



**T.C.
DÜZCE ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI**

**PREMENSTRUEL SENDROM İLE POSTPARTUM
DEPRESYON GELİŞME RİSKİ ARASINDAKİ
İLİŞKİNİN İNCELENMESİ**

**Dr. EMİNE MERVE GARAN
TIPTA UZMANLIK TEZİ**

**DÜZCE
2019**



**T.C.
DÜZCE ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI**

**PREMENSTRUEL SENDROM İLE POSTPARTUM
DEPRESYON GELİŞME RİSKİ ARASINDAKİ
İLİŞKİNİN İNCELENMESİ**

**Dr. EMİNE MERVE GARAN
TIPTA UZMANLIK TEZİ**

**TEZ DANIŞMANI
Dr. Öğr. Üyesi CEMİL IŞIK SÖNMEZ**

**DÜZCE
2019**

ÖNSÖZ

Asistanlık eğitimim boyunca hoşgörü, tecrübe, bilgi ve desteğini esirgemeyen tüm hocalarıma, tez danışmanım Aile Hekimliği Anabilim Dalı Dr Öğr. Üyesi Cemil Işık SÖNMEZ hocama, asistanlığımın son dönemlerinde tanıdığım ve tanımaktan dolayı onur duyduğum Dr Öğr. Üyesi Zerrin GAMZSIZKAN hocama, istatistiksel analiz konusunda desteklerini esirgemeyen sayın Doç. Dr Şengül CANGÜR'e ve bütün eğitim hayatım boyunca eğitimime katkı sağlayıp, emeği geçen tüm saygıdeğer hocalarıma sonsuz teşekkürler ve saygılarımı sunarım.

Asistanlık eğitimim boyunca beraber çalıştığım Aile Hekimliği Anabilim Dalımızdaki tüm asistan arkadaşlarıma ve sekreterimize içtenlikle teşekkür ederim.

Maddi manevi her daim destekçilerim olan sevgili aileme, birçok zorluğu beraber aştığımız, her zaman yanımda olan, desteğini, sevgisini, her zaman hissettiren sevgili eşim Abdurrahman GARAN'a ve varlığıyla yaşam kaynağım olan bir tanecik oğlumuz Mahir'ime sonsuz teşekkür ederim.

Dr. Emine Merve GARAN

ÖZET

Amaç: Bu çalışma 2 hafta -12 ay arası bebeği olan annelerde gebelikten önce premenstruel sendrom (PMS) varlığı ile postartum depresyon (PPD) gelişme riski arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem: Bu araştırma kesitsel ve tanımlayıcı tiptedir. Düzce Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları polikliniğine 01.03.2019-31.05.2019 tarihleri arasında başvuran, 2 hafta - 12 ay arası sağlıklı bebeği olan anneler dahil edilmiştir. Çalışmamızın veri kaynağını 29 sorudan oluşan sosyodemografik soru anketi, Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği (EPDÖ) ve Premenstruel Sendrom Ölçeği (PMSÖ) kullanılmıştır. Çalışmadaki tüm verilerin tanımlayıcı istatistik verileri hesaplanmıştır. Sürekli nicel değişkenlerin normallik varsayım kontrolü Kolmogorow Smirnov testi ile yapılmıştır. Nicel değişkenlerin gruplar arası karşılaştırılmasında Mann Whitney U testi kullanılmıştır. Kategorik değişkenler arasındaki ilişkiler Pearson Chi Square, Fisher Freeman Halton ve Fisher Exact testleriyle incelendi. Nicel değişkenler arasındaki ilişkiler Speerman korelasyon analizi ile değerlendirildi. $p<0,05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

Bulgular: Çalışmamızda annelerin %23,5' inde PPD gelişme riskinin olduğu, %46,3' ünde ise PMS varlığı tespit edilmiştir. EPDÖ' nden ≥ 13 alan ve PMSÖ ≥ 111 alan annelerin oranı %76,4 (55/72), EPDÖ <13 grubunda olan ve PMSÖ ≥ 111 alan annelerin oranı olan %37 (87/235)' den anlamlı düzeyde daha yüksektir ($p<0,01$). EPDÖ' nden ≥ 13 alan ve PMSÖ ≤ 110 alan annelerin oranı %23,6 (17/72), EPDÖ' nden <13 alan ve PMSÖ ≤ 110 olan annelerin oranı olan % 63 (148/235)' den istatistiksel olarak daha düşüktür ($p<0,05$). PPD riski olan annelerin PPD riski olmayan annelere göre PMSÖ toplam puanı ve iştah hariç depresif duygulanımın, anksiyetenin, yorgunluğun, sinirlilik, depresif düşüncenin, ağrının, uyku değişimlerinin ve şişkinliğin puan ortalamaları karşılaştırıldığında gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($p<0,05$). Annelerin sosyodemografik özelliklerine baktığımızda ise annenin eşiyle ilişkisinin çok iyi olması ve gebelik sayısının artmasının PPD gelişme riskini azalttığı bulunmuştur ($p<0,05$).

Sonuç: Çalışmamızın sonucunda annelerin premenstruel sendromlu olma durumunun doğum sonrası depresyon gelişme riskini anlamlı derecede arttırdığı bulunmuştur.

Anahtar Kelimeler: Premenstruel sendrom, Postpartum depresyon, Edinburgh Postpartum Depresyon Öleği, Premenstruel Sendrom Öleği



ABSTRACT

Aim: This study was conducted to investigate the relationship between the presence of premenstrual syndrome (PMS) and the risk of developing postpartum depression (PPD) before pregnancy in mothers with infants between 2 weeks and 12 months.

Method: This research is cross-sectional and descriptive. Mothers with healthy infants between 2 weeks and 12 months were admitted to the Pediatric Outpatient Clinic of Düzce University Health Application and Research Hospital between 01.03.2019-31.05.2019. The data source of our study was a sociodemographic questionnaire consisting of 29 questions, Edinburgh Postpartum Depression Scale (EPDS) and Premenstrual Syndrome Scale (PMSÖ). Descriptive statistical data of all data in the study were calculated. The normality hypothesis of continuous quantitative variables was checked by Kolmogorow Smirnov test. Mann Whitney U test was used to compare quantitative variables between groups. Pearson Chi Square, Fisher Freeman Halton and Fisher Exact tests were used to investigate relationships between categorical variables. The relationships between quantitative variables were evaluated by Speerman correlation analysis. $p < 0.05$ was considered statistically significant.

Results: In our study, it was found that 23.5% of the mothers had the risk of developing PPD, and 46.3% had PMS. 76.4% (55/72) of the mothers who received ≥ 13 from EPDS and PMSÖ ≥ 111 were significantly higher than the rate of 37% (87/235) of the mothers who received EPDS < 13 and who received PMSÖ ≥ 111 higher ($p < 0.01$). The rate of mothers who received ≥ 13 from EPDS and those who received PMSÖ ≤ 110 was statistically significant from 23.6% (17/72), and 63% (148/235) from those who received < 13 from EPDS and those with PMSÖ ≤ 110 as is lower ($p < 0.05$). The difference between the groups was found to be statistically significant when compared the mean scores of PMSÖ total score and depressive affect, anxiety, fatigue, irritability, depressive thought, pain, sleep changes and bloating except appetite, compared to those without PPD risk ($p < 0.05$). When the sociodemographic characteristics of the mothers were examined, it was found that the relationship between the mother and her husband was very good and

the increase in the number of pregnancies decreased the risk of developing PPD ($p<0,05$).

Conclusion:As a result of our study, it was found that mothers with premenstrual syndrome significantly increased the risk of developing postpartum depression.

Keywords:premenstrual syndrome, postpartum depression, edinburgh postpartum depression scale, premenstrual syndrome scale



İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ.....	i
ÖZET.....	ii
ABSTRACT	viiiv
KISALTMALAR.....	viii
TABLolar	ix
ŞEKİLLER	ix
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2.GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. Premenstruel Sendrom	3
2.1.1 Premenstruel Sendromun Tanımı.....	3
2.1.2 Premenstruel Sendromun Epidemiyolojisi.....	4
2.1.3 Premenstruel Sendromun Tanısı	5
2.1.4 Premenstruel Sendromun Risk Faktörleri	9
2.1.5 Premenstruel Sendromun Semptomları.....	122
2.1.6 Premenstruel Sendromun Patofizyolojisi	12
2.1.6.1 Seks Steroidler.....	13
2.1.6.2 Serotonin	13
2.1.6.3 MSS Değişiklikleri.....	14
2.1.6.4 Vitamin ve Mineral Eksikliği	15
2.1.6.5 Sıvı Retansiyonu	15
2.1.6.6 Hipoglisemi	16
2.1.6.7 Tiroid Fonksiyon Bozukluğu	16
2.1.6.8 Genetik	16
2.1.6.9 Psikolojik ve Sosyo-kültürel Etkenler.....	17
2.1.7 Premenstruel Sendromun Tedavisi	17
2.1.7.1 Nonfarmakolojik Tedavi	18
2.1.7.2 Farmakolojik Tedavi	20
2.1.7.3 Cerrahi Tedavi.....	23
2.2. Postpartum Duygudurum Bozuklukları	23
2.2.1 Postpartum Annelik Hüznü	24
2.2.2 Postpartum Psikoz.....	24

2.2.3 Postpartum Depresyon	25
2.2.3.1 Postpartum Depresyonun Tanımı.....	25
2.2.3.2 Postpartum Depresyonun Epidemiyolojisi.....	26
2.2.3.3 Postpartum Depresyonun Risk Faktörleri	27
2.2.3.4 Postpartum Depresyonun Klinik Özellikleri.....	27
2.2.3.5 Postpartum Depresyonun Patofizyolojisi.....	28
2.2.3.6 Postpartum Depresyonun Tanısı	30
2.2.3.7 PPostpartum DepresyonuTarama.....	32
2.2.3.8Postpartum Depresyonun Tedavisi	33
2.3 Premenstruel Sendrom ile Postpartum Depresyon Arasındaki İlişki.....	35
3. GEREÇ VE YÖNTEM	38
3.1. Çalışmanın Tasarımı	38
3.2. Çalışmanın Örneklem Büyüklüğü.....	38
3.3. Çalışmanın Değişkenleri	39
3.4. Çalışmanın Sınırlılıkları.....	39
3.5. Verilerin Değerlendirilmesi	39
3.6. Veri Toplama Araçları	39
4. BULGULAR.....	41
5. TARTIŞMA	53
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	64
6.1. Sonuçlar.....	64
6.2. Öneriler	65
7.KAYNAKLAR.....	67
8.EKLER.....	87
Ek 1. Klinik Araştırmalar İçin Etik Kurulu İzin Formu.....	87
Ek 2.Premenstruel Sendrom Ölçeği İzin Formu.....	88
Ek 3. Sosyodemografik Veri Anketi	89
Ek 4. Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği.....	92
EK 5. Premenstruel Sendrom Ölçeği.....	95

KISALTMALAR

- PMS:** Premenstruel Sendrom
PPD: Postpartum Depresyon
PMSÖ: Premenstruel Sendrom Ölçeği
EPDÖ: Edinburg Postpartum Depresyon Ölçeği
PMDB: Premenstruel Disforik Bozukluk
ACOG: Amerikan Kadın Doğum ve Jinekologlar Kongresi
GnRH: Gonadotropin- Relasing Hormon
FSH: Folikül Stimulan Hormon
LH: Luteinizan Hormon
APA: Amerikan Psikiyatri Birliği
DSM: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
BKI: Beden Kitle İndeksi
GABA: Gama Amino Bütirik Asit
MSS: Merkezi Sinir Sistemi
RAAS: Renin-anjiotensin-aldosteron Sistemi
AAFP: Amerikan Aile Hekimleri Akademisi
SSRI: Selektif Serotonin Gerilim İnhibitörleri
TSH: Tiroid Stimulan Hormon
MAO-A: Monoamin Oksidaz –A
DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü
EKT: Elektrokonvulzif Tedavi

TABLÖLAR

Tablo 1: Postpartum Duygudurum Bozuklukları

Tablo 2. Annelerin Sosyo-demografik Özelliklerine Göre Dağılımı

Tablo 3. Annelerin Gebelik Özelliklerine Göre Dağılımı

Tablo 4. Bebeklerin Özelliklerine Göre Dağılımı

Tablo 5. Sosyodemografik Verilerin Median ortanca, Minimum ve Maksimum Değerleri

Tablo 6. Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği ile Premenstruel Sendrom Ölçeği ve Alt Gruplarının Median ortanca, Minimum ve Maksimum Değerleri

Tablo 7. EPDÖ ve PMSÖ'nün Kesme Puanına Göre Annelerin Oranı

Tablo 8. PMSÖ ve Alt Boyutlarından %50 ve Üzeri Puan Alan Annelerin Yüzdesi

Tablo 9. EPDÖ Toplam Puanı ve PMSÖ Toplam Puanı Arasındaki İlişki

Tablo 10. Postpartum Depresyon Gelişme Riskine Göre Premenstruel Sendrom Durumuna Ait Oran Dağılımı

Tablo 11. Postpartum Depresyon Gelişme Riskine Göre Premenstruel Sendrom Toplam Puanı ve Alt Ölçeklerine Ait Oran Dağılımı

Tablo 12. Annelerin Sosyodemografik Özelliklerine Göre Postpartum Depresyon Gelişme Riski Arasındaki İlişkinin Oranı

Tablo 13. Annelerin Gebelik Özelliklerine Göre Postpartum Depresyon Gelişme Riski Arasındaki İlişkinin Oranı

Tablo 14. Bebeklerin Özelliklerine Göre Postpartum Depresyon Gelişme Riski Arasındaki İlişkinin Oranı

ŞEKİLLER

Şekil 2.1 Premenstruel dönemdeki adet döngüsü ve hormon düzeyleri ile ilişkisi



1. GİRİŞ VE AMAÇ

Premenstrüel Sendrom (PMS), üreme çağındaki kadınların menstruel dönemlerinin 2.evresi olan luteal fazda ortaya çıkan, menstruasyonun başlaması ile düzelen bilişsel, somatik, davranışsal ve duygusal bozukluklardır. (1) Bu dönemde çok sık görülen belirtiler alınganlık, sinirlilik, gerginlik, dikkatin azalması, huzursuzluk ve unutkanlıktır. Fiziksel belirtilerden ise en sık iştah değişikliği, memede hassasiyet, akne, ağrı, ödem ve yorgunluk görülmektedir. Bunların dışında kadınların bir kısmında çalışma kapasitesinin azalması, okul performansında azalma ve ruhsal durumun bozulduğu da görülebilmektedir.(2)PMS, menarş sonrasında herhangi bir zamanda ortaya çıkabilmekte ve çok yaygın görülmektedir. Premenstruel sendromun hafif belirtilerini yaşayan kadınların oranı %70-90 arası değişmekle beraber, yaşam kalitesini etkileyebilecek düzeyde şiddetli belirti yaşayanları oranı ise %3-8 dir..(2) Gebelik ve postpartum (doğumdan sonraki bir yıl) dönem psikiyatrik hastalıkların görülme oranının arttığı dönemlerdir. Gelişmiş ülkelerde yapılmış çalışmalarda gebelerin %10' unda, son 1 yıl içerisinde doğum yapan kadınların ise %13' ünde psikiyatrik hastalıkların oluştuğunu ve ilk sırada depresyon ve anksiyetenin olduğu gösterilmiştir. (3) Doğum sonrası ilk dakikalar, ilk saatler ve günler anne ve bebeğinin birbirine alıştığı, uyum sağladığı, aralarındaki ilişkinin en hassas olduğu dönemdir. (4)Bu dönemde annelerde depresyon gelişme riski fazladır ve bu durumun anne ile çocuk sağlığı üzerindeki etkilerini incelediğimizde dikkatli olunması gereken bir dönemdir. (5)

Postpartum depresyon (PPD), doğum sonrasında ortaya çıkan ve farklı klinik bulgularla kendini gösteren majör depresyon atağıdır. (6) Doğum sonrasında ilk 4 hafta içinde başlayan bu depresif dönemde kadınlar mutlu olmak zorunda olduklarını düşündüklerinden dolayı içlerinde depresif duygular barındırdıkları için suçluluk duyarlar ve bu belirtileri saklamaya çalışırlar. (7) Bu dönemde en sık görülen belirtiler ise mutsuzluk ve çökkün duygudurum, benlik saygısının azalması, aktivitelere karşı isteğin azalması, uyku ve iştah bozuklukları, konsantrasyon güçlüğü, libido ve enerjinin azalması ile çocuğun bakımında zorluk yaşamalarıdır.(8) Geçmişte yapılmış bilimsel çalışmalarda PPD görülme sıklığının % 10 ile %15 arasında değişiklik gösterdiği bildirilmiştir.(9)

PMS tanısı konulan kadınlarda hayatları boyunca depresyon görülme oranının %30 ile %76 arasında değiştiği bildirilmiştir.(10)Bazı araştırmacılar anksiyete, depresyon ve panik bozukluk gibi duygu durum bozukluklarının premenstruel sendrom ve premenstruel disforik bozukluk (PMDB) ile ilişkili olduğunu, özellikle PMS' li kadınlarda kişilik bozukluğunun,

depresyonun ve anksiyetenin normal popölasyona oranla daha sık görüldüğünü öne sürmüşlerdir. (11)Yapılmış çalışmalara baktığımızda premenstruel sendromun postpartum depresyon görülmesinde de önemli bir risk faktörü olduğu bulunmuştur. (12)

Çalışmamızın amacı, kadınları hem psikolojik hem de fiziksel olarak etkileyen PMS'nin görülme sıklığını belirlemek ve PMS'li annelerde doğum sonrası depresyon görülme sıklığını araştırmaktır. Postpartum depresyon için risk faktörlerini belirlemek, riskli anneleri yakından takip etmek ve tedavi amacıyla anneleri yönlendirmek birinci basamakta görev yapan hekimlerin primer sorumluluğudur. Doğum öncesinde gebeliği boyunca bakım almak için, doğumdan sonra ise hem loğusa izlemi hem de bebeğinin aşıları için aile hekimliğine başvuran anneleri yakından takip etmek önemlidir. Biz de çalışmamızda 2 hafta -12 ay arası bebeği olan annelerin PMS olma durumuna göre PPD gelişme riskini ve PPD gelişmesinde etkili sosyodemografik özellikleri incelemeyi amaçladık.

2.GENEL BİLGİLER

2.1. Premenstruel Sendrom

2.1.1Premenstruel Sendromun Tanımı

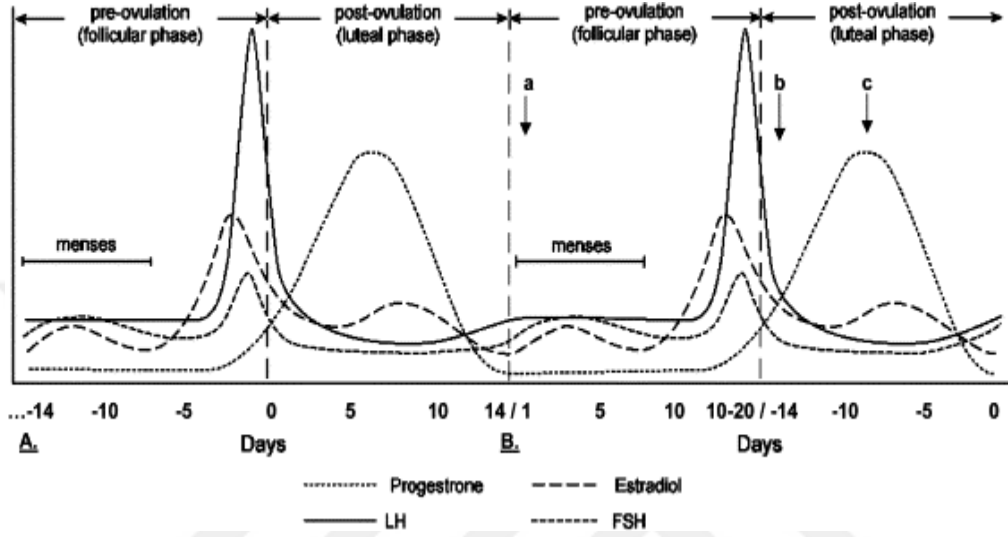
Premenstruel sendrom (PMS), menstruel dönemin luteal fazında başlayan, menstruasyonun bitmesiyle beraber kaybolan veya ciddi derecede azalma gösteren, organik ya da altta yatan psikiyatrik hastalığa bağlı olmayan, rahatsız edici fiziksel, psikolojik ve davranışsal semptomlarla kendini gösteren bir dönemdir.(13) Kadınların reproduktif dönemini kapsayan bu fizyolojik süreç, her ay düzenli olarak tekrarlamaktadır.(14)

Bu dönem kadınların yarısından fazlasında uykusuzluk, yorgunluk, yeme bozuklukları, el ve ayaklarda terleme, kilo alma, şişkinlik, bulantı, baş ağrısı, kabızlık ya da ishal, göğüslerde gerginlik, depresif duygudurum, irritabilite gibi geçici belirtilerle ortaya çıkabilmektedir.(14) Kadınların % 80' inde bu belirtiler gözükmekte olup % 5'inde ise klinik düzeyde anlamlı olacak kadar şiddetlidir.(15) Bu belirtiler genellikle katlanılabilir düzeyde olmalarına rağmen bazı kadınlarda ise insan ilişkilerinde sıkıntılara ve iş gücünde kayıplara neden olabilecek kadar ağır geçebilmektedir.(16) Yapılan bazı çalışmalarda PMS belirtilerinin, kadınların düzenli yaşamını, yaşam kalitesini ve sosyal ilişkilerini bozduğu ve intihar, kaza, işsizlik , iş ve okulda devamsızlık oranlarının artmasına yol açtığı gösterilmiştir. Ayrıca çocuk istismarı ve aile içi şiddet gibi sorunlar da PMS yaşayan bireylerin bulunduğu ailelerde belgelenmiştir. Sendrom sadece bireyi etkilemekle kalmaz hem aile hem de toplum için de ciddi sonuçları vardır.(17)

Amerikan Kadın Doğum ve Jinekologlar Kongresi'nin (ACOG) hazırlamış olduğu rapora göre adet gören kadınlarda %80 oranında hafif şiddette değişiklikler yaşandığı, bu kadınların yaklaşık % 20- 40'ının adet öncesindeki dönemde daha çok güçlük yaşadığı, %2 - 10 u ise iş ilişkilerini ve sosyal işlevselliğini bozacak şiddette semptom yaşadığı belirtilmiştir. Ayrıca PMS tanısı konulan kadınların da hayatı boyunca depresyona yakalanma sıklığı %30- 76 arasında değişmekte olduğu bildirilmiştir.(10)

Premenstruel dönemdeki adet döngüsü ve hormon düzeyi ile ilişkisi şekil 2.1de gösterilmiştir. Hipotalamik gonadotropin salgılayan hormon (GnRH), folikül uyarıcı hormonu (FSH) ve luteinize edici hormonu (LH) serbest bırakmak için ön hipofizi uyarır. FSH, foliküller tarafından ilk östrojen salgılanmasını uyarır ve LH ise foliküler gelişimi ve tam östrojen salgılanmasını uyarır, yumurtlamayı tetikler, korpus luteum oluşumunu teşvik eder ve östrojen ve progesteron üretmek için korpus luteumu uyarır. Orta düzeyde östrojen

seviyeleri GnRH salınımını ve LH ve FSH salgılanmasını inhibe eder. Yüksek progesteron seviyeleri ayrıca GnRH ve LH sekresyonunu da inhibe eder. Preovulatuvar fazın son kısmı boyunca yüksek östrojen seviyeleri aslında hem hipotalamus hem de ön hipofiz bezinde hem yumurtlamayı tetikleyen LH dalgalanmasına yol açan pozitif geri bildirim sağlayabilir; progesteron aynı anda mevcutsa östrojenin bu olumlu etkisi oluşmaz.(18)



Şekil 2.1. Premenstruel dönemdeki adet döngüsü ve hormon düzeyleri ile ilişkisi

PMS' nin başlangıç yaşı ortalama 26 olarak bildirilmiş olsa da ergenlik dönemiyle beraber semptomlar başlamaktadır ancak şiddetli değildir. Semptomların en şiddetli olduğu dönem 25 ile 35 yaş aralığıdır ve yaş ilerledikçe yani menapoz dönemine yaklaştıkça semptomların şiddeti de azalmaktadır.(19)

2.1.2 Premenstruel Sendromun Epidemiyolojisi

PMS prevalansını saptamak tanısal zorluklar nedeni ile güçtür ve sıklığını araştırmak için değişik yöntemler ile yapılmış epidemiyolojik çalışmalarda farklı oranlar verilmektedir(16). Özellikle kabul edilmiş bir tanımın olmaması, semptomların çok çeşitli olması, epidemiyolojik çalışmaların kısıtlı sayıda örneklemelerle yürütülmesi, Avrupa ve Asya'daki ülkelerde yürütülen çalışmaların yetersiz olması, PMS' yi değerlendirmek için farklı ölçeklerin bulunması, prevalansın incelenmesi ve tedavilerin etkin olmasını güçleştirmektedir.(20,21)

PMS'nin ilk sistematik derlemesi ve meta analizi olarak yapılan 17 makalenin değerlendirildiği çalışmada PMS %98 oranıyla en yüksek İran'da bulunurken, %12 oranıyla en düşük Fransa'da olduğu tespit edilmiştir. Dünya çapında ise PMS prevalansı %47.8 olarak bulunmuştur.(21) PMS eğitim seviyesi düşük, fazla kilolu ve egzersiz yapmayan kadınlarda daha yaygın görülürken, hormonal kontrasepsiyon kullananlarda daha düşük görülmüştür. Şiddetli PMS prevalansı %3-24 arasında değişirken, PMDB ya da şiddetli PMS insidansı ise %5-8 olarak bildirilmektedir.(13)

Asya ülkelerinde PMS görülme sıklığı %60-80 arasında değişirken, Çin'de %76, Türkiye'de %66.6, Malezya'da %63.1 olduğu bildirilmiştir.(22) Yapılmış başka prevalans çalışmasında ise PMS oranının premenapoz dönemindeki kadınlarda % 20-32, üreme çağındaki kadınlarda ise %30-40 olduğu belirlenmiştir.(23) Amerika'da adolesan kızlarda yapılan bir çalışmada ise PMS prevalansı %70-90, üreme çağındaki kadınlarda ise %30-40 olarak bildirilmiştir.(23,24)

Ülkemizde yapılan çalışmalara baktığımızda PMS yaygınlığının 15-49 yaş grubunda %5 ile %79 arasında değişkenlik gösterdiği belirlenmiştir.(19) Erzurum'da 379 kadının katıldığı bir çalışmada orta-şiddetli derecede premenstruel belirti yaşayan kadınların oranının %79 olduğu ve bu PMS belirtilerinden en sık görülenlerin sinirlilik, ağrı, uyku değişimleri ve yorgunluk olduğu saptanmıştır.(25) Manisa'da 541 kadınla yapılan prevalans çalışmasında ise şiddetli PMS prevalansı %6.1, hafif ve orta düzeydeki PMS prevalansı %40.3 olarak bulunmuştur. Manisa'da yapılan bu çalışmada da en sık tespit edilen belirtiler arasında %72 oranla sinirli ya da huzursuz hissetme, %67.3'le sıkıntılı hissetme, %66.6 ile karında rahatsızlık, dolgunluk ya da ağrı hissetme, %66.6 çabuk yorulma ya da enerji azlığı, %65.5 ile de bacaklarda yorgunluk hissetme olduğu görülmüştür.(26)

Pınar ve Öncel'in 2011 de Antalya'da 600 kadınla yaptığı çalışmada kadınların %53.5' inde hafif semptomlar, %11.8' inde ise şiddetli PMS semptomu yaşadıkları saptanmıştır. Kadınların en çok rahatsız olduğu belirtiler ise yorgunluk, atipik depresyon özellikleri, bunaltı, kızgınlık, düşmanlık, sosyal işlevde bozulma olmuştur.(27) Kayseri'de 15-49 yaş aralığındaki 1019 kadınla yapılan çalışmada PMS prevalansı %39.8 bulunmuştur.(28)

2.1.3. Premenstruel Sendromun Tanısı

Menstruasyon dönemindeki kadınlarda, menstruel siklus boyunca dolaşımdaki hormonların seviyesinde meydana gelen değişimlerden dolayı bazı psikolojik ve fiziksel

yakınmalar olabilmektedir.Bu dönemdeki yakınmalar kadınların günlük yaşamlarını etkileyebilen sorunlar olarak da karşımıza çıkabilmektedir.(29)

PMS tanısına özel herhangi bir fizik muayene bulgusu ya da laboratuvar testi bulunmamaktadır.Ancak kan testlerinde anemi, hipotiroidi, hipertiroidi,polikistik over ya da menapoz gibi başka hastalığa bağlı oluşmadığının kanıtlanması da PMS tanısı koymada yardımcı olmaktadır.(1) Tanı konulurken adet döngüsü ile ilişkili semptomların zamanlaması önemlidir.Bu döngüsel belirtiler çoğunlukla adet döngüsünün luteal evresi sırasında ortaya çıkar ve adet başlangıcıyla kısa süre sonra kaybolur. Anahtar tanı özelliği adet sonu ile yumurtlama arasında geçen sürede semptomların olmamasıdır. Ayrıca semptomlar iş, sosyal faaliyetler ya da sosyal ilişkilerde bozulmaya neden olmalı ve başka bir kronik hastalığın alevlenmesi olmamalıdır.(30)

PMS de görülen belirtilerin klinik ya da sosyal düzeyde daha etkili olması durumundaki tabloya Premenstruel Disforik Bozukluk (PMDB) veya Geç Luteal Faz Bozukluğu denir.PMS'nin şiddetli formu olan PMDB'de sinirlilik, irritabilite, gerginlik, disfori, duygu durumunda değişkenlik görülmektedir.(31) Bu iki durum da adet döngüsünün luteal evresinde ciddi bozulmalara neden olan ama menstruasyonun başlamasıyla beraber kısa sürede çözülen fiziksel ve psikolojik semptomları kapsamaktadır.(32) Reprodüktif dönemdeki kadınlarda premenstruel belirtiler sık gözükürken bunun daha şiddetli formu PMDB'nin ise %4-8 lik oranla daha az görüldüğü bilinmektedir.(16,19)

Psikiyatristler ve jinekologlar, premenstruel bozukluk olarak nitelendirdikleri premenstruel sendrom ve premenstruel disforik bozukluk için birbiriyle örtüşen ama birbirinden farklı tanı ölçütleri geliştirmiştir. Amerikan Psikiyatri Birliği (APA), PMDB için tanısal kriterlerde ağırlıklı olarak psikiyatrik belirtilere odaklanırken, Amerikan Kadın Doğum ve Jinekologlar Kongresi, PMS'nin tanımlanmasında fiziksel ve psikiyatrik semptomlara odaklanmıştır.(32)

Premenstruel sendromun tanısı;

Son 3 menstruasyon döneminin her birinde olan, menstruasyondan önceki 5 gün içinde başlayan somatik ve duygusal semptomlardan en az birer tane olmalı;

Tablo 1. Premenstruel Sendromun Duygusal ve Somatik Semptomları

Duygusal semptomlar	Somatik semptomlar
• Kaygı • Öfke patlamaları • Depresyon • Sinirlilik • Sosyal geri çekilme • Anksiyete	• Göğüslerde hassasiyet ya da şişlik • Karında şişkinlik • Baş ağrısı • Eklem ya da kas ağrısı • Ekstremitelerde şişliği • Kilo almak

Bu semptomlar;

- ✓ menstruasyonun başlangıcından sonraki dört gün içinde düzelmeli,13 gün boyunca tekrar olmamalı,
- ✓ Hormon alımı, farmakolojik tedavi, alkol ya da madde kullanımı olmadığında olmalı,
- ✓ Hasta akademik, sosyal ve iş performansında tanımlanabilir işlev bozukluğu göstermeli,
- ✓ Semptomlar ileriye yönelik kaydedildiğinde iki siklus boyunca tekrar etmeli (32)

Amerikan Psikiyatri Birliği'nin yayınlamış olduğu DSM'lerde (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) PMDB' a çeşitli isimlerle yer verilmiştir.DSM-III-R ek-A kısmında “geç luteal faz disforik bozukluğu” adıyla yer alırken, DSM-IV de ise ek bölüm-B kısmında “premenstruel disforik bozukluk” başlığı altında incelenmiştir.(33) DSM-V de ise "Depresyon Bozuklukları " kategorisine alınmıştır ve burada da “Premenstruel Disfori Bozukluğu” olarak tanımlanmıştır.Tanı koymak için belirti, bulgu ve öykü beraber değerlendirilmektedir.DSM-V'e göre iki ve daha fazla menstruasyon dönemini içeren günlükler tutulmalı eğer bu kriter karşılanmazsa geçici olarak tanısı konulabilmektedir.(34)

Premenstruel disforik bozukluğun tanısı;

A.Adet döngülerinin büyük çoğunluğunda, adetlerin başlamasından önceki son hafta içinde en az beş tane belirtinin bulunması, bu belirtilerin adet başlamasından sonraki birkaç günde iyileşmeye başlaması ve haftalar sonra çok az ya da hiç olmaması lazım.

B.Aşağıdaki belirtilerden bir tanesi (ve ya daha fazlası) bulunmalıdır:

1.Belirgin şekilde duygusal değişkenlik (örn: duygudurumda dalgalanmalar; birden kendini ağlamaklı ve ya üzüntülü hissetme ve ya kabul görmeme karşısında artmış duyarlılık),

2.Belirgin bir şekilde öfkelenme, kolay kızma ve ya kişiler arası çatışmalarda artış olması,

3.Belirgin bir umutsuzluk duygusu, çökkün duygudurum veya kendini küçümseyen düşünceler,

4.Belirgin bir gerginlik, bunalıtı ve / veya diken üzerinde olma ve ya sinirli olma,

C: B kısmındaki tanı ölçütünde olan belirtilerle birleştirildiğinde toplam beş belirtiyi ulaşmak için, aşağıdaki belirtilerden bir tanesi (ve ya daha fazlası) daha bulunmalıdır:

1. Olağan etkinliklere/faaliyetlere karşı ilginin azalması (örn: okul, iş, eğlence uğraşları, arkadaşlar),

2.Konsantrasyonda öznel zorluk çekme,

3.Kolay yorulma, uyuşukluk ve ya belirgin enerji eksikliği,

4.İştahta belirgin değişiklik olması; aşırı yeme ve ya özel bazı yiyecekleri yeme isteğinin artması,

5.Hipersomnia veya uykusuzluk çekme,

6.Bunalmışlık ya da kontrolden çıkmış olma hissi,

7. Göğüslerde şişme ya da hassasiyet, kas ya da eklem ağrısı, şişkinlik hissi ya da kilo alma gibi fiziksel belirtiler,

Not:A ve C kriterinde olan semptomların, bir önceki yıl içinde meydana gelen adet döngülerinin çoğunluğunda karşılanmış olmasıdır.

D. Bu semptomlar, klinik açıdan önemli bir sıkıntıyla ve ya okulda, işte, sosyal aktivitelerde ve ya diğer insanlarla olan ilişkilerinde bozulmayla (örn: işte, okulda ve ya evde verimlilik ve üretkenlikte azalma) gider.

E.Bu bozukluk sadece majör depresif bozukluk, panik bozukluk, süre giden depresyon bozukluğu (distimi) ve ya kişilik bozukluğu (bu hastalıklardan herhangi biriyle eş zamanlı ortaya çıkabilse de) gibi bir başka hastalığın belirtilerinin alevlenmesi değildir.

F: A tanı ölçütündeki belirtiler, en az 2 semptomatik adet döngüsü sırasında, ileriye yönelik günlük derecelendirmeye doğrulanmalıdır.(böyle bir doğrulama yapmadan da geçici tanı konabilir.)

G: Bu semptomlar, bir maddenin (örn:bir ilac, başka bir tedavi, kötüye kullanılan bir madde) veya başka sağlık durumunun (örn:hipertiroidizm) fizyolojik etkileriyle ilişkilendirilemez.(32)

PMDB ve PMS için değerlendirme yaparken semptomların zamanlamasının belirlenmesi esastır. Belirtiler luteal evrede ortaya çıkmalı ve adet başlangıcından kısa süre sonra çözülmelidir.(32)PMS tanısını koyarken hastanın ileriye dönük olarak tekrarlayıcı bir şekilde sıklık değişikliği yaşadığının ve yaşadığı semptomların geri dönüşlü olduğunun kanıtlanması ayrıca altta yatan bir psikiyatrik hastalığın olmadığına ekarte edilmesi gerekir.(35)

PMS ile anksiyete, panik bozukluk, majör depresyon ve mevsimsel affektif bozukluk dahil olmak üzere duygusal bozukluklar arasında benzerlikler ve bazen de ilişkiler vardır. PMS ile başvuran kadınların yarısından fazlasında yaşam boyu endişe ya da duygudurum bozukluğu öyküsü bildirilmiştir. Hatta PMS hastalarında depresyon insidansının genel popülasyonda olduğundan daha fazla olduğunu gösteren çalışmalar da mevcuttur. Depresyon, anksiyete gibi rahatsızlıklar da luteal dönemde kötüleşebilir ama adet döngüsü süresince devam ettiklerinden PMS den ayırt edilebilir.(18)

Bu dönem bazı kadınlarda sikluslarının belli evrelerinde astım, epilepsi, fibromiyalji, multipl skleroz ve ya migren tipi baş ağrısı gibi durumların da artmasına neden olabilir.(18)Bunlar da ayrıca düşünülmeli,tanısal labortauvar testler ya da görüntüleme yöntemleri ile tanıları konularak ekarte edilmelidir.(32)

Premenstruel bozukluklar adı altında incelediğimiz PMDB ve PMS'yi ayırt etmek için tanı kriterlerine baktığımızda; PMS de en az beş semptomun gerekli olmaması, duygulanım belirtilerinin olmamasıyla PMDB'den ayrılır.Bazı semptomlar benzer olsa da PMDB'de belirtilerin genel olarak daha ağır geçtiği düşünülür.(36)

2.1.4Premenstruel Sendromun Risk Faktörleri

PMS'nin çok sayıda risk faktörü olduğu, özellikle sosyo-kültürel, psikolojik ve biyolojik alanlarla ilişkili olabileceği ileri sürülmektedir.Hipofiz-hipotalamus ve adrenal aksın fonksiyonunda bozulma, genetik özellikler, sosyodemografik özellikler ve yaşam biçimi bu faktörler arasında sayılabilir.(37)

Literatüre baktığımızda yaşam biçimi, menstruel tutum gibi değiştirilebilen, sosyo-demografik özellikler gibi ön görülebilen bazı risk faktörlerinin premenstruel sendromla ilişkisini araştıran çalışmalara çok sık rastlanmaktadır.(38) Bu çalışmalara baktığımızda fiziksel ve mental sağlığı iyi olanların ve yüksek tempoda kardiyo egzersiz çalışanların PMS semptomlarını daha hafif atlattığını görüyoruz.(38,39)Negatif menstruel tutuma sahip olma ve uyku kalitesinin kötü olması ise PMS'nin şiddetini arttırdığı bildirilmiştir.(40,41)Stres düzeyi yüksek olanların, sigara içenlerin ve obezitenin de PMS için risk faktörü olduğunu gösteren birbirini destekleyen çalışma sonuçları mevcuttur.(42,43)

PMS'nin yaş ile ilişkisine bakıldığında literatürde 30'lu yaşlardan itibaren sıklığının arttığı bildirilmiş olsa da menarştan 2 yıl sonra yani ortalama 14 yaşından sonra başlayıp menapoz dönemine (ortalama 51 yaş civarı) kadar herhangi bir yaşta ortaya çıkabilmektedir.Geçmiş dönemde yapılan çalışmalara baktığımızda yaşın artması risk faktörü olarak bulunmuşken(38),bazılarında ilişki çıkmamış (31,44) ve ya ters yönde ilişki saptanmıştır.(19) Adıgüzel ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada ise PMS belirtilerini şiddetli yaşayan grubun yaş ortalamasının düşük olduğu görülmüştür.(19)

Ergenlik döneminde ve ya genç erişkin dönemde alkol ve sigara kullanımının premenstruel sendrom için risk faktörü olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur. (42,45,46)Bertone-Johnson ve ark.nın(42) sigara içme ile premenstruel sendrom gelişme riski arasındaki ilişkiyi inceledikleri çalışmalarında, sigara kullanan kadınlarda 2 ile 4 yıl içerisinde premenstruel sendrom gelişme riskinin içmeyen kadınlara oranla 2.1 kat daha fazla olduğunu belirtmişlerdir.Alkol tüketimi ile PMS arasındaki ilişkiyi inceleyen başka bir çalışmada ise alkol tüketmenin PMS gelişmesiyle bir ilişkisinin olmadığı ama erken yaşta başlamak ve yüksek miktarda alkol tüketmenin az da olsa riski arttırdığı belirtilmektedir.(45)

Eğitim düzeyi düşük ve çalışmayan kadınlarda premenstruel sendromun anlamlı düzeyde yüksek çıktığı çalışmalarla desteklenirken (38) bazı çalışmalarda ise eğitim düzeyinin etkilemediği ya da yüksek eğitim düzeyinin PMS semptomlarını arttırdığını bildiren literatür çalışmaları mevcuttur.(47,48)

Medeni durum ve çalışma durumunu inceleyen çalışmalara baktığımızda evli veya bekar olmanın ve çalışma durumunun premenstruel sendromla ilişkisinin olmadığı bildirilmiştir.(49)Öte yandan Adıgüzel ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise literatürden farklı olarak PMS belirtilerini şiddetli yaşayan kadınlarda çalışanların ve bekar olanların daha çok olduğu görülmüştür.(19)

Gebelik sayısına baktığımızda az sayıda gebelik yaşayanlarda PMS belirtilerinin daha sık yaşandığını gösteren çalışmalar olduğu gibi (50) arasında anlamlı ilişki olmadığını gösteren çalışmalar da mevcuttur.(51)

Dismenore şiddetiyle PMS semptomları arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalara baktığımızda dismenore skorları fazla olanlarda premenstruel semptomların anlamlı derecede arttığı görülmüştür.(52)Türkiye’de üniversite öğrencileriyle yapılan başka çalışmada menstruasyon süresinin uzunluğu, menstruasyon sıklığı, siklus uzunluğu ve dismenore ile PMS değerlendirilmiş, sonucunda dismenore ile premenstruel sendrom arasında anlamlı ilişki saptanırken, menarş yaşı ile ilişki saptanmamıştır.(53) Bazı çalışmalarda ise menarş yaşı küçüldükçe PMS sıklığının arttığı gösterilmiştir.(54)

İştah metabolizmasındaki değişimler göz önüne alındığında enerji alımının fazla olması sonucu artan Beden Kitle İndeksi(BKI)’nin PMS için risk oluşturduğu bulunmuştur.(55) Düşük düzeyde posa ve yüksek düzeyde yağ içeren Batı tarzında beslenme ile vejetaryan beslenme şeklinin karşılaştırıldığı başka bir çalışmada, yağ oranının düşük olduğu vejetaryen beslenmede plazmadaki östrojen seviyelerini düşürdüğü ve PMS süresini kısalttığını saptamıştır. Besin tüketim araştırmalarının derlendiği başka bir çalışmada ise hazır besinlerin, şeker oranı yüksek olan besinlerin, yağda kızartılmış ürünlerin ,kahve ve alkol tüketiminin fazla olması ile meyve ve sebze tüketiminin az olmasının PMS için risk faktörü olduğu belirtilmiştir.(56)

Çay ve kahve tüketiminin PMS ile ilişkisine bakıldığında, Cheng ve arkadaşlarının (57) yaptıkları çalışmada haftada 3 fincandan çok çay ve kahve tüketmenin, Pınar ve arkadaşları (27) ise günde 2 fincandan çok kahve tüketmenin PMS riskini arttırmadığını bildirmişlerdir. Ama günde bir fincandan çok kahve içmenin premenstruel sendrom ile ilişkisinin olabileceği ve kahve tüketiminin riski arttırabileceğini bildiren çalışmalar da mevcuttur.(41,58,59)

PMS riskini arttıran diğer faktör ise ailede premenstruel sendrom öyküsünün olmasıdır. Özellikle genç kadınlarda ailesinde PMS öyküsü olmasının PMS ye yakınlık oluşturan bağımsız risk faktörü olduğunu bildiren çalışmalar mevcuttur.(53,58,60)Pınar ve arkadaşlarının (27) yaptığı çalışmada, annesinde premenstruel sorun olan kadınlarda bu dönemde yakınmaların arttığı saptanmıştır. Aşçı ve arkadaşlarının 2015 de üniversite öğrencileriyle yaptıkları çalışmada, öğrencilerin annelerinde PMS şikayetlerinin varlığının premenstruel sendrom riskini 1,68 kat arttırdığı bulunmuştur.(61)

2.1.5Premenstruel Sendromun Semptomları

Premenstruel sendrom, reproduktif dönemdeki kadınların %80 inde hafif, orta, şiddetli derecelerde görülebilen ve kadınların yaşam kalitesini bozabilen ciddi bir sağlık problemidir.(62)Bu dönemde psikolojik, fiziksel, davranışsal, dermatolojik, ödem ve iştaha bağlı PMS semptomları ortaya çıkmaktadır. Bu semptomlar aşağıda belirtilmiştir:

Fiziksel belirtiler:baş ağrısı, sıcak basması, enerji azalması, halsizlik, konstipasyon veya diyare, karın ağrısı, şişlik, kramp, tremor, bacaklarda uyuşukluk, üşüme, memede gerginlik, hassasiyet, ağrı, ödem, akne, saçlarda kuruma, kilo alma

Davranışsal belirtiler: yorgunluk, bitkinlik, uyuma isteği ya da uykusuzluk, baş dönmesi, umutsuzluk, kazaya eğilim, enerjide azalma, cinsel aktivitede azalma, günlük aktivite yapma isteğinin azalması, iştah değişimleri, konsantrasyon düşüklüğü

Psikolojik belirtiler: kolay sinirlenme, anksiyete, öfke, hiddet, kızgınlık, dikkat dağınıklığı, unutkanlık, sosyal ilişkilerden kaçma, duygusal dalgalanmalar, korkular, ağlamaya meyilli olma, ani üzülme, kendini küçük görme, depresyon, suçluluk duygusu, negatif tutumda olma, yorgunluk, letarji, endişe, gerginlik (30)

Bu semptomlar, premenstruel sendrom tedavisi için destek arayan kadınların çok sık bildirdiği semptomlardır.(42)Kadınlar bu semptomları her siklusun birkaç günü yaşayabildikleri gibi her ayın yarısı boyunca yaşayanlar da vardır. Semptomlar genellikle siklus başlangıcından 6 gün önce şiddetlenir, 2 gün kala çok şiddetli olur, her ay değişiklik göstermez, genellikle tutarlı olma eğilimindedir. (63,64)

2.1.6Premenstruel Sendromun Patofizyolojisi

PMS ve onun şiddetli formu PMDB için günümüzde kabul edilen görüş, bu iki durumun biyolojik ve fizyolojik temelli olması, psikososyal etkenlerin ise bu durumlar üzerindeki etkisinin sınırlı olduğu yönündedir. Bu görüşü destekleyen en önemli kanıtlar menapoz sonrasında ve ya bilateral salpingoofektomi sonrasında PMS görülmezken, sadece histerektomi yapılmış kadınlarda PMS'nin devamı gösterilebilir.(16,65)

PMS'nin etiyolojisi net olarak bilinmemekle beraber birden fazla faktörün etkili olduğu çeşitli çalışmalarla bildirilmiştir.(66) Özellikle siklik over aktivitesinin, serotonin ve gama amino bütirik asit (GABA) nörotransmitterlerinin üzerine östradiol ve progesteronun

etkisinin anahtar rol oynadığı düşünülmektedir. Ergenlik öncesindeki dönemde, menapoz sonrasında ve gebelikte PMS'nin olmaması siklik over aktivitesi teorisini desteklemektedir.(13)

PMS etiolojisinde etkili olduğu düşünülen faktörler aşağıda anlatılmıştır;

2.1.6.1 Seks Steroidleri

Premenstruel sendrom, belirtilerin ovulasyon sonrası ortaya çıktığı, menstruasyonla beraber gerileyen siklik bir bozukluktur.Yalnızca yumurtlama döngüsüne sahip üreme çağındaki kadınlarda görülür.(30)Anovulasyonda veya over işlevinde bozukluk olan kadınlarda premenstruel belirtilerin nadiren ortaya çıkması PMS patofizyolojisinde seks steroidlerinin önemli olduğunu göstermiştir ve çalışmalar bu yönde yoğunlaşmıştır.(36)

PMS luteal dönemde ovaryan hormonlar arasındaki dengesizliğe bağlı olarak oluşmaktadır.Bu dönemde progesteron eksikliğinden çok östrojen ile progesteron arasındaki dengenin bozulmasıyla göreceli bir progesteron eksikliği ortaya çıkmaktadır.(65) Günümüzde kabul gören görüş, gonadal hormonlarda oluşan dalgalanmaların bu duruma yatkın kadınlarda merkezi nörokimyasal olayları tetiklemesi sonucu premenstruel belirtilerin oluştuğu yönündedir.(67)

PMS semptomlarının patofizyolojisinde olan bu yumurtalık hormonları, serotonerjik ve gama-aminobütirik asit (GABA) üzerinden etkilerini ortaya çıkarmaktadır.Sıçan modellerinde yapılan bir çalışmada serotonin reseptör konsantrasyonunun östrojen ve progesteron seviyesindeki değişikliklerle değiştiği gösterilmiştir.(30)

2.1.6.2 Serotonin

Merkezi Sinir Sistemi (MSS)' inde premenstruel semptomların ortaya çıkışına neden olan en önemli nörotransmitter serotoninidir. PMS si olan kadınlarda olmayan kadınlara göre serotonerjik sistemde çok fazla farklılık olduğu gösterilmiştir. PMS'si olan kadınlarda serotonin agonisti kullanılmasının duygudurumu düzeltmesi, serotonin antagonisti ilaçların ise sosyal geri çekilme ve sinirlilik yapması, serotonin eksikliği ile ilişkili olan karbonhidrat düşkünlüğünün PMS'nin bulgularında biri olması, santral serotonerjik sistemde olan değişikliğin premenstruel belirtilerin oluşumuna yol açtığını destekler niteliktedir.(16)

PMS'nin birçok belirtisinin serotonerjik sistemle ilişkili olan psikiyatrik tablolarla benzerlik göstermesi ve progesteronun beyinde median raphe nükleus hücrelerinde

serotoninle beraber bulunması, serotonin geri alımını arttırması aynı zamanda serotonin döngüsünde artış sağlaması serotonerjik görüşü destekler niteliktedir.(16)Ayrıca PMS li kadınların periferik kanındaki serotonin düzeyinin düşmesi ve plateletlerde serotonin up-take'inin azaldığının gösterilmesi serotonerjik aktivitenin azaldığına işaret edebileceği düşünülmüştür. (16)

Premenstruel dönemde görülen semptomlar ile serotonin azalması sonucu görülen semptomların birbiriyle örtüştüğünü gösteren belirtilere; depresyon, sinirlilik, mood dalgalanmaları, kendini küçük görme, uyku bozukluğu, saldırganlık, anksiyete, dürtü kontrolsüzlüğü, ağrı eşiğinin azalması, konsantrasyonda güçlük ve karbonhidrat isteğinin artması örnek gösterilebilir.(68)

2.1.6.3 Merkezi Sinir Sistemi Değişiklikleri

Gonadal hormonlarda meydana gelen değişikliklere karşı artmış duyarlılığın,MSS ve periferdeki hedef dokularda PMS ile ilgili biyokimyasal olayları uyardığı düşünülmektedir.

Bu hormonlardan biri olan progesteron, ovaryumda korpus luteum tarafından üretilen, kendisi anksiyojenik, metabolitleri(allopregnanolone ve pregnenolone) ise anksiyolitik ve GABA-A aracılığıyla uyku yapıcı etkisi olan bir hormondur.Anti-östrojen etkisi de olan bu hormon, östrojen reseptörlerinde down regülasyon yapar ve MAO aktivitesini arttırır.MAO aktivitesinin artışı serotoninin yıkılmasına neden olur ve disforik, olumsuz bir duygudurum oluşturur.(16)

PMS ile ilişkili olan MSS'deki en önemli nörotransmitterlerden biri de GABA dır.(69) GABA, MSS'de yaygın olarak bulunan, uyanıklık, stres, anksiyete ve dikkatin önemli düzenleyicisi olan inhibitör bir nörotransmitterdir. Manyetik rezonans spektroskopisi ile yapılan beyin görüntüleme çalışmasında PMS si olmayan kadınlarda oksipital kortekste GABA seviyesinin mens döneminde azaldığı ama PMS'si olan kadınlarda ise foliküler fazda arttığı gösterilmiştir.(70)

Progesteron yıkım ürünlerinden olan allopregnanolone,GABA reseptörünün pozitif bir modülatörü ve ruh hali, davranış ve bilişsel işlev üzerinde etkileri olan güçlü bir nörotransmitterdir. Düzeyleri, adet döngüsünün luteal fazında yükselen progesterona benzer şekilde değişir.PMS'li hastalarda, allopregnanolon seviyeleri hem foliküler hem de luteal fazlarda düşüktür.Luteal fazda progesteron ve allopregnanol azalması benzodiazepinler, barbitüratlar ve alkol alımı sonrası oluşan etkilere benzer etkinlik gösterir.Yüksek dozlarda anksiyolitik, anti agresif, yatıştırıcı ve anti-epileptik etkiler üretir. Düşük dozlarda, bir grup

bireyde ciddi duygusal reaksiyonlara ve kadınların% 20'sinde orta derecede bir reaksiyona neden olur.(30)

2.1.6.4Vitamin ve Mineral Eksikliği

Premenstreulsemptomların etiyolojisinde suçlanan diğer faktörler magnezyum, çinko ve pridoksin (B6) vitamininin eksikliğidir.

Çinko, emosyonel ve mental olaylarla ilişkili bir mineraldir. SSS inde nörotransmitterlerin değişiminde rol oynar, endometriyumun progesteronu bağlamasını sağlar, luteinizan hormon ile growth hormonun hem sekresyonunu hem de sentezini değiştirip kadınlarda emosyonel ve mental olaylarla ilişkili olan nörotransmitter ile hormonların sekresyonunu etkilediği düşünülmüştür.(36)

Magnezyum, bazı enzimatik reaksiyonlarda kofaktör olarak kullanılmaktadır.İleri derecede Mg eksikliği; bulantı, apati, anoreksia, kas spazmları, kişilik değişimleri,ruhsal negatif değişikliklere,tremora sebep olabilmektedir. PMS' de magnezyumun azalma sebebi gastrointestinal sistemde emilimin azalmış olması ya da renal atılım hızının artmasına bağlanmış olsa da henüz kesin sebebi bilinmemektedir. Tersi bir görüş de PMS' nin magnezyumun seviyesini azalttığı yönündedir.(71)

Vitamin B6, dopamin ve serotonin biosentezinde son basamakta ko-enzim olarak rol alır ve vücutta magnezyumun düzeyini ayarlar.Beyinde B6 eksikliğinde bazı PMS semptomları ortaya çıkmaktadır. Özellikle serotoninin azalmasının da depresyona neden olduğu bilinmektedir.(71)

Diğer vitaminlere baktığımızda E vitamininin PMS de göğüslerde gerginlik ve şişme şikayetlerini azaltabileceği, luteal faz süresince günde 400 IU E vitamini verilmesinin PMS si olan kadınlarda somatik şikayetleri azaltıcı etkisi olduğu bulunmuştur.(72)

Panay (2011), D vitamini düzeyleri ve kalsiyumun da PMS'li kadınlarda düşük olduğu, ilave alımda semptomların şiddetini azaltabileceğini belirtmiştir.(13)

2.1.6.5Sıvı Retansiyonu

PMS de kilo alımı, şişkinlik gibi semptomların olması mineralokortikoid değişikliğinin potansiyel PMS nedeni olabileceğini düşündürmüştür.(65)

Seks steroidleri, renin-anjiyotensin-aldosteron sistemi (RAAS) ile etkileşip sıvı elektrolit dengesini bozmaktadır. Normal mens siklusunda aldosteron seviyeleri ovulasyon ve

midluteal fazda artış gösterir.Östrojen aldosteron salınımını arttırarak tuz ve su tutulumunu arttırırken, progesteron ise başta natriüretikken bu etkisine sekonder RAAS' ni aktifleştirir. Bu etkiler sonucunda kilo alımı ve şişkinlik görülür. Bu dönemde sodyum yada su retansiyonu olmadan bir sıvı açığının olduğunu savunanlar çalışmalar da mevcuttur. Geç luteal dönemde plazmada mevcut olan kolloid osmotik basıncının artmış olması, intertişyel sıvılarda artışa neden olabilir. Yeni yapılan çalışmalarda ise premenstruel dönemde vasküler regülasyonun stabil olmamasından bahsedilmiş, sıvı retansiyonun değil de sıvının dağılımındaki değişimden dolayı şişkinlik hissinin olduğu hipotezi savunulmuştur.(71)

2.1.6.6 Hipoglisemi

Hipoglisemi semptomlarının (yorgunluk, sinirlilik, açlık, terleme, gastrointestinal şikayetleri) PMS ile benzerlik göstermesi etiyolojide hipogliseminin olup olmadığını düşündürmüştür.(71) Luteal fazda karbonhidrat metabolizmasının bozulması sonucu oluşan glukoz intoleransının premenstruel belirtilere sebep olduğu düşünülmektedir. Yapılan çalışmalarda luteal dönemde oral glukoz yüklemesi sonucunda abartılı bir insülin cevabı görülmüş ancak PMS' si olan ve olmayan kadınlar arasında belirgin bir fark ve glukoz alımı sonrası semptomlarda rahatlama gösterilmemiştir.(65)

2.1.6.7 Tiroid Fonksiyon Bozukluğu

PMS'li kadınların %94' ünde subklinik hipotiroidiye rastlanmış, tiroit hormonu verilince semptomlarda gerileme görülmüştür.Menstruasyonun fazları arasında fark bulunmamıştır. Araştırmacılar subklinik hipotiroidinin PMS nedeni olmadığını ama beraber görülebileceğini vurgulamışlardır.(65)

2.1.6.8 Genetik

PMS etiyolojisinde genetik faktörlerin rol oynayabileceği bazı çalışmalarla gösterilmiştir. Dalton ve arkadaşlarının çalışmasında, monozigot ikizlerin ikisinde de PMS gelişiminin, dizigotik ikizlerden ve ikiz olmayanlardan daha sık görüldüğünü saptamışlardır. Başka bir çalışmada anneler ile adölesan yaştaki kızlarının PMS semptomlarının benzer olduğu görülmüştür.(71)

2.1.6.9 Psikolojik ve Sosyo-kültürel Etkenler

PMS, fizyolojik temelli olup psikolojik belirtilerden oluşan ve psikolojik etkilerle seyreden bir sendromdur. PMS belirtileri ile ilişkili bu psikososyal etkenler stres, evlilik sorunları, yaşam olayları, negatif duygudurumun menstruel siklusla ilişkilendirilmesi, sorunlarla başa çıkma inancı ve stratejilerinde bireysel farklılıklardır.

PMS'yi açıklayan kuramlara baktığımızda, psikososyal açıdan stres ile kişilik özelliklerinin beraber etki göstererek bazı kadınları premenstruel değişikliklere daha duyarlı hale getirdiği düşünülmüştür. Bu etkenlerin PMS deki rolünü inceleyen psikososyal görüşlerden en önemlileri bilişsel kuram ve sosyal öğrenmedir. Bu iki kuram menstruel siklusun başlamasının PMS ye yatkın kadınlarda rahatsız edici psikolojik bir olay olduğunu ve bu kadınların premenstruel dönemdeki belirtilerle ilgili olumsuz düşüncelerinin durumun rahatsız ediciliğini daha fazla pekiştirdiğini savunurlar.

Bilişsel davranışçı modele göre ise kadının kendisini ve premenstruel belirtileri nasıl değerlendirdiği çok önemlidir. Bu model biyopsikososyal bir modeldir yani biyolojik, sosyal ,kültürel ve psikolojik etkenlerin hepsi premenstruel belirtilerin algılanışı üzerinde etkilidir.(16)

Psikososyal teorilerden en kurgusal olanı ise psikanalitik görüştür. Bu görüş sorunun kaynağının kadının annelik ve kadınlık rolüyle ilişkili bilinç dışı çatışmaları olduğunu belirtir. Psikanalitik kuramcılar bu PMS belirtilerinin kadına gebe olmadığını hatırlattığını ve böylece geleneksel kadınlık vazifesini yapmadığının göstergesi olduğunu belirtirler.(16)

2.1.7 Premenstruel Sendromun Tedavisi

Premenstruel sendromda tedavinin hedefi semptomları ortadan kaldırmak ya da iyileştirmek, bu semptomların kişinin aktiviteleri ve kişilerarası ilişkileri üzerindeki etkisini azaltmak ve tedavinin olumsuz etkilerini en aza indirmektir. (72) Çok fazla bulgu ile seyredebilen karmaşık bir bozukluk olduğu için tedavi yaklaşımları da geniş spektrumda ele alınmalıdır.(31)

PMS de tedavi nonfarmakolojik ve farmakolojik tedavi olarak ikiye ayrılır. İlk olarak tüm PMS'li hastalara nonfarmakolojik tedavi önerilmelidir. Devamlı PMS semptomları yaşayan ve PMDB kriterlerini karşılayan hastalara ise ilaç önerilmelidir. Temel cerrahi yaklaşımlarından olan bilateral ooferektomi ve histerektomi ise tartışmalıdır, çünkü geri dönüşü olmaz ve önemli riskleri de vardır. Ama diğer tedavilere yanıt alınmayan ve ayrıca

cerrahinin uygun olacağı ağır jinekolojik problemleri olan yani ciddi şekilde etkilenen hastalarda cerrahi düşünülebilir.(72)

2.1.7.1 Nonfarmakolojik Tedavi

PMS'nin nonfarmakolojik tedavisi hasta eğitimi, destekleyici terapi ve davranışsal değişikliklerden oluşur. PMS'nin biyolojik temeli ve prevalansı konusunda eğitim almış kadınlarda artmış bir kontrol hissi ve semptomların azaldığı görülmüştür. Destekleyici tedavide ise gevşeme terapisi ve bilişsel davranışçı terapi gibi psikolojik müdahaleler faydalı olmaktadır. Davranışsal önlemler ise semptom günlüğü tutmak, egzersiz yapmak ve yeterli dinlenmedir.(72) Amerikan Aile Hekimleri Akademisi (AAFP) ve Amerikan Kadın Doğum ve Jinekologlar Koleji (ACOG) de başlangıçta PMS'li tüm kadınlara farmakolojik olmayan tedaviler sunulmasını öneriyor.(73)

Günlük semptom günlüğü, hastaların semptomlarının alevlenmesini yönetmek için davranışsal ve diğer değişiklikleri uygulamak için uygun zamanı belirlemelerine ve kadınların bu şekilde PMS'yi yönetmelerine yardımcı olmaktadır.(72)

Yaşam Tarzı Değişiklikleri

Diyet ve Bitkisel Ajanlar:

Diyet alışkanlıklarının değişmesinin PMS belirtileri üzerine etkilerinin olduğu gösterilmiştir. Bu etkilerin biyolojik bir temeli vardır:

- ✓ Dolaşımdaki serotonin seviyelerinin azalması, triptofan ve ya karbonhidrattan zengin diğer besinlerin alımının arttırılmasıyla telafi edilebilmektedir ve bu şekilde duygusal semptomların da azalması sağlanmaktadır.
- ✓ Tuzların ve rafine şekerlerin alımında azalma olması sıvı tutulmasını azaltacaktır.
- ✓ Metilksantinlerin (çay, kahve, kola, çikolata) alımını azaltmak meme rahatsızlığını azaltacaktır.
- ✓ Östrojen üzerinde etkili olan soya izoflavonları, ödem ve krampları azaltabilmektedir.(73)

Egzersiz ve Stres Düzeyini Azaltma

PMS tedavisinde egzersiz çok önemlidir.ACOG, aerobik egzersiz yapan kadınlarda PMS belirtilerinin azaldığını ifade etmektedir. Yapılan çalışmalarda aerobik egzersizin eritrosit, trombosit, hemoglobin ve hemotokrit sayısını arttırdığı, progesteron, östradiol ve prolaktin seviyelerini azalttığını, konsantrasyon zorluğu, yorgunluk, konfüzyon ve başka bir çok premenstruel belirtilerin iyileşmesine katkı sağladığı gösterilmiştir.(74,75) Ayrıca egzersizlerin düzenli yapıldığında meme şikayetlerini ve sıvı retansiyonunu azalttığı ve stres üzerinde olumlu etkisi olduğu görülmüştür.(71) Haftada en az üç gün 20-30 dakika boyunca yapılan egzersiz duyguduruma ve fiziksel semptomlara katkı sağlamaktadır.(76)

Aerobiğin yanında PMS'yi hafifleten diğer teknik yogadır.Yoga kas gerginliğini rahatlatır,sırt ağrılarını azaltır, nefesi düzenler, stresi azaltır ve dolaşımın düzenlenmesini sağlar.(77) Tsai 2016 yılında yapmış olduğu çalışmada yoganın PMS belirtilerini azalttığını saptamıştır.(74)

PMS tedavisinde dikkat edilmesi gereken diğer konu ise stres faktörüdür. PMS olan ya da olmayan kadınların çoğunluğunda premenstruel dönemde stres seviyeleri artar.(73)Sosyal desteği az, sorumluluğu fazla kişilerde PMS etkisi daha çok şiddetlenmektedir.(71)Özellikle bu dönemde aşırı uykudan uykusuzluğa kadar değişen uyku bozuklukları yaygındır bu yüzden de luteal dönemde tutarlı uyku ile uyanma süresi olan yapılandırılmış uyku takvimi önerilmektedir.(72)

Diyet ve Beslenme

PMS' li kadınlarda diyet takviyesi için A,E,B6 vitaminleri, kalsiyum, magnezyum, multivitamin/ mineral takviyeleri ve çuha çiçeği yağı değerlendirilmiştir.(72)

B6 vitamini (pridoksin) premenstruel sendromda etkinliği konusunda net bir kanıt olmadan tedavi için kullanılmaktadır. (13) Randomize edilmiş, kontrollü bir klinik çalışmada tek ya da multivitamin olarak kullanıldığında semptomlarda iyileşme sağladığı görülmüştür ancak çalışmaların kalitesizliği yararlılıkları sınırlamaktadır.O yüzden PMS' de rutin olarak tavsiye edilmemelidir.(72)

A vitamini kullanımı çalışmalarla desteklenmezken E vitamini takviyesinin hem mastaljiye hem de kas ağrılarına iyi geldiği bildirilmiştir.Yapılan randomize ve kontrollü bir çalışmada luteal fazda 400ünite/gün E vitamini almanın PMS' li kadınlarda somatik ve affektif belirtileri azalttığı bulundu. ACOG, zararının minimum olması ve potansiyel olarak faydalı bir antioksidan olmasından dolayı E vitaminini PMS için potansiyel bir tedavi seçeneği olarak tanırlar.(72)

Panay (2011)' ın PMS' li kadınlarla yaptığı çalışmada D vitamini düzeyleri ve kan kalsiyum seviyelerinin daha düşük olduğunu, kalsiyum alımı sonrasında ise semptomların şiddetinde azalma olduğunu göstermiştir.(13)

Magnezyumun da PMS' de faydalı olabileceğini gösteren ön çalışmalar mevcuttur.Bir çalışmada siklusun 15.gününden adet başlangıcında kadar magnezyum alımının premenstruel dönemdeki ruh hali değişikliklerini ciddi derecede iyileştirebileceği, başka bir çalışmada ise düzenli magnezyum alımının PMS' de görülen sıvı retansiyonunu azaltabileceği bulundu. B6 vitamini ile beraber magnezyum alımının da premenstruel dönemdeki migrenin önlenmesinde yardımcı olduğu görülmüştür.(13) Ancak ACOG kalsiyum takviyesini önermekte magnezyum takviyesi önermemektedir.(72)

Çuha çiçeği yağı, zengin bir gama linoleik asit kaynağıdır.Genellikle PMS' nin şiddetli formunda tedavi amaçlı kullanılmasına rağmen bu durumdaki etkinliği için yeterli kanıt yoktur.Yapılan bir çalışmada ise döngüsel mastaljiye yanıt alındığı görülmüştür.(13)

PMS tedavisinde kullanılan tamamlayıcı tedavilere baktığımızda akapunkturun premenstruel sendroma ait belirtileri hafifletmede faydalı olduğu, plasebo ile karşılaştırınca semptomlarda gerileme olduğu rapor edilmiştir.(66)

PMS semptomlarını azaltmak için beslenmede dikkat edilmesi gereken hususlar şunlardır:(31)

- ✓ Tuzdan ve tuzlu besinlerden sakınılmalı,
- ✓ Sigaranın ve alkolün bırakılması ya da azaltılması önerilmeli,
- ✓ Sebze ve meyve tüketiminin artırılmalı,
- ✓ Hipoglisemiye önlemek için ara öğünler yapılmalı
- ✓ Çay,kahve, kola ve kafein içeren her şey kısıtlanmalı

2.1.7.2 Farmakolojik Tedavi

Progesteron ve progestojenler

Progesteron ve progestojenler, PMS'de progesteron eksikliği teorisine dayanılarak kullanılmaktadır. Bunların kullanımı sistematik olarak incelenmiş, plasebo ile karşılaştırılmış ve PMS semptomlarında herhangi bir gerileme görülmemiştir. Bununla birlikte PMS tedavisinde hala yaygın olarak kullanılmaya devam edilmektedir.(30)

Östrojen

Yama,jel ya da deri implantları şeklinde kullanılan östradiolun yumurtlamayı engelleyip PMS semptomlarını azalttığını gösteren çalışmalar mevcuttur.Östrojenik over baskılanmasının PMS semptomlarını ortadan kaldıracak olduğunu gösteren çalışmalar da mevcuttur.(78) Salamat ve arkadaşları,(78) endometriyumunu östrojenin öngörülemez, istenmeyen etkilerinden korumak için histerektomi yapılmadıkça tüm kadınlara progesteron verilmesi gerektiğini savunurlar ancak bu progesteronlar PMS semptomlarını yeniden ortaya çıkarabilmektedir.Bunun için de lokal progesteronlar kullanılarak çözüm bulunmuştur.(30)

Oral Kontraseptifler

Kombine oral kontraseptifler, yumurtlamayı baskılayarak çalışır, böylece PMS oluşumunu azaltır.(78) Bununla beraber yapılan çalışmalara baktığımızda 19-nortestosterondan türetilmiş, progestin içeren oral kontraseptiflerin ise etkili olmadığı görülmüştür.(79) Oral kontraseptiflerin olumsuz duyu durum etkilerinin de bu testosteron türevi olan progestinlerden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Oral kontraseptiflerin şişkinlik,göğüslerde hassasiyet gibi fiziksel yan etkileri de mevcuttur ve bunların RAAS, sıvı retansiyonu ve oral kontraseptiflerin içeriğindeki östrojen bileşeniyle ilgili olduğu belirtilmiştir. Özellikle düşük dozlarda etinil estradiol (20 mg) ile drospirenondan oluşan oral kontraseptifler, progesterondan kaynaklanan belirtilerin ortadan kaldırılması için önerilmektedir. 19-nortestosteron yani progestinlerin yerine kullanılan drospirenon, sıvı retansiyonunu, meme hassasiyetini, şişkinliği ve kilo alımını iyileştirmektedir.(68)

Selektif Serotonin Geri Alım İnhibitörleri (SSRI)

PMS'nin ciddi formunda ve PMDB' da ilk seçenek tedavi olarak kullanılabilen Selektif Serotonin Geri Alım İnhibitörleri, (SSRI) hem psikiyatrik belirtileri hem de bazı fizyolojik belirtileri azaltabilmektedirler.(32) Baş ağrısı, uykusuzluk, sinirlilik, cinsel işlevde bozulma, uyku, yorgunluk, gastrointesitinal bozukluklar da yaygın görülebilen yan etkilerindendir.(30)

Kullanılan SSRI'lar arasında fluoksetin, sertralin, sitalopram, fluvoksamin ve paroksetin bulunmaktadır.Bunlardan en çok çalışılanı fluoksetin ve sertralin olmakla beraber en etkilisi fluoksetindir. Fluoksetinle yapılan randomize bir çalışmada PMS nin fiziksel semptomlarının tedavisinde plaseboya göre üstün bulunmuştur. Dozu ile ilgili yapılan başka bir çalışmada 320 kadın alınmış, 20mg ile 60 mg ve plasebo grubu randomize edildi, sonuç olarak yan etkileri yüksek olan dozda daha fazla olmakla birlikte, etkinlik içinde iki fluoksetin

dozu arasında anlamlı bir fark bulunamadı. Etkinliğin başlangıç hızına baktığımızda ise bu ajanların tedaviye başlanmasından sonraki ilk adet döngüsünde etkileri başlamaktadır. Başlangıçları hızlı olduğu gibi PMS/PMDB'li kadınlarda SSRI tedavisinin kesilmesini takiben semptom dönüşü de hızlı olur.(30)

SSRI' lar tüm ay boyunca sürekli olarak, yumurtlamadan adetin başlangıcına kadar aralıklı olarak ya da geç luteal faz boyunca doz artışıyla yarı aralıklı olarak verilebilir.Sürekli ya da aralıklı doz rejimlerinin arasında anlamlı bir fark gözlenmemiştir.(30)

Gonadotropin-Relasing Hormon Analogları (GnRH Analogları)

Gonadotropin-Relasing Hormon Analogları,GnRH reseptörlerini baskılayarak hipofizin duyarsızlaşmasına sebep olmaktadır.Bunun sonucunda seks hormonlarından olan folikül stimüle edici hormon ile luteinize hormonun salgılanmasını azaltmakta ve sonuçta anovulasyon oluşmaktadır. GnRH analoglarının PMS' deki davranışsal belirtilerden çok fiziksel belirtiler üzerinde etkili olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur.(30,79)

Potansiyel etkileri ve maliyetinden dolayı PMS' li kadınlarda GnRH tedavisine erken başvurulması tavsiye edilmez. Ancak çok şiddetli semptomları olan kadınlarda uzun süreli kullanım korunmalıdır. Hastalar GnRH analogları ile tedavi edilecekse ve bu tedavi tek başına kullanılacaksa 6 ay süreyle devam edilmelidir. Tedavi sırasında trabeküler kemik yoğunluğu olabileceği için bu kaybını azaltmak için hormon replasman tedavisi ile kombine edilmesi gerekmektedir.Uzun süreli tedavi alacak kadınların ise kemik mineral yoğunluğu devamlı ölçülmeli eğer önemli ölçüde azalma olursa tedavi durdurulmalıdır. (13)

Danazol

Danazol, 200-400 mg/günlük dozlarda yumurtlamayı baskılayarak etkili olan bir andorjenik stereroidtir.Adet öncesindeki meme ağrısı için etkileri görülmüştür.Plazma lipitleri üzerindeki etkilerinden dolayı uzun süreli kullanımlarında yumurtalık kanseri ve kardiyovasküler riskleri vardır.En sık yan etkileri ise bulantı, cilt değişiklikleri, hirsutizm, baş dönmesi, kilo alma ve erkeksi yan etkilerdir.(78)

Spironolakton

Spironolakton, steroid reseptörlerinin antagonisti olması ve spesifik semptomları tedavi edebilmesi gerekçesiyle birçok klinisyen tarafından önerilmektedir. (73) Antiandrojenik ve anti-mineralokortikoid özelliklere sahip olan bu diüretik aşırı aldosteron salınımına bağlı oluşan ödemin tedavisinde kullanılmaktadır. PMS' si olan kadınlarda

kullanımında iritabilite, uyku, yorgunluk, enerji düzeylerinde düzelmeler, göğüslerde şişkinlik ve hassasiyeti azalttığı görülmüştür.(80)

2.1.7.3 Cerrahi Tedavi

Histerektomi ve Bilateral Ooferektomi

Histerektomi ve bilateral salpingooferektomi yumurtlama baskılanmasının son formu ve PMS için tek gerçek tedavi olan bu durum yumurtalık döngüsünü tamamen ortadan kaldırır. Bu tedavi sadece bu endikasyon için ilk aşamada nadiren gerçekleştirilir çünkü başka bir alternatif genellikle bulunabilir. Ama şiddetli PMS vakalarında ve ya tüm tedaviler sonuçsuz kaldığı zaman uygulandığında da kişinin hayatını değiştiren faydalar sağlayabilmektedir.(13)

2.2 Postpartum Duygu Durum Bozuklukları

Doğum sonrası dönem, psikiyatrik hastalıkların başlaması ve şiddetlenmesi açısından en riskli dönemdir. Çoğu kadın bu gebelik ve doğuma ait fizyolojik, sosyal ve psikolojik değişimlere kolayca adapte olurken, bir kısmı ise hafif, orta ya da şiddetli derecelerde psikolojik sıkıntılar yaşayabilmektedir.(81)Gebelik dönemi boyunca artan progesteron ve östrojen düzeylerinin doğumla beraber hızlıca düşmesi, doğum sonrasında tiroid stimulan hormonunun (TSH) azalması sonrası tiroksin seviyesinin düşmesi gibi hormonal değişimler ve postpartum dönemde yaşanan fizyolojik değişiklikler de annenin duygudurumunda bazı değişikliklere sebep olabilmektedir.(12)

Doğum sonrası dönemde görülen psikiyatrik bozukluklar postpartum hüznü, depresyon ve psikoz olmak üzere üç başlık altında toplanmaktadır. Bu gruplar dışında da yapılan araştırmalarda postpartum dönemdeki kadınlarda obsesif kompulsif bozukluk, panik bozukluk, anksiyete ve travma sonrası stres bozukluğu yaşanabildiği gösterilmiştir.(82)

Tablo 1: Postpartum Duygudurum Bozuklukları

Bozukluk	Başlangıç	Prevelans	Tedavi yaklaşımı
----------	-----------	-----------	------------------

Postpartum Annelik Hüzünü	% 30-75	3 ve ya 4.gün	Herhangi bir tedavi gerekmez
Postpartum Depresyon	% 10-15	İlk 12 ay	Genellikle tedavi uygulanır
Postpartum Psikoz	% 0,1-0,2	2 hafta	Hastaneye yatırılması gerekmektedir.

2.2.1 Postpartum Annelik Hüzünü

Doğum sonrası en sık görülen duygu durum bozukluğu postpartum annelik hüznüdür ve görülme oranı %26-84 arasındadır.(83,84)Semptomlar doğumla beraber ya da doğumdan sonraki birkaç günde başlar, saatlerce sürebileceği gibi günlerce de sürebilir. Sıklıkla 3-5 günde en üst düzeye ulaşabilen şikayetler ortalama 10-12 günde gerilemeye başlar. Bu şikayetler arasında disforik duygulanım, labil duygulanım, irritabilite, anksiyete, ağlama, uyku ve iştah bozuklukları görülebilmektedir. (85) Semptomların hafif olması ve kısa sürede sona ermesi annelik hüznünün zararsız olduğunu gösterse de belirtilerin uzun sürmesi sonucunda PPD gelişme riski %20 ve üzerinde artmaktadır. PPD ve postpartum hüznün farklı kavramlar olsa da postpartum hüznün PPD için risk faktörü olduğu kabul edilmektedir.(83)

Postpartum hüznün tedavisi ise annenin rahatlamasıdır, farmakolojik tedavi gerektirmeyen semptomların kısa süre içinde gerilediği bir tablodur.(86)

2.2.2 Postpartum Psikoz

Doğum sonrası dönemde oluşabilecek en ağır psikiyatrik bozukluk postpartum psikozdur. (87)Her 1000 doğumdan sonra 1 ya da 2 kadında görülebilmekte ve doğumdan sonraki 3 hafta içerisinde başlayabilmektedir.Belirtiler aşırı endişeli hal, yeme bozuklukları, uyku bozuklukları, depresyon, yorgunluk, hipomani belirtileri, ağlamaklı ruh hali, konfüze, suçluluk duygusu değersiz hissetmedir. Erken dönemde semptomlar depresyonla benzerlik gösterse de halisünasyon, deliryum, bebeğine ve kendine karşı aşırı öfkeli olma, zarar verme düşüncesi, garip davranışlarla depresyondan ayrılmaktadır. (88) Anneler bu dönemde bebeğinin kusurlu olduğuna, normal olmadığına ve ölmesi gerektiğine yönelik inançlar

geliştirebilir. Bu durum anne ve bebek için ciddi tehlike içermektedir. Ağır vakalarda anne bebeğini öldürebilmekte ve bebeğini öldürmesi gerektiği ile ilgili sesler duyduğunu belirtmektedirler. (89)

Hastaların çoğunda 3.haftadan önce belirtiler başlamaktadır, yapılan çalışmalarda doğumu takiben 3 ve 4. Günden sonra başlayıp 1 yıla kadar uzayabileceği gösterilmiştir. Ailede psikiyatrik rahatsızlığın bulunması, istenmeyen gebelik, şiddetli geçimsizlik psikoza tetikleyebilen risk faktörleridir. Özellikle genç ve psikiyatrik tanısı olan kadınlarda daha sık görülebilmektedir.(89)

Postpartum psikoz tanısı alan kadınların çoğu yatırılmaktadır. Tedavisinde antipsikotik ilaçlar, bireysel psikoterapi ve grup terapisi kullanılmaktadır.(88)

2.2.3. Postpartum Depresyon (PPD)

2.2.3.1 Postpartum Depresyonun Tanımı

Postpartum dönem, genellikle olumlu duyguların yaşandığı bir dönem olarak görülse de psikiyatrik rahatsızlıkların oluşmasında en riskli dönemdir. Aileye yeni bir üyenin gelmesinden dolayı olan düzenin değiştiği, yeni düzenin oluştuğu bir süreçtir. (90)Doğum sonrasındaki dönemde ortaya çıkan farklı klinik tablolarla kendini gösteren ruhsal bozuklukların tanımlandığı bu dönem için postpartum ruhsal bozukluk terimi kullanılmaktadır.(91)

Postpartum dönemde gelişen duygudurum bozuklularının kadınların diğer zamanlarında gelişen affektif bozukluklardan farklı olmadığı görülmüştür.DSM-IV, DSM-V ve ICD -10 kriterleri de PPD' u ayrı bir hastalık olarak değil, duygudurum bozuklukları içinde değerlendirmektedir.

DSM-IV kriterleri PPD' u, doğumdan sonraki ilk 4 hafta içinde başlayan depresif atak dönemi ve “postpartum başlangıç belirleyicisi” başlığını kullanarak tanımlamaktadır.(90) DSM-V kriterlerine baktığımızda majör depresyonun tanı kriterleri açısından farklılık bulunmamaktadır ancak PPD tanımlanırken doğum ve gebelikle ilişkili depresyon vakalarının yarısının gebelik sırasında görüldüğü için “postpartum başlangıçlı” terimi yerine “peripartum başlangıçlı” terimi yer almıştır. Gebelik ve doğum sonrasındaki 4 haftada ortaya çıkan majör depresyon atakları için “peripartum başlangıçlı majör depresyon” terimi kullanılmaktadır.(92) ICD-10 kriterleri de doğum sonrasında 6 haftada başlayan depresif dönemi, postpartum depresif epizod şeklinde tanımlar. Yapılan araştırmalar ve klinik uygulamalara baktığımızda

PPD' nun farklı tanımları olsa da genel olarak doğumdan sonraki 1 yıl bu süreci tanımlamak için kullanılabilir. (93)

PPD, doğumdan sonraki süreçte çok sık görülen komplikasyonlardan biri olup çocuk ile anne sağlığı üzerine olumsuz etkilerinden dolayı ciddi bir halk sağlığı sorunudur. Tedavi edilmeyen postpartum depresyon vakalarının kısa ve uzun vadede olumsuz etkileri oluşabilmektedir. Kısa dönemde yaşanabilecek sıkıntılar arasında emzirme, bakım verme konusunda başarısız olmak, çocuğun sağlık kontrollerini ihmal etme ya da isteksiz olmak ve çocuk için yeterince güvenlik tedbirlerinin alınmaması gösterilebilir.(94) Gerekli müdahale yapılmadığı durumda uzun dönemde ise annenin, eşin ve ailenin sağlığını olumsuz yönde etkileyebilen bir ruhsal hastalıktır. (95) Bu dönemde anneler genel olarak yapılmasından hoşlandıkları şeylerden artık zevk alamazlar ya da ilgilendikleri konularda isteksiz olurlar, bebekleri konusunda kendilerini suçlu hissederler, iştahta ve uykuda değişiklik, artmış ve ya azalmış motor hareketler, konsantre olmakta zorluk ve depresif ruh hali, intihar düşünceleri olur.(95)

2.2.3.2 Postpartum Depresyonun Epidemiyolojisi

Postpartum depresyon sıklığını belirlemek için yapılan birçok çalışmada sonuçlarını etkileyen epidemiyolojik faktörler bulunmaktadır. Bunlardan bir kısmı araştırmanın metodolojisi, depresyonu ölçmek için kullanılan metotlar, araştırma yapılan popülasyonun büyüklüğü ve özellikleri, postpartum dönemin farklı zaman aralıklarında tanımlanmasındaki farklılıklardır.(96)

PPD, doğum yapan kadınların ortalama %10-15 inde görülebilmektedir. Bu oran postpartum dönemin zaman tanımının farklı olmasından etkilenmektedir.(97)Dünya genelinde sıklığına baktığımızda öz-değerlendirme ölçeğiyle belirlenmiş değerler gelişmiş ülkelerde %1,9 ile Almanya'da en düşük, %82,1 ile ABD' de en yüksek, gelişmekte olan ülkelere Pakistan %5,2 ile en düşük, Türkiye %74 ile en yüksek olarak bildirilmiştir. ICD-10 kriterleri alınarak yapılandırılmış klinik görüşmelerde ise oranın azaldığı, %0,1 ile %26,3 arasında olduğu belirlenmiştir.(96) Beck ve Driscoll (2006)'un aktardığı çalışmada Goodman, doğum sonrasındaki depresyon ve depresif semptomların doğum sonrasındaki 1 yıl içinde ilk 6 aylık süreçte herhangi bir dönemde ortaya çıkabileceğini ve doğumdan sonra ilk 6 aylık süreçte PPD prevalansının %9,1 -%38,2 olduğunu belirtmiştir. Amerika'daki annelerin %35'i, İsveç'te %13' ü ve Kanada'da %54'ü doğumu takiben 6.ayda depresif belirtiler göstermektedir. (97)

Ülkemizde yapılan çalışmalarda PPD sıklığı %5 ile %61,8 arasında bulunmuştur. Farklı bölgelerde yapılmış çalışmaların derlendiği meta-analiz çalışmasında ise sıklık ortalama %23,8 olarak bulunmuştur. Gelişmiş illerde oran %21,2 iken gelişmekte olan illerde ise %25 olarak tespit edilmiştir.(98)

2.2.3.3 Postpartum Depresyonun Risk Faktörleri

PPD'a yatkın anneleri erken dönemde tanımak ve tedavilerini yapmak, hastalığın uzun dönemde oluşabilecek olumsuz etkilerini en alt seviyeye indirmek açısından faydalı olacaktır. Bu yüzden postpartum depresyona sebep olabilecek risk faktörlerini bilmek ve risk altındaki anneleri yakından takip etmek çok önemlidir.(99)

Postpartum depresyon, biyolojik, psikososyal, obstetrik ve pediatrik faktörler ile kültürel faktörlerin sebep olduğu multifaktöriyel kompleks bir dönemdir. Bu dönemde yaş, eğitim seviyesi, doğum sonunda gerçekleşen hormonal dalgalanmalar, evlilik durumu, stresli yaşam, obstetrik ve jinekolojik öykünün olması, sigara alkol kullanımı, önceki gebeliklerinde PPD ve ya annelik hüznü hikayesinin olması, ailede psikopatoloji öyküsünün bulunması risk faktörleri arasındadır. (100)

Risk faktörlerini araştırmak için çeşitli araştırmalar yapılmıştır. Bunlardan en ayrıntılı ve kapsamlı olanı ise Beck'in 2001 de PPD'nun risk faktörleriyle ilgili yapmış olduğu meta analiz çalışmasıdır. Bu çalışmada 1974 ile 1994 yılları arasında yapılmış 44 çalışmayı derlemiştir. Postpartum depresyona sebep olan bu risk faktörlerini orta ve küçük/az etkili risk faktörleri olarak ayırmıştır. Orta etkili risk faktörlerini ise prenatal anksiyete ve depresyonun varlığı, çocuk bakımıyla ilişkili yaşanan stresler, önceden depresyon öyküsünün olması, sosyal desteğin az olması, annelik hüznünün olması, stresli yaşam, evlilik ilişkilerinin kötü olması, bebeğin huzursuzluğu ve düşük benlik saygısı şeklinde belirtmiştir. Evlilik durumu, istenmeyen ya da planlanmaya gebelik ve sosyoekonomik durum daha az etkili risk faktörleridir. Bunlar arasında en güçlüsü ise prenatal depresyon, prenatal anksiyete, çocuk bakımıyla ilgili yaşanan stresler ve düşük benlik saygısıdır. (101)

2.2.3.4 Postpartum Depresyonun Klinik Özellikleri

Postpartum depresyon, doğumdan sonra 2-3. haftadan itibaren (%80 i doğumu takiben 6 hafta içinde) sinsice başlar ve başlangıcı doğumdan sonra 1 bazen 2 yıla kadar uzayabilmektedir. Yavaş bir gelişme sürecinden sonra platoya ulaşır ve ya düzelir. Bazen de 4

hatta 5. aya kadar gözden kaçabilmekte ve ya klinik belirtiler ile doğum arasında bağlantı kurulamamaktadır.(102)

Postpartum depresyonun semptomları, majör depresif epizodun semptomlarıyla benzemektedir. Bunlar arasında; anksiyete ve panik ataklar, kendini değersiz hissetme, suçluluk, ağlamaklı ruh hali ve kontrolsüzce ağlama, bebekle ilgili anksiyete, konuşma ve hareketlerde yavaşlama, ajitasyon ve ya aşırı hareketlilik, yeme ve uyku bozuklukları, düşüncelerde karışıklık ve unutkanlık, öfke, umutsuzluk, yetersizlik hissi, ölüm ve intihar düşünceleri, duygusal dengesizlik, cinsel aktivitenin azalması,içe kapanma, bebeğine karşı aşırı ilgisiz davranma, bebeği için aşırı endişelenme, konsantrasyonda güçlük ve karar verme yeteneğinin azalması yer almaktadır. (103) Bu semptomlardan bir kısmı gebelikte ve doğum sonrası dönemde ortaya çıkabilen fizyolojik değişikliklerdir. Örneğin cinsel istekte azalma, uyku bozukluğu, iştah değişikliği,kilo kaybı, halsizlik depresyonda görülebilen belirtiler ile benzerdir. Ancak duygudurumda bozulma belirtileri, suçluluk duygusu, enerji kaybı, ilgi ve istek kaybı, dikkatini bir işe yoğunlaştıramama gibi belirtilerin sadece depresif annelerde görülebildiği saptanmıştır.(102)

PPD' u klinik anlamda postpartum annelik hüznü ve diğer depresyon çeşitlerinden ayırmak zor olabilir. PPD da özellikle aileye karşı isteksizlik, ilgisizlik ön plandadır ve bebeğine karşı zıt duygular besleyebilmektedir.(104)

2.2.3.5 Postpartum DepresyonunPatofizyolojisi

PPD' nun etiyolojisi tam bilinmemekle beraber bazı risk faktörlerinin olduğu kadınlarda sık görüldüğü bildirilmiştir. Bu risk faktörleri; madde bağımlılığı, eğitim seviyesinin düşük olması, adölesan gebelik, hipermezis gravidarum olması, düşük kilolu ve özürlü bebek sahibi olma ve primipar olma, riskli, istenmeyen gebelikler, geçmişinde depresyon öyküsünün olması, PMS yaşaması, emzirememe, gebeliğin kayıpla sonlanması, anne ile bebeğin erkenden ayrılması, aile içi çatışmalar, evlilikte sıkıntılar, sosyal desteğin az olması, sosyoekonomik güçlüklerdir. (105)

Postpartum depresyonun etiyolojisinde genetik faktörler de rol almaktadır.Yapılan bir araştırmada postnatal depresyon için genetik faktörlerin göreceli katkısı %40 olarak bulunmuş, geri kalan oranın ise bireylere özgün çevresel faktörlere bağlı olduğu düşünülmüştür.(106) Doğumdan sonraki ilk 4 haftada oluşan PPD açısından, aile öyküsü olan kadınlarda yapılmış bir çalışmada hastaların %42' sinde 1.doğumdan sonra depresyon geliştiği, aile öyküsü olmayan kadınların ise %15' inde doğum sonrası ilk 4 hafta içinde majör

depresyon geliştiği gözlenmiştir.(107)Başka çalışmada kardeşlerden birisinde doğum sonrasında majör depresyon epizodu gelişince diğer kardeşlerde de epizot riskinin 4 kat arttığı ortaya konmuştur.(108)

Gebelik ve doğum sırasındaki hormonal değişikliklerin de kadınların psikolojik açıdan savunmasız hale gelmesine sebep olduğu düşünülmektedir. Normal menstruel siklusa göre gebelikte östradiol 100 kat, progesteron ise 10 kat artmaktadır. Doğumdan sonra bu seviyeler aniden ve dramatik şekilde düşme eğilimindedir. Prolatinin yükselmesiyle laktasyon başlamakta, bebeğin emmesi de oksitosin salınımı arttırmaktadır. PPD olan ve olmayan annelerin östrojen ve progesteron seviyelerine bakıldığında fark bulunamamıştır. Sonuç olarak PPD olan annelerin hormon düzeylerindeki bu düşüşe hassas oldukları ve duygulanımda değişiklik yaşadığı ileri sürülmüştür. Östrojen ve progesteron verilen kadınların PPD belirtilerinde azalma olması da hormonal etkiyi göstermektedir.(109–113) Hipokampüsteki belirli genlerin aktivitesinde oluşan farklılıklar, doğum sonrası östrojenin ani düşüşüne kadınları daha hassas hale getirerek postpartum depresyona savunmasızlığı arttırabilir.(114)

Östrojen çeşitli yollarla serotonin düzeyini arttırmaktadır; serotoninin yıkan monoamino oksidaz enzimini azaltmaktadır, tryptophanın albümün bağlayan kısmını değiştirip daha kullanışlı serotonin sentezi sağlamakta ve serotonin transportunu gerçekleştirmektedir. (110)

PPD patogenezinde nörotransmitterlerin seviye ya da aktivitesi de önemli rol oynamaktadır.(115) Bu nörotransmitterlerden norepinefrin, dopamin ve serotonin monoamin oksidaz-A (MAO-A) tarafından metabolize edilir ve bu nörotransmitterlerin hızlıca tükenmesi ise depresyona sebep olabilir.(116)Postpartum dönemdeki kadınlarla yapılan çalışmada, beyindeki anterior ve prefrontal singulat kortekste (MAO-A) enzim yoğunluğunun, PPD’lu kadınlarda kontrol grubuyla kıyaslandığında arttığı bulunmuştur.(117)Yapılmış başka bir çalışmada da PPD’lu kadınlarda serotonerjik aktivitenin azaldığı gösterilmiştir.(116)

Kadın üreme hormonlarının dışında kortizol de PPD ‘dan sorumludur. Doğum sonrasında 5 gün içerisinde östrojen ve progesteron seviyeleri normal düzeylerine dönerken, kortizol 15. günde dönmektedir. (109)

PPD için biyolojik risk faktörlerinden biri de leptindir. Leptin, GnRH ve LH salınımını uyarak sağlıklı kadın üreme fonksiyonlarını düzenlemektedir. Sağlıklı kadınlarda leptin düzeyi gebelik boyunca yükselir, doğumla beraber düşer ve postpartum 6 ay düşmeye devam etmektedir. Doğumda leptin seviyesinin yüksek olması gebeliğin sonlarında dolaylı yoldan kortizol ve östrojenin yavaşça düşmesine sebep olmakta ve leptinle düzenlenen hipotalamik-pituiter adrenal aks bu şekilde direkt etkiyle glukokortikoid ve östrojenin düşüşünü

önlemektedir. Aynı zamanda leptin beynin serotonerjik sinir iletimini artırmaktadır böylece yüksek leptin seviyesi ve serotonerjik aktivite PPD den korumaktadır.(109)

Emzirmenin de PPD üzerinde etkisiyle ilgili farklı bilgiler bulunmaktadır. Skalkidou ve ark. nın (109)yaptığı çalışmada emzirmenin bebeğin strese cevabını etkilediğini, anne kanındaki konsantrasyon ile doğru orantılı bebeğe leptin geçtiğini, PPD için risk faktörlerinden olan bebek huyuna olumlu katkı sağladığını, bu durumun da anneyi PPD da koruduğunu belirtmişlerdir. Studd ve Panay (110) ise yaptıkları çalışmada emziren annelerin östrojen seviyesinin düştüğünü ve bu durumun da depresyona sebep olabileceğini bildirmişlerdir.

Glisemik indeksin yüksek ya da düşük olması da PPD nu etkileyebilmektedir. Örneğin yüksek glisemik indekste insülün sekresyonu artar, beyindeki serotonin prekürsörü tryptophanın taşınmasını kolaylaştırır ve bu şekilde duygulanım bozukluklarını azaltır. Doğumdan sonra insülinin ani düşüşü, serotonerjik fonksyonu azaltır ve PPD na sebep olabilir. Japonya, Singapur ,Hong Kong, Malezya gibi glisemik indeksli beslenmenin fazla olduğu ülkelerde PPD oranı %0,5-5 arasındayken, Avusturalya, USA gibi glisemik indeksli beslenmenin düşük olduğu yerlerde PPD oranı %11,5-18,6 olduğu görülmüştür.(118)

Serum kolesterol seviyesinin düşük olması da PPD üzerinde etkili olabilmektedir. Selvi ve ark (2004) de yaptıkları çalışmada serum kolesterol seviyesi düşüklüğü ile şiddet, depresif belirtiler ve intiharın ilişkili olduğunu, bu ilişkinin de MSS deki azalmış serotonin aktivitesine bağlı olduğunu öne sürmüşlerdir. Gebelikte de son trimesterde serumdaki kolesterol seviyesi ortalama %50 artmakta, doğum sonrasında ise düşmeye başlamakta ve normal seviyesine postpartum 20. Haftada dönebilmektedir. Selvi ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada da serum kolesterol seviyesi düşük olanların PPD riskinin fazla olduğu bulunmuştur. (119)

2.2.3.6 Postpartum Depresyonun Tanısı

Postpartum majör depresyonda tanı kriterleri, majör depresyon tanısında kullanılan kriterler ile aynıdır. (92) DSM-V e göre majör depresyonun tanı kriterleri aşağıda belirtilmiştir;(92)

- A.** Aynı 2 haftalık dönem süresince,aşağıdaki belirtilerden beş tanesi yada daha fazlası bulunmuştur ve daha önceki işlevsellik düzeyinde değişiklik olmuştur; belirtilerden en az bir tanesi deprese duygudurum ya da ilgi-zevk kaybı olmalıdır. (Not: Açıkça başka sağlık durumuna bağlı belirtileri kapsamayın)

1. Hemen hemen her gün, günün büyük bölümünde çökkün duygudurum hakimdir. Bu durum ya öznel bildirimlerle (umutsuz, boş, üzgün hissetme gibi) ya da başkalarının yaptığı gözlemlerle (ağlamaklı görünüm vs.) ortaya çıkar. (Not: Ergenlerde ve çocuklarda duygudurum kızgın olarak ifade edilebilir)
2. Hemen hemen her gün, günün büyük bölümünde etkinliklere karşı ilginin ve zevkin neredeyse tamamen azalması, (öznel bildirimler veya gözlemlerle)
3. Hemen hemen her gün, diyet yapılmadığı halde kilo kaybı/alımı ya da iştahta artma/azalma olması, (Not: Çocuklarda ise beklenen kilo alımının olmaması olarak ifade edilir)
4. Hemen hemen her gün, aşırı uyuma ve ya uykusuzluk çekme,
5. Hemen hemen her gün, başkaları tarafından gözlemlenebilen psikomotor ajitasyon ya da retardasyon,
6. Hemen hemen her gün, yorgunluk ya da enerji kaybı,
7. Hemen hemen her gün, aşırı veya uygunsuz suçluluk duygusu ya da değersiz hissetme, (sanrısız olabilir) (sadece hasta olduğu için kendini kınama ve ya suçluluk duyma değil)
8. Hemen hemen her gün, konsantre olmada veya düşünmede azalma veya kararsızlık, (öznel bildirimler veya gözlemlerle)
9. Tekrarlayıcı ölüm düşünceleri (yalnızca ölüm korkusu olarak değil), önceden tasarlanmamış tekrarlayan intihar düşünceleri veya intihar girişimi ya da intihar için özel plan yapma,

B. Belirtilerin klinik, mesleki ya da diğer iş alanlarında klinik açıdan ciddi sıkıntılara ya da bozulmalara sebep olması,

C. Bu dönem, bir maddenin ya da başka tıbbi durumun fizyolojik etkilerine bağlanamaz. (NOT: A ile C arasındaki tanı ölçütleri majör depresif epizodu temsil eder) (NOT: Önemli bir yitim karşısında (örneğin; maddi kayıp, yas, doğal afet, ciddi bir sağlık problemi ve ya engellilikten kaynaklı kayıplar) yoğun üzüntü, zihninin bu olumsuz olayları sürekli ve tekrarlayarak aklına getirip dertlenmesi, iştahsızlık, uykusuzluk ve kilo kaybı gibi tepkiler görülebilir. Bu belirtiler anlaşılabilir olsa da ve ya kayda değer şekilde uygun da görünse, bu önemli yitim karşısındaki tepkiye ilave majör depresif atak da dikkatli düşünülmelidir. Bu kararı verirken kişiden alınan öykü ve yitim sonucunda yaşanan acının kültürel ölçülere göre dışavurumunun da değerlendirilmesi gereklidir.

D. Majör depresif dönemin ortaya çıkışı şizofreniform bozukluk, şizofreni, şizoaffectif bozukluk, sanrılı bozukluk ve ya diğer tanımlanmış ya da tanımlanmamış şizofreni spektrumu ve diğer psikotik hastalıklarla daha iyi olarak açıklanamaz.

E. Hiçbir zaman manik ya da hipomanik epizod olmamıştır.

Postpartum depresyon, DSM-V tanı kriterleri içinde ayrı bir tanı olarak bulunmamaktadır, hastalara doğum sonrası dört hafta içerisinde ortaya çıkan semptomlar için “peripartum başlangıçlı” belirteciyle beraber majör depresyon tanısı konulmaktadır.(92) Klinikte ise PPD, doğumdan sonraki 12 ay içerisinde başlayan depresyonu tanımlamak için kullanılır.(120) Doğumdan sonraki dönemde 4.haftadan daha sonra ortaya çıkan PPD için, DSM-V de herhangi bir düzenleyici bulunmamaktadır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)’ nün oluşturmuş olduğu ICD-10’ da başka türlü adlandırılmayan doğum sonrası depresyon tanısı olsa da, bu tanının kullanımını uygun görmemektedir, hatta klinisyenleri depresif epizot tanısı koymaları için doğumla ilişkili olmayan epizotlar için kullanılan kriterleri baz almaları konusunda teşvik etmektedir. (121)

2.2.3.7 Postpartum Depresyonu Tarama

Doğum Sonrası Depresyon Tarama Ölçeği(DDTÖ)

DDTÖ, 35 maddeden oluşan, 7 boyutlu, her boyutu da 5 madde içeren, 5 dereceli kendini bildirim ölçeğidir. Annenin doğum sonrası duygudurumunun nasıl olduğunu değerlendiren maddelerden oluşmaktadır. Anneler, son 2 haftadan beri duygularını en iyi şekilde tanımlayan durumu 1 puandan (kesinlikle katılmıyorum) 5 puana (kesinlikle katılıyorum) kadar derecelendirmesi istenmektedir. Ölçekten 35 ile 175 arasında puan alınmakta ve depresyon için kesme noktası 60 olarak belirlenmiştir.(122)

Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)

Beck depresyon ölçeği, depresyonda görülen somatik, bilişsel, duygusal ve motivasyona dayalı belirtileri 21 maddelik soruyla ölçen öz bildirim ölçeğidir. Beck ve arkadaşları tarafından 1979 yılında geliştirilen bu ölçek Hisli (1988) tarafından dilimize uyarlanmıştır. Her madde 0-3 arası puan alır, bu puanların toplanmasıyla da depresyon puanı bulunur. Alınabilecek maksimum puan 63 tür, 17 ve üstünde puan alanlar depresyon için riskli kabul edilmiştir. (123)

Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği (EPDÖ)

Edinburgh doğum sonrası depresyon ölçeği, Cox ve arkadaşları(1987) tarafından geliştirilmiş, doğum sonrası dönemde kadınlarda depresyon riskini belirlemek için, tarama amacıyla hazırlanmış olup, PPD tanısını koymak için uygun değildir. Annelerin son bir haftadan asıl hissettiklerini sorgulayan, 10 maddeden oluşur, 4 lü likert şeklinde öz bildirim ölçeğidir. Yanıtlar dört seçenekten oluşmakta olup, 0-3 arası puanlanmakta, en düşük 0 ve en yüksek 30 puan alınmaktadır. Değerlendirirken 1., 2. ve 4. maddeler 0-1-2-3 şeklinde, 3.,5.,6.,7.,8.,9., ve 10. maddeler 3-2-1-0 şeklinde ters olarak puanlanmaktadır. (122)

EPDÖ' nin Türkçe uyarlaması ve geçerlilik güvenirlik çalışması Engindeniz (1996) ve ark.tarafından gerçekleştirilmiştir. Bu ölçeğin iç tutarlılık kat sayısı 0,79 olarak bulunmuştur. Literatürde EPDÖ kesme puanı 12-13 olarak alındığında duyarlılık 0,84, özgüllüğü 0,88 olarak tespit edilmiş ve bu kesme puanlarında hastaları saptamak için daha duyarlı olduğu görülmüştür. EPDÖ ile Genel Sağlık Anketi arasında korelasyon r:0,7 bulunmuş ve geçerliliği kabul edilmiştir. Kesme puanı 13 olarak alınmış ve ölçekten alınan puan 13 ve daha yüksek olan kadınlar riskli kabul edilmiştir.(124) EPDÖ' nden 13 ya da daha fazla puan alındığında ya da kendine zarar vermeye ilgili tek soruya olumlu yanıt vermesi durumunda, depresyonu doğrulamak için psikiyatrist tarafından daha ayrıntılı değerlendirme yapılması gerekmektedir. Doğrulama çalışmaları, EPDÖ' nin doğum sonrasında görülebilen depresyonu saptamada etkili bir ölçek olduğunu göstermiştir. (125)

2.2.3.8 Postpartum Depresyonun Tedavisi

Doğum sonrası dönemde kadınların büyük bir kısmı mutlu olmaları gerektiğine inandıkları için taşıdıkları depresif duygulardan dolayı suçluluk hissi duymakta ve bu belirtileri saklamaktadır. Bu durum da doğum sonrası depresyon tablosunun gözden kaçmasına neden olmaktadır.(126) Bir diğer tablo ise toplumda damgalanma korkusudur. Bu yüzden postpartum dönemdeki kadınlar bu depresif belirtiler yönünden yakından takip edilmeli, aileler bu konu hakkında bilgilendirilmelidir. Tedavi edilmediğinde ilerleyici, tekrarlayıcı ve kronik bir hastalığa dönüşebilen PPD, kadın, bebek ve aile üzerinde olumsuz etkileri başlamadan erkenden tanımlanmalı ve geç kalınmadan tedaviye başlanmalıdır. Tedavi edilmediğinde hem kadını hem de ailesini etkiler, özellikle kadının yaşam kalitesini düşürüp, intihar riski ile annenin bebeğine zarar verme ihtimalini arttırmaktadır.(127)

Tedavide birinci basamak, ayrıntılı anamnez alma, fizik muayene ve laboratuvar incelemeleri sonucunda hipotiroidizm, sheehan sendromu gibi organik patolojilerin

dışlanmasıdır. Doğum sonrasında emosyonel yakınmalar ilk iki haftadan uzun sürüyorsa depresif semptomların ayrıntılı sorgulanması için hekim daha dikkatli olmalıdır. PPD da depresyonun şiddetine göre 3 çeşit tedavi yapılmaktadır; psikoterapötik, farmakolojik ve elektrokonvülsif tedavidir. (128,129)

Psikoterapötik tedavi

Psikoterapötik tedavilerin ve bireysel danışmanlığın postpartum depresyon tedavisinde etkili olduğu çalışmalarda gösterilmiştir.(130) Psikoterapötik tedaviyi amacı hastanın iç görüş kazanmasını ve hastalığını değerlendirip kabullenmesini sağlamak, çatışmaların çözülmesinde yardımcı olmaktır.(12)

Postpartum depresyon yaşayan annenin dinlenmesi, aile üyelerinin destek olması ve tedavi boyunca anne ile bebeğin birbirinden ayrılmaması da çok önemlidir. PPD tedavisinde psikoterapötik yöntemler kullanılacaksa hastanın kalıtsal, gelişimsel, yapısal özellikleri, geçmişte karşılaşmış olduğu toplumsal zorluklar, nesne yitimi varsa bunun araştırılması ve bu olayların annenin üzerinde oluşturduğu etkiler de iyi değerlendirilmelidir. Kendini haksız yere cezalandırma, eleştirme ve yargılama eğilimlerinin doğru olmadığı anlatılmalı, değiştirebileceği gerçekleri mümkün olduğunca değiştirmesine, değiştiremeyeceğine ise uyum sağlamasına yardımcı olunmalıdır.(12)

Farmakolojik Tedavi

Emziren annelerde antidepresan kullanımı ile ilgili bir çok çalışma yapılmıştır. Yenidoğanda vücuttaki yağ kitlesi az, plazmadaki proteinlere bağlanma düşük, böbrek ve karaciğer immatür, kan beyin bariyeri gelişmemiş ve fetal sistemler de immatüredir. Bu durumda bile annenin antidepresan kullanmasının yenidoğanda önemli bir yan etki oluşturmadığı iddia edilmektedir. (131)

Farmakoterapide önemli olan bebeğin ve annenin tedavinin yan etkilerinden en az etkilenmesidir. Postpartum dönemde anneler antidepresanlara daha hassastır, o yüzden dozun yarısıyla başlanır ve kademeli olarak arttırılır.(132)

Doğuma kadarki dönemde gebelik süresince antidepresan kullanan postpartum hastalarda, doğum öncesinde reçete edilen dozlarla aynı şekilde devam edilmelidir.(133) Doğum sonrasında kadınlarda plazma hacminin azalması ve karaciğer enzim aktivitesinin düşmesiyle oluşan farmakokinetik değişikliklerden dolayı, ilaç düzeyleri yükselebilir, bu yüzden hastalar doğum sonrasında ilaçların serum konsantrasyonlarındaki artışa bağlı olarak oluşabilecek yan etkiler açısından yakından gözlemlenmelidir. Doğum sonrası farmakolojik

tedavi başlanan hastalarda ilaç dozları, genel popülasyondaki depresyonlu hastalar için kullanılanlara benzerdir. Yan etki açısından tereddüt edilen hastalarda düşük dozlarda başlanması tavsiye edilir. Mümkün olduğunca çoklu ilaç uygulamasından kaçınılmalıdır. Tedavi akut ve idame dönemlerinden oluşmakta olup, remisyonundan itibaren 6 ay daha devam etmek gerekir.(132)

PPD tedavisinde en sık kullanılan antidepresanlardan ilk sırada SSRI' lar vardır, Trisiklik Antidepresanlar da diğer seçenektir.(12) SSRI grubu ilaçlardan citalopram, fluoksetin ve paroxetine in gebelik kategorisi C dir. Sertralin ise B grubudur ve en sık reçete edilen ilaçtır. (134) Yapılmış bir çalışmada sertralinin anne sütündeki konsantrasyonu %17 olarak bulunmuş ve izlem süresince bebekte sekel bırakmadığı görülmüştür.(135) Ancak antidepresanlar anne sütüne belli oranda da olsa geçebildiği ve bebekte uzun dönemde etkileri konusunda yeterli bilgi olmadığı için pratikte kullanımı çok tavsiye edilmemekte, genellikle emzirme sonrasındaki döneme ertelenmekte ve ya emzirme kesintiye uğratılıp kullanılmaktadır.(129,131)

Elektrokonvulzif Tedavi (EKT)

EKT, postpartum depresyonun tedavisinde başarıyla uygulanmakta olan ve emziren annelerin bebeğine herhangi bir risk oluşturmadığı için tercih edilebilecek bir tedavi seçeneğidir. PPD tedavisinde hastalığın seyri çok şiddetli ise EKT düşünülebilir. Bir ay boyunca farmakolojik tedavi uygulanmış ve yanıt alınamamışsa EKT'nin uygulanabileceği, tabloya delüzyonlar da eklenmişse daha erken dönemde ve daha sık EKT uygulanması gerektiğine dair görüşler bulunmaktadır. (12)

2.3 Premenstruel Sendrom ile Postpartum Depresyon Arasındaki İlişki

Bir kadının hayatında, belirli cinsiyet hormonu varyasyonları ile beraber farklı üreme geçiş aşamaları meydana gelir. Bu aşamalar süresince kadınlar fiziksel ve duygusal şikayetleri farklı derecelerde yaşarlar.(136) Depresif belirtilerdeki artış, özellikle doğum sonrası ve adet öncesi dönem gibi hormonal dalgalanmaların yoğun yaşandığı dönemlerde ve perimenapoz döneminde meydana geldiği bilinmektedir. (137)

Premenstruel sendrom ile postpartum depresyon arasındaki örtüşen semptomlar, bu hastalıkların ortak bir etiyoloji ve patoloji paylaşabileceğini düşündürmektedir. (138)Gebeliğin sonunda östradiol seviyeleri, adet döngüsündeki seviyenin maksimum 50 katıdır ve doğumdan sonraki ilk 3 gün içerisinde östrojende hızlıca düşüş meydana gelir, erken foliküler faz seviyesine geri döner. (139) Doğumdan sonra östradiol seviyelerinde

görülen bu hızlı düşüş,serotonin iletimi ile etkileşime girer ve kadının bu dönemde depresyon geçirme duyarlılığının artmasına yol açar.Bu hipotez, doğum sonrası depresif olan kadınlarda, depresif olmayan kadınlara göre serotonin (5-HT) reseptör bağlama aktivitesinde değişiklik gösteren çalışmalarla desteklenmektedir. (140) MAO-A aktivitesiyle ilgili yakın tarihte yapılmış çalışmalar östrojen- serotonin etkileşimini desteklemektedir. Araştırmacılar, doğum sonrası ilk 3-4 gün içindeki düşük östrojen düzeyleri ile MAO-A sentezi arasında bağlantı olduğunu, bu düşüşün erken dönemde MAO-A seviyesini yükselttiğini ve böylece yüksek MAO-A düzeylerinin ruh halinin düzenlenmesine katkıda bulunabileceği belirtilmiştir. (141)Bu östrojen-serotonin etkileşim modeli PMS patogenezinde de desteklenmektedir.(67) Örneğin, menstruel döngünün foliküler ve luteal fazında serotonin reseptörlerini inceleyen PET çalışmasında, kontrol grubuna göre PMS' li kadınlarda reseptörlerde serotonerjik düzensizlik oluştu. (142) Ayrıca PMS' de görülen moral bozukluğu, dürtü kontrolünün azalması, artmış karbonhidrat isteği ve sinirlilik gibi semptomlar, beyindeki serotonin seviyelerinin düşmesi sonucunda oluşan davranışsal belirtiler olarak nitelendirilmiştir. (143)Bu bulgular kadınların adet öncesinde sıkıntılar ve doğum sonrasında depresyon yaşamaya karşı savunmasızlıklarının altında yatan sebebin östrojen-serotonin ile bağlantılı olduğunu göstermektedir.

Kadın üreme hormonları, dopamin, norepinefrin, serotonin ve gama amino bütirik asitin fonksiyonlarını düzenler ve bu hormonlarda meydana gelen dalgalanmalar ise dolaylı yoldan ruhsal şikayetlere sebep olabilmektedir.(2)Depresyonda SSS'inde serotoninin azalması ve PMS'de de depresif belirtilerin olması luteal dönemde serotonin eksiliği olabileceğini düşündürmektedir. Ayrıca PMS'li kadınlarda eritrosit ve plateletlerde serotonin düzeylerinin azaldığı belirtilmektedir.(144)

Literatürde yapılmış çalışmalara baktığımızda PMS'nin PPD için önemli risk faktörü olduğu belirtilmiştir. (12) Lohusalığında duygudurum bozukluğu yaşayan kadınların iyileşip düzenli adet kanamaları başladıktan sonra, menstruel döngünün geç luteal fazında deresif şikayetlerinin alevlendiği bildirilmiştir.(145)

Premenstruel sendrom ve postpartum depresyon arasındaki ilişki hakkında yayınlanmış çalışmaların sentezlendiği bir çalışmada, belli kafa karıştırıcılar (savumasız kişilik,eğitim, gelir, yaş gibi sosyoekonomik faktörler) olsa da pozitif ilişki bulunmuştur.(146) PMS' de görülen semptomlar, sadece doğum öncesinde değil doğum sonrasında da meydana gelen hormonal dalgalanmalara karşı duyarlılığın artması sonucu bu dönemde de görülebilmektedir. Özellikle hem PMS hem de PPD için ortak noktanın östrojen ve

progesteronda meydana gelen ani değişimlerin beyinde oluşturduğu etki sonucu olduğu görülmüştür.

Buttner ve arkadaşlarının PMS ve PPD arasındaki ilişkiyi incelediği bir çalışmada orta ve şiddetli PMS' nin bir kadının sosyodemografik özelliklerinden bağımsız olarak PPD geliştirme riskini neredeyse 2 katına çıkardığını bulmuşlardır.(147)Türk kadınlarında PPD'nin sosyodemografik ve klinik özelliklerini inceleyen Türkçapar ve ark. nın 2015' deki çalışmasında PMS' li kadınların %21' inde PPD olduğu, PMS' li olmayanların %11,7' sinde PPD olduğunu göstermiştir.(148) Çinli kadınlarla yapılan başka bir çalışmada PPD öyküsü olan kadınlarda majör depresyon için PMS ciddi bir risk faktörü olarak bulunmuştur.(149)

PMS ve PPD arasında kısmi ilişki olduğunu gösteren çalışmalar da mevcuttur. Kim ve arkadaşlarının 2016' da yapmış olduğu çalışmada, premenstruel dönemde duygudurum değişikliği yaşayan kadınlarda PPD' nin anlamlı derecede yaygın olduğu bulunmuştur, ancak gelir, eğitim, yaş ve diğer PMS'yi etkileyebilecek sosyodemografik özelliklere uyum sağlandığında, adetler arasındaki ruh hali değişikliklerinin PPD ile anlamlı ilişki göstermediği belirtilmiştir.(150)

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Çalışmanın Tasarımı

Bu araştırma kesitsel ve tanımlayıcı tiptedir. Düzce Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları polikliniğine 01.03.2019-31.05.2019 tarihleri arasında başvuran, 2 hafta ile 12 ay arası sağlıklı bebeği olan anneler dahil edilmiştir. Çalışmamızın veri kaynağını 29 sorudan oluşan sosyodemografik soru anketi, Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği (EPDÖ) ve Premenstruel Sendrom Ölçeği (PMSÖ) oluşturmaktadır. Çalışmaya başlamadan hastalara çalışmamızın amacı anlatılmış, sözlü onamları alınmıştır. Çalışmamıza katılmayı kabul eden annelere anket sorularımız yüz yüze görüşülerek sorulmuştur.

Çalışmaya dahil edilme kriterleri

- 18 yaş ve üzerindeki anneler,
- Düzce Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları polikliniğine başvuran 2 hafta -12 aylık sağlıklı bebeği olan anneler,
- Sözel iletişim kurabilmek,
- Araştırmaya katılmayı gönüllü olarak kabul etmek,
- Okur-yazar olmak,

Çalışmadan dışlanma kriterleri

- 18 yaşından küçük olmak,
- Bilinen psikiyatrik hastalık öyküsünün olması (majör depresyon, bipolar hastalık, psikotik bozukluk)
- Çalışmaya katılmayı kabul etmemek,
- Okuryazar olmamak,

3.2. Çalışmanın Örneklem Büyüklüğü

Çalışmanın örneklem büyüklüğü %5 önemlilik düzeyinde %80 güç ve %25 etki büyüklüğü nedeniyle klinik ve istatistiksel açıdan anlamlı farklılığı tespit etmek için çalışma protokolüne uygun toplamda minimum 200 hasta random seçilecektir.

Çalışmada demografik özellikler ve diğer alt faktörlere bağlı olarak alt gruplar oluşturulacak ve bu gruplar arasında ölçek puanlarının karşılaştırılması yapılacaktır.

3.3. Çalışmanın Değişkenleri

- Bağımsız değişkenler; sosyodemografik özellikler, annenin gebelik dönemine ait özellikler ve bebekle ilgili özellikler
- Bağımlı değişkenler; Premenstruel Sendrom Ölçeği ve Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği

3.4. Çalışmanın Sınırlılıkları

Hastanemiz çocuk sağlığı ve hastalıkları polikliniğine başvuran sağlıklı, 37 hafta üstünde doğan çocukların anneleriyle yapılmış olması ve kesitsel bir çalışma olması çalışmamızın sınırlılığıdır.

3.5. Verilerin Değerlendirilmesi

Çalışmadaki tüm verilerin tanımlayıcı istatistiki verileri hesaplanmıştır. Sürekli nicel değişkenlerin normallik varsayım kontrolü Kolmogorow Smirnov testi ile yapılmıştır. Nicel değişkenlerin gruplar arası karşılaştırılmasında Mann Whitney U testi kullanılmıştır. Kategorik değişkenler arasındaki ilişkiler Pearson Chi Square, Fisher Freeman Halton ve Fisher Exact testleriyle incelendi. Nicel değişkenler arasındaki ilişkiler Speerman korelasyon analizi ile değerlendirildi. $p < 0,05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

3.6. Veri Toplama Araçları

Sosyodemografik Veri Formu

Literatür taraması yapıp, annenin sosyodemografik özellikleri, obstetrik öyküsü, bebekle ilgili bilgileri ve postpartum depresyon oluşumu açısından risk oluşturabilecek faktörleri içeren 29 sorudan oluşan anketi içermektedir.

Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği (EPDÖ)

Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği, doğum sonrası dönemde kadınlarda oluşan postpartum depresyonun riskini belirlemek için, tarama amacıyla hazırlanmış bir ölçektir. 10 maddeden oluşur, 4 seçenekten oluşan cevaplar 0-3 arası puanlanmakta, ölçekten en düşük 0 en yüksek 30 puan alınabilmektedir. 1., 2. ve 4. maddeler 0-1-2-3 olarak puanlanırken, 3., 5., 6., 7., 8., 9. ve 10. maddeler ise 3-2-1-0 olarak ters şekilde puanlanmaktadır. (122)

Premenstruel Sendrom Ölçeği (PMSÖ)

Premenstruel sendromun belirtilerini ölçmek ve şiddetini belirlemek amacıyla Gençdoğan (2006) tarafından geliştirilen, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmış ölçektir. 44 sorudan oluşan, 5'li likert biçimde olan bu ölçeğin, Cronbach alfa katsayısı 0,75 olarak bulunmuştur. Puanlamada 1-5 arasındır, “hiç” yanıtı 1 puan, “çok az” 2 puan, “bazen” 3 puan, “sık sık” 4 puan ve “sürekli” seçeneği ise 5 puandır. PMSÖ’ nün 1., 2., 3., 4., 5., 6., 7.maddeleri depresif duygulanım, 8., 9., 10., 11., 13., 15.ve 16. maddeleri anksiyete, 12., 14.,17., 18., 25. ve 37. maddeleri yorgunluk, 19., 20., 21., 22. ve 23. maddeleri sinirlilik, 24., 26., 27., 28., 29., 30. ve 44. maddeleri depresif düşünceler, 31., 32., 33. maddeleri ağrı, 38., 39., 40. maddeleri iştah değişimleri, 41., 42., 43. maddeleri ise şişkinlik olmak üzere toplamda 9 alt boyutu bulunmaktadır. PMSÖ’ nün toplam puanı bütün alt boyutlarından alınan puanların toplamıyla elde edilmektedir. Ölçekten en düşük 44 puan, en yüksek 220 puan alınmaktadır. Yüksek puan, premenstruel belirtilerin yoğun olduğunu göstermektedir. PMSÖ sonuçlarını değerlendirirken, toplam puan ile alt ölçeklerden alınabilecek en yüksek puanın %50’ sini geçme durumuna bakarak, PMS’nin var veya yok olduğuna karar verilmektedir.(14)PMSÖ’ nin toplam Cronbach Alfa değeri 0,96 , alt ölçeklerinin ise 0,77-0,90 arasında olduğu belirlenmiştir.

4. BULGULAR

Çalışmaya Düzce Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları polikliniğine 01.03.2019-31.05.2019 tarihleri arasında başvuran, 2 hafta ile 12 ay arası sağlıklı bebeği olan dahil edilme kriterlerine uyan 307 anne alınmıştır. Gebelik öncesinde PMS görülme durumu ile doğum sonrasında PPD gelişme riski arasındaki ilişkiyi incelemek için yapılan çalışmada analizler yapıp, bulgular aşağıda belirtilmiştir.

Çalışmaya alınan annelerin sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı tablo 2 de gösterilmiştir. Araştırmaya katılan anneler yaş gruplarına göre 4 e ayrılmıştır. Grup 1= 18-25yaş arası 90 kişi (% 29,3) , grup 2 = 26-34 yaş arası 164 kişi (%53,4), grup 3=34-41 yaş arası 50 kişi(%16,3) ve grup 4=42 yaş ve üzeri 3 kişi (%1) olarak sınıflandırılmıştır. Gebelikte kilo alımı 14 kg nin altı ve üzeri olarak 2 grup şeklinde alınmıştır. 14 kg'ın altında alanlar% 62,2, 14 kg'ın üstünde alanlar %37,8 bulunmuştur. Anneleri eğitim durumuna göre okuryazar olan %1, ilkokul mezunu %16, ortaokul mezunu %21,2, lise mezunu %35, üniversite mezunu %23,9 lisansüstü %2,9 olarak belirlenmiştir. Annelerin %48,9 u doğum öncesinde bir işte çalışıyordu, %51,1' i ise çalışmıyordu. Doğum sonrası anketin yapıldığı dönemde %8,5' i çalışıyor, %78,8' i ev hanımı, %12,7' si ise doğum izindeydi. Eşlerin eğitim durumuna baktığımızda %0,7' si okuryazar, % 18,2' si ilkokul mezunu, %17,9' u ortaokul mezunu, %40,7' si lise mezunu, %20,5' i üniversite ve %2' si ise lisans üstü mezunudur. Eşlerin %91,9' u çalışıyor, %8,1' ise çalışmıyordu. 18 yaş ve altında evlenen annelerin oranı %16, 19-25 yaş arası evlenen annelerin oranı %64,2, 26-35 yaş arası evlenenler %18,6 ve 36 yaş ve üzerinde evlenen annelerin oranı % 1,3 tür. Annelerin eşiyle ilişkisine baktığımızda %48,9' unun eşiyle ilişkisi çok iyi, %41,7' sinin eşiyle ilişkisi iyi, %8,5' inin orta, %1' lik kısmın ise kötüydü. Aile tipine baktığımızda %74,9' u çekirdek aile, %25.1' in ise geniş aileydi. %92.5' inin sağlık güvencesi var , %7,5' inin ise yoktu. Annelerin %34,2' sinin geliri giderden fazla, %60,3' ünün gelir gidere eşit, %5,5' inin ise gelir giderden azdı. Sigara içme durumuna baktığımızda %10,1' inin gebelik öncesinde içtiğini, %13,4' ünün emzirmede içtiğini, %75,9' unun hiç içmediği, %0,7' sinin ise exsmoker olduğu görülmüştür. Alkol içen anne sayısı 2 (%0,7) olup geri kalan anneler alkol kullanmamaktadır.

Tablo 2.Annelerin Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımı

		Sayı	Yüzde
Yaş	18-25 arası	90	29,3
	26-34 arası	164	53,4
	34-41 arası	50	16,3
	42 ve üzeri	3	1,0
Gebelikte kilo alımı	14 kg altı	191	62,2
	14 kg üstü	116	37,8
Annenin eğitim durumu	Okuryazar	3	1,0
	İlkokul	49	16,0
	Ortaokul	65	21,2
	Lise	107	35,0
	Üniversite	73	23,9
	Lisans üstü	9	2,9
Doğum öncesi çalışma durumu	Evet	150	48,9
	Hayır	157	51,1
Şuanda çalışma durumu	Çalışıyor	26	8,5
	Ev hanımı	242	78,8
	Doğum izni	39	12,7
Eşin eğitim durumu	Okuryazar	2	0,7
	İlkokul	56	18,2
	Ortaokul	55	17,9
	Lise	125	40,7
	Üniversite	63	20,5
	Lisans üstü	6	2,0
Eşin çalışma durumu	Çalışıyor	282	91,9
	Çalışmıyor	25	8,1
Evlilik yaşı	18 yaş altı	49	16,0
	18-25 yaş arası	197	64,2
	26-35 yaş arası	57	18,6
	36 ve üzeri	4	1,3
Eşiyle ilişkisi	Çok iyi	150	48,9
	İyi	128	41,7
	Orta	26	8,5
	Kötü	3	1,0
Aile tipi	Çekirdek	230	74,9
	Geniş aile	77	25,1
Sağlık güvencesi	Var	284	92,5
	Yok	23	7,5
Gelir durumu	Gelir giderden çok	105	34,2
	Gelir gidere eşit	185	60,3
	Gelir giderden az	17	5,5
Sigara	Gebelik öncesi	31	10,1
	Emzirme	41	13,4
	Hiç içmedi	233	75,9
	Exsmoker	2	0,7
Alkol	Kullanıyor	2	0,7
	Kullanmıyor	305	99,3

Tablo 3 de annelerin gebelik özelliklerine göre dağılımı belirtilmiştir. Annelerin 102 tanesinin (%33,2) 1 tane gebeliği olduğu, 109 (%35,5)' unun 2 gebeliği olduğu, 96' sının (% 31,3) ise 3 ve üzeri gebelik sayısının olduğu belirlenmiştir. Olguların %84,4 ünün (n=259) gebeliği istemliydi. Tüm annelerin %96,7 si düzenli kontrollere gittiğini, %14,7 sinin doğum sırasında zorluk yaşadığını, %85,3 ü ise sıkıntı yaşamadığını belirtti. Annelerin %41,7' si normal doğum yoluyla, %57' si sezaryan ile %1,3' ünün ise epidural doğum yaptığı belirlendi.

Tablo3.Annelerin Gebelik Özelliklerine Göre Dağılımı

		Sayı	Yüzde
Gebelik sayısı	1	102	33,2
	2	109	35,5
	3 ve üzeri	96	31,3
İstemli gebelik	Evet	259	84,4
	Hayır	48	15,6
Düzenli kontrollere gitme	Evet	297	96,7
	Hayır	10	3,3
Doğum sırasında zorluk yaşama	Evet	45	14,7
	Hayır	262	85,3
Doğum şekli	Normal doğum	128	41,7
	Sezaryen doğum	175	57,0
	Epidural doğum	4	1,3

Bebeğe ait özelliklere baktığımızda %47,9' unun kız , %52,1 i erkek olduğu, yaşı 2 hafta -3 ay arası olan bebek sayısı 116 (%38,0), 3-6 ay arası 68 (%22,3), 6-12 ay arası 121 (%39,7) bebek olduğu görülmüştür. 2500 gr' ın altında doğan çocuklar %6,8, 2500 gr' ın üzerinde doğan çocuklar %93,2 oranında bulunmaktadır. Bebeklerden sadece anne sütü alanların oranı %41,4, sadece mama alanların oranı %2,9, anne sütü ve mama alanların oranı %22,5, ek gıda ve mama alanların oranı %13 ve anne sütü ve ek gıda alanları oranı ise %20,2 bulunmuştur. Annelerin %48,9' u bebeğini ilk yarım saat içinde emzirdiğini, %30,6' sı ilk gün içerisinde emzirdiğini, %16,6'sı sonraki günlerde emzirdiğini, %3,9' u ise hiç emzirmediğini belirtti. Doğumdan sonra annelerin %82,7' si ilk yarım saat içinde, %10,1' i ilk gün içerisinde, % 7,2' sinin ise sonraki günlerde ten teması olmuştur. Bebeklerin %26,4' ünün herhangi bir sebeple hastanede yatışı olmuştur.(Tablo 4)

Tablo 4. Bebeklerin Özelliklerine Göre Dağılımı

		Sayı	Yüzde
Bebek cinsiyeti	Kız	147	47,9
	Erkek	160	52,1
Bebek yaşı	2 hf-3 ay arası	116	38
	3-6 ay arası	68	22,3
	6-12 ay arası	121	39,7
Doğum kilosu	2500 gr ve altı	21	6,8
	2500 gr üstü	286	93,2
Doğum sonrası emzirme süresi	İlk yarım saat içinde	150	48,9
	İlk gün içerisinde	94	30,6
	Sonraki günlerde	51	16,6
	Hiç emzirmemiş	12	3,9
Doğum sonrası ten teması	İlk yarım saat içinde	254	82,7
	İlk gün içerisinde	31	10,1
	Sonraki günlerde	22	7,2
Bebeğin hastanede yatma durumu	Evet	81	26,4
	Hayır	226	73,6
Beslenme şekli	Sadece anne sütü	127	41,4
	Sadece mama	9	2,9
	Anne sütü ve mama	69	22,5
	Ek gıda ve mama	40	13
	Anne sütü ve ek gıda	62	20,2

Araştırmaya katılan annelerin yaşlarının ortanca değeri 28 (min.18- maks.45) evlilik yaşının ortanca değeri ise 22 (min.14-maks.41) olarak bulunmuştur. Obstetrik özelliklerine baktığımızda ilk gebelik yaşının ortanca değeri 23 (min.15-maks.40), gebelikte alınan kilonun ortanca değeri 12 (min.0- maks.33), gebelik sayısının ortanca değeri 2 (min.1-maks.8) ve yaşayan çocuk sayısının ortanca değeri 2 (min. 1- maks.7) olarak bulunmuştur. Bebeğe ait özelliklerden yaşının ortanca değeri 4 ay (min.2 hf- maks.12 ay), gebelik haftasının ortanca değeri 38 hf (min.37-maks.41) ve bebeğin kilosunun ortanca değeri ise 3200 (min.1700- maks.4500) bulunmuştur (Tablo 5)

Tablo 5.Sosyodemografik Verilerin Median ortanca, Minimum ve Maksimum Değerleri

n=307	Median ortanca	Minimum	Maximum
Annenin yaşı	28,00	18,0	45,0
Gebelikte alınan kilo	12,00	,0	33,0
Evlilik yaşı	22,00	14,0	41,0
İlk gebelik yaşı	23,00	15,0	40,0
Gebelik sayısı	2,00	1,0	8,0
Yaşayan Çocuk Sayısı	2,00	1,0	7,0
Bebeğin yaşı	4,00	,5	14,0
Kaç haftalık doğduğu	38,00	37,0	41,0
Bebeğin kilosu	3200,00	1700,0	4500,0

Edinburgh postpartum depresyon ölçeğinin ortanca değeri 8 (min.0-maks.25), premenstruel sendrom ölçeğinin toplampuanının ortanca değeri 104 (min.44-maks.212) olarak bulunmuştur.PMSÖ'nin alt boyutlarından depresif duygulanımın ortanca değeri 15 (min.7-maks.34), anksiyetenin ortanca değeri 11(min.7-maks.35), yorgunluğun ortanca değeri 18 (min.6-maks.30), sinirliliğin ortanca değeri 16 (min.5-maks.25), depresif düşüncenin ortanca değeri 11(min.7-maks.35), ağrının ortanca değeri 9 (min.3-maks.15), iştah değişiminin ortanca değeri 8(min.3-maks.15), uyku değişimlerinin ortanca değeri 6(min.3-maks.15) ve şişkinliğin ortanca değeri ise 8 (min.3-maks.15) olarak bulunmuştur.(Tablo 6)

Tablo 6. Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği ile Premenstruel Sendrom Ölçeği ve Alt Gruplarının Median ortanca, Minimum ve Maksimum Değerleri

N=307	Median	Minimum	Maximum
Edinburgh toplam puan	8	0	25
PMSO toplam puan	104	44	212
Depresif Duygulanım	15	7	34
Anksiyete	11	7	35
Yorgunluk	18	6	30

Sinirlilik	16	5	25
Depresif Düşünce	11	7	35
Ağrı	9	3	15
İştah Değişimleri	8	3	15
Uyku Değişimleri	6	3	15
Şişkinlik	8	3	15

Tablo 7. da EPDÖ' nden kesme puanı 13'ün altında ve üstünde puan alan annelerin oranı verilmiştir. EPDÖ kesme puanına göre postpartum depresyon gelişme riski olan annelerin oranı (≥ 13) %23,5 olarak bulunmuştur. Premenstruel Sendrom Ölçeği' nden alınabilecek en yüksek puanın (220), %50' sini geçme durumuna göre PMS' nin var ya da yok olduğuna karar verilmektedir. Aşağıdaki tabloda PMSÖ' nden 111 ve üstünde puan alan yani PMS' si olan annelerin oranı %46,3 olarak tespit edilmiştir.

Tablo 7. EPDÖ ve PMSÖ' nin Kesme Puanına Göre Annelerin Oranı

		Sayı	Yüzde
EPDÖ	<13	235	76,5%
	≥ 13	72	23,5%
PMSÖ	≤ 110	165	53,7%
	≥ 111	142	46,3%

Tablo 8 de PMSÖ ve alt alt boyutlarından %50 ve daha fazla puan alan annelerin oranı verilmiştir. Annelerin aldıkları puanlar; depresif duygulanım % 39,4, anksiyete % 21,2, depresif düşünceler %27,7, yorgunluk %73,3, sinirlilik %71, ağrı % 67,8, iştah değişimi %52,4, uyku değişimi %33,2 ve şişkinlik %54,4 bulunmuştur. PMSÖ' den 111 ve üstünde puan alan annelerin oranı ise % 46,3' tür.

Tablo 8. PMSÖ ve Alt Boyutlarından %50 ve Üzeri Puan Alan Annelerin Yüzdesi

PMSÖ ve alt boyutları	Sayı	Yüzde
Depresif duygulanım	121	%39,4
Anksiyete	65	%21,2
Depresif düşünceler	85	%27,7
Yorgunluk	225	%73,3
Sinirlilik	218	%71
Ağrı	208	%67,8
İştah değişimleri	161	%52,4
Uyku değişimleri	102	%33,2
Şişkinlik	167	%54,4
PMSÖ toplam puan	142	%46,3

Tablo 9. de, EPDÖ’ nden alınan toplam puan ile PMSÖ’ nden alınabilecek toplam puan arasında anlamlı düzeyde pozitif ilişki vardır. ($r=0,464$ ve $p<0,001$)

Tablo 9. EPDÖ Toplam Puanı ve PMSÖ Toplam Puanı Arasındaki İlişki

n=307	PMSÖ toplam puan	
	r	p
Edinburgh Toplam Puan	0,464	<0,001

Tablo 10. de postpartum depresyon gelişme riskine (EPDÖ ≥ 13) göre premenstruel sendrom durumuna ait oran dağılımı anlamlı düzeyde birbirinden farklıdır. ($p<0,001$). EPDÖ’ nden “ ≥ 13 ” puan alan ve PMSÖ “ ≥ 111 ” olan bireylerin oranı (%76,4), EPDÖ’ den “ <13 ”ve PMSÖ’ nden “ ≥ 111 ” alan bireylerin oranından (%37) anlamlı düzeyde daha yüksektir

Tablo 10. Postpartum Depresyon Gelişme Riskine Göre Premenstruel Sendrom Durumuna ait Oran Dağılımı

n=307		Postpartum Depresyon Riski		
		<13 (n=235)	>=13(n=72)	p
Premenstruel Sendrom	<=110	%63(% within grup) n=148 (count)	%23,6 n=17	P<0,001 _a
	>=111	%37 (% within grup) n= 87 (count)	%76,4 n=55	P<0,001 _a

Tablo 11. da Postpartum Depresyon gelişme riskine göre PMSÖ toplam puanı ve alt ölçeklerine ait oran dağılımı verilmiştir. Postpartum depresyon gelişme riski olan (EPDÖ>=13) annelerin PMSÖ toplam puanı ve alt ölçeklerinden aldığı ortanca değerler; depresif duygulanım için 20 (min.7- maks.34), anksiyete için 17 (min.7- maks.35), yorgunluk için 23,5 (min.6- maks.30), sinirlilik için 20,5 (min.5-maks.25), depresif düşünce için 18 (min.7-maks.35), ağrı için 11 (min.3- maks.15), iştah değişimleri için 9,5 (min.3- maks.15), şişkinlik 10,5 (min. 3- maks.15), uyku değişimleri için 9 (min.3-maks.15) ve PMSÖ toplam puan için 139,5 (min.48-maks.211) olduğu belirlenmiştir. PPD gelişme riski olan annelerin, PMSÖ toplam puanı ile alt ölçeklerinin ortanca değerleri ile, PPD gelişme riski olmayan annelerin ortanca değerleriyle karşılaştırıldığında, PMSÖ toplam puanı ve iştah değişimi hariç (p=0,192) diğer alt ölçeklerinde gruplar arası farkların istatistiksel olarak anlamlı olduğu sonucuna varılmıştır (**p<0,05**).

Tablo 11. Postpartum Depresyon Gelişme Riskine Göre Premenstruel Sendrom Toplam Puanı ve Alt Ölçeklerine Ait Oran Dağılımı

PMSÖ ve alt boyutları		Postpartum Depresyon Riski		
		<13 (n=235)	>=13 (n=72)	p
Depresif Duygulanım	Median	13	20	<0,001
	Minimum	7	7	
	Maksimum	34	34	
Anksiyete	Median	9	17	<0,001
	Minimum	7	7	
	Maksimum	33	35	

Yorgunluk	Median	17	23,5	<0,001
	Minimum	6	6	
	Maksimum	30	30	
Sinirlilik	Median	15	20,5	=0,001
	Minimum	5	5	
	Maksimum	25	25	
Depresif Düşünce	Median	9	18	<0,001
	Minimum	7	7	
	Maksimum	32	35	
Ağrı	Median	9	11	<0,001
	Minimum	3	3	
	Maksimum	15	15	
İştah Değişimleri	Median	8	9,5	=0,192
	Minimum	3	3	
	Maksimum	15	15	
Uyku Değişimleri	Median	5	9	<0,001
	Minimum	3	3	
	Maksimum	15	15	
Şişkinlik	Median	8	10,5	=0,003
	Minimum	3	3	
	Maksimum	15	15	
PMSÖ toplam puan	Median	94	139,5	<0,001
	Minimum	44	48	
	Maksimum	212	211	

Tablo 12 da annelerin sosyodemografik özelliklerine göre postpartum depresyon gelişme riski arasındaki ilişkiye bakılmıştır. Sosyodemografik özelliklerden yaş gruplarına,,gebelikte kilo alımına, annenin eğitim durumuna, doğum öncesi çalışma durumu ve şimdiki çalışma durumuna, eşinin eğitim durumuna ve çalışma durumuna, evlilik yaşına, aile tipine, sağlık güvencesine, gelir durumuna ve sigara, alkol kullanma durumuna baktığımızda postpartum depresyon gelişme riski ile arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$). Eşiyle arasındaki ilişki çok iyi olan annelerde ise postpartum depresyon gelişme riski anlamlı düzeyde düşüktür ($p=0,014$).

Tablo 12. Annelerin Sosyodemografik Özelliklerine Göre Postpartum Depresyon Gelişme Riski Arasındaki İlişkinin Oranı

n=307		Postpartum Depresyon Riski		p	Toplam p
		<13 (n=235)	>=13(n=72)		
Yaş	18-25 yaş	%72,2 (n=65)	%27,8(n=25)	>0,05	>0,05
	26-34 yaş	%78 (n=128)	%22 (n=36)	>0,05	
	34-41 yaş	%78 (n=39)	%22 (n=11)	>0,05	
	42 ve üzeri	%100 (n=3)	%0 (n=0)	>0,05	

Gebelikte kilo alımı	14' ün altı 14' ün üstü	%76,4 (n=146)	%23,6 (n=45)	>0,05	>0,05
		%76,7(n=89)	%23,3 (n=27)	>0,05	
Annenin eğitim durumu	Okuryazar İlkokul Ortaokul Lise Üniversite Lisansüstü	%33,3 (n=1)	%66,7 (n=2)	>0,05	>0,05
		%75,5(n=37)	%24,5 (n=12)	>0,05	
		%78,5 (n=51)	%21,5 (n=14)	>0,05	
		%76,6 (n=82)	%23,4 (n=25)	>0,05	
		%75,3 (n=55)	%24,7 (n=18)	>0,05	
		%88,9 (n=8)	%11,1 (n=1)	>0,05	
Doğum öncesi çalışma durumu	Evet Hayır	%76 (n=114)	%24 (n=36)	>0,05	>0,05
		%77,1 (n=121)	%22,9 (n=36)	>0,05	
Su anda çalışma durumu	Çalışıyor Ev hanımı Doğum izni	%80,8 (n=21)	%19,2(n=5)	>0,05	>0,05
		%74 (n=179)	%26 (n=63)	>0,05	
		%89,7 (n=35)	%10,3 (n=4)	>0,05	
Eşin eğitim durumu	Okuryazar İlkokul Ortaokul Lise Üniversite Lisansüstü	%0,0 (n=0)	%100 (n=2)	>0,05	>0,05
		%73,2(n=41)	%26,8 (n=15)	>0,05	
		%70,9 (n=39)	%29,1 (n=16)	>0,05	
		%80 (n=100)	%20(n=25)	>0,05	
		%79,4 (n=50)	%20,6 (n=13)	>0,05	
		%83,3 (n=5)	%16,7 (n=1)	>0,05	
Eşin çalışma durumu	Evet Hayır	%77 (n=217)	%23 (n=65)	>0,05	>0,05
		%72 (n=18)	%28(n=7)	>0,05	
Evlilik yaşı	18 yaş altı 19-25 yaş arası 26-35 yaş arası 36 ve üzeri	%71,4 (n=35)	%28,6 (n=14)	>0,05	>0,05
		%76,6 (n=151)	%23,4 (n=46)	>0,05	
		%80,7(n=46)	%19,3 (n=11)	>0,05	
		%75 (n=3)	%25 (n=1)	>0,05	
Eşiyle ilişkisi	Çok iyi İyi Orta Kötü	%82,7 (n=124)	%17,3 (n=26)	<0,05 _a	=0,014
		%73,4 (n=94)	%26,6(n=34)	>0,05	
		%61,5 (n=16)	%38,5 (n=10)	>0,05	
		%33,3 (n=1)	%66,7 (n=2)	>0,05	
Aile tipi	Çekirdek Geniş	%76,1(n=175)	%23,9 (n=55)	>0,05	>0,05
		%77,9 (n=60)	%22,1 (n=17)	>0,05	
Sağlık güvencesi	Var Yok	%77,1 (n=219)	%22,9 (n=65)	>0,05	>0,05
		%69,6 (n=16)	%30,4 (n=7)	>0,05	
Gelir durumu	Gelir giderden çok Gelir gidere eşit Gelir giderden az	%74,3 (n=78)	%25,7 (n=27)	>0,05	>0,05
		%77,8 (n=144)	%22,2 (n=41)	>0,05	
		%76,5 (n=13)	%23,5(n=4)	>0,05	
Sigara	Gebelik öncesi Emzirme Hiç içmedi Ex-smoker	%80,6 (n=25)	%19,4 (n=6)	>0,05	>0,05
		%65,9 (n=27)	%34,1 (n=14)	>0,05	
		%78,1 (n=182)	%21,9 (n=51)	>0,05	
		%50 (n=1)	%50 (n=1)	>0,05	
Alkol	Evet Hayır	%100 (n=2)	%0,0 (n=0)	>0,05	>0,05
		%76,4 (n=233)	%23,6 (n)72)	>0,05	

Tablo 13 de annelerin gebelik özelliklerine göre postpartum depresyon gelişme riski arasındaki ilişkinin oranı incelenmiştir. Gebeliğin istemli olup olmamasının, düzenli kontrollere gitmenin, doğum şeklinin, doğum sırasında herhangi bir zorluk yaşamamanın ve yaşayan çocuk sayısının postpartum depresyon gelişme riski açısından anlamlı düzeyde bir farklılık göstermediği saptanmamıştır ($p>0,05$). Gebelik sayısına baktığımızda, 1 gebeliği olan annelerde postpartum depresyon gelişme riskinin istatistiksel olarak anlamlı düzeyde arttığı, 2 gebeliği olan annelerde postpartum depresyon gelişme riskinin istatistiksel düzeyde anlamlı olarak daha az olduğu tespit edilmiştir ($p=0,039$).

Tablo 13. Annelerin Gebelik Özelliklerine Göre Postpartum Depresyon Gelişme Riski Arasındaki İlişkinin Oranı

N:307		Postpartum depresyon riski			Toplam p
		<13(n=235)	>=13(n=72)		
Gebelik sayısı	1	%68,6 (n=70)	%31,4 (n=32)	<0,05 _a	=0,039
	2	%83,5 (n=91)	%16,5(n=18)	<0,05 _a	
	3 ve daha fazla	%77,1 (n=74)	%22,9 (n=22)	>0,05	
Yaşayan çocuk sayısı	1	%71,5 (n=93)	%28,5(n=37)	>0,05	>0,05
	2	%83,9(n=99)	%16,1 (n=19)	>0,05	
	3 ve daha fazla	%72,9 (n=43)	%27,1(n=16)	>0,05	
Gebelik istemli mi	Evet	%78 (n=202)	%22 (n=57)	>0,05	>0,05
	Hayır	%68,8 (n=33)	%31,2 (n=15)	>0,05	
Düzenli kontrole gitme	Evet	%76,8 (n=228)	%23,2 (n=69)	>0,05	>0,05
	Hayır	%70 (n=7)	%30 (n=3)	>0,05	
Doğum şekli	Normal doğum	%76,6 (n=98)	%23,4(n=30)	>0,05	>0,05
	Sezaryen	%76,6 (n=134)	%23,4 (n=41)	>0,05	
	Epidural doğum	%75 (n=3)	%25 (n=1)	>0,05	
Doğum sırasında zorluk	Evet	%73,3 (n=33)	%26,7 (n=12)	>0,05	>0,05
	Hayır	%77,1 (n=202)	%22,9 (n=60)	>0,05	

Tablo 14 de bebeklerin özelliklerine göre postpartum depresyon gelişme riski arasındaki ilişkinin oranı verilmiştir. Bebeğin yaşı, bebeğin kilosu, cinsiyeti, beslenme şekli, doğum sonrasındaki emzirme süresi ve ten teması ve bebeğin hastanede yatış süresinin postpartum depresyon gelişme riski açısından istatistiksel düzeyde anlamlı ilişkisi olmadığı saptanmıştır. ($p>0,05$)

Tablo 14. Bebeklerin Özelliklerine Göre Postpartum Depresyon Gelişme Riski Arasındaki İlişkinin Oranı

N=307		Postpartum depresyon riski		
		<13(n=235)	>=13(n=72)	p
Bebeğin yaşı	2 hafta-3 ay	%77,6(n=90)	%22,4 (n=26)	>0,05
	3- 6 ay	%83,8 (n=58)	%16,2 (n=12)	
	6-12 ay	%71,9 (n=87)	%28,1 (n=34)	
Bebeğin kilosunu	2500 gr altı	%81 (n=17)	%19 (n=4)	>0,05
	2500 gr üstü	%76,2 (n=218)	%23,8 (n=68)	
Cinsiyet	Kız	%74,8 (n=110)	%25,2 (n=37)	>0,05
	Erkek	%78,1 (n=125)	%21,9 (n=35)	
Bebeğin beslenme şekli	Sadece anne sütü	%76,4 (n=97)	%23,6(n=30)	>0,05
	Sadece mama	%77,8(n=7)	%22,2 (n=2)	
	Anne sütü ve mama	%75,4 (n=52)	%24,6(n=17)	
	Ek gıda ve mama	%72,5 (n=29)	%27,5 (n=11)	
	Anne sütü ve ek gıda	%80,6 (n=50)	%19,4 (n=12)	
Doğum sonrası ilk emzirme süresi	İlk yarım saatte	%74(n=111)	%26(n=39)	>0,05
	İlk gün içerisinde	%75,5 (n=71)	%24,5(n=23)	
	Sonraki günlerde	%86,3(n=44)	%13,7(n=7)	
	Hiç emzirmedi	%75(n=9)	%25(n=3)	
Doğum sonrası ten teması	İlk yarım saatte	%76(n=193)	%24(n=61)	>0,05
	İlk günlerde	%74,2(n=23)	%25,8(n=8)	
	Sonraki günlerde	%86,4 (n=19)	%13,6 (n=3)	
Bebeğin hastanede yatışı	Evet	%79 (n=64)	%21 (n=17)	>0,05
	Hayır	%75,7 (n=171)	%24,3 (n=55)	

5. TARTIŞMA

Bu çalışma, gebelik öncesinde premenstruel sendromu olan kadınların doğum sonrası dönemde depresyon yaşama risklerini değerlendirmek amacıyla 2hafta-12 ay arası sağlıklı bebeği olan annelerle yapılmıştır.

Çalışmamızda PMSÖ kullanılarak PMS görülme sıklığı %46,3 olarak bulunmuştur. PMS' nin alt boyutlarından depresif duygulanım %39,4, anksiyete %21,2, depresif düşünceler %27,7, yorgunluk %73,3, sinirlilik %71, ağrı %67,8, iştah değişimleri %52,4, uyku değişimleri %33,2, şişkinlik %54,4 olarak bulunmuştur. Ülkemizde yapılan çalışmalara baktığımızda PMS' nin görülme sıklığı %5,9 ile %76 arasında değiştiği bildirilmiştir. (33),(19), (27)(151) Çalışmamızda kullandığımız PMSÖ kriterlerini kullanarak yapılmış diğer çalışmalara baktığımızda; Poyrazoğlu' nun 2010' daki çalışmasında PMS prevalansını %39,8, alt boyutlarından depresif duygulanımın %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 bulunmuştur. (28) Önal' ın 2011 yılında yaptığı çalışmada ise 15 ile 49 yaş aralığındaki kadınlarda PMS prevalansını % 61,2, alt boyutlarından depresif duygulanım % 51,9, anksiyete %22,4, yorgunluk %60,1, sinirlilik % 61,9, depresif düşünceler % 33,6, ağrı %55,6, iştah değişimleri %69,4, uyku değişimi % 47, şişkinlik ise %63,1 olarak bulunmuştur. (31) Ülkemizde üniversite öğrencileriyle yapılmış bir çalışmada PMS prevalansı %57,4 bulunmuştur.(152) Amerika' da adölesanlarda PMS yaşama durumlarına ve etkileyen faktörlere baktığımızda PMS yaşama sıklığının %14-%43 arasında olduğu bulunmuştur. (72)Çalışmamızda PMS ve alt ölçeklerinden alınan puanlar literatürde yapılan çalışmalarla benzerlik göstermektedir.

Çalışmamızda EPDÖ kullanılarak annelerde PPD gelişme riski %23,5 olarak bulunmuştur. Literatürde yapılmış çalışmalara baktığımızda Amerika' da %38, İngiltere' de %31, İtalya' da %30, Çin' de %15,5, Kanada' da %20, Hong Kong' da ise %37 olarak bulunmuştur(72) Ülkemizde yapılmış çalışmalara baktığımızda PPD görülme sıklığı %8,8 - %42,7 arasında olduğu bulunmuştur. (153)(154) Yücesoy' un (51) çalışmasında PPD gelişme riski %23,3, Sünter ve ark.nın(155) çalışmasında %23,1, Şahin' in (156) 6 hafta ile 1 yaş arası bebeği olan annelerle yaptığı çalışmada %30,6 ve Keskin' in (157) çalışmasında ise %9,9 olarak bulunmuştur. Literatüre baktığımızda PPD görülme sıklığının hem ülkemizde hem de farklı toplumlarda yapılmış çalışmalarda farklı sonuçlanmasının sebebi çalışmanın tasarımı,

örneklem sayısı, popülasyondaki kültürel farklılıklar ve değerlendirmenin doğum sonrasında farklı zamanlarda yapılması olarak gösterilebilir. (95)

Çalışmamızda premenstruel sendrom ile postpartum depresyon gelişme riski arasındaki ilişkiyi incelediğimizde EPDÖ'nden ≥ 13 alan ve PMSÖ ≥ 111 alan annelerin oranı %76,4 (55/72), EPDÖ < 13 grubunda olan ve PMSÖ ≥ 111 alan annelerin oranı olan %37 (87/235)'den anlamlı düzeyde daha yüksektir ($p < 0,01$). EPDÖ'nden ≥ 13 alan ve PMSÖ ≤ 110 alan annelerin oranı %23,6 (17/72), EPDÖ'nden < 13 alan ve PMSÖ ≤ 110 olan annelerin oranı olan %63 (148/235)'den istatistiksel olarak daha düşüktür. Sonuç olarak PMS varlığında PPD gelişme riskinin fazla olduğu bulunmuştur. PPD riski olan annelerin PPD riski olmayan annelere göre PMSÖ toplam puanı ve iştah hariç diğer alt boyutlarının puan ortalamaları karşılaştırıldığında gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($p < 0,05$). Literatürdeki çalışmalara baktığımızda Türkçapar ve arkadaşlarının 2015' de yaptıkları çalışmada kadınlarda PMS' nin varlığıyla PPD gelişme riski arasında güçlü ilişki olduğunu, PMS' si olan kadınların %21,1' inde PPD görülme riski olduğunu, diğer kadınlarda ise bu oranın %11,7 olduğu bulunmuştur. (158) Kara 2016 yılında yaptığı çalışmada PPD yaşayan annelerin %58,1' inde PMS' nin olduğunu ve gruplar arası farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu sonucuna varmıştır. (159) Özeren ve ark.nın 2013' de yaptıkları başka bir çalışmada ise PPD yaşayan annelerde PMS görülme sıklığının, depresyon yaşamayan annelere oranla daha yüksek olduğunu tespit etmiştir. (160) Yapılmış diğer çalışmalara baktığımızda PMS' nin PPD için ciddi risk faktörü olduğu belirtilmiştir. Lee ve ark.nın 2015 yılında yaptıkları çalışmada PPD yaşayan kadınlarda %34,8 oranında PMS görüldüğünü, PPD yaşamayan kadınların ise %4,9' unda PMS olduğu bulunmuştur ve PMS ile PPD arasında anlamlı ilişki olduğu belirtilmiştir. (161) Gebeliğinden önce PMS geçmişi olan anneleri incelediğimizde depresyon görülme oranının doğumdan sonra 5. günde 4,81 kat, 6. haftada 3,28 kat ve 6. ayda 3,49 kat daha fazla olduğu bulunmuştur. (162) Yücesoy' un yaptığı çalışmada da PMS ' li olma durumu ile PPD gelişme riski arasında anlamlı ilişki saptanmış, ayrıca PPD riski olan annelerin olmayan annelere göre PMSÖ toplam puanı ve alt gruplarının puan ortalamasının gruplar arası farkının anlamlı olduğu bulunmuştur. (51) Bizim çalışmamızın sonuçları da literatür ile benzerlik göstermektedir ve PMS ile PPD arasında anlamlı ilişki bulunmuştur.

Çalışmamızda annelerin sosyodemografik özellikleri ile PPD gelişme riski arasındaki ilişkiye bakılmıştır. Annelerin yaşları 4 gruba ayrılmıştır; 18-25 yaş arası grup 1, 26-34 yaş arası grup 2, 34-41 yaş arası grup 3 ve 42 yaş üzeri grup 4' tür. Postpartum depresyon gelişme riskinin grup 1' de %27,8, grup 2 ve grup 3' de %22 ve grup 4 de ise hiç risk olmadığı

bulunmuştur. Annelerin yaşları ile PPD gelişme riski arasında anlamlı ilişki olmadığı tespit edilmiştir ($p>0,05$). Durukan ve arkadaşlarının yapmış olduğu bir çalışmada, bizim çalışmamıza benzer şekilde anne yaşının postpartum depresyon gelişme riskini etkilemediği saptanmıştır. (95) Hollanda ve Nijerya’ da yapılmış 2 çalışmada da anne yaşının postpartum depresyon gelişmesini etkilemediği, Minnesota’ da yapılmış başka bir çalışmada ise genç anne yaşının doğum sonrası depresyon riskini arttırdığı bulunmuştur.(163) Özcan ve ark.nın 2017 yılında ülkemizde yaptığı bir metaanaliz çalışmasında 34 çalışmanın 29’ unda yaş ile PPD arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır.(98)Selçuk ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada ise bizim çalışmanın aksine yaş ile EPDÖ skoru arasında istatistiksel olarak anlamlı, aynı yönlü, doğrusal korelasyonun olduğu tespit edilmiştir. Buna göre yaş ilerledikçe postpartum depresyon gelişme riski artmaktaydı.(164)Bizim çalışmamızda yaş ilerledikçe depresyon görülme oranı istatistiksel olarak anlamlı olmasa da azalmaktadır.Bunun sebebi, annelerin yaşının artmasıyla beraber hem duygusal hem de bilişsel zekasının gelişmesine paralel olarak, uyum kapasitesi, sorunları çözme becerisinin gelişmesi olabilir. Ayrıca anne yaşı arttıkça bebek bakımı, bebekle verimli, etkili zaman geçirme ve zorluklarla başa çıkma gibi konularda annenin kendine güveni artmaktadır. Doğum sonrasındaki dönem uyum ve yeni oluşan sorunlarla baş edebilme dönemi olduğundan ileri yaş annelerin bu dönemde PPD’ nin risk faktörleriyle daha iyi baş edebileceği düşünülebilir.

Çalışmamızda, 14 kg’ ın altında kilo alan gebelerin %23,6’ sında, 14 kg’ ın üzerinde kilo alanların ise %23,3’ ünde postpartum depresyon gelişme riskigörölmüştür ve gebelikte alınan kilo ile postpartum depresyon gelişmesi arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$). Literatüre baktığımızda Selçuk ve ark.nın bu konuyla ilgili yapmış olduğu çalışmada istatistiksel açıdan anlamlı doğrusal ilişki saptanmamıştır.(164) Katherine Green ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada ise kilo almanın postpartum depresyon gelişme riskinde etkili olduğu görölmüştür.(165) Abraham ve arkadaşlarının yapmış olduğu bir çalışmada, gebeliğe bağlı alınabilecek kilonun normal sınırından fazla alınması ve doğum sonrası kilosunu veremeyip veya şişmanlayıp eski kilosuna kavuşamayacağından korkan annelerde EPDÖ skorunun anlamlı düzeyde arttığı bulunmuştur. (166) Barbadoro ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışma ise, gebelikte 16 ve üzerindeki kilo artışının PPD riskini anlamlı düzeyde arttıran bir faktör olabileceğini bildirmiştir.(167)Bizim çalışmamızda kilo alımı ile PPD arasında anlamlı ilişki çıkmamasının sebebi olarak annelerin yarısından fazlasının 14 kg’ ın altında kilo alarak gebeliklerini tamamlaması gösterilebilir.

Çalışmamızda okuryazar annelerin % 66.7’ sinde, ilkokul mezunu annelerin %24,5 inde, ortaokul mezunu annelerin % 21,5’ inde, lise mezunu annelerin 23,4’ ünde, üniversite

mezunu annelerin %24,7 sinde ve lisans üstü annelerin ise %11,1' inde postpartum depresyon gelişme riskinin olduğu görülmüştür. Eğitim seviyeleri ile postpartum depresyon gelişme riski arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$).Şahin (2018)'in yapmış olduğu çalışmanın sonucu da bizim çalışmamızla benzer bulunmuştur.(156) Arslantaş ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada eğitim düzeyi ilkokul ve altında olanların %12,3' ünde, ilkokul ve üzerinde olanların ise %12,7' sinde postpartum depresyon riskinin olduğu bulunmuştur. Bu çalışma da aynı şekilde çalışmamızla benzerlik göstermekte olup eğitim durumu ve PPD arasında anlamlı ilişki olmadığı tespit edilmiştir. (153)Durukan ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise annenin eğitim seviyesi yükseldikçe PPD gelişme oranı azalmıştır, eğitim düzeyi ilkokul ve altında olan annelerde PPD %18,1 iken, üniversite ve yüksekokul mezunu annelerde bu oran %7,6' dır ve annenin eğitim seviyesi ile PPD gelişme riski arasında anlamlı ilişki bulunmuştur.(95)Literatüre baktığımızda farklı çalışmalarda kadınların eğitim seviyesi arttıkça PPD gelişme riskinin düştüğü ancak bu düşüklüğün istatistiksel düzeyde anlamlı fark oluşturmadığı görülmüştür. Ancak eğitim durumu düşük olan annelerde postpartum depresyon semptomlarının fazla olduğu gösterilmiştir. (163,168) Karamustafa'nın yapmış olduğu çalışmada ise farklı sonuç elde edilmiştir. Lisans ve lisans üstü eğitim alan annelerde PPD gelişme riski, eğitim seviyesi düşük olan annelerden daha yüksek bulunmuştur yani eğitim düzeyi arttıkça PPD gelişme riskinin arttığı görülmüştür. (169) Pensilvanya' da 774 anne ile yapılmış bir çalışmada, postpartum depresyonlu annelerin eğitim düzeyinin düşük olduğu saptanmıştır.(170)Çalışmamızda istatistiksel olarak anlamlı olmasa da eğitim seviyesi arttıkça PPD gelişme riskinin azaldığı bulunmuştur. Eğitim seviyesi yüksek olan annelerin postpartum döneme daha iyi uyum sağlayabileceği, doğum sonrasında oluşabilecek stres faktörlerinin üstesinden gelebileceği ve kendini ifade etme konusunda daha başarılı olabileceği düşünülebilir.

Çalışmada eşlerin eğitim durumuna baktığımızda, annelerin postpartum depresyon gelişme riski ile anlamlı düzeyde ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$) Durukan ve arkadaşlarının yaptığı çalışma da bizim çalışmamızla benzer sonuçlanmış ve eşin eğitim düzeyi ile PPD gelişme riski arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır.(95) Aynı şekilde Ege ve arkadaşlarının çalışmasında da eşin eğitim seviyesinin EPDÖ verileri ile arasında ilişki saptanmamıştır. (171) Ekuklu ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise eşin eğitim düzeyinin düşük olması, doğum sonrası depreyon açısından anlamlı risk oluşturmaktadır.(172) Campell ve ark.nın yapmış oldukları çalışmada eğitim düzeyi yüksek olan eşlerin annelere daha çok destek olduğu sonucuna varmıştır.(173) Nur ve ark.nın Sivas' ta yapmış oldukları çalışmada ise eşin eğitim seviyesi üniversite altı olan annelerde PPD prevalansı, eşinin eğitim seviyesi üniversite

olan annelere göre 2,21 kat fazla bulunmuştur.(6)Eşin eğitim düzeyinin yüksek olması, annenin doğum sonrasında yaşayabileceği zorlukları daha iyi anlamasına ve bu süreçte eşine daha çok destek olmasına katkı sağlayabilir.

Çalışmamızda annelerin doğum sonrası dönemde çalışma durumlarına baktığımızda, çalışan annelerin %19,2' sinde, ev hanımlarının %26' sında ve doğum izninde olan annelerin ise %10,3' ünde PPD gelişme riski bulunmuştur. Annelerin çalışma durumu ve PPD gelişme riski değerlendirildiğinde istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$). Ancak PPD gelişme riski olan anneler arasından ev hanımı olanların %87,5 (63/72)' lik oranla çalışan ve doğum izninde olan annelerden PPD gelişme riskinin daha fazla olduğu bulunmuştur.Literatüre baktığımızda,Şahin' in yapmış olduğu çalışmada annenin çalışma durumu ve postpartum depresyon arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. (156) Aynı şekilde Arslantaş ve ark.nın yapmış olduğu çalışmada da katılımcıların %81,5'inin ev hanımı olduğunu ve çalışma durumunun PPD' nu etkilemediğini saptamıştır.(153)İnandı ve ark.nın(153) yaptığı çalışma ile Sivas'ta Nur ve ark.nın(6) yaptığı çalışma ise bizim çalışmamızdan farklı olarak PPD sıklığı ile annenin çalışmama durumu arasında anlamlı ilişki bulmuşlardır.Yapılmış bazı çalışmalarda ise özellikle ekonomik sebeplerden ötürü çalışma hayatına erken dönen annelerde PPD' nun fazla görüldüğü belirtilmiştir.(174) Zonguldak' ta Atasoy ve ark.nın yaptıkları çalışmada ise PPD görülme sıklığının çalışan annelerde daha fazla olduğu bulunmuştur. (175)Çalışmamızda annelerin çalışma durumu ile PPD arasında anlamlı ilişki saptanmasa da da ev hanımı olan annelerde PPD gelişme riski fazla bulunmuştur.Annenin bebeğinin doğumuyla beraber sorumluluklarının artması, tüm gün çocukla tek başına ilgilenmek zorunda kalması bazen bu sorumlulukların üstesinden gelememesine sebep olur ve annenin stresi daha da artar. Önceden sosyal ortamı olan annenin çocuğun doğumuyla bir nebze de olsa kısıtlanması, doğum öncesi çalışma hayatı olan annenin artık çocuğuna bakmak için işi bırakması sonucu hem ekonomik bağımsızlığının azalması hem de ev ortamına alışmakta zorluk çekmesinin annenin PPD riskini arttırabileceği düşünülebilir.

Çalışmamızda eş çalışmayan annelerin %23' ünde, çalışmayan annelerin %28'inde PPD gelişme riski olduğu bulunmuş ancak eşlerin çalışma durumu ile annede PPD gelişme riski arasında anlamlı derecede ilişki bulunamamıştır ($p>0,05$). Karamustafa'nın yapmış olduğu çalışmada da bizim çalışmamızla benzer şekilde eşin çalışma durumuyla postpartum depresyon arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır.(169)Yücesoy ise yaptığı çalışmada eşin çalışmamasının annenin depresyon puanını arttırdığını göstermiş ve gruplar arası farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur. (51)Aynı şekilde Arslan' ın (81)yaptığı

çalışmada, Nur ve ark.nın(6)çalışmasında ve İnandı ve ark.nın(163) yaptığı çalışmada da eşin işsiz olmasının annede PPD gelişme riskini arttırdığı bulunmuştur. PPD gelişiminde eşin çalışmama durumu anne için ek bir stres faktörü olabilmektedir ancak çalışmamızda annelerin eşlerinin %91,9' u çalıştığı için literatürden farklı bir sonuç elde edilmiştir.

Çalışmamızda annelerin evlenme yaşıyla PPD gelişme riski arasındaki ilişkiye baktığımızda istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$). Arslan' ın (81)çalışması ve Atasoy ve ark.nın(175) yaptıkları çalışmada annelerin evlenme yaşıyla postpartum depresyon gelişme riski arasında ilişki saptanmamıştır. İnandı ve ark.nın yapmış olduğu çalışmada ise erken yaşta evlenen annelerin depresyon oranı fazla bulunmuştur. (163) Karadeniz' in Göçmen ve Türk annelerinde yapmış olduğu bir çalışmada ise, türk annelerinde evlenme yaşının artmasının PPD puanında azalmaya neden olduğunu, Göçmen annelerde ise PPD puanında artışa sebep olduğu gösterilmiştir.(176) Bu konuyla ilgili yapılacak geniş örneklem çalışmalarına ihtiyaç vardır.

Çalışmamızda annelerin eşiyle ilişkisine baktığımızda postpartum depresyon gelişme riski arasında istatistiksel düzeyde anlamlı ilişki saptanmıştır.($p=0,014$)EPDÖ skoru 13 ve üzeri olan ve eşiyle ilişkisi çok iyi olan annelerin oranı %36,1 (26/72), EPDÖ skoru 13' ün altında olan ve eşiyle ilişkisi çok iyi olan annelerin %52,8'lik (124/235) oranından anlamlı düzeyde daha düşüktür. Battaloğlu ve ark.nın yapmış olduğu çalışma da bizim çalışmamızla benzerlik göstermekte olup annelerin eşiyle iletişim düzeyleri ile EPDÖ skoru arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır. (87)Nur ve ark.nın yaptığı çalışmada da eşiyle arasındaki ilişki kötü olan annelerde PPD gelişme prevalansı 2,73 kat daha fazla bulunmuştur.(6)Eşlerinden yeteri kadar ilgi ve destek alan ve eşiyle arasındaki ilişki iyi olan anneler, doğum sonrası döneminde yaşayabileceği ruhsal bunalımların daha kolay üstesinden gelebilir hem de bebeğiyle daha iyi iletişim kurabilir bizim sonucumuz da bu sonucu destekler niteliktedir.

Çalışmamızda çekirdek ailede yaşayan annelerin %23,9' unda, geniş ailede yaşayan annelerin ise %22,1' inde PPD gelişme riskinin olduğu bulunmuştur. Aile tipi ve PPD gelişme riski arasında anlamlı farklılık izlenmedi ($p>0,05$). Vural ve ark.nın(177)1999' da yaptığı çalışmada geniş ailede yaşayan annelerin %62,2' sinde depresyon olduğunu, Efe ve ark.nın (178) 2009 yılında 214 anneye yaptığı çalışmada ise geniş ailede yaşayan annelerin %37,5 oranıyla diğer gruplara göre yüksek depresyona sahip olduğunu tespit etmiş ancak 2 çalışmada da istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Aynı şekilde Türkçapar ve ark.nın(158) yaptığı çalışmada da aile tipi ile postpartum depresyon arasında ilişki olmadığını belirtmiştir. Yücesoy'un çalışmasında ise geniş ailede yaşayan annelerin EPDÖ puanı

çekirdek ailede yaşayan annelere oranla daha fazla olduğu bulunmuş ve gruplar arası bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur. (51)Çalışmamızda aile tipi ile PPD gelişimi arasında ilişki bulunmasa da PPD riski olan annelerin %76,4' ü (55/72) çekirdek ailede, %23,6' sı (17/72) ise geniş ailede yaşamaktadır. Annelerin çocuk yetiştirme süresince tek başlarına bazı durumların üstesinden gelmeleri zor olmaktadır. Özellikle bu dönemde annenin, kayınvalidenin ya da bir büyüğün desteğiyle bu dönemin daha rahat atlatılabileceği, annenin kendine de vakit ayırma konusunda faydalı olabileceği düşünülebilir.

Çalışmamızda annelerin sağlık güvencesiyle postpartum depresyon gelişme sıklığı arasında istatistiksel anlamda ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$). Şahin' in (156) çalışmasında, Durukan ile ark.nın(95) yaptığı çalışmada ve Karamustafa' nın(169) yaptığı çalışmada da postpartum depresyonun bulunma durumunun sağlık güvencesiyle herhangi bir anlamlı ilişkisinin olmadığını saptamışlardır. Ancak bizim çalışmamızda da olduğu gibi sağlık güvencesi bulunmayanlarda, bulunanlara göre EPDÖ skorunun belirgin orandan yüksek olduğu görülmüştür. (179)Çalışmamızda sağlık güvencesi olmayan annelerin sayısının düşük olması(%7,5) bu durumla depresyon arasındaki ilişkiyi belirlememizde kısıtlayıcı bir faktör olmaktadır.

Çalışmamızda annelerin gelir durumuna baktığımızda geliri giderden çok olan annelerin %25,7' sinde, gelir gidere eşit olan annelerin %22,2' sinde ve geliri giderinden az olan annelerin %23,5' inde PPD gelişme riski bulunmuştur. Annelerin aylık gelir durumuyla PPD sıklığı arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır ($p>0,05$). Literatüre baktığımızda bizim çalışmamızla benzer sonuçlar olduğu, aylık gelir durumuyla PPD gelişimi arasında istatistiksel anlamda ilişki bulunmadığı gösterilmiştir. (95,156)Çalışma sonucumuzun aksine Nur ve ark.nın çalışmasında yoksulluğun PPD için risk faktörü olduğu bulunmuştur.(6) Benzer şekilde Gümüş ve ark.nın çalışmasında da gelir düzeyi düşük olan annelerin depresif belirtilerinin daha fazla olduğu bulunmuştur.(105)Bu veriler çalışmamıza katılan örneklem sayısının az olmasına veya araştırmaya dahil ettiğimiz grubun sosyodemografik açıdan benzer olmasından kaynaklanmış olabilir.

Çalışmamızda gebelik öncesinde sigara içen annelerin %19,4' ünde, emziren annelerin %34,1' inde, hiç içmeyen annelerin %21,9' unda ve exsmoker annelerin %50 sinde PPD gelişme riski saptanmıştır. Annelerin sigara içme durumu ile PPD gelişme riski arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$). Arslan' ın yapmış olduğu çalışmada da bizim çalışmamızla benzer sonuçlandı ve sigara kullanımıyla PPD gelişimi arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmadı.(81)Yapılmış çalışmalara baktığımızda sigaranın PPD gelişiminde risk faktörü olduğu ve EPDÖ toplam puanını anlamlı ölçüde yükselttiği

bulunmuştur. (156,157) Brown ve ark.nın 526 kişiyle yaptıkları bir çalışmada sigara içimiyle depresif semptomlar arasında ilişki araştırılmış ve klinik seviyede görülen depresif semptomlar ile nikotin bağımlılığı ilişkili bulunmuştur. (180)Sigara tüketimi ile depresyon arasındaki ilişkide hangisinin tetiği çektiği halen bilinmese de yapılacak biyodavranışsal analizlerle bu yakın ilişki daha iyi aydınlatılabilecektir. (181)

Çalışmamızda annelerin gebelik sayısına baktığımızda PPD gelişme riski ile arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır (**p=0,039**).Gebelik sayısı 1 olan ve EPDÖ skoru ≥ 13 olan annelerin oranı %44,4 (32/72), gebelik sayısı 1 olup EPDÖ skoru < 13 olan annelerin oranı olan %29,8 (70/235)' den anlamlı olarak daha yüksektir. Aynı şekilde gebelik sayısı 2 olan ve EPDÖ skoru ≥ 13 olan annelerin oranı %25(18/72), gebelik sayısı 2 olup da EPDÖ skoru < 13 altında olan annelerin oranı olan %38,7(91/235)' den anlamlı olarak daha düşüktür.Yücesoy' un (51) çalışmasında da ise gebelik sayısı ile PPD gelişimi arasında ilişki saptanmamıştır. Ay ve arkadaşlarının 2010-2017 yılları arasında postpartum depresyonla ilgili yayınlanmış olan 39 makaleyi derledikleri çalışmalarında gebelik sayısının PPD ortaya çıkmasında etkili faktör olduğunu bulmuşlardır.(182) Burdur ilinde yapılmış bir çalışmada ise gebelik sayısı PPD gelişme durumu arasında anlamlı farklılık bulunmuştur.(183)Çalışmamızda gebelik sayısı arttıkça PPD gelişme riskinin azaldığı bulunmuştur. Bunun sebepleri arasında, gebelik sayısı arttıkça annelerin diğer yetiştirdiği çocukları sayesinde daha deneyimli, tecrübeli, bilgili olmalarından, bebek bakımında daha az zorluk yaşamasından ve aynı şekilde gebelik sayısı arttıkça emzirme konusunda da deneyimlerinin artmasından kaynaklandığı düşünülebilir.

Çalışmamızda gebeliğin istenme durumuyla PPD gelişme sıklığı arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$). Literatüre baktığımızda Ayvaz ve ark.nın çalışmasında (132) ve Bloch ve ark.nın (9) yaptıkları çalışmada da anlamlı ilişki bulunmamıştır. Buna karşın İnandı ve ark. nın yapmış oldukları çalışmada ise annelerin istemeden gebe kalması durumunda PPD gelişme sıklığının 1,56 kat arttığı saptanmıştır.(163)Dietz ve ark.nın çalışmasında da istenmeyen gebeliğin bireyin stres faktörleriyle başa çıkmasını zorlaştıracakını, benlik duygusunu zedeleyebileceğini ve depresyona yatkınlık oluşturabileceğini belirtmiştir. (184) İstenmeyen bir gebelik hem kişinin yaşam tarzında değişikliklere sebep olması hem de beraberinde psikolojik ve ekonomik yükümlülükler getirmesiyle beraber anne ve aile için ek stres faktörü olabilmektedir. Çalışmamızda annelerin %84,4' ünün gebeliğinin istemli olduğu bulunmuş bu da çalışmamızın literatürden farklı sonuçlanmasına sebep olmuş olabilir.

Çalışmamızda doğum şekline baktığımızda normal doğum yapan annelerin %23,4'ünde sezaryen ile doğum yapanların %23,4'ünde ve epidural ile doğum yapan annelerin ise %25'inde PPD gelişme riski bulunmuştur. Doğum şekli ve PPD gelişimi arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$). Hergüner ve ark.nın(185) doğum şeklinin PPD üzerine etkisini inceledikleri çalışmada ve Şahin' in (156) yapmış olduğu başka çalışmada da doğum şeklinin PPD gelişimi üzerinde etkisinin olmadığı bulunmuştur. İran'da Montazeri ve ark.nın(186) yaptığı bir çalışmada sezaryenle doğum yapan annelerin depresyona yakalanma oranı yüksek bulunurken, O'Hara' nın (187) çalışmasında ise acil sezaryenin PPD için bir risk faktörü olduğu belirtilmiştir. Sünter ve ark.nın(155) çalışmasında ise vajinal yolla doğum yapmanın PPD için risk faktörü olduğu saptanmıştır.

Çalışmamızda bebeklerin yaşına baktığımızda 2hafta-3 ay arası bebeği olan annelerin 22,4'ünde, 3-6 ay arası bebeği olan annelerin %16,2' sinde ve 6-12 ay arası bebeği olan annelerin %28,1' ine PPD gelişme riski bulunmuştur. Bebeklerin yaşı ile PPD gelişimi arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Karadeniz' in göçmen Arap kökenli anneler ile Türk annelerinde yapmış olduğu çalışmada, Türk annelerinde bebeğin yaşı arttıkça özellikle 4-6 aylık ve 10-12 aylık bebeğe sahip annelerde PPD puan ortalamasının en yüksek olduğu bulunmuş, ancak Arap kökenli annelerde böyle bir risk bulunmamıştır.(169) Fazlıoğlu(188) çalışmasında 3-12 ay arası bebeği olan anneleri dahil etmiş ve annelerin PPD puanları ile bebeğin yaşı arasında anlamlı farklılık saptamamıştır. Yapılmış başka bir çalışmada annelerin doğum sonrası aylık periyotlarına bakılmış ve PPD gelişme seviyesi incelenmiş, bu çalışmada da anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Literatürde bu ilişki üzerine yapılmış çalışma sayısı çok az olmasına rağmen bu dönemde depresyonun en sık ilk 3 aylık periyotta oluştuğuna işaret edilmektedir. (189)

Çalışmamızda bebeğin cinsiyetine baktığımızda bebeğinin cinsiyeti kız olanların %25,2' sinde, erkek olanların %21,9' unda PPD gelişme riski olduğu bulunmuştur. Cinsiyet ile PPD gelişimi arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$). Literatürü incelediğimizde, ülkelerin gelişmişlik düzeyi ve kültürel yapısının PPD ile cinsiyetin karşılaştırılmasında etkili olduğu görülmüştür. Ay ve ark.nın PPD ile yapılmış ilgili 39 makaleyi derledikleri çalışmalarının sonucunda, çalışmaların %58,9' unda cinsiyet ile PPD arasındaki ilişkiye bakılmış, bu çalışmaların yarısında cinsiyetin PPD' yi etkilediği yarısında ise etkilemediği sonucuna ulaşılmıştır.(182) Gelişmemiş ülkelerdeki çalışmalara baktığımızda bebeğin kız olmasının postpartum depresyon riskini yaklaşık 2,5-3 kata kadar arttırdığı, gelişmiş toplumlarda ise cinsiyetin PPD' yi etkilemediğini gösteren çalışmalar mevcuttur. (154,190,191) Ayvaz ve ark. nın yapmış olduğu çalışmada bebeğin cinsiyetinin PPD' nu

etkilemediği bulunmuştur.(132) İnandi ve ark.nın çalışmasında ise kız bebek doğuran annenin, erkek bebek doğuranlara kıyasla depresyon riskinin istatistiksel olarak arttığını bildirmiştir.(192) Batı’ da yapılmış çalışmalara baktığımızda cinsiyet ve PPD arasında anlamlı ilişki bulunmazken, Çin ve Hindistan’ da yapılmış çalışmalarda cinsiyetin PPD’ u etkilediği görülmüştür.(193) Kültürel olarak Türkiye, Arap ülkeleri, Hindistan, Çin, Japonya, Tayvan, Kore, Hong Kong ve Vietnam gibi toplumlarda erkek çocuk lehinde cinsiyet tercihi bulunmaktadır. Özellikle toplumda erkek çocukların aileye ekonomik destek sağlayacağına, ailesinin soy devamlılığını sağlayacağına, ebeveynlerine yaşlandıklarında destek olunacağına inanırlar. Kız çocukların evlendikten sonra damadın ailesine ait olduğunu, ailesine maddi olarak katkı sağlayamayacağı inancı vardır.Bu şekilde bir cinsiyet yanlılığı ve bir kadının üreme sağlığı üzerindeki sınırlı kontrolü, bazı kadınlar için hamileliği stresli bir deneyi haline getirmektedir.Bu yüzden halihazırda kız çocuğu olan kadınlar yeni çocuğunun erkek olma arzusundan dolayı daha fazla stres yaşarlar ve kız çocuğunun doğumundan anne sorumlu tutulabilir. Bu durum özellikle de bizim gibi ataerkil toplumlarda kız cinsiyetinin sosyal baskıya sebep olmasına ve PPD gelişme riskine sebep olmaktadır.Ülkemizde kırsal kesimde halen erkek cinsiyet lehine tercihlerin beklenen ve istenen bir durum olduğu bilinse de toplumun bir kesiminde ise artık kız çocuklarının sosyal hayatta ve iş hayatında söz sahibi olması, okutulmaları ve meslek sahibi olmaları, ekonomik bağımsızlıklarını kazanarak ailesine de destek olması gibi pek çok konularda söz sahibi olmasının toplumun bir kesiminde bu cinsiyet ayırımına son verdiğini göstermektedir.

Çalışmamızda bebeklerin beslenme şekli ile PPD gelişme riski arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmadı ($p>0,05$). Keskin’ in İstanbul’ un bir ilçesinde PPD ile ilgili yaptığı çalışmada da bebeklerin beslenme biçimiyle PPD arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır. (157)Yücesoy’ un çalışmasında ise bebeğini anne sütüyle besleyen annelerin EPDÖ skoru istatistiksel olarak anlamlı sonuçlanmıştır.(51)Küçüköğlu’nun(194) yaptığı çalışmada ve Dennis’ in (195) çalışmasında bebeğin beslenme şekliyle postpartum depresyon arasında anlamlı ilişki tespit edilmiştir.

Çalışmamızda annelerin bebeklerini doğumu takiben ilk emzirme sürelerine baktığımızda PPD gelişimiyle arasında ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$). Yücesoy’ un(51) yaptığı çalışmada, aynı şekilde Battaloğlu’nun (87) çalışmasında bebeğini hiç emzirmeyen annelerin diğer gruplara göre EPDÖ skoru daha yüksek bulunmuştur. Bu çalışmalardan farklı olarak Kara’nın 2016 yılında yaptığı bir çalışmada ise postpartum depresyon yaşayan annelerin %77,4’ ünün halen bebeklerini emzirdiklerini ve emzirme ile depresyon arasında anlamlı ilişki olmadığını belirtmiştir. (159)Doğum sonrası dönemde laktasyon ile involüsyon

sürecinin başlaması ve bebeğin emme refleksini uyarmak için bebeklerin ilk yarım saatte emzirilmesi gereklidir. Doğumdan hemen sonra uygun koşullar sağlandığında ilk beslenme doğum masasında başlatılarak bebeğin olabildiğince erken emmesi sağlanmalıdır. Bu şekilde anne ile bebek arasında yakın ilişki oluşur, bebeğin sakinleşmesi, gevşemesi sağlanır, anne ile bebek arasında güvenli bağlanmanın temelleri oluşur. Aynı zamanda emzirmeye erken başlandığında yoğun bir şekilde kolostrum içeren anne sütü yenidoğanı enfeksiyonlardan da korur.Çalışmamızda anlamlı sonuç çıkmamasının sebebi yeterli örneklem genişliği olmamasından kaynaklı olduğu düşünülmektedir.



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Bir kadın hayatının belli dönemlerinde bazı cinsiyet hormonları varyasyonlarıyla beraber üreme geçiş aşamalarını yaşar. Bu aşamalarda kadınlar fiziksel ve duygusal şikayetleri farklı derecelerde yaşarlar. Özellikle doğum sonrası ve adet öncesi gibi hormonal dalgalanmaların en yoğun yaşandığı bu dönemlerde yaygın bir şekilde depresif belirtilerin hakim olduğu bilinmektedir. Ayrıca premenstruel sendrom ve postpartum depresyonun örtüşen semptomları ve patofizyolojilerindeki hormonal dalgalanmaların benzerlik göstermesi bu hastalıkların ortak bir etiyoloji ve patolojiyi paylaşabileceğini düşündürmüştür. Bu iki rahatsızlık kadının düzenli yaşamını, çalışma hayatını, sosyal hayatını, ailesini ve bazen toplumu da etkileyebilir, hatta kişinin kendisine zarar verecek boyutlara ulaşabildiği de bilinmektedir.

Çalışmamızda 2 hafta–12 ay arasında bebeği olan annelerde PMS varlığının PPD gelişimindeki etkisini ve postpartum depresyon için risk oluşturabilecek anne ve bebeğe dair parametreleri inceledik. Edinburgh Postpartum Depresyon Tarama Ölçeği'ni kullanarak annelerde PPD gelişme riskinin %23,5 olduğunu ve Premenstruel Sendrom Ölçeği'ni kullanarak gebelik öncesinde annelerde PMS varlığının %46,3 olduğunu tespit ettik. Bulduğumuz sonuçlar ülkemiz ve yurt dışında yapılmış çalışma sonuçlarıyla uyumludur.

Literatürde yapılmış çalışmalara baktığımızda PMS'nin PPD için risk faktörü olduğu belirtilmiştir ancak PMS'nin ayrıntılı olarak sorgulandığı çalışma sayısı çok azdır. Biz de çalışmamızda annelerin PMS durumunu 44 soruluk PMSÖ anketi ile değerlendirdik. PPD durumunu da EPDÖ kullanılarak değerlendirdik. Araştırma kapsamına alınan annelerde premenstruel sendrom ile postpartum depresyon gelişme riski arasındaki ilişkiyi incelediğimizde, PMS' si olmayan annelerde PPD gelişme riskinin diğer gruba göre anlamlı olarak daha düşük olduğu, PMS' si olan annelerde ise PPD gelişme riskinin anlamlı olarak daha yüksek çıktığı bulunmuştur ($p<0,05$). PMS varlığının PPD gelişimi için potansiyel bir risk faktörü olduğu tespit edilmiştir. PMSÖ' nin alt boyutlarından depresif duygulanımın,

anksiyetenin, yorgunluğun, sinirlilik, depresif düşüncenin, ağrının, uyku değişimlerinin ve şişkinliğin de PPD' li annelerde daha sık görüldüğü bulunmuştur ($p<0,05$).

Çalışmamızda eşiyile ilişkisi çok iyi olan annelerde PPD gelişme riskinin anlamlı olarak daha düşük olduğu bulunmuştur ($p<0,05$). Bunun sebebi eşin anneye bu hassas döneminde daha çok destek olması, yardım etmesi ve annenin bu dönemde yaşayabileceği ruhsal bunalımların daha kolay üstesinden gelmesini sağlayabilir. Gebelik sayısı 1 olan annelerin PPD gelişme riskinin fazla olduğu, 2 gebeliği olan annelerin ise PPD riskinin daha düşük olduğu tespit edilmiştir($p<0,05$).İlk gebelikte annenin bilgi, tecrübe ve deneyiminin olmamasının anneyi daha çok zorladığı, bebek bakımında zorluk yaşayabileceği ve bu durumun da anneyi strese sokabileceği düşünülmektedir.

Literatürdeki pek çok çalışmada PPD için risk faktörü olarak belirtilen; düşük gelir durumu, annenin ve eşin eğitim seviyelerinin düşük olması, eşinin çalışmaması, gelir durumunun kötü olması, gebeliğin istenmeme durumu, annenin yaşının küçük olması, annenin sigara kullanması gibi faktörler bizim çalışmamızda risk faktörü olarak bulunmamıştır. Bunun sebebinin çalışmalardaki örneklem seçimi ve coğrafi bölgelerin kültürel yapısındaki farklılıklardan kaynaklanabileceğini düşünüyoruz.

6.2. Öneriler

- ✓ Birinci basamaktaki çalışan sağlık personelleri özellikle aile hekimleri, gebe kadının ilk karşılaştığı, gebelik süresince ve doğumdan sonraki süreçte bebek ve anne izlemleri sırasında devamlı takip altında olduğu birimdir. Gebeleri ve loğusaları izleyen sağlık çalışanları PPD' nin risk faktörleri ve belirtileri konusunda bilgilendirilmeli, PPD riski taşıyan gebe ve loğusayı yakından ve uzun süre takip etmeli,
- ✓ Özellikle bu dönemde anneler duygudurumda değişiklik olduğu farkedilse bile psikiyatri polikliniğine başvurmak istemezler ama çocuğunun aşısı için yılda beş- altı kez aile hekimliğine başvurması gerektiği için aile hekimi tarafından annenin iyi gözlemlenmesi, sorgulanması ve gerekli durumda tarama ölçeğiyle riskli annelerin tespit edilmesi önerilir.
- ✓ PPD için önemli risk faktörlerinden biri olan PMS varlığının tespiti için aile hekimliğine başvuran her kadına gebelikten önce ya da gebelik süresinde ayrıntılı olarak semptomlar sorgulanmalı, gerekli durumlarda PMSÖ uygulanarak ayrıntılı bilgi edinilmeli ve kaydedilmeli,

- ✓ Hekim PMS' li kadınların gebe kalmaları durumunda postpartum depresyon riskini göz önüne bulundurarak anneleri daha yakından, düzenli ve sık takip etmeli, gerekli durumda uzmana yönlendirmelidir.
- ✓ 1.basamakta sağlık hizmeti veren hekimlere premenstruel sendrom ve postpartum depresyon ile ilgili hizmet içi eğitim programları düzenlemeli, aile hekimleri aldıkları eğitimler çerçevesinde kadınlara egzersiz, beslenme, stresle baş etme ve iletişim konularında eğitim vermeli,
- ✓ Premenstruel sendrom ve postpartum depresyon konuları, doğum öncesin bakım eğitimleri arasında olmalı ve kadınların bu konuda farkındalığını arttırmak amaçlanmalı,
- ✓ Anne adaylarına olduğu gibi eşlerine de eğitim programları düzenlenmeli, doğum sonrası yaşanabilecek duygudurum değişimleri açısından bilgi verilmeli ve her başvuruda eş desteğinin bu dönemdeki önemi vurgulanmalı, eğitimlerin tüm sağlık kurumlarında olmak üzere özellikle 1.basamakta hizmet veren kurumlarda danışmanlık hizmeti olarak verilmesi benimsenmeli,
- ✓ Aile hekimleri tarafından gebelik ve doğum sonu döneme yönelik eğitim ve danışmanlık hizmetleri sadece anneye yönelik değil, bütüncül olarak aileye yönelik hazırlanmalı,
- ✓ Sağlık Bakanlığının doğum sonu bakım yönetim rehberinde de açıklanmış olan annelerin doğum sonrası 2.-5. Günler arası aile sağlığı merkezinde başlatılan 4. İzlemden itibaren her görüşmede annenin psikolojik durumu değerlendirilmeli, özellikle 6.izlem olan 30-42.günler arasında annenin psikolojik durumu ayrıntılı değerlendirilmelidir.
- ✓ Geçmişinde ruhsal hastalık öyküsünün olması, psikotik depresyon, psikotik bozukluklar ve intihar riski varsa EPDÖ uygulanması önerilmekte, psikolojik açıdan risk tespit edilen ve sevk edilen annenin doğum sonunda 8.haftada tekrar EPDÖ ile değerlendirilmesi önerilmektedir.
- ✓ Premenstruel sendrom ve postpartum depresyon arasındaki ilişkinin incelendiği çalışmamız kesitsel tipte çalışma olduğu için kısıtlayıcı faktörler bulunmaktadır.Geleceğe dönük daha geniş örneklem ve farklı kültürel yapılarıdaki coğrafi bölgelerle yapılacak çalışmaların PMS ve PPD arasındaki ilişkiyi göstermek açısından faydalı olabileceği düşünülmektedir.

7.KAYNAKLAR

1. İsmail KM., P.M.S. O' Brien. Premenstrual Syndrome. 2001 [cited 2019 May 15]; Available from: <http://www.idealibrary.com>
2. Yücel U, Bilge A, Oran N, Ersoy MA, Gençdoğan B, Özveren Ö. The Prevalence Of Premenstrual Syndrome And Its Relationship With Depression Risk İn Adolescents// Adolesanlarda Premenstruel Sendrom Yaygınlığı Ve Depresyon Riski Arasındaki İlişki. Anadolu Psikiyatr Derg. 2009;10(1).
3. O'hara MW, Swain AM. Rates And Risk Of Postpartum Depression A Meta-Analysis. Int Rev Psychiatry [Internet]. 1996 Jan 11 [cited 2019 Jul 8];8(1):37–54. Available from: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.3109/09540269609037816>
4. Şolt A, Savaşer S, Dolgun G. Doğum Sayısının Anne Bebek Bağlanmasına Etkisi. Sağlık Bilim ve Meslekleri Derg. 2017;4(3):236–43.
5. Coşkun TD, Aydın S, Çatak B. Sağlığın Sosyal Belirleyicileri Postpartum Depresyonu Etkiliyor Mu? TAF Prev Med Bull. 2016;15(5):414–20.
6. Nur N, Çetinkaya S, Arzu BAKIR D, Demirel Y, Gör Ö, Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Eğitimi Anabilim Dalı C, et al. Sivas İl Merkezindeki Kadınlarda Postnatal Depresyon Prevalansı Ve Risk Faktörleri Prevalence of Postnatal Depression and Risk Factors in Women in Sivas City [Internet]. Sivas; 2004 [cited 2019 Jul 1]. Available from: <http://eskidergi.cumhuriyet.edu.tr/makale/889.pdf>
7. Erdem Ö, Bucaktepe GE. The Prevalence And Screening Methods Of Postpartum Depression. Dicle Med J / Dicle Tıp Derg [Internet]. 2012;39(3):458–61. Available from: <http://dergipark.gov.tr/doi/10.5798/diclemedj.0921.2012.03.0182>
8. Satı Kırkan T. Gebelik Ve Doğum Sonrası Dönemde Depresyon Yaygınlığı Ve İlişkili Faktörler: Bir İzlem Çalışması. 2014.
9. Bloch M, Rotenberg N, Koren D, Klein E. Risk Factors For Early Postpartum Depressive Symptoms. Gen Hosp Psychiatry [Internet]. 2006 Jan [cited 2019 Jul 4];28(1):3–8. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0163834305001477>
10. Baker FC, Driver HS. Circadian Rhythms, Sleep, And The Menstrual Cycle. 2007

- [cited 2019 May 20]; Available from: www.elsevier.com/locate/sleep
11. Halbreich U, Endicott J. Relationship Of Dysphoric Premenstrual Changes To Depressive Disorders. *Acta Psychiatr Scand* [Internet]. 1985 Apr 1 [cited 2019 Jul 8];71(4):331–8. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1600-0447.1985.tb02532.x>
 12. Marakoğlu K, Özdemir S, Çivi S. Postpartum Depresyon [Internet]. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences*. [Redfield Bros.?.; 2009. 206–214 p. Available from: <https://www.turkiyeklinikleri.com/article/en-postpartum-depresyon-53456.html>
 13. Panay N. Management Of Premenstrual Syndrome: Evidence-Based Guidelines. *Obstet Gynaecol Reprod Med* [Internet]. 2011 Aug 1 [cited 2019 May 13];21(8):221–8. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1751721411000911>
 14. Gençdoğan B. Premenstruel Sendrom İçin Yeni Bir Ölçek. 2006;78.
 15. Miyaoka Y, Akimoto Y, Ueda K, Ujiie Y, Kametani M, Uchiide Y, et al. Fulfillment Of The Premenstrual Dysphoric Disorder Criteria Confirmed Using A Self-Rating Questionnaire Among Japanese Women With Depressive Disorders. *Biopsychosoc Med* [Internet]. 2011 May 2 [cited 2019 May 14];5(1):5. Available from: <http://bpsmedicine.biomedcentral.com/articles/10.1186/1751-0759-5-5>
 16. Figen Türkçapar A, Hakan Türkçapar M, Tahir Burak Kadın Hastalıkları ve Doğum Eğitim ve Araştırma Hastanesi Z, Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi D. Premenstruel Sendrom ve Premenstruel Disforik Bozuklukta Tanı ve Tedavi: Bir Gözden Geçirme [Internet]. Vol. 10. 2011 [cited 2019 May 13]. Available from: https://www.journalagent.com/kpd/pdfs/KPD_14_4_241_253.pdf
 17. Moslehi M, Arab A, Shadnough M, Hajianfar H. The Association Between Serum Magnesium and Premenstrual Syndrome: a Systematic Review and Meta-Analysis of Observational Studies. *Biol Trace Elem Res* [Internet]. 2019 Mar 18 [cited 2019 May 13];1–8. Available from: <http://link.springer.com/10.1007/s12011-019-01672-z>
 18. Halbreich U. The Etiology, Biology, And Evolving Pathology Of Premenstrual Syndromes. *Psychoneuroendocrinology* [Internet]. 2003 [cited 2019 May 23];28:55–99. Available from: www.elsevier.com/locate/psyneuen
 19. Adıgüzel H, Taşkın EO, Danacı AE. The Symptomatology and Prevalence of Symptoms of Premenstrual Syndrome in Manisa, Turkey [Internet]. [cited 2019 May 13]. Available from: <https://pdfs.semanticscholar.org/de69/1537caef36ef8cde21700966710450fdd39e.pdf>

20. Freeman EW. Premenstrual Syndrome And Premenstrual Dysphoric Disorder: Definitions And Diagnosis. Psychoneuroendocrinology [Internet]. 2003 Aug 1 [cited 2019 May 14];28:25–37. Available from:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0306453003000994>
21. Ashraf D-M, Sayehmiri K, Delpisheh A, Kaikhavandi S. Epidemiology of Premenstrual Syndrome (PMS)-A Systematic Review and Meta-Analysis Study. J Clin Diagn Res [Internet]. 2014 Feb [cited 2019 May 14];8(2):106–9. Available from:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24701496>
22. Çatakoğlu H. 25 Yaş Üstü Kadınlarda Premenstrual Sendrom Görülme Sıklığı Ve İlişkili Faktörler [Internet]. 2016 [cited 2019 May 14]. Available from:
<http://acikerisim.selcuk.edu.tr:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/3529/422821.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
23. Baker LJ, O'Brien PMS. Premenstrual Syndrome (PMS): A Peri-Menopausal Perspective. Maturitas [Internet]. 2012 Jun 1 [cited 2019 May 14];72(2):121–5. Available from:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0378512212001119?via%3Dihub>
24. Tuna Oran N, Yücel U, Gençdoğan B. The Prevalence Of Premenstrual Syndrome And Its Relationship With Depression Risk İn Adolescents [Internet]. 2017 [cited 2019 May 14]. Available from: <https://www.researchgate.net/publication/264044540>
25. Öztürk S, Tanrıverdi D, Behice E. Premenstrual Syndrome and Management Behaviours in Turkey / The Australian Journal of Advanced Nursing. [Internet]. [cited 2019 May 14]. Available from:
<https://search.informit.com.au/documentSummary;dn=058614623002183;res=IELHEA>
26. Taskin EO, Esen-Danaci A. The Symptomatology And Prevalence Of Symptoms Of Premenstrual Syndrome İn Manisa, Turkey Social Cognition View Project [Internet]. 2007 [cited 2019 May 14]. Available from:
<https://www.researchgate.net/publication/5986594>
27. Pinar A, Öncel S. 15-49 Yaş Grubu Kadınlarda Premenstrual Sendrom Görülme Sıklığı (Antalya / Türkiye). 2011;21(4).
28. Poyrazoglu S. Kayseri İl Merkezi 'Nde Yaşayan 15-49 Yaş Arası Kadınlarda Premenstruel Sendrom Prevalansı Ve Etkileyen Faktörler. 2010;
29. Akyılmaz F, Özçelk N, Gülden POLAT M. Premenstruel Sendrom Görülme Sıklığı [Internet]. [cited 2019 May 15]. Available from:
https://www.journalagent.com/medeniyet/pdfs/MEDJ_18_2_106_109.pdf

30. Shaughn OB, Inusekhar R, Usman SB. Psychological Aspects of Premenstrual Syndrome. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2007;21(2):207–20.
31. Önal B. Premenstrüel Sendromda Risk Faktörleri Ve Tedavi Arama Davranışının Araştırılması. 2011;
32. Hofmeister S, Bodden S. Premenstrual Syndrome and Premenstrual Dysphoric Disorder [Internet]. Vol. 94. 2016 [cited 2019 May 15]. Available from: www.aafp.org/afp.
33. Müderris İİ, Gönül AS, Sofuoğlu S, Taşçı S, Bayatlı M. Genç Kadınlarda Premenstrüel Disforik Bozukluk Prevalansı [Internet]. 1999 [cited 2019 May 16]. Available from: <https://www.researchgate.net/publication/238747925>
34. Ozdel K, Olga Guriz S. Premenstrual Symptom Screening Tool: A Useful Tool for DSM-5 Premenstrual Dysphoric Disorder Cognitive behavioral group interventions View project Suicide and its cognitive behavioral base View project. 2014 [cited 2019 May 16]; Available from: <https://www.researchgate.net/publication/269985132>
35. Gültekin G, Uludağ C, Çetinkaya S, Altun İ, Ozan E, Açıköz S, et al. Premenstrüel Sendromu Olan Kadınlarda Yüzden Duygu İfadesi Tanıma Becerilerinin Premenstrüel Sendromu Olmayan Kadınlarla Karşılaştırılması. [cited 2019 May 16]; Available from: <http://www.turkpsikiyatri.com/PDF/C28S4/02.pdf>
36. Okumus S. Evli Kadınlarda Eş Uyumunun Premenstrüel Sendrom Yakınmaları Üzerine Etkisinin Değerlendirilmesi. 2019.
37. Lustyk MKB, Gerrish WG. Premenstrual Syndrome and Premenstrual Dysphoric Disorder: Issues of Quality of Life, Stress and Exercise. In: *Handbook of Disease Burdens and Quality of Life Measures* [Internet]. New York, NY: Springer New York; 2010 [cited 2019 May 17]. p. 1951–75. Available from: http://link.springer.com/10.1007/978-0-387-78665-0_115
38. Tschudin S, Coda Berteau P, Zemp E. Prevalence And Predictors Of Premenstrual Syndrome And Premenstrual Dysphoric Disorder In A Population-Based Sample. [cited 2019 May 20]; Available from: <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007%2Fs00737-010-0165-3.pdf>
39. Haghighi ES, Jahromi MK, Daryano Osh F. Relationship Between Cardiorespiratory Fitness, Habitual Physical Activity, Body Mass Index And Premenstrual Symptoms In Collegiate Students. *J Sports Med Phys Fitness* [Internet]. 2015 Jun [cited 2019 May 20];55(6):663–7. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26205766>
40. Isin H, Karaman O, Tanrıverdi G, Degirmenci Y. Subjective Sleep Quality In

- Premenstrual Syndrome. *Gynecol Endocrinol* [Internet]. 2012 [cited 2019 May 20];28(8):661–4. Available from: <https://doi.org/10.3109/09513590.2011.650769>
41. Chayachinda C, Rattanachaiyanont M. Premenstrual Syndrome in Thai Nurses. *J Psychosom Obstet Gynecol* [Internet]. 2008 [cited 2019 May 20];29(3):203–9. Available from: <https://www.tandfonline.com/action/journalInformation?journalCode=ipob20>
 42. Bertone-Johnson ER, Hankinson SE, Johnson SR, Manson JE, House A. Original Contribution Cigarette Smoking and the Development of Premenstrual Syndrome. *Am J Epidemiol* [Internet]. 2008 [cited 2019 May 20];168(8). Available from: <https://academic.oup.com/aje/article-abstract/168/8/938/138140>
 43. Masho SW, Adera T, South-Paul J. Obesity as a Risk Factor for Premenstrual Syndrome. *J Psychosom Obstet Gynecol* [Internet]. 2005 [cited 2019 May 20];26(1):33–9. Available from: <https://www.tandfonline.com/action/journalInformation?journalCode=ipob20>
 44. Takeda T, Tasaka K, Sakata M, Murata Y. Prevalence Of Premenstrual Syndrome And Premenstrual Dysphoric Disorder In Japanese Women. *Arch Womens Ment Heal* [Internet]. 2006 [cited 2019 May 20];9:209–12. Available from: <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007%2Fs00737-006-0137-9.pdf>
 45. Bertone-Johnson ER, Hankinson SE, Johnson SR, Manson JE. Timing of Alcohol Use and the Incidence of Premenstrual Syndrome and Probable Premenstrual Dysphoric Disorder [Internet]. [cited 2019 May 20]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2828255/pdf/jwh.2009.1468.pdf>
 46. Skrzypulec-Plinta V, Drosdzol A, Nowosielski K, Plinta R. The Complexity Of Premenstrual Dysphoric Disorder-Risk Factors In The Population Of Polish Women [Internet]. 2010 [cited 2019 May 20]. Available from: <http://www.rbej.com/content/8/1/141>
 47. Marván ML, Díaz-Erosa M, Montesinos A. The Journal of Psychology Premenstrual Symptoms in Mexican Women With Different Educational Levels. *J Psychol* [Internet]. 1998 [cited 2019 May 20];132(5):517–26. Available from: <https://www.tandfonline.com/action/journalInformation?journalCode=vjrl20>
 48. Vigod SN, Ross LE, Steiner M. Understanding And Treating Premenstrual Dysphoric Disorder: An Update For The Women's Health Practitioner. *Obstet Gynecol Clin North Am* [Internet]. 2009 Dec 1 [cited 2019 May 20];36(4):907–24, xii. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19944308>

49. Bozukluk GKPD, Prevalansı, Gonul AS. Validation of Turkish version of Brief Negative Symptom Scale View project Differential Diagnosis of a Patient with Psychotic Disorder with High Creatine Kinase and Subfebrile Fever View project [Internet]. [cited 2019 May 22]. Available from:
<https://www.researchgate.net/publication/238747925>
50. Do GK, Gonsalves L, Thacker H. Premenstrual Dysphoric Disorder: A Review For The Treating Practitioner. 2000.
51. Yücesoy H. Premenstruel Sendromun Doğum Sonrası Depresyon Ve Anne-Bebek Bağlanmasına Etkisi. 2017;115.
52. Fujiwara T, Nakata R. Young Japanese College Students with Dysmenorrhea Have High Frequency of Irregular Menstruation and Premenstrual Symptoms [Internet]. Vol. 1, The Open Medical Informatics Journal. 2007 [cited 2019 May 22]. Available from:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2666467/pdf/TOMINFOJ-1-8.pdf>
53. Erbil N, Karaca A, Kırış T. Investigation Of Premenstrual Syndrome And Contributing Factors Among University Students. 2007 [cited 2019 May 22]; Available from:
<http://journals.tubitak.gov.tr/medical/issues/sag-10-40-4/sag-40-4-9-0812-2.pdf>
54. Balaha MH, Abd M, Monem E, Saleh M, Moghannum A, Saab N, et al. The Phenomenology Of Premenstrual Syndrome İn Female Medical Students : A Cross Sectional Study Page Numbers Not For Citation Purposes Page Numbers Not For Citation Purposes. (April):1–14.
55. Bertone-Johnson ER, Hankinson SE, Willett WC, Johnson SR, Manson JE. Adiposity and the Development of Premenstrual Syndrome. J Women's Heal [Internet]. 2010 Nov 4 [cited 2019 May 22];19(11):1955–62. Available from:
<http://www.liebertpub.com/doi/10.1089/jwh.2010.2128>
56. Farasati N, Siassi F, Koohdani F, Qorbani M, Abashzadeh K, Sotoudeh G. Western Dietary Pattern İs Related To Premenstrual Syndrome: A Case-Control Study. Br J Nutr [Internet]. 2015 [cited 2019 May 22];114:2016–21. Available from:
<https://doi.org/10.1017/S0007114515003943>
57. Cheng S-H, Shih C-C, Yang Y-K, Chen K-T, Chang Y-H, Yang Y-C. Factors Associated With Premenstrual Syndrome A Survey Of New Female University Students. Kaohsiung J Med Sci [Internet]. 2013 [cited 2019 May 22];29:100–5. Available from:
<http://dx.doi.org/10.1016/j.kjms.2012.08.017> Available online at www.sciencedirect.com/journalhomepage:<http://www.kjms-online.com>

58. Seedhom AE, Mohammed ES, Mahfouz EM. Life Style Factors Associated with Premenstrual Syndrome among El-Minia University Students, Egypt. *ISRN Public Health*. 2013;2013:1–6.
59. Rasheed P, Latifa ;, Al-Sowielem S. Prevalence And Predictors Of Premenstrual Syndrome Among College-Aged Women In Saudi Arabia [Internet]. [cited 2019 May 22]. Available from: www.kfshrc.edu.sa/
60. Eke AC, Akabuike JC, Maduekwe K. Predictors Of Premenstrual Syndrome Among Nigerian University Students; Predictors Of Premenstrual Syndrome Among Nigerian University Students. *Br Commun Int J Gynecol Obstet* [Internet]. 2010 [cited 2019 May 22];112:63–71. Available from: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1016/j.ijgo.2010.09.004>
61. Kahyao H. Üniversite Öğrencilerinde Premenstrüel Sendrom Prevalansı ve Risk Faktörleri. 2016;9(3):79–87.
62. Halbreich U, Rojansky N, Palter S, Tworek H, Hissin P, Wang K. Estrogen Augments Serotonergic Activity in Postmenopausal Women. 1995.
63. Bloch M, Schmidt PJ, Rubinow DR. Premenstrual Syndrome: Evidence for Symptom Stability Across Cycles [Internet]. Vol. 154, *Am J Psychiatry*. 1997 [cited 2019 May 23]. Available from: <https://ajp.psychiatryonline.org/doi/pdf/10.1176/ajp.154.12.1741>
64. Pearlstein T, Yonkers KA, Fayyad R, Gillespie JA. Pretreatment Pattern Of Symptom Expression İn Premenstrual Dysphoric Disorder. [cited 2019 May 23]; Available from: www.elsevier.com/locate/jad
65. Aktaş D, Şahin E. Kadın Sağlığını Etkileyen, Sık Görülen Bazı Jinekolojik Problemler Ve Hemşirelik Yaklaşımları [Internet]. [cited 2019 May 23]. Available from: <https://dergipark.org.tr/download/article-file/509448>
66. Kelderhouse K, Taylor JS. A Review of Treatment and Management Modalities for Premenstrual Dysphoric Disorder. [cited 2019 May 23]; Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/1751-486X.12048>
67. Pearlstein T, Steiner M. Premenstrual Dysphoric Disorder: Burden Of İllness And Treatment Update. *J Psychiatry Neurosci* [Internet]. 2008 [cited 2019 May 24];33(4):291. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2440788/>
68. Rapkin AJ, Akopians AL. Pathophysiology Of Premenstrual Syndrome And Premenstrual Dysphoric Disorder. *Menopause Int* [Internet]. 2012 Jun 1 [cited 2019 May 24];18(2):52–9. Available from:

<http://min.sagepub.com/lookup/doi/10.1258/mi.2012.012014>

69. Ling FW. Recognizing And Treating Premenstrual Dysphoric Disorder In The Obstetric, Gynecologic, And Primary Care Practices. *J Clin Psychiatry* [Internet]. 2000 [cited 2019 May 29];61 Suppl 1:9–16. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11041379>
70. Epperson CN, Haga K, Mason GF, Sellers E, Gueorguieva R, Zhang W, et al. Cortical γ -Aminobutyric Acid Levels Across the Menstrual Cycle in Healthy Women and Those With Premenstrual Dysphoric Disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 2003;59(9):851.
71. Sokullu G. Premenstrual Sendrom Yakınmaları Olan Kadınların Yaşam Biçimlerinin İncelenmesi [Internet]. [cited 2019 May 29]. Available from: http://adudspace.adu.edu.tr:8080/xmlui/bitstream/handle/11607/1080/gulhan_sokullu_t ez.pdf?sequence=1&isAllowed=y
72. Dickerson LM, Mazyck PJ, Hunter MH. Premenstrual Syndrome Common Symptoms of Premenstrual Syndrome [Internet]. Vol. 15, APRIL. 2003 [cited 2019 May 30]. Available from: www.aafp.org/afp Amerikan Family Physician 1743
73. Campagne DM, Campagne G. The Premenstrual Syndrome Revisited. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* [Internet]. 2007 Jan [cited 2019 May 30];130(1):4–17. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S030121150600371X>
74. Tsai SY. Effect Of Yoga Exercise On Premenstrual Symptoms Among Female Employees In Taiwan. *Int J Environ Res Public Health*. 2016;13(7).
75. Daley A. Exercise and Premenstrual Symptomatology: A Comprehensive Review. *J Women's Heal* [Internet]. 2009 Jun 10 [cited 2019 May 30];18(6):895–9. Available from: <http://www.liebertpub.com/doi/10.1089/jwh.2008.1098>
76. Süer N. Premenstrual Sendrom [Internet]. [cited 2019 May 30]. Available from: https://www.journalagent.com/medeniyet/pdfs/MEDJ_23_3_76_80.pdf
77. Frackiewicz EJ, Shiovitz TM. Evaluation and Management of Premenstrual Syndrome and Premenstrual Dysphoric Disorder. *J Am Pharm Assoc* [Internet]. 2001 May 1 [cited 2019 May 30];41(3):437–47. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1086580216312578>
78. Salamat S, Ismail KMK, O' Brien S. Premenstrual Syndrome. *Obstet Gynaecol Reprod Med* [Internet]. 2008 Feb [cited 2019 May 31];18(2):29–32. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S175172140700231X>
79. Usman SB, Indusekhar R, O'Brien S. Hormonal Management Of Premenstrual Syndrome. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* [Internet]. 2008 Apr 1 [cited 2019

- May 31];22(2):251–60. Available from:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1521693407001253>
80. Bäckström T, Andreen L, Birzniece V, Björn I, Johansson I-M, Nordenstam-Haghjo M, et al. The Role of Hormones and Hormonal Treatments in Premenstrual Syndrome [Internet]. Vol. 17, CNS Drugs. 2003 [cited 2019 May 31]. Available from:
<https://link.springer.com/content/pdf/10.2165%2F00023210-200317050-00003.pdf>
81. Arslan A. Edirne İl Merkezinde Postpartum Depresyon Sıklığı Ve Etkileyen Faktörler. 2012.
82. Brockington I. Postpartum Psychiatric Disorders. Lancet [Internet]. 2004 Jan [cited 2019 Jun 13];363(9405):303–10. Available from:
<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673603153901>
83. O'Hara MW, Schlechte JA, Lewis DA, Wright EJ. Prospective Study of Postpartum Blues. Arch Gen Psychiatry [Internet]. 1991 Sep 1 [cited 2019 Jun 14];48(9):801. Available from:
<http://archpsyc.jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/archpsyc.1991.01810330025004>
84. Oakley A, Chamberlain G. Medical And Social Factors İn Postpartum Depression. J Obstet Gynaecol (Lahore) [Internet]. 1981 Jan 2 [cited 2019 Jun 14];1(3):182–7. Available from: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.3109/01443618109067376>
85. Handley SL, Dunn TL, Waldron G, Baker JM. Tryptophan, Cortisol and Puerperal Mood. Br J Psychiatry [Internet]. 1980 May 29 [cited 2019 Jun 14];136(5):498–508. Available from:
https://www.cambridge.org/core/product/identifier/S0007125000046079/type/journal_article
86. Miller LJ. Postpartum Depression. JAMA [Internet]. 2002 Feb 13 [cited 2019 Jun 14];287(6):762. Available from:
<http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/jama.287.6.762>
87. Battaloğlu B, Aydemir N, Hatipoğlu S. Sağlam Çocuk Polikliniğine Başvuran 0-1 Yaş Bebeği olan Annelerde Depresyon Taraması ve Depresyonda Etkili Risk Faktörlerini Belirleme. [cited 2019 Jun 14]; Available from:
http://cms.galenos.com.tr/Uploads/Article_23747/BTD-8-12.pdf
88. Ricci SS, Kyle T. Maternity and Pediatric Nursing [Internet]. 2009. Available from:
<https://books.google.com.tr/books?hl=tr&lr=&id=gaYtFuND7VIC&oi=fnd&pg=PA3&dq=Ricci+SS.+Essentials+of+Maternity,+Newborn,+and+Women's+Health+Nursing.>

- +2nd+Ed.,+Philadelphia,+Lippincott+Williams+%26+Wilkins.+2009&ots=jjUTooupv
A&sig=ci1ko5nOpEXQvcfQgB
89. Tıp K, Erdem Ö, Bez Y, Kayapınar 9 nolu Aile Sağlığı Merkezi, Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı D. Doğum Sonrası Psikoz [Internet]. Vol. 6, Konuralp Tıp Dergisi. 2014. Available from: www.konuralptipdergi.duzce.edu.tr
 90. Çelikel AS. Doğum Sonrası Dönemde Fonksiyonel Durum İle Postpartum Depresyon İlişkisinin İncelenmesi. 2012;
 91. Yıldırım A, Hacıhasanoğlu R, Karakurt P. The Relationship Between Postpartum Depression And Social Support And Affecting Factors [Internet]. 2011. Available from: <https://www.researchgate.net/publication/49597176>
 92. Jack DBJ, Diana EC. Association AP. Diagnostic And Statistical Manual Of Mental Disorders (DSM5®). 2013.
 93. Füsün Ç, Kaplan İ, Özgen G, Öztürk M, Rezaki M, Uluğ B. World Health Organization (1992). ICD-10 Mental And Behavior Disorders Classification. Türkiye Sinir Ve Ruh Sağlığı Derneği Yayını; 1993. Türkiye Sinir ve Ruh Sağlığı Derneği Yayını; 1993 p184-7. 2015;184–7.
 94. Annagur B, Annagur A. The Relationship Between Postpartum Mental Status and Breastfeeding. Psikiyatr Guncel Yaklasimler - Curr Approaches Psychiatry. 2012;4(3):279.
 95. Durukan E, İlhan MN, Bumin MA, Aycan S. 2 Hafta-18 Aylık Bebeği Olan Annelerde Postpartum Depresyon Sıklığı ve Yaşam Kalitesi. [cited 2019 Jun 17]; Available from: http://www.balkanmedicaljournal.org/uploads/pdf/pdf_BMJ_660.pdf
 96. Norhayati MN, Nik Hazlina NH, Asrenee AR, Wan Emilin WMA. Magnitude And Risk Factors For Postpartum Symptoms: A Literature Review. J Affect Disord [Internet]. 2015 Apr [cited 2019 Jun 17];175:34–52. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0165032714008271>
 97. Beck CT, Driscoll JWD. Postpartum Mood And Anxiety Disorders: A Clinician's Guide. Sudbury Massachusetts: Jones and Bartlett Publishers; 2006.
 98. Özcan NK, Boyacıoğlu NE, Dinç H. Postpartum Depression Prevalence and Risk Factors in Turkey: A Systematic Review and Meta-Analysis. Arch Psychiatr Nurs [Internet]. 2017 Aug [cited 2019 Jul 2];31(4):420–8. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0883941716302916>
 99. Gotlib IH, Whiffen VE, Wallace PM, Mount JH. Prospective Investigation Of Postpartum Depression: Factors Involved In Onset And Recovery. J Abnorm Psychol

- [Internet]. 1991 May [cited 2019 Jun 17];100(2):122–32. Available from:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2040762>
100. Hoffman, Cunningham, Leveno, Bloom, Spong, Dashe, et al. Williams Obstetrik. Yıldırım G, editor. nobel tıp kitabevi; 2016. 1204–1213 p.
 101. Beck CT. Predictors of Postpartum Depression. 2001.
 102. L G. Doğum Sonrası Depresyon: Bir Gözden Geçirme. 1999 [cited 2019 Jun 18];58–67. Available from: <http://psikiyatridizini.net/viewarticle.aspx?articleid=2562>
 103. Stewart DE, Gagnon A, Saucier J-F, Wahoush ; Olive, Dougherty G. Postpartum Depression Symptoms in Newcomers [Internet]. Vol. 53, The Canadian Journal of Psychiatry. 2008 [cited 2019 Jun 18]. Available from:
<https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/070674370805300208>
 104. Bilgiç D, Dağlar G, Aydın Özkan S, Kadioğlu M. Postpartum Depresyonda Tamamlayıcı Ve Alternatif Tedaviler [Internet]. Vol. 2. 2015 [cited 2019 Jun 18]. Available from: <https://dergipark.org.tr/download/article-file/207482>
 105. Babacan Gümüş A, Keskin G, Alp N, Özyar S, Karsak A. Postpartum Depresyon Yaygınlığı ve İliőekli Değışkenler [Internet]. Çanakkale; 2012 [cited 2019 Jun 18]. Available from: www.yenisymposium.net
 106. Viktorin A, Meltzer-Brody S, Kuja-Halkola R, Sullivan PF, Landén M, Lichtenstein P, et al. Heritability of Perinatal Depression and Genetic Overlap With Nonperinatal Depression. Am J Psychiatry [Internet]. 2016 [cited 2019 Jun 18];173:158–65. Available from:
<https://ajp.psychiatryonline.org/doi/pdf/10.1176/appi.ajp.2015.15010085>
 107. Forty L, Lisa Jones B, Macgregor S, Caesar Caroline Cooper S, Hough A, Laura Dean B, et al. Familiality of Postpartum Depression in Unipolar Disorder: Results of a Family Study. Vol. 163, Am J Psychiatry. 2006.
 108. Payne JL, Roy PS, Murphy-Eberenz K, Weismann MM, Swartz KL, McInnis MG, et al. Reproductive Cycle-Associated Mood Symptoms İn Women With Major Depression And Bipolar Disorder. J Affect Disord [Internet]. 2007 Apr [cited 2019 Jun 18];99(1–3):221–9. Available from:
<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S016503270600348X>
 109. Skalkidou A, Sylvén SM, Papadopoulos FC, Olovsson M, Larsson A, Sundström-Poromaa I. Risk Of Postpartum Depression İn Association With Serum Leptin And İnterleukin-6 Levels At Delivery: A Nested Case–Control Study Within The UPPSAT Cohort. Psychoneuroendocrinology [Internet]. 2009 Oct [cited 2019 Jun

- 18];34(9):1329–37. Available from:
<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0306453009001188>
110. Studd J, Panay N. Are Oestrogens Useful For The Treatment Of Depression In Women? *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* [Internet]. 2009 Feb [cited 2019 Jun 18];23(1):63–71. Available from:
<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1521693408001508>
 111. Green AD, Barr AM, Galea LAM. Role Of Estradiol Withdrawal In ‘Anhedonic’ Sucrose Consumption: A Model Of Postpartum Depression. *Physiol Behav* [Internet]. 2009 May [cited 2019 Jun 18];97(2):259–65. Available from:
<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0031938409000778>
 112. Gjerdingen DK, Yawn BP. Postpartum Depression Screening: Importance, Methods, Barriers, and Recommendations for Practice. [cited 2019 Jun 18];20(3). Available from: <http://www.jabfm.org>
 113. Akdeniz F, Gönül AS. Kadınlarda Üreme Olayları ile Depresyon İlişkisi [Internet]. 2004 [cited 2019 Jun 18]. Available from:
https://www.journalagent.com/kpd/pdfs/KPD_7_60_70_74.pdf
 114. Guintivano J, Arad M, Gould TD, Payne JL, Kaminsky ZA. Antenatal Prediction Of Postpartum Depression With Blood DNA Methylation Biomarkers. *Mol Psychiatry* [Internet]. 2013 [cited 2019 Jun 18];19:560–7. Available from:
<http://psychiatry.igm.jhmi.edu/kaminsky/software.htm>
 115. Hendrick V, Altshuler LL, Suri R. Hormonal Changes in the Postpartum and Implications for Postpartum Depression. *Psychosomatics* [Internet]. 1998 Mar [cited 2019 Jun 18];39(2):93–101. Available from:
<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0033318298713556>
 116. Maurer-Spurej E, Pittendreigh C, Misri S. Platelet Serotonin Levels Support Depression Scores For Women With Postpartum Depression [Internet]. Vol. 32, *J Psychiatry Neurosci*. 2007 [cited 2019 Jun 18]. Available from:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1764545/pdf/20070100s00004p23.pdf>
 117. Sacher J, Rekkas V, Wilson AA, Houle S, Romano L, Hamidi J, et al. Relationship of Monoamine Oxidase-A Distribution Volume to Postpartum Depression and Postpartum Crying. *Neuropsychopharmacology* [Internet]. 2014 [cited 2019 Jun 18];40:429–35. Available from: www.neuropsychopharmacology.org
 118. Murakami K, Miyake Y, Sasaki S, Tanaka K, Yokoyama T, Ohya Y, et al. Dietary Glycemic Index And Load And The Risk Of Postpartum Depression In Japan: The

- Osaka Maternal And Child Health Study. J Affect Disord [Internet]. 2008 Sep [cited 2019 Jun 19];110(1–2):174–9. Available from:
<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0165032707006623>
119. Selvi Y, İnci R, Kemal Kıran Ü, Ağargün MY, Akil Özer Ö, Eryonucu B, et al. Postpartum Depresyon ve Serum Kolesterolü [Internet]. Van; 2004 [cited 2019 Jun 19]. Available from: https://www.journalagent.com/kpd/pdfs/KPD_7_1_48_50.pdf
 120. Lusskin SI, Pundiak TM, Habib SM. Perinatal Depression: Hiding in Plain Sight [Internet]. 2007 [cited 2019 Jun 19]. Available from:
<https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/070674370705200802>
 121. (1992) WHO. Clinical Descriptions And Diagnostic Guidelines. The ICD-10 Classification Of Mental And Behavioural Disorders. 1992.
 122. Karaçam Z, Kitiş Y. Doğum Sonrası Depresyon Tarama Ölçeği: Türkçe’de Geçerlik ve Güvenirliği [Internet]. 2008 [cited 2019 Jun 19]. Available from:
<http://www.turkpsikiyatri.com/C19S2/187-196.pdf>
 123. Sahin NH. Beck Depresyon Envanteri’nin Geçerliği Üzerine bir Çalışma [Internet]. 1988 [cited 2019 Jun 19]. p. 118–26. Available from:
https://www.academia.edu/1472683/Beck_Depresyon_Envanterinin_Gecerligi_Uzerine_bir_Calisma
 124. Peindl KS, Wisner KL, Hanusa BH. Identifying Depression In The First Postpartum Year: Guidelines For Office-Based Screening And Referral. J Affect Disord [Internet]. 2004 May [cited 2019 Jun 19];80(1):37–44. Available from:
<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0165032703000521>
 125. Myers E, Aubuchon-Endsley N, Bastian L, Gierisch J, Kemper A, Swamy G, et al. Efficacy and Safety of Screening for Postpartum Depression [Internet]. Efficacy and Safety of Screening for Postpartum Depression. Agency for Healthcare Research and Quality (US), Rockville (MD); 2013 [cited 2019 Jun 19]. Available from:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23678510>
 126. Can R. Sezaryen ve Normal Doğum Yapmış Kadınlarda Postpartum Depresyon ve Yorgunluk Düzeylerinin İncelenmesi. 2010.
 127. Suer S. Yengdoğan Sağlığının Postpartum Depresyon Ve Emzirme Davranışına Etkisi. 2011;
 128. Thome M. Predictors Of Postpartum Depressive Symptoms In Icelandic Women [Internet]. [cited 2019 Jun 20]. Available from:
<https://link.springer.com/content/pdf/10.1007%2FPL00010326.pdf>

129. Gereklioğlu Ç, Poçan AG, Başhan İ. Annelerin Doğum Sonrası Psikiyatrik Sorunları. *Türkiye Klin J Gynecol Obstet*. 2007;17(2):126–33.
130. Perfetti J, Clark R, Fillmore C-M. Postpartum Depression: Identification, Screening, and Treatment [Internet]. Vol. 103, *Wisconsin Medical Journal*. 2004 [cited 2019 Jun 20]. Available from:
https://www.wisconsinmedicalsociety.org/_WMS/publications/wmj/pdf/103/6/56.pdf
131. Kocabaşoğlu N, Başer SZ. Gebelik ve Doğumla Tetiklenen Psikiyatrik Hastalıklar [Internet]. 2008 [cited 2019 Jun 20]. Available from:
<http://www.ctf.edu.tr/stek/pdfs/62/6233.pdf>
132. Ayvaz S, Hocaoglu Ç, Tiryaki A, Ak İ. Trabzon İl Merkezinde Doğum Sonrası Depresyon Sıklığı ve Gebelikteki İlişkili Demografik Risk Etmenleri [Internet]. *trabzon*; 2006 [cited 2019 Jun 20]. Available from:
https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/42759375/Trabzon_Il_Merkezinde_Doum_Sonrasi_Depres20160217-2298-1npvvox.pdf?response-content-disposition=inline%3Bfilename%3DTrabzon_il_merkezinde_dogum_sonrasi_depr.pdf&X-Amz-Algorithm=AWS4-HMAC-SHA256&X-
133. Deligiannidis KM, Byatt N, Freeman MP. Pharmacotherapy for Mood Disorders in Pregnancy: A Review of Pharmacokinetic Changes and Clinical Recommendations for Therapeutic Drug Monitoring. *J Clin Psychopharmacol* [Internet]. 2014 [cited 2019 Jun 20];34(2):244–55. Available from:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4105343/pdf/nihms600935.pdf>
134. Youngkin E quinn, Marcia D szmania, Schadewald D. Women's Health : A Primary Care Clinical Guide. 2012. 651–676 p.
135. Figueiredo B, Dias CC, Brandão S, Canário C, Nunes-Costa R. Breastfeeding And Postpartum Depression: State Of The Art Review. *J Pediatr (Rio J)* [Internet]. 2013 [cited 2019 Jun 21];89(4):332–8. Available from:
www.jped.com.brhttp://dx.doi.org/10.1016/j.jped.2012.12.002
136. Direkvand Moghadam A, Sayehmiri K, Delpisheh A, Satar K. Epidemiology of Premenstrual Syndrome (PMS)-A Systematic Review and Meta-Analysis Study
Keywords: Prevalence of Premenstrual Syndrome, Meta-regression model, Symptom of Premenstrual Syndrome. *J Clin Diagnostic Res* [Internet]. 2014 [cited 2019 Jun 21];8(2):106–9. Available from: www.jcdr.net
137. Studd J, Nappi RE. Reproductive Depression. *Gynecol Endocrinol* [Internet]. 2012

- [cited 2019 Jun 21];28(S):42–5. Available from:
<https://doi.org/10.3109/09513590.2012.651932>
138. Sugawara M, Toda MA, Shima S, Mukai T, Sakakura K, Kitamura T. Premenstrual Mood Changes And Maternal Mental Health İn Pregnancy And The Postpartum Period. *J Clin Psychol*. 1997;53(3):225–32.
 139. Bloch M, Daly RC, Rubinow DR. Endocrine Factors İn The Etiology Of Postpartum Depression. *Compr Psychiatry* [Internet]. 2003 May [cited 2019 Jun 21];44(3):234–46. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0010440X03000348>
 140. Moses-Kolko EL, Wisner KL, Price JC, Berga SL, Drevets WC, Hanusa BH, et al. Serotonin 1A Receptor Reductions İn Postpartum Depression: A Positron Emission Tomography Study. *Fertil Steril* [Internet]. 2008 Mar 1 [cited 2019 Jun 21];89(3):685–92. Available from:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0015028207007510>
 141. Sacher J, Wilson AA, Houle S, Rusjan P, Hassan S, Bloomfield P, et al. Elevated Brain Monoamine Oxidase A Binding İn The Early Postpartum Period. *Arch Gen Psychiatry* [Internet]. 2010;67(5):468–74. Available from:
<http://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&from=export&id=L358756442%0Ahttp://archpsyc.ama-assn.org/cgi/reprint/67/5/468%0Ahttp://dx.doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2010.32>
 142. Jovanovic H, Cerin Å, Karlsson P, Lundberg J, Halldin C, Nordström A-L. A Pet Study Of 5-HT1A Receptors At Different Phases Of The Menstrual Cycle İn Women With Premenstrual Dysphoria. *Psychiatry Res Neuroimaging* [Internet]. 2006 Dec [cited 2019 Jun 21];148(2–3):185–93. Available from:
<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0925492706000904>
 143. Steiner M, Macdougall M, Brown E. The Premenstrual Symptoms Screening Tool (PSST) For Clinicians. *Arch Womens Ment Heal* [Internet]. 2003 [cited 2019 Jun 21];6:203–9. Available from:
<https://link.springer.com/content/pdf/10.1007%2Fs00737-003-0018-4.pdf>
 144. Ogur P. Premenstrual Sendromun Meslek Ve Eğitim Düzeyi İle İlişkisi [Internet]. [cited 2019 May 24]. Available from:
<http://acikerisim.aku.edu.tr/xmlui/bitstream/handle/11630/4025/PakizeOgur.Tez..pdf?sequence=1&isAllowed=y>
 145. Brockington IF, Kelly A, Hall P, Deakin W. Premenstrual Relapse Of Puerperal Psychosis. *J Affect Disord* [Internet]. 1988 May 1 [cited 2019 Jun 21];14(3):287–92.

Available from:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0165032788900468>

146. Amiel Castro RT, Pataky EA, Ehler U. Associations Between Premenstrual Syndrome And Postpartum Depression: A Systematic Literature Review. *Biol Psychol* [Internet]. 2018 Nov [cited 2019 Jun 21];107612. Available from:
<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0301051118300887>
147. Buttner MM, Mott SL, Pearlstein T, Stuart S, Zlotnick C, O'hara MW. Examination Of Premenstrual Symptoms As A Risk Factor For Depression In Postpartum Women. [cited 2019 Jun 24]; Available from:
<https://link.springer.com/content/pdf/10.1007%2Fs00737-012-0323-x.pdf>
148. Figen Turkcapar A, Kadioğlu N, Aslan E, Tunc S, Zayıfoğlu M, Mollamahmutoğlu L. The Effectiveness Of Financial Incentives For Smoking Cessation During Pregnancy: Is It From Being Paid Or From The Extra Aid? *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 2012 [cited 2019 Jun 24];12:24. Available from:
<https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12884-015-0532-1>
149. Yang F, Gardner CO, Bigdeli T, Gao J, Zhang Z, Tao M, et al. Clinical Features Of And Risk Factors For Major Depression With History Of Postpartum Episodes In Han Chinese Women: A Retrospective Study. *J Affect Disord* [Internet]. 2015 Sep [cited 2019 Jun 24];183:339–46. Available from:
<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0165032715003316>
150. Kim K, Pyo Hong J, Je Cho M, Fava M, Mischoulon D, Lee D-W, et al. Loss Of Sexual Interest And Premenstrual Mood Change In Women With Postpartum Versus Non-Postpartum Depression: A Nationwide Community Sample Of Korean Adults. *J Affect Disord* [Internet]. 2015 [cited 2019 Jun 24];191:222–9. Available from:
<http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2015.11.050>
151. Selçuk KT, Avcı D, Alp Yılmaz F. The Prevalance of Premenstrual Syndrome Among Nursing Students and Affecting Factors. *J Psychiatr Nurs*. 2015;5(2):98–103.
152. Kısa S, Zeyneloğlu S, Güler N. Üniversite Öğrencilerinde Premenstrual Sendrom Görülme Sıklığı Ve Etkileyen Faktörler. 2012;1(4):284–97.
153. Arslantaş H, Ergin F, Balkaya NA. Aydın İl Merkezinde Doğum Sonrası Depresyon Sıklığı Ve İlişkili Risk Etmenleri [Internet]. Vol. 10, ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi. Klinik Araştırma; 2009 [cited 2019 Jun 28]. Available from:
<http://adudspace.adu.edu.tr:8080/xmlui/bitstream/handle/11607/1974/13->

22.pdf?sequence=1&isAllowed=y

154. Demir S, Şentürk MB, Çakmak Y, Altay M. Kliniğimizde Doğum Yapan Kişilerde Postpartum Depresyon Oranı ve İlişkili Faktörler Postpartum Depression and Associated Factors in Patients Who Admitted to Our Clinic to Make Child Birth. 2016;83–90.
155. Sünter AT, Guz H, Canbaz S, Dundar C. Postpartum Depression in Turkey: Prevalence and Related Factors. Turkish J Obstet Gynecol [Internet]. 2006;3(1):26–31. Available from: %3CGo%0Ato
156. Şahin Ö. 6 Hafta- 1 Yaş Bebeği Olan Annelerde Postpartum Depresyon Sıklığı Ve Sosyodemografik Risk Faktörlerinin Değerlendirilmesi. 2018.
157. Keskin N. İstanbul'un Bir İlçesinde Postpartum Depresyon Sıklığı Ve İlişkili Risk Faktörlerinin Belirlenmesi. 2018.
158. Figen Turkcapar A, Kadioğlu N, Aslan E, Tunc S, Zayıfoğlu M, Mollamahmutoğlu L. Sociodemographic And Clinical Features Of Postpartum Depression Among Turkish Women: A Prospective Study. 2015 [cited 2019 Jul 1]; Available from: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12884-015-0532-1>
159. Kara Ş çavuş. Denizli Pamukkale İlçesinde Postpartum Depresyon Sıklığı Ve Eşlik Eden Risk Faktörleri. 2016.
160. Özeren A, Atila D, Helvacı M. Hastane Çalışanlarında Premenstruel Sendrom Ve Depresyon İle İlişkisi. Tepecik Egit Hast Derg. 2013;23(1):25–33.
161. Lee Y-J, Yi S-W, Ju D-H, Lee S-S, Sohn W-S, Kim I-J. Correlation Between Postpartum Depression And Premenstrual Dysphoric Disorder: Single Center Study. Obstet Gynecol Sci. 2015;58(5):353.
162. Sylvén SM, Ekselius L, Sundström-Poromaa I, Skalkidou A. Premenstrual Syndrome And Dysphoric Disorder As Risk Factors For Postpartum Depression. Acta Obstet Gynecol Scand. 2013;92(2):178–84.
163. Resul TI, Pinar B, Haldun D, Tayyar Sasmaz S. Risk Factors For Depression İn The First Postnatal Year A Turkish Study. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol [Internet]. 2005 [cited 2019 Jun 28];40:725–30. Available from: <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007%2Fs00127-005-0949-3.pdf>
164. Selçuk MY, Gökhan Usman M, Oktay M, İstanbullu A, Özdemir Ö, Saraçoğlu F. Postpartum Depresyonun Gebelikte Alınan Kilo ve Sosyodemografik Faktörlerle İlişkisi. [cited 2019 Jun 28]; Available from: www.totmdergisi.org

165. Green K, Broome H, Mirabella J. Postnatal Depression Among Mothers In The United Arab Emirates: Socio-Cultural And Physical Factors. 2007 [cited 2019 Jun 28]; Available from: <https://doi.org/10.1080/13548500600678164>
166. Abraham S, Taylor A, Conti J. Postnatal Depression, Eating, Exercise, And Vomiting Before And During Pregnancy. *Int J Eat Disord*. 2001;29(4):482–7.
167. Barbadoro P, Cotichelli G, Chiatti C, Phd MA, Simonetti ML, Marigliano A, et al. Socio-Economic Determinants and Self-Reported Depressive Symptoms During Postpartum Period. [cited 2019 Jun 28]; Available from: <https://doi.org/10.1080/03630242.2012.674090>
168. Chaaya M, Campbell OMR, El Kak F, Shaar D, Harb H, Kaddour A. Postpartum Depression: Prevalence And Determinants In Lebanon. *Arch Womens Ment Heal* [Internet]. 2002 [cited 2019 Jun 28];5:65–72. Available from: <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007%2Fs00737-002-0140-8.pdf>
169. Karamustafa FC. Postpartum Depresyonda Evlilik Doyumu Ve Benlik Saygısının İncelenmesi. 2017.
170. Chung EK, McCollum KF, Elo IT, Lee HJ, Culhane JF. Maternal Depressive Symptoms And Infant Health Practices Among Low-Income Women [Internet]. 2004 [cited 2019 Jun 28]. Available from: <http://www.pediatrics.org/cgi/content/full/113/6/e523>
171. Ege E, Timur S, Zincir H, Geçkil E, Sunar-Reeder B. Social Support And Symptoms Of Postpartum Depression Among New Mothers In Eastern Turkey. *J Obstet Gynaecol Res*. 2008;34(4):585–93.
172. Ekuklu G, Tokuç B, Eskiocak M. Article In The Journal Of Reproductive Medicine [Internet]. 2004 [cited 2019 Jun 28]. Available from: <https://www.researchgate.net/publication/8127053>
173. Campbell SB, Cohn JF. Prevalence And Correlates Of Postpartum Depression In First-Time Mothers. *J Abnorm Psychol* [Internet]. 1991 Nov [cited 2019 Jul 2];100(4):594–9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1757673>
174. Righetti-Veltema M, Conne-Perréard E, Bousquet A, Manzano J. Postpartum Depression And Mother Infant Relationship At 3 Months Old. *J Affect Disord* [Internet]. 2002 Aug 1 [cited 2019 Jul 1];70(3):291–306. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165032701003676>
175. Atasoy N, Bayar Ü, Sade H. Doğum Sonrası Dönemde Depresif Belirti Düzeyini Etkileyen Klinik ve Sosyodemografik Risk Etmenleri. 2004;4–9.

176. Karadeniz C. Göçmen Ve Türk Kadınlarda Algılanan Sosyal Desteğin Postpartum Depresyon Üzerine Etkisi. 2018.
177. Vural G, Akkuzu G. Normal Vajinal Yolla Doğum Yapan Primipar Annelerin Doğum Sonu 10. Günde Depresyon Yaygınlıklarının İncelenmesi. 1999 [cited 2019 Jul 1]; Available from: <http://eskidergi.cumhuriyet.edu.tr/makale/383.pdf>
178. Şengül YE, Taşkın L, Eroğlu K. Postnatal Depression And Effecting Factors İn Turkey Türkiye’de Postnatal Depresyon Ve Etkileyen Faktörler. J Turkish-German Gynecol Assoc. 2009.
179. Kirpınar İ, Gözüm S, Pasinlioğlu T. Prospective Study Of Postpartum Depression İn Eastern Turkey Prevalence, Socio-Demographic And Obstetric Correlates, Prenatal Anxiety And Early Awarenessk. 2010 [cited 2019 Jul 1]; Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/j.1365-2702.2009.03046.x>
180. Brown C, Madden PAF, Palenchar DR, Cooper-Patrick L. The Association between Depressive Symptoms and Cigarette Smoking in An Urban Primary Care Sample. Int J Psychiatry Med [Internet]. 2000 Mar 24 [cited 2019 Jul 3];30(1):15–26. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/10.2190/NY79-CJ0H-VBAY-5M1U>
181. Leftwich MJT, Collins FL. Parental Smoking, Depression, and Child Development: Persistent and Unanswered Questions. J Pediatr Psychol [Internet]. 1994 Oct 1 [cited 2019 Jul 3];19(5):557–70. Available from: <https://academic.oup.com/jpepsy/article-lookup/doi/10.1093/jpepsy/19.5.557>
182. Ay F, Tektaş E, Mak A, Aktay N. Postpartum Depresyon Ve Etkileyen Faktörler:2000–2017 Araştırma Sonuçları. J Psychiatr Nurs [Internet]. 2018;9(3):147–52. Available from: <http://www.phdergi.org/jvi.aspx?pdire=phd&plng=tur&un=PHD-31549>
183. Sütlü S, Çatak B. Prevalence of Postpartum Depression and Affecting Factors in the Province of Burdur. Kafkas J Med Sci [Internet]. 2017 Dec 1 [cited 2019 Jul 3];7(3):220–4. Available from: http://www.journalagent.com/z4/download_fulltext.asp?pdire=kafkas&plng=tur&un=KJMS-07088
184. Dietz PM, Williams SB, Callaghan WM, Bachman DJ, Whitlock EP, Hornbrook MC. Clinically Identified Maternal Depression Before, During, and After Pregnancies Ending in Live Births. Am J Psychiatry [Internet]. 2007 Oct 1 [cited 2019 Jul 4];164(10):1515–20. Available from: <http://psychiatryonline.org/doi/abs/10.1176/appi.ajp.2007.06111893>
185. Hergüner S, Çiçek E, Annagür A, Hergüner A, Örs R. Doğum Şeklinin Doğum Sonrası

- Depresyon, Algılanan Sosyal Destek Ve Maternal Bağlanma İle İlişkisi. *Dusunen Adam J Psychiatry Neurol Sci*. 2013;27(1):15–20.
186. Montazeri A, Torkan B, Omidvari S. The Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS): Translation And Validation Study Of The Iranian Version. *BMC Psychiatry*. 2007;7:4–9.
187. O’Hara MW. Social Support, Life Events, and Depression During Pregnancy and the Puerperium. *Arch Gen Psychiatry* [Internet]. 1986 Jun 1 [cited 2019 Jul 4];43(6):569. Available from:
<http://archpsyc.jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/archpsyc.1986.01800060063008>
188. Fazlıoğlu M. 3-12 Aylık Bebeği Olan Annelerde Mizaç Ve Karakter Özellikleri, Eş Uyumu, Duygu Düzenleme Stratejileri Ve Bebeğin Mizacının Postpartum Depresyon İle İlişkisi. 2018;(4).
189. Gavin NI, Gaynes BN. Perinatal Depression. 2005;106(5):15–6.
190. Chandran M, Tharyan P, Muliyl J, Aham SABR. Postpartum Depression İn A Cohort Of Women From A Rural Area Of T Amil Nadu , India Incidence And Risk Factors.
191. Patel V, Rodrigues M, Desouza N. Gender, Poverty, and Postnatal Depression: A Study of Mothers in Goa, India. (5):43–7.
192. İnandi T, Elci OÇ, Ozturk A, Eğri M, Aytaç P, Sahin TK. Risk Factors For Depression İn Postnatal First Year, İn Eastern Turkey. *Int J Epidemiol*. 2002;31(6):1201–7.
193. Robertson E, Grace S, Wallington T, Stewart DE. Antenatal Risk Factors For Postpartum Depression: A Synthesis Of Recent Literature. *Gen Hosp Psychiatry* [Internet]. 2004 Jul [cited 2019 Jul 4];26(4):289–95. Available from:
<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0163834304000398>
194. Küçükoğlu S, Çelebioğlu A, Coşkun D. Yenidoğan Kliniğinde Bebeği Yatan Annelerin Postpartum Depresyon Belirtileri Ve Emzirme Özyeterlilik Düzeylerinin Belirlenmesi. 2014;3(3):921–32.
195. Dennis C-L, McQueen K. Does Maternal Postpartum Depressive Symptomatology Influence Infant Feeding Outcomes? *Acta Paediatr* [Internet]. 2007 Apr 1 [cited 2019 Jul 4];96(4):590–4. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1651-2227.2007.00184.x>

EKLER

Ek 1.Klinik Araştırmalar İçin Etik Kurulu İzin Formu

DÜZCE ÜNİVERSİTESİ									
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN SAĞLIK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU KARAR FORMU									
ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI				Premenstrüel Sendrom ile Postpartum Depresyon Gelişme Riski Arasındaki İlişki					
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU									
	OLGU RAPOR FORMU						Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐		
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ						Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐		
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı			Açıklama					
	SİGORTA			☐					
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ			☐					
	BİYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU			☐					
	İLAN			☐					
	YILLIK BİLDİRİM			☐					
	SONUÇ RAPORU			☐					
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ			☐					
KARAR BİLGİLERİ	Karar No:2019/31			Tarih: 18.02.2019					
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmanın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir.								
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU									
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI				İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu					
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:				Doç.Dr.Gülbin SEZEN					
Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza	
Prof. Dr. Hüseyin YÜCE	Tıbbi Genetik	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	E ☒ H ☐			
Prof.Dr.Atilla Senih MAYDA	Halk Sağlığı	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	E ☒ H ☐			
Doç.Dr.Ege GÜLEÇ BALBAY	Göğüs Hastalıkları	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	E ☒ H ☐			
Doç.Dr.Muhammet Ali KAYIKÇI	Üroloji	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	E ☒ H ☐			
Doç.Dr.Birgül ÖNEÇ	İç Hastalıkları	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	E ☒ H ☐			
Doç.Dr.Mehmet GAMSIZKAN	Patoloji	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	E ☒ H ☐			
Dr.Öğr.Üyesi Nuri Cenk COŞKUN	Farmakoloji	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	E ☒ H ☐			
Dr.Öğr.Üyesi Filiz SÜZER ÖZKAN	Hemşirelik Bölümü	Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	E ☒ H ☐			
Dr.Öğr.Üyesi Önder KILIÇASLAN	Çocuk Sağlığı	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	E ☒ H ☐			
Dr.Öğr.Üyesi Abdullah BELADA	KBB	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	E ☒ H ☐			
Dr.Öğr.Üyesi Zerrin GAMSIZKAN	Tıp Eğitimi ve Bilişimi	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	E ☒ H ☐			
Mustafa Salih EROL	Biyomedikal Uzmanı	Düzce Üniversitesi Sağlık Uyg.ve Araş.Merkezi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	E ☒ H ☐			
Kenan VAROL	Sivil Üye	Varoller Demir Çelik Ürünleri San.ve Tic.Ltd.Şti.	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	E ☒ H ☐			
Metin POLAT	Avukat	Düzce Üniversitesi Hukuk Müşavirliği	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	E ☒ H ☐			

*:Toplantıda Bulunma

Etik Kurul Başkanının
Unvanı/Adı/Soyadı: Doç.Dr.Gülbin SEZEN
İmza:

Not: Etik kurul başkanı, imzasının yer almadığı her sayfaya imza atmamalıdır.

Ek 2.Premenstruel Sendrom Ölçeği İzin Formu

başaran gençdoğan <basaran35@gmail.com>

28 Oca 2019 11:10

Alıcı: ben ▼

Merhaba sayın Araştırmacı Dr Emine Merve GARA

Geliştirmiş olduğum Premenstrüel Sendrom Ölçeğini (PMSÖ) araştırmanızda kullanabilirsiniz. Ölçeği ve makalesini ekte gönderiyorum.

Kolay gelsin.

Prof. Dr. Başaran GENÇDOĞAN

Atatürk Üniversitesi KK Eğitim Fakültesi



Ek 3.Sosyodemografik Veri Anketi

1.Yaşınızı belirtiniz...

2. Gebelik dönemi boyunca kaç kg aldınız?

3.Eğitim durumunuz nedir?

a) Okur-yazar b) İlkokul mezunu c) Ortaokul mezunu d) Lise mezunu e) Üniversitesi mezunu f) Lisansüstü

4. Doğum öncesinde bir işte çalışıyor muydunuz?

a) Evet b) Hayır

5.Şu anda bir işte çalışıyor musunuz ?

a) Evet b) Hayır (ev hanımıyım) c) Hayır (doğum izindeyim)

6. Eşinizin eğitimi durumu:

a) Okur-yazar b) İlkokul mezunu c) Ortaokul mezunu d) Lise mezunu e) Üniversitesi mezunu f) Lisansüstü

7.Eşiniz şu anda bir işte çalışıyor mu?

a) Evet b) Hayır

8.Kaç yaşında evlendiniz ?

9.Eşinizle ilişkinizi nasıl tarif edersiniz ?

a) Çok iyi b) İyi c) Orta d) Kötü

10.Aile tipiniz nedir?

a) Çekirdek Aile b) Geniş Aile

11.Sağlık güvenceniz var mı?

a) var b) yok

12.Aylık gelir durumunuzu nasıl tanımlarsınız ?

a) gelir giderden az b) gelir gidere eşit c) gelir giderden çok

13.Sigara kullanıyor musunuz?

a) evetgebelik öncesi –gebelik dönemi –emzirme -

b) hayırhiç içmedi- exsmoker

14.Alkol kullanır mısınız?

- a) evetgebelik öncesi –gebelik dönemi –emzirme -
b) hayır

15.İlk gebelik yaşıınız ?

**16.Gebelik sayınız: canlı doğum : ölü doğum : yaşayan çocuk : abort :
küretaj :**

17.Gebeliğiniz istemli bir gebelik miydi?

- a)Evet , istemli gebelikti
b)Hayır, istemli bir gebelik değildi

18.Gebeliğiniz süresince düzenli olarak kontrollerinize gittiniz mi?

- a) Evet b) Hayır

19.Gebelik döneminde aşağıdakilerden herhangi birini/birkaçını yaşadınız mı?

- a) Diyabet b) Hipertansiyon c) Erken Doğum Tehdidi d) Düşük tehdidi e)
HİPOTİROIDİ f) diğerg)hayır

20.Doğum şekliniz:

- a) Normal Doğum b) Sezaryen Doğum c) Epidural Doğum

21. Doğum sırasında herhangi bir komplikasyon yaşadınız mı? Evet ise nedir?

- a) Evet(zor doğum ,omuz takılması ,uterus rüptürü uterus inversyonu ve ya
atonisi ,kordon sarkması ,akut fetal distress,plesanta ayrılmaması...)
b) Hayır

22.Bebeğinizin cinsiyeti ?

- a) Kız b) Erkek

23. Bebeğiniz şu anda kaç aylık ?.....

24. Bebeğiniz kaç haftalık doğdu?

25. Bebeğinizin doğum kilosu:

26.Bebeğinizin beslenme şekli nedir?

- a) Sadece anne sütü b) Sadece mama c) Anne sütü ve mama d)ek gıda
ve mama e)anne sütü ve ek gıda

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

- a) İlk yarım saat içinde b) İlk gün içerisinde c) Sonraki günlerde d) Hiç
emzirmedim

28. Doğumdan sonra bebeğinizle tensel temasınız ilk ne zamanda oldu?

- a) İlk yarım saat içinde b) İlk gün içerisinde c) Sonraki günlerde

29. Bebeğiniz hastanede yatarak tedavi gördü m? Evet ise kaç gün yattı?

- a) Evet b) Hayır



Ek 4. Edinburgh Postpartum 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 tarafını görebiliyorum.

- ☐ Her zaman olduğu kadar
- ☐ Artık pek okadar değil
- ☐ Artık kesinlikle okadar değil
- ☐ Artık hiç değil

Son 7 gündür;

2) Geleceğe hevesle bakıyorum.

- ☐ Her zaman olduğu kadar
- ☐ Her zamankinden biraz daha az
- ☐ Her zamankinden kesinlikle daha az
- ☐ Hemen hemen hiç

Son 7 gündür;

3) Birşeyler kötü gittiğinde gereksiz yere kendimi suçluyorum.

- ☐ Evet, çoğu zaman
- ☐ Evet, bazen
- ☐ Çok sık değil
- ☐ Hayır, hiç bir zaman

Son 7 gündür;

4) Nedensiz yere kendimi sıkıntılı ya da endişeli hissediyorum.

☐Hayır, hiç bir zaman

☐Çok seyrek

☐Evet, bazen

☐Evet, çoğu zaman

Son 7 gündür;

5) İyi bir nedeni olmadığı halde, korkuyor ya da panikliyorum.

☐Evet, çoğu zaman

☐Evet, bazen

☐Hayır, çok sık değil

☐Hayır, hiç bir zaman

Son 7 gündür;

6) Her şey giderek sırtıma yükleniyor.

☐Evet, çoğu zaman hiç başa çıkamıyorum

☐Evet, bazen eskisi gibi başa çıkamıyorum

☐Hayır, çoğu zaman oldukça iyi başa çıkamıyorum

☐Hayır, her zamanki gibi başa çıkabiliyorum

Son 7 gündür;

7) Öylesine mutsuzum ki uyumakta zorlanıyorum.

☐Evet, çoğu zaman

☐Evet, bazen

☐Çok sık değil

☐Hayır, hiç bir zaman

Son 7 gündür

8) Kendimi üzüntülü ya da çökkün hissediyorum.

- ☐Evet, çoğu zaman
- ☐Evet, oldukça sık
- ☐Çok sık değil
- ☐Hayır, hiç bir 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

Değerlendirme:: Ölçek bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Ölçeğin değerlendirilmesinde tüm sorular 0-3 arasında puanlandırılır ve ölçekte alınabilecek en yüksek puan 30'dur. Ölçekteki sorulardan 1., 2. ve 4. sorular 0-1-2-3 biçiminde puanlanırken; 3., 5., 6., 7., 8., 9. ve 10. sorular ise 3-2-1-0 biçiminde puanlanmaktadır. Ölçeğin kesme noktası 13 olarak hesaplanmıştır.

EK 5. Premenstruel Sendrom Ölçeği

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

ADETTEN BİR HAFTA ÖNCE							
			Hiç	Çok az	Bazen	Sık sık	Sürekli
1	Kendimi üzgün hissediyorum	1					
2	İçimden ağlamak geliyor	2					
3	Canım sıkılıyor	3					
4	Kendimi bezgin hissediyorum	4					
5	Hiçbir şey zevk vermiyor	5					
6	Her şey üzerime geliyor	6					
7	Karamsar oluyorum	7					
8	Derin nefes almak istiyorum	8					
9	Her an kötü bir şey olacakmış gibi korkuyorum	9					
10	Seslere karşı hassasiyetim artıyor	10					
11	Arkamdan biri saldıracakmış gibi korkuyorum	11					
12	Kendimi yorgun hissediyorum	12					
13	Sanki her şey kötü olacak	13					
14	Çok çabuk yoruluyorum	14					
15	Anlam veremediğim korkularım oluyor	15					
16	Kalbim her zamankinden hızlı çarpıyor	16					
17	Hiçbir şeyle uğraşmak istemiyorum	17					
18	Her zamanki işler beni yoruyor	18					
19	Kendimi sinirli hissediyorum	19					
20	En ufak olaylara bile çok aşırı tepki gösteriyorum	20					
21	Öfkemi kontrol etmekte güçlük çekiyorum	21					
22	Çevremdeki kişilerle ilişkilerim bozuluyor	22					
23	Sinirlerim geriliyor	23					
24	Kendimi çok endişeli hissediyorum	24					
25	Eskisinden daha çabuk yoruluyorum	25					
26	Kendimi değersiz görüyorum	26					

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