

T.C.  
CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
HEMŞİRELİK PROGRAMI



SAĞLIK OCAKLARINDA ÇALIŞAN HEMŞİRE VE  
EBELERİN POSTPARTUM DEPRESYONA YÖNELİK BİLGİ  
VE TUTUMLARININ İNCELENMESİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

ASLI KURTCU

SİVAS  
2010

T.C.  
CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
HEMŞİRELİK PROGRAMI

SAĞLIK OCAKLARINDA ÇALIŞAN HEMŞİRE VE  
EBELERİN POSTPARTUM DEPRESYONA YÖNELİK BİLGİ  
VE TUTUMLARININ İNCELENMESİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

ASLI KURTCU

DOĞUM VE KADIN HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANA BİLİM DALI

TEZ DANIŞMANI

YRD. DOÇ. DR. ZEHRA GÖLBAŞI

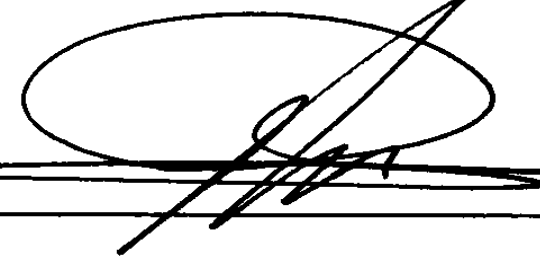
SİVAS

2010

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

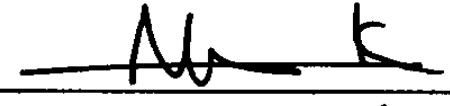
Başkan

Yrd. Doç. Dr. Zehra GÖLBAŞI



Üye

Yrd. Doç. Dr. Nuran GÜLER



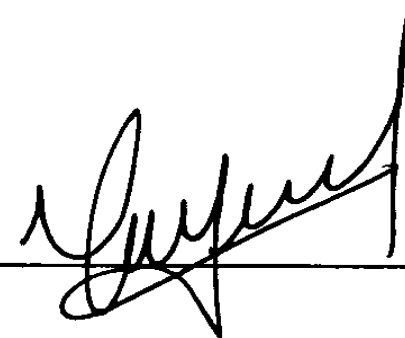
Üye

Yrd. Doç. Dr. Meral KELLEÇİ



### ONAY

Bu tez çalışması, 22.09.2010 tarihinde Enstitü Yönetim Kurulu tarafından belirlenen ve yukarıda imzaları bulunan jüri üyeleri tarafından kabul edilmiştir.



Prof. Dr. Tijen KAYA TEMİZ

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.

## ÖZET

### SAĞLIK OCAKLARINDA ÇALIŞAN HEMŞİRE VE EBELERİN POSTPARTUM DEPRESYONA YÖNELİK BİLGİ VE TUTUMLARININ İNCELENMESİ

Aslı KURTCU

Yüksek Lisans Tezi

Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı

Danışman: Yrd.Doç.Dr. Zehra GÖLBAŞI

2010, 65 sayfa

Bu çalışma, sağlık ocaklarında çalışan hemşire ve ebelerin postpartum depresyona yönelik bilgi ve tutumlarını incelemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

Araştırma İstanbul ili Üsküdar ve Kadıköy ilçelerine bağlı sağlık ocaklarında yapılmıştır. Araştırmanın örneklemini Üsküdar ve Kadıköy ilçelerine bağlı sağlık ocaklarında çalışan toplam 136 hemşire ve ebe oluşturmuştur. Veriler araştırmacılar tarafından literatüre dayalı olarak hazırlanan “Kişisel Bilgi Formu”, “Postpartum Depresyon Bilgi Formu” ve “Postpartum Depresyon Tutum Formu” olmak üzere üç form ile toplanmıştır. Kişisel Bilgi Formu hemşire ve ebelerin bazı sosyodemografik ve çalışma yaşamına ait özelliklerini, depresyon öykülerini ve postpartum depresyona yönelik uygulamalarını belirlemek amacıyla hazırlanmış 16 sorudan oluşmuştur. Postpartum Depresyon Bilgi Formu hemşire ve ebelerin postpartum depresyona yönelik bilgi düzeylerini incelemek amacıyla hazırlanmıştır ve 45 ifadeden oluşmuştur. Postpartum Depresyon Tutum Formu hemşire ve ebelerin postpartum depresyonla ilgili tutumlarını belirlemek amacıyla hazırlanmış 5 ifadeden oluşmuştur. Elde edilen veriler frekans dağılımı ve ortalama olarak sunulmuş, istatistiksel analizde Khi-kare ve t testi kullanılmıştır.

Araştırmadan elde edilen verilere göre hemşire ve ebelerin %16.2’si postpartum depresyona yönelik tarama yapmış ve %22.8’i postpartum depresyondan şüphelendiği bir durumla karşılaşmıştır. Hemşire ve ebelerin postpartum depresyona yönelik bilgi düzeylerinin 34.89 (max:45) olduğu belirlenmiştir. Lisans mezunu hemşire ve ebelerin

lise ve ön lisans mezunlarına göre, mesleki eğitimleri sırasında postpartum depresyona yönelik bilgi alanların almayanlara göre bilgi puan ortalaması istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Hemşire ve ebelerin yalnızca %2.9'u postpartum depresyonu önleme, tanılama, sevk etme ve bakım verme konusunda sağlık ocaklarında çalışan hemşire ve ebelerin bilgi ve beceri düzeylerini “çok yeterli” olarak değerlendirmiştir.

Araştırmanın sonuçlarına göre, sağlık ocaklarında çalışan hemşire ve ebeler postpartum depresyonu doğum sonu sağlık sorunları içinde önemli olarak görmelerine ve postpartum depresyonun ana-çocuk ve aile sağlığını olumsuz etkilediğini düşünmelerine rağmen postpartum depresyonu yeterince taramadıkları söylenebilir.

**Anahtar Kelimeler:** Sağlık ocakları, hemşire ve ebeler, postpartum depresyon, bilgi, tutum.

## ABSTRACT

### EXAMINATION OF THE KNOWLEDGE AND ATTITUDES CONCERNING POSTPARTUM DEPRESSION AMONG NURSES AND MIDWIVES WORKING AT PRIMARY HEALTH CARE CENTERS

Aslı KURTCU

Master of Science Thesis

Department of Maternity and Gynecological Diseases Nursing

Supervisor: Assist. Prof. Dr. Zehra GÖLBAŞI

2010, 65 pages

This descriptive study was carried out to determine the knowledge and attitudes concerning postpartum depression among nurses and midwives working at primary health care centers.

The study was carried out at primary care centers located in Uskudar and Kadikoy districts of Istanbul. The sample consisted of 136 nurses and midwives who had been working at Uskudar and Kadikoy primary health care centers. The data were collected by the researchers via three forms, which were prepared in the light of the literature; namely, “Personal Data Form”, “Postpartum Depression Data Form” and “Postpartum Depression Attitudes Form”. The Personal Data Form consisted of 16 questions regarding the sociodemographic and working characteristics and depression histories of nurses and midwives as well as their practices for postpartum depression. The Postpartum Depression Data Form consisted of 45 statements and aimed to analyze the knowledge about postpartum depression among the nurses and midwives. The Postpartum Depression Attitudes Form consisted of five statements to determine the attitudes of nurses and midwives regarding Postpartum Depression. The data were presented with frequency distributions and in means. Chi-square and t tests were used for statistical purposes.

The study revealed that 16.2% of the nurses and midwives had been screening postpartum depression and 22.8% had faced probable postpartum depression cases. The mean knowledge score of the nurses and midwives was 34.89 (max:45). The knowledge scores were significantly higher among those who had a bachelor’s degree compared to

those who had a high school or a two-year degree and also among the ones who had been trained on postpartum depression at school compared to the ones who did not have such a training. Only 2.9% of the nurses and midwives rated the knowledge and skills of nurses and midwives working at primary health care centers as “fully competent” on prevention, diagnosis, referring and caring for postpartum depression cases.

According to the results of our study, the nurses and midwives working at the primary health care centers know that postpartum depression is a significant health problem and that it has negative effects on the health of the mother-child and the family; however, they do not thoroughly screening it.

**Key words:** Primary health care centers, nurses and midwives, postpartum depression, knowledge, attitudes, practice.



## TEŞEKKÜR

Danışmanım Yrd. Doç. Dr. Zehra Gölbaşı'na tez boyunca verdiği destek ve yaptığı katkılardan dolayı teşekkür ederim.

Tezin ön hazırlığında yardımını esirgemeyen Yrd. Doç. Dr. Meral Kelleci'ye müteşekkirim.

Çalışmam boyunca motivasyon kaynağım olan aileme ve arkadaşlarıma teşekkür ederim.

## İÇİNDEKİLER

	Sayfa No
<b>ÖZET</b> .....	<b>ii</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>iv</b>
<b>TEŞEKKÜR</b> .....	<b>vi</b>
<b>TABLolar LİSTESİ</b> .....	<b>viii</b>
<b>I. GİRİŞ</b> .....	<b>1</b>
I.1. Problem Tanımı ve Önemi.....	1
I.2. Araştırmanın Amacı.....	4
<b>II. GENEL BİLGİLER</b> .....	<b>5</b>
II.1. Postpartum Depresyonun Tanımı.....	5
II.2. Postpartum Depresyonun Sıklığı.....	6
II.3. Postpartum Depresyon Semptomları (Belirtileri).....	6
II.4. Postpartum Depresyon Risk Faktörleri.....	7
II.5. Postpartum Depresyon Nedenleri (Etyolojisi).....	9
II.6. Postpartum Depresyonun Tedavisi.....	11
II.7. Postpartum Depresyonun Ana-Çocuk ve Aile Sağlığı Üzerine Etkileri.....	13
II.8. Postpartum Depresyonda Hemşire ve Ebelerin Rolü.....	14
<b>III. YÖNTEM</b> .....	<b>18</b>
III.1. Araştırmanın Tipi.....	18
III.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer.....	18
III.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	18
III.4. Verilerin Toplanması ve Değerlendirilmesi.....	18
III.4.1. Veri Toplama ve Araçların Hazırlanması.....	18
III.4.2. Veri Toplama Formlarının Uygulaması.....	20
III.4.3. Verilerin Değerlendirilmesi.....	20
<b>IV. BULGULAR</b> .....	<b>22</b>
<b>V. TARTIŞMA</b> .....	<b>33</b>
<b>VI. SONUÇLAR</b> .....	<b>38</b>
<b>VII. ÖNERİLER</b> .....	<b>41</b>
<b>KAYNAKLAR</b> .....	<b>42</b>
<b>EKLER</b> .....	<b>47</b>
<b>ÖZGEÇMİŞ</b> .....	<b>55</b>

## TABLolar LİSTESİ

	Sayfa No
<b>Tablo 1.</b> Hemşire ve Ebelerin Bazı Sosyodemografik ve Çalışma Yaşamları İle İlgili Özelliklerine Göre Dağılımı.....	22
<b>Tablo 2.</b> Hemşire ve Ebelerin Postpartum Depresyon Öykülerine Göre Dağılımı.....	23
<b>Tablo 3.</b> Hemşire ve Ebelerin Mesleki Eğitim ve Hizmet İçi Eğitimleri Kapsamında Postpartum Depresyona Yönelik Bilgi Alma Durumlarına Göre Dağılımı .....	24
<b>Tablo 4.</b> Hemşire ve Ebelerin Postpartum Depresyonla İlgili Tarama Yapma ve Doğum Yapmış Bir Kadında Postpartum Depresyon Şüphesi ile Sevk Etme Durumlarına Göre Dağılımı .....	24
<b>Tablo 5.</b> Hemşire ve Ebelerin Bazı Özelliklerine Göre Doğum Yapan Bir Kadını Postpartum Depresyon Şüphesi İle Sevk Etme Durumlarının Dağılımı.....	25
<b>Tablo 6.</b> Hemşire ve Ebelerin Bazı Özelliklerine Göre Postpartum Depresyona Yönelik Tarama Yapma Durumlarının Dağılımı .....	26
<b>Tablo 7.</b> Hemşire ve Ebelerin Postpartum Depresyon Bilgi Puan Ortalamaları .....	27
<b>Tablo 8.</b> Hemşire ve Ebelerin Bazı Özelliklerine Göre Postpartum Depresyon Bilgi Puan Ortalamaları.....	28
<b>Tablo 9.</b> Hemşire ve Ebelerin, Sağlık Ocaklarında Çalışan Hemşire ve Ebelerin Postpartum Depresyonu Önleme, Tanılama, Sevk Etme ve Bakım Verme Konusundaki Bilgi ve Beceri Düzeyini Algılama Durumuna Göre Dağılımı.....	30
<b>Tablo 10.</b> Hemşire ve Ebelerin Postpartum Depresyonda Hemşire ve Ebelerin Rollerine İlişkin Tutumlarına Göre Dağılımı .....	31
<b>Tablo 11.</b> Hemşire ve Ebelerin Postpartum Depresyonun Önemine, Ana-Çocuk ve Aile Sağlığı Üzerindeki Etkisine İlişkin Tutumlarına Göre Dağılımı .....	32

# **I.GİRİŞ**

## **I.1 Problemin Tanımı ve Önemi**

Kadın sağlığı, aile ve toplum sağlığı ile doğrudan ilişkili olması nedeniyle, sağlık hizmetlerinde öncelik taşıyan bir konudur. Kadın yaşam sürecinde, adölesan, cinsel olgunluk, klimakterik ve yaşlılık gibi dönemlerden geçmekte ve her döneme özgü fizyolojik, psikolojik ve sosyal sorunlar yaşamaktadır (Akın, 2001; Taşkın 2005). Gebelik ve postpartum dönemde depresif bozukluklar ve anksiyete bozuklukları oldukça sık görülmektedir (O'Hara ve Segre, 2010). Bu nedenle gebelik ve postpartum dönem ruhsal hastalıklar açısından riskin arttığı bir dönem olarak kabul edilmektedir (Cunningham ve ark., 2005).

Postpartum dönem, doğum eylemi sona erdikten sonra başlayan ve altı hafta süren bir dönemdir (Lowdermilk ve ark., 2000; Taşkın 2005). Bu dönemde kadın bebek bakımı vermek, bebek için güvenli bir çevre oluşturmak, bebekle iletişim kurmak, yeni roller öğrenmek, aile duyarlılığını geliştirmek ve bebekle ilgili problemlerle baş etmek zorundadır (Taşkın, 2005; Beydağ, 2007). Birçok kadın gebelik ve doğum ile ortaya çıkan fizyolojik, psikolojik ve sosyal değişimlere kolaylıkla uyum sağlarken, bazı kadınlarda hafif, orta ve şiddetli düzeylerde ruhsal sorunlar ortaya çıkmaktadır (Beydağ, 2007).

Postpartum dönemde ortaya çıkan ruhsal bozukluklardan, annelik hüznü (maternity blues, baby blues), postpartum depresyon (doğum sonu depresyon) ve postpartum psikoz bu döneme özgü olarak en dikkat çeken sorunlardır (Deveci, 2003; Lintner ve Gray, 2006; Haskett, 2008). Annelik hüznü yeni doğum yapmış kadınların yaklaşık %50-80'ini etkiler (NHMRC, 2000; Miller, 2002; Alexander ve ark., 2004; Haskett, 2008). Genellikle doğumdan sonraki 3-5. günlerde ortaya çıkar ve 10. günde son bulur (Alexander ve ark., 2004; Kurt ve Kısa, 2004; Mazza, 2004; O'Hara ve Segre, 2010). Postpartum blue yani annelik hüznünün daha sonraki depresyonlar için tek başına bir risk faktörü olduğu bildirilmektedir. (O'Hara ve Segre, 2010). Postpartum ruhsal bozukluklar arasında en ciddi sorun olan postpartum psikoz ise kadınların yalnızca % 0.1-0.4'ünü etkilemektedir (Deveci, 2003; Kısa, 2004; Yüksel ve ark., 2004; Akdeniz ve Gönül, 2004; Cunningham ve ark., 2005; Kısa ve ark., 2007; O'Hara ve Segre, 2010).

Postpartum depresyon, postpartum dönem içinde başlayan, psikotik olmayan bir depresyon epizodudur (AWHONN, 2008). Amerikan Psikiyatri Birliği (American Psychiatric Association, APA) tarafından geliştirilen DSM-IV (The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4th Edition) kriterlerine göre, postpartum depresyon doğumu takiben 4 hafta içerisinde ortaya çıkar ve psikotik olmayan majör depresyon olarak tanımlanır (Goodman, 2004; O’Hara ve Segre, 2010). Bu sürenin doğum sonu 6. ve 12. haftalara kadar uzayabileceği, postpartum depresif semptomların doğum sonu ilk yıl içinde herhangi bir zamanda görülebileceği bildirilmektedir (Goodman, 2004; AWHONN, 2008).

Postpartum depresyonun doğum yapmış bütün kadınların %10-15’ini etkilediği düşünülmektedir (NHMRC, 2000; Alexander ve ark., 2004; WHO, 2007; Haskett, 2008). O’Hara ve Swain (1996), dünya çapında postpartum depresyon prevalansını belirlemeye yönelik yapılmış 58 çalışmanın metaanalizini yapmıştır. Buna göre kadınların yaklaşık olarak %13’ doğumdan sonraki bir yıl içinde postpartum depresyon yaşamaktadır. Türkiye’de postpartum depresyon prevalansını belirlemeye yönelik yapılan çalışmalarda, postpartum depresyon prevalansı %14.0-%40.4 arasında bulunmuştur (Danacı ve ark., 2002; Ekuklu ve ark., 2002; Nur ve ark., 2004; Ayvaz ve ark., 2006; Ocaktan ve ark., 2006; Sünter ve ark., 2006; zdemir ve ark., 2008; Durat ve Kutlu, 2010). Postpartum depresyon oldukça sık görülmesine rağmen depresyon yaşayan kadınların yarısının depresyon semptomlarını kabul etmedikleri, önem vermedikleri ve profesyonel yardım aramadıkları belirtilmektedir (Ugarizza, 2002; Hanna ve ark., 2004; Goldsmith, 2007). Bunun nedeni depresif semptomların doğru tanılanmamasına, depresyonun şiddetinin önemsenmemesine, finansal yetersizliklere ve damgalanma korkusuna bağlanmaktadır (Lintner ve Gray, 2006).

Postpartum depresyon yaşam kalitesini ve güvenliğini ciddi bir şekilde tehlikeye koymasını nedeni ile anne, bebek ve diğer aile üyelerinin sağlığını olumsuz etkileyen bir faktör olarak ele alınmaktadır (Hanna ve ark., 2004). Postpartum depresyon kadının benlik saygısını, yeteneklerini, çocuklarının yaşamını, bakımını ve gelişimini, aile ve eşi ile ilgili ilişkilerini, sorumluluk ve rollerini, olumsuz yönde etkileyebileceği görülmektedir (Beck, 2001). Postpartum depresyon ayrıca kadının yaşamdan aldığı memnuniyeti, fonksiyonel durumunu, sağlık kurumlarını kullanımını ve anneliğini olumsuz yönde etkilemektedir (Logsdon ve ark., 2006a; Logsdon ve ark., 2006b). Bu

nedenle hemşireler ve ebelerin postpartum dönemdeki kadınları depresif semptomlar yönünden rutin olarak taraması gerektiği belirtilmektedir. (Goodman, 2004; Driscoll, 2006).

Doğum yapan kadınların, postpartum depresyon açısından değerlendirilmesinin bütüncül doğum sonu bakımın bir parçası ve hemşire/ebelerin bu bakım kapsamındaki sorumluluğu olduğu, ancak genellikle kadınların postpartum depresyon açısından rutin olarak değerlendirilmediği belirtilmektedir (Logsdon ve ark., 2006a; Driscoll, 2006; Beck, 2008). Oysa hemşireler/ebeler gebelik, doğum ve doğum sonu dönemlerde kadınlarla en fazla etkileşimde bulunan sağlık profesyonelleridir (Tezel ve Gözüm, 2005; Logsdon ve ark., 2006b; Dindar ve Erdoğan, 2007). Özellikle birinci basamak sağlık kurumlarında doğum sonu dönemde rutin sağlık kontrolleri ve bağışıklama amacı ile annelerle bir araya gelen hemşireler/ebeler postpartum depresyonu değerlendirmek için bir fırsat yaratabilirler (Tezel, 2006). Ayrıca hemşireler/ebeler sağlıklı bebek kontrolleri için ev ziyaretleri yaptıklarında da kadını postpartum depresyon belirtileri açısından izleyebilirler (Tezel ve Gözüm, 2005; Driscoll, 2006). Ayrıca bu ziyaretler sırasında hemşire/ebeler risk altında olan kadınları belirleyebilir, postpartum depresyondan şüphelendikleri kadınlarda uygun tanılama araçlarını kullanarak tarama yapabilir ve gerekli olduğunda kadını profesyonel yardım alması için yönlendirebilirler (Logsdon ve ark., 2006a).

Doğum sonrası kontrollerin, postpartum depresyonun belirtilerini taramak için çok önemli bir fırsat ve maliyet etkin bir yöntem olduğu bildirilmekte ve kadınların doğum sonrası ilk bir yıl süresince postpartum depresyon açısından rutin olarak taranması önerilmektedir (Goodman, 2004; Logsdon ve ark., 2006a). Ancak Goldsmith (2007), aile sağlığı hemşirelerinin postpartum depresyonu tarama durumlarını incelediği çalışmasında, hemşirelerin %84.3'ünün postpartum dönemde bulunan bir hastayla mutlaka karşılaştıklarını, fakat %41.7'sinin hiç tarama yapmadıklarını belirlemiştir. Bu durum erken tanı ve tedavinin gecikmesine neden olmaktadır (Logsdon ve ark., 2006b). Postpartum depresyonun uzun dönemli olumsuz etkileri bulunmaktadır (Beck, 1998). Bu nedenle erken tanı ve tedavi, kadınları postpartum depresyonun uzun dönemli sorunlarından korumaya ve kadınlar ve ailelerinin yaşam kalitelerini geliştirmeye yardımcı olabilmektedir.

Hemşire/ebelerin postpartum depresyonu tanılama ve yönetmedeki en önemli engellerinin tanılama, danışmanlık yapma ve gerekli yerlere yönlendirmedeki eğitim ve bilgi eksikliklerinin olduğu düşünülmektedir (Keng, 2005; Logsdon ve ark., 2006b). Hemşire ve ebelerin postpartum depresyon hakkında yetersiz bilgiye sahip olmaları, semptomların farkına varamamalarına ve postpartum depresyonu gözden kaçırmalarına neden olabilmektedir (Keng, 2005). Bu durumun diğer nedenleri arasında hemşire ve ebelerin postpartum depresyonu postpartum sağlık sorunları arasında nerede gördükleri, sorunu ne kadar önemli olarak değerlendirdikleri ve sorunun önlenmesi, ortaya çıkarılması ve soruna müdahale edilmesinde kendi rollerine ilişkin görüşleri olabilir. Keng (2005), Malezya'da ebelerin postpartum depresyon hakkındaki görüşlerini belirlemeye yönelik yaptığı çalışmasında, ebelerin postpartum depresyona yönelik bilgilerinin yetersiz olduğunu saptamıştır.

Ülkemizde postpartum depresyonun yaygınlığını inceleyen birçok çalışma olmasına karşın, sağlık çalışanlarının bu soruna yönelik görüşlerini ve bilgilerini inceleyen çalışmaya rastlanmamıştır. Oysa herhangi bir sağlık sorununa yönelik sağlık personelinin bilgi ve tutumu, bu soruna yaklaşımlarını etkileyen bir faktör olabilir. Eşsizoglu ve Arısoy (2008), ülkemizde hemşirelerin depresyon ve depresyonlu hastalara yönelik tutumlarını incelemek amacıyla yaptıkları çalışmalarında; hemşirelerin depresyon ve depresyon hastalarına karşı tutumlarının, depresyonu tanıyamamalarına yol açabileceğini belirlemişlerdir. Ülkemizde yaygın olduğu ancak, gizli olarak kaldığı bilinen bir sağlık sorunu olan postpartum depresyona yönelik birinci basamakta doğum sonu bakımı yürüten hemşire/ebelerin bilgi ve tutumlarını ortaya çıkarmanın, hem mesleki eğitim hem de mezuniyet sonrası eğitimlerin içeriğini belirleme ve geliştirme çalışmalarına yön verebileceği düşünülmektedir.

## **I.2. Araştırmanın Amacı**

Bu araştırma, sağlık ocaklarında çalışan hemşire ve ebelerin postpartum depresyona ilişkin bilgi ve tutumlarını belirlemek amacıyla yapılmıştır.

## II. GENEL BİLGİLER

### II.1. Postpartum Depresyonun Tanımı

Postpartum depresyon doğum ve gebeliğe ilişkin birçok emosyonel semptomu aynı başlık altında toplayan bir kavramdır (AWHONN, 2008). Postpartum depresyon postpartum dönem içinde başlayan veya postpartum dönem dışına da yayılabilen bir epizot olarak tanımlanmıştır (O’Hara ve Swain, 1996). Doğum sonrasında ya da yeni bir bebeğe adaptasyon esnasında ortaya çıkan major depresif bir bozukluk olduğu ifade edilmektedir (Driscoll, 2006).

Postpartum depresyon kadına neşe ve enerjisini kaybettiren, kendine bakım ve annelik görevlerini yerine getirmede azalmaya neden olan yıkıcı bir hastalıktır (O’Hara ve Segre, 2010). Anneler postpartum depresyonu “dibe doğru düşüş” ve “karabasan yaşama” olarak tanımlamıştır (Goodman, 2004). Ayrıca bu hasar bırakan hastalığı kadınlar “cehennemin kapısına gidip geri gelme”, “olası en kötü kabus” ve “her şeyin teker teker yıkılması” olarak da tanımlamışlardır (Beck, 1998). Postpartum depresyon yaşayan kadınlar “ölüme ısınma” gibi hissettiklerini ve “yaşamaktan korktuklarını” açıklamışlardır. Postpartum depresyon “anneliği çalan bir hırsız” olarak da ifade edilmiştir (Beck, 1998, 2001).

Amerikan Psikiyatri Birliği (American Psychiatric Association, APA) tarafından geliştirilen DSM-IV (The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4th Edition) kriterlerine göre, postpartum depresyon doğumu takiben 4 hafta içerisinde ortaya çıkar ve psikotik olmayan majör depresyon olarak tanımlanır (Goodman, 2004; O’Hara ve Segre, 2010). Bu sürenin doğum sonu 6. ve 12. haftalara kadar uzayabileceği, postpartum depresif semptomların doğum sonu ilk yıl içinde herhangi bir zamanda görülebileceği bildirilmektedir (Goodman, 2004; AWHONN, 2008). Postpartum depresyon sıklıkla postpartum ikinci ve üçüncü aylarda çözümlenmekte, bununla birlikte postpartum birinci veya ikinci yıla kadar da uzayabilmektedir (Goodman, 2004; Horowitz, 2006).



## **II.2. Postpartum Depresyonun Sıklığı**

Birçok kadının bu hastalığı gizli yaşamaları nedeniyle, postpartum depresyon insidansının tahmin edilenin altında olduğu düşünülmektedir (Hanna ve ark., 2004). Postpartum depresyon sıklıkla önem verilmeyen, yaklaşık %50 vakanın tanılanmadan kaldığı yaygın bir durum olarak belirtilmektedir (Goldsmith, 2007). Postpartum depresyonun doğum yapmış bütün kadınların %10-15'ini etkilediği düşünülmektedir (NHMRC, 2000; Alexander ve ark., 2004; WHO, 2007; Haskett, 2008). O'Hara ve Swain (1996), dünya çapında postpartum depresyon prevalansını belirlemeye yönelik yapılmış 58 çalışmanın metaanalizini yapmıştır. Buna göre kadınların yaklaşık olarak %13'ü doğumdan sonraki bir yıl içinde postpartum depresyon yaşamaktadır.

Önceden postpartum depresyon epizoduna sahip kadınlarda bu oran %25'ten daha fazla olabilmektedir (Seebusen ve ark., 2005; Lintner ve Gray, 2006). Türkiye'de postpartum depresyon prevalansını belirlemeye yönelik yapılan çalışmalarda, postpartum depresyon prevalansı %14.0-%40.4 arasında bulunmuştur (Danacı ve ark., 2002; Ekuklu ve ark., 2002; Nur ve ark., 2004; Ayvaz ve ark., 2006; Ocaktan ve ark., 2006; Sünter ve ark., 2006; Özdemir ve ark., 2008; Durat ve Kutlu, 2010).

## **II.3. Postpartum Depresyon Semptomları (Belirtileri)**

Postpartum depresyon semptomları ve major depresyon semptomları benzerdir (Mazza, 2004; Yıldırım ve ark., 2004; Driscoll, 2006). DSM IV postpartum ve postpartum olmayan duygu durum değişikliklerinin arasındaki ayrımı yapmamıştır. "Postpartum başlangıçlı" olabilmesi için postpartum dört hafta içinde ortaya çıkması gerektiği belirtmiştir (Haskett, 2008; O'Hara ve Segre, 2010). Bununla birlikte epizotların ilk postpartum yıl içinde ortaya çıkması da postpartum başlangıçlı olarak ele alınmıştır (Mazza, 2004; Haskett, 2008; O'Hara ve Segre, 2010).

Amerikan Psikiyatri Birliği (APA) DSM-IV'te major depresif epizoda yönelik kriterleri son bir-iki haftalık periyotta bireyin günlük fonksiyonlarını değiştiren beş veya daha fazla semptomun bulunması olarak tanımlamıştır. Bireyde depresif kişilik veya günlük yaşamda ilgi/memnuniyette azalma, ek olarak aşağıdakilerden beşinin ya da daha fazlasının olması gerekir;

- Günün büyük bir kısmında depresif kişilik

- Yaşam aktivitelerinden zevk alamama ya da aktivitelere ilgide azalma
- Kilo kaybı veya kilo artışı, iştahta artma ya da azalma
- Uykuda değişiklik, uykusuzluk veya aşırı uyuma
- Ajitasyon ya da hareketlerde retardasyon
- Yorgunluk veya enerji kaybı
- Değersiz hissetme veya aşırı/uygunsuz suçluluk hissetme
- Konsantre olmada, düşünme ve karar vermede güçlük
- Ölüm düşüncesi, bir plan olmaksızın intihar düşüncesi (Cunningham ve ark., 2005; Driscoll, 2006; Lintner ve Gray, 2006; O'Hara ve Segre, 2010).

Ayrıca kadında dikkat eksikliği, sık ağlama, kişisel görünümüne dikkat etmeme, kontrol kaybı, mantıksız korkular, yetersizlik hissetme, çaresizlik gibi durumlar da görülebilmektedir (Goodman, 2004). Bunlara ek olarak baş ağrısı, diyare, konstipasyon ve şiddetli anksiyete de eşlik edebilmektedir (Driscoll, 2006). Semptomlardaki kriter depresyonun yaygın kişilik bozukluklarını ve psikososyal bozulmaları (uyku, iştah ve bilişsel bozukluklar) yansıtmalarını içermektedir (Logsdon ve ark., 2006a). Semptomların 2 hafta boyunca neredeyse her gün görülmesi gereklidir (Cunningham ve ark., 2005; Driscoll, 2006; Logsdon ve ark., 2006a; O'Hara ve Segre, 2010). Kadının önceki fonksiyonlarında azalma ve önemli bozulmalar olmalıdır ve en az 5 semptomun 2 haftalık bir periyotta görülmesi gerekmektedir (Cunningham ve ark., 2005; Driscoll, 2006; O'Hara ve Segre, 2010).

#### **II.4. Postpartum Depresyon Risk Faktörleri**

Postpartum depresyonun kadın ve ailesi üzerindeki yıkımını en aza indirmede ilk önemli adım, postpartum depresyon gelişimi açısından riskli olan kadınların belirlenmesidir (Beck, 1998, 2002). Postpartum depresyonun 13 önemli belirleyici özelliği tanımlanmıştır; prenatal depresyon, çocuk bakımına yönelik stres, yaşam stresleri, sosyal destek eksikliği, prenatal anksiyete, evlilikten memnuniyet, depresyon öyküsü, bebeğin huyu (mizacı), annelik hüznü, düşük benlik saygısı, düşük sosyoekonomik durum, evlilik durumu, istenmeyen/planlanmayan gebelik. Bu 13 risk faktörü ile postpartum depresyon arasında önemli ilişki bulunmuştur (Beck, 2002).

**Prenatal Depresyon:** Gebelik esnasında yaşanan depresyon postpartum depresyonun en güçlü habercilerinden biri olarak bulunmuştur. Prenatal depresyon gebeliğin bütün trimestirlerinde veya herhangi birinde ortaya çıkabilir.

**Çocuk Bakımına Yönelik Stres:** Çocuk bakımına yönelik stresli olaylar bebeğin yaşadığı sağlık problemleri, bebeğin uyku ve beslenmesine yönelik zorluklar gibi faktörleri içine alır.

**Yaşam Stresleri:** Yaşam stresleri gebelik ve postpartum dönem esnasındaki stresli yaşam olaylarının bir göstergesidir. Stresli yaşam olayları pozitif ya da negatif olabilir ve evlilikteki değişiklikler (boşanma, yeniden evlenme), iş değişiklikleri (iş değiştirme) ve krizler (kazalar, hırsızlıklar, finansal krizler ve hastanede yatmayı gerektiren hastalıklar) gibi deneyimleri içine alır.

**Sosyal Destek:** Sosyal destek çocuk bakımı ve ev işlerinde yardımı içine alan destekten ve emosyonel destekten oluşur. Kadının sosyal çevresindekilerin (eş/partner, aile ve arkadaşlar) yapısal özellikleri bu kişilerle yakınlığını, görüşme sıklığını, kişisel sorunlarını anlattığı dostlarının sayısını içine alır. Sosyal destek eksikliği, kadın sosyal ve emosyonel destek alamadığı durumlarda ortaya çıkar.

**Prenatal Anksiyete:** Prenatal anksiyete herhangi bir trimestirda veya gebelik boyunca ortaya çıkabilir. Anksiyete huzursuzluk veya belirsizliğe bağlı korku ve endişeye yol açar.

**Evlilikten Memnuniyet:** Evlilik ilişkisindeki memnuniyet derecesi değerlendirilir. Evliliğinde kadın mutlu mu, memnun mu, iletişim, bağlılık, değer birliği (finansal, çocuk bakımı), birlikte hareket etme ve birlikte karar verme gibi durumlar değerlendirilir.

**Önceden Depresyon Öyküsü:** Anne bu gebeliğinden önce depresyon yaşadığını ifade edebilir.

**Bebeğin Huyu (Mizacı):** Bebeğin huyu onun isteklerini/kişiliğini yönlendirir. Zor bebek mizacı hassas, mızımız, kararsız ve avutması zor olarak tanımlanmıştır.

**Annelik Hüznü:** Annelik hüznü doğumdan sonraki birkaç gün içinde başlayan mizaç değişikliklerinin olduğu geçici bir olaydır ve 1-10 gün arasında ya da daha sonra sonlanabilir. Bu durum yorgunluk, anksiyete, konsantrasyonda zorluk, irritabilite ve değişken mizaç ile karakterizedir.

**Benlik Saygısı:** Benlik saygısı kendi değerini ve kendini anlayışını gösterir. Benlik saygısı kendine güvenini ve kendinden memnuniyetini gösterir. Düşük benlik saygısı kendini negatif olarak değerlendirmeyi ve kendi hakkındaki duyguları veya kendi yeterliliğini yansıtır.

**Sosyoekonomik Durum:** Sosyoekonomik durum kişinin toplum içindeki sınıf veya durumudur; gelir düzeyi, eğitim, meslek gibi sosyal ve ekonomik faktörlerin kombinasyonunu içine alır.

**Evlilik Durumu:** Bu demografik özellikler kadının evliliği hususundaki durumuna odaklanır. Kadının yalnız, evli, boşanmış, dul, ayrı yaşayan olup olmadığı değerlendirilir.

**İstenmeyen/Planlanmayan Gebelik:** Bu durum kadının gebeliği planlamadığını veya istemediğini yansıtır.

Beck (2002), tanımladığı 13 risk faktörünü yorumlamıştır. Bu risk faktörlerinden 10'unun postpartum depresyonla orta derecede ilişkili olduğunu, 3'ünün ise az derecede ilişkili olduğunu bulmuştur. En güçlü risk faktörleri düşük benlik saygısı, prenatal depresyon ve çocuk bakım stresidir. Planlanmayan veya istenmeyen gebelik 13 önemli risk faktörü arasında en zayıf olanıdır.

Bütün bunlara ek olarak düşük gelir, düşük mesleki prestij, genç yaşta olma, yalnız olma ve çok fazla çocuğa sahip olma durumları da postpartum depresyon riskini artırmaktadır (Segre ve ark., 2007).

## **II.5. Postpartum Depresyon Nedenleri (Etyolojisi)**

Postpartum depresyonun etyolojisi kesin olarak bilinmemektedir (Kara ve ark., 2001; Deveci, 2003; Yıldırım ve ark., 2004). Bununla birlikte biyolojik, psikolojik ve sosyal faktörlerin postpartum depresyon etyolojisinde rol oynadığı düşünülmektedir (O'Hara

ve Swain, 1996; NHMRC, 2000). Doğum sırasında oluşan biyolojik değişikliklerden dolayı postpartum ruhsal bozuklukların biyokimyasal ve hormonal dengesizlik sonucu olduğu düşünülmektedir (Akdeniz ve Gönül, 2004; Kısa ve Yıldırım, 2004). Bu konuda gonadal hormonlara odaklanılmıştır (Bloch ve ark., 2000).

Beyin nörotransmitter düzeylerindeki fonksiyonel eksikliğe dayalı depresyon yaklaşımına göre, progesteron amin nörotransmitter miktarını azaltarak duygudurumu deprese edebilmektedir. Doğumdan sonra plazma progesteronundaki düşme ne kadar fazlaysa depresif semptomların riskinin o kadar çok artmış olacağı rapor edilmektedir (Yıldırım ve ark., 2004).

Postpartum depresyonda progesteronun rolüne ek olarak progesteron ve östrojenin kombine etkisi de incelenmiştir. Bir çalışmada östradiol ve progesteron alan kadınlarda 8 hafta sonra steroidler aniden kesilmiş ve postpartum depresyon öyküsü olan kadınlar, postpartum depresyon deneyimi olmayan kadınlara göre seks steroidlerinin ani kesilmesinden sonra depresyon semptomlarının gelişimine daha yatkın bulunmuşlardır (Yıldırım ve ark., 2004). Ayrıca doğum sonrası dönemde östrojen düzeyindeki değişikliklerin ve ani düşüşün yatkın kadınlarda nörotransmitter disfonksiyonuna ve kişilik değişikliklerine neden olabileceği bildirilmektedir (Bloch ve ark., 2000). Postpartum depresyon tedavisinde profilaktik östrojen uygulamasının etkili olabileceği belirtilmektedir (Haskett, 2008).

Postpartum depresyon ile doğumdan önce yüksek serum kortizol seviyeleri arasında ilişki bulunmaktadır (Yıldırım ve ark., 2004). Hipotalamik-hipofizer-adrenal eksen doğum sonrası dönemde hiperaktif olduğundan ölçümlerin yorumlanması güç olabilmekte ancak bu eksenin annelik davranışlarında rol oynaması beklenmektedir (Gereklioğlu ve ark., 2007). Hipotalamik-hipofizer-adrenal eksenindeki disfonksiyon riski postpartum dönemde kadınların ruhsal bozukluklara duyarlılığını artırmaktadır (Lowdermilk ve ark., 2000). Bir çalışmada postpartum hüznün veya postpartum depresyon gelişen kadınlarda gelişmeyenlere göre daha ciddi ve uzun süren hipotalamik-hipofizer-adrenal eksenindeki fonksiyonun inhibisyonu görülmüştür (Yıldırım ve ark., 2004).

Emzirme ile postpartum depresyon arasında ilişki olup olmadığı konusundaki bulgular çelişkilidir (Gereklioğlu ve ark., 2007). Bir araştırmada en az 12 hafta emziren

kadınlarda, emzirmeyen kadınlara göre daha yüksek postpartum depresyon görüldüğü bildirilmiştir. Sonuçlar emzirme esnasında oksitosin salınımının iyi hissetme ve gevşeme ile birleştiğine dair yaygın olan düşünce ile çelişmektedir (Yıldırım ve ark., 2004). Başka bir çalışma postpartum dönemdeki duygudurum değişikliklerinin prolaktin veya östrojen seviyeleriyle ilişkili olmadığını ortaya koymuştur (Gereklioğlu ve ark., 2007). Emziren kadınların bariz bir şekilde daha düşük Edinburgh Postnatal Tarama Ölçeği (EPDÖ) skorları ve postpartum depresyon gösterdikleri bildirilmiştir. Ayrıca postpartum depresyon tiroid disfonksiyonu ve sıklıkla hipotiroidizm ile ilişkilendirilebilmektedir. Postpartum kadınların %4-7'sinde geçici hipotiroidizm bulunmuştur (Yıldırım ve ark., 2004).

Endokrinolojinin anahtar rolüne ek olarak postpartum depresyon insidansı ile psikolojik ve sosyal faktörlerin ilişkili olduğu öne sürülmüştür (Yıldırım ve ark., 2004). Postpartum depresyon gelişimini etkileyen psikolojik faktörler; evlilik ilişkisinin zayıf olması, stres oluşturan durumların varlığı, destek sistemlerinin yetersizliği, benlik saygısının düşük olması ve beden imgesindeki değişiklikler olarak gösterilmektedir (Lowdermilk ve ark., 2000). İnfertilite öyküsü, küretaj ve düşük gibi faktörler postpartum depresyon yatkınlığını artırabilir. Çalışmalar grandmultiparitenin, kısa aralıklı doğum ve düşük eğitim seviyesinin postpartum hüznün veya depresyon üzerine önemli etkileri olduğunu göstermektedir (Yıldırım ve ark., 2004).

## **II.6. Postpartum Depresyonun Tedavisi**

Postpartum depresyon tanıldıktan sonra, postpartum olmayan major depresif bozukluğa yönelik tedavilere benzer yöntemlerle tedavi edilmektedir. Bu yöntemler; tedavi seçeneklerini, antidepresanların tıropatik ve yan etkilerini, beklenen tedavi süresini, sağlıklı bir yaşam stiline ve sosyal desteğin gerekliliğini içine alan depresyona ilişkin hasta eğitimi ve tedavi modelinin (antidepresan tedavisi ve/veya psikoterapi) seçimini içine alır (Gjerdingen, 2003).

Antidepresanların güvenilirliği ve etkinliğine yönelik yeterli veriler olmadığından psikoterapinin postpartum depresyonda ilk tedavi seçeneği olması ileri sürülmüştür (Stuart ve ark., 2003). Bireysel psikoterapi, kişilerarası psikoterapi ve grup terapisinin postpartum depresyon tedavisinde etkili olduğu belirtilmiştir (NHMRC, 2000; Haskett, 2008). Psikoterapi mümkün olduğunca erken başlamalı, başlangıçta destekleyici olmalı

ve psikososyal stresörleri yönlendirmeli, postpartum dönemin ihtiyaçlarına özel bir vurgu koymalıdır. Bunun bir bozukluk olduğu, annenin hatası olmadığı vurgusu hastaları suçluluk duygusundan kurtarmak açısından önemlidir. Anne-bebek bağı başlangıç için en önemli konu olmalı, anne bebeğinden uzun periyotlarla ayrı tutulmamalıdır (Yıldırım ve ark., 2004).

Antidepresanların gelişmekte olan fetus ve anne sütü alan bebekler üzerindeki olası etkilerine yönelik endişeler, gebe ve emziren kadınların bu tedavi seçeneğini dışarıda bırakmalarına neden olmaktadır (O'Hara ve ark., 2000). Ancak destekleyici tedavi majör postpartum depresyonda tek başına yeterli olmadığında farmakolojik müdahale gerekmektedir (Cunningham ve ark., 2005). Bütün antidepresanların bazı derecelerde plasenta ve anne sütüne geçtiği saptanmıştır (Lintner ve Gray, 2006; Haskett, 2008). Medikasyon gerekiyorsa emzirmenin bırakılması önerilmektedir (Yıldırım ve ark., 2004). En çok tercih edilen ilaçlar selektif serotonin geri alım inhibitörleri (SSRI grubu ilaçlar) ve trisiklik antidepresanlar (TSA)'dır. Antidepresanların düşük dozuna bile maruz kalan bebeklerin uzun süreli güvenliği bilinmemektedir ve bu konuda kontrollü çalışmalar bulunmamaktadır (Lowdermilk ve ark., 2000; O'Hara ve Segre, 2010). Gebelik ve emzirme döneminde ilaç tedavisi kararı hastayla birlikte alınmalı, hastaya tedavi edilmeyen depresyonun hem anne hem de bebek üzerindeki olumsuz etkileri açıklanmalıdır (O'Hara ve Segre, 2010).

Tedavide elektrokonvulsif terapi de kullanılabilir (Yıldırım ve ark., 2004; Cunningham ve ark., 2005). Emziren annelerde bebeğe herhangi bir risk oluşturmadığından tercih edilebilecek bir tedavi seçeneğidir (Yıldırım ve ark., 2004). Tedavide aile desteği ve geniş anlamda sosyal destek de önemli bir faktördür, özellikle ilk doğumunu yapmış annelerin bu konuda bilinçlendirilmeleri ve desteklenmeleri önemlidir. Ayrıca tedavide egzersizin de olumlu etkileri olduğu gösterilmiştir. (Gereklioğlu ve ark., 2007).

## **II.7. Postpartum Depresyonun Ana-Çocuk ve Aile Sağlığı Üzerine Etkileri**

Postpartum depresyon ve postpartum depresif semptomlar yenidoğanın yaşamındaki ilk aylarda ortaya çıkar ve bu kritik dönemde annelik fonksiyonunu ve anne-bebek ilişkisini tehlikeye atar (Goodman, 2004). Postpartum depresyonun anne-bebek etkileşimi üzerinde değişik boyutlarda etkileri vardır. Yaşamın bu ilk aylarında anne bebeğin

sosyal çevresinin merkezinde olduğundan, bebek üzerindeki bu zararlı etkiler özel önem gerektirmektedir (Beck, 1998). Annedeki depresyon gibi hastalıklar, kadının kendine olan güvenini ve benlik saygısını azaltarak, annelik rolünün bilişsel sürecinin ilerlemesini engelleyerek ve annenin enerji depolarını tüketerek annelik rolünün fonksiyonelliğini etkileyebilir (Logsdon ve ark., 2006a).

Doğumdan sonraki bir yıl esnasında postpartum depresyonun anne-bebek etkileşimi üzerinde olumsuz etkilere sahip olduğu bildirilmiştir (Beck, 2002). Annenin postpartum depresyon yaşaması bebeğin kognitif, sosyal ve emosyonel gelişimini negatif yönde etkileyebilmektedir (Miller, 2002). Bazı durumlarda bu etki yakın ve orta çocukluk dönemine kadar uzanabilmektedir. (AWHONN, 2008; Cho ve ark., 2008). Depresyon yaşamayan kadınlarla karşılaştırıldığında, postpartum depresyon yaşayan kadınların bebeklerine karşı daha az etkili ve daha az sorumlu oldukları belirlenmiştir. Postpartum depresyon yaşayan kadınların bebekleri daha huysuz olmaya, daha fazla negatif yüz ifadesi ve daha az sözel ifade kullanmaya eğilimli olarak bulunmuştur (Beck, 1998, 2002). Depresif anneler çocuklarına daha az ilgi göstermekte, onlarla daha az oyun oynamaktadır (Cunningham ve ark., 2005).

Postpartum depresyonun anne-çocuk etkileşimi üzerinde uzun dönemli etkileri incelenmiştir. Anneleri depresyonda olan 15-18 aylık çocukların oyuna daha az katıldıkları ve daha az neşeli oldukları ifade edilmiştir. Ayrıca bu çocukların annelerine karşı güvensiz yaklaşıma sahip oldukları bulunmuştur (Beck, 2008). Depresyonda olan annelerin çocuklarında daha yaygın olarak dikkat ve odaklanma sorunları gelişmektedir. Ayrıca bu çocuklar 4 yaşına kadar veya daha fazla sosyal ve bilişsel gecikme yaşarlar. Anneleri postpartum depresyon yaşayan 5 yaşındaki çocukların evde veya okulda davranış problemleri yaşadıkları tespit edilmiştir. Bununla birlikte postpartum depresyonlu annelerin 4 yaşındaki erkek çocuklarında entelektüel gelişimin geciktiği belirlenmiştir (Seebusen ve ark., 2005). Ayrıca anneleri depresyonda olan bebekler ve çocuklar savunma mekanizması geliştirmede gecikme yaşayabilmekte ve kötü akademik performans, düşük benlik saygısı ile yüksek derecede davranış problemleri göstermektedirler (Cho ve ark., 2008).

Ailenin bütün üyeleri postpartum depresyondan etkilenir (Horowitz, 2006; AWHONN, 2008). Bu hastalığın sadece annenin sağlığı üzerinde potansiyel etkileri yoktur. Aynı zamanda eşi ve diğer aile üyeleri ile ilişkisi üzerinde de etkileri vardır



(Goldsmith, 2007). Anne ve baba arasında gerginlikler, evlilikte problem ve zorlanmalar ortaya çıkabilmektedir (AWHONN, 2008; Cho ve ark., 2008). Çocuk ihmali, ailenin parçalanması, intihar gibi ciddi etkileri de olabilmektedir (Mazza, 2004). Ayrıca eşlerinde postpartum depresyon gelişen babalar, postpartum periyotta depresyon gelişimine daha yatkındırlar (Seebusen ve ark., 2005).

Postpartum depresyon tedavisi iyi izlenmediğinde hastalık kronikleşmekte ve tedavi maliyetleri artarak hastanın yaşam kalitesi düşmektedir (Yalçın ve ark., 2004). Postpartum depresyon tanılanmadığında ve tedavi edilmediğinde annenin intiharını, aile dinamiklerinin değişimini, anne-bebek arasındaki bağın bozulmasını içine alan ciddi sonuçlara yol açabilmektedir (Driscoll, 2006).

## **II.8. Postpartum Depresyonda Hemşire ve Ebelerin Rolü**

Hemşire ve ebeler gebe kadın ve yeni anneler için sağlığı ve aldıkları sağlık bakımını maksimum düzeye ulaştırmada önemli bir role sahiptir (AWHONN, 2008). Hemşire ve ebeler risk faktörlerinin taranmasında, koruyucu yaklaşımın sağlanmasında ve uygun müdahalelerin planlanmasında etkin rol alarak; annenin, fetusun ve yenidoğanın sağlığını koruyup geliştirmede, annenin ve fetusun en iyi bakımı almasında kilit rol oynamaktadır (Taşkın ve Koç, 2006).

Postpartum depresyon açısından risk altındaki kadınların belirlenmesi ve erken tedavi müdahalelerinin sağlanması bu problemle başa çıkmada ilk adımdır (Beck, 1998). Bir kadın semptomlardan şikayet ediyorsa, hedef bu semptomların şiddetini sınırlamak ve hastalığın tedavi edilmesini sağlamak, hastalığa bağlı komplikasyonların gelişimini önlemektir (Driscoll, 2006).

Postpartum depresyonun erken belirlenmesi prenatal ve postpartum periyotlarda bulunan kadınlarla çalışan hemşire ve ebelerin tümü için önemli bir konudur (Hanna ve ark., 2004). Primer bakım verenler (aile hekimleri, obstetrisyenler, hemşireler, ebeler, pediatristler) postpartum depresyon yaşayan kadınlarla sık sık temasa geçerler. Buna rağmen postpartum depresyona yönelik çok sık tarama yapmazlar. Primer bakım verenler bu hastalığın önemi hakkında ve postpartum depresyona yönelik kadınlara eğitim vermenin, tarama yapmanın, tanılama, tedavi veya sevk etmenin kendi sorumlulukları olduğu yönünde ikna edilmelidir (Logsdon ve ark., 2006b). Birinci

basamak sağlık kuruluşlarında çalışan sağlık çalışanlarının bu konuda duyarlı kılınmaları sağlanmalıdır. Özellikle gebelikte ve doğumdan sonra annelerle yakın temasta olan hemşire ve ebelerin postpartum depresyon konusunda bilgilendirilmeleri gerekmektedir (Ekuklu ve ark., 2002).

Damgalanma korkusu postpartum dönemdeki kadının ruhsal sağlık tedavisi alması önünde bir engeldir (Logsdon ve ark., 2006a). Annelerin postpartum depresyonu sessiz yaşamaları, semptomları hafife almaları ve mevcut yardım seçeneklerinin farkında olmamaları bu hastalığın tanılanmadan ve tedavi edilmeden kalmasına neden olmaktadır (Ugarriza, 2002). Postpartum depresyon doğumdan sonraki 1 yıl içinde herhangi bir zamanda ortaya çıkabileceğinden rutin olarak taranmalı ve tekrar taranmalıdır (Logsdon ve ark., 2006a). Hemşire ve ebeler postpartum depresyona ilişkin kadının durumunu değerlendirmek için doğum sonu 6. hafta kontrollerini beklememelidirler (Beck, 1998). Tarama, sağlık çalışanları ile çeşitli temaslarda, hastanın beklemesi sırasında yapılabilir. Muayenelerde, kadın kendisini veya bebeğini doktora göstermek için beklerken tanılama aracını doldurabilir. Hastane ortamında tarama, hemşirenin taburculuk eğitimi içinde yer alabilir (Logsdon ve ark., 2006a). Özellikle birinci basamak sağlık kurumlarında doğum sonu dönemde rutin sağlık kontrolleri ve bağışıklama amacı ile annelerle bir araya gelen hemşireler/ebeler postpartum depresyonu değerlendirmek için bir fırsat yaratabilirler (Tezel, 2006). Ayrıca hemşireler/ebeler sağlıklı bebek kontrolleri için ev ziyaretleri yaptıklarında da kadını postpartum depresyon belirtileri açısından izleyebilirler (Tezel ve Gözüm, 2005; Driscoll, 2006). Hemşire ve ebeler kadınları ve ailelerini semptomlar konusunda eğiterek, risk faktörleri üzerinde bilgilendirerek, önemli eğitim materyallerini sağlayarak ve doğumdan sonraki süreci araştırmak için telefon görüşmelerini ve/veya ev ziyaretlerini içine alan izleme mekanizmalarını düzenleyerek ana-ocuk ve aile sağlığını koruma altına alabilirler (AWHONN, 2008).

Doğum yapmış bütün kadınlar depresyon gelişimi açısından risk altında olabileceğinden uygun bir tarama yöntemiyle değerlendirilmelidir (Lintner ve Gray, 2006). Postpartum Depresyon Tarama leği (Postpartum Depression Screening Scale-PDSS) ve Edinburgh Postnatal Tarama leği (Edinburgh Postnatal Depression Scale-EPDS) en çok kullanılan tarama araçlarıdır (Driscoll, 2006; Lintner ve Gray, 2006; Jolley ve Betrus, 2007). Postpartum depresyonu tanılmak için geliştirilen tarama

araçları zaman alıcı ve karışık değildir. Örneğin EPDS uygulaması 5 dakikadan daha az zaman almaktadır (Logsdon ve ark., 2006a). Ayrıca Beck Depresyon Envanteri-2. Baskı (Beck Depression Inventory Second Edition-BDI-II) ve Epidemiyolojik Çalışmalar Merkezi Depresyon Ölçeği (The Center for Epidemiologic Studies Depression Scale-CES-D) kullanılabilen diğer tarama araçlarıdır (Lintner ve Gray, 2006; Jolley ve Betrus, 2007). Sözü edilen tarama araçlarına ek olarak hemşire ve ebeler her ziyarette iki basit soru sorarak kadının durumunu değerlendirebilirler. “Son iki haftada üzgün veya umutsuz hissettiniz mi?” ve “Son iki haftada yaptığınız şeylere karşı ilgide azalma veya memnuniyetsizlik oldu mu?” (Driscoll, 2006; Lintner ve Gray, 2006). Kadın bu iki soruya evet cevabını verirse, hemşire ve ebeler onu bir ruh sağlığı uzmanına yönlendirmelidirler (Lintner ve Gray, 2006).

Hemşire ve ebeler sağlık hizmetleri kapsamında, kendilerinin ve çocuklarının sağlığını koruyucu davranışlar kazanmaları ve sağlıklı bir yaşam sürdürmeleri için annelere yardım sunan en önemli sağlık personelidir. Prenatal ve postnatal dönemde hemşirelerin verecekleri hizmet, sadece fiziksel bakımla sınırlı değildir, aynı zamanda destek, eğitim ve danışmanlık hizmetleri verilmesini de içermektedir (Arslan ve Uzun, 2008). Destekleyici danışmanlık, problem çözme becerileri, solunum egzersizleri ve stres yönetimi postpartum depresyonu önlemede faydalı olabilmektedir (Mazza, 2004).

Perinatal ve pediatrik alanlarda bakım veren hemşire ve ebeler bakım planı geliştirmek ve hastalığı değerlendirmek için profesyonel bir sorumluluğa sahiptirler. Hemşire ve ebeler kadını kendi durumu içinde desteklemeli ve bir mental sağlık uzmanına yönlendirmelidirler. Kadınları yardım için nereye ve kime yönlendireceklerini bilmek birinci basamakta çalışan sağlık çalışanlarının sorumluluğudur (Driscoll, 2006).

NURSE programı (N= nutrition and needs; U= understanding; R= rest and relaxation; S= spirituality; E= exercise) Sichel ve Driscoll tarafından kapsamlı bir bakım modeli olarak geliştirilmiştir. NURSE içinde “N” beslenme gereksinimlerini temsil etmektedir. Bu alanda kadının besin, sıvı, vitamin alımına ve depresif semptomları tedavi etmek için kullanılan ilaç durumuna dikkat verilmesidir. “U” psikoterapiye götüren kişisel farkındalık sürecine yönlendirme anlamına gelmektedir. “R” dinlenme ve rahatlama anlamındadır. Bu bölümde uyku modelleri değerlendirilir. Uyku beyin biyokimyasının iyileşmesinde çok önemlidir. “S”spiritualiteyi temsil

etmektedir. Son olarak “E” egzersiz anlamına gelir. Egzersiz duygudurumu yükselten endorfin hormonlarının sekresyonunu desteklemektedir (Driscoll, 2006).

Postpartum depresyon tanıldığında, tedavinin amacı gebelik ve postpartum dönem esnasında gelişen semptomlara erken, kültürel yapıya uygun, aile merkezli ve holistik bakım sağlamaktır. Hemşireler ve diğer sağlık çalışanları postpartum depresyonun erken tanılanmasından ve kadınların/ailelerinin eğitiminden sorumludurlar. Bunu sağladıklarında postpartum depresyon insidansı ve/veya süresi azalabilmekte, anneler, bebekleri ve önemli diğerlerinin sağlığı ve iyiliği koruma altına alınabilmektedir (Lintner ve Gray, 2006).

### **III. YÖNTEM**

#### **III.1. Araştırmanın Tipi**

Araştırma sağlık ocaklarında çalışan hemşire ve ebelerin postpartum depresyona yönelik bilgi ve tutumlarını incelemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

#### **III.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer**

Araştırma İstanbul il merkezinde, Üsküdar ve Kadıköy ilçelerine bağlı sağlık ocaklarında yapılmıştır. Üsküdar İlçesi'ne bağlı 24, Kadıköy İlçesi'ne bağlı 17 sağlık ocağı bulunmaktadır. Sağlık ocakları hafta içi 08.00-17.00 saatleri arasında hizmet vermektedir. Sağlık ocaklarında poliklinik, pansuman/enjeksiyon, aile planlaması, gebe/loğusa/çocuk izlemi, bağışıklama ve çevre sağlığı gibi hizmetler sunulmaktadır.

#### **III.3. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme**

Araştırmanın evrenini İstanbul ilinde bulunan Üsküdar ve Kadıköy ilçelerine bağlı sağlık ocaklarında çalışan hemşire ve ebeler oluşturmuştur. İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı Üsküdar Sağlık Grup Başkanlığı'na 24 sağlık ocağında 104 hemşire ve ebe (54 hemşire ve 50 ebe), Kadıköy Sağlık Grup Başkanlığı'na bağlı 17 sağlık ocağında ise 72 hemşire ve ebe (34 hemşire ve 38 ebe) bulunmaktadır. Böylece araştırmanın evrenini 2009 yılı verilerine göre Üsküdar ve Kadıköy ilçelerine bağlı sağlık ocaklarında çalışan toplam 176 hemşire ve ebe oluşturmuştur. Çalışmada hemşire ve ebelerin tümüne ulaşılması hedeflenmiş ancak 136 hemşire ve ebeye (evrenin %77,27'si) ulaşılmıştır. Araştırmanın dışında kalan hemşire ve ebelerden 10'u araştırmaya katılmayı kabul etmemiştir. 30'u araştırmanın yapıldığı tarihlerde raporlu, yıllık/ücretsiz izinde olmaları veya görevlendirme ile başka bir sağlık ocağında çalışmaları nedeniyle araştırmaya katılamamışlardır.

#### **III.4. Verilerin Toplanması ve Değerlendirilmesi**

##### **III.4.1. Veri Toplama ve Araçların Hazırlanması**

Araştırmanın verileri, araştırmacılar tarafından literatüre dayalı olarak hazırlanan üç form ile toplanmıştır.

**Kişisel Bilgi Formu:** Hemşire ve ebelerin bazı sosyodemografik özellikleri (yaş, cinsiyet, medeni durum, çocuk sahibi olma durumu ve varsa kaç tane olduğu vb.), çalışma yaşamları (meslek, mesleki eğitim düzeyi, meslekte toplam çalışma süreleri ve birinci basamak sağlık kurumlarında toplam çalışma süreleri vb), depresyon öyküleri (yaşamlarının herhangi döneminde depresyon nedeniyle tedavi alma, gebelik döneminde depresif semptomlar yaşama ve doğum sonu dönemde depresif semptomlar yaşama durumları vb) ve postpartum depresyona yönelik uygulamalarını (postpartum depresyondan şüphelenerek sevk etme, postpartum depresyona yönelik tarama yapma, mesleki eğitim sırasında postpartum depresyona yönelik bilgi alma ve hizmet içi eğitimler kapsamında postpartum depresyona yönelik bilgi alma durumları vb) belirlemek amacıyla hazırlanmış sorulardan oluşmuştur. Ayrıca formda katılımcıların sağlık ocaklarında çalışan hemşire ve ebelerin postpartum depresyonu önleme ve postpartum depresyonlu kadına bakım verme konusundaki bilgi ve becerilerini algılama düzeylerini belirlemek amacıyla hazırlanmış bir soru yer almıştır. Bu soruya 1-10 arasında puan verilmiş, katılımcılardan uygun buldukları rakamı işaretlemeleri istenmiştir (EK-I).

**Postpartum Depresyon Bilgi Formu:** Bu form hemşire ve ebelerin postpartum depresyona yönelik bilgilerini incelemek amacıyla literatüre dayalı olarak hazırlanmıştır (Beck, 1998, 2002; Deveci, 2003; Alexander ve ark., 2004; Goodman, 2004; Kısa, 2004; Mazza, 2004; Yıldırım ve ark., 2004; Yüksel ve ark., 2004; Keng, 2005; Driscoll, 2006; Lintner ve Gray, 2006; Logsdon ve ark., 2006a; Logsdon ve ark., 2006b; O'Hara ve Segre, 2010). Formda postpartum depresyonla ilgili toplam 45 madde bulunmaktadır. Konu başlıklarına maddelerin dağılımı aşağıda verilmiştir.

- Postpartum depresyonun tanımı, sıklığı, görülme zamanı ve belirtileri, 11 madde (1,4,15,16,17,27,33,35,37,41,44. maddeler)
- Postpartum depresyonun etyolojisi ve risk faktörleri, 9 madde (3,5,7,9,18,21,29,36,42. maddeler)
- Postpartum depresyonun erken tanısı ve tarama programları, 7 madde (6,8,11,14,28,39,45. maddeler)
- Postpartum depresyonun tedavisi, 7 madde (10,19,22,26,34,40,43. maddeler)

- Postpartum depresyonun anne-çocuk ve aile sağlığı üzerine etkisi, 4 madde (2,12,25,31. maddeler)
- Postpartum depresyonun önlenmesi ve erken tanınmasında hemşire/ebelerin rolü, 7 madde (13,20,23,24,30,32,38. maddeler)

Her bir maddenin karşısında “doğru”, “yanlış” ve “bilmiyorum” seçenekleri yer almış, ve katılımcılardan seçeneklerden birini işaretlemeleri istenmiştir. Bilgi formundaki bazı maddeler doğru, bazı maddeler ise yanlış ifadelerden oluşmuştur. Bilgi formunun yanıt anahtarı EK-III’ te verilmiştir. Formda yer alan maddeler hazırlandıktan sonra kapsam geçerliliği açısından uzman görüşüne başvurulmuş ve uzman görüşleri doğrultusunda gerekli düzenlemeler yapılarak forma son hali verilmiştir (EK-II). Formun son şekli araştırma kapsamında olmayan 30 hemşire ve ebeye uygulanmış ve formda anlaşılmayan ifade olmadığı belirlenmiştir.

**Hemşire/Ebelerin Postpartum Depresyonla İlgili Tutumları:** Bu form hemşire ve ebelerin postpartum depresyonla ilgili tutumlarını değerlendirmek amacıyla araştırmacılar tarafından hazırlanmıştır. Formda postpartum depresyonla ilgili beş ifade bulunmaktadır. Bu ifadeler postpartum depresyonun doğum sonu sağlık sorunları içindeki önemi, postpartum depresyonun anne-çocuk ve aile sağlığını ne kadar olumsuz etkilediği, önlenmesinde, ortaya çıkarılmasında ve bakım verme konusunda hemşire ve ebelerin rollerinin ne kadar önemli olduğuna ilişkindir. Hemşire ve ebelerden her bir ifadeyi okuyarak 1-10 arasından seçecekleri bir rakamla değerlendirmeleri istenmiştir (EK-IV).

#### **III.4.2. Veri Toplama Formlarının Uygulaması**

İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü’nden gerekli yazılı izinler alındıktan sonra, veri toplama formları 1 Kasım 2009 - 30 Ocak 2010 tarihleri arasında belirlenen sağlık ocaklarında uygulanmıştır. Hemşire ve ebelere öncelikle araştırmanın amacı açıklanmış ve araştırmayı kabul ettiklerine dair sözel onam verenlere formlar verilmiştir. Formlar hemşire ve ebeler tarafından bireysel olarak doldurulduktan sonra araştırmacı tarafından alınmıştır. Formun doldurulması yaklaşık 10–20 dk. sürmüştür. Gizliliği sağlamak açısından katılımcılardan formlara isim ve kurum bilgisi yazmamaları gerektiği belirtilmiştir.

### **III.4.3. Verilerin Değerlendirilmesi**

Elde edilen veriler bilgisayarda SPSS programında değerlendirilmiştir. Kişisel bilgi formunda yer alan veriler, frekans dağılımı ve ortalama ile sunulmuştur. Postpartum depresyon Bilgi Formu'nda katılımcıların doğru bildikleri her bir maddeye 1 puan, yanlış bildikleri, boş bıraktıkları ya da bilmiyorum seğeneğini işaretledikleri her maddeye 0 puan verilmiştir. Böylece bilgi formundan toplam puan elde edilmiştir. Bilgi formundan en yüksek 45 puan alınabilmektedir. Ayrıca alt konu başlıklarına ait madde puanları toplanarak alt boyutlara ilişkin de puan ortalaması elde edilmiştir.

Katılımcıların sağlık ocaklarında çalışan hemşire ve ebelerin postpartum depresyonu nleme ve postpartum depresyonlu kadına bakım verme konusundaki bilgi ve becerilerini algılama düzeylerini ve postpartum depresyon ve postpartum depresyonda hemşire/ebelerin rollerine yönelik tutumları beşli likert tipinde sınıflanarak tablolaştırılmış ayrıca her bir maddeye verilen puanların ortalaması alınmıştır.

Verilerin istatistiksel analizinde ki-kare ve t testi kullanılmıştır.



#### IV. BULGULAR

**Tablo 1.** Hemşire ve ebelerin bazı sosyodemografik ve çalışma yaşamları ile ilgili özelliklerine göre dağılımı

<b>Değişkenler</b>	<b>Sayı (%)</b>
<b>Cinsiyet</b>	
Kadın	134 (98.5)
Erkek	2 (1.5)
<b>Yaş</b>	
22-26	35 (25.7)
27-31	36 (26.5)
32-36	29 (21.3)
37 ve üzeri	36 (26.5)
<b>Yaş ortalaması: 32.12±6.66(min:22,max:48)</b>	
<b>Medeni Durum</b>	
Evli	95 (69.9)
Bekar	41 (30.1)
<b>Çocuk sahibi olma durumu</b>	
Olan	76 (55.9)
Olmayan	60 (44.1)
<b>Meslek</b>	
Hemşire	69 (50.7)
Ebe	67 (49.3)
<b>Mesleki eğitim düzeyi</b>	
Lise	9 (6.6)
Ön lisans	53 (39.0)
Lisans	74 (54.4)
<b>Çalışma süresi</b>	
10 yıldan az	73 (53.7)
10 yıl ve üzeri	63 (46.3)
<b>Birinci basamakta çalışma süresi</b>	
5 yıldan az	94 (69.1)
5 yıl ve üzeri	42 (30.9)

Tablo 1, hemşire ve ebelerin bazı sosyodemografik ve çalışma yaşamları ile ilgili özelliklerine göre dağılımlarını göstermektedir. Tabloya göre araştırmaya katılanların %98.5'i kadın, %1.5'i erkektir. Hemşire ve ebelerin %25.7'si 22-26, %26.5'i 27-31, %21.3'ü 32-36 yaş aralığında ve %26.5'i 37 yaş ve üzerindedirler. Ayrıca araştırmaya katılan hemşire ve ebelerin %69.9'unun evli, %30.1'inin bekar ve %55.9'unun çocuk sahibi olduğu görülmektedir. Katılımcıların %50.7'si hemşire, %49.3'ü ebedir ve eğitim düzeylerine bakıldığında %6.6'sı lise, %39'u ön lisans, %54.4'ü ise lisans mezunudur. Toplam çalışma süreleri incelendiğinde hemşire ve ebelerin %53.7'si 10 yıldan az, %46.3'ü 10 yıl ve üzerinde, birinci basamakta çalışma süreleri incelendiğinde ise %69.1'i 5 yıldan az, %30.9'u 5 yıl ve üzerinde çalışmaktadır.

**Tablo 2.** Hemşire ve ebelerin depresyon öykülerine göre dağılımı

Değişkenler	Sayı (%)
<b>Depresyon nedeniyle tedavi alma durumu (n=136)</b>	
Alan	30 (22.1)
Almayan	106 (77.9)
<b>Gebelikte depresif semptom yaşama durumu (n=76)</b>	
Yaşayan	13 (17.1)
Yaşamayan	63 (82.9)
<b>Postpartum depresif semptom yaşama durumu (n=76)</b>	
Yaşayan	27 (35.5)
Yaşamayan	49 (64.5)

Tablo 2'de hemşire ve ebelerin depresyon öykülerine göre dağılımı verilmiştir. Tabloya göre araştırmaya katılan hemşire ve ebelerin %22.1'inin yaşamlarının herhangi bir döneminde depresyon nedeniyle tedavi aldıkları görülmektedir. Ayrıca hemşire ve ebelerin %17.1'i gebelikleri ve %35.5'i postpartum dönemleri sırasında depresif semptom yaşadıklarını ifade etmiştir.

**Tablo 3.** Hemşire ve ebelerin mesleki eğitim ve hizmet içi eğitimleri kapsamında postpartum depresyona yönelik bilgi alma durumlarına göre dağılımı

<b>Postpartum depresyonla ilgili bilgi alma durumu</b>	<b>Sayı (%)</b>
<b>Mesleki eğitim sırasında</b>	
Evet	87 (64.0)
Hayır	49 (36.0)
<b>Hizmet içi eğitimler kapsamında</b>	
Evet	48 (35.3)
Hayır	88 (64.7)
<b>Toplam</b>	<b>136 (100.0)</b>

Tablo 3'te hemşire ve ebelerin mesleki eğitim ve hizmet içi eğitimleri kapsamında postpartum depresyona yönelik bilgi alma durumlarına göre dağılımı verilmiştir. Tabloya göre hemşire ve ebelerin %64'ü mesleki eğitimleri sırasında, %35.3'ü de hizmet içi eğitimleri sırasında postpartum depresyonla ilgili bilgi almıştır.

**Tablo 4.** Hemşire ve ebelerin postpartum depresyonla ilgili tarama yapma ve doğum yapmış bir kadını postpartum depresyon şüphesi ile sevk etme durumlarına göre dağılımı

	<b>Sayı (%)</b>
<b>Postpartum depresyona yönelik tarama yapma</b>	
Yapan	22 (16.2)
Yapmayan	114 (83.8)
<b>Postpartum depresyon şüphesi ile kadını yönlendirme</b>	
Evet	31 (22.8)
Hayır	105 (77.2)
<b>Toplam</b>	<b>136 (100.0)</b>

Hemşire ve ebelerin, postpartum depresyonla ilgili tarama yapma ve doğum yapmış bir kadında postpartum depresyondan şüphelenme durumlarına göre dağılımları Tablo 4'te

gösterilmektedir. Tabloya göre hemşire ve ebelerin %16.2'si postpartum depresyona yönelik tarama yapmış ve %22.8'i postpartum depresyondan şüphelenmiştir.

**Tablo 5.** Hemşire ve ebelerin bazı özelliklerine göre doğum yapan bir kadını postpartum depresyon şüphesi ile sevk etme durumlarının dağılımı

Özellikler	Doğum yapan bir kadını postpartum depresyon şüphesi ile sevk etme		Test
	Evet	Hayır	
<b>Meslek</b>	Sayı (%)	Sayı (%)	
Hemşire	13 (18.8)	56 (81.2)	$\chi^2=1.24$
Ebe	18 (26.9)	49 (73.1)	$p=0.265$
<b>Mesleki eğitim düzeyi</b>			
Lise ve ön lisans	16 (25.8)	46 (74.2)	$\chi^2=0.58$
Lisans	15 (20.3)	59 (79.7)	$p=0.443$
<b>Birinci Basamakta Çalışma Süresi</b>			
5 yıldan az	16 (17.0)	78 (83.0)	$\chi^2=5.76$
5 yıl ve üzeri	15 (35.7)	27 (64.3)	<b><math>p=0.016</math></b>
<b>Mesleki eğitimi sırasında postpartum depresyona yönelik bilgi alma</b>			
Alan	21 (24.1)	66 (75.9)	$\chi^2=0.24$
Almayan	10 (20.4)	39 (79.6)	$p=0.619$
<b>Hizmet içi eğitimler kapsamında postpartum depresyona yönelik bilgi alma</b>			
Alan	13 (27.1)	35 (72.9)	$\chi^2=0.77$
Almayan	18 (20.5)	70 (79.5)	$p=0.379$
<b>Toplam</b>	<b>31 (22.8)</b>	<b>105 (77.2)</b>	

Tablo 5 hemşire ve ebelerin bazı özelliklerine göre doğum yapan bir kadını postpartum depresyon şüphesi ile sevk etme durumlarının dağılımını göstermektedir. Buna göre, hemşire ve ebelerin doğum yapan bir kadını postpartum depresyon şüphesi ile sevk etme durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir ( $p>0.05$ ). Ayrıca hemşire ve ebelerin mesleki eğitim düzeyleri, mesleki eğitimleri sırasında postpartum depresyona yönelik bilgi alma durumları ve hizmet içi eğitimler

kapsamında postpartum depresyona yönelik bilgi alma durumları arasında da istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0.05$ ). Öte yandan birinci basamakta 5 yıl ve üzeri çalışanlar ile 5 yıldan az çalışanların postpartum depresyon şüphesi ile sevk etme durumları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı ( $p<0.05$ ) olarak bulunmuştur.

**Tablo 6.** Hemşire ve ebelerin bazı özelliklerine göre postpartum depresyona yönelik tarama yapma durumlarının dağılımı

Özellikler	Postpartum depresyona yönelik tarama yapma		Test
	Evet	Hayır	
<b>Meslek</b>	Sayı (%)	Sayı (%)	
Hemşire	12 (17.4)	57 (82.6)	$\chi^2=0.15$
Ebe	10 (14.9)	57 (85.1)	$p=0.696$
<b>Mesleki eğitim düzeyi</b>			
Lise ve ön lisans	9 (14.5)	53 (85.5)	$\chi^2=0.23$
Lisans	13 (17.6)	61 (82.4)	$p=0.630$
<b>Birinci Basamakta Çalışma Süresi</b>			
5 yıldan az	17 (18.1)	77 (81.9)	$\chi^2=0.81$
5 yıl ve üzeri	5 (11.9)	37 (88.1)	$p=0.366$
<b>Mesleki eğitim sırasında postpartum depresyona yönelik bilgi alma</b>			
Alan	22 (25.3)	65 (74.7)	$\chi^2=14.7$
Almayan	-	49 (100.0)	<b><math>p=0.000</math></b>
<b>Hizmet içi eğitimler kapsamında postpartum depresyona yönelik bilgi alma</b>			
Alan	11 (22.9)	37 (77.1)	$\chi^2=2.48$
Almayan	11 (12.5)	77 (87.5)	$p=0.115$

Tablo 6’da hemşire ve ebelerin bazı özelliklerine göre postpartum depresyona yönelik tarama yapma durumlarının dağılımı verilmiştir. Tabloya göre hemşire ve ebelerin postpartum depresyona yönelik tarama yapma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir ( $p>0.05$ ). Ayrıca hemşire ve ebelerin mesleki eğitim düzeyi, birinci basamakta çalışma süresi ve hizmet içi eğitimler kapsamında postpartum depresyona yönelik bilgi alma durumlarına göre postpartum depresyona yönelik tarama yapma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark

bulunmamıştır ( $p>0.05$ ) Diğer taraftan hemşire ve ebelerin mesleki eğitimleri sırasında postpartum depresyona yönelik bilgi alma durumlarına göre postpartum depresyon taraması yapma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu, bilgi almadığını ifade edenlerin hiçbirinin tamama yapmadığı, bilgi aldığını ifade edenlerin ise %25.3'ünün postpartum depresyona yönelik tarama yaptıkları bulunmuştur.

**Tablo 7.** Hemşire ve ebelerin postpartum depresyon bilgi puan ortalaması

Postpartum depresyon toplam ve alt boyutlara ait bilgi puan ortalaması	Soru sayısı	Alınabilecek maksimum puan	Ortalama (SD)
<b>Postpartum depresyonun ;</b>			
Tanımı, sıklığı, zamanı ve belirtileri	11	11	7.66 (2.00)
Etyolojisi ve risk faktörleri	9	9	7.24 (1.56)
Erken tanı ve tarama programları	7	7	5.49 (1.23)
Tedavisi	7	7	5.29 (1.64)
Ana-çocuk ve aile sağlığı üzerine etkisi	4	4	3.33 (0.88)
Önlenmesi ve erken tanıda hemşire ve ebelerin rolü	7	7	5.86 (1.69)
<b>Toplam Puan</b>	45	45	34.89 (6.72)

Tablo 7'de hemşire ve ebelerin postpartum depresyon bilgi puan ortalamaları verilmiştir. Buna göre, hemşire ve ebeler postpartum depresyonun tanımı, sıklığı, zamanı ve belirtileri ile ilgili 11 sorudan (max:11 puan) ortalama 7.66 puan almışlardır. Postpartum depresyonun etyolojisi ve risk faktörleriyle ilgili 9 sorudan (max:9 puan) ortalama 7.24; erken tanı ve tarama programlarıyla ilgili 7 sorudan (max:7 puan) ortalama 5.49; tedavisiyle ilgili 7 sorudan (max:7 puan) 5.29 puan almışlardır. Ayrıca ana-çocuk ve aile sağlığı üzerine etkisi ile ilgili 4 sorudan (max:4 puan) 3.33; önlenmesi ve erken tanıda hemşire ebelerin rolü ile ilgili 7 sorudan (max:7 puan) 5.86 puan almışlardır. Sonuçta hemşire ve ebeler postpartum depresyonla ilgili toplam 45 sorudan alınabilecek maksimum 45 puan üzerinden ortalama 34.89 puan almışlardır.

**Tablo 8.** Hemşire ve ebelerin bazı özelliklerine göre postpartum depresyon bilgi puan ortalamaları

Özellikler	Postpartum depresyon bilgi puan alanları						
	Tanımı, Sıklığı, Zamani ve Belirtileri	Etyolojisi ve Risk Faktörleri	Erken Tanı ve Tarama Programları	Tedavisi	Ana-Çocuk ve Aile Sağlığına Etkileri	Önlenmesi ve Erken Tanısında Hemşire ve Ebelerin Rolü	Toplam Puan
	Ortalama (SD)	Ortalama (SD)	Ortalama (SD)	Ortalama (SD)	Ortalama (SD)	Ortalama (SD)	Ortalama (SD)
<b>Meslek</b>							
Hemşire	7.43 (2.10)	7.11 (1.47)	5.33 (1.40)	5.14 (1.64)	3.27 (0.95)	5.57 (1.82)	33.88 (7.04)
Ebe	7.91 (1.88)	7.37 (1.65)	5.65 (1.02)	5.44 (1.63)	3.38 (0.81)	6.16 (1.50)	35.94 (6.25)
<b>t / p</b>	-1.38 / 0.168	-0.95 / 0.340	-1.53 / 0.127	-1.07 / 0.284	-0.74 / 0.461	<b>-2.03 / 0.044</b>	-1.79 / 0.074
<b>Mesleki eğitim düzeyi</b>							
Lise ve ön lisans	7.40 (2.00)	7.11 (1.55)	5.11 (1.25)	5.17 (1.76)	3.20 (0.96)	5.54 (2.02)	33.56 (7.10)
Lisans	7.89 (1.99)	7.35 (1.57)	5.81 (1.13)	5.39 (1.54)	3.43 (0.81)	6.13 (1.31)	36.01 (6.21)
<b>t / p</b>	-1.41 / 0.158	-0.88 / 0.378	<b>-3.40 / 0.001</b>	-0.75 / 0.450	-1.46 / 0.145	<b>-2.03 / 0.044</b>	<b>-2.14 / 0.034</b>
<b>Birinci basamakta çalışma süresi</b>							
5 yıldan az	7.58 (2.07)	7.17 (1.56)	5.54 (1.28)	5.17 (1.70)	3.38 (0.84)	6.02 (1.46)	34.87 (6.73)
5 yıl ve üzeri	7.85 (1.86)	7.40 (1.57)	5.38 (1.12)	5.57 (1.46)	3.21 (0.97)	5.52 (2.09)	34.95 (6.78)
<b>t / p</b>	-0.72 / 0.467	-0.80 / 0.422	0.70 / 0.483	-1.32 / 0.189	1.02 / 0.307	1.59 / 0.114	-0.06 / 0.949
<b>Mesleki eğitim sırasında postpartum depresyona yönelik bilgi alma</b>							
Alan	7.80 (1.89)	7.43 (1.37)	5.70 (1.11)	5.50 (1.51)	3.43 (0.80)	6.22 (1.06)	36.11 (5.66)
Almayan	7.42 (2.19)	6.89 (1.82)	5.12 (1.36)	4.91 (1.80)	3.14 (1.00)	5.22 (2.32)	32.73 (7.88)
<b>t / p</b>	-1.04 / 0.296	-1.94 / 0.054	<b>-2.68 / 0.008</b>	<b>-2.02 / 0.045</b>	-1.87 / 0.063	<b>-3.45 / 0.001</b>	<b>-2.89 / 0.004</b>
<b>Hizmet içi eğitimler kapsamında postpartum depresyonla ilgili bilgi alma</b>							
Alan	7.64 (1.99)	7.39 (1.37)	5.64 (1.21)	5.56 (1.45)	3.33 (0.88)	6.06 (1.26)	35.64 (6.03)
Almayan	7.68 (2.02)	7.15 (1.66)	5.40 (1.24)	5.14 (1.72)	3.32 (0.89)	5.76 (1.88)	34.48 (7.06)
<b>t / p</b>	0.10 / 0.921	-0.84 / 0.401	-1.06 / 0.287	-1.41 / 0.160	-0.02 / 0.981	-0.99 / 0.324	-0.95 / 0.339

Hemşire ve ebelerin bazı özelliklerine göre postpartum depresyon bilgi puan ortalamaları Tablo 8’de verilmiştir. Buna göre hemşire ve ebelerin, birinci basamakta çalışma süresi ve hizmet içi eğitimler kapsamında postpartum depresyonla ilgili bilgi alma durumları ile postpartum depresyon toplam ve alt boyutlara ait bilgi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0.05$ ). Hemşire ve ebelerin toplam bilgi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmamasına karşın postpartum depresyonun önlenmesinde hemşire ve ebelerin rolü alt boyutuna ait bilgi puan ortalamasının ebelerde ( $6.16\pm 1.50$ ) hemşirelere göre ( $5.57 \pm 1.82$ ) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Mesleki eğitim düzeyine göre postpartum depresyon bilgi puan ortalamaları incelendiğinde, lisans mezunu olanların hem toplam puan hem de erken tanı ve tarama programları ve postpartum depresyonun önlenmesin ve erken tanısında hemşire ve ebelerin rolü alt boyutlarındaki toplam puan ortalamasının lise ve ön lisans mezunlarından istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir ( $p<0.05$ ). Mesleki eğitimleri sırasında postpartum depresyona yönelik bilgi alanların hem toplam puan, hem de erken tanı ve tarama programları, postpartum depresyonun tedavisi ve postpartum depresyonun önlenmesinde hemşire ve ebelerin rolü alt boyutlarına ait bilgi puan ortalamasının, almayanlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulunmuştur ( $p<0.05$ ).



**Tablo 9.** Hemşire ve ebelerin, sağlık ocaklarında çalışan hemşire ve ebelerin postpartum depresyonu önleme, tanılama, sevk etme ve bakım verme konusundaki bilgi ve beceri düzeyini değerlendirme durumuna göre dağılımı

<b>Hemşire ve ebelerin bilgi ve beceri düzeylerini değerlendirme durumu</b>	<b>Sayı (%)</b>
Hiç yeterli değil	22 (16.2)
Yeterli değil	36 (26.5)
Çok az yeterli	50 (36.8)
Orta derecede yeterli	24 (17.6)
Çok Yeterli	4 (2.9)
Toplam	136 (100.0)

Tablo 9 hemşire ve ebelerin, birinci basamakta çalışan hemşire ve ebelerin postpartum depresyonu önleme, tanılama, sevk etme ve bakım verme konusundaki bilgi ve beceri düzeylerini değerlendirme durumlarına göre dağılımını göstermektedir. Hemşire ve ebelerin yalnızca %2.9'u postpartum depresyonu önleme, tanılama, sevk etme ve bakım verme konusunda kendilerini “çok yeterli” bulmuştur. Buna karşın %16.2'si kendilerini “hiç yeterli değil” olarak değerlendirmişlerdir.

**Tablo 10.** Hemşire ve ebelerin postpartum depresyonda hemşire ve ebelerin rollerine ilişkin tutumlarına göre dağılımı

<b>Postpartum depresyona yönelik hemşirelerin ve ebelerin rolü</b>	<b>Hiç önemli değil</b>	<b>Önemli değil</b>	<b>Çok az önemli</b>	<b>Orta derecede önemli</b>	<b>Çok önemli</b>
	<b>S (%)</b>	<b>S (%)</b>	<b>S (%)</b>	<b>S (%)</b>	<b>S (%)</b>
Postpartum depresyonun önlenmesinde hemşire ve ebelerin rolü	2 (1.5)	6 (4.4)	17 (12.5)	29 (21.3)	82 (60.3)
Postpartum depresyonunun erken tanısında hemşire ve ebelerin rolü	2 (1.5)	6 (4.4)	16 (11.8)	27 (19.9)	85 (62.5)
Postpartum depresyonu olan kadına evde bakım vermede hemşire ve ebelerin rolü	12 (8.8)	11 (8.1)	21 (15.4)	23 (16.9)	69 (50.7)

Hemşire ve ebelerin postpartum depresyona yönelik hemşirelik ve ebelik rollerine ilişkin görüşlerine göre dağılımı Tablo 10’da verilmektedir. Buna göre hemşire ve ebelerin %60.3’ü postpartum depresyonun önlenmesinde hemşire ve ebelerin rolünü çok önemli olarak; %62.5’i postpartum depresyonun erken tanısında hemşire ve ebelerin rolünü çok önemli olarak ve %50.7’si postpartum depresyon gelişen kadına evde bakım vermede hemşire ve ebelerin rolünü çok önemli olarak bulmaktadır.

**Tablo 11.** Hemşire ve ebelerin postpartum depresyonun önemine, ana-çocuk ve aile sağlığı üzerindeki etkisine ilişkin tutumlarına göre dağılımı

<b>Postpartum depresyonun önemi</b>	<b>S (%)</b>
<b>Postpartum depresyonun doğum sonu sağlık sorunları içindeki önemi</b>	
Hiç önemli değil	-
Önemli değil	3 (2.2)
Çok az önemli	11 (8.1)
Orta derecede önemli	34 (25.0)
Çok Önemli	88 (64.7)
<b>Postpartum depresyonun ana-çocuk ve aile sağlığını etkileme derecesi</b>	
Hiç olumsuz etkilemez	-
Olumsuz etkilemez	1 (0.7)
Çok az olumsuz etkiler	3 (2.2)
Orta derecede olumsuz etkiler	25 (18.4)
Çok olumsuz etkiler	107 (78.7)

Tablo 11’de hemşire ve ebelerin postpartum depresyonun önemine ve ana-çocuk ve aile sağlığı üzerindeki etkisine ilişkin görüşlerine göre dağılımı verilmiştir. Tabloya göre hemşire ve ebelerin %64.7’si postpartum depresyonu doğum sonu sağlık sorunları içinde çok önemli olarak görmektedir. Yine hemşire ve ebelerin %78.7’si postpartum depresyonun ana-çocuk sağlığını çok olumsuz etkilediğini düşünmektedir.

## V. TARTIŞMA

Postpartum depresyon doğum sonu dönemde yaygın olarak görülen bir sağlık sorunudur. Sağlık ocaklarında görev yapan 136 hemşire ve ebeye ulaşılan bu çalışmada çocuk sahibi olan hemşire ve ebelerin (n=76) %17.1'i gebelikleri esnasında ve %35.5'i postpartum dönemleri sırasında depresif semptom yaşadıklarını ifade etmiştir (Tablo 2). Bu sonuçlar ülkemizde gebelik ve postpartum dönemde depresyon sıklığını inceleyen çalışma sonuçları ile uyumludur (Ekuklu ve ark., 2002; Nur ve ark., 2004; Ocaktan ve ark., 2006; Eren, 2007; Özdemir ve ark., 2008) ve sorunun yaygınlığını destekler niteliktedir.

Çalışmada yer alan hemşire ve ebelerin %64'ü mesleki eğitimleri sırasında, %35.3'ü hizmet içi eğitimler kapsamında postpartum depresyona yönelik bilgi aldığını ifade etmiştir (Tablo 3). Bu sonuçlar doğum sonu sağlık sorunları arasında önemli olan ve yaygın görülen bir durum olan postpartum depresyona yönelik hemşire ve ebelerin yaklaşık 1/3'ünün mesleki eğitimleri sırasında, 2/3'ünün ise hizmet içi eğitimler kapsamında bilgilendirilmediğini göstermektedir. Oysa doğum yapan kadınla en sık karşılaşma olasılığı olan hemşire ve ebelerin tümünün postpartum depresyon konusunda gerekli bilgi ve beceriyi kazanmış olmaları, özellikle sorunun önlenmesi ve erken tanınması ve sorun saptandığında kadını uygun tedaviyi alması için yönlendirilmesi açısından oldukça önemlidir (Logsdon ve ark., 2006b; Lintner ve Gray, 2006). Aksi takdirde postpartum depresyon gizli yaşanan bir sağlık sorunu olarak toplum sağlığını olumsuz etkilemeye devam edecektir.

Postpartum depresyona yönelik rutin tarama yapmak hemşire ve ebelerin sorumluluğudur. Hemşire ve ebelerin gebelik ve doğum sonu dönemlerde kadınlarla sık sık temasa geçtiği ancak postpartum depresyona yönelik yeterince tarama yapmadıkları belirtilmektedir (Driscoll, 2006; Beck, 2008). Çalışmamıza katılan hemşire ve ebelerin yalnızca %16.2'si postpartum depresyona yönelik tarama yapmış ve %22.8'i doğum yapan bir kadını postpartum depresyondan şüphelenerek sevk etmiştir (Tablo 4). Ebelerin, mesleki eğitimleri ve hizmet içi eğitimleri sırasında postpartum depresyona yönelik bilgi alanların ve lise/ön lisans mezunu olanların doğum yapan kadını postpartum depresyon şüphesi ile sevk etme oranları daha yüksek olmasına rağmen fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p>0.05$ ). Özellikle eğitim alan ve almayan katılımcıların postpartum depresyonu tanıma ve bireyi yönlendirme davranışlarının

benzer olması dikkat çekicidir. Bu sonuca göre postpartum depresyonla ilgili eğitimlerin ebe hemşirelerin uygulamalarına yansiyacak düzeyde ve yeterlilikte olmadığı söylenebilir. Ancak 5 yıl ve daha uzun süredir sağlık ocağında çalışanların sevk oranları 5 yıl ve daha az süredir çalışanlardan anlamlı düzeyde ( $p<0.05$ ) yüksek bulunmuştur (Tablo 5). Bu sonuç üzerinde deneyimin rolü olduğu düşünülebilir. Diğer taraftan mesleki eğitim sırasında postpartum depresyona yönelik bilgi alanların %25.3'ü tümü postpartum depresyona yönelik tarama yaptığını belirtmiştir ve gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak da önemlidir ( $p<0.05$ ). Bilgi almayanların ise hiç biri tarama yapmamıştır (Tablo 6).

Hemşire ve ebelerin postpartum depresyona yönelik tarama araçlarını, tarama yapma ve sevk etme konularındaki kendi rol ve sorumluluklarını yeterince tanımamaları nedeniyle bu oranların yetersiz olduğu söylenebilir. Ancak, hemşirelik ve tıbbi eğitim programlarında yaygın olarak kullanılan kaynakların gözden geçirildiği bir çalışmada, postpartum depresyona yönelik eğitimlerin yetersiz olduğu, postpartum depresyonu tarama, tanılama ve tedavi etmeye yönelik içeriklerin minimal düzeyde olduğu bulunmuştur (Logsdon ve ark., 2006b). Goldsmith (2007), aile sağlığı hemşirelerinin postpartum depresyonu tarama durumlarını incelediği çalışmasında, hemşirelerin %84.3'ünün postpartum dönemde bulunan bir hastayla mutlaka karşılaştığını, fakat %41.7'sinin hiç tarama yapmadığını belirlemiştir. Rutin tarama yapılmadığında postpartum depresyona yönelik epidemiyolojik veri eksiklikleri ortaya çıkmaktadır. Bu durum postpartum depresyon insidansının tahmin edilenin altında olduğunu düşündürmekte ve hastalığın ciddiyetinin tam olarak anlaşılmasına sebep olmaktadır. Ayrıca bu durum erken tanı ve tedavinin gecikmesine neden olmaktadır (Logsdon ve ark., 2006b). Oysa erken tanı ve tedavi, kadınları postpartum depresyonun uzun dönemli sorunlarından korumaya, kadınlar ve ailelerinin yaşam kalitelerini geliştirmeye yardımcı olabilmektedir.

Hemşire ve ebelerin yaşamı tehdit eden postpartum psikozdan postpartum blue'ya kadar postpartum duygudurum bozukluklarının semptomlarını tanımaları, postpartum depresyon gelişimi açısından risk altında bulunan kadınları tanılamada kullanılan tarama yöntemleri hakkında bilgi edinmeleri ve postpartum depresyon için mevcut, çeşitli tedavi seçeneklerini bilmeleri gerektiği savunulmaktadır (AWHONN, 2008).

Hemşire ve ebelerin postpartum depresyona yönelik bilgi düzeylerini belirlemek amacıyla literatüre dayalı olarak hazırlanmış olan ifadelerle vermiş oldukları cevaplardan aldıkları toplam puan ortalaması 34.89'dur (Tablo 7). Bilgi formundan alınabilecek maksimum puanın 45 olduğu dikkate alındığında bu puanın ortanın üzerinde ve nispeten yeterli bir puan olduğu düşünülebilir. Postpartum depresyonun alt boyutlarına göre puan ortalamalarına bakıldığında da tüm boyutlarda puan ortalamasının ortanın üzerinde olduğu dikkati çekmektedir.

Mesleğe göre toplam ve alt boyut bilgi puan ortalaması karşılaştırıldığında, hemşire ve ebelerin postpartum depresyon toplam bilgi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir ( $p>0.05$ ). Alt boyutlara ait bilgi puan ortalamaları arasındaki farka bakıldığında ise yalnızca “postpartum depresyonun önlenmesinde hemşire ve ebelerin rolü” alt boyutuna ait bilgi puan ortalamasının ebelerde ( $6.16\pm 1.50$ ) hemşirelere göre ( $5.57 \pm 1.82$ ) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulunmuştur ( $p<0.05$ ) (Tablo 8). Ebelerin mesleki eğitimleri sırasında gebelik, doğum ve doğum sonu ders saatlerinin ve uygulamalarının daha fazla olması, prenatal ve postnatal dönemdeki kadınlarla daha fazla karşılaşmalarının puanlarının yüksek olmasını etkilediği düşünülmektedir. Mesleki eğitim düzeyine göre postpartum depresyon bilgi puan ortalamaları incelendiğinde, lisans mezunu olanların hem toplam puan hem de “erken tanı ve tarama programları” ve “postpartum depresyonun önlenmesinde hemşire ve ebelerin rolü” alt boyutlarına ait puan ortalamasının lise ve ön lisans mezunlarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir ( $p<0.05$ ). Mesleki eğitimleri sırasında postpartum depresyona yönelik bilgi aldığını ifade edenlerin toplam puan ve “erken tanı ve tarama programları”, postpartum depresyonun tedavisi” ve “postpartum depresyonun önlenmesinde hemşire ve ebelerin rolü” alt boyutlarına ait bilgi puan ortalamasının bilgi almayanlardan anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır ( $p<0.05$ ) (Tablo 8). Bu durum mesleki eğitimler sırasında postpartum depresyona yönelik bilgi alma ve mesleki eğitim düzeyinin, postpartum depresyon bilgi puan ortalamalarının yüksek olmasında oldukça etkili olduğunu göstermektedir.

Sağlık ocaklarında çalışan hemşire ve ebelerin postpartum depresyona yönelik rol ve sorumlulukları önemlidir. Buna karşın katılımcıların yalnızca %2.9'u postpartum depresyonu önleme, tanılama, sevk etme ve bakım verme konusunda sağlık ocaklarında çalışan hemşire ve ebelerin bilgi ve beceri düzeylerini “çok yeterli” olarak

değerlendirmişlerdir (Tablo 9). Hemşire ve ebelerin bilgi puan ortalamalarının iyi olmasına karşın, postpartum depresyona yönelik risk altındaki veya postpartum depresyon yaşayan kadınları tanılamada sınırlı yeteneklere sahip oldukları düşünülmektedir. Bunun nedeni mevcut eğitim programlarının yeterli olmamasını, postpartum depresyona ilginin az olmasını ve postpartum depresyona yaklaşım problemlerini içine alabilir. Keng (2005), Malezya’da ebelerin postpartum depresyon hakkındaki görüşlerini belirlemeye yönelik yaptığı benzer çalışmasında, ebelerin postpartum depresyona yönelik aldıkları eğitimi iyi bulmalarına rağmen bu alandaki bilgilerinin çok da yeterli olmadığını, postpartum depresyonu hala tanılayamadıklarını saptamıştır. Bunun gibi ulusal bir taramada rastgele seçilen 508 primer bakım veren pediatristten %57’si maternal depresyonu tanılamada, %7’si tedavi etmede sorumlu olduğunu düşünmüştür. Pediatristlerin postpartum depresyonu yönetmede ve tanılamadaki engellerinin postpartum depresyonlu kadını tanılama, tedavi etme ve onlara danışmanlık yapmadaki bilgi/eğitim yetersizlikleri olduğu belirlenmiştir. Bilgi ve eğitim yetersizliğine yönelik hemşireler, ebeler ve aile hekimlerinin de aynı durumda olduğu ileri sürülmüştür (Logsdon ve ark., 2006).

Hemşire ve ebelerin %60.3’ü postpartum depresyonun önlenmesinde, %62.5’i postpartum depresyonun erken tanılanmasında, %50.7’si postpartum depresyon gelişen kadına evde bakım verme konusunda hemşire ve ebelerin rolünün “çok önemli” olduğunu ifade etmiştir (Tablo 10). Hemşire ve ebelerin bu rollere karşı tutumlarının olumlu yönde olduğu görülmektedir. Nitekim yeterince tarama yapmadıkları düşünüldüğünde gerek postpartum depresyon hakkındaki bilgilerini gerekse bu konuya karşı olumlu tutumlarını uygulamaya geçiremedikleri anlaşılmaktadır. Araştırmamızda hemşire ve ebelerin %64.7’si postpartum depresyonu doğum sonu sağlık sorunları içinde “çok önemli” bulmuştur. Yine hemşire ve ebelerin %78.7’si postpartum depresyonun ana-çocuk ve aile sağlığını çok olumsuz etkilediğini düşünmüştür (Tablo 11). Çalışmamızda yer alan hemşire ve ebelerin postpartum depresyona yönelik bilgi puanlarının nispeten yeterli olması ve postpartum depresyona karşı tutumlarının olumlu olması çıkarılabilecek iyi sonuçlardır. Ancak tanılama, tarama yapma ve uygun yerlere sevk etme gibi uygulamalardaki yetersizlikler de göz ardı edilemeyecek kadar önem taşımaktadır. Bu durumun bir nedeni sağlık sistemi içinde hemşire ve ebelerden sayılan hizmetlerin beklenmemesi olabilir. Bu nedenle öncelikle sağlık sistemi içinde hemşire ve ebelerin postpartum depresyona yönelik hizmet vermeleri için gerekli yasal ve politik

düzenlemelerin yapılması ve mesleki eğitimler ve hizmet içi eğitimlerle bu yöndeki yetersizliklerin giderilmesinin önemli olduğu düşünülmektedir.



## VI. SONUÇLAR

Sağlık ocaklarında çalışan hemşire ve ebelerin postpartum depresyona yönelik bilgi ve tutumlarını incelemek amacıyla yapılan bu çalışmanın sonuçları aşağıda özetlenmiştir.

- Çalışmamızda yer alan katılımcıların %50.7'si hemşire, %49.3'ü ebelerdir. Hemşire ve ebelerin %98.5'i kadın, %1.5'i erkektir. Eğitim düzeylerine bakıldığında %6.6'sı lise, %39'u ön lisans, %54.4'ü ise lisans mezunudur. hemşire ve ebelerin basamakta çalışma süreleri incelendiğinde ise %69.1'i 5 yıldan az, %30.9'u 5 yıl ve daha fazla süredir sağlık ocağında çalışmaktadır (Tablo 1).
- Araştırma kapsamındaki hemşire ve ebelerin depresyon öyküleri incelenmiş, hemşire ve ebelerin %22.1'inin yaşamlarının herhangi bir döneminde depresyon nedeniyle tedavi aldıkları görülmüştür. Bununla birlikte hemşire ve ebelerin %17.1'i gebelikleri sırasında ve %35.5'i postpartum dönemleri sırasında depresif semptom yaşadıklarını ifade etmiştir (Tablo 2).
- Hemşire ve ebelerin %64'ünün mesleki eğitimleri sırasında, %35.3'ünün de hizmet içi eğitimler kapsamında postpartum depresyonla ilgili bilgi aldığı belirlenmiştir (Tablo 3).
- Çalışmada yer alan 136 hemşire ve ebenin %16.2'si postpartum depresyona yönelik tarama yapmış ve %22.8'i postpartum depresyondan şüphelenmiştir (Tablo 4).
- Araştırmamızda hemşire ve ebelerin doğum yapan bir kadını postpartum depresyon şüphesi ile sevk etme durumları ile hemşirelik ya da ebelik mesleğinden olmaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir ( $p>0.05$ ). Ayrıca hemşire ve ebelerin mesleki eğitim düzeyleri, mesleki eğitimleri sırasında postpartum depresyona yönelik bilgi alma durumları ve hizmet içi eğitimler kapsamında postpartum depresyona yönelik bilgi alma durumlarına göre de doğum yapan bir kadını postpartum depresyon şüphesi ile sevk etme davranışları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0.05$ ) (Tablo 5).

- Hemşire ve ebelerin postpartum depresyona yönelik tarama yapma durumları arasında da istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir. Yine hemşire ve ebelerin mesleki eğitim düzeyi, birinci basamakta çalışma süresi ve hizmet içi eğitimler kapsamında postpartum depresyona yönelik bilgi alma durumlarına göre postpartum depresyona yönelik tarama yapma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0.05$ ). Diğer taraftan hemşire ve ebelerin mesleki eğitimleri sırasında postpartum depresyona yönelik bilgi alma durumlarına göre postpartum depresyon taraması yapma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu ( $p<0.05$ ), bilgi almadığını ifade edenlerinin hiçbirinin tamama yapmadığı, bilgi aldığını ifade edenlerin ise %25.3'ünün postpartum depresyona yönelik tarama yaptıkları bulunmuştur (Tablo 6).
- Hemşire ve ebelerin postpartum depresyon bilgi puan ortalamasının 45 puan üzerinden 34.89 olduğu bulunmuştur. Alt boyutlara göre puan ortalaması incelendiğinde hemşire ve ebelerin postpartum depresyonun tanımı, sıklığı, zamanı ve belirtileri ile ilgili 11 sorudan (max:11 puan) ortalama 7.66 puan almıştır. Postpartum depresyonun etyolojisi ve risk faktörleriyle ilgili 9 sorudan (max:9 puan) ortalama 7.24; erken tanı ve tarama programlarıyla ilgili 7 sorudan (max:7 puan) ortalama 5.49; tedavisiyle ilgili 7 sorudan (max:7 puan) ortalama 5.29 puan, postpartum depresyonu ana-çocuk ve aile sağlığı üzerine etkisi ile ilgili 4 sorudan (max:4 puan) ortalama 3.33 puan ve postpartum depresyonun önlenmesi ve erken tanısında hemşire ve ebelerin rolü ile ilgili 7 sorudan (max:7 puan) ortalama 5.86 puan aldığı belirlenmiştir (Tablo 7).
- Hemşire ve ebelerin, birinci basamakta çalışma süresi ve hizmet içi eğitimler kapsamında postpartum depresyonla ilgili bilgi alma durumları ile postpartum depresyon toplam ve alt boyutlara ait bilgi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0.05$ ). Hemşire ve ebelerin toplam bilgi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmamasına karşın postpartum depresyonun önlenmesinde hemşire ve ebelerin rolü alt boyutuna ait bilgi puan ortalamasının ebelerde ( $6.16\pm 1.50$ ) hemşirelere göre ( $5.57 \pm 1.82$ ) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulunmuştur ( $p<0.05$ ).

Mesleki eğitim düzeyine göre postpartum depresyon bilgi puan ortalamaları incelendiğinde, lisans mezunu olanların hem toplam puan hem de erken tanı ve tarama programları ve postpartum depresyonun önlenmesinde hemşire ve ebelerin rolü alt boyutlarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ( $p<0.05$ ). Yine mesleki eğitimleri sırasında postpartum depresyona yönelik bilgi alma durumlarına göre postpartum depresyon bilgi puan ortalamalarına bakıldığında, mesleki eğitimleri sırasında bilgi alanların, hem toplam hem erken tanı ve tarama programları hem de tedavi ve postpartum depresyonun önlenmesinde hemşire ve ebelerin rolü alt boyutlarından aldıkları puanlar istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Ayrıca lisans mezunu ve mesleki eğitimleri sırasında postpartum depresyona yönelik bilgi alan hemşire ve ebelerin tüm alt boyutlarda ve toplamda bilgi puan ortalamaları daha yüksek olarak saptanmıştır (Tablo 8).

- Çalışmada yer alan hemşire ve ebelerin yalnızca %2.9'u birinci basamakta çalışan hemşire ve ebelerin postpartum depresyonu önleme, tanılama, sevk etme ve bakım verme konusundaki bilgi ve beceri düzeylerini "çok yeterli" bulmuştur. Bununla beraber hemşire ve ebelerin %17.6'sı bilgi ve beceri düzeylerini "orta derecede yeterli" olarak, 36.8'i "çok az yeterli" olarak, %26.5'i "yeterli değil" olarak ve %16.2'si "hiç yeterli değil" olarak değerlendirdikleri bulunmuştur (Tablo 9).
- Hemşire ve ebelerin %60.3'ü postpartum depresyonun önlenmesinde hemşire ve ebelerin rolünü çok önemli olarak; %62.5'i postpartum depresyonun erken tanısında hemşire ve ebelerin rolünü çok önemli olarak ve %50.7'si postpartum depresyon gelişen kadına evde bakım vermede hemşire ve ebelerin rolünü çok önemli olarak değerlendirmiştir (Tablo 10).
- Hemşire ve ebelerin %64.7'si postpartum depresyonu doğum sonu sağlık sorunları içinde çok önemli olarak görmüştür. Ayrıca hemşire ve ebelerin %78.7'si postpartum depresyonun ana-çocuk sağlığını çok olumsuz etkilediğini düşünmüştür (Tablo 11).

## VII. ÖNERİLER

Araştırmamızdan elde edilen sonuçlar doğrultusunda aşağıdaki önerilerde bulunulmuştur;

Çalışmada yer alan hemşire ve ebelerin birçoğu mesleki eğitimleri sırasında yine bir kısmı hizmet içi eğitimler kapsamında postpartum depresyona yönelik bilgi aldıklarını ifade etmiştir. Hemşire ve ebelerin postpartum depresyonla ilgili bilgi puan ortalamaları iyi derecede bulunmuştur. Ancak hemşire ve ebelerin postpartum depresyona yönelik tarama yapma ve depresyon şüphesi ile sevk etme durumları incelendiğinde tarama yapma ve sevk etme oranları oldukça düşük bulunmuştur. Hemşire ve ebelerin mesleki eğitimlerinde ve mezuniyet sonrası hizmet içi eğitimler kapsamında postpartum depresyondan söz edilirken; postpartum depresyona yönelik tarama yapmanın hemşire ve ebelerin sorumluluğu olduğuna, mevcut tarama araçlarının neler olduğuna, postpartum depresyonda olduğu düşünülen kadının nereye sevk edilmesi gerektiğine özellikle vurgu olmalıdır.

Araştırmamızda hemşire ve ebeler postpartum depresyonu önleme, tanılama, sevk etme ve bakım verme konusunda kendi bilgi ve beceri düzeylerini yeterli bulmamıştır. Çalışmalar postpartum depresyon yaşayan bir kadına etkili bakım vermek için öncelikle tarama yapılması gerektiğini önermektedir. Sonra postpartum depresyon tanılanmalı ve kadınlar tedavi için gerekli yerlere yönlendirilmelidir. Sağlık ocaklarında çalışan hemşire ve ebeler gebelik ve doğum sonu dönemlerde annelerle yeterince bir araya gelmektedirler. Ancak mevcut sağlık sistemi içinde hemşire ve ebelerden postpartum depresyona yönelik rutin bir uygulama beklenmemektedir. Bu nedenle sağlık sistemi içinde hemşire ve ebelerin postpartum depresyona yönelik hizmet vermeleri için gerekli değişiklikler yapılmalıdır. Hemşire ve ebelerin bu alanda yetkin bir şekilde hizmet vermesi için gerekli bilgi ve becerileri kazanmaları amacıyla sağlık politikalarında gerekli düzenlemeler yapılmalıdır.

## KAYNAKLAR

- Akdeniz, F. ve Gönül, A. S. (2004). Kadınlarda üreme olayları ile depresyon ilişkisi. *Klinik Psikiyatri*, 7(Ek 2): 70-74.
- Akın, A. (2001). Aile planlamasından üreme sağlığına geçiş. *Aktüel Tıp Dergisi*, 6(1): 4-8.
- Alexander, L., LaRosa J. and Bader H. (2004). *Depression. New Dimensions in Women's Health Third Edition*, Jones and Bartlett Publishers, Inc.
- Arslan, F. ve Uzun, Ş. (2008). Hemşirenin postnatal eğitim ve danışmanlık hizmetlerinin incelenmesi. *Turkish Journal of Medikal Sciences*, 28(5): 736-742.
- AWHONN. (2008). The role of the nurse in postpartum mood and anxiety disorders. An AWHONN Symposium.
- Ayvaz, S., Hocaoğlu Ç., Tiryaki A. ve Ak İ. (2006). Trabzon il merkezinde doğum sonrası depresyon sıklığı ve gebelikteki ilişkili demografik risk etmenleri. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 17(4): 243-251.
- Beck, C. T. (1998). A checklist to identify women at risk for developing postpartum depression. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 27(1): 39-46.
- Beck, C. T. (2001). Predictors of postpartum depression: An update. *Nursing Research*, 50(5): 275-285.
- Beck, C. T. (2002). Revision of the postpartum depression predictors inventory. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 31(4): 394-402.
- Beck, C. T. (2008). State of the science on postpartum depression. *What Nurse Researchers Have Contributed-Part 2*, 33(3): 151-156.
- Beydağ, K. (2007). Doğum sonu dönemde anneliğe uyum ve hemşirenin rolü. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 6(6): 479-484.
- Bloch, M., Schmidt, P. J., Danaceau, M., Murphy, J., Nieman, L. and Rubinow, D. R. (2000). Effects of gonadal steroids in women with a history of postpartum depression. *The American Journal of Psychiatry*, 157(6): 924-930.
- Cho, H. J., Kwon, J. H. and Lee, J. J. (2008). Antenatal cognitive-behavioral therapy for prevention of postpartum depression: A pilot study, *Yonsei Medicine Journal*, 49(4): 553-562.
- Cunningham, F. G., Gant, N. F., Levene, K.J., Gilstrap, L. C., Hauth, J. C. and Wenstrom, K. D. (2005). *Nörolojik ve Psikiyatrik Hastalıklar*. Williams Doğum Bilgisi, 21. Baskı, Cilt:2, 1419-1424.

- Danacı A.E., Dinç G., Deveci A., Şen F.S. ve İçelli İ. (2002). Postnatal depression in Turkey: Epidemiological and cultural aspects. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 37(3): 125-129.
- Deveci, A. (2003). Postpartum psikiyatrik bozukluklar. *Birinci Basamak İçin Psikiyatri*, 2(3): 42-46.
- Dindar, İ. ve Erdoğan, S. (2007). Screening of turkish women for postpartum depression within the first postpartum year: The risk profile of a community sample. *Public Health Nursing*, 24(2): 176-183.
- Driscoll, J. W. (2006). Postpartum Depresyon, How nurses can identify and care for women grappling with this disorder. *AWHONN Lifelines*, 10(5): 400-409.
- Durat, G. ve Kutlu Y. (2010). Sakarya’da doğum sonrası depresyon sıklığı ve ilişkili faktörler. *Yeni Sempozyum Dergisi*, 48(1): 63-68.
- Ekuklu, G., Tokuç, B., Eskiocak, M., Berberoğlu, U. ve Saltık, A. (2002). Edirne merkez ilçede doğum sonu depresyon sıklığı ve ilişkili bazı etmenler. <http://www.dicle.edu.tr/halks/> (erişim:10.11.2008).
- Eren, T. İ. (2007). Postpartum Depresyon Prevalansı ve Sosyodemografik Risk Faktörleri, Uzmanlık Tezi, İstanbul.
- Eşsizoglu, A. ve Arısoy, Ö. (2008). Hemşirelerin depresyona ve depresyon hastalarına karşı tutumları: Karşılaştırmalı bir çalışma. *Dicle Tıp Dergisi*, 35(3): 167-176.
- Gereklioglu, Ç., Poçan, A. G. ve Başhan, İ. (2007). Annelerin doğum sonrası psikiyatrik sorunları. *Türkiye Klinikleri Jinekoloji-Obstetrik Dergisi*, 17(2): 126-133.
- Gjerdingen, D. (2003). The effectiveness of various postpartum depression treatments and the impact of antidepressant drugs on nursing infants. *The Journal of the American Board of Family Practice*, 16(5): 372-382.
- Goldsmith, M. E. (2007). Postpartum depression screening by family nurse practitioners. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 19(6): 321-327.
- Goodman, J. (2004). Postpartum depression beyond the early postpartum period. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 33(4): 410-420.
- Hanna, B., Jarman H., Savage S. and Layton K. (2004). The early detection of postpartum depression: midwives and nurses trial a checklist. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 33(2): 191-197.
- Haskett, R. F. (2008). Psikiyatrik Hastalıklar. *Yüksek Riskli Gebelikler Yönetim Seçenekleri, Güneş Tıp Kitabevleri*, 3. Baskı, 1213-1228.

- Horowitz, J. A. (2006). Community-based postpartum depression screening within the first month after delivery. *Contemporary Nurse*, 21(1): 85-93.
- Jolley, S. N. and Betrus, P. (2007). Comparing postpartum depression and major depressive disorder: Issues in assessment. *Issue in Mental Health Nursing*, 28(7): 765-780.
- Kara, B., Çakmaklı, P., Nacak, E. ve Türeci, F. (2001). Doğum sonrası depresyon. *Sted Dergisi*, 10(9): 333-334.
- Keng, S. L. (2005). Malaysian midwives' views on postnatal depression. *British Journal of Midwifery*, 13(2): 78-86.
- Kısa, C. (2004). Postpartum psikiyatrik bozukluklar. *3P Dergisi*, 12(Ek 4): 3-6.
- Kısa, C., Aydemir, Ç., Kurt, A., Gülen, S. ve Göka, E. (2007). Doğum ardı psikoz tanısı konulan hastaların uzun süreli izlemi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 18(3): 223-230.
- Kurt, A. ve Kısa C. (2004). Postpartum hüçün. *3P Dergisi*, 12(Ek 4): 7-11.
- Lintner, N. C. and Gray, B. A. (2006). Childbearing&Depression what nurses need to know. *AWHONN Lifelines*, 10(1): 50-57.
- Logsdon, M. C., Wisner, K. and Pinto-Foltz, M. (2006a). The impact of postpartum depression on mothering. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 35(5): 652-658.
- Logsdon, M. C., Wisner, K., Billings, D. M. and Shanahan, B. (2006b). Raising the awareness of primary care providers about postpartum depression. *Issues in Mental Health Nursing*, 27(1): 59-73.
- Lowdermilk, D. L., Perry, S. E. and Bobak, I. M. (2000). *Maternity&Women's Health Care*, 7. Baskı, St. Louis, Mosby, 639-640, 940-963.
- Mazza, D. (2004). Postnatal Depression. *Women's Health in General Practice, General Practitioner*, Melbourne, Australia.
- Miller, L.J. (2002). Postpartum depression. *The Journal of the American Medical Association*, 287(6): 762-765.
- NHMRC. (2000). Postnatal Depression: Not Just the Baby Blues. National Health and Medical Research Council, Commonwealth of Australia, Canberra.
- Nur, N., Çetinkaya, S., Bakır, D. A. ve Demirel, Y. (2004). Sivas il merkezindeki kadınlarda postnatal depresyon prevalansı ve risk faktörleri. *Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 26(2): 55-59.

- Ocaktan, M. E., Çalışkan, D., Öncü, B., Özdemir, O. ve Köse, K. (2006). Antepartum and postpartum depression in a primary health care center area. *Journal of Ankara University Faculty of Medicine*, 59(4): 151-157.
- O'Hara, M. W. and Swain, A. M. (1996). Rates and risks of postpartum depression: A meta-analysis. *International Review of Psychiatry*, 8(1): 37-58.
- O'Hara, M. W., Stuart, S., Gorman, L. L. and Wenzel, A. (2000). Efficacy of interpersonal psychotherapy for postpartum depression. *Archives of General Psychiatry*, 57(11): 1039-1045.
- O'Hara, M. W. and Segre, L. S. (2010). Gebelik ve Postpartum Dönemde Ruhsal Bozukluklar. *Danforth's Obstetrik ve Jinekoloji*, 10. Baskı, 505-513.
- Özdemir S., Marakoğlu K. ve Çivi S. (2008). Konya il merkezinde doğum sonrası depresyon riski ve etkileyen faktörler. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 7(5): 391-398.
- Seebusen, D. A., Baldwin L. M., Runkle G. P. and Clark G. (2005). Are family physicians appropriately screening for postpartum depression. *The Journal of the American Board of Family Medicine*, 18(2): 104-112.
- Segre, L. S., O'Hara, M. W., Arndt, S. and Stuart, S. (2007). The prevalence of postpartum depression. *Social Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 42(4): 316-321.
- Stuart, S., O'Hara, M. W. and Gorman, L. L. (2003). The prevention and psychotherapeutic treatment of postpartum depression. *Archives of Women's Mental Health*, 6(Ek 2): 57-69.
- Sünter, A. T., Güz, H., Canbaz, S. ve DüNDAR, C. (2006). Samsun il merkezinde doğum sonrası depresyonu prevalansı ve risk faktörleri. *Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi*, 3(1): 26-31.
- Taşkın, L. , (2005). Kadın Sağlığı. Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği, Sistem Ofset Matbaacılık, Ankara.
- Taşkın, L. ve Koç, G. (2006). Birinci basamak sağlık kuruluşlarında verilen perinatoloji hizmetlerinde ebe ve hemşireler. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 13(2): 48-56.
- Tezel, A. ve Gözüm, S. (2005). Postpartum dönemde kadınlarda görülebilen depresif belirtiler ve hemşirelik bakımı. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 12(2): 62-68.
- Tezel, A. (2006). Postpartum depresyonun değerlendirilmesinde hemşirelerin/ebelerin sorumlulukları. *Yeni Sempozyum Dergisi*, 44(1): 49-52.



- Ugarizza, D. N. (2002). Postpartum depressed women's explanation of depression. *Journal of Nursing Scholarship*, 34(3): 227-233.
- World Health Organization. (2007). Maternal mental health and child health and development in resource-constrained settings. Report of a UNFPA/WHO International Expert Meeting: The Interface Between Reproductive Health and Mental Health, Hanoi, June 21-23. [www.who.int/](http://www.who.int/) (erişim: 16.08.2010).
- Yıldırım, S., Kısa, C.ve Aydemir, Ç. (2004). Postpartum depresyon. *3P Dergisi*, 12(Ek 4): 12-20.
- Yüksel, F., Kısa, C., Yalçın, E.ve Göka, E. (2004). Postpartum psikoz. *3P Dergisi*, 12(Ek 4): 21-29.
- Yalçın, M. (2004). Birinci basamakta depresyona yaklaşım sorunları. *Sted Dergisi*, 13(2): 46-48.

## EKLER

### EK-I: KİŞİSEL BİLGİ FORMU

1. Mesleğiniz: ( ) Hemşire ( ) Ebe
2. Yaşınız: .....
3. Cinsiyetiniz: ( ) Kadın ( ) Erkek
4. Eğitim durumunuz nedir? ( ) Lise ( ) Önlisans ( ) Lisans
5. Medeni Durumunuz: ( ) Evli ( ) Bekar ( ) Diğer: .....
6. Çocuğunuz var mı?  
( ) Evet Çocuk sayısı.....  
( ) Hayır
7. Meslekte toplam çalışma süresi: .....
8. Birinci basamak sağlık kurumunda toplam çalışma süresi: .....
9. Yaşamınızın herhangi bir döneminde depresyon nedeniyle tedavi aldınız mı?  
( ) Evet ( ) Hayır
10. Gebelik döneminizde hiç depresif semptomlar yaşadınız mı?  
( ) Evet Yardım aldınız mı? ( ) Evet ( ) Hayır  
( ) Hayır
11. Doğum sonu dönemde hiç depresif semptomlar yaşadınız mı?  
( ) Evet Yardım aldınız mı? ( ) Evet ( ) Hayır  
( ) Hayır
12. Çalışma yaşamınız boyunca postpartum depresyondan şüphelenerek sevk ettiğiniz bir kadın oldu mu?  
( ) Evet Nereye sevk ettiniz?..... ( ) Hayır
13. Çalışma yaşamınız boyunca postpartum depresyonu taramaya yönelik bir uygulama (tarama aracı kullanma vb) yaptınız mı?  
( ) Evet ( ) Hayır
14. Mesleki eğitiminiz sırasında postpartum depresyona yönelik bilgi aldınız mı?  
( ) Hayır almadım  
( ) Evet aldım
15. Hizmet içi eğitimler sırasında postpartum depresyona yönelik bilgi aldınız mı?  
( ) Hayır almadım ( ) Evet aldım
16. Sizce sağlık ocaklarında çalışan hemşire ve ebelerin postpartum depresyonu önleme, ortaya çıkarma, gerekli müdahaleleri başlatmak için sevk etme ve postpartum depresyonu olan bir kadına bakım verme konusunda bilgi ve becerileri ne düzeydedir?  
Hiç yeterli değil 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Çok yeterli

## EK- II: POSTPARTUM DEPRESYON BİLGİ FORMU

İfadeler	Doğru	Yanlış	Bilmiyorum
1. Postpartum depresyon doğum sonu dönemde nadir olarak görülen bir durumdur.			
2. Postpartum depresyon bebeğin fiziksel, zihinsel ve duygusal gelişimini olumsuz etkilemez.			
3. Postpartum depresyona neden olan faktörler (etyolojisi) kesin olarak bilinmektedir.			
4. Postpartum depresyon kısa süreli ve geçici bir sağlık sorunudur.			
5. Doğumdan sonra yetersiz sosyal desteği olan kadınlarda postpartum depresyon daha sık görülür.			
6. Doğum sonrası kontroller, postpartum depresyon belirtilerini taramak için önemli bir fırsattır.			
7. Yalnızca daha önce depresyon geçirmiş olan kadınlarda postpartum depresyon görülür.			
8. Erken ve doğru tanılama, postpartum depresyonun önemli bir ruh sağlığı problemi haline dönüşmesine engel olabilir.			
9. Bebeği ve kendi bakımında zorluk yaşayan kadınlarda postpartum depresyon görülme oranı, zorluk yaşamayan kadınlarla aynıdır.			
10. Postpartum depresyon tedavi edilmediğinde kronikleşen bir durumdur.			
11. Toplumda postpartum depresyonu taramaya yönelik basit ve kullanımı kolay tarama araçları bulunmaktadır.			
12. Postpartum depresyon kadının günlük yaşam aktivitelerini olumsuz etkilemez			
13. Hemşire/ebeler postpartum depresyon belirtilerini gebelik döneminden itibaren gözlemlemeli ve gebeleri taramalıdır.			
14. Sosyal damgalanma korkusu postpartum depresyonun erken tanınmasını engellemektedir.			
15. Sık sık ağlama, sorunlarla baş edememe, umutsuzluk, suçluluk, uyku ve iştahta bozulma postpartum depresyonun en önemli belirtileridir.			
16. Postpartum depresyon doğumdan sonraki ilk dört haftada sık görülür			
17. Postpartum depresyon yaşayan kadının kendine ve bebeğine zarar verme düşüncesi vardır.			
18. Annelik hüznü (postpartum blues) postpartum depresyon gelişiminde bir risk faktörü değildir.			
19. Postpartum depresyon tedavi edilmediğinde bir yıldan daha uzun süre devam edebilir.			
20. Hemşire/ebelerin gebelik, doğum ve doğum sonu dönemde anne ile destekleyici ilişkiler içinde olması postpartum depresyon gelişimini önlemez.			
21. Ailesinde depresyon öyküsü olan kadınlar postpartum depresyon açısından risk altındadır.			
22. Postpartum depresyon tedavi gerektirmeden kendiliğinden düzelen bir durumdur.			
23. Postpartum depresyona yönelik tarama yapmak hemşire/ebelerin görevi değildir.			
24. Doğumdan sonra hemşire ve ebelerin yaptıkları ev ziyaretleri, postpartum depresyonu önlemede ve erken tanılamada etkili değildir.			

25.Postpartum depresyon bebeğin anne sütü almasını etkilemez.			
26.Postpartum depresyon ilaç tedavisi gerektiren bir durum değildir.			
27.Postpartum depresyon doğumdan sonraki ilk dört haftadan sonra görülmez			
28.Tarama araçları postpartum depresyon açısından risk altındaki kadınları belirlemeye yardımcı değildir.			
29.Gebelikte yaşanan anksiyete ve depresif belirtiler postpartum depresyon gelişimini etkilemez.			
30.Postpartum depresyon birinci basamakta çalışan hemşire/ebelerin doğumdan sonra yaptıkları ev ziyaretleri sırasında taranabilir.			
31.Postpartum depresyon yalnızca kadını olumsuz etkileyen bir sorundur. .			
32.Doğum sonu dönemde yapılan ev ziyaretleri postpartum depresyonun görülme sıklığını ve olumsuz etkilerini azaltmaya yardımcı değildir.			
33.Postpartum depresyon insidansının tahmin edilen oranlardan daha fazla olduğu düşünülmektedir.			
34.Damgalanma korkusu postpartum depresyon tedavisi önünde bir engeldir.			
35.Postpartum depresyon belirtileri ile major depresyon belirtileri benzer değildir.			
36.Eşlerinden yeterli desteği alamayan kadınlar postpartum depresyon açısından özellikle risk altındadırlar.			
37.Postpartum depresyon gizli yaşanan bir hastalık değildir			
38.Hemşire/ebeler doğum sonu dönemde postpartum depresif semptomlara yönelik anneleri rutin olarak değerlendirmelidirler.			
39.Erken tanılama ve tedavi, postpartum depresyonun uzun dönemli zararlı etkilerini önler			
40.Postpartum depresyon yaşayan kadınların büyük çoğunluğu bir sağlık kuruluşuna başvurmakta ve tedavi almaktadır.			
41.Postpartum depresyon önlenmesi mümkün olmayan bir sağlık sorunudur.			
42.Doğum sonu dönemde ortaya çıkan biyolojik ve psikososyal faktörler postpartum depresyon gelişiminde önemli değildir.			
43.Psikoterapi ve ilaç tedavisi postpartum depresyon tedavisinde kullanılan tedavi seçeneklerinden değildir.			
44.Doğumdan sonraki ilk bir yıl içinde herhangi bir zamanda postpartum depresyon görülebilir			
45.Risk altındaki kadınların belirlenmesi postpartum depresyonu önlemede ilk adımdır			

### EK- III: POSTPARTUM DEPRESYON BİLGİ FORMU YANIT ANAHTARI

İfadeler	Doğru	Yanlış	Bilmiorum
1. Postpartum depresyon doğum sonu dönemde nadir olarak görülen bir durumdur.		X	
2. Postpartum depresyon bebeğin fiziksel, zihinsel ve duygusal gelişimini olumsuz etkilemez.		X	
3. Postpartum depresyona neden olan faktörler (etyolojisi) kesin olarak bilinmektedir.		X	
4. Postpartum depresyon kısa süreli ve geçici bir sağlık sorunudur.		X	
5. Doğumdan sonra yetersiz sosyal desteği olan kadınlarda postpartum depresyon daha sık görülür.	X		
6. Doğum sonrası kontroller, postpartum depresyon belirtilerini taramak için önemli bir fırsattır.	X		
7. Yalnızca daha önce depresyon geçirmiş olan kadınlarda postpartum depresyon görülür.		X	
8. Erken ve doğru tanılama, postpartum depresyonun önemli bir ruh sağlığı problemi haline dönüşmesine engel olabilir.	X		
9. Bebeği ve kendi bakımında zorluk yaşayan kadınlarda postpartum depresyon görülme oranı, zorluk yaşamayan kadınlarla aynıdır.		X	
10. Postpartum depresyon tedavi edilmediğinde kronikleşen bir durumdur.	X		
11. Toplumda postpartum depresyonu taramaya yönelik basit ve kullanımı kolay tarama araçları bulunmaktadır.	X		
12. Postpartum depresyon kadının günlük yaşam aktivitelerini olumsuz etkilemez		X	
13. Hemşire/ebeler postpartum depresyon belirtilerini gebelik döneminden itibaren gözlemlmeli ve gebeleri taramalıdır.	X		
14. Sosyal damgalanma korkusu postpartum depresyonun erken tanılanmasını engellemektedir.	X		
15. Sık sık ağlama, sorunlarla baş edememe, umutsuzluk, suçluluk, uyku ve iştahta bozulma postpartum depresyonun en önemli belirtileridir.	X		
16. Postpartum depresyon doğumdan sonraki ilk dört haftada sık görülür	X		
17. Postpartum depresyon yaşayan kadının kendine ve bebeğine zarar verme düşüncesi vardır.	X		
18. Annelik hüznü (postpartum blues) postpartum depresyon gelişiminde bir risk faktörü değildir.		X	
19. Postpartum depresyon tedavi edilmediğinde bir yıldan daha uzun süre devam edebilir.	X		
20. Hemşire/ebelerin gebelik, doğum ve doğum sonu dönemde anne ile destekleyici ilişkiler içinde olması postpartum depresyon gelişimini önlemez.		X	
21. Ailesinde depresyon öyküsü olan kadınlar postpartum depresyon açısından risk altındadır.	X		
22. Postpartum depresyon tedavi gerektirmeden kendiliğinden düzelen bir durumdur.		X	
23. Postpartum depresyona yönelik tarama yapmak hemşire/ebelerin görevi değildir.		X	
24. Doğumdan sonra hemşire ve ebelerin yaptıkları ev ziyaretleri, postpartum depresyonu önlemede ve erken tanılamada etkili değildir.		X	

25.Postpartum depresyon bebeğin anne sütü almasını etkilemez.		X	
26.Postpartum depresyon ilaç tedavisi gerektiren bir durum değildir.		X	
27.Postpartum depresyon doğumdan sonraki ilk dört haftadan sonra görülmez		X	
28.Tarama araçları postpartum depresyon açısından risk altındaki kadınları belirlemeye yardımcı değildir.		X	
29.Gebelikte yaşanan anksiyete ve depresif belirtiler postpartum depresyon gelişimini etkilemez.		X	
30.Postpartum depresyon birinci basamakta çalışan hemşire/ebelerin doğumdan sonra yaptıkları ev ziyaretleri sırasında taranabilir.	X		
31.Postpartum depresyon yalnızca kadını olumsuz etkileyen bir sorundur. .		X	
32.Doğum sonu dönemde yapılan ev ziyaretleri postpartum depresyonun görülme sıklığını ve olumsuz etkilerini azaltmaya yardımcı değildir.		X	
33.Postpartum depresyon insidansının tahmin edilen oranlardan daha fazla olduğu düşünülmektedir.	X		
34.Damgalanma korkusu postpartum depresyon tedavisi önünde bir engeldir.	X		
35.Postpartum depresyon belirtileri ile major depresyon belirtileri benzer değildir.		X	
36.Eşlerinden yeterli desteği alamayan kadınlar postpartum depresyon açısından özellikle risk altındadırlar.	X		
37.Postpartum depresyon gizli yaşanan bir hastalık değildir		X	
38.Hemşire/ebeler doğum sonu dönemde postpartum depresif semptomlara yönelik anneleri rutin olarak değerlendirmelidirler.	X		
39.Erken tanılama ve tedavi, postpartum depresyonun uzun dönemli zararlı etkilerini önler	X		
40.Postpartum depresyon yaşayan kadınların büyük çoğunluğu bir sağlık kuruluşuna başvurmakta ve tedavi almaktadır.		X	
41.Postpartum depresyon önlenmesi mümkün olmayan bir sağlık sorunudur.		X	
42.Doğum sonu dönemde ortaya çıkan biyolojik ve psikososyal faktörler postpartum depresyon gelişiminde önemli değildir.		X	
43.Psikoterapi ve ilaç tedavisi postpartum depresyon tedavisinde kullanılan tedavi seçeneklerinden değildir.		X	
44.Doğumdan sonraki ilk bir yıl içinde herhangi bir zamanda postpartum depresyon görülebilir	X		
45.Risk altındaki kadınların belirlenmesi postpartum depresyonu önlemede ilk adımdır	X		

#### **EK-IV: HEMŞİRE / EBELERİN POSTPARTUM DEPRESYONLA İLGİLİ TUTUMLARI**

1. Sizce postpartum depresyon doğum sonu dönemde görülen sağlık sorunları içinde ne kadar önemli bir sağlık sorundur.

Hiç önemli bir sağlık sorunu değildir 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Çok önemlidir bir sağlık sorunudur.

2. Sizce postpartum depresyon tedavi edilmediğinde anne, çocuk ve aile sağlığını ne kadar olumsuz etkiler

Hiç olumsuz etkilemez 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Çok olumsuz etkiler.

3. Sizce postpartum depresyonun önlenmesinde hemşire ve ebelerin rolü ne kadar önemlidir.

Hiç önemli değildir 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Çok önemlidir.

4. Sizce postpartum depresyonun ortaya çıkarılmasında / tanılanmasında hemşire ve ebelerin rolü ne kadar önemlidir.

Hiç önemli değildir 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Çok önemlidir.

5. Sizce postpartum depresyonu olan bir kadına evde bakım verme konusunda hemşire ve ebelerin rolü ne kadar önemlidir.

Hiç önemli değildir 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Çok önemlidir.

PROTOKOL-1



PROTOKOL-2

## ÖZGEÇMİŞ

### Kişisel bilgiler

Adı Soyadı	Aslı Kurtcu
Doğum Yeri ve Tarihi	Merzifon, 15/01/1984
Medeni Hali	Bekar
Yabancı Dil	İngilizce
İletişim Adresi	Zeynep Kamil Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Perinatoloji Servisi Üsküdar/İSTANBUL
E-posta Adresi	<a href="mailto:aslikurtcu05@hotmail.com">aslikurtcu05@hotmail.com</a>

### Eğitim ve Akademik Durumu

Lise	Merzifon Lisesi (Süper Lise), 2002
Lisans	Ondokuz Mayıs Üniversitesi Samsun Sağlık Yüksek Okulu, 2007
Yüksek Lisans	Cumhuriyet Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programı, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği, 2010

### İş Tecrübesi

Ankara Başkent Üniversitesi Hastanesi	Kadın Doğum Servisi, 2008
Zeynep Kamil Hastanesi	Perinatoloji Servisi, 2009-

### Kongreler, Seminerler, Üyelikler

Kadın Sağlığı Kongresi	Ankara, 2008
Türk Hemşireler Derneği	Üye, 2008-