



T.C.
ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
DOĞUM-KADIN SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
ANABİLİM DALI
HDK-YL-2014-0001

SAĞLIK PERSONELİNİN ANNELİK HÜZNÜ İLE İLGİLİ
BİLGİ, GÖRÜŞ VE UYGULAMALARI

SERAP TÜRKYILMAZ

DANIŞMAN
Doç. Dr. Nevin AKDOLUN BALKAYA

AYDIN-2014

**T.C.
ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
DOĞUM-KADIN SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
ANABİLİM DALI
HDK-YL-2014-0001**

**SAĞLIK PERSONELİNİN ANNELİK HÜZNÜ İLE İLGİLİ
BİLGİ, GÖRÜŞ VE UYGULAMALARI**

SERAP TÜRKYILMAZ

**DANIŞMAN
Doç. Dr. Nevin AKDOLUN BALKAYA**

AYDIN-2014

T.C.
ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE
AYDIN

Doğum-Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı öğrencisi Serap TÜRKYILMAZ tarafından hazırlanan “Sağlık Personelinin Annelik Hüznü ile İlgili Bilgi, Görüş ve Uygulamaları” başlıklı tez, 12/06/2014 tarihinde yapılan savunma sonucunda aşağıda isimleri bulunan jüri üyelerince kabul edilmiştir.

Ünvanı, Adı ve Soyadı

Üniversitesi

İmzası

Prof. Dr. Lale TAŞKIN

Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi



Prof. Dr. Ferhan DEREBOY

ADÜ Tıp Fakültesi



Doç. Dr. Nevin AKDOLUN
BALKAYA

ADÜ Aydın Sağlık Yüksekokulu



Jüri üyeleri tarafından kabul edilen bu Yüksek Lisans Tezi, Enstitü Yönetim Kurulunun..... sayılı kararıyla tarihinde onaylanmıştır.

Prof. Dr. Sacide KARAKAŞ
Enstitü Müdürü

Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

09100- AYDIN

Santral : (256) 218 20 00

Direk Telefon: 218 20 44

***Fax : (256) 218 20 44**

ÖNSÖZ

Gebelik, doğum ve doğum sonrası dönem, kadın hayatında fiziksel, ruhsal ve sosyal açıdan önemli değişikliklerin yaşandığı önemli bir dönemdir. Özellikle doğum sonrası dönem, yeni anne olmanın ve yeni bebeğin getirdiği heyecan ile çok güzel duyguların yaşandığı, aynı zamanda stres, gerginlik ve merak duygularını da içinde barındıran önemli bir süreçtir. Yeni anne adayları ve yeni anneler bu dönemi hayatlarının en unutulmaz ve özel zamanları olarak yaşamak isterler. Fakat hormonal, fiziksel, ruhsal ve sosyokültürel değişimlerin çok hızlı bir şekilde yaşanması, istenmeden de olsa anneyi olumsuz etkileyebilmektedir.

Birçok bilimsel çalışma, doğum sonu dönemi ve bu dönemde yaşanan ruhsal sıkıntıların önemini destekler niteliktedir. Ülkemizde doğum sonrası depresyon ile ilgili birçok çalışma yapılmış, ancak annelik hüznüne yönelik çalışmaya rastlanamamıştır. Çalışmalar, annelerin değişen oranlarda hüznü yaşadıklarını ve kültüre göre farklılık gösterdiğini ortaya koymaktadır. Doğum sonrası ilk 10-14 günde yaşanan bu sıkıntılar göz ardı edildiği ve ele alınmadığı takdirde daha ileri boyutlara ilerlemektedir. Birçok anne bu dönemi sorunsuz olarak atlatabilse de, önemli bir bölümü postpartum depresyon ve psikoz gibi önemli ruhsal sorunlarla karşı karşıya kalabilmektedir. Sonuç olarak; gerek kendi sağlıkları, gerekse bebeklerinin sağlıkları ile aile sağlıkları bozulmakta ve bu nedenle toplum sağlığı olumsuz etkilenebilmektedir.

Ülkemizde doğum yapan anneler sıklıkla eş, anne, kayınvalide, arkadaş ve komşularından destek almaktadırlar. Ancak, anneler genellikle aldıkları desteği yetersiz görebilmektedirler. Sonuç olarak; yeni anneler gebelik, doğum ve hemen sonrasında kendileri ve bebekleriyle ilgili yaşadıkları olumsuzluklarla baş etmekte zorlanarak, eş, aile, çevre ve sağlık personelinde yeterli destek görmeyerek, ayrıca hormonların da etkisiyle doğum sonrasında ruhsal sıkıntılarla baş başa kalmaktadırlar.

Toplumun ana ögesi olan çocukların fiziksel ve ruhsal açıdan gelişiminden birinci derecede sorumlu olan annelerin bu dönemde bebeklerine verdikleri bakım tüm toplumu etkileyecektir. Bu yüzden doğum sonrası dönemde annenin fiziksel gereksinimlerinin ve sıkıntılarının yanı sıra ruhsal gereksinimleri ve sıkıntılarının karşılanması ve yeterli profesyonel desteğin sağlanması oldukça önemlidir. Bu yeni dönemde anneleri

gözleyebilecek en deneyimli kişiler sağlık personelidir. Birinci, 2. ve 3. basamak sağlık kurumlarında çalışan tüm sağlık personelinin doğum sonrası ilk haftalarda görülmeye başlanan annelik hüznü ve diğer ruhsal sorunlar konusunda yeteri kadar bilinçli olmaması, annelerin bu sorunu tek başlarına yaşamalarına ve tamiri zor ya da maliyetli tedavileri almalarına yol açabilmektedir. Doğum sonrası ilk 10-14 gündeki annelik hüznü olarak adlandırılan minör ruhsal değişimlerin sağlık personeli tarafından normal karşılanarak önemsenmemesi çok yaygındır ve oldukça üzücüdür.

Bir anne olarak ruhsal dalgalanmaları yaşamamdan dolayı bu dönemdeki profesyonel ve sosyal desteğin çok önemli olduğunu düşünmekteyim. Bunun yanında bir kadın ve bir hemşire olarak da annelere sağlanacak manevi ve ruhsal destek ile anne ve bebeğin bakımına yardımcı olacak her türlü bakım, eğitim, rehberlik, danışmanlık rolümüzü yerine getirmemizin anne, bebek ve aile sağlığı açısından son derece önemli olduğunu düşünmekteyim.

Günlük yaşamımda annelerin ruhsal durumlarına ilişkin gözlemlerim, ayrıca bu çalışmayı yaparken sağlık personelinin konuya yönelik farkındalığının yeterli olmadığını gözlemlemek, bu çalışmanın gerekliliğine olan inancımı bir kat daha artırmıştır. Bu çalışma ile annelik hüznüne dikkat çektiğimi ve bu konuda farkındalık sağlanması açısından ilk adımı attığımı düşünmek beni mutlu etmektedir. Bu konuda ileri çalışmaları sürdüreceğimi de belirtmek isterim. Araştırma sonuçlarının tüm annelere ve ailelerine, ayrıca hem sağlık personeline mesleki uygulama alanlarında hem de sağlık üzerine eğitim alan öğrencilere eğitim ve meslek hayatlarında bir parça da olsa katkı sağlayabilmesini umuyorum.

İÇİNDEKİLER

	Sayfa No
KABUL VE ONAY	i
ÖNSÖZ	ii
İÇİNDEKİLER	iv
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	viii
ÇİZELGELER DİZİNİ	ix
GRAFİKLER DİZİNİ	xi
EKLER DİZİNİ	xii
1. GİRİŞ	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı	4
1.3. Genel Bilgiler	4
1.3.1. Doğum Sonu Dönem	4
1.3.1.1. Doğum Sonu Dönemdeki Fizyolojik Değişimler	5
1.3.1.1.1. Üreme Sistemi	5
1.3.1.1.2. Solunum Sistemi	6
1.3.1.1.3. Üriner Sistem	6
1.3.1.1.4. Kardiyovasküler Sistem	6
1.3.1.1.5. Gastrointestinal Sistem	7
1.3.1.1.6. Kas-İskelet Sistemi	7
1.3.1.1.7. Nöromusküler ve Duyusal Sistem	7
1.3.1.1.8. Endokrin Sistem	7
1.3.1.1.9. Psikolojik Durum	7
1.3.1.2. Doğum Sonu Dönemdeki Ruhsal Değişimler	8
1.3.1.2.1. Postpartum Depresyon	8
1.3.1.2.2. Postpartum Psikoz	9
1.3.1.2.3. Annelik Hüznü	10
1.3.2. Annelik Hüznünün Tarihçesi	10
1.3.3. Annelik Hüznünün Tanımı	11
1.3.4. Annelik Hüznünün Görülme Sıklığı	12
1.3.5. Annelik Hüznünün Görüldüğü Günler	12

1.3.6. Anelik Hüznünün Nedenleri	13
1.3.6.1. Biyolojik ve Hormonal Nedenler	13
1.3.6.1.1. Östrojen Hormonu	14
1.3.6.1.2. Progesteron Hormonu	14
1.3.6.1.3. Prolaktin Hormonu	14
1.3.6.1.4. Oksitosin Hormonu	15
1.3.6.1.5. Beta-Endorfin Hormonu	16
1.3.6.1.6. Kortizol Hormonu	16
1.3.6.1.7. Katekolaminler (Adrenalin ve Noradrenalin)	16
1.3.6.1.8. Testesteron Hormonu	17
1.3.6.2. Psikolojik Nedenler	17
1.3.6.3. Sosyal Nedenler	18
1.3.7. Anelik Hüznünün Risk Faktörleri	20
1.3.8. Anelik Hüznünün Belirtileri	22
1.3.9. Anelik Hüznünün Belirlenmesi	23
1.3.10. Anelik Hüznünün Tedavisi	24
1.3.10.1. Psikososyal Destek	24
1.3.10.2. Destekleyici Psikoterapi	26
1.3.11. Anelik Hüznünün Komplikasyonları	27
1.3.12. Anelik Hüznünde Hemşirelik Yaklaşımları	28
1.3.13. Anelik Hüznünü Önlemeye Yönelik Girişimler	36
2. GEREÇ VE YÖNTEM	39
2.1. Araştırmanın Şekli	39
2.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	39
2.3. Araştırmanın Zamanı	40
2.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	41
2.5. Araştırmaya Dahil Edilme ve Araştırmadan Dışlanma Kriterleri	43
2.6. Veri Toplama Araçları ve Verilerin Toplanması	43
2.6.1. Veri Toplama Araçları	43
2.6.1.1. Soru Formu	43
2.6.1.2. Soru Formunun Ön Uygulaması	43
2.6.2. Verilerin Toplanması	44
2.7. Verilerin Değerlendirilmesi	44

2.7.1. Bağımlı değişkenler.....	46
2.7.2. Bağımsız değişkenler	46
2.8. Araştırmanın Güçlükleri.....	46
2.9. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	46
2.10. Araştırmada Etik.....	47
3. BULGULAR.....	48
3.1. Sağlık Personelinin Tanıtıcı Özellikleri	48
3.2. Sağlık Personelinin Annelik Hüznüne Yönelik Bilgileri.....	50
3.3. Sağlık Çalışanlarının Annelik Hüznüne Yönelik Görüşleri.....	63
3.4. Sağlık Çalışanlarının Annelik Hüznüne Yönelik Uygulamaları.....	65
4. TARTIŞMA	72
4.1. Annelik Hüznüne Yönelik Bilgilere İlişkin Bulguların Tartışılması.....	72
4.2. Annelik Hüznüne Yönelik Görüşlere İlişkin Bulguların Tartışılması.....	88
4.3. Annelik Hüznüne Yönelik Uygulamalara İlişkin Bulguların Tartışılması.....	91
5. SONUÇ VE ÖNERİLER	96
5.1. Sonuç	96
5.1.1. Sağlık Personelinin Annelik Hüznüne Yönelik Bilgileri İle İlgili Sonuçlar.....	96
5.1.2. Sağlık Personelinin Annelik Hüznüne Yönelik Görüşleri İle İlgili Sonuçlar.....	98
5.1.3. Sağlık Personelinin Annelik Hüznüne Yönelik Uygulamaları İle İlgili Sonuçlar.....	98
5.2. Öneriler	99
ÖZET	101
SUMMARY	103
KAYNAKLAR	104
ÖZGEÇMİŞ	124
TEŞEKKÜRLER	125
EKLER	126
Ek 1. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu	126
Ek 2. Soru Formu	130
Ek 3. Bilgi Sorularına İlişkin Doğru Yanıtlar, Puanlar ve Kaynakları	135

Ek 4-5. Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul Onay Formu	137-138
Ek 6. Aydın Valiliği İl Sağlık Müdürlüğü Onay Formu	139
Ek 7. Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Aydın İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği Onay Formu.....	140
Ek 8. Aydın Valiliği Halk Sağlığı Müdürlüğü Onay Formu	141

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

ACOG	: American College of Obstetricians and Gynecologists
ACTH	: Adrenokortikotropik Hormon
AH	: Annelik Hüznü
APA	: American Psychiatric Association
ASM	: Aile Sağlığı Merkezi
AWHONN	: The Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses
CRH	: Corticotropin-releasing Hormone
DHEA	: Dehidroepiandrostenodion
DSBYR	: Doğum Sonu Bakım Yönetim Rehberi
DSM-V	: The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
ICD-10	: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems
ICM	: The International Confederation of Midwives
NICE	: National Institute for Health and Clinical Excellence
NMHA	: National Mental Health Association
PPD	: Postpartum Depresyon
PP	: Postpartum Psikoz
REM	: Rapid Eye Movement
T.C.	: Türkiye Cumhuriyeti
TNSA	: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
TSH	: Troid Stimulan Hormon
TSM	: Toplum Sağlığı Merkezi
SPSS	: Statistical Package for the Social Sciences
WHO	: World Health Organization

ÇİZELGELER DİZİNİ

	Sayfa No
Çizelge 2.3.1. Araştırma ile ilgili işlemler ve zamanları	40
Çizelge 2.4.1. Araştırmaya katılan sağlık personelinin sayıları	41
Çizelge 2.7.1. Bilgi Sorularının Değerlendirilmesi	45
Çizelge 3.1.1. Sağlık personelinin tanıtıcı özelliklerine göre dağılımı	48
Çizelge 3.1.2. Sağlık personelinin AH yaşama ve profesyonel destek alma durumları	49
Çizelge 3.2.1. Sağlık personelinin AH'yi duyma ve bilme durumu	50
Çizelge 3.2.2. Sağlık personelinin bazı özelliklerine göre AH'yi bilme durumu	51
Çizelge 3.2.3. Sağlık personelinin AH tanımı, görüldüğü gün ve görülme sıklığına ilişkin bilgileri	53
Çizelge 3.2.4. Sağlık personelinin AH risk faktörleri ve nedenlerine ilişkin bilgileri	53
Çizelge 3.2.5. Sağlık personelinin AH'nin erkenden belirlenmesi ve önlenmesine ilişkin bilgileri	55
Çizelge 3.2.6. Sağlık personelinin AH'nin tedavisi ve komplikasyonlarına ilişkin bilgileri	57
Çizelge 3.2.7. Sağlık personelinin AH bilgilerine ilişkin merkezi eğilim ve değişim ölçüleri	58
Çizelge 3.2.8. Sağlık personelinin bazı özelliklerine göre AH bilgi puanı ortalamaları	59
Çizelge 3.2.9. Sağlık personelinin AH ile ilgili bilgilerini değerlendirme durumu ve eğitim alma istekleri	62
Çizelge 3.3.1. Sağlık personelinin AH'ye yönelik görüşleri	63
Çizelge 3.3.2. Sağlık personelinin AH eğitimi verilmesine yönelik görüşleri	63
Çizelge 3.3.3. Sağlık personelinin bazı özelliklerine göre AH'yi sağlık sorunu olarak görme durumları	64
Çizelge 3.4.1. Sağlık personelinin AH yaşayan kadına bakım verme/yardımcı olmada kendilerini değerlendirmeleri	67

Çizelge 3.4.2. Sağlık personelinin tanıtıcı özelliklerine göre AH yaşayan kadına bakım verme/yardımcı olmada kendilerini yeterli görme durumu	68
Çizelge 3.4.3. Sağlık personelinin çalıştıkları kurum/birimde AH'ye yönelik hizmet verilme durumuna ilişkin görüşleri	70
Çizelge 3.4.4. Sağlık personelinin AH uygulamalarına yönelik önerileri	71

GRAFİKLER DİZİNİ

	Sayfa No
Grafik 3.2.1. Sağlık personelinin AH ile ilgili bilgileri öğrendiği yer ve kişiler.....	50
Grafik 3.2.2. Sağlık personelinin bildiği AH belirtileri	54
Grafik 3.2.3. Sağlık personelinin AH'yi erkenden belirleme şekline ilişkin bilgileri.....	55
Grafik 3.2.4. Sağlık personelinin AH'yi belirleyecek kişilere ilişkin bilgileri	56
Grafik 3.2.5. Sağlık personelinin AH'yi önleme şekline ilişkin bilgileri	56
Grafik 3.2.6. Sağlık personelinin bildiği AH komplikasyonları	57
Grafik 3.4.1. Sağlık personelinin AH'ye yönelik yaptığı uygulamalar	67

EKLER DİZİNİ

	Sayfa No
Ek 1. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu	126
Ek 2. Soru Formu.....	130
Ek 3. Bilgi Sorularına İlişkin Doğru Yanıtlar, Puanlar ve Kaynakları	135
Ek 4-5. Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul Onay Formu	137-138
Ek 6. Aydın Valiliği İl Sağlık Müdürlüğü Onay Formu	139
Ek 7. Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Aydın İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği Onay Formu	140
Ek 8. Aydın Valiliği Halk Sağlığı Müdürlüğü Onay Formu.....	141

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Toplumun vazgeçilmez, geleneksel ve sosyal temel kurumu ailedir. Ailenin evrensel rollerinin arasında insan soyunun devamının sağlanması, toplumun beklentilerine uygun bireylerin yetiştirilmesi ve kültürün kuşaktan kuşağa aktarılması yer almaktadır. Soyun devamının sağlanması ise doğurganlık fonksiyonu ile gerçekleşmektedir (Donaldson-Myles 2011). Doğum eyleminin sona ermesi ile kadınlar yeni bir sürece girerler. Bazı kadınlar anneliği bir peri gibi yaşadıklarını, bazıları da bu sürecin çok zor olduğunu dile getirmektedirler (Kızılkaya ve ark 2003).

Postpartum ilk 1 hafta-10 gün kadının fiziksel, ruhsal ve sosyal açıdan çok fazla değişiklik yaşadığı bir dönemdir. Bu değişiklikler bazı annelerde kolay, bazı annelerde de sıkıntılı ve zor geçen bir süreç olabilir. Bu dönemde annenin fiziksel durumunun eski haline dönmesi, bebeğin bakımıyla ilgili beceri ve güven gelişmesi, bebeği ile iletişim kurmayı başarması, yeni bir birey olan bebeğin aileye katılımı sonucu değişen aile yapısı ve yaşam tarzına uyum sağlaması gibi gelişimsel ve fiziksel sorumlulukları başarması gerekmektedir (Sword ve Wath 2005, Yıldız 2008). Bebeğin doğmasıyla ebeveynler önceden kazanılmış rollerini değiştirmek durumunda kalabilmekte ve zaman zaman stres yaşayabilmektedirler. Bu dönemde sağlık hizmetinin anne ve bebeğe istenilen düzeyde verilememesi, anne ve bebekte fiziksel, psikososyal ve emosyonel sorunlara neden olmaktadır (Edhborg ve ark 2003, Yıldız 2008).

Postpartum dönem, annelik hüznü (AH), anksiyete ve depresyon gibi ruhsal hastalıklar açısından riskin arttığı bir dönem olarak kabul edilmektedir (Cunningham ve ark 2009, Erdem ve Bez 2009, Segre ve OHara 2010). Gebelik dönemine göre lohusalık döneminde bu sorunların daha fazla olduğu ve sosyal desteğe gereksinimin arttığı belirtilmektedir (Sword ve Wath 2005). Postpartum ruhsal sorunları önemli kılan, anneye birlikte bebeği ve diğer aile üyelerini de olumsuz etkileyip, yaşam kalitesi ve güvenliğini tehlikeye düşürmesidir (Karaçam ve ark 2004, Cunningham ve ark 2009, Segre ve OHara 2010).

Postpartum ruhsal sorunlardan biri olan AH, en sık görülen bir problem olması yanında, doğası ve sonuçları açısından da oldukça önemlidir. Anneler genelde bu sorun ile

kendi kendilerine başa çıkmakta ve dile getirmekten korkmaktadırlar. Hatta çoğu zaman yaşadıklarının normal olduğunu düşünüp önemsememektedirler. Böylece herhangi bir profesyonel destek almadan AH atlatılmakta ya da postpartum depresyon (PPD) ve psikoz gelişebilmekte (Henshaw ve ark 2004, Reck ve ark 2009, Raynor ve England 2010) ve ilerleyen yaşlarda ailede ve çocuklarda psikososyal sorunlara yol açmaktadır (Apter-Levy ve ark 2013) Araştırmalar, AH'nin sonraki depresyonlar için önemli bir risk faktörü olduğunu ortaya koymaktadır (Watanabe ve ark 2008, Reck ve ark 2009, Duff 2010).

AH remisyon ve alevlenmelerle süren, biyopsikososyal nedenlere bağlı gelişen ve genellikle uykusuzluk, depresif, çaresiz, mutsuz, yalnız kalma isteği, baş ağrısı, ağlamaklı, iştah kaybı ve sürekli tedirgin olma haliyle seyreden ruhsal bir durumdur (Adewuya 2006, Gonidakis ve ark 2007, Raynor ve England 2010, Buttner ve ark 2011, ACOG 2013). İnsidansı ülkeden ülkeye ve kültürlere göre farklılık göstermekle birlikte, %8-85 oranlarında değiştiği belirtilmektedir (Tsukasaki ve ark 1991, Parry ve ark 2003, Demott ve ark 2006, Buttner ve ark 2011, Bydlowski ve ark 2013). En az oranda Japonya'da (%8), en fazla Tanzania'da (%83) görülen hüznün (Harris 1981, Tsukasaki ve ark 1991) genellikle postpartum 3-7. günlerde ortaya çıkmaktadır (Beck 2006, Buttner ve ark 2011, Faisal-Cury ve ark 2008). Postpartum 2. gündeki AH oranı %42.9 (Kennerly ve Gath 1989) iken, 5. günde pik yaparak %76-85'e ulaşmakta (Pitt 1973, Stein 1980, Beck 2003, Parry ve ark 2003, Demott ve ark 2006) ve 10. günde %21'e düşmektedir (Stein 1980). Ülkemizde ise AH ile yapılmış çalışma bulunmamaktadır.

AH ve yol açacağı sorunların önlenmesinde postpartum bakım hizmetlerinin önemi büyüktür. Üreme sağlığı hizmetleri içerisinde önemli bir yeri olan postpartum bakım hizmeti, temelde koruyucu bir sağlık hizmetidir. Genel olarak kadınlar prenatal bakıma göre postpartum hizmetlerden daha az yararlanmaktadırlar. Ayrıca, postpartum dönemde bebeklere daha fazla bakım ve önem verilmesi nedeniyle de anneler nitelikli bir bakım alamamaktadırlar (Ergöçmen ve ark 2009). Bu da postpartum dönemde kadınlar ile en çok zaman geçiren hemşire, ebe ve hekimlerin, yeni annelerin ruh sağlığı ile daha yakından ilgilenmeleri gerektiğinin önemini göstermektedir. Sağlık personelinin, postpartum ruhsal sorunlar için önemli bir risk faktörü olan AH konusunda duyarlı ve bilinçli olması, postpartum bakım hizmetlerinin geliştirilmesi açısından önemli olacaktır. Ülkemizde Doğum Sonu Bakım Yönetim Rehberi (DSBYR)'nde, tüm lohusalarla duygusal durumlarının, sahip oldukları aile ve çevre desteğinin, günlük olaylarla başa çıkmak için

hangi stratejileri geliştirdiklerinin sorgulanması ve yine tüm lohusa ve aile bireylerinin duygu durumları veya ruh hallerinde herhangi bir değişiklik olduğunda sağlık personeli ile konuşmaları konusunda cesaretlendirilmesi gerektiği vurgulanmıştır. Bu nedenle tüm sağlık bakım profesyonelleri, postpartum dönemde yaşanabilecek ruh sağlığı problemlerinin belirti ve bulgularının farkında olmalı ve anneleri ruh sağlıklarının korunması için desteklemelidir. Bu destek kadının bebeğinin bakımında yardım alması, birileri ile duygularını paylaşması, sosyal destek sistemlerine ulaşmasını sağlama gibi girişimleri içermelidir (T.C. Sağlık Bakanlığı 2010). AH tedavisinde hasta ve ailesine bu durumun normal ve geçici olduğu ve psikososyal destek gerektirdiği konusunda bilgi veren destekleyici psikoterapinin uygulanması önerilmektedir (Williams ve Casper 1998, Raynor ve England 2010, Rude 2013). Bu doğrultuda örneğin; Avustralya gibi ülkelerde hekim ve hemşirelerin yanı sıra ebelerin de ruh sağlığını değerlendirme ve tarama programlarına dahil edilmesi hedeflenmektedir (Buist ve ark 2006, Buist ve ark 2007, Jones ve ark 2012). Çünkü, sağlık personelinin bilgi ve uygulama becerilerini geliştirici yapılandırılmış eğitim programları depresif durumları tanılama, tedavi etme ve önlemede oldukça etkilidir (Jones ve ark 2012). Ülkemizde de tüm sağlık personelinin ruh sağlığı hizmetlerine entegre edilmesi gerektiği vurgulanmaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı 2010).

Sağlık personeli doğum öncesi ve sonrası ruh sağlığı bakımının bir parçası olarak rutin taramayı kabul etmelerine rağmen (Buist ve ark 2007, Leigh ve Milgrom 2007), özellikle postpartum dönemde en çok tıbbi muayene ve kontrollere, rahatsızlıklara ve komplikasyonlara önem vermekte, ruhsal durum yeterince ele alınmamaktadır (Buist ve ark 2007, Priest ve Barnett 2008, Jones ve ark 2012). Literatürde sağlık çalışanları ve hemşirelerde AH ile ilgili olarak yapılmış çalışmaya rastlanamamakla birlikte, ebe ve hemşirelerin %87.8'inin PPD bilgilerinin düşük ve orta düzeyde olduğu, çoğunun PPD tanımı (%84.4), risk faktörleri (%73.4) ile tanılama yöntemini (%72.2) bilmedikleri ve sağlık ocaklarında annelerin ruhsal durumunu değerlendirmeye yönelik hizmetleri vermedikleri (%75.5) belirtilmektedir (Işık ve Bilgili 2010). Başka bir çalışma da da hemşire ve ebelerin %16.2'sinin PPD'ye yönelik tarama yaptıkları, %22.8'inin PPD'den şüphelendiği bir durumla karşılaştıkları, ancak sadece %2.9'unun bilgi ve becerilerini çok yeterli buldukları bildirilmektedir (Kurtcu 2010). Buist ve ark (2006)'ın genel pratisyen, ana çocuk sağlığı hemşireleri ve ebelerin perinatal depresyona ilişkin bilgi ve farkındalıklarını incelediği çalışmada; bilgi düzeyleri benzer olmakla birlikte, genel pratisyen ve ana çocuk sağlığı hemşirelerinin depresyonu tanılama ve yardım

gereksinimlerini belirleme konusunda daha iyi oldukları ve hekimlerin antidepresan tedavilere, ebelerin ise destek ve danışmanlığa ağırlık verdikleri bulunmuştur. Jones ve ark (2012) da ebelerin %69.1'inin prenatal ve postnatal depresyonu taradıklarını, %63.3'unun depresif durumları doğru olarak tanıladıklarını ve depresif durumlara ilişkin bilgi ve farkındalıklarının orta düzeyde olduğunu saptamışlardır.

Anneden çok bebek sağlığına önem verilen erken postpartum dönemde, sağlık personelinin holistik sağlık anlayışına göre hizmet vermesi son derece önemli ve kaçınılmaz bir zorunluluktur. Bu nedenle sağlık çalışanlarının AH'ye yönelik bilgi, görüş ve uygulamalarının belirlenmesi, sağlık personelinin bu konudaki farkındalıklarının ve duyarlılıklarının artırılmasına, AH ve diğer ruhsal sorunlar ile baş etmeye yönelik stratejiler geliştirilmesine ve sonuç olarak sağlıklı anne ve bebekler için koruyucu girişimlerin hayata geçirilmesine olarak sağlayacaktır.

1.2. Araştırmanın Amacı

Güzel olduğu kadar, zor ve sıkıntılı bir dönem olan erken postpartum dönemde anne ve bebeğin birbirine alışması, uyumu ve yeni hayata attıkları ilk adımın sağlamlığı oldukça önemlidir. Aksi halde, sağlam olmayan adımların arkasından gelecek olan yürüme ve koşmalar bu yeni hayat tarzında bebeği, anneyi, aileyi ve dolaylı olarak toplum sağlığını olumsuz etkileyecektir. Bütüncül sağlık anlayışı doğrultusunda, ülkemizde sağlık hizmetlerinde AH'ye gereken önemin verilmediği gözlemlenmektedir. Bu nedenle araştırma, erken postpartum dönemde evde ve hastanede annelere hizmet veren sağlık personelinin AH'ye ilişkin bilgi, görüş ve uygulamalarını belirlemeyi amaçlamaktadır.

1.3. Genel Bilgiler

1.3.1. Postpartum Dönem

Doğum eylemi sürecinin sonunda bebek, plasenta ve membranların doğumıyla birlikte postpartum dönem başlar. Postpartum dönemde bütün vücut sistemleri, özellikle üreme organları gebelik öncesi haline döner. Bu dönem 6 haftalık bir süreyi içermektedir. Postpartum dönem, annede meydana gelen retrogressif ve progresif değişikliklerle karakterizedir. Retrogressif değişiklikler uterus, vajina ve diğer genital organ ve sistemlerde, progresif değişiklikler ise emzirmeye hazırlanan memelerde meydana gelir. Yeni doğum yapan annelerde bu hızlı fizyolojik değişimler meydana gelirken, aynı anda

psikolojik ve davranışsal değişiklikler de gözlenmektedir (MacArthur ve ark 2002, Gale ve Harlow 2003, Walker ve Wilging 2004).

Postpartum dönemdeki geçiş süreci, annelerin kişilik özelliklerine göre farklılık gösterebilir. Geçiş dönemi ilk 2-3 gün süren pasif ve bağımlı dönem ile 10 gün süren bağımsız ve otonom annelik davranışlarının olduğu dönemlerden oluşmaktadır. Doğumdan sonraki ilk günlerde anneler artan bakım gereksinimlerine ihtiyaç duyarlar. Bu dönemde sağlık sorunları yaygın olarak görülürken, bu sorunların büyük kısmı 6 haftaya kadar, bazıları ise bir yıla kadar devam edebilmektedir (Bernazzi ve Bifulco 2003, Schytt ve ark 2005, Cheng ve ark 2006). Postpartum dönemdeki değişiklikler, genellikle ilk dönem (postpartum ilk 24 saatlik dönem), erken postpartum dönem (postpartum ilk bir haftalık dönem) ve geç postpartum dönem (postpartum 2. haftanın başından 6 haftaya kadar süren ya da üç ayı kapsayan dönem) olmak üzere üç dönemi kapsamaktadır (Gözüm ve Kılıç 2005, Schytt ve ark 2005).

1.3.1.1. Postpartum Dönemdeki Fizyolojik Değişimler

Gebelik boyunca anne vücudunda meydana gelen değişiklikler postpartum dönemde eski haline döner. Bu geriye dönüş sürecine involüsyon denir. Annede meydana gelen bu değişiklikler üreme sisteminde ve diğer sistemlerde olmak üzere iki ayrı bölümde ele alınabilir (Bloch ve ark 2000, Andersson ve ark 2006).

1.3.1.1.1. Üreme Sistemi: Doğum eyleminin bitip plasentanın ayrılmasıyla hızlanan involüsyon ilk 7-10. günlere kadar hızlı olarak devam ederken, sonraki değişiklikler daha yavaş meydana gelir. İnvolüsyonun en önemli sebebi östrojen ve progesteronun ani düşmesi sonucu oluşan endometrium içindeki proteolitik enzimlerin salgılanmasıdır (Gözüm ve Kılıç 2005, Barnesd 2006). Doğumdan sonra uterus kontrakte olduğundan, fundus sert olarak ele gelir ve myometrial kasılmalar ile postpartum ilk 24 saat içinde uterus hızlı bir şekilde küçülerek 16-20 haftalık gebelik büyüklüğüne düşmeye başlar (Andersson ve ark 2006). Postpartum 4-6. günlerde servikte, eksternal os iki parmak içeriye girebilecek şekilde gevşektir. Daha sonra hızla kalınlaşır, daralır ve sertleşir. Gebelikten önce, servikal os yuvarlıktır. Doğumdan sonra ise düz çizgi (Emmet yırtığı) şeklindedir. Bu nedenle düz çizgi vajinal doğum yapıldığını gösteren bir belirtidir (Bernazzi ve Bifulco 2003, Schytt ve ark 2005). Vajinal kasılma, dereceli olarak 3-4. haftada normale döner. Doğumun neden olduğu aşınma ve yırtıklar, doğumdan kısa bir

süre sonra kendiliğinden iyileşir. Vajinal doğumu izleyen 3. haftada gebelik öncesi boyutlarına ulaşır (Schytt ve ark 2005, Cheng ve ark 2006). Başlangıçta miktarı fazla olan loşia, lohusalığın ilerleyen dönemlerinde azalır ve özelliği değişir. Miktarı, multiparlarda primiparlara göre daha fazla olup, ayakta hareketli iken ve emzirme sırasında artabilir. Postpartum ilk üç gündeki kırmızı renkteki akıntıya loşia rubra, 4-10. günler arasındaki pembe renkli akıntıya loşia seroza, 11. günden lohusalığın sonuna kadar süren kirli beyaz-sarımsak veya renksiz akıntıya loşia alba denir (Bernazzi ve Bifulco 2003). Doğum sırasında epizyotomi yapıldıysa ağrı, acıma ve hassasiyet ilk 7-10 gün içerisinde azalır, tamamen iyileşme ise 4-6 ay kadar sürebilir. Primipar annelerde rutin olarak yapılan epizyotominin anneye, fetusa ve doğuma yararları olduğu kadar, özellikle ağrı, enfeksiyon, perineal kanama riskinde artma, idrar ve dışkılama yapma isteğini baskılama gibi riskleri de vardır (Andersson ve ark 2006). Doğumdan sonra plasenta ürünü olan östrojen ve progesteron düzeylerinin düşmesiyle, daha önce baskılanmakta olan prolaktin hormonu aktive olur ve süt salgılanması başlar (Bloch ve ark 2000, Maley 2002).

1.3.1.1.2. Solunum Sistemi: Uterusun gebelikte büyümesi sonucu diyafragmaya olan bası solunum sıkıntısı yaratır. Doğum sonrası basının ortadan kalkması ve plasentanın ayrılması ile progesteron üretimindeki kayıp sonucunda toraks kapasitesi artar. Ayrıca, pulmoner fonksiyon değişiklikleri hızla gebelik öncesi duruma dönmeye başlar. Anne, doğum öncesi göğüs solunumu yaparken, doğum sonrası karın solunumu yapmaya başlar. Akciğer fonksiyonlarının gebelik öncesi döneme dönmesi yaklaşık 6 aylık bir süreyi bulur (Bloch ve ark 2000, Edebohl ve Ecklund 2002, Bernazzi ve Bifulco 2003).

1.3.1.1.3. Üriner Sistem: Gebelikte oluşan üriner yolların genişlemesi, artan böbrek kapasitesi ve genişlemesinin postpartum regresyonu yavaştır. Prepartum duruma ancak üç ayda ulaşılabilir. Kadınların yaklaşık %10'unda böbreklerdeki genişleme sürekli kalabilir. Mesane doluluğu uzun sürerse idrar yolu enfeksiyonları gelişebilir (Bloch ve ark 2000, Bernazzi ve Bifulco 2003).

1.3.1.1.4. Kardiyovasküler Sistem: Postpartum dönemin başında gebelikte artan kalp hızı ve kan hacmi ile beraber, sistemik damar direncinde görülen azalmadan dolayı total kan volümü yüksektir. Bu, anneyi doğum sırasında oluşabilecek yüksek kan kaybına karşı korur (Robson ve ark 1989). Östrojen düzeyinin düşmesi ile 3. günden sonra belirgin bir diürez gerçekleşir ve kan volümü gebe olmayan kadının kan volümü düzeyine düşer. Eritrosit sayısı ve hemoglobin düzeyi 5. haftadan sonra normale döner. Nabız, total kan

volümü yüksek olduğu için postpartum ilk 6-8 gün düşüktür (50-70/dk). Yükselen nabız aşırı kan kaybı, enfeksiyon, ağrı, kaygı veya kardiyak bozukluğun belirtisi olabilir (Bernazzi ve Bifulco 2003, Cheng ve ark 2006).

1.3.1.1.5. Gastrointestinal Sistem: Doğum eylemindeki sıvı kısıtlaması, involüsyon süreci, aşırı diürez ve terleme gibi sıvı kaybı yaratan nedenlere bağlı ilk günlerde fazla su içme isteği olabilir. Doğumdan sonra progesteron düzeyinin düşmesine rağmen, doğum öncesi yapılan lavman, postpartum 1-2 gün az besin alımı, beden hareketlerinin az olması ve perinenin ağrılı olmasına yol açan epizyotomi varlığı erken dışkılamayı engeller. Bağırsak fonksiyonları genellikle 3-4 gün sonra normale döner (Edebohl ve Ecklund 2002, Bernazzi ve Bifulco 2003).

1.3.1.1.6. Kas-İskelet Sistemi: Pelvis kemiği, yumuşayan ve gevşeyen eklemler hormonların etkisiyle postpartum 6-8 haftada eski haline dönmeye başlar. Uterus, vajen, rektum, mesane ve üretraya olan aşırı baskı ve gerilimler ilerleyen yıllarda idrar kaçımaya neden olabilir (McLearn ve ark 2006).

1.3.1.1.7. Nöromüsküler ve Duyusal Sistem: Kadınlar uterus kasılmaları, meme, hemoroid ve epizyotomi ağrısını ilk birkaç hafta içinde sıklıkla hissederler. Sıvı elektrolit dengesinden kaynaklanan baş ağrıları sıktır. Annede, büyüyen uterus ve su tutulumunun brakial fleksus ve median sinirlere yaptığı bası sonucu el, parmak ve bacaklarda görülen uyuşma, karıncalanma ve kramplar doğum sonu ortadan kalkar (Mallikarjun ve Oyeboode 2005, Gordon ve ark 2006, McLearn ve ark 2006).

1.3.1.1.8. Endokrin Sistem: Plasentanın doğmasıyla, plasental hormonlar ortadan kalkar. Hipofiz ön ve arka lob hormonları yükselir. Over fonksiyonları annenin emzirme durumuna göre farklılık göstermektedir. Emzirme hem prolaktin hormonunu uyarır, hem de hipofiz arka lobundan oksitosin salgılatarak kanallarda biriken sütün boşalmasını sağlar. Gebelik boyunca anne metabolizmasında kullanımı engellenen insülin hormonu, doğumdan hemen sonra normal işlevine döner ve gebelikteki diyabetojen etki kaybolur (Gordon ve ark 2006, McLearn ve ark 2006).

1.3.1.1.9. Psikolojik Durum: Doğumun bitmesiyle anne ve bebek ilk kez karşılaşır. Lohusalığın özellikle ilk 1 haftası, fizyolojik ve psikolojik yönden bir geçiş dönemidir (Maley 2002, Christie ve ark 2008). Lohusalıkta geçiş dönemi, kişilere göre farklılık gösterebilen ve 2-3 gün süren pasif ve bağımlı dönem (taking-in) ile 10 gün süren

otonom annelik davranışlarının olduğu dönemden (taking-hold) oluşmaktadır. Sistemdeki hızlı değişimler ve hormonların ani çekilmesi yanında içinde bulunduğu ağrı, yorgunluk gibi fiziksel şartlar ve bebek bakımında karşılaştığı zorluklar anneyi PPD'ye itebilir (Edebohls ve Ecklund 2002, Maley 2002, Christie ve ark 2008). Bu nedenle, hastaneden taburcu olduktan sonra annenin fiziksel ve ruhsal sağlığı özellikle ilk 6 hafta, bebek sağlığı da ilk 3-4 ay çok yakından takip edilmelidir (Christie ve ark 2008).

1.3.1.2. Postpartum Dönemdeki Ruhsal Değişimler

Postpartum dönem, doğumun sonuçlanmasıyla başlayan ve gebelikte meydana gelen anatomik ve fizyolojik değişikliklerin ortadan kalkmasıyla sona eren ve ortalama 6 hafta devam eden bir süreçtir (Akin 2001, Barnesd 2006, AWHONN 2008). Postpartum ruhsal bozukluklara ilişkin uzun bir hikâyeye vardır. Bu konuya dikkat çeken Cox ve ark (1983) ile Kennerly ve Gath (1989)'in bildirdiğine göre; postpartum ruhsal bozukluklar Hipokrat zamanında ilk olarak 'doğum sonrası akıl bozuklukları' şeklinde tanımlanmıştır. Postpartum duygusal bozukluklar, remisyon ve alevlenmelerle giden bir süreçtir ve değişken belirtiler gösterebilir. Gebelik boyunca kadın anatomisinde oluşan fizyolojik değişiklikler, duygusal bozuklukların oluşmasında oldukça etkilidir (Cheng ve ark 2006, Demott ve ark 2006).

Birçok kadın gebelik ve doğumla birlikte ortaya çıkan fizyolojik, psikolojik ve sosyal değişimlere uyum sağlayabilirken, uyum sağlayamayan kadınlarda çeşitli düzeylerde duygusal sorunlar gelişebilmektedir. Postpartum dönemde kadınların %50-85'inde ruhsal belirti ve bozukluk görülebildiği bilinmekle birlikte (Miller 2002, Beck 2003, Parry ve ark 2003, Demott ve ark 2006), bu dönemde gelişen duygusal sorunların sınırları çok net belirlenmemiştir. Konu ile ilgili literatürlerde postpartum duygusal sorunlar özelliklerine, tedavi ve prognozlarına göre ayrılarak AH, PPD ve postpartum psikoz (PP) olmak üzere üç grupta toplanmaktadır (Parry ve ark 2003, Seyfried ve Marcus 2003, Karaçam ve ark 2004, Kısa 2004, Wiggins ve ark 2005, Rude 2013).

1.3.1.2.1. Postpartum Depresyon

PPD, postpartum ilk dört hafta içinde başlayan major depresif epizot olarak tanımlanır. Bir yıl içinde herhangi bir zamanda ortaya çıkabilen, hatta iki yıla kadar uzayabilen, anne, bebek ve ailenin sağlığını tehdit eden, ciddi ve yaygın bir bozukluktur

(Bernazzi ve Bifulco 2003, Seyfried ve Marcus 2003, Moses-Kolko ve Roth 2004, Gerekliloğlu ve ark 2007, Durat ve Kutlu 2010).

Depresyon insidansı sıklıkla postpartum ilk 30 günde yoğundur ve ağır olgularda iki yıla kadar uzayabilmektedir (Forman ve ark 2000, Wisner 2002). Farklı toplumlarda PPD prevalansı %10-22 olmasına karşın (Bernazzi ve Bifulco 2003, Moses-Kolko ve Roth 2004, Dennis ve Dowswell 2013), %0.5 ile %60.8 arasında değiştiği (Halbreich ve Karkun 2006), T¼rkiye’de ise bu oranın %14-37 arasında olduğu bildirilmektedir (D¼ndar 2002, Tezel 2006, ¼zdemir ve ark 2008, Durat ve Kutlu 2010, Seven ve Aky¼z 2013). Lohusalık d¼nemindeki depresyonun en sık g¼r¼len belirtileri uyku bozukluğu, yorgunluk, iritabilite, iştah azalması, dikkat dağınıklığı, yetersizlik d¼ř¼nceleri, bebeğe zarar verme ve bebeğin sağlığı ile ilgili endişelerdir (Kennedy ve ark 2002, Kocabaşoğlu ve Başer 2008, G¼lnar ve ark 2010). Ancak bebeğe karşı ilgisizlik, enerji kaybı ve duygudurumda değişikliği g¼steren belirtiler de tabloya eklenirse, annenin PPD açısından takip ve kontrol¼ g¼z ardı edilmemelidir (Erdem ve Bez 2009).

PPD’nin tedavisi, genel olarak belirtilerin t¼r¼ ve şiddetine g¼re d¼zenlenir. Başlangıç d¼neminde destek, yardım ve bilgilendirme gerekli m¼dahalelerdendir. Belirtiler devam ettiğinde veya şiddetlendiğinde profesyonel tedavi gereklidir. Annelik işlevlerinin etkilenmediği hafif vakalarda destekleyici psikoterapi yeterli olmakla birlikte, şiddetli vakalarda danışmanlık ve destekle birlikte antidepresan tedavi gerekebilir (Epperson ve ark 2001, Righetti-Veltema ve ark 2002, Jung ve ark 2007, Raynor ve England 2010).

1.3.1.2.2. Postpartum Psikoz

PP, postpartum d¼nemde g¼r¼len en şiddetli bozukluktur. Belirtileri açısından değişkenlik g¼stermektedir. Tekrarlama riskinin y¼ksek olmasının yanı sıra, anne-bebek ve aile i¼in yıkıcı sonu¼lar doğurduğu belirlenmiştir (Brockington 2004). PP sıklıkla postpartum 3-14. g¼nlerde g¼r¼l¼r. Belirtiler, hastaların %80’inde ilk bir ay i¼inde g¼r¼lebilmektedir. G¼r¼lme sıklığı 1000 doğumda 1-2 arasındadır (Wisner ve ark 2002, McCleery ve ark 2007, Dennis ve Dowswell 2013).

PP’de öncelikle yorgunluk, uykusuzluk, huzursuzluk, aşın aktivite, oynak duygu durumu, ağlama n¼betleri, konf¼zyonlar ve hall¼sinasyonlar g¼r¼lmektedir. Daha sonra ř¼phecilik, dalgınlık, bebeğin sağlığına ilişkin takıntılı d¼ř¼nceler gelişebilir. Ağır psikoz durumlarında bebeğin kusurlu, anormal olduğuna ilişkin sanrısal d¼ř¼nceler olabilir. Bu

sanırsal düşünceler, çocuğu acılarından kurtarmak için onu öldürme eğilimine yol açan komut hallüsinasyonlara sebep olabilir. Huzursuzluk ve gün içinde sıkça dalgalanan bir ruh hâli ile başlayabilen bu durum kendini her tür kötü olayın sorumlusu olarak görme, doğan çocuğun aslında kendi çocuğu olmadığı, hatta doğumu bile kendisinin yapmadığı, bebekte bir sağlık sorunu olduğu, ona yeterince bakamayacağı ve acı çekebileceği için onu veya kendini öldürerek acılara son verme düşünceleri ile bebeğini öldürme ve kurban etme yolunda olmayan sesleri duyma şeklinde gözlenebilmektedir (Brockington 2004, McCleery ve ark 2007). Erken dönemde ve yeterince tedavi edilmezse yıllarca sürebilen, tedavisi zor bir hâle dönüşebilir. Hastaların %4'ünde bebeğini öldürme (enfantisid veya filisid) davranışı görülmektedir (McCleery ve ark 2007). Geçirilmiş psikoz öyküsü olan annelerde %40 oranında tekrarlayabilmektedir. Ailede psikiyatrik bozukluk olanlarda, primiparlarda ve PPD geçirenlerde risk fazladır (Kablinger 2005, McCleery ve ark 2007).

Tedavide genellikle antipsikotikler tercih edilir, antipsikotiklere yanıt alınmadığı durumlarda elektrokonvülsif tedavi uygulanabilir. Özellikle, intihar ve bebeği öldürme düşüncesi olan anne ile bebeğin ayrılması ve annenin hastanede tedavi edilmesi gereklidir. Tedavi olan PP'li hastaların %95'i 2-3 ay içinde iyileşmektedir (Noble 2005, McCleery ve ark 2007).

1.3.1.2.3. Annelik Hüznü

AH, yeni annelerin önemli bir bölümünü etkileyen ve en sık görülen postpartum komplikasyonlardan biridir (Faisal-Cury ve ark 2008, Buttner ve ark 2011, Gonidakis 2012, Bydlowski ve ark 2013). Hala AH için kullanılan standart bir tanım yoktur (Gonidakis ve ark 2007). Postpartum dönemde görülen hafif ruhsal bozukluklar, süreleri ve semptomlarının ciddiyeti ile majör ruhsal bozukluklardan ayrılmaktadır ve *annelik hüznü* ya da *postpartum hüznü* olarak ifade edilmektedir (Nappi 2001, Adewuya 2005, AWHONN 2008, Buttner ve ark 2011). AH çok yaygın bir durumdur, fakat tanısı kolayca konulamamaktadır (Brockington 2004). AH'yi belirlemek için çok fazla ölçek bulunmaması ve bulunanların da çok fazla kullanılmaması, AH için önemli bir metodolojik sınırlılık oluşturmaktadır (Bennett ve Indman 2003, Buttner ve ark 2011).

1.3.2. Annelik Hüznünün Tarihçesi

Gonidakis (2012)'in bildirdiğine göre, Savage (1875) AH'nin tarihi gelişiminin oldukça hareketli olduğunu ve 19. yüzyıldan beri fenomenliğine dair sonuçlarının

bulduğunu belirtmektedir. Gonidakis (2012), 1950'lerin başlarında Moloney (1952)'in doğumdan sonra ağlama, yorgunluk ve düşünme zorluğu ile karakterize hafif depresif reaksiyonu 3. gün depresyonu (*Third day depression*) olarak tanımladığını belirtmiştir. Yine Gonidakis (2012), Yalom ve ark (1968)'nin benzer semptomlarla AH sendromu (*postpartum blue sendrom*) olarak kullandığını bildirmiştir. Sonunda Pitt (1973) *annelik hüznü* olarak durumu tanıtmıştır. Stein (1980) yapmış olduğu çalışma ile AH'ye tamamen dikkat çekmiş ve hazırladığı AH ölçeği ile durumun ciddiyetini ortaya koymuştur. Kennerly ve Gath (1989)'in AH'yi ele almasıyla konu daha anlaşılır hale gelmiş ve AH'ye yönelik yeni semptomlar saptanarak tanı konmasını sağlamak daha kolay bir hal almıştır. Son olarak Buttner ve ark (2011), Kennerly ve Gath ölçeği ile Panas ölçeğinden faydalanarak geniş kapsamlı bir ölçek oluşturmuşlar ve AH'nin belirtilerini genişleterek tanı konulmasını oldukça kolaylaştırmışlardır.

1.3.3. Annelik Hüznünün Tanımı

AH doğumdan sonra 7-10 gün içinde görülen hafif geçici ruhsal bozukluklardır (Harris ve ark 1994, OHara ve Swain 1996, Gonidakis ve ark 2007, AWHONN 2008, Raynor ve England 2010). AH'nin standart bir tanımı yoktur ve farklı şekilde tanımlanmaktadır. AH (*maternity blues*); literatürde bebek hüznü (baby blues), postpartum hüznü (postpartum blues), annelik (maternity) ve annelik melankolisi (maternity melancholy) gibi farklı kavramlarla ifade edilmektedir (AWHONN 2008, Reck ve ark 2009, Buttner ve ark 2011). Ijuin ve ark (1998), postpartum dört gün içinde minor depresif semptomların pik yaptığı duruma AH demiştir. İngiliz literatüründe AH postpartum ilk on günde irritabilite, üzgün, ağlama semptomları ile karakterize bir durum olarak nitelendirilmektedir (Brockington 2004, AWHONN 2008, Raynor ve England 2010). ACOG (2013), doğumu takiben ilk günlerde annenin kendisini ağlamaklı, depresif, üzgün, sinirli, iştahsız, uykusuz, kararsız ve bebeğin bakımı konusunda endişeli hissetmesini AH olarak adlandırmıştır. Rondon (2003), erken postpartum dönemde sık sık aşırı duygusallık ve reaktivite semptomları ile karşılaşılana duruma AH demiştir. Gonidakis ve ark (2007), AH'yi postpartum ilk günlerde ağlama, endişe, yorgunluk, unutkanlık, aşırı duygusallık, ruhsal durumda değişkenlik ve düşük canlılık ile karakterize hafif, geçici fenomen bir durum olarak tanımlamıştır. En son Buttner ve ark (2011), doğumdan sonra ilk birkaç gün içinde görülen hafif ve öngörülebilir duygudurum bozukluğu olarak belirtmişlerdir.

1.3.4. Anelik Hüznünün Görülme Sıklığı

Postpartum kadınların yaklaşık olarak %70'i ruhsal değişiklikler yaşamaktadır (Adams 2000, Kısa 2004, Adewuya 2006). Yeni annelerin %50'sinden fazlası, doğumun hemen ardından AH'yi yaşamaya başlamaktadır (Beck 2003, Kablinger 2005, Puget ve ark 2005). Ülkemizde ise AH'yi ölçmek için geliştirilen bir ölçek bulunmamakta, bu nedenle annelerin ne kadarının hüznü yaşadığı da bilinmemektedir.

Muhtemelen ortak tanımının olmayışından dolayı, AH'nin bildirilen insidans ve prevalansı çok farklılık göstermektedir. İnsidansın %8-85 arasında değiştiği (Harris 1981, Tsukasaki ve ark 1991, Miller 2002) ve annelerin %30-35'inin AH semptomlarını gösterdiği belirtilmektedir (O'Hara ve ark 1991, Harris ve ark 1994, Adewuya 2006, Edhborg 2008). Prevelansı konusunda ise araştırmacıların çoğu %15-85 arasında değiştiğinde ortak fikirdedirler (O'Hara ve Swain 1996, Sutter ve ark 1997, Murata ve ark 1998, Nagata ve ark 2000, Nappi ve ark 2001, Hau ve Levy 2003, Parry ve ark 2003, Rondon 2003, Adewuya 2005, Demott ve ark 2006, Gonidakis ve ark 2007). Bu geniş aralıklar tanı konma sürecindeki olası farklılıklarla ilişkilidir (Beck 2003, Parry ve ark 2003, Rondon 2003, Suri ve Altshuler 2004, Watanabe ve ark 2008). Halbreich ve Karkun (2006), prevelansın ırk, kültür, sosyoekonomik statü ve ifade etme şekline bağlı olarak da değişebileceğini belirtmektedir. Buttner ve ark (2011), AH'nin negatif etkiler için %91-94, pozitif etkiler için %88-92 oranında görüldüğünü saptamışlardır. AH, postpartum desteğin az olduğu gelişmiş batı tipi kültüre sahip ülkelerde yoğun görülürken (Gonidakis ve ark 2007, Buttner ve ark 2011), Japonya'da en az oranda (%8), Çin'de %44.3, Tanzanya'da %83 ve Amerika'da %85 oranında görülmektedir (Harris 1981, Tsukasaki ve ark 1991, Miller ve Ruktalis 1999, Hau ve Levy 2003).

1.3.5. Anelik Hüznünün Görüldüğü Günler

Kadınların %80'inin, doğumdan sonra ilk saatlerden ya da 3-4 günden iki ya da birkaç haftaya kadar AH yaşayabildiği belirtilmektedir (NMHA 2003, Brockington 2004, Suri ve Altshuler 2004, AWHONN 2008, Raynor ve England 2010). AH, tipik olarak doğumdan sonraki ilk hafta içerisinde izlenir. İlk gün başlayan olgular olsa da sıklıkla 3-7. günler arasında artmakta, özellikle de 5. günde zirve yapmaktadır (Pitt 1973, Stein 1980, Harris ve ark 1994, Adewuya 2005, Gonidakis ve ark 2007, Buttner ve ark 2011). Hüznün 2. gün %42.9 (Kennerly ve Gath 1989), 3. gün %26, 4. gün %66 (Pitt 1973), 5. gün %76

(Stein 1980) ve 10. gün %21 (Kennerly ve Gath 1989) oranında saptanmıştır. Yapılan bir çalışmada 5. ve 6. günlerde %13 olarak ölçülmüştür (Hau ve Levy 2003).

Postpartum ilk üç-beş günde çok yoğun olarak yaşanan hüznün tipik olarak 10 gün-2 hafta içinde sonlandığı (Desai ve Jann 2000, Evins ve ark 2000, Lowdermilk ve ark 2000, Munoz ve ark 2006) ya da 10. günde sakinleştiği, hatta birkaç haftaya kadar devam edebildiği belirtilmektedir (Pitt 1973, Stein 1980, NMHA 2003, Brockington 2004, Suri ve Altshuler 2004). Anne ve babaların AH ve depresif belirti gösterme durumlarının incelendiği bir çalışmada, annelerin %24'ünün ilk haftada AH belirtileri gösterdikleri, ikinci ayın sonunda %12'sinde devam ettiği ve sadece bir babanın Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği'nden 10'un üzerinde puan aldığı görülmüştür (Edhborg 2008).

1.3.6. Annelik Hüznünün Nedenleri

AH'nin etyolojisinde biyolojik, psikolojik ve sosyal faktörlerin rol oynadığı düşünülmektedir (Baker ve ark 2002, Henshaw ve ark 2004, Alvarado-Esquivel ve ark 2006). Buna karşın bazı kaynaklar bilinen kesin bir nedeninin olmadığını da belirtmektedir (Ijuin ve ark 1998, Alvarado-Esquivel ve ark 2006). Etiyolojisi tam anlaşılmış değildir, fakat AH'nin postpartum görülen endokrin bir fenomen olabileceği düşünülmektedir (Harris ve ark 1994, Bloch ve ark 2003, Glover ve Kammerer 2004). Çoğu yazarın aksine Rondon (2003), nedeninin genellikle biyolojik ve hormonal olduğunu ve demografik, psikososyal faktörlerle net bir ilişki bulamadığını belirtmiştir.

1.3.6.1. Biyolojik ve Hormonal Nedenler

Bu konuda gonadal hormonlara odaklanılmıştır (Bloch ve ark 2000). Postpartum hormonal değişiklikler ve AH'nin başlangıç zamanlaması postpartum östrojen ve progesteron düzeylerinin ani düşüşü ile eşzamanlıdır. Bu da AH'nin endokrin bir fenomen olabileceğini düşündürmektedir (Harris ve ark 1994, Seyfried ve Marcus 2003). Hipotalamik-hipofizer-adrenal eksen postpartum 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).

1.3.6.1.1. Östrojen Hormonu

Gebelik süresince artış gösteren östrojen ve progesteronun doğumdan sonra hızlı bir şekilde gebelik öncesindeki düzeye düşmesi depresyondan sorumlu tutulmuş, ancak hormon düzeyleri ile duygudurum arasında doğrudan bir ilişkinin varlığı net olarak gösterilememiştir (Brummelte ve Galea 2010). Feksi ve ark (1984), postpartum ilk 5 günde AH yaşayan kadınlarda tükürükte daha yüksek östrojen düzeyi saptamışlardır. Östrojen ile nörotransmitter sistem arasında ilişki olduğu bildirilmektedir. Östrojen, transmitter sistemi etkileyerek bilişsel ve duygusal süreci olumsuz olarak etkilemektedir (Klier ve ark 2007). Östrodiol seviyesi, gebelikte normale göre 1000 kat fazladır, gebelik sonunda ise menstruel dönemden 50 kat fazladır ve postpartum 3. günde eski haline dönmektedir (Nappi ve ark 2001, Bloch ve ark 2003, Rathfisch ve Kızılkaya 2012).

1.3.6.1.2. Progesteron Hormonu

Progesteronun yüksek dozda anestetik ve sedatif etkisi olduğu bilinmektedir. Progesteron hormonu, gebelik süresince yaklaşık 10-18 kat artış göstermekte ve doğumdan sonra hızlı bir şekilde gebelik öncesindeki düzeyine düşmektedir (Nappi ve ark 2001, Bloch ve ark 2003, Rathfisch ve Kızılkaya 2012). Bu durum kadınlarda, postpartum ilk 10 gün içinde depresyon gelişme olasılığını artırmaktadır (Klier ve ark 2007). Harris ve ark (1994), AH olan kişilerde daha yüksek prepartum ve daha düşük postpartum progesteron düzeyleri bildirmişlerdir. Yine Nott ve ark (1976) da postpartum progesteron düzeyinde düşme ile postpartum ilk 10 gündeki depresyonun şiddeti arasında ilişki bildirmişlerdir. Postpartum 15. günde progesteron değeri normale dönmektedir (Harris ve ark 1994).

1.3.6.1.3. Prolaktin Hormonu

Annelik hormonu (son zamanlarda babalık hormonu da denmektedir) olarak bilinen prolaktin, gebelik ve emzirme süresinde hipofiz bezinden salgılanır. Prolaktinin gebelikte memelerin gelişmesinde ve postpartum anne sütünün üretiminde görev aldığı bilinmektedir. Ancak, prolaktinin süt üretimiyle ilgili etkisi gebelikte plasentadan salgılanan yüksek progesteron seviyesi nedeniyle engellenir. Plasentanın doğumu ve ardından progesteron düzeyinin düşmesiyle prolaktin salınımı artar ve postpartum iki-üç saatte pik noktasına erişir (Rathfisch ve Kızılkaya 2012). Emzirme devam ettiği sürece ve özellikle geceleri yüksek seviye devam etmektedir. Hipotalamus tarafından salgılanan dopamin de prolaktin hormonunun salınımını düzenler. Prolaktin dopamin tarafından

etkilenmekle birlikte, kandaki prolaktin seviyesinin ruhsal fonksiyonu etkilediği, emzirmeyen annelerde prolaktin düzeyinin hızlı düşmesine bağlı olarak PPD gelişebildiği bildirilmektedir. Düşük prolaktin seviyesine bağlı beta endorfin seviyesinin azalması ve stres hormonlarındaki artma ile strese karşı yanıtın/direncin azalması, REM uyukusunun azalması, uyku-uyanıklık döngüsünde değişme ve anneliğe özgü davranışların azalması gibi etkileri nedeniyle ruhsal sorunlar ortaya çıkabilmektedir (Josefsson ve ark 2002, Rathfisch ve Kızılkaya 2012).

1.3.6.1.4. Oksitosin Hormonu

Sevgi ve aşk hormonu olarak bilinen oksitosinin sosyal bağlanmadaki pozitif rolü bilinmektedir. Postpartum dönemde maternal davranışın başlaması ve anne-bebek bağlanması için yaşamsaldır. Oksitosin hormonu, önemli bir nörotransmitterdir. Stres düzenleyici ve depresyondan koruyucu etkisini, strese indüklenen adrenokortikotropik hormon (ACTH) ve kortizol sekresyonunu azaltmak yoluyla yaptığı ileri sürülmektedir (Will ve Randolph 2009, Rathfisch ve Kızılkaya 2012). Gebelikte yükselmeye başlayan oksitosin, doğum ve sonrasında yüksek seviyede bulunmaktadır. Yarılanma ömrü 3-15 dakikadır. Oksitosin, doğumla birlikte süt üretimini artıran prolaktin ve insülin hormonu seviyelerini de artırır (Rathfisch ve Kızılkaya 2012). Emzirme, dokunma ve sarılma oksitosin düzeyini artıran durumlardır (Josefsson ve ark 2002). Utangaç bir hormon da olan oksitosin büyüme (kilo alma, iyileşme, hücre bölünmesi, besinlerin depolanması), dışarı atma, çıkarma (bebeğin doğumu ve sütün atılması), dışarıdan-güdümlü davranışlar (kaygıyı azaltan merak duygusu, annelik davranışları, cinsel aktivite, seçici sosyal hafıza, sosyal ilişkiler), kısa süreli stres etkileri (kortizol seviyesi, kan basıncı ve nabızı yükseltme) ile uzun süreli antistres etkileri (sakinliği sağlama ve kaygıyı azaltma, ağrı eşliğini yükseltme, kortizol seviyesi, nabız ve kan basıncını düşürme) bulunmaktadır (Rathfisch ve Kızılkaya 2012). Oksitosinle ilgili olarak Apter-Levy ve ark (2013)'ün doğum sonu 2. gün, 6, 9 ay ve 6 yıl sonra yaptıkları izlem çalışmasında, deprese olan annelerin ailelerinde (anne, baba ve çocuk) oksitosin düzeyinin düşük olduğunu saptamışlardır. Ayrıca, annenin dokunmasının tükrükteki oksitosin düzeyi ve çocuğun sosyal etkileşimi ile ilişkili olduğunu ve deprese anne çocuklarının empati ve sosyal becerilerinin de daha düşük olduğunu bulmuşlardır.

1.3.6.1.5. Beta-Endorfin Hormonu

Beta endorfin, doğal ağrı giderici olarak bilinir. Cinsellik, doğum, emzirme gibi üremeye yönelik aktivitelerde, sosyal davranışlarda ve dokunmada artar (Rathfisch ve Kızılkaya 2012). Gebelik boyunca plasentadan anne kanına endorfin salgılanmaktadır. Bu yüzden gebelik boyunca anne kanındaki endorfin yüksek seviyededir. Doğumda oksitosin ile birlikte maksimum düzeyine ulaşan endorfin seviyesi, doğumdan sonraki ilk 1-3 saat içinde azalmaya başlar ve 1-3.günde tekrar normal seviyesine ulaşır. Postpartum endorfin düzeyi, annenin psikolojisi ve davranışları ile yakından ilişkilidir. Doğumdan sonra da emzirme endorfin üretimini artırmaktadır. Emzirme başladıktan sonra 20 dakika içinde endorfin düzeyi pik yapmaktadır. Bu sürecin postpartum ruhsal bozuklukları önlediği düşünülmektedir (Rathfisch ve Kızılkaya 2012). Endorfin hormonunun azalması ile hareket kısıtlılığı, iştahsızlık ve cinsel isteksizlik meydana gelmekte (Kammerer ve ark 2006), artması durumunda ise anti stres etkisi yaparak kişide mutluluk, neşe, coşku ve özgüven duygusu yaratmaktadır (Rathfisch ve Kızılkaya 2012).

1.3.6.1.6. Kortizol Hormonu

Doğum eylemi sırasında en yüksek seviyeye ulaşan kortizol postpartum dört saat içinde azalmaktadır. Postpartum dönemde hipofiz ön lobundan salgılanan ACTH salınımının azaldığı, kortikotropin relasing hormonun (CRH) fazla salgılandığı ve sonuç olarak kortizol düzeyinin arttığı ve glikoz metabolizmasında azalma olduğu belirtilmektedir (Josefsson ve ark 2002, Leitch 2002). Kortizol, doğumdan sonra düşmeye başlar ve 15. günde normal değerini alır. Kortizol seviyesinin düşmeye başlaması ile hüznün belirtileri görülmeye başlar (Harris ve ark 1994).

1.3.6.1.7. Katekolaminler (Adrenalin ve Noradrenalin)

Sempatik aktiviteyi uyaran ve stres durumunda üretilen bu hormonlar, doğum eyleminde yavaş ve dereceli olarak artar ve bebek doğum kanalından çıkarken pik yapar. Bu durum oksitosin ve beta endorfin düzeyini azaltır. Doğumdan sonra katekolamin düzeyi çok hızlı düşer, sonuç olarak oksitosin ve beta endorfin düzeyi artar. Özellikle, coşturucu ve kendinden geçirici kokteylin bir parçası olan noradrenalin, içgüdüsel olarak anneliğe özgü davranışların oluşmasında önemlidir. Postpartum anne-bebek teması sonrası katekolamin düzeyleri azalmaya başlar. Ancak, noradrenalin düzeyi postpartum ilk 12 saat

içinde normalin üzerinde seyrederek. Bu durum anne bebek teması ve emzirmesi açısından (Rathfisch ve Kızılkaya 2012), dolayısıyla duygu durumu açısından önemlidir.

1.3.6.1.8. Testesteron Hormonu

Testesteron plazma düzeyi gebelik boyunca, özellikle de 3. trimesterde belirgin artış gösterir (Field ve ark 2008). Bu, östrojen artışına paralel olarak karaciğerde testesteron bağlayıcı protein sentezinin artışına bağlıdır. Dolayısıyla serbest testesteron görece stabildir. Postpartum düşüşü de benzer şekildedir. Bir çalışmada erişkin kadın duygudurum ve davranışı üzerine testesteronun etkisi gösterilmiştir (Kammerer ve ark 2006). Polikistik over sendromu (PCOS), pubertede başlayan ve yüksek testesteron düzeyleri ile karakterize bir bozukluktur. Bir çalışmada PCOS tanılı kadınların sağlıklı kadınlara göre anksiyete, öfke ve agresyon açısından farklılık göstermezken, depresyonu daha sık yaşadıkları bulunmuştur. Serbest testesteron düzeyleri ile depresyon puanları birbiri ile ilişkili bulunmuştur. Prepartum ve postpartum dönemde bakılan testesteron düzeyleri ile depresyon puanları arasında doğrusal bir ilişki gösterilmiştir (Freeman ve ark 2002). Yapılan bir diğer çalışmada, 20 gebe kadın gebeliklerinin son iki ayında ve postpartum ilk iki ayda izlenmiş ve yüksek progesteron düzeyleri ile birlikte daha geniş amplitüdü duydudurum dalgalanmaları ve gebelikte yüksek dehidroepiandrostenodion (DHEA) düzeyleri, sonuç olarak daha iyi bir duydudurum düzeyi bulunmuştur. Postpartum dönemde ise duydudurumun testesteron düzeyi ile çok yakın bir ilişki gösterdiği saptanmıştır (Viguera ve ark 2007).

1.3.6.2. Psikolojik Nedenler

Yeni doğum yapmış annede, PPD gelişimini etkileyebilen faktörlerden biri de psikolojik faktörlerdir. Psikolojik faktörler; annenin postpartum dönemde yeni rol ve sorumluluklarına adaptasyonunu, benlik saygısını, aile ve çocukları ile ilgili sorumluluklarını ve gelişebilecek sorunlarla baş etme becerisini etkilemesi açısından biyolojik ve sosyal faktörler kadar önemlidir. Duygusal sorunlar yalnızca yeni doğum yapmış anneyi değil, aynı zamanda tüm aile üyelerini de etkilemektedir. Gebelik ve doğum ile birlikte ortaya çıkan çeşitli düzeylerdeki duygusal sorunlar, aile için sağlıklı yaşam, yaşam kalitesi ve güvenliğini bozmasından dolayı da önemlidir (Josefsson ve ark 2002). PPD ile ilgili yapılan bir çalışmada; PPD yaşayan kadınların eşlerinin, yaşamayan

kadınların eşlerine göre daha fazla psikolojik problem ve eşlerinden memnuniyetsizlik yaşadıkları saptanmıştır (Cuijpers ve ark 2008).

PPD gelişimini etkileyen psikolojik faktörler arasında düşük benlik saygısı, zayıf evlilik ilişkisi, evlilik stresi, stresli yaşam olayları, beden imgesinde değişiklikler, prenatal, postnatal anksiyete ve depresyon ile ailede psikiyatrik hastalık öyküsü, yetersiz eş desteği, kültürel izolasyon (ör; göç) ve ebeveynlerin kaybı bulunmaktadır (Josefsson ve ark 2002, Tüzün 2006, Maciocia 2011).

Anksiyete, doğum korkusu ve depresyon gibi gebelikte stres yaratan negatif durumlar AH ile ilişkili bulunmuştur (O'Hara ve ark 1991, Pop ve ark 1995). Yapılan bir çalışmada eşin ilgisinin az olmasının, PPD oranını 2.73 kat artırdığı bulunmuştur (Nur ve ark 2004). Kişilik özellikleri de hüznle ilişkilidir. Özellikle nörotisizm (edilgen-saldırgan kişilik bozukluğu) gibi kişilik özellikleri (Ehlert ve ark 1990), hipokondriazis, depresyon ve paranoya da AH ile ilişkili bulunmuştur (Murata ve ark 1998).

AH ve ailesel yakınlık arasında dikkat çekici bir ilişki bulunmaktadır (Manjunath ve Venkatesh 2011). Özgeçmişinde depresyon ya da premenstrual sendrom öyküsü olması da AH gelişme riskini artırmaktadır (Adewuya 2005, Faisal-Cury ve ark 2008). AH ile ilgili ileriye yönelik olarak yapılan bir araştırmada premenstrüel disfori öyküsü, psikiyatrik özgeçmiş ve soy geçmişte depresyon öyküsünün daha fazla bulunduğu saptanmıştır (Brockington 2004).

1.3.6.3. Sosyal Nedenler

Bebek sahibi olmaya karar vermek insan yaşamı için oldukça önemlidir. Gebelik, bireylerin ebeveynlik rolüne adım attıkları ilk basamaktır. Ancak, ebeveyn olmaya karar verme her zaman planlı, bilinçli ve yalnızca bireylerin kendi isteğine bağlı olarak gelişmemektedir. Çoğu zaman bireyler, çocuk doğurmaya yönelik kendilerini motive eden faktörlerin farkında değildirler. Böyle olduğunda ebeveynlik rolüne uyum sağlamak daha da güç olmaktadır (Kennedy ve ark 2002). Gebe kadının içinde yaşadığı sosyal çevre onun gebelik ve ebeveynlik rolüne uyum sağlaması, fiziksel durumu, davranışları ve tepkilerini büyük ölçüde etkilemektedir. Aile, kültür, din, sosyal, ekonomik, politik ve entellektüel koşullar, gebelik deneyimini şekillendiren sosyal çevredeki faktörler olarak sıralanabilmektedir. Hemen her toplumda özellikle kadınlar, gebe olma ve annelik rolünü üstlenme konusunda önemli bir baskı altında bulunmaktadır (Josefsson ve ark 2002,

Kennedy ve ark 2002). Annelik, birçok toplumda bir yetişkin olarak bireyin yerine getirmesi gereken görev olarak görülmekte ve kadınlar sosyal olarak bu göreve yönelik hazırlanmaktadır. Eş, akran grubu ve aileden gelen baskılar da kadınların çocuk sahibi olma kararında etkileyici bir faktör olabilmektedir. Kadın istemese bile başkalarını mutlu etmek için gebe kalmaya karar verebilmektedir (Kruckman ve Smith 2003, Okanlı ve ark 2003, Güra ve ark 2004, McLearn ve ark 2006, Tüzün 2006). Bu gibi toplumlarda, annenin bebeği anne sütü ile beslemesinin doğal ve kolay olduğu, pek çok annenin bebeğine bakabileceği ve postpartum altı hafta sonra kadının cinsel yaşamının normale döneceği gibi güçlü beklentiler de belirtilmektedir. Oysaki gerçek yaşamda bu beklentilere ulaşamama ya da beklentilerin gerçekleşmemesi annelerin kendilerini başarısız, yetersiz, tükenmiş ve ezilmiş hissetmelerine neden olabilmektedir (Josefsson ve ark 2002, Kruckman ve Smith 2003, Mallikarjun ve Oyebo 2005, Nysten ve ark 2006, Topçu ve Beşer 2006).

Sosyal destek kaynaklarının hastalık öncesinde, sonrasında ve hastalığın tedavisinde olumlu etkileri olduğunu ileri sürenler sıklıkla. Sosyal çevre içindeki önemli faktörlerden bir diğeri, kadının içinde bulunduğu kültürel yapıdır. Kültür, tüm duygusal yaşantılar için önemli bir kavramdır. Yardım arama davranışı, kültürel farklılıklar göstermektedir. Depresyon yaşamak bireyin bilişsel yapısını, inanç ve uygulamalarını, duygusal tepki ve davranışlarını etkilemektedir (Tezel 2006). AH'nin prevelansı Japonya'da yapılan çalışmalarda düşük çıkmaktadır, bu da kültürel farklılıkların özellikle postpartum aile desteğinin etkisini göstermektedir (Tsukasaki ve ark 1991, Yoshida ve ark 1997, Murata ve ark 1998). Nagata ve ark (2000), Japonlarda postpartum dönemde verilen geleneksel aile desteğinin etkisini keşfetmişler, ancak AH'nin nasıl oluştuğuyla ilgili sonuç elde edememişlerdir. AH oluşumunun, sosyokültürel faktörlerle ilişkili olduğuna dair kesin kanıtlar bulunmamaktadır (Kumar 1994). Batı tıbbında belirtilen psikososyal faktörlerin aksine, geleneksel Çin hekimliğinde PPD patolojisinin kan çevresinde döndüğü ileri sürülmektedir. Buna göre postpartum ruhsal sorunların gelişiminde doğumdaki ciddi kan kaybının, postpartum kan dolaşımındaki stazın, Qi-kan durumundaki boşalmaların (düşme) ve kişisel eğilimlerin rol oynadığı vurgulanmaktadır. Kalp akla ev sahipliği yaptığı ve kanı yönettiği için, doğumdaki kan kaybına karşın kalp-kan akışı azalır. Sonuç olarak, aklın direnci azalır ya da kaybolur ve kişi depresif veya anksiyöz olur. Bu durum annede depresyon, orta derecede anksiyete, unutkanlık ve yorgunluğa neden olur. Anne, mental düzeyde başa çıkma yeteneği olmadığını hisseder, ağlamaklı olur, cinsel isteği kaybolur, öfkeli veya suçlu hisseder (Maciocia 2011).

Yeni anne postpartum dönemde özellikle eş desteğini beklemektedir ve bu desteğin yeterli düzeyde karşılanması kadının fiziksel ve mental iyilik hali üzerinde olumlu etki göstermektedir (Okanlı ve ark 2003). Bu destek ihtiyacı karşılanmazsa, “karşılanmamış beklentiler” eşler arasındaki ilişkide memnuniyetsizlik yaratmakta, sonuç olarak annenin psikososyal durumunu ve ebeveyn davranışlarını olumsuz yönde etkilemektedir (Okanlı ve ark 2003). Düşük sosyal destek gebelikte, doğumda ve yenidoğanda komplikasyonlara ve PPD’ye yol açabilmektedir (Leveno ve Cunningham 2004, Wiggins ve ark 2005). Sosyal desteğin güçlendirilmesi annenin stres düzeyini azaltarak anne ve bebekte oluşabilecek komplikasyonları önleyebilmektedir (Okanlı ve ark 2003). Sosyal destek, gebelik ve postpartum dönemdeki kadının annelik rolüne adaptasyon sürecini olumlu yönde etkilemekte, bebeğine olan duyarlılığını artırmakta ve yakınları ile ilişkilerini kolaylaştırmaktadır. Destek eksikliği ise bu deneyimi negatif olarak etkileyebilir (Leveno ve Cunningham 2004). Kadının sosyal çevresinden aldığı desteği sayesinde gebeliğini daha olumlu geçirdiği, annelik rolünü daha çabuk kazandığı ve postpartum daha az sorun yaşadığı belirtilmiştir (Okanlı ve ark 2003, Leveno ve Cunningham 2004). İsmail (2006)’in yapmış olduğu çalışmada, prepartum ve ilk iki haftada sosyal destek alanların %80.6’sının AH yaşamadığı saptanmıştır.

Birçok çalışmada AH ve yaş, eğitim, meslek ve medeni durum gibi sosyodemografik faktörler arasında ilişki bulunamamıştır (O’Hara ve ark 1991, Nagata ve ark 2000). İstenmeyen gebelik, gebelik sayısı, sezaryen, emzirme ve aile desteği de çalışılmış, fakat çelişkili sonuçlar bulunmuştur (Henshaw 2003).

1.3.7. Annelik Hüznünün Risk Faktörleri

AH’ye ilişkin birçok farklı risk faktörü belirtilmektedir. Özellikle kişisel etkenler, psikiyatrik özgeçmiş ve soygeçmiş, primipar olma, sosyal uyum güçlüğü, doğum korkusu, gebeliğe karşı ambivalan duygular AH için risk oluşturmaktadır (Epperson ve ark 2001, Beck 2002, Faisal-Cury ve ark 2008, Buttner ve ark 2011, Gonidakis 2012). Premenstrüel semptom yaşayanlar ve stres altında olanlar da risk altındadır (O’Hara ve ark 1991, Henshaw ve ark 2004, Bloch ve ark 2005). Evli ve sigara içmeyenlerde AH daha az görülmektedir (Faisal-Cury ve ark 2008). Stres, uyku bozukluğu, yetersiz sosyal destek, yetersiz fiziksel aktivite, yetersiz beslenme, yanlış aile planlaması yöntemi AH için diğer önemli risk etmenleridir (Wiggins ve ark 2005, Cheng ve ark 2006, İsmail 2006).

AH, çevresi ile ilgili kişisel sorunları olanlarda ya da yaşamsal stresleri olanlarda daha sık görülür (Adewuya 2005, Faisal-Cury ve ark 2008, Buttner ve ark 2011). Birçok çalışmada AH ve sosyodemografik faktörler arasında ilişki olmadığı bildirilmiştir (O'Hara ve ark 1991, Nagata ve ark 2000, Henshaw ve ark 2004). Ancak, Hau ve Levy (2003), 35-39 yaş arasındaki kadınlarda AH insidansını düşük bulmuş ve yaşı önemli bir değişken olarak belirtmişlerdir.

Gebelik stresi, gebelikteki ruhsal değişimler, bebeğin cinsiyeti ve bekâr olma risk faktörü olarak bulunmuştur (Adewuya 2005, Gonidakis ve ark 2007). Zayıf aile ve/veya evlilik bağları ile hamilelik öncesi dönemdeki ve hamilelik sırasındaki duygudurum bozuklukları AH açısından risk faktörlerdir (Seyfried ve Marcus 2003). İlk hamileliklerinde duygudurum atağı yaşayanların tamamı diğer gebeliklerinde de benzer ataklar geçirmişlerdir. Gebelikte başlayıp artan belirtiler sıklıkla PP ile sonlanmıştır. Sonuç olarak; hormonal dalgalanmaların olduğu gebelik ve laktasyon dönemleri, duygudurum bozukluğu olan kadınlar için riskli dönemlerdir (Bloch ve ark 2005, Cheng ve ark 2006, Maciocia 2011).

Doğum şekli ile AH arasında da ilişki bulunmaktadır (Henshaw ve ark 2004, Gonidakis ve ark 2007). Gonidakis ve ark (2007), postpartum ilk üç günde sezaryen ile AH arasında önemli bir ilişki saptamışlardır. Bir çalışmaya göre, sezaryenin postpartum ruhsal durum üzerinde daha uzun süreli etkisi vardır (Hannah ve ark 1992). Benzer bir çalışmada da postpartum ilk beş gündeki disforik duygudurum ile sezaryen arasında önemli bir ilişki ortaya konmuştur (Bergant ve ark 1999).

Davidson (1972) primiparlarda AH riskinin az olduğunu ifade ederken, bazı çalışmalarda riskin arttığı (Nott ve ark 1976) bildirilmiştir. Harris ve ark (1994), primiparlarda %67 oranında AH saptamışlardır. Zayıf aile ve/veya evlilik bağları ile hamilelik öncesi dönemdeki ve hamilelik sırasındaki duygudurum bozuklukları, AH açısından risk faktörleri olarak gösterilmektedir (Seyfried ve Marcus 2003).

Prepartum depresyon ve eşin ruhsal problemi AH riskini arttırmaktadır. Prepartum depresyon yaşayanlar yaşamayanlara göre üç kat, postpartum ilk beş günde bebekte sağlık problemi olanlar olmayanlara göre iki kat, eşinde ruhsal hastalık öyküsü bulunanlar bulunmayanlara göre 1.9 kat daha fazla risk taşımaktadır (İsmail 2006).

1.3.8. Annelik Hüzününün Belirtileri

AH mizaçta labilite, depresyon, eleştiriye aşırı duyarlılık, ağlama, irritabilite, anksiyete, yorgunluk, uyku bozuklukları ve yoğunlaşma problemleri ile karakterize nispeten hafif bir bozukluk (Miller ve Rukstalis 1999, AWHONN 2008, Raynor ve England 2010, Bydlowski ve ark 2013) olarak tanımlanmakla birlikte, birçok belirtisi bulunmaktadır. AH yaşayan kadınlarda görülebilecek çoğu belirti aşağıda sıralanmıştır (Kennerly ve Gath 1989, Boardman 2001, Rondon 2003, Brockington 2004, Suri ve Altshuler 2004, Puget ve ark 2005, Munoz ve ark 2006, AWHONN 2008, Raynor ve England 2010, Buttner ve ark 2011, Gonidakis 2012, ACOG 2013):

- Anksiyete ve depresif duygudurum
- Duygulanımda ve ruhsal durumda hızlı değişiklik
- Çabuk ağlama ve nedeni belirsiz ağlama nöbetleri
- Çaresizlik
- Yorgunluk ve bitkinlik
- Mutsuzluk
- Yalnız kalma isteği ya da yalnız hissetme
- Baş ağrısı
- Eleştiriye aşırı duyarlılık
- Endişe, sürekli tedirgin olma
- Huzursuzluk, irritabilite, gerginlik ve sinirlilik
- Duyarsızlaşma, bebek karşı duygu eksikliği
- Depersonalizasyon
- Konsantrasyon güçlüğü, konfüzyon ve unutkanlık
- İştahsızlık ve uykusuzluk
- Öfke
- Hareketsiz kalamama
- Hayal kırıklığı
- Üzgün olma, kayıp ve keder duyguları
- Umutsuzluk
- Eşe karşı hostilite
- Sabırsızlık

Bu belirtilerden ağlama, eleştiriye aşırı duyarlılık, yorgunluk, depresif duygu durumu, duygusal/ruhsal dengesizlik, baş ağrısı, uyku bozuklukları, anksiyete, irritabilite, konsantrasyon bozukluğu, konfüzyon ve kognitif bozukluklar sıkça görülür (Hau ve Levy 2003, Gonidakis ve ark 2007, Buttner ve ark 2011). Ruhsal dalgalanmalar, ağlama nöbetleri, üzüntü, kaygı ya da bağımlılık AH'nin temel semptomlarıdır (Bennett ve Indman 2003, AWHONN 2008, Buttner ve ark 2011).

AH yaşayanlar genellikle empati kurarlar. Örneğin; televizyonda gördükleri birşeye ağlamak gibi. Kendilerini fazla sorumlu hissetme ve ağlamaklı halleri sık hissederler, fakat depresyon ve üzgün olmak tipik bir AH belirtisi değildir. AH yaşayanların ruhsal durumlarında normalden farklı ve hergün dalgalanmaları mevcuttur. Asıl şikayetleri üzgün olmak değil, ruhsal durumdaki inişlerdir. Bunlar mevcut duruma tepki gibi görünmektedir (Rondon 2003).

Annenin özellikle kendisinin ve çocuğunun sağlığı konusundaki endişeleri artmış durumdadır (Gonidakis 2012). Endişe, uyku bozukluğu, sinirlilik, ağlamaklı haller arasında iyi hissedilen zamanların da olduğu ruhsal dalgalanmalar yer alır. Bazı annelerde depresyonun aksine mizaçta yükselmenin görülebileceği de bildirilmektedir (Parry ve ark 2003). Buttner ve ark (2011), negatif belirtilerin yanında ilgili, gururlu, aktif ve konsantre olabileme gibi pozitif semptomların da görülebileceğini bildirmektedirler.

1.3.9. Annelik Hüznünün Belirlenmesi

AH'nin kendine özgü spesifik belirtilerinin olmaması, ilerlediğinde istenmeyen durumlara yol açabilmesi ve önlenemez bir sorun olması nedeniyle, erkenden belirlenmesi oldukça önemlidir (Ushiroyama ve ark 2005, Buttner ve ark 2011, Maciocia 2011, Manjunath ve Venkatesh 2011). Böylece AH'ye yönelik koruyucu önlemlerin alınması mümkün olabilir. AH'yi belirlemek amacıyla Pitt (1973), Stein (1980), Kennerly ve Gath (1989) ve Buttner ve ark (2011) ölçekler geliştirmişlerdir. Fakat ülkemizde AH'yi belirlemek için henüz bir ölçek bulunmamaktadır. Sağlık personeli bu ölçekleri kullanarak AH'yi erkenden belirleyebilir ve PPD'nin gelişmemesi için önlem alabilirler (Manjunath ve Venkatesh 2011).

1.3.10. Annelik Hüznünün Tedavisi

AH bebeğe verilen öncelik, farkına varamama ve aile için yeni bir dönem olması gibi nedenlerle gözden kaçabilmektedir. Anneler genelde bu sorun ile kendi kendilerine başa çıkmakta ve dile getirmekten korkmaktadırlar. Hatta çoğu zaman yaşadıklarının normal olduğunu düşünüp önemsemeyebilmektedirler. Böylece herhangi bir profesyonel destek almadan AH atlatılmakta ya da PPD ve psikoz gelişebilmektedir. Sonuç olarak hüznün sağlıklı anne, bebek ve toplum açısından önemli bir risk teşkil etmektedir (AWHONN 2008).

AH'de ilaç tedavisine gereksinim duyulmaz (Watanabe ve ark 2008, Raynor ve England 2010, ACOG 2013, Rude 2013). AH yaşayan bir kadının tedaviye değil, bilgi, eğitim, danışmanlık, destek ve güvene ihtiyacı vardır (Robertson ve ark 2004, Beck 2006, AWHONN 2008, Raynor ve England 2010, ACOG 2013, Rude 2013). AH'de önemli olan psikososyal destek ve destekleyici psikoterapi aşağıda açıklanmıştır.

1.3.10.1. Psikososyal Destek

İnsanların yaşamında önemli bir yeri olan, gerektiğinde bireye duygusal, maddi ve bilişsel yardım sağlayan tüm kişiler arası ilişkiler, sağlığı korumaya yarayan “sosyal destek sistemleri” olarak tanımlanır (Webster ve ark 2000, Wiggins ve ark 2005, Ardahan 2006). Desteğin ayrıca kimin tarafından sağlandığı da önemlidir. Yaşam süreci boyunca destek aile üyeleri, arkadaş, çalışma arkadaşları ve akrabalardan alınarak gelişir. Gerektiğinde, ebe/hemşire ve diğer sağlık profesyonellerinden de destek alınabilir (Kaner 2003, Khorshid ve Arslan 2006, Raynor ve England 2010, Rude 2013). Sosyal destek, insan sağlığı ile ilişkili olduğu kabul edilen sosyal bir değişkendir (Webster ve ark 2000).

Sosyal destek sistemi bireyin sosyolojik ve psikolojik sorunlarının çözümü, önlenmesi, tedavisi ve zor durumlarla başa çıkabilmesinde güçlü bir kaynaktır (Webster ve ark 2000). İnsan tüm yaşamı boyunca destek sistemlerine gereksinim duyar. Postpartum dönemde anne ve bebeğin sağlığını olumsuz etkileyebilen sosyal destek yetersizliği konusundaki önem giderek artmaktadır (Webster ve ark 2000). Kadın için gelişimsel kriz olarak tanımlanabilecek gebelik ve postpartum dönem önemli biyolojik değişikliklerin yaşandığı fizyolojik bir süreç olduğu kadar, karmaşık sosyolojik ve psikolojik bir süreçtir. Bu karmaşık sürece uyumu ve baş etmeyi etkileyen önemli faktörlerden biri de kadının

gebelik ve postpartum dönemde sosyal destek alma durumudur (Webster ve ark 2000, Maciocia 2011).

Çocuğun doğumundan itibaren onunla yoğun bir iletişim halinde olma, anne ve babaların hayatları boyunca çocukları ile daha sağlam iletişim kurmalarını sağlayacak, ayrıca babaların bebeğin ihtiyaçlarının karşılanmasında anneye yardımcı olmaları da lohusanın sıkıntılarını azaltacaktır. Bu dönemde eşin yanı sıra aile yakınlarının da desteği oldukça önemlidir (Johnson 2002, Turan ve ark 2008, Raynor ve England 2010). Bir çalışmada kadınların gebelik ve erken lohusalık döneminde, eşlerinden bir ölçüde destek aldıkları belirlenmiştir. Lohusaların eş desteği ile ilgili olumlu ifadeler büyük oranda katıldığı ve %56'sının doğum sırasında eşlerinin yanında olmasını istediği belirtilmiştir. Bu çalışmada, lohusalık dönemine ilişkin en temel beklentinin sağlıklı bebek sahibi olma ve yeterince ve etkin emzirebilme olduğu görülmüştür (Şahin ve Soypak 2010).

AH'nin tedavisinde sosyal destek ve eğitimin önemli olduğu belirtilmektedir (Beck 2003, Wiggins ve ark 2005, AWHONN 2008, Raynor ve England 2010, ICM 2011, ACOG 2013). Annelerle konuşmak, duygularını ifade etmelerini sağlamak ve eğitim vermek başarılı sonuçlar doğurur (Rondon 2003, Raynor ve England 2010, Rude 2013). Sosyal destek ile olumlu etki sağlanabilir (Maley 2002, Wiggins ve ark 2005, Raynor ve England 2010). AH yaşayan anne, ailesi ve sağlık personeli tarafından desteklenmeli ve yaşam kalitesini yükseltmeleri konusunda yönlendirilmelidir (AWHONN 2008, Raynor ve England 2010, ICM 2011, Jones ve ark 2012, ACOG 2013). Fiziksel ve psikolojik destek ile belirtilerin en geç iki hafta içinde yatıştığını izlemek mümkündür (Andersson ve ark 2006, Raynor ve England 2010, ACOG 2013). Belirtilerin şiddetinin azalarak kaybolması beklenir. Uzun süren belirtilerde, annenin sosyal ve profesyonel yardım alması önemlidir (AWHONN 2008, Raynor ve England 2010, ICM 2011, ACOG 2013, Rude 2013).

Bu amaçla anneler taburcu olurken hastanede, taburcu olduktan sonra ev ziyaretleri ile evde postpartum duygusal sorunlar konusunda bilgilendirilmeli ve takip edilmelidir. AH yaşayan anneler ailesi ve sağlık personeli tarafından desteklenmeli, nasıl baş edecekleri konusunda yönlendirilmeli ve bebek bakımına ilişkin bilgi eksiklikleri saptanarak giderilmelidir (Adewuya 2005, Bloch ve ark 2006, AWHONN 2008, Raynor ve England 2010, ICM 2011, ACOG 2013). Ayrıca, doğum öncesi tüm kadınlar AH belirtileri konusunda eğitilmeli, bu durumun sık görüldüğü ve geçici olduğu konusunda güvence

verilmelidir. Belirtilerin iki haftayı aşması halinde hekime başvurmaları önerilmelidir (AWHONN 2008, Raynor ve England 2010, ICM 2011, ACOG 2013).

AH'nin tedavisinde bitkisel destekler de rahatlatıcı olabilir. Bu konuda Ushiroyama ve ark (2005)'in Japonya'daki annelerde yaptıkları çalışmada; geleneksel bitkisel bir ilaç olan Xiong-gui-tiao-xue-yin (Kyukichouketsu-in) postpartum psikolojik durumu değerlendirmek için kullanılmıştır. Üç hafta sonunda Xiong-gui-tiao-xue-yin (Kyukichouketsu-in) kullanılan grupta %15.7 (21/134 anne), kontrol grubunda ise %32.1 (43/134 anne) oranında AH saptanmıştır. Çalışma sonucunda, Xiong-gui-tiao-xue-yin (Kyuki-chouketsu-in)'in postpartum dönemde annelerin ruhsal durumlarını olumlu etkilediği ve AH'yi önleyebileceği bulunmuştur. Geleneksel Çin tıbbında da PPD'nin (depresif nöroz ve psikotik depresyon) tedavisinde akupunktur ve çeşitli bitkisel ürünlerin yararlı olduğu ve kullanıldığı bildirilmektedir (Maciocia 2011).

1.3.10.2. Destekleyici Psikoterapi

Duygusal destek ve bilgilendirme gibi psikoterapötik girişimler bu süreci aşmada yararlı olmaktadır (Adewuya 2005, Bloch ve ark 2006, Rude 2013). Destekleyici psikoterapide hasta ve ailesine bu durumun normal ve geçici bir süreç olduğu bilgisi verilir ve bir uzman tarafından psikososyal destek alması sağlanır (Raynor ve England 2010, Rude 2013). AH'nin iki hafta içinde geçmediği durumlarda ve uzun süren belirtilerde annenin profesyonel yardım alması gerekir (Raynor ve England 2010, ACOG 2013).

Psikoterapi ile bir uzman tarafından anne ya da babanın kendine zarar verme düşünceleri ile yeni rol ve sorumluluklarına ilişkin endişe ve korkularını, duygularını anlamalarına ve iç çatışmalarını dışa vurmalarına, ayrıca kendine güvenin yeniden oluşturulmasına yardımcı olunur (Barnesd 2006, Rude 2013). Psikoterapide amaç, kadının kendi duygularını anlaması ve açığa vumasını sağlayarak çatışmalarının çözümlenmesidir (Webster ve ark 2000, Rude 2013).

Postpartum duygudurum bozukluklarının tedavisinde depresif bozuklukların tedavi ilkeleri geçerli olmakla birlikte, bu bozuklukların kendine özgü pikososyal bir yönü olduğu da unutulmamalıdır. Literatürde eğitim, danışmanlık, sosyal destek ve destekleyici psikoterapinin postpartum duygudurum bozukluklarının tedavisinde etkili olduğu bildirilmektedir (Brockington 2004, Raynor ve England 2010, ACOG 2013, Rude 2013). Postpartum dönemde sağlık personeli tarafından düzenli olarak sağlanan dinleme

ziyaretleri (listening visits) şeklindeki postpartum sosyal desteğin, annenin emosyonel iyilik halini sağlamada 2. düzey bir kanıt olduğu belirtilmektedir (Wiggins ve ark 2005). AH'yi de içeren hafif postpartum duygudurum bozukluklarının tedavisinde bireysel ve grup terapileri ile annenin kendine güvenini kazandırmak, desteklemek ve bilgilendirmek hedeflenir. Bu süreçte annelerin istirahat etmesi, aile bireylerinin ona karşı desteği ile anne ve çocuğun birbirlerinden ayrılmaması çok önemlidir. Bebeğin annesine en fazla gereksinimi olduğu dönemde, ikisinin de gözlem altında tutularak ve destek verilerek bir arada tutulmaları önemlidir (Sakumoto ve ark 2002, Raynor ve England 2010, Rude 2013). Bebekleri ile bir arada kalan ve yeterli bakım alan annelerin %20.2 gibi düşük oranda hüznün yaşadıkları belirtilmektedir (Sakumoto ve ark 2002). Psikoterapötik yöntemler kullanılırken kadının kalıtsal, yapısal, gelişimsel özellikleri, yakın geçmişte karşılaştığı önemli toplumsal zorlukları, anneliğe yönelik algıları ile sosyal destek sistemleri araştırılmalı ve bu olayların anne üzerindeki etkileri iyice değerlendirilmelidir. Annenin değiştirebileceği gerçekleri değiştirmesine, değiştiremeyeceği gerçeklere uyum sağlamasına destek olunmalı, kendisini haksız yere eleştirmesine, yargılama ve cezalandırmasına engel olunmalı, bu konudaki yanlışları gösterilmeye ve çözümlenmeye çalışılmalıdır. Anneye yardımcı olabilmek için en yakın desteği olan eşler ile aile yakınlarını görmek, onların da ilgi ve desteğini sağlamak gerekir. Özetle, anne ve yakınlarının postpartum ruhsal bozukluklara yol açabilecek olumsuz tutum ve davranışları fark ettirilmeli ve bunlarla başa çıkma yeteneği geliştirilmeye çalışılmalıdır (Righetti-Veltema ve ark 2002, Jung ve ark 2007, Raynor ve England 2010, Rude 2013).

1.3.11. Annelik Hüznünün Komplikasyonları

Gebelik ve postpartum dönemde evlilik ilişkilerinde değişimler, yeni sorumlulukların kazanılması, sosyal ve ekonomik sıkıntılar, doğum ve bebeğin bakımı ile ilgili birçok sorun yaşanabilir. Bu sorunlar beraberinde ağır bir yük ve stres oluşturur (Seehausen ve ark 2005, Manjunath ve Venkatesh 2011).

Bazı yazarlar AH'yi, postpartum normal bir süreç olarak değerlendirmektedir (Fossey ve ark 1997, Henshaw 2003). AH'nin kendini sınırlayan ve geçici bir durum olduğunu kabul eden yazarlar, kadınların çoğunun bu süreci sekelsiz tamamladıklarını (Reck ve ark 2009, ACOG 2013) ve AH'nin kadınların işlevselliğini ve bebeklerine bakımını etkilemediğini belirtmektedirler (Reck ve ark 2009). Bazı yazarlar ise AH'nin erken ve geç postpartum dönemdeki depresyon ve psikoz gibi majör ruhsal bozukluklar

için büyük bir risk faktörü olduğunu kabul etmektedirler (O'Hara ve ark 1991, Hannah ve ark 1992, Reck ve ark 2009). AH, PPD ve anksiyete için önemli bir adaptasyon süreci olarak görülmektedir (Duff 2010). Japonya'da yapılan bir çalışma, AH'nin PPD'nin önemli bir belirleyicisi olduğunu desteklemektedir (Watanabe ve ark 2008). AH gelişen olguların %20'sinde postpartum 1. yılda majör depresyon geliştiği bildirilmektedir (O'Hara ve ark 1991, Fossey ve ark 1997, Crotty ve Sheehan 2004, Henshaw ve ark 2004, Watanabe ve ark 2008, Reck ve ark 2009). Depresyon ve ileri dönemde psikoz, özellikle sosyal ve profesyonel destek almayan annelerde daha fazla görülmektedir (Wiggins ve ark 2005, Gereklioğlu ve ark 2007, Pearlstein ve ark 2009, Reck ve ark 2009). Bu nedenle AH'nin erken tanınması, risk faktörlerinin belirlenmesi ve AH gelişen olguların yakından izlenmesi PPD'nin önlenmesi açısından oldukça önemlidir (Manjunath ve Venkatesh 2011). AH, PPD ile ilişkili olduğu için özellikle ebe, hemşire, aile hekimleri ve kadın doğum hekimleri bu durumun farkında olmalı ve kadınları yakından izlemelidir (Buist ve ark 2006, AWHONN 2008, Faisal-Cury ve ark 2008, ICM 2011, Jones ve ark 2012, ACOG 2013).

1.3.12. Annelik Hüznünde Hemşirelik Yaklaşımları

Postpartum dönemdeki sağlık bakımı annelerin fizyolojik, psikolojik ve sosyal gereksinimlerinin karşılanmasını kapsar. Annelerin ilk günlerden itibaren kendilerini rahat hissetmeleri, kendi ve bebek bakımlarına aktif olarak katılmaları ve bakımlarını sürdürmede başarılı olmaları, fiziksel ve ruhsal sağlıklarını üzerinde olumlu etki yaratır. Bu nedenle, hemşireler annelerin postpartum dönemdeki bakım gereksinimlerini değerlendirmeli, bu konuda gerekli bakım ve desteği sağlayarak annelik rolüne uyumlarını kolaylaştırmalı ve postpartum dönemdeki sorunların azalmasına yardımcı olmalıdırlar (Başer ve ark 2005, AWHONN 2008). Hemşirelerin postpartum dönemdeki fonksiyonlarını istenilen düzeyde yerine getirebilmeleri için, annelerin postpartum dönemde gereksinimlerini, beklentilerini, ne düşündüklerini ve neler algıladıklarını bilmeleri gerekir. Böylece gereksinimler doğrultusunda ve annenin aktif katılımıyla etkin bakım verilmiş olacaktır (Arslan ve Uzun 2008, Downs ve ark 2008).

Türkiye'de normal doğum yapan anneler 24 saat, sezaryenle doğum yapan anneler ise 48 saat sonra taburcu edilmektedir. Bu süre, postpartum döneme uyum için yeterli değildir. Özellikle lohusalığın ilk bir haftası, fizyolojik ve psikolojik yönden bir geçiş dönemidir. Hormonlardaki ani değişimin yanında, annenin fiziksel sorunları ve ailenin yeni

dönemdeki değişimlere uyum sağlayamaması çeşitli ruhsal sorunlara neden olabilmektedir. Bu nedenle kadınlar, özellikle postpartum dönemde diğer dönemlere oranla daha fazla duygusal sorunlar yaşamakta ve ruhsal hastalık riski doğumdan sonraki 12 ay boyunca (Downs ve ark 2008), hatta ilerleyen yıllarda (Apter-Levy ve ark 2013) en yüksek seviyede kalmaktadır. Yaşanan sorunlar göz önünde bulundurulunca, anne ve yenidoğana yönelik komplikasyonların önlenmesi, sağlığın iyileştirilmesi ve önerilerde bulunulabilmesi için sağlık profesyonellerine önemli görevler düşmektedir (Shaw ve Kaczorowski 2007).

Hemşire ve ebelerin yaşamı tehdit eden PPD ve PP'den AH'ye kadar postpartum duygudurum bozuklukların semptomlarını tanımaları, risk altında bulunan kadınları tanılamada kullanılan tarama yöntemleri hakkında bilgi edinmeleri ve mevcut çeşitli tedavi seçeneklerini bilmeleri gerektiği savunulmaktadır (Holden ve ark 1989, Nur ve ark 2004, AWHONN 2008, ACOG 2013). Postpartum kendine bakım ve bebek bakımı konusunda sağlanan bilgi, yeni bebek sahibi olan bir annenin kaygılarını gidermekte ve yeterlilik duygularını artırmaktadır (Downs ve ark 2008).

Hemşireler yeni anne-babanın beklentilerini dikkate alarak, onların hem biyolojik hem de psikolojik olarak mümkün olduğunca olumlu deneyimler yaşamalarını sağlama, evde destekleyici çevre oluşumunu hazırlama ve kriz durumlarında aileyi destekleme gibi sorumlulukları vardır. Bu amaçla postpartum dönemde yapılan değerlendirmeler çok önemlidir (Ersoy 1993). Bu dönemdeki hemşirelik uygulamaları; annenin mevcut durum ve sorunları ile ilgili duygu ve düşüncelerini paylaşmak, empati yapabilmek ve bu stresli durum ile başa çıkmada kadın ve ailesini birlikte mücadele etme konusunda destek sağlamaktır (Pantley 2003, Downs ve ark 2008).

Hemşireler yeni annelerle sürekli iletişim halindedir. Görüşmelerde gerekli gözlemler yapılarak annenin içinde bulunduğu durum saptanmalı ve AH yaşayan kadınlara yardımcı olunmalıdır (Pantley 2003). Hemşirelerin bakım verici, eğitici, araştırmacı, yönetici, karar verici, savunucu, rehabilite edici, rahatlatıcı, değişim ajanı, danışman, uzman, koordinatör, hasta haklarını savunucu rolleri bulunmaktadır ve bu roller etkin bir şekilde uygulandığında AH'nin erkenden belirlenmesi ve önlenmesinde başarı sağlamak kaçınılmaz olacaktır (Pantley 2003, Downs ve ark 2008).

Hemşirelik bakımının amacı, bireyin diğer insanlarla ilişki kurmasını kolaylaştırmaktır (Rice 1996, Carpenito 1999). Hemşireler, anneleri iletişim kumaları, mevcut ilişkilerini devam ettirmeleri ve geliştirmeleri için cesaretlendirmeli ve teşvik etmelidir. Böylece, anneler hem psikolojik hem de fiziksel yönden eş ve aile desteğini alabilir ve yeni yaşamlarına daha çabuk ve olumlu adapte olarak bebekleri ve eşleri ile daha mutlu bir başlangıç yapabilirler (Pantley 2003).

Hemşireler bireyin bağımsız özbakım yeteneğini değerlendirerek, günlük yaşam aktivitelerini yapması için cesaretlendirebilir ve bağımsız yapamadığı günlük yaşam aktivitelerini karşılmasına yardım edebilir (Carpenito 1999). Örneğin; bireyi tek başına aylık mutfak alışverişi yapma veya bebeğini yıkama gibi kolay başarabileceği işlere teşvik ederek, annenin kendine olan öz güvenini artırabilir. Annenin küçük başarıları takdir edilerek daha büyük problemlerin çözümü için kendine olan güveni/inancı artırılmaya çalışılmalıdır (Carpenito 1999).

Hormonal değişimler, bir bebeğin bakım gücünü ve beraberinde ev ve diğer işlerin sorumluluğu postpartum dönemdeki annenin uyku düzenini değiştirebilir. Kötü uyku düzeni diğer depresif belirtileri hızlandırabilecek bir faktör olduğu için, hemşirenin en fazla önem vermesi gereken konulardan biri annenin bu yeni dönemde dinlenmesine yetecek kadar uyumasını sağlamak olmalıdır. Bunun için anne ile bebeğin uyku saatlerinin aynı zamanlara gelmesi sağlanabilir. Hemşireler, bireyin uyku düzenini izlemeli ve kayıt etmelidir. Uykuyu bölen durumlar, normal gece-gündüz döngüsünü engelleyen çevresel uyaranlar belirlenmeli, uykuyu sağlamak için ışık ve gürültü kontrolü yapıp, uygun yatak gibi çevresel faktörler düzenlenmelidir. Gece yatma zamanının ayarlanmasına yardım edilmeli, uyku alışkanlığında bozukluğa yol açan faktörler hakkında (psikolojik, fizyolojik, yaşam biçimi, çalışma şekli değişiklikleri, diğer çevresel ve ruhsal faktörler) eğitim verilmelidir (James 2008).

Hemşireler bireyin kendisine zarar verme davranışını ve bunu ortaya çıkaran nedenleri de belirlemeli ve bu nedenlere yönelik çalışmalarda bulunmalıdır (Rice 1996, Carpenito 1999). Birey kendine zarar verme isteği hissettiğinde, konuşmak için bakım veren sağlık personellerini arama konusunda cesaretlendirilmeli ve konuşma ve yardım isteği olduğunda suçlayıcı yaklaşımda bulunulmamalıdır. Hemşireler, kendine zarar verme davranışını tetikleyen faktörlere karşı uygun baş etme stratejilerini (problem çözme eğitimi, pozitif düşünme, gevşeme teknikleri gibi) öğretmelidir. Annede, kendine yönelik

şiddet potansiyeli tanıldığında daha sık izlenmeli ve mutlaka bir ruh sağlığı uzmanına yönlendirilmelidir (Rice 1996, Aksakallı ve ark 2012).

Kadınların postpartum dönemde sosyal destek almaları anne ve bebek sağlığı ve olumlu aile içi ilişkileri açısından önemlidir. Hemşireler çok geniş bir alanda hizmet vermekte olup, hizmet kapsamı içinde sağlıklı ve hasta birey bulunmaktadır. Hemşireler doğum öncesi, doğum ve postpartum dönemlerde bakım, eğitim ve danışmanlık gibi hizmetleri yürütmekte ve bu hizmeti sunarken postpartum dönemin ailenin diğer bireyleri ile de ilgili olduğunun bilincinde olmalı ve kadını bir bütün olarak ailesiyle birlikte ele almalıdır. Bu bağlamda hemşireler kadınları gebelik ve postpartum dönemde sosyal destek alma durumları açısından değerlendirmeli, ayrıca sosyal destek sistemlerini harekete geçirme ve olumlu yöne çevirme konusunda annelere yardımcı olmalıdır (Dennis 2005, James 2008). Mermer ve ark (2010)'ın yapmış olduğu çalışma sonucunda; anne, bebek ve dolaylı olarak aile sağlığının sürdürülebilmesi için gebelik ve özellikle postpartum dönemde sosyal desteğin verilmesinin gerekli olduğu belirlenmiştir. Bu nedenle her düzeyde, özellikle de 1. basamak sağlık kuruluşlarında çalışanların lohusaların sosyal destek düzeylerini değerlendirerek eş, aile ve yakın çevre ile işbirliği yapması, kadınların postpartum gereksinimlerini belirleyerek güçlü yönlerini desteklemesi, yetersiz yönlerini geliştirmelerine yardımcı olmaları, lohusanın fiziksel bakımının yanı sıra psikososyal bakımıyla da ilgilenmeleri ve yeterli desteği olmayan lohusalara yeterli profesyonel destek sağlamaları büyük önem taşımaktadır (Aksakallı ve ark 2012).

Hemşireler sağlıklı/hasta bireyin davranışlarını ilk değerlendiren kişilerdir. Stresli yaşam olaylarından birinin yaşandığı postpartum dönemde hemşire, anneyi etkileyen fiziksel ve psikolojik faktörleri iyi bilmeli ve bakım verici rolünü kullanmalıdır. Collins ve ark (1993), gebelik ve postpartum dönemde bireylere profesyonel destek sağlandığında PPD'nin daha az yaşandığını bildirmişler ve bunu sağlayacak sağlık ekibinde hemşireden beklenen rolün duygusal destek, eğitim ve mevcut problemlere yönelik bakımın verilmesi olduğunu vurgulamışlardır. MacArthur ve ark (2002), postpartum dönemde sağlık çalışanları tarafından verilen bakımın PPD skorlarını düşürdüğünü belirtmişlerdir. Holden ve ark (1989) depresif kadınlar üzerinde yaptıkları çalışmada, 6-8 hafta süren ev ziyaretleri sonunda depresyon skorlarının başlangıca göre önemli düşüş gösterdiğini bulmuşlardır.

Özellikle postpartum evde bakım hizmetleri sağlığı yükseltme, sürdürme, hastalık anında iyileştirme ve sakatlık/hastalıkların etkisini azaltarak bağımsızlık seviyesini yükseltme amacı ile bireylere ve ailelere yaşadıkları ortamda sürekli ve geniş kapsamlı sağlık bakımının verilmesini sağlar (Stanhope ve Loncaster 1996). Evde bakım hizmetleri birey ve ailenin fiziksel, duygusal, sosyal, ekonomik ve çevresel tüm boyutları ile bütüncül olarak dikkate alınmasını gerektirdiğinden, multidisipliner ekip çalışmasını gerektirir (Aksayan ve Cimete 1998). Amerikan Hemşireler Birliği'ne göre bu hizmeti veren ev sağlığı hemşireliği, toplum sağlığı hemşireliği ve diğer hemşirelik uzmanlıklarından seçilen teknik becerilerin bir sentezidir. Örneğin; perinatal evde bakım hizmetleri, toplum sağlığı hemşireliği ve ana-çocuk sağlığı hemşireliğine ait bir takım bilgi ve becerilerin birlikte kullanılmasını gerektirecektir (Stanhope ve Loncaster 1996).

Evde bakım konusunda halk sağlığı hemşireleri tarafından sunulan postpartum ev ziyaretleri ile ilgili çalışmalarda, prepartum dönemde başlatılan ev ziyaretlerinin sağlık sonuçları üzerinde pozitif bir etki yarattığı vurgulanmaktadır (Larson 1980, Barkauskas 1983, Olds ve Kitzman 1990). Brown ve Jonhson (1998)'in çalışmasında, anneler taburculuktan 24 saat sonra telefonla aranarak ilk değerlendirmeleri yapılmıştır. Taburculuk sonrası 72 saat içinde ilk ev ziyareti, 3. haftada ise ikinci ev ziyareti planlanmıştır. Bu çalışmanın sonuçlarına göre; ikinci ev ziyaretinde ailenin problemlerinin çoğunun çözüldüğü ve ikinci ziyaretin gerekli olmadığı bulunmuştur.

Jansson (1985), Williams ve Cooper (1993), Malnory (1997), Brown ve Johnson (1998) tarafından yapılan çalışmalarda ise postpartum erken taburculuktan sonra evde bakım alan anne ve bebeklerde, tekrar hastaneye yatış oranının düşük olduğu gösterilmektedir. Bu çalışmalardan elde edilen sonuç, postpartum evde bakım programlarının sağlık bakım maliyetini azaltabileceği düşüncesini desteklemektedir. Bu durumun, sağlık bakım maliyetlerinin giderek arttığı günümüz koşullarında önemli bir katkı sağlayacağı açıktır.

Anneler, doğumdan sonraki ilk günlerde doğumun getirdiği fiziksel ve duygusal etkiler sonucunda, kendi bakımlarını üstlenme ve bebeklerinin gereksinimlerini karşılama konusunda yetersizlikler yaşayabilmekte ve annelik rolüne uyum sağlayabilmek, kendilerinin ve yenidoğan bebeklerinin bakımını sağlıklı olarak sürdürebilmek için danışmanlık ve eğitim almaya gereksinim duymaktadırlar (Marks 1998). Ancak, günümüzde annelerin postnatal dönemde erken taburcu edilmeleri nedeniyle sağlık

hizmetlerinden yararlanmaları sınırlanmaktadır. Erken taburculuk programları, postnatal evde bakım hizmetleri ile desteklenmediğinde bazı riskler ortaya çıkabilmektedir. Annelere verilecek eğitimlerin, gebeliğin özellikle son üç ayında başlanarak postnatal ev ziyaretleri ya da telefonla danışmanlık hizmetleri ile sürdürülmesi eğitimin etkinliğini artırabilmektedir (Aston 2002, Weiss ve ark 2006).

Ancak, evde bakım hizmetleri ülkemizde aile hekimleri ve aile sağlığı elemanları tarafından sınırlı olarak yürütülmektedir. Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği'ne göre Aile Sağlığı Elemanı'nın yetkisi, *“aile hekimi ile birlikte ekip anlayışı içinde kişiye yönelik koruyucu, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini sunmak ve görevinin gerektirdiği hizmetler ile ilgili sağlık kayıt ve istatistiklerini tutmakla”* sınırlandırılmıştır. Ayrıca, sınırlı da olsa *“gezici ve yerinde sağlık hizmetleri, sağlığı geliştirici ve koruyucu hizmetler ile ana çocuk sağlığı ve üreme sağlığı hizmetlerini vermek, evde sağlık hizmetlerinin verilmesinde aile hekimine yardımcı olmak”* görevi belirtilmiştir (T. C. Resmi Gazete 2013). Oysa ülkemizde 19 Nisan 2011 yılında değişiklik yapılan Hemşirelik Hizmetleri Yönetmeliği'ne göre kadın sağlığı hemşiresinin *“erken ve geç lohusalık döneminde ana çocuk sağlığının korunup geliştirilmesinde kadına eğitim ve danışmanlık yapma”* görevlerine (aile planlaması danışmanlığı, emzirme danışmanlığı, sağlıklı cinsel yaşam, genetik hastalık riski taşıyan ailelere danışmanlık, periyodik jinekolojik ve meme kontrolü, pap smear vb. testler) dikkat çekilmiştir (T.C. Resmi Gazete 2011). Bunun yanında, 10 Mart 2005 yılında yayımlanan Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmeliğe göre; *“hemşirelerin hasta ve ailesine, hastalık ile tedavi ve bakımına ilişkin, sınırları önceden hekimi ile birlikte belirlenmiş olarak bilgi vermek ve hasta ve ailesine, gereksinimlerine göre hastalığa özel, kendi kendine bakım ya da yardımla bakım teknikleri gibi konularda ve genel sağlık konularında eğitim yapma”* sorumluluğu bulunmaktadır (T.C. Resmi Gazete 2005a).

Ülkemizde postpartum bakımın standardize bir şekilde verilmesi ve kalitesinin artırılması için Sağlık Bakanlığı tarafından 2010 yılında geliştirilen DSBYR'ye göre yeni doğum yapmış annelerin postpartum dönemde toplam 6 kez izlenmesi gerekmektedir. İzlemlerin hastanede iken 0-1, 1-6 ve 6-24. saatlerde olmak üzere 3 kez, taburculuk sonrası evde ise 2-5. günlerde, 2. haftada ve 6. haftada olmak üzere 3 kez yapılması gerektiği belirtilmiştir. Rehberde; postpartum dönemde tüm lohusaların sistemik ve vajinal muayenelerinin yapılması, kendi ve bebek bakımları, emzirme, ruhsal durum, cinsel yaşam

ve aile içi şiddet konularında izlenmesi ve eğitim ve danışmanlık yapılması gerektiği belirtilmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı 2010). Postpartum 6 haftalık sürede anne ve bebeklere nitelikli bir izlem ve bakımın sağlanması için annelerin yaşadıkları sorunların hemşireler tarafından sürekli olarak değerlendirilmesi gerekir. Değerlendirme, annelerle görüşme ile başlamalıdır. Bu görüşmede annelerle ilgili kişisel, ailesel, obstetrik, tıbbi öykü ve son doğumu ile ilgili bilgiler alınmalı ve riskler araştırılmalıdır. Bunun yanı sıra annelik rolü, anne-bebek ilişkileri, evdeki aktiviteleri ve işi ile ilgili bilgiler de değerlendirilmelidir. Değerlendirmeler sonucunda, bakım gereksinimleri planlanarak anne ve yenidoğan sağlığını koruma ve geliştirmeye yönelik eğitim ve danışmanlık rolleri gerçekleştirilmelidir. Anneler, annelik rolüne uyum yapabilmek, kendi ve yenidoğan bakımını sağlıklı sürdürebilmek için bakım ve eğitim almaya gereksinim duyarlar (Güngör ve ark 2004, Başer ve ark 2005, T.C. Sağlık Bakanlığı 2010). Sağlık Bakanlığı'nın yayınladığı DSBYR'ye göre sağlık personeli tarafından yeni annelere ve ailelerine ruhsal açıdan verilecek bilgi, eğitim ve danışmanlık konuları ve sağlanacak destekler şunlardır (T.C. Sağlık Bakanlığı 2010):

1.gün:

- Annenin kendisini nasıl hissettiğinin ve ruhsal hastalık öyküsünün öğrenilmesi.
- Uyku ve dinlenmeye yeterli zaman ayrılması konusunda annenin cesaretlendirilmesi ve yakınlarının bilgilendirilmesi.
- Postpartum kaygı, depresyon vb. psikolojik problemlerin varlığında psikolojik durum değerlendirmesinin yapılması ve/veya konsültasyon istenmesi.

2-5. gün:

- Lohusaların duygusal durumlarının, sahip oldukları aile ve çevre desteğinin ve günlük olaylarla başa çıkmak için hangi stratejileri geliştirdiklerinin sorgulanması.
- Lohusa ve aile bireylerinin duygudurum veya ruh halinde herhangi bir değişiklik olduğunda, sağlık personeli ile konuşmaları konusunda cesaretlendirilmesi.
- Kadınlara perine ağrısı ve bakımı, idrar kaçırma ve idrar yapma, bağırsak faaliyetleri, halsizlik, baş ağrısı, sırt ağrısı ve emosyonel değişikliklerin (kendisini gergin, endişeli, huzursuz ve sinirli hissetmesi) açıklanması ve bunların genellikle 10-14. günlerde kendiliğinden geçebileceği hakkında bilgi verilmesi.

2. hafta:

- Anneye kendini nasıl hissettiği, uyku ve dinlenme aralıkları, uyum sorunları, yorgunluk veya halsizlik hissedip hissetmediği konusunun sorulması.

- Postpartum kaygı, depresyon gibi psikolojik problemlerin varlığında konsültasyon istenmesi.
- PPD olgularının %10'unda altta yatan neden postpartum tiroidit olabilir. Bu nedenle, tedaviye yanıt vermeyen durumlarda tiroid fonksiyonlarının değerlendirilmesi için annenin ilgili birime yönlendirilmesi.
- Tüm lohusaların hafif egzersiz, dinlenmeye zaman ayırma, bebeğin bakımı için yardım alma duyguları hakkında biriyle konuşma gibi öz bakım tekniklerini kullanma konusunda cesaretlendirilmesi.
- Tüm lohusalarla duygusal durumları, sahip oldukları aile ve çevre desteği ve günlük olaylarla başa çıkmak için geliştirdikleri stratejiler hakkında konuşulması.
- Tüm lohusa ve aile bireylerinin duygudurum veya ruh halinde herhangi bir değişiklik olduğunda, sağlık personeli ile konuşmaları konusunda cesaretlendirilmesi.

6.hafta:

- Anneye kendini nasıl hissettiği, uyku ve dinlenme aralıkları, uyum sorunları, yorgunluk veya halsizlik hissedip hissetmediğinin sorulması.
- Postpartum 6. haftadaki anne izlemine, özellikle eşin katılmasını sağlayarak doğum ve postpartum olaylarla ilgili neler hissettiklerinin tartışılması ve sorularının yanıtlanması.
- Lohusanın tıbbi hikâyesini dikkate alarak fiziksel, ruhsal ve sosyal iyilik halinin gözden geçirilmesi.
- Lohusa halsizlikten şikayetçi ise hemoglobinin düzeyinin değerlendirilmesi. Halsizlik, lohusanın kendisinin veya bebeğinin bakımına etki ediyorsa altta yatan fiziki, psikolojik veya sosyal nedenlerin araştırılması.
- Annenin psikolojik durumunun değerlendirilmesi. Daha önce bilinen ruhsal hastalık öyküsü olanların, psikotik bozukluklar (şizofreni, bipolar bozukluk), psikotik depresyon ve intihar riski açısından ilgili birime yönlendirilmesi.
- Risk açısından Edinburg skalasının uygulanması ve gereken vakaların sevk edilmesi.

1.3.13. Annelik Hüznünü Önlemeye Yönelik Girişimler

Postpartum dönemde aile içi süreçlerde değişim yaşandığından, hemşireler organizasyon becerileri ve zaman yönetimine ilişkin bilgi vererek, ailenin refahını sağlamaya çalışırlar (Rice 1996). Doğum yapan anneler ile en çok zaman geçiren kişilerden olan hemşire ve ebeler, doğumdan sonra anneleri yeterli şekilde gözlemleyerek AH'nin erkenden belirlenmesini sağlayabilir, böylece AH'nin ilerlemesini önleyebilirler (Buist ve ark 2006, Jones ve ark 2012). Dennis ve Creedy (2007), prepartum dönemden çok postpartum dönemde verilen yoğun profesyonel desteğin ve buna yönelik girişimlerin, ayrıca bireyselleştirilmiş bakım, destek ve bilgilendirmenin depresyon gelişimini önlemede oldukça etkili olduğunu belirtmektedir. Hemşireler, doğumdan sonra yeni anne ve babalara yardımcı olabilecek birçok yararlı uygulama ve önerilerde bulunabilirler (Aston 2002, Pantley 2003, Rondon 2003, Adevuya 2005, Bloch ve ark 2006, NICE 2006, Weiss ve ark 2006, Dennis ve Creedy 2007, Yılmaz ve Öncel 2009, Hayes 2010).

1. Kendinize zaman verin.

Anne olmak için gerekli olan zamanı kendinize verin. Hamilelik dokuz aylık bir süreç, bebeğinizin doğumu bir anlık, fakat anneliğe adapte olmak daha uzun bir süre alabilir. Çünkü annelik çok büyük bir sorumluluktur.

2. Sizi anlayan birileriyle konuşun.

Sizin gibi küçük çocuğu olan anneler ile konuşun. AH'yi yaşamış birisi, size bunun geçici bir durum olduğu ve her şeyin daha iyi olacağı konusunda yardım edebilir.

3. Dışarıya çıkın.

Dışarıya çıkıp insanlarla iletişime geçmek size iyi gelebilir. Parklar, kütüphane ve sinema gibi hoşunuza giden yerlere gitmek size iyi gelebilir. Siz rahatladıkça bebeğinizin de rahatladığını göreceksiniz.

4. Destekleyici bir gruba katılın.

Günlük hayatta insanlarla etkileşimde bulunmak ya da internetten bir gruba katılmak, sizin yeni anneliğe alışmanız konusunda iyi gelebilir. Bebek bakımında özgüveninizi artırmanıza yardımcı olacak bir grup seçmeye çalışın. Örneğin, bebeğinizi emziriyorsanız ve katıldığınız gruptaki çoğu kişi biberonla besliyorsa bu grubun size çok faydası olmayabilir. Birden fazla bebek, prematür bebek ya da özel bakım gerektiren bebeğiniz varsa buna uygun gruplara katılmalısınız.

5. Babaya sizin için ne yapabileceğini söyleyin.

Eşinizin size yardım için yanınızda olması çok önemlidir, fakat eşiniz bunu nasıl yapacağını bilmeyebilir. Eşinizin sizin için neler yapabileceğine dair, aşağıda belirtilen önerilerden birkaçını sunun.

- a. Eşinizi anlayın; çünkü yeni annelik hormonal olarak değişiklik gösteren ve depresyona kadar gidebilecek olan bir durumdur. Ayrıca, bunun geçici bir durum olduğunu, kısa süre sonra kendisini daha iyi hissedeceğini söyleyin.
- b. Ona kendisi hakkında konuşması için izin verin.
- c. Bebekle ilgilenin. Bebeğinizin bakımının sağladığınızda anne daha rahat bir uyku uyuyabilir, bir duş alabilir ve rahat bir nefes alabilir.
- d. Onu koruyucu adımlar atın. Eğer eşiniz ziyaretçilerden bunaldıysa, onlara nazikçe eşinizin istirahat ihtiyacı olduğunu söyleyin. Ev işlerinde eşinize yardımcı olun ya da yardımcı olacak birisini ayarlayın. Akrabalardan bebekle ilgilenmek ya da ev işlerinde yardımcı olmak isteyen birileri olursa, onları geri çevirmeyin.
- e. Eşinize güzel olduğunu söyleyin, birçok kadın doğumdan sonra dış görünümünü hakkında karamsardır. Çünkü doğum sonrasında bile dört aylık hamile gibi görünürler. Bir kadın vücudunun eski haline dönmesi aylar sürebilir, onun vücudu hakkındaki endişeleri ve hisleri ile ilgili konuşmalarında sabırlı olun.
- f. Ona bebeğinizi çok sevdiğinizi söyleyin, bebeğin üzerine çok düşmekten kaçınmayın. Anne, evin yeni ve küçük üyesiyle kendinizden geçtiğinizi görünce mutlu olacaktır.
- g. Seks konusunda şefkatli, fakat sabırlı olun. Eşiniz fiziksel ve duygusal olarak kendisini zorlamasına rağmen, seks için hazır olması haftalar alabilir. Bu durum, eşinizin sizi sevmediğini göstermez. Sadece eski seks yaşamınıza geçmek için biraz zamana ihtiyaç vardır.
- h. Eşinize onu sevdiğinizi söyleyin. Eşiniz duygusal olarak zayıf hissettiğinde, bunu duymaya ihtiyacı vardır. Kendisini iyi hissetmesi ve daha iyi olması için bu önemlidir.
- i. Kendiniz için de destek alın. Baba olmak hayatınızda önemli bir değişikliktir. Baba olan arkadaşlarınızla konuşun, yardım alın ve kendiniz için bir şeyler yapın. Kendiniz için destek almak, yeni ailenizin bakımında size destek olacaktır.

6. Başkalarından yardım almayı kabul edin.

Aileniz ve arkadaşlarınız, onlara bir şey sorduğunuzda mutlu olurlar. Onlardan yardım alarak diğer çocuğunuzla ilgilenebilirsiniz, onu parka götürebilirsiniz veya yemek yapabilirsiniz.

7. Uyuyun.

Uykusuzluk kötü hissetmenizi ve depresyonunuzu tetikler. Bebek uyuyunca erkenden sizde uyuyun ve sabah mümkün olduğunca geç kalkın. Uyuyamıyorsanız da yatakta bebeğinizle zaman geçirin.

8. Şu an kusursuz olmak için çabalamayın.

Ev işleri şu an sizin için önemli değil. Unutmayın ki evinize gelenler sizi ve bebeğinizi görmeye geliyorlar, eşyalarınızı görmeye değil.

9. İşinizi sevin.

Eğer işiniz evin dışında ise işinizle en iyi şekilde uğraşın ve eve geldiğinizle bebeğinizle rahat rahat ilgilenebilmek için moral depolayın. Bebeğiniz hakkında arkadaşlarınızla konuşun ve onun resimlerini gösterin. Bu davranış, bebeğinizle beraber olmadığınız zaman bile onunlaymış gibi hissetmenize yardımcı olur.

10. Egzersiz yapın.

Kısa yürüyüşler ve yüzme gibi egzersizleri yapmaya başlayın. Fiziksel ve ruhsal olarak egzersiz iyi hissetmenizi sağlayacaktır. Eğer bebek doğmadan önce egzersize başlamadıysanız, şimdi tam zamanı. Bu hareketler, sizi depresyondan korur ve gebelik öncesi vücudunuza dönmenize yardımcı olur.

11. Besleyici gıdalar yiyin.

Eğer emziriyorsanız, beslenme sizin ve bebeğiniz için çok önemli. Besleyici gıdalar size gün içinde gerekli olan enerjiyi sağlayacaktır. Su içmeyi ve diğer sıvı yiyecekleri almayı ihmal etmeyin. Dehidratasyon, baş ağrısı ve yorgunluk yapabilir.

12. Kendinize bakın.

Anne baba olmak çok büyük bir sorumluluk, fakat zamanla her şey yoluna girecek ve size daha kolay gelecek. Bu süreçte, kendinize yönelik bir şeyler yapmak için zaman ayırın. Örneğin; kitap okumak, oje sürmek ya da bir arkadaşınızla yemeğe gitmek gibi sizin mutlu olmanızı sağlayacak şeyler yapın.

2. GEREÇ VE YÖNTEM

2.1. Araştırmanın Şekli

Araştırma, sağlık personelinin AH ile ilgili bilgi, görüş ve uygulamalarını belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

2.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma, Aydın'ın Söke ilçesindeki 1. ve 2. basamak sağlık kurumlarının kadın doğum ve çocuk hastalıkları klinikleri'nde yapılmıştır. Söke'de 14 adet 1. basamak, iki adet 2. basamak sağlık kurumu bulunmaktadır. Birinci basamakta 100, ikinci basamakta ise 47 (devlet 38, özel 9) olmak üzere toplam 147 sağlık personeli görev yapmaktadır.

Birinci basamakta bulunan sağlık kurumları; Söke Toplum Sağlığı Merkezi (TSM), 1,2,3,4,5 ve 6 No'lu Aile Sağlığı Merkezleri (ASM) ile Savuca, Sazlıköy, Yenidoğan, Atburgazı, Güllübahçe, Sarıkemer ve Bağarası ASM'leridir. Birinci basamak sağlık kurumlarında 29 hemşire, 32 ebe, dört aile hekimi ve 35 pratisyen hekim (toplam 100) çalışmaktadır. ASM ve TSM'lerde doğum yapan annelerin ruhsal durumlarına yönelik herhangi bir uygulama yapılmamakta, rutin postpartum takipler ve eğitimler sürdürülmektedir.

İkinci basamak sağlık kurumları olarak bir devlet ve bir özel olmak üzere iki sağlık kurumu bulunmaktadır. Bunlar Söke Fehime Faik Kocagöz Devlet Hastanesi ve Özel Uluslararası Söke Hastanesi'dir. Söke Fehime Faik Kocagöz Devlet Hastanesi'nde kadın doğum kliniği ve doğum salonu bulunmaktadır. Kadın doğum kliniği'nde dört kadın doğum hekimi, bir hemşire ve altı ebe çalışmaktadır (toplam 11 sağlık personeli). Kadın doğum kliniği ve doğum salonu'nda aynı hekimler görev yapmaktadır. Doğum salonunda 11 ebe bulunmakta ve normal doğumlarda görev almaktadırlar. Çocuk hastalıkları kliniği'nde ise dört çocuk hastalıkları hekimi, 10 hemşire ve iki ebe olmak üzere toplam 16 sağlık personeli bulunmaktadır. Hastanede doğum yapan annelere ebe ve hemşireler tarafından sadece emzirme ve taburculuk eğitimi verilmekte olup, annelerin ruhsal durumlarına yönelik herhangi bir uygulama yapılmadığı belirtilmiştir.

Özel Uluslararası Söke Hastanesi'nin kadın doğum kliniği'nde iki hekim, bir ebe ve bir hemşire (toplam dört sağlık personeli); çocuk hastalıkları kliniği'nde ise iki hekim, iki ebe ve bir hemşire (toplam beş sağlık personeli) görev yapmaktadır. Hastanede ayrı bir

doğum salonu mevcut olmakla birlikte, normal veya sezaryen tüm doğumları hekimler yaptırmaktadır. Özel Uluslararası Söke Hastanesi'nde doğum yapan annelere ruhsal durum ile ilgili herhangi bir uygulama yapılmamaktadır. Sadece ebe ve hemşireler tarafından emzirme ve taburculuk eğitimleri yapılmaktadır.

2.3. Araştırmanın Zamanı

Araştırmayla ilgili olarak gerçekleştirilen işlemler ve zamanları, Çizelge 2.3.1'de gösterilmiştir.

Çizelge 2.3.1. Araştırma ile ilgili işlemler ve zamanları

İşlemler	Tarih
Literatür tarama ve araştırma konusunun seçimi	05.04.2013-31.05.2013
Tez önerisinin hazırlanması	01.06.2013-04.10.2013
Literatür taranması ve soru formunun oluşturulması	05.10.2013-11.12.2013
Soru formunun ön uygulaması	11.12.2013-13.12.2013
Adnan Menderes Üniversitesi Etik Kurul onayının alınması	21.10.2013-11.04.14
Aydın İl Sağlık Müdürlüğü'nden izin alınması	14.01.2014
Aydın Halk Sağlığı Müdürlüğü'nden izin alınması	20.01.2014
Aydın Kamu Hastaneleri Birliği'nden izin alınması	09.01.2014
Araştırma verilerinin toplanması	07.01.2014-20.02.2014
Verilerin bilgisayar ortamına kaydedilmesi	21.02.2014-25.02.2014
Araştırma verilerinin analizi	26.02.2014-15.03.2014
Araştırma raporunun yazılması	16.03.2014-23.05.2014

2.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, Aydın'ın Söke ilçesi Belediye sınırları içinde yer alan bir TSM, 13 ASM, bir devlet hastanesi ve bir özel hastanenin kadın doğum ve çocuk hastalıkları klinikleri'nde çalışan ebe, hemşire ve hekim olmak üzere toplam 147 sağlık personeli (42 hemşire, 54 ebe, altı kadın doğum hekimi, altı çocuk hastalıkları hekimi, dört aile hekimi uzmanı ve 35 aile hekimi) oluşturmaktadır. Araştırmada çalışanların tamamına ulaşılması amaçlandığından, evrenin tamamı örnekleme dâhil edilmiştir. Araştırmaya, çalışmaya katılmayı kabul eden gönüllüler alınmıştır. Toplam 39 hemşire, 43 ebe, 29 aile hekimi (pratisyen), iki aile hekimi uzmanı, altı kadın doğum hekimi ve altı çocuk hastalıkları hekimi olmak üzere 125 sağlık personeline araştırma yapılmıştır (evrenin %85.03'ü). Geri kalan 22 kişiden 13 kişi '*çok yoğunum, vaktim yok*', beş kişi '*sadece katılmak istemiyorum, nedeni yok*', dört kişi ise '*anket çalışmalarını sevmem*' gibi nedenlerle çalışmaya katılmayı kabul etmemişlerdir. Araştırma kapsamına alınan kurumlarda çalışan ve araştırmaya katılan sağlık personelinin sayıları Çizelge 2.4.1'de verilmiştir.

Çizelge 2.4.1. Araştırmaya katılan sağlık personeli sayıları (N=125)

Sağlık kurumları/Sağlık personeli	Çalışan sayısı	Gönüllü sayısı
Söke TSM		
Hemşire	11	10
Ebe	19	15
Hekim	5	4
1 No'lu ASM		
Hemşire	2	2
Ebe	1	1
Hekim	4	3
2 No'lu ASM		
Hemşire	2	2
Ebe	-	-
Hekim	2	1
3 No'lu ASM		
Hemşire	2	2
Ebe	1	1
Hekim	4	2
4 No'lu ASM		
Hemşire	1	1
Ebe	1	1
Hekim	2	2
5 No'lu ASM		
Hemşire	2	2
Ebe	3	1
Hekim	6	4

Çizelge 2.4.1. *Devam* Araştırmaya katılan sağlık personeli sayıları (N=125)

6 No'lu ASM		
Hemşire	1	1
Ebe	1	1
Hekim	2	2
Sazlıköy ASM		
Hemşire	1	1
Ebe	-	-
Hekim	2	2
Yenidoğan ASM		
Hemşire	1	1
Ebe	1	1
Hekim	2	2
Savuca ASM		
Hemşire	2	2
Ebe	-	-
Hekim	2	2
Sarıkemer ASM		
Hemşire	1	1
Ebe	1	1
Hekim	2	2
Güllübahçe ASM		
Hemşire	-	-
Ebe	1	1
Hekim	1	2
Bağarası ASM		
Hemşire	2	2
Ebe	2	1
Hekim	4	2
Atburgazı ASM		
Hemşire	1	1
Ebe	1	1
Hekim	1	1
Devlet hastanesi kadın hastalıkları kliniği		
Hemşire	1	-
Ebe	6	4
Hekim	4	4
Devlet hastanesi doğum salonu		
Ebe	11	10
Devlet hastanesi çocuk hastalıkları kliniği		
Hemşire	10	9
Ebe	2	1
Hekim	4	4
Ozel Uluslararası Söke Hastanesi kadın hastalıkları kliniği		
Hemşire	1	1
Ebe	1	1
Hekim	2	2
Ozel Uluslararası Söke Hastanesi çocuk hastalıkları kliniği		
Hemşire	1	1
Ebe	2	2
Hekim	2	2

2.5. Araştırmaya Dahil Edilme ve Araştırmadan Dışlama Kriterleri

Araştırmanın örnekleme Aydın'ın Söke ilçesindeki 1. ve 2. basamak sağlık kurumlarında, postpartum ilk 10-14 günde annelere hizmet veren birim/kliniklerde çalışan ve çalışmaya gönüllü olarak katılmayı kabul eden hemşire, ebe, aile hekimi ile kadın doğum ve çocuk hastalıkları hekimleri alınmıştır. Kadın doğum ve çocuk hastalıkları klinikleri dışındaki birimlerde çalışan ve hemşire, ebe ve hekim dışı diğer sağlık personelleri araştırmaya alınmamıştır.

2.6. Veri Toplama Araçları ve Verilerin Toplanması

2.6.1. Veri Toplama Araçları

Araştırma verileri, araştırmacı tarafından literatür (Pitt 1973, Stein 1980, Cox ve ark 1982, Kennerly ve Gath 1989, O'Hara ve ark 1991, Beck 2006, AWHONN 2008, Faisal-Cury ve ark 2008, Duman 2009, Raynor ve England 2010, Segre ve O'Hara 2010, Buttner ve ark 2011, Rude 2013) taranarak geliştirilen soru formu (Ek 2) ile toplanmıştır. Soru formu'nun anlaşılabilirliği ve kapsamı için Doğum Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği alanından beş öğretim üyesine başvurulmuş ve form öneriler doğrultusunda tekrar düzenlenmiştir.

2.6.1.1. Soru Formu

Araştırmada kullanılan soru formundaki ilk 11 soru sağlık personelinin yaş, eğitim ve medeni durumu, meslek, çalışma yeri ve süresi gibi sosyodemografik bilgilerini; 19 soru AH'nin tanımı, sıklığı, risk faktörleri, görüldüğü günler, nedenleri, belirtileri, komplikasyonları, önlenmesi, tedavisi ve erkenden belirlenmesine yönelik AH bilgilerini; altı soru AH'ye ilişkin görüşlerini ve yedi soru AH'ye ilişkin uygulamalarını belirlemeyi amaçlanmaktadır. Soru formunda toplam 43 soru bulunmaktadır.

2.6.1.2. Soru Formunun Ön Uygulaması

Soru formunun ön uygulaması, Aydın Zübeyde Hanım Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi'nde çalışan beş hemşire, beş ebe, beş kadın doğum hekimi ve beş çocuk hastalıkları hekimi olmak üzere toplam 20 kişide yapılmıştır. Ön uygulama 11.12.2013-13.12.2013 tarihleri arasında tamamlanmıştır. Uygulama sonunda soru

formunun anlaşılmayan, uygulanabilirliği sıkıntı yaratan ve eksik kalan bölümleri yeniden düzenlenmiş ve son şekli verildikten sonra veri toplama aracı olarak kullanılmıştır.

2.6.2. Verilerin Toplanması

Araştırma verileri, araştırmacı tarafından 07.01.2014-20.02.2014 tarihleri arasında sağlık personelinin çalıştıkları kurum/birimlerde ziyaret edilmesi ile ve katılımcıların öz bildirimlerine göre toplanmıştır. Araştırma öncesinde kurumlardan resmi izinler ve etik kurul onayları alınmıştır.

Soru formları, araştırmacı tarafından hafta içi mesai saatleri içinde uygulanmıştır. Öncelikle çalışanlar telefonla aranmış ve iş yoğunlukları öğrenilmiş, daha sonra uygun oldukları zaman diliminde ziyaretler gerçekleştirilmiştir. Soru formları doldurulmadan önce, katılımcılara araştırma konusu ve amacı hakkında açıklama yapılmış ve kabul edenlerden sözel ve yazılı bilgilendirilmiş onamları alınmıştır. Takiben, gönüllülere soru formu verilerek doldurmaları istenmiştir. Bazı kurumlarda araştırmacı gözetiminde toplu halde uygulama yapılmış ve formun doldurulmasında katılımcıların birbirinden etkilenmemesine özen gösterilmiştir. Soru formları ortalama 15 dakikada doldurulmuştur. Anket uygulaması bittikten sonra, isteyenlere AH ile ilgili bilgi verilmiş ve soruları yanıtlanmıştır.

2.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmadan elde edilen veriler bilgisayar ortamında SPSS (Statistical Package for Social Science for Windows) 18.0 istatistik paket programında veri tabanı oluşturularak kaydedilmiş ve analiz edilmiştir. Sağlık personelinin tanıtıcı özellikleri, bazı bilgi soruları (AH'yi duyma ve bilme durumu, bilgi kaynakları ve AH bilgisini değerlendirme) ile AH'ye yönelik görüş ve uygulamalar tanımlayıcı istatistikler (sayı, yüzdelik), AH bilgisi ise aritmetik ortalama ve standart sapma ile değerlendirilmiştir. AH'yi bilme durumu ile bağımsız değişkenler arasındaki ilişki Ki-Kare ve Fisher Kesin Ki-Kare analizi ile değerlendirilmiştir. AH bilgi puanı ortalamaları ile bağımsız değişkenler arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi için öncelikle normal dağılıma uygunluğa bakılmış ve yapılan Kolmogrov Smirnov Testi sonucunda verilerin normal dağılmadığı ($p < 0.005$) görülmüştür. Bu nedenle iki grup arasındaki farkın değerlendirilmesinde Mann Whitney-U testi, ikiden fazla grubun değerlendirilmesinde Kruskal Wallis H-Testi kullanılmıştır. Farkın hangi

gruptan kaynaklandığına bakmak için de Mann Whitney-U testi yapılmıştır. Tüm analizlerde istatistik önemlilik düzeyi olarak 0.05 alınmıştır.

Araştırmada sağlık personelinin AH'ye yönelik bilgileri 15 soru ile ve bu sorulardan elde edilen bilgi puanı ile değerlendirilmiştir. Bilgi sorularının dokuz tanesi açık uçlu, altı tanesi kapalı uçlu (seçenekli) soru olarak hazırlanmıştır. Bilgi soruları AH tanımı, sıklığı, görüldüğü günler, risk faktörleri, nedenleri, belirtileri, komplikasyonları, tedavisi, belirlenmesi ve önlenmesi olmak üzere 10 alt başlıkta ele alınmıştır. Bilgi puanları, AH'nin her alt başlığı için hesaplanmıştır. Bunların toplamından elde edilen puan, toplam AH bilgi puanını oluşturmuştur. AH bilgi puanını hesaplamak için, öncelikle literatür incelenmiş ve Ek 3'de verilen cevap anahtarı oluşturulmuştur. Bilgi sorularının doğru cevaplarından herhangi birisini bilenlere "1 puan", yanlış bilen ve bilmeyenlere de "0 puan" verilmiştir. Buna göre açık uçlu sorulara verilen yanıtlardan oluşturulan ve kapalı uçlu sorulardan işaretlenen her bir doğru seçenek için toplamda 45 doğru seçenek ortaya çıkmıştır. Buna göre AH'ye ilişkin bilgi sorularından minimum "0 puan", maksimum "45 puan" alınmaktadır. Her bir bilgi sorusunun gruplandığı alt başlıklar ve bunlar için soru formunda bulunan soru sayısı ve numaraları ile bunlardan alınabilecek minimum ve maksimum puanlar Çizelge 2.7.1'de gösterilmiştir.

Çizelge 2.7.1. Bilgi Sorularının Değerlendirilmesi

AH Bilgileri	Soru sayısı	Soru formundaki numarası	Puan (min-max.)
Tanımı	1	15	1 (0-1)
Sıklık	1	16	1 (0-1)
Görüldüğü günler	1	18	1 (80-1)
Risk faktörleri	1	17	3 (0-3)
Nedenleri	1	19	5 (0-5)
Belirtileri	1	20	19 (0-19)
Komplikasyonları	2	21, 22	3 (01-3)
Önleme	2	23, 24	5 (0-5)
Tedavi	2	25, 26	4 (0-4)
Belirleme	3	27, 28, 29	3 (0-3)
Toplam	15	-	45 (0-45)

2.7.1. Bağımlı Değişkenler

Araştırmada hemşire, ebe ve hekimlerin AH ile ilgili bilgi, görüş ve uygulamaları bağımlı değişkenleri oluşturmuştur.

2.7.2. Bağımsız Değişkenler

Araştırmada çalışılan kurum ve birim/klinik ile birim/klinikte çalışma süresi, yaş, cinsiyet, eğitim ve medeni durum, çocuk varlığı, meslek ve meslekte çalışma süresi, AH'yi sağlık sorunu olarak görme, AH yaşayan kadınla karşılaşma, AH'yi yaşama ve AH için profesyonel yardım alma ile kurum/birimde AH'ye yönelik hizmet verilme durumu bağımsız değişkenleri oluşturmaktadır.

2.8. Araştırmanın Güçlükleri

Araştırmanın veri toplama aşamasında bazı güçlükler yaşanmıştır. Bunlar aşağıda sıralanmıştır.

- Araştırma kapsamına alınan kurumların birbirlerinden uzak olması sebebi ile ulaşım zor olmuştur.
- Kurumların uzak olması, çalışma zamanında sağlık çalışanlarının nöbet izni, senelik izin veya raporlu olmalarından dolayı, aynı kurumun birden fazla ziyaret edilmesi veri toplama sürecinin uzamasına neden olmuştur.
- Araştırmanın yapılabilmesi için gerekli izinler alınmasına rağmen, çalışanların çoğu kendilerine çok sayıda anket verildiği gerekçesi ile isteksiz olmuşlar, bu çalışmanın kendilerine bir avantaj sağlamayacağı ve değişen hiçbir şey olmayacağı düşüncesiyle araştırma konusunda daha az destekleyici davranmışlardır. Bu nedenle, soru formu uygulanmadan önce çalışanların bu konudaki sıkıntıları dinlenmiş ve kendilerine konuyla ilgili açıklamalar yapıldıktan sonra onamları alınarak uygulanmıştır. Bu şekilde ancak, evrenin %85,03'üne ulaşılabilmektedir.

2.9. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmada soru formu hemşire, ebe ve hekimlerin öz bildirimlerine göre doldurulmuştur. Bu nedenle, araştırma bulguları araştırmanın yapıldığı örneklem için geçerlidir. Bunun yanında, sağlık personelinin önemli bir kısmı kendilerine çok sayıda anket uygulandığı gerekçesi ve çalışmanın bir avantaj sağlamayacağı, değişen hiçbir şey olmayacağı düşüncesiyle başlangıçta isteksiz davranmışlardır. Bu nedenle verilerin

güvenilirliği, görüşmecilerin verdiği bilgiler ile sınırlıdır. Ayrıca, AH ile ilgili ülkemiz literatüründe yeterli kaynak bulunmaması, araştırmanın tartışma bölümünde sınırlılık oluşturmaktadır.

2.10. Araştırmada Etik

Araştırma protokolüne Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan yazılı izin (21.10.2013- 11.04.2014 tarihleri ve 56989545/050-227-56989545/050-101 sayılı Etik Kurul onayı) (EK 4-5) alınmıştır. Araştırmanın yapılabilmesi için Aydın İl Sağlık Müdürlüğü'nden yazılı izin (14.01.2014 tarih ve 55350872-605-01 sayılı Valilik onayı) (Ek 6), Aydın İli Kamu Hastaneleri Birliği'nden yazılı izin (09.01.2014 tarih ve 25305691-605 sayılı Valilik onayı) (Ek 7) ve Aydın Halk Sağlığı Müdürlüğü'nden yazılı izin (20.01.2014 tarih ve 19866188-605/35 sayılı Valilik onayı) (Ek 8) alınmıştır. Araştırma kapsamına alınan hemşire, ebe ve hekimlere araştırma ile ilgili bilgi verilmiş ve tüm katılımcıların sözel ve yazılı olarak bilgilendirilmiş onamları alınmıştır. Soru formu uygulandıktan sonra, araştırmacı tarafından isteyen katılımcılara AH hakkında bilgi verilmiş ve soruları yanıtlanmıştır.

3. BULGULAR

Sağlık çalışanlarının AH ile ilgili bilgi, görüş ve uygulamalarını belirlemek amacıyla yapılan çalışmanın bulguları dört bölümde sunulmuştur. Birinci bölümde sağlık personelinin tanıtıcı özellikleri, 2. bölümde AH bilgileri, 3. bölümde AH görüşleri ve son bölümde AH'ye yönelik uygulamaları ele alınmıştır.

3.1. Sağlık Personelinin Tanıtıcı Özellikleri

Çizelge 3.1.1. Sağlık personelinin tanıtıcı özelliklerine göre dağılımı (N= 125)

Ozellikler	n	%
Yaş		
19-29	10	8.0
30-39	52	41.6
40-49	51	40.8
50-60	12	9.6
Cinsiyet		
Kadın	102	81.6
Erkek	23	18.4
Eğitim		
Sağlık meslek lisesi	18	14.4
Ön lisans	35	28.0
Lisans	56	44.8
Yüksek lisans	2	1.6
Uzman	14	11.2
Meslek		
Ebe	43	34.4
Hemşire	39	31.2
Aile hekimi	31	24.8
Kadın hastalıkları uzmanı	6	4.8
Çocuk hastalıkları uzmanı	6	4.8
Çalışma süresi		
1-10 yıl	26	20.8
11-20 yıl	56	44.8
≥ 21 yıl	43	34.4
Birim/klinikte çalışma süresi		
1-10 yıl	105	8.0
11-20 yıl	13	10.4
≥ 21 yıl	7	5.6
Çalıştığı birim/klinik		
Devlet hastanesi doğum salonu	10	8.0
Devlet hastanesi kadın hastalıkları kliniği	8	6.4
Devlet hastanesi çocuk hastalıkları kliniği	14	11.2
Özel hastane kadın hastalıkları kliniği	4	3.2
Özel hastane çocuk hastalıkları kliniği	5	4.0
TSM	29	23.2
ASM	55	44.0

Çizelge 3.1.1. *Devam* Sağlık personelinin tanıtıcı özelliklerine göre dağılımı (N= 125)

Ozellikler	n	%
Medeni durum		
Evli	70	56.0
Bekar	33	26.4
Boşanmış	19	15.2
Eşi ölmüş	3	2.4
Çocuk sayısı		
Yok	50	40.0
1	32	25.6
2	33	26.4
3	10	8.0

Çizelge 3.1.1'de araştırmaya katılan sağlık personelinin tanıtıcı özelliklerine göre dağılımları görülmektedir. Yaş ortalaması 39.78 ± 7.31 (min:19, max:60) olan katılımcıların %81.6'sı kadın ve %18.4'ü erkektir. Sağlık personelinin %34.4'ünü ebe, %31.2'sini hemşire, %24.8'ini aile hekimi, %4.8'ini kadın doğum hekimi ve %4.8'ini de çocuk hastalıkları hekimi oluşturmuştur. Örneklem %56'sı evlidir ve ortalama 1.02 ± 0.99 (min:0, max:3) çocuğa sahiptirler. Sağlık personelinin %44,8'i lisans, %28'i ön lisans ve %11,2'si uzmanlık düzeyinde eğitim görmüştür.

Meslekte ortalama 17.40 ± 7.81 (min:1, max:33) yıl çalışan katılımcılar, şu anda buldukları klinik/birimde 6.21 ± 6.50 (min:1,max:33) yıldır görev yapmaktadırlar. Katılımcıların %44'ü ASM, %23.2'si TSM, %29.6'sı devlet hastanesi kadın doğum ve çocuk hastalıkları klinikleri ile doğum salonu'nda, %7.2'si de Özel Uluslararası Söke Hastanesi kadın doğum ve çocuk hastalıkları kliniği'nde çalışmaktadırlar (Çizelge 3.1.1).

Çizelge 3.1.2. Sağlık personelinin AH yaşama ve profesyonel destek alma durumları (N=125)

AH Yaşama ve Profesyonel Destek Alma	n	%
AH yaşama durumu (kendisi/eşi)		
Yaşayan	15	12.0
Yaşamayan	110	88.0
AH yaşadığı günler (n=15)		
1-14. günler	9	60.0
≥ 15 . gün	6	40.0
Profesyonel destek alma durumu (n=15)		
Alan	4	3.2
Almayan	11	8.8

Katılımcıların %12'si kendilerinin ya da eşlerinin AH yaşadıklarını ifade etmişlerdir. AH yaşadığını ifade eden 15 kişinin dokuzu (%60) 1-14. günlerde yaşadıklarını ve sadece %3.2'si buna yönelik profesyonel destek aldıklarını belirtmişlerdir (Çizelge 3.1.2).

3.2. Sağlık Personelinin Annelik Hüznüne Yönelik Bilgileri

Çizelge 3.2.1. Sağlık personelinin AH'yi duyma ve bilme durumu (N=125)

AH'yi Duyma ve Bilme	n	%
Duyma durumu		
Duyan	97	77.6
Duymayan	28	22.4
Bilme durumu		
Bilen	70	56.0
Bilmeyen	55	44.0

Sağlık personelinin AH'yi duyma ve bilme durumu Çizelge 3.2.1'de görülmektedir. AH'yi duyanlar %77.6 oranındayken, kavram olarak bildiğini ifade edenler %56 bulunmuştur.

Grafik 3.2.1. Sağlık personelinin AH ile ilgili bilgileri öğrendiği yer ve kişiler (N=70)



* Birden fazla seçenek işaretlenmiştir. Yüzdeler, hüznü bilenler (n=70) üzerinden alınmıştır.

Grafik 3.2.1'de sağlık personelinin AH bilgilerini öğrendiği yer ve kişiler gösterilmektedir. AH'yi bildiğini ifade eden 70 katılımcının %67.1'i bu bilgileri temel mesleki eğitimleri sırasında aldıklarını, %28.6'sı çalışma arkadaşlarından, %27.1'i kitle iletişim araçlarından, %20'si hizmet içi eğitimlerden ve %11.4'ü de bu konuya yönelik kurslardan öğrendiklerini belirtmişlerdir.

Çizelge 3.2.2. Sağlık personelinin bazı özelliklerine göre AH'yi bilme durumu (N=125)

Özellikler	Annelik Hıznu				Toplam		X ²	p
	Bilen		Bilmeyen		n	%		
	n	%	n	%				
Kurum								
1. basamak	24	58.5	17	41.5	41	100.0		0.706
2. basamak	46	54.8	38	45.2	84	100.0		
Birim/klinik								
Kadın doğum	16	72.7	6	27.3	22	100.0	14.159	0.003
Çocuk	8	42.1	11	57.9	19	100.0		
ASM	37	67.3	18	32.7	55	100.0		
TSM	9	31.0	20	69.0	29	100.0		
Cinsiyet								
Kadın	56	54.9	46	45.1	102	100.0		0.649
Erkek	14	60.9	9	39.1	23	100.0		
Eğitim								
≤ Ön lisans	19	35.8	34	64.2	53	100.0	16.070	0.000
Lisans	38	67.9	18	32.1	56	100.0		
Lisansüstü ve uzmanlık	13	81.3	3	18.8	16	100.0		
Meslek								
Ebe, hemşire	38	46.3	44	53.7	82	100.0		0.004
Hekim	32	74.4	11	25.6	43	100.0		
Çalışma süresi								
1-10 yıl	15	57.7	11	42.3	26	100.0	1.653	0.438
11-20 yıl	28	50.0	28	50.0	56	100.0		
≥ 21 yıl	27	62.8	16	37.2	43	100.0		
Birim/klinikte çalışma süresi								
1-10 yıl	55	52.4	50	47.6	105	100.0		0.085
≥ 11 yıl	15	75.0	5	25.0	20	100.0		
Yaş								
19-29	6	60.0	4	40.0	10	100.0	3.394	0.335
30-39	26	50.0	26	50.0	52	100.0		
40-49	33	64.7	18	35.3	51	100.0		
50-60	5	41.7	7	58.3	12	100.0		
Medeni durum								
Evli	49	70.0	21	30.0	70	100.0	13.442	0.001
Bekar	11	33.3	22	66.7	33	100.0		
Eşi ölmüş/boşanmış	10	45.5	12	54.5	22	100.0		
Çocuk								
Olan	50	66.7	25	33.3	75	100.0		0.006
Olmayan	20	40.0	30	60.0	50	100.0		
AH yaşama								
Yaşayan	14	93.3	1	6.7	15	100.0		0.002
Yaşamayan	56	50.9	54	49.1	110	100.0		

Çizelge 3.2.2'de sağlık personelinin bazı özelliklerine göre AH'yi bilme durumları görülmektedir. Birinci basamakta çalışanların %58.5'i, 2. basamakta çalışanların ise %54.8'i AH'yi bildiğini belirtmiştir. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p=0.706). Çizelge incelendiğinde, kadın doğum kliniğinde çalışanlar %72.7 oranı ile AH'yi bilenler içinde ilk sırayı almaktadır. Bunu ASM (%67.3), çocuk kliniği (%42.1) ve

TSM (%31)'de çalışan sağlık personeli izlemektedir. Aradaki fark istatistiksel açıdan oldukça anlamlıdır ($X^2=14.159$, $p=0.003$). Kadın katılımcıların %54.9'u, erkeklerin %60.9'u AH'yi bildiğini ifade etmiştir ($p=0.649$). Lisansüstü ve uzmanlık eğitimi alanların %81.3'ü, lisans eğitimi alanların %67.9'u, ön lisans ve altı eğitimi alanların da %35.8'i AH'yi bildiğini ifade etmişlerdir. Aradaki fark ileri düzeyde anlamlıdır ($X^2=16.070$, $p=0.000$).

Ebe ve hemşirelerin %46.3'ü, hekimlerin %74.4'ü AH'yi bildiğini belirtmişlerdir ($p=0.004$). Sağlık personelinin meslekte çalışma süresi, AH'yi bilme durumlarında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığa yol açmamıştır ($p=0.438$). Çizelgeye göre 21 yıl ve daha fazla meslek hayatı olanların %62.8'i, 10 yıldan az çalışanların %57.7'si ve 11-20 yıldır çalışanların %50'si AH'yi bildiğini belirtmişlerdir. Katılımcıların görevli oldukları birimlerdeki çalışma sürelerine göre AH'yi bilme durumları incelendiğinde, 11 yıl ve üzerinde çalışanların %75'inin, 1-10 yıl arasında çalışanların ise daha azının (%52.4) AH'yi bildiği saptanmış, ancak aradaki farkın anlamlı olmadığı ($p=0.085$) görülmüştür (Çizelge 3.2.2).

Sağlık çalışanlarının yaşına göre AH'yi bilme durumları incelendiğinde, en fazla 40-49 (%64.7), 19-29 (%60) ve 30-39 (%50), en az 50-60 (%41.7) yaşındakilerin AH'yi bildiği, ancak aradaki farkın önemli olmadığı ($p=0.335$) bulunmuştur. Katılımcıların medeni durumları AH'yi bilme durumlarında önemli bir farklılığa neden olmaktadır ($X^2=13.442$, $p=0.001$). Evli olanların %70'i AH'yi bilirken, bu oran bekarlarda (%33.3), eşi ölen ve boşananlarda (%45.5) önemli ölçüde azalmaktadır. Çocuk sahibi olanların %66.7'si ve çocuğu olmayanların %40'ı AH'yi bildiğini belirtmişlerdir ($p=0.006$), Kendisinin ya da eşinin AH yaşadığını belirtenlerin %93.3'ü, yaşamadığını belirtenlerin %50.9'u ($p=0.002$) AH'yi bildiğini belirtmiştir (Çizelge 3.2.2). AH'yi duyan 97 kişinin %72.2'si AH'yi bildiğini, duymayan 28 kişinin tamamı ise bilmediğini ifade etmişlerdir ($p=0.000$).

Çizelge 3.2.3. Sağlık personelinin AH tanımı, görüldüğü gün ve görülme sıklığına ilişkin bilgileri (N=70)

AH Bilgileri	n	%
Tanım		
Bilen	43	61.4
Bilmeyen	27	38.6
Görülme sıklığı		
Her annede	5	7.1
Çoğu annede	28	40.0
Bazı annelerde	34	48.6
Nadiren	1	1.4
Bilmeyen	2	2.9
Görüldüğü gün		
İlk 10-14 günde	38	54.3
15 gün ve sonrasında	12	17.1
Bilmeyen	20	28.6

AHnü bildiğini belirten 70 sağlık personelinin %61.4'ü AH'yi doğru tanımlamışlardır. Görülme sıklığını katılımcıların %88.6'sı doğru bilmektedir. Bunların %40'ı AH'nin çoğu annede, %48.6'sı da bazı annelerde görüldüğünü belirtmişlerdir. Görüldüğü günler ise %54.3 oranında doğru (ilk 10-14 gün) bilinirken, %28.9 oranında hiç bilinmemekte ve %17.1 oranında da yanlış (15 gün ve sonrası) bilinmektedir. (Çizelge 3.2.3).

Çizelge 3.2.4. Sağlık personelinin AH risk faktörleri ve nedenlerine ilişkin bilgileri (N=70)

AH Bilgileri	n	%
Risk faktörleri*		
Stres	41	58.6
Erken-geç yaşta doğum	27	38.6
Yetersiz sosyal destek	20	28.6
Sosyoekonomik yetersizlik	15	21.4
Kendisi ya da ailesinde ruhsal hastalık öyküsü	15	21.4
Yetersiz beslenme	12	17.1
Yetersiz fiziksel aktivite	5	7.1
Nedenler*		
Doğum sonrası hormonal değişimler	36	51.4
Psikososyal nedenler	29	41.4
Doğum sonrası fiziksel değişimler	15	21.4
Kesin bilinen bir nedeni yoktur	11	15.7
Doğum sonu bakımından yararlanmama	7	10.0

* Birden fazla seçenek işaretlenmiştir. Yüzdeler, hüznü bilenler (n=70) üzerinden alınmıştır.

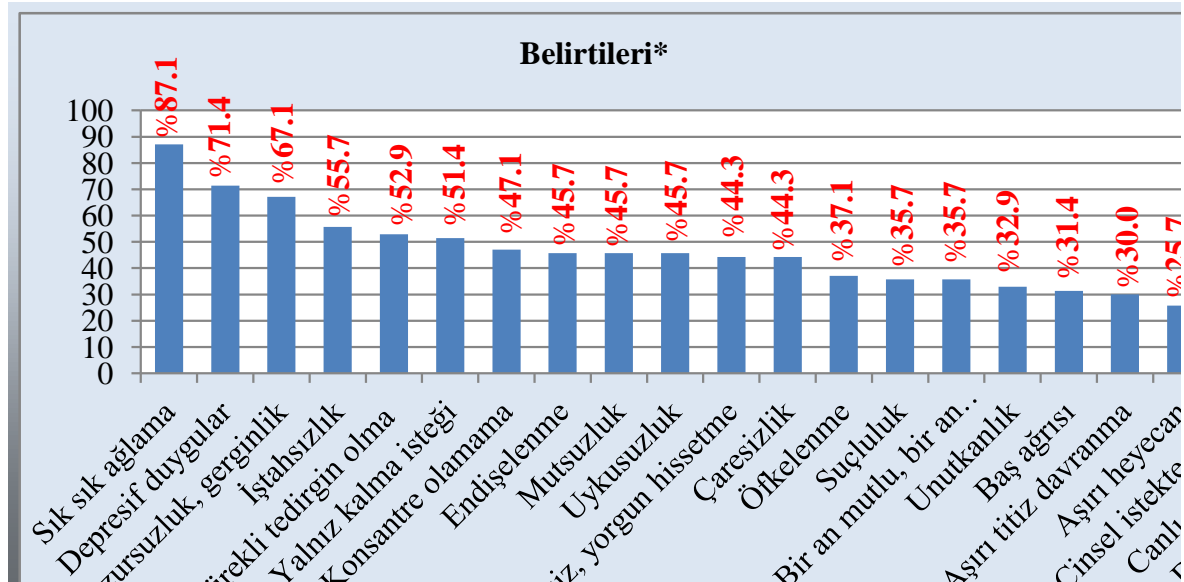
AHnü bildiğini ifade eden sağlık personeli, AH riskini artıran en önemli üç faktörünün stres (%58.6), erken ve geç yaşta doğum (%38.6) ve yetersiz sosyal destek (%28.6) olduğunu belirtmişlerdir. Diğer risk faktörleri olarak sosyoekonomik yetersizlik

(%21.4), kendisinde ya da ailesinde ruhsal hastalık öyküsü (%21.4) ve yetersiz beslenme (%17.1) bilinmektedir (Çizelge 3.2.4). Ayrıca, yetmiş katılımcının %74.3'ünün AH'ye yol açan en önemli üç risk faktöründen herhangi birini doğru bildiği, bunların %40'ının tek, %34.3'ünün ise iki risk faktörünü bildiği bulunmuştur.

Sağlık personeli AH'nin görülmesinde bildiği en önemli nedenleri; doğum sonrası hormonal değişimler (%51.4), psikosyal nedenler (%41.4), doğum sonrası fiziksel değişimler (%21.4) ve postpartum bakımdan yararlanmama (%10) olarak sıralamıştır. Sağlık personelinin %15.7'si AH'nin kesin bilinen bir nedeninin olmadığını ifade etmiştir (Çizelge 3.2.4). AH nedenlerinden herhangi birini bilenlerin oranı %83.9'dur. Ancak, bunların %41.1'i bir, %33.9'u iki, %7.1'i üç ve %1.8'i dört neden belirtmiştir.

AH belirtilerini hiç bilmeyen sağlık çalışanı bulunmamaktadır. Bir ile beş belirtiyi bilenlerin oranı %25.7 iken, 6-10 (%37.2) ve 11-15 (%31.4) arasında belirti bildirenlerin oranı daha fazla, 16-19 arasında belirti bildirenlerin oranı ise çok azdır (%5.7).

Grafik 3.2.2. Sağlık personelinin bildiği AH belirtileri (N=70)



*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir. Yüzdeler, hüznü bilenler (n=70) üzerinden alınmıştır.

AH'yi bildiğini ifade eden 70 sağlık personelinin bildiği belirtiler Grafik 3.2.2'de verilmiştir. Buna göre en fazla bilinen AH belirtileri sırayla sık sık ağlama (%87.1), depresif duygular (%71.4), huzursuzluk, gerginlik (%67.1), iştahsızlık (%55.7), sürekli tedirgin olma (%52.9) ve yalnız kalma isteği (%51.4) olmuştur. Bilinen diğer belirtiler arasında konsantre olamama (%47.1), endişelenme (%45.7), mutsuzluk (%45.7),

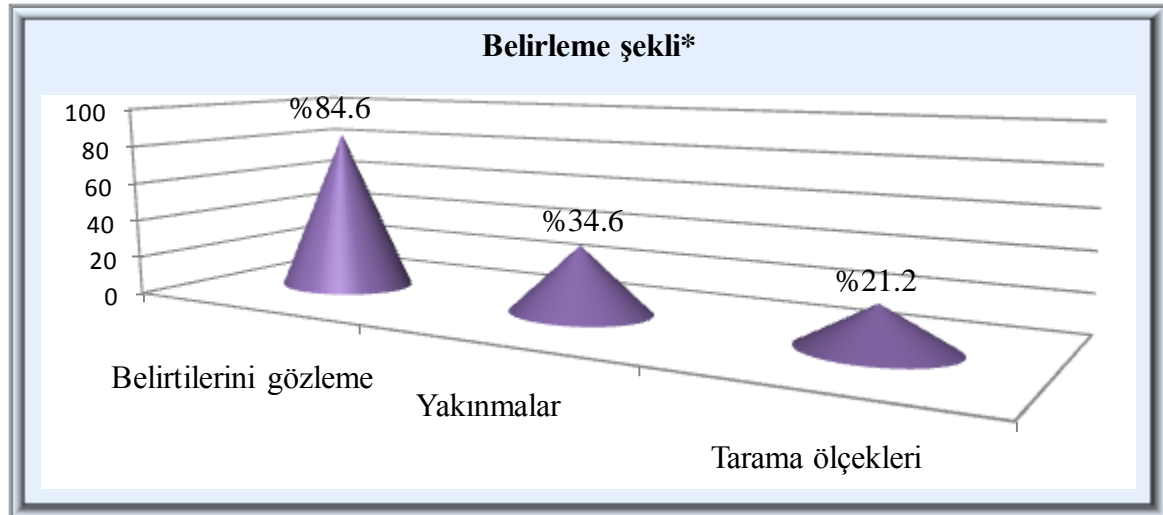
uykusuzluk (%45.7), halsiz, yorgun hissetme (%44.3), çaresizlik (%44.3), öfkelenme (%37.1), suçluluk (%35.7) ve bir an mutlu/bir an mutsuz olma (%35.7) yer almaktadır.

Çizelge 3.2.5. Sağlık personelinin AH'nin erkenden belirlenmesi ve önlenmesine ilişkin bilgileri (N=70)

AH Bilgileri	n	%
Erkenden belirlenmesi		
Belirlenebilir	52	74.3
Belirlenemez	4	5.7
Bilmeyen	14	20.0
Önlenmesi		
Ölnebilir	56	80.0
Ölneemez	4	5.7
Bilmeyen	10	14.3

Sağlık personelinin %74.3'ünün AH'nin erkenden belirlenebileceğini bildiği, %20'sinin ise bilmediği görülmektedir. Katılımcıların %80'i AH'nin önlenilebileceğini belirtirken (Çizelge 3.2.5), sadece %11.4'ünün önleme şeklini doğru bildiği saptanmıştır. Ölnebilir diyen 56 kişinin %58.9'u bir, %37.5'i de iki önleme şeklini doğru olarak bilmektedir.

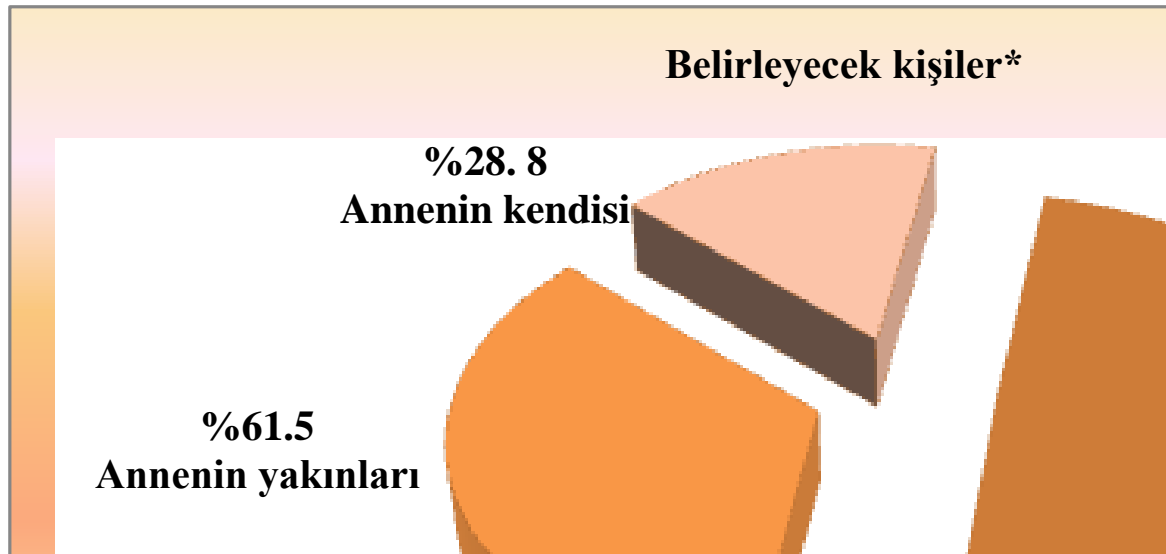
Grafik 3.2.3. Sağlık personelinin AH'yi erkenden belirleme şekline ilişkin bilgileri (N=56)



* Birden fazla seçenek işaretlenmiştir. Yüzdelere, hüznü bilenler (n=70) üzerinden alınmıştır.

Grafik 3.2.3, katılımcıların AH'yi nasıl belirleyecekleri konusundaki bilgilerini göstermektedir. Erkenden belirlenebilir diyen 52 katılımcının %84,6'sı gözlem (44 kişi), %34,6'sı (18 kişi) annenin yakınmaları ve %21,2'si tarama ölçekleri (11 kişi) ile belirlenebileceğini belirtmişlerdir.

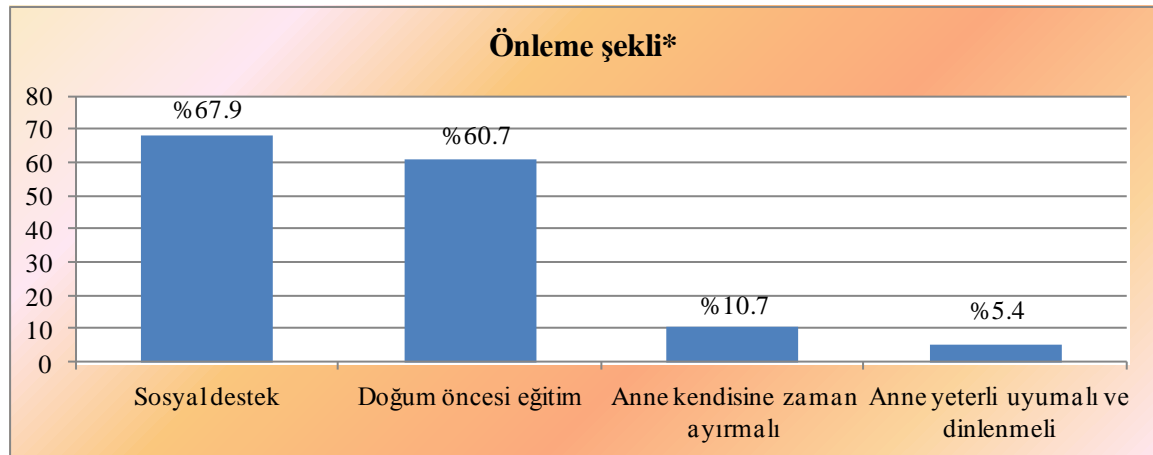
Grafik 3.2.4. Sağlık personelinin AHyi belirleyecek kişilere ilişkin bilgileri (N=52)



* Birden fazla seçenek işaretlenmiştir. Yüzdeler, hüznü bilenler (n=70) üzerinden alınmıştır.

Katılımcıların, AHyi kimlerin belirlemesi gerektiği ile ilgili bilgileri Grafik 3.2.4'de yer almaktadır. AHyi belirleyecek kişiler olarak %88.5 oranında sağlık personeli (46 kişi), %61.5 oranında annenin yakınları (32 kişi) ve %28.8 oranında (15 kişi) da annenin kendisi bilinmektedir.

Grafik 3.2.5. Sağlık personelinin AHyi önleme şekline ilişkin bilgileri (N=56)



* Birden fazla seçenek işaretlenmiştir. Yüzdeler, hüznü bilenler (n=70) üzerinden alınmıştır.

Grafik 3.2.5, katılımcıların AHy'nin nasıl önleneceği konusundaki bilgilerini göstermektedir. AHy'nin önlenilecek bir sorun olduğunu bilen 56 katılımcının %67.9'u (38 kişi) sosyal destek, %60.7'si (34 kişi) de doğum öncesi eğitim ile önleneceğini bilmektedir.

Çizelge 3.2.6. Sağlık personelinin AH'nin tedavisi ve komplikasyonlarına ilişkin bilgileri (N=70)

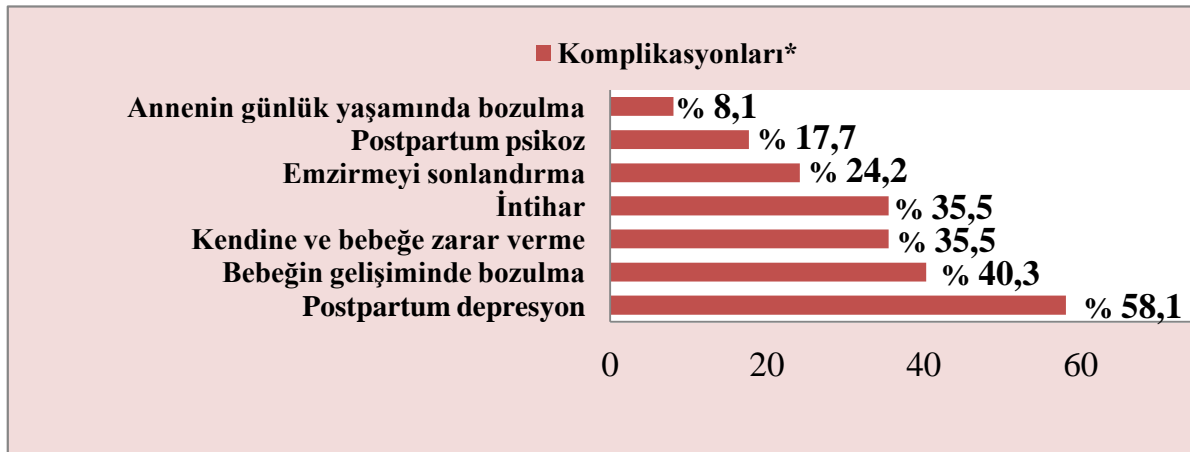
AH Bilgileri	n	%
Tedavisi		
Tedavi edilebilir	60	85.7
Tedavi edilemez	3	4.3
Bilmeyen	7	10.0
Tedavi şekilleri (n=60)*		
Psikoterapi	44	73.3
Sosyal destek	27	45.0
İlaç tedavisi	24	40.0
Ev ziyaretleri ve doğum sonu bakım	8	13.3
Komplikasyonları		
Vardır	62	88.6
Yoktur	3	4.3
Bilmeyen	5	7.1

* Birden fazla seçenek işaretlenmiştir. Yüzdeler hüznü bilenler (n=70) üzerinden alınmıştır.

AH'nü bilen 70 katılımcının %85.7'si AH'nin tedavi edilebilir olduğunu belirtirken (Çizelge 3.2.6), bunların 55'i (%91.7) tedavi seçeneklerinden herhangi birini, bunların da %56.7'si bir, %31.7'si iki ve %3.3'ü üç tedavi seçeneğini bilmektedir. Tedavisini bilenlerin %73.3'ü bunun psikoterapi ile mümkün olduğunu ifade ederken, %45'i sosyal destek, %40'ı ilaç ve %13.3'ü ev ziyaretleri ve postpartum bakım ile sağlanabileceğini belirtmiştir (Çizelge 3.2.6).

Sağlık personeli büyük oranda (%88.6) AH'nin komplikasyonları olduğunu bilmektedir (Çizelge 3.2.6). Bu katılımcıların %61.3'ünün AH'nin iki önemli komplikasyonunu (postpartum depresyon ve psikoz) bildiği saptanmıştır. Bu komplikasyonlardan biri 38 katılımcının %81.6'sı, ikisi ise %18.4'ü tarafından bilinmiştir.

Grafik 3.2.6. Sağlık personelinin bildiği AH komplikasyonları (N=62)



* Birden fazla seçenek işaretlenmiştir. Yüzdeler, hüznü bilenler (n=70) üzerinden alınmıştır.

AH komplikasyonlarını bildiğini belirten 62 katılımcının en fazla bildiği komplikasyon %58.1 oranı ile PPD'dir. Bilinen diğer komplikasyonlar arasında bebeğin fiziksel, duygusal ve zihinsel gelişiminde bozulma (%40.3), kendine ve bebeğe zarar verme (%35.5), intihar etme (%35.5) ve emzirmenin erken sonlandırılması (%24.2) yer almıştır. AH'nin 2. önemli komplikasyonu olan PP'yi bilme oranı düşüktür (%17.7) (Grafik 3.2.6).

Çizelge 3.2.7. Sağlık personelinin AH bilgilerine ilişkin merkezi eğilim ve değişim ölçütleri (N=70)

AH Bilgileri	Merkezi Eğilim ve Değişim Ölçütleri			
	X±SS	Medyan	Min.	Max.
Tanımı	0.61±0.49	1.00	0.00	1.00
Sıklık	0.88±0.32	1.00	00.00	1.00
Görüldüğü günler	0.54±0.50	1.00	0.00	1.00
Risk faktörleri	1.08±0.77	1.00	0.00	2.00
Nedenleri	1.37±0.90	1.00	0.00	4.00
Belirtileri	8.87±3.98	8.50	1.00	19.00
Komplikasyonları	1.52±0.82	1.50	0.00	3.00
Tedavi	1.97±1.02	1.50	0.00	4.00
Erkenden belirleme	1.51±1.00	1.33	0.00	3.00
Önleme	1.87±1.06	1.50	0.00	3.00
Toplam	19.98±6.66	18.75	7.00	37.00

Çizelge 3.2.7de sağlık personelinin AH bilgi puan ortalamaları yer almaktadır. Çizelge 3.2.7'ye bakıldığında; sağlık personelinin sırayla AH sıklığı (bir puan üzerinden 0.88±0.32), tanımı (bir puan üzerinden 0.61±0.49;), görüldüğü günler (bir puan üzerinden 0.54±0.50) ve komplikasyonları (üç puan üzerinden 1.52±0.82) konusundaki bilgi puanlarının genelde yüksek olduğu görülmektedir. Buna karşın belirtileri (19 puan üzerinden 8.87±3.98), risk faktörleri (üç puan üzerinden 1.08±0.77), nedenleri (beş puan üzerinden 1.37±0.90), tedavisi (dört puan üzerinden 1.97±1.02), erkenden belirlenebilirliği (üç puan üzerinden 1.51±1.00) ve önlenilebilirliği (beş puan üzerinden 1.87±1.06) puanlarının düşük, AH genel bilgi puan ortalamasının ise (45 puan üzerinden 19.98±6.66) orta düzeyde olduğu saptanmıştır.

AH'yi bildiğini belirten 70 sağlık personelinin AH bilgi puanlarının dağılımı değerlendirildiğinde; %24.3'nün 15 puan ve altında, %70'inin 16-30 puan arasında ve %5.7'sinin 31-45 puan arasında aldığı görülmüştür.

Çizelge 3.2.8. Sağlık personelinin bazı özelliklerine göre AH bilgi puanı ortalamaları (N=70)

Özellikler	AH Bilgi Puanı			
	n	X±SS	KW	p
Kurum				
1. basamak	24	21.250±5.58	447.500	0.195
2. basamak	46	19.326±7.134		
Birim/Klinik				
Kadın doğum	16	22.125±5.737	2.579	0.461
Çocuk	8	19.500±5.155		
ASM	379	19.378±7.2241		
TSM		9.111±7.167		
Cinsiyet				
Kadın	56	19.446±6.024	312.000	0.240
Erkek	14	22.143±8.717		
Eğitim				
≤ Ön lisans	19	17.474±6.915	5.947	0.051
Lisans	38	20.158±6.149		
Lisansüstü ve uzmanlık	13	23.154±6.793		
Meslek				
Ebe, hemşire	38	18.158±5.916	9.073	0.011 (3>1; p=0.006)
Aile hekimi	23	21.217±7.317		
Kadın doğum/çocuk hekimi	9	24.556±5.503		
Çalışma süresi				
1-10 yıl	15	19.357±4.845	1.315	0.518
11-20 yıl	28	20.966±7.423		
≥ 21 yıl	27	19.259±6.706		
Birim/klinikte çalışma süresi				
1-10 yıl	55	19.927±6.801	398.500	0.841
≥ 11yıl	15	20.200±6.361		
Yaş				
19-29	6	17.000±2.898	3.329	0.344
30-39	26	19.539±6.537		
40-49	33	21.242±7.018		
50-60	5	17.600±7.733		
Çocuk				
Olan	50	20.080±6.880	494.500	0.943
Olmayan	20	19.750±6.257		
Sağlık sorunu olarak görme				
Gören	57	21.193±6.238	9.475	0.009 (1>3; p=0.007)
Görmeyen	4	14.750±7.544		
Bilmeyen	9	14.667±5.788		
AH yaşama				
Yaşayan	14	17.786±7.192	301.500	0.183
Yaşamayan	56	20.536±6.478		
AH yaşayan kadınla karşılaşma				
Karşılaşan	55	20.982±5.867	220.000	0.006
Karşılaşmayan	15	16.333±8.243		

Çizelge 3.2.8. *Devam* Sağlık personelinin bazı özelliklerine göre AH bilgi puanı ortalamaları (N=70)

Özellikler	AH Bilgi Puanı			
	n	X±SS	KW	p
AH'ye yönelik uygulamalar				
Emzirme desteği sağlama				
Evet	17	23.529±5.316	198.500	0.023
Hayır	38	19.842±5.806		
Anneyle konuşup sürecin normal olduğunu söyleme				
Evet	43	22.140±5.575	120.000	0.005
Hayır	12	16.833±5.132		
Eş ve aile desteği sağlama				
Evet	35	22.657±4.165	200.000	0.009
Hayır	20	18.050±7.251		
Annenin duygularını ifade etmesini sağlama				
Evet	31	22.807±5.147	239.000	0.024
Hayır	24	18.625±5.999		
Kurum/birimde AH'ye yönelik hizmet verilme durumu				
Evet	20	22.150±5.451	365.000	0.079
Hayır	50	19.120±6.954		

AH'yi bilen 70 sağlık personelinin bazı özelliklerine göre AH toplam bilgi puanı ortalamaları Çizelge 3.2.8'de görülmektedir. Buna göre sağlık personelinin AH bilgi puan ortalamaları; yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, çocuk varlığı, çalışılan kurum ve klinik/birim ile kurum ve klinik/birimde çalışma süresi, AH'yi yaşama, kurum/birimde AH'ye yönelik hizmet verilme durumu ve AH'ye yönelik uygulamalardan kadın doğum hekimine yönlendirme, anne ve bebeğin bakımına yardımcı olma ile psikoloğa ve psikiyatriste yönlendirme durumuna göre farklılık göstermemektedir ($p>0.05$).

Buna karşın meslek, AH'yi sağlık sorunu olarak görme, AH yaşayan kadınla karşılaşma ve AH'ne yönelik olarak yapılan uygulamalardan anneyle konuşup sürecin normal olduğunu söyleme, eş ve aile desteğini sağlama, annenin duygularının ifadesini sağlama ve emzirme desteği sağlama AH bilgi puan ortalamalarını etkilemiştir ($p<0.005$). Özellikle kadın doğum ve çocuk hekimi olanların AH toplam bilgi puanlarının (24,556±5,503) ebe, hemşirelere (18,158±0.916; $p=0.006$) ve AH'yi sağlık sorunu olarak görenlerin (21,193±6,238), sağlık sorunu olduğunu bilmeyenlere (14,667±5,788; $p=0.007$) göre AH toplam bilgi puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur (Çizelge 3.2.8).

Bunun dışında AH tanımı, sıklığı, görüldüğü günler, nedenleri, risk faktörleri, belirtileri, tedavisi, erkenden belirlenmesi ve önlenmesine ilişkin bilgi puanlarının da benzer özelliklerden etkilendiği bulunmuştur.

AH tanımı ile ilgili bilgi puanı ortalaması, AH bilgisini iyi bulan ve çalıştığı kurum/birimde AH'ye yönelik hizmet verildiğini belirtenlerde daha yüksektir ($p<0.005$).

AH sıklığı ile ilgili bilgi puanı ortalaması; çocuğu bulunan ($p<0.005$), 19-29 yaştakilere (0.333 ± 0.516) göre 30-39 yaşında (0.923 ± 0.272 ; $p=0.001$) ve 40-49 (0.970 ± 0.174 ; $p=0.000$) yaşlarında olan, ayrıca ebe hemşirelere ($0,790\pm 0,413$; $p=0.019$) göre hekim ($p<0.005$) ve özellikle aile hekimi olanlarda ($1,000\pm 0,000$) yüksek bulunmuştur ($p<0.005$).

Görüldüğü gün ile ilgili bilgi puanı ortalaması ise; AH bilgisini iyi bulan, AH ile karşılaşan, bu konuda profesyonel yardım alan ve AH nedeniyle anneleri kadın doğum hekimine yönlendirenlerde ($p<0.005$), ayrıca aile hekimleri ($0,609\pm 0,499$; $p=0.029$) ve ebe hemşirelere ($0,395\pm 0,495$; $p=0.001$) göre kadın doğum ve çocuk hekimlerinde ($1,000\pm 0.000$) daha yüksektir.

Nedeni ile ilgili bilgi puanı ortalaması; özellikle ebe hemşirelere göre (1.077 ± 0.744) kadın doğum ve çocuk hekimlerinde (1.889 ± 0.601 ; $p=0.005$), AH bilgisini iyi bulan, AH ile karşılaşan, bu konuda profesyonel yardım alan ve çalıştığı kurum/birimde AH'ye yönelik hizmet verildiğini belirtenlerde ($p<0.005$) yüksektir.

Risk faktörü ile ilgili bilgi puanı ortalaması ise AH konusunda eğitim verilmeli diyen ve bu konuda eğitim almak isteyen, AH'ye yönelik uygulamalardan anneye konuşup sürecin normal olduğunu söyleyen, eş ve aile desteği sağlayan ve annelerin duygularını ifade etmelerini sağlayanlarda oldukça yüksektir ($p<0.005$).

Belirtileri ile ilgili bilgi puanı ortalaması; 1. basamakta çalışan, AH bilgisini iyi bulan ve AH için profesyonel yardım alanlarda ($p<0.005$) ve ebe, hemşirelere ($8,136\pm 3.757$; $p=0.010$) ve aile hekimlerine (8.609 ± 4.429 ; $p=0.017$) göre kadın doğum ve çocuk hekimlerinde (11.889 ± 2.421) belirgin olarak daha yüksektir.

AH tedavisi bilgi puan ortalaması; AH bilgisini iyi bulan, hüznün tedavi edilebilir olduğunu belirten, AH konusunda eğitim verilmesi gerektiğini düşünen, AH yaşayan,

kadın ile konuşup sürecin normal olduğunu söyleyen ve eş-aile desteği sağlayanlarda yüksek saptanmıştır.

AH komplikasyonları ile ilgili bilgi puanı ortalaması da 50-60 yaş grubuna (0.400±0.548) göre 19-29 (1.833±0.753; p=0.013), 30-39 (1.500±0.906; p=0.015) ve 40-49 (1.667±0.692; p=0.002) yaş grubunda, ayrıca AH için profesyonel yardım alanlarda (p<0.005) yüksek bulunmuştur.

AH'yi erkenden belirleme bilgi puanı; hüznün belirlenebileceğini düşünen, AH bilgisini iyi bulan, AH için profesyonel yardım alan, anneye konuşup sürecin normal olduğunu söyleyen, eş ve aile desteği sağlayan (p<0.005) ve AH'nin sağlık sorunu olup olmadığını bilmeyenlere (0.667±1.000) göre sağlık sorunu olarak görenlerde (1.649±0.594; p=0.011) daha yüksektir.

AH'yi **önleme** bilgi puanı ortalaması ise AH bilgisini iyi bulan, bu konuda eğitim verilmesi gerektiğine inanan, AH ile karşılaşan, anneye konuşup sürecin normal olduğunu açıklayan, annelerin duygularını ifade etmelerini sağlayan, eş ve aile desteği sağlayan ve AH yaşayan anneye yardımcı olmada kendini yeterli görenlerde anlamlı şekilde yüksek saptanmıştır (p<0.005).

Çizelge 3.2.9. Sağlık personelinin AH ile ilgili bilgilerini değerlendirme durumu ve eğitim alma istekleri (N= 125)

Bilgilerini Değerlendirme ve Eğitim Alma İsteği	n	%
Bilgilerini Değerlendirme (n= 70)		
Çok iyi	5	7.1
İyi	51	72.9
Kötü	13	18.6
Çok kötü	1	1.4
Eğitim alma isteği		
İsteyen	95	76.0
İstemeyen	30	24.0

Çizelge 3.2.9'da sağlık personelinin AH ile bilgilerini değerlendirme durumları ve bu konuda eğitim alma istekleri verilmiştir. AH'yi bildiğini belirten sağlık personelinin %72.9'u bu konudaki bilgilerini iyi, %18.6'sı ise kötü olarak değerlendirmiştir. Buna karşın %76'sı AH konusunda eğitim almak istemektedir.

3.3. Sağlık Personelinin Annelik Hüznüne Yönelik Görüşleri

Çizelge 3.3.1. Sağlık personelinin AH'ye yönelik görüşleri (N=125)

AH Görüşleri	n	%
Postpartum sorunlar içindeki önemi (n= 83)		
Çok önemli	34	41.0
Oldukça önemli	39	47.0
Kısmen önemli	3	3.6
Bilmeyen	7	8.4
Sağlık personelinin rolü		
Çok önemli	44	35.2
Oldukça önemli	38	30.4
Kısmen önemli	14	11.2
Hiç önemli değil	1	0.8
Bilmeyen	28	22.4

Sağlık personelinin %66.4'ü AH'nü bir sağlık sorunu olarak görmekte, buna karşın %8'i sağlık sorunu olmadığını düşünmekte ve %25.6'sı da bilmemektedir. Çizelge 3.3.1'de bunların %41'i hüznün postpartum sağlık sorunları içinde çok önemli, %47'si de oldukça önemli bir sorun olduğunu düşünmektedir. AH yaşayan bir kadına bakım verme/yardımcı olmada sağlık personelinin rolünü %35.2'si çok önemli, %30.4'ü de oldukça önemli bulurken, azımsanmayacak bir oranı (%22.4) bilmediğini belirtmiştir (Çizelge 3.3.1).

Çizelge 3.3.2. Sağlık personelinin AH eğitimi verilmesine yönelik görüşleri (N=125)

AH Eğitime Yönelik Görüşler	n	%
Eğitim		
Gerekli	110	88.0
Gereksiz	15	12.0
Eğitim verilecek kişiler (n= 110)*		
Sağlık personeli	88	80.0
Gebe ve baba adayları	53	48.2
Anne ve babalar	48	43.6
Annenin yakınları	22	20.0

* Birden fazla seçenek işaretlenmiştir. Yüzdeler, n=110 üzerinden alınmıştır.

Çizelge 3.3.2'de sağlık personelinin AH konusunda eğitim verilmesine yönelik görüşleri yer almaktadır. Katılımcıların %88'i AH'ye yönelik eğitim verilmesi gerektiğini düşünmektedir. Bu eğitimin öncelikle sağlık personeline (%80), daha sonra gebe ve baba adayları (%48.2) ile anne ve babalara (%43.6) ve annenin yakınlarına (%20) verilmesi gerektiği belirlenmiştir.

Çizelge 3.3.3. Sağlık personelinin bazı özelliklerine göre AH'yi sağlık sorunu olarak görme durumları (N=125)

Özellikler	Sağlık Sorunu Olarak Görme						Toplam		X ²	p
	Evet		Hayır		Bilmeyen		n	%		
	n	%	n	%	n	%				
Kurum										
1. basamak	28	68.3	5	12.2	8	19.5	41	100.0	2.258	0.323
2. basamak	55	65.5	5	6.0	24	28.6	84	100.0		
Cinsiyet										
Kadın	68	66.7	6	5.9	28	27.5	102	100.0	3.855	0.145
Erkek	15	65.2	4	17.4	4	17.4	23	100.0		
Eğitim										
≤ Ön lisans	26	49.1	4	7.5	23	43.4	53	100.0		
Lisans	45	80.4	3	5.4	8	14.3	56	100.0		
Lisansüstü ve uzmanlık	12	75.0	3	18.8	1	6.3	16	100.0		
Meslek										
Ebe, hemşire	48	58.5	6	7.3	28	34.1	82	100.0	9.160	0.010
Hekim	35	81.4	4	9.3	4	9.3	43	100.0		
Çalışma süresi										
1-10 yıl	20	76.9	1	3.8	5	19.2	26	100.0		
11-20 yıl	34	60.7	4	7.1	18	32.1	56	100.0		
≥ 21 yıl	29	67.4	5	11.6	9	20.9	43	100.0		
Birim/klinikte çalışma süresi										
1-10 yıl	70	66.7	9	8.6	26	24.8	105	100.0	0.455	0.797
≥ 11 yıl	13	65.0	1	5.0	6	30.0	20	100.0		
Medeni durum										
Evli	49	70.0	8	11.4	13	18.6	70	100.0		
Bekar	19	57.6	1	3.0	13	39.4	33	100.0		
Eşi ölmüş/ boşanmış	15	68.2	1	4.5	6	27.3	22	100.0		
Çocuk										
Olan	54	72.0	6	8.0	15	20.0	75	100.0	3.182	0.204
Olmayan	29	58.0	4	8.0	17	34.0	50	100.0		
AH yaşama										
Yaşayan	13	86.7	0	0.0	2	13.3	15	100.0		
Yaşamayan	70	63.6	10	9.1	30	27.3	110	100.0		

Birinci basamakta çalışanların %68.3'ü, 2. basamakta çalışanların ise %65.5'i AH'yi sağlık sorunu olarak görmektedir (X²=2.258, p=0.323) (Çizelge 3.3.3). Çalışılan birim/klinik açısından değerlendirildiğinde; kadın doğum kliniği (%86.4) ve ASM'de (%72.7) çalışanların önemli bir kısmı, TSM'de çalışanların %51.7'si ve çocuk hastalıkları kliniğinde çalışanların en az oranda (%47.4) sağlık sorunu olarak gördükleri saptanmıştır.

Kadın ve erkek sağlık personeli arasında AH yaklaşık aynı oranlarda sağlık sorunu olarak görülmektedir (%66.7-65.2) (X²=3.855, p=0.145). Lisans eğitimi alanların %80.4'ü, lisansüstü ve uzmanlık eğitimi alanların ise %75'i ve ön lisans ve altı eğitimi olanların

daha azı (%49.1) sağlık sorunu olarak görmektedirler. Çizelge 3.3.3 incelendiğinde; hekimlerin %81.4'ünün, ebe ve hemşirelerin %58.5'inin sağlık sorunu olarak kabul ettikleri ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($X^2=9.160$, $p=0.010$). Çalışma sürelerine bakıldığında; 10 yıla kadar tecrübesi olanların %76.9 ile ilk sırada, daha sonra 21 yıl ve üzeri çalışanlar (%67.4) ile 11-20 yıl arası tecrübesi olanların (%60.7) sağlık sorunu olarak gördükleri bulunmuştur. Katılımcıların buldukları birim/clinikte çalışma süreleri ile AH'yi sağlık sorunu olarak görmeleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p=0.797$). Birim/clinikte 1-10 yıldır çalışanların %66.7'si, 11 yıl ve üzerinde çalışanların %65'i sağlık sorunu olarak görmektedir (Çizelge 3.3.3).

AH en fazla evli (%70) ve eşi ölen/boşanan (%57.6) katılımcılar tarafından sağlık sorunu olarak görülmekle birlikte, bekarların %57.6'sı tarafından da sorun olarak dile getirilmiştir. Yine, çocuğu olan (%72) ve olmayan (%58) sağlık personelinin AH'yi sağlık sorunu olarak görmeleri istatistiki açıdan farklı bulunmamıştır ($p=0.204$). Kendisinin ya da eşinin AH yaşadığını belirtenlerin %86.7'si, yaşamadığını belirtenlerin ise %63.6'sı AH'yi sağlık sorunu olarak görmektedir (Çizelge 3.3.3).

Bunların dışında çalışmaya katılan 19-29 yaş grubu personelin %80'i, 30-39 yaş grubunun %65.4'ü, 40-49 yaş grubunun %66.7'si ve 50-60 yaş grubunun %58.3'ü, AH'yi duyanların %74.2'si, duymayanların %39.3'ü ($X^2=14.768$, $p=0.001$), AH'yi bildiğini belirtenlerin %81.4'ü, bilmediğini ifade edenlerin %47.3'ü ($X^2=16.542$, $p=0.000$), AH'nin tanımını doğru bilenlerin %83.7'si, bilmeyenlerin %77.8'i, AH bilgisini iyi olarak değerlendirenlerin %87.5'i, kötü olarak değerlendirenlerin %57.1'i ve AH ile ilgili eğitim almak isteyenlerin %73.7'si, eğitim almak istemeyenlerin de %43.3'ü AH'yi sağlık sorunu olarak görmektedir ($X^2=15.686$, $p=0.000$). Ayrıca, AH yaşayan kadına yardımcı olmada kendini yeterli görenlerin %81.8'i, yeterli görmeyenlerin %49.2'si AH'yi sağlık sorunu olarak görmektedir ($X^2=7.317$, $p=0.000$).

3.4. Sağlık Personelinin Annelik Hüznüne Yönelik Uygulamaları

Sağlık personelinin %45.6'sı AH yaşayan bir anne ile karşılaşmıştır. Bunların %36.8'i ara sıra, %33.3'ü nadiren, %21.1'i ise çoğu zaman karşılaşmıştır. AH ile karşılaşan sağlık personeli özellikleri incelendiğinde; 1. basamakta çalışanların %51.2'si, 2. basamakta çalışanların da %42.9'u AH ile karşılaştıklarını belirtmişlerdir ($p=0.446$). En çok kadın doğum kliniklerinde çalışanların (%63.6) AH ile karşılaştığı, bunu ASM (%52.7), çocuk hastalıkları kliniği (%36.8) ve TSM (%24.1)'de çalışanların izlediği

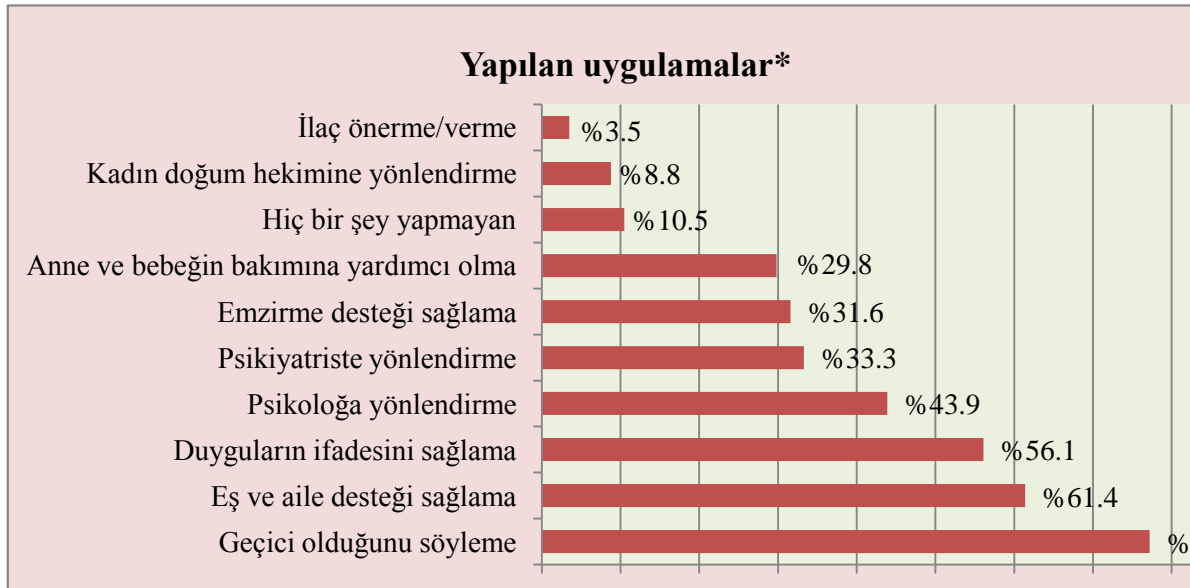
bulunmuştur ($X^2=9.984$, $p=0.019$). Kadın ve erkek sağlık personelinin yarıya yakını (%46.1-%43.5, $p=1.000$) AH ile karşılaşmıştır.

Eğitim düzeyi arttıkça AH ile karşılaştığını bildiren sağlık personeli oranındaki artış dikkati çekmiştir ($X^2=13.403$, $p=0.001$). En fazla lisansüstü ve uzmanlık eğitimi (%75) ile lisans eğitimi olan (%53.6), en az ön lisans ve altı eğitimi olan (%28.3) kişiler AH ile karşılaşmıştır. Hekimlerin %62.8'i, ebe ve hemşirelerin %36.6'sı AH ile karşılaşmıştır ve aradaki fark anlamlı bulunmuştur ($p=0.008$). Meslekte 1-10 yıldır çalışanların %46.2'si, 11-20 yıldır çalışanların %41.1'i, 21 yıl ve üzerinde çalışanların %51.2'si AH ile karşılaşmış olmakla beraber, istatistiksel olarak önemli bir farklılık saptanmamıştır ($p=0.606$). Ancak, çalışılan birimde bulunma süresinin AH ile karşılaşma durumunu etkilediği görülmüştür. Buna göre birim/klinikte 10 yıl ve daha az süredir görev yapan katılımcıların %41'i, 11 yıl ve daha fazla süredir görevli katılımcıların da %70'i AH ile karşılaştıklarını bildirmişlerdir ($p=0.026$).

Genç yaşta (19-29) olan sağlık personelinin %60'ı, 30-39 yaşındakilerin %36.5'i, 40-49 yaşındakilerin %27'si, 50-60 yaşındakilerin %41.7'si AH ile karşılaşmakla birlikte, aradaki farkın önemli olmadığı bulunmuştur ($p=0.291$). Evli (%52.9) ve eşi ölmüş/boşanmış (%50) olanların benzer oranlarda, bekarların ise %27.3 oranında AH ile karşılaştığı ve aradaki farkın anlamlı olduğu saptanmıştır ($X^2= 6.126$, $p=0.047$). Çocuğu olanların %53.3'ü, olmayanların daha azı (%34) AH ile karşılaşmıştır. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=0.044$).

Kendisi veya eşinin AH yaşadığını bildirenlerin %80'i, yaşamadığını bildirenlerin %40.9'u AH ile karşılaşmışlardır ($p=0.005$). AH'yi duyanların %58.8'i AH ile karşılaştığını belirtirken, duymayanların hiçbiri AH ile karşılaşmamıştır. Benzer şekilde AH'yi bildiğini belirtenlerin %78.6'sı AH ile karşılaşmış, bilmeyenlerin ise %96.4'ü AH ile karşılaşmamışlardır ($p=0.000$).

Grafik 3.4.1. Sağlık personelinin AH'ye yönelik yaptığı uygulamalar (N=57)



* Birden fazla seçenek işaretlenmiştir. Yüzdeler, hüznü bilenler (n=125) üzerinden alınmıştır.

Grafik 3.4.1, sağlık personelinin AH yaşayan bir anne ile karşılaştığında neler yaptıklarını göstermektedir. AH ile karşılaştığını ifade eden 57 sağlık personelinin %77.2'si anne ile konuşup sürecin normal olduğunu söylediklerini, %61.4'ü eş ve aile desteği sağladıklarını, %56.1'i annelerin duygularını ifade etmeleri için olanak sağladıklarını belirtmişlerdir. Ayrıca; AH yaşan anneleri psikoloğa (%43.9), psikiyatriste (%33.3) ve kadın doğum hekimine (%8.8) yönlendirdikleri, annelere emzirme desteği sağladıkları (%31.6) ve anne ve bebek bakımına yardımcı oldukları (%29.8) saptanmıştır. Tedavisi olmadığı için bir şey yapmayanların yüzdesi ise %10.5 olarak bulunmuştur.

Çizelge 3.4.1. Sağlık personelinin AH yaşayan kadına bakım verme/yardımcı olmada kendilerini değerlendirmeleri (N=125)

Kendilerini değerlendirmeleri	n	%
Tamamen yeterli	4	3.2
Çoğunlukla yeterli	22	17.6
Kısmen yeterli	40	32.0
Oldukça yetersiz	22	17.6
Tamamen yetersiz	37	29.6

AH yaşayan bir anneye bakım verme/yardımcı olmada, sağlık personelinin çok düşük bir oranı (%3.2) kendisini tamamen yeterli bulmakta, %32'si kısmen ve %17.6'sı da çoğunlukla yeterli bulmaktadır. Buna karşın, sağlık personelinin %17.6'sının oldukça yetersiz ve %29.6'sının tamamen yetersiz bulması önemlidir (Çizelge 3.4.1).

Çizelge 3.4.2. Sağlık personelinin bazı özelliklerine göre AH yaşayan kadına bakım verme/yardımcı olmada kendilerini yeterli görme durumu (N=125)

Özellikler	Yeterli Görme Durumu				Toplam		X ²	p
	Yeterli		Yetersiz		n	%		
	n	%	n	%				
Kurum								
1. basamak	23	56.1	18	43.9	41	100.0	0.704	
2. basamak	43	51.2	41	48.8	84	100.0		
Birim/Klinik							10.268	0.016
Kadın doğum	15	68.2	7	31.8	22	100.0		
Çocuk	8	42.1	11	57.9	19	100.0		
ASM	34	61.8	21	38.2	55	100.0		
TSM	9	31.0	20	69.0	29	100.0		
Cinsiyet							1.000	
Kadın	54	52.9	48	47.1	102	100.0		
Erkek	12	52.2	11	47.8	23	100.0		
Eğitim							13.675	0.001
≤ Ön lisans	18	34.0	35	66.0	53	100.0		
Lisans	36	64.3	20	35.7	56	100.0		
Lisansüstü ve uzmanlık	12	75.0	4	25.0	16	100.0		
Meslek							0.023	
Ebe, hemşire	37	45.1	45	54.9	82	100.0		
Hekim	29	67.4	14	32.6	43	100.0		
Çalışma süresi							0.344	0.842
1-10 yıl	14	53.8	12	46.2	26	100.0		
11-20 yıl	28	50.0	28	50.0	56	100.0		
≥ 21 yıl	24	55.8	19	44.2	43	100.0		
Birim/klinikte çalışma süresi							0.049	
1-10 yıl	51	48.6	54	51.4	105	100.0		
≥ 11 yıl	15	75.0	5	25.0	20	100.0		
Yaş							3.500	0.321
19-29	7	70.0	3	30.0	10	100.0		
30-39	23	44.2	29	55.8	52	100.0		
40-49	30	58.8	21	41.2	51	100.0		
50-60	6	50.0	6	50.0	12	100.0		
Medeni durum							16.073	0.000
Evli	48	68.6	22	31.4	70	100.0		
Bekâr	10	30.3	23	69.7	33	100.0		
Eşi ölmüş/boşanmış	8	36.4	14	63.6	22	100.0		
Çocuk							0.003	
Olan	48	64.0	27	36.0	75	100.0		
Olmayan	18	36.0	32	64.0	50	100.0		
AH yaşama							0.000	
Yaşayan	15	100.0	0	0.0	15	100.0		
Yaşamayan	51	46.4	59	53.6	110	100.0		
AH'yi bilme durumu							0.000	
Bilen	62	88.6	8	11.4	70	100.0		
Bilmeyen	4	7.3	51	92.7	55	100.0		

Çizelge 3.4.2. *Devam* Sağlık personelinin bazı özelliklerine göre AH yaşayan kadına bakım verme/yardımcı olmada kendilerini yeterli görme durumu (N=125)

Özellikler	Yeterli Görme Durumu				Toplam		X ²	p
	Yeterli		Yetersiz		n	%		
	n	%	n	%				
Postpartum sorunlar içindeki önemi (n=76)								
Önemli	54	71.1	22	28.9	76	100.0		
Bilmeyen	0	0.00	7	100.0	7	100.0		
Sağlık personelinin rolü								
Önemli	65	67.7	31	32.3	96	100.0		0.000
Bilmeyen	1	3.4	28	96.6	29	100.0		

Çizelge 3.4.2’de, sağlık personelinin bazı özelliklerine göre AH yaşayan kadına bakım verme/yardımcı olmada kendilerini yeterli görme durumlarının dağılımı görülmektedir. Birinci basamakta çalışanların %56.1’i, ikinci basamaktakilerin %51.2’si kendilerini yeterli görmektedir. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p=0.704). Katılımcıların çalıştıkları birimler ve yardımcı olmada kendilerini yeterli görme durumlarına bakıldığında, aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir (X²=10.268, p=0.016). Buna göre en fazla kadın doğum kliniği (%68.2) ve ASM (%61.8)’dekiler, en az çocuk kliniği (%42.1) ve TSM (%31)’dekiler kendilerini yeterli görmektedir. Kadın ve erkek sağlık personelinin yarısı (%52.9-52.2, p=1.000) AH yaşayan kadına yardımcı olmada kendilerini yeterli görmektedir. Ön lisans ve altında eğitim alanların %66’sı AH yaşayan anneye yardımcı olmada kendilerini yetersiz görürken, lisans eğitimi alanların %64.3’ü, lisansüstü ve uzmanlık eğitimi alanların da %75’i bu konuda kendilerini yeterli görmektedirler (X²=13.675, p=0.001). Hekimlerin %67.4’ü, ebe ve hemşirelerin %45.1’i AH yaşayan kadına yardımcı olmada kendilerini yeterli görmektedir (p=0.023). Meslekte 1-10 yıl, 11-20 yıl ve 21 yıl ve üzerinde çalışanlar benzer oranlarda (sırayla %53.8, %50 ve %55.8) kendilerini yeterli görmektedirler (p=0.842). Katılımcıların görev yaptıkları birim/klinikte çalışma süreleri ile AH ile karşılaşan kişiye yardımcı olmada kendilerini yeterli görme durumları arasındaki fark anlamlıdır (p=0.049). Birim/klinikte 1-10 yıldır görevli olanların %48.6’sının, 11 yıl ve üzerinde görevli olanların %75’inin kendilerini yeterli gördükleri saptanmıştır. AH yaşayan bireye yardımcı olmada en fazla 19-29 yaşındakiler (%70) kendilerini yeterli görmekte birlikte, yaş gruplarına göre aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır (p=0.321).

Medeni durum, AH yaşıyan bir anneye yardım etmede önemli bir değişken olarak saptanmıştır ($X^2=16.073$, $p=0.000$). En fazla evli olan sağlık personeli (%68.6) kendisini bu konuda yeterli bulmaktadır. Ayrıca, çocuğu olan (%64~36, $p=0.003$) ve AH yaşıadıklarını bildiren (%100~46.4, $p=0.000$) sağlık personeli de bu konuda kendisini yeterli olarak değerlendirmiştir (Çizelge 3.4.2).

AH'yi duyanların %64.9'u ve duymayanların %10.7'si, AH'yi bildiğini belirtenlerin %88.6'sı ve bilmediğini ifade edenlerin %7.3'ü (Çizelge 3.4.2) ile AH bilgisini iyi olarak nitelendirenlerin neredeyse tamamına yakını (%94.6) ve kötü olarak nitelendirenlerin %64.3'ü AH yaşıyan bir kadına yardımcı olmada kendilerini yeterli görmektedirler ($p=0.000$). AH'nin postpartum sağlık problemleri içinde önemli bir sorun olduğunu belirtenlerin %71.1'i AH yaşıyan kadına yardımcı olmada kendisini yeterli görürken, bu konuda fikri olmayan veya önemini bilmeyen yedi kişinin tamamı kendisini yetersiz görmektedir (Çizelge 3.4.2). Ayrıca, sağlık personelinin rolünü önemseyenlerin %67.7'si ve önemsemeyenlerin %3.4'ü kendilerini bu konuda yeterli olarak görmüşlerdir (Çizelge 3.4.2).

Çizelge 3.4.3. Sağlık personelinin çalıştıkları kurum/birimde AH'ye yönelik hizmet verilme durumuna ilişkin görüşleri (N= 125)

Kurum/Birimde Hizmet Verilme Durumu	n	%
Evet	23	18.4
Hayır	102	81.6
Verilen hizmetler (n= 23)*		
Eğitim	14	60.9
Anne ile iletişim	13	56.5
Psikoloğa yönlendirme	4	17.4

* Birden fazla seçenek işaretlenmiştir. Yüzdeler, n=23 üzerinden alınmıştır.

Çizelge 3.4.3'de sağlık personelinin çalıştıkları kurum/birimde AH konusunda neler yapıldığına ait bilgiler yer almaktadır. Katılımcıların %18.4'ü çalıştıkları kurum/birimde bu konuda hizmet verildiğini belirtmişlerdir. Hizmet verildiğini söyleyen 23 katılımcı, verilen hizmetleri eğitim (%60.9), anneyle iletişim kurma (%56.5) ve psikoloğa yönlendirme (%17.4) olarak bildirmişlerdir.

Çizelge 3.4.4. Sağlık personelinin AH uygulamalarına yönelik önerileri (N=94)

Oneriler	n	%
Eğitim verilmeli	42	44.7
Gebe ve lohusalar sağlık personeli tarafından yakından izlenmeli	27	28.7
Gebe ve lohusalara sosyal destek sağlanmalı	25	26.6

Çizelge 3.4.4'de sağlık personelinin AH uygulamalarına yönelik önerileri yer almaktadır. AH riskini azaltmak, erkenden belirlemek, tedavi etmek ve komplikasyonlarını önlemek için belirtilen önerilerin ilki eğitimidir (%44.7). Diğer öneriler arasında gebe ve lohusaların sağlık personeli tarafından takip edilmesi (%28.7) ve sosyal destek sağlanması (%26.6) yer almaktadır.

4. TARTIŞMA

AH ile ilgili olarak ülkemizde ilk olarak yapılan bu çalışmada, Aydın'ın Söke ilçesindeki 1. ve 2. basamakta postpartum ilk 10-14 günde annelerle karşılaşan hemşire, ebe ve hekim (kadın doğum, çocuk ve aile hekimi) sağlık personelinin bilgi, görüş ve uygulamalarına yönelik bulgular elde edilmiştir. Bu bulgular, sağlık personelinin bilgi, görüş ve uygulamaları olmak üzere üç başlıkta tartışılmıştır.

4.1. Annelik Hüznüne Yönelik Bilgilere İlişkin Bulguların Tartışılması

Postpartum dönem, annede oluşan fizyolojik değişikliklerin yanında ebeveynliğe geçişin yaşandığı, yeni rollerin ve sorumlulukların üstlenildiği zor bir dönemdir. Postpartum dönem kadınlar için duygudurum bozuklukları açısından önemlidir (Moses-Kolko ve Roth 2004, Manfredi ve ark 2005). Birçok kadın gebelik ve doğumla birlikte bu değişimlere kolaylıkla uyum sağlarken, kadınların bir bölümünde AH gibi ılımlı düzeyde ruhsal belirtiler, bir kısmında da hastaneye yatırılmayı gerektirecek düzeyde ağır psikiyatrik tablolar gelişebilmektedir (Puget ve ark 2005). Literatürde AH'nin görülme sıklığı %8-85 arasında değişmektedir (Pitt 1973, Stein 1980, Ehlert ve ark 1990, Murata ve ark 1998, Beck 2003, Hau ve Levy 2003, Parry ve ark 2003, Rondon 2003, Adewuya 2005, Demott ve ark 2006, Gonidakis ve ark 2007, Faisal-Cury ve ark 2008, Bydlowski ve ark 2013). Hüzün, en az oranda Japonya gibi geleneksel aile desteğinin olduğu ve duyguların az ifade edildiği ülkelerde görülmekle birlikte (Tsukasaki ve ark 1991, Watanabe ve ark 2008), ülkemizde ne oranda yaşandığına ilişkin bir bilgi bulunmamaktadır. Sağlık hizmetlerinin yürütülmesi hakkındaki yönergede, ruh sağlığı hizmetlerinin sağlık hizmetlerinin bütününe entegre edilerek yürütülmesi gerektiği belirtilmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı 2005b). Bu açıdan doğum yapan kadınla en sık karşılaşma olasılığı olan hekim (özellikle kadın doğum hekimleri), hemşire ve ebelerin postpartum ruhsal bozukluklar konusunda gerekli bilgi ve beceriyi kazanmış olmaları gerekir. Bu özellikle sorunun önlenmesi, erken tanınması ve sorun saptandığında kadının uygun tedaviyi alması için yönlendirilmesi açısından oldukça önemlidir (Büyük 2003, Lintner ve Gray 2006, Logsdon ve ark 2006, McCleery ve ark 2007, Chew-Graham ve ark 2009, Leddy ve ark 2011). Aksi takdirde postpartum ruhsal bozukluklar gizli yaşanan bir sağlık sorunu olarak toplum sağlığını olumsuz etkilemeye devam edecektir (Lintner ve Gray 2006).

Postpartum ruhsal bozukluklar primer bakım veren pratisyen hekim, hemşire, ebe, kadın doğum hekimi ve psikiyatristler tarafından tanınmalıdır (Gracer ve Underwood 2001, Hayes 2010). Toplum, PPD'nin farkına varma ve saptamada çocuk hekimi ve hemşirelere göre pratisyen hekim ve kadın doğum hekimlerini daha sorumlu olarak algılamaktadır. Ayrıca, kadın doğum ve çocuk hekimi ve hemşirelere göre pratisyen hekimler PPD belirtilerinin tanınması ve önerilerde bulunulması konusunda en sorumlu sağlık personeli olarak görülmektedir (Behimehr ve ark 2014). Hekimlerde yapılan sınırlı çalışmalarda pratisyen hekim, ana çocuk sağlığı alanında çalışan hemşireler ve ebelerin depresif durumlara ilişkin bilgilerinin orta düzeyde olduğu (Buist ve ark 2006, Jones ve ark 2012), ancak tanılama ve yönetiminde hekim ve hemşirelerin daha iyi olduğu (Buist ve ark 2006) belirtilmektedir. Birezilya'da yapılan bir çalışmada, 1. basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hekim ve hemşirelerin PPD taraması yapma, tanısı koyma ve tedavisini düzenleme konusunda yetersiz oldukları ve eğitime ihtiyaçları olduğu bulunmuştur (Santos Junior ve ark 2012). Çocuk hekimlerinin %85'inden fazlası annedeki depresyonu belirleme sorumluluğu olduğunu düşünmelerine rağmen, %80'inin PPD'yi olduğundan düşük saptadıkları (Wiley ve ark 2004), ancak %31-50'sinin depresyonu fark edebildiği ve bu konuda kendisine güvendiği (Wiley ve ark 2004, Connelly ve ark 2007) ve PPD konusunda eğitim alan kadın doğum hekimlerinin bilgilerinin daha iyi olduğu (Leddy ve ark 2012) belirtilmektedir. Ülkemizde PPD ile ilgili olarak yapılan çalışmalarda hemşire ve ebelerin farklı oranlarda bilgi aldıkları (%47-70.9), bu bilgiyi mesleki eğitim (%36-69.9), hizmet içi eğitim (%35.3) ve mesleki tecrübeleri sırasında edindikleri (%27.3), bilgilerinin düşük ya da orta seviyede olduğu (Işık ve Bilgili 2010, Kurtcu 2010, Karagöz 2011) ve çok azının bilgilerini yeterli buldukları görülmüştür (Kurtcu 2010).

Bu çalışmada da sağlık personelinin %77.6'sı AH'yi duymuş, %56'sı kavram olarak bildiğini ifade etmiş ve bunların da %67.1'i (70 kişi) temel mesleki eğitimlerinde öğrendiklerini belirtmişlerdir. Bunun dışında düşük oranda çalışma arkadaşları (%28.6), kitle iletişim araçları (%20), hizmet içi eğitimler (%20) ve bu konuya yönelik kurslarda (%11.4) öğrenilmiştir. Bulgular, temel mesleki eğitimde AH'ye yer verildiğine, ancak mesleki yaşamda yeterince ele alınmadığına, ayrıca konuya duyarlı olanların ya da hüüzün yaşayan kişilerin varlığına işaret etmektedir. Ayrıca, AH bilme durumu kurum, cinsiyet, meslek ve klinik/birimde çalışma süresi ile yaşa göre değişmezken ($p>0.005$), kadın doğum kliniği (%72.7) ve ASM (%67.3)'de çalışanların, (çocuk kliniği: %42.1; TSM: %31), lisans (%67.9), özellikle lisansüstü ve uzmanlık eğitimi alanların (%81.3),

hekimlerin (%74.4), evli (%70) ve çocuğu olanların (%66.7) ve daha önce hüznün yaşayanların (%93.3) AH'yi daha yüksek oranlarda bildikleri saptanmıştır ($p<0.005$). Bu araştırmada AH'nin az oranda bilinmesi, AH'den çok PPD üzerinde durulması ve hüznün halen açıklığa kavuşturulmamış olması ile açıklanabilir. Ülkemizde AH'ye yönelik araştırmaya rastlanılmamış olması, bunun bir göstergesi olarak değerlendirilebilir. AH'yi bilme oranının kurum, yaş ve çalışma süresine göre farklılık göstermemesi de, sağlık personelinin bu konudaki bilgi açığını ortaya koyması bakımından önemlidir. Ayrıca, araştırmada ebe ve hemşirelerin düşük oranda (%46.3) AH'yi bilmeleri, beklenmeyen bir bulgu olmuştur. Bunun önemli bir nedeni, ebe ve hemşirelerin farklı düzeylerde eğitim almaları, çalışma koşulları ve iş merkezli çalışmaları ile ilişkili olabilir. Nitekim Jones ve ark (2012) da en büyük engeli zaman kısıtlılığı olarak bildirmişlerdir. Ayrıca, ebelerin güncellenmiş bir yasağının henüz olmaması ve hemşirelik yönetmeliğinde kadın doğum, çocuk, halk sağlığı ve toplum ruh sağlığı alanında çalışan hemşirelerden daha çok eğitim ve danışmanlık hizmetlerinin beklenmesi de (T.C. Resmi Gazete 2011a) bunun bir diğer nedeni olabilir. Bulgular, özellikle çocuk kliniği ve TSM'de çalışan sağlık personeli ile ebe ve hemşireler başta olmak üzere tüm sağlık personelinin mezuniyet öncesi ve sonrası hüznün konusunda bilgilendirilmesinin ve geliştirilmesinin, ayrıca buna yönelik yasal düzenlemelerin yapılarak görev, yetki ve sorumluluklarının genişletilmesinin önemli olduğuna işaret etmektedir. Normalde erken postpartum dönemde annelere yakından hizmet veren sağlık personelinin AH'yi daha çok bilmesi ve buna ilişkin temel becerileri kazanmış olarak mezun olması, hizmet içi eğitim ve kurslarla da geliştirmesi beklenir. Bu, özellikle ülkemizde yoğun olarak yaşanan depresyonun önlenmesi açısından son derece önemlidir ve kaçınılmazdır. Bir diğer açıdan hüznün fizyolojik bir olgu olarak değerlendirilmesi, bu konuya olan duyarlılığı da azaltabilir. Bu nedenle, AH konusunda 1. ve 2. basamakta çalışan sağlık personeline farkındalık kazandırılması önemli olacaktır.

Ülkemizde AH ile ilgili herhangi bir araştırma bulunmamaktadır. Farklı çalışmalarda genel pratisyen hekim, hemşire ve ebelerin yaklaşık 2/3'ne yakınının genel olarak PPD konusunda bilgi sahibi oldukları (Buist ve ark 2006, Karagöz 2011, Jones ve ark 2012) ve depresyona ilişkin bilgilerinin benzer (Buist ve ark 2006) ve orta (Jones ve ark 2012), ya da düşük düzeyde (Işık ve Bilgili 2010, Kurtcu 2010) olduğu, ayrıca ebe ve hemşirelerin %15.6'sının PPD'nin karakteristik özelliklerini içeren tanımını bildiği (Işık ve Bilgili 2010) saptanmıştır. Jones ve ark (2012) eğitim, yapılan ebelik uygulaması ve süresinin depresif duruma yönelik bilgilerde etkili olmadığını belirtmesine rağmen, Kurtcu

(2010), lisans mezunlarının lise ve ön lisans mezunlarına göre PPD, erken tanı ve tarama programları ile PPD'nin önlenmesi ve erken tanısında hemşire ve ebelerin rolü konularında yüksek puan aldıklarını saptamıştır. Yine farklı eğitim düzeylerindeki ebe ve hemşirelere PPD (tanıma, müdahale, önleme) ile ilgili olarak yapılan eğitimlerin, her birinin bilgi düzeylerinde anlamlı bir farklılığa yol açtığı saptanmıştır (Çam ve ark 2009). Literatürde hemşirelerin mezuniyet öncesi bu konuda aldıkları eğitimin yeterli olmadığı, ancak mezuniyet sonrası programlara katılan hemşirelerin yaptıkları müdahalelerin PPD'yi önlemede etkili olduğu ifade edilmektedir (Beck ve Gable 2001, Logsdon ve ark 2006). Kadın doğum hekimleri ile ilgili olarak Amerika'da yapılan bir çalışmada, klinik medikal eğitim alan ve almayan kadın doğum hekimlerinin postpartum ruhsal sağlık bilgileri karşılaştırılmış ve eğitim alanların daha iyi oldukları bulunmuştur (Leddy ve ark 2012). Yine Amerika'da çocuk hekimleri ile ilgili olarak yapılan bir çalışmada ise yarısının (%49) PPD ile ilgili çok az ya da hiç eğitim almadıkları bulunmuştur (Wiley ve ark 2004). Bir çalışmada pediatri hekimlerinin %85'inden fazlasının annedeki depresyonun farkına varmada sorumlu olduklarını bilmelerine rağmen, ancak %50'sinin bunu yapma konusunda kendine güvendiği belirtilmektedir (Connolly ve ark 2007). AWHONN (2008), ICM (2011) ve ACOG (2013) gibi profesyonel kurumlar, kadınların ruhsal sağlık bakımları için eğitimin önemli ve gerekli olduğunu savunmaktadırlar. PPD'nin kadının çevresindeki herkesi etkilemesi nedeniyle, ancak çok disiplinli bir ekip ile kaliteli bir bakım sağlanabilir (Büyük 2003, McCleery ve ark 2007). Bu ekibin de ruhsal hastalıklar ve AH konusunda donanımlı olması son derece önemlidir.

Araştırmada da AH'yi bildiğini belirten 70 sağlık personelinin AH'ye ilişkin toplam bilgi puanları incelendiğinde; 45 puan üzerinden 19.98 ± 6.66 puan aldıkları, yani orta düzeyde bilgiye sahip oldukları bulunmuştur. Bu çalışmada da literatüre paralel olarak lisans ve üzeri eğitime sahip olan sağlık personelinin daha yüksek hüzün bilgi puanına sahip olduğu, ancak aradaki farkın anlamlı olmadığı ($p > 0.005$) görülmüştür. Bunun yanında yaş, cinsiyet, medeni durum, çocuk varlığı, kurum, meslek ve klinik/birimde çalışma süresi, AH yaşama, hüzne yönelik bazı görüşler (postpartum sağlık sorunları içinde önemi, AH eğitimi gerekliliği ve isteği) ve uygulamalar (kadın doğum hekimine yönlendirme, anne ve bebeğin bakımına yardımcı olma, psikolog ve psikiyatriste yönlendirme) ile AH konusunda yeterli hissetme ve kurum/birimde AH hizmeti verilme durumunun da bilgi puanını etkilemediği bulunmuştur ($p > 0.005$). Bu konuda yapılacak geniş çaptaki araştırmalarda anlamlılık çıkabilir. Buna karşın, özellikle kadın doğum ve

çocuk hekimi olma, AH'yi sağlık sorunu olarak görme, AH bilgisini iyi olarak değerlendirme, AH ile karşılaşma ve annelere emzirme desteği sağlama, sürecin normal olduğu bilgisini verme, eş ve aile desteği sağlama ile duygularını ifade etmesine izin verme ve yaşadıkları AH konusunda profesyonel yardım alma AH toplam bilgi puanlarını artırmıştır ($p<0.005$). Araştırma verileri, her düzeyde çalışan sağlık personelinin AH konusunda kapsamlı ve sürekli eğitime gereksinimleri olduğuna işaret etmekle birlikte, konuya yakın alanlarda çalışan, AH konusunda olumlu tutuma sahip olan, bilgisine güvenen, AH ile karşılaşan ve bu konuda annelere kapsamlı bilgi, bakım ve destek veren grubun AH konusunda daha duyarlı olduklarını göstermektedir. Literatürde olduğu gibi, özellikle “AH'yi biliyorum” diyen sağlık personeli içinde ebe ve hemşireler ile koruyucu sağlık hizmetlerinde çalışan sağlık personelinin düşük bilgi puanına sahip olması, üzerinde durulması gereken önemli bir bulgu olarak değerlendirilmektedir. Bunun nedenleri farklı eğitim düzeyleri ve aile hekimliğine geçişte yaşanan aksaklıklar ve mevcut yasa ve yönetmeliklerde sağlık personelinden sınırlı olarak beklenen hizmetler olabilir. Bu nedenle nedenlerinin irdelenmesi, planlı eğitimlerin düzenlenmesi ve yasal düzenlemelerin yapılması yararlı uygulamalar olarak düşünülebilir. Bu bulguların yanında, kavram olarak AH'nin tanımını doğru bilenlerin oranı çalışmalardan (Işık ve Bilgili 2010, Kurtcu 2010) daha yüksek çıkmış (%61.4, 43 kişi), ancak tanımlı konusundaki bilgi puanlarının literatürle (Buist ve ark 2006, Jones ve ark 2012) uyumlu şekilde ortanın biraz üzerinde (1 puan üzerinden 0.61 ± 0.49) bulunmuştur. Bu puan, AH bilgisini iyi bulan ve çalıştığı kurum/birimde AH'ye yönelik hizmet verildiğini belirten sağlık personelinde anlamlı şekilde daha yüksektir ($p<0.005$). Bulgular, kurumda AH'ye yönelik eğitim ve hizmet verilmesi durumunda bu puanın artacağına işaret etmektedir. Çünkü, eğitilmiş sağlık personeli depresyonun önlenmesinde önemli rol oynamaktadır (Büyük 2003, AWHONN 2008, Chew-Graham ve ark 2009, Jones ve ark 2012, Leddy ve ark 2012, ACOG 2013, Horowitz ve ark 2013). AH tanımını doğru bilmeyen %38.6 oranındaki sağlık çalışanının büyük kısmı, AH'yi PPD olarak tanımlamıştır. Bu da AH ve PPD'nin karıştırıldığına göstermektedir. Ülkemizde PPD ile ilgili tez, araştırma ve makale olmak üzere birçok yayının bulunması, hüznün PPD olarak bilinmesinde etkili olabilir.

Literatür incelendiğinde geniş bir yelpazeye dağılan AH'nin genellikle postpartum 3-7. günlerde ortaya çıktığı, 5. günde pik yaptığı ve iki haftaya kadar devam edebildiği görülmektedir (Pitt 1973, Stein 1980, Parry ve ark 2003, Adewuya 2005, Demott ve ark 2006, Buttner ve ark 2011). Hüznün 1. ve 2. günlerde % 62 (Hau ve Levy 2003), ilk 3

günün sonunda %44.5 (Gonidakis ve ark 2007), 5. ve 6. günlerde %13-85 (Stein 1980, Hau ve Levy 2003, Parry ve ark 2003, Demott ve ark 2006), 10. günde %21 (Kennerly ve Gath 1989) oranında görüldüğü belirtilmektedir. Ersoy (1993)'un vajinal yolla doğum yapan 100 annenin duygusal durumlarını incelediği araştırmada, postpartum 2. günde annelerin özellikle yorgun (%70), uykusuz (%65) ve aşırı hassas (%56) oldukları saptanmıştır. Bu konuda yapılan çalışmalar, hüznün ilerlemesi ile yaşanan PPD'nin sağlık personeli tarafından yeterince tanılanamadığını, buna bağlı insidansın normalden düşük bulunduğunu ve tanılama ile belirleme konusundaki bilgilerinin yeterli olmadığını ortaya koymaktadır (Beck ve Gable 2001, Wiley ve ark 2004, Buist ve ark 2006, Eilat-Tsanani ve ark 2006, Logsdon ve ark 2006, Santos Junior ve ark 2012, Jones ve ark 2012). Çocuk hekimlerine yönelik yapılan bir çalışmada, %80'inin PPD insidansını olduğundan düşük tahmin ettikleri saptanmıştır (Wiley ve ark 2004).

Bu çalışmada AH'yi bildiğini belirten 70 sağlık personelinin %88.6'sı AH'nin görülme sıklığını doğru bilmektedir ve görülme sıklığı konusunda yüksek bilgi puanına (1 puan üzerinden 0.88 ± 0.32) sahiptirler. Bu puan hekimlerde, özellikle aile hekimlerinde (ebe-hemşirelere göre), 30-49 yaşta kişilerde (19-29 yaşa göre) ve çocuğu olanlarda daha yüksektir ($p < 0.005$). AH görülme sıklığını bilme oranı ve puanının yüksek olması, sağlık personelinin ruhsal sorunlar ve AH konusuna yabancı olmadıklarına işaret etmektedir. Özellikle ileri yaşta ve çocuğu olanlarda puanın yüksek olması, artan deneyimlere bağlı beklendiği bir bulgudur. AH sıklığına ilişkin bilgi puanının aile hekimlerinde yüksek, ancak ebe-hemşire grubunda düşük olması, bu grubun PPD'yi belirleme ve önlemede etkin olduğunu ileri süren (Chew-Graham ve ark 2009, Jones ve ark 2012), ancak eğitim ihtiyacının bulunduğunu belirten (Beck ve Gable 2001, Seehusen ve ark 2005, Eilat-Tsanani ve ark 2006, Logsdon ve ark 2006, Santos Junior ve ark 2012) çalışmaları destekler özellikteki bulgular olması nedeniyle önemlidir. Özellikle, 1. basamakta aile sağlığı elemanı olarak görülen ve hekimin isteği doğrultusunda çalışan ebe/hemşirelerin hasta bakımından uzaklaştırıldığı, buna bağlı puanlarının daha düşük olduğu da düşünülebilir. Bu nedenle, ebe ve hemşirelerin eğitim düzeyleri ile iş yükleri ve çalışma koşullarının gözden geçirilmesi ve mevcut yasal düzenlemelerin ebe ve hemşirelerin etkinliğini artıracak şekilde yeniden düzenlenmesi gerekir. Bunun için geniş kapsamlı çalışmalar planlanabilir ve ebe, hemşire grubunun önerileri dikkate alınabilir.

AH sıklığını bilme oranındaki yüksekliğe karşın, hangi günlerde görüldüğünü doğru bilen sağlık personelinin oranı (%47.2) ve bundan alınan puan (1 puan üzerinden 0.54 ± 0.50) da orta düzeydedir. AH'nin en sık görüldüğü günleri bilmeyen ve yanlış bilenlerin çoğunlukta olması, AH'nin bu günlerde gözden kaçırılmasına ve birçok annenin olumsuz etkilenmesine neden olabileceği için önemlidir (Karaçam ve ark 2004, Cunningham ve ark 2009, Segre ve O'Hara 2010). AH'nin görüldüğü günlere ilişkin bilgi puanının ebe, hemşire ve aile hekimlerine göre kadın doğum ve çocuk hekimlerinde, AH bilgisini iyi bulan, AH ile karşılaşan, kadın doğum hekimine yönlendiren ve bu konuda profesyonel yardım alan sağlık personelinde yüksek olması ($p < 0.005$) dikkate değerdir. Bu durum, yapılacak eğitim ve planlamalarda göz önünde bulundurulmalıdır. AH'nin görüldüğü günler konusunda ebe-hemşirelerin düşük puana sahip olması, erken taburculuğun getirdiği sıkıntılarla da ilişkili olabilir. Çünkü ebe-hemşireler hastanedeki iş yükü nedeniyle postpartum 1. günün 0-1, 1-6 ve 6-24. saatlerde yapacakları değerlendirme, bakım, eğitim ve danışmanlık hizmetlerine yeterince zaman ayıramamaktadırlar. Bu farklı düzeydeki eğitimden geçmeleri ile de ilişkilidir ve buna paralel düşük puan almaları beklenebilir. Ayrıca, gerek yasa ve yönetmeliklerde gerekse ulusal eylem planlarında hekimlere göre ebe ve hemşirelerden postpartum ruh sağlığını koruma ve geliştirmeye yönelik kapsamlı bir görev beklenmemesi de önemli bir neden olabilir. Çalışmalar, çocuk hekimlerinin daha fazla olmak üzere (Wiley ve ark 2004, Connelly ve ark 2007) kadın doğum ve aile hekimleri ile ebe, hemşirelerin bilgilerinin orta düzeyde ve yetersiz olduğunu (Buist ve ark 2006, Jones ve ark 2012, Santos Junior ve ark 2012), ancak eğitim alan ve postpartum izlemleri yapan ebe, hemşire, kadın doğum hekimi ve aile hekimlerinin PPD'la ilgili bilgilerinin arttığını, depresyonu daha iyi saptadıklarını ve gerekli önlemleri aldıklarını göstermektedir (Beck ve Gable 2001, Logsdon ve ark 2006, Çam ve ark 2009, Jones ve ark 2012, Leddy ve ark 2012, Horowitz ve ark 2013). Bu araştırmada kadın doğum hekimlerinin yanında çocuk hekimlerinin de AH'nin görüldüğü günler konusunda yüksek bilgi puanına sahip olması, hekim sayısının azlığına (12 kişi) bağlı olabilir. Bununla birlikte, bu grubun tesadüfi olarak konuya daha duyarlı oldukları da düşünülebilir. Ayrıca, postpartum kontroller sırasında annelerle daha sık karşılaşmaları ve uzun bir süreçte aldıkları standart eğitimlerin (lisans ve uzmanlık eğitimi) etkisi de göz ardı edilmemelidir. Bu bağlamda aile hekimlerinin puanlarının da yüksek olması beklenirdi. Çünkü DSBYR'ye göre anne ve bebeklerin postpartum 2-5. günlerde ve 2. haftada izlenmesi, taranması ve ruhsal duruma yönelik girişimlerin sürdürülmesi önerilmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı 2010). Bunun yanında ulusal ruh sağlığı eylem planında da 1.

basamak ve aile hekimlerinin toplum ruh sağlığı hizmetlerini nitelikli olarak sunmaları beklenmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı 2011b). Bu bağlamda, bilgilerinin yenilenmesi önemli olacaktır.

Stres, ruhsal hastalık öyküsü ve yetersiz sosyal destek AH için bildirilen ve en sık görülen risk faktörleridir (O'Hara ve ark 1991, Epperson ve ark 2001, Beck 2002, Henshaw ve ark 2004, Bloch ve ark 2005, Wiggins ve ark 2005). Japonya ve Tanzanya gibi ülkeler buna iyi bir örnektir (Harris 1981, Tsukasaki ve ark 1991, Murata ve ark 1998, Hau ve Levy 2003). Nijerya'da yapılan bir çalışmaya göre gebelikte stres, ruhsal dalgalanmalar ve bekar olma, AH için önemli risk faktörleri olarak bulunmuştur (Adewuya 2005). Örneğin, ruhsal dalgalanmaların arttığı gebelik döneminde yaşanan depresyon PPD riskini altı kat artırmaktadır (Heron ve ark 2004). Bu konuda ülkemizde yapılan bir araştırmada, ebe ve hemşirelerin yaklaşık 2/3'ünün (%73.4) PPD'ye hazırlayıcı risk faktörlerini bilmediği, bu durumun meslek ve çalışma sürelerine göre değişmezken, eğitime göre farklılık gösterdiği belirlenmiştir (Işık ve Bilgili 2010).

Bu araştırmada örneklemin %74.3'ü risk faktörlerinden herhangi birisini, %40'ı üç önemli risk faktöründen birini, %34.3'ü ikisini bilmekte, üçünü bilen ise bulunmamaktadır. Sağlık personelinin risk faktörlerine ilişkin bilgi puanı orta (2 puan üzerinden 1.08 ± 0.77) bulunmuştur. Bu üç risk faktöründen biri olan stres katılımcıların %58.6'sı tarafından bilinmiştir. Diğer ikisi olan ruhsal hastalık öyküsü (%21.4) ve yetersiz sosyal destek (%28.6) ise daha az bilinmektedir. Bunların dışında bilinen diğer risk faktörleri erken ve geç yaşta doğum (%38.6), sosyoekonomik yetersizlik (%21.4) ve yetersiz beslenmedir (%17.1). Genel olarak çalışmada elde edilen oranlar düşük de olsa, literatürde belirtilen en önemli risk faktörlerinin bilinmesi, sağlık personelinin ruhsal sorunlara yatkın risk gruplarının farkında olduğunu düşündürmektedir. Bir başka açıdan bakıldığında, literatürde belirtilen çok sayıdaki risk faktörüne karşı (Pitt 1973, Stein 1980, O'Hara ve ark 1991, Nagata ve ark 2000, Epperson ve ark 2001, Beck 2002, Seyfried ve Marcus 2003, Henshaw ve ark 2004, Bloch ve ark 2005, Gonidakis ve ark 2007, Faisal-Cury ve ark 2008, Maciocia 2011) katılımcıların daha az sayıda risk faktörünü bildiği söylenebilir. Hayes (2010), ebe ve hemşirelerin postpartum dönemde kadınların depresyon riski yönünden tanınması ve desteklenmesi gerektiğini vurgulamaktadır. Aslında bu çalışmada sağlık personelinin belirttiği risk faktörleri, kadınların genel sağlık durumunu bozan ve ülkemiz için önemli olan risk faktörleridir. Bu açıdan belirtilen risk faktörleri anlamlıdır, ancak

AH'nin risk faktörlerine yönelik bilgi açığına da işaret etmektedir. AH'yi bildiğini belirten yetmiş katılımcıdan; AH konusunda eğitim verilmesi gerektiğini düşünen ve bu konuda eğitim almak isteyen, ayrıca uygulamalarında AH'ye yönelik olarak etkili girişimlerde bulunan (anneyle konuşup sürecin normal olduğunu söyleme, eş ve aile desteğini sağlama ve annelerin duygularını ifade etmesine yardımcı olma) sağlık personelinin risk faktörleri bilgi puanlarının daha yüksek olması ($p < 0.005$), kişisel olarak konuya duyarlı olan ve AH risk faktörleri konusunda eğitimi önemseyen bir grubun varlığına dikkat çekmektedir. Leddy ve ark (2011) da kişisel deneyimlerin PPD taramasına karşı ilgiyi artıran bir faktör olduğunu saptamıştır. Bu araştırmada eğitim durumu, Jones ve ark (2012)'da olduğu gibi istatistiksel anlamlılık yaratmamıştır ($p > 0.005$). Ancak, eğitim düzeyine paralel olarak risk faktörleri bilgi puanlarının artması Işık ve Bilgili (2010)'nin verilerini destekleyen bir bulgu olarak değerlendirilebilir.

AH'nin bilinen kesin bir nedeni belirtilmemekle birlikte (Ijuin ve ark 1998, Alvarado-Esquivel ve ark 2006), biyopsikososyal çeşitli faktörlerin rol oynadığı düşünülmektedir (Baker ve ark 2002, Alvarado-Esquivel ve ark 2006). Postpartum duygudurum bozukluklarının bir nedeni olarak postpartum dönemde östrojen, progesteron (Rude 2013) ve oksitosin (Apter-Levy ve ark 2013) seviyesinin düşmesi gösterilmektedir. Bu yüzden 1. ve 2. basamak sağlık kurumlarında postpartum ruhsal hastalıkların tedavisinde progesteron kullanılmaktadır. Ancak, postpartum ruhsal hastalıklarda progesteronun etkisi zayıf bulunmuştur ve randomize kontrollü çalışmalar önerilmiştir (Gracer ve Underwood 2001). Apter-Levy ve ark (2013)'ün yapmış olduğu kohort çalışmasında, depresyonu olan ve olmayan annelerin ailelerinde postpartum 2.gün, 6 ve 9. ay ile 6. yılda oksitosin düzeyleri incelenmiş ve depresyonu olan annelerin yanında ailedeki baba ve çocukların oksitosin düzeylerinin de düşük olduğu ve bu çocukların empatik ve sosyal becerilerinin depresyonu olmayan anne çocuklarına göre daha düşük olduğu bulunmuştur. Sağlık personeline yönelik olarak yapılan bu araştırmada; katılımcıların AH nedenlerinden herhangi birini bilme oranı %83.9 olmakla birlikte, bir (%41.1) ve iki (%33.9) nedenin bilindiği, buna ilişkin bilgi puanının ise oldukça düşük olduğu (4 puan üzerinden 1.37 ± 0.90) dikkati çekmiştir. Sağlık personelinin AH nedenleri olarak en fazla postpartum hormonal değişimleri (%51.4), psikososyal nedenleri (%41.4) ve fiziksel değişimleri (%21.4) bilmesi literatürdeki etyoloji ile uyumludur, ancak yeterli değildir. AH nedenlerine ilişkin elde edilen bilgi puanları; bu çalışma için daha önce verilen bulgular (AH tanımı, sıklığı, görüldüğü günler, risk faktörleri) ve düşük-orta bilgi

düzeyini vurgulayan literatür (Kurtcu 2010, Işık ve Bilgili 2010, Karagöz 2011, Jones ve ark 2012, Buist ve ark 2006, Santos Junior ve ark 2012, Wiley ve ark 2004) ile örtüşmektedir. AH nedeni bilgi puanlarının ebe, hemşirelere göre kadın doğum ve çocuk hekimlerinde daha yüksek olması ($p<0.005$), hekimlerin de bu konuda bilgili ve duyarlı olması gerektiğini vurgulayan literatürle uyumlu iken (Büyük 2003, Wiley ve ark 2004, Buist ve ark 2007, Connelly ve ark 2007, Leigh ve Milgrom 2007, Leddy ve ark 2011, Leddy ve ark 2012), aile hekimleri, ebe ve hemşirelerin depresyonu tanılama ve önlemede daha etkili, sorumlu olduğu ve olmaları gerektiğini belirten literatürle (Chew-Graham ve ark 2009, Çam ve ark 2009, Sealy ve ark 2009, Jones ve ark 2012, Horowitz ve ark 2013, Behimehr ve ark 2014) örtüşmemektedir. Aslında, AH ve depresyonda koruyucu bakımın önemsenmesi (AWHONN 2008, T.C. Sağlık Bakanlığı 2010, T.C. Sağlık Bakanlığı 2011, ACOG 2013) nedeniyle, postpartum kadınlarla yakın ilişkide ve iletişimde bulunan tüm sağlık personelinin kadınların psikolojik bakım gereksinimlerine karşı ilgili ve duyarlı olması ve buna yönelik hizmet sunması, bunun için de bilgisinin yeterli olması gerekir (Büyük 2003, Buist ve ark 2007, Leigh ve Milgrom 2007). Bu doğrultuda; araştırmada AH bilgisini iyi bulan, AH ile karşılaşan, AH için profesyonel yardım alan ve çalıştığı kurum/birimde AH'ye yönelik hizmet verildiğini belirten sağlık personelinin AH nedenlerine ilişkin bilgi puanlarının daha yüksek olması ($p<0.005$) beklenir bir bulgudur.

Postpartum yaşanan ruhsal dalgalanmalar, ağlama nöbetleri, üzüntü, kaygı ya da bağımlılık AH'nin temel semptomlarıdır (Bennett ve Indman 2003, Gonidakis ve ark 2007, Raynor ve England 2010, ACOG 2013). Ancak, bu dönemde yüksek oranda görülen yorgunluk, uykusuzluk, aşırı hassasiyet, anksiyete, iritabilite ve mutsuzluk gibi şikayetler ve postpartum yaşanan baş ağrısı, unutkanlık, öfke gibi semptomlar (Stein 1980, Ersoy 1993, Hau ve Levy 2003, Raynor ve England 2010, ACOG 2013) doğum yapan her kadının yaşayacağı normal bir durum olarak değerlendirilebilmekte (Fossey ve ark 1997, Henshaw 2003), bazen de depresyona işaret edebilmektedir (O'Hara ve ark 1991, Hannah ve ark 1992, Reck ve ark 2009). Wiley ve ark (2004), annelerin PPD'yi fark edemeyeceklerini belirtmiştir. Bu yüzden hekim, hemşire ve ebelerin postpartum duygudurum bozukluklarının semptomlarını tanımaları gerekmektedir (Holden ve ark 1989, AWHONN 2008, Jones ve ark 2012, ACOG 2013). Bir çalışmada ebe ve hemşirelerin %64.1'inin PPD belirtilerini doğru bildiği, bunun eğitime paralel olarak arttığı, ancak meslek ve çalışma süresine göre değişmediği belirlenmiştir (Işık ve Bilgili 2010). Başka bir çalışmada, eğitim ve çalışma yılının sağlık personelinin orta düzeydeki

bilgisini etkilemediği (Jones ve ark 2012), buna karşın ulusal tarama ve eğitim programlarının etkilediği (Buist ve ark 2006, Buist ve ark 2007, Jones ve ark 2012) ve eğitilmiş ebelerin %69.1'inin PPD belirtilerini gözlediği (Jones ve ark 2012) bulunmuştur. Bu araştırmadaki sağlık personelinin AH belirtilerinden herhangi birini bildiği, ancak ankette yer alan 19 belirtiden 6-15'ini bildikleri ve belirti bilgi puan ortalamalarının 19 puan üzerinden 8.87 ± 3.98 olduğu (orta düzey) saptanmıştır. Katılımcıların ilk altı sırada bildiği AH belirtileri arasında sık sık ağlama (%87.1), depresif duygular (%71.4), huzursuzluk, gerginlik (%67.1), iştahsızlık (%55.7), sürekli tedirgin olma (%52.9) ve yalnız kalma isteği (%51.4) yer almaktadır. Bildirilen bu belirtiler literatürde sık görülen semptomlar olması nedeniyle önemlidir. Diğer bilinen semptomlar konsantre olamama (%47.1), endişelenme (%45.7), mutsuzluk (%54.7), uykusuzluk (%45.7), halsizlik-yorgunluk (%44.3) ve çaresizlik (%44.3) olarak bulunmuştur. Ayrıca, kadın doğum ve çocuk hekimleri (ebe, hemşire ve aile hekimlerine göre), 1. basamakta çalışan (2. basamakta çalışanlara göre), AH bilgisini iyi bulan ve AH konusunda profesyonel yardım alanların AH belirtisi bilgi puanlarının daha iyi olduğu görülmüştür ($p < 0.005$). Bu araştırmada sağlık personelinin birçok semptomu işaretlemesi, farklı semptomları AH belirtisi olarak bildiklerini ve düşündüklerini göstermekle birlikte, bu konuda da yeterli bilgiye sahip oldukları söylenemez. Bu açıdan sağlık personelinin AH semptomları konusunda bilinçlendirilmesi gerektiğini söylemek doğru olur. Bulgular, 2. basamaktaki ebe ve hemşirelerle, 1. basamaktaki sağlık personelinin AH semptomları konusundaki bilgi gereksinimlerine dikkat çekmektedir. Araştırmalarda da kadın doğum hekimi, aile hekimi ile ebe ve hemşirelerin depresyonu daha iyi tanıladıkları (Buist ve ark 2006, Leddy ve ark 2011, Jones ve ark 2012), ancak eğitime de ihtiyaçları olduğu (Psaros ve ark 2010) vurgulanmaktadır.

Günümüzde çağdaş halk sağlığı anlayışına göre, sağlığın bozulmadan önce korunması ve erken tanınması ilk hedefler arasında yer almaktadır (Biçer ve ark 2001). Eğitim, postpartum kadınların ruhsal sağlık bakımında önemli bir araçtır (AWHONN 2008, ACOG 2013). Postpartum ilk yıl içinde yeni anne ile birçok kez etkileşim içinde bulunan hekim, ebe ve hemşireler, PPD'nin risk faktörleri, belirtileri ve belirtilerin varlığında yapılacak girişimler konusunda yeterli bilgi ve beceriye sahip olmalıdırlar (Tezel 2006, AWHONN 2008, T.C. Sağlık Bakanlığı 2010, Raynor ve England 2010, ICM 2011, ACOG 2013). Araştırmalar, yeterli sosyal desteği olan ve doğum öncesi eğitim alan, bebek bakımı ve ev işlerinde destek alan ve iletişim kurulan annelerde AH'nin

önlenebileceğini göstermektedir (Faisal-Cury ve ark 2008, Manjunath ve Venkatesh 2011). Randomize kontrollü bir araştırmada postpartum sosyal desteğin annenin iyilik halini sürdürmede 2. düzey kanıt sağladığı bildirilmiştir (Wiggins ve ark 2005). Bir diğer çalışmada AH yaşayanların %58.1'inin, AH yaşamayanların ise %60.1'inin aileden sosyal destek aldığı belirtilmektedir (Gonidakis ve ark 2007). Postpartum zaman kısıtlılığı, kadınların yardım isteme konusundaki algıları, destek hizmetlerin eksikliği (Jones ve ark 2012) ile eğitim eksikliği ve tanı kriterlerine yönelik bilgi eksikliği (Leddy ve ark 2011) gibi nedenler yeterli psikososyal destek sağlanamamasının önündeki önemli engellerdir. Araştırmaya katılan sağlık personeli de %80 gibi yüksek bir oranla AH'yi önlenebilir olarak görmekte, ancak önleme bilgisi puanlarının oldukça düşük (5 puan üzerinden 1.87 ± 1.06) olduğu dikkati çekmektedir. Buna karşın AH bilgisini iyi bulan, bu konuda eğitim verilmesi gerektiğini düşünen, AH ile karşılaşan, AH'ye yönelik destekleyici bakım veren (annelere hüznün normal ve geçici olduğunu söyleme, eş ve aile desteği sağlama, annelerin duygularını ifade etmesi için destek olma) ve AH yaşayan bir kadına yardımcı olmada kendini yeterli görenlerin AH önleme bilgi puanları daha iyidir ($p < 0.005$). Bu bulgular, AH'ye karşı farkındalığı bulunan ve postpartum destekleyici bakımı önemseyen sağlık personelinin daha iyi bilgiye sahip olduğunu göstermektedir ve Leddy ve ark (2011) ile Jones ve ark (2012)'ın bulgularını destekler niteliktedir. Bu bulguların yanında AH'nin sosyal destek (%67.9) ve doğum öncesi eğitim (%60.7) ile önlenebileceğinin de belirtilmesi, sağlık çalışanlarının doğum öncesi ve sonrası koruyucu girişimleri önemseydiğini göstermektedir. Hastanelerde ve TSM'lerde başlatılan doğum öncesi hazırlık eğitimleri, sağlık personelinin AH bilgisini artırmaya yönelik bir fırsat olarak düşünülebilir, ancak yeterli değildir. Normalde bu oranların çok daha yüksek olması beklenirdi. Aile hekimliğine geçiş, bunun önündeki önemli bir engeldir. Çünkü, koruyucu ruh sağlığı hizmetleri açısından annelere birebir ve sürekli hizmet veren ebe ve hemşirelerin AH'yi önlemeye yönelik hizmetleri kapsamlı ve sürekli olarak sunmaları beklenir. Bu nedenle, ebe ve hemşirelerin lisans düzeyinde tek ve standart bir eğitimden geçmeleri ve bu hizmeti nitelikli olarak sunmalarına olanak sağlayacak şekilde görev, yetki ve sorumluluklarının gözden geçirilmesi önemli olacaktır.

Hemşire ve ebelerin yaşamı tehdit eden postpartum psikozdan AH'ye kadar postpartum duygudurum bozukluklarının semptomlarını tanımları, risk altında bulunan kadınları tanılamada kullanılan tarama yöntemleri hakkında bilgi edinmeleri ve mevcut çeşitli tedavi seçeneklerini bilmeleri gerektiği savunulmaktadır (Holden ve ark 1989,

Yonkers ve Chantilis 1995, AWHONN 2008). Ayrıca, kadın doğum, çocuk ve aile hekimlerinin de PPD için önemli bir risk oluşturan AH'nin farkında olmaları gerektiği belirtilmektedir (Eilat-Tsanani ve ark 2006, Faisal-Cury ve ark 2008, Chew-Graham ve ark 2009, Leddy ve ark 2012). PPD tanısı, en güvenilir olarak tarama ölçekleri ile konulmaktadır (Savaşır ve Şahin 1997, Edebohls ve Ecklund 2002, Adewuya 2005, McCleery ve ark 2007, T.C. Sağlık Bakanlığı 2010, Jones ve ark 2012). PPD, standart tarama araçları ile 1. basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hekim, ebe ve hemşireler tarafından postpartum dönemde etkili şekilde taranabilir (Edebohls ve Ecklund 2002, Jones ve ark 2012). AH tarama ölçekleri ile taranabilmesine ve yüksek oranlar bulunmasına (Stein 1980, Cox ve ark 1982, Kennerly ve Gath 1989, Psaros ve ark 2010, Buttner ve ark 2011) rağmen, taramalar yetersiz olduğu (Buist ve ark 2007, Priest ve Barnett 2008, Psaros ve ark 2010), bilinmediği (Wiley ve ark 2004, Leddy ve ark 2012, Santos Junior ve ark 2012) ve büyük oranda uygun olmayan klinik görüşmelerle saptanmaya çalışıldığı (Psaros ve ark 2010) için kolay PPD yeterince tanılanamamakta (Brockington 2004, Wiley ve ark 2004, Buttner ve ark 2011), bu nedenle rutin taramaların önemli olduğu savunulmaktadır (Smith ve ark 2004, Carter ve ark 2005). Özellikle eğitim alan pratisyen hekim, kadın sağlığı hemşireleri, ebeler, aile hekimleri ve kadın doğum hekimleri (Buist ve ark 2006, Chew-Graham ve ark 2009, Leddy ve ark 2011, Jones ve ark 2012) ile kadın aile hekimlerinin (Gunn ve ark 1998, Seehusen ve ark 2005) taramalara daha duyarlı oldukları ve daha fazla tanılayabildikleri, buna karşın çocuk hekimlerinin tarama araçlarını %7 oranında bildikleri, %31-50'sinin PPD'yi fark edebileceği ve %10'unun bunu sorguladığı (Wiley ve ark 2004, Connelly ve ark 2007) belirtilmektedir. Bir araştırmada aile hekimlerinin %31'inin 'her zaman', %40'ının ise 'sık sık' postpartum rutin jinekolojik muayene esnasında PPD taraması yaptığı, buna karşın kadın doğum hekimi, hemşire ve ebelerin tarama yapma oranlarının farklı olmadığı (Psaros ve ark 2010) belirtilmektedir. Avustralya gibi ulusal tarama programları ve rehberlerin olduğu ülkelerde, ebelerin 2/3'ünün rutin taramalar yaptıkları, tarama ölçeklerini kullandıkları (%54) ve daha yüksek oranda (%69.1) depresif durumlarla karşılaştıkları belirtilmektedir (Jones ve ark 2012). DSBYR'de annelerin ruhsal durum ve depresyon yaşama durumlarının 6. haftada Edinburgh Postpartum Depresyon ölçeği ile taranması gerektiği belirtilmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı 2010). Ülkemizde postpartum rutin muayene ve bağışıklama nedeni ile annelerle etkileşim içerisine girilmesine rağmen, PPD'yi belirlemek için yeterli tarama yapılmamakta, hatta AH'ye hiç bakılmamakta, eşi ya da ailesi tarafından depresyon belirtileri fark edilen kadınlar için yönlendirme yapılmaktadır (Jones ve ark 2012). Oysa,

hüzün tedavi edilmediği takdirde depresyon riskini beş kat artırmaktadır (Henshaw ve ark 2004). Ülkemizde ebe ve hemşirelerle yapılan bir çalışmada da PPD tarama ölçeklerinin düşük oranda kullanıldığı, ancak tarama ölçekleriyle belirlemeye çalışanların diğer yöntemleri kullananlara göre daha yüksek puan ortalamasına sahip oldukları belirlenmiştir (Karagöz 2011). Işık ve Bilgili (2010)'nin yaptığı çalışmada, çalışma sürelerinden bağımsız olarak ebe ve hemşirelerin PPD tanılama yöntemini (%72.2) bilmedikleri ve eğitim düzeyi arttıkça bilgi seviyelerinin arttığı bulunmuştur. Hemşirelik ve tıbbi eğitim programlarında yaygın olarak kullanılan kaynakların gözden geçirildiği bir çalışmada, PPD'ye yönelik eğitimlerin yetersiz olduğu ve PPD'yi tarama, tanılama ve tedavi etmeye yönelik içeriklerin minimal düzeyde olduğu bulunmuştur (Logsdon ve ark 2006). Bu çalışmada sağlık personelinin 2/3'ü AH'nin erkenden belirlenebileceğini, ancak bunların çoğu (%84.6) belirtilerinin gözlenmesi yolu ile ve sağlık personeli tarafından (%86.5) mümkün olduğunu ifade etmişlerdir. AH'yi bildiğini belirten sağlık personelinin, bu konudaki bilgilerinin orta düzeyde (3 puan üzerinden 1.51 ± 1.00) olması ve çok azının (%21.2) tarama ölçekleri ile belirlenebileceğini belirtmesi dikkati çeken bir bulgudur. Özellikle AH'nin önlenebilir olduğunu düşünen, AH bilgisine güvenen, AH konusunda profesyonel yardım alan (4 kişi) ve postpartum kadınlara destekleyici bakım sağlayan (anneyle konuşup sürecin normal ve geçici olduğunu söyleme, eş ve aile desteği sağlama) personelin daha iyi önleme bilgisine sahip olması şaşırtıcı değildir. Anlamli çıkmassa da ($p > 0.005$) lisans ve üzeri eğitilmiş grubun bilgi puanları yüksektir. Elde edilen bulgular, postpartum ruhsal bozukluklar konusunda sağlık personelinin bilgi yetersizliğine bağlı tarama ölçeklerinin varlığından haberdar olmamaları ve rutin bir tarama yapmamaları ile ilişkili olabilir. Bu doğrultuda müfredatların gözden geçirilmesi önemli olacaktır. Ayrıca, DSBYR'de 6. haftada depresyonun Edinburgh tarama ölçeği ile taranması gerektiği belirtildiği halde bunun rutin uygulamaya sınırlı olarak yansımaları, sağlık personelinin fazla iş yükü ve zaman problemi gibi nedenlere ve değişen sağlık sistemine bağlı ebe/hemşirelerin ev ziyaretlerinden uzaklaşmaları ve performansa dayalı hizmet anlayışına bağlı olabilir. Bununla birlikte, AH'nin sağlık personeli ve annenin yakınları (%61.5) tarafından belirlenebileceğinin belirtilmesi, çalışmalarını destekleyen bulgular olmuştur. Karagöz (2011) ve Işık ve Bilgili (2010)'nin çalışmalarında da PPD belirtilerini fark etme sorumluluğunun öncelikli olarak ailelere verilmesi gerektiği saptanmıştır. Işık ve Bilgili (2010), PPD belirtilerini fark etmede ilk sırada eşi (%88.4), ikinci sırada aile üyeleri ve arkadaşları (%57), üçüncü sırada da sağlık ocağında görevli ebe ve hemşireleri (28.8) bulmuştur. Bu bulgular, postpartum taramada sağlık personeli yanında aile yakınlarına da

hüzün konusunda bilgi ve eğitim verilmesi gerektiğini desteklemektedir. Çünkü, ülkemizde aile yakınları postpartum dönem boyunca annelerle bir arada bulunmakta ve önemli bir destek sağlamakta, buna karşın postpartum ruhsal sorunlar önemli boyutlarda yaşanmaktadır. Japonlarda olduğu gibi, postpartum aile desteğinin yüksek olduğu ve prepartum ve postpartum eğitimlere ailelerin de dahil edildiği kültürlerde postpartum hüznün düşük oranda görülmesi (Tsukasaki ve ark 1991), buna önemli bir dayanak olarak değerlendirilebilir.

Günümüzde erken taburculuk nedeniyle anneler postpartum duyugudurum bozuklukları açısından risk altındadırlar ve bu nedenle prepartum ve postpartum bakım büyük önem taşımaktadır. Çünkü AH yaşayan her beş kadından birinde depresyon gelişmektedir (O'Hara ve ark 1991, Henshaw ve ark 2004). Literatürde hekim, hemşire ve ebelerin postpartum duyugudurum bozukluklarının tedavi yöntemlerini bilmeleri gerektiği savunulmaktadır (Yonkers ve Chantilis 1995, Holden ve ark 1989, Tezel 2006, AWHONN 2008, Raynor ve England 2010, T.C. Sağlık Bakanlığı 2010, ACOG 2013). Bir çalışmada PPD'yi tanılama ve yönetmede çocuk hekimi ve hemşirelere göre en fazla sorumluluğun kadın doğum hekimleri ve pratisyen hekimlerde olduğu (Behimehr ve ark 2014), bir başka çalışmada ise aile hekimleri ve hemşirelerin PPD tanı ve tedavisinde önemli rol oynadıkları (Chew-Graham ve ark 2009) bildirilmektedir. Bununla birlikte, özellikle 1. Basamakta görevli sağlık personeli ile hemşire ve ebelerin postpartum ruhsal sorunları tanılama, tedavi ve eğitmede sorumluluk almaları, depresyonun öneminin kavranmasında ikna edici rol oynamaları ve bunun için iyi bir eğitim almaları gerektiği vurgulanmaktadır (Beck ve Gable 2001, Buist ve ark 2006, Logsdon ve ark 2006, Çam ve ark 2009, Sealy ve ark 2009, Jones ve ark 2012, Santos Junior ve ark 2012). Sonuç olarak, birçok uzmanın yer aldığı multidisipliner bir ekip ile iyi bir bakım sağlanabilir (Büyük 2003, McCleery ve ark 2007) ve PPD gibi sorunların görülme oranı azaltılabilir (Beck ve Gable 2001, Logsdon ve ark 2006, Chew-Graham ve ark 2009, Horowitz ve ark 2013). AH'nin tedavisinde psikososyal destek ve destekleyici psikoterapi (duygusal destek, bilgilendirme, endişe ve duyguların dışı vurumunun sağlanması, güven oluşturma) yöntemlerinin etkili olduğu belirtilmektedir (Williams ve Casper 1998, Wiggins ve ark 2005, Beck 2006, Raynor ve England 2010, Rude 2013). Ayrıca eğitim (AWHONN 2008, ACOG 2013) ve ev ziyaretlerinin (Wiggins ve ark 2005, Horowitz ve ark 2013) önemi de vurgulanmaktadır. Literatürde AH'ye yönelik uygulamalarla ilgili de çalışma bulunmamakta, PPD ile ilgili olarak yapılan çalışmalarda hekimlerin hemşire ve ebelere göre daha çok ilaç tedavisine başvurdukları

belirtilmektedir (Beck ve Gable 2001, Wiley ve ark 2004, Buist ve ark 2006, Logsdon ve ark 2006, Jones ve ark 2012). Çocuk hekimlerinin %73'ünün PPD'nin ilaç ve psikoterapi ile tedavi edilebileceği belirttikleri (Wiley ve ark 2004) ve kadın doğum hekimlerinin depresyonla karşılaştıklarında düşük oranda (%39) ruh sağlığı uzmanına yönlendirdikleri (Morgan ve Schulkin 2006) bildirilmektedir. Buna karşın Buist ve ark (2006), genel pratisyen hekim ve ana çocuk sağlığı hemşirelerinin kadınların yardım ihtiyacını daha iyi belirlediklerini, hekimlerin daha fazla ilaç tedavisini, ebelerin ise destek ve danışmanlık gibi yöntemleri önerdiklerini saptamışlardır. Jones ve ark (2012)'ın, kadınların postpartum yeterli yardım alamamalarının önündeki en önemli engellerden biri olarak destek birimlere ulaşamadıklarını (%37.1) belirtmeleri, postpartum desteğin önemini ortaya koymaktadır. Bu da en iyi hemşire ve ebeler tarafından sağlanabilir (Hayes 2010). Bu çalışmada sağlık personelinin %85.7'si AH'nin tedavi edilebileceğini bilmiş ve orta (4 puan üzerinden 1.97 ± 1.02) düzeyde tedavi bilgisine sahip oldukları bulunmuştur. Sağlık personeli, literatürde vurgulandığı gibi, AH'nin destekleyici psikoterapi (%73.3) ile tedavi edilebileceğini belirtmişlerdir. Sosyal destek ile tedavi edileceğini bilen sağlık personelinin oranı oldukça düşüktür (%45). Bu bulgu, sağlık personelinin AH tedavisini depresyon gibi düşündüklerini akla getirmektedir. Nitekim %40'ı ilaç ile tedavi edileceğini belirtmiştir. Bunun dışında ev ziyaretleri ve postpartum bakım ile tedavi edileceği bilgisinin oldukça düşük (%13.3) olması, ülkemizde değişen sağlık sistemine paralel olarak beklenen bir bulgudur ve sağlık personelinin AH konusundaki bilgi açığını ortaya koymaktadır. Buna karşın AH'nin tedavi edilebileceğini düşünen, AH bilgisini iyi bulan, AH konusunda eğitim verilmesi gerektiğine inanan ve postpartum destekleyici girişimlerde bulunan (anneyle konuşup sürecin normal olduğunu söyleyen, eş ve aile desteği sağlayan) personelin tedavi bilgi puanlarının daha iyi olması, depresyonu önlemeye yönelik eğitim (Spinelli 1998, AWHONN 2008, ACOG 2013) ve sosyal desteğin (Glavin ve ark 2010, ACOG 2013) önemini destekler nitelikteki bulgulardır. Rutin ev ziyaretleri ile sağlanacak sosyal desteğin (Glavin ve ark 2010) PPD'nin görülme oranını azaltmada (Wiggins ve ark 2005, Horowitz ve ark 2013) etkili olması, önemli bir gösterge olarak kabul edilebilir.

AH erken ve geç postpartum dönemdeki depresyon ve psikoz gibi majör ruhsal bozukluklar için büyük bir risk faktörüdür (Hannah ve ark 1992, Reck ve ark 2009). Seksen dört çalışmanın incelendiği bir meta-analiz çalışmasında PPD'nin en önemli 10 risk faktörünün içinde AH de yer almaktadır (O'Hara ve Swain 1996). Japonya'da yapılan bir çalışma, hüznün PPD'nin önemli bir belirleyicisi olduğunu desteklemektedir (Watanabe ve

ark 2008). Anca, PPD, ileri yaşamda anne, baba ve çocuk etkileşimlerini de etkilemekte, özellikle çocuğun psikososyal sağlığı ve becerileri üzerinde olumsuz etkilenmelere neden olmaktadır (Apter-Levy ve ark 2013). Literatürde AH komplikasyonlarına yönelik olarak sağlık personelinde yapılan bir çalışmaya rastlanılamamıştır. Yapılan çalışmalarda daha çok sağlık personelinin PPD konusunda yeterli bilgiye sahip olmadığı ve eğitime gereksinimleri olduğuna dikkat çekilmektedir (Spinelli 1998, Buist ve ark 2006, Jones ve ark 2012, ACOG 2013). Araştırma bulguları, literatürle örtüşen şekilde sağlık personelinin AH komplikasyonlarını bildiğini (%88.6), ancak bilgi puanlarının orta (3 puan üzerinden 1.52 ± 0.82) düzeyde olduğunu ortaya koymuştur. Seehusen ve ark (2005) da kadın aile hekimlerinin daha fazla PPD taraması yapmaların, genç yaşta ve eğitimlerinin daha yeni olması ile açıklamıştır. Bunun dışındaki diğer sosyodemografik faktörlerin etkili bulunmaması ($p > 0.005$) da önemli bir bulgudur. Komplikasyonları bilen sağlık personeli 1. sırada PPD'yi (%58.1) bildirmiştir. PP ise %17.7 gibi çok düşük bir oranda belirtilmiştir. Sağlık personelinin bu komplikasyonları düşünmesi olumlu olmakla birlikte, bu oranların daha yüksek olması beklenirdi. Çünkü, özellikle PPD ülkemizde fazlaca çalışılan ve vurgulanan bir sağlık sorunudur. Araştırmada depresyon ve hüznün dışında belirtilen diğer komplikasyonlar (bebeğin fiziksel, duygusal ve zihinsel gelişiminde bozulma: %40.3, kendine ve bebeğe zarar verme: %35.5, intihar: %35.5 ve emzirmeyi erken sonlandırma: %24.2) daha çok depresyon ve psikoza komplikasyonlarını kapsamaktadır. Bulgular, sağlık personelinin hüznün, depresyon ve psikoza ilişkin kapsamlı ve planlı eğitimlere gereksinimi olduğuna işaret etmektedir.

4.2. Annelik Hüznüne Yönelik Görüşlere İlişkin Bulguların Tartışılması

Postpartum dönemdeki sağlık bakımı; annelerin fizyolojik, psikolojik ve sosyal gereksinimlerinin karşılanmasını kapsar. Annelerin ilk günlerden itibaren kendilerini rahat hissetmeleri, kendi ve bebek bakımlarına aktif olarak katılmaları ve bakımlarını sürdürmede başarılı olmaları, fiziksel ve ruhsal sağlıklarını üzerinde olumlu etki yaratır. Bu nedenle hekim, ebe ve hemşireler annelerin postpartum dönemdeki bakım gereksinimlerini değerlendirmeli, bu konuda gerekli bakım ve desteği sağlayarak annelik rolüne uyumlarını kolaylaştırmalı ve postpartum dönemdeki sorunların azalmasına yardımcı olmalıdır (Başer ve ark 2005, AWHONN 2008, Raynor ve England 2010, T.C. Sağlık Bakanlığı 2010, ICM 2011, ACOG 2013). Ebeler prepartum ve PPD'nin yönetimi ve psikososyal destek konusunda önemli derecede yetkiye sahiptirler (Jones ve ark 2012). Yapılan bir çalışmada,

aile hekimleri ve hemşirelerin PPD'nin tanı ve tedavisinde önemli rol oynadıkları ve rutin taramalar ile PPD'nin görülme oranını azaltabilecekleri belirtilmektedir (Chew-Graham ve ark 2009). Ülkemizde yapılan bir çalışma, ebe ve hemşirelerin PPD'yi çok önemli bir sağlık sorunu olarak gördüklerini (%64.7), ayrıca depresyonu önleme (%60.3), erken tanılama (%62.5) ve evde bakım verme konusunda rollerini çok önemli (%50.7) bulduklarını göstermektedir (Kurtcu 2010). Hekim, ebe ve hemşirelerin PPD konusunda bilgi ve farkındalıklarının değerlendirildiği çalışmalarda, bu konuda bilgi eksikliği olanların rol ve sorumluluklarını yerine daha az getirdiği ve bu konuda sorumluluk hissetmediği tespit edilmiştir (Elden 1989, Buist ve ark 2006, Scocir ve Hundley 2006). Bu çalışmada da Kurtcu (2010)'nun çalışmasına benzer şekilde, sağlık personelinin %66.4'ünün AH'yi bir sağlık sorunu olarak görmesi ve bunların da %88'inin postpartum yaşanan problemler içinde hüznün oldukça önemli bir sorun olduğunu belirtmesi anlamlıdır. AH yaşayan bir kadına bakım verme/yardımcı olmada sağlık personelinin rolü ise %65.6 oranında oldukça önemli bulunmuştur. Bu oranlar, araştırmada hüznün hakkında bilgisi olan ve bu bilgiyi daha çok mesleki eğitimden aldığını belirten sağlık personelinin oranları ile paralellik göstermektedir. Sağlık personelinin AH hakkındaki bilgisi arttıkça, bu oranların da artacağı düşünülebilir. Araştırma sonucunda AH'yi sağlık sorunu olarak görenlerin görmeyenlere göre daha fazla bilgi puanına sahip olması ($p<0.005$), ancak ne kadar önemli olduğuna ilişkin görüşlerinde bilgi düzeylerinin önemli bulunmaması ($p>0.005$) bunu desteklemektedir. Normal, olağan, yaşanması gereken bir durum olarak algılanan ve depresyon kadar dikkat çekmeyen hüznün katılımcıların yarısından fazlası tarafından sağlık sorunu olarak algılanması, ayrıca postpartum dönemde kadınlara yardımcı olmaları gerektiğinin düşünülmesi, durumun ciddiyetinin ve hassaslığının farkında olduklarına işaret etmektedir. Bu araştırma sonucunda AH'nin sağlık sorunu olarak görülmesinde etkili bulunan bazı faktörler bunu doğrular niteliktedir. Bunlar AH'yi duyma ve bilme, eğitim almayı isteme, AH yaşayan kadına yardımcı olmada kendini yeterli görme ve hekim olma gibi özelliklerdir ($p<0.05$). Bunların dışında kadın doğum alanı (%86.4) ve ASM (%72.7)'de çalışma, lisans (%80.4) ve üzeri (%75) eğitim görme, mesleğinin ilk 10 yılında (%76.9), 20-29 yaşında (%80) ve evli (%70) olma ile AH'yi yaşama (%86.7) da hüznün sağlık sorunu olarak görülme oranını artırmıştır ($p<0.005$). Bulgular, AH'ye yönelik olarak verilecek eğitimlerde bu özelliklerin dikkate alınması gerekliliğine işaret etmektedir.

Günümüzde gelişen ve değişen sağlık anlayışı, sağlığın bozulmadan önce korunması ve iyileştirilmesine odaklanmaktadır (Biçer ve ark 2001, T.C. Sağlık Bakanlığı 2010, T.C. Sağlık Bakanlığı 2011). PPD'yi önlemede ilk adım risk altındaki kadınların belirlenmesi ve rutin izlemeleridir (Georgiopoulos ve ark 2001, Beck 2002). ASM'lerde çalışan ebe ve hemşirelerin PPD konusundaki bilgi ve uygulama düzeylerinin belirlenmesi amacıyla yapılan bir araştırmada, ebe ve hemşirelerin önemli bir kısmının (%70.9) PPD konusunda bilgi sahibi oldukları ve yarısından biraz fazlasının (%59.9) bilgilerini orta seviyenin altında değerlendirdikleri belirlenmiştir (Karagöz 2011). Işık ve Bilgili (2010)'nin çalışmasında %74.3 oranında PPD ile ilgili hizmet içi eğitim istenmiştir. Benzer şekilde Slovenya'da yapılan bir çalışmada ebe ve hemşirelerin PPD konusundaki bilgilerine güvenmedikleri ve %99'unun eğitim ihtiyacı ifade ettikleri saptanmıştır (Scocir ve Hundley 2006). Spinelli (1998) eğitimin PPD'yi önlemede önemli bir araç olduğunu, Jones ve ark (2012) ile Buist ve ark (2006) da pratisyen hekim, hemşire ve ebelerin bu konuda eğitim almaları gerektiğini belirtmişlerdir. Özellikle, 1. basamakta çalışan sağlık personeli, kadın doğum ve çocuk hekimleri olmak üzere anne ile temas halinde olan tüm sağlık personelinin eğitim ihtiyacı üzerinde durulmaktadır (Wiley ve ark 2004, Sealy ve ark 2009, Santos Junior ve ark 2012). Bu çalışmaya alınan ve AH'yi biliyorum diyen 70 sağlık personelinin %72.9'u AH ile ilgili bilgilerini iyi olarak değerlendirmiştir. Bununla birlikte, örnekleme oluşturan tüm katılımcıların %88'inin AH konusunda eğitim verilmesi gerektiğini ve bunların da %80'inin öncelikli olarak sağlık personeline eğitim verilmesi gerektiğini düşünmesi ve eğitim verilmesi gerektiğini düşünenlerin bazı AH bilgilerinin iyi bulunması (önleme, risk faktörü ve tedavi) ($p < 0.005$), katılımcıların bu konuda net bilgilere sahip olmadıklarını göstermektedir. Tüm katılımcıların %76'sının hüznün konusunda eğitim almak istemesi ve bunun bilgi düzeylerinden etkilenmemesi ($p > 0.005$) eğitim gereksinimlerini açık olarak ortaya koymaktadır. Sağlık personelinin AH konusunda olumlu olarak değerlendirilebilecek bu görüş ve isteği, örneklemin yaş ortalaması ve meslekte çalışma sürelerinin yüksek ve genelde lisans ve üzeri eğitim görmeleri ile ilişkili olabilir. Çalışmada, sağlık personeli yanında azımsanmayacak oranda gebe ve baba adayları (%48.2) ile anne ve babalara (%43.6) da eğitim verilmesi gerektiği düşüncesinin ifade edilmesi, prepartum ve postpartum bakımda çiftlerin de bilgilendirilmesi gerekliliğine işaret etmektedir. Bütüncül sağlık anlayışı doğrultusunda bu göz ardı edilemez. Ayrıca, kültürel olarak kuşaktan kuşağa aktarılan postpartum aile desteğinin fazlaca olduğu ülkemiz için bu bir zorunluluktur. Çünkü, anneler en fazla çevrelerinden etkilenmektedirler (Kruckman ve Smith 2003, Okanlı ve ark 2003, Tüzün 2006).

4.3. Annelik Hüznüne Yönelik Uygulamalara İlişkin Bulguların Tartışılması

AH yaygın bir sorundur (Stein 1980, Buttner ve ark 2011). Avusturalya'da yapılan bir çalışmada ebelerin %76.6'sının son 12 ayda duygudurum bozuklukları olan kadınlarla karşılaştıkları (Jones ve ark 2012) belirtilmektedir. ACOG'a üye olan kadın doğum hekimlerinin rutin PPD taraması yaptıkları ve beklenenin üzerinde tanı koydukları saptanmıştır (Leddy ve ark 2011). Aile hekimleri için oldukça yüksek olan tanı koyma oranları (Seehusen ve ark 2005), çocuk hekimleri için çok düşüktür (Connelly ve ark 2007). Ülkemizde yapılan bir çalışmada ebe ve hemşirelerin PPD ile karşılaşma oranının %28.5 (Işık ve Bilgili 2010), farklı bir çalışmada %38.6 olduğu ve bunların %24.5'inin ebe, %14.1'inin ise hemşire olduğu (Karagöz 2011) saptanmıştır. Bu çalışmada ise sağlık personelinin %12'si kendisi ya da eşinin hüznün yaşadığını, buna karşın %45.6'sı hüznün yaşayan biri ile ve bununla ara sıra (%36.8) karşılaştıklarını belirtmişlerdir. Bu çalışmada sağlık personelinin düşük oranda hüznün yaşaması, aldıkları mesleki eğitimin bir sonucu olarak beklenebilir. AH ile karşılaşan katılımcıların AH bilgileri daha iyidir ($p<0.005$). Ancak, hüznün ile karşılaşan sağlık personeli oranının literatüre göre biraz düşük çıkması, katılımcıların AH'yi yeterince tanımamaları ya da PPD olarak düşünmeleri ile ilişkili olabilir. Çünkü psikiyatrik (DSM-V) ve genel hastalık tanı sisteminde (ICD-10) gebelik ve postpartum dönemde görülen psikiyatrik bozukluklar ayrı bir klinik tanı olarak tanımlanmamaktadır (WHO 2010, APA 2013). Özellikle kadın doğum ve ASM'de çalışan, lisans ve üzeri eğitim alan, hekim olarak görev yapan, birim/klinikte uzun süredir çalışan, evli ya da eşi ölen/boşanan, çocuğu olan, AH yaşayan, AH'yi duyan ve bilen sağlık personelinin AH ile daha fazla karşılaşması ($p<0.005$), bu özelliklerdeki sağlık personelinin konuya daha duyarlı olduklarını düşündürmektedir. Bulgular, bilgiye paralel olarak AH ile karşılaşma olasılığının artacağına işaret etmektedir.

Postpartum dönem yalnızca kadını değil, kadının yaşamında bulunan çok sayıda insanı olumsuz olarak etkiler (Apter-Levy ve ark 2013). Bu nedenle içinde pratisyen hekim, ruh sağlığı uzmanı, kadın doğum ve çocuk hastalıkları hekimi, hemşire, ebe, beslenme uzmanı ve sosyal hizmet uzmanının yer aldığı multidisipliner ekip ile iyi bir bakım sağlanabilir (Büyük 2003, McCleery ve ark 2007). Prepartum ve postpartum dönemdeki taramalarda kadınların ruhsal durumları da değerlendirilmeli, depresyon riski taşıyan kadınlar bakım yönünden desteklenmeli ve takip edilmelidir (Hayes 2010). Özellikle 1. basamakta görevli sağlık çalışanları, PPD'li kadını tanılama, tedavi etme,

eğitme ve önemini kavratmada sorumluluk almalı ve ikna edici rol oynamalıdır (Sealy ve ark 2009). AH ile ilgili olarak hastanede ve evde destekleyici bakım ve sosyal desteği içeren profesyonel yaklaşımın depresyon oranlarını azalttığı vurgulanmaktadır (Larson 1980, Barkauskas 1983, Olds ve Kitzman 1990, Collins ve ark 1993, Aston 2002, Weiss ve ark 2006, Donaldson-Myles 2011). Bu sosyal desteğin hemşire ve ebeden daha fazla sağlandığı ve etkili olduğu da bildirilmektedir (Buist ve ark 2006, Jones ve ark 2012, Horowitz ve ark 2013). Bu desteklerin en önemlileri anne ve bebeğin bakımına yardımcı olma (Larson 1980, Barkauskas 1983, Olds ve Kitzman 1990, Aston 2002, Danacı ve ark 2002, Beck 2003, Weiss ve ark 2006), emzirme desteği sağlama (Beyca 2009, Dennis ve McQueen 2009, Donaldson-Myles 2011), anne ile konuşup sürecin normal ve geçici olduğunu söyleme (Beck 2002, Işık ve Bilgili 2010), eş ve aile desteğini sağlama (Johnson 2002, Turan ve ark 2008, Mermer ve ark 2010), anneye güçlü ve zayıf yönlerini fark ettirme, başa çıkma yöntemlerini geliştirme ve özgüven kazandırma (Raynor ve England 2010, Rude 2013), annelerin duygularını ifade etmesini sağlama (Beck 2002), dinlenme, düzenli beslenme, sosyal izolasyonu önleme, yenidoğan ve evle ilgili sorumluluklarda yardımcı olma (Raynor ve England 2010), eğitim ve danışmanlık (Spinelli 1998, AWHONN 2008, ACOG 2013), ev ziyaretleri (Horowitz ve ark 2013) ve profesyonel destek sağlanmasıdır (psikolog ve psikiyatriste yönlendirme) (Collins ve ark 1993, Jones ve ark 2012). Kadın doğum hekimleri ile yapılan bir çalışmada, bu hekimlerin PPD ile karşılaştıklarında %39 oranında ruh sağlığı uzmanına yönlendirdikleri bulunmuştur (Morgan ve Schulkin 2006). Buist ve ark (2006) da pratisyen hekim, kadın sağlığı hemşireleri ve ebelerin destekleyici girişimler konusunda eğitim ihtiyaçları olduğunu ve postnatal dönemde antidepresanların çok fazla önerildiğini bildirmişlerdir. Bunun yanında vaka çalışması ile ebelerin %82.4'ünün kadınların yardım gereksinimini belirleyebildiği, depresif durumları yönetme becerilerinin eğitim ve çalışma süresinden etkilenmediği, destekleyici bakıma ağırlık vermekle birlikte zaman sorunu nedeniyle postnatal dönemde yeterli emosyonel desteği sağlayamadıkları ve prepartum döneme göre postpartum dönemde daha fazla oranda ilaç önerdikleri bulunmuştur (Jones ve ark 2012).

Ülkemizde yapılan çalışmalarda ebe ve hemşirelerin PPD'si olan kişileri genellikle psikiyatriste (%46.9-51.1) yönlendirdikleri, eşi ile görüşme yaptıkları (%47.6), dinleyip öneride buldukları (%28.6-39.5) ve kadın doğum hekimine yönlendirdikleri (%12.7) belirtilmektedir (Işık ve Bilgili 2010, Karagöz 2011). Bu çalışmada AH ile karşılaşan 57 sağlık personelinin yaptıkları uygulamalara bakıldığında; anneye sürecin normal ve geçici olduğu yönünde bilgi vererek sakinleştirdikleri (%77.2), eş ve aile desteği sağladıkları

(%61.4), annelerin duygularını ifade etmeleri için olanak sağladıkları (%56.1), psikoloğa (%43.9) ve psikiyatriste (%33.3) yönlendirdikleri görülmüştür. Bu çalışmada sağlık personelinin yaptığı uygulamaların, literatürde AH yaşayan ya da yaşama riski olan kadına yapılması gereken bazı önemli uygulamaları kapsadığı dikkati çekmektedir. Ayrıca, bu uygulamaları yapanların AH ile ilgili bilgi puanlarının yüksek olması da ($p<0.005$) oldukça anlamlıdır. Katılımcıların, ilk aşamada destekleyici girişimlerde bulunmaları ve psikiyatriste göndermemeleri yararlı bir uygulama olarak düşünülebilir. Ancak, burada psikiyatrist ve psikoloğa gönderme durumunun toplumun kültürel özellikleri ile de ilişkili olabileceği göz ardı edilmemelidir.

PPD riski taşıyan kadınlar bakım yönünden desteklenmeli ve takip edilmelidir (Hayes 2010). Brezilya'da yapılan bir çalışma, 1. basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hekim ve hemşirelerin PPD yönetimi konusunda yetersiz olduklarını ve eğitime ihtiyaçları olduğunu ortaya koymuştur (Santos Junior ve ark 2012). Amerika'da yapılan çalışma, klinik eğitim almayan kadın doğum hekimlerinin postpartum ruhsal sağlık bilgilerinin yetersiz olduğunu göstermiştir (Leddy ve ark 2012). Aynı durum pediatri hekimleri için de geçerlidir (Wiley ve ark 2004). Ülkemizde ise hemşire ve ebelerin yalnızca %2.9'u PPD'yi önleme, tanılama, sevk etme ve bakım verme konusunda kendilerini 'çok yeterli', %17.6'sı 'orta derecede yeterli', %36.8'i 'çok az yeterli', %26.5'i 'yetersiz' ve %16.2'si ise 'tamamen yetersiz' olarak değerlendirmektedir (Kurtçu 2010). Karagöz (2011) de ebe ve hemşirelerin kendilerini yeterli bulmadıklarını belirtmektedir. Bu araştırmada da AH yaşayan bir anneye yardımcı olmada 57 sağlık personelinin %49.1'i kendisini kısmen yeterli ve %36.8'i çoğunlukla yeterli görmektedir. Özellikle kadın doğum ve ASM'de çalışan, lisans ve üzeri eğitim alan, hekim olarak görev yapan, birim/klinikte uzun süredir çalışan, evli ve çocuğu olan, AH yaşayan, AH'de sağlık personelinin rolünü önemseyen, AH'yi duyan-bilen ve AH'yi bilenler içinde sadece önleme bilgi puanı yüksek olan sağlık personelinin AH yaşayan kadına yardımcı olmada kendisini daha yeterli görmesi ($p<0.005$) oldukça anlamlıdır. Bulgular, ebe ve hemşireler başta olmak üzere tüm sağlık personelinin AH ile ilgili uygulamalar konusunda desteklenmesi gerektiğini göstermektedir. AWHONN (2008) ve ACOG (2013) gibi profesyonel kurumlar da kadınların ruhsal sağlık bakımlarında eğitimin gerekliliğini savunmaktadır.

Milenyum hedefleri doğrultusunda 2015 yılına kadar ruh sağlığı ile ilgili olarak dokuz hedefe (ruh sağlığının geliştirilmesi ve teşviki) ulaşılması (T.C. Sağlık Bakanlığı 2011) hedeflenmektedir. Bu doğrultuda çıkarılan DSBYR'de sağlık personelinin ruhsal durumlara yönelik bakım, eğitim, danışmanlık, rehberlik ve tedavi hizmetleri vermesi hedeflendiği (T.C. Sağlık Bakanlığı 2010) ve görev tanımlarında sınırlı da olsa belirtildiği (T.C. Sağlık Bakanlığı 2011) halde, bu hizmetlerin yeterince verilmediği belirtilmektedir (Tezel 2006, Işık ve Bilgili 2010, Karagöz 2011). Çeşitli yönetmeliklerde sağlık personelinin postpartum dönemde genel sağlığı ve ruh sağlığını korumaya yönelik bakım, eğitim, danışmanlık ve rehberlik hizmetlerini vermesi gerektiği belirtilmiştir. Özellikle sağlık hizmetlerinin yürütülmesi hakkındaki yönergede, ASM'lerde prepartum ve postpartum dönemde anne ve bebeğin psiko-sosyal açıdan gelişim ve etkileşiminin değerlendirilmesi ve ailenin desteklenmesi gereken durumlarda eğitim, danışmanlık ve tedavi hizmetlerinin sağlanması gerektiği açık bir şekilde ifade edilmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı 2005b). Aynı yönergede ve son olarak çıkarılan hemşirelik hizmetleri yönetmeliğinde (T.C. Sağlık Bakanlığı 2011) ebe ve hemşirelerin koruyucu ruh sağlığı hizmetlerinde görev almakla yükümlü oldukları belirtilmiştir. Yapılan bir çalışmada, ebe ve hemşirelerin çoğunlukla (%85) çalıştıkları ASM'lerde annelerin ruh sağlığını değerlendirmeye yönelik hizmetleri vermedikleri saptanmıştır. Hizmet vermeyenlerin %53.6'sı ebe, %31.4'ü ise hemşiredir (Karagöz 2011). Bu çalışmada sağlık personeli çalıştıkları kurum/birimde AH'ye yönelik olarak çok düşük oranda (%18.4) hizmet verildiğini, verilen hizmetlerin eğitim (%60.9) ve anneyle iletişim (%56.5) ile sınırlı olduğu belirtilmiştir. Ayrıca, hizmet verildiğini belirten kişilerin AH'ye yönelik bazı bilgileri (tanımı ve nedenleri) bilen grup olduğu ($p<0.005$) dikkati çekmiştir. Bu haliyle bulgular, mevcut uygulamaları yansıtmaktadır. Bu uygulamalarda annelere kendileri ve bebeklerinin bakımı ile ilgili bilgi ve eğitim verilmekte, emzirme desteği sağlanmakta, ancak AH'ye yönelik bir program yürütülmemektedir. Bunun nedeni; rutin uygulamalarda AH'ye yer verilmemesi, annelerin erken taburcu olmaları, ebe/hemşirelerin farklı düzeyde eğitim almaları ve aile hekimliği sistemine geçişte ebelik/hemşirelik hizmetlerinin sınırlandırılması olabilir. Çalışmalarda da kadınların zaman kısıtlılığı, yardım almak istenemeleri ve destek birimlerin olmaması, ayrıca bilgi eksikliği nedeniyle yeterli yardım ve desteği alamadıkları belirtilmektedir (Leddy ve ark 2011, Jones ve ark 2012). Aslında postpartum dönem, AH'ye yönelik uygulamaların hayata geçirilmesi için önemli bir fırsattır. Yurt dışında depresyon riski taşıyan kadınlar için uzman ebe ve hemşireler yönetiminde depresyondan korunma programı yürütülmekte, bu toplantılarda kitap okuma

programları ve uygulamalı egzersizler yapılmakta ve tartışmalar düzenlenmektedir. Ayrıca, katılımcıların kendine güven, yalnızlık ve umutsuzluk gibi ruh halindeki düzeltilmeler kayıt edilmektedir (Adams 2000). Bunun için depresif durumlara yönelik rehberler geliştirilmiş ve uygulamaya geçirilmiştir (Jones ve ark 2012). Ülkemizde de buna benzer çalışmalar, özellikle 1. basamak sağlık kuruluşlarında çalışan sağlık personeli ve ebe, hemşireler tarafından yürütülebilir. Buna yönelik olarak 1. ve 2. basamakta başlatılan doğum öncesi hazırlık eğitimleri önemli bir fırsat olabilir. Araştırmaya katılan sağlık personelinin AH'den korunmaya yönelik olarak eğitim verilmesi (%44.7), gebe ve lohusaların izlenmesi (%28.7) ve sosyal destek sağlanması (%26.6) önerileri, hüznle ilgili yapılacak hizmetlerin ve bu hizmeti sunması beklenen ebe, hemşirelerin önemini ortaya koyan önemli bulgulardır. Sağlık çalışanlarının, özellikle ebe ve hemşirelerin PPD'nin öncü belirtisi olan AH'ye yönelik koruyucu ruh sağlığı hizmetini etkin şekilde verebilmeleri için öncelikle sağlık sistemi içinde gerekli yasal ve politik düzenlemelerin yapılması ve mesleki eğitimler ve hizmet içi eğitimlerle bu yöndeki yetersizliklerin giderilmesinin önemli olduğu düşünülmektedir.

5. SONUÇ VE ÖNERİLER

5.1. Sonuç

Aydın'ın Söke ilçesinde bulunan ASM, TSM, devlet ve özel hastanelerin kadın doğum ve çocuk hastalıkları kliniklerinde çalışan 125 kadın doğum, çocuk hastalıkları hekimi ve aile hekimi ile ebe ve hemşirelerin AH ile ilgili bilgi, görüş ve uygulamalarını belirlemek amacıyla yapılan çalışmanın sonuçları şunlardır:

5.1.1. Sağlık Personelinin Annelik Hüznüne Yönelik Bilgileri İle İlgili Sonuçlar

Araştırmaya katılan 125 sağlık personelinin 2/3'ü AH'yi duymuş ve yandan fazlası (%56) bildiğini belirtmiştir (Çizelge 3.2.1). Bilgiler mesleki eğitimler sırasında (%67.1) alınmıştır (Grafik 3.2.1). AH en fazla kadın doğum ve ASM'de çalışan, lisans ve üzeri eğitim gören, hekim, evli ve çocuğu bulunan, AH'yi duyan ve yaşayan sağlık personeli tarafından bilinmektedir ($p<0.005$) (Çizelge 3.2.2).

AH'yi bildiğini belirten 70 katılımcının AH'ye yönelik bilgileri ile ilgili sonuçlar şunlardır:

- Sağlık personelinin %61.4'ü tanımını, %88.6'sı görülme sıklığını ve %54.3'ü görüldüğü günleri doğru bilmektedir (Çizelge 3.2.3).
- Katılımcılar en önemli risk faktörünü stres olarak belirtirken (Çizelge 3.2.4), herhangi bir risk faktörü %74.3 oranında bilinmiş, doğru bilinen risk faktörünün bir (%40) ya da iki (%34.3) olduğu ve en önemli riskin stres (%58.6) olarak bilindiği dikkati çekmiştir.
- AH nedenlerinden en fazla postpartum hormonal değişimler (%51.4) ile psikososyal nedenlerin (%41.4) bilindiği saptanmıştır (Çizelge 3.2.4). Herhangi bir AH nedenini bilme oranı %83.9 iken, bunların bir (%41.1) ya da iki (%33.9) ile sınırlı olduğu bulunmuştur.
- Herhangi bir AH belirtisinin 6 ile 15 kadarı (%68.6) bilinmektedir. İlk beş sırada ise sık sık ağlama (%87.1), depresif duygular (%71.4), huzursuzluk-gerginlik (%67.1), iştahsızlık (%55.7), sürekli tedirgin olma (%52.9) ve yalnız kalma isteği (%51.4) bilinmektedir (Grafik 3.2.2).

- Katılımcıların önemli bir bölümü hüznün erkenden (%74.3) (Çizelge 3.2.5), sağlık personeli tarafından (%88.5) (Grafik 3.2.4) ve belirtilerini gözleyerek (%84.6), çok azı ise tarama ölçekleri ile (%21.2) belirleneceğini bilmişlerdir (Grafik 3.2.3).
- AH önlenabilir diyen (%80) sağlık personelinin en fazla bildiği önleme yolları sosyal destek (%67.9) ile doğum öncesi eğitimidir (%60.7) (Grafik 3.2.5). Önleme şekli sadece %11.4 oranında doğru bilinmekte ve en fazla bir önleme şekli (%58.9) bilinmektedir.
- Genellikle AH'nin tedavisi mümkündür (%85.7) yanıtını veren sağlık personelinin bildiği tedavi şeklinin psikoterapi (%73.3), sosyal destek (%45) ve ilaç tedavisi (%40) olduğu görülmüş (Çizelge 3.2.6), ayrıca %91.7'sinin tedavi şeklini doğru bildikleri belirlenmiştir.
- AH komplikasyonları olduğunu bilen çoğu (%88.6) katılımcı (Çizelge 3.2.6), en fazla PPD'yi bilmekte (%58.1), ancak %61.3'ü bu konuda doğru bilgiye sahiptir.
- AH bilgi puanları ile ilgili olarak elde edilen sonuçlar değerlendirildiğinde; %70'inin 16-30 puan arasında aldıkları, yani orta düzeyde AH bilgisine sahip oldukları bulunmuştur. Bu katılımcıların AH sıklığı (0.88 ± 0.32), tanımı (0.61 ± 0.49), görüldüğü günler (0.54 ± 0.50) ve komplikasyonları (1.52 ± 0.82) konusundaki bilgi puanlarının genelde yüksek olduğu, buna karşın belirtileri (8.87 ± 3.98), risk faktörleri (1.08 ± 0.77), nedenleri (1.37 ± 0.90), tedavisi (1.97 ± 1.02), erkenden belirlenebilirliği (1.51 ± 1.00) ve önlenebilirliğine (1.87 ± 1.06) ilişkin puanlarının düşük, genel AH bilgilerinin ise orta (19.98 ± 6.66) düzeyde olduğu saptanmıştır (Çizelge 3.2.7).
- AH bilgi puanları; hekim olan (özellikle ebe hemşirelere göre aile hekimleri), AH'yi sağlık sorunu olarak gören, AH ile karşılaşan ve AH'ye yönelik uygulamalar yapan (emzime desteği sağlama, anneye sürcein normal-geçici olduğunu söyleme, eş-aile desteği sağlama, duyguların ifadesini sağlama) sağlık personelinde daha yüksek bulunmuştur ($p<0.005$) (Çizelge 3.2.8). Katılımcıların AH alt boyutlarından (tanımı, sıklığı, görüldüğü günler, nedenler, belirtiler, tedavi, komplikasyon, belirleme ve önleme) aldıkları bilgi puanı ortalamaları da benzer özelliklerden etkilenmiştir ($p<0.005$). Dikkati çeken bu özellikler; genç yaş ve çocuğa sahip olma, hekim olma (özellikle aile hekimi, kadın doğum ve çocuk hastalıkları hekimi), 1. basamakta çalışma, AH bilgisine sahip olma ve bu konuda kendini iyi görme, AH konusunda olumlu tutuma sahip olma, AH ile karşılaşma, AH'ye

yönelik destekleyici uygulamalarda bulunma ve kurum/birimde AH'ye yönelik hizmet verilmesidir.

- Sağlık personelinin %72.9'unun bilgilerini 'iyi' olarak değerlendirdiği ve %76'sının AH ile ilgili eğitim almak istediği saptanmıştır. (Çizelge 3.2.9).

5.1.2. Sağlık Personelinin Annelik Hüznüne Yönelik Görüşleri İle İlgili Sonuçlar

Sağlık personelinin %66.4'ü AH'yi bir sağlık sorunu olarak görmekte, %88'i postpartum sağlık sorunları içinde önemli bir yer tuttuğunu düşünmekte ve %63.6'sı da AH yaşayan kadına yardımcı olmada sağlık personelinin rolünü önemsemektedir (Çizelge 3.3.1). Katılımcıların çoğu (%88) AH konusunda ve daha çok sağlık personeline (%80) eğitim verilmesi gerektiğini düşünmektedir (Çizelge 3.3.2).

AH'nin sağlık sorunu olarak algılanmasında hekim olma, lisans ve üzeri eğitim görme, meslekte yeni ve evli olma, AH yaşama (Çizelge 3.3.3), AH'yi duyma ve bilme, AH konusunda eğitim almayı isteme, ayrıca kadın doğum alanı ve ASM'de çalışma, genç yaşta olma ve AH bilgisini iyi bulma önemli faktörler olarak bulunmuştur ($p<0.005$).

5.1.3. Sağlık Personelinin Annelik Hüznüne Yönelik Uygulamaları İle İlgili Sonuçlar

Çalışmaya katılan sağlık personelinin %45.6'sı AH yaşayan bir kadınla karşılaşmış ve ara sıra (%36.8) ve nadiren (%33.3) karşılaşmışlardır. AH ile daha fazla karşılaşan sağlık personelinin kadın doğum alanı ve ASM'de çalıştığı, lisans ve üzeri eğitim gördüğü, hekim olduğu, klinik/birimde uzun süredir çalıştığı, evli ve çocuk sahibi olduğu, AH'yi yaşadığı, AH'yi duyduğu ve bildiği bulunmuştur ($p<0.005$).

AH ile karşılaşan ve uygulama yaptığını belirten 57 katılımcı ilk üç sırada anneye sürecin normal ve geçici olduğunu söyleme (%77.2), eş ve aile desteği sağlama (%61.4) ve annenin duygularını ifade etmesini sağlama (%56.1) gibi yararlı ve destekleyici girişimlerde bulunmuşlardır (Grafik 3.4.1).

Katılımcıların sadece %20.8'i AH yaşayan bir kadına yardımcı olmada kendisini yeterli görmektedir (Çizelge 3.4.1). Yeterli gören sağlık personelinin kadın doğum ve ASM'de çalışan, lisans ve üzeri eğitim gören, klinik/birimde uzun süredir çalışan, evli ve

çocuğu olan, AH yaşıyan (Çizelge 3.4.2), AH'yi duyan-bilen ve sağlık personelinin rolünü önemseyen (Çizelge 3.4.5) kişiler oldukları görülmüştür ($p < 0.005$) (Çizelge 3,4.2).

Sağlık personelinin çok azı (%18.4) çalıştıkları kurumda AH'ye yönelik hizmet verildiğini, verilen hizmetlerin ise eğitim (%60.9) ve anneye iletişim (%56.5) ile sınırlı olduğu saptanmıştır (Çizelge 3.4.3). Sağlık personelinin AH'ye yönelik dikkati çeken önerisi eğitim verilmesi (%44.7) olmuştur (Çizelge 3.4.4).

5.2. Öneriler

Sağlık personelinin AH ile ilgili bilgi, görüş ve uygulamalarının incelendiği bu araştırmadan elde edilen sonuçlara yönelik olarak aşağıdaki öneriler geliştirilmiştir.

- Hekim, hemşire ve ebe tüm sağlık personelinin AH bilgilerini daha çok mesleki eğitimleri sırasında öğrenmeleri ve %70'inin orta düzeyde AH bilgisine sahip olması, yaklaşık 2/3'ünün bilgisini yeterli bulması ve bu konuda eğitim almak istemesi nedeniyle, mezuniyet öncesi ve sonrası hizmet içi eğitim ve kurslarda AH'nin kapsamlı olarak ele alınması ve bunların sürekliliğinin sağlanarak bilgilerin yenilenmesi,
- Postpartum dönemde önemli bir pozisyonda bulunan, AH ile karşılaşma olasılığı yüksek olan ve annelere birlikte hizmet veren kadın doğum ve çocuk hastalıkları hekimleri ile aile hekimi, hemşire ve ebelerin AH bilgilerinin farklı olması, ayrıca bazı AH bilgilerinin genç yaş, bazılarının ise deneyimin arttığı ileri yaşlarda, evli ve çocuğu olanlarda daha iyi bulunması nedeniyle, klinik/birim içinde grup etkileşiminin sağlanması ve sürdürülmesine yönelik toplantı, seminer, vaka sunumu vb. faaliyetlerin planlanması ve düzenlenecek eğitim ve kurslarda her meslek ve yaş grubundan kişilere yer verilmesi,
- Annelerle daha fazla etkileşim fırsatının bulunduğu ASM ve kadın doğumla ilgili birimlerde çalışan katılımcıların AH bilgilerinin daha iyi, 2. basamak, çocuk klinikleri ve TSM'de çalışan sağlık personelinin bilgilerinin daha düşük olması nedeniyle, bunun nedenlerini belirleme ve önlemeye yönelik çalışmaların yapılması, ayrıca yöneticilerini de kapsayacak şekilde konuya yönelik bilgilerini güçlendirici eğitimlerin verilmesi,
- AH bilgileri daha iyi olan grupta lisans ve üzeri eğitim alanların bulunması, özellikle anneleri ve çevrelerini olumlu yönde etkileme ve değişim sağlama gücüne sahip hemşire ve ebelerin düşük AH bilgilerine sahip olmaları nedeniyle, ebe ve hemşirelerin lisans eğitiminden geçerek mezun olmaları, gerek lisans, gerekse lisansüstü

programlarda AH konusuna kapsamlı olarak yer verilmesi ve bu konuda standardizasyonu sağlayacak çalışmaların yürütülmesi, ayrıca hemşire ve ebelerin AH'ye yönelik destekleyici ve bakım verici bağımsız rollerini yerine getirebilecek şekilde görev tanımlamalarının yeniden düzenlenmesi,

- Birinci ve 2. basamakta çalışan sağlık personelinin düşük-orta düzeydeki bilgiye, buna karşın AH'yi duyan ve AH'ye yönelik çalıştığı kurum/birimde hizmet verildiğini belirten sağlık personelinin daha yüksek bilgiye sahip olması nedeniyle, çoğu 2. basamakta yürütülen ve TSM'lerde de başlayacak doğum öncesi eğitim sınıflarında ve bunun için yapılan eğitici eğitimi programlarında AH'ye yer verilmesi,
- AH bilgileri, AH'ye karşı olumlu tutumu olan sağlık personeline daha iyi bulunmuştur. Ayrıca, sağlık personelinin 2/3'ünden daha azı AH'yi sağlık sorunu olarak görmekte, annelere yardımcı olmada kendi rollerini önemsemekte ve çoğu AH konusunda ve en fazla sağlık personeline eğitim verilmesi gerektiğine inanmaktadır. Bu nedenle anne ve bebek sağlığını ve dolaylı olarak toplum sağlığını ilgilendiren eğitim ve kurslarda, bunun yanında yapılacak kongre, sempozyum, konferans, çalıştay gibi bilimsel toplantılarda AH ve AH'de hekim, hemşire ve ebe rolünün önemine yönelik konulara yer verilmesi,
- Sağlık personelinin yüksek oranda semptomları gözleyerek AH'nin belirlenebileceği bilgisine sahip olması ve veri toplama aşamasında depresyon ile karıştırıldığının gözlenmesi nedeniyle, gerek mesleki gerekse mezuniyet sonrası kurs ve hizmet içi eğitimlerde AH ve diğer duygudurum bozukluklarının ayırıcı özelliklerinin ve kullanılan tarama ölçeklerinin açıklanması,
- AH ile karşılaşan sağlık personeli oranının düşük olması ve AH'nin çok düşük oranda tarama ölçekleri ile belirleneceğinin bildirilmesi nedeniyle, AH'ye yönelik tarama ölçeklerinin geliştirilmesi, özellikle ilk iki haftada rutin tarama yapılmasını sağlayacak şekilde DSBYR'ye eklenmesi ve ölçeğin uygulamaya geçirilmesi için tüm sağlık personeline bu konuda eğitim verilmesi,
- Çalışmanın örnekleme alınan sağlık personeli, AH ile karşılaşma olasılığı yüksek olan bir gruptan oluşturulmuş, ancak grubun yarısından azı AH ile karşılaşmıştır. AH bilgisi daha iyi olan ve AH'yle karşılaşan sağlık personelinin benzer özelliklerde olduğu görülmüştür. Bu nedenle AH ile ilgili eğitimlerde bu özelliklerin dikkate alınması,

- Çalışmada 1. ve 2. basamakta çalışan sağlık personeli, özellikle ebe ve hemşireler düşük oranda AH ile karşılaşmıştır. Bu nedenle 1. basamakta çalışan sağlık personelinin, özellikle ebe ve hemşirelerin postpartum ev ziyaretlerini yapacak şekilde görev almaları ve bu doğrultuda düzenlemeler yapılması,
- Sağlık personelinin önemli bir kısmı AH tedavisinin destekleyici psikoterapi, azımsanmayacak bir oranı da ilaç tedavisi ile mümkün olduğunu belirtmiştir. Bununla birlikte AH ile karşılaşan sağlık personelinin (AH bilgisi yüksek ve bu konuda olumlu tutuma sahip katılımcı özellikleri ile benzer şekilde) kendi bilgi ve deneyimlerine göre bazı destekleyici girişimlerde buldukları, ancak %20.8'inin kendilerini yeterli gördükleri belirlenmiştir. Bu sonuçlardan yola çıkarak, AH ile karşılaşma olasılığı yüksek olan sağlık personeline AH'nin önlenmesi ve tedavisinde yararlı olacak destekleyici psikoterapinin kullanılabilirliğini artıracak eğitim/kursların verilmesi,
- Sağlık personelinin çalıştığı kurumda AH'ye yönelik çok düşük oranda (%18.4) hizmet verildiği, bunun eğitim(%60.9) ve anneyle iletişim(%56.5) ile sınırlı olduğu ve AH için eğitim yapılması önerisinin getirildiği görülmüştür. Bu nedenle kurum/birimlerde AH'ye yönelik dikkat çekici broşür, poster vb. hazırlanması, sağlık personelinin becerilerini geliştirmeye yönelik koruyucu ruh sağlığı eğitimlerinin düzenlenmesi, vaka çalışmalarının yapılması ve gerektiğinde rehberlik alabilecekleri destek birimlerin kurulması. Ayrıca, sağlık personelinin AH'ye yönelik daha fazla destekleyici girişimde bulunabilmesi ve kendisini yeterli hissedebilmesi için DSBYR'ye AH'ne yönelik yararlı uygulamaların eklenmesi ya da bu konuda ayrı bir ulusal rehber hazırlanarak tüm sağlık personelinin bilgilendirilmesi,
- Katılımcılar sağlık personeli yanında anne, baba ve yakınlarının da bilgilendirilmesi önerisinde bulunmuşlardır. Bu nedenle, annelerle etkileşim halinde olan sağlık personelinin pre ve postpartum dönemde anne-baba adayları ve yakınlarına AH hakkında bilgi vermeleri.
- Bu araştırma ülkemizde ilk kez ve sadece Aydın'ın Söke ilçesindeki hekim, ebe ve hemşireler ile gerçekleştirilmiştir. Ayrıca, örneklemin çoğunu kadınlar oluşturmuştur. Bu nedenle, araştırmanın farklı özellikte ve bölgelerdeki gruplarda yapılması,

ÖZET

Türkyılmaz S, Sağlık Personelinin Annelik Hüznü ile İlgili Bilgi, Görüş ve Uygulamaları.

Araştırma, sağlık personelinin AH ile ilgili bilgi, görüş ve uygulamalarını belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Çalışma, Aydın'ın Söke ilçesindeki 1. basamak ve 2. basamak sağlık kurumlarının kadın doğum ve çocuk kliniklerinde çalışan sağlık personelinde gerçekleştirilmiştir. Örneklem, 125 katılımcıdan oluşmuştur. Veriler, araştırmacı tarafından hazırlanan soru formu ile resmi izinler ve etik kurul onayları ile gönüllülerin sözlü-yazılı onamları alınarak ve katılımcıların öz bildirimlerine göre toplanmıştır. Bilgi soruları, literatüre göre doğru (1 puan) ve yanlış (0 puan) şeklinde gruplanarak 45 puan üzerinden değerlendirilmiştir. Veriler Ki-Kare, Fisher Kesin Ki-Kare, Kruskal Wallis H ve Mann Whitney-U testi ile değerlendirilmiştir. Tüm analizlerde 0.05 anlamlılık düzeyi kabul edilmiştir.

Yaş ortalaması 39.78 ± 7.31 ve meslekte çalışma süreleri 17.40 ± 7.81 yıl olan katılımcıların %81.6'sı kadın ve %44.8'i lisans mezunudur. AH'yi bildiğini (%56) ve mesleki eğitimden edindiğini (%67.1) belirten katılımcıların %70'i orta düzeyde AH bilgisine sahiptir. Örneklem %76'sı AH eğitimi istemektedir. Katılımcıların %66.4'ü AH'yi bir sağlık sorunu olarak görmekte, %63.6'sı anneye yardımcı olmayı önemsemekte ve %80'i sağlık personelinin eğitilmesi gerektiğini düşünmektedir. Düşük oranda (%45.6) AH ile karşılaşan katılımcılar sürecin normal/geçici olduğunu açıklamış (%77.2), eş ve aile desteği (%61.4) ile annenin duygularının ifadesini (%56.1) sağlamış, ancak bu konuda kendilerini yetersiz (%79.2) görmüşlerdir. TSM ve çocuk kliniklerinde çalışanlar ile hemşire/ebelerin bilgi ve uygulamaları yetersizdir ($p < 0.005$).

Araştırma sonucunda, sağlık personelinin AH konusunda olumlu tutuma sahip olmakla birlikte, bilgi ve uygulamalarının yetersiz olduğu ve bunun kurumsal, mesleki ve bireysel çeşitli faktörlerden etkilendiği saptanmıştır. Annelere hizmet veren tüm sağlık personelinin mezuniyet öncesi ve sonrası planlı ve sürekli eğitimlerle desteklenmesi, farkındalıklarını artırmaya yönelik kurumsal ve yasal düzenlemelerin yapılması önemli olacaktır.

SUMMARY

Türkyılmaz S, Information, Thoughts and Practices About Maternity Blues of Health Personnels.

Research has been made in order to determine health personnels' related information, thoughts and practices as an identifier about maternity blues. The study was conducted on health care workers in Aydın Söke 1. and Obstetrics and Gynecology services of 2. Health Care Institutions. The sample consisted of 125 participants. The data have been collected in a question form prepared by the researcher, with official permits and approvals of the ethics committee on the basis of oral approval, and volunteers with health personnel according to own statements. The questions about knowledge were evaluated according to the literature true (1 points) and false (0 points) through the 45 points by grouping them. Data were evaluated with Chi-square, Fisher Exact Chi-square, Kruskal Wallis H and Mann Whitney-U test. The significance level of 0.05 was accepted in all analyses.

The participants whose average age of is 39.78 ± 7.31 , and the average of working hours in the profession is 17.40 ± 7.81 years. The women participants were 81.6% and 44.8% were bachelor's level. The participants who were indicating that having a moderate knowledge of maternity blues (56%), and professional training (67.1%) have a moderate knowledge of maternity blues (70%). The 76 percentage of samples wants to maternity blues training. The 66.4 percentage of participants thinks that maternity blues is a health problem, 63% care about helping mothers and the 80% thinks that the healthcare staff must be educated. The low percentage (45,6%) of participants faced with the maternity blues explained that the process is normal or temporary (77.2%), and provided the expression of mother's feelings (56.1%) with spouse and family support (61.4%), however, they saw themselves in this regard is insufficient (79.2%). The information and practices of nurses&midwives, and personnel working in community health centers and children's clinics is inadequate ($p < 0.005$).

As a result, although health personnels have a positive manner about the maternity blues, their knowledge and practices are inadequate. It is identified that this is affected by a variety of institutional, professional and individual factors. It will be important that institutional and legal arrangements must be implemented with support of planned and continuous training of all medical personnel serving mothers to increase of their awareness before and after their graduation.

KAYNAKLAR

- ACOG. Postpartum depression. Position statement, December 2013, <https://www.acog.org/Search?Keyword=maternity+blues>. Erişim Tarihi: 13.02.2014.
- Adams P. A mental health prevention intervention. *Nursing Clinics of North America* 2000;35(2): 329-338.
- Adewuya AO. The maternity blues in Western Nigerian women: prevalence and risk factors. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 2005;193(4):1522-1525.
- Adewuya AO. Early postpartum mood as a risk factor for postnatal depression in Nigerian women. *The American Journal of Psychiatry* 2006;163(8):1435-1437.
- Adnan Menderes Üniversitesi. Statistical Package for Social Science for Windows 18.0. Adnan Menderes Üniversitesi lisanslı sürümü 2014.
- Akın A. Aile planlamasından üreme sağlığına geçiş. *Aktüel Tıp Dergisi* 2001;6(1): 4-8.
- Aksakallı M, Çapık A, Apay SE, Pasinlioğlu T, Bayram S. Loğusalarn destek ihtiyaçlarının ve doğum sonu dönemde alınan destek düzeylerinin belirlenmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi* 2012;3(3):129-135.
- Aksayan S, Cimete G. Evde bakım. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi* 1998;7(6):202-204.
- Alvarado-Esquivel C, Sifuentes-Alvarez A, Salas-Martinez C, Martínez-García S. Validation of the Edinburgh postpartum depression scale in a population of puerperal women in Mexico. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health* 2006;29(2):23.
- Andersson L, Poromaa GS, Wulff M, Astrom M, Bixo M. Depression and anxiety during pregnancy and six months postpartum: a follow-up study. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 2006;85(8):937-944.
- APA (American Psychiatric Association). Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5.Ed. (DSM-V). 2013.
- Apter-Levy Y, Feldman M, Vakart A, Ebstein RP, Feldman R. Impact of maternal depression across the first 6 years of life on the child's mental health, social engagement, and empathy: The moderating role of oxytocin. *The American Journal of Psychiatry* 2013;170(10):1161-1168.

- Ardahan M. Sosyal destek ve hemşirelik. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2006;9:68-75.
- Arslan F, Uzun Ş. Hemşirenin postnatal eğitim ve danışmanlık hizmetlerinin incelenmesi. Turkish Journal of Medikal Sciences 2008;28(5):736-742.
- Aston ML. Learning to be a normal mother: empowerment and pedagogy in postpartum classes. Journal Public Health Nursing 2002;19(4):284-293.
- AWHONN. The role of the nurse in postpartum mood and anxiety disorders. AWHONN Position Statements, 2008, https://www.awhonn.org/awhonn/content.do?name=07_PressRoom/07_PositionStatements.htm. Erişim Tarihi: 15.04.2014.
- Baker J, Mancosa M, Montenegro M, Lyons BA. Treating postpartum depression. Physics Department 2002;26:37-44.
- Barkauskas VH. Effectiveness of public health nurse home visits to primarous mothers and their infants. American Journal of Public Health 1983;73(5):573-80.
- Barnesd L. Postpartum depression: it's impact on couples and marital satisfaction. Journal of Systemic Therapies 2006;25(3):25-42.
- Başer M, Mucuk S, Korkmaz Z. Postpartum dönemde anne ve babaların yenidoğan bakımına ilişkin gereksinimlerinin belirlenmesi. Sağlık Bilimleri Dergisi 2005;14:54-58.
- Beck CT. Theoretical perspectives of postpartum depression and their treatment implications. The American Journal of Maternal and Child Nursing 2002;27(5):282-287.
- Beck CT. Postpartum depression predictors inventory–revised. Advances in Neonatal Care 2003;3(1):47-48.
- Beck CT. Postnatal depression: not just the baby blues. American Journal of Nursing 2006; 106(5):40-50.
- Beck CT, Gable RK. Comparative analysis of the performance of the postpartum depression screening scale with two other depression instruments. Western Journal of Nursing Research 2001;50(4):242-250.
- Behimehr S, Curtis DA, Curtis RL, Hart CL. Perceived healthcare providers' responsibility with postpartum depression: whose problem is it, anyway?. The Journal of Reproductive Medicine 2014;59(3-4):139-144.

Bennett S, Indman P. Beyond the blues: A guide to understanding and treating prenatal and postpartum depression. Moodswings Press, San Jose, CA. 2003.

Bergant AM, Heim K, Ulmer H, Ilmensee K. Early postnatal depressive mood. Associations with obstetric and psychosocial factors. *Journal Psychosom* 1999;46(4):391-394.

Bernazzi O, Bifulco A. Motherhood as a vulnerability factor in major depression: the role of negative pregnancy experiences. *Social Science ve Medicine Journal* 2003;56(6):1249-1260.

Beyca H. Etkin emzirme eğitimi alan postpartum depresyonlu anne bebeklerinin doğum sonrası ilk iki aylık dönemde antropometrik ölçümlerinin değerlendirilmesi. Uzmanlık Tezi. Sağlık Bakanlığı Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği, İstanbul, Türkiye. 2009.

Biçer T, Bebiş H, İnanç N. Temel sağlık hizmetleri ve toplum sağlığı hemşireliğinin irdelenmesi. *Hemşirelik Forumu* 2001;4 26-31.

Bloch M, Schmidt PJ, Danaceau M, Murphy J, Nieman L, Rubinow DR. Effects of gonadal steroids in women with a history of postpartum depression. *The American Journal of Psychiatry* 2000;157(6):924-930.

Bloch M, Daly RC, Rubinow DR. Endocrine factors in the etiology of postpartum depression. *Comprehensive Psychiatry* 2003;44(3):234-246.

Bloch M, Rotenberg N, Koren D, Klein E. Risk factors associated with the development of postpartum mood disorders. *Journal of Affective Disorders* 2005;88(1):9-18.

Bloch M, Rotenberg N, Koren D, Klein E. Risk factors for early postpartum depressive symptoms. *General Hospital Psychiatry* 2006;28(1):3-8.

Boardman A. The puerperium. *Obstetrics and Gynecology: Principles for Practice*. New York: McGraw-Hill; 2001. p. 565-567.

Brockington IF. Postpartum psychiatric disorders. *The Lancet* 2004;363(9405):303-310.

Brown SG, Johnson BT. Enhancing early discharge with home follow-up: A pilot project. *The Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing* 1998;27(1):33-38.

Brummelte S, Galea AM. Depression during pregnancy and postpartum: contribution of stress and ovarian hormones. *Progress in Neurosychopharmacology and Biological Psychiatry* 2010;34(5):766-776.

Buist A, Bilszta J, Milgrom J, Barnett B, Hayes B, Austin MP. Health professional's knowledge and awareness of perinatal depression: results of a national survey. *Women and Birth* 2006;19(1):11-16.

Buist A, Ellwood D, Brooks J, Milgrom J, Hayes BA, Sved-Williams A, Barnett B, Karatas J, Bilszta J. National program for depression associated with childbirth: the Australian experience. *Best Practice and Research Clinical Obstetrics and Gynaecology* 2007;21(2):193-206.

Buttner MM, O'Hara MW, Watson D. The Structure of women's mood in the early postpartum. *Assesment* 2011;19(2) 247-256.

Büyük YN. İlk doğumunu yapan kadınlarda öz-etkililik-yeterlilik düzeyi ve bunu etkileyen faktörlerin incelenmesi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Kadın Hastalıkları ve Doğum Hemşireliği Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye. 2003.

Bydlowski S, Lalanne C, Golse B, Vaivre-Douret L. Postpartum blues: A marker of early neonatal organization. *Infant Mental Health Journal* 2013;34(6):508-515.

Carpenito LJ. Hemşirelik tanıları el kitabı. 7. Baskı. (Çeviren F, Erdemir) İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 1999.

Carter FA, Carter JD, Luty SE, Wilson DA, Frampton CMA, Joyce PR. Screening and treatment for depression during pregnancy: a cautionary note. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 2005;39(4): 255-261.

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

Chew-Graham CA, Sharp D, Chamberlain E, Folkes L, Turner KM. Disclosure of symptoms of postnatal depression, the perspectives of health professionals and women: a qualitative study. *BMC Family Practice* 2009;10:7-13.

Christie J, Poulton BC, Bunting BP. Anintegrated midrange theory of postpartum family development: A guide for research and practice. *Journal of Advanced Nursing* 2008;61(1):38-50.

- Collins NL, Dunkel-Schetter C, Lobel M, Scrimshaw SCM. Social support in pregnancy: psychosocial correlates of birth outcomes and postpartum depression. *Journal of Personality and Social Psychology* 1993;65(6):1243-1258.
- Connelly CD, Baker MJ, Hazen AL, Mueggenborg MG. Pediatric health care providers' self-reported practices in recognizing and treating maternal depression. *Journal of Pediatric Nursing* 2007;33(2):165-172.
- Cox JL, Connor Y, Kendell RE. Prospective study of the psychiatric disorders of childbirth. *The British Journal of Psychiatry* 1982;140(2):111-117.
- Cox JL, Connor YM, Henderson I, McGuire RJ, Kendell RE. Prospective study of the psychiatric disorders of childbirth by self-report questionnaire. *Journal of Affective Disorders* 1983;5(1):1-7.
- Crotty F, Sheehan J. Prevalence and detection of postnatal depression in an Irish community sample. *Irish Journal of Psychological Medicine* 2004;21(4):117-121.
- Cuijpers P, Branmark JG, Straten AV. Psychological treatment of postpartum depression: A meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology* 2008;64(1):103-118.
- Cunningham FG, Leveno KL, Bloom SL, Hauth J, Rouse D, Spong C. *Williams obstetrics*. McGraw-Hill; New York: 2009.
- Çam O, Bozkurt D, Gördeles NB, Sağkal T. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan ebe ve hemşirelere yönelik doğum sonrası depresyon eğitiminin etkililiğinin incelenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi* 2009;25(3):69-82.
- Danacı AE, Dinç G, Deveci A, Sen FS, Icelli I. Postnatal depression in Turkey: epidemiological and cultural aspects. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 2002;37:125-129.
- Davidson JRT. Post partum mood change in Jamaican women: A description and discussion on its significance. *The British Journal of Psychiatry* 1972;121(565):659-663.
- Demott K, Bick D, Norman R. Clinical guidelines and evidence review for postnatal care: routine postnatal care of recently delivered women and their babies. 2006.
- Dennis CL. Psychosocial and psychological interventions for prevention of postnatal depression: systematic review. *The British Medical Journal* 2005;331(7507):15-21.

Dennis CL, Creedy D. Psychosocial and psychological interventions for preventing postpartum depression. The Cochrane Library. 2007. p.9.

Dennis CL, McQueen K. The relationship between infant-feeding outcomes and postpartum depression: a qualitative systematic review. *Pediatrics* 2009;123(4):736-751.

Dennis CL, Dowswell T. Psychosocial and psychological interventions for preventing postpartum depression. *Cochrane Database System Review* 2013;Feb 28;2:CD001134. doi: 10.1002/14651858.CD001134.pub3.

Desai DH, Jann WM. Major depression in women: a review of the literature. *Journal of American Pharmaceutical Association* 2000;40(4):525-537.

Donaldson-Myles F. Postnatal depression and infant feeding: A review of the evidence. *The British Journal of Management* 2011;19(10):619-624.

Downs DS, Dinallo JM, Kirner TL. Determinants of pregnancy and postpartum depression: prospective influences of depressive symptoms, body image satisfaction, and exercise behavior. *Annals of Behavioral Medicine* 2008;36(1):54-63.

Duff S. When baby brings the blues-solutions for postpartum depression. *Archives of Women's Mental Health* 2010;13:539-540.

Duman NB. Postpartum erken taburculuk sonrası evde bakım. *TAF Preventive Medicine Bulletin* 2009;8(1):73-82.

Durat G, Kutlu Y. Sakarya'da doğum sonrası depresyon sıklığı ve ilişkili faktörler. *New Symposium Journal* 2010;48(1):63-67.

Dündar PE. Yarı-kentsel bir bölgede postpartum depresyon prevalansı ve risk faktörleri. 8.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Kongre Kitabı. Diyarbakır,2002.862-865.

Edebohls L, Ecklund C. Postpartum depression, Practical advice from two nurse practitioners. *Paediatric Nursing* 2002;22(3):298.

Edhborg M. Comparisons of different instruments to measure blues and to predict depressive symptoms 2 months postpartum: A study of new mothers and fathers. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 2008;22(2):186-195.

Edhborg M, Seimyr L, Lundh W, Witstrom AM. The parent-child relationship in the context of maternal depressive mood. *Archives Womens Mental Health* 2003;6(3):211-216.

Ehlert U, Patella U, Kirschbaum C, Piedmont E, Hellhammer DH. Postpartum blues: salivary cortisol and psychological factors. *Journal of Psychosomatic Research* 1990;34(3):319-325.

Eilat-Tsanani S, Merom A, Romano S, Reshef A, Lavi I, Tabenkin H. The effect of postpartum depression on womens' consultations with physicians. *Original Articles. The Israel Medical Association Journal* 2006;8(6):406-410.

Elden C. Midwives knowledge and managemet of postnatal depression. *Australian Journal of Advenced Nursing* 1989;7:35-42.

Epperson N, Czarkowski KA, Ward-O'Brien D, Weiss E, Gueorguieva R, Jatlow P, Anderson GM. Maternal sertraline treatment and serotonin transport in breast-feeding mother infant Pairs. *American Journal of Psychiatry* 2001;158(10):1631-1637.

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

Ergöçmen BA, Tezcan S, Çağata P. Üreme sağlığı. *Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması*, 2008. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı ve TÜBİTAK, Ankara, Türkiye. 2009.

Ersoy M. Lohusalık Döneminde Annenin Yaşadığı Duygusal Dalgalanmalar. *Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye. 1993.*

Evins GG, Theofrastous JP, Galvin SL. Postpartum depression: a comparison of screening and routine clinical evaluation. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 2000;182(5):1080-1082.

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

Feksi A, Harris B, Walker RF, Riad-Fahmy D, Newcombe RG. "Baby blues" and hormone levels in saliva. *Journal Affect of Disorders* 1984;6(3-4):351-355.

Field T, Diego M, Hernandez-Reif M, Figueiredo B, Schanberg S, Kuhn C, Deeds O, Contogeorgos J, Ascencio A. Chronic prenatal depression and neonatal outcome. *The International Journal of Neuroscience* 2008;118(1):95-103.

- Forman DN, Videbech P, Hedegaard M, Salvig JD, Secher NJ. Postpartum depression: identification of women at risk. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 2000;107(10):1210-1217.
- Fossey L, Papiernik E, Bydlowski M. Postpartum blues: A clinical syndrome and predictor of postnatal depression. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology* 1997;18(1):17-21.
- Freeman MP, Smith KW, Freeman SA, McElroy SL, Kmetz GE, Wright R, Keck PE Jr. The impact of reproductive events on the course of bipolar disorder in women. *The Journal of Clinical Psychiatry* 2002;63(4):284-287.
- Gale S, Harlow BL. Postpartum mood disorders: a review of clinical and epidemiological factors. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology* 2003;24(4):257-266.
- Georgiopoulos AM, Bryan TL, Wollan P, Yawn BP. Routine screening for postpartum depression. *Journal of Family Practice* 2001;50(2):117-122.
- Gereklioğlu Ç, Poçan AG, Başhan İ. Annelerin doğum sonrası psikiyatrik sorunları. *Türkiye Klinikleri Jinekoloji Obstetrik Dergisi* 2007;17:126-133.
- Glavin K, Ellefsen B, Erdal B. Norwegian public health nurses' experience using a screening protocol for postpartum depression. *Public Health Nursing* 2010;27(3):255-262.
- Glover V, Kammerer M. The biology and pathophysiology of peripartum psychiatric disorders. *Primary Psychiatry* 2004;11:37-41.
- Gonidakis F. Postpartum depression and maternity blues in immigrants. *Perinatal Depression* 2012;p.117-138.
- Gonidakis F, Rabavilas AD, Varsou E, Kreatsas G, Christodoulou GN. Maternity blues in Athens, Greece: a study during the first 3 days after delivery. *Journal of Affective Disorders* 2007;99(1-3):107-115.
- Gordon TE, Cardone IA, Kim JJ, Gordon SM, Silver RK. Universal perinatal depression screening in an Academic Medical Center. *Journal of Obstetrics and Gynecology* 2006;107:342-347.
- Gözüm S, Kılıç D. Health problems related to early discharge of Turkish women. *Midwifery* 2005;21:371-378.

Gracer AC, Underwood MR. Review of the role of progesterone in the management of postnatal mood disorders. *The Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology* 2001;22(1):49-55.

Gunn J, Lumley J, Yound D. The role of the general practitioner in postnatal care: a survey from Australian general practice. *The British Journal of General Practice* 1998; 48:1570-1574.

Gülnar D, Sunay D, aylan A. Postpartum depresyon ile ilişkili risk faktörleri. *Turkiye Klinikleri Jinekoloji Obstetrik Dergisi* 2010;20(3):141-148.

Güngör İ, Gökyıldız ř, Nahcivan N. Sezaryen doğum yapan bir grup kadının doğuma ilişkin görüşleri ve doğum sonu erken dönemde yaşadıkları sorunlar. *İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2004;53:17-24.

Güra A, ığ H, Ongun H. Postpartum maternal depresyon nedenleri ve preterm bebeklerde büyüme üzerine etkileri. *ocuk Dergisi* 2004;4(3):168-172.

Halbreich U, Karkun S. Cross-cultural and social diversity of prevalence of postpartum depression and depressive symptoms. *The Journal of Affective Disorders* 2006;91(2):97-111.

Hannah P, Adams D, Lee A, Glover V, Sandler M. Links between early post-partum mood and post-natal depression. *The British Journal of Psychiatry* 1992;160:777-780.

Harris B. 'Maternity blues' in East African clinic attenders. *Archives of General Psychiatry* 1981;38(11):1293-1295.

Harris B, Lovett L, Newcombe RG, Read GF, Walker G, Fahmy DR. Maternity blues and major endocrine changes: cardiff puerperal mood and hormone study. II. *British Medical Journal* 1994;308(4):949-953.

Hau FWL, Levy VA. The maternity blues and Hong Kong Chinese women: an exploratory study. *Journal of Affective Disorders* 2003;75(2):197-203.

Hayes BA. From 'postnatal depression' to 'perinatal anxiety and depression': key points of the national perinatal depression plan for nurses and midwives in Australian primary health care settings. *Contemporary Nurse* 2010;35(1):58-67.

Henshaw C. Mood disturbance in the early puerperium: A review. *Archives of Women's Mental Health* 2003;6(2):33-42.

- Henshaw C, Foreman D, Cox J. Postnatal blues: A risk factor for postnatal depression. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology* 2004;25(3-4):267-272.
- Heron J, O'Connor TG, Evans J, Golding J, Glover V. The course of anxiety and depression through pregnancy and the postpartum in a community sample. *Journal of Affective Disorders* 2004;80(1):65-73.
- Holden JM, Sagovsky R, Cox JL. Counselling in a general practice setting: Controlled study of health visitor intervention in treatment of postnatal depression. *The British Medical Journal* 1989;298:223-226.
- Horowitz JA, Murphy CA, Gregory K, Wojcik J, Pulcini J, Solon L. Nurse home visits improve maternal/infant interaction and decrease severity of postpartum depression. *The Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing* 2013;42:287-300.
- ICM. Appropriate maternity services for normal pregnancy, childbirth and the postnatal period. Position statement, 2011, <http://www.internationalmidwives.org/who-we-are/policy-and-practice/icm-position-statements-general/>. Erişim Tarihi: 09.03.2014.
- Ijuin T, Douchi T, Yamamoto S, Ijuin Y, Nagata Y. The relationship between maternity blues and thyroid dysfunction. *The Journal of Obstetrics and Gynaecology Research* 1998;24(1):49-55.
- Ismail RI. Antepartum depression and husband's mental problem increased risk maternity blues. *Medical Journal of Indonesia* 2006;15:74-80.
- Işık SN, Bilgili N. Postnatal depression: midwives and nurses. Knowledge and practices. *Erciyes Tıp Dergisi* 2010;32(4):265-274.
- James DC. Postpartum care. *Perinatal Nursing*. Lippincott Company, 3. Ed. Philadelphia:2008.p. 473-475.
- Jansson P. Early postpartum discharge. *The American Journal of Nursing* 1985;5(5):547-550.
- Johnson MP. The implications of unfulfilled expectations and perceived pressure to attend the birth on men's stress levels following birth attendance. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology* 2002;23(3):173-182.
- Jones CJ, Creedy DK, Gamble JA. Australian midwives' awareness and management of antenatal and postpartum depression. *Women and Birth* 2012; 25(1):23-28.

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

Jung V, Short R, Letourneau N, Andrews D. Interventions with depressed mothers and their infants: Modifying interactive behaviours. *Journal of Affective Disorders* 2007;98(3):199-205.

Kablinger A. Baby blues and postpartum depression. Health Sciences Center Department of Psychiatry 2005.

Kammerer M, Taylor A, Glover V. The HPA axis and perinatal depression: a hypothesis. *Archives of Women's Mental Health* 2006;9(4):187-196.

Kaner S. Aile Destek Ölçeği: Faktör yapısı, güvenirlik ve geçerlik çalışmaları. Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Özel Eğitim Dergisi 2003;4:57-72.

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

Karagöz Y. Aile sağlığı merkezlerinde çalışan ebe ve hemşirelerin postpartum depresyona yönelik bilgi ve uygulamalarının değerlendirilmesi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Anabilim Dalı, Sivas, Türkiye. 2011.

Kennedy HP, Beck CT, Driscoll JW. A light in the fog: Caring for women with postpartum depression. *Journal of Midwifery and Women's Health* 2002;47(5):318-322.

Kennerly H, Gath D. Maternity blues I. detection and measurement by questionnaire. *British Journal of Psychiatry* 1989;155(9):356-362.

Khorshid L, Arslan G. Hemşirelik ve sosyal desteğin önemi. *Dirim* 2006;8:182-188.

Kısa C. Postpartum psikiyatrik bozukluklar. *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji (3P) Dergisi* 2004;12(4):36-40.

Kızılkaya BN, Coşkun A, Yıldırım G. Doğum olayının kadının fonksiyonel durumu üzerine etkisi. *Hemşirelik Araştırma ve Geliştirme Dergisi* 2003;1:22-29.

Klier CM, Muzik M, Dervic K, Mossaheb N, Benesh T, Ulm B, Zeller M. The Role of estrogen and progesterone in depression after birth. *Journal of Psychiatric Research* 2007;41(3-4):273-279.

Kocabaşoğlu N, Başer SZ. Gebelik ve doğumla tetiklenen psikiyatrik hastalıklar. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Sempozyum Dizisi 2008;62:349-354.

Kruckman L, Smith S. An introduction to postpartum illness. *Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Health* 2003;4:62-67.

Kumar R. Postnatal mental illness: a transcultural perspective. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 1994;29(6):250-264.

Kurtcu A. Sağlık ocaklarında çalışan hemşire ve ebelerin postpartum depresyona yönelik bilgi ve tutumlarının incelenmesi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programı, Sivas, Türkiye. 2010.

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

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

Leddy MA, Farrow VA, Joseph GF, Schulkin J. Obstetrician/gynecologists and postpartum mental health: differences between CME course takers and nontakers. *Journal Of Continuing Education In The Health Professions* 2012;32(1):39-47.

Leigh B, Milgrom J. Acceptability of antenatal screening for depression in routine antenatal care. *The Australian Journal of Advanced Nursing* 2007;24(3):14-18.

Leitch S. Postpartum depression: a review of the literature. St. Thomas, Ontario: Elgin-St. Thomas Health Unit. 2002;25-273-237.

Leveno KJ, Cunningham FG. Williams doğum bilgisi el kitabı. 21. Baskı. 2004. p. 293.

Lintner NC, Gray BA. Childbearing and depression what nurses need to know. *AWHONN Lifelines* 2006;10(1):50-57.

Logsdon MC, Wisner K, Billings DM, Shanahan B. Raising the awareness of primary care providers about postpartum depression. *Issues in Mental Health Nursing* 2006;27(1):59-73.

Lowdermilk DL, Perry SE, Bobak IM. *Maternity and Women's Health Care*. 7. Baskı. St. Louis, Mosby Company, 2000. p. 639-640, 940-963.

MacArthur C, Winter HK, Bick DE, Knowles H. Effect of redesigned community postnatal care on womens' health 4 months after birth: a cluster randomised controlled trial. *The Lancet* 2002; 359(9304):378-385.

Maciocia G. *Obstetrics and gynecology in Chinese medicine*. 2. Ed. Churchill Livingstone. Edinburg: 2011.

Maley B. Creating a postpartum depression support group. *AWHONN Lifelines* 2002;6(1):62.

Mallikarjun PK, Oyebode F. Prevention of postnatal depression. *Journal of The Royal Society of Health* 2005;125(5):221-226.

Malnory M. Mother-infant home care drives quality in a managed core environment. *Journal of Nursing Care Quality* 1997;11(4):9-26.

Manfredi G, Lazanio S, Kotzalidis GD, Ruberto A, Girardi P, Tatarelli R. Postpartum depression without delivering a child. *The Acta Psychiatrica Scandinavica* 2005;112(3):233-237.

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

Marks MG. The normal newborn. *Broadribb's Introductory Pediatric Nursing*. 5. Ed. Philadelphia: Lippincott Company, 1998. p.99-123.

McCleery A, Addington J, Addington D. Family assessment in early psychosis. *Psychiatry Research* 2007;152:95-102.

McLearn KT, Minkovitz CS, Strobino DM, Marks E, Hou W. Maternal depressive symptoms at 2 to 4 months post partum and early parenting practices. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine* 2006;160(3):279-284.

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

Miller LJ. Postpartum depression. *The Journal of the American Medical Association* 2002;287(6):762-765.

Miller LJ, Rukstalis M. Beyond the "blues": hypotheses about postpartum reactivity. *Postpartum Mood Disorders*. 1. Ed. Washington DC: American Psychiatric Press Inc, 1999. p. 3-19.

- Morgan MA, Schulkin J. Obstetrician–gynecologists and self-identified depression: personal and clinical. *Depression and Anxiety* 2006;23(2):83-89.
- Moses-Kolko EL, Roth EK. Antepartum and postpartum depression: healthy mom, healthy baby. *Journal of Women’s Health* 2004;59(3):181-197.
- Munoz C, Agruss J, Haeger A, Siversten L. Postpartum depression. Detection and treatment in the primary care setting. *The Journal of Nurse Practitioners* 2006;4:247-253.
- Murata A, Nadaoka T, Morioka Y, Oiji A, Saito H. Prevalence and background factors of maternity blues. *Gynecologic and Obstetric Investigation* 1998;46(2):99-104.
- Nagata M, Nagai Y, Sobajima H, Ando T, Nishide Y, Honjo S. Maternity blues and attachment to children in mothers of full-term normal infants. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2000;101(3):209-217.
- Nappi RE, Petraglia F, Luisi S, Polatti F, Farina C, Genazzani AR. Serum allopregnanolone in women with postpartum ‘Blues’. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 2001;97(1):77-80.
- National Institute for Health and Clinical Excellence. Routine postnatal care of women and their babies. NICE clinical guideline 37. London: National Institute for Health and Clinical Excellence; 2006.
- National Mental Health Association. Recognizing postpartum depression. 2003.
<http://www.nmha.org/children/ppd.pdf>. Erişim Tarihi: 20.04.2014
- Noble RE. Depression in women. *Metabolism* 2005;54(5):49-52.
- Nott PN, Franklin M, Armitage C, Gelder MG. Hormonal changes in the puerperium. *The British Journal of Psychiatry* 1976;128:379-383.
- Nur N, Çetinkaya S, Bakır AD. Sivas il merkezindeki kadınlarda postnatal depresyon prevalansı ve risk faktörleri. *Comhutiye Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 2004;26(2):55-59.
- Nylen KJ, Moran TE, Franklin CL, O’Hara MW. Maternal depression: A review of relevant treatment approaches for mothers and infants. *Infant Mental Health Journal* 2006;27(4):327-343.
- O’Hara MW, Schlechte JA, Lewis DA, Wright EJ. Prospective study of postpartum blues. Biologic and psychosocial factors. *Archives of General Psychiatry* 1991;48(9): 801-806.

- O'Hara MW, Swain AM. Rates and risks of postpartum depression: a meta-analysis. *International Review of Psychiatry* 1996;8(1):37-54.
- Okanlı A, Tortumluoğlu G, Kırkpınar G. Gebe kadınların ailelerinden aldıkları sosyal destek ile problem çözme becerileri arasındaki ilişki. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2003;4:98-105.
- Olds DL, Kitzman H. Can home visitation improve the health of women and children at environmental risk. *Pediatrics* 1990;86(1):108-116.
- Özdemir S, Marakoğlu K, Çivi S. Konya il merkezinde doğum sonrası depresyon riski ve etkileyen faktörler. *TAF Preventive Medicine Bulletin* 2008;7:391-398.
- Pantley E. The baby blues. The no-cry sleep solution. 2003.p.1.
- Parry BL, Sorenson DL, Meliska CJ, Basavaraj N, Zirpoli GG, Gamst A. Hormonal basis of mood and postpartum disorders. *Current women's health reports* 2003;3(3):230-235.
- Pearlstein T, Howard M, Salisbury A, Zlotnick C. Postpartum depresyon. *American Journal of Obstetrics Gynecology* 2009;200(4):357-364.
- Pitt B. Maternity blues. *British Journal of Psychiatry* 1973;122(1):431-433.
- Pop VJ, Wijnen HA, Van Montfort M, Essed GG, De Geus CA, Van Son MM, Komproe IH. Blues and depression during early puerperium: home versus hospital deliveries. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 1995;102(9):701-706.
- Priest S, Barnett B. Perinatal anxiety and depression: issues outcomes and interventions. *Infants of parents with mental illness: developmental, clinical, cultural and personal perspectives*. Bowen Hills: Australian Academic Press; 2008.
- Psaros C, Geller PA, Sciscione AC, Bonacquisti A. Screening practices for postpartum depression among various health care providers. *The Journal of Reproductive Medicine* 2010;55(11-12):477-484.
- Puget M, Cathébras P, Rousset H, Paccalin M. Pregnancy complications and baby blues. *La Revue de médecine interne* 2005;26(2):226-229.
- Raynor M, England C. *Psychology for midwives pregnancy, childbirth and puerperium*. Glasgow. The McGraw Hill Companies; 2010.
- Rathfisch G, Kızılkaya N. Protection of continence in pregnancy, labor and postpartum periods. *International Journal of Urological Nursing* 2012;6(3):100-106.

- Reck C, Stehle E, Reinig K, Mundt C. Maternity blues as a predictor of DSM-IV depression and anxiety disorders in the first three months postpartum. *Journal of Affective Disorders* 2009;113(1-2):77-87.
- Rice R. Home health nursing practice concepts and application. 2. Ed. Missouri: Mosby Company; 1996. p. 400-410.
- Righetti-Veltema M, Conne-Perréard E, Bousquet A, Manzano J. Postpartum depression and mother-infant relationship at 3 months old. *Journal of Affective Disorders* 2002;70(3):291-306.
- Robertson E, Grace S, Wallington T, Stewart DE. Antenatal risk factors for postpartum depression: a synthesis of recent literature. *General Hospital Psychiatry* 2004;26:289-295.
- Robson SC, Hunter S, Boys RJ, Dunlop W. Serial study of factors influencing changes in cardiac output during human pregnancy. *American Journal of Physiology* 1989;256(4):1060-1065.
- Rondon MB. Maternity blues: cross-cultural variations and emotional changes. *Primary Care Update for OB/GYNS*. 2003;10(4):167-171.
- Rude L. Creating postpartum wellness natural solutions to Banish depression after childbirth. New York: Aviva Publishing; 2013.
- Sakumoto K, Masamoto H, Kanazawa K. Post-partum maternity 'blues' as a reflection of newborn nursing care in Japan. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 2002;78:25-30.
- Santos Junior HP, Rosa Gualda DM, de Fátima Araújo Silveira M, Hall WA. Postpartum depression: the (in) experience of Brazilian primary healthcare professionals. *Journal of Advanced Nursing* 2012;69(6):1248-1258.
- Savaşır I, Şahin NH. Bilişsel-davranışçı terapilerde değerlendirme ve sık kullanılan ölçekler. *Türk Psikologlar Dergisi Yayınları* 1997;9(4):23-38.
- Schytt E, Lindmark G, Waldenström U. Physical symptoms after childbirth: prevalence and associations with self-rated health. *An International Journal of Obstetrics and Gynaecology* 2005;112(2):210-217.
- Scocir AP, Hundley V. Are Slovenian midwives and nurses ready to take on a greater role in caring woman with postnatal depression. *Midwifery* 2006;22(1):40-55.

- Sealy PA, Fraser J, Simpson JP, Evans M, Hartford A. Community awareness of postpartum depression. *The Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing* 2009;38(2):121-133.
- Seehusen DA, Baldwin L, Runkle GP, Clark G. Are family physicians appropriately screening for postpartum depression. *The Journal of the American Board of Family Practice* 2005;18(2):104-112.
- Segre LS, O'Hara MW. Gebelik ve postpartum dönemde ruhsal bozukluklar. *Danforth's Obstetrik ve Jinekoloji*, 10. Baskı, 2010. p. 505-513.
- Seven M, Akyüz A. Postpartum depresyon gelişiminde etkisi az bilinen bir faktör: infertilite *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi* 2013;10(3):7-11.
- Seyfried LS, Marcus SM. Postpartum mood disorders. *International Review of Psychiatry* 2003;15(3):231-242.
- Shaw E, Kaczorowski J. Postpartum care- What's new?. *Journal Current Opinion in Obstetrics and Gynecology* 2007;19(6):561-567.
- Smith MV, Rosenheck RA, Cavaleri MA, Howell HB, Poschman K, Yonkers KA. Screening for and detection of depression, panic disorder and PTSD in public-sector obstetric clinics. *Psychiatric Services* 2004;55(4):407-414.
- Spinelli MG. Antepartum and postpartum depression. *The Journal of Gender-Specific Medicine* 1998;1(2):33-36.
- Stanhope M, Lancaster J. *Community health nursing*. 4. Ed, Mosby Company, 1996.p.906-907.
- Stein GS. The pattern of mental change and body weight change in the first postpartum week. *Journal of Psychosomatic Research* 1980;24(3-4):165-171.
- Suri R, Altshuler LL. Postpartum depression: risk factors and treatment options. *Psychiatry Time* 2004;21:11-15.
- Sutter AL, Leroy V, Dallay D, Verdoux H, Bourgeois M. Postpartum blues and mild depressive symptomatology at days three and five after delivery. *Journal of Affective Disorders* 1997;44(1):1-4.
- Sword W, Watt S. Learning needs of postpartum women: does socioeconomic status matter? *Birth* 2005;32(2):86-92.

Şahin NH, Soypak F. Erken lohusalık sürecinde kadınların algıladıkları eş desteği. Zeynep Kamil Tıp Bülteni 2010;41(4):187-193.

Tezel A. Postpartum depresyonun değerlendirilmesinde hemşirelerin/ebelerin sorumlulukları. New Symposium Journal 2006;44(1):49-52.

Topçu S, Beşer A. Göç ve Sağlık. Cumhuriyet Üniversitesi Dergisi 2006;10(3):37-42.

Tsukasaki M, Ohta Y, Oishi K, Miyaichi K, Kato N. Types and characteristics of short-term course of depression after delivery: using Zung's Self-Rating Depression Scale. The Japanese Society of Psychiatry and Neurology 1991;45(3):565-576.

Turan JM, Nalbant H, Bulut A, Sahip Y. Including expectant fathers in antenatal education programmes in İstanbul, Turkey. Reproductive Health Matters 2008;9(18):114-125.

T.C. Resmi Gazete. Evde Bakım Hizmetleri Yönetmeliği. 2005a.

http://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com_content&view=article&id=261:evde-bakim-hmetlersunumu-hakkinda-yetmel&catid=2:ymelik&Itemid=33. Erişim Tarihi: 21.04.2014.

T.C. Sağlık Bakanlığı Toplum Sağlığı Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Yönerge. 2005b.

http://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com_content&task=view&id=240&itemid=34. Erişim Tarihi: 20.04.2014.

T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. Doğum Sonu Bakım Yönetim Rehberi, 2010. <http://www.saglik.gov.tr>, Genelge 2010/27, 03.05.2010. Erişim Tarihi: 26.02.2014.

T.C. Resmi Gazete. Hemşirelik Yönetmeliği. 2011a. <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/04/201100419-5.htm>. Erişim Tarihi: 18.04.2014.

T.C. Sağlık Bakanlığı. Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı 2011-2023. Ankara. Yayın no: 847. 2011b.

T.C. Resmi Gazete. Aile Hekimliği Yönetmeliği. 2013. <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2013/07/201300719-5.htm>. Erişim Tarihi: 15.05.2014

Tüzün H. Ankara merkezindeki bazı birinci basamak sağlık kuruluşlarına başvuranların sağlık ve sosyal özelliklerine göre yaşam kalitelerinin karşılaştırılması. Uzmanlık Tezi. Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara, Türkiye. 2006.

Ushiroyama T, Sakuma K, Ueki M. Efficacy of the kampo medicine Xiong-gui-tiao-xue-yin (Kyuki-chouketsu-in), a traditional herbal medicine, in the treatment of maternity blues syndrome in the postpartum period. *The American Journal of Chinese Medicine* 2005;33(1):117-126.

Viguera AC, Whitfield T, Baldessarini RJ, Newport DJ, Stowe Z, Reminick A, Zurick A, Cohen LS. Risk of recurrence in women with bipolar disorder during pregnancy: prospective study of mood stabilizer discontinuation. *The American Journal of Psychiatry* 2007;164(12):1817-1824.

Walker L, Wilging S. Rediscovering the „M“ in „MCM“: maternal health promotion after childbirth. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing* 2004;29(3):229-236.

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

Webster J, Linnane JW, Dibley LM, Hinson JK, Starrenburg SE, Roberts JA. Measuring social support in pregnancy: can it be simple and meaningful? 2000;27(2):97-101.

Weiss ME, Ryan P, Lokken L. Validity and reliability of the perceived readiness for discharge after birth scale. *The Journal of Obstetric Gynecologic and Neonatal Nursing* 2006;35(1):34-45.

WHO. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders Clinical descriptions and diagnostic guidelines. 2010, <http://www.who.int/classifications/icd/en/bluebook.pdf?ua=1>. Erişim tarihi: 14.06.2014.

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

Wiley CC, Burke GS, Gill PA, Law NE. Pediatricians' views of postpartum depression: A self-administered survey. *Archives of Womens Mental Health* 2004;7(4):231-236.

Will MA, Randolph JF. The influence of reproductive hormones on brain function in the menopausal transition. *Minerva Ginecologica* 2009;61(6):469-481.

- Williams KE, Casper RC. Reproduction and its psychopathology. *Women's Health: Hormones, Emotions and Behavior*. 1. Ed. Cambridge University Press; 1998. p. 14-35.
- Williams LR, Cooper MK. Nurse managed postpartum home care. *The Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing* 1993;22(1):25-31.
- Wisner KL, Parry BL, Piontek CM. Clinical practice. Postpartum depression. *The New England Journal of Medicine* 2002;347(3):194-199.
- Yıldız D. Doğum sonrası dönemde annelerin bebek bakımı konusunda danışmanlık gereksinimleri ve yaklaşımlar. *Gülhane Tıp Dergisi* 2008;50(4):294-298.
- Yılmaz M, Öncel S. Annelik hüznü ile baş etmede hemşirenin rolü. *Türkiye Klinikleri Hemşirelik Bilimleri Dergisi* 2009;1(1):32-38.
- Yonkers K, Chantilis S. Recognition of depression in obstetric/gynecology practices. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 1995;173(2):632-638.
- Yoshida K, Marks MN, Kibe N, Kumar R, Nakano H, Tashiro N. Postnatal depression in Japanese women who have give birth in England. *Journal of Affective Disorders* 1997;43(1):69-77.

ÖZGEÇMİŞ

Serap TÜRKYILMAZ, 1984 yılında Isparta'nın Şarkikaraağaç ilçesinde doğmuştur. TÜRKYILMAZ, ilkokul eğitimini 1990-1993 yılları arasında Aksaray Emlak Kredi İlkokulu ve 1993-1995 yılları arasında Van Atatürk İlkokulu'nda almıştır. Ortaokula 1995 yılında Van Gölü Anadolu Lisesi'nde başlamış ve 1996-1999 yıllarında Gaziantep Fitnat Nuri Tekerekoğlu Anadolu Lisesi'nde ortaokulu, 1999-2002 yıllarında ise Kütahya Fen Lisesi'nde lise eğitimini tamamlamıştır. Araştırmacı, lisans eğitimi için 2002 yılında Gülhane Askeri Tıp Akademisi Hemşirelik Yüksekokulu'na girmiş ve 2006 yılında Yüksek Hemşire unvanı ile mezun olmuştur. Mezuniyet sonrası Gülhane Askeri Tıp Akademisi Göz Hastalıkları Kliniği'nde altı ay, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği'nde altı ay olmak üzere 12 ay hemşire olarak çalışmıştır. Daha sonra Edirne Uzunköprü Askeri Reviri ve Mardin Askeri Reviri'nde üç yıl hemşire olarak görev yapmıştır. TÜRKYILMAZ; halen Aydın Söke Askeri Reviri'nde hemşire olarak çalışma hayatına devam etmektedir.

Araştırmacı, 2011-2014 yılları arasında Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı'nda yüksek lisans eğitimini tamamlamıştır. Serap TÜRKYILMAZ, evli ve bir çocuk annesidir.

TEŞEKKÜRLER

Yüksek lisans eğitimim boyunca bana her konuda destek olan, özellikle tezimin planlanması, hazırlanması ve yazılması aşamalarında yardımını ve büyük desteğini gördüğüm, ayrıca iyi ki tanımışım diyerek, anlayış, olgunluk ve insanlık gibi her konuda kendime örnek aldığım değerli hocam Sayın Doç. Dr. Nevin AKDOLUN BALKAYA'ya,

Yüksek lisans eğitimim boyunca bilgi ve deneyimleri ile eğitim hayatıma katkıda bulunan tüm bölüm hocalarıma, araştırmaya maddi destek sağlayan Adnan Menderes Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Birimi'ne, araştırmaya katılmayı kabul eden ve verilerin toplanma aşamasında destekleyici tavırlarıyla yardımcı olan tüm hemşire, ebe ve hekimlere,

Yüksek lisans eğitimimin başından sonuna kadar ve tezimin yazım aşamasında manevi desteğini ve yardımlarını aldığım, bu süreçte yokluğumu kızımıza hissettirmemek için elinden geleni yaparak anlayışı, desteği ve sevgisiyle aile bütünlüğümüzü devam ettiren sevgili eşim Hakan TÜRKYILMAZ'a,

Yüksek lisans eğitimime başladığımda henüz 2.5 yaşında olan ve benimle birlikte derslere, seminerlere gelerek varlığıyla bana güç veren, beni motive eden minik kızım Ece Elif TÜRKYILMAZ'a,

Yüksek lisans yapacağımı söylediğimde benden daha fazla heyecanlanan ve her sınavımı benden çok stres yaparak düşünen, sevgi ve destekleriyle her an yanımda olan annem, babam ve ağabeyime çok teşekkür ederim.

EKLER

Ek 1. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

LÜTFEN DİKKATLİCE OKUYUNUZ !!!

Bu çalışmaya katılmak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışmada yer almayı kabul etmeden önce çalışmanın ne amaçla yapılmak istendiğini anlamanız ve kararınızı bu bilgilendirme sonrası özgürce vermeniz gerekmektedir. Size özel hazırlanmış bu bilgilendirmeyi lütfen dikkatlice okuyunuz, sorularınıza açık yanıtlar isteyiniz.

Çalışmanın Amacı Nedir?

Çalışma, sağlık personelinin AH ile ilgili bilgi, görüş ve uygulamalarını belirlemeyi amaçlamaktadır.

Katılma Koşulları Nedir?

Bu çalışmaya dahil edilebilmeniz için Söke ASM, TSM, Fehime Faik Kocagöz Devlet Hastanesi ve Özel Uluslararası Söke Hastanesi'nin kadın doğum ve çocuk hastalıkları kliniklerinde çalışan ebe, hemşire, aile hekimi ile kadın doğum ve çocuk hastalıkları uzmanı olmanız ve araştırmaya katılmayı kabul etmeniz gerekmektedir.

Nasıl Bir Uygulama Yapılacaktır?

Gönüllülere anket uygulaması ile soru sorulacaktır.

Sorumluluklarım Nedir?

Araştırma ile ilgili olarak size verilen formdaki soruları doğru olarak yanıtlamak sizin sorumluluğunuzdadır. Bu koşullara uymadığınız durumlarda araştırmacı sizi uygulama dışı bırakabilme yetkisine sahiptir.

Katılımcı Sayısı Nedir?

Araştırmada yer alacak gönüllüler; Söke ASM, TSM, Fehime Faik Kocagöz Devlet Hastanesi ve Özel Uluslararası Söke Hastanesi'nin kadın doğum ve çocuk hastalıkları kliniklerinde çalışan ebe, hemşire, aile hekimi ile kadın doğum ve çocuk hastalıkları uzmanlarıdır.

Çalışmanın Süresi Ne Kadar?

Bu araştırma için öngörülen süre 12 aydır.

Gönüllünün Bu Araştırmadaki Toplam Katılım Süresi Ne Kadar?

Bu araştırmada yer almanız için öngörülen zamanınız, bir sefere mahsus 15-20 dakikadır.

Çalışmaya Katılma İle Beklenen Olası Yarar Nedir?

Bu araştırmadan tıbbi olarak bir yarar sağlamanız söz konusu değildir, bu çalışma yalnızca araştırma amaçlıdır.

Çalışmaya Katılma İle Beklenen Olası Riskler Nedir?

Size bu araştırmada anket uygulanacaktır. Bu çalışmaya katılma ile beklenen olası bir risk yoktur.

Kan Örneklerinin Saklanması

Kan örneği kullanılmayacaktır.

Araştırma Sürecinde Birlikte Kullanılmasının Sakıncalı Olduğu Bilinen İlaçlar/Besinler Nelerdir?

Çalışma süresince birlikte kullanımının sakıncalı olduğu ilaç ve besin yoktur.

Hangi Koşullarda Araştırma Dışı Brakılabilirim?

Çalışma programını aksatmanız ve araştırmaya katılma koşulları dışında kalan özellikler gibi nedenlerle araştırmacı, izniniz olmadan sizi çalışmadan çıkarabilir.

Diğer Tedaviler Nelerdir?

Herhangi bir tedavi uygulanmayacaktır.

Herhangi Bir Zararlanma Durumunda Yükümlülük/Sorumluluk Kimdedir Ve Ne Yapılacaktır?

Araştırmaya bağlı bir zarar söz konusu olduğunda, bu durumun tedavisi sorumlu araştırmacı tarafından yapılacak, ortaya çıkan masraflar tarafımdan karşılanacaktır. Uygulama sırasında gelişebilecek herhangi bir hasara karşı (ölüm/sakatlanma dahil) güvence altına alınmaktasınız, oluşabilecek hasar size tarafımızdan yapılan sigorta ile tazmin edilecektir (Sağlık Bakanlığı'ndan izin alınması gerekli olmayan araştırmalar için zorunlu değildir).

Araştırma Süresince Çıkabilecek Sorunlar İçin Kimi Aramalıyım?

Uygulama süresi boyunca, zorunlu olarak araştırma dışı ilaç almak durumunda kaldığınızda sorumlu araştırmacıyı önceden bilgilendirmek, araştırma hakkında ek bilgiler almak ya da çalışma ile ilgili herhangi bir sorun, istenmeyen etki ya da diğer rahatsızlıklarınız için 05058870414 no'lu telefonda Serap Türkyılmaz'a başvurabilirsiniz.

Çalışma Kapsamındaki Giderler Karşılanacak Mıdır?

Yapılacak her tür tetkik, fizik muayene ve diğer araştırma masrafları size veya güvencesi altında bulunduğunuz resmi ya da özel hiçbir kurum veya kuruluşa ödetilmeyecektir.

Çalışmayı Destekleyen Kurum Var Mıdır?

Çalışmayı destekleyen kurum, Adnan Menderes Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Birimi'dir.

Çalışmaya Katılmam Nedeniyle Herhangi Bir Ödeme Yapılacak Mıdır?

Bu araştırmada yer almanız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacaktır.

Araştırmaya Katılmayı Kabul Etmemem veya Araştırmadan Ayrılmam Durumunda Ne Yapmam Gerekir?

Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz; reddetme veya vazgeçme durumunda bile sonraki bakımınız garanti altına alınacaktır. Araştırmacı, uygulanan tedavi şemasının gereklerini yerine getirmemeniz, çalışma programını aksatmanız veya tedavinin etkinliğini artırmak vb. nedenlerle isteğiniz dışında, ancak bilginiz dahilinde sizi araştırmadan çıkarabilir. Bu durumda da sonraki bakımınız garanti altına alınacaktır. Araştırmanın sonuçları bilimsel amaçla kullanılacaktır, çalışmadan çekilmeniz ya da araştırmacı tarafından çıkarılmanız durumunda, sizle ilgili tıbbi veriler bilimsel amaçla kullanılmayacaktır.

Katılmama İlişkin Bilgiler Konusunda Gizlilik Sağlanabilecek Mıdır?

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

Çalışmaya Katılma Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri gösteren iki sayfalık metni okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında, bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük bir gönüllülük içerisinde kabul ediyorum. Bu formu imzalamakla yerel yasaların bana sağladığı hakları kaybetmeyeceğimi biliyorum. Bu formun imzalı ve tarihli bir kopyası bana verildi.

Gönüllünün		İmzası
Adı & Soyadı		
Adresi		
Tel. & Faks		
Tarih		

Velayet veya Vesayet Altında Bulunanlar İçin Veli Veya Vasinin		İmzası
Adı & Soyadı		
Adresi		
Tel. & Faks		
Tarih		

Araştırma Ekibinde Yer Alan ve Yetkin Bir Araştırmacının		İmzası
Adı & Soyadı		
Tarih		

Gerektiği Durumlarda Tanık		İmzası
Adı & Soyadı		
Görevi		
Tarih		

Ek 2. Soru Formu

Anket No:.....

Tarih: .. / .. /

Çalıştığınız kurum:

Çalıştığınız birim/klinik:

A. Tanıtıcı Özellikler

1. Yaşınız?

2. Cinsiyetiniz?

1. Kadın

2. Erkek

3. Eğitim durumunuz?

1. Sağlık meslek Lisesi

2. Ön lisans

3. Lisans

4. Yüksek lisans

5. Doktora

6. Uzman hekim

4. Mesleğiniz?

1. Ebe

2. Hemşire

3. Aile hekimi

4. Kadın doğum hekimi

5. Çocuk hastalıkları hekimi

5. Meslekte çalışma süreniz? ay..... yıl

6. Bulduğunuz birim/klinikte çalışma süreniz? ay..... yıl

7. Medeni durumunuz?

1. Evli

2. Bekar

3. Boşanmış

4. Evli, ayrı yaşıyor

5. Eşi ölmüş

8. Kaç çocuğunuz var?

9. Siz ya da eşiniz doğum sonrası AH yaşadınız mı?

1. Evet

2. Hayır (12. soruya geçiniz)

10. Siz ya da eşiniz doğum sonrası kaçınıcı gün/günlerde AH yaşadınız?

11. Siz ya da eşiniz AH için profesyonel yardım aldınız mı?

1. Evet

2. Hayır

B. Annelik Hüznüne Yönelik Bilgiler

12. AH'yi duydunuz mu?

1. Evet

2. Hayır

13. AH'yi biliyor musunuz?

1. Evet

2. Hayır (31. soruya geçiniz)

14.AH ile ilgili bilgileri nereden/kimden öğrendiniz?

1. Temel mesleki eğitimim sırasında
2. Hizmet içi eğitimlerden
3. Kitle iletişim araçlarından
4. Çalışma arkadaşlarımdan
5. Bu konuya yönelik kurslardan
6. Diğer Belirtiniz:)

15.AHyı basit olarak tanımlayınız.

.....

16.Doğum sonu AH ne sıklıkta görülür?

1. Her annede görülür
2. Çoğu annede görülür
3. Bazı annelerde görülür
4. Nadiren görülür
5. Hiç görülmez
6. Bilmiyorum
7. Diğer (Belirtiniz)

17.AH riskini arttıran en önemli üç faktörü yazınız.

1.
2.
3.

18.Doğum sonu AH hangi günlerde görülür?

1. Bilmiyorum
2. Görüldüğü gün/günler

19.AH hangi neden/nedenlere bağlı gelişir?

.....

20.Bir kadında AH geliştiğini hangi belirtilere bakarak anlarsınız?

- | | |
|----------------------------|--------------------------------------|
| 1. Sık sık ağlama | 13. Mutsuzluk |
| 2. Halsiz, yorgun hissetme | 14. Aşırı heyecan |
| 3. Unutkanlık | 15. İştahsızlık |
| 4. Endişelenme | 16. Cinsel istekte artma |
| 5. Huzursuzluk, gerginlik | 17. Aşırı titiz davranma |
| 6. Uykusuzluk | 18. Yalnız kalma isteği |
| 7. Suçluluk | 19. Konsantre olamama |
| 8. Depresif duygular | 20. Baş ağrısı |
| 9. Çaresizlik | 21. Bir an mutlu, bir an mutsuz olma |
| 10. Öfkelenme | 22. Sürekli tedirgin olma |
| 11. Canlı, neşeli olma | 23. Diğer (Belirtiniz.....) |
| 12. Duyarlı, ilgili olma | |

21.AH'nün zararları/komplikasyonları var mıdır?

1. Evet 2. Hayır (23. soruya geçiniz) 3. Bilmiyorum (23. soruya geçiniz)

22.AH'nün zararları/komplikasyonları nelerdir?

.....

23.Doğum sonu AH önlenebilir mi?

1. Evet 2. Hayır (25. soruya geçiniz) 3. Bilmiyorum (25. soruya geçiniz)

24. Annelik hüznü nasıl önlenebilir?

.....

25.AH tedavi edilebilir mi?

1. Evet 2. Hayır (27. soruya geçiniz) 3. Bilmiyorum (27. soruya geçiniz)

26.AH nasıl tedavi edilebilir?

.....

27.Doğum sonrası AH erkenden belirlenebilir mi?

1. Evet 2. Hayır (30. soruya geçiniz) 3. Bilmiyorum (30. soruya geçiniz)

28.AH erkenden nasıl belirlenebilir?

.....

29.AH'nü kimler belirleyebilir?

.....

30.AH ile ilgili bilginizi nasıl değerlendiriyorsunuz?

1. Çok iyi
2. İyi
3. Kötü
4. Çok kötü

C. Annelik Hüznüne Yönelik Görüşler

31.AH'ye yönelik eğitim verilmeli mi?

1. Evet 2. Hayır (33. soruya geçiniz)

32.Kimlere eğitim verilmeli?

.....

33.Siz, AH ile ilgili eğitim almak ister misiniz?

1. Evet 2. Hayır

34.Sizce AH bir sağlık sorunu mudur?

1. Evet 2. Hayır (36. soruya geçiniz) 3. Bilmiyorum (36. soruya geçiniz)

35.AH, postpartum dönemde görülen sağlık sorunları içinde ne kadar önemlidir?

1. Çok önemli
2. Oldukça önemli
3. Kısmen önemli
4. Hiç önemli değil
5. Fikrim yok, bilmiyorum

36.AH yaşayan bir kadına bakım verme/yardımcı olma konusunda hemşire/ebe/hekim olarak rolünüz ne kadar önemlidir?

1. Çok önemli
2. Oldukça önemli
3. Kısmen önemli
4. Hiç önemli değil
5. Fikrim yok, bilmiyorum

D. Annelik Hüznüne Yönelik Uygulamalar

37.Şimdiye kadar AH yaşayan bir anne ile karşılaştınız mı?

1. Evet
2. Hayır (40. soruya geçiniz)

38.AH ile ne sıklıkta karşılaşıyorsunuz?

1. Her zaman
2. Çoğu zaman
3. Ara sıra
4. Nadiren
5. Hiç

39.AH yaşayan bir anne ile karşılaştığınızda neler yapıyorsunuz?

1. Tedavisi olmadığı için hiç bir şey yapmıyorum
2. Anne ve bebeğin bakımına yardımcı oluyorum
3. Emzirme desteği sağlıyorum
4. Anne ile konuşup sürecin normal ve geçici olduğunu söylüyorum
5. Eş ve aile desteğini sağlıyorum
6. Annelerin duygularını ifade etmeleri için olanak sağlıyorum
7. İlaç öneriyorum/İlaç tedavisi veriyorum
8. Psikoloğa yönlendiriyorum
9. Psikiyatriste gönderiyorum
10. Kadın doğum hekimine yönlendiriyorum
11. TSM/Halk Sağlığı Merkezi'ne bildiriyorum
12. Diğer (Belirtiniz

40.AH yaşıyan bir anneye yardımcı olmada kendinizi nasıl değerlendiriyorsunuz?

1. Tamamen yeterli
2. Çoğunlukla yeterli
3. Kısmen yeterli
4. Oldukça yetersiz
5. Tamamen yetersiz

41.Çalıştığınız kurum, birimde AH'ye yönelik herhangi bir hizmet veriliyor mu?

1. Evet
2. Hayır (43. soruya geçiniz)

42.Çalıştığınız kurum, birimde AH'ye yönelik ne tür hizmetler veriliyor?

.....

43.Doğum sonrası AH riskini azaltmak, erkenden belirlemek, tedavi etmek ve komplikasyonlarını önlemek için neler yapılmalıdır, lütfen görüş ve önerilerinizi yazınız.

.....

Ek 3. Bilgi Sorularına İlişkin Doğru Yanıtlar, Puanlar ve Kaynakları

Soru No	Doğru Yanıt	Puan	Kaynaklar
Tanımlar			
15. AH'yi basit olarak tanımlayınız.	AH; postpartum ilk günlerde ağlama, yorgunluk, endişeli, unutkanlık, aşırı duygusallık, ruhsal durumda değişkenlik, düşük canlılık ile karakterize hafif, geçici bir durumdur.	1	Stein 1980, Rondon 2003, Gonidakis ve ark 2007, Buttner ve ark 2011, ACOG 2013
Sıklık			
16. Doğum sonu AH ne sıklıkta görülür?	1. Bazı anneler ile çoğu annelerde görülebilir (%8-85)	1	Murata ve ark 1998, Rondon 2003, Adewuya 2006, Halbreich ve Karkun 2006, Gonidakis ve ark 2007, Faisal-Cury ve ark 2008, Buttner ve ark 2011
En Önemli Risk Faktörleri			
17. AH'nin en önemli üç risk faktörünü yazınız.	1. Stres 2. Kendisi ya da ailesinde ruhsal hastalık öyküsü 3. Yetersiz sosyal destek	3	Murata ve ark 1998, Bloch ve ark 2003, Wiggins ve ark 2005, Adewuya 2005, İravatıl İsmail 2006, Gonidakis ve ark 2007, Faisal-Cury ve ark 2008, Manjunanth 2011
Görüldüğü Günler			
18. Doğum sonu AH hangi günlerde görülür?	1. İlk 10-14 gün	1	Stein 1980, Lowdermilk ve ark 2000, Brockington 2004, Segre ve O'Hara 2010, Buttner ve ark 2011
Nedenleri			
19. AH hangi neden/nedenlere bağlı gelişir?	1. Kesin bilinen bir nedeni yoktur 2. Doğum sonu bakımdan yararlanmama 3. Doğum sonu fiziksel değişimler 4. Doğum sonu hormonal değişimler 5. Psikososyal nedenler	5	Sakumoto ve ark 2002, Rondon 2003, Glover ve Kammerer 2004, Bloch ve ark 2006, Manjunanth 2011, Gonidakis 2012
Belirtileri			
20. Bir kadında AH geliştiğini hangi belirtilere bakarak anlarsınız?	1. Sık sık ağlama 2. Halsiz, yorgun hissetme 3. Unutkanlık 4. Endişelenme 5. Huzursuzluk, gerginlik 6. Uykusuzluk 7. Suçluluk 8. Depresif duygular 9. Çaresizlik 10. Öfkelenme 11. Mutsuzluk 12. Aşırı heyecan 13. İştahsızlık 14. Aşırı titiz davranma	19	Nagata ve ark 2000, Hau ve Levy 2003, AWHONN 2008, Faisal-Cury ve ark 2008, Buttner ve ark 2011, Manjunanth 2011, Gonidakis 2012

	15. Yalnız kalma isteği 16. Konsantre olamama 17. Baş ağrısı 18. Bir an mutlu, bir an mutsuz olma 19. S¼rekli tedirgin olma		
Komplikasyonları			
21. AH'nin zararları/ komplikasyonları var mıdır?	1. Evet	1	Hau ve Levy 2003, Henshaw ve ark 2004, Watanable 2008, Reck ve ark 2009, Segre ve O'Hara 2010
22. AH'nin zararları/ komplikasyonları nelerdir?	1. Postpartum depresyon 2. Postpartum psikoz	2	Hau ve Levy 2003, Henshaw ve ark 2004, Watanable 2008, Reck ve ark 2009, Segre ve O'Hara 2010
Onleme			
23. Doğum sonu AH nlenebilir mi?	1. Evet	1	Wiggins ve ark 2005, Buist ve ark 2006, Dennis ve Creedy 2007, Hayes 2010, Jones ve ark 2012
24. AH nasıl nlenebilir?	1. Sosyal destek 2. Dengeli beslenme 3. Yeterli uyuma ve dinlenme 4. Doğum ncesi eğitim	4	Wiggins ve ark 2005, Buist ve ark 2006, Dennis ve Creedy 2007, Hayes 2010, Jones ve ark 2012
Tedavi			
25. AH tedavi edilebilir mi?	1. Evet	1	Robertson ve ark 2004, Beck 2006, AWHONN 2008, Raynor ve England 2010, ACOG 2013, Rude 2013
26. AH nasıl tedavi edilebilir?	1. Ev ziyaretleri ve doğum sonu bakım 2. Destekleyici psikoterapi 3. Sosyal destek	3	Robertson ve ark 2004, Beck 2006, AWHONN 2008, Raynor ve England 2010, ACOG 2013, Rude 2013
Erkenden Belirleme			
27. Doğum sonrası AH erkenden belirlenebilir mi?	1. Evet	1	Ushiroyama ve ark 2005, Buttner ve ark 2011, Maciocia 2011, Manjunath ve Venkatesh 2011
28. AH erkenden nasıl belirlenebilir?	1. Tarama lekleri	1	Stein 1980, Kennerly ve Gath 1989, Buttner ve ark 2011
29. AH'yi kimler belirleyebilir?	1. Sağlık personeli	1	Stein 1980, Kennerly ve Gath 1989, Ushiroyama ve ark 2005, Buttner ve ark 2011, Maciocia 2011, Manjunath ve Venkatesh 2011
Toplam		45	

Ek 4. Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul Onay Formu



T.C.
ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU



Sayı : 56989545/050- 227
Konu : Çalışmanız hk.

21.10.2013
AYDIN

Sayın, Doç.Dr. Nevin AKDOLUN BALKAYA
Aydın Sağlık Yüksekokulu
Hemşirelik Bölümü
Doğum ve Kadın Sağ. ve Hastalıkları Hemş. AD

Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 10.10.2013 tarihinde yapılan olağan toplantısında çalışmanızla ilgili alınan 6 nolu karar aşağıda sunulmuştur.

Bilgilerinize sunarım.

Prof.Dr. Nefati KIZILIOĞLU
Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar
Etik Kurul Başkanı

KARAR 6

Protokol No : 2013/287
Sorumlu Yürütücü : Doç.Dr. Nevin AKDOLUN BALKAYA
Aydın Sağlık Yüksekokulu
Hemşirelik Bölümü
Doğum ve Kadın Sağ. ve Hastalıkları Hemş. AD

ADÜ Aydın Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü/ Doğum ve Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Doç.Dr. Nevin AKDOLUN BALKAYA'nın "Sağlık personelinin annelik hüznü ile ilgili bilgi, görüş ve uygulamaları" konulu klinik araştırma başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde kurum izninin alınması ve izin belgesinin dosyaya konulması şartıyla gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına oy birliğiyle karar verilmiştir.

Yine sorumlu araştırmacıya; Form 2'nin 11.1.'in son bölümünde taahhüt edilen çalışma bittikten sonra nihai raporun, [Sonuç Raporu (web'te), BGOF (Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu-gönüllüler tarafından bizzat kendilerinin kendi adı-soyadını yazması ve imzalamasının sağlanması ile adreslerinin eksiksiz olarak formlara yazılmasına dikkat edilmelidir.) ve ORF (Olgu Rapor Formu/Anket)] lerin gönderilmesi gerektiğinin hatırlatılmasına ve sorumlu yürütücülerinin bu hususa özen göstermesi gerektiğinin bir kez daha vurgulanmasına oy birliğiyle karar verilmiştir.

Adres: Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Merkez Kampüsü – Kepez Mevkii- AYDIN
Tel: 256- 225 31 66
Faks : 256-212 31 69
Web : <http://www.site.adu.edu.tr/etikkurulu/goek/>

e-posta: goetik@adu.edu.tr

Ek 5. Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul Onay Formu



T.C.
ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU



Sayı : 56989545/050- 101
Konu : Çalışmanız hk.

11.11.2014
AYDIN

Sayın, Doç.Dr. Nevin AKDOLUN BALKAYA
ASYO/Hemşirelik Bölümü
Doğum ve Kadın Sağ. ve Hastalıkları Hemş. AD

Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 10.04.2014 tarihinde yapılan olağan toplantısında çalışmanızla ilgili alınan 8 nolu karar aşağıda sunulmuştur.

Bilgilerinize sunarım.

Prof.Dr. Nefati KTYLİOĞLU
Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar
Etik Kurul Başkanı

KARAR 8

Protokol No : 2013/287
Sorumlu Yürütücü : Doç.Dr. Nevin AKDOLUN BALKAYA
Aydın Sağlık Yüksekokulu
Hemşirelik Bölümü
Doğum ve Kadın Sağ. ve Hastalıkları Hemş. AD

Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nca 10.10.2013 tarihinde kurum izninin alınması ve izin belgesinin dosyaya konulması şartıyla onay verilen; ADÜ Aydın Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü/ Doğum ve Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Doç.Dr. Nevin AKDOLUN BALKAYA'nın "Sağlık personelinin annelik hüznü ile ilgili bilgi, görüş ve uygulamaları" konulu klinik araştırmasının 02.04.2014 tarihli gelen dilekçesi ekinde kurum izin belgesinin alınmış olduğu görüldüğünden şartların yerine getirildiğine oybirliğiyle kabul edilmiştir.

Yine sorumlu araştırmacıya; Form 2'nin 11.1.'in son bölümünde taahhüt edilen çalışma bittikten sonra nihai raporun, [Sonuç Raporu (web'te), BGOF (Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu-gönüllüler tarafından bizzat kendilerinin kendi adı-soyadını yazması ve imzalamasının sağlanması ile adreslerinin eksiksiz olarak formlara yazılmasına dikkat edilmelidir.) ve ORF (Olgu Rapor Formu/Anket)] lerin gönderilmesi gerektiğinin hatırlatılmasına ve sorumlu yürütücülerinin bu hususa özen göstermesi gerektiğinin bir kez daha vurgulanmasına oy birliğiyle karar verilmiştir.

Adres: Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Merkez Kampüsü – Kepez Mevkii- AYDIN
Tel: 256- 225 31 66
Faks : 256-212 31 69
Web : <http://www.site.adu.edu.tr/etikkurulu/goek/>
e-posta: goetik@adu.edu.tr

Ek 6. Aydın Valiliği İl Sağlık Müdürlüğü Onay Formu



T.C.
AYDIN VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

SAYI: 55350862-605-01/
KONU: Araştırma İzni

VALİLİK MAKAMINA
AYDIN

Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum Kadın Sağlığı Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans Programı Öğrencisi Serap TÜRKYILMAZ, Özel Uluslararası Söke Hastanesinde, “Sağlık Personelinin Annelik Hüznü İle İlgili Bilgi, Görüş ve Uygulamaları” konulu tez çalışması yapmayı planlamaktadır.

Söz konusu çalışmanın 20.01.2014-20.07.2014 tarihleri arasında yapılabilmesini tensiplerinize arz ederim.

Uzm. Dr. Kasım ÇETİN
Sağlık Müdürü

OLUR.
27/01/2014

Halil CANAVAR
Vali Yardımcısı

Ek 7. Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Aydın İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği Onay Formu



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
Aydın İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği

Sayı : 25305691-605
Konu : Araştırma İzni

09.01.2014* 00434

ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
(Sağlık Bilimleri Enstitüsü)

AYDIN

Üniversiteniz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum-Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Öğrencisi Serap TÜRKİYILMAZ'ın "Sağlık Personelinin Annelik Hüznü İle İlgili Bilgi, Görüş ve Uygulamaları" konulu tez çalışmasını 01.01.2014-01.05.2014 tarihleri arasında Kurumumuza bağlı Söke Fehime Faik Kocagöz Devlet Hastanesi'nde yapması ;araştırma faaliyetleri sırasında tanıtıcı kimlik taşıması, mahremiyete dikkat edilmesi ve araştırma sonuçlarının Genel Sekreterliğimizle paylaşılması kaydıyla uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.

Dr. Ahmet GÜNAY
Genel Sekreter a.
İdari Hizmetler Başkanı

[Handwritten signature]

13.01.14
605.01
634
Sağlık Bil. Ens. Med.
Yazı İst. Med.

Genel Sekreterlik	
Tarih	15.01.2014
Sayı	077
Dosya No.	605

[Handwritten signature]

Aydın İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği
Tel: 0256 2122300 / 4010
Fax:0256 2138772

İrtibat:N.INAN

Ek 8. Aydın Valiliği Halk Sağlığı Müdürlüğü Onay Formu



T.C.
AYDIN VALİLİĞİ
Halk Sağlığı Müdürlüğü

20.01.14 00718

SAYI :19866188-605/ 35
KONU : Tez Çalışması

20/01/2014

ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ REKRÖRLÜĞÜ
AYDIN

İlgi: 18.11.2013 tarih ve 7621 sayılı yazınız

Üniversiteniz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum Kadın Sağlığı Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı öğrencisi Serap TÜRKİYILMAZ' ın "Sağlık Personelinin Annelik Hüznü İle İlgili Bilgi, görüş ve uygulamaları" konulu tez çalışmasını Söke ilçesindeki birinci basamak sağlık kurumlarında çalışan sağlık personeli ile yapma talebi Müdürlüğümüz tarafından değerlendirilmiştir.

Birinci basamakta sağlık hizmetleri alanında yapılacak olan tüm araştırmalarda Tıbbi Deontoloji Tüzüğüne ve Hasta Hakları Yönetmeliğine uyulması gerekmektedir. Birinci basamak sağlık kurumlarında gerçekleştirilecek olan araştırmalarda, bu merkezlerde çalışan personelden gönüllü olduklarına dair belge alınması, yapılacak çalışmalarda sağlık kuruluşunun işleyişine ve güvenilirliğine zarar verilmemesi, çalışmanın sağlık kuruluşu elemanlarının onayı çerçevesinde çalışma mesaisi ve hizmeti aksatmadan bizzat araştırma sahibi tarafından yürütülmesi gerekmektedir.

Söz konusu çalışmanın yapılan değerlendirmesinde; yukarıda yer alan ilkelere bağlı kalmak koşuluyla ve Ek - 1 soru formunda 39. sorunun cevap maddelerine ek olarak "11. Toplum Sağlığı Merkezine ve Halk Sağlığı Müdürlüğüne Bildiriyorum" şikkının ilave edilmesi önerilmekle birlikte uygun bulunmuştur. Çalışma tamamlandığında sonuçlarını içeren bir rapor örneğinin Müdürlüğümüze gönderilmesi gerekmektedir. Talep sahibine durumun bildirilmesi hususunda;

Gereğini arz ederim.

Gereği
Ar

Dr. Şenol OKUR
Halk Sağlığı Müdürü

21.01.2014
605-01
1067

Yazı İşleri
Sağlık Bil. D. S. M. D.

Gelen Formu	
Tarih	23.01.2014
Sayı	124
Ücret No	300