



**T.C.
RECEP TAYYİP ERDOĞAN ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI
ANA BİLİM DALI**

**PREMENSTRUEL DİSFORİK BOZUKLUK VE PREMENSTRUEL
SENDROM TANILI OLGULARDA ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMATİK
YAŞANTILARININ KENDİNE ZARAR VERME DAVRANIŞI, İNTİHAR
GİRİŞİMİ VE CİNSEL İŞLEV ÜZERİNE ETKİSİNİN İNCELENMESİ**

**INVESTIGATION OF THE EFFECT OF CHILDHOOD TRAUMATIC
EXPERIENCES ON SELF-HARMING BEHAVIOR, SUICIDE ATTEMPT
AND SEXUAL FUNCTION IN PATIENTS DIAGNOSED WITH
PREMENSTRUEL DYSFORIC DISORDER AND PREMENSTRUEL
SYNDROME**

Dr. Pınar SİVRİKAYA

UZMANLIK TEZİ

Danışman: Prof. Dr. Çiçek HOCAOĞLU

Rize-2022

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	V
ÖZET.....	VII
SUMMARY	X
KISALTMALAR.....	XII
TABLO LİSTESİ	XIV
ŞEKİL LİSTESİ.....	XVI
1.GİRİŞ VE AMAÇ	1
2.GENEL BİLGİLER	3
2.1. Premenstruel Sendrom Ve Premenstruel Disforik Bozukluk	6
2.1.1. Tanımı ve Tarihçesi	6
2.1.2 Tanı Ölçütleri.....	11
2.1.3 Klinik Görünüm ve Risk Faktörleri	16
2.1.4 Epidemiyoloji.....	26
2.1.5 Etiyoloji.....	30
2.1.6 Tedavi	36
2.1.6.1 Antidepresanlar	37
2.1.6.2 Oral Kontraseptifler.....	38
2.1.6.3 Diğer Ovülasyon Süpresyon Tedavileri	39
2.1.6.4 Diğer Medikal Tedavi Seçenekleri.....	39
2.1.6.5 Diyet Takviyeleri.....	39
2.1.6.6 Bitkisel ve Tamamlayıcı Tedaviler.....	40
2.1.6.7 Yaşam Tarzı Değişiklikleri ve Psikososyal Tedaviler	40
2.2.Çocukluk Çağı Travmaları.....	41
2.2.1. Çocukluk Çağı Travmaları Tanımı	41
2.2.2. Çocukluk Çağı Travmalarının Tarihçesi	43
2.2.3. Çocukluk Çağı Travmalarının Epidemiyolojisi	44
2.2.4. Sınıflama	45
2.2.4.1. İstismar	45
2.2.5. Çocukluk Çağı Travmaları Risk Faktörleri	54
2.2.6. Çocukluk Çağı Travmaları ve Psikiyatrik Hastalıklar.....	55
2.3. Kasıtlı Kendine Zarar Verme Davranışı	57
2.3.1. Tanımı ve Tanı Kriterleri	57
2.3.2. Psikopatoloji, Prognoz ve İlişkili Faktörler	61

2.3.3. Kasıtlı Kendine Zarar Verme Davranışı Epidemiyolojisi	64
2.3.4. Kendine Zarar Verme Davranışı ve Psikiyatrik Hastalıklar.....	65
2.3.1.5. Kendine Zarar Verme Davranışı ve İntihar	66
2.4. İntihar	70
2.4.1. İntiharın Tanımı ve İntihar ile İlgili Terimler	70
2.4.2. İntiharın Epidemiyolojisi	71
2.4.3. İntihar İle İlişili Faktörler	72
2.4.3.1. Sosyoekonomik Faktörler	72
2.4.3.2. Yaş ve Cinsiyet	73
2.4.3.3. Özel Gruplar	74
2.4.4. İntihar Yöntemleri	74
2.4.5. İntihar Girişimi.....	74
2.4.6. İntihar ve Psikiyatrik Hastalıklar	75
2.4.7. İntihar ve Fiziksel Hastalık.....	76
2.4.8. İntiharın Psikopatolojisi	76
2.5. Cinsel İşlev Bozuklukları	78
2.5.1. Cinsellikle İlgili Genel Kavramlar	82
2.5.2. Cinsel İşlev Bozuklukları Sınıflaması	83
2.5.3. Cinsel İşlev Bozuklukları Etyolojisi	84
2.5.4. Cinsel İşlev Bozukluklarının Yaygınlığı	86
2.5.5. Cinsel İşlev Bozuklukları ve Psikiyatrik Komorbidite	86
2.6. Çalışmanın Hipotezleri	87
3. GEREÇ ve YÖNTEM	88
3.1. Araştırmanın Modeli	88
3.2. Çalışma Örnekleme.....	88
3.3. Gereçler	89
3.3.1. Sosyodemografik Veri Formu:	89
3.3.2. Premenstrüel Sendrom Ölçeği (PMSÖ):	89
3.3.3. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği:	89
3.3.4. Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği (Kadın):	90
3.3.5. Kasıtlı Kendine Zarar Verme Anketi:	90
3.4. Yöntem.....	91
3.5. İstatistiksel Analiz	91
3.6. Çalışmanın Kısıtlılıkları	92
4.BULGULAR	93
4.1.Genel Bulgular	93

4.2.Çocukluk Çağı Travmatik Yaşantıları Bulguları	100
4.3. Kasıtlı Kendine Zarar Verme Davranışı Bulguları	121
4.4. Cinsel İşlev Bozukluğu Bulguları.....	129
4.5. Premenstrüel Sendrom / Premenstrüel Disforik Bozukluk Şiddetinin Çocukluk Çağı Travmatik Yaşantıları ve Cinsel İşlev Bozukluğu İle Karşılaştırılması.....	130
5.TARTIŞMA.....	137
5.1.Genel Bulguların Tartışması	138
5.2.Premenstrüel Sendrom / Premenstrüel Disforik Bozukluk ve Çocukluk Çağı Travmatik Yaşantıları İlişkisi.....	142
5.3. Premenstrüel Sendrom / Premenstrüel Disforik Bozukluk ve Kasıtlı Kendine Zarar Verme Davranışı İlişkisi	145
5.4. Premenstrüel Sendrom / Premenstrüel Disforik Bozukluk Hastalarında Çocukluk Çağı Travmatik Yaşantıları Ve Kasıtlı Kendine Zarar Verme Davranışı İlişkisi.....	148
5.5. Premenstrüel Sendrom / Premenstrüel Disforik Bozukluk ve İntihar Girişimi İlişkisi.....	150
5.6. Premenstrüel Sendrom / Premenstrüel Disforik Bozukluk Hastalarında Çocukluk Çağı Travmatik Yaşantıları ve İntihar İlişkisi	152
5.7. Premenstrüel Sendrom / Premenstrüel Disforik Bozukluk Hastalarında Kendine Zarar Verme Davranışı Ve İntihar İlişkisi	154
5.8. Premenstrüel Sendrom / Premenstrüel Disforik Bozukluk Hastalarında Cinsel İşlev Bozukluğu	155
5.9. Premenstrüel Sendrom / Premenstrüel Disforik Bozukluk Hastalarında Çocukluk Çağı Travmatik Yaşantıları Ve Cinsel Problem Varlığı.....	156
5.10. Araştırmamızın Güçlü Yanları	158
6.SONUÇ VE ÖNERİLER.....	159
7. KAYNAKLAR	162
8. EKLER.....	183
9. ÖZGEÇMİŞ.....	202

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim süresince kıymetli bilgi ve engin tecrübelerini bizlere aktaran, sabrı, anlayışı ve nezaketiyle bizlere yol gösteren, eğitimim süresince her zaman desteğini hissettiğim, sadece mesleki değil, insani duyarlılıklarımızın da gelişimini sağlayan, tez yazım sürecimde süper vizyonu ile beni yönlendiren, asistanı ve öğrencisi olmaktan gurur ve kıvanç duyduğum değerli hocam Psikiyatri Anabilim Dalı Başkanı Sayın Prof. Dr. Çiçek HOCAOĞLU'na;

Eğitimim süresince bizlere zaman ayıran, mesleki bilgi ve birikimlerini bizden esirgemeyen, sıkıntılarımızı dinleyip çözmeye çalışan saygıdeğer hocam Prof. Dr. Bülent BAHÇECİ'ye;

Eğitimim boyunca birçok katkısı olan, her halimizde anlayışla ve güler yüzle yaklaşıp, eğitimimiz için çaba gösteren, kliniğin en yoğun saatlerinde dahi sorularımıza vakit ayırıp sabırla yanıtlayan Dr. Öğr. Üyesi Meltem PUŞUROĞLU'a;

Tez yazım sürecim boyunca kıymetli desteği, katkıları ve süpervizyonu için Doç. Dr. Sabri ÇOLAK'a

Uzmanlık eğitimim süresince birlikte çalışmaktan mutluluk duyduğum, dostluklarıyla bu süreci güzel hale getiren, unutulmaz anılar paylaştığım ve birlikte çalıştığımız hergün karşılaştığımız her zorluğu birlikte çözerken kendimi şanslı hissettiğim, başta dönem arkadaşım Araşt. Gör. Dr. Ayşegül Barak ÖZER olmak üzere, Uzm. Dr. Fatih ÖZDEMİR, Uzm. Dr. Burak OKUMUŞ, Uzm. Dr. Aslı Enzel KOÇ, Araşt. Gör. Dr. İbrahim Sefa GÜLEÇ, Araşt. Gör. Dr. Doğancan SÖNMEZ, Araşt. Gör. Dr. Sefanur KÖSE, Araşt. Gör. Dr. Şule GÜL, Araşt. Gör. Dr. Koray SOYTÜRK ve Araşt. Gör. Dr. Begüm AYDIN TASLI'ya;

Birlikte çalışmaktan mutluluk duyduğum, klinik deneyimlerime ve heyecanıma ortak olan Psk. Eylem SERT'e;

Aynı şekilde çok güzel zamanlar paylaştığımız, poliklinikte onlar olmadan hasta bakmayı düşünemeyeceğim sekreterlerimiz Murat ÇAVUŞOĞLU ve Kevser ALTUN ŞİMŞEK'e;

Birlikte çalışma fırsatı bulduğum Psikiyatri Anabilim Dalı'nın her bir çalışanına;

Bana çok şeyler öğreten tüm hastalarım;

Hayatımın her anında sevgilerini ve desteklerini bir an olsun esirgemeyen, bugünlere gelmemde sonsuz emeği olan, haklarını ödeyemeyeceğim değerli ailem; Fatma Nur & Ahmet ERDOĞAN, Nursel & Abdullah SİVRİKAYA ve Ayşegül İNAN'a;

Yol arkadaşım, bugüne gelene kadar onlarca zorluğun birlikte üstesinden geldiğim, sevgisiyle ömrümü güzelleştiren eşim Efe Can SİVRİKAYA'ya;

Tez yazım sürecim boyunca annesinin karnında mesaisine minik tekmeleri ile eşlik eden, yolunu beklediğim minik meleğim Tuna Umut'a;

Küçük yüreğinde kocaman bir sabırla annesinin ders çalışmayı bitirip onunla oynamasını bekleyen, nefesime nefes ömrüme ömür katan, bal kokulu oğlum Barış Onur'a;

SONSUZ TEŞEKKÜRLER.

ÖZET

Premenstrüel Sendrom ve Premenstrüel Disforik Bozukluk Tanılı Olgularda Çocukluk Çağı Travmatik Yaşantılarının Kendine Zarar Verme Davranışı, İntihar Girişimi ve Cinsel İşlev Üzerine Etkisinin İncelenmesi

Amaç: Premenstrüel semptomlar dünyada doğurganlık çağındaki hemen her kadın tarafından tecrübe ediliyor olmakla birlikte; bu semptomların bireyin yaşam kalitesini ve işlevselliğini etkileyecek boyutta gözlenmesi, şiddet ve özelliklerine göre premenstrüel sendrom ve premenstrüel disforik bozukluk tanımı kapsamında değerlendirilmektedir. Premenstrüel bozuklukların psikopatofizyolojisini, biyopsikososyal çerçevede çok geniş kapsamda değerlendirmek ve etiyolojik nedenleri nörobiyolojik, genetik, psikolojik, sosyokültürel alanlarda detaylı olarak incelemek mümkündür. Bu nedenler çerçevesinde bazı çalışmalar premenstrüel bozukluğu olan hastalarda çocukluk çağı travmatik yaşantılarının varlığına dikkat çekmiştir. Premenstrüel bozukluğu olan hastalarda intihar davranışı, kasıtlı kendine zarar verme davranışı ve cinsel işlev bozukluğunu bildiren çalışmalar mevcuttur. Benzer şekilde ÇÇT ile intihar davranışı, KVZD ve cinsel işlev bozukluğunun da ilişkisi pek çok araştırmada incelenmiştir. Fakat literatür verileri incelendiğinde premenstrüel bozukluğu olan hastalarda bu parametrelerin birbiriyle ilişkilerini değerlendiren çalışma bulunmamaktadır. Bu çalışmanın amacı premenstrüel sendrom ve premenstrüel disforik bozukluğu olan hastalarda ÇÇT varlığının intihar davranışı, KVZD ve cinsel işlev bozukluğu üzerine ilişkisinin incelenmesidir.

Yöntem: Bu çalışmaya, Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum polikliniğine 1 Mart 2020 – 31 Aralık 2020 tarihleri arasında premenstrüel yakınmalar ile başvuran ve son 6 aydır herhangi bir psikiyatrik tedavi almayan katılımcılardan yapılan değerlendirme sonrası; PMS veya DSM-5 tanı ölçütlerine göre PMDB tanısı alan, ardışık, 18-45 yaş arası, düzenli adet gören ve menstrüel döngüleri 25-35 gün olan 100 kadın olgu dahil edilmiştir. Çalışmaya katılmak istemeyen,

mental retardasyon, demans, alkol ve madde bağımlılığı olan, travma sonrası stress bozukluğu tanısı bulunan, adet düzensizliği olan, hormon veya oral kontrasetif tedavi kullanan, anemi, endometriosis, hiperprolaktinemesi olan, gebe, emzirme döneminde olan olgular, ürogenital operasyon geçirenler, menapoz döneminde olan olgular çalışmaya alınmamıştır. Hastalara, sosyodemografik ve klinik veri formu, Premenstrüel Sendrom Değerlendirme Ölçeği (PMSÖ), Çocukluk Çağı Travma Ölçeği (CTQ-28), Kasıtlı Kendine Zarar Verme Anketi (DSHI), Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği (ACYÖ) uygulanmıştır. Verilerin analizleri SPSS-20.0 ile yapılmıştır.

Bulgular: Bu çalışmada premenstrüel bozukluğu olan hastalarda yüksek oranda çocukluk çağı travmatik yaşantısı olduğu saptanmış ve çocukluk çağı travması varlığının premenstrüel bozukluk gelişimi için bir risk faktörü olabileceği görülmüştür. Ayrıca premenstrüel bozukluğu olan hastalarda çocukluk çağı travması varlığında kasıtlı kendine zarar verme davranışı ve cinsel işlev bozukluğunun anlamlı olarak daha fazla olduğu görülmüştür. Bununla birlikte premenstrüel bozukluğu olan hastalarda ÇÇT varlığında, semptom şiddeti arttıkça cinsel problemlerin de arttığı tespit edilirken, aynı bulgu ÇÇT bulunmayan grupta tespit edilmemiştir. ÇÇT toplam ve alt boyutlarının varlığı ile premenstrüel bozukluk düzeyinin ve intihar girişimi ile ilişkisi ise saptanamamıştır, fakat intihar girişimi varlığında ÇÇT ölçeği toplam puanının anlamlı olarak yüksek olduğu bulunmuştur.

Sonuç: Premenstrüel sendrom ve premenstrüel disforik bozukluğu olan hastalarda ÇÇT varlığı ile kasıtlı kendine zarar verme davranışı, intihar ve cinsel işlev bozukluğu arasında ilişki bulunmaktadır. Çocukluk çağı travmatik yaşantısı varlığı premenstrüel bozukluk gelişimi için bir risk faktörüdür. Premenstrüel bozukluğu olan kadınlarda eş zamanlı çocukluk çağı travmatik yaşantısı varlığı hastalığın seyrini, tedavi ve terapi yaklaşımlarını değiştirebilir. Bu sebeple premenstrüel yakınması olan kadınların ilk başvuru ve değerlendirmelerinde çocukluk çağı travmatik yaşantılarının ek komorbid durumlar ile birlikte sorgulanması önemlidir.

Anahtar kelimeler: premenstrüel sendrom, premenstrüel disforik bozukluk, çocukluk çağı travmaları, intihar davranışı, kasıtlı kendine zarar verme davranışı, cinsel işlev bozuluğu



SUMMARY

Objective: Premenstrual symptoms are frequently seen in women of childbearing age. In addition, the effects of these symptoms on the quality of life and functionality of the individual are examined as premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder according to their severity and characteristics. The psychopathophysiology of premenstrual disorders is broadly evaluated in a biopsychosocial framework and its etiology is examined in neurobiological, genetic, psychological and sociocultural fields. In support of this, some studies have indicated that patients with premenstrual disorders have traumatic childhood experiences. There are studies reporting suicide, intentional self-harm and sexual dysfunction in patients with premenstrual disorders. Similarly, the relationship between childhood trauma and suicide, non-suicidal self-injury and sexual dysfunction has been reported in many studies. However, there is no study in the literature evaluating the relationships between these parameters in patients with premenstrual disorders. The aim of this study was to examine the relationship between the presence of childhood trauma on suicidal behavior, nonsuicidal self-injury and sexual functions in patients with premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder.

Method: This study was carried out on 1 March 2020 – 31 December 2020 at Recep Tayyip Erdoğan University Gynecology and Obstetrics outpatient clinic. A total of 100 female cases, aged between 18-45 years, who had no psychiatric treatment history for the last 6 months, were diagnosed with premenstrual syndrome in the DSM-5 scale, had regular menstrual cycles and had menstrual cycles of 25-35 days, were included in present study. Cases with mental retardation, dementia, alcohol and substance abuse, post-traumatic stress disorder, menstrual irregularity, hormone or oral contraceptive therapy, anemia, endometriosis, hyperprolactinaemia, pregnant, breastfeeding, urogenital operation, and menopause were excluded. Sociodemographic and clinical data form, premenstrual syndrome rating scale (PMSS), childhood trauma scale (CTQ-28), intentional self-harm questionnaire

(DSHI), and Arizona sexual experiences scale (ASEX) were applied to the patients. Data analyzes were performed with SPSS-20.0.

Results: In this study, it was determined that patients with premenstrual disorders had a high rate of childhood traumatic experiences and it was seen that the presence of childhood trauma may be a risk factor for the development of premenstrual disorder. In addition, in the presence of childhood trauma, intentional self-harming behavior and sexual dysfunction were found to be significantly higher in patients with premenstrual disorders. However, in the presence of childhood trauma in patients with premenstrual disorder, sexual problems were found to increase as the severity of symptoms increased, while the same finding was not found in the group without childhood trauma. The relationship between the total and sub-dimensions of childhood trauma and the level of premenstrual disorder and suicide attempt could not be determined, but the total score of the childhood trauma scale was found to be significantly higher in the presence of a suicide attempt.

Conclusion: In patients with premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder, there is a relationship between the presence of childhood trauma and intentional self-harming behavior, suicide and sexual problems. The presence of a childhood traumatic experience is a risk factor for the development of premenstrual disorder. The presence of concurrent childhood traumatic experiences in women with premenstrual disorders may change the course of the disease, treatment and therapy approaches. For this reason, it is important to question childhood traumatic experiences together with additional comorbid conditions in the first application and evaluation of women with premenstrual complaints.

Keywords: Premenstrual Syndromes; Disorder, Premenstrual Dysphoric; Dysphoric Disorder, Premenstrual; Premenstrual Dysphoric Syndrome; Syndrome, Premenstrual Dysphoric; childhood maltreatment; childhood trauma; suicide; deliberate self-harm behavior, sexual disfunction

KISALTMALAR

PMS: Premenstrüel Sendrom
PMDB: Premenstrüel Disforik Bozukluk
KVZD: Kasıtlı Kendine Zarar Verme Davranışı
CİB: Cinsel İşlev Bozukluğu
ÇÇT : Çocukluk Çağı Travması
DSM : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
SSS: Santral Sinir Sistemi
GABA : Gamma Aminobütirik Asit
HPA : Hipotalamo pitüiter aks
HHG: Hipotalamik-Hipofizer-Gonadal Eksen
GKT: Glukokortikoidler
Na: Noradrenalin
NMDA : N-metil-D-aspartat
SSRI : Serotonin Reuptake İnhibitörleri
LC: Lokus Cereleus
WHO: World Health Organization
DSO : Dünya Sağlık Örgütü
Çİ: Çocuk İstismarı
OÇD: Olumsuz Çocukluk Deneyimleri
DİH : Duygusal ihmal
DİS : Duygusal İstismar
FİS: Fiziksel İstismar
FİH Fiziksel İhmal
CİS: Cinsel İstismar
TSSB : Travma Sonrası Stres Bozukluğu
BKB: Borderline Kişilik Bozukluğu
PAR: Popülasyona Atfedilebilir Risk
SHÇEK: Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu
TÜİK: Türkiye İstatistik Kurumu
PMSÖ: Premenstrüel Sendrom Ölçeği
ÇÇTÖ : Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği

CTQ.T : Çocukluk Çağı Travma Ölçeği Toplam Puanı
ACYÖ: Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği



TABLO LİSTESİ

Tablo 1.1. Premenstrüel Bozuklukların Sınıflandırılması

Tablo 1.2. Premenstrüel Bozuklara Eşlik Edebilen Tıbbi ve Psikiyatrik Durumlar

Tablo 1.3. KZVD'nin İntihar Girişiminden Ayırt Edilebileceği Belirleyiciler

Tablo 1.4. Cinsel İşlev Bozukluklarının Etiyolojisinde Rol Oynayan Faktörler

Tablo 2.1. Sosyodemografik Verilerin Dağılımı

Tablo 2.2. PMSÖ Toplam ve Alt Ölçek Puanları İle Sosyodemografik Verilerin Karşılaştırılması

Tablo 2.3. Premenstrüel Bozukluklar için Risk Faktörlerinin Dağılımı

Tablo 2.4. PMSÖ Toplam ve Alt Ölçek Puanları İle Premenstrüel Bozukluklar için Risk Faktörlerinin Karşılaştırılması

Tablo 2.5. PMS ve PMDB Olan Hastalarda İntihar İle İlgili Veriler

Tablo 2.6. PMSÖ Toplam ve Alt Ölçek Puanları İle İntihar Girişimi Varlığının Karşılaştırılması

Tablo 2.7. PMS ve PMDB Olan Hastalarda İntihar Girişimi, Cinsel İşlev Bozukluğu Ve Kasıtlı Kendine Zarar Verme Davranışının Karşılaştırılması

Tablo 3.1. PMS ve PMDB Olan Hastalarda Çocukluk Çağı Travmatik Yaşantıları Toplam ve Alt Tipleri

Tablo 3.2. Maruz Kalınan Farklı Tipte Çocukluk Çağı Travmatik Yaşantılarının Sayısı

Tablo 3.3. Çocukluk Çağı Travması Bulunan Ve Bulunmayanlarda Sosyodemografik Verilerin Karşılaştırılması

Tablo 3.4. Çocukluk Çağı Travması Bulunan Ve Bulunmayanlarda Premenstrüel Bozukluklar için Risk Faktörlerinin Karşılaştırılması

Tablo 3.5. ÇÇT Varlığının Öfke Kontrolü ve Öfke Kontrolünde Güçlük Çekilen Menstrüel Dönem Yönünden Karşılaştırılması

Tablo 3.6. ÇÇT Varlığının İntihar İle İlgili Verilerle Karşılaştırılması

Tablo 3.7. Maruz Kalınan Farklı Tipte Çocukluk Çağı Travmatik Yaşantılarının Sayısı İle İntihar Girişimi Ve Kasıtlı Kendine Zarar Verme Davranışının Karşılaştırılması

Tablo 3.8. ÇÇTÖ Puanlarının, Yaş, İntihar Girişimi ve KZVD Yönünden Karşılaştırılması

Tablo 3.9. Çocukluk Çağı Travmatik Yaşantıları Varlığının Cinsel İşlev Bozukluğu İle Karşılaştırılması

Tablo 3.10. ÇÇT Olan Katılımcıların PMSÖ Puanlarının ACYÖ Tarafından Yordayıcı Doğrusal Regresyon Analizi

Tablo 3.11. Duygusal İstismarın Sosyodemografik Verilerle Karşılaştırılması

Tablo 3.12. Duygusal İstismar Varlığının İntihar İle İlgili Verilerle Karşılaştırılması

Tablo 3.13. Duygusal İstismar Varlığının Cinsel İşlev Bozukluğu İle Karşılaştırılması

Tablo 3.14. Fiziksel İstismarın Sosyodemografik Verilerle Karşılaştırılması

Tablo 3.15. Fiziksel İstismar Varlığının İntihar İle İlgili Verilerle Karşılaştırılması

Tablo 3.16. Fiziksel İstismar Varlığının Cinsel İşlev Bozukluğu İle Karşılaştırılması

Tablo 3.17. Cinsel İstismarın Sosyodemografik Verilerle Karşılaştırılması

Tablo 3.18. Cinsel İstismar Varlığının İntihar İle İlgili Verilerle Karşılaştırılması

Tablo 3.19. Cinsel İstismar Varlığının Cinsel İşlev Bozukluğu İle Karşılaştırılması

Tablo 3.20. Duygusal İhmalin Sosyodemografik Verilerle Karşılaştırılması

Tablo 3.21. Duygusal İhmal Varlığının İntihar İle İlgili Verilerle Karşılaştırılması

Tablo 3.22. Duygusal İhmal Varlığının Cinsel İşlev Bozukluğu İle Karşılaştırılması

Tablo 3.23. Fiziksel İhmalin Sosyodemografik Verilerle Karşılaştırılması

Tablo 3.24. Fiziksel İhmal Varlığının İntihar İle İlgili Verilerle Karşılaştırılması

Tablo 3.25. Fiziksel İhmal Varlığının Cinsel İşlev Bozukluğu İle Karşılaştırılması

Tablo 4.1. PMS ve PMDB Olan Hastalarda Kasıtlı Kendine Zarar Verme Davranışı Türleri

Tablo 4.2. Kasıtlı Kendine Zarar Verme Davranışı Motivasyonları

Tablo 4.3. Kasıtlı Kendine Zarar Verme Davranışının Sosyodemografik Verilerle Karşılaştırılması

Tablo 4.4. KZVD Varlığının Öfke Kontrolü ve Öfke Kontrolünde Zorlanılan Menstrüel Dönem Yönünden Karşılaştırılması

Tablo 4.5. Kasıtlı Kendine Zarar Verme Davranışının İntihar Verileri ve Cinsel İşlev Bozukluğu Varlığı ile Karşılaştırılması

Tablo 4.6. Kasıtlı Kendine Zarar Verme Davranışının Çocukluk Çağı Travmatik Yaşantıları İle Karşılaştırılması

Tablo 4.7. PMSÖ Toplam ve Alt Ölçek Puanları ile KZVD Varlığının Karşılaştırılması

Tablo 5.1. Cinsel İşlev Bozukluğunun Sosyodemografik Verilerle Karşılaştırılması

Tablo 6.1. Çalışmada Kullanılan Ölçek Puanlarının Korelasyon Analizi

Tablo 6.2. Katılımcıların PMS ölçeği Puanlarının ÇÇT Tarafından Yordayıcı Doğrusal Regresyon Analizi

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 1. ÇÇT – CİB – (PMS-PMDB) Aracılık modeli regresyon analizi diyagramı

Şekil 2. Duygusal İstismar – CİB – (PMS-PMDB) Aracılık modeli regresyon analizi diyagramı

Şekil 3. Fiziksel İstismar – CİB – (PMS-PMDB) Aracılık modeli regresyon analizi diyagramı

Şekil 4. Duygusal İhmal – CİB – (PMS-PMDB) Aracılık modeli regresyon analizi diyagramı

Şekil 5. Fiziksel İhmal – CİB – (PMS-PMDB) Aracılık modeli regresyon analizi diyagramı

Şekil 6. Cinsel İstismar – CİB – (PMS-PMDB) Aracılık modeli regresyon analizi diyagramı

1.GİRİŞ VE AMAÇ

Premenstruel sendrom kadınlarda menstruel döngünün geç luteal döneminde memelerde şişkinlik, baş ağrısı halsizlik ve kilo alımı gibi fiziksel ve depresif duygudurum, irritabilite, gerginlik gibi ruhsal belirtilerin ortaya çıkıp bu durumun genellikle menstrasyonun başlamasıyla ortadan kalktığı bir tablodur. Bu belirtilerin klinik veya sosyal olarak etkili olacak düzeyde olması durumunda Premensturel Disforik Bozukluk veya Geç Luteal Faz Bozukluğu adıyla bir psikiyatrik rahatsızlık olarak sınıflandırılmaktadır (1). Kadınlar adet öncesi dönemde ortaya çıkan 200'den fazla belirti tanımlamıştır. Bu belirtiler arasında en önemli yeri duygudurum ve davranış değişiklikleri alır. Yapılan çeşitli çalışmalarda irritabilite, çökkünlük, bunaltı ve mizaçta dalgalanmalar, gerginlik, sinirlilik en sık görülen psikiyatrik belirtiler arasında yer almaktadır (2). Bazı çalışmalar premenstrüel disforik bozukluk ile psikopatoloji arasında ilişki bulmuştur. Bir çalışmada PMDB'li kadınlarda değişik psikiyatrik bozuklukların yaşam boyu prevalansı major depresyon için % 70, panik bozukluğu için % 16, alkol bağımlılığını % 9, madde bağımlılığını % 7 ve intihar girişimini % 12 olarak bildirilmiştir. Bir başka çalışma, daha önce depresyon geçirmiş kadınların % 62'sinde PMDB belirtilerine rastlandığını, bunun yanında depresyon öyküsü bulunmayan kadınlarda ise bu oranın % 7 olduğunu ortaya koymuştur (2).

Olağan savunma düzenekleri ve baş etme yolları ile üstesinden gelinemeyecek denli ağır olan ve stres boyutlarını aşan sarsıcı yaşantılar kişinin ruhsal yapısı üzerine özgün etkiler bırakır. Bu tür yaşantılar ruhsal travma olarak adlandırılır. Çocukluk çağındaki ruhsal travmalar, kazalar, doğal felaketler yanında cinsel, fiziksel, duygusal kötüye kullanım ve ihmal şeklinde olabilir (3). Çocukluk çağında cinsel, fiziksel, duygusal kötüye kullanım ve ihmale psikiyatri hastalarında ve genel popülasyonda sık rastlanmaktadır. Yaşamın ilk yıllarında yaşanan stres, psikiyatrik bozuklukların ortaya çıkması ve devam etmesi konusunda önemli bir risk etmenidir. Çocukluk çağındaki olumsuz yaşantılara ait ruhsal etkiler uzun süre devam etmektedir. Örselenme

yaşantılarının sıklığı ve şiddeti, psikopatolojinin çeşitliliği ve sıklığını arttırmaktadır. Özellikle major depresyon, travma sonrası stres bozukluğu, dikkat eksikliği/hiperaktivite bozukluğu, borderline ve antisosyal kişilik bozuklukları, alkol/madde kullanımı, panik bozukluk, yaygın anksiyete bozukluğu ve bipolar bozukluk ile şizofreni; kötü muamele görme öyküsü olanlarda daha fazla oranda görülmektedir. (4, 5). Yaşamın ilk yıllarındaki travmatik yaşantıların, birçok psikiyatrik hastalığın oluşumunda rolü olduğu gibi major depresyon ortaya çıkmasında da önemli bir rolü vardır. Çocuklukta yaşanan cinsel istismar ve ebeynlerin ilgisinden mahrum kalma erişkin depresyonuyla ilişkili bulunmuştur. Ayrıca istismar süresi ve derecesinin, erişkin depresyonunun şiddeti ile ilişkili olduğu saptanmıştır. Travma öyküsü depresyonda strese yanıtı da etkiler. Erken dönemde, travması olmayan depresif hastaların strese yanıtları normal bulunurken, depresyon ve anksiyetenin birlikte olduğu, travması olan hastalarda ise strese yanıtta aşırı hassasiyet olduğu saptanmıştır. Travma öyküsü olanlarda ve depresif bozukluk hastalarında benzer şekilde hipokampal volümde küçülme de mevcuttur. Tüm bunların ışığında, çocukluk çağında maruz kalınan travmatik yaşantıların genetik, duygusal, bilişsel, davranışsal duyarlılık ve yatkınlığa sebep olabileceği düşünülmektedir. (6)

Benzer şekilde kendine zarar verme ve intihar davranışının da çocukluk çağı travmaları ile ilişkisi birçok farklı çalışmayla belirgin bir şekilde ortaya konmuştur. Erken dönem travmatik yaşantıya maruz kalan okul öncesi çocuklarda, ergenlerde ve erişkinlerde özkıym ve kendine zarar verme davranışı, kontrol grubunda anlamlı bir şekilde yüksek saptanmıştır. Şiddet ve sıklık değerlendiren ölçüm araçlarının kullanıldığı bazı çalışmalar ise travma ile kendine zarar verme davranışı arasında doz-yanıt ilişkisi bulunduğunu ortaya koymuştur.(7-9)

Birçok psikiyatrik tablo oluşumunda yeri olan çocukluk travmalarının, cinsel davranış üzerine de olumsuz etkileri olabildiği görülmüştür. Bunlar arasında riskli cinsel ilişki ve davranışlar, hiperseksüalite, cinsel işlev bozuklukları, cinsel kimlik sorunları sayılabilir.(10-12) Çocukluk çağı travmatik yaşantılarını premenstrüel bozukluk, kendine zarar verme davranışı, intihar

girişimi ve cinsel işlevle karşılaştıran çalışmalar bulunmakla birlikte, her birini birbirleriyle birlikte değerlendiren çalışma bulunmamaktadır. Çalışmamızın amacı PMS ve PMDB belirtileri olan olgularda; çocukluk çağı travmatik yaşantılarını ve bunun kendine zarar verme davranışı, intihar girişimi ile cinsel işlev üzerine etkisini değerlendirmek ve literatür bilgileri eşliğinde tartışarak, hastalık seyri ile tedavisine yönelik farklı düşünceler geliştirerek literatüre katkıda bulunmaktır.

2.GENEL BİLGİLER

Psikolojik açıdan bakıldığında, adet döngüsü 50 yılı aşkın bir süredir araştırma konusu olmuştur. Son adet döngüsü araştırmaları, sinirbilimde cinsiyet farklılıklarına artan ilgi ve psikiyatrik veya nörolojik bozukluklarda prevalans, klinik sunum ve tedaviye yanıtta cinsiyet eşitsizliklerini anlama dürtüsü tarafından yönlendirilmiştir. Gerçekten de adet döngüsü, duygu, davranış ve biliş üzerindeki yumurtalık steroid etkisinin mükemmel bir modelidir.(13)

Adet döngüsü, seks hormonu dalgalanmalarının uterus astarını değiştirdiği ve üremenin gerçekleşebilmesi için yumurtalıkların yumurta üretimini yönlendirdiği fizyolojik bir süreçtir. Adet döngüsünün hormonal dalgalanmaları, hipotalamus-hipofiz-gonadal (HPG) eksenini tarafından düzenlenir. Hipotalamus, ön hipofizi luteinize edici hormon (LH) ve folikül uyarıcı hormon (FSH) üretmesi için uyararak gonadotropin salgılatıcı hormon (GnRH) salgılar. Hem LH hem de FSH, kadınlarda yumurtalıkları östrojen ve progesteron üretmesi için uyarır. Hormon seviyeleri daha sonra GnRH, LH ve FSH sekresyonunu azaltmak için hipotalamusa ve hipofize bezine negatif olarak geri beslenir. Düzenli döngüleri olan üreme çağındaki kadınlar için döngü uzunluğu normalde 24-35 gün arasındadır. Foliküler faz ve luteal faz olmak üzere iki faz bulunmaktadır. Foliküler faz adet 1. gününde başlar ve yumurtlama ile sona erer, ardından adet tekrarı gerçekleşene kadar luteal faz takip eder. İlk haftada (erken foliküler faz) östradiol ve progesteron tipik olarak düşük seviyelerdedir. Takip eden hafta, geç foliküler fazda östradiol hızla

yükselir ve yumurtlamadan hemen önce LH artışı olur. Luteal fazda, östradiol keskin bir şekilde düşer ve sonra tekrar yükselmeye başlar, progesteron ise 28 günlük bir döngüde 21. günde zirveye ulaşır. Her iki hormon seviyesi de adetten önceki geç luteal fazda kademeli olarak düşer. (14-16)

Adet öncesi günlerde ortaya çıkan ruh hali, davranış, ve vücut şeklindeki değişiklikler gibi semptomlar üreme çağındaki kadınlarda hemen her zaman mevcuttur. 200'den fazla semptom tarif edilmiştir ve herhangi bir abartma riski olmadan, bir kadının normal işleyişinin neredeyse tüm bileşenlerinin, adet döngüsünün evresi ile ilgili değişikliklerden etkilenebileceğini söylenebilir. Bu değişiklikler bazen "olumlu" bazen "olumsuz"dur, ancak çoğu durumda hem olumlu hem de olumsuzdur. Değişikliklerin öznel olarak nasıl derecelendirildiği, büyük ölçüde, bir kadının dış ve iç dünyasını algılama biçimi üzerinde etkisi olan sosyal ve hatta antropolojik değerlere bağlıdır. Negatif premenstrüel semptomlar kadının refahını belirgin şekilde etkilediğinde, bir "premenstrüel sendrom"dan söz ederiz, ancak her insan başlı başına bir dünyadır ve her kadının kendi "normal" parametreleri vardır. Menstrüel döngü sırasında homeostatik işlevselliğin birçok yönündeki değişiklikler, bireyden bireye o kadar değişir ki, yüzlerce semptom ve algıyla sonuçlanır, bu da sırayla binlerce kombinasyonla neticelenir, böylece "normallik" döngüselliğin büyük bir kişisel değişkenliğini ifade eder. Bu değişkenlik, öznel olarak derecelendirilmiş değişiklikleriyle, bir patoloji veya hastalık olarak sınıflandırılmaz, ancak üreme çağındaki bir kadının yumurtalık döngüsü tarafından üretilen normal etkilerin ne olduğu düşünülmelidir. Başka bir deyişle, adet öncesi durumun doğası, adet öncesi belirtilerin kural olmasına dayanmaktadır. Çoğu kadın bunları yaşar, dolayısıyla "normal"dirler. Sadece semptomların bir kadının fiziksel, psikolojik ve/veya sosyal işleyişi üzerinde kesin olarak olumsuz bir etkiyle bütünlükleri içinde yaşam kalitesinde bir azalmaya neden olduğu durumlarda premenstrüel bir bozukluktan bahsedilebilir.(17) Benzer şekilde bazı çalışmalarda hormonal değişim sonucu yaşanan normal fizyolojik sürecin de ruhsal değişimlere yol açacağı vurgulanarak; döngünün luteal (premenstrüel) evresi sırasında tekrarlayarak ortaya çıkan semptomların yumurtlayan kadınlar arasında

neredeyse evrensel olduğu belirtilmiştir. Bu semptomların bazıları olumsuz olsa da; daha yüksek enerji seviyeleri, artan üretkenlik, cinsel istek artışı, daha canlı rüyalar ve artan yaratıcılık olumlu etkiler olarak vurgulanmıştır. Birkaç büyük epidemiyolojik çalışmaya dayanarak, kadınların sadece %10'unun luteal faz semptomları bildirmediğı ve yaklaşık %50'sinin hafif, sadece birkaç gün süren ve rahatsız edici olmayan bir veya daha fazla semptom yaşadığı görülmektedir; bu kadınlara premenstrüel bozukluk teşhisi konulmaması gerektiğı ifade edilmektedir. (18)

Menstrüel siklusun psikolojik etkileri, özellikle PMS ve PMDB gibi premenstrüel bozukluklardaki klinik önemi nedeniyle artan bir ilgi görmüştür. Premenstrüel psikolojik değişiklikler, sinirlilik, ruh hali değişkenliğı veya depresif ruh hali gibi duygusal değişiklikleri ve ayrıca konsantrasyon güçlüğü gibi bilişsel semptomları içerebilir. PMS genellikle işlevselliğı etkileyen herhangi bir somatik veya psikolojik semptoma atıfta bulunurken; PMDB, kadınların %1-8'ini etkileyen ve genellikle kavramsal olarak adet öncesi semptom şiddetinin en u noktasına yerleştirilen yeni tanınan bir psikiyatrik bozukluktur. PMDB, 2013 yılında Amerikan Psikiyatri Birliği'nin Teşhis ve İstatistik El Kitabına (DSM-5) uygulanan katı tanı kriterlerine sahiptir. Etiyoloji bilinmemekle birlikte, genel fikir birliği, adet öncesi semptomların, adet döngüsü hormon dalgalanmalarına karşı artan merkezi sinir sistemi duyarlılığından kaynaklandığıdır. Semptomlar genellikle menstrüel siklusun geç luteal fazında döngüsel olarak ortaya çıkar ve foliküler fazda menstrüasyon meydana geldiğinde geriler. İlgili olası mekanizmalar, progesteronun ana metaboliti olan allopregnanolone'un serotonerjik ve gama aminobütirik asit (GABA)erjik yolaklarla kombinasyon halinde düzensizliğini içerir.(19)

Premenstrüel bozukluklardan muzdarip kadınların reproduktif dönem süresince hayatlarının yaklaşık 3000 gününü yani yaklaşık 8.21 yıllık zamanı bu belirtilerin eşliğinde geçirdiği düşünülmektedir. Daha eski kayıtlar üreme döneminde, premenstrüel bozukluğı olan bir kadının yaklaşık 3.8 yıllık kayıp yaşadığını belirtmektedir. Benzer şekilde yakın tarihli bir çalışmada yaşam kalitesi ile premenstrüel bozukluklar değerlendirilmiştir. Bu alışma

sonuçlarına göre premenstrüel bozukluk tanılı bir kadın tedavi görmediğinde senede yaklaşık 0.14 yıllık bir kayıp ile menarş-menapoz arası süreçte, gebelik ve emzirme gibi menstruasyonsuz dönemlerin çıkarılması sonrası, toplam yaşam yılı kaybının 3 yıla yakın olacağı tespit edilmiştir. (20)

2.1. Premenstruel Sendrom Ve Premenstruel Disforik Bozukluk

2.1.1. Tanımı ve Tarihçesi

Premenstrüel bozukluklar, adet döngüsünün luteal fazında gelişen, hastanın normal günlük işleyişini etkileyen ve menstrüasyondan kısa bir süre sonra düzelen psikiyatrik veya somatik semptomlardan oluşur. Luteal faz yumurtlamadan sonra başlar ve adet başlanmasıyla sona erer. Psikiyatri ve jinekolojinin alt uzmanlıkları, premenstrüel (adet öncesi) bozukluk olarak nitelendirilen, örtüşen ancak farklı tanımlar geliştirmiştir. Amerikan Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanları Kongresi, adet öncesi sendromunu tanımlarken psikiyatrik ve fiziksel semptomların birlikteliğine yer verir.(21) Premenstrüel sendrom (PMS), adet döngüsünün luteal fazında döngüsel olarak ortaya çıkan ve yaşam kalitesini önemli ölçüde etkileyen duygusal ve fiziksel semptomların bir kombinasyonudur. Ülkeler arasında çok çeşitli olmakla birlikte üreme çağındaki kadınların %12-48'inde teşhis edilen küresel bir hastalıktır.(22) Amerikan Obstetri ve Jinekoloji Derneği (ACOG) premenstrüel sendromu (PMS), herhangi bir organik hastalıkla ilgisi olmayan, adetten önceki beş gün içinde ortaya çıkan ve başlangıcından dört gün sonra sona eren fiziksel ve duygusal semptomların döngüsel olarak ortaya çıkmasıyla karakterize ve normal günlük aktiviteyi etkileyecek derecede klinik bir durum olarak tanımlamıştır. Premenstrüel sendrom, semptomların zamanlamasına göre teşhis edilir. Duygulanım belirtileri depresyon, öfke patlamaları, sinirlilik, kaygı, kafa karışıklığı, sosyal geri çekilme ve somatik belirtiler meme hassasiyeti, karında şişkinlik, baş ağrısı, ekstremitelerde şişliktir.(23) Premenstrüel disforik bozukluk (PMDB) ise ovulasyonun gerçekleştiği bir menstrüasyon döngüsüne eşlik eden ve cinsiyet hormonlarının dengesindeki değişikliklere bağlı olarak tetiklenen somatopsişik

bir hastalıktır. Menstrüel kanamadan yaklaşık olarak bir hafta önce başlayan negatif emosyonel durumların ve iritabilitenin ön planda olduğu bir tablodur. Duygusal ve bilişsel semptomlara ödem, kilo alımı, mastonidi gibi bedensel belirtiler de sıklıkla eşlik eder. (24) Premenstrüel disforik bozukluk (PMDB) aynı zamanda hormon değişimlerinin etiyojide rol oynaması yönünden kadın ve erkek cinsiyetin farkına vurgu yapan, psikiyatrik hastalıklar arasındaki en önemli tablolardan biridir.(20)

Tablo 1.1. Premenstrüel bozuklukların sınıflandırılması (PMD);(25)

Premenstrüel Bozukluk Kategorisi	Özellikleri
Çekirdek Premenstrüel Bozukluk (PMS, PMDB)	Semptomlar yumurtlama döngülerinde ortaya çıkar Semptomlar belirtilmemiştir – somatik ve/veya psikolojik olabilirler Menstrüasyondan sonra ve yumurtlamadan önce semptomlar yoktur Semptomlar luteal fazda tekrarlar Semptomlar ileriye dönük olarak derecelendirilmelidir (en az iki döngü) Semptomlar önemli bir bozulmaya (iş, okul, sosyal aktiviteler, hobiler, kişilerarası aktiviteler, sıkıntı) neden olmalıdır
Premenstrüel Bozukluk Varyantları; Premenstrüel alevlenme	Altta yatan psikolojik, somatik veya tıbbi bir bozukluğun belirtileri adet öncesi dönemde önemli ölçüde kötüleşir
Nonovulatuvar ovaryan aktiviteye bağlı PMD (nadir)	Semptomlar yumurtlama dışındaki yumurtalık aktivitesinden kaynaklanır
Progestojen kaynaklı PMD	Semptomlar eksojen progestojen uygulamasından kaynaklanır
Menstrüasyon olmayan PMD	Menstrüasyon baskılanmış olmasına rağmen semptomlar devam eden yumurtalık aktivitesinden kaynaklanır.

Uluslararası Premenstrüel Bozukluklar Derneği, Çekirdek Premenstrüel Bozukluğu, ovulasyon döngüsünün luteal fazında ortaya çıkan psikolojik ve/veya somatik semptomlar olarak tanımlar; semptomlar işlevsel bozulmaya neden olmalı ve ileriye dönük olarak 2 adet döngüsü üzerinden derecelendirilmelidir. PMDB ya da Geç Luteal Faz Bozukluğu; Amerikan

Psikiyatri Birliği'nin (APA) Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı'nda (DSM-5); semptomların menstrüel kanamanın başlangıcından önceki son hafta içinde mevcut olduğu; menstrüasyon kanamasının başlangıcından sonraki birkaç günde düzelmeye başladığı ve takip eden haftalarda minimal veya hiç olmadığı; yılın çoğu siklusunda mevcut olan klinik özellikler ile tanımlanmaktadır. Bir "temel" semptom (belirgin duygusal kararsızlık, sinirlilik, depresif ruh hali veya anksiyete) dahil olmak üzere en az 5 semptom mevcut olmalıdır; yanı sıra günlük aktivitelere olan ilginin azalması, konsantrasyon güçlüğu, düşük enerji, uyku veya iştah artışı, bunalmış veya kontrolden çıkmış olma hissi ile fiziksel (ödem, kilo alımı, mastonidi,senkop,paresteziler) semptomlar eşlik edebilir. Premenstrüel semptomlar, belirgin bir sıkıntı veya işlevsellikte bozulma ile ilişkilendirilmelidir. DSM'nin önceki baskılarında, PMDB, bir psikiyatrik bozukluk olarak onaylanmadan önce ek araştırmaların gerekli olduğu bir durum olarak kabul edildiğinden, Ek'e dahil edilmiştir. Son DSM-5 baskısında, PMDB ilk kez bir depresif bozukluk olarak kategorize edilerek ana metine dahil edilmiştir. DSM-5'te PMDB'nin statüsü değışmekle birlikte bozukluk kriterlerini karşılayan kadınlar için potansiyel olumsuz sonuçlar hakkında tartışmalara devam edilmektedir (16, 24, 26)

Doğum ve jinekolojinin ilk öğretimi hiyerogliflerle yazılmıştır ve bunu alfabenin en eski biçimi takip etmiştir. Kahun papirüsü (M.Ö. 1850) muhtemelen tıp tarihinde kadınlarda alt karın ağrısına eşlik eden karın şişmesi ve tedavisinin bahsedildiği ilk jinekoloji ders kitabıdır. Ebers papirüsünde (1526-1505 M.Ö.), adet görme ile ilgili rahatsızlıklar ve diğer pek çok kadın hastalığının tedavisi için çeşitli reçeteler yazılmıştır. Hipokrat (MÖ 460-377) şöyle yazmıştır: "Kadınların kanı aralıklı olarak 'ajitasyona' tabidir ve bunun sonucu olarak 'ajitasyona uğramış kan, baştan çıkarıldığı rahme doğru yol alır'. Bu muhtemelen şimdi adet öncesi sendromu (PMS) veya adet öncesi disforik bozukluk (PMDDB) olarak adlandırılan durumların ilk tanımıdır. Romalılar (MS 200), bir kadın yürürken huzursuz hissettiğinde, bazılarında uyuşukluk, esneme, bazılarında ise bulantı ve iştahsızlık geliştiğinde adetlerin ortaya çıkmak üzere olduğunu anlatmıştır. PMS'nin ilk akademik tanımını; İtalya,

Padua'da (MS 1100) bir kadın bilgin, kadınların adet görmeden önce çektikleri acı olarak yapmıştır.(27, 28)

Kadın hastalıkları uzmanı Tratula of Solerno “Kadınların Hastalığı” kitabını 11. yüzyılda yazmış ve “menstrüel kanamayla rahatlayan kadınlar” tanımına yer vermiştir. (20) İtalyan bir doktor olan Giambattista Da Monte (1489-1551), adet öncesi rahatsızlığına açıkça atıfta bulunmuş ve doktorların menstrüasyon zamanını doğru bir şekilde tahmin ederek kadın hastalarının güvenini kazanabileceklerini öne sürmüştür. Da Monte; rahme inmek isteyen kanın hareket etmeye ve tedirgin olmaya başlamasının tüm vücutta ağırlığa, ısıya ve halsizliğe yol açması sonucu ortaya çıkan semptomlara çok dikkat edilmesiyle menstrüasyon zamanının tahmin edilebileceğini; daha sonra 'birçok yükselen buhar' nedeniyle baş ağrısı ve ağırlık meydana gelerek çok fazla madde birikmesi nedeniyle tüm göbeğin şişeceğini tariflemiştir. On yedinci ve on sekizinci yüzyıllara gelindiğinde, hekimler adet öncesi şikayetleri artan bolluğun kanıtı olarak yorumlamış ve sıcaklık, bel, kalça ve baş ağrısı, iştahsızlık, göğüste şişlik ve ağrılar, kulak çınlaması, uykusuzluk ve kötü rüyalardan bahsetmişlerdir. Semptomların, dolaşımdaki fazla kanın organlara çarpması sonucu olduğu düşünülmüş ve bu nedenle adet ile rahatlaması beklenmiştir. Bu çağda kadınların hekimlerine yazdığı mektuplar, adet öncesi semptomların bazı canlı tanımlarını içerir ve ilk kez psikolojik belirtiler düzenli olarak kaydedilir. 1783'te bir İngiliz kadın, ruh hali değişikliği, sinirlilik, uykusuzluk ve sinir krizlerinden bahsettiği adet öncesi bir "sinir tahrişi" tanımlamıştır.(28, 29)

Tarihsel kayıtlar, onbirinci yüzyılda premenstrüel mastaljinin tanımlandığını, on altıncı yüzyıldan itibaren düzenli olarak kaydedilen bir dizi fiziksel premenstrüel semptomu ve on sekizinci yüzyıldan sonra düzenli olarak rapor edilen sosyal ve psikolojik semptomları işaret etmektedir. İngiliz Doktor Henry Maudsley (1873), PMS ile döngüsel yumurtalık aktivitesi arasındaki bağlantıyı kuran ilk kişidir. Richard von Kraft-Ebing (1882), Psychosis Menstrualis'te, adet gören kadınların; anormal sinirlilik, melankoli atakları, kaygı duyguları, evdekilerle geçinememe, normalde şefkatle bakılan çocuklara kötü muamele, duygusal patlama eylemlerinde bulunduğunu tariflemiştir. Bu

tanımlama, adet öncesi disforik bozuklukta ortaya çıkan duygu ve davranışları hatırlatmaktadır. Raymond Green ve Katharina Dalton (1953), British Medical Journal'da yayınlanan bir makalede premenstrüel sendrom terimini ilk kez kullanmıştır. Dalton adet başlamasından önceki belirtilerin gerginlikten öte olduğunu ve gerginliğin bu süreçte gözlenen yalnızca bir belirti olduğunu savunmuştur, onun bu bakış açısı etiyoloji tespiti ve tedavi mantığını şekillendirmiştir.(20) (28)

1950'ler ve 1960'larda PMS araştırması uluslararası bir odak noktasına sahip olmuştur ancak üç ülkede (ABD, İngiltere ve Fransa) benzer ilkelere dayanmıştır. Moos (1968) "Moos Menstrüel Sıkıntı Anketi"ni geliştirmiştir. Bu ankette; sekiz ilişkili grupta ağrı, konsantrasyon, davranış değişiklikleri, otonomik reaksiyonlar, su tutma, olumsuz duygulanım, uyarılma ve kontrol olmak üzere 47 semptom sorgulanmıştır. 1970'lerin başında, tıbbi tekniklerdeki yeniliklerin tanıtılması, hormonal tahliller ve biyokimyasal profillemeye gibi daha kapsamlı laboratuvar çalışmalarının norm haline gelmesiyle birlikte premenstrüel bozukluklarla ilgili İngiliz dergilerinde yayınlanan makalelerin sayısında kademeli bir artış olmuştur. Craig (1980), premenstrüel sendrom etiyolojisinde prostaglandinleri araştırmıştır. Premenstrüel Gerginlik Sendromu, 1980'lerde tıbbi tedavi için popüler bir hedef haline gelmiştir. WHO (1982), Premenstrüel Sendrom'a bir ICD tanı kodu vermiştir. ABD'de Ulusal Ruh Sağlığı Enstitüsü (NIMH) (1983), kriterleri standardize etmek üzere bir çalıştay düzenlenmiştir ve sonucunda tanı için adet öncesi dönemde semptom yoğunluğunda %30'luk bir artış gösteren iki aylık günlük semptom derecelendirmesinin gerekli olduğu kararına varıldığını bildirmiştir.(30, 31)

DSM bu klinik tabloya 1987'de DSM-III-R de ilk olarak "Premenstrüel Distress" başlığı ile yer vermiş sonrasında; belirtilmemiş duygudurum bozukluğu olarak "Geç Luteal Faz Disforik Bozukluğu" ismi ile DSM-III-R-A ekinde yer almıştır. Geç Luteal Faz Disforik Bozukluğu (GLFDB) (Late Luteal Phase Dysphoric Disorder - LLPDD) terimi, adet öncesi disforiyi tanımlamak için sistematik bir tanı kriteri seti sağlamak amacıyla tanıtılmıştır. 1994'te DSM-IV'te "premenstrüel disforik bozukluk" ismiyle güncellenmesine rağmen daha

geniş araştırmaların gerektiği düşünülerek DSM-IV Ek B'de kategorize edilmiştir. Fakat aynı zamanda PMDB “başka türlü tanımlanamayan duygudurum bozuklukları” kategorisinde DSM-IV’de eksen-1 bozukluk tanısı olarak da sınıflandırılmış ve tanı için semptom oluşumu, şiddeti ve yaşam kalitesinde bozulma kriterleri kılavuzda vurgulanmıştır.(32) Takip eden süreçte DSM-5 için çalışmalar yapılırken duygudurum bozuklukları faaliyet grubu PMDB alt kurulu PMDB’yi depresif bozukluklar içerisinde kategorize etmiştir. DSM-IV’te psikiyatrik, fiziksel ve davranışsal belirtiler birlikte verilirken, psikiyatrik belirtilerden en az birinin bulunması gerektiği belirtilmiştir. DSM-5’te ise psikiyatrik, fiziksel ve davranışsal semptomlar ayrı ayrı vurgulanmış; semptomların bir madde, ilaç ya da tedavinin veya diğer tıbbi durumların etkilerinden kaynaklı olamayacağına da yer verilmiştir. DSM-IV ile DSM-5 kıyaslandığında en önemli ayrım; PMDB’de diğer depresif tablolara göre emosyonel labilite ve iritabiliteye çökkünlükten daha yoğun olarak rastlanmasıdır, bu nedenle belirtiler depresif duygudurumun önüne geçerek, son versiyonda duygudurum değişkenliği ve sinirlilik ilk sırada listelenmiştir. DSM-IV ve DSM -5 kriterleri arasındaki bir başka ince fark, ikincisinin PMDB semptomlarından kaynaklanan bozulmaya ek olarak sıkıntı kavramını içermesidir. İş, okul, sosyal faaliyetler veya başkalarıyla ilişkiler alanında sıkıntı ve/veya bozulma mevcut olmalıdır.(30, 31, 33, 34).

ACOG (2000), hem NIMH kriterlerini hem de destekleyici araştırma kanıtlarını birleştiren PMS için tanı kılavuzlarını yayınlamıştır. ICD-10, PMS’yi “genitoüriner sistem hastalıkları: Kadın genital organları ve adet döngüsü ile ilişkili ağrı ve diğer durumlar” altına yerleştirmiş ve bunu Premenstrüel Gerginlik Sendromu (Premenstruel Tension Syndrome - PMTS) olarak etiketlemiştir. (28, 35)

2.1.2 Tanı Ölçütleri

Premenstrüel bozukluklarda tanı kriterleri belirlenirken premenstrüel dönemin menstrüel siklusun kaçınıcı günleri arası kabul edileceği konusunda halen görüş birliği sağlanamamıştır.(20) PMS psikiyatrik olmaktan ziyade jinekolojik bir tanı olarak değerlendirilmektedir ve tanı kriterleri ACOG tarafından oluşturulmuştur. PMDB tanı kriterleri ise APA tarafından

oluşturulmuştur ve psikiyatrik bir hastalık olarak kabul görmektedir. Premenstrüel bozuklukların teşhisinde ilk aşamada semptomların derecesini, başlangıç ve bitiş süresi ile günlük işlevsellik yönünden tesirini ele almak önemlidir. DSM-5'e dayanarak PMDB tanısı koyabilmek için; ileriye dönük değerlendirme gereçleri ile peşpeşe en az 2 menstrüel döngünün özellikleri, semptomlar ve semptom şiddeti yönünden detaylı olarak incelenmelidir. İnceleme sonucunda semptomların dinamiği ve menstrüel siklus ile bağlantısının saptanarak, PMDB'nin major depresif bozukluk gibi diğer duygudurum bozukluklarından ayrımının daha net şekilde sağlanacağı kabul edilmektedir.(36)

Adet öncesi şikayetlerde geriye dönük günlük tutulması hasta ve hekim için süre ve emek bakımından güçlük yaratmaktadır. Bununla birlikte retrospektif değerlendirmelerin yetersiz kaldığı bir başka nokta deneyimlerin akılda tutulmasında hatalar olabilmesi ve bellek üzerine etkili durumların önemli katkı sağlaması nedeniyle semptomların olduğundan fazla belirtilebilmesidir. PMDB'nin belirgin özelliği olan duygusal dalgalanmalara benzer semptom çeşitliliğinin geriye dönük değerlendirmelerde tespit edilmesi de daha güç olmaktadır. PMDB için kullanılan ölçeklerin büyük kısmının ortak özelliği; olumsuz duygu ve değişimleri sorgularken, olumlu değişimlere yönelik parametrelerin incelendiği maddeler içermemeleridir. Semptomların klinik olarak anlamlı seviyede soruna sebep olması ya da iş, okul, sosyal iletişim, günlük işler gibi alanlarda belirgin problem oluşturması PMDB tanı kriterlerinden biridir. Ancak DRSP (Daily Record of Severity of Problems) ve PMTS-SR (Premenstrüel Gerginlik Sendromu Kendini Değerlendirme Ölçeği) dışında, PMDB için kullanılan ölçeklerde - bu tanı kriterini karşılayacak - işlevselliğin değerlendirildiği madde bulunmamaktadır. (37)

PMDB teşhisi ve araştırmalarında kullanılan tanısız gereç ve ölçeklerden bazıları; "Semptomların Günlük Kaydı (Daily Symptom Records), Semptomların Günlük Dereceleme Skalası (Daily Symptom Rating Scale), Menstrüel Sıkıntı Anketi (Menstrual Distress Questionnaire), Premenstrüel Gerginlik Sendromu için Derecelendirme Ölçeği (Rating Scale for Premenstrual Tension Syndrome), Premenstrüel Gerginlik Sendromu Ölçeği

İzlemcisi (Premenstrual Tension Scale Observer), Premenstrüel Gerginlik Sendromu Kendini Değerlendirme Ölçeği (Premenstruel Tension Syndrome Self Rating Scales - PMTSSR), Premenstrüel Değerlendirme Formu (Premenstruel Assesment Form), Premenstrüel Deneyimler Takvimi (Calendar of Premenstrual Experiences), Utah PMS Takvimi II (Utah PMS Calendar II), Premenstrüel Sendrom Günlüğü (Premenstrual Syndrome Diary), Günlük Semptom Raporu (Daily Symptom Report), Menstrüel Belirtiler Gereci (Menstrual Symptometrics Device), Premenstrüel Semptom Günlüğü (Premenstrual Daily Symptom Diary), Premenstrüel Belirtiler Tarama Aracı (Premenstrual Symptoms Screening Tool), Görsel Analog Ölçeği (Visual Anologia Scale), Sorunların Ciddiyetinin Günlük Kaydı (Daily Record of Severity of Problems-DRSP), Premenstrüel Semptomlar Etki Anketi (Premenstrual Symptoms Impact Survey)"dir. Araştırmalarda en çok kullanılan ölçek ise DRSP'dir. (37) Bununla birlikte Uluslararası Premenstrüel Bozukluklar Derneği'nin 2011 yılındaki toplantısında da DRSP PMDB değerlendirmesinde ilk sırada tercih edilen araç olarak kabul görmüştür.(38)

Premenstrüel şikayetleri olan hastaların ilk değerlendirmesinde, en önemli unsurların başında ayırıcı tanıda yer alan bozuklukların gözden geçirilmesi gelmektedir. Semptomların geniş ve değişken aralığına ek olarak fizik muayenede doğrulayıcı laboratuvar testleri veya bulguları olmadığı için PMS / PMDB tanısı koymak zor olabilir. Bununla birlikte, duygusal ve fiziksel semptomların diğer olası nedenlerini dışlamak için kapsamlı bir öykü ve fizik muayene gereklidir. PMS / PMDB tanısını koymada en önemli faktör, hastanın semptomlarına neden olan; adet öncesi alevlenme gösteren başka bir tıbbi veya psikiyatrik tanısının olmadığından emin olmaktır. Majör depresyondan mustarip hastaların %50'sinden fazlası, depresif semptomlarında net bir adet öncesi alevlenme bildirmektedir.(39)

Adet öncesi dönemde alevlenebilecek diğer psikiyatrik durumlar, bipolar bozukluk (manik-depresif hastalık), panik bozukluğu, yaygın anksiyete bozukluğu, yeme bozuklukları ve cinsel ve fiziksel istismardan kaynaklanan psikososyal durumlardır. Günlük semptom kayıtlarının ileriye dönük derecelendirmesi, ayırıcı tanı koymayı kolaylaştırabilir. Döngünün tüm

evrelerinde semptomları olduğunu bildiren ancak adet öncesi dönemde bu semptomların şiddetinde artış olduğunu ifade eden kadınlar, altta yatan hastalık bakımından detaylı incelenmeli ve teşhis edilen durumların tedavisi sağlanmalıdır. Tabloda, premenstrüel alevlenme ile belirtileri artan veya semptomları PMS / PMDB'nin bazı tipik semptomlarını taklit eden tıbbi ve psikiyatrik durumlar özetlenmektedir.(40)

Tablo 1.2 Premenstrüel Bozuklara Eşlik Edebilen Tıbbi ve Psikiyatrik Durumlar

Psikiyatrik Hastalıklar	Majör Depresyon Bipolar Bozukluk Yaygın Anksiyete Bozukluğu Psikososyal (fiziksel istismar/cinsel istismar) Yeme Bozukluğu Panik Atak
Tıbbi Hastalıklar	Hipotiroidizm, Diyabet, Otoimmün Hastalıklar, Kollajen Damar Hastalıkları, Anemi, Endometriozis, Kronik Yorgunluk Sendromu, Migren, Astım, Alerjiler, Epilepsi ve diğer nöbet ile giden hastalıklar, İrritabl Barsak Sendromu, Perimenopoz

**** American Congress of Obstetricians and Gynecologists, 20005 and Freeman & Sondheimer 2003**

Premenstrüel bozuklukları taklit edebilen tıbbi durumlar arasında hipotiroidizm, diyabet, otoimmün hastalıklar, anemi, kronik yorgunluk sendromu, endometriozis, polikistik over sendromu, fibrokistik meme hastalığı, meme kanseri, overyan tümörler, dismenore, uterin miyomlar, perimenaposal semptomlar, gebeliğin erken dönemleri bulunur. Kural olarak bu bozukluklar PMS / PMDB tedavisine başlanmadan önce tedavi edilmelidir. Adet öncesi alevlenme görülebilen diğer tıbbi bozukluklar, migren, epilepsi, iritabl bağırsak sendromu, astım ve alerjilerdir. Bu durumların teşhisi genellikle basittir çünkü semptomlar tipik PMS / PMDB semptom setinin bir parçası değildir ve PMS /

PMDB'de olduğu gibi emosyonel semptomlar belirgin değildir. Son olarak, menopoza geçiş dönemindeki kadınlar, özellikle duygudurum bozukluğu, yorgunluk ve sıcak basması gibi tipik PMS / PMDB semptomlarına sahip olabilirler. Adet dönemleri genellikle daha az tahmin edilebilir olduğundan, bu kadınlar semptomların adet döngüsü ile ilişkisinin daha az farkında olabilirler. Hastanın yaşı göz önüne alındığında, yakın zamanda adet döngüsü değişiklikleri olması ve semptomların ara sıra veya günlük olarak ortaya çıktığını gösteren bir semptom gnlğu genellikle doğru tanıyı koymaya yardımcı olabilir. (40)

DSM-5'e Premenstrüel Disforik Bozukluk Tanı ltleri;

A. Menstrüasyon döngülerinin büyük bir oğunluğuunda, menstrüel kanama başlamasından önceki son hafta, en az 5 belirti bulunmalıdır, bu belirtiler menstrüel kanamanın başlamasından sonraki birkaç gün içinde iyileşmeye başlar ve menstrüel kanamadan sonraki hafta çok azalır ya da yok olur.

B. Aşağıdaki belirtilerden biri (ya da daha çoğu) bulunmalıdır

1. Belirgin duygusal değişkenlik (duygudurum dalgalanmaları; birden kendini üzüntülü ağlamaklı hissetme ya da kabul görmeye karşı artmış duyarlılık)
2. Belirgin bir biçimde kolay kızma, öfkelenme ya da kişiler arası çatışmalarda artma
3. Belirgin depresif duygudurum, umutsuzluk duyguları ya da kendini küçümseyen düşünceler
4. Belirgin bir bunaltı, gerginlik ya da sinirli olma

C. B tanı ölçütleriyle birleşince toplam beş belirtiye çıkmak üzere, ayrıca aşağıdaki belirtilerden biri (ya da daha çoğu) daha bulunmalıdır:

1. Günlük, olağan aktivitelere azalmış ilgi,
2. Odaklanmakta güçlük ekme,
3. Uyuşukluk, kolay yorulma ya da enerjide düşüklük,
4. Belirgin bir yeme isteği değişikliği; aşırı yeme ya da bir takım yiyeceklere karşı aşırı ilgi duyma,

5. Aşırı uyuma ya da uykusuzluk çekmek,
6. Bunalmışlık ya da denetimini yitirmişlik duygusu
7. Göğüslerde duyarlılık ya da şişme, eklem ya da kas ağrısı, baş ağrısı, ödem, kilo alma gibi fiziksel semptomlar.

Not: A-C tanı ölçütlerindeki belirtiler bir önceki yılın menstrüasyon döngülerinin çoğunda bulunmuş olmalıdır.

D. Bu belirtiler, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıyla ya da işte, okulda, olağan toplumsal etkinliklerde ya da başkalarıyla olan ilişkilerde bozulmayla gider.

E. Bu bozukluk, yalnızca major depresif bozukluk, panik bozukluk, kronik depresif bozukluk ya da bir kişilik bozukluğu gibi başka bir bozukluğun belirtilerinin alevlenmesi değildir.

F. A tanı ölçütü, en az iki belirti, döngü sırasında ileriye dönük günlük derecelendirme ile doğrulanmalıdır.

(Not: Böyle bir doğrulamadan önce tanı geçici olarak konulabilir.)

G. Bu belirtiler, bir maddenin ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojik etkilerine bağlanamaz.

****Amerikan Psikiyatri Birliği DSM-5-TR Tanı Ölçütleri**
Karamustafaoğlu OK: Temel ve Klinik Psikiyatri, 1. baskı, 319 - (tablo 3),
Güneş Tıp Kitapevleri Ltd. Şti., İstanbul (2018). (41)

2.1.3 Klinik Görünüm ve Risk Faktörleri

Premenstrüel sendrom ve premenstrüel disforik bozukluk kadınların günlük yaşamını etkilemesinin yanı sıra neden olduğu iş gücü kaybı açısından da toplum sağlığı açısından önemlilik arz etmektedir.

PMS / PMDB'nin kategorize edilmesine ve kadınlara mahsus bir rahatsızlık olarak kabul edilmesine karşı çıkan görüşler de vardır. PMDB'nin ayrı bir tanı olarak kabul edilmesine karşı çıkan araştırmacılardan bazıları terapötik talebi artırmak ilaç şirketlerinin bu tanıyı popülarize ettiğini savunmaktadır. (42) Aynı fikre dayanak oluşturacak bir gelişme de 2000'lerin başlangıcında yaşanmıştır; PMS / PMDB'nin bilinirliğinin arttığı süreçte ilaç şirketleri SSRI'ları bu rahatsızlıklar için kilit tedavi oldukları şeklinde tanıtarak isim değişikliği ile yeniden piyasaya çıkarmışlardır. Karşıt fikirler arasında

kadınların etiketlenmesine neden olabilecek bu tür hormonal değişimlere bağlı tanılardan kaçınılması gerektiği de belirtilmekte, kadınların çalışma hayatındaki gücünü arttırmaya yönelik uğraşların zararına olabileceği ifade edilmektedir. (43) Kadınların aylık olağan döngülerinin hastalıkla ilişkilendirilmesi ve bu sebeple “hasta” olarak etiketlenmelerinin ekonomik, sosyal, iş gibi alanlarda tercih edilebilirliklerini azaltacağı ve zorluklara neden olacağının üzerinde durulmaktadır. (44) Bir başka karşıt görüş ise PMS / PMDB’ nin kültüre özgü bir durum olarak değerlendirilmesidir. PMDB’ nin ABD’ de meşrulaştırıldığı; çoğunlukla batı kültüründe rastlanan siyasi bir yöntem olarak kullanıldığı savunulmuştur. Geçmiş literatür kayıtları incelendiğinde; PMDB’ nin Asya kültüründe tespit edilmediği ya da tespit edilmeyecek düzeyde düşük olduğu saptanarak bu bilginin sendromun kültüre özgü olduğu yönünde yordayıcı sayıldığı görülmektedir. Fakat sonraki çalışmalarda farklı toplum ve gruplar ele alınmış ve oranlar ABD ile benzer olarak bulunmuştur; bu da PMDB’ nin kültüre özgü olduğu yönündeki düşünceden uzaklaşılmasına sebep olmuştur. (33) PMS / PMDB semptomların harici etkenlerle alakalı olduğunu öne sürerek karşıt fikirlere destek çıkan araştırmacılar da vardır. Cosgrove ve Caplan PMS / PMDB ile ilişkili yakınmaları olan kadınların; işyerinde kötü muamele ile karşılaşma, güncel yaşantılarında fiziksel şiddet görme, ya da evliliklerinde sorunla karşılaşma gibi olumsuz yaşam koşullarıyla içiçe olma ihtimalinin diğer kadınlardan yüksek olduğunu öne sürmüşlerdir. (45)

Psikiyatrik açıdan bakıldığında menstrüel siklus; kadınların toplumsal rollerindeki farklılaşma, iş ve sosyal yaşamdaki katılımlarının artmasından sonra; aylık hormonal değişimlerinin de işlevsellikleri üzerinde etkili olabileceğine dair artan gözlemlerin ışığında son 60-70 yıldır bir araştırma konusu olmuştur. Kadınların iş gücüne katılımı, kadınların hangi adet döngüsü evresinde olduklarından bağımsız olarak iş konusunda eşit beceriye sahip olup olmadıklarını açıklamaya yönelik kapsayıcı temayla birlikte zaman içinde ortaya konan çeşitli araştırma sorularıyla izlenebilmektedir. 1950'lerden 1970'lere kadar kadınların en çok sekreter veya kâtip gibi işlerde çalışması sebebiyle bu alanlara hitap eden; dikkat, parmakla dokunma, basit aritmetik testler ve bazı hafıza görevlerinde göstermiş oldukları performans değişimleri

kayıt altına alınabilmiştir. 1973' te 33 bilimsel makale temel alınarak menstrüel siklusun bilişsel ve algısal-motor performans üzerindeki etkisine ilişkin ilk inceleme yayınlanmıştır. Şaşırtıcı olmayan bir şekilde, inceleme işle ilgili bu görevlerin hiçbirinde adet döngüsü ile ilgili herhangi bir değişikliğin belirgin olmadığı sonucuna varmış, ancak adet döngüsü araştırmasıyla ilgili çok sayıda metodolojik kaygıya da işaret etmiştir. Ortaya çıkan endişeler, hormonal önlemlerin eksikliği ve menstrüel döngü aşamalarının yanlış tarihlendirilmesini içermekteydi. Bu metodolojik problemler zamanla kademeli olarak iyileşmiştir ve günümüzde adet döngüsü ile ilgili çalışmaların çoğu, döngü fazının doğru tarihlendirilmesi için tükürük veya serum östradiol ve progesteron seviyelerini içerir. Menstrüel döngü araştırmalarının son 25 yılı, sinirbilimde cinsiyet farklılıklarına artan ilgiyle; psikiyatrik veya nörolojik bozukluklarda prevalans, klinik sunum ve tedavi yanıtında ki cinsiyet farklılıklarını anlama dürtüsü tarafından yönlendirilmiştir. Bu bakış açısından, özellikle cinsiyet farklılıklarının tespit edilmesinin zor olduğu bölgelerde, kadınlarda görülen daha büyük değişkenliği açıklamak için bazen adet döngüsü çalışmaları yapılmıştır. Ek olarak, adet döngüsü, duygu, davranış ve biliş üzerindeki yumurtalık steroid etkisinin mükemmel ve ekolojik bir modeli olarak kendi içinde de ilgi çekmiştir. Gerçekten de, ovaryan steroidler olan östradiol ve progesteronun beyin fonksiyonunun bu yönlerini etkilemesi gerektiğini gösteren çok sayıda kanıt vardır. (13)

Literatürde premenstrüel bozukluklara yol açabilecek risk faktörleri tarandığında birbirini doğrulayan ya da çelişen çok sayıda çalışma sonucuna rastlandığı görülmektedir. Çalışmalarda; yaş, artan parite, genetik, ırk, coğrafi, etnik ve kültürel farklılıklar, kişilik profili, stres düzeyi, fiziksel tehdit, çocuklukta cinsel istismar ve ciddi kazalar gibi travmatik olaylarla karşılaşmış olmak, yüksek vücut kitle indeksi, doğum sonrası depresyon da dahil olmak üzere geçirilmiş depresif bozukluk öyküsü, tüp ligasyonu, oral kontraseptif kullanımı, preeklampsi ve dismenore, sosyoekonomik veya medeni durum, toksemi, alkolizm ve ev dışında çalışma, eğitim düzeyi, yumurtlama döngüleri premenstrüel bozukluklara risk faktörü olabilmeleri yönünden incelenmiştir. (46)

Bazı çalışmalarda ilerleyen yaş (30 yaşın üzerinde olmak) premenstrüel bozukluklar yönünden artmış risk ile ilişkilendirilmiştir. Benzer şekilde PMS' nin semptomlarının yaşla arttığı bununla birlikte, ovaryan aktivitenin yavaşlaması ile gerileyerek menopoza sona erdiği vurgulanmıştır. PMS semptomları ergenlerde de tanımlanabilir; 14 yaş civarında veya menarştan 2 yıl sonra başlayabilir ve menopoza kadar devam edebilir. (31, 47) Kliniğin nadir olarak daha erken dönemde - adölesan yaş aralığında başlayarak 20' li yaşların sonu ve 30' lu yaşların başında yüksek prevalans değerlerine ulaştığını gösteren çalışmalar vardır. (35) Gençlerde irritabilite ön planda gözlenirken, ilerleyen yaşlarda depresyon ve ödemin belirginleştiği bilinmektedir. (48) Semptomların yaş ile ilişkisini vurgulayan çalışmaların aksine Chuong ve arkadaşları yaptıkları bir incelemede yaşla premenstrüel şikayetler arasında bir bağlantı olmadığını öne sürmüşlerdir. (49) Benzer şekilde literatürde yaş ve premenstrüel bozukluklar ile ilgili çelişkili bulgular öne süren farklı yazarlar da vardır. Bazı yazarlar yaş ile PMS arasında negatif bir ilişki bulmuşlardır (yani, genç kadınlar PMS'ye daha yatkındır). Son olarak, Van Keep ve Leher, PMS oluşumunda yaşa bağlı bir farklılık bulmazken, PMS alt tipleri içinde yaşa bağlı farklılıklar olduğunu vurgulamışlardır. (50)

Genetik açıdan incelendiğinde monozigot ikizlerin her ikisinin de PMS semptomlarından muzdarip olduğu bulunmuştur aynı çalışmada dizigot ikizler ve kontroller arasında ise anlamlı bir fark bulunmadığı belirtilmiştir. Finli ergen kızlar ve biyolojik annelerinde adet öncesi semptomlar için oldukça anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Bu bulgular PMS' nin etiyolojisinde genetik bir unsur olduğu fikrini destekleyebilir. (50) Bazı araştırmalar, anneleri PMS bildiren kadınların PMS geliştirme olasılığının daha yüksek olduğunu göstermektedir (etkilenmemiş annelerin kızlarının %70'ine karşılık %70). Ek olarak, monozigotik ikizlerde (%93) dizigotik ikizlere (%44) kıyasla PMS için uyum oranları önemli ölçüde daha yüksektir. (47) Son genetik ilişkilendirme çalışmaları, serotonerjik 5HT1A reseptörünü kodlayan genin kalıtımının yanı sıra östrojen reseptörü alfa geninin (ESR1) alelik varyantlarının rolü için potansiyel destek sağlamaktadır. (51)

Literatür incelendiğinde premenstrüel bozuklukların toksemi, alkolizm ve ev dışında çalışma ile ilişkili olduğuna fakat medeni durum, eğitim düzeyi, ırk veya kültür ile ilişkili olmadığına yer veren çalışmalara rastlanmaktadır. Bununla birlikte parite ile değiştiğini ifade eden yazarlar olduğu gibi; premenstürel bozukluklar ile ikisinin ilişkili olmadığını öne süren çalışmalar da vardır. (35, 50)

Aseptomatik kadınlarla karşılaştırıldığında, PMS' li kadınlarda kişilik profili veya stres düzeyinde önemli bir farklılık yoktur. Bununla birlikte, PMS' li kadınlarda stresle başa çıkma ile ilgili sorunlar da olabilir. 42 aylık bir süre boyunca 14 - 24 yaş arası 1488 kadından oluşan bir topluluk kohortunu ileriye dönük olarak değerlendiren yakın tarihli bir makale, fiziksel tehdit, çocuklukta cinsel istismar ve ciddi kazalar gibi travmatik olayların PMDB geliştirme olasılığını artırdığını bulmuştur. (47) Travmatik veya stresli olayların deneyimi nedeniyle, semptomatik kadınlarda stres tepkisi bozulabilir. PMDB' li kadınların bu nedenle, premenstrüel bozukluğu olmayan kadınlara göre istismar geçmişine sahip olma olasılığı daha yüksektir.(51)

Bu bilgilere ek olarak Michelle J. Washington ve arkadaşlarının 2015 yılında yayınladıkları çalışmada; PMS ve PMDB için kanıtlanmış tek risk faktörü yumurtlama döngüleri olduğu bilgisinin altı çizilmiştir. Ayrıca doğum sonrası depresyon da dahil olmak üzere önceden depresif bozukluk öyküsü olan veya ailesinde PMS öyküsü olan kadınların yüksek risk gruplarını temsil edebileceği belirtilmiştir. Aynı yazıda yaş ve artan parite ile artan bir risk olabileceğine de değinilmiştir.(40)

Dalton, tüp ligasyonu, oral kontraseptif kullanımı, preeklampsi ve dismenore yokluğunun premenstrüel semptomlar için artan risk ile ilişkili olduğunu öne sürmüştür. Bununla birlikte, bu faktörlerin hiçbirinin ampirik olarak bir ilişkisi olduğu gösterilmemiştir. PMS, farklı coğrafi konumlardaki kültürel ve etnik gruplar ile farklı tarihsel dönemlerdeki kadınlar arasında rapor edilmiştir fakat ırk, sosyoekonomik veya medeni durum farklılıkları tespit edilmemiştir. Artmış dayatılan stres ve belirli kişilik profilleri gibi risk faktörlerinin de, PMS / PMDB' li kadınları, bozukluğu olmayanlardan ayırmada yardımcı olamayacağı vurgulanmaktadır. (40) Son olarak yüksek vücut kitle

indeksinin de PMDB için risk faktörü olabileceği yönünde çalışmalar yapılmaktadır. (51)

Literatürde PMS / PMDB için hafif semptomlardan, normal günlük kişisel ve mesleki aktivitelere müdahale edecek derecede şiddetli olanlara kadar 200' den fazla semptom tanımlanmıştır. En yaygın semptomlar fiziksel, psikolojik ve davranışsal olarak kategorize edilir. En önemli somatik belirtiler; aşırı bunalmışlık, aşırme, uykusuzluk veya aşırı uyku, baş ağrısı, pelvik ağrı ve rahatsızlık, göğüslerde hassasiyet, eklem ağrısı, şişkinlik; ve en yaygın rahatsız edici duygulanım belirtileri asabiyet, kaygı, depresyon, duygudurum dalgalanması, düşmanlık, zayıf konsantrasyon, kafa karışıklığı, sosyal geri çekilme ve kişilerarası çatışmalardır. Bu semptomların belirgin görünümü gençlik yıllarında başlar ve yaşlanma süreci boyunca kötüleşir. (52)

Öfke ve sinirlilik en şiddetli şikayetlerdir ve diğer belirtilere göre biraz daha erken başlar. Afektif semptomların süresi birkaç gün ile 2 hafta arasında değişir. Semptomlar genellikle menstrüasyon başlamadan 1 hafta önce kötüleşir ve 2 gün önce pik yapar. Semptomların bir sonraki adet döngüsünde devam etmesi nadir değildir, ancak PMDB'nin tanımı gereği yumurtlamadan önce semptomsuz bir aralık olmalıdır. Çoğunlukla da yumurtlamadan önce semptomsuz bir dönem görülür. Tipik olarak, belirti ifadesi aydan aya tutarlı olma eğilimindedir. Bazı kadınlar her döngüde sadece birkaç gün semptomlar yaşarken, diğerleri her ayın yarısına kadar etkilenebilir. (51, 53)

Psikolojik belirtiler, yardım aramanın en yaygın nedenidir ve en belirgin belirti sinirliliktir. Diğer belirtiler arasında kolayca tetiklenen ağlama nöbetleri, düşük benlik saygısı, kaygı ve depresyon bulunur. Çökkün duygudurum, uyku bozukluğu ve anormal yeme dahil olmak üzere tüm depresif belirtilere PMDB' de PMS' e göre daha sık rastlanır. Bilişsel problemler, daha az sıklıkla bildirilmesine rağmen, özellikle bir kadının iş verimliliği üzerinde önemli bir etkiye sahip olabilir. Bu belirtiler arasında kısa süreli bellek sorunları, konsantrasyon güçlüğü ve "bulanık" düşünme yer alır. Bir PMDB çalışmasında duygudurum belirtileri bildiren kadınların yüzdesi şu şekilde tespit edilmiştir; öfke / sinirlilik (%76), kaygı / gerginlik (%71), yorgunluk / uyuşukluk (%58), ruh hali değişimleri (%58), üzgün / depresif hisetme (%54), kişiler arası çatışmalar

(%54), şişkinlik / meme şişmesi (%54), etkinliklerle daha az ilgilenme (%49), reddedilmeye duyarlılık (%47) ve zayıf konsantrasyon (%43). (40)

PMS / PMDB tanımının hiçbir özelliği, klinik olarak faydalı bir anlayış için şiddet seviyesinden daha önemli değildir. Adet gören kadınların çoğu, “hafif” PMS ile ilişkili olanlara niteliksel olarak benzer semptomlar yaşar. “Molimina” olarak da adlandırılan bu normal semptomlar ile PMS veya PMDB arasındaki fark niceldir. Molimina semptomları tipik olarak adet başlangıcından birkaç gün önce mevcuttur ve günlük işleyişi etkilemez. Aksine, şiddetli PMS ve PMDB adetlerden 2 hafta kadar önce başlar ve günlük işleyişte zorluklara neden olur. Çoğu kadın açıkça bu üç gruptan (molimina, PMS, PMDB) birine girse de, aralarında bir deneyim yelpazesi vardır. (40)

Uluslararası Premenstrüel Bozukluklar Derneği, adet öncesi bozuklukların aşağıdaki iki kategoriye ayrılması gerektiğini önermektedir:

- Tipik olarak spontan yumurtlama adet döngüleri ile ilişkili özelliklere sahip olan çekirdek premenstrüel bozukluk
- Çekirdek premenstrüel bozukluktan daha karmaşık özelliklere sahip olması ile ayrılan premenstrüel bozukluk varyantı.

Varyant premenstrüel bozukluk, adet öncesi alevlenmeyi, yumurtlama olmayan yumurtalık aktivitesi sırasında ortaya çıkan semptomları, menstrüasyon sırasında olmayan semptomları ve progestojenin neden olduğu semptomları kapsar. PMS ve PMDB' yi değerlendirirken semptomların zamanlamasını belirlemek esastır. Semptomlar luteal faz sırasında ortaya çıkmalı ve menstrüasyon başlangıcından kısa bir süre sonra çözülmelidir. Teşhis için kullanılabilecek laboratuvar testleri veya görüntüleme, alternatif tıbbi tanıları dışlamaya yönelik olmalıdır. ACOG, PMS' yi, bir kadının sosyal, akademik veya iş performansında işlev bozukluğuna neden olan en az bir afektif semptom ve bir somatik semptom yaşadığı bir durum olarak tanımlamıştır. Bu semptomlar, yumurtlamadan sonra başlayan ve adet başlangıcından kısa bir süre sonra düzelen döngüsel nitelikte olmalıdır. Prospektif anketler, PMS ve PMDB' yi teşhis etmenin en doğru yoludur, çünkü hastalar, aslında düzensiz adet olduklarında veya luteal fazları sırasında basitçe alevlendiklerinde, semptomların döngüsel doğasını büyük ölçüde

abartırlar. Günlük Sorun Şiddeti Kaydı (DRSP), PMS veya PMDB' yi teşhis etmek için kullanılabilecek geçerli ve güvenilir bir araçtır. PMS ve PMDB için tanı kriterleri ile ilişkili günlük bir semptom günlüğüdür. Bu çizelge, adet döngüsüyle ilişkili duygusal ve fiziksel semptomların sıklığını ve yoğunluğunu belgelemek için kullanılır. Hastalar semptomlarını en az iki adet döngüsü boyunca değerlendirir. DRSP' yi adetin ilk gününde uygulamak, adet öncesi bozuklukları taramanın kabul edilebilir bir yolu olabilir. 50' lik bir kesme değeri, %63,4' lük bir pozitif tahmin değeri ve %90' lık bir negatif tahmin değeri sağlar. Semptom günlüğü, semptomlarda tedaviyle ilgili herhangi bir değişikliğin ayrıntılı olarak gözlemlenmesine izin vermek için tedaviye başladıktan sonra devam eder. Farklı semptom profillerinin ayırt edilebilmesi için PMS' li kadınların semptomlarını ayrıntılı olarak belgelemeleri önerilmiştir; tedaviler özellikle iyi tanımlanmış hasta alt gruplarına yönelikse, bu potansiyel olarak tedaviye yanıt oranlarını iyileştirebilir. (21, 54)

Premenstrüel semptomları olan bir kadında birkaç belirgin komorbidite paterni ortaya çıkabilir. Birincisi, hayatının başka bir noktasında başka bir psikiyatrik bozukluğu olabilir (yaşam boyu komorbidite). İkincisi, devam eden bir psikiyatrik veya genel tıbbi durumu ve eşlik eden bozukluğun bir parçası olmayan eş zamanlı adet öncesi semptomları olabilir (eşzamanlı komorbidite). Üçüncüsü, premenstrüel olarak kötüleşen – genellikle premenstrüel alevlenme olarak tanımlanan – devam eden bir psikiyatrik veya genel tıbbi duruma sahip olabilir. Depresyon veya anksiyete gibi diğer durumlar luteal faz sırasında kötüleşebilir, ancak bunlar adet döngüsü boyunca devam ettikleri için PMS' den ayırt edilebilirler. Migren, anemi, endometriozis ve hipotiroidizm, PMS veya PMDB' ye benzer semptomlar üretebilir ve ayrıca dikkate alınmalıdır. (53)

PMS ve diğer duygudurum bozuklukları arasındaki yaşam boyu komorbidite tahminleri %30 ile %70 arasında değişmektedir. Bu yaygınlık, kadınlarda duygudurum bozukluklarının yaygın olduğu düşünüldüğünde bile (kadınların en az %30' unun hayatlarının bir noktasında minör veya majör depresif bozukluğa sahip olduğu düşünüldüğünde), beklenenden daha yüksektir. Bununla birlikte, komorbidite tahminleri, semptomlardaki örtüşme nedeniyle olduğundan fazla raporlanabilir. PMS' li kadınlarda perimenopozal

depresyon ve doğum sonrası depresyon geliştirme riskinin daha yüksek olduğunun bildirilmiş olması dikkate değerdir. Bu durum; farklı koşulların, gonadal steroid konsantrasyonlarındaki değişikliklere karşı bir kırılganlığı paylaştığının öne sürülmesine yol açar. Anksiyete bozuklukları da PMS' li kadınlarda daha yüksek oranda görülür. PMS' li kadınlar, panik bozukluğu olanlar gibi (ancak diğer duygudurum bozuklukları olanların aksine), laktat ve karbondioksit gibi panikojenik ajanlara maruz kaldıklarında artan panik eğilimi gösterirler, bu da panik bozukluğu ve PMS' nin belirli patofizyolojik mekanizmaları paylaştığını düşündürür. (53)

PMS' nin ciddiyetinin bir ölçüsü, semptomların işleyişi bozma derecesidir. PMS tanısını doğrulayan hormon veya başka bir laboratuvar testi yoktur. İşlevsel bozulma, PMDB tanısının gerekli bir kriteri olmakla birlikte klinik olarak anlamlı PMS için de önemli bir göstergedir. Bir semptom fonksiyon bozukluğuna neden oluyorsa tedaviye değer olarak kabul edilmelidir. PMS aile ilişkilerini, işi, sosyal aktiviteyi ve cinsel ilişkileri bozabilir. Amerika Birleşik Devletleri, Birleşik Krallık ve Fransa' da adet gören 1045 kadınla yapılan bir ankette, şiddetli PMS' si olduğunu bildiren kadınlara semptomların günlük işleyişlerini nasıl etkilediği sorulmuştur. Amerikalı kadınların yaklaşık %30' u, semptomlarının eşleri ve çocukları ile ilişkilerinde sıkıntıyı da içeren ev hayatını ciddi şekilde etkilediğini, %17' si sosyal hayata müdahale ettiğini ve %14' ü iş hayatında sıkıntıya sebep olduğunu bildirmiştir. (48)

Premenstrüel disforik bozukluğun klinik seyri üzerine yeterli çalışma bulunmamakla birlikte uygun ve etkili tedavi planlaması yapılmadığı durumda kronikleşme eğiliminde olduğu gözlenmiştir. Ayrıca, PMDB hastalık yükünün, doğurgan yaşam boyunca daha fazla sayıda semptomatik gün olması nedeniyle, genellikle majör depresyonun yükünü aştığı belirtilmelidir. Kesin olarak etkili olduğu kanıtlanmış bir tedavi yaklaşımı yoktur, bununla birlikte SSRI' lar (fluoksetin) ve Alprazolam ile başarılı sonuçlar bildirilmiştir. Belirtilerin döngüsellik göstermeyerek menstrüel dönem boyunca sürekli olduğu durumlarda diğer duygudurum bozuklukları muhakkak dışlanmalıdır. (13, 24)

PMDB, hem eşzamanlı hem de geçmişte depresif ve anksiyete bozuklukları ile ilişkilidir. PMDB ve diğer psikiyatrik bozukluklar arasındaki

komorbidite oranları, ergenler ve genç yetişkinler üzerinde yapılan 2 yıllık bir prospektif çalışmada yüksek olarak bulunmuştur; hem 2 yıllık hem de yaşam boyu yaygınlık anksiyete bozuklukları için en yüksek olarak izlenmiştir ve bunu duygudurum bozuklukları izlemiştir. İleriye dönük olarak doğrulanmış PMDB' si olan bir kadın popülasyonunda yapılandırılmış görüşme yoluyla psikiyatrik bozuklukların yaşam boyu yaygınlığını değerlendiren bir çalışmada; %45' i daha önceki tanı ölçütlerini karşılamasa da, %31,2' si MDB ölçütlerini, %15,3' ü anksiyete bozukluğu ölçütlerini karşıladığı görülmüştür. Bu veriler, PMDB' li kadınlarda MDB' nin en yaygın yaşam boyu psikiyatrik bozukluk olduğunu bildiren daha eski çalışmalarla uyumludur. (26)

Kesitsel çalışmalar, travmaya maruz kalma ile PMS / PMDB arasında bir bağlantı olduğunu öne sürmüştür. Travma öyküsü olan veya TSSB kriterlerini karşılayan bir epidemiyoloji araştırmasının katılımcılarının, travma öyküsü olmayan kadınlara kıyasla PMDB' ye sahip olma olasılıklarının daha yüksek olduğu bildirilmiştir. Ergenler ve genç yetişkinler üzerinde toplum temelli bir boylamsal çalışma, önceki travmaya maruz kalmanın 42 aylık takipte PMDB başlama riskini önemli ölçüde artırdığını tahmin etmiştir. (26)

Literatür karışık olmasına rağmen PMDB olan kadınlarda sağlıklı kontrollerle karşılaştırıldığında kişilik bozukluklarının önemli ölçüde artmadığı görülmektedir. Yakın tarihli bir araştırma, obsesif kompulsif kişilik bozukluğunun şiddetli PMS' li kadınlarda en yaygın kişilik bozukluğu olduğunu bildirilmiştir. İntihar girişiminden sonra hastaneye kaldırılan kadınlarla ilgili yakın tarihli bir çalışmada, dürtüsellik, öfke, duygulanım yoğunluğu ve kararsızlık özellikleri PMS ve PMDB ile önemli ölçüde ilişkili bulunmuştur. 2400 ergen ve genç yetişkin üzerinde yapılan bir araştırma, PMS' nin intihar girişimleri ile ilişkili olduğunu bildirilmiştir. PMDB' nin, diğer psikiyatrik bozukluklar ekarte edildikten sonra, 2500 Koreli kadında intihar düşüncesiyle ilişkili olduğu bildirilmiştir. Premenstrüel Disforik Bozukluğun, doğum sonrası depresyon (postpartum depresyon - PPD) için bir risk faktörü olduğu üzerine yapılan araştırmalar karışık sonuçlara yol açmıştır. Doğum sonrası kadınlarda, geçmişte orta ila şiddetli PMS veya PMDB öyküsü PPD riskini artırırken, depresyon öyküsü ise artmamıştır. Bununla birlikte, ileriye dönük olarak

doğrulanmış PMDB' li 215 kadınla yapılan yakın tarihli bir çalışma katılımcılarının yalnızca küçük bir bölümünün PPD öyküsü (%7,4) olduğunu, ancak yaklaşık %36' sının daha önce MDB'ye sahip olduğunu bildirmiştir. Uzunlamasına popülasyona dayalı çalışmalar, geriye dönük olarak onaylanan PMS' nin menopoz geçişi sırasında depresif semptomlar için bağımsız bir risk faktörü olduğunu bildirmiştir. Küçük bir çalışma, depresyonu olan perimenopozal kadınların, depresyonu olmayan kadınlara kıyasla premenstrüel disfori prevalansının daha yüksek olduğunu bildirmiştir. (26)

PMS / PMDB' nin yaşam kalitesi üzerindeki etkisi, bu bozuklukların tanımının önemli bir parçasıdır. Güney Kaliforniya' da 18 - 45 yaş arasındaki kadınlar ile yapılan bir çalışmada 18 aylık süreçte hastalar telefon görüşmesi ile takip altına alınmış ve 64 gün süreyle semptomlar ile ilişkili günlük tutmaları istenmiştir. Çalışmada DRSP kullanılmıştır. Elde edilen sonuçlara göre; PMS tanı kriterlerini karşılayan katılımcıların, önemli ölçüde daha yüksek işe devamsızlık ve iş verimliliğinde bozulma gösterdiği, ayrıca kişiler arası ilişkilerinde de bozulma yaşadıkları tespit edilmiştir. Bu kadın grubu üzerinde ekonomik etkinin analizi de yapılmıştır. PMS tanısının, ayaktan tedavi ziyaretleri, laboratuvar testleri ve radyoloji hizmetleri gibi doğrudan tıbbi maliyetlerde yıllık 59 dolarlık istatistiksel olarak anlamlı bir artış ve azaltılmış iş verimliliği ile iş saatinden kaybedilen süre gibi dolaylı maliyetlerde 4333 dolarlık bir artış ile ilişkili olduğunu ortaya koymuştur. (47)

2.1.4 Epidemiyoloji

Zürih kohort çalışmalarından elde edilen veriler, 21 - 35 yaş grubundaki kadınların yaklaşık %8' inin şiddetli adet öncesi sendromları olduğunu ve diğer %14' ünün orta derecede semptomları olduğunu göstermektedir. (48)

Kadınların yaklaşık %80' i adet döngüsünün luteal fazı sırasında en az bir fiziksel veya psikiyatrik semptom bildirir; bununla birlikte, çoğu günlük yaşamlarında önemli bir bozulma bildirmemektedir. 2800 Fransız kadın üzerinde yapılan bir çalışmada, yaklaşık %12' si PMS için tanı kriterlerini karşılamış ve %4' ü ciddi semptomlar bildirmiştir. PMS' nin yaygınlığı yaş, eğitim başarısı veya istihdam durumu ile ilişkili değildir. Semptom kalıcılığı ve

şiddeti dalgalanma eğilimindedir. Bir çalışma, PMS teşhisi konan kadınların sadece %36' sının bir yıl sonra tanı kriterlerini karşılamaya devam ettiğini bulmuştur. Geçen yıl kilo almış veya stresli bir olay yaşayan kadınlara PMS teşhisi konma olasılığı daha yüksektir.(21)

Premenstrüel disforik bozukluğun çalışmalarla tespit edilenden daha yaygın olduğu düşünülmele birlikte epidemiyolojisi net olarak bilinmemektedir. Kadınların yaklaşık %80' i premenstrüel dönemde duygudurum dalgalanmaları ve bedensel belirtiler yaşamaktadır. Bunların yaklaşık %40' ı, medikal tedaviye ihtiyaç duyacak düzeyde belirtilere sahiptir. PMDB için tanı ölçütlerini karşılayan belirtilere sahip kadınların oranı ise %3 - 7 olarak tespit edilmiştir. (24)

Dünya Sağlık Örgütü' nün (WHO) 1981 yılında 14 farklı kültür grubundan 5000' den fazla kadın üzerinde yaptığı bir araştırma, adet öncesi fiziksel rahatsızlığın %55 - 70, olumsuz duygudurum değişikliklerinin ise %23 - 70 olduğunu ortaya koymuştur. (55)

2014 yılında 17 makale dahil edilerek yapılan bir meta-analiz çalışmasında birleştirilmiş PMS prevalansı %47,8 olarak tespit edilmiştir. Aynı çalışmada en düşük ve en yüksek prevalans sırasıyla Fransa' da %12 ve İran' da %98 olarak rapor edilmiştir. Ayrıca, metaregresyon saçılım grafiği 1996 - 2011 döneminde PMS prevalansında artan bir eğilim göstermiş olmakla beraber PMS prevalansı ile çalışma yılı arasındaki korelasyon anlamlı bulunmamıştır. (56)

2002 yılında yayınlanan bir çalışmada 36 - 44 yaş arası kadınların premenstrüel semptomları, Moos Premenstrüel Envanteri ile geriye dönük olarak değerlendirilmiştir. Çalışmaya katılan kadınlardan 513' ü, Günlük Sorun Şiddeti Derecelendirme Formu'nu (DRSP) kullanarak adet öncesi semptomların ileriye dönük bir değerlendirmesini tamamlamıştır. Günlük kayıtlarla prospektif değerlendirmeyi tamamlayan 513 kadından 33' ünde (%6,4) PMDB tanısının doğrulandığı görülmüştür. Ayrıca bu çalışmada PMDB' nin düşük eğitim düzeyi, majör depresyon öyküsü ve mevcut sigara içimi ile bağlantılı olduğu bulunmuştur. Ek olarak, ev dışında çalışmayan kadınların

PMDB kriterlerini karşılama olasılıklarının da önemli ölçüde daha düşük olduğu tespit edilmiştir. (57)

İspaya' da 2008 yılında 15 ila 49 yaşları arasındaki kadınları içeren bir kohort çalışması yapılmıştır. Bu çalışmada 2108 katılımcının 1554' ünün (%73.7) son 12 adet döngüsü sırasında adet öncesi semptomların bir kısmından şikayet ettiği tespit edilmiştir. Toplam 1415 (%91) kadının izole semptomlar tariflediği, 139 kadının (%8,9) orta / şiddetli premenstrüel sendrom gösterdiği, 24 kadının (%1.1) ise adet öncesi disforik bozukluk tanısı kriterlerini karşıladığı bulunmuştur. (58)

Polonya' da 2015 yılında yaşları 16 ile 22 arasında değişen 75 kadın sporcu ve kontrol grubu olarak spor yapmayan 50 kadını içeren toplam 125 katılımcının olduğu bir çalışmada menstrüel siklus, menstrüel bozukluklar ve premenstrüel sendrom / premenstrüel disforik bozukluğu ile PMS / PMDB semptomlarının yaşam kalitesi üzerindeki etkisi değerlendirilmiştir. 2 ardışık adet döngüsünü boyunca ileriye dönük olarak izlenen katılımcılardan elde edilen sonuçlara göre %8' inde PMDB ve %42.4' ünde PMS teşhis edilmiştir. PMDB prevalansı gruplar arasında anlamlı farklılık göstermezken PMS, sporcular arasında kontrollere göre anlamlı derecede daha sık olarak gözlenmiştir. Ayrıca PMS prevalansı, atletlerde ortalama yaş ve menarş yaşı ile önemli ölçüde ilişkili bulunmuştur. PMS, daha ileri yaştaki atletlerde ve menarş yaşı daha büyük olan kadınlarda daha sık olarak tespit edilmiştir. (59)

Mısır' da 2013 yılında 18 - 25 yaş arası düzenli adet gören 172 tıp fakültesi öğrencisi ile yapılan bir çalışmada PMS prevalansı %78.5 tespit edilmiş olup, bunların %5.9' unun şiddetli PMS formuna sahip olduğu belirtilmiştir. (60) 2013 yılında Ürdün'de PMS ve PMDB prevalansını belirlemek üzere 254 üniversite öğrencisi üzerinde yapılan bir çalışmanın sonuçları; PMS ve PMDB prevalansının sırasıyla %80,2, %10,2 olduğunu göstermiştir. (61)

İran'da 2005 yılında 18 - 27 yaşları arasındaki 300 üniversite öğrencisi ile yapılan kesitsel bir araştırmada ise katılımcıların %98,2' sinin en az bir hafif ile şiddetli arasında değişen adet öncesi semptom bildirdiği ve %16' sının PMDB için DSM-IV kriterlerini karşıladığı belirtilmiştir. Bu çalışmada ise en sık

görülen semptomlar yorgunluk veya uyuşukluk hissi (%84), depresif ruh hali (%72,3), ani üzüntü veya ağlama hissi (%70,3), kaygı (%70), sırt ağrısı (%69) ve uyku sorunları (%66) olarak sıralanırken medeni durum ve yaşam koşullarına (ebeveynle birlikte yaşama veya ebeveynlerden uzakta yaşama) göre semptomların şiddeti açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır. (62) 2016 yılında yapılan bir başka çalışmada ise İran'da PMS'nin genel prevalansını belirlemek üzere bir meta-analiz çalışması yürütülmüştür. ISI Web of Knowledge, PubMed/Medline, Scopus, Google Scholar gibi uluslararası veri tabanlarının ve ayrıca Iranmedex, Scientific Information Database ve Magiran gibi yerel veri tabanlarının İngilizce ve Farsça yayınlanmış makaleler üzerinden tarandığı bu çalışmada meta-analize giren 24 makaleden toplam 9147 üreme çağındaki kadını incelenmiştir. Çalışmada rastgele etki modelinin sonucuna dayanarak, PMS' nin genel prevalansının %70.8 olduğu bildirilmiştir. (63)

Etiyopya'da 2020 yılında yapılan bir meta-analiz çalışmasında premenstrüel sendromun havuzlanmış prevalansı %53 olarak bulunmuştur. Ayrıca havuzlanmış olasılık oranı menarş yaşı, adet düzeni ve hormonal kontraseptif kullanımı ile adet öncesi sendrom arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığını göstermektedir. (64) Hindistan' da 2020 yılında yapılan bir meta-analiz çalışmasında ise 8542 katılımcıyla 25 çalışma taranmış ve PMS / PMDB' nin havuzlanmış prevalansı sırasıyla %43 ve %8 olarak bulunmuştur. Ayrıca ergenlik döneminde PMS' nin tahmini prevalansı %49.6 ile daha yüksek olarak hesaplanmıştır. (65) Çin' de 2011 yılında, 18 - 45 yaş arası popülasyona dayalı bir örnekleme semptomların sıklığı ve şiddeti araştırılmıştır. Semptomların değerlendirilmesi için 2 ay boyunca ileriye dönük olarak günlük sorunların ciddiyeti kaydı (DRSP) anketinin kullanıldığı bu çalışmada katılımcılar arasında PMDB insidansı %2,1 ve PMS %21,1 olarak bulunmuştur. Ayrıca en sık görülen semptomlar asabiyet (%91,21), memelerde hassasiyet (%77,62), depresyon (%68,31), karında şişkinlik (%63,70) ve öfke patlamaları (%59,62) olarak belirlenmiştir. (66)

Ülkemizde, Manisa ilinde 2007 yılında 15 - 49 yaş grubu doğurganlık çağındaki kadınlar arasında yapılan bir çalışmada ise premenstrüel sendrom

(PMS) belirti sıklığının belirlenmesi, belirtilerin sıklık ve şiddetinin hesaplanması; sosyodemografik değişkenlerin sendrom üzerindeki etkilerinin araştırılması hedeflenmiştir. 541 kadın üzerinde yürütülen bu çalışmada katılımcıların %6.1' inde şiddetli PMS belirtilerinin bulunduğu, bu kadınların %72.2'sinde DSM-IV'te belirtilen şekilde işlevsellik yitimi olduğu tespit edilmiştir. En sık semptomlar ise; sinirli veya huzursuz hissetme (%72), sıkıntılı hissetme (%67,3), karında dolgunluk, rahatsızlık veya ağrı hissetme (%66,6), enerji azlığı veya çabuk yorulma (%66,6) ve bacaklarda yorgunluk hissi (%65.5) olarak bulunmuştur. (67) Yine Manisa ilinde 2013 yılında 248 kadın üzerinde yürütülen bir başka çalışmada ise katılımcılar arasında PMS oranı %7,2 olarak tespit edilmiştir. Kadınların adet öncesi yakınmaları nedeniyle sağlık kurumuna başvuru oranı ise %17,0 olarak belirlenmiştir. Ayrıca daha önce psikiyatrik hastalık öyküsü olanlarda PMS riski daha yüksek saptanmış ve bu ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. (68) Ülkemizde premenstrüel sendrom prevalansını ölçmeye yönelik bir çalışma da 2005-2006 yılları arasında Antalya' da yapılmıştır. 15 - 49 yaş grubundaki toplam 600 katılımcının dahil edildiği bu çalışmada %53.5' inin hafif ve %11.8' inin şiddetli derecede PMS yaşadıkları saptanmıştır. (69) Artvin ilinde 525 üniversite öğrencisi ile 2015 yılında yapılan bir çalışmada ise PMS prevalansı %36,4 olarak saptanmıştır. PMS' li öğrencilerde; sigara kullanma (%14,1), yemeğin tadına bakmadan tuz atma (%35,6), geçmişte anksiyete veya depresyon tedavisi görme (%11,5), kendini stres altında hissetme (%74,9), anne (%56,0) ve kız kardeşte (%74,2) premenstrüel gerginlik şikayeti öyküsü oranlarının PMS' li olmayan öğrencilere kıyasla daha yüksek olduğu saptanmıştır. (70)

2.1.5 Etiyoloji

Premenstrüel bozuklukların ortaya çıkış nedeni ile ilişkili kuramlar bu bozuklukların gündeme geldiği ilk dönemlerden bu yana merak konusudur. Pek çok teorinin yanı sıra Karen Horney' in 1931' de öne sürmüştüğü; semptomların kadının anne olma özlemi ile ilişkili olduğu görüşü de dikkat çekicidir. Bu bağlamda adet öncesi döneme büyük ilgi duyan Alman psikoanalist Karen Horney, Freudyen kadın cinselliği kuramına, özellikle kadın cinsiyetinin inkarına kökten karşı çıkmıştır. Premenstrüel dönem duygularını

anlamak için kadının kişisel geçmişini ve ilgili psikososyal faktörleri; sosyal ve kültürel inançları; anne-kız iletişimini de hesaba katmak gerektiğini öne sürmüştür. Ayrıca semptomların bebek sahibi olmaya duyulan özlem ve dolayısıyla bastırılmış gebelik isteğinden köken aldığını, hamileliğe hazırlık için bunun olağan akışa uygun bir durum olduğunu ifade etmiştir. (29, 71)

Ayrıca kültürel ve sosyal etmenlerin de PMS ve PMDB' yi ortaya çıkaran ve klinik gidişatını etkileyen süreçler üzerinde rol oynadığı tartışılmaktadır. Bu bağlamda kişinin karşılaştığı travma, gebelik, evlilik uyumu, yaşadığı toplumda kadın kimliğine bakış açısı gibi faktörlerin de belirleyici olduğu düşünülmektedir. Psikolojik kuramlar açısından ele alındığında bilişsel kuram ve sosyal öğrenme kuramları penceresinden değerlendirmeler yapılmıştır. (72) Bu değerlendirmelerde; menstruasyonun başlamasının PMDB' ye yatkın kadınlar için rahatsız edici bir psikolojik olay olduğu ve premenstruel belirtilerle ilgili aşırı olumsuz düşüncelerin durumun rahatsız ediciliğini daha da pekiştirdiği görüşü üzerinde durulmuştur. Yine de PMDB' nin ortaya çıkmasında biyolojik görüşün öncelikli olarak üstünde durulmaktadır.(1)

PMS' nin etiyojisi bilinmemektedir, ancak semptomların başlangıcı yumurtalık hormon seviyeleri ile ilişkilidir. PMS' li kadınlar, adet döngüsü sırasında meydana gelen normal hormonal seviye değişikliklerine aşırı duyarlıdır. Semptomlar genellikle yumurtlama inhibitörleri ile tedavide, hamilelik sırasında ve menopozdan sonra iyileşir. Bu, döngüsel yumurtalık fonksiyonu için güçlü kanıtlar sağlar. Bununla birlikte, yumurtalık fonksiyonunun semptomların başlaması, ifade edilmesi ve çözülmesindeki kesin rolü henüz belirlenmemiştir. ESR1 (östrojen reseptör alfa) genindeki tek nükleotid polimorfizmlerinin PMDB ile ilişkili olduğu gösterilmiştir. Ayrıca, serotonin gibi nörotransmitterleri stabilize etmek ve antidepresan veya anksiyolitik ilaçlar kullanarak aminobütirik asit (GABA) düzensizliğini etkilemek, adet öncesi semptomları iyileştirebilir. Bu nedenle, bu nörotransmitterlerin adet öncesi semptomlarda kritik bir rol oynadığı düşünülmektedir. (54)

PMDB' nin etiyolojisi yeterince aydınlatılamamış olmakla birlikte yapılan çalışmalarda;

1. Hipotalamik-hipofiz-gonadal ekseninin normal dalgalanmalarına anormal yanıt
 2. GABA A reseptörünün allopregnanolona karşı azalmış veya paradoksal duyarlılığı
 3. Serotonin sistem işlevindeki değişiklikler
 4. Hipotalamus-hipofiz-adrenal eksen yanıtındaki değişiklikler
 5. Değişen bağışıklık fonksiyonu ve inflamatuvar süreçler
 6. Değişen kalsiyum homeostazı
 7. Değişen sirkadiyen ritim
 8. Genetik faktörler (örn. ESR1 genindeki polimorfizm)
 9. Luteal faz sırasında beyin bölgelerinde duygu işleme ve düzenlemeye anormal tepkiler olması başlıkları üzerinde durulmaktadır.
- (26)

PMDB' nin nedeni hakkında Schmidt ve meslektaşları tarafından ufuk açıcı bir çalışma yapılmıştır. Bu çalışmada prospektif olarak PMS teşhisi konan ve PMS' si olmayan kadınlar, yumurtalık baskılanmasını sağlamak için bir gonadotropin salgılatıcı hormon agonisti olan löprolid almayı kabul etmiştir. Löprolid almaya devam eden katılımcılara ardından rastgele sırayla 17-beta-estradiol veya progesteron verilmiştir. Östradiol veya progesteron eklendiğinde, PMS' li kadınlarda duygudurum ve anksiyete semptomları yeniden ortaya çıkarken, PMS' si olmayan kadınlarda bu durumun görülmediği gözlenmiştir. Bu gözlem premenstrüel semptomların fizyolojik gonadal hormon seviyelerine anormal yanıt nedeniyle ortaya çıktığı görüşünü destekler nitelikte bulunmuştur. (73)

Diğer birçok çalışma ise gonadal hormonların serum konsantrasyonlarının PMDB' li ve PMDB' siz kadınlar arasında farklılık göstermediğini bildirmiştir. Anormal tepkinin neden bazı kadınlarda meydana geldiği ve bu kırılganlığın ne olduğu henüz tam olarak yanıtlanmamış sorular değildir. (26) Son zamanlarda artan ilgi, nörosteroid allopregnanolon (3a, 5a-tetrahidroprogesteron) ve bunun merkezi sinir sistemindeki ana

inhibitörlerinden biri olan gama-aminobütirik asit (GABA) üzerindeki etkisine odaklanmaktadır. Allopregnanolon, hem erkeklerde hem de kadınlarda duygudurum bozukluklarında rol oynayan bir progesteron metabolitidir. Sentez ilk olarak, 5a-redüktaz enzimi tarafından progesteronun 5a-dihidroprogesterona (5a-DHP) enzimatik dönüşümünü içerir, daha sonra enzim 3a-hidroksisteroid dehidrojenaz (3a-HSD) tarafından allopregnanolona dönüştürülür. (74, 75) Allopregnanolon, barbitüratlar, benzodiazepinler ve alkolün etki ettiği bölgeden farklı, ancak bunlara benzer şekilde reseptör aktivitesinin artmasına yol açan, reseptörün belirli bir bölgesi üzerinde etki eden, GABA A reseptörünün güçlü bir pozitif modülatörüdür. Preklinik çalışmalar; allopregnanolonun, GABA A reseptörünün ve reseptör fonksiyonunun, alt birimlerin modülasyonu yoluyla progesteron dalgalanmalarının yanı sıra kendi dalgalanmalarına aracılık ettiğini ileri sürmektedir. (76) Hâlihazırda PMDB' li kadınların GABA A reseptör kompleksinde, allopregnanolon ve ayrıca benzodiazepin bölgesinde duyarlılığın azaldığı öne sürülmektedir. Sakkadik göz hızı (SEV) (benzodiazepinlere yanıt olarak GABA A reseptör aktivasyonunun sedatif / anksiyolitik etkisinin nesnel, istemsiz bir ölçümü) kullanan çalışmalar, PMDB' de GABA A reseptöründe duyarlılığın azaldığını göstermiştir. Yakın tarihli bir araştırma, allopregnanolon uygulanan PMDB' li kadınlarda foliküler faz sırasında SEV' nin azaldığını bildirmiştir. (77, 78) Yakın tarihli bir başka çalışma, bir allopregnanolon antagonisti olan izoallopregnanolonun; allopregnanolonun PMDB' li kadınlarda SEV üzerindeki etkisini azalttığını ve allopregnanolonun GABA A reseptörü üzerindeki spesifik etkisini doğruladığını bildirmiştir. (79)

PMDB' de strese karşı künt bir yanıt bildirilmiştir ve strese yanıt olarak allopregnanolonda beklenen artışta bir azalmanın veya stresten sonra allopregnanolon modüle edilmiş GABA A reseptör duyarlılığının azalmasının, hipotalamik-hipofiz-adrenal eksenin homeostazı sağlama yeteneğini bozduğu öne sürülmüştür. PMDB' li kadınlarda düzensiz akustik irkilme tepkileri; düzensiz allopregnanolon fonksiyonunun başka bir yansıması olabilecek, luteal fazda artmış uyarılma olduğunu düşündürür. Yakın tarihli önemli bir

randomize kontrollü çalışmada, progesteronun allopregnanolona dönüşümü 5 α -redüktaz inhibitörü dutasterid tarafından bloke edildiğinde, PMDB semptomları önemli ölçüde azalmış ve sağlıklı kontroller üzerinde dutasterid'in hiçbir etkisi olmamıştır. (80) PMDB' nin olumsuz ruh hali ve kaygı semptomlarının allopregnanolona karşı paradoksal bir duyarlılıkla ilişkili olabileceğine dair bir hipotez vardır. Buna göre; midluteal fazda allopregnanolon seviyelerindeki artış, duygudurum ve anksiyete semptomlarının azalmasından ziyade yükselmesine yol açar. (81)

Serotoninin PMS / PMDB' nin üzerine etkisi ile ilgili yapılan çalışmalar; luteal faz sırasında azalan tam kan serotonin konsantrasyonu, trombosit plazma zarı serotonin taşıyıcısında azalmış serotonin ve imipramin bağlanması, triptofan tükenmesinden sonra adet öncesi irritabilite ve anksiyetenin alevlenmesi, fenfluramine gecikmiş plazma prolaktin yanıtı ve serotonerjik ajan m-klorofenilpiperazine körelmiş plazma kortizol ve ACTH yanıtlarını göstermektedir. (53, 82)

Estradioldeki dalgalanmalar, beyin kaynaklı nörotrofik faktörün (BDNF) yanı sıra serotonin taşıyıcısını ve serotonin fonksiyonunun diğer yönlerini modüle edebilir. PMS / PMDB' deki BDNF anormalliklerine yönelik sonuçlar çelişkilidir. (30) Nörogenez için oldukça önemli bir rolü olduğu bilinen BDNF öğrenme, duyguların düzenlenmesi ve bellek fonksiyonu ile ilgili pek çok beyin bölgesinde tespit edilmiştir. (83) Menstrual döngü süresince değişim gösteren BDNF düzeyleri östradiol tarafından düzenlenir. Premenstrüel bozukluktan muzdarip bireylerde luteal faz boyunca plazma BDNF düzeyleri sağlıklı bireylere kıyasla yüksek olarak saptanmıştır. Ayrıca premenstrüel bozukluğu olan kadınların foliküler faz ve luteal faz BDNF düzeyleri arasında da farklılık olduğu bulunmuş olmakla birlikte bu bulgu çalışmalar arasında çelişkili sonuçlara işaret etmektedir. (84, 85)

PMDB için genetik duyarlılığın potansiyel katkısı araştırılmıştır. Popülasyona dayalı ikiz çalışmaları, adet öncesi semptomların spesifik kalıtsallığının %30 ila %80 arasında değiştiğini tahmin etmektedir. ESR1 geni üzerindeki 4 tek nükleotid polimorfizmi PMDB ile ilişkilendirilmiştir. Bu genin intron bölümündeki varyasyonların, gen ekspresyonunun düzenlenmesinde

önemli bir etkiye sahip olabileceği ve bu sayede ESR1 polimorfizminin, östrojen reseptör sinyalinin değişmesiyle fizyolojik gonadal hormonal seviyelere karşı duyarlılığın artmasına katkıda bulunabileceği tahmin edilmektedir. Serotonin taşıyıcı geni ile serotonin sentezi ve inaktivasyonunda rol oynayan enzimlerin genlerindeki polimorfizm çalışmaları çoğunlukla olumsuz sonuçlara yol açmıştır. (86)

Psikiyatrik sorunların gelişimi ve seyri de dahil olmak üzere birçok kronik hastalığın patogenezinde inflamasyona yetersiz yanıtın ana faktörlerden biri olduğu bilinmektedir. Premenstrüel bozuklukların zihinsel ve fiziksel semptomların bir kombinasyonu olduğu düşünüldüğünde, inflamasyona yetersiz yanıtın da patogeneizde rol oynuyor olabileceği varsayılmaktadır. (87-90) Geç luteal fazda, antiinflamatuvar özelliklere sahip östradiol ve progesteron düzeylerindeki düşüşe bağlı olarak endometriumda lokal ve hücreler arası inflamatuvar etkileşimler dizisi meydana gelir. (91) Enflamatuvar belirteçlerdeki döngüsel değişikliklerin büyüklüğü tüm kadınlarda aynı değildir ve bazı araştırmacılar, premenstrüel bozuklukların etiolojisinde kronik enflamasyonun önemli bir rolü olduğunu belirtmektedir. (92) Bu noktada inflamasyonun potansiyel bağlantısını tam olarak anlamak için çok önemli görünen hipotezlerden biri, fizyolojik hormonal dalgalanmalara karşı değişen duyarlılıktır. Allopregnanolon ve inflamasyon arasındaki bağlantı oldukça karmaşıktır; Allopregnanolone'nun tahmini etkileri, inflamasyonu azaltmak, kaygıyı azaltmak ve ruh halini iyileştirmek yönünde olsa da, premenstrüel bozukluğu olan kadınlarda, muhtemelen luteal fazdaki GABA A reseptör kurulumundaki bir değişiklik nedeniyle ters bir etkiye sahiptir ve bu konu daha ileri araştırmaları gerektirmektedir. (22, 81)

Progestinler ve östrojenler, potansiyel antioksidanlar olarak hareket edebilmelerinin yanı sıra antiinflamatuvar etkilere sahiptir. Ancak diğer antioksidanlara benzer şekilde aşırı dozlarda aktiviteleri prooksidatif etki yapabilir ve oksidatif dengenin oksidatif strese karşı bozulmasına neden olabilir. PMS' li kadınlar, sağlıklı kadınlara göre benzer hormon seviyelerine sahip olmalarına rağmen, dalgalanmalarına karşı daha duyarlı olabilirler. Bu nedenle, östrojenlerin prooksidan yapısını uyaran luteal fazda aşırı östrojen

aktivitesine maruz kalabilirler. Ek olarak, östrojen dönüşümünün ürünleri olan katekol östrojenler, çoklu doymamış yağ asidi bakımından zengin nöronal membranın hasarı yoluyla; GABAerjik sistemi değiştirebilen oksijen radikalleri üretebilirler. Bu disfonksiyonun da muhtemelen PMS semptomlarının gelişmesine yol açabileceği düşünülmektedir. (93, 94)

Premenstrüel bozukluğu olan ve olmayan kadınlar arasında yapılan görüntüleme çalışmaları, beyin yapısı ve işlevinde farklılıklar olduğunu göstermektedir. Yapısal olarak, PMDB' li kadınlarda sağlıklı kontrollere kıyasla arka beyincikte ve hipokampal kortekste daha fazla gri madde yoğunluğu ve parahipokampal kortekste daha düşük gri madde yoğunluğu olduğu bulunmuştur. (95, 96) İşlevsel olarak, PMDB' li kadınların, luteal faz sırasında sağlıklı kontrollere kıyasla negatif uyaranlara artmış amigdala tepkisi sergilediği gözlenmiştir. Bir başka çalışmada ise sürekli yüksek düzey kaygısı olan PMDB' li kadınlar arasında foliküler faz sırasında negatif uyaranlara yanıt olarak amigdala aktivitesinin arttığı ve bunun progesteron seviyesi ile korele olduğu gösterilmiştir. (97) PMDB' li kadınların folikülerden luteal faza geçişte kortikal GABA düzeyinde bir artış olduğu buna karşılık kontrol grubunda tam tersi azalma gözlemlendiği kaydedilerek, bu durumun GABAerjik fonksiyonun değiştiğine ve ALLO-GABA arasındaki anormal etkileşime kanıt oluşturabileceği düşünülmüştür. Bir başka çalışmada ise PMDB' li kadınların ön singulat korteks, medial prefrontal korteks ve sol bazal ganglionlarında önemli ölçüde daha düşük GABA konsantrasyonları olduğu; ayrıca adet döngüsü boyunca pregnenolon anterior singulat ve ventromedial prefrontal korteksin aktivasyonunun daha düşük olduğu bulunmuştur. Hem PET hem de fMRI çalışmaları, PMDB hastalarında çalışma belleği görevi sırasında kontrol deneklerinden daha fazla dorsolateral prefrontal korteks aktivasyonu göstermiş, bu durum prefrontal korteks disfonksiyonunun PMDB için bir risk faktörü olabileceğini düşündürmüştür. (98, 99)

2.1.6 Tedavi

PMS' nin etiyolojisi bilinmediğinden, tedavinin amacı afektif ve somatik semptomların giderilmesidir. PMS tedavisi, hastanın semptom profiline göre bireyselleştirilmelidir. İyi teşhis edilmiş bir semptom alt grubu için uygun bir

tedavi seçilirse, genel tedavi yanıt oranları iyileşir. Semptomların zamanlamasına ve şiddetine uygun bireyselleştirilmiş tedavi sağlamak önemlidir. Dikkate alınması gereken faktörler arasında semptomların şiddeti, önceki tedavilere yanıt, doğum kontrolü ihtiyaçları, gebe kalma planları ve tedavi yöntemi tercihleri yer alır. PMS ve PMDB tedavisi, fiziksel ve psikiyatrik semptomların giderilmesine odaklanır. (54)

2.1.6.1 Antidepresanlar

SSRI' lar PMDB' nin birinci basamak tedavisi olarak kabul edilir. PMS / PMDB' de SSRI' lar ile tedavi çalışmaları, yanıt kriterlerine bağlı olarak plaseboya yaklaşık %30 ila %40'a kıyasla SSRI'lara %60 ila %90 yanıt oranları bildirmiştir. Genel olarak, etkili SSRI dozları MDB için önerilen dozlara benzerdir ve fluoksetin, sertralin ve paroksetin ABD Gıda ve İlaç Dairesi (FDA) tarafından onaylanmıştır. Prospektif olarak doğrulanmış PMS veya PMDB' si olan 4372 kadında SSRI' ların 34 retrospektif kontrollü çalışmasının sistematik bir meta-analizi; sürekli (günlük) fluoksetin, sertralin, paroksetin, sitalopram ve esitalopram dozlaması ile 20 çalışmayı ve aralıklı dozlama ile 14 çalışmayı (luteal sırasında günlük olarak uygulanan SSRI) içermiştir. Psikolojik / somatik semptomlar ve işlevselliğin, plaseboya kıyasla SSRI' larla önemli ölçüde düzeldiği, sürekli ve aralıklı dozlamının etkinliğinin eşdeğer olduğu bulunmuştur. (100) Şiddetli PMS ve PMDB' si olan 2964 kadında plasebo kontrollü 29 retrospektif kontrollü çalışmanın meta-analizi de SSRI'ların etkinliğini bildirmiştir. Ancak bu meta-analiz, sürekli doz rejimlerinin aralıklı rejimlerden daha etkili olduğu sonucuna varmıştır.(101) Aralıklı dozlamayı inceleyen çalışmalar, muhtemelen kısa süreli maruziyet nedeniyle postsinaptik reseptörlerin down regülasyonuna yol açmayan fluoksetin, sertralin ve paroksetin kullanımının adet ilk gününde ilaç aniden kesildiğinde kesilme semptomlarına sebep olmadığını bildirmiştir. Premenstrüel fiziksel semptomlar için aralıklı dozlama sürekli dozlamadan daha az etkili olabilir. (53, 102)

SSRI' ların PMDB' deki hızlı etkinliğinin altında yatan mekanizma tam olarak aydınlatılamamış olsa da, allopregnanolonda bir artış veya östrojenin nöromodülasyonunun söz konusu olabileceği belirtilmektedir. Bir çalışma, SSRI' ların adet öncesi semptomları 48 saat içinde hafifletebileceğini

doğrulamıştır. (103, 104) Yakın tarihli bir retrospektif kontrollü çalışma, PMDB' li 252 kadında semptomatik adet öncesi günlerde alınan 50 ila 100 mg sertralin plaseboya kıyasla değerlendirmiş ve sertralin, özellikle asabiyet ve öfke açısından plasebodan üstün olarak bulunmuştur. Kadınlar gebe kalmaya çalışırken maruziyeti en aza indirmek için, adetlerin düzensizleştiği menopoz geçişi sırasında ve kilo alımı, cinsel işlev bozukluğunun uzun vadeli yan etkilerini hafifletmeye çalışırken, semptom başlangıçlı dozlama önemli bir tedavi alternatifi olabilir. (103, 105) Klinik olarak, birçok kadın, SSRI' nın kesilmesinden sonra adet öncesi semptomların tekrarladığını kaydetmiştir ve önerilen optimal bir tedavi süresi yoktur. Bir retrospektif kontrollü çalışma, bir SSRI' ın uzun süreli kullanımı ve kesilmesinin ardından PMS / PMDB' nin nüksetmesini incelemiştir. Günde 50 ila 100 mg sertralin tedavisine yanıt veren kadınların tedavisi 4 ay veya 1 yıl sonra kesilmiştir. 4 aylık tedaviden sonra kadınların %60' ında nüks meydana geldiği görülmüştür, 1 yıllık tedaviden sonra ise kadınların %41' inde nüks oranı tespit edilmiştir. Bir kadının tedaviden önce daha şiddetli semptomları varsa ve tedaviyi bırakmadan önce sertralin ile tam semptom remisyonu sağlanmamışsa nüks daha olası olarak gözlenmiştir. (106)

2.1.6.2 Oral Kontraseptifler

Oral kontraseptifler klinisyenler tarafından PMS tedavisi için yaygın olarak reçete edilmiştir, ancak yakın zamana kadar etkinliklerini onaylayan çok az literatür bilgisi bulunmaktadır. Yakın tarihli retrospektif kontrolü çalışmalar, antimineralokortikoid ve antiandrojenik özelliklere sahip bir progesteron olan drospironon içeren oral kontraseptifler ile yürütülmüştür. Bir inceleme, drospironon içeren oral kontraseptiflerin 3 aylık kullanım sonunda PMS ve PMDB semptomlarını azaltmada plasebodan daha etkili olduğunu bildirmiştir, fakat yaygın yan etkiler olarak bulantı, intermenstrüel kanama ve meme ağrısına dikkat çekmiştir. (107) PMDB' li 450 kadın ile yapılan 3 aylık bir çalışmada 20 mg etinil östradiol ve 3 mg drospironon kullanılmış; adet öncesi duygusal, fiziksel semptomları azaltmada ve yaşam kalitesini iyileştirmede plasebodan üstün olarak bulunmuştur. 2006 yılında 20 mg etinil östradiol ve 3 mg drospironon kombinasyonu, kontrasepsiyon isteyen kadınlarda PMDB

tedavisi için FDA onayı almıştır. (108, 109) Birkaç retrospektif kontrollü çalışma genellikle 6 döngü için uygulanan sürekli oral kontrseptif kullanımının etkinliğini incelemiştir. Sürekli kullanılan levonorgestrel 90 mg / etinil estradiol 20 mg ile ilgili 4 çalışmanın gözden geçirilmesi, PMDB' li kadınlarda tutarsız sonuçlar ve yüksek plasebo yanıtları bildirmiştir. (110, 111) Oral kontraseptifler PMDB için ikinci basamak tedavi olarak kabul edilmektedir ve mevcut kanıtlar, ilk tercihin 20 mg etinil östradiol ve 3 mg drospirenon kombinasyonu olacağını göstermektedir. (112)

2.1.6.3 Diğer Ovülasyon Süpresyon Tedavileri

Gonadotropin salgılatıcı hormon (GnRH) agonistleri, hipotalamustaki GnRH reseptörlerini down regüle ederek yumurtlamayı baskılar, folikül uyarıcı hormon ve hipofizden luteinize edici hormon salınımının azalmasına yol açarak östrojen ve progesteron düzeylerinin azalmasına neden olur. 5 çalışmanın meta-analizi, GnRH agonistlerinin plaseboya kıyasla premenstrüel duygusal ve fiziksel semptomlarda iyileşmeye yol açacağını bildirmiştir. (113) Bilateral ooforektomi ile histerektomi, daha geleneksel tedavilere yanıt vermeyen veya tolere edemeyen şiddetli PMDB' li kadınlar için son çare tedavi seçeneği olarak kabul edilir. (53)

2.1.6.4 Diğer Medikal Tedavi Seçenekleri

Luteal fazda alprazolam kullanımı, çalışmaların hepsinde olmasa da çoğunda adet öncesi duygusal semptomlar için plasebodan üstündür. (114) Spironolaktonun adet öncesi duygusal ve fiziksel semptomları azalttığı ve bromokriptinin adet öncesi meme hassasiyetini azalttığı bildirilmiştir. (115) Duygudurum düzenleyicilere çok az çalışmada yer verilmiş olmakla birlikte; lamotrijin ve levetirasetam ile semptomlarında iyileşme tarifleyen vaka raporları bildirilmiştir. (116, 117)

2.1.6.5 Diyet Takviyeleri

PMDB' li 466 kadında yapılan bir çalışmada, birçok duygusal ve fiziksel adet öncesi semptom için günde iki kez 600 mg kalsiyumun plasebodan üstün olduğunu bildirilmiştir. PMS tedavisi için B6 vitamininin sistematik incelemeleri, plaseboya kıyasla zayıf üstünlük bildirmiştir. Esansiyel

yağ asitleri, E vitamini, magnezyum ve soya izoflavonlarıyla ilgili çalışmalarda da karışık bulgular rapor edilmiştir. Bazı çalışmalarda ise D vitamini, triptofan, buğday tohumu ve balık yağı ile başarılı tedavi sonuçları bildirilmiştir. (118-121)

2.1.6.6 Bitkisel ve Tamamlayıcı Tedaviler

Tamamlayıcı tedavilerin kanıta dayalı incelemeleri, Hayıt meyvesinin (chasteberry/Vitex agnus-castu) semptomların giderilmesinde faydalı olduğuna dair güçlü sonuçlar bildirmiştir. Bir inceleme, plasebo, piridoksin veya magnezyum ile karşılaştırıldığında PMS' li kadınlarda hayıt meyvesinin üstün etkinliğini bildirmiş olmakla birlikte fluoksetin ile yapılan kıyaslamada anlamlı sonuç elde edilememiştir. Hayıt meyvesinin premenstrüel semptomlar için faydasının, prolaktin inhibisyonu veya melatonin sekresyonunu arttıran bir dopamin agonisti olması nedeniyle olabileceği varsayılmaktadır. Lavanta, safran, ginkgo biloba ve kantoron (hypericum perforatum) için de faydalı olduklarına yönelik olumlu sonuç bildiren çalışmalar bulunmaktadır. Yakın tarihli bir çalışma, kurkuminin (zerdeçal) muhtemelen BDNF düzeylerini artırarak plasebodan daha üstün olduğunu ileri sürmüştür. (118, 122, 123)

Hem ışık tedavisi hem de uyku yoksunluğu, anormal sirkadiyen ve biyolojik uyku ritimlerini düzelterek adet öncesi disforiyi azaltabilir. Bu tedavilerin optimal süresi ve klinik etkinin devam edip etmediği belirsizdir. (124, 125) Akupunkturla ilgili retrospektif kontrollü çalışmaların bir meta-analizi, adet öncesi semptomlarda bir miktar iyileşme göstermiş olmakla birlikte bu çalışmaların çoğunun metodolojik kusurlar içerdiği anlaşılmıştır. Ayrıca Qi terapisi, masaj, yoga, refleksoloji, biofeedback, kayropratik manipülasyon, fotik stimülasyon, tekrarlayan trans manyetik stimülasyon ve diğer homeopatik tedaviler hakkında bildirilen olumlu raporlar vardır. (126)

2.1.6.7 Yaşam Tarzı Değişiklikleri ve Psikososyal Tedaviler

PMS / PMDB için yaşam tarzı değişiklikleri; kafeinin azaltılması, sık atıştırılmalık içeren öğünler, rafine şeker ve yapay tatlandırıcıların azaltılması ve kompleks karbonhidratların tüketiminde artış gibi diyet önerilerini ve egzersizi içerir. Kompleks karbonhidratlarla sabit bir serum glikoz seviyesinin

korunması, adet öncesi yiyecek isteklerini ve disforiyi azaltabilir ve beyinde serotonin sentezi için triptofanın kullanılabilirliğini artırabilir.(102)

Egzersiz, beta-endorfin seviyelerinde artış ve iyi olma hali yoluyla adet öncesi semptomları iyileştirebilir, ancak egzersiz, prospektif olarak doğrulanmış çalışmalarla PMS / PMDB' li kadınlarda henüz test edilmemiştir. (127) PMS hakkında eğitim, önerilen diyet ve egzersiz rejimleri, kendi kendini izleme ve diğer bilişsel-davranışçı teknikler ile psikoeğitimin adet öncesi semptomları azaltmak için kontrol gruplarından daha üstün olduğu çalışmalarda bildirilmiştir. (128) Bilişsel-davranışçı terapinin (BDT) incelemeleri, adet öncesi semptomları, özellikle duygudurum ve kaygı semptomlarını azaltmada kontrol gruplarına göre zayıf ama önemli bir üstünlük önermiştir. BDT' nin etkinliği, olumsuz düşüncelerin değiştirilmesine ve baş etme stratejilerinin artmasına bağlı olabilir. BDT, duygusal düzensizliği azaltmada da rol oynayabilir. (129-132) Yakın tarihli bir çalışma, farkındalık temelli stres azaltmanın PMDB semptomlarını azaltmak için yardımcı olabileceğini öne sürmüştür. (133)

2.2.Çocukluk Çağı Travmaları

2.2.1. Çocukluk Çağı Travmaları Tanımı

Travma genellikle, kişinin başa çıkma veya bu deneyimle ilgili duyguları bütünleştirme yeteneğini aşan çok büyük miktarda stresin sonucudur. Travmatik bir olay, kişinin o anki koşullarla başa çıkmak için mücadele etmesi ve sonunda ciddi, uzun vadeli olumsuz sonuçlara yol açması nedeniyle haftalar, yıllar ve hatta on yıllar içinde ortaya çıkabilen, kişinin olayı veya bunalıntıyı tekrar deneyimlemesini ifade eder. (134)

Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013 yılında; çocukluk çağı travmasını, ölüm tehdidi, ciddi yaralanma veya cinsel şiddete maruz kalmayı içeren psikolojik olarak rahatsız edici bir olay olarak tanımlamıştır. Bu tür olaylar korku, çaresizlik ve dehşet duygusunu barındırır. Çocukluk çağı travması, hem iç hem de dış kaynaklar bir dış tehditle başa çıkmak için yetersiz kaldığında ortaya çıkar. Çocuklar istismar (fiziksel, cinsel, duygusal), ihmal (fiziksel, tıbbi, duygusal, eğitim), doğal afetler, hastalık ve şiddet (okul, topluluk, ev içi)

nedeniyle travma yaşayabilirler. Travmaya maruz kalma, insanların aşırı stres deneyimlerine verdiği tepki olan savaşıma, kaçma veya donma stres tepkilerini harekete geçirir. İzole bir travmatik olaya maruz kalan çocukların çoğu zamanla iyileşir. Bununla birlikte, çocuklara kötü muamele gibi kronik kişilerarası travmaya maruz kalmak, gelişimin hemen hemen her yönünü olumsuz etkileyen bir durum olan karmaşık travma ile sonuçlanır. Çocuklukta karmaşık travma; travma sonrası stres bozukluğu ve “şiddet içermeyen” travma öyküsü olan çocuklara kıyasla önemli ölçüde daha yüksek düzeyde düzensizlik (duygusal, fizyolojik, dikkat, davranışsal ve ilişkisel), işlevsel bozulma ve psikiyatrik hastaneye yatışlarla kendini gösteren bir durum olan; gelişimsel travma olarak adlandırılır. (135)

Çocuklukta istismar, yaşamın ilerleyen dönemlerinde olumsuz ruh sağlığı sonuçlarıyla güçlü bir şekilde ilişkili olan ve bu riskleri artıran yaygın bir küresel sağlık sorunudur. Çocuklukta istismar, cinsel, fiziksel ve duygusal istismarın yanı sıra ihmal de dahil olmak üzere çeşitli biçimlerde olabilir. Amerikan Psikoloji Derneği'ne göre cinsel istismar, mağdurun rızası olmadan ortaya çıkan cinsel faaliyetleri tanımlar. Fiziksel istismar, mağdura kasıtlı olarak fiziksel zarar verilmesini içerirken, duygusal istismar, mağdurda olumsuz duygulara neden olmayı ifade eder. Aile içi şiddete tanık olmak da yaygın bir duygusal istismar şeklidir. Fiziksel ihmal, mağdurun temel fiziksel ihtiyaçlarının karşılanmamasıdır, duygusal ihmal ise çocuğun yaşadığı sıkıntıya cevap verememe gibi bakıcıların duygusal destek sağlayamamasıdır. Çocuklukta istismar, etkileri önlenabilir olabilen çevresel bir maruziyet oluşturur. Bu nedenle, müdahale etmek ve etkilerini tersine çevirmek için stratejiler geliştirmek, depresyon ve intihar oranlarını azaltmaya yardımcı olabilir. Bu tür stratejiler geliştirmek, çocuklukta istismarın daha yüksek MDB ve intihar risklerine nasıl katkıda bulunabileceğini ve genel olarak beyni nasıl etkileyebileceğini daha iyi anlamayı gerektirir. Beyin yapısı, hacmi ve bütünlüğünün çeşitli çocuklukta istismar türleri tarafından tehlikeye atıldığı gösterilmiştir. Örneğin, çevreden duygusal uyaranları alan beyin bölgelerinin kalınlığının ve hacminin, ebeveynler arası şiddete tanık olmanın yanı sıra, ebeveyn sözlü tacizine maruz kalmaktan da etkilendiği bulunmuştur. Kötü

muamele görmüş çocuklarda anterior singulat korteks (ACC), orbitofrontal korteks ve hipokampusun tümü azalmış hacimlere sahiptir. Ek olarak, prefrontal korteks, ACC, hipokampus ve amigdala dahil olmak üzere çocukluk döneminde kötü muameleye maruz kalan bireylerin çeşitli beyin bölgelerinde işlevsel bağlantı ve ağ değişiklikleri meydana gelir. Çocuk istismarının beyin yapısı ve işlevi üzerinde önemli etkileri olduğu iyi bilinmesine rağmen, çocukluk çağı travmasının yetişkinlikte devam eden ve sonraki uzun süreli patolojilere neden olan spesifik moleküler mekanizmaları bilinmemektedir. (136)

2.2.2. Çocukluk Çağı Travmalarının Tarihçesi

Çocukluk çağı travmalarının tarihi en az çocukluğun tarihi kadar eskidir, geçmiş uygarlıklarda pek çok kez çocuklara karşı kötü muamele, kurban edilme, köle ya da işçi olarak kullanılma örneklerine rastlamak mümkündür. Hindistan, Çin gibi Uzak Doğu Medeniyetlerinde ayin törenlerinde bebeklerin nehre atılarak yüzebilecek kadar güçlü olanların yaşam haklarının olduğuna inanılması; Müslümanlık öncesi Arap kabilelerinde kız evlatların canlı canlı toprağa gömülerek ölüme terk edilmeleri; yaklaşık 1000 yıl süren Roma İmparatorluğu süresince çocukların köle olarak kullanılmasına müsaade eden resmi yasaların bulunmasıyla birlikte tüm bu sayılanların toplumların gelenek ve inançları doğrultusunda olağan sayılarak şekillenmesi oldukça çarpıcıdır. (137) Bilindiği kadarıyla ilk olarak Tardieu 1860 yılında çocukların cinsel ve fiziksel istismarından bahsetmiştir. (138) Toplumsal yaşamda pek çok uygulamanın değişmesinde etkili oldukları gibi çocuk eğitimi üzerinde de dünya savaşlarının etkisi büyük olmuştur. Ebeveynlerini kaybeden; savaş mağduru çocuklara yönelik yapılan pek çok gözlem ve bilimsel kayıt, ruhsal hastalıkların patogeneğinde çocukluk çağı travmatik yaşantılarının anlaşılmasında yol gösterici olarak kabul edilmektedir. (139) 1946 yılında Caffey' in fiziksel travma sonucu subdural hematoma, uzun kemik ya da kosta fraktürü olan çocuklarda şiddet görmüş olma geçmişinin araştırılması gerektiği görüşünü; 1962' de Kempe' nin hırpalanmış çocuk (battered child) terimini literatüre dahil etmesi ve yine 1972' de Caffey ile arkadaşlarının 1972 yılında "dövülmüş bebek sendromu" terimini kullanması takip etmiştir 1960' lardan sonra çocuklara yönelik cinsel istismar bu alandaki en dikkat çeken gündem

maddelerinden biri haline gelmiştir. Amerika Birleşik Devletleri' nde (ABD) 1974 yılında "Çocuk ihmalini ve İstismarını Önleme ve Tedavi Yasası" yürürlüğe girmiştir. Ardından 1989' da Birleşmiş Milletler, Çocuk Hakları Sözleşmesi'ni kabul etmiştir. Sözleşmede yer alan 19. Madde çocuğun; bakımını üstlenen bireylerden kaynaklı maruz kalabileceği tüm kötü muamele ve koşullara yönelik olarak korunmasını şart koşturmakta; ayrıca sözleşmeyi imzalayan devletler bu yükümlülüğü kabul etmiş sayılmaktadır. (140, 141) Ülkemizde ise "Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu' (SHÇEK) çocuk istismarını önleme ve istismara uğramış çocuğu koruma görevini üstlenmiştir.(142)

2.2.3. Çocukluk Çağı Travmalarının Epidemiyolojisi

Küresel çocuk istismarı oranlarını araştıran bir incelemeye göre, çocukların %5-35' inin fiziksel istismar biçimleri yaşadığı tahmin edilmektedir. Ek olarak, duygusal istismar ve ihmal oranları sırasıyla %4-9 ve %6-12 arasında değişmektedir. Küresel olarak yürütülen çalışmaların bir meta-analizi, erkeklerin %9' unun ve kızların %25' inin cinsel istismara uğradığını tahmin etmektedir. (143, 144)

1995-1997 yılları arasında ABD sağlık bakım kuruluşu Kaiser Permanente ve Hastalık Kontrol / Önleme Merkezleri tarafından; Olumsuz Çocukluk Deneyimleri (OÇD) Çalışması (The Adverse Childhood Experiences Study - ACEs) 17.000'den fazla katılımcı dahil edilerek yürütülmüş ve 1998 yılında orijinal olarak Amerikan Önleyici Tıp Dergisi'nde yayınlanmıştır. (145) Çalışma, olumsuz çocukluk deneyimlerinin yaşam boyu sağlık ve sosyal sorunlarla ilişkisini göstererek birçok bilimsel makale ve konferans için kaynak oluşturmuştur. 17.000' den fazla katılımcı üzerinde yapılan orijinal çalışmada, ankete katılan nüfusun %64' ünün en az bir Olumsuz Çocukluk Deneyimi bildirdiği gösterilmiştir. Çalışmalar ayrıca OÇD' lerinin birlikte ortaya çıkma olasılığının yüksek olduğunu göstermiştir. Uluslararası Çocuk İstismarını ve İhmalini Önleme Derneği, küresel kullanım için OÇD' lerini tarama fırsatı sağlayan çocuk istismarı tarama araçları oluşturmuştur. Bu araçlar kullanılarak, dokuz Balkan ülkesinde 42.272 çocuk incelenmiş ve %65-83' ünde en az bir

OÇD'nin varlığını ortaya koyan çok uluslu Balkan Çocuk İstismarı ve İhmali Epidemiyolojisi çalışması raporlanmıştır. (146, 147)

2.2.4. Sınıflama

2.2.4.1. İstismar

Bilimsel yazında çocuk istismarı sık karşılaşılan bir kavram olmakla birlikte toplum ve kültürler arasında tanımlanma ve algılanma biçimi farklılık göstermektedir. Toplumların kültürel birikimleri çocuklara yaklaşımını ve yetiştirme prensiplerini etkilemekte, bu durum ebeveynlerin de çocuklarına yönelik tutumlarına yansımaktadır. Çocuğun karşılaşmış olduğu davranışın normal, ihmal ya da istismar olarak tanımlanması da bu noktada toplumsal inanç ve alışkanlıklardan etkilenmektedir. (148) İstismar ile karşılaşan çocuk kendisini değersiz suçlu, güçsüz, savunmasız hisseder ve tehlikede olduğuna inanır, karşılaştığı yaşamsal engelleri ise olduklarından daha çözümsüz görme eğiliminde olur.(149) Çocuklara yönelik istismar duygusal, fiziksel ve cinsel olmak üzere 3 ana başlık altında incelenmektedir.

2.2.4.1.1. Duygusal İstismar

En sık karşılaşılan istismar türü duygusal istismardır. Fark edilmesi, tanımlanması ve yasal olarak kanıtlanması daha güçtür. Fiziksel istismara göre çok daha sıklıkla görülmekte, diğer tüm çocukluk çağı ihmal ve istismar şekillerinden potansiyel olarak daha yıkıcı olmaktadır. (5, 150) Duygusal istismar, çocukların ihtiyaç duydukları ilgi, sevgi ve bakımdan mahrum bırakılarak psikolojik hasara uğratılması olarak tanımlanmaktadır. UNICEF duygusal istismarı ve ihmali çocuğun topluma aykırı düşen çocuk bakım yöntemleri ile yetiştirilmesi; çocuktan yaşına ve gücüne uygun olmayan taleplerde bulunulması; kapasite, nitelik ve arzularının sürekli kötülenmesi, çocuğun sürekli olarak insanüstü güçlerle, sosyal açıdan ağır zararlar verme ya da terk etme ile tehdit edilmesi, sosyal ilişki ve kaynaklarla ilişkisinden sürekli yoksun bırakılması olarak tanımlamıştır. Duygusal istismar, çocukların zihinsel ve fiziksel sağlıklarını; fiziksel, zihinsel, manevi ve toplumsal gelişimlerini negatif anlamda etkileyebilir. Duygusal istismar ebeveynlerin veya kendisine bakım verenin, çocuğun gelişimi için destekleyici olan uygun bir

ortam sağlayamadığı durumlarda oluşur. Bu istismar türüne örnek olarak; çocuğa değer vermeme, önemsememe, çocuğun duygusal ihtiyaçlarını karşılamama, yalnız bırakma; hareket serbestliğinin engellenmesi, aşırı baskı ve otorite kurma, çocuktan yaşının üzerinde sorumluluklar bekleme; bağımlı kılma ve aşırı koruma; bağırma, küfretme, suçlama, korku oluşturma, yıldırma, tehdit etme, düşmanca tutum, çocuğu reddetme, dışlama, ayrımcılık ve kardeş ayrımı yapma; çocukla alaylı konuşma, dalga geçme, lakap takma, aşağılama, küçük düşürme sayılabilir. Çocuğun günlük yaşamına dair, bir yetişkin tarafından karşılanması gereken ihtiyaçlarının karşılanmaması ya da olumsuz ithaflar duygusal istismar olarak isimlendirilir. Çocuğun yardım isteklerini reddetmek, ihtiyaçlarını karşılamamak, yokmuş gibi davranmak, duygusal yakınlıktan yoksun bırakmak, çocuğa yalnız olduğu hissini yaşatmak, çocuğa sözel olarak saldırmak, çocuğa kötü rol model olmak, onu suça sürüklemek, bu davranışlara örnek olarak verilebilir. (151, 152)

Duygusal istismar genellikle çocuğun üzerinde etki sahibi olan; yakın çevresindeki yaş, statü, bilgi konumu gibi bir takım özellikleri ile üstün konumdaki; kişi ya da kişiler tarafından gerçekleştirilir. (137, 153) Duygusal istismarda çocuklar kendilerini olumsuz yönde etkileyebilecek tutum ve davranışlara maruz kalırlar. Bu durum çocukların gereksinim duydukları ilgi, sevgi ve bakımdan mahrum kalmalarına, toplumsal ve bilimsel standartlara göre psikolojik hasara uğratılmalarına sebep olur. Bu tablonun sonucu olarak duygusal istismara maruz kalan çocuklarda aileden uzaklaşma, gerginlik, bağımlı kişilik, değersizlik duyguları geliştirme, uyumsuzluk ve saldırgan davranışlarda bulunma sıktır. Duygusal istismar çocuğun kişiliği ve başarısının yanı sıra bedensel gelişimini de olumsuz yönde etkileyebilir. (154, 155) Bu istismar türünde çocuklar devamlı olarak eleştirilmekte, tehdit edilmekte, destekten, sevgiden mahrum bırakılmakta, duygusal gelişimlerine ket vurulmaktadır. (156) 2002 yılında Türkiye’de yapılan bir çalışmada annelerin %93’ ünün çocuklarına duygusal istismar / ihmal uyguladıkları ortaya konulmuştur. Ülkemizde anneler çocuklarına sevgilerini göstermeyerek, çocuklarının ahlaklarının bozulmamasını, çocuklarının şımarmamasını ve çocuklarını disipline etmeyi hedeflemektedirler. Bu sebepten dolayı anneler

çoğu zaman çocuklarına sevgilerini belli etmemekte, bağırma ve azarlama davranışını çocuklarını eğitmede bir araç olarak kullanmaktadırlar. (157) Beş farklı ülkede yapılan bir çalışmada çocuğa bağırma %75-80 oran ile en sık görülen duygusal istismar tipi olarak saptanmıştır. (158, 159)

Yalnızca duygusal istismara ya da duygusal ihmale maruz kalınabildiği gibi, duygusal istismar ya da duygusal ihmalle birlikte fiziksel ve cinsel istismara da uğramaya yaygın olarak rastanmaktadır. Bir çalışmada, duygusal istismar, fiziksel istismar ve fiziksel ihmal en yüksek oranlarda birlikte görülen çocukluk çağı ihmal ve istismar türleri olarak bulunmuştur. Çoğu fiziksel istismar olgusuna eşlik eden duygusal istismar, bedensel belirtiler iyileştikten çok sonra, hatta hayat boyu etkisini sürdürür; çocuğun bağlanma sürecini ve duygusal gelişimini olumsuz etkileyerek uygun duygusal cevaplar geliştirme kapasitesini bozabilir. (160, 161)

2.2.4.1.2. Fiziksel İstismar

UNICEF fiziksel istismarı, kaza dışı sebeple, çocuğa yönelik, çocuğun sağlığını, yaşamını, gelişimini ve onurunu olumsuz olarak etkileyebilecek şekilde kasıtlı fiziksel güç kullanılması olarak tanımlarken; WHO çocuğa yönelik bilerek yapılan fiziksel güç kullanımı sonucunda çocuğun sağlığı, gelişimi ve onuru bakımından zarar görmesi şeklinde benzer ifadelerle vurgu yapmaktadır. Fiziksel istismar olarak kabul edilebilecek eylemler; itaati sağlama, cezalandırma ya da öfke boşaltma amacıyla elle ve/veya aletle vurularak, itilerek, sarsılarak yakılarak ya da ısırılarak çocuğun vücudunun herhangi bir yerinde iz bırakacak şekilde ya da iz bırakmasa da şiddet uygulayarak çocuğa bir zarar vermek; tekmelemek, sarsmak, ısırma, boğazını sıkmak şeklinde sayılabilir. Fiziksel şiddetin evlerde cezalandırma amacıyla sıklıkla uygulandığı ve babalardan daha çok annelerin kullandığı bilinmektedir. Ayrıca tek ebeveynli ailelerde fiziksel şiddete başvurma olasılığı daha fazladır. (6, 152, 162) Çocuğa yönelik fiziksel istismar çeşitlerinden en sık karşılaşılan olgu dayaktır. Çocuğu sarsmak, ağzına biber sürmek, kulağını ve saçını çekmek, çocuğun vücudunun herhangi bir yerine hafif şiddetle vurmak orta derecede fiziksel istismar olarak kabul edilirken; çocuğa şiddetli vurmak, yakmak, boğmak ise şiddetli fiziksel istismar olarak kabul

edilmektedir. (153, 163) Fiziksel istismar tesbiti en kolay ÇÇT olmasına rağmen, bu cezalandırma şekilleri bazı toplum ve kültürlerde istismar olarak algılanmadığı veya tanımlanmadığı için tesbiti zorlaşmaktadır. Bu davranışlar çocuğun disiplini ve terbiye edilmesi için gerekli olarak da görülebilmektedir. Fiziksel istismara maruz kalmış çocuklarda görülen bazı belirtiler; morluklar, kırıklar, yanık ve ısırık izleri gibi her çeşit lezyon, ebeveynlerinden korkmaları, evinde olmaktan huzuru olmadığına dair davranış değişiklikleri, yetişkinlerle iletişim kurarken çekingen ve ürkek tavırlar, ailesi veya ailesi dışından biri tarafından zarar gördüğünü belirtmesi, akranlarına, eşyalara ve hayvanlara zarar verici davranışlarının gözlenmesi olarak toparlanabilir. (150, 157)

Olumsuz benlik algısı geliştirme yönünden şiddet gören çocuklar risk altındadır. Ayrıca genel duygudurumları umutsuz, çaresiz hissetme ve endişeli olma eğilimindedir. Şiddetli bir fiziksel ceza sonrası çocuk korku duygusunun yanında kendisini çaresiz ve değersiz de hisseder. Bu durum çocukların insanlarla etkileşimde bulunma, arkadaş edinme ve sosyal ortamlara katılmak konusunda güçlüklerle karşılaşmasına sebep olabilir. (153, 164) Çocukluk çağında şiddete maruz kalan bireyler, geleceğinde sorun çözebilme yöntemi olarak öğrendiği şiddet davranışına başvurabilmektedir; saldırganlık ve öfke eğilimleri yoğun olabilmektedir. (165, 166) Çocukluk çağında fiziksel şiddete maruz kalmış bir yetişkinin geleceğinde partnerine şiddet uygulama olasılığı artar. Her iki cins içinde geçerli olmak üzere ergenlik döneminde fiziksel şiddete maruz kalmış bireylerin, yetişkinlik hayatlarında partnerlerine karşı fiziksel şiddet uygulama eğiliminde oldukları, aile içi şiddet konulu araştırmalarda gösterilmiştir. (157, 167) Artan intikam duygusunu ile birlikte öfke duygusunu kontrol etmekte zorlanan çocuğun çevresine güvenme ve başkalarını sevmeye gibi becerileri körelebilir; kabus görme, hayata ve insanlara karşı kaygı hissetme, okula devamsızlık, okul ve evden kaçma, eğitimini yarıda kesme, alkol ve madde bağımlılığı gibi riskli durumlar yaşama olasılığı yükselir. (168, 169) Fiziksel istismara uğramış çocukların büyüme süreci ve yetişkinlik döneminde karşılaşılabileceği sorunlar; bilişsel yetilerde bozukluk ve akademik başarısızlık, yüksek oranda rastlanan nörolojik bozukluklar; dikkat eksikliği-hiperaktivite bozukluğu, kaygı bozuklukları, karşıt olma-karşı gelme

bozukluğu, psikopatik kişilik bozuklukları, bipolar bozukluk, şizofreni ve unipolar depresyon gibi psikiyatrik hastalıklar, artmış intihar düşünceleri ve girişimleri, saldırgan ve suça yönelik davranışlar, madde kötüye kullanımı, riskli ve rastgele cinsel yaşantı gibi sağlığı tehdit eden tutmlar, iş ve ekonomik yaşamda güçlükle karşılaşma şeklinde sayılabilir. Ayrıca ağır fiziksel istismara maruziyet travma sonrası stres bozukluğuna da yol açabilir. (170-172)

2.2.4.1.3. Cinsel İstismar

Cinsel istismar, bir çocuk veya genç, gelişiminin duygusal ve fiziksel açıdan hazır olmadığı, cinsel faaliyetlere maruz kaldığında ortaya çıkar. Toplum yasalarını ve normlarını ihlal eden bu durumun genellikle, çocuğun ihtiyaçlarını ve gelişim düzeyini önemsemeyen; yetki ve otorite sahibi bir yetişkinin cinsel tatmin amacıyla güç kullanma, tehdit ya da kandırması yolu ile gerçekleştirildiği bilinmektedir. Buna karşılık yetişkin olmayan ergen ya da çocuğun diğer çocuktan 4 yaş büyük olduğu, karşı tarafın zorlama ile cinsel haz amacı güden aktivitelere maruz bırakıldığı durumda da cinsel istismar söz konusudur. (152) Ayrıca, her ikisi de gelişmekte olan çocuk veya genç üzerinde son derece rahatsız edici etkilere sahip olabilen, fiziksel ve psikolojik istismar dâhil olmak üzere çeşitli istismar biçimlerini bir araya getirebilir. Cinsel istismar, genel olarak temaslı ve temassız olmak üzere 2 forma ayrılabilir. Temassız istismar, pornografiye ya da başkalarının cinsel ilişkisini izlemeye maruz bırakmak, pornografiye dahil etmek, teşhircilik, sözel olarak cinsel tacizde bulunmak gibi çocuğun anlayamadığı, onaylama kapasitesinin olmadığı eylemleri içerir. Temas istismarı ise, dokunma, okşama, genital bölgeleri elleme, mastürbasyon, istismarcının çocuğu kendisine dokunmaya zorlaması, interfemoral ilişki gibi penetrasyon içermeyen eylemler ve vajina, ağız veya anüsün obje, parmak ya da cinsel organ ile penetrasyonunu içerir. En sık görülen cinsel istismar şekli ise genital penetrasyondur. Ayrıca anal sürtünmenin erkek çocuklarda, dokunma-okşama ve öpmenin kız çocuklarında yüksek oranda saptandığı, yaş arttıkça vaginal penetrasyonun daha sık yaşandığı belirtilmektedir. (173)

Cinsel istismar birçok kişiye yeni bir fenomen gibi görünse de, uzun ve karanlık bir geçmişi vardır. Çocuk istismarı, binlerce yıldır tüm kültürlerin

tarihinin bir parçası olmuştur. 18. ve 19. yüzyıllarda İngiltere ve Fransa'dan gelen raporlar, çocukların sık sık cinsel istismara maruz kaldıklarına dair açık bir kanıtlar sunmaktadır. 1970' ler ve sonrasında çocuk esirgeme kurumları ve diğer profesyoneller, cinsel istismarın tüm biçimlerinin kapsamını ve sonuçlarını giderek daha fazla fark etmişlerdir. Tüm dünyada sosyal, hukuki, psikolojik bir sorun olan cinsel istismar her yaş, ırk ve cinsiyetten insanı etkilemekle birlikte en savunmasız grup çocuklardır. (174) Çalışmalar 8 - 12 yaş aralığının ilk istismar yaşı açısından en riskli grup olduğunu bildirmiş olmakla birlikte mağdurların %53' ü 14 yaşın altındadır ve yaş arttıkça istismarın tekrarlanması olasılığı da artmaktadır. 2014 yılında yapılan bir çalışmada yaklaşık 702.000 kötü muamele gören çocuğun %8,2' sinin cinsel istismar mağduru olduğu bildirilmiştir. Cinsel istismara uğrayanların yalnızca %15' i bildirimde bulunmaktadır, bu açıdan yaygınlık verileri nüfusa, kötüye kullanım tanımlarına ve anket tasarımına bağlı olarak değişmekle birlikte; son çalışmalar, akranlarla ilgili olmayan çocukluk çağı cinsel istismarı oranının kızlarda %11, erkeklerde %2 olduğunu belirtmektedir. Kızlarda erkeklere oranla 4 kat daha fazla cinsel istismar görüldüğü bildirilmiş olmakla birlikte 2009 yılında 29 ülkeden çalışmanın katıldığı bir meta-analizde oranlar kızlarda %10, erkeklerde %10-20 olarak belirlenmiştir. Başka bir çalışmada ise çocuğa karşı cinsel istismarın genel yaygınlığı %10 - 40 aralığında tespit edilmiştir. Akran ve yabancı saldırıları anketlere dâhil edildiğinde özellikle ergenlik döneminde oranlar artmaktadır. (141, 175) Yapılan çalışmalarda sadece bir kez istismara uğrayan mağdurların daha az bildirimde bulunduğu, tekrarlayan istismarlarda failin çoğunlukla aynı kişi olduğu fakat aynı zamanda bir kez istismar yaşayan çocukların %14 daha fazla olasılıkla bir başkası tarafından da istismar edildiği belirlenmiştir. (176)

Araştırmalar nörogelişimsel açıdan engelli, mizaç özellikleri bakımından itaat etmeye eğilimli, yalnızlık çeken ve ilgi ihtiyacı olan, yaşlılarından daha erken cinsel olgunluğa erişmiş çocukların cinsel istismara uğrama tehlikelerinin daha fazla olduğunu iddia etmektedir. Bununla birlikte herhangi bir sosyodemografik grupla ilişki gösterilememiştir. Annenin eğitim ve sağlık düzeyi, parçalanmış ya da işlevini kaybetmiş aile yapısı, annenin evi

terk etmesi, ailede antisosyal kişilik özellikleri gösteren; alkol, madde bağımlılığı olan ebeveyn olması, yetersiz ebeveyn tutumları, çocuğun yetişkinlerle aynı odada veya yatakta uyuması, anne ya da babanın ailesinde encest varlığı da çocuk istismarını ve encest riskini arttıran faktörler olmaları yönünden anlamlı bulunmuştur. (177)

Aile içi istismarda en sık failin baba olduğu bildirilmiştir ve üvey babalar da istatistiksel olarak yüksek bulunmuştur. Biyolojik babaya kıyasla üvey baba ile yaşayan bir kız çocuk cinsel istismar yönünden 6 kat daha fazla risk altındadır. Klinik çalışmalarda kardeşler arası istismar sık bildirilmemiştir buna rağmen tarama çalışmalarında en az babanın gerçekleştirdiği istismar kadar sık olduğu bulunmuştur. Tanıdık bir kişi tarafından istismara uğrama olasılığı bir yabancından daha fazladır. İstismarcılar genellikle erkektir, ancak %5 - 15' inde failin kadın olduğu tespit edilmiştir. (173)

Cinsel istismar sık rastlanan ve etkileri uzun süren bir istismar çeşidi olmasına rağmen bu tür vakalar çocuğun utanç ve suçluluk duyguları, günah işlediğine ve cezalandırılması gerektiğine yönelik inancı, terk edilme korkusu, aile ve çevre baskısı gibi sebeplerle sıklıkla gizli kalmaktadır. Cinsel istismar her yaş grubu için travmatik hasar bırakan bir olgudur. Fakat saymış olduğumuz sebeplerle çoğunlukla yetişkin yaşa kadar gizli kalabilen bu durum çoğunlukla ancak çocuk bedensel hasar almışsa fark edilebilir. Bu sebeple aileler, sağlık çalışanları ve öğretmenler bedensel ve ruhsal belirtiler açısından bilgi sahibi olmalıdır. Yürümekte ve oturmakta güçlük çeken, uyku ve iştahında ani değişimler yaşayan, sık kabus görme, alt ıslatma, dışkı kaçırmaya gibi problemler gözlenen, vücudunda sebebi açıklanamayan yaralar, morluklar, kesikler, şişlikler bulunan, bilişsel gelişimi ile uyumsuz düzeyde cinsel bilgilere ya da cinsel yolla bulaşan hastalığa sahip; içine kapanık ya da aşırı hareketli, sık sık yalan söylemeye eğilimli, eve gitmek konusunda isteksiz, donuk yüz ifadesine sahip, okul başarısında ani düşüş gösteren, alkol ve madde bağımlılığına sahip çocuk ve ergenlerde cinsel istismar ihtimali yönünden dikkatli olunmalıdır. (177)

2.2.4.2. İhmal

İhmal çocuğa bakmakla yükümlü kişi ve/veya kurumların gerekli bakımı vermek konusundan yetersiz kalması olarak tanımlanabilir. Çocuğun en temel ihtiyaçları olan; sağlıklı beslenme ve barınma, temiz giysiler giyme, güvenliğini sağlama, gereken durumlarda tıbbi bakıma ulaştırma, ebeveyn ya da bakım vereni ile yeterli düzeyde duygusal ve sosyal iletişim kurma, yaşı ve bilişsel gelişimine uygun şekilde eğitim alma gibi temel konularda yaşanan eksiklikler ihmalî beraberinde getirmektedir. İhmal vakaları özellikle kalabalık ortamda büyüyen, 0 - 36 ay aralığında çocuk sayısının fazla olduğu, ekonomik koşulların yeterli olmadığı, ebeveynlerin genç yaşta, tecrübesiz olduğu, ailede hasta ebeveyn ya da çocuğun bulunduğu ortamlarda daha sık yaşanmaktadır. Ayrıca çalışmalar nörogelişimsel ya da diğer tıbbi durumlara bağlı sorunu olan çocukların daha sık ihmal edilebildiğini göstermiştir. İhmal fiziksel, duygusal, eğitim ve tıbbi olarak sınıflandırılabilir. Ayrıca kurum ve kuruluşların sorumlu oldukları alanlarda duyarsız davranmaları sosyal ihmal olarak adlandırılmaktadır. Özellikle bebeğin hayattaki ilk yılında ihmale maruz kalması geri dönüşümsüz ve ciddi gelişimsel hasar bırakabilmektedir. İhmalin ciddiyeti ve süreğenliği de hasarın ciddiyeti ve kalıcılığı bakımından önemlidir. (147, 169)

2.2.4.4.1 Fiziksel İhmal

Çocuğun yetersiz beslemesi, giydirilmesi, temizliğinin ve bakımının yapılmamasıdır. Gereken durumlarda sağlık hizmetlerine ulaştırılmaması, sağlık profesyonellerinin önerilerine uyulmaması hem tıbbi hem de fiziksel ihmal kapsamına girmektedir. Ayrıca çocuğun güvenliğinin sağlanmaması, terk edilmesi, evden kovulması, tek başına bırakılması gibi pek çok durum fiziksel ihmal olarak kabul edilir. Fiziksel ihmale maruziyet çocukta; solgun ten, bakımsız saçlar, apatik görünüm, gelişiminin yaşından beklenenin gerisinde olması, kıyafetlerinin mevsime uygun olmayan nitelikte, kirli ve yırtık olması gibi belirtilerle kendini gösterebilir. Uzun dönemde sosyal, bilişsel, duygusal ve davranışsal gelişimde ağır ve uzun dönemli sonuçlar ortaya çıkabilir. Erken çocukluk döneminde yeterli ve uygun uyaran desteği sağlanmayan çocuklarda bilişsel alanlarda, özellikle de ifade edici ve alıcı dil ile problem çözme

becerilerinde gerilik görülmekte bu durum ilerleyen süreçte ağır akademik başarısızlıkla da devam edebilmektedir. Ayrıca büyüme geriliği, kilo alamama, boy uzamasında gerilik, kuru cilt, zayıf ve ince saçlar gibi bazı bedensel belirtilerle birlikte; bilişsel, motor ve dil gelişiminde gecikme, duygu düzenleme güçlüğü, artmış dürtüsellik, baş etme becerilerinde zayıflık, artmış ev içi kazalara maruziyet gibi birçok sorun da gözlenebilmektedir. (136, 164)

2.2.4.4.2. Duygusal İhmal

Ebeveynin ya da bakım vermekle yükümlü kişilerin çocuğun duygusal ihtiyaçlarına yanıt verme konusunda yetersiz kaldığı durumlarda duygusal ihmalden söz edilir. (178) Çocuğun duygusal ihtiyacından kasıt; yeterli sevgi, şefkat ve takdiri görmesi, yalnız ve terk edilmiş hissetmemesi, önemsendiğini ve anlaşıldığını hissetmesi şeklinde genişletilebilir. Ayrıca çocuğa sağlıklı sınırlar çizilmemesi, sosyal kuralların öğretilmemesi de duygusal ihmal olarak kabul edilebilir. (179) Sosyal gelişimi için yeterli imkân sağlanmayan çocuklar çevreleri ile iletişim ve bağ kurmakta güçlük yaşayabilirler, bu durum beraberinde psikolojik sorunları da getirebilir. Ailenin bakabileceğinden fazla sayıda çocuğa sahip olduğu, istenmeyen gebelik sonucu dünyaya gelen çocuklarda duygusal ihmal sık görülen bir durumdur. (180) Bu durum anne ve bebek bağlanma ilişkisini de kötü etkilemekte çocukta temel güven duygusunun oluşması zedelenmiş olmaktadır. Ebeveynleri ile uygun nesne ilişkisini ve özdeşimi kuramayan çocuğun ilerleyen bireysel yaşamında da sorunlarla karşılaşması kaçınılmaz olmaktadır. Diğer istismar ve ihmal türlerine ölçmek ve miktarını belirlemek daha zor olduğundan, bu konuda daha az çalışma yapılmış olmakla birlikte duygusal ihmalin en sık rastlanan çocukluk çağı zorlantısı olduğu düşünülmektedir. Psikiyatri örnekleminde hastaların çocukluk çağında ihmal ve istismara uğramış olma sıklıklarının araştırıldığı bir çalışmada duygusal ihmal %81,6 olarak tespit edilmiştir. Ayrıca fiziksel istismar ve ihmal olgularının %90' ında duygusal istismar ve ihmal olduğu saptanmıştır. (181, 182)

2.2.5. Çocukluk Çağı Travmaları Risk Faktörleri

Çocuklara kötü muamele için çeşitli risk faktörleri tanımlanmıştır;

2.2.5.1. Toplumsal Faktörler

- Cinsiyet ve sosyal eşitsizlik
- Aileleri ve kurumları desteklemek için yeterli konut veya hizmet eksikliği
- Yüksek düzeyde işsizlik veya yoksulluk
- Alkol ve uyuşturucuların kolay bulunabilirliği
- Çocuklara kötü muameleyi, çocuk pornografisini, çocuk fahişeliğini ve çocuk işçiliğini önlemeye yönelik yetersiz politika ve programlar
- Başkalarına karşı şiddeti teşvik eden veya yücelten, bedensel ceza kullanımını destekleyen, katı cinsiyet rolleri talep eden veya ebeveyn - çocuk ilişkilerinde çocuğun statüsünü azaltan sosyal ve kültürel normlar
- Kötü yaşam standartlarına veya sosyoekonomik eşitsizliğe veya istikrarsızlığa yol açan sosyal, ekonomik, sağlık ve eğitim politikaları

2.2.5.2. Ailesel Faktörler

- Ebeveyn yönünden;
 - Yeni doğmuş bir bebekle bağ kurmada zorluk
 - Çocuğu beslememek
 - Çocukken kötü muameleye maruz kalmış ebeveynler
 - Çocuk gelişimi konusunda farkındalık eksikliği veya gerçekçi olmayan beklentilere sahip olma
 - Hamilelik süreci de dahil olmak üzere alkol veya uyuşturucuları kötüye kullanmak
 - Düşük benlik saygısına sahip olmak
 - Zayıf dürtü kontrolünden muzdarip olmak
 - Zihinsel veya nörolojik bir bozukluğa sahip olmak
 - Suç faaliyetine karışmak
 - Mali zorluklar yaşamak
- Ebeveynlerin birbirleri ile olan ilişkisi yönünden;
 - Çocuklara kötü muamele riskini artıracıecek aile içi veya yakın partnerler, arkadaşlar ve akranlar arasındaki ilişkilerin özellikleri

- Ailenin dağılması veya diğer aile üyeleri arasında şiddet
- Topluluk içinde izole olmak veya bir destek ağından yoksun olmak
- Geniş aileden çocuk yetiştirmede desteğin kesilmesi

2.2.5.3. Kişisel Faktörler

Çocukların mağdur olduğunu ve kötü muameleden asla sorumlu tutulamayacaklarını vurgulamak önemlidir. Bir çocuğun kötü muamele görme olasılığını artırabilecek özellikleri şunları içerir:

- Dört yaşın altında ya da ergen olmak
- İstenmeyen gebelik sonucu dünyaya gelmek veya ebeveynlerin beklentilerini karşılayamamak
- Özel ihtiyaçları olması, sürekli ağlaması veya anormal fiziksel özelliklere sahip olması
- Zihinsel engelli veya nörolojik bir bozukluğa sahip olmak
- Lezbiyen, gey, biseksüel veya transseksüel olarak tanımlama veya tanımlanma (141)

2.2.6. Çocukluk Çağı Travmaları ve Psikiyatrik Hastalıklar

Travma doğası gereği iz bırakmakla birlikte travmaya duyarlılığın daha fazla olduğu çocukluk ve ergenlik döneminde karşılaşılan travmaların etkisi çok daha kalıcı olmaktadır. Travmatik süreç sonrası yeterli sosyal destek ile sağlıklı iyileşmenin mümkün olmadığı durumlarda akut stres tepkisini, disosiyatif tablo başta olmak üzere travma sonrası stres bozukluğu belirtileri, somatik yakınmaların ön planda olduğu anksiyete bozuklukları, agarofobi, içe çekilme ve depresyon gibi psikiyatrik tabloların takip edebildiği çalışmalarda gösterilmiştir. Ayrıca psikopatolojinin ortaya çıkması ve ciddiyeti açısından maruz kalınan travmanın şiddeti ve sürekliliği de önem arz etmektedir. Çocukluk çağı travması yaşayan bireylerde sık rastlanan sorunlardan biri de duygu düzenleme güçlüğüdür, yeterli baş etme becerileri geliştirilemediği ve travma beynin emosyonel merkezleri tarafından sağlıklı işlenemediği durumlarda ilerleyen süreçte alkol, madde kullanım sıklığı ve davranışsal bağımlılıklara eğilim artmaktadır. Ayrıca çocukluk çağı travması yaşayan bireylerde daha sık kendine zarar verme davranışı ve intihar girişimi

bildirilmektedir. Bipolar bozukluk ve şizofreni hastalarında da çocukluk çağı travması anlamlı düzeyde daha yüksek bildirilmiştir. (163, 183, 184) Çalışmalar, çocukluğunda kötü muamele geçmişi olan yetişkinlerde beynin sol tarafında daha belirgin olmak üzere hipokampus boyutunda azalmayı gösteren anormal magnetik rezonans görüntülemeleri tespit etmiştir. Ek olarak azalmış korpus kallosum boyutu ile ilişkilendirilen sağ ve sol hemisfer arasında eksik entegrasyon da tespit edilen bulgular arasındadır. Bu nörobiyolojik değişikliklerin artan saldırganlık ve otonomik uyarılma, depresyon, hafıza sorunları gibi davranışsal ve psikolojik belirtilere aracılık ettiği düşünülmektedir. (185) 2017 yılında yapılan bir meta-analizde bireyin en az dört çocukluk çağı olumsuz yaşam deneyimi bulunmasının araştırmaya dahil edilen tüm sağlık sorunları için risk oluşturduğu bildirilmiştir. Bu ilişkinin; obezite, sigara kullanımı, alkol ve madde bağımlılığı, riskli cinsel ilişkisi, ruhsal hastalık, kendine yönelik ve kişiler arası şiddet yönünden ortadan güçlü düzeye kadar anlamlılık gösterdiği saptanmıştır. (186) ABD' de 20 yaş üzeri 34.653 katılımcı ile yapılan bir çalışmada çocukluğunda duygusal ihmal öyküsü bulunan kişilerde majör depresyon, distimi, duygudurum bozuklukları ve sosyal fobi ile; duygusal istismar öyküsü bulunan kişilerde hipomani hariç tüm eksen 1 bozukluklarla ve her ikisinin bir çok kişilik bozukluğu ile ilişkili olduğu tespit edilmiştir. (187)

Yetişkin başlangıçlı psikiyatrik bozuklukların yaklaşık %25,9-28,6' sının ve çocuklukta başlayan psikiyatrik bozuklukların %44' ünün çocuklukta istismar ile açıklanabileceği tahmin edilmektedir. (188) Spesifik olarak, çocuklukta istismar, Dünya Sağlık Örgütü'nün 2020 yılı verilerine göre dünya çapında engelliliğin önde gelen nedenlerinden biri olan depresyon için popülasyona atfedilebilir riskin (PAR) %54' ünü oluşturur. Daha da önemlisi, depresif bireylerin genel nüfusa kıyasla intihar nedeniyle ölme riski daha yüksektir. Çocuklukta istismar ayrıca intihar girişimleri için PAR' ın %67' sini oluşturur ve çocukluk döneminde altı veya daha fazla travmatik yaşam olayına maruz kalan erişkinlerde yaşam beklentisi 20 yıl azalır. (189-191) Bununla birlikte çocuklukta istismar ile travma sonrası stres bozukluğu (TSSB), borderline kişilik bozukluğu (BKB) ve yetişkinlikte şizofreni gibi diğer psikiyatrik

bozukluklar arasında iyi kurulmuş bir ilişki vardır. Örneğin, çocuklukta sürekli cinsel istismar bildiren bir kohortta, kadınların %39' unun ve erkeklerin %29' unun daha sonra yetişkinlikte TSSB geliştirdiği gözlenmiştir. Borderline kişilik bozukluğu tanısı bulunan 57 hasta ile yapılan bir çalışmada %83' ü bir istismar öyküsü bildirmiş ve yetişkinlik dönemindeki kişilerarası travma, BKB ile çocuklukta yaşananlar kadar güçlü bir şekilde ilişkili olmasına rağmen, kişilerarası olmayan travma ancak çocuklukta meydana gelmişse aralarında ilişki kurulabilmiştir. (192, 193) Ayrıca, hastanede yatan hastalar ile yapılan bir çalışma, fiziksel istismara maruz kalanların %75' inin ve çocukluk döneminde cinsel istismara uğrayanların %76' sının DSM' nin şizofreni için karakteristik semptomlarından bir veya daha fazlasına sahip olduğunu bulmuştur.(194)

2.3. Kasıtlı Kendine Zarar Verme Davranışı

2.3.1. Tanımı ve Tanı Kriterleri

Son yıllarda, hem bilimsel açıdan hem de kitle iletişim araçlarında kendine zarar verme davranışına (KZVD) artan bir ilgi olmuştur. Prevalansının artması ve tekrarlayan KZVD' nin fiziksel yaralanma, enfeksiyon, hastaneye yatış ve kaza sonucu ölüm gibi birçok olumsuz sonuca yol açabilmesi nedeniyle artık bir halk sağlığı sorunu olarak kabul edilmektedir. İntihar ve intihar amaçlı olmayan kendine zarar verme olmak üzere 2 tür temel otomatik yıkıcı davranış vardır. Bu iki davranışın ayrımında bir dizi ayırt edici kriter olmasına rağmen esas olarak ölüm niyetinin varlığı ya da yokluğu temel alınmaktadır. (195) İntihar amaçlı olmayan kendine zarar verme (Non suicidal self injury-NSSI), Uluslararası KZVD Araştırmaları Derneği (International Society for the Study of NSSI) tarafından, kişinin vücut dokusuna intihar niyeti olmaksızın ve sosyal olarak onaylanmayan amaçlarla kasıtlı olarak zarar vermesi olarak tanımlanmıştır. KZVD, kaza sonucu veya dolaylı olarak kendine zarar vermeyi içeren (ör. gıda kısıtlaması, uyuşturucu kullanımı) veya sosyal olarak kabul edilen (ör. dövme, dini prosedürler) davranışlardan farklıdır ve kaşıma, saç yolma veya yara iyileşmesine müdahale gibi nispeten hafiften; kesme, yakma veya vurma gibi nispeten şiddetli formlara kadar çeşitli

şekillerde ifade edilebilirken, en yaygın yöntemler arasında kesme, vurma, kaşıma, yaraların iyileşmesini engeme, ısırma, morartma ve kendini yakma bildirilmektedir. (196) Kendine zarar verenlerin çoğunun, bıçak veya bıçak gibi keskin bir nesne kullanarak, önkol, bacak ve/veya karın bölgesinde kesi oluşturduğu (%70-97), diğer yaygın yöntemlerin ise vurmak (%21-44) veya kendini yakmak (%15-35) olduğu bildirilmiştir. Whitlock ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmaya göre KZVD; %51,6 deriyi kazıma; %33,7 kesme; %24,5 morartma; %14,9 deride kesme sembolleri oluşturma; %13,5 tırmalama; %12 keskin nesnelerle delme ve %11 saç yolma şeklinde gerçekleştirilmektedir. (197, 198) KZVD, sağlık profesyonelleri için uzun süredir devam eden bir endişe kaynağı olmuştur ve klinik araştırmaların artan bir odak noktasıdır. (199) Ergenlerde ve genç erişkinlerde yaşam boyu yaygınlığı %13 - 17 olan KZVD' ye toplumda oldukça sık rastlanmakta, aile ve kişilerarası ilişkiler üzerinde olumsuz etkileri olabilmektedir. (200, 201) Bu yönüyle de klinisyenlerin endişelerini doğrulayan KZVD' nin depresyon, anksiyete ve travma sonrası stres bozukluğu gibi bir dizi psikolojik güçlükle ilişkili olduğunu gösteren kanıtlar vardır. (202) KZVD' nin altında duygu düzenleme, kendini cezalandırma veya sıkıntıyı giderme ihtiyacı gibi işlevlere yarayan nedenler olabilir. Farklı temel işlevler nedeniyle kendine zarar veren kişilerin destek ve müdahale açısından farklı ihtiyaçları olacaktır. (203) KZVD, özellikleri ve biçimleri nedeniyle bölümlere ayrılarak incelenebilir. Özelliklere göre yapılan ayırım; olumlu pekiştirme; istenen uyarıcının eklenmesi, arzu edilen bir uyarıyı artırmak, güçlü duygular yaşayarak uyarılma sağlamak, boşluk hissinden kurtulmak ve olumsuz pekiştirme; istenmeyen uyaranların, hoş olmayan duygusal durumların ortadan kaldırılması, şeklinde ifade edilebilir. (204) Babikier ve Armond KZVD için yönetme ve hayatta kalma ile ilgili işlevler, ego ve uygun deneyimle ilgili işlevler ve kendini cezalandırma ve kurban olma ile ilgili işlevler olarak farklı bir sınıflandırmayı önermektedir. (205) Ayrıca KZVD' nin birçok teorik modeli, duygu düzenleme veya kaçınma işlevine odaklanmaktadır. Bu modeller, KZVD' yi yönlendiren baskın güdünün zor duyguları düzenlemek olduğu bireyler için uygun olabilir, ancak birincil işlevi kendini cezalandırma veya sıkıntıyı geçiştirmekle ilgili olan biri için daha az

uygun olabilir. Yayınlanmış çalışmaların incelemeleri, KZVD' nin en sık bildirilen işlevi olarak duygu düzenlemesini vurgulamış, bunu kendini cezalandırma ve kişiler arası etki izlemiştir. Kişilerarası işlevler; iletişim kurma, başkalarını etkileme, destek arama ve içsel işlevler; duygu düzenleme, rahatsız edici duygulardan kaçınma, kendini cezalandırma olarak sıralanabilir. (198) İçsel işlevler, KZVD' nin kaçma, kaçınma, değiştirme veya bu durumların doğrudan değiştirilmesi yoluyla sıkıntı veren veya rahatsız edici düşünceleri veya duyguları düzenleme amacına hizmet ettiği literatürde yaygın olarak desteklenen bir işlev olan duygu düzenlemeyi kapsar. Kişilerarası işlevler, sıkıntı veya zor duyguları geçiştirme girişimleri, diğerlerinin davranışlarını etkileme girişimleri ve başkalarını aktif olarak incitme veya cezalandırma girişimleri olarak alt bölümlere ayrılmıştır. Sıkıntının geçiştirilmesi, başkalarını etkileme veya cezalandırma ile ilgili işlevlerin aksine, başkalarında belirli bir tepki veya duygu üretmeyi içermeyen daha pasif bir işlevdir. Bireyler tipik olarak KZVD' lerinin altında yatan birden çok belirli işlevi rapor eder ve çoğu zaman örtüşen veya birbiriyle ilişkili olan çoklu işlevlerin bir arada bulunduğu dair kanıtlar vardır. (203)

2013 yılında yayınlanan Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı, Beşinci Baskı (DSM-5), KZVD' yi daha fazla araştırma gerektiren bozukluklar arasında ayrı bir tanı olarak sınıflandırmıştır. DSM 5 için önerilen KZVD tanı kriterleri;

A. Geçen yıl içinde, birey 5 veya daha fazla gün içinde, vücudunun yüzeyinde kanama, morarma veya ağrıya yol açabilecek türden kasıtlı olarak kendi kendine zarar veriyse (örn. yanma, bıçaklama, vurma, aşırı sürtünme), yaralanmanın yalnızca hafif veya orta derecede fiziksel zarara yol açacağı beklentisiyle (yani intihar niyeti yok)

B. Birey, aşağıdaki beklentilerden bir veya daha fazlasıyla kendine zarar verme davranışında bulunur:

1. Olumsuz bir duygudan veya bilişsel durumdan kurtulmak için
2. Kişilerarası bir zorluğu çözmek için
3. Olumlu bir duygu durumuna neden olmak

C. Kasıtlı kendine zarar verme aşağıdakilerden en az biriyle ilişkilidir:

1. Kendine zarar verme eyleminden hemen önceki dönemde ortaya çıkan depresyon, kaygı, gerginlik, öfke, genel sıkıntı veya özeleştirici gibi kişilerarası zorluklar veya olumsuz duygu veya düşünceler

2. Eyleme geçmeden önce, kontrol edilmesi zor olan amaçlanan davranışla meşgul olma dönemi

3. Harekete geçilmesine bile sıklıkla meydana gelen kendine zarar vermeyi düşünmek

D. Davranış, sosyal olarak onaylanmamıştır (örneğin, vücut piercingi, dövme, dini veya kültürel bir ritüelin parçası) ve kabuk almak veya tırnak yemekle sınırlı değildir

E. Davranış veya sonuçları, klinik olarak belirgin bir sıkıntıya veya kişilerarası, akademik veya diğer önemli işlevlerde müdahaleye neden olur

F. Davranış yalnızca psikotik epizodlar, deliryum, madde intoksikasyonu veya madde yoksunluğu sırasında ortaya çıkmaz. Nörogelişimsel bozukluğu olan bireylerde davranış, tekrarlayan stereotiplerin bir parçası değildir. Davranış, başka bir zihinsel bozukluk veya tıbbi durumla (örneğin psikotik bozukluk, otizm spektrum bozukluğu, zihinsel engellilik, Lesch-Nyhan sendromu, kendine zarar vermeyle birlikte stereotipik hareket bozukluğu, trikotillomani [saç çekme bozukluğu], ekskoriyasyon [cilt yolma bozukluğu]) ile daha iyi açıklanamaz. (16)

En yaygın bildirilen hoş olmayan duygusal durum kategorileri; korku, üzüntü, utanç, suçluluk, gerginlik, endişe, panik, hayal kırıklığı ve hor görmedir. Bu duyguların payı ve şiddeti kişiye göre değişir. KZVD bir baş etme yöntemidir ve gerilimi ve korkuyu azalttığı, öfkeyi yönetmeye yardımcı olduğu ve onu kontrol etmek için acıdan kaçınmak veya acıya odaklanmak için uygulandığı için hayatta kalmanın bir yoludur. Birey, korku ve gerilimden uzaklaşmak için kendine zarar verme gibi daha ulaşılabilir diğer davranışlara dikkattini yöneterek dayanılmaz duygularla baş eder. KZVD' nin ego ile ilgili işlevleri arasında; kontrol duygusunun güçlendirilmesi, gerçeklik duygusunun yoğunlaştırılması ve ayrışma durumlarının kırılması yer alır. KZVD' ye eşlik eden ağrı duygusu, genellikle bireyin kendini kontrol etme ve bütünleşme duygusunu yeniden kazanma sürecinin önemli bir unsurudur. KZVD' nin bir

başka işlevi de kendi kendine bakmak için fırsatlar yaratmaktır. Bazı bireylerde, KZVD' yi takip eden dönem, kendilerini rahatlamış hissetmelerine ve fiziksel bakım görmelerine izin verdikleri tek andır. Öte yandan, kişinin deneyimleriyle başa çıkması, daha önce inkar ettiği duygu ve travmaları yeniden yaşaması ve kendi deneyimlerini kendisine tezahür etmesiyle ifade edilir. Kendini cezalandırmak da KZVD' nin önemli bir işlevidir ve çoğunlukla çocukluk döneminde veya travmatik bir deneyimin etkisi altında yaratılan olumsuz bir kendilik imajıyla ilişkilidir. (205)

KZVD gerçekleştiren kişiler çoğunlukla ruh hallerine göre çeşitli yöntemler kullandıklarını bildirmektedir. Daha fazla yöntemin kullanılması esas olarak tercihlerle ilgilidir. Örneğin; duygusal olarak yıpranmış, tükenmiş hissedildiğinde; derinin kesilmesi ve öfke, sinirlilik gibi duyguların varlığında kendine vurma gibi davranışların daha sık gerçekleştirildiği iddia edilmektedir. Bazı kişiler ise anksiyete yaşarken derilerini kestiklerini ve öfkelenediklerinde kendilerini yaktıklarını bildirmiştir. Kendine zarar verme biçimi ile duygu türü arasındaki ilişkilerin kapsamı neredeyse sonsuzdur. (203)

2.3.2. Psikopatoloji, Prognoz ve İlişkili Faktörler

Kendine zarar verme davranışının yanlış teşhisi, terapötik çalışmadan sonuç alınamamasına neden olabilir ve hatta bozukluğun ortaya çıkışının ciddiyetini yoğunlaştırabilir. Kaynağın netleştirilmesi ne kadar doğru olursa, terapötik çalışma o kadar verimli olur. Buna karşılık araştırmalar, KZVD'deki sorunun kaynağının çarpık bir vücut imajı olduğunu göstermektedir. Bedenden kopma hissi veya bedene karşı nefret duygusunun KZVD'ye yol açtığı iddia edilmiştir. Kendine zarar verme davranışının tedavisinde anahtar sorular; "Kişinin bedeniyle böyle bir ilişki kurmasının kaynakları nelerdir?" ve "Neden vücuduna zarar vermeye devam ediyor?" olmalıdır. (198) Ergenlik, muhtemelen beyin gelişimi ile ilişkili dürtüsellliği ve duygusal tepkiselliği nedeniyle, KZVD' ye karşı özel bir savunmasızlık dönemidir. KZVD için spesifik risk faktörleri arasında önceki KZVD geçmişi, B kümesi kişilik özelliklerinin varlığı ve umutsuzluk yer alır. (206) Ayrıca sıklıkla meydana gelen ve farklı yöntemler kullanan kendine zarar verme, sonraki KZVD'nin bir yordayıcısıdır. KZVD'nin doğal seyri üzerine yapılan boylamsal çalışmalar, ergenlerin önemli

bir bölümünde problemin zamanla devam eden ve belirgin işlevsel bozulma ile ilişkili kararlı bir davranış oluşturduğunu göstermektedir. Bu çalışmalardan biri, kendine zarar verenlerin %63' ünün KZVD' ye başladıktan bir yıl sonra da davranışı sürdürdüğünü göstermektedir. (207) Bununla birlikte, KZVD' nin seyri heterojendir ve, neden bazı kişilerin ara sıra yaparken diğerlerinin bunu tekrar tekrar yaptığı aşağıda sıralanan faktörler ile açıklanabilir;

- Yöntem veya işlev gibi belirli KZVD özellikleri
- Kişilik faktörleri
- Olumsuz duygusallık ve olumsuz duygu durumlarını düzenlemedeki zorluk
- Kendini cezalandırma (veya kendine karşı öfkeyi ifade etme) motivasyonu ve kendini küçümseme
- Dürtüsellik (olumsuz bir duygusal durum sırasında bir dürtüye karşı koyamama)
- Düşük akademik performans
- Kişilerarası zorluklara (örneğin reddedilmeye) karşı yüksek hassasiyet

Önemli olarak, duygusal düzensizlik, KZVD' nı bıraktıktan sonra bile devam eder, bu da psikopatolojide merkezi bir rol oynadığını gösterir. (206) Güncel literatür, cinsiyet farklılıkları, çocuklukta travmatik olayların öyküsü, kendine zarar verme yöntemi, sıklık ve işlevsellik dahil olmak üzere, KZVD'yi analiz ederken göz önünde bulundurulması gereken bazı önemli faktörleri vurgulamaktadır. KZVD prevalansı üzerine yapılan çalışmalar cinsiyet farklılıkları açısından tutarsızdır. Tarihsel olarak, KZVD' nin kadınlara özgü olduğu düşünülmüş ve bazı çalışmalarda kadınlarda anlamlı olarak daha yüksek insidans rapor etmiştir (erkeklerden 1.5 - 3 kat daha fazla). (208) Bununla birlikte, diğer birçok çalışmada cinsiyet farkı bulunmamıştır. Ayrıca, önceki çalışmalar, KZVD yöntemlerinde ve yürütüldüğü bağlamda cinsiyet farklılıklarını göstermektedir. Örneğin, ergen kızların kanamaya neden olan yöntemleri (yani kendini kesme veya ciddi şekilde kaşıma) kullanmaları daha olasıyken, ergen erkekler vurma ve yakma gibi davranışlara daha yatkındır. Yetişkin örneklerinde de benzer veriler elde edilmiştir. (209) Bazı araştırmalar,

bu bulgular tutarlı olmasa da, çocukluk döneminde cinsel istismar veya ebeveyn ihmali gibi olumsuz yaşam olayları yaşayan kişilerde KZVD riskinin arttığını öne sürmektedir. (210) 43 çalışmadan yararlanılan bir meta-analizde, çocuklukta cinsel istismar ile KZVD' nin ilişkili olduğu bulunmuştur. Bu inceleme, çocuklukta cinsel istismarın KZVD ile ilişkili olduğunu çünkü benzer risk faktörlerini paylaştıklarını ifade etmiştir. (211) Ek olarak, çocukluk ve / veya erken ergenlik döneminde okul arkadaşlarından zorbalığa maruz kalmak gibi diğer olumsuz kişilerarası deneyimler de sıklıkla artan KZVD riski ile ilişkilidir. (212, 213)

Kendine zarar veren çoğu insan, kendine zarar verme sırasında çok az acı hissettiğini veya hiç acı hissetmediğini bildirmektedir. KZVD' yi tedavi etmeyi zorlaştıran bu fenomenin bir alışma süreci veya endorfin salınımı ile ilgili olduğu iddia edilmiştir. KZVD'de alta yatan etiyolojiyi açıklayabilmek için deneyimsel kaçınma modeli, duygusal kademeli model ve Nock'un bütünleştirici modeli gibi bazı teorik modeller önerilmiştir. (202, 214) Ayrıca sosyal öğrenme ve taklitin kendine zarar verme davranışlarının başlamasında önemli bir rol oynadığı çünkü bu davranışları okulda, televizyonda veya internette görmenin KZVD gerçekleştirmek için bir risk faktörü olduğu bildirilmiştir. (215)

Kendini Yaralamaya İlişkin İfadeler Envanteri gibi çeşitli değerlendirme araçları, KZVD' nin işlevselliğini değerlendirmek için özel olarak tasarlanmıştır. Önceki araştırmalarda kendine zarar verme davranışı gösteren kişilerin alt gruplar halinde ele alındığı görülmektedir. Örneğin, Klonsky ve Olino dört grup önermektedir:

(1) KZVD ile deney yapan kişiler ve az sayıda klinik semptom gösterenler

(2) Çok küçük yaşta kendine zarar vermeye başlayan, birinci gruba göre daha yüksek KZVD sıklığı bildiren ve ısırma, çimdikleme ve vurma gibi yöntemler kullanan kişiler

(3) Yüksek düzeyde anksiyete ve diğer klinik semptomları bildiren, farklı yöntemler kullanarak KZVD uygulayan ve hem kişilerarası hem de içsel motivasyonu olan kişiler

(4) Önemli psikiyatrik semptomları olan, esas olarak içsel motivasyon yoluyla kendilerini keserek kendine zarar veren ve KZVD uygularken daha düşük dürtüsellik bildiren yani daha fazla planlama yapan bireyler. (216)

2.3.3. Kasıtlı Kendine Zarar Verme Davranışı Epidemiyolojisi

Son yıllarda hem çocuklarda hem de yetişkinlerde KZVD görülme sıklığında bir artış olmuştur. İlk KZVD çalışmaları, 1980' lerin başında %0,4' lük bir yaygınlık göstermiş ve on yılın sonunda %0,75' e yükselme olduğu raporlanmıştır. (217, 218) Güncel raporlar, genel popülasyonun yaklaşık %4' ünün KZVD geçmişine sahip olduğunu göstermektedir. (219, 220) Bununla birlikte, çalışılan örnekler (örn. klinik örneklerle karşı toplum örnekleri), değerlendirme yöntemleri (örn. kendi kendine rapora karşı klinik görüşme) ve süreler arasındaki heterojenliğe bağlı olarak bildirilen KZVD prevalanslarında tutarsızlık gözlenmektedir. (206) 12 yaşın altında insidans hakkında veri bulunmamakla birlikte, kendine zarar verenlerin %5,1 ila %24' ünün bu davranışı 11 - 13 yaşından önce başlattığını bildirmektedir. (221) Dünyanın farklı bölgelerinden farklı örneklerle yapılan araştırmalar, toplumdaki ergenlerin %13 - 45' inin ve genç yetişkinlerin %5 - 35' inin hayatları boyunca en az bir kez kendine zarar verdiğini göstermektedir. (222, 223) Avrupa' da, ergenlerin %27,6' sı hayatlarında en az bir kez kendine zarar verdiğini, %7,8' i tekrarlayan KZVD' si olduğunu bildirmiştir. (224) 8.300 ABD üniversite öğrencisinden oluşan bir örnekleme (18 ila 24 yaş arası), bireylerin %17' si hayatlarında en az bir kez kendilerine zarar verdiğini bildirmiş ve bunların %75' inin tekrarlayan KZVD' si olduğu açıklanmıştır. (197) Bugüne kadar, az sayıda çalışma, DSM - 5 tarafından önerilen kriterleri kullanarak KZVD prevalansını analiz etmiştir 15 - 17 yaşları arasındaki 3.060 ergen arasında yapılan bir prevalans çalışmasında %35,6' sı bir önceki yılda en az bir kez kendine zarar vermiş olmasına rağmen sadece %6,7' sinin KZVD için DSM - 5 tanı kriterlerini karşıladığını bulmuştur. (225) KZVD klinik örneklerde daha yaygındır; psikiyatri birimlerine başvuran ergenlerin %40 - 60' ı hayatları boyunca en az bir kez bu davranışı gerçekleştirdiğini ve %50' si tekrarlamaya devam ettiklerini bildirmektedir. Klinik popülasyondaki bu yüksek prevalans; KZVD' nin bir psikopatolojik bozukluk bağlamında ortaya çıkması ve klinik olarak (özellikle

hastaneye yatış ortamında) 'bulaşıcılık' göstermesi nedeniyle olabilir. (215, 226) Yaşlılar da dahil olmak üzere yetişkinlerde çok az çalışma yapılmıştır. 19 - 92 yaşları arasındaki 439 yetişkinden oluşan bir topluluk örneğinde, bireylerin %5,9' unun hayatlarının herhangi bir döneminde ve %0,9' unun önceki 12 ayda bir KZVD öyküsü olduğu bildirilmiştir. KZVD için DSM-5 kriterlerine göre, 2.509 yetişkin Almandan oluşan bir örnekleme (ortalama yaş 48,8 yıl) prevalansı %0,3 olarak bulunmuş bununla birlikte katılımcıların %3,1 hayatında en az bir kez kendine zarar verdiğini belirtmiştir. Bu veriler, KZVD prevalansının yetişkinlikte, özellikle 29 yaşından itibaren önemli ölçüde azaldığını göstermektedir. Bu gözlem, yetişkinler arasındaki bellek yanlışlığından da kaynaklı da olabilir. (207, 227-229)

2.3.4. Kendine Zarar Verme Davranışı ve Psikiyatrik Hastalıklar

Kendine zarar veren kişilerde zihinsel bozukluklar nadir olmasa da, KZVD' nin varlığı mutlaka bir zihinsel bozukluğun olması gerektiği anlamına gelmez. KZVD, yeme bozuklukları, madde kullanımı, depresyon, anksiyete ve özellikle borderline kişilik bozukluğu dahil olmak üzere heterojen bir tanı listesinde gözlenir. (230, 231) Bu nedenle, transdiagnostik bir fenomen olduğu için KZVD' nin sadece BKB' nin bir işareti olduğu düşüncesinin doğru olmadığı vurgulanmaktadır. (232) BKB'li hastaların %49 - 90' ı KZVD bildirir ve önceki bir çalışmada, 238 öğrenciden oluşan bir örnekleme bu iki fenomenin semptomları arasında bir ilişki olduğu bulunmuştur. (233-235) KZVD ve kişilik bozukluklarının yüksek oranda birlikte görülmesine yola çıkarak, bazı çalışmalar BKB' si olan ve olmayan hastalarda KZVD için DSM-5 kriterlerini kullanarak bu ilişkiyi analiz etmiştir. (236) Sonuçlar, KZVD tanısı için kriterleri karşılayan ergenlerin yaklaşık %52' sinin aynı zamanda BKB' ye sahip olduğunu, BKB' li bireylerin %78' inin de KZVD kriterlerini karşıladığını göstermiştir. Bu nedenle KZVD, BKB' nin sağlam bir tahmincisi olsa da, bağımsız tanılar oldukları açıklanmıştır. Gerçekten de, KZVD ve BKB arasındaki tanısal örtüşme, BKB ile depresyon, anksiyete veya madde kötüye kullanımı bozuklukları arasındakine benzerdir. (237) KZVD genellikle alkol ve uyuşturucu kullanımı, yeme bozuklukları ve kişilik bozuklukları gibi yıkıcı zihinsel bozukluklarla bağlantılıdır ve travma sonrası stres bozukluğundan

muzdarip hastalarda da gözlendiği bildirilmiştir. (238, 239) Kendine zarar verme davranışlarının %50' ye yakını alkol kötüye kullanımı ile ilişkilendirilmiştir. (240) Madde kötüye kullanımı ve kendine zarar verme davranışlarına bağlı bağımlılıklar bağlamında, tedavisinde öncelikle diğer kendine zarar verici davranışların temeli olan madde bağımlılığı ile ilgilenilmesi gerekmektedir. Bir sonraki adım, bağımlılıklardan ve madde kötüye kullanımından kaynaklanan kendine zarar verme ile başa çıkmaktır. Bahsedilen davranışlardan bağımlılıklar ve madde bağımlılığı üstesinden gelinmesi en kolay olanıdır, çünkü kendine zarar veren bir birey için kendine zarar vermeden işlevini yerine getirmesi zordur ve aynı zamanda kendine zarar verme en hafif yol olarak görünmektedir. (241) KZVD çocuklukta olağandışıdır, ancak sıklıkla şizofreni, Gilles de la Tourette veya Lesch-Nyhan sendromu veya ciddi zihinsel gerilik veya otizm biçimleriyle birlikte bulunur. (242)

2.3.1.5. Kendine Zarar Verme Davranışı ve İntihar

KZVD genellikle yanlış bir şekilde intihar girişimi olarak adlandırılır. Terimin bu şekilde yanlış kullanımı, klinik uygulamada da aynı sıklıkta meydana gelir ve hastanın uygun olmayan şekilde tedavi edilmesine neden olur. Bu yüzden, bu fenomenleri birbirinden ayırmak önemlidir. (198) KZVD' nin intihar girişimlerinden ayırt edilebileceği 12 belirleyici tabloda özetlenmiştir;

Tablo 1.3. KZVD'nin İntihar Girişiminden Ayırt Edilebileceği Belirleyiciler*

ÖLÇÜT	İNTİHAR	KZVD
Birincil niyet	Ölüm niyeti	Hayatın korunması, vücudun yok edilmesi
Genel niyet	Zihinsel acıdan ve bilinçten kaçış	Zihinsel acıdan kaçış ve fiziksel acıya dönüşüm
İşlev	Gerginliğin azalması, rahatlama hissi	Yönetme ve hayatta kalma (örneğin, gerilim ve korkunun azaltılması), ego ile bağlantılı işlevler, uygun deneyimle bağlantılı işlevler, kendini cezalandırma, uyarılma sağlama
Potansiyel ölüm	Yüksek ölüm oranı	Düşük ölüm oranı
Kullanılan yöntem sayısı	Genellikle bir	Genellikle çok (sayı zamanla artar)
Kroniklik	Nadiren	Sıklıkla
Zihinsel acı	Israrıcı, dayanılmaz	Süreksiz
Bilişsel daralma	Yüksek, intihar tek çözüm olarak görülüyor	Düşük veya hiç yok
Umutsuzluk ve çaresizlik	Belirgindir, merkezi bir rol oynar	Değişken, baskın değil
Rahatsızlığın tanınması açısından sonuçlar	İntihar girişiminden sonra rahatsızlık yoğunlaşıyor	KZVD sonrası rahatsızlık azalır
İlişkili bozukluklar	Psikotik bozukluklar (şizofreni), Afektif bozukluklar, Alkol kötüye kullanımı, Anksiyete bozuklukları	Kişilik bozuklukları, Bağımlılıklar, Yeme bozuklukları, Travma sonrası stres bozukluğu sonrası
Ana sorun	Depresyon, Zihinsel acının dayanılmazlığı	Olumsuz ego imajı

* Criteria for differentiation of direct self-destructive behaviors - Halicka J, Kiejna A: Non-suicidal self-injury (NSSI) and suicidal: Criteria differentiation. Advances in clinical and experimental medicine : official organ Wroclaw Medical University 2018; 27:257-261(198)

Kendine zarar verme davranışı ile intihar arasındaki önemli bir ayrım noktası, kullanılan yöntemlerin sayısıdır. İntihar girişiminde bulunanlar, başka bir intihar girişiminde bulunurken de aynı yöntemi kullanırlar, örneğin; çoğu insan tekrar tekrar aşırı dozda uyuşturucu ile intihar girişiminde bulunur. (243) Buna karşılık, ölümcül olmayan kendine zarar verme davranışı sergileyen kişilerin %78' i birden fazla yöntem kullanmaktadır. (244) Bu tür davranışları birbirinden ayıran bir diğer konu da ortaya çıkma sıklığıdır. Bir kişide KZVD atakları, intihar girişimlerinden çok daha sık gerçekleşir. İntihar girişiminde bulunan çoğu insan bunu ne sıklıkla ne de tekrar tekrar yapar. İntihar girişimi, genellikle yaşamın en stresli döneminde, yaşamda bir veya iki kez yapılır. (245) Ancak, KZVD birkaç yıl boyunca yaklaşık 20 - 100 kez tekrarlayabilir. (246) Ringel' in konseptine göre, intiharların yaklaşık %80 'i, öfkenin bastırılması ve kişinin kendisine yöneltilmesi ve intihar düşünceleri dışında, intihar öncesi sendromun bir unsuru olan bilincin daralmasıyla ilişkilidir. Bilincin daralması, birey bir sorunu çözmenin alternatif biçimlerini (tünel görüşü) algılamadığında ortaya çıkar. İntihar girişimlerinden önce, alternatifin ölüm olduğu ikili düşünce gelir. Zihinsel acı karşısında kontrolünü kaybetme hissi daha sık gelecekteki intiharlarda yaşanır; aksine KZVD bireyin kontrol duygusunu sürdürmesine yardımcı olur. (247) KZVD, ikili düşünme ile karakterize edilmez. KZVD ile uğraşan insanlar genellikle düşünce tarzları açısından sınırlı olmaktan ziyade düzensizdir. Kendilerini yaşam seçimlerini yapabilecek kapasitede görürler. Bu seçeneklerden biri de kendilerine zarar verme kararıdır. İntihar üzerine yapılan araştırmalar uzun zamandır hem umutsuzluk hem de çaresizlik duygusunu depresyon ve intihar davranışının temel bileşeni olarak tanımlamış ve kontrolün kaybedilmesinin işaretçisi olarak yorumlamıştır. Çaresiz hisseden insanlar, durumları üzerinde gerçek bir etkilerinin veya gerçek kontrollerinin olmadığına inanırlar. (248-250) Hayatlarını değiştirmek veya iyileştirmek için yapabilecekleri hiçbir şey olmadığına ikna olmuşlardır. Bu tür bilişsel karamsarlık, intiharın bir parçası olan “teslimiyetin” özelliğidir. Öte yandan, çaresizlik ve umutsuzluk, kendine zarar veren insanların özelliği değildir. Bu tür insanlar genellikle fizyolojik ağırları üzerinde kontrol duygusuna sahip olduklarını düşünürler ve bu da fiili

olarak kontrol hissini koşullandırır. KZVD' den kaynaklanan kontrol, umutsuzluğun tersidir. Gelecek büyük bir ıstırap olarak görülmez çünkü KZVD duygusal gerilimi azaltır. Bireyin psikolojik rahatsızlığı ve sakatlayıcı karamsarlığı geçicidir. Acıları, tipik bir intihar krizine neden olan kalıcılık duygusundan yoksundur. Muehlenkamp ve Gutierrez, gençler ile yaptıkları çalışmada; intihar niyeti olmadan kendine zarar veren kişilerin, intihar girişiminde bulunan insanlara kıyasla daha güçlü gelecek yönelimi ve daha gelişmiş yaşama motivasyonu ile karakterize olduklarını göstermiştir. (251) Başarısız bir intihar girişiminden sonra, kişi genellikle intiharı başarılı bir şekilde gerçekleştiremediği gerçeğiyle ilişkili ruh halinde bir kötüleşme yaşar. Öte yandan KZVD, gerilimi azaltmak için yapılır ve sonuç olarak, bir kişi genellikle rahatlama ve gelişmiş bir zihin çerçevesi yaşar. (252) Kendine zarar veren davranışların bir arada bulunmasına dikkat edilmelidir. KZVD intihardan korunmanın rapor edilen bir işlevi olmasına rağmen uzun süreli KZVD genellikle bir intihar girişiminin öncüsü olarak kabul edilir. Çünkü birey başta ölüm niyeti göstermese ve KZVD intihar duygularıyla başa çıkmak için kısa vadeli bir etki gösterse de, zamanla kendine zarar verme kapasitesini geliştirme gibi süreçler yoluyla kendini yok etme kavramını benimser ve daha yıkıcı yöntemler kullanmaya başlar. KZVD gelecekteki intihar girişimleri için en güçlü risk faktörüdür. Spesifik olarak KZVD' nin varlığı gelecekte intihar düşünceleri yaşama ve intihar girişiminde bulunma riskinde 3 kat artış ile ilişkilidir. (253, 254) KZVD ile intihar arasındaki ilişki cinsiyetten, yaştan ve kendine zarar vermede kullanılan yöntemden bağımsızdır. Buna karşılık, artan intihar davranışı riski; KZVD' nin sıklığı (>20 epizod), uzun süre öyküsü, farklı yöntemlerin kullanımı (>3 farklı yöntem), ağrının olmaması ve ani duygusal rahatlama ile ilişkilidir. (255, 256) Semptomların şiddeti veya depresif semptomların varlığı gibi bazı klinik değişkenler de bu ilişkiyi düzenleyebilir. KZVD intihardan korunmanın rapor edilen bir işlevi olmasına rağmen bu ilişkinin altında yatan mekanizmalar büyük ölçüde bilinmemektedir. Bununla birlikte bazı hipotezler öne sürülmüştür. Bazı yazarlar, KZVD ve intiharın kısmen örtüştüğü, tek farkın davranışın ciddiyeti ve ölümcüllüğü olduğu bir kendine zarar verme spektrumu fikrini öne sürmüşlerdir. Joiner ise intiharı

düşünen bireylerin sadece hayatlarını sona erdirmeye arzusuna sahip olmaları değil, aynı zamanda hayatta kalma içgüdüsünün üstesinden gelebilmeleri gerektiğini savunan kişilerarası intihar davranışı teorisini önererek bu yeteneği KZVD gibi tekrarlayan acı verici deneyimlerle arttırabildiklerini iddia etmiştir. (257-260)

2.4. İntihar

2.4.1. İntiharın Tanımı ve İntihar ile İlgili Terimler

Dünya Sağlık Örgütü' ne (WHO) göre intihar, biyolojik, psikolojik, genetik ve çevresel faktörlerin etkileşiminden kaynaklanan çok boyutlu bir olgudur. Tanıma göre intihar, yaşamın kasıtlı olarak sona erdirilmesidir ve ölümün, eylemlerinin etkisini tam olarak fark eden mağdurun doğrudan veya dolaylı eylemi veya ihmali sonucu olduğu ifadesiyle yasal tanım genişletilmiştir. Shneidman' a göre intihar, bedeni öldürme arzusundan çok, kişinin kendi bilincini sona erdirmeye arzusunu içerir. Bununla birlikte, WHO verilerine göre intihar, toplam nüfus içinde en yaygın 20 ölüm nedeninden biridir ve gençler arasında en yaygın ölüm nedenlerinden birini temsil etmektedir. Her yıl yaklaşık 800.000 insan intihar nedeniyle ölmekte; yani her 40 saniyede bir kişi kasıtlı olarak kendini öldürmektedir. Küresel yıllık ölüm oranı, Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından, yaş grupları ve ülkeler arasında farklılıklar olmakla birlikte 100.000 kişi başına 10,7 olarak tahmin edilmektedir. (261) İntiharlar ve intihar girişimleriyle ilgili terminoloji genellikle niyetler, motivasyonlar ve sonuçlara ilişkin ipuçlarını içerir. Bu nedenle intihar, tamamlanmış intihar, intihar girişimi ve intihar eğilimi gibi tarafsız kavramlara bağlı kalınması önerilir. Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı (DSM-5) yalnızca tanımlayıcı olmak üzere, “intihar davranışı bozukluğu” ve “intihar” terminolojisini kullanır.

İntihar: Kasıtlı olarak kendi hayatına son vermektir.

İntihar davranışı: Ölümcül olsun ya da olmasın, kişinin yaşamına son vermesiyle sonuçlanabilecek davranışlardır. Bu terim intihar düşüncesini içermez.

İntihar girişimi: Ölüme yönelik olduğu düşünölen veya gerçek niyetiyle kendine zarar veren, ölümcöl olmayan davranış gerçekleştirmektir.

İntihar düşünöesi: Kişinin kendi hayatına son verme düşünöesi olmasıdır. Açık bir intihar planı olan aktif veya ölmeyi istemekle ilgili düşünöeleri olan pasif şeklinde olabilir. (262)

Dünya genelinde, yetersiz, yanlış teşhis veya raporlama yapılmaması nedeniyle veri kalitesi düşük ila orta düzeydedir. Bu nedenle intihar girişimleri hakkında çok daha az şey bilinmektedir ve muhtemelen gerçek sayıdan 30 kat fazladır. Her intihar ölümlü bireysel bir trajediyi temsil eder ve aile, arkadaşlar, topluluklar dahil olmak üzere birçok kişiyi dolaylı olarak etkilediği tahmin edilmektedir. İntiharı önleme stratejileri çoğu ölkede farklı derecelerde başarı ile uygulanmaktadır. Önleme stratejileri tipik olarak evrensel (toplum çapında) stratejiler, seçici stratejiler (daha büyük nüfus içindeki artan risk altında olabilecek alt popölasyonları veya ortamları hedefleyen) veya belirtilen stratejiler (zaten bir tür intihar davranışı sergilemiş olan risk altındaki bireylerde) altında grupeandırılır. Bu bireyler için psikoterapi veya farmakoterapiye dayalı tedavi stratejileri de bireyin özelliklerine bağlı olarak tek başına veya kombinasyon halinde kullanılabilir. (263)

2.4.2. İntiharın Epidemiyolojisi

Küresel olarak, intiharlar 15 ila 29 yaşları arasındaki bireylerde erken ölümlerin ikinci önde gelen nedenidir ve 15 - 44 yaş grubunda üçüncü sıradadır. (264) Üzücü bir şekilde, 2015' te büyük çoğunluk, yani intiharların %78' i düşük ve orta gelirli ölkelerde (DOGÜ)(low and middle income country-LMIC) tamamlanmıştır. (240) Küresel intihar ölüm oranı, Dünya Sağlık Örgütü (WHO) bölgelerine göre kaba ve yaşa göre standartlaştırılmış intihar hızları incelendiğinde, her iki oran da dünya çapında 10,7' dir, ancak belirli bölgelerde farklılık gösterir. Doğu Akdeniz bölgesinde intihar oranları 3,8 ve 4,3, Afrika bölgesi 8,8 ve 12,8, Amerika Kıtası 9,6 ve 9,1, Batı Pasifik bölgesi 10,8 ve 9,1, Güney Doğu Asya 12,9 ve 13,3 ve Avrupa 14,1 ve 11,9 olarak belirlenmiştir. 1980 yılından itibaren önleyici tedbirlerle intihar oranlarında düşüşe geçilmesine ve yardımcı intiharlar istatistiklerden çıkarılmasına rağmen Avrupa bölgesi en yüksek mutlak veya kaba intihar oranının, yani her iki cinsiyet için

100.000'de 10,7 olan küresel intihar oranının üzerindedir. Öte yandan, bu durum dünyanın diğer bölgelerine kıyasla Avrupa' da veri kalitesinin çok daha iyi ve istatistiksel bilgilerin daha yeterli olmasından kaynaklı da olabilir. (265-267)

2.4.3. İntihar İle İlişili Faktörler

2.4.3.1. Sosyoekonomik Faktörler

Sosyoekonomik değişkenler, riskin ve tabii ki zihinsel bozuklukların ortak belirleyicileri olmaları nedeniyle intihar oranlarını güçlü bir şekilde etkiler. Birkaç determinant grubu tanımlanmıştır:

- (a) Demografik parametreler: yaş, cinsiyet, etnik köken ve ilgili parametreler;
- (b) Sosyal statü: düşük gelir, gelir eşitsizliği, işsizlik, düşük eğitim ve düşük sosyal destek;
- (c) Sosyal değişim: toplumsal alanda, kentleşmede veya bireysel bazda, gelirden değişiklik;
- (d) Mahalle: yetersiz konut, aşırı kalabalık, şiddet ve diğerleri;
- (e) Çevresel olaylar: iklim değişikliği, doğal afet, savaş, çatışma ve göç. (268)

DOGU'deki yüksek sayıda intiharın birçok nedeni bu başlıklar altında sıralanabilmektedir. (269) Dünya çapındaki tüm intiharların %78' i DOGU' de meydana gelir ve küresel oran son 45 yılda %60 artarken, aynı zamanda Batı ülkelerinde önemli bir düşüş gözlenmektedir. (270) Düşük gelir, işsizlik ve yoksulluk, kendine zarar verme veya intihara yol açabilecek koşulları oluşturur; tam tersi, intiharlar üretkenlik, gelir kaybına ve dolayısıyla ailenin yoksulluğunun artmasına neden olabilir. Büyük olasılıkla, olumsuz sosyoekonomik faktörlerin etkisi, ister yüksek, ister orta, ister düşük gelirli ülkeler olsun, her bir ülkenin alt gelir gruplarında kesinlikle daha önemli bir rol oynamaktadır. Bu doğrultuda, sağlık hizmetlerinin mevcudiyeti yalnızca ülkeler arasında farklılık göstermekle kalmaz, aynı zamanda nerede bulunursa bulunsun, eğitim ve gelir, sağlık hizmetlerinin kullanımını belirler. Yüksek intihar oranları aynı zamanda toplum için maddi bir yük oluşturmaktadır. ABD' de, 2010' ların başında, her bir intihar başına maliyetin 1 milyon doların üzerinde olduğu tahmin edilmektedir. (271)

İntihar için bazı sosyoekonomik risk faktörleri, farklı sosyal bağlamlarda farklı şekilde işleyebilir; örneğin, azınlık etnik gruplarına mensup bireyler arasında intihar riski, aynı etnik azınlık gruplarına mensup insanların oranının düşük olduğu bölgelerde yaşadıklarında daha yüksek olduğu bölgelerde yaşayanlara kıyasla daha yüksektir. Ayrıca kaygı, yas ve sosyal dışlanmadan kaynaklanan sosyal izolasyon da intihar riskine güçlü bir katkıda bulunabilir. Tersine, özellikle gençlerde sosyal bulaşma yoluyla ya da “Werther etkisi” gibi nedenlerle intihar ölümü kümeleri meydana gelebilir. Bu durum çocuklar ve gençlerdeki intiharların %1 – 2 'sine tekabül eder. (272)

DOGU' da ölüm ile sonuçlanan intihar oranlarındaki yüksekliğin bir başka nedeni; bu ülkelerde intihar girişimlerinde yaygın olarak kullanılan temini kolay ve ucuz olan pestisitlere karşılık yüksek gelirli ülkelerde (YGÜ) analjezikler ve psikotrop ilaçlar gibi daha az toksik zehirlerin kullanılması olabilir. Ek olarak, Katolik veya Müslüman ülkelerde olduğu gibi intihar davranışına karşı dini yaptırımlar nedeniyle intiharın kabul edilebilirliğindeki farklılıklar; alkol ve uyuşturucu kötüye kullanımı düzeylerindeki değişiklikler gibi faktörler intihar oranlarındaki küresel farklılıklara katkıda bulunabilir. (273)

2.4.3.2.Yaş ve Cinsiyet

15 ile 29 yaş arasındaki ergenlerde ve genç yetişkinlerde intihardan ölüm en yüksek mutlak sayılara ulaşır. ABD ölüm istatistikleri, 10 yaşına kadar intihardan kaynaklanan ölümleri içermez. Genel olarak, yaşlı bireylerden çok daha fazla genç intihar nedeniyle ölmektedir, ancak yaş grubu başına göreceli sayılar yaşlılarda sekiz kat daha fazladır. Benzer şekilde, WHO' ya göre, 15 yaşına kadar olan çocuklar ve ergenler, en düşük küresel intihar oranlarını (100.000 kişi başına) sergilemektedir ve bu oran daha sonra 70 yaşına veya üzerine kadar istikrarlı bir şekilde artmaktadır (WHO 2014). İntihar oranları düşük gelirli ülkelerde genç yetişkinlerde, yüksek gelirli ülkelerde ise orta yaşlı veya yaşlı gruplarda artmaktadır. 100.000 nüfus başına 10,7 olan genel intihar oranı içerisinde erkek: kadın oranı 1,7 olarak tespit edilmiştir. Buna göre erkekler kadınlara kıyasla neredeyse iki kat daha sık intihar gerçekleştirmektedir. Kadınlarda en yüksek intihar oranları her iki Kore'de (Kuzey: 15,4; Güney: 16,4), Hindistan'da (14,3) ve Çin'de (11,5), Japonya ve

Belçika'da (12,4) olarak bulunmuştur. Erkeklerde yüksek intihar oranları Belarus (41,0), Guyana (42,4), Kazakistan (46,8), Moğolistan (47,8), Litvanya (58,0) ve Sri Lanka'dan (58,7) bildirilmiştir. Dünyada 1990' dan bu yana erkek intiharları önemli ölçüde hızlanmıştır, ancak bu durumun kadınlar için geçerli olmadığı belirtilmektedir. (274-276)

2.4.3.3. Özel Gruplar

Bazı grupların intihar için daha yüksek risk altında olduğu kabul edilmektedir: polis, itfaiyeci ve diğer birinci basamak müdahale ekiplerinin yanı sıra ordudaki kişiler, mahkûmlar, azınlıklar, evsizler, mülteciler ve sığınmacılar bunlar arasında sıralanabilir. Ayrıca lezbiyen, gey, trans ve biseksüel bireylerin yüksek intihar riski altında olduğu söylenmektedir; Trans bireyler arasında intihar girişimleri bazı ülkelerde %30 - 50' ye ulaşmaktadır. (277-279)

2.4.4. İntihar Yöntemleri

İntihar yöntemlerine ilişkin bölgeler arasında farklılıklar gözlenmektedir. Asya ve Güney Afrika' da çoğunlukla ası, ABD' de ateşli silahla kendini vurma, Avrupa' da ise ası ve ateşli silah kullanımına sık rastlanmakla birlikte tüm coğrafi bölgelerde zehirlenme de yaygın tercih edilen bir intihar yöntemidir. Yakın zamanda çocuk ve ergenlerde intihar yöntemleri hakkında yayınlanan bir araştırmada 101 ülke incelenerek yöntemlerin yetişkinlerden farklılık göstermediği belirtilmiştir. Yaş, cinsiyet ve bölge genelinde intihar ölümleri en sık ası ile olmakla birlikte ikinci en yaygın yöntem kadınlarda pestisit ile zehirlenme, erkeklerde ise ateşli silahlarla ve zehirlenme olarak tespit edilmiştir.(280, 281)

2.4.5. İntihar Girişimi

İntihar girişimleri, kendine zarar vermenin daha geniş tanımına dâhil edilir. Dünya çapında, intihar girişimleri hakkında çok az veri vardır ve tanı, raporlama sürecindeki yetersizlikler nedeniyle istatistiklerin güvenilirliği ve kalitesi düşüktür. Uzmanlara göre intihar girişi sayısı tamamlanmış intiharlara göre 10 - 30 kat daha fazladır. Kadınların erkeklerden 2 - 3 kat daha fazla intihar girişiminde bulunduğu ifade edilmektedir. Genç olmak, dul veya boşanmış olmak ve bir psikiyatrik bozukluktan muzdarip olmak intihar

girişimleri için genel risk faktörlerini göstermektedir. Bu kriterler kullanılan yöntemlerde olduğu gibi tamamlanmış intiharlardan farklı değildir. Bununla birlikte, artan sayıda intihar girişi, ölüm riskini artırır ve tamamlanmış bir intihar için en önemli risk faktörüdür. (198, 268, 282)

2.4.6. İntihar ve Psikiyatrik Hastalıklar

İntiharların yaklaşık yüzde 90' ı en az bir psikiyatrik bozuklukla ilişkilidir. Psikiyatrik hastalığı olan genel nüfus için bir ömür boyu intihar etme riski %30,2' dir. Yaşam boyu intihar riski, hiç hastaneye yatırılmamış ayakta tedavi gören hastalar için bildirilen %8,6' dan çok daha yüksek olduğundan, yatan hasta durumunun tek başına bir risk faktörü olabileceği tahmin edilmektedir. Yatarak tedaviden taburcu edildikten sonraki 4 - 12 hafta boyunca intihar oranlarının arttığı da belirtilmiştir. İntihar riski ile ilişkili başlıca psikiyatrik tanılar depresif bozukluklar, bağımlılıklar, B kümesi kişilik bozuklukları ve şizofrenidir. Şizofreni, en yüksek intihar riski ile ilişkilidir. (283, 284) Depresif bozukluklar ve alkol kötüye kullanımı sırasıyla ikinci ve üçüncü sırada yer almaktadır. Depresyon, dünya çapında intihar ölümlerinin önde gelen nedenidir ve engellilikle yaşanan yıllarda ikinci sıradadır. (285) Tamamlanmış intiharların yarısı depresif ve diğer duygudurum bozuklukları ile ilgilidir. Depresyonla bağlantılı intiharlar daha çok yaşlılarda görülür ve bunların büyük bir kısmı psikotik semptomlar yaşar. Bipolar bozuklukta depresyonun aksine intihar girişimleri ve intiharlar ilk depresif dönemle yani 25 yaş civarıyla örtüşür. Bipolar hastaların tamamlanmış intiharındaki diğer faktörler erkek cinsiyet ve birinci derece ailede intihar öyküsüdür. Anksiyete, TSSB dâhil uyum bozuklukları ve kişilik bozuklukları da artmış intihar riski ile ilişkili bulunmuştur. (238) Anksiyete bozukluklarında intihar yatan hastalarda %2,5 ve ayaktan hastalarda %6' dır. Bu sayılar son on yılda sabit kalırken, obsesif-kompulsif bozukluklara bağlı intiharlar orta derecede artmıştır. ICD-10 tanıları arasında en yüksek intihar riski yeme bozuklukları ile ilgilidir. 25 - 44 yaş arası yetişkin bir grupta tüm yeme bozuklukları için intihar oranı 10,7, anoreksiya nervoza için 14 ve bulimia nervoza için 7,7 olarak tespit edilmiştir. Kişilik bozuklukları arasında BKB %3 ile %9 arasında değişen intihar oranlarıyla dikkat çekmektedir. Uyku sorunları açısından, uyku süresinin

azalması, uykusuzluk ve kâbuslar intihar davranışı riski ile ilişkilendirilmiştir. (286-288)

Dürtüselliğin intihar düşüncesi ve intihar davranışı ile ilişkili madde kullanımının kilit bir aracısı olması muhtemeldir. Ayrıca intihar ettikleri sırada alkol kullanım bozukluğu olan bireylerin, intihar sırasında alkol kullanım bozukluğu olmayanlara göre daha yüksek düzeyde dürtüsel - saldırgan davranışa sahip olmaları daha olasıdır. Alkolizmde intihar riski artar. Maddeye bağlı intiharların, %40-85' i alkol ve/veya sedatif - hipnotik ilaçların alınmasından sonra meydana gelir. Tamamlanmış intiharların eroin tüketicilerinde 14 kat arttığı bildirilmiştir. Tedavi arayan madde bağımlısı bireylerin %40' ında en az bir intihar girişimi öyküsü bulunmaktadır. (289, 290)

2.4.7. İntihar ve Fiziksel Hastalık

Psikiyatrik hastalığı olan bireylerde intihar girişimi ve intiharların sıklığı arttığı gibi, fiziksel sağlık sorunları bağlamında da artmaktadır. Literatür sıklıkla kanser ve HIV enfeksiyonu gibi potansiyel olarak ölümcül hastalıklardan bahseder. Kanser tanısı alan bireylerde intihar sayısı iki katına çıkmaktadır. (291) Yüksek gelirli ülkelerde kanser, düşük gelirli ülkelerde ise HIV enfeksiyonu ile intihar arasında anlamlı ilişki rapor edilmiştir. Herhangi bir kronik hastalık, yüksek bir intihar riski ile ilişkilendirilebilir; literatürde multipl skleroz, epilepsi, sistemik lupus eritematoza, astım, böbrek yetmezliği ve hemodiyaliz ile ilgili çalışmalar mevcuttur. Bariatrik cerrahi sonrasında da artan intihar sayıları bildirilmiştir. (292) Kronik fiziksel hastalıkta önemli bir başka konu, intihar eğiliminde artışa yol açan sürekli ağrı, uyku düzensizliği, sakatlık ve yaşam kalitesinde düşmenin varlığıdır. (293, 294)

2.4.8. İntiharın Psikopatolojisi

İntihar riski, çeşitli biyolojik, klinik, psikolojik, sosyal, kültürel ve çevresel faktörlerin etkileşimini içerir. İntihar riskini anlamak için genel modeller önerilmiştir ve çoğu model intihar riskinin predispozan ve hızlandırıcı faktörler arasındaki etkileşimin bir sonucu olduğunu kabul eder. Böyle bir örnek, intihar riskinin gelişiminde genetik, deneyimsel, psikolojik, klinik, sosyolojik ve çevresel faktörlerin etkileşimlerini tanımlayan intihar için

biyopsikososyal modeldir. (295) İntihar riski ile nispi ilişkisi bireyler arasında büyük farklılıklar gösteren bu faktörler aşağıdaki şekilde sıralanabilir;

- Çocuklukta ihmal,duygusal, fiziksel veya cinsel istismar olarak tanımlanan erken yaşam sıkıntısının (EYS) yol açtığı bilişsel eksiklik ve epigenetik değişiklikler (296)

- Psikolojik acı kavramının beraberinde getirdiği problem çözme, hafıza yanlışlıkları, ruminasyon gibi psikolojik ve bilişsel özellikler ile mağlubiyet, tuzağa düşme duyguları, dürtüsellik, niyetler/planlama, bir planın uygulanması, araçlara erişim, başkalarının intihar davranışına maruz kalma ve taklit gibi faktörler (297)

- Mükemmeliyetçi, kaygılı ve dürtüsel - saldırgan kişilik özellikleri(298)

- Düşük benlik saygısı gibi olumsuz duygulara sahip olma (297)

- İntihar davranışında bulunan birinci dereceden bir akrabaya sahip olma ve başkalarında intihar davranışına maruz kalma (299)

- Önceki intihar girişiminin varlığı (299)

- Anksiyete bozuklukları, depresyon, şizofreni, duygudurum bozuklukları, dürtü kontrol bozuklukları, travma sonrası stres bozukluğu, yeme bozuklukları, kendine zarar verme davranışı, alkol ve uyuşturucu kullanımı veya bağımlılığı gibi ek psikiyatrik komorbiditelerin varlığı (299, 300)

- Monoamin düzensizliği ve Serotonin biyogenezindeki farklılık gibi nörobiyolojik mekanizmalar (301)

- Strese hiperaktif kortizol tepkisi (302)

- Davranış ve stres düzenleme yollarında HPA eksenini ile ilişkili beyin yapısı ve bozulmuş yürütme işlevi dahil olmak üzere patolojik özellikler ve yüksek duygusal düzensizlik geliştirme riski (303)

- Hipokampusta glukokortikoid reseptörünü kodlayan NR3C1 düzenleyici bölgesinin artmış metilasyonu, glukokortikoid reseptör sinyalini downregüle eden bir proteini kodlayan FKBP5 ile iç ve kinetokor ilişkili protein 2' yi kodlayan SKA2' deki değişiklikler (304)

- BDNF (beyin kaynaklı nörotrofik faktörü) ve NTRK2 (BDNF reseptörü tirozin kinaz B' yi (TrkB) kodlayan gen) gibi nörotrofik genlerin azalmış ekspresyonu (305)
- Glutamaterjik ve GABAerjik disfonksiyon (306)
- GRIN2B, GRIK3 ve GRM2 gibi upregüle olan glutamaterjik genler
- Bağışıklık fonksiyonu ve inflamasyon (307)
- Tümör Nekroz Faktörü, IL-6, IL-8 ve IL-1 β gibi artmış proinflamatuvar ve azalan IL-2, vasküler endotelial büyüme faktörü gibi sitokinler ile inflamasyon ve bağışıklık sisteminin rolü (308)
- Kinolinik asit (NMDA glutamat reseptörlerinin bir agonisti) ve kinurenik asit (NMDA, AMPA ve kainat glutamat reseptörlerinin bir antagonisti) düzeylerinde değişiklik (309)
- Barsak mikrobiyotasının ruh hali üzerine etkileri (310)
- T. gondii gibi beyinde triptofan mevcudiyetinin azalmasına, serotonin biyosentezinin azalmasına ve kinurenik asit düzeylerinin artmasına neden olabilecek enfeksiyöz ajanların, kadınlarda saldırganlık ve erkeklerde dürtüsellik gibi intihar davranışıyla bağlantılı belirli davranışsal özellikleri de güçlendirebileceğine yönelik araştırmalar. (311)

2.5. Cinsel İşlev Bozuklukları

Algılama ve tanımlamalar değişkenlik göstermekle birlikte insanlık tarihinin başlangıcından itibaren cinsellik her zaman varolmuştur. Öte yandan kültürel ve toplumsal değerler, inançlar ve ön yargılar sebebiyle varolduğu günden bugüne üzerinde konuşulması en zor konulardan biri olma özelliğini de sürdürmektedir. Bu özelliği sebebiyle genel sağlık açısından toplumu en çok alakadar eden konulardan biri olan cinsel sağlık üzerine konuşmak zorlaşmakta; insanları en sık mutsuz eden sağlık sorunlarından biri olarak cinsel işlev bozuklukları gereken ilgiyi görememektedir. Bireylerin cinsel işlev bozuklukları için sağlık kurumlarına başvurmak konusundaki çekinceleri; sadece cinsel ya da fiziksel sağlığın değil, tüm toplumda cinsiyet farklılığı gözetmeksizin halkalar halinde aile sağlığı ve sosyal sağlığın da kesintiye

uğramasına sebebiyet vermektedir. (312) İnsanın cinselliği anne karnındayken başlar ve yaşamı boyunca, kişiliği, inançları, değerleri ve tutumları, duygu ve davranışları, beğeni ve yönelimleri, fiziksel özellikleri, bulunduğu topluluğun yapısı doğrultusunda ilerler. Bu ifade gereği cinsellikten anlaşılan sadece cinsel organlar olmamalı tüm vücut ve akli da kapsayan bir anlayış kabul edilmelidir. Dünya Sağlık Örgütü' ne (WHO) göre; bedensel, duygusal, entelektüel ve sosyal yönlerin bütünleşerek aşkı, iletişimi ve kişiliği yoğunlaştırması cinselliği var etmektedir. Ayrıca WHO' nun tanımlamasına göre; cinsel sağlık, hastalık, işlev bozukluğu veya yeti yitiminin olmamasının yanı sıra duygusal, mental ve sosyal alanlarda da cinsel açıdan iyi olunması halidir. Cinsel sağlıktan söz edebilmek için zorunluluk olarak yaşanmaması da ön koşuldur. (313) Cinselliği yaşadığı süreçte kişi bedeni aracılığıyla yalnızca fiziksel değil sosyal de ilişki kurmuş olur. Bu noktada insanın yalnızca fiziksel varlığı ile değil, toplumsal, düşünsel, duygusal tabiatıyla da cinselliğini ifade ederek iletişim becerisi, karakter gelişimi ve toplumsallaşmasına katkıda bulunması sağlıklı olma halini ifade eder. Tüm bunları sağlayabilen cinsel açıdan sağlıklı olma halinin gerçekleşebilmesi için keyifli ve güvenli cinsel deneyimlerin yaşanabildiği, baskı, ayrımcılık ve şiddetten korunmuş, istenmeyen gebeliklerin yaşanmadığı, olumlu, tüm kişilerin cinsel haklarına saygı gösterilerek korunabildiği bir ortamın varlığı önemlidir. Ayrıca kişi cinselliği aynı ve karşı cinsiyetten istediği birey ile yaşayabilmelidir. Sağlıklı cinselliğe olanak sağlayacak bu koşullar ise biyolojik, psikolojik, kültürel, sosyal, dini, politik, ekonomik, hukuki ve tarihi faktörlerden etkilenmektedir. (314) Eleştirel toplumsal cinsiyet rolleri, beklentileri, değerleri gibi pek çok güç dinamiği de cinsel sağlığı etkilemektedir. Cinsel sağlık açısından insan haklarının korunmasına dikkat edilirken sadece belli yaş aralığında üreme çağındaki bireyler değil genç ve yaşlı bireylerin de bu kapsama dâhil edilmesi sağlanmalıdır. Bireyin tüm yaşamını içine alan cinselliğin farklı ifade biçimleri ile de kendisini ortaya koyabileceği bilinmelidir. Bireyin sosyal, bedensel ve psikolojik yaşantısının mühim bir yanı olan cinsel aktivite yalnızca soyun sürdürülmesi amacıyla gerçekleştirilen biyolojik bir fonksiyon değil, insanlar arası duyguların iletilmesine de olanak sağlayan ve haz veren önemli bir

davranıştır. Cinsel yaşam bir bütündür içerisinde zevk almayı ve vermeyi içerdiği gibi üremeyi tercih etmeyi ve etmemeyi de içerir. Temelde duyguya dayalı, tüm beden ve akıl ile ilişkili bir eylem olan cinsellik erkeklik ve dişilik ile ilgili duygusal tepkileri oluşturarak türe özel davranışları belirler. (315) Bu bağlamda cinsel sağlığın amacı da sadece cinsel yolla bulaşan hastalıkları önlemek ve üreme sağlığı ile sınırlı olmamalı kişilik ve yaşamın güçlendirilmesi olmalıdır. Kahire'de Birleşmiş Milletler Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı' nın 1994 yılındaki oturumunda dünya nüfusunda cinsellik ve üreme ile ilgili sağlık sorunlarının neden olduğu hastalık ve ölümler tartışılmıştır. Bu oturum sonucunda WHO tarafından geliştirilen "Üreme Sağlığı" kavramı tüm bireyler için temel bir hak olarak onaylanmıştır. (314)

21. yüzyılın başında Henry Avelock Ellis ve Sigmund Freud cinselliği ilk kez bilimsel yöntemlerle ele almıştır. (316) 1938 - 1952 yılları arasında Kinsey ve arkadaşları tarafından yapılan cinsel davranışla ilgili araştırmalar bu alandaki ilk geniş ve kapsamlı çalışmalar olarak kabul edilmektedir. (317) 1960' ların başında William Masters ve Virginia Johnson' ın çalışmaları, insan cinsel anatomisi ve cinsel tepki anlayışımızda devrim yaratmıştır. Penisin ve klitorisin ereksiyonunun vücudu cinsel etkileşimler için nasıl hazırladığını ve ne tür uyarımların cinsel heyecan ve orgazm ürettiğini ortaya çıkaran 12 yıllık çalışmaları sonucunda; uyarılma, plato, orgazm ve çözülme evresi olmak üzere dört faz tanımlanmıştır. İnsan cinsel tepkisine ilişkin bu dikkatli laboratuvar gözlemlerinin amacı, cinsel yapıları ve cinsel aktivite sırasındaki işlevlerini basitçe tanımlamanın çok ötesinde, çiftlerin ve terapistlerin bu bilgileri cinsel sorunları çözmede ve insanların cinsel yaşamlarını iyileştirmede uygulamalarına yardımcı olmak olmuştur. 1970' li yıllara gelindiğinde ise Helen, Singer, Kaplan ve Lief cinsel yanıt döngüsünün, nörofizyolojik ve anatomik olarak ayrılan bifazik yapısını tanımlamıştır. Uyarılma ve platodan oluşan ilk evre olan vazokonjesyon aşamasının parasempatik sistem tarafından inerve edilirken, orgazmın meydana geldiği ikinci evrenin sempatik sistem tarafından inerve edildiği bulunmuştur. İlerleyen süreçte modele, üçüncü ve son evre olan cinsel arzu evresi eklenmiştir. Bu model DSM-4' ün cinsel işlev bozuklukları sınıflandırmasına temel oluşturmuş olması

bakımından da önemlidir. 1998' de Amerikan Ürolojik Hastalıklar Kuruluşu (AFUD) tarafından cinsel yanıt döngüsü Cinsel İstek, Uyarılma, Orgazm ve Çözülme olarak yeniden sınıflandırılmıştır. Cinsel yanıtın evreleri ilaç kullanımı, yaş, alkol ve madde bağımlılığı gibi fiziksel unsurlardan etkilenmektedir. Bu nedenle klinikte cinsel işlev bozuklukları farklı psiko/fizyo/patolojik faktörler gözetilerek geniş bir yelpazede ele alınmaktadır. (318, 319) Cinsel Yanıt Döngüsü;

1. Uyarılma evresi: Fantaziler, fiziksel ve zihinsel uyarılar sonucu heyecanlanma ve cinsel uyarılma evresidir. Son evre olan çözülme evresi ile birlikte döngünün en uzun bölümünü oluşturmaktadır. Uyarının tipi ve süresine bağlı olarak evrenin süresi de değişiklik göstermektedir.

2. Plato evresi: Cinsel gerilim ve cinsel haz duygusunun giderek artması ile başlar ve orgazma geçilecek noktaya kadar sürer. Genital organlarda vazokonjesyon en yüksek noktaya ulaşır.

3. Orgazm evresi: Erkeklerde ejakulasyon, kadında ise perine ve vajina etrafındaki kas ve dokuların ritmik refleks kasılmaları ile karakterizedir. Genellikle bu evre cinsel haz duygusuyla ilişkili olarak cinsel gerilimin yerini rahatlamaya/boşalmaya bıraktığı evredir.

4. Çözülme evresi: Orgazmdan sonra fizyolojik reaksiyonların dakikalar içerisinde uyarılma öncesine döndüğü evredir. Orgazm gerçekleşmemişse platodan sonra çözülme gerçekleşir. Çözülmenin süresi, cinsiyet, cinsel uyarının süresi ve orgazm yaşanıp yaşanmaması gibi pek çok faktörden etkilenir. (315)

Cinsel yanıt vasküler, hormonal, nörolojik ve psişik etkenlerin karşılıklı ve uyumlu bir etkileşimi ile gerçekleşen fizyolojik bir döngüdür. Santral sinir sisteminin cinsel yaşamla ilişkili olduğu düşünülen bölgeleri, serebral korteks, frontal korteks, limbik sistem, bazal gangliyonlar, hipotalamus (anterior hipotalamik medial preoptik çekirdek, posterior hipotalamik ventromedial çekirdek) ve hipofiz bezi olarak sıralanabilir. Cinsel işlevle ilgili; oksitosin, luteinizan hormon serbestleştirici hormon (LHRH), büyüme hormonu, testosteron ve dehidroepiandesteron her iki cinsten de cinsel işlevi artırırken, östrojen kadında cinsel işlevde artmaya erkekte ise azalmaya neden

olmaktadır. Progesteron, prolaktin, tiroid hormonları, kortizol ve melatoninin ise her iki cinsde cinsel işlevde azalmaya yol açtığı bildirilmiştir. Bu açıdan değerlendirdiğinde sağlıklı cinsel işlev; davranışsal, psikolojik ve biyolojik anlamda vücutta nörolojik ve endokrin dizgelerin uyum içerisinde çalışmasını gerektirmektedir. (320) Bu döngünün sağlıklı gerçekleşmemesi cinsel yanıtların fizyolojik döngüsünü bozarak cinsel işlev bozukluğuna (CİB) neden olur. Cinsel işlev bozuklukları (CİB), “bireyin umduğu cinsel ilişkiyi yaşayamaması durumu ya da anatomik, fizyolojik veya psikolojik etmenler sonucu cinsel reaksiyon siklusunda ortaya çıkan ve cinsel performansı etkileyen aksaklıklar” olarak tanımlanmaktadır. (313) Cinsel işlev bozukluklarının tanılama ilk adım ayrıntılı anamnez alınmasıdır. Öncelikle istek, uyarılma, orgazm ve çözülme dönemlerinin hangisinde, ne tür sorunlar olduğu dikkatlice değerlendirilmelidir. Ayrıca vasküler, nörolojik, endokrin hastalık öyküsü ve ilaç kullanımı ayrıntılı bir şekilde sorulmalıdır. Tanılama aşamasında bireylerin cinsel yaşamının fiziksel, psikolojik, sosyal ve kültürel bileşenlerden olumsuz yönde etkilenebileceği ve CİB gelişebileceği unutulmamalıdır. Cinselliğin değerlendirilmesinde bir sonraki adım tıbbi, nörolojik ve jinekolojik muayeneyi takiben detaylı hormon tetkiklerinin yapılmasıdır. Cinsel disfonksiyonu daha iyi tanılamak ve patofizyolojik mekanizmanın daha iyi anlaşılması açısından, genital kan akımı ölçümü, vasküler değerlendirme, vajinal komplians ölçümü, genital duyarlılık testi-biothesiometri testi, nokturnal penil tımesans ve sertlik testi, intrakavernozal enjeksiyon testi gibi özel tetkikler de uygulanabilir. Değerlendirmedeki en önemli adımlardan biri de CİB olan bireylere uygun tedaviyi uygulamaktır. McCarthy ve McDonald tedavinin biyomedikalliğe indirgenmesi riskine karşılık, cinsel işlev bozukluklarının tedavisinin psikolojik, sosyal ve biyolojik tedavi stratejilerini garanti eden ‘cinselliğin psikolojik çok nedenli, çok boyutlu, karmaşık bir olgu olduğunu vurgulayan’ ‘biyopsikososyal modelin’ kullanılmasını önermiştir. (321, 322)

2.5.1. Cinsellikle İlgili Genel Kavramlar

Cinsiyet (Seks); cinsel organların ve vücut içindeki baskın hormonların türü, sperm ya da ovum üretebilme, doğum yapma ve emzirebilme yetisi gibi

bir kişiyi dişi ya da erkek olarak belirleyen fizyolojik özellikleri içerir: Seks, ayrıca cinsel birleşmeyi de içeren cinsel faaliyet anlamında da kullanılır. Toplumsal cinsiyet (gender); kadınlar ve erkekler için yaygın olarak kabul edilen düşünce ve beklentileri (normları) ifade eder. Bunlar “tipik” olarak dişi (ya da feminen) ve erkeksi (maskülen ya da eril)  zellikleri ve yetileri, çeşitli durumlar karşısında kadınların ve erkeklerin nasıl davranması gerektiği konusunda genelin paylaştığı beklentileri içerir. Cinsel kimlik (Gender Identity); bireylerin kendi iç dünyasında kendisini nasıl tanımladığıdır. Kadın veya erkek olmakla sahip olduğu kişisel ve özel kimliktir. Cinsel yönelim; kişinin düşünce, duygu ve davranışsal olarak cinsel çekim duyduğu cinsiyete göre tanımlanan bir özelliktir. Karşı cinse ilgi (Heteroseksüel); kişinin karşı cinsiyete cinsel ilgi duyması, aynı cinse ilgi (Homoseksüel, eşcinsel); kişinin kendi cinsiyetine cinsel ilgi duyması, biseksüel olma; kişinin her iki cinsiyetten olanlara cinsel ilgi duyması anlamlarına gelmektedir. Transseks elite kavramı; kişinin cinsiyetini değiştirmesi gerektiğine, ruhsal ve bedensel olarak diğer cinsiyete sahip olması gerektiğine inanması durumudur. Cinsel ilişki; oral, anal ve penil-vajinal seks de dâhil olmak üzere yakın cinsel davranışlara denir. Sağlıklı cinsel ilişki; ortak değerler üzerine kurulur ve beş özelliği vardır. Bunlar; uzlaşmacı, sömürücü olmayan, dürüst, karşılıklı zevk almayı isteyen, istenmeyen gebelik ve cinsel yolla bulaşan hastalıklara (AIDS dâhil) karşı korunma şeklinde sıralanabilir. (312)

2.5.2. Cinsel İşlev Bozuklukları Sınıflaması

DSM-5’e Göre Cinsel İşlev Bozuklukları (CİB)

- İstek, İlg, Uyarılma Bozuklukları;
 -   Erkekte düşük cinsel istek bozukluğu
 -   Kadında cinsel istek / uyarılma bozukluğu
 -   Erkekte sertleşme bozukluğu
- Orgazm Bozuklukları;
 -   Kadında orgazm bozukluğu
 -   Geç boşalma
 -   Erken boşalma
- Cinsel Ağrı Bozuklukları;

- Cinsel organlarda-pelviste ağrı / içe girme bozukluğu
- Genel Tıbbi Duruma Bağlı (GTDB) CİB;
 - GTDB erkekte sertleşme bozukluğu
 - GTDB erkekte düşük cinsel istek
 - GTDB kadında ilgi / uyarılma bozukluğu
 - GTDB Disparoni
 - Erkek ve Kadında diğer CİB
 - Maddenin / İlacın Yan Etkisine Bağlı CİB (323)

2.5.3. Cinsel İşlev Bozuklukları Etyolojisi

Cinsel işlev bozuklukları bireysel, sosyo-kültürel, psikolojik pek çok faktörden etkilenmektedir. Bireyin eğitimi, yetiştiği alt kültürün cinselliğe bakışı, kişisel, ailevi ve dini değerlerin çatışması ya da cinsel mitler, psikoseksüel roldeki güvensizlik, eşler arasında genel ilişki bozukluğu, başarısızlık korkusu, suçluluk duygusu, bozuk benlik algısı, travmatik cinsel deneyim, depresyon, anksiyete ve psikiyatrik bozukluklar da cinsel sorunların oluşmasında önemli rol oynamaktadır. Diyabet ve hipertansiyon gibi fizyolojik hastalıklar, kullanılan ilaçlar ve cerrahi operasyonlar da CİB' in ortaya çıkmasına ve sorunun sürmesine neden olmaktadır. Diyabetli erkeklerin yarısından fazlası erektil disfonksiyon sorunu yaşarken, diyabetli kadınların %17-85' inde cinsel isteksizlik, %1-61' inde orgazmik bozukluk, %3-61' i nde ağrı bozuklukları yaşanmaktadır. Owiredü'nün 2015 yılında yaptığı çalışmada; hipertansiyonu olan bireylerin yarısının CİB yaşadığı belirtilmektedir. Kronik hastalıkların tedavisinde kullanılan β -blokörler, Tiyazid grubu diüretikler gibi ilaçlar da CİB' e sebep olmaktadır. Depresyon tedavisi için SSRI kullanan hastalarda %25,8 - 80,3 arasında CİB yaşandığı belirtilmektedir. (321)

Tablo 1.4. Cinsel İşlev Bozukluklarının Etiyolojisinde Rol Oynayan Faktörler (324)

CİB ortaya çıkışını kolaylaştıran, yatkınlık sağlayan faktörler	CİB ile ilgili belirtilerin ilk defa görülmesinde rol oynayan faktörler	CİB 'i kronikleştiren ya da daha fazla kötüleştiren faktörler
--Anne-baba arası olumsuz ilişki biçimi --Kişinin kendiyle ilgili olumsuz duygu ve düşünceleri --Aşırı tutucu, dindar yetiştirilme --Nevrotik kişilik özellikleri --Cinsellikle ilgili bilgi eksikliği ve yanlış inançlar(cinsel mitler) --Cinsel istismara maruziyet --Cinsellik ve sonuçlarıyla ilgili olumsuz / gerçek dışı beklentiler --Eşler arası iletişim biçimi --Eşe karşı öfkeli / kırgın olma --Yetersiz cinsel deneyim --Travmatik cinsel deneyimler	--Eşler arası uyumsuzluk ve çatışmalar --Yorgunluk ve stres --Cinsel iletişim sorunları --Aşırı alkol ve ilaç kullanım --Eşin cinsel bir sorununun olması --Evlilik öncesi ve evlilik dışı ilişkiler --Fiziksel / psikiyatrik hastalıklar --Travmatik cinsel yaşantı vb. --Abartılı performans beklentileri --Yaşlanma --Gebelik, doğum ve laktasyon --İlaç yan etkileri	--Suçluluk, utanç ve günahkârlık duyguları --Çok sık cinsel ilişkide bulunma --Performans anksiyetesi --Cinsel ilişkiden kaçınma --İlişkiye kendini verememe --Eşin tepkileri --Çözüm ile ilgili yanlış inançlar ve uygulamalar (cinsel mitler) --Eşler arası çekicilik kaybı --Psikiyatrik bozukluklar --İlaç yan etkileri --Bedensel hastalıklar

2.5.4. Cinsel İşlev Bozukluklarının Yaygınlığı

Kadın ya da erkek ayırımı olmaksızın, her üç kişiden birinin yaşamlarının herhangi bir dönemlerinde en az bir CİB yaşadığı bilinmektedir. Erkeklerin %30 ve kadınların %40' ından fazlasında en az bir CİB tanısı olduğu tespit edilmiştir. Yapılan çalışmalarda kadınlarda CİB görülme oranının %20 - 73 arasında değiştiği görülmüştür. Dünyada 150 milyon erkek erektil disfonksiyon sorunu yaşamaktadır. 2008 - 2009 yıllarında yapılan çalışmalarda Kennedy ve Rizi kadınların %22' sinde cinsel isteksizlik ve erkeklerin %21' inde erken boşalma; Moreira kadınların %34' ünde ve erkeklerin %15' inde cinsel isteksizlik olduğunu tespit etmiş, en sık görülen bozukluklar olarak belirtmişlerdir. Türkiye'de İnci ve Ergen' nin 2009 yılında yaptığı çalışmada belirttiğine göre 40 - 70 yaş arası erkeklerde erektil disfonksiyon prevalansı %69,2' dir. 2011 yılında Konya' da Doğan tarafından normal popülasyonda yapılan bir araştırmada CİB görülme sıklığı; kadınlarda vajinismus %15, anorgazmi %5, erkeklerde sertleşme bozukluğu %14 ve erken boşalma %29 oranlarında saptanmıştır. Kadınlar doğum sonrası, menopoz ve yaşlılık gibi dönemlerinde %30-77 arasında CİB yaşamaktadırlar. Bununla birlikte gebeliğin ikinci ve üçüncü trimestırda da oldukça yüksek düzeyde CİB yaşandığı belirtilmektedir. Kadınların %62,6' sında menapoz döneminde cinsel istek bozukluğu, %34,9' unda dispareni ve %56,2' sinde orgazmik bozukluk görülmektedir. Erkeklerde 40-70 yaşlarında sertleşme bozuklukları sıklığının arttığı yarısında sertleşme bozukluğunun yaşandığı belirtilmektedir. (321)

2.5.5. Cinsel İşlev Bozuklukları ve Psikiyatrik Komorbidite

Psikiyatrik hastalıklar ve tedavilerinde kullanılan antipsikotik ve SSRI' lar gibi psikotrop ilaçlar cinsel işlev bozukluklarının başlatıcı ve sürdürücü nedenleri olabilir. Ek olarak cinsel işlev bozuklukları da kişide değersizlik, yetersizlik, doyumsuzluk hislerine yol açarak depresif tabloya yol açabilir. Bu sebeple cinsel işlev bozukluklarına ilk yaklaşımda anamnez alırken ruhsal durumun iyi sorgulanması ve psikiyatrik muayene önemlidir. (325) Depresif bozuklukların, duygudurum azalması, ilgi veya zevk kaybı, aktivite azalması ve konsantrasyon güçlüğü ile kendini gösterdiği bilinmektedir. Bu semptomlara genellikle cinsel istekte bir azalma da eşlik eder. (326) Uzunlamasına

epidemiyolojik Zürih alışması, depresif hastalarda (majör depresyon, distimi ve tekrarlayan kısa süreli depresyonu olanlar dâhil) cinsel sorunların kontrol deneklerine göre yaklaşık iki kat daha sık olduğunu göstermiştir. (327) 1999 yılında Kenndy ve arkadaşlarının depresyon hastaları ile yaptığı bir çalışmada erkeklerin %40' ından fazlası ve kadınların %50' sinden fazlası cinsel ilginin azaldığını bildirmiştir. Aynı çalışmada azalmış uyarılma düzeyleri hem erkeklerde hem de kadınlarda (%40-50) orgazm güçlüklerinden (%15-20) daha yaygın olarak saptanmıştır. (328) Depresyona ek olarak panik bozukluk, agorafobi, sosyal fobiyi kapsayacak şekilde anksiyete bozuklukları, obsesif kompulsif bozukluk ve travma sonrası stres bozukluğu da kaçınma davranışı, bulaş takıntıları gibi pek çok mekanizma ile cinsel işlev bozukluklarına aracı olabilmektedir. (325) 20. yüzyılın başında şizofreninin seks hormonlarının eksikliğine bağlı geliştiği görüşünden zamanla psikotik bozukluğu olan hastaların evlilik ve diğer cinsel yaşamdan uzak durması gerektiği görüşüne geçilmiş olsa da 1980'lerle birlikte bu yönde yapılan çalışmalar sıklamıştır. Araştırma sonuçlarına göre şizofreni hastalarının cinselliklerini yaşamak konusunda esasen istekli olduğu fakat kişiler arası ilişkilerde yaşadıkları güçlükler ve kullanılan antipsikotik ilaçların yan etkilerine bağlı olarak cinsel işlev bozuklukları ile sık karşılaştıkları belirtilmiştir. Ayrıca antipsikotik ilaçların cinsel yan etkileri de şizofreni tedavisine uyumun bozulmasına yol açabilmektedir. (329, 330) Sayılan tüm psikiyatrik tablolar bireylerde cinsel isteksizlik, doyumsuzluk, orgazm güçlüğü, erkeklerde prematür ejakülasyon gibi geniş spektrumdaki bir semptom ve tanı kümesinde etkili olabilmekte ve kişilerin yaşam kalitesini bozabilmektedir. (325)

2.6. Çalışmanın Hipotezleri

Çocukluk ağı Travması saptanan Premenstrüel Bozukluk hastalarında saptanmayanlara kıyasla;

- Premenstrüel Sendrom ve Premenstrüel Disforik Bozukluk semptomları daha şiddetlidir.
- Kendine Zarar Verme Davranışı daha sıktır.
- İntihar girişimi daha yaygındır.
- Cinsel İşlev Bozukluğuna daha sık rastlanmaktadır.

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Modeli

Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniği' ne başvuran premenstruel disforik bozukluk ve premenstruel sendrom tanılı olgularda çocukluk çağı travmatik yaşantılarının; kendine zarar verme davranışı, intihar girişimi ve cinsel işlev üzerindeki etkilerinin incelenmesi amacıyla kesitsel tanımlayıcı araştırma tasarımı düzenlenmiştir.

3.2. Çalışma Örneklemi

Bu çalışmaya, 1 Mart 2020 – 31 Aralık 2020 tarihleri arasında Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Rize Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum polikliniğine premenstrüel yakınmalar ile başvuran ve son 6 aydır herhangi bir psikiyatrik tedavi almayan katılımcılardan yapılan değerlendirme sonrası; PMS veya DSM-5 tanı ölçütlerine göre PMDB tanısı alan, ardışık, 18-45 yaş arası, düzenli adet gören ve menstrüel döngüleri 25-35 gün olan 100 kadın olgu dahil edilmiştir. Çalışma öncesi RTEÜ Tıp Fakültesi Etik Kurulundan çalışmayla ilgili gerekli izin alınmıştır (Protokol no:2020/12). Bu çalışmada katılımcılara yazılı bir bilgi formu verilmiştir ve aşağıda sıralanan ölçütleri karşılayan hasta grubu çalışmaya dâhil edilmiştir;

1. Açıklanan bilgi formunu okuyup çalışmayı kabul edenler,
2. 18-45 yaş arasında olanlar,
3. Eğitim durumu uygun, okuduğunu anlayan en az ilkokul mezunu olanlar,
4. Son altı aydır psikotrop ilaç tedavisi almayanlar

Aşağıda sıralanan kriterleri gösteren kişiler bu çalışmaya alınmamıştır.

1. Eğitimsiz, okuma yazma bilmeyenler,
2. 18 yaşından küçük, 45 yaşından büyük olanlar,
3. Mevcut şikâyetleri dışında belirgin rahatsızlığı olanlar (kanser, şeker hastalığı, karaciğer yetmezliği, böbrek yetmezliği, hipertansiyon, endokrin hastalığı vs),
4. Mental retardasyon, demans, ağır psikotik bozukluğu ve organik mental

bozukluğu olanlar ve ayrıca travma sonrası stres bozukluğu cinsel işlevi etkileyebileceğinden, eştanılı travma sonrası stres bozukluğu olan hastalar,

5. Hormon veya oral kontrasetif tedavi kullanan, anemi, endometriosis, hiperprolaktinemesi olan, gebe, emzirme döneminde olan olgular, ürogenital operasyon geçirenler, menapoz döneminde olan hastalar,
6. Alkol ve madde bağımlılığı öyküsü olanlar bu maddelerin cinsel işlev üzerindeki etkileri sebebiyle çalışmaya dâhil edilmemiştir.

3.3. Gereçler

3.3.1. Sosyodemografik Veri Formu:

Tarafımızca hazırlanan bu formda; sosyodemografik özellikler, tutkunluk, alışkanlıklar ve kullanım sıklıkları, premenstrüel bozukluklar açısından risk faktörleri, fiziksel ve psikiyatrik bir hastalıktan kaynaklanan tedavi öyküleri kısaca sorgulanmıştır.

3.3.2. Premenstrüel Sendrom Ölçeği (PMSÖ):

Premenstrual belirtileri ölçmek ve şiddetini belirlemek amacıyla Gençdoğan tarafından geliştirilip, geçerlilik güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Ölçek 5'li likert tipinde 44 maddeden oluşmaktadır ve son üç ay içindeki belirtileri sorgulamaktadır. Chronbach alfa katsayısı 0.75 olarak bulunmuştur. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 44, en yüksek puan 220'dir. Depresif duygulanım, anksiyete, yorgunluk, sinirlilik, depresif düşünceler, ağrı, iştah değişimleri, uyku, şişkinlik olmak üzere 7 ölçek alt boyutu bulunmaktadır. Alt boyut skorları bu boyutlarda yer alan maddelerin toplanmasıyla elde edilmekte ve PMSÖ toplam puanı da alt boyut skorlarının toplamı ile bulunmaktadır. PMSÖ toplam puanı %50'den fazla olanlar PMS pozitif olarak sınıflandırılmaktadır. Yüksek PMSÖ puanı daha şiddetli premenstrüel semptomları göstermektedir. (331)

3.3.3. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği:

Bernstein ve ark. tarafından geliştirilen bu değerlendirme aracı üçü travmanın minimizasyonunu ölçen madde olmak üzere toplam 28 sorudan

oluşmaktadır. (332) Bu ölçekten çocukluk çağı cinsel, fiziksel, duygusal istismarı ve duygusal, fiziksel ihmalini konu alan beş alt puan ile bunların birleşiminden oluşan toplam puan elde edilmektedir. Önceki biçimi 53 maddeden oluşan, ancak sonradan özgün yazarınca kısaltılan bu ölçeğin Türkçe'ye uyarlaması ile Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirliği 2012 yılında Şar ve ark. tarafından yapılmıştır. Değerlendirilmesi de Şar ve ark. çalışmasında bildirdiği kesme puanları ve değerlendirme yöntemleri doğrultusunda yapılmıştır.(12)

3.3.4. Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği (Kadın):

ACYÖ; cinsel istek, uyarılma, vajinal lubrikasyon, orgazma ulaşabilme ve orgazm tatminini değerlendiren, beş maddelik öz bildirimsel bir ölçektir. ACYÖ, her bir cinsel işlevi Likert tipi 1'den (bozukluk yok) 6'ya (tam işlev bozukluğu) kadar puanlı bir yelpazede değerlendirir. Muhtemel toplam puan 5 ile 30 arasında değişir ve yükselen puanlar cinsel işlev bozukluğunun arttığını gösterir. Toplam ACYÖ puanının ≥ 19 , tek bir madde puanının ≥ 5 veya üç maddenin puanın ≥ 4 olması cinsel işlev bozukluğu ile ilişkili bulunmuştur. (333, 334) Türkçe 'ye uyarlaması ile Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirliği 2004 yılında Soykan tarafından yapılmıştır.(334)

3.3.5. Kasıtlı Kendine Zarar Verme Anketi:

DSHI (Deliberate Self-harm Inventory): kasıtlı kendine zarar verme davranışını değerlendirmek için Gratz KL tarafından 2001 yılında geliştirilen, davranış temelli, kişilerin kendilerinin doldurduğu bir anket formu şeklindedir. DSHI; kasıtlı kendine zarar vermenin kavramsal tanımına dayanarak hazırlanmıştır. Bu ölçüt kasıtlı kendine zarar verme davranışının sıklık, süre, şiddet ve türü gibi özelliklerini değerlendirir. Ankette listelenen kasıtlı kendine zarar verme davranışı spesifik eylemleri klinik gözlemlere, kendine zarar verme davranışında bulunan bireylerin ifadelerine ve literatürde geçen yaygın davranışlara dayanarak hazırlanmıştır. Başka yöntemlerle kolayca doğrulanamayan suicidal düşünceler gibi pek çok iç durumla ilgili güvenilir bilgiler sağladığına dair kanıtlar mevcuttur. Ayrıca; bireylerin, damgalanma riski taşıyan (suicid girişimleri ve kendine zarar verme gibi) davranışlar

hakkında bilgi verirken klinik görüşmeden daha çok bir kendi-bildirim yönteminde rahat olabileceği saptanmıştır. Bazı kendine zarar verme davranışları, eğer spesifik olarak tarif edilmedilerse, olduğundan az bildirilmiş olabilir. Bu nedenle; daha yüksek bir duyarlılık arzu edildiğinde ve/veya kendine zarar verme davranışının farklı formlarının araştırılması planlandığında kasıtlı kendine zarar verme anketi tercih edilebilir. (335)

3.4. Yöntem

Recep Tayip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniği'nde premenstrüel sendrom ve premenstrüel disforik bozukluk tanısı alan hastalara çalışmanın amacı ve yöntemi hakkında bilgi verildi. Çalışmanın ölçütlerini karşılayan ve aydınlatılmış onam formunu doldurarak çalışmaya katılmayı kabul eden hastalara sosyodemografik veri toplama formu, Premenstrüel Sendrom Ölçeği, Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği, Kasıtlı Kendine Zarar Verme Anketi ve Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeğini içeren test bataryası uygulandı.

3.5. İstatistiksel Analiz

Verilerin analizinde SPSS versiyon 20.0 istatistik programı kullanılmıştır. Ölçümle elde edilen verilerin normal dağılıma uygunluğu, her bir grupta Kolmogorov Smirnov ve Shapiro-Wilk testleri kullanılarak değerlendirilmiştir. Normal dağılıma uyan değişkenlerin analizlerinde Student - t testi kullanılırken; iki grup arasında normal dağılım göstermeyen sürekli sayısal değişkenlerin karşılaştırılmasında Independent-Samples Mann-Whitney U Test kullanılmıştır. Kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında Pearson Chi-square Test ve Fisher's Exact Test kullanılmıştır. Sürekli sayısal değişkenlerin korelasyonları Spearman korelasyon analizi kullanılarak yapılmıştır. Tüm Katılımcıların PMS Ölçeği puanlarının Çocukluk Çağı Travmaları Tarafından Yordayıcı Doğrusal Regresyon Analizi ile ÇÇT olan ve olmayan katılımcıların PMSÖ puanlarının ACYÖ Tarafından Yordayıcı Doğrusal Regresyon Analizi yapılmıştır. Çocukluk çağı travmasının premenstrüel disforik bozukluk gelişimine etkisinde cinsel işlev bozukluğunun bir aracı değişken olup olmadığı aracılık modeli regresyon analizi ile

değerlendirilmiştir. İstatistik açıdan anlamlılık sınır değeri $p<0,05$ olarak alınmıştır.

3.6. Çalışmanın Kısıtlılıkları

Çalışmamızda bazı kısıtlılıklar bulunmaktadır. Katılımcıların tek bir merkezden seçilmiş olması nedeniyle bulgular üzerinden genelleme yapılması mümkün değildir. Çalışmamızda kullanmış olduğumuz premenstrüel sendrom değerlendirme ölçeği ve çocukluk çağı travmaları ölçeği geriye dönük bildirim sağlayan araçlardır, bu durum hastaların semptomlarını ve yaşantılarını olduğundan farklı şekil ve şiddette hatırlamalarına neden olmuş olabilir. Çocukluk çağı travması bildiriminde beyanın esas alınmış olması da çalışmamızın kısıtlılıkları arasındadır. Ayrıca çalışmanın yapılmış olduğu bölgede kadınların cinselliği halen bir tabu olarak değerlendirmesi, kullanmış olduğumuz Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği Kadın formunun doldurulması sırasında katılımcıların cinsel hayatlarını olduğundan farklı gösteren yanıtlar vermiş olmasına neden olmuş olabilir.

4.BULGULAR

4.1. Genel Bulgular

Çalışmaya Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniği' ne başvuran ardışık 100 premenstrüel sendrom ve premenstrüel disforik bozukluk tanısı konulan hasta dâhil edildi. Çalışmaya dâhil edilenlerde en düşük yaş 18 iken, en fazla 45 yaşında olan katılımcı mevcuttu. Katılımcıların %42' si 18-28 yaş aralığında, %40' ı 29-38 yaş aralığında ve %18' i 39-45 yaş aralığında idi. Eğitim durumuna bakıldığında çalışmaya alınanların %74 ile çoğunluğunun üniversite mezunu olduğu, bunu %21 ile lise mezunlarının izlediği, %3' ünün ortaokul mezunu, %2'sinin ise okur-yazar/ilkokul mezunu olduğu tespit edildi. Katılımcıların %67' si evli iken, % 29' u bekâr, %4' ü ise boşanmış / dul idi. Çalışma durumuna göre ise katılımcıların %75' inin çalışarak geçimlerini sağladığı, %25' inin ise çalışmadığı saptandı. Katılımcıların %81' i şehirde yaşamaktayken, %13' ü ilçede, %6 'sı ise köy / kasabada yaşadığını belirtti. Çalışmaya katılan kişilerin gelir düzeyi incelendiğinde %46 ile çoğunluğunun orta gelir grubunda olduğu, bunu %36 ile iyi gelir grubunda olanların izlediği ve %18' inin ise kötü gelir grubunda olduğu görüldü. Katılımcıların %96' sının sağlık güvencesi varken, yalnızca %4' ünün sağlık güvencesi yoktu. Çalışmaya dâhil edilenlerin aile tipine yönelik yapılan incelemede %84' ünün çekirdek ailede yaşadığı, %9' unun geniş ailesinin olduğu, %7' sinin ise parçalanmış aileye sahip olduğu tespit edildi. (Tablo 2.1.)

Tablo 2.1. Sosyodemografik Verilerin Dağılımı

		Sayı (N)	Yüzde (%)
Yaş	18-28	42	42
	29-38	40	40
	39-45	18	18
Eğitim	Okuryazar-	2	2
	İlkokul	3	3
	Ortaokul	21	21
	Lise	74	74
Medeni Hal	Üniversite		
	Evli	67	67
	Bekâr	29	29
Çalışma Durumu	Boşanmış / Dul	4	4
	Çalışıyor	75	75
	Çalışmıyor	25	25
Yaşadığı Yer	İl	81	81
	İlçe	13	13
	Köy/Kasaba	6	6
Gelir Düzeyi	İyi	36	36
	Orta	46	46
	Kötü	18	18
Sağlık Güvencesi	Var	96	96
	Yok	4	4
Aile Tipi	Çekirdek Aile	84	84
	Geniş Aile	9	9
	Parçalanmış	7	7
	Aile		
Toplam		100	100

Katılımcıların premenstrüel sendrom değerlendirme ölçeğinden aldıkları puanların sosyodemografik veriler ile karşılaştırılmasında Kruskal-Wallis ve Man-WithneyU testi kullanıldı. Bu analiz sonucunda katılımcıların eğitim durumu ile premenstrüel sendrom ölçeği yorgunluk alt parametresi arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki olduğu saptandı ($p=0,045$). Çalışma durumu açısından yapılan incelemede; depresif duygulanım, anksiyete, sinirlilik, depresif düşünceler, ağrı alt ölçekleri ve premenstrüel sendrom ölçeği toplam puanı ile arasında anlamlı ilişki bulundu ($p=0,034$, $p=0,001$, $p=0,014$, $p=0,013$, $p=0,034$, $p=0,012$). Ayrıca katılımcıların gelir düzeyi ile yapılan karşılaştırmada da iştah değişimleri ve uyku alt ölçek puanları ile istatistiksel açıdan anlamlı ilişki tespit edildi ($p=0,041$, $p=0,004$). Bunun dışında yaş, medeni hal, yaşadığı yer, sağlık güvencesi ve aile tipi parametreleri ile premenstrüel sendrom toplam ve alt ölçek puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki yoktu (Tablo 2.2.).

Tablo 2.2. PMSÖ Toplam ve Alt Ölçek Puanları İle Sosyodemografik Verilerin Karşılaştırılması (1)

	MEAN RANK	Depresif Duygulanım	Anksiyete	Yorgunluk	Sinirlilik	Depresif Düşünceler	Ağrı	İştah Değişimleri	Uyku	Şişkinlik	PMSÖ Toplam
Yaş	18-28	1,70	0,80	2,27	8,81	3,67	3,76	5,37	0,58	1,69	1,15
	29-38	3,85	2,84	3,34	4,25	9,41	7,80	6,41	2,15	1,05	2,84
	39-45	0,25	4,61	0,06	6,11	5,53	8,89	9,33	6,64	6,50	3,78
	P	0,239	0,604	0,237	0,541	0,579	0,621	0,216	0,797	0,805	0,536
Eğitim Durumu	Okuryazar-İlkokul	4,50	7,75	7,50	9,00	0,50	4,75	8,25	9,25	8,50	9,00
	Ortaokul	1,67	6,33	5,50	2,00	3,33	1,50	7,50	2,33	4,33	0,50
	Lise	8,93	1,24	5,90	1,45	6,55	9,71	0,29	7,67	0,64	3,14
	Üniversite	3,22	9,05	3,71	1,97	0,02	9,76	0,34	1,67	1,44	1,55
	P	0,071	0,304	0,045	0,122	0,185	0,405	0,478	0,904	0,713	0,174
Medeni Hal	Evli	6,02	0,59	9,79	0,84	8,46	1,07	0,45	8,95	7,01	9,11
	Bekâr	8,07	7,88	1,21	8,45	2,98	5,66	8,07	1,71	5,22	1,05
	Boşanmış / Dul	0,63	8,00	7,25	9,75	6,75	6,00	9,00	7,75	4,63	9,75
	P	0,064	0,428	0,872	0,755	0,404	0,135	0,393	0,433	0,102	0,382
Çalışma Durumu	Çalışıyor	6,96	4,23	8,09	6,38	6,37	6,99	7,98	9,13	2,65	6,29
	Çalışmıyor	1,12	9,32	7,72	2,86	2,90	1,02	8,06	4,62	4,06	3,14
	P	0,034	0,001	0,150	0,014	0,013	0,034	0,129	0,410	0,197	0,012
Yaşadığı Yer	İl	8,14	7,96	8,77	8,59	7,85	8,42	0,12	8,69	1,51	7,81
	İlçe	3,77	4,77	6,88	9,35	6,62	5,96	3,19	5,23	4,15	0,65
	Köy / Kasaba	3,67	5,58	0,00	7,08	3,00	6,75	9,75	4,67	9,00	4,75
	P	0,188	0,067	0,457	0,391	0,087	0,244	0,936	0,348	0,161	0,155
Gelir Düzeyi	İyi	4,36	2,15	3,72	5,86	2,42	1,86	0,85	8,61	8,39	1,22
	Orta	3,16	4,33	6,79	1,41	4,46	4,23	5,53	9,75	2,67	5,83
	Kötü	5,97	7,42	7,97	7,44	6,56	8,25	6,94	0,64	9,17	5,44
	P	0,266	0,090	0,118	0,367	0,107	0,069	0,041	0,004	0,781	0,056
Sağlık Güvencesi	Var	0,39	9,53	0,36	0,46	9,43	0,45	0,31	0,21	0,87	9,89
	Yok	3,13	3,75	3,75	1,50	6,13	1,63	5,00	7,38	1,63	5,13
	P	0,853	0,101	0,819	0,944	0,071	0,936	0,749	0,627	0,530	0,303

**Tablo 2.2. (Devamı) PMSÖ Toplam ve Alt Ölçek Puanları İle
Sosyodemografik Verilerin Karşılaştırılması (2)**

Aile Tipi	Çekirdek Aile	9,49	0,67	0,88	9,74	0,15	9,70	9,69	1,65	1,49	0,27
	Geniş Aile	2,61	1,17	6,50	6,22	7,67	3,11	1,56	0,50	0,83	7,83
	Parçalanmış Aile	9,93	0,43	1,14	5,07	8,29	6,71	8,86	9,57	8,14	6,71
	P	0,640	0,415	0,910	0,363	0,739	0,792	0,715	0,543	0,500	0,818

Premenstrüel bozukluklara yönelik risk faktörlerinin varlığı katılımcıların sigara kullanımı, şekerli gıda tüketimi, egzersiz yapma durumları, günlük 1 (bir) fincandan fazla kahve tüketimleri, yemeğin tadına bakmadan tuz kullanımı, ailede (anne ve kardeşlerde) premenstrüel sendrom ve premenstrüel disforik bozukluk varlığı yönünden incelendi. Yapılan analiz sonucunda katılımcıların %27' sinde sigara kullanımı mevcut iken, %87' sinin şekerli gıda tüketiminin fazla olduğu, %28' inin ise yemeğin tadına bakmadan tuz kullandığı tespit edildi. Bununla birlikte %63' ünün bir fincan ya da daha az kahve tüketirken ancak %37' sinin bir fincanın üstünde kahve tükettiği görüldü. Çalışmaya katılanların %56 ile çoğunluğu egzersiz yapmadıklarını, %44' ü ise düzenli egzersiz yaptıklarını belirtti. Katılımcıların %58' inin ise aile bireylerinde premenstrüel sendrom / premenstrüel disforik bozukluk tanısı olduğu tespit edildi (Tablo 2.3.).

Tablo 2.3 Premenstrüel Bozukluklar için Risk Faktörlerinin Dağılımı

		Sayı (N)	Yüzde (%)
Sigara	Var	27	27
	Yok	73	73
Şekerli Gıda Tüketimi	Var	87	87
	Yok	13	13
Egzersiz Durumu	Var	44	44
	Yok	56	56
Günlük 1 Fincandan Fazla Kahve Tüketimi	Var	37	37
	Yok	63	63
Yemeğin Tadına Bakmadan Tuz Kullanımı	Var	28	28
	Yok	72	72
Ailede PMS/PMDB Öyküsü	Var	58	58
	Yok	42	42
Toplam		100	100

Katılımcıların premenstrüel sendrom değerlendirme ölçeğinden aldıkları puanlar, premenstrüel bozukluklara yönelik risk faktörlerinin varlığı ile karşılaştırıldı. Bu analiz sonucunda katılımcıların sigara kullanımı ile premenstrüel sendrom ölçeği sinirlilik ve şişkinlik alt parametreleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki olduğu saptandı ($p=0,007$, $p=0,011$). Günlük 1 fincandan fazla kahve tüketimi açısından yapılan incelemede; ağrı, uyku, şişkinlik alt ölçek puanları ile arasında anlamlı ilişki bulundu ($p=0,048$, $p=0,024$, $p=0,038$). Bunun dışında şekerli gıda tüketimi, egzersiz durumu, yemeğin tadına bakmadan tuz kullanımı, ailede PMS/PMDB öyküsü açısından yapılan incelemede premenstrüel sendrom toplam ve alt ölçek puanları ile aralarında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunmadı (Tablo 2.4.).

Tablo 2.4. PMSÖ Toplam ve Alt Ölçek Puanları İle Premenstrüel Bozukluklar İçin Risk Faktörlerinin Karşılaştırılması (1)

	MEAN RANK	Depresif Duygulanım	Anksiyete	Yorgunluk	Sinirlilik	Depresif Düşünceler	Ağrı	İştah Değişimleri	Uyku	Şişkinlik	PMSÖ Toplam
Sigara	Var	6,93	3,37	5,15	3,43	7,26	3,78	8,26	1,65	2,56	8,57
	Yok	8,12	9,44	8,78	5,72	8,00	9,29	7,63	0,08	6,04	7,51
	p	0,177	0,547	0,329	0,007	0,155	0,487	0,100	0,809	0,011	0,091
Şekerli Gıda Tüketimi	Var	51,89	51,21	51,44	52,35	50,91	50,61	51,98	51,17	50,96	51,57
	Yok	41,23	45,77	44,23	38,12	47,77	49,77	40,62	46,00	47,42	43,31
	p	0,216	0,528	0,403	0,98	0,715	0,922	0,183	0,547	0,680	0,338
Egzersiz Durumu	Var	8,35	6,45	6,78	8,84	4,67	4,77	2,74	8,74	8,58	6,82
	Yok	2,19	3,68	3,42	1,80	5,08	7,14	8,74	1,88	2,01	3,39
	p	0,511	0,216	0,255	0,611	0,074	0,187	0,490	0,589	0,555	0,261
Günlük 1 Fincandan Fazla Kahve Tüketimi	Var	2,43	7,38	5,88	8,62	5,19	3,09	0,69	1,97	2,69	5,81
	Yok	9,37	2,33	3,21	1,60	3,62	4,85	0,39	5,51	5,09	3,25
	p	0,609	0,409	0,221	0,619	0,159	0,048	0,960	0,024	0,038	0,215

**Tablo 2.4. (Devamı) PMSÖ Toplam ve Alt Ölçek Puanları İle
Premenstrüel Bozukluklar İçin Risk Faktörlerinin Karşılaştırılması (2)**

Yemeğin Tadına Bakmadan Tuz Kullanımı	Var	7,20	0,27	3,50	0,14	2,96	4,25	1,71	3,20	2,30	1,00
	Yok	7,90	0,59	9,33	0,64	9,54	2,93	0,03	9,45	3,69	0,31
	p	0,149	0,960	0,518	0,939	0,595	0,175	0,792	0,560	0,076	0,914
Ailede PMS/PMDB Öyküsü	Var	2,49	3,93	5,03	2,06	3,70	3,22	0,51	1,93	2,54	3,15
	Yok	7,75	5,76	4,24	8,35	6,08	6,74	0,49	8,52	7,68	6,85
	p	0,419	0,164	0,066	0,526	0,194	0,265	0,997	0,560	0,405	0,284

Çalışmaya alınan hastaların %8' i (n=8) intihar girişiminde bulunduğunu belirtti. İntihar girişiminde bulunanların %62,5' i bir kez, %37,5' i iki kez girişimde bulunduğunu ifade etti. İntihar girişimi yöntemleri kendi aralarında değerlendirildiğinde ise %62,5 ile ilaçla girişim birinci sırada yer aldı. Bunu kesici delici aletle ve yüksekten atlama ile intihar girişimleri aynı oranda izledi. Ateşli silahla, ası ile, suda boğulma şeklindeki intihar girişimi yöntemlerini hiçbir katılımcının tercih etmemiş olduğu gözlemlendi (Tablo 2.5.).

Tablo 2.5. PMS ve PMDB Olan Hastalarda İntihar İle İlgili Veriler

	Sayı (N)	Yüzde (%)
İntihar Girişimi		
Var	8	8
Yok	92	92
Toplam	100	100
İntihar Girişimi Sayısı		
Bir Kez	5	62,5
İki Kez	3	37,5
İntihar Girişimi Yöntemleri		
İlaç	5	62,5
Kesici-Delici Alet	3	37,5
Yüksekten Atlama	3	37,5
Ateşli Silah	0	0
Ası	0	0
Suda Boğulma	0	0

Çalışmaya katılan bireyler arasında intihar girişiminde bulunan ve bulunmayanların premenstrüel sendrom ölçeğinden aldıkları puanların karşılaştırılması Tablo 2.6.' da gösterilmiştir. Buna göre ölçek puanları arasında “şişkinlik” alt parametresi hariç anlamlı fark olmadığı görülmüştür. İntihar girişiminde bulunan ve bulunmayanların premenstrüel sendrom ölçeği şişkinlik alt ölçek puanları arasında anlamlı farklılık olduğu saptamıştır ($p=0,012$) (Tablo 2.6.).

Tablo 2.6. PMSÖ Toplam ve Alt Ölçek Puanları İle İntihar Girişimi Varlığının Karşılaştırılması

	İntihar Girişimi		P
	VAR (N=8) Mean Rank	YOK (N=92) Mean Rank	
Depresif Duygulanım	45,50	50,93	0,611
Anksiyete	56,06	50,02	0,571
Yorgunluk	43,25	51,13	0,460
Sinirlilik	54,31	50,17	0,698
Depresif Düşünceler	46,31	50,86	0,669
Ağrı	48,38	50,68	0,827
İştah Değişimleri	57,06	49,93	0,501
Uyku	35,875	51,77	0,135
Şişkinlik	25,94	52,64	0,012
PMSÖ Toplam Puan	42,81	51,17	0,435

Premenstrüel bozukluğu olan kadınlarda intihar girişimi ve kasıtlı kendine zarar verme davranışı karşılaştırıldığında; intihar girişiminde bulunan 8 katılımcının tümünün aynı zamanda kendine zarar verme davranışı da gerçekleştirmiş olduğu görülmüştür ($p=0,001$). İntihar girişimi ile cinsel işlev bozukluğu varlığı arasında yapılan karşılaştırmada ise; intihar girişiminde

bulunan 8 bireyden 2' sinin cinsel işlev bozukluğu olduğu tespit edilmiş olup; aralarında anlamlı ilişki bulunmamıştır ($p=0,65$) (Tablo 2.7.).

Tablo 2.7. PMS ve PMDB Olan Hastalarda İntihar Girişimi, Cinsel İşlev Bozukluğu Ve Kasıtlı Kendine Zarar Verme Davranışının Karşılaştırılması

		İntihar Girişimi (+)		İntihar Girişimi (-)		P
		Sayı	Yüzde (%)	Sayı	Yüzde (%)	
Kzvd Varlığı	Var	8	100	15	16,3	0,001
	Yok	0	0	77	83,7	
Cinsel İşlev Bozukluğu	Var	2	25	18	19,6	0,65
	Yok	6	75	74	80,4	

4.2. Çocukluk Çağı Travmatik Yaşantıları Bulguları

Çalışmaya dâhil edilen hastaların %57' sinde ($n=7$) çocukluk çağı travmatik yaşantıları saptanırken, %35' inde duygusal istismar, %12' sinde fiziksel istismar, %15' inde cinsel istismar, %33' ünde duygusal ihmal ve %30' unda ise fiziksel ihmal olduğu tespit edildi (Tablo 3.1.).

Tablo 3.1. PMS ve PMDB Olan Hastalarda Çocukluk Çağı Travmatik Yaşantıları Toplam ve Alt Tipleri

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Çocukluk Çağı Travması	57	57
Duygusal İstismar	35	35
Fiziksel İstismar	12	12
Cinsel İstismar	15	15
Duygusal İhmal	33	33
Fiziksel İhmal	30	30

Çocukluk çağı travması bulunanların % 64,9' unda (n=37) birden çok travmatik yaşantı varlığı saptanmıştır. ÇÇT saptananların %7,02' si (n=4) ise beş travmatik yaşantının tamamının varlığını ifade etmiştir (Tablo 3.2.). ÇÇT saptananların %36,8' inde (n=21) duygusal istismar-duygusal ihmal yaşantısı birlikteliği tespit edilirken bunu duygusal ihmal ve fiziksel ihmal birlikteliği (n=21) aynı oran ile takip etmiştir. Ardından duygusal istismar-fiziksel ihmal birlikteliği %26,3 (n=15) izlemektedir.

Tablo 3.2. Maruz Kalınan Farklı Tipte Çocukluk Çağı Travmatik Yaşantılarının Sayısı

Maruz Kalınan ÇÇT Türünün Sayısı	Sayı (N)	Yüzde (%)
1	20	35,1
2	20	35,1
3	7	12,28
4	6	10,5
5	4	7,02

Çocukluk çağı travmatik yaşantısı bulunan ve bulunmayan grubun verileri incelendiğinde; yaş açısından ÇÇT olan grubun %40,4' ünün 18-28 yaş aralığında ve aynı sayıda katılımcının 29-38 yaş aralığında yer alırken, ÇÇT olmayan grubun ise %44,2 ile çoğunluğunun 18-29 yaş aralığında yer almakta olduğu görüldü. Bu şekilde gruplandırılmış yaş aralığı açısından iki grup arası anlamlı fark bulunamadı (p=0,899). ÇÇT bulunan grubun %3,5' i ilkokul eğitim düzeyine sahip iken, ÇÇT olmayan grupta ilkokul mezunu katılımcı yoktu. ÇÇT olan grubun %63,2 ile çoğunluğu üniversite mezunuyken, ÇÇT olmayan grubun da %88,4 ile çoğunluğu üniversite mezunu idi. Eğitim durumu açısından gruplar arası anlamlı fark saptandı (p=0,004). ÇÇT bulunan grubun %66,7' si evli iken ÇÇT bulunmayan grubun %67' si evli idi. ÇÇT olan grupta 4 kişi boşanmış iken ÇÇT bulunmayan grupta boşanmış kişi yoktu. Medeni durum açısından iki grup arası anlamlı fark yoktu (p=0,09). ÇÇT bulunan grubun %66,7' si çalışıyor, %33,3' ü işsizken; ÇÇT bulunmayan grubun ise %86' sı çalışıyor ve %4' ü işsiz durumdaydı. Çalışma durumu açısından iki grup arasında anlamlı fark saptandı (p=0,036). ÇÇT saptanan

grubun %80,7' si il merkezinde yaşarken, ÇÇT saptanmayan grubun %81,4' ü il merkezinde yaşamaktaydı ve istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu ($p=0,526$). Gelir düzeyi ($p=0,144$) ve sağlık güvencesi ($p=0,132$) yönünden gruplar arasında anlamlı fark bulunmadı. Aile tipi açısından yapılan incelemede ÇÇT olan grubun %82,5' i çekirdek ailede yaşamaktayken, ÇÇT olmayan grubun %86' sı çekirdek aileye sahipti; bununla birlikte sadece ÇÇT olan grupta 7 katılımcı parçalanmış ailesi olduğunu bildirmişti ve ÇÇT olmayan grupta parçalanmış aileye sahip katılımcı olmadığı saptandı. Aile tipi açısından gruplar arasındaki fark anlamlıydı ($p=0,025$) (Tablo 3.3.).

Tablo 3.3. Çocukluk Çağı Travması Bulunan Ve Bulunmayanlarda Sosyodemografik Verilerin Karşılaştırılması

		ÇÇT (+)		ÇÇT (-)		P
		Sayı (N)	Yüzde (%)	Sayı (N)	Yüzde (%)	
Yaş	18-28	23	40,4	19	44,2	0,899
	29-38	23	40,4	17	39,5	
	39-45	11	19,3	7	16,3	
Eğitim Durumu	Okuryazar/ İlkokul	2	3,5	0	0	0,004
	Ortaokul	3	5,3	0	0	
	Lise	16	28,1	5	11,6	
	Üniversite	36	63,2	38	88,4	
Medeni Hal	Evli	38	66,7	29	67	0,09
	Bekar	15	26,3	14	29	
	Boşanmış/ Dul	4	7	0	0	
Çalışma Durumu	Çalışıyor	38	66,7	37	86	0,036
	Çalışmıyor	19	33,3	6	4	
Yaşadığı Yer	İl	46	80,7	35	81,4	0,526
	İlçe	6	10,5	7	16,3	
	Köy/Kasaba	5	8,8	1	2,3	
Gelir Düzeyi	İyi	19	33,3	17	39,5	0,144
	Orta	24	42,1	22	51,2	
	Kötü	14	24,6	4	9,3	
Sağlık Güvencesi	Var	53	93	43	100	0,132
	Yok	4	7	0	0	
Aile Tipi	Çekirdek Aile	47	82,5	37	86	0,025
	Geniş Aile	3	5,3	6	14	
	Parçalanmış Aile	7	12,3	0	0	

Çocukluk çağı travmatik yaşantıları premenstrüel bozukluk risk faktörleri ile karşılaştırıldığında; ÇÇT grubunun %38,6' sı ve ÇÇT olmayan grubun %11,6' sının sigara kullandığı tespit edildi; gruplar arası fark anlamlıydı ($p=0,003$). Sigara kullanımı haricinde premenstrüel bozukluklar açısından risk faktörü olarak kabul edilen; şekerli gıda tüketimi, düzenli egzersiz alışkanlığı bulunmaması, günlük bir fincandan fazla kahve tüketimi, yemeğin tadına bakmadan tuz kullanımı, ailede PMS/PMDB öyküsü ile çocukluk çağı travmatik yaşantıları arasında anlamlı ilişki saptanmadı ($p=1, p=0,422, p=0,409, p=0,5, 0,306$) (Tablo 3.4.).

Tablo 3.4. Çocukluk Çağı Travması Bulunan Ve Bulunmayanlarda Premenstrüel Bozukluklar için Risk Faktörlerinin Karşılaştırılması

		ÇÇT (+)		ÇÇT (-)		P
		Sayı (N)	Yüzde (%)	Sayı (N)	Yüzde (%)	
Sigara Kullanımı	Var	22	38,6	5	11,6	0,003
	Yok	35	61,4	38	88,4	
Şekerli Gıda Tüketimi	Var	50	87,7	37	86	1
	Yok	7	12,3	6	14	
Egzersiz Durumu	Var	23	40,4	21	48,8	0,422
	Yok	34	59,6	22	51,2	
Günlük 1 Fincandan Fazla Kahve Tüketimi	Var	19	33,3	18	41,9	0,409
	Yok	38	66,7	25	58,1	
Yemeğin Tadına Bakmadan Tuz Kullanımı	Var	14	24,6	14	32,6	0,5
	Yok	43	75,4	29	67,4	
Ailede PMS/PMDB Öyküsü	Var	36	63,2	22	51,2	0,306
	Yok	21	36,8	21	48,8	

Çocukluk çağı travması varlığı ile öfke kontrolünde güçlük çekilmesi ve öfke kontrolünde güçlük çekilen menstrüel dönem yönünden yapılan incelemede; ÇÇT grubunun %78,9' unun (n:45), ÇÇT olmayan grubun ise %79,1' nin (n:34) öfkelerini kontrol etmekte güçlük çektiklerini bildirdiği tespit edildi. Her iki grup arasında öfke kontrolünde güçlük ve öfke kontrolünde güçlük çekilen menstrüel dönem yönünden anlamlı ilişki saptanmadı ($p=1, p=0,928$) (Tablo 3.5.).

Tablo 3.5. ÇÇT Varlığının Öfke Kontrolünde Güçlük ve Öfke Kontrolünde Güçlük Çekilen Menstrüel Dönem Yönünden Karşılaştırılması

		ÇÇT (+)		ÇÇT (-)		P
		Sayı (N)	Yüzde (%)	Sayı (N)	Yüzde (%)	
Öfke Kontrolünde Güçlük	Var	45	78,9	34	79,1	1
	Yok	12	21,1	9	20,9	
Öfke Kontrolünde Güçlük Çekilen Menstrüel Dönem	Adet Öncesi	38	66,7	30	69,8	0,928
	Adet Döneminde	8	14	5	11,6	
	Diğer	11	19,3	8	18,6	

ÇÇT bulunmayan grubun % 2,3' ünde intihar girişimi varken, ÇÇT bulunan grubun ise %12,3' ünde intihar girişimi saptandı. Çocukluk çağı travmatik yaşantıları ve intihar girişimi arasında anlamlı farklılık olmadığı gözlemlendi (p=0,133). İntihar girişiminde bulunanlar kendi içlerinde intihar girişimi sayısı açısından değerlendirildiğinde ise ÇÇT grubunun %71,4' ü 1 kez girişimde bulunurken %28,6' sı ise 2 kez girişimde bulunmuştu. ÇÇT olmayan grupta ise sadece bir kez intihar girişiminde bulunan tek bir birey olduğu tespit edildi. İntihar girişimi sayısı açısından gruplar arası anlamlı fark saptanmadı (p=0,176). İntihar girişimi yöntemleri kendi içinde değerlendirildiğinde ÇÇT bulunan grupta %50 ile ilaçla girişim birinci sırada yer aldı. Bunu %30 ile kesici-delici aletle girişim izlerken, yüksekten atlama ile intihar girişimi de %20 oranında saptandı. ÇÇT bulunmayan grupta ise intihar girişiminde bulunan tek bireyin ilaç içerek intihar girişiminde bulunmuş olduğu görüldü. Bunun dışında her iki grupta da ateşli silah kullanarak, ası, suda boğulma ve/veya başka bir yöntemle intihar girişimi olmadığı saptandı. İlaç içerek intihar girişimi ile gruplar arasında anlamlı fark yoktu (p=0,68) (Tablo 3.3.).

Tablo 3.6. ÇÇT Varlığının İntihar İle İlgili Verilerle Karşılaştırılması

		ÇÇT (+)		ÇÇT (-)		P
		Sayı (N)	Yüzde (%)	Sayı (N)	Yüzde (%)	
İntihar Girişimi	Var	7	12,3	1	2,3	0,133
	Yok	50	87,7	42	97,7	
İntihar Girişimi Sayısı	Bir Kez	5	71,4	1	100	0,176
	İki Kez	2	28,6	0	0	
İntihar Girişimi Yöntemleri	İlaç	5	50	0	0	0,068
	Kesici-Delici Alet İle	3	30	0	0	0,257
	Yüksekten Atlama	2	20	1	100	1
	Ateşli Silah	0	0	0	0	-
	Ası	0	0	0	0	-
	Suda Boğulma	0	0	0	0	-

Maruz kalınan farklı tipte çocukluk çağı travmatik yaşantılarının sayısı ile intihar girişimi ve kasıtlı kendine zarar verme davranışı arasında anlamlı ilişki saptandı ($p=0,007$, $p=0,024$) (Tablo 3.7.).

Tablo 3.7. Maruz Kalınan Farklı Tipte Çocukluk Çağı Travmatik Yaşantılarının Sayısı İle İntihar Girişimi Ve Kasıtlı Kendine Zarar Verme Davranışının Karşılaştırılması

Maruz Kalınan ÇÇT Türünün Sayısı	İntihar Girişimi				P
	Var		Yok		
	Sayı (N)	Yüzde (%)	Sayı (N)	Yüzde (%)	
1	1	12,5	19	20,7	0,007
2	1	12,5	19	20,7	
3	3	37,5	4	4,35	
4	1	12,5	5	5,43	
5	1	12,5	3	3,26	
	Kasıtlı Kendine Zarar Verme Davranışı				
	Var		Yok		
	Sayı (N)	Yüzde (%)	Sayı (N)	Yüzde (%)	
1	3	13,04	17	22,08	0,024
2	5	1,74	15	19,48	
3	3	13,04	4	5,19	
4	3	13,04	3	3,89	
5	3	13,04	1	1,29	

Katılımcıların çocukluk çağı travmaları ölçeğinden aldığı toplam puanlar yaş, intihar girişimi ve kendine zarar verme davranışı yönünden incelendiğine; yaş ile anlamlı ilişki bulunmazken ($p=0,711$); intihar girişimi ve kendine zarar verme davranışı ile anlamlı ilişki saptanmıştır ($p=0,005, p=0,001$) (Tablo 3.8.).

Tablo 3.8. ÇÇTÖ Puanlarının, Yaş, İntihar Girişimi ve KZVD Yönünden Karşılaştırılması

		ÇÇT Ölçeği Puanları		P
		Sayı (N)	Mean	
Yaş*	18-28	42	47,83	0,711
	29-38	40	51,78	
	39-45	18	53,89	
İntihar Girişimi**	Var	8	78,31	0,005
	Yok	92	48,08	
KZDV**	Var	23	67,98	0,001
	Yok	77	45,28	

*Kruskal Wallis ** Mann-Whitney

Çocukluk çağı travmatik yaşantıları varlığı ile cinsel işlev bozukluğu arasında yapılan değerlendirmede; ÇÇT grubunun %29,8 oranında (n:17) cinsel işlev bozukluğu bildirdiği, ÇÇT olmayan grupta ise bu oranın %7 (n:3) olduğu görüldü ve istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p=0,005$) (Tablo 3.9.).

Tablo 3.9. Çocukluk Çağı Travmatik Yaşantıları Varlığının Cinsel İşlev Bozukluğu İle Karşılaştırılması

		ÇÇT (+)		ÇÇT (-)		P
		Sayı (N)	Yüzde (%)	Sayı (N)	Yüzde (%)	
Cinsel İşlev Bozukluğu	Var	17	29,8	3	7	0,005
	Yok	40	70,2	40	93	

Çocukluk çağı travmatik yaşantısı bulunanlarda, cinsel işlev bozukluğu ile premenstrüel sendrom şiddeti arasındaki ilişki yordayıcı doğrusal regresyon analizi ile değerlendirildiğinde; ÇÇT bulunan grupta premenstrüel sendrom düzeyi ile cinsel işlev bozukluğu arasında anlamlı ilişki olduğu, PMSÖ puanı arttıkça ACYÖ skorunun da arttığı saptandı ($p=0,003, R=0,387$). Fakat aynı ilişkinin ÇÇT bulunmayan grupta elde edilmediği görüldü ($p=0,169$) (Tablo 3.10.).

Tablo 3.10. ÇÇT Olan ve Olmayan Katılımcıların PMSÖ Puanlarının ACYÖ Tarafından Yordayıcı Doğrusal Regresyon Analizi

ÇÇT (+)	Bağımlı Değişken:	ACYO (a)						
	Bağımsız değişken	R	R ²	Düzeltilmiş R ²	F	B	t	p
	PMSO (b)	0,387 ^a	0,150	0,134	9,669	0,065	3,110	0,003 ^b
ÇÇT (-)	Bağımlı Değişken:	ACYO (a)						
	Bağımsız değişken	R	R ²	Düzeltilmiş R ²	F	B	t	p
	PMSO (b)	0,214 ^a	0,046	0,022	1,961	-0,021	-1,400	0,169 ^b

Duygusal istismar varlığı yaş ile karşılaştırıldığında; duygusal istismar varlığını bildiren hastaların %40' ı 18-28 yaş aralığında iken aynı oran ile %40' ı 29-38 yaş aralığında ve son olarak %7' sinin 39-45 yaş aralığında olduğu görülmüştür. Duygusal istismar bildiren ve bildirmeyen gruplar arasında yaş yönünden yapılan incelemede anlamlı fark olmadığı saptandı ($p=0,9$). Eğitim durumu, yaşadığı yer, sağlık güvencesi, aile tipi ve sigara kullanımı ile duygusal istismar arasında anlamlı fark saptanmadı ($p=0,1$, $p=0,7$, $p=0,61$, $p=0,089$, $p=0,48$). Duygusal istismar grubunda katılımcıların %62,9' unun evli, %25,7' sinin bekar, %11,4' ünün boşanmış/dul olduğu; istismar bulunmayan grupta ise %69,2' sinin evli, %30,8' inin bekar olduğu, boşanmış/dul katılımcı bulunmadığı, medeni hal bakımından gruplar arasında anlamlı ilişki olduğu

saptandı (P=0,021). Duygusal istismar grubunun %37,1' i çalışmıyorken, istismar bulunmayan grubun ise % 18,5' inin çalışmadığı tespit edildi, iki grup arası çalışma durumu açısından anlamlı fark saptandı (P=0,05). Ayrıca gelir düzeyi açısından da duygusal istismar bildiren ve bildirmeyen gruplar arasında anlamlı fark olduğu tespit edildi (p=0,008) (Tablo 3.11.).

Tablo 3.11. Duygusal İstismarın Sosyodemografik Verilerle Karşılaştırılması

Duygusal İstismar		Var		Yok		P
		Sayı (N)	Yüzde (%)	Sayı (N)	Yüzde (%)	
Yaş	18-28	14	40	28	43,1	0,9
	29-38	14	40	26	40	
	39-45	7	20	11	16,9	
Eğitim Durumu	Okuryazar/İlkokul	2	5,7	0	0	0,1
	Ortaokul	0	0	3	4,6	
	Lise	9	25,7	12	18,5	
	Üniversite	24	68,6	50	76,9	
Medeni Hal	Evli	22	62,9	45	69,2	0,021
	Bekar	9	25,7	20	30,8	
	Boşanmış/Dul	4	11,4	0	0	
Çalışma Durumu	Çalışıyor	22	62,9	53	81,5	0,05
	Çalışmıyor	13	37,1	12	18,5	
Yaşadığı Yer	İl	28	80	53	81,5	0,7
	İlçe	4	11,4	9	13,8	
	Köy/Kasaba	3	8,6	3	4,6	
Gelir Düzeyi	İyi	10	28,6	26	40	0,008
	Orta	13	37,1	33	50,8	
	Kötü	12	34,3	6	9,2	
Sağlık Güvencesi	Var	33	94,3	63	96,9	0,61
	Yok	2	5,7	2	3,1	
Aile Tipi	Çekirdek Aile	28	80	56	86,2	0,089
	Geniş Aile	2	5,7	7	10,8	
	Parçalanmış Aile	5	14,3	2	3,1	
Sigara Kullanımı	Var	11	31,4	16	24,6	0,48
	Yok	24	68,6	49	75,4	

Duygusal istismar grubunda intihar girişimi %11,4 iken bu oran istismar bulunmayan grupta %6,2 idi ve anlamlı fark bulunmadı ($p=0,445$). İntihar girişimi sayıları ve intihar gişiminde kullanılan yöntemler açısından da iki grup arası istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu ($p=0,651$, $p=0,34$, $p=1$, $p=1$) (Tablo 3.12.).

Tablo 3.12. Duygusal İstismar Varlığının İntihar İle İlgili Verilerle Karşılaştırılması

Duygusal İstismar		Var		Yok		P
		Sayı (N)	Yüzde (%)	Sayı (N)	Yüzde (%)	
İntihar Girişimi	Var	4	11,4	4	6,2	0,445
	Yok	31	88,6	61	93,8	
İntihar Girişimi Sayısı	Bir Kez	3	75	3	75	0,651
	İki Kez	1	25	1	25	
İntihar Girişimi Yöntemleri	İlaç	3	60	2	33,3	0,34
	Kesici-Delici Alet İle	1	20	2	33,3	1
	Yüksekten Atlama	1	20	2	33,3	1
	Ateşli Silah	0	0	0	0	-
	Ası	0	0	0	0	-
	Suda Boğulma	0	0	0	0	-

Duygusal istismar ile cinsel işlev bozukluğu açısından gruplar arası anlamlı fark bulunmadı ($p=0,126$) (Tablo 3.13.).

Tablo 3.13. Duygusal İstismar Varlığının Cinsel İşlev Bozukluğu İle Karşılaştırılması

Duygusal İstismar		Var		Yok		P
		Sayı (N)	Yüzde (%)	Sayı (N)	Yüzde (%)	
Cinsel İşlev Bozukluğu	Var	10	28,6	10	15,4	0,126
	Yok	25	71,4	55	84,6	

Fiziksel istismar saptanan grubun %16,7' si 18-28 yaş aralığında iken, %58,3 'ü 29-38 yaş aralığında, %25' i 39-45 yaş aralığında idi, istismar bulunmayan grupta ise bu oranlar %45,45' i 18-28 yaş, %37,5' i 29-38 yaş, %17,5 i 39-45 yaş aralığı şeklindeydi; gruplar arası anlamlı fark saptanmadı (p=0,165). İstismar grubunun % 66,6' sı evli, %16,7' si bekar, %16,7' si boşanmış / dul iken, diğer grubun % 67,05' i evli, %30,68' i bekar, %2,27' si boşanmış / dul idi ve anlamlı istatistiksel fark bulundu (p=0,045). Fiziksel istismar grubunun %58,3' ü sigara kullanıyorken, bu oran diğer grupta %22,72 idi ve gruplar arasında fark anlamlıydı (p=0,015). Eğitim ve çalışma durumu, yaşadığı yer, gelir düzeyi, sağlık güvencesi, aile tipi açısından ise fiziksel istismar bulunan ve bulunmayan grup arasında anlamlı fark yoktu (p=0,272, p=0,488, p=0,352, p=0,201, p=0,405, p=0,507) (Tablo 3.14.).

Tablo 3.14. Fiziksel İstismarın Sosyodemografik Verilerle Karşılaştırılması (1)

Fiziksel İstismar		Var		Yok		p
		Sayı (N)	Yüzde (%)	Sayı (N)	Yüzde (%)	
Yaş	18-28	2	16,7	40	45,45	0,165
	29-38	7	58,3	33	37,5	
	39-45	3	25	15	17,05	
Eğitim Durumu	Okuryazar/İlkokul	0	0	2	2,27	0,272
	Ortaokul	0	0	3	3,41	
	Lise	5	41,7	16	18,18	
	Üniversite	7	58,3	67	76,14	
Medeni Hal	Evli	8	66,6	59	67,05	0,045
	Bekar	2	16,7	27	30,68	
	Boşanmış/Dul	2	16,7	2	2,27	
Çalışma Durumu	Çalışıyor	8	66,7	67	76,14	0,488
	Çalışmıyor	4	33,3	21	23,86	
Yaşadığı Yer	İl	11	91,7	70	79,54	0,352
	İlçe	0	0	13	14,77	
	Köy/Kasaba	1	8,3	5	5,7	

Tablo 3.14. (Devamı) Fiziksel İstismarın Sosyodemografik Verilerle Karşılaştırılması (2)

Gelir Düzeyi	İyi	5	41,7	31	35,23	0,201
	Orta	3	25	43	48,86	
	Kötü	4	33,3	14	15,91	
Sağlık Güvencesi	Var	11	91,7	85	96,59	0,405
	Yok	1	8,3	3	3,41	
Aile Tipi	Çekirdek Aile	11	91,7	73	82,96	0,507
	Geniş Aile	0	0	9	10,23	
	Parçalanmış Aile	1	8,3	6	6,81	
Sigara Kullanımı	Var	7	58,3	20	22,72	0,015
	Yok	5	41,7	68	77,28	

Fiziksel istismar grubunda intihar girişimi %8,3 iken, istismar bulunmayan grupta %8 idi ve anlamlı fark bulunmadı ($p=1$). İntihar girişimi sayıları ve intihar girişimi yöntemleri açısından bakıldığında gruplar arası istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p=0,83$, $p=0,48$, $p=1$, $p=1$). (Tablo 3.15.).

Tablo 3.15. Fiziksel İstismar Varlığının İntihar İle İlgili Verilerle Karşılaştırılması

Fiziksel İstismar		Var		Yok		P
		Sayı (N)	Yüzde (%)	Sayı (N)	Yüzde(%)	
İntihar Girişimi	Var	1	8,3	7	8	1
	Yok	11	91,7	81	92	
İntihar Girişimi Sayısı	Bir Kez	1	100	5	71,4	0,83
	İki Kez	0	0	2	28,6	
İntihar Girişimi Yöntemleri	İlaç	1	100	4	40	0,48
	Kesici-Delici Alet İle	0	0	3	30	1
	Yüksekten Atlama	0	0	3	30	1
	Ateşli Silah	0	0	0	0	-
	Ası	0	0	0	0	-
	Suda Boğulma	0	0	0	0	-

Fiziksel istismar ile cinsel işlev bozukluğu açısından gruplar arası anlamlı fark bulunmadı ($p=0,702$) (Tablo 3.16.).

Tablo 3.16. Fiziksel İstismar Varlığının Cinsel İşlev Bozukluğu İle Karşılaştırılması

Fiziksel İstismar		Var		Yok		p
		Sayı (N)	Yüzde (%)	Sayı (N)	Yüzde (%)	
Cinsel İşlev Bozukluğu	Var	3	25	17	19,3	0,702
	Yok	9	75	71	80,7	

Cinsel istismar varlığı incelendiğinde gruplar arasında; yaş, eğitim düzeyi, yaşadığı yer, gelir düzeyi, sağlık güvencesi yönünden anlamlı fark saptanmadı ($p= 0,859$, $p=0,09$, $p=0,345$, $p=0,238$, $p=0,106$). Cinsel istismar grubunun %46,6' sı evli, %26,7' si bekar, %26,7' si boşanmış iken, diğer grubun ise %70,59' u evli, %29,41' i bekardı, boşanmış / dul birey yoktu; iki grup arasında medeni hal bakımından anlamlı fark vardı ($p<0,005$). İstismar grubunun %46,7' si çalışmıyorken, istismar bulunmayan grubun ise % 21,18' i çalışmıyordu, iki grup arası çalışma durumu açısından anlamlı fark saptandı ($P=0,051$). Aile tipi açısından yapılan incelemede; cinsel istismar grubunun %66,6' sı çekirdek ailede yaşamaktayken, cinsel istismar olmayan grubun %87,06' sı çekirdek aileye sahipti, bununla birlikte istismar grubunda %26,7' si parçalanmış ailesi olduğunu bildirmişken, diğer grupta bu oran %3,54 idi. Aile tipi açısından gruplar arasındaki fark anlamlıydı ($p=0,005$). Cinsel istismar grubunun %53,3' ü sigara kullanıyorken, bu oran diğer grupta %22,35 idi ve gruplar arasında fark anlamlıydı ($p=0,024$) (Tablo 3.17.).

**Tablo 3.17. Cinsel İstismarın Sosyodemografik Verilerle
Karşılaştırılması**

Cinsel İstismar		Var		Yok		P değeri
		Sayı (N)	Yüzde (%)	Sayı (N)	Yüzde (%)	
Yaş	18-28	7	46,7	35	41,18	0,859
	29-38	6	40	34	40	
	39-45	2	13,3	16	18,82	
Eğitim Durumu	Okuryazar/İlkokul	1	6,7	1	1,18	0,09
	Ortaokul	0	0	3	3,5	
	Lise	6	40	15	17,7	
	Üniversite	8	53,3	66	77,7	
Medeni Hal	Evli	7	46,6	60	70,59	0,001
	Bekar	4	26,7	25	29,41	
	Boşanmış/Dul	4	26,7	0	0	
Çalışma Durumu	Çalışıyor	8	53,3	67	78,82	0,051
	Çalışmıyor	7	46,7	18	21,18	
Yaşadığı Yer	İl	12	80	69	81,18	0,345
	İlçe	1	6,7	12	14,12	
	Köy/Kasaba	2	13,3	4	4,7	
Gelir Düzeyi	İyi	4	26,7	32	37,65	0,238
	Orta	6	40	40	47,06	
	Kötü	5	33,3	13	15,29	
Sağlık Güvencesi	Var	13	86,7	83	97,65	0,106
	Yok	2	13,3	2	2,35	
Aile Tipi	Çekirdek Aile	10	66,6	74	87,06	0,005
	Geniş Aile	1	6,7	8	9,4	
	Parçalanmış Aile	4	26,7	3	3,54	
Sigara Kullanımı	Var	8	53,3	19	22,35	0,024
	Yok	7	46,7	66	77,65	

Cinsel istismar ile intihar girişimi, intihar girişimi sayıları ve intihar girişimi yöntemleri açısından bakıldığında; ise cinsel istismar bulunan ve bulunmayan gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p=0,344$, $p=0,37$, $p=0,161$, $p=1$, $p=1$). (Tablo 3.18.).

Tablo 3.18. Cinsel İstismar Varlığının İntihar İle İlgili Verilerle Karşılaştırılması

Cinsel İstismar		Var		Yok		P
		Sayı (N)	Yüzde (%)	Sayı (N)	Yüzde (%)	
İntihar Girişimi	Var	2	13,3	6	7,1	0,344
	Yok	13	86,7	79	92,9	
İntihar Girişimi Sayısı	Bir Kez	2	100	4	66,7	0,37
	İki Kez	0	0	2	33,3	
İntihar Girişimi Yöntemleri	İlaç	2	100	3	33,3	0,161
	Kesici-Delici Alet İle	0	0	3	33,3	1
	Yüksekten Atlama	0	0	3	33,3	1
	Ateşli Silah	0	0	0	0	-
	Ası	0	0	0	0	-
	Suda Boğulma	0	0	0	0	-

Cinsel istismar ile cinsel işlev bozukluğu açısından gruplar arası anlamlı fark bulunmadı ($p=0,173$) (Tablo 3.19.).

Tablo 3.19. Cinsel İstismar Varlığının Cinsel İşlev Bozukluğu İle Karşılaştırılması

Cinsel İstismar		Var		Yok		P
		Sayı (N)	Yüzde (%)	Sayı (N)	Yüzde (%)	
Cinsel İşlev Bozukluğu	Var	5	33,3	15	17,6	0,173
	Yok	10	66,7	70	82,4	

Duygusal ihmal varlığı ile yaş, eğitim durumu, çalışma durumu, yaşadığı yer, gelir düzeyi, sağlık güvencesi, sigara kullanımı açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu ($p= 0,996$, $p=0,17$, $p=0,209$, $p=0,22$, $p=0,158$, $p=0,231$, $p=0,104$, $p=0,059$). Duygusal ihmal grubunun %57,58' i evli, %30,3' ü bekar, %12,12' si boşanmış iken, diğer grubun ise %71,64' u evli, %28,36' sı bekardı, boşanmış / dul birey yoktu; iki grup arasında medeni hal bakımından anlamlı fark vardı ($p=0,012$). Aile tipi açısından yapılan incelemede; duygusal ihmal grubunun %72,73' ü çekirdek ailede yaşamaktayken, duygusal ihmal olmayan grubun %89,55' i çekirdek aileye sahipti, bununla birlikte isitismar grubunda %18,18' i parçalanmış ailesi olduğunu bildirmişken, diğer grupta bu oran %1,49 idi. Aile tipi açısından gruplar arasındaki fark anlamlıydı ($p=0,008$) (Tablo 3.20.).

Tablo 3.20. Duygusal İhmalin Sosyodemografik Verilerle Karşılaştırılması (1)

Duygusal İhmal		Var		Yok		p
		Sayı (N)	Yüzde (%)	Sayı (N)	Yüzde (%)	
Yaş	18-28	14	42,42	28	41,79	0,996
	29-38	13	39,4	27	40,3	
	39-45	6	18,18	12	17,91	
Eğitim Durumu	Okuryazar/İlkokul	1	3,03	1	1,49	0,17
	Ortaokul	2	6,06	1	1,49	
	Lise	10	30,3	11	16,42	
	Üniversite	20	60,6	54	80,6	
Medeni Hal	Evli	19	57,58	48	71,64	0,012
	Bekar	10	30,3	19	28,36	
	Boşanmış/Dul	4	12,12	0	0	
Çalışma Durumu	Çalışıyor	22	66,7	53	79,1	0,22
	Çalışmıyor	11	33,3	14	20,9	
Yaşadığı Yer	İl	26	78,79	55	82,09	0,158
	İlçe	3	9,09	10	14,93	
	Köy/Kasaba	4	12,12	2	2,98	

Tablo 3.20. (Devamı) Duygusal İhmalin Sosyodemografik Verilerle Karşılaştırılması (2)

Gelir Düzeyi	İyi	10	30,3	26	38,81	0,231
	Orta	14	42,42	32	47,76	
	Kötü	9	27,27	9	13,43	
Sağlık Güvencesi	Var	30	90,91	66	98,51	0,104
	Yok	3	9,09	1	1,49	
Aile Tipi	Çekirdek Aile	24	72,73	60	89,55	0,008
	Geniş Aile	3	9,09	6	8,96	
	Parçalanmış Aile	6	18,18	1	1,49	
Sigara Kullanımı	Var	13	39,39	14	20,9	0,059
	Yok	20	60,61	53	79,1	

Duygusal ihmal ile intihar girişimi, intihar girişimi sayısı ve intihar girişimi yöntemleri açısından bakıldığında ise duygusal ihmal bulunan ve bulunmayan gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p=1$, $p=0,412$, $p=1$, $p=1$, $p=1$). (Tablo 3.21.).

Tablo 3.21. Duygusal İhmal Varlığının İntihar İle İlgili Verilerle Karşılaştırılması

Duygusal İhmal		Var		Yok		p
		Sayı (N)	Yüzde (%)	Sayı (N)	Yüzde (%)	
İntihar Girişimi	Var	3	9,1	5	7,5	1
	Yok	30	90,9	62	92,5	
İntihar Girişimi Sayısı	Bir Kez	3	9,1	3	4,5	0,412
	İki Kez	0	0	2	3,0	
İntihar Girişimi Yöntemleri	İlaç	2	6,1	3	4,5	1
	Kesici-Delici Alet İle	1	3	2	3	1
	Yüksekten Atlama	1	3	2	3	
	Ateşli Silah	0	0	0	0	
	Ası	0	0	0	0	
	Suda Boğulma	0	0	0	0	

Duygusal ihmal ile cinsel işlev bozukluğu açısından gruplar arası anlamlı fark bulunmadı ($p=0,596$) (Tablo 3.22.).

Tablo 3.22. Duygusal İhmal Varlığının Cinsel İşlev Bozukluğu İle Karşılaştırılması

Duygusal İhmal		Var		Yok		P
		Sayı (N)	Yüzde (%)	Sayı (N)	Yüzde (%)	
Cinsel İşlev Bozukluğu	Var	8	24,2	12	17,9	0,596
	Yok	25	75,8	55	82,1	

Fiziksel ihmal varlığı ile yaş ve sağlık güvencesi arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu ($p= 0,616$, $p=0,079$). Fiziksel ihmal grubunun büyük çoğunluğu %53,3 oran ile üniversite mezunu idi, bunu %36,7 oran ile lise mezunları ve %10 oran ile ortaokul mezunlarının takip ettiği görüldü, bu grupta okuryazar / ilkökul mezunu olan katılımcı yoktu. Fiziksel ihmal olmayan grupta ise yine büyük çoğunluğunun %82,86 oran ile üniversite mezunu olduğu, bunu %14,28 oran ile lise mezunlarının takip ettiği, bu grupta ortaokul mezunu katılımcı bulunmazken, %2,86' sının (n:2) okuryazar / ilkökul mezunu olduğu tespit edildi. Gruplar arasında eğitim durumu yönünden bakıldığında istatistiksel fark anlamlıydı ($p=0,002$). İhmal grubunun %70' i evli, %16,7' si bekar, %13,3' ü boşanmış / dul iken; diğer grubun %65,7' si evli, %34,3' ü bekardı, bu grupta boşanmış / dul birey yoktu, gruplar arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlıydı ($p=0,003$). Fiziksel ihmal bildirenlerin %53,3' ü çalışırken; ihmal olmayan grupta bu oran %84,29 idi; gruplar arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulundu ($p=0,002$). Ayrıca katılımcıların yaşadığı yer, gelir düzeyi ve aile tipi açısından da fiziksel ihmal olan ve olmayan gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark olduğu tespit edildi ($p=0,028$, $p=0,001$, $p=0,008$) (Tablo 3.23.).

Tablo 3.23. Fiziksel İhmalin Sosyodemografik Verilerle Karşılaştırılması

Fiziksel İhmal		Var		Yok		P
		Sayı (N)	Yüzde (%)	Sayı (N)	Yüzde (%)	
Yaş	18-28	11	36,7	31	44,3	0,616
	29-38	12	40	28	40	
	39-45	7	23,3	11	15,7	
Eğitim Durumu	Okuryazar/İlkokul	0	0	2	2,86	0,002
	Ortaokul	3	10	0	0	
	Lise	11	36,7	10	14,28	
	Üniversite	16	53,3	58	82,86	
Medeni Hal	Evli	21	70	46	65,7	0,003
	Bekar	5	16,7	24	34,3	
	Boşanmış/Dul	4	13,3	0	0	
Çalışma Durumu	Çalışıyor	16	53,3	59	84,29	0,002
	Çalışmıyor	14	46,7	11	15,71	
Yaşadığı Yer	İl	27	90	54	77,14	0,028
	İlçe	0	0	13	18,57	
	Köy/Kasaba	3	10	3	4,29	
Gelir Düzeyi	İyi	8	26,7	28	40	0,001
	Orta	10	33,3	36	51,43	
	Kötü	12	40	6	8,57	
Sağlık Güvencesi	Var	27	28,13	3	75	0,079
	Yok	69	71,87	1	25	
Aile Tipi	Çekirdek Aile	25	83,3	59	84,28	0,008
	Geniş Aile	0	0	9	12,86	
	Parçalanmış Aile	5	16,7	2	2,86	
Sigara Kullanımı	Var	13	43,3	14	20	0,026
	Yok	17	56,7	56	80	

Fiziksel ihmal ile intihar girişimi, intihar girişimi sayısı ve intihar girişimi yöntemleri açısından bakıldığında ise; ihmal bulunan ve bulunmayan gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p=0,694$, $p=0,806$, $p=0,635$, $p=1$, $p=1$). (Tablo 3.24).

Tablo 3.24. Fiziksel İhmal Varlığının İntihar İle İlgili Verilerle Karşılaştırılması

Fiziksel İhmal		Var		Yok		P
		Sayı (N)	Yüzde (%)	Sayı (N)	Yüzde (%)	
İntihar Girişimi	Var	3	10	5	7,1	0,694
	Yok	27	90	65	92,9	
İntihar Girişimi Sayısı	Bir Kez	2	66,7	4	80	0,806
	İki Kez	1	33,3	1	20	
İntihar Girişimi Yöntemleri	İlaç	2	50	3	42,86	0,635
	Kesici-Delici Alet İle	1	25	2	28,57	1
	Yüksekten Atlama	1	25	2	28,57	1
	Ateşli Silah	0	0	0	0	-
	Ası	0	0	0	0	-
	Suda Boğulma	0	0	0	0	-

Fiziksel ihmal ile cinsel işlev bozukluğu açısından gruplar arası anlamlı fark yoktu ($p=0,287$) (Tablo 3.25.).

Tablo 3.25. Fiziksel İhmal Varlığının Cinsel İşlev Bozukluğu İle Karşılaştırılması

Fiziksel İhmal		Var		Yok		P
		Sayı (N)	Yüzde (%)	Sayı (N)	Yüzde (%)	
Cinsel İşlev Bozukluğu	Var	8	26,7	12	17,1	0,287
	Yok	22	73,3	58	82,9	

4.3. Kasıtlı Kendine Zarar Verme Davranışı Bulguları

Çalışmaya katılanların %23'ünün (n:23) hayatında en az bir kez kendine zarar verme davranışından bulunmuş olduğu tespit edildi. En sık uygulanan kendine zarar verme davranışının “Yüksek dozda ilaç içme” olduğu (n:7); bunu “Kolunu, bileğini, vücudunun bir bölgesini kesme” ve “Çamaşır suyu ya da mutfak temizleyicileri ile derisini ovalama”nın aynı oranda (n:6) takip ettiği saptandı. Çalışmaya katılanlar arasında en az bildirilen kendine zarar verme yöntemleri “Kendini çakmak ya da kibritle yakma” (n:1), “İğne, zımpara teli gibi keskin nesneleri derisine saplama” (n:1) ve “Uyuşturucu ya da uyarıcı bir maddeyi alışılmış dozdan çok yüksek dozda alma” (n:1) iken; “Vücuda berelenme oluşturacak şekilde zımpara kağıdı sürme”, “Derinin üstüne asit damlatma”, “Berelenmeye neden olacak şekilde kendini zımbalama” yöntemlerinin hiçbir katılıcı tarafından bildirilmediği görüldü. Kendine zarar verme davranışı bildiren katılımcılar arasında ise en fazla 13 farklı tip kendine zarar verme davranışı gösteren vardı (Tablo 4.1.).

Tablo 4.1. PMS ve PMDB Olan Hastalarda Kasıtlı Kendine Zarar Verme Davranışı Türleri

	N	%
1. Kolunu, bileğini, vücudunun bir bölgesini kesme	6	6
2. Kendini sigarayla yakma	3	3
3. Kendini çakmak ya da kibritle yakma	1	1
4. Derisine kelimeler kazıma	2	2
5. Derisine resimler, şekiller kazıma	2	2
6. Kendini iz bırakacak, kanatacak kadar ciddi şekilde tırmalama	5	5
7. Ciddi şekilde tahriş edecek kadar kendini ısırma	3	3
8. Vücuda berelenme oluşturacak şekilde zımpara kağıdı sürme	0	0
9. Derinin üstüne asit damlatma	0	0
8. Çamaşır suyu ya da mutfak temizleyicileri ile derisini ovalama	6	6
9. İğne, zımpara teli gibi keskin nesneleri derisine saplama	1	1
10. Derisine cam sürtme	2	2
11. Kendi kemiklerini kırmak	2	2
11. Berelenmeye neden olacak şekilde kafasını vurma	2	2
12. Berelenmeye neden olacak şekilde kendini zımbalama	0	0
13. Yarasının iyileşmesini önleme	3	3
14. Yüksek dozda ilaç içme	7	7
15. İçilmemesi-yenilmemesi gereken bir şeyi yeme-içme	3	3
16. Yüksek bir yerden atlama	4	4
17. Uyuşturucu ya da uyarıcı bir maddeyi alışılmış dozdan çok yüksek dozda alma	1	1
18. Ankette yer alan maddeler harici KZVD varlığı (kendini asmaya kalkışma, saçını yolma, tırnak kenarlarını kopartma, başını yumruklama, cansız cisme yumruk atma, tırnak etlerini yeme, yemek yememe, ilaçlarını kullanmama)	5	5

Katılımcıların kasıtlı kendine zarar verme davranışı motivasyonları incelendiğinde en sık %69,9 oranla “Kendimi cezalandırmak istedim” ’i neden olarak belirttikleri gözlemlendi. Bunu %39,1 oranla “Ölmek istedim” ifadesinin takip ettiği tespit edildi. En az oranda ise %4,3 ile “Birinden intikam almak istedim” neden olarak bildirilmişti. Bir katılımcı tarafından en fazla 20 madde motivasyonel neden olarak bildirilirken, kendine zarar verme davranışında bulunan 23 katılımcının her birinin en az bir neden belirtmiş olduğu tespit edildi (Tablo 4.2.).

Tablo 4.2. Kasıtlı Kendine Zarar Verme Davranışı Motivasyonları

Kasıtlı Kendine Zarar Verme Davranışı Motivasyonları	Sayı (N)	Yüzde (%)
Ölmek istedim	9	39,1
Üzüntü ve depresyondan kurtulmak istedim	4	17,4
Çaresizlik hislerini durdurmak istedim	4	17,4
Stresten kurtulmak istedim	5	21,7
Umutsuzluk hislerini durdurmak istedim	3	13
Aşırı sıkıntıdan kurtulmak istedim	5	21,7
Bastıramadığım ve istemediğim hatıraları, geçmişteki olayların birden aklıma gelmesini ve kâbusları durdurmak istedim	4	17,4
Mutlu olmak istedim	6	26,1
Öfkemi başka birine de göstermek istedim	2	8,7
Hissettiğim çaresizliği göstermek istedim	4	17,4
Kendimi cezalandırmak istedim	16	69,6
Varlığımı hissetmek istedim	2	8,7
Kendime olan öfkemi göstermek istedim	4	17,4
Biri veya birilerinin gerçekten beni sevip sevmediğini anlamak istedim	5	21,7
Birinden intikam almak istedim	1	4,3
Biri veya birilerinin davranışlarını değiştirmek istedim	5	21,7
Hissedememekten kurtulmak istedim	3	13
Kontrolü yeniden kazanmak istedim	2	8,7
Biri veya birilerinin dikkatini çekmek istedim	2	8,7
Biri veya birilerini korkutmak istedim	3	13

Kasıtlı kendine zarar verme davranışı bildiren katılımcıların %47,8' i 18-28 yaş aralığında iken KVZD bildirmeyenlerin %40,3' ü 18-28 yaş aralığında idi; yaş açısından incelendiğinde KZVD olan ve olmayan gruplar arasında anlamlı istatistiksel fark olmadığı görüldü ($p=0,413$). Katılımcıların eğitim durumu, yaşadığı yer, sağlık güvencesi ve sigara kullanımı açısından da KZVD bildiren ve bildirmeyen gruplar arasında anlamlı istatistiksel fark yoktu ($p=0,577$, $p=0,671$, $p=1$, $p=1$). Bununla birlikte medeni hal açısından incelendiğinde KZVD grubunun %56,5' inin evli, %30,4' ünün bekar, %13' ünün boşanmış / dul olduğu, KZVD olmayan grubun ise %70,1' nin evli, %28,6' sının bekar, %1,3' ünün ise boşanmış / dul olduğu görüldü. Medeni hal açısından değerlendirildiğinde KZVD olan ve olmayan grup arasında anlamlı fark vardı ($p=0,037$). KZVD olan grupta katılımcıların %56,5' i çalışırken, olmayan grupta %80,5' inin çalıştığı görüldü, gruplar arasında fark anlamlıydı ($p=0,028$). Gelir düzeyi bakımından da KZVD bildiren ve bildirmeyen gruplar arasında anlamlı istatistiksel fark tespit edildi ($p=0,044$). Aile tipi açısından gruplar incelendiğinde; KZVD bildiren grubun %60,9' unun çekirdek aileye, %21,7' sinin geniş aileye, %17,4' ünün parçalanmış aileye sahip olduğu, KZVD olmayan grubun ise %90,9' unun çekirdek aileye, %5,2' sinin geniş aileye, %3,9' unun parçalanmış aileye sahip olduğu saptandı; gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark vardı ($p=0,03$) (Tablo 4.3.).

Tablo 4.3. Kasıtlı Kendine Zarar Verme Davranışının Sosyodemografik Verilerle Karşılaştırılması

		KZVD (+)		KZVD (-)		P
		Sayı (N)	Yüzde (%)	Sayı (N)	Yüzde (%)	
Yaş	18-28	11	47,8	31	40,3	0,413
	29-38	10	43,5	30	39	
	39-45	2	8,7	16	20,8	
Eğitim Durumu	Okuryazar/İlkokul	1	4,3	1	1,3	0,577
	Ortaokul	0	0	3	3,9	
	Lise	4	17,4	17	22,1	
	Üniversite	18	78,3	56	72,7	
Medeni Hal	Evli	13	56,5	54	70,1	0,037
	Bekar	7	30,4	22	28,6	
	Boşanmış/Dul	3	13	1	1,3	
Çalışma Durumu	Çalışıyor	13	56,5	62	80,5	0,028
	Çalışmıyor	10	43,5	15	19,5	
Yaşadığı Yer	İl	19	82,6	62	80,5	0,671
	İlçe	2	8,7	11	14,3	
	Köy/Kasaba	2	8,7	4	5,2	
Gelir Düzeyi	İyi	8	34,8	28	36,4	0,044
	Orta	7	30,4	39	50,6	
	Kötü	8	34,8	10	13	
Sağlık Güvencesi	Var	22	95,7	74	96,1	1
	Yok	1	4,3	3	3,9	
Aile Tipi	Çekirdek Aile	14	60,9	70	90,9	0,003
	Geniş Aile	5	21,7	4	5,2	
	Parçalanmış Aile	4	17,4	3	3,9	
Sigara Kullanımı	Var	6	26,1	21	27,3	1
	Yok	17	73,9	56	72,7	

Kendine zarar verme davranışı varlığı ile öfke kontrolünde güçlük ve öfke kontrolünde güçlük çekilen menstrüel dönem yönünden yapılan incelemede; KZVD grubunun %82,6' sının (n:19), KZVD olmayan grubun ise %77,9' unun (n:60) öfkelerini kontrol etmekte güçlük çektiklerini bildirdiği tespit edildi. Her iki grup arasında öfke kontrolünde güçlük ve öfke kontrolünde güçlük çekilen menstrüel dönem yönünden anlamlı ilişki saptanmadı ($p=0,775, p=0,268$) (Tablo 4.4.).

Tablo 4.4. KZVD Varlığının Öfke Kontrolünde Güçlük ve Öfke Kontrolünde Güçlük Çekilen Menstrüel Dönem Yönünden Karşılaştırılması

		KZVD (+)		KZVD (-)		P
		Sayı (N)	Yüzde (%)	Sayı (N)	Yüzde (%)	
Öfke Kontrolünde Güçlük	Var	19	82,6	60	77,9	0,775
	Yok	4	17,4	17	22,1	
Öfke Kontrolünde Güçlük Çekilen Menstrüel Dönem	Adet Öncesi	13	56,5	55	71,4	0,268
	Adet Döneminde	3	13	10	13	
	Diğer	7	30,4	12	15,6	

İntihar girişimi yönünden incelendiğinde; KVZD grubunda intihar girişiminde bulunanların oranı %34,8 iken, KVZD bulunmayan grupta ise intihar giriminde bulunan birey olmadığı görüldü; istatistiksel açıdan gruplar arasında fark anlamlıydı ($p<0,001$). Kasıtlı kendine zarar verme davranışı ile cinsel işlev bozukluğu varlığı karşılaştırıldığında aralarında anlamlı istatistiksel ilişki olmadığı görüldü ($p=0,406$) (Tablo 4.5.).

Tablo 4.5. Kasıtlı Kendine Zarar Verme Davranışının İntihar Verileri ve Cinsel İşlev Bozukluğu Varlığı ile Karşılaştırılması

		KZVD (+)		KZVD (-)		P
		Sayı (N)	Yüzde (%)	Sayı (N)	Yüzde (%)	
İntihar Girişimi	Var	8	%34,8	0	%0	0,001
	Yok	15	%65,2	77	%77	
Cinsel İşlev Bozukluğu	Var	6	%26,1	14	%18,2	0,406
	Yok	17	%73,9	63	%81,8	

Kasıtlı kendine zarar verme davranışı çocukluk çağı travmatik yaşantısı varlığı yönünden incelendiğinde KVZD bulunan grubun %73,9' u ÇÇT bildirirken, diğer grupta bu oranın %51,9 olduğu görüldü; gruplar arasında anlamlı istatistiksel fark yoktu ($p=0,092$). KVZD olanların %60,9' unda duygusal istismar varken, diğer grupta duygusal istismar oranı %14,3' tü ve aralarında anlamlı fark bulundu ($p=0,005$). Fiziksel istismara maruz kaldığını bildiren katılımcıların oranı KZVD olan grupta %21,7 iken diğer grupta %9,1'di ve gruplar arası anlamlı istatistiksel fark yoktu ($p=0,140$). Cinsel istismar yönünden KVZD olan grupta istismar maruziyeti %30,4 oranda bildirilmişken, diğer grupta bu oran %10,4'tü ve gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark vardı ($p=0,040$). KVZD olanların %52,2'sinde duygusal ihmal bildirilmişken, diğer grupta duygusal ihmal oranı %27,3'tü ve aralarında anlamlı fark olduğu görüldü ($p=0,042$). Kasıtlı kendine zarar verme davranışı fiziksel ihmal yönünden incelendiğinde KVZD olanların %47,8'i fiziksel ihmal bildirirken, diğer grupta bu oranın %24,7 olduğu görüldü; gruplar arasında anlamlı istatistiksel fark bulundu ($p=0,041$) (Tablo 4.6.).

Tablo 4.6. Kasıtlı Kendine Zarar Verme Davranışının Çocukluk Çağı Travmatik Yaşantıları İle Karşılaştırılması

		KZVD (+)		KZVD (-)		P
		Sayı (N)	Yüzde (%)	Sayı (N)	Yüzde (%)	
Çocukluk Çağı Travması	Var	17	73,9	40	51,9	0,092
	Yok	6	26,1	37	48,1	
Duygusal İstismar	Var	14	60,9	11	14,3	0,005
	Yok	9	39,1	66	85,7	
Fiziksel İstismar	Var	5	21,7	7	9,1	0,140
	Yok	18	78,3	70	90,9	
Cinsel İstismar	Var	7	30,4	8	10,4	0,040
	Yok	16	69,6	69	89,6	
Duygusal İhmal	Var	12	52,2	21	27,3	0,042
	Yok	11	47,8	56	72,7	
Fiziksel İhmal	Var	11	47,8	19	24,7	0,041
	Yok	12	52,2	58	75,3	

Katılımcıların premenstrüel sendrom değerlendirme ölçeğinden almış oldukları puanlar kendine zarar verme davranışı olan ve olmayan gruplar arasında karşılaştırıldığında anksiyete ve depresif düşünceler alt ölçeklerinde istatistiksel açıdan anlamlı fark bulundu ($p=0,023$, $p=0,025$). Buna karşılık depresif duygulanım, yorgunluk, sinirlilik, ağrı, iştah değişimleri, uyku, şişkinlik alt ölçekleri ve premenstrüel sendrom ölçeği toplam puanı açısından KZVD olan ve olmayan gruplar arasında istatistiksel fark bulunmadı ($p=0,094$, $p=0,078$, $p=0,144$, $p=0,918$, $p=0,292$, $p=0,745$, $p=0,108$, $p=0,084$) (Tablo 4.7.).

Tablo 4.7. PMSÖ Toplam ve Alt Ölçek Puanları ile KZVD Varlığının Karşılaştırılması

	KZVD		P
	VAR (N=23) Mean Rank(%)	YOK (N=77) Mean(%)	
Depresif Duygulanım	59,37	47,85	0,094
Anksiyete	62,57	46,90	0,023
Yorgunluk	59,83	47,71	0,078
Sinirlilik	58,24	48,19	0,144
Depresif Düşünceler	62,39	46,95	0,025
Ağrı	51,04	50,34	0,918
İştah Değişimleri	56,04	48,84	0,292
Uyku	52,22	49,99	0,745
Şişkinlik	42,02	53,03	0,108
PMSÖ Toplam Puan	59,67	47,76	0,084

4.4. Cinsel İşlev Bozukluğu Bulguları

Çalışmamızda katılımcıların cinsel işlev bozukluğu bildirme oranı %20 (n:20) olarak tespit edildi. Cinsel işlev bozukluğu olan ve olmayan katılımcıların sosyodemografik verileri incelendiğinde yaş, eğitim durumu, medeni hal, çalışma durumu, yaşadığı yer, gelir düzeyi, sağlık güvencesi, aile tipi parametrelerinin hiç biri ile anlamlı ilişki bulunmadı ($p=0,416$, $p=0,379$, $p=0,188$, $p=0,191$, $p=0,378$, $p=0,055$, $p=0,597$, $p=0,390$) (Tablo 5.1.).

Tablo 5.1. Cinsel İşlev Bozukluğunun Sosyodemografik Verilerle Karşılaştırılması

Cinsel İşlev Bozukluğu		Var		Yok		P
		Sayı (N)	Yüzde (%)	Sayı (N)	Yüzde (%)	
Yaş	18-28	11	%55	31	%38,8	0,416
	29-38	6	%30	34	%42,5	
	39-45	3	%15	15	%18,8	
Eğitim Durumu	Okuryazar/İlkokul	1	%5	1	%1,3	0,379
	Ortaokul	1	%5	2	%2,5	
	Lise	6	%30	15	%18,8	
	Üniversite	12	%60	62	%77,5	
Medeni Hal	Evli	10	%50	57	%71,3	0,188
	Bekar	9	%45	20	%25	
	Boşanmış/Dul	1	%5	3	%3,8	
Çalışma Durumu	Çalışıyor	13	%65	62	%77,5	0,191
	Çalışmıyor	7	%35	18	%22,5	
Yaşadığı Yer	İl	17	%85	64	%80	0,378
	İlçe	1	%5	12	%15	
	Köy/Kasaba	2	%10	4	%5	
Gelir Düzeyi	İyi	4	%20	32	%40	0,055
	Orta	9	%45	37	%46,3	
	Kötü	7	%35	11	%13,8	
Sağlık Güvencesi	Var	19	%95	77	%96,3	0,597
	Yok	1	%5	3	%3,8	
Aile Tipi	Çekirdek Aile	18	%90	66	%82,5	0,390
	Geniş Aile	2	%10	7	%8,8	
	Parçalanmış Aile	0	%0	7	%8,8	

4.5. Premenstrüel Sendrom / Premenstrüel Disforik Bozukluk Şiddetinin Çocukluk Çağı Travmatik Yaşantıları ve Cinsel İşlev Bozukluğu İle Karşılaştırılması

Çalışmada kullanılan ölçek puanları arasında pearson korelasyon analizi yapıldı. Yapılan analiz sonucu ÇÇTÖ duygusal istismar alt boyutu ile PMSÖ depresif duygulanım, anksiyete, sinirlilik, depresif düşünceler, iştah değişimleri, uyku alt boyutları ve toplam puanı ile aralarında anlamlı ilişki tespit edildi ($p=0,001$, $p=0,001$, $p=0,002$, $p=0,001$, $p=0,010$, $p=0,028$, $p=0,001$). ÇÇTÖ fiziksel istismar ve duygusal ihmal alt boyutları ile PMSÖ toplam ve alt ölçek puanları arasında ise istatistiksel açıdan anlamlı ilişki saptanmadı. Bununla birlikte ÇÇTÖ fiziksel ihmal alt boyutu ile yalnızca PMSÖ şişkinlik alt ölçeği arasındaki ilişki anlamlıydı ($p=0,037$). ÇÇTÖ cinsel istismar alt boyutu açısından yapılan incelemede ise; PMSÖ depresif duygulanım ve iştah değişimleri alt ölçek puanlarına ek olarak PMSÖ toplam ölçek skoru ile de aralarında anlamlı ilişki olduğu görüldü ($p=0,031$, $p=0,003$, $p=0,048$). Ek olarak ÇÇTÖ toplam ölçek puanı ile PMSÖ depresif duygulanım, anksiyete, sinirlilik, depresif düşünceler alt ölçek boyutları ile toplam puanı arasında anlamlı ilişki vardı ($p=0,029$, $p=0,003$, $p=0,014$, $p=0,008$, $p=0,011$) (Tablo 6.1.).

Cinsel işlev bozukluğunu değerlendirmek amacıyla kullanılan Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği ile ÇÇTÖ ve PMSÖ arasında yapılan istatistiksel analizlerde; ACYÖ ile ÇÇTÖ duygusal istismar alt boyutu ve ACYÖ ile PMSÖ depresif düşünce alt ölçek puanları açısından anlamlı ilişki bulundu ($p=0,029$, $p=0,002$) (Tablo 6.1.).

Tablo 6.1. Çalışmada Kullanılan Ölçek Puanlarının Korelasyon Analizi

(N:100)		Duygusal İstismar	Fiziksel İstismar	Fiziksel İhmal	Duygusal İhmal	Cinsel İstismar	Minimizasyon Puanı	ÇÇT TOPLAM	Depresif Duygulanım	Anksiyete	Yorgunluk	Sinirlilik	Depresif Düşünceler	Ağrı	İştah Değişimleri	Uyku	Şişkinlik	PMSÖ TOPLAM
Fiziksel İstismar	R P	0,374** 0,001																
Fiziksel İhmal	R P	0,232* 0,020	0,237* 0,018															
Duygusal İhmal	R P	0,430** 0,001	0,292** 0,003	0,577** 0,001														
Cinsel İstismar	R P	0,375** 0,001	0,263** 0,008	0,209* 0,037	0,238* 0,017													
Minimizasyon Puanı	R P	-0,340** 0,001	-0,235* 0,018	-0,325** 0,001	-0,558** 0,001	-0,221* 0,027												
ÇÇT TOPLAM	R P	0,630** 0,001	0,386** 0,001	0,683** 0,001	0,906** 0,001	0,415** 0,001	-0,560** 0,001											
Depresif Duygulanım	R P	0,358** 0,001	0,190 0,058	0,001 0,990	0,103 0,307	0,216* 0,031	-0,128 0,203	0,218* 0,029										
Anksiyete	R P	0,343** 0,001	0,073 0,472	0,132 0,192	0,176 0,080	0,134 0,182	-0,121 0,232	0,296** 0,003	0,633** 0,001									
Yorgunluk	R P	0,186 0,064	0,051 0,617	0,035 0,726	0,058 0,569	0,087 0,390	-0,103 0,306	0,140 0,165	0,632** 0,001	0,593** 0,001								
Sinirlilik	R P	0,305** 0,002	0,125 0,216	0,036 0,722	0,136 0,176	0,195 0,051	-0,127 0,209	0,246* 0,014	0,755** 0,001	0,490** 0,001	0,608** 0,001							
Depresif Düşünceler	R P	0,362** 0,001	0,182 0,070	0,191 0,056	0,183 0,068	0,071 0,481	-0,087 0,391	0,265** 0,008	0,583** 0,001	0,755** 0,001	0,668** 0,001	0,486** 0,001						
Ağrı	R P	0,184 0,067	-0,003 0,975	0,063 0,535	0,002 0,982	0,140 0,166	0,001 0,999	0,094 0,350	0,333** 0,001	0,455** 0,001	0,440** 0,001	0,388** 0,001	0,366** 0,001					
İştah Değişimleri	R P	0,255* 0,010	0,158 0,117	-0,013 0,895	0,070 0,487	0,290** 0,003	-0,045 0,659	0,171 0,089	0,519** 0,001	0,490** 0,001	0,509** 0,001	0,599** 0,001	0,400** 0,001	0,372** 0,001				
Uyku	R P	0,220* 0,028	0,097 0,336	0,116 0,250	0,077 0,446	0,096 0,344	-0,170 0,091	0,182 0,071	0,440** 0,001	0,498** 0,001	0,623** 0,001	0,401** 0,001	0,568** 0,001	0,368** 0,001	0,378** 0,001			
Şişkinlik	R P	0,027 0,789	0,090 0,375	-0,209* 0,037	-0,147 0,145	0,186 0,064	0,097 0,339	-0,144 0,154	0,307** 0,002	0,032 0,749	0,211* 0,035	0,272** 0,006	0,192 0,055	0,211* 0,035	0,278** 0,005	0,247* 0,013		
PMSÖ TOPLAM	R P	0,371** 0,001	0,165 0,100	0,089 0,377	0,115 0,253	0,198* 0,048	-0,132 0,191	0,253* 0,011	0,838** 0,001	0,798** 0,001	0,820** 0,001	0,788** 0,001	0,822** 0,001	0,539** 0,001	0,656** 0,001	0,672** 0,001	0,364** 0,001	0,193 0,054
ACYDÖ (kadın)	R P	0,219* 0,029	0,180 0,073	0,080 0,428	0,135 0,182	0,110 0,278	-0,061 0,550	0,184 0,068	0,174 0,083	0,182 0,070	0,164 0,102	0,050 0,622	0,305** 0,002	0,037 0,712	0,126 0,211	0,147 0,144	0,054 0,591	0,193 0,054

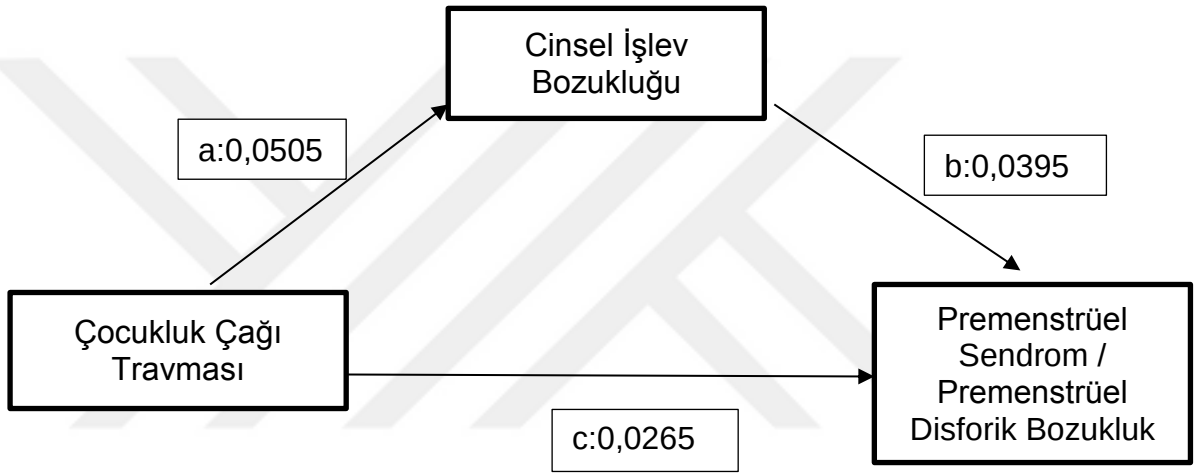
Katılımcıların premenstrüel bozukluk şiddeti ve çocukluk çağı travmatik yaşantıları arasındaki ilişkiyi tespit etmek amacıyla premenstrüel sendrom ölçeğinden aldıkları puanlar ve çocukluk çağı travma ölçeğinden aldıkları puanlar arasında yordayıcı doğrusal regresyon analizi yapıldı. Bu analiz sonucunda çocukluk çağı travması bağımsız değişkeni ve premenstrüel bozukluk bağımlı değişkeni arasında istatistiksel açıdan anlamlı, pozitif yönde ilişki olduğu tespit edildi ($p=0,009$, $R=0,260$) (Tablo 6.2.).

Tablo 6.2. Katılımcıların PMS Ölçeği Puanlarının ÇÇT Tarafından Yordayıcı Doğrusal Regresyon Analizi

Bağımlı Değişken:	PMSÖ (a)						
Bağımsız değişken	R	R²	Düzeltilmiş R²	F	B	t	p
Çocukluk Çağı Travması (b)	0,260 ^a	0,068	0,058	7,125	0,066	2,669	0,009 ^b

Çocukluk çağı travmasının (ÇÇT) ve alt boyutlarının (duygusal istismar, fiziksel istismar, duygusal ihmal, fiziksel ihmal, cinsel istismar) premenstrüel bozukluk (PMS-PMDB) gelişimine etkisinde cinsel işlev bozukluğunun (CİB) bir aracı değişken olup olmadığı aracılık modeli regresyon analizi (mediation model regression analysis) ile değerlendirilmiştir. Analize ait veriler Şekil 1,2,3,4,5 ve 6'da gösterilmiştir.

**Şekil 1. ÇÇT – CİB – (PMS-PMDB)
Aracılık Modeli Regresyon Analizi Diyagramı**

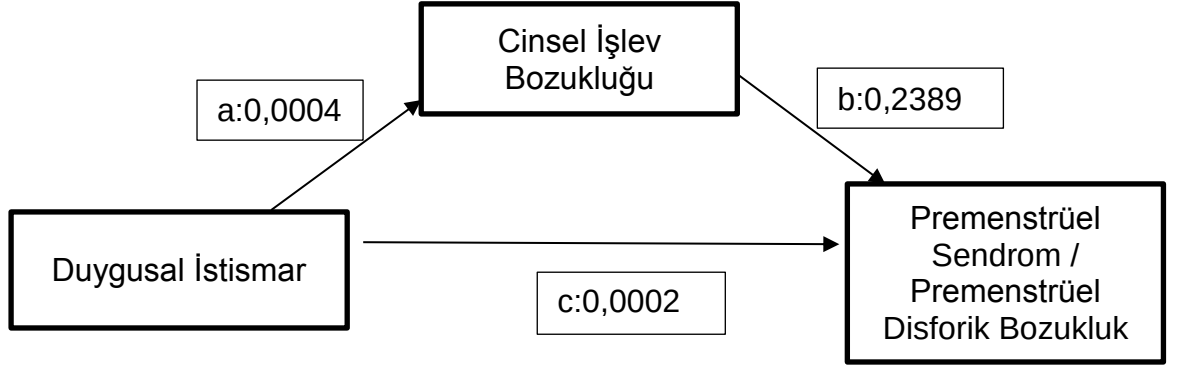


Çocukluk Çağı Travmasının Premenstrüel Sendrom / Premenstrüel Disforik Bozukluk üzerine dolaylı etkisi (a ve b)= 0,1583

Çocukluk Çağı Travmasının Premenstrüel Sendrom / Premenstrüel Disforik Bozukluk üzerine doğrudan etkisi (c)= 0,8712

Çocukluk Çağı Travmasının Premenstrüel Sendrom / Premenstrüel Disforik Bozukluk üzerindeki toplam etkisi (a ve b + c)= 1,0296

Şekil 2. Duygusal İstismar – CİB – (PMS-PMDB)
Aracılık Modeli Regresyon Analizi Diyagramı

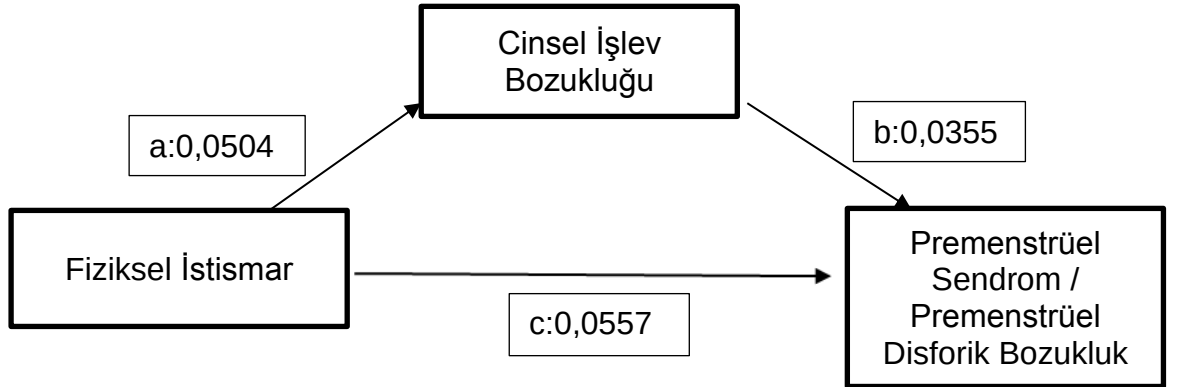


Duygusal İstismarın Premenstrüel Sendrom / Premenstrüel Disforik Bozukluk üzerine dolaylı etkisi (a ve b)= 0,4998

Duygusal İstismarın Premenstrüel Sendrom / Premenstrüel Disforik Bozukluk üzerine doğrudan etkisi (c)= 4,8171

Duygusal İstismarın Premenstrüel Sendrom / Premenstrüel Disforik Bozukluk üzerindeki toplam etkisi (a ve b + c)= 5,3169

Şekil 3. Fiziksel İstismar – CİB – (PMS-PMDB)
Aracılık Modeli Regresyon Analizi Diyagramı

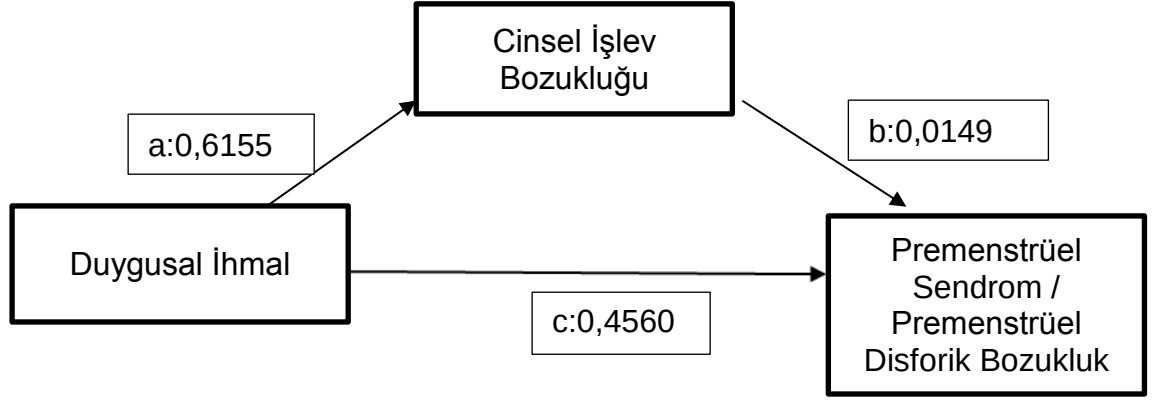


Fiziksel İstismarın Premenstrüel Sendrom / Premenstrüel Disforik Bozukluk üzerine dolaylı etkisi (a ve b)= 1,4066

Fiziksel İstismarın Premenstrüel Sendrom / Premenstrüel Disforik Bozukluk üzerine doğrudan etkisi (c)= 6,5123

Fiziksel İstismarın Premenstrüel Sendrom / Premenstrüel Disforik Bozukluk üzerindeki toplam etkisi (a ve b + c)= 7,9189

Şekil 4. Duygusal İhmal – CİB – (PMS-PMDB)
Aracılık Modeli Regresyon Analizi Diyagramı

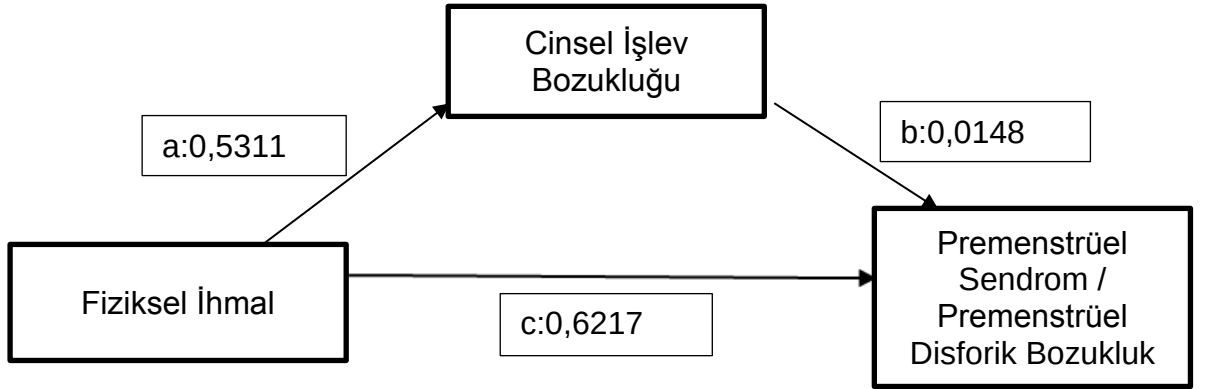


Duygusal İhmalin Premenstrüel Sendrom / Premenstrüel Disforik Bozukluk üzerine dolaylı etkisi (a ve b)= 0,0969

Duygusal İhmalin Premenstrüel Sendrom / Premenstrüel Disforik Bozukluk üzerine doğrudan etkisi (c)= 0,5754

Duygusal İhmalin Premenstrüel Sendrom / Premenstrüel Disforik Bozukluk üzerindeki toplam etkisi (a ve b + c)= 0,6724

Şekil 5. Fiziksel İhmal – CİB – (PMS-PMDB)
Aracılık Modeli Regresyon Analizi Diyagramı

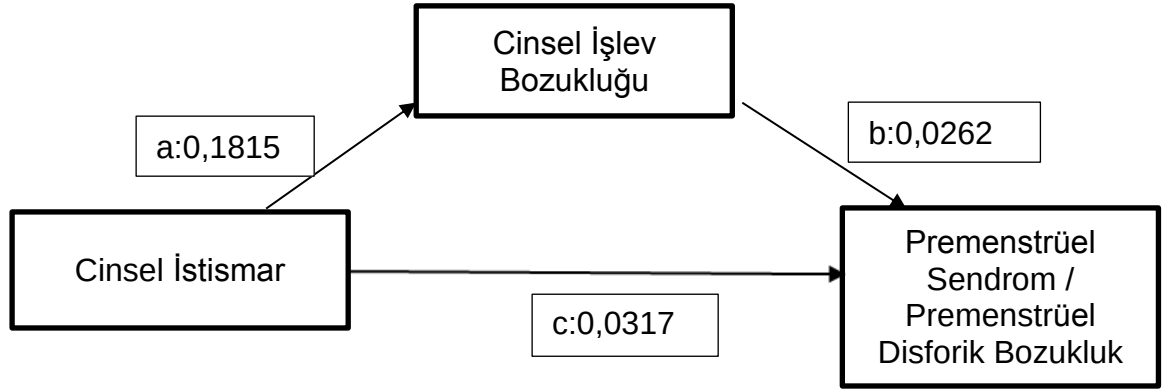


Fiziksel İhmalin Premenstrüel Sendrom / Premenstrüel Disforik Bozukluk üzerine dolaylı etkisi (a ve b)= 0,2270

Fiziksel İhmalin Premenstrüel Sendrom / Premenstrüel Disforik Bozukluk üzerine doğrudan etkisi (c)= 0,7150

Fiziksel İhmalin Premenstrüel Sendrom / Premenstrüel Disforik Bozukluk üzerindeki toplam etkisi (a ve b + c)= 0,9420

**Şekil 6. Cinsel İstismar – CİB – (PMS-PMDB)
Aracılık Modeli Regresyon Analizi Diyagramı**



Cinsel İstismarın Premenstrüel Sendrom / Premenstrüel Disforik Bozukluk üzerine dolaylı etkisi (a ve b)= 0,7049

Cinsel İstismarın Premenstrüel Sendrom / Premenstrüel Disforik Bozukluk üzerine doğrudan etkisi (c)= 5,0514

Cinsel İstismarın Premenstrüel Sendrom / Premenstrüel Disforik Bozukluk üzerindeki toplam etkisi (a ve b + c)= 5,7563

5. TARTIŞMA

Premenstrüel belirtiler neredeyse tüm kadınların hayatının büyük bölümünde yer almaktadır, buna karşılık premenstrüel bozukluklar düzeyinde yaşanan klinik tablo yaşam kalitesinde ciddi bozulmaya neden olmaktadır. (336) Bu çalışmanın amacı premenstrüel sendrom ve premenstrüel disforik bozukluğu olan hastalarda çocukluk çağı travmatik yaşantılarının, kasıtlı kendine zarar verme davranışı, intihar girişimi ve cinsel işlev üzerine etkilerini incelemektir. Yazında premenstrüel sendrom ve premenstrüel disforik bozukluk, kasıtlı kendine zarar verme davranışı, çocukluk çağı travmaları, intihar ve cinsel işlevle ilgili birçok çalışma bulunmaktadır. Ancak yapılan çalışmalar incelendiğinde bu fenomenlerin birlikteliği ve birbirleri üzerine etkisinin araştırılmamış olduğu görülmektedir. Çalışmanın bulguları genel olarak incelendiğinde premenstrüel bozukluklar ile ÇÇT'nin duygusal istismar, cinsel istismar, duygusal ihmal, fiziksel ihmal alt boyutlarının KZVD ile anlamlı ilişkisi olduğu; ÇÇT saptanan premenstrüel bozukluk hastalarında bu davranışların ÇÇT bulunmayan premenstrüel bozukluk hastalarından anlamlı olarak fazla olduğu saptanmıştır. İntihar girişimi açısından yapılan değerlendirmede ise ÇÇT ve ÇÇT'nin hiç bir alt boyutu ile anlamlı ilişki saptanamamıştır. Fakat kendine zarar verme davranışı olan premenstrüel bozukluk hastalarında intihar girişiminin anlamlı derecede daha sık olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca intihar girişiminde bulunan premenstrüel bozukluk hastalarının ÇÇTÖ toplam ve alt boyut puanlarının daha yüksek olduğu, maruz kalınan ÇÇT tipinin sayısı ile de KZVD ve intihar girişiminin anlamlı derecede ilişkili olduğu bulunmuştur. Premenstrüel bozukluk hastalarında ÇÇT varlığı; cinsel işlev bozukluğu açısından değerlendirildiğinde aralarında anlamlı ilişki olduğu; ÇÇT olan bireylerin daha sık cinsel işlev bozukluğu yaşadığı saptanmıştır. Premenstrüel bozukluk şiddeti ile çocukluk çağı travması varlığı açısından yapılan incelemede ise aralarında pozitif yönde anlamlı ilişki olduğu bulunmuştur.

5.1. Genel Bulguların Tartışması

Çalışmaya dâhil edilenlerde en düşük yaş 18 iken, en fazla 45 yaşında olan katılımcı mevcuttur. Katılımcıların %42' si 18-28 yaş aralığında, %40' ı 29-38 yaş aralığında ve %18' i 39-45 yaş aralığında idi. Sağlam ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada katılımcılar yaş gruplarına göre incelendiğinde; %30,6' sının 15-24 yaş grubunda, %35,1' inin 25-34 yaş grubunda, %34,3' ünün ise 35-49 yaş grubunda olduğu belirtilmiştir. (337) Çatakoğlu ve arkadaşlarının 2016 yılında yaptığı prevalans çalışmasında ise kadınların çoğunun %55,9 oran ile 25-35 yaş aralığında olduğu tespit edilmiştir. (46) Çalışmamız yaş aralığı bakımından literatürdeki diğer çalışmalar ile benzerlik göstermektedir. Eğitim durumuna bakıldığında çalışmaya alınanların %74 ile çoğunluğunun üniversite mezunu olduğu tespit edildi. Qiao ve arkadaşlarının 2012 yılında Çin'de 947 katılımcı ile yaptığı bir prevalans çalışmasında da kadınların %77,5' nin üniversite mezunu olduğu tespit edilmiştir. (66) Literatürde katılımcıların eğitim durumu yönünden çalışmamıza benzer çalışmalar bulunmakla birlikte bu oranın çalışmanın yapıldığı merkeze göre sıklıkla değişim göstermekte olduğu gözlenmiştir. Katılımcıların %67' sinin medeni halinin evli olduğu belirlenmiştir. Adıgüzel ve arkadaşları Manisa ilinde 2007 yılında yaptıkları prevalans çalışmasında evli katılımcıların oranını %88,6 olarak bildirmişlerdir. (67) Benzer şekilde El-Masry ve arkadaşlarının 2011 yılında Mısır' da yaptıkları bir çalışmada ise evli katılımcıların oranı %61,8 olarak bulunmuştur. (338) Medeni durum bakımından yapılan incelemede katılımcıların medeni durumları literatür ile benzerlikler göstermektedir. Çalışma durumuna göre ise katılımcıların %75' inin çalışarak geçimlerini sağladığı saptanmıştır. Daşikan ve arkadaşlarının 2014 yılında İzmir' in Ödemiş ilçesinde yaptıkları prevalans çalışmasında katılımcıların %49,8' inin çalıştığını belirtmişlerdir. (339) Çelik ve Uskun' un Isparta ilinde yaptıkları çalışmada ise katılımcıların %29,6' sının çalışmakta olduğu bildirilmiştir. (340) Literatür genelinde incelendiğinde çalışma durumuna yönelik bildirilen oranların çalışmamıza kıyasla daha düşük olduğu gözlenmiştir. Bu çalışmanın bulgularının çalışma durumu açısından çoğu çalışmanın verilerinden farklı olmasının sebepleri olarak bu çalışmadaki

vakaların sosyokültürel özellikleri, çalışma grubunun azlığı ve çalışma grubunun tüm toplum kesimlerini temsil etmemesi sayılabilir. Araştırmamızda %81 oran ile çoğunluğun şehirde yaşamakta olduğu gözlenmiştir. 2016 yılında Konya’ da 25 yaş üstü PMS görülme sıklığının araştırıldığı bir çalışmada katılımcıların %72,2’ sinin il merkezinde yaşadıkları tespit edilmiştir. (46) Çalışmamız bu yönüyle ülkemizde premenstrüel bozuklukların görülme sıklığına yönelik yapılan diğer çalışmalarla da benzerlik göstermektedir. Çalışmaya katılan kişilerin gelir düzeyi incelendiğinde %46 ile çoğunluğunun orta gelir grubunda olduğu bulunmuştur. Ülkemizde 2015 yılında Zonguldak’ ta sağlık bilimleri öğrencilerinde PMS görülme sıklığı ve yaşam kalitesine etkilerine yönelik yapılan bir çalışmada katılımcıların %51,3’ nün orta gelir grubunda olduğu belirlenmiştir. (341) Ülkemizde ve dünyada premenstrüel bozuklukların sıklığına ve katılımcıların sosyodeografik özelliklerine yönelik çalışmalar incelendiğinde gelir grubunun çalışmamıza benzer şekilde orta düzeyde toplanma eğiliminde olduğu görülmüştür. Araştırmamızda %96 oran ile katılımcıların sağlık güvencesine sahip oldukları tespit edilmiştir. 2015 yılında Kayseri il merkezi’nde yaşayan 15-49 yaş arası kadınlarda premenstruel sendrom prevalansı ve etkileyen faktörlerin incelenmesi amacıyla yapılan bir çalışmada da araştırmamıza benzer şekilde katılımcıların sağlık güvencesine sahip olma oranı %86,4 olarak belirlenmiştir.(35) Çalışmaya dâhil edilenlerin aile tipine yönelik yapılan incelemede %84’ ünün çekirdek ailede yaşadığı tespit edilmiştir. 15-49 yaş grubu kadınlarda premenstrual sendrom görülme sıklığına yönelik Antalya’ da yapılan bir araştırmada çalışmamızın bulgularına benzer şekilde katılımcıların çoğunluğunun %83,3 oran ile çekirdek aile yapısına sahip oldukları belirtilmiştir. (69) Çalışmamızdan elde edilen sosyodemografik veriler dünya ve ülkemiz genelindeki araştırmalar ile kıyaslandığında bulguların literatür ile uyumlu olduğu görülmektedir. (57, 58, 61, 342)

Katılımcıların premenstrüel sendrom değerlendirme ölçeğinden aldıkları puanların sosyodeografik veriler ile karşılaştırılması sonucunda; eğitim durumu ile premenstrüel sendrom ölçeği yorgunluk alt parametresi; çalışma durumu ile depresif duygulanım, anksiyete, sinirlilik, depresif

düşünceler, ağrı alt ölçekleri ve premenstrüel sendrom ölçeği toplam puanı; gelir düzeyi ile iştah değişimleri ve uyku alt ölçek puanları arasında anlamlı ilişki tespit edilmiştir. Bunun dışında yaş, medeni hal, yaşadığı yer, sağlık güvencesi ve aile tipi parametreleri ile premenstrüel sendrom toplam ve alt ölçek puanları arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır. Premenstrüel bozukluklar üzerine etkili olabilecek sosyodemografik verilere yönelik literatür bilgisi incelendiğinde birbirleriyle uyumlu ve çelişen pek çok farklı sonuçla karşılaşılmaktadır. Çalışmalarda karşılan farklı sonuçlar, farklı ölçek ve yöntemlerin kullanılmasının yanı sıra çalışılan popülasyonların farklı özelliklerinden de kaynaklanabilir. Pınar ve arkadaşlarının Antalya ilinde yaptığı prevalans çalışmasında da bulgularımıza benzer şekilde eğitim durumu ile premenstrüel şikâyetlerin şiddeti arasında ilişki olduğu saptanmıştır. (69) Çatakoğlu'nun çalışmasında, çalışmamızın bulgularında da olduğu gibi; kadınların çalışma durumu ile premenstrüel sendrom ölçeği yorgunluk, sinirlilik, depresif düşünceler, ölçek toplam puanı ile anlamlı ilişki bulunurken; gelir düzeyi bakımından çalışmamızdan farklı olarak anksiyete, yorgunluk, sinirlilik, depresif düşünceler alt parametreleri ve toplam ölçek skoru ile ilişki gösterilmiştir. (46) Çalışma durumu ve gelir düzeyi ile ilişkili olarak araştırma verileri değişiklik göstermekle birlikte kadınların memnun oldukları bir işte çalışmalarının ve orta-iyi gelir düzeyine sahip olmalarının premenstrüel şikâyetlerin şiddetinde azalmaya neden olduğu bildirilmiştir. (343) Buna karşılık İngiltere'de Cohen ve arkadaşlarının araştırma sonuçları PMS belirtilerinin çalışan kadınlarda daha şiddetli olduğunu göstermiştir.(57)

Araştırmamızda premenstrüel bozukluklara yönelik risk faktörlerinin varlığı katılımcıların sigara kullanımı, şekerli gıda tüketimi, egzersiz yapma durumları, günlük 1 (bir) fincandan fazla kahve tüketimleri, yemeğin tadına bakmadan tuz kullanımı, ailede (anne ve kardeşlerde) premenstrüel sendrom ve premenstrüel disforik bozukluk varlığı yönünden incelenmiştir. Yapılan analiz sonucunda katılımcıların %27' sinde sigara kullanımı mevcut iken, %87' sinin şekerli gıda tüketiminin fazla olduğu, %28' inin ise yemeğin tadına bakmadan tuz kullandığı, %37' sinin bir fincanın üstünde kahve tükettiği, %56' sının düzenli egzersiz yapmadıkları, %58' inde ise aile bireylerinde

premenstrüel sendrom / premenstrüel disforik bozukluk tanısı olduğu tespit edilmiştir. Manisa'da iki aile hekimliği bölgesinde 15-49 yaş grubu kadınlarda premenstrüel sendrom sıklığı ve ilişkili faktörlerin araştırılması sonucunda; çalışmamızın bulguları ile uyumlu olarak sigara kullanımı %39, düzenli egzersiz yapmayan katılımcı oranı %45,7 olarak bildirilmiştir. (68) Çatakoğlu' nun yaptığı çalışmada ise katılımcıların %81,9' unun şekerli gıda tükettiği, % 51,1' inin anne ya da kız kardeşinde adet öncesi gerginliği olduğu belirtilmiştir. (46) Araştırmamızla benzerlik gösteren şekilde Arıöz' ün 2009 yılında yaptığı çalışmada katılımcıların %30' unun yemeğin tadına bakmadan tuz kullandığı gösterilmiştir. (344) Araştırma bulguları çalışmamız ile benzerlik göstermektedir. Buna karşılık çalışmalarda katılımcıların günlük kahve ve tuz tüketimlerinin bizim çalışmamıza kıyasla daha yüksek olduğu gözlenmiştir. (46, 68) Bu durum bulunduğumuz bölgede çay tarımının yoğun olarak yapılması sebebiyle çay tüketiminin yaygın olması ve yörenin beslenme alışkanlıkları ile ilişkili olabilir.

Katılımcıların premenstrüel sendrom değerlendirme ölçeğinden aldıkları puanlar, premenstrüel bozukluklara yönelik risk faktörlerinin varlığı ile karşılaştırıldığında; sigara kullanımı ile premenstrüel sendrom ölçeği sinirlilik ve şişkinlik alt parametreleri, günlük 1 fincandan fazla kahve tüketimi ile ağrı, uyku, şişkinlik alt ölçek puanları ile anlamlı ilişki bulunmuştur. Şekerli gıda tüketimi, egzersiz durumu, yemeğin tadına bakmadan tuz kullanımı, ailede PMS/PMDB öyküsü yönünden ise anlamlı sonuca rastlanmamıştır. Işgın tarafından 2014 yılında yapılan çalışmada sigara kullanan katılımcılarda premenstrüel sendrom görülme sıklığının daha fazla olduğu ve artan sigara tüketimi ile PMS şiddetinde arttığı saptanmıştır. (345) Çatakoğlu' nun çalışmasında ise şekerli gıda tüketenlerin depresif duygulanım, yorgunluk, depresif düşünceler, iştah değişimi alt parametreleri ve PMS ölçeği toplam puanında şekerli gıda tüketmeyenlere göre daha yüksek bir puan ortalamasına sahip oldukları bulunmuştur. (46) 2009 yılında Köse tarafında üniversite öğrencilerinin PMS semptomları ile baş etme becerilerine yönelik yapılan çalışmada katılımcıların %39,6' sının iştah değişim durumlarını kontrol altına alabilmek için çikolata ve tatlı türü yiyeceklere yöneldiği saptanmıştır. (346)

Buna karşılık çalışmamızın bulgularını destekler şekilde Bolsoy' un 2006 yılında yapmış olduğu çalışmada da şekerli gıda tüketimi ile premenstrüel semptomlar arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır. (347) Araştırma sonuçlarımızdan farklı olarak literatür verileri incelendiğinde anne ve kardeşlerinde premenstrüel bozukluk semptomları olan katılımcılarda premenstrüel şikayetlerin görülme sıklık ve şiddetinde artış tespit edildiği görülmüştür. (339, 348)

5.2. Premenstrüel Sendrom / Premenstrüel Disforik Bozukluk ve Çocukluk Çağı Travmatik Yaşantıları İlişkisi

Çocukluk döneminde istismar öyküsü birçok psikiyatrik hastalıkla ilişkili olarak araştırılmıştır. (349) Araştırma sonuçları çocukluk çağı travmatik yaşantıları ile ilgili farklı oranlar bildirmiş olmakla birlikte; fiziksel istismarın %5-35, duygusal istismar ve ihmalin sırasıyla %4-9 ve %6-12 arasında değiştiğini bildiren sonuçlar mevcuttur. (143, 144) 1995-1997 yılları arasında ABD' de 17.000' den fazla katılımcı ile yapılan bir çalışmada nüfusun %64' ünün en az bir Olumsuz Çocukluk Deneyimi bildirdiği gösterilmiştir. (145-147) Araştırmalarda kullanılan metodların çeşitlilik göstermesi, farklı popülasyon tarama yöntemleri kullanılması, seçilen çalışma grubunun ve toplumsal özelliklerin farklı niteliklere sahip olması gibi sebeplerle farklı travma türleri ilk sırada bildirilebilmektedir. (141)

Araştırmamızda katılımcıların %57' sinde çocukluk çağı travmatik yaşantıları saptanırken, %35' inde duygusal istismar, %12' sinde fiziksel istismar, %15' inde cinsel istismar, %33' ünde duygusal ihmal ve %30' unda ise fiziksel ihmal olduğu bulunmuştur. Bununla birlikte çocukluk çağı travması bulunanların % 64,9' unda birden çok travmatik yaşantı varlığı saptanırken, %7,02' si ise beş travmatik yaşantının tamamının varlığını ifade etmiştir. ÇÇT saptananlarda %36,8 oranla en çok duygusal istismar-duygusal ihmal birlikteliği olduğu görülmüştür. Katılımcıların aile tipi, eğitim ve çalışma durumu açısından ÇÇT bildiren ve bildirmeyen gruplar arasında anlamlı fark saptırken gelir düzeyi bakımından anlamlı ilişki bulunmamıştır. Buna karşılık çocukluk çağı travması alt tipleri incelendiğinde; medeni hal ile duygusal istismar,

fiziksel istismar, cinsel istismar, duygusal ihmal, fiziksel ihmal; gelir düzeyi ile duygusal istismar, fiziksel ihmal; çalışma durumu ile cinsel istismar, fiziksel ihmal; aile tipi ile cinsel istismar, duygusal ihmal, fiziksel ihmal; eğitim durumu ve yaşadığı yer ile fiziksel ihmal arasında anlamlı ilişki saptanmıştır. Scott ve arkadaşlarının çalışmasında ÇÇT bildiren grubun sosyoekonomik düzeyinin daha düşük olduğu tespit edilmiştir. (350) Bu yönden bulgularımız literatür ile benzerlikler göstermektedir ve bu durum ÇÇT yaşayan bireylerin sosyal, akademik ve iş hayatında karşılaştıkları güçlükleri çözme konusunda baş etme becerilerinin bilişsel açıdan yeterli olmayışından kaynaklı olabilir. (351, 352)

Çocukluk çağı travmatik yaşantıları premenstrüel bozukluk risk faktörleri ile karşılaştırıldığında; sigara kullanımı yönünden gruplar arası fark anlamlıyken diğer risk faktörleri ile ilişki bulunamamıştır. Aynı zamanda ÇÇT alt boyut analizlerinde; fiziksel istismar ve cinsel istismar ile sigara kullanımı arasında da anlamlı ilişki tespit edilmiştir. Literatür verileri incelendiğinde; çalışma bulgularımıza benzer şekilde çocukluk çağı travmatik yaşantıları ile artmış sigara kullanımı ve sigara bırakma konusunda güçlük yaşama yönünden ilişki olduğu bildirilmiştir. (353)

Araştırmamızda ÇÇTÖ duygusal istismar alt boyutu ile PMSÖ depresif duygulanım, anksiyete, sinirlilik, depresif düşünceler, iştah değişimleri, uyku alt ölçekleri ve toplam puanı; fiziksel ihmal ile PMSÖ şişkinlik alt ölçeği; cinsel istismar ile depresif duygulanım, iştah değişimleri alt ölçek ve toplam ölçek puanı arasında anlamlı ilişki olduğu görülmüştür. Ek olarak ÇÇTÖ toplam ölçek puanı ile PMSÖ depresif duygulanım, anksiyete, sinirlilik, depresif düşünceler alt ölçek boyutları ile ölçek toplam puanı arasında anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır.

Katılımcıların premenstrüel bozukluk şiddeti ve çocukluk çağı travmatik yaşantıları arasındaki ilişkiyi tespit etmek amacıyla premenstrüel sendrom ölçeğinden aldıkları puanlar ve çocukluk çağı travma ölçeğinden aldıkları puanlar yordayıcı doğrusal regresyon analizi ile karşılaştırılmıştır. Analiz sonucunda çocukluk çağı travması bağımsız değişkeni ve premenstrüel bozukluk bağımlı değişkeni arasında istatistiksel açıdan anlamlı, pozitif yönde ilişki olduğu tespit edilmiştir, bu durum çocukluk çağı travmatik yaşantılarının

premenstrüel bozukluklar için risk faktörü olabileceğini düşündürmektedir. Bulgularımızı destekler şekilde genç kadınlardan oluşan örneklem popülasyonu ile yapılan bir araştırmada travmatik yaşantıların varlığının PMDB' nin gelişiminde bir risk faktörü olduğu belirlenmiştir. (354) Bertone-Johnson ve arkadaşlarının araştırmasında ise herhangi bir fiziksel veya cinsel istismar bildirmeyen hastalarda bile duygusal istismar depresyonla anlamlı şekilde ilişkili bulunmuştur. Bu açıdan bulgularını istismarın; özellikle duygusal ve fiziksel istismarın, orta-şiddetli PMS için güçlü bir risk faktörü olduğu şeklinde yorumlamışlardır. (355)

Wittchen ve arkadaşlarının yaptığı bir prospektif, longitudinal çalışmada travmatik olayların PMDB için nedensel etkileri olabileceği bulunmuştur. PMDB ve travma sonrası stres bozukluğunda ortak olarak gözlenen yaygın sinirlilik, anksiyete ve uyku bozukluğu semptomlarının incelendiği çalışmada; adet döngüsünün luteal fazı sırasında progesteron, allopregnanolone ve diğer nörosteroidlerde önemli azalmaların TSSB ile benzer patofizyolojik mekanizmada rol oynadığı bildirilmiştir. (356) Anksiyete ile ilgili reseptörlerin, bu hormonların modülasyonundan önemli ölçüde etkilendiği düşünülmektedir. (357) Artan kanıtlar, otonom sinir sistemi ve hipotalamik-hipofiz-adrenal (HPA) eksenindeki uzun vadeli değişikliklerin, çocukluk çağı travmatik yaşantılarından kaynaklı olabileceğini göstermektedir. (358, 359) Aynı zamanda çocukluk çağı stresinin neden olduğu HPA eksenindeki uzun süreli düzensizliklerin bir sonucu olarak, bu sistemlerin duyarlılığının devam etmesinin proinflamatuvar ve antiinflamatuvar faktörlerin dengesini etkileyerek premenstrüel bozuklukların etiyolojisinde rol oynayabileceği düşünülmektedir. (360, 361) Buna karşılık Girdler ve meslektaşları kötüye kullanımın kalıcı fizyolojik etkilerinin, PMS veya PMDB' si olan ve olmayan kadınlarda farklılık gösterebileceğini öne sürmektedir. Laboratuvar deneylerinde, kötüye kullanım öyküsü, tüm deneklerde stres faktörlerine anormal tepki ile ilişkilendirilirken, etki yönünün PMDB durumu tarafından değiştirildiği gösterilmiştir. PMDB' li kadınlar arasında kötüye kullanım, yüksek stres reaktivitesi ile ilişkilendirilirken, PMDB' si olmayan kadınlarda kötüye kullanım, kortizol yanıtının körelmesi ve strese sempatik

sinir sistemi tepkilerine neden olduğu tespit edilmiştir. (362-364) Bulgularımız literatür verileri ile uyumlu olmakla birlikte laboratuvar tetkiklerinin kullanılmamış olması araştırmamızın kısıtlı yönleri arasındadır.

5.3. Premenstrüel Sendrom / Premenstrüel Disforik Bozukluk ve Kasıtlı Kendine Zarar Verme Davranışı İlişkisi

Güncel raporlar, genel popülasyonun yaklaşık %4' ünün KZVD geçmişine sahip olduğunu göstermektedir. (219, 220) Bununla birlikte, çalışılan örnekler (örn. klinik örneklerle karşı toplum örnekleri), değerlendirme yöntemleri (örn. kendi kendine rapora karşı klinik görüşme) ve süreler arasındaki heterojenliğe bağlı olarak bildirilen KZVD prevalanslarında tutarsızlık gözlenmektedir. (206) Dünyanın farklı bölgelerinden farklı örneklerle yapılan araştırmalar, toplumdaki ergenlerin %13-45' inin ve genç yetişkinlerin %5-35' inin hayatları boyunca en az bir kez kendine zarar verdiğini göstermektedir. (222, 223) Bugüne kadar, az sayıda çalışma, DMS-5 tarafından önerilen kriterleri kullanarak KZVD prevalansını analiz etmiştir. 15-17 yaşları arasındaki 3.060 ergen arasında yapılan bir prevalans çalışmasında %35,6' sı bir önceki yılda en az bir kez kendine zarar vermiş olmasına rağmen sadece %6,7' sinin KZVD için DSM-5 tanı kriterlerini karşıladığını bulmuştur. (225) Çalışmamızda literatür verileri ile uyumlu olacak şekilde katılımcıların %23' ünün hayatında en az bir kez kendine zarar verme davranışında bulunduğu tespit edilmiştir.

Araştırmalar KZVD gerçekleştirenlerin çoğunluğunun, bıçak veya bıçak gibi keskin bir nesne kullanarak, önkol, bacak ve/veya karın bölgesinde kesi oluşturduğunu (%70-97), diğer yaygın yöntemlerin ise vurmak (%21-44) veya kendini yakmak (%15-35) olduğunu bildirilmiştir. Whitlock ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmaya göre KZVD; %51,6 deriyi kazıma; %33,7 kesme; %24,5 morartma; %14,9 deride kesme sembolleri oluşturma; %13,5 tırmalama; %12 keskin nesnelerle delme ve %11 saç yolma şeklinde gerçekleştirilmektedir. (197, 198) Araştırmamızda en sık uygulanan kendine zarar verme davranışının “Yüksek dozda ilaç içme” olduğu; bunu “Kolunu, bileğini, vücudunun bir bölgesini kesme” ve “Çamaşır suyu ya da mutfak

temizleyicileri ile derisini ovalama”nın aynı oran ile takip ettiği saptanmıştır. Çalışmaya katılanlar arasında en az bildirilen kendine zarar verme yöntemleri “Kendini çakmak ya da kibritle yakma”, “İğne, zımpara teli gibi keskin nesneleri derisine saplama” ve “Uyuşturucu ya da uyarıcı bir maddeyi alışılmış dozdan çok yüksek dozda alma” iken; “Vücuda berelenme oluşturacak şekilde zımpara kağıdı sürme”, “Derinin üstüne asit damlatma”, “Berelenmeye neden olacak şekilde kendini zımbalama” yöntemlerinin hiçbir katılıcı tarafından bildirilmediği görülmüştür. Kendine zarar verme davranışı bildiren katılımcılar arasında ise en fazla 13 farklı tip kendine zarar verme davranışı gösteren olduğu tespit edilmiştir. Bulgularımız literatür ile benzerlik göstermektedir.

Ergen hastalar ile yapılan bir çalışmada kendini zehirleme davranışı için en sık verdikleri motivasyonel yanıt ‘kurtulmak için’ olurken; kendini kesme davranışına en sık sebep olarak ‘depresyondan kurtulmak için’ gösterilmiştir. Aynı çalışmada ‘kendimi cezalandırmak istedim’ ve ‘zihnimin içler acısı durumunda yardım almak istedim’ kadınlar tarafından en sık KZVD motivasyonları olarak bildirilmiştir. Yetişkinlerde ise ‘gerginliğimi hafifletmek için’, ‘acı verici duygulardan uzaklaşmak için’, ‘kendimi cezalandırmak için’, ‘üzücü anıları engellemek için’ ve ‘sıkıntılarımı başkalarına iletme için’ sık bildirilen KZVD motivasyonları olarak belirlenmiştir. (219, 365) Çalışmamızda; katılımcıların kasıtlı kendine zarar verme davranışı motivasyonları incelendiğinde en sık %69,9 oranla “Kendimi cezalandırmak istedim”i neden olarak belirttikleri gözlenmiştir. Bunu %39,1 oranla “Ölmek istedim” ifadesinin takip ettiği tespit edilmiştir. En az oranda ise %4,3 ile “Birinden intikam almak istedim” neden olarak bildirilmiştir. Bir katılımcı tarafından en fazla 20 madde motivasyonel neden olarak bildirilirken, kendine zarar verme davranışında bulunan 23 katılımcının her birinin en az bir neden belirtmiş olduğu tespit edilmiştir.

KZVD ile yaş, eğitim durumu, cinsiyet arasındaki ilişkiye yönelik araştırma sonuçları değişkenlik göstermektedir. Adölesanlarla gerçekleştirilen bir çalışmada düşük eğitim seviyesi KZVD ile ilişkili bulunmuştur, buna karşılık üniversite öğrencileriyle yürütülen bir çalışmada ise annenin düşük eğitim düzeyine sahip olması ile bağlantı gösterilmiştir. (366, 367) Kahraman ve

arkadaşlarının yaptıkları çalışmada ise genç yaşta olmak ve düşük eğitim düzeyi KZVD ile ilişkilendirilmiştir. (368) Klonsky ve arkadaşlarının 2011 yılında Amerika’ da yetişkin katılımcılar ile gerçekleştirdiği bir çalışmada; cinsiyet, eğitim düzeyi ve etnik köken ile KZVD arasında ilişki bulunmazken genç yaşta olmanın ilişkili olduğu bulunmuştur. (229) Çalışmamızda KZVD olan ve olmayan gruplar arasında yaş, eğitim durumu, yaşadığı yer ve sağlık güvencesi açısından anlamlı ilişki bulunmazken medeni hal, çalışma durumu, gelir düzeyi, aile tipi açısından ise anlamlı fark tespit edilmiştir. Bulgularımızın yaş açısından incelendiğinde literatürden farklılık göstermesinin nedeni diğer çalışmalardan ayrı olarak 18 yaş üstü yetişkin popülasyon ile çalışmış olmamız ve adölesan yaş grubunun çalışmaya dahil edilmemiş olması olabilir.

Araştırmalar sigara ve alkol kullanımının KZVD olan bireylerde daha sık olduğunu bildirmektedir. Bu durum KZVD olan bireylerde sık rastlanan dürtüsel ve riskli davranış kalıbı ile ilişkili stresle başa çıkma stiline bir getirisi olarak değerlendirilmektedir. (369) Çalışmamızda KZVD olan ve olmayan gruplar arasında sigara kullanımı açısından anlamlı ilişki bulunmamıştır. Bu durum çalışma popülasyonumuzun özellikleri ve örneklem büyüklüğümüzün yeterli olmaması ile ilişkili olabilir.

Eisenlohr-Moul ve arkadaşları premenstrüel disforik bozukluk için ileriye dönük olarak doğrulanmış tanı bildirilen 599 hastadan oluşan küresel bir örneklemde yaşam boyu kendine zarar verme düşünce ve davranışlarının yaygınlığını araştırmış ve prospektif bir PMDB teşhisi bildiren bu hasta örneğinde kendine zarar verme davranışı ve düşüncesi için yüksek yaşam boyu yaygınlık oranları gözlemlediklerini bildirmiştir.(370) Araştırmamızda katılımcıların premenstrüel sendrom değerlendirme ölçeğinden almış oldukları puanlar kendine zarar verme davranışı olan ve olmayan gruplar arasında karşılaştırıldığında anksiyete ve depresif düşünceler alt ölçeklerinde anlamlı fark bulunurken; depresif duygulanım, yorgunluk, sinirlilik, ağrı, iştah değişimleri, uyku, şişkinlik alt ölçekleri ve ölçek toplam puanı açısından fark bulunmamıştır. Çalışmamızda KZVD gerçekleştiren bireylerin PMSÖ depresif düşünceler alt ölçeğinden yüksek puan alması, KZVD olan bireylerde en sık rastlanan psikiyatrik tanının depresif bozukluklar olması ile ilişkili olabilir.

Jacobson ve arkadaşları ise depresyonun en sık eşlik eden tanı olduğunu doğrulamakla birlikte; özgül olarak ilişkili tek psikiyatrik tablonun borderline kişilik bozukluğu olduğunu bildirmiştir. (371, 372)

5.4. Premenstrüel Sendrom / Premenstrüel Disforik Bozukluk Hastalarında Çocukluk Çağı Travmatik Yaşantıları Ve Kasıtlı Kendine Zarar Verme Davranışı İlişkisi

Çocukluk döneminde cinsel, duygusal ve fiziksel istismarın hapsedilen kadınlar arasında kendini yaralamanın bir yordayıcısı olduğunu bildirilmiştir. Bu sonuç, kadınların istismar geçmişine ilişkin duyguların dışa vurulması olarak yorumlanmıştır. Türkiye'de yapılan bir araştırma, herhangi bir istismar veya ihmale maruz kalmış kadınlarda intihar girişimi oranının 15 kat, kendini yaralama oranının 39 kat daha fazla olduğunu bildirmiştir. (373, 374) Travmatik yaşantıya sahip bireylerin öz-düzenleme süreçlerinden yoksun olmaları, zayıf şekilde modüle edilmiş duygulanımlara, dürtü kontrolünün azalmasına, güvensizlik ve başkalarının güvenilirliği ve öngörülebilirliğine ilişkin belirsizliğe yol açar. (161) Çocukluk çağı travması ve KZVD arasındaki ilişkide rol oynadığı öne sürülen mekanizmalardan biri de duyguların tanımlanması ve ifade edilmesindeki zorluklardan kaynaklanan aleksitimi durumudur. (375) Azoulaya ve arkadaşları çocukluk çağı travmalarına daha fazla maruz kalma ile adet öncesi semptomların sayısının ve şiddetinin arttığını ve bu ilişkiye tamamen duygu düzenleme güçlüklerinin aracılık ettiğini bildirmiştir. Bu sonuçlar, çocukluk çağı travması öyküsü olan kadınlarda, adet öncesi semptomların ortaya çıkmasına, duyguları uyumlu bir şekilde düzenleyememenin aracılık ettiğini göstermektedir. (376) Araştırmalar çocukluklarında travmatik deneyimlere maruz kalmış kadınların menstrüasyondan önce meydana gelen duygusal, bilişsel ve fiziksel değişikliklerle yüzleşme ve uyum sağlama yeteneklerinin daha az olduğunu ve PMDB'nin ortaya çıkmasına katkıda bulunduğunu ifade etmektedir. (355) Araştırmamızda kasıtlı kendine zarar verme davranışı çocukluk çağı travmatik yaşantısı varlığı yönünden incelendiğinde KVZD bulunan grubun %73,9' u ÇÇT bildirirken, diğer grupta bu oranın %51,9 olduğu görülmüş ve gruplar

arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır. Buna karşılık çalışmamızda maruz kalınan farklı tipte çocukluk çağı travmatik yaşantılarının sayısı ile intihar girişimi ve kasıtlı kendine zarar verme davranışı arasında anlamlı ilişki saptanmıştır. Katılımcıların çocukluk çağı travmaları ölçeğinden aldığı toplam puanlar, kendine zarar verme davranışı yönünden incelendiğine ise aralarında anlamlı ilişki olduğu; KZVD tarifleyen bireylerin ÇÇTÖ puanlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır.

KZVD ve çocukluk çağı travması ilişkisi pek çok araştırmanın konusu olmasına rağmen; travma tipinin kendine zarar verme davranışını belirleyiciliği yönünden görüş birliği sağlanamıştır.(368) Araştırmaların önemli bir kısmı cinsel istismarı KZVD açısından en önemli risk faktörü olarak vurgularken; fiziksel istismar, duygusal ihmal ve istismarın da ilişkisine dikkat çeken çalışmalar vardır. (377) Çalışmamızda; KZVD ile çocukluk çağı travmatik yaşantıları alt boyutları arasında yaptığımız analizlerde; duygusal istismar, cinsel istismar, duygusal ihmal ve fiziksel ihmal için anlamlı sonuçlar bulunurken fiziksel istismar için anlamlı ilişki bulunmamıştır. Muehlenkamp ve arkadaşları çalışmalarında istismar ve KZVD arasındaki ilişkide duyguları düzenlemedeki bozulmaya vurgu yapmıştır, buna karşılık bizim çalışmamızdan farklı olarak; fiziksel istismar ile KZVD arasında cinsel istismara göre daha güçlü bir ilişki olduğunu bildirmiştir. (378) Aylık meydana gelen ruh hali, duygulanım ve bilişteki döngüsel değişiklikler, duygusal düzenleme eksiklikleri nedeniyle çocukluk çağı travması öyküsü olan kadınlar için daha zor olabilir. Azoulay ve arkadaşları özellikle cinsel istismarın yanı sıra duygusal ihmalin adet öncesi semptomlarla önemli ölçüde ilişkili olduğunu bildirmiştir. Ayrıca aynı çalışmada çocuklukta cinsel, fiziksel ve duygusal istismarın kadınlar arasında daha fazla duygu düzenleme güçlüklerini öngördüğü, ancak bu ilişkinin fiziksel ve duygusal ihmal ile bulunmadığı; buna göre, yalnızca istismar boyutu ile duygu düzenleme bozukluğu arasında ilişki bulunurken, ihmal boyutu ile bu ilişkinin olmadığı belirtilmiştir. (376)

Kişinin kendisine ve çevresine duyduğu öfkeyi kontrol altına alamayarak kendi bedenine yönlendirmesi kendine zarar verme davranışının psikopatolojisinde vurgulanmaktadır. (379) Travmatik yaşantı sonrası kişinin

hissettiği çaresizlik ve suçluluk duyguları da öfke ifadesi ile kendini gösterebilmektedir. (380) Aynı zamanda öfke kontrolünde güçlük yaşama premenstrüel semptomları olan kadınların en sık yakınmalarından biridir. (381, 382) Çalışmamızda çocukluk çağı travması varlığı ile öfke kontrolünde güçlük ve öfke kontrolünde güçlük çekilen menstrüel dönem yönünden yapılan incelemede; her iki grup benzer oranlarda öfkelerini kontrol etmekte güçlük çektiklerini bildirilmiştir ve sonuçlar istatistiki açıdan anlamlı bulunmamıştır. Aynı şekilde KZVD gerçekleştiren ve gerçekleştirmeyen gruplar arasında öfke kontrolünde güçlük ve öfke kontrolünde güçlük çekilen dönem yönünden yaptığımız analizde de sonuçlar istatistiki yönden anlamlı değildir. Araştırmalar duygu düzenleme güçlüğü ile premenstrüel semptomlar arasında ilişkiye değinmektedir. (132, 383) Duygularını uyumlu bir şekilde düzenleyememek muhtemelen travmaya maruz kalmış çocukların en belirgin özelliklerinden biridir.(384) Gruplar arasında öfke kontrolünde güçlük ve öfke kontrolünde güçlük çekilen menstrüel dönem yönünden anlamlı ilişki saptanmaması çalışmamızı yaptığımız bölgede bireylerin yaygın olarak hipertmik mizaç özelliklerine sahip olması ile ilişkili olabilir. Premenstrüel semptomları olan kadınlarda çocukluk çağı travmalarının duygu düzenleme güçlüğü ve kendine zarar verme davranışı ile ilişkisine yönelik ileriye dönük daha fazla çalışmanın yapılması gerektiğini düşünmekteyiz.

5.5. Premenstrüel Sendrom / Premenstrüel Disforik Bozukluk ve İntihar Girişimi İlişkisi

Araştırmalar PMDB' nin özellikle duygudurum bozukluğu olan hastaları, doğrudan ve dolaylı olarak yüksek intihar riskine yatkın hale getirebileceğini göstermektedir. PMDB' nin patogenezi, ruh halini doğrudan kötüleştirebilir ve intihar riskini artırabilir. Progesteronun nöroaktif bir steroid metaboliti olan allopregnanolone' un (ALLO); PMDB ve intihar ilişkisinde; adet döngüsünde orta luteal fazda artarak olumsuz duygudurum semptomlarına yol açması sonucu rol oynadığı düşünülmektedir. (81, 385, 386) Ek olarak PMDB' nin, serotonin sisteminin bozulmuş işlevini dolaylı olarak şiddetlendirerek yaşam boyu intihar riskini artıran duygudurum semptomlarını

kötüleştirebileceği düşünülmektedir. Ayrıca PMDB' li bireylerin daha yüksek düzeyde dürtüsellik ve dürtüsel - agresif kişilik modeline sahip oldukları bulunmuştur, dürtüsellüğün intihar girişimlerini tetikleyici temel mekanizmalardan biri olması makuldür. (387-389)

Çalışmaya alınan hastaların %8' inin intihar girişiminde bulunduğu tespit edilmiştir. İntihar girişiminde bulunanların ise %62,5' sinin bir kez, %37,5' sinin iki kez girişimde bulunduğu görülmüştür. En sık kullanılan intihar girişimi yöntemi yüksek doz ilaç içme iken, diğer yöntemlerin kesici delici alet kullanımı ve yüksekten atlama şeklinde olduğu tespit edilmiştir. Çalışmaya katılan bireyler arasında intihar girişiminde bulunan ve bulunmayanların premenstrüel sendrom ölçeğinden aldıkları puanlar arasında ise “şişkinlik” alt parametresi hariç anlamlı fark olmadığı görülmüştür. Wittchen ve arkadaşları 2002 yılında, Pilver ve arkadaşları 2012 yılında yaptıkları çalışmalarda PMDB' nin intihar düşünceleri, intihar planları ve intihar girişimlerini ilişkilendirdiğini bulmuşlardır. (390, 391) Chan ve arkadaşları ise araştırmalarında PMDB ile yaşam boyu intihar planları arasında değil yalnızca yaşam boyu intihar girişimiyle bağlantı olduğunu belirtmişlerdir. (388) İntihar girişimi yöntemleri arasında ilk sırada ilaç içme gelmektedir. (392) Ülkemizde Ankara ilinde 2020 yılında yapılan çalışmada her iki cinsiyette de en sık intihar girişim yöntemi ilaç ve kimyasal madde kullanımı olup tamamlanmış intiharlarda en sık kullanılan yöntem ası olarak bildirilmiştir. (393) TÜİK'in 2011-2013 yıllarında İzmir ilinde yapmış olduğu araştırmada en sık intihar girişim yöntemi %88,92 ile kimyasal madde kullanma olarak tespit edilmişken bunu kesici-delici alet ve yüksekten atlamanın izlediği bulunmuştur. (394) Araştırmalar kadınların intihar girişiminde yüksek dozda ilaç içme gibi daha az şiddet içeren yöntemleri tercih ettiğini göstermektedir. (154) Çalışmamızda intihar girişimi oranları literatürdeki benzer çalışmalara kıyasla düşük olarak saptanmıştır, bunun nedeni vakaların sosyokültürel özellikleri, çalışma grubunun azlığı ve çalışma grubunun tüm toplum kesimlerini temsil etmemesi olabilir. Bununla birlikte intihar girişiminde bulunduğunu belirten katılımcılar yöntem olarak en sık yüksek dozda ilaç içtiklerini belirtmişlerdir. Bu durum literatürdeki diğer çalışmalarla uyum göstermektedir.

5.6. Premenstrüel Sendrom / Premenstrüel Disforik Bozukluk Hastalarında Çocukluk Çağı Travmatik Yaşantıları ve İntihar İlişkisi

Stres-diatez risk faktörü modeli intihar riski için genel kabul gören yaklaşımlardan biridir. Distal ve proksimal olarak risk faktörlerinin sınıflandırıldığı bu modelde; hazırlayıcı süreçten sorumlu ve kişinin stresöre verdiği yanıtı öngören etkenler distal; stres, yaşam olayları, akut depresyon atakları, alkol ya da madde kullanımı gibi tetikleyiciler proksimal olarak adlandırılır. Çocukluk çağı travmatik yaşantıları, ailede intihar öyküsü ve dürtüsel - agresif kişilik yapısı distal risk faktörleri kapsamındadır ve bunlar intihar eşiğini etkilerken; proksimal etkenlerin yaşanması sonrası kişinin dolaylı olarak intihar riskini artırır. Distal etkenler intihar davranışında bulunan ve bulunmayan kişilerin ayrışmasında öngörücüdür. (392) Çocukluk çağı travmaları ile ilgili Amerika, Avustralya ve Amerika' da yapılan toplum temelli araştırmalarda, ÇÇT' nin proksimal etkenlerle bir araya gelerek birey için intihara hazırlayıcı bir distal etken oluşturduğu bildirilmiştir. (395) Ayrıca PMDB' li kadınlarda kontrollere göre daha yaygın görülen serotonin taşıyıcı genindeki (5-HTTLPR) yaygın bir polimorfizm, PMS / PMDB' ye karşı genetik yatkınlığı olan kadınlarda erken yaşamda kötüye kullanımın intihar girişimi gibi daha ciddi sonuçlarına katkıda bulunabilir. (355)

Çalışmamızda ÇÇT bulunmayan grubun % 2,3' ünde intihar girişimi varken, ÇÇT bulunan grubun ise %12,3' ünde intihar girişimi saptanmış ve çocukluk çağı travmatik yaşantıları ile intihar girişimi arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır. İntihar girişiminde bulunanlar kendi içlerinde değerlendirildiğinde ise intihar girişimi sayısı açısından gruplar arası anlamlı fark saptanmamıştır. İntihar girişimi için en sık ilaç içmenin tercih edildiği saptanmıştır. Literatür verileri incelendiğinde kadınların ilaç içme gibi daha az acı veren yöntemleri intihar girişiminde daha sık tercih ettiği görülmektedir. (154) Çalışmamız bu yönden intihar ile ilgili diğer araştırmalarla benzerlik göstermektedir.

Maruz kalınan farklı tipte çocukluk çağı travmatik yaşantılarının sayısı ile intihar girişimi arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Katılımcıların çocukluk

çağı travmaları ölçeğinden aldığı toplam puanlar ile intihar girişimi arasında anlamlı ilişki saptanmıştır. Bununla birlikte; ÇÇT alt boyutları; duygusal istismar, fiziksel istismar, cinsel istismar, duygusal ihmal, fiziksel ihmal; intihar girişimi, intihar girişimi sayıları ve intihar girişimi yöntemleri açısından değerlendirildiğinde gruplar arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır. Araştırmamızda birbiri ile çelişen sonuçlar elde edilmesi ÇÇT ve alt boyutları için var-yok şeklinde analiz yapıldığında intihar ilişkisini değerlendirme yönünden çalışma grubumuzun sayı bakımından yetersiz olması nedeniyle olabilir. Buna karşılık intihar girişiminde bulunan bireylerin çocukluk çağı travma ölçeği toplam puanının diğer gruptan anlamlı olarak yüksek olduğu bulunmuştur.

Yaşam boyu depresyon, cinsel istismar öyküsü ile güçlü bir şekilde ilişkilidir. Golding ve arkadaşlarının premenstrüel sendrom tedavisi arayan bir kadın örneğinde cinsel istismar prevalansını araştırdıkları çalışmalarında; aktif depresyonu olan kadınları dışladıkları halde, hastaların en az %58' inin geçmişte ruh sağlığı bakımına başvurduğu bir depresyon öyküsü olduğu, yarısının geçmişte intihar düşüncesi bildirdiği ve %12' sinin geçmişte intihar girişiminde bulunduğu tespit edilmiştir. Çalışmalarında geçmişte depresyon öyküsü olan kadınları dışlayamamış olmalarına rağmen cinsel istismarın PMS ile ilişkisinin depresyondan bağımsız olduğunu bildirmişlerdir. (396) Manisa il merkezinde yapılan bir toplum taramasında intihar girişiminde bulunanlar arasında çocukluk çağı travması varlığı %8 olarak saptanmıştır. (397) Dilbaz ve Aytekin'in yaptıkları araştırmada ise çocuklukta fiziksel cezalandırılma öyküsü olan kişilerin daha sık intihar girişiminde bulunduğu bildirilmiştir. (398) 55.299 kişi ile 21 ülke genelinde yürütülen bir çalışmada çocukluk çağı kötüye kullanımının intihar girişimi ve intihar düşüncesi riskini artırdığı, bununla birlikte cinsel ve fiziksel tacizin intihar davranışı üzerinde en güçlü etkiye sahip olduğu tespit edilmiştir. (399)

Literatür verileri incelendiğinde premenstrüel bozukluklar ve intihar ilişkisi ile çocukluk çağı travmatik yaşantıları ve intihar ilişkisine çalışmalarda detaylı şekilde yer verildiği görülmektedir. Bununla birlikte çalışma popülasyonumuzda olduğu gibi premenstrüel bozukluğu olan hastalarda

çocukluk çağı travmatik yaşantılarının intihar girişimi olan ilişkisi daha önce araştırılmamıştır. Çalışmamızda maruz kalınan farklı tipte çocukluk çağı travmatik yaşantılarının sayısı ile intihar girişimi arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Ayrıca katılımcıların çocukluk çağı travmaları ölçeğinden aldığı toplam puanlar ile intihar girişimi arasında anlamlı ilişki saptanmıştır. Bu bulgular ışığında; çocukluk çağı travmatik yaşantıları ve premenstrüel bozuklukların; intihara olan eğilimi arttırdığı bilinen benzer biyopsikososyal mekanizmaları, genetik-epigenetik özellikleri ve duygu düzenleme üzerinde negatif yönde etkileri paylaştığı düşünülebilir fakat bu konuda daha fazla çalışma gerekmektedir.

5.7. Premenstrüel Sendrom / Premenstrüel Disforik Bozukluk Hastalarında Kendine Zarar Verme Davranışı Ve İntihar İlişkisi

KZVD intihardan korunmanın rapor edilen bir işlevi olmasına rağmen uzun süreli KZVD genellikle bir intihar girişiminin öncüsü olarak kabul edilir. Çünkü birey başta ölüm niyeti göstermese ve KZVD intihar duygularıyla başa çıkmak için kısa vadeli bir etki gösterse de, zamanla kendine zarar verme kapasitesini geliştirme gibi süreçler yoluyla kendini yok etme kavramını benimser ve daha yıkıcı yöntemler kullanmaya başlar. KZVD gelecekteki intihar girişimleri için en güçlü risk faktörüdür. Spesifik olarak KZVD' nin varlığı gelecekte intihar düşünceleri yaşama ve intihar girişiminde bulunma riskinde 3 kat artış ile ilişkilidir. (253, 254) Ayrıca artan intihar davranışı riski; KZVD' nin sıklığı (>20 epizod), uzun süre öyküsü, farklı yöntemlerin kullanımı (>3 farklı yöntem), ağrının olmaması ve ani duygusal rahatlama ile ilişkilidir. (255, 256) Semptomların şiddeti veya depresif semptomların varlığı gibi bazı klinik değişkenler de bu ilişkiyi düzenleyebilir. Literatür intihar niyeti olmayan kasıtlı kendine zarar verme davranışını (Nonsuicidal Self-Injury – NSSI), ölüm niyeti olmayan kendine zarar verme olarak tanımlamaktadır. Bununla birlikte; adölesan katılımcılar arasında yürütölen bir çalışmada KZVD olanların yarısı bu eylemlerine neden olarak 'ölmek istedim" ifadesini belirtmiştir. Ayrıca genç yetişkinler arasında yapılan toplum bazlı bir araştırmada yüksek dozda ilaç

içme ve vücutta kesi oluşturma başta olmak üzere, birçok KZVD atağında aynı zamanda intihar düşüncesinin bulunduğu tespit edilmiştir. (365, 400)

Premenstrüel bozukluğu olan kadınlarda intihar girişimi ve kasıtlı kendine zarar verme davranışı karşılaştırıldığında; intihar girişiminde bulunan 8 katılımcının tümünün aynı zamanda kendine zarar verme davranışı da gerçekleştirmiş olduğu görülmüştür. İntihar girişimi yönünden incelendiğinde; KVZD grubunda intihar girişiminde bulunanların oranı %34,8 iken, KVZD bulunmayan grupta ise intihar giriminde bulunan birey olmadığı görülmüş ve gruplar arasında anlamlı fark tespit edilmiştir. Bulgularımız literatür ile uyumlu olmasına rağmen çalışma grubumuzun küçük olması nedeniyle premenstrüel bozukluğu olan kadınlarda KZVD ve intihar ilişkisini ortaya koyan ileriye dönük daha fazla çalışmanın yapılmasını önermekteyiz.

5.8. Premenstrüel Sendrom / Premenstrüel Disforik Bozukluk Hastalarında Cinsel İşlev Bozukluğu

Kadın ya da erkek ayrımı olmaksızın, her üç kişiden birinin yaşamlarının herhangi bir dönemlerinde en az bir CİB yaşadığı bilinmektedir. Yapılan çalışmalarda kadınlarda CİB görülme oranının %20-73 arasında değiştiği görülmüştür. (321) Çalışmamızda katılımcıların cinsel işlev bozukluğu bildirme oranı %20 olarak tespit edilmiştir ve literatür ile benzerlik göstermektedir.

Çalışmamızda cinsel işlev bozukluğu olan ve olmayan katılımcıların sosyodemografik verileri incelendiğinde yaş, eğitim durumu, medeni hal, çalışma durumu, yaşadığı yer, gelir düzeyi, sağlık güvencesi, aile tipi parametreleri ile anlamlı ilişki bulunmamıştır. Aynı zamanda kasıtlı kendine zarar verme davranışı ve intihar girişimi ile cinsel işlev bozukluğu arasında da anlamlı ilişki saptanmamıştır. Bu durum çalışma örnekleminin yeterli boyutta olmaması ve hasta popülasyonun özellikleri ile ilişkili olabilir.

Araştırmalar premenstrüel bozukluk hastalarının cinsel işlev bozukluğuna sahip olma olasılığının daha yüksek olduğunu bildirmektedir. İlhan ve arkadaşları PMS hastalarının önemli ölçüde daha düşük cinsel ilişki düzeyleri, daha fazla cinsellikle ilgili işlev bozukluğu ve kişisel sıkıntı

deneyimlediğini bildirmiştir. (401) Nowosielski ve arkadaşları premenstrüel bozukluğu olan kadınların cinsel tatminsizlik riskinin sağlıklı kadınlara kıyasla iki kat daha yüksek olduğunu, sağlıklı kadınlara kıyasla daha fazla cinsel sıkıntı bildirdiklerini, PMS varlığının cinsel doyum ile negatif korelasyon gösterdiğini bildirmiştir.(402)

Çalışmamızda cinsel işlev bozukluğunu değerlendirmek amacıyla kullanılan Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği ile PMSÖ arasında depresif düşünce alt ölçek puanları açısından anlamlı ilişki bulunmuştur. Bulgularımız literatür ile uyum göstermekle birlikte ileriye dönük daha fazla çalışmaya ihtiyaç duyulduğunu düşünmekteyiz.

5.9. Premenstrüel Sendrom / Premenstrüel Disforik Bozukluk Hastalarında Çocukluk Çağı Travmatik Yaşantıları Ve Cinsel Problem Varlığı

Çocukluk çağı travmatik yaşantıları ve cinsel işlev üzerine yapılan çalışmaların büyük bölümü konuyu cinsel istismar yönünden ele almaktadır. Seehus ve arkadaşlarının 18-25 yaş aralığında 417 kadınla cinsel işlev ve doyumun şekillenmesinde aile ortamı ve çocukluk çağında istismarın çoklu biçimlerinin rolü üzerine yaptıkları çalışmada; aile dinamikleri ve çocuklukta istismarın farklı tiplerinin direk ve dolaylı olarak yetişkin cinsel işlev ve doyumunu etkilediklerini bulmuştur. Ayrıca bulgularını cinsel öz-şemalar ve romantik ilişki gibi etkenlerle de ilişkilendirmişlerdir.(403, 404) Çocuklukta cinsel istismar; cinsel istek, uyarılma, orgazm ve cinsel ağrı ile ilgili sorunlar da dâhil olmak üzere yetişkinlikte cinsel işlev bozukluğu gelişimi için en göze çarpan risk faktörlerinden biri olarak tanımlanmıştır. Çocuklukta cinsel istismar öyküsü olan kadınlar arasındaki cinsel işlev bozukluğu oranları, istismara uğramamış kadınlar arasındaki işlev bozukluğu oranlarından önemli ölçüde daha yüksektir. İstismar deneyiminin belirli özellikleri cinsel işlev bozukluğu riskini artırabilir. En sık bildirilen cinsel işlev bozuklukları ise istek ve uyarılma sorunlarıdır. (405, 406) Mullen ve arkadaşları 1.376 kadınla yaptıkları bir çalışmada %32' lik bir çocuklukta cinsel istismar prevalansı bulmuş ve istismar geçmişli olan kadınların %47' si en az bir cinsel sorun bildirmiştir. Aynı

çalışmada çocuklukta cinsel istismar sonrası cinsel işlev bozukluğu riski için %2.44' lük bir olasılık oranı tespit edilmiştir. (407) 898 kadınla yapılan bir başka çalışmada ise çocuklukta cinsel istismar prevalansı %35 olarak bulunmuş ve penetrasyon olmayan olgularda kadınların %25' inde cinsel sorun bulunurken penetrasyon olan olgularda kadınların %32' sinde cinsel sorun tespit edilmiştir. (408) İstismar geçmişi olan kadınlar, bir partnerle cinsel uyarılma sırasında istismara uğramamış kadınlara göre daha fazla korku, öfke ve tiksinti bildirmektedir. (409)

Çalışmamızda; çocukluk çağı travmatik yaşantıları varlığı ile cinsel işlev bozukluğu arasında yapılan değerlendirmede; ÇÇT grubunda cinsel işlev bozukluğu %29,8, ÇÇT olmayan grupta ise %7 olarak bulunmuş ve aralarında anlamlı fark tespit edilmiştir. Çocukluk çağı travmatik yaşantısı bulunanlarda, cinsel işlev bozukluğu ile premenstrüel sendrom şiddeti arasındaki ilişki yordayıcı doğrusal regresyon analizi ile değerlendirildiğinde; ÇÇT bulunan grupta premenstrüel sendrom düzeyi ile cinsel işlev bozukluğu arasında anlamlı ilişki olduğu, PMSÖ puanı arttıkça ACYÖ skorunun da arttığı saptanmıştır. Fakat aynı ilişkinin ÇÇT bulunmayan grupta elde edilmediği görülmüştür. Ayrıca cinsel işlev bozukluğunu değerlendirmek amacıyla kullanılan Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği ile ÇÇTÖ duygusal istismar alt boyutu arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Fakat çocukluk çağı travması alt boyutları var ya da yok şeklinde ayrı ayrı analiz edildiğinde; duygusal istismar, fiziksel istismar, cinsel istismar, duygusal ihmal, fiziksel ihmal ile cinsel işlev bozukluğu açısından gruplar arası anlamlı fark bulunamamıştır. Araştırmamızda çocukluk çağı travmatik yaşantısı varlığı ile cinsel işlev bozukluğu arasında anlamlı ilişki bulunmasına rağmen, literatürden farklı şekilde cinsel istismar boyutu ile anlamlı ilişki saptanmamış olmasının; çalışmada kullanılan yöntem, örneklem büyüklüğü ve katılımcıların sosyokültürel özellikleri ile ilişkili olabileceği düşünülmüştür.

Araştırmamızda çocukluk çağı travmasının ve alt boyutlarının (duygusal istismar, fiziksel istismar, duygusal ihmal, fiziksel ihmal, cinsel istismar) premenstrüel bozukluk gelişimine etkisinde cinsel işlev bozukluğunun bir aracı değişken olup olmadığı aracılık modeli regresyon analizi (mediation

model regression analysis) ile değerlendirilmiştir. Analiz sonucu çocukluk çağı travması toplamı ve duygusal istismar, cinsel istismar alt boyutlarında anlamlı ilişkiler bulunmuştur. ($p=0,0265$, $p=0,0002$, $p=0,0317$) Fakat cinsel işlev bozukluğunun aracı rolü yönünden incelendiğinde ÇÇT, duygusal istismar ve cinsel istismar açısından premenstrüel bozukluklar üzerine dolaylı etkinin, direk etkiden küçük olduğu, bu sebeple kısmi aracı rol oynadığı görülmüştür. Psikoloji ve davranış üzerine çalışmalarda çok uzun süredir iki değişken arasındaki ilişkilerin anlaşılmasına yoğunlaşılmıştır. Bağımsız değişkenin (X), bağımlı değişken (Y) üzerindeki etkisi, aralarındaki ilişki, değişkenlerinin birbirini açıklama gücü ya da bağımlı değişkeni yordayan / açıklayan bağımsız değişkenlerin neler olduğu pek çok araştırmacının başlangıç noktasını oluşturmaktadır. Ancak psikoloji ve davranış alanında kaydedilen metodolojik ilerlemeler sonucu, bağımlı ve bağımsız değişkenler arasındaki ilişkinin nasıl bir mekanizma ile gerçekleştiği (aracılık - mediation) ya da bağımlı ve bağımsız değişkenler arasındaki ilişkinin hangi durumlarda değiştiği (düzenleyicilik - moderation) önem kazanmıştır. Son dönemde ülkemizde ve yurtdışında yapılan çalışmaların önemli bir kısmı da aracı ve / veya düzenleyici etkilerin tespit edilmesini hedefleyen araştırmalar olmaktadır. (410, 411) Literatür incelendiğinde mediatyonel regresyon analizi kullanılarak cinsel işlev bozukluğunun, çocukluk çağı travması ve premenstrüel bozukluklar üzerindeki aracı rolüne ilişkin başka çalışmaya rastlanmamıştır. Bu yönden çalışmamızın bundan sonraki araştırmalar için yol gösterici olabileceğini düşünmekteyiz.

5.10. Araştırmamızın Güçlü Yanları

- Çalışmamız özgün dizayna sahiptir.
- Daha önce karşılıklı etkileşimleri eş zamanlı çalışılmamış olan premenstrüel sendrom / premenstrüel disforik bozukluk; çocukluk çağı travması; kendine zarar verme davranışı; intihar girişimi; cinsel işlev bozukluğu parametrelerinin birlikte ele alınmış olması literatürü genişletmekte ve alana katkı sağlamaktadır.
- Çalışmamız COVID-19 Pandemisi' nin sosyal açıdan kısıtlı koşullarında gerçekleştirilmiş olmasına rağmen örneklem grubu yüzyüze yapılan değerlendirme sonucu toplanmıştır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırmamızın bulguları genel olarak değerlendirildiğinde hipotezlerimizin tamamamını destekler sonuçlar elde ettiğimiz görülmektedir. En önemli sonuç premenstrüel sendrom ve premenstrüel disforik bozukluğu olan hastalarda çocukluk çağı travmatik yaşantılarının yüksek oranda tespit edilmiş olması ve travmatik yaşantının etkisi artıkça premenstrüel yakınmaların şiddetinde artışa neden olmasıdır. Çalışmamızın bulguları bu yönden değerlendirildiğinde genel literatür verilerini desteklemektedir.

Çalışma grubunun sosyodemografik verileri incelendiğinde eğitim, çalışma ve gelir durumu ile premenstrüel semptomların şiddetinde anlamlı ilişki olduğu gözlenmiştir. Premenstrüel bozukluk risk faktörleri açısından yapılan değerlendirmede ise sigara kullanımı ve günlük bir fincandan fazla kahve tüketimi ile premenstrüel semptomların şiddeti arasında ilişki olduğu tespit edilmiştir. Katılımcıların çocuk çağı travmatik yaşantısının varlığına göre sosyodemografik veriler incelendiğinde ise eğitim ve çalışma durumu ile aile tipi açısından anlamlı ilişki olduğu görülmüştür. KZVD açısından sosyodemografik veriler değerlendirildiğinde; medeni hal, çalışma ve gelir durumu ile aile tipi ile anlamlı ilişki olduğu tespit edilmiştir. Bu açıdan değerlendirildiğine çalışma durumunun premenstrüel semptom şiddeti, ÇÇT ve KZVD' nin her üçü ile ilişki içinde olduğu belirlenmiştir. Ayrıca çocukluk çağı travması olan grubun anlamlı olarak daha fazla sigara tükettiği belirlenmiştir.

Çalışmaya dâhil edilen hastaların %57' sinde çocukluk çağı travmatik yaşantıları bulunurken, en sık travma tipi olarak duygusal istismar varlığı saptanmıştır.

Öfke kontrolünde güçlük ve öfke kontrolünde güçlük çekilen menstrüel dönem yönünden çocukluk çağı travması olan ve olmayan gruplar arasında yapılan karşılaştırmada anlamlı fark bulunmamıştır. Aynı şekilde kendine zarar verme davranışı olan ve olmayan gruplar arasında da öfke kontrolünde güçlük yönünden anlamlı ilişki olmadığı görülmüştür. Genel literatür verilerinden farklılık gösteren bu durum çalışmanın yöntemi, çalışma grubumuzun büyüklüğü ve katılımcıların sosyokültürel özellikleri ile ilişkili olabilir.

Katılımcıların %23' de KZVD, %8' inde intihar girişimi olduğu görölmüştür. Kendine zarar verme davranışı ve intihar girişimi yönünden yapılan incelemede literatür verilerini destekler şekilde bu iki parametrenin anlamlı ilişki gösterdiği, ek olarak en sık intihar girişimi yönteminin yüksek doz ilaç içme, en sık KZVD yönteminin ise kesici delici aletle vücutte kesi oluşturma olduğu tespit edilmiştir.

Çalışmamızda çocukluk çağı travmatik yaşantısı ve intihar girişimi arasında direk bir ilişki bulunmamış olmasına ragmen maruz kalınan ÇÇT türünün sayısı ile intihar ve kendine zarar verme davranışı arasında anlamlı ilişki olduğu görölmüştür. Ayrıca KZVD ve intihar girişimi olan katılımcıların çocukluk çağı travma ölçeğinden aldıkları toplam puanın anlamlı olarak daha yüksek olduğu bulunmuştur. ÇÇT alt boyutları arasında fiziksel istismar hariç tümünde KZVD' nin anlamlı şekilde daha sık olduğu belirlenmiştir.

Çocukluk çağı travması varlığı ile cinsel işlev bozukluğu arasında anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır, ayrıca ÇÇT bulunan grupta premenstrüel semptomların şiddeti ile cinsel işlev bozukluğu arasında anlamlı ilişki bulunurken benzer ilişkinin ÇÇT olmayan grupta bulunmadığı tespit edilmiştir.

Çocukluk çağı travmasının ve alt boyutlarının premenstruel bozukluk gelişimine etkisinde cinsel işlev bozukluğunun bir aracı değişken olup olmadığı aracılık modeli regresyon analizi ile değerlendirildiğinde; cinsel işlev bozukluğunun aracı rolünün ÇÇT, duygusal istismar ve cinsel istismar açasından premenstrüel bozukluklar üzerine dolaylı etkisinin, direk etkisinden küçük olduğu, bu sebeple kısmi aracı rol oynadığı görölmüştür.

Premenstrüel bozukluklar, çocukluk çağı travması, kendine zarar verme davranışı, intihar girişimi ve cinsel işlev bozuklukları dünyada sıkça rastlanan halk sağlığı problemleridir ve literatür verileri incelendiğine tümü ile ilgili pek çok çalışma olduğu görölmektedir. Fakat çalışmalar arasında bu beř parametrenin birbiri ile ilişkilerinin daha önce araştırılmadığı görölmüştür. Bu ačıdan çalışma örneklemimiz küçük ve tek merkezli olmakla birlikte deseni itibariyle daha geniş örneklemli ve daha ayrıntılı analizlerin yapılacağı çalışmalara örnek teşkil etmektedir.

Ayrıca premenstrüel bozukluklar kadın sağlığını, günlük sosyal ve iş yaşamını yaygın olarak etkileyen bir fenomen olması bakımından önemlidir. Premenstrüel bozukluğu olan kadınlarda eş zamanlı çocukluk çağı travmatik yaşantısı varlığı hastalığın seyrini, tedavi ve terapi yaklaşımlarını değiştirebilir. Bu sebeple premenstrüel yakınması olan kadınların sağlık kurumuna ilk başvuruları ve değerlendirmelerinde; çocukluk çağı travmatik yaşantılarının ek komorbid durumlar ile birlikte sorgulanması önemlidir.



7. KAYNAKLAR

1. Türkçapar AF, Türkçapar H: Diagnosis and Treatment of Premenstrual Syndrome and Premenstrual Dysphoric Disorder: A Review. J Clin Psy 2011; 14:241-253
2. Ayşen Esen Danacı OT, Semra Oruç Koltan, Yıldız Uyar: Premenstrüel disforik bozuklukta semptomatolojinin adet döngüsüyle ilişkisi. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2001; 2:15-20
3. Tutkun H ŞV, Yargç LI, Özpulat T, Yanik M ve ark.: Frequency of dissociative disorders among psychiatric inpatients in a Turkish University Clinic. . The American journal of psychiatry 1998; 155:800-805
4. Bostancı N AB, Bakoğlu İ, Çoban Ş Üniversite Öğrencilerinde Çocukluk Çağı Travmalarının Depresif Belirtileri Üzerine Etkisi Yeni Symposium 2006; 44:189-195
5. Merry SN, Andrews LK: Psychiatric status of sexually abused children 12 months after disclosure of abuse. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 1994; 33:939-944
6. McCauley J, Kern DE, Kolodner K, et al: Clinical characteristics of women with a history of childhood abuse: unhealed wounds. Jama 1997; 277:1362-1368
7. Saçarçelik G TA, Güveli H, Yeşilbaş D: İkinci Basamak Ergen ve Genç Erişkin Psikiyatri Polikliniğine Başvuran Hastalarda Kasıtlı Kendine Zarar Verme Davranışının Yaygınlığı ve Sosyodemografik Özelliklerle İlişkisi. Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi 2011; 24:253-264
8. Zweig-Frank H, Paris J, Guzder J: Psychological risk factors for dissociation and self-mutilation in female patients with borderline personality disorder. Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie 1994; 39:259-264
9. FW P: Dissociation in children and adolescents. Newyork, Guilford Press 1997
10. Browne A, Finkelhor D: Impact of child sexual abuse: a review of the research. Psychol Bull 1986; 99:66-77
11. Helvacı Çelik F HÇ: Çocukluk Çağı Travmaları: Bir Gözden Geçirme. Sakarya Tıp Dergisi 2018; 8:711-695
12. Şar V ÖE, İikardeş E: Cocukluk Çağı Ruhsal Travma Olceğinin Turkce Uyarlamasının Gecerlilik ve Guvenilirliğı. Turkiye Klinikleri J Med Sci 2012; 32:
13. Sundstrom-Poromaa I: The Menstrual Cycle Influences Emotion but Has Limited Effect on Cognitive Function. Vitam Horm 2018; 107:349-376
14. Case AM, Reid RL: Effects of the menstrual cycle on medical disorders. Archives of internal medicine 1998; 158:1405-1412
15. Lenton EA, Landgren BM, Sexton L, et al: Normal variation in the length of the follicular phase of the menstrual cycle: effect of chronological age. British journal of obstetrics and gynaecology 1984; 91:681-684
16. American Psychiatric Association: Arlington V, USA: Association, A.P. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5, 5th ed. 2013;
17. Campagne DM, Campagne G: The premenstrual syndrome revisited. European journal of obstetrics, gynecology, and reproductive biology 2007; 130:4-17
18. Johnson SR: Premenstrual syndrome, premenstrual dysphoric disorder, and beyond: a clinical primer for practitioners. Obstetrics and gynecology 2004; 104:845-859
19. Le J, Thomas N, Gurvich C: Cognition, The Menstrual Cycle, and Premenstrual Disorders: A Review. Brain Sci 2020; 10:
20. Helvacı Çelik FG HÇ: Premenstrüel Disforik Bozukluk DSM5'in Yeni Tanıları. Ankara: Türkiye Klinikleri 2018; p.13-24
21. Hofmeister S, Bodden S: Premenstrual Syndrome and Premenstrual Dysphoric Disorder. American family physician 2016; 94:236-240

22. Granda D, Szmidt MK, Kaluza J: Is Premenstrual Syndrome Associated with Inflammation, Oxidative Stress and Antioxidant Status? A Systematic Review of Case-Control and Cross-Sectional Studies. *Antioxidants (Basel)* 2021; 10:
23. 15 Apbn: Premenstrual syndrome. *Obstetricians, A.C.o. and Gynecologists* 2000 95(4):
24. Benjamin James Sadock MD, Virginia Alcott Sadock, M.D., Pedro Ruiz, M.D.: Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry Behavioral Sciences/ Clinical Psychiatry. 841-842
25. Stute P, Bodmer C, Ehlert U, et al: Interdisciplinary consensus on management of premenstrual disorders in Switzerland. *Gynecological endocrinology : the official journal of the International Society of Gynecological Endocrinology* 2017; 33:342-348
26. Lanza di Scalea T, Pearlstein T: Premenstrual Dysphoric Disorder. *The Medical clinics of North America* 2019; 103:613-628
27. Endicott J: History, evolution, and diagnosis of premenstrual dysphoric disorder. *The Journal of clinical psychiatry* 2000; 61 Suppl 12:5-8
28. Bhat RMaMDA: Premenstrual Syndrome and Its Historical Perspective. *International Journal of Advanced Complementary and Traditional Medicine* 2016; 2: 16-23,
29. Richardson JT: The premenstrual syndrome: a brief history. *Social science & medicine* 1995; 41:761-767
30. Hantsoo L, Epperson CN: Premenstrual Dysphoric Disorder: Epidemiology and Treatment. *Current psychiatry reports* 2015; 17:87
31. PM SHAUGHN O'BRIEN AJR, PETER J SCHMIDT: The Premenstrual Syndromes: PMS and PMDD, Taylor & Francis Group, LLC, 2007
32. Hartlage SA, Arduino KE: Toward the content validity of premenstrual dysphoric disorder: do anger and irritability more than depressed mood represent treatment-seekers' experiences? *Psychological reports* 2002; 90:189-202
33. Epperson CN, Steiner M, Hartlage SA, et al: Premenstrual dysphoric disorder: evidence for a new category for DSM-5. *The American journal of psychiatry* 2012; 169:465-475
34. Dasikan Z: Premenstrual disorders among young Turkish women: According to DSM-IV and DSM-V criteria using the premenstrual symptoms screening tool. *Perspectives in psychiatric care* 2021; 57:481-487
35. POYRAZOĞLU DS: KAYSERİ İL MERKEZİ'NDE YAŞAYAN 15-49 YAŞ ARASI KADINLARDA PREMENSTRUEL SENDROM PREVALANSI VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER, T.C. ERCİYES ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, 2010
36. Regier DA, Kuhl EA, Kupfer DJ: The DSM-5: Classification and criteria changes. *World psychiatry : official journal of the World Psychiatric Association* 2013; 12:92-98
37. Bosman RC, Jung SE, Miloserdov K, et al: Daily symptom ratings for studying premenstrual dysphoric disorder: A review. *Journal of affective disorders* 2016; 189:43-53
38. Nevatte T, O'Brien PM, Backstrom T, et al: ISPMD consensus on the management of premenstrual disorders. *Archives of women's mental health* 2013; 16:279-291
39. Endicott J: The menstrual cycle and mood disorders. *Journal of affective disorders* 1993; 29:193-200
40. Michelle J. Washington CB, and Frank W. Ling: Premenstrual syndrome/premenstrual dysphoric disorder, in *Clinical Gynecology*, Second edition, ed© Cambridge University Press 2015, 2015, pp 27-43
41. OK K: Temel ve Klinik Psikiyatri, İstanbul Güneş Tıp Kitapevleri Ltd. Şti 2018
42. Mintzes B: Disease mongering in drug promotion: do governments have a regulatory role? *PLoS medicine* 2006; 3:e198

43. Chrisler J: Hormone hostages: The cultural legacy of PMS as a legal defense, in 2002, pp 238-252
44. Jalalzai F, Krook ML: Beyond Hillary and Benazir: Women's Political Leadership Worldwide. *International Political Science Review* 2010; 31:5-21
45. Hartlage SA, Breaux CA, Yonkers KA: Addressing concerns about the inclusion of premenstrual dysphoric disorder in DSM-5. *The Journal of clinical psychiatry* 2014; 75:70-76
46. ÇATAKOĞLU H: 25 YAŞ ÜSTÜ KADINLARDA PREMENSTRUAL SENDROM GÖRÜLME SIKLIĞI VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER, T.C. SELÇUK ÜNİVERSİTESİ, 2016
47. Braverman PK: Premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder. *Journal of pediatric and adolescent gynecology* 2007; 20:3-12
48. Freeman EW: Premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder: definitions and diagnosis. *Psychoneuroendocrinology* 2003; 28 Suppl 3:25-37
49. Chuong CJ, Burgos DM: Medical history in women with premenstrual syndrome. *Journal of psychosomatic obstetrics and gynaecology* 1995; 16:21-27
50. Lurie S, Borenstein R: The premenstrual syndrome. *Obstetrical & gynecological survey* 1990; 45:220-228
51. Cunningham J, Yonkers KA, O'Brien S, et al: Update on research and treatment of premenstrual dysphoric disorder. *Harvard review of psychiatry* 2009; 17:120-137
52. Marriam Zaka KTM: PRE-MENSTRUAL SYNDROME- A REVIEW. *Journal of Pharmaceutical Sciences and Research* 2012; Vol.4(1), 2012, 1684-1691:1684-1691
53. Yonkers KA, O'Brien PM, Eriksson E: Premenstrual syndrome. *Lancet* 2008; 371:1200-1210
54. Ryu A, Kim TH: Premenstrual syndrome: A mini review. *Maturitas* 2015; 82:436-440
55. Logue CM, Moos RH: Perimenstrual symptoms: prevalence and risk factors. *Psychosomatic medicine* 1986; 48:388-414
56. Ashraf DirekvanD-MoghADAM1 Ks, Ali Delpisheh3, sAtAr KAikAvAnDi4: Epidemiology of Premenstrual Syndrome (PMS)-A Systematic Review and Meta-Analysis Study. *Journal of Clinical and Diagnostic Research* 2014 Feb; Vol-8(2):106-109
57. Cohen LS, Soares CN, Otto MW, et al: Prevalence and predictors of premenstrual dysphoric disorder (PMDD) in older premenopausal women. *The Harvard Study of Moods and Cycles. Journal of affective disorders* 2002; 70:125-132
58. Duenas JL, Lete I, Bermejo R, et al: Prevalence of premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder in a representative cohort of Spanish women of fertile age. *European journal of obstetrics, gynecology, and reproductive biology* 2011; 156:72-77
59. Czajkowska M, Drosdzol-Cop A, Galazka I, et al: Menstrual Cycle and the Prevalence of Premenstrual Syndrome/Premenstrual Dysphoric Disorder in Adolescent Athletes. *Journal of pediatric and adolescent gynecology* 2015; 28:492-498
60. Manal Ahmad Al-Batanony SFA-N: Prevalence of Premenstrual Syndrome and Its Impact on Quality of Life among University Medical Students, Al Qassim University, KSA. *Public Health Research* 2014; 4(1):1-6
61. Hamaideh SH, Al-Ashram SA, Al-Modallal H: Premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder among Jordanian women. *Journal of psychiatric and mental health nursing* 2014; 21:60-68
62. Bakhshani NM, Mousavi MN, Khodabandeh G: Prevalence and severity of premenstrual symptoms among Iranian female university students. *JPM. The Journal of the Pakistan Medical Association* 2009; 59:205-208
63. Ranjbaran M, Omani Samani R, Almasi-Hashiani A, et al: Prevalence of premenstrual syndrome in Iran: A systematic review and meta-analysis. *Int J Reprod Biomed* 2017; 15:679-686

64. Geta TG, Woldeamanuel GG, Dassa TT: Prevalence and associated factors of premenstrual syndrome among women of the reproductive age group in Ethiopia: Systematic review and meta-analysis. *PloS one* 2020; 15:e0241702
65. Dutta A, Sharma A: Prevalence of premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder in India: A systematic review and meta-analysis. *Health Promot Perspect* 2021; 11:161-170
66. Qiao M, Zhang H, Liu H, et al: Prevalence of premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder in a population-based sample in China. *European journal of obstetrics, gynecology, and reproductive biology* 2012; 162:83-86
67. Dr. Hakan ADIGÜZEL DEOT, Dr. Ayşen Esen DANACI: Manisa İlinde Premenstrüel Sendrom Belirti Örüntüsü ve Belirti Yaygınlığının Araştırılması. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2007; 18(3):215-222
68. Dr. Saliha Ünal DPED: Manisa'da İki Aile Hekimi Bölgesinde 15-49 Yaş Grubu Kadınlarda Premenstrüel Sendrom Sıklığı ve İlişkili Faktörler. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi* 2016 • cilt volume 25 • sayı issue 6 • 240-246; 25 6 • 240-246
240-246
69. Ayfer PINAR SÖ: 15-49 Yaş Grubu Kadınlarda Premenstrual Sendrom Görülme Sıklığı (Antalya/Türkiye). *Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst* 2011;21(4):227-37 2011; 21(4) 227-237
70. Özlem AŞCI HKS, Fulya GÖKDEMİR: Üniversite Öğrencilerinde Premenstrüel Sendrom Prevalansı ve Risk Faktörleri. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi* 2016; 9(3):79-87
71. Limosin F, Ades J: [Psychiatric and psychological aspects of premenstrual syndrome]. *L'Encephale* 2001; 27:501-508
72. SC K: Premenstrual dysphoric disorder. . Kistner's Gynecology and Women's Health, Ryan KJ (Ed) (1999); 7. baskı, :s.520-524
73. Schmidt PJ, Nieman LK, Danaceau MA, et al: Differential behavioral effects of gonadal steroids in women with and in those without premenstrual syndrome. *The New England journal of medicine* 1998; 338:209-216
74. Eser D, Schüle C, Baghai TC, et al: Neuroactive steroids and affective disorders. *Pharmacology, biochemistry, and behavior* 2006; 84:656-666
75. Schüle C, Nothdurfter C, Rupprecht R: The role of allopregnanolone in depression and anxiety. *Progress in neurobiology* 2014; 113:79-87
76. Mostallino MC, Mura ML, Maciocco E, et al: Changes in expression of the delta subunit of the GABA (A) receptor and in receptor function induced by progesterone exposure and withdrawal. *Journal of neurochemistry* 2006; 99:321-332
77. Timby E, Bäckström T, Nyberg S, et al: Women with premenstrual dysphoric disorder have altered sensitivity to allopregnanolone over the menstrual cycle compared to controls- a pilot study. *Psychopharmacology* 2016; 233:2109-2117
78. Bixo M, Johansson M, Timby E, et al: Effects of GABA active steroids in the female brain with a focus on the premenstrual dysphoric disorder. *J Neuroendocrinol* 2018; 30:
79. Bengtsson SK, Nyberg S, Hedström H, et al: Isoallopregnanolone antagonize allopregnanolone-induced effects on saccadic eye velocity and self-reported sedation in humans. *Psychoneuroendocrinology* 2015; 52:22-31
80. Martinez PE, Rubinow DR, Nieman LK, et al: 5 α -Reductase Inhibition Prevents the Luteal Phase Increase in Plasma Allopregnanolone Levels and Mitigates Symptoms in Women with Premenstrual Dysphoric Disorder. 2016; 41:1093-1102

81. Bäckström T, Bixo M, Johansson M, et al: Allopregnanolone and mood disorders. *Progress in neurobiology* 2014; 113:88-94
82. Parry BL: The role of central serotonergic dysfunction in the aetiology of premenstrual dysphoric disorder: therapeutic implications. *CNS drugs* 2001; 15:277-285
83. Gray JD, Milner TA, McEwen BS: Dynamic plasticity: the role of glucocorticoids, brain-derived neurotrophic factor and other trophic factors. *Neuroscience* 2013; 239:214-227
84. Carbone DL, Handa RJ: Sex and stress hormone influences on the expression and activity of brain-derived neurotrophic factor. *Neuroscience* 2013; 239:295-303
85. Cubeddu A, Bucci F, Giannini A, et al: Brain-derived neurotrophic factor plasma variation during the different phases of the menstrual cycle in women with premenstrual syndrome. *Psychoneuroendocrinology* 2011; 36:523-530
86. Treloar SA, Heath AC, Martin NG: Genetic and environmental influences on premenstrual symptoms in an Australian twin sample. *Psychological medicine* 2002; 32:25-38
87. Sally Walsh MBCHB EIM, Bushra Naheed MBBS DGO, Shaughn O'Brien DS, MD FRCOG: Diagnosis, pathophysiology and management of premenstrual syndrome. *The Obstetrician & Gynaecologist* 2015; 17:99-104
88. Yonkers KA, Simoni MK: Premenstrual disorders. *American journal of obstetrics and gynecology* 2018; 218:68-74
89. Kunnumakkara AB, Sailo BL, Banik K, et al: Chronic diseases, inflammation, and spices: how are they linked? *Journal of translational medicine* 2018; 16:14
90. Bauer ME, Teixeira AL: Inflammation in psychiatric disorders: what comes first? *Annals of the New York Academy of Sciences* 2019; 1437:57-67
91. Roomruangwong C, Matsumoto AK, Michelin AP, et al: The role of immune and oxidative pathways in menstrual cycle associated depressive, physio-somatic, breast and anxiety symptoms: Modulation by sex hormones. *Journal of psychosomatic research* 2020; 135:110158
92. Bannister E: There is increasing evidence to suggest that brain inflammation could play a key role in the aetiology of psychiatric illness. Could inflammation be a cause of the premenstrual syndromes PMS and PMDD? *Post Reprod Health* 2019; 25:157-161
93. Duvan CI, Cumaoglu A, Turhan NO, et al: Oxidant/antioxidant status in premenstrual syndrome. *Archives of gynecology and obstetrics* 2011; 283:299-304
94. Reed SC, Levin FR, Evans SM: Changes in mood, cognitive performance and appetite in the late luteal and follicular phases of the menstrual cycle in women with and without PMDD (premenstrual dysphoric disorder). *Hormones and behavior* 2008; 54:185-193
95. Berman SM, London ED, Morgan M, et al: Elevated gray matter volume of the emotional cerebellum in women with premenstrual dysphoric disorder. *Journal of affective disorders* 2013; 146:266-271
96. Jeong HG, Ham BJ, Yeo HB, et al: Gray matter abnormalities in patients with premenstrual dysphoric disorder: an optimized voxel-based morphometry. *Journal of affective disorders* 2012; 140:260-267
97. Gingnell M, Morell A, Bannisters E, et al: Menstrual cycle effects on amygdala reactivity to emotional stimulation in premenstrual dysphoric disorder. *Hormones and behavior* 2012; 62:400-406
98. Dubol M, Epperson CN, Lanzenberger R, et al: Neuroimaging premenstrual dysphoric disorder: A systematic and critical review. *Frontiers in neuroendocrinology* 2020; 57:100838
99. Comasco E, Sundstrom-Poromaa I: Neuroimaging the Menstrual Cycle and Premenstrual Dysphoric Disorder. *Current psychiatry reports* 2015; 17:77

100. Marjoribanks J, Brown J, O'Brien PM, et al: Selective serotonin reuptake inhibitors for premenstrual syndrome. The Cochrane database of systematic reviews 2013; 2013:Cd001396
101. Shah NR, Jones JB, Aperi J, et al: Selective serotonin reuptake inhibitors for premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder: a meta-analysis. *Obstetrics and gynecology* 2008; 111:1175-1182
102. Pearlstein T: Psychotropic medications and other non-hormonal treatments for premenstrual disorders. *Menopause international* 2012; 18:60-64
103. Steiner M, Li T: Luteal phase and symptom-onset dosing of SSRIs/SNRIs in the treatment of premenstrual dysphoria: clinical evidence and rationale. *CNS drugs* 2013; 27:583-589
104. Steinberg EM, Cardoso GM, Martinez PE, et al: Rapid response to fluoxetine in women with premenstrual dysphoric disorder. *Depression and anxiety* 2012; 29:531-540
105. Yonkers KA, Kornstein SG, Gueorguieva R, et al: Symptom-Onset Dosing of Sertraline for the Treatment of Premenstrual Dysphoric Disorder: A Randomized Clinical Trial. *JAMA psychiatry* 2015; 72:1037-1044
106. Freeman EW, Rickels K, Sammel MD, et al: Time to relapse after short- or long-term treatment of severe premenstrual syndrome with sertraline. *Archives of general psychiatry* 2009; 66:537-544
107. Lopez LM, Kaptein AA, Helmerhorst FM: Oral contraceptives containing drospirenone for premenstrual syndrome. The Cochrane database of systematic reviews 2012; Cd006586
108. Yonkers KA, Brown C, Pearlstein TB, et al: Efficacy of a new low-dose oral contraceptive with drospirenone in premenstrual dysphoric disorder. *Obstetrics and gynecology* 2005; 106:492-501
109. Pearlstein TB, Bachmann GA, Zacur HA, et al: Treatment of premenstrual dysphoric disorder with a new drospirenone-containing oral contraceptive formulation. *Contraception* 2005; 72:414-421
110. Halbreich U, Freeman EW, Rapkin AJ, et al: Continuous oral levonorgestrel/ethinyl estradiol for treating premenstrual dysphoric disorder. *Contraception* 2012; 85:19-27
111. Freeman EW, Halbreich U, Grubb GS, et al: An overview of four studies of a continuous oral contraceptive (levonorgestrel 90 mcg/ethinyl estradiol 20 mcg) on premenstrual dysphoric disorder and premenstrual syndrome. *Contraception* 2012; 85:437-445
112. Rapkin AJ, Mikacich JA: Premenstrual dysphoric disorder and severe premenstrual syndrome in adolescents. *Paediatric drugs* 2013; 15:191-202
113. Wyatt KM, Dimmock PW, Ismail KM, et al: The effectiveness of GnRHa with and without 'add-back' therapy in treating premenstrual syndrome: a meta analysis. *BJOG : an international journal of obstetrics and gynaecology* 2004; 111:585-593
114. Ford O, Lethaby A, Roberts H, et al: Progesterone for premenstrual syndrome. The Cochrane database of systematic reviews 2012; 2012:Cd003415
115. Halbreich U, O'Brien PM, Eriksson E, et al: Are there differential symptom profiles that improve in response to different pharmacological treatments of premenstrual syndrome/premenstrual dysphoric disorder? *CNS drugs* 2006; 20:523-547
116. Sepede G, Martinotti G, Gambi F, et al: Lamotrigine augmentation in premenstrual dysphoric disorder: a case report. *Clinical neuropharmacology* 2013; 36:31-33
117. Kayatekin ZE, Sabo AN, Halbreich U: Levetiracetam for treatment of premenstrual dysphoric disorder: a pilot, open-label study. *Archives of women's mental health* 2008; 11:207-211

118. Whelan AM, Jurgens TM, Naylor H: Herbs, vitamins and minerals in the treatment of premenstrual syndrome: a systematic review. *The Canadian journal of clinical pharmacology = Journal canadien de pharmacologie clinique* 2009; 16:e407-429
119. Wyatt KM, Dimmock PW, Jones PW, et al: Efficacy of vitamin B-6 in the treatment of premenstrual syndrome: systematic review. *BMJ (Clinical research ed.)* 1999; 318:1375-1381
120. Thys-Jacobs S, Starkey P, Bernstein D, et al: Calcium carbonate and the premenstrual syndrome: effects on premenstrual and menstrual symptoms. *Premenstrual Syndrome Study Group. American journal of obstetrics and gynecology* 1998; 179:444-452
121. Bertone-Johnson ER, Hankinson SE, Bendich A, et al: Calcium and vitamin D intake and risk of incident premenstrual syndrome. *Archives of internal medicine* 2005; 165:1246-1252
122. Dante G, Facchinetti F: Herbal treatments for alleviating premenstrual symptoms: a systematic review. *Journal of psychosomatic obstetrics and gynaecology* 2011; 32:42-51
123. van Die MD, Burger HG, Teede HJ, et al: Vitex agnus-castus extracts for female reproductive disorders: a systematic review of clinical trials. *Planta medica* 2013; 79:562-575
124. Shechter A, Boivin DB: Sleep, Hormones, and Circadian Rhythms throughout the Menstrual Cycle in Healthy Women and Women with Premenstrual Dysphoric Disorder. *Int J Endocrinol* 2010; 2010:259345-259345
125. Parry BL, Meliska CJ, Sorenson DL, et al: Reduced phase-advance of plasma melatonin after bright morning light in the luteal, but not follicular, menstrual cycle phase in premenstrual dysphoric disorder: an extended study. *Chronobiol Int* 2011; 28:415-424
126. Kim SY, Park HJ, Lee H, et al: Acupuncture for premenstrual syndrome: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *BJOG : an international journal of obstetrics and gynaecology* 2011; 118:899-915
127. Daley A: Exercise and premenstrual symptomatology: a comprehensive review. *Journal of women's health* 2009; 18:895-899
128. TAGHIZADEH Z, SHIRMOHAMMADI M, FEIZI A, et al: The effect of cognitive behavioural psycho-education on premenstrual syndrome and related symptoms. *Journal of psychiatric and mental health nursing* 2013; 20:705-713
129. Busse JW, Montori VM, Krasnik C, et al: Psychological intervention for premenstrual syndrome: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Psychotherapy and psychosomatics* 2009; 78:6-15
130. Lustyk MK, Gerrish WG, Shaver S, et al: Cognitive-behavioral therapy for premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder: a systematic review. *Archives of women's mental health* 2009; 12:85-96
131. Kleinstäuber M, Witthöft M, Hiller W: Cognitive-behavioral and pharmacological interventions for premenstrual syndrome or premenstrual dysphoric disorder: a meta-analysis. *Journal of clinical psychology in medical settings* 2012; 19:308-319
132. Petersen N, London ED, Liang L, et al: Emotion regulation in women with premenstrual dysphoric disorder. *Archives of women's mental health* 2016; 19:891-898
133. Bluth K, Gaylord S, Nguyen K, et al: Mindfulness-based Stress Reduction as a Promising Intervention for Amelioration of Premenstrual Dysphoric Disorder Symptoms. *Mindfulness (N Y)* 2015; 6:1292-1302
134. Dandona PSaA: IDENTIFYING AND HEALING CHILDHOOD TRAUMA. *International Journal of Current Advanced Research* 2018; 7:11429-11143
135. Terry Petrenchik P, OTR/L, and David Weiss, OTR/L: Occupational Therapy's Role in Mental Health Promotion, Prevention, & Intervention With Children & Youth, Childhood Trauma. *The American Occupational Therapy Association, Inc AOTA's School Mental Health Workgroup* 2015

136. Ibrahim P, Almeida D, Nagy C, et al: Molecular impacts of childhood abuse on the human brain. *Neurobiology of stress* 2021; 15:100343
137. O. P: Tüm Boyutlarıyla Çocuk İstismarı 2: Önleme ve Rehabilitasyon, Ankara Seçkin Yayıncılık, 2007
138. YAŞAR Z. F AGG: Çocuk ihmali-istismarı ve adli diş hekimliği TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni 2007; 6(5) 389 - 394
139. Werner E: Children and war: Risk, resilience, and recovery. *Development and Psychopathology* 2012; 24(2):553-558.
140. Pressel DM: Evaluation of physical abuse in children. *American family physician* 2000; 61:3057-3064
141. WHO: Child maltreatment, 2020
142. Türkiye' de Çocuğa Karşı Şiddetin Önlenmesi Alanında Çalışan Kuruluşlar Rehberi, 2013
143. Gilbert R, Widom CS, Browne K, et al: Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *Lancet* 2009; 373:68-81
144. Andrew G, Corry, J., Slade, T., Issakidis, C., Swanston, H. : Child Sexual Abuse: Comparative Quantification of Health Risks World Health Organization, Geneva 2004
145. The Adverse Childhood Experiences Study(ACEs),
146. Oral R, Ramirez M, Coohy C, et al: Adverse childhood experiences and trauma informed care: the future of health care. *Pediatric research* 2016; 79:227-233
147. Service. CCRaDI: BECAN (Balkan Epidemiological Study on Child Abuse and Neglect) 2015
148. Topbaş M: İnsanlığın büyük bir ayıbı: Çocuk istismarı. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni 2004; 3(4) 76-80
149. Dinleyici M, & Dağlı, F. Ş. : Duygusal İhmal, İstismar ve Çocuk Hekiminin Rolü Osmangazi Tıp Dergisi 2016; 38(2) 18-27
150. Uzun B: Çocuk İhmal ve İstismarı, 2018
151. Bakım b KO, Akpınar a, Tankaya o, Özçelik b, Ceylan y c Yavuz bg, Bozkurt s, Alpak g, Gönenli s: Panik Bozukluk Hastalarında Çocukluk Çağı Travmatik Yaşantılarının Cinsel İşlev Üzerine Etkileri. *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi* 2011; 24:182-188
152. Unicef.: Preventing child maltreatment: a guide to taking action and generating evidence. , 2006
153. Polat O: Şiddet. Marmara Üniversitesi Hukuk Fakültesi Hukuk Araştırmaları Dergisi 2016; 22(1):15-34
154. Işık E. IU, Taner Y: Çocuk, Ergen, Erişkin ve Yaşlılarda Depresif ve Bipolar Bozukluklar, Ankara, Ziraat Gurup Matbaacılık 2013
155. E. K: Psikiyatri Temel Kitabı 1. cilt, Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 1997
156. Yüksel H, & Yüksel, M. : Çocuk ihmali ve istismarı bağlamında Türkiye'de çocuk gelinler gerçeği Çankırı Karatekin Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi 2014 5(2) 1-24
157. Nuran GÜLER * Sultan UZUN** Zeynep BOZTAŞ** SA: Anneleri Tarafından Çocuklara Uygulanan Duygusal ve Fiziksel İstismar/İhmal Davranışı ve Bunu Etkileyen Faktörler The Behaviours of Mothers who Perform Physical or Emotional Abuse/Neglect of Their Children. *Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 2002; 24 (3):128 - 134
158. Lynch M, Saralidze L, Gogvadze N, Zolotor A.: National study on violence against children in Georgia. 2008;
159. G. H: Emotional maltreatment. *J Pediatr Health Care* 2012; 26:436-442
160. Yöyen EG: Çocukluk çağı travması ve benlik saygısı, Childhood trauma and self-respect. *International Journal of Social Sciences and Education Research* 2017; Volume: 3(1):267-282

161. van der Kolk BA: The neurobiology of childhood trauma and abuse. *Child and adolescent psychiatric clinics of North America* 2003; 12:293-317, ix
162. WHO: Technical Report
WHO GUIDELINES FOR THE HEALTH SECTOR RESPONSE TO CHILD MALTREATMENT. 2019;
163. Lecei A, van Winkel R: Hippocampal pattern separation of emotional information determining risk or resilience in individuals exposed to childhood trauma: Linking exposure to neurodevelopmental alterations and threat anticipation. *Neuroscience and biobehavioral reviews* 2020; 108:160-170
164. Kaplan SJ, Pelcovitz, D., & Labruna, V. : Child and adolescent abuse and neglect research: A review of the past 10 years. Part I: Physical and emotional abuse and neglect. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 1999 38(10): 1214-1222
165. Ekinci S: Fiziksel çocuk istismarı. *Katkı Pediatri Dergisi* 2010; 32 (5):625- 631
166. HG. A: Physical abuse of children. *Textbook of child adolescent psychiatry.* , 2nd ed. Washington, American Psychiatric Press, 1997
167. Van Petegem S, Soenens, B., Vansteenkiste, M., & Beyers, W. : Rebels with a cause? Adolescent defiance from the perspective of Reactance Theory and Self-Determination Theory. *Child Development* 2015; 86:903-918
168. KK. T: The health effects of child abuse: four pathways by which abuse can influence health. *Child Abuse Negl* 2002; 26:715-729
169. Gökler I: Child Abuse and Neglect: Effect of Early Stress on Neurobiological Development. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi/Turkish Journal of Child and Adolescent Mental Health* 2002; 9(1) 47-57
170. Durrant JE, & Stewart-Tufescu, A.: What is "discipline" in the age of children's rights? . *International Journal of Children's Rights* 2017 25:359-379
171. İH H: Adli Tıp ve Ali Bilimler, Ankara Seçkin yayıncılık, 2002
172. Pelcovitz D, Kaplan, S., Goldenberg, B., Mandel, F., Lehane, J., & Guarrera, J.: Post-traumatic stress disorder in physically abused adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 1994 33(3) 305-312
173. Emily Denne 1 SSG, and Stacia N. Stolzenberg3: Myths and Misunderstandings About Child Sexual Abuse in Criminal Investigations. *Journal of interpersonal violence* 2022 Vol. 0(0) 1-27
174. Mathews B, Collin-Vezina D: Child Sexual Abuse: Toward a Conceptual Model and Definition. *Trauma, violence & abuse* 2019; 20:131-148
175. Sanjeevi J, Houlihan D, Bergstrom KA, et al: A Review of Child Sexual Abuse: Impact, Risk, and Resilience in the Context of Culture. *Journal of child sexual abuse* 2018; 27:622-641
176. Yurdakök K İO: Duygusal istismar ve ihmal. . *Katkı Pediatri Dergisi* 2010; 32:423-433
177. Chiesa A, Goldson E: Child Sexual Abuse. *Pediatrics in review* 2017; 38:105-118
178. Salzmann S, Salzmann-Djufri M, Euteneuer F: Childhood Emotional Neglect and Cardiovascular Disease: A Narrative Review. *Frontiers in cardiovascular medicine* 2022; 9:815508
179. Avdibegović E, Brkić M: Child Neglect - Causes and Consequences. *Psychiatria Danubina* 2020; 32:337-342
180. Zeanah CH, Humphreys KL: Child Abuse and Neglect. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 2018; 57:637-644
181. Glaser D: Emotional abuse and neglect (psychological maltreatment): a conceptual framework. *Child Abuse Negl* 2002; 26:697-714
182. United Nations Children's Fund MaMC, and PSCi fEA, Pacific Region SCPSN, UNICEF , et al:

183. Gumussoy S, Donmez S, Keskin G: Investigation of the Relationship between Premenstrual Syndrome, and Childhood Trauma and Mental State in Adolescents with Premenstrual Syndrome. *J Pediatr Nurs* 2021;
184. Braehler C, Valiquette L, Holowka D, et al: Childhood trauma and dissociation in first-episode psychosis, chronic schizophrenia and community controls. *Psychiatry research* 2013; 210:36-42
185. Sadock BJ: KAPLAN & SADOCK SYNOPSIS OF PSYCHIATRY Davranış Bilimleri/Klinik Psikiyatri, 2016
186. Hughes K, Bellis MA, Hardcastle KA, et al: The effect of multiple adverse childhood experiences on health: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet. Public health* 2017; 2:e356-e366
187. Taillieu TL, Brownridge DA, Sareen J, et al: Childhood emotional maltreatment and mental disorders: Results from a nationally representative adult sample from the United States. *Child Abuse & Neglect* 2016; 59:1-12
188. Green JG, McLaughlin KA, Berglund PA, et al: Childhood adversities and adult psychiatric disorders in the national comorbidity survey replication I: associations with first onset of DSM-IV disorders. *Archives of general psychiatry* 2010; 67:113-123
189. Chesney E, Goodwin GM, Fazel S: Risks of all-cause and suicide mortality in mental disorders: a meta-review. *World psychiatry : official journal of the World Psychiatric Association* 2014; 13:153-160
190. Dube SR, Felitti VJ, Dong M, et al: The impact of adverse childhood experiences on health problems: evidence from four birth cohorts dating back to 1900. *Preventive medicine* 2003; 37:268-277
191. Brown DW, Anda RF, Tiemeier H, et al: Adverse childhood experiences and the risk of premature mortality. *American journal of preventive medicine* 2009; 37:389-396
192. Westphal M, Olfson M, Bravova M, et al: Borderline personality disorder, exposure to interpersonal trauma, and psychiatric comorbidity in urban primary care patients. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes* 2013; 76:365-380
193. Molnar BE, Buka SL, Kessler RC: Child sexual abuse and subsequent psychopathology: results from the National Comorbidity Survey. *American journal of public health* 2001; 91:753-760
194. Read J, van Os J, Morrison AP, et al: Childhood trauma, psychosis and schizophrenia: a literature review with theoretical and clinical implications. *Acta psychiatrica Scandinavica* 2005; 112:330-350
195. Klonsky ED, Victor SE, Saffer BY: Nonsuicidal self-injury: what we know, and what we need to know. *Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie* 2014; 59:565-568
196. Gratz KL, Conrad SD, Roemer L: Risk factors for deliberate self-harm among college students. *The American journal of orthopsychiatry* 2002; 72:128-140
197. Whitlock J, Eckenrode J, Silverman D: Self-injurious behaviors in a college population. *Pediatrics* 2006; 117:1939-1948
198. Halicka J, Kiejna A: Non-suicidal self-injury (NSSI) and suicidal: Criteria differentiation. *Advances in clinical and experimental medicine : official organ Wroclaw Medical University* 2018; 27:257-261
199. Zetterqvist M, Lundh LG, Dahlström O, et al: Prevalence and function of non-suicidal self-injury (NSSI) in a community sample of adolescents, using suggested DSM-5 criteria for a potential NSSI disorder. *Journal of abnormal child psychology* 2013; 41:759-773
200. Swannell S, Martin G, Scott J, et al: Motivations for self-injury in an adolescent inpatient population: development of a self-report measure. *Australasian psychiatry : bulletin of Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists* 2008; 16:98-103

201. Tan ACY, Rehfuss MC, Suarez EC, et al: Nonsuicidal self-injury in an adolescent population in Singapore. *Clinical Child Psychology and Psychiatry* 2012; 19:58-76
202. Bentley KH, Nock MK, Barlow DH: The four-function model of nonsuicidal self-injury: Key directions for future research. *Clinical Psychological Science* 2014; 2:638-656
203. Taylor PJ, Jomar K, Dhingra K, et al: A meta-analysis of the prevalence of different functions of non-suicidal self-injury. *Journal of affective disorders* 2018; 227:759-769
204. Whitlock J, Muehlenkamp J, Eckenrode J: Variation in nonsuicidal self-injury: identification and features of latent classes in a college population of emerging adults. *Journal of clinical child and adolescent psychology : the official journal for the Society of Clinical Child and Adolescent Psychology, American Psychological Association, Division 53* 2008; 37:725-735
205. Babiker G ALA: mowa zranionego ciała. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne. 2003;
206. Vega D, Sintes A, Fernandez M, et al: Review and update on non-suicidal self-injury: who, how and why? *Actas espanolas de psiquiatria* 2018; 46:146-155
207. Moran P, Coffey C, Romaniuk H, et al: The natural history of self-harm from adolescence to young adulthood: a population-based cohort study. *Lancet* 2012; 379:236-243
208. Favazza AR, Conterio K: Female habitual self-mutilators. *Acta psychiatrica Scandinavica* 1989; 79:283-289
209. Sornberger MJ, Heath NL, Toste JR, et al: Nonsuicidal self-injury and gender: patterns of prevalence, methods, and locations among adolescents. *Suicide & life-threatening behavior* 2012; 42:266-278
210. Yates TM, Carlson EA, Egeland B: A prospective study of child maltreatment and self-injurious behavior in a community sample. *Dev Psychopathol* 2008; 20:651-671
211. Klonsky ED, Moyer A: Childhood sexual abuse and non-suicidal self-injury: meta-analysis. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science* 2008; 192:166-170
212. Hankin BL, Abela JRZ: Nonsuicidal self-injury in adolescence: prospective rates and risk factors in a 2½ year longitudinal study. *Psychiatry research* 2011; 186:65-70
213. Brunstein Klomek A, Snir A, Apter A, et al: Association between victimization by bullying and direct self injurious behavior among adolescence in Europe: a ten-country study. *European child & adolescent psychiatry* 2016; 25:1183-1193
214. Nock MK: Self-injury. *Annual review of clinical psychology* 2010; 6:339-363
215. Jarvi S, Jackson B, Swenson L, et al: The impact of social contagion on non-suicidal self-injury: a review of the literature. *Archives of suicide research : official journal of the International Academy for Suicide Research* 2013; 17:1-19
216. Klonsky ED, Olino TM: Identifying clinically distinct subgroups of self-injurers among young adults: a latent class analysis. 2008; 76:22-27
217. Pattison EM, Kahan J: The deliberate self-harm syndrome. *The American journal of psychiatry* 1983; 140:867-872
218. Favazza AR, Conterio K: The plight of chronic self-mutilators. *Community mental health journal* 1988; 24:22-30
219. Briere J, Gil E: Self-mutilation in clinical and general population samples: prevalence, correlates, and functions. *The American journal of orthopsychiatry* 1998; 68:609-620
220. Plener PL, Libal G, Keller F, et al: An international comparison of adolescent non-suicidal self-injury (NSSI) and suicide attempts: Germany and the USA. *Psychological medicine* 2009; 39:1549-1558
221. Whitlock J SM: *The Oxford Handbook of Suicide and Self-injury. Nonsuicidal Self-Injury Across the Life Span*. , New York: Oxford University Press 2014

222. Jacobson CM, Gould M: The epidemiology and phenomenology of non-suicidal self-injurious behavior among adolescents: a critical review of the literature. *Archives of suicide research : official journal of the International Academy for Suicide Research* 2007; 11:129-147
223. Muehlenkamp JJ, Claes L, Havertape L, et al: International prevalence of adolescent non-suicidal self-injury and deliberate self-harm. *Child and adolescent psychiatry and mental health* 2012; 6:10
224. Brunner R, Kaess M, Parzer P, et al: Life-time prevalence and psychosocial correlates of adolescent direct self-injurious behavior: a comparative study of findings in 11 European countries. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines* 2014; 55:337-348
225. Zetterqvist M: The DSM-5 diagnosis of nonsuicidal self-injury disorder: a review of the empirical literature. *Child and adolescent psychiatry and mental health* 2015; 9:31
226. Kaess M, Parzer P, Mattern M, et al: Adverse childhood experiences and their impact on frequency, severity, and the individual function of nonsuicidal self-injury in youth. *Psychiatry research* 2013; 206:265-272
227. Plener PL, Allroggen M, Kapusta ND, et al: The prevalence of Nonsuicidal Self-Injury (NSSI) in a representative sample of the German population. *BMC psychiatry* 2016; 16:353
228. Plener PL, Schumacher TS, Munz LM, et al: The longitudinal course of non-suicidal self-injury and deliberate self-harm: a systematic review of the literature. *Borderline personality disorder and emotion dysregulation* 2015; 2:2
229. Klonsky ED: Non-suicidal self-injury in United States adults: prevalence, sociodemographics, topography and functions. *Psychological medicine* 2011; 41:1981-1986
230. Klonsky ED, Oltmanns TF, Turkheimer E: Deliberate self-harm in a nonclinical population: prevalence and psychological correlates. *The American journal of psychiatry* 2003; 160:1501-1508
231. Zlotnick C, Mattia JJ, Zimmerman M: Clinical correlates of self-mutilation in a sample of general psychiatric patients. *The Journal of nervous and mental disease* 1999; 187:296-301
232. Selby EA, Bender TW, Gordon KH, et al: Non-suicidal self-injury (NSSI) disorder: a preliminary study. *Personality disorders* 2012; 3:167-175
233. Vega D, Torrubia R, Soto À, et al: Exploring the relationship between non suicidal self-injury and borderline personality traits in young adults. *Psychiatry research* 2017; 256:403-411
234. Cerutti R, Manca M, Presaghi F, et al: Prevalence and clinical correlates of deliberate self-harm among a community sample of Italian adolescents. *Journal of adolescence* 2011; 34:337-347
235. Sadeh N, Londahl-Shaller EA, Piatigorsky A, et al: Functions of non-suicidal self-injury in adolescents and young adults with Borderline Personality Disorder symptoms. *Psychiatry research* 2014; 216:217-222
236. Selby EA, Kranzler A, Fehling KB, et al: Nonsuicidal self-injury disorder: The path to diagnostic validity and final obstacles. *Clinical psychology review* 2015; 38:79-91
237. Glenn CR, Klonsky ED: Nonsuicidal self-injury disorder: an empirical investigation in adolescent psychiatric patients. *Journal of clinical child and adolescent psychology : the official journal for the Society of Clinical Child and Adolescent Psychology, American Psychological Association, Division 53* 2013; 42:496-507
238. Yates TM: The developmental psychopathology of self-injurious behavior: compensatory regulation in posttraumatic adaptation. *Clinical psychology review* 2004; 24:35-74

239. Kerr PL, Muehlenkamp JJ, Turner JM: Nonsuicidal self-injury: a review of current research for family medicine and primary care physicians. *Journal of the American Board of Family Medicine* : JABFM 2010; 23:240-259
240. WHO WHO:
241. Walsh B RP: *Self-Mutilation: Theory, Research and Treatment.* , New York, NY, Guilford Press 1988
242. Mathews CA, Waller J, Glidden D, et al: Self injurious behaviour in Tourette syndrome: correlates with impulsivity and impulse control. *Journal of neurology, neurosurgery, and psychiatry* 2004; 75:1149-1155
243. Berman AL, Jobes DA, Silverman MM: *Adolescent suicide: Assessment and intervention*, 2nd ed, Washington, DC, US, American Psychological Association, 2006
244. Whitlock J, Muehlenkamp J, Eckenrode J, et al: Nonsuicidal self-injury as a gateway to suicide in young adults. *The Journal of adolescent health* : official publication of the Society for Adolescent Medicine 2013; 52:486-492
245. Nock MK, Kessler RC: Prevalence of and risk factors for suicide attempts versus suicide gestures: analysis of the National Comorbidity Survey. *Journal of abnormal psychology* 2006; 115:616-623
246. Conterio K LW: *Bodily Harm: The Breakthrough Healing Program for Self Injurers* New York, NY Hyperion Press, 1998
247. A. K: *Mechanizm radzenia sobie z napięciem u osób podejmujących nawykowe samouszkodzenia* 2013
248. Beck AT R, AJ, Shaw BF, Emery G. : *Cognitive Therapy of Depression.* , New York, NY Guilford Press, 1979
249. MEP. S: *Helplessness: On Depression, Development, and Death* Paperback reprint edition, W.H. Freeman; 1992. San Francisco, CA W.H. Freeman, 1975
250. Milnes D, Owens D, Blenkiron P: Problems reported by self-harm patients: perception, hopelessness, and suicidal intent. *Journal of psychosomatic research* 2002; 53:819-822
251. Muehlenkamp JJ, Gutierrez PM: Risk for suicide attempts among adolescents who engage in non-suicidal self-injury. *Archives of suicide research* : official journal of the International Academy for Suicide Research 2007; 11:69-82
252. B. W: *Treating Self-Injury: A Practical Guide* New York, NY Guilford Press 2006
253. You J LF, Fu K, Lai CM. : The prevalence of nonsuicidal self-injury and different subgroups of self-injurers in Chinese adolescents *Arch Suicide Res.* 2011; 15:75-86
254. Asarnow JR, Porta G, Spirito A, et al: Suicide attempts and nonsuicidal self-injury in the treatment of resistant depression in adolescents: findings from the TORDIA study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 2011; 50:772-781
255. Hamza CA, Stewart SL, Willoughby T: Examining the link between nonsuicidal self-injury and suicidal behavior: a review of the literature and an integrated model. *Clinical psychology review* 2012; 32:482-495
256. Dougherty DM, Mathias CW, Marsh-Richard DM, et al: Impulsivity and clinical symptoms among adolescents with non-suicidal self-injury with or without attempted suicide. *Psychiatry research* 2009; 169:22-27
257. Hamza CA, Willoughby T: Nonsuicidal Self-Injury and Suicidal Risk Among Emerging Adults. *The Journal of adolescent health* : official publication of the Society for Adolescent Medicine 2016; 59:411-415
258. Andover MS, Gibb BE: Non-suicidal self-injury, attempted suicide, and suicidal intent among psychiatric inpatients. *Psychiatry research* 2010; 178:101-105

259. Klonsky ED, May AM, Glenn CR: The relationship between nonsuicidal self-injury and attempted suicide: converging evidence from four samples. 2013; 122:231-237
260. Van Orden KA, Witte TK, Gordon KH, et al: Suicidal desire and the capability for suicide: tests of the interpersonal-psychological theory of suicidal behavior among adults. Journal of consulting and clinical psychology 2008; 76:72-83
261. Klonsky ED, May AM, Saffer BY: Suicide, Suicide Attempts, and Suicidal Ideation. Annual review of clinical psychology 2016; 12:307-330
262. Turecki G, Brent DA, Gunnell D, et al: Suicide and suicide risk. Nature reviews. Disease primers 2019; 5:74
263. Bachmann S: Epidemiology of Suicide and the Psychiatric Perspective. International journal of environmental research and public health 2018; 15:
264. Bertolote JMF, A. : A global perspective in the epidemiology of suicide Suicidology 2002 7 6-8
265. Värnik P: Suicide in the world. International journal of environmental research and public health 2012; 9:760-771
266. Bertolote JM, Fleischmann A: Suicide and psychiatric diagnosis: a worldwide perspective. World psychiatry : official journal of the World Psychiatric Association (WPA) 2002; 1:181-185
267. Vijayakumar L: Suicide prevention: the urgent need in developing countries. World psychiatry : official journal of the World Psychiatric Association (WPA) 2004; 3:158-159
268. Patel V, Chisholm D, Parikh R, et al: Global Priorities for Addressing the Burden of Mental, Neurological, and Substance Use Disorders, in Mental, Neurological, and Substance Use Disorders: Disease Control Priorities, Third Edition (Volume 4). Edited by Patel V, Chisholm D, Dua T, et al. Washington (DC), The International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank
© 2016 International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank., 2016, pp
269. Suicide W: Fact Sheet
270. Health WM: Prevention of Suicidal Behaviours: A Task for All. ,
271. Shepard DS, Gurewicz D, Lwin AK, et al: Suicide and Suicidal Attempts in the United States: Costs and Policy Implications. Suicide & life-threatening behavior 2016; 46:352-362
272. Schmidtke A, Häfner H: The Werther effect after television films: new evidence for an old hypothesis. Psychological medicine 1988; 18:665-676
273. Colucci E: The cultural facet of suicidal behaviour: Its importance and negligence Adv. Ment. Health 2006;; 5
1-13
274. Control NCfIPa: Using WISQARSTM 10 Leading Causes of Death by Age Group, United States-2016. Available online: <https://www.cdc.gov/injury/wisqars/LeadingCauses.html> (accessed on 4 July 2018),
275. Pitman A, Kryszinska K, Osborn D, et al: Suicide in young men. Lancet 2012; 379:2383-2392
276. Repository WGHOD:
277. Milner A, Witt K, Maheen H, et al: Suicide among emergency and protective service workers: A retrospective mortality study in Australia, 2001 to 2012. Work (Reading, Mass.) 2017; 57:281-287
278. Virupaksha HG, Muralidhar D, Ramakrishna J: Suicide and Suicidal Behavior among Transgender Persons. Indian journal of psychological medicine 2016; 38:505-509
279. Nock MK, Stein MB, Heeringa SG, et al: Prevalence and correlates of suicidal behavior among soldiers: results from the Army Study to Assess Risk and Resilience in Servicemembers (Army STARRS). JAMA psychiatry 2014; 71:514-522

280. Mars B, Burrows S, Hjelmeland H, et al: Suicidal behaviour across the African continent: a review of the literature. *BMC public health* 2014; 14:606
281. Ajdacic-Gross V, Weiss MG, Ring M, et al: Methods of suicide: international suicide patterns derived from the WHO mortality database. *Bulletin of the World Health Organization* 2008; 86:726-732
282. Bernal M, Haro JM, Bernert S, et al: Risk factors for suicidality in Europe: results from the ESEMED study. *Journal of affective disorders* 2007; 101:27-34
283. McGirr A, Renaud J, Bureau A, et al: Impulsive-aggressive behaviours and completed suicide across the life cycle: a predisposition for younger age of suicide. *Psychological medicine* 2008; 38:407-417
284. Chung DT, Ryan CJ, Hadzi-Pavlovic D, et al: Suicide Rates After Discharge From Psychiatric Facilities: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA psychiatry* 2017; 74:694-702
285. Harris EC, Barraclough B: Suicide as an outcome for mental disorders. A meta-analysis. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science* 1997; 170:205-228
286. Hoang U, Goldacre M, James A: Mortality following hospital discharge with a diagnosis of eating disorder: national record linkage study, England, 2001-2009. *The International journal of eating disorders* 2014; 47:507-515
287. Stone MH: Long-term course of borderline personality disorder. *Psychodynamic Psychiatry* 2016; 44:449-474
288. Pompili M, Innamorati M, Forte A, et al: Insomnia as a predictor of high-lethality suicide attempts. *International journal of clinical practice* 2013; 67:1311-1316
289. Kennedy MC, Marshall BDL, Hayashi K, et al: Heavy alcohol use and suicidal behavior among people who use illicit drugs: A cohort study. *Drug Alcohol Depend* 2015; 151:272-277
290. Vijayakumar L, Kumar MS, Vijayakumar V: Substance use and suicide. *Current opinion in psychiatry* 2011; 24:197-202
291. Lee SJ, Park JH, Park BY, et al: Depression and suicide ideas of cancer patients and influencing factors in South Korea. *Asian Pacific journal of cancer prevention : APJCP* 2014; 15:2945-2950
292. Kovacs Z, Valentin JB, Nielsen RE: Risk of psychiatric disorders, self-harm behaviour and service use associated with bariatric surgery. *Acta psychiatrica Scandinavica* 2017; 135:149-158
293. Campbell G, Darke S, Bruno R, et al: The prevalence and correlates of chronic pain and suicidality in a nationally representative sample. *The Australian and New Zealand journal of psychiatry* 2015; 49:803-811
294. Schlebusch L, Vawda N: HIV-infection as a self-reported risk factor for attempted suicide in South Africa. *African journal of psychiatry* 2010; 13:280-283
295. Lutz PE, Mechawar N, Turecki G: Neuropathology of suicide: recent findings and future directions. *Molecular psychiatry* 2017; 22:1395-1412
296. Turecki G, Meaney MJ: Effects of the Social Environment and Stress on Glucocorticoid Receptor Gene Methylation: A Systematic Review. *Biol Psychiatry* 2016; 79:87-96
297. Lin L, Zhang J: Impulsivity, Mental Disorder, and Suicide in Rural China. *Archives of suicide research : official journal of the International Academy for Suicide Research* 2017; 21:73-82
298. Brent DA, Bridge J, Johnson BA, et al: Suicidal behavior runs in families. A controlled family study of adolescent suicide victims. *Archives of general psychiatry* 1996; 53:1145-1152
299. Nock MK, Hwang I, Sampson N, et al: Cross-national analysis of the associations among mental disorders and suicidal behavior: findings from the WHO World Mental Health Surveys. *PLoS medicine* 2009; 6:e1000123-e1000123

300. Fu Q, Heath AC, Bucholz KK, et al: A twin study of genetic and environmental influences on suicidality in men. *Psychological medicine* 2002; 32:11-24
301. Mann JJ: The serotonergic system in mood disorders and suicidal behaviour. *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci* 2013; 368:20120537-20120537
302. O'Connor DB, Ferguson E, Green JA, et al: Cortisol levels and suicidal behavior: A meta-analysis. *Psychoneuroendocrinology* 2016; 63:370-379
303. Melhem NM, Keilp JG, Porta G, et al: Blunted HPA Axis Activity in Suicide Attempters Compared to those at High Risk for Suicidal Behavior. *Neuropsychopharmacology : official publication of the American College of Neuropsychopharmacology* 2016; 41:1447-1456
304. Lahti J, Ala-Mikkula H, Kajantie E, et al: Associations Between Self-Reported and Objectively Recorded Early Life Stress, FKBP5 Polymorphisms, and Depressive Symptoms in Midlife. *Biol Psychiatry* 2016; 80:869-877
305. Gawali NB, Bulani VD, Chowdhury AA, et al: Agmatine ameliorates lipopolysaccharide induced depressive-like behaviour in mice by targeting the underlying inflammatory and oxido-nitrosative mediators. *Pharmacology, biochemistry, and behavior* 2016; 149:1-8
306. Zhao J, Verwer RW, van Wamelen DJ, et al: Prefrontal changes in the glutamate-glutamine cycle and neuronal/glial glutamate transporters in depression with and without suicide. *Journal of psychiatric research* 2016; 82:8-15
307. Gray AL, Hyde TM, Deep-Soboslay A, et al: Sex differences in glutamate receptor gene expression in major depression and suicide. 2015; 20:1057-1068
308. Serafini G, Pompili M, Elena Seretti M, et al: The role of inflammatory cytokines in suicidal behavior: a systematic review. *European neuropsychopharmacology : the journal of the European College of Neuropsychopharmacology* 2013; 23:1672-1686
309. Okusaga O, Duncan E, Langenberg P, et al: Combined Toxoplasma gondii seropositivity and high blood kynurenine--Linked with nonfatal suicidal self-directed violence in patients with schizophrenia. *Journal of psychiatric research* 2016; 72:74-81
310. Valles-Colomer M, Falony G, Darzi Y, et al: The neuroactive potential of the human gut microbiota in quality of life and depression. *Nature Microbiology* 2019; 4:623-632
311. Peng X, Brenner LA, Mathai AJ, et al: Moderation of the relationship between Toxoplasma gondii seropositivity and trait impulsivity in younger men by the phenylalanine-tyrosine ratio. *Psychiatry research* 2018; 270:992-1000
312. Bozdemir N ÖS: Cinsellik ve cinsel sağlığa genel bakış. *TURKISH JOURNAL OF FAMILY MEDICINE AND PRIMARY CARE (TJFMPC)* ▪ www.tjfmpe.com 2011; VOL. 5
313. Organization WH: Sexual health: Working definitions, 2017
314. Derneği CCETvA: Cinsel Yaşam ve Sorunları, 2007
315. Hock RR,. Human sexuality, 2016
316. Kayır A ÖÖ: İnsanda Cinsellik Ankara HYB basın yayın, 2001
317. system HPTfr: 2016
318. VA. S: Normal İnsan Cinselliği. Cinsel işlev ve cinsel kimlik bozuklukları.
319. Aydın H EE: İnsan Cinselliğinin Biyolojik ve Evrimsel Temelleri. *Klinik Psikofarma koloji Bülteni* 2006; 16:274-288
320. Crenshaw TL GJ: Sexual pharmacology: Drugs that effect sexual functioning. , London: Norton, 1996
321. TUĞUT N: Cinsel İşlev Bozukluğu ve Güncel Yaklaşımlar. *Türkiye Klinikleri J Obstet Womens Health Dis Nurs-Special Topics* 2016; 2(1):70-75
322. Duman PDNB: Cinsel Sağlık, Nobel Tıp Kitabevi, 2019
323. American Psychiatric Association: Arlington V, USA Amerikan Psikiyatri Birliği, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Beşinci Baskı (DSM-5), Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı, Ankara, Hekimler Yayın Birliği, 2014

324. Heiman JR: Sexual dysfunction: Overview of prevalence, etiological factors, and treatments. *The Journal of Sex Research* 2002; 39:73-78
325. Waldinger MD: Chapter 27 - Psychiatric disorders and sexual dysfunction, in *Handbook of Clinical Neurology*. Edited by Vodusek DB, Boller F Elsevier, 2015, pp 469-489
326. Jonusiene G GT: Psychiatric disorders and sexual dysfunctions. , Amsterdam, The Netherlands Medix Publishers 2013
327. J A: Sexual problems in healthy and depressed persons *Int Clin Psychopharmacol* 1998; 13 (Suppl 6) S1-S4
328. Kennedy SH DS, Eisfeld BS et al. : Sexual dysfunction before antidepressant therapy in major depression. *J Affect Disord* 1999; 56 (2-3) 201-208
329. Knegtering R dBM: Antipsychotic Treatment and Sexual Functioning: Role of Prolactin and Dopamine The Netherlands, Oce Business Services 2012
330. Buddeberg C FH, Limbacher B Sexuelle Schwierigkeiten ambulant behandelte Schizophreniker *Psychiatr Prax* 1988 15 187-191
331. B G: Premenstruel sendrom için yeni bir ölçek. *Türkiye'de Psikiyatri Derg.* 2006 8(2):81 - 87
332. Bernstein DP, Stein, J. A., Newcomb, M. D., Walker, E., Pogge, D., Ahluvalia, T., ... & Zule, W. : Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. *Child abuse & neglect* 2003; 27(2) 169-190
333. A. McGahuey AJG, Cindi A. Laukes, Francisco A. Moreno, Pedro L. Delgado, Kathy M. McKnight, Rachel Manber, C. : The Arizona sexual experience scale (ASEX): reliability and validity *Journal of Sex & Marital Therapy* 2000; 26(1) 25-40
334. Soykan A: The reliability and validity of Arizona sexual experiences scale in Turkish ESRD patients undergoing hemodialysis. *International journal of impotence research* 2004 16(6):531-534
335. Gratz KL: Measurement of deliberate self-harm: Preliminary data on the Deliberate Self-Harm Inventory *Journal of psychopathology and behavioral assessment* 2001 23(4) 253-263
336. Reid RL, Yen SSC: Premenstrual syndrome. *American journal of obstetrics and gynecology* 1981; 139:85-104
337. SAĞLAM HY: KADINLARDA PREMENSTRUAL SENDROM GÖRÜLME DURUMU İLE SÜREKLİ ÖFKE VE ÖFKE İFADE TARZLARI ARASINDAKİ İLİŞKİ, TC. DÜMLUPINAR ÜNİVERSİTESİ, 2017
338. Abdelfatah NME-MaNR: Quality of life and burden of women with premenstrual dysphoric disorder. *Egyptian Journal of Psychiatry* 2012, 33:45–50 2012, 33:45–50; 33:45–50
339. Zeynep Daşikan GÇT, Gülhan Sözen: Ödemiş bölgesindeki kadınlarda yaşanan perimenstrual şikayetler ve etkileyen faktörler/ Perimenstrual complaints and related affecting factors in women in Ödemiş. *J Turk Soc Obstet Gynecol* 2014; 2 98-104
340. Çelik A UE: Premenstrüel sendrom prevalansı ve yaşam kalitesi ile ilişkisi: toplum tabanlı bir çalışma örneği. . *Pam Tıp Derg* 2022; 15:1-13
341. Isik H, Ergol S, Aynioglu O, et al: Premenstrual syndrome and life quality in Turkish health science students. *Turkish journal of medical sciences* 2016; 46:695-701
342. Amna Amjad RK, Syeda Batool Mazher: Socio-demographic Factors and Premenstrual Syndrome among Women attending a Teaching Hospital in Islamabad, Pakistan. *J PIONEER MED SCI.* 2014; Volume 4:

343. Ugarriza DN, Klingner S,O'Brien S: Premenstrual syndrome: diagnosis and intervention. The Nurse practitioner 1998; 23:40, 45, 49-52 passim
344. ARIÖZ A: PREMENSTRÜEL SENDROM (PMS) SORUNU OLAN ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNDE PMS SEMPTOMLARININ KONTROLÜ VE YAŞAM KALİTESİNİN ARTIRILMASINDA EĞİTİMİN ETKİNLİĞİ, T.C. SELÇUK ÜNİVERSİTESİ, 2009
345. K I: Premenstrual Sendromda Beslenme DurumuVe Yeme Tutumunun Değerlendirilmesi
Ankara, Hacettepe Üniversitesi, , 2014
346. S K: Üniversite Öğrencilerie premenstrual sendrom görülme durumu ve bas etme yöntemlerinin İncelenmesi Erzurum, Atatürk Üniversitesi 2009
347. N B: Premenstrüel distresin hafifletilmesinde refleksolojinin etkinliğinin incelenmesi İzmir, Ege Üniversitesi 2008
348. N B: Üniversite Öğrencilerinde Premenstrual Sendrom ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Arasındaki ilişki Antalya, Akdeniz Üniversitesi 2012
349. Soydas EA, Albayrak Y,Sahin B: Increased childhood abuse in patients with premenstrual dysphoric disorder in a Turkish sample: a cross-sectional study. Prim Care Companion CNS Disord 2014; 16:
350. Scott KM, McLaughlin KA, Smith DA, et al: Childhood maltreatment and DSM-IV adult mental disorders: comparison of prospective and retrospective findings. The British journal of psychiatry : the journal of mental science 2012; 200:469-475
351. van Dijke A, Ford JD, van der Hart O, et al: Childhood traumatization by primary caretaker and affect dysregulation in patients with borderline personality disorder and somatoform disorder. European journal of psychotraumatology 2011; 2:
352. Kendall-Tackett K: The health effects of childhood abuse: four pathways by which abuse can influence health. Child Abuse Negl 2002; 26:715-729
353. Edwards VJ, Anda RF, Gu D, et al: Adverse childhood experiences and smoking persistence in adults with smoking-related symptoms and illness. The Permanente journal 2007; 11:5-13
354. Perkonigg A, Yonkers KA, Pfister H, et al: Risk factors for premenstrual dysphoric disorder in a community sample of young women: the role of traumatic events and posttraumatic stress disorder. The Journal of clinical psychiatry 2004; 65:1314-1322
355. Bertone-Johnson ER, Whitcomb BW, Missmer SA, et al: Early life emotional, physical, and sexual abuse and the development of premenstrual syndrome: a longitudinal study. Journal of women's health 2014; 23:729-739
356. Wittchen HU, Perkonigg A,Pfister H: Trauma and PTSD - an overlooked pathogenic pathway for premenstrual dysphoric disorder? Archives of women's mental health 2003; 6:293-297
357. Sundström Poromaa I, Smith S,Gulinello M: GABA receptors, progesterone and premenstrual dysphoric disorder. Archives of women's mental health 2003; 6:23-41
358. Teicher MH, Andersen SL, Polcari A, et al: The neurobiological consequences of early stress and childhood maltreatment. Neuroscience and biobehavioral reviews 2003; 27:33-44
359. Gillespie CF, Phifer J, Bradley B, et al: Risk and resilience: genetic and environmental influences on development of the stress response. Depression and anxiety 2009; 26:984-992
360. Danese A, Pariante CM, Caspi A, et al: Childhood maltreatment predicts adult inflammation in a life-course study. Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America 2007; 104:1319-1324
361. Spitzer C, Barnow S, Völzke H, et al: Association of posttraumatic stress disorder with low-grade elevation of C-reactive protein: evidence from the general population. Journal of psychiatric research 2010; 44:15-21

362. Girdler SS, Sherwood A, Hinderliter AL, et al: Biological correlates of abuse in women with premenstrual dysphoric disorder and healthy controls. *Psychosomatic medicine* 2003; 65:849-856
363. Girdler SS, Leserman J, Bunevicius R, et al: Persistent alterations in biological profiles in women with abuse histories: influence of premenstrual dysphoric disorder. *Health psychology : official journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association* 2007; 26:201-213
364. Halbreich U: The etiology, biology, and evolving pathology of premenstrual syndromes. *Psychoneuroendocrinology* 2003; 28 Suppl 3:55-99
365. Rodham K, Hawton K, Evans E: Reasons for deliberate self-harm: comparison of self-poisoners and self-cutters in a community sample of adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 2004; 43:80-87
366. Brunner R, Parzer P, Haffner J, et al: Prevalence and psychological correlates of occasional and repetitive deliberate self-harm in adolescents. *Archives of pediatrics & adolescent medicine* 2007; 161:641-649
367. Wu J, Liu H: Features of Nonsuicidal Self-Injury and Relationships with Coping Methods among College Students. *Iranian journal of public health* 2019; 48:270-277
368. KAHRAMAN B. B ÇPK: Kendine zarar verme davranışı olan erişkinlerde çocukluk çağı travmaları, duygu düzenleme güçlüğü ve başa çıkma tutumları *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2020; 21:349 - 358
369. Hasking P, Momeni R, Swannell S, et al: The nature and extent of non-suicidal self-injury in a non-clinical sample of young adults. *Archives of suicide research : official journal of the International Academy for Suicide Research* 2008; 12:208-218
370. Eisenlohr-Moul T, Divine M, Schmalenberger K, et al: Prevalence of lifetime self-injurious thoughts and behaviors in a global sample of 599 patients reporting prospectively confirmed diagnosis with premenstrual dysphoric disorder. *BMC psychiatry* 2022; 22:199
371. Haw C, Hawton K, Houston K, et al: Psychiatric and personality disorders in deliberate self-harm patients. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science* 2001; 178:48-54
372. Jacobson CM, Muehlenkamp JJ, Miller AL, et al: Psychiatric impairment among adolescents engaging in different types of deliberate self-harm. *Journal of clinical child and adolescent psychology : the official journal for the Society of Clinical Child and Adolescent Psychology, American Psychological Association, Division 53* 2008; 37:363-375
373. Roe-Sepowitz D: Characteristics and predictors of self-mutilation: a study of incarcerated women. *Criminal behaviour and mental health : CBMH* 2007; 17:312-321
374. Akyuz G, Sar V, Kugu N, et al: Reported childhood trauma, attempted suicide and self-mutilative behavior among women in the general population. *European psychiatry : the journal of the Association of European Psychiatrists* 2005; 20:268-273
375. Paivio SC, McCulloch CR: Alexithymia as a mediator between childhood trauma and self-injurious behaviors. *Child Abuse Negl* 2004; 28:339-354
376. Azoulay M, Reuveni I, Dan R, et al: Childhood Trauma and Premenstrual Symptoms: The Role of Emotion Regulation. *Child Abuse Negl* 2020; 108:104637
377. Karagöz B, Dağ İ: The Relationship between Childhood Maltreatment and Emotional Dysregulation in Self Mutilation: An Investigation among Substance Dependent Patients. *Noro psikiyatri arsivi* 2015; 52:8-14
378. Muehlenkamp JJ, Kerr PL, Bradley AR, et al: Abuse subtypes and nonsuicidal self-injury: preliminary evidence of complex emotion regulation patterns. *The Journal of nervous and mental disease* 2010; 198:258-263
379. Ögel K. AA: Kendine Zarar Verme Davranışı Raporu İstanbul, 2006

380. Glück TM, Knefel M, Lueger-Schuster B: A network analysis of anger, shame, proposed ICD-11 post-traumatic stress disorder, and different types of childhood trauma in foster care settings in a sample of adult survivors. *European journal of psychotraumatology* 2017; 8:1372543
381. Soyda Akyol E, Karakaya Arisoy EO, Caykoylu A: Anger in women with premenstrual dysphoric disorder: its relations with premenstrual dysphoric disorder and sociodemographic and clinical variables. *Comprehensive psychiatry* 2013; 54:850-855
382. Smith H, Thomas SP: Anger and locus of control in young women with and without premenstrual syndrome. *Issues in mental health nursing* 1996; 17:289-305
383. Eggert L, Witthöft M, Hiller W, et al: Emotion regulation in women with premenstrual syndrome (PMS): Explicit and implicit assessments. *Cognitive Therapy and Research* 2016; 40:747-763
384. Bessel A, & van der Kolk, M. : *Neurobiology_Childhood_Trauma_Abuse*. Elsevier Science 2003
385. Rapkin AJ, Morgan M, Goldman L, et al: Progesterone metabolite allopregnanolone in women with premenstrual syndrome. *Obstetrics and gynecology* 1997; 90:709-714
386. Andréen L, Nyberg S, Turkmen S, et al: Sex steroid induced negative mood may be explained by the paradoxical effect mediated by GABAA modulators. *Psychoneuroendocrinology* 2009; 34:1121-1132
387. Dawson DN, Eisenlohr-Moul TA: Emotion-related impulsivity and rumination predict the perimenstrual severity and trajectory of symptoms in women with a menstrually related mood disorder. 2018; 74:579-593
388. Chan JH, Lo C, Hsu CD, et al: Premenstrual dysphoric symptoms and lifetime suicide experiences in patients with mood disorder. *General hospital psychiatry* 2021; 71:82-87
389. Yen JY, Chen CC, Chang SJ, et al: Hostility, Impulsivity, and Behavior Inhibition Among Women with PMDD. *CNS spectrums* 2011; 16:205-213
390. Pilver CE, Libby DJ, Hoff RA: Premenstrual dysphoric disorder as a correlate of suicidal ideation, plans, and attempts among a nationally representative sample. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology* 2013; 48:437-446
391. Wittchen HU, Becker E, Lieb R, et al: Prevalence, incidence and stability of premenstrual dysphoric disorder in the community. *Psychological medicine* 2002; 32:119-132
392. Mościcki EK: Identification of suicide risk factors using epidemiologic studies. *Psychiatric Clinics of North America* 1997; 20:499-517
393. Tatlı Z, Kabadayı Şahin, E. , Şan, İ. , Şahin, S. & Bekgöz, B. : ANKARA İLİNDE GERÇEKLEŞEN İNTİHAR GİRİŞİMİ VAKALARININ DEĞERLENDİRİLMESİ *Kriz Dergisi* 2020 28 33-44
394. TUİK:
395. Davidson JR, Hughes DC, George LK, et al: The association of sexual assault and attempted suicide within the community. *Archives of general psychiatry* 1996; 53:550-555
396. Golding JM, Taylor DL, Menard L, et al: Prevalence of sexual abuse history in a sample of women seeking treatment for premenstrual syndrome. *Journal of psychosomatic obstetrics and gynaecology* 2000; 21:69-80
397. DEVECİ A TEO, DÜNDAR E. P, DEMET M. M, kaya E, ÖZMEN E, HORASAN G. D. , : Manisa ili kent merkezinde intihar düşüncesi ve girişimi yaygınlığı. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2005 16:170 - 178
398. DİLBAZ N AY: Alkol bağımlılarında intihar düşüncesi davranışı ve niyeti. *Bağımlılık Dergisi* 2003; 4:1 - 9

399. Bruffaerts R, Demyttenaere K, Borges G, et al: Childhood adversities as risk factors for onset and persistence of suicidal behaviour. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science* 2010; 197:20-27
400. Nada-Raja S, Skegg K, Langley J, et al: Self-harmful behaviors in a population-based sample of young adults. *Suicide & life-threatening behavior* 2004; 34:177-186
401. İlhan G, Verit Atmaca FV, Kurek Eken M, et al: Premenstrual Syndrome Is Associated With a Higher Frequency of Female Sexual Difficulty and Sexual Distress. *J Sex Marital Ther* 2017; 43:811-821
402. Nowosielski K, Drosdzol A, Skrzypulec V, et al: Sexual satisfaction in females with premenstrual symptoms. *The journal of sexual medicine* 2010; 7:3589-3597
403. Shi L: Childhood Abuse and Neglect in an Outpatient Clinical Sample: Prevalence and Impact. *The American Journal of Family Therapy* 2013; 41:198-211
404. Seehuus M, Clifton J, Rellini AH: The Role of Family Environment and Multiple Forms of Childhood Abuse in the Shaping of Sexual Function and Satisfaction in Women. *Archives of sexual behavior* 2015; 44:1595-1608
405. Leonard LM, Follette VM: Sexual functioning in women reporting a history of child sexual abuse: review of the empirical literature and clinical implications. *Annual review of sex research* 2002; 13:346-388
406. Loeb TB, Williams JK, Carmona JV, et al: Child sexual abuse: associations with the sexual functioning of adolescents and adults. *Annual review of sex research* 2002; 13:307-345
407. Mullen PE, Martin JL, Anderson JC, et al: The effect of child sexual abuse on social, interpersonal and sexual function in adult life. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science* 1994; 165:35-47
408. Najman JM, Dunne MP, Purdie DM, et al: Sexual abuse in childhood and sexual dysfunction in adulthood: an Australian population-based study. *Archives of sexual behavior* 2005; 34:517-526
409. E. W: *Women's sexuality after childhood incest*, New York, W.W. Norton and Co, 1992
410. Baron R, Kenny D: The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology* 1986; 51:1173-1182
411. Sait Gürbüz MEB: Aracılık Modellerinin Analizinde Yeni Yaklaşım: Baron ve Kenny'nin Yöntemi Hâlâ Geçerli mi? *Türk Psikoloji Dergisi* 2021 37: 1-14

8. EKLER

EK 1: Bigilendirme ve onay formu

ASGARİ BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniğine ayaktan başvuran hastalarda; premenstrüel sendrom / premenstrüel disforik bozukluk ile çocukluk çağı travmatik yaşantılarının kendine zarar verme davranışı, intihar girişimi ve cinsel işlev üzerine etkisini incelemek üzere yeni bir araştırma yapmaktayız.

Araştırmanın ismi 'Premenstruel Disforik Bozukluk ve Premenstruel Sendrom Tanılı Olgularda Çocukluk Çağı Travmatik Yaşantılarının Kendine Zarar Verme Davranışı, İntihar Girişimi ve Cinsel İşlev Üzerine Etkisinin İncelenmesi'dir.

Sizlerin de bu araştırmaya katılmanızı öneriyoruz. Bu araştırmaya katılıp katılmamakta serbestsiniz. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Kararınızdan önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra araştırmaya katılmak isterseniz formu imzalayınız. Eğer araştırmaya katılmayı kabul ederseniz Prof. Dr. Çiçek HOCAOĞLU, Dr. Öğr. Üyesi Sabri ÇOLAK, Arş. Görv. Dr. Pınar SİVRİKAYA tarafından muayene edilerek, araştırmacılar tarafından ilgili ölçekler uygulanıp, bulgular kaydedilecektir. Ölçekler genel olarak premenstrüel sendrom, çocukluk çağı travmatik yaşantılarının ruhsal etkileri, cinsel yaşantılar ve kendine zarar verme davranışı ile ilişkili belirtilere ilişkin sorular, maddeleri içermektedir. Bu çalışmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir. Çalışmaya katıldığınız için size ek bir ödeme de yapılmayacaktır.

Araştırmanın Konusu:

Premenstruel sendrom kadınlarda menstrual döngünün geç luteal döneminde memelerde şişkinlik, başağrısı, halsizlik ve kilo alımı gibi fiziksel ve depresif duygudurum, irritabilite, gerginlik gibi ruhsal belirtilerin ortaya çıkığı bu durumun genellikle menstrasyonun başlamasıyla ortadan kalktığı bir tablodur. Bu belirtilerin klinik veya sosyal olarak etkili olacak düzeyde olması durumunda Premenstruel Disforik Bozukluk veya Geç Luteal Faz Bozukluğu adıyla bir psikiyatrik rahatsızlık olarak sınıflandırılmaktadır. Kadınlar adet öncesi dönemde ortaya çıkan 150'den fazla belirti tanımlamıştır. Bu belirtiler

arasında en önemli yeri duygudurum ve davranış değişiklikleri alır.Yapılan çeşitli çalışmalarda irritabilite, çökkünlük, bunaltı, ve mizaçta dalgalanmalar, gerginlik, sinirlilik en sık görülen psikiyatrik belirtiler arasında yer almaktadır Kişinin hayat kalitesinde ve işlevselliğinde de bozulmaya neden olan bu durumun tanısı ve tedavisi oldukça önem arz etmektedir. Ayrıca çocukluk çağında yaşanan travmatik olayların ilerleyen yaşlarda kendine zarar verme davranışı, intihar, depresyon ve diğer psikiyatrik rahatsızlıklar ile birlikteliği sık görülebilmektedir. Bu durum göz önüne alındığında psikiyatrik semptomların da ön planda olduğu premenstrüel sendrom ve premenstrüel disforik bozukluk gibi klinik tanılarının çocukluk çağı travmatik yaşantıları açısından da ele alınma gereksinimi ortaya çıkmaktadır. Araştırmamızın konusu premenstrüel sendrom / premenstrüeldisforik bozukluk tanılı hastalarda çocukluk çağı travmatik yaşantı öyküsünün varlığını değerlendirmek ve bununla ilişkili olabilecek kendine zarar verme davranışı, intihar girişimi ile cinsel işlev üzerine etkilerini incelemektir.

Araştırmanın Amacı:Araştırmanın Süresi:Araştırmaya Katılan Gönüllü Sayısı:

Bu çalışmaya, 1 Mart 2020 – 31 Aralık 2020 tarihleri arasında Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Rize Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum polikliniğine premenstrual sendrom yakınmalar ile başvuran ve son 6 aydır herhangi bir psikiyatrik tedavi almayan DSM-5 tanı ölçütlerine göre premenstrual disforik bozukluk, değerlendirme sonrası premenstrual sendrom tanısı alan ardışık 18-45 yaş arası düzenli adet gören ve menstrual döngüleri 25-35 gün olan kişiler dahil edilecektir. Çalışmaya katılmak istemeyen, mental retardasyon, demans, adet düzensizliği olan, hormone veya oral kontrasetif tedavi kullanan, anemi, endometriosis, hiperprolaktinemesi olan, gebe, emzirme döneminde olan olgular, ürogenital operasyon geçirenler, menapoz döneminde olan olgular çalışmada dışlanacaktır. Alkol ve madde bağımlılığı öyküsü olanlar da, bu maddelerin cinsel işlev üzerindeki etkileri sebebiyle çalışmaya alınmayacaktır. Ayrıca travma sonrası stress bozukluğu cinsel işlevi etkileyebileceğinden, eş tanılı travma sonrası stress bozukluğu olan hastalar da çalışma dışında tutulacaktır.

Çalışmamızın amacı premenstrual sendrom belirtileri olan olgularda; çocukluk çağı travmatik yaşantılarını ve bunun kendine zarar verme davranışı, intihar girişimi ile cinsel işlev üzerine etkisini değerlendirmek ve literature bilgileri eşliğinde tartışarak, hastalık seyri ile tedavisine yönelik farklı düşünceler geliştirmek ve literature katkıda bulunmaktır.

Araştırma Sırasında Karşılaşılabilecek Riskler:

Araştırmamız bir anket, ölçek çalışması olup, araştırma sırasında karşılaşılabilecek herhangi bir risk yoktur.

Araştırma Süresince 24 Saat Ulaşılabilecek Kişi Adı / Soyadı / Telefonu:

Prof. Dr. Çiçek HOCAOĞLU TLF: 0 532 208 68 37

Arş. Görv. Pınar SİVRİKAYA TLF: 0 554 773 45 96

Yapılacak araştırmanın getireceği olası yararlar: Alanda yapılacak her çalışma premenstrüel sendromlu hastaların tanısı ve takibine ışık tutacaktır. Araştırmamızdan elde edilecek verilerin ilerleyen çalışmalar için bir referans niteliği taşıyacağı kanaatindeyiz.

Katılımcının Beyanı

Sayın Prof. Dr. Çiçek HOCAOĞLU ve Araş. Gör. Dr. Pınar SİVRİKAYA tarafından 'Premenstruel Disforik Bozukluk ve Premenstruel Sendrom Tanılı Olgularda Çocukluk Çağı Travmatik Yaşantılarının Kendine Zarar Verme Davranışı, İntihar Girişimi ve Cinsel İşlev Üzerine Etkisinin İncelenmesi' isimli bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya "katılımcı" (denek) olarak davet edildim. Eğer bu araştırmaya katılırsam hekim ile aramda kalması gereken bana ait bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırasında da büyük özen ve saygı ile yaklaşılabileceğine inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin ihtimamla korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi. Projenin yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilebilirim. *(Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemim uygun olacağına bilincindeyim)*. Ayrıca tıbbi durumuma herhangi bir zarar verilmemesi koşuluyla araştırmacı tarafından araştırma dışı tutulabilirim.

Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır. Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun tıbbi bakımına ve hekim ile olan ilişkiye herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum. Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırma projesinde “katılımcı” (denek) olarak yer alma kararını aldım. Bu konuda yapılan daveti büyük bir memnuniyet ve gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

Katılımcı
Adı, soyadı:
Adres:
Tel:
İmza:
Tarih:

Görüşme tanığı
Adı, soyadı:
Adres:
Tel:
İmza:
Tarih:

Araştırmacı
Ad Soyad
Adres:
Tel:
İmza
Tarih

EK.2. Kişisel Bilgi Formu

Sosyo- Demografik Özellikler

1. Yaşınız.....

1. 18-28

2. 29- 38

3. 39-45

2. Eğitim durumunuz nedir?

1. Okur yazar-İlkokul 2. Ortaokul 3. Lise 4. Yüksekokul ve üzeri

3. Gelir getiren bir işte çalışıyor musunuz?

1. Evet 2. Hayır

4. Gelir-giderinizi karşılaştırdığınızda şu anki ekonomik durumunuzu nasıl değerlendiriyorsunuz?

1. İyi 2. Orta 3. Kötü

5. Sağlık güvenceniz var mı ?

1. Evet 2. Hayır

6. Aile tipiniz nedir?

1. Çekirdek Aile 2. Geniş Aile 3. Parçalanmış Aile

7. En uzun yaşadığınız yer neresidir?

1. İl 2. İlçe 3. Köy/ Kasaba

8. Medeni durumunuz?

1. Evli 2. Bekar 3. Boşanmış/Dul

PMS Risk Faktörleri

9. Sigara içiyor musunuz?

1. Evet 2. Hayır

10. Şekerli gıdalar tüketiyor musunuz?

1. Evet 2. Hayır

11. Egzersiz yapar mısınız?

1. Evet 2. Hayır

12. Günlük bir fincandan fazla kahve tüketir misiniz?

1. Evet 2. Hayır

13. Yemeğin tadına bakmadan tuz kullanır mısınız?

1. Evet 2. Hayır

14. Annenizde veya kız kardeşinizde adet öncesi şikayetler olur mu?

1. Evet 2. Hayır

15. Öfkenizi kontrol edemediğiniz zamanlar olur mu?

1. Evet 2. Hayır

16. Özellikle hangi dönemlerde öfkenizi kontrol edemezsiniz?

1. Adet öncesi 2. Adetliyken 3. Adet sonrası 4. Diğer

17. Anemi (kansızlığınız) niz varmı?(Laboratuar tanısı sorgulanmıştır).

1.Evet 2.Hayır 3.Bilmiyorum



EK.3. Premenstrüel Sendrom Değerlendirme Ölçeği

PREMENSTRÜEL SENDROM ÖLÇEĞİ

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

ADETTEN BİR HAFTA ÖNCE

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

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

Ek.4. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği
ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI ÖLÇEĞİ *

Sorulara nasıl yanıt verilecek?

Bu sorular çocukluğunuzda ve ilk gençliğinizde (20 yaşından önce) başınıza gelmiş olabilecek bazı olaylar hakkındadır. Her bir soru için sizin durumunuza uyan rakamı daire içersine alarak işaretleyiniz. Sorulardan bazıları özel yaşamınızla ilgilidir; lütfen elinizden geldiğince gerçeğe uygun yanıt veriniz. Yanıtlarınız gizli tutulacaktır.

Çocukluğumda yada ilk gençliğimde...	Hiç bir zaman	Nadiren	Zaman zaman	Sıklıkla	Çok sık olarak
1. Evde yeterli yemek olmadığından aç kalırdım	1	2	3	4	5
2. Benim bakımımı ve güvenliğimi üstlenen birinin olduğunu biliyordum.	1	2	3	4	5
3. Ailemdelikler bana “salak”, “beceriksiz” ya da “tipsiz” gibi sıfatlarla seslenirlerdi.	1	2	3	4	5
4. Anne ve babam ailelerine bakamayacak kadar sıklıkla sarhoş olur ya da uyuşturucu alırlardı	1	2	3	4	5
5. Ailemde önemli ve özel biri olduğum duygusunu hissetmeme yardımcı olan birisi vardı..	1	2	3	4	5
6. Yırtık, sökük ve kirli giysiler içersinde dolaşmak zorunda kalırdım	1	2	3	4	5
7. Sevildiğimi hissediyordum.	1	2	3	4	5
8. Anne ve babamın benim doğmuş olmamı istemediklerini düşünüyordum.	1	2	3	4	5
9. Ailemden birisi bana öyle kötü vurmuştu ki doktora ya da hastaneye gitmem gerekmişti.	1	2	3	4	5
10. Ailemde başka türlü olmasını istediğim bir şey yoktu.	1	2	3	4	5
11. Ailemdelikler bana o kadar şiddetle vuruyorlardı ki vücudumda morartı ya da sıyrıklar oluyordu.	1	2	3	4	5

12. Kayış, sopa, kordon ya da başka sert bir cisimle vurularak cezalandırılıyordum	1	2	3	4	5
13. Ailemdelikler birbirlerine ilgi gösterirlerdi	1	2	3	4	5
14. Ailemdelikler bana kırıcı ya da saldırganca sözler söylerlerdi.	1	2	3	4	5
15. Ailemdelikler bana kırıcı ya da saldırganca sözler söylerlerdi..	1	2	3	4	5
16. Çocukluğum mükemmeldi.	1	2	3	4	5
17. Bana o kadar kötü vuruluyordum ki öğretmen, komşu ya da bir doktorun bunu fark ettiğiydi oluyordu.	1	2	3	4	5
18. Ailemde birisi benden nefret ederdi.	1	2	3	4	5
19. Ailemdelikler kendilerini birbirlerine yakın hissederlerdi.	1	2	3	4	5
20. Birisi bana cinsel amaçla dokundu ya da kendisine dokunmamı istedi.	1	2	3	4	5
21. Kendisi ile cinsel temas kurmadığım takdirde beni yaralamakla ya da benim hakkımda yalanlar söylemekle tehdit eden birisi vardı.	1	2	3	4	5
22. Benim ailem dünyanın en iyisiydi.	1	2	3	4	5
23. Birisi beni cinsel şeyler yapmaya ya da cinsel şeylere bakmaya zorladı.	1	2	3	4	5
24. Birisi bana cinsel tacizde bulundu.	1	2	3	4	5
25. Duygusal bakımdan kötüye kullanılmış olduğuma (hakaret, aşağılama vb.) inanıyorum.	1	2	3	4	5
26. İhtiyacım olduğunda beni doktora götürecek birisi vardı.	1	2	3	4	5
27. Cinsel bakımdan kötüye kullanılmış olduğuma inanıyorum.	1	2	3	4	5
28. Ailem benim için bir güç ve destek kaynağı idi.	1	2	3	4	5

Ek.5. Kasıtlı Kendine Zarar Verme Anketi

KASITLI KENDİNE ZARAR VERME ANKETİ

1.Hiç isteyerek (veya kasten) kendi bileğinizi, kolunuzu veya vücudunuzun bir bölgesini kestiniz mi?

0- Hayır

1-Evet

Eğer evetse;

Bunu ilk kez yaptığınızda kaç yaşındaydınız?

Bunu kaç kez yaptınız (Lütfen sayı olarak söyleyiniz;1,5,15 gibi)?

Bunu son kez ne zaman yaptınız?

Kaç yıldır bunu yapıyorsunuz veya halen yapmıyorsanız kaç yıl yaptınız?

Bu davranış, hiç hastaneye yatmanıza veya ciddi bir tıbbi tedavi yapılmasına neden oldu mu?

Bu davranışı niçin yaptınız?

2-Hiç isteyerek (veya kasten) kendinizi bir sigarayla yaktınız mı?

0- Hayır

1-Evet

Eğer evetse;

Bunu ilk kez yaptığınızda kaç yaşındaydınız?

Bunu kaç kez yaptınız (Lütfen sayı olarak söyleyiniz;1,5,15 gibi)?

Bun son kez ne zaman yaptınız?

Kaç yıldır bunu yapıyorsunuz veya halen yapmıyorsanız kaç yıl yaptınız?

Bu davranış, hiç hastaneye yatmanıza veya ciddi bir tıbbi tedavi yapılmasına neden oldu mu?

Bu davranışı niçin yaptınız?

3-Hiç isteyerek (veya kasten) kendinizi bir çakmak veya kibritle yaktınız mı?

0- Hayır

1-Evet

Eğer evetse;

Bunu ilk kez yaptığınızda kaç yaşındaydınız?

Bunu kaç kez yaptınız (Lütfen sayı olarak söyleyiniz;1,5,15 gibi)?

Bunu son kez ne zaman yaptınız?

Kaç yıldır bunu yapıyorsunuz veya halen yapmıyorsanız kaç yıl yaptınız?

Bu davranış, hiç hastaneye yatmanıza veya ciddi bir tıbbi tedavi yapılmasına neden oldu mu?

Bu davranışı niçin yaptınız?

4-Hiç isteyerek (veya kasten) derinize kelimeler kazıdınız mı?

0- Hayır

1-Evet

Eğer evetse;

Bunu ilk kez yaptığınızda kaç yaşındaydınız?

Bunu kaç kez yaptınız (Lütfen sayı olarak söyleyiniz;1,5,15 gibi)?

Bunu son kez ne zaman yaptınız?

Kaç yıldır bunu yapıyorsunuz veya halen yapmıyorsanız kaç yıl yaptınız?
Bu davranış, hiç hastaneye yatmanıza veya ciddi bir tıbbi tedavi yapılmasına neden oldu mu?
Bu davranışı niçin yaptınız?

5-Hiç isteyerek (veya kasten) derinize resimler, şekiller kazıdınız mı?

0- Hayır

1-Evet

Eğer evetse;

Bunu ilk kez yaptığınızda kaç yaşındaydınız?

Bunu kaç kez yaptınız (Lütfen sayı olarak söyleyiniz;1,5,15 gibi)?

Bunu son kez ne zaman yaptınız?

Kaç yıldır bunu yapıyorsunuz veya halen yapmıyorsanız kaç yıl yaptınız?

Bu davranış, hiç hastaneye yatmanıza veya ciddi bir tıbbi tedavi yapılmasına neden oldu mu?

Bu davranışı niçin yaptınız?

6-Hiç isteyerek (veya kasten) kendinizi iz bırakacak veya kanatacak kadar ciddi bir şekilde tırmaladınız mı?

0- Hayır

1-Evet

Eğer evetse;

Bunu ilk kez yaptığınızda kaç yaşındaydınız?

Bunu kaç kez yaptınız (Lütfen sayı olarak söyleyiniz;1,5,15 gibi)?

Bunu son kez ne zaman yaptınız?

Kaç yıldır bunu yapıyorsunuz veya halen yapmıyorsanız kaç yıl yaptınız?

Bu davranış, hiç hastaneye yatmanıza veya ciddi bir tıbbi tedavi yapılmasına neden oldu mu?

Bu davranışı niçin yaptınız?

7-Hiç isteyerek (veya kasten) derinizi ciddi şekilde tahriş edecek kadar kendinizi ısırdınız mı?

0- Hayır

1-Evet

Eğer evetse;

Bunu ilk kez yaptığınızda kaç yaşındaydınız?

Bunu kaç kez yaptınız (Lütfen sayı olarak söyleyiniz;1,5,15 gibi)?

Bun son kez ne zaman yaptınız?

Kaç yıldır bunu yapıyorsunuz veya halen yapmıyorsanız kaç yıl yaptınız?

Bu davranış, hiç hastaneye yatmanıza veya ciddi bir tıbbi tedavi yapılmasına neden oldu mu?

Bu davranışı niçin yaptınız?

8-Hiç isteyerek (veya kasten) vücudunuza zımpara kağıdı sürttünüz mü?

0- Hayır

1-Evet

Eğer evetse;

Bunu ilk kez yaptığınızda kaç yaşındaydınız?

Bunu kaç kez yaptınız (Lütfen sayı olarak söyleyiniz;1,5,15 gibi)?

Bunu son kez ne zaman yaptınız?

Kaç yıldır bunu yapıyorsunuz veya halen yapmıyorsanız kaç yıl yaptınız?

Bu davranış, hiç hastaneye yatmanıza veya ciddi bir tıbbi tedavi yapılmasına neden oldu mu?

Bu davranışı niçin yaptınız?

9-Hiç isteyerek (veya kasten) derinizin üstüne asit damlattınız mı?

0- Hayır

1-Evet

Eğer evetse;

Bunu ilk kez yaptığınızda kaç yaşındaydınız?

Bunu kaç kez yaptınız (Lütfen sayı olarak söyleyiniz;1,5,15 gibi)?

Bunu son kez ne zaman yaptınız?

Kaç yıldır bunu yapıyorsunuz veya halen yapmıyorsanız kaç yıl yaptınız?

Bu davranış, hiç hastaneye yatmanıza veya ciddi bir tıbbi tedavi yapılmasına neden oldu mu?

Bu davranışı niçin yaptınız?

10-Hiç isteyerek (veya kasten) çamaşır suyu veya mutfak temizleyicilerini derinizi ovalamak için kullandınız mı?

0- Hayır

1-Evet

Eğer evetse;

Bunu ilk kez yaptığınızda kaç yaşındaydınız?

Bunu kaç kez yaptınız (Lütfen sayı olarak söyleyiniz;1,5,15 gibi)?

Bunu son kez ne zaman yaptınız?

Kaç yıldır bunu yapıyorsunuz veya halen yapmıyorsanız kaç yıl yaptınız?

Bu davranış, hiç hastaneye yatmanıza veya ciddi bir tıbbi tedavi yapılmasına neden oldu mu?

Bu davranışı niçin yaptınız?

11- Hiç isteyerek (veya kasten) enjektör iğnesi, toplu iğne, zımba teli gibi keskin şeyleri derinize sapladınız mı (Dövme, kulak küpeleri, madde kullanımı için olan iğneler veya vücut piercing'i hariç)?

0- Hayır

1-Evet

Eğer evetse;

Bunu ilk kez yaptığınızda kaç yaşındaydınız?

Bunu kaç kez yaptınız (Lütfen sayı olarak söyleyiniz;1,5,15 gibi)?

Bunu son kez ne zaman yaptınız?

Kaç yıldır bunu yapıyorsunuz veya halen yapmıyorsanız kaç yıl yaptınız?

Bu davranış, hiç hastaneye yatmanıza veya ciddi bir tıbbi tedavi yapılmasına neden oldu mu?

Bu davranışı niçin yaptınız?

12- Hiç isteyerek (veya kasten) derinize cam sürttünüz mü?

0- Hayır

1-Evet

Eğer evetse;

Bunu ilk kez yaptığınızda kaç yaşındaydınız?

Bunu kaç kez yaptınız (Lütfen sayı olarak söyleyiniz;1,5,15 gibi)?

Bunu son kez ne zaman yaptınız?

Kaç yıldır bunu yapıyorsunuz veya halen yapmıyorsanız kaç yıl yaptınız?

Bu davranış, hiç hastaneye yatmanıza veya ciddi bir tıbbi tedavi yapılmasına neden oldu mu?

Bu davranışı niçin yaptınız?

13- Hiç isteyerek (veya kasten) kendi kemiklerinizi kırdınız mı?

0- Hayır

1-Evet

Eğer evetse;

Bunu ilk kez yaptığınızda kaç yaşındaydınız?

Bunu kaç kez yaptınız (Lütfen sayı olarak söyleyiniz;1,5,15 gibi)?

Bunu son kez ne zaman yaptınız?

Kaç yıldır bunu yapıyorsunuz veya halen yapmıyorsanız kaç yıl yaptınız?

Bu davranış, hiç hastaneye yatmanıza veya ciddi bir tıbbi tedavi yapılmasına neden oldu mu?

Bu davranışı intihar amacıyla mı yaptınız?

Bu davranışı niçin yaptınız?

14- Hiç isteyerek (veya kasten) görünür bir berelenmeye neden olacak şekilde kafanızı bir şeylere vurdunuz mu?

0- Hayır

1-Evet

Eğer evetse;

Bunu ilk kez yaptığınızda kaç yaşındaydınız?

Bunu kaç kez yaptınız (Lütfen sayı olarak söyleyiniz;1,5,15 gibi)?

Bunu son kez ne zaman yaptınız?

Kaç yıldır bunu yapıyorsunuz veya halen yapmıyorsanız kaç yıl yaptınız?

Bu davranış, hiç hastaneye yatmanıza veya ciddi bir tıbbi tedavi yapılmasına neden oldu mu?

Bu davranışı niçin yaptınız?

15- Hiç isteyerek (veya kasten) görünür bir berelenmeye neden olacak şekilde kendinizi zımbaladınız mı?

0- Hayır

1-Evet

Eğer evetse;

Bunu ilk kez yaptığınızda kaç yaşındaydınız?

Bunu kaç kez yaptınız (Lütfen sayı olarak söyleyiniz;1,5,15 gibi)?

Bunu son kez ne zaman yaptınız?

Kaç yıldır bunu yapıyorsunuz veya halen yapmıyorsanız kaç yıl yaptınız?

Bu davranış, hiç hastaneye yatmanıza veya ciddi bir tıbbi tedavi yapılmasına neden oldu mu?

Bu davranışı niçin yaptınız?

16-Hiç isteyerek (veya kasten) yaranızın iyileşmesini önlediniz mi?

0- Hayır

1-Evet

Eğer evetse;

Bunu ilk kez yaptığınızda kaç yaşındaydınız?

Bunu kaç kez yaptınız (Lütfen sayı olarak söyleyiniz;1,5,15 gibi)?

Bunu son kez ne zaman yaptınız?

Kaç yıldır bunu yapıyorsunuz veya halen yapmıyorsanız kaç yıl yaptınız?

Bu davranış, hiç hastaneye yatmanıza veya ciddi bir tıbbi tedavi yapılmasına neden oldu mu?

Bu davranışı niçin yaptınız?

17- Hiç isteyerek (veya kasten) yüksek dozda ilaç içtiniz mi (hekimin önerdiği dozlar dışında)?

0- Hayır

1-Evet

Eğer evetse;

Bunu ilk kez yaptığınızda kaç yaşındaydınız?

Bunu kaç kez yaptınız (Lütfen sayı olarak söyleyiniz;1,5,15 gibi)?

Bunu son kez ne zaman yaptınız?

Kaç yıldır bunu yapıyorsunuz veya halen yapmıyorsanız kaç yıl yaptınız?

Bu davranış, hiç hastaneye yatmanıza veya ciddi bir tıbbi tedavi yapılmasına neden oldu mu?

Bu davranışı niçin yaptınız?

18- Hiç isteyerek (veya kasten) içilmemesi-yenilmemesi gereken bir şeyi içtiniz mi-yediniz mi?

0- Hayır

1-Evet

Eğer evetse;

Bunu ilk kez yaptığınızda kaç yaşındaydınız?

Bunu kaç kez yaptınız (Lütfen sayı olarak söyleyiniz;1,5,15 gibi)?

Bunu son kez ne zaman yaptınız?

Kaç yıldır bunu yapıyorsunuz veya halen yapmıyorsanız kaç yıl yaptınız?

Bu davranış, hiç hastaneye yatmanıza veya ciddi bir tıbbi tedavi yapılmasına neden oldu mu?

Bu davranışı niçin yaptınız?

19- Hiç isteyerek (veya kasten) yüksek bir yerden atladınız mı?

0- Hayır

1-Evet

Eğer evetse;

Bunu ilk kez yaptığınızda kaç yaşındaydınız?

Bunu kaç kez yaptınız (Lütfen sayı olarak söyleyiniz;1,5,15 gibi)?

Bunu son kez ne zaman yaptınız?

Kaç yıldır bunu yapıyorsunuz veya halen yapmıyorsanız kaç yıl yaptınız?

Bu davranış, hiç hastaneye yatmanıza veya ciddi bir tıbbi tedavi yapılmasına neden oldu mu?

Bu davranışı niçin yaptınız?

20- Hiç isteyerek (veya kasten) yasadışı veya uyuşturucu ya da uyarıcı özellikteki bir maddeyi alışılmış dozdan çok yüksek dozda kullandınız mı?

0- Hayır

1-Evet

Eğer evetse;

Bunu ilk kez yaptığınızda kaç yaşındaydınız?

Bunu kaç kez yaptınız (Lütfen sayı olarak söyleyiniz;1,5,15 gibi)?

Bunu son kez ne zaman yaptınız?

Kaç yıldır bunu yapıyorsunuz veya halen yapmıyorsanız kaç yıl yaptınız?

Bu davranış, hiç hastaneye yatmanıza veya ciddi bir tıbbi tedavi yapılmasına neden oldu mu?

Bu davranışı niçin yaptınız?

21-Hiç isteyerek (veya kasten) bunlar dışında kendinize zarar verdiğiniz başka bir şey yaptınız mı?

0- Hayır

1-Evet

Eğer evetse;

Kendinize nasıl zarar verdiniz?

Bunu ilk kez yaptığınızda kaç yaşındaydınız?

Bunu kaç kez yaptınız (Lütfen sayı olarak söyleyiniz;1,5,15 gibi)?

Bunu son kez ne zaman yaptınız?

Kaç yıldır bunu yapıyorsunuz veya halen yapmıyorsanız kaç yıl yaptınız?

Bu davranış, hiç hastaneye yatmanıza veya ciddi bir tıbbi tedavi yapılmasına neden oldu mu?

Bu davranışı niçin yaptınız?

Kendine zarar verme davranışının motivasyonu:

Bu davranışı niçin yaptınız?

- 1- Ölmek istedim.
- 2- Üzüntü ve depresyondan kurtulmak istedim.
- 3- Varlığımı hissetmek istedim.
- 4- Hissedememekten kurtulmak istedim.
- 5- Çaresizlik hislerini durdurmak istedim.
- 6- Umutsuzluk hislerini durdurmak istedim.
- 7- Mutlu olmak istedim.
- 8- Öfkemi başka birine de göstermek istedim.
- 9- Birinden intikam almak istedim.
- 10- Bastıramadığım ve istemediğim hatıraları, geçmişteki olayların birden aklıma gelmesini ve kabusları durdurmak istedim.
- 11- Kontrolü yeniden kazanmak istedim.
- 12- Aşırı sıkıntıdan kurtulmak istedim.
- 13- Stresten kurtulmak istedim.
- 14- Kendimi cezalandırmak istedim.
- 15- Kendime olan öfkemi göstermek istedim.
- 16- Hissettiğim çaresizliği göstermek istedim.
- 17- Biri veya birilerinin gerçekten beni sevip sevmediğini anlamak istedim.
- 18- Biri veya birilerini korkutmak istedim.
- 19- Biri veya birilerinin dikkatini çekmek istedim.
- 20- Biri veya birilerinin davranışlarını değiştirmek istedim.

Ek.6. Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği Kadın Formu

Hastanın Yaşı ve Cinsiyeti:

Değerlendirici:

ARIZONA CİNSEL YAŞANTILAR ÖLÇEĞİ (ACYÖ) KADIN FORMU

Lütfen her madde için BUGÜN de dahil GEÇEN HAFTAKİ durumunuzu işaretleyin

1. Cinsel açıdan ne derece isteklisiniz?

1	2	3	4	5	6
Oldukça istekli	Çok istekli	Biraz istekli	Biraz isteksiz	Çok isteksiz	tamamen isteksiz

2. Cinsel açıdan ne kadar kolay uyarılırsınız (tahrik olursunuz)?

1	2	3	4	5	6
Oldukça kolay	Çok kolay	Biraz kolay	Biraz zor	Çok zor	Asla olmaz

3. Vajinanız/cinsel organınız ilişki sırasında ne kadar kolay ıslanır veya nemlenir?

1	2	3	4	5	6
Oldukça kolay	Çok kolay	Biraz kolay	Biraz zor	Çok zor	Asla olmaz

4. Ne kadar kolay orgazm olursunuz?

1	2	3	4	5	6
Oldukça kolay	Çok kolay	Biraz kolay	Biraz zor	Çok zor	Asla boşalamam

5. Orgazmınız tatmin edici midir?

1	2	3	4	5	6
Oldukça Tatmin edici	Çok tatmin tatmin edici	Biraz tatmin edici	Pek tatmin etmiyor	Çok tatmin etmiyor	Orgazma ulaşamam

Yorumlar:

.....
.....
.....

EK 7. Etik Kurul Onayı



T.C.
RECEP TAYYİP ERDOĞAN ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığı



Sayı : 40465587-102.01-35
Konu : Etik Kurul

02.03.2020

Sayın Prof. Dr. Çiçek HOCAOĞLU

Üniversitemiz Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kuruluna yapmış olduğunuz “**Premenstruel Disforik Bozukluk ve Premenstruel Sendrom Tanılı Olgularda Çocukluk Çağı Travmatik Yaşantılarının Kendine Zarar Verme Davranışı, İntihar Girişimi ve Cinsel İşlev Üzerine Etkisinin İncelenmesi**” isimli başvurunuz etik kurulumuz yönergesine göre **06.02.2020** tarihinde yapmış olduğu toplantıda incelenmiş olup, **2020/12** karar numarası ile bilimsel ve etik yönden **uygun** bulunmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini saygılarımla rica ederim.



e-imzalıdır

Prof. Dr. Hüseyin Avni UYDU
Başkan

Tel : Fax :

Bilgi : BURAK HANKAYA

Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanununa göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Kodu : 9E028D53-EFF3-4BA9-9844-97DF304E57C5 - <http://ebys.erdogan.edu.tr/EBYS/eimzadogrulam>

