



TC  
MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK ÇALIŞANLARININ  
ANNELİK HÜZNÜ İLE İLGİLİ BİLGİ VE UYGULAMALARI**

SEÇİL KÖKEN  
YÜKSEK LİSANS TEZİ

EBELİK ANABİLİM DALI

TEZ DANIŞMANI  
Yrd. Doç. Dr. SEVAL CAMBAZ ULAŞ

MANİSA-2017



TC  
MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

SEÇİL KÖKEN  
YÜKSEK LİSANS TEZİ

EBELİK ANABİLİM DALI

TEZ DANIŞMANI  
Yrd. Doç. Dr. SEVAL CAMBAZ ULAŞ

MANİSA-2017



TC  
MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**SEÇİL KÖKEN**  
**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

EBELİK ANABİLİM DALI

TEZ SINAV JÜRİSİ

Yrd. Doç. Dr. Seval CAMBAZ ULAŞ	(tez danışmanı)
Yrd. Doç. Dr. Selda İLDAN ÇALIM	(jüri üyesi)
Yrd. Doç. Dr. Aytül HADIMLI	(jüri üyesi)

MANİSA-2017

## **BEYAN**

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmayla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

Seçil KÖKEN

## TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim süresince; her konuda, bilgi ve deneyimleri ile beni destekleyen, eğitimim boyunca bana zaman ayıran bilgi ve deneyimlerini paylaşan, Araştırma konumun şekillenmesinden, tezimin tamamlanmasına kadar her aşamada çalışmalarımı yönlendiren saygıdeğer hocam Yrd. Doç. Dr. Seval CAMBAZ ULAŞ'a sonsuz teşekkür ve saygılarımı sunarım.

Yüksek lisans eğitimim süresince kıymetli bilgi ve tecrübeleri ile her türlü yardım ve desteğini esirgemeyen tüm Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Anabilim Dalı Sayın Öğretim Üyelerine teşekkür ederim.

Kendisi ile her türlü duygu, düşünce, deneyim ve bilgilerimizi paylaştığımız, yüksek lisans eğitimi dönem arkadaşım sevgili Arş. Gör. Esra TAYHAN'A teşekkürü bir borç bilirim.

Yaşamımın her anında benden ilgi, sevgi ve desteklerini eksik etmeyen sevgili aileme sonsuz teşekkürler ederim.

Seçil KÖKEN

# İÇİNDEKİLER

BEYAN.....	i
TEŞEKKÜR.....	ii
İÇİNDEKİLER .....	iii
TABLolar DİZİNİ.....	v
KISALTMALAR .....	vii
ÖZET.....	1
SUMMARY .....	3
1.GİRİŞ VE AMAÇ .....	5
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi.....	5
1.2. Araştırmanın Amacı .....	7
1.3. Araştırmanın Soruları.....	7
2.GENEL BİLGİLER .....	8
2.1.Postpartum Dönem.....	8
2.1.1.Postpartum Dönemde Meydana Gelen Fizyolojik Değişiklikler .....	8
2.1.2.Postpartum Dönemde Meydana Gelen Psikolojik Değişiklikler .....	10
2.1.2.1.Postpartum Depresyon .....	11
2.1.2.2.Postpartum Psikoz.....	13
2.1.2.3.Annelik Hüznü .....	14
2.1.2.3.1.Annelik Hüznünün Tanımı.....	14
2.1.2.3.2.Annelik Hüznünün Sıklığı .....	14
2.1.2.3.3.Annelik Hüznünün Görüldüğü Günler.....	15
2.1.2.3.4.Annelik Hüznünün Etiyolojisi .....	15
2.1.2.3.4.1.Hormonal Nedenler .....	15
2.1.2.3.4.2.Psikososyal Nedenler .....	16
2.1.2.3.5.Annelik Hüznünün Risk Faktörleri .....	18
2.1.2.3.6.Annelik Hüznünün Belirtileri.....	20
2.1.2.3.7.Annelik Hüznünün Tanımlanması .....	21
2.1.2.3.8.Annelik Hüznünün Tedavisi .....	21
2.1.2.3.9.Birinci Basamak Sağlık Çalışanlarının Annelik Hüznüne Yönelik Yaklaşımları .....	22

2.1.2.3.9.1. Annelik Hüznüne Yönelik Ebelik Yaklaşımları .....	23
2.1.2.3.9.1.1. Koruma.....	24
2.1.2.3.9.1.2. Yönlendirme.....	25
3. GEREÇ YÖNTEM .....	27
3.1. Araştırmanın Tipi .....	27
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	27
3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi .....	27
3.4. Araştırmanın Bağımlı-Bağımsız Değişkenleri .....	28
3.4.1. Araştırmanın Bağımlı Değişkenleri: .....	28
3.4.2. Araştırmanın Bağımsız Değişkenleri: .....	28
3.5. Araştırmanın Veri Toplama Araçları .....	29
3.6. Araştırmanın Veri Toplama Yöntemi .....	29
3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları .....	30
3.9. Araştırmanın Etik Yönü .....	30
3.10. Süre ve Olanaklar .....	31
4. BULGULAR.....	32
4.1. Araştırma Grubunu Oluşturan Sağlık Çalışanlarının Özellikleri .....	32
4.2. Araştırma Grubunu Oluşturan Sağlık Çalışanlarının Annelik Hüznü Konusundaki Bilgi Durumları .....	37
4.3. Araştırma Grubunu Oluşturan Sağlık Çalışanlarının Annelik Hüznü Konusundaki Uygulamaları.....	46
4.4. Araştırma Grubunu Oluşturan Sağlık Çalışanlarının Bazı Özellikleri ile Toplam Bilgi Puanlarının Karşılaştırılması.....	52
5. TARTIŞMA .....	58
6. SONUÇ VE ÖNERİLER .....	67
6.1. Sonuç.....	67
6.2. Öneriler .....	67
7. KAYNAKLAR .....	69
8. EKLER.....	79
9. ÖZGEÇMİŞ .....	90

## TABLolar DİZİNİ

Tablo 1. Araştırmaya katılan Birinci Basamak Sağlık Çalışanlarının dağılımları.....	28
Tablo 2. Araştırma planı ve takvimi .....	31
Tablo 3. Araştırma grubunu oluşturan sağlık çalışanlarının tanımlayıcı özellikleri..	32
Tablo 4. Araştırma grubunu oluşturan sağlık çalışanlarının mesleki özellikleri .....	34
Tablo 5. Araştırma grubunu oluşturan sağlık çalışanlarının annelik hüznü yaşantıları .....	36
Tablo 6. Araştırma grubunu oluşturan sağlık çalışanlarının annelik hüznünü duyma ve bilme durumları .....	37
Tablo 7. Araştırma grubunu oluşturan sağlık çalışanlarının annelik hüznünün tanımı ve görüldüğü günleri bilme durumları .....	38
Tablo 8. Araştırma grubunu oluşturan sağlık çalışanlarının annelik hüznünün nedenlerini ve risk faktörlerini bilme durumları .....	39
Tablo 9. Araştırma grubunu oluşturan sağlık çalışanlarının annelik hüznü ile ilgili bazı bilgi durumları .....	40
Tablo 10. Araştırma grubunu oluşturan sağlık çalışanlarının annelik hüznü belirtilerini bilme durumları .....	41
Tablo 11. Araştırma grubunu oluşturan sağlık çalışanlarının annelik hüznü yaşayan bir annenin ruhsal durumu hakkındaki bazı bilgi durumları .....	42
Tablo 12. Araştırma grubunu oluşturan sağlık çalışanlarının annelik hüznünü tespit etmeyi bilme durumları .....	43
Tablo 13. Araştırma grubunu oluşturan sağlık personelinin annelik hüznü bilgilerine ilişkin tanımlayıcı istatistikleri (n:214) .....	44
Tablo 14. Araştırma grubunu oluşturan sağlık çalışanlarının annelik hüznü yaşayan anneyi tespit etme durumları ve uygulamaları .....	46
Tablo 15. Araştırma grubunu oluşturan sağlık çalışanlarının annelik hüznü yaşayan kadın ile karşılaşma durumları .....	48
Tablo 16. Araştırma grubunu oluşturan sağlık çalışanlarının çalıştığı kurumda annelik hüznüne yönelik hizmet verme durumları ile sunulan hizmetler .....	49
Tablo 17. Araştırma grubunu oluşturan sağlık çalışanlarının annelik hüznüne yönelik hizmet içi eğitime bakış açıları .....	51
Tablo 18. Araştırma grubunu oluşturan sağlık çalışanlarının bazı tanımlayıcı özellikleri ile annelik hüznü toplam bilgi puanlarının karşılaştırılması .....	52
Tablo 19. Araştırma grubunu oluşturan sağlık çalışanlarının bazı mesleki özellikleri ile toplam bilgi puanlarının karşılaştırılması .....	54



Tablo 20. Araştırma grubunu oluşturan sağlık çalışanlarının bazı özellikleri ile toplam bilgi puanlarının karşılaştırılması ..... 56



## **KISALTMALAR**

**ACOG:** The American Congress of Obstetricians and Gynecologists

**APA:** Amerikan Psikiyatri Birliği

**AWHONN:** Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses

**NICE:** The National Institute For Health And Care Excellence

**RCM:** The Royal Collage of Midwives

**RCOG:** Royal College of Obstetricians and Gynaecologists

**WHO:** World Health Organization

**Tezin Başlığı:** Birinci Basamak Sağlık Çalışanlarının Annelik Hüznü ile İlgili Bilgi ve Uygulamaları

**Öğrencinin Adı:** Seçil KÖKEN

**Danışmanı:** Yrd. Doç. Dr. Seval CAMBAZ ULAŞ

**Anabilim Dalı:** Ebelik

## ÖZET

**Amaç:** Bu araştırmada birinci basamak sağlık çalışanlarının annelik hüznü konusundaki bilgi ve uygulamalarını belirlemek amaçlanmıştır.

**Gereç ve Yöntem** Araştırma tanımlayıcı tipte olup, Manisa il merkezindeki aile sağlığı merkezleri ve toplum sağlığı merkezlerinde görev yapan sağlık çalışanlarıyla yürütülmüştür (N:252). Araştırmada herhangi bir örnek seçme yöntemi kullanılmadan evrenin tamamına ulaşılmaya çalışılmıştır (n:214). Araştırmanın verileri ilgili literatür doğrultusunda araştırmacılar tarafından hazırlanan 37 soruluk anket formu ile toplanmıştır. Sağlık çalışanlarının annelik hüznü konusundaki bilgi durumları 11 soru ile her doğru yanıtı bir puan verilerek toplam bilgi puanı (toplam 32 puan) üzerinden değerlendirilmiştir. Verilerin analizinde SPSS 15.00 programı kullanılarak sayı, yüzde dağılımı, MannWhitney U testi ve Kruskal Wallis testi ile değerlendirilmiştir.

**Bulgular:** Araştırma grubunu oluşturan sağlık çalışanlarının %68,7'si Aile Sağlığı Merkez'inde görev yapmaktadır. Araştırma grubunun %41,1'ini hekimler, %37,4'ünü ebeler, %16,8'ini hemşireler, %4,7'sini acil tıp teknisyenleri oluşturmuştur. Hekimlerin %33,0'ı, ebe/hemşire/ATT'lerin %93,7'si kadındır. Hekimlerin %19,3'ü, ebe/hemşire/ATT'lerin %38,1'inin annelik hüznünü duymadığı, hekimlerin %27,3'ü ve ebe/hemşire/ATT'lerin %51,6'sının annelik hüznü konusunda hiç eğitim almadıkları belirlenmiştir. Hekimlerin toplam bilgi puanı ortalamaları  $18,70 \pm 6,28$ , ebe/hemşire/ATT'lerin ise  $15,56 \pm 6,62$  olarak bulunmuştur. Hekimlerin %63,2'sinin, ebe/hemşire/ATT'lerin %47,1'inin meslek hayatı boyunca en az bir kez annelik hüznü yaşayan anne tespit ettikleri belirlenmiştir. Sağlık çalışanlarının bilgi puanları ile meslek, eğitim ve daha önce 2.

basamakta görev yapmış olma, annelik hüznünü duyma ve annelik hüznü konusunda bilgi alma değişkenleri arasında anlamlı fark bulunmuştur ( $p<0,05$ ).

**Sonuçlar:** Birinci basamak sağlık çalışanlarından hekimlerin annelik hüznü bilgi puanları ortalamanın üstünde, ebe/hemşire/ATT'lerin ise ortalamanın altındadır. Doğum sonu izlemlerden sorumlu olan ebe/hemşire/ATT'lerin neredeyse yarısı annelik hüznünü hiç duymamıştır. Bu nedenle sağlık çalışanlarının annelik hüznü konusundaki eğitim ihtiyacının giderilmesi gerektiği düşünülmektedir.

**Anahtar Sözcükler:** Annelik hüznü, Sağlık çalışanları, Birinci basamak



**Title:** Knowledge and Practices of Primary Health Care Professionals on Maternal Blue

**Student name:** Seçil KÖKEN

**Supervisor:** Asist. Prof. Seval CAMBAZ ULAŞ

**Department:** Midwifery

## **SUMMARY**

**Object:** The aim of this research is to determine of knowledge and practices of primary health care professionals on maternal blue.

**Materials and Methods:** This is a descriptive type research and carried with health care professionals who work in Family Health Centers and Community Health Centers in Manisa city center (N=252). It's tried to reach entire universe without using any sample selection method (n= 214). Data of the research are collected by a survey form consisted from 37 questions that prepared according to the literature by researchers. Knowledge situation of health care professionals on maternity blue is assessed with 11 questions by giving one point for every right answer based on total knowledge score (totally 32 point). SPSS 15.00 program is used for assessing of data and evaluated by number, percentage distribution, MannWhitney U test and Kruskal Wallis test.

**Findings:** 68,7 % of health care professionals that formed the research group are employed in Family Health Centers. 41,1 of them are Medical Doctors, 37,4 % of them are midwives, and 4,7 % of them are emergency medical technicians. 33,0 % of medical doctors and 93,7 midwives / nurses / EMT are women. It's determined that 19,3 % of medical doctors and 38,1 % of midwives / nurses / EMT have never heard about maternity blue; 27,3 % of medical doctors and 51,6 % of midwives / nurses / EMT were not educated on maternity blue. Average knowledge score of medical doctors is found as  $18,70 \pm 6,28$ ; midwives / nurses / EMT is found as  $15,56 \pm 6,62$ . 63,2 % of medical doctors and 47,1 % of midwives / nurses / EMT have identified at least one mother who has experienced maternity blue in their entire career. Statistically significant difference is found on knowledge score of health care professionals with their profession, education and working on secondary health care

services, heard about maternity blue and getting information on maternity blue ( $p < 0,05$ ).

**Results:** While knowledge scores on maternity blue of Medical Doctors who are primary health care is above average; midwives / nurses / ATTs' is below average. Half of the midwives / nurses / ATTs who are responsible for postpartum monitoring are almost never heard about maternity blue. Therefore it's suggested that education need of health care professionals on maternity blue is required.

**Key Words:** Maternity blue, Healthcare professionals, Primary Health Care.



# 1.GİRİŞ VE AMAÇ

## 1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Kadın hayatının en önemli doğal yaşam döngüsü olan postpartum dönem, önemli fizyolojik, sosyolojik ve psikolojik değişiklikleri içermektedir (Mermer ve ark. 2010; Özdamar ve ark. 2014). Özellikle psikolojik değişiklikler hemen hemen her annede ortaya çıkan fakat çoğunlukla göz ardı edilen kısımdır. İlk defa Victor Luis Marce, 1858 yılında doğum öncesi ve sonrası dönemlerde ruhsal bozuklukların geliştiğini belirlemiştir (Erdem 2009). Amerikan Psikiyatri Birliği (APA) doğum ile duygudurum bozuklukları arasında özgün bir bağlantı varlığına ve gebelik ya da doğum ile tetiklenen psikiyatrik bozuklukların kendine özgü çeşitli özellikleri olduğuna dikkat çekmektedir. Ayrıca kadınlar için bu dönem, manik ya da psikotik durumların başlangıç zamanı açısından, diğer dönemlere göre 22 kat daha fazla riskli görülmektedir. Kadınların psikiyatri kliniklerine yatış oranlarının bu dönemde daha fazla olduğu belirtilmektedir (Bergink ve Kushne 2014; Kocamanoğlu 2008; Gereklioğlu ve ark. 2007). Yapılan bir çalışmada erken postpartum dönemdeki kadınların yaklaşık %13'ünün depresif semptomlar yaşadığı, %5'inin ise majör depresyon geçirdiği belirlenmiştir (Howard ve ark. 2014).

Doğum sonu bakım uygulamalarının önemi uzun süredir kanıtlanmış olmasına rağmen, istenilen kalitede bakıma ulaşılamamıştır (The Royal Collage of Midwives (RCM) 2015 <https://www.rcm.org.uk>, Erişim tarihi: 17 Ekim 2016). Fakat uygun bir bakım verebilmek için bu dönemde yaşanan hem fiziksel hem de duygusal durum değişikliklerini iyi bilmek gereklidir. Özellikle doğum sonu dönemde bazı anneler hormon seviyelerindeki dalgalanmanın etkisi ve stres faktörleri ile başa çıkamaz ve çeşitli düzeylerde duygusal durum bozuklukları yaşarlar. Bu duygusal durum bozuklukları içerisinde en ılımlı seyreden annelik hüznüdür. Çalışmanın konusunu oluşturan annelik hüznü diğer bir deyişle postpartum hüznü doğumdan sonra ilk birkaç gün içerisinde başlayabilen, postpartum 10 gün boyunca ya da daha uzun devam edebilen ruh hali değişiklikleridir. Doğum sonu östrojen ve progesteron seviyelerindeki ani düşüş ile annelik hüznünün ortaya çıkma zamanı eş olduğu için endokrin bir fenomen olabileceği düşünülmektedir (Adewuya 2005; Hau ve Levy

2003; Gonidakis ve ark. 2007; Stein 1980; Erdem ve Bez 2009). Annelik hüznü çeşitli toplum ve kültürlerde çalışılmış ve görülme sıklığı %40 ile %60 arasında bulunmuştur (Adewuya 2005; Rohde ve ark. 1997; Hau ve Levy 2003). Ülkemizde henüz bir ölçek bulunmadığı için sıklık araştırması yapılamaması sebebi ile herhangi bir veri bulunamamıştır. Ancak var olan çalışmalarda postpartum depresyonun risk faktörü olarak görülmesi ile prevalansın oldukça yüksek olduğu düşünülmektedir. Kültürel farklılıkların yanı sıra, araştırma metodoloji farklılıkları ve tanı kriterlerinin az olması sebebi ile çalışmalardaki sıklık aralıkları oldukça yaygındır (Gonidakis ve ark. 2007). Rondon (2003) çalışmasında doğumdan sonra annelik hüznü görülme sıklığının kültürler arasında farklılık gösterdiğini açıkça belirtmiştir.

Annelik hüznü en sık görülen doğum komplikasyonlarından biridir. Fakat kadın doğum uzmanları ve ebeler tarafından genellikle postpartum bakımda emosyonel değerlendirme atlanmaktadır (Adewuya 2005; Karamustafalıoğlu ve Tomruk 2000). Ülkemizde sağlık çalışanlarının annelik hüznü konusundaki farkındalıklarına yönelik çok az çalışma bulunmaktadır. Türkyılmaz (2014) yaptığı çalışmada ebe ve hemşirelerin %36,6'sının, hekimlerin ise %62,8'inin annelik hüznünü bildiğini rapor etmiştir. Sağlık çalışanlarının %65,6'sı annelik hüznü yaşayan bir kadına bakım vermeyi önemli bulurken, %22,4'ü bakım vermeyi bilmediğini belirtmiştir (Türkyılmaz 2014). Annelik hüznünün ilerlemesi oldukça ılımlıdır. Fakat doğum sonu yaşanan sıkıntılar dikkate alınmadığı ve incelenmediği takdirde daha şiddetli boyutlara ilerleyebilmektedir (Buttner ve ark. 2011). Şiddetli ve iki haftadan fazla devam eden annelik hüznü postpartum depresyonun bir habercisi sayılmaktadır (Beck 1996; Watanabe ve ark. 2008; Kocamanoğlu ve Şahin 2011). Doğum sonu dönemi birçok anne sorunsuz olarak atlatabilir, ancak önemli bir kısmının postpartum depresyon ve postpartum psikoz gibi ciddi duygu durum bozuklukları ile karşı karşıya kalması mümkündür. Sonuçta; kendisinin, bebeğinin ve ailesinin sağlığı bozulmakta ve bu da toplumun sağlığını olumsuz etkilemektedir. Bu nedenle doğum sonrası dönemde fiziksel bakım kadar önemli olan, annenin emosyonel gereksinimlerinin belirlenip karşılanması ve yeterli desteğin sağlanmasıdır. Bu desteğin sağlanabilmesi için öncelikle sağlık çalışanlarının farkındalıklarının belirlenmesi gerekmektedir. Annelik hüznü yaşayan bir kadının tedaviden çok ailesi ve sağlık personeli tarafından verilen bilgi ve desteğe ihtiyacı



vardır. Doğum sonrası dönemde ortaya çıkan annelik hüznü konusunda birinci basamak sağlık çalışanlarının bilgi durumlarını belirlemek, bu konudaki hizmetiçi eğitim ihtiyacının karşılanması açısından önemlidir.

## **1.2. Araştırmanın Amacı**

Bu araştırmada amaç birinci basamak sağlık çalışanlarının annelik hüznü konusundaki bilgi ve uygulamalarını belirlemektir.

## **1.3. Araştırmanın Soruları**

Birinci basamak sağlık çalışanlarının annelik hüznüne yönelik bilgi düzeyleri yeterli mi?

Birinci basamak sağlık çalışanlarının annelik hüznüne yönelik uygulamaları yeterli mi?

Birinci basamak sağlık çalışanlarının sosyodemografik ve mesleki özelliklerinin annelik hüznü bilgi düzeyleri üzerine etkisi var mıdır?

## **2.GENEL BİLGİLER**

### **2.1.Postpartum Dönem**

Gebelik boyunca vücutta meydana gelen değişikliklerin, gebelik öncesi haline dönmesi için geçen 6-8 haftalık süreye postpartum dönem denir. Bu dönem doğumda plasentanın atılması ile başlamaktadır (Güleşen ve Yıldız 2013; Taşkın 2016). Annede meydana gelen çeşitli retrogressive (gerileyici) ve progressive (ilerleyici) değişiklikler var olmaktadır. Doğum sonu dönemde laktasyona hazırlanan memelerde progressive değişiklikler görülürken, retrogressive değişiklikler üreme sistemi başta olmak üzere, diğer organ ve sistemlerde de görülmektedir. Annede var olan bu değişiklikler sadece fizyoloji ile sınırlı kalmamakta, aynı zamanda annelik rolüne geçiş süreci de başlamaktadır (Öztürk 2014).

#### **2.1.1.Postpartum Dönemde Meydana Gelen Fizyolojik Değişiklikler**

Doğum sonrası dönem genellikle, yenidoğanın doğumundan sonra annenin üreme organlarının gebelik öncesi normal durumuna döndüğü ilk altı hafta olarak nitelendirilmektedir. Doğumdan sonra plasentanın ayrılması beraberinde, anatomik ve fizyolojik değişiklikleri de getirmektedir (Taşkın 2016; Coşkun ve Aslan 2012).

**Üreme sisteminde meydana gelen değişiklikler:** Gebelik boyunca plasentadan salgılanan östrojenin, doğum sonu dönemde kandaki seviyesinin düşüşüne bağlı olarak özellikle üreme sistemi organlarında retrogressive değişiklikler hızla gerçekleşmektedir. Uterusun fundusu, doğumdan hemen sonra simfisis pubis ile umblikus arasına inmekte, doğumu takiben 12. saatte kas liflerinin gevşemesi ile umblikus düzeyine yükselmektedir. Annenin bebeğini emzirmesi ile beraber salınmaya devam eden oksitosin hormonunun etkisi ile her gün yaklaşık bir parmak küçülerek 14 gün içerisinde simfisis pubise doğru inmekte ve elle palpe edilemez hale geri dönmektedir (Coşkun ve Aslan 2012).

Gebelikte östrojen tarafından beslenen endometriyumdaki kompakta ve spongiosa tabakaları, doğum sonu östrojen seviyesindeki düşüşe bağlı olarak beslenemez ve soyularak vajinal yoldan akıntı şeklinde atılır. Bu akıntıya loşia adı verilir (Taşkın 2016). Emzirmenin başlaması ile beraber salınan oksitosin, etkili

uterus kontraksiyonları sağlamakta ve bu sayede her geçen gün loşianın rengi ve içeriği değişmekte, miktarı azalmaktadır. Postpartum 3. güne kadar loşia rubra denilen kırmızı renkli vajinal akıntı, 4-10 günler arasında loşia seroza adı verilen pembe veya kahverengi renkli akıntı, 10. günden sonra ise loşia alba olarak anılan kirli beyaz sarımtırak renkli vajinal akıntı görülür. Bu akıntının ortalama miktarı 240-270 ml'dir (Taşkın 2016; Coşkun ve Aslan 2012; Çalım ve Kavlak 2014).

Bu süre zarfında serviks, vulva, vajina ve perinede de involüsyon süreci devam etmektedir. Serviks doğumdan sonra kısalır ve kalınlaşır, eksternal os 2-3 parmak girecek şekilde açıktır. Serviksin açıklığı ilk haftanın sonunda 1 cm'e geriler ve 6 haftanın sonunda ise tamamen kapanmaz, çizgi şeklinde kalır. Fetüsün geçişi sırasında ileri derecede gerilen vajende ise involüsyon oldukça yavaş ilerlemektedir. Rugalar doğumdan sonra 3. haftada yeniden belirginleşmeye başlar. Ayrıca emziren kadınlarda östrojen düzeyi düşük olduğu için rengi soluktur. Ayrıca pelvik taban kaslarının eski tonüsüne kavuşması 6 aya kadar sürebilmektedir (Coşkun ve Aslan 2012; Çalım ve Kavlak 2014).

**Diğer sistemlerde meydana gelen değişiklikler:** Üreme sisteminde olduğu gibi gebelikten etkilenen diğer sistemlerde gebelik öncesi durumlarına dönerler. İlk 24-48 saatte total kan volümü yüksek oluşunun sebebi, gebelik boyunca ekstrasellüler aralıkta biriken sıvının ve uteroplental alanda göllenen kanın dolaşıma dönmesidir. Total kan volümü 4 hafta içinde normal düzeyine geri döner. Normal doğumda 200-500 ml, sezeryan doğumda ise 700-1000 ml olan kan kaybı, eritrositlerden çok plazmaları etkilemektedir. Bu nedenle ilk 3-7 gün hematokrit yükselir ve 4-8 haftada normal seviyesine iner. Progesteron seviyesinin düşüşü ve beraberinde diyaframın normal pozisyonuna dönmesi ile annenin solunumu rahatlar, mide ve bağırsak doğum sonu 1-2 hafta içinde normale döner. Gebelik ile beraber gelişen üreterler ve böbrek pelvisindeki hipotoni 8 hafta içerisinde kaybolur. Mesanenin normale dönmesi doğum sonu 1 haftayı bulurken idrar miktarında artış, mesane içinde sıvı basıncına karşılık duyarsızlık olabilir. Buna bağlı olarak aşırı gerilme, mesanenin tam boşalmaması ve rezidüel idrar gibi durumlar ortaya çıkar. Gebelikte gerilmiş ve uzamış olan karın kaslarının eski tonüsüne kavuşması biraz uzun bir süreyi gerektirir. Karın kaslarının eski tonüsüne kavuşturulması için annenin dinlenmesi, iyi

beslenmesi, iyi bir vücut mekaniği geliştirmesi, lohusalık egzersizlerini uygulaması gerekir. Abdomende, yüzde ve meme ucundaki pigmentasyon artışı geriler (Coşkun ve Aslan 2012; Taşkın 2016).

Doğum sonu pelvik organlarda atrofik değişiklikler meydana gelirken, memeler laktasyon görevi için gelişimlerini sürdürürler. Doğumdan sonra memelerde süt üretiminin başlaması, progesteron ve östrojen hormonlarının seviyelerindeki düşüşe bağlı, prolaktin ve oksitosin hormonlarının salınımı ile sağlanmaktadır. En önemli laktojenik hormon olan prolaktin, ön hipofizden salgılanmakta ve alveollerdeki epitelyal hücrelerden süt yapımını başlatmaktadır. Arka hipofiz hormonu olan oksitosin ise alveolleri çevreleyen myoepitelyal hücrelerin kasılması ile meme ucuna süt akmasını sağlamaktadır (Taşkın 2016). Laktasyonda görev alan prolaktin ve oksitosin, over hormonlarının baskılanmasını sağlar. FSH'nin baskılanması overlerde yeni bir folikül gelişimini yani ovülasyonu engellemektedir. Doğum sonu 24-72 saat içerisinde laktasyonun başlaması beklenmektedir. Memeler başlangıçta gergin, sıcak ve hassastır (engorgement genişlemesi). İlk 48 saat var olan bu hassasiyetin nedeni, hormonal değişimlere cevap olarak memelerdeki genişleme, sertleşmedir (Coşkun ve Aslan 2012; Çalım ve Kavlak 2014).

### **2.1.2. Postpartum Dönemde Meydana Gelen Psikolojik Değişiklikler**

Postpartum dönem denilen süre zarfında; kadının hayatında hem fiziksel değişiklikler olmakta hem de ruhsal açıdan bastırılmış ve çözümlenmemiş çatışmalar yeniden canlanabilmektedir (Kocamanoğlu 2008; Yılmaz 2009). Çalışmalar, kadınların yaklaşık %70'inin bu dönemde emosyonel değişiklikler yaşadığını vurgulamaktadır (Adewuya 2005). Postpartum dönemde ruh hali değişiklikleri oldukça karmaşık bir yapısı olması nedeni ile; biyolojik, hormonal ve ailesel etkenlerin, psikososyal çerçeve ile birlikte çok yönlü olarak ele alınması gerekmektedir (Kocamanoğlu 2008; Grussu ve Quatraro 2013; Kiehl ve White 2003). Günümüzde yapılmış çalışmalarda özellikle doğumdan sonra ilk günde bazı biyolojik göstergeler ile maternal psikolojik semptomlar arasında belirli ilişkiler olduğu, ilerleyen günlerde de ruh hali değişikliklerinin devam ettiği belirlenmiştir (Grussu ve Quatraro 2013). Özellikle hipotalamus-hipofiz bezi-overler üçgeninin maternal davranışlarda önemli rol oynadığı düşünülmekte olup, bu üçgende var

olabilecek bir disfonksiyon postpartum dönemde kadınların duygu durum bozukluklarına duyarlılığı artabilmektedir (Lowdermilk ve ark. 2000). Ayrıca yeni doğum yapmış kadınların hemoroid, uykusuzluk, meme problemi, cinsel sorunlar, yorgunluk, ağrı, bebek bakımı ve beslenmesi ile ilgili sıkıntılar ve sosyal hayata yönelik olmak üzere yaşadıkları pek çok sorunun, ruh sağlıklarına olumsuz etkisi bilinmektedir (Yılmaz 2009). Annelerin tüm bu fizyolojik ve anatomik değişiklikleri yaşamaları, yorgun olmalarına, kendilerini güçsüz ve halsiz hissetmelerine neden olabilmektedir. Aynı zamanda bebek bakım sorumluluğu ile başa çıkabilme kaygısı, ilerleyen dönemlerde annelerin daha da ağırlaşabilen ruhsal sorunlar yaşanmasına neden olabilmektedir (Çelikel 2012). Çoğu toplum anneliğe; kadının bir yetişkin olarak yerine getirmesi gereken görev olarak bakmakta ve kadınlar bu göreve sosyal yönden hazırlanmaktadır (Beydağ 2007). Anneliği bazı kadınlar, kendi benliğini oluşturacak önemli etkileri olan bir yaşam olayı olarak görürken, bazıları ise bebeğine bakım verme sorumluluğu sebebi ile özgürlüğün kısıtlanması ve sosyal izolasyon olarak algılamaktadır (Gereklioğlu ve ark. 2007). Aileye yeni bir üyenin katıldığı, yeni bir düzenin kurulduğu bu dönemde birçok kadın, ortaya çıkan tüm bu değişikliklere uyum sağlayabilirken, uyum sağlayamayanlarda farklı düzeylerde duygu durum bozuklukları gelişebilmektedir. Doğum sonu duygu durum bozukluklarının sınırları tam olarak çizilmiş değildir. Ancak özelliklerine, prognozlarına ve tedavilerine göre sınıflandırılarak; annelik hüznü, postpartum depresyon ve postpartum psikoz olmak üzere 3 gruba ayrılmıştır (Beck ve Driscoll 2006; Gereklioğlu ve ark. 2007).

### **2.1.2.1. Postpartum Depresyon**

Kadınların %10-%28'inde ortaya çıkan postpartum depresyon puerperal dönemde en sık görülen komplikasyonlardan biridir (Roomruangwong ve ark. 2016). Bu sorun annelik hüznü gibi kısa süreli ve geçici olmamakla beraber, morbidite ve mortalite riski yüksek olan bir bozukluktur (Tezel 2008; Gereklioğlu ve ark. 2007). Genellikle postpartum depresyon ilk 4 hafta içinde ortaya çıkıp, en az iki hafta sürmekte ve 3.-6. aylarda sona ermektedir (Karagöz 2011; Watanabe ve ark. 2008). Postpartum depresyon; yeni başladığı dönemde anne bebek iletişimine olumsuz etki etmesi ve uzun süre zarfına yayılan ciddi sonuçları nedeniyle önem taşımaktadır

(Ulusoy 2010). Gelişiminde hormon seviyelerindeki ani düşüşün rol oynadığı düşünülen postpartum depresyonun bazı çalışmalarda kortizol seviyesi ile ilişkili olduğu, başlangıcının doğum sonu değil, gebelik döneminde olabileceği belirtilmektedir (Hirst ve Moutier 2010). O'Hara ve Swain'nin (1996) postpartum depresyon prevalansını belirlemeye yönelik yapılmış 58 çalışmanın metaanalizi sonucunda, kadınların yaklaşık olarak %13'ü doğumdan sonraki bir yıl içinde postpartum depresyon yaşamaktadır (O'Hara ve Swain 1996). Kocamanoğlu ve Şahin'in (2011) çalışmasında yabancı toplumlarda, standart tanı yöntemleri kullanılarak yapılmış araştırmalarda, postpartum depresyon sıklığının %3,5-17,5 ve öz bildirim ölçekleri ile yapılmış araştırmalarda %3-42 olduğu bulunmuştur. Ülkemizde ise öz bildirim ölçekleri ile yapılmış çalışmalarda postpartum depresyonun görülme sıklığının %21,2-54,2 arasında bulunmuştur.

Çalışmalar sonucunda postpartum depresyonun gelişmesinde belirli biyolojik, sosyolojik ve psikolojik faktörlerin rol oynadığı görülmektedir. Perinatal ve postnatal dönemdeki risk faktörleri prenatal depresyon, 18 yaştan küçük ve/veya bekar olma gibi sosyodemografik veriler, evlilik çatışması, düşük sosyal destek algısı gibi psikososyal faktörler, fakirlik, işsizlik gibi düşük sosyoekonomik faktörler, doğum komplikasyonları, madde kullanımı, uykusuzluk, doğum sonu ağrı, ciddi annelik hüznü gibi medikal faktörler, bebeğin cinsiyeti, istenmeyen gebelik, emzirmede güçlük gibi yenidoğan ile ilgili faktörler sıralanabilmektedir (Roomruangwong ve ark. 2016; Leung ve ark. 2005; Masmoudi ve ark. 2014). Özellikle düşük sosyoekonomik statü, kötü evlilik ilişkileri, gebeliğin problemlili geçmesi ve geçirilmiş psikiyatrik hastalıklar ile doğrudan bir ilişki saptanmıştır (Masmoudi ve ark. 2014). Postpartum depresyonu yaşayan kadınlar, günlük işlerini yapmakta zorluk çekerler ve yoğun olarak üzüntü, sinirlilik, suçluluk, kaygı ve umutsuzluk duygularını yaşarlar (The American Congress of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) 2015, <http://www.acog.org/>, Erişim tarihi: 8 Ağustos 2016; Leung ve ark. 2005). Diğer önemli belirtileri ise iştah değişikliği, bebeğin sağlığına ilişkin endişe duyma, kendine güven azlığı, cinsel istek azlığı ve uyku bozuklukları olarak sıralanabilir (Karagöz 2011). Postpartum depresyon kadının yeteneklerini, öz saygısını, çocuklarına bakımını, aile ve eşi ile ilgili ilişkilerini, rol ve sorumluluklarını ve böylece tüm aileyi olumsuz yönde etkileyebilmektedir (Kurtçu

2010). Birçok kadın mutlu olmaları gerektiğini düşündükleri bu dönemde, depresif duygular hissettiklerinden dolayı suçluluk duymaktadır. Bu nedenle de belirtilerini saklayarak, lohusalık depresyonunun kolaylıkla gözden kaçabilmesine neden olabilmektedirler (Marakoğlu ve ark. 2009). Postpartum depresyonun tedavisinde şiddetine göre (kognitif-davranışçı, kişilerarası, psikodinamik, evlilik ve aile psikoterapileri), farmakolojik tedavi (anksiyolitik, antidepresan, antipsikotik ilaçlar gibi), hormonal tedavi (östrojen, progesteron gibi) ve elektrokonvülsif (EKT) tedaviden yararlanılabilmektedir (Karaçam ve Taşkın 2004; Gülseren 1999).

### **2.1.2.2.Postpartum Psikoz**

Sıklıkla görsel-işitsel halüsilasyonlar ve annede kendisine ve ya bebeğine zarar verme düşünceleri ile karakterize bir sendrom olan postpartum psikoz, doğum sonrası dönemde ortaya çıkan duygu durum bozukluklarının en şiddetlisidir (Marakoğlu ve ark. 2009; Kennedy ve Tripodi 2014; Erdem ve Bez 2014). Gebelik dönemi ile karşılaştırıldığında, doğum sonu 4 hafta içerisinde ortaya çıkma olasılığı 10–20 kat daha fazla olduğu bilinmektedir. Görülme sıklığı ise; 1000 doğumda 12'dir (Erdem ve Bez 2014; Karagöz 2011). En etkili risk faktörleri arasında daha önceden bipolar bozukluk ya da postpartum psikoz tanısının bulunması yer almaktadır (Özdamar ve ark. 2015). Postpartum psikoz belirtileri yorgunluk, huzursuzluk ve aşırı aktivite, uykusuzluk, ağlama nöbetleri, konfüzyonlar, halüsinasyonlar, şüphecilik, dalgınlık, bebeğin sağlığına ilişkin takıntılı düşünceler ve gün içinde çok sık değişen bir ruh hali olarak sıralanabilir. Ayrıca anne her olumsuz olayın sorumlusu olarak kendini görebilmekte ve bebeğinin kendi çocuğu olmadığını, kendisinin doğum bile yapmadığını düşünebilmektedir. Bebeğinin engelli ya da ölü olduğu, içinde şeytanın var olduğu düşüncesi de olabilmekte ve bu sanrısız düşüncenin temelini bebeğine bakım vermek istememe, bebeğe ya da kendisine zarar verme düşünceleri yer almaktadır. Bebeğini öldürme eğilimleri onu gelecekte çekeceği acılardan kurtarmak için yapılan bir eylemdir. Varsanılarının ortaya çıkması, anneye bebeğini öldürmesini söyleyen sesler ile olabilir (Karagöz 2011; Erdem ve Bez 2014). Hem psikiyatrik hem de obstetrik bir acil olan postpartum psikozda, infantisid oranı %4 ile belirtilmiştir (Kesebir ve Aksoy 2010; <http://194.27.141.99/dosya-depo/ders-notlari/alaattin>

[duran/Baska Psikotik Bozukluklar.pdf](#) Erişim Tarihi: 22.06.2016). Postpartum psikozun tedavisinde östrojen kullanımı ve aktif atak geçince psikoterapiden de yararlanılabilmektedir (Leifer 2005).

### **2.1.2.3. Annelik Hüzünü**

#### **2.1.2.3.1. Annelik Hüzününün Tanımı**

Günümüzde postpartum hüznü, doğum sonu hüznü, bebek hüznü gibi kavramlar ile de ifade edilebilen annelik hüznü, postpartum ikinci ya da dördüncü günlerde ortaya çıkan, birkaç saatten iki haftaya kadar uzayabilen, geçici duygusal değişiklikler olarak tanımlanmıştır (Stein 1980; Kennerly ve Gath 1989; Beck ve Driscoll 2006; Buttner ve ark. 2011). Ancak tanı kriterleri eksikliği ve metodolojik farklılıklar nedeni ile annelik hüznünün standart bir tanımı yapılması güç olmuştur (Yüksekol ve ark. 2014). Tanımın tarihsel sürecine baktığımızda; ilk olarak 1950'lerde Moloney, 3. gün depresyonu olarak isimlendirmiş, düşünmenin zor ve yorucu, ağlamanın ise şiddetli oluşu ile karakterize doğum sonu ılımlı bir depresyon olarak tanımlamıştır. Ardından, 10 yıl sonra Hamilton annelik hüznünü geçici sendrom olarak tanımlamış, Yalom ve arkadaşları ise postpartum hüznü terimini kullanmışlardır. Son olarak 1973 yılında Pitt annelik hüznü terimini ortaya atmıştır (Gonidakis ve ark. 2007; Beck ve Driscoll 2006).

#### **2.1.2.3.2. Annelik Hüzününün Sıklığı**

Annelik hüznü doğumdan sonra ilk birkaç gün içerisinde başlayabilen, postpartum 10 gün boyunca ya da daha uzun devam edebilen ruh hali değişikliklerinin geçici bir olaydır. Annelik hüznü çeşitli toplum ve kültürlerde çalışılmış, sıklığı %40-60 arasında bulunmuştur (Rohde ve ark. 1997; Adewuya 2005; Hau ve Levy 2003). Yapılan çalışmalarda annelik hüznünün Hindistan'da %12 (Abdulrahuman ve Ramanujam 2016), Japonya'da %12,8 (Watanabe ve ark. 2008), Kore'de %23, İtalya'da %30 (Grussu ve Quatraro 2013), Batı Nijerya'da %31,3 (Adewuya 2005), Çin'de %44,3 (Hau ve Levy 2003), Yunanistan'da %44,5 (Gonidakis ve ark. 2007) oranında görüldüğü rapor edilmiştir. Ülkemizde annelik hüznüne yönelik bir veri bulunmamaktadır. Annelik hüznünün görülme sıklığı kültür, sosyoekonomik statü, ırk ve kadınların kendini ifade şekillerine bağlı olarak da



değişebildiği gibi, araştırma yöntemleri ve tanı kriterlerindeki farklılıklar nedeniyle değişmektedir (Gonidakis ve ark. 2007; Watanabe ve ark. 2008; Rondon 2003; Halbreich ve Karkun 2006).

### **2.1.2.3.3. Annelik Hüznünün Görüldüğü Günler**

Doğum sonu ilk gün annelik hüznü belirtileri başlayan olgulara rastlansa da sıklıkla 3-7. günler arasında artarak görülmekte, özellikle 5. gün en yüksek seviyesine ulaşmaktadır. Doğum sonu 1 ve 2. günlerde %62,3, 4. günde %25,5, 6. günde %13 ve 10. günde %21 oranında görüldüğü rapor edilmiştir. Belirtilerin 2 hafta içerisinde son bulması beklenir. Belirtilerin gerilememesi durumunda anneler postpartum depresyon gelişimi açısından takip edilmelidir (Stein 1980; Adewuya 2005; Gonidakis ve ark. 2007; Buttner ve ark. 2011; Kennerly ve Gath 1989; Hau ve Levy 2003). Annelik hüznü ile postpartum depresyon riskinin incelendiği bir çalışmada kadınların %15,3'ünde annelik hüznü belirtilerinin gözlemlendiği ve doğum sonu ilk 3 ayda bu kadınların yarısında postpartum depresyon görüldüğü rapor edilmiştir (Watanabe ve ark. 2008).

### **2.1.2.3.4. Annelik Hüznünün Etiyolojisi**

Etiyolojisinin halen çözülememesine karşın, çalışmalar hormonal değişiklikler, psikolojik faktörler, ekonomik koşullar ve sosyal yaşam ile aralarında kuvvetli bir ilişki varlığını göstermektedir (Abdulrahuman ve Ramanujam 2016).

#### **2.1.2.3.4.1. Hormonal Nedenler**

Annelik hüznünün fizyopatolojisi kesin olarak bilinmemekle beraber, birçok hormonal faktörler araştırmaların konusu olmuştur. Endokrin bir fenomen olarak anılmasının sebebi, ortaya çıkma zamanı ile doğum sonrası östrojen ve progesteron seviyelerindeki ani düşüş eş zamanlı olduğu içindir. (Ulusoy 2010; Erdem ve Bez 2009; Pop ve ark. 2015; Kesebir ve Aksoy 2010). Gebelik ile postpartum dönemdeki progesteron düzeyleri arasında yüksek farklılıklar bulunan kadınlarda anksiyete ve depresyon oranı daha yüksek bulunmuştur (Yılmaz 2009). Ayrıca farklı bir çalışmada annelik hüznü yaşayan kadınlarda yaşamayanlara göre doğum öncesi daha yüksek ve doğum sonu daha düşük progesteron seviyeleri olduğu rapor edilmiştir

(Deveci 2003). Östrojen seviyesi ise doğum sonu 3. günde eski haline dönmeye başlamaktadır (Rathfisch ve Kızılkaya 2012). Yapılan bir çalışmada annelerin tükürüklerinde doğum sonu ilk 5 günde yüksek östrojen düzeyi saptanmıştır (Klier ve ark. 2007). Bu ruhsal değişimlerin hormonal nedenini sadece östrojen ve progesteron hormonlarının sorumlu olduğu düşünülmemelidir (Doornbos ve ark. 2008). Prolaktin hormonunun kandaki seviyesinin emosyonel durumu etkilediği, emzirmeyen annelerde prolaktin seviyesindeki düşüşe bağlı olarak, ruhsal bozuklukların gelişme olasılığının yüksek olduğu bildirilmektedir (Josefsson ve ark. 2002). Endorfin hormonu ise, emzirme başladıktan sonra ilk 20 dakika içinde en yüksek düzeye ulaşmaktadır. Bunun postpartum duygu durum bozukluklarını önleyen bir süreç olduğu düşünülmektedir (Rathfisch ve Kızılkaya 2012). Kortizol, doğumdan sonra düşmeye başlar ve ilk beş gün salınımında öğleden sonra ve akşam anlamlı bir fark olmadığı, sabahları daha yüksek olduğu belirtilirken, gebelik öncesi değerine 2. haftada ulaşır. Kortizol seviyesindeki düşüş ile birlikte annelik hüznü belirtileri görülmeye başladığı rapor edilmiştir (Yılmaz 2009). Ayrıca doğum öncesi ve sonrası dönemde ki testesteron düzeyleri ile depresyon arasında anlamlı bir ilişki olduğu kanıtlanmıştır (Freeman ve ark. 2002).

#### **2.1.2.3.4.2.Psikososyal Nedenler**

Annelik hüznünün etiyolojisi içerisinde yer alan diğer bir değişken psikososyal faktörlerdir. Özellikle düşük öz saygı, beden imgesinde değişiklikler, zayıf aile bağları, yetersiz sosyal destek, ailede psikiyatrik hastalık öyküsü, prenatal ve postnatal stres, anksiyete ve depresyon psikolojik faktörler arasındadır (Josefsson ve ark. 2002; Tezel 2008). Bu faktörler; annenin doğum sonu dönemde öz saygısını, yeni rol ve sorumluluklarına uyumunu, aile içi sorumluluklarını ve oluşabilecek sorunlarla baş etme yetisini etkilemesi nedeniyle önemlidir (Josefsson ve ark. 2002).

Birçok çalışmanın konusu olan sosyal destek annelik hüznü oluşumunda oldukça önemli bir yere sahiptir. Doğum sonu dönemde sosyal destek algısına yönelik yapılan bir çalışmada sosyal desteğe gebelikten daha çok postpartum dönemde gereksinim duyulduğu sonucuna varılmıştır. Özellikle sosyal destek algısını azaltan faktörler olarak küçük yaş, düşük eğitim seviyesi ve geniş aile yapısına sahip olması sıralanırken, çekirdek ailelerde ise algının güçlendiği bildirilmiştir (Mermer

ve ark. 2010). Ayrıca sosyal destek algısı kültürel farklılıklar gösterdiği için, postpartum desteğin az olduğu batı ülkelerinde annelik hüznü prevalansındaki artış ile orantılıdır (Tezel 2008; Negron ve ark. 2013).

Gebelik ile beraber beden imgesindeki değişiklikler de ruhsal bozukluklara neden olabilmektedir. Özellikle kilo artışı, kadında memnuniyetsizlik oluşması ile doğum öncesi ve doğum sonu dönemde depresif belirtileri arttırabilmektedir (Çalık ve Aktaş 2011; Kumcağız 2012).

Doğum sonu anneliğe geçiş sürecinde, gebeliğin erken dönemlerinden itibaren başlayan belirsizlik ve uyum sağlama duyguları hakimdir. Gebelik, doğum ve postpartum sürecin etkisi altında gerçekleşen annelik rolüne uyumu, kadının aynı zamanda kendi annesi ile olan bağı da oldukça etkilemektedir. Kadının kendi annesi ile çatışması ya da aşırı anne bağımlılığı kadının annelik rolünün kabulünü güçleştirmektedir (Yılmaz 2009). Bu da yenidoğan ile doğru ve etkili bir bağ kuramamasına ve doğrudan annelik rolünün kazanılmasını engellemektedir. Sonuç olarak psikolojik çatışmaların başlamasına zemin hazırlamaktadır (Şahin ve ark. 2014; Çelikel 2012; Kocamanoğlu ve Şahin 2011).

Bu dönemde ruhsal bozuklukların yaşanmasına en uygun ortamı özellikle adölesan gebelikler sağlamaktadır (Çalık ve Aktaş 2011). Figueiredo ve arkadaşlarının çalışmasında adölesan gebeler gebelik ve postpartum süreçte daha fazla ruhsal dalgalanma belirtileri gösterdiklerini, daha çok sosyal desteğe ihtiyaç duyabileceklerini belirtmişlerdir (Figueiredo ve ark. 2007). Diğer bir araştırmada ise, planlanmayan gebelik ile genç yaşta olma arasında depresif belirtilerin görülmesi açısından anlamlı bir ilişki olduğu rapor edilmiştir (Lau ve Keung 2007). Ayrıca eşiyile evlilik uyumu iyi olmayan gebelerin depresif duygulanıma daha yatkın oldukları belirlenmiştir (Gözüyeşil ve ark. 2008).

Kadının doğum sonrası psikososyal gelişimini, çalışma hayatı, evde yeni bebek veya varsa diğer çocukların bakım gereksinimlerinin karşılanması gibi sosyal yaşamındaki rolleri de oldukça etkilemektedir (Yıldız 2008).

Çalışan bir kadının hem işi, hem de bebeğin bakım sorumlulukları annenin yükünü arttıracığı için, iş yaşamını çoğu zaman ikinci planda tutmak zorunda kalabilir (Yıldız 2008). Bakım vermesi gereken yenidoğan ve diğer çocukların sorumluluğu ile beraber zamanını evde geçirebilir, sosyal ortamlardan uzaklaşabilir. Sonuçta iş ve sosyal yaşamdan uzak kalan annenin, kendisini stresli bir dönemin içinde bulması olasıdır. Diğer taraftan eşinin tüm ilgisinin bebeğe yönelmesi birçok baba için stres oluşturabilir. Çünkü eşlerin ilişkilerinde artan rol ve sorumlulukların varlığı ve birbirlerinden beklentilerinin değişmesi ile yeni bir düzen oluşmaya başlamaktadır (Çelikel 2012). Eşler arasındaki ilişkide memnuniyetsizlik yaratması ile beraber, annenin ebeveyn davranışlarını ve psikososyal durumunu negatif yönde etkileyebilen karşılanmamış beklentiler, kadının sosyal destek ihtiyacı karşılanarak sorun olmaktan çıkarılabilir (Okanlı ve ark. 2003).

#### **2.1.2.3.5. Annelik Hüznünün Risk Faktörleri**

Şiddetli annelik hüznü görülen grupları daha önce postpartum depresyon ve nevrotik depresyon hikayesi olan, antenatal dönemde sinirlilik şikayeti, 3. trimestir ağlama atakları ve ilk trimestirin bazı zamanlarında mutlu hissetmeyen kadınlar oluşturmaktadır (Stein 1980; Yılmaz 2009; Adewuya 2005; Sylvén ve ark. 2011). Bu da geçmiş ruhsal değişimleri, annelik hüznü için en önemli risk faktörleri arasına sokmaktadır. Özellikle önceden depresyon (majör ya da minör) geçiren kadınlar, geçirmeyenlere göre yüksek risk altındadırlar. Annelik hüznü açısından herhangi bir risk faktörü bulunmayan kadınlarda %26, depresyon hikayesi olmayan kadınlarda %39, depresyon hikayesi olanlarda ise %80 oranında annelik hüznü görülme riski olduğu vurgulanmaktadır (Bloch ve ark. 2005). Ayrıca ilk gebeliği sonunda annelik hüznü yaşayan kadınlarda, rahatsızlığın diğer doğum sonu dönemlerinde de görülebileceği belirtilmektedir.

Çalışmalarda sosyodemografik özellikler incelendiğinde, yaş faktörü istatistiksel olarak anlamlı bulunmuş ve 35 ile 39 yaş arası kadınlarda annelik hüznü insidansının daha düşük olduğu görülmüştür (Hau ve Levy 2003). Ayrıca eğitim seviyesi düşük olan kadınlarda depresif semptomların görülme sıklığının yüksek olduğu bilinmektedir (Mermer ve ark. 2010).

Kadının gebelikten önceki yaşantısı da risk oluşturma açısından oldukça önemlidir. Oluşabilecek annelik hüznü stresli yaşam, öz saygı eksikliği, uyku bozuklukları, sigara içme, yetersiz beslenme ve fiziksel aktivite, sosyal hayatta kişisel sorunlar, yanlış aile planlaması yöntemi, şiddetli premenstrüel semptom yaşama vb. etkenlerden temel almaktadır (Chung ve ark. 2013; Watanabe ve ark. 2008; Faisal-Cury ve ark. 2008; Wiggins ve ark. 2005; Cheng ve ark. 2006). Ayrıca ailesel yatkınlık da üzerinde sıklıkla durulması gereken bir annelik hüznü risk faktörüdür (Manjunath ve Venkatesh 2011).

Hane gelirinin direkt olarak annelik hüznüne etkisi ortaya konulmuştur. Annelik hüznünün gelir durumu iyi olanlarda, iyi olmayanlara kıyasla daha az görüldüğü rapor edilmiştir. Aynı zamanda sosyal desteğinde önemli bir faktör olduğu vurgulanmaktadır. Sosyal destek dolaylı yoldan annelik hüznünün oluşmasına sebep olabilmektedir. Chung'ın (2013) yaptığı çalışmada yüksek sosyal destek rapor edildiğinde; düşük antenatal depresyon, düşük stresli yaşam ve yüksek kendine güven skorları bulunmuştur (Chung ve ark. 2013).

Ayrıca kadının gebe kaldığında henüz evlenmemiş olması, bebeğin babasının ilgi göstermemesi, sorumluluklarını yerine getirmemesi, istenmeyen gebelik olması, kendi aileleriyle çatışma içinde olmaları annelik hüznünü tetikleyen durumlardandır (Yılmaz 2009; Sylvén ve ark. 2011). Annenin primipar ya da multipar olma durumu ise; çeşitli çalışmaların konusu olmuş, risk oluşturma açısından ortak bir karara varılamamıştır. Ancak yapılan bir çalışmada ilk defa ebeveyn olma stresinin depresyonu tetiklediği bulunmuştur (Çalık ve Aktaş 2011).

Antenatal dönemde oluşmaya başlayan doğum korkusu ve gebeliğe karşı gelişen ambivalan duygular stres oluşturarak, doğrudan annelik hüznünün oluşmasına etki edebilmektedir. Literatürde sezeryan doğum yapanlarda daha fazla annelik hüznüne rastlandığı bilgisi bulunmaktadır (Gonidakis ve ark. 2007). Bu da devam eden doğum korkuları sebebi ile elektif sezeryanı seçen annelerin sayısı arttıkça, annelik hüznü görülme sıklığının da artacağını göstermektedir.

Postpartum ruh hali değişikliklerinin önemli hazırlayıcı faktörleri olarak doğum sayısı ve tipi, yenidoğanın doğum kilosu ve cinsiyeti gibi özellikler de literatür bilgilerinde yer almaktadır. Özellikle sosyal eşitsizliğin var olduğu ülkelerde yenidoğanın cinsiyeti annelik hüznü oluşumunda yüksek derecede etki

göstermektedir (Chung ve ark. 2013; Sylvén ve ark. 2011). Yenidoğan bebeğin huzursuz, uykusuz olması, emme sorunu yaşaması, kendisi ve bebeği için bakım desteğinin yetersiz olması gibi nedenler annelik hüznünün oluşmasında etken sayılabilmektedir (Yılmaz 2009).

#### **2.1.2.3.6. Annelik Hüznünün Belirtileri**

Erken postpartum dönemde duygusallık ve tepkiselliğe dair bir grup belirtileri olan annelik hüznü, postpartum depresyon ve postpartum psikoza bağlı olmaksızın gelişebilmesi olası bir durumdur (Yılmaz 2009). Özellikle ağlama hali ve duygu durum dalgalanması ile kendini belli etmektedir (Ulusoy 2010; Yüksekol ve ark. 2014). Çökmüş olan ruh halinin bir anda yükselişi annelik hüznünün karakteristik özelliklerindedir (Buttner ve ark. 2011). Birkaç saat ağlamaklı olup sonra düzelebilmekte, bu durum sonraki günlerde de tekrarlayabilmektedir (Ulusoy 2010). Uykusuzluk, mutsuzluk, konsantrasyon problemleri, anksiyete, sinirlilik, aşırı duyarlılık, iştahsızlık, baş ağrısı eşlik eden semptomlardır (Adewuya 2005; Hau ve Levy 2003). Özellikle kendisinin ve bebeğinin sağlığı konusunda endişeleri vardır (Işık 2007). Depresyon belirtileri ve konsantrasyon problemlerinin doğum sonu 2. ve 5. günlerde en üst düzeyde olduğu belirtilmiştir (Hau ve Levy 2003). Annelik hüznü yaşayan kadınlarda ortak görülen belirtiler ise; iştahsızlık, enerji düşüklüğü, duygudurum dalgalanması olmuştur (Abdulrahuman ve Ramanujam 2016). Anneler bu sorunla karşı karşıya geldiklerinde aşırı empati kurarlar ve asıl şikayetleri üzgün olmak değil ruhsal açıdan iniş çıkışlardır (Türkyılmaz 2014; Hau ve Levy 2003). Ayrıca birçok kadın “bana neler oluyor? Kendimi tanıyamıyorum, yeterli zaman yok” ifadeleri ile bu dönemi anlatmaktadırlar. Tüm bu ikilemler bir kriz durumu yaratarak rahatsızlığın daha da artmasına yol açabilmektedir (Beck ve Driscoll 2006).

Annelik hüznünde iki ana yapı karşımıza çıkmaktadır. Bunlardan birincisi sinirlilik, çaresizlik, aşırı duyarlılık ve korku dolu olmak gibi negatif belirtilerdir. İkincisi ise; mutlu, atik, kendine güvenli, ilgili olma ve mental olarak rahatlama gibi pozitif belirtilerdir (Buttner ve ark. 2011; Pop ve ark. 2015).

İki haftadan fazla devam eden annelik hüznü postpartum depresyonun bir habercisi sayılmaktadır (Yüksekol ve ark. 2014, Watanabe ve ark. 2008). Annelik

hüznünün ilerlemesi ılımlı olmasına rağmen, psikolojik rahatsızlıklar ile geri dönüş riski oldukça fazladır (Buttner ve ark. 2011). Postpartum depresyona geçişte çevreye ilgisizlik, isteksizlik, aşırı endişe, iştah değişiklikleri, bebekle ilgili aşırı kaygı ya da bebeğe olan ilgisizlik gibi klinik belirtiler görülebilir (Arslan ve ark. 2006).

#### **2.1.2.3.7. Anelik Hüznünün Tanımlanması**

Doğum sonu izlemlerde kadının değerlendirilmesi sadece biyolojik parametrelerle sınırlı kalmamalı, anne sosyal ve psikolojik yönden de değerlendirilmelidir (Erdem 2009). Ebeler annelerle devamlı iletişim halindedir. İzlemler sırasında gözlem yapılarak annenin içinde bulunduğu durum saptanmalıdır (Pantley 2003). Risklerin araştırılmasında bu izlemlerde annelerle ilgili kişisel, ailesel bilgileri, obstetrik ve tıbbi öyküsü ve son doğumu ile ilgili bilgiler alınması oldukça önemlidir. Ayrıca annelik rolü, anne-bebek ilişkileri, evdeki aktiviteleri ve işi ile ilgili bilgiler de alınmalıdır (Balkaya 2002). Anelik hüznü ilginin aileye yeni katılan birey üzerine yoğunlaşması, kadının hissettiği duyguları yüzünden suçluluk duyması ve ruhsal hastalıklı olarak damgalanma korkusundan dolayı şikayetlerini paylaşmaması gibi nedenlerden dolayı gözden kaçabilir. Bu nedenle belirtilerin önemle gözlenmesi gerekir (Büyükkoca 2001).

Anelik hüznünü belirlemek için Pitt (1973), Stein (1980), Kennerly ve Gath (1989) ve Buttner ve ark (2011) tarafından ölçekler geliştirilmiştir (Pitt 1973; Stein 1980; Kennerly ve Gath 1989; Buttner ve ark. 2011). Fakat ülkemizde bu ölçeklerden herhangi birinin geçerlilik güvenilirliği çalışılmamıştır.

#### **2.1.2.3.8. Anelik Hüznünün Tedavisi**

Anelik hüznünde tedaviye gerek duyulmamasının sebebi, bu duygu durum bozukluğunu yaşayan kadınların %75'inde belirti yoğunluğunun kısa zamanda azalarak kaybolacağını tahmin edilmesidir. Belirtilerin 2 haftadan daha uzun sürdüğü durumlarda ise; postpartum depresyon riski göz önüne alınmalıdır. Verilebilecek psikososyal destek tedavisi içerisinde kendisine ve aileye konu hakkında eğitim verilmeli ve gözlemler dikkatle yapılmalıdır (Kocamanoğlu ve Şahin 2011; Beck ve Driscoll 2006). Gerekirse uzmana yönlendirilmelidir.

### 2.1.2.3.9. Birinci Basamak Sağlık Çalışanlarının Annelik Hüznüne Yönelik Yaklaşımları

Postpartum bakım hizmeti, ana çocuk sağlığı hizmetleri içerisinde önemli bir yere sahip olan, koruyucu bir sağlık hizmetidir (Beydağ 2007). Doğum öncesi ve doğum sonrası dönemde ana çocuk sağlığını koruma ve yükseltme gibi sorumluluklara sahip olan birinci basamak sağlık çalışanları bu dönemde önemli bir role sahiptir (Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses (AWHONN) 2008, <https://www.awhonn.org/>, Erişim tarihi: 12 Mayıs 2016; Işık 2007). Annelerin doğum sonu sağlık kuruluşlarından evlerine döndüğü zamanda postpartum dönem uyum sorunları görülmeye başlamaktadır. Bu nedenle birinci basamak sağlık çalışanları tarafından postpartum bakımda annenin ve yenidoğanın izlemlerinin eksiksiz ve nitelikli olarak sağlanması oldukça önemlidir. Bu problemle başa çıkmada ilk adım, annelik hüznü açısından risk altındaki kadınların belirlenmesi ve erken destek müdahalelerinin sağlanmasıdır (Kurtçu 2010). Ancak postpartum bakımda annelerin psikolojik değerlendirmeleri birinci basamak sağlık çalışanları tarafından genellikle atlanmakta ya da yeterli düzeyde yapılmamaktadır (Adewuya 2005; Karamustafalıoğlu ve Tomruk 2000). Oysa ki; uluslararası kurumlar ve Türkiye Halk Sağlığı Kurumunun kaynaklarında postpartum bakımda annenin emosyonel olarak değerlendirilmesinde yaklaşımın nasıl olması gerektiği konusunda çeşitli rehberlerde bilgiler sunulmaktadır.

Türkiye Halk Sağlığı Kurumu'nun 2014'te yayımladığı Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberinde; prenatal dönemde fiziksel olduğu kadar emosyonel açıdan da izlem yapılması gerektiğini vurgulayan kriterler bulunmaktadır. Doğum sonu yönetim rehberinde (2014) ise; doğum sonrası 2-5. günler arası yapılacak olan izlemde; Bakım Danışmanlık Bölümü'nde, açıkça annelik hüznü terimi kullanılmamasına rağmen, belirtilen günler annelik hüznünü işaret etmektedir. Ayrıca annelik hüznü ile başa çıkabilmek için sağlık personelinin kullanması gereken önemli destek mekanizmaları da belirtilmiştir. Rehberde sadece 2-5. günlerdeki izlem içerisinde değil, tüm izlemlerde annenin emosyonel değerlendirmesinin yapılması bilgisine yer verilmektedir. Riskli durumlar fark edildiğinde ise; annenin ayrıntılı değerlendirilerek, gerekirse sevk edilmesinden söz edilmektedir (T.C. Sağlık



Bakanlığı Doğum Sonu Bakım Yönetim Rehberi 2014, [http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/dsbyr\\_2.pdf](http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/dsbyr_2.pdf), Erişim tarihi: 16 Mayıs 2016). Uluslararası kaynaklar olan World Health Organization (WHO), The National Institute For Health And Care Excellence (NICE), The American Congress of Obstetricians and Gynecologists (ACOG), Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG) rehberlerinde de postpartum bakımda annenin emosyonel olarak değerlendirilmesinin gerekliliğinden bahsedilmektedir (WHO 2013 <http://www.who.int/en/>, Erişim tarihi: 18 Eylül 2016; NICE 2015 <https://www.nice.org.uk/guidance?unlid>, Erişim tarihi: 30 Temmuz 2016; ACOG 2016 <http://www.acog.org/>, Erişim tarihi: 8 Ağustos 2016; RCOG 2015, <https://www.rcog.org.uk/guidelines>, Erişim tarihi: 8 Ağustos 2016).

#### **2.1.2.3.9.1. Annelik Hüznüne Yönelik Ebelik Yaklaşımları**

Ebeler birinci basamak sağlık kuruluşlarında postpartum dönem içerisindeki anneyi ilk değerlendiren kişilerdir. Bakım verici rolünü kullanarak, annelerin sadece fizyolojik değil, tüm psikolojik ve sosyal eksikliklerinin de belirlenip, karşılanmasını sağlamalı, böylelikle doğum sonu dönem sorunların görülmesini azaltarak, annelik rolüne uyuma yardımcı olmalıdırlar (Başer ve ark 2005; AWHONN 2008 <https://www.awhonn.org/>, Erişim tarihi: 12 Mayıs 2016; Işık 2007). Collins ve arkadaşları yaptığı çalışmada gebelik ve postpartum dönemde eğitim, emosyonel destek ve var olan problemlere yönelik bakım verilmesinin sağlık ekibinde içerisinde yer alan ebeye düşen rol olduğunu vurgulamışlardır (Collins ve ark. 1993). Tüm bunları yerine getirebilmede en önemli etkenlerden bir tanesi ebelerin doğum sonu dönemde oluşabilecek annelik hüznü, postpartum depresyon ve postpartum psikoz gibi mental rahatsızlıklar konusunda farkındalıklarıdır. Bu amaçla postpartum duygu durum bozukluklarının risk faktörlerini, belirtilerini ve nasıl tanılanması hakkında bilgi sahibi olmalı, tedavi çeşitlerini iyi bilmelidir (Işık 2007). Ayrıca annelik hüznü semptomlarının şiddetlendiği ve uzun süre devam ettiği koşullarda kadınları yardım için nereye ve kime yönlendireceklerini bilmek de birinci basamakta çalışan ebelerin sorumluluğudur (Beck ve Driscoll 2006).

Ebelerin annelerin emosyonel sağlığını değerlendirebilmeleri için bazı standartlar oluşturulmuştur. Bunlar emosyonel sağlık ve rahatsızlıkların ne olduğunu

iyi bilme, kadın ile etkili ve duyarlı bir iletişim, kadına destek olabilmek için iyi bir gözlem ve eğitim anlayışı, kadının bakımını tüm riskler dahilinde yönetebilme ve profesyonel, etik kurallar dahilinde süreci yönetebilme olmak üzere 5 tanedir. Bu dönemde annelerin izlemlerini gerçekleştiren sağlık çalışanlarında bu 5 standartın olması, annelerin emosyonel sağlığının iyileştirilmesi ve geliştirilmesinde yararlı olacaktır (RCM 2015, <https://www.rcm.org.uk>, Erişim tarihi: 17 Ekim 2016).

#### **2.1.2.3.9.1.1.Koruma**

Birinci basamakta çalışan ebeler antepartum ve postpartum dönem rahatsızlıklardan korunmada kilit bir öneme sahiptirler. Özellikle gebelik döneminde semptomları baş gösterebilen postpartum mental rahatsızlıklardan koruma, anneler ile birebir iletişime geçen bu meslek grubu için önemli bir girişimdir. Yapılan çalışmalarda antenatal bakım almayanların alanlara göre daha fazla duygusal stres yaşadıkları belirlenmiştir (Arslan ve ark. 2006). Bu kanıt annelik hüznü gelişimini önlemek için öncelikle 15-49 yaş grubu tüm kadınların eğitilmesi gerektiğini ortaya koymaktadır. Gebenin eşi ile beraber eğitimlere ve izlemlere katılımı sosyal destek algısını güçlendirerek kaygı durumunu azaltabilir. Ayrıca bu dönemde aldığı bilgi ve destek ile kendi üzerinde denetim oluşturması, annelik hüznünde önemli risk faktörü olan öz saygı eksikliğinin kaybolmasına katkı sağlayacaktır (Yılmaz ve Öncel 2009). Kadınların eğitilmesi, kendi farkındalıklarının bilincinde olmaları, kadınlık ve annelik rollerine hazır olmaları açısından önemlidir. Ayrıca prenatal dönemde ebe tarafından risk faktörleri belirlenmelidir. Özellikle risk grubunda olan gebelerde, sık izlem yapılması ve bu izlemler sırasında doğum sonu oluşabilecek belirtiler hakkında bilgi verilmesi annesi postpartum komplikasyonlara karşı da hazırlıklı kılacaktır (Erdem 2009; Türkyılmaz 2014; Yılmaz 2009).

Doğum öncesi dönemde başlatılan ev ziyaretlerinin, annelerin doğum sonu dönem sağlıkları üzerine oldukça olumlu bir etki oluşturduğu bildirilmiştir (Larson 1980; Barkauskas 1983). Ziyaret sürecindeki devamlılık kadının kendini güvende hissetmesini sağlayacağı gibi, algıladığı sosyal desteği güçlendirebilir. Kadının algıladığı sosyal destek, doğum sonu depresyona karşı da koruyucu rol oynamaktadır.

Sonuçta gebelik döneminden başlayarak bir ebeğin annenin emosyonel sağlık için üzerinde durması gereken konular; emosyonel sorunların farkındalığını arttırmak, güven inşa etmek, bu rahatsızlıklarda var olan damgalanma duygusunu ortadan kaldırmak, duygu durumu iyileştirmek, mevcut durumu tanımlamak, uygun bakımı sağlamak, aile üyelerinin desteğini almaktır (RCM 2015, <https://www.rcm.org.uk>, Erişim tarihi: 17 Ekim 2016).

#### **2.1.2.3.9.1.2.Yönlendirme**

Doğum sonu dönemde ebelerin rolleri anne, bebek ve ailenin sağlıklı gelişimi için son derece önemlidir. Annelik hüznünün her ne kadar kendiliğinden düzelmesi beklense de, ebelerin kadınları belirtiler açısından bilgilendirmesi, bu duyguların normal olduğunu anneye söylemesi, doğum sonrasında anneyi değerlendirerek annenin psikolojik uyumuna yardımcı olması ve annelik hüznü belirtilerinin gerileyip gerilemediğini izlemesi gerekir (Erdem 2009). Kadın ile empati yapabilmek, var olan sorunları ile ilgili duygularını ifade etmesini sağlamak, sorunlar ile baş edebilme methodlarını hem kadın hem de ailesine anlatmak bu dönemdeki ebelik uygulamalarıdır (Pantley 2003).

Kadınların hayatta en fazla destek aradıkları süreçlerden bir tanesi postpartum dönemdir. Annelik hüznü yaşayan bir kadının özel bir tedaviye değil, ailesi ve sağlık çalışanlarınca aktarılan bilgi ve desteğe ihtiyacı vardır. Kadın bu dönemi, eğer destekleyen ve yardım eden aile bireyleri ve sağlık çalışanları var ise kolaylıkla atlatabilir (Erdem 2009). Özellikle ev ziyaretleri bu konuda oldukça önemli bulunmaktadır. 6-8 hafta sürede yapılan ev ziyaretleri ile depresyon skorlarının önemli bir düşüş eğilimi gösterdiği belirtilmektedir (Cox ve Holden 1987).

Ebeler kadını değerlendirerek, günlük yaşam aktivitelerini yapması için yardım etmeli ve cesaretlendirmelidir. Bu durum ile baş edebilecekleri anlatılmalı, bebek bakımı ile ilgili eksikleri belirlenmelidir (Erdem 2009). Ebelerin bu dönemde dikkat etmesi gereken konulardan biri de uykudur. Kadının kendisinin ve ailesinin ihtiyaçlarını karşılayabilmesi için dinlenmesi gerekir. Yapılacak uygulamalar; annenin uyku düzeni sorgulanması ve kayıt altına alınması, anne ile bebeğin uyku

saatlerinin eş zamanlı olmasının sağlanması, ışık, gürültü, uygun yatak gibi çevresel faktörlerin kontrol edilerek, düzenlenmesidir (Yılmaz ve Öncel 2009).

Annelerle birlikte bakım gereksinimleri için planlama, yapılan değerlendirmenin ardından olmalıdır. Burada ebelerden beklenen; anne ve bebeğin sağlığını korumak ve geliştirmek için eğitim ve danışmanlık rollerini gerçekleştirmeleridir. Ebelerin annelerin gereksinimlerini, ne düşündüklerini bilmeleri, doğum sonu dönemdeki rol ve sorumluluklarını yerine getirebilmeleri açısından önemlidir. Sonuçta annenin gereksinimleri doğrultusunda, aktif katılımı sağlanarak etkin bakım verilmiş olacaktır. Ebe, mümkün olduğu kadar anne ve babanın biyolojik ve psikolojik olarak olumlu deneyimler yaşamalarına destek olmalı, evde destekleyici olunması konusunda danışmanlık yapmalı, şiddetli duygu durum bozukluklarının görülmeye başladığı durumlarda ise aileyi uygun kişi ve kurumlara yönlendirmelidir (Yılmaz ve Öncel 2009).



### **3.GEREÇ YÖNTEM**

#### **3.1.Araştırmanın Tipi**

Araştırma kesitsel, tanımlayıcı tiptedir.

#### **3.2.Araştırmanın Yeri ve Zamanı**

Araştırma 29 Şubat ile 01 Temmuz 2016 tarihleri arasında, TC Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu'na bağlı olan Manisa İl Merkezindeki Yunus Emre ve Şehzadeler ilçesi Aile Sağlığı Merkezleri ve Toplum Sağlığı Merkezlerinde görev yapan sağlık çalışanlarıyla yürütülmüştür.

#### **3.3.Araştırmanın Evren ve Örnekleme**

Araştırmanın evrenini Manisa İl Merkezindeki tüm Aile Sağlığı Merkezleri ile Toplum Sağlığı Merkezlerinde görev yapan sağlık çalışanları oluşturmuştur (N:252). Araştırmada herhangi bir örnek seçme yöntemi kullanılmadan evrenin tamamına ulaşılmaya çalışılmıştır. Araştırma sırasında çalışan ve araştırmaya katılmayı kabul eden kişiler araştırmanın örneğini oluşturmuştur (n:214). Veri toplama sürecinde 38 kişi raporlu olma, yıllık izin, doğum izni (12 kişi) ve araştırmaya katılmak istememe (26 kişi) nedenleri ile örneklemin dışında kalmıştır. Araştırma grubunun %85'ine ulaşılmıştır.

**Tablo 1. Araştırmaya katılan Birinci Basamak Sağlık Çalışanlarının dağılımları**

<b>Kurum/Meslek</b>	<b>Mevcut sağlık çalışanı sayısı</b>	<b>Gönüllü sayısı</b>
<b>Aile sağlığı merkezleri</b>		
<b>Şehzadeler ilçesi</b>		
Hekim	42	30
Ebe/hemşire/ATT	41	37
<b>Yunusemre ilçesi</b>		
Hekim	48	39
Ebe/hemşire/ATT	46	41
<b>Toplum sağlığı merkezleri</b>		
<b>Şehzadeler ilçesi</b>		
Hekim	11	10
Ebe/hemşire/ATT	27	26
<b>Yunusemre ilçesi</b>		
Hekim	12	9
Ebe/hemşire/ATT	25	22
<b>Toplam</b>	<b>252</b>	<b>214</b>

### **3.4.Araştırmanın Bağımlı-Bağımsız Değişkenleri**

#### **3.4.1.Araştırmanın Bağımlı Değişkenleri:**

-Birinci basamak sağlık çalışanlarının annelik hüznüne yönelik bilgi ve uygulamalarıdır.

#### **3.4.2.Araştırmanın Bağımsız Değişkenleri:**

-Sosyodemografik değişkenler: yaş, cinsiyet, eğitim, aile tipi, medeni hal, evlilik süresi, çocuk varlığı,

-Mesleki özellikler: çalıştığı kurum, deneyim varlığı, süresi ve niteliği, şu an görev yaptığı kurumda çalışma süresi,

-Kendisi ya da eşinin gebelikte depresif ssemptomlar yaşama ve doğum sonu annelik hüznü geçirme durumu,

-Annelik hüznünü duyma ve bilgi alma ile annelik hüznü yaşayan kadını tespit etme durumlarıdır.

### **3.5.Araştırmanın Veri Toplama Araçları**

Araştırmanın verileri ilgili literatür doğrultusunda araştırmacılar tarafından hazırlanan 37 soruluk anket formu ile toplanmıştır. Anket formu sosyodemografik özellikler 7 soru, mesleki özellikler 6 soru, sağlık çalışanlarının annelik hüznü ve depresyon geçirme durumlarına yönelik 3 soru sorulmuştur. Ayrıca 3 soruda annelik hüznünü duyma ve bilgi alma durumları incelenmiştir. Sağlık çalışanlarının annelik hüznü konusundaki bilgi durumları 11 soru ile uygulamaları 7 soru ile sorgulanmıştır. Bilgi soruları her doğru yanıtı bir puan verilerek toplam bilgi puanı (toplam 32 puan) üzerinden değerlendirilmiştir. Bilgi soruları annelik hüznünün tanımı, görüldüğü günler, uzmana yönlendirme, önleme, tedavi ve ruhsal durum sorularında tek doğru yanıt bulunurken, nedenleri (5 doğru yanıt), risk faktörleri (5 doğru yanıt), belirtileri (12 doğru yanıt) ve nasıl tespit edildiğine (3 doğru yanıt) yönelik sorularda birden fazla doğru yanıt oluşmuştur.

Araştırma verileri toplanmaya başlamadan önce anket formu Doğum ve Kadın Sağlığı Hastalıkları Hemşireliği alanında uzman 3 öğretim üyesine ve Psikiyatri alanında uzman 1 öğretim üyesine danışılmıştır. Ayrıca anket formu Manisa ili dışında birinci basamak sağlık kuruluşlarında görev yapmakta olan 4 ebe ve 6 son sınıf ebellek öğrencisine uygulanmıştır. Geri bildirimler alınarak, formda gerekli düzeltmeler yapılmıştır.

### **3.6.Araştırmanın Veri Toplama Yöntemi**

Araştırmanın verileri araştırmacı tarafından, gündüz mesai saatleri içerisinde, çalışma grubunun kurumları ziyaret edilerek toplanmıştır. Sağlık çalışanlarına araştırmanın amacı hakkında bilgi verildikten sonra, araştırmaya katılmak isteyenlerden yazılı izinleri alınmıştır. Veriler gözlem altında görüşme tekniğiyle toplanmıştır. Bir anketi doldurulma süresi yaklaşık olarak 20-25 dakika sürmüştür.

### **3.7.Araştırma Verilerinin Değerlendirilmesi**

Verilerin değerlendirilmesinde Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) for Windows 15.00 istatistik programı kullanılmıştır. Araştırmanın verilerinin Shapiro-wilk testi ile normal dağılıma uygunluk göstermediği belirlenmiştir ( $p<0,05$ ). Araştırmanın verileri, sayı, yüzde dağılımı, ortalama ve standart sapma şeklinde gösterilmiştir. İki grup arasındaki farkın değerlendirilmesinde Mann Whitney-U testi, ikiden fazla grubun değerlendirilmesinde Kruskal Wallis testi kullanılmıştır.

### **3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları**

Araştırmanın sonuçları Manisa il merkezindeki birinci basamak sağlık çalışanlarından elde edilmiştir. Bu nedenle tüm birinci basamak sağlık çalışanları için genellenemez.

Araştırma verileri gönüllülük esasına dayalı olarak toplanmıştır. Bu nedenle gönüllüleri araştırmaya dahil etmek için konu hakkında ayrıntılı bilgi vermek gerekmiştir. Dolduracakları anketin kendileri için herhangi bir pozitif geri bildirim olmayacağını savunmuşlardır. Birçoğu iş yükünün fazla olmasını sebep göstererek katılmak istememiştir.

Toplum sağlığı merkezlerindeki sağlık çalışanlarının hızlı sirkülasyonu sebebi ile veri toplamakta sıkıntı yaşanmıştır. Ayrıca kurumların yerlerinin birbirlerinden uzak olması veri toplama süresini uzatmıştır.

### **3.9.Araştırmanın Etik Yönü**

Araştırma için etik kurul onayı, kurum izni ve katılımcıların izni alınmıştır.

- Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Yerel Etik Kurulu'nun 09.12.2015 tarihli, 20478486-416sayılı kararı ile etik kurul izni alınmıştır (Bkz. EK-2).

- TC Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu'nun 17.02.2016 tarihli ve 54532031-772.99-E.91 sayılı kararı ile kurum izni alınmıştır (Bkz. EK-3).

- Araştırma kapsamına alınan sağlık çalışanlarının sözel ve yazılı izinleri alınmıştır (Bkz. EK-4).



### 3.10. Araştırma Planı ve Takvimi

Uygulanan araştırma planı ve takvimi tablo 2’de gösterilmiştir.

**Tablo 2. Araştırma planı ve takvimi**

<b>İŞLEMLER</b>	<b>TARİH</b>
Literatür incelemesi	Haziran-Temmuz 2015
Araştırma konusunun belirlenmesi	Ağustos-Eylül 2015
Tez önerisinin hazırlanması	Ekim 2015
Etik kurul izninin alınması	Aralık 2015
Kurum izninin alınması	Şubat 2016
Araştırma verilerin toplanması	Mart-Haziran 2016
Verilerin analizi	Temmuz-Eylül 2016
Tez raporu yazımı	Ekim-Aralık 2016

## 4. BULGULAR

### 4.1.Araştırma Grubunu Oluşturan Sağlık Çalışanlarının Özellikleri

**Tablo 3. Araştırma grubunu oluşturan sağlık çalışanlarının tanımlayıcı özellikleri**

Tanımlayıcı Özellik		Genel (n:214)		Hekim (n:88)		Ebe/Hemşire/ATT (n:126)	
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Yaş *	21-30	34	15,9	4	4,5	30	23,8
	31-40	79	36,9	19	21,6	60	47,6
	41-50	74	34,6	41	46,6	33	26,2
	51 ve üstü	27	12,6	24	27,3	3	2,4
Cinsiyet	Kadın	147	68,7	29	33,0	118	93,7
	Erkek	67	31,3	59	67,0	8	6,3
Eğitim durumunuz	Lise	19	8,9	-	-	19	15,1
	Ön lisans	54	25,2	-	-	54	42,8
	Lisans	47	22,0	-	-	47	37,3
	Yüksek lisans	6	2,8	-	-	6	4,8
	Tıp fakültesi	88	41,1	88	100,0	-	-
Toplam		214	100,0	88	100,0	126	100,0

\*Hekim Ort±Sd:45,69±8,03 Min:25 Max:63

\*Ebe/Hemşire/ATT Ort±Sd: 36,41±7,57 Min:21 Max:54

Araştırma kapsamına alınan sağlık çalışanlarının %41,1'ini doktorlar, %37,4'ünü ebeler, %16,8'ini hemşireler, %4,7'sini acil tıp teknisyenleri oluşturmuştur. Hekimlerin %46,6'sının 41 ile 50 yaş, ebe/hemşire/ATT'lerin ise %47,6'sının 31 ile 40 yaş arasında olduğu belirlenmiştir. Hekimlerin %67,0'ını erkekler, ebe/hemşire/ATT'lerin ise %93,7'sini kadınlar oluşturmaktadır. Ayrıca ebe/hemşire/ATT'lerin %42,8'i ön lisans mezunudur (Tablo 3).

**Tablo 3. Araştırma grubunu oluşturan sağlık çalışanlarının tanımlayıcı özellikleri (Devam)**

Tanımlayıcı Özellik		Genel (n:214)		Hekim (n:88)		Ebe/Hemşire/ATT (n:126)	
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
<b>Aile tipi (n:212)</b>	Çekirdek aile	205	96,7	84	95,5	121	96,8
	Geniş aile	7	3,3	3	3,4	4	3,2
<b>Medeni durum</b>	Evli	170	79,4	74	84,1	96	76,2
	Bekar	33	15,4	9	10,2	24	19,0
	Boşanmış	11	5,2	5	5,7	6	4,8
<b>Evlilik süresi (yıl)* (n:170)</b>	1-10	50	29,4	18	24,3	32	33,3
	11-20	76	44,7	26	35,1	50	52,1
	21-30	39	22,9	27	36,5	12	12,5
	31 ve üstü	5	2,9	3	4,1	2	2,1
<b>Çocuk varlığı</b>	Yok	43	20,1	12	13,6	31	24,6
	1	67	31,3	32	36,4	35	27,8
	2	92	43,0	42	47,7	50	39,7
	3 ve üzeri	12	5,6	2	2,3	10	7,9
	<b>Toplam</b>		214	100,0	88	100,0	126

\*Hekimlerin Ort±Sd:17,70±8,20 Min:1 Max:35

\*Ebe/Hemşire/ATT Ort±Sd:14,18±7,38 Min:1 Max:36

Araştırma grubunu oluşturan hekimler ve ebe/hemşire/ATT'lerin sırası ile %95,5'inin ve %96,8'inin çekirdek aile yapısına sahip olduğu görülmektedir. Ebe/hemşire/ATT'lerin %76,2'si evli, evlilik süresi ortalamaları 14,18±7,38 yıl ve %75,4'ü çocuk sahibidir. Hekimlerin ise %84,1'i evli, evlilik yılı ortalamaları 17,70±8,20 ve %86,4'ünün çocuğu vardır (Tablo3).

**Tablo 4. Araştırma grubunu oluşturan sağlık çalışanlarının mesleki özellikleri**

Mesleki Özellik		Genel (n:214)		Hekim (n:88)		Ebe/Hemşire /ATT**(n:126)	
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Çalıştığınız kurum	ASM	147	68,7	69	78,4	78	61,9
	TSM	67	31,3	19	21,6	48	38,1
Meslekte çalışma süreniz (yıl)*	5 yıldan az	34	16,0	9	10,2	25	20,2
	5.1-10 yıl	17	8,0	5	5,7	12	9,6
	10.1-15 yıl	32	15,1	8	9,1	24	19,4
	15.1-20 yıl	39	18,4	12	13,6	27	21,8
	21 yıl ve üzeri	90	42,5	54	61,4	36	29,0
<b>Toplam</b>		214	100,0	88	100,0	126	100,0

\*Hekimlerin Ort±Sd:20,79±8,72 Min:1,80 Max:20,79

Ebe/Hemşire/ATT Ort±Sd:14,83±8,58 Min:0,8 Max:38,6

\*\* Ebe:80, hemşire: 36, ATT:10 kişidir.

Hekimlerin %78,4'ü, ebe/hemşire/ATT'lerin ise %61,9'u Aile Sağlığı Merkez'in de çalışmaktadır. Meslekte çalışma yılı 21 yıl ve üzerinde olanların oranı hekimlerin %61,4, ebe/hemşire/ATT'lerin %29'dur (Tablo 4).

**Tablo 4. Araştırma grubunu oluşturan sağlık çalışanlarının mesleki özellikleri (Devam)**

Mesleki Özellik		Genel (n:214)		Hekim (n:88)		Ebe/Hemşire /ATT (n:126)	
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Daha önce çalıştığı kurum varlığı	Evet	194	90,7	81	92,0	113	89,7
	Hayır	20	9,3	7	8	13	10,3
Daha önce çalıştığı kurumlar*	1. Basamak Sağlık Kuruluşları**	136	74,7	58	77,3	78	72,9
	2. Basamak Sağlık Kuruluşları**	111	61,0	50	66,7	61	57,0
Şu an ki kurumda çalışma yılı*** (n:210)	10 yıl ve altı	202	96,2	85	98,8	117	94,4
	10.1-20 yıl	4	1,9	-	-	4	3,2
	20.1 yıl ve üstü	4	1,9	1	1,2	3	2,4
<b>Toplam</b>		214	100,0	88	100,0	126	100,0

\*Birden fazla şık işaretlenmiştir.

\*\*1. Basamak Sağlık Kuruluşları; Sağlık Evi, Sağlık Ocağı/Aile Sağlığı Merkezi, Toplum Sağlığı Merkezi

2. Basamak Sağlık Kuruluşları; Devlet Hastanesi, Özel hastane, Üniversite Hastanesi

\*\*\* Hekimlerin Ort±Sd: 5,16±3,43 Min:0,1 Max:24, Ebe/Hemşire/ATT'lerin Ort±Sd: 4,50±4,62 Min:0,16 Max:30

Araştırma grubunu oluşturan hekimlerin %92,0'nın, ebe/hemşire/ATT'lerin %89,7'sinin daha önce başka kurumda çalıştığı, hekimlerin %77,3'ünün, ebe/hemşire/ATT'lerin ise %72,9'unun daha önce birinci basamak sağlık kurumunda çalıştığı belirlenmiştir. Şu an ki çalıştığı kurumda görev yapma süreleri hekimlerin %98,8'inde, ebe/hemşire/ATT'lerin ise %94,4'ünde 10 yıl ve altı olduğu bulunmuştur (Tablo 4).

**Tablo 5. Araştırma grubunu oluşturan sağlık çalışanlarının annelik hüznü yaşantıları**

Özellik		Genel (n:171)		Hekim (n:76)		Ebe/Hemşire /ATT (n:95)	
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
<b>Gebelik dönemde depresif semptomlar yaşama durumu*</b>	Evet	41	24,0	24	31,6	17	17,9
	Hayır	124	72,5	50	65,8	74	77,9
	Bilmiyorum	6	3,5	2	2,6	4	4,2
<b>Doğum sonu dönemde annelik hüznü yaşama durumu*</b>	Evet	41	24,0	18	23,7	23	24,2
	Hayır	122	71,3	55	72,4	67	70,5
	Bilmiyorum	8	4,7	3	3,9	5	5,3
<b>Profesyonel yardım alma durumu (n:41)**</b>	Evet	9	22,0	6	33,3	3	13,0
	Hayır	32	78,0	12	66,7	20	87,0

\*Çocuk sahibi olan tüm sağlık çalışanlarına siz ya da eşiniz şeklinde sorgulanmıştır.

\*\* Doğum sonu dönemde annelik hüznü yaşama durumuna evet diyenler yanıt vermiştir.

Araştırmaya katılan hekimlerin %31,6'sı, ebe/hemşire/ATT'lerin %17,9'u (kendisi ya da eşi) gebelik döneminde depresif semptomlar yaşadığını, aynı sırayla %23,7'si ve %24,2'si doğum sonu dönemde annelik hüznü yaşadığını belirtmiştir. Ayrıca doğum sonu dönemde annelik hüznü yaşayan hekimlerin %33,3'ü, ebe/hemşire/ATT'lerin ise %13,0'ı profesyonel yardım almıştır (Tablo 5).

## 4.2.Araştırma Grubunu Oluşturan Sağlık Çalışanlarının Annelik Hüznü Konusundaki Bilgi Durumları

**Tablo 6. Araştırma grubunu oluşturan sağlık çalışanlarının annelik hüznünü duyma ve bilme durumları**

Özellik		Genel (n:214)		Hekim (n:88)		Ebe/Hemşire/ATT (n:126)	
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Annelik hüznünü duyma durumu	Evet	149	69,6	71	80,7	78	61,9
	Hayır	65	30,4	17	19,3	48	38,1
Annelik hüznü konusunda bilgi alma durumu	Evet	125	58,4	64	72,7	61	48,4
	Hayır	89	41,6	24	27,3	65	51,6
Bilgi kaynakları* (n:125)	Mesleki eğitim sırasında	98	78,4	58	90,6	40	65,6
	Hizmet içi eğitimlerden	72	57,6	38	59,4	34	55,7
	Kitle iletişim araçlarından	28	22,4	11	17,2	17	27,9
	Çalışma arkadaşlarımdan	24	19,2	9	14,1	15	24,6
	Kurs, sempozyum, kongre vb.	41	32,8	24	37,5	17	27,9
	Kitap, dergi vb.	34	27,2	16	25,0	18	29,5
	İnternet (site, blog vb.)	34	27,4	13	20,6	21	34,4
Diğer (yaşadım, takiplerimde gördüm)	5	2,5	3	3,3	2	1,6	

\*Birden fazla şık işaretlenmiştir.

Sağlık çalışanlarının annelik hüznünü duyma durumlarına bakıldığında; hekimlerin %80,7'sinin, ebe/hemşire/ATT'lerin ise %61,9'unun annelik hüznünü duyduğu görülmektedir. Bilgi alma durumlarına bakıldığında ise; hekimlerin %72,7'si, ebe/hemşire/ATT'lerin %48,4'ü annelik hüznü konusunda bilgi aldığını belirtmiştir. Bilgi kaynakları incelendiğinde; hekimlerin %90,6'sı ve ebe/hemşire/ATT'lerin ise %65,6'sının en fazla mesleki eğitimleri sırasında bilgi aldıkları belirlenmiştir (Tablo 6).

**Tablo 7. Araştırma grubunu oluşturan sağlık çalışanlarının annelik hüznünün tanımı ve görüldüğü günleri bilme durumları**

Özellik	Genel (n:214)		Hekim (n:88)		Ebe/Hemşire /ATT (n:126)	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
<b>Annelik hüznünün tanımını bilme durumu</b>						
Doğum sonrası dönemde annelerin ilgi çekme yöntemi	1	0,5	1	1,1	-	-
Doğum sonu dönemde oldukça yaygın görülen geçici bir ruhsal dalgalanma*	155	72,4	69	78,4	86	68,3
Doğum sonra dönemde fark edildiğinde acilen uzmanlara yönlendirilmesi gereken ruhsal bunalım	40	18,7	15	17,0	25	19,8
Bilmiyorum	18	8,4	3	3,4	15	11,9
<b>Annelik hüznünün görüldüğü günleri bilme durumu</b>						
Doğum sonu 0-2. günler arası görülür	5	2,3	4	4,5	1	0,8
Doğum sonu 3-4. günlerde başlayıp, 10-14.günlerde sonlanır *	101	47,2	49	55,7	52	41,3
Doğum sonu 15. günden sonra görülür	56	26,2	25	28,4	31	24,6
Bilmiyorum	52	24,3	10	11,4	42	33,3

\*Doğru yanıt.

Araştırma grubunu oluşturan sağlık çalışanlarının annelik hüznünün tanımını doğru olarak bilme oranı hekimlerde %78,4, ebe/hemşire/ATT'lerin %68,3'tür. Annelik hüznünün hangi günlerde görüldüğünü doğru bilme oranları ise; hekimlerde %55,7, ebe/hemşire/ATT'lerde ise %41,3 olarak belirlenmiştir (Tablo 7).



**Tablo 8. Araştırma grubunu oluşturan sağlık çalışanlarının annelik hüznünün nedenlerini ve risk faktörlerini bilme durumları**

Özellik	Genel (n:214)		Hekim (n:88)		Ebe/Hemşire /ATT (n:126)	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
<b>Annelik hüznünün nedenlerini bilme *</b>						
Doğum sonu hormonal değişimler	166	77,6	67	76,1	99	78,6
Doğum sonu fiziksel değişimler	107	50,0	45	51,1	62	49,2
Psikososyal nedenler	140	65,4	72	81,8	68	54,0
Doğum sonu bakım nitelikleri	69	32,2	32	36,4	37	29,4
Kesin bir nedeni yoktur	32	15,0	15	17,0	17	13,5
Bilmiyorum	17	7,9	5	5,7	12	9,5
<b>Annelik hüznünün oluşmasında rol oynayan risk faktörlerini bilme *</b>						
Annenin yaşı	99	46,3	50	43,2	49	38,9
Düşük ekonomik durum	115	53,7	57	64,8	58	46,0
Sosyal destek azlığı	153	71,5	70	79,5	83	65,9
Gebelikte var olan anksiyete	154	72,0	66	75,0	88	69,8
Babanın anneye ve bebeğe ilgisiz olması	132	61,7	53	60,2	79	62,7
Bilmiyorum	20	9,3	4	4,5	16	12,7

\*Birden fazla şık işaretlenmiştir.

Ebe/hemşire/ATT'lerin %78,6'sının annelik hüznü nedenlerinden olan doğum sonu hormonal değişimleri en fazla bildiği görülmüştür. Hekimlerin ise; %81,8'i psikososyal nedenleri en fazla bildiği belirlenmiştir. Ayrıca annelik hüznünün oluşmasında rol oynayan risk faktörlerinden sosyal destek azlığı hekimlerin %79,5'i tarafından en çok bilinen risk faktörüdür. Ebe/hemşire/ATT'lerin ise %69,8'i tarafından en fazla bilinen risk faktörü gebelikte var olan anksiyete olarak bulunmuştur (Tablo 8).

**Tablo 9. Araştırma grubunu oluşturan sağlık çalışanlarının annelik hüznü ile ilgili bazı bilgi durumları**

Özellik	Genel (n:214)		Hekim (n:88)		Ebe/Hemşire /ATT (n:126)	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
<b>Annelik hüznü yaşayan kadını uzmana yönlendirme zamanını bilme</b>						
Doğum sonu 2-5 günler arası	10	4,7	2	2,3	8	6,3
Doğum sonu 6-14 günler arası	19	8,9	4	4,5	15	11,9
Doğum sonu 15 günden uzun sürdüyse *	127	59,3	67	76,1	60	47,6
Uzmana yönlendirmeye gerek yoktur	17	7,9	11	12,5	6	4,8
Bilmiyorum	41	19,2	4	4,5	37	29,4
<b>Annelik hüznünün oluşmadan önce engelleme durumu</b>						
Evet *	97	45,3	39	44,3	58	46,0
Hayır	48	22,4	28	31,8	20	15,9
Bilmiyorum	69	32,2	21	23,9	48	38,1
<b>Annelik hüznünün ilaçla tedavi edilebilme durumu</b>						
Evet	54	25,2	33	37,5	21	16,7
Hayır *	73	34,1	39	44,3	34	27,0
Bilmiyorum	87	40,7	16	18,2	71	56,3

\*Doğru yanıt.

Araştırma grubunu oluşturan hekimlerin %76,1'i annelik hüznü yaşayan kadınların uzmana yönlendirilme zamanını doğru bilirken, ebe/hemşire/ATT'lerin ise %47,6'sının doğru bildiği belirlenmiştir. Annelik hüznünü oluşmadan önce engellenme durumunu doğru bilme ebe/hemşire/ATT'ler de %46,0 iken; hekimlerde bu oran %44,3'tür. Annelik hüznünü ilaçla tedavi edebilme durumlarını doğru bilme oranları ise; ebe/hemşire/ATT'ler de %27,0 ve hekimlerde %44,3 olarak belirlenmiştir (Tablo 9).

**Tablo 10. Araştırma grubunu oluşturan sağlık çalışanlarının annelik hüznü belirtilerini bilme durumları**

Özellik	Genel (n:214)		Hekim (n:88)		Ebe/Hemşire/ATT (n:126)	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
<b>Annelik hüznünün sık görülen belirtileri*</b>						
Sık sık ağlama	173	80,8	74	84,1	99	78,6
Endişelenme	162	75,7	74	84,1	88	69,8
Huzursuzluk	158	73,8	65	73,9	93	73,8
Suçluluk	88	41,1	46	52,3	42	33,3
Depresif duygular	132	61,7	58	65,9	74	58,7
Aşırı heyecan	41	19,2	18	20,5	23	18,3
Unutkanlık	57	26,6	29	33,0	28	22,2
Konsantre olamama	97	45,3	55	62,5	42	33,3
Baş ağrısı	61	28,5	33	37,5	28	22,2
Bir an mutlu bir an mutsuz hissetme	127	59,3	59	67,0	68	54,0
İştahsızlık	65	30,4	35	39,8	30	23,8
Mutsuzluk	115	53,7	50	56,8	65	51,6
Bilmiyorum	16	7,5	4	4,5	12	9,5

\*Birden fazla şık işaretlenmiştir.

Annelik hüznünün sık görülen belirtileri arasında sağlık çalışanlarının en çok bildiği hekimlerin %84,1 oranı ile sık sık ağlama ve endişelenmedir. Ebe/hemşire/ATT'lerin ise; sık sık ağlamayı %78,6, huzursuzluğu %73,8 oranı ile bildiği belirlenmiştir (Tablo 10).

**Tablo 11. Araştırma grubunu oluşturan sağlık çalışanlarının annelik hüznü yaşayan bir annenin ruhsal durumu hakkındaki bazı bilgi durumları**

Özellik	Genel (n:214)		Hekim (n:88)		Ebe/Hemşire /ATT (n:126)	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
<b>“Annelik hüznü yaşayan anneler yalnız bırakılmamalı” ifadesine katılma durumu</b>						
Evet*	173	80,8	72	81,8	101	80,2
Hayır	16	7,5	10	11,4	6	4,8
Bilmiyorum	25	11,7	6	6,8	19	15,1
<b>“Annelik hüznü yaşayan anneler bebeklerine zarar verme düşüncesi ne kapılabilir” ifadesine katılma durumu</b>						
Evet	111	51,9	52	59,1	59	46,8
Hayır *	45	21,0	19	21,6	26	20,6
Bilmiyorum	58	27,1	17	19,3	41	32,5

\*Doğru yanıt.

Araştırma grubunu oluşturan hekimlerin %81,8'i, ebe/hemşire/ATT'lerin %80,2'si annelik hüznü yaşayan annelerin yalnız bırakılmaması gerektiği sorusuna doğru yanıt verdiği görülmektedir. “Annelik hüznü yaşayan anneler bebeklerine zarar verme düşüncesine kapılabilir mi?” sorusuna ise; hekimlerin %21,6'sı, ebe/hemşire/ATT'lerin ise %20,6'sı doğru yanıt vermiştir (Tablo 11).

**Tablo 12. Araştırma grubunu oluşturan sağlık çalışanlarının annelik hüznünü tespit etmeyi bilme durumları**

Özellik	Genel (n:214)		Hekim (n:88)		Ebe/Hemşire /ATT (n:156)	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
<b>Annelik hüznünü tespit etmeyi bilme durumu*</b>						
Annelik hüznünün risk faktörleri belirlenerek	96	44,9	40	45,5	56	44,4
Annelik hüznü belirtileri tespit edilerek	134	62,6	58	65,9	76	60,3
Gebelikteki ve lohusalıktaki duygu durumu takip edilerek	163	76,2	71	80,7	92	73,0
Bilmiyorum	20	9,3	5	5,7	15	11,9

\*Birden fazla şık işaretlenmiştir.

“Annelik hüznü nasıl tespit edilir?” sorusuna araştırma grubunu oluşturan hekimlerin %80,7’si, ebe/hemşire/ATT’lerin de %73,0’ının gebelikteki ve lohusalıktaki duygu durumu takip edilerek yanıtını vermiştir (Tablo 12).

**Tablo 13. Araştırma grubunu oluşturan sağlık personelinin annelik hüznü bilgilerine ilişkin tanımlayıcı istatistikleri (n:214)**

Annelik hüznü bilgi soruları	Madde sayısı	Genel (n:214)				Hekim (n:88)		Ebe/hemşire/ATT(n:126)	
		Min	Max	*Ort±Sd	Medyan	*Ort±Sd	Medyan	*Ort±Sd	Medyan
Tanımasını bilme	1	0,00	1,00	0,72±0,44	1,00	0,78±0,41	1,00	0,68±0,46	1,00
Görüldüğü günleri bilme	1	0,00	1,00	0,47±0,50	0,00	0,55±0,49	1,00	0,41±0,49	0,00
Nedenlerini bilme	5	0,00	5,00	0,48±0,25	0,60	0,52±0,25	3,00	0,44±0,25	2,00
Risk faktörlerini bilme	5	0,00	5,00	0,61±0,31	0,60	0,67±0,29	3,50	0,56±0,31	3,00
Uzmana yönlendirme zamanını bilme	1	0,00	1,00	0,59±0,49	1,00	0,76±0,42	1,00	0,47±0,50	0,00
Önlem alabilme durumunu bilme	1	0,00	1,00	0,45±0,49	0,00	0,44±0,49	0,00	0,46±0,50	0,00
Tedavi edebilme durumunu bilme	1	0,00	1,00	0,34±0,47	0,00	0,44±0,49	0,00	0,26±0,44	0,00
Belirtilerini bilme	12	0,00	12,00	0,49±0,24	0,50	0,56±0,25	6,00	0,44±0,23	5,00
Yalnız bırakılmaması gerektiğini bilme	1	0,00	1,00	0,80±0,39	1,00	0,81±0,38	1,00	0,80±0,40	1,00
Annenin bebeğine zarar vermeyeceğini bilme	1	0,00	1,00	0,21±0,40	0,00	0,21±0,41	0,00	0,20±0,40	0,00
Nasıl belirlendiğini bilme	3	0,00	3,00	0,61±0,33	0,66	0,64±0,32	2,00	0,59±0,33	2,00
<b>Toplam</b>	<b>32</b>	<b>0,00</b>	<b>32,00</b>	<b>16,85±6,65</b>	<b>18,00</b>	<b>18,70±6,28</b>	<b>19,00</b>	<b>15,56±6,62</b>	<b>17,00</b>

\*Madde ortalaması ± Standart sapması

Tablo 13’de annelik hüznünü bilme durumlarına ilişkin madde puan ortalamaları yer almaktadır. Toplam 11 bilgi sorusu içerisinde hekimler en fazla  $0,81\pm0,38$  ortalama ile annelik hüznü yaşayan kadının yalnız bırakılmaması gerektiğini,  $0,78\pm0,41$  ortalama ile annelik hüznünün tanımını,  $0,76\pm0,42$  ortalama ile annelik hüznü yaşayan kadının uzmana yönlendirme zamanını bilmektedirler. Ebe/hemşire/ATT’ler ise  $0,80\pm0,40$  ortalama ile annelik hüznü yaşayan kadının yalnız bırakılmaması gerektiğini,  $0,68\pm0,46$  ortalama ile annelik hüznünün tanımını,  $0,59\pm0,33$  ortalama ile de annelik hüznünün nasıl belirlendiğini bilmektedirler.



### 4.3.Araştırma Grubunu Oluşturan Sağlık Çalışanlarının Annelik Hüznü Konusundaki Uygulamaları

**Tablo 14.Araştırma grubunu oluşturan sağlık çalışanlarının annelik hüznü yaşayan anneyi tespit etme durumları ve uygulamaları**

Özellik	Genel (n:208)		Hekim (n:87)		Ebe/Hemşire /ATT (n:122)	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
<b>Annelik hüznü yaşayan anne tespit etme durumu</b>						
Evet	112	53,8	55	63,2	57	47,1
Hayır	96	46,2	32	36,8	64	52,9
<b>Annelik hüznü yaşayan anneye yönelik yapılan uygulamalar*</b>						
Tedavisi olmadığı için hiç bir şey yapmam	4	1,9	1	1,1	3	2,5
Anne ve bebeğin bakımına yardımcı olurum	81	38,8	34	39,1	47	38,5
Emzirme desteği sağlarım	96	45,9	35	40,2	61	50,0
Anne ile konuşup sürecin normal ve geçici olduğunu söylerim	153	73,2	63	72,4	90	73,8
Eş ve aile desteğini sağlarım	146	69,9	64	73,6	82	67,2
Annelerin duygularını ifade etmeleri için olanak sağlarım	134	64,1	57	65,5	77	63,1
İlaç öneririm/İlaç tedavisi veririm	9	4,3	6	6,9	3	2,5
Psikoloğa yönlendiririm	93	44,5	35	40,2	58	47,5
Psikiyatriste yönlendiririm	67	32,1	40	46,0	27	22,1
Kadın doğum hekimine yönlendiririm	12	5,7	5	5,7	7	5,7
TSM/Halk Sağlığı Müdürlüğü'ne bildiririm	33	15,8	8	9,2	25	20,5
Aile hekimine yönlendiririm	54	25,8	9	10,3	45	36,9
Bilmiyorum	11	5,3	1	1,1	10	8,2

\* Birden fazla şık işaretlenmiştir.



Araştırma grubundaki hekimlerin %63,2'sinin, ebe/hemşire/ATT'lerin ise %47,1'inin daha önce annelik hüznü yaşayan bir anne tespit ettiği belirlenmiştir. Sağlık çalışanlarının annelik hüznü yaşadığı tespit edilen anneye yönelik uygulamaları sorgulandığında; ebe/hemşire/ATT'lerin %73,8'i annelik hüznüne yönelik anne ile konuşup sürecin normal ve geçici olduğunu söyleyeceğini, hekimlerin %73,6'sı ise eş ve aile desteği sağlayacağını belirtmişlerdir (Tablo 14).



**Tablo 15. Araştırma grubunu oluşturan sağlık çalışanlarının annelik hüznü yaşayan kadın ile karşılaşma durumları**

Özellik	Genel (n:204)		Hekim (n:85)		Ebe/Hemşire/ATT (n:119)	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
<b>Annelik hüznü yaşayan kadın ile karşılaşma sıklığı</b>						
Sık sık	11	5,4	6	7,1	5	4,2
Ara sıra	41	20,1	23	27,1	18	15,1
Nadiren	83	40,7	35	41,2	48	40,3
Hiç	69	33,8	21	24,7	48	40,3

Sağlık çalışanlarının annelik hüznü yaşayan kadınlar ile karşılaşma sıklıkları sorgulandığında; ebe/hemşire/ATT'lerin %40,3'ü, hekimlerin ise %41,2'si nadiren karşılaştıklarını belirtmişler (Tablo 15).

**Tablo 16. Araştırma grubunu oluşturan sağlık çalışanlarının çalıştığı kurumda annelik hüznüne yönelik hizmet verme durumları ile sunulan hizmetler**

Özellik	Genel (n:204)		Hekim (n:84)		Ebe/Hemşire/ATT (n:120)	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
<b>Kurumunuzun annelik hüznüne yönelik hizmet verme durumu</b>						
Evet	78	38,2	36	42,9	42	35,0
Hayır	77	37,7	31	36,9	46	38,3
Bilmiyorum	49	24,0	17	20,2	32	26,7
<b>Kurumda verilen hizmetler*</b>	<b>n:71</b>		<b>n:34</b>		<b>n:37</b>	
Ebeler tarafından kadın ve ailesine danışmanlık (bebek bakımı, emzirme desteği vb.)	11	15,5	8	23,5	3	8,1
Ebeler tarafından psikososyal destek sağlama	23	32,4	7	20,6	16	43,2
Ebeler tarafından doğum sonu depresyon ölçeği uygulaması	3	4,2	2	5,9	1	2,7
Ebelerin gebelik ve lohusalık dönemlerinde rutin kontrolleri	10	14,7	10	29,4	0	0,0
Ebeler tarafından yapılan risk değerlendirmeleri	6	8,5	2	5,9	4	10,8
Gebe sınıfları	9	12,7	2	5,9	7	18,9
Aile hekimimin değerlendirmesi	2	2,8	1	2,9	1	2,7
Psikolog desteği	6	8,5	2	5,9	4	10,8
Bilmiyorum	1	1,4	0	0,0	1	2,7

\*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Araştırma grubundaki hekimlerin %42,9'u, ebe/hemşire/ATT'lerin ise %35,0'I kurumlarında annelik hüznüne yönelik hizmet verildiğini söylemişlerdir. Hekimlerin %29,4'ü ebelerin gebelik ve lohusalık dönemlerinde rutin kontrolleri, ebe/hemşire/ATT'lerin ise %43,2'si ebeler tarafından psikososyal destek sağlama ile kurumlarında annelik hüznüne yönelik hizmet verildiğini ifade etmişlerdir (Tablo 16).



**Tablo 17. Araştırma grubunu oluşturan sağlık çalışanlarının annelik hüznüne yönelik hizmet içi eğitime bakış açıları**

Özellikler	Genel (n:206)		Hekim (n:86)		Ebe/Hemşire/ATT (n:120)	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
<b>Annelik hüznüne yönelik hizmet içi eğitim gereksinimi</b>						
Evet	170	82,5	66	76,7	104	86,7
Hayır	36	17,5	20	23,3	16	13,3
<b>Annelik hüznüne yönelik hizmet içi eğitime katılmak isteme durumu</b>						
Evet	152	73,8	58	67,4	94	78,3
Hayır	54	26,2	28	32,6	26	21,7

Hekimlerin %76,7'si, ebe/hemşire/ATT'lerin ise %86,7'si annelik hüznüne yönelik hizmet içi eğitim gereksinimi olduğunu belirtmiştir. Hekimlerin %67,4'ünün, ebe/hemşire/ATT'lerin ise %78,3'ünün olası bir hizmet içi eğitime katılmak istedikleri görülmektedir (Tablo 17).

#### 4.4. Araştırma Grubunu Oluşturan Sağlık Çalışanlarının Bazı Özellikleri ile Toplam Bilgi Puanlarının Karşılaştırılması

**Tablo 18. Araştırma grubunu oluşturan sağlık çalışanlarının bazı tanımlayıcı özellikleri ile annelik hüznü toplam bilgi puanlarının karşılaştırılması**

Tanımlayıcı Özellik		Genel (n:214)		Hekim (n:88)		Ebe/hemşire/ATT (n:126)	
		Toplam bilgi puanı	p	Toplam bilgi puanı	p	Toplam bilgi puanı	p
<b>Yaş***</b>	40 yaş ve altı (n:113)	17,00±6,52	0,722*	20,97±5,23	<b>0,007*</b>	16,32±6,36	0,399*
	41 yaş ve üstü (n:101)	16,68±6,81		17,27±6,51	<b>z:-2,701</b>	14,95±6,80	
<b>Cinsiyet</b>	Kadın (n:147)	17,06±6,32	0,503*	20,96±4,57	<b>0,034*</b>	16,10±6,33	<b>0,001*</b>
	Erkek (n:67)	16,40±7,35		17,59±6,73	<b>z:-2,122</b>	7,62±5,92	<b>z:-3,262</b>
<b>Eğitim</b>	Lise- Ön lisans (n:73)	16,00±6,80		-		16,00±6,80	
	Lisans (n:47)	17,00±6,62	<b>0,001**</b>	-		17,00±6,62	0,546**
	Yüksek Lisans-Tıp Fakültesi (n:94)	19,00±6,13	<b>x<sup>2</sup>:13,23</b>	18,00±3,60	-	18,00±3,60	
<b>Medeni Hal</b>	Evli (n:170)	17,14±6,43	0,208*	18,64±6,59	0,964*	15,98±6,08	0,197*
	Bekar-Boşanmış (n:44)	15,72±7,41		19,00±4,43		14,20±8,06	
<b>Evlilik süresi***</b>	15 yıl ve altı (n:86)	17,31±6,13	0,733*	19,84±5,81	0,235*	16,08±6,04	0,909*
	16 yıl ve üstü (n:84)	16,97±6,75		17,68±7,09		15,89±6,19	
<b>Çocuk varlığı</b>	Evet (n:171)	17,00±6,35	0,527*	18,36±6,41	0,240*	15,90±6,11	0,312*
	Hayır (n:43)	16,27±7,78		20,83±5,07		14,51±7,99	

\*Mann-Whitney U Testi z değeri

\*\*Kruskal-Wallis Testi x<sup>2</sup> değeri

\*\*\* Hekim yaş Ort±Sd: 45,69±8,03, evlilik süresi Ort±Sd: 17,70±8,20

Ebe/Hemşire/ATT yaş Ort±Sd: 36,41±7,57, evlilik süresi Ort±Sd: 14,18±7,38

Tablo 18’de sağlık çalışanlarının bazı tanımlayıcı özellikleri ile toplam bilgi puanları karşılaştırılmıştır. Araştırma grubunun toplam bilgi puanı ile eğitim arasında anlamlı fark bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Ayrıca ebe/hemşire/ATT’lerde toplam bilgi puanı ile cinsiyet, hekimlerde ise yaş ve cinsiyet değişkenleri arasında anlamlı fark bulunmuştur ( $p<0,05$ ).



**Tablo 19. Araştırma grubunu oluşturan sağlık çalışanlarının bazı mesleki özellikleri ile toplam bilgi puanlarının karşılaştırılması**

Tanımlayıcı Özellik		Genel (n:214)		Hekim (n:88)		Ebe/hemşir/ATT (n:126)	
		Toplam bilgi puanı	p	Toplam bilgi puanı	p	Toplam bilgi puanı	p
Çalıştığı kurum	ASM (n:147)	16,52±6,66	0,282*	17,71±6,30	<b>0,004*</b> <b>z:-2,951</b>	15,47±6,84	0,848*
	TSM (n:67)	17,58±6,61		22,31±4,83		15,70±6,31	
Meslek	Hekim (n:88)	18,70±6,28	<b>0,000*</b> <b>z:-3,487</b>	-	-	-	-
	Ebe/Hemşire/ATT (n:126)	15,56±6,62		-		-	
Meslekte çalışma süresi**	18 yıl ve altı (n:111)	17,13±6,60	0,488*	20,25±5,33	0,099*	15,68±6,34	0,986*
	18.4 yıl ve üstü (n:102)	16,50±6,73		17,67±6,69		15,28±6,95	
Daha önce çalıştığı kurum varlığı	Evet (n:194)	16,87±6,64	0,866*	18,44±6,33	0,146*	15,74±6,65	0,275*
	Hayır (n:20)	16,70±6,94		21,71±5,08		14,00±6,39	
1.Basamakta çalışma deneyimi	Evet (n:109)	18,00±7,06	0,966*	19,50±6,19	0,200*	16,00±7,24	0,168*
	Hayır (n:73)	17,50±4,86		17,00±6,24		18,00±3,97	
2.Basamakta çalışma deneyimi	Evet (n:111)	18,28±5,10	<b>0,000*</b> <b>z:3,718</b>	19,44±5,30	0,308*	17,34±4,77	<b>0,002*</b> <b>z:3,151</b>
	Hayır (n:71)	14,64±8,11		17,00±7,57		13,36±8,18	
Şuan ki kurumda çalışma süresi**	4 yıl ve altı (n:123)	16,52±7,13	0,509*	19,79±5,84	0,106*	14,86±7,00	0,277*
	4.5 yıl ve üstü (n:87)	17,14±6,00		17,40±6,78		16,50±5,56	

\* Mann-Whitney U Testi z değeri

\*\*Hekim meslekte çalışma süresi Ort±Sd: 20,79±8,70, şuan ki kurumda çalışma süresi Ort±Sd: 5,16±3,43

Ebe/Hemşire/ATT meslekte çalışma süresi Ort±Sd: 14,83±8,58, şuan ki kurumda çalışma süresi Ort±Sd: 4,50±4,62



Tablo 19’de sağlık çalışanlarının mesleki özellikleri ile toplam bilgi puanları karşılaştırılmıştır. Araştırma grubunun toplam bilgi puanı ile eğitim, meslek ve 2. basamakta çalışma deneyimi olmak arasında anlamlı fark bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Hekimlerin toplam bilgi puanı ile çalıştıkları kurum ve meslekte çalışma suresi arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Ebe/hemşire/ATT’lerin toplam bilgi puanı ile cinsiyet ve 2. basamakta çalışma deneyimi olmak arasında anlamlı fark bulunmuştur ( $p<0,05$ ).



**Tablo 20. Araştırma grubunu oluşturan sağlık çalışanlarının bazı özellikleri ile toplam bilgi puanlarının karşılaştırılması**

Özellik		Genel (n:214)		Hekim (n:88)		Ebe/hemşire/ATT (n:126)	
		Toplam bilgi puanı	P	Toplam bilgi puanı	P	Toplam bilgi puanı	P
<b>Gebelikte depresyon yaşama</b>	Evet (n:41)	16,95±6,67	0,955*	18,41±6,46	0,924*	14,88±6,60	0,340*
	Hayır (n:130)	17,01±6,27		18,34±6,46		16,12±6,02	
<b>Annelik hüznü yaşama durumu</b>	Evet (n:41)	18,09±6,04	0,205*	19,44±6,59	0,307*	17,04±5,49	0,449*
	Hayır (n:130)	16,65±6,43		18,03±6,38		15,54±6,29	
<b>Annelik hüznünü duyma durumu</b>	Evet (n:149)	19,00±5,10	<b>0,000*</b> <b>z:4,076</b>	20,00±4,79	<b>0,016*</b> <b>z:-2,399</b>	17,00±5,08	<b>0,012*</b> <b>z:-2,519</b>
	Hayır (n:65)	14,00±8,28		15,00±9,34		13,50±7,96	
<b>Annelik hüznü ile ilgili bilgi alma durumu</b>	Evet (n:125)	19,00±4,65	<b>0,000*</b> <b>z:-4,910</b>	19,50±4,60	<b>0,017*</b> <b>z:-2,394</b>	18,00±4,51	<b>P:0,000*</b> <b>z:-3,514</b>
	Hayır (n:89)	14,00±7,77		15,00±8,57		14,00±7,47	

\* Mann-Whitney U Testi z değeri

Tablo 20'de sağlık çalışanlarının bazı özellikleri ile toplam bilgi puanları karşılaştırılmıştır. Annelik hüznünü duyan ve bilgi alan sağlık çalışanlarının (doktor, ebe/hemşire/ATT kendi içinde değerlendirildiğinde) toplam bilgi puanlarının yüksek olduğu ve aralarındaki bu farkın anlamlı olduğu bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Gebelikte depresyon yaşama ve annelik hüznünü yaşama ile sağlık çalışanlarının (doktor, ebe/hemşire/ATT kendi içinde değerlendirildiğinde) toplam bilgi puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).



## 5.TARTIŞMA

Bu araştırma Manisa ili kent merkezindeki birinci basamak sağlık çalışanlarının annelik hüznü ile ilgili bilgi ve uygulamalarını belirlemeyi ve annelik hüznü bilgi puanı ile demografik ve mesleki özellikler ile olan ilişkisini incelemek amacıyla yapılmıştır.

Araştırmanın evreni özellikle prenatal ve postnatal dönemde kadın ile sık görüşen, bakım, izlem ve danışmanlığını yapan birinci basamak sağlık çalışanları olarak belirlenmiştir. Bunun nedeni çalışmanın konusu olan annelik hüznünün, risk faktörleri ve belirtilerinin, gebelik dönemi ve doğum sonu ilk iki hafta içerisinde ortaya çıkması ve bu dönemlerde birinci basamak sağlık çalışanlarının kadını sık gözlemleyen konumda olmasıdır. Bu bağlamda birinci basamak sağlık hizmetlerinde görev yapan sağlık çalışanları eşsiz bir pozisyonundadır (Leddy ve ark. 2011). Ancak araştırmanın örneğini sadece Manisa ili kent merkezindeki sağlık çalışanlarının oluşturması bir kısıtlılık olarak düşünülebilir.

Araştırma grubunu oluşturan sağlık çalışanlarının yaklaşık %68,7'si aile sağlığı merkezinde, %31,3'de toplum sağlığı merkezinde çalışmaktadır. Araştırma grubunun %41,1'ini doktorlar, %37,4'ünü ebeler, %16,8'ini hemşireler, %4,7'sini acil tıp teknisyenleri oluşturmuştur. Sağlık çalışanlarının meslekteki çalışma süreleri ortalama 15 yılın üzerindedir. Sağlık çalışanlarının tecrübelerinin olması, birinci basamak sağlık hizmetlerinin yapılmasında önemli yeri olan ebelerin sayıca fazla olması da annelik hüznünün belirlenmesi açısından oldukça önemlidir. Ayrıca sağlık çalışanlarının şu anki kurumlarında çalışma süresi ortalaması ise; yaklaşık 5 yıldır. Bu bulgu sağlık çalışanlarının çalıştıkları bölgeyi ve annelik hüznü risk faktörlerini belirleme ve tanımları açısından oldukça önemlidir. Daha önce çalıştıkları kurumlarının çoğunlukla birinci basamak olması da deneyim ve konuyla ilgili farkındalık açısından da önemlidir.

Ülkemize de annelik hüznü konusuyla ilgili literatür bilgisi çok az sayıdadır. Bu kaynaklar da genel olarak derleme niteliğindedir. Bizim araştırmamızla benzer özellik taşıyan ve ülkemiz için ilk çalışma olma özelliği açısından Türkyılmaz'ın araştırması tartışmada temel kaynak olarak kullanılacaktır (Türkyılmaz 2014).

Türkyılmaz hem birinci hem de ikinci basamakta görev yapan sağlık çalışanlarıyla araştırmasını gerçekleştirmiştir. Aynı zamanda bulguları tüm sağlık çalışanları üzerinden yani meslek gruplandırması yapmadan rapor etmiştir. Bu araştırma da ise; bulgular hem tüm sağlık çalışanları, hem de hekimler ve ebe/hemşire/ATT'ler olarak meslek gruplandırması şeklinde verilmiştir. Ancak tartışma bölümünde anlam bütünlüğü açısından araştırmanın bulguları tüm sağlık çalışanları üzerinden yapılacaktır.

Araştırmada sağlık çalışanlarının %24'ü annelik hüznünü deneyimlemiştir (Tablo 5). Aynı zamanda gebelik döneminde depresif semptom yaşayanların (%24,0) %70'e yakınının doğum sonu annelik hüznü yaşadığı da bulunmuştur. Bu sonuç sağlık çalışanlarının annelik hüznü açısından riskli kadınları gebelik döneminde saptaması ve gerekli eğitimleri vererek önlem alması gerekliliğini de ortaya koymaktadır. Ayrıca Beck (1996) yaptığı çalışmada postpartum depresyonu hazırlayıcı 8 faktör içerisinde, gebelik sonrası gözlenen depresyon, diğer doğumlardaki depresyon hikayesi, sosyal destek yokluğu, yaşam stresi, çocuk bakma stresi, başarısız evlilik, antenatal anksiyete gibi faktörlerin yanına annelik hüznünü de eklemesi bu gerekliliği gözler önüne sermektedir. (Beck 1996). Türkyılmaz'ın (2014) araştırmasında ise; sağlık çalışanlarının sadece %12,0'ının annelik hüznünü deneyimlediği belirtilmiştir. Bunun nedeni sağlık çalışanlarının bekar ve çocuk sahibi olanların oranının düşük olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Araştırmada birinci basamakta görev yapan sağlık çalışanlarının annelik hüznünü duyma oranı %70,0, bu konuda bilgi alma oranı ise yaklaşık %60'tır. Meslek gruplarına göre baktığımızda ise; araştırma grubunu oluşturan ebe/hemşire/ATT'lerin yaklaşık %40'ının annelik hüznünü hiç duymadığı ve %50'sinin de bu konuda hiç bilgi almadığı belirlenmiştir (Tablo 6). Türkyılmaz'ın (2014) araştırmasında sağlık çalışanlarının %77,6'sı annelik hüznünü duyduğunu, %56,0'ı bildiğini belirtmiştir. Ebe ve hemşirelerin annelik hüznünü bilme oranı ise %46,3 olarak gösterilmiştir (Türkyılmaz 2014). Mivšek ve arkadaşlarının (2008) Slovenya'da yaptığı nitel çalışmada ise; ebe ve hemşireler annelik hüznü bilgi seviyelerinin yetersiz olduğunu belirtmiştir (Mivšek ve ark. 2008). Junior ve arkadaşları (2012) tarafından Brezilya'da birinci basamak sağlık çalışanlarının

postpartum depresyon ile ilgili deneyimlerinin incelendiği çalışmada, çalışanların bilgilerinin yetersiz olduğu ifade edilmiştir (Junior ve ark. 2012). Araştırma bulgularının benzer olduğu söylenebilir. Birinci basamak sağlık çalışanları özellikle izlemlerden sorumlu olan ebelerin ve hemşirelerin önemli bir sağlık sorunu olan ve sıklıkla da gözden kaçan bu sorunun farkında olarak kadını değerlendirmesi anne ve bebek sağlığı için son derece önemlidir. Bu nedenle özellikle izlemden sorumlu olan risk grubunu belirleme, gerekli müdahaleleri yapma ve yönlendirme konusunda primer sorumlu olan ebe ve hemşirelerin bu konudaki eğitim ihtiyacının giderilmesi gerektiği düşünülmektedir. Ayrıca annelik hüznüne yönelik bilgi kaynakları içerisinde en fazla mesleki eğitim belirtilmiştir (Tablo 6). Bu bulgu Türkyılmaz'ın (2014) araştırmasında da benzerdir. Mesleki eğitim sürecinde annelik hüznüne dair bilgi verilmesinin, sağlık çalışanları için uygulama alanında fark yarattığı ortadadır. Fakat sağlık çalışanlarının annelik hüznünü duyma ve bilme oranlarına bakıldığında, mesleki eğitimleri sırasında konuya daha fazla yer ayrılarak farkındalıklarının artırılması ve mezuniyet sonrası sürekli eğitim/hizmet içi eğitimlerde bilgilerin geliştirilmesinin gerekli olduğu düşünülmektedir.

Araştırmada sağlık çalışanlarının %73,0'ı annelik hüznünün tanımını ve yarıya yakını (%47,2) görüldüğü günleri doğru olarak bilmektedirler (Tablo 7). Türkyılmaz'ın (2014) araştırmasında ise; sağlık çalışanlarının %61,4'ü annelik hüznünün tanımını, %54,3'ü görüldüğü günleri doğru bildiği görülmektedir. İki araştırma bulgusunun benzer olduğu söylenebilir. Doğum sonu dönemde görülen duygu durum bozukluklarından annelik hüznü doğum sonu dönemde yaygın olarak görülen geçici bir ruhsal dalgalanma olarak tanımlanırken, postpartum depresyon doğum sonu dönemde ilk 4 hafta içinde başlayan, morbidite ve mortalite riski oldukça yüksek bir duygu durum bozukluğu olarak tanımlanmaktadır. Annelik hüznü doğum sonu ilk günden itibaren görülmeye başlayıp belirtilerin en geç 15. günde gerilemesi beklenmekte, eğer gerilemezse postpartum depresyona dönüşme olasılığının yüksek olduğu kabul edilmektedir. Literatürde oldukça yer bulan ve hem sağlık çalışanlarınca hem de toplumca daha fazla bilinen postpartum depresyon ile annelik hüznü sıkça birbirlerine karıştırılmaktadır. Bu çalışmada sağlık çalışanlarının annelik hüznü tanımını grubun yaklaşık %20'lik kısmının, görüldüğü günleri de yaklaşık %30'luk kısmının postpartum depresyonla karıştırdığı

görülmektedir. Sağlık çalışanlarının annelik hüznüne yönelik bilgiyi mesleki eğitimleri sırasında aldıklarını hatırlayarak ve bilginin zaman içinde tekrar edilmemesiyle unutulacağını düşünerek annelik hüznünün tanımının ve görüldüğü günlerin depresyon ile karışması son derece normaldir. Özellikle bizim araştırmamızdaki sağlık çalışanlarının mesleki deneyimlerinin yaklaşık 21 yıl olması bu bilginin postpartum depresyonla karıştırılmasına olanak sağlamaktadır.

Araştırmada sağlık çalışanlarının annelik hüznü nedenlerinden doğum sonu hormonal değişimleri %77,6'sının doğru bildikleri görülmüştür (Tablo 8). Bu bulgu Türkyılmaz'ın (2014) araştırma bulgusuyla paraleldir. Ancak sağlık çalışanlarının birinci basamak sağlık hizmetlerinin en önemli parçası olan doğum sonu bakım hizmetlerinin annelik hüznünün nedenleri arasında olduğunu çoğunluğu (%67,8) bilmemektedir. Doğum sonu dönemde verilen bakımın niteliği anneyi fiziksel ve doğrudan emosyonel olarak etkilemektedir. Annelik hüznü nedenlerinden olan hormon seviyelerindeki değişimi anneye doğru ve dikkatli şekilde anlatmak, fiziksel bakım yapılarak yaşamını kolaylaştırmak, dinlenmesini sağlamak, gerekli eğitimleri vermek emosyonel sağlığının korunmasına katkı sağlamaktadır (Yüksekol 2014; Yılmaz ve Öncel 2009). Sağlık çalışanları postpartum dönemdeki bu önemli rollerini iyice özümsemeli ve uygulamaya geçirmelidir. Ancak bunun için konunun öneminin farkında olmaları gerekmektedir. Bu da konu hakkında yeterince bilgi sahibi olmakla sağlanabilir.

Annelik hüznü risk faktörlerinden olan, gebelikte var olan anksiyetenin sağlık çalışanlarının %72,0'ı tarafından bilindiği görülmektedir (Tablo 8). Bu bulgu Türkyılmaz'ın (2014) araştırma bulgusuyla paraleldir. Araştırmamızda sağlık çalışanlarının ikinci sırada bildiği risk faktörü %71,5 oranıyla sosyal destek azlığıdır. Türkyılmaz'ın raporlarında bu oran %28,6'dır. Özmen ve arkadaşlarının postpartum depresyon ile sosyal destek algısı arasındaki ilişkisini incelemek amacıyla Manisa'da yaptığı çalışmada, ailenin verdiği sosyal desteğin en önemli faktör olduğunu rapor etmiştir (Özmen ve ark. 2014). Annelik hüznünün, en az oranda Japonya gibi geleneksel yapıdaki ülkelerde görülmesi, ailenin sosyal desteğinin oldukça önemli olduğunun kanıtıdır (İshikawa ve ark. 2011, Watanabe ve ark. 2008). Hem aile bireyleri hem de izlem yapan sağlık çalışanlarınca verilmesi gereken desteğin

bilinmemesi, uygulamada var olan sorunun kaynağı olarak gösterilebilir. Ancak bizim çalışmamızda olduğu gibi yüksek oranlarda bilinmesi de desteğin uygun şekilde verildiğinin kanıtı değildir. Birinci basamak sağlık çalışanları ailenin sosyal desteği doğru bir şekilde sağlaması konusunda yol gösterici ve yönlendirici olmalıdırlar. Özellikle gebelikte anksiyete yaşayan kadınların daha özel ilgiyle izlenmesi gerekliliği ailelere ayrıntılı olarak açıklanmalıdır. Ancak bunun için öncelikle risk faktörlerinin tespit edilmesi gerekmektedir. Özellikle izlemeden sorumlu olan ebelerin risk faktörlerini biliyor olması gerekir. Fakat araştırmada ebe/hemşire/ATT'ler'in her iki risk faktörünü de yaklaşık olarak %60'ının bildiği görülmektedir (tablo 8). Bu oran daha önce annelik hüznünü duymayan ya da eğitim almayan grupla benzerdir. Bu bulgu eğitim ihtiyacının net bir göstergesi olarak kabul edilebilir.

Araştırmaya dahil olan sağlık çalışanlarının yarısından fazlası (%59,3) kadının uzmana yönlendirme zamanını doğru bilmektedir. Ayrıca yarıya yakını (%45,3) annelik hüznünün önlenemeyen bir doğum sonu duygu durum bozukluğu olduğunu ve %34,1'i ise ilaçla her hangi bir tedavisinin olmadığını bilincindedir (Tablo 9). Risk faktörleri belirlenerek önlem alınabilecek bir duygu durum bozukluğu olan annelik hüznünün tespit edilememesi sebebi ile daha şiddetli boyutlara geçmesi olası bir durumdur (Lintner ve Gray 2006). Burada birinci basamak sağlık hizmetlerindeki sağlık çalışanlarının sorunun önlenmesi, erken tanılanması ve sorun tespit edildiğinde kadının yönlendirilmesini sağlaması oldukça önemlidir (Lintner ve Gray 2006; Chew-Graham ve ark. 2009; Leddy ve ark. 2011). Ancak sevk etme ve tedaviden sorumlu hekimlerin büyük çoğunluğunun bu konuda bilgilerinin eksik olduğu görülmektedir.

Araştırmada sağlık çalışanlarının doğum sonu dönemde sık sık ağlamayı (%80,8) annelik hüznünün bir belirtisi olarak gördüğü bulunmuştur (Tablo 10). Türkyılmaz'ın (2014) çalışmasında da bu bulgu benzerdir. Postpartum ilk 7 gün içerisinde kadınların %44,3'ünün annelik hüznünü yaşadığını belirleyen Hau ve Levy (2003) çalışmalarında özellikle baş ağrısı, ağlama, konsantrasyon bozukluğu, umutsuzluk problemlerinin 5. günde en yoğun yaşandığını belirtmiştir (Hau ve Levy 2003). Annelik hüznü doğum sonu dönemde çeşitli belirtiler vermesi ile nitelikli



izlem yapan sağlık çalışanları tarafından tespit edilebilen bir duygu durum bozukluğudur. Bu dönemde kadının yanında olması beklenen aile bireyelerine annelik hüznü ile ilgili belirtilerinin anlatılması, gözlem yapmaları açısından yararlı olabilir. Aynı zamanda fiziksel anlamda kadının yaşamını kolaylaştıran girişimler, bir süre sosyal izolasyona girecek kadın için destekleyici olacaktır. Sağlık alışanlarının %80,8'i doğum sonu annelik hüznü yaşayan kadının yalnız bırakılmaması gerektiğinin farkındadır. Ancak yarısından fazlası (%51,9) annelerin bebeklerine zarar verebileceklerini düşünmektedir (Tablo 11). Bu durum sağlık çalışanlarının doğum sonu duygu durum bozukluklarının arasındaki farkları, geçiş belirtilerini ve özelliklerini tam olarak bilmediklerinin bir göstergesi olabilir.

Bu araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının %76,2'si doğum öncesi ve sonrası kadınların duygu durum takibi yapılmasının annelik hüznünün tespitinde önemli bir yeri olduğunun farkındadırlar (Tablo 12). Bunu belirleyebilecek olan kişilerin ise sağlık çalışanları olduğunu Türkyılmaz'ın çalışmasında belirtmiştirler (Türkyılmaz 2014). Fakat Karagöz (2011) alışmasında sağlık çalışanlarının yarıya yakınının annelik hüznünü postpartum sorunlar arasında önemli bulunduğunu ve sağlık çalışanlarının rollerinin önemini bildiklerini, sağlık çalışanlarının %37,0'ının doğum sonu duygu durum bozukluk belirtilerini kadının ailesi tarafından ortaya çıkarılabileceğini söylediklerini rapor etmiştir (Karagöz 2011). Kutu (2010) ise sağlık çalışanlarının %62,5'inin postpartum depresyonun erken tanısında hemşire ve ebelerin oldukça fazla rolünü olduğunu düşündüklerini belirtmiştir. (Kurtçu 2010). Sağlık alışanları annelik hüznüne yönelik kadınlara bakım verme konusunda kendilerini oldukça yetersiz görmektedirler (Türkyılmaz 2014.) Kurtçu'nun (2010) alışmasında hemşire ve ebelerin oldukça düşündürücü bir oran olarak yalnızca %2,9'u postpartum depresyonu nleme, tanılama, sevk etme ve bakım verme konusunda kendilerini “ok yeterli” bulmuştur (Kurtçu 2010). Buna bağlı olarak annelik hüznü yaşayan kadın ile nadiren karşılaştıklarını söylemeleri beklenen bir sonuçtur (tablo 15).

Bu araştırmada meslek hayatları boyunca yarısının (%53,8) annelik hüznü yaşayan en az bir kadın tespit ettiği bulunmuştur. Ancak hekim ve ebe/hemşire/ATT'lerin tespit oranlarındaki fark göze çarpmaktadır. Özellikle birinci

basamak sağlık hizmetlerinde kadınlar ile birebir görüşme fırsatı yakalayan ebe/hemşire/ATT'lerin yarısından daha azı (%47,1) annelik hüznü yaşayan en az bir kadın tespit ettiği belirtirken, hekimlerde bu oran %63,2'dir (tablo 14). Bu fark annelik hüznünü bilme ve farkındalık durumlarından kaynaklanabilir. Ayrıca ülkemizde sağlık çalışanlarının henüz kullanabilecekleri annelik hüznüne yönelik değerlendirme ölçeği bulunmadığı için doğum sonu bakım yönetim rehberinde yer alan ve Sağlık Bakanlığı'nca doğum sonu dönemde yapılması beklenen postpartum depresyon ölçeğinin kullanım sıklığı tartışmalı bir konudur. Karagöz (2011) çalışmasında ebe ve hemşirelerin %22,8'inin bu ölçeği kullandığını bulmuştur. Ayrıca sağlık çalışanlarının %33,9'unun postpartum depresyonu belirtilerini tanımlayarak tespit ettiğini söylemiştir (Karagöz 2011). Junior ve arkadaşları (2012) sağlık çalışanlarının çoğunun meslek yaşamı boyunca hiç postpartum depresyon yaşayan bir kadın tespit etmediğini raporlamıştır (Junior ve ark. 2012). Işık (2007) ise; sağlık çalışanlarının sadece %28,5'inin postpartum depresyon yaşayan anne ile karşılaştığını belirtmiştir (Işık 2007). Kurtçu'nun (2010) sonuçları katılımcıların %22,8'inin postpartum depresyon şüphesini tespit edip, sevk ettiğini ve 5 yıl üzeri deneyimi olanların sevk oranlarının daha fazla olduğunu göstermiştir (Kurtçu 2010). Fakat Jones ve arkadaşlarının (2010) araştırması diğer çalışmalara zıtlık göstermektedir. Ebelerin perinatal depresyon bilgi ve yönetimlerinin incelendiği; Jones ve arkadaşlarının (2010) Avusturalya'da yaptığı çalışmada büyük çoğunluğunun (%69,1) postpartum depresyon ölçeklerini kullandığı ve sorun yaşayan kadınları fark ettiği belirlenmiştir (Jones ve ark. 2010). Doğum sonu dönemde anne yaşadığı emosyonel durumdan suçluluk duymakta ve belirtileri açıkça dile getirmemektedir. Duygu durum bozukluklarının tespiti konusunda bilgi eksikliği olan sağlık çalışanı duruma müdahale edemeyecek, gizli yaşanan bir sağlık sorunu olarak, toplum sağlığını olumsuz etkilemeye devam edecektir (Lintner ve Gray 2006).

Bu çalışmada annelik hüznüne dair en fazla (%73,2) yapılan uygulamanın anne ile konuşup sürecin normal ve geçici olduğunu söylemek olduğu bulunmuştur (tablo 14). Türkyılmaz'da bu sonuca uygun rapor vermiştir (Türkyılmaz 2014). Postpartum depresyona yönelik uygulamaları sorgulayan bazı çalışmalarda ise sağlık çalışanlarının yarısı ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanına yönlendirdiğini belirtmiştir.

Anneyi dinleme ve eş ile görüşme daha sonra yapılan uygulamalardır (Karagöz 2011; Işık 2007). Hekim ve ebeler tarafından annelik hüznü tanısı almış kadınların izlemlerine nadiren rastlanılmaktadır. (Adewuya 2005). Postpartum duygu durum bozukluklarının çoğunlukla yaygın olmayan bir problem olarak görülmesi, yapılması gereken uygulamaların göz ardı edilmesine sebep olmaktadır. Özellikle fiziksel sağlığa odaklanmış bir doğum sonu bakımında, annelik hüznünün de fizyolojik bir olgu olarak değerlendirilmesi konuya olan duyarlılığı da azaltmaktadır (Junior ve ark. 2012).

Bu araştırmada kurumda verilen hizmetler de sorgulanmış ve çalışanların %37,7'si hizmet verilmediğini, %24,0'ı ise bilmediğini belirtmiştir. Kurumda hizmet veriliyor diyen hekimler, ebeler tarafından gebelik ve lohusalık döneminde rutin kontroller yapıldığını söylerken, ebe/hemşire/ATT'ler kendilerinin psikososyal destek verdiklerini belirtmişler (Tablo 16). Bu durumda hekimlerin annelik hüznü izlem ve bakımını, onları daha sık gözlemlene fırsatı yakalayan ebelerin sorumluluğunda gördükleri ortadadır. Işık'ın (2007) çalışmasında postpartum depresyona yönelik kurumlarında yapılan hizmetler sorgulandığında sağlık çalışanlarının sadece %25,0'ı hizmet verildiğini, bu hizmetlerinde psikiyatriste yönlendirme ve önerilerde bulunma olduğu; Karagöz'ün (2011) çalışmasında ise sağlık çalışanlarının büyük çoğunluğu (%85) kurumun hizmet vermediğini, verilen hizmet olarak sadece bilgilendirmeyi bildiklerini belirtmişler (Işık 2007; Karagöz 2011). Var olan çalışmalarda, kurumda hizmet verilememe nedenleri; eleman yetersizliği, gereksiz iş yükü ve kadınların eğitime isteksiz olması olarak sıralanmıştır (Jones ve ark. 2010; Karagöz 2011; Işık 2007)

Annelik hüznü ile ilgili var olan her iki araştırmada da sağlık çalışanlarının büyük çoğunluğu (Bu araştırmada %82,5, Türkyılmaz'ın araştırmasında %88) annelik hüznüne yönelik hizmet içi eğitim gerekliliğini savunmaktadır (Tablo 17). Ayrıca Karagöz'ün postpartum depresyon bilgi düzeylerine ilişkin çalışmasında da bu oran %85,0'dır (Karagöz 2011). Bu sonuçlar düzenlenecek olan bir hizmet içi eğitimin oldukça etkili olabileceğini bizlere göstermektedir. Fakat sağlık çalışanlarının annelik hüznünün duygu durum bozukluklarını ortaya çıkarmadaki yerini ve kendi kilit rollerinin farkında olamamaları, uygulama işlemlerinin nasıl ve

kim tarafından gerçekleştirileceğini bilmedikleri açıktır. Eğitimin gerekliliğini savunan tüm sağlık çalışanlarının bu eğitimlere katılmak istememesi bu sonuç ile ilişkilendirilebilir.

Araştırma grubunu oluşturan sağlık çalışanlarının toplam bilgi puanı ortalamaları  $16,85 \pm 6,65$  iken; hekimlerin toplam bilgi puanı ortalamaları  $18,70 \pm 6,28$ , ebe/hemşire/ATT'lerin ise  $15,56 \pm 6,62$  olarak bulunmuştur (Tablo 13). Hekimlerin bilgi puanının yüksek olması beklenen bir sonuçtur. Ebe/hemşire/ATT'lerin puan ortalamasını düşüren grup ATT'lerdir. Çünkü ebe ( $15,86 \pm 6,86$ ) ve hemşirelerin ( $16,58 \pm 5,13$ ) puanı birbirine oldukça yakındır. Ancak ATT'lerin puanı ( $9,50 \pm 6,83$ ) belirgin şekilde düşüktür. Farklı bir çalışma alanına özel eğitilmiş bir sağlık personelinin eğitimi dışındaki bir kurumda çalıştırılması nedeniyle annelik hüznü bilgi puanının düşük olması şaşırtıcı değildir.

Bu araştırma sonucunda sağlık çalışanlarının annelik hüznü bilgi puan ortalamaları ile eğitim düzeyi, meslek, daha önce 2. basamakta çalışmış olmak, annelik hüznünü duyan ve bilenler arasında anlamlı fark bulunmuştur ( $p < 0,05$ ) (tablo 18, tablo 19, tablo 20). Hekimlerin bilgi puanı ortalaması diğer sağlık çalışanlarına göre daha yüksektir. Buna bağlı olarak ta, eğitim düzeyi artıkça annelik hüznü bilgi puanının da arttığı görülmektedir. Bu beklenen bir sonuçtur. Daha önce 2. basamakta çalışma deneyimi olanların bilgi puanı ortalaması daha yüksek bulunmuştur. Araştırma grubunun çalışma yılının ortalama 21 yıl olması nedeniyle ve daha çok hasta çeşitliliği açısından kişilerin farkındalıklarını artırması nedeniyle bu sonuç alınmış olabilir. Ayrıca annelik hüznünü bilenlerin ve bu konuda bilgi alanların puan ortalaması yüksek bulunmuştur. Bu beklendik bir sonuçtur. Bu sonuçlar Türkyılmaz'ın çalışması ile benzerdir.

## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

### 6.1. Sonuç

Araştırma sonucunda;

Hekimlerin %19,3'ü, ebe/hemşire/ATT'lerin %38,1'inin annelik hüznünü duymadığı, hekimlerin %27,3'ü ve ebe/hemşire/ATT'lerin %51,6'sının annelik hüznü konusunda hiç eğitim almadıkları belirlenmiştir.

Hekimlerin toplam bilgi puanı ortalamaları  $18,70 \pm 6,28$ , ebe/hemşire/ATT'lerin ise  $15,56 \pm 6,62$  olarak bulunmuştur.

Hekimlerin %63,2'sinin, ebe/hemşire/ATT'lerin %47,1'inin meslek hayatı boyunca en az bir kez annelik hüznü yaşayan anne tespit ettikleri belirlenmiştir.

Toplam bilgi puanları açısından, eğitim düzeyi, meslek, daha önce 2. basamakta çalışmış olmak, annelik hüznünü duyan ve bilgi alanlar arasında anlamlı fark bulunmuştur ( $p < 0,05$ ).

### 6.2. Öneriler

Araştırma sonuçları doğrultusunda;

Annelik hüznünün tanılanması için ülkemize uygun ölçek geçerlilik güvenilirliğinin yapılması ve ülkemiz için bir sıklık araştırmasının planlanması,

Sağlık hizmetlerinde çalışacak olan öğrencilere özellikle ebelik öğrencilerine mesleki eğitimleri sırasında, doğum sonu duygu durum bozuklukları hakkında özellikle karakteristik belirtilerin, ilerleyici bulguların, koruma ve yönlendirmenin önemini anlatılması,

Mezuniyet sonrası eğitimlerde ve hizmet içi eğitimlerde duygu durum bozukluklarına daha fazla yer verilmesi ve sağlık çalışanlarının farkındalığının artırılması,

Doğum sonu izlemlerden primer sorumlu olan ebelere annelik hüznünün önlenmesi ve tedavisinde yararlı olacak sosyal desteğin önemini anlatılması,

Doğum sonu izlemlerde kadınların emosyonel değerlendirmesinin Sağlık Bakanlığı'nca hizmet değerlendirme kriterleri arasına alınması, doğum sonu her izlemede duygu durumun değerlendirilmesi,

Gebelik ve doğum sonu dönemi konu alan sempozyum, kongre, kurs gibi bilimsel toplantılarda annelik hüznü tanınmasının önem ve gerekliliğinin, bu konuda ebelere düşen rollerin anlatılması,

Birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışanların görev tanımlarına uygun istihdamının sağlanması,

Doğum öncesi gebe bilgilendirme sınıflarında doğum sonu duygu durum değişiklikleri hakkında yeterli bilgilendirilmenin yapılması,

Doğum sonu dönemde sağlık çalışanlarının annedeki duygu durum değişikliklerini fark edebilecek sosyal destek veren bireylerle iletişim halinde olması önerilebilir.

## 7.KAYNAKLAR

Abdulrahuman, Ramanujam G. A study on prevalence and symptoms of postpartum blues. *Indian Journal of Applied Research*. 2016; 3(6): 480-482.

Adewuya O.A. The maternity blues in western nigerian women: prevalence and risk factors. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2005; 193: 1522-1525.

Arslan H, Gürkan Ö.C, Ekşi Z, Yiğit F.E. Doğum sonrası depresyonun annelik yaşamına etkileri. *Aile ve Toplum Eğitim ve Kültür Araştırma Dergisi*. 2006; 3(10): 71-79.

Balkaya N.A. Postpartum dönemde annelerin bakım gereksinimleri ve ebe-hemşirenin rolü. *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 2002; 2(6): 42-49.

Barkauskas V.H. Effectiveness of public health nurse home visits to primarous mothers and their infants. *American Journal of Public Health*. 1983; 73(5): 573-80.

Başer M, Mucuk S, Korkmaz Z. Postpartum dönemde anne ve babaların yenidoğan bakımına ilişkin gereksinimlerinin belirlenmesi. *Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2005; 14: 54-58.

Beck C.T. A meta-analysis of predictors of postpartum depression. *Nurs Res*. 1996; 45(5): 297-303.

Beck C.T, Driscoll J.W. Maternity Blues. İçinde: Postpartum mood and anxiety disorders. Jones and Bartlett Publishers, Canada; 2006, s:23-33.

Bergink V, Kushner A.S. Postpartum Psychosis. İçinde: Galbally M, Lewis A. psychopharmacology and pregnancy. Springer, Berlin; 2014, s:139-143.

Beydağ K.D. Doğum sonu dönemde anneliğe uyum ve hemşirenin rolü. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*. 2007; 6(6): 479-484.

Bloch M, Rotenberg N, Koren D, Klein D. Risk factors associated with the development of postpartum mood disorders. *Journal of Affective Disorders*. 2005; 88: 9-18.

Buttner M.M, O'Hara M.W, Watson D. The structure of women's mood in the early postpartum. *Assessment*. 2011; 19(2): 247-256.

Büyükkoca M. Algılanan Sosyal Destekle Postpartum Depresyon Arasındaki İlişkinin İncelenmesi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, 2001, İzmir.

Cheng C, Fowles E, Walker L. Postpartum maternal health care in the United States: acritical review. *The Journal of Perinatal Education* 2006; 15(3): 34-42.

Chung S.S, Yoo I.Y, Joung K.H. Postpartum blues among korean mothers. a structural equation modelling approach. *International Journal of Mental Health Nursing*. 2013; 22: 359-36.

Collins N.L, Dunkel-Schetter C, Lobel M, Scrimshaw S.C.M. Social support in pregnancy: Psychosocial correlates of birth outcomes and postpartum depression. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1993; 65(6): 1243-1258.

Coşkun A, Aslan E. Doğum Sonu Dönem. İçinde: Coşkun A, eds. Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği El Kitabı. 1. baskı, Promat Basım Yayım San. ve Tic. A.Ş., İstanbul; 2012, s: 237-253.

Cox J.L, Holden J.M, Sagovsky R. Detection of postnatal depression Development of the 10-item edinburgh postnatal depression Scale. *Br J Psychiatry*. 1987; 150: 782-786.

Çalık K.Y, Aktaş S. Gebelikte depresyon: sıklık, risk faktörleri ve tedavisi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 2011; 3(1): 142-162.

Çalım S.İ, Kavlak O. Postpartum erken dönemde fundus masajının uterus involüsyonuna ve loşia rubra miktarına etkisi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2014; 3(4): 1005-1018.

Çelikel A.S. Doğum Sonrası Dönemde Fonksiyonel Durum İle Postpartum Depresyon İlişkisinin İncelenmesi. Genelkurmay Başkanlığı Gülhane Askeri Tıp Akademisi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2012, Ankara (Danışman: Doç. Dr. Dz. Sağ. Alb. A. ÜSTÜNSÖZ).



Deveci A. Postpartum psikiyatrik bozukluklar. Birinci Basamak İçin Psikiyatri. 2003; 2: 42-46.

Doornbos B, Fekkes D, Tanke M.A.C, Jonge P, Korf J. Sequential serotonin and noradrenalin associated processes involved in postpartum blues. Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry. 2008; 32: 1320-1325.

Erdem Ö, Bez Y. Doğum sonrası hüüzün ve doğum sonrası depresyon. Konuralp Tıp Dergisi. 2009; 1(1): 32-37.

Erdem Ö, Bez Y. Doğum sonrası psikoz. Konuralp Tıp Dergisi. 2014; 6(1): 74-77.

Erdem Ö. Prepartum ve Postpartum Dönemde Annelerin Duygu Durumlarının İncelenmesi. Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, Uzmanlık Tezi, 2009, Diyarbakır (Danışman: Yrd. Doç. Dr. P. G. ERTEN BUCAKTEPE).

Faisal-Cury A, Rossi Menezes P, Tedesco JJ, Kahalle S, Marcelo Z. Maternity "blues": prevalence and risk factors. The Spanish Journal of Psychology. 2008; 11(2): 593-599.

Figueiredo B, Pacheco A, Costa R. Depression during pregnancy and the postpartum period in adolescent and adult Portuguese mothers. Arch Womens Ment Health. 2007; 10: 103–109.

Freeman M.P, Smith K.W, Freeman S.A, McElroy S.L, Kmetz G.E, Wright R, Keck P.E. The impact of reproductive events on the course of bipolar disorder in women. The Journal of Clinical Psychiatry. 2002; 63(4): 284-287.

Gereklioğlu Ç, Poçan A.G, Başhan İ. Annelerin doğum sonrası psikiyatrik sorunları. Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst. 2007; 17: 126-133.

Gonidakis F, Rabavilas A.D, Varsou E, Kreatsas G, Christodoulou G.N. Maternity blues in athens greece: a study during the first 3 days after delivery. Journal of Affective Disorders. 2007; 99(1-3): 107-115.

Gözüyeşil E.Y, Şirin A, Çetinkaya Ş. Gebe kadınlarda depresyon durumu ve bunu etkileyen etmenlerin incelenmesi. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi. 2008; 3: 40-66.

Grussu P, Quatraro R.M. Maternity blues in Italian primipara women: symptoms and mood states in the first fifteen days after childbirth. *Health Care For Women International*. 2013; 34: 556-576.

Güleşen A, Yıldız D. Erken postpartum dönemde anne bebek bağlanmasının kanıta dayalı uygulamalar ile incelenmesi. *TAF Preventive Medicine Bulletin*. 2013; 12(2): 177-182.

Gülseren L. Doğum sonrası depresyon: Bir gözden geçirme. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 1999; 10(1): 58-67.

Halbreich U, Karkun S. Cross-cultural and social diversity of prevalence of postpartum depression and depressive symptoms. *Journal of Affective Disorders*. 2006; 91: 97-111.

Hau F.W.L, Levy V.A. The Maternity blues and hong kong chinese women: an exploratory study. *Journal of Affective Disorders*. 2003; 72(2): 197-203.

Hirst K.P, Moutier C.Y. Postpartum major depression. *American Family Physician*. 2010; 82(8): 926-33.

Howard L.M, Molyneaux E, Dennis C. Non-Psychotic mental disorders in the perinatal period. *Lancet*. 2014; 384 (9956): 1775-88.

Işık S.N. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Ebe ve Hemşirelerin Doğum Sonu Depresyon Konusunda Bigi ve Uygulamaların Belirlenmesi. Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2007, Ankara (Danışman: Yrd. Doç. Dr. N. BİLGİLİ).

Jones C.J, Creedy D.K, Gamble J.A. Australian midwives' awareness and management of antenatal and postpartum depression. *Women and Birth*. 2012; 25: 23-28.

Josefsson A, Angelsjö L, Berg G. Obstetric, somatic, and demographic risk factors for postpartum depressive symptoms. *Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2002; 99(2): 223-227.

Junior H.P.O.S, Gualda D.M.R, Hall M.F.A.W.A. Postpartum depression: The (in) experience of Brazilian primary healthcare professionals. *Journal of Advance Nursing*. 2012; 69(6): 1248-1258.

Karaçam T, Taşkın L. Postpartum depresyon: Önleme, erken tanı ve hemşirelik bakımı. *Sağlık ve Toplum Dergisi*. 2004; 14(3): 14-24.

Karagöz Y. Aile Sağlığı Merkezlerinde Çalışan Ebe ve Hemşirelerin Postpartum Depresyona Yönelik Bilgi ve Uygulamalarının Değerlendirilmesi. Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2011, Sivas, (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Ö. DURAN).

Karamustafalıoğlu N, Tomruk N. Postpartum hüzün ve depresyonlar. *Duygudurum Dizisi*. 2000; 2: 64-71.

Kennedy S, Tripodi S. Childhood abuse and postpartum psychosis: is there a link?. *Florida state University Libraries. Faculty Publications, Florida*. 2014; s:1-21.

Kennerly H, Gath D. Maternity blues I. detection and measurement by questionnaire. *British Journal of Psychiatry*. 1989; 155: 356-362.

Kesebir S, Aksoy A.E. Üreme hormonları ve duygu durum bozuklukları. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 2010; 2(3): 281-307.

Kiehl E.M, White M.A. Maternal adaptation during childbearing in Norway, Sweden and the United States. *Scand J Caring Sci*. 2003; 17: 96–103.

Klier C.M, Muzik M, Dervic K, Mossaheb N, Benesch T, Ulm B, Zeller M. The role of estrojen and progesterone in depression after birth. *Journal of Psychiatric Research*. 2007; 41: 273-279.

Kocamanoğlu B, Şahin A.R. Postpartum psikiyatrik bozukluklar. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2011; 12: 226-232.

Kocamanoğlu B. Postpartum Dönemde Görülen Ruhsal Sorunların Sosyodemografik, Psikiyatrik ve Obstetrik Özellikler Yönünden Değerlendirilmesi.

On Dokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Uzmanlık Tezi, 2008, Samsun (Danışman: Prof. Dr. A.F. ŞAHİN).

Kumcağız H. Gebe kadınlarda beden algısı ve benlik saygısının bazı değişkenlere göre incelenmesi. *International Journal of Human Sciences*. 2012; 9(2): 691-703.

Kurtçu A. Sağlık Ocaklarında Çalışan Hemşire ve Ebelerin Postpartum Depresyona Yönelik Bilgi ve Tutumlarının İncelenmesi. Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2010, Sivas (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Z. GÖLBAŞI).

Larson C.P. Efficacy of prenatal and postpartum home visits on child health and development. *Pediatrics*. 1980; 66(2): 191-97.

Lau Y, Keung D.W.F. Correlates of depressive symptomatology during the second trimester of pregnancy among Hong Kong Chinese. *Soc Sci Med*. 2007; 64: 1802-1811.

Leddy M, Haaga D, Gray J, Schulkin J. Postpartum mental health screening and diagnosis by obstetrician–gynecologists. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*. 2011; 32(1): 27–34.

Leifer G. Postpartum blues and postpartum depression. *Maternity Nursing An Introductory Text*, 9th Edition, USA, Elsevier Saunders; 2005, 294-295.

Leung S.S.K, Martinson I.M, Arthur D. Postpartum depression and related psychosocial variables in hong kong chinese women: findings from a prospective study. *Research in Nursing & Health*. 2005; 28: 27-38.

Lintner N.C, Gray B.A. What nurses need to know. *Nursing For Women's Health*. 2006; 10(1): 50-57.

Lowdermilk D.L, Perry S.E, Bobak I.M. *Maternity and Women's Health Care*. 7. Baskı. St. Louis, Mosby Company, 2000. p. 639-640, 940-963.

Manjunath N.G, Venkatesh G. Postpartum blue is common in socially and economically insecure mothers. Indian Journal of Community Medicine. 2011; 36(3): 231-233.

Marakoğlu K, Özdemir S, Çivi S. Postpartum depresyon. Türkiye Klinikleri J Med Sci. 2009; 29(1): 206-214.

Masmoudi J, Charfeddine F, Trabelsi S, Feki I, Ben Ayad B, Guermazi M, Baati I, Jaoua A. Postpartum depression: prevalence and risk factors. a prospective study concerning 302 tunisian parturients. La Tunisie Medicale. 2014; 92(10): 615-21.

Mermer G, Bilge A, Yücel U, Çeber E. Gebelik ve doğum sonrası dönemde sosyal destek algısı düzeylerinin incelenmesi. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi. 2010; 1(2): 71-76.

Mivšek A.P, Hundley V, Kiger A. Slovenian midwives' and nurses' views on post-natal depression: an exploratory study. International Nursing Review. 2008; 55: 320-326.

Negron R, Martin A, Almog M, Balbierz A, Howell E.A. Social support during the postpartum period: Mothers' views on needs, expectations, and mobilization of support. Matern Child Health J. 2013; 17(4): 616-623.

O'Hara M.W, Swain A.M. Rates and risks of postpartum depression: a meta-analysis. International Review of Psychiatry. 1996; 8(1): 37-54.

Okanlı A, Tortumluoğlu G, Kırkpınar G. Gebe kadınların ailelerinden aldıkları sosyal destek ile problem çözme becerileri arasındaki ilişki. Anadolu Psikiyatri Dergisi. 2003; 4: 98-105.

Özdamar Ö, Copoğlu Ü.S, Kokacya M.H, Demircan C. Gebelik ve laktasyon döneminde ruhsal bozukluklar ve tedavisi. Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Dergisi. 2015; 6(24): 43-53.

Özdamar Ö, Yılmaz O, Beyca H.H, Muhcu M. Gebelik ve postpartum dönemde sık görülen ruhsal bozukluklar. Zeynep Kamil Tıp Bülteni. 2014; 45: 71-77.

Özmen D, Çetinkaya A.Ç, Ulaş S.C, Özmen E. Association between perceived social support and postpartum depression in Turkey. *British Journal of Medicine & Medical Research*. 2014; 4(10): 2025-2036.

Öztürk S. Annelerin Doğum Sonu Dönemde Yaşam Kalitesi ve Desteklerinin Değerlendirilmesi. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2014, Erzurum (Danışman: Yrd. Doç. Dr. H. ÖZKAN).

Pantley E. The no-cry sleep solution. Better Beginnings, United States of America; 2003, s:1.

Pitt B. Maternity blues. *British Journal of Psychiatry*. 1973;122(1):431-433.

Pop V.J.M, Trujjens S.E.M, Spek V, Wijnen H.A, Van Son M.J.M, Bergink V. A New Concept of Maternity Blues: is there a subgroup of women with rapid cycling mood symptoms?. *Journal of Affective Disorders*. 2015; 177: 74-79.

Rathfisch G, Kızılkaya N. Protection of continence in pregnancy, labor and postpartum periods. *International Journal of Urological Nursing*. 2012; 6(3): 100-106.

Rohde L.A, Busnello E, Wolf A, Zomer A, Shansis F, Martins S, Tramontina S. Maternity blues in brazilian women. *A Psychiatrica Scandinavica*. 1997; 95(3): 231-235.

Rondon M.B. Maternity blues: cross cultural variations and emotional changes. *Prim Care Update Ob/Gyns*. 2003; 10(4): 167-171.

Roomruangwong C, Kanchanatawan B, Withayavanitchai S, Maes M. Antenatal depression and hematocrit levels as predictors of postpartum depression and anxiety symptoms. *Psychiatry Research*. 2016; 238: 211-217.

Roomruangwong C, Withayavanitchai S, Maes M. Antenatal ve postnatal risk faktörleri of postpartum depression symptoms in thai women: A case-control study. *Sexual & Reproductive Healthcare*. 2016; 1-7.

Stein G.S. The pattern of mental change and body weight change in the first postpartum week. *Journal of Psychosomatic Research* 1980; 24(3-4): 165-171.

Sylvén S.M, Papadopoulos F.C, Mpazakidis V, Ekselius L, Poromaa I.S, Skalkidou. Newborn gender as a predictor of postpartum mood disturbances in a sample of Swedish women. *Arch Womens Ment Health*. 2011; 14: 195-201.

Şahin N.H, Dişsiz M, Dinç H, Soypak F. Erken lohusalık sürecinde kadınların algıladıkları eş desteği: ölçek geliştirme çalışması. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2014; 17(2): 73-79.

Taşkın L. Doğum sonu dönem. İçinde: Taşkın L, eds. *Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği*. 13. baskı, Özyurt Matbaacılık, Ankara; 2016, s:534-553.

Tezel A. Postpartum depresyonun değerlendirilmesinde hemşirelerin/ebelerin sorumlulukları. *New/Yeni Symposium Journal*. 2008; 46(4):184-187.

Türkyılmaz S. Sağlık Personelinin Annelik Hüznü İle İlgili Bilgi, Görüş ve Uygulamaları. Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2014, Aydın (Danışman: Doç. Dr. N. AKDOLUN BALKAYA).

Ulusoy M.N. Doğum Sonrası Altı Aylık Dönemde Postpartum Depresyon Sıklığının Bebeklerin Beslenme ve Büyümesi İle İlişkisinin Longitudinal İncelenmesi. Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2010, Konya (Danışman: Doç. Dr. Kamile MARAKOĞLU).

Watanabe M, Wada K, Sakata Y, Aratake Y, Kato N, Ohta H, Tanaka K. Maternity blues as predictor of postpartum depression: a prospective cohort study among japanese women. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology* 2008; 29(3): 206-212.

Wiggins M, Oakley A, Roberts I, Turner H, Rajan L, Austerberry H, Mujica R, Mugford M. Postnatal support for mothers living in disadvantaged inner city areas: a randomised controlled trial. *J Epidemiol Community Health*. 2005; 59: 288-295.

Yıldız D. Doğum sonrası dönemde annelerin bebek bakımı konusunda danışmanlık gereksinimleri ve yaklaşımlar. *Gülhane Tıp Dergisi*. 2008; 50: 294-298.

Yılmaz M, Öncel S. Annelik hüznü ile baş etmede hemşirenin rolü. Türkiye Klinikleri J Sci. 2009; 1(1): 32-38.

Yüksekol D.Ö, Arguvanlı S.B, Başer M. Annelik hüznü ve hemşirelik. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi. 2014; 2(1): 56-61.





## 8.EKLER

### Ek-1. Anket formu

Merhabalar, bu çalışma Celal Bayar Üniversitesi Manisa Sağlık Yüksekokulu Ebelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi olarak planlanmıştır. Türkiye’de annelik hüznünün yaygınlığı ile ilgili yapılan bir çalışma bulunmadığı için bu çalışma ile sizlerin konuya dair bilgi ve uygulamalarınız araştırılacaktır. Toplanan bilgiler bilimsel amaç dışında kullanılmayacaktır. Yardımlarınız için şimdiden teşekkür ederiz.

Anket No:.....

#### **I. MESLEKİ ÖZELLİKLER**

1.Çalıştığınız kurum:.....

2.Mesleğiniz:.....

3.Meslekte çalışma süreniz nedir? .....ay / .....yıl

4.İlk çalıştığınız birim burası mı?

Evet (6. soruya geçiniz)  Hayır

5.Daha önceki çalıştığınız kurumlar nereleridir?

.....

6.Şu anki kurumunuzda kaç yıldır çalışıyorsunuz?

.....

#### **II.SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER**

7.Yaşınız:.....

8.Cinsiyetiniz:

Kadın  Erkek

9.Eğitim durumunuz nedir?

Sağlık Meslek Lisesi  Ön Lisans  Lisans  Yüksek Lisans  Tıp Fakültesi

10.Medeni durumunuz nedir?

Evli  Bekar (12. soruya geçiniz)  Boşanmış, Ayrı yaşıyor (12. soruya geçiniz)

11.Kaç yıllık evlisiniz?

.....

12.Evde kimlerle beraber yaşıyorsunuz?

.....

13. Çocuğunuz var mı?

Evet (Çocuk sayısı:.....)  Hayır

14.Siz ya da eşiniz gebelik döneminde depresif semptomlar yaşadınız mı? *(erkek sağlık çalışanları eşlerini düşünerek yanıt verecek)*

Evet  Hayır  Bilmiyorum

15.Siz ya da eşiniz doğum sonu dönemde annelik hüznü yaşadınız mı? *(erkek sağlık çalışanları eşlerini düşünerek yanıt verecek)*

Evet  Hayır (17. soruya geçiniz)  Bilmiyorum(17. soruya geçiniz)

16. Eğer siz ya da eşiniz annelik hüznü yaşadıysanız profesyonel yardım aldınız mı?

Evet  Hayır

### **III. ANNELİK HÜZNÜNE YÖNELİK BİLGİ VE UYGULAMALARI**

17.Annelik hüznünü duydunuz mu?

Evet  Hayır

18.Annelik hüznü konusunda hiç bilgi aldınız mı?

Evet  Hayır (20. soruya geçiniz)

19. Annelik hüznüne yönelik bilgilerinizi nereden/kimden öğrendiniz? **(Birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz.)**

- Mesleki eğitimim sırasında
- Hizmet içi eğitimlerden
- Kitle iletişim araçlarından
- Çalışma arkadaşlarımdan
- Kurs, sempozyum, kongre vb. aracılığı ile
- Kitap, dergi vb.

İnternet (site, blog vb.)

Diğer .....

20. Sizce annelik hüznü tanımı hangisine uymaktadır?

Doğum sonrası dönemde annelerin ilgi çekme yöntemi

Doğum sonrası dönemde oldukça yaygın görülen geçici bir ruhsal dalgalanma

Doğum sonrası dönemde fark edildiğinde acilen uzmanlara yönlendirilmesi gereken ruhsal bunalım

Bilmiyorum

21. Annelik hüznü doğum sonu hangi günlerde görülmektedir?

Doğum sonu 0-2. günler arası görülür

Doğum sonu 3-4. günlerde başlayıp ve 10-14. günlerde sonlanır

Doğum sonu 15. günden sonra görülür

Bilmiyorum

22. Sizce annelik hüznü nedenleri nelerdir? **(Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)**

Doğum sonu hormonal değişimler

Doğum sonu fiziksel değişimler

Psikososyal nedenler

Doğum sonu bakım nitelikleri

Kesin bir nedeni yoktur

Bilmiyorum

23. Annelik hüznünün oluşmasında rol oynayan risk faktörleri hangileridir? **(Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)**

Annenin yaşı

Düşük ekonomik durum

Sosyal destek azlığı

Gebelikte var olan anksiyete

Babanın anneye ve bebeğe ilgisiz olması

Bilmiyorum

24. Anelik hüznü yaşayan anne sizce ne zaman uzmana yönlendirilmelidir?

- Doğum sonu 2-5 günler arası  
 Doğum sonu 6-14 günler arası  
 Doğum sonu 15 günden uzun sürdüyse  
 Uzmana yönlendirmeye gerek yoktur  
 Bilmiyorum

25. Anelik hüznü oluşmadan önlenebilir mi?

- Evet  
 Hayır  
 Bilmiyorum

26. Anelik hüznünün ilaçla tedavisi var mıdır?

- Evet  
 Hayır  
 Bilmiyorum

27. Anelik hüznünün sık görülen belirtileri nelerdir? **(Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Sık sık ağlama    | <input type="checkbox"/> Unutkanlık                          |
| <input type="checkbox"/> Endişelenme       | <input type="checkbox"/> Konsantre olamama                   |
| <input type="checkbox"/> Huzursuzluk       | <input type="checkbox"/> Baş ağrısı                          |
| <input type="checkbox"/> Suçluluk          | <input type="checkbox"/> Bir an mutlu bir an mutsuz hissetme |
| <input type="checkbox"/> Depresif duygular | <input type="checkbox"/> İştahsızlık                         |
| <input type="checkbox"/> Aşırı heyecan     | <input type="checkbox"/> Mutsuzluk                           |
| <input type="checkbox"/> Bilmiyorum        |  |

28. Anelik hüznü yaşayan annelerin yalnız bırakılmamasına dikkat edilmesi gerekir mi?

- Evet       Hayır       Bilmiyorum

29. Annelik hüznü yaşayan anneler bebeklerine zarar verme düşüncesine kapılabilir mi?

- Evet  Hayır  Bilmiyorum

30. Sizce annelik hüznü nasıl belirlenir? **(Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)**

- Annelik hüznü risk faktörleri belirlenerek  
 Annelik hüznü belirtileri tespit edilerek  
 Gebelikteki ve lohusalıktaki duygu durumu takip edilerek  
 Bilmiyorum

31. Çalışma yaşamınız boyunca hiç annelik hüznü yaşayan bir anne tespit ettiniz mi?

- Evet  Hayır

32. Annelik hüznü yaşayan bir anne tespit ettiğinizde yaklaşımınız ne olur? **(Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)**

- Tedavisi olmadığı için hiç bir şey yapmam  
 Anne ve bebeğin bakımına yardımcı olurum  
 Emzirme desteği sağlarım  
 Anne ile konuşup sürecin normal ve geçici olduğunu söylerim  
 Eş ve aile desteğini sağlarım  
 Annelerin duygularını ifade etmeleri için olanak sağlarım  
 İlaç öneririm/ilaç tedavisi veririm  
 Psikoloğa yönlendiririm  
 Psikiyatriste yönlendiririm  
 Kadın doğum hekimine yönlendiririm  
 TSM/Halk Sağlığı Merkezi'ne bildiririm  
 Aile hekimine yönlendiririm  
 Bilmiyorum

33. Annelik hüznü yaşayan anne ile ne sıklıkla karşılaşıyorsunuz?

- Sık sık  Ara sıra  Nadiren  Hiç

34. Çalıştığınız kurumda annelik hüznüne yönelik kadınlara hizmet veriliyor mu?

- Evet  Hayır (36. soruya geçiniz)  Bilmiyorum (36. soruya geçiniz)

35. Ne tür hizmet veriliyor?

.....

36. Sizce annelik hüznüne yönelik bir hizmetiçi eğitim düzenlenmesi gerekli midir?

Evet, gerekli

Hayır, gereksiz

37. Annelik hüznüne yönelik bir hizmetiçi eğitime katılmak istermiydiniz?












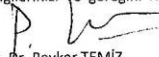
Evet

Hayır



**Ek-2: T.C. Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Yerel Etik Kurul Onayı**

T.C.  
Celal Bayar Üniversitesi  
Tıp Fakültesi Yerel Etik Kurulu  
Karar Formu

KARAR TARİH / NO	09 /12/ 2015 / 20478486 - 416						
ARAŞTIRMANIN ADI	Birinci Basamak Sağlık Çalışanlarının Annelik Hüznü Konusundaki Bilgi ve Uygulamaları						
SORUMLU ARAŞTIRMACI	Yrd. Doç. Dr. Seval CAMBAZ ULAŞ - CBÜ. Halk sağlığı / S Y O. Ebelik B						
ARAŞTIRMA EKİBİ	Yüksek Lisans Öğrencisi, ÖYP Araş. Gör. Seçil KÖKEN						
ARAŞTIRMANIN NİTELİĞİ	UZMANLIK TEZİ <input type="checkbox"/>		YÜKSEK LİSANS--DOKTORA TEZİ <input checked="" type="checkbox"/>		AKADEMİK AMAÇLI <input type="checkbox"/>		
DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	26 / 11 / 2015 / Tarih ve 376 sayılı; araştırma dosyası						
KARAR BİLGİLERİ	Araştırma dosyası incelenmiş, bilimsel ve etik açıdan UYGUN olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir						
Ünvanı/Adı/Soyadı		Araştırma ile ilişkisi Olan Üye	Toplantıya Katılmayan Üye	Ünvanı/Adı/Soyadı		Araştırma ile ilişkisi Olan Üye	Toplantıya Katılmayan Üye
Prof. Dr. Cengiz KIRMAZ Alerji İmmünoloji BD		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prof. Dr. Necip KUTLU Fizyoloji AD		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prof. Dr. Pelin ERTAN Çocuk Sağlığı Hastalıkları AD		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prof. Dr. Ece ONUR Tıbbi Biyokimya AD		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prof. Dr. Artuner DEVECİ Psikiyatri AD		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prof. Dr. Canan TIKIZ F. T. R Algoloji AD		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doç. Dr. Peyker TEMİZ Patoloji AD		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prof. Dr. Gönül Tezcan KELEŞ Anestezi ve Reanimasyon AD		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doç. Dr. Murat TAŞ BESYO		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prof. Dr. F. Sırrı ÇAM Tıbbi Genetik AD		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Yrd. Doç. Dr. Selim ALTAN Tıbbi Etik AD		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Doç. Dr. Beyhan Cengiz ÖZYURT Halk Sağlığı AD		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Yrd. Doç. Dr. Dilek ÇEÇEN Cerrahi Hemşireliği AD		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Doç. Dr. Kamil VURAL Farmakoloji		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Yrd. Doç. Dr. Aysen TÜREDİ YILDIRIM - Çocuk Hematolojisi		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Yrd. Doç. Dr. Tarık ULUÇAY Adli Tıp AD		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sivil Üye		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Etik Kurulumuzun kararı yukarıda belirtilmiştir. Araştırma Başvuru Formunun Taahhütname – Bölüm E kısmında belirtilmiş olan hususların dikkate alınarak istenilen bilgilerin Etik Kurulumuza zamanında iletilmesi konusunda bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.							
 Doç. Dr. Peyker TEMİZ Başkan							

## Ek-3: T.C. Manisa Valiliği Halk Sağlığı Müdürlüğü İzin Yazısı



SAYI : 54532031 /  
KONU : Araştırma Başvurusu  
(Araş. Gör. Seçil KÖKEN)

T.C.  
MANİSA VALİLİĞİ  
(Halk Sağlığı Müdürlüğü)



CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK YÜKSEKOKULU MÜDÜRLÜĞÜ'NE  
MANİSA

İlgi: 17.12.2015 tarihli araştırma başvuru dilekçesi ve ekleri.

Üniversiteniz Manisa Sağlık Yüksekokulu Ebelik Bölümünde görevli Yrd. Doç. Dr. Seval CAMBAZ ULAŞ'ın sorumluluğunda Araştırma Görevlisi Seçil KÖKEN tarafından yürütülecek olan "Birinci Basamak Sağlık Çalışanlarının Annelik Hüznü Konusundaki Bilgi ve Uygulamaları" başlıklı araştırma izin talebi, "Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Alanında Yapılacak Olan Araştırma Taleplerini Değerlendirme Komisyonu" tarafından değerlendirilmiştir.

Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Başkanlığı tarafından 30.12.2015 tarih ve 716 sayılı "Araştırma İzin Talepleri" konulu yazı ve ekinde "Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Alanında Yapılacak Olan Araştırma İzin/Onay Taleplerine İlişkin Değerlendirmeye Esas Teşkil Eden Kriterler" ve "Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Alanında Yapılacak Olan Araştırma İzin Talepleri Başvuru ve Değerlendirme Mercii" konulu yazılarda dikkat edilmesi gereken hususlar belirtilmiştir.

Bu kapsamda;

**Madde-3** "Araştırma izin taleplerine ilişkin başvuruların; mevzuat, mesleki etik kuralları, ulusal-uluslararası bildirgeler ile etik değer ve ilkeler göz önünde bulundurularak değerlendirilmeleri yapılacak olup, bu hususlara uygun olmayan araştırma talepleri kabul edilmeyecek, uygun bulunduğu halde araştırmann yürütülmesi esnasında söz konusu hususların ihlalinin tespiti halinde araştırmalar durdurularak ve ilgililere bilgi verilmesi gerekmektedir."

**Madde-5** "Aile hekimlerine kayıtlı nüfusla ilgili verilerin, kişilerin veya yasal temsilcilerinin izni olmaksızın paylaşılmasına yönelik talepler kabul edilmeyecektir."

**Madde-6** "Aile sağlığı merkezlerinde (ASM) yapılacak çalışmalarda;

- Aile hekimleri ile aile sağlığı elemanlarının onayı çerçevesinde, ASM'nin işleyişi ve güvenilirliğine zarar verilmeksizin ve mesai saatleri içerisinde, sunulan hizmetlerin aksatılmasına sebep olmaksızın bizzat araştırma ekibi tarafından yürütülmesi,
- ASM'ye kayıtlı kişilerin araştırma yapan ekibe yönlendirilmesi gibi taleplerde bulunulmaması gerekmektedir.

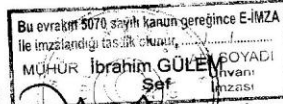
Yukarıda yer alan ilkelere bağlı kalmak ve araştırmaya katılmayı kabul eden kişilerin yazılı onamlarının alınması koşuluyla Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Alanında Yapılacak Olan Araştırma İzin/Onay Taleplerine İlişkin Esas Teşkil Eden Kriterler çerçevesinde değerlendirmeler yapılarak araştırma izin talebiniz uygun bulunmuştur.

Çalışma tamamlandığında araştırmaya katılmayı kabul eden kişilerin yazılı onamları ile araştırma sonuçlarını içeren bir rapor örneğinin Kurum Başkanlığına iletilmek üzere Müdürlüğüm üze gönderilmesi gerekmektedir. Talep sahibine durumun bildirilmesi hususunda,

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

**EKLER:**

-Komisyon Tutanağı (1 sayfa)



Dr. Ziya TAY  
Halk Sağlığı Müdürü

Halk Sağlığı Müdürlüğü Aile Hekimliği Uygulama Şube Müdürlüğü İrtibat: Hacer ŞAHİN

Telex: 340333, Faks: 0262 442 4423, E-Posta: hsm@hs.gov.tr, E-Posta: hsm@hs.gov.tr, E-Posta: hsm@hs.gov.tr

Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.



**MANİSA HALK SAĞLIĞI MÜDÜRLÜĞÜ**  
**İL ARAŞTIRMA TALEPLERİNİ DEĞERLENDİRME KOMİSYONU**  
**TOPLANTI KARAR TUTANAĞI**

- İlgi: a) 23.08.2013 tarih ve 2013.5679.86761 sayılı "Araştırma Başvuruları" konulu yazı.  
b) 30.12.2015 tarih ve 716 sayılı "Araştırma İzin Talepleri" konulu yazı.

Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Başkanlığı'nın ilgi (a) ve (b)'de kayıtlı "Araştırma Talepleri" konulu yazı ve eklerinde belirtilen koşullar çerçevesinde araştırma taleplerinin Halk Sağlığı Müdürlüklerince de değerlendirilebileceği belirtilmiştir.

Buna istinaden, İl Halk Sağlığı Müdürlüğümüz bünyesinde Makam Oluru ile "Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Alanında Yapılacak Olan Araştırma Taleplerini Değerlendirme Komisyonu" oluşturulmuştur.

"Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Alanında Yapılacak Olan Araştırma İzin/Onay Taleplerine İlişkin Değerlendirmeye Esas Teşkil Eden Kriterler" çerçevesinde, başvurusu yapılan araştırma talepleri, 15.02.2016 tarihinde saat 15:00'de Komisyonumuzca değerlendirilmiştir.

Yapılan değerlendirmeye göre:

- 17.12.2015 tarihli araştırma başvuru dilekçesi ile başvuru yapan Manisa Celal BAYAR Üniversitesi Manisa Sağlık Yüksekokulu Ebelik Bölümünde görevli Yrd. Doç. Dr. Seval ÇAMBAZ ULAS'ın sorumluluğunda Araştırma Görevlisi Seçil KÖKEN tarafından yürütülecek olan "Birinci Basamak Sağlık Çalışanlarının Annelik Hızını Konusundaki Bilgi ve Uygulamaları" başlıklı araştırma başvurusu uygun bulunmuş olup, Komisyonca izin verilmiştir.
- 25.12.2015 tarihli araştırma başvuru dilekçesi ile başvuru yapan Manisa Celal BAYAR Üniversitesi Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim dalında görevli Doç. Dr. Dilek ÖZMEN'in sorumluluğunda Araştırma Görevlisi Ali TAYHAN tarafından yürütülecek olan "40 Yaş ve Üzeri Erkeklerin Prostat Kanseri Taramalarına Yönelik Bilgi Düzeyleri ile Sağlık Okuryazarlıkları Arasındaki İlişki" başlıklı araştırma başvurusu uygun bulunmuş olup, Komisyonca izin verilmiştir.
- 23.01.2016 tarihli araştırma başvuru dilekçesi ile başvuru yapan Manisa Celal BAYAR Üniversitesi Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim dalında görevli Yrd. Doç. Dr. Aynur ÇAKMAKÇI ÇETİNKAYA'nın sorumluluğunda Araştırma Görevlisi Damla ŞAHİN BÜYÜK tarafından yürütülecek olan "Gebelerin Doğuma Hazır Olusluk, Doğum korkusu ve Bilinçli Farkındalık Düzeylerinin Doğum Şekli Tercihlerine Etkisinin İncelenmesi" başlıklı araştırma başvurusu uygun bulunmuş olup, Komisyonca izin verilmiştir.

Yukarıda belirtilen araştırmalara ait başvuru formları ve ekli belgeler incelenmiş, araştırmaların gerçekleştirilmesinin uygun olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir. İş bu tutanak imza altına alınmıştır.

Dr. Ziya TAY  
Başkan

Dr. Osman ÖZTÜRK  
Başkan Yard.

Dr. Özgür ŞİKBETTER  
Üye

Uz. Dr. Gonca ATASOYLU  
Üye

Süleyman SAVAS  
Üye

Dr. Tolga ÖVAYURT  
Üye

Uz. Ebe. Ayşe HATUNCAL  
Üye

Bu evrakın 5070 sayılı kanun gereğince E-İMZA ile imzalandığı tasdik olunur.  
MÜHÜR: İbrahim GÜLEM  
Soyadı: İbrahim GÜLEM  
Unvanı: Müdür  
İmzası: İbrahim GÜLEM

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 25cd2077-436c-4281-b95a-249e7dd598b4 kodu ile erişebilirsiniz.  
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

## **Ek-4: Gönüllü olur formu**

### **CALIŞMANIN ADI:**

Birinci Basamak Sağlık Çalışanlarının Annelik Hüznü Konusundaki Bilgi ve Uygulamaları

*Bir araştırma çalışmasına katılmanız istenmektedir. Çalışmaya katılıp katılmama kararı tamamen size aittir. Katılmak isteyip istemediğinize karar vermeden önce araştırmanın neden yapıldığını bilgilerinizin nasıl kullanılacağını çalışmanın neleri içerdiğini ve olası yararlarını risklerini ve rahatsızlık verebilecek konuları anlamanız önemlidir. Lütfen aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırın. Eğer çalışmaya katılmaya karar verirsiniz imzalamanız için size bu Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu verilecektir. Çalışmadan herhangi bir zamanda ayrılmakta özgürsünüz.*

### **CALIŞMANIN KONUSU VE AMACI:**

Annelik hüznü doğum sonu dönemde karşımıza çıkan, ilk 10 gün ruhsal dalgalanmalar ile seyreden geçici bir ruhsal bozukluktur. Birçok kadın bu süreçte ortaya çıkan fizyolojik ve psikolojik değişikliklere uyum sağlayabilirken, uyum sağlayamayanlarda çeşitli düzeylerde ruhsal sorunlar gelişebilmektedir. Annelik hüznü en sık görülen doğum sonu ruhsal bozukluklardandır. Bu nedenle Birinci Basamak sağlık çalışanlarının annelik hüznü konusunda bilgi düzeylerinin öğrenilmesi doğum sonu annelere verilen sağlık bakımı açısından önemlidir. Bu çalışma ile sağlık çalışanlarının konuyla ilgili eğitim gereksinimleri belirlenebilir. Ayrıca farkındalığın artması sonucu annenin yaşam kalitesi yükseltilecek, kuvvetli anne bebek ilişkisi sağlanabilecektir. Bu çalışmada amaç annelerin doğum öncesi ve doğum sonu sağlık bakımında yer alan Birinci Basamak sağlık çalışanlarının annelik hüznü konusundaki bilgi ve uygulamalarını belirlemektir.

### **CALIŞMA İŞLEMLERİ:**

Bu çalışmada size sadece bazı sorular sorularak bilgileriniz alınacaktır. Toplamda 37 soru sorulacak. Size araştırmacı tarafından kişisel bilgilerinizi içeren tanıcı bilgi formu ile beraber annelik hüznü ile ilgili bilgi ve uygulamalarınızı sorgulayan bir form verilecek ve doldurmanız istenecektir.

### **CALIŞMAYA KATILMAMIN OLASI YARARLARI NELERDİR?**

Bu çalışmanın size hiçbir yararı yoktur. Bu çalışma sayesinde birinci basamakta görev alan sağlık çalışanlarının annelik hüznü ile ilgili bilgi ve uygulamaları değerlendirilerek, sonuçlara göre annelik hüznünün tanınmasına ve yapılacak olan çalışmalara yol gösterici olacağı düşünülmektedir.

## **KİŞİSEL BİLGİLERİM NASIL KULLANILACAK?**

Kişisel bilgileriniz gizli tutulacaktır. Bu bilimsel çalışma dışında hiçbir şekilde bilgileriniz kullanılmayacaktır.

## **SORU VE PROBLEMLER İÇİN BAŞVURULACAK KİŞİLER:**

1. Seçil KÖKEN  
05447802503

secil\_koken\_@hotmail.com

### **Çalışmaya Katılma Onayı**

Bu bilgilendirilmiş olur belgesini okudum ve anladım. Bu araştırmaya katılmayı kabul ediyorum ve bu onay belgesini kendi hür irademle imzalıyorum. Bu onay, ilgili hiçbir kanun ve yönetmeliği geçersiz kılmaz.

<i>Gönüllü Adı Soyadı:</i>		<i>Tarih ve İmza:</i>
<i>Adres ve Telefon:</i>		

<i>Veli / Vasinin Adı Soyadı:</i>		<i>Tarih ve İmza:</i>
<i>Adres ve Telefon:</i>		

<i>Tanık<sup>1</sup> Adı Soyadı:</i>		<i>Tarih ve İmza:</i>
<i>Adres ve Telefon:</i>		

<i>Araştırmacı<sup>2</sup> Adı Soyadı:</i>		<i>Tarih ve İmza:</i>
<i>Adres ve Telefon:</i>		

1: Gönüllünün bilgilendirilme işlemine başından sonuna dek tanıklık eden kişi

2:Gönüllüyü araştırma hakkında bilgilendiren kişi

## 9. ÖZGEÇMİŞ

<b>Adı</b>	Seçil	<b>Soyadı</b>	KÖKEN
<b>Doğum Yeri</b>	İZMİR	<b>Doğum Tarihi</b>	01.01.1992
<b>Uyruğu</b>	T.C.	<b>Tel</b>	05447802503
<b>E-mail</b>	<a href="mailto:secil.koken@hotmail.com">secil.koken@hotmail.com</a>		

### Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
<b>Yüksek Lisans</b>		
<b>Lisans</b>	Balıkesir Üniversitesi	2013
<b>Lise</b>	Menderes Lisesi	2009

### İş deneyimi

Görev	Kurum	Süre
Ebe	Medical Park İzmir Hastanesi	6 ay
Araştırma görevlisi	M.C.B.Ü Sağlık Bilimleri Fakültesi	3 yıl

Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama	Konuşma	Yazma
İngilizce	İyi	İyi	İyi

### Yabancı Dil Sınav Notu

YDS	ÜDS	IELTS	TOEFL IBT	TOEFL PBT	TOEFL CBT	FCE	CAE	CPE
71,25								
		<b>Sayısal</b>		<b>Eşit Ağırlık</b>		<b>Sözel</b>		
<b>ALES Puanı</b>		71,29		68,95		60,18		
<b>(Diğer)</b>								

### Bilgisayar bilgisi

Program	Kullanım Becerisi
Microsoft Office	İyi