

**T.C.
ERCIYES ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**

**AİLE SAĞLIĞI MERKEZLERİNDE ÇALIŞAN SAĞLIK
PERSONELİNİN POSTPARTUM DEPRESYONA İLİŞKİN
GÖRÜŞ VE UYGULAMALARI**

**Hazırlayan
Rabia SERT**

**Danışman
Yrd. Doç. Dr. Salime MUCUK**

Yüksek Lisans Tezi

**Ekim 2013
KAYSERİ**

**T.C.
ERCIYES ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**

**AİLE SAĞLIĞI MERKEZLERİNDE ÇALIŞAN SAĞLIK
PERSONELİNİN POSTPARTUM DEPRESYONA İLİŞKİN
GÖRÜŞ VE UYGULAMALARI**

**Hazırlayan
Rabia SERT**

**Danışman
Yrd. Doç. Dr. Salime MUCUK**

Yüksek Lisans Tezi

**Ekim 2013
KAYSERİ**

BİLİMSEL ETİĞE UYGUNLUK

Bu çalışmadaki tüm bilgilerin, akademik ve etik kurallara uygun bir şekilde elde edildiğini beyan ederim. Aynı zamanda bu kural ve davranışların gerektirdiği gibi, bu çalışmanın özünde olmayan tüm materyal ve sonuçları tam olarak aktardığımı ve referans gösterdiğimi belirtirim.

Adı-Soyadı: Rabia SERT

İmza:

YÖNERGEYE UYGUNLUK SAYFASI

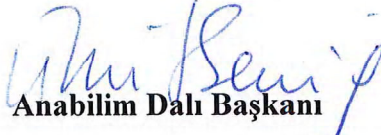
“Aile Sağlığı Merkezlerinde Çalışan Sağlık Personelinin Postpartum Depresyona İlişkin Görüş ve Uygulamaları” adlı **Yüksek Lisans Tezi**, Erciyes Üniversitesi Lisansüstü Tez Önerisi ve Tez Yazma Yönergesi’ne uygun olarak hazırlanmıştır.

Tezi Hazırlayan

Rabia SERT

**Danışman**

Yrd. Doç Dr. Salime MUCUK

**Anabilim Dalı Başkanı**

Prof. Dr. E. Ümit SEViG

Yrd. Doç. Dr. Salime MUCUK danışmanlığında **Rabia SERT** tarafından **hazırlanan**
“Aile Sağlığı Merkezlerinde Çalışan Sağlık Personelinin Postpartum Depresyona
İlişkin Görüş ve Uygulamaları” adlı bu çalışma jürimiz tarafından Erciyes
 Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü **Hemşirelik** Anabilim Dalında **Yüksek Lisans**
 tezi olarak kabul edilmiştir.

...../...../ 2013

JÜRİ:

Danışman: Yrd. Doç. Dr. Salime MUCUK (Hemşirelik A. D.).....

Üye : Doç. Dr. Mürüvvet BAŞER (Hemşirelik A. D.).....

Üye : Doç. Dr. Zehra GÖLBAŞI (Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
 Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği A. D.).....

ONAY:

Bu tezin kabulü Enstitü Yönetim Kurulunun tarih ve
 sayılı kararı ile onaylanmıştır.

.... / /

Prof. Dr. Saim ÖZDAMAR
 Enstitü Müdürü

TEŞEKKÜR

Tez çalışmamın her aşamasında her türlü desteğini ve yardımlarını esirgemeyen değerli hocam ve tez danışmanım Yrd. Doç. Dr. Salime MUCUK'a,

Tez çalışmamın planlanma aşamasında öneri ve desteklerinden dolayı Doç. Dr. Mürüvvet BAŞER'e,

Tezimin istatistiksel analizlerine yardımcı olan ve zaman ayıran Doç. Dr. Ahmet ÖZTÜRK'e

Araştırmaya katılan tüm aile hekimi ve aile sağlığı elemanlarına,

Desteklerini hiçbir zaman esirgemeyen ve bana güç veren çok değerli aileme

Teşekkür ediyorum.

Rabia SERT

Kayseri, Ekim 2013

AİLE SAĞLIĞI MERKEZLERİNDE ÇALIŞAN SAĞLIK PERSONELİNİN POSTPARTUM DEPRESYONA İLİŞKİN GÖRÜŞ VE UYGULAMALARI

Rabia SERT

Erciyes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Hemşirelik Anabilim Dalı

Yüksek Lisans Tezi, Ekim 2013

Danışman: Yrd. Doç. Dr. Salime MUCUK

ÖZET

Bu araştırma aile sağlığı merkezlerinde çalışan sağlık personelinin postpartum depresyon ilişkin görüş ve uygulamalarını belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

Çalışma Kayseri ili Kocasinan ve Melikgazi ilçelerinde yer alan 34 aile sağlığı merkezinde çalışan toplam 494 sağlık personelinden, 453'ü ile yapılmıştır. Veriler anket formu aracılığı ile toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde ki-kare testi ve Kruskal-Wallis testi kullanılmıştır.

Araştırmaya göre, örnek vaka üzerinde postpartum depresyon tanısını hekimlerin %89.4'ü, hemşirelerin %91.9'u ve ebelerin %89.7'si belirlemiştir. Sağlık personelinin %56.5'i postpartum dönemde ruh sağlığına yönelik hizmet verdiklerini belirtmiştir. Ruh sağlığı hizmetlerinin verilememe nedenlerinin başında, hekimlerin %31.6'sı hasta sayısının fazla olmasını, hemşirelerin %46.2'si hasta talebinin olmamasını ve ebeler hem hasta sayısının fazlalığı (%26.3) hem de kurumun beklentisinin olmamasını (%26.3) göstermişlerdir. Sağlık personelinin %89.0'ı uygulamada rutin olarak postpartum depresyonu tanılamak için ölçek kullanmadıklarını ifade etmişlerdir. Sağlık çalışanlarının postpartum depresyonlu bir bireye yaklaşımları incelendiğinde; hemşireler, destek ve danışmanlık almaya yönlendirme (%19.3), ebeler başka bir lohusa ile görüşürme (%68.1) ve hekimler ise ilaç tedavisi tavsiye edeceklerini (%85.2) belirtmişlerdir. Sağlık personelinin postpartum depresyon konusunda kendilerine verdikleri ortalama bilgi puan değeri, hekimlerde 6 olup, ebe ve hemşirelerde 5'tir ($p<0.05$).

Sonuç olarak; sağlık personelinin, postpartum depresyona yönelik izlem ve bakımı sunabilmek için mevcut bilgilerini yeterli görmelerine rağmen, bu bilgi birikimini çeşitli nedenlerle uygulamaya yeterince aktaramadıkları söylenebilir.

Anahtar Kelimeler: Postpartum depresyon, Aile Sağlığı Merkezi, Sağlık Personeli

HEALTH STAFFS OPINIONS AND PRACTICES ABOUT POSTPARTUM DEPRESSION IN FAMILY HEALTH CENTERS

Rabia SERT

Erciyes University, Institute of Health Sciences,

Department of Nursing

Master of Science Thesis, October 2013

Supervisor: Assist. Prof. Dr. Salime MUCUK

ABSTRACT

This is a descriptive research which aimed to investigate health staff opinions and practices about postpartum depression in family health centers. Data were collected through a questionnaire administered on 453 participants working in 34 family health centers in the districts of Kocasinan and Melikgazi in the province of Kayseri. The data were collected through a questionnaire form. The Chi square and Kruskal-Wallis tests were conducted to evaluate the collected data.

According to the study, 89.4% the physicians , 91.9% the nurses, and 89.7% the midwives diagnosed the postpartum depression when given a sample case. It was found out that 56.5% the health staff offered mental health services in postpartum period. Some major reasons suggested by the health staff for the insufficient mental health services were found to be as follows: Physicians reported that there was an excessive number of patients (31.6%), and nurses stated that there was no demand on the side of the patients for mental health care (46.2%) while midwives emphasized both the excessive number of patients and the lack of institutional expectations (26.3%) to account for the insufficient mental health services.

The study also revealed that 89% of the health staff did not routinely use questionnaires for the diagnosis of postpartum depression as part of their practices. As for the services to be offered to an individual with postpartum depression, nurses stated that they would direct the patient to outside assistance and counselling (19.3%) while midwives reported that they would make the patient talk to another puerperant (68.1%). The physicians, on the other hand, indicated that they would advise prescriptions (85.2%). The mean score the health staff indicated for their own knowledge about postpartum depression was 6 for the physicians, and 5 for the nurses and midwives ($p<0.05$).

As a conclusion, it can be stated that although they consider their knowledge about postpartum depression sufficient enough to offer relevant monitoring and care services, the health staff are unable to put this background knowledge into practice.

Keywords: Postpartum Depression, Family Health Center, Health Staff

İÇİNDEKİLER

BİLİMSEL ETİĞE UYGUNLUK.....	i
YÖNERGEYE UYGUNLUK SAYFASI.....	ii
ONAY	iii
TEŞEKKÜR	iv
ÖZET	v
ABSTRACT	vi
İÇİNDEKİLER.....	vii
TABLolar LİSTESİ.....	ix
KISALTMALAR.....	x
1. GİRİŞ ve AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	5
2.1.POSTPARTUM PSİKİYATRİK SORUNLAR.....	5
2.1.1. Postpartum Depresyon.....	6
2.1.1.1. Postpartum Depresyonun Görülme Sıklığı	6
2.1.1.2. Postpartum Depresyonun Risk Faktörleri.....	7
2.1.1.3. Postpartum Depresyonun Nedenleri	7
2.1.1.4. Postpartum Depresyonun Belirtileri	9
2.1.1.5. Postpartum Depresyonu Erken Tanılamanın Önemi	9
2.1.1.6. Postpartum Depresyonun Tedavisi.....	10
2.1.1.7. ASM’de Çalışan Sağlık Personelinin Postpartum Depresyona Yönelik Sorumlulukları.....	11
3. GEREÇ VE YÖNTEM	13
3.1. ARAŞTIRMANIN TİPİ.....	13
3.2. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ÖZELLİKLERİ.....	13
3.3. ARAŞTIRMANIN EVREN VE ÖRNEKLEMİ	14
3.4. VERİLERİN TOPLANMASI	14
3.4.1. Veri Toplama Araçları.....	14
3.4.2. Ön Uygulama	15
3.4.3. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması.....	15
3.5. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ	16

3.6. ARAŞTIRMANIN ETİK BOYUTU	16
4. BULGULAR	17
5. TARTIŞMA, SONUÇ VE ÖNERİLER.....	25
6. KAYNAKÇA	34
EKLER	
ÖZGEÇMİŞ	

TABLolar LİSTESİ

Tablo 4. 1.	Sağlık Çalışanlarının Demografik Özelliklerinin Dağılımı ($n=453$)	17
Tablo 4.2.	Sağlık Personelinin Annelerin Ruh Sağlığına Yönelik Hizmet Verme Durumlarının Dağılımı ($n=453$)	19
Tablo 4.3.	Sağlık Personelinin Postpartum Depresyonu Tanılama ve Yaklaşımlarının Dağılımı ($n=453$).....	20
Tablo 4.4.	Sağlık Personelinin Postpartum Depresyon Konusuna İlişkin Mezuniyet Sonrası Eğitim Durumlarının Dağılımı ($n=453$)	21
Tablo 4.5.	Sağlık Personelinin Postpartum Depresyon Konusunda Kendi Bilgilerini Değerlendirme Durumlarının Dağılımı ($n=453$)	21
Tablo 4.6.	Sağlık Personelinin Demografik Özelliklerine Göre Postpartum Depresyon Tanısını Belirleme Durumlarının Dağılımı ($n= 453$)	23

KISALTMALAR

ASM	: Aile Sağlığı Merkezi
BDE	: Beck Depresyon Envanteri
DDTÖ	: Doğum Sonrası Depresyon Tarama Ölçeği
DSM-IV	: Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı (4. Baskı)
EPDS	: Edinburgh Postpartum Depresyon Skalası
PPD	: Postpartum Depresyon

1. GİRİŞ ve AMAÇ

Postpartum dönem, doğum eylemi bittikten sonraki 6 haftalık süreyi içermektedir (1). Bu dönemde anne oldukça yoğun fizyolojik, psikolojik ve sosyal değişimler yaşamaktadır (2). Postpartum dönemde anne kendi vücudunda yaşadığı değişimlerle birlikte, hem yeni rollerine hem de bebeğe uyum sağlama ve bakım verme stresi ile de baş etmek zorundadır (3-5). Birçok kadın bu durumlara kolaylıkla uyum sağlarken, bazı kadınlarda hafif, orta ve şiddetli düzeylerde ruhsal hastalıklar ortaya çıkabilmektedir (6).

Kadınlar, özellikle doğumdan itibaren ilk yıl içinde duygulanım bozuklukları açısından risk altındadırlar. Bu duygulanım bozuklukları annelik hüznü ile başlayarak, postpartum depresyon (PPD) ve postpartum psikoza kadar ilerleyebilmektedir (7-9).

Annelik hüznü, annelerin %50-80'ini etkilerken postpartum değişiklikler içinde normal olarak kabul edilmektedir. Genellikle doğum sonu iki ila dördüncü günlerde ortaya çıkarak, postpartum ikinci haftada sonlanan annelik hüznünde uyku bozukluğu, ağlama, yorgunluk, sıkıntı, endişe gibi belirtiler görülmektedir. Annelik hüznü yaşayan kadınların %20'sinin PPD yaşama riski olduğu bildirilmektedir (9). PPD, postpartum dönemde başlayan oldukça yaygın görülen psikotik olmayan depresyon epizodudur (10). Amerikan Psikiyatri Derneği tarafından geliştirilen DSM-IV (Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı (4. Baskı) tanı kriterlerine göre, PPD'nin doğumu takiben dördüncü hafta içerisinde görüldüğü kabul edilmektedir (11). Ancak, belirtilerin başlangıç süresinin sıklıkla 6. hafta olmak üzere doğum sonu bir yıl içinde herhangi bir zamanda görülebileceği belirtilmektedir (9).

PPD yaşayan annelerde, anksiyete, irritabilite, unutkanlık, uyku bozuklukları, iştah değişikliği, yorgunluk, ağlama, kendini suçlama ve çaresizlik belirtileri görülmektedir (12).

Dünyada PPD prevalansı %13 olarak bildirilmiştir (13). Ülkemizde PPD görülme sıklığını belirlemek için yapılan çalışmalarda %19 ile %30 arasında değişik oranlarda olduğu bildirilmektedir (14-18). PPD sık görülmesine karşın çoğu kez tanı konulamamaktadır. Bu durumun başlıca nedenleri, annenin doğumdan sonra en mutlu olması gerektiğine inandığı bir dönemde kendi içinde yaşadığı negatif duygulardan ötürü suçluluk hissetmesi, damgalanma korkusu nedeniyle bu kötü duygu durumunu birine açıklamaktan çekinmesi ve sorununun farkında olmaması olarak belirtilmektedir (19-21). Ayrıca kadının doğum sonrası 6. haftaya kadar sağlık personeli ile görüşme olanağı bulamamış ya da hangi hekime başvuracağını kestirememiş olması da PPD'nin tanılanma ve tedavisini engellemektedir (22).

PPD anne, bebek ve diğer aile fertlerinin yaşam kalitesini ve güvenliğini tehlikeye düşürmekte ve onların sağlığını olumsuz etkilemektedir. PPD annenin benlik saygısına zarar vermekte, fonksiyonel durumunu olumsuz etkileyerek, sorumluluk, rol ve yeteneklerini yerine getirememesine, kişiler arası ilişkiler, iş ve sosyal yaşamın bozulmasına neden olmaktadır (23-25). Ayrıca yapılan çalışmalarda PPD tanısı alan annelerin bebekleri ve diğer çocukları ile olan iletişim ve etkileşimi de olumsuz yönde etkilenmektedir. Depresif annelerin çocuklarında duygusal ve davranışsal farklılıkların görüldüğü belirtilmektedir (26-28). Bu nedenlerle postpartum dönemde kadınların PPD yaşama riski değerlendirilmeli, belirtileri yönünden rutin olarak taranmalıdır. Bu sayede PPD'ye yönelik koruyucu ve önleyici girişimler erken dönemde başlatılabilir (29).

Ülkemizde doğum sonu sağlık hizmetlerinden yararlanma, gerek başvuruların yetersizliği gerekse ev ziyaretlerinin etkili yapılamamasından dolayı yeterli düzeyde olmadığı düşünülmektedir. Fakat postpartum bir yıl içinde bağışıklama, bebeğin kontrolü ve benzeri sebeplerle Aile Sağlığı Merkezi (ASM)'ne başvuran annelerle etkileşim içine giren hekim, hemşire ve ebeler, PPD belirtileri ve risk faktörlerini belirlemek üzere anneleri değerlendirebilirler. PPD şüphesi taşıyan kadınlara uygun tanılama araçlarını kullanarak, tarama yapabilir ve gerekli durumlarda profesyonel yardım alması için yönlendirebilirler (3-5, 29, 30).

Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü'nün 2008 yılında yayınladığı Doğum Sonu Bakım Yönetim Rehberi'ne göre, annelerin bütüncül olarak fiziksel ve ruhsal yönden doğum sonrası en az üç kez evde ya da sağlık kuruluşlarında izlenmesi önerilmektedir. Bu izlemlerde neler yapılması gerektiği, danışmanlık ve bilgilendirme konuları, uygun tanılama aracı ile sevk kriterlerine ayrıntılı bir şekilde yer verilmiştir. Rehberde annelerin psikolojik açıdan değerlendirilmesi, PPD belirtileri yönünden izlenmesi ve doğum sonu 6. haftada Edinburg Postpartum Depresyon Skalasının (EPDS) kullanımı önerilmektedir (31).

Birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hekim, hemşire ve ebeler kadınlara yapacakları izlemlerde PPD riskini saptama, tanılama ve uygun girişimleri sağlayabilmek için PPD konusunda bilgi ve beceriye sahip olmalıdır. Sağlık çalışanlarının PPD konusunda bilgi eksikliğinin olması, belirtilerin ve dolayısıyla da hastalığın gözden kaçırılmasına sebep olmaktadır (30-32). Slovenya'da ebe ve hemşirelerin PPD konusunda değerlendirildiği bir çalışmada, katılanların tamamının doğum sonu ruh sağlığı bilgisinden yoksun oldukları, çoğunluğun PPD'nin karakteristik özelliklerini bilmedikleri ve %99.0'unun daha fazla bilgiye ihtiyaç duydukları belirlenmiştir (33). Işık'ın (34) çalışmasında ebe ve hemşireler çoğunlukla (%75.5) çalıştıkları sağlık ocaklarında annelerin ruhsal durumunu değerlendirmeye yönelik hizmetlerin verilmediğini belirtirken, katılımcıların çoğunluğunun doğum sonu depresyon tanımını (%84.4), risk faktörlerini (%73.4) ve doğum sonu depresyonu tanılama yöntemini (%72.2) doğru bilmediği görülmüştür. Kurtcu'nun (35) çalışmasında ise hemşire ve ebelerin %16.2'sinin PPD'ye yönelik tarama yaptıkları, %36.8'inin kendi bilgilerini 'çok az yeterli' gördükleri belirlenmiştir.

PPD açısından riskli grupları belirlemek, tanıya götüren belirtileri fark etmek ve koruyucu çalışmalar yapmakla sorumlu olan sağlık personelinin bu hizmetlere ilişkin bilgi, görüş ve uygulamalarının bilinmesi ve PPD konusunda farkındalığın artırılması önemlidir. Bu konuda birinci basamakta aile hekimliği modeli sonrası yapılmış bir çalışmaya rastlanmamıştır. Ülkemizde ASM'lerde doğum sonu bakımı sürdüren hekim, ebe ve hemşirelerin PPD konusunda görüş ve uygulamalarının belirlenmesinin hizmet içi eğitim içeriğinin belirlenmesi ve uygulamaların geliştirilmesine yön verebileceği düşünülmektedir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu araştırma, ASM’de çalışan sağlık personelinin postpartum depresyona ilişkin görüş ve uygulamalarını belirlemek amacıyla yapılmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1.POSTPARTUM PSİKİYATRİK SORUNLAR

Postpartum dönemde anne doğum eyleminin sona ermesi ve laktasyonun başlaması ile birlikte anatomik, fizyolojik ve endokrin değişimler yaşamaktadır. Bu önemli ve hızlı değişikliklere uyum sağlamaya çalışan annede psikolojik ve davranışsal değişiklikler gözlemlenmektedir (1). Annelik rolünün kazanıldığı postpartum dönem, her anne için stresli bir dönem olarak değerlendirilmektedir. Bu dönemde annenin enerji düzeyi, rahatı, yenidoğanın sağlık durumu, annenin sosyoekonomik durumu, aldığı destek ve sağlık bakımının kalitesi onun uyumunu etkileyen faktörlerdir (1). Birçok kadın postpartum dönemde gelişen bu değişimlere kolaylıkla uyum sağlarken, kadınların bazılarında hafif düzeyde, bazılarında da tedavi almayı gerektirecek düzeyde ağır psikiyatrik tablolar gelişmektedir. Postpartum dönemde annede ortaya çıkan ruhsal değişiklikler, annelik hüznü, PPD ve postpartum psikoz olmak üzere üç grupta sınıflandırılmaktadır (12).

Annelik hüznü, annelerin %50-80'ini etkilerken postpartum ruhsal değişiklikler içinde en yaygın ve hafif olanıdır. Genellikle doğum sonu ilk dört gün içinde ortaya çıkarak, postpartum ikinci haftada sonlanmaktadır (9). Annelik hüznü yaşayan birçok annenin basit bir nedenden dolayı gözyaşlarına boğulması dikkat çekmektedir (1). Bunun yanı sıra uyku bozukluğu, yorgunluk, sıkıntı, endişe gibi belirtiler görülmektedir (9). Annelik hüznü, sıklıkla girişime gereksinim duyulmadan, dinlenme ve sosyal destekle düzelen bir durum olsa da belirtilerin beklenen süre içerisinde düzelmemesi durumunda, depresyona dönüşme riski olabilir (36). Annelik hüznü yaşayan kadınların %20'sinin

PPD yaşama riski olduğu bildirilmektedir (9). Bu dönemde anneyi dinlemek, duygusal destek sağlamak ve bilgilendirme gibi psikoterapötik girişimler bu sürecin aşılmasına yardım edecektir (37). Annelik hüznü belirtilerinin iki haftadan daha uzun sürmesi veya şiddetlenmesi durumunda, kadınların en yakın sağlık kuruluşuna başvurması önerilmelidir (12).

Postpartum psikiyatrik bozuklukların en şiddetli formu olan postpartum psikoz %0.1-0.2 oranında görülür. Sıklıkla depresyon, hezeyanlar ve annede kendisine ya da bebeğine zarar verme düşünceleri ile karakterize psikiyatrik acil bir sendromdur (38). Doğum sonu dönemi takiben ilk iki veya üçüncü haftada ortaya çıkabilmektedir. Primipar kadınlarda daha sık ortaya çıkarken, hikâyesinde postpartum psikoz olan bir kadının daha sonraki gebeliğinde tekrar hastalanma olasılığı vardır (39).

Postpartum psikozda klinik olarak; uykusuzluk, halsizlik, üzüntü, irritabilite ve duygusal dengesizlik, şüphecilik, konfüzyon, dağınıklık, mantıksız ifadeler, işitsel varsanılar ile beraber büyüklük ve suçluluk sanrıları görülür. Hastanın bebeğe veya kendisine zarar verme düşünceleri olabilir. Sanrısız düşünceleri ve hastada bebeğini öldürmesini söyleyen sesler şeklinde varsanılar, bebeğini öldürme eğilimine yol açabilir. Postpartum psikozlu kadının hastaneye yatırılarak tedavi edilmesinin önemli olduğu belirtilmektedir. Tedavisinde antidepresanlar ve lityum, bazen de bunların kombinasyonları kullanılmaktadır. Emziren annelerde farmakolojik ajanlar öncelikle tercih edilmese de annenin durumuna göre tekrar değerlendirmeler yapılarak uygun tedavi önerilmektedir (38,39).

2.1.1. Postpartum Depresyon

PPD, postpartum dönemde başlayan oldukça yaygın görülen psikotik olmayan depresyon epizodudur (10). Amerikan Psikiyatri Derneği tarafından geliştirilen DSM-IV (Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı, 4. Baskı) tanı kriterlerine göre, PPD'nin doğumu takiben dördüncü hafta içerisinde görüldüğü kabul edilmektedir (11). Ancak, belirtilerin başlangıç süresinin sıklıkla 6. hafta olmak üzere doğum sonu bir yıl içinde herhangi bir zamanda görülebileceği belirtilmektedir (9).

2.1.1.1. Postpartum Depresyonun Görülme Sıklığı

Hayatları boyunca kadınların yaklaşık %20' sinde major depresyon veya distimi görülürken, erkeklere nazaran kadınlarda depresyon görülme riskinin iki kat daha fazla

olduğu belirtilmektedir. Gebelik ve doğum eyleminin kadınlarda depresyon görülme sıklığını artırdığı bildirilmektedir (40).

Dünyada PPD prevalansı %13 olarak bildirilmiştir (13). Ülkemizde PPD görülme sıklığını belirlemek için yapılan çalışmalarda %19 ile %30 arasında değişik oranlarda olduğu bildirilmektedir (14-18). PPD sıklığını ölçen çalışmalarda farklı sonuçlar çıkma sebepleri, tanılama aracı, çalışmanın yöntemi, örneklem hacmi, bireylerin farklı zaman dilimlerinde değerlendirilmeleri ve yerel farklılıklara bağlı olabilmektedir (22,41). PPD görülme sıklığı postpartum dönemde ilk iki ay en düşük düzeyde iken ilerleyen dönemde giderek arttığı ve bu artışın erken postpartum dönemde daha yoğun olan sosyal ve fiziksel desteğin giderek azalmasından kaynaklanabileceği belirtilmektedir (41).

2.1.1.2. Postpartum Depresyonun Risk Faktörleri

PPD'nin önlenmesinde ilk önemli adım, PPD açısından yüksek risk taşıyan kadınların belirlenmesidir (42). Beck tarafından PPD açısından risk oluşturan 13 faktör tanımlanmıştır; prenatal depresyon, depresyon öyküsü, çocuk bakımına ilişkin yaşanan stresler, sosyal destek eksikliği, yaşam stresleri, annelik hüznü, evlilik ilişkilerinin olumsuz olması, düşük benlik saygısı, bebeğin huyu, evlilikten memnuniyet, sosyoekonomik durum, istenmeyen/planlanmayan gebeliktir. Sıralanan 13 faktörün, 10'u PPD ile orta derecede, 3'ü de az derecede ilişkili bulunurken, PPD riski açısından en güçlü faktörler, düşük benlik saygısı, prenatal depresyon ve çocuk bakım stresi olarak belirlenmiştir (43). Sıralanan risk faktörlerine ek olarak; ailede depresyon öyküsünün bulunması, düşük eğitim düzeyi, doğum sayısının fazla olması, gebelik komplikasyonları, erkek bebek beklentisinin gerçekleşmemesi ve evlilik yaşının küçük olmasının da risk oluşturduğu bildirilmiştir (41).

2.1.1.3. Postpartum Depresyonun Nedenleri

Postpartum depresyonun nedeni kesin olarak bilinmemekle birlikte biyolojik ve psikososyal faktörlerin birlikte rol oynadığı düşünülmektedir (44,45).

Postpartum dönemde anne vücudunda östrojen, progesteron, kortizol, prolaktin ve endorfin gibi çeşitli hormonların miktarlarında önemli değişiklikler olmaktadır. Hormon düzeyindeki değişikliklerin depresyon etiyolojisinde rol oynadığı düşünülmektedir (32). Gebelikte artış gösteren progesteron ve östrojen seviyesinin doğumdan sonra hızlı bir

şekilde gebelik öncesindeki düzeye düşmesinin depresyona neden olacağı düşünülmüş ancak hormon düzeyleri ile duygu durum arasında doğrudan bir ilişkinin varlığına ilişkin net bir sonuç elde edilememiştir (40). Yapılan bir çalışmaya göre erken postpartum dönemde serum progesteron düzeyinin ani düşüşü PPD semptomlarını tetiklerken, kortizol düzeyi ile PPD arasında önemli bir ilişkiye rastlanmamıştır (45).

Anne sütünün salgılanmasından sorumlu olan prolaktin düzeyi doğum sonrası birinci haftanın sonuna kadar artmaktadır. Emzirmeyen annelerde prolaktin düzeyinin hızlı düşüşü ile PPD arasında muhtemel bir ilişkinin bulunduğu bildirilmektedir (46).

Gebeliğin son dönemlerinde yüksek seviyede seyreden serum kortizol düzeyi, plesantanın atılması ile hızla düşmektedir (46). Kortizol düzeyinde meydana gelen bu değişikliklerin, beynin fonksiyonlarını direkt olarak ya da transmitter kimyasını bozarak etkileyebileceği bildirilmektedir (40).

Hipertiroidi ve hipotiroidinin de postpartum depresyona neden olabileceği, bununla birlikte hipotiroidide riskin arttığı belirtilmektedir (40). Doğumdan sonra tiroid stimulan hormonun azalmasıyla, kanda tiroksin düzeyleri giderek düşebilmektedir. Tiroksin düzeyinin gebelik öncesindeki değerlerin altına inmesi durumu ile PPD ilişkilendirilebilmektedir (46). Postpartum dönemde annelerin bazılarında hipotiroidizmin ortaya çıktığı, bu durumun tedavi edilmesi gerektiği ve PPD riski açısından tekrar gözlenmesi gerektiği bildirilmektedir (9).

Biyolojik faktörlerin, psikososyal faktörlerle birleşmesi sonucu PPD belirtileri ortaya çıkmaktadır (32). Bu nedenle kadının içinde yaşadığı toplum ve kültür onun postpartum dönem ruh sağlığı ile ilişkilidir. Kültür, kadının bilişsel yapısı, inanç ve uygulamaları, durumlara tepki ve davranışlarını ve sağlık yardımı arama davranışını etkilemektedir (47,48). Ülkemizde PPD'yi etkileyen kültürel faktörlerin, kadınların evlenme tipinin görücü usulü olması, çocuğun cinsiyetinin beklenenden farklı olması, sosyal destek yetersizliği olduğu bildirilmektedir (48). Sosyal izolasyon, sosyoekonomik durumun kötü olması, stresli yaşam olayları, yalnız ebeveyn olmak, işsizlik, mesleki statü kaybının da PPD riskini arttırdığı bildirilmektedir (21,47). Ayrıca annenin düşük benlik saygısına sahip olması, aşırı öz eleştirel olması, alışkanlık düzeyinde kötümser bakış açısına sahip olması, stresle kolay baş edememesi onun PPD yaşama riskini arttıran psikolojik faktörler olduğu bildirilmektedir (40).

2.1.1.4. Postpartum Depresyonun Belirtileri

Postpartum depresyonun karakteristik belirtileri, iki haftadan fazla süren depresif duygudurum veya etkinliklerin tümüne ya da çoğuna karşı ilgi azalması/zevk alamama temel belirtilerinden en az birinin olması ve aşağıda sıralanan belirtilerden en az beşinin varlığıdır.

- Önemli derecede kilo kaybı ya da alımı,
- Aşırı uykusuzluk ya da aşırı uyuma,
- Psikomotor ajitasyon ya da retardasyon,
- Yorgunluk, bitkinlik veya enerji kaybı,
- Değersizlik, aşırı ya da uygunsuz suçluluk hissetme,
- Çaresizlik veya ümitsizlik hissetme,
- Düşünme ya da konsantre olmada güçlük,
- Yineleyen ölüm ya da intihar etme düşünceleri (11).

Postpartum depresyonu klinik olarak diğer depresyon türlerinden ve doğum sonrası annelik hüznünden ayırt etmek güç olabilir. Bununla birlikte postpartum depresyonda aileye karşı ilgisizlik ve bebeğe karşı zıt duygular besleme ön plandadır. Annelik hüznü doğum sonu birkaç gün içinde başlaması ile PPD' den ayırt edilir. Postpartum psikoz ise istikrarsız duygu durum, ajitasyon, halüsinasyon gibi psikotik semptomlarla PPD' den ayırt edilebilir. Major depresyon ise doğum ile alakalı olmaması yönü ile PPD' den ayırt edilebilir (49).

2.1.1.5. Postpartum Depresyonu Erken Tanılamanın Önemi

PPD'yi önlemenin ilk adımı risk faktörleri açısından tüm kadınların mümkünse gebelik döneminden itibaren taranmasıdır. Risk altındaki kadınların erken dönemde belirlenmesi ile uygun girişimlerle koruma ve önleme sağlanabilecektir (32).

Erken dönemde ve doğru olarak tanı konmasının kısa ve uzun vadede faydaları vardır. Erken tanı ile tedaviye erken başlanarak hastalığın süresi kısılacaktır. Dolayısı ile hem kadının sağlığı iyileştirilecek, hem de yeni bebek, diğer çocuklar ve aile fertlerinin PPD' den etkilenmesi önlenecektir (50). PPD tedavi edilmemesi durumunda, kadınlarda ilerleyen dönemlerde yeniden depresyon yaşama riski artmaktadır. Depresif annelerin

çocuklarında emosyonel ve davranış bozukluklarının görülmesi olasıdır ve bu nedenle gelecek kuşak üzerinde olumsuz etkiler yaratabilir (6,50). Kadın ve aile fertlerinin yaşam kalitesi düşebilir, kadının rol ve sorumluluklarını yerine getirmesine engel olabilir, sosyal ilişkilerini bozabilir ve hatta özkıyım ya da bebeğine zarar verme düşüncelerine sebep olabilir (25). Bu nedenlerle PPD birinci basamak sağlık kurumlarında, güvenilir tanılama yöntemleri kullanılarak belirlenmelidir (6).

PPD'yi belirlemek için, ülkemizde geçerlik ve güvenirlik çalışması yapılmış olan, Doğum Sonrası Depresyon Tarama Ölçeği (DDTÖ), Beck Depresyon Envanteri (BDE) ve Edinburgh Postpartum Depresyon Skalası (EPDS) kullanılabilir (51,52). Sağlık Bakanlığı doğum sonu bakım rehberinde, annelerin psikolojik açıdan değerlendirilmesi ve PPD belirtileri yönünden izlenmesi ve doğum sonu 6. haftada EPDS'nin kullanımı önerilmektedir (31).

EPDS, postpartum dönemdeki kadınlarda depresyon tanısı koymaya yönelik olmayıp, depresyon riskini belirlemeye yönelik tarama amaçlı hazırlanmış bir ölçektir. EPDS 10 maddeden oluşan, dörtlü likert biçiminde kendini değerlendirme ve bildirim ölçeğidir. Dört seçenekten oluşan yanıtlara 0-3 arasında puan verilmekte, ölçekten alınabilecek en düşük puan 0 ve en yüksek puan 30 olmaktadır. Değerlendirmede 1.,2. ve 4. maddeler 0,1,2,3 şeklinde puanlanırken, 3.,5.,6.,7.,8.,9., ve 10. maddeler 3,2,1,0 şeklinde, ters olarak puanlanmaktadır. EPDS'nin kesme noktası 13 olarak hesaplanmış olup, ölçek puanı 13 ve daha fazla olan kadınlar risk grubunda kabul edilmiştir (53).

2.1.1.6. Postpartum Depresyonun Tedavisi

PPD; belirtilerinin şiddetine göre farmakolojik tedavi (antidepresan, antipsikotik ilaçlar gibi), psikoterapi (kişiler arası terapi, bilişsel davranışçı terapi, evlilik ve aile terapileri), psiko-sosyal bakım ve elektrokonvülsif tedaviden yararlanılarak tedavi edilebilir (20).

PPD tedavisinde kullanılacak ilaçların fayda ya da zarar oranı tam olarak bilinmediği için postpartum dönemdeki emziren kadınlara psikiyatrik tedavi başlama kararı karmaşık hale gelmektedir. Tüm antidepresanların anne sütüne geçtiği bu nedenle annelerde mümkün olan en düşük etkin dozların kullanılması gerektiği belirtilmektedir (19). Tedaviye tavsiye edilen başlangıç dozunun yarısı ile başlanmalı ve dozlar küçük miktarlarda istenilen etki elde edilene kadar arttırılmalıdır. Eğer hasta ilk 6-8 haftadaki

başlangıç tedavisine iyi yanıt verirse aynı doz en az 6 ay olmak üzere tam remisyon elde edilene kadar devam ettirilmelidir (10).

Serotonin geri alım engelleyicileri, güvenli olması ve riskinin az olması nedeniyle emziren annelerin tedavisinde en sık tercih edilen seçenek olarak tavsiye edilmektedir. Ancak anne sütüyle serotonin geri alım engelleyicilerine maruz kalan bebeklerde uzun dönem değerlendirmelerine ilişkin yayın bulunmamaktadır (10,19).

Trisiklik antidepresanlar, periferik sinir sistemi üzerinde yan etkiler gösterebileceği, uyku hali, sersemlik, kilo alımı, sedasyon ve solunum depresyonu yapabileceği için PPD’de ilk seçenek olarak tercih edilmemektedir (10, 40).

Transdermal estradiollerin PPD’nin tedavisinde kullanılabileceği, laktasyona kayda değer olumsuz bir etkisinin olmadığı bildirilmektedir. Progesteronla PPD tedavisine ilişkin araştırmaların olmaması nedeni ile kullanımı önerilmemektedir (10, 32).

Farmakolojik olmayan tedavi yöntemlerinden olan kişiler arası terapinin PPD’nin aktif semptomları geriletmede ve psikososyal fonksiyonların geri dönüşünü olumlu etkilediği belirtilmektedir (32).

2.1.1.7. ASM’de Çalışan Sağlık Personelinin Postpartum Depresyona Yönelik Sorumlulukları

Birinci basamak sağlık hizmetlerinin verildiği ASM’lerde çalışan hekim, ebe ve hemşirenin postpartum dönemdeki annelerin ruhsal durumunu değerlendirme, uygun koruyucu önlemleri alma, gerekli olduğunda tedavi edici müdahaleyi yapma ve sevk etme sorumlulukları vardır (54). Bu nedenle prenatal dönemden itibaren rutin sağlık kontrolleri ve bağışıklama nedeniyle ASM’ye başvuran annelerle görüşme imkanı bulan sağlık personeli, anneleri PPD riski açısından gözlem ve tarama yaparak değerlendirebilirler. Ayrıca ev ziyaretleri yapılarak annenin kendini daha rahat ve güvende hissettiği ev ortamında izlemler yapılarak, anne bebek ilişkisi, anneliğe uyum gözlemlenebilir ve yaşanan problemler üzerinde çok daha rahat konuşma olanağı yaratabilirler (55). Yapılan bir çalışma sonucuna göre, postpartum dönemde evde hemşire tarafından izlenen ve eğitim verilen lohusaların fiziksel ve psikolojik problemleri daha az yaşadıkları bildirilmektedir (56). Hekim, ebe ve hemşireler, kadın ve ailesini PPD riski, belirtileri, tedavisi hakkında bilgilendirerek, PPD gelişmesi durumunda anne, eş veya aile fertleri tarafından, belirtilerin erken sürede fark

edilmesini sağlayabilir, sağlık yardımı aramaları yönünde cesaretlendirebilirler. Böylece PPD'nin tedavisi ve bakımı en erken sürede başlatılabilir (29). Özellikle primiparların annelik rolü ve yaşamlarındaki değişime sağlıklı bir şekilde uyum sağlayabilmeleri için destek ve danışmanlık hizmeti sunulmalı ve gereksinim duyulan konularda eğitimler verilmelidir. Annelik hüznü konusunda bilgi verilerek bunun tedavi gerektirmeyen geçici bir süreç olduğu konusunda bilgi verilmelidir (12). Yapılan bir çalışmaya göre primipar kadına kendisinin ve bebeğinin doğum sonu dönemde bakımına yönelik verilen eğitimin doğum sonu depresyon riski üzerine etkili olduğu görülmüştür (57).

ASM'de çalışan sağlık personeli, özgeçmişinde duygu-durum bozukluğu olan kadınların yeni gebelik veya lohusalık dönemlerinde PPD'nin tekrarlama olasılığına karşı koruyucu önlemler almalıdır (55). Bu bireylerin izlem sıklığı ve sayısı gerekli şekilde düzenlenmelidir. Annenin baş etme mekanizmalarını tanınması, destek kaynaklarını görmesi konusunda destek olunmalıdır (12). Gerekli görülen durumlarda bir üst basamağa sevk edilerek, izlemlerine devam edilmelidir (55).

ASM'de çalışan sağlık personeli, PPD tanısı almış ve emziren annelere kullanılan ilaçlar hakkında, ilaç kullanımının bebeği etkileyebileceği konusunda bilgi vermeli, anneyi bu konuda eğitmelidir (58).

Postpartum dönemde yaşanabilecek ruhsal sorunlar, anne, bebek ve ailenin sağlığını olumsuz etkilemesi açısından önemlidir. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin sürdürüldüğü ASM'lerde, annelerin tarama programları ile değerlendirilerek, risk taşıyanların belirlenmesi ve kesin tanı ve tedavi için bir üst basamağa sevk edilmesi gerekmektedir (12).

Sağlık personelinin, postpartum dönemde annelere ruh sağlığı hizmetlerini sunabilmeleri için yeterli donanım, eleştirel düşünme ve uygun iletişim becerilerine sahip olmaları gerekmektedir. Ayrıca hizmet verdiği popülasyonu tanımalı, iyi gözlem yapabilmeli, değişen ve yenilenen bilgileri takip edebilmeli, normalden sapan bulguları fark edebilmeli, birlikte çalıştığı diğer sağlık personeli ile iletişim içinde koordineli bir şekilde bakım hizmetlerini planlayıp, uygulayabilmelidir (30).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ARAŞTIRMANIN TİPİ

Bu araştırma tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

3.2. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ÖZELLİKLERİ

Araştırma, Kayseri ili Büyükşehir Belediyesi sınırları içinde yer alan Melikgazi ve Kocasinan merkez ilçelerinde yapılmıştır. Kayseri İl Sağlık Müdürlüğü'nün 2011 yılı kayıtlarına göre bu iki ilçede toplam 34 ASM bulunmaktadır. Bu ASM'lerde 247 hekim, 66 hemşire ve 181 ebe olmak üzere toplam 494 kişi çalışmaktadır.

Aile hekimi olarak çalışan hekimlerin çoğunluğunu, aile hekimliği sertifikası almış olan pratisyen hekimler oluşturmaktadır. Bunun yanı sıra bir dahiliye uzmanı, bir cerrahi uzmanı ve 6 aile hekimi uzmanı da hizmet vermektedir. Aile sağlığı elemanı olarak çalışan personelin tamamını ebe/hemşireler oluşturmaktadır.

ASM'lerde genel anlamda, yataklı tedavi hizmetleri dışında kalan hemen her türlü sağlık hizmeti verilmektedir. Ancak doğum sonu ruh sağlığı hizmetlerinin verilmesi ile ilgili kayıtlara rastlanmamıştır.

ASM'lerde Verilen Aile Hekimliği Hizmetleri;

1- Koruyucu Sağlık Hizmetleri

- Bağışıklama
- Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Hizmetleri (Rahim içi araç uygulaması, hap kondom dağıtımı, aile planlaması danışmanlığı)

- Gebe Muayenesi,
- Çevre Sağlığı Hizmetleri (denetim, suların kontrolü, sürveyans çalışmaları)
- Eğitim (hizmet içi eğitimler, halk eğitimleri)
- Sağlam Çocuk Muayenesi (0–6 yaş rutin muayene)
- Yaşlı Sağlığı Hizmetleri

2- Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri

- Muayene/ Sevk
- İlaç tedavisi
- Laboratuvar Hizmetleri
- Diş Sağlığı Hizmetleri
- Sağlık Raporları

3- Gezici Sağlık Hizmetleri

3.3. ARAŞTIRMANIN EVREN VE ÖRNEKLEMİ

Araştırma evrenini, Kayseri İli Büyükşehir Belediyesi sınırları içindeki Melikgazi Sağlık Grup Başkanlığına bağlı 19 ASM’de görev yapan 135 hekim, 40 hemşire ve 95 ebe ile Kocasinan Sağlık Grup Başkanlığına bağlı 15 ASM’de çalışan 112 hekim, 26 hemşire ve 86 ebe olmak üzere toplam 494 kişi oluşturmuştur.

Araştırmada evrenin tamamına ulaşılması hedeflenmiş, ancak çalışmaya katılmayı kabul eden 217 hekim, 174 ebe ve 62 hemşire olmak üzere toplam 453 (evrenin %91.7’ si) sağlık personeli çalışmaya katılmayı kabul etmiştir. Araştırmanın dışında kalan sağlık personelinin 26’sı araştırmaya katılmayı kabul etmemiş, 15’i ise araştırmanın yapıldığı tarihlerde raporlu, yıllık/ücretsiz izinde olmaları nedeniyle çalışmaya katılmamıştır.

3.4. VERİLERİN TOPLANMASI

3.4.1. Veri Toplama Araçları

Araştırmanın verileri, araştırmacı tarafından konu ile ilgili literatürden elde edilen bilgiler ışığında ve uzman görüşü alınarak hazırlanan Anket Formu (Ek-1) kullanılarak toplanmıştır.

Anket formunda toplam 17 soru bulunmaktadır. Anket formunun ilk 7 sorusu ASM’de çalışan hekim, ebe ve hemşirelerin demografik özelliklerini (yaş, cinsiyet, medeni durum, meslek, eğitim durumu, sağlık personeli olarak toplam çalışma süresi, ASM’de çalışma süresi) belirlemeye yöneliktir.

İlk 7 sorunun ardından PPD’nin DSM-IV Tanı kriterlerini kapsayan örnek vaka olgusu verilmiştir. Bu vaka ile PPD’li bir bireyle karşılaşılması durumunda sağlık personelinin görüş ve uygulamalarının belirlenmesi amaçlanmıştır. Bu amaçla hazırlanan 8.,9. ve 10. sorularda, Meryem’in yardıma ihtiyacı var mıdır?, Meryem’in problemi ne olabilir?, Meryem’e nasıl müdahale edersiniz? şeklinde sorular sorulmuştur (9-11,59,60).

Formda yer alan 11- 14. sorular, sağlık personelinin çalıştıkları kurumda ruh sağlığına yönelik hizmet verme durumu (verilmemesi durumunda nedenleri), PPD riskini saptamaya yönelik ölçek kullanım durumunu (kullanılıyorsa hangi ölçeğin kullanıldığı) belirlemeye yöneliktir (9, 61-65)

PPD’ye ilişkin herhangi bir planlı eğitim ya da kurs alma ve düzenlenilebilecek herhangi bir eğitim programına katılım istek durumu, PPD konusunda kendi bilgilerini değerlendirme durumu [0’dan (Hiç bilmiyorum), 10’a (Çok iyi biliyorum) kadar] rakamların olduğu skalaya işaretleme yapılarak, 15- 17. sorular aracılığı ile belirlenmiştir.

3.4.2. Ön Uygulama

Anket formunun anlaşılabilirliği ve uygulanabilirliğini test etmek amacıyla Kayseri Büyükşehir Belediyesi sınırları dışında olan Hacılar ASM’ de çalışan ve katılmayı kabul eden beş hekim ve beş ebe/hemşireye ön uygulama yapılmıştır. Uygulama sonunda anket formunda herhangi bir düzeltme yapılmamıştır.

3.4.3. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması

Araştırmanın verileri araştırmacı tarafından, mesai saatleri içinde toplanmıştır. Araştırma kapsamına alınan ASM’ lerde çalışan hekim, ebe ve hemşirelere uygulanacak anket formuyla ilgili detaylı bilgi verilmesinin ardından Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam formu (Ek-2) kullanılarak yazılı izinleri alınmış, araştırmayı kabul edenlere anket formu verilmiş ve doldurmaları beklenmiştir. Veriler toplandıktan sonra sağlık personelinin PPD’ a ilişkin sorularına yanıt verilmiştir.

3.5. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Toplanan veriler araştırmacı tarafından bilgisayar ortamında değerlendirilerek, verilerin istatistiki analizinde Ki-kare testi ve Kruskal-Wallis testi kullanılmıştır.

Araştırmanın bağımsız değişkenleri sağlık personelinin yaş, medeni durum, meslek, eğitim durumu, çalışma süresi ve yeri, bağımlı değişkenleri ise postpartum depresyona ilişkin görüş ve uygulamalarıdır.

Araştırmada PPD'a yönelik görüş ve uygulamaların belirlenmesi amacıyla verilen vakaya göre sorulan 8. sorunun 'evet' şıkkı doğru yanıt kabul edilmiştir. PPD tanısının konulmasına yönelik olarak sorulan 9. sorunun 'c' şıkkı doğru kabul edilmiştir. Onuncu soruda herhangi bir doğru yanıt olmadığı için katılımcılara birden çok seçenek seçme olanağı sunularak verilen tüm cevaplar değerlendirmeye alınmıştır ve veriler cevaplar doğrultusunda gruplandırılmıştır.

Anketin 12 ve 14. sorularının tek bir doğru cevabı yoktur. Bu nedenle katılımcılara birden fazla seçenek seçme olanağı verilmiştir. Ancak postpartum dönemde annelerin ruhsal durumuna yönelik hizmetlerin verilememesinin sebeplerinin sorulduğu 12. soruya birden çok yanıt verildiği için veriler gruplandırılarak değerlendirmeye alınmıştır. Ölçek kullanım durumunun sorulduğu 14. soruya ise tek cevap verildiği için değerlendirmede herhangi bir gruplandırmaya gidilmemiştir.

3.6. ARAŞTIRMANIN ETİK BOYUTU

Araştırma için Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Değerlendirme Komisyonu Onayı alınmıştır (Ek-3). Araştırmanın yapılacağı kurumdan yazılı izin alınmıştır (Ek-4). Araştırma grubunu oluşturan hekim ve ebe/hemşirelere çalışmanın amacı açıklanmış ve Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam formu doldurulmuştur (Ek-2).

4. BULGULAR

ASM’de çalışan sağlık personelinin postpartum depresyona ilişkin görüş ve uygulamalarını belirlemek amacıyla yapılan bu çalışmanın bulguları aşağıda yer almaktadır.

Tablo 4.1. Sağlık Çalışanlarının Demografik Özelliklerinin Dağılımı

Özellikler	Hekim		Hemşire		Ebe	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Yaş (yıl)						
23- 31	3	1.4	17	27.4	38	21.8
32- 40	71	32.7	38	61.3	99	56.9
41- 49	127	58.5	7	11.3	36	20.7
50- 58	16	7.4	-	-	1	0.6
Yaş Ortalaması ($\bar{X} \pm SS$)	42.6±4.6		34.7±4.5		35.8±6.0	
Cinsiyet						
Kadın	64	29.5	58	93.5	174	100.0
Erkek	153	70.5	4	6.5	-	-
Medeni Durum						
Evli	203	93.5	56	90.3	152	87.4
Bekar	14	6.5	6	9.7	22	12.6
Mezuniyet Durumu						
Sağlık Meslek Lisesi	-	-	9	14.5	34	19.5
Ön Lisans	-	-	24	38.7	97	55.7
Lisans	-	-	26	42.0	41	23.6
Yüksek Lisans	2	0.9	3	4.8	2	1.2
Tıp Fakültesi	195	89.9	-	-	-	-
Tıpta Uzmanlık	12	5.5	-	-	-	-
Bilim Doktorası	8	3.7	-	-	-	-
Toplam Çalışma Yılı Süresi (yıl)						
1-5	2	1.0	8	12.9	10	5.7
6-10	16	7.4	17	27.4	38	21.8
11-15	63	29.0	19	30.6	29	16.7
16-20	96	44.2	14	22.6	64	36.8
21-25	30	13.8	4	6.5	31	17.8
26-30	10	4.6	-	-	2	1.2
Toplam Çalışma Yılı Ortalaması ($\bar{X} \pm SS$)	16.9±4.7		12.4±5.5		15.6±6.2	

Tablo 4.1. Sağlık Çalışanlarının Demografik Özelliklerinin Dağılımı (**Devamı**)

ASM Çalışma Süresi (yıl)						
1	8	3.7	22	35.5	26	14.9
2	12	5.5	9	14.5	27	15.5
3	193	88.9	29	46.8	114	65.5
4	4	1.9	2	3.2	7	4.1
ASM Çalışma Yıl Ortalaması ($\bar{X} \pm SS$)	2.8±0.4		2.1±0.9		2.5±0.7	
Toplam	217	100.0	62	100.0	174	100.0

Tablo 4.1.'de hekim, hemşire ve ebelerin demografik özelliklerinin dağılımı yer almaktadır. Tablo incelendiğinde hekimlerin yaş ortalaması 42.6±4.6 yıl olup, %70.5'inin erkek, %93.5'inin evli, %89.9'unun tıp fakültesi mezunu, toplam çalışma süresi ortalamasının 16.9±4.7 yıl ve ASM'de ortalama 2.8±0.4 yıldır çalıştıkları görülmektedir.

Hemşirelerin yaş ortalaması 34.7±4.5 yıl, %93.5'i kadın, %90.3'ü evli, %42.0'si lisans mezunu olup, toplam çalışma süresi ortalamasının 12.4±5.5 yıl olduğu ve ortalama 2.1±0.9 yıldır ASM'de çalıştıkları görülmektedir.

Ebelerin yaş ortalaması 35.8±6.0 yıl olup, %87.4'ü evli, %55.7'si önlisans mezunu, toplam çalışma süresi ortalamasının 15.6±6.2 yıl olduğu ve 2.5±0.7 yıldır ASM'de çalıştıkları belirlenmiştir.

Tablo 4.2. Sağlık Personelinin Annelerin Ruh Sağlığına Yönelik Hizmet Verme Durumlarının Dağılımı (n=453)

Ruh Sağlığı Hizmeti Verme Durumu	Aile Sağlığı Merkezinde Çalışan Sağlık Personeli							
	Hekim		Hemşire		Ebe		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Hizmet Verme Durumu								
Veren	122	56.2	36	58.1	98	56.3	256	56.5
Vermeyen	95	43.8	26	41.9	76	43.7	197	43.5
Hizmetlerin Verilememe Nedenleri (n= 197)								
Hasta Sayısının Fazla Olması	30	31.6	7	26.9	20	26.3	57	28.9
Yeterli Zamanın Olmaması	19	20.0	2	7.7	11	14.5	32	16.2
Kurumun Beklentisinin Olmaması	19	20.0	3	11.5	20	26.3	42	21.3
Hasta Talebinin Olmaması	22	23.1	12	46.2	18	23.7	52	26.4
Sebepten Belirtmeyenler	5	5.3	2	7.7	7	9.2	14	7.2
Tarama Ölçeği Kullanımı								
Kullanan	24	11.1	8	12.9	18	10.3	50	11.0
Kullanmayan	193	88.9	54	87.1	156	89.7	403	89.0
Kullanılan Ölçek (n= 50)								
Doğum Sonu Depresyon Tarama Ölçeği	5	20.8	-	-	3	16.7	8	16.0
Beck Depresyon Envanteri	3	12.5	1	12.5	3	16.7	7	14.0
Edinburg Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği	2	8.4	-	-	1	5.6	3	6.0
Psikosyal İzlem Formu	14	58.3	7	87.5	11	61.1	32	64.0

Tablo 4.2’de sağlık personelinin annelerin ruh sağlığına yönelik hizmet verme durumlarının dağılımı verilmiştir. Hekimlerin %56.2’si, hemşirelerin %58.1’i ve ebelerin %56.3’ünün postpartum dönemde ruh sağlığına yönelik hizmet verdikleri belirlenmiştir.

Ruh sağlığı hizmetlerinin verilememe nedenlerinin başında hekimlerin %31.6’sı hasta sayısının fazla olmasını, hemşirelerin %46.2’si hasta talebinin olmamasını ve ebeler ise hem hasta sayısının fazlalığı (%26.3) hem de kurumun beklentisinin olmamasını (%26.3) sebep göstermişlerdir.

Hekimlerin %88.9'unun, hemşirelerin %87.1'i ve ebelerin %89.7'si PPD'yi tanılamak için ölçek kullanmadıklarını ifade etmişlerdir.

PPD'yi tanılamak amacıyla ölçek olarak, hekimlerin %58.3'ü, hemşirelerin %87.5'i ve ebelerin %61.1'i psikososyal izlem formunu kullandıklarını belirtmişlerdir. EPDS'yi hemşirelerin hiç kullanmadığı görülürken, hekimlerin %8.4'ünün ve ebelerin %5.6'sının kullandığı belirlenmiştir.

Tablo 4.3. Sağlık Personelinin Postpartum Depresyonu Tanılama ve Yaklaşımlarının Dağılımı (n=453)

PPD'yi Tanılama ve Yaklaşımları	Aile Sağlığı Merkezinde Çalışan Sağlık Personeli							
	Hekim		Hemşire		Ebe		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Yardım İhtiyacı								
Belirleyen	213	98.2	60	96.8	171	98.3	444	98.0
Belirleyemeyen	4	1.8	2	3.2	3	1.7	9	2.0
PPD Tanısını								
Belirleyen	194	89.4	57	91.9	156	89.7	407	89.8
Belirleyemeyen	23	10.6	5	8.1	18	10.3	46	10.2
PPD'ye Yaklaşım¹								
Destek ve Danışmanlık Almaya Yönlendirme	81	36.3	43	19.3	99	44.4	223	100.0
Destek ve Danışmanlık Verme	113	42.2	37	13.8	118	44.0	268	100.0
İlaç Tedavisi Tavsiye Etme	23	85.2	-	-	4	2.3	27	100.0
Lohusa İle Görüşürme	7	14.9	8	17.0	32	68.1	47	100.0
Psikiyatri Servisine Yönlendirme	134	47.7	34	12.1	113	40.2	281	100.0

¹Birden fazla cevap verilmiştir.

Tablo 4.3'te sağlık personelinin %98'i PPD tanı ve uygulamasına yönelik verilen örnek vakadaki kadının yardıma ihtiyacı olduğunu belirlemiştir. Hekimlerin %89.4'ü, hemşirelerin %91.9'u ve ebelerin %89.7'si PPD tanısını belirleyebilmiştir.

Vaka örneğinde olduğu gibi bir durumla karşılaşıldığında çoğunlukla, hemşireler destek ve danışmanlık almaya yönlendirmeyi (%19.3) tercih ederken, ebelerin başka bir lohusa

ile görüştürme (%68.1), hekimlerin ise ilaç tedavisi tavsiye etme (%85.2) hizmetlerini sunacakları görülmüştür.

Tablo 4.4. Sağlık Personelinin Postpartum Depresyon Konusuna İlişkin Mezuniyet Sonrası Eğitim Durumlarının Dağılımı ($n=453$)

PPD Konusunda Mezuniyet Sonrası Planlı Eğitim/Kurs	Aile Sağlığı Merkezinde Çalışan Sağlık Personeli							
	Hekim		Hemşire		Ebe		Toplam	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Alma Durumu								
Alan	29	13.4	3	4.8	22	12.6	54	11.9
Almayan	188	86.6	59	95.2	152	87.4	399	88.1
Test	$\chi^2=3.479$				$p=0.179$			
Almayı İsteme Durumu								
İsteyen	165	76.0	53	85.5	143	82.2	361	79.7
İstemeyen	52	24.0	9	14.5	31	17.8	92	20.3
Test	$\chi^2=3.744$				$p=0.154$			

Tablo 4.4.'te sağlık personelinin PPD konusuna ilişkin mezuniyet sonrası eğitim alma ve isteme durumlarının dağılımı yer almaktadır. Hekimlerin %86.6'sı, hemşirelerin %95.2'si ve ebelerin %87.4'ü PPD konusunda mezuniyet sonrası planlı eğitim/kurs almamıştır.

Hekimlerin %76.0'sı, hemşirelerin %85.5'i ve ebelerin %82.2'si PPD konusunda eğitim almak istediğini belirtmiştir.

Sağlık personelinin PPD konusunda planlı eğitim/kurs alma durumu ile PPD konusunda eğitim almayı isteme durumlarının birbirine benzer olduğu bulunmuştur ($p>0.05$).

Tablo 4.5. Sağlık Personelinin Postpartum Depresyon Konusunda Kendi Bilgilerini Değerlendirme Durumlarının Dağılımı ($n=453$)

PPD Konusunda Kendilerine Verdikleri Puan	Aile Sağlığı Merkezinde Çalışan Sağlık Personeli							
	Hekim		Hemşire		Ebe		Toplam	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
0-3 puan	16	7.4	5	8.1	14	8.0	35	7.7
4-7 puan	153	70.5	47	75.8	135	77.6	335	74.0
8-10 puan	48	22.1	10	16.1	25	14.4	83	18.3
$\bar{X} \pm SS$	5.98±1.84		5.41±1.75		5.54±1.73		5.73±1.80	
Ortanca (Min-Max)	6 (0-10)		5 (0-10)		5 (0-10)		5 (0-10)	
Test	<i>K-W= 9.673</i> <i>p= 0.008</i>							

Tablo 4.5'te PPD konusunda kendilerini değerlendiren sağlık personelinin %74.0'ü kendilerine 4-7 arası puan vermiştir. Kendilerine 8-10 arası puan veren hekim yüzdesi 22.1 iken, hemşirelerde %16.1 ve ebelerde ise %14.4'tür.

Hekimlerin PPD konusunda bilgilerine verdikleri bilgi puan ortalamasının 5.98 ± 1.84 olduğu görülürken, ebelerde 5.54 ± 1.73 ve hemşirelerde 5.41 ± 1.75 olduğu görülmüştür.

PPD konusunda kendilerini değerlendiren hekimlerin, ortalanca bilgi puan değeri 6 (0-10) iken, ebe ve hemşirelerin ortalanca bilgi puan değeri 5 (0-10) olup, aralarındaki farklılık istatistiksel olarak da anlamlıdır ($p < 0.05$).

Tablo 4.6. Sağlık Personelinin Demografik Özelliklerine Göre Postpartum Depresyon Tanısını Belirleme Durumlarının Dağılımı ($n= 453$)

Demografik Özellikler	PPD Tanısı					
	Belirleyen		Belirleyemeyen		Toplam	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Cinsiyet						
Kadın	271	91.6	25	8.4	296	100.0
Erkek	136	86.6	21	13.4	157	100.0
$\chi^2=2.219$ $p=0.136^*$						
Medeni Hali						
Evli	373	90.8	38	9.2	411	100.0
Bekar	34	81.0	8	19.0	42	100.0
$\chi^2=p=0.058^{**}$						
Yaş						
23-40 yaş	242	91.0	24	9.0	266	100.0
41-58 yaş	165	88.2	22	11.8	187	100.0
$\chi^2=0.629$ $p=0.428^*$						
Eğitim						
Lise ve önlisans	154	93.9	10	6.1	164	100.0
Lisans	55	82.1	12	17.9	67	100.0
Lisansüstü	198	89.2	24	10.8	222	100.0
$\chi^2=7.481$ $p=0.024$						
Toplam Çalışma Süresi						
1-15 yıl	177	87.6	25	12.4	202	100.0
16-30 yıl	230	91.6	21	8.4	251	100.0
$\chi^2=1.557$ $p=0.212^*$						
ASM’de Çalışma Süresi						
1-2 yıl	92	88.5	12	11.5	104	100.0
3-4 yıl	315	77.4	34	9.7	349	100.0
$\chi^2=0.121$ $p=0.728^*$						
Toplam	407	89.8	46	10.2	453	100.0

*Yates düzeltmesi

**Fisher’ s exact test

Tablo 4.6’da sağlık personelinin demografik özelliklerine göre PPD tanısını belirleme durumlarının dağılımı verilmiştir. Kadınların %91.6’sı, evlilerin %90.8’i, 41-58 arası yaş gurubunda bulunanların %88.2’si, lise ve önlisans mezunlarının %93.9’u, 16-30 yıl arası çalışanların %91.6’sı ve ASM’de 1-2 yıl arası çalışanların %88.5’i PPD tanısını doğru belirleyebilmiştir.

Eğitim durumu ile PPD tanısını belirleme durumu arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Farkın lise ve önlisans mezunlarının %93.9'unun bilmesinden kaynaklandığı belirlenmiştir.

5. TARTIŞMA, SONUÇ VE ÖNERİLER

ASM'ler diğer sağlık hizmetlerinin yanı sıra ruh sağlığı hizmetleri açısından da önemli olup, bireylerin ilk başvuru yeridir (62). ASM'de çalışan hekim, hemşire ve ebeler doğum öncesi ve sonrası annelerin izleminden sorumludur. Bu nedenle hekim, hemşire ve ebelerin, PPD konusunda bilgi sahibi olmaları ve konunun önemi hakkında farkındalıklarının olması, birinci basamakta hastalığın önlenmesi, erken tanı ve tedavisini kolaylaştıracaktır (54,61,66).

Sağlık personelinin PPD' ye ilişkin görüş ve uygulamalarını belirlemek amacıyla yapılan bu araştırmada ASM' lerde çalışan sağlık personelinin yaklaşık yarısı ruh sağlığına yönelik hizmet verdiğini belirtmiştir (Tablo 4.2). Işık'ın (34) çalışmasında sağlık ocağında çalışan ebe ve hemşireler tarafından ruh sağlığı hizmeti verilme yüzdesi 24.5 iken, Yılmaz'ın (67) çalışmasında sağlık ocağında çalışan ebe ve hemşireler tarafından verilen koruyucu ruh sağlığı hizmetleri % 65.4 bulunmuştur. Gunn et al.' un (61) çalışmasında pratisyen hekimlerin kadınlarla kolay ve iyi iletişim kurma ve onları takip etme şansı olduğu halde %12'sinin lohusaların duygu durumu ile hiç ilgilenmedikleri ve bu konuda hizmet vermedikleri belirlenmiştir. Jones et al.' un (59) çalışmasında sağlık personelinin yarıdan fazlasının (%65.5) PPD izlemi yaptıklarını belirtmiştir. Her iki araştırmanın yapıldığı Avusturalya'da Ulusal Perinatal Depresyon Girişimciliği Programının (beyondblue), ruh sağlığı hizmetlerini, ölçek kullanımı ve taramayı olumlu etkilediği belirtilmektedir (59,61). Ülkemizde de doğum sonu bakım yönetim rehberinde annelerin ruhsal durumunu izleme ve EPDS kullanımı konusuna yer

verilmiştir (31). Fakat bu araştırmanın sonuçlarına göre ASM' lerde verilen ruh sağlığı hizmeti istendik düzeyde değildir.

Genel olarak birinci basamakta ruh sağlığı hizmetlerinin verilmeme sebebi üç başlık altında toplanmıştır. Bunlar toplumsal yaklaşım, sağlık personelinin yaklaşımı ve ruh sağlığı konusundaki yasalar ya da örgütlenme ile ilgili sorunlardır (62).

Bu çalışmada ruh sağlığına yönelik hizmet verilmeme nedenleri olarak, hasta sayısının fazla olması, hasta talebinin olmaması, kurumun beklentisinin olmaması, yeterli zamanın olmaması gösterilmektedir. Hekimler, hasta sayısının fazla olmasını sebep gösterirken, hemşireler hasta talebinin olmamasını ve ebeler ise hem hasta sayısının fazlalığı hem de kurumun beklentisinin olmamasını sebep göstermişlerdir (Tablo 4.2). Bulgularımızla benzerlik gösteren bir çalışmada, zaman yetersizliği, kadınların yardım talep etmemeleri ve yardım hizmetlerinin yetersizliği ruh sağlığı hizmeti vermeyi engelleyen unsurlar olarak belirlenmiştir (59). Başka bir çalışmada ruh sağlığı hizmetlerini engelleyen faktörler arasında ilk sırada; eleman yetersizliği, iş yoğunluğu, fiziksel ortamın uygun olmayışı ve hemşirelerin görevleri dışında işler yapıyor olmaları gösterilmiştir (34).

Bulgularımızda sağlık personelinin beşte birine göre, ruh sağlığı hizmetlerinin verilmeme nedenleri arasında hasta talebinin olmaması önemli bir yere sahiptir. Toplumsal yaklaşım boyutunda kadınlar en mutlu olmaları gerektiği düşünülen bir dönemde utanç ve damgalanma ve dışlanma korkusu nedeniyle duygu ve düşüncelerini açıklayamamakta daha çok fiziksel şikâyetlerini dile getirmekte ve profesyonel yardım almaktan çekinmektedir. Bir başka neden ise kadınların PPD'yi yeterince tanıyamamaları ve bir hastalık olarak değerlendirmemeleri ile ilişkilidir (62,63,65,68).

Sağlık personelinin tanı becerilerinin eksikliği, mezuniyet öncesi ve sonrası bilgi eksikliği (68,69), zaman, mekân ve personel sayısının yetersiz olması (62,68), rutin lohusa takibi (63) veya postpartum ev ziyaretlerinin yapılamaması ya da yetersizliği (3), birinci basamakta PPD tanısı koymanın zor olduğu inancı (64) ve tedavi edebilmek için yeni bilgilerin kazanımında engeller olması (70), ruhsal değerlendirme ölçeklerinin kullanılmaması (65) ve gerektiğinde ikinci basamak sağlık kurumlarından yeterli desteğin alınamamasının (64) ruh sağlığı hizmeti verilmesini engelleyebildiği belirtilmektedir.

Aile hekimliği sisteminde ortalama 3000-5000 kişiye bir aile hekimi ve aile sağlığı elemanı istihdam edilmektedir. Bu nüfusta ortalama 65 hasta, 25-30 gebe, 55 bebek, 275 (12-60 ay arası) çocuk, 600 doğurgan kadın olması beklenirken ciddi zaman yetersizliği ve ruhsal hastalıklarla ilgili tanısız zorlukların olmasının kaçınılmaz görüldüğü belirtilmektedir. Örneğin Denizli ilinde Aile hekimliğine geçilmesi ile birlikte hasta sayılarında eski sisteme nazaran %50'lere varan artışın yaşandığı belirtilmektedir (68). Hasta sayısının artması ve poliklinik hizmetlerine ayrılan zamanın azalması sonucu ASM'lerde koruyucu hizmetlerin geri planda kalarak tedavi odaklı hizmete dönüşmesine yol açacağı belirtilmektedir (68,71). Bu çalışmanın sonuçlarının, literatürde sıralanan nedenlerle örtüştüğü görülmektedir.

Taramanın koruyucu sağlık hizmetlerinin kalbi olduğu düşünülürse düzenli bir tarama süreci ile riskli lohusa kadınlar erken dönemde fark edilebilecektir (59,72). ASM' de PPD tanısı konulmаса bile risklerin saptanması sonucu ikinci basamağa sevk edilerek erken tanılama ile tedavi ve iyileşme süreci hızlanacaktır. Ülkemizde rutin muayene ve bağışıklama nedeni ile annelerle iletişime girilmesine rağmen PPD'yi belirlemeye yönelik tarama yeterli düzeyde değildir (34,35). Çalışmada sağlık personelinin çoğunluğunun PPD tarama amacıyla ölçek kullanmadıkları ve ölçek kullananların çoğunluğu PPD'yi taramak için psikososyal izlem formunu kullandıkları saptanmıştır. Türkiye'de geçerliliği ve güvenilirliği kabul edilmiş ölçeklerden doğum sonu depresyon tarama ölçeğini 8 kişi, BDE'yi 7 kişi ve EPDS'yi yalnızca 3 kişi kullanmaktadır (Tablo 4.2). Sağlık Bakanlığı doğum sonu bakım yönetimi rehberinde EPDS kullanımı önermesine rağmen, gebe ve loğusa izlem fişinde psikososyal izlem kısmının yer alması nedeniyle bu formun tercih edildiği, ölçek olmadığı halde psikososyal izleme olanak verdiği için kullanıldığı düşünülmektedir.

Literatüre bakıldığında da genel olarak ölçek kullanımı az olduğu görülmekle beraber, diğer çalışmalarla kıyaslandığında bu çalışmada daha az bulunmuştur. Seehusen et al.'un (73) araştırmasında aile hekimlerinin %30.6'sı PPD'yi taramak için geçerli bir ölçek kullanırken, %18'i PPD'ye özel tasarlanmış bir ölçek kullandığı görülmüştür. Ayrıca tarama yapanların %29'u BDE'yi tercih ederken, %10'u ise EPDS'yi tercih etmiştir.

Goldsmith'in (72) araştırmasında aile sağlığı elemanlarının %42'si PPD'yi hiç taramamış, %16.7'si bir ölçek kullanmadan annenin kendisi ve bebeği ile alakalı genel

sorular sorarak taramış, %30.8'i ise literatürde yer alan ölçekler ve DSM-IV tanı kriterlerini kullanmıştır. Scocir et al.' un (33) araştırmasında ebelerin (n= 134) yarıdan fazlası PPD'yi taramak için bir ölçeğin olmadığını ya da ölçekler hakkında bilgilerinin olmadığını ifade etmişlerdir. Üç kişinin BDE, iki kişinin EPDS'yi kullandıkları görülmüştür. Bu çalışmada bizim bulgularımıza göre daha az kişinin ölçek kullandığı görülmektedir. Chadha-Hooks et al.' un (74) araştırmasında sağlık personelinin büyük çoğunluğunun çalışmada seçilen PPD tarama ölçeklerine yabancı oldukları ve bunları daha önce hiç kullanmadıkları görülürken ölçekler hakkında kadın doğum kliniğinde çalışan sağlık personelinin, pediatri ve ASM'de çalışan sağlık personeline nazaran farkındalıklarının yüksek olduğu belirlenmiştir. Araştırmaya katılan sağlık personeli, ölçek kullanmak yerine belirtilere bakarak, fiziksel muayene/gözlem yaparak ve birçok metodu birlikte kullanarak muayene ettiklerini ifade etmiştir. Psaros et al.' un (75) araştırmasında ise kadın doğum uzmanları, hemşire ve ebelerin %17'sinin ölçek kullandığı ve ölçek yerine klinik görüşmeleri tercih ettikleri ve DSM-IV tanı kriterlerini izlemedikleri görülmüştür. Glavin et al.' un (76) yaptığı nitel araştırma sonucuna göre ev ziyaretleri esnasında EPDS kullanmaya başlayan aile sağlığı elemanları kendilerini daha bilinçli hissettiklerini ve rollerini daha profesyonel yaptıklarını ifade etmişlerdir.

Avusturalya'da Ulusal Perinatal Depresyon Girişimciliği Programının (beyondblue), çerçevesinde birinci basamak sağlık hizmetlerinde prenatal ve postnatal dönemde depresyonun tanınması için EPDS kullanılmaktadır. Literatürdeki diğer tüm araştırmalara göre Avusturalya'da ebelerin EPDS kullanımı daha yaygın bulunmuştur (59,77).

Literatürde ölçeklerin kullanılmama nedenlerinin; evrensel bir ölçeğin olmaması, ölçeğe erişimin zor olması, ölçeklerin pahalı olması ve telif hakkı ödenmesinin getireceği maddi külfet, ölçekler hakkında bilgi eksikliği, ölçek kullanımının bilinmemesi, taramanın zaman kaybı olarak görülmesi, yüksek skorlu lohusaların nasıl tedavi edileceğinin bilinmemesi olduğu görülmüştür (72,73,75).

Ülkemizde 2007 yılında belirlenen 21 hedefin 6.sı olan ruh sağlığının iyileştirilmesi hedefinde; ruh sağlığı hizmetlerinin geliştirilmesinde “en iyi klinik uygulama yöntemi,” planlanacak olan sistemin birinci basamak sağlık kuruluşları ile entegre olması gerekliliği önerilmiştir. Bunun yanı sıra toplumda sık görülen ruh sağlığı sorunlarına yönelik olarak kapsamlı toplum taramaları yapılması vurgulanmıştır (78).

Postpartum ilk bir yıl içinde ASM'lerde anne ile birçok kez etkileşim içinde olan hekim, hemşire ve ebelerin PPD'yi önleme, tanılama, sevk etme ve bakım vermeye yönelik rol ve sorumlulukları önemlidir. (31,79). Araştırmamızda sağlık personelinin PPD'si olan bir bireyle karşılaştıklarında ona yaklaşım ve uygulamalarını belirlemek amacıyla sunulan vaka örneğinde, sağlık personelinin tamamına yakını, sorunun varlığını tespit etmiş ve PPD sorununu belirleyebilmiştir (Tablo 4.3). Ayrıca PPD tanısını belirleme ve eğitim durumu arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($p<0.05$) (Tablo 4.6). Farklılık, lise ve önlisans mezunlarının bilme yüzdelerinin fazlalığından kaynaklanmaktadır. Bunun nedeninin çalışma yılının fazla olmasından kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Çoşkun'un (80) araştırmasında birinci basamakta çalışan hekimlerin neredeyse tamamı depresyona yönelik verilen olgu örneğine depresyon tanısını koymuştur.

Benzer örnek vaka örüntüsünün kullanıldığı diğer araştırmalarda sağlık çalışanları daha düşük yüzdelerde yardım ihtiyacını ve PPD tanısını belirlemiştir (59,60). Bizim bulgumuzdan farklı olarak Buist et al.' un (60) çalışmasında hekimler, hemşire ve ebeler nazaran tanı koyma noktasında daha başarılı bulunmuştur.

ASM'ye PPD belirtileri ile başvuran bir lohusaya verilecek bakım hizmetlerine ebeler ve hemşireler farklı yüzdelerle benzer yanıtlar vermiştir. Ebeler ve hemşireler PPD' li bir bireye çoğunlukla lohusa ile görüşürme ve destek ve danışmanlık hizmeti almaya yönlendirme hizmetlerini sunacaklarını belirtmişlerdir (Tablo 4.3). Ebe ve hemşirelerin, destek ve danışmanlık vermeye kıyasla yönlendirmeyi daha çok tercih etmeleri tanı koyma ve takip etme sorumluluğunun hekimlerde olduğunu düşüncelerinden kaynaklanabilir. Bu sonuca benzer şekilde Yılmaz'ın (67) çalışmasında da ebe ve hemşirelerin daha ziyade PPD belirtilerine yönelik birey/aileye eğitim vererek, hekime yönlendireceklerini bildirmişlerdir. Mivsek et al.' un (81) yaptığı nitel araştırmaya göre ebe ve hemşireler PPD'yi hekimlerin belirleyip tedavi etmeleri gerektiğine inanmaktadır. Benzer örnek vaka örüntüsünün kullanıldığı Jones et al.' un (59) çalışma sonuçları bu bulgularla benzerlik gösterse de uygulamaların yüzdeleri arasında farklılıklar vardır. Ebeler danışmanlık hizmeti verme, diğer sağlık çalışanlarına yönlendirme ve diğer lohusalarla grup tedavisine başlama uygulamalarını tercih etmişlerdir. Jones et al.' un (82) yaptığı diğer bir araştırmada ebeler hafif PPD' li

hastalara eğitim, danışmanlık ve benzer lohusalarla görüştürme gibi hizmetlerde aktif rol almada gönüllü olduklarını belirtmişlerdir.

Hekimlerin ise çoğunlukla ilaç tedavisi önereceği, psikiyatri servisine yönlendireceği ve destek ve danışmanlık hizmeti vereceği görülmektedir. (Tablo 4.3). Hekimlerin destek ve danışmanlığa göre ilaç tedavisini çoğunlukla tercih etmeleri onların tedavi hizmetleri ağırlıklı bir bakış açısına sahip olmalarından ve destek ve danışmanlık hizmetinin ebe ve hemşirelerin sorumluluğunda görmelerinden kaynaklanabilir. Ayrıca Türkiye’de birinci basamak sağlık hizmetlerinde görevli hekimlerin ruhsal hastalıklar ve ağırlıklı olarak depresyon ile ilgili bilgi ve tutumlarının araştırıldığı çalışmaların sonucuna göre, Türkiye’deki tıp eğitiminin büyük oranda biyolojik modele dayanması, ruhsal hastalıkları ve hastaları anlamayı ve onlarla profesyonel olarak ilgilenme isteğinin olumsuz etkilediği belirtilmiştir (69).

Mivsek et al.’ un (81) araştırma sonucuna göre pratisyen hekim ve hemşireler bilgi, zaman ve beceri eksikliği nedeniyle kendilerini PPD konusunda güvenli hissetmediklerini ve bu nedenlerin PPD yaşayan kadınlarla karşılaştıkları zaman sundukları hizmeti olumsuz etkilediğini belirtmişlerdir.

Bu çalışmada, PPD konusunda kendi bilgilerini değerlendiren sağlık personelinin, ortalama bilgi puan değerinin 5 (0-10) olduğu görülürken, hekimlerin kendilerine verdikleri bilgi puan ortancası, ebe ve hemşirelere göre yüksek bulunmuştur ($p<0.05$). Ayrıca ebe ve hemşirelerin bilgi puan ortancasının eşit olduğu görülmüştür (Tablo 4.5). Sağlık personelinin çoğunun PPD konusunda kendilerini puanlama kategorisinin ortasında görmeleri bu konudaki bilgi eksikliklerinin farkında olduklarını ve bilgi gereksinimleri olabileceğini akla getirmektedir.

Literatüre bakıldığında bizim bulgularımıza kıyasla sağlık çalışanlarının bilgi durumlarının daha düşük değerlendirildiği görülmüştür. Buist et al.’ un (60) araştırmasında birinci basamakta çalışan sağlık personelinin PPD bilgileri değerlendirilmiş ve ana çocuk sağlığı hemşirelerinin bilgi puanı, pratisyen hekim ve ebelerin bilgi puanlarına göre daha yüksek bulunmuştur. Jones et al.’ un (82) araştırmasında ebelerin PPD bilgisi yeterli olarak değerlendirilmiştir. Işık’ın (34) araştırmasında ebe ve hemşirelerin %56.3’ü kendi ifadelerine göre PPD konusunda bilgilerini orta düzeyde bulduklarını belirtmişlerdir. Kurtcu’nun (35) çalışmasında ise

ebe ve hemşirelerin, %2.9'u PPD konusunda bilgi ve beceri düzeylerini 'çok yeterli' olarak değerlendirmiştir.

Sağlık personelinin PPD konusunda güncel bilgi sahibi olmalarının, hastalığın tanı ve tedavisinin etkin bir şekilde yürütülmesini sağlayacağı aynı zamanda bu hastalara karşı olumlu bir tutum geliştirilmesine yardımcı olabileceği düşünülmektedir (69,83). Hekim, ebe ve hemşirelerin çoğunluğunun, PPD konusunda mezuniyet sonrası planlı eğitim/kurs almadıkları ve bu konuda eğitim almak istedikleri görülmüştür (Tablo 4.4). Benzer şekilde Yılmaz'ın (67) çalışmasında ebe ve hemşirelerin çoğunluğu, koruyucu ruh sağlığına yönelik hizmet içi eğitim almadıklarını belirtmiştir. Farklı olarak Işık'ın (34) çalışmasında hemşire ve ebelerin yarısı ve Arı'nın (84) çalışmasında hekimlerin %32.2'si PPD konusunda önceden bilgi aldıklarını ifade etmişlerdir. Seehusen et al.' un (73) araştırmasına göre aile hekimlerinin aldıkları eğitim, PPD'yi taramalarını olumlu etkilerken, hizmet içi eğitim almanın aile hekimlerinin tarama eğilimini daha da arttırdığı görülmüştür. Amerikan Doğum Uzmanları ve Jinekologları Birliği'nin 1370 akademik üyesinin katıldığı bir araştırmada, çoğunluğun PPD ile ilgili sürekli bir eğitim almadıkları görülmüştür (85). Yapılan benzer çalışmalarda da hemşire ve ebelerin büyük çoğunluğunun PPD konusunda hizmet içi eğitim almak istedikleri belirlenmiştir (33,34,82). Birinci basamakta ruh sağlığı hizmetlerinin etkin bir şekilde yürütülmesi ve PPD'li bir bireye yaklaşımda uygun rol modeli olunması açısından burada çalışan sağlık profesyonellerinin ruh sağlığı sorunlarına ilişkin düzenli hizmet içi eğitimlerle mevcut bilgilerini geliştirmeleri sağlanmalıdır. Değişen ve gelişen bilgiler ışığında yapılacak rutin izlemlerde, PPD sorunlarının daha doğru bir şekilde ele alınabileceği düşünülmektedir.

Bu çalışmada özet olarak aşağıdaki sonuçlara ulaşılmıştır.

Hekimlerin %56.2'si, hemşirelerin %58.1'i ve ebelerin %56.3'ünün postpartum dönemde ruh sağlığına yönelik hizmet vermektedir.

Ruh sağlığı hizmetlerinin verilmeme nedenlerinin başında hekimlerin %31.6'sı, hasta sayısının fazla olmasını gösterirken, hemşirelerin %46.2'si hasta talebinin olmamasını ve ebeler ise hem hasta sayısının fazlalığı (%26.3) hem de kurumun beklentisinin olmamasını (%26.3) sebep göstermişlerdir.

Hekimlerin %88.9'unun, hemşirelerin %87.1'i ve ebelerin %89.7'si PPD'yi tanılamak için ölçek kullanmadıkları belirlenmiştir.

PPD'yi tanılamak amacıyla ölçek olarak, hekimlerin %58.3'ü, hemşirelerin %87.5'i ve ebelerin %61.1'i psikososyal izlem formunu kullandıkları belirlenmiştir. EPDS'yi hemşirelerin hiç kullanmadığı görülürken, hekimlerin %8.4'ünün ve ebelerin %5.6'sının kullandığı belirlenmiştir.

PPD tanı ve uygulamasına yönelik verilen örnek vaka'da kadının yardıma ihtiyacı olduğunu sağlık personelinin %98'i belirleyebilmiştir.

PPD tanısını hekimlerin %89.4'ü, hemşirelerin %91.9'u ve ebelerin %89.7'si belirleyebilmiştir.

PPD tanısını alan bir bireye çoğunlukla, hemşirelerin destek ve danışmanlık almaya yönlendirme (%19.3) hizmetini, ebelerin başka bir lohusa ile görüştürme (%68.1) ve hekimlerin ilaç tedavisi tavsiye etme (%85.2) hizmetini sunacakları görülmüştür.

Hekimlerin %86.6'sı, hemşirelerin %95.2'si ve ebelerin %87.4'ü PPD konusunda mezuniyet sonrası planlı eğitim/kurs almamıştır.

Hekimlerin %76.0'sı, hemşirelerin %85.5'i ve ebelerin %82.2'si PPD konusunda eğitim almak istemektedir.

PPD konusunda kendini değerlendiren sağlık personelinin %74.0'ü kendilerine 4-7 arası puan vermiştir. Kendilerine 8-10 arası puan veren hekim yüzdesi 22.1 iken, hemşirelerde %16.1 ve ebelerde ise %14.4'tür

PPD konusunda kendilerini değerlendiren hekimlerin, ortanca bilgi puan değeri 6 olup, ebe ve hemşirelerin ortanca bilgi puan değerleri birbirinin aynı olduğu (5) saptanmıştır ($p<0.05$).

Kadınların %91.6'sı, evlilerin %90.8'i, 41-58 arası yaş gurubunda bulunanların %88.2'si, lise ve önlisans mezunlarının %93.9'u, 16-30 yıl arası çalışanların %91.6'sı ve ASM'de 1-2 yıl arası çalışanların %88.5'i PPD tanısını doğru belirleyebilmiştir. Mezun olunan eğitim seviyesi ile PPD tanısını belirleme durumu arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$)

Bu sonuçlar doğrultusunda;

1. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde, bütüncül bakım sunulabilmesi için kadınların ruhsal durumlarının değerlendirilmesine yönelik hekim, ebe ve hemşirelerin sorumlulukları, mevcut tarama araçları ve bunların kullanımı, tarama, takip ve tedavileri konularında hizmet içi eğitim verilmesi,
2. Sağlık personelinin çoğunluğunun PPD konusunda bilgilerini orta düzeyde değerlendirmesi, sağlık personelinin çoğunluğunun PPD konusunda düzenlenecek bir eğitim programına katılmak istemeleri sebebiyle, onların PPD konusunda mevcut bilgilerini koruma, attırma ve zaman içinde bilgilerin unutulmasını önlemeye yönelik; PPD'yi anlatan materyallerin (broşür, rehber vs.) hazırlanması,
3. Mevcut performans sistemi içinde ASM'de çalışan hekim, ebe ve hemşirelerden PPD'ye yönelik uygulamadaki eksikliklerin giderilebilmesi için; Uygulanan mevcut aylık performans sistemi içinde, kadınların ruhsal izlemlerine yer verilmesi önerilmektedir.

6. KAYNAKÇA

1. Akan N. Doğum Sonu Dönem, In: Taşkın L. (edi), Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. 11. Baskı. Sistem Ofset Matbaacılık, Ankara, 2012: 463-464.
2. Taşkın L. Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği (11. baskı), Sistem Ofset Matbaacılık, Ankara, 2012: 1-10.
3. Beydağ KD. Doğum sonu dönemde anneliğe uyum ve hemşirenin rolü. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni 2007; 6: 91-97.
4. Tezel A, Gözüm S. Postpartum dönemde kadınlarda görülebilen depresif belirtiler ve hemşirelik bakımı. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Y.O Dergisi 2005: 62-68.
5. Koç G, Eroğlu K. Doğum sonu erken taburculuk ve evde bakım hizmetleri. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Y.O Dergisi 2007; 14: 63-72.
6. Gülseren L. Doğum sonrası depresyon: bir gözden geçirme. Türk Psikiyatri Dergisi 1999; 10: 58-67.
7. Pillitteri A. Maternal and Child Health Nursing: Care of the Childbearing and Childbearing Family (6th ed), Rodenberger J, Caprari H. (eds), Lippincott Williams and Wilkins Company, China, 2010: 694-697.
8. Karamustafaoğlu N, Tomruk N. Postpartum hüün ve depresyonlar. Duygudurum Dizisi 2000; 2: 64-71.
9. Kalsi A, Burt V. Depressive Disorders in Pregnancy and the Postpartum Period. In: Pregler JP, DeCherney AH (eds), Women's Health Principles and Clinical Practice. BC Decker Inc, Canada, 2002: 190-199.

10. Berga SL, Parry BL, Cyronovski JM. Psikiyatri ve Reprodüktif Süreç. In: Aydın H, Bozkurt A (çev. eds.), Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook Of Psychiatry. 8. Baskı. Güneş Kitabevi, Ankara, 2005: 2306-15.
11. Amerikan Psikiyatri Birliği Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı (DSM-IV) (4. baskı), E. Köroğlu (çev.ed), Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 1995: 509-510.
12. Gölbaşı Z. Postpartum Komplikasyonlar/ Riskli Durumlar. In: Şirin A. (edi), Kadın Sağlığı, Bedray Basın Yayıncılık, İstanbul, 2008: 805-808.
13. World Health Organization. Women and Health: Today's Evidence Tomorrow's Agenda. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data, Switzerland. 2009: 53.
14. Ayvaz S, Hocaoglu Ç, Tiryaki A ve ark. Trabzon il merkezinde doğum sonrası depresyon sıklığı ve gebelikteki ilişkili demografik risk etmenleri. Türk Psikiyatri Dergisi 2006; 17: 243-251.
15. Sünter AT, Güz H, Canbaz S, Dünder C. Samsun il merkezinde doğum sonrası depresyonu prevalansı ve risk faktörleri. Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi, 2006; 3; 26-31.
16. Nur N, Çetinkaya S, Bakır DA, Demirel Y. Sivas il merkezindeki kadınlarda postnatal depresyon prevalansı ve risk faktörleri. C.Ü. Tıp Fakültesi Dergisi 2004; 26: 55 – 59.
17. İnandı T, Elci OC, Öztürk A, Eğri M ve ark. Risk factors for depression in postnatal first year in eastern turkey. International Journal Epidemiology 2002; 31: 1201-7.
18. Özdemir S, Marakoğlu K, Çivi S. Konya il merkezinde doğum sonrası depresyon riski ve etkileyen faktörler. TAF Prev Med Bull 2008; 7: 391-398.
19. Fishel AH. Mental Health Disorders and Substance Abuse. In: Lowdermilk DL, Perry SE. (eds.), Maternity and Women's Health Care. 9 th ed. Elsevier's Health Sciences Rights Department, China, 2007: 912-923.
20. Lowdermilk LD. Postpartum Compliations. In: Alden KR, Cashion K, Corbett RW (eds), Maternity Nursing. 7th ed. Elsevier's Health Sciences Rights Department, Philadelphia, 2006: 837- 846.
21. Baldwin DS, Birtwsitle J. An Atlas of Depresssion. The Parthenon Publishing Group, USA, 2002; 15-19: 33-35.
22. Kara B, Çakmaklı P, Nacak E ve ark. Doğum sonu depresyon. STED 2001; 10: 333-334.

23. Field T. Postpartum depression effects on early interactions, parenting, and safety practices: a Review. *Infant Behav Dev.* 2010; 33: 1-9.
24. Tsivos Z, Wittkowski A, Calam R. et al. Postnatal depression – the impact for women and children and interventions to enhance themother-infant relationship. *Perspective-NCT's journal on preparing parents for birth and early parenthood* 2011: 16-20.
25. O'Hara MW. The Nature of Postpartum Depression Disorders. In: Murray L, Cooper PJ (eds). *Postpartum Depression and Child Development.* The Guildford Press, NewYork, 1997: 3-31.
26. Durukan E, İlhan MN, Bumin MA, Aycan S. 2 Hafta-18 aylık bebeği olan annelerde postpartum depresyon sıklığı ve yaşam kalitesi. *Balkan Med J* 2011; 28: 385-393.
27. Essex MJ, Klein HM, Miech R, Smider NA. Timing of exposure to maternal major depression and children's mental health symptoms in kindergarten. *British Journal of Psychiatry* 2001; 179: 151-156.
28. Murray L, Cooper PJ, Wilson A, Romanuk H. Controlled trial of the short and long term effect of psychological treatment of post-partum depression: 2. impact on the mother child relationship and child outcome. *British Journal of Psychiatry* 2003; 182: 420-427.
29. Tezel A. Postpartum Depresyonun değerlendirilmesinde hemşirelerin/ebelerin sorumlulukları. *Yeni Symposium Journal* 2008; 46: 184-187.
30. Kaya B, Balkaya NA. Postpartum evde bakım hizmetleri ve ebe/hemşirenin sorumlulukları. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi* 2011; 6: 19-32.
31. T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, "Doğum Sonu Bakım Yönetim Rehberi", Damla Matbaacılık, Ankara, 2009: s 7-19.
32. Epperson CN, Ballew J. Postpartum Depression A Common Complication of Childbirth. In: Hendrick V. (ed), *Psychiatric Disorders in Pregnancy and the Postpartum Principles and Treatment*, Humana Press Inc, Totowa/ New Jersey, 2006: 41-83.
33. 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: 40-49.
34. Işık SN. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Ebe ve Hemşirelerin Doğum Sonu Depresyon Konusunda Bilgi ve Uygulamalarının Belirlenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara 2007: 1-16.

35. Kurtcu A. Sağlık Ocaklarında Çalışan Hemşire ve Ebelerin Postpartum Depresyona Yönelik Bilgi ve Tutumlarının İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sivas 2010: 23-32.
36. Karen D, Bradshaw MD. Psikososyal sorunlar ve Kadın Cinselliği. In: Ceylan Y, Yıdırım G, Aslan H. (çev. eds.), Williams Jinekoloji. Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul, 2010: 303-304.
37. Özkan S. Psikiyatrik Tıp: Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi, Roche Yayınları, İstanbul,1993: 201-213.
38. Kaplan HI, Sadock BJ. Klinik Psikiyatri, Abay E (çev.ed.), Nobel Tıp Kitabevi, Ankara, 2004:144-146.
39. Sayıl I. Ruh Sağlığı ve Hastalıkları (2.Baskı), Antıp A.Ş. Tıp Kitapları ve Bilimsel Yayınlar, Ankara, 2000: 229-231.
40. Kramlinger K. Mayo Clinic Depresyon, Bozkurt A. (çev. ed), Güneş Kitabevi, Ankara, 2001: 39-133.
41. Yağcıoğlu EA, Ayhan Y. Kadın Hastalıkları ve Doğumda Psikoloji ve Psikolojinin Yeri. In: Ayhan A. ve ark. (eds), Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi. 2. Baskı. Güneş Tıp Kitabevi, Ankara, 2008: 70-78.
42. Beck CT. Revision of the postpartum depression predictors inventory. JOGNN 2002; 3: 394-402.
43. Beck, CT. Predictors of postpartum depression: an update. Nursing Research, 2001; 50, 275-285.
44. Townsend MC. Essentials of Psychiatric Mental Health Nursing (2. Baskı). F.A. Davis Company, Philadelphia, 2002: 304-305.
45. Harris B, Lovett L, Newcombe RG et al. Maternity blues and major endocrine changes: cardiff puerperal mood and hormone study II. BMJ 1994; 308: 949-953.
46. Hendrick V, Altshuler LL, Suri R. Hormonal changes in the postpartum and implications for postpartum depression. Psychosomatics 1998; 39: 93–101.
47. Bashiri N, Spielvogel AM. Postpartum depression: a cross-cultural perspective. Prim Care Update Ob/Gyns.1999; 6: 82-87.
48. Öztürk R, Kavlak O, Sevil Ü. Postpartum depresyonda kültürel faktörlerin önemi. E.Ü. Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2012; 28:107-116.

49. Moore DP. Blackwell's Primary Care Essentials: Psychiatry (2 nd ed), Onion DK (ed), Blackwell Science, USA, 2002: 155-157.
50. Klempner LG. Diagnosis and Screening of Perinatal Mood Disorders. In: Stone SD, Menken AE (eds). Perinatal and Postpartum Mood Disorders: Perspectives and Treatment Guide for the Health Care Practitioner. Springer Publishing Company, NewYork, 2008: 87-102.
51. Kılınç S, Torun F. Türkiye'de klinikte kullanılan depresyon değerlendirme ölçekleri. Dirim Tıp Gazetesi 2011; 86: 39-47.
52. Karaçam Z, Kitiş Y. Doğum sonrası depresyon tarama ölçeği: Türkçe'de geçerlik ve güvenilirliği. Türk Psikiyatri Dergisi 2008; 19: 187-19.
53. Aslan NE. Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği'nin Türkçe Formu İçin Geçerlilik ve Güvenirlik Çalışması, Uzmanlık Tezi, S.B. İzmir Atatürk Eğitim Hastanesi Psikiyatri Kliniği, İzmir 1996: 69-77 .
54. T.C. Sağlık Bakanlığı. Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği, 25 Ocak 2013, sayı: 28539.
55. Yanıkerem E, Karadeniz G. Postpartum Dönemde annelik hüznü, depresyon ve hemşirelik girişimleri. Kadın Doğum Dergisi 2006; 4: 920-924.
56. Atıcı İ, Gözümlü S. Postpartum erken taburculukta lohusalara verilen sağlık eğitiminin postpartum problemler ve anksiyete üzerine etkisi. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Y.O Dergisi 2001; 8: 77-91.
57. Kartal B. Primipar Gebelere Verilen Eğitimin Doğum Sonu Depresyon Üzerine Etkisi, Doktora Tezi, Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kayseri 2012: 57- 61.
58. Kish CP.The Postpartal Family at Risk. In: Old SB, London ML, Ladewig PA (eds). Maternal- Newborn Nursing A Family and Community-Based Approach. 6. Baskı. Prentice Hall Health, New Jersey, 2000: 1004-8.
59. Jones CJ, Creedy DK, Gamble JA. Australian midwives's awareness and management of antenatal and postpartum depression. Women Birth 2011;183: 1-6.
60. Buist A, Bilszta J, Milgrom J et al. Health professional's knowledge and awareness of perinatal depression: results of a national survey. Women and Birth 2006; 19: 11-16.
61. Gunn J, Lumley J, Young D. The role of the general practitioner in postnatal care: a survey from australian general practice. British Journal of General Practice1998; 48: 1570-74.

62. Ocaktan ME, Özdemir O, Akdur R. Birinci basamakta ruh sağlığı hizmetleri. *Kriz Dergisi* 2004; 12: 63-73.
63. Küey L. Birinci basamakta depresyon: tanıma, ele alma, yönlendirme. *Psikiyatri Dünyası* 1998; 1: 1-12.
64. Yıldız M, Önder ME, Tural Ü, Balta Hİ. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan pratisyen hekimlerin psikotik bozukluklar ve tedavisine yönelik tutumları. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2003; 14: 106-115.
65. Ayrancı Ü, Yenilmez Ç. Eskişehir ilinde birinci basamak sağlık kurumlarında verilen ruh sağlığı hizmetlerinin değerlendirilmesi. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2002; 13: 115-124.
66. Balkaya NA. Postpartum dönemde annelerin bakım gereksinimleri ve ebe- hemşirenin rolü. *C.Ü.Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi* 2002, 6: 42-49.
67. Yılmaz G. Sağlık Ocaklarında Çalışan Ebe ve Hemşirelerin Koruyucu Ruh Sağlığına Yönelik Hizmetleri ve Kadınlarda Sık Görülen Ruhsal Bozuklukları Tanıma Düzeyleri, Yüksek Lisans Tezi, Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Mersin 2007: 38.
68. Karasu U. Sağlıkta dönüşümün üç ayağından biri aile hekimliği modeli ve psikiyatri üzerine etkileri. *Türkiye Psikiyatri Derneği Bülteni* 2008; 11: 25-29.
69. Yüksel GE, Taşkın OE. Türkiye’de hekimler ve tıp fakültesi öğrencilerinin ruhsal hastalıklara yönelik tutum ve bilgileri. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2005; 6: 113-121.
70. 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: 39-47.
71. Korkmaz M, Yahyaoğlu G, Çalışkan D. Aile hekimlerinin zaman yönetimi ve iş performansının uygulamaları olarak incelenmesi. *Akademik Bakış Dergisi* 2012; 29: 1-18.
72. Goldsmith ME. Postpartum depression screening by family nurse practitioners. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners* 2007; 19: 321-327.
73. Seehusen DA, Baldwin LM, Runkle GP, Clark G. Are family physicians appropriately screening for postpartum depression?. *JABFP* 2005; 18: 1004-12.
74. Chadha-Hooks PL, Park JH, Hilty DM, Seritan AL. Postpartum depression: an original survey of screening practices within a healthcare system. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology* 2010; 31: 199-205.

75. Psaros C, Geller PA, Sciscione AC, Bonacquisti A. Screening practices for postpartum depression among various health care providers. *J. Reprod Med* 2010; 55: 477-84.
76. Glavin K, Ellefsen B, Erdal B. Norwegian public health nurses' experience using a screening protocol for postpartum depression. *Public Health Nursing* 2010; 27: 255-262.
77. 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: 58-67.
78. T.C. Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzısıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzısıhha Mektebi Müdürlüğü, '21 Hedef'te Türkiye: Sağlıkta Gelecek', Yücel Ofset Matbaacılık Turizm Sanayi Tic. Ltd. Şti, Ankara, 2007: 54-60.
79. T.C. Sağlık Bakanlığı TSH Genel Müdürlüğü, Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Yönerge, Ankara, 2001.
80. Coşkun Ö. Ankara'daki Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Hekimlerin Psikiyatrik Olgu Öykülerine Koydukları Tanıların Değerlendirilmesi, Disiplinler Arası Sosyal Psikiyatri Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara 2006: 44.
81. Mivsek AP, Hundley V, Kiger A. Slovenian midwives' and nurses' views on post-natal depression: an exploratory study. the authors. *Journal Compilation International Council of Nurses* 2008; 55: 320-326.
82. Jones CJ, Creedy DK, Gamble JA. Australian midwives' knowledge of antenatal and postpartum depression: a national survey. *Midwifery Womens Health* 2011; 56: 353-361.
83. Arı F, Öz F. Temel sağlık hizmetlerinin birinci basamağında çalışan hekim ve hemşirelerin ruh sağlığı sorunu olan bireye karşı tutumları. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2005; 12: 16-28.
84. Arı F. Temel Sağlık Hizmetlerinin Birinci Basamağında Çalışan Hekim ve Hemşirelerin Ruh Sağlığı Sorunu Olan Bireye Karşı Tutumları, Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara 2005: 61.
85. Schmidt L, Greenberg A, Holzman B, Schulkin J. Treatment of depression by obstetrician-gynecologists: a survey study. *Obstetrics- Gynecology* 1997; 90: 296-300.

EK-1

ANKET FORMU

İLÇE:

AİLE SAĞLIĞI MERKEZİNİN ADI:

1. Kaç yaşındasınız?.....

2. Cinsiyetiniz nedir?

1. Kadın 2. Erkek

3. Medeni haliniz nedir?

1. Evli 2. Bekar

4. Mesleğiniz nedir?

1. Aile Hekimi 2. Hemşire 3. Ebe

4. Diğer.....

5. Mesleğinizle ilgili olarak en son aldığınız eğitim diploması nedir?

1. Bilim Doktorası 2. Tıpta Uzmanlık
3. Tıp Fakültesi 4. Yüksek Lisans
5. Lisans 6. Ön Lisans
7. Sağlık Meslek Lisesi

6. Sağlık personeli olarak toplam kaç yıldır çalışmaktasınız?

.....yıl.....ay.

7. Ne zamandan beri aile hekimi ya da aile sağlığı elemanı olarak çalışıyorsunuz?

.....yıl.....ay.

Aşağıdaki 8, 9 ve 10. soruları verilen örnek duruma göre yanıtlayınız

Örnek Durum: Meryem 30 yaşında, dört hafta önce doğum yapmıştır. Meryem kendini olağan dışı üzgün ve çok mutsuz hissetmektedir. İştahı azalmış ve kilo kaybetmiştir. Bebeği sürekli ağladığı için artık uyuyamadığını, bu nedenle gün içinde enerjisinin azaldığını ve sürekli yorgun hissettiğini belirtmektedir. Eşi işte iken yalnızlık ve korku duyduğunu, bebeğe tek başına bakma konusunda sürekli endişeli ve güvensiz olduğunu ifade etmektedir. Nedensiz yere ağlamak istediğini belirtmiştir. Bebeğine karşı bazen çok ilgisiz kaldığını, çok fazla ağlasa bile bakmak istemediğini, içinden onu balkondan atmak geldiğini ve bu sebeple kendini suçladığını belirtmektedir.

8. Sizce Meryem'in sağlık yardımı almaya ihtiyaçı var mıdır?

- 1) Evet
- 2) Hayır
- 3) Meryem hakkında daha fazla bilgiye ihtiyaçı var

9. Meryem'in problemi ne olabilir?

- A) Annelik hüznü
- B) Anksiyete bozukluğu
- C) Postpartum depresyon
- D) Postpartum Psikoz
- E) Fikrim yok

10. Meryem sağlık yardımı almak için çalıştığınız kuruma başvurursa nasıl müdahale edersiniz?(Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz).

- A) Destek ve danışmanlık hizmeti almaya yönlendiririm
- B) Destek ve danışmanlık hizmeti veririm
- C) İlaç tedavisi tavsiye ederim
- D) Kendi gibi yeni doğum yapmış bir loğusa ile görüşmesini sağlarım
- E) Psikiyatri kliniğine / psikiyatriste yönlendiririm

11. Merkezinizde doğum sonu dönemde annelerin ruhsal durumundaki değişimleri saptamaya yönelik hizmetler yürütölmekte midir?

- 1) Evet (ise 13.soruya geçiniz)
- 2) Hayır

12. Merkezinizde doğum sonu dönemde annelerin ruhsal durumuna yönelik hizmetlerin verilememesinin sebepleri sizce nelerdir?

- A) Hasta sayısının fazla olması
- B) Kurumun bizden böyle bir beklentisinin olmaması
- C) Yeterli zamanımızın olmaması
- D) Hastaların taleplerinin olmaması
- E) Diğer.....

13. Merkezinizde postpartum depresyon riskini saptamaya yönelik herhangi bir ölçek kullanıyor musunuz?

- 1) Evet
- 2) Hayır (ise 15. soruya geçiniz)

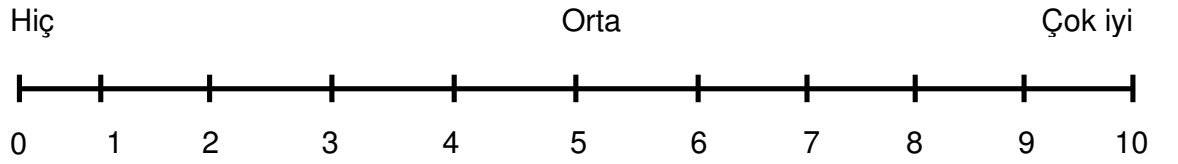
14. Hangi ölçeği kullanıyorsunuz?

- A) Doğum Sonrası Depresyon Tarama Ölçeği
- B) Beck Depresyon Envanteri
- C) Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği
- D) Diğer.....

15. Postpartum depresyona ilişkin herhangi bir planlı eğitim ya da kurs aldınız mı?

- 1. Evet
- 2. Hayır

16. Postpartum depresyon konusunda bilginizi aşağıdaki ölçek üzerinde 0'dan (Hiç bilmiyorum) 10'a (Çok iyi biliyorum) kadar olan rakamlar arasında değerlendirseniz kendinize kaç puan verirsiniz?



17. Postpartum depresyon konusunda eğitim almak ister misiniz?

- 1) Evet
- 2) Hayır

Çalışmaya katıldığınız için teşekkür ederim.

EK-2

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Değerli Katılımcı "Aile hekimleri ve Aile Sağlığı Elemanlarının Postpartum Depresyona İlişkin Uygulamaları" konulu bir araştırma yapmaktayız. Çalışmamızda size konuyla ilgili bir anket formu uygulanacaktır. Çalışmamız herhangi bir müdahale içermemektedir ve herhangi bir risk taşımamaktadır.

Araştırmaya katılımınız tamamen sizin isteğinize bağlıdır ve araştırmaya katılmayı ret etme hakkınız vardır. İstedığınız anda araştırmadan çıkabilirsiniz. Sizden alınacak bilgiler yalnızca adı geçen çalışmada kullanılacaktır. Kimlik bilgileriniz ve verdiğiniz bilgiler gizli tutulacaktır.

Katılımınız için teşekkür ederim.

Rabia SERT

Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Cep Telefonu: 0530 353 52 69

Ben,.....yukarıda yazılı olan bilgileri okudum ve anladım. Araştırma hakkında sözlü olarak bilgilendirildim. Araştırmaya katılmayı, bana verilen hizmeti etkilemeksizin araştırmanın herhangi bir aşamasında çekilebilmek ve o ana kadar şahsımda elde edilen bilgiler üzerindeki haklarımdan vazgeçmemek koşulu ile kabul ediyorum.

Tarih: / /

İmza

EK-3

ERCIYES ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALARI BAŞVURUSU ETİK KURUL DEĞERLENDİRME FORMU

ETİK KURULUN ADI		: ERCİYES ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU			
AÇIK ADRES		: Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Melikgazi/KAYSERİ			
TELEFON		: 0 352 437 49 10 - 11			
FAKS		: 0 352 437 52 85			
E-POSTA		: byancar@erciyes.edu.tr			

BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI		Aile Hekimleri ve Aile Sağlığı Elemanlarının Postpartum Depresyona İlişkin Bilgi ve Uygulamaları			
	ARİSTIRMA PROTOKOLÜNÜN KODU					
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI ÜNVANI/ADI/SOYADI		Yard.Doç.Dr. Salime Mucuk			
	KOORDİNATÖR SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI		Doğum-Kadın Sağlığı Hastalıkları Hemşireliği			
	KOORDİNATÖRÜN ÜNVANI/ADI/SOYADI		Yard.Doç.Dr. Salime Mucuk			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ		Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Doğum-Kadın Sağlığı Hastalıkları Hemşireliği/ Kayseri			
	DESTEKLEYİCİ					
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ					
	ARAŞTIRMA FAZİ		FAZ 1	☐	FAZ 2	☐
			FAZ 3	☐	FAZ 4	☐
ARAŞTIRMANIN TÜRÜ		Yeni Bir Endikasyon		☐		
		Yüksek Doz Araştırması		☐		
		Diğer İse Belirtiniz		☒	Yüksek Lisans Tezi	
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER		TEKMERKEZ	☒	ÇOKMERKEZ	☐	
		ULUSAL	☒	ULUSLARARASI	☐	

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	BELGE ADI	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili		
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe ☐	İngilizce ☐	Diğer ☐
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe ☐	İngilizce ☐	Diğer ☐
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe ☐	İngilizce ☐	Diğer ☐
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe ☐	İngilizce ☐	Diğer ☐

DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	BELGE ADI	Açıklama
	TÜRKÇE ETİKET ÖRNEĞİ	☐
	SİGORTA	☐
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	☐
	BİYOLOJİK MATERYEL TRANSFERFORMU	☐
	HASTA KARTI/GÜNLÜKLERİ	☐
	İLAN	☐
	YILLIK BİLDİRİM	☐
	SONUÇ RAPORU	☐
	GÜVENLİK BİLDİRİMLERİ	☐
DİĞER	☐	

Etik Kurul Değerlendirme Formu



KARAR BİLGİLERİ	Karar No : 2011/22	Karar Tarihi : 20.09.2011
	Yukarıda bilgileri verilen klinik araştırma başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan Etik Kurul Üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir.	

ERCIYES ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU

ÇALIŞMA ESASI Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu

ETİK KURUL BAŞKANI UNVANI/ADI/SOYADI : Prof. Dr. Kader KÖSE

ETİK KURUL ÜYELERİ

Ünvanı / Adı Soyadı Ek Üyeliği	Uzmanlık Dalı	Kurumu	Cinsiyeti	İlişki (*)	Katılım (**)	İmza
Prof. Dr. Kader KÖSE	Tıbbi Biyokimya	E.Ü. Tıp Fak.	E ☐ K ☒ X	E ☐ H ☒ X	E ☒ H ☐	
Prof. Dr. Yücel ARITAŞ	Genel Cerrahi	Emekli Öğrt. Üye	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒ X	E ☐ H ☒ X	
Prof. Dr. Aydın ERENMEMİŞOĞLU	Farmakoloji	E.Ü. Tıp Fak.	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒ X	E ☒ H ☐	
Prof. Dr. Olgun KONTAŞ	Patoloji	E.Ü. Tıp Fak.	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒ X	E ☒ H ☐	
Prof. Dr. Duran ARSLAN	Çocuk Sağ. ve Hast.	E.Ü. Tıp Fak.	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒ X	E ☒ H ☐	
Prof. Dr. Nazan DOLU	Fizyoloji	E.Ü. Tıp Fak.	E ☐ K ☒ X	E ☐ H ☒ X	E ☒ H ☐	
Prof. Dr. İrfan ÖZYAZGAN	Plastik ve Rekonst.	E.Ü. Tıp Fak.	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒ X	E ☒ H ☐	
Doç. Dr. Polat DURUKAN	Acil Tıp	E.Ü. Tıp Fak.	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒ X	E ☒ H ☐	
Doç. Dr. Fatih TANRIVERDİ	İç Hastalıkları	E.Ü. Tıp Fak.	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒ X	E ☒ H ☐	
Doç. Dr. Leyla HASDIRAZ	Göğüs Cerrahisi	E.Ü. Tıp Fak.	E ☐ K ☒ X	E ☐ H ☒ X	E ☒ H ☐	
Doç. Dr. Ertuğrul MAVİLİ	Radyoloji	E.Ü. Tıp Fak.	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒ X	E ☒ H ☐	
Yard. Doç. Dr. Ferhan ELMALİ	Biyoistatistik	E.Ü. Tıp Fak.	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒ X	E ☒ H ☐	
Av. Zübeyde ÇELEBİ	Avukat	Hukuk Müşaviri	E ☒ K ☒ X	E ☐ H ☒ X	E ☒ H ☐	
Ecz. Dilşad KÜÇÜKKEMAH	Eczacı	Serbest Eczacı	E ☐ K ☐	E ☐ H ☒ X	E ☒ H ☐	
Yusuf Oğuz ALTUNTAŞ	Sivil Üye	Sivil-Tiyatro Sanatçısı	E ☒ K ☐	E ☒ H ☒ X	E ☒ H ☐	

ASLI GİBİDİR



BAHRI YANCAR
Fakülte Şefi

EK 4



T.C.
KAYSERİ VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

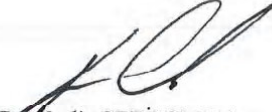
ŞUBE : Aile Hekimliği ve Toplum Sağlığı
SAYI : B.10.4.ISM.4.38.00.27-416643
KONU: Araştırma İzni

ERCIYES ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
(Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı)

İlgi: 25.08.2011 tarih ve 500-1374-1024 sayılı yazınız

İlgi sayılı yazınıza söz konusu Sağlık Bilimleri Enstitüsü Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı öğrencilerinden Rabia SERT tarafından "Aile Hekimleri ve Aile Sağlığı Elemanlarının Postpartum Depresyona İlişkin Bilgi ve Uygulamaları" isimli tezi Kayseri İl Sağlık Müdürlüğüne bağlı Kocasinan ve Melikgazi Sağlık Grup Başkanlıklarına bağlı Aile Sağlığı Merkezlerinde yapılması Müdürlüğümüzce uygun görülmüştür.

Bilgilerinize arz ederim.


Dr. Kadir ÇETİNKARA
İl Sağlık Müdürü



T.C.
KAYSERİ VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

ŞUBE : Aile Hekimliği ve Toplum Sağlığı
SAYI : B.10.4.ISM.4.38.00.27-416643
KONU: Araştırma İzni

ERCİYES ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
(Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı)

İlgi: 25.08.2011 tarih ve 500-1374-1024 sayılı yazınız

İlgi sayılı yazınıza söz konusu Sağlık Bilimleri Enstitüsü Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı öğrencilerinden Rabia SERT tarafından "Aile Hekimleri ve Aile Sağlığı Elemanlarının Postpartum Depresyona İlişkin Bilgi ve Uygulamaları" isimli tezi Kayseri İl Sağlık Müdürlüğüne bağlı Kocasinan ve Melikgazi Sağlık Grup Başkanlıklarına bağlı Aile Sağlığı Merkezlerinde yapılması Müdürlüğümüzce uygun görülmüştür.

Bilgilerinize arz ederim.

Dr. Kadir ÇETİNKARA
İl Sağlık Müdürü

26/09/2011 Tıb.Tek.N.KOCAPAŞA
26/09/2011 Şube Müd. Dr.S.DAYIOĞLU
26/09/2011 Sağ.Müd. Yrd. Uzm. Dr. A. BORLU

Seyit Gazi Mah. Nuh Naci Yazgan Cad. 38030 KAYSERİ
TELEFON: (0 352) 222 69 96 FAX: (0 352) 221 11 51
e-posta : info@ksm.gov.tr Elektronik Ağ: www.ksm.gov.tr



T.C.
ERCIYES ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı

25/08/2011

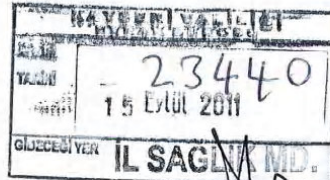
Sayı :B.30.2.ERC.0.70.72.00/ 500-1974-1026
Konu: Araştırma İzni

KAYSERİ VALİLİĞİNE
(İl Sağlık Müdürlüğü)
KAYSERİ

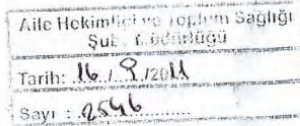
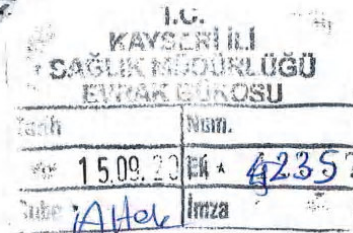
Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı öğrencilerinden **Rabia SERT** "Aile Hekimleri ve Aile Sağlığı Elemanlarının Postpartum Depresyona İlişkin Bilgi ve Uygulamaları" isimli tezi ile ilgili olarak Kayseri İl Sağlık Müdürlüğüne bağlı Kocasinan ve Melikgazi Sağlık Grup Başkanlıklarında bağlı aile Sağlığı Merkezlerinde ekte örneği gönderilen anket çalışmasını yapmak istemektedir.

Bilgilerinizi ve adı geçen öğrencimizin söz konusu anketi uygulayabilmesi için izin verilmesi hususunda gereğini müsaadelerinize arz ederim.

Prof. Dr. Mustafa ÇETİN
Rektör a.
Rektör Yardımcısı



EKLER:
1- Anket Örneği (5 sayfa)



38039 Melikgazi-KAYSERİ
Tel: 0(352) 437 49 47 Fax: 0(352) 437 20 23

e-mail: ogridbsk@erciyes.edu.tr

ÖZ GEÇMİŞ

KİŞİSEL BİLGİLER

Adı, Soyadı: Rabia SERT

Uyruğu: Türkiye (TC)

Doğum Tarihi ve Yeri: 22 Mayıs 1986 KAYSERİ

Medeni Durumu: Bekâr

Tel: 0530 353 52 69

e-mail: sert_rabia@hotmail.com

Yazışma Adresi: Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

Kayseri Merkez

EĞİTİM

Derece	Kurum	Mezuniyet Tarihi
Lisans	Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi	2008
Lise	Kayseri Nuh Mehmet Baldöktü Anadolu Lisesi	2004

İŞ DENEYİMLERİ

Yıl	Kurum	Görev
01.10.2012-Halen	Aksaray Üniversitesi	Araştırma Görevlisi
2008-2012 Arası	Sağlık Bakanlığı	Hemşire

YABANCI DİL

İngilizce