



**T.C  
CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
EBELİK ANABİLİM DALI**

**AİLE SAĞLIĞI MERKEZLERİNDE ÇALIŞAN  
EBE VE HEMŞİRELERİN  
POSTPARTUM DEPRESYONA YÖNELİK  
BİLGİ VE UYGULAMALARININ  
DEĞERLENDİRİLMESİ**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ  
YASEMİN KARAGÖZ**

**2011**

**T.C  
CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
EBELİK ANA BİLİM DALI**

**AİLE SAĞLIĞI MERKEZLERİNDE ÇALIŞAN  
EBE VE HEMŞİRELERİN  
POSTPARTUM DEPRESYONA YÖNELİK  
BİLGİ VE UYGULAMALARININ  
DEĞERLENDİRİLMESİ**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ  
YASEMİN KARAGÖZ**

**TEZ DANIŞMANI  
YRD. DOÇ. DR. ÖZLEM DURAN**

**SİVAS – 2011**

Bu çalışma Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü tez yazım kurallarına uygun olarak hazırlanmış ve jürimiz tarafından Ebelik Anabilim Dalı'nda yüksek lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Başkan.....Yrd. Doç. Dr. Mine BEKAR

Üye.....Doç. Dr. Meral KELLEÇİ

Üye (Danışman).....Yrd. Doç. Dr. Özlem DURAN

#### ONAY

Bu tez çalışması, 26/12/2011 tarihinde Enstitü Yönetim Kurulu tarafından belirlenen ve yukarıda imzaları bulunan jüri üyeleri tarafından kabul edilmiştir.

.....

Doç.Dr.Ali Altuğ BIÇAKCI  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRÜ

Bu tez Cumhuriyet Üniversitesi Senatosu'nun 24.09.2008 tarihli ve 007 sayılı toplantısında kabul edilen Sağlık Bilimleri Enstitüsü Lisansüstü Tez Yazım Kılavuzu adlı yönergeye göre hazırlanmıştır.

Eğitimimde bana destek olan hocalarıma, aileme ve arkadaşlarıma...

## TEŞEKKÜR

Araştırma s¼recinde tez danışmanım Değerli Hocam **Sayın Yrd.Doç.Dr. Özlem DURAN**'ın bilgi, gr¼ř ve destekleriyle çalışmanın planlanması ve y¼r¼t¼lmesi aşamasında sağladığı hořgör¼l¼ katkılarına,

Değerli Hocalarım Sayın **Doç.Dr. Havva TEL**, **Yrd.Doç.Dr. Handan G¼LER**, **Yrd.Doç.Dr. Mine BEKAR** ve **Yrd. Doç Dr. ZiyneŒ ÇINAR**'ın veri formunun oluşturulması ve analizinde sağladıkları katkılarına,

Her zaman varlıklarını hissettiğim ve hayatları boyunca benim için hiçbir fedakrlıktan kaçınmayan **aileme**, desteklerini esirgemeyen **Bostancı ASM** alışanlarına ve **arkadaşlarım**a, araştırmaya katılan t¼m **ebe ve hemşirelere** destekleyici katkılarından dolayı içtenlikle teőekk¼r ederim.

**ÖZET****AİLE SAĞLIĞI MERKEZLERİNDE ÇALIŞAN EBE VE HEMŞİRELERİN  
POSTPARTUM DEPRESYONA YÖNELİK  
BİLGİ VE UYGULAMALARININ DEĞERLENDİRİLMESİ**

Yasemin KARAGÖZ

Yüksek Lisans Tezi, Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Ebelik Anabilim Dalı

Danışman: Yrd.Doç.Dr. Özlem DURAN

Sivas, 2011, 96 sayfa

Araştırma, İstanbul ili Kadıköy ilçesi aile sağlığı merkezlerinde ve bağlı buldukları toplum sağlığı merkezinde çalışan ebe ve hemşirelerin postpartum depresyona yönelik bilgi ve uygulamalarının değerlendirilmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

Araştırmanın örneklemini, Kadıköy İlçesinde bulunan sağlık grup başkanlığı/ toplum sağlığı merkezi ile 38 aile sağlığı merkezinde çalışan ebe ve hemşireler oluşturmuştur. Evrenden örneklem seçimi yapılmamış, 134 ebe ve hemşireden araştırmaya katılmayı kabul eden 127 ebe ve hemşire araştırma kapsamına alınmıştır. Veriler araştırmacı tarafından geliştirilen soru formu aracılığı ile toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde parametrik ve parametrik olmayan testler kullanılmıştır. Araştırma kapsamına alınanların % 63.8'i ebe, % 66.1'i 20-30 yaşları arasında, % 56.7'si evli ve % 59.1'i lisans mezunudur. Ebe ve hemşirelerin % 69.9'u mesleki eğitimleri sırasında postpartum depresyona yönelik bilgi almıştır. Ebe ve hemşirelerden % 7.9'u postpartum depresyonu ortaya çıkarmada ebenin, % 3.1'i ise hemşirenin yardımcı olabileceğini belirtmiştir. Katılımcıların bilgi düzeylerini 1-10 puan arasında puanlamaları istendiğinde; % 79.4'ünün bilgilerini 7 puanın altında değerlendirdiği belirlenmiştir. Ebe ve hemşirelerin postpartum depresyona yönelik bilgi puanı ortalamaları  $8.48 \pm 3.64$ 'tür. Araştırmadan elde edilen verilere göre ebe ve hemşirelerin sosyo-demografik özellikleri ile postpartum depresyon bilgi düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki belirlenmemiştir ( $p>0.05$ ). Postpartum depresyon konusunda bilgi almış olmakla şuan ki bilgi düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ( $p<0.05$ ). Ebe ve hemşireler çoğunlukla (% 85) çalıştıkları sağlık ocaklarında annelerin ruhsal durumunu değerlendirmeye yönelik hizmetlerin verilmediğini belirtmişlerdir.

Geçmişte PPD tanısı alan birisiyle karşılaştığını belirten ebe ve hemşirelerin % 18.4'ü PPD tanısı alan birisiyle karşılaşınca dinlediğini, % 10.2'si tavsiyelerde bulunduğunu, % 14.3'ü ailesiyle görüştüğünü, % 46.9'u ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanına yönlendirdiğini, % 10.2'si kadın

hastalıkları ve doğum uzmanına yönlendirdiğini ifade etmiştir. PPD'yi belirlemede postpartum depresyon tarama ölçeklerini kullananların bilgi puan ortalamaları diğer yöntemleri kullananlara göre daha yüksek bulunmuştur.

**Anahtar Sözcükler:** Postpartum Depresyon, Ebe ve Hemşireler, Bilgi ve Uygulamalar, Aile Sağlığı Merkezi, Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri.



**ABSTRACT**

**ANALYZE THE KNOWLEDGE AND APPLICATIONS CONCERNING POSTPARTUM  
DEPRESSION OF THE NURSES AND THE MIDWIVES WORKING AT FAMILY  
HEALTH CARE CENTERS**

Yasemin KARAGÖZ

Master of Science Thesis, Department of Midwifery

Supervisor: Assist.Prof.Dr. Özlem DURAN

2011, 96 pages

This descriptive study has been carried out to analyze the knowledge and applications concerning postpartum depression of the midwives and nurses who work at their affiliated social health centers and family health centers in the Kadıköy Province of İstanbul.

The sample of this study composed of midwives and nurses who work at Health Group Office/Social Health Centres and 38 family health centres in Kadıköy province. The sampling from the population was not performed and of the 134 midwives and nurses, 127 nurses and midwives agreeing to participate in the research were included in the study. The data were collected via questionnaires developed by the researcher. To analyze data both parametric tests and non-parametric tests were employed. According to the study results, 63.8% of the respondents were midwives, 66.1% were between 20-30 ages, 56.7% were married and 59.1% had undergraduate education. Of the nurses and midwives, 69.9% had received information concerning postpartum depression during their professional education. It's said that to reveal the Postpartum Depression; the midwife can help with 7.9% and nurses 3.1%. If the participant's knowledge level classified between 1 up to 10; it's shown that the knowledge of midwife and nurse less than 7 point. Midwife and nurses the average knowledge is  $8.48 \pm 3.64$ . According to the obtained data, there was no statistically significant relation found between the socio-demographic characteristics of the nurses and midwives and their level of knowledge on postpartum depression ( $p > 0.05$ ). There is a statistically significant relation between previously receiving information concerning postpartum and the current level of knowledge ( $p < 0.05$ ). The majority of the nurses and midwives (85%) stated that there is no services provided for analyzing the mental status of the mothers in their health centres. There is a statistically significant relation between the knowledge levels of the nurses and midwives for attending to that training ( $p < 0.05$ ).

When midwife and nurses meet who were diagnosed PPD in the past they acted the followings 18.4 % of them listening to the patients, 10.2% of them advising the patients, 14.3% of

them meeting her family, 46.9% of them forwarding her to mental health and illness specialist, 10.2% of them forwarding her to obstetrics and gynecology specialist. The knowledge score of the users the screening scale of PDD is higher than whom using other methods.

**Key Words:** Postpartum Depression, Nurses and Midwives, Knowledge and Applications, Family Health Centres, Primary Healthcare.

## İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa No</u>
İÇ KAPAK.....	i
ONAY.....	ii
YÖNERGE.....	iii
İTHAF.....	iv
TEŞEKKÜR.....	v
ÖZET.....	vi
ABSTRACT.....	viii
İÇİNDEKİLER DİZİNİ.....	x
TABLolar DİZİNİ.....	xii
KISALTMALAR DİZİNİ.....	xiv
1. GİRİŞ.....	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi.....	1
1.2. Araştırmanın Amacı.....	4
2. GENEL BİLGİLER.....	5
2.1 Doğum Sonu Ruhsal Değişimler.....	5
2.1.1 Annelik Hüznü.....	6
Etiyolojisi.....	6
Risk Faktörleri.....	6
Belirtileri.....	7
Tedavi ve Prognozu.....	7
2.1.2 Postpartum Depresyon.....	8
Etiyolojisi.....	9
Risk Faktörleri.....	10
Belirtileri.....	11
Tedavi ve Prognozu.....	11
2.1.3 Doğum Sonu Psikoz.....	13
Etiyolojisi.....	13
Risk Faktörleri.....	13
Belirtileri.....	13
Tedavi ve Prognozu.....	14

2.2 Postpartum Depresyonda Ebelik Ve Hemşirelik Yaklaşımları.....	14
2.3 Postpartum Depresyonda Ebe Ve Hemşirenin Sorumlulukları.....	17
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	19
3.1. Araştırmanın Türü.....	19
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman.....	19
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	19
3.4. Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları.....	20
Bilgilendirilmiş Olur Formu (Ek 1).....	20
Soru Formu (Ek 2).....	21
(Ek 3).....	21
3.5. Araştırmanın Uygulanması.....	24
3.6. Verilerin Değerlendirilmesi.....	25
3.7. Araştırmanın Etik Boyutu .....	25
4. BULGULAR.....	26
5. TARTIŞMA.....	54
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	60
6.1. Sonuçlar.....	60
6.2. Öneriler.....	62
7. KAYNAKLAR.....	63
8. EKLER.....	72
EK 1: İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü İzin Belgesi .....	72
EK 2: Araştırma Onayı.....	73
EK 3: Biyoistatistik İnceleme Başvurusu .....	74
EK 4: Etik Kurul Onayı .....	75
EK 5: Soru Formu.....	76
EK 6: Bilgi İfadelerine Göre Puan Tablosu .....	83
EK 7: Özgeçmiş.....	86

## TABLOLAR DİZİNİ

	<u>Sayfa No</u>
Tablo 3.1	TSM ve ASM’lerde çalışan toplam ebe/hemşire sayısı ve araştırmaya katılan ebe/hemşire sayısı.....19
Tablo 4.1	Ebe ve hemşirelerin sosyo-demografik özelliklere göre dağılımları.....24
Tablo 4.2	Ebe ve hemşirelerin çalışma süreleri ve çalıştıkları kurumlara göre dağılımları.....25
Tablo 4.3	Ebe ve hemşirelerin PPD bilgi durumlarına göre dağılımları.....26
Tablo 4.4	Ebe ve hemşirelerin PPD tespiti ve PPD ile karşılaşma durumlarına göre dağılımları.....27
Tablo 4.5	Ebe ve hemşirelerin PPD tanısındaki uygulamaları ve PPD tanısı alanları yönlendirme göre dağılımları.....29
Tablo 4.6	Ebe ve hemşirelerin PPD bilgi durumlarına göre dağılımları.....31
Tablo 4.7	Ebe ve hemşirelerin PPD bilgi düzeylerine göre dağılımları.....32
Tablo 4.8	Ebe ve hemşirelerin yaş gruplarına göre PPD bilgi puan ortalaması dağılımı.....39
Tablo 4.9	Ebe ve hemşirelerin medeni durumlarına göre PPD bilgi puan ortalaması dağılımları.....40
Tablo 4.10	Ebe ve hemşirelerin öğrenim durumlarına göre PPD bilgi puan ortalaması dağılımları.....40
Tablo 4.11	Ebe ve hemşirelerin mesleki durumlarına göre PPD bilgi puan ortalaması dağılımları.....41
Tablo 4.12	Ebe ve hemşirelerin çalıştıkları kurumlara göre PPD bilgi puan ortalaması dağılımları.....41
Tablo 4.13	Ebe ve hemşirelerin çalışma sürelerine göre PPD bilgi puan ortalaması dağılımları.....42
Tablo 4.14	Ebe ve hemşirelerin PPD konusunda geçmişteki bilgi durumlarına göre PPD bilgi puan ortalaması dağılımları.....42
Tablo 4.15	Ebe ve hemşirelerin PPD konusunda edindikleri bilginin kaynağına göre PPD bilgi puan ortalaması dağılımları.....43

Tablo 4.16	Ebe ve hemşirelerin PPD konusunda bilgi durum değerlendirmesine göre PPD bilgi puan ortalaması dağılımları.....	44
Tablo 4.17	Ebe ve hemşirelerin PPD belirleme yöntemlerine göre PPD bilgi puan ortalaması dağılımları.....	45
Tablo 4.18	Ebe ve hemşirelerin PPD tespit etme durumuna göre PPD bilgi puan ortalaması dağılımları.....	46
Tablo 4.19	Ebe ve hemşirelerin PPD tanısı almış birisiyle karşılaşma durumuna göre PPD bilgi puan ortalaması dağılımları.....	46
Tablo 4.20	Ebe ve hemşirelerin PPD tanısı alan birisiyle karşılaşınca yaptıkları uygulamalara göre PPD bilgi puan ortalaması dağılımları.....	47
Tablo 4.21	Ebe ve hemşirelerin PPD belirtilerini ortaya çıkarmada yardımcı olabileceğini belirttiği kişilere göre PPD bilgi puan ortalaması dağılımları..	48
Tablo 4.22	Ebe ve hemşirelerin PPD'ye yönelik hizmet verme durumuna göre PPD bilgi puan ortalaması dağılımları.....	49
Tablo 4.23	Ebe ve hemşirelerin PPD'ye yönelik verdikleri hizmetlerin sağlanamama nedenlerine göre PPD bilgi puan ortalaması dağılımları.....	49
Tablo 4.24	Ebe ve hemşirelerin PPD'ye yönelik eğitim isteğine göre PPD bilgi puan ortalaması dağılımları.....	50
Tablo 4.25	Ebe ve hemşirelerin PPD konusunda düzenlenecek eğitime katılma isteğine göre PPD bilgi puan ortalaması dağılımları.....	50

**KISALTMALAR DİZİNİ**

<b>ASM</b>	Aile Sağlığı Merkezi
<b>BDE</b>	Beck Depresyon Envanteri
<b>DDÖ</b>	Deliryum Derecelendirme Ölçeği
<b>DSD</b>	Doğum Sonu Depresyon
<b>EKT</b>	Elektro Konvülsif Tedavi
<b>EPDÖ</b>	Edinburg Postpartum Depresyon Ölçeği
<b>PPD</b>	Postpartum Depresyon
<b>SPSS</b>	Statistical Package for Social Sciences
<b>TSM</b>	Toplum Sağlığı Merkezi

# 1. GİRİŞ

## 1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Kadının sağlık durumu aile ve toplumun sağlığı ile doğrudan ilişkilidir. Kadın sağlığıyla ilgili olumsuz bir durum sadece kadını değil ailesini ve toplumu da olumsuz etkilemektedir. Bu nedenle, kadınların sağlık hizmetlerinde öncelikli olarak ele alınmaları önem taşımaktadır. Kadınlar yaşam sürecinde adolesan, cinsel olgunluk, klimakterik, yaşlılık gibi dönemlerden geçmekte ve her döneme özgü fizyolojik, psikolojik, sosyal sorunlar yaşamaktadırlar (Akın, 2001; Akın ve Mihçioğlu, 2005). Sağlık gereksinimleri açısından durum değerlendirildiğinde, özel sağlık gereksinimlerinin daha çok doğurganlıkla ilgili olduğu belirtilmektedir. Kadın sağlığını etkileyen önemli sağlık sorunlarının gebelik, doğum ve doğum sonu (postpartum) dönemlerde meydana geldiği bildirilmektedir (Şentürk, 2008). Kadın için bu dönemler, normal fizyolojik bir olay olarak kabul edilmekte ancak her birisi kendi içerisinde risk potansiyeli taşımaktadırlar.

Bu açıdan kadının her bir döneme uyumunun değerlendirilmesi, yaşanan problemlerin erken tanı ve tedavisi yaşamsal öneme sahiptir (Akın ve Özvarış, 2006; Aslantaş ve ark., 2009; Huang ve ark., 2000; Kemp ve ark., 2003). Bu süreçlerde; birçok kadın gebelik ve doğumla birlikte bazı değişimlere kolaylıkla uyum sağlarken, kadınların bir bölümünde hafif düzeyde psikiyatrik belirtiler, bir kısmında da hastaneye yatırılmayı gerektirecek düzeyde ağır psikiyatrik tablolar gelişebilmektedir (Brockington, 2004; Puget et al., 2005). En yaygın bilinen ruhsal problemlerden depresyonun kadınlarda hayat boyu prevalansı 1990-2010 yılları arasında % 10-25 olarak bildirilmektedir. Belirtilen rakam erkeklerdeki prevalansın 1.5-3 katıdır (Dennis, 2004; Moses and Roth, 2006; Regier et al., 1990; Robertson, 2010; Weissman et al., 1996; WHO, 2004; Yaşar, 2007). Kadınlardaki artışın çeşitli yaşam dönemleriyle ilişkili olduğu düşünülmektedir. Özellikle üreme çağı, kadınlarda depresyon oluşumu açısından riskli bir dönemdir (Kocabaşoğlu ve Başer, 2008; Moses and Roth, 2005; Stocky and Lynch, 2000).

Dünya'da, gebelikte depresyon prevalansı % 7-26 olarak bildirilirken, (Baker and North, 2006) postpartum dönemde depresyon sıklığı çeşitli yayınlarda, kullanılan tanı yöntemine göre farklılık göstererek % 3.5-40 arasında değişmektedir (Dennis and Ross, 2006). Türkiye'de yapılan çalışmalarda ise sıklığın % 6.3-58 arasında değiştiği saptanmıştır (Buğdaycı ve ark., 2004; Danacı ve ark., 2000; Ekuklu ve ark., 2004; Karaçam ve ark., 2004; Sabuncuoğlu ve ark., 2006; Tezel, 2008).



Doğum sonu ruhsal hastalıkların sınırları tam belli olmamakla birlikte postpartum depresyon (PPD), annelik hüznü ve postpartum psikoz olmak üzere üç farklı şekilde görülmektedir. Bu hastalıkları önemli kılan, anne ile birlikte bebeği, diğer aile üyelerini de olumsuz etkileyip yaşam kalitesi ve güvenliğini tehlikeye düşürmesidir (Gülseren, 1999; Karaçam, 2004; Yüzer ve ark., 2006). Annelik hüznü, annelerin % 50-80'inde görülen, doğumdan 2-4 gün sonra ortaya çıkıp kısa sürede gerileyen bir dönemdir. Kişi bu dönemde gerekli desteği göremezse annelik hüznü PPD'ye dönüşebilir (Hughes et al., 1999; Kesebir ve Aksoy, 2010).

Doğumun en sık görülen komplikasyonlarından biri olarak değerlendirilen postpartum depresyon, Ruhsal Bozuklukların Tanısal Sınıflandırması (Diagnostic Criteria of Mental Disorders-DSM-IV)'nda doğumu takip eden 4 hafta içerisinde ortaya çıkan majör depresyon atağı olarak tanımlanmaktadır (Akdeniz ve Gönül, 2004; American Psychiatric Press, 1994; Kendell et al., 1987). Postpartum depresyon, normal yaşam dönemlerinde görülen ve benzer belirtiler gösteren majör depresyona oranla bebek açısından daha ciddi problemlere yol açabilmektedir (Beck, 1999). Annenin benlik saygısını, yeteneklerini, çocuk bakımını, aile ile ilgili sorumluluklarını ve rollerini olumsuz yönde etkilemektedir (Beck, 1999; Kennedy et al., 2002). Yapılan bir araştırmada, postpartum dönemde duygusal sorunlar yaşayan annelerin kendilerine ve bebeklerine zarar verme olasılıklarının yüksek olduğu, depresif annelerin % 41'inin bebeğe zarar vermeye yönelik fikirler taşıdığı tespit edilmiştir (Sabuncuoğlu, 2006). Burada önemli olan annelerle ebe ve hemşirelerin etkin iletişimi sağlayabilmesidir.

Doğumdan sonraki 1 yıl PPD için yüksek risk dönemi olarak kabul edilmektedir ve bu risk doğumdan sonraki 2 yıl boyunca devam etmektedir (Deveci, 2003; Field, 1997). Özellikle hayatları boyunca daha önce hiç depresyon geçirmemiş olan kadınlar için ilk 1 yıl son derece risklidir. Bu kadınların % 40-65'i ilk depresyon ataklarını doğum sonrası 1 yıllık dönemde geçirmektedir (Weissman, 2002). Postpartum depresyon geçiren bir kadının, önündeki 5 yıl içerisinde yeni bir depresyon atağı geçirme olasılığı, postpartum depresyon geçirmeyenlere göre 2 kat daha fazladır. Tedavi edilmeyen PPD ise sadece anneyi etkilemekle kalmayıp çocukta bilişsel, davranışsal, sosyal ve psikolojik bozukluklara neden olmaktadır (Da Costa et al., 2006). Postpartum depresyon geçiren annelerin çocukları 18 aylık olduklarında bilişsel fonksiyon ve becerilerinin, PPD geçirmeyen annelerin bebeklerine göre daha geri olduğu ve çocuk 4-5 yaşına geldiğinde de bu durumun halen geçerli olduğu bildirilmektedir (Moses and Roth, 2004).

Aydın il merkezinde 6-8 haftalık bebeği olan annelerde yapılan bir çalışmada kadının yaşam şeklinin, aile içinde stres, evliliğinde sorun yaşamasının, eşinden şiddet görmesinin, gebeliğin istenmemesinin, gebelik öncesi ruhsal sorunlar yaşamasının, eşinin veya kendi ailesi ile kötü ilişkilerinin olmasının, aile veya arkadaş ilişkilerinin kötü olmasının doğum sonrası depresyon

görülme durumunu etkilediği tespit edilmiştir. Doğum sonrası dönemde depresyon görülme durumunu evde anne-baba veya kardeşlerle yaşamanın 3.533 kat, aile içinde stres yaratan olaylar olmasının 2.674 kat, gebelik öncesi dönemde ruhsal problemlerinin olmasının 9.867 kat, kendi ailesi ile ilişkilerinin kötü veya orta düzeyde olmasının 4.650 kat etkilediği tespit edilmiştir (Aslantaş ve ark., 2009). Ege Üniversitesinde yapılan benzer bir çalışmada ise doğum sonrası depresyon riski % 22 olarak saptanmıştır. Geniş aileye sahip olan gebeler, çekirdek aileye sahip olanlara göre 2.87 kat; gebeliğini istemeyenler isteyenlere göre 5 kat daha fazla depresyon riskine sahip bulunmuştur. Ruhsal yönden kendini kötü hisseden doğum yapmış annelerin de 2.63 kat daha fazla depresyon riski altında olduğu saptanmıştır (Çeber ve ark., 2007). Deliryum derecelendirme ölçeği (DDÖ) kullanılarak yapılan benzer istatistiksel çalışmalarda da doğum sonu dönemde kadınların % 70-85'inde ruhsal belirti ve bozukluk görülmektedir (Kısa, 2004). Ülkemizde % 6.3 - 58 prevalansa sahip olduğu bildirilen (Buğdaycı ve ark., 2004; Danacı ve ark., 2000; Ekuklu ve ark., 2004; Karaçam ve ark., 2004; Sabuncuoğlu ve ark., 2006; Tezel, 2008) PPD her ne kadar klinik, etiyoloji ve tedavi seçenekleri yönünden majör depresyonla benzer olduğu düşünülse de vakaların yarıya yakını tanı alamamakta ve tedavisiz kalmaktadır (Boyd et al., 2005; Levertson, 2003). Değiştirilebilir risk faktörlerinin tespiti ve gerekli desteğin sağlanmasında ebe ve hemşirelere etkin depresyon taramaları yapmaları konusunda önemli sorumluluklar düşmektedir (Özdemir ve ark., 2008).

Beck (2001), ebe ve hemşirelerin doğum sonu depresyon yaşayan anne ile iletişimini sağlayan yedi temadan söz etmiştir. Bunlar; PPD'ye ilişkin yeterli bilgi düzeyine sahip olma, anneleri bu sorunun biteceğine yönelik destekleme ve empati yapma, hızlı ve doğru tanı koyabilmek için dikkatli gözlem yapma, onlara zaman ayırma, gerektiğinde yönlendirme, bakımın sürekliliğini sağlamadır. Bunları gerçekleştirebilmede ebe ve hemşirelerin kendilerini hazır ve donanımlı hissetmeleri önemlidir. Slovenya'da ebe ve hemşirelerin doğum sonu depresyon (DSD) konusunda bilgi durumlarının değerlendirildiği bir çalışmada, katılanların tümü doğum sonu ruh sağlığı bilgisinden yoksun olduklarını, % 99'u daha fazla bilgiye ihtiyaç duyduklarını belirtmişlerdir. Katılımcıların çoğunluğunun doğum sonu depresyonun karakteristik özelliklerini bilmediği saptanmıştır (Scocir & Hundley, 2006).

Işık (2007) tarafından yapılan araştırmada, ebe ve hemşirelerin % 75.5'i çalıştıkları sağlık ocaklarında annelerin ruhsal durumunu değerlendirmeye yönelik ebelik ve hemşirelik hizmetlerinin verilmediğini belirtmişlerdir. Ebelik ve hemşirelik hizmetlerinin verildiğini belirtenlerin yaklaşık yarısı (% 54) psikologa yönlendirildiğini, % 47.2'si ise önerilerde bulunduğunu ifade etmişlerdir. Sağlık ocaklarında annelerin ruhsal durumlarını değerlendirmeye yönelik ebelik ve hemşirelik hizmetleri verilememesinin sebepleri olarak; katılımcıların yaklaşık yarısı (% 46) eleman eksikliğini

belirtirken, % 41.2'si yoğunluğu, % 39'u uygun fiziksel ortamın olmayışını, % 37.7'si ebe ve hemşirelerin görevleri dışında işler yapıyor olmasını belirtmişlerdir.

Postpartum depresyonu (PPD) önlemenin en etkin yolu öncelikle risk altındaki kadınların belirlenmesidir. Bu sayede koruyucu ve önleyici girişimlerin sağlanması olanaklı hale gelmektedir. Hastalığın erken tanı ve tedavisi, kişinin yaşam kalitesinin yükselmesine, sosyal ve mesleki işlevselliğini yeniden kazanmasına ve hatta öz kıyım ya da bebeğe zarar verme riskinin azalmasına neden olmaktadır. Bu girişimlerde ancak nitelikli ve eksiksiz postpartum ebeklik ve hemşirelik bakımıyla sağlanabilmektedir (Akbaşı et al., 2008; Beck, 2001; Yüksel, 2000).

Hem sık görülmesi hem de anne, çocuk ve aile üzerine olan negatif etkileri nedeniyle önemli bir sağlık sorunu olan PPD'nin anne ve bebek üzerine olumsuz etkileri ile ilgili pek çok çalışma yapılmış (Murray et al., 2003; O'Brien et al., 2004; Ueda et al., 2006; Weissman, 2004) olmakla birlikte, PPD'de konusunda ebe ve hemşirelerin bilgi düzeyleri, uygulamalarıyla ilgili sınırlı sayıda literatür vardır (Gülseren, 1999; Işık, 2007; Kurtay, 2010; Scocir and Hundley, 2006). Gebelik dönemde geçirilen anksiyete veya depresyon, postpartum depresyonun öncüsü olabilir. Bu nedenle ebe ve hemşireler postpartum depresyonu değerlendirmeye gebelik döneminde başlamalı, postpartum ziyaretlerle de izlemin devamlılığı sağlanmalıdır. Çünkü annelerin evde oldukları postpartum dönemde, belirtilerin gözden kaçması ve erken tanılmanın yapılamaması olasıdır (Baklaya, 2002; Beydağ, 2007; Tezel, 2008).

Bilgi ve uygulamalarda belirlenebilecek hatalar ile eksiklerin hizmet sunumu açısından önemli olduğu, hizmet planlamasına ışık tutacağı düşünülmektedir. Ayrıca hem ebe hem de hemşirelerin uygulayıcılık, eğiticilik ve danışmanlık rollerini yerine getirirken bilimsel bilgi donanımlarının bu yönde yeterli olup olmadığının bilinmesi konuyla ilgili hizmet içi eğitimlerin ve değerlendirmelerin de yapılmasına imkan sağlayacaktır. Böylelikle araştırma bölgesinde postpartum depresyona yönelik tanılama, destek olma ve tedaviye yönlendirme çalışmalarında etkinlik sağlanacağı düşünülmektedir.

## **1.2. Araştırmanın Amacı**

Araştırma, İstanbul İli Kadıköy İlçesinde aile sağlığı merkezlerinde (ASM) ve bağlı buldukları toplum sağlığı merkezinde (TSM) çalışan ebe ve hemşirelerin postpartum depresyona yönelik bilgi ve uygulamalarının değerlendirilmesi amacıyla yapılmıştır.

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Doğum Sonu Ruhsal Değişimler

Doğum sonu dönem, doğumun sonuçlanmasıyla başlayan ve gebelikte meydana gelen anatomik ve fizyolojik değişikliklerin ortadan kalkmasıyla sona eren ve ortalama 6 hafta devam eden bir süreçtir (Akın, 2001). Gebelik ve doğum, doğal bir yaşam olayı gibi gözükse de kadın için en önemli yaşam olaylarından biridir. Doğum sonrası dönem aileye yeni bir üyenin katılması ile yeni bir düzenin kurulduğu bir dönemdir (Bingöl ve Tel, 2007). Bu dönemde kadın, çeşitli düzeylerde pek çok kaygı yaşamaktadır. Bebeğin doğumu fiziksel, sosyal ve duygusal pek çok değişikliği beraberinde getirdiğinden, doğum sonu dönem hem sevinçli hem de stresli bir süreçtir olabilmektedir (Feske, 2001). Bu dönemde fizyolojik ve anatomik değişikliklerin yanı sıra anne yeni roller ve sorumluluklar üstlenir. Anne bu yeni rolleri öğrenmek, bebek ile iletişim kurmak, bebeğe bakım vermek ve bebekle ilgili sorunlarla baş etmek zorundadır (Bingöl ve Tel, 2007).

Birçok kadın gebelik ve doğumla birlikte ortaya çıkan fizyolojik, psikolojik ve sosyal değişimlere uyum sağlayabilirken uyum sağlayamayan kadınlarda çeşitli düzeylerde duygusal sorunlar gelişebilmektedir. Kadınlar doğum sonrası ilk yıl içinde, psikiyatrik hastalıklar (anksiyete bozuklukları, obsesif kompulsif bozukluk, depresyon ve nadiren psikoz) açısından anlamlı risk altındadır. Ancak depresyon bu hastalıklar arasında en baskın durumda olduğundan doğum sonrası psikiyatrik hastalık dendiğinde ilk akla gelen doğum sonrası depresyondur (Danacı ve ark., 2000).

Doğum sonrası dönemde kadınların % 70-85'inde ruhsal belirti ve bozukluk görülebildiği bilinmekle birlikte bu dönemde gelişen duygusal sorunların sınırları çok net belirlenmemiştir. Konu ile ilgili literatürlerde doğum sonu duygusal sorunlar, özelliklerine, tedavi ve prognozlarına göre ayrılarak; annelik hüznü, doğum sonu depresyon ve doğum sonu psikoz olmak üzere üç grupta toplanmaktadır (Gülşen, 2001; Karaçam, 2004; Kısa, 2004).

Doğum sonu depresyon sağlıklı yaşamı, yaşam kalitesini ve güvenliğini ciddi bir şekilde tehlikeye sokması nedeni ile hem anne ve bebek hem de ailenin diğer üyeleri için çok önemlidir (Beck, 2001; Cantwell & Cox, 2003). Birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan ebe ve hemşireler doğum sonu dönemde anne ile temas kurma şansına sahip olmalarına karşın yine de doğum sonu depresyonun tespiti yeterli olamamaktadır (Logsdon et al., 2006). Bu nedenle doğum sonu depresyonun erken dönemde tespit edilmesi ve erken müdahale edilebilmesi için de çalışan ebe ve hemşirelerin bu konuya ilişkin bilgi düzeyleri, deneyimleri ve uygulamalarının belirlenmesi önemlidir. Ebe ve hemşirelerin doğum sonu depresyonun önemi konusunda farkındalıklarının olması tutum ve uygulamalarını etkileyebilir (Işık, 2007).

### **2.1.1. Annelik Hüznü**

Annelik hüznü; doğum sonu hüznü, bebek hüznü gibi kavramlarla da ifade edilmektedir. Annelik hüznü annelerin yaklaşık % 50-80'ini etkilemektedir (Bayar ve ark., 1999). Çevresi ile ilgili kişisel sorunları olanlarda ya da yaşamsal stresleri olanlarda daha sık görülür. Özgeçmişinde depresyon ya da premenstrual sendrom öyküsü olması da annelik hüznü gelişme riskini artırır (Bayar ve ark., 1999).

Ülkemizde annelik hüznü ile yapılmış çok az sayıda çalışma bulunmaktadır. Ersoy'un (1993) vajinal yolla doğum yapan 100 anne üzerinde yaptığı bir araştırmada, doğum sonu annelerin duygusal durumları incelenerek, doğum sonu 2. günde annelerin özellikle yorgun (% 70), uykusuz (% 65) ve aşırı hassas (% 56) oldukları saptanmıştır. Bu belirtiler yeni duruma uyum sürecinde normal karşılanmaktadır ve zamanla azalması beklenir (Ersoy, 1993).

Annelik hüznü, genellikle iki hafta içinde iyileşmektedir. Belirtilerin şiddetinin zamanla azalarak kaybolması beklenir. Uzun süren belirtilerde annenin sosyal ve profesyonel yardım alması önemlidir. Çünkü annelik hüznü yaşayan yaklaşık beş kadından biri doğum sonu depresyona yakalanabilmektedir. Bu amaçla anneler taburcu olurken hastanede, taburcu olduktan sonra ev ziyaretleri ile evde doğum sonu duygusal sorunlar konusunda bilgilendirilmeli ve takip edilmelidir. Annelik hüznü yaşayan anne, ailesi ve sağlık personeli tarafından desteklenmeli, yaşam kalitesini yükseltmeleri konusunda yönlendirilmelidir (Deveci, 2003; Tablot, 1998).

#### **Etiyolojisi:**

Biyolojik etkenlerle ilişki tam açıklanamamıştır. Gebeliğin 38. haftasında yükselen plazma östriol düzeyleri ile annelik hüznü şiddeti arasında ilişki olduğu düşünülmektedir. Bir araştırmada annelik hüznü olan hastalarda olmayanlara göre daha yüksek prepartum ve daha düşük postpartum progesteron düzeyleri olduğu bildirilmiştir (Deveci, 2003). Kortizol düzeyindeki artış ve azalışla doğru orantılı olarak hastalığın şiddeti de artıp azalır (Eltutan, 1997). Fakat bu ilişkinin mekanizması konusunda yeterli bilgi yoktur (Deveci, 2003).

#### **Risk Faktörleri:**

- Kişisel etkenler,
- Premenstruel disfori (adet öncesi sendrom) öyküsü,
- Psikiyatrik özgeçmiş ve soy geçmiş,
- Primipar olma,
- Sosyal uyum güçlüğü,

- Doğum korkusu,
- Gebeliğe karşı ambivalan duygular,
- Gebeliğin son trimesterinde anksiyete ve depresif semptomlar yaşama annelik hüznü için risk oluşturmaktadır (Beck, 2002; Büyükhoca, 2001; Deveci, 2003; Epperson, 2001).

### **Belirtileri:**

Belirtiler genellikle doğumdan 3-4 gün sonra başlar, 5-7 günde kötüleşir ve 10-12 günden sonra geçmeye başlar. İlk birkaç saat içinde mutluluk duygularına ağlamalar eşlik edebilir (Deveci, 2003).

- İritabilite,
- Ağlamaklı haller,
- Bebek için duygu eksikliği,
- Eşe karşı hostilite (düşmanlık),
- Eleştiriye aşırı duyarlılık,
- Uyku bozukluğu,
- Baş ağrısı,
- Yorgunluk,
- Emosyonel labilite,
- Depersonalizasyon (kendini gerçek dışı hissetme),
- Kendisi ve çocuğunun sağlığıyla ilgili aşırı endişe durumu,
- Konsantrasyon bozukluğu (psikolojik testlerde bu gösterilememiştir),
- Sinirlilik,
- İyi hissedilen zamanların da olduğu ruhsal dalgalanmalar görülebilir (Beck, 2002; Büyükhoca, 2001; Deveci, 2003; Epperson, 2001).

### **Tedavi, Bakım ve Prognozu:**

- Birkaç günde ya da iki haftada kendiliğinden geçer (Beck, 2002).
- Anneye ve ailesine durumun yeni doğum yapan annelerde görülebilen geçici bir durum olduğu anlatılmalıdır (Işık, 2007).
- Anneler taburcu olurken hastanede, taburcu olduktan sonra, ev ziyaretleri ile evde doğum sonu duygusal sorunlar konusunda bilgilendirilmeli ve takip edilmelidir ( Danacı ve ark., 2002).

- Bir kez annelik hüznü yaşadktan sonra diğer gebeliklerden sonrada görölme riski artmaktadır ( Danacı ve ark., 2002).
- Annelik hüznü yaşıyanlarda postpartum depresyon ve postpartum psikoz gelişme riski artmaktadır (Deveci, 2003).
- Emosyonel destek sağlanmalıdır (Karaçam, 2007).
- Bebeğe bakımda yardımcı bilgiler verilmelidir (Kennedy, 2006).

### **2.1.2. Postpartum Depresyon (PPD)**

Postpartum depresyon; kendini üzgün, endişeli, umutsuz ve yalnız hissetme gibi duygularla karakterize bir durumdur (Beck, 2001; Yüksel, 2000). PPD (puerperal nevroz, postpartum nevrotik depresyon, major postpartum depresyon) genellikle doğumdan sonraki 2-8 haftalar içinde ortaya çıkmakta, en az iki hafta sürmekte ve birkaç ayda sona ermektedir (Jones and Venis 2001; Kara ve ark. 2001). Amerikan Psikiyatri Derneği tarafından geliştirilen DSM-IV (The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4 th Edition) kriterlerine göre, doğum sonu depresyonun doğumu takiben 4. hafta içerisinde görüldüğü kabul edilmektedir (Kennedy, 2006).

PPD görölme sıklığının % 5-25 arasında değiştii bildirilmektedir (Brott, 2003; Dündar 2002; Vieira 2003). Amerika ve Avrupa toplumlarında doğum sonu depresyonunun görölme sıklığı % 3.5-17.5 arası bulunmuşken (Moraes, 2006), ölkemizde % 6.3 - % 58 arasında saptanmıştır (Buğdaycı ve ark., 2004; Danacı ve ark., 2000; Ekuklu ve ark., 2004; Karaçam ve ark., 2004; Nur ve ark., 2004; Sabuncuoğlu ve ark., 2006; Sünter ve ark., 2002; Tezel, 2008).

Risk faktörlerini belirlemeye yönelik yapılan çalışmaları içinde en ayrıntılı çalışma Beck'in (1996) araştırmasıdır. Beck doğum sonrası depresyonun ön göstergelerini araştırarak 56 çalışmayı incelemiştir ve sekiz faktör belirlemiştir. Çalışmaya göre; prenatal depresyon, bebek bakım stresi, yaşam stresi, sosyal destek eksikliği, annelik hüznü, prenatal anksiyete, evlilikten memnuniyetsizlik, önceki depresyon öyküsü risk faktörlerindedir (Beck, 1996).

Doğum sonrası depresyon yalnızca anne için değil, çocuk üzerinde de olumsuz etkilere sahiptir. İlgi, sevgi ve uyarı yoksunluklarında çocukların büyüme ve gelişmeleri olumsuz etkilenmektedir. Emosyonel yetersizlik, çocuğun fiziksel ve mental olarak geri kalmasına neden olmaktadır. Doğum sonu depresyonunun bebek üzerine etkileri ile ilgili yapılan bir çalışmada; bu durumun, doğumdan sonraki bir yıl süresince anne-bebek ilişkisini olumsuz yönde etkilediği saptanmıştır. Diğer bir çalışmada, doğum sonu depresyonu olan annelerin çocuklarına 15. ayda uygulanan gelişimsel tarama testi sonucuna göre gelişme geriliği olduğu bildirilmektedir (Işıık, 2007).

Doğum sonu depresyonunun belirtiler vermeye başladığı dönem, annelerin evde oldukları döneme denk gelmektedir ve bu durum belirtilerin gözden kaçmasına dolayısıyla da erken tanı konulamamasına neden olabilir. Bu nedenle sağlık personeli tarafından risk faktörlerinin çok iyi bilinmesi, ailenin bu yönlerden takip edilmesi ve taburculuk sonrası ev ziyaretleri ile devamlılığın sağlanması çok önemlidir (Sabuncuoğlu, 2006).

Bir ya da daha fazla risk etkeni taşıyan kadınların doğum sonrası depresyon için taranması önerilmektedir (Moraes, 2006). Tarama için en sık kullanılan yöntem Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği'dir (EPNDÖ). Doğum sonrası depresyon sık görülmesine karşın çoğu kez tanı konulamamaktadır. Bu durumun başlıca nedenleri kadının negatif duyguları nedeniyle kendini yalnız hissetmesi ya da utanması, rutin kontrol için çağırıldığı doğum sonrası 6. haftaya kadar doktorla görüşme olanağı bulamamış ya da hangi doktora başvuracağını kestirememiş olması, yeni doğan bebeğin verdiği heyecanla yakınmalarını dile getirememesi olabilir. Çoğu kadın sorunlarını depresyon olarak algılamaz, yine çoğu bu konuda destek arayışı içinde değildir. Ağır doğum sonrası depresyonu olan kadınların yalnızca % 50'den azı belirtilerini depresyon olarak değerlendirmektedir (Brott, 2003).

PPD anne-bebek, aile ve gelecek kuşaklar üzerindeki olumsuz etkileri düşünüldüğünde göz ardı edilmemesi gereken önemli bir sağlık sorunudur. Ebe ve hemşireler, birinci basamak sağlık kuruluşlarında, ana-çocuk sağlığı merkezlerinde, hastanelerde anneler ile yakın ilişkide olan sağlık ekibi üyeleridir. Bu nedenle doğum sonrası dönemde yapacakları ev ziyaretleri ile annenin yeni duruma uyumunu, destek kaynaklarından yararlanmasını sağlayabilir, PPD riskini erken dönemde tanıyabilir, bireyi yardım almaya yönlendirebilirler. Kadında doğum sonrası depresyon tanıldıktan sonra bireysel ya da aile psikoterapisi, farmakolojik tedavi ve sosyal servislerin desteğinden yararlanılabilir. Aynı zamanda planlanmamış gebelikler ya da işsizlik gibi risk etkenleri aile planlaması yöntemleri ile azaltılabilir (Işık, 2007).

### **Etiyolojisi:**

Doğum sonrası depresyonun etyolojisi kesin olarak bilinmemektedir. Hızlı fizyolojik değişikliklerin rolü olabileceği düşünülmektedir, ancak hangi etmenlerin daha fazla neden olduğu açık değildir. Bununla birlikte bazı risk etmenlerini taşıyan kadınlarda doğum sonrası depresyonun daha sık görüldüğü bilinmektedir (Kara, 2001).

### **Risk Faktörleri:**

- Biyokimyasal faktörler,
- Gebelik öncesi kişisel duygu durum bozukluğu,



- Premenstrüel sendrom,
- Annelik hüznü,
- Multiparite,
- Prenatal depresyon,
- Bebek bakım stresi,
- Yaşam stresi,
- Erken anne çocuk ayrılığı,
- Daha önceki olumsuz doğum deneyimi,
- Evlenmemiş olma,
- Anne yaşının küçük olması,
- Gebelik sırasında hiperemezis gravidarum,
- Gebelik süresince sigara ve madde kullanımı,
- Kadının ya da eşinin işsizliği,
- Düşük gelir düzeyi,
- Doğum öncesi ve sonrası dönemde yakın çevreden sosyal destek görememe,
- Evlilik sorunları,
- Beklenmedik yaşamsal olaylar (ölüm, ayrılık gibi),
- Planlanmamış gebelikler, multiparite,
- Daha önceki gebeliklerde depresyon geçirilmesi,
- Yüksek riskli gebelik yaşamış olması,
- İstenmeyen gebelik,
- Primipar olma,
- Düşük doğum ağırlıklı çocuğa sahip olma,
- Çocuğun özürlü olması,
- Çocuğun cinsiyetine yönelik beklenti,
- Kayıpla sonlanan gebelik ve doğum deneyimleri,
- Erken anne bebek ayrılığı ve bebeğin bakımı ile ilgili duyulan kaygılar gibi örseleyici yaşam olayları postpartum depresyonda risk oluşturmaktadır (Brott, 2003; Deveci, 2003; Dünder, 2002; Marcus 2001; Vieira 2003).

**Belirtileri:**

- Sıklıkla bedensel yakınmalar ve özellikle aşırı yorgunluk,
- Kendini değersiz hissetme,
- Anksiyete,
- Karamsarlık,
- Ağlamaklı hal ya da nedensiz ağlama,
- Çocuğun sağlığına ilişkin endişe duyma,
- Duygu durumunun deprese olması,
- Aktivitelere ilginin azlığı,
- İştah değişikliği,
- Uyku bozuklukları,
- Çocuğun bakımında güçlükler,
- Suçluluk hissi,
- Kendine güven azlığı,
- Emosyonel yetersizlik,
- Konsantrasyon güçlüğü,
- Psikomotor retardasyon ya da ajitasyon,
- Obsesif-kompulsif bozukluk,
- İntihar düşünceleri,
- Cinsel istek azlığı gibi belirtiler de görülmektedir (Işık, 2007; Sabuncuoğlu, 2006).

**Tedavi, Bakım ve Prognozu:**

Doğum sonu depresyonu erken ve doğru tanımlamak, hastalığın ilerlemesini ve olumsuz sonuçların artmasını engellemede ilk adımdır. Doğum sonu depresyonu inceleyen çalışmalarda; doğum sonu depresyona özgü bir ölçeğin kullanılmasının daha güvenli sonuçlar ortaya çıkaracağı belirtilmiştir. Bu amaçla Cox ve arkadaşları (1987) Edinburgh Doğum Sonu Depresyon Ölçeği'ni geliştirmişler ve geçerlilik güvenilirlik çalışmasını yapmışlardır. Bu ölçeğin doğum sonu dönemdeki annelere, depresyon riskini belirlemeye yönelik rutin olarak uygulanabileceği bildirilmektedir. Ülkemizde de EPNDÖ'nün geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Engindeniz tarafından (1996) yapılmıştır. Ayrıca Beck ve arkadaşlarının (1979) geliştirdiği "Beck Depresyon Envanteri" (BDE) depresyonda görülen duygusal, somatik, bilişsel ve motivasyona dayalı belirtileri ölçmek üzere geliştirilmiş olup yine tarama amaçlı kullanılabilir. BDE'nin geçerlilik ve güvenilirliği Hisli tarafından (1988) yapılmıştır.

Doğum sonu tarama ölçekleri ile tarama yapmak, az zaman alan, uygulaması kolay ve güvenilir bir yöntemdir. Bu sayede kadınların erken tedavisi sağlanarak hastalığın süresi kısaltılacak ve prognoz olumlu yönde değişebilecektir. Depresyon tedavi edilmediğinde ise hastalık kronikleşebilmekte, hastanın yaşam kalitesi düşmekte sosyal ve mesleki işlevselliği bozulmakta, öz kıyım hatta bebeğine zarar verme riski artabilmektedir (Aktaş, 2008).

Doğum sonrası depresyon tedavisi yakın zamana kadar majör depresyona benzetilmekteydi. Hendrick ve arkadaşları (2000) doğum sonu depresyon-majör depresyonun farkları ve farmakolojik tedaviye yanıtları ile ilgili yaptıkları bir çalışmada; doğum sonu depresyonu olan annelerin, majör depresyonu olan anneler ile karşılaştırılmaları sonucu daha kaygılı oldukları, belirtilerinin şiddetinin daha fazla olduğu bulunmuştur. Düzenlenen ilaç tedavisi sonucunda, majör depresyonu olan kadınlarda % 75 oranında iyileşme saptanırken, doğum sonu depresyonu olan kadınların yalnızca % 36'sında iyileşme saptanmıştır. Araştırmanın sonuçları doğum sonu depresyonunun daha farklı ele alınması gerektiğini göstermiştir (Hendrick et al., 2000).

Doğum sonu depresyonun tedavisi genel olarak belirtilerin türü ve şiddetine göre düzenlenir. Başlangıç döneminde destek, yardım ve bilgilendirme gerekli müdahalelerdendir. Belirtiler devam ettiğinde veya şiddetlendiğinde profesyonel tedavi gereklidir. Annelik işlevlerinin etkilenmediği hafif vakalarda psikoterapi yeterli olmakla birlikte, şiddetli vakalarda danışmanlık ve destekle birlikte farmakolojik tedavi gerekebilir (Epperson, 2001; Işık, 2007).

- Sosyal destek sağlamak annelerde, annelik rolüne ilişkin yeterlilik duygusunu artırarak depresyon görülme riskini azaltmakta ve bebeğin sağlığını olumlu yönde etkilemektedir (Gülseren, 1999).
- Tedavi görmeyen kadınlarda postpartum depresyon 3 ay ile 1 yıl arasında kendiliğinden düzelebilir. Annenin bebeğine karşı ilgisizliği veya hostile (düşmanca) duyguları ön plandadır. Anne bebeğine zarar vermeye kalkışabilir. Rahatsızlığın en üzücü tarafı bu rahatsızlıkta hastaların % 4'ünde rastlanabilen bebeğini öldürme (enfantisid veya filisid) davranışdır. Bu sebeple hastalık kişinin çevresince önemsenmeli ve dikkatli olunmalıdır (Epperson, 2001).
- Doğum sonrasında ortaya çıkan ağır bir depresyon, kadının ileriki yaşamını da etkileyecek Bipolar Bozukluk-Manik Depresif Hastalığın ilk atağı da olabilir. Bu nedenle PPD geçiren kadınlar psikiyatri uzmanı tarafından uzun süreli olarak izlenmelidir (Deveci, 2003).
- Doğum sonu depresyonu erken ve doğru tanımlamak için ev ziyaretleriyle bakımın devamlılığı sağlanmalıdır (Deveci, 2003).

- Depresyona obsesif-kompulsif bozukluk eşlik ediyorsa tedavide serotonerjik ilaçlar kullanılabilir. Ajitasyon ve anksiyete eşlik ediyorsa, sedatif etkili antidepresanlar uygun olur. Anksiyolitikler özellikle de benzodiyazepinler bağımlılık yapabildikleri ve anne sütüne geçebildikleri için tercih edilmemelidir. Son yıllarda transdermal östrojen preparatları önerilmektedir. Progesteron da kullanılabilir. Farmakoterapiye yanıt alınamazsa elektrokonvulsif tedavi (EKT) uygulanabilir (Deveci, 2003).

### **2.1.3. Doğum Sonu Psikoz**

Doğum sonu psikoz kavramının yerine, puerperal psikoz, postpartum psikotik depresyon gibi terimler kullanılabilir. Doğum sonu dönemde görülen en şiddetli bozukluktur (Balkaya, 2002).

#### **Etiyolojisi:**

Semptomları açısından değişkenlik göstermektedir. Erken tanısı konulamadığında ve tedavisi yapılamadığında tekrarlayabilir. Anne-bebek ve aile için yıkıcı sonuçlar doğurduğu belirlenmiştir (Balkaya, 2002).

Doğum sonu psikoz sıklıkla doğum sonu 3-14. günlerde görülür (Aslantaş ve ark., 2009), hastaların % 80'inde belirtiler ilk bir ay içinde görülebilmektedir. Görülme sıklığı 1000 doğumda 1-2 arasındadır (Eren, 2007).

#### **Risk Faktörleri:**

- Prenatal depresyon,
- Bebek bakım stresi,
- Yaşam stresi,
- Erken anne çocuk ayrılığı,
- Daha önceki olumsuz doğum deneyimi,
- Gebelik öncesi kişisel duygu durum bozukluğudur (Brott, 2003; Deveci, 2003; Dündar 2002; Marcus, 2001; Vieira 2003).

#### **Belirtileri:**

- Yorgunluk,
- Uykusuzluk,
- Huzursuzluk ve aşırı aktivite,

- Değişken duygu durumu,
- Ağlama nöbetleri,
- Konfüzyonlar,
- Halüsinasyonlar,
- Şüphencilik,
- Dalgınlık,
- Bebeğin sağlığına ilişkin takıntılı düşünceler,
- Ağır psikoz durumlarında bebeğin kusurlu, anormal olduğuna ilişkin sanrısız düşünceler,
- Huzursuzluk ve gün içinde sıkça dalgalanan bir ruh hali ile başlayabilen bu durum kendini her tür kötü olayın sorumlusu olarak görme,
- Doğan çocuğun aslında kendi çocuğu olmadığını, hatta doğumu bile kendisinin yapmadığı, bebekte bir sağlık sorunu olduğu, ona yeterince bakamayacağı ve acı çekebileceği için onu veya kendini öldürerek acılara son verme düşünceleri, bebeğini öldürmesi, kurban etmesi yolunda olmayan sesler duyma gözlenebilmektedir (Eren, 2007).

### **Tedavi ve Prognozu:**

Doğumu izleyen ilk iki hafta içinde başlayabilen bu durum erken dönemde ve yeterince tedavi edilmezse yıllarca sürebilen, tedavisi zor bir hale dönüşebilir. Hastaların % 4'ünde bebeğini öldürme davranışı görülmektedir. Geçirilmiş psikoz öyküsü olan annelerde % 40 oranında tekrarlanan doğum sonu psikoz oluşmaktadır. Ailede psikiyatrik bozukluk olanlarda, primiparlarda, doğum sonu depresyon geçirenlerde risk fazladır (Gülşen, 2001).

Tedavide genellikle antipsikotikler tercih edilir, antipsikotiklere yanıt alınmadığı durumlarda EKT uygulanabilir. Özellikle intihar ve bebeği öldürme düşüncesi olan anne ile bebeği ayırarak annenin tedavisinin hastanede yapılması gereklidir. Tedavi olan doğum sonu psikozlu hastaların % 95'i 2-3 ay içinde iyileşmektedirler (Eşsizoglu ve ark., 2009).

## **2.2. Postpartum Depresyonda Ebelik ve Hemşirelik Yaklaşımları**

PPD anne-bebek, aile ve gelecek kuşaklar üzerindeki olumsuz etkileri düşünüldüğünde göz ardı edilmemesi gereken önemli bir sağlık sorunudur (Bingöl, 2010). Doğum sonu depresyon yaşayan annelerin kendilerine ve bebeklerine zarar verme risklerinin yüksek olduğu bilinmektedir. Bu nedenle doğum sonu depresyon açısından riskli grupların belirlenmesi, erken tanı ve tedavi sağlanması önemlidir (Efe ve ark., 2009). Ebe ve hemşireler, birinci basamak sağlık kuruluşlarında, ana-çocuk sağlığı merkezlerinde, hastanelerde anneler ile yakın ilişkide olan sağlık ekibi üyeleridir.

Bu nedenle sağlık personeli tarafından taburculuk sonrası ev ziyaretleri ile devamlılığın sağlanması çok önemlidir (Robertson, 2010).

Ülkemizde doğumdan önce ve sonra birçok kez anne ile etkileşim içinde olan ebe ve hemşireler doğum sonu depresyon yönünden değerlendirmede bulunabilirler. Bunu sağlamada, doğum öncesi dönemde postpartum depresyon açısından riskli durumlar belirlenmeli, doğum sonu dönemde ise hem riskler hem de belirtiler yönünden izlenmelidir. Özellikle birinci basamak sağlık hizmetlerinde görevli ebe ve hemşireler, doğum öncesi ve sonrası anneye ve aileye ihtiyaç duyulan konularda danışmanlık hizmeti vermeli, profesyonel sağlık bakımına ihtiyacı olan kadınları tanımlamak için doğum sonu depresyon göstergesi olan belirti ve davranışları gözlemelidirler (Işık, 2007).

Postpartum depresyonu olan annelere kontrol grubu kullanılarak yapılan bir çalışmada; kontrol grubu rutin bakıma bırakılırken, çalışma grubundaki kadınlar hemşireler tarafından altı hafta süresince haftada bir ziyaret edilmişlerdir. Çalışma grubunda postpartum depresyon oranında % 80 iyileşme görülürken kontrol grubunda sadece % 25 oranında kalmıştır (Wiekberg, 1996). Yapılan bir diğer araştırmada; orta ve yüksek düzeyde doğum sonu depresyon tespit edilen annelere yapılan ev ziyaretleri ve planlı ebelik ve hemşirelik bakımı sonrasında orta düzeyde depresyonu olanların oranı % 60'dan % 36.7'ye, yüksek düzeyde depresyonu olanların oranı % 13.3'den % 6.7'ye gerilediği bulunmuştur (Durat, 2003; Eren, 2007).

Eroğlu ve Taşkın'ın (2009) Türkiye'de postnatal depresyon ve etkileyen faktörler konusunda yaptıkları çalışmada; ev ziyaretleriyle erken tanı ve tedavinin önemi nedeniyle ebe ve hemşireler tarafından istenmeyen gebeliklerin önlenmesi, doğum sonu anne ve bebek sorunlarının erken dönemde fark edilip çözümlenmesi, doğum sonu döneme uyum için kadınlara yönelik eğitim danışmanlık hizmetlerinin sunulması ve kadınların doğum sonu depresyon risk faktörleri açısından değerlendirilerek önleyici tedbirlerin alınması önerilmiştir (Eroğlu ve Taşkın, 2009).

Postpartum depresyon riski en güvenilir olarak Edinburgh Post Natal Depresyon Ölçeği ve Beck Postpartum Depresyon Skalası gibi değerlendirme araçları ile belirlenebilir.

Beck (2001), ebe ve hemşirelerin postpartum depresyon yaşayan anne ile iletişimini sağlayan yedi temadan söz etmiştir. Bunlar; postpartum depresyona ilişkin yeterli bilgi düzeyine sahip olma, annelere bu sorunun biteceğine dair umut aşılama ve empati yapma, hızlı ve doğru risk tespiti için dikkatli gözlem yapma, onlara zaman ayırma, gerektiğinde yönlendirme, bakımın sürekliliğini sağlamadır (Beck, 2001). Bunları gerçekleştirebilmede ebe ve hemşirelerin kendilerini hazır ve donanımlı hissetmeleri önemlidir. Slovenya'da ebe ve hemşirelerin postpartum depresyon konusunda değerlendirildiği bir çalışmada, katılanların tümü doğum sonu ruh sağlığı bilgisinden

yoksun olduklarını, % 99'u daha fazla bilgiye ihtiyaç duyduklarını belirtmişlerdir. Çoğunluğun doğum sonu depresyonun karakteristik özelliklerini bilmediği ortaya çıkmıştır (Scocir, 2006).

Ülkemizde daha çok postpartum depresyonun görülme sıklığı üzerine çalışmalar yapılmış ve sonuçlarının anlamlı derecede yüksek bulunmuş olmasına karşın (Durat ve ark., 2010; Ocaktan ve ark., 2006; Özdemir ve ark., 2008) henüz doğum sonu depresyon konusunda hemşire ve ebelerin bilgi düzeylerini belirleyen çalışma sayısı sınırlıdır (Işık, 2007; Kurtay, 2010; Tezel, 2006). Postpartum depresyon açısından riskli grupları belirlemek, koruyucu çalışmalar yapmak ve tanıya götüren belirtileri fark etmek ebe ve hemşirelerin sorumlulukları arasındadır. Bu hizmetleri nitelikli hale getirebilmek, hizmetin yürütülmesinde eksiklikleri görebilmek ve planlama yapabilmek için önemli roller üstlenmesi beklenen ebe ve hemşirelerin bu hizmetlere ilişkin bilgi görüş ve uygulamalarının bilinmesi önemlidir (Işık, 2007; Tezel, 2006).

Ülkemizde Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkındaki Yönerge'ye göre ana-çocuk sağlığı gibi farklı nüfus gruplarına götürülmekte olan her türlü koruyucu ve iyileştirici sağlık hizmetleri sağlık ocaklarında verilmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2008). Ancak ne yazık ki kadınların doğum öncesi ve doğum sonu hizmetlerden yararlanma oranları giderek gelişmesine karşın hala istendik düzeyde değildir (Taşkın ve ark., 2009).

Bilgili ve arkadaşlarının yaptığı bir araştırmada (2006) doğum sonu kontrollere gelen annelerin oranı % 18.9 bulunmuştur (Bilgili ve ark., 2006). Son yıllarda benimsenen erken taburculuk anlayışı ile, herhangi bir komplikasyon gelişmediğinde vajinal doğumlarda 24 saat ve daha kısa sürede, sezaryen doğumlarda 48 saat ve daha kısa sürede taburculuk planlanmaktadır ve bu durum da doğum sonu izlemde birinci basamak sağlık hizmetlerinin önemini bir kez daha göstermektedir (Koç, 2005).

Bu nedenle ebe ve hemşirelerin postpartum dönemde depresyonu tanılmasında yardımcı olabilecek kadında araştırması gereken anahtar veriler şöyle sıralanmaktadır:

- Daha önce geçirilmiş olan anksiyete, depresyon veya bipolar bozukluk gibi mental hastalık öyküsü,
- Önceki doğumlarda yaşanmış olan annelik hüznü veya postpartum depresyon varlığı,
- Gebelik süresince yaşanan huzursuzluk ve endişe,
- Gebelikte tespit edilen riskler ve derecesi,
- Gebelik döneminde yaşanan evlilik ve iş problemleri,
- Kadının eşi ile yaşadığı iletişim sorunları ve evlilikten memnuniyetsizliği,
- Kadının sosyal destek sistemlerinin yetersizliği,
- Kadının bebeğinin bakımını tek başına yürütecek olması,

- Bebek bakımında yaşanan güçlükler,
- İstenmeyen/planlanmayan bebeğe sahip olma,
- Kadının eğitim ve gelir düzeyinin düşük olması,
- Annelik rolünün benimsenmesinde yaşanan problemlerdir (Koç, 2005).

### **2.3. Postpartum Depresyonda Ebe ve Hemşirenin Sorumlulukları**

- PPD riskini erken dönemde tanıyabilmek (belirtiler değerlendirilmelidir; bedensel yakınmalar, aşırı yorgunluk, değersiz hissetmek, anksiyete, karamsarlık, ağlamaklı hal veya nedensiz ağlama, uyku bozukluğu, çocuk bakımı konusunda yetersizlik hissi ve çocuğun sağlığına ilişkin endişe duyma, iştah bozuklukları, konsantrasyon bozuklukları, ölüm ve intiharla ilgili düşünceler, cinsel istek azlığı gibi),
- Planlanmamış gebelikler ya da işsizlik gibi risk etkenlerini aile planlaması yöntemleri ile azaltmak,
- Hastalığın erken tanı ve tedavisiyle kişinin yaşam kalitesinin düşmesini, sosyal ve mesleki işlevselliğini yitirmesini ve hatta öz kıyım ya da bebeğe zarar verme riskini azaltmak,
- Kadında doğum sonrası depresyon tanıldıktan sonra bireysel ya da aile psikoterapisi, farmakolojik tedavi ve sosyal servislerin desteğinden yararlanmaya yönlendirmek,
- Ev ziyaretleriyle anneleri kendi ortamlarında değerlendirmek, annelerin sorun ve endişelerini daha rahat dile getirmelerini sağlayarak anne-ebe/hemşire arası güven ilişkisini pekiştirmek, etkili bir doğum öncesi ve doğum sonu izlem gerçekleştirebilmek,
- 2008 yılında yürürlüğe giren Ülkemizde Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkındaki Yönerge'ye göre ana-çocuk sağlığı gibi farklı nüfus gruplarına götürülmekte olan her türlü koruyucu ve iyileştirici sağlık hizmetlerinin aile sağlığı merkezlerinde verilmesini sağlamak,
- Doğum öncesi 4 kez, normal doğumda doğum sonrası ilk 24 saat, sezaryenle doğumda doğum sonu ilk 48 saat ve doğum sonu 42. güne kadar PPD açısından riskli dönemler olduğu için anneleri yakından izlemek,
- İlk yıl içinde bağışıklama, bebeğin kontrolü ve benzeri sebeplerle annelerle etkileşim içine girmek, depresyon belirtilerini ve risk faktörlerini belirlemek üzere annelerle görüşmeler yapmak,
- Doğum sonu depresyon açısından riskli bulunan gebe ve lohusaları takip altına almak ve uygulaması kolay ölçeklerle değerlendirilmek, tedavi edici müdahaleye katkıda bulunmak ve gerekli bulduğunda sevk etmek,



- Primipar, cinsiyet tercihi olan (özellikle erkek) veya gebeliği planlı olmayan, sağlık sorunu yaşayan anneleri yakından takip etmek,
- Gebeliği sırasında yeterli destek görmeyen ve kendini anneliğe hazır hissetmeyen kadınları yakından takip etmek,
- Önceden var olan şartlanmalar ve korkuları gidermek için gebelik öncesi, gebelik, doğum ve sonrası eğitim programları düzenlemek,
- Erken dönemde anne ve bebek ilişkisinin kurulamadığı, emzirme sorunlarının yaşandığı durumlarda postpartum depresyon riski açısından dikkatli olmak,
- Sezeryan doğum oranlarının düşürülmesi doğrultusunda; normal doğuma özendirmek, eğitim ve ebeveynliğe hazırlık kurslarını yaygınlaştırmak, sezaryene özgü fiziksel ve psikososyal sorunların azaltılmasına yönelik önlemleri almaktır (Başer, 2005; Beck, 2001; Buğdaycı ve ark., 2004; Clement, 2001; Durat, 2003; Gökyıldız ve ark., 2004; İnandı ve ark., 2002; Josefsson, 2001; Lee ve ark., 2000; Moraes, 2006; Patel ve ark., 2002; Sağlık Bakanlığı, 2008; Şahin ve ark., 2007; Tatar ve ark., 2000; Thivierge, 2006; Top ve ark., 2005; Turnbull, 1999; Weerd ve ark., 2002; Yüksel, 2000; Yüksel, 2009).

### 3.GEREÇ VE YÖNTEM

#### 3.1. Araştırmanın Türü:

Araştırma, İstanbul İli Kadıköy İlçesinde aile sağlığı merkezlerinde ve bağlı buldukları toplum sağlığı merkezinde çalışan ebe ve hemşirelerin postpartum depresyona yönelik bilgi ve uygulamalarının değerlendirilmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yürütülmüştür.

#### 3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman:

Araştırma, İstanbul İli Kadıköy İlçesinde bulunan sağlık grup başkanlığı/toplum sağlığı merkezi ile 38 (18 ASM bulunmakta olup, sanal ASM'lerle birlikte toplam 38 ASM'dir.) aile sağlığı merkezinde 13.05.2011-14.09.2011 tarihleri arasında yürütülmüştür.

#### 3.3. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme:

Araştırmanın evrenini, Kadıköy İlçesinde bulunan sağlık grup başkanlığı/toplum sağlığı merkezi ile aile sağlığı merkezlerinde çalışan ebe ve hemşireler oluşturmuştur (Tablo 3.1). Evrenden örneklem seçimi yapılmamış, araştırmaya katılmayı kabul eden ebe ve hemşirelerin tümü (127 kişi) araştırma kapsamına alınmıştır. Araştırma kapsamına alınamayan 7 ebe/hemşire kendi tercihleri doğrultusunda araştırmaya katılmak istememiştir.

**Tablo 3.1. İstanbul İli Kadıköy İlçesi Aile Sağlığı Merkezlerinde (ASM) Hizmet Veren Ebe ve Hemşire Sayıları**

SEMT ADI	ASM BİRİMİ	EBE-HEMŞİRE SAYILARI	
		Mevcut	Ulaşılan
Acıbadem	Acıbadem ASM	5	5
Bostancı	Bostancı ASM	8	8
Dumlupınar	Dumlupınar ASM	3	3
Erenköy	Erenköy ASM	2	2
Fenerbahçe	Fenerbahçe ASM	1	1
Fikirtepe	Fikirtepe ASM	4	4
Göztepe	Göztepe ASM	3	3
Fikirtepe	Hacı Mustafa Tarman ASM	4	3
Kadıköy	Hasan Paşa ASM	1	1
Kızıltoprak	Kadıköy 17 Nolu ASM	3	3
Kadıköy	Kadıköy 18 Nolu ASM	2	2
Bağdat Caddesi	Kadıköy 19 Nolu ASM	4	4
Dumlupınar	Kadıköy 20 Nolu ASM	3	3
Fikirtepe	Kadıköy 21 Nolu ASM	2	2
Hasanpaşa	Kadıköy 22 Nolu ASM	3	3
Acıbadem	Kadıköy 23 Nolu ASM	3	3

**Tablo 3.1. (Devamı)**

SEMT ADI	ASM BİRİMİ	EBE-HEMŞİRE SAYILARI	
		Mevcut	Ulaşılan
Osmanağa	Kadıköy 24 Nolu ASM	2	2
Kadıköy	Kadıköy 25 Nolu ASM	BOŞ	
Osmanağa	Kadıköy 26 Nolu ASM	2	2
Kadıköy	Kadıköy 27 Nolu ASM	1	1
Kadıköy	Kadıköy 28 Nolu ASM	BOŞ	
Kozyatağı	Kadıköy 1 Nolu ASM	3	3
Kozyatağı	Kadıköy 9-10 Nolu ASM	4	4
Sahra-İ Cedit	Kadıköy 11 Nolu ASM	3	3
Merdivenköy	Kadıköy 12-13 Nolu ASM	2	2
Göztepe	Kadıköy 14 Nolu ASM	3	3
Fenerbahçe	Kadıköy 16 Nolu ASM	1	1
Kozyatağı	Kadıköy 2 Nolu ASM	2	1
Suadiye	Kadıköy 3 Nolu ASM	3	3
Suadiye	Kadıköy 4 Nolu ASM	3	3
Bağdat Caddesi	Kadıköy 5 Nolu ASM	4	4
Erenköy	Kadıköy 7 Nolu ASM	2	2
Göztepe	Kadıköy 8 Nolu ASM	7	6
Koşuyolu	Koşuyolu ASM	1	1
Kozyatağı	Kozyatağı ASM	5	3
Merdivenköy	Merdivenköy ASM	3	3
Caferağa	Moda ASM	4	4
Sahra-İ Cedit	Sahra-İ Cedit ASM	5	5
Selami Çeşme	Selami Çeşme ASM	4	3
Sahra-İ Cedit	Tüccarbaşı ASM	4	4
Osmanağa	Kadıköy 29 Nolu ASM	1	1
Suadiye	Kadıköy 30 Nolu ASM	1	1
Kadıköy	Merkez ASM (Toplum Sağlığı Merkezi)	13	12
<b>TOPLAM</b>		<b>134</b>	<b>127</b>

### 3.4. Verilerin Toplanması ve Araçlar:

Araştırma verileri, araştırmacı tarafından geliştirilmiş olan Bilgilendirilmiş Olur Formu (Ek 1), literatür taranarak hazırlanmış olan Soru Formu (Ek 2) ve Postpartum Depresyona Yönelik Bilgi Formu (Ek 3) aracılığı ile toplanmıştır.

#### Ek 1. Bilgilendirilmiş Olur Formu:

Bu form, ebe ve hemşirelerin bu araştırmaya kendi istekleri ile katıldıklarını gösteren bir belge olarak araştırmacı tarafından hazırlanmıştır. Formda araştırmanın amacı ve yararları anlatılmıştır.

### **Ek 2. Soru Formu:**

Form, araştırmacı tarafından literatür taranarak (Gülseren, 1999; Işık, 2007; Scocir and Hundley, 2006) geliştirilmiş olup, ebe ve hemşirelerin tanıtıcı özelliklerini (yaş, medeni durum, öğrenim durumu, meslek gibi) içeren 4 soru, çalıştıkları sağlık kuruluşları ve sürelerini içeren 2 soru ile postpartum depresyona yönelik bilgi kaynakları ve uygulamaları içeren 14 soru olmak üzere toplam 20 sorudan oluşmaktadır.

### **Ek 3. Postpartum Depresyona Yönelik Bilgi Formu:**

Form, araştırmacı tarafından literatür taranarak (Beck & Gable, 2000; Cox & Holden, 1987; Işık, 2007; Karaçam ve Kitiş 2008; Kendell, 1987; Scocir & Hundley, 2006; Stewart ve ark. 2002; Taşkın ve ark., 2009; Tezel, 2008; Yüksel, 2009) geliştirilmiş olup, postpartum depresyonun belirtileri, risk faktörleri, tedavi ve korunma yaklaşımları ile ilgili bilgi ifadelerini içermektedir. Araştırma formuna Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği alanında 2, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği alanında 1 ve Ruh Sağlığı ve Hastalıkları alanında 1 olmak üzere toplam 4 uzman görüşü alınarak son hali verilmiştir.

Postpartum Depresyona Yönelik Bilgi Formu'nun çalışmada kullanılması için Biyoistatistik Anabilim Dalı'na başvurulmuş ve istatistik açıdan uygundur onayı alınmıştır (Ek 3). Ebe ve hemşirelerin PPD bilgi durumlarını değerlendirmeye yönelik oluşturulan soru formunda PPD risk faktörlerine yönelik 20 soru, PPD belirtilerine yönelik 15 soru, tedavi ve korunma yaklaşımlarına yönelik 9 soru bulunmaktadır. Sorular ters ve düz ifadelerden oluşmaktadır. Her soru için 3 cevap seçeneği bulunmaktadır. Ebe ve hemşirelerden doğru olduğunu düşündükleri bir seçeneği işaretlemeleri istenmiştir. Düz ifadeyle sorulan sorularda doğru seçeneği 1 puan / yanlış seçeneği 0 puan olarak değerlendirilmiştir. Ters ifadeyle sorulan sorularda ise yanlış seçeneği 1 puan / doğru seçeneği 0 puan olarak değerlendirilmiştir. Bilmiyorum seçeneği ise puanlamaya dahil edilmemiştir. Oluşturulan puan tablosuna (Ek 6) göre alınabilecek en yüksek puan 44, en düşük puan ise 0'dır.

### **PPD Risk Faktörlerine Yönelik Sorular:**

- Annenin düşük doğum ağırlıklı bebeğe sahip olması postpartum depresyon için bir risk oluşturmaktadır (Doğru 1 puan / Yanlış 0 puan).
- Annenin erken doğum yapması postpartum depresyon gelişimini etkilememektedir (Doğru 0 puan / Yanlış 1 puan).
- Annenin yakınlarından birini kaybetmesi postpartum depresyona yatkınlığını artırmaktadır (Doğru 1 puan / Yanlış 0 puan).
- Anne veya ailede önceden geçirilmiş depresyon öyküsü ile postpartum depresyon gelişimi arasında pozitif bir ilişki görülmektedir (Doğru 1 puan / Yanlış 0 puan).
- Annede var olan kişilik bozuklukları postpartum dönemde depresyona yatkınlık oluşturmaktadır (Doğru 1 puan / Yanlış 0 puan).
- Sinirli ve öfkeli olan anneler postpartum dönemde depresyona yatkınlık göstermektedirler (Doğru 1 puan / Yanlış 0 puan).
- Utangaç annelerde postpartum dönemde depresyon daha nadir görülmektedir (Doğru 0 puan / Yanlış 1 puan).
- İşsizlik annede postpartum depresyon gelişimini artırmaktadır (Doğru 1 puan / Yanlış 0 puan).
- Eğitim düzeyi yükseldikçe postpartum depresyon gelişme riski artmaktadır (Doğru 0 puan / Yanlış 1 puan).
- Erken yaşta evlenen annelerde postpartum depresyon daha az görülmektedir (Doğru 0 puan / Yanlış 1 puan).
- Anne planlamadan gebe kaldıysa postpartum depresyon gelişme riski yüksektir (Doğru 1 puan / Yanlış 0 puan).
- Yeterli doğum öncesi bakım hizmeti alan annelerde postpartum depresyon gelişme riski azalmaktadır (Doğru 1 puan / Yanlış 0 puan).
- Anne kız çocuk dünyaya getirdiyse postpartum depresyon gelişme riski artmaktadır (Doğru 1 puan / Yanlış 0 puan).
- Annenin kız veya erkek çocuk dünyaya getirmiş olması postpartum depresyon gelişme riskini etkilememektedir (Doğru 0 puan / Yanlış 1 puan).
- Annenin bebeği emzirirken kendine zaman ayıramaması postpartum depresyon riskini artırır (Doğru 1 puan / Yanlış 0 puan).
- Anne sütünün kesilmesine bağlı postpartum depresyon gelişebilir (Doğru 1 puan / Yanlış 0 puan).

- Postpartum depresyon genellikle doğum sonrası 2-8.haftalar arası başlar ve en çok 5 yıl kadar sürer (Doğru 0 puan / Yanlış 1 puan).
- Gebelikte yüksek olan östrojen düzeyinin doğumla düşmesinin postpartum depresyona etkisi yoktur (Doğru 1 puan / Yanlış 0 puan).
- Troid hormonundaki değişiklikler postpartum depresyonu etkilememektedir (Doğru 0 puan / Yanlış 1 puan).
- Postpartum depresyon, gebeliğe bağlı hormonal değişikliklerin neden olduğu bir bozukluktur (Doğru 0 puan / Yanlış 1 puan).

#### **PPD Belirtilerine Yönelik Sorular:**

- Postpartum depresyonda anne kendini çok güçlü görür (Doğru 0 puan / Yanlış 1 puan).
- Postpartum depresyonda anne bebeğine karşı ilgisiz veya düşmanca tavırlar içindedir (Doğru 1 puan / Yanlış 0 puan).
- Postpartum depresyonda annelerde bebeği öldürme davranışı gözlenebilir (Doğru 1 puan / Yanlış 0 puan).
- Postpartum depresyonda annede nedensiz korku ve panik görülebilir (Doğru 1 puan / Yanlış 0 puan).
- Postpartum depresyonda kilo değişiklikleri görülmez (Doğru 0 puan / Yanlış 1 puan).
- Postpartum depresyonda kronik yorgunluk görülebilir (Doğru 1 puan / Yanlış 0 puan).
- Postpartum depresyonda cinsel istekte artış görülebilir (Doğru 0 puan / Yanlış 1 puan).
- Postpartum depresyonda annede ağır depresif belirtiler yanında intihar düşünceleri ya da girişimleri görülebilir (Doğru 1 puan / Yanlış 0 puan).
- Postpartum depresyonda anneler sık sık ağlama eğilimi gösterirler (Doğru 1 puan / Yanlış 0 puan).
- Postpartum depresyonda anne sık sık kendini suçlar (Doğru 1 puan / Yanlış 0 puan).
- Postpartum depresyonda anneler kendilerini başarısız hissedebilirler (Doğru 1 puan / Yanlış 0 puan).
- Postpartum depresyonda annelerde karar vermede güçlük görülür (Doğru 1 puan / Yanlış 0 puan).
- Postpartum depresyonda anne günlük hayatının gerektirdiği vazifeleri yapmakta zorlanır (Doğru 1 puan / Yanlış 0 puan).
- Postpartum depresyonda kadın iyi bir anne olamama endişesi ile depresif mizaca sahip olabilmektedir (Doğru 1 puan / Yanlış 0 puan).

- Postpartum depresyonda anneler yaşlandığını ve çekiciliğini kaybettiğini düşünmeye başlarlar (Doğru 1 puan / Yanlış 0 puan).

### **Tedavi ve Korunma Yaklaşımlarına Yönelik Sorular**

- Postpartum depresyon gebelik, doğum ve doğum sonu süreçlerin sağlıklı geçirilmesi ile önlenebilir (Doğru 1 puan / Yanlış 0 puan).
- Doğum sonu dönemde anne izolasyon ve yalnızlık duygusu yaşıyorsa postpartum depresyon yönünden dikkatle değerlendirilmelidir (Doğru 1 puan / Yanlış 0 puan).
- Postpartum depresyon tedavisinde destekleyici terapiye ihtiyaç duyulmaz (Doğru 0 puan / Yanlış 1 puan).
- Postpartum depresyon tedavisinde anne yakından takip edilir ve aile bilgilendirilir (Doğru 1 puan / Yanlış 0 puan).
- Postpartum depresyon hafif veya orta şiddette ise annenin emzirmeyi bırakması önerilir (Doğru 1 puan / Yanlış 0 puan).
- Depresyon çok şiddetli ise elektroşok tedavisi düşünülebilir (Doğru 1 puan / Yanlış 0 puan).
- Eğer postpartum depresyon erken dönemde ve yeterince tedavi edilmezse, yıllarca sürebilen tedavisi zor bir hale dönüşebilir (Doğru 1 puan / Yanlış 0 puan).
- Postpartum depresyon hafif veya orta şiddette ise antidepresan tedavi başlanır (Doğru 1 puan / Yanlış 0 puan).
- Tedaviye yönlendirilmeyen kadınlarda postpartum depresyon 3 ay ile 5 yıl arasında kendiliğinden düzelebilir (Doğru 0 puan / Yanlış 1 puan).

### **3.5. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması:**

Araştırmanın gerek ön gerekse asıl uygulamasında ebe ve hemşirelerin araştırmaya katılmayı kabul etmeleri ve hazırlanmış olan bilgilendirilmiş olur formunu (Ek 1) okuyup onaylamaları beklenmiştir. Soru ve bilgi formunun ön uygulaması, araştırma kapsamına alınmayan Maltepe 08 Nolu ASM'de (Aile Sağlığı Merkezi) 5 ebe/hemşire, Maltepe Altıntepe ASM'de 5 ebe/hemşire ve Maltepe 04 Nolu ASM'de 2 ebe/hemşire olmak üzere toplam 12 kişiye 21.04.2011-22.04.2011 tarihinde yapılmıştır. Her bir gönüllüyle ortalama 15-20 dakika görüşülmüştür. Ön uygulama sonucunda belirlenen hata veya eksiklikler düzeltilerek asıl uygulamada kullanılan formlar geliştirilmiştir. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalı olarak yürütülmüştür.

### **3.6. Verilerin Değerlendirilmesi:**

Araştırmadan elde edilen veriler bilgisayar ortamında Statistical Package for Social Sciences (SPSS) for Windows istatistik paket programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde parametrik testler (varyans analizi ve iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi) ve parametrik olmayan testler (kruskal wallis ve mann whitney u testi) kullanılmıştır.

Değişkenler arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişkinin olup olmadığının belirlenmesinde  $p < 0.05$  değeri temel alınmıştır. Veriler soru formu aracılığı ile yüz yüze görüşme yöntemiyle toplanmıştır. Araştırmada bilgi ve uygulamaya yönelik bulgular bağımlı değişkenler, ebe ve hemşirelerin sosyo-demografik özelliklerine ilişkin bulgular, çalıştıkları sağlık kuruluşları ve sürelerine ilişkin bulgular ise bağımsız değişkenlerdir.

### **3.7. Araştırmanın Etik Boyutu:**

10.11.2010 tarihinde Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu Kararı (Ek 2) ile etik açıdan uygundur onamı (Ek 4) ve İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü'nden çalışma izin onamı (Ek 1) alınmış, karşılıklı protokol imzalanmıştır. Çalışmanın metodolojik açıdan uygunluğu Cumhuriyet Üniversitesi Biyoistatistik anabilim Dalı Başkanlığı tarafından onaylanmıştır (Ek 3).



## **4. BULGULAR**

Araştırma bulguları; ebe ve hemşirelerin sosyo-demografik özelliklerine ilişkin bulgular, çalıştıkları sağlık kuruluşları ve sürelerine ilişkin bulgular, postpartum depresyona yönelik bilgi kaynakları ve uygulamalara ilişkin bulgular ve seçilmiş bazı özelliklerin bilgi düzeyleriyle ilişkisine yönelik bulgular olmak üzere dört başlık altında gruplandırılarak incelenmiştir.

## 1. SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERE İLİŞKİN BULGULAR

Araştırma, İstanbul İli Kadıköy İlçesinde bulunan Sağlık Grup Başkanlığı/Toplum Sağlığı Merkezi ile 38 Aile Sağlığı Merkezi'nde gerçekleştirilmiştir.

**Tablo 4.1: Ebe ve Hemşirelerin Sosyo-Demografik Özelliklere Göre Dağılımları**

Meslek		Ebe		Hemşire		Toplam	
		n	%	n	%	n	%
Yaş Grupları	30 yaş ve altı	63	49.6	21	16.5	84	66.1
	31-40 yaş	11	8.7	15	11.8	26	20.5
	41 yaş ve üzeri	7	5.5	10	7.9	17	13.4
Medeni Durum	Evli	38	30.3	33	26.4	71	56.7
	Bekar	43	33.5	13	9.8	56	43.3
Eğitim Durumu	Lise	12	9.4	12	9.5	24	18.9
	Önlisans	13	10.2	10	7.9	23	18.1
	Lisans	51	40.2	24	18.9	75	59.1
	Yüksek lisans	5	3.9	0	0	5	3.9
<b>Toplam</b>		<b>81</b>	<b>63.8</b>	<b>46</b>	<b>36.2</b>	<b>127</b>	<b>100.0</b>

Araştırma kapsamına katılımcıların % 63.8'i ebe, % 36.2'si ise hemşiredir. Yaş gruplarına göre dağılımları incelendiğinde; ebelerin % 49.6'sının, hemşirelerin ise % 16.5'inin 30 yaş ve altında olduğu görülmektedir. Medeni durumları bakımından ebelerin % 30.3'ünün, hemşirelerin de % 26.4'ünün evli olduğu belirlenmiştir. Eğitim durumlarına göre dağılımları incelendiğinde; yarısından fazlasının lisans mezunu olduğu, lise mezunu ebe ve hemşirelerin eşit sayıda oldukları, yüksek lisans mezunu çalışanların ise ebe olduğu bulunmuştur (Tablo 4.1).

## 2. ÇALIŞTIKLARI SAĞLIK KURULUŞLARI VE SÜRELERİNE İLİŞKİN BULGULAR

**Tablo 4.2: Ebe ve Hemşirelerin Çalışma Süreleri ve Çalıştıkları Kurumlara Göre Dağılımları**

Çalışma Süresi ve Çalışılan Kurum		Ebe		Hemşire		Toplam	
		n	%	n	%	n	%
<b>Toplam Çalışma Süreleri</b>	0-1 yıl	38	29.9	14	11	52	40.9
	2-5 yıl	27	21.2	12	9.5	39	30.7
	6-10 yıl	7	5.6	9	7.0	16	12.6
	11-25 yıl	8	6.3	9	7.1	17	13.4
	26 yıl ve üzeri	1	0.8	2	1.6	3	2.4
<b>Önceki Çalıştıkları Sağlık Kurumları</b>	Hastane	35	27.6	24	18.9	59	46.5
	Hastane ve sağlık ocağı	24	18.8	12	9.5	36	28.3
	ASM ve sağlık ocağı	19	15.0	6	4.7	25	19.7
	Tıp merkezi	3	2.4	4	3.1	7	5.5
<b>Toplam</b>		<b>81</b>	<b>63.8</b>	<b>46</b>	<b>36.2</b>	<b>127</b>	<b>100.0</b>

Ebe ve hemşirelerin çalışma süreleri incelendiğinde; % 40.9 oranı ile 0-1 yıl çalışanların çoğunlukta olduğu ve bunların % 29.9'unun ebe, % 11'inin hemşire olduğu, % 30.7'sinin 2-5 yıl çalıştığı ve % 21.2'sinin ebe olduğu, hemşirelerin % 15.7'sinin ise 6 yıl ve üzerinde çalıştığı belirlenmiştir. Ebe ve hemşirelerin çalıştıkları sağlık kurumlarına göre sıralamaları yapıldığında; ilk sırada % 46.5 oranı ile hastanede çalışanlar yer almaktadır. Hastanede çalışanların % 27.6'sı ebe, % 18.9'u hemşiredir. Hastanede çalışanları % 28.3 oranıyla hastane ve sağlık ocağında çalışanlar (her ikisinde de çalışan), % 19.7 oranıyla aile sağlığı merkezi ve sağlık ocağında çalışanlar, % 5.5 oranıyla tıp merkezinde çalışanlar izlemektedir (Tablo 4.2).

### 3. POSTPARTUM DEPRESYONA YÖNELİK BİLGİ KAYNAKLARI VE UYGULAMALARA İLİŞKİN BULGULAR

**Tablo 4.3: Ebe ve Hemşirelerin PPD Konusunda Kendi Bilgi Durumlarını Değerlendirmelerine Göre Dağılımları**

PPD Bilgi Durumuna Yönelik Değerlendirmeler		Ebe		Hemşire		Toplam	
		n	%	n	%	n	%
<b>Bilgi Alma Durumu</b> (n = 127)	Bilen	64	50.4	26	20.5	90	70.9
	Bilmeyen	17	13.4	20	15.7	37	29.1
<b>Bilgi Edinilen Yer</b> (n = 90)	Örgün eğitim	48	53.3	15	16.7	63	70.0
	Hizmet içi eğitim	13	14.2	9	10.3	22	24.5
	Araştırma	2	2.2	2	2.2	4	4.4
	Diğer*	1	1.1	0	0	1	1.1
<b>Bilgi Düzeyini Algılamaları**</b> (n = 127)	1 puan	0	0	1	0.8	1	0.8
	2 puan	2	1.6	1	0.8	3	2.4
	3 puan	7	5.5	2	1.6	9	7.1
	4 puan	10	7.9	7	5.5	17	13.4
	5 puan	27	21.5	19	14.7	46	36.2
	6 puan	16	12.6	9	7.1	25	19.7
	7 puan	7	5.3	4	3.3	11	8.6
	8 puan	9	7.1	2	1.5	11	8.6
	9 puan	1	0.8	1	0.8	2	1.6
	10 puan	2	1.6	0	0	2	1.6

\* Çevreden duyulan bilgileri kapsamaktadır.

\*\* Ebe ve hemşirelerin bilgi durumu değerlendirmesini 1 puan en düşük, 10 puan en yüksek olacak şekilde yapmaları istenmiştir.

Araştırma kapsamına alınan ebe ve hemşirelerin kendi ifadelerine göre postpartum depresyon konusunda bilgi durumları değerlendirildiğinde; % 70.9'unun postpartum depresyon konusunda bilgi sahibi olduğu, bilgi sahibi olanların % 50.4'ünün ebe, % 20.5'inin ise hemşire olduğu saptanmıştır. Bilgi kaynakları incelendiğinde; mesleki eğitimle ebelerin % 53.3'ünün, hemşirelerin de % 16.7'sinin bilgi edindiği bulunmuştur. Bunun yanı sıra ebe ve hemşirelerden % 24.5'inin hizmet içi eğitimle, % 4.4'ünün kendi araştırmalarıyla, % 1.1'inin çevreden duyduklarıyla bilgi

edindiği belirlenmiştir. Postpartum depresyon konusunda ebe ve hemşirelerin bilgi düzeylerini 0-10 puan arasında sınıflandırmaları istendiğinde; ebelerin % 36.5'inin ve hemşirelerin % 23.4'ünün 5 puan ve altında, ebelerin % 27.3'ünün ve hemşirelerin % 12.6'sının ise 5 puanın üzerinde bilgiye sahip oldukları saptanmıştır (Tablo 4.3).

**Tablo 4.4: Ebe ve Hemşirelerin PPD Tespiti ve PPD ile Karşılaşma Durumlarına Göre Dağılımları**

PPD Tespiti ve Karşılaşmaya Yönelik Bulgular		Ebe		Hemşire		Toplam	
		n	%	n	%	n	%
<b>PPD Belirleme Yöntemleri</b>	Postpartum depresyonu işaret eden belirtilerle	26	20.5	17	13.4	43	33.9
	Postpartum depresyon tarama ölçekleriyle	21	16.5	8	6.3	29	22.8
	Depresyona neden olan risk faktörleriyle	12	9.5	7	5.5	19	15.0
	Gebelikteki depresyona yatkınlık belirtileriyle	12	9.5	4	3.1	16	12.6
	Annenin ve ailesinin şikayetleri doğrultusunda	8	6.2	5	4.0	13	10.2
	Şikayetler ve tarama ölçeği doğrultusunda	2	1.6	5	3.9	7	5.5
<b>PPD Tespit Etme Durumu</b>	Tespit eden	26	20.5	12	9.4	38	29.9
	Tespit etmeyen	55	43.3	34	26.8	89	70.1
<b>PPD Tanısı Almış Birisiyle Karşılaşma Durumu</b>	Karşılaşan	31	24.5	18	14.1	49	38.6
	Karşılaşmayan	50	39.3	28	22.1	78	61.4
<b>Toplam</b>		<b>81</b>	<b>63.8</b>	<b>46</b>	<b>36.2</b>	<b>127</b>	<b>100.0</b>

Ebe ve hemşirelerin postpartum depresyonu değerlendirme yöntemleri incelendiğinde; ebelerin % 20.5'inin, hemşirelerin % 13.4'ünün postpartum depresyonu işaret eden belirtilerle, ebelerin % 16.5'inin ve hemşirelerin % 6.3'ünün postpartum depresyon tarama ölçekleriyle postpartum depresyonu tespit ettikleri belirlenmiştir. Postpartum depresyonu tespit etme durumları incelendiğinde ise % 29.9'unun PPD'yi tespit ettiği, bunların % 20.5'inin ebe ve % 9.4'ünün ise hemşire olduğu saptanmıştır. Ebe ve hemşirelerin postpartum depresyon tanısı almış birisiyle karşılaşma durumları değerlendirildiğinde de % 38.6'sının postpartum depresyonla karşılaştığı ve % 24.5'inin ebe, % 14.1'inin ise hemşire olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4.4).

**Tablo 4.5: Ebe ve Hemşirelerin PPD Tanısındaki Uygulamaları ve PPD Tanısı Alanları Yönlendirme Durumuna Göre Dağılımları**

Postpartum Depresyona Yönelik Uygulamalar ve Yönlendirme Bulguları		Ebe		Hemşire		Toplam	
		n	%	n	%	n	%
<b>PPD Tanısı Alan Bireye Yapılan Uygulamalar</b> (n = 49)	Ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanına yönlendirme	13	26.5	10	20.4	23	46.9
	Dinleme	7	14.3	2	4.1	9	18.4
	Ailesiyle görüşme	3	6.1	4	8.2	7	14.3
	Tavsiyelerde bulunma	4	8.2	1	2.0	5	10.2
	Kadın hastalıkları ve doğum uzmanına yönlendirme	3	6.1	2	4.1	5	10.2
<b>PPD Tanısı Alan Bireye Yapılması Gerektiği Düşünülen Uygulamalar</b> (n = 127)	Ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanına yönlendirme	48	37.9	23	18.1	71	56.0
	Eşi ve ailesiyle görüşme	11	8.7	10	7.8	21	16.5
	Dinleme	9	7.1	4	3.1	13	10.2
	Kadın hastalıkları ve doğum uzmanına yönlendirme	5	4.0	4	3.1	9	7.1
	Tavsiyelerde bulunma	4	3.1	3	2.4	7	5.5
	Diğer*	4	3.0	2	1.7	6	4.7
<b>PPD Belirtilerini Ortaya Çıkarmada Yardımcı Olabilecek Kişiler</b> (n = 127)	Aile	31	24.4	16	12.6	47	37.0
	Eş	15	11.8	12	9.5	27	21.3
	Ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanı	19	15.0	7	5.5	26	20.5
	Ebe	7	5.5	3	2.4	10	7.9
	Kadın hastalıkları ve doğum uzmanı	6	4.8	3	2.3	9	7.1
	Hemşire	1	0.8	3	2.3	4	3.1
	Anne	2	1.5	2	1.6	4	3.1

\* Eşi ve ailesiyle görüşür, tavsiyelerde bulunur ve ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanına yönlendiririm.

Araştırma kapsamına alınan ebe ve hemşirelerin postpartum depresyon tanısı alan birisiyle karşılaşınca yaptıkları uygulamalar incelendiğinde; % 46.9'unun ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanına yönlendirdiği, bu çalışanların % 26.5'inin ebe, % 20.4'ünün ise hemşire olduğu belirlenmiştir. Ebe ve hemşirelerin % 18.4'ünün kadını dinlediği ve % 10.2'sinin tavsiyelerde bulunduğu saptanmıştır. Ebe ve hemşirelerin postpartum depresyon tanısı alan birisiyle karşılaştıklarında yapacakları uygulamalar incelendiğinde ise ebelerin % 37.9'unun, hemşirelerin % 18.1'inin ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanına yönlendireceği, % 10.2'sinin dinleyeceği, % 5.5'inin tavsiyelerde bulunacağı belirlenmiştir. Ebe ve hemşirelerin postpartum depresyonu ortaya çıkarmada yardımcı olacağını düşündükleri kişiler değerlendirildiğinde de; ebelerin % 5.5'i, hemşirelerin de % 2.3'ü kendi meslektaşlarının yardımcı olacağını ifade etmiştir (Tablo 4.5).



**Tablo 4.6: Ebe ve Hemşirelerin PPD’de Hizmet Sunumu ve Eğitime Yönelik Değerlendirmeleri**

PPD’de Hizmet Sunumu ve Eğitime Yönelik Bulgular		Ebe		Hemşire		Toplam	
		n	%	n	%	n	%
<b>ASM’de PPD Değerlendirmeye Yönelik Hizmet Verme Durumu</b>	Hizmet veren	13	10.2	6	4.8	19	15.0
	Hizmet vermeyen	68	53.6	40	31.4	108	85.0
<b>Verilen Hizmet Türü</b>	Bilgilendirme	12	63.1	7	36.9	19	100.0
<b>ASM’de PPD’ye Yönelik Hizmetlerin Sağlanamama Nedenleri</b>	Zaman yetersizliği	37	29.2	22	17.3	59	46.5
	Bilgi eksikliği	25	19.7	16	12.6	41	32.3
	Personel yetersizliği	9	7.1	5	3.9	14	11.0
	Personelin ilgisizliği	10	7.8	3	2.4	13	10.2
<b>PPD’ye Yönelik Eğitim Yapılması İsteği</b>	İsteyen	71	55.9	37	29.1	108	85.0
	İstemeyen	10	7.9	9	7.1	19	15.0
<b>PPD’ye Yönelik Düzenlenen Eğitime Katılma İsteği</b>	İsteyen	63	49.6	37	29.1	100	78.7
	İstemeyen	18	14.2	9	7.1	27	21.3
<b>Toplam</b>		<b>81</b>	<b>63.8</b>	<b>46</b>	<b>36.2</b>	<b>127</b>	<b>100.0</b>

Ebe ve hemşirelerin çalıştıkları kurumlarda postpartum depresyonu değerlendirmeye yönelik hizmet verme durumları incelendiğinde; % 15’inin PPD’yi değerlendirmeye yönelik hizmet verdiği, % 85’inin ise vermediği saptanmıştır. PPD’yi değerlendirmeye yönelik hizmet verenlerin % 10.2’si ebe, % 4.8’i hemşiredir. Hizmet veren ebe ve hemşirelerin ise tamamı bilgilendirmeye yönelik hizmetler sağlamaktadır. ASM’lerde PPD’ye yönelik hizmetlerin sağlanamama nedenleri incelendiğinde; % 46.5 oranında zaman yetersizliği, % 32.3 oranında bilgi eksikliği, % 11 oranında personel yetersizliği, % 10.2 oranında personelin ilgisizliği olduğu görülmektedir. Ebe ve

hemşirelerin PPD'ye yönelik eğitim yapılması konusunda istekleri incelendiğinde de % 85'inin eğitim yapılmasını istediğini, % 15'inin eğitim yapılmasını istemediğini belirttiği saptanmıştır. Eğitim yapılmasını isteyenlerin % 55.9'u ebe, % 29.1'i ise hemşiredir. Ebe ve hemşirelerin PPD'ye yönelik düzenlenecek eğitime katılma istekleri incelendiğinde ise % 78.7'sinin eğitime katılmak istediği, % 21.3'ünün eğitime katılmak istemediği tespit edilmiştir (Tablo 4.6).

**Tablo 4.7: Ebe ve Hemşirelerin PPD Bilgi Formu İfade Seçeneklerine Göre Dağılımı**

<b>BİLGİ İFADELERİ</b>		<b>Doğru</b>		<b>Yanlış</b>		<b>Bilmiyorum</b>	
		<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Annenin düşük doğum ağırlıklı bebeğe sahip olması postpartum depresyon için bir risk oluşturmaktadır.	<b>Ebe</b>	7	8.6	59	72.4	15	19.0
	<b>Hemşire</b>	2	4.3	20	43.0	24	57.0
Annenin erken doğum yapması postpartum depresyon gelişimini etkilememektedir.	<b>Ebe</b>	32	39.5	31	38.2	18	22.3
	<b>Hemşire</b>	23	50.0	11	23.9	12	26.1
Annenin yakınlarından birini kaybetmesi postpartum depresyona yatkınlığını artırmaktadır.	<b>Ebe</b>	1	1.2	19	22.8	61	76.0
	<b>Hemşire</b>	1	2.2	14	30.8	31	67.0
Annede veya ailede önceden geçirilmiş depresyon öyküsü ile postpartum depresyon gelişimi arasında pozitif bir ilişki görülmektedir.	<b>Ebe</b>	7	8.6	29	35.6	45	44.2
	<b>Hemşire</b>	1	2.2	19	41.8	26	56.0
Annede var olan kişilik bozuklukları postpartum dönemde depresyona yatkınlık oluşturmaktadır.	<b>Ebe</b>	6	7.4	16	19.7	59	74.3
	<b>Hemşire</b>	0	0	12	26.0	34	74.0
Sinirli ve öfkeli olan anneler postpartum dönemde depresyona yatkınlık göstermektedirler.	<b>Ebe</b>	10	12.3	31	38.1	40	49.6
	<b>Hemşire</b>	5	10.9	15	32.7	26	56.4
Utangaç annelerde postpartum dönemde depresyon daha nadir görülmektedir.	<b>Ebe</b>	32	39.5	32	39.5	17	21.0
	<b>Hemşire</b>	27	58.7	12	26.0	7	15.3
İşsizlik annede postpartum depresyon gelişimini artırmaktadır.	<b>Ebe</b>	3	3.7	28	34.5	50	61.8
	<b>Hemşire</b>	3	6.5	11	23.8	32	69.7
Eğitim düzeyi yükseldikçe postpartum depresyon gelişme riski artmaktadır.	<b>Ebe</b>	28	34.6	35	43.2	18	22.2
	<b>Hemşire</b>	14	30.4	22	47.7	10	21.9
Erken yaşta evlenen annelerde postpartum depresyon daha az görülmektedir.	<b>Ebe</b>	37	45.7	23	28.4	21	25.9
	<b>Hemşire</b>	23	50.0	12	26.0	11	24.0

**Tablo 4.7.(Devamı)**

<b>BİLGİ İFADELERİ</b>		<b>Doğru</b>		<b>Yanlış</b>		<b>Bilmiyorum</b>	
		<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
		Anne planlamadan gebe kaldıysa postpartum depresyon gelişme riski yüksektir.	<b>Ebe</b>	4	4.9	27	33.0
	<b>Hemşire</b>	2	4.3	13	27.9	31	67.8
Yeterli doğum öncesi bakım hizmeti alan annelerde postpartum depresyon gelişme riski azalmaktadır.	<b>Ebe</b>	12	14.8	24	29.6	45	55.6
	<b>Hemşire</b>	3	6.5	15	32.5	28	61.0
Anne kız çocuk dünyaya getirdiyse postpartum depresyon gelişme riski artmaktadır.	<b>Ebe</b>	34	42.0	33	40.7	14	17.3
	<b>Hemşire</b>	22	47.8	17	36.9	7	15.3
Annenin kız veya erkek çocuk dünyaya getirmiş olması postpartum depresyon gelişme riskini etkilememektedir.	<b>Ebe</b>	16	19.8	35	43.3	30	36.9
	<b>Hemşire</b>	8	17.4	14	30.4	24	52.2
Annenin bebeği emzirirken kendine zaman ayıramaması postpartum depresyon riskini artırır.	<b>Ebe</b>	8	9.9	48	59.4	25	30.7
	<b>Hemşire</b>	5	10.9	21	45.7	20	43.4
Postpartum depresyon genellikle doğum sonrası 2-8 haftalar arası başlar ve en çok 5 yıl kadar sürer.	<b>Ebe</b>	15	18.5	42	51.8	24	29.7
	<b>Hemşire</b>	8	17.4	16	34.8	22	47.8
Anne sütünün kesilmesine bağlı postpartum depresyon gelişebilir.	<b>Ebe</b>	15	18.5	31	38.2	35	43.4
	<b>Hemşire</b>	8	17.4	14	30.4	24	52.2
Postpartum depresyonda anne kendini çok güçlü görür.	<b>Ebe</b>	54	66.7	13	16.0	14	17.3
	<b>Hemşire</b>	34	73.9	9	19.5	3	6.6
Gebelikte yüksek olan östrojen düzeyinin doğumla düşmesinin postpartum depresyona etkisi yoktur.	<b>Ebe</b>	25	30.9	39	48.2	17	20.9
	<b>Hemşire</b>	13	28.3	17	37.0	16	34.7
Troid hormonundaki değişiklikler postpartum depresyonu etkilememektedir.	<b>Ebe</b>	31	38.3	33	40.8	17	20.9
	<b>Hemşire</b>	19	41.3	15	32.6	12	26.1

**Tablo 4.7.(Devamı)**

<b>BİLGİ İFADELERİ</b>		<b>Doğru</b>		<b>Yanlış</b>		<b>Bilmiyorum</b>	
		<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
		Postpartum depresyon, gebeliğe bağlı hormonal değişikliklerin neden olduğu bir bozukluktur.	<b>Ebe</b>	12	14.8	34	42.6
	<b>Hemşire</b>	6	13.0	22	47.6	18	39.4
Postpartum depresyonda anne bebeğine karşı ilgisiz veya düşmanca tavırlar içindedir.	<b>Ebe</b>	3	3.7	29	35.8	49	60.5
	<b>Hemşire</b>	3	6.5	15	32.5	28	61.0
Postpartum depresyonda annelerde bebeği öldürme davranışı gözlenebilir.	<b>Ebe</b>	5	6.2	38	46.9	38	46.9
	<b>Hemşire</b>	2	4.3	21	45.1	23	50.6
Postpartum depresyonda annede nedensiz korku ve panik görülebilir.	<b>Ebe</b>	2	2.5	25	31.2	54	66.3
	<b>Hemşire</b>	4	8.7	13	28.2	29	63.1
Postpartum depresyonda kilo değişiklikleri görülmez.	<b>Ebe</b>	28	34.6	36	44.5	17	20.9
	<b>Hemşire</b>	21	45.7	17	37.0	8	17.3
Postpartum depresyonda kronik yorgunluk görülebilir.	<b>Ebe</b>	3	3.7	28	34.5	49	61.8
	<b>Hemşire</b>	0	0	18	39.1	28	60.9
Postpartum depresyonda cinsel istekte artış görülebilir.	<b>Ebe</b>	36	44.4	27	33.3	15	18.6
	<b>Hemşire</b>	24	52.2	19	41.3	3	6.5
Postpartum depresyonda annede ağır depresif belirtiler yanında intihar düşünceleri ya da girişimleri görülebilir.	<b>Ebe</b>	2	2.5	22	27.5	57	70.0
	<b>Hemşire</b>	2	4.3	12	25.8	32	69.9
Postpartum depresyonda anneler sık sık ağlama eğilimi gösterirler.	<b>Ebe</b>	4	4.9	23	28.1	64	67.0
	<b>Hemşire</b>	1	2.2	12	26.4	23	71.4
Postpartum depresyonda anne sık sık kendini suçlar.	<b>Ebe</b>	8	9.9	32	39.6	41	50.5
	<b>Hemşire</b>	3	6.5	14	30.5	29	63.0
Postpartum depresyonda anneler kendilerini başarısız hissedebilirler.	<b>Ebe</b>	6	7.4	26	32	49	60.6
	<b>Hemşire</b>	0	0	18	39.1	28	60.9
Postpartum depresyonda annelerde karar vermede güçlük görülür.	<b>Ebe</b>	8	9.9	28	34.6	45	55.5
	<b>Hemşire</b>	1	2.2	15	33	30	64.8

**Tablo 4.7.(Devamı)**

<b>BİLGİ İFADELERİ</b>		<b>Doğru</b>		<b>Yanlış</b>		<b>Bilmiyorum</b>	
		<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
		Postpartum depresyonda anne günlük hayatının gerektirdiği vazifeleri yapmakta zorlanır.	<b>Ebe</b>	3	3.7	21	25.9
	<b>Hemşire</b>	0	0	13	28.2	33	71.8
Postpartum depresyonda kadın iyi bir anne olamama endişesi ile depresif mizaca sahip olabilmektedir.	<b>Ebe</b>	4	4.9	25	30.6	52	64.5
	<b>Hemşire</b>	1	2.2	14	30.8	31	67.0
Postpartum depresyonda anneler yaşlandığını ve çekiciliğini kaybettiğini düşünmeye başlarlar.	<b>Ebe</b>	2	2.5	29	36.2	50	61.3
	<b>Hemşire</b>	2	4.3	16	34.4	28	61.3
Postpartum depresyon gebelik, doğum ve doğum sonu süreçlerin sağlıklı geçirilmesi ile önlenebilir.	<b>Ebe</b>	5	6.2	24	29.8	49	64.0
	<b>Hemşire</b>	6	13.0	17	36.8	26	50.2
Doğum sonu dönemde anne yalnızlık duygusu yaşıyorsa postpartum depresyon yönünden dikkatle değerlendirilmelidir.	<b>Ebe</b>	3	3.7	21	25.9	57	70.4
	<b>Hemşire</b>	2	4.3	14	30.1	30	65.6
Postpartum depresyon tedavisinde destekleyici terapiye ihtiyaç duyulmaz.	<b>Ebe</b>	48	59.3	18	22.2	15	18.5
	<b>Hemşire</b>	28	60.9	11	23.9	7	15.2
Postpartum depresyon tedavisinde anne yakından takip edilir.	<b>Ebe</b>	6	7.4	19	23.4	56	69.2
	<b>Hemşire</b>	0	0	13	28.3	33	71.7
Postpartum depresyon hafif veya orta şiddette ise annenin emzirmeyi bırakması önerilir.	<b>Ebe</b>	39	48.1	30	37.0	12	14.9
	<b>Hemşire</b>	28	60.9	10	21.8	8	17.3
Depresyon çok şiddetli ise elektroşok tedavisi düşünülür.	<b>Ebe</b>	28	34.6	41	50.7	12	14.7
	<b>Hemşire</b>	22	47.8	17	36.9	7	15.8
Eğer postpartum depresyon erken dönemde ve yeterince tedavi edilmezse, yıllarca sürebilen tedavisi zor bir hale dönüşebilir.	<b>Ebe</b>	7	8.6	33	40.5	41	50.9
	<b>Hemşire</b>	5	10.9	18	39.2	23	49.9
Postpartum depresyon hafif veya orta şiddette ise antidepresan tedavi başlanır.	<b>Ebe</b>	7	8.6	36	44.2	38	48.8
	<b>Hemşire</b>	11	23.9	21	45.6	14	30.5

<b>Tablo 4.7.(Devamı)</b>							
<b>BİLGİ İFADELERİ</b>		<b>Doğru</b>		<b>Yanlış</b>		<b>Bilmiyorum</b>	
		<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Tedaviye yönlendirilmeyen kadınlarda postpartum depresyon 3 ay ile 5 yıl arasında kendiliğinden düzelebilir.	<b>Ebe</b>	23	28.4	31	38.2	27	33.4
	<b>Hemşire</b>	15	32.6	19	41.2	12	26.2

Ebe ve hemşirelerin PPD bilgi formu ifade seçeneklerine göre dağılımları incelendiğinde; PPD risk faktörleri açısından ebelerin % 72.4'ü annenin düşük doğum ağırlıklı bebeğe sahip olmasının, % 19.7'si annede var olan kişilik bozukluklarının ve % 43.3'ü annenin kız ya da erkek çocuk dünyaya getirmesinin postpartum depresyon gelişmesinde bir risk oluşturmadığını belirtmiştir. PPD risk faktörleri açısından hemşirelerin % 30.8'i annenin yakınlarından birini kaybetmesinin, % 41.8'i annede veya ailede önceden geçirilmiş depresyon öyküsü olmasının ve % 30.4'ü annenin sütünün kesilmesinin postpartum depresyon gelişmesinde bir risk oluşturmadığını ifade etmiştir. Bunun yanı sıra hemşirelerin % 58.7'sinin utangaç, çekingen ve karamsar annelerde PPD'nin nadir ve % 50'si erken yaşta evlenenlerde PPD'nin daha az görüldüğünü belirtirken % 28.3'ü östrojen düzeyinin düşmesinin PPD riskini etkilemediğini ifade etmiştir. Ebelerin % 34.6'sı eğitim düzeyi yükseldikçe PPD gelişme riskinin arttığını ve % 42'si de kız çocuk doğurmanın PPD riskini arttırdığını belirtmiştir (Tablo 4.7).

Ebe ve hemşirelerin PPD belirtileri açısından ifadelerinin dağılımı incelendiğinde; hemşirelerin % 73.9'u PPD'de annenin kendini çok güçlü gördüğünü ve % 45.7'si PPD'de kilo değişiklikleri görülmediğini ifade ederken, ebelerin % 38.3'ü tiroid hormonundaki değişikliklerin PPD'yi etkilemediğini ve % 48.1'i PPD'de cinsel istekte artış görülebileceğini ifade etmiştir. Bununla birlikte ebelerin % 42.6'sı PPD'nin gebeliğe bağlı hormonal değişikliklerin neden olduğu bir bozukluk olduğunu, % 46.9'u ise annelerde bebeği öldürme davranışı gözlenebildiğini belirtirken, hemşirelerin % 32.5'i PPD'de annenin bebeğine karşı ilgisiz veya düşmanca tavırlar içinde olduğunu, % 28.2'si annede nedensiz korku ve panik görülebileceğini ve % 25.8'i annede intihar düşünceleri ya da girişimleri görülebileceğini belirtmiştir. Ebelerin % 28.1'i annelerin sık sık ağlama eğilimi gösterdiğini, % 32'si annelerin kendilerini başarısız hissettiklerini ve % 25.9'u annelerin günlük hayatının gerektirdiği vazifeleri yapmakta zorlandığını ifade ederken, hemşirelerin

% 33'ü annelerde karar vermede güçlük görüldüğünü, % 30.5'i annelerin sık sık kendini suçladığını ve % 30.8'i kadının iyi bir anne olamama endişesi ile depresif mizaca sahip olabildiğini belirtmiştir (Tablo 4.7).

PPD bilgi formu ifade seçeneklerine göre PPD süreci incelendiğinde; ebelerin % 51.8'i PPD'nin genellikle doğum sonrası 2-8. haftalar arası başladığını ve en çok 5 yıl kadar sürdüğünü ve % 38.2'si tedaviye yönlendirilmeyen kadınlarda PPD'nin 3 ay ile 5 yıl arasında kendiliğinden düzelebileceğini yanlış ifade seçeneği olarak belirtirken, hemşirelerin % 39.2'si PPD'nin erken ve yeterince tedavi edilmezse yıllarca sürebilen tedavisi zor bir hale dönüşebileceğini yanlış ifade seçeneği olarak belirtmiştir (Tablo 4.7).

PPD tedavi ve korunma yöntemleri bakımından ebe ve hemşirelerin PPD bilgi formu ifade seçeneklerine göre dağılımları incelendiğinde; ebelerin % 23.4'ü PPD tedavisinde annenin yakın takip edilmesini ve hemşirelerin % 36.8'i PPD'nin doğum sonu süreçlerin sağlıklı geçirilmesiyle önlenebileceğini, % 45.6'sı PPD hafif ve orta şiddette ise antidepresan tedavi başlanmasını doğru ifade seçeneği olarak belirttiği saptanmıştır. Ebelerin % 59.3'ü PPD tedavisinde destekleyici terapiye ihtiyaç duyulmadığını, % 34.6'sı depresyon çok şiddetli ise elektroşok tedavi düşünüleceğini ifade ederken, hemşirelerin % 60.9'u PPD hafif ve orta şiddette ise annenin emzirmeyi bırakmasının önerileceğini doğru ifade seçeneği olarak belirtmiştir (Tablo 4.7).



#### 4. SEÇİLEN BAZI ÖZELLİKLERİN BİLGİ DÜZEYLERİYLE İLİŞKİSİ

Araştırma kapsamına alınan ebe ve hemşirelerin PPD konusundaki bilgi düzeylerinin seçilen bazı özelliklerle ilişkisi aşağıdaki tablolarda belirtilmiştir.

**Tablo 4.8: Ebe ve Hemşirelerin Yaş Gruplarına Göre PPD Bilgi Puan Ortalamalarının Dağılımı**

Yaş	n	%	PPD Bilgi Puanı	
			Ortalama (n)	Standart Sapma (±)
30 yaş ve altı	84	66.1	8.65	3.55
31-40 yaş	26	20.5	8.00	3.42
41 yaş ve üzeri	17	13.4	8.35	4.45
<b>Toplam</b>	<b>127</b>	<b>100.0</b>	<b>8.48</b>	<b>3.64</b>

$$KWH = 0.590$$

$$p = 0.720$$

Araştırma kapsamına alınan ebe ve hemşirelerin yaşları ile PPD bilgi puan ortalamaları arasındaki ilişki incelendiğinde; yaş grupları ile PPD bilgi puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı belirlenmiştir (Tablo 4.8,  $p > 0.05$ ).

**Tablo 4.9: Ebe ve Hemşirelerin Medeni Durumlarına Göre PPD Bilgi Puan Ortalamalarının Dağılımı**

Medeni Durum	n	%	PPD Bilgi Puanı	
			Ortalama (n)	Standart Sapma (±)
Evli	71	56.7	8.59	4.01
Bekar	56	43.4	8.33	3.13
<b>Toplam</b>	<b>127</b>	<b>100.0</b>	<b>8.48</b>	<b>3.64</b>

$$t = 0.386$$

$$p = 0.700$$

Ebe ve hemşirelerin medeni durumları ile PPD puan ortalamaları arasındaki ilişki değerlendirildiğinde; evli olanların bilgi puan ortalamalarının nispeten daha yüksek olduğu bulunsa da bekar olanlara göre aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır (Tablo 4.9,  $p > 0.05$ ).

**Tablo 4.10: Ebe ve Hemşirelerin Öğrenim Durumlarına Göre PPD Bilgi Puan Ortalamalarının Dağılımları**

Öğrenim Durumu	n	%	PPD Bilgi Puanı	
			Ortalama (n)	Standart Sapma (±)
Lise	24	18.9	8.25	4.50
Ön lisans	23	18.1	8.60	3.35
Lisans	75	59.1	8.57	3.51
Yüksek lisans	5	3.9	7.60	2.88
<b>Toplam</b>	<b>127</b>	<b>100.0</b>	<b>8.48</b>	<b>3.64</b>

$$KWH = 0.656$$

$$p = 0.884$$

Araştırma kapsamına alınan ebe ve hemşirelerin öğrenim durumları bakımından, PPD bilgi düzeyi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı bulunmuştur (Tablo 4.10,  $p > 0.05$ ).

**Tablo 4.11: Ebe ve Hemşirelerin Mesleklerine Göre PPD Bilgi Puan Ortalamalarının Dağılımı**

Meslek	n	%	PPD Bilgi Puanı	
			Ortalama (n)	Standart Sapma (±)
Ebe	81	63.8	8.25	3.50
Hemşire	46	36.2	8.86	3.86
<b>Toplam</b>	<b>127</b>	<b>100.0</b>	<b>8.48</b>	<b>3.64</b>

$$t = 0.907$$

$$p = 0.366$$

Ebe ve hemşirelerin meslekleri ile PPD bilgi puan ortalaması arasındaki ilişki incelendiğinde; hemşirelerin bilgi puan ortalamalarının kısmen yüksek olduğu belirlenmiş olsa da aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır (Tablo 4.11,  $p > 0.05$ ).

**Tablo 4.12: Ebe ve Hemşirelerin Daha Önce Çalıştıkları Kurumlara Göre PPD Bilgi Puan Ortalamalarının Dağılımı**

Daha Önce Çalışılan Kurum	n	%	PPD Bilgi Puanı	
			Ortalama (n)	Standart Sapma (±)
Hastane	59	46.5	8.33	3.92
Sağlık ocağı	18	14.2	8.55	2.89
Tıp merkezi	7	5.5	9.71	4.34
Aile sağlığı merkezi	7	5.5	7.71	3.35
Hastane ve sağlık ocağı	36	28.3	8.58	3.53
<b>Toplam</b>	<b>127</b>	<b>100.0</b>	<b>8.48</b>	<b>3.64</b>

$$KWH = 1.627$$

$$p = 0.804$$

Araştırma kapsamına alınan ebe ve hemşirelerin daha önce çalıştıkları kurum ile PPD bilgi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı belirlenmiştir (Tablo 4.12,  $p > 0.05$ ).

**Tablo 4.13: Ebe ve Hemşirelerin Çalışma Sürelerine Göre PPD Bilgi Puan Ortalamalarının Dağılımı**

Çalışma Süresi	n	%	PPD Bilgi Puanı	
			Ortalama (n)	Standart Sapma (±)
0-1 yıl	52	40.9	8.80	3.66
2-5 yıl	39	30.7	8.76	3.28
6-10 yıl	16	12.6	7.50	3.48
11-25 yıl	17	13.4	8.47	4.43
26 yıl ve üstü	3	2.4	4.33	1.15
<b>Toplam</b>	<b>127</b>	<b>100.0</b>	<b>8.48</b>	<b>3.64</b>

$$KWH = 7.781$$

$$p = 0.100$$

Ebe ve hemşirelerin çalışma süreleri ile PPD bilgi puan ortalamaları arasındaki ilişki incelendiğinde; PPD bilgi puan ortalaması ile çalışma süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı saptanmıştır (Tablo 4.13,  $p > 0.05$ ).

**Tablo 4.14: Ebe ve Hemşirelerin PPD Konusunda Geçmişteki Bilgi Durumlarına Göre PPD Bilgi Puan Ortalamalarının Dağılımı**

PPD Konusunda Geçmişteki Bilgi Durumu	n	%	PPD Bilgi Puanı	
			Ortalama (n)	Standart Sapma (±)
PPD konusunda bilgisi olan	90	70.9	8.92	3.57
PPD konusunda bilgisi olmayan	37	29.1	7.50	3.62
<b>Toplam</b>	<b>127</b>	<b>100.0</b>	<b>8.48</b>	<b>3.64</b>

$$t = 2.00$$

$$p = 0.047$$

Araştırma kapsamına alınan ebe ve hemşirelerin postpartum depresyon konusunda geçmişteki bilgi durumları ile PPD bilgi düzeyleri arasındaki ilişki incelendiğinde; ebe ve hemşirelerden PPD konusunda geçmişte bilgi sahibi olanların puan ortalamaları bilgi sahibi olmayanlardan istatistiksel açıdan anlamlı şekilde yüksek olarak bulunmuştur (Tablo 4.14,  $p < 0.05$ ).

**Tablo 4.15: Ebe ve Hemşirelerin PPD Konusunda Edindikleri Bilginin Kaynağına Göre PPD Bilgi Puan Ortalamalarının Dağılımı**

PPD Konusunda Edinilen Bilginin Kaynağı	n	%	PPD Bilgi Puanı	
			Ortalama (n)	Standart Sapma (±)
Mesleki eğitimler	63	71.0	8.69	3.41
Hizmet içi eğitimler	22	24.5	9.36	4.21
Araştırmalar	5	4.5	9.80	2.68
<b>Toplam</b>	<b>90</b>	<b>100.0</b>	<b>8.48</b>	<b>3.64</b>

$$KWH = 0.321$$

$$p = 0.571$$

Ebe ve hemşirelerin PPD konusunda edindikleri bilginin kaynağı ile PPD bilgi düzeyleri arasındaki ilişki incelendiğinde; araştırmalar yolu ile bilgi edinenlerin puan ortalaması mesleki ve hizmet içi eğitimlerden bilgi edinenlerden yüksek olsa da aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir (Tablo 4.15,  $p > 0.05$ ).

**Tablo 4.16: Ebe ve Hemşirelerin PPD Konusunda Bilgi Durum Değerlendirmelerine Göre PPD Bilgi Puan Ortalamaları Dağılımı**

Bilgi Durum Değerlendirmeleri*	n	%	PPD Bilgi Puanı	
			Ortalama (n)	Standart Sapma (±)
1 puan	1	0.8	7.00	0.00
2 puan	3	2.4	7.00	3.46
3 puan	9	7.1	7.22	3.19
4 puan	17	13.4	8.00	3.90
5 puan	46	36.2	8.26	3.61
6 puan	25	19.7	8.48	2.97
7 puan	11	8.7	10.18	4.75
8 puan	11	8.7	9.90	4.25
9 puan	2	1.6	10.50	4.70
10 puan	2	1.6	7.00	4.24
<b>Toplam</b>	<b>127</b>	<b>100.0</b>	<b>8.48</b>	<b>3.64</b>

\* Ebe ve hemşirelerin bilgi durumu değerlendirmesini 1 puan en düşük, 10 puan en yüksek olacak şekilde yapmaları istenmiştir.

$$KHW = 6.671$$

$$p = 0.671$$

Araştırma kapsamına alınan ebe ve hemşirelerin PPD durum değerlendirme skalasında kendilerini değerlendirdikleri puan ile PPD bilgi puan ortalaması arasındaki ilişki değerlendirildiğinde; kendi bilgisini 7-9 puan arasında değerlendirenlerin daha yüksek puan ortalamasına sahip olduğu belirlenmiş ancak aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur (Tablo 4.16,  $p > 0.05$ ).

**Tablo 4.17: Ebe ve Hemşirelerin PPD Belirleme Yöntemlerine  
Göre PPD Bilgi Puan Ortalamalarının Dağılımı**

PPD Belirleme Yöntemleri	n	%	PPD Bilgi Puanı	
			Ortalama (n)	Standart Sapma ( $\pm$ )
Annenin ve ailesinin şikayetleri doğrultusunda	13	10.2	8.00	3.10
Postpartum depresyon tarama ölçekleriyle	29	22.8	9.62	3.68
Depresyona neden olan risk faktörleriyle	19	15.0	6.42	2.83
Postpartum depresyonu işaret eden belirtilerle	43	33.9	8.90	3.77
Gebelikteki depresyona yatkınlık belirtileriyle	16	12.6	8.68	4.15
Şikâyetler ve tarama ölçeği doğrultusunda	7	5.5	7.14	2.19
<b>Toplam</b>	<b>127</b>	<b>100.0</b>	<b>8.48</b>	<b>3.64</b>

KWH = 12.80

**p = 0.025**

Ebe ve hemşirelerin PPD'yi belirlemede kullandıkları yöntemler ile PPD bilgi düzeyleri arasındaki ilişki incelendiğinde; postpartum depresyon tarama ölçekleriyle belirlemeye çalışanların diğer yöntemleri kullananlara göre daha yüksek puan ortalamasına sahip olduğu, aradaki farkın ise istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.17,  $p < 0.05$ ).

**Tablo 4.18: Ebe ve Hemşirelerin PPD Tespit Etme Durumuna Göre PPD Bilgi Puan Ortalamalarının Dağılımı**

PPD Tespit Etme Durumu	n	%	PPD Bilgi Puanı	
			Ortalama (n)	Standart Sapma (±)
PPD tespit edenler	38	29.9	9.63	3.85
PPD tespit etmeyenler	89	70.1	7.98	3.44
<b>Toplam</b>	<b>127</b>	<b>100.0</b>	<b>8.48</b>	<b>3.64</b>

$$t = 2.26$$

$$p = 0.027$$

Araştırma kapsamına alınan ebe ve hemşirelerin PPD'yi tespit etme durumları ile PPD bilgi düzeyleri arasındaki ilişki incelendiğinde; geçmişte postpartum depresyon tespit eden ebe ve hemşirelerin puan ortalamalarının postpartum depresyonu tespit etmeyenlerden istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. (Tablo 4.18,  $p < 0.05$ ).

**Tablo 4.19: Ebe ve Hemşirelerin PPD Tanısı Almış Birisiyle Karşılaşma Durumuna Göre PPD Bilgi Puan Ortalamalarının Dağılımı**

PPD Tanısı Almış Birisiyle Karşılaşma Durumu	n	%	PPD Bilgi Puanı	
			Ortalama (n)	Standart Sapma (±)
PPD tanısı almış birisiyle karşılaşan	49	38.6	8.42	3.82
PPD tanısı almış birisiyle karşılaşmayan	78	61.4	8.51	3.54
<b>Toplam</b>	<b>127</b>	<b>100.0</b>	<b>8.48</b>	<b>3.64</b>

$$t = 0.126$$

$$p = 0.900$$

Ebe ve hemşirelerin PPD tanısı almış birisiyle karşılaşma durumları ile PPD bilgi düzeyleri arasındaki ilişki incelendiğinde; PPD tanısı almış birisiyle karşılaşma durumu ile PPD bilgi puan ortalaması arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki olmadığı bulunmuştur (Tablo 4.19,  $p > 0.05$ ).

**Tablo 4.20: Ebe ve Hemşirelerin PPD Tanısı Alan Birisiyle Karşılışınca Yaptıkları Uygulamalara Göre PPD Bilgi Puan Ortalamalarının Dağılımı**

PPD Tanısı Alan Birisiyle Karşılışınca Yapılanlar	n	%	PPD Bilgi Puanı	
			Ortalama (n)	Standart Sapma ( $\pm$ )
Dinlemek	9	18.4	8.97	3.32
Tavsiyelerde bulunmak	5	10.2	8.38	4.23
Ailesiyle görüşmek	7	14.3	7.65	4.86
Ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanına yönlendirmek	23	46.9	8.54	3.71
Kadın hastalıkları ve doğum uzmanına yönlendirmek	5	10.2	8.78	3.55
<b>Toplam</b>	<b>49</b>	<b>100.0</b>	<b>8.48</b>	<b>3.64</b>

**p = 0.048**

Araştırma kapsamına alınan ebe ve hemşirelerin PPD tanısı almış birisiyle karşılışınca yaptıkları uygulamalar ile PPD bilgi düzeyleri arasındaki ilişki incelendiğinde; dinleyerek annenin rahatlamasını sağlayanların PPD bilgi puan ortalamaları diğer uygulamaları yapanların PPD bilgi puanı ortalamalarından anlamlı bir şekilde yüksek olarak belirlenmiştir (Tablo 4.20,  $p < 0.05$ ).



**Tablo 4.21: Ebe ve Hemşirelerin PPD Belirtilerini Ortaya Çıkarmada Yardımcı Olabileceğini Belirttiği Kişilere Göre PPD Bilgi Puan Ortalamalarının Dağılımı**

PPD Belirtilerini Ortaya Çıkarmada Yardımcı Kişiler	n	%	PPD Bilgi Puanı	
			Ortalama (n)	Standart Sapma (±)
Ebe	10	7.9	6.10	4.12
Hemşire	4	3.1	8.50	3.41
Anne	4	20.5	7.00	3.55
Aile	47	7.1	8.97	3.62
Eş	27	37.0	8.74	3.74
Ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanı	26	21.3	8.92	3.03
Kadın hastalıkları ve doğum uzmanı	9	3.1	7.11	4.22
<b>Toplam</b>	<b>127</b>	<b>100.0</b>	<b>8.48</b>	<b>3.64</b>

$$KWH = 7.547$$

$$p = 0.273$$

Ebe ve hemşirelerden PPD belirtilerini ortaya çıkarmada yardımcı olabileceğini düşündüğü kişiler olarak aileyi ifade edenlerin bilgi puan ortalamaları diğerlerine göre yüksek olarak bulunmuş olsa da, aradaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı saptanmıştır (Tablo 4.21,  $p > 0.05$ ).

**Tablo 4.22: Ebe ve Hemşirelerin PPD'ye Yönelik Hizmet Verme Durumuna Göre PPD Bilgi Puan Ortalamalarının Dağılımı**

PPD'ye Yönelik Hizmet Verme Durumu	n	%	PPD Bilgi Puanı	
			Ortalama (n)	Standart Sapma (±)
PPD'ye yönelik hizmet veren	19	15.0	9.63	4.25
PPD'ye yönelik hizmet vermeyen	108	85.0	8.27	3.50
<b>Toplam</b>	<b>127</b>	<b>100.0</b>	<b>8.48</b>	<b>3.64</b>

MWU = 811.000

p = 0.145

Araştırma kapsamına alınan ebe ve hemşirelerin PPD'ye yönelik hizmet verme durumları ile PPD bilgi düzeyleri arasındaki ilişki incelendiğinde; PPD'ye yönelik hizmet verme durumu ile PPD bilgi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı belirlenmiştir (Tablo 4.22, p > 0.05).

**Tablo 4.23: Ebe ve Hemşirelerin PPD'ye Yönelik Verdikleri Hizmetlerin Sağlanamama Nedenlerine Göre PPD Bilgi Puan Ortalamalarının Dağılımı**

PPD'ye Yönelik Hizmetlerin Sağlanamama Nedenleri	n	%	PPD Bilgi Puanı	
			Ortalama (n)	Standart Sapma (±)
Zaman yetersizliği	59	46.5	7.91	3.22
Bilgi eksikliği	41	32.3	8.58	3.85
Personel yetersizliği	14	11.0	8.78	3.78
Personelin ilgisizliği	13	10.2	10.38	4.23
<b>Toplam</b>	<b>127</b>	<b>100.0</b>	<b>8.48</b>	<b>3.64</b>

KWH = 6.759

p = 0.080

Ebe ve hemşirelerin belirttikleri PPD'ye yönelik hizmetlerin sağlanamama nedenleri ile PPD bilgi düzeyleri arasındaki ilişki incelendiğinde; personelin ilgisizliğini belirtenlerin puan ortalaması diğer nedenleri belirtenlere göre yüksek olarak bulunmuş olsa da aradaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı belirlenmiştir (Tablo 4.23, p > 0.05).

**Tablo 4.24: Ebe ve Hemşirelerin PPD'ye Yönelik Eğitim İsteğine Göre PPD Bilgi Puan Ortalamalarının Dağılımı**

PPD'ye Yönelik Eğitim İsteği	n	%	PPD Bilgi Puanı	
			Ortalama (n)	Standart Sapma (±)
PPD'ye yönelik eğitim yapılmasını isteyen	108	85.0	8.75	3.44
PPD'ye yönelik eğitim yapılmasını istemeyen	19	15.0	6.94	4.41
<b>Toplam</b>	<b>127</b>	<b>100.0</b>	<b>8.48</b>	<b>3.64</b>

MWU = 700.500

**p = 0.027**

Araştırma kapsamına alınan ebe ve hemşirelerin PPD'ye yönelik eğitim isteği ile PPD bilgi düzeyleri arasındaki ilişki incelendiğinde; PPD konusunda eğitim yapılmasını isteyen ebe ve hemşirelerin bilgi puan ortalaması PPD konusunda eğitim yapılmasını istemeyen ebe ve hemşirelerin bilgi düzeyi puanı ortalamasından istatistiksel açıdan anlamlı şekilde daha yüksek olarak bulunmuştur (Tablo 4.24,  $p < 0.05$ ).

**Tablo 4.25: Ebe ve Hemşirelerin PPD Konusunda Düzenlenecek Eğitime Katılma İsteğine Göre PPD Bilgi Puan Ortalamalarının Dağılımı**

PPD Konusunda Düzenlenecek Eğitime Katılma İsteği	n	%	PPD Bilgi Puanı	
			Ortalama (n)	Standart Sapma (±)
Düzenlenecek PPD eğitimine katılmak isteyen	100	78.7	8.74	3.51
Düzenlenecek PPD eğitimine katılmak istemeyen	27	21.3	7.51	3.99
<b>Toplam</b>	<b>127</b>	<b>100.0</b>	<b>8.48</b>	<b>3.64</b>

$$MWU = 1076.000 \quad p = 0.105$$

Ebe ve hemşirelerin PPD'ye yönelik düzenlenecek eğitime katılma isteği ile PPD bilgi düzeyleri arasındaki ilişki incelendiğinde; eğitime katılmak isteyenlerin puan ortalaması istemeyenlerden yüksek olsa da aradaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı belirlenmiştir (Tablo 4.25,  $p > 0.05$ ).

## 5. TARTIŞMA

Postpartum depresyon sık görülen, pek çok kadının ve ailesinin hayatını, yaşam kalitesini, bebeklerinin gelişimini etkileyen önemli bir sağlık sorunudur. (Akın, 2001; Akın ve Mıhçıoğlu, 2005). Bu açıdan kadının her bir döneme uyumunun değerlendirilmesi, yaşanan problemlerin erken tanı ve tedavisi yaşamsal öneme sahiptir (Huang ve ark., 2000; Kemp ve ark., 2003; Akın ve Özvarış, 2006; Aslantaş ve ark., 2009).

Doğum sonu depresyonu, dünyada ve ülkemizde yaygın olarak görülen ruh sağlığı sorunları arasında yer almaktadır. Sağlık hizmetlerinin birinci basamağında görevli olan ebe ve hemşirelerin, doğum öncesi ve sonrası annelerin izleminden sorumlu oldukları göz önüne alınarak doğum sonu depresyon konusunda bilgi sahibi olmaları, konunun önemi hakkında farkındalıklarının olması, hastalığın erken tanı ve tedavisi açısından önemlidir (Yonkers, 1995; Tezel, 2006).

Günümüzde gelişen ve değişen sağlık anlayışına göre, sağlığın bozulmadan önce korunması ve iyileştirilmesi ilk hedefler arasında yer almaktadır (Biçer ve ark., 2001). Doğum sonu depresyonu önlemede ilk adım risk altındaki kadınların belirlenmesi ve rutin izlemleridir (Gülseren, 1999; Georgiopoulos 2001; Beck, 2002). Bundan yola çıkarak aile sağlığı merkezlerinde çalışan ebe ve hemşirelerin postpartum depresyon konusunda bilgi ve uygulama düzeylerinin belirlenmesi amacıyla yapılan araştırmamızda, ebe ve hemşirelerin büyük çoğunluğunun (% 70.9) kendi ifadelerine göre doğum sonu depresyon konusunda bilgi sahibi oldukları ve çoğunun (% 59.9) bu konuda bilgi düzeylerini orta seviyenin altında değerlendirdiği belirlenmiştir (Tablo 4.3). Ankara'da birinci basamak sağlık kurumlarında yapılan benzer bir çalışmada ise ebe ve hemşirelerin % 84.4'ünün PPD'nin karakteristik özelliklerini içeren tanımını bilmediği, % 64.1'inin PPD belirtilerini doğru bildiği görülmektedir. Ebe ve hemşirelerin çoğunun (%73.4) doğum sonu depresyona sebep olabilecek risk faktörlerini ve doğum sonu depresyonu tanılama yöntemini (%72.2) bilmediği belirlenmiştir (Işık, 2007). Yapılan çalışmalar araştırma sonucunu destekler niteliktedir. Bu durumun mesleki bilgilenme ile ilgili yetersizlikten kaynaklandığı düşünülmektedir.

Dünya'da, postpartum dönemde depresyon sıklığı % 3.5-40 arasında değişmektedir (Dennis and Ross, 2006). Türkiye'de yapılan çalışmalarda ise sıklığın % 14-58 arasında değiştiği (Danacı ve ark., 2000; Karaçam ve ark., 2004; Ekuklu ve ark., 2004; Buğdaycı ve ark., 2004; Işık, 2007) saptanmasına rağmen çalışmamızda, ebe ve hemşirelerin büyük çoğunluğunun (% 84.2) 10 yıldan az deneyimi olması ve % 70.1'inin doğum sonu depresyonu olan birisiyle karşılaşmamış olduğunu

ifade etmesi, ebe ve hemşirelerin doğum sonu depresyonu olan biriyle karşılaşmış olduğu halde fark edememiş olma ihtimallerini düşündürmekte ve bu konuda bilgi ihtiyaçları olduğunu desteklemektedir (Tablo 4.2; 4.4). Benzer şekilde Slovenya’da yapılan bir çalışmada ebe ve hemşirelerin doğum sonu depresyon konusundaki bilgilerine güvenmedikleri ve % 99’unun eğitim ihtiyacı ifade ettikleri saptanmıştır (Scocir, 2006).

Araştırmamızda, ebe ve hemşireler çoğunlukla (% 85.0) çalıştıkları aile sağlığı merkezlerinde annelerin ruh sağlığını değerlendirmeye yönelik hizmetlerin verilmediğini, sebep olarak zaman yetersizliğini (% 46.5), bilgi eksikliğini (% 32.3), personel yetersizliğini (% 11.0) ve personelin ilgisizliğini (% 10.2) belirttikleri tespit edilmiştir (Tablo 4.6). Işık’ın 2007 yılında yaptığı benzer çalışmada birinci basamak sağlık kurumlarında PPD’yi değerlendirmeye yönelik hizmetlerin verilememesinin sebepleri olarak; % 46 oranında eleman eksikliği, % 41.2 yoğunluk, % 39 uygun fiziksel ortamın uygun olmaması, % 37.7 ebe ve hemşirelerin görevleri dışında işler yapıyor olması şeklinde ifade edilmiştir. Oysa sağlık hizmetlerinin yürütülmesi hakkındaki yönergede, ASM’lerde doğum öncesi ve doğum sonrası dönemde anne ve bebeğin psiko-sosyal açıdan gelişim ve etkileşiminin değerlendirilmesi; ailenin desteklenmesi gerekli olduğu durumlarda eğitim, danışmanlık ve tedavi hizmetlerinin yürütülmesi gerektiği açık bir şekilde ifade edilmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2008). Aynı yönergede ebe ve hemşirelerin koruyucu ruh sağlığı hizmetlerinde görev almakla yükümlü oldukları belirtilmiştir. Annelerin ruh sağlığını değerlendirmeye yönelik ebelik ve hemşirelik hizmetlerindeki yetersizlik, diğer hizmetlerde aksamının bu düzeyde olmadığı göz önüne alınırsa, bu konunun yeterince önemsenmediğini, rutin uygulamalar kapsamına alınmadığını düşündürebilir.

Araştırmamızda ebe ve hemşirelerin büyük çoğunluğu (% 70.9) doğum sonu depresyon konusunda daha önce bilgi aldıklarını ifade etmişler ve yaklaşık üçte ikisi (% 69.9), bilgi edinme kaynağı olarak mesleki eğitim süreçlerini belirtmişlerdir. Ancak sadece % 1.6’sı bilgi düzeyini 10 puan olarak değerlendirmiştir (Tablo 4.3). Yurt dışında yapılan çalışmalarda; Amerikan Doğum Uzmanları ve Jinekologları Birliği’nin 1370 akademik üyesinin katıldığı bir çalışmada çoğunluğun doğum sonu depresyonla ilgili sürekli bir eğitim almadıkları, özellikle yaşlı ya da erkek doğum uzmanlarının doğum sonu depresyonunun gelişimi ve etkileri hakkında daha az bilgi sahibi oldukları belirtilmektedir (Akt; Durukan, 2007). Ebe ve hemşirelerle yapılan benzer bir çalışmada (Scocir, 2006) bilgi kaynağı olarak çoğunlukla (% 35) kendi deneyimleri belirtilirken, bizim çalışmamızda ebe ve hemşireler kendi deneyimlerinin % 1.1 oranında etki ettiğini ifade etmişlerdir. Katılımcıların sadece % 4.4’ünün bilgiyi kendi araştırmalarından elde ettiği belirlenmiştir (Tablo.4.3). Bu durumun

ebe ve hemşirelerin PPD'nin önemini yeterince kavramamasından, PPD'ye gereken önemin verilmemesinden, sağlık sistemindeki denetim ve beklenti yetersizliğinden, zaman ve personel sınırlılıklarından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Yurt dışında depresyon riski taşıyan kadınlar için uzman ebe ve hemşireler yönetiminde depresyondan korunma programı yürütülmekte bu toplantılarda kitap okuma programları ve uygulamalı egzersizler yapılmakta olup, tartışmalar düzenlenmektedir (Adams, 2000). Katılımcıların, kendine güven, yalnızlık ve umutsuzluk gibi ruh halindeki düzelmeler kayıt edilmektedir. Ülkemizde de buna benzer çalışmalar, birinci basamak sağlık kuruluşlarında ebe ve hemşireler tarafından yürütülebilir. Doğum sonrası ilk yıl içinde yeni anne ile birçok kez etkileşim içinde bulunan ebe ve hemşireler, doğum sonu depresyonun risk faktörleri, belirtileri ve belirtilerin varlığında yapılacak girişimler konusunda yeterli bilgi ve beceriye sahip olmalıdırlar (Tezel, 2006; Sağlık Bakanlığı, 2008).

Çalışmamızda, ebe ve hemşireler doğum sonu depresyonun belirtilerini fark etmede en çok ailenin, ikinci sırada eşin, üçüncü sırada psikiyatristin katkısı olacağını belirtmişlerdir. Postpartum depresyonu belirlemede ebelerin % 7.9 ve hemşirelerin % 3.1 oranında katkı sağlayacağını düşünmeleri, ebe ve hemşirelerin postpartum depresyon belirtilerinin ortaya çıkarmada kendilerini sorumlu görmediklerini göstermektedir (Tablo 4.5). Aile doğum sonu depresyon belirtilerinin belirlenmesinde etkili olsalar da esas olarak belirtilerin ortaya çıkarılmasında sağlık profesyonelleri olan ebe ve hemşirelerin etkin olmaları beklenmektedir (Kennedy ve ark., 2002). Ebe ve hemşirelerin doğum sonu depresyon konusunda bilgi ve farkındalıklarının değerlendirildiği çalışmalarda, bu konuda bilgi eksikliği olanların rol ve sorumluluklarını yerine daha az getirdiği ve bu konuda sorumluluk hissetmediği tespit edilmiştir (Elden, 1989; Scocir, 2006). Benzer şekilde çalışmamızda da doğum sonu depresyon belirtilerini fark etme sorumluluğunun öncelikli olarak ailelere verilmesi ebe ve hemşirelerin bu konuda bilgi ve deneyimlerine güvenmemelerine bağlı olabilir (Tablo 4.5).

Ebe ve hemşirelerin belirtileri ilk fark eden kişi olabilmesi için doğum öncesi ve doğum sonu dönemde annelerle sürekli ilişki halinde olması ve güven ilişkisi kurması gereklidir (Rothman, 2006). Diğer yönden annenin en yakınında bulunan eşlerin, annedeki normal dışı davranışları gözleyerek sağlık ekibine yönlendirebilmesi için bu konuda sağlık profesyonelleri tarafından bilgilendirilebilirler. Yurt dışında yapılan bir çalışmada da ebe ve hemşireler belirtilerin fark edilmesinde en büyük sorumluluğun eşte olduğunu belirtmişlerdir (Scocir, 2006).

Doğum sonu depresyonun göstergesi olan belirtilerin bilinmesi, ebe ve hemşireleri yardıma ihtiyacı olan kadınları tanımlamaları için daha donanımlı kılmaktadır (Tezel, 2006). Ancak çalışmamızda doğum sonu depresyon belirtilerini fark etme sorumluluğunun öncelikli olarak ailelere verilmesi, ebe ve hemşirelerin bu konudaki bilgilerinin değerlendirilmediğini düşündürdüğü gibi eş ve diğer aile üyelerine doğum sonu depresyon konusunda bilgi vermeleri gerektiğini desteklemektedir (Tablo 4.5).

Araştırmamıza katılan ebe ve hemşirelerin eğitim düzeyleri arttıkça doğum sonu depresyon belirtilerini ve tanı yöntemini bilenlerin oranının artması, mesleki eğitiminin konu üzerindeki etkisini vurgulayan önemli bulgulardandır (Tablo 4.1, 4.3). Çalışmamızda katılımcıların yaklaşık üçte birinin hemşire olduğu (% 36.2) ve hemşirelerin bilgi puan ortalamalarının kısmen yüksek olduğu belirlenmiş olsa da mesleklere göre doğum sonu depresyon belirtilerini, risk faktörlerini ve tanı yöntemini bilme durumları arasında istatistiksel olarak fark olmadığı belirlenmiştir (Tablo 4.1, 4.3, 4.4, 4.5, 4.11).

Doğum sonu depresyonun en geniş aralığıyla doğum sonu ilk yıl içinde ortaya çıkması birinci basamakta görevli ebe ve hemşirelere, postpartum depresyon tanısı koymada önemli sorumluluklar yüklemektedir (Bashiri, 1999; Gülseren, 1999; Kennedy 2002). Doğum sonu depresyon tanısı en güvenilir olarak tanı ölçekleri ile konulmaktadır (Özkan, 1993; Savaşır, 1997). Ülkemizde doğum sonrası rutin muayene ve bağışıklama nedeni ile annelerle etkileşim içerisine girilmesine rağmen doğum sonrası depresyonu belirlemek için tarama yapılmamaktadır. Sadece kendisi ya da ailesi tarafından depresyon belirtileri fark edilen kadınlar için yönlendirme yapılmaktadır. Fakat doğum sonrası depresyon, standart tarama araçları ile birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan ebeler ve hemşireler tarafından doğum sonrası dönemde taranabilir (Edebohl, 2002). Çalışmamızda doğum sonu depresyonunun tanılmasında tarama ölçekleri % 22.8 oranında kullanılmış ve PPD'yi tarama ölçekleriyle belirlemeye çalışanların diğer yöntemleri kullananlara göre daha yüksek puan ortalamasına sahip olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.4, 4.17). Bu durumun personelin PPD konusunda bilgi yetersizliğine bağlı PPD tarama ölçeklerinin varlığından haberdar olmamasıyla ve rutin bir uygulama olarak kullanılmamasıyla ilgili olduğu düşünülmektedir.

Eğitim düzeyi arttıkça tanılama yöntemini bilme oranının arttığı görülmektedir (Tablo 4.3). Benzer şekilde ebe ve hemşirelerin postpartum depresyon konusunda geçmişteki bilgi durumlarına bakıldığında ise, daha önce herhangi bir şekilde bilgi sahibi olanların bilgi puanı daha önce postpartum depresyon konusunda bilgi sahibi olmayanlardan ve geçmişte PPD'yi tespit edenlerin



puan ortalamaları PPD'yi tespit etmeyenlerden daha yüksek olarak bulunmuştur (Tablo 4.14, 4.18). Araştırma bulguları PPD konusunda verilen eğitimin yetersizliğini ve personelin PPD konusunda eğitim ihtiyacını açıkça göstermektedir. Araştırmamızda ebe ve hemşirelerin % 38.6' sı doğum sonu depresyonu olan biriyle karşılaştığını ve bu kişileri genellikle psikiyatriste (% 46.9) yönlendirdiklerini belirtmişlerdir. Tekrar karşılaşma durumunda % 55.9' u yine psikiyatriste yönlendireceğini belirtmişlerdir (Tablo 4.4, 4.5). Çalışma süresi 0-1 yıl olanlarda PPD bilgi puan ortalaması yüksek olarak belirlenmiş olsa da, 2 yıl ve daha fazla çalışma süresi olanlara göre aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir (Tablo 4.13). Ebe ve hemşirelerden geçmişte PPD konusunda bilgi sahibi olduğunu belirten ve bilgiyi kendi araştırmalarıyla edinenlerin bilgi puan ortalamaları daha yüksek olsa da aradaki fark istatistiksel olarak önemli değildir (Tablo 4.15). Ebe ve hemşirelerin kendilerini değerlendirdikleri puan ile PPD bilgi puan ortalaması arasındaki ilişki değerlendirildiğinde 7-9 puan alanların puan ortalaması daha yüksek olsa da istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur (Tablo 4.16). Doğum sonu depresyonun tedavisi genel olarak belirtilerin türü ve şiddetine göre düzenlenmektedir. Başlangıç döneminde destek, yardım ve bilgilendirme gerekli müdahalelerdendir. Belirtiler devam ettiğinde veya şiddetlendiğinde profesyonel tedavi gereklidir (Epperson, 2001). Bu sonuçlara bakıldığında doğum sonu depresyona müdahale konusunda ebe ve hemşirelerin, sorumluluklarının yeterince farkında olmadıklarını düşünülebilir. Oysa doğum sonu depresyonun başlangıç döneminde, ebe ve hemşireler depresyon belirtilerinin türünü ve şiddetini değerlendirip, Beck'in belirttiği (2001), doğum sonu depresyon yaşayan anne ile iletişimini sağlayan temalardan yola çıkarak hastalara danışmanlık yapma, bilgilendirme, empati yapma gibi hizmetlerde sorumluluk alabilir, belirtilerin devam ettiği ya da şiddetlendiği durumlarda psikiyatriste yönlendirebilirler (Beck, 2001). Yine bu süreçte de hasta ile güven ilişkisini ve bakımda sürekliliği sağlamak için izlemlerini ve desteklerini sürdürebilirler. Araştırmamızda ebe ve hemşirelerden dinleyerek annenin rahatlamasını sağlayanların PPD bilgi puan ortalamaları diğer uygulamaları yapanların PPD bilgi puanı ortalamalarından yüksek olarak belirlenmiştir (Tablo 4.20).

Birinci basamak sağlık hizmetlerindeki ebe ve hemşirelerin annelerin ruh sağlığını değerlendirmeye yönelik vereceği hizmetler, erken teşhis ve tedavi için fırsat yaratacaktır. Bu hizmetleri sağlamada ebe ve hemşirelerin kendilerini hazır ve donanımlı hissetmeleri alacakları rol ve sorumluluklar açısından önemlidir.

Ebe ve hemşirelerin postpartum depresyon konusunda eğitim isteklerinin oldukça yüksek oranda (% 85.0) olması bu konudaki yetersizliğin farkında olduklarını göstermektedir (Tablo 4.24).

Çalışmamızın sonuçlarına bakıldığında durum istendik düzeyde görülmemesine rağmen bu konuya dikkat çekilmesi ve bu konudaki çalışmaların devamının gelmesine öncülük etmesi açısından gelecek için umut verici olabilir.

## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

### 6.1. Sonuçlar

#### Araştırmada aşağıda yer alan sonuçlar elde edilmiştir:

- Ebe ve hemşirelerin % 70.9'unun postpartum depresyon konusunda bilgi sahibi olduğu,
- Bilgi sahibi olan ebe ve hemşirelerin % 71'inin bilgiyi mesleki eğitimleri sırasında, % 4.5'ünün ise kendi araştırmalarıyla elde ettiği,
- Bilgi düzeyi 1-10 puan arasında sınıflandırıldığında ebe ve hemşirelerin % 79.4'ünün 7 puanın altında aldığı,
- Ebe ve hemşirelerin % 61.4'ünün doğum sonu depresyonu olan birisiyle karşılaşmadığı,
- Ebe ve hemşirelerin % 29.9'unun postpartum depresyonu kendisinin tespit ettiği,
- Doğum sonu depresyonu olan birisiyle karşılaşan ebe ve hemşirelerin % 46.9'unun anneyi ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanına yönlendirdiği, % 55.9'unun ise postpartum depresyon tanısı alan birisiyle karşılaşırca ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanına yönlendireceği,
- Ebe ve hemşirelerden % 7.9'unun postpartum depresyonu ortaya çıkarmada ebenin, % 3.1'inin ise hemşirenin yardımcı olabileceğini belirttiği, % 46.5'inin postpartum depresyona yönelik hizmetlerin zaman yetersizliği nedeniyle, % 32.3'ünün bilgi eksikliği nedeniyle, % 11'inin personel yetersizliği nedeniyle, % 10.2'sinin personelin ilgisizliği nedeniyle sağlanamadığını ifade ettiği,
- Ebe ve hemşirelerin % 33.9'unun postpartum depresyonu tarama ölçekleriyle belirlediği,
- Ebe ve hemşirelerin % 29.9'unun geçmişte PPD'yi belirlemediği,
- Geçmişte PPD tanısı alan birisiyle karşılaştığını belirten ebe ve hemşirelerin % 18.4'ü PPD tanısı alan birisiyle karşılaşınca dinlediğini, % 10.2'si tavsiyelerde bulunduğunu, % 14.3'ü ailesiyle görüştüğünü, % 46.9'u ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanına yönlendirdiğini, % 10.2'si kadın hastalıkları ve doğum uzmanına yönlendirdiğini ifade ettiği,

- Postpartum depresyon konusunda ebe ve hemşirelerin geçmişte bilgi sahibi olanların bilgi puanları arttıkça, postpartum depresyona yönelik eğitim düzenlenmesini istemelerinin postpartum depresyon bilgi puan ortalamalarını anlamlı şekilde arttırdığı belirlenmiştir.

## 6.2. Öneriler

**Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda aşağıdaki önerilerde bulunulabilir:**

- Birinci basamak sağlık hizmetlerinde annelerin ruhsal durumlarını değerlendirmeye yönelik tarama ölçeklerinin aile sağlığı merkezlerinde çalışan ebe ve hemşireler tarafından kullanımının sağlanması,
- Üniversitelerde ebelik ve hemşirelik lisans programlarında kapsamlı PPD eğitimlerinin verilmesi ve uygulama alanlarına yansıtılması,
- Mezuniyet sonrası doğum sonu ruhsal hastalıklar konusunda ebe ve hemşirelerin sağlık bakanlığı tarafından hizmet içi eğitimlerle desteklenmesi ve PPD bilgi durumlarının istendik düzeye ulaşmasının sağlanması,
- Ebe ve hemşirelerin bir kısmı kendi mesleki deneyimleriyle bilgi edindiği için hizmet içi eğitimlerin yaygınlaştırılarak, sadece ASM'lere başvuran annelerin değil, ASM'lere gelmeyen annelerinde takibinin ve PPD'nin erken tespitinin sağlanması,
- Gerekli personel düzenlemesiyle riskli kişilere personel desteği sağlanması,
- Personel yetersizliğinin ilgili birimlere bildirilerek annelere ruhsal destek sağlayacak birimlerin oluşturulması,
- Birinci basamak sağlık hizmetlerinde görevli ebe ve hemşirelerin doğum sonu ruhsal hastalıklarla ilgili bilgi düzeyleri ve uygulamalarına ilişkin farklı araştırmaların yapılması,
- Araştırmanın evreninin sınırlı olması nedeniyle genişletilerek daha büyük bir örnekleme farklı bir çalışma yapılması önerilebilir.

## KAYNAKLAR

1. Adams P. (2000). A Mental Health Prevention İntervention. *Nursing Clinics of North America*, 35: 329–339.
2. Akbafı E. Vırıt O. Kalendaroğlu A. Savafı A. Sertbafı G. Yerliyurt H. (2008). Gebelikte Sosyodemografik Değişkenlerin Kaygı ve Depresyon Düzeyleriyle İlişkisi, *Türkiye Nöropsikiyatri Arşivi*, 45: 85-91.
3. Akdeniz F. Gönül A.S. (2004). Kadınlarda Üreme Olayları ile Depresyon İlişkisi, *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 7 (2): 70-74.
4. Akın A. (2001). Aile Planlamasından Üreme Sağlığına Geçiş, *Aktüel Tıp Dergisi*, 6(1): 4-8.
5. Akın A. Mihçioğlu S. (2005). Kadının Statüsü ve Anne Ölümleri, Ankara, Hacettepe Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Yayınları.
6. Akın A. Özvarış ř.B. (2006). Anne Ölümleri, Güler Ç. Akın L. (Edt.), Halk Sağlığı Temel Bilgiler (ss: 216-219), Ankara, Hacettepe Üniversitesi Yayınları.
7. American Psychiatric Association. (1994). Diagnostic and Statistical Manual Mental Disorders-DSM-IV, Washington, DC: American Psychiatric Press.
8. Amerikan Psikiyatri Birliği. (1995). DSM-IV Mental bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, Köroğlu E. (Çevr.), Ankara, Medikomat.
9. Aslantaş H. Ergin F. Akdolun N.B. (2009). Aydın İl Merkezinde Doğum Sonrası Depresyon Sıklığı ve İlişkili Risk Etmenleri, *ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi*, 10(3) : 13 – 22.
10. Ayvaz S. Hocaoğlu Ç. Tiryaki A. Ak İ. (2006). Trabzon İl Merkezinde Doğum Sonrası Depresyon Sıklığı ve Gebelikteki İlişkili Demografik Risk Etmenleri, *Türk Psikiyatri Dergisi*, 17(4):243-251.
11. Baker D. North K. (1999). Does Employment Improve The Health Of Lone Mothers?, *Social Science and Medicine*, 49(1):121-131.
12. Baklaya N.A. (2002). Postpartum Dönemde Annelerin Bakım Gereksinimleri ve Ebe-Hemşirenin Rolü, *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 6(2): 42-48.
13. Bashiri N. Spielvogel A.M. (1999). Postpartum Depression: A Cross Cultural Perspective, *Prim Care Update*, 6(3) :82.
14. Başer S.Z. Kocabaşoğlu N. (2008). Gebelik ve Doğumla Tetiklenen Psikiyatrik Hastalıklar, İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, 62: 349-354.

15. Bayar R. Gökçay G. (1999). Annelik Bunalımı, Ben Hasta Değilim. I. Baskı. Ankara: *Nobel Tıp Kitabevi*.
16. Beck C.T. (2001). Predictors Of Postpartum Depression, *Nursing Research*, 50 (5): 275.
17. Beck C.T. (2002). Revision of the Postpartum Depression Predictors İnventry, *JOGNN*, 31(4) : 394.
18. Beck C.T. Gable R.K. (2000). Postpartum Depression Screaning Scale, Development and Psychometric Testing, *Nursing Research*, 49 (5) : 272.
19. Beydağ K.D. (2007). Doğum Sonu Dönemde Anneliğe Uyum ve Hemşirenin Rolü, *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 6(6): 479-484.
20. Biçer T. Bebiş H. İnanç N. (2001). Temel Sağlık Hizmetleri ve Toplum Sağlığı Hemşireliğinin İrdelenmesi, *Hemşirelik Forumu*, 4.26–31.
21. Bilgili N. Vural G. (2006). Aile Planlaması Hizmetlerinde Kaçırılmış Fırsatlar, *Zonguldak, Sağlık Yüksek Okulu Dergisi*, 2 (1): 21–25.
22. Bingöl YT. Tel H. (2007). Postpartum Dönemdeki Kadınlarda Algılanan Sosyal Destek ve Depresyon Düzeyleri ile Etkilenen Faktörler, *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, Cilt 10, Sayı 3.
23. Born L. Zinga D. Steiner M. (2004). Challenges in İdentifying and Diagnosing Postpartum Disorders. *Primary Psychiatry*, 11: 29-36.
24. Boyd R.C. Le H.N. Somberg R. (2005). Review Of Screening Instruments For Postpartum Depression, *Archives of Women's Mental Health*, 8: 141-153.
25. Brockington I. (2004). Postpartum Psychiatric Disorders. *Lancet*, 363: 303-310.
26. Buğdaycı R. Şaşmaz C.T. Tezcan H. Kurt A.O. Öner S.A. (2004). Cross-Sectional Prevalence Study of Depression at Various Times After Delivery in Mersin Province in Turkey, *Womens Health*, 13:63-8.
27. Büyükhoca M. (2001). Algılanan Sosyal Destekle Postpartum Depresyon Arasındaki İlişkinin İncelenmesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İzmir, Dokuz Eylül Üniversitesi.
28. Cantwell R. Cox J.L. (2003). Psychiatric Disorders in Pregnancy and The Puerperium. *Curr Obstet Gynaecol*, 13: 7–13.
29. Chaudron L.H. (2000). When and How to Use Mood Stabilizers During Breastfeeding, *Prim Care Update*, 7(3): 113.

30. Cox J.L. Holden J.M. (1987). Sagousky R. Detection of Postnatal Depression Development of the Edinburgh Postnatal Depression Scale, *British Journal of Psychiatry*, 150: 782–786.
31. Çeper E. Bilge A. Mermer G. Yücel U. (2007). İzmir'in Bornova İlçesinde Gebelik ve Doğum Sonrası Depresyon Riski, İzmir, Ege Üniversitesi İzmir Atatürk Sağlık Yüksekokulu.
32. Danacı A.E. Dinç G. Deveci A. Sen F.S. İçelli İ. (2000). Manisa İl Merkezinde Doğum Sonrası Depresyon Yaygınlığı ve Etkileyen Etmenler, *Türk Psikiyatri Dergisi*, 11: 204-11.
33. Dennis C.L. (2004). Can We Identify Mothers At Risk For Postpartum Depression In The Immediate Postpartum Period Using The Edinburgh Postnatal Depression Scale? *Journal of Affective Disorders*, 78: 163-169.
34. Dennis C.L. Ross L.E. (2006). The Clinical Utility Of Maternal Self-Reported Personal and Familial Psychiatric History In Identifying Women At Risk For Postpartum Depression, *Acta Obstetrica et Gynecologica*; 85: 1179-1185.
35. Deveci A. (2003). Postpartum Psikiyatrik Bozukluklar, *Birinci Basamak İçin Psikiyatri*, (2):3.
36. Durat G. (2003). Sakarya İlindeki Gebe Kadınlarda Doğum Sonrası Depresyon Riskinin İncelenmesi ve Yüksek Riskli Kadınlarda Hemşirelik Uygulamalarının Etkinliği, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Doktora Tezi, İstanbul, İstanbul Üniversitesi.
37. DüNDAR P. (2002). Yarı Kentsel Bir Bölgede Postpartum Depresyon Prevalansı ve Risk Faktörleri, VIII. Ulusal Halk Sağlığı Kongre Kitabı, 8: 862–865.
38. Edebohls L. Ecklund C. (2002). Postpartum Depression: Practical Advice From Two Nurse Practitioners, *Paediatr Nurse*, 22: 298–9.
39. Efe Ş.Y. Taşkın L. Eroğlu K. (2009). Türkiye'de Postnatal Depresyon ve Etkileyen Faktörler, Ankara, 10 (1) : 14-20.
40. Ekuklu G. Tokuç B. Eskiocak M. Berberoğlu U. Saltık A. (2004). Prevalence of Postpartum Depression in Edirne, Turkey and Related Factors, *J Reprod Med*, 49:908-14.
41. Elden C. (1989). Midwives Knowledge and Management Of Postnatal Depression. *Australian Journal Of Advanced Nursing*, 7: 35–42.
42. Eltutan H. Öncüoğlu C. (1997). Kadınlara Özgü Psikiyatrik Bozukluklar, *Depresyon Dergisi*, 2(3) : 74–81.
43. Engindeniz N. (1996). Edinburgh Doğum Sonu Depresyon Ölçeği'nin Türkçe Formu İçin Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İzmir, Ege Üniversitesi.



44. Epperson N. Czarkowski K. Ward-O'Brien D. (2001). Maternal Sertraline Treatment and Serotonin Transport In Breast-Feeding Mother Infant Pairs. *Am J Psychiatry*, 158: 1631–1637.
45. Ergin F. Başar P. Karahasanoğlu B. Beşer E. (2005). Güvenli Olmayan Doğumlar Ve Doğum Sonrası Evde Bakım Hizmetlerinin Değerlendirilmesi, *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 4 (6) 321–329.
46. Ersoy F. Edirne T. Oğuz F.T. (2003). Birinci Basamakta Anksiyete Bozuklukları, *Kırıkkale, Sted*, 12 (10): 366.
47. Eşsizoğlu A. Yaşan A. Bülbül İ. Akkoç H. Yıldırım A.E. Özkan M. (2009). Depresyon Hastalarında, Nöbet Geçirme Süresi Ve Uygulanan Elektriksel Dozun, Elektrokonvülsif Tedaviye Verilecek Klinik Yanıt Hızı İle İlişkisi, *İstanbul, Anatolian Journal of Psychiatry*, 10: 286-292.
48. Feske U. Shear K. Anderson B. (2001). Comparison of Severe Life in Depressed Mothers and Non\_Mothers, *Depression and Anxiety*, 13(1): 109–117.
49. Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi. (2007). *Elazığ*, 17(2): 251-281.
50. Field T. (1997). The Treatment Of Depressed Mothers and Their Infants, Murray E.L. Cooper P.J. (Eds.) *Postpartum Depression and Child Development* (pp: 221-236), New York, Guilford Pres.
51. Georgiopoulos AM. Bryan TL. Wollan P. (2001). Routine Screening For Postpartum Depression, *Journal of Family Practice*, 50(2): 117–122.
52. Gledhill J. Kramer T. Garralda. ME. (2003). Training General Practitioners in The Identification and Management of Adolescent Depression Within the Consultation: A Feasibility Study, *Adolescence*, 26;245–250.
53. Gökyıldız Ş. Yıldırım G. (2004). Sağlıklı Bebeğe Sahip Olamayan Ailelerin Yaşadığı Psikososyal Sorunlar, *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 7(3).
54. Gülseren L. (1999). Doğum Sonrası Depresyon: Bir Gözden Geçirme, *Türk Psikiyatri Dergisi*, 10(1): 58-67.
55. Gülşen G. (2001). Doğum Sonrası Psikiyatrik Bozukluklar. Elektronik adres: <http://www.lokman.cu.edu.tr/psychiatry/eğitim/abdpras/smn/postpartum>. Erişim Tarihi: (23.03.2006).

56. Hawton K. Clements A. Sakarovitch C et al. (2001) Suicide in Doctors: A Study of Risk According to Gender, Seniority and Specialty in Medical Practitioners in England and Wales, *Epidemiol Community Health*, 55(5):296-300.
57. Hendrick V. Altshuler L. Strouse T. Grosser S. (2000). Postpartum and Nonpostpartum Depression: Differences In Presentation and Response to Pharmacologic Treatment .*Depression and Anxiety*, 11 (2) : 66–72.
58. Huang YC. Mathers N. (2000). Postnatal Depression-Biological or Cultural?A comparative Study of Postnatal Women in The UK and Taiwan, 33:27987.
59. Işık S. (2007). Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Ebe ve Hemşirelerin Doğum Sonu Depresyon Konusunda Bilgi ve Uygulamalarının Belirlenmesi. Gazi Üniversitesi, Ankara.
60. İnandı T. Buğdaycı R. DüNDAR P. Sümer H. Şaşmaz T. (2005). Risk Factors for Depression in the First Postnatal Year, A Turkish Study, *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 40: 725–730.
61. İnandı T. Elçi OÇ. Öztürk A. Eğri M. Polat A. Şahin TK. (2002). Risk Factors for Depression in postnatal first year, in Eastern Turkey. *International Journal of Epidemiology*, 31: 1201-1207.
62. Karaçam Z. Kitiş Y. (2007). Doğum Sonrası Depresyon Tarama Ölçeği: Türkçe'de Geçerlik ve Güvenirliği, *Türk Psikiyatri Dergisi*, 18(3): 1-11.
63. Karaçam Z. Kitiş Y. (2008). The Postpartum Depression Screening Scale: Its Reliability and Validity for the Turkish Population, *Türk Psikiyatri Dergisi*, 19 (2).
64. Karaçam Z. Öz F. Taşkın L. (2004). Postpartum Depresyon: Önleme, Erken Tanı ve Hemşirelik Bakımı, *Sağlık ve Toplum Dergisi*, 14(3): 14–24.
65. Karaçam Z. Öz F. Taşkın L. (2004). Postpartum Depresyon: Önleme, Erken Tanı ve Hemşirelik Bakımı, *Sağlık ve Toplum*, 3:14-24.
66. Karaçam Z. Öz F. Taşkın L. (2004). Postpartum Depresyon: Önleme, Erken Tanı ve Hemşirelik Bakımı, *Sağlık ve Toplum Dergisi*, 14(3): 14-24.
67. Kemp B. Bongartz K. Rath W. (2003). Psychic Disturbances in The Postpartum Period: An Increasing Problem? *Geburtshilfe Neonatol*, 207:159-65.
68. Kendell R.E. Chalmers J.C. Platz C. (1987). Epidemiology Of Puerperal Psychoses, *The British Journal of Psychiatry*, 150: 662-673.

69. Kennedy H.P. Beck C.T. Dricoll J.W. (2002). A Lighth In The Fog: Caring For Women With Postpartum Depression, *Journal of Midwifery & Women's Health*, 47(5): 318-330.
70. Kesebir S. Aksoy A. (2010). Üreme Hormonları ve Duygudurum Bozuklukları, Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 2(3):281307.
71. Kısa C. (2004). Doğum Sonrası Ruhsal Bozukluklar, 3P Dergisi, 12(4):24-29.
72. Koç G. (2005). Postpartum Erken Taburculuk ve Evde Bakım Hizmetleri. 4. Uluslar Arası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi Kongre Kitabı, Ankara, Bayt Yayıncılık.
73. Lepper HS. DiMatteo MR. Tinsley B J. (1994). Postpartum Depression: Howmuch Do Obstetric Nurses and Obstetricians Know, 21: 149-154.
74. Leverton T. (2003). Parental Psychiatric Illness: The Implications For Children, *Current Opinion In Psychiatr*, 16: 395-402.
75. Listening to mothers (2002): Report of The First National U.S. Survey of Women's Childbearing Experiences. <http://www.maternitywise.org/listeningtomothers> (erişim tarihi: 08.08.2010).
76. Logsdon MC. Wisner K. Billings MD. Shanahan B. (2006). Raising The Awareness Of Primary Care Providers About Postpartum Depression, *Issues in Mental Health Nursing*, 27: 59-73.
77. Mckee MD. Cunningham M. Jankowski RBK. Zayas L. (2001). Health-Related Functional Status in Pregnancy: Relationship to Depression and Social Support in a Multi-Ethnic Population. *Obstetrics & Gynecology*, 97(6): 988-993.
78. Moses-Kolko EL. Roth EK. (2006). Antepartum and Postpartum Depression: Healthy Mom, Healthy Baby, *Journal of Women's Health*, 59(3): 181-197.
79. Murray L. Cooper P. Hipwell A. (2003). Mental Health Of Parents Caring For Infants, *Archives of Women's Mental Health*, 6(2): 71-77.
80. Nur N. Çetinkaya S. Bakır DA. Sivas İl Merkezindeki Kadınlarda Postpartum Depresyon Prevelansı ve Risk Faktörleri, *CÜTF Dergisi*, 26(2): 55-59.
81. O'Brien L.M. Heycock E.G. Hanna M. Watts J.P. Cox C.L. (2004). Postnatal Depression and Faltering Growth: A Community Study, *Pediatrics*, 113: 1242-1247.
82. Özkan S. (1993) *Psikiyatrik Tıp, Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi*. İstanbul: Roche Yayınları.

- 83.** Prevention of Mental Disorders (2004). Effective Interventions and Policy Options: a Summary Report, Geneva, World Health Organization. [http://www.who.int/mental\\_health/evidence/en/promoting\\_mhh.pdf](http://www.who.int/mental_health/evidence/en/promoting_mhh.pdf) (erişim tarihi:10.01.2006)
- 84.** Puget M. Cathebras P. Rousset H. Paccalin M. (2005). Pregnancy Complications and Baby Blues, *La Revue de Medecine*, 2: 226-229.
- 85.** RC. Boyd. HN. Le. and R. Somberg (2005). Review of Screening Instruments for Postpartum Depression, *Archives of Women's Mental Health*, 8: 141–153.
- 86.** Regier D.A. Boyd J.H. Burke J.D. Jr Rae D.S. Myers J.K. Kramer M. Robins L.N. George L.K. Karno M. Locke B.Z. (1990). One-month Prevalence Of Mental Disorders In The United States, *Archives of General Psychiatry*, 45: 977-986.
- 87.** Regmi S. Sligl W. Carter D. Grut W. Seear M. (2002). A Controlled Study of Postpartum Depression Among Nepalese Women: Validation of The Edinburg Postpartum Depression Scale in Kathmandu, *Trop Med Int Health*, 7:378-82.
- 88.** Robertson K. (2010). Understanding the Needs of Women With Postnatal Depression. *Nursing Standard*, 24, 46, 47-55.
- 89.** Rojas G. Fritsch R. Solís J. Gonzalez M. Guajardo V. Araya R. (2006). Quality of Life of Women Depressed in the Post-Partum Period. *Revista Medica de Chile*,134(6):713-20.
- 90.** Rothman R. (2006). The Health Visitor's Role and Postnatal Depression: An Overview, *British Journal Of Midwifery*, 14(11):658–660.
- 91.** Sabuncuoğlu O. Berkem M. (2006). Bağlanma Biçimi ve Doğum Sonu Depresyon Arasındaki İlişki, *Türk Psikiyatri Dergisi*, 17(2): 1-5.
- 92.** Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Yönerge (2008). Ankara, T.C. Sağlık Bakanlığı TSH Genel Müdürlüğü.
- 93.** Salgın A. (2002). Postpartum Depresyonun Çocuk Bakım ve Gelişimine Etkileri, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, İstanbul Üniversitesi.
- 94.** Savaşır I. Şahin NH. (1997). Bilişsel-Davranışçı Terapilerde Değerlendirme ve Sık Kullanılan Ölçekler. *Türk Psikologlar Dergisi Yayınları*, 9(4): 23-38.
- 95.** Schmidt L. Greenberg A. Holzman B. SchulkinJ. (1997). Treatment of Depression By Obstetrician-Gynecologists: A Survey Study. *Obstetrics-Gynecology*, 90: 296–300.
- 96.** Scocir A.P. Hundley V. (2006). Are Slovenian Midwives and Nurses Ready To Take On A Greater Role In Caring Woman With Postnatal Depression? *Midwifery*, 22: 40-49.
- 97.** Stewart C. Henshaw C. (2002). Midwives and Perrotel Health. *British Journal of Widwifery*, 10.117–121.

98. Stocky A. Lynch J. (2000). Acute Psychiatric Disturbance In Pregnancy and Puerperium, *Baillière's Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 14: 73-87.
99. Sünter T. Güz H. Ordulu F. Öz H. Peksen Y. (2002). Samsun İl Merkezindeki Kadınlarda Postpartum Depresyon Prevelansı ve Risk Faktörleri, VIII. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Kitabı, Diyarbakır, Dicle Üniversitesi Yayınevi, Cilt 2: 855–858.
100. Şentürk A. (2008). Kadın Sağlığı Hizmetlerinin Tarihçesi ve Yaşam Dönemlerine Göre Kadın Sağlığı Sorunları, Şirin A. Kavlak O. (Edt.), Kadın Sağlığı (ss: 124-134), İstanbul, Bedray Yayıncılık.
101. Şirin A. Kavlak O. (Edt.), Kadın Sağlığı (ss: 124-134), İstanbul, Bedray Yayıncılık.
102. T.C. Sağlık Bakanlığı. (2005). Güvenli Annelik. Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Ankara.
103. Tammentie T. Tarkka MT. Astedt-Kurki P. Paavilainen E. Laippala P. (2004). Family Dynamics and Postnatal Depression, *Psychiatr Ment Health Nurs*, 11(2):141-9.
104. Taşkın L. Efe-Yaman Ş. Eroğlu K. (2009). Türkiye’de Postnatal Depresyon ve Etkileyen Faktörler. *Journal of the Turkish-German Gynecological Association*, 10, 14-20.
105. Tezel A. (2006). Postpartum Depresyonun Değerlendirilmesinde Hemşirelerin / Ebelerin Sorumlulukları, 44(1): 49–52.
106. Tezel A. (2008). Postpartum Depresyonun Değerlendirilmesinde Hemşirelerin/Ebelerin Sorumlulukları, *Yeni Symposium Journal*, 46(4): 184-187.
107. Thivierge, B.( 2006). Caesarean Section, Encyclopedia of Medicine, Erişim Tarihi: 23.12.2011 <http://www.findarticles.com>
108. Thomas E. (2009). Journal of the Turkish German Gynecological Association. 10(2): 104-108.
109. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (2008). Ankara, *Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü*.
110. Ueda M, Yamashita H, Yoshida K. (2006). Impact Of Infant Health Problems On Postnatal Depression: Pilot Study To Evaluate A Health Visiting System, *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 60: 182-189.
111. Vural G. (1999). Normal Vajinal Doğum Yapan Annelerde Doğum Sonu 10. Günde Depresyon Yaygınlıklarının İncelenmesi, *CÜ HYO Dergisi*, 3(1): 33–38.

112. Weissman M.M. Bland R.C. Canino G.J. et al. (1996). Cross-national Epidemiology Of Major Depression and Bipolar Disorder, *JAMA*, 276: 293-299.
113. Weissman M.M. Jensen P. (2002). What Research Suggests For Depressed Women With Children, *Journal of Clinical Psychiatry*, 63: 641-647.
114. Whitton A. Warner R. Appleby L. (1996). Brief report: The Pathway to Care in Postnatal Depression: Women's Attitudes to Postnatal Depression and its Treatment, *Br J Gen Pract*, 46:427-8.
115. World Health Organisation (WHO). (2004). Prevention Of Mental Disorders: Effective Interventions And Policy Options: A Summary Report. Geneva, Promoting Mental Health: Concepts, Emerging Evidence, Practice: A Summary Report, Geneva, WHO, 23.
116. Yaşar MR. (2007). Depresyonun Kadınlaşması, *Kilis, Gaziantep Üniversitesi, M. Rıfat Eğitim Fakültesi*, 20(2):315-326.
117. Yonkers K. Chantilis S. (1995). Recognition of Depression in Obstetric/Gynecology Practices. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 173: 632–636.
118. Yüksel N. (2000). Birinci Basamakta Depresyonun Tanı ve Tedavisi. Ankara: *Çizgi Tıp Yayınevi*, 2: 115-119.
119. Yüksel N. (2009). Birinci Basamakta Depresyonun Tanı ve Tedavisi, Ankara, *Çizgi Tıp Yayınevi*, 19:87-92.
120. Yüzer S. Yiğit R. Taşdelen B. (2006). Çocuğu Hastanede Yatan Annelerin Aldığı Sosyal Destek ile Depresyon Yüzeyleri Arasındaki İlişki, *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 9 (4): 14.

**EK 1:**



T.C.  
Cumhuriyet Üniversitesi  
REKTÖRLÜK

SAYI : B.30.2.CUM.0.70.00.00/2051/5587  
KONU:

09/12/2010

İSTANBUL VALİLİĞİNE

Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Yasemin Karagöz "**Aile Sağlığı Merkezlerinde Çalışan Ebe ve Hemşirelerin Postartum Depresyona Yönelik Bilgi ve Uygulamalarının Değerlendirilmesi**" adlı yüksek lisans tez çalışmasının uygulama kısmını yürütebilmek için onam formu ve soru formunu 01.12.2010 – 31.05.2011 tarihleri arasında İstanbul Kadıköy İlçesinde Aile Sağlığı Merkezlerinde / Sağlık Grup Başkanlığında çalışan ebe ve hemşirelere uygulamak istemektedir.

Bilgilerinizi ve izinlerinizi arz ederim.

Prof. Dr. Ömer CEVİT  
Rektör a.  
Rektör Yardımcısı

Ek: Form (6 sayfa)

Cumhuriyet Üniversitesi Rektörlüğü  
e-mail : ryaziisl@cumhuriyet.edu.tr

Tel : 0 (346) 219 10 10 / 4 Hat  
Faks: 0 (346) 219 11 10- 03

EK 2:



T.C.  
İSTANBUL VALİLİĞİ  
İl Sağlık Müdürlüğü

İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü

Strateji Geliştirme Birimi



BD623171421

24.02.2011 - 253

28.02.2011

Sayı : B.10.4.ISM.4.34.47.63/ 605.99 / - 253  
Konu : Diğer

CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ

İlgi : 09.12.2010 Tarih ve 5587 Sayılı yazı

SİVOİS

İlgi sayılı yazınıza istinaden; Üniversitenizin Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Öğrencisi Yasemin KARAGÖZ' Aile Sağlığı Merkezlerinde Çalışan Ebe ve Hemşirelerin Postpartum Depresyona Yönelik Bilgi ve Uygulamaların Değerlendirilmesi konulu Yüksek Lisans Tez Çalışmasına onay verilmiştir.]

Gereğini bilgilerinize rica ederim.

Dr. Şuayip BİRİNCİ  
İl Sağlık Müdür Yardımcısı

ASLI GİBİDİR



İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü » Strateji Geliştirme Birimi  
Peykhane Cad. NoÇ10 Çemberlitaş  
Telefon: 212 453 08 74-453 39 00-453 39 24 Fax: 453 39 89  
e-posta: [istanbul.strateji@gmail.com](mailto:istanbul.strateji@gmail.com) Elektronik Ağ: [www.istanbul.saglik.gov.tr](http://www.istanbul.saglik.gov.tr)

Ayrıntılı bilgi için irtibat:



**EK 3:**



T.C.  
Cumhuriyet Üniversitesi  
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ  
Ebelik Bölümü

SAYI : B.30.2.CUM.0.28.00/87  
KONU :

25/04/2011

**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
BİYOİSTATİSTİK ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞINA**

Anabilim Dalımız öğretim elemanı Yrd.Doç.Dr.Özlem DURAN'a ait dilekçe ve ilgili ekler ilişikte sunulmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.

Yrd.Doç.Dr.Mine BEKAR  
Anabilim Dalı Başkanı V.

- Ek: 1 Adet Dilekçe**  
**1 Adet Tez Proje Önerisi**  
**1 Adet Bilgilendirilmiş Onam Formu**  
**1 Adet Soru Formu**  
**1 Adet Postpartum Depresyone Yönelik Bilgi Formu**  
**1 Adet Enstitü Yönetim Kurulu Kararı**

**EK 4:****CUTF KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU  
DEĞERLENDİRME FORMU**

<b>BAŞVURU BİLGİLERİ</b>	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Aile Sağlığı Merkezlerinde Çalışan Ebe ve Hemşirelerin Postpartum Depresyona Yönelik Bilgi ve Uygulamalarının Değerlendirilmesi.	
	ARAŞTIRMA PROTOKOL NUMARASI	27/04/2011-122	
	SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Yrd.Doç.Dr.Özlem DURAN	
	SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI, KURUMU, BÖLÜMÜ	C.Ü.Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik AD	
<b>DEĞERLENDİRİLEN BELGELER</b>	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	X	
	ÇOCUK ONAM FORMU		
	VELİ/VASI ONAM FORMU		
	BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU KONTROL LİSTESİ	X	
	BIYOLOJİK MATERYAL TRANSFER FORMU		
	BAŞVURU DİLEKÇESİ	X	
	İMZALI İKİ TAAHHÜT DİLEKÇESİ	X	
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ		
	SİGORTA		
	İMZALI HELSİNKİ BİLDİRGESİ	X	
	GERİYE DÖNÜK ÇALIŞMALARDA GİZLİLİK TAAHHÜTNAMESİ		
	ÇALIŞMA VERİ TOPLAMA VE-VEYA İZLEM FORMLARI		
	İLAÇ ÇALIŞMASI - GÖZLEMSEL İLAÇ ÇALIŞMASI FORMLARI		
	CİDDİ ADVERS OLAY (CAO) BİLDİRİMİ		
	ÇALIŞMADA KULLANILACAK ÖLÇEK VE ANKETLER	X	
	BAŞVURU FORMU -Araştırmanın türü -Araştırmanın niteliği -Araştırmanın amacı, bilimsel dayanağı -Araştırma protokolü, materyal ve yöntemleri -Araştırmanın hedeflenen başlama ile bitiş tarihi ve süresi -Araştırmanın destekleyicisi ve bütçesi -Taahhütler -Araştırmacının niteliğine-deneyimine ilişkin sunulan çalışmanın uygunluğu -Destekleyici personel, mevcut olanaklar ve acil durum yöntemleri dahil merkezin yeterliliği -Çalışmadaki ölüm vakaları en geç bir hafta içinde etik kurul üyesi ve raportör tarafından değerlendirilmesi için başvuru		
	ÇOK MERKEZLİ VEYA MULTİDİSİPLİNER ARAŞTIRMALARDA, ÇALIŞMAYA KATILAN BİLİM VE ANABİLİM DALINA BİLGİ VERİLDİĞİNİ GÖSTEREN BELGE		
	<b>KARAR BİLGİLERİ</b>	Karar No: 2011-05/ 38	Tarih: 31/05/2011-167
		Yrd.Doç.Dr.Özlem DURAN sorumluluğunda yürütülen yukarıda bilgileri verilen klinik araştırmanın yukarıdaki belgeleri, gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup, gerçekleştirilmesinde etik sakınca bulunmadığına toplantıya katılan CUTF Klinik Araştırmalar Etik Kurulu üyelerinin oy çokluğu ile karar verilmiştir.	

**EK 5:**

**EK 1**

## **BİLGİLENDİRİLMİŞ OLUR FORMU**

Sayın .....

Bu katılacağınız çalışma bilimsel bir araştırma olup, araştırmanın adı “**Aile Sağlığı Merkezlerinde Çalışan Ebe ve Hemşirelerin Postpartum Depresyona Yönelik Bilgi ve Uygulamalarının Değerlendirilmesi**”dir.

Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Kararınızdan önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra araştırmaya katılmak isterseniz formu imzalayınız.

Yapılacak olan bu araştırma ile İstanbul İli Kadıköy İlçesi aile sağlığı merkezlerinde ve bağlı buldukları toplum sağlığı merkezinde çalışan ebe ve hemşirelerin postpartum depresyona yönelik bilgi ve uygulama düzeyleri belirlenecektir. Bu amaçla aile sağlığı merkezleri ve toplum sağlığı merkezinde çalışan ebe ve hemşirelerden bu çalışmaya katılmayı kabul edenler araştırmaya alınacaktır. Çalışma sırasında sadece postpartum depresyon konusundaki bilgi düzeyinizi ve uygulamalarınızı tespit etmeye yönelik sorular size yöneltilecek olup belirlenebilecek hatalar ile eksiklerin hizmet sunumu açısından önemli olduğu, hizmet planlamasına ışık tutacağı düşünülmektedir. Ayrıca hem ebe hem de hemşirelerin uygulayıcılık, eğiticilik ve danışmanlık rollerini yerine getirirken bilimsel bilgi donanımlarının bu yönde yeterli olup olmadığının bilinmesi konuyla ilgili hizmet içi eğitimlerin ve değerlendirmelerin de yapılmasına imkân sağlayacaktır. Böylelikle araştırma bölgesinde postpartum depresyona yönelik tanılama, destek olma ve tedaviye yönlendirme çalışmalarında etkinlik sağlanacağı düşünülmektedir.

Araştırma sırasında sizi ilgilendirebilecek herhangi bir gelişme olduğunda, bu durum size veya yasal temsilcinize derhal bildirilecektir. Araştırma hakkında ek bilgiler almak için ya da çalışma ile ilgili herhangi bir sorun ya da rahatsızlıklarınız için 0506 645 77 47 numaralı telefondan bize başvurabilirsiniz.

Bu çalışmada yer almanız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacaktır. Ayrıca bu araştırma kapsamındaki bütün hizmetler için sizden veya bağlı bulunduğunuz sosyal güvenlik kuruluşundan hiçbir ücret istenmeyecektir. Bu araştırma Cumhuriyet Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Birimi tarafından desteklenmektedir.

Bu çalışmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz. Bu durum herhangi bir cezaya ya da sizin yararlarınıza engel duruma yol açmayacaktır. Araştırmacı bilginiz dahilinde veya isteğiniz dışında, çalışma programını aksatmanız vb. nedenlerle sizi araştırmadan çıkarabilir. Araştırmanın sonuçları bilimsel amaçla kullanılacaktır, çalışmadan çekilmeniz ya da araştırmacı tarafından çıkarılmanız durumunda, sizle ilgili tıbbi veriler de gerekirse bilimsel amaçla kullanılabilir.

## **Ek 5. (Devamı)**

Size ait tüm tıbbi ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma yayınlansa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir, ancak araştırmanın izleyicileri, yoklama yapanlar, etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde tıbbi bilgilerinize ulaşabilir. Siz de istediğinizde kendinize ait tıbbi bilgilere ulaşabilirsiniz.

### **Çalışmaya Katılma Onayı:**

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında, bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın gönüllü olarak kabul ediyorum.

Bu formun imzalı bir kopyası bana verilecektir.

### **Gönüllünün,**

Adı-Soyadı:

Adresi:

Tel.-Faks:

Tarih ve İmza:

### **Açıklamaları yapan araştırmacının,**

Adı-Soyadı: Yasemin KARAGÖZ

Görevi: Y. Lisans Öğrencisi

Adresi: Kaya Sultan Sok. Belediye Blokları P1 Blok Kat: 6 No: 14 Kozyatağı/İSTANBUL

Tel.-Faks: 0506 645 77 47

Tarih ve İmza: 27.04.2011

### **Olur alma işlemine başından sonuna kadar tanıklık eden kuruluş görevlisinin/görüşme tanığının,**

Adı-Soyadı:

Görevi:

Adresi:

Tel.-Faks:

Tarih ve İmza:

SORU FORMU

1. Çalışma yapılan aile sağlığı merkezi: .....

2. Yaşınız: .....

3. Medeni durumunuz: ( ) Evli ( ) Dul ( ) Bekar

4. Öğrenim durumunuz:

- ( ) Sağlık Meslek Lisesi  
( ) Ön Lisans (Hemşirelik/Ebelik)  
( ) Lisans (Hemşirelik/Ebelik)  
( ) Yüksek Lisans

5. Mesleğiniz: .....

6. Önceki çalıştığınız kurum/kurumlar:

- ( ) Hastane  
( ) Sağlık ocağı  
( ) Tıp merkezi  
( ) Aile sağlığı merkezi

7. Sağlık ocağı/aile sağlığı merkezinde (ASM) çalışma süreniz:

- ( ) 0-1 yıl  
( ) 1-5 yıl  
( ) 5-10 yıl  
( ) 10-25 yıl  
( ) 25 yıl üstü

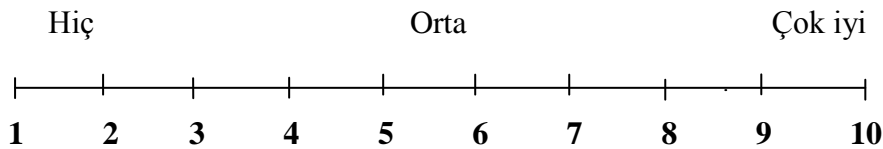
8. Daha önce postpartum depresyon konusunda bilgi edindiniz mi?

- ( ) Evet  
( ) Hayır (Cevabınız hayır ise 10. soruya geçiniz)

9. Postpartum depresyon konusunda nereden bilgi edindiniz?

- ( ) Temel mesleki eğitimim sırasında  
( ) Kendi araştırmalarımla (kitap-makale, internet vs.)  
( ) Hizmet içi eğitimlerden  
( ) Diğer (Açıklayınız:.....)

10. Postpartum depresyon konusunda bilgi düzeyinizi ölçek üzerinde değerlendiriniz.



## Ek 5. (Devamı)

### 11. Size göre postpartum depresyon en doğru şekilde nasıl belirlenir?

1. Annenin ve ailesinin şikâyetleri doğrultusunda
2. Postpartum depresyon tarama ölçekleriyle
3. Depresyona neden olan risk faktörleriyle
4. Postpartum depresyonu işaret eden belirtilerle
5. Gebelikteki depresyona yatkınlık belirtileriyle

### 12. Hiç postpartum depresyon tespit ettiniz mi?

- Evet  
 Hayır

### 13. Hiç postpartum depresyon tanısı almış birisiyle karşılaştınız mı?

- Evet  
 Hayır

\* 12. ve 13. sorulara cevabınız hayır ise 15. soruya geçiniz.

### 14. Postpartum depresyon tespit ettiğiniz ya da postpartum depresyon tanısı alan bir kişiyle karşılaştığınızda ne yaptınız?

1. Dinleyerek rahatlamasını sağladım.
2. Tavsiyelerde bulundum.
3. Ailesiyle görüştüm.
4. Psikiyatriste yönlendirdim.
5. Kadın doğum uzmanına yönlendirdim.
6. Diğer (Açıklayınız:.....)

### 15. Postpartum depresyon tanısı almış birisiyle karşılaşırsanız ne yaparsınız?

1. Dinlerim.
2. Tavsiyelerde bulunurum.
3. Eşi ve ailesiyle görüşürüm.
4. Psikiyatriste yönlendiririm.
5. Kadın doğum uzmanına yönlendiririm.
6. Diğer (Açıklayınız:.....)

### 16. Postpartum depresyon belirtilerini ortaya çıkarmada yardımcı olabilecek kişiler sizce kimlerdir?

- .....
- .....
- .....
- .....

### 17. Aile sağlığı merkezinde anneleri postpartum depresyon açısından değerlendirmeye yönelik bir hizmet veriyor musunuz?

- Evet  
 Hayır

**Ek 5. (Devamı)**

**18. 17. soruya cevabınız evet ise ne tür bir hizmet veriyorsunuz?**

.....  
.....  
.....  
.....

**19. Aile sağlığı merkezinde postpartum depresyona yönelik sağlanamayan hizmetlerin sağlanamama nedenleri size göre nelerdir?**

.....  
.....  
.....  
.....

**20. Sizce aile sağlığı merkezinde postpartum depresyona yönelik bir eğitim düzenlenmeli mi?**

- Evet  
 Hayır

**21. Postpartum depresyona yönelik düzenlenecek bir eğitime katılmak ister misiniz?**

- Evet  
 Hayır

**EK 3**

**POSTPARTUM DEPRESYONA YÖNELİK BİLGİ FORMU**

**AÇIKLAMA:** Aşağıda postpartum depresyona yönelik bilgi ifadeleri ve bu ifadelere katılma, kısmen katılma ve katılmama seçenekleri yer almaktadır. Bu nedenle lütfen her ifadeyi okuyup, size en uygun olan seçeneği işaretleyiniz. Boş bırakmayınız.

<b>BİLGİ İFADELERİ</b>	<b>Doğru</b>	<b>Yanlış</b>	<b>Bilmiyorum</b>
Annenin düşük doğum ağırlıklı bebeğe sahip olması postpartum depresyon için bir risk oluşturmaktadır.			
Annenin erken doğum yapması postpartum depresyon gelişimini etkilememektedir.			
Annenin yakınlarından birini kaybetmesi postpartum depresyona yatkınlığını artırmaktadır.			
Annede veya ailede önceden geçirilmiş depresyon öyküsü ile postpartum depresyon gelişimi arasında pozitif bir ilişki görülmektedir.			
Annede var olan kişilik bozuklukları postpartum dönemde depresyona yatkınlık oluşturmaktadır.			
Sinirli ve öfkeli olan anneler postpartum dönemde depresyona yatkınlık göstermektedirler.			
Utangaç, çekingen ve karamsar annelerde postpartum dönemde depresyon daha nadir görülmektedir.			
İşsizlik annede postpartum depresyon gelişimini artırmaktadır.			
Eğitim düzeyi yükseldikçe postpartum depresyon gelişme riski artmaktadır.			
Erken yaşta evlenen annelerde postpartum depresyon daha az görülmektedir.			
Anne planlamadan gebe kaldıysa postpartum depresyon gelişme riski yüksektir.			
Yeterli doğum öncesi bakım hizmeti alan annelerde postpartum depresyon gelişme riski azalmaktadır.			
Anne kız çocuk dünyaya getirdiyse postpartum depresyon gelişme riski artmaktadır.			
Annenin kız veya erkek çocuk dünyaya getirmiş olması postpartum depresyon gelişme riskini etkilememektedir.			
Annenin bebeği emzirirken kendine zaman ayıramaması postpartum depresyon riskini artırır.			
Postpartum depresyon genellikle doğum sonrası 2-8.haftalar arası başlar ve en çok 5 yıl kadar sürer.			
Anne sütünün kesilmesine bağlı postpartum depresyon gelişebilir.			
Postpartum depresyonda anne kendini çok güçlü görür.			



**Ek 5. (Devamı)**

<b>BİLGİ İFADELERİ</b>	<b>Doğru</b>	<b>Yanlış</b>	<b>Bilmiyorum</b>
Gebelikte yüksek olan östrojen düzeyinin doğumla düşmesinin postpartum depresyona etkisi yoktur.			
Troid hormonundaki değişiklikler postpartum depresyonu etkilememektedir.			
Postpartum depresyon, gebeliğe bağlı hormonal değişikliklerin neden olduğu bir bozukluktur.			
Postpartum depresyonda anne bebeğine karşı ilgisiz veya düşmanca tavırlar içindedir.			
Postpartum depresyonda annelerde bebeği öldürme davranışı gözlenebilir.			
Postpartum depresyonda annede nedensiz korku ve panik görülebilir.			
Postpartum depresyonda kilo değişiklikleri görülmez.			
Postpartum depresyonda kronik yorgunluk görülebilir.			
Postpartum depresyonda cinsel istekte artış görülebilir.			
Postpartum depresyonda annede ağır depresif belirtiler yanında intihar düşünceleri ya da girişimleri görülebilir.			
Postpartum depresyonda anneler sık sık ağlama eğilimi gösterirler.			
Postpartum depresyonda anne sık sık kendini suçlar.			
Postpartum depresyonda anneler kendilerini başarısız hissedebilirler.			
Postpartum depresyonda annelerde karar vermede güçlük görülür.			
Postpartum depresyonda anne günlük hayatının gerektirdiği vazifeleri yapmakta zorlanır.			
Postpartum depresyonda kadın iyi bir anne olamama endişesi ile depresif mizaca sahip olabilmektedir.			
Postpartum depresyonda anneler yaşlandığını ve çekiciliğini kaybettiğini düşünmeye başlarlar.			
Postpartum depresyon gebelik, doğum ve doğum sonu süreçlerin sağlıklı geçirilmesi ile önlenir.			
Doğum sonu dönemde anne izolasyon ve yalnızlık duygusu yaşıyorsa postpartum depresyon yönünden dikkatle değerlendirilmelidir.			
Postpartum depresyon tedavisinde destekleyici terapiye ihtiyaç duyulmaz.			
Postpartum depresyon tedavisinde anne yakından takip edilir.			
Postpartum depresyon hafif veya orta şiddette ise annenin emzirmeyi bırakması önerilir.			
Depresyon çok şiddetli ise elektroşok tedavisi düşünülebilir.			
Eğer postpartum depresyon erken dönemde ve yeterince tedavi edilmezse, yıllarca sürebilen tedavisi zor bir hale dönüşebilir.			
Postpartum depresyon hafif veya orta şiddette ise antidepresan tedavi başlanır.			
Tedaviye yönlendirilmeyen kadınlarda postpartum depresyon 3 ay ile 5 yıl arasında kendiliğinden düzelebilir.			

**EK 6: PPD Bilgi Durumlarının Puanlara Göre Dağılımları**

<b>BİLGİ İFADELERİNE GÖRE PUAN TABLOSU</b>	<b>Doğru</b>	<b>Yanlış</b>	<b>Bilmiyorum</b>
Annenin düşük doğum ağırlıklı bebeğe sahip olması postpartum depresyon için bir risk oluşturmaktadır.	1	0	
Annenin erken doğum yapması postpartum depresyon gelişimini etkilememektedir.	0	1	
Annenin yakınlarından birini kaybetmesi ve eşi ile evlilik problemleri olması postpartum depresyona yatkınlığını artırmaktadır.	1	0	
Anne veya ailede önceden geçirilmiş depresyon öyküsü ile postpartum depresyon gelişimi arasında pozitif bir ilişki görülmektedir.	1	0	
Annede var olan kişilik bozuklukları postpartum dönemde depresyona yatkınlık oluşturmaktadır.	1	0	
Sinirli ve öfkeli olan anneler postpartum dönemde depresyona yatkınlık göstermektedirler.	1	0	
Utangaç, çekingen ve karamsar annelerde postpartum dönemde depresyon daha nadir görülmektedir.	0	1	
İşsizlik ve yoksulluk annede postpartum depresyon gelişimini artırmaktadır.	1	0	
Eğitim düzeyi yükseldikçe postpartum depresyon gelişme riski artmaktadır.	0	1	
Erken yaşta evlenen annelerde postpartum depresyon daha az görülmektedir.	0	1	
Anne planlamadan ve istemeden gebe kaldıysa postpartum depresyon gelişme riski yüksektir.	1	0	
Yeterli doğum öncesi bakım hizmeti alan annelerde postpartum depresyon gelişme riski azalmaktadır.	1	0	
Anne kız çocuk dünyaya getirdiyse postpartum depresyon gelişme riski artmaktadır.	1	0	
Annenin kız veya erkek çocuk dünyaya getirmiş olması postpartum depresyon gelişme riskini etkilememektedir.	0	1	

**Ek 6. (Devamı)**

Annenin bebeği emzirirken kendine zaman ayıramaması postpartum depresyon riskini artırır.	1	0	
Postpartumı depresyon genellikle doğum sonrası 2-8.haftalar arası başlar ve en çok 5 yıl kadar sürer.	0	1	
Anne sütünün kesilmesine bağlı postpartum depresyon gelişebilir.	1	0	
Postpartum depresyonda anne kendini çok güçlü görür.	0	1	
Gebelikte yüksek olan östrojen düzeyinin doğumla düşmesinin postpartum depresyona etkisi yoktur.	1	0	
Troid hormonundaki değişiklikler postpartum depresyonu etkilememektedir.	0	1	
Postpartum depresyon, gebeliğe bağlı hormonal değişikliklerin neden olduğu bir bozukluktur.	0	1	
Postpartum depresyonda anne bebeğine karşı ilgisiz veya düşmanca tavırlar içindedir.	1	0	
Postpartum depresyonda annelerde bebeği öldürme davranışı gözlenebilir.	1	0	
Postpartum depresyonda annede nedensiz korku ve panik görülebilir.	1	0	
Postpartum depresyonda kilo değişiklikleri görülmez.	0	1	
Postpartum depresyonda kronik yorgunluk görülebilir.	1	0	
Postpartum depresyonda cinsel istekte artış görülebilir.	0	1	
Postpartum depresyonda annede ağır depresif belirtiler yanında intihar düşünceleri ya da girişimleri görülebilir.	1	0	
Postpartum depresyonda anneler sık sık ağlama eğilimi gösterirler.	1	0	
Postpartum depresyonda anne sık sık kendini suçlar.	1	0	
Postpartum depresyonda anneler kendilerini başarısız hissedebilirler.	1	0	
Postpartum depresyonda annelerde karar vermede güçlük görülür.	1	0	
Postpartum depresyonda anne günlük hayatının gerektirdiği vazifeleri yapmakta zorlanır ve genel olarak 'çökkün' bir mizaç içine girer.	1	0	
Postpartum depresyonda kadın iyi bir anne olamama endişesi ile depresif mizaca sahip olabilmektedir.	1	0	
Postpartum depresyonda anneler yaşlandığını ve çekiciliğini kaybettiğini düşünmeye başlarlar.	1	0	

**Ek 6. (Devamı)**

Postpartum depresyon gebelik, doğum ve doğum sonu süreçlerin sağlıklı geçirilmesi ile önlenabilir.	1	0	
Doğum sonu dönemde anne izolasyon ve yalnızlık duygusu yaşıyorsa postpartum depresyon yönünden dikkatle değerlendirilmelidir.	1	0	
Postpartum depresyon tedavisinde destekleyici terapiye ihtiyaç duyulmaz.	0	1	
Postpartum depresyon tedavisinde anne yakından takip edilir ve aile bilgilendirilir.	1	0	
Postpartum depresyon hafif veya orta şiddette ise annenin emzirmeyi bırakması önerilir.	1	0	
Depresyon çok şiddetli ise elektroşok tedavisi düşünülebilir.	1	0	
Eğer postpartum depresyon erken dönemde ve yeterince tedavi edilmezse, yıllarca sürebilen tedavisi zor bir hale dönüşebilir.	1	0	
Postpartum depresyon hafif veya orta şiddette ise antidepresan tedavi başlanır.	1	0	
Tedaviye yönlendirilmeyen kadınlarda postpartum depresyon 3 ay ile 5 yıl arasında kendiliğinden düzelebilir.	0	1	

## **EK 7:**

### **ÖZGEÇMİŞ**

#### **Kişisel bilgiler**

<b>Adı Soyadı</b>	Yasemin Karagöz
<b>Doğum Yeri ve Tarihi</b>	Sivas, 04/03/1987
<b>Medeni Hali</b>	Bekar
<b>Yabancı Dil</b>	İngilizce
<b>İletişim Adresi</b>	İl Sağlık Müdürlüğü Strateji Geliştirme Birimi, İstanbul
<b>E-posta Adresi</b>	yaseminA1987@hotmail.com

#### **Eğitim ve Akademik Durumu**

<b>Lise</b>	Kongre Lisesi, 2004
<b>Lisans</b>	Cumhuriyet Üniversitesi Ebelik, 2005-2009
<b>Ön Lisans</b>	Sağlık Kurumları İşletmeciliği 2008-2011
<b>Yüksek Lisans</b>	Cumhuriyet Üniversitesi Ebelik, 2009-2011

#### **Kurslar, Kongreler ve Üyelikler**

- 1. SAĞLIK BAKANLIĞI-Üreme Sağlığı ve Rıa Uygulayıcı Eğitimi Kursu**
- 2. KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ-Bilimsel Makale Yazımı Kursu**
- 3. SAĞLIK BAKANLIĞI-Neonatal Resüsitasyon Kursu**
- 4. ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ-VI. Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Günleri**
- 5. CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ-Yetişkin Kardiopulmoner Resusitasyon Semineri**
- 6. 9. ULUDAĞ JİNEKOLOJİ VE OBSTETRİ KIŞ KONGRESİ-Üreme Yardımcılığı Hemşireliği Kursu**
- 7. TÜRKİYE MATERNAL FETAL TIP VE PERİNATOLOJİ DERNEĞİ - 6. Ulusal Kongre ve Emzirme Danışmanlığı ve Postpartum Kontrasepsiyon Kursu**
- 8. 1.ULUSAL EBELİK KONGRESİ-Uygulamalı Fetal Monitorizasyon ve NST Kursu**
- 9. TÜRK EBELER DERNEĞİ ÜYELİĞİ 2009-**