

**T.C.
KIRIKKALE ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
PSİKİYATRİ ANABİLİM DALI**

**PREMENSTRÜEL SENDROM BELİRTİLERİNİN
ALEKSİTİMİ, ÖFKE VE SOSYODEMOGRAFİK
ÖZELLİKLER İLE İLİŞKİSİ**

Dr. İlke AYDOĞMUŞ

UZMANLIK TEZİ

TEZ DANIŞMANI

Yrd. Doç. Dr. Nurper ERBERK ÖZEN

KIRIKKALE

2008

KIRIKKALE ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
PSİKİYATRİ ANABİLİM DALI

Psikiyatri Anabilim Dalı uzmanlık programı çerçevesinde yürütölmüş olan bu çalışma, aşğıdaki jüri tarafından **UZMANLIK TEZİ** olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 03.07.2008

Yrd. Doç. Dr. Nurper ERBERK ÖZEN
Kırıkkale Üniversitesi Tıp Faköltesi
Psikiyatri AD
Jüri Başkanı

Yrd. Doç. Dr. Orhan Murat KOÇAK
Kırıkkale Üniversitesi Tıp Faköltesi
Psikiyatri AD
Üye

Yrd. Doç. Dr. Hatice ÖZDEMİR
Kırıkkale Üniversitesi Tıp Faköltesi
Psikiyatri AD
Üye

TEŞEKKÜR

Kelimeler yetişemiyor hissedilen duyguların hızına, tam anlamıyla ifade edemiyor bazen. Mutluluk gözyaşlarıyla başlamıştım psikiyatri eğitimime ve şimdi noktalanıyor. Birbirinden karışık hislerle geçirdiğim bu yolculuk sona ererken teşekkür etmek istediğim o kadar çok kişi var ki, bu satırlar yeterli olacak mı gerçekten bilemiyorum...

Bir aile sıcaklığı içinde geçen eğitim sürecimde, bilgi ve deneyimlerini bizlerle paylaşmaktan hiçbir zaman kaçınmayan ve her alandaki manevî desteğiyle hep yanımda olan değerli danışman hocam Sayın Yrd. Doç. Dr. Nurper ERBERK ÖZEN'e üzerimdeki tüm emeği için,

Aramızdan ayrılması ve tüm yoğunluğuna rağmen hâlâ bizlere vakit ayırarak eğitimimize katkı sağlamakta bir an bile tereddüt etmeyen Sayın Uzm. Dr. R. Cumhur BORATAV'a kendisinden öğrendiğim her şey için,

Sorgulayıcı hasta yaklaşımı ile yeni bir bakış açısı kazanmamı sağlayan, sabırlı ve hoşgörülü tutumuyla bizlere sürekli bir şeyler öğretebilmek için çabalayan Sayın Yrd. Doç. Dr. Orhan Murat KOÇAK'a yapıcı önerileri ve üzerimden hiç eksik etmediği desteği için,

Ailemize sonradan katılması nedeniyle bilgi birikimlerinden ve tecrübelerinden yeterince yararlanamadığım için üzgün olduğum Sayın Yrd. Doç. Dr. Hatice ÖZDEMİR'e eğitimimize verdiği önem için,

Uzmanlık eğitimim süresince, belki de bir daha hiç karşılaşamayacağım son derece uyumlu ve sevgi dolu bir çalışma ortamını paylaştığım arkadaşarımdan,

Birlikte adım attığımız bu zorlu süreci varlığıyla kolaylaştıran ve beş yıl boyunca kimi zaman kahkahalara boğularak kimi zaman ise hüzünlenerek geçirdiğimiz her anı hep özlemle hatırlayacağım Dr. Derya Güliz MERT'e kendi yürek atışını benimle daima eş tuttuğu için,

Bitmek tükenmek bilmeyen sohbetlerimizin tadına hiçbir zaman doyamayacağım Dr. Serhat YÜKSEL'e, dünyalar tatlısı Dr. Derya CANLI'ya, henüz işin çok başında olan ancak bu süreci en iyi şekilde tamamlayacağına inandığım Dr.

Hande KILIÇASLAN'a ve gerek akademik gerekse maddî manevî her alanda gösterdikleri desteği hiçbir zaman unutamayacağım ilk çalışma arkadaşlarım Uzm. Dr. Şaziye KAZEZOĞLU ÇEVİK ve Uzm. Dr. İbrahim TAYMUR'a iş arkadaşlığından öte benim için birer dost olarak kendimi hep şanslı hissetmemi sağladıkları için,

İçlerinde eşsiz dostluklar edinme fırsatı da yakaladığım tüm doktor, hemşire ve hastane çalışanlarına eksilmeyen güler yüzleri için,

Kızları olmaktan her zaman gurur duyduğum babam Saffet AYDOĞMUŞ ve annem İlknur AYDOĞMUŞ'a yüreklerindeki sınırsız sevgi ile hep içimi ısıttıkları ve tüm yaşamım boyunca gösterdikleri özveri için,

...ve kelime dağarcığımanın kendisine olan sevgimi dile getirmekte yetersiz kaldığı, hayatımdaki yerini kimsenin dolduramayacağından emin olduğum ve varlığını hiçbir şeye değişmeyeceğim bir tanecik kardeşim, aynı zamanda da meslektaşım Evren AYDOĞMUŞ'a sonsuz teşekkür ederim...

Dr. İlke AYDOĞMUŞ

ÖZET

Aydoğmuş, İ, Premenstrüel sendrom belirtilerinin aleksitimi, öfke ve sosyodemografik özellikler ile ilişkisi, Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi, Kırıkkale, 2008.

“Premenstrüel sendrom”, menstrüel siklusun geç luteal fazı sırasında ortaya çıkan ve menstrüasyonun başlaması ile kısa sürede yatışan, çeşitli duygusal, fiziksel ve davranışsal belirtileri tanımlamak amacıyla kullanılan genel bir terimdir. Premenstrüel sendrom belirtileri üreme çağındaki kadınlarda yaygın olarak görülmektedir. Ancak, etiyolojisindeki belirsizlikler ve tanısında yaşanan güçlükler nedeniyle yeterince tanınıp tedavi edilememektedir. Önceki yayınlar, premenstrüel sendrom ile aleksitimi ve öfke arasında bir ilişki olabileceğini düşündürse de bu konuda ülkemizde yapılan araştırma sayısı oldukça kısıtlıdır. Bu çalışmada ise, üreme çağındaki kadınlarda, premenstrüel sendromun aleksitimi, öfke ve birtakım sosyodemografik özellikler ile ilişkisinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Araştırma, 16–45 yaş arası, basit rastgele örneklem yolu ile seçilen, 200 kadın katılımcı ile yürütülmüştür. Katılımcılar, Premenstrüel Değerlendirme Formu, Toronto Aleksitimi Ölçeği, Spielberger Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Ölçeği, Bedensel Duyumları Abartma Ölçeği, Belirti Yorumlama Anketi, Beck Depresyon Envanteri ve Beck Anksiyete Envanteri’ni içeren testler ile değerlendirilmiştir. Premenstrüel sendrom tanısı için DSM-IV’te önerilen belirtilerin ve sosyodemografik özelliklerin belirlenebilmesi için ise araştırma için hazırlanan anket formları kullanılmıştır. Katılımcılar, Premenstrüel Değerlendirme Formu puanlarına göre “olası premenstrüel sendromu olanlar” ve “premenstrüel sendromu olmayanlar” olmak üzere iki alt gruba ayrılmıştır. Olası premenstrüel sendrom grubu ile medenî durum ve psikiyatrik hastalık öyküsü arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu gözlenmiştir. Bekârlarda ve öyküsünde psikiyatrik hastalığı olanlarda, olası premenstrüel sendromun daha fazla görüldüğü saptanmıştır. Olası premenstrüel sendrom grubunda, Toronto Aleksitimi Ölçeği, Sürekli Öfke Alt Ölçeği, Öfke Dışa Alt Ölçeği puanlarının daha yüksek, Öfke Kontrol Alt Ölçeği puanlarının ise daha

düşük olduğu tespit edilmiştir. Çalışma sonuçlarımız, tüm sınırlılıklara rağmen, premenstrüel sendromun yordayıcılarının kesin olarak belirlenebilmesi için daha fazla sayıda nitelikli çalışmaya gereksinim olduğunu göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Premenstrüel sendrom, aleksitimi, öfke, sosyodemografik özellikler.

ABSTRACT

Aydogmus, I, The relationship between the symptoms of premenstrual syndrome and alexithymia, anger and sociodemographic characteristics. University of KIRIKKALE, Faculty of Medicine, Department of Psychiatry, Specialty Thesis, KIRIKKALE, 2008.

“Premenstrual syndrome” is a general term used to define a variety of emotional, physical, and behavioral symptoms that occur during the luteal phase of the menstrual cycle and subside with the onset of menstruation. The symptoms of premenstrual syndrome are common among the women at reproductive age. However, it is mostly ignored because of having unclear etiology and the diagnostic difficulties. While previous studies suggest that there is an association between alexithymia, anger, and premenstrual syndrome, there are only a limited number of studies in this field in our country. Hence, the present study is intended to investigate the relationship between premenstrual syndrome and alexithymia, anger, and sociodemographic characteristics in women at reproductive age. This study was carried out with 200 randomly selected females between ages of 16 and 45 years. The subjects were assessed with the self-assessment tests including the Premenstrual Assessment Form, the Toronto Alexithymia Scale, the Spielberger State-Trait Anger Expression Inventory, the Somatosensory Amplification Scale, the Symptom Interpretation Questionnaire, the Beck Anxiety Inventory, the Beck Depression Inventory and self-assessment questionnaires for recording the sociodemographic characteristics and the criteria proposed by the diagnostic and statistical manual of mental disorders for premenstrual syndrome. Subjects were brought under subgroups of “likely to have premenstrual syndrome” and “not likely to have premenstrual syndrome” based on the scores of the Premenstrual Assessment Form. The probable premenstrual syndrome group was significantly associated with the marital status and the history of psychiatric disorder. The subjects with a history of psychiatric disorder and who are single were reported higher prevalence of probable premenstrual syndrome. The probable premenstrual syndrome group was reported significantly higher scores on the Toronto Alexithymia Scale, Trait Anger Subscale, Anger-out

Subscale, but lower scores on the Anger-control Subscale. Despite all the limitations, the results of this study suggest that more high quality studies are needed to determine the precise predictors of premenstrual syndrome.

Key words: Premenstrual syndrome, alexithymia, anger, sociodemographic characteristics

İÇİNDEKİLER

ONAY SAYFASI	iii
TEŞEKKÜR	iv
ÖZET	vi
ABSTRACT	viii
İÇİNDEKİLER	x
SİMGELER ve KISALTMALAR	xii
TABLolar	xiv
GİRİŞ	1
GENEL BİLGİLER	3
2.1. Tanım	3
2.2. Tarihçe	4
2.3. Sınıflandırma ve Tanı Ölçütleri	5
2.4. Epidemiyoloji	7
2.5. Patofizyoloji	9
2.6. Klinik Özellikler	12
GEREÇ ve YÖNTEM	16
3.1. Örneklemenin Oluşturulması	16
3.2. Araştırmada Kullanılan Anket Formları ve Ölçekler	17
3.2.1. Sosyodemografik veri formu	17
3.2.2. PMS DSM-IV tanı ölçütleri anket formu	17
3.2.3. Premenstrüel Değerlendirme Formu	18
3.2.4. Toronto Aleksitimi Ölçeği	18
3.2.5. Spielberger Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Ölçeği	19
3.2.6. Semptom/Belirti Yorumlama Anketi	20
3.2.7. Bedensel Duyumları Büyütme/Abartma Ölçeği	20
3.2.8. Beck Depresyon Envanteri	21
3.2.9. Beck Anksiyete Envanteri	21
3.3. İstatistiksel Yöntem	22

BULGULAR	23
4.1. Genel Sonuçlar	23
4.2. Olası PMS Tanısını Yordayan Faktörler	29
4.2.1. Sosyodemografik veriler	29
4.2.2. Ölçek puanları	31
4.3. PMS Belirti Şiddetini Yordayan Faktörler	33
4.3.1. Sosyodemografik veriler	33
4.3.2. Ölçek puanları	34
TARTIŞMA	36
SONUÇ ve ÖNERİLER	50
KAYNAKLAR	53
EKLER	
EK 1: Sosyodemografik veri formu	
EK 2: PMS DSM-IV tanı ölçütleri anket formu	
EK 3: Premenstrüel Değerlendirme Formu	
EK 4: Toronto Aleksitimi Ölçeği	
EK 5: Spielberger Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Ölçeği	
EK 6: Semptom/Belirti Yorumlama Anketi	
EK 7: Bedensel Duyumları Büyütme/Abartma Ölçeği	
EK 8: Beck Depresyon Envanteri	
EK 9: Beck Anksiyete Envanteri	

SİMGELER ve KISALTMALAR

APA	<i>American Psychiatric Association-Amerikan Psikiyatri Birliği</i>
BAE	Beck Anksiyete Envanteri
BDAÖ	Bedensel Duyumları Abartma Ölçeği
BDE	Beck Depresyon Envanteri
BTA	Başka türlü adlandırılmayan
CRH	<i>Corticotropin Releasing Hormone-Kortikotropin Salgılatıcı Hormon</i>
DSM-III-R	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, III. Edition, Revised-Gözden geçirilmiş 3. Baskı</i>
DSM-IV	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, IV. Edition-4. Baskı</i>
GABA	<i>Gamma Amino Butyric Acid-Gamma Amino Bütirik Asit</i>
GnRH	<i>Gonadotrophin Releasing Hormone-Gonadotropin Salgılatıcı Hormon</i>
HPA	<i>Hypothalamic Pituitary Adrenal-Hipotalamo Pitiuter Adrenal</i>
ICD-10	<i>International Classification of Diseases, 10th Revision</i>
MM	Menstrual molimina
MÖ	Milâttan önce
PDF	Premenstrüel Değerlendirme Formu- <i>Premenstrual Assessment Form</i>
PDB	Premenstrüel Disforik Bozukluk- <i>Premenstrual Dysphoric Disorder</i>
PMS	Premenstrüel Sendrom- <i>Premenstrual Syndrome</i>
PGS	Premenstrüel Gerginlik Sendromu- <i>Premenstrual Tension Syndrome</i>
ÖDAÖ	Öfke Dışa Alt Ölçeği
ÖİAÖ	Öfke İçer Alt Ölçeği
ÖKAÖ	Öfke Kontrol Alt Ölçeği

SÖAÖ	Sürekli Öfke Alt Ölçeği
SSÖÖİTÖ	Spielberger Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Ölçeği
SSRI	<i>Selective Serotonin Reuptake Inhibitors</i> -Seçici Serotonin Geri Alım Engelleyicileri
SYA	Semptom Yorumlama Anketi
SYAPSİK	Psikolojize Etme Alt Ölçeği
SYASOM	Semptom Yorumlama Anketi Somatize Etme Alt Ölçeği
SYANORM	Semptom Yorumlama Anketi Normalize Etme Alt Ölçeği
TAÖ	Toronto Aleksitimi Ölçeği
VKİ	Vücut kitle indeksi
WHO	<i>World Health Organization</i> -Dünya Sağlık Örgütü

TABLOLAR

Tablo	Sayfa
2.1. PDB için araştırma ölçütleri (DSM-IV)	6
2.2. PGS için tanı ölçütleri (ICD-10)	7
2.3. PMS'de görülen belirtiler	13
4.1. Sosyodemografik verilerin ortalama ve standart sapma değerleri	23
4.2. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri	24
4.3. Katılımcıların DSM-IV tanı ölçütlerinde yer alan belirtileri ve belirtilerin görülme sıklıkları	26
4.4. Ölçeklerin ortalama ve standart sapma değerleri	27
4.5. Sosyodemografik verilerin dağılımları	28
4.6. Ölçek puanlarının dağılımları	28
4.7. Olası PMS oranları	29
4.8. Çalışmaya dâhil edilen sosyodemografik özelliklerin sayı ve yüzdeleri	30
4.9. Olası PMS ve sosyodemografik veriler	30
4.10. Olası PMS ve ölçek puanları	32
4.11. PDF puanları ve sosyodemografik veriler	33
4.12. PDF puanları ile diğer ölçek puanları arasındaki ilişki	35

GİRİŞ

Premenstrüel dönemde görülen çeşitli duygusal ve fiziksel belirtiler, uzun yıllardır bilinmekle birlikte, ilk kez 1931 yılında *Robert Frank* tarafından “Premenstrüel Gerginlik Sendromu (PGS)” olarak tanımlanmıştır (1). Bu tablonun tıbbî kayıtlarda ilk yazılı bildiri olarak yerini alması ise, 1953 yılında *Dalton ve Greene*’in yayınladığı bir makale ile gerçekleşmiştir (2). Makalede kullanılan adı ile “Premenstrüel Sendrom (PMS)”؛ günümüzde menstrüel siklusun geç luteal fazında, bu döneme özgü olarak oluşan; çoğu siklusta tekrarlayan; menstrüasyonun başlamasıyla kısa sürede hafifleyip kaybolan; folliküler fazda en az bir hafta süreyle görülmeyen; çeşitli fiziksel, psikolojik ve davranışsal belirtilerin izlendiği klinik tabloları tanımlamak için kullanılmaktadır (3). Tarihler boyu birbirinden farklı terimlerin kullanıldığı sınıflandırma sistemlerinde kendisine bir yer bulmaya çalışan PMS, son olarak 1994 yılında “Amerikan Psikiyatri Birliği (APA)” tarafından yayınlanan DSM-IV (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, IV. Edition*) sınıflandırma sisteminde “Duygudurum Bozuklukları” başlığı altında konumlandırılarak “Premenstrüel Disforik Bozukluk (PDB)” adını almıştır. PDB tanısı koyabilmek için; DSM-IV’te bildirilen on bir belirtiden en az beşinin bulunması, işlevsellikte belirgin bozulmanın olması ve ileriye yönelik olarak en az iki ardışık menstrüel siklusta bu belirtilerin izlenmesi şartları aranmaktadır (4). Tanı ölçütlerinin bu denli katı olması nedeniyle PDB, “ağır PMS” olarak da bilinmektedir (3).

Sıklıkla 25–35 yaşları arasında olmakla birlikte menarştan sonra herhangi bir yaşta görülebilen PMS, üreme çağındaki kadınlarda oldukça yaygın olarak izlenmektedir (5, 6). Ancak, premenstrüel dönemde 200’den fazla belirtinin izlenmesi ve hiçbirinin bu döneme özgü olmaması, sendromun tanımlanmasında güçlükler neden olmaktadır (7). Bu güçlükler, yaygınlığı belirlemeye yönelik araştırmalarda farklı terimlerin ve farklı tanı ölçütlerinin kullanılmasına yol açmakta, bu da gerçek yaygınlığın saptanmasını zorlaştırmaktadır.

PMS’nin, oluş nedenlerini belirlemeye yönelik çok sayıda araştırma yapılmış, çeşitli sosyodemografik özellikler ile ilişkisi değerlendirilmiş ancak tutarlı sonuçlara

ulaşmak mümkün olmamıştır. Çalışmalarda bir taraftan; premenstrüel dönemde görülmesi ve döngüsel niteliği nedeniyle, nöroendokrin faktörlerin; diğer taraftan da plaseboya olumlu yanıtların gözlenmesi (8) nedeniyle psikososyal faktörlerin rolü araştırılmaktadır. "Biyososyopsikosomatik sendrom" olarak da tanımlanan (9) PMS'nin, psikosomatik hastalıklarda sıklıkla sz geçen aleksitimi, somatizasyon ve öfke ifade şekli gibi çeşitli değişkenlerle ilişkili olabileceğini düşündüren çalışmalar (10, 11) yazında yer alsa da Türkiye'de bu konu üzerine eğilen araştırma sayısı oldukça kısıtlıdır.

PMS belirtilerinden yakınan ve tedavi arayışları içerisine giren kadınların sayısı gün geçtikçe daha da artmaktadır. Ancak, oluş nedenlerinin bilinmemesi tedavi konusunda farklı yaklaşımların doğmasına yol açmaktadır. Bu yaklaşımlarla ise çoğu zaman yüz güldürücü sonuçlar alınamamaktadır. Son yıllarda biyolojik psikiyatri alanında yapılan çalışmalar ile psikiyatrik hastalıkların etiyolojisinin aydınlatılmasında oldukça önemli gelişmeler kaydedilmesine rağmen, PMS hâlâ nedeni belirlenemeyen hastalıklar arasındaki yerini korumaktadır.

Bu bilgilerin ışığında bu çalışmada, PMS'yi yordayan faktörlerin belirlenmesi amaçlanarak, 16–45 yaş grubu üreme çağındaki kadınlarda, PMS ve PMS belirti şiddeti ile bir takım sosyodemografik özellikler, aleksitimi düzeyi, genel öfke düzeyi ve öfke ifade şekli arasındaki olası ilişkiler değerlendirilmektedir.

GENEL BİLGİLER

Kadınlığa geçişin ilk göstergesi olan menarş, çeşitli bedensel ve ruhsal sorunları da beraberinde getirmektedir. Özellikle premenstrüel dönemde görülen birtakım belirtiler; kimileri tarafından fizyolojik bir değişiklik olarak algılanıp göz ardı edilirken; kimileri tarafından ise, olası bir hastalığın habercisi olarak değerlendirilip bireyin kaygı yaşamasına ve tedavi arayışları içerisine girmesine neden olmaktadır.

2.1. Tanım

Premenstrüel dönemde görülen belirtilerin yaygınlığı ve özgül olmaması, ele alınmasını gerektiren bir durum olup olmadığı konusunda kuşkulara yol açmaktadır. Her ne kadar günümüzde yaygın kabul gören görüş, bu dönemde görülen belirtilerin, tedaviyi gerektirebilecek bir sendrom olarak düşünülmesi yönüyle de belirtileri, “döneme özgü hormonal dalgalanmalardan kaynaklanan fizyolojik belirtilerin açığa vurması” olarak değerlendirenler de bulunmaktadır (12). Mevcut görüş ayrılıkları ise, bu tablo için farklı terimler kullanılmasına neden olmuştur. Yazında sıklıkla adı geçen terimler ise şu şekilde özetlenebilir:

Menstrüel Molimina (MM): Kadınların çoğunda, menstrüel siklusun luteal fazında, birkaç gün süre ile görülen ve ovulasyonun göstergesi olduğu düşünülen, memelerde hassasiyet, iştah artışı, uyku bozuklukları, yorgunluk, baş ağrısı ve karında şişkinlik gibi hafif şiddetteki belirtilerdir (13).

Premenstrüel Sendrom (PMS): Menstrüel siklusun luteal fazı sırasında ortaya çıkan, menstrüasyonun başlamasıyla da hızla düzelen somatik, bilişsel, duygusal ve davranışsal bozuklukları tanımlamak için kullanılan genel bir terimdir (3).

Premenstrüel Gerginlik Sendromu (PGS): MM'den, belirtilerin daha uzun sürmesi ve şiddetli olması ile farklılık gösteren; ağırlıklı olarak fiziksel belirtilerin vurgulandığı; ilk kez *Robert Frank* tarafından tanımlanan (1) daha sonraları ise, PMS

için, ICD-10 (*International Classification of Diseases, 10th Revision*)’da kullanılan bir terimdir (14).

Geç Luteal Faz Disforik Bozukluğu (GLFDB): Belirtilerin, işlevsellikte kayıplara yol açacak kadar şiddetli olduğu; ağırlıklı olarak endokrinolojik yönünün vurgulandığı; PMS’nin şiddetli tipi için DSM-III-R (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, III. Edition, Revised*)’da kullanılan bir terimdir (15).

Premenstrüel Disforik Bozukluk (PDB): GLFDB’dan, PMS ile duygudurum bozuklukları arasındaki ilişkileri bildiren yazın verileri doğrultusunda ağırlıklı olarak affektif yönünün vurgulanması ile farklılık gösteren, PMS’nin şiddetli tipi için DSM-IV’te kullanılan bir terimdir (4).

2.2. Tarihçe

Kadınlarda premenstrüel dönemde çeşitli bedensel ve ruhsal değişiklikler gözlenmesinin geçmişi oldukça eskilere uzanmaktadır. Milâttan önce (MÖ) 4. yüzyılda *Hipokrat*, 11. yüzyılda *Salerno’dan Troutula* ve Rönesans döneminde pek çok yazar tarafından bildirilmiştir (16). Hipokrat “*Sickness of Virgins*” adlı eserinde hezeyanlar, mani ve intihar fikirleri gibi bilişsel ve davranışsal belirtilerin, akması engellenmiş menstrüel kanla ilişkili olduğunu ifade etmektedir (17). 16. yüzyılda *Padua Üniversitesi’nden Giovanni da Monte*, menstrüasyon ile depresyon arasındaki olası bir ilişkiyi vurgularken (18); 18. ve 19. yüzyıllarda *Pinel*, *Esquirol*, *Morel*, *Greissinger* ve *Sutherland*, premenstrüel dönem ve menstrüasyonla ilişkili manik ataklardan söz etmişlerdir. *Leacock* ise 1840’ta kadınların bu dönemde yaşadıkları ‘histerik’, ‘tuhaf ve huzursuzluk verici’ belirtilerin, mevcut hastalıkların bir alevlenmesi olduğunu bildirmiştir (19).

PMS ile ilişkili ilk modern çalışmalar, 1931 yılında Amerikalı jinekolog *Robert Frank*’ın, New York’ta yapılan akademik bir toplantıda, “PGS” tanımlamasını içeren bir bildiri sunması ile başlamıştır. 15 vakada premenstrüel dönemde baş ağrısı, duygudurum değişiklikleri ve kilo artışı belirtileri gözlemleyen *Frank*, “*The Hormonal Causes of Premenstrual Tension*” adlı bildirisinde, bu belirtilerin, östrojen fazlalığından kaynaklandığını öne sürmüştür (1). “PMS” terimi ise ilk kez, 1953 yılında, *Dalton ve Greene*’in, “*The British Medical Journal*”

dergisinde yayınlanan “*The Premenstrual Syndrome*” adlı makalesiyle kullanılmaya başlanmıştır (2). Bu makale aynı zamanda, PMS ile ilgili tıbbi yazında yer alan ilk bildiri olmuştur.

2.3. Sınıflandırma ve Tanı Ölçütleri

Endokrinolojik, jinekolojik ve psikiyatrik boyutlarının olması nedeniyle, PMS’nin birden çok uzmanlık dalı tarafından araştırılıyor olması, sınıflandırmada ve tanı ölçütlerinin belirlenmesinde yaşanan zorlukları arttırmaktadır. Psikiyatri alanında sıklıkla kullanılan ICD ve DSM sınıflandırma sistemlerinde, PMS için farklı terimlerin kullanıldığı, çeşitli tanı ölçütleri yer almaktadır (Tablo 2.2 ve Tablo 2.1). ICD-9 ve ICD-10’da, “Genitoüriner Sistem Bozuklukları” başlığı altında, fiziksel bir bozukluk olarak “PGS” (14); DSM-III-R’da depresif bir bozukluk olarak “GLFDB” (15); DSM-IV’te ise, “Başka Türü Adlandırılmayan (BTA) Depresif Bozukluklar” başlığı altında, yine depresif bir bozukluk olarak, ancak “PDB” şeklinde yer almıştır (4).

Belirtileri arasında psikiyatrik belirtilerin yer alması ve birtakım psikiyatrik bozukluklarla olan yakın ilişkisi nedeniyle, DSM-IV’teki adı ile PDB, ICD’deki PGS’ye göre daha ağır bir tabloyu tanımlamaktadır (3). PDB, ardışık en az iki siklusun değerlendirilmesiyle, ileriye dönük olarak konulan bir tanı olup, bildirilen 11 belirtiden en az beşinin bu sürede tespit edilmesi gerekmektedir. PGS ise geriye yönelik olarak konulan bir tanıdır. Ayrıca PGS’de fiziksel belirtiler, PDB’de ise duygudurum belirtileri ön plandadır. Öte yandan PGS’nin, PDB’den en önemli farkı ise, PGS tanısı için minimum sayıda belirtinin ortaya çıkmasının yeterli olması ve işlevsellikte bozukluk bulunma zorunluluğunun olmamasıdır (4, 14).

Tablo 2.1. PDB için araştırma ölçütleri (DSM-IV-TR).

PREMENSTRÜEL DİSFORİK BOZUKLUK İÇİN ARAŞTIRMA ÖLÇÜTLERİ
A. Son bir yıl içinde, menstrüel siklusların çoğunda, luteal evrenin son haftasının büyük bir bölümünde, aşağıdaki belirtilerden, en az biri (1), (2), (3) ya da (4) olmak üzere, beşi (veya daha fazlası) vardır; folliküler evrenin başlangıcından sonra birkaç gün içinde bu belirtiler düzelmeye başlamış, menstrüasyondan sonraki haftada ise kaybolmuştur:
(1) Belirgin depresif duyudurum, umutsuzluk hissi veya değersizlik düşünceleri (2) Belirgin anksiyete, gerginlik, sinirlilik veya diken üstünde olma hissi (3) Belirgin affektif labilite (örn. kendini aniden üzüntülü veya ağlamaklı olma, reddedilmeye duyarlılıkta artma) (4) Sürekli belirgin öfke, iritabilite veya kişiler arası çatışmalarda artma (5) Günlük aktivitelere olan ilgide azalma (örn. iş, okul, arkadaşlar, hobiler) (6) Konsantre olmakta zorlanma (7) Letarji, kolay yorulma veya belirgin enerji azalması (8) İştahta belirgin değişiklik, aşırı yeme veya belirli yiyeceklerle aşırma (9) Aşırı uyuma veya uykusuzluk (10) Bunalma hissi veya kontrol kaybı korkusu (11) Memelerde hassasiyet veya şişme, baş ağrıları, eklem veya kas ağrısı, karında şişkinlik hissi, kilo alma gibi diğer fiziksel belirtiler
NOT: Menstrüasyon gören kadınlarda, luteal evre, ovulasyon ile menstrüasyonların başlangıcı arasındaki döneme karşılık gelir ve folliküler evre menstrüasyon ile başlar. Menstrüasyon görmeyen kadınlarda (örn. histerektomi geçirmişlerde), luteal ve folliküler evrelerin zamanlaması dolaşımdaki üreme hormonlarının düzeylerinin ölçümünü gerektirir.
B. Bu bozukluk klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, mesleki alanlarda veya önemli diğer işlevsellik alanlarında bozulmaya neden olur. (örn. toplumsal etkinliklerden kaçınma, okul veya işte üretkenlikte ve etkinlikte azalma).
C. Bu bozukluk sadece Majör Depresif Bozukluk, Panik Bozukluğu, Distimik Bozukluk ya da bir Kişilik Bozukluğu gibi başka bir bozukluğun belirtilerinin alevlenmesi değildir.
D. A, B ve C ölçütleri en az iki ardışık belirtili siklusta ileriye dönük günlük ölçümlerle desteklenmelidir. (Bu tanı, bu saptamadan önce geçici olarak konulabilir). (4).

Tablo 2.2. PGS için tanı ölçütleri (ICD-10).

PREMENSTRÜEL GERGİNLİK SENDROMU ICD-10 TANI ÖLÇÜTLERİ
A. Belirtiler sadece luteal evrede ortaya çıkar, menstrüasyondan kısa süre önce zirveye ulaşır ve menstrüel kanamayla birlikte veya kısa bir süre içinde kaybolur. B. Aşağıdaki belirtilerden bir tanesi yeterlidir: (1) Hafif psikolojik huzursuzluk (2) Şişme hissi ve kilo alma (3) Memelerde hassasiyet (4) El ve ayaklarda şişme (5) Çeşitli ağrılar (6) Konsantrasyonda azalma (7) Uyku bozukluğu (8) İştah değişikliği (14).

2.4. Epidemiyoloji

PMS belirtilerinin kadınlarda oldukça yaygın olduğu uzun yıllardır bilinen bir gerçektir. Hafif belirtiler de dâhil edildiğinde bu yaygınlık oranları %90'ı bulmaktadır (20, 21). Sadece orta şiddette ya da şiddetli belirtilerin sıklığı ise, %2 ile %88 arasında değişmektedir (22–24). Şiddetli PMS'nin toplumda görülme sıklığı ise, %12.6–31 arasında değişmektedir (25). Bununla birlikte, daha sıkı ölçütlerinin olması nedeniyle, premenstrüel belirtileri olan kadınların sadece %3–8'inin PDB tanı ölçütlerini karşıladığı tespit edilmiştir (16). Türkiye'de toplum örnekleminde PMS ve/veya PDB yaygınlığını araştıran çalışmalarda ise, PMS yaygınlığının %5.9–76 arasında, PDB yaygınlığının ise %4–8 arasında değiştiği bildirilmiştir (26, 27). Ancak, PMS sıklığının belirlenmesinde; sendrom olarak kabul edilmesinde görüş ayrılıklarının olması; belirtilerinin özgün olmaması ve çeşitliliği nedeniyle ayırıcı tanısının tam olarak yapılamaması ve kesin tanı için ileriye yönelik değerlendirmelerin gerekli olması; toplumdaki gerçek sıklığının saptanmasına engel olmaktadır. Ayrıca, çeşitli geleneksel veya kültürel nedenlerden kaynaklanan, günümüzde de sıkça karşılaştığımız, menstrüel döneme özgü birtakım tutumların, bu durumun bir yakınma olarak gündeme gelmesini engellediği ve olasılıkla birçok

kadının, bu yakınmaları kadın olmanın bir bedeli olarak değerlendirerek bunlara katlanmaya çalıştığı düşünülmektedir.

Ortalama görülme yaşının 26 olduğu tespit edilen, sıklıkla da 20'li yaşların sonlarında ve 30'lu yaşların başlarında görüldüğü bildirilen PMS, ovulasyon ile ilişkili olduğunun düşünülmesi nedeniyle, aslında menarştan sonra herhangi bir yaşta başlayabilmekte ve menopozda ovulasyonun sona ermesine kadar sürebilmektedir. Gençlerde görülme sıklığının tespit edilmesini, belirtilerin daha hafif yaşanması nedeniyle yakınma olarak dile getirilmemesinin zorlaştırdığı düşünülmektedir. Şiddetli PMS belirtilerinin ise, 25–35 yaş arasındaki kadınlarda diğer yaşlara göre daha fazla yaşandığı, yaşla birlikte arttığı, menopoza yaklaştıkça ise azaldığı öne sürülmektedir (5, 28–31).

PMS'nin patofizyolojisindeki belirsizlik epidemiyolojik çalışmalara yansımakta ve yazında, çeşitli değişkenlerle ilişkisini araştıran çok sayıda çalışma yer almaktadır. Ancak, belirsizlik bu alanda da devam etmekte ve çelişkili sonuçların elde edilmesi nedeniyle, kesin ilişkisi gösterilen bir risk faktörünün olmadığı düşünülmektedir.

Premenstrüel yakınmalar açısından kültürler arası farklılıkların olduğu; görülme sıklığının, Japon kadınlarında, Türk ve Amerikan kadınlarına göre daha düşük olduğu bildirilmiştir (26).

Menstrüel siklus özelliklerinin değerlendirildiği araştırmalarda, menarş yaşı ile PMS arasında sıklıkla ters bir ilişki olduğu bildirilmekle birlikte (32) bunun aksini saptayan çalışmalar da mevcuttur (33, 34). İlk menarş yaşı on iki ve altında olanlar ile on ikinin üstünde olanların karşılaştırıldığı bir çalışmada, ilk menstrüasyonu on iki yaş altında yaşayanlarda, PMS oranı anlamlı olmamakla birlikte daha yüksek saptanmıştır (35). Menstrüel siklus süresi uzun olanlarda, PMS'nin daha sık görüldüğü (36, 37); menstrüasyon kanamasının seyrek olduğu durumlarda ise, PMS yakınmalarının azaldığı bildirilmiştir (6). Ancak, siklus süresi uzunluğu, menarş yaşı gibi menstrüel siklus özellikleri ile PMS arasında ilişki bulmayan çalışmaların (38) da mevcut olması, kesin sonuçlara ulaşılmasını engellemektedir.

Gebelik ve doğum sayısı ile PMS arasında olası bir ilişkiyi araştıran çalışma sonuçlarında da bir tutarlılık bulunmamaktadır. Yazında, gebelik sayısı ile premenstrüel belirtilerin ilişkili olduğunu (39); dermatolojik sorunlar dışındaki tüm

premenstrüel belirtilerin görülme sıklığının, doğum sayısının artması ile anlamlı ölçüde arttığını (40); doğum sayısında artışla belirtilerin arttığını bildiren yayınlar olduğu gibi (34); premenstrüel belirtilerin doğum sayısı ile ilişkili olmadığını bildiren çalışmalar yer almaktadır (30).

Medenî durum ile PMS arasındaki ilişki göz önüne alındığında yazında; evli kadınlarda PMS oranını anlamalı olmamakla birlikte daha yüksek bulan (32); medenî durumla PMS arasında bir ilişki olmadığını (34, 42); eşinden ayrılmış ya da eş ölmüş olan kadınlarda PMS belirtilerinin daha şiddetli yaşandığını bildiren yayınlar göze çarpmaktadır (29).

Strese bağlı olarak belirtilerde önemli derecede alevlenme olduğuna ilişkin kanıtlar olup travmatik olayların PMS'yi 4 kat arttırdığı gösterilmiştir (42, 43). Farklı kültürlerde yapılan çalışmalarda, PMS'nin stres ile olası ilişkisi göz önüne alınarak, iş stresi değerlendirilmiş ve eğitim düzeyi yüksek çalışan kadınlarda, belirtilerin daha yaygın ve şiddetli olduğu vurgulanmıştır. Ancak, PMS ile sosyoekonomik durum ve çalışma durumu arasında net bir ilişki tespit edilememiştir (44-46).

Biyolojik yapı, beslenme, uyku alışkanlıkları, stresli yaşam ve egzersiz yapma durumundaki farklılıklar nedeniyle, sosyodemografik değişkenlerin, bireyler arasında ya da tek bir bireyde sikluslar arasında çeşitlilik gösterebildiği, bunun da araştırma sonuçlarına yansiyebileceği ön görülmektedir. Sonuç olarak, veriler çelişkili olup potansiyel sosyodemografik risk faktörlerini belirlemek için iyi tasarımı daha fazla çalışmaya ihtiyaç duyulmaktadır (47, 48).

2.5. Patofizyoloji

Uzun yıllardır tanınmasına ve patofizyolojisinin açıklığa kavuşturulmasına yönelik yoğun çabaların olmasına rağmen; PMS, günümüzde hala, oluş nedenleri kesin olarak belirlenemeyen tablolar arasında yer almaktadır. Olası nörolojik, endokrinolojik ve psikolojik boyutlarının ele alındığı araştırmalarda ise, birbiri ile tutarlı olmayan çeşitli görüşler ileri sürülmektedir. Biyolojik açıdan bakıldığında, son zamanlarda üzerinde en çok yoğunlaşılan alanların, serotonerjik sistem, gamma amino bütirik asit (GABA), ve hipotalamo-pituiter-adrenal (HPA) aks olduğu görülmektedir.

Döngüsel niteliği ve luteal fazda görülmesi, araştırmacıları, PMS'li kadınlarda, over kökenli steroid hormonların düzeylerini incelemeye yöneltmiştir. Bu konuda yapılan bir çalışmada, cerrahî olarak her iki overin çıkarılması veya GnRH (*Gonadotrophin Releasing Hormone*) analogları verilerek overlerin baskılanması sonucu, PMS belirtilerinin iyileştiği, östrojen ve progesteron verilmesi ile ise tekrar ortaya çıktığı gözlenmiştir (49). Ancak farklı çalışmalarda, PMS'li kadınlarla kontroller arasında östradiol, progesteron ve gonadotropin seviyeleri bakımından farklılık bulunmadığının gösterilmemesi (50, 51) üzerine, PMS tanısı olan kadınlarda, üreme hormonlarının seviyelerinin normal olduğu, ancak menstrüel dönemde oluşan hormonal dalgalanmalara karşı genetik bir yatkınlığın söz konusu olabileceği düşünülmüştür (51).

Beyinde, over kökenli steroidlerin fonksiyonuna aracılık eden, katekolaminler, monoaminler, endojen opioid peptidler, enkefalinler, GABA (*Gamma Amino Butyric Acid*), serotonin ve prostaglandinler gibi birçok mediyatör bulunmaktadır. Östrojen, hipotalamusta, serotoninin diurnal dalgalanmalarına; progesteron ise dönüşüm hızında artmaya neden olmaktadır. Östrojen, progesteron ve ovulasyonda rolü olan diğer hormonların, bu mediyatörlere etki etmesi sonucu ortaya çıkan anormalliklerin, premenstrüel belirtilerin görülmesine yol açabileceği ön görülmektedir (52, 53).

Serotonin PMS'li kadınlarda üzerinde en fazla çalışılan nörotransmitterdir. PMS'deki azalmış dürtü kontrolü, depresif duygu durum, iritabilite ve artmış karbonhidrat isteğinin, beyinde azalmış serotonin nörotansmisyonu ile ilişkili olduğu düşünülmektedir (54, 55). Ancak serotonerjik sistemin PMS'de nasıl bir rol oynadığı henüz kesin olarak ortaya konabilmiş değildir. Bugüne kadar yapılan çalışmalardan elde edilen bulgular, PMS'de serotonerjik sistemin nedensel olmaktan çok düzenleyici bir rol oynadığı yönünde bir görüş oluşturmaktadır (56). PMS'de serotonerjik işlev bozukluğunun olduğu görüşü, serotoninin trombositler tarafından alımının azalmasına (57), serotonin agonistlerine azalmış cevaba (58) ve SSRI (*Selective Serotonin Reuptake Inhibitors*)'ların PMS tedavisindeki tutarlı etkinliğine (59) dayandırılarak öne sürülmüştür. Sitalopramın, progesteronun pregnanolona dönüşümünü artırarak (60), fluoksetin, sertralin, paroksetin gibi SSRI'ların ise, progesteronun biyosentez yolundaki son enzimi doğrudan uyarmak yoluyla,

allopregnanolonun sentezini artırarak (61) premenstrüel belirtileri iyileştirdikleri gösterilmiştir. Bütün bu bulgular, PMS'nin patolojisinde serotonerjik aktivitenin önemli rolü olduğunu ve over kökenli steroidlerle etkileşimini göstermektedir (62).

Bir progesteron metaboliti olan ve GABA reseptör sistemi ile ilişkiye girerek anksiyolitik etki gösteren allopregnanolon seviyeleri, PMS'li kadınlarda, kontrol grubuna göre belirgin olarak düşük bulunmuştur (63). Allopregnanolonun, PMS'de artmış anksiyete belirtilerinden sorumlu olabileceği düşünülmüştür. Çeşitli çalışmalarda, GABA'nın, orta folliküler fazdan geç luteal faza geçişte düştüğü saptanmış (64), bu azalmanın ise allopregnanolon gibi etkilerini GABA-A reseptörleri üzerinden gösteren nörosteroidlerin azalmasına bağlı olabileceği düşünülmüştür (65). Ayrıca PMS belirtilerinin, progesteron çekilmesi sonucu, GABA reseptör ekspresyonunda meydana gelen değişikliklerle ilişkili olduğu da bildirilmiştir (66).

PMS'de HPA aksıyla ilgili yapılan çalışmaların sonuçları, nasıl olduğu tam olarak açıklığa kavuşmamakla birlikte, bu sistemde bir düzensizlik olduğunu ortaya koymuştur. İlgili yazın bildirilerine bakıldığında ise, birbirinden farklı bulgulara rastlanmaktadır (67-70). PMS'de kortizolün sirkadiyen ritminde bir bozulmanın olduğu bildirilmiştir (71). PMS'de menstrüel siklusun orta luteal fazında, HPA aksının glukokortikoid geri bildirim düzenlenmesinin azaldığı ve bu durumun, irritabilite, disfori gibi premenstrüel belirtilerin ortaya çıkmasında rol oynayabileceği öne sürülmektedir (72). CRH (*Corticotropin Releasing Hormone*) uyarısına (69, 73) kortizol cevabında artış gözlenen çalışmaların yanında, psikolojik (74, 75) veya insülinle indüklenmiş hipoglisemi (76), egzersiz (77-78) gibi fizyolojik stresörlere HPA aks aktivitesinde yetersizlik gözlenen çalışmalar da bulunmaktadır. Bütün bu verilerin ışığında, PMS'de HPA aksının aktivitesinde sadece artma veya azalma şeklinde bir bozukluktan çok, aksın düzenlenmesinde bir aksaklık olduğu düşünülmektedir.

Genetik faktörlerin rolünün araştırıldığı çalışmalarda, monozigotik ikizlerde eş hastalanma oranının %93, dizigotik ikizlerde %44, kardeşlerde %31 olduğu (4); annesinde PDB olan kişilerde (%70) olmayanlara (%37) göre daha fazla PDB geliştiği bildirilmişse de, PMS ile ilişkili genetik bir belirteç ya da polimorfik görünümleri tanımlanmamıştır (79).

Özet olarak, PMS'yi biyolojik açıdan ele alan çalışma sonuçları, genetik faktörlerle belirlenen biyolojik bir duyarlılığı olan bireylerde, over kökenli steroid hormon düzeylerinde döngüsel olarak izlenen değişikliklerin, beyindeki nörotransmitter sistemlerini etkilemesinin, PMS patofizyolojisinden sorumlu olabileceğini göstermektedir.

Biyolojik faktörlerin yanında, çeşitli psikososyal faktörlerle de açıklanmaya çalışılan PMS'de, menstrüasyon ve kadınlık ile ilgili sosyal ve kişisel görüşlerin, belirtiler üzerinde etkili olabileceği öne sürülmektedir. Psikanalistler tarafından PMS, "ambivalan gebelik isteği ve cinsel tercihle ilgili bilinç dışı çatışmalar" ile ilişkilendirilmiştir (80). Ayrıca, menstrüasyon hakkında sıkı inanç ve ritüelleri olan ve cinsel tabulara çok önem veren Yahudi kadınlarının, Hristiyanlarla karşılaştırıldığında, daha fazla premenstrüel yakınma tanımladıkları bildirilmiştir (81).

PMS patofizyolojisinde, tek bir faktörün tek başına rol oynamadığı, oldukça karmaşık gözükken birçok mekanizmanın işe karıştığı; olasılıkla da bunun, menstrüel siklusun normal endokrin fonksiyonları tarafından tetiklenen, psikonöroendokrin bir mekanizma olduğu düşünülmektedir.

2.6. Klinik Özellikler

Kadınlarda, menstrüasyon öncesi dönemde iki yüzü aşkın belirtinin ortaya çıktığı bilinmektedir. Ancak bunlar arasında en önemli yeri, duygudurum değişiklikleri ve fiziksel belirtiler tuttuğu; en sık görülen duygudurum değişikliklerinin, depresif duygudurum, iritabilite, anksiyete, mizaçta dalgalanmalar ve duygusallık; en sık görülen fiziksel belirtilerin ise, meme hassasiyeti, enerji azalması, ödem, iştah ve kilo artışı, baş ağrısı ve karın ağrısı olduğu bildirilmektedir (82–88). PMS'de sıklıkla izlenen belirtiler Tablo 2.3'te gösterilmektedir:

Tablo 2.3. PMS’de görülen belirtiler.

PREMENSTRÜEL SENDROMDA SIK OLARAK İZLENEN BELİRTİLER	
Affektif	Üzüntü, huzursuzluk, gerginlik, anksiyete, kızgınlık, öfke, irritabilite, ajitasyon, depresyon, labil ruh hali
Bilişsel	Konsantrasyon bozukluğu, kararsızlık, unutkanlık
Psikiyatrik	İntihara eğilim, kuşkuculuk
Ağrı	Baş ağrısı, memelerde hassasiyet, kas ve eklem ağrıları
Vejetatif	İnsomnia, hipersomnia, anoreksiya, iştah artışı, kilo artışı, halsizlik, libido değişiklikleri
Davranışsal	Motivasyon azalması, toplumdaki kaçma, işten kaçma, iş verimliliğinin azalması
Otonomik	Çarpıntı, terleme, sıcak basmaları
Gastrointestinal	Karında şişkinlik, bulantı, kabızlık veya ishal
Nörolojik	Baş dönmesi, parestezi, tremorlar, konfüzyon, letarji
Renal	Oligüri, pollaküri
Fiziksel	Ekstremitelerde ödeme, memelerde büyüme ve/veya şişme, kas ve eklem sertliği
Dermatolojik	Akne, cilt ve saçlarda yağlanma, saçların kuruması, hirsutismus

Plaseboya yüksek oranda yanıt verdiği bildirilen (8) PMS, bazı araştırmacılar tarafından, “biyososyopsikosomatik sendrom” olarak da tanımlanmaktadır (9). Psikosomatik boyutunun tanımlanması ile de PMS’de, psikosomatik hastalıklar ile ilişkisi önceki çalışmalarda gösterilen, aleksitimi, somatizasyon, genel öfke düzeyi ve öfke ifade biçiminin olası rolünü araştıran çalışmalar gündeme gelmiştir.

“Duyguları fark etme, tanıma, ayırt etme ve ifade etme güçlüğü” olarak tanımlanan aleksitimi kavramı, ilk kez 1972 yılında *Sifneos* tarafından, psikosomatik hastalıklarda gözlenen bir takım ortak kişilik özelliklerini ifade edebilmek amacıyla kullanılmıştır. Psikodinamik açıdan ise aleksitimi “sorunlarını bedenselleştiren hastaların; gelişim dönemlerinde saplanıp kalma, patolojik savunma düzeneklerini kullanma, bilinç dışı çatışmalar ve örseleyici erken yaşam olayları yaşamış olmaları nedeniyle duygularını sözcikleştirememeleri durumları” olarak tanımlanmaktadır (90). *Krystal*’in 1982 yılında yayınlanan bir derlemesinde; aleksitiminin, psikosomatik bozukluklarda olduğu kadar, psikiyatrik bozukluklarda da temel nedenlerin

anlaşılmasında önemli ipuçları sağlayacağı ileri sürülmüştür. Son yıllarda yapılan araştırmalarda ise, aleksitimik özelliklerin sağlıklı bireylerde de sıkça gözlemlendiği bildirilmektedir (91).

Aleksitimik kişilerin, emosyonel durumlarını, fiziksel bir hastalığın işareti olarak yorumlayabildikleri öne sürülmektedir (92). Ayrıca, anksiyete, bedensel duyuları büyütme ve aleksitiminin, somatizasyonu yordadığı ve aleksitimik özelliği olanlarda, somatizasyonun en sık başvurulmuş savunma düzeneği olduğu bildirilmiştir (93). Üniversite öğrencilerinde yapılan bir çalışmada, aleksitimi düzeyleri yüksek olan grubun, olmayanlara kıyasla, daha fazla öfke yaşadıkları ancak öfkenin sözel olmayan bir şekilde ifade edildiği ve kişiler arası çatışma yaşamaktan kaçındıkları bildirilmiştir (94). Başka bir çalışmada ise, aleksitimi düzeyleri ile somatizasyon ve öfke düzeyleri arasında ters bir ilişki olduğu gösterilmiştir (95).

Aleksitiminin psikopatoloji sürecinde rol oynayan mekanizmalar ile ilişkisi, her geçen gün daha fazla ilgi çekmektedir. Kişilik ve psikopatoloji ile ilişkisinin araştırıldığı bir çalışmada, depresyon ve anksiyete ile arasında güçlü bir bağlantı olduğu sonucuna varılmıştır. Bu nedenle, aleksitiminin, klinik ilgi odağı olabilecek diğer durumlarla ilişkisinin daha sağlıklı bir şekilde değerlendirilebilmesi için, depresyon ve anksiyetenin etkisinin kontrol edilmesi gerektiği savunulmaktadır (96). Ayrıca, depresif kişilerde, olumsuz ve kötümser bilişsel şemaların, hastalık anılarını taze tuttuğu, kişilik sağlık durumunu olumsuz olarak algılamasına zemin hazırladığı ve böylece kişinin hoş olmayan yaşantılara daha duyarlı olduğu ileri sürülmektedir (97).

Kadınların, üreme hormonlarında değişim olduğu dönemlerde, depresyona daha yatkın olduğu bildirilmekte ve bu konudaki araştırmalarda, PMS tanısı alan kadınlarda, yaşam boyu depresyon görülme sıklığının, %30–%70 arasında değiştiği gösterilmektedir (98). Ayrıca PMS tanısı alan kadınların, diğer üreme ile ilgili olaylarda (puerperium ve perimenopoz gibi) da depresyon geçirme açısından görece daha fazla risk altında olduğu ileri sürülmektedir (99).

Psikosomatik hastalıklar ile ilişkisi gösterilen ve doğal bir duygu olan öfke ile baş edebilmek için, kişinin öfkesini tanıması ve sağlıklı bir şekilde ifade etmesi gerekmektedir. Somatizasyon ile yakın ilişkisinin olduğu bildirilen araştırmalarda, öfke ile baş etme tarzının ve öfkeyi ifade etme biçiminin önemi vurgulanmaktadır.

Depresif bozukluktaki somatizasyonun öfke dışı vurumuna, anksiyetede ki somatizasyonun ise, öfkeyi bastırmaya bağlı olarak gelişebileceği ileri sürülmüştür (100).

Premenstrüel dönemde; majör depresif bozukluk, obsesif kompulsif bozukluk, alkol kullanım bozukluğu, şizofrenik bozukluk, bipolar bozukluk, panik bozukluk, yaygın anksiyete bozukluğu, bulimiya nevroza, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu gibi psikiyatrik; epilepsi, migren, multipl skleroz gibi nörolojik; astım, fibromiyalji gibi birtakım hastalıklarda alevlenme olduğu bildirilmekte ve bu durum "premenstrüel alevlenme" olarak adlandırılmaktadır (50, 51).

PMS'ye özgü belirtilerin bulunmaması ve premenstrüel dönemde birtakım hastalıklarda alevlenme gözlenmesi, PMS'nin ayırıcı tanısının yapılmasını zorlaştırmaktadır. Ayrıca, belirti kümesinin geniş olması, sıklıkla psikiyatrik, endokrinolojik, nörolojik, onkolojik, hematolojik, immünolojik, jinekolojik, dermatolojik ve kardiyolojik hastalıklarla karışmasına yol açmaktadır (102, 103).

PMS'de belirtiler sıklıkla 30'lu yaşlarda ortaya çıkma, menopozdan sonra azalma ve ortadan kaybolma eğiliminde olduğundan, tedavi arayışları da genelde 30'lu yaşlarda olmaktadır. Araştırmacılar, tedavi edilmemesinin ileriki dönemlerde, duygudurum bozukluklarının gelişmesine yol açabileceğini bildirmekte ve tedavinin önemini vurgulamaktadırlar. PMS'nin özellikle davranışsal belirtilerinin neden olduğu iş ve ekonomik alandaki kayıplar göze alındığında, tanınıp tedavi edilmesiyle ilgili önem giderek daha da artmaktadır (104).

Patofizyolojisinin tek bir faktörle açıklanamaması, oldukça çeşitli tedavi yaklaşımlarının doğmasına yol açmıştır. Bunlardan bazıları, yeme alışkanlıklarında değişiklikler, egzersiz, nütrisyonel destekler, çeşitli bitkisel ajanlar gibi konservatif; antidepresanlar, anksiyolitikler, duygudurum dengeleyicileri, hormonlar, diüretikler, analjezikler gibi farmakolojik; bilateral ooferektomi gibi cerrahî; bilişsel davranışçı terapi gibi psikoterapötik yaklaşımlardır. İyi tasarlanmış klinik çalışmalarda en fazla etkinliği gösterilenler ise, SSRI, Alprazolam ve GnRH agonistleri gibi farmakolojik tedavi yaklaşımlarıdır (7, 59, 87, 105, 106).

GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Örneklemin Oluşturulması

Çalışma, Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu'ndan 31.03.2008 tarihinde onay alındıktan sonra (Karar no: 2008/37) başlatılmıştır. Araştırmaya rastgele ulaşılabilen, menstrüel siklusları düzenli olan 16–45 yaş arası kadınlar alınmıştır. Çalışmaya katılmaya gönüllü olanlarla, dışlama ve dâhil etme ölçütlerinin değerlendirilebilmesi için karşılıklı görüşme yapılmıştır. Çalışma desenine uygun olduğu düşünülenlere çalışma hakkında bilgi verilmiştir. Sözlü olur alınanlara ayrıca bir de yazılı bilgilendirilmiş olur formu onaylatılmıştır. Hastaların sosyodemografik özellikleri ve PMS'nin DSM–IV tanı ölçütleri, çalışma için ayrıntılı olarak hazırlanan anket formları ile değerlendirilmiştir (Bkz. EK 1 ve EK 2). Ayrıca, tüm katılımcılara, doldurulmak üzere, araştırmada kullanılan ölçekleri içeren birer kitapçık verilmiştir.

Çalışmanın akışı, çalışmaya katılmaya gönüllü bireylerle yüz yüze görüşme, sözel bilgilendirme, bilgilendirilmiş olur formunun onaylatılması, çalışma için geliştirilen kitapçıktaki anket formlarının ve ölçeklerin doldurulmasının istenmesi biçimindedir.

Araştırmaya dâhil edilme ölçütleri aşağıda belirtilmiştir:

1. Değerlendirme ölçeklerini yanıtlamaya yetecek düzeyde zihinsel kapasitesi,
2. Yaş Aralığı 16–45,
3. En az ilkokul mezunu,
4. Menstrüel siklusları son bir yıldır düzenli (21–35 gün),
5. Menarş yaşı ile çalışmaya alınma tarihleri arası iki yıldan fazla olan kadınlar.

Araştırmadan çıkartılma ölçütleri aşağıda belirtilmiştir:

1. Anket formunu ve ölçekleri eksik dolduran,
2. Çalışmadan gönüllü olarak ayrılan katılımcılar.

Araştırmadan dışlanma ölçütleri aşağıda belirtilmiştir:

1. Değerlendirme ölçeklerini yanıtlamaya engel olacak düzeyde zihinsel sınırlılığı,
2. Son bir yıldır hormonal ilaç kullanımı,
3. Jinekolojik operasyon öyküsü,
4. Son bir yıldır adet düzensizliği öyküsü (amenore, oligomenore, adet döngüsünde dört günden fazla değişiklik olması),
5. Menarş yaşı ile çalışmaya alınma tarihleri arası iki yıldan az,
6. Alkol veya madde kullanımı öyküsü,
7. Yeme bozukluğu öyküsü,
8. PMS ile ayırıcı tanısının yapılmasını gerektiren, endokrinolojik (*Diabetes mellitus*, tiroid hastalıkları) ve nörolojik hastalık (epilepsi, migren) öyküsü olan kadınlar.

3.2. Araştırmada Kullanılan Anket Formları ve Ölçekler

3.2.1. Sosyodemografik veri formu

Katılımcıların, demografik özelliklerini, genel tıbbî durumlarını, psikiyatrik ve jinekolojik öykülerini değerlendirebilmek amacıyla, çalışma için hazırlanan bir anket formudur (Bkz. EK 1).

3.2.2. PMS DSM-IV tanı ölçütleri anket formu

Katılımcıların, PMS DSM-IV tanı ölçütlerini sorgulayabilmek amacıyla, araştırmacı tarafından hazırlanan bir anket formudur (Bkz. EK 2).

3.2.3. Premenstrüel Değerlendirme Formu (PDF)–(*Premenstrual Assessment Form–PAF*)

Premenstrüel dönemde ortaya çıkan belirtilerin yaygınlığını ve şiddetini, geriye dönük olarak değerlendiren, 95 maddelik bir kendini değerlendirme ölçeğidir (Bkz. Ek 3). *Halbreich* ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir (107). Türkiye’deki geçerlilik ve güvenilirlik çalışması ise, Dereboy ve arkadaşları tarafından, hemşirelik öğrencilerinde yapılmıştır (108). 18 alt ölçeği bulunmaktadır. Bu alt ölçekler, çökkün duygudurum, endojen depresif özellikler, labilite, atipik depresif özellikler, histeroid özellikler, düşmanlık/kızgınlık, sosyal geri çekilme, bunalı, kendini iyi hissetmede artış, impulsivite, organik mental özellikler, su tutulumu, fiziksel rahatsızlık, otonomik değişimler, yorgunluk, sosyal işlevsellikte bozulma, çeşitli duygudurum/davranış değişiklikleri ve çeşitli fiziksel değişimlerdir. Değerlendirme, 6’lı Likert tipi ölçüm ile yapılmaktadır. Her madde, 1 ile 6 arasında bir puan almaktadır. 1 seçeneği “değişim yok”, 2 seçeneği “çok az değişim”, 3 seçeneği “hafif değişim”, 4 seçeneği “orta şiddette değişim”, 5 seçeneği “şiddetli değişim”, 6 seçeneği ise, “aşırı değişim” anlamına gelmektedir. Bireyden, son üç menstrüel siklusu düşünerek, kendisine en uygun olan seçeneği işaretlemesi istenir. Ölçek toplam puanı, her bir maddeden alınan puanın toplanmasıyla elde edilir. Toplam puanlar, 0 ile 570 arasında değişmektedir. Puanların artması, premenstrüel belirtilerin şiddetini göstermektedir. Ölçeğin kesme puanı yoktur. Yapılan çeşitli çalışmalarda (109), toplam puanın soru sayısına bölünmesiyle elde edilen değer 2 ve üstünde olması, premenstrüel sendromun göstergesi olarak kabul edilmiştir.

3.2.4. Toronto Aleksitimi Ölçeği, 26 maddelik (TAS 26)–(*Toronto Alexithymia Scale, 26 item-TAS 26*)

Kişinin kendi duygu ve heyecanlarını tanınamaması olarak tanımlanan aleksitiminin derecesini değerlendiren, 26 maddelik bir öz-bildirim ölçeğidir (Bkz. Ek 4). *Taylor ve Bagby* tarafından geliştirilmiştir (110). Türkiye’deki geçerlilik ve güvenilirlik çalışması ise, Dereboy ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (111). Değerlendirme, 5’li Likert tipi ölçüm ile yapılmaktadır. Her madde için, “hiç

katılmıyorum”, “katılmıyorum”, “kararsızım”, “katılıyorum” ve “tamamen katılıyorum” seçenekleri bulunmakta ve her biri 1 ile 5 arasında bir puan almaktadır. Bireyden, kendisine en uygun olan seçeneği işaretlemesi istenir. Ölçeğin özgün formu Likert tipi olmakla birlikte, Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında ise, her madde için, “doğru” ve “yanlış” seçenekleri bulunmakta ve her biri 0 ile 1 arasında bir puan almaktadır. Ölçek toplam puanı, her bir maddeden alınan puanın toplanmasıyla elde edilir. Toplam puanlar, 0 ile 26 arasında değişmektedir. Ülkemizde, kesme puanının 10/11 olarak alınması önerilmiştir. Puanların artması, aleksitiminin şiddetini göstermektedir.

3.2.5. Spielberger Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Ölçeği (SSÖÖİTÖ)- (*Spielberger State Trait Anger Scale-STAS*)

Kişinin genel öfke düzeyini ve öfkesini ifade etme tarzını değerlendiren, 34 maddelik bir öz-bildirim ölçeğidir (Bkz. Ek 5). *Spielberger* tarafından geliştirilmiştir (112). Türkiye’deki geçerlilik ve güvenilirlik çalışması ise, Özer tarafından yapılmıştır (113). Sürekli öfke (SÖAÖ) (10 madde) ve öfke ifade tarzının (24 madde); öfke içe (ÖİAÖ) (8 madde), öfke dışı (ÖDAÖ) (8 madde) ve öfke kontrollü (ÖKAÖ) (8 madde) olmak üzere 4 alt ölçeği vardır. Değerlendirme, 4’lü Likert tipi ölçüm ile yapılmaktadır. 1 seçeneği “hiç”, 2 seçeneği “biraz”, 3 seçeneği “oldukça”, 4 seçeneği ise “tümüyle” anlamına gelmektedir. Bireyden, kendisine en uygun olan seçeneği işaretlemesi istenir. Puanlama, her bir alt ölçekten alınan puanların ayrı ayrı toplanması ile yapılır. SÖAÖ puanlarının yüksekliği, genel öfke düzeyinin; ÖİAÖ puanlarının yüksekliği, öfkeyi bastırma/içe atma eğiliminin; ÖDAÖ puanlarının yüksekliği, öfkeyi kolayca ifade etme/dışa vurma eğiliminin; ÖKAÖ puanlarının yüksekliği ise, öfkeyi kontrol etme eğiliminin şiddetini gösterir.

3.2.6. Semptom/belirti Yorumlama Anketi (SYA)-(*Symptom Interpretation Questionnaire-SIQ*)

Kişinin, yaygın bedensel belirtilerini yorumlamasında kullandığı atfı değerlendiren, 13 maddelik bir öz-bildirim ölçeğidir (Bkz. Ek 6). Belirtilerin, fiziksel bir hastalık nedeniyle olduğu (somatizasyon), ruhsal nedenlerden kaynaklandığı (psikolojizasyon) veya normal çevresel uyaranlara bağlı durumsal bir duyum olduğu (normalizasyon) şeklinde yorumlanması, şiddet derecelendirilmesi ile birlikte sorgulanır. *Robbins ve Kirmayer* tarafından geliştirilmiştir (114). Türkiye'deki geçerlilik ve güvenilirlik çalışması ise, Güleç ve Sayar tarafından yapılmıştır (115). Normalize etme alt ölçeği (SYANORM), psikolojize etme alt ölçeği (SYAPSİK) ve somatize etme alt ölçeği (SYASOM) olmak üzere 3 alt ölçeği vardır. Değerlendirme, 4'lü Likert tipi ölçüm ile yapılmaktadır. Her madde, 0 ile 3 arasında bir puan almaktadır. A seçeneği "pek değil", B seçeneği "bazen", C seçeneği "sık sık", D seçeneği ise "çok sık" anlamına gelmektedir. Bireyden, kendisine en uygun olan seçeneği işaretlemesi istenir. Puanlama, her bir alt ölçekten alınan puanların ayrı ayrı toplanması ile yapılır. SYANORM puanlarının yüksekliği, belirtileri normalize etme eğiliminin; SYAPSİK puanlarının yüksekliği, belirtileri psikolojize etme eğiliminin; SYASOM puanlarının yüksekliği ise, belirtileri somatize etme eğiliminin şiddetini gösterir.

3.2.7. Bedensel Duyumları Büyütme/Abartma Ölçeği (BDAÖ)-(*Somatosensory Amplification Scale-SSAS*)

Kişinin, normal bedensel duyumlarını büyütme/abartma derecesini değerlendiren, 10 maddelik bir öz-bildirim ölçeğidir (Bkz. Ek 7). *Barsky ve arkadaşları* tarafından bedenselleştirmeyi açıklamak amacıyla geliştirilmiştir (116, 117). Türkiye'deki geçerlilik ve güvenilirlik çalışması ise, Sayar ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (118). Değerlendirme, 5'li Likert tipi ölçüm ile yapılmaktadır. 1 seçeneği "doğru değil", 5 seçeneği ise, "tamamen doğru" anlamına gelmektedir. Bireyden, kendisine en uygun olan seçeneği işaretlemesi istenir. Ölçek toplam puanı, her bir maddeden alınan puanın toplanmasıyla elde edilir. Toplam puanlar, 0 ile 50

arasında değişmektedir. Toplam puanın yüksekliği, bedensel duyuları büyütme/abartma şiddetini gösterir.

3.2.8. Beck Depresyon Envanteri (BDE)-(Beck Depression Inventory-BDI)

Kişinin, depresyon yönünden riskini ve depresif belirtilerinin şiddetini değerlendiren, 21 maddelik bir öz-bildirim ölçeğidir (Bkz. Ek 8). *Beck* tarafından geliştirilmiştir (119). Türkiye'deki geçerlilik ve güvenilirlik çalışması ise, üniversite öğrencilerinde, Hisli tarafından yapılmıştır (120). Değerlendirme, 4'lü Likert tipi ölçüm ile yapılmaktadır. Her madde, 0 ile 3 arasında giderek artan bir puan almaktadır. Bireyden, son bir haftayı düşünerek, kendisine en uygun olan seçeneği işaretlemesi istenir. Ölçek toplam puanı, her bir maddeden alınan puanın toplanmasıyla elde edilir. Toplam puanlar, 0 ile 63 arasında değişmektedir. Toplam puanın yüksekliği depresyonun şiddetini gösterir. Ülkemizde, kesme puanının 17 olarak alınması önerilmiştir. 17 ve üstü puan alanların, depresyon açısından bir risk grubu oluşturabileceği öne sürülmüştür.

3.2.9. Beck Anksiyete Envanteri (BAE)-(Beck Anxiety Inventory-BAI)

Kişinin yaşadığı anksiyete belirtilerinin şiddetini değerlendiren, 21 maddelik bir öz-bildirim ölçeğidir (Bkz. Ek 9). *Beck* ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir (121). Türkiye'deki geçerlilik ve güvenilirlik çalışması ise, Ulusoy ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (122). Değerlendirme, 4'lü Likert tipi ölçüm ile yapılmaktadır. Her madde için, "hiç", "hafif düzeyde-beni pek etkilemedi", "orta düzeyde-hoş değildi ama katlanabildim", "ciddî düzeyde-dayanmakta çok zorlandım" seçenekleri bulunmakta ve her biri 0 ile 3 arasında bir puan almaktadır. Bireyden, son bir haftayı düşünerek, kendisine en uygun olan seçeneği işaretlemesi istenir. Ölçek toplam puanı, her bir maddeden alınan puanın toplanmasıyla elde edilir. Toplam puanlar, 0 ile 63 arasında değişmektedir. Toplam puanın yüksekliği, kişinin yaşadığı anksiyetenin şiddetini gösterir.

3.3. İstatistiksel Yöntem

İstatistiksel değerlendirme, SPSS 16.0 Bilgisayar İstatistik Programı kullanılarak yapılmıştır. Sayısal ölçümle belirlenen veriler, aritmetik ortalama±standart sapma; nominal ya da ordinal ölçümle belirlenenler ise, sayı ve yüzde olarak gösterilmiştir.

Verilerin dağılımının değerlendirilmesinde, Tek Örneklem *Kolmogorov-Smirnov Testi*; homojenitesinin değerlendirilmesinde ise, *Levene Testi* kullanılmıştır.

Sürekli sayısal değişkenler arasındaki ilişkinin kuvvetini ve yönünü belirlemek amacıyla, nonparametrik veriler için *Spearman*; parametrik veriler için ise, *Pearson Korelasyon Analizi* yöntemleri uygulanmıştır.

Kategorik değişkenler arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olup olmadığını değerlendirebilmek amacıyla *Ki-Kare Bağımsızlık Testi* kullanılmıştır. Kategorik değişkenlerin, sürekli sayısal bir değişkene ait ortalamalarını karşılaştırmak amacıyla ise, parametrik veriler için *Bağımsız Örneklem t-Testi*; nonparametrik veriler için *Mann-Whitney U Testi* uygulanmıştır.

Değerlendirmede, “p” değeri 0,05’ten küçük tespit edilen sonuçlar istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

BULGULAR

4.1. Genel Sonuçlar

Çalışmaya alınan 200 katılımcının yaş ortalaması 29.07 ± 6.3 olarak tespit edilmiştir. Katılımcılar, jinekolojik öyküleri açısından değerlendirildiklerinde; ilk menstrüasyon yaşlarının ortalama 13.10 ± 1.1 ; menstrüasyon sürelerinin ise, ortalama 5.34 ± 1.2 olduğu sonucu elde edilmiştir. Ayrıca, içlerinden 53'ünün (%26.5) doğum kontrol yöntemi kullanmakta olduğu, 22'sinin (%11) yaşadıkları premenstrüel belirtiler için tedavi arayışı içinde olduğu ve bunlardan da 15'inin (%7.5), bu amaçla en sık kadın doğum polikliniklerine başvurdıkları belirlenmiştir. Psikiyatrik hastalık açısından yapılan değerlendirmede, katılımcılardan 29'unun (%14.5) öyküsünde, 13'ünün (%6.5) ise, çalışmanın uygulanması esnasında psikiyatrik bir bozukluk tanısının olduğu saptanmıştır. Öyküsünde psikiyatrik hastalığı olanlar arasında ise, 3'ünün (%1.5), doğum sonrasında psikiyatrik hastalık tanısı aldığı tespit edilmiştir. Sosyodemografik verilerin ortalama ve standart sapma değerleri Tablo 4.1'de, katılımcıların sosyodemografik özellikleri Tablo 4.2'de gösterilmiştir.

Tablo 4.1. Sosyodemografik verilerin ortalama ve standart sapma değerleri.

	(n=)	Minimum	Maksimum	Ortalama $\pm$ ss
Yaş	200	17.00	45.00	29.07 ± 6.3
İlk menstrüasyon yaşı	200	10.00	17.00	13.10 ± 1.1
Menstrüasyon süresi	200	3.00	10.00	5.34 ± 1.2

Tablo 4.2. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri.

		(n=)	%
Eğitim durumu	İlkokul mezunu	3	1.5
	Lise mezunu	71	35.5
	Üniversite mezunu	126	63.0
Mesleği	Öğrenci	46	23.0
	Ev hanımı	2	1.0
	İşsiz	3	1.5
	Serbest	5	2.5
	Memur/işçi	113	56.5
	Özel	31	15.5
Sosyoekonomik durumu	Düşük	45	22.5
	Orta	113	56.5
	Yüksek	42	21.0
Medenî durumu	Bekâr	108	54.0
	Evli	77	38.5
	Ayrı yaşıyor	2	1.0
	Boşanmış	12	6.0
	Vefat etmiş	1	0.5
Gebelik	Yok	140	70.0
	Var	60	30.0
Doğum	Yok	150	75.0
	Var	50	25.0
Düşük	Yok	187	93.5
	Var	13	6.5
Çocuk	Yok	149	74.5
	Var	51	25.5
Evde birlikte yaşadığı kişi/kişiler	Yok	19	9.5
	Var	181	90.5

Tablo 4.2. (Devam)

		(n=)	%
Doğum kontrol yöntemi kullanımı	Yok	147	73.5
	Var	53	26.5
Genel tıbbî hastalık	Yok	181	90.5
	Var	19	9.5
Psikiyatri dışı ilaç kullanımı	Yok	185	92.5
	Var	15	7.5
Psikiyatrik hastalık öyküsü	Yok	171	85.5
	Var	29	14.5
Öyküdeki psikiyatrik hastalığın tanısı	Duygudurum Bozukluğu	20	10.0
	Anksiyete Bozukluğu	9	4.5
	Toplam	29	14.5
1. derece akrabalarda psikiyatrik hastalık	Yok	170	85.0
	Var	30	15.0
Doğum sonrası psikiyatrik hastalık	Yok	197	98.5
	Var	3	1.5
Mevcut psikiyatrik hastalık	Yok	187	93.5
	Var	13	6.5
Mevcut psikiyatrik hastalığın tanısı	Duygudurum Bozukluğu	8	4.0
	Anksiyete Bozukluğu	5	2.5
	Toplam	13	6.5
Premenstrüel belirtiler için tedavi arayışı	Yok	178	89.0
	Var	22	11.0
Premenstrüel belirtiler için başvuru	Psikiyatri	2	1.0
	Kadın doğum	15	7.5
	Pratisyen	1	0.5
	Diğer	4	2.0
	Toplam	22	11.0

Çalışmaya katılan kadınlar, PMS DSM-IV tanı ölçütleri açısından değerlendirilmiştir. Buna göre, en sık görülen belirtinin, memelerde hassasiyet/şişme, baş ağrıları, eklem/kas ağrısı, karında şişkinlik hissi, kilo alma gibi fiziksel belirtiler (%82.1) (Tablo 4.3, A.(11) belirtisi); en az görülenin ise bunalma hissi/kontrol kaybı korkusu (%5.0) (Tablo 4.3, A.(10) belirtisi) olduğu saptanmıştır. İşlevsellik kaybının (Tablo 4.3, B. tanı ölçütü) görülme sıklığı ise, %37.5 olarak tespit edilmiştir. Katılımcıların DSM-IV tanı ölçütlerinde yer alan belirtileri ve belirtilerin görülme sıklıkları Tablo 4.3'te gösterilmiştir.

Tablo 4.3. Katılımcıların DSM-IV tanı ölçütlerinde yer alan belirtileri ve belirtilerin görülme sıklıkları.

		(n=)	%
A.(1)	Belirgin depresif mizaç, umutsuzluk hissi veya değersizlik düşünceleri	49	24.5
A.(2)	Belirgin anksiyete, gerginlik, sinirlilik veya diken üstünde olma hissi	49	24.5
A.(3)	Belirgin duygulanım oynaklığı (aniden üzüntülü veya ağlamaklı olma, reddedilmeye duyarlılıkta artma)	66	33.0
A.(4)	Sürekli belirgin öfke, irritabilite veya kişiler arası çatışmalarda artma	68	34.0
A.(5)	Günlük aktivitelere ilgi azalması (örn. okul, iş, arkadaşlar, hobiler)	69	34.5
A.(6)	Konsantre olmakta zorlanma	70	35.0
A.(7)	Çabuk yorulma, halsizlik, belirgin enerji azalması	135	67.5
A.(8)	İştahta belirgin değişiklik, aşırı yeme veya belirli yiyecekleri yeme isteğinde arama	124	62.0
A.(9)	Çok uyuma veya uykusuzluk	89	44.5
A.(10)	Bunalma hissi veya kontrol kaybı korkusu	10	5.0
A.(11)	Memelerde hassasiyet/şişme, baş ağrıları, eklem/kas ağrısı, karında şişkinlik hissi, kilo alma gibi fiziksel belirtiler	164	82.0
B.	İşlevsellik kaybı	75	37.5

Katılımcıların ortalama PDF puanları 214.16 ± 84.0 olarak saptanmıştır. Çalışmada kullanılan tüm ölçeklerin ortalama ve standart sapma değerleri Tablo 4.4'te gösterilmiştir.

Tablo 4.4. Ölçeklerin ortalama ve standart sapma değerleri.

	(n=)	Minimum	Maksimum	Ortalama $\pm$ ss
PDF*	200	101.00	487.00	214.16 ± 84.0
TAÖ*	200	44.00	160.00	74.28 ± 11.3
SÖAÖ*	200	12.00	40.00	21.14 ± 5.5
ÖİAÖ*	200	8.00	29.00	16.81 ± 3.7
ÖDAÖ*	200	8.00	32.00	15.16 ± 3.9
ÖKAÖ*	200	8.00	32.00	21.00 ± 4.4
SYAPSİK*	200	0.00	33.00	10.72 ± 7.2
SYASOM*	200	0.00	33.00	6.15 ± 5.2
SYANORM*	200	0.00	32.00	11.89 ± 6.7
BDAÖ*	200	12.00	146.00	28.97 ± 10.9
BDE*	200	0.00	158.00	10.77 ± 13.5
BAE*	200	0.00	50.00	9.66 ± 8.5

* Kısaltmaların açıklamaları Simgeler ve Kısaltmalar kısmında belirtilmiştir.

Yapılan değerlendirme sonuçları, sosyodemografik verilerden hiçbirisinin, ölçeklerden ise yalnızca, ÖKAÖ ($p=0.090$) ve SYANORM ($p=0.173$) ölçeklerinin normal dağılıma uygun olduğunu göstermiştir. Sonuçlar, Tablo 4.5 ve Tablo 4.6'da gösterilmiştir ($p>0.05$).

Tablo 4.5. Sosyodemografik verilerin dağılımları.

	Z	P
Yaş	1.443	0.031
İlk menstrüasyon yaşı	2.837	0.000
Menstrüasyon süresi	3.182	0.000

Tablo 4.6. Ölçek puanlarının dağılımları.

	Z	P
PDF	1.361	0.049
TAÖ	1.839	0.002
SÖAÖ	1.486	0.024
ÖİAÖ	1.479	0.025
ÖDAÖ	1.935	0.001
ÖKAÖ	1.245	0.090
SYAPSİK	1.626	0.010
SYASOM	1.933	0.001
SYANORM	1.107	0.173
BDAÖ	2.088	0.000
BDE	3.020	0.000
BAE	2.231	0.000

Araştırmada, katılımcıların psikiyatrik muayenesi yapılmadığından ve premenstrüel belirtileri ileriye dönük olarak değerlendirilmediğinden, DSM-IV tanı ölçütlerine göre PMS tanısı koymak olanaklı olmamıştır. Ancak, PDF puanlarının toplam soru sayısına bölünmesiyle elde edilen PDF oranı ≥ 2 olanlar, “PMS var(+)” olarak, PDF oranı < 2 olanlar ise “PMS yok(-)” olarak tanımlanmıştır (**). Katılımcıların 109’unda (%54.5) olası PMS varlığı tespit edilmiştir. Tablo 4.7’de katılımcıların olası PMS oranları gösterilmiştir.

Tablo 4.7. Olası PMS oranları.

		(n=)	%
Olası PMS	Yok(-)	91	45.5
	Var(+)	109	54.5

4.2. Olası PMS Tanısını Yordayan Faktörler

Sosyodemografik veriler ve ölçek puanlarının, olası PMS tanısını yordayıp yordamadığı değerlendirilmiştir.

4.2.1. Sosyodemografik veriler

Örneklemin sosyodemografik özelliklerinden bazılarının çok geniş bir yelpazede dağılım göstermesi, bazılarının da birbirinin yordayıcısı olabileceğinin ön görülmesi üzerine, gruplar yeniden tanımlanmıştır. Çalışmaya dâhil edilen sosyodemografik özelliklerin sayı ve yüzdeleri Tablo 4.8.'de gösterilmiştir.

PMS(+) ile PMS(-) grupları arasında, yaş açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p=0.207$). Olası PMS grubu ile medenî durum (Pearson ki-kare=4.643, $p=0.031$) ve psikiyatrik hastalık öyküsü (Pearson ki-kare=6.242, $p=0.012$) arasında, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu gözlenmiştir. Bekârlarda ve psikiyatrik hastalık öyküsü olanlarda, olası PMS'nin daha fazla görülme eğiliminde olduğu tespit edilmiştir. PMS grubu ile ilk menstrüasyon yaşı, çalışma durumu ve doğum öyküsü arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkiye rastlanmamıştır. Sonuçlar, Tablo 4.9.'da gösterilmiştir. (İlk menstrüasyon yaşı için Pearson ki-kare=1.674, $p=0.196$; çalışma durumu için Pearson ki-kare=0.004, $p=0.947$; doğum öyküsü için Pearson ki-kare=1.942, $p=0.163$).

Tablo 4.8. Çalışmaya dâhil edilen sosyodemografik özelliklerin sayı ve yüzdeleri.

		(n=)	%
İlk menstrüasyon yaşı	≤12	59	29.5
	>12	141	70.5
Çalışma durumu	Çalışmayanlar*	51	25.5
	Çalışanlar **	149	74.5
Medenî durumu	Bekâr	108	54.0
	Evli	77	38.5
	Toplam	185	92.5
Doğum öyküsü	Yok	150	75.0
	Var	50	25.0
Psikiyatrik hastalık öyküsü	Yok	171	85.5
	Var	29	14.5

* Çalışmayanlar grubuna, öğrenciler, ev hanımları ve herhangi bir işte çalışmayanlar dâhil edilmiştir.

** Çalışanlar grubuna, işçiler, memurlar ve özel bir şirkette veya serbest çalışanlar dâhil edilmiştir.

Tablo 4.9. Olası PMS ve sosyodemografik veriler.

	Olası PMS	(n=)	Ortalama	p		
Yaş	Yok	91	106.14	0.207		
	Var	109	95.79			
İlk menstrüasyon yaşı	≤12	Gözlenen sayı	31	28	1.674	0.196
		Beklenen sayı	26.8	32.2		
	>12	Gözlenen sayı	60	81		
		Beklenen sayı	64.2	76.8		

Tablo 4.9. (Devam)

			PMS		Pearson ki-kare	
			Yok	Var	Değer	p
Çalışma durumu	Çalışmıyor	Gözlenen sayı	23	28	0.004	0.947
		Beklenen sayı	23.2	27.8		
	Çalışıyor	Gözlenen sayı	68	81		
		Beklenen sayı	67.8	81.2		
Medeni durumu	Bekâr	Gözlenen sayı	43	65	4.643	0.031
		Beklenen sayı	50.2	57.8		
	Evli	Gözlenen sayı	43	34		
		Beklenen sayı	35.8	41.2		
Doğum öyküsü	Yok	Gözlenen sayı	64	86	1.942	0.163
		Beklenen sayı	68.2	81.8		
	Var	Gözlenen sayı	27	23		
		Beklenen sayı	22.8	27.2		
Psikiyatrik hastalık öyküsü	Yok	Gözlenen sayı	84	87	6.242	0.012
		Beklenen sayı	77.8	93.2		
	Var	Gözlenen sayı	7	22		
		Beklenen sayı	13.2	15.8		

4.2.2. Ölçek puanları

PMS(+) ile PMS(-) grupları arasında; TAÖ, SÖAÖ, ÖDAÖ, ÖKAÖ, SYAPSİK, SYASOM, BDAÖ, BDE ve BAE puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur. PMS(+) grupta; TAÖ, SÖAÖ, ÖDAÖ, SYAPSİK, SYASOM, BDAÖ, BDE ve BAE puanlarının daha yüksek; ÖKAÖ puanlarının ise daha düşük olma eğiliminde olduğu tespit edilmiştir. ÖİAÖ ve SYANORM puanları açısından ise PMS(+) ile PMS(-) grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığa rastlanmamıştır. Sonuçlar Tablo 4.11.'de gösterilmiştir. (TAÖ için $p=0.000$; SÖAÖ için $p=0.000$; ÖİAÖ için $p=0.059$; ÖDAÖ için $p=0.003$; ÖKAÖ için

$t=2.328$, $p=0.021$; SYAPSİK için $p=0.000$; SYASOM için $p=0.011$; SYANORM için $t=-0.009$, $p=0.993$; BDAÖ için $p=0.000$; BDE için $p=0.000$; BAE için $p=0.000$).

Tablo 4.10. Olası PMS ve ölçek puanları.

	PMS	(n=)	Ortalama	p			
TAÖ	Yok	91	79.12	0.000			
	Var	109	118.35				
SÖAÖ	Yok	91	77.76	0.000			
	Var	109	119.48				
ÖİAÖ	Yok	91	92.06	0.059			
	Var	109	107.55				
ÖDAÖ	Yok	91	87.10	0.003			
	Var	109	111.69				
SYAPSİK	Yok	91	82.44	0.000			
	Var	109	115.58				
SYASOM	Yok	91	89.09	0.011			
	Var	109	110.03				
BDAÖ	Yok	91	73.92	0.000			
	Var	109	122.69				
BDE	Yok	91	68.85	0.000			
	Var	109	126.93				
BAE	Yok	91	65.46	0.000			
	Var	109	129.75				
	PMS	Ortalama±ss	t	p	Fark Ortalama±sh	Levene Testi* F	p
ÖKAÖ	Yok	21.80±4.1	2.328	0.021	1.46±0.6	1.578	0.211
	Var	20.33±4.6					
SYANORM	Yok	11.89±6.6	-0.009	0.993	-0.00±0.9	0.038	0.846
	Var	11.89±6.9					

* Levene testine göre $p>0.005$ olanların varyantlarının homojen olduğu kabul edilmiştir.

4.3. PMS Belirti Şiddetini Yordayan Faktörler

Sosyodemografik veriler ve ölçek puanlarının, PMS belirti şiddetinin bir göstergesi olan PDF puanlarını, yordayıp yordamadığı değerlendirilmiştir.

4.3.1. Sosyodemografik veriler

Yaş ile PDF puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmemiştir. Psikiyatrik hastalık öyküsü olanlar ile olmayanlar arasında, PDF puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık elde edilmiştir. Psikiyatrik hastalık öyküsü olanlarda, PDF puanlarının daha yüksek olma eğiliminde olduğu görülmüştür. İlk menstrüasyon yaşı on iki ve on ikiden küçük olanlar ile on ikiden büyük olanlar arasında; çalışanlar ile çalışmayanlar arasında; evliler ile bekârlar arasında; doğum yapanlar ile yapmayanlar arasında ise, PDF puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığa rastlanmamıştır. Sonuçlar, Tablo 4.12’de gösterilmiştir. (Psikiyatrik hastalık öyküsü için $p=0.001$; ilk menstrüasyon yaşı için $t=-1.722$, $p=0.087$; çalışma durumu için $t=0.730$, $p=0.466$; medenî durum için $t=1.592$, $p=0.113$; doğum öyküsü için $t=0.343$, $p=0.732$).

Tablo 4.11. PDF puanları ve sosyodemografik veriler.

		R		p
Yaş*		-0.072		0.313
		(n=)	Ortalama	p
Psikiyatrik hastalık öyküsü				
PDF	Yok	171	94.77	0.001
	Var	29	134.28	

*Spearman korelasyon analizi.

Tablo 4.11. (Devam)

		Ortalama±ss	t	p	Fark	Levene Testi	
					Ortalama±sh	F	p
İlk menstrüasyon yaşı							
PDF	≤12	200.22±66.1	-1.722	0.087	-19.77±11.4	9.606	0.002
	>12	219.99±90.1					
Çalışma durumu							
PDF	Çalışmayanlar	221.58±93.5	0.730	0.466	9.97±13.6	2.710	0.101
	Çalışanlar	211.61±80.7					
Medenî durum							
PDF	Bekâr	218.97±84.0	1.592	0.113	19.71±12.3	1.672	0.198
	Evli	199.25±81.4					
Doğum öyküsü							
PDF	Yok	215.34±82.7	0.343	0.732	4.72±13.7	0.216	0.642
	Var	210.62±88.7					

4.3.2. Ölçek puanları

PDF puanları ile TAÖ, SÖAÖ, ÖİAÖ, ÖDAÖ, SYAPSİK, SYASOM, BDAÖ, BDE ve BAE puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönde, PDF puanları ile ÖKAÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönde doğrusal bir ilişki tespit edilmiştir. SYANORM puanları ile PDF puanları arasındaki ilişki ise, istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. En kuvvetli ilişkilerin ise, PDF puanları ile sırasıyla BAE ve BDE puanları arasında olduğu saptanmıştır. Tablo 4.13'te PDF puanları ile diğer ölçek puanları arasındaki ilişki sonuçları gösterilmiştir. (TAÖ için $R=0.438$, $p=0.000$; SÖAÖ için $R=0.455$, $p=0.000$; ÖİAÖ için $R=0.258$, $p=0.000$; ÖDAÖ için $R=0.225$, $p=0.001$; ÖKAÖ için $R=-0.181$, $p=0.010$; SYAPSİK için $R=0.392$, $p=0.000$; SYASOM için $R=0.246$, $p=0.000$; SYANORM için $R=0.025$, $p=0.727$; BDAÖ için $R=0.470$, $p=0.000$; BDE için $R=0.592$, $p=0.000$; BAE için $R=0.622$, $p=0.000$).

Tablo 4.12. PDF puanları ile diğer ölçek puanları arasındaki ilişki.

	PDF	
	R	p
TAÖ*	0.438	0.000
SÖAÖ*	0.455	0.000
ÖİAÖ*	0.258	0.000
ÖDAÖ*	0.225	0.001
ÖKAÖ**	-0.181	0.010
SYAPSİK*	0.392	0.000
SYASOM*	0.246	0.000
SYANORM**	0.025	0.727
BDAÖ*	0.470	0.000
BDE*	0.592	0.000
BAE*	0.622	0.000

*Spearman korelasyon analizi.

**Pearson korelasyon analizi.

TARTIŞMA

Toplumda oldukça sık rastlanması, etiyoloji, tanı ve tedavisindeki belirsizliklerin ise henüz tam olarak ortadan kaldırılamaması nedeniyle PMS, çoğu araştırmacının gündemindeki yerini korumaya devam etmektedir. Söz konusu belirsizliklerin giderilmesine katkı sağlaması umularak tasarlanan ve üreme çağındaki 200 kadın katılımcı ile yürütülen bu çalışmada, olası PMS tanısını ve PMS belirtilerinin şiddetini yordayan değişkenlerin araştırılması amaçlanmıştır.

Yazında PMS yaygınlığını değerlendiren araştırmalar gözden geçirildiğinde, farklı ülkelerde, farklı yaş ve meslek gruplarıyla yürütülen çok sayıda çalışmanın yer aldığı göze çarpmaktadır. Metodolojik açıdan da birbirinden oldukça farklılık sergileyen bu araştırmaların sonuçları ise, PMS yaygınlığının oldukça geniş bir aralıkta değiştiğini göstermektedir. İran'da yapılan bir çalışmada, 18-24 yaş grubu 326 üniversite öğrencisine, PDB'nin DSM-IV araştırma ölçütlerinde yer alan belirtilerini içeren bir anket formu dağıtılmış ve katılımcılardan dört ay boyunca premenstrüel dönemde kendilerinde gözledikleri değişiklikleri kaydetmeleri istenmiştir. 326 öğrenciden altısı (%1.8) premenstrüel dönemde hiçbir belirti yaşamadığını bildirirken, bir ya da birden fazla sayıda belirti yaşayan 320 öğrenciden 54'ünün (%16.9), PDB için DSM-IV'te önerilen tanı ölçütlerini karşıladığı tespit edilmiştir (123). DSM-IV araştırma ölçütlerine göre çeşitli ülkelerde yapılan diğer çalışmalarda; Amerika'da %3-8 (124), Hırvatistan'da %17.4 (125), Tayvan'da %12 (126), Etiyopya'da %27 (127), Almanya'da %5.8 (128), Japonya'da %8.4 (129) oranında PDB yaygınlığı bildirilmiştir. ICD-10 tanı ölçütlerinin kullanıldığı çalışmalarda ise, yaygınlık oranlarının; Tayvan'da %73 (126), Tayland'da %25.1 (130), Japonya'da %18.5 (129) ve Nijerya'da %85.5 (131) olarak saptandığı görülmektedir. Ülkemizde de durum diğer ülkelere çok farklı olmayıp kesin oranlara ulaşmak mümkün gözükmemektedir. Hacettepe İhsan Doğramacı Çocuk Hastanesi'nin ergen polikliniğine çeşitli nedenlerle başvuran ve yaşları 10 ile 17 arasında değişen, 171 genç kız ile Ankara'da yürütülen bir çalışmada, %13.4 (132); Kayseri'de yapılan bir çalışmada %8 (26); Diyarbakır'da yapılan bir çalışmada ise

%20.1 (133) oranında PDB yaygınlığı bildirilmektedir. ICD-10 tanı ölçütlerinin kullanıldığı çalışmalarda PMS yaygınlığı ise; İstanbul'da üniversite öğrencileri ile yürütülen bir çalışmada %17.2 (134); Samsun'da yine üniversite öğrencileri ile yürütülen farklı bir çalışmada da %58.2 (135) olarak tespit edilmiştir. Bizim çalışmamızda, PDF ile yapılan değerlendirme sonuçları, %54.5 oranında olası bir PMS varlığını göstermiştir. Ancak, katılımcıların psikiyatrik muayenesinin yapılamaması ve premenstrüel belirtilerin ileriye dönük olarak değerlendirilememesi nedeniyle, DSM-IV araştırma ölçütlerine uygun, gerçek PMS yaygınlığını tespit etmek mümkün olmamıştır. Premenstrüel belirtilerin kültürler arasında farklılık göstermesi (136), PMS tanısı için farklı yöntemlerin kullanılması ve PMS tanısını yordayabilen çeşitli faktörlerin dışlanmaması, yaygınlık oranlarında gözlenen bu geniş dağılımı açıklayabilir. Farklı toplumlarda, standart tanı ölçütleri kullanılarak ve tanının psikiyatrik muayene ile konulduğu araştırmaların sayısının artırılmasının, daha sağlıklı sonuçlara ulaşılmasını sağlayabileceği ön görülmektedir.

PMS belirtilerinin sıklığının ve şiddetinin araştırıldığı çalışmalarda, farklı ölçeklerin, sıklıkla da Menstrüel Distres Şikâyet Anketi (MDQ) ve PDF'nin kullanıldığı dikkat çekmektedir. MDQ ve PDF arasında ise, sonuçlar üzerinde etkili olabilecek birtakım farklılıklar bulunmaktadır. MDQ'da beşli Likert tipi derecelendirme yapılırken, PDF'de altılı Likert tipi derecelendirme yapılmaktadır. MDQ'ya göre PDF'de belirti şiddet aralığının daha geniş olması ise hafif belirtilerin de kaydedilmesine ve dolayısıyla da PMS belirti sıklığının daha yüksek tespit edilmesine neden olmaktadır. Ayrıca PDF'de belirtiler geçmişe dönük olarak sorgulanırken, MDQ'nun geçmişi ve bugünü sorgulayan alt ölçekleri de bulunmaktadır. Geriye dönük değerlendirmelerle ileriye yönelik değerlendirmeler arasında, kişilerin bildirdikleri belirtiler açısından farklılıklar olduğu; ileriye yönelik olarak yapılan değerlendirmelerde, geriye dönük olarak yapılanlara kıyasla, bildirilen belirti şiddetinde azalma olduğu gözlenmiştir (137-139). Bu gözlem de, ölçek seçiminin sonuçlar üzerinde ne kadar etkili olabileceğini bir kez daha gözler önüne sermektedir.

Araştırmalarda, PMS'de sıklıkla fiziksel ve duygusal belirtilerin izlendiği bildirilmiştir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından yürütülen ve on dört farklı kültürden 5000'den fazla kadının yer aldığı bir çalışmada; kadınların %55-70'inin

fiziksel belirtilerden, %23-70'inin ise olumsuz duygudurum değişikliklerinden yakındıkları tespit edilmiştir (140, 141). Ancak, belirtilerin şiddetinin değerlendirilmemesi nedeniyle sonuçlar güvenilir gözükmemektedir. *Sheldrake ve Cormack* tarafından 2542 öğrenci ile yürütülen ve belirtilerin dokuz fiziksel ve dokuz duygusal belirtiyi içeren bir anketle sorgulandığı bir çalışmada; fiziksel belirtilerin menstrüasyon sırasında, duygusal belirtilerin ise premenstrüel dönemde daha sık izlendiği bildirilmiştir. Duygusal belirtiler arasında ise sıklık sırasıyla irritabilite (%32), depresyon (%31) ve gerginlik (%12) belirtilerine rastlanmıştır (142). *Janiger ve arkadaşları*, Türkiye, Nijerya, Yunanistan, Japonya, Hindistan ve Amerika gibi çeşitli ülkelerden kayıtlar toplayarak, kültürler arasında belirti sıklığı ve şiddeti açısından fark olup olmadığını araştırmışlardır. Araştırma sonuçları; baş ağrısı yakınmasının en sık (%90) Nijeryalı kadınlarda; meme ile ilgili yakınmaların ise, en az (%7) Japon kadınlarda görüldüğünü göstermiştir. Belirti şiddetinin değerlendirildiği ölçeklerde de, Türk kadınlarının en yüksek, Japon kadınlarının ise en düşük puanları aldığı tespit edilmiştir (143). Premenstrüel dönemde en sık rastlanan belirtilerin; PDF kullanılarak yapılan bir araştırmada, memede ağrı (%48) ve kilo alımı (%48) olduğu (107); Derman ve arkadaşları tarafından yürütülen bir çalışmada, sinirlilik (%87,6), stres (%87,6) ve duygudurum dalgalanmaları (%59,1) olduğu (132); *Takeda ve ark* tarafından yürütülen bir çalışmada, fiziksel belirtiler (%81,2), irritabilite (%70,6) ve anksiyete/gerginlik (%68,4) olduğu (144); *Teng ve ark* tarafından yürütülen bir başka çalışmada da, fiziksel belirtiler (%75,9), duygudurumda dalgalanma (%59,8) ve öfke/irritabilite (%56,4) olduğu tespit edilmiştir (145). Gözlenen bu farklılıklar ise, araştırmacıları çeşitli değişkenlerin olası etkilerini değerlendirmeye yöneltmiştir. Bazı araştırmacılar ölçeklerin doldurulduğu sırada içinde bulunan menstrüel siklus evresinin yanıtları etkileyebileceğini öne sürmüştür (146). *McFarland ve arkadaşları*, önceki menstrüel siklularda yaşanan olumsuz belirtilerin abartılı hatırlanmasının, büyük ölçüde bireyin menstrüel siklusla ilişkili inanışları ile bağlantılı olduğunu bildirmiştir (147). Bir başka araştırmada; çalışma konusunun “premenstrüel belirtiler” olduğunun katılımcılar tarafından bilinmesinin, kişilerin söz konusu dönemle ilgili daha fazla olumsuz psikolojik ve/veya somatik belirti bildirme eğilimlerinde artışa yol açtığı gözlenmiştir (148). Bazı çalışmalarda da; fiziksel belirtilerin farklı durumları da

yansıtılabileceği vurgulanarak, ayrıntılı anamnez ve psikiyatrik muayenenin önemine değinilmektedir. Pelvik belirtilerin, özellikle de pelvik ağrının; kişinin kadınlık ve çocuk doğurmakla ilgili olumsuz düşünceleri, cinsel çatışmalar ve benzeri sorunların yer değiştirmesi şeklinde ortaya çıkabileceği veya fiziksel belirtilerin, arkasında bir duygudurum bozukluğunu gizleyebileceği bildirilmektedir (149). Bizim sonuçlarımız, en sık görülen belirtinin fiziksel belirtiler (%82.1) olduğunu göstermiştir. PMS şiddetini belirlemek üzere kullanılan çeşitli ölçeklerde; şiddet derecelendirme ölçütlerinin farklı olması ve değerlendirmelerin geriye dönük olarak yapılması sonuçlar arasındaki bu tutarsızlıkları açıklayabilir. Ayrıca, duygularını ifade etmekte güçlük çeken kişilerin belirtilerini somatize etme eğilimi (150), fiziksel belirtilerin; eş zamanlı duygudurum bozukluklarının görülmesi ise, geriye dönük olarak yapılan değerlendirmelerde, olası bilişsel çarpıtmaları nedeniyle, duygudurum belirtilerinin daha fazla tespit edilmesine neden olabilir. PMS belirtilerini yordayabileceği düşünülen bağımlı değişkenlerin dışlanarak, ileriye yönelik standart değerlendirme ölçeklerinin kullanıldığı araştırmaların yararlı olabileceği düşünülmektedir.

Menarşi takip eden ilk birkaç yılda, henüz HPA aksı olgunlaşmadığı için follikülerden sadece östrojen salınımı olmakta; ovulasyonu tetikleyen pozitif geri bildirim mekanizmaları ise, daha sonraki yıllarda devreye girmektedir. Bu nedenle, bu ilk birkaç yılda, ovulatuvar sikluslarda normalde olması beklenen östrojen düzeyleri gözlenmemekte ve ayrıca östrojen, progesteron tarafından karşılanmamaktadır. Düzenli ovulatuvar siklusların görülmeye başlaması ise, HPA aksındaki olgunlaşma ile gerçekleşmektedir. Genel olarak anovulatuvar sikluslar; ergenlerde, yaş ile birlikte azalma; perimenopozal kadınlarda ise artma eğilimindedir. Ayrıca, bu dönemlerde ovulasyon olmadığı için hormonal dalgalanmalara da daha az rastlanmaktadır (129).

PMS'nin sıklıkla ovulatuvar sikluslarda görülmesi ve etiyolojisinde hormonal dalgalanmaların rol oynadığının bildirilmesi (151), yaş ile PMS arasında bir ilişki olabileceğini düşündürmüştür. Daha çok 25-35 yaş aralığında gözlemlendiği ileri sürülen PMS için; yazında, aksini tespit eden ya da yaşın yaygınlığı yordamadığını bildiren, farklı yaş grupları ile yürütülen çalışmalar yer almaktadır. *Schmurr* tarafından yapılan bir çalışmada, 30 yaş ve altı kadınlarda, 30 yaş üzeri kadınlara göre PMS'nin 2.92

kat daha fazla gözlemlendiği ortaya konmuştur (152). *Warner ve Bancroft*'un yaptıkları bir çalışma sonucunda, premenstrüel belirtilerin yaş ile artış gösterdiği; 25-29 yaş grubunda daha fazla, 20 yaş altındaki kadınlarda ise daha az görülme eğiliminde olduğu saptanmıştır (46). Demir ve arkadaşlarının 19-49 yaş arası 277 kadın ile yürüttükleri bir çalışma neticesinde ise, yaş ile PMS arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkiye rastlanmadığı bildirilmiştir (133). Bizim çalışmamızda da, yaş ile PMS arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmemiştir. Sonuçlardaki tutarsızlık; yaş ile PMS arasında; belli bir yaşa kadar negatif yönde, belli bir yaştan sonra ise pozitif yönde bir ilişkinin olması (29) ile açıklanabilir. Araştırmalarda, yaşların gruplandırılmasındaki çeşitlilik ise, bu çan eğrisine benzetilebilen ilişkinin tespit edilmesini zorlaştırıyor olabilir. Gruplandırmaların, hormonal ölçümler ile belirlenen ovulatuvar sikluslar göz önünde bulundurularak gerçekleştirilmesinin, olası ilişkinin ortaya konulmasını sağlayabileceği düşünülmektedir.

Menarş başlama yaşının; bir toplumun biyososyal durumunun duyarlı bir göstergesi olduğu ve çeşitli biyolojik, çevresel ve toplumsal faktörlerden etkilendiği ileri sürülmektedir. Gelişmekte olan ülkelerde menarş, gelişmiş ülkelere göre daha geç yaşlarda başlamaktadır. Ancak, son zamanlarda menarş başlama yaşında genel anlamda bir düşme eğilimi olduğu bildirilmektedir. Bu düşüşün nedenleri, çeşitli faktörlerle açıklanmaya çalışılmış ve vücut kitle indeksi (VKİ) ile menarş başlama yaşı arasında negatif yönde doğrusal bir ilişki olduğunun tespit edilmesi üzerine de, sıklıkla obezite oranlarındaki artışlar ile ilişkilendirilmiştir (153). VKİ'si yüksek olan kadınlardaki göreceli olarak yüksek leptin düzeylerinin, HPA aksı ve over kökenli steroid hormon düzeylerinde birtakım değişikliklere neden olarak, söz konusu kadınların PMS belirtilerini daha abartılı olarak yaşamasına yol açabileceği düşünülmektedir (154). *Masho ve arkadaşlarının* yapmış olduğu bir çalışmada, obez kadınların (VKİ $\geq$ 30), normal kilolu kadınlara göre, PMS için 2.8 kat daha fazla risk taşıdığı tespit edilmiştir (43). Başka bir çalışmada, VKİ $>$ 27.0 kadınlarda, VKİ'si daha düşük olanlara göre, 1.9 kez daha fazla PMS görüldüğü saptanmıştır (48). Ayrıca, PMS'den yakınan kadınlarda, over kökenli steroid hormon düzeylerinde döngüsel olarak meydana gelen dalgalanmalara biyolojik bir duyarlılık olduğunun düşünülmesi ve erken menstrüasyon görenlerde, ovulatuvar siklus sayısının dolayısıyla da hormon maruziyetinin göreceli olarak daha fazla olması da, menarş

başlama yaşı ile PMS arasında bir ilişki olabileceğini düşündürmektedir (153). Kahire’de (39) ve Tarsus’ta (35) yapılan araştırmalarda, premenstrüel belirtilerle menarş yaşının ilişkili olduğu bildirilmiştir. Virjinya’da yapılan bir çalışmada, menarş yaşı ≤ 12 olan kadınlarda, PMS görülme eğiliminin 1.6 kat daha fazla olduğu tespit edilmiştir (48). Kıran’ın yaptığı bir başka araştırmada, menarş yaşı 10-11 olanlarda, ≥ 12 olanlara göre daha fazla PMS görüldüğü saptanmıştır (32). *Woods ve arkadaşlarının* yaptıkları bir çalışmada ise, ilk menstrüasyon yaşı ile PMS arasında bir ilişki tespit edilememiştir (155). *Woods ve arkadaşlarının* benzeri bir ilişkiyi gözleyememesinin nedeninin ise örneklem sayısının az olmasından kaynaklanabileceği ileri sürülmektedir (48). Menarş başlama yaşı ile PMS arasında ilişki olabileceğini düşündüren diğer bir neden ise, erken yaşlarda menstrüasyon görenlerin görece daha fazla stresli yaşam olayları ile karşılaştığının düşünülmesidir. PMS ile stresli yaşam olaylarının doğrudan ilişkili olduğunu bildiren çeşitli yayınlarda, erken yaşlarda görülen menstrüasyonun, PMS belirtilerini arttırdığı gösterilmiştir. Ayrıca, menarş başlama yaşı ile premenstrüel belirtiler arasındaki ilişkiyi inceleyen bir çalışmada, erken yaşlarda menstrüasyon görenlerin, hem hamilelik sırasında hem de ve iş dünyasında, erişkin roller üstlenerek, erken yaşlarda sorumluluk almaya başladıkları öne sürülmektedir (153). Bizim bulgularımız; ilk menstrüasyon yaşının, olası PMS tanısını ve klinik belirtilerin şiddetini yordamadığını göstermektedir. İlişki bulamamızın nedeni menarş başlama yaşını belirleyen olası değişkenler açısından örneklem grubumuzun homojen olması olabilir. PMS ile ilk menstrüasyon yaşı arasında bir ilişki olup olmadığının net olarak belirlenebilmesi için, sosyokültürel düzeyleri birbirinden farklı toplumlarda yürütülen, stres düzeyini tespit etmeye yönelik ölçeklerin kullanıldığı ve VKİ’nin hesaplandığı çalışmalara ihtiyaç var gibi gözükmektedir. Ayrıca, hormonal dalgalanmalara olası biyolojik duyarlılığın ortaya konabilmesi için genetik göstergelerin araştırıldığı mevcut çalışmaların (156) sayısının artırılmasının da katkı sağlayabileceği düşünülmektedir.

Bir işte çalışıyor olmanın PMS tanısı için yordayıcı bir faktör olabileceği düşünülmüş ve bu amaçla farklı meslek gruplarında araştırmalar yapılmıştır. Ancak, ulaşılan sonuçların tutarsızlığı bu konuda net bir bilgi elde etmemizi engellemektedir. Bireyin kişilik özellikleri, strese olan duyarlılığı, eğitim düzeyi, ekonomik durumu,

medenî durumu, içinde bulunduğu sosyokültürel ve meslekî şartlar gibi oldukça fazla sayıda karıştırıcı faktörün eşlik ettiği düşünülürse, çalışma durumunun tek başına PMS tanısı üzerine etkisini ortaya koyabilmek hiç de kolay olacak gibi gözükmemektedir. Oğur'un çalışan (hemşire ve öğretmenler) ve çalışmayan kadınlarda PMS görülme şiddetini araştırmak üzere yapmış olduğu çalışmasında, hemşirelerin %55.6'sı, öğretmenlerin %62'si ve ev hanımlarının da %38'inde PMS saptanmış ve çalışan kadınlarda PMS görülme sıklığının daha fazla olduğu belirlenmiştir. İçinde bulunduğu meslekî şartlar nedeniyle stres düzeyi yüksek olan kadınların premenstrüel belirtileri daha fazla yaşadıkları bildirilmiştir (157). *Schnurr*, çalışan kadınların ev hanımlarına göre premenstrüel belirtileri 1.78 kat daha fazla yaşadığını tespit etmiştir (152). *Coughlin* ise çalışmasında, çocukların sorumluluğunu üstlenmiş, evli ve çalışan kadınların, ev hanımlarından daha yoğun PMS yaşadıklarını; yaptığı işi kendi isteğiyle seçmeyen kadınların ise premenstrüel belirtileri çok yoğun yaşadıklarını saptamıştır. Ayrıca, ev hanımlığını kendi seçen kadınların premenstrüel belirtileri çok az düzeyde yaşadığını belirlemiştir (158). Çalışan kadınlarda PMS'nin daha sık görüldüğünü bildiren çalışmaların aksine *Friedman*, 1985 yılında yaptığı bir araştırma sonucunda; ev hanımı ve eğitim düzeyi düşük kadınlarda, çalışan ve eğitim düzeyi yüksek kadınlara oranla, daha fazla premenstrüel belirtinin görüldüğünü ileri sürmüştür (159). Yine bir başka araştırmada, çalışma durumunun PMS tanısını yordamamakla birlikte, premenstrüel dönemde, okul, iş gibi işlevselliğin belli alanları ve anksiyete üzerinde etkili olduğu saptanarak, çalışan kadınlarda söz konusu alanlarda işlevselliğin olumsuz etkilendiği ve anksiyete düzeylerinin de daha yüksek olduğu belirtilmiştir (160, 161). Yazında, çalışma durumu ile PMS arasında bir ilişki olduğunu ileri süren çalışmalar (162) yanında, herhangi bir ilişki saptamayan araştırmalar da yer almaktadır (26). Bizim sonuçlarımız; bir işte çalışıyor ya da çalışmıyor olmanın, olası PMS tanısını ve klinik belirtilerin şiddetini yordamadığını göstermiştir. Çalışan kadınların daha fazla stres yaşamasının; ev hanımları ve eğitim düzeyi düşük kadınların ise, duygularını ifade etmekle ilgili yaşadıkları zorluk nedeniyle, belirtilerini somatize ve/veya psikolojize etme eğiliminin olmasının (150); bu çelişkili sonuçlara neden olabilir. Ancak net bir ilişkinin saptanabilmesi için tüm karıştırıcı olabilecek faktörlerin tek tek gözden geçirilerek tasarlanan araştırmalar yapılmasının faydalı olabileceği düşünülmektedir.

Medenî durum ile PMS arasındaki ilişkiyi araştıran çalışma sonuçları da, ne yazık ki zihinlerde karışıklık yaratmaktan başka bir anlam ifade etmemektedir. Bireyler tarafından evli veya bekâr olmanın algılanma ve yaşanma biçimi, şüphesiz ki medenî durum ile PMS arasındaki ilişkiyi büyük ölçüde etkileyecektir. Ayrıca, çalışma durumu ile PMS ilişkisinde ön görülen benzer karıştırıcı faktörlerin de sonuçlara yansıtacağı aşîkârdır. Araştırmalarda ise, bu bağımlı değişkenlerin iz düşümleri açıkça gözlenmektedir. Medenî durumun premenstrüel belirtilerle olan ilişkisini araştıran bir çalışmada; evlilerle bekârlar arasında, sadece “konsantrasyon bozukluğu belirtisi” açısından anlamlı bir farklılık tespit edilmiş; eşinden ayrılan kadınların %83,3’ünün, bekâr olanların ise %69,6’sının premenstrüel dönemde konsantrasyon bozukluğu belirtisi yaşadığı; ayrıca bu belirtinin bekârlarda, evlilere göre 2,2 kat daha fazla gözlemlendiği bildirilmiştir (163). *Woods ve ark* tarafından yürütülen bir çalışmada; premenstrüel ve menstrüel dönemlerde evlilerin, bekârlara kıyasla, yatakta vakit geçirmeye veya öğlen uykusuna yatmaya daha az eğimli oldukları bildirilmekle birlikte, medenî durum ile ilişkili olabilecek herhangi bir premenstrüel belirtiyeye ise rastlanmamıştır (155). *Woods ve ark* tarafından yapılan bir başka çalışmada; bekâr, eşinden ayrı yaşayan veya boşanan kadınların, evlilere kıyasla, daha sık menstrüel ağrı ve premenstrüel gerginlik belirtileri yaşama eğiliminde olduğu bildirilmiştir (164). *Lee ve ark* tarafından yürütülen bir çalışma sonucunda; bekârların, evlilere göre “iştah artışı” belirtisini daha fazla yaşadığı; ayrıca bekâr kadınların %44’ünde, evli kadınların ise %30’unda hemen hemen her ay “premenstrüel ağlama” belirtisi gözlemlendiği ileri sürülmektedir (165). *Kessel ve Coppen* tarafından yapılan bir araştırmada ise, irritabilitenin bekârlarla karşılaştırıldığında, evlilerde anlamlı derecede daha sık rastlandığı sonucu elde edilmiştir (166). Medenî durumun PMS sıklığı ile ilişkisinin değerlendirildiği çalışmalarda da sonuçlar çelişkili olup, bekârlarda daha sık görüldüğünü bildiren, aksini savunan veya herhangi bir ilişki saptanmayan araştırmalar göze çarpmaktadır. *Warner ve Bancroft*’un bir çalışmasında, 25-29 yaş arasındaki bekâr kadınlarda, evli kadınlara göre daha sık PMS görüldüğü tespit edilmiştir (46). *Cohen ve arkadaşlarının*, premenopozal dönemdeki kadınlarda PDB yaygınlığını belirlemek üzere yürüttüğü bir çalışmada, evli kadınlarda PDB yaygınlığı daha yüksek bulunmuştur (167). *Rupani ve Lema’nın* Kenya’da (41), Tomruk’un İstanbul’da

yaptığı çalışmalarda (34) ise, medenî durumla PMS arasında anlamlı bir ilişkiye ulaşılmamıştır. Bizim çalışmamızın sonuçları ise, medenî durumun PMS belirti şiddetini yordamadığını ancak, evliler ile kıyaslandığında bekârlarda, olası PMS tanısının daha yaygın olduğunu göstermiştir. Araştırmalardaki tüm bu tutarsız sonuçlar gözden geçirildiğinde; medenî durumun, tek başına PMS veya PMS belirti şiddetini yordamayabileceği düşüncesi akla gelmektedir. Karıştırıcı olabilecek faktörlerin gözden geçirilerek kontrol edildiği daha kapsamlı çalışmalara ihtiyaç var gibi gözükmemektedir.

Gebelik ve puerperium dönemlerinde menstrüel siklusların fizyolojik olarak kesintiye uğradığı ve PMS'nin menstrüel siklusa özgü bir tablo olduğu göz önüne alınırsa; bu dönemlerde PMS'nin daha az görülmesi; premenstrüel belirtilerin ise daha hafif yaşanması ön görülebilir. Nitekim üreme hızının yüksek ve emzirme süresinin uzun olduğu bilinen ülkelerde, menstrüel sikluslar görece daha az yaşandığı için PMS'nin daha az görüldüğü bildirilmektedir. *Warner ve Bancroft'un* yaptığı bir çalışmada hiç doğum yapmamış kadınlarda, premenstrüel belirtilerin sıklığında azalma olduğu tespit edilmiştir (46). *Coleen ve ark* tarafından 500 katılımcı ile yürütülen başka bir çalışmada, doğum sayısı arttıkça premenstrüel dönemde görülen karın ağrılarının azalma eğiliminde olduğu gözlenmiştir (168). Ön görülenin aksine ise, bazı çalışmalarda, çocuğu olmayan kadınların, çocuğu olan kadınlara göre, daha fazla premenstrüel belirtiler yaşadığı ve çocuksuz kadınların yaşları arttıkça premenstrüel belirtilerinin arttığı bulunmuştur (127). *Van Keep ve Leher*t tarafından yürütülen bir çalışma sonucunda, çocuğu olmayan kadınlarda, olanlara göre, premenstrüel dönemde fiziksel ve psikolojik belirtilerin daha fazla görüldüğü bildirilmiştir (169). *Musal ve arkadaşlarının* Narlıdere'de yaptığı bir diğer araştırmada, dermatolojik belirtiler dışındaki tüm premenstrüel belirtilerin görülme sıklığının, doğum sayısının artması ile anlamlı ölçüde arttığı gözlenmiştir (33). *Tomruk'un* bir araştırmasında da, yine doğum sayısında artışla belirtilerin arttığı tespit edilmiştir (34). Tüm bunların yanında, *Gaulrapp ve ark* (170), *Chuong ve Burgos* (40), *Rupani ve Lema* (41), *Logue ve ark* (29), *Danacı ve ark* (171) ise, PMS sıklığı ile doğum sayısı arasındaki ilişkiyi değerlendirdikleri araştırmalarında, istatistiksel olarak anlamlı sonuçlara ulaşmamışlardır. Bizim sonuçlarımız da, doğum sayısının olası PMS tanısını ve PMS belirti şiddetini yordamadığını göstermiştir. Bu

çelişkili sonuçlar, doğum sayısının tek başına bir yordayıcı olmadığını, karıştırıcı rol üstlenebilecek unsurların belirlenmesine ihtiyaç olduğunu göstermektedir.

Premenstrüel belirtileri konu alan araştırmaların hemen hemen hepsinde psikiyatrik hastalıklara değinildiği gözlenmektedir. İçlerinde en çok adı geçen ise “duygudurum bozuklukları” olduğu dikkatlerden kaçmamaktadır. Adının bu denli sık geçmesinin nedenleri ise bir kaç şekilde açıklanabilir. Birincisi; PMS ile duygudurum bozuklukları arasında oldukça yakın bir ilişkinin olduğunu bildiren araştırmaların yayınlanması üzerine, yeni bir tanımlama (PDB) kullanılarak, DSM-IV’te “BTA Depresif Bozukluklar” başlığı altında sınıflandırılmasıdır. İkincisi; duygudurum bozukluklarının oluş nedenlerini belirlemek amacıyla tasarlanan çalışmalarda, en sık ve en tutarlı olarak gösterilen biyolojik belirleyicilerden biri olan HPA aks düzensizliklerinin, PMS etiyolojisinde de rol oynuyor olmasıdır (51). Üçüncüsü; depresif duygudurum, kişiler arası ilişkilerde reddedilmeye duyarlılık, karbonhidrat ağırlıklı yiyecekleri tüketme isteğinde ve uyku ihtiyacında artış gibi ortak klinik belirtilerin görülmesi nedeniyle; PMS’nin daha çok atipik depresyon ile ilişkili olabileceğini bildiren araştırma sonuçlarıdır (172). Dördüncü bir neden ise; epidemiyolojik çalışmalarda, PMS’li kadınlarda, yaşam boyu duygudurum bozukluklarına yakalanma sıklığının oldukça yüksek oranlarda tespit edilmesidir (19). Ayrıca, premenstrüel dönemde; majör depresif bozukluk, yaygın anksiyete bozukluğu gibi birtakım psikiyatrik hastalıkların alevlendiğini; öz kıyım girişimlerinin ise arttığını tespit eden çok sayıda çalışma bulunmaktadır. PDB’li kadınlarda çeşitli psikiyatrik bozuklukların yaygınlığının araştırıldığı bir çalışmada yaşam boyu yaygınlık oranları; majör depresif bozukluk için %70, panik bozukluk için %16, alkol bağımlılığı için %9, madde bağımlılığı için %7 ve öz kıyım girişimi için %12 olarak bildirilmiştir (6). Depresyon öyküsü olanlar ile olmayanlar arasında PDB belirti sıklığı açısından bir fark olup olmadığının araştırıldığı bir çalışmada; depresyon öyküsü olan kadınların %62 oranında; olmayanların ise, %7 oranında PDB belirtileri yaşadığı tespit edilmiştir (103). Bizim sonuçlarımız ise; öyküsünde psikiyatrik hastalık tanısı bulunanlarda, depresyon ve anksiyete düzeyleri yüksek olanlarda, olası PMS tanısının daha sık görüldüğünü, klinik belirtilerin ise daha şiddetli yaşandığını göstermiştir. Psikiyatrik hastalıkların, PMS gelişmesine zemin hazırlıyor olması ya da bu iki durumun etiyolojisinde birtakım ortak biyolojik

faktörlerin rol oynuyor olması, birlikteliklerindeki sıklığı açıklayabilir. Ancak, nedenlerinin daha iyi ortaya konabilmesi için, biyolojik göstergelerin araştırıldığı çalışmaların sayısının artırılması gerektiği düşünülmektedir.

PMS ile ilgili günümüze kadar yapılan çalışmalar gözden geçirildiğinde; PMS'nin çeşitli psikodinamik, sosyal, bilişsel ve davranışsal kuramlarla açıklanmaya çalışıldığı ancak, psikosomatik hastalıkları konu alan çalışmalarda sıklıkla adı geçen "aleksitimi", "bedensel duyuları abartma" ve "belirtileri yorumlama" gibi kavramlarla ilişkisini değerlendiren oldukça az sayıda çalışma yapılmış olduğu dikkat çekmiştir.

İlk olarak *Sifenos'un* psikosomatik hastalıklarda gözlemlediği bir takım ortak kişilik özelliklerini ifade edebilmek için ortaya attığı aleksitimi kavramı; psikodinamik kuramcılar tarafından "sorunlarını bedenselleştiren hastaların, gelişim dönemlerinde saplanıp kalma, patolojik savunma düzeneklerini kullanma, bilinç dışı çatışmalar ve örseleyici erken yaşam olayları yaşamış olmaları nedeniyle duygularını sözcikleştirememeleri durumları olarak" tanımlanmaktadır (150). *De Berardis ve ark.*, yaptıkları bir çalışma sonucunda, benlik saygısının daha düşük, beden algısının ise daha bozuk olduğunu tespit ettiği PMS'li aleksitimik kadınlarda, PMS'nin daha sık görüldüğünü bildirmiştir (173). 66 PMS tanısı olan ve 49 sağlıklı kontrol grubu ile yapılan bir çalışmada, PMS tanısı olan kadınlar ayrıca Beck depresyon envanteri sonuçlarına göre "yüksek şiddette depresyonu olan PMS grubu" ve "düşük şiddette depresyonu olan PMS grubu" olmak üzere tekrar gruplara ayrılmıştır. Aleksitimi düzeyleri açısından gruplar arası fark olup olmadığının değerlendirildiği araştırma sonucunda ise, depresyon şiddeti yüksek olan PMS grubunun aleksitimi puanlarının, diğer iki gruba göre anlamlı derecede daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (10). Çalışmamızda, aleksitimi düzeyleri görece yüksek olan kadınlarda, PMS tanısının daha sık görüldüğü ve klinik belirtilerin daha şiddetli yaşandığı tespit edilmiştir.

Somatik belirtilerin klinikte ortaya çıkmasında, "seçici algılama", "abartma" ve "çarpıtma" gibi bilişsel süreçlerin önemli bir rol oynadığı düşünülmektedir. Ancak, "anksiyete" ve "depresyon" gibi, bilişsel süreçlerde değişiklik oluşturabilecek durumların da kişinin somatik duyularını algılamasında, abartmasında ve çarpıtmasında etkili olabileceğini bildiren araştırmalar bulunmaktadır (116). Psikosomatik hastalıkları olan bireylerin somatik duyularını

algılama şekillerini ifade etmek için 1988 yılında *Barsky ve ark* tarafından “bedensel duyuları abartma” kavramı ortaya atılmıştır. Bedensel duyularını abartma eğilimi olan kişilerin, somatik duyularını “yoğun”, “zararlı” ve “rahatsız edici” olarak algıladıkları öne sürülmüştür (117). Çalışmamızda, bedensel duyularını abartma eğiliminde olan kadınlarda, PMS tanısının daha sık görüldüğü ve klinik belirtilerin daha şiddetli yaşandığı tespit edilmiştir.

Somatik belirtilerin ortaya çıkmasında rol oynayan diğer bir bilişsel süreç olan çarpıtma ise 1991 yılında *Robbins ve Kirmayer* geliştirilen “Atıf Kuramı” ile ifade edilmiştir. Bu kuramda; kişilerin algıladıkları somatik belirtileri, dışsal ve çevresel etmenlere bağlı olarak geliştiği şeklinde yorumladıklarında belirtilerini normalleştirdikleri (normalizasyon); normalizasyon yorumunu yapmadıklarında ise kişilerin duyularını “anormal” olarak değerlendirip ya psikolojik (psikolojize) ya da somatik (somatize) olabilen patolojik açıklamalar getirdiklerini öne sürülmektedir (114). Ayrıca, kişilerin müphem olarak hissettiği duyularını yorumlaması ve bu durumlarıyla baş etme davranışlarına yön vermesinin; hastalık rollerine, yaşamakta olduğu deneyimin kendisine ve bu deneyimlerini neye atfettiği ile yakından ilişkili olduğu bildirilmektedir (174). *Wise ve Mann* tarafından yürütülen bir çalışmada, aleksitimi puanları yüksek olan depresyon hastalarının bedensel belirtilerini, psikolojize etme eğiliminde olduğu gözlenmiştir (175). Çalışmamızda, belirtilerini psikolojize ve/veya somatize etme eğilimi olan kadınlarda, PMS tanısının daha sık görüldüğü ve klinik belirtilerin daha şiddetli yaşandığı tespit edilmiştir. Belirtilerin normalize edilmesi ile olası PMS tanısı ve klinik belirti şiddeti arasında ise, istatistiksel anlamlılığa ulaşan bir ilişkiye rastlanmamıştır.

Psikosomatik hastalıklarla ilişkili araştırmalarda sıklıkla değinilen, kişinin öfke düzeyi ve öfke ifade tarzının da somatik belirtilerin ortaya çıkmasında rol oynadığı bildirilmiştir (176). *Kassinove ve Sukhodolsky* tarafından öfke, “seçici algılama” ve “çarpıtma” gibi bir takım bilişsel öğeler ile bağlantılı fenomolojik, içsel bir duygudurum olarak tanımlanmaktadır (177). Öfke duygusunun yaşanma sıklığının, öfkeye yol açan olayların, öfke ile ilgili düşüncelerin, öfkeli bir insana gösterilen tepkilerin ve öfkelenince ortaya çıkan belirtilerin kişiler arası farklılıklar gösterdiği ileri sürmektedirler (178). Ayrıca, birçok araştırmada öfke tepkilerinin yaşa göre azaldığı tespit edilmiştir. Öfkenin bastırılması sağlıksız olarak kabul

edilmekte ve ifade edilmediği takdirde, çeşitli psikolojik ve psikosomatik hastalıkların ortaya çıkacağı ön görülmektedir. Somatik belirtilerin ortaya çıkış nedeni ise öfkenin bastırılması ile tetiklenen sempatik sinir sistemi aktivitesindeki artış ile açıklanmaktadır. Depresyonda öfke ifade tarzını değerlendiren çalışmalarda, özellikle “öfke bastırma tarzının” görüldüğü bildirilmektedir. Hiç depresif dönem yaşamamış kişilerle, iyileşmiş depresif kişilerin karşılaştırıldığı bir çalışmada; her iki grubun öfkelerini ifade etmeleri açısından birbirlerinden farklılık göstermediği; iyileşmiş gruptakilerin ise depresyonları ortadan kalktıktan sonra bile öfke bastırma tarzını hâlâ kullanılmakta oldukları gözlenmiştir. Klinik bir çalışma sonucunda, öfkelerini içe atma eğilimi olan depresif kadınların, sürekli öfke düzeyi düşük veya öfkelerini kolayca ifade eden kadınlara göre, somatik belirti yaşamaya daha eğilimli oldukları bildirilmiştir. Öfke ile anksiyete arasında da anlamlı ilişkiler olduğu ve olumsuz fiziksel ve/veya sosyal ortamlarda anksiyetenin, öfke duygusunu ortaya çıkarabileceği öne sürülmektedir. Anksiyete bozukluklarında ve depresif bozukluklarda yaşanan somatik belirtilerin, öfkenin bastırılmasına/dışa vurulmasına bağlı olarak gelişebileceği bildirilmektedir (179). Öfke ifade etme biçimi, nedeni bulunamayan kronik ağrı yakınması olan hastalarda da araştırılmış olup *Fernandez ve Turk* tarafından yürütülen bir çalışmada, içe dönük öfke puanlarının, kronik ağrılı hastalarda daha yaygın olduğu tespit edilmiş, ağrının bu yoğun öfke duygularının bastırılmasından kaynaklandığı ön görülmüştür (176). PMS’li kadınların da, üreme hormonlarındaki dalgalanmalara daha duyarlı olmaları nedeniyle, öfkelerini kontrol etmekte zorlandığı ve sık sık öfke patlamaları yaşadıkları düşünülmektedir (177, 180). Ayrıca, PMS’li kadınlarda suç oranlarında artışların saptanması (181) da bu görüşü desteklemektedir. *Endicott’un* tasarladığı bir çalışmada, depresif kadınlarda premenstrüel evrede sosyal geri çekilme, öfke kontrolünde zorluk ya da öz kırım düşüncelerinde artış olduğu tespit edilmiştir (182). Çalışmamızda, “öfke düzeyleri yüksek” ve “öfkelerini dışa vurma” kadınlarda, olası PMS tanısının daha fazla, klinik belirtilerin daha şiddetli; “öfkesini kontrol eden” kadınlarda, olası PMS tanısının daha az, klinik belirtilerin daha hafif; “öfkesini bastırma eğiliminde olan” kadınlarda ise, premenstrüel belirtilerin daha şiddetli olduğu tespit edilmiştir. PMS ile anksiyete, depresyon ve aleksitiminin ilişkisini bildiren çalışmalar ışığında; anksiyete ve depresyonun öfkenin dışa vurulmasını/bastırılmasını; aleksitiminin ise, öfkenin

kontrolünü yordadığı; bu nedenle de, “öfkelerini kontrol etmekte zorlanan”, “öfkelerini bastıran” ya da “öfkelerini dışa vuran” kadınlarda premenstrüel belirtilerin daha şiddetli yaşandığı sonucuna varılmıştır. Öfke ifade tarzı ile PMS arasındaki ilişkinin, aleksitimi, anksiyete ve depresyon düzeylerinin kontrol edildiği çalışmalar tasarlanarak daha iyi anlaşılabilceğı düşünölmektedir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmamızda, olası PMS yaygınlığı, %54.5 olarak tespit edilmiştir. PMS'nin DSM-IV tanı ölçütlerine göre, en sık görülen belirtisinin, fiziksel belirtiler olduğu gösterilmiştir. Olası PMS tanısını ve belirti şiddetini yordayan sosyodemografik özellikler araştırıldığında çalışmamızda şu sonuçlar elde edilmiştir:

1. Bekârlarda, evliler ile kıyaslandığında, olası PMS tanısı daha sık görülmektedir.
2. Psikiyatrik hastalık öyküsü olanlarda, olası PMS tanısı daha sık görülmekte, klinik belirtiler ise daha şiddetli yaşanmaktadır.
3. Yaş, olası PMS tanısını ve klinik belirti şiddetini yordamamaktadır.
4. İlk menstrüasyon yaşı, olası PMS tanısını ve klinik belirti şiddetini yordamamaktadır.
5. Çalışma durumu, olası PMS tanısını ve klinik belirti şiddetini yordamamaktadır.
6. Medenî durum, PMS klinik belirti şiddetini yordamamaktadır.
7. Doğum öyküsü, olası PMS tanısını ve klinik belirti şiddetini yordamamaktadır.

Aleksitimi, öfke düzeyi ve öfke ifade tarzı, belirtilerin yorumlanması, bedensel duyumların abartılması, depresyon ve anksiyete düzeylerinin, olası PMS tanısını ve belirti şiddetini yordayıp yordamadığı araştırıldığında ise, çalışmamızda şu sonuçlar elde edilmiştir:

1. Aleksitimi düzeyleri yüksek olma eğilimi olanlarda, olası PMS tanısı daha sık görülmekte, klinik belirtiler ise daha şiddetli yaşanmaktadır.
2. Öfke düzeyleri yüksek olan kadınlarda, olası PMS tanısı daha sık görülmekte, klinik belirtiler ise daha şiddetli yaşanmaktadır.
3. Öfkelerini dışa vurma/kolayca ifade etme eğiliminde olan kadınlarda, olası PMS tanısı daha sık görülmekte, klinik belirtiler ise daha şiddetli yaşanmaktadır.
4. Öfkelerini bastırma/içe atma eğiliminde olan kadınlarda, PMS belirtileri daha şiddetli yaşanmaktadır.

5. Öfkelerini kontrol etmekte zorlanan kadınlarda, olası PMS tanısı daha sık görülmekte, klinik belirtiler ise daha şiddetli yaşanmaktadır.
6. Belirtilerini psikolojize etme eğiliminde olan kadınlarda, olası PMS tanısı daha sık görülmekte, klinik belirtiler ise daha şiddetli yaşanmaktadır.
7. Belirtilerini somatize etme eğiliminde olan kadınlarda, olası PMS tanısı daha sık görülmekte, klinik belirtiler ise daha şiddetli yaşanmaktadır.
8. Bedensel duyumlarını abartma eğilimi olan kadınlarda, olası PMS tanısı daha sık görülmekte, klinik belirtiler ise daha şiddetli yaşanmaktadır.
9. Depresyon düzeyleri yüksek olan kadınlarda, olası PMS tanısı daha sık görülmekte, klinik belirtiler ise daha şiddetli yaşanmaktadır.
10. Anksiyete düzeyleri yüksek olan kadınlarda, olası PMS tanısı daha sık görülmekte, klinik belirtiler ise daha şiddetli yaşanmaktadır.
11. Öfkenin bastırılması/içe atılması, olası PMS tanısını yordamamaktadır.
12. Belirtilerin normalize edilmesi, olası PMS tanısını ve klinik belirti şiddetini yordamamaktadır.

Çalışmamızın, sonuçların değerlendirilmesini etkileyeceğinden, belirtilmesi gereken sınırlılıkları ise şunlardır:

1. Katılımcıların rastgele seçim yolu ile belirlenmesine rağmen, araştırmanın yürütülme sürecindeki koşulların etkisiyle toplumu en iyi haliyle temsil etmekten uzak kalması nedeniyle, olası örneklem yanlılığının dışlanamaması,
2. Örneklemenin dağılımının homojen olmaması nedeniyle, sonuçların tüm evrene genellenememesi,
3. PMS belirtilerinin geriye yönelik olarak sorgulanması nedeniyle, kesin PMS tanısının konulamaması,
4. Psikiyatrik muayenenin yapılmaması nedeniyle, DSM-IV tanı ölçütündeki belirtilerin sağlıklı sorgulanamaması,
5. Psikiyatrik muayenenin yapılmaması ve değerlendirilmelerin geçmişe dönük yapılması nedeniyle, sonuçları etkileyebilecek olası bağımlı değişkenlerin, dışlanamaması.

Sağlıklı sonuçlara ulaşılmasında, psikiyatrik muayenenin yapıldığı, PMS tanısı için standart tanı ölçütlerinin kullanıldığı, değerlendirmelerin ileriye yönelik olarak yapıldığı, stres düzeyleri, hormon seviyeleri, psikiyatrik hastalıklar ve aleksitimi gibi bağımlı değişkenlerin mümkün olduğunca dışlandığı, dağılımı homojen olan bir hasta grubunda çalışılmasının ve rastgele-kontrollü çalışmalara ağırlık verilmesinin yararlı olacağı düşünülmektedir. Biyolojik göstergelerin araştırıldığı çalışmaların sayısının artırılmasının ise, etiyolojideki belirsizliği ortadan kaldıracabileceği ön görülmektedir.

KAYNAKLAR

1. Frank R. The hormonal causes of premenstrual tension. *Arch Neurol Psychiatry* 1931; 26: 1053–57.
2. Greene R ve Dalton K. The premenstrual syndrome. *Br Med J* 1953; 1(4818): 1007–1014.
3. Freeman EW. Premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder: definitions and diagnosis. *Psychoneuroendocrinology* 2003; 28: 25–37.
4. Barbara L ve Parry MD. Premenstrual Dysphoric Disorder. Sadock BJ, Sadock VA (eds), Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry (8th ed). New York, Lippincott Williams & Wilkins, 2005: 2315–2323.
5. Yonkers KA. Antidepressants in the treatment of premenstrual dysphoric disorder. *J Clin Psychiatry* 1997; 58: 4–10.
6. Yonkers KA. Anxiety symptoms and anxiety disorders: How are they related to premenstrual disorders. *J Clin Psychiatry* 1997; 58(3): 62–67.
7. Steiner M ve Born L. Diagnosis and treatment of premenstrual dysphoric disorder: an update. *Int Clin Psychopharmacol* 2000; 15(3): 5–17.
8. Eriksson E ve Hedberg MA. The serotonin reuptake inhibitor paroxetine is superior to the noradrenaline reuptake inhibitor maprotiline in the treatment of premenstrual syndrome. *Neuropsychopharmacology* 1995; 12: 169–176.
9. Campagne DM ve Campagne G. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* 2007; 130: 4–17.
10. Kuczmierczyk AR ve Labrum AH. The relationship between mood, somatization, and alexithymia in premenstrual Syndrome. *Psychosomatics* 1995; 36: 26–32.
11. Lane T ve Francis A. Premenstrual symptomatology, locus of control, anxiety and depression in women with normal menstrual cycles. *Arch Womens Ment Health* 2003; 6(2): 127–138.

12. Gerbie MD. Menstrüasyon Komplikasyonları; Anormal Uterin Kanamalar (Çeviren: Çelikkanat H.). Çağdaş Obstetrik & Jinekolojik Teşhis & Tedavi. İstanbul, Barış Kitap evi, 1994: 822–824.
13. Kessel B. Premenstrual syndrome. Advances in diagnosis and treatment. Obstet Gynecol Clin North Am 2000; 27: 625–639.
14. World Health Organization. Mental, behavioral and developmental disorders. International Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD–10). Cenevre, World Health Organization, 1996.
15. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 3. Baskı-gözden geçirilmiş. Washington, American Psychiatric Association: 1987.
16. Pearlstein T ve Stone AB. Premenstrual syndrome. Psychiat Clin N Am 1998; 21: 577–590.
17. Blumenthal SJ ve Nadelson CC. Late luteal phase dysphoric disorder (PMS): Clinicalimplications. J Clin Psychiatry 1988; 49: 469–474.
18. Clare AW. Premenstrual Syndrome: Single or multiple causes? Can J Psychiatry 1985; 30: 474–482.
19. Osofsky HJ ve Blumenthal SJ. Menstrually related mood disorders. Osofsky HJ, Blumenthal SJ (eds). Premenstrual Syndrome: Current Findings and Future Directions. Washington, American Psychiatric Press, 1985.
20. Severino S. Premenstrual dysphoric disorder: controversies surrounding the diagnosis. Harvard Review of Psychiatry 1996; 3(5): 239–295.
21. Women's Health Weekly. Clue to severe PMS Disordered: Researchers Seeks Volunteers to Continue Study 2001: 12–13.
22. Özmenler KNve ark. Adet öncesi dönemde belirti dağılımının gruplar arası karşılaştırılması. Bahar Sempozyumları Özet Kitabı Antalya, 1997: 17–22.
23. Gökçurt S. Park eğitim sağlık ocağı bölgesinde 15–49 yaş grubu kadınlarda premenstrüel sendrom prevalansı. Türkiye'de Psikiyatri 1999; 2: 123–132.
24. Wilson CA ve Keye WR. A survey of adolescent dysmenorrhea and premenstrual symptom frequency. Adolesc Health Care 1989; 10 (4): 317–322.
25. Steiner M ve ark. The premenstrual symptoms screening tool (PSST) for clinicians. Arch Womens Ment Health 2003; 6: 203–209.

26. Müderris İİ ve ark. Genç kadınlarda premenstrüel disforik bozukluk prevalansı. *Klinik Psikiyatri* 1999; 2: 197–201.
27. Üstün N ve ark. Premenstrüel disforik bozukluğun epidemiyolojisi ve semptom profili. 39. Ulusal Psikiyatri Kongresi Özet Kitabı Antalya, 2003: 706–708.
28. Freeman EW ve ark. Premenstrual symptoms and dysmenorrhea in relation to emotional distress factors in adolescents. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 1993; 14(1): 41–50.
29. Logue CM ve Moos RH. Perimenstrual symptoms: prevalence and risk factors. *Psychosom Med* 1986; 48: 388–414.
30. Yonkers KA ve ark. Symptomatic improvement of premenstrual dysphoric disorder with sertraline treatment. *JAMA* 1997; 278: 983–988.
31. Freeman E ve ark. Ineffectiveness of progesterone suppository treatment for premenstrual syndrome. *JAMA* 1990; 264: 349–353.
32. Kıran S. Park Eğitim Sağlık Ocağı Bölgesi'nde 15–49 Yaş Grubu Kadınlarda Premenstrüel Sendrom Prevalansı (Uzmanlık Tezi). Ankara, 1998.
33. Musal B ve ark. Narlıdere Bölgesi'nde 15–49 Yaş Grubundaki Evli Kadınlarda Premenstrüel Semptomların Belirlenmesi. *Jinekoloji ve Obstetride Yeni Görüş ve Gelişmeler* 1992; 3(3): 61–64.
34. Tomruk NB. Premenstrüel Sendrom (PMS) (Uzmanlık Tezi). İstanbul, 1991.
35. Güneş G ve ark. 30 Yaş ve Üzerindeki Kadınlarda DSM-IV Tanı Kriterlerine Göre Premenstrüel Sendrom Prevalansı ve Bazı Risk Faktörleri. *Klinik Bilimler & Doktor*. 2000; 6(5): 661–663.
36. Halbreich U. The diagnosis of premenstrual syndromes and premenstrual dysphoric disorder-clinical procedures and research perspectives. *Gynecol Endocrinol* 2004; 19: 320–334.
37. Dickerson LM ve ark. Premenstrual Syndrome. *Am Fam Physician* 2003; 67: 1743–1752.
38. Johnson SR. Premenstrual syndrome, premenstrual dysphoric disorder, and beyond: a clinical primer for practitioners. *Obstet Gynecol* 2004; 104: 845–859.
39. Khella, A.K. Epidemiologic Study of Premenstrual Symptoms. *J. Egypt Public Health Assoc* 1992; 67(1–2): 109–118.

40. Chuong CJ ve ark. Medical history in women with premenstrual syndrome. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 1995; 16(1): 21–27.
41. Rupani NP ve Lema VM. Premenstrual Tension Among Nurses in Nairobi, Kenya. *East Afr Med J* 1993; 70(5): 310–313.
42. Panay N ve ark. Premenstrual Syndrome—A Clinical Review. *NAPS*. 1999: 1–6.
43. Masho SW ve ark. Obesity as a risk factor for premenstrual syndrome. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 2005; 26: 33–39.
44. Cenac A ve ark. PMS in Sahelian Africa. A Comparative study of 400 literate and illiterate women in Niger. *Trans Royal Soc Trop Med Hygi* 1987; 81(4): 544–547.
45. Marvan ML. Premenstrual Symptoms in Mexican Women with different educational levels. *J Psychol* 1998; 132(5): 517–526.
46. Warner P ve Bancroft J. Factors related to self reporting of PMS. *Brit J Psychiat; The J Mental Science* 1990; 157: 249–260.
47. Suffling K. Premenstrual syndrome. In: Gangar EA (Ed). *Gynaecological Nursing. A Practical Guide*. London, Harcourt Publishers Limited, 2001: 109–125.
48. Deuster PA ve ark. Biological, social, and behavioral factors associated with premenstrual syndrome. *Arch Fam Med* 1999; 8: 122–128.
49. Indusekhar R ve ark. Psychological aspects of premenstrual syndrome. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology* 2007; 21: 207–220.
50. Limosin F ve Ades J. Psychiatric and psychological aspects of premenstrual syndrome. *Encephale* 2001; 27(6): 501–508.
51. Halbreich U. The etiology, biology and evolving pathology of premenstrual sendromes. *Psychoneuroendocrinology* 2003; 28: 55–99.
52. Cohen IR ve Wise PM. Effects of estradiol on the diurnal rhythm of serotonin activity in microdissected brain areas of ovariectomized rats. *Endocrinolgy* 1988; 122: 2619–2625.
53. Ladisich W. Influence of progesterone on serotonin metabolism: a possible causal factor for mood changes. *Psychoneuroendocrinology* 1977; 2: 257–266.
54. Rapkin AJ. The role of serotonin in premenstrual syndrome. *Clin Obstet Gynecol* 1992; 35: 629–636.

55. Steiner M ve LePage AS. Serotonin and gender spesific psychiatric disorders. *Int J Psych Clin Pract* 1997; 1: 3–13.
56. Su TP ve ark. Effect of menstrual cycle phase on neuroendocrine and behavioral responses to the serotonin agonist mchlorophenylpiperazine in women with premenstrual syndrome and controls. *J Clin Endocrinol Metab* 1997; 82: 1220–1228.
57. Bixo M ve ark. Binding of [3H] paroxetine to serotonin uptake sites and of [3H] lysergic acid diethylamide to 5-HT_{2A} receptors in platelets from women with premenstrual dysphoric disorder during gonadotropin releasing hormone treatment. *Psychoneuroendocrinology* 2001; 26; 551–564.
58. FitzGerald M ve ark. Blunted serotonin response to fenfluramine challenge in premenstrual dysphoric disorder. *Am J Psychiatry* 1997; 154: 556–558.
59. Steiner M ve Born L. Advances in the diagnosis and treatment of premenstrual dysphoria. *CNS Drugs* 2000; 13: 286–304.
60. Sundstrom I ve Backstrum T. Citalopram increases pregnanolone sensivity in patients with premenstrual syndrome: an open trial. *Psychoneuroendocrinology* 1998; 23: 73–88.
61. Griffin LD ve Mellon SH. Selective serotnin reuptake inhibitors directly alter activity of neurosteroidogenic enzymes. *Proc Natl Acad Sci* 1999: 96–13512.
62. Steiner M ve ark. Hormones and mood: from menarch to menopause and beyond. *J Affect Disord* 2003; 74: 67–83.
63. Monteleone P ve ark. Allopregnanolone concentrations and premenstrual syndrome. *Eur J Endocrinol* 2000; 142: 269–273.
64. Halbreich U ve ark. Low plasma gamma-aminobutyric acid levels during the late luteal phase of women with premenstrual dysphoric disorder. *Am J Psychiatry* 1996; 153: 718–720.
65. Kartalci S ve Esel E. Nörosteroidler: Psikofarmakolojik ve davranissal etkileri. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni* 2004; 14: 38–49.
66. Smith SS ve ark. GABA(A) receptor alpha 4 subunit suppression prevents withdrawal properties of an endogenous steroid. *Nature* 1998; 392: 926–930.

67. Rasgon N ve ark. Neuroendocrine response to an intravenous L-tryptophan challenge in women with premenstrual syndrome. *Fertility and sterility* 2000; 73: 144-149.
68. Inoue Y ve ark. Fluctuating serotonergic function in premenstrual dysphoric disorder and premenstrual syndrome: finding from neuroendocrine challenge tests. *Psychopharmacology* 2007; 190: 213-219.
69. Rabin DS ve ark. Hypothalamic-pituitary-adrenal function in patients with the premenstrual syndrome. *J Clin Endocrinol Metab* 1990; 71: 1158-1162.
70. Odber J ve ark. Salivary cortisol in women with and without perimenstrual mood changes. *J Psychosom Res* 1998; 45: 557-568.
71. Parry BL ve ark. Cortisol circadian rhythms during the menstrual cycle and with sleep deprivation in premenstrual dysphoric disorder and normal control subjects. *Biol Psychiatry* 2000; 48: 920-931.
72. Altemus M ve ark. Reduced sensitivity to glucocorticoid feedback and reduced glucocorticoid receptor mRNA expression in the luteal phase of menstrual cycle. *Neuropsychopharmacol* 1997; 17: 100-109.
73. Facchinetti F ve ark. Changes of opioid modulation of the hypothalamic-pituitary-adrenal axis in patients with severe premenstrual syndrome. *Psychosom Med* 1994; 56: 418-422.
74. Marinari KT ve ark. Menstrual cycle status and adrenocortical reactivity to psychological stress. *Psychoneuroendocrinology* 1976; 1: 213-218.
75. Kirschbaum C ve ark. Impact of gender, menstrual cycle phase and oral contraceptives on the activity of the hypothalamic-pituitary-adrenal axis. *Psychosom Med* 1999; 61: 154-162.
76. Long TD ve ark. Lack of menstrual cycle effects on hypothalamic-pituitary-adrenal axis response to insulin-induced hypoglycemia. *Clin Endocrinol (Oxf)* 2000; 52: 781-787.
77. Galliven EA ve ark. Hormonal and metabolic responses to exercise across time of day and menstrual cycle phase. *J Appl Physiol* 1997; 83: 1822-1831.
78. Roca CA ve ark. Differential menstrual cycle regulation of hypothalamic-pituitary-adrenal axis in women with premenstrual syndrome and controls. *J Clin Endocrinol Metab* 2003; 88(7): 3057-3063.

79. Magnay JL ve ark. Serotonin transporter, tryptophan hydroxylase, and monoamine oxidase A gene polymorphisms in premenstrual dysphoric disorder. *Am J Obstet Gynecol* 2006; 195: 1254–1259.
80. Benedek T ve Rubenstein BB. The correlations between ovarian activity and psychodynamic process. *Psychosomatic Medicine* 1939; 1: 461–485.
81. Rothbaum BO ve ark. Religious influence on menstrual attitudes and symptoms. *MedSci Low* 1990; 16: 63–78.
82. Gehlert S ve ark. Symptom patterns of premenstrual dysphoric disorder as defined in the diagnostic and statistical manual of mental disorders-IV. *J Womens Health* 1999; 8(1): 75–84.
83. Huerta MR. Association of physical and emotional symptoms with the menstrual cycle and life-style. *J Reprod-Med* 1993; 38(6): 448–454.
84. Kolarov G ve Sirakov M. The premenstrual syndrome in adolescents. *Akush Ginekolo* 1996; 35(4): 10–11.
85. Mao K ve Chang A. The premenstrual syndrome in Chinese. *Obstet Gynaecol* 1985; 25(2): 118–120.
86. Maskall DD ve Law RW. Seasonality of symptoms in women with late luteal phase dysphoric disorder. *Am J Psychiatry* 1997; 154(10): 1436–1441.
87. Steiner M ve Wilkins A. Diagnosis and assessment of premenstrual dysphoria. *Psychiatric Annals* 1996; 26(9): 571–575.
88. Severino SK ve Hurt S. Spectral analysis of cyclic symptoms in late luteal phase dysphoric disorder. *Am J Psychiatry* 1989; 146(9): 1155–1160.
89. Koçak R. Aleksitimi: Kuramsal çerçeve, tedavi yaklaşımları ve ilgili araştırmalar. *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi* 2002; 35 (1,2): 183–212.
90. Sifneos PE. Alexithymia, Past and Present. *American Journal of Psychiatry* 1996; 153(7): 137–142.
91. Krystal HJ. Alexithymia and Effectiveness of Psychoanalytic Treatment. *International Journal of Psychoanalytic Psychotherapy* 1982; 9: 353–378.
92. Lumley MA ve ark. How are alexithymia and physical illness linked? A review and critique of pathways. *J Psychosom Res* 1996; 41: 505–518.

93. Sayar K ve ark. Predictors of somatic symptoms in depressive disorder. *Gen Hosp Psychiatry* 2003; 25: 108–114.
94. Berenbaum H ve Irwin S. Alexithymia, anger and interpersonal behaviour. *Psychother Psychosom* 1996; 65: 203–208.
95. Rief W ve ark. What does the Toronto Alexithymia Scale TAS-R measure? *Journal of Clinical Psychology* 1996; 52: 423–429.
96. Bagby RM ve ark. Toronto Alexithymia Scale: Relationship with Personality and Psychopathology Measures. *Psychother Psychosom* 1986; 45: 207–215.
97. Barsky AJ ve Wyshak G. Hypochondriasis and somatosensory amplification. *Br J Psychiatry* 1990; 157: 404–449.
98. Yonkers KA. The association between premenstrual Dysphoric disorder and other mood disorders. *J Clin Psychiatry* 1997; 58(15): 19–25.
99. Burt VK ve Stein K. Epidemiology of depression: Throughout the female life cycle. *J Clin Psychiatry* 2002; 63(7): 9–15.
100. Koh KB. Anger and somatization. *J Psychosom Res* 2003; 55: 113.
101. Elliot H. Premenstrual dysphoric disorder a guide treating clinician. *NCMJ* 2002; 63: 72–75.
102. Bailey JW ve Cohen LS. Prevalence of mood and anxiety disorders in women who seek treatment for premenstrual syndrome. *J Womens Health Gend Based Med* 1999; 8: 1181–1184.
103. Raja SN ve ark. Prevalence and correlates of the premenstrual syndrome in adolescence. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1998; 31(5): 783–789.
104. Mishell DR. Premenstrual Disorders: Epidemiology and Disease Burden. *The Am J Manag Care* 2005; 11: 473–479.
105. Rapkin A. A review of treatment of Premenstrual syndrome & premenstrual dysphoric disorder. *Psychoneuroendocrinology* 2003; 28: 39–53.
106. Swart P ve Dreyer G. Premenstrual Syndromes - An Approach to Diagnosis and Treatment. *SA Fam Pract* 2007; 49(3) : 20–22.
107. Halbreich U ve ark. The diversity of premenstrual changes as reflected in the Premenstrual Assessment Form. *Acta Psychiatr Scand* 1982; 65: 46–65.
108. Dereboy Ç ve ark. Premenstrüel değerlendirme formunun psikometrik verileri: Küme analitik bir çalışma. *Türk Psikiyatri Dergisi* 1994; 5(2): 83–90.

109. Korkmaz Ç ve ark. Depresif bozukluk tanılı genç kızlarda adet öncesi belirti dağılımı ve şiddeti. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2005; 6: 145–153.
110. Taylor GJ ve ark. Toward the development of a new self-report Alexthymia Scale. *Psychother Psychosom* 1985; 44: 191–199.
111. Dereboy F. Aleksitimi öz bildirim ölçeklerinin psikosomatik özellikleri üzerine bir çalışma. Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, Ankara, Hacettepe Üniversitesi, 1990.
112. Spielberger CD ve ark. Assessment of anger: The state trait anger scala. *Advances in Personality Assessment*, Butcher JN, Spielberger CD (Eds), LEA, Hillsdade NJ 1983; 2: 159–187.
113. Özer AK. Sürekli öfke ve öfke ifade tarzı ölçekleri ön çalışması. *Türk Psikoloji Dergisi* 1994; 9: 26–35.
114. Robbins JM ve Kirmayer LJ. Attributions of common somatic symptoms. *Psychol Med* 1991; 21(4): 1029–1245.
115. Güleç H ve Sayar K. Semptom Yorumlama Anketinin geçerlik ve güvenirliği. 40. Ulusal Psikiyatri Kongresi Kitabı, Kuşadası, 2004: 283–284.
116. Barsky AJ ve ark. The amplification of somatic symptoms. *Psychosom Med* 1988; 50: 510–519.
117. Barsky AJ ve ark. The Somatosensory Amplification Scale and its relationship to hypochondriasis. *J Psychiatry Res* 1990; 24: 323–334.
118. Sayar K ve ark. Bedensel Duyumları Büyütme Ölçeği'nin Güvenirliği. 39. Ulusal Psikiyatri Kongresi Kitabı, Antalya, 2003: 660–661.
119. Beck AT. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry* 1961; 4: 561–571.
120. Hisli N. Beck Depresyon Envanterinin üniversite öğrencileri için geçerliği, güvenirliği. *Psikoloji Dergisi* 1989; 7: 3–13.
121. Beck AT ve ark. An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *J Consult Clin Psychol* 1988; 56: 893–897.
122. Ulusoy M ve ark. Turkish version of the Beck Anxiety Inventory: Psychometric properties. *J Cogn Psychother.* 1998; 12: 163–172.
123. Nourjah P. Premenstrual syndrome among Teacher Training University students in Iran. *J Obstet Gynecol India* 2008; 58 (1): 49–52.

124. Halbreich U ve ark. The prevalence, impairment, impact, and burden of premenstrual dysphoric disorder (PMS/PMDD). *Psychoneuroendocrinology* 2003; 28(3): 1–23.
125. Rojnić Kuzman M ve Hotujac L. Premenstrual dysphoric disorder--a neglected diagnosis? Preliminary study on a sample of Croatian students. *Coll Antropol* 2007; 31(1): 131-137.
126. Hsiao MC ve ark. Characteristics of women seeking treatment for premenstrual syndrome in Taiwan. *Acta Psychiatr Scand* 2002; 106(2): 150–155.
127. Tenkir A ve ark. Premenstrual syndrome and effect on academic and social performances of students in Jimma University, Ethiopia. *Ethiop J Health Dev* 2003; 17(3): 181–188.
128. Wittchen HU ve ark. Prevalance, insidence and stability of premenstrual dysphoric disorder in the community. *Psychol Med* 2002; 32: 119-132.
129. Hapsari ED ve ark. The prevalence of premenstrual dysphoric disorder and its modulation by lifestyle and psychological factors in high school students. *Bulletin of Health Sciences Kobe* 2006; 22: 19–28.
130. Chayachinda C ve ark. Premenstrual Syndrome in Thai Nurses. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology* 2008; 4: 1–7.
131. Antai AB ve ark. Premenstrual syndrome: prevalence in students of the university of Calabar, Nigeria. *African Journal of Biomedical Research* 2004; 7: 45–50.
132. Derman O ve ark. Premenstrual syndrome and associated symptoms in adolescent girls. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* 2004; 116: 201–206.
133. Demir B ve ark. Sağlık çalışanlarında premenstrüel sendrom insidansı ve etkileyen faktörlerin araştırılması. *Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi* 2006; 3(4): 262–270.
134. Karavuş M ve ark. Üniversite Öğrencilerinde Premenstrüel Sendrom. *T Klin Tıp Bilimleri* 1997; 17: 184–190.
135. Canbaz S ve ark. Ondokuzmayıs Üniversitesi Kız Öğrencilerinde Premenstrüel Sendrom Prevalans. *Klinik Bilimler ve Doktor* 1999; 5(5): 680–684.
136. Dilbaz N. Premenstrüel Sendrom. *Türk Psikiyatri Dergisi* 1992; 3(1):42–47.

137. Endicott J ve Halbreich V. Retrospective report of premenstrual depressive changes: Factors affecting confirmation by daily ratings. *Psychopharmacol Bull* 1982; 18: 109–112.
138. Taylor JW. The timing of menstruation-related symptoms assessed by a daily symptom rating scale. *Acta Psychiatr Scand* 1979; 60: 87–105.
139. Woods NF ve ark. Estimating perimenstrual distress: A comparison of two methods. *Res Nurs Health* 1982; 5: 81–91.
140. World Health Organization: A cross-cultural study of menstruation: Implications for contraceptive development and use. *Stud Family Plan* 1981; 12: 3–16.
141. World Health Organization: Women's bleeding patterns: Ability to recall and predict menstrual events. *Stud Family Plan* 1981; 12: 17–27.
142. Sheldrake P ve Cormack M. Variations in menstrual cycle symptom reporting. *J Psychosom Res* 1976; 20: 169–177.
143. Janiger O ve Riffenburgh R. Cross cultural study of premenstrual syndrome. *Psychosomatics* 1972; 13: 226–235.
144. Takeda T ve ark. Prevalence of premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder in Japanese women. *Arch Womens Ment Health* 2006; 9(4): 209–212.
145. Teng CT ve ark. Premenstrual dysphoric symptoms amongst Brazilian college students: factor structure and methodological appraisal. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2005; 255(1): 51–56.
146. Haskett RF ve ark. Severe premenstrual tension: Delineation of the syndrome. *Biol Psychiatry* 1980; 15: 121–139.
147. McFarland C ve ark. Women's theories of menstruation and biases in recall of menstrual symptoms. *J Pers Soc Psychol* 1989; 57(3): 522–531.
148. Demir SC ve Kadayıfçı TO. Dysfunctional uterine bleeding and other menstrual problems of secondary school students in Adana, Turkey. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2000; 13(4): 171–175.
149. Castelnuevo TP ve Krout BM. Psychosomatic aspects of chronic pelvic pain. *Psychiatry Med* 1970; 1: 109–126.

150. Lesser IM. A review of the alexithymia concept. *Psychosom Med* 1981; 43(6): 531–543.
151. Warnock JK ve Clayton AH. Chronic episodic disorders in women. *Psychiatr Clin North Am* 2003; 26(3): 725–740.
152. Schnurr P. Some Correlates of Prospectively Defined Premenstrual Syndrome. *The American Journal of Psychiatry* 1988; 145(4): 491–494.
153. Da Silva CM ve ark. Premenstrual symptoms and syndrome according to age at menarche in a 1982 birth cohort in southern Brazil. *Cad Saude Publica* 2008; 24(4): 835–844.
154. Anim-Nyame N ve ark. Plasma leptin concentrations are increased in women with premenstrual syndrome. *Human Reproduction* 2000; 15(11): 2329–2332.
155. Woods NF ve ark. Prevalence of perimenstrual symptoms. *Am J Public Health* 1982; 72: 1257–1264.
156. Dhingra V ve ark. Serotonin receptor 1A C(-1019)G polymorphism associated with premenstrual dysphoric disorder. *Obstet Gynecol* 2007; 110(4): 788–792.
157. Oğur P. Premenstrual Sendromun meslek ve eğitim düzeyi ile ilişkisi. Afyon Kocatepe üniversitesi yüksek lisans tezi, Afyon, 2004.
158. Coughlin PC. Premenstrual Syndrome: How Marital Satisfaction and Role Choice Affect Symptom Severity. *Social Work* 1990; 35(4): 351–355.
159. Friedman D ve Jaffe A. Influence of life-style on the premenstrual syndrome. Analysis of a questionnaire survey. *J Reprod Med* 1985; 30(10): 715–719.
160. Kirkpatrick MK ve ark. Efficacy of Selfcare Measures for Perimenstrual Syndrome. *J Adv Nurs* 1990; 15(3): 281–285.
161. Bonnie B ve Borenstein JE. A prospective Assessment Investigating the Relationship Between Work Productivity and İmpairment with Premenstrual Syndrome. *JOEM* 2004; 46(7): 649–655.
162. Adıgüzel H ve ark. Manisa İlinde Premenstrüel Sendrom Belirti Örüntüsü ve Belirti Yaygınlığının Araştırılması. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2007; 18(3): 215–222.
163. Gökçe G. Bir Grup Çalışan Kadında Premenstrüel Sendrom Görülme Sıklığı ve Etkileyen Faktörler. Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ebelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi Mersin, 2005.

164. Wood C ve ark. Menstrual characteristics of 2,343 women attending the Shepard Foundation. *Aust NZ J Obstet Gynecol* 1979; 19: 107–110.
165. Lee KA ve Rittenhouse CA. Prevalence of Perimenstrual Symptoms in Employed Women. *Women Health* 1991; 17(3): 17–32.
166. Kessel N ve Coppen A. The prevalence of common menstrual symptoms. *Lancet* 1963: 61–64.
167. Cohen LS ve ark. Prevalence and Predictors of Premenstrual Dysphoric Disorder in Older Premenopausal Women The Harvard Study of Moods and Cycles. *J Affective Disorder* 2002; 70(2): 125–132.
168. Boyle CA ve ark. Epidemiology of Premenstrual Symptoms. *Am J Public Health* 1987; 77: 349–350.
169. Van Keep PA ve Lehert P. The Premenstrual Syndrome: An Epidemiological and Statistical Exercise. England, MTP Press, 1981.
170. Gaulrapp K ve ark. Assessment of the Prevalence of Pre-and Perimenstrual Symptoms in Female Personnel of a University Clinic. *Gynecol Geburtshilfliche Rundsch* 1995; 35(4): 199–208.
171. Danacı A ve ark. Premenstrual Disforik Bozuklukta Semptomatolojinin Adet Döngüsüyle İlişkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2001; 2(1): 15–20.
172. Endicott J ve ark. Is premenstrual dysphoric disorder a distinct clinical entity? *J Womens Health Gend Based Med* 1999; 8(5): 663–679.
173. De Berardis D ve Campanella D. Alexithymia and body image disturbances in women with Premenstrual Dysphoric Disorder. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2005; 26(4): 257–264.
174. Spinhoven P ve van der does AJW. Somatization and somatosensory amplification in psychiatric outpatients. An explorative study. *Comprehensive psychiatry* 1997; 38: 93–97.
175. Wise TN ve Mann LS. The relationship between somatosensory amplification, alexitimia and neurotizm. *Journal of Psychosomatic research* 1994; 38: 515–52.
176. Fernandez E ve Turk DC. The scope and significance of anger in the experience of chronic pain. *Pain* 1995; 61(2): 165–175.

177. Kassirer H ve ark. Development of a Russian State-Trait Anger Expression Inventory. *J Clin Psychol* 1997; 53(6): 543–557.
178. Koh KB ve Park JK. The Relation between Anger Management Style and Organ System-Related Somatic Symptoms in Patients with Depressive Disorders and Somatoform Disorders. *Yonsei Med J* 2008; 49(1): 46–52.
179. Kellner R. Somatization/theories and research. *J Nerv Ment Dis* 1990; 178: 150–160.
180. Smith H ve Thomas SP. Anger and locus of control in young women with and without premenstrual syndrome. *Issues Ment Health Nurs* 1996; 17(4): 289–305.
181. Ross LE ve Steiner MA. Biopsychosocial approach to premenstrual dysphoric disorder. *Psychiatr Clin North Am* 2003; 26(3): 529–546.
182. Endicott J. The menstrual cycle and mood disorders. *J Affect Disord* 1993; 29: 293–300.

EKLER

EK 1: Sosyodemografik veri formu

EK 2: PMS DSM-IV tanı ölçütleri anket formu

EK 3: Premenstrüel Değerlendirme Formu (PDF)

EK 4: Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAS)

EK 5: Spielberger Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Ölçeği (SSÖÖİTÖ)

EK 6: Semptom/Belirti Yorumlama Anketi (SYA)

EK 7: Bedensel Duyumları Büyütme/Abartma Ölçeği (BDAÖ)

EK 8: Beck Depresyon Envanteri (BDE)

EK 9: Beck Anksiyete Envanteri (BAE)

EK 1: Sosyodemografik veri formu

Ölçeklerin verildiği tarih:

Adı Soyadı:

Telefonu: Ev: ()

İş: ()

Cep: ()

Eğitim Durumu:

- ☐ Ortaokul mezunu
☐ Lise mezunu
☐ Üniversite mezunu

Mesleği:

- ☐ Ev hanımı
☐ Özel
☐ Serbest
☐ Memur

Sosyoekonomik durumu:

- ☐ Düşük
☐ Orta
☐ Yüksek

Medenî durumu:

- ☐ Bekâr
☐ Evli
☐ Boşanmış
☐ Ayrı

Çocuk sayısı, cinsiyetleri ve yaşları:

Evde kimlerle yaşadığı:

İlk menstrüasyon yaşı:

Menstrüasyon siklusu süresi:

Gebelik sayısı:

Düşük sayısı:

Doğum sayısı:

Gebelikten korunma:

- ☐ Yok
☐ Var

Genel tıbbî hastalık öyküsü:

- ☐ Yok
☐ Var

Psikiyatri dışı ilaç kullanım öyküsü:

- ☐ Yok
☐ Var

Psikiyatrik hastalık öyküsü:

- ☐ Yok
☐ Var

Birinci derecede akrabalarında psikiyatrik hastalık öyküsü:

- ☐ Yok
☐ Var

Doğum sonrası psikiyatrik hastalık:

- ☐ Yok
☐ Var

Mevcut psikiyatrik hastalık:

- ☐ Yok
☐ Var

Mevcut psikiyatrik hastalığının tedavisi ve süresi:

Premenstrüel belirtilere yönelik tedavi arayışı:

- ☐ Yok
☐ Var

ÖLÇEK ADI	PUANI
PDF	
TAÖ	
SSÖÖİTÖ	
➤ SÖAÖ	
➤ ÖİAÖ	
➤ ÖDAÖ	
➤ ÖKAÖ	
SYA	
➤ SYAPSİK	
➤ SYASOM	
➤ SYANORM	
BDAÖ	
BDE	
BAE	

EK 2: PMS DSM-IV tanı ölçütleri anket formu

DSM-IV TANI ÖLÇÜTLERİ

1) Aşağıda, âdet kanamasından yaklaşık 10 gün önce başlayıp âdet kanamasının başlaması ile sona eren belirtiler yer almaktadır. Son 1 yılı düşünerek, aşağıdaki belirtilerden size uygun olanları işaretleyiniz:

- € Belirgin depresif mizaç, umutsuzluk hissi veya değersizlik düşünceleri
- € Belirgin kaygı, gerginlik, sinirlilik veya diken üstünde olma hissi
- € Belirgin duygulanım oynaklığı (aniden üzüntülü veya ağlamaklı olma, reddedilmeye duyarlılıkta artma)
- € Sürekli belirgin öfke veya kişiler arası çatışmalarda artma
- € Günlük aktivitelere ilgi azalması (örn. okul, iş, arkadaşlar, hobiler)
- € Konsantre olmakta zorlanma
- € Çabuk yorulma, halsizlik, belirgin enerji azalması
- € İştahta belirgin değişiklik, aşırı yeme veya belirli yiyecekleri yeme isteğinde artma
- € Çok uyuma veya uykusuzluk
- € Bunalma hissi veya kontrol kaybı korkusu
- € Memelerde hassasiyet/ şişme, baş ağrıları, eklem/kas ağrısı, karında şişkinlik hissi, kilo alma gibi fiziksel belirtiler

2) Size uygun olan belirtilerin günlük, okul, iş veya sosyal aktivitelerinizi etkileyip etkilemediğini belirtiniz.

- € Hayır, etkilemiyor.
- € Evet, etkiliyor.

EK 3: Premenstrüel Değerlendirme Formu (PDF)

PREMENSTRÜEL DEĞERLENDİRME FORMU (PDF)

Yaşınız:

Tarih:

Bu ölçek, adet öncesi dönemlerde ortaya çıkabilen değişiklikleri sorgulamaktadır. Değerlendirmeyi yaparken son 3 adet öncesi dönemde kendinizde fark ettiğiniz değişiklikleri düşünün. Her bir maddede söz edilen durumun, adet öncesi dönemlerde diğer zamanlara göre ne oranda şiddetlendiğine karar verin. Değişimin şiddetini uygun sayıyı daire içine alarak belirtin.

1. Değişim yok (*belirti hiçbir zaman yok ya da her zamankinden farklı değil*)
2. Çok az değişim (*sadece sizin tarafınızdan hafifçe fark edilmektedir, başkaları sizdeki bu değişikliğin muhtemelen farkında değildir*)
3. Hafif değişim (*sizin için belirgindir ve belki de sizi iyi tanıyanlar tarafından fark edilebilmektedir*)
4. Orta şiddette değişim (*siz ve sizi tanıyanlar tarafından kesin olarak fark edilmektedir*)
5. Şiddetli değişim (*siz ve sizi iyi tanıyanların gözünde çok belirgindir*)
6. Aşırı değişim (*değişim o kadar şiddetlidir ki, sizi iyi tanımayan kişiler bile edebilmektedir*)

- | | |
|---|-------------|
| 1. Aynı gün içinde ruhsal değişimler (gülme, ağlama, kızma, mutluluk gibi) | 1 2 3 4 5 6 |
| 2. Enerji azlığı veya çabuk yorulma | 1 2 3 4 5 6 |
| 3. Sakarlaşma | 1 2 3 4 5 6 |
| 4. Sıkıntılı hissetme veya her zamankinden sıkıntılı olma | 1 2 3 4 5 6 |
| 5. Çok fazla uyuma, sabahları ya da gündüz uykularından güç uyanma | 1 2 3 4 5 6 |
| 6. Kendini hasta hissetme (yani genel kötülük hali, bedensel ya da ruhsal olarak rahatsızlık hissi) | 1 2 3 4 5 6 |
| 7. Sinirli veya huzursuz hissetme | 1 2 3 4 5 6 |
| 8. İştah kaybı | 1 2 3 4 5 6 |
| 9. Göğüslerde acı, duyarlılık, büyüme, şişme | 1 2 3 4 5 6 |
| 10. Baş ağrıları ya da migren nöbetleri | 1 2 3 4 5 6 |
| 11. Dikkatini toplayamama (yani dikkatin kolaylıkla ve çabucak dağılması) | 1 2 3 4 5 6 |
| 12. Kaza yapmaya yatkınlık, düşme, kesme veya bir şeyleri istemeden kırma | 1 2 3 4 5 6 |
| 13. Mide bulantısı veya kusma | 1 2 3 4 5 6 |
| 14. Bedensel huzursuzluk, sıkıntılı davranışlarda bulunma (tedirginlik, devamlı ellerini ovuşturma, sürekli dolanma, rahat oturamama) | 1 2 3 4 5 6 |
| 15. Güçsüzlük, dermansızlık hissi | 1 2 3 4 5 6 |
| 16. Günlük işlerin altından kalkamama duygusu | 1 2 3 4 5 6 |
| 17. Kendini güvensiz hissetme | 1 2 3 4 5 6 |

18. Alerjik olayların alevlenmesi, nefes alma zorluğu, tıkanma duygusu, burun akıntısı	1 2 3 4 5 6
19. Kendini çökkün hissetme	1 2 3 4 5 6
20. Baş dönmesi, göz kararması, bayılma hissi, kulak çınlaması, deride uyuşukluk, karıncalanma, titreme, sersemlik hissi	1 2 3 4 5 6
21. Önemsiz konularda sürekli söylenme, tartışma çıkarma	1 2 3 4 5 6
22. Kendine bir şey yapmanın nasıl olacağını düşünme (arabayı çarpma gibi, uykuya dalıp uyanmamayı isteme, ölüm veya intiharı düşünme)	1 2 3 4 5 6
23. Konuşmak, yerinden kıpırdamak konusunda isteksiz olma (bunları yapmak çaba gerektirir)	1 2 3 4 5 6
24. Daha unutkan olma	1 2 3 4 5 6
25. Dış görünüşünden hoşnut olmama	1 2 3 4 5 6
26. Kişilere veya eşyalara şiddet gösterme (kasıtlı olarak bir şey kırma, birbirine vurma)	1 2 3 4 5 6
27. Gün içinde uyuma veya dayanılmaz bir uyuma isteği duyma	1 2 3 4 5 6
28. Gerçeklikten uzaklaşma duygusu, rüyada olma, gerçek olmama gibi	1 2 3 4 5 6
29. Kalbin çarpıntısını veya daha hızlı attığını hissetme	1 2 3 4 5 6
30. Küçük şeylerden daha fazla haz alma veya heyecan duyma	1 2 3 4 5 6
31. Zihnini bir noktada toplamada güçlük çekme	1 2 3 4 5 6
32. Kendini kafası karışık ve sersem gibi hissetme	1 2 3 4 5 6
33. Azalan yargılama gücü (adet öncesi dönemdeki yargıların her zamanki kadar iyi olmadığını fark etme)	1 2 3 4 5 6
34. Kendini pasif hissetme, kararları başkalarının vermesini, sorumluluğunu yüklenmesini isteme	1 2 3 4 5 6
35. Kendini iyi hissetme duygusunda artış	1 2 3 4 5 6
36. Kendini kontrol edememe	1 2 3 4 5 6
37. Daha çocuksu olmaya eğilim gösterme	1 2 3 4 5 6
38. Kendini ağlamaklı hissetme, gözü yaşlı olma veya ağlama	1 2 3 4 5 6
39. Daha sık idrara çıkma, idrar miktarında artma	1 2 3 4 5 6
40. Kabızlık çekme	1 2 3 4 5 6
41. Zamanı kullanma, para harcama, yemek konusunda kendini düşünme, kendini hoş görme	1 2 3 4 5 6
42. Düşünmeden ve elinde olmadan ani davranışlarda bulunma	1 2 3 4 5 6
43. Daha fazla sigara içme, alkol alma veya alışkanlık yapan ilaçları kullanma	1 2 3 4 5 6
44. Kendini baskı altında hissetme	1 2 3 4 5 6
45. Derisini ovuşturma, kaşıma, dişleme, tırnak yeme gibi davranışlar	1 2 3 4 5 6
46. Ruhsal durumda yükselmeler, alçalmalar	1 2 3 4 5 6
47. Bir şeye canı sıkılınca ortalığı telâşa verme, feveran etme	1 2 3 4 5 6

48. Suçluluk duyguları	1 2 3 4 5 6
49. Kendini bomboş hissetme	1 2 3 4 5 6
50. Parlamaya hazır olma veya hırçınlık	1 2 3 4 5 6
51. Kendini mutsuz veya üzgün hissetme	1 2 3 4 5 6
52. Bacaklarda yorgunluk hissi	1 2 3 4 5 6
53. Sırt, eklem ve kas sertliği ya da ağrıları çekmeye yatkınlık	1 2 3 4 5 6
54. Arkadaşlar ve aile tarafından "bugün huylu gününde" diye bilinme	1 2 3 4 5 6
55. Sabahları sinirleri ayakta uyanma ya da eski sorunları gündeme getirme ve patlama	1 2 3 4 5 6
56. Kindar davranışlar gösterme	1 2 3 4 5 6
57. Kendini yalnız hissetme	1 2 3 4 5 6
58. Daha seyrek idrara çıkma veya idrar miktarında azalma	1 2 3 4 5 6
59. Kilo alma	1 2 3 4 5 6
60. Hoşgörüsüz veya sabırsız olmaya eğilim gösterme, başkalarının ihtiyaçlarına cevap verme veya hatalarını anlama yeteneğini kaybetme	1 2 3 4 5 6
61. Çok konuşma eğiliminde olma	1 2 3 4 5 6
62. Nispeten kalıcı olarak karında dolgunluk, rahatsızlık veya ağrı hissetme	1 2 3 4 5 6
63. Artmış cinsel ilgi veya aktivite (cinsel hayaller kurma, kendiyle veya başkalarıyla ilgili)	1 2 3 4 5 6
64. Uyku sorunları-sabah erken uyanıp uyanamama	1 2 3 4 5 6
65. Karında ara ara ağrı veya kramplar olması	1 2 3 4 5 6
66. Kendine saygıda azalma (kendinden memnun olmama veya başarısız hissetme)	1 2 3 4 5 6
67. Sorunlar için başkalarını suçlama (kişisel, ev, iş, okul gibi)	1 2 3 4 5 6
68. Evde ya da işte artmış etkinlik, düzenlilik, yetkinlik veya başkalarıyla daha çok birlikte olma	1 2 3 4 5 6
69. Hoş olmayan olaylar üzerinde kafa yorma	1 2 3 4 5 6
70. Sivilce ya da çıkan gibi cilt problemleri	1 2 3 4 5 6
71. Ödem, şişlik, vücutta su tutulumu	1 2 3 4 5 6
72. Evde daha fazla oturma	1 2 3 4 5 6
73. Daha az cinsel ilgi ya da aktivite (cinsel hayaller, kendiyle veya başkalarıyla ilgili)	1 2 3 4 5 6
74. İnsan içine karışmaktan kaçınma eğilimi	1 2 3 4 5 6
75. Kendini şiş gibi hissetme	1 2 3 4 5 6
76. İş, ev veya hobilerle ilgili görevleri yerine getirmede zorluk çekme, yetersiz kalma	1 2 3 4 5 6
77. Adet öncesi değişikliklerden dolayı çalışırken zaman kaybetme	1 2 3 4 5 6
78. Yalnız kalmayı isteme	1 2 3 4 5 6
79. İlham ve yaratıcılıkta azalma hissetme görüldüğüne daha az dikkat etme	1 2 3 4 5 6

80. Özel bazı yiyecekleri ısrarla arama (tatlılar, hamur işi, çikolata, turşu gibi)	1 2 3 4 5 6
81. İştahta artış veya daha fazla yemeğe eğilim	1 2 3 4 5 6
82. Sabahları kendini daha kötü hissetme	1 2 3 4 5 6
83. Nasıl görüldüğüne daha az dikkat etme	1 2 3 4 5 6
84. Üşüme ve/veya ısı değişimlerine daha duyarlı olma	1 2 3 4 5 6
85. Enerji patlaması veya kendini daha fazla enerjik hissetme	1 2 3 4 5 6
86. Reddedilmeye karşı daha duyarlı olma veya katlanamama	1 2 3 4 5 6
87. Kendini daha sevgi dolu hissetme başkalarına akıl danışma eğilimi	1 2 3 4 5 6
88. Basit konularda veya daha sık başkalarına akıl danışma eğilimi	1 2 3 4 5 6
89. Karamsar görünme	1 2 3 4 5 6
90. Kahve, çay veya kafeinli soğuk içecekleri daha fazla içme	1 2 3 4 5 6
91. Cinsel ilişki sırasında acı veya rahatsızlık hissetme	1 2 3 4 5 6
92. Daha az ev işi yapma (temizlik, çamaşır yıkama gibi)	1 2 3 4 5 6
93. Boş zaman faaliyetlerine daha az zaman ayırma (hobiler, TV, okuma)	1 2 3 4 5 6
94. Ateş basması veya soğuk algınlığı görünümü, ishal, uyuşukluk, kendiliğinden olan çürükler, çınlama, varis damarları, hemoroid, sara nöbeti, cildin güneşe duyarlı olması (hangisinin olduğunu belirtin)	1 2 3 4 5 6
95. Göz problemlerinde artış veya görüntüde değişiklikler (kızarma, sulanma, yanma, dumanlı görme, arpacık, ışığa duyarlılık gibi)	1 2 3 4 5 6

EK 4: Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAÖ)

TORONTO ALEKSİTİMİ ÖLÇEĞİ (TAÖ)

Yaşınız:

Tarih:

AÇIKLAMA: Aşağıdaki ifadelerin her birini okuyunuz ve size uygun olup olmadığını karşısındaki boşluklardan yalnızca birini işaretleyerek belirtiniz.

	Hiç Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum
1. Ağladığımda beni ağlatan şeyin ne olduğunu hep bilirim.					
2. Hayal kurmak boşa zaman harcamaktır.					
3. Keşke bu kadar utangaç olmasaydım.					
4. Çoğu zaman duygularımın ne olduğunu tam olarak bilemem.					
5. Gelecek hakkında sıkça hayal kuranım.					
6. Birçokları kadar kolay arkadaş edinebildiğimi sanıyorum.					
7. Bir sorunun çözümünü bilmek, o çözüme nasıl ulaşıldığını bilmekten daha önemlidir.					
8. Duygularımı tam olarak anlatacak sözleri bulmak benim için zor.					
9. Herhangi bir olay hakkındaki görüşümü başkalarına açıkça belirtmekten hoşlanırım.					
10. Bedenimde öyle şeyler hissediyorum ki, doktorlar bile ne olduğunu anlamıyorlar.					
11. Benim için bir işin yapılmış olması yetmez, nasıl ve neden yapıldığını bilmek isterim.					
12. Duygularımı kolayca anlatabilirim.					
13. Yalnızca sorunların neler olduğunu anlatmaktansa, onların nereden kaynaklandığı üzerinde düşünmek isterim.					
14. Sinirlerim bozuk olduğunda, üzüntülü mü, korkulu mu, yoksa öfkeli mi olduğumu bilmem.					

	Hiç Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum
15. Hayal gücümü bolca kullanırım.					
16. Yapacak başka bir şey olmadığında, zamanımın çoğunu hayal kurarak geçiririm.					
17. Bedenimde şaşırtıcı hisler duyduğum olur.					
18. Pek hayal kurmam.					
19. Olayların nedenine niçinine kafa yormaktansa işleri olurluna bırakmayı tercih ederim.					
20. Tam olarak tanımlayamadığım duygularım var.					
21. İnsanın duygularına yakın olması önemlidir.					
22. İnsanlar hakkında neler hissettiğimi anlamak ve anlatmak benim için zordur.					
23. Tanıdıklarım duygularımdan daha çok söz etmemi ister.					
24. İnsan olayların derinine inmelidir.					
25. İçimde neler olup bittiğini bilmiyorum.					
26. Çoğu zaman kızgınlığının farkına varmam.					

EK 5: Spielberger Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Ölçeği (SSÖÖİTÖ)

SPIELBERGER SÜREKLİ ÖFKE ve ÖFKE İFADE TARZI ÖLÇEĞİ (SSÖÖİTÖ)

Yaşınız:

Tarih:

1.Bölüm:

Yönerge: Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatırken kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da *genel* olarak nasıl hissettiğinizi düşünün ve ifadelerin sağ tarafındaki sayılar arasında sizi en iyi tanımlayanı seçerek üzerine (X) işareti koyun. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarf etmeksizin, *genel* olarak nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

1. Hiç
2. Biraz
3. Oldukça
4. Tümüyle

Sizi ne kadar tanımlıyor?

- | | |
|---|---------|
| 1. Çabuk parlarım. | 1 2 3 4 |
| 2. Kızgın mizaçlıyım. | 1 2 3 4 |
| 3. Öfkesi burnunda bir insanım. | 1 2 3 4 |
| 4. Başkalarının hataları, yaptığım işi yavaşlatınca kızarım. | 1 2 3 4 |
| 5. Yaptığım iyi bir işten sonra takdir edilmemek canımı sıkır. | 1 2 3 4 |
| 6. Öfkelenince kontrolümü kaybederim. | 1 2 3 4 |
| 7. Öfkelendiğimde ağızıma geleni söylerim. | 1 2 3 4 |
| 8. Başkalarının önünde eleştirilmek beni çok hiddetlendirir. | 1 2 3 4 |
| 9. Engellendiğimde içimden birilerine vurmak gelir. | 1 2 3 4 |
| 10. Yaptığım iyi bir iş kötü değerlendirildiğinde çılıma dönerim. | 1 2 3 4 |

2.Bölüm:

Yönerge: Herkes zaman zaman kızgınlık veya öfke duyabilir. Ancak, kişilerin öfke duygularıyla ilgili tepkileri farklıdır. Aşağıda kişilerin öfke ve kızgınlık tepkilerini tanımlarken kullandıkları ifadeleri göreceksiniz. Her bir ifadeyi okuyun ve öfke ve kızgınlık duyduğunuzda genelde ne yaptığınızı düşünerek o ifadenin yanında sizi en iyi tanımlayan sayının üzerine (X) işareti koyarak belirtin. Doğru veya yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarf etmeyin.

1. Hiç
2. Biraz
3. Oldukça
4. Tümüyle

ÖFKELENDİĞİMDE VEYA KIZDIĞIMDA...

Sizi ne kadar tanımlıyor?

- | | |
|---|---------|
| 11. Öfkemi kontrol ederim. | 1 2 3 4 |
| 12. Kızgınlığımı gösteririm. | 1 2 3 4 |
| 13. Öfkemi içime atarım. | 1 2 3 4 |
| 14. Başkalarına karşı sabırlıyım. | 1 2 3 4 |
| 15. Somurtur ya da surat asarım. | 1 2 3 4 |
| 16. İnsandan uzak dururum. | 1 2 3 4 |
| 17. Başkalarına iğneli sözler söylerim. | 1 2 3 4 |
| 18. Soğukkanlılığımı korurum. | 1 2 3 4 |
| 19. Kapıları çarpmak gibi şeyler yaparım. | 1 2 3 4 |
| 20. İçin için köpürürüm ama gösteremem. | 1 2 3 4 |
| 21. Davranışlarımı kontrol ederim. | 1 2 3 4 |
| 22. Başkalarıyla tartışırım. | 1 2 3 4 |
| 23. İçimde, kimseye söyleyemediğim kinler beslerim. | 1 2 3 4 |
| 24. Beni çileden çıkaran her neyse saldırırım. | 1 2 3 4 |
| 25. Öfkem kontrolden çıkmadan kendimi durdurabilirim. | 1 2 3 4 |
| 26. Gizliden gizliye insanları epeyce eleştiririm. | 1 2 3 4 |
| 27. Belli ettiğimden daha öfkeliyimdir. | 1 2 3 4 |
| 28. Çoğu kimseye kıyasla daha çabuk sakinleşirim. | 1 2 3 4 |
| 29. Kötü şeyler söylerim. | 1 2 3 4 |
| 30. Hoşgörülü ve anlayışlı olmaya çalışırım. | 1 2 3 4 |

31. İçimden insanların fark ettiğinden daha fazla sinirlenirim. 1 2 3 4
32. *Sinirlerime hâkim olamam.* 1 2 3 4
33. Beni sinirlendirene, ne hissettiğimi söylerim. 1 2 3 4
34. *Kızgınlık duygularımı kontrol ederim.* 1 2 3 4

EK 6: Semptom/Belirti Yorumlama Anketi (SYA)

SEMPOTOM/BELİRTİ YORUMLAMA ANKETİ (SYA)

Yaşınız:

Tarih:

Aşağıda daha önce yaşamış ya da yaşamamış olabileceğiniz durumlar vardır. Her bir durum için durumunuzu en iyi açıkladığını düşündüğünüz açıklamayı işaretleyiniz. Lütfen her soruya cevap veriniz. Aynı zamanda bu durumu son üç ay içinde geçirip geçirmediğinizi A (EVET) veya B (HAYIR) seçeneklerinden birini işaretleyerek cevaplandırınız. Lütfen tüm sorulara cevap veriniz ve gerekirse yardım isteyiniz.

- A Pek değil
B Bazen
C Sık sık
D Çok sık

1. *Eğer uzun süren bir baş ağrım olmuşsa şu yüzden olabileceğini düşünürüm.*

- | | |
|--|---------------------|
| Canım sıkındır. | A B C D |
| Kaslarım, sinirlerimde ya da beynimde bir şey vardır. | A B C D |
| Yüksek bir ses, parlak ışık veya başka bir şey beni rahatsız etmiştir. | A B C D |
| Son üç ayda uzun süren bir baş ağrınız oldu mu? | A) Evet
B) Hayır |

2. *Eğer çok terliyorsam şu yüzden olabileceğini düşünürüm.*

- | | |
|--|---------------------|
| Bir ateş ya da ateşli hastalığım olmalıdır. | A B C D |
| Gergin veya sinirliyimdir. | A B C D |
| Oda çok sıcaktır, aşırı giyiniğimdir ya da çok çalışmışım. | A B C D |
| Son üç ayda çok fazla terlediğinizi fark ettiniz mi? | A) Evet
B) Hayır |

3. *Birdenbire başım dönerse şu yüzden olabileceğini düşünürüm.*

- | | |
|--|---------------------|
| Kalbimde ya da kan basıncımda bir sorun vardır. | A B C D |
| Yeterince yemek yemiyordum ya da birden ayağa kalkmışım. | A B C D |
| Çok fazla stres altında olmalıyım. | A B C D |
| Son üç ayda başınız döndü mü? | A) Evet
B) Hayır |

4. *Ağzımın kuru olduğunu fark edersem, şu yüzden olabileceğini düşünürüm.*

- | | |
|---|---------------------|
| Bir şeyden korkmuş ya da heyecanlanmışım. | A B C D |
| Daha fazla sıvı içmem gerekir. | A B C D |
| Tükürük bezlerimle ilgili bir sorun vardır. | A B C D |
| Son üç ayda ağız kuruluğu oldu mu? | A) Evet
B) Hayır |

5. Eğer kalbimin göğsümün içinde güm güm attığını hissedersen, şu yüzden olabileceğini düşünürüm.

- Çok egzersiz yapmış veya çok kahve içmişimdir. A B C D
Gerçekten heyecanlanmış veya korkmuşumdur. A B C D
Kalbimde bir sorun vardır. A B C D
- Son üç aydan kalbinizin güm güm attığını hissettiniz mi? A) Evet
B) Hayır

6. Yorgun hissediyorsam, şu yüzden olabileceğini düşünürüm.

- Duygusal olarak tükenmişimdir veya moralim bozuktur. A B C D
Aşırı egzersiz yapıyorumdur veya yeterince yapmıyorumdur. A B C D
Anemi ya da kansızlığım vardır. A B C D
- Son üç ayda kendinizi yorgun hissettiniz mi? A) Evet
B) Hayır

7. Eğer ellerim titriyorsa, şu yüzden olabileceğini düşünürüm.

- Nörolojik bir sorunun vardır. A B C D
Çok sinirliyimdir. A B C D
El kaslarım yorulmuştur. A B C D
- Son üç ayda ellerinizde titreme fark ettiniz mi? A) Evet
B) Hayır

8. Uyumakta bir zorluğum varsa, şu yüzden olabileceğini düşünürüm.

- Bir tür ağrı veya bedensel rahatsızlık beni uyanık tutmaktadır. A B C D
Yorgun değilimdir ya da çok kahve veya çay içmişimdir. A B C D
Çok kaygılıyım ya da bir şeye sinirlenmişimdir. A B C D
- Son üç ayda uyumakta zorlandınız mı? A) Evet
B) Hayır

9. Midem bozursa şu yüzden olabileceğini düşünürüm.

- Çok endişelendiğim için hastalanmışım. A B C D
Nezle olmuşumdur ya da midem tahriş olmuştur. A B C D
Yediğim bir şey dokunmuştur. A B C D
- Son üç ayda midenizin bozulduğu oldu mu? A) Evet
B) Hayır

10. Eğer iştahım kesikse şu yüzden olabileceğini düşünürüm.

- Çok yiyordum ya da vücudumun eskisi kadar gıdaya ihtiyacı yoktur. A B C D
O kadar endişeliyim ki gıdadan tat alamıyorumdur. A B C D
Bir mide veya barsak sorunun vardır. A B C D
- Son üç ayda iştahınızda kesilme oldu mu? A) Evet
B) Hayır

11. Çok sık nefes alıp veriyorsam şu yüzden olabileceğini düşünürüm.

Akciğerlerimde su toplanması veya mikrop vardır veya kalbimde sorun vardır. A B C D

Oda çok boğucudur ve hava çok kirlidir. A B C D

Aşırı heyecanlı veya gerginimdir. A B C D

Son üç ayda çok sık nefes alıp verdiğiniz oldu mu? A) Evet
B) Hayır

12. El ve ayaklarımda hissizlik ve karıncalanma fark edersem şu yüzden olabileceğini düşünürüm.

Duygusal stres altındayım. A B C D

Sinirlerimde veya kan dolaşımda yanlış bir şeyler vardır. A B C D

Üşümüşümdür veya elimde ayağımda uyuşma olmuştur. A B C D

Son üç ayda el ve ayaklarınızda hissizlik ve karıncalanma hissettiniz mi? A) Evet
B) Hayır

13. Eğer kabız olmuşsam ve düzenli dışarı (büyük abdeste) çıkamıyorsam şu yüzden olabileceğini düşünürüm.

Yeterince meyve veya posalı gıda almıyorumdur. A B C D

Çok gergin olduğum için düzenli dışarı çıkamıyorumdur. A B C D

Bağırsaklarımda bir sorun vardır. A B C D

Son üç aydır kabız olduğunuz ve düzenli olarak dışarı çıkamadığınız oldu mu? A) Evet
B) Hayır

EK 7: Bedensel Duyumları Büyütme/Abartma Ölçeği (BDAÖ)

BEDENSEL DUYUMLARI BÜYÜTME/ABARTMA ÖLÇEĞİ (BDAÖ)

Yaşınız:

Tarih:

Aşağıdaki ifadelerin sizin için ne kadar doğru olduğunu lütfen belirtiniz. Doğru değilse (1) ...Tamamen doğru ise (5) olacak şekilde bu maddelere puan veriniz.

- | | |
|---|-----------|
| 1- Birisi öksürdüğünde, benim de öksüresim gelir. | 1 2 3 4 5 |
| 2- Duman, sis ya da hava kirliliğine tahammül edemem. | 1 2 3 4 5 |
| 3- Sıklıkla vücudumda değişik şeyler olduğunu fark ederim. | 1 2 3 4 5 |
| 4- Bir yerim morardığında, uzun süre öylece kalır. | 1 2 3 4 5 |
| 5- Ani yüksek sesler beni rahatsız eder. | 1 2 3 4 5 |
| 6- Bazen nabzımın ya da kalbimin kulağımın içinde güm güm attığını duyarım. | 1 2 3 4 5 |
| 7- Çok sıcakta olmayı da çok soğukta olmayı da sevmem. | 1 2 3 4 5 |
| 8- Midemdeki açlık kasılmalarını çok çabuk hissederim. | 1 2 3 4 5 |
| 9- Ufak bir böcek ya da sinek ısırtığı bile beni gerçekten rahatsız eder. | 1 2 3 4 5 |
| 10- Ağrıya çok az tahammülüm vardır. | 1 2 3 4 5 |

EK 8: Beck Depresyon Envanteri (BDE)

BECK DEPRESYON ENVANTERİ (BDE)

Yaşınız:

Tarih:

Yönerge: Aşağıda kişilerin ruh durumlarını ifade ederken kullandıkları bazı cümleler verilmiştir. Her madde bir çeşit ruh durumunu anlatmaktadır. Her maddede o ruh durumunun derecesini belirleyen 4 seçenek vardır. Lütfen bu seçenekleri dikkatle okuyunuz. SON 1 HAFTA İÇİNDEKİ (ŞU AN DÂHİL) kendi ruh durumunuzu göz önünde bulundurarak, size en uygun olan ifadeyi bulunuz. Daha sonra, o maddenin yanındaki rakamın üzerine (x) işareti koyunuz.

1. Hüzün

- 0. Kendimi üzgün hissetmiyorum.
- 1. Kendimi üzgün hissediyorum.
- 2. Her zaman üzgünüm ve kendimi bu duygudan kurtaramıyorum.
- 3. Öylesine üzgün ve mutsuzum ki artık dayanamıyorum.

2. Karamsarlık

- 0. Gelecekte umutsuz değilim.
- 1. Geleceğe biraz umutsuz bakıyorum.
- 2. Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
- 3. Benim için bir gelecek yok ve bu durum düzelmeyecek.

3. Geçmiş başarısızlıklar

- 0. Kendimi başarısız görmüyorum.
- 1. Çevremdeki birçok kişiden daha fazla başarısızlıklarım oldu sayılır.
- 2. Geriye dönüp baktığımda çok fazla başarısızlığım olduğunu görüyorum.
- 3. Kendimi tümüyle başarısız bir insan olarak görüyorum.

4. Zevk alamama

- 0. Her şeyden eskisi kadar zevk alabiliyorum.
- 1. Her şeyden eskisi kadar zevk alamıyorum.
- 2. Artık hiçbir şeyden gerçek bir zevk alamıyorum.
- 3. Bana zevk veren hiçbir şey yok. Her şey çok sıkıcı

5. Suçluluk duyguları

- 0. Kendimi suçlu hissetmiyorum.
- 1. Arada bir kendimi suçlu hissettiğim oluyor.
- 2. Kendimi çoğunlukla suçlu hissediyorum.
- 3. Kendimi her an için suçlu hissediyorum.

6. Cezalandırılma duyguları

- 0. Cezalandırıldığımı düşünmüyorum.
- 1. Bazı şeyler için cezalandırılabileceğimi hissediyorum.
- 2. Cezalandırılmayı bekliyorum.
- 3. Cezalandırıldığımı hissediyorum.

7. Kendinden hoşlanmama
 0. Kendimden hoşnudum.
 1. Kendimden pek hoşnut değilim.
 2. Kendimden hiç hoşlanmıyorum.
 3. Kendimden nefret ediyorum.
8. Kendini eleştirme
 0. Kendimi diğer insanlardan daha kötü görmüyorum.
 1. Kendimi zayıflıklarım ve hatalarım için eleştiriyorum.
 2. Kendimi hatalarım için çoğu zaman suçluyorum.
 3. Her kötü olayda kendimi suçluyorum.
9. İntihar düşünceleri veya istekleri
 0. Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.
 1. Bazen kendimi öldürmeyi düşünüyorum, fakat bunu yapmam.
 2. Kendimi öldürebilmeyi isterdim.
 3. Bir fırsatını bulsam kendimi öldürürüm.
10. Ağlama
 0. Her zamankinden daha fazla ağladığımı sanmıyorum.
 1. Eskisine göre şu sıralar daha fazla ağlıyorum.
 2. Şu sıralarda her an ağlıyorum.
 3. Eskiden ağlayabilirdim, ama şu sıralarda istesem de ağlayamıyorum.
11. Sinirlilik
 0. Her zamankinden daha sinirli değilim.
 1. Her zamankinden daha kolayca sinirleniyor ve kızıyorum.
 2. Çoğu zaman sinirliyim.
 3. Eskiden sinirlendiğim şeylere bile artık sinirlenemiyorum.
12. İlgi kaybı
 0. Diğer insanlara karşı ilgimi kaybetmedim.
 1. Eskisine göre insanlarla daha az ilgiliyim.
 2. Diğer insanlara karşı ilgimin çoğunu kaybettim.
 3. Diğer insanlara karşı hiç ilgim kalmadı.
13. Kararsızlık
 0. Kararlarımı eskisi kadar kolay ve rahat verebiliyorum.
 1. Şu sıralar kararlarımı vermeyi erteliyorum.
 2. Kararlarımı vermekte oldukça güçlük çekiyorum.
 3. Artık hiç karar veremiyorum.
14. Dış görünüm
 0. Dış görünüşümün eskisinden daha kötü olduğunu sanmıyorum.
 1. Yaşlandığımı ve çekiciliğimi kaybettiğimi düşünüyorum ve üzülüyorum.
 2. Dış görünüşümde artık değiştirilmesi mümkün olmayan olumsuz değişiklikler olduğunu hissediyorum.
 3. Çok çirkin olduğumu düşünüyorum.
15. Çalışma
 0. Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.
 1. Bir işe başlayabilmek için eskisine göre kendimi daha fazla zorlamam gerekiyor.
 2. Hangi iş olursa olsun, yapabilmek için kendimi çok zorluyorum.
 3. Hiçbir iş yapamıyorum.

16. Uyku düzeninde değişiklik

- 0. Eskisi kadar rahat uyuyabiliyorum.
- 1. Şu sıralarda eskisi kadar rahat uyuyamıyorum.
- 2. Eskisine göre bir veya iki saat erken uyanıyor ve tekrar uyumakta zorluk çekiyorum.
- 3. Eskisine göre çok erken uyanıyor ve tekrar uyumakta zorluk çekiyorum.

17. Kolay yorulma

- 0. Eskisine kıyasla daha çabuk yorulduğumu sanmıyorum.
- 1. Eskisinden daha çabuk yoruluyorum.
- 2. Şu sıralarda neredeyse her şey beni yoruyor.
- 3. Öyle yorgunum ki hiç bir şey yapamıyorum.

18. İştahta değişiklik

- 0. İştahım eskisinden pek farklı değil.
- 1. İştahım eskisi kadar iyi değil.
- 2. Şu sıralar iştahım epey kötü.
- 3. Artık hiç iştahım yok.

19. Kilo kaybı

- 0. Son zamanlarda pek fazla kilo kaybettiğimi sanmıyorum.
- 1. Son zamanlarda istemediğim halde üç kilodan fazla kaybettim.
- 2. Son zamanlarda istemediğim halde beş kilodan fazla kaybettim.
- 3. Son zamanlarda istemediğim halde yedi kilodan fazla kaybettim.

Daha az yemeğe çalışarak kilo kaybetmeye çalışıyorum

Evet () Hayır ()

20. Sağlık endişesi

- 0. Sağlığım beni pek endişelendirmiyor.
- 1. Son zamanlarda ağrı, sızı, mide bozukluğu, kabızlık gibi sorunlarım var.
- 2. Ağrı, sızı gibi bu sıkıntılarım beni epey endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmek zor geliyor.
- 3. Bu tür sıkıntılar beni öylesine endişelendiriyor ki, artık başka hiçbir şey düşünmüyorum.

21. Cinsel isteğin kaybolması

- 0. Son zamanlarda cinsel yaşamımda dikkatimi çeken bir şey yok.
- 1. Eskisine oranla cinsel konularla daha az ilgileniyorum.
- 2. Şu aralar cinsellikle pek ilgili değilim.
- 3. Artık cinsellikle hiçbir ilgim kalmadı.

EK 9: Beck Anksiyete Envanteri

BECK ANKSİYETE ENVANTERİ (BAE)

Yaşınız:

Tarih:

Yönerge: Aşağıda insanların kaygılı ya da endişeli oldukları zamanlarda yaşadıkları bazı belirtiler verilmiştir. Lütfen her maddeyi dikkatle okuyunuz. Daha sonra, her maddedeki belirtinin BUGÜN DÂHİL SON BİR HAFTADIR sizi ne kadar rahatsız ettiğini yandaki uygun yere (x) işareti koyarak belirleyiniz.

	Hiç	Hafif düzeyde <i>Beni pek etkilemedi</i>	Orta düzeyde <i>Hoş değildi ama katlanabildim</i>	Ciddi düzeyde <i>Dayanmakta çok zorlandım</i>
1. Bedeninizin herhangi bir yerinde uyuşma veya karıncalanma				
2. Sıcak/ateş basmaları				
3. Bacaklarda halsizlik, titreme				
4. Gevşeyememe				
5. Çok kötü şeyler olacak korkusu				
6. Baş dönmesi veya sersemlik				
7. Kalp çarpıntısı				
8. Dengeyi kaybetme duygusu				
9. Dehşete kapılma				
10. Sinirlilik				
11. Boğuluyormuş gibi olma duygusu				
12. Ellerde titreme				
13. Titreklik				
14. Kontrolü kaybetme korkusu				
15. Nefes almada güçlük				
16. Ölüm korkusu				
17. Korkuya kapılma				
18. Midede hazımsızlık ya da rahatsızlık hissi				
19. Baygınlık				
20. Yüzün kızarması				
21. Terleme (sıcaklığa bağlı olmayan)				