ VE
KADINLARDA SIK GÖRÜLEN
RUHSAL BOZUKLUKLARI TANIMA DÜZEYLERİ

Gülay YILMAZ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN

Yrd. Doç. Dr. Belkıs KARATAŞ


Tez No: 100

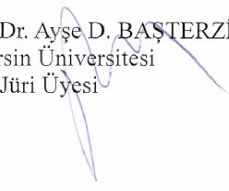
MERSİN – 2007


Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Hemşirelik Yüksek Lisans Programı çerçevesinde yürütülmüş olan **Sağlık Ocaklarında Çalışan Ebe ve Hemşirelerin Koruyucu Ruh Sağlığına Yönelik Hizmetleri ve Kadınlarda Sık Görülen Ruhsal Bozuklukları Tanıma Düzeyleri** adlı çalışma, aşağıdaki jüri tarafından Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi:20/09/2007


Yrd. Doç. Dr. Belkis KARATAŞ
Mersin Üniversitesi
Jüri Başkanı


Yrd. Doç. Dr. Ayşe D. BAŞTERZİ
Mersin Üniversitesi
Jüri Üyesi


Yrd. Doç. Dr. Serpil TÜRKLEŞ
Mersin Üniversitesi
Jüri Üyesi

Bu tez, Enstitü Yönetim Kurulunun 21/09/2007 tarih ve 2007/288 sayılı kararı ile kabul edilmiştir.


Doç. Dr. Ülkü ÇÖMELEKOĞLU
Enstitü Müdürü

TEŞEKKÜR

Tezimin her aşamasında bana sonsuz güven duyup, en umutsuz anlarımda bana umut verip, çalışmamın her anında güler yüzünü hiç eksik etmeyen ve tezimin en iyi halini almasını sağlayan tez danışmanım Sn. Yrd. Doç. Dr. **Belkıs KARATAŞ**'a;

Yüksek lisans öğrenimim boyunca sağladığı katkıları ve iyi bir “Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşiresi” olma yolunda bana rol modeli olan Sn. Prof. Dr. **Ayşe ÖZCAN**'a;

Tezimin son şeklini almasına katkı sağlayan jüri üyelerim Sn. Yrd. Doç. Dr. **Ayşe Devrim BAŞTERZİ** ve Sn. Yrd. Doç. Dr. **Serpil TÜRKLEŞ**'e;

Tezimin istatistiki danışmanlığını yapan Sn. Arş. Gör. **Mehmet Ali SUNGUR**'a;

Tezimin uygulama aşamasında karşılaştığım tüm olumsuzluklarla baş etmeme yardım eden Sn. Blm. Uzm. Ebe **Meltem AYDIN**'a; destekleriyle beni yalnız bırakmayan Sn. Blm. Uzm. Ebe **Aslı EKER**'e, Sn. Blm. Uzm. Ebe **Derya KAYA**'ya, Sn Uzm. Grafiker **Bahriye KARADUMAN**'a, Sağlık Yüksekokulu'nda görev yapan tüm öğretim elemanlarına, personeline ve tüm arkadaşlarıma;

Tezimde kullandığım anketleri doldurarak bu tezin ortaya çıkmasına katkı sağlayan ebe ve hemşirelere;

Hayatım boyunca maddi, manevi hiçbir desteği benden esirgemeyen; zora düşüp tökezlediğim anlarda elimden tutup ayağa kalkmama yardım eden; verdiğim tüm kararlarda beni sonsuz destekleyen; uzakta olmalarına rağmen varlıklarını hep yanımda hissettiğim; hayatımdaki en kıymetli varlık olan aileme sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY	ii
TEŞEKKÜR	iii
İÇİNDEKİLER	iv
ÇİZELGELER DİZİNİ	v
KISALTMALAR DİZİNİ	vi
ÖZET	vii
ABSTRACT	viii
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	9
2.1. TEMEL SAĞLIK HİZMETLERİ	9
2.2. KORUYUCU RUH SAĞLIĞI	11
2.2.1. Ruh Sağlığına Yönelik Ebe ve Hemşirelerin Rollerini	12
2.2.2. Gelişim Dönemleri ve Ruh Sağlığı	14
2.3. KADINLARDA SIK GÖRÜLEN RUHSAL BOZUKLUKLAR.....	17
2.3.1. Depresyon.....	17
2.3.2. Panik Atak	18
2.3.3. Obsesif-Kompulsif Bozukluk	19
2.3.4. Hipokondriasis.....	20
2.3.5. Postpartum Depresyon	20
2.3.6. Demans	22
2.3.7. Kadın Ruh Sağlığını Geliştirmeye Yönelik Ebe ve Hemşirenin Rolü	23
3. GEREÇ VE YÖNTEM	25
3.1. ARAŞTIRMANIN ŞEKLİ	25
3.2. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ÖZELLİKLERİ	25
3.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEM SEÇİMİ	26
3.4. VERİLERİN TOPLANMASI VE DEĞERLENDİRİLMESİ	26
3.4.1. Veri Toplama Formunun Hazırlanması.....	26
3.4.2. Veri Toplama Formunun Uygulanması.....	26
3.4.3. Verilerin Değerlendirilmesi	27
4. BULGULAR	28
5. TARTIŞMA	42
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	56
7. KAYNAKLAR	59
8. EKLER	73
8.1. EK -1: EBELERE YÖNELİK ANKET FORMU	73
8.2. EK -2: HEMŞİRELERE YÖNELİK ANKET FORMU	78
9. ÖZGEÇMİŞ	83

ÇİZELGELER DİZİNİ

Çizelge 3.1: Ebe ve Hemşirelerin Sağlık Ocaklarına Göre Dağılımı	25
Çizelge 4.1: Ebe ve Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı	28
Çizelge 4.2: Ebe ve Hemşirelerin Koruyucu Ruh Sağlığına Yönelik Hizmet İçi Eğitim Alma Durumlarının Dağılımı	29
Çizelge 4.3: Ebe ve Hemşirelerin Koruyucu Ruh Sağlığına Yönelik Görevlerine İlişkin Düşüncelerinin Dağılımları	30
Çizelge 4.4: Ebe ve Hemşirelere Göre Toplumumuzda Ruhsal Bozukluklar Açısından Risk Altında Olan Grupların Dağılımı.....	31
Çizelge 4.5: Ebe ve Hemşirelerin Okul Öncesi Çocuğa Yönelik Koruyucu Ruh Sağlığı Eğitimi Verme Durumları ve Verilen Eğitim Konularının Dağılımı	32
Çizelge 4.6: Ebe ve Hemşirelerin Yetişkinlere Yönelik Koruyucu Ruh Sağlığı Eğitimi Verme Durumları ve Verilen Eğitim Konularının Dağılımı	33
Çizelge 4.7: Ebe ve Hemşirelerin Adölesanlara Yönelik Koruyucu Ruh Sağlığı Eğitimi Verme Durumları ve Verilen Eğitim Konularının Dağılımı	34
Çizelge 4.8: Ebe ve Hemşirelerin Okul Çağı Çocuğuna Yönelik Koruyucu Ruh Sağlığı Eğitimi Verme Durumları ve Verilen Eğitim Konularının Dağılımı	35
Çizelge 4.9: Ebe ve Hemşirelerin Yaşlılara Yönelik Koruyucu Ruh Sağlığı Eğitimi Verme Durumları ve Verilen Eğitim Konularının Dağılımı	36
Çizelge 4.10: Kadınların Ruhsal Bozukluk Açısından Riskli Grup Olduğunu Belirten Ebe ve Hemşirelerin Nedenlerinin Dağılımı	37
Çizelge 4.11: Ebe ve Hemşirelerin Kadınlarda Görülebilecek Ruhsal Bozuklukların Belirtilerini Tanıma Düzeylerinin Dağılımı	38
Çizelge 4.12: Ebe ve Hemşirelerin Kadınlarda Görülebilecek Ruhsal Bozuklukların Belirtilerine Yönelik Önerilerinin Dağılımı.....	39

KISALTMALAR DİZİNİ

DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
DSM IV	: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder IV
ICD 10	: International Classification of Diseases 10
OKB	: Obsesif-Kompulsif Bozukluk

ÖZET

Gülay Yılmaz; Sağlık Ocaklarında Çalışan Ebe ve Hemşirelerin Koruyucu Ruh Sağlığına Yönelik Hizmetleri ve Kadınlarda Sık Görülen Ruhsal Bozuklukları Tanıma Düzeyleri

Bu çalışma; sağlık ocaklarında çalışan ebe ve hemşirelerin toplum ruh sağlığına yönelik verdikleri koruyucu hizmetleri ve kadınlarda sık görülen ruhsal bozuklukları tanıma düzeylerini değerlendirmek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Çalışma 01.12.2005 - 31.05.2006 tarihleri arasında sağlık ocaklarında çalışan 182 ebe ve 58 hemşireye anket uygulanarak gerçekleştirilmiştir. Verilerin analizi SPSS v.11.5 for Windows ve MINITAB Release v.13.0 paket programları kullanılarak yapılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde yüzdeler, ki-kare ve iki oran karşılaştırma testi kullanılmıştır.

Ebelerin %31.3'ü 35-39 yaş arasında, hemşirelerin %34.5'i 40 yaş ve üzerindedir. Ebelerin %64.3'ü, hemşirelerin %46.6'sı 10-19 yıldır ebelik/hemşirelik yapmaktadır. Ebelerin %44'ü, hemşirelerin %81'i hastanede çalışmıştır. Ebelerin %63.2'sinin ve hemşirelerin %77.5'inin en son bitirdiği okul önlisans-lisansdır. Ebelerin %9.3'nün ve hemşirelerin %5.2'sinin koruyucu ruh sağlığına yönelik hizmet içi eğitim almıştır.

Ebelerin %63.2'si ve hemşirelerin %72.4'ü koruyucu ruh sağlığına yönelik görevleri olduğunu düşünmektedir. Ebelerin %35.7'si ve hemşirelerin %22.4'ü çalıştıkları sağlık ocağı bölgesinde ruhsal bozukluk açısından risk grupları arasında ilk sırada kadınların olduğunu belirtmektedir.

Ebe ve hemşireler en fazla okul öncesi çocuklara (%29.6), yetişkinlere (%25) ve adölesanlara (%20) koruyucu ruh sağlığı eğitimi vermektedir. Okul çağı çocukların (%11.2) ve yaşlıların (%12.9) koruyucu ruh sağlığına yönelik en az eğitim verilen grup olduğu saptanmıştır. Kadınlarda en sık görülen ruhsal bozuklukları tanıma düzeylerine bakıldığında; ebe ve hemşireler, en fazla demans (%63.7), postpartum depresyon (%61.2), depresyon (%51.6) ve OKB (%44.5) belirtilerini tanıyabilmiş; hipokondriasis (%52.6) ve panik atak (%45.0) belirtilerini ise tanımakta zorlanmışlardır. Ayrıca ebe ve hemşirelerin ruhsal bozukluk belirtilerine yönelik sundukları önerilerin çoğunlukla uygun olduğu belirlenmiştir.

Anahtar Sözcükler: Ebe, Hemşire, Sağlık ocağı, Kadın, Koruyucu ruh sağlığı, Ruhsal bozukluklar.

ABSTRACT

Gülay Yılmaz; Services Which Midwives and Nurses Who Work in Primary Care Settings, Give for Preventive Mental Health and Their Recognizing Levels the Mental Disorders Which Often Encountered in Women

This study was carried out to evaluate midwives, and nurses who are working in the primary care setting of preventive functions toward community mental health, and recognizing levels of meeting mental disorders which are often encountered in women. The study was conducted between 01.12.2005 – 31.05.2006 and 182 midwives, and 58 nurses who are working in the primary care setting had been taken a poll. SPSS v.11.5 for Windows and MINITAB Release v.13.0 package programmes was used for analysis of data. Percentage, chi-square and two proportion comparison tests were used for evaluation of data.

31.3% of midwives are between 35-39 years-old, 34.5% of nurses are over 40 years-old. 64.3% of midwives, 46.6% of nurses have been working as midwife/nurse for 10-19 years. 44% of midwives, 81% of nurses had worked in hospitals. 63.2% of midwives and 77.5% of nurses studied in 2 yearly pre-license or license graduated. 9.3% of midwives and 5.2% of nurses had taken in-service training for preventive of mental health had.

63.2% of midwives and 72.4% of nurses are thinking that they have duty at preventive of mental health. 35.7% of midwives and 22.4% of nurses are determining that women are between high risk groups for mental disorders in first line in the primary care setting where nurses and midwives worked in.

Midwives and nurses mostly give preventive mental health education to children who preparing for school (29.6%), adults (25%), and adolescent (20%), it had been determined that preschool age children (11.2%) and olds (12.9%) are groups which are given education least toward preventive mental health. When we look at levels of recognize the mental disorders which are mostly encountered in women, midwives and nurses can mostly know the dementia (63.7%), the postpartum-depression (61.2%) and the depression (51.6%), and obsessive-compulsive disorder symptoms (44.5%), but they had been forced to know hypocondriasis (52.6%) and panic attack symptoms (45.0%). Also it had been explained that was mostly appropriate of the offers which the midwives and nurses had presented the symptoms of mental disorders

Key words: Midwife, Nurse, Primary care setting, Woman, Preventive mental health, Mental disorders

1. GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün tanımına göre sağlık; bireyin bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik halidir. Bu öğelerden herhangi birinin eksik olması durumunda tam bir iyilik halinden söz etmek olası değildir. Biyopsikososyal bir varlık olan insanın, yaşamını sağlıklı bir şekilde sürdürebilmesi için bu üç öğenin birbirleriyle karşılıklı etkileşmesi ve dengeli bir ilişki içinde olması gerekmektedir. Bedensel sağlığın tanımını yapmak daha kolay olduğu halde, normal ve normal dışı davranışların tam olarak ayırımını yapmak mümkün olmadığından, ruh sağlığının tanımını yapmak da oldukça güçtür. Ruh sağlığının tanımı toplumdan topluma, kültürden kültüre değişiklik göstermekle birlikte; “kişinin kendi kendisiyle, çevresini oluşturan kişilerle ve toplumla barış içinde olması, sürekli denge, düzen ve uyum sağlayabilmek için gerekli çabayı sürdürebilmesi” olarak tanımlanabilir (1, 2).

Teknolojik ve bilimsel gelişmelere paralel olarak insan sağlığına ilişkin sorunlarda hızlı bir değişim gözlenmektedir. Bu değişim ile birlikte biyolojik ve çevresel çok çeşitli faktörlerin etkileşimi sonucu ruh sağlığı sorunları ortaya çıkmakta ve dünyada ruhsal sorunların artmasına neden olmaktadır. Yoğun insan ilişkileri, düzensiz kentleşme, ekonomik sorunlar, işsizlik, yoksulluk, kültür çatışmaları, sağlık sorunları, sanayileşme, hızlı sosyoekonomik değişim, şiddet, doğal afetler, kazalar, toplumsal düzensizlik, yurt içi ve dışı göçler, savaşlar, aile bölünmeleri, aşırı ahlaki değerler ve baskılar, aile içinde çocuğun yetiştirilmesi, beslenme bozuklukları, genel eğitim yetersizliği ve tüm bunların yarattığı zorlanmalar ile sağlık hizmeti veren kuruluşların yetersizliği gibi toplumsal, ekonomik ve politik durumlar toplumun ruh sağlığını olumsuz etkilemektedir. Ülkemizde yukarıda belirtilen risk faktörlerinin tümü en ağır şekilde yaşanmaktadır (1, 2, 3, 4).

Tüm bu faktörlerden en fazla etkilenecek gruplar ise; başta kadınlar olmak üzere, parçalanmış aile üyeleri, özellikle çocuklar, işsizler, adölesanlar, yaşlılar, göç yaşayan aileler, yetiştirme yurdunda büyüyenler, gebeler, aile içi çatışma yaşayanlar, mahkûmlar, ailesinde ruhsal bozukluk olan bireyler, bedensel veya ruhsal özürllüler, savaş ve afet yaşantısı olanlardır (2, 5).

Ruh sağlığı sorunları gelişmiş ve gelişmekte olan ũlkelerde, her sosyoekonomik katmanda, her ırkta ve her kũltũrel grupta gŒrũlebilmektedir. Her insan, hayatının bir dŒneminde ruh sağlığı ile ilgili bir sıkıntı yaşayabilir. DSŒ, sağlık kurumlarına başvuran her dŒrt kişiden birinde tanılanmamış ruhsal, nŒrolojik veya davranışsal bozukluk olduğunu, yeryũzũnde 450 milyon kişinin halen bir ruhsal veya nŒrolojik hastalıkla mũcadele ettiğini ve her yıl yaklaşık 870.000 kişinin intihar ettiğini bildirmektedir. Tũm ũlkelerde insanların acı çekme nedenlerinden biride ruhsal hastalıklardır; bu hastalıklara sahip kişilerin bũyũk bir çoğunluğu ruh sağlığı bozuklukları nedeniyle tek başına kalmaya mahkũm edilmekte, sosyal izolasyon yaşamakta, hastalanma oranları artmakta ve yaşam kaliteleri dũřmektedir. Bu hastalıklar aynı zamanda ekonomik ve sosyal kayıpların da nedenlerinden biridir. Birçok ũlkede yapılan toplum taramaları, ruhsal hastalıkların sanılandan çok daha yaygın olduğunu gŒstermektedir. Bu nedenle tũm ũlkelerde ruh sağlığı sorunları, toplum sağlığı sorunu olarak kabul edilmektedir (6, 7).

Dũnya’da ruh sağlığı konulu Atlas Projesi (2005) kapsamında, DSŒ’ne ũye 191 devlete geniş kapsamlı bir anket bildirilmiş olup 181 devletten cevap alınmıştır. Katılan ũlkelerin oranı %94.8, dũnya nũfusunun %98.7’sidir. Çalışmanın genel sonucu; ruhsal bozuklukların ağırlığı ve bũyũklũđũne karşın Dũnya’daki ruh sağlığı kaynaklarının yetersiz olduğu (gelişmekte olan ũlkelerin birçoğunda yok denecek kadar az) ve yũkũn bũyũyerek arttığı şeklinde-dir (7). Proje kapsamında elde edilen verilere gŒre;

- Dũnya’daki devletlerin %43’ũnũn ruh sağlığı politikasının olmadığı,
- ũlkelerin %23’ũnũn ruh sağlığı kanunu ve mevzuatının olmadığı,
- ũlkelerin Sağlık Bakanlıklarının bũtelerinin %1’den az bir bŒlũmũnũn ruh sağlığına ayrılmış olduğu,
- ũlkelerin %44’ũnde temel sağlık çalışanlarına hiçbir şekilde eğitim programı verilmediği,
- Dũnya’da halen ruh sağlığı hastalarına ayrılan %51 yatak kapasitesinin sadece ruh sağlığı hizmeti veren hastane ve kliniklerde bulunduğu,
- ũlkelerin %38’inde hiç ruh sağlığı hizmeti veren kuruluşun bulunmadığı,
- Dũnya nũfusunun %25’inin ulaşabileceği psikiyatrist sayısı milyonda 1’den az olduğu,

- Dünya nüfusunun %46'sının ulaşabileceği psikiyatri hemşiresi sayısının milyonda 1'den az olduğu,
- Ülkelerin %52'sinde yaşlılara ruh sağlığı bakımı veren özel programlar bulunmadığı,
- Afrika ülkelerinin %83'ünün ve Güney Doğu Asya ülkelerinin %60'ının sağlık bütçelerinin %1'den azını ruh sağlığına ayırmakta olduğu ve Avrupa ülkelerinde bu oranın %2'nin üzerinde olduğu bulunmuştur (7).

Türkiye'deki ruh sağlığı hizmetlerinin durumu diğer ülkelerdeki sonuçlarla paralellik göstermektedir. Ülkemizdeki ruh sağlığı politikaları 1983 yılında oluşturulmuştur; ruh sağlığında savunuculuk, destekleme, koruma, tedavi ve rehabilitasyon unsurlarının yer almakta ve bu unsurların ruh sağlığı hedeflerinden özellikle destekleme ve koruma aktivitelerinin temel sağlık hizmetlerine entegre edilmiş bir şekilde, tedavi edici servisleri geliştirilerek ve DSÖ'nün desteğiyle sivil toplum kuruluşları, üniversiteler ve çeşitli bakanlıkların katılımıyla, sektörler ve disiplinler arası koordinasyonların işbirliğiyle sağlanmaktadır (8).

Türkiye'de ruh sağlığı hizmetlerinin gelişmiş ülkelerdeki ruh sağlığı ve hatta ülkemizdeki genel sağlık standartlarının çok gerisinde kaldığı ve güncel, çağın gereklerine uygun bir ulusal ruh sağlığı politikasının olmadığı, koruyucu ruh sağlığı hizmetlerinin, rehabilitasyon uygulamalarının, toplum ruh sağlığı merkezlerinin bulunmadığı, çocuk ve gençlerde dahil topluma yönelik koruyucu ve tedavi edici ruh sağlığı hizmetlerinin çok yetersiz olduğu bilinen bir gerçektir. Ruh sağlığı hizmetleri etkin ve yaygın olarak topluma sunulamamaktadır (4, 9).

Sosyal güvenlik kurumlarının birleştirilmesi, tedavi edici kurumlardaki yatak sayısının azlığı, hekim dışı ruh sağlığı personelinin, yani psikolog, sosyal çalışmacı, hemşire ve ebe sayısının olması gerekenin altında olması, ruh sağlığı hizmetleri standartlarının çok altına düşmesine ve tedavi hizmetinin toplam niteliğinin daha da azalmasına yol açmıştır. Ayrıca ruh sağlığı hizmetlerinin ağırlığının akut psikiyatrik bozuklukların ilaç ve elektrokonvulzif tedavi gibi hızla hastalık belirtilerinin yatıştırıldığı tedavilere verilmesi, psikoterapi ve rehabilitasyon çalışmalarının toplumsal düzeyde olanaksız bir hale gelmesi sonucunu doğurmuştur. Sağlık hizmetleri içerisinde ruh sağlığı hizmetlerine bir öncelik tanınması ve özellikle de ruh sağlığına bir "pozitif ayrımcılık" uygulanması gerekmektedir (4, 9)

Politik, ideolojik, cinsiyet ve damgalanmayla ilgili kaygı ve baskılar, ruh sağlığı hizmetlerinin sunumunu ve kullanımını hala engelleyebilmektedir. Ülkemizdeki kadınların, ev içi şiddet, töre cinayetleri ve cinsiyet ayrımcılığına dayalı baskılardan kaçıp, sığınabilecekleri kurumların sayısı yok denecek kadar azdır. Bu kadınların görece şanslı olan bir kısmı psikiyatri kliniklerinde “depresyon”, “konversiyon bozukluğu”, “travma sonrası stres bozukluğu”, “intihar girişimi” gibi tanılarla tedavi edilmeye çalışılmaktadır. Bu kadınların bir kısmı da şiddete şiddetle yanıt verdikleri için cezaevlerindedir (4, 9).

Sağlık hizmetlerinin temel amacı, kişileri hastalıktan korumak, hasta olduklarında ise erken tanı koyarak hastalığı ilerlemeden tedavi etmek ve sakat kalma durumunda rehabilite etmektir (10). Toplum ruh sağlığı hizmetleri sağlık hizmetlerinin ayrılmaz bir parçasıdır. Alma-Ata Bildirgesi (1978), temel sağlık hizmetlerinin, yapısı gereği ruh sağlığı hizmetlerini de kapsayacak şekilde bütüncül olması gerektiğini vurgulamaktadır (11). Toplum ruh sağlığı hizmetleri, bireyin toplum içinde kendisi ve çevresiyle sürekli bir denge ve uyum içinde olmasını sağlayan, ruh sağlığı bozulduğunda toplum içinde bakım ve tedavisini içeren hizmetler bütünüdür. Diğer sağlık hizmetlerinde olduğu gibi, koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici hizmetlerden oluşmaktadır (12).

Koruyucu ruh sağlığı hizmetleri, kişiyi ve onun ruh sağlığını olumsuz yönde etkileyebilecek her türlü durumu önlemek amacıyla alınan önlemleri kapsamakta ve risk altında bulunan grupların ruh sağlığını tehdit eden faktörlerden etkilenmesini en aza indirmeyi amaçlamaktadır (13, 14). Bu amaçlara yönelik olarak ruhsal bozuklukların önlenmesinde ve ruhsal bozukluğu olan kişilerin tanı ve tedavilerinde birinci basamak sağlık hizmeti veren kurumların çalışanlarına çok önemli görevler düşmektedir. Türkiye’de birinci basamak sağlık hizmeti sunan temel birim, sağlık ocaklarıdır (15,16).

DSÖ’nün sunduğu önerilere göre (2001), ruhsal bozukluklarla ortaya çıkan rahatsızlıkların, temel sağlık hizmetleri bazında tedavisi ve yönetilmesi çok sayıda insanın hizmetlerden daha kolay ve hızlı biçimde faydalanmasını sağlayacaktır. Bu da erken tanı olanaklarını geliştirecek, uygun takiple gereksiz ve uygun olmayan tedavi sayısını azaltacaktır. Bunu yapabilmek için, temel sağlık hizmetlerinde çalışan sağlık personelinin ruh sağlığı ile ilgili konularda eğitilmesi gerekmektedir (17).

DSÖ, ruh sağlığı hizmetlerinin yaygınlaştırılmasının ve temel sağlık hizmetleri

kapsamına alınmasının bir gereksinim olduğunu ve bu hizmetlerin ruh sağlığı uzmanları yerine mümkün olduğunca genel sağlık personeli tarafından yürütülmesinin önemini vurgulamaktadır (1, 18). Bu öneri doğrultusunda, sağlık ocaklarında hizmet veren, bireyin, ailenin, toplumun sağlığını koruma, hastalıkları önleme ve sağlığı geliştirme amacı taşıyan, toplumla daha çok iletişim içinde bulunan iki önemli sağlık disiplini, ebelik ve hemşirelik mesleği üyelerine önemli görevler düşmektedir. Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Yönerge'de sağlık ocaklarında çalışan ebe ve hemşirelerin ruh sağlığı hizmetlerine yönelik görevleri ifade edilmiştir (19). Münih Deklarasyonu'nda (2000), ebe ve hemşirelerin önemli toplum sağlığı sorunlarıyla uğraşmada giderek önem kazanan bir rol oynadıkları, sağlık hizmetlerinin ve bakımın sürekliliğinin sağlanmasında bu rolü yüklenebilecekleri belirtilmektedir (20).

Yine bu öneriler doğrultusunda Sağlık Bakanlığı'nın açıkladığı 2002 yılı hedeflerinde birinci basamak sağlık hizmetleri kapsamına ruh sağlığı hizmetlerinin de alınması kararı olumlu bir gelişmedir. Bu kararların uygulamaya dönük olması, birinci basamak sağlık ekibinin rehabilitasyon konusunda bilinçlendirilmesi, primer görev alan hemşire ve diğer ekip üyelerinin meslek eğitimlerinin üstüne psikososyal yönden evde bakım konusunda sertifikalı eğitim almaları sağlanmalıdır (21).

Birinci basamak sağlık hizmetleri kapsamında, ruh sağlığı hizmetleri, "Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Yönerge"de açıkça ifade edilmektedir. Madde 77'ye göre; "ruh sağlığı hizmetleri, sağlık hizmetlerinin bütününe entegre edilmiş olarak bütün sağlık ocaklarında yürütülmelidir. Birinci basamak ruh sağlığı hizmetleri epidemiyolojik sürveyans çalışmalarını, ruh sağlığının korunup geliştirilmesini, ruhsal bozuklukların önlenmesini, erken teşhis ve tedavisini, nökslerin en aza indirilmesini ve hizmete ulaşmanın artırılmasını ifade etmektedir. Ruh sağlığı hizmetlerinin etkinliğinin artırılması ve toplumun tümüne ulaştırılması açısından, ruh sağlığı hizmetlerinin birinci basamağa entegre edilmesi, ikinci ve üçüncü basamak tarafından desteklenen bir hizmet modeli uygulanarak kurumlar arası işbirliği içinde yürütülmesi gerekmektedir" (19).

Ruh sağlığı çalışmalarının yeri açıkça belirtilmiş olsa da, yürütülmekte olan birinci basamak sağlık hizmetleri içinde ruh sağlığına yönelik işlevlerin etkin bir şekilde yürütülmediği gözlenmektedir (22). Bununla birlikte ülkemizde ruh sağlığı hizmetlerinin çoğunlukla tedavi ağırlıklı olarak yürütüldüğü, koruyucu ve rehabilite edici hizmetlerin ülke genelinde istenilen düzeye gelemediği saptanmıştır. Bunun

nedenleri kısaca, ruh sağlığı alanında koruyucu yaklaşımların son yıllarda gelişmeye başlaması, beden sağlığının gözle görülür somut niteliklerinin bulunmasına karşın ruh sağlığının daha soyut düzeyde kalması, ruh sağlığı ekibi içerisinde yer alan psikiyatrist, psikiyatri hemşiresi, psikolog ve sosyal çalışmacı gibi meslek elemanlarının sayısının az olması, sağlık personelinin koruyucu ruh sağlığı alanında mesleki eğitim ve hizmet içi eğitimlerinin yetersizliği, ruh sağlığı hizmetlerinin birinci basamakta yürütülemeyecek kadar üst düzey bir ihtisas dalı olarak görülmesi sayılabilir (14, 23).

Temel Sağlık Hizmetlerinde Ruhsal Sorunlar Üzerinde Uluslararası Araştırma (1995) bulgularına göre en sık görülen ruhsal bozukluklar depresyon (%10.4) ve yaygın bunalı bozukluğu (%7.9) olarak bulunmuştur. Aynı araştırmanın Ankara Gölbaşı'ndan elde edilen sonuçlarına göre en sık görülen bozukluklar sırasıyla depresyon (%11.6) ve somatizasyon bozukluğudur (%1.9). Bu çalışmanın sonuçlarına göre depresyonlu hastaların bedensel yakınmalarla sağlık ocaklarına başvurma oranı yüksektir (%91.5). Ayrıca Sağlık Bakanlığı tarafından yapılan "Türkiye Ruh Sağlığı Profil Araştırması"nda (1997), yetişkin nüfusta ruhsal bozuklukların görülme sıklığının %17.2 olduğu bildirilmektedir. Aynı çalışmada alkol bağımlılığı dışında kalan bütün bozuklukların kadınlarda daha fazla olduğu, en sık depresyon ve anksiyete bozukluklarının görüldüğu saptanmıştır. Herhangi bir ruhsal bozukluk görülme sıklığı kadınlarda %22.4 iken erkeklerde %10.9 olarak bulunmuştur. Ruhsal sorunlar nedeniyle hekime başvurma oranı oldukça düşüktür (%14 dolaylarındadır). Dünya Ruh Sağlığı (10 Ekim 2001) günü nedeniyle Sağlık Bakanlığı'nın açıklamasında, Türkiye'de nüfusun %25'inin ruhsal bozukluk yaşadığı, bunların %10-12'sini anksiyete bozukluğu ve depresyonun oluşturduğu bildirilmektedir. Ayrıca ruhsal bozukluklar, erken ölüm ve özürlülük (yeti yitimi) nedenleri arasında ikinci sırayı almakta ve hastalık yükünün %15-20'sini nevrotik ve strese bağlı sorunlar oluşturmaktadır. Açıklamada kadınlarda depresif hastalıkların yaşam boyu görülme sıklığının %20-26 olduğu bildirilmektedir (2, 15, 23, 24).

Kelleci ve ark. yaptığı çalışmada (22), kadınların en fazla mide yanması, bulantı (%22) şikayetleri ile sağlık ocaklarına başvurdukları ve %58.3'ünde ruhsal sorunlar bulunduğu belirtilmektedir. Kayahan ve ark. göre (25), sağlık ocağına başvuran kadınların %51.3'ünde depresif belirtiler görülmüş ve depresyon prevalansı %25.8 olarak saptanmıştır. Rezaki ve ark. belirttiğine göre (26), sağlık ocaklarına başvuran

hastalara %17.6 oranında ruhsal bozukluk tanısı konmuştur. Depresyon %26.3, panik bozukluğu %0.5, hipokondriasis %0.5 olarak saptanmıştır. Hastaların başvuru yakınmaları ağrı (%45.7), başağrısı (%11.8), halsizlik-yorgunluk (%3), depresyon-kaygı ile ilgili yakınmalar (%2.5) ve uyku bozukluğu (%0.8) olarak belirlenmiştir; bu yakınmaların sıklıkla 30 yaşlarında, evli ev kadınlarında olduğu ifade edilmiştir. Kadınlar üzerinde yapılan çalışmalarda depresyon prevalansı %36-46.4 arasında bulunmuştur (27, 28, 29). Postpartum depresyon ise %29-41 arasında saptanmıştır (30, 31). Sağlık Bakanlığı verilerine göre demansın yaygınlığı %4'tür (32).

Çalışma sonuçlarından da anlaşılacağı üzere tüm ruhsal bozukluklar kadınlarda daha sıklıkla görülmektedir. Kadınlarda bu bozuklukların görülme nedenlerine bakacak olursak; tüm dünyada çocukluktan başlayarak şiddet, kötü muamele gibi olumsuz yaşantılarla ya da hormonal değişiklikler, doğum, aşırı iş yükü gibi zorlayıcı etkenler olduğu görülmektedir. Kadınlar bazı ruh sağlığı problemlerinden aşırı derecede etkilenmektedir ve bu etkilenme medeni durum, iş ve toplumda sahip olunan rollerle yakından ilişkilidir. Kadınlar eş-anne olarak, çocuklarına ve hasta aile üyelerine bakan kişi olarak bütün yükü kaldırmaktadır. Aynı zamanda kadınlar ailenin geçimini sağlamak için gelir getirici bir işte de çalışmaktadırlar. Tüm bunlara ek olarak, kadınlar toplumsal cinsiyete dayalı ciddi bir ayrımcılıkla; yoksulluk, açlık, beslenme bozukluğu, aşırı çalışma ve yakın partnerlerinden (eş, arkadaş) gördükleri şiddet ile ilişkili faktörlerle de uğraşmaktadır (33, 34, 35, 36, 37). Gelir elde edecek işi olmayan evli kadınlar, evli erkeklerle karşılaştırıldıklarında daha yüksek oranda ruh sağlığı problemleri yaşamaktadırlar. Aşırı rol yüklenmesi, daha fazla belirtiler çıkmasına ve daha düşük kişisel kontrol hissine neden olmaktadır. Otonominin ya da kişinin hayatı üzerindeki kontrolünün yokluğu hissi, depresyonla ilişkilidir (38, 39, 40). Depresyonun ise, yaygınlığı ve insan yaşamındaki önemi nedeniyle ülkemizin çok önemli halk sağlığı sorunlarından biri haline geldiği ifade edilmektedir (2, 15, 23, 24).

Kadınların ve diğer tüm toplum üyelerinin ruh sağlıklarının korunup yükseltilmesi ve toplum ruh sağlığı hizmetlerinin sağlıklı yürütülebilmesi için ekip çalışması önemli ve gereklidir. Ekip üyeleri psikiyatrist, pratisyen hekim, toplum ruh sağlığı hemşiresi (birinci basamakta çalışan ebe ve hemşire), psikolog, sosyal hizmet uzmanı gibi farklı disiplinlerden oluşmaktadır ve bu farklılık hizmetin kalitesini arttırmaktadır. Özellikle sahada yapılan ev ziyaretleri yoluyla aileleri kendi

ortamlarında değerlendiren; vaka yönetimi, toplumu tanıma, danışmanlık, sağlık eğitimi, hastayı savunma, rehabilitasyon, krize müdahale, fiziksel değerlendirme gibi rollere sahip, kadınlarla en uzun süre birlikte olan ebe ve hemşirelere ruhsal bozuklukların tanınmasında önemli görevler düşmektedir (12, 41, 42, 43, 44). Bu nedenle sağlık ocaklarında çalışan ebe ve hemşirelerin koruyucu ruh sağlığına yönelik verdikleri hizmetlerin ve kadınlarda sık görülen ruhsal bozuklukları tanıma düzeylerinin bilinmesine gereksinim vardır.

Bu çalışmanın amacı; sağlık ocaklarında çalışan ebe ve hemşirelerin toplum ruh sağlığına yönelik koruyucu hizmetlerinin değerlendirilmesi ve kadınlarda sık görülen ruhsal bozuklukları tanıma düzeylerini belirlemektir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. TEMEL SAĞLIK HİZMETLERİ

Temel sağlık hizmetleri, Alma-Ata Bildirgesi'ndeki tanımına göre; “bir toplumdaki birey ve ailelerin geneli tarafından kabul edilecek yollardan, onların tam olarak katılımları ile ülke ve toplumca karşılanabilir bir harcama karşılığında onlara götürülen esas sağlık hizmetidir. Temel sağlık hizmetleri, ülkenin sağlık hizmetinin çekirdeğini oluşturur ve genel anlamdaki toplumsal ve ekonomik kalkınmanın vazgeçilmez bir parçasıdır. Temel sağlık hizmetleri, ulusal sağlık sisteminin, insanların yaşadığı ve çalıştığı yerlerin mümkün olduğu kadar yakınına götürülmüş, bireylerin, ailelerin ve toplumun ilk başvuru yeri olan, sağlık hizmetinin birinci halkasını oluşturur” (11, 45).

Sağlık hizmetlerinin temel amacı; toplumun tüm bireyelerine doğuştan kazandırılan sağlıklı olma hakkının sağlanması ve devamlılığı için yeterli yaşam düzeyinin sunulmasıdır (10, 46). Türkiye’de sosyalleştirilmiş sağlık hizmetleri sisteminde koruyucu ve birinci basamak iyileştirici sağlık hizmeti sunan temel birim, sağlık ocaklarıdır (15, 16, 46). Koruyucu hizmetler kapsamında, “**Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Yönerge**” içindeki **Madde 58**’de sağlık ocaklarının ruh sağlığı hizmetlerini vermesi gerektiği belirtilmektedir (19). Buna göre ruh sağlığı hizmetleri **Madde 77**’ye göre; sağlık hizmetlerinin bütününe entegre edilmiş olarak bütün sağlık ocaklarında yürütülmelidir. Birinci basamak ruh sağlığı hizmetleri epidemiyolojik sürveyans çalışmalarını, ruh sağlığının korunup geliştirilmesini, ruhsal bozuklukların önlenmesini, erken teşhis ve tedavisini, nükslerin en aza indirilmesini ve hizmete ulaşımın artırılmasını ifade etmektedir (19).

Sağlık ocaklarında ruh sağlığı hizmetleri aşağıdaki çalışmaları kapsar:

- a. Poliklinik hizmetleri çerçevesinde erken teşhis ve tedavi hizmetlerini yürütmek
- b. Ana-çocuk sağlığı hizmetleri çerçevesinde, doğum öncesi ve doğum sonrası dönemde anne ve bebeğin psiko-sosyal açıdan gelişim ve etkileşimini değerlendirmek; ailenin desteklenmesinin gerekli olduğu durumlarda eğitim,

- danışmanlık ve tedavi hizmetlerini yürütmek; uygun görüldüğünde bir üst kuruma sevkini sağlamak ve hasta izlemlerini sürdürmek
- c. Kronik ruhsal bozukluklar çerçevesinde, hastanın yaşadığı yerde tedavisini sürdürmek; gerekli durumlarda bir üst kuruma sevkini yapmak; hasta ve ailenin psiko-sosyal ihtiyaçları kapsamında toplum kaynaklarını en iyi şekilde kullanabilmesi için kurumlararası işbirliğini sağlamak ve bu konuda danışmanlık ve toplum eğitimi çalışmalarını yapmak
 - d. Okul sağlığı hizmetleri çerçevesinde, öğrencilerin psiko-sosyal açıdan değerlendirmelerini yapmak, erken teşhis ve tedavilerini sağlamak, bu konularda öğretmenlere yönelik eğitim ve danışmanlık hizmetlerini sürdürmek
 - e. Risk gruplarına (özürlüler, kronik fiziksel hastalığı bulunanlar, yaşlılar, ergenler vb.) ilgili kurumlar ile işbirliği içerisinde ruh sağlığı hizmetlerini belirlemek, planlamak ve uygulamak
 - f. Tütün, alkol, uyuşturucu ve uçucu maddelere yönelik toplum eğitimi yapmak ve gerekli diğer çalışmaları yürütmek

Yönergede hemşirelerin görevleri arasında “koruyucu ruh sağlığı hizmetlerinde görev almak” şıkkı bulunmaktadır (**Madde 129-g**). Aynı zamanda hemşirelerin diğer görevlerine baktığımızda da koruyucu ruh sağlığına yönelik görevlerinin bulunduğunu söyleyebiliriz. Bu görevleri arasında; aynı madde içinde a (Hizmet götürülecek bölge ve toplumu tanımak), d (Evlilik öncesi ve evlilikte aile planlaması hizmetleri ile ilgili danışmanlık hizmetlerini yürütmek, gerekli uygulamaları yapmak), h (İş ve işçi sağlığı hizmetlerinde görev almak), ı (Okul sağlığı hizmetlerinde görev almak), n (Yaşlı sağlığı hizmetlerini yürütmek veya bu hizmetlere katılmak), ö (Bireysel ve grup eğitimlerine katılmak), p (Kronik hastalıklar kontrol programı kapsamında kayıt, tarama ve tedavi hizmetlerine katılmak) şıkları koruyucu ruh sağlığı hizmetleri ile ilgilidir. Yine ebelerin görevlerini belirten **Madde 130**'a baktığımızda, a (Hizmet götürülecek bölge ve toplumu tanımak), b (Bölgenin sağlık ölçütlerini değerlendirmek ve buna göre sorunları ve öncelikleri saptamak), c (Evlilik öncesi ve evlilikte aile planlaması hizmetleri ile ilgili danışmanlık hizmetlerini yürütmek, gerekli uygulamaları yapmak), d (15-49 yaş evli kadınları saptayıp mevzuata öngörülen aralıklarla izlemlerini yapmak), e (Doğum öncesi bakım ve izlemi yapmak, gebelik tanısını koymak, takibini yapmak, riskli

gebelikleri erken dönemde tespit etmek ve gerekli birimlere sevk etmek), g (Doğum sonrası bakım ve izlemi yapmak), h (0-6 yaş grubu çocukların bakım ve izlemine yapmak), k (Yaşlı sağlığı hizmetlerine katılmak), l (Bireysel ve grup eğitimlerine katılmak), m (Ev ziyaretleri yaparak gebe ve bebekleri tespit etmek, düzenli aralıklarla ziyaret etmek ve izlemek), s (Toplum kalkınması hizmetlerinde görev almak) şıklarının ruh sağlığını korumaya yönelik olduğunu söyleyebiliriz (19).

2.2. KORUYUCU RUH SAĞLIĞI

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), 1998 yılında Avrupa Bölgesi için “Herkes İçin Sağlık – Sağlık 21” başlığı altında “21. Yüzyılda 21 Hedef” belirlemiştir. Herkes için sağlık hedeflerinden 6 no’lu hedef ruh sağlığının geliştirilmesine yöneliktir (47, 48).

Hedef 6 – Ruh Sağlığının İyileştirilmesi

2020 yılına kadar, insanların psiko-sosyal iyilik hali geliştirilmeli ve ruh sağlığı sorunu olan insanların ulaşabilecekleri daha kapsamlı hizmetler oluşturulmalıdır.

Hedef 6.1- Ruh sağlığı sorunlarının prevalansı ve olumsuz etkileri önemli ölçüde azaltılmalı ve insanların stresli yaşam koşulları ile başa çıkma imkanları artırılmalıdır.

Hedef 6.2- Halen intihar hızlarının çok yüksek olduğu ülkelerde ve gruplarda sağlanacak önlemler ile intihar hızları en az üçte bir oranında azaltılmalıdır.

Önerilen Stratejiler:

Ruh sağlığı sorunlarıyla ilişkili büyük sorunlar, tabu halinden çıkarılıp, tartışılan konular haline getirilerek azaltılabilir. Okulda, işte ve diğer kuruluşlarda, bilgilendirme ve yaşam becerisi eğitimi gibi önlemler sayesinde, bireylerin ve toplumların sorunları kavrama, onlarla baş etme, stresli yaşam koşullarına hazırlıklı olma ve onlarla uğraşma yetenekleri geliştirilebilir (47, 48).

Ülkemizde ruh sağlığı hizmetleri sadece tedavi edici hekimlik boyutunda yürütülmektedir. Dolayısıyla koruyucu ruh sağlığı hizmetleri yetersiz kalmaktadır. Sağlık Bakanlığı, 2020 yılına kadar halkın psikososyal iyilik durumunu geliştirmeyi, 2005 yılına kadar ruh sağlığı hizmetlerinin sağlık ocağı hizmetlerine entegrasyonunu tamamlamayı amaçlamaktadır. Anksiyete, duygudurum bozukluklarının %20 azaltılması, intihar girişimlerinin artışının önlenmesi hedeflenmiştir. Bu amaçla, birinci basamakta çalışan hekimlerin psikiyatrik bozuklukları ayırt etmede eğitimi ve

desteklenmesi, ebe ve hemşirelerin eğitimleri, toplumun ruh sağlığını genel sağlığın bir parçası olarak algılaması ve çekinilmemesi gerektiği bilincinin yaygınlaşması amaçlar arasındadır (18, 49, 50, 51).

Sağlık personeli ve diğer görevliler, risk faktörlerinin belirlenmesi, ruh sağlığı alanında temel sağlık ilkeleri ve yöntemleri, ruh sağlığı sorunlarını erken dönemde ortaya çıkarmak için uygun yöntemlerin kullanımı ve bunların modern yöntemlerle tedavisi konularında daha iyi eğitilmeli ve eğitimleri güncelleştirilmelidir. Dünyanın hiçbir ülkesinde ruh hastasına yetecek sayıda hekim yoktur, uzun yıllar da olmayacaktır. Bu nedenle ruh hekimi olmayan hekimlerin yanında klinik psikolog, sosyal hizmet uzmanı, eğitimci, hemşire, sağlık memuru, ebe gibi sağlık personelinin ruh sağlığı alanında temel sağlık hizmeti verebilecek düzeyde yetiştirilmesi gerekmektedir (2, 46, 47). Sağlık hizmetleri içerisinde yer alan kişiye yönelik koruyucu hizmetlerden erken tanı ve sağlık eğitimi verme özellikle ruh sağlığının korunmasıyla bağlantılıdır. Bu görev, sağlık ocağında çalışan tüm personele düşmekle birlikte özellikle ev ziyareti yapan, poliklinik hizmetlerini yürüten, bebek-çocuk ve kadınları izleyerek onlarla daha fazla beraber olan ebe ve hemşirelerin temel görevlerindedir (46).

2.2.1. Ruh Sağlığına Yönelik Ebe ve Hemşirelerin Rollerini:

Ebe ve hemşirelerin ruh sağlığı alanında birincil, ikincil ve üçüncül koruma kapsamındaki sorumlulukları şunlardır:

1- Birincil Koruma

Birincil koruma; nedensel faktörleri değiştirmek suretiyle akıl ve ruh hastalıklarının insidansını azaltmaktır. Eğitim ve sosyal değişim öncelik taşır. Burada ana unsur sağlığı koruma, sağlığı destekleme, hastalıktan koruma ve hastalığı önlemedir. Birincil koruma içerisinde ruh sağlığına yönelik;

- ❖ Evlilik ve ana-baba eğitimi
- ❖ Genetik danışmanlığa yönlendirmek
- ❖ Bebeklik, çocukluk, gençlik ve yaşlılık dönemlerinin gelişimsel özelliklerine göre eğitim, bakım ve danışmanlık yapma
- ❖ Normal cinsel gelişim ve normal gelişim hakkında eğitim verme
- ❖ Aile, kadın ve çocuk sağlığına yönelik eğitim verme

- ❖ Stres ve baş etmeyi öğretme
- ❖ Öfkeyi sağlıklı yollarla ifade edebilmeyi öğretme
- ❖ Toplumda ruh sağlığı aktivitelerini başlatma ve politik etkinliklere katılma
- ❖ Ruh sağlığı ilkelerini öğretme
- ❖ Yaşam koşullarının iyileştirilmesi, yoksulluğu giderme
- ❖ Ruh hastalığı oluşmaması için olası stresör ve yaşam olaylarını belirleme
- ❖ Ailelerle çalışarak aile üyelerini destekleme gibi konular yer almaktadır (5, 41, 43, 52, 53, 54).

2- İkincil Koruma

Erken tanı ve tedavi hizmetleriyle hastalık prevalansını, hastalığın şiddetini ve tedavi güçlüklerini azaltma etkinliklerini kapsar. İkincil koruma içerisinde ebe ve hemşireler;

- ❖ Sağlık ihtiyaçlarını, sağlık problemlerini ve yaşamsal riskteki hastaları belirleme
- ❖ Düzenli ev ziyaretleri ile belirtilerin erken tanınması ve tanılama/tedavi etkinliklerini başlatma ve sürdürme
- ❖ İlaçların etkin kullanılmasını sağlama ve bilgilendirme
- ❖ Kriz ve hastalık durumu yaşayan bireye, ailesine danışmanlık yapma, bakım verme
- ❖ Hastalık tanısı konmuş bireylerin izolasyon yaşamalarını önleme
- ❖ Toplum taramaları ve değerlendirme yapma
- ❖ İntiharı önleme hizmetlerine katılma
- ❖ Belirlenmiş bir sorun durumunda toplumla ve örgütlerle işbirliği yapar (5, 41, 43, 52, 53, 54).

3- Üçüncül Koruma:

Hastalanma halinde tedavi sonunda kalan bozukluk veya sakatlığın en aza indirilmesini amaçlamaktadır. Rehabilitasyon hizmetleri ön plandadır. Bu doğrultuda ebe ve hemşireler; hastaların hastaneden topluma geçişini kolaylaştıracak bakım sonrası programlar organize etme, taburculuk sonrası bakım hizmetleri, bireyin en yüksek düzeyde işlev görmesini sağlama, sosyal beceri kazandırma, uğraş eğitimi sağlama ve rehabilitasyon faaliyetlerini yapar (5, 41, 43, 52, 53, 54).

2.2.2. Gelişim Dönemleri ve Ruh Sağlığı

DSÖ, sağlığın gelişimi için önkoşulları şöyle sıralamıştır;

- Çocukların istedikleri ve ilgi görecekları bir ortamda doğmaları; çocuk, anne ve babasının kendisini isteyip istenmediğini anlar. İstenmediğini bilerek büyüyen çocukların benlik saygıları ve benlik değerleri olumsuz etkilenecek ve sağlıksızlaşacaktır.
- Bireysel tercihleri destekleyen, özgür ortamda eğitim görmeleri
- Temel gereksinimlerin karşılandığı, hastalık ve kazalardan korunmuş, uygun konut, yeterli su ve gıdanın bulunduğu ortamlarda yaşamaları
- Savaş tehdidinin olmadığı, doyurucu ekonomik ve sosyal rolleri yerine getirilebilecekleri bir barış ve sosyal ortamında yaşamaları
- Yeteneklerinin desteklendiği, güvenli yaşamaya ve onurlu ölmeye olanak tanıyan bir ortamda yaşlanmak bireylerin sağlıklı olmaları için gereklidir. Bunlar gerçekleştirilmeden sağlık, ekonomik gelişme ve sosyal kalkınma olamaz (55).

Ruh sağlığı sorunları; toplumun sosyo-kültürel, ekonomik, siyasal yönleri ve genel sağlık sorunları ile bağlantılıdır ve multidisipliner çalışmaları ve kapsamlı ekip çalışmasını gerektirir (56).

1- Doğum Öncesi ve Sonrası Dönem:

Doğum öncesi, doğum ve doğum sonrası biyolojik ve psikolojik sorunları beden sağlığının olduğu gibi ruh sağlığının da temel belirleyicilerindendir. Henüz tam açıklanamamış olsa bile bazı ruh hastalıklarında genetik yatkınlık rol oynamaktadır (şizofreni, iki üçlü duygulanım bozukluğu, çökkünlükler gibi). Akraba evliliklerinin fazla oluşu, halk eğitiminin ve genetik danışmanlığın yeterli olmayışı sorundur. Doğum öncesi ve sonrası beslenme bozukluğu, enfeksiyon ve travmalar, kültürel ve ekonomik etkenlerle anne bakımının yetersizliği; zeka geriliği, epilepsi, biyo-psikolojik gelişme kusurlarına yol açmaktadır. Ülkemizde bu durumlara oldukça sık rastlanmaktadır. Bunlarla ilgili olarak, herhangi bir ruh sağlığı programında ana çocuk sağlığı, bebek ve çocuk ruh sağlığı konularının öncelikle ele alınması gerekmektedir (2, 56). Ebe ve hemşireler ev ziyareti yaparak üç önemli aktivitede bulunur:

a) Fetüs ve çocuk gelişimi ve bu gelişimi etkileyen konular hakkında ebeveynleri eğitmek;

b) Gebelik esnasında, doğumda ve bebeğin bakımında anneye destek için aile üyelerini ve arkadaşlarını birlikte olmaya teşvik etmek;

c) Aile üyelerinin sağlık kuruluşlarıyla bağlantısını sağlamak.

Yapılan çalışmalar bu tür aktivitelerle desteklenen anne, bebek ve ailelerin şikayetlerinin azaldığını, acil servise daha az geldiklerini, daha az sigara içtiklerini ortaya koymaktadır (12).

2- Okul Öncesi ve Okul Çağı:

Ülkemizde çocuklara eğitim veren kurumların, kuruluşların ve ailelerin, çocuğun ruh sağlığı açısından uygun bir ortamda yetişmesini sağlamaya yönelik çalışmaları çok sınırlıdır. Bu yönden bakıldığında konu tek başına dar bir sağlık sorunu değildir. Birçok kesimi içine alan, çok yönlü yaklaşım gerektiren bir sorundur ve birçok sektörün katılımını gerektirir (2, 56).

Okul öncesi dönemdeki çocukların gelişimsel işlevlerindeki aksaklıklar sonraki davranışların gelişimini etkilemekte, okula uyumsuzlukla ve ruh sağlığı problemlerinin ortaya çıkmasıyla kendini göstermektedir. Okul çağı çocuğuna baktığımızda akademik başarının ve sosyal yeterliliğin temelleri bu dönemde atılmaktadır. Not düzeyinde başarısız olan, sosyal ilişkilerde yetersizlik sergileyen, düşüncesizce ve agresif davranan (özellikle küfür eden, saldırganlık gösteren, davranım bozukluğu olan) çocuklar ruhsal bozukluk gelişimi açısından risk altındadır. Bu durumlara neden olan faktörler ise; yoksulluk, aile içi çatışmalar, ebeveyn ile çocuk arasında iletişim eksikliğidir (12, 57, 58). Ebe ve hemşirelerin anne ve babalara gelişim dönem özellikleri hakkında eğitim ve danışmanlık yapması ile bu dönemde ortaya çıkabilecek sorunların önlenebileceği söylenebilir.

3- Gençlik Çağı:

Ülkemizde gençler için ağır streslerle yüklü koşullar son derecede yaygındır. Gençlik çağı birçok ruhsal sorunun yaşandığı bir dönemdir. Kendini yaratma döneminde bulunan genç birey, ailesi, eğitimciler ve büyükler ile çatışma içerisindedir. Bu çatışmalar sonucu psikonörotik belirtiler, kötü alışkanlıklar vb. görülebilir.

Bu dönemde gençlerin en az %10-15'i önemli uyumsuzluk belirtileriyle karşı karşıyadır. Okul başarısızlığı, okuldan ve evden kaçma, uygunsuz arkadaşlık, okulda ve evde sürekli tartışma, söz dinlememe, kurallara uymama, kavgacılık, yasalara uymama, toplu eylemler, hırsızlık, siyasal eylemler, alkol ve uyuşturucu kullanımı şeklinde aşama aşama artan uyumsuzluk ve bozukluk gösterebilirler (3, 57, 59, 60). Gençler üzerinde yapılan birçok çalışmada ülkemiz gençlerinin çoğunun mutsuzluk, doyumsuzluk, uyumsuzluk belirtileri gösterdiği anlaşılmaktadır. Bunların nedenleri arasında: okuma olanaklarının kısıtlılığı; gençleri kendi ilgi ve yeteneklerinden çok ezbere bilgileri tartan, bilgisayarla mesleğe sokan mekanikleşmiş sınav ve eğitim düzeni; ailede ve okulda özgürce düşünme, davranabilme yetilerinin, özerk kimlik duygusunun gelişmesine yardımcı olmayan eğitim-öğretim geleneği; gençlerin spor, sanat ve değişik sosyal becerilerini geliştirebilecek anlayıştan yoksun eğitim-öğretim düzeni gibi etkenler sayılabilir (2). Nüfusun yarısından fazlasını çocuk ve gençlerin oluşturduğu düşünülürse konu çok önemli ve önceliklidir (56).

Gençlerin riskli hayat stilleri vardır. Kendilerini kanıtlama çabasındadırlar. Uyuşturucu, sigara, alkol kullanma, sağlıksız beslenme, okulu bırakma gibi davranışlarda bulunabilirler. Bunların olması gençte hastalıklara, beden imgesi bozukluklarına, yeme bozukluklarına, sosyal rollerde bozukluklara, kendini izole etmeye, yasal sorunlara, adolesan gebeliklere, motivasyon eksikliğine yol açabilir. Bunların önlenmesi için okul sağlığı hizmetlerinin düzenli yürütülmesi ve birinci basamak sağlık hizmeti veren ebe ve hemşirelerin kendi danışmanlık becerilerini geliştirmesi, ev ziyaretlerinde aileye, bireye bu konularda danışmanlık yapması gerekmektedir (12).

4- Yetişkinlik Çağı:

Yetişkinlik çağında ruh sağlığı sorunlarının büyük kısmı uygun iş ortamı, ekonomik sorunlar ve toplumsal değişim etkenlerine bağlıdır. Gittikçe büyüyen ve hızla artan ekonomik sorunlar, işsizlik, sosyal güvence eksikliği önemli bunalımlara yol açan streslerdir. Ülkemizde bu tür strese bağlı bozukluklara sık rastlanmaktadır (2, 3, 56).

Doğum, ebeveynlik, evlilik ilişkileri ve iş stresleri gibi faktörler bu çağda öncelikle göze çarpmaktadır. Ayrılma-boşanma, çocukların eğitimi/yetiştirilmesi/bakımı kişinin hayatını değiştirmektedir. Bu alanlarda destek gören, barınma, ev kurma, iş

becerisi ve para kazanmalarına yardım edilen kişiler, işsiz ve destek görmeyen kişilere göre daha az sıkıntı yaşamaktadır. Yine başkalarının bakımını üstlenmek (hasta veya yaşlı kimse), bu dönemin en stresli işlevlerinden biridir ve orta yaşlı bireyler en çok bu problemle yüzyüze gelmektedir. Rehberlik alan, stresle başetme eğitimini etkili kullanarak stresini azaltan, destek sistemlerini kullanan bireylerin, kendi kendilerine bu durumlarla başetmek zorunda kalan bireylere göre daha başarılı oldukları belirlenmiştir (12, 56, 61). Bu sonuca dayanarak ebe ve hemşirelerin stresle başetme ve destek sistemlerinin kullanılmasına yönelik eğitimlerle bu dönemdeki bireylere yardımcı olabilecekleri söylenebilir.

5- Yaşlılık Çağı:

Giderek artan bir yükselişle yaşlılar ruh sağlığı sorunları yaşamaktadırlar. Yaşlıların henüz aile içinde büyüyen bir toplum olmamıza rağmen; yaşlı nüfus hızla artmakta, beden ve ruh sağlığı sorunları çoğalmakta, aile yapısı zorlanmaktadır. Aktif çalışma hayatından uzaklaşma, yaşayış şeklinin değişme ve fiziksel açıdan başkalarının bakımına bağımlı olma veya ihtiyaç duyma bu dönemi zorlaştıran özelliklerdendir. Toplumda yaşlının yabancılaşmayacağı kurumlar da yetersizdir (2, 3, 32, 56, 61). Dul kalma, matem, kayıp yaşama, yalnızlık bu dönemdeki en belirgin özelliklerdendir (12). Ebe ve hemşirelerin yaşlıları desteklemesi, kriz ve kayıp ile başetme yollarını öğretmesi bu dönemin rahat geçirilmesine yardımcı olabileceği söylenebilir.

2.3. KADINLARDA SIK GÖRÜLEN RUHSAL BOZUKLUKLAR

Yapılan çalışmalar kadınlarda en sık görülen ruhsal bozuklukların; duygudurum bozuklukları, anksiyete bozuklukları, somatik bozukluklar olduğunu göstermektedir (26, 37, 57, 62, 63).

2.3.1. Depresyon

Duygulanım alanında çökkünlük, ilgisizlik, isteksizlik ve zevk alamama; davranışlarda yavaşlama, giderek ketlenme; bilişsel alanda karamsarlık, değersizlik, suçluluk pişmanlık düşünceleri ve ayrıca uyku, iştah gibi psikofizyolojik işlevlerde

bozulma ve cinsel isteksizlik ile karakterize depresif bozukluklar hem ülkemizde hem de dünyada önemli bir sağlık ve toplum sağlığı sorunu konumundadır (2, 64, 65).

Depresyonu olanların yaklaşık üçte birinde bu bozukluğun kronikleştiği de dikkat çekmektedir. Birinci basamak hekimliği açısından bir diğer önemli nokta da, depresyonun klinik örüntüsünde; bedenselleştirme, baş ağrısı, bitkinlik, psikomotor yavaşlama, çalışma verimsizliği, uykusuzluk gibi bedensel belirti ve bulguların ön planda oluşudur (64). Depresif bozukluklar açısından risk etkenleri 40 yaş ve üzerinde olma, kadın olma, dul olma, çekirdek aileden olma ve alt sosyo-ekonomik gruba ait olmadır (66). Ayuso-Mateos ve ark. (67), Finlandiya, İspanya, Norveç, İrlanda ve İngiltere'yi kapsayan çalışmasında depresyon prevalansını kadınlarda %10, erkeklerde %6.6 olarak saptamışlardır. Gutierrez-Lobos, ve ark. yaptığı çalışmada (68), kadınlarda depresyon görülme oranı erkeklere göre 2:1 olarak saptanmıştır.

Ülkemizde, toplum içinde genel olarak, depresif belirtilerin %20, sağaltımı gerektirir klinik düzeyde depresyonun ise %10 dolayında olduğu görülmektedir (64). Yaklaşık olarak 10 erkekten biri (%10) ve 5 kadından biri (%20) yaşamının bir döneminde klinik depresyon geçirir. Herhangi bir zaman, toplumun yaklaşık %5'inde majör depresyon vardır (kadınların %6.4'ünde, erkeklerin %3.2'inde). Depresyon sakatlık ve erken ölümlerin nedenleri arasında dördüncü sırada yer almaktadır. 2020 yılına gelindiğinde depresyonun, dünya çapında, kalp hastalıklarından sonra ikinci sırada önemli sağlık sorunu olacağı öngörülmektedir (69, 70).

2.3.2. Panik Atak

Panik atak aniden ve beklenmedik biçimde ortaya çıkan, 30 dakika-1 saat süreli, bedensel belirtilerin eşlik ettiği yoğun bir anksiyete nöbetidir. Nöbetler 10-15 dakikadan bir kaç saate kadar sürebilir. Her yaşta görülebilirse de, hastalığın başlangıcı genellikle adolesan dönemin sonu ile genç erişkinlik döneminin başlangıcı olan 20'li yaşlara denk gelmekte ya da 30'lu yaşların ortalarında görülmektedir. Yaşam boyu yaygınlığı %1.5-3 arasındadır. Kadınlarda 2-3 kat fazladır. Son zamanlarda bir ayrılık ya da boşanma yaşamış olma panik bozukluk riskini artırmaktadır. Panik bozukluğu olgularının en az dörtte üçünde agorafobi tabloya eşlik etmektedir. Birinci basamakta da sık karşılaşılan bir sorundur (2, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76).

Amerika Birleşik Devletleri'nde yetişkinlerin %15'i hayatları boyunca en az bir kez panik atak deneyimi geçirmekte ve bu kişilerin ancak %3.5'i panik atak için DSM IV tanı kriterlerinin tamamını karşılamaktadır (77). Yine panik bozukluk yaklaşık 2.4 milyon yetişkin Amerikalı'yı etkilemektedir (78, 79). Tolin, Robison ve ark. yaptığı çalışmaya göre (2005), panik bozukluk kadınlarda %11.2, erkeklerde %9.4 olarak saptanmıştır (80). Panik bozukluğu kadınlarda erkeklere göre yaklaşık iki kat sıklıkta görülmektedir (81).

2.3.3. Obsesif-Kompulsif Bozukluk (OKB)

Obsesyon (saplantı); kişinin kontrol edemediği yineleyici, ısrarlı, anksiyeteye neden olan, mantıksız ve anlamsız görünmesine rağmen zihninden uzaklaştırılamadığı, istenmeden gelen, benliğe yabancı (ego distonik) takıntılı düşünce, dürtü ya da imgelerdir. Kompulsiyon (zorlantı) ise; obsesyonları kovmak için yapılan, yineleyici, kişinin kendini yapmaktan alıkoyamadığı davranışlar ya da zihinsel eylemlerdir (71, 72, 73).

Sık karşılaşılan obsesyonlar bedensel atıklar ve salgılar, pislik, mikroplar, bulaşma veya toksinlerden iğrenme; ürkütücü bir şey olacağı korkusu; simetri, düzen veya kesinlik gereksinimi; aşırı dua etme veya dinsel düşünceler; şans getiren ve şanssız sayılara inanma ve yasak cinsel düşüncelerdir. Sık karşılaşılan kompulsiyonlar ise; aşırı el yıkama, banyo yapma, diş fırçalama ve taranma; yineleyici törensel davranışlar (ritüel); kapıları, kilitleri, ocağı ve arabanın frenlerini kontrol etme; pislikleri çıkarmak için sürekli temizleme; düzenleme ve toplama; sayma; biriktirme ve yığma; kendine ve başkalarına zarar vermeyi engellemek için önlemler alma sayılabilir (2, 70, 73).

Genellikle ergenlik ve genç erişkinlik yaşlarında başlar. Kadınlarda başlama yaşı 20-29 iken, erkeklerde başlangıç daha genç yaşlarda olmaktadır (6-15 yaş) ve ilk kez çocukluk, ergenlik döneminde görülmektedir. Bir yıllık prevalansı %1.5-2, yaşam boyu yaygınlığı %2-3 dolayındadır. Çoğu zaman sinsi başlar, süregen alevlenip yatışan bir gidişi vardır. Bu alevlenmeler stresle ilişkili olabilir (71, 72). OKB yaklaşık 3.3 milyon Amerikalı yetişkini etkilemektedir (77, 78, 79). Tolin, Robison ve ark. göre (80), birinci basamakta OKB kadınlarda %2, erkeklerde %1.2 olarak bulunmuştur. Türk ve Fransız örneklem gruplarının karşılaştırıldığı bir çalışmada (82); Türkiye'de Elazığ bölgesinde

çalışma grubunu oluşturan hastalarda kadın erkek oranı 2.8/1 olarak bulunmuştur. Demet ve ark. yaptığı çalışmada (83), OKB erkeklerde (%25), kadınlarda (%75) olarak değerlendirilmiş ve kadın/erkek oranı 3 olarak bulunmuştur.

2.3.4. Hipokondriazis

Organik bir patoloji saptanmadığı halde, kişinin beden belirtilerinin gerçekçi olmayan bir biçimde veya hatalı yorumlanmasına bağlı, bireyin sürekli olarak bir hastalığa yakalandığı ya da yakalanacağı biçiminde yoğun zihinsel uğraşlar ile bu endişenin taşınması ve çeşitli bedensel yakınmalarının olmasıyla karakterize bir bozukluktur. Hasta hastalığının psikolojik kaynaklı olduğunu kabul etmez (2, 84).

Hipokondriazisin genel nüfus içindeki yaygınlığı tam olarak bilinmemekle birlikte, sağlık kurumlarına başvuranlardaki yaygınlığının %4 ile %9 arasında olduğu bildirilmektedir (84). İstanbul'da birinci basamakta yapılan çalışmada psikiyatrik hastalıkların, genel poliklinik içindeki görünüm oranı %2.3 olarak tespit edilmiş olup kadınlarda tespit edilen ruhsal bozukluk oranı erkeklere göre daha yüksek olduğu görülmüştür (85).

2.3.5. Postpartum Depresyon

Doğumdan sonraki 4 hafta içinde herhangi bir zamanda majör depresif bir dönem yaşanmasıdır. Ancak bazı kadınlarda bu süre 6 haftaya kadar uzayabilir (86). Postpartum depresyon, genellikle doğumdan sonraki 2-8 haftalar içinde başlayan ve en az iki hafta en çok bir yıl kadar süren bir duygudurum bozukluğu olarak tanımlanmaktadır (24). Postpartum depresyon sık görülen bir sağlık sorunudur (87).

Dubai'de prevalans %18 iken, İsrail'de %22.6, Santiago'da farklı sosyoekonomik düzeye sahip kadınlarda %36.7 gibi yüksek değerlerde saptanmıştır. Bu verilerle postpartum depresyon yaygınlığının İsrail, Suudi Arabistan, Güney Amerika gibi ülkelerde Avrupa ve Amerika gibi gelişmiş ülkelere göre daha yüksek düzeyde olduğu görülmektedir. Hindistan'da yapılan bir araştırmada postpartum 6-8. haftada depresif bozukluklar %23 olarak belirlenmiş, ekonomik yoksunluk, eş ile ilişkilerin kötü olmasının prevalansı artıran ve olayın kronikleşmesini kolaylaştıran faktörler

olarak tanımlanmıştır. Amerika’da postpartum depresyon prevalansı %9-13 arasında değişmektedir (88).

Manisa’da gecekondulu özellikleri taşıyan, Doğu ve Güneydoğu Anadolu’dan göçle gelen popülasyonun yaşadığı araştırma bölgesinde postpartum depresyon %36.9 olarak bulunmuştur (89). Samsun’da postpartum depresyon annelerin %23.1’inde saptanmıştır (90). Trabzon il merkezinde yapılan çalışmada (91), postpartum depresyon prevalansı %28.1 olarak belirlenmiştir. İzmir Bornova’da ise %29 oranında görülmüştür (92).

Doğum sonrası görülen ruhsal bozuklukların etiyojisi multifaktöriyeldir. Biyolojik ve genetik faktörlerin yanı sıra, birçok çevresel, maternal, ailesel ve gebelikle ilgili nedenler ayrı ayrı veya bir arada sorumlu tutulmaktadır (31). Nedenleri tam olarak bilinmemekle birlikte doğumdan sonra ani gelişen hormonal değişimlerin etkili olduğu düşünülmektedir. Başka bir neden de psikolojik streslerdir. Kendine değer verme, çocuk bakım stresi, doğuma ilişkin kaygıların olması, yaşam stresi, sosyal destek, evlilik ilişkileri, depresyon-psikiyatrik sorun yaşama öyküsü, annelik hüznü, medeni durum, sosyo-ekonomik durum ve istenmeyen gebelik olarak belirtilmektedir. Bunlara ek sorunlu evlilikler, sorunlu birliktelikler, kişinin çocukluğunda ya da gençliğinde ağır sorunlar yaşaması, doğumun uzun sürmesi, çocuğun doğumu öncesi ve sonrasında mutluluk veren bir ortamın olmaması, prematüre bebeğe sahip olma, annenin yakın çevresinin ona destek olmaması, boşanmalar, annenin sağlık problemleri nedeniyle ayrılması, menstrual sorunlar (menstrual dönemlerde sinirlilik, gerginlik gibi belirtileri olması-premenstrual sendrom varlığı), kişinin kadınlığa bakışı, algılayışı ile ilgili sorunlar, kendini ifade edememe ve kadının çalışma durumu önemli risk etmenleridir. Yaşayan çocuk sayısının fazla olması, gecekonduda yaşama, göç etme, bebekte önemli bir sağlık sorunu olması, ailede psikiyatrik hikaye olması, eşte psikiyatrik sorun olması, eşin eğitim durumu, sık doğum yapma doğum sonu depresyon ile ilgili faktörler olarak belirtilmektedir. Gelenek ve göreneklerin etkisinin sürdüğü toplumlarda, doğum yapan kadınlara fiziksel ve sosyal desteğin arttığı ve bu desteğin de anneleri postpartum depresyondan koruduğu bildirilmektedir. Sanayileşmiş ülkelerde gelenek ve görenekleri etkisinin azalması postpartum depresyon için önemli bir risk faktörü olarak değerlendirilmektedir. Doğumdan sonra geçen süre arttıkça depresyon görülme oranı da artmaktadır (30, 31, 88, 89, 90, 91, 92).

Postpartum depresyonun semptom profili, yaşamın diğer dönemlerinde görülen major depresif epizoda benzerdir. Ancak zamanlaması ve en azından anne-bebek ikilisi ve sıklıkla da tüm aileyi ilgilendirmesi nedeniyle özellik taşır. Doğum sonrası normal sayılabilecek yakınmalar ile depresif semptomlar arasındaki örtüşme, bazı durumlarda klinik tanıyı güçleştirebilir. Hafif depresyonda en sık görülen bulgular halsizlik, isteksizlik, sinirlilik, unutkanlık ve değişik korkulardır. Bunlara genelde uyku problemleri eşlik eder. Biraz daha ileri vakalarda bu belirtilere anksiyete, panik atak, ağlama krizleri, ciddi uyku bozuklukları ile ölüm ve intihar düşünceleri eklenir. Aileye karşı sevgisizlik ve bebeğine karşı zıt duygular daha ön plandadır. Doğum sonrası depresyonun diğer bulguları; duygu durumun baskılanması, aktivitelere ilginin azlığı, iştah değişikliği, yorgunluk, uyku bozuklukları (sık görülen prodromal bir semptomdur), çocuğun bakımında güçlükler, bebeğe karşı ilgisizlik, suçluluk hissi, kendine güven azlığı, konsantrasyon güçlüğü, psikomotor retardasyon ya da ajitasyondur. Uyku, iştah, libido değişiklikleri, yorgunluk ve endişe postpartum depresyon bulguları olmakla birlikte, normal postpartum dönemde de görülebilir. Postpartum mizaç bozukluklarında konfüzyon, yönelim bozukluğu ve diğer bilişsel değişiklikler daha fazla görülür (24, 86, 87).

2.3.6. Demans

Demans (bunama) beyni oldukça geniş olarak etkileyen ve zedeleyen çok çeşitli etkenlere bağlı bir sendromdur. Demansın en önemli belirtisi bellek bozukluğudur. Hem yakın bellek (anterograd amnezi) hem de uzak bellek (retrograd amnezi) bozukluğu görülür. Temel belirti yakın bellek bozukluklarıdır. Ribot yasasına göre demansın gidişi sırasında öncelikle yakın bellek sonra uzak bellek yıkıma uğrar. Hastalığın başlangıcı kesin olarak belirlenemez. İlk evrelerde ılımlı düzeyde unutkanlık vardır, bu durum kendini yeni bilgileri öğrenme güçlüğü şeklinde gösterir ve kişi genellikle bellek bozukluğundan yakını (telefon no'su, isimleri unutma gibi). Bellek bozukluğunun ilerlemesi sonucu sosyal ve mesleki işlevsellikte azalma, konsantrasyon güçlüğü, konuşma bozukluğu ortaya çıkar. İlk dönemde hasta bellek bozukluğunun farkında olduğu için yeti yitimine bunaltı ve çökkünlük ile yanıt verir. Daha sonra bellek bozukluğunu inkar etmeye başlar. Tüm demansların %60-65'i Alzheimer tipi demanstır

(93, 94). Bellek yakınmaları yaşlılarda %25-50 oranında verilmektedir. Bellek yakınmaları için risk etkenleri yaş, kadın olmak ve eğitim düzeyi düşüklüğü olarak sayılmaktadır (94).

Sağlık Bakanlığı verilerine göre demansın yaygınlığı %4'tür (32). Elazığ ilindeki bir sağlık ocağı bölgesinde Bulut ve ark. yaptığı çalışmada (95); demans prevalansı %7.3; cinsiyete göre prevalans ise erkeklerde %5.9, kadınlarda da %9 olarak tespit edilmiş olup Alzheimer hastalığı (%66.7) demansın en sık görülen alt grubunu oluşturmakta ayrıca vasküler demans (%22.2), parkinson demansı ve frontotemporal demans (%11.1) olarak belirlenmiştir. Diker ve ark. yaptığı çalışmada (96), demans prevalansı %6.9 olarak saptanmıştır.

Yukarıda açıklanan tüm bu ruhsal bozuklukların belirtilerinden bir ya da birkaçının görülmesi durumunda ebe ve hemşirelerin yapması gereken en doğru davranış bireyin erken tanı alıp tedavi olabilesini sağlamak için sağlık kuruluşuna yönlendirmesidir.

2.3.7. Kadın Ruh Sağlığını Geliştirmeye Yönelik Ebe ve Hemşirenin Rolü:

Bireylerin özellikle kadınların ruh sağlığını olumsuz olarak etkileyen yaşam stresleri, iletişim güçlükleri gibi risk faktörleri karşısında yaşadıkları duygu ve düşünceleri uygun ifade etmelerine yardımcı olacak problem çözme ve baş etme yöntemlerini, kendine yardım gruplarının kurulmasını etkileyen eğitim programları planlanmalı ve uygulanmalıdır. Bunun için; kendini tanıma eğitimi, iletişim eğitimi, sosyal beceri eğitimi, bilişsel yeniden yapılanma, bilişsel gevşeme ve baş etme eğitimi, atılganlık (assertiveness) eğitimi, etkili ebeveynlik eğitimi kadınlara ve toplumdaki tüm bireylere verilmelidir. Bu eğitimler yapılırken hayal etme, rol oynama, ev ödevleri, yaşantıların paylaşılması ve istedik yeni yaşamların kazandırılmasına yönelik etkinlikler kullanılmalıdır. Bu eğitimlerde duygu ve düşüncelerin yok edilemeyeceği ve kontrol edilebileceği görüşü kabul edilmektedir (97).

Ayrıca kadının ruh sağlığının iyileştirilmesinde;

- Toplumsal cinsiyet eşitsizliğinin tanınması ve önlemlerin uygulanması,

- Bu alanda yürütülen sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi için ise, sağlık personeline kadının ruh sağlığına etki eden faktörleri de içine alan eğitimlerin verilmesi gerekmektedir.
- Kadının ruh sağlığının geliştirilmesinde hedef popülasyonun tüm toplum olduğu gerçeği kabul edilerek, ruh sağlığı ve psikiyatri alanlarında aktif çalışan sağlık ekipleri kurulmalı ve acilen topluma yönelik yeni çalışmalar planlanarak uygulamaya geçirilmelidir.
- Ruh sağlığı ve psikiyatri alanlarında aktif çalışanlar; toplum, aile, okullar, işyerleri, kurumlar, huzurevleri, yetiştirme yurtları, özel eğitim veren (işitsel, bedensel, görsel, zihinsel, konuşma) okullar, güvenlik görevlileri (asker, polis) vb. kurum ve kuruluşlarda ruh sağlığını geliştirme ve korumaya yönelik hizmetler planlamalıdırlar (97, 98).

Ayrıca sağlıkla ilgili ulusal tüm sağlık kuruluşları, üniversiteler, araştırma merkezleri, sağlık meslekleri ve gönüllü organizasyonlar bu değişikliği ortaya çıkaracak koşulları yaratmak üzere birbirleri ile sıkı işbirliği içinde olmalıdır (97).

Hemşire ve ebeğin sağlığı geliştirmede ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına yönelik rolü tıbbi bir hizmet değil, bir sağlık aktivitesidir. Hemşire ve ebeğin sağlığı geliştirmede 7 önemli rolü vardır. Bunlar;

1. Durumu tanımlar.
2. Bireyin kendi sağlığı ile ilgili sorumlulukları taşımasına ve sağlığı geliştiren aktivitelerin önemini algılanması ve uygulanmasına yardımcı olur.
3. Bireyi fiziki ve sosyal çevresiyle birlikte ele alarak yapılacak kişisel sağlığı geliştirme çabalarına uyumuna yardımcı olmak ve cesaretlendirmek ebe ve hemşirenin fonksiyonlarındanıdır.
4. Hemşire ve ebe bireyin savunuculuğu ve haklarını bildirici rolüne sahiptir.
5. Hemşire ve ebe durumun idaresinden sorumludur.
6. Hemşire ve ebe yapılması gereken aktiviteleri bir sistem ve program içinde gözden geçirir ve buna göre girişimde bulunur.
7. Hemşire ve ebe sağlığın geliştirilmesinde eğitici ve bilgi verici role sahiptir. İhtiyaç duyulan ve gerekli görülen tüm konularda sağlık eğitimi yapar (1, 3, 43, 52, 53, 54, 97).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1 ARAŞTIRMANIN ŞEKLİ

Araştırma, Mersin ili merkez ilçeye bağlı sağlık ocaklarında çalışan ebe ve hemşirelerin; toplum ruh sağlığına yönelik koruyucu hizmetlerinin değerlendirilmesi ve kadınlarda sık görülen ruhsal bozuklukları tanıma düzeylerini belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

3.2. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ÖZELLİKLERİ

Araştırma, Mersin ili merkez ilçeye bağlı, Mersin Büyükşehir Belediyesi sınırları içerisinde yer alan tüm sağlık ocaklarında (22 sağlık ocağı) yapılmıştır. Çalışmaya alınan sağlık ocakları; 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16 no'lu Sağlık Ocakları, Çağdaşkent, Çay, Çukurova, Karaduvar, Mehmet Adnan Özçelik ve Tozkoparan Sağlık Ocağı'dır.

Çizelge 3.1: Sağlık Ocaklarına Göre Ebe ve Hemşire Sayıları

	Ebe	Hemşire
1 no'lu Sağlık Ocağı	22	3
2 no'lu Sağlık Ocağı	21	4
3 no'lu Sağlık Ocağı	27	6
4 no'lu Sağlık Ocağı	23	8
5 no'lu Sağlık Ocağı	14	6
6 no'lu Sağlık Ocağı	13	6
7 no'lu Sağlık Ocağı	14	2
8 no'lu Sağlık Ocağı	11	3
9 no'lu Sağlık Ocağı	13	10
10 no'lu Sağlık Ocağı	13	-
11 no'lu Sağlık Ocağı	22	10
12 no'lu Sağlık Ocağı	20	5
13 no'lu Sağlık Ocağı	9	3
14 no'lu Sağlık Ocağı	8	4
15 no'lu Sağlık Ocağı	19	8
16 no'lu Sağlık Ocağı	6	3
Çağdaşkent Sağlık Ocağı	11	5
Çay Sağlık Ocağı	5	2
Çukurova Sağlık Ocağı	12	4
Karaduvar Sağlık Ocağı	3	2
Akkent Mehmet Adnan Özçelik Sağlık Ocağı	15	8
Tozkoparan Sağlık Ocağı	3	3
Toplam	332	105

3.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEM SEÇİMİ

Araştırmanın evrenini, Mersin ili merkez ilçeye bağlı, Mersin Büyükşehir Belediyesi sınırları içerisinde yer alan 22 sağlık ocağında çalışan 332 ebe ve 105 hemşire oluşturmaktadır. Araştırmanın örneklemini ise ebe ve hemşirelerin %50'si oluşturmaktadır. Ebe ve hemşirelerin belirlenmesinde basit rasgele örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Üç hemşire çalışmaya katılmayı kabul etmediğinden örneklemden çıkartılmıştır. Böylece 182 ebe ve 58 hemşire örnekleme kapsamına alınmıştır.

3.4. VERİLERİN TOPLANMASI VE DEĞERLENDİRİLMESİ

3.4.1. Veri Toplama Formunun Hazırlanması

Verileri toplamak amacıyla araştırmacı tarafından konuyla ilgili literatür taranarak geliştirilen anket formu kullanılmıştır. Anket formu iki bölümden meydana gelmektedir. Birinci bölüm ebe ve hemşirelerin tanıtıcı özelliklerine yönelik sorular ile bebeklik ve okul öncesi çocukluk (0-6 yaş), okul çağı çocukluk (6-12 yaş), ergenlik (12-20 yaş), yetişkinlik (20-65 yaş) ve yaşlılık (65 ve üzeri yaş) dönemlerine göre ebe ve hemşirelerin koruyucu ruh sağlığına yönelik verdikleri hizmetleri değerlendiren sorulardan meydana gelmektedir. İkinci bölüm ise ebe ve hemşirelerin kadınlarda sık görülen ruhsal bozuklukları (depresyon, panik atak, obsesif kompulsif bozukluk, postpartum depresyon, hipokondriasis ve demans) tanıma düzeylerini değerlendirmek amacıyla vaka şeklinde hazırlanan açık uçlu sorulardan oluşmaktadır. Anket formunun anlaşılabilirliğinin değerlendirilmesi açısından örnekleme kapsamına girmeyen Mezitli 2 no'lu Sağlık Ocağı'nda çalışan 12 ebe ve 8 hemşireye önuygulama yapılmıştır. Anket formunda belirtilen cevaplar doğrultusunda sorular üzerinde gerekli düzeltme ve değişiklik yapılmıştır.

3.4.2. Veri Toplama Formunun Uygulanması

Anket formu, sağlık ocağı sorumlu hekiminden randevu alındıktan sonra, ebe ve hemşirelere dağıtılmıştır. Ebe ve hemşirelerin gözlem altında yanıtlama yoluyla anket formunu doldurmaları sağlanmıştır. Anket formunu doldurma süresi ortalama onbeş dakikadır.

3.4.3. Verilerin Değerlendirilmesi

Anket formundaki açık uçlu sorular araştırmacı tarafından gruplandırılmış daha sonra istatistik programına yüklenmiştir. Ebe ve hemşirelerin kadınlarda sık görülen ruhsal bozuklukları tanıma düzeylerini değerlendiren soruların sınıflandırılması tanıyor (depresyon, panik atak, obsesif kompulsif bozukluk veya takıntı hastalığı, postpartum depresyon, hipokondriasis veya hastalık hastalığı, demans veya bunama), kısmen tanıyor (ruhsal veya psikolojik bozukluk), tanımiyor (tanıyor ve kısmen tanıyor dışında kalan cevaplar) şeklinde gruplanarak değerlendirilmiştir. Ruhsal bozuklukları tanıyan ve kısmen tanıyan ebe ve hemşirelerin verdikleri öneriler ise uygun (eğitim vererek doktora yönlendirme), uygun değil (uygun dışında kalan cevaplar) şeklinde sınıflandırılarak değerlendirmeye alınmıştır.

Anket formlarından elde edilen verilerin değerlendirilmesi için Ki-Kare (Chi-Square) testi kullanılmıştır. İkili karşılaştırmaların yapılması amacıyla ise İki Oran Karşılaştırma (Two Proportion Comparison) testinden yararlanılmıştır. Kategorik değişkenlere ait tanımlayıcı istatistikler frekans ve yüzde olarak tablo halinde verilmiştir. İstatistik analizlerde $p < 0.05$ ise sonuç anlamlı kabul edilmiştir. İstatistik analizler SPSS v.11.5 (Statistical Package for the Social Sciences for Windows) ve MINITAB Release v.13.0 paket programları kullanılarak değerlendirilmiştir (99, 100).

4. BULGULAR

Çizelge 4.1: Ebe ve Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı

Tanıtıcı Özellikler	Ebe (n _A :182)		Hemşire (n _B :58)		Toplam (n:240)	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Yaş						
24-29 yaş	23	12.6	8	13.8	31	12.9
30-34 yaş	54	29.7	14	24.1	68	28.3
35-39 yaş	57	31.3	16	27.6	73	30.4
40 ve üzeri yaş	48	26.4	20	34.5	68	28.4
En Son Bitirdiği Okul						
Sağlık meslek lisesi	67	36.8	13	22.4	80	33.3
Önlisans-Lisans	115	63.2	45	77.5	160	66.7
Medeni Durumu						
Evli	162	89.0	51	87.9	213	88.7
Bekar	20	11.0	7	12.1	27	11.3
Çalışma Süresi						
0-9 yıl	15	8.2	9	15.5	24	10.0
10-19 yıl	117	64.3	27	46.6	144	60.0
20 ve üzeri yıl	50	27.5	22	37.9	72	30.0
Hastanede Çalışma Durumu						
Evet	80	44.0	47	81.0	127	52.9
Hayır	102	56.0	11	19.0	113	47.1
Sağlık Ocağında Çalışmayı İsteme Durumu						
Evet	105	57.7	40	69.0	145	60.4
Hayır	77	42.3	18	31.0	95	39.6
Sağlık Ocağındaki Ebe/Hemşire Sayısını Yeterli Görme Durumu						
Evet	102	56.0	25	43.1	127	52.9
Hayır	80	44.0	33	56.9	113	47.1
Sağlık Ocağında Çalışma Memnuniyeti						
Evet	127	69.8	38	65.5	165	68.7
Hayır	55	30.2	20	34.5	75	31.3
*Yönergede Belirtilen Ebe/Hemşirenin Görevlerini Bilme Durumu						
Biliyor	104	57.1	35	60.3	139	57.9
Bilmiyor	78	42.9	23	39.7	101	42.1

* Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Yönerge – 2001.

Çizelge 4.1’de ebe ve hemşirelerin tanıtıcı özelliklerinin dağılımı görülmektedir. Çizelgeye göre ebelerin %31.3’ü 35-39 yaş grubunda, %89’u evli, %63.2’si önlisans-lisans mezunu olup, %64.3’ü 10-19 yıldır çalışmakta ve %44’ünün daha önce bir hastanede çalışma deneyimi bulunmaktadır. Hemşirelerin ise; %34.5’inin 40 yaş ve üzeri, %87.9’unun evli, %77.5’inin önlisans-lisans mezunu olduğu görülmektedir. Hemşirelerin de %46.6’sı 10-19 yıldır çalışmakta ve %81’inin daha önce bir hastanede çalışma deneyimi bulunmaktadır.

Ebelerin %57.7’si sağlık ocağında isteyerek çalışmakta, %56’sı sağlık ocağında çalışan ebe sayısını yeterli gördüklerini, %69.8’i sağlık ocağında çalışmaktan memnun olduklarını ifade etmişlerdir. Ebelerin %57.1’i “Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Yönerge”de belirtilen ebe görevlerini bildiklerini belirtmişlerdir.

Hemşirelerin %69’unun sağlık ocağında isteyerek çalıştıkları, %43.1’inin sağlık ocağında çalışan hemşire sayısını yeterli gördükleri, %55.2’sinin çalışma temposunu yoğun buldukları, %65.5’inin sağlık ocağında çalışmaktan memnun oldukları belirlenmiştir. Yine hemşirelerin %60.3’ü “Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Yönerge”de belirtilen hemşirenin görevlerini bildiklerini ifade etmişlerdir.

Çizelge 4.2: Ebe ve Hemşirelerin Koruyucu Ruh Sağlığına Yönelik Hizmet İçi Eğitim Alma Durumlarının Dağılımı

Hizmet İçi Eğitim Alma Durumu	Ebe (n _A :182)		Hemşire (n _B :58)		Toplam (n:240)	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Evet	17	9.3	3	5.2	20	8.3
Hayır	165	90.7	55	94.8	180	91.7

Ebe ve hemşirelerin koruyucu ruh sağlığına yönelik hizmet içi eğitim alma durumlarının dağılımı Çizelge 4.2’de görülmektedir. Ebelerin %9.3’ü ve hemşirelerin %5.2’si hizmet içi eğitim almıştır. Hizmet içi eğitim aldığını ifade eden ebe ve hemşirelerin aldığı hizmet içi eğitim konularına bakıldığında; ebelerin en fazla ruhsal hastalıklar (Postpartum Depresyon ve Alzheimer Hastalığı) (7 ebe), 0-6 yaş çocuk ruh sağlığı ve gelişimi (6 ebe), stres ve baş etme (3 ebe), iletişim (3 ebe), adölesan ruh

sağlığı ve gelişimi (3 ebe), şiddet (2 ebe), intihar (1 ebe); hemşirelerin de, iletişim (2 hemşire), 0-6 yaş çocuk ruh sağlığı ve gelişimi (1 hemşire), stres ve baş etme (1 hemşire), madde kullanımı ve bağımlılık (1 hemşire), intihar (1 hemşire) konularında hizmet içi eğitim aldıkları görülmüştür.

Çizelge 4.3: Ebe ve Hemşirelere Göre Koruyucu Ruh Sağlığına Yönelik Görevlerine İlişkin Düşüncelerinin Dağılımı

Koruyucu Ruh Sağlığına Yönelik Görevi	Ebe (n _A :182)		Hemşire (n _B :58)		Toplam (n:240)	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Var	115	63.2	42	72.4	157	65.4
Yok	67	36.8	16	27.6	83	34.6
Koruyucu Ruh Sağlığına Yönelik Görevleri*						
Danışmanlık	56	48.7	4	9.5	60	38.2
Psikolojik Destek	20	17.3	-	-	20	12.7
Eğitim	18	15.6	10	23.8	28	17.8
İletişim	15	13.0	8	19.0	23	14.6
Risk Gruplarını Belirleme	6	5.2	3	7.1	10	6.3
Bilmiyorum	36	31.2	20	47.6	56	35.6

*n katlanmıştır.

Çizelge 4.3'te ebe ve hemşirelere göre koruyucu ruh sağlığına yönelik görevlerine ilişkin düşüncelerinin dağılımı gösterilmiştir. Ebelerin %63.2'si ve hemşirelerin %72.4'ü koruyucu ruh sağlığına yönelik görevi olduğunu düşünmektedir. Ebeler sırasıyla danışmanlık (%48.7), psikolojik destek (%17.3), eğitim (%15.6), iletişim (%13), risk gruplarını belirleme (%5.2); hemşireler de eğitim (%23.8), iletişim (%19), danışmanlık (%9.5), risk gruplarını belirleme (%7.1) gibi görevleri olduğunu düşünmektedirler. Koruyucu ruh sağlığına yönelik görevi olduğunu düşünen ebelerin %31.2'si ve hemşirelerin %47.6'sı bu konuda ne tür görevleri olabileceğini bilmemektedir.

Çizelge 4.4: Ebe ve Hemşirelere Göre Toplumumuzda Ruhsal Bozukluklar Açısından Risk Altında Olan Grupların Dağılımı*

Risk Altındaki Gruplar	Ebe (n _A :182)		Hemşire (n _B :58)		Toplam (n:240)	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Kadınlar	60	33.0	18	31.0	78	18.9
Adölesanlar (12-20 yaş)	60	33.0	18	31.0	78	18.9
Çocuklar (0-6 yaş)	46	25.3	17	29.3	63	15.3
Tüm Toplum	42	23.1	8	13.8	50	12.1
Yoksullar ve İşsizler	26	14.3	15	25.9	41	10.0
Gebe ve Lohusalar	18	9.9	1	1.7	19	4.7
Yaşlılar	17	9.3	8	13.8	25	6.1
Bilmiyorum	9	4.9	9	15.5	19	4.7
Diğer**	29	16.4	9	15.5	38	9.3

* n katlanmıştır.

** Yeni evliler, erkekler, çalışanlar (polis, asker, sağlık çalışanları, öğretmenler), göç edenler, psikolojik ve bedensel bozukluğu olanlar.

Çizelge 4.4'te ebe ve hemşirelere göre toplumumuzda ruhsal bozukluklar açısından risk altında olan grupların dağılımı görülmektedir. Ebe (%33) ve hemşirelere (%31) göre ilk sırada kadınlar ve adölesanlar yer almaktadır. Daha sonra sırasıyla ebeler göre 0-6 yaş grubu çocuklar (%25.3), toplumun tüm kesimi (%23.1), yoksullar ve işsizler (%14.3), gebe ve lohusalar (%9.9), yaşlılar (%9.3); hemşirelere göre ise, yoksullar ve işsizler (%25.9), 0-6 yaş grubu çocuklar (%29.3), toplumun tüm kesimi (%13.8) ve yaşlılar (%13.8) gelmektedir. Ebelerin %4.9'u ve hemşirelerin %15.5'i; toplumumuzda ruhsal bozukluklar açısından risk altında olan grupları bilmediklerini belirtmişlerdir. Ebelerin %35.7'si ve hemşirelerin %22.4'ü kendi çalıştıkları sağlık ocağı bölgesinde de ruhsal bozukluklar açısından en riskli grubun birinci sırada yine kadınlar olduğunu ifade etmişlerdir.

Ebeler risk gruplarını, ev ziyareti ve konuyla ilgili çalışma sonuçları (%38.5), gözlem yaparak (%29.7); hemşireler de gözlem yaparak (%31) ve bireylerin sağlık ocağına başvurularında belirttikleri sorunlara dayanarak (%13.8) tespit ettiklerini belirtmişlerdir.

Ebe ve hemşirelerin bu gruplara verdikleri hizmetlere bakıldığında, ebelerin danışmanlık (%20.3), sağlık eğitimi (%19.2), kendini ifade etmeyi sağlama (%14.3) ve risk gruplarını izleme (%6); hemşirelerin de kendini ifade etmeyi sağlama (%10.3), sağlık eğitimi (%6.9) ve risk gruplarını izleme (%1.7) olduğu görülmüştür.

Çizelge 4.5: Ebe ve Hemşirelerin Okul Öncesi Çocuğa Yönelik Koruyucu Ruh Sağlığı Eğitimi Verme Durumları ve Verilen Eğitim Konularının Dağılımı

	Ebe (n _A :182)		Hemşire (n _B :58)		Toplam (n:240)	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Sağlık Eğitimi Verme						
Evet	66	36.3	5	8.6	71	29.6
Hayır	116	63.7	53	91.4	169	70.4
Eğitim Konuları*						
Kardeş Kıskançlığı	25	37.8	-	-	25	35.2
Gelişim Dönem Özellikleri	24	36.3	1	20.0	25	35.2
Tuvalet Eğitimi	18	27.2	2	40.0	20	28.1
Çocuk Ruh Sağlığı	15	22.7	1	20.0	16	22.5
İletişim ve Çatışma	11	16.6	2	40.0	13	18.3
Oyun ve Sosyalleşme	10	15.1	2	40.0	11	15.5
Şiddet	5	7.5	-	-	5	7.4

* n katlanmıştır.

Ebe ve hemşirelerin okul öncesi çocuğa yönelik koruyucu ruh sağlığı eğitimi verme durumları ve verdikleri eğitim konularının dağılımı Çizelge 4.5'te görülmektedir. Ebelerin %36.3'ü ile hemşirelerin %8.6'sı bu gruba yönelik eğitim verdiğini belirtmiştir. Eğitim verdiğini belirten ebeler kardeş kıskançlığı (%37.8), gelişim dönem özellikleri (%36.3), tuvalet eğitimi (%27.2), çocuk ruh sağlığı (%22.7), iletişim ve çatışma (%16.6) konularında; hemşireler de tuvalet eğitimi (2 hemşire), iletişim ve çatışma (2 hemşire), oyun ve sosyalleşme (2 hemşire), gelişim dönem özellikleri (1 hemşire) ile çocuk ruh sağlığı (1 hemşire) konularında eğitim vermişlerdir.

Çizelge 4.6: Ebe ve Hemşirelerin Yetişkinlere Yönelik Koruyucu Ruh Sağlığı Eğitimi Verme Durumları ve Verilen Eğitim Konularının Dağılımı

Sağlık Eğitimi Verme	Ebe (n _A :182)		Hemşire (n _B :58)		Toplam (n:240)	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Evet	53	29.1	7	12.1	60	25.0
Hayır	129	70.9	51	87.9	180	75.0
Eğitim Konuları*						
İletişim ve Çatışma	29	54.7	3	42.8	30	60.0
Stres ve Başetme	15	28.3	-	-	15	25.0
Evlilik ve Ebeveynliğe Hazırlık	12	22.6	4	57.1	16	26.6
Menopoz Dönemine Özgü Ruhsal Değişimler	11	20.7	1	14.2	12	20.0
Ruh Sağlığını Koruma	9	16.9	2	28.5	11	18.3
Lohusalık Dönemine Özgü Ruhsal Değişimler	8	15.0	-	-	8	13.3
Madde Kullanımı ve Bağımlılığı	5	9.4	-	-	5	8.3

* n katlanmıştır.

Ebe ve hemşirelerin yetişkinlere yönelik koruyucu ruh sağlığı eğitimi verme durumları ve verdikleri eğitim konularının dağılımı Çizelge 4.7’de görülmektedir. Ebelerin %29.1’i ve hemşirelerin %12.1’i yetişkinlere koruyucu ruh sağlığı alanında eğitim vermektedir. Eğitim veren ebeler iletişim ve çatışma (%54.7), stres ve başetme (%28.3), evlilik ve ebeveynliğe hazırlık (%22.6), menopoz dönemine özgü ruhsal değişimler (%20.7) ve ruh sağlığını koruma (%16.9); hemşireler de, evlilik ve ebeveynliğe hazırlık (4 hemşire), iletişim ve çatışma (3 hemşire), ruh sağlığını koruma (2 hemşire) ve menopoz döneminde ruhsal değişimler (1 hemşire) konularında eğitim verdiklerini belirtmişlerdir.

Çizelge 4.7: Ebe ve Hemşirelerin Adölesana Yönelik Koruyucu Ruh Sağlığı Eğitimi Verme Durumları ve Verilen Eğitim Konularının Dağılımı

	Ebe (n _A :182)		Hemşire (n _B :58)		Toplam (n:240)	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Sağlık Eğitimi Verme						
Evet	43	23.6	5	8.6	48	20.0
Hayır	139	76.4	53	91.4	192	80.0
Eğitim Konuları*						
Gelişim Dönem Özellikleri	35	81.3	3	60.0	38	79.1
İletişim ve Çatışma	16	37.2	2	40.0	18	37.5
Evlilik ve Evliliğe Hazırlık	11	25.6	2	40.0	13	27.0
Şiddet	6	13.9	-	-	6	12.5
Madde Kullanımı ve Bağımlılığı	5	11.6	-	-	5	10.4
Adölesan Ruh Sağlığı	5	11.6	-	-	5	10.4
Stres ve Kriz	3	6.9	1	20.0	4	8.3

* n katlanmıştır.

Ebe ve hemşirelerin adölesanlara yönelik koruyucu ruh sağlığı eğitimi verme durumları ve verdikleri eğitim konularının dağılımları Çizelge 4.6'da yer almaktadır. Ebelerin %23.6'sının ve hemşirelerin %8.6'sının bu gruba, koruyucu ruh sağlığına yönelik eğitim verdiği saptanmıştır. Eğitim veren ebeler gelişim dönem özellikleri (%81.3), iletişim ve çatışma (%37.2), evlilik ve evliliğe hazırlık (%25.6), şiddet (%13.9); hemşireler de gelişim dönem özellikleri (3 hemşire), iletişim ve çatışma (2 hemşire), evlilik ve evliliğe hazırlık (2 hemşire) konularında eğitim verdiklerini belirtmişlerdir.

Çizelge 4.8: Ebe ve Hemşirelerin Okul Çağı Çocuğa Yönelik Koruyucu Ruh Sağlığı Eğitimi Verme Durumları ve Verilen Eğitim Konularının Dağılımı

	Ebe (n _A :182)		Hemşire (n _B :58)		Toplam (n:240)	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Sağlık Eğitimi Verme						
Evet	25	13.7	2	3.4	27	11.2
Hayır	157	86.3	56	96.6	213	88.8
Eğitim Konuları*						
Gelişim Dönem Özellikleri	9	36.0	1	50.0	10	37.0
Sosyalleşme ve Arkadaş İlişkileri	8	32.0	2	100.0	10	37.0
Çocuk Ruh Sağlığı	8	32.0	-	-	8	29.6
İletişim ve çatışma	4	16.0	-	-	4	14.8
Şiddet	2	8.0	-	-	2	7.4
Madde Kullanımı ve Bağımlılığı	2	8.0	-	-	2	7.4

* n katlanmıştır.

Çizelge 4.8’de ebe ve hemşirelerin okul çağı çocuğa yönelik koruyucu ruh sağlığı eğitimi verme durumları ve verdikleri eğitim konularının dağılımı görülmektedir. Ebelerin %13.7’si ve hemşirelerin %3.4’ü bu gruba eğitim verdiklerini belirtmişlerdir. Eğitim veren ebeler gelişim dönemi (%36), sosyalleşme ve arkadaş ilişkileri (%32), çocuk ruh sağlığı (%32), iletişim ve çatışma (%16); hemşireler sosyalleşme ve arkadaş ilişkileri (2 hemşire), gelişim dönem özellikleri (1 hemşire) konularında eğitim vermiştir.

Çizelge 4.9: Ebe ve Hemşirelerin Yaşlılara Yönelik Koruyucu Ruh Sağlığı Eğitimi Verme Durumları ve Verilen Eğitim Konularının Dağılımı

	Ebe (n _A :182)		Hemşire (n _B :58)		Toplam (n:240)	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Sağlık Eğitimi Verme						
Evet	28	15.4	3	5.2	31	12.9
Hayır	154	84.6	55	94.8	209	87.1
Eğitim Konuları*						
Yalnızlık	13	46.4	-	-	13	41.9
Ölüm	10	35.7	2	66.6	12	38.7
İletişim ve Çatışma	10	35.7	-	-	10	32.2
Ruh Sağlığını Koruma	9	32.1	2	66.6	11	35.5
Dönem Özellikleri	5	17.8	-	-	5	16.1

* n katlanmıştır.

Çizelge 4.9’da ebe ve hemşirelerin yaşlılara koruyucu ruh sağlığı eğitimi verme durumları ve verdikleri eğitim konularının dağılımı görülmektedir. Yaşlılara yönelik koruyucu ruh sağlığı eğitimi veren ebeler %15.4, hemşireler %5.2’dir. Ebeler yalnızlık (%46.4), ölüm (%35.7), iletişim ve çatışma (%35.7), ruh sağlığını koruma (%32.1); hemşireler de ölüm (2 hemşire), ruh sağlığını koruma (2 hemşire) konularında eğitim verdiklerini ifade etmişlerdir.

Çizelge 4.10: Kadınların Ruhsal Bozukluk Açısından Riskli Grup Olduğunu Belirten Ebe ve Hemşirelerin Nedenlerinin Dağılımı

Risk Altında Olma Nedenleri*	Ebe (n_A:65)		Hemşire (n_B:13)		Toplam (n:78)	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Düşük Sosyoekonomik Durum	42	64.6	8	61.5	50	64.1
Eğitimsizlik ve Bilinçsizlik	38	58.5	5	38.5	43	55.1
Kadına Yönelik Baskı ve Şiddet	30	46.1	11	84.5	41	52.5
Gebelik ve Doğumla İlgili Sorunlar	13	20.0	-	-	13	16.6
Kültürel Yapı	5	7.7	5	38.5	10	12.8
Bilmiyorum	4	6.1	-	-	4	5.1

* n katlanmıştır.

Kadınların ruhsal bozukluk açısından riskli grup olduğunu belirten ebe ve hemşirelerin nedenlerinin dağılımı Çizelge 4.10'da gösterilmiştir. Kadınların ruhsal bozukluklar açısından risk altında olma nedenlerini ebeler düşük sosyoekonomik durum (%64.6), eğitimsizlik ve bilinçsizlik (%58.5), kadına yönelik baskı ve şiddet olması (%46.1), gebelik ve doğumla ilgili sorunlar (%20), kültürel yapı (%7.7); hemşireler de kadına yönelik baskı ve şiddet olması (%84.5), düşük sosyoekonomik durum (%61.5), eğitimsizlik ve bilinçsizlik (%38.5), kültürel yapı (%38.5) olarak belirtmişlerdir.

Çizelge 4.11: Ebe ve Hemşirelerin Kadınlarda Görülebilecek Ruhsal Bozuklukların Belirtilerini Tanıma Düzeyleri

Ruhsal Bozukluklar	Tanıyor				Kısmen Tanıyor				Tanımiyor			
	Ebe (n _A :182)		Hemşire (n _B :58)		Ebe (n _A :182)		Hemşire (n _B :58)		Ebe (n _A :182)		Hemşire (n _B :58)	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Demans	112	61.5	41	70.7	9	4.9	1	1.7	61	33.5	16	27.6
Postpartum Depresyon	113	62.1	34	58.6	26	14.3	5	8.6	43	23.6	19	32.8
Depresyon	94	51.6	30	51.7	55	30.2	13	22.4	33	18.1	15	25.9
OKB	78	42.9	29	50.0	41	22.5	8	13.8	63	34.6	21	36.2
Panik Atak	63	34.6	18	31.0	41	22.5	10	17.2	78	42.9	30	51.7
Hipokondriazis	47	25.8	16	27.6	42	23.1	9	15.5	93	51.1	33	56.9

Çizelge 4.11’de ebe ve hemşirelerin kadınlarda görülebilecek ruhsal bozuklukların belirtilerini tanıma düzeylerinin dağılımı görülmektedir. Ebe ve hemşirelerin kadınlarda sık görülen ruhsal bozukluklardan demans (ebe %61.5, hemşire %70.7’si), postpartum depresyon (ebe %62.1, hemşire %58.6), depresyon (ebe %51.6, hemşire %51.7) ve OKB belirtilerini (ebe %42.9, hemşire %50) tanıyabildikleri saptanmıştır. Ayrıca ebe ve hemşirelerin panik atak (ebe %42.9, hemşire %51.7) ve hipokondriazis belirtilerini (ebe %51.1, hemşire %56.9) tanıyamadıkları belirlenmiştir.

Çizelge 4.12: Ebe ve Hemşirelerin Kadınlarda Görülebilecek Ruhsal Bozuklukların Belirtilerine Yönelik Önerilerinin Dağılımı

Önerileri*	Uygun				Uygun Değil			
	Ebe (n _A :182)		Hemşire (n _B :58)		Ebe (n _A :182)		Hemşire (n _B :58)	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Depresyon	136	91.2	33	76.7	13	8.8	10	23.3
Panik Atak	94	90.3	22	78.5	10	9.7	6	12.2
Demans	109	98.3	19	76.0	12	13.5	6	24.0
Hipokondriazis	77	86.5	37	88.0	12	1.7	5	11.0
OKB	87	73.1	26	70.2	32	26.9	11	29.8
Postpartum Depresyon	102	73.3	21	53.8	37	26.7	18	46.2

* Ruhsal Bozuklukların belirtilerini tanıyan ve kısmen tanıyanların önerileri.

Kadınlarda sık görülen ruhsal bozuklukların tanıyan ve kısmen tanıyan ebe ve hemşirelerin kadınlarda görülebilecek ruhsal bozukluk belirtilerine yönelik önerilerinin dağılımı Çizelge 4.12’de gösterilmiştir. Kadınlarda sık görülen ruhsal bozuklukları tanıyan ve kısmen tanıyan ebe ve hemşirelerin bu bozuklukların belirtilerine yönelik önerilerine baktığımızda; depresyon (ebelerin %91.2’si ve hemşirelerin %76.7’si); panik atak (ebelerin %90.3’ü ve hemşirelerin %78.5’i); demans (ebelerin %98.3’ü ve hemşirelerin %88’i); hipokondriazis (ebelerin %86.5’i ve hemşirelerin %76’sı); OKB (ebelerin %73.1’i ve hemşirelerin %70.2’i) ve postpartum depresyon belirtilerini (ebelerin %73.3’ü ve hemşirelerin %53.8’i) uygun önerilerde (ruhsal bozukluk belirtileri hakkında eğitim vererek hekime yönlendirme) bulunmuştur. Uygun öneride bulunanların bu öneriyi yapma nedenleri ise; erken tanı ve tedaviyi sağlamak olarak saptanmıştır.

Değişkenler Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi

Ebelerin eğitim düzeyi ile demansı tanıma arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p=0,045$). Buna göre önlisans-lisans mezunu olup demansı tanıyanlar arasındaki farklılık anlamlıdır ($p=0,013$). Ebe ve hemşirelerin eğitim düzeyi ile dönemlere özgü koruyucu ruh sağlığı eğitimi verme ve kadınlarda sık görülen diğer ruhsal bozuklukları tanıma düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$). Ebe ve hemşirelerin çalışma süresi, sağlık ocağında çalışmayı isteme durumu ile dönemlere özgü koruyucu ruh sağlığı eğitimi verme ve kadınlarda sık görülen ruhsal bozuklukları tanıma düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p>0.05$). Ebelerin hizmet içi eğitim alma durumları ile koruyucu ruh sağlığına yönelik görevleri olduğunu düşünceleri arasındaki ilişki anlamlı bulunmuştur ($p=0.005$). Buna göre hizmet içi eğitim alma ile koruyucu ruh sağlığına yönelik görevleri olduğunu düşünme arasındaki farklılık anlamlıdır ($p=0.006$). Hemşirelerin hizmet içi eğitim alma durumları ile koruyucu ruh sağlığına yönelik görevleri olduğunu düşünceleri arasındaki ilişki anlamsızdır ($p>0.05$).

Ebelerin koruyucu ruh sağlığına yönelik hizmet içi eğitim almış olmaları ile yetişkinlere koruyucu ruh sağlığı eğitimi verme arasında anlamlı bir ilişki vardır ($p=0.020$). Koruyucu ruh sağlığına yönelik hizmet içi eğitim alıp yetişkinlere (20-65 yaş) bu alanda eğitim ve danışmanlık yapmak arasındaki farklılık anlamlıdır ($p=0.003$). Hemşirelerin hizmet içi eğitimi alma durumları ile dönemlere özgü koruyucu ruh sağlığı eğitimi verme ve kadınlarda sık görülen diğer ruhsal bozuklukları tanıma düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0.05$).

Ebelerin koruyucu ruh sağlığına yönelik görevlerinin olduğunu düşünme durumları ile okul öncesi, okul çağı çocuğa, adolesana, yetişkine ve yaşlıya eğitim vermeleri arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p<0.05$). Buna göre koruyucu ruh sağlığına yönelik görevleri olduğunu düşünen ebelerin dönemlere özgü koruyucu ruh sağlığı eğitimi verme arasında anlamlı bir farklılık vardır ($p<0.05$). Yine ebelerin koruyucu ruh sağlığına yönelik görevlerinin olduğunu düşünme durumları ile OKB, postpartum depresyon, hipokondriazisi tanıma düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0.05$).

Hemşirelerin koruyucu ruh sağlığına yönelik görevlerinin olduğunu düşünme durumları ile dönemlere özgü koruyucu ruh sağlığı eğitimi vermeleri ve ruhsal bozuklukları tanıma düzeyleri arasında anlamlı bir ilişkiye rastlanmamıştır ($p>0.05$).

Ebelerin risk gruplarına hizmet verme durumu ile okul öncesi çocukluk, okul çağı çocukluk, adölesan, yetişkinlik ve yaşlılık dönemlerine eğitim verme durumları arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0.05$). Buna göre risk gruplarına hizmet veren ebelerin dönemlere özgü koruyucu ruh sağlığı eğitimi verme arasındaki farklılık anlamlıdır ($p<0.05$). Ebelerin risk gruplarına hizmet verme durumu ile ruhsal bozuklukları tanıma düzeyleri arasında anlamlı bir ilişkiye rastlanmamıştır ($p>0.05$). Hemşirelerin risk gruplarına hizmet verme durumu ile dönemlere özgü koruyucu ruh sağlığı eğitimi vermeleri ve ruhsal bozuklukları tanıma düzeyleri arasında anlamlı bir ilişkiye rastlanmamıştır ($p>0.05$).

5. TARTIŞMA

Bu bölümde, sağlık ocaklarında çalışan ebe ve hemşirelerin koruyucu ruh sağlığı alanında verdikleri hizmetler ve kadınlarda sık görülen ruhsal bozuklukları tanıma düzeylerine yönelik bulgular tartışılacaktır.

BÖLÜM I

Birinci bölümde ebe ve hemşirelerin sağlık ocağı çalışmaları ile ilgili bazı özellikleri ve gelişim dönemlerine göre koruyucu ruh sağlığına yönelik verdikleri hizmetler ele alınmıştır.

Ebelerin (%57.7) ve hemşirelerin (%69) yarısından fazlası sağlık ocağında isteyerek çalıştıklarını ifade etmişlerdir. Sağlık ocaklarında nöbet tutulmaması bu istekliliği artırıyor olabilir. Ebelerin yarısından fazlası (%56) sağlık ocağında çalışan ebe sayısını yeterli görmekte; yarısından fazlası (%63.2) çalışma temposunu yoğun bulmakta, %69.8'i sağlık ocağında çalışmaktan memnun olduklarını ifade etmektedir. Hemşirelerin yarısından azı (%43.1) sağlık ocağında çalışan hemşire sayısını yeterli görmekte; yarısından fazlası (%55.2) çalışma temposunu yoğun bulmakta, yarısından fazlası (%65.5) sağlık ocağında çalışmaktan memnun olduklarını belirtmektedir (Çizelge 4.1). Sağlık ocaklarının hem tedavi edici hem de koruyucu hizmet veren kurumlar olmasından dolayı ebe ve hemşireler yoğun çalıştıklarını belirtmiş olabilir. Özellikle ev ziyaretleri yapılması, personel sayısının yetersiz olması, genel olarak sağlık ocağı bölgesinde ebe/hemşire başına düşen nüfusun fazla olması ve sağlık ocaklarında tedavi hizmetine ağırlık verilmeye başlanması bu yoğunluğu artırıyor olabilir. Kettaş'ın yaptığı çalışmada (2004), ebe ve hemşirelerin nöbet olmadığı için sağlık ocağında çalışmayı istedikleri, yaptıkları işten doyum alamadıkları ve ev ziyaretlerini sevmedikleri için sağlık ocağında çalışmaktan memnun olmadıkları belirlenmiştir (101).

Sağlık ocağında çalışan ebelerin %63.2'si, hemşirelerin ise %72.4'ü koruyucu ruh sağlığına yönelik görevleri olduğunu düşünmektedir. Koruyucu ruh sağlığına yönelik görevleri olduğunu düşünen ebe/hemşirelerin belirttikleri görevlere bakıldığında bunların en fazla danışmanlık, psikolojik destek ve eğitim-iletişim olduğu

görülmektedir (Çizelge 4.3). Yapılan bir çalışmada, ebe ve hemşirelerin sağlık ocağındaki görevlerine ilişkin verdikleri cevaplarda en fazla ana-çocuk sağlığı ile ilgili görevleri belirttikleri, doğrudan koruyucu ruh sağlığına yönelik görev belirtmedikleri saptanmıştır (101). Mersin’de yapılan bir değerlendirme çalışmasında ebelerin koruyucu sağlık hizmetleri kapsamında en fazla başışıklama, bebek, gebe ve lohusa izlemi yaptıkları, bu izlemlerin de 2004 yılından sonra sağlık sistemindeki değişimler nedeniyle sayıca azaldığı ortaya konmuştur. Aynı çalışmada verilen koruyucu sağlık hizmetleri içerisinde ruh sağlığına yönelik hizmetlerin olmadığı belirlenmiştir (102). Çalışmamızda ebe ve hemşirelerin yarıdan fazlasının koruyucu ruh sağlığı alanında görevlerinin olduğunu belirtmeleri sevindiricidir. Bu konuda görevlerinin olmadığını belirten ebe ve hemşirelerin ise bu görevlerinin farkında olmadıklarını, bu alandaki görevlerine yeterince zaman ayıramadıklarını ya da fiziksel sorunlarla uğraşmanın daha somut olması nedeniyle tercih ettiklerini düşündürmektedir. Mersin Sağlık Müdürlüğü Ruh Sağlığı Şubesi 2005 yılı verilerine göre; intiharı önleme (79 ebe, 58 hemşire), ruh sağlığı (58 ebe, 28 hemşire), sigara ve alkol ile ilgili eğitimler (110 ebe, 48 hemşire), çocuk psikolojisi (17 ebe, 2 hemşire), ruhsal bozukluklara neden olan faktörler (6 ebe, 5 hemşire), depresyon (58 ebe, 19 hemşire), şizofreni (15 ebe, 7 hemşire), davranış bozukluğu (11 ebe, 2 hemşirelik), hasta sağlıkçı iletişimi (1 ebe 2 hemşire), ergenlik problemleri (2 hemşire), kişilik bozukluğu (10 ebe, 2 hemşire), obsesif bozukluk (10 ebe, 4 hemşirelik) konularında sağlık ocaklarında çalışan ebe ve hemşirelere hizmet içi eğitim verildiği görülmektedir (103). Çalışmamızda, ebelerin 17’si (%9.3) ve hemşirelerin yalnızca 3’ü (%5.2) koruyucu ruh sağlığına yönelik hizmet içi eğitim aldığını belirtmiştir. Bu sayı oldukça düşük bulunmuştur.

Hizmet içi eğitim aldığını ifade eden ebe ve hemşirelerin aldığı hizmet içi eğitim konularına bakıldığında; ebelerin ruhsal hastalıklar (7 ebe), 0-6 yaş çocuk ruh sağlığı ve gelişimi (6 ebe), stres ve baş etme (3 ebe), iletişim (3 ebe), adölesan ruh sağlığı ve gelişimi (3 ebe), şiddet (2 ebe), intihar (1 ebe) konularında eğitim aldıkları görülmüştür. Hemşireler de, iletişim (2 hemşire), 0-6 yaş çocuk ruh sağlığı ve gelişimi (1 hemşire), stres ve baş etme (1 hemşire), madde kullanımı ve bağımlılık (1 hemşire), intihar (1 hemşire) konularında hizmet içi eğitim aldıklarını belirtmişlerdir (Çizelge 4.2). Çalışmamıza göre hizmet içi eğitim almanın ebelerin yetişkinlere yönelik koruyucu ruh sağlığı eğitimi vermeyi etkilediği saptanmıştır ($p=0.003$). Hemşirelerin hizmet içi eğitim

alma durumu ile gelişim dönemlerine göre koruyucu ruh sağlığı eğitimi verme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkiye rastlanmamıştır ($p>0.05$). Sağlık ocaklarında ruh sağlığı eğitiminin etkililiğini inceleyen bir çalışmada, ruh sağlığına yönelik eğitim almanın ebe ve hemşirelerin iş doyumlarına ve kendi ruhsal durumlarına olumlu yansıdığı ve iletişim becerilerini arttırdığı görülmüştür. Ayrıca ruh sağlığı eğitimi sonrası bilgi puan ortalamalarının, olumlu tutum geliştirmenin yüksek olduğu gözlenmiştir (104). Bu sonuçlara dayanarak ebelerin saha çalışmalarında en fazla yetişkinlerle çalışmaları ve hizmet içi eğitim konularının daha çok yetişkinleri kapsamaması bu anlamlılığın nedeni olarak düşünülebilir.

Çalışmamızda ebe ve hemşirelere göre toplumumuzda ve çalıştıkları sağlık ocağı bölgesinde ruhsal bozukluklar açısından en riskli grupların başında kadınlar gelmektedir (Çizelge 4.4). Ebe ve hemşireler kadınların ruhsal bozukluklar açısından risk altında olma nedenlerini düşük sosyoekonomik durum (%64.1), eğitimsizlik ve bilinçsizlik (%55.1), kadına yönelik baskı ve şiddet (%52.5), kültürel yapı (%12.8) olarak belirtmişlerdir (Çizelge 4.10). Ayrıca ebelerin %20'si gebelik ve doğumla ilgili sorunların da kadın ruh sağlığını etkilediğini belirtmiştir. Ebe ve hemşirelerin kadınları risk grubu yapan nedenleri tanımları oldukça önemlidir. Ebe ve hemşirelerin belirttiği gibi kadınlar yoksulluk, şiddet, töre cinayetleri, cinsiyet ayrımcılığı, eğitimsizlik, çok ve sık gebelik, aşırı rol yüklenmesi, destek azlığı vb nedenlerden dolayı ruhsal bozukluklar açısından risk altındadır (34, 35, 36, 38, 39, 40). Çalışmamıza göre ebe ve hemşirelerin, kadınların ruhsal bozukluklar açısından en riskli grupların başında geldiklerinin ve kadınların risk altında olma nedenlerinin farkında olduklarını söyleyebiliriz. Bu durum, ebe ve hemşirelerin kadınlarla daha fazla beraber olmasından kaynaklanıyor olabilir. Ebe ve hemşirelerin kadınları ruhsal bozukluklar açısından en riskli grup olarak görmeleri, dolayısıyla risk faktörlerinin ortadan kaldırılmasına yönelik ekip ve kurumlararası işbirliği çalışmalarına ağırlık vermeyi gerektirir ki bu da, onları ilgili konularda eğitmeyi, kadınlarda ve dolayısıyla çocuklarda ve tüm toplumda olası sorunların önlenmesini kolaylaştıracaktır diyebiliriz.

Okul öncesi çocuğa (0-6 yaş) yönelik koruyucu ruh sağlığı eğitimi verme durumuna bakıldığında, ebelerin %36.3'ü ile hemşirelerin %8.6'sı bu gruba eğitim verdiklerini belirtmiştir. Ebe ve hemşirelerin gelişim dönemlerine göre koruyucu ruh sağlığı alanında en fazla eğitim verdiklerini ifade ettikleri grubun okul öncesi çocuklar

olduğu görülmüştür. Ebe ve hemşirelerin davranış ve duygusal gelişimin temellerinin atıldığı bu döneme koruyucu ruh sağlığı eğitimi vermeleri olumlu bulunmuştur. Bu gelişim dönemine verilen eğitim konularının: gelişim dönem özellikleri (%35.2), tuvalet eğitimi (%28.1), çocuk ruh sağlığı (%22.5), iletişim ve çatışma (%18.3), oyun ve sosyalleşme (%15.5) olduğu görülmüştür. Ebeler ayrıca kardeş kıskançlığı (%37.8) ve şiddet (%7.5) konularında eğitim vermiştir (Çizelge 4.5). Bir çalışmada, ebelerin 1-6 yaş grubu çocuklara yapılan ev ziyaretleri sırasında boy-kilo ölçümü, aşılama işlemleri yaptığı; beslenme, bağışıklama, genel hijyen konularında eğitim verdiği belirlenmiştir (101). Bu döneme verilen eğitim konuları arasında ruh sağlığına yönelik eğitim konularının olmadığı görülmektedir. Türkkkan'ın, sağlık ocaklarında poliklinik hizmetleri ile ebe izlemlerinin değerlendirilmesi çalışmasında (2002), sağlık ocaklarında poliklinik hizmetlerine ağırlık verilmeye başlanması nedeniyle ebelerin yaptıkları bebek izlemlerinin %7.4, çocuk izlemlerinin ise %9 oranında azaldığı bulunmuştur (105). Çalışmamızda ebe ve hemşirelerin 0-6 yaş dönemi çocuklara koruyucu ruh sağlığına yönelik eğitim verme oranlarının düşük olduğunu söyleyebiliriz. Ayrıca poliklinik hizmetlerine ağırlık verilmesi ile koruyucu hizmetlere ayrılan zamanın azaldığı dolayısı ile zaten yetersiz olan koruyucu ruh sağlığı hizmetlerinin de yerine getirilmesinin engellendiği düşünülmektedir. Literatürde bu dönemde çocuğun fiziksel, zihinsel, duygusal, sosyal gelişimlerinin temellerinin atıldığı ve temel güven-güvensizlik duygusunun (0-1 yaş) oluştuğu belirtilmektedir (57, 58, 106). Bebek güvenliği, emzirme, duygusal uyarı (masaj-dokunma, renkler ve oyun ile görsel uyarı; müzik ve sözel iletişim ile işitsel uyarı sağlama), dönem özellikleri ve meydana gelebilecek değişimler, ruhsal bozukluklar (enürezis, enkoprezis, otizm, dikkat eksikliği ve hiperaktivite, saldırganlık, yeme bozuklukları, kekemelik, tik bozuklukları, parmak emme vb), ödül-ceza, tuvalet eğitimi, olgunlaşma, toplumsallaşma, oyun ve oyuncaklar, iletişim ve ailenin çocuğa yaklaşımı (çocuğun korkutulmaması, birey olarak kabul edilmesi vb), kardeş kıskançlığı, cinsel eğitim hem çocuğa (2-6 yaş) hem aileye verilmesi gereken eğitim konularıdır (58, 107, 108, 109, 110, 111, 112, 113). İngiltere'de etkili ev ziyaretleri programıyla hem çocuk hem de ebeveynlerin (postpartum dönemde, çocuk bakımında) desteklendiği bir projede, davranışsal ve uyku bozuklukları, kazalar, büyüme ve gelişme, çocuğun disipline edilmesi, ebeveyn becerileri eğitimi ile ebeveynlerin çocuklarını sosyal ve duygusal alanlarda

desteklemeleri sağlanmış ve çocuklarda olumlu gelişim gözlenmiştir (114). Çalışmamızda, ebe ve hemşirelerin 0-6 yaş grubu çocuklara yönelik koruyucu ruh sağlığı ile ilgili literatürde belirtilen eğitim konularından bazılarını söylemediklerini görmekteyiz. Bunun nedeni olarak da eğitim müfredatlarında çocuk ruh sağlığına yeterli yer verilmediği, sağlık ocaklarında önceliğin poliklinik hizmetleri, bağışıklama, bebek ve gebe izlemi vb konuların, çalışan personel tarafından daha öncelikli kabul edildiği ve koruyucu ruh sağlığı ile ilgili konuların daha geri plana atıldığı düşünülebilir.

Ebelerin %29.1'i ve hemşirelerin %12.1'i yetişkinlere koruyucu ruh sağlığı alanında eğitim vermektedir. Bu grup ebe ve hemşirelerin koruyucu ruh sağlığına yönelik eğitim verdiklerini ifade ettikleri gruplar arasında ikinci sırada yer almaktadır. Ebe ve hemşireler iletişim ve çatışma (%60), evlilik ve ebeveynliğe hazırlık (%26.6), menopoz dönemine özgü ruhsal değişimler (%20) ve ruh sağlığını koruma (%18.3) konularında eğitim verdiklerini belirtmişlerdir. Ebeler hemşirelerden farklı olarak stres ve başatma (%28.3), Lohusalık dönemine özgü ruhsal değişimler (%15), madde kullanımı ve bağımlılığı (%9.4) konularında eğitim verdiklerini ifade etmişlerdir (Çizelge 4.6). Bu dönemde kişiler aile, evlilik, iş yaşamında birçok yaşam stresi (işsizlik, şiddet vb) ile karşı karşıya kalmaktadır. Bu streslerle başedilemediği zaman depresyon, anksiyete bozuklukları, şizofreni, madde kullanımı vb bozukluklar ortaya çıkmaktadır (41, 61, 115). Literatüre göre yaşam stresleri ve etkilerinin azaltılması için dönem özellikleri ve görülebilecek değişimler, stres, kriz ve öfke ile baş etme, uyku hijyeni, atılganlık (assertiveness), şiddet, iletişim, evlilik, cinsel eğitim, ebeveyn olma, çocuk bakımı, gebelik, menopoz ve andropoz dönemlerinde karşılaşılabilecek durumlar ve bunlarla başatma, ruhsal hastalıklar, boş yuva sendromu vb konularda eğitim verilmesi gerekmektedir (109, 115, 116). Yetişkinlik çağı içerisinde gebelik ve doğum sonrası dönemde meydana gelebilecek psikolojik değişimler mevcuttur (117, 118). Yapılan çalışmalar gebelik esnasında depresyon, stres ve anksiyete bulgularının sık olduğunu göstermektedir (119, 120, 121). Literatürde doğum öncesi ve sonrası bakım hizmetleri içerisinde daha çok bebek bakımı, doğum yöntemi vb konuların öncelikli olduğu, koruyucu ruh sağlığı ve başatma yollarının ele alınmadığı görülmektedir (122, 123, 124, 125). Başkurt ve ark. ebelerin bu dönemde holistik yaklaşımda bulunması gerektiğini vurgulamaktadır. Ayrıca ruhsal değişikliklerin ve bunlarla baş etme yollarının ebe tarafından bilinmesi ve bunların aileye olumlu iletişim ile anlatılması gerekliliğini

belirtmektedir (126). Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Yönergede ebe ve hemşirelerin görevleri arasında gebe, lohusa, 15-49 yaş kadın izlemi, işçi sağlığı, sağlık eğitimi görevleri bulunmaktadır (19). Bu görevlerinin yeri açıkça belirtilmiş olmasına rağmen, sağlık ocağında poliklinik hizmetleri ve ev ziyaretlerinde en fazla yetişkinlerle beraber olan ebe ve hemşirelerin, koruyucu ruh sağlığı alanında eğitim verme oranının, çalışmamızda düşük olduğu görülmüştür. Ancak eğitim konularının literatür doğrultusunda olması olumludur. Ülkemizde ana-çocuk sağlığı hizmetlerinin sağlık hizmetleri içindeki yeri ve öneminin halen daha öncelikli olmasının koruyucu ruh sağlığına yönelik hizmetlere daha az zaman ayrılmasına neden olduğunu düşündürmektedir. Ayrıca çalışmamızda hizmet içi eğitim alma durumu ile bu döneme koruyucu ruh sağlığı eğitimi verme arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p=0.020$). Buna göre ruh sağlığına yönelik hizmet içi eğitim alma ile yetişkinlere koruyucu ruh sağlığı alanında eğitim verme arasındaki farklılık anlamlıdır ($p=0.003$). Hizmet içi eğitim konularına baktığımızda eğitim konularının yetişkinlere yönelik olduğunu görmekteyiz. Buna göre hizmet içi eğitim almanın ebelerin bu konuda eğitim verme bilincini ve bu gruba koruyucu ruh sağlığı hizmeti verme durumunu attırdığını söyleyebiliriz.

Adölesanlara (12-20 yaş) yönelik koruyucu ruh sağlığı eğitimi verme durumu ve verilen eğitim konuları incelendiğinde; ebelerin %23.6'sının ve hemşirelerin %8.6'sının eğitim verdiği saptanmıştır. Kimlik karmaşasının, duygusal bocalamaların yoğun yaşandığı bir dönem olduğu göz önüne alındığında, ebe ve hemşirelerin bu döneme verilen koruyucu ruh sağlığı eğitimlerinin yetersiz olduğunu söyleyebiliriz. Yetersiz olsa da ebe ve hemşireler tarafından verilen eğitim konularının dönem özelliklerine uygun konular olduğunu görmekteyiz (gelişim dönem özellikleri (%79.1), iletişim ve çatışma (%37.5), evlilik ve evliliğe hazırlık (%27), stres ve kriz (%8.3) konularında eğitim verdiklerini belirtmişlerdir. Ayrıca ebeler şiddet (%13.9), madde kullanımı ve bağımlılık (%11.6), adölesan ruh sağlığı (%11.6)) konularında da eğitim vermişlerdir (Çizelge 4.7). Bu dönemde sağlık hizmeti kapsamında bilgilendirme ve danışmanlık hizmetleri, sağlık sorunlarının taranması, tanısı, tedavisi ve gerektiği durumlarda sevk edilmesi yer almalıdır. Fiziksel büyüme ve gelişim, psikososyal gelişim (bağımsızlık, beden imajı, akran ilişkileri, kişilik gelişimi, cinsellik), sağlık sorunları, yeme alışkanlıkları, kaza ve şiddete ilişkin sorunlar ile sigara, alkol ve uyuşturucu madde

kullanımı, yetişkinliğe hazırlık, iletişim vb konular özellikle ele alınmalıdır (57, 58, 59, 60, 108, 109, 127). T.C. Milli Eğitim Bakanlığı'nca "Önce Çocuklar" projesi kapsamında gerçekleştirilen "7-19 yaş Etkili Ana-Baba Çalıştayı"nda aile ve çocukların iletişim, dönem özellikleri konusunda sıkıntılar yaşadıkları belirlenmiştir, Sağlık Bakanlığı gerekli konularda aile ve ergenleri eğitimlerle destekleyeceğini belirtmiştir (128). Çalışmamızda adölesan gruba eğitim verdiğini belirten ebe ve hemşire sayısı az olmakla birlikte bu eğitim konularının kısmen verildiği görülmektedir. Ulusal Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Politikaları I. Çalıştay Raporları'nda belirtildiğine göre; çocuk ve ergen ruh sağlığı alanında verilen hizmetin hedef kitlesi çocuk ve ergenler, aileler ve toplum, eğitim kurumları ve eğiticiler, sivil toplum kurumları, devlet kurumları ve risk altındaki çocuklardır. Aynı çalıştayda risk altındaki çocukların azaltılması amacıyla riske yönelik eğitim verilmesinin, ailenin desteklenmesinin önemi ve risk altında olan ergenlere nitelik ve nicelik olarak yeterince hizmet verilemediği, bu alanda çalışan personel sayısının az olduğu bildirilmektedir. Bu sorunların ortadan kaldırılmasına yönelik olarakta, hizmet içi eğitim programlarının geliştirilmesi, personel sayısının ve bu alandaki araştırmaların artırılması önerilmektedir (129). Lasey birinci basamakta çocuk ve ergen ruh sağlığı çalışanlarının rolleriyle ilgili araştırmasında (1999), birinci basamakta çocuk ve ergenle ilgili rolleri (hastalığı önleme, sağlık kalitesini yükseltme) en iyi yerine getiren ekip üyesinin hemşireler (%40) olduğunu saptamıştır (130). Çalışmamızda ergenlere koruyucu ruh sağlığı alanında eğitim veren ebe (%23.6) ve hemşire (%8.6) sayısının oldukça az olduğu görülmüştür. Bu durumun ev ziyaretlerinde adölesanlarla karşılaşılmasından kaynaklandığı düşünülebilir.

Ebe ve hemşirelerin okul çağı çocuğuna (6-12 yaş) yönelik koruyucu ruh sağlığı eğitimi verme durumu ile verdikleri eğitim konularının dağılımı incelendiğinde, ebelerin %13.7'si ve hemşirelerin %3.4'ü bu gruba eğitim verdiklerini belirtmişlerdir. Ebe ve hemşirelerin en az bu gruba koruyucu ruh sağlığı eğitimi verdiği dikkat çekmektedir. Verdikleri eğitim konularına bakıldığında; gelişim dönem özellikleri (%37), sosyalleşme ve arkadaş ilişkileri (%37) olduğu görülmektedir. Ebeler çocuk ruh sağlığı (%32), iletişim ve çatışma (%16) konularında da eğitim vermiştir (Çizelge 4.8). Manisa'da okul çağı çocuklarının sağlık risk davranışlarının belirlenmesi konulu araştırmada, sağlık açısından riskli davranışların sık görüldüğü ve okullarda sağlık eğitimi ve rehberlik programları ile riskli davranışlardan korunma ve danışmanlık

hizmetlerine ağırlık verilmesi gerektiği saptanmıştır (131). Okul sağlığı ile ilgili Özmen Çetinkaya'nın yaptığı çalışmada bedensel sorunların yanı sıra öğrencilerin %79.2'sinde ruhsal problem (tik, kekemelik, tırnak yeme, korku, kaygı/üzüntü, öfke, uyku sorunları, enürezis) saptanmıştır (132). Tekirdağ'da yapılan bir çalışmada okul içerisinde öğrencilerin kaza, temizlik, bulaşıcı hastalık, çevre sağlığı vb konularda değerlendirildikleri ve sağlık ocaklarının tarama hizmetlerini yetersiz yaptığı, ayrıca ele alınan konular içerisinde koruyucu ruh sağlığına yer verilmediği saptanmıştır (133). Walker (1999), ruh sağlığına yönelik konularda eğitim alan ailelerin ve çocukların ruhsal sağlıklarının daha iyi olduğunu, tedavi sürecinde daha iyi sonuçlar alındığını, ekip üyelerinin desteğiyle çözümlenemeyen problemlerin üstesinden gelinildiğini, aile ve çocuğun ihtiyaçlarını karşılayabildiğini ortaya koymuştur (134). Bu eğitimleri alan ebeveynlerin etkili ebeveyn rollerini yerine getirmeleriyle çocuk ve gençlerin geleceklerini en iyi şekilde garanti altına aldığı, sosyal ve duygusal gelişimlerinde dönüm noktası olduğu görülmüştür (135). Ayrıca sağlık hizmetlerinin yürütülmesi hakkında yönergede sağlık ocaklarının görevleri arasında okul sağlığı hizmetleri yer almaktadır. Bu hizmetlerin yürütülmesinden de sağlık ocağında çalışan tüm personel sorumludur. Yine aynı yönergede ebe ve hemşirelerin görevleri arasında okul sağlığı hizmetleri bulunmaktadır (19). Çocuk ruh sağlığının geliştirilmesi ve korunması ile ilgili eğitimlerin okul işbirliği içinde aile ve çocuğa verilmesi, sorunların erken dönemde ele alınması, erken tedavi için sağlık kuruluşuna yönlendirilmesi ev ziyaretleri yoluyla aile bireyleri ile daha yoğun iletişim içinde olan ebe ve hemşirelere düşmektedir (136, 137). Yönergede var olan fakat yaygın olarak uygulamada olmayan okul sağlığı çalışmalarının yaygınlaştırılması gerekmektedir. Çalışmamızda ebelerin %86.3'ünün ve hemşirelerin %96.6'sının koruyucu ruh sağlığı alanında okul çağı çocuğa yönelik eğitim vermedikleri düşünülürse bu oranın çok yüksek olduğunu söyleyebiliriz. Bunun nedenlerinin okul sağlığı hizmetlerinin yetersiz olması, yapılan okul sağlığı taramalarının fiziksel sağlığa yönelik olması ve bu grup çocuklarla ev ziyaretlerinde daha az karşılaşılması olduğu düşünülebilir.

Yaşlılara yönelik koruyucu ruh sağlığı eğitimi veren ebeler %15.4, hemşireler %5.2'dir. Ebe ve hemşirelerin gelişim dönemlerine göre koruyucu ruh sağlığı hizmeti verme durumlarına bakıldığında bu grubun da en az çalışılan gruplardan biri olduğu saptanmıştır ve yaşlılık sorunları göz önüne alındığında bu gruba eğitim verme

düzeının çok az olduğu düşünölmektedir. Ebe ve hemşireler ölüm (%38.7), ruh sağlığını koruma (%35.5) konularında eğitim verdiklerini ifade etmişlerdir. Ebeler yalnızlık (%46.4), iletişim ve çatışma (%35.7) ve dönem özellikleri (%17.8) konularına da değindiklerini belirtmişlerdir (Çizelge 4.9). Yaşlılık dönemi yaşamın son evresidir. Bu dönemde kayıplar, hastalıklar, bakımda güçlük ve bunlara bağlı stresler görölmektedir. Yaşlı birey bu dönemde destek almazsa demans, depresyon, intihar gibi ruhsal sorunlar gelişir (61, 138). Bu dönemde yaşlılara ve ailesine, dönem özellikleri, gelişebilecek sorunlar ve bunlarla uygun baş etme, iletişim ve çatışma, stres ve krizle baş etme, sağlıklı yaşam, uğraş edinme, ölüm, yalnızlık vb konularda eğitim verilmesi hem ailenin hem de yaşlının bilgilendirilip bu dönemi rahat geçirmesini sağlayacaktır (32, 109, 119, 120, 139).

Ebe ve hemşirelerin görevlerini belirten Sağlık Hizmetlerinin Yürütölməsi Hakkında Yönergede yaşlı sağlığı hizmetlerinin yürütölməsi sağlık ocaklarında tüm personele düşmekle birlikte ebe ve hemşirelere özellikle yer verilmiştir (19). Çalışmamızda ebe ve hemşirelerin yaşlılara, literatürde belirtilen konular doğrultusunda uygun eğitim verdiği görölmektedir. Ancak ölkemizde yaşlı nüfus artmaktadır ve yaşlılar bakım kuruluşları yerine evde bakılmaktadır. Ebe ve hemşirelerin ev ziyaretleri ve poliklinik hizmetleri yoluyla ulaşabilecekleri yaşlı sayısı fazla olmasına rağmen çalışmamızda bu gruba eğitim verme oranının düşük olduğunu görmekteyiz. Bu durumun ebe ve hemşirelerin koruyucu ruh sağlığına yeterince zaman ayıramadıklarından, sağlık ocaklarında ana-çocuk sağlığı hizmetlerinin ve poliklinik hizmetlerinin ağırlıkta yürütölməsinden kaynaklandığı düşünölebilir.

BÖLÜM II

İkinci bölümde ebe ve hemşirelerin kadınlarda sık görülen demans, postpartum depresyon, depresyon, OKB, panik atak ve hipokondriasis belirtilerini tanıma düzeyleri tartışılmıştır (Çizelge 4.11).

Ebe (%61.5) ve hemşirelerin (%70.7) yarıdan fazlası demans belirtilerini tanımaktadır ve bu oran diğer ruhsal bozuklukların belirtilerinin tanınma düzeyleri arasında ilk sıradadır. Toplum ruh sağlığı hemşireleri, birinci basamak hemşireleri ve klinik hemşireleri arasında yapılan bir çalışmada toplumla beraber çalışan hemşirelerin klinik hemşirelerine göre demans belirtilerini daha fazla tanıdıkları saptanmıştır (140). Ülkemizde toplum ruh sağlığı hemşireliği henüz gelişmemiştir. Ancak bu hemşirelerin birtakım sorumlulukları ülkemizde birinci basamakta çalışan ebe ve hemşirelerin görevleri arasındadır. Sağlık hizmetlerinin yürütülmesi Hakkında Yönergede ebe ve hemşirelerin yaşlı sağlığı hizmetleri rolü belirtilmiştir (19). Demansın erken dönemde belirlenmesi tedavinin erken başlamasına ve bilişsel işlevlerdeki bozulmaların gerilemesine ve eşlik eden ruhsal sorunların (anksiyete, depresyon vs) tedavisine olanak sağlar. Yaygınlık, sıklık, hastalanma riski gibi ölçütlerin ortaya çıkarılması; risk gruplarının belirlenmesi, yaşlıların demans durumlarını ve yaşlılara verilecek sağlık hizmetlerinin geliştirilmesinde temel oluşturmaktadır. Ekip üyesi olarak ebe ve hemşireler erken tanıyı sağlayabilecek önemli sağlık profesyonelleridir. Bireylere tanı koyulduğunda, tedavi sürecinde ve gereksinimlerin karşılanmasında yer alan hemşireler, hastaların tedaviye uyumlarının artırılmasında, hasta ve ailesine yardım sürecinde psikososyal yaklaşımları kullanılmalıdır (141, 142). Çalışmamızda da ebe ve hemşirelerin demans belirtilerini tanıma düzeyleri oldukça yüksektir, bu da giderek artan yaşlı nüfus ve toplum ruh sağlığı açısından önemlidir.

Ebelerin (%62.1) ve hemşirelerin (%58.6) yarıdan fazlası postpartum depresyon belirtilerini tanımaktadır. Özellikle ebelerin ev ziyaretleri ile doğum sonunda anne ve bebeği düzenli takip etmesi, ana-çocuk sağlığında eğitimin ve becerilerinin ağırlıklı olması sayesinde annede meydana gelebilecek değişimleri fark etmesi postpartum depresyon belirtilerini tanımayı kolaylaştırmaktadır (143). Bunun yanı sıra yapılan çalışmalar mutlu bir olaydan sonra duygudurum değişimlerinin olmasının tanıyı kolaylaştırdığını göstermiştir (144, 145). Yapılan bir çalışma postpartum depresyon belirtilerini ebelerin hemşirelere göre daha fazla tanıdığını göstermektedir (146). Ayrıca

hemşirelerin doktorlara göre postpartum depresyonun etkilerinin daha fazla farkında olduğu saptanmıştır (147). Sağlık servislerine kayıtlı gebe, anne ve bebeklerin postnatal dönemde düzenli takip edilmeleri erken tanılama ve birincil korumanın en önemli stratejilerindendir (148). Annenin taşıdığı postpartum depresyon riskini belirleme, koruyucu bakım verme, erken tanı konulması, uygun tedavi edici müdahaleyi yapma ve gerekli olduğunda sevk etme ebe ve hemşirenin sorumlulukları arasındadır (149, 150). Tezel'e göre (151), prenatal dönemden itibaren kadında postpartum depresyon belirtilerinin tanınması ve erken girişimlerle tedavi edilmesi hem depresyonlu kadına yardım etmek, hem de yeni bebek ve diğer çocukların güvenliğini sağlamak açısından önemlidir. Ülkemizde ana-çocuk sağlığının korunması ve izlenmesi Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Yönergede temel sağlık hizmetlerinin her alanında kadınlara hizmet veren ebe ve hemşirelerin görevleri arasında belirtilmiştir (19). Bu yüzden ebe ve hemşirelerin postpartum depresyonu değerlendirebileceği ve yardıma ihtiyacı olanlara uygun girişimlerde bulunabilecekleri düşünülmektedir. Bizim çalışmamızda ebe ve hemşireler literatürde belirtildiği gibi ebe ve hemşirelerin yarından fazlası postpartum depresyon belirtilerini tanımıştır. Sağlık ocaklarında ana-çocuk sağlığı hizmetlerinin öncelik taşınması, verilen hizmetlerin bu alanda ağırlıklı yürütülmesi, ebe ve hemşirelerin en çok kadınlarla beraber olmaları bu bozukluk belirtilerinin tanınmasının nedenleri olabilir.

Ebelerin %51.6'sı ve hemşirelerin %51.7'si depresyon belirtilerini tanıyabilmiştir. Ebe ve hemşirelerin ruhsal bozukluk belirtilerini tanıma düzeyleri içinde depresyonu üçüncü sırada tanıdıkları görülmektedir. Depresyon toplum içinde yaygın bir ruhsal bozukluk olmasına rağmen ebe ve hemşirelerin depresyon belirtilerini tanıma düzeyi düşük bulunmuştur. Yapılan bir çalışmada, eğitim düzeyinin bu belirtileri tanımayı kolaylaştıran bir etken olduğu bildirilmiştir (104). Çalışmamızda ise eğitim düzeyi ve depresyon belirtilerini tanıma düzeyi arasında istatistiksel olarak bir ilişkiye rastlanmamıştır ($p>0.05$). Duke Üniversitesi'nin yaptığı bir çalışmaya göre birinci basamak sağlık hizmeti veren hekimlerin depresyonu tanımada güçlük çektikleri ve baş ağrısı, karın ağrısı, osteoartrit, diyabet gibi hastalık tanısı koydukları saptanmıştır (152). Yine birinci basamak çalışanları üzerinde yapılan çalışmalarda deneyimli çalışanların diğer çalışanlara oranla depresyona daha fazla tanı koyabildikleri, fiziksel hastalıklara benzer depresyon belirtilerini ayırt edebildikleri belirlenmiştir (153, 154).

Çalışmamızda ise çalışma süresi ile depresyon belirtilerini tanıma arasında istatistiksel olarak herhangi bir ilişki bulunamamıştır ($p>0.05$). Yapılan bir araştırmaya göre birinci basamakta çalışan hekimlerin duygudurum bozukluk belirtilerini tanıma oranları düşüktür (155). Depresyon ülkemizde önemli bir halk sağlığı sorunudur fakat ne halk tarafından dikkate alınıp tedavi gereksinimi duyulmakta ne de psikiyatri dışı hekimlere başvuru olduğunda hekimler bu belirtileri yeterince tanımaktadır (156, 157). Literatüre göre ruhsal bozuklukları tanılamayı güçleştiren nedenler arasında eğitim, sağlık sistemi, sağlık çalışanlarının tutum ve davranışları, bireyin tutum ve ruhsal sorunlara bakış açısı, başvuru yakınmalarının fiziksel hastalıklarla karıştırılması yer almaktadır (64, 158, 159, 160, 161). Bagley ve ark. çalışmasında diğer sağlık çalışanları gibi hemşirelerinde depresyonu tanıma düzeylerini düşük bulmuştur (162). Yapılan bir çalışmada hemşirelerin hastalarda depresyon belirtilerini fark edemedikleri, bunun personel yetersizliği, rutin işlerin fazlalığından kaynaklandığı saptanmıştır (163). Birinci basamakta depresyon taraması ve yönetimi konulu çalışmalarda hekimlerin yanı sıra hemşirelerin vaka yönetimi rolleri ile depresyonu değerlendirme, tanıma ve tedavide etkin rol oynayabilecekleri belirtilmiştir (164, 165). Çalışmamızda ebe ve hemşirelerin depresyon belirtilerini tanıyamama nedenleri arasında depresyon belirtilerinin fiziksel hastalıklarla benzer olması ve fiziksel belirtilerin daha somut olmasından dolayı öncelikle bedensel hastalıkların akla gelmesi, ebe ve hemşirelerin yoğun çalışmalarını belirtmeleri olabilir.

Anksiyete bozuklukları içinde yer alan OKB belirtilerini ebelerin %42.9'u ve hemşirelerin %50'si tanımıştır. Obsesyon ve kompülsiyonların hem hastalar tarafından ifade edilmesi hem de bunların gözlem yoluyla fark edilmesi tanıyı kolaylaştırmaktadır ve kişilerin tedaviye yönlendirilmesine yardımcı olmaktadır (166, 167). Fakat birinci basamakta ve toplumda OKB belirtilerinin tanınma ve tedavi düzeyi kliniğe göre daha az olduğu da görülmüştür (168). Birinci basamak hekimlerinin klinik açıdan tanılanan OKB vakalarının sadece %10 ile %30'unu tanıyabildikleri saptanmıştır (169). Yapılan bir araştırmada birinci basamak hekimlerin depresyon ve anksiyete bozuklukları en fazla olmak üzere ruhsal bozukluklarla sık karşılaştıkları, ancak bunlardan çok azını tespit ve tedavi edebildikleri belirlenmiştir (170). Deveci'nin çalışmasında hekimlerin ruhsal bozukluklar konusunda kendilerini yetersiz bulduğu görülmüştür (171). Çalışmamızda ebe ve hemşirelerin bu bozukluk belirtilerini tanıma düzeyleri düşük bulunmuştur. Ebe

ve hemşireler obsesyon ve kompulsyonları değerlendirmede güçlük yaşıyor olabileceği düşünülebilir.

Ebelerin yarısından azı (%42.9), hemşirelerin ise yarısından fazlası (%51.7) panik atak belirtilerini tanıyamamıştır. Kadınlar arasında yaygınlığı artan bu bozukluğun tanınma düzeyinin düşük olduğu görülmektedir. Oral ve ark. hekimler üzerinde yaptıkları çalışmada, hekimlerin ruhsal bozuklukları tanımada zorlandıkları belirlenmiştir (172). Hastalar hekime genellikle atağa eşlik eden somatik belirtiler nedeniyle gelmekte ancak bu belirtiler kardiyopulmoner, gastrointestinal ve nörolojik hastalıkların belirtilerini taklit ettiği için tanı konulamamaktadır (76). Ontario anksiyete bozukluklarını tanılama rehberinde belirtildiğine göre; sağlık çalışanları panik atak belirtilerini genelde kalp krizi belirtileriyle karıştırmakta ve bu bozukluğu tanılanmakta güçlük çekmektedir (173). Yine birinci basamak çalışanları ile yapılan çalışmalarda panik atak belirtilerinin çoğu zaman fiziksel hastalıkla karıştırıldığı ve tanınmasında güçlük yaşandığı ortaya konulmuştur (155, 174, 175). Bizim çalışmamızda da ebe ve hemşireler bu bozukluk belirtilerini bedensel hastalıkla karıştırarak yanlış tanılamış olabilir.

Hipokondriasis belirtilerini ebelerin yaklaşık yarısı (%51.1) ve hemşirelerin yarısından fazlası (%56.9) tanıyamamaktadır. Hipokondriak hastaların birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hekimler tarafından tanılama oranı oldukça düşüktür (176). Hastaların şikayetleri içinde bedensel belirtilerin yoğunlukta olması hastalığın tanınmasını engellemekte ve yanlış tedavilere neden olmaktadır (177). Ayrıca hipokondriasis belirtilerinin depresyon ve anksiyete bozukluğu ile beraber görülmesi tanının karıştırılmasına neden olmaktadır, bu yüzden hastalık fark edilememektedir (178, 179). Temel sağlık hizmetlerindeki başka bir çalışmada hekimlerin %8.3 oranında ruhsal bozukluk tanısı koyabildiği ve bu tanıların en fazla depresyon, somatik bozukluklar ve anksiyete bozuklukları olduğu görülmüştür (26). Ayrancı ve ark. çalışmasında birinci basamakta hekimlerin mental belirtilerin farkına varamadığı belirlenmiştir (180). Somatik belirtileri olan hastaların çoğunluğunun ilk başvuru yeri psikiyatrist yerine sağlık ocağıdır, nedeni açıklanamayan belirtilerin varlığında belirtilerin ortadan kaldırılmasından ziyade hastaların psikiyatrik konsültasyon almaları sağlanmalıdır (181, 182). Çalışmamızda ebe ve hemşireler tarafından en az tanınan ruhsal bozukluğun hipokondriasis olduğu görülmektedir. Bu bozukluk belirtilerinin tanınamamasının nedeni bu hastalığın belirtilerinin bedensel olarak ifade edilmesine

bağlı göz ardı edilmesi olabilir.

Ruhsal hastalıkların tanınmasında genel olarak ebe ve hemşirelerin toplum içerisinde duygusal problemleri tanıyabildiği fakat bu problemlerin yaratacağı ruhsal bozuklukları tanımakta güçlük çektikleri belirtilmektedir (183). Bu sorunların ortadan kaldırılabilmesi için ebe ve hemşirelerin kadınlarla daha fazla beraber olması nedeniyle ruhsal bozuklukları tanıma açısından en uygun pozisyonda olduğu, terapötik dinleme, empatik yaklaşım, doğrudan soru sorma yoluyla ruhsal bozuklukların sıklığını ve derecesini saptamakta yardımcı olabileceği, ayrıca ebe ve hemşirelerin bu konuda duyarlı olması gerektiği ifade edilmektedir (165).

Kadınlarda sık görülen ruhsal bozuklukları tanıyan ve kısmen tanıyan ebe ve hemşirelerin verdikleri önerilere bakıldığında; çoğunluğun uygun öneri verdiği belirlenmiştir (Çizelge 4.12). Ebe ve hemşireler bozuklukların erken tanı ve tedavisi amacıyla, depresyon (%88), panik atak (%87.8), demans (%87.6), hipokondriasis (%84.2), OKB (%72.4) ve postpartum depresyon belirtileri (%69.1) hakkında bireye/aileye eğitim vererek hekime yönlendireceklerini belirtmişlerdir. Ruhsal bozukluklara yönelik öneriler değerlendirildiğinde ebe ve hemşirelerin verdikleri önerilerin çoğunluğunun uygun olması sevindiricidir. Ebe ve hemşirelerin ailenin rahatlatılması, erken tanı sağlayarak hastalığın ilerlemeden tedavi edilmesi amacıyla bu önerileri yapmalarının mesleki rolleri ile bağlantılı olduğu düşünülmektedir. Literatürde ülkemizde ebe ve hemşirelerle ilgili bu konuda yapılan çalışmalara rastlanmamasına rağmen İngiltere’de yapılan bir çalışmada hemşirelerin çalıştıkları servis veya kurum farkı olmaksızın ruhsal bozukluk olduğunu düşündükleri kişileri tedaviye yönlendirdikleri saptanmıştır (140). Başka bir çalışmaya göre hekimlerin depresyon, anksiyete bozuklukları ve alkol kullanımı ile gelen olgularda ne önerecekleri sorusuna, daha çok “sevk ederim” yanıtı verdikleri saptanmıştır (172).

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmamızda elde edilen sonuçlar şunlardır:

Ebelerin (%57.7) ve hemşirelerin (%69) yarıdan fazlası sağlık ocağında isteyerek çalıştıklarını ifade etmişlerdir. Ebelerin yarıdan fazlası (%56) ve hemşirelerin yarıdan azı (%43.1) sağlık ocağında çalışan ebe/hemşire sayısını yeterli görmektedir. Ebe (%69.8) ve hemşirelerin (%65.5) yarıdan fazlası sağlık ocağında çalışmaktan memnun olduklarını belirtmiştir. Ebe (%9.3) ve hemşirelerin (%5.2) çok azı koruyucu ruh sağlığı alanında hizmet içi eğitim almıştır ve yarıdan fazlası (ebe %63.2, hemşire %72.4) koruyucu ruh sağlığına yönelik görevleri olduğunu düşünmektedir.

Ebe ve hemşirelere göre toplumumuzda ve çalıştıkları sağlık ocağı bölgesinde ruhsal bozukluklar açısından en riskli grupların başında kadınlar gelmektedir. Ebe ve hemşireler kadınların ruhsal bozukluklar açısından risk altında olma nedenlerini düşük sosyoekonomik durum (%64.1), eğitimsizlik ve bilinçsizlik (%55.1), kadına yönelik baskı ve şiddet (%52.5), kültürel yapı (%12.8) olarak belirtmişlerdir.

Ebelerin %36.3'ü ve hemşirelerin %8.6'sı okul öncesi çocuğa (0-6 yaş) yönelik koruyucu ruh sağlığı eğitimi verdiklerini belirtmiştir. Eğitim konularının: gelişim dönem özellikleri (%35.2), tuvalet eğitimi (%28.1), çocuk ruh sağlığı (%22.5), iletişim ve çatışma (%18.3), oyun ve sosyalleşme (%15.5) olduğu görülmüştür. Ebeler ayrıca kardeş kıskançlığı (%37.8) ve şiddet (%7.5) konularında eğitim vermiştir.

Adölesanlara (12-20 yaş) yönelik koruyucu ruh sağlığı eğitimini ebe (%23.6) ve hemşirelerin (%8.6) verdiği saptanmıştır. Ebe ve hemşireler gelişim dönem özellikleri (%79.1), iletişim ve çatışma (%37.5), evlilik ve evliliğe hazırlık (%27), stres ve kriz (%8.3) konularında eğitim verdiklerini ifade etmişlerdir. Ayrıca ebeler şiddet (%13.9), madde kullanımı ve bağımlılık (%11.6), adölesan ruh sağlığı (%11.6) konularını da ele almışlardır.

Ebelerin %29.1'i, hemşirelerin %12.1'i yetişkinlere koruyucu ruh sağlığı alanında eğitim vermiştir. Eğitim konularının: iletişim ve çatışma (%60), evlilik ve ebeveynliğe hazırlık (%26.6), menopoz dönemine özgü ruhsal değişimler (%20) ve ruh sağlığını koruma (%18.3) olduğu belirtilmiştir.

Okul çağı çocuğuna (6-12 yaş) yönelik koruyucu ruh sağlığı eğitimini ebelerin %13.7'si ve hemşirelerin %3.4'ü verdiklerini ifade etmişlerdir. Ebe ve hemşireler gelişim dönem özellikleri (%37), sosyalleşme ve arkadaş ilişkileri (%37) konularında eğitim vermişlerdir. Ebeler çocuk ruh sağlığı (%32), iletişim ve çatışma (%16) konularında da eğitim vermiştir.

Yaşlılara (65 yaş ve üzeri) ebelerin %15.4'ü, hemşirelerin %5.2'si koruyucu ruh sağlığı eğitimi vermiştir. Ebe ve hemşireler ölüm (%38.7), ruh sağlığını koruma (%35.5) konularında eğitim verdiklerini ifade etmişlerdir. Ebeler yalnızlık (%46.4), iletişim ve çatışma (%35.7) ve dönem özellikleri (%17.8) konularına da değindiklerini belirtmişlerdir

Ebe ve hemşireler demans (ebe %61.5, hemşire %70.7), postpartum depresyon (ebe %62.1, hemşire %58.6), depresyon (ebe %51.6, hemşire %51.7) ve OKB ve belirtilerini (ebe %42.9, hemşire %50) daha büyük çoğunlukla tanıırken; panik atak (ebe %34.6, hemşire %31) ve hipokondriazis belirtilerini (ebe %25.8, hemşire %27.6) daha az tanıyabilmiştir.

Ruhsal bozuklukları tanıyan ve kısmen tanıyan ebe ve hemşireler bozuklukların erken tanı ve tedavisi amacıyla, ruhsal bozuklukların belirtileri hakkında bireye/aileye eğitim verip hekime yönlendirerek uygun öneride bulunmuşlardır (depresyon (ebe %91.2, hemşire %76.7), panik atak (ebe %90.3, hemşire %78.5), demans (ebe %98.3, hemşire %88), hipokondriazis (ebe %86.5, hemşire %76), OKB (ebe %73.1, hemşire %70.2) ve postpartum depresyon belirtileri (ebelerin %73.3, hemşire %53.8)).

Bu Sonuçlar Doğrultusunda;

1) Sağlık ocaklarında çalışan ebe ve hemşirelerin gelişim dönemlerine göre koruyucu ruh sağlığına yönelik eğitim verme yüzdeleri düşük bulunduğundan;

- Sağlık ocağında çalışan ebe ve hemşirelerin koruyucu ruh sağlığına yönelik duyarlılıklarını artıracak programların hazırlanması,
- Gelişim dönemleri ile ilgili ruh sağlığı programlarının hazırlanması,
- Ebe ve hemşirelerin koruyucu ruh sağlığı ile ilgili tutumlarının değerlendirilmesi,
- Koruyucu ruh sağlığına yönelik yeterli düzeyde eğitim verememe nedenlerinin araştırılması,

2) Ebe ve hemşirelerin ruhsal bozukluklar açısından kadınları en riskli grup olarak belirtmelerinden dolayı;

- Hizmet içi eğitimlerde bu konuya ağırlık verilmesi,
- Ebe ve hemşirelere kadın bakış açısını kazandıracak eğitim programlarının hazırlanması,
- Kadınlarda ruhsal bozuklukların oluşmasına neden olan etkenleri önlemeye ve varolan sorunları çözmeye yönelik eğitim programlarının oluşturulması,

3) Ebe ve hemşirelerin ruhsal bozuklukları tanıma düzeyleri düşük bulunduğundan;

- Ruhsal bozukluklar hakkında ebe ve hemşirelerinin tutumlarının değerlendirilmesi,
- Ruhsal bozuklukları tanıyamama nedenlerinin araştırılması,
- Ruhsal bozuklukların nedenleri, etkileri ve yapılabilecekler hakkında eğitim programları oluşturulması,
- Ruhsal bozukluklar ile ilgili bilgi ve becerilerinin artırılması için eğitim müfredatları içinde ruh sağlığı konularına ağırlık verilmesi,
- Ebe ve hemşirelerin değişim programları ile ruh sağlığı alanında hizmet veren kurumlarda çalıştırılması,
- Bu konuyla ilgili daha geniş alanda araştırma yapılması,

4) Eğitim düzeyi, çalışma yılı, hastanede çalışma durumu, hizmet içi eğitim alma vb ile gelişim dönemlerine özgü koruyucu ruh sağlığı eğitimi verme ve kadınlarda sık görülen ruhsal bozuklukları tanıma düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadığından tüm ebe ve hemşirelere koruyucu ruh sağlığına yönelik eğitim programlarının hazırlanması ve bu eğitimlerin verilmesi önerilmektedir.

7. KAYNAKLAR

- 1- **Karataş N.** *Toplum Ruh Sağlığı Hemşireliği. Halk Sağlığı Hemşireliği El Kitabı.* İstanbul: Vehbi Koç Vakfı Yayınları, **1998**: 97-104.
- 2- **Öztürk MO.** *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları.* 10. baskı. Ankara: Nobel Tıp Kitapevleri Ltd. Şti, **2004.**
- 3- **Tuncel N.** *Toplum Ruh Sağlığı. Halk Sağlığı Hemşireliği.* Eskişehir: Açıköğretim Fakültesi Yayınları, **1992**: 199-215.
- 4- **Kaptanoğlu C.** Türkiye’de Psikiyatri: “YAPAMADIKLARIMIZ”. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*, **2005**; 12(1):43-45.
- 5- **Varcarolis ME.** *Foundations Psychiatric Mental Health Nursing.* 4th Ed. New York: WB Saunders Company, **2002.**
- 6- World Health Organization. Mental Health. Erişim: http://www.who.int/mental_health/en/. Erişim Tarihi: 12.03.2007.
- 7- Dünya Sağlık Örgütü Türkiye İrtibat Ofisi. Türkiye’deki Birleşmiş Milletler ve Dünya Sağlık Örgütü’nün 7 Nisan Dünya Sağlık Günü Nedeniyle Basına Yaptığı Açıklama. Erişim: <http://195.142.135.65/who/mhealth/mhealthpressspeechclo.HTM>. Erişim Tarihi: 09.02.2007.
- 8- World Health Organization. Mental Health Atlas 2005. Turkey. Erişim: http://www.who.int/globalatlas/predefinedReports/MentalHealth/Files/TR_Mental_Health_Profile.pdf. Erişim Tarihi: 04.11.2006.
- 9- Türkiye Psikiyatri Derneği - Türk Tabipler Birliği. Basın Açıklaması. Erişim: http://www.istabip.org.tr/duyuru/tpdtb_ba.doc. Erişim Tarihi: 04.11.2006.
- 10- **Öztek Z.** Sağlık Kavramı ve Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri. *Hacettepe Tıp Dergisi*, **2000**; 31(1):73-77.
- 11- Birleşmiş Milletler. Temel Sağlık Hizmetleri Uluslararası Konferansı. ALMA-ATA BİLDİRGESİ. Erişim: <http://www.un.org.tr/who/ALMAATA.HTM>. Erişim Tarihi: 03.02.2007.
- 12- **Worley N.** *Mental Health In The Community.* St Louis: Mosby Year Book, **1997.**

- 13- **Özmen E, Taşkın EO.** Ruhsal Hastalıklara Yönelik Tutumların Ruh Sağlığı Hizmetlerine Etkisi. *3P Dergisi*, **2004**; 12(Ek. 3):83-92.
- 14- Birleşmiş Milletler. Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürü Doç. Dr. Sefer Aycan'ın "Türkiye'de Ruh Sağlığı" Konulu Sunumu. Erişim: <http://www.un.org.tr/who/mhealth/mhealthsaycanspeech.HTM>. Erişim Tarihi: 08.11.2006.
- 15- Birleşmiş Milletler. 10 Ekim dünya Ruh Sağlığı Günü Nedeniyle Sağlık Bakanlığı'na Hazırlanan Basın Bülteni. 10 Ekim 2001, Ankara. Erişim: <http://www.un.org.tr/who/bulten/turk/bul5sbruhbulten.HTM>. Erişim Tarihi: 11.12.2006.
- 16- T.C. Sağlık Bakanlığı Bilgi İşlem Daire Başkanlığı. Türkiye Sağlık Bilgi Eylem Planı. Ankara. 2001.
- 17- T.C. Sağlık Bakanlığı. Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nce Yürütülen Hizmetler. Erişim: <http://www.saglik.gov.tr/default.asp?sayfa=birimler&sinifi=hizmet&sid=82&cid=3>. Erişim Tarihi: 11.12.2006.
- 18- **Ocaktan ME, Özdemir O, Akdur R.** Birinci Basamakta Ruh Sağlığı Hizmetleri. *Kriz Dergisi*, **2004**; 12(2):63-73.
- 19- T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Müdürlüğü. Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Yönerge. Ankara. **2001**.
- 20- Birleşmiş Milletler. Münih Deklerasyonu (17 Haziran 2000). Hemşireler ve Ebeler: Sağlık İçin Bir Güç. Erişim: <http://www.un.org.tr/who/MUNIH.HTM>. Erişim Tarihi: 08.11.2006.
- 21- **Bilge A, Çam O.** Toplum Ruh Sağlığı Hizmetlerinde Rehabilitasyon ve Hemşirelik. *Sağlık ve Toplum*, **2002**; 12(3):33-37.
- 22- **Kelleci M, Aştı N, Küçük L.** Bir Sağlık Ocağına Başvuran Kadınların Genel Sağlık Anketine Göre Ruhsal Durumları. *C.Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, **2003**; 7(2):11-14.
- 23- Türk Tabipler Birliği. Bugün Dünya Ruh Sağlığı Günü. Erişim: <http://www.istabip.org.tr/bg/bg10102002>. Erişim Tarihi: 09.11.2006.
- 24- **Kırlı S.** Kadın ve Depresyon. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi (sted)*, **1999**; 8(3):104-105.
- 25- **Kayahan B, Altıntoprak E, Karabilgin S, Öztürk Ö.** On beş-Kırk dokuz Yaşları Arasındaki Kadınlarda Depresyon Prevelansı ve Depresyon Şiddet İle İlgili Risk Faktörleri Arasındaki İlişki. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, **2003**; 4:208-219.

- 26- **Rezaki M, Kaplan İ, Üçok GÖ, Sağduyu A, Gürsoy B, Öztürk MO.** Temel Sağlık Hizmetlerinde Ruhsal Sorunlar Üzerine Bir Alan Araştırması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, **1995**; 6(1):3-11.
- 27- **Karataş B, Keleş N, Özcan A.** Evli Kadınlarda Depresyon Belirtileri ve Demografik Özellikler. *Optimal Tıp Dergisi*, **2005**; 18(2):39-44.
- 28- **Önal E, Tümerdem Y, Arı D.** İstanbul-Halkalı'da 40 Yaş ve Üstü Nüfusta Beck Depresyon Ölçeği İle Depresyon Prevelansının Saptanması ve Ölçeğin İç Tutarlılığının İncelenmesi. *T Klin Med Res*, **2001**; 19:94-99.
- 29- **Öztürk S.** Kadınlarda Görülen Depresyon ve Sosyokültürel Faktörlerin Etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Mersin, **2005**.
- 30- **Kara B, Çakmaklı P, Nacak E, Türeci F.** Doğum Sonu Depresyon. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi (sted)*, **2001**; 10(9):333-334.
- 31- **Buğdaycı R, Şaşmaz T, Tezcan H, Kurt AÖ, Öner S. A** Cross-Sectional Prevalence Study of Depression at Various Times after Delivery in Mersin Province in Turkey. *Journal of Women's Health*, **2004**; 13(1):63-68.
- 32- T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Müdürlüğü. Yaşlı Sağlığı. Ankara. **2002**.
- 33- **Gomel MK.** A Focus On Woman. *World Health Organisation*. WHO/MSA/NAM/94.4. Geneva, **1997**.
- 34- Dünya Sağlık Örgütü. DSÖ'nün Kadın Sağlığının Çeşitli Konularındaki Görüş ve Mesajları. Erişim: <http://195.142.135.65/who/bulten/turk/bul4dsokadinsag.HTM>. Erişim Tarihi: 12.11.2006.
- 35- **Gökalp PG.** Stres, Anksiyete ve Kadın. Erişim: <http://www.huksam.hacettepe.edu.tr/ilgiliyayinlar/pdf/stres.pdf>. Erişim Tarihi: 12.11.2006.
- 36- **Akın A, Demirel S.** Toplumsal Cinsiyet Kavramı ve Sağlığa Etkileri. *C.Ü. Tıp Fakültesi Dergisi*, **2003**; 25(4-Özel Ek):73-82.
- 37- **Belle D, Doucet J.** Poverty, Inequality, and Discrimination as Sources of Depression Among U.S. Women. *Psychology of Women Quarterly*, **2003**; 27:101-103.
- 38- **Türmen T.** Toplumsal Cinsiyet ve Kadın Sağlığı. Erişim: http://www.sabem.saglik.gov.tr/akademik_metinler/linkdetail.aspx?id=2130. Erişim Tarihi: 12.11.2006.

- 39- **Özcan A.** Kadının Ruh Sağlığı. *Yelken-Aylık Kültür ve Sanat Dergisi*, **1996**; 4(16-17):28-33.
- 40- **Üstün B.** Kadın Ruh Sağlığı. International Counsel of Nurses (ICN) Teması-Kadın Sağlığı. H.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu, Ankara, **1995**.
- 41- **Stuart GW, Laraia MT.** *Principles and Practice of Psychiatric Nursing*. 8th Ed. St Louise, Missouri: Elsevier Mosby Inc., **2001**.
- 42- **Pektaş İ, Bilge A, Ersoy MA.** Toplum Ruh Sağlığı Hemşireliğinde Epidemiyolojik Çalışmalar ve Toplum Ruh Sağlığı Hemşireliğinin Rolü. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, **2006**; 7:43-48.
- 43- **Stanhope M, Lancaster J.** *Community & Public Mental Health Nursing*. 6th Ed. Missouri: Mosby Inc., **2000**.
- 44- **Yıldız A, Adana F.** Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Ruh Sağlığı ve Hemşirelik. Erişim: <http://www.halksagligi.org/halkmed/index.php?id=2533>. Erişim Tarihi: 18.02.2007.
- 45- **Eser E.** Temel Sağlık Hizmetleri: Kavram ve Süreç (Giriş Konuşması). 1. Temel Sağlık Hizmetleri Sempozyumu. Manisa, **5 Nisan 2003**:1-6.
- 46- **Şanlı T.** *Sağlık Hizmetleri. Halk Sağlığı Hemşireliği*. Eskişehir: T.C. Anadolu Üniversitesi Açıköğretim Fakültesi Yayınları, **1992**:13-39.
- 47- **Aktan CC, Işık K.** 21. Yüzyılda Herkes İçin Sağlık: 21 Hedef. Erişim: <http://www.canaktan.org/ekonomi/saglik-degisim-caginda/pdf-aktan/herkes-icin.pdf>. Erişim Tarihi: 05.05.2007.
- 48- **Öztürk Y, Günay O.** *Sağlık 21. DSÖ Avrupa Bölgesi İçin Herkese Sağlık Politikası Çerçevesi*. Kayseri: Erciyes Üniversitesi Yayınları, **2000**.
- 49- Dünya Sağlık Örgütü - T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. *Temel Sağlık Hizmetlerinde Ruh Sağlığı*. 1. baskı. Ankara: Aydoğdu Ofset, **1995**.
- 50- 56. Dünya Sağlık Örgütü Genel Kurul Asamblesi. Dünya Sağlık Örgütü Genel Direktörü Dr. Gro Harkem Brundtland'ın 1998-2003 Raporu. **19-28 Mayıs 2003**.
- 51- **Evcı D, Öztaş D.** Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Ruh Sağlığı Hizmetlerinin Yeri ve Önemi. *Hacettepe Toplum Sağlığı Bülteni*, **1997**; 18(1-2):6-8.
- 52- **Allander JA, Spradley BW.** *Clients With Mental Health Issues and Addictions. Community Health Nursing-Promoting and Proteting The public's Health*. 6th Ed. Philadelphia: Lippincot Williams&Wilkins, **2005**: 829-867.

- 53- **Sines D, Appleby F.** *Community Mental Health Nursing. Community Health Care Nursing.* 3rd Ed. Oxford: Blackwell Publishing Ltd, **2005**: 207-223.
- 54- **Carson VB.** *Community Mental Health. Community/Public Health Nursing Practice: Health for Families and Populations.* 3rd Ed. Michigan: Elsevier Inc. **2006**: 775-790.
- 55- DSÖ Türkiye İrtibat Ofisi. 2001 Dünya Sağlık Raporu. Ruh Sağlığı: Yeni Anlayış, Yeni Ümit. **2001**.
- 56- **Öztürk MO.** Türkiye’de Ruh Sağlığı Sorunlarına Bakış. *Toplum ve Hekim. Türk Tabipler Birliği Yayın Organı*, Sayı:44.
- 57- **İnanç BY, Bilgin M, Atıcı MK.** *Gelişim Psikolojisi: Çocuk ve Ergen Gelişimi.* 2. baskı. Adana: Nobel Kitabevi, **2005**.
- 58- **Yiğit R.** *Çocukluk Dönemlerinde Büyüme ve Gelişme.* Mersin Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Ders Notu:24. **2005**.
- 59- Gençlikte Ruh Sağlığı. Erişim: <http://www.geocities.com/Athens/Atrium/6329/psdr14.htm>. Erişim Tarihi: 14.03.2006.
- 60- **Yörükoğlu A.** *Gençlik Çağı:Ruh Sağlığı ve Ruhsal Sorunlar.* 12. baskı. İstanbul: Özgür Yayınları, **2004**.
- 61- **Onur B.** *Gelişim Psikolojisi: Yetişkinlik-Yaşlılık-Ölüm.* 7. baskı. Ankara: İmge Kitabevi Yayınları, 2006.
- 62- **Harding T, D’Arrigo B, Climent C, Diop M, El Hakim A, Giel R, Ibrahim H, Ladrido-Ignacio L, Wig N.** The WHO Collaborative Study on Strategies for Extending Mental Health Care III: Evaluative Design and Illustrative Results. *American Journal of Psychiatry*, **1983**; 140: 1481-1485.
- 63- **Güleç C.** *Toplum Ruh Sağlığı Açısından Psikiyatrik Epidemiyoloji. Halk Sağlığı Temel Bilgiler.* 2. baskı. Ankara: Güneş Kitabevi, **1997**: 442-454.
- 64- **Küey L.** Birinci Basamakta Depresyon: Tanıma, Ele Alma, Yönlendirme. *Psikiyatri Dünyası*, **1998**; 1:5-12.
- 65- Depresyon. Erişim: www.sagmer.hacettepe.edu.tr/depresyon.shtml. Erişim Tarihi:14.09.2006.
- 66- **Çalışkan N.** Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Depresyona Yaklaşım. Erişim: www.aile_hekimligi.uludag.edu.tr. Erişim Tarihi:12.12.2006.

- 67- Ayuso-Mateos JL, Vazquez-Barquero JL, Dowrick C, Lehtinen V, Dalgard OS, Casey P, Wilkinson C, Lasa L, Page H, Dunn G, Wilkinson G, and The ODIN Group. Depressive Disorders in Europe. *British Journal of Psychiatry*, **2003**; 179:308-316.
- 68- Gutierrez-Lobos K, Scherer M, Anderer P, Katsching H. The Influence of Age on The Female/Male Ratio of Treated Incidence Rates in Depression. *BMC Psychiatry*, **2002**; 2:3. Erişim: <http://www.biomedcentral.com/1471-244X/2/3>. Erişim Tarihi:30.11.2006.
- 69- Köroğlu E. *Depresyon: Nedir?Nasıl baş edilir?*. 2.baskı. Ankara: HYB Yayıncılık, **2006**.
- 70- Yüksel N. *Ruhsal Hastalıklar*. 2. baskı. Ankara:  izgi Tıp Yayınevi; **2001**.
- 71- Cansever A. Anksiyete Bozuklukları. Erişim: <http://www.gata.edu.tr/dahilibilimler/ruhsagligi/dersnot5.2.doc>. Erişim Tarihi: 12.04.2007.
- 72-  zpoymaz N. Anksiyete Bozuklukları. *Çukurova Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Ders Notları*. Adana, **2003**.
- 73- Güleç C. *Psikiyatrinin A-B-C'si: Ruhsal Bozukluklar, Tanısı ve Tedavisi*. İstanbul: Say Yayınları, **2006**.
- 74- Köroğlu E. *Kaygılarımız Korkularımız*. Ankara: Say Yayınları, **2006**.
- 75- Uğuz Ő, Altıntaş EY, Levent BA. Panik Bozukluk: Klinik Gidiş, Komorbidite ve Tedavisi. *Türkiye Klinikleri Psikiyatri Dergisi*; **2006**; 2(12):21-25.
- 76- Ersoy F, Edirne T, Oğuz TF. Birinci Basamakta Anksiyete Bozuklukları – 1. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi (sted)*, **2003**; 12(8):286-288.
- 77- Murphy K. Anxiety: When Is It Too Much?. *Nurse Made Incredibly Easily*, **2005**; 5:23-31.
- 78- National Institutes of Mental Health. U.S. Department of Health and Human Services. Anxiety Disorders. Erişim: <http://www.nimh.nih.gov>. Erişim Tarihi: 18.01.2007.
- 79- Anxiety. Erişim: www.nursingcenter.com. Erişim Tarihi: 12.04.2007.
- 80- Tolin DF, Robison JT, Gaztambide S, Blank K. Anxiety Disorder in Older Puerto Rican Primary Care Patients. *Am J Geriatr Psychiatry*, **2005**; 13:150-156.
- 81- T kel R. Panik Bozukluğu. *Psikiyatri Dünyası*, **1997**; 1:12-17.

- 82- **Tezcan AE, Millet B, Kuloğlu M.** Türkiye ve Fransa’da Obsesif Kompulsif Bozukluk Tanısı alan Hastaların Sosyodemografik, Klinik ve Görüngüsel Özelliklerinin Karşılaştırılması. *Klinik Psikiyatri*, **1998**; 1:35-41.
- 83- **Demet MM, Deveci A, Deniz F, Taşkın EO, Şimşek E, Yurtsever F.** Obsesif Kompulsif Bozuklukta Sosyodemografik Özellikler ve Fenomenoloji. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, **2005**; 6:133-144.
- 84- **Özmen EH.** Hipokondriyazis. *Psikiyatri Dünyası*, **1999**; 1:15-18.
- 85- T.C. Sağlık Bakanlığı. Psikiyatrik Hastaların Değerlendirilmesi Projesi. Erişim: <http://www.istanbulsaglik.gov.tr/w/sb/rh/proje/proje1.asp>. Erişim Tarihi: 11.02.2007.
- 86- Doğumsonu Depresyon. Erişim: <http://hastarehberi.com/kadinhast/kadinhast4/dogumsonrasidepresyon.htm>. Erişim Tarihi: 29.04.2007.
- 87- **Karamustafaloğlu N, Tomruk N.** Postpartum Hüzün ve Depresyonlar. *Duygudurum Dizisi*, **2000**; 2:64-71.
- 88- **Beck CT.** Theoretical Perspectives of Postpartum Depression and Their Treatment Implications. *American Journal of Maternal Child Nursing*, **2000**; 27(5):282-287.
- 89- **Dündar PE.** Yarı-Kentsel Bir Bölgede Postpartum Depresyon Prevelansı ve Risk Faktörleri. Erişim: <http://www.dicle.edu.tr/~halks/m9.34.htm>. Erişim Tarihi: 12.11.2006.
- 90- **Sünter AT, Güz H, Ordulu F, Öz H, Peşken Y.** Samsun İl Merkezinde Doğum Sonu Depresyon Prevelansı ve Risk Faktörleri. Erişim: www.dicle.edu.tr/~halks/icindekiler%2010.htm. Erişim Tarihi: 03.05.2006.
- 91- **Ayvaz S, Hocoğlu Ç, Tiryaki A, Ak İ.** Trabzon İlinde Doğum Sonrası Depresyon Sıklığı ve Gebelikteki İlişkili Demografik Risk Etmenleri. *Türk Psikiyatri Dergisi*, **2006**; 17(4):243-251.
- 92- **Türkistanlı EÇ, Pektaş İ, Dikici İ.** İzmir İli Bornova İlçesinde Doğum Yapmış Kadınların Doğum Sonrası Depresyon Durumları ve Bu Durumu Etkileyen Etmenlerin İncelenmesi. Erişim: www.dicle.edu.tr/~halks/icindekiler%2010.htm. Erişim Tarihi: 03.05.2006.
- 93- Demans (Bunama). Erişim: [http://www.terapistim.com/kitap/Demans\(bunama\).html](http://www.terapistim.com/kitap/Demans(bunama).html). Erişim Tarihi: 28.11.2006.
- 94- **Yüksel N.** Demans, Multiple Skleroz, Parkinson Hastalığı ve Edinsel Bağışıklık Sendromuna İzlenen Nöropsikiyatrik Belirtiler. *Klinik Psikiyatri*, **2002**; 5:151-159.
- 95- **Bulut S, Ekici İ, Polat A, Belirgin S, Gönen M, Dağ E, Demir CF.** Elazığ İli Abdullahpaşa Bölgesinde Demans Prevelansı ve Demans Alt Grupları. *Demans Dergisi*, **2002**; 2:105-110.

- 96- **Diker J, Etiler N, Şeref B.** Altmışbeş Yaş Üzerindeki Kişilerde Bilişsel Durumun Günlük Yaşam Aktiviteleri, Yaşam Kalitesi ve Demografik Değişkenler Arasındaki İlişkisi: Bir Alan Çalışması. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, **2001**; 2(2):79-86.
- 97- **Mermer G, Öztürk H, Pektaş İ.** Kadınlarda Ruh Sağlığını Geliştirme Davranışları. *Hemşirelik Forumu Dergisi*, **2006**; 65-69.
- 98- **Littlefield VM.** *Health Education for Women*. Conneticut:Appleton-Century-Crofts, **1986**.
- 99- SPSS Inc. SPSS for Windows. Version 11.5, Chicago: SPSS Inc., **2002**.
- 100- MINITAB Statistical Software. MINITAB Release 13.0, **2000**.
- 101- **Kettaş E.** 1-6 Yaş Grubu Çocuğu Olan Kadınların Sağlık Ocağından Hizmet Alımı Ebe ve Hemşirelerin Hizmet Sunumu İle İlgili Yaşadıkları Güçlükler ve Beklentileri. Yüksek Lisans Tezi, Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Mersin, **2004**.
- 102- **Sağdıç A.** Emirler Sağlık Ocağı Ebe Çalışmalarının Değerlendirilmesi. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi (sted)*, **2005**; 14(3):62-64.
- 103- T.C. Sağlık Bakanlığı Mersin İl Sağlık Müdürlüğü Ruh Sağlığı Şubesi. 2005 Yılı Hizmet İçi Eğitim Raporu. Mersin, **2005**.
- 104- **Çam O, Pektaş İ, Bilge A.** Ebe/Hemşirelere Verilen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Eğitiminin Etkililiğinin Araştırılması. 3. Uluslararası - 10. Ulusal Hemşirelik Kongresi. İzmir, **7-10 Eylül 2005**:59.
- 105- **Türkan A, Pala K.** Sağlık Ocaklarında Poliklinik Hizmetleri İle Ebe İzlemlerinin Değerlendirilmesi. Erişim: <http://www.halksagligi.org/halkmed/index.php?id=2648>. Erişim Tarihi: 20.03.2007.
- 106- **Yapıcı M, Yapıcı Ş.** Bir Değer Olarak Çocukluk. *Üniversite ve Toplum*, **2004**; 1-4.
- 107- **Karacan E.** Bebeklerde ve Çocuklarda Dil Gelişimi. *Klinik Psikiyatri*, **2000**; 3:263-268.
- 108- **Ekşi A.** *Ben Hasta Değilim - Çocuk Sağlığı ve Hastalıklarının Psikososyal Yönü*. İstanbul: Nobel Tıp Kitanevleri Ltd. Şti., **1999**.
- 109- **Carpentito-Moyet LJ.** Hemşirelik Tanları El Kitabı. (Çev. Firdevs Özdemir). İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri, **2005**.
- 110- **Arslan F.** 1-3 Yaş Dönemindeki Çocuğun Oyun ve Oyuncak Özelliklerinin Gelişimsel Kuramları İle Açıklanması. *C.Ü.Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, **2000**; 4(2):40-43.

- 111- T.C. Bursa Sağlık Müdürlüğü. Ruh Sağlığı. Erişim: <http://www.bsm.gov.tr/ruhsagligi> Erişim Tarihi: 12.09.2006.
- 112- **Özmert EF.** Erken Çocukluk Gelişimin Desteklenmesi-III: Aile. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, **2006**; 49:256-273.
- 113- T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Çocuk Ruh Sağlığı ve Gelişim Dönemleri Hakkında Anne Babalara Temel Mesajlar. Ankara, **2002**.
- 114- **Barlow J, Underdown A.** Promoting The Social and Emotional Health of Children:Where To Now?. *Journal Royal Society For The Promotion Of Health*, **2005**; 125(2):64-70.
- 115- **Townsend MC.** *Psychiatric Mental Health Nursing – Concepts of Care*. 4th Ed., Philadelphia: F.A.Davis Company/Publishers, **2000**.
- 116- **Edelman CL, Mandle CL.** *Health Promotion Throughout the Lifespan*. 5th Ed., St.Louis, Missouri: Mosby Inc., **2002**.
- 117- **Taşkın L.** *Gebeliğin Psikososyal ve Kültürel Boyutu. Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği*. 7. baskı. Ankara: Sistem Matbaacılık, **2005**; 211-225.
- 118- **Gilbert ES, Harmon BJS.** *Psikolojik Uyum. Yüksek Riskli Gebelik ve Doğum El Kitabı*. (Çev. Edt. Lale TAŞKIN). Ankara: Palme Yayıncılık, **2002**; 118-132.
- 119- **Anderson R.** Stres and Pregnancy. *The Journal of the Royal Society for the Promotion of Health*, **2005**; 125(5):215.
- 120- **Marcus S, Flynn HA, Blow FC, Barry KL.** Depressive Symptoms Among Pregnant Women Screened in Obstetrics Settings. *J Womens Health*, **2003**; 12(4):373-380.
- 121- **Sutter-Dallay AL, Giaccone-Marcesche V and etc.** Women with Anxiety Disorders During Pregnancy are at Increased Risk of Intense Postnatal Depressive Symptoms: A Prospective Survey of the MATQUID Cohort. *European Psychiatry*, **2004**; 19:459-463.
- 122- **Aslantekin F, Gökteş B, Yazıcı G, Karadağ N, Orman H.** Prenatal Bakımın Önemi ve Ülkemizde Prenatal Bakım Düzeyi. 1. Ulusal Ebelik Kongresi – EBKO 2007. İstanbul, **20-22 Haziran 2007**:29.
- 123- **Kabalcıoğlu F, Sel A.** Muş Doğumevi'nde Goğum Yapan Gebelerin Doğurganlık Özellikleri Doğum Öncesi Bakım Alma Durumları ve Etkileyen Faktörler. 1. Ulusal Ebelik Kongresi – EBKO 2007. İstanbul, **20-22 Haziran 2007**:53.
- 124- **Kaya F, Serin Ö, Genç A.** Doğum Yapan Kadınların Doğum Öncesi Bakım Alma Durumları ve Bakımların Niteliğinin Değerlendirilmesi. 1. Ulusal Ebelik Kongresi – EBKO 2007. İstanbul, **20-22 Haziran 2007**:60.

- 125- **Taşdemir SA, Sergek EV, Kaplan S.** Kadınların Doğum Öncesi Bakım Alma Durumlarının İncelenmesi. 1. Ulusal Ebelik Kongresi – EBKO 2007. İstanbul, **20-22 Haziran 2007**:79.
- 126- **Başkurt S, Ateş D, Toparlak H, Çelik V.** Gebelerdeki Depresyon Durumları ve Ebelerin Yaklaşımları. 1. Ulusal Ebelik Kongresi – EBKO 2007. İstanbul, **20-22 Haziran 2007**:33.
- 127- **Özcebe H.** Birinci Basamakta Adölesan Sorunlarına Yaklaşım. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi (sted)*, **2002**; 11(10):374-377.
- 128- T.C. Milli Eğitim Bakanlığı. Özel Eğitim Rehberlik ve Danışma Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Önce Çocuklar Projesi. “7-19 Yaş Etkili Ana-Baba Eğitimi Çalıştayı” ve Çocuk Hazırlık Toplantısı Süreç Raporu. Ankara, **16-17 Şubat 2006**. Abant, **19-20 Şubat 2006**.
- 129- Prof. Dr. Atalay Yörükoğlu Ulusal Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Politikaları I. Çalıştay Raporları. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*, **2006**; 13(1):37-42.
- 130- **Lacey I.** The Role of the Child Primary Mental Health Worker. *Journal of Advanced Nursing*, **1999**; 30(1):220-228.
- 131- **Özyurt BC, Dinç G, Eser E, Cengiz R, Özcan C.** Manisa’da Okul Çağı Çocukların Sağlık Risk Davranışlarının Belirlenmesi. IX. Halk Sağlığı Kongresi. 3-6 Kasım 2004; Ankara. Erişim: <http://www.halksagligi.org/halkmed/index.php?id=2602>. Erişim Tarihi: 12.09.2006.
- 132- **Özmen D, Çetinkaya AÇ.** Manisa İl Merkezinde Bulunan İki İlköğretim Okulundaki Okul Sağlığı Hemşireliği Uygulama Sonuçları. *Hemşirelik Forumu Dergisi*, **2006**; Ocak-Şubat, Mart-Nisan Birleştirilmiş İki Sayı:96-103.
- 133- **Çelikalp Ü, Yorulmaz F, Saltık A.** Tekirdağ İl Merkezindeki İlköğretim Okullarında Okul Sağlığı Hizmetlerinin Durumu. *Hemşirelik Forumu Dergisi*, **2005**; Eylül-Aralık:62-73.
- 134- **Walker S.** Child Meantal Health: Promoting Prevention. *Journal Of Children Health Care*, **1999**; 3(4):12-16.
- 135- **Killoran A.** Health Promotion in Children. *The Journal of the Royal Society for the Promotion of Health*, **2005**; 125(2):50.
- 136- **Gürbüz K.** Olumlu Sağlık Davranışlarının Kazandırılmasında Okul Sağlığı Hemşireliği Uygulamaları. Yüksek lisans Tezi, Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kocaeli, **2006**.
- 137- **Güler G, Kubilay G.** Bir İlköğretim Okulu Öğrencilerinin Fiziksel Bakım Sorunlarının Çözülmesinde Toplum Sağlığı Hemşiresinin Etkinliği. *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, **2005**; 9(1):15-23.

- 138- Melillo KD, Houde SC.** *Geropsychiatric and Mental Health Nursing*. Massachusetts: Jones and Barlett Publishers, **2005**.
- 139- Terakye G.** Duygusal Yaşam. Sağlıklı Yaşlanma Uluslararası Hemşireler Birliği 1992 Teması Sempozyum Kitabı. Ankara, **26-27 Kasım 1992**:41.
- 140- Manthorpe J, Iliffe S, Eden A.** Early Recognition of Dementia by Nurses. *Journal of Advanced Nursing*, **2003**; 44(2):183-191.
- 141- Bahar A.** Demans ve Hemşirelik Yaklaşımları. *Hemşirelik Forumu Dergisi*, **2006**; 17-21.
- 142- Karadakovan A.** Demansda Hemşirelik Yaklaşımı. II. Geriatri Kongresi. Antalya, **20-24 Ekim 2003**:117.
- 143- Davies BR, Howells S, Jenkins M.** Early Detection and Treatment of Pstnatal Depression in Primary Care. *Journal of Advanced Nursing*, **2003**; 44(3):248-255.
- 144- Mehta A, Sheth S.** Postpartum Depression: How to Recognize and Treat This Common Condition. *Medscape Psychiatry & Mental Health*. 2006. Erişim: <http://www.medscape.com/viewarticle/529390>. Erişim Tarihi: 05.02.2007.
- 145- Epperson CN.** Postpartum Major Depression: Detection and Treatment. *American Family Physician*. Erişim: http://findarticles.com/p/articles/mi_m3225/is_8_59/ai_54567538/pg_1. Erişim Tarihi: 05.02.2007.
- 146- Hanna B, Jarman H, Savage S.** The Clinical Application of Three Screening Tools for Recognizing Post-Partum Depression. *International Journal of Nursing Practice*, **2004**; 10:72-79.
- 147- Lepper HS, DiMatto MR, Tinsley BJ.** Postpartum Depression: How Much Do Obstetric Nurses and Obstetricians Know?. *BIRTH*, **2003**; 12(3):149-154.
- 148- Austin MP.** Antenatal Screeningi and Early Intervention for “Perinatal” Distress, Depression and Anxiety: Where to From Here?. *Arch Womens Ment Health*, **2004**; 7:1-6.
- 149- Karaçam Z, Taşkın L.** Postpartum Depresyon: Önleme, Erken Tanı ve Hemşirelik Bakımı. *Sağlık ve Toplum*, **2004**; 14(3):14-24.
- 150- Balkaya NA.** Postpartum Dönemde Annelerin Bakım Gereksinimleri ve Ebe-Hemşirenin Rolü. *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, **2002**; 6(2): 42-49.
- 151- Tezel A.** Postpartum Depresyonun Değerlendirilmesinde Hemşirenin/Ebenin Sorumlulukları. *New Symposium Journal*, **2006**; 44(1):49-52.

- 152-** Primary Care Doctors Often Do Not Recognize Depression.
Erişim: <http://www.seniorhealthweek.org/NewsStories/depression-story-a28.htm>. Erişim Tarihi:24.03.2007.
- 153-** **Baik SY, Bowers BJ, Oakley LD, Jeffrey SL.** The Recognition of Depression: The Primary Care Clinician's Perspective. *Annals of Family Medicine*, **2005**; 3(1):31-37.
- 154-** **Baik SY.** How Do Primary Care Providers Recognize Depression?: A Study of Contextual Conditions That Influence Primary Care Provider's Recognition of Depression. Erişim: <http://www.nursinglibrary.org/Portal/main.aspx?pageid=4024&sid=22446>. Erişim Tarihi: 11.04.2007.
- 155-** **Füredi J, Rozsa S, Zambori J, Szadoczky E.** The Role of Symptoms in the Recognition Of Mental Health Disorder in Primary Care. *Psychosomatics*, **2003**; 44(5):402-406.
- 156-** Depresyon (Bunalım) ve Toplumsal Boyutları. Erişim: <http://askaptan.4mg.com/depresyon.htm>. Erişim Tarihi: 02.11.2003.
- 157-** **Sağduyu A, Ögel K, Özmen E, Boratav C.** Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Depresyon. *Türk Psikiyatri Dergisi*, **2000**; 11(1):3-16.
- 158-** **Simon GE, Fleck M.** Prevalence and Predictors of Depression Treatment in an International Primary Care Study. *Am J Psychiatry*, **2004**; 161(9):1626-1634.
- 159-** **Alarcon FJ, Isaacson JH, Franco-Bronson K.** Diagnosing and Treating Depression in Primary Care Patients: Looking Beyond Physical Complaints. Erişim: <http://www.ccjm.org/abstracts/may8abs1.htm>. Erişim Tarihi:05.04.2007.
- 160-** **Özmen E, Sağduyu A.** Temel Sağlık Hizmetlerinde Depresyon: Tanı Sorunları ve Öneriler. *Türk Psikiyatri Dergisi*, **1997**; 8(2):93-101.
- 161-** **Akalın Sİ, Cimilli C, Kuzhan E.** Depresyon, Pratisyen Hekim ve Depresyon Eğitimi. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, **2002**; 11(2):58-62.
- 162-** **Bagley H, Cordingley L, Burns A, Mozley CG, Sutcliffe C and etc.** Recognition of Depression by Staff in Nursing and Residential Homes. *Journal of Clinical Nursing*, **2000**; 9:445-450.
- 163-** **Kelleci M, Doğan S.** Bedensel Hastalıkla Birlikte Depresyonu Olan Hastalara Hemşirelerin Yaklaşımlarının İncelenmesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, **2001**; 2(3):161-168.
- 164-** **Gilbody SM, Whitty PM, Grimshaw JM, Thomaz RE.** Improving the Detection and Management of Depression in Primary Care. *Qual. Saf. Health Care, Qual. Saf. Health Care*, **2003**; 12:149-155.

- 165- Driscoll JW.** Recognizing Women's Common Mental Health Problems: The Earthquake Assesment Model. *JOGNN Clinical Issues*, **2005**; 34(2):246-254.
- 166- Rapoport JI, Inoff-Germain G.** Practitioner Rewiew: Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder in Children and Adolescents. *J Child Pstchol. Psychiat.*, **2000**; 41(4):419-431.
- 167- Neel JL, Stevens VM, Stewart JM.** Obsessive-Compulsive Disorder: Identification, Neurobiology, and Treatment. *JAOA Clinical Practice*, **2002**; 102(2):81-86.
- 168- Fireman B, Moran LM, Leventhal JL, Jacobson A.** The Prevalence of Clinically Recognized Obsessive-Compulsive Disorder in a Large Health Maintenance Organization. *Am J Psychiatry*, **2001**; 158:1904-1910.
- 169- Shear MK.** Anxiety Disorders: Obsessive-Compulsive Disorder. ACP Medicine Online. Erişim: <http://www.medscape.com/viewarticle/534476>. Erişim Tarihi:12.04.2007.
- 170- Ayrancı Ü, Yenilmez Ç.** Eskişehir İlinde Birinci Basamak Sağlık Kurumlarında Verilen Ruh Sağlığı Hizmetlerinin Değerlendirilmesi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, **2002**; 13(2):115-124.
- 171- Deveci A.** Hekimlerin Ruhsal Hastalıklara Yönelik Tutumları. *3P Dergisi*, **2004**; 12(Ek 3):77-82.
- 172- Oral FT, Kıyak M, Temiz S, Uluşahin A, Baral I, Öğel K, Üstün B, Göğüş A.** Temel Sağlık Hizmetlerinde ICD-10 ile Ruhsal Bozuklukların Sınıflandırılması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, **1995**; 6(2):99-106.
- 173- Evans M, Bradwejn J, Dunn L.** Anxiety Review Panel. Ontario Guidelines for the Management of Anxiety Disorders in Primary Care. Toronto: Queen's Printer of Ontario; **2000**.
- 174- Andrew C, Leon AC, Olfson M, Weissman, MM, Portera L, Fireman, BH, Blacklow RS, Hoven C, Broadhead WE.** Brief Screens for Mental Disorders in Primary Care. *J GEN INTERN MED*, **1996**; 11:426-430.
- 175- Doyle BB.** Panic Disorder and The Primary Care Physician – Editorial. American Family Physician, 1995. Erişim: http://findarticles.com/p/articles/mi_m3225/is_n7_v52/ai_17776030. ErişimTarihi:08.04.2007.
- 176- Gerdes TT, Noyes R, Kathol RG, Phillips BM, Fisher MM, Morcuende RG, Yagla SJ.** Physician Recognition of Hypochondriacal Patients. *General Hospital Psychiatry*, **1996**; 18(2):106-112.
- 177- Abramowitz JS.** Hypochondriasis: Conceptualization, Treatment, and Relationship to Obsessive Compulsive Disorder. *Annals of Clinical Psychiatry*, **2005**; 17(4):211-217.

- 178- Gureje O, Üstün TB, Simon GE.** The Syndrome of Hypochondriasis: A Cross-National Study in Primary Care. *Psychological Medicine*, **1997**, 27(5): 1001-1010.
- 179- Karalı NT, Olgun TÖ.** Hipokondriyazis. *3P Dergisi*, **1997**; 5(Ek.1):39-48.
- 180- Ayrancı Ü, Yenilmez Ç.** Eskişehir İlinde Sağlık Ocaklarında Konulan Ruhsal Hastalık Tanıları İle Sosyoekonomik Durum Arasındaki İlişki. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, **2001**; 2(2):87-98.
- 181- Şahin EM, Özer C, Dağdeviren N, Şahin Ö, Aktürk Z.** Birinci Basamakta Somatizasyon Bozukluğuna Yaklaşım. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi (sted)*, **2001**; 10(1):12-14.
- 182- Sağduyu A.** Sağlık Ocağına Başvuran Hastalarda Somatizasyon. *Türk Psikiyatri Dergisi*, **1995**; 6(1):21-29.
- 183- Mead N, Bower P, Gask LG.** Emotional Problems in Primary Care: What is the Potential for Increasing the Role of Nurses?. *Journal of Advanced Nursing*, **1997**; 26:879-890.

8. EKLER

8.1. EK-1: EBELERE YÖNELİK ANKET FORMU

Değerli ebeler,

Bu çalışma sağlık ocaklarında çalışan siz ebelerin koruyucu ruh sağlığına yönelik verdiğiniz hizmetleri ve kadınlarda en sık görülen ruhsal bozuklukları ne kadar tanıdığınızı belirlemek amacıyla yapılmaktadır. Bu anket soruları iki ana bölümden oluşmuş olup, birinci bölümde verilen hizmetlere yönelik sorular, ikinci bölümde ise sık görülen bazı hastalıklarla ilgili vakalar soru şeklinde bulunmaktadır. Toplum sağlığını sürdürmede etkin rolleri olan siz ebelerin yaptığımız her çalışma değerlidir ve bizim isteğimiz bu çalışmalarını ortaya çıkarmaktır. İlginiz ve vakit ayırdığınız için teşekkür eder, esenlik dileklerimi sunarım.

Arş. Gör. Gülay Yılmaz

Sağlık Ocağının Adı:

Anket No:.....

BÖLÜM I

1- Yaşınız:

2- En son bitirdiğiniz okul:

- a. Sağlık okulu
- b. Sağlık meslek lisesi
- c. Önlisans (Açık öğretim Meslek Yüksekokulu)
- d. Lisans
- e. Yüksek lisans

3- Medeni durumunuz:

- a. Evli
- b. Bekar (**6. sorudan devam ediniz**)

4- Eşinizin öğrenim durumu:

- a. İlkokul
- b. Ortaokul
- c. Lise
- d. Üniversite
- e. Diğer

5- Eşinizin mesleği:

- a. Memur
- b. İşçi
- c. Serbest (**Açıklayınız**)
- d. Diğer (**Açıklayınız**)

6- Ebe olarak kaç yıldır çalışıyorsunuz?

7- Şimdiye kadar çalıştığınız kurumları ve sürelerini yazar mısınız?

Kurum

Süre

- Hastane (Tıp, Devlet, SSK, Özel)
- Sağlık ocağı – Sağlık evi
- Diğer (**Yazınız**)

8- Sağlık ocağında çalışmayı kendiniz mi istediniz?

a. Evet (**Neden?**)

b. Hayır (**Neden?**)

9- Sağlık ocağınızda çalışan ebe sayısı sizce yeterli midir?

a. Evet (**Neden?**)

b. Hayır (**Neden?**)

10- İş yoğunluğunuz hakkında ne düşünüyorsunuz?

a. Az yoğun

b. Normal

c. Çok yoğun

11- Sağlık ocağında çalışmaktan memnun musunuz?

a. Evet

b. Hayır

12- Çalıştığınız sağlık ocağının hizmet verdiği bölge nüfusuna göre bir ebeye düşen nüfus ne kadardır?

13- T.C. Sağlık Bakanlığı'na ait "Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkındaki Yönerge"de belirtilen ebe görevlerini okudunuz mu?

a. Evet

b. Hayır

14- Sağlık ocağında görev yaptığınız süre içinde koruyucu ruh sağlığına yönelik hizmet içi eğitim aldınız mı?

a. Evet

b. Hayır

15- (**Evet ise**) Koruyucu ruh sağlığına yönelik hizmet içi eğitim programında hangi konular yer almaktaydı?

16- Sağlık ocağında çalışan bir ebe olarak **koruyucu ruh sağlığı** hizmetlerine yönelik görevleriniz olduğunu düşünüyor musunuz?

a. Evet

b. Hayır

17- (**Evet ise**) Koruyucu ruh sağlığı hizmetlerine yönelik görevlerinizin neler olduğunuz düşünüyorsunuz?

18- Toplumumuzda, ruhsal bozukluklar açısından risk altında olan gruplar **sizce** hangileridir?

19- a) Sizin çalıştığınız sağlık ocağı bölgesinde risk altında olan grup **sizce** hangisidir?

b) Neden?

c) Bu grupları nasıl belirliyorsunuz?

20- Risk altında olduğu belirlenen gruplara yönelik, ebelerin verdiği herhangi bir hizmet var mıdır?

a. Evet

b. Hayır

(Evet ise) Bu hizmetler nelerdir?

21- Okul öncesi çocuklara (0-6 yaş) yönelik **koruyucu ruh sağlığı** alanında danışmanlık ve eğitim yapıyor musunuz?

a. Evet

b. Hayır

(Evet ise) Danışmanlık ve eğitim verdiğiniz **konu başlıklarını** yazar mısınız?

22- Okul çağı çocuklarına (6-12 yaş) yönelik **koruyucu ruh sağlığı** alanında danışmanlık ve eğitim yapıyor musunuz?

a. Evet

b. Hayır

(Evet ise) Danışmanlık ve eğitim verdiğiniz **konu başlıklarını** yazar mısınız?

23- Adölesanlara (12-20 yaş) yönelik **koruyucu ruh sağlığı** alanında danışmanlık ve eğitim yapıyor musunuz?

a. Evet

b. Hayır

(Evet ise) Danışmanlık ve eğitim verdiğiniz **konu başlıklarını** yazar mısınız?

24- Yetişkinlere (20-65 yaş) yönelik **koruyucu ruh sağlığı** alanında danışmanlık ve eğitim yapıyor musunuz?

a. Evet

b. Hayır

(Evet ise) Danışmanlık ve eğitim verdiğiniz **konu başlıklarını** yazar mısınız?

25- Yaşlılara (65 ve üzeri yaş) yönelik **koruyucu ruh sağlığı** alanında danışmanlık ve eğitim yapıyor musunuz?

- a. Evet
- b. Hayır

(Evet ise) Danışmanlık ve eğitim verdiğiniz **konu başlıklarını** yazar mısınız?

BÖLÜM II

26- Çocuğunu muayeneye getiren bir kadın, kabızlık, ağız kuruluğu, baş ağrısı, uyuşmalar, karıncalanmalar gibi fiziksel yakınmalarla birlikte hiçbir şeyden keyif alamadığını, içine kapandığını, kimseyle konuşmak istemediğini, içinden hiç iş yapmak gelmediğini, yapması gereken işleri de zorlanarak yaptığını ve sabah çok erken uyanıp tekrar uykuya dalmakta güçlük çektiğini ya da yataktan bir türlü kalkmak istemediğini, kilo değişimleri yaşadığını söylüyor.

- a. Bu şikayetler size neyi düşündürür?
- b. Bu şikayetler üzerine siz ne önerirsiniz?
- c. Bu öneriyi yapmanızın nedeni nedir?

27- Sağlık ocağında çalışırken çarpıntısının olduğu, nefesinin tıkanıdığı, nefes almakta zorlandığını ve göğsünde ağrı olduğunu hisseden, kalp krizi geçirecek ya da ölecekmiş gibi kendisine kötü bir şeyler olacaktı korkusu yaşayan, baş dönmesi, sersemlik şikayetleri olan ve bayılacaktı hissine kapılan bir kadınla karşılaşıyorsunuz?

- a. Bu şikayetler size neyi düşündürür?
- b. Bu şikayetler üzerine siz ne önerirsiniz?
- c. Bu öneriyi yapmanızın nedeni nedir?

28- Ev ziyaretinde ev sahibinin sürekli bir şeyleri düzelttiğini ve her düzeltmeden sonra mutlaka ellerini yıkadığını ve ellerini yıkamaya gittiğinde uzun süre dönmediğini fark ettiniz.

- a. Bu şikayetler size neyi düşündürür?
- b. Bu şikayetler üzerine siz ne önerirsiniz?
- c. Bu öneriyi yapmanızın nedeni nedir?

29- 20 gün önce doğum yapmış bir anneyi ev ziyaretine gittiniz. Annenin çok yorgun, bitkin ve üzüntülü bir hali olduğunu, bebeğin bakımını ihmal ettiğini ve bebeğin bakımından hiç zevk almadığını, zorlanarak yaptığını görüyorsunuz. Gözleri dolu dolu her an ağlayacakmış gibi duruyor ve bebeğin bakımında yetersiz olduğunu düşünüyor, biraz üsteleyince isteksiz yapıyor. Sizin söylediklerinize dikkatini veremediğini gözlüyorsunuz. Aşırı uyuma isteğinin olduğunu, bebeğine ve geleceğine karşı umutsuz ve karamsar olduğunu ifade ediyor.

a. Bu şikayetler size neyi düşündürür?

b. Bu şikayetler üzerine siz ne önerirsiniz?

c. Bu öneriyi yapmanızın nedeni nedir?

30- Sağlık ocağında yeni bir tahlil yapıldığını duyduğu için muayene olmaya gelen kadın, normal olan kalp atışları, terleme, öksürme, göz seğirmeleri gibi durumları ciddi bir kalp hastalığı olarak adlandırıyor. Bazı organlarında kanser olduğunu düşünüyor, bu yüzden doktorları dolaşüyor, çeşitli tetkikler yaptırıyor, yapılan tetkik sonuçları normal çıkıyor ama kendisine yeterli tetkik ve muayene yapılmadığından yakınıyor. Kendisine özeli bir tedavi yapılması gerektiğini düşünüyor. Hastalığına yönelmesi nedeniyle işlerine dikkatinin ve ilgisinin azaldığını ifade ediyor.

a. Bu şikayetler size neyi düşündürür?

b. Bu şikayetler üzerine siz ne önerirsiniz?

c. Bu öneriyi yapmanızın nedeni nedir?

31- Ziyarete gittiğiniz bir evde, evin gelini annesi hakkında şunları aktarıyor: “Annem 67 yaşında. Birkaç aydır davranışlarında değişiklikler olmaya başladı. Çok çabuk unutuyor. Her şeyi tekrar tekrar soruyor. Yakın akrabalarımızı bile zaman zaman tanımıyor. Hatta her gün gördüğü torunlarına bile; Sen kimin oğlusun? Buraya niye geldin?... gibi sorular soruyor. Bazen altına kaçırıyor sonra üzülüp ağlıyor. Bir de her şeyden önemlisi yeni olayları hatırlamıyor. Mesela sabah konuşulanları hiç olmamış gibi davranıyor ancak eskileri günde birkaç kez dinlediğimiz oluyor. Bu durum bize zamanla artıyormuş gibi geliyor.”

a. Bu şikayetler size neyi düşündürür?

b. Bu şikayetler üzerine siz ne önerirsiniz?

c. Bu öneriyi yapmanızın nedeni nedir?

8.2. EK-2: HEMŞİRELERE YÖNELİK ANKET FORMU

Değerli hemşireler,

Bu çalışma sağlık ocaklarında çalışan siz hemşirelerin koruyucu ruh sağlığına yönelik verdiğiniz hizmetleri ve kadınlarda en sık görülen ruhsal bozuklukları ne kadar tanıdığınızı belirlemek amacıyla yapılmaktadır. Bu anket soruları iki ana bölümden oluşmuş olup, birinci bölümde verilen hizmetlere yönelik sorular, ikinci bölümde ise sık görülen bazı hastalıklarla ilgili vakalar soru şeklinde bulunmaktadır. Toplum sağlığını sürdürmede etkin rolleri olan siz hemşirelerin yaptığınız her çalışma değerlidir ve bizim isteğimiz bu çalışmalarını ortaya çıkarmaktır. İlginiz ve vakit ayırdığınız için teşekkür eder, esenlik dileklerimi sunarım.

Arş. Gör. Gülay Yılmaz

Sağlık Ocağının Adı:

Anket No:.....

BÖLÜM I

1- Yaşınız:

2- En son bitirdiğiniz okul:

- Sağlık okulu
- Sağlık meslek lisesi
- Önlisans (Açık öğretim Meslek Yüksekokulu)
- Lisans
- Yüksek lisans

3- Medeni durumunuz:

- Evli
- Bekar (**6. sorudan devam ediniz**)

4- Eşinizin öğrenim durumu:

- İlkokul
- Ortaokul
- Lise
- Üniversite
- Diğer

5- Eşinizin mesleği:

- Memur
- İşçi
- Serbest (**Açıklayınız**)
- Diğer (**Açıklayınız**)

6- Hemşire olarak kaç yıldır çalışıyorsunuz?

7- Şimdiye kadar çalıştığınız kurumları ve sürelerini yazar mısınız?

Kurum

Süre

-Hastane (Tıp, Devlet, SSK, Özel)

-Sağlık ocağı – Sağlık evi

-Diğer (**Yazınız**)

- 8- Sağlık ocağında çalışmayı kendiniz mi istediniz?
a. Evet (**Neden?**)
b. Hayır (**Neden?**)
- 9- Sağlık ocağınızda çalışan hemşire sayısı sizce yeterli midir?
a. Evet (**Neden?**)
b. Hayır (**Neden?**)
- 10- İş yoğunluğunuz hakkında ne düşünüyorsunuz?
a. Az yoğun
b. Normal
c. Çok yoğun
- 11- Sağlık ocağında çalışmaktan memnun musunuz?
a. Evet
b. Hayır
- 12- Çalıştığınız sağlık ocağının hizmet verdiği bölge nüfusuna göre bir hemşireye düşen nüfus ne kadardır?
- 13- T.C. Sağlık Bakanlığı'na ait "Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkındaki Yönerge"de belirtilen hemşirenin görevlerini okudunuz mu?
a. Evet
b. Hayır
- 14- Sağlık ocağında görev yaptığınız süre içinde koruyucu ruh sağlığına yönelik hizmet içi eğitim aldınız mı?
a. Evet
b. Hayır
- 15- (**Evet ise**) Koruyucu ruh sağlığına yönelik hizmet içi eğitim programında hangi konular yer almaktaydı?
- 16- Sağlık ocağında çalışan bir hemşire olarak **koruyucu ruh sağlığı** hizmetlerine yönelik görevleriniz olduğunu düşünüyor musunuz?
a. Evet
b. Hayır
- 17- (**Evet ise**) Koruyucu ruh sağlığı hizmetlerine yönelik görevlerinizin neler olduğunuz düşünüyorsunuz?
- 18- Toplumumuzda, ruhsal bozukluklar açısından risk altında olan gruplar **sizce** hangileridir?

19- a) Sizin çalıştığınız sağlık ocağı bölgesinde risk altında olan grup **sizce** hangisidir?

b) Neden?

c) Bu grupları nasıl belirliyorsunuz?

20- Risk altında olduğu belirlenen gruplara yönelik, hemşirelerin verdiği herhangi bir hizmet var mıdır?

a. Evet

b. Hayır

(Evet ise) Bu hizmetler nelerdir?

21- Okul öncesi çocuklara (0-6 yaş) yönelik **koruyucu ruh sağlığı** alanında danışmanlık ve eğitim yapıyor musunuz?

a. Evet

b. Hayır

(Evet ise) Danışmanlık ve eğitim verdiğiniz **konu başlıklarını** yazar mısınız?

22- Okul çağı çocuklarına (6-12 yaş) yönelik **koruyucu ruh sağlığı** alanında danışmanlık ve eğitim yapıyor musunuz?

a. Evet

b. Hayır

(Evet ise) Danışmanlık ve eğitim verdiğiniz **konu başlıklarını** yazar mısınız?

23- Adölesanlara (12-20 yaş) yönelik **koruyucu ruh sağlığı** alanında danışmanlık ve eğitim yapıyor musunuz?

a. Evet

b. Hayır

(Evet ise) Danışmanlık ve eğitim verdiğiniz **konu başlıklarını** yazar mısınız?

24- Yetişkinlere (20-65 yaş) yönelik **koruyucu ruh sağlığı** alanında danışmanlık ve eğitim yapıyor musunuz?

a. Evet

b. Hayır

(Evet ise) Danışmanlık ve eğitim verdiğiniz **konu başlıklarını** yazar mısınız?

25- Yaşlılara (65 ve üzeri yaş) yönelik **koruyucu ruh sağlığı** alanında danışmanlık ve eğitim yapıyor musunuz?

a. Evet

b. Hayır

(Evet ise) Danışmanlık ve eğitim verdiğiniz **konu başlıklarını** yazar mısınız?

BÖLÜM II

26- Çocuğunu muayeneye getiren bir kadın, kabızlık, ağız kuruluğu, baş ağrısı, uyuşmalar, karıncalanmalar gibi fiziksel yakınmalarla birlikte hiçbir şeyden keyif alamadığını, içine kapandığını, kimseyle konuşmak istemediğini, içinden hiç iş yapmak gelmediğini, yapması gereken işleri de zorlanarak yaptığını ve sabah çok erken uyanıp tekrar uykuya dalmakta güçlük çektiğini ya da yataktan bir türlü kalkmak istemediğini, kilo değişimleri yaşadığını söylüyor.

- a. Bu şikayetler size neyi düşündürür?
- b. Bu şikayetler üzerine siz ne önerirsiniz?
- c. Bu öneriyi yapmanızın nedeni nedir?

27- Sağlık ocağında çalışırken çarpıntısının olduğu, nefesinin tıkanıp, nefes almakta zorlandığını ve göğsünde ağrı olduğunu hisseden, kalp krizi geçirecek ya da ölecekmiş gibi kendisine kötü bir şeyler olacaktı korkusu yaşayan, baş dönmesi, sersemlik şikayetleri olan ve bayılacaktı hissine kapılan bir kadınla karşılaşıyorsunuz?

- a. Bu şikayetler size neyi düşündürür?
- b. Bu şikayetler üzerine siz ne önerirsiniz?
- c. Bu öneriyi yapmanızın nedeni nedir?

28- Ev ziyaretinde ev sahibinin sürekli bir şeyleri düzelttiğini ve her düzeltmeden sonra mutlaka ellerini yıkadığını ve ellerini yıkamaya gittiğinde uzun süre dönmediğini fark ettiniz.

- a. Bu şikayetler size neyi düşündürür?
- b. Bu şikayetler üzerine siz ne önerirsiniz?
- c. Bu öneriyi yapmanızın nedeni nedir?

29- 20 gün önce doğum yapmış bir anneyi ev ziyaretine gittiniz. Annenin çok yorgun, bitkin ve üzüntülü bir hali olduğunu, bebeğin bakımını ihmal ettiğini ve bebeğin bakımından hiç zevk almadığını, zorlanarak yaptığını görüyorsunuz. Gözleri dolu dolu her an ağlayacakmış gibi duruyor ve bebeğin bakımında yetersiz olduğunu düşünüyor, biraz üsteleyince isteksiz yapıyor. Sizin söylediklerinize dikkatini veremediğini gözlüyorsunuz. Aşırı uyuma isteğinin olduğunu, bebeğine ve geleceğine karşı umutsuz ve karamsar olduğunu ifade ediyor.

- a. Bu şikayetler size neyi düşündürür?
- b. Bu şikayetler üzerine siz ne önerirsiniz?
- c. Bu öneriyi yapmanızın nedeni nedir?

30- Sağlık ocağında yeni bir tahlil yapıldığını duyduğu için muayene olmaya gelen kadın, normal olan kalp atışları, terleme, öksürme, göz seğirmeleri gibi durumları ciddi bir kalp hastalığı olarak adlandırıyor. Bazı organlarında kanser olduğunu düşünüyor, bu yüzden doktorları dolaşüyor, çeşitli tetkikler yaptırıyor, yapılan tetkik sonuçları normal çıkıyor ama kendisine yeterli tetkik ve muayene yapılmadığından yakınıyor. Kendisine özeli bir tedavi yapılması gerektiğini düşünüyor. Hastalığına yönelmesi nedeniyle işlerine dikkatinin ve ilgisinin azaldığını ifade ediyor.

- a. Bu şikayetler size neyi düşündürür?
- b. Bu şikayetler üzerine siz ne önerirsiniz?
- c. Bu öneriyi yapmanızın nedeni nedir?

31- Ziyarete gittiğiniz bir evde, evin gelini annesi hakkında şunları aktarıyor: “Annem 67 yaşında. Birkaç aydır davranışlarında değişiklikler olmaya başladı. Çok çabuk unutuyor. Her şeyi tekrar tekrar soruyor. Yakın akrabalarımızı bile zaman zaman tanımıyor. Hatta her gün gördüğü torunlarına bile; Sen kimin oğlusun? Buraya niye geldin?... gibi sorular soruyor. Bazen altına kaçırıyor sonra üzülüp ağlıyor. Bir de her şeyden önemlisi yeni olayları hatırlamıyor. Mesela sabah konuşulanları hiç olmamış gibi davranıyor ancak eskileri günde birkaç kez dinlediğimiz oluyor. Bu durum bize zamanla artıyormuş gibi geliyor.”

- a. Bu şikayetler size neyi düşündürür?
- b. Bu şikayetler üzerine siz ne önerirsiniz?
- c. Bu öneriyi yapmanızın nedeni nedir?

ÖZGEÇMİŞ

Araştırmacı 1982 yılında Hatay’da doğmuştur. İlk, orta ve lise öğrenimini Hatay’da tamamlamıştır. 1999-2003 yılları arasında Erciyes Üniversitesi Nevşehir Sağlık Yüksekokulu’nda lisans öğrenimi görmüştür.

2003 yılında Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı’nda yüksek lisans öğrenimine başlamıştır. 2004 yılında Mersin Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu’nda Araştırma Görevlisi olarak göreve başlamış olup halen göreve devam etmektedir. Araştırmacı İngilizce bilmektedir.