

2017



ORDU ÜNİVERSİTESİ
UNIVERSITY

Hüsne YÜCESOY

PREMENSTRUEL SENDROMUN DOĞUM SONRASI DEPRESYON VE
ANNE-BEBEK BAĞLANMASINA ETKİSİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**SAĞLIK BİLİMLERİ
ENSTİTÜSÜ**

**INSTITUTE OF
HEALTH SCIENCES**

**PREMENSTRUEL SENDROMUN
DOĞUM SONRASI DEPRESYON VE
ANNE-BEBEK BAĞLANMASINA ETKİSİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

MASTER THESIS

**Hüsne YÜCESOY
Hemşirelik Anabilim Dalı**

**TEZ DANIŞMANI
Doç. Dr. Nülüfer ERBİL**

ORDU - 2017

**T.C.
ORDU ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**PREMENSTRUEL SENDROMUN
DOĞUM SONRASI DEPRESYON VE
ANNE-BEBEK BAĞLANMASINA ETKİSİ**

Hüsne YÜCESOY

Hemşirelik Anabilim Dalı

TEZ DANIŞMANI

Doç. Dr. Nülüfer ERBİL

**Bu araştırma Ordu Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Birimi
tarafından 2016/TT-1602 proje numarası ile desteklenmiştir.**

ORDU-2017

ONAY

Ordu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü öğrencisi Hüsne YÜCESOY tarafından hazırlanan ve Doç. Dr. Nülüfer ERBİL danışmanlığında yürütülen “*Premenstruel Sendromun Doğum Sonrası Depresyon ve Anne-Bebek Bağlanmasına Etkisi*” adlı bu tez, jürimiz tarafından 10/02/2017 tarihinde oybirliği ile Hemşirelik Anabilim Dalı Ortak Hemşirelik Tezli Yüksek Lisans Programında Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Danışmanı : Doç. Dr. Nülüfer ERBİL

Başkan : Doç.Dr.Nülüfer ERBİL
Hemşirelik Anabilim Dalı
Ordu Üniversitesi

İmza.....



Jüri Üyesi : Yrd.Doç.Dr. Kıymet YEŞİLÇİÇEK ÇALIK
Hemşirelik Anabilim Dalı
Karadeniz Teknik Üniversitesi

İmza.....



Jüri Üyesi : Yrd.Doç.Dr. Ebru ŞAHİN
Hemşirelik Anabilim Dalı
Ordu Üniversitesi

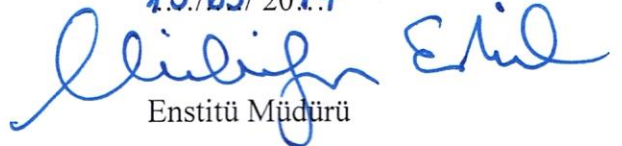
İmza.....



ONAY

Bu tezin kabulü, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu'nun **13./03/2017** tarih ve **2017/35** sayılı kararı ile onaylanmıştır.

13./03/2017




Enstitü Müdürü

Doç. Dr. Nülüfer ERBİL

TEZ BİLDİRİMİ

Tez yazım kurallarına uygun olarak hazırlanan bu tezin yazılmasında bilimsel ahlak kurallarına uyulduğunu, başkalarının eserlerinden yararlanılması durumunda bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunulduğunu, tezin herhangi bir kısmının bu üniversite veya başka bir üniversitedeki başka bir tez çalışması olarak sunulmadığını beyan ederim.


Hüsnü YÜCESOY

TEŞEKKÜR

Tez çalışmamın her aşamasında profesyonel yardımlarıyla, sabırlı, hoşgörülü, itinalı, disiplinli çalışma tarzı ve deneyimleri ile bana yol gösteren, zaman ve emeğini esirgemeyen değerli danışmanım, Ordu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Sayın Doç. Dr. Nülüfer ERBİL'e,

Yüksek Lisans eğitimime ve tez çalışmama önerileriyle katkı sağlayan Ordu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Sayın Yrd. Doç. Dr. Ebru ŞAHİN'e,

Tez çalışmama önerileriyle katkı sağlayan Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Sayın Yrd. Doç. Dr. Kıymet YEŞİLÇİÇEK ÇALIK'a,

İstatistik çalışmalarında destek olan Prof. Dr. Soner ÇANKAYA'ya,

Her zaman yardımına başvurabileceğimi bana hissettiren ve hiçbir zaman desteğini esirgemeyen, azmi ile bana örnek olan Sayın Doç. Dr. Havva ERDEM'e,

Tez çalışmamı, 2016/TT-1602 nolu proje ile maddi olarak destekleyen Ordu Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Koordinasyon Birimi'ne,

Beni bugünlere getiren, her zaman yanımda olduklarını hissettiren aileme,

Her konuda olduğu gibi bu zorlu süreçte de yardım ve desteğini esirgemeyen eşime,

Mutluluk ve yaşam kaynağım olan, varlığı ve sevgisiyle bana güç veren biricik oğluma,

Tüm kalbimle sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Hüsne YÜCESOY

ÖZET

PREMENSTRUEL SENDROMUN DOĞUM SONRASI DEPRESYON VE ANNE-BEBEK BAĞLANMASINA ETKİSİ

Amaç: Bu araştırma 01-12 aylık bebeği olan annelerde gebelik öncesinde yaşanan premenstruel sendromun doğum sonrası depresyon ve anne-bebek bağlanmasına etkisini incelemek amacıyla yapıldı.

Gereç ve Yöntem: Tanımlayıcı ve kesitsel tipte olan araştırmanın örnekleme, 01-12 aylık bebeği için Çocuk Polikliniğine başvuran ve araştırmaya katılmayı kabul eden 322 anne alındı. Araştırmanın verileri, Kişisel Bilgi Formu, Premenstruel Sendrom Ölçeği (PMSÖ), Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği (EDSDÖ) ve Doğum Sonrası Bağlanma Ölçeği (DSBÖ) ile toplandı. Verilerin değerlendirilmesinde, tanımlayıcı istatistiksel yöntemler, Student t-testi, Tek Yönlü Varyans Analizi, Tukey çoklu karşılaştırma testi, ki-kare analiz testi ve Pearson korelasyon katsayısı kullanıldı.

Bulgular: Annelerin PMSÖ puan ortalaması 100.54 ± 32.89 , EDSDÖ puan ortalaması 9.28 ± 5.31 , DSBÖ puan ortalaması 10.15 ± 9.05 bulundu. Gebelik öncesinde annelerin %38.5'inde premenstruel sendrom olduğu belirlendi. Annelerin %23.3'ünde doğum sonu depresyon riski olduğu ve %4.6'sında doğum sonu bağlanma sorunu yaşandığı saptandı. Premenstruel sendromlu annelerin %44.4'ünde ve premenstruel sendromlu olmayan annelerin %10.1'inde doğum sonu depresyon riski yaşandığı belirlendi. Premenstruel sendromlu annelerin %6.5'inde ve premenstruel sendromlu olmayan annelerin %3.6'sında doğum sonu bağlanma sorunu olduğu belirlendi. Premenstruel sendromlu olma ile doğum sonu depresyon yaşama arasında anlamlı ilişki belirlenirken ($p=0.000$); doğum sonu bağlanma sorunu olması arasında ise anlamlı ilişki olmadığı saptandı ($p=0.227$). Doğum sonu bağlanma sorunu, depresyonu olan annelerin %12'sinde, depresyonu olmayan annelerin %2.4'ünde bulundu ve doğum sonu depresyonlu olma riski ile doğum sonu bağlanma sorunu yaşama arasında anlamlı ilişki olduğu belirlendi ($p=0.002$). Geniş ailede yaşayan, gebeliği sonradan isteyen, gebelikte ve doğumda sorun yaşayan, gebelikten önce ruhsal sorun yaşayan, şu anda anne sütü ile bebeğini beslemeyen, eşi ve kayınvalidesi ile ilişkileri iyi olan annelerin PMSÖ puan ortalamalarının daha yüksek olduğu ve gruplar arası farkların anlamlı olduğu bulundu ($p<0.05$). Eşi çalışmayan, çekirdek ailede yaşayan, düşük seviyede gelire sahip olan, gebelikten önce ruhsal sorun yaşayan, şu anda anne sütü ile bebeğini beslemeyen, eşi, annesi ve kayınvalidesi ile ilişkileri iyi olmayan annelerin EDSDÖ puan ortalamalarının daha yüksek olduğu ve gruplar arası farkların anlamlı olduğu saptandı ($p<0.05$). Gebeliği sonradan isteyen, şu anda anne sütü ile bebeğini beslemeyen, eşi ve kayınvalidesi ile ilişkileri iyi olmayan annelerin DSBÖ puan ortalamalarının daha yüksek olduğu ve gruplar arası farkların anlamlı olduğu bulundu ($p<0.05$).

Sonuç: Annelerin premenstruel sendromlu olmasının doğum sonu depresyon gelişimine etki ettiği fakat doğum sonu bağlanma sorunu yaşanmasına etki etmediği saptandı. Ayrıca doğum sonu depresyon riski olan annelerin, depresyon riski olmayan annelere göre daha yüksek oranda doğum sonu bağlanma sorunu yaşadığı belirlendi.

Anahtar Kelimeler: Premenstruel Sendrom, Doğum Sonrası Depresyon, Anne-Bebek Bağlanması, Doğum Sonrası Bağlanma, Anne Bağlanması.

ABSTRACT

THE EFFECT OF PREMENSTRUAL SYNDROME TO THE POSTPARTUM DEPRESSION AND MOTHER-INFANT BONDING

Aim: This study was conducted to investigate the effect of premenstrual syndrome to the postpartum depression and mother-infant bonding of mother with a baby of 01-12 months.

Material and Method: The sample of the descriptive and cross-sectional study included 322 mothers who applied to the Child Polyclinic for the 01-12 month old baby and agreed to participate in the study. The data of the study were collected with the Personal Information Form, the Premenstrual Syndrome Scale (PMSS), the Edinburgh Postpartum Depression Scale (EPDS) and the Brockington Postpartum Bonding Questionnaire (BPBQ). Student's t-test, One-way ANOVA, Tukey multiple comparison test, chi-square analysis test and Pearson correlation coefficient were used in the evaluation of the data.

Results: Premenstrual syndrome was found in 38.5% of the mothers before pregnancy. It was determined that 23.3% of the mothers had risk of postpartum depression and 4.6% had postpartum mother-infant bonding problems. There was a significant correlation between mothers with premenstrual syndrome before pregnancy and risk of postpartum depression ($p=0.000$). There was no significant relationship between postpartum bonding problems ($p=0.227$). It was determined that 44.4% of the mothers with premenstrual syndrome 10.1% of the mothers without premenstrual syndrome had risk of postpartum depression and 6.5% of the mothers with premenstrual syndrome and 3.6% of the mothers without premenstrual syndrome had postpartum bonding problems. It was found that 12% of mothers with risk of postpartum depression and 2.4% of mothers without risk of postpartum depression had postpartum bonding problems. There was a significant correlation between having risk of postpartum depression and experiencing postpartum bonding problem ($p=0.002$). BPBQ score of mothers who live in a large family, have a problem with pregnancy, have a problem in pregnancy, have a problem at birth, have psychological problems before pregnancy, do not nurse their baby with breast milk and have good relationship with their husband and mother-in-law is higher and differences between the groups were statistically significant ($p<0.05$). EPDS score of mothers who did not work their husbands, have live small families, have low socioeconomic level, have psychological problems before pregnancy, did not feed their babies with breast milk, did not good relationship with their other, husband and mother-in-law is higher and and differences between the groups were found significant statistically ($p<0.05$). It was found statistically significant differences between the groups ($p<0.05$) and the mothers who had a pregnancy later and did not feed their babies with breast milk, had poor relationships with their mother and mother-in-law have higher mean scores of BPBQ.

Conclusions: It was determined that the mothers who had premenstrual syndrome before pregnancy had an effect on the development risk of postpartum depression and did not affect the development of postpartum mother-infant bonding problem. In addition, it was determined that mothers with risk of postpartum depression had more postpartum mother-infant bonding problems than mother without risk of postpartum depression.

Keywords: Premenstrual Syndrome, Postpartum Depression, Mother-Infant Bonding, Postpartum Bonding, Maternal Attachment.

İÇİNDEKİLER

	Sayfa No
İÇ KAPAK SAYFASI	
ONAY	
TEZ BİLDİRİMİ	I
TEŞEKKÜR	II
ÖZET	III
ABSTRACT	IV
İÇİNDEKİLER	V
TABLolar DİZİNİ	VIII
SİMGELER VE KISALTMALAR	IX
1. GİRİŞ	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı	2
1.3. Araştırmanın Soruları	2
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Premenstruel Sendrom	3
2.1.1. Premenstruel Sendromun Tarihçesi	3
2.1.2. Premenstruel Sendromun Epidemiyolojisi	4
2.1.3. Premenstruel Sendromun Etiyolojisi	5
2.1.4. Premenstruel Sendromun Semptomları	7
2.1.5. Premenstruel Sendromda Tanı.....	8
2.1.6. Premenstruel Sendromun Tedavisi	10
2.1.7. Premenstruel Sendromda Hemşirelik Yaklaşımı	15
2.2. Doğum Sonrası Depresyon.....	16
2.2.1. Doğum Sonrası Depresyonun Epidemiyolojisi	17
2.2.2. Doğum Sonrası Depresyonun Etiyolojisi	17
2.2.3. Doğum Sonrası Depresyonda Belirtileri.....	17
2.2.4. Doğum Sonrası Depresyonun Tedavisi	18
2.2.5. Doğum Sonrası Depresyonda Hemşirelik Yaklaşımı	18

2.3. Anne-Bebek Bağlanması	19
2.3.1. Anne-Bebek Bağlanmasında Hemşirelik Yaklaşımı	22
2.4. Premenstruel Sendrom, Doğum Sonrası Depresyon ve Anne Bebek Bağlanması İlişkisi	23
3. GEREÇ VE YÖNTEM	25
3.1. Araştırmanın Türü	25
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	25
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	25
3.3.1. Araştırmanın Evreni.....	25
3.3.2. Araştırmanın Örneklem Seçimi	25
3.3.2.1. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri.....	25
3.3.2.2. Araştırmadan Dışlama Kriterleri.....	26
3.4. Veri Toplama Araçları.....	26
3.4.1. Kişisel Bilgi Formu.....	26
3.4.2. Premenstruel Sendrom Ölçeği	27
3.4.3. Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği.....	27
3.4.4. Doğum Sonrası Bağlanma Ölçeği.....	28
3.5. Veri Toplama Formunun Ön Uygulaması.....	29
3.6. Veri Toplama Formunun Uygulaması.....	29
3.7. Değişkenler.....	29
3.7.1. Bağımlı Değişkenler	29
3.7.2. Bağımsız Değişkenler	29
3.8. Araştırmanın Etik Boyutu	30
3.9. Verilerin Değerlendirilmesi.....	30
3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları	31
3.11. Araştırmanın Uygulanması Sırasında Karşılaşılan Güçlükler.....	31
4. BULGULAR	32
5. TARTIŞMA	55
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	71
6.1. Sonuçlar.....	71
6.2. Öneriler.....	76
KAYNAKLAR	77

EKLER	89
Ek 1. Kişisel Bilgi Formu	89
Ek 2. Premenstruel Sendrom Ölçeği.....	91
Ek 3. Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği.....	93
Ek 4. Doğum Sonrası Bağlanma Ölçeği	95
Ek 5. Bilgilendirilmiş Onam Formu	96
Ek 6. Premenstruel Sendrom Ölçeği İzin Yazısı	97
Ek 7. Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği İzin Yazısı	98
Ek 8. Doğum Sonrası Bağlanma Ölçeği İzin Yazısı.....	99
Ek 9. Kurum İzin Yazısı	100
Ek 10. Etik Kurul Onayı	102
ÖZGEÇMİŞ	103

TABLolar DİZİNİ

	Sayfa No
Tablo 4.1. Annelerin Sosyo-demografik Özelliklerine Göre Dağılımı	33
Tablo 4.2. Annelerin Obstetrik Özelliklerine Göre Dağılımı.....	34
Tablo 4.3. Annelerin Ruhsal Sorun Hikayesine Göre Dağılımı	35
Tablo 4.4. Bebeklerin Özelliklerine Göre Dağılımı	36
Tablo 4.5. Annelerin Eş, Anne ve Kayınvalide ile İlişkilerine Göre Dağılımı	37
Tablo 4.6. PMSÖ ve Alt Boyutlarının Alt ve Üst Puanları, İşaretlenen Alt ve Üst Puanları, Ortalama, Standart Sapma, Cronbach Alfa Değerleri Ve PMS’li Annelerin Sayı ve Yüzdeleri.....	38
Tablo 4.7. EDSÖ ve DSBÖ Alt ve Üst Puanları Ortalama, Standart Sapma, Cronbach Alfa Değerleri ve Sorun Yaşayan Annelerin Sayı ve Yüzdeleri	39
Tablo 4.8. Annelerin PMS’i Olma Durumu ile DSD, DSB’li Olma Durumu ve DSD’li Olma Durumu ile DSB’li Olma Durumunun Karşılaştırılması	40
Tablo 4.9. Annelerin Doğum Sonu Depresyon Durumuna Göre PMS Alt Boyutlarının Puan Dağılımı	41
Tablo 4.10. Annelerin Doğum Sonu Bağlanma Durumuna Göre PMS Alt Boyutlarının Puan Dağılımı	42
Tablo 4.11. Annelerin Sosyo-demografik Özelliklerine Göre PMSÖ, EDSÖ ve DSBÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	44
Tablo 4.12. Annelerin Obstetrik Özelliklerine Göre PMSÖ, EDSÖ ve DSBÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	47
Tablo 4.13. Annelerin Ruhsal Sorun Hikayesine Göre PMSÖ, EDSÖ ve DSBÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	49
Tablo 4.14. Bebeklerin Özelliklerine Göre PMSÖ, EDSÖ ve DSBÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	50
Tablo 4.15. Annelerin Eş, Anne ve Kayınvalide ile İlişkilerine Göre PMSÖ, EDSÖ ve DSBÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	52
Tablo 4.16. Annelerin PMSÖ ve Alt Boyutlarının Puanları ve EDSÖ, DSBÖ Puanları Arasındaki Korelasyonlar.....	54

SİMGELER VE KISALTMALAR

APA	: American Psychiatric Association
ACOG	: American College of Obstetricians and Gynecologists
AWHONN	: Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses
BKİ	: Beden Kitle İndeksi
DSB	: Doğum Sonu Bağlanma
DSBÖ	: Doğum Sonrası Bağlanma Ölçeği
DSD	: Doğum Sonrası Depresyon
DSM	: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
EDSDÖ	: Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği
F	: One Way ANOVA testi
GABA	: Gamma-aminobütirik asit
GnRH	: Gonadotrophin-Relasing Hormon
ICD-10	: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems
PMDB	: Premenstruel Disforik Bozukluk
PMS	: Premenstruel Sendrom
PMSÖ	: Premenstruel Sendrom Ölçeği
PMT	: Premenstrual Tension
SPSS	: Statistical Package for the Social Sciences
SS	: Standart Sapma
SSRI	: Selektif Serotonin Gerilim İnhibitörleri
TNSA	: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
t	: Student t testi
χ^2	: Ki-Kare Analiz Testi

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Premenstruel Sendrom (PMS), üreme çağındaki kadınların menstruel sikluslarının luteal fazında ortaya çıkan, menstruasyonun başlamasıyla birlikte düzelen somatik, bilişsel, davranışsal ve duygusal bozukluklar olarak tanımlanmaktadır (Parker 1994; Ismail ve O'Brien, 2001). Premenstruel sendrom sadece kadının kendisini değil, ailesini ve içinde yaşadığı toplumu etkileyen, iş gücü kaybına yol açan, yaşam kalitesini azaltan ve ruh sağlığını bozan önemli bir halk sağlığı problemidir (Selçuk ve ark., 2014).

Premenstruel sendrom tanısı konulan kadınlarda yaşam boyu depresyon görülme sıklığının %30-76 arasında değiştiği bildirilmektedir (Baker ve Driver, 2007). PMS'nin, doğum sonrası depresyonun (DSD) daha sık görülmesine neden olan risk faktörleri arasında yer aldığı bildirilmektedir (Marakoğlu ve ark., 2009; Gümüş ve ark., 2012). Bazı araştırmacılar panik bozukluk, anksiyete, depresyon gibi duygu durum bozukluklarının PMS ve Premenstruel Disforik Bozukluk (PMDB) ile bağlantı olduğunu, PMS'li kadınlarda anksiyete, kişilik bozuklukları ve depresyonun normal popülasyona oranla daha fazla görüldüğünü öne sürmektedir (Halbreich ve Endicott, 1985; De Ronchi ve ark., 1999). Yonkers (1996), PMDB tanısı alan kadınlarda majör depresyonun yaşam boyu yaygınlığını %70 bulmuştur. Sylvén ve ark. (2013), 2318 kadın üzerinde yaptıkları çalışmada kadınların %7.1'inde premenstruel sendrom, %2.9'unda ise premenstruel disforik bozukluk öyküsü olduğu saptanmıştır. Aynı çalışmada doğum sonrası depresyon prevalansı primiparlarda beşinci günde %12.4, altıncı haftada %11 ve altıncı ayda %8.8, multiparlarda beşinci günde %9.6, altıncı haftada %11 ve altıncı ayda %10.1 bulunmuş ve PMS/PMDB ile doğum sonrası depresyon arasında pozitif bir ilişki olduğu saptanmıştır.

Doğumdan sonraki ilk dakika, ilk saatler ve ilk günler anne ile bebeğin yeni durumlarına uyum sağladığı ve aralarındaki ilişkinin hassasiyeti nedeniyle kritik sürelerdir (Şolt 2011). Doğum sonrası depresyon, anne ve çocuk üzerindeki etkileri dikkate alındığında önemsenmesi gereken bir halk sağlığı sorunudur (Coşkun ve ark., 2016). Bu dönemde depresif olan anneler bebekleriyle duygusal bağ kurmada güçlük çekmekte ve anne bebek arasındaki bağ ciddi şekilde bozulmaktadır. Bu annelerin

çocukları aynı zamanda kognitif güçlükler de yaşamaktadırlar (Dilbaz ve Enez, 2007). Anne-bebek etkileşimi, çocuğun gelişimini ve tüm yaşamını etkilemesi nedeniyle hayati önem taşımaktadır ve bu konuda hemşirenin önemli sorumlulukları bulunmaktadır (Çoban ve Saruhan, 2005). Hemşirelerin doğum sonrası en erken dönemde anne-bebek ilişkisini değerlendirerek danışmanlık ve destek vermesi önemlidir (Soysal ve ark., 2005).

Bu çalışma ile kadınları psikolojik ve fiziksel olarak etkileyen PMS'nin görülme sıklığı belirlenerek, PMS'nin kadınlarda doğum sonu depresyon görülme riski ve doğum sonu bağlanma durumuna etkisinin araştırılması hedeflenmektedir. Ayrıca bu çalışma ile hemşirelerin kadın hayatını etkileyen bu sendromun öneminin farkında olmalarının sağlanacağı, kadınların bu konuda bilgilendirilmesinin kadın sağlığının yanı sıra anne-çocuk sağlığına da katkı sağlayacağı, bu yönde eğitimlerin artırılmasının sağlanarak aynı zamanda toplum sağlığına da katkı sağlanacağı düşünülmektedir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu araştırma 01-12 aylık bebeği olan annelerde gebelik öncesi premenstruel sendrom görülme durumunun doğum sonrası depresyon ve anne-bebek bağlanmasına etkisini incelemek amacıyla yapılmıştır.

1.3. Araştırmanın Soruları

- Kadınlarda gebelik öncesi PMS sıklığı nedir?
- Gebelik öncesinde PMS'li olma, doğum sonu depresyon görülme durumunu etkiler mi?
- Gebelik öncesinde PMS'li olma, doğum sonu anne-bebek bağlanmasını etkiler mi?
- Doğum sonu depresyon yaşama, anne-bebek bağlanmasını etkiler mi?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Premenstruel Sendrom

Premenstruel Sendrom, “menstruel siklusun luteal fazı sırasında ortaya çıkan, menstruasyonun sona ermesiyle birlikte kaybolan ya da önemli derecelerde azalan, altta yatan bir psikiyatrik hastalığa bağlı olmaksızın, rahatsızlık veren fiziksel, davranışsal ve psikolojik semptomlarla kendini gösteren bir durum” olarak tanımlanmaktadır (Panay 2011). Premenstruel Sendrom, “Amerikan Psikiyatri Birliği” tarafından 1987 yılında Geç Luteal Faz Disforik Bozukluk veya PMDB olarak tanımlanmıştır (Gökçe 2006). Premenstruel Disforik Bozukluk, PMS’nin şiddetli bir formudur ve gerginlik, sinirlilik, irritabilite, disfori, duygu-durum değişkenliği gibi göze çarpan belirtilerle karakterizedir (Önal 2011). Ancak PMS/PMDB ayırımı yapabilmek amacıyla belirlenen bir altın standart halen bulunmamaktadır. Klinik olarak tanımlanmasındaki zorluk ve tanı kriterlerine ilişkin fikir birliği sağlanamaması, prevalansın saptanmasında ve tedavinin değerlendirilmesinde güçlükler neden olmaktadır (Deveci 2012).

Ayrıca PMS’nin belirtilerini içeren ancak PMS’den farklı olan iki durumun tanımı yapılmıştır. Bu terimler, “Premenstrual Tension” (PMT) ve “premenstrual molimina”dır. Premenstrual Tension, kişilik değişikliklerinin ve sinirlilik, anksiyete, huzursuzluk, depresyon gibi duygusal durumların belirgin olduğu, günlük yaşamı etkilemeyen, hafif belirtilerin yaşandığı ve menstruasyonun yaklaştığını belli eden kısa süren bir durum olarak tanımlanmaktadır (Gökçe 2006). Premenstruel molimina ise; kadınların menstruel sikluslarının premenstruel fazında ortaya çıkan karın şişkinliği, bulantı, baş ağrısı, göğüslerde hassasiyet gibi semptomlar grubudur. Bu semptomlar basit, fonksiyonelliği bozmayan ve kişiye minimum düzeyde sıkıntı yaşatan semptomlardır (Bakır 2012).

2.1.1. Premenstruel Sendromun Tarihçesi

İlk olarak Yunan filozof Hipokrat’ın, siklik menstruel disfonksiyonu tanımlamak amacıyla “Histeri” terimini kullanması ve “yorgunluk, ürperme ve başta bir ağırlık hissetmenin menstruasyonun başlangıcını işaret ettiği” yönündeki gözlemi premenstruel semptomların farkındalığını sağlamıştır (Rodin 1992). Giovanni da Padua menstruasyon ile depresyon arasında açık bir ilişki olduğunu 16. yüzyılda belirtmiştir.

İngiliz hekim James Cowles Prichard tarafından bazı kadınların menstruel dönemlerinde düşünce eğilimlerinde değişme, sinirsel uyarılarında artış olduğu, duygularda aşırılık, kaprisli, tutarsız ruh hali, kavgaya meyil ve melankoliden söz edilen tanım yapılmıştır (Halbreich 2006).

Premenstruel sendrom literatüre ilk kez 1931 yılında R.T. Frank tarafından, menstruel kanamadan 7-10 gün önce başlayarak menstruasyona kadar devam eden ve tanımlanamayan gerginlik hissi olarak girmiştir (Bakır 2012). “Premenstruel Sendrom” terimi ilk olarak Dalton tarafından 1953 yılında 84 vakalı bir raporda kullanılmıştır (Halbreich 2006). 1953’ten sonra premenstruel sendrom, premenstruel tension ve premenstruel tension sendrom gibi benzer anlamlarda ifadeler kullanılmıştır. 1970 yıllarında Amerika Birleşik Devletleri ve Avrupa’da hastalık sınıflandırma sistemine eklenmiştir (Pınar 2007).

Premenstruel sendrom, Amerikan Psikiyatri Birliği tarafından 1987 yılında yayınlanan “Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders”ın (DSM-III-R) üçüncü baskısında Geç Luteal Faz Disforik Bozukluk başlığı altında yer almıştır. Daha sonra DSM IV’te, “Başka Türü Adlandırılmayan Depresif Bozukluk” başlığı altında “Premenstrual Disforik Bozukluk” adıyla yer almıştır (Bakır 2012).

2.1.2. Premenstruel Sendromun Epidemiyolojisi

Premenstruel sendrom prevalansının premenopozal kadınlarda %20-32, üreme çağındaki kadınlarda ise %30-40 olduğu belirlenmiştir (Direkvand-Moghadam ve ark., 2014). Şiddetli PMS prevalansının %3-24 arasında değiştiği, şiddetli PMS ya da PMDB insidansının ise %5-8 olduğu bildirilmektedir. Premenstruel sendrom, az egzersiz yapan, eğitim düzeyi düşük ve obez olan kadınlarda daha yaygın görülmektedir. Hormonal kontrasepsiyon kullanan kadınlarda ise PMS insidansının daha düşük olduğu bildirilmektedir (Panay 2011). Kesin PMS/PMDB prevalansı bilinmemekle birlikte semptomların çok çeşitli olması nedeniyle gerçek prevalansın belirlenmesi zorlaşmaktadır (Önal 2011). Premenstruel sendromun batı kültürüne özgü bir hastalık olduğunu düşünen bazı araştırmacılar tarafından PMS ırk, kültür ve sosyoekonomik durum göz önüne alınarak araştırılmıştır. Özellikle kadınları çok doğuran ve emziren ülkelerde kadınlar menstruel siklusları daha az yaşadığı için PMS’nin daha az görüldüğü bildirilmektedir (Borenstein ve ark., 2007).

Premenstruel sendrom görülme sıklığının Asya ülkelerinde %60-80 arasında değiştiği, Türkiye'de %66.6, Çin'de %76 ve Malezya'da ise %63.1 olduğu bildirilmektedir (Çatakoğlu 2016). Amerika Birleşik Devletleri'nde adolesan kızlarda PMS prevalansının %70-90 olduğu bildirilmiştir (Yücel ve ark., 2009). Premenstruel sendrom ile ilgili 17 çalışmanın değerlendirildiği meta-analiz çalışmasında PMS yaygınlığının İran'da en yüksek (%98), Fransa'da en düşük (%12) olduğu tespit edilmiş, çalışmalarda ortalama PMS prevalansı %47.8 bulunmuştur (Direkvand-Moghadam ve ark., 2014).

Avrupa ve Latin Amerika'da bulunan sekiz ülkede yaşayan üreme çağındaki 4085 kadın üzerinde yapılan çalışmada Almanya'daki kadınların %10.7'sinin, İngiltere'deki kadınların %23.2'sinin, İtalya'daki kadınların %23'ünün, Fransa'daki kadınların %20.4'ünün, İspanya'daki kadınların %12.2'sinin, Macaristan'daki kadınların %19'unun, Brezilya'daki kadınların %21.5'inin, Meksika'daki kadınların ise %14.4'ünün yaşadığı premenstruel belirtilerin, aile, ev idaresi, iş, okul, cinsel ve sosyal yaşamları ile boş zaman aktivitelerini etkilediği belirtilmiştir (Dennerstein ve ark., 2010).

Türkiye'de 15-49 yaş grubundaki kadınlarda yapılan çalışmalarda PMS görülme sıklığının %5.9-79, PMDB görülme sıklığının ise %4-8 arasında değiştiği bulunmuştur (Gökkurt 1999; Müderris ve ark., 1999; Üstün ve ark., 2003; Adıgüzel ve ark., 2007; Öztürk ve ark., 2011). Manisa'da 15-49 yaş arası 541 kadının katıldığı bir çalışmada, şiddetli PMS prevalansı %6.1 iken; hafif ve orta düzeyli PMS prevalansı ise %40.3 olarak saptanmıştır (Adıgüzel ve ark., 2007). Erzurum'da 379 kadın üzerinde yapılan bir başka çalışmada ise kadınların %79'unda orta ve şiddetli derecede premenstruel belirtilerin görüldüğü, en sık görülen belirtilerin ağrı, sinirlilik, yorgunluk ve uyku değişikliği olduğu saptanmıştır (Öztürk ve ark., 2011). Antalya'da 15-49 yaş grubundaki 600 kadınla yapılan çalışmada kadınların %53.5'inin hafif, %11.8'inin ise şiddetli derecede PMS yaşadıkları saptanmıştır (Pınar ve Öncel, 2011).

2.1.3. Premenstruel Sendromun Etiyolojisi

Premenstruel sendromun etiyolojisi kesin olarak bilinmemekle birlikte birden fazla faktörün rol oynadığı bildirilmektedir (Kelderhouse ve Taylor, 2013). Etiyolojide sıklık ovaryan aktivitenin, serotonin ve gamma-aminobütirik asit (GABA)

nörotransmitterlerinin üzerine östradiol ve progesteronun etkisinin temel faktör olduğu düşünülmektedir. PMS'nin ergenlik öncesinde, gebelikte ve menopoz sonrasında olmaması siklik ovaryan aktivite teorisinin önemli olduğunu desteklemektedir (Panay 2011).

Luteal faz sırasında serum progesteronda artış olduğu zaman semptomlar şiddetlenmektedir. Hormon replasman tedavisinde yüksek dozlarda östradiol, progesteron ile bir arada kullanıldığında, PMS belirtileri daha şiddetli olma eğilimindedir (Indusekhar ve ark., 2007). Östrojen ve progesteron, sodyum-potasyum düzeylerini kontrol eden renin-anjiyotensin-aldosteron sistemi üzerine etki etmektedir. Östrojen, karaciğerde anjiyotensinojen sentezini indükleyerek aldosteron salınımını artırmakta ve buna bağlı PMS semptomlarından biri olan sıvı retansiyonu gelişmektedir (Anna-Carin ve ark., 2006).

Serotonin iştah, duyu ve davranış örüntülerinde önemli rol oynamaktadır (Indusekhar ve ark., 2007). Premenstruel sendrom semptomları ile örtüşen semptomların serotonin azalması ile ilişkili olduğu belirtilmektedir. Bu belirtiler depresyon, mood dalgalanmaları, sinirlilik, kendini küçük görme, dürtüleri kontrol edememe, uyku bozukluğu, anksiyete, saldırganlık, azalmış ağrı eşiği, karbonhidrat isteği ve konsantrasyon güçlüğünü içermektedir (Rapkin 2012). PMS'li kadınların eritrosit ve plateletlerinde serotonin seviyesinin düşük olduğu belirtilmektedir (Ogur 2004).

Beyindeki başlıca inhibitör nörotransmitter olan GABA, merkezi sinir sisteminde yaygın olarak bulunan, uyanıklılık, dikkat, stres ve anksiyetenin önemli bir düzenleyicisidir (Rapkin 2012). Manyetik rezonans spektroskopisi ile yapılan bir beyin görüntüleme çalışması sonucunda normal kadınların menstruel siklusları sırasında oksipital korteksteki GABA düzeyinde azalma görülürken PMDB'li kadınlarda foliküler fazda artma görülmüştür (Epperson 2002).

Prolaktin hormonunun memeler üzerinde primer etkisi olduğu bilinmektedir (Onuray 2005). Prolaktinin böbrekler üzerine direkt etkisi ile sodyum, potasyum ve su retansiyonu gelişmekte ve buna bağlı göğüslerde ağrı, hassasiyet ve ödem ortaya çıkmaktadır. Ayrıca prolaktinin vazokonstriktör etkisinin baş ağrısına neden olabileceği bildirilmektedir (Atasü ve Şahmay, 1996).

Yapılan çalışmalar, PMS'nin ortaya çıkma sürecinde yalnızca hormon değişiklikleri değil bireyin kültürü, annenin eğitimi ve çalışma durumu, dismenore gibi diğer menstrual sorunları yaşama durumu ve menstruasyona ilişkin bilgi alma ve tutumunun da etkili olabileceğini belirtmektedir (Rizk ve ark., 2006; Şule ve ark., 2007).

2.1.4. Premenstruel Sendromun Semptomları

Premenstruel sendrom 150-200 kadar semptomu tanımlanmış olan geniş spektrumlu semptomatolojisi bulunan psikoendokrin bir hastalıktır (Atasü ve Şahmay, 1996). En sık karşılaşılan semptomlar, siklusun son 7-10 günü içinde; anksiyete, irritabilite, ağlama nöbetleri, depresyon, yorgunluk, memelerde gerginlik, karın şişkinliği, susama ve iştah değişiklikleri ile çeşitli derecelerdeki ekstremitelerde ödemdir. Semptomların hepsinin birden bir kişide görülmesinin mümkün olmadığı bildirilmektedir (Speroff ve ark., 1996). Adet gören kadınların %85'inde bir ya da birden fazla PMS belirtisi görülmekte ve bu belirtiler hafif, orta, şiddetli olmak üzere farklı derecelerde yaşanabilmektedir. Premenstruel sendromda ciddi belirtiler yaşayan kadınların oranının %3-8 arasında değiştiği belirtilmektedir (Borenstein ve ark., 2003). PMS'nin genellikle kadınların doğurganlık döneminde ortaya çıktığı ve ortalama yaşın 26 olduğu belirtilmektedir. Bu konudaki yaygın görüş ise 25-35 yaş arasındaki kadınların diğer yaştaki kadınlara oranla PMS belirtilerini daha şiddetli yaşadığı, belirtilerin şiddetinin yaşla birlikte arttığı, menopoza yakın dönemde ise azaldığı yönündedir (Yazıcı 2014).

Fiziksel, psikolojik, davranışsal, dermatolojik, iştah ve ödeme bağlı ortaya çıkan PMS semptomları aşağıda belirtilmiştir (Jones ve ark., 1989; Dambro 1997; Güneş ve ark., 1997; Scott ve ark., 1997; London ve ark., 2003; Indusekhar ve ark., 2007).

Fiziksel belirtiler:

Baş ağrısı, halsizlik, sıcak basması, enerji azalması, oligüri, konstipasyon veya diyare, iştah, karında ağrı, kramplar, şişlik, tremor, kas spazmı, kramplar, bacaklarda yorgunluk, üşüme, uyuşukluk, memelerde gerginlik, hassasiyet, ağrı.

İştaha ilişkin belirtiler:

Yeme isteği, iştahta artma, aşırı susama, mide bulantısı.

Ödeme bağlı ortaya çıkan belirtiler:

Genel vücut ödemi, kiloda artma, karında ve memelerde şişkinlik.

Psikolojik belirtiler:

Huzursuzluk, irritabilite, kolay sinirlenme, anksiyete, hiddet, öfke, kızgınlık, labil ruh hali, dikkatini yoğunlaştırma güçlüğü, unutkanlık, depresyon, suçluluk, kendini küçük görme, ani üzülmeye, ağlamaya meyil, negatif tutum, yorgunluk ve laterji, kararsızlık, intihara eğilim, kendine zarar verme isteği, işten kaçma, sosyal ilişkilerden kaçınma, paranoya, duygusal dalgalanmalar, duygusallaşmak, korkular, sıkıntılı olma.

Davranışsal belirtiler:

Uyku/uykusuzluk, yorgunluk, bitkinlik, enerji ve aktivitede azalma, cinsel aktivitede azalma baş dönmesi, kazalara eğilim, kavgacı tutum, umutsuzluk hissi, normal günlük aktivitelere ilgide azalma.

Dermatolojik belirtiler:

Saçlarda kuruma, akne.

2.1.5. Premenstruel Sendromda Tanı

Premenstruel sendrom tanısı için özel fiziksel muayene bulguları ve laboratuvar testleri bulunmamaktadır. Ancak kan testleri yapılarak hipo/hipertiroidizm, anemi, menopoz, polikistik over sendromu gibi diğer rahatsızlıklara bağlı oluşmadığının tespit edilmesi, tanı konulmasında yararlı olmaktadır (Ismail ve O'brien, 2001). Bazı otoritelere göre tanı için kullanılan ölçütler şöyledir:

American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG)'e göre;

Hasta önceki üç menstruel siklusta kanama başlamadan önceki beş gün boyunca duygusal ve somatik semptomlardan bir veya daha fazlasını yaşadığını rapor etmelidir.

Duygusal Semptomlar: Depresyon, sinirlilik, öfke patlamaları, anksiyete, konfüzyon, sosyal geri çekilme.

Somatik Semptomlar: Göğüslerde hassasiyet, karında şişkinlik, baş ağrısı, ekstremitelerde şişlik.

Semptomlar aşağıdaki kriterleri karşılamalıdır:

- Semptomlar menstruel kanamanın başlangıcından itibaren dört gün içinde rahatlamalı ve en az on u gün tekrarlamamalı,
- Semptomlar herhangi bir farmakolojik tedavi, hormon alımı ya da uyuyşturucu veya alkol kullanımı olmaksızın bulunmalı,
- İleriye yönelik incelemelerde semptomlar en az iki siklus boyunca gözlenmeli (ACOG, 2000).

Association of Women’s Health, Obstetric and Neonatal Nurses (AWHONN)’e göre;

Premenstruel sendrom değerlendirilirken tıbbi, psikolojik, sosyokültürel ve yaşam tarzı gibi faktörler göz önünde bulundurulmalıdır. Ayrıca ayırt edici perimenstruel semptom ve rahatsızlıkların en az u menstruel siklus boyunca görülmesi gerekmektedir (Taylor 2005).

International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-10) Tanı ltleri;

Hafif psikolojik huzursuzluk, iştah değişikliği, şişme hissi/kilo alma, el ve ayaklarda şişme, göğüslerde hassasiyet, çeşitli ağrılar, uyku bozukluğu, dikkatte azalma belirtilerden sadece birisinin olması yeterlidir (Karadağ 2001).

PMDB tanısı için DSM IV Tanı Kriterleri;

A- Son bir yıl boyunca menstruel siklusların çoğunda aşağıdaki belirtilerden beşinin luteal fazın son haftasında ortaya çıkması, foliküler faz başlamasından sonra birkaç gün içinde düzelmesi ve adetten sonra kaybolması, 1., 2., 3. ya da 4. semptomlardan en az birinin olması gerekir.

- 1- Belirgin olarak depresif ruh hali, umutsuzluk duyguları ya da kendini küçümseme düşünceleri,
- 2- Belirgin anksiyete, gerginlik duyguları, oşkulu ya da sınırdaki olma duyguları,
- 3- Duygu durumunda belirgin değişiklik (aniden kendini zgn ya da ağlamaklı hissetme ya da reddedilmeye duyarlılıkta artma)
- 4- Sürekli ve belirgin öfke, irritabilite ya da kişilerarası çatışmaların artması,
- 5- Her zamanki faaliyetlere olan ilgide azalma (iş, okul, arkadaşlar, hobiler)

- 6- Konsantre olmada subjektif olarak azalma hissedilmesi,
- 7- Uyuşukluk, kolay yorulma ya da belirgin derecede enerji eksikliği,
- 8- Belirgin iştah değişikliği, aşırı yeme veya özel yiyeceklere isteklilik,
- 9- Çok uyuma veya uykusuzluk,
- 10- Bunalma ya da kontrolden çıkma duygusu,
- 11- Meme hassasiyeti ya da şişkinlik, baş ağrısı, eklem ya da kas ağrısı, şişkinlik, kilo artışı gibi diğer fiziksel belirtiler.

B- İş, okul ya da her zamanki sosyal faaliyetleri ve kişilerle ilişkileri belirgin derecede etkileyen rahatsızlıklar (sosyal etkinliklerden kaçınma, iş veya okuldaki beceri ve verimliliğin düşüklüğü)

C- Rahatsızlıklar; major depresif bozukluk, panik bozukluk, distimik bozukluk ya da kişilik bozukluğu gibi başka bir bozukluğun alevlenmesi olmamalıdır (Ama bu bozukluklarla beraber görülebilir).

D- A, B, C kriterlerinin prospektif günlük değerlendirme ile en az ardışık iki siklus boyunca görüldüğü teyit edilmelidir (American Psychiatric Association 2000).

Kadının menstruel siklusta yaşadığı belirtileri, günlük semptom takvimine kaydetmesi PMS tanısının doğrulanmasında yardımcı olabilmektedir (Demir ve ark., 2006).

2.1.6. Premenstruel Sendromun Tedavisi

Premenstruel sendromda tedavinin amacı, belirtileri ortadan kaldırmak veya iyileştirmek, belirtilerin günlük faaliyetlere veya kişilerarası ilişkilere etkilerini azaltmak ve tedavinin yan etkilerini en aza indirmektir (Dickerson ve ark., 2003).

Günümüzde PMS'nin etkili bir tıbbi tedavisi bulunmamaktadır (Ariöz ve Ege, 2013). Genel olarak yaşam tarzı ve diyet değişiklikleri yapılarak farmakolojik tedaviye ihtiyaç duyulmadan, hafif ve orta PMS semptomları ortadan kaldırılabilir (Öztürk ve Tanrıverdi, 2010).

Yaşam Tarzı Değişiklikleri

Diyet ve Bitkisel Ajanlar: Diyet alışkanlıklarındaki değişikliklerin PMS semptomları üzerine belirli etkilerinin olduğu gösterilmektedir.

Bu etkilerin biyolojik temelleri (Campagne ve Campagne, 2007):

- Dolaşımdaki serotonin düzeyinin eksikliği, karbonhidrat ya da triptofandan zengin diğer gıdaların alımının artırılmasıyla telafi edilmektedir ve duygusal semptomların azalması sağlanmaktadır.
- Rafine şeker ve tuz alımının azaltılması sıvı retansiyonunu azaltmaktadır.
- Metilksantinlerin (kahve, çay, kola, çikolata) alımının azaltılması meme şikayetlerini azaltacaktır.
- Östrojen üzerine etki eden soya izoflavonları, krampları ve ödemi azaltabilmektedir.

Egzersiz ve Stres Azaltma: Egzersiz PMS tedavisinde sıklıkla yer almaktadır. ACOG tarafından, aerobik egzersizin birçok kadının, PMS belirtilerini azalttığı ifade edilmektedir. Yapılan çalışmalar aerobik egzersizin hemoglobin, hematokrit, eritrosit ve trombosit sayısını arttırdığını, prolaktin, östradiol ve progesteron düzeylerini azalttığını, yorgunluk, konsantrasyon bozukluğu, konfüzyon ve diğer birçok adet öncesi belirtilerin iyileşme ile sonuçlandığını göstermektedir (Daley 2009; Tsai 2016). Ayrıca düzenli egzersizin meme şikayetlerine, sıvı retansiyonuna ve strese olumlu yönde etkileri bulunmaktadır (Atasü ve Şahmay, 1996). Fiziksel semptomlara ve duygu durumuna olumlu etkiler sağladığından haftada en az 3 gün 20-30 dk. aerobik egzersiz tavsiye edilmektedir (Süer 2008). Bayram (2007), PMS'ye ilişkin değişikliklerin sporcu bayanlarda sedanter bayanlara oranla daha az görüldüğünü saptamıştır.

Yoga, PMS'yi hafifletmede kullanılan diğer bir tekniktir. Sırt ağrısını azaltır, kas gerginliğini rahatlatır, nefesi düzenler, dolaşımı düzenler ve stresi azaltır (Frackiewicz ve Shiovitz, 2001). Tsai (2016), yoganın premenstruel dönemde görülen sorunları azalttığını belirlemiştir.

Premenstruel sendromlu birçok kadın, uykusuzluk ya da aşırı uykululuk gibi uyku zorlukları yaşamaktadır. PMS'li kadınlara siklusun tamamında uyku ve uyanma zamanlarına uyması ve uyku için alkol almaması önerilmektedir (Süer 2008).

Tamamlayıcı Tedaviler

Diyet Desteği: Diyet takviyesi olarak hastalara kalsiyum: 1200 mg/gün; Magnezyum: 400 mg/gün; E vitamini: 400 ünite/gün, Vitamin B6: 50-100 mg/gün; L-triptofan: 6 g/gün yumurtlama ile adetin üçüncü günü arasında alınması önerilmektedir (Milewicz ve Jedrzejuk, 2006).

Panay (2011), PMS'li kadınlarda kan kalsiyum ve D vitamini düzeylerinin daha düşük olduğunu, ilave olarak kalsiyum alımının semptomların şiddetini azaltabildiğini, etkinliği kesin olarak kanıtlanmamasına rağmen B6 vitamininin PMS tedavisinde sıklıkla kullanılmakta olduğunu belirtmektedir. E vitamini desteği kas ağrıları için kabul edilen bir tedavi seçeneğidir (Poyrazoğlu 2010).

Agnus Castus (Hayıt Bitkisi): Premenstruel değişikliklerin vitex agnus castus ile fitoterapötik tedavisinin etkinliği Kanıt Temelli Ruh Sağlığı'nda rapor edilmiş ve kanıtlanmıştır (Campagne ve Campagne, 2007). Dopamin agonisti gibi etki göstererek folikül-stimule edici hormon veya prolaktin seviyelerini düşüren vitex agnus castus, PMDB'nin duygusal semptomlarından daha çok fiziksel semptomları için fayda sağlamaktadır (Pearlstein ve Steiner, 2008). Randomize, çift kör, plasebo-kontrollü, prospektif olarak planlanan ve 170 kadın üzerinde yapılan bir çalışmada vitex agnus castusun irritabilite, sinirlilik, meme şişkinliği ve baş ağrısını gidermede plaseboya göre anlamlı olarak üstün bulunmuştur (Schellenberg 2001).

Akupunktur: Tamamlayıcı tedavi olarak kullanılan akupunktur, premenstruel sendroma ilişkin belirtilerin hafifletilmesinde faydalı olabilmektedir. Yapılan çalışmalarda, plasebo ile karşılaştırıldığında semptomlarda iyileşme olduğu rapor edilmiştir (Kelderhouse ve Taylor, 2013).

Medikal Tedavi

Transdermal Östrojen: Yama (100-200 ug), deri altı implantları (50-100 mg) ya da jel halinde kullanılan östradiol yumurtlamayı engelleyebilmekte ve PMS semptomlarını azaltmaktadır (Salamat ve ark., 2008). Uterusu, karşılanmamış östrojenin etkilerinden korumak için kullanılan progestojenler, PMS semptomlarını yeniden ortaya çıkarabilmektedir. Bu problem levonorgestrel-releasing intrauterin sistem yerine lokal progestojenler kullanılarak etkin şekilde yönetilebilmektedir (Indusekhar ve ark., 2007).

Progesteron ve Progesteronlar: Premenstruel sendromda progesteron eksikliği teorisi temel alınarak progesteron ve progesteronlar kullanılmaktadır. Progesteron ve progesteron kullanımının sistematik incelenmesinde plasebo ile karşılaştırıldığında PMS'nin genel semptomlarında herhangi bir iyileşme görülmemiştir (Indusekhar ve ark., 2007).

Selektif Serotonin Gerilim İnhibitörleri (SSRI): Premenstruel sendromlu hastalarda serotonerjik fonksiyonun değiştiği bildirilmiştir. Serotonin eksikliği muhtemelen fizyolojik premenstruel semptomları olan kadınlardan daha duyarlı endojen over steroid döngüsüne ve şiddetli PMS yaşanmasına neden olmaktadır. Bu hipotez kanıtlanmamıştır fakat sendromun tedavisinde SSRI kullanımı için teorik bir temel sağlamaktadır (Ismail ve O'Brien, 2006). Literatür bilgileri, PMS'nin farmakolojik yönetiminde ilk basamak olarak SSRI tedavisini desteklemektedir. Analizlere göre fiziksel, fonksiyonel ve davranışsal belirtilerin son derece etkili olduğu bulunmuştur (Kelderhouse ve Taylor, 2013). Baş ağrısı, sinirlilik, uykusuzluk, uyku/yorgunluk, cinsel işlev bozukluğu ve gastrointestinal bozukluklar yaygın görülen yan etkilerindedir (Ismail ve O'Brien, 2006; Indusekhar ve ark., 2007).

Gonadotrophin-Relasing Hormon Analogları (GnRH Analogları): Gonadotrophin-Relasing Hormon Analogları, GnRH reseptörlerinin baskılanması yoluyla hipofizin duyarsızlaştırılmasına neden olmaktadır. Buna bağlı olarak, seks hormonlarının (luteinize hormon ve folikül uyarıcı hormon) salgılanması azalmakta ve anovulasyon gerçekleşmektedir. Bu tedavinin PMS'nin davranışsal belirtilerinden çok fiziksel belirtiler için daha etkili olduğunu gösteren bazı kanıtlar bulunmaktadır. Gonadotrophin-Relasing Hormon Analogları 6 aya kadar kısa süreli tedavi olarak kullanılabilir, fakat uzun süreli kullanımı menopozal yan etkileri nedeniyle sınırlandırılmıştır. Ayrıca GnRH analogları tedavisinin bilateral ooforektomiden yarar görecektir olan şiddetli PMS yaşayan kadınları belirlemeye yardımcı olacağı bildirilmektedir (Indusekhar ve ark., 2007; Usman ve ark., 2008).

Danazol: Danazol sentetik bir androjendir ve hipotalamik-hipofiz-ovaryen eksenini baskılayarak ovulasyonu engellemektedir (Türkçapar ve Türkçapar, 2011). Luteal fazda danazol kullanımının adet öncesi meme ağrısı için etkili olduğu görülmektedir ve kısa süreli olumsuz etkilerinin oranı yüksek değildir (Ismail ve

O'Brien, 2005). Salamat ve ark. (2008) aktardığına göre; birçok randomize kontrollü çalışma, 200-400 mg/d'lik dozlarda danazol kullanımının yumurtlamayı baskılayarak PMS için etkili bir tedavi olduğunu göstermiştir. Yaygın görülen yan etkiler bulantı, baş dönmesi, deri değişiklikleri ile hirsutizm, kilo alma ve nadiren klitoral hipertrofi gibi maskulinizasyon değişiklikleri içermektedir (Salamat ve ark., 2008).

Oral Kontraseptifler: Kombine oral kontraseptifler yumurtlamayı engellemektedir ve PMS tedavisinde etkilidir. Bununla birlikte sınırlı çalışmalardan elde edilen kanıtlar, 19-nortestosterondan türetilen, progestin içeren oral kontraseptiflerin etkin olmadığını göstermektedir (Usman ve ark., 2008). Ayrıca oral kontraseptiflerin duygu durumuna olumsuz etkilerinin, testosteron türevi olan oral kontraseptiflerde kullanılan progestinlerle (19-nortestosteron) ilişkili olabileceği düşünülmektedir. Buna ek olarak, şişkinlik ve göğüslerde hassasiyet de dahil oral kontraseptiflerin fiziksel yan etkilerinin, renin anjiyotensin sistemi, oral kontraseptiflerin östrojenik bileşeni ve sıvı retansiyonu ile ilişkili olduğu düşünülmektedir. Drospirenon ve düşük doz etinil estradiol (20 mg) içeren oral kontraseptif formülasyonu, progesteron kaynaklı belirtileri ortadan kaldırmak için önerilmektedir. Ayrıca, progestojen türevi 19-nortestosteron yerine drospirenon, sıvı retansiyonu, şişkinlik, kilo alımı ve meme hassasiyetini iyileştirebilmektedir (Rapkin ve Akopians, 2012).

Diüretikler: Vücutta PMS nedeniyle gelişen ödemi çözmek amacıyla kullanılmaktadır. Ayrıca göğüslerde şişkinlik ve hassasiyeti azaltmada oldukça etkili olduğu bildirilmektedir (Öztürk ve Tanrıverdi, 2010).

Spironolactone: Spironolactone bir aldosteron reseptör antagonistidir. Medikal olarak kullanılan potasyum tutucu diüretik ve bir antihipertansiftir (Usman ve ark., 2008). Premenstruel somatik belirtiler ve sıvı retansiyonu arasındaki bağlantının kesin olarak bilinmemesine rağmen Spironolactone'nin PMS'nin şişkinlik ve meme ağrısı belirtileri için etkili olduğu bildirilmektedir (Yonkers ve ark., 2008).

Cerrahi Tedavi

Histerektomi ve Bilateral Salpingo Ooforektomi: Total abdominal histerektomi ve bilateral salpingo-ooforektomi ovulasyonu baskılamamanın son formudur ve PMS için tek gerçek tedavi olan bu durum overian siklusu tamamen ortadan kaldırır. Bu

tedavinin, diğer tedaviler ile kontrolün sağlanamadığı durumlarda, son derece şiddetli PMS yaşayanlar için kullanılması gerekmektedir. Uygun hastaya yapıldığında hayatı değiştiren faydalar sağlamaktadır (Panay 2011).

2.1.7.Premenstruel Sendromda Hemşirelik Yaklaşımı

Premenstruel sendrom, hemşireliğin eğitim, danışmanlık, koruma, bakım verme, işbirliği ve savunma rollerinden birden fazlasının uygulanmasına fırsat veren bir kadın sağlığı sorunudur (Pınar, 2007). Hemşireler, PMS'yi tanılamada ve belirtilere ilişkin tedavi planı uygulanmasında kilit role sahiptir (Aktaş ve ark., 2012). PMS'ye ilişkin hemşirelik tanıları şöyledir (Sokullu 2009; Bakır 2012):

- Belirtilerle ve stresle başa çıkamama nedeniyle ortaya çıkan anksiyete,
- Ağrı,
- Uyku düzeninde bozulmalar,
- Beslenme örüntüsünde değişiklik, sıvı volümünün fazlalığı,
- Menstruasyonun fizyolojisi ve psikolojisi konusunda bilgi eksikliği ve
- Seksüel fonksiyon bozukluğudur.

Premenstruel sendromlu kadınlara yönelik girişim olarak hemşireler (Ogur 2004; Taylor ve ark., 2005; Aktaş ve ark., 2012):

- Hem birinci basamakta hem de ikinci basamakta kadın ve ailesine hürmanistik yaklaşım göstermeli ve kadının sorunlarına yönelik danışmanlık yapmalıdır.
- Kadının polikliniğe kabulünü yaparak kendini tanıtmalı ve oryantasyonu sağlamalıdır. Kadına süreçle ilgili bilgi vererek amacını açıklamalıdır.
- Kadına üreme sağlığı, tıbbi, menstrel ve PMS hikâyesine yönelik sorular sorarak ayrıntılı anamnez almalıdır.
- Kadının PMS nedeniyle yaşadığı rahatsızlıkların tespitinde destekleyici olmalıdır. PMS ile ilgili kadınları bilgilendirmeli ve yaşadıkları rahatsızlığın hayatı tehdit eden bir hastalık olmadığı konusunda kadınlara danışmanlık yapmalıdır.
- Kadınları premenstruel dönemde az ve sık yemek yemeleri, az yağlı, kafeinsiz ve alkolsüz besinler tüketmeleri konularında bilgilendirmelidir. Ayrıca karbonhidratlı besinlerin, serotoninini artırarak PMS belirtilerini azaltabileceği

düşünüldüğünden bu dönemlerinde karbonhidrat ağırlıklı beslenmeleri konusunda öneride bulunmalıdır.

- Kadınlara menstruasyonun fizyolojisini ve psikolojisini öğretmelidir.
- Cinsel sorunların çözümü hakkında eğitim ve danışmanlık yapmalıdır.
- Özellikle gergin ve kaygılı bireylere günlük hafif egzersizleri ve gevşeme tekniklerini öğretmeli, düzenli egzersiz, bisiklete binme, yürüyüş ve yüzme gibi sporların faydaları konusunda bilgi vermelidir.
- İleri derecede depresyonu ve intihar düşünceleri olan bireyleri psikiyatrik açıdan değerlendirilmek üzere yönlendirmelidir.

Kadının menstruasyon ve premenstruel gerilim konusunda bilgi sahibi olması, menstruasyona karşı olumlu tutum sergilemesi, ağrı ve kramplarının azalması, PMS semptomları ile başa çıkmada yeni davranış şekilleri geliştirmesi, beslenmesini önerilen şekilde düzenlemesi, doyumlu seksüel ilişki yaşamaya başlaması, hemşirelik bakımının hedefine ulaştığını göstermektedir (Sokullu 2009).

2.2. Doğum Sonrası Depresyon

Doğum sonrası dönem psikiyatrik rahatsızlıkların başlaması ve alevlenmesi açısından riskli bir dönemdir. Kadınların çoğu gebelik ve doğuma bağlı fizyolojik, psikolojik ve sosyal değişimlere kolay uyum sağlarken, bazıları hafif, orta ve şiddetli derecelerde psikolojik hastalıklar yaşamaktadır (Arslan 2012). Doğum sonrasında görülmeye başlayan, normal sayılabilen bir hüznünlük durumundan psikotik depresyona kadar geniş bir açıda kendini gösteren ruhsal bozukluklar, hüznü, depresyon ve psikoz olmak üzere üç kategoriye ayrılmaktadır. Bu rahatsızlıklar arasında en sık görülen ruhsal bozukluk depresyondur (Bulut 2016). Doğum sonrası ilk bir yıl içinde başlayan depresyon, Doğum Sonrası Depresyon (DSD) olarak değerlendirilmektedir (Beck ve Gable, 2001). DSM-IV-TR’de “Duygudurum Bozuklukları” içinde yer alan DSD, “Postpartum Başlangıç Belirleyicisi” başlığı altında “Postpartum 4 hafta içinde epizodun başlaması” olarak tanımlanmaktadır. İlk defa 1858 yılında Victor Luis Marce tarafından gebelikte ve doğum sonrası dönemde psikiyatrik bozuklukların ortaya çıktığı öne sürülmüştür (Marakoğlu ve ark., 2009).

2.2.1. Doğum Sonrası Depresyonun Epidemiyolojisi

Doğum sonrası depresyonun görülme sıklığı araştırma yapılan toplumun yapısına ve yapılan araştırmanın tekniğine göre değişiklikler göstermektedir (Can 2010). Doğum sonrası depresyon prevalansının, İngiltere’de %31, Amerika’da %38, İtalya’da %30, Kanada’da %20, Çin’de %15.5, Hong Kong’da ise %37 olarak bulunduğu bildirilmektedir (Çelikel 2012). Türkiye’de yapılan çalışmalarda DSD görülme sıklığının %8.8 ile %42.7 arasında değiştiği bildirilmektedir (Kayacı 2008; Arslantaş ve ark., 2009; Demir ve ark., 2016).

2.2.2. Doğum Sonrası Depresyonun Etiyolojisi

Doğum sonrası depresyonun etiyolojisi tam olarak bilinmemekle birlikte bazı risk faktörlerini taşıyan kadınlarda daha sık görüldüğü bildirilmektedir. Bu risk faktörleri arasında eğitim düzeyinin düşüklüğü, madde bağımlılığı, adolesan gebelik, primipar olma, hiperemezis gravidarum öyküsü, düşük doğum ağırlıklı ve özürlü bebeğe sahip olma durumu yer almaktadır. Aynı zamanda sosyoekonomik güçlükler yaşama durumu, riskli gebelik, istenmeyen gebelik, geçirilmiş depresyon öyküsü, premenstruel sendrom yaşama durumu, emzirmeme, kayıpla sonuçlanan gebelik ve doğum deneyimi, anne-bebeğin erken ayrılması, aile içi çatışmaların yaşanması, evlilikle ilgili problemler yaşanması, sosyal desteğin yetersizliğinin de risk faktörleri arasında olduğu belirtilmektedir (Gümüş ve ark., 2012). Ayrıca hormonal değişimler, kişilik, yaş, obstetrik komplikasyonlar, çocuk sayısı, yaşam stresi, prenatal dönemde yaşanan anksiyete veya depresyon, annelik rolüne adapte olamama, postpartum hüznün, çocuk bakımına bağlı stres gibi durumlar da DSD’yi etkileyen faktörler arasında yer almaktadır (Karabulut 2013).

2.2.3. Doğum Sonrası Depresyon Belirtileri

Doğum sonrası depresyonda kontrol dışı ağlama, kendini değersiz hissetme duygusu, karamsarlık, umutsuzluk ve yetersizlik hissi, sosyal izolasyon, cinsel istekte azalma, dikkat eksikliği, kararsızlık, intihar düşünceleri, iştahın azalması veya artması ve bu nedenle yaşanan kilo değişiklikleri, uyku düzeni değişiklikleri, anksiyete ve bazen panik ataklar, suçluluk duygusu, bebekle ilgili endişe duyma, hareket ve konuşmada yavaşlama, ajitasyon ya da hiperaktivite, düşüncelerde karışıklık ve

unutkanlığın artması, öfkeliilik, konsantrasyon ve karar verme yeteneğinde azalma gibi semptomlar görülmektedir (Bilgiç ve ark., 2015).

2.2.4. Doğum Sonrası Depresyonun Tedavisi

Depresif semptomları olan kadınlardan %80-85'inin tıbbi yardım aramadığı tahmin edilmektedir (Bilgiç ve ark., 2015). Birçok kadın doğum sonrası dönemde mutlu olunması gerektiğine inandığı için taşıdığı depresif duygular nedeniyle suçluluk hissi yaşamakta ve belirtileri saklamaktadır. Bu durum DSD tablosunun kolaylıkla gözden kaçmasına neden olmaktadır (Can 2010). Bunun yanında DSD'li kadınların tedavi için başvuru yapmama nedenleri arasında toplum tarafından damgalanma korkusu da yer almaktadır. Bu ve benzer durumlar nedeniyle postpartum süreçteki kadınlar depresif belirtiler yönünden takip edilmeli ve ailelere bu konuyla ilgili bilgi verilmelidir. Doğum sonrası depresyonun kadın ve ailesi üzerinde olumsuz etkileri başlamadan erken dönemde tanılanması ve bir an önce tedaviye başlanması gerekmektedir. Tedavi edilmediği sürece tekrarlayıcı, ilerleyici ve kronik bir hastalık olabilen DSD kadının yaşam kalitesini düşürmekte, intihar riskini ve annenin bebeğine zarar verme riskini artırmaktadır (Suyer 2011).

Doğum sonrası depresyonun tedavisinde semptomların şiddetine göre psikoterapötik tedavi, farmakolojik tedavi ve elektro-konvülfif tedavi uygulanmaktadır (Marakoğlu ve ark., 2009).

2.2.5. Doğum Sonrası Depresyonda Hemşirelik Yaklaşımı

Doğum sonrası ilk günde, sağlık personelleri ile yoğun etkileşim içinde olan kadının doğum sonrası döneme uyumunda ailesinin yanı sıra sağlık çalışanlarından özellikle hemşirelerin verdiği bakım çok önemlidir (Beydağ 2007). Hemşire, stresli yaşantıların olduğu bu dönemde kadını etkileyen fiziksel ve psikolojik faktörlerin farkında olmalı ve bakım verici rolünü uygulamalıdır. Doğum sonrası depresyonda hemşirelik tanıları (Tezel ve Gözüm, 2005);

- Etkisiz bireysel baş etme,
- Ümitsizlik,
- Sosyal etkileşimde bozulma/sosyal izolasyon,
- Benlik saygısında bozulma,

- Güçsüzlük,
- Kendine yönelik şiddet potansiyeli,
- Düşünce sürecinin değişimi,
- Öz-bakım yetersizliği,
- Uyku alışkanlığının bozulması,
- Aile içi süreçlerin değişimi,
- Seksüel fonksiyon bozukluğu,
- Kabızlık,
- Yetersiz ve dengesiz beslenmedir.

Hemşireler doğum öncesi ve doğum sonrası dönemde ihtiyaç duyulan konularda anneye ve aileye danışmanlık hizmeti vermeli, profesyonel sağlık bakımı ihtiyacı olan kadınları belirleyebilmek için, doğum sonrasında depresyona ilişkin belirti ve davranışları gözlemlemelidir (Serhan 2010). Hemşire, bireysel farklılıkları göz önünde bulundurarak her annenin mevcut ve potansiyel problemlerini farklı hemşirelik girişimleri ile ele almalıdır. Hemşire, annenin önceki başarılarını araştırmalı, pozitif ve güçlü yönlerini ortaya çıkararak desteklemelidir. Anne davranışlarında olumlu gelişmeler yaşandığında hemşire de pozitif geri bildirimler vermelidir (Tezel ve Gözüm, 2005).

2.3. Anne-Bebek Bağlanması

Bağlanma davranışı, başka bir bireye karşı yakınlık arama ve sürdürme olarak tanımlanmıştır. Bu teori çocuk ile bakım veren kişi arasındaki duygusal, bilişsel ve davranışsal ilişkiyi açıklamaktadır (Alan 2011).

Bağlanma kavramı, insanın gelişim süreci içinde önemli bir yere sahiptir (Öztürk 2010). Doğumdan sonraki ilk dakikalar, ilk saatler ve ilk günler anne ile bebeğin yeni durumlarına uyum sağladığı ve aralarındaki ilişkinin hassasiyeti nedeniyle kritik sürelerdir (Şolt 2011). Anne-bebek arasında doğumla birlikte gelişen bu süreç, kişinin gelişimine, psikolojik uyumuna ve diğer insanlarla ilişkilerine etki ederek, bireyin bütün hayatı boyunca etkinliğini sürdürmektedir (Öztürk 2010).

Bağlanma kuramı John Bowlby ve Mary Ainsworth'un ortaklaşa çalışmalarının sonucunda gelişmiştir (Kavlak ve Şirin, 2009). Bağlanma kuramının temelini atan

Bowlby çalışmalarına 1950 yıllarında başlamış ve “bağlanma” terimini iki kişi arasında kurulan güçlü bir bağ olarak tanımlayarak kavramın oluşumu için bir köşe taşı oluşturmuştur. Maternal bağlanmayı ise anne ile çocuk arasında sürekli, sıcak, yakın bir ilişkinin kurulması, her iki tarafın bu durumdan memnun olması ve haz alması olarak tanımlamıştır (Kavlak ve Şirin, 2009; Yazgan 2014). 1969’da Ainsworth bağlanmayı, bir kişiden bir başka özel kişiye karşı oluşan duygusal bağ olarak tanımlamıştır (Kayacı 2008). Ainsworth'un deneysel yaklaşımı ile Bowlby'nin kuramı (1988) desteklenmiştir. Ainsworth ve arkadaşları tarafından bir yaşındaki bebeğin ailesine bağlılık seviyesini belirlemek ve bebeğin bir yabancı ile karşılaştığı andaki olası tepkilerini ölçmek amacıyla Yabancı Durum Testi geliştirilmiştir. Bu testte anne, bebek ve araştırmacı içinde oyuncaklar bulunan ve araştırmacı davranışların rahatlıkla yapılabileceği bir odada bir araya getirilmektedir. Anne ve bebek araştırmacının gözetimi altında, üçer dakika süren yedi farklı uygulamaya maruz kalmaktadır. Bu uygulamalarda bebeğin ayrılık durumuna ilişkin tepkileri kayıt edilerek değerlendirildiğinde temelde üç tür bağlılık ilişkisi olduğu görülmüştür. Bunlar (Soysal ve ark., 2005):

Güvenli Bağlanma: Bebeklerin, annelerinin her zaman yanında olduğundan ve stres durumunda kendisine yardım edeceğinden emin olduğu bağlanmadır (Kayacı, 2008). Bu bebekler annelerinden ayrıldıkları anda stres belirtisi göstermekte, anneleri ile tekrar bir araya geldiklerinde ise anneleri ile etkileşime geçerek kolayca sakinleşebilmekte ve çevreyi keşfetmeye geri dönmektedirler. Güvensiz bağlanan bebekler ise anneleri onları kucağına aldığı anda bile daha sık ağlamakta ve daha az keşfetme davranışında bulunmaktadır (Türen 2014). Güvenli bağlanmanın gelişebilmesi için bebeğin kesintisiz, tutarlı tepki veren, duyarlı ve her zaman ulaşılabilirliği bir bakım verene sahip olması gerekmektedir (Kayacı, 2008).

Kaygılı/Kararsız Bağlanma: Kaygılı-kararsız bağlanan bebekler, aradıklarında annelerinin yanıt vereceğinden ya da yardım edeceğinden emin olmayan bebeklerdir (Kayacı 2008). Bu bebekler, anneleri ortamda olmadığı anda çok sıkıntı yaşamakta, çevresini keşfetmede isteksiz davranmakta ve annelerinin ortama geri dönmesi durumunda uzlaşmamaktadırlar. Fiziksel temas isterken aynı zamanda teması reddetmektedirler (Arı 2012). Annenin duyarsız, aşırı müdahale edici ve önceden

tahmin edilemeyen tutarsız tepkiler göstermesi bebekte kaygılı/kararsız bağlanma örüntüsü gelişmesine neden olmaktadır (Türen 2014).

Kaçınan Bağlanma: Kaçınan bağlanma örüntüsü olan bebekler, güvenli bağlanmadan farklı olarak annelerinden ayrılırken çok az tepki gösterirler ve anneleri geri döndüğünde ise hiçbir şey olmamış gibi davranarak oyunlarına devam ederler, dikkatlerini çevreden bağlanma figürüne çevirmeleri de zordur (Şen 2007). Annenin reddedici olduğu ya da bakım konusunda aşırı ihmalkâr davrandığında bebekte kaçınan bağlanma örüntüsü gelişmekte ve bu durum bebeğin zamanından önce bağımsız olmayı istemesine ya da bağlanma figüründen kopma eğilimi göstermesine yol açabilmektedir (Türen 2014). Ebeveynler, sıklıkla bu çocukların ihtiyaçlarını kendi kendilerine karşıladıklarını, kendi ailelerinde de genel olarak bağımsızlığa inanıldığını ve bunun desteklendiğini savunmaktadırlar. Bu ebeveynlerin özellikle yakın fiziksel temasta bulunmayan anneler olduğu, çocuklarının ihtiyaçları karşısında genelde tutarsız, ağlamalarına tepkisiz ve reddedici davranış sergiledikleri görülmüştür (Arı 2012).

Bir annenin bebeğine sevgi ile bağlanması, çocuğun sağlıklı büyüme ve gelişimine katkı sağlayan önemli öğelerdendir (Yazgan 2014). Bağlanma, bebeklik döneminde aşamalar halinde gelişmekte ve tam olarak altı ay ile yirmi dört ay arasında şekillenmektedir (Türen 2014). Çocuğun yaşadığı ilk bağlanma tecrübesi daha sonra yaşayacağı bağlanma tecrübelerine temel oluşturur (Yazgan 2014). Süt çocuklarında tespit edilen bağlanma özelliklerinin ergenlik döneminde de devam ettiğine dair kanıtlar bulunmaktadır. Güvensiz bağlanan bebeklerin okul döneminde ve ergenlikte daha fazla duygusal sorun yaşadığı saptanmıştır (Akkoca 2009).

Anne bebek bağlanmasının oluşumunda ve gelişiminde, gebeliğin planlanma durumu, gebeliğin istenme durumu, annenin güven duygusu, ailenin sosyoekonomik ve kültürel durumu, eş ile ilişki, eşin desteği, kadının ailesiyle ve sosyal çevresiyle ilişkileri, doğum şekli, anne-bebeğin sağlık durumu, annenin bebek bakımı bilgisi gibi faktörlerin etkili olduğu bildirilmektedir (Kavlak 2004). Yapılan bir çalışmada, bebek masajının primipar annelerde anne bebek bağlanmasını ve emzirme başarısını arttırmada etkili olduğu saptanmıştır (Gürol 2010). Doğum sayısının anne-bebek bağlanmasına etkisinin araştırıldığı başka bir çalışmada ise, 30 yaşın altında olan,

planlı gebelik yaşayan, bebeği erkek cinsiyetinde doğan primipar annelerin multipar annelere göre maternal bağlanma puanlarının anlamlı derecede daha yüksek olduğu bulunmuştur (Şolt 2011).

2.3.1. Anne-Bebek Bağlanmasında Hemşirelik Yaklaşımı

Anne-bebek etkileşimi çocuğun gelişimini ve tüm yaşamını etkilemesi nedeniyle hayati önem taşımaktadır ve bu konuda hemşirenin önemli sorumlulukları bulunmaktadır (Çoban ve Saruhan, 2005).

Hemşire doğum sonrası dönemde anne-bebek ilişkisini değerlendirmek amacıyla periyodik gözlemler yapmalı ve bağlanma sürecine ilişkin notlar almalıdır (Taşkın 2016). Doğum sonrasında uygun koşullarda ilk beslenmeyi doğum masasında başlatarak olabildiğince erken emzirmeyi sağlamalı ve böylece anne-bebek birlikteliğini erken dönemde başlatmalıdır. Anne-bebeğin aynı odada kalması ile annenin kendi rolüne uyum göstermesi ve bebeği ile etkileşiminin artırılmasına olanak sağlanmalıdır (Çoban ve Saruhan, 2005). Doğum sonrası ilk günlerde, anne-bebek arasında emzirmeyle birlikte yeterli ve başarılı etkileşim sürecini başlatma ve sürdürme hemşirenin en önemli rollerindedir (Gürol 2010).

Hemşireler, ebeveynleri bebekle göz teması kurmaları, bebeğe dokunmaları, sarılmaları, bakım vermeleri, bebeği incelemeleri ve bebek hakkında konuşmaları konularında cesaretlendirmelidirler (Çalışır ve ark., 2009). Annenin bebeğini takma isimle çağırması, bebeğin yetersiz kilo alması, kirli ve bakımsız olması, hijyenik önlemlerin sürdürülmemesi ve bebekte ciddi pişiklerin olması gibi durumlar anne bebek bağlanmasında yetersizlik olduğunu gösteren ipuçlarındandır. Bu durumlar mevcut ise hemşire anneye danışmanlık yapmalı, anne ile bebeği hakkındaki duygularını konuşmalı ve annenin bebek bakımı ile ilgili aktivitelerini desteklemelidir. Anneye kundaklama, sallama, ninni söyleme gibi ağlayan bebeği sakinleştirici yöntemleri, bebeği kucağa alma ve emzirme tekniğini öğretmelidir (Taşkın 2016). Hemşireler bağlanma sorunu yaşayan annelerin izlemine yaparak ileride oluşabilecek çocuk ihmali ve istismarlarını önlemelidir (Şolt 2011).

2.4. Premenstruel Sendrom, Doğum Sonrası Depresyon ve Anne-Bebek Bağlanması İlişkisi

Premenstruel sendrom adölesan kızların ve kadınların ruhsal ve fiziksel sağlığının temel belirleyicilerinden biridir (Bostancı 2010). Premenstruel dönemde fiziksel ve psikolojik değişikliklerin yaşandığı gözlemi Hipokrat dönemine kadar uzanmaktadır. Hipokrat bu dönemde görülen taşkınlığın, intihar düşüncelerinin ve zihinsel bozuklukların akmaktan alıkonulmuş adet kanı ile ilişkili olduğunu ifade etmiştir.

Kadın üreme hormonlarının, dopamin, serotonin, norepinefrin, gamma amino bütirik asit gibi nörotransmitterlerin fonksiyonlarını düzenlediği ve hormon dalgalanmalarının ise dolaylı olarak ruhsal şikayetlere neden olduğu kabul edilmektedir (Yücel ve ark., 2009). Depresyonda, santral sinir sisteminde serotonin eksikliğinin olması ve PMS'de de depresyon yaşanması luteal fazda serotonin eksikliği olduğunu düşündürmektedir. Premenstruel sendromlu kadınların eritrosit ve plateletlerinde serotonin seviyesinin düşük olduğu belirtilmektedir (Ogur 2004). PMS'de önemli rolü olduğu ispatlanan Allopregnanolonun GABA seviyelerini düşürmesine bağlı anksiyete ve depresyon ortaya çıktığı bildirilmektedir (Poyrazoğlu 2010). Ayrıca hipokalsemi durumunda görülen depresyon, anksiyete ve disforik bozukluk belirtilerinin PMS'de de görülmesi, PMS'nin etiyolojisinde kalsiyumun rolü olduğunu düşündürmektedir (Şahin 2012).

Bazı araştırmacılar panik bozukluk, anksiyete, depresyon gibi duygu durum bozukluklarının PMS ve PMDB ile bağlantı olduğunu, PMS'li kadınlarda anksiyete, kişilik bozuklukları ve depresyonun normal popülasyona oranla daha fazla görüldüğünü öne sürmektedir (Halbreich ve Endicott, 1985; De Ronchi ve ark., 1999). PMS tanısı konulan kadınlarda yaşam boyu depresyon görülme sıklığının %30-76 arasında değiştiği bildirilmektedir (Baker ve Driver, 2007). Premenstruel sendrom, postpartum depresyonun daha sık görülmesine neden olan risk faktörleri arasında yer almaktadır (Marakoğlu ve ark., 2009; Gümüş ve ark., 2012). Lohusalıkta duygudurum bozukluğu yaşayan kadınların iyileşip düzenli adet kanamaları başladıktan sonra menstruel döngülerinin geç luteal fazında depresif yakınmalarının alevlendiği bildirilmektedir (Brockington ve ark., 1988, Schenck ve ark., 1992). Hartlage ve ark.

(2001), PMDB'li kadınlarda majör depresyon gelişme riskini PMDB'li olmayan kadınlara göre 14 kat daha fazla bulmuştur. Gümüş ve ark. (2012), premenstruel sendrom öyküsü olan kadınların depresif belirti düzeyinin daha yüksek olduğunu bulmuştur. Yücel ve ark. (2009), adölesanların PMS yaygınlığını %62.5, depresyon riskini %48 olarak bulmuş, PMS'li olanların %84'ünde, PMS'li olmayanların %16'sında depresyon riski olduğunu saptamıştır.

Premenstruel sendrom, kadının sağlığını yakından ilgilendiren, fiziksel ve psikolojik şikayetlerle seyreden, sosyal ve aile içi ilişkilerini etki eden bir durumdur. Belirtiler kadının ruh sağlığını ve sosyal ilişkilerini bozmakta, iş verimini aksatmakta, rollerini yerine getirmesini zorlaştırmaktadır. Ayrıca belirtileri yaşayan kadınların evlilik ve yaşam kalitelerinin düşük olduğu, cinsel yaşamlarında, çocuk bakımı ve bütün aile yaşamlarında yetersiz oldukları saptanmıştır (Ogur 2004). Premenstruel sendromlu kadınların ailelerinde çocuk örselenmesi ve aile içi kavgalar rapor edilmiştir (Pınar 2007).

Karabulut'un aktardığına göre (2014); doğum sonrası dönemde görülen depresyon anneyi etkilediği kadar bebeği de etkilemekte ve anne-bebek ilişkisini bozulmasına neden olabilmektedir. Depresif olan anneler diğer annelere göre bebeklerine daha az şefkat göstermektedirler. Buna bağlı olarak depresif anneye sahip olan bebeklerin daha çekingen, sinirli, daha az jest-mimik kullanan, az konuşan, uyku sorunu yaşayan bebekler olduğu bildirilmektedir. Brockington ve ark. (2006) bağlanma bozukluğunun doğum sonrası psikiyatrik bozukluğu olan annelerdeki oranını %11 olarak bulmuştur. Postpartum dönemde depresif olan anneler bebekleriyle duygusal bağ kurmada zorluk yaşamakta ve anne bebek bağı ciddi şekilde bozulmaktadır. Bu annelerin bebekleri aynı zamanda kognitif güçlükler de yaşamaktadırlar (Dilbaz ve Enez, 2007).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Türü

Bu araştırma tanımlayıcı ve kesitsel tiptedir.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma Ordu ilinde Sağlık Bakanlığı-Ordu Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesine bağlı Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Ek Hizmet Binası'ndaki Çocuk Polikliniklerinde yürütülmüştür.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme

3.3.1. Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini Sağlık Bakanlığı-Ordu Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesine bağlı Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Ek Hizmet Binası'ndaki çocuk polikliniklerine başvuran 01-12 aylık bebeği olan kadınlar oluşturmaktadır. Hastanede her gün ortalama dört poliklinik hizmet vermekte ve her poliklinikte 01-12 ay yaş grubunda yaklaşık olarak 10 çocuk muayene olmaktadır.

3.3.2. Araştırmanın Örneklem Seçimi

Sağlık Bakanlığı-Ordu Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Ek Hizmet Binası Çocuk Polikliniklerine bebeklerini muayene ettirmek için başvuran, 01-12 aylık bebeği olan, araştırmaya dahil edilme kriterlerine uyan ve araştırmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden anneler alınmıştır. Bu polikliniklerde 2015 yılında muayene olan 01-12 aylık bebek sayısı 1499'dur. Araştırmanın verileri dört ay süre ile toplanması planlanmış ve veriler 18 Nisan-18 Ağustos 2016 tarihleri arasında toplanmıştır. Bu sürede örneklem seçimine gidilmeden araştırmaya dahil edilme kriterlerine uyan ve araştırmaya katılmaya gönüllü olan 322 anne tam sayım tekniği ile örneklem kapsamına alınmıştır.

3.3.2.1. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

- En az ilkokul mezunu olmak,
- 18 yaş ve üzeri doğum yapmış olmak,

- Son gebeliğinin süresi 37 hafta ve üzeri olmak,
- 01-12 ay arası sağlıklı bebeği olmak,
- Sözel iletişim kurabilmek,
- Araştırmaya katılmayı gönüllü olarak kabul etmek.

3.3.2.2. Araştırmadan Dışlama Kriterleri

- Zihinsel engeli olmak,
- Bilinen ruhsal hastalığı olmak,
- Gebelik süresi 36 hafta ve daha az olmak,
- İlkokul mezunu olmamak,
- 18 yaşından daha küçük olmak.

3.4. Veri Toplama Araçları

Verilerin toplanmasında konu ile ilgili literatür bilgileri (Ogur 2004; Gökçe 2006; Can 2010; Öztürk 2010; Poyrazoğlu 2010; Alan 2011; Suyer 2011; Gümüş ve ark., 2012; Karabulut 2013; Chi ve ark., 2016) doğrultusunda geliştirilen Kişisel Bilgi Formu (Ek-1), Premenstruel Sendrom Ölçeği (PMSÖ) (Ek-2), Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği (EDSDÖ) (Ek-3) ve Doğum Sonrası Bağlanma Ölçeği (DSBÖ) (Ek-4) kullanılmıştır.

3.4.1. Kişisel Bilgi Formu

Kişisel bilgi formu annenin sosyo-demografik, obstetrik özellikleri, bebeğine ait özellikler ve sosyal ilişkileri ile ilgili 34 soru içermektedir. Kişisel bilgi formunda sosyo-demografik özelliklerle ilgili olarak; annenin yaşı, boyu, kilosu, eğitim durumu, eşin yaşı, eşin eğitim durumu, eşin çalışma durumu, evlilik yılı, aile tipi, ailenin gelir seviyesi, doğum öncesi çalışma durumu, şu anda çalışma durumuna ait sorular yer almaktadır.

Annenin obstetrik özellikleri ve ruhsal sorun yaşama durumları ile ilgili olarak gebelik sayısı, yaşayan çocuk sayısı, gebelik öncesinde ruhsal sorun yaşama durumu, ruhsal sorunla ilgili doktora başvurma durumu, gebeliği isteme durumu, gebelik süresince düzenli kontrole gitme durumu, gebelikte sorun yaşama durumu, doğum

şekli, doğum korkusu yaşama durumu, doğumda problem yaşama durumu ve doğumdan sonra problem yaşama durumu ile ilgili sorular bulunmaktadır.

Ayrıca anneye bebeğin kaç aylık olduğu, cinsiyeti, kaç kilo doğduğu, anne sütü ile beslenme durumu, doğumdan sonra ilk emzirme süresi, doğumdan sonra bebekle ilk tensel temas süresi, bebeğin hastanede yatarak tedavi görme durumuna ilişkin sorular yöneltilmiştir. Form aynı zamanda anneni eş, anne, kayınvalide ile ilişkileri hakkında soruları da içermektedir.

3.4.2. Premenstruel Sendrom Ölçeği

Premenstruel Sendrom Ölçeği, Gençdoğan (2006) tarafından premenstruel belirtileri ölçmek ve şiddetini belirleyebilmek amacıyla geliştirilen, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılan bir ölçektir. Beşli likert biçiminde olan ve 44 sorudan oluşan ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0.75 olarak bulunmuştur. Ölçeğin puanlamasında “hiç” seçeneği 1 puan, “çok az” seçeneği 2 puan, “bazen” seçeneği 3 puan, “sık sık” seçeneği 4 puan, “sürekli” seçeneği 5 puan olarak değerlendirilmektedir. PMSÖ'nün depresif duygulanım (1., 2., 3., 4., 5., 6. ve 7. madde), anksiyete (8., 9., 10., 11., 13., 15. ve 16. madde), yorgunluk (12., 14., 17., 18., 25. ve 37. madde), sinirlilik (19., 20., 21., 22. ve 23. madde), depresif düşünceler (24., 26., 27., 28., 29., 30. ve 44. madde), ağrı (31., 32. ve 33. madde), iştah değişimleri (38., 39. ve 40. madde), şişkinlik (41., 42. ve 43. madde) olmak üzere toplam dokuz alt boyutu bulunmakta ve PMSÖ toplam puanı tüm alt boyutlardan alınan puanların toplamından elde edilmektedir. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 44, en yüksek puan 220'dir. Yüksek puan PMS belirtilerinin yoğunluğunun fazla olduğunu göstermektedir. PMSÖ sonuçları değerlendirilirken toplam puanın ve alt ölçek puanlarının alınabilecek en yüksek puanın %50'sini geçme durumuna göre PMS'nin var ya da yok olduğuna karar verilmektedir (Gençdoğan 2006). Toplam PMSÖ'nün Cronbach Alfa değeri 0.96 olduğu belirlenmiştir. PMSÖ'nün alt ölçeklerinin Cronbach Alfa değerlerinin 0.77-0.90 arasında olduğu bulunmuştur.

3.4.3. Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği

Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği, Cox ve ark. (1987) tarafından kadınlarda doğum sonrası depresyon yönünden riski belirlemek amacıyla

geliştirilmiştir. Ölçek tarama amaçlı hazırlanmış olup, depresyon tanısı koymaya yönelik kullanılmamaktadır. 10 sorudan oluşan dörtlü likert biçimindeki ölçekte dört seçenekten oluşan yanıtlar 0-3 arasında puanlanmaktadır. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 0 ve en yüksek puan 30'dur. Değerlendirmede 1., 2., ve 4. maddeler 0, 1, 2, 3 olarak puanlanırken 3., 5., 6., 7., 8., 9., ve 10. maddeler 3, 2, 1, 0 puan şeklinde, ters olarak puanlanmaktadır (Cox ve ark., 1987). Türkçe'ye uyarlaması Engindeniz ve ark. (1996) tarafından yapılan ölçeğin geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında iç tutarlılık kat sayısı 0.79, iki yarım güvenilirliği 0.80; kesme noktası 12/13 alındığında duyarlılığı 0.84, özgüllüğü 0.88, pozitif yordama değeri 0.69, negatif yordama değeri 0.94 olarak bulunmuştur. Ölçeğin kesme puanı ise 12/13 olarak hesaplanmıştır. Ölçek puanı 13 ve üzerinde olan kadınlar depresyon açısından risk grubunda olarak kabul edilmiştir (Engindeniz ve ark., 1996). Bu çalışmada ölçeğin Cronbach Alfa değeri 0.82 bulunmuştur.

3.4.4. Doğum Sonrası Bağlanma Ölçeği

Doğum Sonrası Bağlanma Ölçeği, Brockington ve ark. (2001) tarafından anne bebek ilişkisinde gelişen sorunların erken tanısını sağlamak amacıyla geliştirilmiştir. Anne tarafından doldurulan ölçek altı basamaklı bir likert skalasına sahiptir. Skala "her zaman", "çok sık", "sık", "bazen", "nadiren", "hiçbir zaman" olarak tanımlanmıştır. Ölçek 17'si ters derecelendirilmiş 25 maddeden oluşmaktadır. Maddeler 0-5 arasında derecelendirilmiştir. DSBÖ'nün "bağlanma bozukluğu" (12 madde), "reddetme ve sinirlilik" (7 madde), "bakım konusunda gerginlik" (4 madde), "istismar riski" (2 madde) olmak üzere dört alt boyutu bulunmaktadır. Anne-bebek ilişkisindeki patoloji, dört alt ölçek için belirlenmiş kesim noktasına göre tanı almaktadır (Brockington ve ark., 2001; Brockington ve ark., 2006). Dört alt ölçeğin kesim noktası sırasıyla bağlanmada bozukluk (alt ölçek 1) ≥ 12 , reddetme ve sinirlilik (alt ölçek 2) ≥ 17 , bebek bakımında anksiyete (alt ölçek 3) ≥ 10 , istismar riski (alt ölçek 4) ≥ 3 'dür. Ölçeğin geneli için kesme noktası 26 puandır. Ölçeğin genelinden 27 ve üzerinde puan alma, doğum sonu bağlanma sorunu olduğu şeklinde tanımlanır. Özgün çalışmada Cronbach alfa DSBÖ toplam skoru için 0.75 iken, bağlanmada bozukluk (alt ölçek 1) 0.62, reddetme ve sinirlilik (alt ölçek 2) 0.53, bebek bakımında anksiyete (alt ölçek 3) 0.40, istismar riski (alt ölçek 4) 0.11 olarak hesaplanmıştır. Alt ölçek 4'ün tutarlılık

katsayısının düşük olması nedeni ile tek faktör olarak incelenmesi ve toplam skor üzerinden değerlendirilme yapılması önerilmiştir (Yalçın ve ark., 2014). Bu nedenle, çalışmada annelere ait özellikler ile DSBÖ'nün alt boyutları karşılaştırma tablolarında kullanılmamış, ölçeğin tamamı üzerinden değerlendirme yapılmıştır. Bu çalışmada ölçeğin Cronbach Alfa değerinin 0.78 olduğu belirlenmiştir.

3.5. Veri Toplama Formunun Ön Uygulaması

Veri toplama formunun ön uygulaması, formun anlaşılabilirliğini ve kullanılabilirliğini test etmek amacıyla, 11-15 Nisan 2016 tarihleri arasında 30 kadına yapılmıştır. Uygulama sonrası kişisel bilgi formundan beş soru çıkarılmış ve gerekli düzeltmeler yapılmıştır. Ön uygulamada doldurulan veri toplama formları çalışmaya dahil edilmemiştir.

3.6. Veri Toplama Formunun Uygulaması

Çalışmanın verileri 18 Nisan-18 Ağustos 2016 tarihleri arasında toplanmıştır. Verilerin toplanmasında yüz yüze görüşme tekniği kullanılmış, kişisel bilgi formu ve ölçekler kadınların kendileri tarafından doldurulmuştur. Kadınların soruları cevaplama süresi yaklaşık 20-25 dakika sürmüştür. Veri toplama formu polikliniğin sakin bir bölümünde ara verilmeden uygulanmıştır.

3.7. Değişkenler

3.7.1. Bağımlı Değişkenler

- Premenstruel Sendrom Ölçeği puanı
- Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği puanı
- Doğum Sonrası Bağlanma Ölçeği puanı

3.7.2. Bağımsız Değişkenler

- Sosyo-demografik özellikler
- Obstetrik özellikleri
- Bebeğe ait özellikler
- Sosyal ilişkilere ait özellikleri

3.8. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmaya katılmayı kabul eden annelere araştırma ile ilgili açıklamalar yapılarak yazılı onamları alınmıştır (Ek 5). Bilgilendirilmiş onam formunda, araştırmaya katılmanın gönüllülük esasına dayandığı, verilen cevapların gizli tutulacağı, istediği zaman araştırmadan ayrılacağı konusunda bilgi verilmiştir. Araştırmada kullanılan ölçeklerin yazarlarından ölçek kullanımı için yazılı izin alınmıştır (Ek 6-8). Araştırmanın Ordu Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi'nde yürütülebilmesi için Ordu İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği'nden yazılı izin alınmıştır (23.02.2016 Tarihli ve E.76 Sayılı) (Ek 9). Araştırma uygulamaları için Ordu Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan (01.04.2016 Tarihli ve 2016/26 Sayılı) onay alınmıştır (Ek 10).

3.9. Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin analizi bilgisayarda Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 20.0 istatistik paket programı kullanılarak yapılmıştır. Araştırmada sosyo-demografik değişkenler açısından ölçeklerden (PMSÖ, EDSÖ vb.) elde edilen toplam puanlara ait hata terimlerinin normal dağılım gösterdiği Kolmogorov-Smirnov normallik testi ile belirlenmiştir ($p>0.05$). Bu nedenle, verilerin değerlendirilmesinde sayı, yüzde, aritmetik ortalama, standart sapma, alt ve üst değerleri içeren tanımlayıcı istatistiksel yöntemler ve bağımsız gruplarda farklılıklar ise Student *t*-testi, Tek Yönlü Varyans Analizi (One-way ANOVA) ve Tukey çoklu karşılaştırma değerlendirilmiştir. Tukey testi sonuçlarına göre en yüksek puana sahip olan gruba "a" harfi verilerek, diğer grupların her biri farklı harfle gösterilmiştir. İki ya da daha fazla harfin aynı grupta olması, bu grubun geçiş grubu olduğunu ve aynı harfi taşıyan gruplar arasında farklılığın olmadığını göstermektedir. Ölçeklerden alınan puanların değerlendirilmesinde Pearson korelasyon katsayısı kullanılmıştır. Korelasyon katsayısının, mutlak değer olarak 0.70-1.00 arasında olması "yüksek", 0.70-0.30 arasında olması "orta", 0.30-0.00 arasında olması ise "düşük" düzeyde ilişki olarak tanımlanmaktadır (Büyüköztürk 2007). PMS'li olma durumuna göre DSD ve doğum sonu bağlanma sorunu olma durumu arasındaki ilişki ki-kare testi ile değerlendirilmiştir. Ölçeklerin güvenilirliği Cronbach Alfa katsayısı ile

değerlendirilmiştir. Sonuçların yorumlanmasında, anlamlılık düzeyi olarak $p<0.05$ alınmıştır.

3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu araştırmanın bazı sınırlılıkları vardır. Bu sınırlılıklardan birincisi, sadece Ordu ilinde, şehir merkezinde ve hastane tabanlı olarak gerçekleştirilmiş olmasıdır. İkinci sınırlılık, araştırmaya 01-12 aylık sağlıklı bebeği olma, ilkokul mezunu olma, 18 yaş ve üzerinde olma, gebelik süresi 37 hafta ve üzeri olma, sözel iletişim kurabilme ve araştırmaya katılmaya gönüllü olma özelliklerini taşıyan annelerin alınmasıdır. Üçüncü sınırlılık, veri toplama formu çalışmaya katılan annelerin kendileri tarafından doldurulmuş, hem premenstruel sendrom, hem de doğum sonrası depresyon ve bağlanma sorununa tıbbi muayene ile tanı konulmamıştır. Bu sınırlılıklardan dolayı araştırmanın sonuçları sadece araştırma yapılan annelere genellenebilir, tüm topluma genellenemez.

3.11. Araştırmanın Uygulanması Sırasında Karşılaşılan Güçlükler

Çalışmanın çocuk polikliniğinde yürütülmesi nedeniyle annelerin zamanının sınırlı oluşu ve veri toplama formlarını doldurulmaya zaman ayırmada isteksiz olmaları araştırmanın uygulanması sırasında karşılaşılan güçlüklerdendir.

4. BULGULAR

01-12 aylık bebeği olan annelerde gebelik öncesi premenstruel sendrom görölme durumunun doğum sonrası depresyon ve anne-bebek bağlanmasına etkisini incelemek amacıyla yapılan bu çalışmada elde edilen bulgular aşağıda belirtilmiştir.

Tablo 4.1’de araştırma kapsamına alınan annelerin sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımları belirtilmiştir. Araştırmaya katılan annelerin yaş ortalamaları 28.88 ± 5.31 (18-48), Beden Kitle İndeksi (BKİ) ortalamaları 25.55 (16.18-42.58), evlilik yılı ortalamaları 6.30 ± 4.90 (1-30), eşlerinin yaş ortalamaları ise 32.52 ± 5.66 (20-54) olarak bulunmuştur. Annelerin %33.9’unun lise mezunu, eşlerinin ise %35.7’sinin lise mezunu olduğu ve eşlerinin %88.5’inin çalıştığı belirlenmiştir. Annelerin %76.4’ünün çekirdek ailede yaşadığı, %88.8’inin “orta” düzeyde gelire sahip olduğu, %71.1’inin ev hanımı olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.1. Annelerin Sosyo-demografik Özelliklerine Göre Dağılımı (n=322)

Kişisel Özellikler	Ortalama	Alt-Üst Değer	SS
Yaş	28.88	18-48	5.31
BKİ	25.55	16.18-42.58	4.21
Evlilik süresi	6.30	1-30	4.90
Eşin Yaşı	32.52	20-54	5.66
	n		%
Eğitim Durumu			
İlkokul mezunu	43		13.3
Ortaokul mezunu	85		26.4
Lise mezunu	109		33.9
Üniversite mezunu	85		26.4
Eşin Eğitim Durumu			
İlkokul	48		14.9
Ortaokul	55		17.1
Lise	115		35.7
Üniversite	92		28.6
Lisansüstü	12		3.7
Eş çalışma durumu			
Çalışan	285		88.5
Çalışmayan	37		11.5
Aile tipi			
Çekirdek Aile	246		76.4
Geniş Aile	76		23.6
Aile gelir seviyesi			
Düşük	36		11.2
Orta	286		88.8
Doğum öncesi çalışma durumu			
Çalışan	146		45.3
Çalışmayan	176		54.7
Şu anda çalışma durumu			
Çalışan	53		16.5
Çalışmayan (Ev hanımı)	229		71.1
Çalışmayan (Doğum izninde)	40		12.4

Tablo 4.2’de araştırmaya katılan annelerin obstetrik özelliklerine göre dağılımları belirtilmiştir. Annelerin gebelik sayısı ortalamaları 2.02 ± 1.03 (1-6 gebelik), yaşayan çocuk sayılarının ortalamaları 1.86 ± 0.92 (1-5 çocuk) olarak bulunmuştur. Annelerin %90.7’si gebeliği istediğini, %96’sı gebeliğinde kontrole düzenli olarak gittiğini, %33.5’i gebelikte sorun yaşadığını belirtmiştir. Gebelikte yaşanan sorunların hipertansiyon (%4), diyabet (%4.3), erken doğum tehdidi (%14) ve düşük tehdidi (%16.1) olduğu belirlenmiştir. Annelerin %60.9’u doğum korkusu, %11.5’i doğumda sorun, %8.4’ü doğumdan sonra sorun yaşadığını ifade etmiştir. Annelerin %61.5’i sezaryen doğum yaptığını belirtmiştir.

Tablo 4.2. Annelerin Obstetrik Özelliklerine Göre Dağılımı (n=322)

Obstetrik özellikler	Ortalama	Alt-Üst Değer	SS
Gebelik sayısı	2.02	1-6	1.03
Yaşayan çocuk sayısı	1.86	1-5	0.92
	n		%
Gebeliği isteme durumu			
İsteyen	292		90.7
Sonradan isteyen	30		9.3
Gebelikte kontrole düzenli gitme durumu			
Düzenli	309		96.0
Düzensiz	13		4.0
Gebelikte sorun yaşama durumu			
Yaşamayan	214		66.5
Yaşayan	108		33.5
Hipertansiyon			
Yok	309		96.0
Var	13		4.0
Diyabet			
Yok	308		95.7
Var	14		4.3
Erken doğum tehdidi			
Yok	277		86.0
Var	45		14.0
Düşük tehdidi			
Yok	270		83.9
Var	52		16.1
Doğum korkusu yaşama durumu			
Yaşayan	196		60.9
Yaşamayan	126		39.1
Doğumda problem yaşama durumu			
Yaşayan	37		11.5
Yaşamayan	285		88.5
Doğumdan sonra problem yaşama durumu			
Yaşayan	27		8.4
Yaşamayan	295		91.6
Doğum şekli			
Normal Doğum	124		38.5
Sezaryen Doğum	198		61.5

Tablo 4.3’de araştırmaya katılan annelerin ruhsal sorun hikayesine göre dağılımları belirtilmiştir. Araştırmaya katılan annelerin %17.4’ünün gebelik öncesinde ruhsal sorun yaşadığı, ruhsal sorun yaşayanların (n=56) %17.9’unun doktora başvurduğu saptanmıştır.

Tablo 4.3. Annelerin Ruhsal Sorun Hikayesine Göre Dağılımı (n=322)

Gebelik ncesi Ruhsal Sorun zellikleri	n	%
Gebelik ncesi ruhsal sorun yaşama durumu		
Yaşayan	56	17.4
Yaşamayan	266	82.6
Ruhsal sorun için doktora başvurma durumu (n=56)*		
Yaşayan	10	17.9
Yaşamayan	46	82.1

*Yüzdeler belirtilen “n” sayısı üzerinden alınmıştır.

Tablo 4.4’de araştırma kapsamına alınan annelerin bebeklerine ait özelliklerine göre dağılımları belirtilmiştir. Bebeklerin ay ortalamasının 6.08 ± 3.64 (01-12 ay), doğum haftası ortalamasının 38.88 ± 1.16 (37-41 hafta) ve doğum kilosu ortalamasının 3.33 ± 0.42 kg (2.20-4.40 kg) olduğu bulunmuştur. Bebeklerin %51.6’sının erkek olduğu, %78.9’unun şu anda anne sütü ile beslendiği, annelerin %59.9’unun bebeklerini doğumdan sonra ilk yarım saat içinde emzirdiği, %77’sinin bebekleri ile doğumdan sonra ilk yarım saat içinde tensel temaslarının başladığı, bebeklerin %25.2’sinin daha önce hastanede yatarak tedavi gördüğü belirlenmiştir.

Tablo 4.4. Bebeklerin Özelliklerine Göre Dağılımı (n=322)

Bebeklerin özellikleri	Ortalama	Alt-Üst Değer	SS
Bebeğin yaşı (ay)	6.08	01-12	3.64
Bebeğin doğum haftası	38.88	37-41	1.16
Bebeğin doğum kilosu	3.33	2.20-4.40	0.42
	n		%
Bebeğin cinsiyeti			
Kız	156		48.4
Erkek	166		51.6
Şu anda anne sütü ile beslenme durumu			
Beslenen	254		78.9
Beslenmeyen	68		21.1
Doğumdan sonra ilk emzirme süresi			
İlk yarım saat içinde	193		59.9
İlk gün içerisinde	80		24.9
Sonraki günlerde	40		12.4
Hiç emzirmeme	9		2.8
Doğumdan sonra bebekle ilk tensesel temas süresi			
İlk yarım saat içinde	248		77.0
İlk gün içerisinde	59		18.3
Sonraki günlerde	15		4.7
Bebeğin hastanede yatarak tedavi görme durumu			
Gören	81		25.2
Görmeyen	241		74.8

Tablo 4.5’de araştırmaya katılan annelerin eş, anne ve kayınvalide ile ilişkilerine göre dağılımları belirtilmiştir. Araştırma kapsamına alınan annelerden %55’i eşi ile ilişkilerinin “çok iyi” olduğunu, kendi annesi hayatta olanların %66.9’u anneleri ile ilişkilerinin “çok iyi” olduğunu, kayınvalidesi hayatta olan annelerin %36.4’ü kayınvalideleri ile ilişkilerinin “iyi” olduğunu ifade etmiştir.

Tablo 4.5. Annelerin Eş, Anne ve Kayınvalide ile İlişkilerine Göre Dağılımı

Annelerin eş, anne ve kayınvalideleri ile ilişkileri	n	%
Eş ile ilişki (n=322)		
Çok iyi	177	55.0
İyi	108	33.6
Orta	33	10.2
Kötü	4	1.2
Anne ile ilişki (n=310)*		
Çok iyi	207	66.9
İyi	90	29.0
Orta	11	3.5
Kötü	2	0.6
Kayınvalide ile ilişki (n=302)*		
Çok iyi	109	36.1
İyi	110	36.4
Orta	68	22.5
Kötü	15	5.0

*Yüzdeler belirtilen "n" sayısı üzerinden alınmıştır.

Tablo 4.6'da PMSÖ ve alt boyutlarından alınabilecek alt ve üst değerler, işaretlenen alt ve üst değerler, ortalama, standart sapma, Cronbach Alfa değerleri ile PMSÖ ve alt boyutlarından %50'den daha yüksek puan alan annelerin oranları verilmiştir. Annelerin PMSÖ alt boyutlarının puan ortalaması; depresif duygulanım için 14.71 ± 6.09 , anksiyete için 13.02 ± 5.28 , yorgunluk için 15.96 ± 5.75 , sinirlilik için 12.69 ± 5.34 , depresif düşünceler için 13.77 ± 6.28 , ağrı için 7.60 ± 3.24 , iştah değişimi için 8.28 ± 3.71 , uyku değişimi için 7.22 ± 3.33 , şişkinlik için 7.24 ± 3.67 bulunmuştur. PMSÖ toplam puan ortalamasının ise 100.54 ± 32.89 olduğu saptanmıştır. PMSÖ'den 111 ve üzerinde puan alan annelerin oranı %38.5 bulunmuştur ve bu oran PMS'li kadınları göstermektedir. PMSÖ'nün alt boyutlarından %50'den daha yüksek puan alma durumu değerlendirildiğinde; premenstruel dönemde annelerin %34.8'inin depresif duygulanım, %20.5'inin anksiyete, %60.9'unun yorgunluk, %50'sinin sinirlilik, %26.7'sinin depresif düşünce, %47.5'inin ağrı, %55.6'sının iştah değişimi, %42.9'unun uyku değişimi ve %42.2'sinin şişkinlik sorunu yaşadığı saptanmıştır.

Tablo 4.6. PMSÖ ve Alt Boyutlarının Alt ve Üst Puanları, İşaretlenen Alt ve Üst Puanlar, Ortalama, Standart Sapma, Cronbach Alfa Değerleri, PMS’li Annelerin Sayı ve Yüzdeleri

PMSÖ ve Alt Boyutları	Alt ve Üst Puanları	İşaretlenen Alt ve Üst Puanları	$\bar{X}\pm SS$	Cronbach Alfa	PMSÖ ve Alt Boyutları Puanı %50 ve Üzerinde Olanlar	
					n	%
Depresif duygulanım	7-35	7-35	14.71±6.09	0.89	112	34.8
Anksiyete	7-35	7-31	13.02±5.28	0.82	66	20.5
Yorgunluk	6-30	6-30	15.96±5.75	0.86	196	60.9
Sinirlilik	5-25	5-25	12.69±5.34	0.90	161	50.0
Depresif düşünceler	7-35	7-35	13.77±6.28	0.89	86	26.7
Ağrı	3-15	3-15	7.60±3.24	0.82	153	47.5
İştah değişimleri	3-15	3-15	8.28±3.71	0.86	179	55.6
Uyku değişimleri	3-15	3-15	7.22±3.33	0.77	138	42.9
Şişkinlik	3-15	3-15	7.24±3.67	0.83	136	42.2
PMSÖ toplam	44-220	44-198	100.54±32.89	0.96	124	38.5

Tablo 4.7’de EDSÖ’nün işaretlenen en düşük ve en yüksek puanlarının 0-26 olduğu, ölçeğin puan ortalamasının 9.28±5.31 olduğu ve Cronbach Alfa değerinin 0.82 olduğu bulunmuştur. EDSÖ kesme puanına göre doğum sonu depresyon sorunu yaşayan kadınların oranı % 23.3 saptanmıştır. DSBÖ’den alınabilecek en düşük ve en yüksek puan aralığının 0-70 olduğu, puan ortalamasının 10.15±9.05 olduğu, Cronbach Alfa değerinin 0.78 olduğu belirlenmiştir. DSBÖ puanlarına göre annelerin %4.6’sının doğum sonu bağlanma sorunu yaşadığı saptanmıştır.

Tablo 4.7. EDSDÖ ve DSBÖ Alt ve Üst Puanları, Ortalama, Standart Sapma, Cronbach Alfa Değerleri ve Sorun Yaşayanların Sayı ve Yüzdeleri

Ölçekler	Kesme puanlarına Göre Sorunu Olanlar				
	Alt ve Üst Puanlar	Cronbach Alfa	Ort. ±SS	n	%
EDSDÖ	0-26	0.82	9.28±5.31	75	23.3
DSBÖ	0-70	0.78	10.15±9.05	15	4.6

Tablo 4.8’de Annelerin PMS’li olma durumu ile DSD, DSB’li olma durumu ve DSD’li olma durumu ile DSB’li olma durumunun karşılaştırılması verilmiştir. Annelerin %23.3’ünde doğum sonu depresyon görüldüğü, %4.6’sının ise doğum sonu bağlanma sorunu yaşadığı belirlenmiştir. PMS’li annelerin %44.4’ünde DSD varken, PMS’li olmayan annelerin %10.1’inde DSD bulunmuştur. Ayrıca PMS’li annelerin %6.5’inde DSB sorunu yaşanırken PMS’li olmayan annelerin %3.6’sında DSB sorunu yaşandığı belirlenmiştir. Annelerde PMS olması ile DSD olması arasında anlamlı ilişki saptanırken (**p=0.000**); PMS olması ile DSB sorunu olması arasında anlamlı ilişki olmadığı belirlenmiştir (p=0.227). Ayrıca DSD’li annelerin %12’sinde DSB sorunu yaşanırken, DSD’li olmayan annelerin %2.4’ünde DSB sorunu olduğu saptanmıştır. DSD’li olma ile DSB sorunu yaşama arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir (**p=0.002**).

Tablo 4.8. Annelerin PMS’li Olma Durumu ile DSD, DSB’li Olma Durumu ve DSD’li Olma Durumu ile DSB’li Olma Durumunun Karşılaştırılması

	PMSÖ 110 puan ve ↓ (PMS yok)		PMSÖ 111 puan ve ↑ (PMS var)		Toplam		Test ve p değeri
	n	%	n	%	n	%	
Doğum Sonrası Depresyon Riski							
Depresyon yok 12 puan ve ↓	178	89.9	69	55.6	247	76.7	$\chi^2=50.073$ $p=0.000$
Depresyon var 13 puan ve ↑	20	10.1	55	44.4	75	23.3	
Toplam	198	100.0	124	100.0	322	100.0	
Doğum Sonrası Bağlanma							
	n	%	n	%	n	%	
Sorun yok 26 puan ve ↓	191	96.4	116	93.5	307	95.7	$\chi^2=1.460$ $p=0.227$
Sorun var 27 puan ve ↑	7	3.6	8	6.5	15	4.6	
Toplam	198	100.0	124	100.0	322	100.0	
	EDSDÖ 12 puan ve ↓ (DSD yok)		EDSDÖ 13 puan ve ↑ (DSD var)		Toplam		
	n	%	n	%	n	%	
Doğum sonrası Bağlanma							
Sorun yok 26 ve ↓	241	97.6	66	88.0	307	95.7	$\chi^2=11.865$ $p=0.002$
Sorun var 27 ve ↑	6	2.4	9	12.0	15	4.6	
Toplam	247	100.0	75	100.0	322	100.0	

Tablo 4.9’da araştırma kapsamına alınan annelerin DSD durumuna göre PMSÖ ve alt boyutlarından aldığı puanlar belirtilmiştir. DSD’li annelerin PMSÖ ve alt boyutlarının puan ortalamaları; PMSÖ için 127.08±32.01; depresif duygulanım için 18.99±5.74, anksiyete için 17.64±5.91, yorgunluk için 19.33±5.39, sinirlilik için 16.36±4.91, depresif düşünceler için 19.15±6.37, ağrı için 9.01±3.28, iştah değişimleri için 9.33±3.87, uyku değişimleri için 9.07±3.43 ve şişkinlik için 8.20±3.71 olduğu belirlenmiştir. DSD’li annelerin PMSÖ ve alt boyutlarının puan ortalamaları ile DSD’li olmayan annelerin puan ortalamaları karşılaştırıldığında, PMSÖ ve tüm alt boyutlar için gruplar arası farkların istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0.05$).

Tablo 4.9. Annelerde Doğum Sonu Depresyon Durumuna Göre DSD durumuna Göre PMSÖ ve Alt Boyutlarının Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

PMS alt boyutları	DSD Yok 12 ve ↓	DSD Var 13 puan ve ↑	Test ve p Değeri
Depresif duygulanım	13.42±5.60	18.99±5.74	t= -7.494/p=0.000
Anksiyete	11.63±4.18	17.64±5.91	t= -9.832/p=0.000
Yorgunluk	14.94±5.47	19.33±5.39	t= -6.109/p=0.000
Sinirlilik	11.59±4.96	16.36±4.91	t= -7.310/p=0.000
Depresif düşünceler	12.15±5.28	19.15±6.37	t= -9.563/p=0.000
Ağrı	7.17±3.12	9.01±3.28	t= -4.422/p=0.000
İştah değişimleri	7.97±3.61	9.33±3.87	t= -2.812/p=0.005
Uyku değişimleri	6.66±3.11	9.07±3.43	t= -5.720/p=0.000
Şişkinlik	6.96±3.62	8.20±3.71	t= -2.595/p=0.010
PMSÖ Toplam	92.49±28.70	127.08±32.01	t= -8.890/p=0.000

Tablo 4.10’da araştırma kapsamına alınan annelerin DSB sorunu yaşama durumuna göre PMSÖ ve alt boyutlarından aldığı puanlar verilmiştir. DSB sorunu olan annelerin PMSÖ ve alt boyut puan ortalamaları; depresif duygulanım için 18.47±6.23, anksiyete için 16.2±6.54, yorgunluk için 17.07±5.36, sinirlilik için 14.27±5.05, depresif düşünceler için 17.60±6.70, ağrı için 7.93±3.10, iştah değişimleri için 8.73±3.37, uyku değişimleri için 8.07±3.59, şişkinlik için 7.47±3.70, PMSÖ için 115.80±36.89 olarak belirlenmiştir. DSB sorunu yaşayan anneler ile DSB sorunu yaşamayan annelerin PMSÖ alt boyutları puan ortalamaları karşılaştırıldığında; sadece depresif duygulanım (**p=0.015**), anksiyete (**p=0.017**) ve depresif düşünceler (**p=0.016**) alt boyutlarının gruplar arası puan farklarının istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir. Diğer alt boyutlar ve toplam PMSÖ puanlarına göre ise istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.10. Annelerde Doğum Sonu Bağlanma Durumuna Göre PMSÖ ve Alt Boyutlarının Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

PMS alt boyutları	DSB sorunu Yok	DSB sorunu Var	Test ve p Değeri
	26 puan ve ↓	27 puan ve ↑	
Depresif duygulanım	14.53±6.04	18.47±6.23	t=-2.458/p=0.015
Anksiyete	12.87±5.18	16.2 ±6.54	t=-2.398/p=0.017
Yorgunluk	15.91±5.77	17.07±5.36	t=-0.759/p=0.449
Sinirlilik	12.62±5.35	14.27±5.05	t=-1.165/p=0.245
Depresif düşünceler	13.59±6.21	17.60±6.70	t=-2.430/p=0.016
Ağrı	7.59±3.26	7.93±3.10	t=-0.404/p=0.687
İştah değişimleri	8.27±3.73	8.73±3.37	t=-0.474/p=0.635
Uyku değişimleri	7.18±3.33	8.07±3.59	t=-1.001/p=0.317
Şişkinlik	7.23±3.67	7.47±3.70	t=-0.239/p=0.811
PMSÖ Toplam	99.80±32.57	115.80±36.89	t=-1.846/p=0.066

Tablo 4.11’de araştırmaya katılan annelerin sosyo-demografik özelliklerine göre PMSÖ, EDSDÖ ve DSBÖ puan ortalamalarının karşılaştırmaları belirtilmiştir. Araştırma kapsamına alınan annelerin sosyo-demografik özelliklerine göre PMSÖ puan ortalamaları dağılımı incelendiğinde; üniversite mezunu olan (102.97±31.24), eşi üniversite mezunu olan (103.96±30.86), eşi çalışmayan (102.10±40.09), geniş ailede yaşayan (107.19±34.87), aile gelir algısı “düşük” seviyede olan (106.5±36.84), doğum öncesi bir işte çalışan (102.58±32.86) ve araştırmanın yapıldığı sırada çalışan annelerin (101.45±29.70) PMSÖ puan ortalamalarının diğer annelere göre daha yüksek olduğu ve PMSÖ puan ortalamaları farkının sadece aile tipine göre istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur (**p=0.044**).

Araştırmaya katılan annelerin sosyo-demografik özelliklerine göre EDSDÖ puan ortalamaları incelendiğinde; ilkokul mezunu olanların (9.72±5.52), eşleri ilkokul mezunu olanların (10.06±6.57), eşleri çalışmayanların (11.43±6.53), geniş ailede yaşayanların (10.61±5.60), aile gelir algısı “düşük” seviyede olanların (11.11±6.56), doğum öncesinde bir işte çalışmayanların (9.36±5.39) ve ev hanımı olanların (9.40±5.50) EDSDÖ puan ortalamalarının diğer annelere göre daha yüksek olduğu ve eşin çalışma durumu (**p=0.035**), aile tipi (**p=0.012**) ve ailenin gelir algısı seviyesine (**p=0.028**) göre gruplar arası EDSDÖ puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklı olduğu saptanmıştır.

Araştırmaya katılan annelerin sosyo-demografik özelliklerine göre DSBÖ puan ortalamaları incelendiğinde; ilkokul mezunu olanların (10.60±8.58), eşleri ortaokul mezunu olanların (12.94±12.35), eşleri çalışanların (10.23±9.19), geniş ailede yaşayanların (11.89±11.16), aile gelir algısı “düşük” seviyede olanların (12.75±10.19), doğum öncesinde bir işte çalışanların (10.47±9.49) ve araştırmanın yapıldığı sırada doğum izninde olanların (10.52±7.03) DSBÖ puan ortalamalarının diğer annelere göre daha yüksek olduğu, ancak sosyo-demografik özelliklerin hiçbirinde gruplar arasında DSBÖ puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklı olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$).

Yapılan korelasyon analizinde PMSÖ, EDSDÖ ve DSBÖ puanları ile annelerin yaşı, evlilik süreleri, eşin yaşı, BKİ, gebelik sayısı, yaşayan çocuk sayısı özellikleri arasında anlamlı ilişki olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.11. Annelerin Sosyo-demografik Özelliklerine Göre PMSÖ, EDSDÖ ve DSBÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Sosyo-demografik Özellikler	PMSÖ Ort.±SS	EDSDÖ Ort.±SS	DSBÖ Ort.±SS
Eğitim Durumu			
İlkokul	98.62±34.11	9.72±5.52	10.60±8.58
Ortaokul	98.43±32.99	9.28±5.48	10.38±9.61
Lise	101.06±33.89	9.62±5.74	9.62±9.30
Üniversite	102.97±31.24	8.62±4.39	10.38±8.52
Test ve p değeri	F=0.327/p=0.806	F= 0.682/p=0.564	F= 0.196/p=0.899
Eş Eğitim Durumu			
İlkokul	97.37±36.58	10.06±6.57	9.54±10.52
Ortaokul	100.81±36.70	10.00±5.37	12.94±12.35
Lise	98.86±30.73	9.02±5.32	9.38±7.63
Üniversite	103.96±30.86	8.82±4.73	9.98±7.61
Lisansüstü	102.00±37.49	8.83±3.09	8.58±6.18
Test ve p değeri	F=0.439/p=0.780	F= 0.766/p=0.548	F=1.681/p=0.154
Eş çalışma durumu			
Çalışan	100.34±31.92	9.00±5.07	10.23±9.19
Çalışmayan	102.10±40.09	11.43±6.53	9.54±8.05
Test ve p değeri	t= 0.257/p=0.799	t= -2.179/p=0.035	t= 0.440/p=0.660
Aile tipi			
Çekirdek Aile	98.49±32.06	8.86±5.15	9.62±8.25
Geniş Aile	107.19±34.87	10.61±5.60	11.89±11.16
Test ve p değeri	t= -2.025/p=0.044	t= -2.530/p=0.012	t= -1.641/p=0.104
Aile gelir algısı			
Düşük	106.5±36.84	11.11±6.56	12.75±10.19
Orta	99.80±32.36	9.05±5.09	9.83±8.87
Test ve p değeri	t= 1.152/p=0.250	t= 2.205/p=0.028	t= 1.828/p=0.068
Doğum öncesi çalışma			
Çalışan	102.58±32.86	9.18±5.22	10.47±9.49
Çalışmayan	98.86±32.92	9.36±5.39	9.89±8.69
Test ve p değeri	t= 1.010/p=0.313	t= -0.300/p=0.764	t= 0.566/p=0.572
Şu anda çalışma			
Çalışan	101.45±29.70	9.37±4.91	8.88±8.12
Çalışmayan (Ev hanımı)	100.20±33.63	9.40±5.50	10.38±9.56
Çalışmayan (Doğum izninde)	101.32±33.41	8.45±4.69	10.52±7.03
Test ve p değeri	F= 0.043/p=0.958	F= 0.561/p=0.571	F= 0.627/p=0.535

Tablo 4.12’de araştırma kapsamına alınan annelerin obstetrik özelliklerine göre PMSÖ, EDSÖ ve DSBÖ puan ortalamalarının karşılaştırmaları verilmiştir. Araştırmaya katılan annelerin obstetrik özelliklerine göre PMSÖ puan ortalamaları incelendiğinde; gebeliğini sonradan isteyenlerin (123.50±29.58), gebelikte kontrole düzenli gitmeyenlerin (117.46±44.01), gebelikte sorun yaşayanların (106.42±33.42), bu sorunlardan hipertansiyon (103.92±27.84), diyabet (110.07±33.86), erken doğum tehdidi (106.60±27.77), düşük tehdidi yaşayanların (106.38±36.82), doğum korkusu yaşayanların (102.58±33.88), doğumda problem yaşayanların (119.32±29.31), doğumdan sonra problem yaşayanların (107.59±32.06), sezaryen doğum yapanların (103.24±32.32) PMSÖ puan ortalamalarının diğer annelere göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. Ancak bu özelliklerden sadece, gebeliği isteme (**p=0.000**), gebelikte sorun yaşama (**p=0.023**), doğumda sorun yaşama (**p=0.000**) durumlarına göre PMSÖ puan ortalamalarının gruplar arası farklarının istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur.

Araştırmaya katılan annelerin obstetrik özelliklerine göre EDSÖ puan ortalamaları incelendiğinde; gebeliğini sonradan isteyenlerin (13.53±4.64), gebelikte kontrole düzenli gitmeyenlerin (12.00±6.42), gebelikte sorun yaşayanların (9.64±5.15), bu sorunlardan hipertansiyon (10.15±5.62), diyabet (9.50±6.18), erken doğum tehdidi (10.28±4.75), düşük tehdidi yaşamayanların (9.34±5.28), doğum korkusu yaşayanların (10.03±5.28), doğumda sorun yaşayanların (12.02±5.58), doğumdan sonra problem yaşayanların (9.44±4.40), sezaryen doğum yapanların (9.30±5.47) EDSÖ puan ortalamalarının diğer annelere göre daha yüksek olduğu ve bu özelliklerden sadece gebeliği isteme (**p=0.000**), doğum korkusu yaşama (**p=0.001**) ve doğumda sorun yaşama (**p=0.001**) durumlarına göre EDSÖ puan ortalamalarının gruplar arası farklarının istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır.

Araştırmaya katılan annelerin obstetrik özelliklerine göre DSBÖ puan ortalamaları incelendiğinde; gebeliğini sonradan isteyenlerin (17.63±13.69), gebelikte kontrole düzenli gitmeyenlerin (17.07±18.49), gebelikte sorun yaşayanların (10.21±9.96), bu sorunlardan hipertansiyon yaşayanların (10.76±7.57), diyabet sorunu olmayanların (10.21±9.16), erken doğum tehdidi yaşayanların (11.48±10.06), düşük tehdidi yaşamayanların (10.36±8.80), doğum korkusu yaşayanların (10.75±9.73), doğumda sorun yaşayanların (12.05±8.69), doğumdan sonra sorun yaşayanların

(10.70±7.03), normal doğum yapanların (10.45±8.88) DSBÖ puan ortalamalarının diğer annelere göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Sadece gebeliği isteme durumuna göre DSBÖ toplam puan ortalamalarının gruplar arası farkının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olduğu bulunmuştur (**p=0.003**).

Tablo 4.12. Annelerin Obstetrik Özelliklerine Göre PMSÖ, EDSDÖ ve DSBÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Obstetrik Özellikler	PMSÖ Ort.±SS	EDSDÖ Ort.±SS	DSBÖ Ort.±SS
Gebeliği isteme durumu			
İsteyen	98.19±32.35	8.84±5.18	9.39±8.09
Sonradan isteyen	123.50±29.58	13.53±4.64	17.63±13.69
Test ve p değeri	t= -4.11/p=0.000	t= -4.76/p=0.000	t= -3.24/p=0.003
Gebelikte kontrole düzenli gitme durumu			
Düzenli	99.83±32.24	9.16±5.23	9.86±8.37
Düzensiz	117.46±44.01	12.00±6.42	17.07±18.49
Test ve p değeri	t= -1.90/p=0.058	t= -1.89/p=0.060	t= -1.39/p=0.187
Gebelikte sorun yaşama			
Yaşamayan	97.58±32.30	9.09±5.39	10.13±8.59
Yaşayan	106.42±33.42	9.64±5.15	10.21±9.96
Test ve p değeri	t= -2.29/p=0.023	t= -0.88/p=0.381	t= -0.0/p=0.939
Hipertansiyon			
Yok	100.40±33.12	9.24±5.30	10.13±9.12
Var	103.92±27.84	10.15±5.62	10.76±7.57
Test ve p değeri	t= -0.377/p=0.707	t= -0.603/p=0.547	t= -0.248/p=0.804
Diyabet			
Yok	100.11±32.84	9.27±5.27	10.21±9.16
Var	110.07±33.86	9.50±6.18	8.85±6.46
Test ve p değeri	t= -1.108/p=0.269	t= -0.156/p=0.876	t= 0.549/p=0.583
Erken doğum tehdidi			
Yok	99.56±33.59	9.11±5.38	9.94±8.88
Var	106.60±27.77	10.28±4.75	11.48±10.06
Test ve p değeri	t= -1.527/p=0.132	t= -1.372/p=0.171	t= -1.063/p=0.289
Düşük tehdidi			
Yok	99.42±32.04	9.34±5.28	10.36±8.80
Var	106.38±36.82	8.94±5.45	9.07±10.29
Test ve p değeri	t= -1.399/p=0.163	t= 0.504/p=0.615	t= 0.940/p=0.348
Doğum korkusu yaşama durumu			
Yaşayan	102.58±33.88	10.03±5.28	10.75±9.73
Yaşamayan	97.38±31.16	8.11±5.15	9.23±7.84
Test ve p değeri	t= 1.39/p=0.166	t= 3.22/p=0.001	t= 1.48/p=0.141
Doğumda problem yaşama			
Yaşayan	119.32±29.31	12.02±5.58	12.05±8.69
Yaşamayan	98.11±32.59	8.92±5.17	9.91±9.09
Test ve p değeri	t= 3.77/p=0.000	t= 3.39/p=0.001	t= 0.93/p=0.176
Doğum sonu problem yaşama			
Yaşayan	107.59±32.06	9.44±4.40	10.70±7.03
Yaşamayan	99.90±32.95	9.26±5.39	10.10±9.22
Test ve p değeri	t= 1.16/p=0.246	t= 0.16/p=0.869	t= 0.36/p=0.744
Doğum şekli			
Normal Doğum	96.24±33.47	9.25±5.06	10.45±8.88
Sezaryen Doğum	103.24±32.32	9.30±5.47	9.96±9.18
Test ve p değeri	t= -1.867/p=0.063	t= -0.087/p=0.931	t= 0.472/p=0.637

Tablo 4.13’de araştırma kapsamına alınan annelerin ruhsal sorun hikayesine göre PMSÖ, EDSDÖ ve DSBÖ puan ortalamalarının karşılaştırılmaları verilmiştir. Araştırmaya katılan annelerin ruhsal sorun hikayesine göre PMSÖ puan ortalamaları incelendiğinde; gebelik öncesi ruhsal sorun yaşayanların (119.89±28.22) ve ruhsal sorun yaşayıp doktora başvurmayanların (121.93±26.75) PMSÖ puan ortalamalarının diğer annelerin PMSÖ puan ortalamalarına göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bu özelliklerden gebelik öncesi ruhsal sorun yaşama durumuna göre PMSÖ puan ortalamaları farkının gruplar arası açısından istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur (**p=0.000**).

Araştırmaya katılan annelerin gebelik öncesi ruhsal sorun hikayesine göre EDSDÖ puan ortalamaları incelendiğinde; gebelik öncesi ruhsal sorun yaşayanların (13.89±5.33), ruhsal sorun yaşayıp doktora başvurmayanların (14.17±5.29) EDSDÖ puan ortalamalarının diğer annelerin EDSDÖ puan ortalamalarına göre daha yüksek olduğu ve sadece gebelik öncesi ruhsal sorun yaşama durumlarına göre EDSDÖ puan ortalamaları gruplar arası farkının istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (**p=0.000**).

Araştırmaya katılan annelerin gebelik öncesi ruhsal sorun hikayesine göre DSBÖ puan ortalamaları incelendiğinde; gebelik öncesi ruhsal sorun yaşayanların (11.32±7.29) ve ruhsal sorun yaşayıp doktora başvurmayanların (12.06±7.69) DSBÖ puan ortalamalarının diğer annelerin DSBÖ puan ortalamalarına göre daha yüksek olduğu, fakat gruplar arası farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$).

Tablo 4.13. Annelerin Gebelikten Önce Ruhsal Sorun Hikayesine Göre PMSÖ, EDSDÖ ve DSBÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Gebelikten Önce Ruhsal Sorun Hikayesi	PMSÖ Ort.±SS	EDSDÖ Ort.±SS	DSBÖ Ort.±SS
Gebelik öncesi ruhsal sorun yaşama durumu			
Yaşayan	119.89±28.22	13.89±5.33	11.32±7.29
Yaşamayan	96.47±32.40	8.31±4.77	9.91±9.38
Test ve p değeri	t= 5.020/p=0.000	t= 7.784/p=0.000	t= 1.057/p=0.291
Doktora başvurma durumu (n=56)			
Başvuran	110.50±34.18	12.60±5.60	7.90±3.60
Başvurmayan	121.93±26.75	14.17±5.29	12.06±7.69
Test ve p değeri	t= -0.165/p=0.249	t= -0.844/p=0.402	t= -1.663/p=0.102

Tablo 4.14’de bebeklerin özelliklerine göre PMSÖ, EDSDÖ ve DSBÖ puan ortalamalarının karşılaştırmaları gösterilmiştir. Araştırmaya katılan annelerin bebeklerinin özelliklerine göre PMSÖ puan ortalamaları incelendiğinde; kız bebeği olanların (101.92±34.02), araştırmanın yapıldığı sırada bebeklerini anne sütü ile beslemeyen annelerin (108.11±35.88), doğumdan sonra bebeğini hiç emzirmeyenlerin (112.33±35.41), doğumdan sonra bebeği ile ilk tensel teması sonraki günlerde olanların (102.80±27.80) ve bebeği hastanede yatarak tedavi görenlerin (101.27±34.31) PMSÖ puan ortalamalarının diğer annelerin PMSÖ puan ortalamalarına göre daha yüksek olduğu, sadece şu anda anne sütü ile beslenme durumuna göre PMSÖ puan ortalamaları gruplar arası farkının istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (**p=0.032**).

Araştırmaya katılan annelerin bebeklerinin özelliklerine göre EDSDÖ puan ortalamaları incelendiğinde; kız bebeği olan (9.37±5.12), araştırmanın yapıldığı sırada bebeğini anne sütü ile beslemeyen (10.80±5.78), doğumdan sonra bebeğini hiç emzirmeyen (11.55±7.69), doğumdan sonra bebeği ile ilk tensel teması ilk gün içerisinde olan (10.25±5.68) ve bebeği hastanede yatarak tedavi görenlerin (9.45±5.38) EDSDÖ puan ortalamalarının diğer annelerin EDSDÖ puan ortalamalarına göre daha yüksek olduğu ve sadece şu anda anne sütü ile beslenme durumuna göre EDSDÖ puan ortalamaları gruplar arası farkının istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (**p=0.007**).

Araştırmaya katılan annelerin bebeklerinin özelliklerine göre DSBÖ puan ortalamaları incelendiğinde; kız bebeği olan (10.62±9.22), araştırmanın yapıldığı sırada bebeğini anne sütü ile beslemeyen (13.35±13.61), doğumdan sonra bebeğini sonraki günlerde emzirenlerin (10.62±8.76), doğumdan sonra bebeği ile ilk tenel teması ilk gün içerisinde olan (10.89±9.79) ve bebeği hastanede yatarak tedavi gören annelerin (10.46±9.59) DSBÖ puan ortalamalarının diğer annelere göre daha yüksek olduğu ve sadece şu anda bebeğini anne sütü ile besleme durumuna göre DSBÖ puan ortalamaları gruplar arası farkının istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur (**p=0.020**).

Tablo 4.14. Bebeklerin Özelliklerine Göre PMSÖ, EDSDÖ ve DSBÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Bebek Özellikleri	PMSÖ Ort.±SS	EDSDÖ Ort.±SS	DSBÖ Ort.±SS
Bebeğin cinsiyeti			
Kız	101.92±34.02	9.37±5.12	10.62±9.22
Erkek	99.25±31.85	9.19±5.49	9.72±8.90
Test ve p değeri	t= -0.729/p=0.467	t= 0.292/p=0.771	t= 0.890/p=0.374
Şu anda anne sütü ile beslenme durumu			
Beslenen	98.52±31.82	8.87±5.11	9.30±7.18
Beslenmeyen	108.11±35.88	10.80±5.78	13.35±13.61
Test ve p değeri	t= -2.148/p=0.032	t= -2.694/p=0.007	t= -2.367/p=0.020
Doğumdan sonra ilk emzirme süresi			
İlk yarım saat içinde	101.22±32.88	9.23±5.11	9.95±9.32
İlk gün içerisinde	96.70±32.49	8.95±5.72	10.41±8.78
Sonraki günlerde	102.32±33.50	9.65±4.81	10.62±8.76
Hiç emzirmeme	112.33±35.41	11.55±7.69	10.11±8.08
Test ve p değeri	F= 0.17/p=0.764	F= 1.34/p=0.169	F= 0.26/p=0.763
Doğumdan sonra bebekle ilk tenel teması süresi			
İlk yarım saat içinde	99.87±32.79	9.00±5.16	10.04±8.99
İlk gün içerisinde	102.79±34.87	10.25±5.68	10.89±9.79
Sonraki günlerde	102.80±27.80	10.06±5.94	9.06±7.31
Test ve p değeri	F= 0.223/p=0.800	F= 1.497/p=0.225	F= 0.323/p=0.724
Bebeğin hastanede yatarak tedavi görme durumu			
Gören	101.27±34.31	9.45±5.38	10.46±9.59
Görmeyen	100.30±32.48	9.22±5.29	10.05±8.88
Test ve p değeri	t= 0.228/p=0.820	t= 0.341/p=0.733	t= 0.356/p=0.722

Tablo 4.15’de araştırmaya katılan annelerin eş, anne ve kayınvalide ile ilişkilerine göre PMS, EDSDÖ ve DSB puan ortalamalarının karşılaştırmaları belirtilmiştir. Araştırma kapsamına alınan annelerin eş, anne ve kayınvalide ile ilişkilerine göre PMS toplam puan ortalamaları incelendiğinde; eşleri ile ilişki durumunu “kötü” olarak tanımlayan (148.00±37.13), kendi anneleri ile ilişki durumunu “kötü” olarak tanımlayan (143.50±7.77) ve kayınvalidesi ile ilişki durumunu “orta” (112.05±30.68) olarak tanımlayan annelerin PMS toplam puan ortalamalarının diğer annelere göre daha yüksek olduğu ve eş ile ilişki (**p=0.000**), kayınvalide ile ilişki (**p=0.004**) durumuna göre PMS puan ortalamalarının gruplar arası farklarının istatistiksel olarak anlamlı olduğu; anne ile ilişki durumuna göre ise istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptanmıştır (p>0.05).

Araştırma kapsamına alınan annelerin eş, anne ve kayınvalide ile ilişkilerine göre EDSDÖ puan ortalamaları incelendiğinde eşleri ile ilişki durumunu “kötü” olarak tanımlayanların (22.25±2.87), kendi anneleri ile ilişki durumunu “kötü” düzeyde olarak tanımlayanların (15.50±6.36) ve kayınvalidesi ile ilişki durumunu “kötü” olarak tanımlayanların (13.06±6.80) EDSDÖ puan ortalamalarının diğer annelerin puan ortalamalarına göre daha yüksek olduğu ve eş ile ilişki (**p=0.000**), anne ile ilişki (**p=0.017**) ve kayınvalide ile ilişki (**p=0.000**) durumuna göre EDSDÖ puan ortalamaları farklarının gruplar arası istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır.

Araştırma kapsamına alınan annelerin eş, anne ve kayınvalide ile ilişkilerine göre DSB puan ortalamaları incelendiğinde; eşleri ile ilişki durumunu “kötü” olarak tanımlayanların (15.25±4.34), kendi anneleri ile ilişki durumunu “iyi” olarak tanımlayanların (12.58±10.97) ve kayınvalidesi ile ilişki durumunu “orta” olarak tanımlayanların (13.83±10.96) DSB puan ortalamalarının diğer annelerin puan ortalamalarına göre daha yüksek olduğu ve eş ile ilişki (**p=0.005**), anne ile ilişki (**p=0.017**) ve kayınvalide ile ilişki (**p=0.000**) durumuna göre DSB puan ortalamaları farklarının gruplar arası istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur.

Tablo 4.15. Annelerin Eş, Anne ve Kayınvalide ile İlişkilerine Göre PMSÖ, EDSDÖ ve DSBÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Eş, Anne ve Kayınvalide ile İlişkiler	PMSÖ Ort.±SS	EDSDÖ Ort.±SS	DSBÖ Ort.±SS
Eş ile ilişki (n=322)			
Çok iyi	93.29±31.47b	7.83±4.76b	8.68±8.13b
İyi	105.12±29.71a	9.57±4.71a	11.32±8.50ab
Orta	118.72±36.67a	14.54±4.59a	13.63±13.52a
Kötü	148.00±37.13a	22.25±2.87a	15.25±4.34ab
Test ve p değeri	F=10.566/p=0.000	F=29.470/p=0.000	F=4.334/p=0.005
Anne ile ilişki (n=310)			
Çok iyi	99.10±33.27	8.65±5.05b	9.01±7.72b
İyi	104.85±32.34	10.27±5.64ab	12.58±10.97a
Orta	98.54±29.40	11.27±6.61ab	10.46±7.94a
Kötü	143.50±7.77	15.50±6.36a	11.00±1.41a
Test ve p değeri	F=1.782/p=0.151	F=3.460/p=0.017	F=3.442/p=0.017
Kayınvalide ile ilişki (n=302)			
Çok iyi	94.51±31.92b	7.67±4.58b	7.59±7.01b
İyi	99.24±32.64ab	8.90±4.43b	10.88±9.31ab
Orta	112.05±30.68a	11.73±6.12a	13.83±10.96a
Kötü	110.33±41.91a	13.06±6.80a	9.93±10.03ab
Test ve p değeri	F=4.603/p=0.004	F=12.068/p=0.000	F=6.914/p=0.000

Tablo 4.16’da annelerin PMSÖ ve alt boyutları ile EDSDÖ ve DSBÖ puanları arasında yapılan korelasyon analizi sonuçları verilmiştir. Annelerin PMSÖ ve EDSDÖ puanları arasında ve tüm alt boyutları ile EDSDÖ ve DSBÖ’den aldığı puanlar arasında zayıf ve orta düzeyde pozitif ilişkiler olduğu saptanmıştır.

PMSÖ puanları ile EDSDÖ puanları arasında pozitif yönde “orta” düzeyde anlamlı ilişki ($r=.546$), DSBÖ ile pozitif yönde “zayıf” düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişki ($r=.272$) bulunmuştur. EDSDÖ ile DSBÖ arasında pozitif yönde “orta” düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır ($r=.325$).

EDSDÖ ve PMSÖ’nün depresif duygulanım ($r=.507$), anksiyete ($r=.577$), yorgunluk ($r=.401$), sinirlilik ($r=.480$), depresif düşünceler ($r=.546$), uyku değişimleri ($r=.370$) alt boyutları arasında pozitif yönde “orta” düzeyde; ağrı ($r=.267$), iştah değişimleri ($r=.207$), şişkinlik ($r=.172$) alt boyutları arasında pozitif yönde “zayıf” düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler belirlenmiştir.

DSBÖ ile PMSÖ’nün depresif duygulanım ($r=.229$), anksiyete ($r=.268$), yorgunluk ($r=.196$), sinirlilik ($r=.233$), depresif düşünceler ($r=.285$), ağrı ($r=.130$), iştah değişimleri ($r=.130$), uyku değişimleri ($r=.197$), şişkinlik ($r=.111$) alt boyutları

arasında pozitif yönde “zayıf” düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler saptanmıştır.

Korelasyon analizi sonuçları, annelerin PMSÖ'den aldığı puanlar artarken, EDSDÖ ve DSBÖ'den aldığı puanların da istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde arttığını göstermiştir. Aynı zamanda annelerin EDSDÖ puanları arttıkça DSBÖ puanlarının da istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde arttığı belirlenmiştir. Bu sonuç premenstruel sendrom ile ilgili semptomların artması, doğum sonu depresyon ve doğum sonu bağlanma sorunlarının artması arasında ilişki olduğunu göstermektedir.

PMSÖ, EDSDÖ, DSBÖ ve BKİ puanları arasında ilişki değerlendirildiğinde, sadece PMSÖ'nün iştah değişimleri alt boyutu arasında pozitif yönde “zayıf” düzeyde anlamlı ilişki olduğu ($r=.118$, $p=0.034$) ve diğer alt boyutlar ve EDSDÖ ve DSBÖ puanları arasında anlamlı ilişki olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.16. Annelerin PMSÖ ve Alt Boyutlarının Puanları ve EDSDÖ, DSBÖ Puanları Arasındaki Korelasyonlar

	PMSÖ	Depresif duygulanım	Anksiyete	Yorgunluk	Sinirlilik	Depresif düşünceler	Ağrı	İştah değişimleri	Uyku değişimleri	Şişkinlik	EDSDÖ	DSBÖ
	r	r	r	r	r	r	r	r	r	r	r	r
PMSÖ	1	,781**	,791**	,858**	,830**	,873**	,717**	,585**	,767**	,558**	,546**	,272**
Depresif duygulanım		1	,639**	,618**	,610**	,612**	,422**	,302**	,510**	,374**	,507**	,229**
Anksiyete			1	,611**	,574**	,742**	,483**	,322**	,575**	,247**	,577**	,268**
Yorgunluk				1	,693**	,690**	,570**	,491**	,692**	,399**	,401**	,196**
Sinirlilik					1	,720**	,576**	,414**	,540**	,405**	,480**	,233**
Depresif düşünceler						1	,595**	,401**	,667**	,365**	,546**	,285**
Ağrı							1	,441**	,552**	,444**	,267**	,130*
İştah değişimleri								1	,406**	,445**	,207**	,130*
Uyku değişimleri									1	,381**	,370**	,197**
Şişkinlik										1	,172**	,111*
EDSDÖ											1	,325**
DSBÖ												1

r: Pearson korelasyon katsayısı * p<0.05 ** p<0.01

5. TARTIŞMA

Bu çalışma gebelik öncesi dönemde premenstruel sendromun doğum sonrası depresyon ve anne-bebek bağlanmasına etkisini değerlendirmek amacıyla yapılmıştır. Gebelik sayısı daha az olan kadınlarda PMS görülme oranının yüksek olduğu bildirilmektedir (Kaur ve ark., 2004). Araştırmamızda annelerin gebelik sayısı ortalamaları 2.02 ± 1.03 (1-6), yaşayan çocuk sayılarının ortalamaları 1.86 ± 0.92 (1-5) olarak bulunmuştur (Tablo 4.2). Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) (2013), bulgularına göre gebelik sayısı ortalamasının 4.08, 15-49 yaşındaki tüm kadınların yaşayan çocuk sayıları ortalamasının 1.60 olduğu bildirilmiştir (TNSA 2013). Oktay ve Çoban (2016), evli kadınların ortalama gebelik sayısını 2.41 ve ortalama yaşayan çocuk sayısını 2.13 olarak bulmuştur. Dönmez ve ark. (2014), çalışmalarında ortalama gebelik sayısının 2.13 ve yaşayan çocuk sayısının 1.10 olduğunu saptamıştır. Yapılan başka bir çalışmada ise ortalama gebelik sayısı 1.6 ± 0.1 , ortalama yaşayan çocuk sayısı 1.1 ± 0.1 olarak bulunmuştur (Karaoğlu ve ark., 2005). Çalışmamızda annelerin sahip olduğu çocuk sayısı ortalaması (1.86), Türkiye ortalamasına (1.60) benzer bulunurken gebelik sayısı ortalaması (2.02), Türkiye ortalamasının (4.08) altında bulunmuştur. Bu durumun çalışma kapsamına alınan annelerin genç yaşta olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Araştırmada annelerin isteyerek gebe kalma oranı %90.7 bulunmuştur (Tablo 4.2). Yapılan çalışmalarda annelerin isteyerek gebe kalma oranının %61.9 ile %90.9 arasında değiştiği görülmektedir (Koç ve Tezcan, 2005; Sözeri ve ark., 2006; Kaplan ve ark., 2007; Pınar ve ark., 2009; Şahin ve Kılıçarslan, 2010). Araştırmaya katılan annelerin genç yaşta olmaları ve çoğunlukla ilk veya ikinci gebelikleri olmasına bağlı olarak isteyerek gebe kalma oranının yüksek olduğu düşünülmektedir. Bu çalışmada bulunan annelerin isteyerek gebe kalma oranı literatürle benzerlik göstermektedir.

Çalışmamızda annelerin %96'sı gebelikte düzenli olarak kontrole gittiğini bildirmiştir (Tablo 4.2). TNSA (2013) bulgularına göre ülkemizde gebelerin %97'si en az bir kez sağlık personelinin doğum öncesi bakım almış, %89'u ise dört veya daha fazla sayıda doğum öncesi bakım almıştır (TNSA 2013). Sözeri ve ark. (2006), gebelerden %76.8'inin, Pınar ve ark. (2009), gebelerin %72'sinin gebelik kontrollerine düzenli olarak gittiğini saptamıştır. Şahin ve ark. (2009), çalışmaya katılan kadınların

gebelikleri boyunca 7.64 kez herhangi bir sağlık kuruluşundan doğum öncesi bakım aldığını bildirmiştir. Bu çalışmanın sonuçları ülkemizdeki gebelerin doğum öncesi bakım alma oranı ile benzerlik göstermektedir.

Çalışmamıza katılan annelerin %33.5'i gebelikte sorun yaşadığını belirtmiştir. Gebelikte yaşanan sorunların hipertansiyon (%4), diyabet (%4.3), erken doğum tehdidi (%14) ve düşük tehdidi (%16.1) olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.2). Yapılan çalışmalarda gebelikte ilgili sorun yaşayan kadınların oranının %7.9-%37.9 arasında değiştiği bildirilmiştir (Arslan ve ark., 2006; Şen, 2007; Pınar ve ark., 2009; Şahin ve ark., 2009; Öztürk 2010). Öztürk (2010), annelerin %37.9'unun gebeliğinde sorun yaşadığını, annelerin %47.2'inin düşük tehdidi, %26.4'ünün gestasyonel diyabet ve %26.4'ünün ise preeklamsi nedeniyle sağlık sorunu yaşadığını belirlemiştir. Arı (2012) annelerin %29.2'sinin gebelikte sorun yaşadığını, bu sorunlardan %22.8'inin diyabet, %17.4'ünün hipertansiyon, %14.1'inin erken doğum tehdidi olduğunu saptamıştır. Çalışmamızın sonuçları daha önce yapılan çalışmalarda belirlenen gebelikte sorun yaşama oranlarına benzer olup, yaşanan sorunlarda farklılıklar olduğu görülmüştür. Bu durum örneklem özelliklerinin farklılıklarından kaynaklandığı şeklinde yorumlanabilir.

Annelerin ilk gebelikleri olması nedeniyle doğum tecrübelerinin olmaması ve Türkiye'de doğuma hazırlık sınıflarının yaygın olmayışı, gebelerin doğuma yeterince hazırlanamamasına neden olmaktadır. Bu araştırmada annelerin %60.9'unun doğum korkusu yaşadığı belirlenmiştir (Tablo 4.2). Yapılan çalışmalarda kadınların doğum korkusu nedeniyle sezaryen doğumu tercih ettikleri, doğum sayısı arttıkça doğum korkusunun arttığı belirtilmektedir (Şahin ve ark., 2009; Ergöl ve Kürtüncü, 2014). Dönmez ve ark. (2014), doğum korkusu yaşayan kadınların oranının %58.5 olduğunu, Aksoy ve ark. (2014), olumsuz doğum deneyimi yaşamamış multipar kadınlarda %15.6 oranında doğum korkusu olduğunu saptamıştır. Alegahen ve ark. (2001), primipar gebelerin multipar gebelerden daha yüksek seviyede doğum korkusu yaşadığını belirlemiştir. Çalık ve Kömürcü (2014) çalışmalarında kadınların %92'sinin doğumdan korktuğunu bildirmiştir. Çalışmamızda doğum korkusu yaşama oranı literatüre benzer bulunmuştur.

Bu çalışmada annelerin %11.5'inin doğumda sorun yaşadığı, %8.4'ünün doğumdan sonra sorun yaşadığı belirlenmiştir (Tablo 4.2). Yapılan çalışmalarda doğumda problem yaşama durumunun %7.9 ile %30 arasında değiştiği bildirilmektedir (Şen 2007; Kayacı 2008; Öztürk 2010). Doğum sonrası dönemde sorun yaşama durumunu; Alan (2011), %13.3, Eren (2007), %14.1 oranında saptamıştır. Can (2010) ise annelerin %71.1'inin doğum sonrasında en az bir sorun yaşadığını belirlemiş, yaşanan sorunların ise; epizyo-sezaryen kesi bölgesinde ağrı (%61.1), yetersiz süt salınımı (%26.5), süt kanallarında tıkanıklık (%9) ve enfeksiyon sorunu (%5.5) olduğunu belirlemiştir. Bu çalışmada doğum sonrası sorun yaşama ile ilgili saptanan sonuçlar, Alan (2011) ve Eren (2007)'in sonuçlarına benzer, Can'ın (2010) sonuçlarından farklıdır.

Türkiye'de sezaryen ile doğum oldukça yaygındır. TNSA (2013) verilerine göre son beş yılda gerçekleşen tüm doğumların %48'i sezaryen ile yapılmıştır. Doğu Karadeniz Bölgesi'nde ise sezaryen ile doğum yapma oranının %53.7 olduğu saptanmıştır (TNSA 2013). Yapılan çalışmalarda sezaryen ile doğum yapma oranının %27.7 ile %79.2 arasında olduğu bildirilmektedir (Arslan ve ark., 2006; Duran ve Atan, 2011; Ergöl ve Kürtüncü, 2014; Dönmez ve ark., 2014). Çalışmamızda annelerin %61.5'i sezaryen doğum yaptığını bildirmiştir (Tablo 4.2). Bu sonuç, Türkiye'deki sezaryen oranlarına benzerlik göstermektedir.

Araştırmaya katılan annelerin %17.4'ünün gebelik öncesinde ruhsal sorun yaşadığı, sorun yaşayanların (n=56) %17.9'unun doktora başvurduğu saptanmıştır (Tablo 4.3). Yapılan bir çalışmada kadınlardan %8.7'sinin gebelikten önce psikiyatrik hastalık geçirdiği ve bu durumun gebelikte depresyon için bir risk etkeni olduğu saptanmıştır (Akbaş ve ark., 2008). Arslan ve ark. (2006), çalışmalarında gebelerden %9.8'inin geçmişte psikolojik bir sorun yaşadığını saptamıştır. Erbil ve ark. (2009), gebelerin %12.3'ünün geçmişte psikiyatrik sorun yaşadığını ve bu durumun gebelerin depresyon semptom şiddetini etkilediğini belirlemiştir. Ulusoy (2010), DSD sıklığı ile ilgili çalışmasında kadınların %18.5'inin daha önce psikiyatrik sorun yaşadığını belirtmiştir. Çalışmamızda gebelik öncesinde ruhsal problem yaşama oranı bazı çalışma sonuçlarına benzer (Ulusoy 2010), bazı çalışma sonuçlarından yüksek bulunmuştur (Arslan ve ark., 2006; Akbaş ve ark., 2008; Erbil ve ark., 2009). Bu farklılığı, kadınların sosyo-kültürel, ekonomik özelliklerinin benzer olmayışı ve

çalışmalarda farklı yöntemlerin kullanılmasından kaynaklandığı şeklinde yorumlayabiliriz.

Türkiye’de tüm çocukların %96’sı bir süre emzirilmiş, %49.9’u doğumdan sonra ilk bir saat içinde emzirilmiştir (TNSA 2013). Çalışmamızda annelerin %78.9’unun bebeklerini şu anda anne sütü ile beslediği, annelerin %59.9’unun bebeklerini doğumdan sonra ilk yarım saat içinde emzirdiği, %77’sinin bebekleri ile doğumdan sonra ilk yarım saat içinde tenel temaslarının başladığı saptanmıştır (Tablo 4.4). Eker ve Yurdakul (2006), annelerin %95.7’sinin bebeğini emzirdiğini ve doğumdan sonra ilk bir saat içinde emzirenlerin oranının %69.6 olduğunu saptamıştır. Yetim ve ark. (2015), annelerin %70’inin doğumdan sonra ilk bir saat içinde bebeklerini emzirdiklerini bulmuştur. Onbaşı ve ark. (2011), eğitim grubundaki 42 anne (%46.7) ve kontrol grubundaki 48 annenin (%48) bebeklerini ilk yarım saatte emzirdiğini ve iki grup arasında emzirmeye başlama zamanı açasından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadığını saptamıştır. Emzirme ile ilgili çalışma sonuçları literatüre benzerdir.

Yakın ilişkilerin önemli yönlerinden biri olan sosyal destek, zor durumdaki ya da stres altındaki kişiye çevresindekiler tarafından yapılan yardım olarak kabul edilmektedir. Sosyal desteğin psikopatoloji için koruyucu bir faktör olabileceği ve stresin bilinmeyen etkilerine karşı tampon işlevi gördüğü belirtilmektedir (Sorias 1992; Ardahan 2006). Kadının doğum ve doğum sonrası duygu durumu, aile, sosyal destek sistemleri ve aldığı desteğin kalitesinden etkilenmektedir (Ertürk 2007). Bu çalışmada annelerin %55’i eşi ile %66.9’u anneleri ile “çok iyi”, %36.4’ü kayınvalideleri ile “iyi” düzeyde ilişkileri olduğunu belirtmiştir (Tablo 4.5). Vırıt ve ark. (2008), gebelerin %22.1’inin gebeliği süresince kimseden yardım/destek almadığını, %61.5’inin gebeliği süresince eşinden, %16.3’ünün aile bireylerinden (anne-kayınvalide-kardeş) yardım aldığını saptamıştır. Karabulut (2013), annelerin %56.1’inin doğum sonrası eşi desteğini yeterli bulduğunu saptamıştır. İnandi ve ark. (2005), kadının gebelik sırasında eşinden gelen destek eksikliğinin depresif belirtileri arttırdığını ve yakın arkadaşi olmayan kadınların depresyon riskinin de arttığını saptamıştır. Bu çalışmanın sonuçları literatüre benzerdir.

Çalışmamızda PMS görölme sıklığı %38.5 bulunmuştur. PMS alt boyutlarından depresif duygulanım %34.8, anksiyete %20.5, yorgunluk %60.9, sinirlilik %50,

depresif düşünceler %26.7, ağrı %47.5, iştah değişimleri %55.6, uyku değişimleri %42.9 ve şişkinlik %42.2 oranında bulunmuştur (Tablo 4.6). Yapılan çalışmalarda PMS görülme sıklığının %5.9-%76 arasında değiştiği bildirilmektedir (Gökkurt 1999; Müderris ve ark., 1999; Üstün ve ark., 2003; Adıgüzel ve ark., 2007; Öztürk ve ark., 2011; Pınar ve Öncel, 2011; Selçuk ve ark., 2014). Bu çalışmada kullanılan PMSÖ ile yapılan çalışmalarda; Poyrazoğlu (2010), depresif duygulanımı %44.7, anksiyete %24.3, yorgunluk %49.7, sinirlilik %50.3, depresif düşünceler %28.8, ağrı %48.9, iştah değişimleri %49.5, uyku değişimleri %42.9, şişkinlik %49.1 olarak saptamıştır. PMS görülme sıklığının Asya ülkelerinde %60-80 arasında değiştiği, Türkiye'de %66.6, Çin'de %76 ve Malezya'da ise %63.1 olduğu bildirilmektedir (Çatakoğlu 2016). PMS ile ilgili meta-analiz çalışmasında PMS yaygınlığının İran'da %98, Fransa'da %12 olduğu tespit edilmiş, PMS prevalansı %47.8 bulunmuştur (Direkvand-Moghadam ve ark., 2014). Önal (2011) yaptığı çalışmada PMS alt boyutları olan depresif duygulanım %51.9, anksiyete %22.4, yorgunluk %60.1, sinirlilik %61.9, depresif düşünceler %33.6, ağrı %55.6, iştah değişimleri %69.4.5, uyku değişimleri %47.0, şişkinlik %63.1 oranında bulunmuştur. Bu çalışmanın sonuçları literatüre benzerdir.

DSD anne, bebek ve ailenin sağlığını olumsuz yönde etkileyen sorunların başında gelmektedir. DSD'nin görülme sıklığı araştırma yapılan toplum yapısına ve yapılan araştırmanın tekniğine göre değişiklikler göstermektedir (Can 2010). DSD prevalansı, İngiltere'de %31, Amerika'da %38, İtalya'da %30, Kanada'da %20, Çin'de %15.5, Hong Kong'da ise %37 olarak bildirilmektedir (Çelikel 2012). Türkiye'de yapılan çalışmalarda DSD görülme sıklığının %8.8 ile %42.7 arasında değiştiği belirtilmektedir (Kayacı 2008; Arslantaş ve ark., 2009; Demir ve ark., 2016). Bu çalışmada annelerde doğum sonrası depresyon görülme oranı %23.3 olarak bulunmuştur (Tablo 4.8). Literatürde belirtilen DSD sıklığının hem farklı toplumlarda hem de ülkemizdeki yapılan farklı çalışmalarda değişkenlik göstermesinin nedeni çalışmanın tasarımı, değerlendirmenin doğum sonrası dönemde farklı zamanlarda yapılması, örneklem sayısı ve popülasyon farklılıklarıdır (Durukan ve ark., 2011). DSD'nin risk faktörleri arasında prenatal depresyon ve anksiyete, gebelik sırasında tedavi edilmemiş depresyon, geçirilmiş depresyon ve daha önceki doğumlardan sonra depresyon öyküsü, genç yaş, zayıf aile ve evlilik ilişkileri, çocukluk döneminde aile

ilişkilerinde bozukluklar, çocuk bakımı ile ilişkili yaşanan stresler, sosyal desteğin olmayışı, stresli yaşam olayları, düşük benlik saygısı, bebeğin huzursuzluğu, evlilik memnuniyetsizliği, düşük sosyo-ekonomik durum, gebeliğin istenmemesi, doğum ağırlığının düşük oluşu, erken doğum yapma ve annelik hüznü yer almaktadır (Moses-Kolko ve Roth, 2003; Manfredi ve ark., 2005). Bu çalışmada eşin çalışmaması, geniş ailede yaşama, gelir algısının düşük seviyede olması, gebelik öncesi ruhsal problem yaşama, istemeden gebe kalma, doğum korkusu yaşama, doğumda problem yaşama, bebeğini anne sütü ile beslememe, eş, anne ve kayınvalide ile ilişkisinin “kötü” düzeyde olmasını içeren faktörlerin annelerin depresyon puanlarını artırdığı ve gruplar arası farkların istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur. Bu çalışmanın sonuçları veri toplama teknikleri ve veri analizleri farklı olmakla birlikte literatüre benzerdir.

Bu çalışmada PMS’li annelerin %44.4’ünde, PMS’li olmayan annelerin %10.1’inde DSD olduğu ve PMS’li olma ile DSD’li olması arasında anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır ($p=0.000$), (Tablo 4.8). Aynı zamanda DSD’li annelerin DSD sorunu olmayan annelere göre PMSÖ toplam ve alt boyutlarının puan ortalamaları gruplar arası farkının istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p=0.000$), (Tablo 4.9). Ayrıca bu çalışmada, EDSDÖ puanları ve PMSÖ ve alt boyutlarından depresif duygulanım ($r=.507$), anksiyete ($r=.577$), yorgunluk ($r=.401$), sinirlilik ($r=.480$), depresif düşünceler ($r=.546$), uyku değişimleri ($r=.370$) alt boyutları arasında pozitif yönde “orta” düzeyde; ağrı ($r=.267$), iştah değişimleri ($r=.207$), şişkinlik ($r=.172$) alt boyutları arasında pozitif yönde “zayıf” düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler saptanmıştır (Tablo 4.16). Chuong ve Burgos (1995), PMS’li 190 kadını PMS’li olmayan 182 kadın ile karşılaştırdıkları çalışmalarında, postpartum depresyon sıklığını PMS’li kadınlarda %43, PMS’li olmayan kadınlarda %12 olarak bulmuştur. Yapılan başka bir çalışmada, kadınlarda PMS olması ile DSD görülmesi arasında güçlü bir ilişki olduğu, PMS’li kadınlarda doğum sonrası depresyon görülme oranının %21.1 iken diğer kadınlarda görülme oranının %11.7 olduğu bildirilmiştir (Türkçapar ve ark., 2015). Kara (2016), doğum sonrası depresyon yaşayanların %58.1’inde PMS olduğunu ve gruplar arasında anlamlı fark olduğunu belirtmiştir. Özeren ve ark. (2013), postpartum depresyon yaşayanlarda PMS ve PMDB görülme oranlarını depresyon yaşamayanlara göre daha yüksek bulmuştur. Lee ve ark. (2015),

postpartum depresyon yaşayan kadınların %34.8'inde PMS görüldüğünü, postpartum depresyonu yaşamayan kadınların %4.9'unda PMS görüldüğünü bulmuş ve PMS ile DSD arasında korelasyon olduğunu saptamıştır. Sylvén ve ark. (2013), gebeliğinden önce PMS/PMDB'li olduğunu belirten kadınlarda, doğum sonrası depresyon ile ilişkili daha yüksek risk olduğunu bulmuştur. Aynı çalışmada, PMS geçmişi olan kadınlarda depresyon görülme oranı doğum sonrası beşinci günde 4.81, altıncı haftada 3.28, altıncı ayda 3.49 kez daha yüksek bulunurken; PMDB geçmişi olduğunu belirten kadınlarda depresyon görülme oranı doğum sonrası beşinci günde 8.08, altıncı haftada 4.42, altıncı ayda 4.14 kez daha yüksek olarak saptanmıştır (Sylvén ve ark., 2013). Bu çalışmanın sonuçları literatür ile benzerlik göstermektedir.

Bağlanma, annenin zihninde gebelik döneminden itibaren var olması gereken, anne-baba-bebek arasında yaşamın ilk günlerinde başlayarak, güvenlik temelinde gelişen, çocuğun sağlıklı gelişimi için vazgeçilmez koşul olan ve duygusal yönü ağır basan bir durumdur (Sabuncuoğlu ve Berkem, 2006; Vedova ve ark., 2008). Maternal bağlanma, anne ve çocuk arasında, sıcak, yakın ve sürekli bir ilişkinin olması ile birlikte her iki tarafında bu ilişkiden memnun olması ve haz alması olarak tanımlanır (Kavlak ve Şirin, 2009; Yazgan 2014). Anne bebek bağlanmasında, gebeliğin planlanma ve istenme durumu, annenin güven duygusu, ailenin sosyo-ekonomik ve kültürel durumu, eş ile ilişki, eşin desteği, kadının ailesiyle ve sosyal çevresiyle ilişkileri, doğum şekli, anne-bebeğin sağlık durumu, annenin bebek bakımı bilgisi gibi faktörlerin etkili olduğu belirtilmektedir (Kavlak 2004). Ayrıca gebeliğin geç dönemindeki depresif semptomlar maternal bağlanma düzeyinin düşük olmasında çok önemli bir belirleyicidir (Perry ve ark., 2011). Bu çalışmada doğum sonrası bağlanma sorunu olan annelerin oranı %4.6 olarak bulunmuştur (Tablo 4.8). Şolt (2011), primipar annelerin multipar annelere göre maternal bağlanma puanlarının daha iyi düzeyde olduğunu bulmuştur. Arı (2012) ise çalışmasında annelerin maternal bağlanma puanını "iyi" düzeyde bulmuştur. Araştırmanın sonuçları literatüre benzerdir.

Çalışmada PMS'li annelerin %6.5'inde, PMS'li olmayan annelerin %3.6'sında DSB sorunu olduğu ve annelerin PMS'li olması ile DSB sorunu yaşamaları arasında anlamlı ilişki olmadığı belirlenmiştir ($p=0.227$), (Tablo 4.8). Bununla birlikte, PMSÖ ve alt boyutlarından alınan puanlar doğum sonrası bağlanma sorunu yaşama durumuna

göre değerlendirildiğinde; PMSÖ alt boyutlarından depresif duygulanım, anksiyete ve depresif düşüncelere ait puan ortalamalarının DSB sorunu olan annelerde, DSB sorunu olmayan annelere göre daha yüksek olduğu ve gruplar arası farkların istatistiksel olarak anlamlı olduğu (**p=0.000**), PMSÖ toplam ve diğer alt boyutlarda anlamlı fark olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$), (Tablo 4.10). Ayrıca, DSBÖ ile PMSÖ toplam ($r=.325$) ve PMSÖ'nün alt boyutlarından depresif duygulanım ($r=.229$), anksiyete ($r=.268$), yorgunluk ($r=.196$), sinirlilik ($r=.233$), depresif düşünceler ($r=.285$), ağrı ($r=.130$), iştah değişimleri ($r=.130$), uyku değişimleri ($r=.197$), şişkinlik ($r=.111$) alt boyutları arasında pozitif yönde “zayıf” düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler saptanmıştır (Tablo 4.16). Örün ve ark. (2013), annelerde doğum sonrası depresyon oranının %16.9 olduğunu ve depresyonu olanlarda bağlanma bozukluğunun daha sık görüldüğünü bulmuştur. Kayacı (2008), çalışmasında annelerin depresyon oranının %8.8 olduğunu, maternal bağlanma puan ortalamaları ile doğum sonrası depresyon arasında önem düzeyinde anlamlı ilişki olduğunu bulmuştur. Yapılan başka bir çalışmada postpartum depresyon puanı yüksek olan kadınlarda maternal bağlanma puanlarının daha düşük olduğu belirlenmiştir (Üstgörül ve Yanikkerem, 2014). İki uçlu bozukluk ve bağlanma biçimi ile ilgili yapılan başka bir çalışmada ise, iki uçlu bozukluk olan çocukların ebeveynlerinde PMS daha yüksek bulunmuştur (Kökcü 2009). Bu çalışmada, DSB sorunu olan annelerin %12'sinde, DSB sorunu olmayan annelerin %2.4'ünde doğum sonu depresyon olduğu ve DSD'li olma ile DSB sorunu yaşama arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir (**p=0.002**), (Tablo 4.8). Çalışma sonuçları ile benzer olarak yapılan çalışmalar incelendiğinde PMS'li kadınların depresyona yatkınlığı/doğum sonrası depresyon görülme durumunun ilişkili olduğu ve doğum sonrası depresyon yaşayan annelerde doğum sonrası bağlanma sorunlarının yaşandığı dikkate alındığında PMS'li kadınların doğum sonrası bağlanma sorunu yaşama riskinin PMS'li olmayanlara göre daha fazla olduğu düşünülmektedir.

Bu çalışmada, geniş ailede yaşayan kadınların PMSÖ puan ortalamalarının, çekirdek ailede yaşayan kadınlara göre daha yüksek olduğu ve farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur (**p=0.044**), (Tablo 4.11). Yapılan çalışmalarda yaşanan aile tipi ile PMS arasında ilişki bulunmadığı belirtilmektedir (Pınar 2007; Erbil ve ark., 2011). Bizim çalışma bulgularımız literatürden farklı bulunmuştur. Bu

durumun çalışma örneklemini oluşturan kadınların sosyo-demografik özelliklerinin farklı olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Çalışmamızda, eşi çalışmayan kadınların EDSDÖ puan ortalamalarının diğer kadınlara göre daha yüksek olduğu ve gruplar arası farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p=0.035$), (Tablo 4.11). Çalışma sonuçlarımıza benzer olarak, Durukan ve ark. (2011), eşi çalışmayan annelerde doğum sonrası depresyon görülme sıklığının eşi çalışanlara göre daha yüksek olduğunu; Murray ve arkadaşları (2015), eşin işinin olmaması ile yüksek EDSDÖ puanları arasında ilişki olduğunu; Battaloğlu ve ark. (2012) da eşi çalışmayan-işsiz olan kadınların EDSDÖ puanlarının anlamlı düzeyde yüksek olduğunu saptamıştır. Literatüre benzer olarak bulduğumuz bu sonuç, eşin işsiz olmasının aileyi ekonomik olarak etkilemesi sonucunda yaşanan sorunlara bağlı olarak, annenin ruh sağlığının olumsuz yönde etkilendiği şeklinde yorumlanabilir.

Çalışmamızda geniş ailede yaşayanların, EDSDÖ puanının çekirdek ailede yaşayanlara göre daha yüksek olduğu ve gruplar arası farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p=0.012$), (Tablo 4.11). Vural ve Akkuzu (1999) çalışmalarında geniş aile yapısına sahip annelerin (%62.2) %25'inde depresyon olduğunu ve aile yapısı ile depresyon arasında ilişki olmadığını belirtmiştir. Efe ve ark. (2009) 214 kadının katılımı ile yaptıkları çalışmada geniş ailede yaşayan kadınların (%37.5) diğer gruptaki kadınlara göre daha yüksek oranda depresyon riski taşıdığını ancak istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadığını saptamıştır. Yapılan başka bir çalışmada aile tipinin doğum sonrası depresyon ile ilişki olmadığı belirtilmiştir (Türkçapar ve ark., 2015). Bulunan bu sonuç, geniş ailede aile büyükleri ile birlikte yaşama nedeniyle doğum sonrası dönemde annelerin kendine ve bebeğine yeterince zaman ayıramaması, yeni bebeği olan anneden ev işleri ile ilgili beklenen sorumluluklar, aile büyüklerinin yanında annenin rahat olamaması gibi nedenlerle doğum sonrası depresyonun ortaya çıktığı şeklinde yorumlanabilir.

Ailenin gelir düzeyi, depresyon görülmesinde etkili faktörlerden biridir. Çalışmamızda gelir algısı “düşük” düzeyde olan annelerin, gelir algısı “orta” düzeyde olan annelere göre EDSDÖ puanının daha yüksek olduğu ve farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p=0.028$), (Tablo 4.11). Demir ve ark. (2016) gelir

düzeyle depresyon arasında doğrudan bir ilişki görülmediğini bildirmiştir. Gümüş ve ark. (2012), düşük gelire sahip annelerin depresif belirti düzeyinin daha yüksek olduğunu bulmuştur. Chi ve ark. (2016), düşük gelir düzeyi ile depresyonun ilişkili olduğunu belirtmiştir. Literatüre benzer olarak çalışmamızda da gelir düzeyi düşük olan annelerin EDSDÖ puanları daha yüksek bulunmuştur (Gümüş ve ark., 2012; Chi ve ark., 2016).

Planlanmamış gebelik hem yüksek gelirli hem de düşük ya da orta gelirli ülkelerde yaygın bir sorundur (Faisal-Cury ve ark., 2016). Amerika'da gebeliklerin %48'inin, Brezilya'da %65'inin, Kenya'da %24'ünün planlanmadığı bildirilmiştir (Finer ve Henshaw, 2006; Prietsch ve ark., 2011; Ikamari ve ark., 2013). Çalışmamızda gebeliğini sonradan isteyenlerin ($p=0.000$), gebelikte sorun yaşayanların ($p=0.023$), doğumda problem yaşayanların ($p=0.000$) PMSÖ toplam puan ortalamalarının diğer annelere göre daha yüksek olduğu ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu bulunmuştur (Tablo 4.12). Bulunan bu sonuç ilginçtir. PMS'nin kadınların kişilik özelliklerinde değişime neden olduğu ve PMSÖ'nün anksiyete, sinirlilik, depresif düşünceler ve depresif duygulanım alt boyutlarından alınan puanların bu sonuçlarla ilişkili olduğu düşünülmektedir.

Yaşam tarzında değişikliklere neden olabilecek, psikolojik hatta ekonomik ek yükümlülükler getirebilecek olan yeni bir gebelik annelere ilave sorumluluk getirmektedir. Planlanmayan gebelik, kürtaj, düşük gibi jinekolojik sorunlar doğum sonrası depresyon gelişmesine eğilimi artırabilmektedir (McLennan ve ark., 2001). Araştırmada gebeliğini sonradan isteyenlerin EDSDÖ toplam puan ortalamaları, isteyerek gebe kalan annelere göre yüksek bulunmuş ve gruplar arası istatistiksel farkın anlamlı olduğu saptanmıştır ($p=0.000$), (Tablo 4.12). Gebeliklerin yarısının (%49) planlanmamış olduğu bir çalışmada annelerin 2.4 kat daha fazla doğum sonrası depresyon oranına sahip olduğu belirlenmiştir (Qandil ve ark., 2016). Yapılan başka bir çalışmada, doğum sonrası depresyon ile planlanmamış veya istenmeyen gebelik arasında güçlü bir ilişki olduğu ve depresyona girme olasılığının planlanmamış gebelik yaşayanlarda daha yüksek olduğu saptanmıştır (Poçan ve ark., 2013). Faisal-Cury ve ark. (2016), kadınların %67.8'inin planlamadan gebe kaldığını belirlemiş, gebelik ve doğum sonrası dönemde yapılan değerlendirmede planlamadan gebe kalan kadınların depresyona girme riskini 2.5 kat daha fazla bulmuştur. Karabulut (2013), doğum

sonrası dönemde, birinci ayda EDSDÖ puan ortalamaları ile planlı gebelik arasında anlamlı fark olmadığını, dördüncü ay EDSDÖ puan ortalamaları ile planlı gebelik arasında anlamlı fark olduğunu saptamıştır. Bu çalışmada saptanan bulgular literatüre benzerlik göstermektedir (Karabulut, 2013; Poçan ve ark., 2013; Faisal-Cury ve ark., 2016; Qandil ve ark., 2016).

Gebelik döneminde başlayan doğum korkusu olumsuz doğum deneyimiyle sonuçlandığı gibi doğum sonu dönemde depresyona, anne-bebek bağlanmasında gecikmeye ve travma sonrası stres bozukluğuna neden olmaktadır (Spice ve ark., 2009). Bu çalışmada, doğum korkusu yaşayan annelerin, doğum korkusu yaşamayan annelere göre EDSDÖ toplam puan ortalamalarının yüksek olduğu ve gruplar arası istatistiksel farkın anlamlı olduğu saptanmıştır ($p=0.001$), (Tablo 4.12). Gümüş ve ark. (2012) gebelik sürecinde doğum korkusu yaşayan ve doğumdan sonra anksiyete yaşadığını belirten kadınlarda depresif belirti düzeyinin daha yüksek olduğunu bulmuştur. Ayvaz ve ark. (2006) ise, DSD'li annelerin %28.8'inin doğum korkusu yaşadığını ve DSD sıklığı ile doğum korkusu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki olmadığını bildirmiştir. Çalışmamızın sonuçları, literatür sonuçlarıyla tutarlılık göstermektedir (Spice ve ark., 2009; Gümüş ve ark., 2012).

Gebelik ve doğum sorunları gibi faktörler doğum sonu depresyonun etiolojisinde yer almaktadır (Henshaw 2000). Doğumda annede gelişen sağlık problemleri, bebeğin bakıma muhtaç olduğu bir dönemde gelişmekte, özellikle evlilik çatışmaları yaşayan ve düşük gelir seviyesine sahip kadınlarda depresyon semptomlarının gelişmesine neden olabilmektedir (Battaloğlu ve ark., 2012). Çalışmamızda doğumda problem yaşayan annelerin EDSDÖ puan ortalamaları, problem yaşamayan annelere göre yüksek bulunmuş ve gruplar arası farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p=0.001$), (Tablo 4.12). Aksoy ve ark. (2016), kadınların EDSDÖ puanları ile doğumda sorun yaşama durumları arasında anlamlı fark olduğunu bulmuştur. Yapılan başka bir çalışma da doğumda sağlık sorunu yaşayan annelerin doğum sonrası depresyon puanlarının anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır (Battaloğlu ve ark., 2012). Çalışma sonuçları literatüre benzerdir.

Gebeliğe ya da ebeveyn olmaya karar verme planlı, bilinçli ve yalnızca bireylerin kendi isteğine bağlı olarak oluşmadığında gebelik ve ebeveynlik rolüne

uyum daha güç olmaktadır (Beydağ 2007). Kendini anneliğe hazırlayan, bebeğini isteyerek doğurmuş olan, bebeğini seven, ihtiyaçlarını anlayan ve karşılayan bir anne bebeğiyle olumlu ilişkiler kurabilmektedir (Karaçam ve ark., 2010). Bu çalışmada, gebeliğini sonradan isteyen annelerin DSBÖ puan ortalamalarının isteyerek gebe kalan annelerden daha yüksek olduğu ve farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur. Başka bir deyişle, doğum sonu bağlanma düzeyi istemeden gebe kalan kadınlarda daha düşüktür (**p=0.003**), (Tablo 4.12). Bu çalışmanın sonuçlarına benzer olarak; Taner'in (2014) çalışmasında planlamadan gebe kalan kadınların, planlayarak gebe kalan kadınlara göre doğum sonrası erken dönemdeki annelik davranış puanları daha düşük bulunmuştur. Perry ve ark. (2011), ise kadınların üçte birinin planlamadan gebe kaldığını ve istenmeyen gebeliği olanların doğum sonrası bağlanma düzeylerinin daha düşük seviyelerde olduğunu bildirmiştir.

Major depresif bozukluk, panik bozukluk, şizofreni, bulimiya nevroza gibi ruhsal bozuklukların veya migren, astım, epilepsi gibi fiziksel hastalıkların adet öncesi dönemde ciddileştiği bilinmektedir. Bu duruma “adet öncesi alevlenme” denir (Pearlstein ve Stone, 1998). Çalışmamızda annelerin %17.4'ünün gebelik öncesi ruhsal sorun yaşadığı belirlenmiş, bu annelerin diğer annelere göre PMSÖ toplam puan ortalamaları yüksek bulunmuş ve gruplar arası istatistiksel farkın anlamlı düzeyde farklı olduğu saptanmıştır (**p=0.000**), (Tablo 4.13). Accortt ve ark. (2013) çalışmasında, Majör Depresif Bozukluğu olan kadınlarda PMS sıklığının arttığı belirtilmiştir. Wittchen ve arkadaşları (2002) tarafından yapılan epidemiyolojik çalışmada, PMS'li kadınların %16'sında majör depresyon görülürken, PMS'li olmayan kadınların %7'sinde depresyon görüldüğü saptanmıştır. Yapılan başka bir çalışmada 350 hastane çalışanının %7.1'inin bilinen depresyon tanısı olduğu ve bu kişilerde PMS sıklığının anlamlı düzeyde yüksek bulunduğu saptanmıştır (Özeren ve ark., 2013). Çalışmamızın sonuçları bu sonuçlarla benzerlik göstermektedir.

Çalışmamızda gebelik öncesi ruhsal sorun yaşayan annelerin EDSÖ puanının, ruhsal sorun yaşamayan annelerden daha yüksek olduğu ve farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (**p=0.000**), (Tablo 4.13). Yapılan çalışmalarda bu çalışmanın bulgularına benzer olarak; Türkçapar ve ark. (2015) daha önce psikiyatrik bozukluğu olan kadınlarda doğum sonrası depresyon görülme oranının böyle bir geçmişe sahip olmayanlara göre daha yüksek olduğunu saptamış, Tahaoğlu ve ark.,

(2015), geçirilmiş depresyon öyküsünün postpartum depresyonu etkileyen anlamlı bir değişken olduğu bulmuş, Danacı ve ark. (2002), önceki psikiyatrik bozukluk öyküsünün EDSDÖ puanı üzerinde anlamlı etkiye sahip olduğunu ve doğum sonrası depresyon görülme sıklığını artırdığını belirtmiştir. Arslantaş ve ark. (2009), DSD'li kadınların %55.6'sının gebelik öncesi ruhsal sorunlar yaşadığını ve bu durumun doğum sonrası dönemde depresyon görülme durumunu 9.867 kat etkilediğini bildirmiştir. Nur ve ark. (2004), DSD prevalansının, gebelikten önce ruhsal hastalık geçiren ve birinci derece yakınlarında ruhsal hastalık olanlarda 2.87 kat daha fazla olduğunu bulmuştur. Gebelik öncesi ruhsal sorunları olan kadınlarda doğum sonrası dönemde depresyon görülme olasılığı yükselmektedir. Bu nedenle gebelik öncesi ruhsal sorunları olan kadınların doğum sonrası dönemde daha yakından izlenmesi gerekmektedir.

Bu çalışmada araştırmanın yapıldığı sırada bebeğini anne sütü ile beslemeyen annelerin hem PMSÖ hem de EDSDÖ puan ortalamalarının diğer annelerin PMSÖ ve EDSDÖ puan ortalamalarına göre daha yüksek olduğu ve gruplar arası farkların istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (sırasıyla, $p=0.032$, $p=0.007$), (Tablo 4.14). Son zamanlarda yapılan çalışmaların çoğunda bebeğini emzirmemenin doğum sonrası depresyon riskini artırdığı gösterilmiştir (Deveci 2003; Kırpınar ve ark., 2010). Yapılan bir çalışmada doğum sonu 12. haftada bebeğini biberonla besleyen annelerin depresyon ölçek puanlarının anne sütü ile besleyenlere göre daha yüksek olduğu bulunmuştur (Green ve ark., 2006). Gümüş ve ark. (2012), bebeğini emzirmeyen annelerin EDSDÖ puanlarının anlamlı düzeyde daha yüksek olduğunu saptamıştır. Battaloğlu ve ark. (2012) da bebeğini emzirmeyen kadınlarda EDSDÖ puanlarının anlamlı düzeyde yüksek olduğunu belirtmiştir. Yapılan başka bir çalışmada ise doğum sonrası depresyon yaşayanların %77.4'ünün bebeklerini halen emzirdikleri ancak emzirme ile depresyon arasında ilişki olmadığı saptanmıştır (Kara 2016). Çalışmamızın sonuçları bazı araştırma sonuçlarına benzer (Green ve ark., 2006; Battaloğlu ve ark., 2012; Gümüş ve ark., 2012), bazılarından farklı bulunmuştur (Kara 2016).

Doğumdan sonra erken dönemde, birinci ve üçüncü aylarda emzirmenin annenin bebeğine karşı daha sevecen olmasına, daha sevgi dolu yanıtlar oluşturmasına ve daha duyarlı anne davranışları geliştirmesine katkı sağladığı belirtilmektedir (McKee ve

ark., 2004). Aynı zamanda emzirme, anne ile bebek arasında düzenli yakın ilişkiyi garantileyerek, bebeğin sakinleşmesini, gevşemesini sağlayarak stresten korumakta ve güvenli bağlanmanın oluşmasına temel oluşturmaktadır (Zetterström 1999; Gribble 2006). Bu çalışmanın yapıldığı sırada bebeğini anne sütü ile beslemeyen annelerin DSBÖ puan ortalamalarının diğer annelere göre daha yüksek olduğu ve gruplar arası farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p=0.020$), (Tablo 4.14). Yapılan bir çalışmada kadınların %88'i emzirmenin anne-bebek bağlanmasını güçlendiren girişimler arasında olduğunu belirtmiştir (Evcili ve ark., 2014). Şen (2007), bebeklerini anne sütüyle besleyen veya anne sütü ve hazır mamayla besleyen ya da hazır mamayla besleyen annelerin maternal bağlanma puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olmadığını saptamıştır. Yapılan başka bir çalışmada bebeğini anne sütü ile besleyen primipar ve multipar annelerin maternal bağlanma ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları ile anne sütü ve hazır mama ile besleyen primipar ve multipar annelerin maternal bağlanma ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları arasında anlamlı fark olmadığı belirlenmiştir (Şolt 2011). Çınar ve ark. (2015), maternal bağlanma puanı ile emzirme öz-yeterlilik toplam puanı arasında orta düzeyde pozitif korelasyon olduğunu belirtmiştir. Bu çalışmanın sonuçları literatüre benzerdir.

Premenstruel semptomların kişisel, ailesel ve iş ilişkilerini etkilediği, kişisel uyumsuzluklara, iletişim kopukluklarına neden olduğu hatta kadınların cinsel yaşam ve çocuk bakımında yetersiz kaldığı yapılan araştırmalarda bildirilmiştir (Tomruk 1991; Brown ve Ornitz, 1993). Çalışmamızda eşleri ile ilişki durumu “kötü” olan ($p=0.000$), kayınvalidesi ile ilişki durumu “orta” olan ($p=0.004$) annelerin PMSÖ toplam puan ortalamalarının diğer annelere göre daha yüksek olduğu ve gruplar arası farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur (Tablo 4.15). Yapılan bir çalışmada kişiler arası ilişkilerinde bozulma yaşayan kadınların (%46.2) premenstruel ve menstruel dönem şikayetlerinin yüksek olduğu ve aralarında ileri düzeyde anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır (Daşıkın ve ark., 2014). Ersoy ve Yıldız (2011), eşinden şiddet görmüş olan kadınlardan %100'ünün PMS'li olduğunu saptamıştır. Daşıkın ve Saruhan (2014), hemşirelerin %61.5'inin menstruel dönemlerde kişiler arası ilişkilerinin bozulduğunu belirtmiştir. Yapılan başka bir çalışmada kadınların %43.3'ü premenstruel dönemde yaşadıkları sıkıntılar nedeni ile başkaları ile olan ilişkilerinin etkilendiğini belirtmiştir (Poyrazoğlu 2010). Bu çalışmanın sonuçları literatüre

benzerdir. PMS'nin kadının kendisini, ailesini ve içinde yaşadığı toplumu etkileyen, iş gücü kaybına yol açan, yaşam kalitesini azaltan ve ruh sağlığını bozan önemli bir halk sağlığı problemi olarak ele alınması ve değerlendirilmesi gerekmektedir (Selçuk ve ark., 2014).

Sosyal destek eksikliği, doğum sonrası depresyonun gelişmesinde etkili faktörlerden birisidir (Sorias 1998). Sosyal destek annelerin, annelik rolüne ilişkin yeterlilik duygusunu arttırarak depresyon görülme riskini azaltmakta ve bebeğin sağlığını olumlu yönde etkilemektedir (Gülseren 1999). Bu çalışmada eşleri, kendi anneleri ve kayınvalideleri ile ilişki durumları “kötü” olan annelerin, diğer annelere göre EDSÖ puan ortalamalarının daha yüksek olduğu ve gruplar arası farkların istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (sırasıyla; $p=0.000$, $p=0.017$, $p=0.000$), (Tablo 4.15). Chi ve ark. (2016), çalışmalarında eşi, annesi ve kayınvalidesi ile ilişki durumu “kötü” olan kadınların ilişki durumu “iyi” olan kadınlara göre depresyon düzeyini daha yüksek bulmuştur. Danacı ve ark. (2002), kadının eşi, kayınvalidesi ve kayınpederi ile ilişki durumunun “kötü” olmasının doğum sonrası depresyon görülme sıklığını etkileyen çevresel faktörler arasında olduğunu belirtmiştir. Yapılan başka bir çalışmada kadınların eşi ve eşinin ailesiyle ilişkilerinin “kötü” olması ile evliliğinden genel olarak memnuniyetsiz olması durumunun doğum sonrası depresyon durumunu artırdığı saptanmıştır (Durukan ve ark., 2011). Arslantaş ve ark. (2009), annelerin evliliğinde sorun yaşama durumunun doğum sonrası depresyon görülme durumunu etkilediğini ve eşinin ailesi ya da kendi ailesi ile ilişkilerinin “kötü” olması durumunun doğum sonrası depresyon görülme durumunu 4.6 kat etkilediğini saptamıştır. Bu çalışma sonuçları literatüre benzerlik göstermektedir. Kadının eşi, annesi ve kayınvalidesi ile kişilerarası ilişkilerinin iyi olması doğum sonrası depresyon olasılığı üzerinde olumlu etki göstermektedir.

Anne-bebek ilişkisi zamanla öğrenilen bir süreçtir. Bu etkileşimin sağlıklı bir şekilde başlayarak sürdürülebilmesinde, annenin yeni rolüne uyumunda, karşılaştığı problemlerle baş edebilmesinde çevresinden aldığı destek ve eşler arasındaki uyum önemlidir (Benson 1994; Gülseren, 1996; Taşkın 2016). Bu araştırmada eşleri ile ilişki durumu “kötü” ($p=0.005$), kendi anneleri ile ilişki durumu “iyi” ($p=0.017$) ve kayınvalidesi ile ilişki durumu “orta” düzeyde olan annelerin ($p=0.000$) DSBÖ puan ortalamalarının diğer annelere göre daha yüksek olduğu ve gruplar arası farkların

istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur (Tablo 4.15). Yapılan bir çalışmada annelerin eşi ile ilişkilerin “iyi” olmasının maternal bağlanma puanlarını olumlu yönde etkilediği belirtilmektedir (Alan 2011). Aynı çalışmada doğum sonrası dönemde bebek bakımında kendi ailesinden ve eşinin ailesinden destek alan annelerin, destek almayan annelere göre maternal bağlanma puanlarının düşük olduğu, eşinin ailesinden destek alan annelerde gruplar arası farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu, kendi ailesinden destek alan annelerde istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı bulunmuştur (Alan 2011). Şolt (2011), eşleri ile ilişki durumu iyi olan ve olmayan primipar ve multipar annelerin maternal bağlanma puan ortalamaları arasında anlamlı fark olmadığını bildirmiştir. Çalışma sonuçlarına göre annelerin eş, anne ve kayınvalide ile kişilerarası ilişki durumunun kötüleşmesi, bebeği ile doğum sonu bağlanma sorunu yaşama durumunu olumsuz yönde etkilemektedir. Bu çalışmanın eş ile ilgili sonuçları Alan’ın (2011) çalışma sonuçlarına benzer, Şolt’un (2011) çalışma sonuçlarından farklı bulunmuştur. Doğum sonu dönemde eş, anne ve kayınvalideden destek almaktan daha fazla, kişiler arası ilişkilerin iyi olmasının doğum sonu bağlanma üzerine olumlu etkisi olduğunu söyleyebiliriz.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. SONUÇLAR

01-12 aylık bebeği olan annelerde gebelik öncesi premenstruel sendrom görülme durumunun doğum sonrası depresyon ve anne-bebek bağlanmasına etkisini incelemek amacıyla yapılan çalışmamızın bulguları doğrultusunda ulaşılan sonuçlar şu şekildedir;

- Araştırma kapsamına alınan annelerin yaş ortalamaları 28.88 ± 5.31 (18-48), evlilik yılı ortalamaları 6.30 ± 4.90 (1-30), eşlerinin yaş ortalamaları ise 32.52 ± 5.66 (20-54) olarak bulunmuştur.

- Annelerin %33.9'unun lise mezunu, eşlerinin %35.7'sinin lise mezunu olduğu ve eşlerinin %88.5'inin çalıştığı belirlenmiştir. Annelerin %76.4'ünün çekirdek ailede yaşadığı, %88.8'inin "orta" düzeyde gelire sahip olduğu, %71.1'inin ev hanımı olduğu saptanmıştır.

- Çalışmaya katılan annelerin gebelik sayısı ortalamaları 2.02 ± 1.03 (1-6 gebelik), yaşayan çocuk sayılarının ortalamaları 1.86 ± 0.92 (1-5 çocuk) bulunmuştur.

- Annelerin %90.7'si gebeliğini istediğini, %96'sı gebeliğinde kontrole düzenli olarak gittiğini, %33.5'i gebelikte sorun yaşadığını belirtmiştir. Gebelikte yaşanan sorunların düşük tehdidi (%16.1), erken doğum tehdidi (%14), diyabet (%4.3) ve hipertansiyon (%4) olarak belirlenmiştir.

- Annelerin %60.9'unun doğum korkusu yaşadığı, %11.5'inin doğumda problem yaşadığı, %8.4'ünün doğumdan sonra problem yaşadığı belirlenmiştir. Annelerin %61.4'ü sezaryen doğum yaptığını belirtmiştir.

- Araştırmaya katılan annelerin %17.4'ünün gebelik öncesinde ruhsal sorun yaşadığı, sorun yaşayanların (n=56) %17.9'unun doktora başvurduğu saptanmıştır.

- Bebeklerin doğum haftası ortalamasının 38.88 ± 1.16 (37-41 hafta), ay ortalamasının 6.08 ± 3.64 (01-12 ay) olduğu ve doğum kilosu ortalamasının 3.33 ± 0.42 kg (2.20-4.40 kg) olduğu bulunmuştur.

- Bebeklerin %51.6'sinin erkek olduğu, %78.9'unun şu anda anne sütü ile beslendiği, annelerin %59.9'unun bebeklerini doğumdan sonra ilk yarım saat içinde emzirdiği, %77'sinin bebekleri ile doğumdan sonra ilk yarım saat içinde tenel temaslarının başladığı, bebeklerin %25.2'sinin daha önce hastanede yatarak tedavi gördüğü belirlenmiştir.

- Araştırma kapsamına alınan annelerden %55'inin eşi ile ilişki durumunun "çok iyi" olduğunu, kendi annesi hayatta olanların %66.9'inin anneleri ile ilişki durumlarının "çok iyi" olduğunu, kayınvalidesi hayatta olan annelerin %36.1'inin kayınvalideleri ile ilişki durumlarının "çok iyi" olduğunu ifade etmiştir.
- Annelerde PMSÖ toplam puan ortalamasının 100.54 ± 32.89 ve PMS sıklığının %38.4 olduğu bulunmuştur.
- Annelerin PMSÖ alt boyutlarının puan ortalaması; depresif duygulanım için 14.71 ± 6.09 , anksiyete için 13.02 ± 5.28 , yorgunluk 15.96 ± 5.75 , sinirlilik 12.69 ± 5.34 , depresif düşünceler için 13.77 ± 6.28 , ağrı için 7.60 ± 3.24 , iştah değişimi için 8.28 ± 3.71 , uyku değişimi için 7.22 ± 3.33 , şişkinlik için 7.24 ± 3.67 bulunmuştur.
- PMSÖ'nin alt boyutlarından %50'den daha yüksek puan alma durumu değerlendirildiğinde; premenstruel dönemde annelerin %34.8'inin depresif duygulanım, %20.5'inin anksiyete, %60.9'unun yorgunluk, %50'sinin sinirlilik, %26.7'sinin depresif düşünce, %47.5'inin ağrı, %55.6'sının iştah değişimi, %42.9'unun uyku değişimi, %42.2'sinin şişkinlik sorunu yaşadığı saptanmıştır.
- EDSÖ puan ortalamasının 9.28 ± 5.31 ve DSD'li anne oranının %23.3 olduğu belirlenmiştir.
- DSBÖ puan ortalamasının 10.15 ± 9.05 , DSB sorunu oranının %4.6 olduğu saptanmıştır.
- DSD'li annelerin PMSÖ ve alt boyutlarının puan ortalamaları ile DSD'li olmayan annelerin puan ortalamaları karşılaştırıldığında, PMSÖ ve tüm alt boyutlar için gruplar arası farkların istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p < 0.05$).
- DSB sorunu yaşayan anneler ile DSB sorunu yaşamayan annelerin PMSÖ alt boyutları puan ortalamaları karşılaştırıldığında; sadece depresif duygulanım ($p = 0.015$), anksiyete ($p = 0.017$) ve depresif düşünceler ($p = 0.016$) alt boyutlarının gruplar arası puan farklarının istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir. Diğer alt boyutlar ve toplam PMSÖ puanlarına göre ise istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptanmıştır ($p > 0.05$).
- Geniş ailede yaşayan annelerin PMSÖ puan ortalamalarının, çekirdek ailede yaşayan annelere göre daha yüksek olduğu ve farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p = 0.044$).

- Çalışmamızda, eşi çalışmayan annelerin EDSDÖ puan ortalamalarının, eşi çalışan anneler göre daha yüksek olduğu ve gruplar arası farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (**p=0.035**).
- Çalışmamızda geniş ailede yaşayan annelerin EDSDÖ puan ortalamalarının çekirdek ailede yaşayan annelere göre daha yüksek olduğu ve gruplar arası farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (**p=0.012**).
- Çalışmamızda gelir algısı “düşük” seviyede olan annelerin EDSDÖ puan ortalamasının, diğer gelir algılarına sahip olan annelere göre daha yüksek olduğu ve anlamlı düzeyde farklı olduğu görülmüştür (**p=0.028**).
- Çalışmamızda gebeliğini sonradan isteyen annelerin PMSÖ toplam puan ortalamalarının isteyerek gebe kalan annelere göre daha yüksek olduğu ve gruplar arası farkların istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur (**p=0.000**).
- Gebelikte sorun yaşayan annelerin PMSÖ toplam puan ortalamalarının sorun yaşamayan annelere göre daha yüksek olduğu ve gruplar arası farkların istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur (**p=0.023**).
- Doğumda problem yaşayanların PMSÖ toplam puan ortalamalarının problem yaşamayan annelere göre daha yüksek olduğu ve gruplar arası farkların istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur (**p=0.000**).
- Araştırmada gebeliğini sonradan isteyenlerin EDSDÖ toplam puan ortalamalarının isteyerek gebe kalan annelere göre yüksek olduğu ve gruplar arası farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (**p=0.000**).
- Bu çalışmada doğum korkusu yaşayanların EDSDÖ toplam puan ortalamaları diğer doğum korkusu yaşamayan annelere yüksek bulunmuş ve gruplar arası farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (**p=0.001**).
- Çalışmamızda doğumda sorun yaşayan annelerin EDSDÖ toplam puan ortalamaları diğer annelere yüksek bulunmuş ve gruplar arası istatistiksel farkın anlamlı olduğu saptanmıştır (**p=0.001**).
- Bu çalışmada, gebeliğini sonradan isteyen annelerin, isteyerek gebe kalan annelere göre DSBÖ puan ortalamalarının daha yüksek olduğu ve farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur (**p=0.003**).

- Çalışmamızda gebelik öncesi ruhsal sorun yaşayan annelerin ruhsal sorun yaşamayan annelere göre PMSÖ toplam puan ortalamaları yüksek olduğu ve gruplar arası istatistiksel farkın anlamlı olduğu saptanmıştır (**p=0.000**).
- Çalışmamızda gebelik öncesi ruhsal problem yaşayan annelerin EDSDÖ puan ortalamalarının ruhsal problem yaşamayan annelere göre daha yüksek olduğu ve gruplar arası farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (**p=0.000**).
- Bu çalışmada araştırmanın yapıldığı sırada bebeğini anne sütü ile beslemeyen annelerin PMSÖ puan ortalamalarının diğer annelere göre daha yüksek olduğu ve gruplar arası farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (**p=0.032**).
- Çalışmada şu anda bebeğini anne sütü ile beslemeyen annelerin EDSDÖ puan ortalamalarının yüksek olduğu ve gruplar arası farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (**p=0.007**).
- Bu çalışmanın yapıldığı sırada bebeğini anne sütü ile beslemeyen annelerin DSBÖ puan ortalamalarının diğer annelere göre daha yüksek olduğu ve farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur (**p=0.020**).
- Çalışmamızda eşleri ile ilişki durumu kötü olanların (**p=0.000**), kayınvalidesi ile ilişki durumu orta olanların (**p=0.004**) PMSÖ toplam puan ortalamalarının diğer annelere göre daha yüksek olduğu ve gruplar arası farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur.
- Bu çalışmada eşleri ile ilişki durumu kötü olanların (**p=0.000**), kendi anneleri ile ilişki durumu orta olanların (**p=0.017**), kayınvalidesi ile ilişki durumu kötü olanların (**p=0.000**) EDSDÖ puan ortalamalarının diğer annelere göre daha yüksek olduğu ve gruplar arası farkların istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır.
- Bu araştırmada eşleri ile ilişki durumu kötü olanların (**p=0.005**), kendi anneleri ile ilişki durumu iyi olanların (**p=0.017**) ve kayınvalidesi ile ilişki durumu orta olanların (**p=0.000**) DSBÖ puan ortalamalarının diğer annelere göre daha yüksek olduğu ve gruplar arası farkların istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur.
- PMSÖ puanları ile EDSDÖ puanları arasında pozitif yönde “orta” düzeyde anlamlı ilişki ($r=.546$), DSBÖ ile pozitif yönde “zayıf” düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler ($r=.272$) bulunmuştur. EDSDÖ ile DSBÖ arasında pozitif yönde “orta” düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır ($r=.325$).

- EDSDÖ ve PMSÖ'nün depresif duygulanım ($r=.507$), anksiyete ($r=.577$), yorgunluk ($r=.401$), sinirlilik ($r=.480$), depresif düşünceler ($r=.546$), uyku değişimleri ($r=.370$) alt boyutları arasında pozitif yönde "orta" düzeyde; ağrı ($r=.267$), iştah değişimleri ($r=.207$), şişkinlik ($r=.172$) alt boyutları arasında pozitif yönde "zayıf" düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler belirlenmiştir.

- DSBÖ ile PMSÖ'nün depresif duygulanım ($r=.229$), anksiyete ($r=.268$), yorgunluk ($r=.196$), sinirlilik ($r=.233$), depresif düşünceler ($r=.285$), ağrı ($r=.130$), iştah değişimleri ($r=.130$), uyku değişimleri ($r=.197$), şişkinlik ($r=.111$) alt boyutları arasında pozitif yönde "zayıf" düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler saptanmıştır.

- Korelasyon analizi sonuçları, annelerin PMSÖ'den aldığı puanlar artarken, EDSDÖ ve DSBÖ'den aldığı puanların da istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde arttığını göstermiştir. Aynı zamanda annelerin EDSDÖ puanları arttıkça DSBÖ puanlarının da istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde arttığı belirlenmiştir.

- PMSÖ, EDSDÖ, DSBÖ ve BKİ puanları arasında ilişki değerlendirildiğinde, sadece PMSÖ'nün iştah değişimleri alt boyutu arasında pozitif yönde "zayıf" düzeyde anlamlı ilişki olduğu ($r=.118$, $p=0.034$) saptanmıştır.

6.2. ÖNERİLER

- Hemşireler premenstruel sendrom açısından risk altında olduğunu düşündüğü kadınları uzmana yönlendirmeli,
- Hemşire özellikle PMS’li kadınların gebe kalmaları durumunda doğum sonrası depresyon riskini göz önünde bulundurarak kadının farkındalığını arttırmaya yönelik eğitimler yapmalı,
- Özellikle birinci basamak sağlık hizmeti veren birimlerde çalışan hemşirelere olmak üzere premenstruel sendrom, doğum sonrası depresyon ve doğum sonrası anne bebek bağlanması hakkında hizmet içi eğitim programları düzenlenmeli,
- Hemşireler aldıkları bu eğitimler çerçevesinde kadınlara beslenme, egzersiz, stresle başetme, iletişim konularında eğitimler vermeli,
- Premenstruel sendrom, doğum sonrası depresyon ve doğum sonrası anne bebek bağlanması konuları, doğum öncesi bakım eğitimleri arasında yer almalı ve kadınlarda bu konularda farkındalık oluşturulmalı,
- Hemşire özellikle PMS’li kadınları doğum sonrası dönemde depresyon ve anne bebek bağlanması açısından değerlendirmeli, düzenli olarak gözlem yapmalı, gerekiyorsa uzmana yönlendirmeli,
- Doğum sonrasında anne-bebek etkileşiminin en erken dönemde sağlanabilmesi için anne bebeğin aynı odada kalması sağlanmalı, anneler bebekleri ile iletişim kurmaları, göz ve ten teması sağlamaları konularında bilgilendirilmeli,
- Hemşire doğum sonrası dönemde kadınlara eşi, kendi ailesi ve eşinin ailesi ile iletişim sorunlarının en aza indirilmesi konusunda danışmanlık yapmalı ve aynı zamanda aile üyelerini kadına/anneye destek olmaları konusunda bilgilendirmeli,
- Üreme sağlığı ile ilgili annenin psikolojik ve fiziksel sağlığını olumsuz etkileyebilecek olan diğer faktörler belirlenerek tarama testleri yapılmalı ve anneler üreme sağlığının korunması yönünde sağlık çalışanlarınca bilgilendirilmeli,
- Gelecekte PMS, doğum sonrası depresyon ve doğum sonrası bağlanmaya ilişkin müdahale çalışmaları yapılmalıdır.

KAYNAKLAR

- Accortt EE, Kogan AV, Allen JJ. (2013). Personal history of major depression may put women at risk for premenstrual dysphoric symptomatology. *Journal of Affective Disorders*, 150 (3), 1234-1237.
- Adıgüzel H, Taşkın EO, Danacı A. E. (2007). Manisa İlinde premenstrüel sendrom belirti örüntüsü ve belirti yaygınlığının araştırılması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 18 (3), 215-222.
- Akbaş E, Vırt O, Savaş AH, Sertbaş G. (2008). Gebelikte sosyodemografik değişkenlerin kaygı ve depresyon düzeyleriyle ilişkisi. *Archives of Neuropsychiatry/Noropsikiatri Arsivi*, 45 (3), 85-91.
- Akkoca Y. (2009). Doğum Sonrasında Anne-Bebek Bağlanmasını Etkileyen Faktörler. Uzmanlık Tezi, Gazi Üniversitesi, Ankara.
- Aksoy A, Ozkan H, Gundogdu G. (2014). Fear of childbirth in women with normal pregnancy evolution. *Clinical and Experimental Obstetrics & Gynecology*, 42 (2), 179-183.
- Aksoy YE., Ünal F, İnçke G, Çil G, Oruç K, Yılmaz T, Yıldırım Ş, Yılmaz SD. (2016). Postpartum depresyonun emzirme üzerine etkisi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5 (3), 90-96.
- Aktaş D, Şahin E, Gönenç İM. (2012). Kadın sağlığını etkileyen, sık görülen bazı jinekolojik problemler ve hemşirelik yaklaşımları. *Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi*, 1 (2), 37-53.
- Alan H. (2011). Doğum Sonrası Dönemde Sosyal Desteğin Anne Bebek Bağlılığına Etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi, Konya.
- Alehagen S, Wijma K, Wijma B. (2001). Fear during labor. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 80 (4), 315-320.
- American Psychiatric Association (APA), 2000. Diagnostic and Statistical Manual Of Mental Disorders, 4th edition, Text Revision (DSM-IV-TR) Washington DC: American Psychiatric Press.
- Anna-Carin N, Sundström-Poromaa I, Bäckström T. (2006). Action by and sensitivity to neuroactive steroids in menstrual cycle related CNS disorders. *Psychopharmacology*, 186 (3), 388-401.
- Ardahan M. (2006). Sosyal destek ve hemşirelik. *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences*, 9 (2), 68-75.
- Arı S. (2012). Anne Bebek Bağlanması ile Doğum Sonrası Depresyon Arasındaki İlişki. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi, İstanbul.
- Arıöz A., Ege E. (2013). Premenstrüel sendrom sorunu olan üniversite öğrencilerinde, semptomların kontrolü ve yaşam kalitesinin artırılmasında eğitimin etkinliği. *Genel Tıp Dergisi*, 23 (3), 63-69.
- Arslan A. (2012). Edirne İl Merkezinde Postpartum Depresyon Sıklığı ve Etkileyen Faktörler. Uzmanlık Tezi, Trakya Üniversitesi, Edirne.
- Arslan H, Gürkan ÖC, Ekşi Z, Yiğit FE. (2006). Doğum sonrası depresyonun annelik yaşamına etkileri. *Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi*, 10 (10), 71-79.
- Arslantaş H, Ergin F, Balkaya NA. (2009). Aydın il merkezinde doğum sonrası depresyon sıklığı ve ilişkili risk etmenleri. *Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 10 (3), 13-22.
- Atasü T, Şahmay S. (1996). Jinekoloji (Kadın Hastalıkları). İstanbul: Üniversal Dil Hizmetleri ve Yayıncılık. S: 510-511.

- Ayvaz S, Hocaoglu Ç, Tiryaki A, Ak İ. (2006). Trabzon il merkezinde doğum sonrası depresyon sıklığı ve gebelikteki ilişkili demografik risk etmenleri. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 17 (4), 243-251.
- Baker FC, Driver HS. (2007). Circadian rhythms, sleep, and the menstrual cycle. *Sleep Medicine*, 8 (6), 613-622.
- Bakır N. (2012). Üniversite Öğrencilerinde Premenstruel Sendrom ve Sağlıklı Yaşama Biçimi Arasındaki İlişki. Yüksek Lisans Tezi, Akdeniz Üniversitesi, Antalya.
- Battaloğlu B, Aydemir N, Hatipoğlu S. (2012). Sağlam çocuk polikliniğine başvuran 0-1 yaş bebeği olan annelerde depresyon taraması ve depresyonda etkili risk faktörlerini belirleme. *Medical Journal of Bakirkoy*, 8 (1), 12-21.
- Bayram GO. (2007). Sporcuların premenstrual sendrom yönünden sedanter bayanlarla karşılaştırılması. *Bakırköy Tıp Dergisi*, 3 (3), 104-110.
- Beck CT, Gable RK. (2001). Comparative analysis of the performance of the Postpartum Depression Screening Scale with two other depression instruments. *Nursing research*, 50 (4), 242-250.
- Benson RC. (1994). Obstetrics and Gynecology (7. Edition. bs.). Lange Medical Publication.
- Beydağ KD. (2007). Doğum sonu dönemde anneliğe uyum ve hemşirenin rolü. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 6 (6), 479-484.
- Bilgiç D, Dağlar G, Özkan SA, Kadioğlu M. (2015). Postpartum depresyonda tamamlayıcı ve alternatif tedaviler. *Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi*, 2 (2), 13-35.
- Borenstein JE, Dean BB, Endicott J, Wong J, Brown C, Dickerson V. ve ark. (2003). Health and economic impact of the premenstrual syndrome. *The Journal of Reproductive Medicine*, 48 (7), 515-524.
- Borenstein JE, Dean BB, Leifke E, Korner P, Yonkers KA. (2007). Differences in symptom scores and health outcomes in premenstrual syndrome. *Journal of Women's Health*, 16 (8), 1139-1144.
- Bostancı A. (2010). Premenstrüel Sendromda Öfke ve Anksiyete Düzeylerinin Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, Maltepe Üniversitesi, İstanbul.
- Brockington IF, Kelly A, Hall P, Deakin W. (1988). Premenstrual relapse of puerperal psychosis. *Journal of Affective Disorders*, 14 (3), 287-292.
- Brockington I, Fraser C, Wilson D. (2006). The postpartum bonding questionnaire: a validation. *Archives of Women's Mental Health*, 9 (5), 233-242.
- Brockington I, Oates J, George S, Turner D, Vostanis P, Sullivan M. ve ark. (2001). A screening questionnaire for mother-infant bonding disorders. *Archives of Women's Mental Health*, 3 (4), 133-140.
- Brown MA, Ornitz AW. (1993). Family coping and premenstrual symptomatology. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 22 (1), 49-55.
- Bulut P. (2016). Doğumdan Önce Anne-Baba Adaylarıyla Yapılan Yeni Duruma Alıştırma Görüşmelerinin Anne-baba Adaylarının Doğum Sonrası Depresyon Düzeylerine Etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Samsun.
- Büyüköztürk Ş. (2007). Veri Analizi El Kitabı İstatistik, Araştırma Deseni, SPSS Uygulamaları ve Yorum (7. bs.). Ankara: Pegem A Yayıncılık. S: 32.
- Campagne DM, Campagne G. (2007). The premenstrual syndrome revisited. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 130 (1), 4-17.

- Can R. (2010). Sezaryen ve Normal Doğum Yapmış Kadınlarda Postpartum Depresyon ve Yorgunluk Düzeylerinin Araştırılması. Yüksek Lisans Tezi, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Eskişehir.
- Chi X, Zhang P, Wu H, Wang J. (2016). Screening for postpartum depression and associated factors among women in china: a cross-sectional study. *Frontiers in Psychology*, 7, 1-8.
- Chuong C, Burgos D. (1995). Medical history in women with premenstrual syndrome. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 16 (1), 21-27.
- Cinar N, Köse D, Altinkaynak S. (2015). The relationship between maternal attachment, perceived social support and breast-feeding sufficiency. *Journal of the College of Physicians and Surgeons Pakistan*, 25 (4), 271-275.
- Coşkun TD, Aydın S, Çatak B. (2016). Sağlığın sosyal belirleyicileri postpartum depresyonu etkiliyor mu?. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 15 (5), 414-420.
- Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. (1987). Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *The British Journal of Psychiatry*, 150 (6), 782-786.
- Çalık KY, Kömürcü N. (2014). SP6 noktasına akupresür uygulanan gebelerin doğum eylemine ve akupresür uygulamasına ilişkin görüşleri. *Clinical and Experimental Health Sciences*, 4 (1), 29-37.
- Çalışır H, Karaçam Z, Akgül FA, Kurnaz DA. (2009). Doğum Sonrası Ebeveynlik Davranışı Ölçeği'nin Türkçe formunun geçerliği ve güvenilirliği. *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences*, 12 (1), 1-8.
- Çatakoğlu H. (2016). 25 Yaş Üstü Kadınlarda Premenstrual Sendrom Görülme Sıklığı ve İlişkili Faktörler. Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi, Konya.
- Çelikel AS. (2012). Doğum Sonrası Dönemde Fonksiyonel Durum ile Postpartum Depresyon İlişkisinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Ankara.
- Çoban A, Saruhan A. (2005). Anne bebek etkileşiminde hemşirenin rolü. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 21 (2), 89-96.
- Daley A. (2009). Exercise and premenstrual symptomatology: a comprehensive review. *Journal of Women's Health*, 18 (6), 895-899.
- Dambro RM. Premenstrual Sendrom. Klinik Tanı ve Tedavi. (değerli EÜ, Çev.) İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri. S:832.
- Danaci AE, Dinç G, Deveci A, Şen FS, İçelli I. (2002). Postnatal depression in Turkey: epidemiological and cultural aspects. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 37 (3), 125-129.
- Daşıkın Z, Saruhan A. (2014). Çalışan hemşirelerde menstrüel yakınmaların incelenmesi. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 23 (1), 1-7.
- Daşıkın Z, Taş GÇ, Sözen G. (2014). Ödemiş bölgesindeki kadınlarda yaşanan perimenstrüel şikayetler ve etkileyen faktörler. *Journal of Turkish Society of Obstetrics & Gynecology*, 2, 98-104.
- De Ronchi D, Muro A, Marziani A, Rucci P. (1999). Personality disorders and depressive symptoms in late luteal phase dysphoric disorder. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 69 (1), 27-34.
- Demir B, Algül L, Güvendağ Güven E. (2006). Sağlık çalışanlarında premenstrüel sendrom insidansı ve etkileyen faktörlerin araştırılması. *Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi*, 3 (4), 262-270.

- Demir S, Şentürk MB, Çakmak Y, Altay M. (2016). Kliniğimizde doğum yapan kişilerde postpartum depresyon oranı ve ilişkili faktörler. *Medical Bulletin of Haseki/Haseki Tıp Bulteni*, 54 (2), 83-89.
- Dennerstein L, Lehert P, Bäckström TC, Heinemann K. (2010). The effect of premenstrual symptoms on activities of daily life. *Fertility and Sterility*, 94 (3), 1059-1064.
- Deveci A. (2003). Postpartum psikiyatrik bozukluklar. *Birinci Basamak İçin Psikiyatri*, 2 (3), 42-46.
- Deveci EÖ. (2012). Premenstruel Sendromlu Kadınlarda Comt Geninde Valin/Metionin Polimorfizmi İncelenmesi. Uzmanlık Tezi, Harran Üniversitesi, Şanlıurfa.
- Dickerson LM, Mazyck PJ, Hunter M. H. (2003). Premenstrual syndrome. *American Family Physician*, 67 (8), 1743-1752.
- Dilbaz N, Enez A. (2007). Kadın ve depresyon: Doğum sonrası görülen duygudurum bozuklukları. *Türkiye Klinikleri Journal of Internal Medical Sciences Psychiatry*, 3 (47), 32-40.
- Direkvand-Moghadam A, Sayehmiri K, Delpisheh A, Sattar K. (2014). Epidemiology of Premenstrual Syndrome (PMS)-A systematic review and meta-analysis study. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*, 8 (2), 106-109.
- Dönmez S, Yeniçel ÖA, Kavlak O. (2014). Vajinal doğum ve sezaryen doğum yapan gebelerin durumluk kaygı düzeylerinin karşılaştırılması. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3 (3), 908-920.
- Duran E, Atan Ş. (2011). Kadınların sezaryen/vajinal doğuma ilişkin bakış açılarını kalitatif analizi. *Genel Tıp Dergisi*, 21, 83-88.
- Durukan E, İlhan M N, Bumin MA, Aycan S. (2011). 2 hafta-18 aylık bebeği olan annelerde postpartum depresyon sıklığı ve yaşam kalitesi. *Balkan Medical Journal*, 28 (4), 385-393.
- Efe ŞY, Taşkın L, Eroğlu K. (2009). Postnatal depression and effecting factors in Turkey. *Journal of the Turkish-German Gynecological Association*, 10, 14-20.
- Eker A, Yurdakul M. (2006). Annelerin bebek beslenmesi ve emzirmeye ilişkin bilgi ve uygulamaları. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 15 (9), 158-163.
- Engindeniz AN, Küey L, Kültür S. (1996). Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği Türkçe formu geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Bahar Sempozyumları*, 1, 51-52.
- Epperson CN, Haga K, Mason GF, Sellers E., Gueorguieva R., Zhang W. ve ark. (2002). Cortical γ -aminobutyric acid levels across the menstrual cycle in healthy women and those with premenstrual dysphoric disorder: A proton magnetic resonance spectroscopy study. *Archives of General Psychiatry*, 59 (9), 851-858.
- Erbil N, Bölükbaş N, Tolan S, Uysal F. (2011). Evli kadınlarda premenstrual sendrom görülme durumu ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, 8 (1), 429-438.
- Erbil N, Halime O, Karabulut A. (2009). Gebelikte depresyon ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *Türkiye Klinikleri Journal of Gynecology and Obstetrics*, 19 (2), 67-74.
- Eren Tİ. (2007). Postpartum Depresyon Prevalansı ve Sosyodemografik Risk Faktörleri. Uzmanlık Tezi, Sağlık Bakanlığı Haydar Paşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul.

- Ergöl Ş, Kürtüncü M. (2014). Bir üniversite hastanesinde kadınların sezaryen doğum tercihlerini etkileyen faktörler. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 1 (3), 26-34.
- Ersoy OÇ, Yıldız H. (2011). Reproductive health problems and depression levels of women living in sanctuary houses as a result of husband violence. *Health Care for Women international*, 32 (9), 795-810.
- Ertürk N. (2007). Doğum Sonrası Destek Ölçeğinin Türk Toplumuna Uyarlanması. Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi, İzmir.
- Evcili F, Abak G, Tali B, Yurtsal ZB. (2014). Erken doğum sonrası dönemdeki loğusaların anne-bebek bağlanmasına ilişkin görüşleri. *Merhaba*, 23 (4), 138-143.
- Faisal-Cury A, Menezes PR, Quayle J, Matijasevich A. (2016). Unplanned pregnancy and risk of maternal depression: secondary data analysis from a prospective pregnancy cohort. *Psychology, Health & Medicine*, 1-10.
- Finer LB, Henshaw SK. (2006). Disparities in rates of unintended pregnancy in the United States, 1994 and 2001. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 38 (2), 90-96.
- Frackiewicz EJ, Shiovitz TM. (2001). Evaluation and management of premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder. *Journal of the American Pharmaceutical Association* (1996), 41 (3), 437-447.
- Gençdoğan B. (2006). Premenstrual sendrom için yeni bir ölçek. *Türkiye’de Psikiyatri*, 8 (2), 81-87.
- Gökçe G. (2006). Bir Grup Çalışan Kadında Premenstrual Semptom Görülme Sıklığı ve Etkileyen Faktörler. Yüksek Lisans Tezi, Mersin Üniversitesi, Mersin.
- Gökkurt S. (1999). Park eğitim sağlık ocağı bölgesinde 15-49 yaş grubu kadınlarda premenstrüel sendrom prevalansı. *Türkiye’de Psikiyatri*, 2, 123-132.
- Green K, Broome H, Mirabella J. (2006). Postnatal depression among mothers in the United Arab Emirates: socio-cultural and physical factors. *Psychology, Health & Medicine*, 11 (4), 425-431.
- Gribble KD. (2006). Mental health, attachment and breastfeeding: implications for adopted children and their mothers. *International Breastfeeding Journal*, 1 (1), 1.
- Gülseren L. (1999). Doğum sonrası depresyon, Bir gözden geçirme. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 10 (1), 58-67.
- Gümüş AB, Keskin G, Alp N, Özyar S, Karsa A. (2012). Postpartum depresyon yaygınlığı ve ilişkili değişkenler. *Yeni Symposium*, 50 (3), 145-154.
- Güneş G, Pehlivan E, Genç M, Eğri M. (1997). Malatya’da lise öğrencilerinde premenstrual sendrom sıklığı. *Turgut Özal Tıp Merkezi Dergisi*, 4 (4), 403-406.
- Güngör İ, Gökyıldız Ş, Nahçıvan NÖ. (2004). Sezeryan doğum yapan bir grup kadının doğuma ilişkin görüşleri ve doğum sonu erken dönemde yaşadıkları sorunlar. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 13 (53), 185-198.
- Gürol A. (2010). Bebek Masajının Anne Bebek Bağlanması ve Emzirme Başarısına Etkisi. Doktora Tezi, Atatürk Üniversitesi, Erzurum.
- Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. (Kasım 2014). 2013 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması TNSA 2013: Ana Rapor. Erişim: 02 Aralık 2016, http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2013/rapor/TNSA_2013_ana_rapor.pdf
- Halbreich U, Endicott J. (1985). Relationship of dysphoric premenstrual changes to depressive disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 71 (4), 331-338.

- Halbreich U. (2006). History and trajectory of PMS: towards a balanced adaptation and a biosocial homeostasis. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 24 (4), 336-346.
- Hartlage SA, Arduino KE, Gehlert S. (2001). Premenstrual dysphoric disorder and risk for major depressive disorder: a preliminary study. *Journal of Clinical Psychology*, 57 (12), 1571-1578.
- Henshaw C. (2000). Clinical and biological aspects of postpartum blues and depression. *Current Opinion in Psychiatry*, 13 (6), 635-638.
- Ikamari L, Izugbara C, Ochako R. (2013). Prevalence and determinants of unintended pregnancy among women in Nairobi, Kenya. *BioMed Central Pregnancy and Childbirth*, 13 (1), 1-9.
- Inandi T, Bugdayci R, Dundar P, Sumer H, Sasmaz T. (2005). Risk factors for depression in the first postnatal year. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 40(9), 725-730.
- Indusekhar R, Usman SB, O'Brien S. (2007). Psychological aspects of premenstrual syndrome. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 21 (2), 207-220.
- Ismail KM, O'Brien S. (2001). Premenstrual syndrome. *Current Obstetrics & Gynaecology*, 11 (4), 251-255.
- Ismail KM, O'Brien S. (2005). Premenstrual syndrome. *Current Obstetrics & Gynaecology*, 15 (1), 25-30.
- Ismail KM, O'Brien S. (2006). Premenstrual syndrome. *Women's Health Medicine*, 3 (6), 272-275.
- Jones WH, Wentz CA, Burnett SL. (1989). Dysmenorrhea, Premenstrual Syndrome, And Related Disorders. Baltimore: Novak's textbook of Gynaecology, 7nd Ed., Williams Wilkins, pp:251-258.
- Kaplan S, Bahar A, Sertbaş G. (2007). Gebelerde doğum öncesi ve doğum sonrası dönemlerde durumluk kaygı düzeylerinin incelenmesi. *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences*, 10 (1), 113-121.
- Kara ŞÇ. (2016). Denizli Pamukkale İlçesi'nde Postpartum Depresyon Sıklığı ve Eşlik Eden Risk Faktörleri. Uzmanlık Tezi, Pamukkale Üniversitesi, Denizli.
- Karabulut G. (2014). Gebelikte Doğum Beklentisinin Postpartum Depresyon Geliştirme Üzerine Etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Haliç Üniversitesi, İstanbul.
- Karabulut İ. (2013). Doğum Sonu Birinci ve Dördüncü Aylarda Maternal Bağlanmanın Postpartum Depresyon ile İlişkisi. Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi, Konya.
- Karaçam Z, Şen E, Amanak K. (2010). Effects of unplanned pregnancy on neonatal health in Turkey: A case-control study. *International Journal of Nursing Practice*, 16 (6), 555-563.
- Karadağ F. (2001). Adet öncesi disforik bozukluk. *Psikiyatri Dünyası*, 5, 11-14.
- Karaoğlu L, Çetin F, Ilgar M, Tekiner S, Güneş G, Genç MF. ve ark. (2005). Turgut Özal Tıp Merkezi'nde çalışan evli kadınların doğurganlık özellikleri ve gebeliği önleyici yöntem kullanımları. *Turgut Özal Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 12 (2), 93-97.
- Kaur G, Gonsalves L, Thacker HL. (2004). Premenstrual dysphoric disorder: a review for the treating practitioner. *Cleveland Clinic Journal of Medicine*, 71 (4), 303-321.

- Kavlak O. (2004). Maternal Bağlanma Ölçeği'nin Türk Toplumuna Uyarlanması. Doktora Tezi, Ege Üniversitesi, İzmir.
- Kavlak O, Şirin A. (2009). Maternal Bağlanma Ölçeği'nin Türk toplumuna uyarlanması. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, 6 (1), 189-202.
- Kayacı M. (2008). Maternal Bağlanmayı Etki Eden Faktörlerin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Celal Bayar Üniversitesi, Manisa.
- Kelderhouse K, Taylor JS. (2013). A review of treatment and management modalities for premenstrual dysphoric disorder. *Nursing for Women's Health*, 17 (4), 294-305.
- Kirpınar I, Gözüm S, Pasinlioğlu T. (2010). Prospective study of postpartum depression in eastern Turkey prevalence, socio-demographic and obstetric correlates, prenatal anxiety and early awareness. *Journal of Clinical Nursing*, 19 (3-4), 422-431.
- Kökcü F. (2009). İki Uçlu Olgular ve Çocuklarında Bağlanma Biçiminin Mizaç ve Klinik Özellikler ile İlişkisi. Uzmanlık Tezi, Adnan Menderes Üniversitesi, Aydın.
- Koç GI, Tezcan S. (2005). Gebelerin emzirmeye ilişkin tutumları ve emzirme tutumunu etkileyen bazı faktörler. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 12 (2), 1-13.
- Lee YJ, Yi SW, Ju DH, Lee SS, Sohn WS, Kim IJ. (2015). Correlation between postpartum depression and premenstrual dysphoric disorder: Single center study. *Obstetrics & Gynecology Science*, 58 (5), 353-358.
- London LM, Patricia, LAdewig W, Ball WJ, Bindler CR. (2003). Women's Health Care, Maternal Newborn & Child Nursing Family Centered Care, Newjersey: Prenticethall, pp:47.
- Manfredi G, Lazanio S, Kotzalidis G, Ruberto A, Girardi P, Tatarelli R. (2005). Postpartum depression without delivering a child? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 112 (3), 233-236.
- Marakoğlu K, Özdemir S, Çivi S. (2009). Postpartum depresyon. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences*, 29 (1), 206-214.
- McKee M, Zayas LH, Jankowski K. (2004). Breastfeeding intention and practice in an urban minority population: relationship to maternal depressive symptoms and mother–infant closeness. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 22 (3), 167-181.
- McLennan JD, Kotelchuck M, Cho H. (2001). Prevalence, persistence, and correlates of depressive symptoms in a national sample of mothers of toddlers. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 40 (11), 1316-1323.
- Milewicz A, Jedrzejuk D. (2006). Premenstrual syndrome: From etiology to treatment. *Maturitas*, 55, S47-S54.
- Moses-Kolko EL, Roth EK. (2003). Antepartum and postpartum depression: healthy mom, healthy baby. *Journal of the American Medical Women's Association (1972)*, 59 (3), 181-191.
- Murray L, Dunne MP, Van Vo T, Anh PNT, Khawaja NG, Cao TN. (2015). Postnatal depressive symptoms amongst women in Central Vietnam: a cross-sectional study investigating prevalence and associations with social, cultural and infant factors. *BioMed Central Pregnancy and Childbirth*, 15 (1), 1-12.
- Müderriş İİ, Gönül AS, Sofuoğlu S, Taşcı S, Bayatlı M. (1999). Genç kadınlarda premenstrüel disforik bozukluk prevalansı. *Klinik Psikiyatri*, 2 (3), 197-201.

- Nur N, Çetinkaya S, Bakır DA, Demirel, Y. (2004). Sivas il merkezindeki kadınlarda postnatal depresyon prevalansı ve risk faktörleri. *Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 26(2), 55-59.
- Ogur P. (2004). Premenstrual Sendromun Meslek ve Eğitim Düzeyi ile İlişkisi. Yüksek Lisans Tezi, Afyon Kocatepe Üniversitesi, Afyon.
- Oktay YF, Çoban A. (2016). Evli kadınların doğurganlık bilincinin değerlendirilmesi. 2. Ebelik ve Doğum Kongresi. İzmir.
- Onbaşı Ş, Duran R, Çiftdemir NA, Vatansever Ü, Acunaş B, Süt N. (2011). Doğum öncesi anne adaylarına verilen emzirme ve anne sütü eğitiminin emzirme davranışları üzerine etkisi. *Türk Pediatri Arşivi*, 46 (1), 74-78.
- Onuray F. (2005). Mastodini Şikayeti İle Başvuran ve Memede Fibrokistik Değişiklik Tespit Edilen Hastalarda Agnus Castus Ekstresi ile Tedavi Sonuçlarımız. Uzmanlık Tezi, T.C. Sağlık Bakanlığı Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul.
- Ozturk S, Tanrıverdi D, Erci, B. (2011). Premenstrual syndrome and management behaviours in Turkey. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 28 (3), 54-60.
- Önal B. (2011). Premenstrüel Sendromda Risk Faktörleri ve Tedavi Arama Davranışının Araştırılması. Uzmanlık Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir.
- Örüm E, Yalçın SS, Mutlu B. (2013). Relations of maternal psychopathologies, social-obstetrical factors and mother-infant bonding at 2-month postpartum: a sample of Turkish mothers. *World Journal of Pediatrics*, 9 (4), 350-355.
- Özeren A, Atila D, Helvacı M. (2013). Hastane çalışanlarında premenstrüel sendrom ve depresyon ile ilişkisi. *Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dergisi*, 23 (1), 25-33.
- Özkan H, Üst ZD, Gündoğdu G, Çapık A, Şahin SA. (2014). Erken postpartum dönemde emzirme ve depresyon arasındaki ilişki. *Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni*, 125-132.
- Öztürk R. (2010). Prematüre Bebeği Olan Annelerin Depresyon ve Maternal Bağlanma İlişkisi. Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi, İzmir.
- Öztürk S, Tanrıverdi D. (2010). Premenstrual sendrom ve başatme. *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences*, 13 (3), 57-61.
- Panay N. (2011). Management of premenstrual syndrome: evidence-based guidelines. *Obstetrics, Gynaecology & Reproductive Medicine*, 21 (8), 221-228.
- Parker P. (1994). Premenstrual syndrome. *American Family Physician*, 50 (6), 1309-1317.
- Pearlstein T, Steiner M. (2008). Premenstrual dysphoric disorder: burden of illness and treatment update. *Journal of Psychiatry & Neuroscience: JPN*, 33 (4), 291-301.
- Pearlstein T, Stone AB. (1998). Premenstrual syndrome. *Psychiatric Clinics of North America*, 21 (3), 577-590.
- Perry DF, Ettinger AK, Mendelson T, Le HN. (2011). Prenatal depression predicts postpartum maternal attachment in low-income Latina mothers with infants. *Infant Behavior and Development*, 34 (2), 339-350.
- Pınar A. (2007). 15-49 Yaş Grubu Kadınlarda Premenstrual Sendrom Görülme Sıklığı. Yüksek Lisans Tezi, Akdeniz Üniversitesi, Antalya.
- Pınar A, Öncel S. (2011). 15-49 yaş grubu kadınlarda premenstrual sendrom görülme sıklığı (Antalya/Türkiye). *Türkiye Klinikleri Journal of Gynecology and Obstetrics*, 21 (4), 227-237.

- Pınar G, Doğan N, Algier L, Kaya N, Çakmak F. (2009). Annelerin doğum sonu konforunu etkileyen faktörler. *Dicle Tıp Dergisi*, 36 (3), 184-190.
- Poçan AG, Aki ÖE, Parlakgümüs AH, Gereklioglu Ç, Dolgun AB. (2013). The incidence of and risk factors for postpartum depression at an urban maternity clinic in Turkey. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, 46 (2), 179-194.
- Poyrazoğlu S. (2010). Kayseri İl Merkezi'nde Yaşayan 15-49 Yaş Arası Kadınlarda Premenstruel Sendrom Prevalansı ve Etkileyen Faktörler. Uzmanlık Tezi, Erciyes Üniversitesi, Kayseri.
- Prietsch SOM, González-Chica DA, Cesar JA, Mendoza-Sassi RA. (2011). Unplanned pregnancy in Southern Brazil: prevalence and associated factors. *Cadernos de Saúde Pública*, 27 (10), 1906-1916.
- Qandil S, Jabr S, Wagler S, Collin S M. (2016). Postpartum depression in the Occupied Palestinian Territory: a longitudinal study in Bethlehem. *BioMed Central Pregnancy and Childbirth*, 16 (1), 375.
- Rapkin AJ, Akopians AL. (2012). Pathophysiology of premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder. *Menopause International*, 18 (2), 52-59.
- Rizk DE, Mosallam M, Alyan S, Nagelkerke N. (2006). Prevalence and impact of premenstrual syndrome in adolescent schoolgirls in the United Arab Emirates. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 85 (5), 589-598.
- Rodin M. (1992). The social construction of premenstrual syndrome. *Social Science & Medicine*, 35 (1), 49-56.
- Sabuncuoğlu O, Berkem M. (2006). Bağlanma biçemi ve doğum sonrası depresyon belirtileri arasındaki ilişki: Türkiye'den bulgular. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 17 (4), 252-258.
- Salamat S, Ismail KM, O'Brien S. (2008). Premenstrual syndrome. *Obstetrics, Gynaecology & Reproductive Medicine*, 18 (2), 29-32.
- Schellenberg R. (2001). Treatment for the premenstrual syndrome with agnus castus fruit extract: prospective, randomised, placebo controlled study. *British Medical Journal*, 322 (7279), 134-137.
- Schenck CH, Mandell M, Lewis GM. (1992). A case of monthly unipolar psychotic depression with suicide attempt by self-burning: selective response to bupropion treatment. *Comprehensive Psychiatry*, 33 (5), 353-356.
- Scott JR, Disaia PJ, Hammond CB, Spellacy WN. (1997). Danforth Obstetrik ve Jinekoloji (Erez S. Çev.). Perinatal Enfeksiyonlar. Wiesenfeld HC, Sweet RL. İstanbul: Yüce Yayın AŞ, S:465-488.
- Selçuk KT, Avcı D, Yılmaz FA. (2014). Hemşirelik öğrencilerinde premenstrual sendrom prevalansı ve etkileyen etmenler. *Journal of Psychiatric Nursing*, 5 (2), 98-103.
- Serhan N. (2010). Anne ve Babalarda Postpartum Depresyon Sıklığı ve İlişkili Faktörlerin Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi, Konya.
- Sokullu G. (2009). Premenstrual Sendrom Yakınmaları Olan Kadınların Yaşam Biçimlerinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Adnan Menderes Üniversitesi, Aydın.
- Sorias E. (1992). Hasta ve sağlıklı öğrencilerde yaşam stresi destek ve ruhsal hastalık ilişkisinin incelenmesi. *Seminer Psikoloji Dergisi EU Edebiyat Fakültesi Yayını*, 9, 33-49.

- Sorias O. (1998). Sosyal destekler ve ruh sağlığı. *Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 27 (1), 359-363.
- Soysal AŞ, Bodur Ş, İŞeri E, Şenol S. (2005). Bebeklik dönemindeki bağlanma sürecine genel bir bakış. *Klinik Psikiyatri*, 8, 88-99.
- Sözeri C, Cevahir R, Şahin S, Semiz O. (2006). Gebelerin gebelik süreci ile ilgili bilgi ve davranışları. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 1 (2), 92-104.
- Speroff L, Glass RH, Kase NG. (1996). Klinik Jinekolojik Endokrinoloji ve İnfertilite (Ark E., Çev.). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri. S: 515-523.
- Spice K, Jones SL, Hadjistavropoulos HD, Kowalyk K, Stewart S. H. (2009). Prenatal fear of childbirth and anxiety sensitivity. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 30 (3), 168-174.
- Sule S, Umar HS, Madugu N. (2007). Premenstrual symptoms and dysmenorrhoea among Muslim women in Zaria, Nigeria. *Annals of African Medicine*, 6 (2), 68-72.
- Suyer S. (2011). Yenidoğan Sağlığının Postpartum Depresyon ve Emzirme Davranışına Etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi, İstanbul.
- Süer N. (2008). Premenstrual sendrom. *Göztepe Tıp Dergisi*, 23 (3), 76-80.
- Syndrom A. P. (2000). ACOG Practice Bulletin No. 15. *Washington, DC: ACOG*.
- Sylvén SM, Ekselius L, Sundström-Poromaa I, Skalkidou A. (2013). Premenstrual syndrome and dysphoric disorder as risk factors for postpartum depression. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 92 (2), 178-184.
- Şahin EM, Kılıçarslan S. (2010). Son trimester gebelerin depresyon ve kaygı düzeyleri ile bunları etkileyen etmenler. *Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 27 (1).
- Şahin N, Dinç H, Dişsiz M. (2009). Gebelerin doğuma ilişkin korkuları ve etkileyen faktörler. *Zeynep Kamil Tıp Bülteni*, 40 (2), 57-62.
- Şahin Ö. (2012). Ortaöğretim Gençliğinde Premenstrual Sendrom ve Menstruasyon Hijyeni. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi, İstanbul.
- Şen S. (2007). Anneanne-Anne-Bebek Bağlanmasının İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi, İzmir.
- Şolt A. (2011). Doğum Sayısının Anne Bebek Bağlanmasına Etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Haliç Üniversitesi, İstanbul.
- Tahaoğlu AE, Toğrul C, Külahçioğlu Mİ, Öztürk BA, Balsak D, Bademkiran H. ve ark. (2015). Factors affecting postpartum depression in Diyarbakır. *Perinatal Journal*, 23 (1), 26-29.
- Taner, S. (2014). Planlanmamış Gebeliklerin Doğum Sonrası Erken Dönemdeki Annelik Davranışına Etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Adnan Menderes Üniversitesi, Aydın.
- Taşkın L. (2016). Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği (13. bs.). Ankara: Özyurt Matbaacılık. S: 497-498.
- Taylor D. (2005). Perimenstrual symptoms and syndromes: Guidelines for symptom management and self-care. *Advanced Studies in Medicine*, 5 (5), 228-241.
- Tezel A, Gözüm S. (2005). Postpartum dönemde kadınlarda görülebilen depresif belirtiler ve hemşirelik bakımı. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 12 (2), 062-068.
- Tomruk N. B. (1991). Premenstrual Sendrom (PMS). Uzmanlık Tezi, Sağlık Bakanlığı Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, İstanbul.

- Tsai SY. (2016). Effect of yoga exercise on premenstrual symptoms among female employees in Taiwan. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 13 (7), 721.
- Türen E. (2014). Prenatal Anne-Bebek Bağlanması Maternal Oksitosin, Kortizol Ve Prolaktin Düzeylerinin Etkisi Ve Annenin Depresyon, Anksiyete ve Stres Düzeyleri İle İlişkisi. Uzmanlık Tezi, Necmettin Erbakan Üniversitesi, Konya.
- Türkçapar AF, Türkçapar MH. (2011). Premenstruel sendrom ve premenstruel disforik bozuklukta tanı ve tedavi: Bir gözden geçirme. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 14 (4), 241-253.
- Turkçapar AF, Kadioğlu N, Aslan E, Tunc S, Zayıfoğlu M, Mollamahmutoğlu L. (2015). Sociodemographic and clinical features of postpartum depression among Turkish women: a prospective study. *BioMed Central Pregnancy & Childbirth*, 15 (1), 1-8.
- Ulusoy MN. (2010). Doğum Sonrası Altı Aylık Dönemde Postpartum Depresyon Sıklığının Bebeklerin Beslenme ve Büyümesi ile İlişkisinin Longitudinal İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi, Konya.
- Usman SB, Indusekhar R, O'Brien S. (2008). Hormonal management of premenstrual syndrome. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 22 (2), 251-260.
- Üstgörül S, Yanikkerem E. (2014). Doğum sonrası depresyonun maternal bağlanmaya etkisinin incelenmesi. *SSTB International Refereed Academic Journal of Sports, Health & Medical Sciences*, 12 (4), 14-30.
- Üstün N, Karamustafalıoğlu O, Karadağ F. (2003). Premenstrüel disforik bozukluğun epidemiyolojisi ve semptom profili. 39. *Ulusal Psikiyatri Kongresi Özet Kitabı, Antalya*, 706-708.
- Vedova AMD, Dabrassi F, Imbasciati A. (2008). Assessing prenatal attachment in a sample of Italian women. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 26 (2), 86-98.
- Vırt O, Akbaş E, Savaş HA, Sertbaş G, Kandemir H. (2008). Gebelikte depresyon ve kaygı düzeylerinin sosyal destek ile ilişkisi. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 45, 9-13.
- Vural G, Akkuzu G. (1999). Normal vajinal yolla doğum yapan primipar annelerin doğum sonu 10. günde depresyon yaygılıklarının incelenmesi. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 3, 33-38.
- Wittchen HU, Becker E, Lieb R, Krause P. (2002). Prevalence, incidence and stability of premenstrual dysphoric disorder in the community. *Psychological Medicine*, 32 (01), 119-132.
- Yalçın SS, Örün E, Özdemir P, Mutlu B, Dursun A. (2014). Türk annelerde doğum sonrası bağlanma ölçeklerinin güvenilirliği. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, 57 (4), 246-251.
- Yazgan E. (2014). Doğumhane Ortamı ve Koşullarının Doğum Ağrısı, Doğumdan Memnuniyet ve Anne-Bebek Bağlanması Üzerine Etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Haliç Üniversitesi, İstanbul.
- Yazıcı S. (2014). Perimenstrual şikayetler ve hemşirelik yaklaşımı. *HSP*, 1(1):58-67
- Yetim A, Yetim Ç, Devecioğlu E. (2015). Iğdır'da annelerin süt çocuğu beslenmesi konusundaki bilgi ve davranışları. *Journal of Current Pediatrics*, 13 (1), 7-12.
- Yonkers KA. (1996). Antidepressants in the treatment of premenstrual dysphoric disorder. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 58, 4-10; discussion 11-13.

- Yonkers KA, O'Brien S, Eriksson E. (2008). Premenstrual syndrome. *The Lancet*, 371 (9619), 1200-1210.
- Yücel U, Bilge A, Oran N, Ersoy MA, Gençdoğan B, Özveren Ö. (2009). Adolesanlarda premenstruel sendrom yaygınlığı ve depresyon riski arasındaki ilişki. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 10 (1), 55-61.
- Zetterström R. (1999). Breastfeeding and infant-mother interaction. *Acta Paediatrica*, 88 (s430), 1-6.

EKLER

Ek 1. Kişisel Bilgi Formu

1. Yaşınız:

2. Boyunuz:.....cm

3. Kilonuz:.....kg

4. Eğitimi durumunuz: 1) İlkokul 2) Ortaokul 3) Lise 4) Üniversite

5. Kaç yıllık evlisiniz :.....

6. Eşinizin eğitimi durumu:

1) Okur-yazar 2) İlkokul 3) Ortaokul 4) Lise 5) Üniversite 6) Lisansüstü

7. Eşinizin yaşı:.....

8. Eşiniz şu anda bir işte çalışıyor mu ? 1) Evet 2) Hayır

9. Aile tipiniz? 1) Çekirdek Aile 2) Geniş Aile

10. Ailenizin gelir seviyesi: 1) Düşük 2) Orta

11. Doğum öncesinde bir işte çalışıyor muydunuz? 1) Evet 2) Hayır

12. Şu anda bir işte çalışıyor musunuz ?

1) Evet 2) Hayır (ev hanımıyım) 3) Hayır (doğum izindeyim)

13. Gebelik sayınız:

14. Yaşayan çocuk sayısı:

15. Gebelik öncesi ruhsal problemler yaşadınız mı? 1) Evet 2) Hayır

16. Cevabınız evet ise ruhsal problemlerinizi için doktora başvurduğunuz mu?

1) Evet 2) Hayır

17. Gebeliğinizi isteme durumunuz: 1) İstiyordum 2) Sonradan istedim

18. Gebeliğiniz süresince düzenli olarak kontrollerinize gittiniz mi?

1) Evet 2) Hayır

19. Sadece gebelik döneminde aşağıdakilerden herhangi bir/birkaçını yaşadınız mı?

1) Hipertansiyon 2) Diyabet 3) Erken Doğum Tehdidi 4) Düşük tehdidi
5) Hayır

20. Doğum korkusu yaşadınız mı? 1) Evet 2) Hayır

21. Doğumunuzda herhangi bir problem yaşadınız mı? Evet ise nedir?

1) Evet 2) Hayır

22. Doğumdan sonra herhangi bir problem yaşadınız mı? Evet ise nedir?

1) Evet..... 2) Hayır

Ek 1. Kişisel Bilgi Formu (Devam)

23. Doğum şekliniz:

- 1) Normal Doğum 2) Sezaryen Doğum 3) Epidural sezaryen

24. Bebeğinizin cinsiyeti ? 1) Kız 2) Erkek

25. Bebeğiniz şu anda kaç aylık ?.....

26. Bebeğiniz kaç haftalık doğdu?

27. Bebeğinizin doğum kilosunu:

28. Bebeğiniz şu anda anne sütü ile besleniyor mu ? 1) Evet 2) Hayır

29. Bebeğinizi doğumdan sonra ilk ne kadar süre içerisinde emzirdiniz ?

- 1) İlk yarım saat içinde 2) İlk gün içerisinde 3) Sonraki günlerde
4) Hiç emzirmedim

30. Doğumdan sonra bebeğinizle tensesel temasınız ilk ne zamanda oldu?

- 1) İlk yarım saat içinde 2) İlk gün içerisinde 3) Sonraki günlerde

31. Bebeğiniz hastanede yatarak tedavi gördü mü? Evet ise kaç gün yattı?

- 1) Evet 2) Hayır

32. Aşağıdakilerden hangisi eşinizle ilişkinizi tarif ediyor?

- 1) Çok iyi 2) İyi 3) Orta 4) Kötü

33. Şu anda hayatta ise aşağıdakilerden hangisi annenizle ilişkinizi tarif ediyor?

- 1) Çok iyi 2) İyi 3) Orta 4) Kötü

34. Şu anda hayatta ise aşağıdakilerden hangisi kayınvalidenizle ilişkinizi tarif ediyor?

- 1) Çok iyi 2) İyi 3) Orta 4) Kötü

Ek 2. Premenstruel Sendrom Ölçeği

Aşağıda bazı tanımlayıcı cümleler vardır. Her bir cümleyi dikkatlice okuyunuz. Sonra bu durumun sizde **Bu Gebeliğinizden Önce ADET OLMANIZA BİR HAFTA KALA olma** durumunu cümlelerin sağındaki ölçeği dikkate alarak işaretleyiniz. Daha öncesi veya daha sonrası bu durumların var olup olmamasını değerlendirmeyiniz. **Hiçbir soruyu boş bırakmayınız** .

		Hiç	Çok az	Bazen	Sık sık	Sürekli
1	Kendimi üzgün hissediyorum					
2	İçimden ağlamak geliyor					
3	Canım sıkılıyor					
4	Kendimi bezgin hissediyorum					
5	Hiçbir şey zevk vermiyor					
6	Her şey üzerime geliyor					
7	Karamsar oluyorum					
8	Derin nefes almak istiyorum					
9	Her an kötü bir şey olacakmış gibi korkuyorum					
10	Seslere karşı hassasiyetim artıyor					
11	Arkamdan biri saldıracakmış gibi korkuyorum					
12	Kendimi yorgun hissediyorum					
13	Sanki her şey kötü olacak					
14	Çok çabuk yoruluyorum					
15	Anlam veremediğim korkularım oluyor					
16	Kalbim her zamankinden hızlı çarpıyor					
17	Hiçbir şeyle uğraşmak istemiyorum					
18	Her zamanki işler beni yoruyor					
19	Kendimi sinirli hissediyorum					
20	En ufak olaylara bile çok aşırı tepki gösteriyorum					
21	Öfkemi kontrol etmekte güçlük çekiyorum					
22	Çevremdeki kişilerle ilişkilerim bozuluyor					
23	Sinirlerim geriliyor					

Ek 2. Premenstruel Sendrom Ölçeği (Devam)

24	Kendimi çok endişeli hissediyorum					
25	Eskisinden daha çabuk yoruluyorum					
26	Kendimi değersiz görüyorum					
27	Dikkatimi toplamakta güçlük çekiyorum					
28	Dikkatim çok çabuk dağılıyor					
29	Dalıp gidiyorum					
30	Doğru düzgün düşünemiyorum					
31	Baş ağrısı oluyor					
32	Kaslarım ağrıyor					
33	Eklem yerlerim ağrıyor					
34	İştahım artıyor					
35	Özellikle unlu ve tatlı yiyecekler yemek istiyorum					
36	Daha fazla yemek yiyorum					
37	Uyku uyuma isteğim artıyor					
38	Uykumda bölünme oluyor					
39	Sabahları yorgun uyanıyorum					
40	Uykuya dalmakta güçlük çekiyorum					
41	Göğüslerim şişiyor					
42	Göğüslerim en ufak dokunmaya karşı çok duyarlı					
43	Kendimi şişmiş hissediyorum					
44	Kimseyle görüşmek istemiyorum					

Ek 3. Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği

Yakın zamanlarda bebeğiniz oldu. Sizin son hafta içindeki duygularınızı öğrenmek istiyoruz. Böylelikle size daha iyi yardımcı olabileceğimize inanıyoruz. Lütfen yalnızca bugün değil son 7 gün içinde, kendinizi nasıl hissettiğinizi en iyi tanımlayan ifadeyi işaretleyiniz.

Son 7 gündür;

1. Gülebiliyor ve olayların komik taraflarını görebiliyorum.

- Her zaman olduğu kadar
- Artık pek o kadar değil
- Artık kesinlikle o kadar değil
- Artık hiç değil

Son 7 gündür;

2. Geleceğe hevesle bakıyorum.

- Her zaman olduğu kadar
- Artık pek o kadar değil
- Artık kesinlikle o kadar değil
- Artık hiç değil

Son 7 gündür;

3. Bir şeyler kötü gittiğinde gereksiz yere kendimi suçluyorum.

- Evet, çoğu zaman
- Evet, bazen
- Çok sık değil
- Hayır, hiçbir zaman

Son 7 gündür;

4. Nedensiz yere kendimi sıkıntılı ya da endişeli hissediyorum.

- Hayır, hiçbir zaman
- Çok seyrek
- Evet, bazen
- Evet, çoğu zaman

Son 7 gündür;

5. İyi bir neden olmadığı halde korkuyor ya da panikliyorum

- Evet, çoğu zaman
- Evet, bazen
- Çok sık değil
- Hayır, hiçbir zaman

Ek 3. Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği (Devam)

Son 7 gündür;

6. Her şey giderek sırtıma yükleniyor.

- Evet, çoğu zaman başa çıkamıyorum.
- Evet, bazen eskisi gibi başa çıkamıyorum.
- Hayır, çoğu zaman oldukça iyi başa çıkabiliyorum.
- Hayır, her zamanki gibi başa çıkabiliyorum.

Son 7 gündür;

7. Öylesine mutsuzum ki uyumakta zorlanıyorum.

- Evet, çoğu zaman
- Evet, bazen
- Çok sık değil
- Hayır, hiçbir zaman

Son 7 gündür;

8. Kendimi üzüntülü ya da çökkün hissediyorum.

- Evet, çoğu zaman
- Evet, bazen
- Çok sık değil
- Hayır, hiçbir zaman

Son 7 gündür;

9. Öylesine mutsuzum ki ağlıyorum.

- Evet, çoğu zaman
- Evet, oldukça sık
- Çok seyrek
- Hayır, asla

Son 7 gündür;

10. Kendime zarar verme düşüncesinin aklıma geldiği oldu.

- Evet, oldukça sık
- Bazen.
- Hemen hemen hiç
- Asla

Ek 4. Doğum Sonrası Bağlanma Ölçeği:

	İFADE Aşağıdaki maddeleri okuyarak sizin için en uygun olanı işaretleyiniz.	HER ZAMAN	ÇOK SIK	EPEY SIK	BAZEN	NADİREN	HIÇ
1	Kendimi bebeğime yakın hissediyorum						
2	Bebeğimin olmadığı eski günlere dönmeyi diliyorum						
3	Kendimi bebeğimden uzak hissediyorum						
4	Bebeğimi kucaklamayı seviyorum						
5	Bebeğim olduğuna üzülüyorum						
6	Bebek benim değilmiş gibi görünüyor						
7	Bebeğim beni bitirdi						
8	Bebeğimin her parçasını severim						
9	Bebeğim gülümsediği ya da güldüğü zaman kendimi mutlu hissediyorum						
10	Bebeğim beni sinirlendiriyor						
11	Bebeğimle oynamaktan hoşlanıyorum						
12	Bebeğim çok ağlıyor						
13	Anne olarak kendimi çok engellenmiş hissediyorum						
14	Bebeğime karşı kendimi kızgın hissediyorum						
15	Bebeğime içerliyorum						
16	Benim bebeğim dünyadaki en güzel bebek						
17	Bebeğimin bir şekilde gitmesini diliyorum						
18	Bebeğime zararlı şeyler yapıyorum						
19	Bebeğim bende gerginlik yaratıyor						
20	Bebeğimden korkuyorum						
21	Bebeğim bana sıkıntı veriyor						
22	Bebeğime bakarken güvenli hissediyorum						
23	Başka birinin bebeğime bakmasının tek çözüm olduğunu hissediyorum						
24	Bebeğime zarar verdiğimi hissediyorum						
25	Bebeğim kolay rahatlatılır						

Ek 5. Bilgilendirilmiş Onam Formu

Değerli Katılımcı,

Ben Hüsne YÜCESOY, Ordu Üniversitesi'nde yüksek lisans öğrencisiyim. Yüksek lisans tezi olarak “**Premenstruel Sendromun Doğum Sonrası Depresyon ve Anne-Bebek Bağlanmasına Etkisi**” adlı çalışmayı yürütmekteyim.

Bu bilimsel araştırma ile gebelik öncesi yaşanan premenstruel sendrom belirti ve bulgularının, annede doğum sonrası depresyon ve anne-bebek bağlanmasına etkisi inceleyerek, bulunan sonuçların erken önlem alınmasını sağlayacağını düşünmekteyim.

Araştırma için Ordu İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği'nden gerekli izinler alınmıştır. Bu çalışmada yer almanız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacaktır. Araştırmadaki işlemlerin size hiçbir zararı olmayacaktır. Bu çalışmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır katılmanız için hiçbir zorunluluk yoktur.

Araştırma süresince ortalama 20–25 dakikanızı alacak olan anket formlarını yanıtlayacaksınız. Anket formlarına isim yazmanız gerekmemektedir. Anketi doldurmanız çalışmaya katılmayı kabul ettiğinizi göstermektedir. Çalışmadan istediğiniz zaman çekilebilirsiniz ve çekilmeniz halinde hiçbir şekilde olumsuz etkilenmeyeceksiniz. Sorulara yanıtlarınız gizli tutulacak ve kimseyle paylaşılmayacaktır. Bu çalışmayla ilgili her türlü soruyu istediğiniz zaman aşağıda bulunan telefon numarasını arayarak yöneltebilirsiniz.

Zaman ayırdığınız için teşekkür ederim.

Saygılarımla...

Çalışmaya Katılma Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında, bana ait bilgilerin araştırmada kullanılması konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyorum ve araştırmaya hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük bir gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

Katılımcının

Adı Soyadı:

Adres:

Telefon:

Tarih ve İmzası:

Görüşme Tanığı/ Katılımcı Yakını

Adı Soyadı:

Adres:

Telefonu:

Tarih ve İmzası:

Araştırmacının Adı Soyadı: Hüsne YÜCESOY

İş Adresi : Ordu Üniversitesi Tıp Fakültesi

E-Posta: husne_yucesoy@hotmail.com

Tarih ve İmzası:

Ek 6. Premenstruel Sendrom Ölçeği İzin Yazısı

Re: "Premenstruel Sendrom Ölçeği" Kullanım İzin İsteği Hk.



başaran gençdoğan <basaran35@gmail.com>

14.1.2016 (Per) 10:47

Kime: hüsne yucesoy (husne_yucesoy@hotmail.com) ↗



Yanıtla | v

Bu iletiyi 10.3.2016 14:51 tarihinde ilettiniz



Premenstruel Sendrom İ...
111 KB



premenst II-2 form (2).d...
47 KB

2 ekin (158 KB) Tümünü indir Tümünü OneDrive - Kişisel konumuna kaydet

Merhaba

Geliştirmiş olduğum PMSÖ ölçeğini kullanabilirsiniz. Ölçek ve makalesi ektedir. Kolay gelsin

Doç.Dr. Başaran GENÇDOĞAN

Atatürk Üniversitesi K.K. Eğitim Fak.

PDR ABD Başkanı

13 Ocak 2016 16:32 tarihinde hüsne yucesoy <husne_yucesoy@hotmail.com> yazdı:

Sayın Hocam;

Ordu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik (Doğum, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları) Anabilim Dalında yüksek lisans öğrencisiyim.

Geçerlik ve güvenilirlik çalışmasını yapmış olduğunuz "**Premenstruel Sendrom Ölçeği**" isimli ölçeğinizi Danışman Hocam Doç.Dr. NÜLÜFER ERBİL ile birlikte yapmayı planladığımız TEZ çalışmamda izniniz olursa kullanmak istiyorum. Ölçeğinizi kullanmama izin vermeniz halinde özgün formunu ve yönergesini e-posta ile gönderebilir misiniz?

Saygılarımla...

Hüsne YÜCESOY

Ordu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Öğrencisi

Ek 7. Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği İzin Yazısı

Re: "Edinburg Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği" Kullanım İzin İsteği Hk.



Mac Pro <nengindeniz@hotmail.com>

14.1.2016 (Per) 12:59

Kime: hüsne yücesoy (husne_yucesoy@hotmail.com) ↗



Yanıtla | v

Bu iletiyi 10.3.2016 14:53 tarihinde ilettiniz

Merhaba,

Ölçeği kullanmanızda sakınca yoktur. Ancak her iki bilgisayarında oluşan sorun nedeniyle çalışmanın digital ortamdaki hali elimde yok. Ulaşabilirsem en kısa zamanda yollarım.

Kolaylıklar dilerim.

Saygılarımla

Dr.Nur Engindeniz

14 Oca 2016 tarihinde 10:01 saatinde, hüsne yücesoy <husne_yucesoy@hotmail.com> şunları yazdı:

Sayın Hocam;

Ordu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik (Doğum, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları) Anabilim Dalında yüksek lisans öğrencisiyim. Geçerlik ve güvenilirlik çalışmasını yapmış olduğunuz "Edinburg Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği"ni Danışman Hocam Doç.Dr. Nülüfer ERBİL ile birlikte yapmayı planladığımız TEZ çalışmamda izniniz olursa kullanmak istiyorum. Ölçeğinizi kullanmama izin vermeniz halinde özgül formunu ve yönergesini e-posta ile gönderebilir misiniz?

Saygılarımla...

Hüsne YÜCESOY
Ordu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Öğrencisi

Windows'u Etkinleştirin
Windows'u etkinleştirin

Ek 8. Doğum Sonrası Bağlanma Ölçeği İzin Yazısı

Re: "Doğum Sonrası Bağlanma Ölçeği" Kullanım İzin İsteği Hk.



Sidika Yalcin <siyalcin@hacettepe.edu.tr>
20.1.2016 (Çar) 14:41
Kime: hüsne yucesoy (husne_yucesoy@hotmail.com) ↗



Yanıtla

Bu iletiyi 10.3.2016 14:46 tarihinde ilettiniz

Sayın Hüsne hanım,
makalede ve tezde kaynak olarak gösterilmek şartı ile kullanabilirsiniz.
Mailinize çalışma arkadaşım anketleri göverecek.
iyi çalışmalar,
Dr. Songül YALÇIN

On 01/19/16 03:07 PM, hüsne yucesoy <husne_yucesoy@hotmail.com> wrote:

Sayın Prof.Dr. Songül YALÇIN Hocam;

Ordu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik (Doğum, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları) Anabilim Dalında yüksek lisans öğrencisiyim.

Geçerlik ve güvenilirlik çalışmasını yapmış olduğunuz "**Doğum Sonrası Bağlanma Ölçeği (Brockington ve arkadaşları tarafından geliştirilen)**" isimli ölçeğinizi Danışman Hocam Doç.Dr. Nülüfer ERBİL danışmanlığında yapmayı planladığım **TEZ** çalışmamda izniniz olursa kullanmak istiyorum. Ölçeğinizi kullanmama izin vermeniz halinde özgün formunu ve yönergesini e-posta ile gönderebilir misiniz?

Saygılarımla...

Windows'u Etki
Windows'u etkinleştir

Ek 9. Kurum İzni



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu
Ordu İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği



Sayı : 90305902/806.02.02
Konu : Araştırma İzni (Hüsne YÜCESOY)

DAĞITIM YERLERİNE

İlgi: 19/02/2016 tarihli ve 617 sayılı yazı.

Ordu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Tezli Yüksek Lisans Öğrencisi Hüsne YÜCESOY'un "*Premenstruel Sendromun Doğum Sonrası Depresyon ve Anne-Bebek Bağlanmasına Etkisi*" konulu Araştırma Çalışmasını Birliğimize bağlı S.B.-Ordu Üniversitesi Eğitim Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Ek Hizmet Binasında yapması; Sağlık Tesislerimizde hizmeti aksatmayacak şekilde çalışmanın yürütülmesi, anket veya araştırmaya katılanların gönüllülük esasına göre katılımlarının sağlanması, kişisel veri ve özel hayatın korunmasına özen gösterilmesi yapılacak çalışma sonucunun Genel Sekreterliğimiz bilgisi dışında ilan edilmemesi şartıyla uygun görülmüştür.

Yapılacak çalışmaya gerekli desteğin verilerek kolaylık sağlanması hususunda; Gereğini rica ederim.

Uzm.Dr. Hakan HACISALİHOĞLU
Genel Sekreter a.
İdari Hizmetler Başkanı

EKLER:

- 1- Araştırma İzni (1 sayfa)
- 2- Başvuru Formu ve Diğer Evrallar (16 sayfa)

Dağıtım:

Gereği:

T.C. S.B.-Ordu Üniversitesi Eğitim
Araştırma Hastanesi Yöneticiliği

Bilgi:

Ordu Üniversitesi Rektörlüğü (Ek-2
Konulmadı)

İdari Hizmetler Başkanlığı-Eğitim ve Ar-Ge Birimi
Adres: Bucak Mah. İbni Sina Cad. No: 18 Altınordu/ORDU
E-mail: khb52.egitim@saglik.gov.tr

Ayrıntılı Bilgi İçin: Hakan KURU
Tel: 0452 666 60 42 - 127

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden b269f25-1ac7-4d7d-ad09-5acc4cbe8aea kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.


Ek 9. Kurum İzni (Devam)




ARAŞTIRMA İZİNİ KOMİSYON KARARI

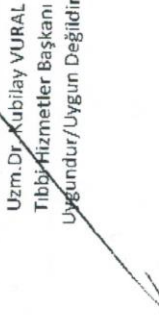
UNVAN	AD/SOYAD	OKUDUĞU/ÇALIŞTIĞI KURUM	ARAŞTIRMA YAPILACAK KURUM	ARAŞTIRMA KONUSU
YÜKSEK LİSANS ÖĞRENCİSİ	HÜSNE YÜCESOY	ORDU ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ	SAĞLIK BAKANLIĞI ORDU ÜNİVERSİTESİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ - KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM EK HİZMET BİNASI	Premenstrüel Sendromun Doğum Sonrası Depresyon ve Anne-Bebek Bağlanması Etkisi

Ukardaki tablodaki adı geçen çalışma; anket veya araştırmaya katılanların gönüllülük esasına göre yapılması, kişisel verilere özen gösterilmesi, yapılacak çalışma sonucunun Genel Ekretreliğimiz bilgisi dışında ilan edilmemesi kaydıyla 19/02/2016 tarih ve 617 sayılı yazının ekinde gönderilen Araştırma Çalışmaları Başvuru Formundaki bilgilere istinaden uygun görülmüştür.


Güven ÇAKAR
Uzman
Uygundur/Uygun Değildir.


Uzm.Dr. Hüseyin KILIÇ
İdari Hizmetler Başkanı
Uygundur/Uygun Değildir.


Selahattin KURUCU
Mali Hizmetler Başkanı
Uygundur/Uygun Değildir.


Uzm.Dr. Kubilay YURAL
Tıbbi Hizmetler Başkanı
Uygundur/Uygun Değildir.

Ek 10. Etik Kurul Onayı



T.C.
ORDU ÜNİVERSİTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARARLARI

KARAR TARİHİ	TOPLANTI SAYISI	KARAR SAYISI
01/04/2016	4	2016 /26

Ordu Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Doç. Dr. Canan EREN DAĞLI başkanlığında toplanarak aşağıdaki kararları almıştır.

Doç. Dr. Nülüfer ERBİL'in sorumluluğunda yürütülecek olan **“Pre-menstürel Sendromun Doğum Sonrası Depresyon ve Anne-Bebek Bağlanmasına Etkisi”** başlıklı proje Araştırma protokolüne uyulmak, Sağlık Bakanlığı'nın 13.04.2013 tarih 28617 sayılı Klinik Araştırmalar Hakkındaki Yönetmeliği ve yayımlanan kılavuzlarında belirtilen hususlar dikkate alınarak, sorumluluk araştırmacılara ait olmak üzere araştırmanın yapılmasında **etik sakınca olmadığına oy birliği** ile karar verildi.

Doç. Dr. Canan EREN DAĞLI
Başkan

ÖZGEÇMİŞ

Adı Soyadı : Hüsne YÜCESOY
Doğum Yeri : K. Maraş
Doğum Tarihi : 20.06.1986
Yabancı Dili : İngilizce
E-posta : husne_yucesoy@hotmail.com
İletişim Bilgileri :
Öğrenim Durumu :

Derece	Bölüm/ Program	Üniversite	Yıl
Lisans	Hemşirelik	Ordu Üniversitesi	2007-2010
Y. Lisans	Hemşirelik	Ordu Üniversitesi	2015-2017

İş Deneyimi:

Görev	Görev Yeri	Yıl
Sağlık Teknikeri	Ordu Üniversitesi	2007-Halen

Yayımlar :

- 1.
- 2.