

T.C.
BEYKENT ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI
KLİNİK PSİKOLOJİ BİLİM DALI

**ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNDE
PREMENSTRUAL SENDROM BELİRTİLERİNİN
DUYGUDURUM BOZUKLUKLARI
BELİRTİLERİYLE İLİŞKİSİ**

Yüksek Lisans Tezi

Tezi Hazırlayan:
Ayşegül DOYUM

İstanbul, 2016

T.C.
BEYKENT ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI
KLİNİK PSİKOLOJİ BİLİM DALI

**ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNDE
PREMENSTRUAL SENDROM BELİRTİLERİNİN
DUYGUDURUM BOZUKLUKLARI
BELİRTİLERİYLE İLİŞKİSİ**

Yüksek Lisans Tezi

Tezi Hazırlayan:
Ayşegül DOYUM

Öğrenci No:
130790073

Danışman:
Yrd. Doç. Dr. Neslim GÜVENDEĞER DOKSAT

İstanbul, 2016

YEMİN METNİ

Yüksek lisans tezi olarak sunduğum “Üniversite Öğrencilerinde Premenstrual Sendrom Belirtilerinin Duygudurum Bozuklukları Belirtileriyle İlişkisi ” başlıklı bu çalışmanın bilimsel ahlak ve geleneklere uygun şekilde tarafımdan yazıldığını, yararlandığım eserlerin tamamının kaynaklarda gösterildiğini ve çalışmamın içerisinde kullanıldıkları her yerde bunlara atıf yapıldığını belirtir ve bunu onurumla doğrularım. 04/05/2016

Aday: Ayşegül Doyum



T.C.
BEYKENT ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ
TEZLİ YÜKSEK LİSANS SINAV TUTANAĞI

29.07.2016

Enstitümüz *Psikoloji* Anabilim Dalı *Klinik Psikoloji* Programı yüksek lisans öğrencilerinden 130790073 numaralı *Ayşegül DOYUM'un* "*Beykent Üniversitesi Lisansüstü Eğitim – Öğretim Yönetmeliği*"nin ilgili maddesine göre hazırlayarak, Enstitümüze teslim ettiği "*Üniversite Öğrencilerinde Premenstrual Sendrom Belirtilerinin Duygudurum Bozuklukları Belirtileriyle İlişkisi*" konulu tezini, Yönetim Kurulumuzun 19.04.2016 tarih ve 2016/16 sayılı toplantısında seçilen ve Taksim Yerleşkesinde toplanan biz jüri üyeleri huzurunda, ilgili yönetmeliğin (c) bendi gereğince (60) dakika süre ile aday tarafından savunulmuş ve sonuçta adayın tezi hakkında oyçokluğu oybirliği ile ~~Kabul/Red veya Düzeltme~~ kararı verilmiştir.

İşbu tutanak, 4 nüsha olarak hazırlanmış ve Enstitü Müdürlüğü'ne sunulmak üzere tarafımızdan düzenlenmiştir.

DANIŞMAN

Yrd. Doç. Dr. Neslim Güvender DOKSAT
(Beykent Üniversitesi)

ÜYE

Yrd. Doç. Dr. Samuray ÖZDEMİR
(Beykent Üniversitesi)

ÜYE

Prof. Dr. İrem Yalug ULUBİL
(Kocaeli Üniversitesi)

Adı-Soyadı : Ayşegül DOYUM

Danışmanı : Yrd. Doç. Dr. Neslim GÜVENDEĞER DOKSAT

Türü ve Tarihi : Yüksek Lisans, 2016

Alanı : Klinik Psikoloji

Anahtar Kelimeler : Premenstrual sendrom belirtileri, duygudurum bozuklukları, üniversite öğrencileri

ÖZ

ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNDE PREMENSTRUAL SENDROM BELİRTİLERİNİN DUYGUDURUM BOZUKLUKLARI BELİRTİLERİYLE İLİŞKİSİ

Bu araştırmada, üniversite eğitimi almakta olan kız öğrencilerin premenstrual sendrom belirtileri ve bipolar bozukluk belirtileri arasındaki ilişkinin ortaya koyulması amaçlanmaktadır. Bu amaç çerçevesinde İstanbul Fatih, Şişli ve Üsküdar ilçelerinde yer alan 13 üniversiteden rastgele örneklem metodu ile seçilen toplam 294 kişi çalışmaya dahil edilmiştir. Araştırmanın veri toplama aşamasında kullanılan envanterler Premenstrual Sendrom Ölçeği (PMSÖ), Duygudurum Bozuklukları Ölçeği (DBÖ) ve araştırmacı tarafından üretilmiş olan kişisel bilgi formudur. Araştırma çerçevesinde derlenen data SPSS 23.00 programı aracılığı ile analize tabi tutulmuştur.

Araştırmadan elde edilen genel bulgulara göre, premenstrual sendrom ölçeğinin alt boyutları olan depresif duygulanım, anksiyete, yorgunluk, sinirlilik, depresif düşünceler, ağrı, iştah değişimleri ve uyku düşünceleri ile duygudurum bozuklukları belirtileri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler tespit edilmiştir. Bununla birlikte, şişkinlik alt boyutunun duygudurum bozuklukları belirtileri ile manidar herhangi bir korelasyon sağlamadığı tespit edilen bir diğer bulgudur.

Name and Surname : Ayşegül DOYUM

Supervisor : Asst. Prof. Neslim GÜVENDEĞER DOKSAT

Degree and Date : Master's degree, 2016

Major : Clinical Psychology

Key Words : Premenstrual syndrome symptoms, mood disorders, collage students

ABSTRACT

THE EXAMINATION OF THE RELATIONSHIP BETWEEN PREMENSTRUAL SYNDROME SYMPTOMS AND MOOD DISORDERS SYMPTOMS AMONG UNIVERSITY GIRL STUDENTS

The aim of the study is to examine the relationship between premenstrual syndrome symptoms and mood disorder symptoms among girls who are university students. For this purpose, a total of 294 volunteer people were selected by random sampling method from 13 universities located in Fatih, Sisli and Uskudar was included in the study. The inventories used in the data collection phase of the study are Premenstrual Syndrome Scale (PMSS), the Mood Disorder Questionnaire (MDQ) and a personal information form that is produced by researcher. Data were analyzed with SPSS 23.00.

According to the general findings of the study; there is a correlation between depressive affect, anxiety, fatigue, irritability, depressive thoughts, pain, appetite changes and sleep thoughts which are the dimensions of premenstrual syndrome scale and mood disorder symptoms. However, there is no correlation between the feeling of bulginess and mood disorders.

İÇİNDEKİLER

ÖZ.....	i
ABSTRACT.....	ii
İÇİNDEKİLER	iii
TABLolar LİSTESİ	vi
ŞEKİLLER LİSTESİ	viii
GİRİŞ	1

Birinci Bölüm PREMENSTRUEL SENDROM

1.1. Premenstrual Sendromun Tanımı	3
1.2. Premenstrual Sendromun Tarihçesi	5
1.3. Premenstrual Sendromun Epidemiyolojisi	7
1.3.1. Retrospektif Verilere Dayalı Prevalans Çalışmaları	8
1.3.2. Tek Soru ile PMS yi Değerlendiren Çalışmalar	8
1.3.3. Prospektif Çalışmalarla PMS Tanısı	9
1.3.4. Hastalık Yükünün Ekonomik Etkisi	10
1.4. Premenstrual Sendromun Etiyolojisi	10
1.4.1. Serotonin	11
1.4.2. Monoaminler (Gama aminobutirik asit, GABA)	11
1.4.3. Endojen Opioid Peptitler	11
1.5. Premenstrual Sendromun Risk Faktörleri	12
1.5.1. Yaş	12
1.5.2. Parite	12
1.5.3. Medeni Durum	13
1.5.4. Sosyoekonomik Durum	13
1.6. Premenstrual Sendromun Semptomları	14
1.7. Premenstrual Sendromun Tanısı	14
1.8. Premenstrual Sendromun Tedavisi	19

İkinci Bölüm DUYGUDURUM BOZUKLUKLARI

2.1. Duygudurum Bozukluklarının Tarihçesi	23
2.1.1. 19. Yüzyıl Öncesi Fikirler	23
2.1.2. 19. Yüzyıl Sonrası Fikirler	23
2.1.3. Günümüze Doğru Tanımlamalardaki Değişiklikler	24
2.2. Duygudurum Bozukluklarının Epidemiyoloji	26
2.3. Duygudurum Bozukluklarının Etiyolojisi	27
2.3.1. Biyolojik Nedenler	27
2.3.1.1. Biyojenik Aminler	27
2.3.1.2. Nöroendokrin Değişiklikler	27

2.3.1.3. Kalıtsal Nedenler	28
2.3.1.4. Beyinde Yapısal Bozukluklar	28
2.3.1.5. Uyku Bozuklukları.....	28
2.3.2. Psikososyal Nedenler	29
2.3.2.1. Yaşam Olayları	29
2.3.2.2. Hastalık Öncesi (Premorbid) Kişilik.....	29
2.3.2.3. Psikoanalitik Kuram	29
2.3.2.4. Benlik (ego) Psikolojisi	30
2.3.2.5. Bilitsel (kognitif) Kuram	30
2.3.2.6. Davranışçı Kuram	30
2.4. Duygudurum Bozukluklarının Tanı Ölçütleri ve Sınıflandırma.....	31
2.4.1. Majör Depresif Bozukluk Tanı Ölçütleri.....	31
2.4.2. Bipolar I Bozukluk Tanı Ölçütleri	32
2.4.3. Hipomani Tanı Ölçütleri	33
2.4.4. Başka Türü Adlandırılmayan BPB	34
2.4.5. Mevsimsel Duygudurum Bozukluğu	34
2.5. Depresyonda Klinik Özellikler	35
2.5.1. Ruhsal Durum	36
2.5.2. Ayırıcı Tanı.....	38
2.5.2.1. Tıbbi Hastalıklar	38
2.5.2.2. Diğer Ruhsal Durumlar.....	38
2.5.2.3. Yas	39
2.5.3. Gidiş ve Sonlanım:.....	39
2.6. Mani Nöbetinde Klinik Özellikler	40
2.6.1. Ruhsal Durum	40
2.6.2. Manide Ayırıcı Tanı.....	41
2.6.3. Gidiş ve Sonlanım.....	42
2.7. Distimik Bozuklukta Klinik Özellikler	42
2.8. Siklotimik Bozuklukta Klinik Özellikler	43
2.9. Duygudurum Bozukluklarında Sağaltım	43
2.9.1. Depresif Dönemin Sağaltımı	43
2.9.2. Manik Dönemin Sağaltımı.....	43
2.9.3. Bipolar Bozuklukta Koruyucu Sağaltım.....	44

Üçüncü Bölüm YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı.....	45
3.2. Araştırmanın Problemleri ve Alt Problemleri.....	45
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme.....	46
3.4. Araştırmanın Modeli.....	46
3.5. Araştırmanın Hipotezleri	46
3.6. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	47
3.7. Veri Toplama Araçları	47
3.7.1. Premenstrual Sendrom Ölçeği (PSÖ)	47
3.7.1.1. Ölçeğe Ait Güvenirlilik Çalışması.....	48
3.7.1.2. Ölçeğe Ait Betimleyici İstatistikler	49

3.7.2. Duygudurum Bozuklukları Ölçeği (DBÖ)	49
3.7.2.1. Ölçeğe Ait Güvenirlilik Çalışması.....	50
3.7.2.2. Ölçeğe Ait Betimleyici İstatistikler	50
3.8. Verilerin Toplanması	51
3.9. Verilerin Çözümlemesi	51

Dördüncü Bölüm

BULGULAR

4.1. Araştırma Grubunun Demografik Yapısına İlişkin Değerler	52
4.2. PSÖ ve DBÖ Arası İlişkiye Yönelik Hipotez Sınamaları	58
4.3. Fark Analizleri	63

TARTIŞMA VE YORUM.....	82
SONUÇ VE ÖNERİLER.....	86
KAYNAKLAR	89
EKLER	100
ÖZGEÇMİŞ	107

TABLÖLAR LİSTESİ

Tablo No:

Sayfa No:

Tablo 1. PMS Tanısında Güncel Yaklaşımlar.....	5
Tablo 2. DSM IV TR (2000); BPB Sınıflandırılması	25
Tablo 3. Duygudurum Bozukluklarının DSM-IV-TR'ye Göre Yaşam Boyu Yaygınlığı (Amerikan Psikiyatri Birliği: Washington DC, 2000)	26
Tablo 4. Duygudurum Bozukluklarının Yaşam Boyu Yaygınlığı	27
Tablo 5. DSM-IV'e Göre Major Depresif Bozukluk Tanı Ölçütleri	32
Tablo 6. DSM-IV'e Göre Bipolar I Bozukluk Tanı Ölçütleri.....	33
Tablo 7. DSM-IV'e Göre Hipomani Tanı Ölçütleri.....	33
Tablo 8. DSM IV- TR Mevsimsel Yapı Belirleyicisi	35
Tablo 9. PSÖ Alt Boyutlarına İlişkin Güvernilik Analizi.....	48
Tablo 10. PSÖ Alt Boyutlarına İlişkin Betimleyici İstatistikler	49
Tablo 11. DBÖ Güvenirlik Analizi	50
Tablo 12. DBÖ Betimleyici İstatistikler	51
Tablo 13. Yaş Değişkenine Ait Değerler	52
Tablo 14. Gelir Durumu	52
Tablo 15. Kişilik Yapısı	53
Tablo 16. Genel Sağlık Durumu	53
Tablo 17. Herhangi Bir Hastalığa Sahip Olma Durumu	53
Tablo 18. Rahim veya İki Yumurtalığın Alınıp Alınmama Durumu	54
Tablo 19. Son İki Yıl İçinde Ruhsal Bir Rahatsızlıktan Tedavi Görme Durumu	54
Tablo 20. Sürekli İlaç Kullanma Durumu.....	54
Tablo 21. Kemoterapi veya Radyoterapi Görme Durumu	55
Tablo 22. Düzenli Olarak Spor Yapma Durumu	55
Tablo 23. Kahve Tüketme Sıklığı	55
Tablo 24. Çay Tüketme Sıklığı	56
Tablo 25. Kola Tüketme Sıklığı.....	56
Tablo 26. Çikolata Tüketme Sıklığı	56
Tablo 27. Süt Ürünleri Tüketme Sıklığı.....	57
Tablo 28. Sigara Kullanma Durumu	57
Tablo 29. Pearson Korelasyon Tablosu	58

Tablo 30. Hipotez Test Sonuçları.....	62
Tablo 31. Premenstrual Sendrom ve Duygudurum Bozuklukları Ölçeklerine Ait Katılımcıların Yaşı Değişkenine Göre ANOVA Tablosu	63
Tablo 32. Premenstrual Sendrom ve Duygudurum Bozuklukları Ölçeklerine Ait Katılımcıların Gelir Durumu Değişkenine Göre ANOVA Tablosu	64
Tablo 33. Premenstrual Sendrom ve Duygudurum Bozuklukları Ölçeklerine Ait Katılımcıların Kişilik Yapısı Değişkenine Göre ANOVA Tablosu	65
Tablo 34. Premenstrual Sendrom ve Duygudurum Bozuklukları Ölçeklerine Ait Katılımcıların Genel Sağlık Durumu Değişkenine Göre ANOVA Tablosu.....	66
Tablo 35. Premenstrual Sendrom ve Duygudurum Bozuklukları Ölçeklerine Ait Katılımcıların Herhangi Bir Hastalığa Sahip Olma Değişkenine Ait t-test Tablosu .	67
Tablo 36. Premenstrual Sendrom ve Duygudurum Bozuklukları Ölçeklerine Ait Katılımcıların Rahmin veya İki Yumurtalığın Alınmış Olması Değişkenine Ait t-test Tablosu	69
Tablo 37. Premenstrual Sendrom ve Duygudurum Bozuklukları Ölçeklerine Ait Katılımcıların Ruhsal Rahatsızlık Durumu Değişkenine Ait t-test Tablosu.....	70
Tablo 38. Premenstrual Sendrom ve Duygudurum Bozuklukları Ölçeklerine Ait Katılımcıların Sürekli Kullanılan Bir İlaça Sahip Olma Durumu Değişkenine Ait t-test Tablosu	72
Tablo 39. Premenstrual Sendrom ve Duygudurum Bozuklukları Ölçeklerine Ait Katılımcıların Spor Yapma Alışkanlığı Değişkenine Göre ANOVA Tablosu.....	73
Tablo 40. Premenstrual Sendrom ve Duygudurum Bozuklukları Ölçeklerine Ait Katılımcıların Kahve Tüketim Alışkanlığı Değişkenine Göre ANOVA Tablosu.....	74
Tablo 41. Premenstrual Sendrom ve Duygudurum Bozuklukları Ölçeklerine Ait Katılımcıların Çay Tüketim Alışkanlığı Değişkenine Göre ANOVA Tablosu.....	75
Tablo 42. Premenstrual Sendrom ve Duygudurum Bozuklukları Ölçeklerine Ait Katılımcıların Kola Tüketim Alışkanlığı Değişkenine Göre ANOVA Tablosu.....	76
Tablo 43. Premenstrual Sendrom ve Duygudurum Bozuklukları Ölçeklerine Ait Katılımcıların Çikolata Tüketim Alışkanlığı Değişkenine Göre ANOVA Tablosu..	77
Tablo 44. Premenstrual Sendrom ve Duygudurum Bozuklukları Ölçeklerine Ait Katılımcıların Süt Ürünleri Tüketim Alışkanlığı Değişkenine Göre ANOVA Tablosu	78
Tablo 45. Premenstrual Sendrom ve Duygudurum Bozuklukları Ölçeklerine Ait Katılımcıların Sigara Kullanma Durumu Değişkenine Göre ANOVA Tablosu	79

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil No:

Sayfa No:

Şekil 1. Premenstruel semptomlar, PMS ve PMDB tanıları.....	19
Şekil 2. Araştırma Modeli	46



GİRİŞ

Adet döngüsü boyunca ve özellikle adet öncesi dönemde kadınlarda bir takım ruhsal ve bedensel değişikliklerin olduğu uzun yıllardan beri bilinmektedir. Premenstrual sendrom (PMS) olarak tanımlanması ve bu terimin bilimsel dile yerleşmesi ise son dönemlerde gerçekleşmiştir. Bununla birlikte sebepleri, tanısı, görülme sıklığı ve yaygınlığı, sınırları konusunda yapılmış olan çok sayıda çalışmaya rağmen henüz bir görüş birliğine varılamamış olduğu söylenebilir.

Premenstrual Sendrom (PMS) DSM-IV'te "başka türlü adlandırılmayan depresif bozukluklar" grubu içinde duygudurum bozuklukları kategorisine yerleştirilmiştir. Çünkü PMS'nin duygudurum bozuklukları ve bu grubun içinde de başlıca depresyonla ilişkili olduğunu düşündüren çalışmalar vardır. PMS belirtileri arasında; depresif duygudurum, anksiyete, duygulanımda değişkenlik, iritabilite, konsantrasyon güçlüğü, enerji azlığı, iştahta değişiklik, uyku düzensizliği ve fiziksel belirtiler bulunmaktadır. Bu belirtileri içeren farklı psikiyatrik rahatsızlıklar da bulunmaktadır. Bu ortak durum PMS'nin diğer psikiyatrik rahatsızlıklarla bağlantısı, etkileşimi olabileceğini düşündürmektedir ancak bu konuda yapılan daha önceki çalışmalar oldukça sınırlıdır.

PMS'de tanı konulabilmesi için yakınmaların içeriği ve zamanlaması önem taşımaktadır. Adet döngüsünün adet öncesi döneminde belirtiler görülürken adet sonrası dönemde bu belirtilerin azalması, ortadan kalkması beklenmektedir. Bu konuyla ilgili yapılan çalışmalarda sonuçların daha sağlıklı yorumlanabilmesi için ileriye dönük günlük kayıtlarla takip etmek gerekmektedir. Bu durum araştırmaların sınırlı olmasına etki etmektedir.

Bu çalışmada; üniversite eğitim gören kız öğrencilerde premenstrual sendrom belirtileri ile duygudurum bozuklukları belirtileri arasındaki ilişkinin ortaya koyulması amaçlanmaktadır. Toplam dört ana bölümden oluşan çalışmanın birinci bölümünde premenstrual sendrom konusu ele alınmıştır. Konu başlığında, premenstrual sendromun tanımı yapıp tarihsel süreci ele alınırken; premenstrual sendromun epidemolojisi, etiyolojisi, risk faktörleri, tanısı ve tedavisi sunulan diğer alt başlıklardır.

Araştırmanın ikinci bölümünde duygudurum bozuklukları konusu tarihçesinden başlayarak detaylıca irdelenmiştir. Bozukluğun epidemiyolojisi, etyolojisi, tanı ölçütleri, klinik gidiş özellikleri ve sağaltım yaklaşımları ele alınmıştır.

Çalışmanın üçüncü bölümü olan yöntem kısmında çalışma grubunun genel yapısına ait özellikler, araştırma modeli ve hipotezleri ile araştırma kapsamında kullanılan veri toplama araçları açıklanmıştır. Bununla birlikte dördüncü bölüme ait analizler için kullanılan tekniklere yine üçüncü bölümde yer verilmiştir. Dördüncü bölümde ise araştırmaya ait bulgular araştırma grubunun demografik yapısı, hipotezlerin sınanması ve fark analizleri isimli 3 alt başlıkta sunulmuştur.



Birinci Bölüm

PREMENSTRUEL SENDROM

1.1. Premenstrual Sendromun Tanımı

PMS, menstrual siklusun luteal fazı esnasında ortaya çıkarak, menstruasyonun başlamasıyla birlikte hızlı bir şekilde düzelen, yaşamı ya da işleri etkileyecek orandaki somatik, bilişsel (kognitif), duygusal ve davranışsal olan bozuklukları tanımlayabilmek amacıyla kullanılmakta olan bir terimdir (Speroff, Glass, Kase, 1999; Parker, 1993). En sık biçimde görülen belirtiler, abdominal gerginlikler (şişkinlik), anksiyete, meme hassasiyetleri, ağlama nöbetleri, depresyonlar, tükenmişlik hisleri, halsizlikler, irritabiliteler, öfkenin kontrol altında tutulamaması, yeme-içme konusunda değişiklikler ve ekstremitelerde değişen ölçülerde ödemlerdir. Bu şikâyetler genelde siklusun son 7-10 günlerinde görülürler (Speroff, Glass, Kase, 1999; Parker, 1993).

Semptomların sayılarının fazlalıkları, değişik ölçülerde seyretmeleri ve evrensel anlamda tanı ölçütleri tablosunun hâlihazırda kabul görmüyor olmaları PMS tanısında zorluk oluşturmaktadır. Terminolojisinde de bugün de belirsizlikler mevcuttur. Premenstruel gerginlikler ve premenstruel disforik bozukluklar (PMDB) bu semptomlar toplulukları için kullanılmakta olan başka terimlerdir (Reid, Van Vugt, 2007; Speroff, Glass, Kase, 1999)

PMDB kriterleri, 1987 yılında yayınlanmış olan "Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders"ın (DSM-III-R) üçüncü baskısında Late Luteal Phase Disphoric Disorder (Geç Luteal Faz Disforik Bozukluk) başlıkları altında yer almışlardır. Sonrasında tekrar gözden geçirilerek 1994 yılında yayınlanmış olan dördüncü baskıda (DSM-IV) da yer almış olmasına karşın birtakım otörler, PMDB'nin yalnızca luteal fazın geç olan dönemlerindeki semptomları göz önüne alarak, bütün luteal faz boyunca şikâyetleri olan bayanları göz ardı etmesi sebebiyle, PMS ile PMDB'nin aynı anlamlarda kullanılmamalarının gerekli olduğunu savunmaktadırlar (O'Brien, 1993).

PMS ile PMDB ayrımını yapmakta zorluklar olsa dahi Amerikan Psikiyatri Birliği (APA) de PMDB'nin PMS'ye göre daha çok şiddetli olmasıysa ayrılması gerekli olan bir durum olduğunu ifade etmektedir. Fakat PMDB-PMS ayrımını yapabilmek amacıyla hâlihazırda tespit bir altın standart yoktur (Speroff, Glass, Kase, 1999). Klinik olarak tarifini yapmaktaki zorluk ve teşhis koyan kriterlere ilişkin görüş birliğine hala varılmamı  olması, prevalansın tespiti ve hastalığın tedavisinin değerlendirilmesinde zorluklara sebep olmaktadır (Freeman, DeRubeis, Rickels, 1996). Çağımızda PMS tanısında birbirlerine benzemekle beraber 3 değişik yaklaşım vardır.

Amerika Kadın Hastalıkları ile Doğum Birliği'nin (American College of Obstetricians and Gynecologists, ACOG) tanımlamış oldukları PMS, Dünya sağlık  rg t  (DSÖ) tarafından yayımlanmış olan International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-10) da tanımlanan Premenstruel Tension Syndrome (Premenstruel gerginlik sendromları, PMTS), DSM IV tanı kitaplarında tanımlanan PMDB (Halbreich, 2007). PMS'de güncel olan yaklaşımlar tablo 1'de irdelenmiştir.

Tablo 1. PMS tanısında güncel yaklaşımlar

	Tanı şekli	Kategori	Zaman ve Genel Özellikler
ICD-10	PMTS	Kadın Doğum	Premenstruel olarak görülür Menstruasyonu takiben yatıştır
ACOG	PMS	Kadın Doğum	Menstruasyondan 5 gün önce görülür Menstruasyonun başlamasından 4 gün içinde yatıştır Siklusun en az 13. gününe kadar tekrarlamaz
APA DSM-IV	PMDB	Psikiyatri	Menstruasyondan önceki hafta başlar, foliküler fazın başlangıcından sonra birkaç gün içinde yatıştır, En az 5 semptom; bunlardan biri depresyon, anksiyete/gerginlik, kızgınlık/ huzursuzluk olmak üzere diğer niteleyici semptomlar: İlgide azalma, konsantrasyon güçlüğü, halsizlik, uyku değişiklikleri, kontrol kaybı, iştah değişiklikleri, memelerde hassasiyet, şişkinlik, baş ağrısı gibi fiziksel semptomlar, Çalışma hayatı, ilişkiler ve sosyal aktivitelerin etkilenmesi, Bir önceki yılda menstrel siklusların çoğunda görülmesi En az ardışık iki siklusta gözlenmesi Başka bir hastalığın alevlenmesi olmaması, Alkol ve ilaç kullanımı veya suistimali olmaması

Bugün en yaygın biçimde kullanılmakta olan kriterler DSM -IV te yer almış olan kriterlerdir.

1.2. Premenstrual Sendromun Tarihçesi

PMS'ye dair yapılan çalışmalar çok uzun senelerden bu tarafa çelişkilerle dolu biçimde görülmektedir. Bununla beraber etiyolojileri anlama ve tedavileri geliştirme hususunda son senelerde ilerlemeler meydana gelmiştir. Premenstruel hastalıklarını tanımlayabilme yolunda en kolay olan ve en yaygın yol literatürlerde kullanılmakta olan terminolojisiindeki tarihsel anlamdaki değişimlere dayalı olarak dört döneme ayırmak suretiyle irdelemektir (O'Brien, Khaled, 2007). Bu dönemler:

- Hipokratın kaygılarından premenstruel gerginliklere (PMT) kadar olan dönemler: Bu periyotta semptomların tarifleri, tanımlanması ilk kez anlaşılmış ve sorunun farkına varılmıştır.

- PMT'den PMS'ye: Bu dönemlerde siklik ovaryan hormonlar ile semptomlar arasındaki münasebet tanımlanmışlardır.
- PMS ve Amerika Psikiyatri Birliği'nin PMDB'yi tarifleri arasındaki dönemler: Bu dönemlerde bilimsel olan uğraşların mühim bir bölümü premenstruel hastalıkların tanımlanmaları ve sayılarının tespiti üzerine yaygınlaşmıştır. Tekrar bu dönemlerde progesteron eksiklikleri teorileri araştırılmış ve reddedilmişlerdir.
- PMDB'den günümüze: Bu dönemlerde ovulatuvar progesteronun normal olan seviyelerine kadınların duyarlı oldukları anlaşılmış ve bunların olası bir nöroendokrin açıklamayı gösterebilecekleri kabul edilerek psikoterapik ilaçlar ile (bilhassa selektif serotonin geri alım inhibitörleri (SSRIs) tedavi edilebilecekleri gösterilmiştir.

Menstruasyona ilişkin olarak birçok dini ve tarihi metinler vardır. Premenstruel semptomlardan ilk defa Torah (Tevrat) ile Talmud'da (Yahudilerin mukaddes olarak saymış oldukları kitapları Torah ve Talmud olmak üzere ikiye ayrılırlar: Birincisi yazılı olan emirleri ikincisiye sözlü olan emirleri içermektedir) ya da Hipokrat'ın çalışmalarında anlatılmıştır. İki dini olan çalışmalarda menstruasyonla alakalı yaygın tartışmalar olmalarına karşın Hipokrat'a atfedilmiş olan çalışmalardan evvel premenstruel semptomların tanımlarına ilişkin olarak direkt bir bulgu bulabilmek güçtür. Mitolojide menstruasyon ve davranışlara ait pek çok yazı olmasına rağmen bunların zamanla ilişkisine (pre ya da perimenstruel) dair herhangi bir veri yoktur. Bununla beraber Hipokrat'ın çalışmalarında PMS'yi açık bir biçimde tanımlamakta olan ifadeler ve özdeyişlerin bulundukları örnekler mevcuttur (O'Brien, Khaled, 2007).

Hipokrat'ın yaptığı çalışmalarında "Histeri" terimleri, siklik menstruel disfonksiyonu tanımlamak amacıyla kullanılmaktaydı ve bu probleme uterusun, vücut içerisinde dolaşarak bir yere yerleşmesinin sebep oldukları düşünülmekteydi (Parker, 1993). Hipokrat'ın akabinde literatürdeki tanımına değin premenstruel semptomlara ait tarifler yapılmıştır. Halbreich şiddetli PMS'ye ait üç mühim tariftten söz etmiştir (Halbreich, 2006).

Bunlardan ilki 11. yüzyılda yaşamış olan İtalyan asıllı akademisyen Trotulo of Salerno'nun PMS'si olan bayanlardan: aynı nedenlerden ötürü çile çeken, kanamaları olduğu zaman rahatlamakta olan kadınlar biçiminde söz etmeleri (Halbreich, 2006).

- İkinci olarak 16. YY. da yaşamış olan Giovanni da Padua'nın menstruasyonla depresyonlar arasındaki münasebeti tanımlaması.
- Üçüncü olarak ise İngiliz Doktor James Cowles Prichard tarafından yapılmış olan bayanların bazılarının adet dönemlerinde sinirsel olarak uyarılarda artış olduğunu, düşünce eğilimlerinin değişmiş olduğunu, tutarsız, kaprisli ruh halleri, duygularda aşırılıklar, kavgaya meyiller ve melankolilerden söz edilen tanımlardır (Halbreich, 2006).

1931'de Amerikalı jinekolog olan R.T.Frank, Acedemy of Medicine'de, menstrüasyondan 7-10 gün evvel görülmüş olan şiddetli gerginlikler, kilo artışları, baş ağrıları ve ödemele karakterli tabloyu "Premenstruel Gerginlik" biçiminde tanımlamışlardır. Frank, problemin kadınlarda ki sex hormonlarının kifayetsiz biçimde salgılanmalarıyla alakalı olduklarını düşünmekteydi (Parker, 1993; Speroff, Glass, Kase, 1999; Halbreich, 2007; Logue, Moos, 1986). Yine 1930 yılında S. Leon Israel, ilk defa sendromun, progesteron yetersizlikleri ve rölatif hiperöstrojenizme bağlı luteinizasyon bozukluklarından kaynaklandıklarını ileri sürmüşlerdir (O'Brien, Khaleed, 2007).

"Premenstruel Sendrom" terimleri ise ilk defa 1953 yılında Dalton tarafından 84 vakalı olan bir raporda kullanılmıştır (Halbreich, 2006). Günümüzde, PMS'nin etiyolojileri, tanı metotları ve tedavileri konularında henüz bir fikir birliğine varılamamış olmakta ve çalışmalar devam etmektedir.

1.3. Premenstrual Sendromun Epidemiyolojisi

PMS, ovulatuar bayanların kronik rahatsızlıkları biçiminde kabul edilmektedir. Doğurganlık çağlarındaki bayanların %20-40'ında orta şiddette PMS semptomları görülmekteyken, bayanların %80'i hayatları süresince en az bir defa farklı PMS semptomları yaşamaktadırlar. PMS'nin ciddi formu biçiminde kabul edilmekte olan ve DSM-IV'te LLPD şeklinde tarif edilen PMDB'nin prevalansı ise %3 ile %8 aralarında değişiklik göstermektedir (Halbreich, 2007; Pearlstein, 2007).

PMS ve PMS semptom oranlarının prevalansını araştıran kohort ve klinik örnekler üzerinde yapılmış olan hastane odaklı birçok çalışma mevcuttur (Condon, 2006; Pearlstein, 2007). İlk yapılmış olan çalışmalar premenstruel duygusal, davranışsal ve fiziki semptomların sorgulanmış olduğu geriye dönük tek zamanlı

skalayla yapılan ya da PMS'den ötürü meydana gelen sıkıntıların sorgulanarak, evet, hayır diye yanıtlanmasının beklendiği çalışmaları (Pearlstein, 2007). Birtakım araştırmalarda da geriye dönük olarak anket formu niteliğinde Premenstruel assesment formu (PAF) kullanılmıştır.

1.3.1. Retrospektif Verilere Dayalı Prevalans Çalışmaları

İsviçre'de premenstruel semptomların prevalansını bulmak için yapılan iki araştırmada 14 sene süresince 5 değerlendirme yapılmıştır. 299 kadından %8.1'inin ciddi, 13.6'sının orta premenstruel duygusal ve somatik semptom kriterlerini karşılamış oldukları tespit edilmiştir (Merikangas, Foeldenyi, Angst, 1993; Angst, Sellaro, Stolar vd., 2001).

Moos Menstrual Distress Questionnaire (MDQ) ile yapılmış olan çalışmaların birinde telefonla kendilerine ulaşılan kadınların %8.3'ünde premenstruel semptomlar tespit edilirken (Deuster, Adera, South-Paul, 1999), Kanada'lı bayanlar üzerinde yapılmış olan çalışmalarda kadınların %2- 7'sinin PMS kriterlerini karşıladıkları tespit edilmiştir (Ramcharan, Love, Dick vd., 1992). İlave olarak Sietla' da MDQ ile yapılmış olan retrospektif araştırmada 191 kadının %3-12'si ciddi premenstruel semptomları rapor etmişlerdir (Woods, Most, Dery, 1982).

İova'da PAF kullanılmak suretiyle yapılmış olan çalışmada 730 hemşirelik öğrencilerinin %3.2'sinde ciddi biçimde PMS tespit edilmiştir (Johnson, McChesney, Bean, 1988). İsveç'te 1083 bayandan %10'unun geçmiş 6 aylık zaman zarfında PMS sebebiyle en az bir defa işe gidemedikleri ve bununla duygusal ve fiziksel semptomların şiddetleri arasında münasebet olduğu gözlenmiştir (Andersch, Wendestam, Hahn vd., 1986). İngiltere'de 658 bayanda MDQ kullanılarak yapılmış olan bir çalışmada PMS'si olanların %55'i eşleriyle %43'ü çocuklarıyla olan ilişkilerinde, %33'ü işleri üzerine PMS'nin major etkisi olduklarını ifade etmişlerdir (Corney, Stanton, 1991).

1.3.2. Tek Soru ile PMS yi Değerlendiren Çalışmalar

PMS'nin tek soruyla değerlendirilmiş olduğu çalışmalar da bulunmaktadır. Kadınlara premenstruel dönemlerde şikâyetlerinin olup olmadıkları sorulmuş, evet ya

da hayır yanıtlarına bakılarak değerlendirmeler yapılmıştır. Bu incelemelerden birinde menstruel şikâyeti olmayan 574 bayan PMS beyanlarına göre SF 36 ile değerlendirilmiştir (Barnard, Frayne, Skinner vd, 2003).

Bir başka çalışmada 52 kadın tek soru ile değerlendirildiğinde; kendi ifadelerine göre PMS'si olan kadınların, evliliklerinde ve aile içi münasebetlerinde daha memnuniyetsiz oldukları tespit edilmiştir (Winter, Ashton, 1991). Hardie ve arkadaşlarının (Hardie, 1997) yaptıkları çalışmada, PMS olduğunu söyleyen bayanların işe olan devamsızlıklarının daha çok oldukları görülmüştür. Bir başka çalışmada 220 bayan değerlendirilmiş ve bayanlar gittikleri hekimlerin kendilerine tanı koyamadıklarını ve yeterli düzeyde tedavi edemediklerini hissettiklerini ifade etmişlerdir (Kraemer, Kraemer, 1998).

1.3.3. Prospektif Çalışmalarla PMS Tanısı

PMS ve PMDB tanısını prospektif biçiminde değerlendiren araştırmalar kısıtlıdır. Kaliforniya'da 1194 bayan üzerinde günlük tutularak yapılmış olan bir çalışmada bayanların %4,7'sinin ciddi PMS, %12,6'sının PMDB kriterlerini karşıladıkları görülmüştür (Chawla, Swindle, Long, 2002). Güney Kaliforniya'da 15-49 yaşlar arası bayanlar günlük tutturularak iki ay boyunca izlenmiş ve yapılmış olan değerlendirmeler neticesinde bayanların %30'unun PMS kriterlerini karşıladıkları tespit edilmiştir (Borenstein, Dean, Endicott vd., 2003).

Ülkemizde prevalans çalışmaları sınırlı olup, çoğunlukla organize topluluklar veya başvurmuş olan hastalar üzerinde gerçekleştirilmiştir. Soydinç ve arkadaşlarının (Soydinç, Işık, Zorlu vd., 1994) doğumevi'ne başvurmuş hastalardan 602'si üzerinde yaptıkları çalışmada, bayanların % 6,6'sında PMS bulguları tespit edilmiştir. İstanbul'da Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesinde'ki bir araştırmadaysa, 318 bayanın %38,1'inin, DSM-III-R'daki PMDB tanı ölçütlerini karşıladıkları, ilaç kullanma ihtiyaçlarının %14,2 olduğu görülmüştür. Bayanlarda ortalama olarak negatif değişiklik sayıları 9,69 ve en az bir negatif semptom bildirme oranları %98,4 biçiminde tanımlanmıştır (Tomruk, 1991).

Narlıdere'de yapılmış olan bir çalışmada 176 bayanda semptomların görülme sıklıkları irdelenip, görüşülen her bayanda az ya da çok premenstruel semptomlarının oldukları görülmüştür (Musall, Uçku, 1992).

Adölesan döneminde PMS prevalansının incelendiği bir araştırmada 357 öğrenci arasında PMS prevalansı %42.7 şeklinde bulunurken, premenstruel şikayetlerden ötürü okullara devamsızlık oranları %38.1 biçiminde tespit edilmiştir (İnce, 2001). Üniversite öğrencilerinin üzerinde PMS'nin araştırılmış olduğu bir çalışmada 406 üniversite öğrencisinde, PMS prevalansı %17.2 olarak tanımlanmıştır (Karavuş, Cebeci, Bakırcı, Hayran, 1997).

Tanı koyucu kriterlerin DSM'4 te tespit edilmesinden sonra kesin olan tanı için kadınların ileriye dönük 2 menstruel siklus boyunca semptomlarını günlük biçimde derecelendirmesi gerekli olmaktadır. İleriye dönük çizelgeyle semptomların sıklık yapıları, zamanını ve şiddetini doğrulanmaktadır.

1.3.4. Hastalık Yükünün Ekonomik Etkisi

Borenstein ve arkadaşlarınca (Borenstein, 2003) 374 bayan üzerinde yapılmış bir çalışmada, %13.7 işlere devam etmeme oranları ve %15 üretkenliklerde azalma verilerine dayanarak PMS'li bayanların her yıl her hasta adına doğrudan biçimde ortalama 59, dolaylı olarak da 4333 dolar ilave maliyet getirdikleri hesap edilmiştir.

1.4. Premenstrual Sendromun Etiyolojisi

Multifaktoriyel sebeplere bağlı oldukları düşünülmekte olan PMS'nin etiyolojisi net olarak bilinmemektedir. Yapılmış araştırmalarda türlü hormon seviyesi değişiklikleri mesul tutulmuştur. Bunlar; östrojen, progesteron, prolaktin, büyüme hormonları, tiroid hormonları, FSH, LH, ADH, insülin, prostoglandinler ve kortizoldür (Parker, 1993).

Progesteron seviyelerindeki düşüklük, östrojenin yüksek ya da düşük ölçütleri, östrojen-progesteron oranlarında oluşan değişiklikler, aldosteron, renin- angiotensin ve adrenal bez aktivitelerindeki yükselişler, endojen endorfinlerin düşüklükleri, merkezi katekolamin değişiklikleri, prolaktin salınımlarının artışları PMS etiyolojisinde suçlanmış olan hormon değişikliklerindendir (Speroff, Glass, Kase, 1999). Son yıllarda yapılmış olan araştırmalarda, PMS'li bayanlarda östrojen, progesteron prolaktin ve tiroid hormonu seviyelerinin normal oldukları saptanmıştır (Havens, Sullivan, Tilton, 1996).

En son yapılmış araştırmalara bakıldığında premenstruel semptomların menstruel siklusun luteal fazı esnasında overlerden salınmış sex steroidlerindeki değişimlerden kaynaklandıkları fikri kabul görmektedir. Fakat hala PMS'nin psikonöroendokrin etyolojisi açık olarak bilinmemektedir. Bugün ise üzerinde en fazla çalışılmakta olan maddeler, overlerden salgılanan steroidlerin Santral Sinir Sistemlerindeki mediatörleri olan serotonin, gama-amino bütirik asit (GABA) reseptörleri ve beta endorfinlerdir (Gerbie, 1994; Reid, Van Vugt, 2007).

1.4.1. Serotonin

Serotonin (5-HT, 5 hidroksi triptamin), genel ruh hallerinin meydana gelmesinde mühim bir nörotransmittördür. Duyguların, uyku ve iştah değişiklikleriyle ilişkileri olduğu kanıtlanmıştır. Seratoninerjik disfonksiyon PMS'nin etyolojisinde de suçlanmaktadır. PMS'li bayanların luteal fazlarında periferik kanlardaki serotonin seviyeleri düşüktür (Logue, Moos, 1986). Ciddi PMS'nin veya PMDB' nin tedavilerinde ilk tercih seratoninerjik antidepresanlardır.

1.4.2. Monoaminler (Gama aminobutirik asit, GABA)

GABA santral olan sinir sisteminden salınmakta olan, anksiyete, dikkat, uyanıklılık, stresin düzenlenmelerinde kritik ehemmiyeti olan temel inhibitör nörotransmitterdir (Rabow, Russek, Farb, 1995). GABA seviyesi düşüklüğünde anksiyete ve depresyon meydana gelmektedir. SSS'deki olumlu tesirlerinin yanı sıra, kan basıncı stabilizasyonu, bel ağrıları gibi kronik ağrılarda analjezik etkiler, insülin hormonu etkilerinin artışları ve premenstruel semptomları azaltıcı etkileri de bulunmaktadır. B6 vitamini ve Manganez GABA sentezlerini ve etkilerini artırır (Havens, Sullivan, Tilton, 1996).

1.4.3. Endojen Opioid Peptitler

Endojen opioid peptitler; endorfinler, enkefalinler, dinorfinler ve diğer peptitleri içermektedir. PMS'si olan bayanlarla kontrol gruplarının karşılaştırmalarında menstruel siklus esnasında endorfinlerin derecelerinde değişimler

oldukları, PMS’li bayanların luteal fazlarındaki endorfin düzeylerinin daha düşük oldukları gösterilmiştir (Reid, Yen, 1981; Chuong, Coulam, KAo vd., 1985). Endorfinler ruh hallerini, iştah ve susama benzeri durumları değiştirebilirler. Davranışlarda, uyku durumlarında, ısı regülasyonlarında ve bağırsak fonksiyonlarında etkilidirler. PMS’li bayanlarda, duygu durumlarında görülen dalgalanmalar endorfin seviyelerindeki eksikliklere bağlanmaktadır (Cohen, Cohen, Pickar vd., 1981; Acar, 1996).

1.5. Premenstrual Sendromun Risk Faktörleri

1.5.1. Yaş

PMS’nin yaşla olan ilişkilerini değerlendiren değişik çalışmalar bulunmaktadır. Semptomlar yaşla artış göstermekte, ovaryan aktivitenin azalmasıyla azalmakta ve menopozla beraber bitmektedirler (Freeman, 2007). Semptomların ender olarak adölesan dönemlerinde başladıklarını ve en yüksek prevalansın geç 20’li, erken 30’lu yaşlarda görüldüklerini ortaya koyan çalışmalar vardır (Gerbie, 1994). Yapılmakta olan retrospektif klinik çalışmalarına göre ortalama olarak başlama yaşı 26’dır. Gençlerde baskın olan PMS semptomu irritabilite iken, yaşlılarda depresyonların ve ödemin daha bariz olduğu bilinmektedir (Freeman, 2007). Pek çok çalışmada, premenstruel semptomların yaşla beraber artış gösterdiği belirtilmektedir (Gaulrapp, Becke, Steck, 1995). Araştırmalardan farklı olarak Chuong ve arkadaşları (Chuong, Burgos, 1995) tarafından yapılmış olan bir araştırmada yaşla PMS’nin bir ilgisi olmadığını gözler önüne seren neticeler elde edilmiştir.

1.5.2. Parite

Parite ile premenstruel semptomların ilişkisini irdeleyen birkaç çalışma vardır. Semptomların parite ile ilgisi olduğunu iddia eden çalışmalar olduğu üzere parite ile PMS aralarında herhangi bir bağın bulunmadığı araştırmalar da bulunmaktadır (Johnson, 1987; Warner, Bancroft, 1990). Moos, çok çocukları olan bayanların menstruel semptomlara yatkınlıklarının daha az, premenstruel semptomlarsa daha fazla olduklarını bildirmişlerdir (Moos, 1968). Woods ve arkadaşları, çocuklu olan

bayanlarda menstruel ağrıların daha az yoğunlukta görülmelerine karşın, PMS'nin pariteyle ilişkili olmadıklarını rapor etmişlerdir (Wood, Larsen, Williams, 1979).

1.5.3. Medeni Durum

Berkow (Berkow, Fletcher, 1992) kadınların yaşantısında bir partnerinin olmalarının doğrudan veya dolaylı biçimde PMS semptomlarını azaltabileceklerini bildirmektedir. Premenstruel ile menstruel fazlarda bekâr olan bayanların evli bayanlara göre daha çok uyuduklarını veya şekerleme yaptıklarını ortaya koyan çalışma Woods ve arkadaşlarınca (Woods, Most, Dery, 1982) yapılmıştır. Diğer bir çalışmada evli bayanlarda, bekar, ayrı veya boşanmış bayanlara göre daha az olan menstruel ağrının olduğu tespit edilmiştir. Aynı çalışmada eşlerinden ayrılmış ve boşanmış olan bayanlarda evlilere nazaran daha çok premenstruel semptomların görüldükleri belirlenmiştir (Wood, Larsen, Williams, 1979). Medeni durumlarla PMS aralarında ilişki olmadıklarını ortaya koyan çalışmalar da bulunmaktadır (Bakhshani, Mousavi, Khodabandeh, 2009; Rupani, Lema, 1993).

1.5.4. Sosyoekonomik Durum

Premenstruel semptomlar ile sosyoekonomik durumlar aralarındaki ilişkiler hakkında pek çok değişik çalışmalar mevcuttur. Literatürde gelir durumuyla PMS aralarında ilişki olmadıklarını gösteren araştırmalar vardır (Harrison, Endicott, Nee, Glick, Rabkin, 1989; Johnson, McChesney, Bean, 1988). 2343 kadının üzerinde yapılmış olan bir çalışmada eğitim seviyesi ile gelir seviyesi yüksek bayanlarda menstruel dönemde, baş ağrıları, irritabilite, duygulanım değişiklikleri, premenstruel dönemde ise kramplar, kilo artışları, depresyonlar gibi semptomların varlıklarının sık oldukları ortaya konulmuştur (Wood, Larsen, Williams, 1979). Bir diğer çalışmada, eğitim seviyeleri ve gelir düzeyleri yüksek olan bayanlarda premenstruel ve menstruel semptomların daha az görüldükleri biçiminde bulgular tespit edilmiştir (Woods, Most, Dery, 1982).

1.6. Premenstrual Sendromun Semptomları

PMS menstruasyonun başlamalarından evvel değişik haftalarda ve değişik günlerde meydana gelen menstruasyonun başlamasıyla yatışan duygusal, fiziksel, davranışsal semptomları geniş bir grup biçiminde kapsamaktadır. Pek çok bayan reproduktif hayatlarının herhangi bir zamanında göğüslerde meydana gelen hassasiyet ile şişkinlik gibi PMS semptomları deneyimleri yaşamaktadırlar. Yapılan araştırmalarda premenstruel dönemlere ait 300 değişik semptomlar belirlenmiştir (Halbreich, Borenstein, Pearlstein vd., 2003; Korzekwa, Steiner, 1997; Ellen, 2003). Semptomların çeşitliliklerinin çok olması sebebiyle PMS semptomları dört temel grupta toplanırlar (Dickerson, Mazyck, Hunter, 2003).

Fiziksel Semptomlar: Memelerde büyümeler, meme hassasiyetleri, sırt ağrıları, abdominal şişkinlikler, yorgunluklar, baş ağrıları, migrenler, akneler, soğuğa hassasiyetler, arpacıklar, konstipasyonlar, baş dönmeleri, mide bulantıları, sıvı retansiyonları (buna bağlı biçimde ekstremitelerde ödemler), sıcak basmaları, kas ve eklem ağrıları, çarpıntılar, kilo artışları vs.

Emosyonel semptomlar: İritabiliteler, duygulanım değişiklikleri, depresyonlar, libido değişiklikleri, öfkeler, anksiyeteler, düşmanlık duymalar, panik atakları, intihara eğilimler, ağlama nöbetleri, gerginlikler vs.

Kognitif semptomlar: Konsantrasyon güçlükleri, unutkanlıklar, yeteneklerde azalmalar, motivasyon azlıkları vs.

Davranışsal semptomlar: Uykusuzluklar, sersemlikler, aşırı yemeler, yeme isteğinde değişiklikler, sosyal çekingenlikler (içine kapanıklıklar), agresif davranışlar, cinsel istekte değişiklikler vs.

Birçok bayanda, yukarıda gruplanmış olan bu semptomların pek çoğu bir arada görülebilmektedir.

1.7. Premenstrual Sendromun Tanısı

Amerika Kadın hastalıkları ve Doğum Birliği (American College of Obstetricians and Gynecologists, ACOG) PMS tanısı adına ulusal Akıl Sağlığı Enstitüsü ve San Diego Kaliforniya Üniversitesi'nin geliştirdikleri tanı kriterlerini önermektedirler (ACOG, 2000; Kessel, 2000).

Ulusal Akıl Sağlığı Enstitüsü (National Institute of Mental Health) Tanı Kriterleri:

Menstruasyon başlamazdan önceki 6 günle siklusun 5-10. günleri arasındaki PMS (standardize edilmiş bir ölçekle ölçülen) semptom yoğunlukları karşılaştırıldığı zaman %30 luk yükseliş olması ve birbirlerini izleyen iki siklus süresince bu değişikliklerin günlük olacak biçimde kaydedilmesi.

San Diego Kaliforniya Üniversitesi Tanı Kriterleri:

- Geçen 3 siklus süresince menstruasyondan evvelki 5 gün içinde aşağıdaki duygu durum ve somatik olan semptomlardan en az bir tanesinin varlıkları.

- Duygu durum: Depresyonlar, kızgınlıklar, gerginlikler, anksiyeteler, sosyal geri çekilmeler,

- Somatik: Memede hassasiyetler, karında şişkinlikler, baş ağrıları, ekstremitelerde ödemler

- Menstruel siklusun 4 -13. günler arasında semptomların azalmaları

Ciddi disforik olan semptomlar ve belirgin fonksiyon bozuklukları olan bayanlarda PMDB tanı kriterleri kullanılmaktadır. PMDB tanı kriterleri DSM IV tanı kitabında yer almaktadır (Dickerson, Mazyck, Hunter, 2003).

PMDB tanıları için;

A- B'de yer alan semptomlar, geçen yıllar süresince pek çok menstruel siklusta, luteal fazın son haftası içerisinde görülüp, foliküler fazın başlamasıyla birlikte birkaç gün içerisinde düzelmelidirler. Adet gören bayanlarda bu fazlar, adetın başlamalarından bir hafta öncesi ile birkaç gün sonrasına karşılık gelir. Histerektomi geçirerek adet görmeyen bayanlarda luteal ve foliküler fazların zamanlamaları için üreme hormonlarının ölçümleri gerekli olmaktadır.

B- Aşağıda verilen semptomlardan en az beş tanesi, geç luteal fazların pek çoğunda görülmelidir (1-2-3 ya da 4'den en az birer semptom):

- 1- Belirgin biçimde depresif olan duygu durumları, umutsuzluk duyguları veya değersizlik düşünceleri.

- 2- Belirgin anksiyeteler, gerilimler, coşkulu veya sınırda olma duyguları

- 3- Duygulanımda belirgin olan değişiklikler (örn: kendini aniden üzgün veya ağlamaklı hissetmeler veya reddedilmelere duyarlılıkta artmalar.

- 4- Devamlı ve belirgin öfkeler, irritabilite veya kişilerarası çatışmalarda artmalar.
- 5- Günlük yapılan aktivitelere (örneğin; iş, arkadaşlar, hobiler) ilgilerin azalmaları.
- 6- Konsantrasyon güçlükleri hissetmeler.
- 7- Kolay yorulmalar ya da belirgin olan enerji kayıpları.
- 8- Belirgin iştah artışları, aşırı yemeler ya da birtakım özel yiyeceklerle karşı aşırı derecede istek duymalar.
- 9- Çok uyumak veya uykusuzluklar.
- 10- Öznel olarak bunalmalar veya denetimlerden çıkma duyguları.
- 11- Diğer fiziksel semptomlar: Memelerde hassasiyetler ya da şişmeler, baş ağrıları, eklem ya da kas ağrıları, şişkinlik hisleri, kilo artışları.

C- İş, sosyal aktiviteler ile diğer kişilerle olan ilişkileri olumsuz biçimde ciddi ölçüde etkilemekte olan rahatsızlıklar.

D- Bu rahatsızlıklar; majör depresyonlar, panik bozuklukları, distimi gibi diğer bozukluklar semptomlarının veya kişilik bozukluklarının şiddetlenmelerine bağlı olmamalıdır (Ama bu bozukluklarla beraber görülme söz konusu olabilmektedir).

E- A,B,C,D kriterleri kadınların kendi kendine uygulayacakları günlük olan çizelgelerle en az iki siklus süresince prospektif biçiminde doğrulanmalıdır (Kaplan, Sandock, 1989; Amerikan Psikiyatri Birliği, 1993; Dickerson, Mazyck, Hunter, 2003).

Tüm tanı kriterleri semptomların ciddiyetleri ve periyodik olmaları üzerine odaklanmaktadır.

PMS tanıları için 3 mühim anahtar nokta bulunmaktadır.

- Semptomların PMS ye uygun olmaları.
- Semptomların menstruel siklusun yalnızca luteal fazında görülmeleri.
- Kişilerin günlük yaşamları üzerine negatif etki etmeleri.

Kişide PMS ya da PMDB düşünüldüğünde sikluslar arası değişkenliklerin incelenebilmeleri için birbirlerini takip eden aylar içerisinde hastanın premenstruel semptomlarını kaydedecekleri bir günlük tutmaları istenmelidir (Dickerson, Mazyck, Hunter, 2003). Bu günlüklere bağlı biçimde pek çok bayanın nonluteal semptom

paterni gösterdikleri tespit edilmiştir. Bu günlükler güvenilir olan veriler sunmaktadırlar.

En az ardışık olan üç siklus süresince tutulan günlüklerin irdelenerek ardışık en az iki siklusta luteal faz semptomlarının varlıkları, foliküler fazda semptomların azlıkları ve başka hastalıkların yokluklarının gözlenmesi PMS'yi kuvvetle düşündürmektedirler (Kessel, 2000; Parker, 1993).

Bayanlara önerilen günlük tutulmaları haricinde PMS semptomlarının varlıklarını tespit amacıyla geliştirilmiş olan 65 tür ölçek bulunmaktadır. Bunlardan en sık olarak kullanılanlar, Moos'un 1968 yılında geliştirdiği "Menstrual Distress Questionnaire" (MDQ) ile Halbreich ile arkadaşlarının 1982 yılında geliştirdikleri "Premenstrual Assessment Form" (PAF) ve bu iki formun modifiye biçimleridir. Bunlar temel anlamda benzer olmalarına rağmen, semptomların sayıları, gruplanmaları ile puanlanmaları bakımından farklılıklar göstermektedirler. Bugün hala, kesin olan tanılarda kullanılabilecek durumda bir ölçek bulunmamaktadır (Speroff, Glass, Kase, 1999).

PMS ayırıcı tanılarında semptomları PMS'ye benzemekte olan birtakım psikiyatrik ve fiziki hastalıkların dışlanması akabinde PMS ve PMDB tanısı konabilir. Bu hastalıklar (Moline, Zendell, 2000):

Psikiyatrik bozukluklar: Major depresif bozukluklar, distimik bozukluklar, anksiyete bozuklukları, panik bozuklukları, bipolar bozuklukları, kişilik bozuklukları vb.

Genel Tıbbi bozukluklar: Anemiler, otoimmün bozuklukları, kronik yorgunluk sendromları, konnektif doku hastalıkları, fibromiyaljiler, diyabetler, troid hastalıkları, KC ya da böbrek rahatsızlıkları, Tietze sendromları, meme CA, uygunsuz diüretik kullanımları, anoreksiya ya da blumia, endometriozis ya da kronik pelvik ağrıları, dismenoreler (Freeman, 2007).

Psikososyal: Cinsel ya da fiziksel istismarlar, geçmiş ya da devam eden şiddetler, sosyoekonomik ya da ilişkilerde problemlerler.

Diğer: Perimenopoz ya da klimakterik semptomlar, alkol ya da madde suistimalleri, hormon eksiklikleri ya da hormonal kontraseptif kullanımına bağlı başka semptomlar.

PMS'nin semptomları, pek çok nörolojik ile psikiyatrik bozukluklarla karıştırılabilmektedirler. Bunun yanı sıra bazı bayanlar, psikolojik problemlerine sebep bulmak amacıyla PMS tanılarının ardına gizlenmekte, başka bir ifadeyle PMS adını bir etiket niteliğinde kullanmaktadırlar.

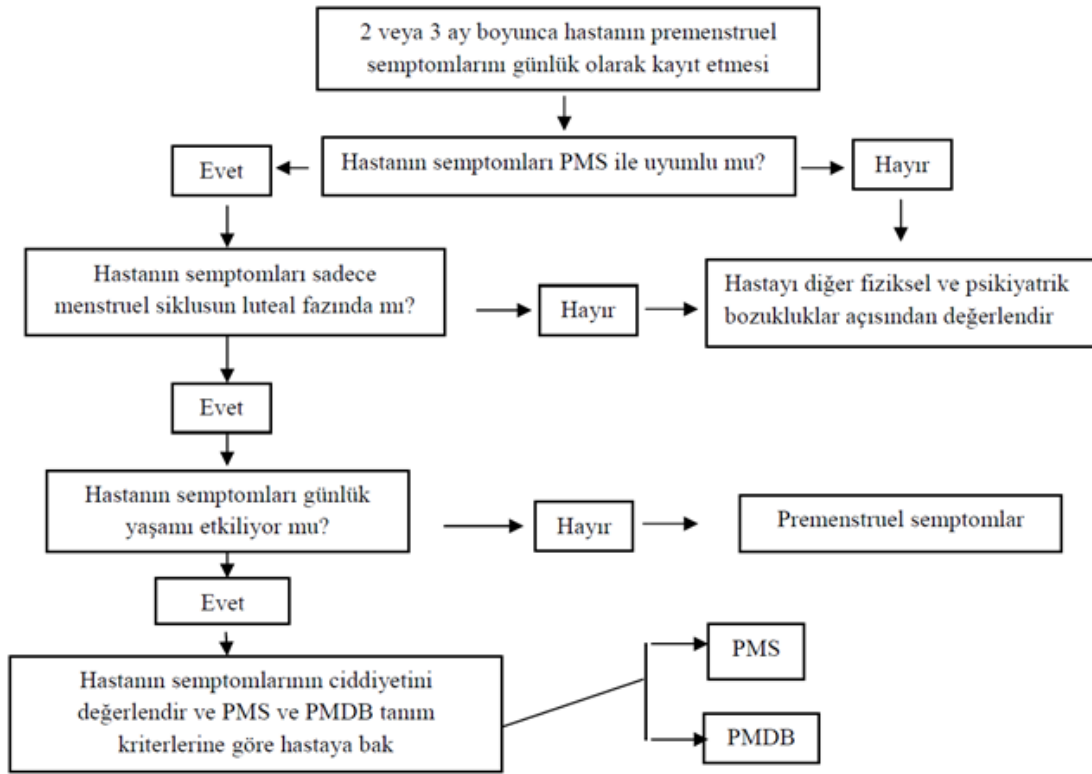
Menopozların erken dönem semptomları ve endometriosisde görülmekte olan dismenore de PMS ile karışabilirler. Ayırıcı tanıları için ileri seviyede tetkikler gerekli olmaktadır.

Progresif obezite, over kisti ile asit PMS'deki şişkinlikle karıştırılabilir. Bu sebeple, gerçekte bir kilo artışı varsa, bunun menstrüel siklusla ilgisi olup olmadığının veya uygunsuz diüretik tedavisi ya da diüretik kötüye kullanımlarının bulunup bulunmadıklarının saptanması gerekmektedir (Massil, O'Brien, 1986; Amerikan Psikiyatri Bölümü, 1994).

Anemi ve hipotiroidi, yaptıkları letarjiyle, tirotoksikoz ise irritabilite ve anksiyete sebebi ile PMS ile karışabilirler. Siklik mastalji, siklik olmayan mastalji ile Tietze sendromu gibi birçok sebeplerle meme şişkinlikleri ve ağrıları olup, PMS ile ayrılmalıdırlar. Meme kanseri olasılıklarının elenmeleri de ehemmiyet taşımaktadır (Massil, O'Brien, 1986).

PMS aynı şekilde günlük fonksiyonlarını etkilemeyen ve normal ovulatuvar siklusun karakteristikleri olan basit premenstruel semptomlardan (ödem, meme hassasiyetleri gibi) ayırt edilmelidirler (Kessel, 2000; Dickerson, Mazyck, Hunter, 2003). Şekil 1'de premenstruel semptomların, PMS'nin ve PMDB'nin tanılarında takip edilecek yollar verilmiştir.

Şekil 1. Premenstruel semptomlar, PMS ve PMDB tanıları



PMS, bir sendrom (bir semptomlar bütünü) olduğundan ve etiyolojileri açıklanamadığı için, tek ya da en iyi tedavi söz konusu değildir. Çok sayıda semptomla gitmekte olan, karmaşık bir bozukluk olduğundan, her hasta adına değişik tedavi yaklaşımları ortaya konulmalıdır. Hastaların da tedavilerde aktif rol almaları önem arz etmektedir. Bu sebeple tedaviler, psikososyal, nütrisyonel ve farmakolojik yaklaşımlardan oluşmalıdır (Kessel, 2000; Dickerson, Mazyck, Hunter, 2003).

1.8. Premenstrual Sendromun Tedavisi

PMS için tedavilerin hedefleri:

- Semptomları ortadan kaldırmak ya da iyileştirmek,
- Semptomların günlük aktivitelerin üzerine ya da kişilerarası münasebetler üzerine etkilerini düşürmek.
- Tedavilerin yan etkilerini en aza indirebilmektir.

Çok fazla sayıda tedavi stratejileri olmasına karşın tedavi seçeneklerinin yeterli biçimde değerlendirildikleri birkaç adet randomize kontrollü araştırmalar vardır.

Araştırmalardaki bulguların uygulanmaları dışlama kriterlerinin ve klinik olan deneylerdeki neticelerin değişkenlikleri, direkt karşılaştırmalı olan tedavi yöntemlerine ait çalışmaların eksiklikleri ve plaseboya yüksek derecede yanıt alınması gibi sebeplerden dolayı güçtür (Dickerson, Mazyck, Hunter, 2003).

PMS'li hastalara ilk şekilde önerilmesi gerekli olan tedavi biçimi farmakolojik olmayan tedavilerdir. Dirençli semptomların var olduğu hastalar için medikal tedaviler önerilmektedir (Ernst, 2007). Başka tedavilere dirençli ve jinekolojik rahatsızlıkları belli olanlar için ise cerrahi tedaviler düşünülebilmektedir (Wyatt, Dimmock, O'Brien, 1999).

Adet öncesi sendromun sebeplerinin tam biçimde aydınlatılmamış olmaları, bugüne değin daha fazla belirtilere yönelik olarak tedavi ve genel tedavilerin uygulanmalarına neden olmuştur. Adet öncesi sendromlarda en ucuz ve popüler tedavi metotları egzersizler, beslenme şekillerinin düzenlenmeleri ve stresle başa çıkabilme yollarının öğrenilmesidir. Bu şikayetleri olan bayanlara şikayetlerinin nitelikleri, bunlardan korunmayla şikayetlerin azaltılmaları konularında danışmanlık yapılması da önerilmektedir (Copeland ve Jarrell, 2000).

Egzersizlerin, adet öncesi şikâyetlerden; öfke ve çökkün duygu durumlarına iyi geldikleri bununla birlikte göğüslerde hassasiyetler ve karında şişlikler gibi somatik olan şikâyetlerde de gerilemeyi sağladıkları ifade edilmektedir (Kessel, 2000).

Adet öncesi sendromla diyet arasındaki muhtemel ilişkiler de uzun zamandan beri kabul görmektedir. Tedavilerde özel olan diyet listeleri bulunmamakla beraber, bazı bayanlar kafein alınmasının sınırlandırılmasıyla meme ağrıları şikâyetlerinin düştüğünü belirtmektedirler. Adet öncesi dönemlerde karbonhidrat ağırlıklı, proteini az şekilde diyet uygulanmaları adet öncesi sendromların belirtilerinde belirgin biçimde azalmalara sebep olmaktadır (Atasü ve Şahmay, 2001).

Adet öncesinde sendrom tedavilerinde vücutta bulunan fazla sıvı birikimlerine bağlı biçimde birtakım belirtilerin gelişmeleri idrar söktürücü olan ilaçlar ile tedavileri de ön plana çıkarmışlardır. Bu ilaçların şişlikleri ve ödem şikâyetlerini azaltmaları için etkili oldukları, fakat diğer şikâyetlere tesirlerinin sınırlı oldukları tespit edilmiştir (Copeland ve Jarrell 2000).

Adet öncesinde sendrom yakınmaları sebebiyle hastalara sık biçimde doğum kontrol hapları da önerilmektedir. Söz konusu doğum kontrol hapları göğüslerde

şışkinlikler ve hassasiyetler, karında şişlikler gibi somatik yakınmalar için yararlı olmakla beraber duygu durumlarına yönelik olan belirtiler üzerinde tesirleri kısıtlıdır. Bununla beraber çok şiddetli yakınmaları olmayan hastaların bir bölümünün bu yönde olan tedavilerden fayda gördükleri de bilinmektedir (Copeland ve Jarrell, 2000).

Son senelerde serotonin geri alım inhibitörüyle yapılmakta olan araştırmalar adet öncesinde sendromun psikolojik belirtileri üzerinde belirgin olarak etkinlikleri olduklarını göstermişlerdir. Serotonin geri alım inhibitörlerinin altı ay boyunca her gün kullanımlarına alternatif biçimde adet öncesindeki dönemde kısa dönemli kullanımlarına ait araştırmalar da yapılmıştır. Tüm araştırmalarda benzer neticeler elde edilmiş olmakla birlikte, serotonin geri alım inhibitörleri daha fazla psikolojik şikayetleri ön planda olan ciddi adet öncesindeki sendrom ve adet öncesi disforik bozukluk yapılarında önerilmektedirler (Kessel, 2000).

Farmakolojik olmayan tedavi metotları arasında psikolojik davranış tedavileri ile gevşeme egzersiz programları da mevcuttur. Gevşeme programlarının adet öncesindeki sendrom belirtilerinde azalmalara sebep olduğu gösterilmiştir. Birtakım hastaların bilişsel olan davranışçı tedavi metotlarından da yarar gördükleri tespit edilmiştir. Bu çeşit tedavilerin yan etki risklerinin olmamaları olumlu bir unsur olarak görülmektedir (Kessel, 2000).

Adet öncesinde sendrom semptomları yaşayan bayanların şikayetlerinin gruplanarak, uygun tedavilerin gerçekleştirilmeleri, farmakolojik tedavilerden evvel ucuz ve yan etkileri olmayan destekleyici olan tedavilere şans verilmeleri önerilmektedir. Kültürel biçimde adet öncesi sendromlara belirli toplumlarda yatkınlık olmaları bu durumların öğrenilmiş, psikolojik tabanları olabileceklerini de düşündürmektedir. Meksika’da yapılmış olan bir grup araştırmada öğrenim seviyeleri daha yüksek, profesyonel biçimde çalışan bayanlarda adet öncesi sendrom şikayetlerinin, çalışmayan ve daha düşük öğrenim seviyelerindeki bayanlara nazaran daha sık ve yoğun oldukları ortaya konulmuştur. Bu durumların sebepleri tartışılırken bu bayanların dış çevrelere ve dünyaya daha fazla açık oldukları, yani bunların öğrenilmiş psikolojik olan bir alt yapıya bağlanabilecekleri öne sürülmüştür. Bayanlar böyle hastalıkların varlıklarından haberdar oldukça, kendilerinin de bu çeşit şikâyetleri olabileceklerine dair beklentileri artış göstermekte, hatta bu çeşit şikayetlerinin olmaları gerektiğine inanmaktadırlar. Bayanların şikâyetlerinin bu beklenti ve

yakınmaların olmaları gerektiğine olan inanışlarından kaynaklanabilecekleri düşünölmekte, bu sebeple psikolojik danışmanlık ile gevşeme egzersizlerinin yakınmaların azalmalarında yararlı olabilecekleri iddia edilmektedir (Marvan, 1999).



İkinci Bölüm

DUYGUDURUM BOZUKLUKLARI

2.1. Duygudurum Bozukluklarının Tarihçesi

2.1.1. 19. Yüzyıl Öncesi Fikirler

Depresyon ve maninin antik çağlarda ortaya çıktığı araştırmalar sonucunda ortaya çıkmaktadır. Eski Yunan ve Latin yapıtları taşkınlık ve ağır depresyon nöbetleri geçiren kişileri tanımlamaktadır. Mani kelimesi, İlyada destanında Homeros tarafından kullanılmakta olup Yunan dilinde öfke ve gazap anlamına gelmektedir. Hipokrat ise M.Ö. 450 yıllarında; klinik olarak umutsuzluk, yememe, sinirlilik ve keder biçiminde görünen davranış bozuklukları için “melankoli” terimini kullanmaktadır. Eski Yunan kaynakları taşkın duygudurumla giden tabloları tanımlamaktadır. Örneğin milattan sonra (M.S.) birinci asırda Soranus, taşkın duygudurumla giden tablolar ile melankoli arasındaki bağlantıya dikkat çekmektedir (Kaplan, Saddoc, 2000). M. S. 150’li yıllarda yaşamış olan Kapadokyalı Areatus’a göre ise melankoli ve mani arasında bir bağlantı bulunmakta ve aynı hastalar değişik zamanlarda bu iki durumu yaşamaktadırlar (Angst, Marneros, 2001). W. Griesinger ise ilk defa dönemsel hastalık kavramını gündeme getirmiştir (Işık, 2003).

2.1.2. 19. Yüzyıl Sonrası Fikirler

1854 yılında Jules Falret, Birtakım psikotik hastaların diğer hastalara göre kendiliğinden iyileşmeler gösterdiğini ve hastalığın periyodik olarak yinelandığını gözlemleyen Jules Falret 1854 yılında bu hastalıklar için “Folie Circulaire” adını kullanmaktadır. Aynı senelerde Baillarger, aynı durumun tanımlanmasında “iki şekilli delilik” terimini kullanmaktadır. 1895 yılında Kraepelin, manik depresif hastalığını ilk tanımlayan kişi olarak tarihe adını yazdırmıştır (Oral, 2002). Hastalığın klinik görünümelerini tanımlayarak bir anlamda manik- depresif bozukluk spektrumunu

geliştirmiştir (Akiskal, 1996). Kraepelin, aynı zamanda karma durumlarını ilk tanımlayan kişi olarak bilinmektedir. Bleuler; 1930’lu yıllarda depresif ve manik dönemler ile giden bu hastalığa “affektif bozukluklar” adını vermiştir. 1938 senesinde elektrokonvulzif sağıltımın bulunması ve depresyon üzerindeki pozitif etkisi, kafa travmaları sonrasında oluşan mani ve depresyona benzeyen tabloların gözlenmesi, dikkatlerin bu hastalarda bulunan subkortikal düzensizliğin önemine çekilmesine sebep olmuştur. Daha sonraki dönemlerde nöroleptikler, antidepresif ilaçlar ve ardından lityumun kullanıma girmesiyle; bu hastalıklarda çoğu biyokimyasal teorisinin öne sürülmesine sebep olmuştur (Işık, 1991). Bipolar ve unipolar hastalık kavramı, Leonard (1959) tarafından literatüre kazandırılmıştır. Yalnızca depresif dönem ile seyreden tabloya unipolar hastalık, manik depresif dönemler ile veya yalnızca manik dönemler ile seyreden tabloya ise bipolar hastalık adı verilmiştir. 1970 yıllarında Bipolar Bozukluk (BPB) ve Depresif Bozukluk (DB) ayrı ayrı ele alınmaya başlanmaktadır.

2.1.3. Günümüze Doğru Tanımlamalardaki Değişiklikler

MDB yani Major depresif bozukluğu ile BPB yani Bipolar bozukluğu’nun ayrı iki hastalık olduğu ilk defa 1980 yılında Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı’nda (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition; DSM III) resmi sınıflandırma kapsamına alındığı bilinmektedir (Goodwin ve Jamison, 1990). Buna göre affektif bozukluklar tanımı kabul edilerek bu kapsamda BPB ile depresyon arasında ayırım yapılmaktadır. 1976 yılında Dunner ve arkadaşlarının önerisi ile bipolar bozukluğun kendi içinde BPB-I ve BPB-II olarak iki alt tipe ayrılması uygun görülmüştür (Dunner, Fleiss, Fieve, 1976). DSM III-R (1987) (Köroğlu, 1991) ile beraber affektif bozukluklar tanımının yerine halen tanı sınıflamalarında kullanılmakta olan duygudurum bozuklukları tanımı gündeme gelmiştir (Gelder, Mayou, Cowen, 2001). Yalnızca şu andaki durum ile sınırlı kalmaması ve devamlı bir emosyonel durumu tanımlaması nedeni ile duygudurum bozuklukları tanımı kabul edilmektedir (Schou, 2001).

DSM - IV-TR (2000) ‘Duygudurum Bozukluğu’ başlığı altında şu tanımları getirmektedir:

1. Depresif Bozukluklar

- Major Depresif Bozukluk
- Distimik Bozukluk
- Başka Türü Adlandırılmayan Depresif Bozukluk

2. Bipolar Bozukluklar

- Bipolar I Bozukluk
- Bipolar II Bozukluk
- Siklotimik Bozukluk
- Başka Türü Adlandırılmayan Bipolar Bozukluk

3. Diğer Duygudurum Bozuklukları

- Genel tıbbi duruma bağlı duygudurum bozukluğu
- Madde kullanımının yol açtığı duygudurum bozukluğu
- Başka türlü adlandırılmayan duygudurum bozukluğu

DSM - IV- TR BPB sınıflaması Tablo 2’de gösterilmektedir.

Tablo 2. DSM IV TR (2000); BPB Sınıflandırılması

BPB I	Bir ya da daha fazla manik ya da karma (mixt) tip dönem geçirilmesi.
BPB II	En az bir major depresif dönem ile en az bir hipomanik dönemin varlığı
Siklotimik Bozukluk	Manik dönem ölçütlerine ulaşamayan (hipomanik) ve major depresif dönem ölçütlerine ulaşamayan depresif belirtilerin, süregelen bir şekilde sürmesi.
Başka Türü Adlandırılmayan BPB	Herhangi özgül bir BPB’nun tanı ölçütlerini karşılamayan, bipolar özellikler gösteren bozukluklar.
Genel Tıbbi Duruma ya da Madde Kullanımına Bağlı Duygudurum Bozukluğu Başka Türü Adlandırılmayan Duygudurum Bozukluğu	Duygudurumu belirtileriyle giden ancak herhangi özgül bir duygudurum bozukluğunun tanı ölçütlerini karşılamayan bozukluklar.

Duygudurum bozukluklarının, klinik durumlar arasında dönüşümler olduğundan tanı sistemlerinde yer aldığı biçimi ile bipolar ve unipolar gibi kesin sınırlar ile ayrılmasının yanlış olduğu düşünülmektedir. Ayrıca, bu ayrımın arada

kalan olguların tanımlanmasında da yetersiz olduğu üzerinde durulmaktadır. DSM tanı sınıflamalarının haricinde, bu sahada yapılan çalışmalarda tanı sınıflaması dışında kalan başka klinik durumlar olduğu da bildirilmektedir.

2.2. Duygudurum Bozukluklarının Epidemiyoloji

Majör depresif bozuklukların (MDB) yaşam boyu yaygınlıkları genel biçimde % 9-20, erkeklerde % 5-12, kadınlarda % 10-25 aralarındadır. İlk basamak sağlık hizmetlerinde % 10, tıbbi rahatsızlıkları olanlarda % 15'dir. Ülkemizde yapılmış olan araştırmalarda yaygınlık oranı %10 dolaylarındadır. Kadınlarda erkeklere nazaran 2 kat daha çoktur. Başlama yaşları 20-50 arasında ortalama olarak 40 yaşları dolaylarındadır. Her ırk ile sosyoekonomik seviyede görülmektedir. Boşanmışlarda ise daha sık olarak görülmektedir. Bipolar I bozuklukların (BP) yaşam boyu yaygınlıklarıysa %1 civarındadır. Kadın /erkek oranları eşittir. Başlama yaşları 6-50 arasında ortalama olarak 30 yaş dolaylarındadır (Winokur, 1980; Ball, Whybrow, 1993; Weissman, Bland, Canino, 1996). DSM- IV- TR' ye göre duygudurum bozukluklarının yaşam boyu yaygınlık oranları tablo 3'te gösterilmektedir. Farklı çalışmalarda var olan yaygınlık oranları ise tablo 4'te gösterilmektedir.

Tablo 3. Duygudurum Bozukluklarının DSM-IV-TR'ye Göre Yaşam Boyu Yaygınlığı (Amerikan Psikiyatri Birliği: Washington DC, 2000)

Duygudurum Bozukluğu	Yaşam boyu prevalans
Major Depresif Bozukluk	Kadın;%10-25 Erkek;%5-12
Distimik Bozukluk	% 6
Bipolar I Bozukluk	% 0.4-1.6
Bipolar II Bozukluk	% 0.5
Siklotimik Bozukluk	% 0.8-1.0

Tablo 4. Duygudurum Bozukluklarının Yaşam Boyu Yaygınlığı

Araştırmacı	Oran (%)
Regier ve ark. (1998)/ ABD	1.2
Kessler ve ark. (1994)/ ABD	1.6
Lewinsohn ve ark. (1995)/ ABD	5.7
Weissman ve ark.(1996)/Uluslar arası	0.3-1.5
Szadoczky ve ark. (1998)/ Macaristan	5.0
Angst ve ark. (1998)/ İsviçre	8.3

2.3. Duygudurum Bozukluklarının Etyolojisi

Duygudurum bozukluklarının sebepleri günümüzde biyolojik ile psikososyal sebepler biçiminde 2 ana başlık altında incelenmektedir. Söz konusu etkenlerin birbirlerini etkilemek suretiyle bozukluğa sebep oldukları düşünülmektedir.

2.3.1. Biyolojik Nedenler

2.3.1.1. Biyojenik Aminler

Duygudurum bozukluğunun patofizyolojisinde en fazla üzerinde durulmakta olan biyojenik aminler norepinefrin (NE), dopamin (DA) ile serotonin (5HT2). Depresyonda genel olarak NE, DA ile 5HT2 seviyelerinde düşmeden, manideyse artıştan söz edilir (Sourney, Mussat, Mendlewicz, 2000; Blackwood, Visscher, Muir, 2001).

2.3.1.2. Nöroendokrin Değişiklikler

Duygudurum bozukluğunda hipotalamus-hipofiz-tiroid ile hipotalamus-hipofiz- adrenal akslarındaki patolojilerden söz edilebilir. Bilhassa adrenal eksenindeki bozukluklara önem verilir. Depresyonda hipofizden aşırı derecede ACTH salgılamaları, adrenal bezin ACTH'ya aşırı duyarlılıkları sebebiyle adrenal kortizol salgılamalarında artış oldukları düşünülmektedir. Kortizol salgılamaları normal bireylerde

sirkadiyen ritm göstermektedir. Sabah saatlerinde artış gösterir, akşama doğru yaklaşınca düşer. Depresyonlu olgulardaysa akşam saatlerinde artışlar gözlenmektedir (Kruger, Cooke, Hasey vd., 1997).

Diğer mühim değişiklik tiroid ekseninde var olan değişikliklerdir. Bilhassa dirençli olan depresyonlarda subklinik hipotiroidi gözlenebilmektedir. Depresyonda TRH'ya TSH yanıtında azalmalar, T4 düzeyinde yükselmeler görülebilir. Hipotiroidizmin hızlı ve döngülü Bipolar bozukluk ile bağlantılı olduğu düşünülmektedir. Bu sebeple depresyonlu olgularda tiroid hormonları, TSH, tiroid antikorları, gerekli olursa TRH stimülasyon testleri yapılması lazımdır (Winokur, Coryell, Keller, Endicott, 1995).

2.3.1.3. Kalıtsal Nedenler

Duygudurum bozuklukları için kalıtsal yatkınlıklar söz konusu olmaktadır. Yapılmış olan aile çalışmalarında MDB'da 1. derecede yakınarda depresyon riskleri normal kontrollere nazaran 2-3 kat, BP'da ise 8-18 kat daha fazladır. İkiz çalışmalarındaysa monozigot ikizlerde dizigot ikizlere nazaran risk daha çok fazladır. Moleküler biyoloji alanında yapılmış olan çalışmalarda söz konusu genetik geçişin çeşidi kesin biçimde tespit edilememiştir. BP'da 5,1 1 ve X kromozomuyla bağlantılı çalışmalar yapılmaktadır (Ceylan, Oral, 2001).

2.3.1.4. Beyinde Yapısal Bozukluklar

Yapılmakta olan beyin görüntülemeye dair çalışmalarda (BBT, MRI, SPECT) MDB'da frontal lopta ile kaudat çekirdekte küçülmeler, frontal kortikal kan akımlarında azalmalar, BP'da ventriküllerde genişlemeler gözlemlenmektedir (Yazıcı, Kora, Üçok, 1999; Sadock, Sadock, 2007).

2.3.1.5. Uyku Bozuklukları

MDB'da bilhassa uyku EEG'sinde birtakım değişiklikler gözlemlenmektedir. REM latansında kısaltmalar, uyku başlangıçlarında REM yoğunluklarında artışlar, ilk REM periyodunun uzamaları, uyku başlangıçlarının gecikmeleri ve delta uykularının

azalması gibi birtakım değişiklikler görülmektedir. Bilhassa REM latansındaki kısaltmalar depresyonlara yatkınlık göstergesi şeklinde ele alınmaktadır (Lam, 1997).

Biyolojik beden saati (sirkadiyen ritm): Duygudurum bozukluklarıyla biyolojik beden saatleri arasında ilinti kurulmaktadır. Duygudurum bozukluklarının mevsimsel nitelikler göstermeleri, döngüsel oluşları, uyku bozukluklarının bulunuşları, biyolojik beden saatlerini düzenlemekte olan melatonindeki değişikliklerin ortaya konulması bu varsayımları desteklemektedir (Post, 1992).

2.3.2. Psikososyal Nedenler

2.3.2.1. Yaşam Olayları

Yaşam olayları ile çevresel stres faktörlerinin duygudurum bozukluklarında bilhassa ilk atakta tesirli oldukları, nörotransmitter seviyelerinde değişikliklere sebep olarak sonraki ataklara neden olduğu düşünülmektedir (Mac vd., 2001). Buna ilaveten erken yaştaki kayıplar ve ayrılıkların reseptör seviyelerinde değişiklikler yaptıkları ve ileri yaşlarda depresyonlara yatkınlık oluşturdıklarından söz edilmektedir.

2.3.2.2. Hastalık Öncesi (Premorbid) Kişilik

Hastalık öncesinde kesin olan bir kişilik çeşidi belirlenememesine rağmen oral bağımlı, obsesif kompulsif ile histrionik kişilik özellikleri olanlarda depresyonlara eğilimleri olduğu düşünülmektedir (Sadock, Sadock, 2007).

2.3.2.3. Psikoanalitik Kuram

Psikoanalitik teoreme göre depresyonlarda bir sevgi nesnesi zayılatı söz konusu olmaktadır. Hayatın erken dönemlerinde iyi olmayan anne-çocuk münasebetleri sebebiyle sevgi nesnesine karşı ikili (ambivalan) duygular (sevmek-nefret etmek gibi) gelişmiş durumdadır. Bu sevgiye dair nesne özsever (narsisistik) katkıların sağlanmış olduğu bir nesnedir. Bununla birlikte bu bireyler cezalandırıcı, katı-acımasız üstbenlikleri (süperego) olan şahıslardır (Mac vd., 2001).

Herhangi bir sebeple (bilinçdışı veya gerçek) söz konusu nesnelere karşı kayıp duyguları yaşandığında, kaybın sebep olduğu gerginliği azaltmak adına sevgi nesnesi içe doğru atılır (introjeksiyon). Sevgi nesnesine dair karşı olan ikili duygular bireyin kendisine doğru yöneltilir (Ceylan, Oral, 2001). Böylelikle bireyin özsaygısı düşer, kendisini suçlu ve değersiz görmeye başlar, depresyon ortaya çıkar.

2.3.2.4. Benlik (ego) Psikolojisi

Bu teoreme göre benliğin 3 bölümde özsever hedefleri mevcuttur. Bunlar; kıymetli ve sevilen birisi olmak; kuvvetli ve üstün olmak; iyi ve seven olmaktır. Eğer ki hayatta bu türden istekler engellenir gerçekleştirilemez ise, benlik kaygı ile çatışmaya girmektedir. Bu özsever engellenme neticesinde özsaygı azalır ve depresyon ortaya çıkar (Sourney vd., 2000)

2.3.2.5. Bilitsel (kognitif) Kuram

Çocukluk çağlarında yaşanan tecrübeler birtakım temel düşünce ile inanç sistemlerinin meydana gelmesine sebep olur. Ortaya çıkan bu şemalar bireyin erişkin hayatında kendisine ve dünyaya bakışlarını ve davranışlarını şekillendirir. Söz konusu şemalar katı, değişimlere karşı dirençli ile aşırılık niteliklerini taşırlar. Herhangi bir yaşantı olayında gizli kalmış olan bu şemalar hareketlenir. Ortaya menfi otomatik düşünceleri meydana getirir (Ceylan, Oral, 2001). Bu menfi otomatik olan düşünceler bireyin bulunduğu durum ile bağlantılı verilerin işlenmeleri esnasında meydana gelen bilişsel yanlışlar ve çarpıtmalar neticesinde oluşur. Depresyonda bu kusurlu bilgi işleme aşaması neticesinde ortaya menfi bilişsel üçlü çıkmaktadır. Bunlar dünyaya, kendisine ve geleceğe karşı olumsuz olan üçlü biçiminde tanımlanır. Söz konusu olumsuz bakış neticesinde depresyon gelişmektedir (Blackwood vd., 2001)

2.3.2.6. Davranışçı Kuram

Erken yaşam dönemlerindeki deneyimler ile kişiler muhtelif davranış şekillerini öğrenirler ve kendi hayatlarında uygularlar. Bu teoreme göre depresyon durumu öğrenilmiş bir çaresizlik halidir (Ceylan, Oral, 2001).

2.4. Duygudurum Bozukluklarının Tanı Ölçütleri ve Sınıflandırma

Duygudurum bozuklukları DSM-IV'de MDB ile BP biçiminde 2 ana başlıkta bölümlendirilmiştir. Bu bozukluklarda gözlemlenen iki temel klinik tablo mevcuttur. Bunlar depresyon ile manidir. Bu klinik olan tabloların bulunuş şekillerine göre olgular değerlendirilerek tarif edilir (Bowden, 2001). Depresyon, derin biçimde üzüntülü duygudurum içerisinde düşünce, konuşma ile davranışlarda yavaşlama; kıymetsizlik, kifayetsizlik, küçüklük duygu ve düşünceleriyle fizyolojik görevlerde yavaşlama ile ortaya çıkan bir semptomdur. Mani ise coşkulu, neşeli bazı zamanlar öfkeli duygudurum içerisinde düşünce, konuşma ile davranışlarda hızlanma; büyüklük ve güçlülük düşünceleriyle giden bir sendrom durumudur (Güleç, Köroğlu, 2007).

2.4.1. Majör Depresif Bozukluk Tanı Ölçütleri

DSM-IV'e göre Major Depresif Bozukluk tanı ölçütleri tablo 5'te sunulmuştur.

Tablo 5. DSM-IV'e Göre Major Depresif Bozukluk Tanı Ölçütleri

A. En az 2 hafta süreyle aşağıdaki ölçütlerden 5 ya da daha fazlasının bulunması (1. ya da 2. Tanı ölçütü kesinlikle bulunmalıdır) 1. Hemen hergün günboyu süren çökkün duygudurum 2. Hemen hergün gün boyu süren belirgin ilgi ve istek azlığı, zevk alamama 3. Belirgin kilo kaybı 4. Uykusuzluk ya da aşırı uyuma 5. Psikomotor ajitasyon ya da retardasyon 6. Enerji azalması, yorgunluk 7. Dikkati toplamada güçlük, konsantrasyon kaybı 8. Değersizlik, yetersizlik ve suçluluk duyguları 9. Ölüm düşünceleri, planları ve girişimi
B. 1. Bu semptomlar bir mikst epizodun tanı ölçütlerini karşılamamaktadır. 2. Sosyal, mesleki ve diğer alanlarda işlevsellikte bozulmaya neden olur. 3. Madde kullanımına ya da genel bir tıbbi duruma bağlı değildir 4. Bu belirtiler yaşla açıklanamaz 5. Bu tanı ölçütleriyle değerlendirilen MDB'un şiddetine, gidişine ve ek özelliklerine 6. göre alt tiplendirmeler yapılır.
C. Depresyon şiddeti hafif, orta ve ağır olmak üzere 3'e ayrılır.
D. Eğer olguda psikotik özellikler (sanrı, varsanı, gerçeği değerlendirmede bozulma) varsa "psikotik özellikli depresyon" olarak adlandırılır. Depresyonda sıklıkla depresif temalı sanrılar (suçluluk, hastalık, ölüm, cezalandırılma), nihilistik sanrılar görülür. MD'nun %15'i psikotik özellikli depresyondur. Klinik olarak daha ağır ve kötü gidişli bir tiptir. Özkıyım düşünceleri psikotik depresyonda daha sıktır.
E. Eğer depresyonlu hasta tek depresyon atağı geçirmişse "MDB-tek epizod" olarak tanı konur. Eğer birden fazla atak geçirilmişse, yineleyen depresyon atakları varsa "MDB- yineleyici" olarak tanı konur.
F. Depresyon epizodunun kesitsel özelliklerine göre de alt tiplendirmeler yapılır. 1. Melankolik özellikli: Tüm etkinliklere karşı ilgisizlik ve zevk alamama, çökkün duygudurum, sabaha karşı erken uyanma, sabahları belirtilerde artış, psikomotor ajitasyon ya da retardasyon, ağır suçluluk duyguları, belirgin kilo kaybı vardır. 2. Katatonik özellikli: Motor hareketsizlik ya da stupor, ağır negativizm, mutizm, ekolali, ekopraksi, katalepsi, balmumu esnekliği, stereotipi gibi özellikler bulunur. 3. Atipik özellikli: Duygudurumda tepkisellik, olumlu olaylarda geçici düzelmeler, kilo alımı, iştah artışı, aşırı uyuma, kol ve bacaklarda kurşun gibi olma duygusu, kişilerarası reddedilmeye karşı duyarlılık, birlikte bunaltı bozukluklarının bulunması gibi özellikler gösterirler. 4. Postpartum depresyon: Doğumdan sonraki ilk 4 hafta içinde ortaya çıkmıştır.

2.4.2. Bipolar I Bozukluk Tanı Ölçütleri

DSM-IV'e göre Bipolar I Bozukluk tanı ölçütleri tablo 6'da sunulmuştur.

Tablo 6. DSM-IV'e Göre Bipolar I Bozukluk Tanı Ölçütleri

A. En az bir hafta süreyle yükselmiş, taşkın ya da irritabl duygudurum döneminin olması
B. Aşağıdaki belirtilerden 3 ya da daha fazlasının bulunması 1. Öz saygıda artma, büyüklük düşünceleri (grandiyosite) 2. Uyku gereksiniminde azalma 3. Aşırı konuşkan olma, baskılı konuşma 4. Fikir uçuşmaları 5. Dikkat dağınıklığı 6. Psikomotor ajitasyon, amaca yönelik etkinliklerde artma 7. Kötü sonuçlar doğurma olasılığı yüksek, zevk veren etkinliklere katılma
C. Bu semptomlar mikst epizodun tanı ölçütlerini karşılamamaktadır.
D. mesleki ve toplumsal itlevlerde önemli sorunlara neden olur ya da başkasına zarar vermesini önlemek için hastaneye yatırılmayı gerektirecek kadar ağırdır ya da psikotik özellikler gösterir.
E. Bu belirtiler madde kullanımına bağlı değildir.
Manik atak alt tiplendirmeleri: 1. Atak şiddetine göre hafif, orta ve ağır olarak ayrılır. 2. Psikotik özellikler varsa "psikotik özellikli mani" olarak adlandırılır. Sanrılar daha çok büyüklük, güçlülük, zenginlik, bilginlik temalı sanrılardır 3. Kesitsel özelliklerine göre katatonik özellikli ve postpartum başlangıçlı olarak ayrılır. 4. BP gidişine göre mevsimsel özellikli (atakların sıklıkla aynı mevsimlerde yinelenmesi) ve hızlı döngülü (bir yılda 4'den fazla atak olması) olarak ayrılır.

2.4.3. Hipomani Tanı Ölçütleri

DSM-IV'e göre Hipomani tanı ölçütleri tablo 7'de sunulmuştur.

Tablo 7. DSM-IV'e Göre Hipomani Tanı Ölçütleri

A. Son 4 günde mizaçta kabarma, yükselme ve artışın olması
B. Manik atak B tanı ölçütündeki belirtilerin 3 ya da daha fazlasının bulunması
C. Bu epizod sırasında kişinin semptomatik olmadığı zamanlardakinden çok farklı olarak işlevsellikte belirgin bir değişiklik olur.
D. Duygudurum bozukluğu ve işlevsellikteki değişiklik başkalarınca da gözlenebilir bir düzeydedir.
E. Bu epizod toplumsal ve mesleki itlevsellikte bozulmaya neden olmaz ve psikotik özellik göstermez
F. Bu belirtiler bir maddenin ya da tıbbi durumun direkt etkisine bağlı değildir.

2.4.4. Başka Türlü Adlandırılmayan BPB

Bipolar özelliklerin görüldüğü ancak özgül BPB'ye ait tanısal ölçütlerden herhangi birinin karşılanmadığı klinik tablolarıdır. Pratik klinik sık olarak görülseler bile, bu konunun literatürdeki yeri görece olarak azdır. Tekrarlayıcı kısa hipomani, ultra hızlı döngülü BPB, Histeroid disfori ve BPB' un birincil veya ikincil olduğu anlaşılamayan haller bu kategoride yer almaktadır.

Yineleyici Kısa Hipomani: En fazla dört gün süren hipomanik tablolar olup yineleyici kısa depresif bozukluğun hipomanik karşılığı şeklinde düşünülebilmektedir. Depresyonun klinik anlamda eşlik etmediği yineleyici hipomanik dönemler biçiminde olabileceği gibi, süregelen depresif belirtiler yanında kısa süreli olduğundan siklotimik bozukluk tanısının karşılanmadığı durumlar olarak görülebilmektedir.

Ultra Hızlı Döngülü BPB: Manik ve hipomanik ya da depresif dönemlerin birkaç günde bir hızlı biçimde değiştiği görülmektedir. Yaşanan döneme ait tanı ölçütlerinin karşılandığı ancak gereken süre ölçütünün karşılanmadığı hallerdir. Hastaların çoğunda değişim, belirli bir düzen dahilinde meydana gelmektedir. Hastalardaki dönemler siklotimiye göre daha büyük amplitüdlere ve daha belirgin bozulmalara yol açmaktadır. Klinik olarak bu hastaları idare etmek zordur.

Histeroid Disfori: Bu durum, BP II bozukluğuna ait siklotimik- irritabl özelliklere sahip bir varyant şeklinde düşünülebilir. Bu hastalara genellikle sınırda (borderline) kişilik olarak tanı konulmaktadır.

Psikotik bozukluklar üzerine oturmuş manik veya karma dönemler: Bu durumlarda, bipolar bozukluğun birincil veya ikincil olduğu anlaşılamamaktadır (Kortan, Yenilmez, Aksaray, Kaptanoğlu, 2000).

2.4.5. Mevsimsel Duygudurum Bozukluğu

Mevsim değişikliklerinin kişiye ait ruhsal duruma etki etme derecesinin normalden fazla olması mevsimsellik olarak tanımlanmaktadır. Stres dolu hadiselerle disforik tepki göstermekte olan yüksek nörotisizme sahip bireylerde kış aylarında daha çok depresyon görüldüğü düşünülmektedir. Rozenthal, mevsimler ile duygudurum bozuklukları arasında bulunan ilişkiyi gözlemleyerek mevsimsel duygudurum bozukluğunu tarif etmiştir (Osher, Yaroslavsky, Belmaker, 2000). Bu bozukluklar,

sonbahar ve kış aylarında zuhur eden, ilkbahar ve yaz aylarındaysa iyileşme gösteren depresif belirtilerle giden klinik tablolarıdır. Bu tabii eğilim, ışık tedavisinin hafif hipomanik kaymaları nasıl tetiklediğini ortaya koymaktadır. Son kanıtlara göre, klasik antidepresanlar depresif dönemin bahar ya da yaz aylarında ortaya çıkmasına neden olarak mevsimselliği bozmaktadır (Sadock, Sadock, 2007). Antidepresanların mevsimsel depresyonlarda sebep olduğu bu değişikliklerin hızlı döngülü görüngünün özel bir varyantını temsil etme ihtimali bulunmaktadır. DSM-IV-TR’de bulunmamasına rağmen mevsimsel duygudurum bozukluğu; yazın görülen, kışın görülen ve tam oluşmamış tip olmak üzere üç bölüme ayrılmaktadır. Duygudurum bozukluklarında; kış-depresyon, yaz-mani döngüsü ile ilgili kanıtlar yetersiz olup, literatür tarafından desteklenmekte olan umumi bir mevsimsel örüntü bulunmamaktadır. Mevsimsel değişiklikler tüm insanları etkilemektedir. Mevsim yapısı belirleyicisi tablo 8’de gösterilmektedir.

Tablo 8. DSM IV- TR Mevsimsel Yapı Belirleyicisi

A. BP I, BP II ya da major depresif bozukluk; yineleyen tipte major depresif dönemlerin başlangıcı ile yılın belirli bir zamanı arasında düzenli ilişki vardır.
B. Yılın belirli zamanında da tam düzelme olmaktadır.
C. Son iki yıl içinde A ve B maddelerinde tanımlanan mevsimlik ilişkiyi gösteren iki major depresif dönem ortaya çıkmıştır ve aynı dönemde mevsimsel ilişki göstermeyen bir dönem olmamıştır.
D. Mevsimsel major depresif dönemler kişinin yaşamı boyunca görülen mevsimsel olmayan major depresif dönemlerden fazladır.

2.5. Depresyonda Klinik Özellikler

Depresyonda temel emare çökkün duygudurum ile ilgi-istek azalışıdır. Genel ifadelerle depresyon tanımlandığı zaman 4 alanda bozulmalar görülür.

1. Duygudurum alanı: Çökkün, üzgün, kederli ve acı verici olan duygular baskın durumdadır. Bu duygular hastaların kendileri tarafından söze dökülebilirler. Yüz görünümlerinden, ses tonlarından ve davranışlarından anlaşılabilir veya yakınları mutsuz ve üzgün olduklarını anlatırlar. İlgi ile istek azlığı, hoşlanmış oldukları etkinliklerden ve hayattan tat alamama (anhedoni) belirgin durumdadır (Geller, Tillman, Craney, 2004)

2. Psikomotor etkinlik: Daha sık bir biçimde psikomotor yavaşlama belirgin haldedir. Devinimlerde yavaşlamalar, yorgunluklar, bitkinlikler, konuşmada yavaşlamalar, zamanın yavaş ilerlemesi görülür. Psikomotor ajitasyon da olabilmektedir (Bebbington, Ramana, 1995).

3. Bilişsel alan: Düşünceler içeriğinde kayıp olan düşünceleri, umutsuzluklar, karamsarlıklar, yetersizlikler, değersizlikler, suçluluk ile ölüm düşünceleri olabilmektedir. Geçmiş yanlışlarla meşgul olma, cezalandırılma düşünceleri ile depresif temalı olan sanrılar olabilmektedir (Bellivier, Golmard, Rietschel, 2003).

4. Vegetatif alan: Uyku ile iştahta ki bozukluklar, menstürel düzensizlikler, cinsel isteksizlikler gözlenebilmektedir (Sadock, 2007).

2.5.1. Ruhsal Durum

Genel görünüm: Dıştan bakıldığı zaman depresyonda bulunan hastalarda psikomotor alanlarda yavaşlama sık durumdadır. Devinimlerde yavaşlamalar, sabit postürde kalmalar, kendiliğinden devinimlerde azalmalar ile kendini ortaya koyarlar. Olguların dış görünüşleri ağır çekimdeki bir filmi izliyormuş izlenimleri verir. Katatonik davranışlar görülebilir (Güleç ve Köroğlu, 2007). Yüzün görünümünde kaşlar çatık, nasolabial sulkuslar belirginleşmiş, kederli olan bir görünüm olabilmekte ve buna "omega melankolika" denmektedir. Bilhassa yaşlı insanlarda psikomotor ajitasyon görülmektedir. Huzursuzluklar, ellerini ovuşturmalar, sıkıntılar, giysilerini çekiştirmeler, saçlarla oynamalar gibi görünüşlerle dışa vurulmaktadır (Bellivier ve Golward, 2003).

Konuşma ve ilişki kurma: Alçak ses tonu ile yavaş ritimde konuşurlar. Sorulan suallere geç ve zor cevaplar verirler. Konuşma ile ilişki kurma ağır olan durumlarda iyice bozulabilirler ve hiç konuşmayabilirler. Konuşmaya karşı isteksiz ve ilgisizdirler (Belmaker, 2004).

Düşünce akışı: Çağrışımlar belirgin biçimde yavaşlamıştır. Düşüncelerin birbirlerini takip etmesi azalmıştır. Ağır olan durumlarda çağrışımlar durabilmektedir (Yıldız, Sach, 2003).

Düşünce içeriği: Genel biçimde dünyaya, kendilerine ve geleceğe karşı negatif bir bakış açısı vardır. Geçmişe dair pişmanlık ile geleceğe umutsuz olarak bakarlar. Yetersizlikler, işe yaramamalar, değersizlik düşünceleri yoğun olmaktadır (Biederman

vd., 2000). Günlük iş ile yükümlülüklerini yerine getiremediklerinden ve işe yaramadıklarından yakınmaktadırlar. Karamsarlık ile umutsuzluk vardır. Kendilerini suçlamalar ve cezalandırma eğilimleri yoğun olarak yaşanmaktadır. İyileşmeyeceklerini, iyileştirilmeye değmeyen birileri olduklarını düşünürler. Psikotik nitelikli depresyonlarda söz konusu temaları içermekte olan sanrılar görülebilmektedir. Buna ilaveten kötülük görmeler, nihilistik ile somatik sanrılar da olabilmektedir (Delbello, Geller, 2001).

Depresyonların 2/3'ünde ölüme dair düşünceler, %15'inde öz kıyım girişimleri görülmektedir. Psikotik depresyonlarda bu oranlar 5-6 kat daha çoktur. Depresyonlarda görülmekte olan öz kıyım girişimleri bilhassa yalnız durumdayken, başkalarının yardım ulaştıramayacakları ortamlarda (sabaha doğru, kapıları kilitleyerek, gizli yerlerde), neticeye kesin ulaşacak metotlarla (ası, ateşli silah, yüksekten atlama gibi) gerçekleştirilebilir. Zira hasta kesin biçimde ölmeyi arzulamaktadır. Hayat anlamsız ve gereksiz durumdadır, yaşamdan tat alınamamaktadır, böylelikle yaşamının da bir manası yoktur (Ceylan ve Oral, 2001).

Duygudurum: Belirgin biçimde çökkün duygudurum gözlenmektedir. Elemeler, kederler, üzüntüler belirgin durumdadır. Hastalar bunları sözel şekilde dile getirebilirler. Veya yüz görünümlerinden, mimiklerinden anlaşılabilir. Sık ağlamalar görülür. Bunaltılar olabilir. Bilhassa sabaha doğru yoğun bunaltılar depresyonlar için tipik kabul edilirler (sabah bunaltısı). Semptomlar bu dönemlerde ağırlaşır (Oral, 2002).

Bilişsel yetiler: Belirgin biçimde bir kayıp yoktur. Fakat ilgisizlik ile isteksizlik sebebiyle kayıp varmışçasına görülebilmektedir. Bu durum bilhassa yaşlı olan hastalarda demans bakımından ayırıcı tanıda güçlük çıkarabilir. Söz konusu tabloya "depresif yalancı demans" denmektedir. Dikkat azlıkları, dikkati yoğunlaştırmada güçlükler, düşünme güçlükleri görülebilir. Ağır olan hallerde algı bozuklukları görülebilmektedir (Angt, Sello, 2000).

Fizyolojik değişiklikler: Uykuda ki bozukluklar (sıklıkla uyumakta güçlükler, gece sık uyanmalar, sabah erken uyanmalar), iştah bozuklukları (sıklıkla iştahta azalmalar ve kilo kayıpları), cinsel isteksizlikler, menstürel düzensizlikler, enerji kayıpları ve çabuk yorulmalar görülmektedir. Uzun zamanlı ağrılar, kabızlık-ishaller,

bulantı kusmalar gibi bedensel belirtiler görülebilmektedir. Bu çeşit depresyonlar "maskeli depresyon" biçiminde adlandırılırlar (Elroy, Akiskal, 2000).

2.5.2. Ayırıcı Tanı

2.5.2.1. Tıbbi Hastalıklar

Birçok tıbbi olan durumlar depresyon benzeri tablolar ile gidebilir. Bu sebeple iyi öyküler, fizik bakı ile gerekli olan laboratuvar araştırmaları yapılmalıdır. Detaylı bir öykü bizlere yol gösterici olabilmektedir (Turvey vd., 1999). Örnek olarak, aşırı kilo kayıpları veya alımları, çarpıntılar, terleme öyküsü var ise tiroid işlevleri değerlendirilebilir. Hastaların sürekli kullandıkları ilaçlar önemlidir. Yalnızca devamlı kullanılmakta olan ilaçlara bağlı biçimde depresyon tabloları gelişmiş olabilmektedir. Depresyon ayırıcı tanıda akla gelmekte olan bozukluklar (Angst vd., 2003):

1. Nörolojik hastalıklar: Serebrovasküler hastalıklar, demans, Parkinson hastalıkları, epilepsi, tümörler (bilhassa frontal lobe tümörleri), enfeksiyonlar vb

2. Endokrin hastalıklar: Adrenal bozuklukları (addison, cushing), tiroid hastalıkları (hipotiroidi), paratiroid hastalıkları (hipo-hiper), vb

3. Enfeksiyon ile enflamatuvar hastalıkları: Viral pnömoni (bilhassa yaşlı olan hastalarda), Enfeksiyöz mononükleozis (bilhassa genç olan hastalarda), romatoid artrit, SLE, tüberküloz, viral hepatit, AIDS, vb

4. Diğerleri: Neoplastik hastalıklar (bilhassa pankreas ile GIS kanserleri), kardiyopulmoner hastalıklar, üremiler, postoperatif durumlar, vitamin eksiklikleri (vit B12, tiamin, niasin), vb

5. Kullanılan ilaçlar: Bilhassa uzun zamanlı birtakım ilaçların kullanımlarında ikincil biçimde depresyonlar görülebilir.

2.5.2.2. Diğer Ruhsal Durumlar

Tsai ve arkadaşlarına göre (2002) diğer ruhsal durumlar şu şekildedir:

1. Psikotik durumlar
2. Yemede bozukluklar
3. Anksiyete bozuklukları

4. Somatoform bozuklukları
5. Uyum bozuklukları
6. Maddeye bağılı olan bozukluklardır.

2.5.2.3. Yas

Önemli ve sevimde olan yakın bir kimsenin ölümüyle ortaya çıkmış olan yas belirtileri depresyonlara çok benzemektedir. Birkaç haftadan birkaç aya değin sürebilmektedir (Tamam vd., 2006). Yasta bireylerin kendilerine saygı ve bağımlılıkları kaybolmaz. Kişiler kendilerini derin bir yitim içerisinde görseler bile kendi değerlerini küçülmüş ve yitirmiş hissetmezler. Uzadığı zaman bir depresyon düşünölebilmektedir (Tamam ve Özpoyraz, 2002).

2.5.3. Gidiş ve Sonlanım:

Belirtiler başlangıçta hafif olduğı için rahatsızlıklar belli olmayabilir. Muhtelif bedensel olarak yakınmalar, halsizlikler, çabuk yorulmalar ve iştahsızlık sebebiyle diğerk hekimlere veya uzmanlık dallarına başvurabilirler. Hafif veya orta seviyede depresyon nöbetleri umumiyetle 2-3 haftadan birkaç aya değin (ortalama 2-4 ay) sürebilmektedir. Ağır depresyonlarsa ortalama olarak 10 ay sürmektedir. Nöbetlerin uzunlukları hastalıkların gidişine, psikososyal amillere, tedavilerin düzensiz ve eksik oluşlarına bağılı olabilmektedir (Karamustafalıoğlu vd., 2004).

Bir kısım hastalar tedavi görmeseler dahi kendiliğinden iyileşebilmektedir. Etkilenmiş olan hastaların %75'i umumiyetle ilk epizoddan sonraki 6 ay içerisinde ikinci bir depresyon atakları geçirebilirler. Hayat boyunca geçirilen ortalama depresyon atakları 5'tir. Sonlanım genellikle iyidir; % 50 düzelmeler, % 30 kısmi düzelmeler, % 20'sinde kronik süreçler gelişir. İkinci ile üçüncü olarak gerçekleşen nöbetlerde sağaltımların hemen başlamaması, ilk nöbetlerin uzun sürmesi, zor psikososyal stres etkenleri, düzensiz ile yetersiz sağaltımlar, ağır kişilik problemleri depresyonda süregenleşmeyi arttırmaktadır (Yerevanian, 2001; Rihmer, Szadoezky, Janos, Kiss, Papp, 2001).

Erken yaşlarda başlayan unipolar depresyon bozukluklarında nöbetler daha aralıklı olurken orta ile ileri yaşlarda ki nöbetler daha fazla sık aralıklar ile gelişirler.

Kronik depresyon olan distimi üzerine binmiş depresyonların prognozu daha fazla kötüdür (Goodwin ve Ghaemi, 2003). Sıklık ile kişilik bozukluklarının az olması, kişiliklerin çevreye ve koşullara uyum yapma yetilerinin gelişmiş olmaları, olumlu aile, iş ile uğraşı şartları, erken tedavilere başlanması, yaşların genç olması, yaşanan nöbetlerin seyrek ile iyilik dönemlerinin uzun olmaları, madde bağımlılıklarının olmaması depresyonda müspet sonlanım belirtileri olmaktadır (Belmaker, 2004).

2.6. Mani Nöbetinde Klinik Özellikler

Ana belirtiler yükselmiş, taşkın duygudurumlarıdır. Birlikte konuşmalar, çağrışımlar ile hareketlerde hızlanmalar (psikomotor hızlanma) vardır. Psikomotor hızlanmaların yanı sıra büyüklük düşünceleri ile benlik kabarmaları tabloyu tamamlamaktadır.

2.6.1. Ruhsal Durum

Genel görünüm: Canlı, konuşkan, renkli giyinmiş, aşırı hareketli ve coşkuludurlar. Ağır olgularda psikotik bulgular ile dezorganize davranışlar olabilmektedir. Aşırı hareketlilik sebebiyle hasta dağınık ile bitkin durumda olabilmektedir (Belmaker, 2004).

Konuşma ve ilişki kurma: Yüksek olan ses tonu ile ve hızlı ritimde olmaktadır. Konuşmaların arasına girmek ve kesmek güçtür (baskılı konuşma). İnsanlar ile kolay ilişki kurarlar, fakat ilişki yüzeysel ve kısa zamanlıdır. Bol ve el kol hareketleri ile yüksek sesle konuşmalar görülür (logore). Konuşmalarda kelime oyunları, şakalar, konulardan konulara atlamalar olabilir (Belmaker, 2004).

Düşünce akışı: Düşünce akışları (çağrışımlar) hızlanmıştır. Düşünceler hızlı bir biçimde birbirini takip eder, konuşurken konulardan konulara atlamalar olabilir, buna fikir uçuşmaları (flight of idea) denmektedir. Fakat çoğu defa anlattıklarından bir mana çıkarılabilirler ve mantık bütünlükleri korunmuştur. Düşünceler umumiyetle birbirleri ile anlam veya uyak bağlantıları göstermektedirler (klang çağrışım) (Belmaker, 2004).

Düşünce içeriği: Düşünce içerikleri büyüklük ile kendine güven temalarıyla doludur. Benlik kabarmalarını yansıtan düşünceler mevcuttur. Kimselerin

yapamayacakları işleri yapabilecek güçtedir, üstündür ve yetenekli durumdadırlar (büyüklük düşünceleri). Psikotik nitelikli manide büyüklük sanrıları ön plan konumundadır, fakat duyguduruma uygun olmayan kötülük görmeler (perseküsyon), alınma (referans) sanrıları da olabilmektedir (Belmaker, 2004).

Duygulanım: Coşkular, aşırı neşeler (öfori), zaman zaman da öfke egemen durumdadır. Bu duruma yükselmiş, kabarmış duygudurum denilmektedir. Hastaların neşesi çevresindekilere de bulaşmaktadır. Ara ara duygulanım değişkenlikleri (labilite) görülmektedir. Gülerken ansızın ağlayabilirler, ağlarken gülmeye başlayabilirler. Sıklıkla engellendikleri zaman kızgın, öfkeli, saldırgan olabilmektedirler. Başlangıçta hafifçe bir hızlanma ile coşku (hipomani) içerisinde olan hastaların duyguları, hareketleri ile kabarmaları tırmanarak ağır olan bir taşkınlık (mani) durumları ortaya çıkmaktadır (Goodwin ve Ghaemi, 2003).

Bilişsel yetiler: Bilinç açık, yönelimler, bellek ile algılamalar yerindedir. Dikkat kolay biçimde dış uyaranlara çekilebilirler (disraktivite). Spontane dikkatler artmış, iradi olan dikkatler azalmıştır. Psikotik nitelikli manide algıda ki bozukluklar (varsanı ile yanılsamalar) görülebilir. Sıklıkla duyguduruma uygun olmaktadır. Ağır olan dezorganize tablolarda bilinçteki bozuklukları varmış gibi görülebilirler (Goodwin ve Ghaemi, 2003).

Fizyolojik belirtiler: Uyku ileri düzeyde bozuktur. Hasta günler boyunca uyumaz, sürekli olarak dolaşır, bir takım şeylerle meşgul olur. Ertesi güne enerjik ve hareketli olur. İştahı artsa dahi yemek yemeğe imkân bulamaz ve kilo verir. Cinsel isteklerini denetlemekte zorluk çeker. Bu enerji dolu davranışları sebebiyle bir zaman sonra bitkin düşer (Goodwin ve Ghaemi, 2003).

2.6.2. Manide Ayırıcı Tanı

1. Şizofrenik bozukluk: Şizofrenik hastalarda görülen neşelerde bir acayiplikler, anlaşılmazlıklar ve belirtilen düşüncelerde uyumsuzluklar vardır. Duygulanım tek düze veya uygunsuzdur. Sanrı ile varsanılar ekseriyetle dağınık, düzensiz ve duygudurum ile uyumsuzdur. Mantık zincirleri bozulmuş durumdadır. Hastanın anlatmış olduklarından bir mana çıkarmak güçtür. Bu sebeple de hasta ile ilişki kurmak güçleşir (Karamustafalıoğlu vd., 2004). Manik nöbet ataklar biçiminde gider ve aralarda iyilik dönemleri vardır. Şizofrenide ise hastalıklar genellikle

süreğendir. Zamanla kısmi düzelmeler olsa bile rahatsızlıkların izleri düzelme olan dönemlerde de görülmektedir (Tamam vd., 2006).

2. Sanrısız bozukluklar

3. Kısa psikotik bozukluklar

4. Tıbbi durumlara bağlı

Nörolojik: Epilepsi, Fahr hastalıkları, Huntington hastalığı, Migren, Multipl Skleroz Endokrin: Tiroid bozuklukları, postpartum bozuklukları, cushing hastalıkları, AIDS, SLE

Diğer: Tümörler, üremi, travma, vitamin eksiklikleri (B12, C, niasin)

2.6.3. Gidiş ve Sonlanım

Hastaların ekseriyetinde birkaç haftadan birkaç aya değin nöbetler yatıştır. Uygun sağaltım ile bu süreler kısalmır. Bipolar bozukluk sıklık ile depresyonla başlamakta, %10-20 sadece yineleyen mani biçimindedir. Mani atağının akabinde ilk 2 senede % 40-50 atak tekrar eder (Tamam vd., 2006). Arada olan iyilik dönemlerinde belirtiler bulunmaz. Bipolar bozuklukların karışık (mikst) tipinde mani ile depresyon semptomları birbirleriyle iç içe geçer ve aynı anda beraber bulunabilir. Bipolar bozuklukta nöbetlerin arasında iyileşme dönemleri kısa zamanlı olur ise ve senede en az 4 defa nöbet geliyor ise buna hızlı döngülü (rapid cycling) bipolar bozukluklar denilmektedir. Mani nöbetlerinin kısa şekilde sürmesi, geç başlangıçlar, iyilik dönemlerinin uzun biçimde sürmesi, olumlu aileler, iş ile uğraşı şartları, madde alışkanlıklarının olmaması olumlu biçimde sonlanım göstergeleridir (Karamustafalıoğlu vd., 2004).

2.7. Distimik Bozuklukta Klinik Özellikler

Depresif semptomların daha hafif ölçüde en az 2 sene boyunca sürmüş olduğu bir klinik tablodur. Hayat boyu yaygınlıkları %6 dolaylarındadır. Daha süreğen gidişli olan bir haldir. Depresyonun vegetatif olan belirtileri daha fazla ön plandadır. Antidepresan ilaçlar ile sağaltımı yapılmaktadır (Tamam ve Özpoyraz, 2002).

2.8. Siklotimik Bozuklukta Klinik Özellikler

En az 2 sene boyunca hipomani ile major depresif bozuklukları karşılamayan nöbetler biçiminde gidişler gösteren klinik bir tablodur. Hayat boyu yaygınlıkları %1 dolaylarındadır. Antidepresanlar, antipsikotikler ile lityum sağaltımlarında kullanılabilir (Tamam ve Özpoyraz, 2002).

Bunların haricinde genel olarak tıbbi durumlara bağlı, madde kullanımlarına bağlı duygudurum bozuklukları görülebilmektedir (Goodwin ve Ghaemi, 2003).

2.9. Duygudurum Bozukluklarında Sağaltım

2.9.1. Depresif Dönemin Sağaltımı

Depresif dönemin nitelikleri, şiddeti, tipi, ayırıcı tanıları yapılarak uygulanacak olan sağaltım metodu kararlaştırılır. Eğer ki atağın nitelikleri yeterince belirlenememiş ise, başka uzmanlık dallarıyla işbirliği gerekiyor ise, hasta yemiyor içmiyor, ilaç kullanmayı reddediyor ise, öz kıyım düşünce ile girişimleri varsa, psikotik nitelikli depresyonsa, yeterli sağaltımı almalarına karşın düzelmeler olmamış ise hastaneye yatırılarak takip altına alınmasında fayda vardır (Sadock ve Sadock, 2007). Böylelikle yemiyor, içmiyor, fiziki durumu kötüye doğru gidiyor, konuşmuyor ise, ağır sanrıları, öz kıyım düşünceleri veya girişimleri varsa çoğunlukla en etkin ve hızlı sağaltım yolu EKT (elektrokonvulsif terapi) dir. Depresyonların sağaltımında kullanılmakta olan ilaçlar antidepresanlardır (Oral, 2002; Işık 2003).

2.9.2. Manik Dönemin Sağaltımı

Ağır olan manik atakta hastaneye yatırılıp sağaltım yapılması gerekir. Hasta olan kişinin beslenmelerine, sıvı-elektrolit dengelerine, temizliklerine ve fizyolojik olarak işlevlerine itina gösterilmelidir. Başlangıçta hasta bireye antipsikotik ilaçlar verilmesi gerekir. Ağızdan ilaç almayı kabul ediyor ise bu biçimde, daha ağır olan durumlarda, uyumsuzluk olan durumlarda parenteral yoldan yapılmaları uygun şekilde olacaktır (Oral, 2002). Gerekirse sedasyonu sağlamak amacıyla benzodiazepinler eklenebilmektedir. Akut mani sağaltımlarında antipsikotiklerle beraber veya tek

başına antimanik ile duygudurum düzenleyici niteliği olan lityumun mühim bir yeri mevcuttur (Güleç, Köroğlu, 2007). Eksite olan ve antipsikotikler ile denetlenemeyen faktörlerde EKT etkili bir metot olabilir. Nöbetler yatıştıktan sonra hastayla hastalığın çeşidi, nöbetlerin sıklıkları gözden geçirilmektedir. Uzun zamanlı sağaltım, bakım ile koruyucu tedbirler hasta ve ailesine açıklanmalıdır (Bowden, Calabrese, McElroy vd., 2000).

2.9.3. Bipolar Bozuklukta Koruyucu Sağaltım

Bipolar bozukluklarda lityum koruyucu özellikleri olan bir ilaç türüdür. Lityumun koruyucu etkinlikleri %80 dolaylarındadır (Bowden, Calabrese, McElroy vd., 2000). Hastanın lityumu senelerce düzenli biçimde alması, düzenli olarak kan seviyesi ölçümleri yaptırmaları, yan etkilere yönelik olarak incelemeleri yaptırabiliyor olabilmeleri zaruridir. Bipolar bozuklukların koruyucu sağaltımlarında lityum etkili olmaz ise karbamazepin, sodyum valproat da kullanılabilir (Oral, 2002; Işık 2003).

Üçüncü Bölüm

YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı

Araştırma üniversitede okuyan kız öğrencilerde, premenstruel sendrom belirtileri ve duygudurum bozukluğu belirtileri oranlarını ölçerek, bu ikisi arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi amaçlanmaktadır.

3.2. Araştırmanın Problemleri ve Alt Problemleri

Çalışmaya ait ana problem cümlesi “Üniversitede okuyan kız öğrencilerde, premenstruel sendrom belirtileri ve duygudurum bozuklukları belirtileri arasındaki ilişki nedir?” şeklinde belirlenmiştir. Çalışma kapsamında araştırılan alt problemler ise aşağıda maddeler halinde sunulmuştur:

- Demografik değişkenler (yaş, gelir durumu, kişilik yapısı, genel sağlık durumu, hastalığa sahip olma durumu, rahmin ya da iki yumurtalığın birden alınma durumu, ruhsal rahatsızlık durumu, sürekli kullanılan ilaca sahip olma durumu, düzenli spor yapma, kahve tüketimi, çay tüketimi, kola tüketimi, çikolata tüketimi, süt ürünleri tüketimi ve sigara kullanımı) üniversitede okuyan kız öğrencilerin premenstruel sendrom belirtileri üzerinde anlamlı bir farklılık yaratmakta mıdır?

- Demografik değişkenler (yaş, gelir durumu, kişilik yapısı, genel sağlık durumu, hastalığa sahip olma durumu, rahmin ya da iki yumurtalığın birden alınma durumu, ruhsal rahatsızlık durumu, sürekli kullanılan ilaca sahip olma durumu, düzenli spor yapma, kahve tüketimi, çay tüketimi, kola tüketimi, çikolata tüketimi, süt ürünleri tüketimi ve sigara kullanımı) üniversitede okuyan kız öğrencilerin duygudurum bozuklukları belirtileri üzerinde anlamlı bir farklılık yaratmakta mıdır?

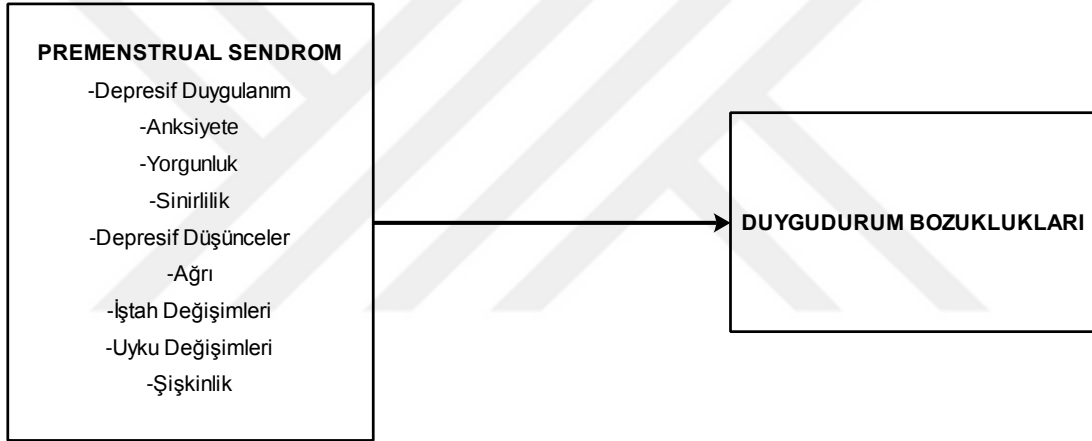
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmaya ait evreni İstanbul il sınırlarında yaşayan üniversite öğrencisi kızlardan oluşturmaktadır. Araştırmaya ait örneklem ise, rastgele örnekleme yöntemi ile gönüllülük esasına göre seçilen, Fatih (4), Şişli (5) ve Üsküdar (4) İlçelerinde yer alan toplam 13 adet üniversitede kayıtlı bulunan 294 kız öğrenciden oluşmaktadır.

3.4. Araştırmanın Modeli

Araştırmaya ait model Şekil 4'te sunulmuştur.

Şekil 2. Araştırma Modeli



3.5. Araştırmanın Hipotezleri

H₁: Depresif Duygulanım İle Duygudurum Bozuklukları Belirtileri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır.

H₂: Anksiyete İle Duygudurum Bozuklukları Belirtileri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır.

H₃: Yorgunluk İle Duygudurum Bozuklukları Belirtileri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır.

H₄: Sinirlilik İle Duygudurum Bozuklukları Belirtileri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır.

H5: Depresif Düşünceler İle Duygudurum Bozuklukları Belirtileri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır.

H6: Ağrı İle Duygudurum Bozuklukları Belirtileri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır.

H7: İştah Değişimleri İle Duygudurum Bozuklukları Belirtileri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır.

H8: Uyku Değişimleri İle Duygudurum Bozuklukları Belirtileri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır.

H9: Şişkinlik İle Duygudurum Bozuklukları arasında Belirtileri istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır.

3.6. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma İstanbul sınırlarında yer alan 13 üniversitede yer alan 294 kız öğrenci ile sınırlandırılmıştır.

3.7. Veri Toplama Araçları

Çalışma kapsamında 3 farklı veri toplama aracı kullanılmıştır. Bunlardan ilki araştırmacı tarafından hazırlanan ve araştırma grubunun demografik yapısını ortaya koyan Kişisel Bilgi Formu'dur. Diğer ölçekler ise Premenstrual Sendrom Ölçeği (PSÖ) ve Duygudurum Bozuklukları Ölçeği (DBÖ) olup, ölçekler ile ilgili detay bilgiler aşağıda alt başlıklar halinde verilmiştir.

3.7.1. Premenstrual Sendrom Ölçeği (PSÖ)

Premenstürel Değerlendirme Formu, adet öncesi dönemde ortaya çıkan belirtileri ve değişimleri ölçmek amacıyla geliştirilmiştir. Bu ölçekle adet öncesi belirtilerin yaygınlığının ve şiddetinin incelenmesi sağlanmaktadır. 95 soruluk bir öz bildirim ölçeğidir ve 9 alt ölçeği bulunmaktadır. Bu ölçekler Depresif Duygulanım, Anksiyete, Yorgunluk, Sinirlilik, Depresif Düşünceler, Ağrı, İştah Değişimleri, Uyku değişimleri ve Şişkinliktir. (Halbreich, Endicott, Schacht ve Nee, 1982).

Ölçeğin Türkçe formu Çiğdem Dereboy, Ferhan Dereboy, Fatma Yiğitol ve Ayşen Coşkun tarafından uyarlanmıştır. Yaptıkları çalışmada denekler küme analiziyle premenstrüel belirtilerin ağırlığına göre üç kümeye ayrılmıştır. Kümelerin Premenstrüel Değerlendirme Formu alt ölçeklerinden aldıkları puanlar arasında anlamlı fark olduğu görülmüştür. Üç kümenin uygulanan diğer ölçeklerden aldıkları puanların da kuramla uyuşur biçimde birbirlerinden ayrışımı Premenstrüel Değerlendirme Formunun geçerliğini destekleyen bir bulgu olarak değerlendirilmiştir. Bütün olarak Premenstrüel Değerlendirme Formunun Cronbach alfa, .97 ve alt ölçeklerinin Cronbach alfa, .46-.90 yeterli iç tutarlılığa sahip olduğu saptanmıştır (Dereboy, Dereboy ve Coşkun, 1994).

3.7.1.1. Ölçeğe Ait Güvenirlilik Çalışması

Araştırma ölçeğinin güvenilirliğinin tespit edilebilmesi için Cronbach Alfa katsayısı kontrol edilmiş ve ölçekte yer alan toplam 95 soru ve 9 alt boyut için güvenilirlik değerleri aşağıdaki tabloda sunulmuştur.

Tablo 9. PSÖ Alt Boyutlarına İlişkin Güvenilirlik Analizi

Boyut	Cronbach's Alpha	Öge Sayısı
Depresif Duygulanım	,979	23
Anksiyete	,981	8
Yorgunluk	,988	13
Sinirlilik	,972	5
Depresif Düşünceler	,983	17
Ağrı	,980	10
İştah Değişimleri	,969	8
Uyku Değişimleri	,992	7
Şişkinlik	,983	4

Tabloya göre ölçeğin alt boyutlarının tamamı 0,900'ün üzerinde Cronbach Alfa değerine sahiptir. Karasar (2010) tarafından ifade edildiğine göre, 0,900 üzerindeki

değerler ölçeğin çok yüksek güvenirliğe sahip olduğunu göstermektedir. Buna göre ölçeklerin tamamı çok yüksek güvenirliğe sahiptir.

3.7.1.2. Ölçeğe Ait Betimleyici İstatistikler

Ölçeğin alt boyutları için betimleyici istatistikler aşağıdaki tabloda sunulmuştur.

Tablo 10. PSÖ Alt Boyutlarına İlişkin Betimleyici İstatistikler

	N	Minimum	Maksimum	Ortalama	Std. Sapma	Varyans
Depresif Duygulanım	294	1,00	5,36	2,7120	1,17961	1,391
Anksiyete	294	1,00	4,88	2,3404	,91732	,841
Yorgunluk	294	1,00	5,89	3,1220	1,17645	1,384
Sinirlilik	294	1,00	6,00	2,9201	1,22299	1,496
Depresif Düşünceler	294	1,00	5,36	2,3700	1,02751	1,056
Ağrı	294	1,00	4,67	2,6319	,98120	,963
İştah Değişimleri	294	1,00	4,67	2,6327	,87199	,760
Uyku Değişimleri	294	1,00	6,00	2,9224	1,40293	1,968
Şişkinlik	294	1,29	5,57	3,1209	1,06073	1,125

Tabloya göre en yüksek ortalama 3,122 ile “yorgunluk” alt boyutunda gerçekleşmiştir. Diğer taraftan en düşük ortalama ise 2,0434 ile “anksiyete” alt boyutunda gerçekleşmiştir.

3.7.2. Duygudurum Bozuklukları Ölçeği (DBÖ)

Araştırma amacı doğrultusunda Hirschfeld, Williams, Spitzer, Calabrese, Flynn, Keck, Lewis, McElroy, Post, Rapport, Russell, Sachs ve Zajecka (2000) tarafından geliştirilen Duygudurum Bozuklukları Ölçeği kullanılmıştır.

Ölçek toplam 3 sorudan oluşmaktadır. 13 alt maddeden oluşan ilk soru yaşam boyu manik ya da hipomanik belirtileri araştırma amacındadır. Tüm maddeler ‘Evet’ ya da ‘Hayır’ olarak yanıtlanmaktadır. Duygudurum bozukluğu olanların ilk soruda en az 7 maddeye ‘evet’ cevabı vermeleri beklenmektedir. İkinci soru ilk soruda ‘evet’ olarak işaretlenen maddelerin eşzamanlı olup olmadığını sorgulamaktadır. Duygudurum bozukluğu olanların bu soruya ise ‘evet’ yanıtını vermesi beklenir.

Üçüncü soru ise bu belirtilerin, kişinin hayatını devam ettirme işlevselliği üzerine olan etkisini sorgulamaktadır. Bu sorunun cevabı ise, duygudurum bozukluğu olan bir birey tarafından, en azından ‘orta derecede’ ya da ‘ciddi’ olarak işaretlenmelidir. Ayrıca testin kesme puanı (ilk sorudaki maddeler göz önünde bulundurularak) 7 olarak verilmiştir. Ölçeğin orijinali üzerinde geçerlik ve güvenilirliğini ölçme amacı ile yapılan çalışmaların sonucunda; duyarlılık. 73 ve özgüllük. 90 olarak bulunmuştur.

Türkçe’ ye Konuk, Kıran, Tamam, Karaahmet, Aydın ve Atik (2007) tarafından uyarlanan Duygudurum Bozuklukları Ölçeği’ nde de orijinalindeki aynı 3 soru bulunmaktadır. Duygudurum Bozuklukları Ölçeği aynı zamanda psikiyatri uzmanlarınca klinik ortamda tanı koymaya yardımcı bir ölçek olarak kullanıldığından bu çalışmada tanı açısından ayırıcı bir rol oynamasının uygun olacağı düşünülmüştür. Aynı zamanda psikiyatri uzmanları 1. maddede depresyon veya psikiyatri uzmanla konarak atlanan bipolar bozuklurınca klinik ortamda uygundur (Konuk ve ark., 2007).

3.7.2.1. Ölçeğe Ait Güvenirlilik Çalışması

Araştırma ölçeğinin güvenilirliğinin tespit edilebilmesi için Cronbach Alfa katsayısı kontrol edilmiş ve ölçekte yer alan toplam 13 soru için güvenilirlik değerleri aşağıdaki tabloda sunulmuştur.

Tablo 11. DBÖ Güvenirlilik Analizi

Cronbach's Alpha	Öge sayısı
,813	13

Tabloya göre ölçek 0,800’ün üzerinde Cronbach Alfa değerine sahiptir. Karasar (2010) tarafından ifade edildiğine göre, 0,700-0,899 arasındaki değerler ölçeğin yüksek güvenirliğe sahip olduğunu göstermektedir. Buna göre ölçek yüksek güvenirliğe sahiptir.

3.7.2.2. Ölçeğe Ait Betimleyici İstatistikler

Ölçeğe ait betimleyici istatistikler aşağıdaki tabloda sunulmuştur.

Tablo 12. DBÖ Betimleyici İstatistikler

	N	Minimum	Maksimum	Ortalama	Std. Sapma	Varyans
Duygudurum_Bozuklukları	294	1,00	2,00	1,5247	,26073	,068

Tabloya göre ölçeğin ortalaması 1,5247 olarak gerçekleşmiştir. Bununla birlikte ölçeğin standart sapması 0,26073; varyansı 0,068'dir.

3.8. Verilerin Toplanması

Çalışma kapsamında toplam 300 anket formu basılı ve internet ortamında olmak üzere katılımcılara iletilmiştir. İletilen anket formlarının 6 tanesinin analiz edilebilir nitelikte olmaması sebebi ile toplamda 294 kişilik örneklem ile analizler gerçekleştirilmiştir.

3.9. Verilerin Çözümlemesi

Verilerin çözümlemesinde SPSS 23.00 programı kullanılmıştır. Programda analiz tekniklerinden korelasyon, ANOVA ve t-test kullanılmıştır.

Dördüncü Bölüm

BULGULAR

4.1. Araştırma Grubunun Demografik Yapısına İlişkin Değerler

Tablo 13. Yaş Değişkenine Ait Değerler

	Frekans	Yüzde
17-19 Yaş	15	5,1
20-23 Yaş	246	83,7
24-26 Yaş	15	5,1
27 Yaş ve üzeri	18	6,1
Toplam	294	100,0

Tablo incelendiğinde, %83,7’lik bir oranla katılımcıların büyük çoğunluğunun 20-23 yaş aralığında olduğu görülmektedir.

Tablo 14. Gelir Durumu

	Frekans	Yüzde
Yüksek	15	5,1
Orta	186	63,3
Düşük	93	31,6
Toplam	294	100,0

Tablo incelendiğinde; %63,3’lük bir oran ile katılımcıların büyük çoğunluğunun gelir durumunu orta düzeyde bulduğu görülmektedir. Katılımcıların %31,6’sı gelir durumunu düşük, %5,1’i ise gelir durumunu yüksek düzeyde bulmaktadır.

Tablo 15. Kişilik Yapısı

	Frekans	Yüzde
İçe dönük	51	17,3
Dışa dönük	66	22,4
Saldırgan, sinirli	3	1,0
Mantıklı, kalıcı	84	28,6
Duygusal	66	22,4
Diğer	24	8,2
Toplam	294	100,0

Tablo incelendiğinde; %28,6'lık oran ile kişiliğini mantıklı, kalıcı olarak nitelendirenler en büyük grubu oluşturmaktadır. %1'lik oran ile kişiliğini saldırgan, sinirli olarak nitelendirenler en küçük grubu oluşturmaktadır.

Tablo 16. Genel Sağlık Durumu

	Frekans	Yüzde
Çok iyi	48	16,3
İyi	159	54,1
Orta	81	27,6
Kötü	6	2,0
Toplam	294	100,0

Tablo incelendiğinde; %54'lük bir oran ile genel sağlık durumunu iyi olarak değerlendiren katılımcılar büyük çoğunluğu oluşturmaktadır. %2'lik bir oran ile genel sağlık durumunu kötü olarak değerlendiren katılımcılar ise en küçük grubu oluşturmaktadır.

Tablo 17. Herhangi Bir Hastalığa Sahip Olma Durumu

	Frekans	Yüzde
Evet	60	20,4
Hayır	234	79,6
Toplam	294	100,0

Tablo incelendiğinde, katılımcıların %79,6'sı herhangi bir hastalığının olmadığını, %20,4'ü ise en az bir hastalığının olduğunu belirtmiştir.

Tablo 18. Rahim veya İki Yumurtalığın Alınıp Alınmama Durumu

	Frekans	Yüzde
Evet	3	1,0
Hayır	291	99,0
Toplam	294	100,0

Tablo incelendiğinde, katılımcıların %99'u rahminiz veya iki yumurtalığınız alındı mı sorusuna hayır yanıtı verirken, %1'i ise evet yanıtını vermiştir.

Tablo 19. Son İki Yıl İçinde Ruhsal Bir Rahatsızlıktan Tedavi Görme Durumu

	Frekans	Yüzde
Evet	42	14,3
Hayır	252	85,7
Toplam	294	100,0

Tablo incelendiğinde; katılımcıların %85,7'si son iki yıl içinde tedavi aldığı ruhsal bir rahatsızlığı olmadığını belirtmiştir. Katılımcıların %14,3'ü ise son iki yıl içinde tedavi aldığı ruhsal bir rahatsızlığı olduğunu belirtmiştir.

Tablo 20. Sürekli İlaç Kullanma Durumu

	Frekans	Yüzde
Evet	75	25,5
Hayır	219	74,5
Toplam	294	100,0

Tablo incelendiğinde, katılımcıların %74,5'i sürekli kullandığı bir ilacının olmadığını belirtirken, %25,5'i ise sürekli kullandığı bir ilacı olduğunu belirtmiştir.

Tablo 21. Kemoterapi veya Radyoterapi Görme Durumu

	Frekans	Yüzde
Hayır	294	100,0

Tablo incelendiğinde, hiçbir katılımcının kemoterapi veya radyoterapi görmediği gözlemlenmiştir.

Tablo 22. Düzenli Olarak Spor Yapma Durumu

	Frekans	Yüzde
Evet düzenli (haftada 3 ve üzeri yoğun egzersiz yapma)	39	13,3
Evet düzensiz	135	45,9
Hayır	120	40,8
Toplam	294	100,0

Tablo incelendiğinde; %45,9'luk bir oran ile katılımcıların çoğunluğu düzensiz spor yapmaktadır. Katılımcıların %40,8'i spor yapmamakta, %13,3'ü ise düzenli olarak spor yapmaktadır.

Tablo 23. Kahve Tüketme Sıklığı

	Frekans	Yüzde
Her gün	213	72,4
Arasıra	60	20,4
Nadiren	18	6,1
Hiç	3	1,0
Toplam	294	100,0

Tablo incelendiğinde, %72,4'lük bir oran ile katılımcıların büyük çoğunluğu her gün kahve içmektedir. %1 ile en küçük orana sahip olanlar ise hiç kahve içmemektedir.

Tablo 24. ay Tüketme Sıklığı

	Frekans	Yüzde
Her gün	219	74,5
Arasıra	42	14,3
Nadiren	21	7,1
Hiç	12	4,1
Toplam	294	100,0

Tablo incelendiğinde; %74,5’lik bir oran ile katılımcıların büyük çoğunluğu her gün çay içmektedir. %1’lik bir oranla hiç çay içmeyenler en kk grubu oluşturmaktadır.

Tablo 25. Kola Tüketme Sıklığı

	Frekans	Yüzde
Her gün	42	14,3
Arasıra	51	17,3
Nadiren	111	37,8
Hiç	90	30,6
Toplam	294	100,0

Tablo incelendiğinde; %37,8’lik bir oran ile katılımcıların çoğunluğu nadiren kola içmektedir. %14,3’lk bir oran ile katılımcıların azınlığı her gün kola içmektedir.

Tablo 26. Çikolata Tüketme Sıklığı

	Frekans	Yüzde
Her gün	78	26,5
Arasıra	141	48,0
Nadiren	66	22,4
Hiç	9	3,1
Toplam	294	100,0

Tablo incelendiğinde; %48’lik bir oran ile katılımcıların çoğunluğu ara sıra çikolata tüketmektedir. Katılımcıların %3,1’i ise hiç çikolata tüketmemektedir ve en kk grubu oluşturmaktadır.

Tablo 27. Süt Ürünleri Tüketme Sıklığı

	Frekans	Yüzde
Her gün	171	58,2
Arasıra	96	32,7
Nadiren	24	8,2
Hiç	3	1,0
Toplam	294	100,0

Tablo incelendiğinde, %58,2'lik oran ile katılımcıların büyük çoğunluğu her gün süt ürünleri tüketmektedir. Katılımcıların %1' ise hiç tüketmemektedir ve en küçük grubu oluşturmaktadır

Tablo 28. Sigara Kullanma Durumu

	Frekans	Yüzde
Halen içiyorum	129	43,9
İçip bıraktım	60	20,4
Hiç içmedim	105	35,7
Toplam	294	100,0

Tablo incelendiğinde; %43,9'luk bir oran ile katılımcıların çoğunluğu sigara içmektedir. Sigara içenleri sırasıyla %35,7'lik bir oran ile hiç içmeyenler ve %20,4'lük bir oran ile içip bırakanlar takip etmektedir.

4.2. PSÖ ve DBÖ Arası İlişkiye Yönelik Hipotez Sınamaları

Tablo 29. Pearson Korelasyon Tablosu

		Duygudurum Bozuklukları
Depresif_Duygulanım	Pearson Korelasyon Katsayısı	,229**
	Anlamlılık (2-kuyruklu)	,000
	N	294
Anksiyete	Pearson Korelasyon Katsayısı	,288**
	Anlamlılık (2-kuyruklu)	,000
	N	294
Yorgunluk	Pearson Korelasyon Katsayısı	-,151**
	Anlamlılık (2-kuyruklu)	,009
	N	294
Sinirlilik	Pearson Korelasyon Katsayısı	-,193**
	Anlamlılık (2-kuyruklu)	,001
	N	294
Depresif_Düşünceler	Pearson Korelasyon Katsayısı	,232**
	Anlamlılık (2-kuyruklu)	,000
	N	294
Ağrı	Pearson Korelasyon Katsayısı	,131*
	Anlamlılık (2-kuyruklu)	,025
	N	294
İştah_Değişimleri	Pearson Korelasyon Katsayısı	-,214**
	Anlamlılık (2-kuyruklu)	,000
	N	294
Uyku_Değişimleri	Pearson Korelasyon Katsayısı	-,151**
	Anlamlılık (2-kuyruklu)	,009
	N	294
Şişkinlik	Pearson Korelasyon Katsayısı	-,107
	Anlamlılık (2-kuyruklu)	,066
	N	294

Premenstrual Sendrom Ölçeği'ne ait, premenstrual sendrom belirtilerini temsil eden 9 alt boyut ile duygudurum bozuklukları belirtileri arasındaki ilişkinin belirlenebilmesi için korelasyon analizi yapılmıştır. Bu çerçevede kontrol edilen değerler Pearson Korelasyon Katsayısı ve anlamlılık (2-kuyruklu) değeri olmuştur. Literatürde yer alan bilgilere göre, Pearson Korelasyon Katsayısı'nın 0,00-0,25

aralığında bulunması çok zayıf, 0,26-0,49 aralığında bulunması zayıf, 0,50-0,69 aralığında bulunması orta, 0,70-0,89 aralığında bulunması yüksek ve 0,90-1,00 aralığında bulunması ise çok yüksek değişkenler arası ilişkiyi göstermektedir (Karasar, 2010).

Depresif Duygulanım ile Duygudurum Bozuklukları Belirtileri arasındaki ilişki kontrol edildiğinde, anlamlılık (p) değerinin 0,05'ten küçük olması nedeni ile bu iki değişken arasında anlamlı bir ilişkinin varlığı tespit edilmiştir ($p=0,00<0,05$). Bu ilişkinin yönü ve şiddeti hakkında bilgi sahibi olabilmek için de Pearson Korelasyon Katsayısı kontrol edilmiş ve Depresif Duygulanım ile Duygudurum Bozuklukları belirtileri arasında aynı yönlü ve çok zayıf şiddette bir ilişki tespit edilmiştir. Bu bulguya göre “**H₁:** *Depresif Duygulanım İle Duygudurum Bozuklukları Belirtileri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır.*” şeklinde kurulan hipotez kabul edilmiştir.

Anksiyete ile Duygudurum Bozuklukları Belirtileri arasındaki ilişki kontrol edildiğinde, anlamlılık (p) değerinin 0,05'ten küçük olması nedeni ile bu iki değişken arasında anlamlı bir ilişkinin varlığı tespit edilmiştir ($p=0,00<0,05$). Bu ilişkinin yönü ve şiddeti hakkında bilgi sahibi olabilmek için de Pearson Korelasyon Katsayısı kontrol edilmiş ve Anksiyete ile Duygudurum Bozuklukları Belirtileri arasında aynı yönlü ve zayıf şiddette bir ilişki tespit edilmiştir. Bu bulguya göre “**H₂:** *Anksiyete İle Duygudurum Bozuklukları Belirtileri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır.*” şeklinde kurulan hipotez kabul edilmiştir.

Yorgunluk ile Duygudurum Bozuklukları arasındaki ilişki kontrol edildiğinde, anlamlılık (p) değerinin 0,05'ten küçük olması nedeni ile bu iki değişken arasında anlamlı bir ilişkinin varlığı tespit edilmiştir ($p=0,009<0,05$). Bu ilişkinin yönü ve şiddeti hakkında bilgi sahibi olabilmek için de Pearson Korelasyon Katsayısı kontrol edilmiş ve Yorgunluk ile Duygudurum Bozuklukları Belirtileri arasında ters yönlü ve çok zayıf şiddette bir ilişki tespit edilmiştir. Bu bulguya göre “**H₃:** *Yorgunluk İle Duygudurum Bozuklukları Belirtileri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır.*” şeklinde kurulan hipotez kabul edilmiştir.

Sinirlilik ile Duygudurum Bozuklukları Belirtileri arasındaki ilişki kontrol edildiğinde, anlamlılık (p) değerinin 0,05'ten küçük olması nedeni ile bu iki değişken arasında anlamlı bir ilişkinin varlığı tespit edilmiştir ($p=0,001<0,05$). Bu ilişkinin yönü

ve şiddeti hakkında bilgi sahibi olabilmek için de Pearson Korelasyon Katsayısı kontrol edilmiş ve Sinirlilik ile Duygudurum Bozuklukları Belirtileri arasında ters yönlü ve çok zayıf şiddette bir ilişki tespit edilmiştir. Bu bulguya göre “**H₄:** *Sinirlilik İle Duygudurum Bozuklukları Belirtileri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır.*” şeklinde kurulan hipotez kabul edilmiştir.

Depresif Düşünceler ile Duygudurum Bozuklukları Belirtileri arasındaki ilişki kontrol edildiğinde, anlamlılık (p) değerinin 0,05’ten küçük olması nedeni ile bu iki değişken arasında anlamlı bir ilişkinin varlığı tespit edilmiştir ($p=0,00<0,05$). Bu ilişkinin yönü ve şiddeti hakkında bilgi sahibi olabilmek için de Pearson Korelasyon Katsayısı kontrol edilmiş ve Depresif Düşünceler ile Duygudurum Bozuklukları Belirtileri arasında aynı yönlü ve çok zayıf şiddette bir ilişki tespit edilmiştir. Bu bulguya göre “**H₅:** *Depresif Düşünceler İle Duygudurum Bozuklukları Belirtileri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır.*” şeklinde kurulan hipotez kabul edilmiştir.

Ağrı ile Duygudurum Bozuklukları Belirtileri arasındaki ilişki kontrol edildiğinde, anlamlılık (p) değerinin 0,05’ten küçük olması nedeni ile bu iki değişken arasında anlamlı bir ilişkinin varlığı tespit edilmiştir ($p=0,025<0,05$). Bu ilişkinin yönü ve şiddeti hakkında bilgi sahibi olabilmek için de Pearson Korelasyon Katsayısı kontrol edilmiş ve Ağrı ile Duygudurum Bozuklukları Belirtileri arasında aynı yönlü ve çok zayıf şiddette bir ilişki tespit edilmiştir. Bu bulguya göre “**H₆:** *Ağrı İle Duygudurum Bozuklukları Belirtileri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır.*” şeklinde kurulan hipotez kabul edilmiştir.

İştah Değişimleri ile Duygudurum Bozuklukları Belirtileri arasındaki ilişki kontrol edildiğinde, anlamlılık (p) değerinin 0,05’ten küçük olması nedeni ile bu iki değişken arasında anlamlı bir ilişkinin varlığı tespit edilmiştir ($p=0,00<0,05$). Bu ilişkinin yönü ve şiddeti hakkında bilgi sahibi olabilmek için de Pearson Korelasyon Katsayısı kontrol edilmiş ve İştah Değişimleri ile Duygudurum Bozuklukları Belirtileri arasında ters yönlü ve çok zayıf şiddette bir ilişki tespit edilmiştir. Bu bulguya göre “**H₇:** *İştah Değişimleri İle Duygudurum Bozuklukları Belirtileri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır.*” şeklinde kurulan hipotez kabul edilmiştir.

Uyku Değişimleri ile Duygudurum Bozuklukları Belirtileri arasındaki ilişki kontrol edildiğinde, anlamlılık (p) değerinin 0,05'ten küçük olması nedeni ile bu iki değişken arasında anlamlı bir ilişkinin varlığı tespit edilmiştir ($p=0,009<0,05$). Bu ilişkinin yönü ve şiddeti hakkında bilgi sahibi olabilmek için de Pearson Korelasyon Katsayısı kontrol edilmiş ve Uyku Değişimleri ile Duygudurum Bozuklukları Belirtileri arasında ters yönlü ve çok zayıf şiddette bir ilişki tespit edilmiştir. Bu bulguya göre "**H₈**: *Uyku Değişimleri İle Duygudurum Bozuklukları Belirtileri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır.*" şeklinde kurulan hipotez kabul edilmiştir.

Şişkinlik ile Duygudurum Bozuklukları Belirtileri arasındaki ilişki kontrol edildiğinde, anlamlılık (p) değerinin 0,05'ten büyük olması nedeni ile bu iki değişken arasında anlamlı bir ilişkinin varlığı tespit edilememiştir ($p=0,066>0,05$). Bu ilişkinin yönü ve şiddeti hakkında bilgi sahibi olabilmek için de Pearson Korelasyon Katsayısı kontrol edilmiş ve Şişkinlik ile Duygudurum Bozuklukları Belirtileri arasında ters yönlü ve çok zayıf şiddette bir ilişki tespit edilmiştir. Bu bulguya göre "**H₉**: *Şişkinlik İle Duygudurum Bozuklukları Belirtileri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır.*" şeklinde kurulan hipotez kabul edilmemiştir.

Tablo 30. Hipotez Test Sonuçları

HİPOTEZ	SONUÇ
H₁: Depresif Duygulanım İle Duygudurum Bozuklukları Belirtileri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır.	KABUL
H₂: Anksiyete İle Duygudurum Bozuklukları Belirtileri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır.	KABUL
H₃: Yorgunluk İle Duygudurum Bozuklukları Belirtileri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır.	KABUL
H₄: Sinirlilik İle Duygudurum Bozuklukları Belirtileri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır.	KABUL
H₅: Depresif Düşünceler İle Duygudurum Bozuklukları Belirtileri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır.	KABUL
H₆: Ağrı İle Duygudurum Bozuklukları Belirtileri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır.	KABUL
H₇: İştah Değişimleri İle Duygudurum Bozuklukları Belirtileri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır.	KABUL
H₈: Uyku Değişimleri İle Duygudurum Bozuklukları Belirtileri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır.	KABUL
H₉: Şişkinlik İle Duygudurum Bozuklukları Belirtileri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır.	RED

4.3. Fark Analizleri

Tablo 31. Premenstrual Sendrom ve Duygudurum Bozuklukları Ölçeklerine Ait Katılımcıların Yaşı Değişkenine Göre ANOVA Tablosu

		Kareler Toplamı	df	Karekök Ortalama	F	Anlamlılık (p)
Depresif Duygulanım	Gruplar Arasında	20,151	4	5,038	3,757	,005
	Gruplar İçinde	387,550	289	1,341		
	Toplam	407,701	293			
Anksiyete	Gruplar Arasında	5,386	4	1,346	1,614	,171
	Gruplar İçinde	241,165	289	,834		
	Toplam	246,551	293			
Yorgunluk	Gruplar Arasında	4,797	4	1,199	,865	,485
	Gruplar İçinde	400,723	289	1,387		
	Toplam	405,520	293			
Sinirlilik	Gruplar Arasında	3,811	4	,953	,634	,639
	Gruplar İçinde	434,431	289	1,503		
	Toplam	438,242	293			
Depresif Düşünceler	Gruplar Arasında	13,096	4	3,274	3,194	,014
	Gruplar İçinde	296,248	289	1,025		
	Toplam	309,344	293			
Ağrı	Gruplar Arasında	8,470	4	2,117	2,236	,065
	Gruplar İçinde	273,615	289	,947		
	Toplam	282,084	293			
İştah Değişimleri	Gruplar Arasında	2,561	4	,640	,840	,501
	Gruplar İçinde	220,224	289	,762		
	Toplam	222,785	293			
Uyku Değişimleri	Gruplar Arasında	7,255	4	1,814	,921	,452
	Gruplar İçinde	569,429	289	1,970		
	Toplam	576,684	293			
Şişkinlik	Gruplar Arasında	11,105	4	2,776	2,519	,042
	Gruplar İçinde	318,563	289	1,102		
	Toplam	329,668	293			
Duygudurum Bozuklukları	Gruplar Arasında	,811	4	,203	3,066	,017
	Gruplar İçinde	19,107	289	,066		
	Toplam	19,918	293			

Tablodaki ANOVA sonuçlarını incelendiğinde, depresif duygulanım, depresif düşünceler, şişkinlik ve duygudurum bozuklukları belirtileri için hesaplanan anlamlılık (p) değerlerinin istatistiksel olarak anlamlı farkın tespit edilebilmesi için gereken eşik değer 0,05'in altında kaldığı görülmektedir. Buna göre katılımcıların yaşı; depresif duygulanım, depresif düşünceler, şişkinlik ve duygudurum bozuklukları belirtileri üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark yaratmaktadır.

Tablo 32. Premenstrual Sendrom ve Duygudurum Bozuklukları Ölçeklerine Ait Katılımcıların Gelir Durumu Değişkenine Göre ANOVA Tablosu

		Kareler Toplamı	df	Karekök Ortalama	F	Anlamlılık (p)
Depresif Duygulanım	Gruplar Arasında	24,435	2	12,218	9,276	,000
	Gruplar İçinde	383,266	291	1,317		
	Toplam	407,701	293			
Anksiyete	Gruplar Arasında	12,808	2	6,404	7,973	,000
	Gruplar İçinde	233,742	291	,803		
	Toplam	246,551	293			
Yorgunluk	Gruplar Arasında	31,574	2	15,787	12,285	,000
	Gruplar İçinde	373,946	291	1,285		
	Toplam	405,520	293			
Sinirlilik	Gruplar Arasında	46,668	2	23,334	17,341	,000
	Gruplar İçinde	391,574	291	1,346		
	Toplam	438,242	293			
Depresif Düşünceler	Gruplar Arasında	20,452	2	10,226	10,300	,000
	Gruplar İçinde	288,893	291	,993		
	Toplam	309,344	293			
Ağrı	Gruplar Arasında	20,421	2	10,211	11,355	,000
	Gruplar İçinde	261,663	291	,899		
	Toplam	282,084	293			
İştah Değişimleri	Gruplar Arasında	11,177	2	5,589	7,685	,001
	Gruplar İçinde	211,608	291	,727		
	Toplam	222,785	293			
Uyku Değişimleri	Gruplar Arasında	22,045	2	11,022	5,783	,003
	Gruplar İçinde	554,639	291	1,906		
	Toplam	576,684	293			
Şişkinlik	Gruplar Arasında	9,075	2	4,537	4,119	,017
	Gruplar İçinde	320,593	291	1,102		
	Toplam	329,668	293			
Duygudurum Bozuklukları	Gruplar Arasında	,069	2	,034	,503	,605
	Gruplar İçinde	19,850	291	,068		
	Toplam	19,918	293			

Tablodaki ANOVA sonuçlarını incelendiğinde, depresif duygulanım, anksiyete, yorgunluk, sinirlilik, depresif düşünceler, ağrı, iştah değişimleri, uyku değişimleri ve şişkinlik için hesaplanan anlamlılık (p) değerlerinin istatistiksel olarak anlamlı farkın tespit edilebilmesi için gereken eşik değer 0,05'in altında kaldığı görülmektedir. Buna göre katılımcıların gelir durumu; depresif duygulanım, anksiyete,

yorgunluk, sinirlilik, depresif düşünceler, ağrı, iştah değişimleri, uyku değişimleri ve şişkinlik üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark yaratmaktadır.

Tablo 33. Premenstrual Sendrom ve Duygudurum Bozuklukları Ölçeklerine Ait Katılımcıların Kişilik Yapısı Değişkenine Göre ANOVA Tablosu

		Kareler Toplamı	df	Karekök Ortalama	F	Anlamlılık (p)
Depresif Duygulanım	Gruplar Arasında	49,602	5	9,920	7,978	,000
	Gruplar İçinde	358,099	288	1,243		
	Toplam	407,701	293			
Anksiyete	Gruplar Arasında	21,801	5	4,360	5,587	,000
	Gruplar İçinde	224,749	288	,780		
	Toplam	246,551	293			
Yorgunluk	Gruplar Arasında	35,750	5	7,150	5,569	,000
	Gruplar İçinde	369,770	288	1,284		
	Toplam	405,520	293			
Sinirlilik	Gruplar Arasında	21,567	5	4,313	2,981	,012
	Gruplar İçinde	416,675	288	1,447		
	Toplam	438,242	293			
Depresif Düşünceler	Gruplar Arasında	26,227	5	5,245	5,336	,000
	Gruplar İçinde	283,118	288	,983		
	Toplam	309,344	293			
Ağrı	Gruplar Arasında	16,463	5	3,293	3,570	,004
	Gruplar İçinde	265,622	288	,922		
	Toplam	282,084	293			
İştah Değişimleri	Gruplar Arasında	14,943	5	2,989	4,141	,001
	Gruplar İçinde	207,842	288	,722		
	Toplam	222,785	293			
Uyku Değişimleri	Gruplar Arasında	35,718	5	7,144	3,803	,002
	Gruplar İçinde	540,966	288	1,878		
	Toplam	576,684	293			
Şişkinlik	Gruplar Arasında	18,404	5	3,681	3,406	,005
	Gruplar İçinde	311,264	288	1,081		
	Toplam	329,668	293			
Duygudurum Bozuklukları	Gruplar Arasında	1,740	5	,348	5,515	,000
	Gruplar İçinde	18,178	288	,063		
	Toplam	19,918	293			

Tablodaki ANOVA sonuçlarını incelendiğinde, depresif duygulanım, anksiyete, yorgunluk, sinirlilik, depresif düşünceler, ağrı, iştah değişimleri, uyku değişimleri, şişkinlik ve duygudurum bozuklukları belirtileri için hesaplanan anlamlılık (p) değerlerinin istatistiksel olarak anlamlı farkın tespit edilebilmesi için gereken eşik değer 0,05'in altında kaldığı görülmektedir. Buna göre katılımcıların

kişilik yapısı; depresif duygulanım, anksiyete, yorgunluk, sinirlilik, depresif düşünceler, ağrı, iştah değişimleri, uyku değişimleri, şişkinlik ve duygudurum bozuklukları belirtileri üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark yaratmaktadır.

Tablo 34. Premenstrual Sendrom ve Duygudurum Bozuklukları Ölçeklerine Ait Katılımcıların Genel Sağlık Durumu Değişkenine Göre ANOVA Tablosu

		Kareler Toplamı	df	Karekök Ortalama	F	Anlamlılık (p)
Depresif Duygulanım	Gruplar Arasında	36,803	3	12,268	9,592	,000
	Gruplar İçinde	370,898	290	1,279		
	Toplam	407,701	293			
Anksiyete	Gruplar Arasında	17,629	3	5,876	7,444	,000
	Gruplar İçinde	228,922	290	,789		
	Toplam	246,551	293			
Yorgunluk	Gruplar Arasında	44,621	3	14,874	11,952	,000
	Gruplar İçinde	360,899	290	1,244		
	Toplam	405,520	293			
Sinirlilik	Gruplar Arasında	41,559	3	13,853	10,127	,000
	Gruplar İçinde	396,683	290	1,368		
	Toplam	438,242	293			
Depresif Düşünceler	Gruplar Arasında	22,755	3	7,585	7,675	,000
	Gruplar İçinde	286,590	290	,988		
	Toplam	309,344	293			
Ağrı	Gruplar Arasında	10,062	3	3,354	3,576	,014
	Gruplar İçinde	272,023	290	,938		
	Toplam	282,084	293			
İştah Değişimleri	Gruplar Arasında	9,003	3	3,001	4,071	,007
	Gruplar İçinde	213,782	290	,737		
	Toplam	222,785	293			
Uyku Değişimleri	Gruplar Arasında	43,859	3	14,620	7,957	,000
	Gruplar İçinde	532,824	290	1,837		
	Toplam	576,684	293			
Şişkinlik	Gruplar Arasında	20,621	3	6,874	6,450	,000
	Gruplar İçinde	309,047	290	1,066		
	Toplam	329,668	293			
Duygudurum Bozuklukları	Gruplar Arasında	,694	3	,231	3,491	,016
	Gruplar İçinde	19,224	290	,066		
	Toplam	19,918	293			

Tablodaki ANOVA sonuçlarını incelendiğinde, depresif duygulanım, anksiyete, yorgunluk, sinirlilik, depresif düşünceler, ağrı, iştah değişimleri, uyku değişimleri, şişkinlik ve duygudurum bozuklukları belirtileri için hesaplanan anlamlılık (p) değerlerinin istatistiksel olarak anlamlı farkın tespit edilebilmesi için

gereken eşik değeri 0,05'in altında kaldığı görülmektedir. Buna göre katılımcıların genel sağlık durumu; depresif duygulanım, anksiyete, yorgunluk, sinirlilik, depresif düşünceler, ağrı, iştah değişimleri, uyku değişimleri, şişkinlik ve duygudurum bozuklukları belirtileri üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark yaratmaktadır.

Tablo 35. Premenstrual Sendrom ve Duygudurum Bozuklukları Ölçeklerine Ait Katılımcıların Herhangi Bir Hastalığa Sahip Olma Değişkenine Ait t-test Tablosu

		Varyansların Eşitliği İçin Levene Testi		Ortalamaların Eşitliği İçin t-testi				
		F	p	t	df	Anl. (2-kuyruklu)	Ort. Farkı	Standart Hata Farkı
Depresif Duygulanım	Varyanslar homojendir varsayımı	4,102	,044	4,368	292	,000	,72364	,16566
	Varyanslar homojen değildir varsayımı			3,900	80,766	,000	,72364	,18555
Anksiyete	Varyanslar homojendir varsayımı	11,749	,001	5,050	292	,000	,64401	,12752
	Varyanslar homojen değildir varsayımı			4,314	77,533	,000	,64401	,14928
Yorgunluk	Varyanslar homojendir varsayımı	2,886	,090	4,890	292	,000	,80169	,16395
	Varyanslar homojen değildir varsayımı			4,385	81,109	,000	,80169	,18284
Sinirlilik	Varyanslar homojendir varsayımı	1,733	,189	4,062	292	,000	,70052	,17247
	Varyanslar homojen değildir varsayımı			3,766	83,924	,000	,70052	,18602
Depresif Düşünceler	Varyanslar homojendir varsayımı	18,011	,000	4,736	292	,000	,67977	,14353
	Varyanslar homojen değildir varsayımı			3,940	75,811	,000	,67977	,17252
Ağrı	Varyanslar homojendir varsayımı	,664	,416	4,464	292	,000	,61434	,13761
	Varyanslar homojen değildir varsayımı			4,286	87,224	,000	,61434	,14332
İştah Değişimleri	Varyanslar homojendir varsayımı	,563	,454	4,925	292	,000	,59820	,12145
	Varyanslar homojen değildir varsayımı			5,127	96,627	,000	,59820	,11667
Uyku Değişimleri	Varyanslar homojendir varsayımı	5,921	,016	4,847	292	,000	,94837	,19564
	Varyanslar homojen değildir varsayımı			4,421	82,490	,000	,94837	,21453
Şişkinlik	Varyanslar homojendir varsayımı	,898	,344	5,323	292	,000	,78147	,14680
	Varyanslar homojen değildir varsayımı			5,532	96,386	,000	,78147	,14127
Duygudurum Bozuklukları	Varyanslar homojendir varsayımı	,009	,923	-2,189	292	,029	-,08205	,03749
	Varyanslar homojen değildir varsayımı			-2,162	90,211	,033	-,08205	,03795

Tabloda yer alan değişkenler ile herhangi bir hastalığa sahip olma durumu arasındaki ilişkiyi ortaya koyabilmek için öncelikli olarak varyansların homojen olup olmadığına karar vermek gerekmektedir. Bunun için kontrol edilmesi gereken p değeridir. p'nin eşik değer olan 0,05'in altında kalması varyansların homojen dağılmadığı; p'nin eşik değer olan 0,05'in üzerinde olması ise varyansların homojen dağıldığı kabulünü doğurmaktadır.

Varyansların homojen olup olmadığına yönelik ilgili kabulün sağlanması ile birlikte anlamlılık (2-kuyruklu) değeri kontrol edilmiştir. Tabloda yer alan tüm değişkenlerde anlamlılık değeri eşik değer olan 0,05'in altında kalmaktadır. Bu sonuca göre katılımcıların herhangi bir hastalığa sahip olması; depresif duygulanım, anksiyete, yorgunluk, sinirlilik, depresif düşünceler, ağrı, iştah değişimleri, uyku değişimleri, şişkinlik ve duygudurum bozuklukları belirtileri üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark yaratmaktadır.

Tablo 36. Premenstrual Sendrom ve Duygudurum Bozuklukları Ölçeklerine Ait Katılımcıların Rahmin veya İki Yumurtalığın Alınmış Olması Değişkenine Ait t-test Tablosu

		Varyansların Eşitliği İçin Levene Testi		Ortalamaların Eşitliği İçin t-testi				
		F	p	t	Df	Anl. (2-kuyruklu)	Ort. Farkı	Standart Hata Farkı
Depresif Duygulanım	Varyanslar homojendir varsayımı	6,312	,013	,296	291	,767	,20295	,68577
	Varyanslar homojen değildir varsayımı			2,915	289,000	,004	,20295	,06963
Anksiyete	Varyanslar homojendir varsayımı	5,397	,021	-,162	291	,872	-,08602	,53158
	Varyanslar homojen değildir varsayımı			-1,594	289,000	,112	-,08602	,05398
Yorgunluk	Varyanslar homojendir varsayımı	6,752	,010	,810	291	,419	,55349	,68356
	Varyanslar homojen değildir varsayımı			7,975	289,000	,000	,55349	,06941
Sinirlilik	Varyanslar homojendir varsayımı	8,393	,004	,258	291	,796	,18376	,71182
	Varyanslar homojen değildir varsayımı			2,543	289,000	,012	,18376	,07228
Depresif Düşünceler	Varyanslar homojendir varsayımı	6,096	,014	-,465	291	,643	-,27695	,59608
	Varyanslar homojen değildir varsayımı			-4,576	289,000	,000	-,27695	,06052
Ağrı	Varyanslar homojendir varsayımı	8,143	,005	-,521	291	,603	-,29582	,56816
	Varyanslar homojen değildir varsayımı			-5,128	289,000	,000	-,29582	,05769
İştah Değişimleri	Varyanslar homojendir varsayımı	5,401	,021	2,767	291	,006	1,38445	,50037
	Varyanslar homojen değildir varsayımı			27,249	289,000	,000	1,38445	,05081
Uyku Değişimleri	Varyanslar homojendir varsayımı	6,275	,013	-,313	291	,754	-,25578	,81642
	Varyanslar homojen değildir varsayımı			-3,086	289,000	,002	-,25578	,08290
Şişkinlik	Varyanslar homojendir varsayımı	6,955	,009	,277	291	,782	,17057	,61633
	Varyanslar homojen değildir varsayımı			2,726	289,000	,007	,17057	,06258
Duygudurum Bozuklukları	Varyanslar homojendir varsayımı	5,309	,022	-,424	291	,672	-,06433	,15171
	Varyanslar homojen değildir varsayımı			-4,176	289,000	,000	-,06433	,01540

Varyansların homojen olup olmadığına yönelik ilgili kabulün sağlanması ile birlikte anlamlılık (2-kuyruklu) değeri kontrol edilmiştir. Tabloda yer alan tüm değişkenlerde anlamlılık değeri eşik değer olan 0,05'in altında kalmaktadır. Bu sonuca göre katılımcıların rahminin veya iki yumurtalığın alınmış olması; depresif

duygulanım, yorgunluk, sinirlilik, depresif düşünceler, ağrı, iştah değişimleri, uyku değişimleri, şişkinlik ve duygudurum bozuklukları belirtileri üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark yaratmaktadır.

Tablo 37. Premenstrual Sendrom ve Duygudurum Bozuklukları Ölçeklerine Ait Katılımcıların Ruhsal Rahatsızlık Durumu Değişkenine Ait t-test Tablosu

		Varyansların Eşitliği İçin Levene Testi		Ortalamaların Eşitliği İçin t-testi				
		F	p	t	df	Anl. (2-kuyruklu)	Ort. Farkı	Standart Hata Farkı
Depresif Duygulanım	Varyanslar homojendir varsayımı	,007	,936	4,650	292	,000	,88371	,19003
	Varyanslar homojen değildir varsayımı			4,779	56,776	,000	,88371	,18490
Anksiyete	Varyanslar homojendir varsayımı	1,198	,275	5,492	292	,000	,80081	,14580
	Varyanslar homojen değildir varsayımı			5,338	54,385	,000	,80081	,15001
Yorgunluk	Varyanslar homojendir varsayımı	,275	,600	4,614	292	,000	,87498	,18962
	Varyanslar homojen değildir varsayımı			4,308	52,895	,000	,87498	,20309
Sinirlilik	Varyanslar homojendir varsayımı	6,084	,014	3,464	292	,001	,69322	,20011
	Varyanslar homojen değildir varsayımı			2,942	49,994	,005	,69322	,23564
Depresif Düşünceler	Varyanslar homojendir varsayımı	12,103	,001	6,689	292	,000	1,06845	,15974
	Varyanslar homojen değildir varsayımı			5,332	48,442	,000	1,06845	,20038
Ağrı	Varyanslar homojendir varsayımı	2,293	,131	4,368	292	,000	,69330	,15871
	Varyanslar homojen değildir varsayımı			3,994	52,182	,000	,69330	,17359
İştah Değişimleri	Varyanslar homojendir varsayımı	,467	,495	5,465	292	,000	,75777	,13866
	Varyanslar homojen değildir varsayımı			5,062	52,622	,000	,75777	,14969
Uyku Değişimleri	Varyanslar homojendir varsayımı	7,669	,006	4,443	292	,000	1,00724	,22668
	Varyanslar homojen değildir varsayımı			3,898	50,902	,000	1,00724	,25839
Şişkinlik	Varyanslar homojendir varsayımı	,593	,442	4,385	292	,000	,75221	,17153
	Varyanslar homojen değildir varsayımı			4,688	58,739	,000	,75221	,16045
Duygudurum Bozuklukları	Varyanslar homojendir varsayımı	1,487	,224	-2,957	292	,003	-,12682	,04289
	Varyanslar homojen değildir varsayımı			-2,790	53,265	,007	-,12682	,04546

Varyansların homojen olup olmadığına yönelik ilgili kabulün sağlanması ile birlikte anlamlılık (2-kuyruklu) değeri kontrol edilmiştir. Tabloda yer alan tüm değişkenlerde anlamlılık değeri eşik değeri olan 0,05'in altında kalmaktadır. Bu sonuca göre katılımcıların ruhsal rahatsızlık durumu; depresif duygulanım, anksiyete, yorgunluk, sinirlilik, depresif düşünceler, ağrı, iştah değişimleri, uyku değişimleri, şişkinlik ve duygudurum bozuklukları belirtileri üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark yaratmaktadır.



Tablo 38. Premenstrual Sendrom ve Duygudurum Bozuklukları Ölçeklerine Ait Katılımcıların Sürekli Kullanılan Bir İlaça Sahip Olma Durumu Değişkenine Ait t-test Tablosu

		Varyansların Eşitliği İçin Levene Testi		Ortalamaların Eşitliği İçin t-testi				
		F	p	t	df	Anl. (2-kuyruklu)	Ort. Farkı	Standart Hata Farkı
Depresif Duygulanım	Varyanslar homojendir varsayımı	1,516	,219	4,646	292	,000	,70878	,15255
	Varyanslar homojen değildir varsayımı			4,394	116,891	,000	,70878	,16132
Anksiyete	Varyanslar homojendir varsayımı	9,206	,003	4,826	292	,000	,57094	,11831
	Varyanslar homojen değildir varsayımı			4,338	108,483	,000	,57094	,13162
Yorgunluk	Varyanslar homojendir varsayımı	1,042	,308	5,532	292	,000	,82979	,15000
	Varyanslar homojen değildir varsayımı			5,261	117,925	,000	,82979	,15774
Sinirlilik	Varyanslar homojendir varsayımı	,010	,921	5,054	292	,000	,79436	,15717
	Varyanslar homojen değildir varsayımı			4,972	124,650	,000	,79436	,15978
Depresif Düşünceler	Varyanslar homojendir varsayımı	19,711	,000	5,402	292	,000	,70927	,13130
	Varyanslar homojen değildir varsayımı			4,662	102,780	,000	,70927	,15215
Ağrı	Varyanslar homojendir varsayımı	,063	,802	4,616	292	,000	,58597	,12695
	Varyanslar homojen değildir varsayımı			4,571	126,084	,000	,58597	,12820
İştah Değişimleri	Varyanslar homojendir varsayımı	,654	,419	6,153	292	,000	,67653	,10995
	Varyanslar homojen değildir varsayımı			6,431	139,205	,000	,67653	,10519
Uyku Değişimleri	Varyanslar homojendir varsayımı	10,082	,002	6,783	292	,000	1,18533	,17475
	Varyanslar homojen değildir varsayımı			6,208	111,304	,000	1,18533	,19093
Şişkinlik	Varyanslar homojendir varsayımı	6,726	,010	5,509	292	,000	,74539	,13530
	Varyanslar homojen değildir varsayımı			5,953	148,802	,000	,74539	,12522
Duygudurum Bozuklukları	Varyanslar homojendir varsayımı	1,112	,292	-1,761	292	,079	-,06122	,03476
	Varyanslar homojen değildir varsayımı			-1,839	138,877	,068	-,06122	,03330

Varyansların homojen olup olmadığına yönelik ilgili kabulün sağlanması ile birlikte anlamlılık (2-kuyruklu) değeri kontrol edilmiştir. Tabloda yer alan depresif duygulanım, anksiyete, yorgunluk, sinirlilik, depresif düşünceler, ağrı, iştah değişimleri, uyku değişimleri ve şişkinlik değişkenlerde anlamlılık değeri eşik değeri

olan 0,05'in altında kalmaktadır. Bu sonuca göre katılımcıların sürekli kullanılan bir ilaca sahip olma durumu; depresif duygulanım, anksiyete, yorgunluk, sinirlilik, depresif düşünceler, ağrı, iştah değişimleri, uyku değişimleri ve şişkinlik üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark yaratmaktadır.

Tablo 39. Premenstrual Sendrom ve Duygudurum Bozuklukları Ölçeklerine Ait Katılımcıların Spor Yapma Alışkanlığı Değişkenine Göre ANOVA Tablosu

		Kareler Toplamı	df	Karekök Ortalama	F	Anlamlılık (p)
Depresif Duygulanım	Gruplar Arasında	4,530	2	2,265	1,635	,197
	Gruplar İçinde	403,171	291	1,385		
	Toplam	407,701	293			
Anksiyete	Gruplar Arasında	5,792	2	2,896	3,500	,031
	Gruplar İçinde	240,758	291	,827		
	Toplam	246,551	293			
Yorgunluk	Gruplar Arasında	5,901	2	2,950	2,148	,119
	Gruplar İçinde	399,619	291	1,373		
	Toplam	405,520	293			
Sinirlilik	Gruplar Arasında	16,161	2	8,081	5,571	,004
	Gruplar İçinde	422,081	291	1,450		
	Toplam	438,242	293			
Depresif Düşünceler	Gruplar Arasında	2,293	2	1,147	1,087	,339
	Gruplar İçinde	307,051	291	1,055		
	Toplam	309,344	293			
Ağrı	Gruplar Arasında	1,348	2	,674	,698	,498
	Gruplar İçinde	280,737	291	,965		
	Toplam	282,084	293			
İştah Değişimleri	Gruplar Arasında	1,323	2	,661	,869	,420
	Gruplar İçinde	221,462	291	,761		
	Toplam	222,785	293			
Uyku Değişimleri	Gruplar Arasında	12,281	2	6,141	3,166	,044
	Gruplar İçinde	564,402	291	1,940		
	Toplam	576,684	293			
Şişkinlik	Gruplar Arasında	1,098	2	,549	,486	,616
	Gruplar İçinde	328,570	291	1,129		
	Toplam	329,668	293			
Duygudurum Bozuklukları	Gruplar Arasında	,984	2	,492	7,562	,001
	Gruplar İçinde	18,934	291	,065		
	Toplam	19,918	293			

Tablodaki ANOVA sonuçlarını incelendiğinde, anksiyete, sinirlilik, uyku değişimleri ve duygudurum bozuklukları için hesaplanan anlamlılık (p) değerlerinin istatistiksel olarak anlamlı farkın tespit edilebilmesi için gereken eşik değer 0,05'in

altında kaldığı görülmektedir. Buna göre katılımcıların spor yapma alışkanlığı; anksiyete, sinirlilik, uyku değişimleri ve duygudurum bozuklukları belirtileri üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark yaratmaktadır.

Tablo 40. Premenstrual Sendrom ve Duygudurum Bozuklukları Ölçeklerine Ait Katılımcıların Kahve Tüketim Alışkanlığı Değişkenine Göre ANOVA Tablosu

		Kareler Toplamı	df	Karekök Ortalama	F	Anlamlılık (p)
Depresif Duygulanım	Gruplar Arasında	15,807	3	5,269	3,899	,009
	Gruplar İçinde	391,894	290	1,351		
	Toplam	407,701	293			
Anksiyete	Gruplar Arasında	6,660	3	2,220	2,684	,047
	Gruplar İçinde	239,890	290	,827		
	Toplam	246,551	293			
Yorgunluk	Gruplar Arasında	10,896	3	3,632	2,669	,048
	Gruplar İçinde	394,624	290	1,361		
	Toplam	405,520	293			
Sinirlilik	Gruplar Arasında	15,514	3	5,171	3,548	,015
	Gruplar İçinde	422,728	290	1,458		
	Toplam	438,242	293			
Depresif Düşünceler	Gruplar Arasında	9,991	3	3,330	3,226	,023
	Gruplar İçinde	299,354	290	1,032		
	Toplam	309,344	293			
Ağrı	Gruplar Arasında	6,481	3	2,160	2,273	,080
	Gruplar İçinde	275,604	290	,950		
	Toplam	282,084	293			
İştah Değişimleri	Gruplar Arasında	4,193	3	1,398	1,854	,137
	Gruplar İçinde	218,592	290	,754		
	Toplam	222,785	293			
Uyku Değişimleri	Gruplar Arasında	24,782	3	8,261	4,341	,005
	Gruplar İçinde	551,902	290	1,903		
	Toplam	576,684	293			
Şişkinlik	Gruplar Arasında	10,596	3	3,532	3,210	,023
	Gruplar İçinde	319,072	290	1,100		
	Toplam	329,668	293			
Duygudurum Bozuklukları	Gruplar Arasında	,443	3	,148	2,201	,088
	Gruplar İçinde	19,475	290	,067		
	Toplam	19,918	293			

Tablodaki ANOVA sonuçlarını incelendiğinde, depresif duygulanım, anksiyete, yorgunluk, sinirlilik, depresif düşünceler, uyku değişimleri ve şişkinlik için hesaplanan anlamlılık (p) değerlerinin istatistiksel olarak anlamlı farkın tespit edilebilmesi için gereken eşik değer 0,05'in altında kaldığı görülmektedir. Buna göre

katılımcıların kahve tüketim alışkanlığı; depresif duygulanım, anksiyete, yorgunluk, sinirlilik, depresif düşünceler, uyku değişimleri ve şişkinlik üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark yaratmaktadır.

Tablo 41. Premenstrual Sendrom ve Duygudurum Bozuklukları Ölçeklerine Ait Katılımcıların Çay Tüketim Alışkanlığı Değişkenine Göre ANOVA Tablosu

		Kareler Toplamı	df	Karekök Ortalama	F	Anlamlılık (p)
Depresif Duygulanım	Gruplar Arasında	40,612	3	13,537	10,695	,000
	Gruplar İçinde	367,089	290	1,266		
	Toplam	407,701	293			
Anksiyete	Gruplar Arasında	3,904	3	1,301	1,555	,200
	Gruplar İçinde	242,647	290	,837		
	Toplam	246,551	293			
Yorgunluk	Gruplar Arasında	28,720	3	9,573	7,368	,000
	Gruplar İçinde	376,800	290	1,299		
	Toplam	405,520	293			
Sinirlilik	Gruplar Arasında	35,492	3	11,831	8,519	,000
	Gruplar İçinde	402,750	290	1,389		
	Toplam	438,242	293			
Depresif Düşünceler	Gruplar Arasında	13,458	3	4,486	4,397	,005
	Gruplar İçinde	295,886	290	1,020		
	Toplam	309,344	293			
Ağrı	Gruplar Arasında	6,459	3	2,153	2,265	,081
	Gruplar İçinde	275,626	290	,950		
	Toplam	282,084	293			
İştah Değişimleri	Gruplar Arasında	14,641	3	4,880	6,800	,000
	Gruplar İçinde	208,144	290	,718		
	Toplam	222,785	293			
Uyku Değişimleri	Gruplar Arasında	36,097	3	12,032	6,455	,000
	Gruplar İçinde	540,587	290	1,864		
	Toplam	576,684	293			
Şişkinlik	Gruplar Arasında	12,306	3	4,102	3,748	,011
	Gruplar İçinde	317,362	290	1,094		
	Toplam	329,668	293			
Duygudurum Bozuklukları	Gruplar Arasında	,504	3	,168	2,512	,059
	Gruplar İçinde	19,414	290	,067		
	Toplam	19,918	293			

Tablodaki ANOVA sonuçlarını incelendiğinde, depresif duygulanım, yorgunluk, sinirlilik, depresif düşünceler, iştah değişimleri, uyku değişimleri ve şişkinlik için hesaplanan anlamlılık (p) değerlerinin istatistiksel olarak anlamlı farkın tespit edilebilmesi için gereken eşik değer 0,05'in altında kaldığı görülmektedir. Buna

göre katılımcıların çay tüketim alışkanlığı; depresif duygulanım, yorgunluk, sinirlilik, depresif düşünceler, iştah değişimleri, uyku değişimleri ve şişkinlik üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark yaratmaktadır.

Tablo 42. Premenstrual Sendrom ve Duygudurum Bozuklukları Ölçeklerine Ait Katılımcıların Kola Tüketim Alışkanlığı Değişkenine Göre ANOVA Tablosu

		Kareler Toplamı	df	Karekök Ortalama	F	Anlamlılık (p)
Depresif Duygulanım	Gruplar Arasında	24,025	3	8,008	6,053	,001
	Gruplar İçinde	383,676	290	1,323		
	Toplam	407,701	293			
Anksiyete	Gruplar Arasında	16,726	3	5,575	7,035	,000
	Gruplar İçinde	229,825	290	,792		
	Toplam	246,551	293			
Yorgunluk	Gruplar Arasında	21,341	3	7,114	5,370	,001
	Gruplar İçinde	384,179	290	1,325		
	Toplam	405,520	293			
Sinirlilik	Gruplar Arasında	42,351	3	14,117	10,341	,000
	Gruplar İçinde	395,891	290	1,365		
	Toplam	438,242	293			
Depresif Düşünceler	Gruplar Arasında	14,774	3	4,925	4,848	,003
	Gruplar İçinde	294,570	290	1,016		
	Toplam	309,344	293			
Ağrı	Gruplar Arasında	33,512	3	11,171	13,033	,000
	Gruplar İçinde	248,572	290	,857		
	Toplam	282,084	293			
İştah Değişimleri	Gruplar Arasında	9,285	3	3,095	4,204	,006
	Gruplar İçinde	213,500	290	,736		
	Toplam	222,785	293			
Uyku Değişimleri	Gruplar Arasında	30,729	3	10,243	5,441	,001
	Gruplar İçinde	545,955	290	1,883		
	Toplam	576,684	293			
Şişkinlik	Gruplar Arasında	16,962	3	5,654	5,244	,002
	Gruplar İçinde	312,706	290	1,078		
	Toplam	329,668	293			
Duygudurum Bozuklukları	Gruplar Arasında	1,765	3	,588	9,401	,000
	Gruplar İçinde	18,153	290	,063		
	Toplam	19,918	293			

Tablodaki ANOVA sonuçlarını incelendiğinde, depresif duygulanım, anksiyete, yorgunluk, sinirlilik, depresif düşünceler, ağrı, iştah değişimleri, uyku değişimleri, şişkinlik ve duygudurum bozuklukları belirtileri için hesaplanan anlamlılık (p) değerlerinin istatistiksel olarak anlamlı farkın tespit edilebilmesi için

gereken eşik değer 0,05'in altında kaldığı görülmektedir. Buna göre katılımcıların kola tüketim alışkanlığı; depresif duygulanım, anksiyete, yorgunluk, sinirlilik, depresif düşünceler, ağrı, iştah değişimleri, uyku değişimleri, şişkinlik ve duygudurum bozuklukları belirtileri üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark yaratmaktadır.

Tablo 43. Premenstrual Sendrom ve Duygudurum Bozuklukları Ölçeklerine Ait Katılımcıların Çikolata Tüketim Alışkanlığı Değişkenine Göre ANOVA Tablosu

		Kareler Toplamı	df	Karekök Ortalama	F	Anlamlılık (p)
Depresif Duygulanım	Gruplar Arasında	10,337	3	3,446	2,515	,059
	Gruplar İçinde	397,365	290	1,370		
	Toplam	407,701	293			
Anksiyete	Gruplar Arasında	5,025	3	1,675	2,011	,112
	Gruplar İçinde	241,525	290	,833		
	Toplam	246,551	293			
Yorgunluk	Gruplar Arasında	26,456	3	8,819	6,747	,000
	Gruplar İçinde	379,064	290	1,307		
	Toplam	405,520	293			
Sinirlilik	Gruplar Arasında	4,441	3	1,480	,990	,398
	Gruplar İçinde	433,801	290	1,496		
	Toplam	438,242	293			
Depresif Düşünceler	Gruplar Arasında	6,974	3	2,325	2,230	,085
	Gruplar İçinde	302,371	290	1,043		
	Toplam	309,344	293			
Ağrı	Gruplar Arasında	17,221	3	5,740	6,285	,000
	Gruplar İçinde	264,863	290	,913		
	Toplam	282,084	293			
İştah Değişimleri	Gruplar Arasında	23,778	3	7,926	11,550	,000
	Gruplar İçinde	199,007	290	,686		
	Toplam	222,785	293			
Uyku Değişimleri	Gruplar Arasında	23,199	3	7,733	4,052	,008
	Gruplar İçinde	553,485	290	1,909		
	Toplam	576,684	293			
Şişkinlik	Gruplar Arasında	19,419	3	6,473	6,051	,001
	Gruplar İçinde	310,249	290	1,070		
	Toplam	329,668	293			
Duygudurum Bozuklukları	Gruplar Arasında	,300	3	,100	1,481	,220
	Gruplar İçinde	19,618	290	,068		
	Toplam	19,918	293			

Tablodaki ANOVA sonuçlarını incelendiğinde, yorgunluk, ağrı, iştah değişimleri, uyku değişimleri ve şişkinlik için hesaplanan anlamlılık (p) değerlerinin istatistiksel olarak anlamlı farkın tespit edilebilmesi için gereken eşik değer 0,05'in

altında kaldığı görülmektedir. Buna göre katılımcıların çikolata tüketim alışkanlığı; yorgunluk, ağrı, iştah değişimleri, uyku değişimleri ve şişkinlik üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark yaratmaktadır.

Tablo 44. Premenstrual Sendrom ve Duygudurum Bozuklukları Ölçeklerine Ait Katılımcıların Süt Ürünleri Tüketim Alışkanlığı Değişkenine Göre ANOVA Tablosu

		Kareler Toplamı	df	Karekök Ortalama	F	Anlamlılık (p)
Depresif Duygulanım	Gruplar Arasında	20,809	3	6,936	5,199	,002
	Gruplar İçinde	386,892	290	1,334		
	Toplam	407,701	293			
Anksiyete	Gruplar Arasında	12,283	3	4,094	5,068	,002
	Gruplar İçinde	234,267	290	,808		
	Toplam	246,551	293			
Yorgunluk	Gruplar Arasında	13,320	3	4,440	3,283	,021
	Gruplar İçinde	392,200	290	1,352		
	Toplam	405,520	293			
Sinirlilik	Gruplar Arasında	10,572	3	3,524	2,390	,069
	Gruplar İçinde	427,670	290	1,475		
	Toplam	438,242	293			
Depresif Düşünceler	Gruplar Arasında	11,730	3	3,910	3,810	,011
	Gruplar İçinde	297,614	290	1,026		
	Toplam	309,344	293			
Ağrı	Gruplar Arasında	6,347	3	2,116	2,225	,085
	Gruplar İçinde	275,737	290	,951		
	Toplam	282,084	293			
İştah Değişimleri	Gruplar Arasında	8,191	3	2,730	3,690	,012
	Gruplar İçinde	214,594	290	,740		
	Toplam	222,785	293			
Uyku Değişimleri	Gruplar Arasında	28,884	3	9,628	5,097	,002
	Gruplar İçinde	547,800	290	1,889		
	Toplam	576,684	293			
Şişkinlik	Gruplar Arasında	6,870	3	2,290	2,057	,106
	Gruplar İçinde	322,798	290	1,113		
	Toplam	329,668	293			
Duygudurum Bozuklukları	Gruplar Arasında	,400	3	,133	1,982	,117
	Gruplar İçinde	19,518	290	,067		
	Toplam	19,918	293			

Tablodaki ANOVA sonuçlarını incelendiğinde, depresif duygulanım, anksiyete, yorgunluk, depresif düşünceler, iştah değişimleri ve uyku değişimleri için hesaplanan anlamlılık (p) değerlerinin istatistiksel olarak anlamlı farkın tespit edilebilmesi için gereken eşik değer 0,05'in altında kaldığı görülmektedir. Buna göre

katılımcıların süt ürünleri tüketim alışkanlığı; depresif duygulanım, anksiyete, yorgunluk, depresif düşünceler, iştah değişimleri ve uyku değişimleri üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark yaratmaktadır.

Tablo 45. Premenstrual Sendrom ve Duygudurum Bozuklukları Ölçeklerine Ait Katılımcıların Sigara Kullanma Durumu Değişkenine Göre ANOVA Tablosu

		Kareler Toplamı	df	Karekök Ortalama	F	Anlamlılık (p)
Depresif Duygulanım	Gruplar Arasında	2,359	2	1,179	,847	,430
	Gruplar İçinde	405,342	291	1,393		
	Toplam	407,701	293			
Anksiyete	Gruplar Arasında	1,748	2	,874	1,039	,355
	Gruplar İçinde	244,803	291	,841		
	Toplam	246,551	293			
Yorgunluk	Gruplar Arasında	5,187	2	2,594	1,885	,154
	Gruplar İçinde	400,333	291	1,376		
	Toplam	405,520	293			
Sinirlilik	Gruplar Arasında	11,034	2	5,517	3,758	,024
	Gruplar İçinde	427,208	291	1,468		
	Toplam	438,242	293			
Depresif Düşünceler	Gruplar Arasında	1,178	2	,589	,556	,574
	Gruplar İçinde	308,167	291	1,059		
	Toplam	309,344	293			
Ağrı	Gruplar Arasında	,352	2	,176	,182	,834
	Gruplar İçinde	281,732	291	,968		
	Toplam	282,084	293			
İştah Değişimleri	Gruplar Arasında	12,158	2	6,079	8,399	,000
	Gruplar İçinde	210,627	291	,724		
	Toplam	222,785	293			
Uyku Değişimleri	Gruplar Arasında	4,921	2	2,461	1,252	,287
	Gruplar İçinde	571,762	291	1,965		
	Toplam	576,684	293			
Şişkinlik	Gruplar Arasında	1,088	2	,544	,482	,618
	Gruplar İçinde	328,580	291	1,129		
	Toplam	329,668	293			
Duygudurum Bozuklukları	Gruplar Arasında	,953	2	,476	7,310	,001
	Gruplar İçinde	18,965	291	,065		
	Toplam	19,918	293			

Tablodaki ANOVA sonuçlarını incelendiğinde, sinirlilik, iştah değişimleri ve duygudurum bozuklukları için hesaplanan anlamlılık (p) değerlerinin istatistiksel olarak anlamlı farkın tespit edilebilmesi için gereken eşik değer 0,05'in altında kaldığı görülmektedir. Buna göre katılımcıların sigara kullanma durumu; sinirlilik, iştah

değişimleri ve duygudurum bozuklukları belirtileri üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark yaratmaktadır.

Sonuç olarak;

i. Depresif duygulanım, anksiyete, yorgunluk, sinirlilik, depresif düşünceler, ağrı, iştah değişimleri ve uyku değişimleri ile Duygudurum Bozuklukları Belirtileri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir. Bununla birlikte şişkinlik alt boyutunun duygudurum bozuklukları belirtileri ile anlamlı bir ilişkisinin olmadığı bulgusuna ulaşılmıştır.

ii. Katılımcıların yaşı; depresif duygulanım, depresif düşünceler, şişkinlik ve duygudurum bozuklukları belirtileri üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark yaratmaktadır.

iii. Katılımcıların gelir durumu; depresif duygulanım, anksiyete, yorgunluk, sinirlilik, depresif düşünceler, ağrı, iştah değişimleri, uyku değişimleri ve şişkinlik üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark yaratmaktadır.

iv. Katılımcıların kişilik yapısı; depresif duygulanım, anksiyete, yorgunluk, sinirlilik, depresif düşünceler, ağrı, iştah değişimleri, uyku değişimleri, şişkinlik ve duygudurum bozuklukları belirtileri üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark yaratmaktadır.

v. Katılımcıların genel sağlık durumu; depresif duygulanım, anksiyete, yorgunluk, sinirlilik, depresif düşünceler, ağrı, iştah değişimleri, uyku değişimleri, şişkinlik ve duygudurum bozuklukları belirtileri üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark yaratmaktadır..

vi. Katılımcıların herhangi bir hastalığa sahip olması; depresif duygulanım, anksiyete, yorgunluk, sinirlilik, depresif düşünceler, ağrı, iştah değişimleri, uyku değişimleri, şişkinlik ve duygudurum bozuklukları belirtileri üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark yaratmaktadır.

vii. Katılımcıların rahminin veya iki yumurtalığın alınmış olması; depresif duygulanım, yorgunluk, sinirlilik, depresif düşünceler, ağrı, iştah değişimleri, uyku değişimleri, şişkinlik ve duygudurum bozuklukları belirtileri üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark yaratmaktadır.

viii. Katılımcıların ruhsal rahatsızlık durumu; depresif duygulanım, anksiyete, yorgunluk, sinirlilik, depresif düşünceler, ağrı, iştah değişimleri, uyku değişimleri, şişkinlik ve duygudurum bozuklukları belirtileri üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark yaratmaktadır.

ix. Katılımcıların sürekli kullanılan bir ilaca sahip olma durumu; depresif duygulanım, anksiyete, yorgunluk, sinirlilik, depresif düşünceler, ağrı, iştah değişimleri, uyku değişimleri ve şişkinlik üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark yaratmaktadır.

x. Katılımcıların spor yapma alışkanlığı; anksiyete, sinirlilik, uyku değişimleri ve duygudurum bozuklukları belirtileri üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark yaratmaktadır.

xi. Katılımcıların kahve tüketim alışkanlığı; depresif duygulanım, anksiyete, yorgunluk, sinirlilik, depresif düşünceler, uyku değişimleri ve şişkinlik üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark yaratmaktadır.

xii. Katılımcıların çay tüketim alışkanlığı; depresif duygulanım, yorgunluk, sinirlilik, depresif düşünceler, iştah değişimleri, uyku değişimleri ve şişkinlik üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark yaratmaktadır.

xiii. Katılımcıların kola tüketim alışkanlığı; depresif duygulanım, anksiyete, yorgunluk, sinirlilik, depresif düşünceler, ağrı, iştah değişimleri, uyku değişimleri, şişkinlik ve duygudurum bozuklukları belirtileri üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark yaratmaktadır.

xiv. Katılımcıların çikolata tüketim alışkanlığı; yorgunluk, ağrı, iştah değişimleri, uyku değişimleri ve şişkinlik üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark yaratmaktadır.

xv. Katılımcıların süt ürünleri tüketim alışkanlığı; depresif duygulanım, anksiyete, yorgunluk, depresif düşünceler, iştah değişimleri ve uyku değişimleri üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark yaratmaktadır.

xvi. Katılımcıların sigara kullanma durumu; sinirlilik, iştah değişimleri ve duygudurum bozuklukları belirtileri üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark yaratmaktadır.

Beşinci Bölüm

TARTIŞMA VE YORUM

Premenstrual Sendrom (PMS), doğurganlık yaşında olan kadınların birçoğunda görülen ortak bir sıkıntıdır. Daha çok adetten bir hafta öncesinden kendisini ruhsal ya da fiziksel gerginlikler olarak tanımlanan PMS, çoğunlukla adet görülmesi ile birlikte son bulur. Yapılan araştırmalarda PMS'nin birçok problem ile ilişkilendirildiği tespit edilmiştir. Yürütülmekte olan bu çalışmada, PMS'nin Duygudurum Bozuklukları (DDB) belirtileriyle ilişkisinin ortaya koyulması amaçlanmıştır.

Araştırma bulgularına göre katılımcıların PMS ve DDB ölçeklerinde en yüksek “yorgunluk” alt boyutunda aldığı görülmektedir. Bu durum, katılımcıların adet öncesinde yoğun bir şekilde çabuk yorulma ve uyku isteği duyma şikayetine sahip olduklarını göstermektedir. Araştırmanın bu bulgusunu destekler nitelikte, literatürde yer alan bilgilere göre, adet öncesinde en yoğun karşılaşılan şikayet yorgunluktur (Yonkers ve Davis, 2000; Freeman ve Halberich, 1998; Yonkers, 1997).

Yapılan korelasyon analizinde PMS alt boyutlarından olan, premenstrual sendrom belirtilerinden depresif duygulanım ile duygudurum bozuklukları belirtileri arasında aynı yönlü ve çok zayıf şiddette bir ilişki tespit edilmiştir. Bu bulguya göre adet öncesinde hissedilen can sıkıntısı, üzüntülü hissetme, ağlama, anhedoni ve karamsarlık gibi depresif duygular duygudurum bozuklukları belirtileriyle ilişkilidir. Benzer şekilde Erbil ve arkadaşları (2010) yaptıkları çalışmada kliniğe başvuran ve duygudurum bozukluğu tanısı alan kişilerin adet dönemlerinde çoğunlukla üzüntülü ve ağlamaklı bir ruh haline sahip oldukları bulgusuna ulaşmışlardır.

PMS belirtilerinden olan anksiyete ile duygudurum bozuklukları belirtileri arasında yapılan ilişki kontrolünde aynı yönlü ve çok zayıf şiddette bir ilişki tespit edilmiştir. Klinik görevlilerinden bir kısmının premenstrual dönemin öncesinde psikiyatri kliniklerine depresif kadınlarca yapılan başvuru sayısında artış olduğunu bildirmesi bu bulguyu desteklemektedir. (Abramowitz ve ark. 1982, Targum ve ark. 1991).

Adet öncesinde çabuk yorulma, ani uyku istekleri şeklinde kendisini belli eden yorgunluk ve sinirlilik duygudurum bozuklukları ile çok zayıf şiddette ve ters yönde ilişkiye sahip olarak tespit edilmiştir. Bununla birlikte adet öncesi hissedilen depresif

düşüncelerin de duygudurum bozuklukları belirtileri ile aynı yönlü ve zayıf şiddetli ilişkiye sahip olduğu tespit edilmiştir. Benzer şekilde Tanrıverdi, Selçuk ve Okanlı (2010) gerçekleştirdikleri çalışmada PMS'nin depresif düşünceler, anksiyete ve sinirlilik ile ilişkili olduğunu tespit etmişlerdir.

Adet öncesinde sahip olunan ağrı hissinin duygudurum bozuklukları belirtileri ile olan ilişkisinde aynı yönlü ve çok zayıf şiddette bir ilişki tespit edilmiştir. Genel olarak çeşitli bedensel ağrıları kapsayan bu alt boyutun kadınları çoğunlukla gündelik hayatın akışından uzaklaştırdığı, yaşam kalitesinde düşme hissini yarattığı ve depresyona uzanan ruh hallerine sebep olduğu bilinmektedir (Taşçı, 2006; Köknel, 2010; Savran, 2010). Bu ifadeden yola çıkarak elde edilen bulgunun literatür ile uyumlu olduğu söylenebilir.

Adet öncesi dönemde meydana gelen uyku değişimleri ve iştah değişimlerinin duygudurum bozuklukları belirtileri ile ilişkili olduğuna dair araştırmadan elde edilen bulgu, adet döneminin kadın psikolojisindeki dalgalanmaları ortaya koymaktadır. Adet öncesi dönemde kadın vücudunda meydana gelen değişikliklerden en önemlilere uyku ve iştah dalgalanmalarıdır. Kadınlar genellikle adet öncesi dönemlerde unlu ve tatlı yiyeceklere karşı iştah artışı yaşarken, yorgun uyanma ve uykuya dalmakta zorlanma gibi şikayetlerde bulunurlar (Köknel, 2010).

Çalışma kapsamında şişkinlik ile duygudurum bozuklukları belirtileri arasında yapılan ilişki taramasında herhangi bir ilişkiye rastlanmamıştır. Elde edilen bu bulgunun aksine, özellikle göğüslerde ve hassasiyet şeklinde kendini belli eden şişkinlik hissinin duygudurum bozuklukları ile doğrudan ilişkili olduğunu gösteren çalışmalar literatürde yer almaktadır (Jahanfar ve Krishnarajah, 2011; Hoerster vd., 2003; Gölünük vd., 2010).

Katılımcıların yaşının premenstrual sendrom belirtileri ve duygudurum bozuklukları belirtileri üzerindeki etkisine yönelik yapılan analizde yaşın, premenstrual sendrom belirtilerinden depresif duygulanım, depresif düşünceler ve şişkinlik üzerinde etkili olduğu tespit edilmiştir. Bununla birlikte yaş duygudurum bozuklukları belirtileri üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark yaratmaktadır. Özerdem vd. (2001) tarafından yapılan çalışmada elde edilen genç bireylerin duygudurum bozukluğuna meyilli olduğu bulunmuştur. Bununla birlikte, Gülşen

(2004) tarafından yapılan araştırmada DDB ile yaş arasında herhangi bir ilişki tespit edilmemiştir.

Katılımcıların gelir durumları, çalışmaya dahil edilen premenstrual sendrom belirtilerinin tamamı üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etki oluştururken; duygudurum bozuklukları belirtileri üzerinde herhangi bir etki yaratmamaktadır. Gelir düzeyinin artması ile birlikte değişen beslenme alışkanlıklarının ve kişinin içinde bulunduğu ruh halinden sebep yüksek yaşam kalitesine sahip olduğunu düşünmesinin premenstrual sendromda kadının bedensel ve ruhsal sağlığını doğrudan etkilemesinin bu sonucu doğurduğu düşünölmektedir. Ancak, duygudurum bozuklukları belirtileri ile gelir düzeyi arasında herhangi bir ilişkinin tespit edilememesi literatürde yer alan birçok çalışma ile çelişmektedir (Özerdem vd., 2001; Gülşen, 2004). Elde edilen bu bulgunun da örneklemin yetersiz olmasından kaynaklandığı düşünölmektedir.

Kişilerin kendilerine yönelik değerlendirmelerinin sorulduğu “kişilik yapınızı nasıl değerlendirirsiniz?”, “genel sağlık durumunuzu nasıl değerlendirirsiniz?”, “herhangi bir hastalığınız var mı?” ve herhangi bir ruhsal rahatsızlığınız var mı?” sorularına verilen yanıtların hem duygudurum bozuklukları belirtileri hem de premenstrual sendrom belirtilerinin tamamı üzerinde anlamlı bir etki oluşturduğu tespit edilmiştir. Kullanılan ölçeklerin ve bu dört sorunun katılımcıların psikolojik durumunu sorgulamasından dolayı anlamlı bir ilişki bulgusunun zorunlu olduğu düşünölmektedir.

Katılımcıların düzenli olarak spor yapma alışkanlıklarının duygudurum bozuklukları belirtileri üzerinde doğrudan etki oluşturduğu tespit edilirken; premenstrual sendrom belirtilerinden anksiyete, sinirlilik ve uyku değişimleri üzerinde anlamlı bir fark yarattığı tespit edilmiştir. Sıklıkla tekrar edildiği üzere spor, fiziksel sağlığın yanında kişiye psikolojik dinginliği de getiren bir uğraştır. Akandere (2003) tarafından yapılan çalışmada, spor yapan öğrencilerde DDB görölme frekansının yapmayanlara göre daha düşük olduğunun tespit edilmesi bu bulguyu desteklemektedir.

Katılımcıların kahve, çay, çikolata, kola ve süt ürünleri tüketiminin premenstrual sendrom belirtileri üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etki yaratırken, duygudurum bozuklukları belirtileri üzerinde herhangi bir fark oluşturmadığı tespit edilmiştir. Bu bulgunun daha önce sözü edilen iştah değişimleri

konusu ile yakından ilgili olduğu ve kadınların PMS dönemlerinde unlu ve tatlı gıdalara yönelmelerinden kaynaklandığı düşünölmektedir.

Duygudurum bozuklukları belirtileri üzerinde anlamlı fark yaratan bir diğér unsur ise sigara kullanım alışkanlığıdır. Raymont ve arkadaşlarının (2003) yaptığı çalışmada bipolar bozukluğu olan kişilerin çoğunluğunun sigara kullandığını tespit edilmesi elde edilen bu bulguyu desteklemektedir.



Altıncı Bölüm

SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırmanın ana problemi olan premenstrual sendrom belirtileri ile duygudurum bozuklukları belirtileri arasındaki ilişkinin ortaya konulması için yapılan korelasyon analizine göre; depresif duygulanım, anksiyete, yorgunluk, sinirlilik, depresif düşünceler, ağrı, iştah değişimleri ve uyku değişimleri ile duygudurum bozuklukları belirtileri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir. Bununla birlikte şişkinlik alt boyutunun duygudurum bozuklukları ile anlamlı bir ilişkisinin olmadığı bulgusuna ulaşılmıştır.

Çalışma kapsamında yürütülen fark analizlerine yönelik diğer sonuçlar da aşağıda maddeler halinde sunulmuştur

- Yaş; depresif duygulanım, depresif düşünceler, şişkinlik ve duygudurum bozuklukları belirtileri üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark yaratmaktadır.
- Gelir durumu; depresif duygulanım, anksiyete, yorgunluk, sinirlilik, depresif düşünceler, ağrı, iştah değişimleri, uyku değişimleri ve şişkinlik üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark yaratmaktadır.
- Kişilik yapısı; depresif duygulanım, anksiyete, yorgunluk, sinirlilik, depresif düşünceler, ağrı, iştah değişimleri, uyku değişimleri, şişkinlik ve duygudurum bozuklukları belirtileri üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark yaratmaktadır.
- Genel sağlık durumu; depresif duygulanım, anksiyete, yorgunluk, sinirlilik, depresif düşünceler, ağrı, iştah değişimleri, uyku değişimleri, şişkinlik ve duygudurum bozuklukları belirtileri üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark yaratmaktadır..
- Herhangi bir hastalığa sahip olma; depresif duygulanım, anksiyete, yorgunluk, sinirlilik, depresif düşünceler, ağrı, iştah değişimleri, uyku değişimleri, şişkinlik ve duygudurum bozuklukları belirtileri üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark yaratmaktadır.
- Rahmin veya iki yumurtalığın alınmış olması; depresif duygulanım, yorgunluk, sinirlilik, depresif düşünceler, ağrı, iştah değişimleri, uyku değişimleri,

şışkinlik ve duygudurum bozuklukları belirtileri üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark yaratmaktadır.

- Ruhsal rahatsızlık durumu; depresif duygulanım, anksiyete, yorgunluk, sinirlilik, depresif düşünceler, ağrı, iştah değişimleri, uyku değişimleri, şışkinlik ve duygudurum bozuklukları belirtileri üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark yaratmaktadır.

- Sürekli kullanılan bir ilaca sahip olma durumu; depresif duygulanım, anksiyete, yorgunluk, sinirlilik, depresif düşünceler, ağrı, iştah değişimleri, uyku değişimleri ve şışkinlik üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark yaratmaktadır.

- Spor yapma alışkanlığı; anksiyete, sinirlilik, uyku değişimleri ve duygudurum bozuklukları belirtileri üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark yaratmaktadır.

- Kahve tüketim alışkanlığı; depresif duygulanım, anksiyete, yorgunluk, sinirlilik, depresif düşünceler, uyku değişimleri ve şışkinlik üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark yaratmaktadır.

- Çay tüketim alışkanlığı; depresif duygulanım, yorgunluk, sinirlilik, depresif düşünceler, iştah değişimleri, uyku değişimleri ve şışkinlik üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark yaratmaktadır.

- Kola tüketim alışkanlığı; depresif duygulanım, anksiyete, yorgunluk, sinirlilik, depresif düşünceler, ağrı, iştah değişimleri, uyku değişimleri, şışkinlik ve duygudurum bozuklukları belirtileri üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark yaratmaktadır.

- Çikolata tüketim alışkanlığı; yorgunluk, ağrı, iştah değişimleri, uyku değişimleri ve şışkinlik üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark yaratmaktadır.

- Süt ürünleri tüketim alışkanlığı; depresif duygulanım, anksiyete, yorgunluk, depresif düşünceler, iştah değişimleri ve uyku değişimleri üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark yaratmaktadır.

- Sigara kullanma durumu; sinirlilik, iştah değişimleri ve duygudurum bozuklukları belirtileri üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark yaratmaktadır.

Öneriler:

Araştırma bulgularına dayanarak aşağıdaki öneriler getirilmiştir:

- Araştırmadan elde edilen bulgular göz önünde bulundurularak, yürütölen çalışmanın örnekleme yetersizliği dikkat çeken en önemli noktadır. Adet döngüsü sırasında ortaya çıkan ruhsal yakınmaların tespitinin yapılabilmesi için daha farklı yaş gruplarından oluşturulmuş örnekleme üzerinde çalışma yapılması ve anket bulgularının klinik değerlendirmeler ile birleştirilerek yeni çalışmalar gerçekleştirilmesi önerilmektedir.

- Yürütölecek çalışmalarda deney ve kontrol gruplarına ayrı ayrı yer verilmesinin çalışmanın verimliliğini artıracakđ düşünölmektedir.



KAYNAKLAR

- Abramowitz E.S., Baker A.H., Fleischer S.F. ve ark. (1982) Onset of depressive psychiatric crises and menstrual cycle. *Am J Psychiatry*, 139:475-478.
- Acar B. Premenstruel Sendrom. *Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi*. İçinde: (Kışnişçi ed). Güneş Kitabevi. Ankara, 1996; 810-21.
- ACOG Practice Bulletin. Clinical management guidelines for obstetriciangynecologists. Premenstrual syndrome. *Obstet Gynecol* 2000; 95: 1-9.
- Akandere, M., (2003) Spor Yapan ve Yapmayan Öğrencilerin Depresyon Düzeylerinin İncelenmesi., *Spor ve Tıp Dergisi*, Sendrom 4,2,1, İstanbul.
- Akiskal H.S, Akiskal K. Reassessing the prevalence of bipolar disorders: Clinical significance artistic creativity. *Eur Psychiatry*, 1988; 3: 29- 36.
- Akiskal H.S, Hantouche E.G, Bourgeois M et al. Gender, temperament and the clinical Picture in dysphoric mixed mania: findings from a French national study (EPIMAN). *J. Affect. Disord.* 1998; 50: 175- 186.
- Akiskal H.S. The prevalent clinical spectrum of bipolar disorders: beyond DSM-IV. *J. Clinic Psychopharmacology*, 1996; 16: 4-14.
- Andersch B, Wendestam C, Hahn L et al. Premenstrual complaints. I. Prevalence of premenstrual symptoms in a Swedish urban population. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 1986; 5: 39-49.
- Angst J, Gamma A, Sellaro R, Lavori P. Recurrence of BPD and major depresyon. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 2003; 253: 236-240.
- Angst J, Marneros A. Bipolarity from ancient to modern times: conception, birth and rebirth. *J Affect Disord.* 2001; 67: 3-19.
- Angst J, Sellaro R, Stolar M et al. The epidemiology of perimenstrual psychological symptoms. *Acta Psychiatr Scand* 2001; 104: 110-16.
- Angst J, Sellaro R. Historical perspectives and natural history of bipolar disorder. *Biol. Psychiatry*, 2000; 48: 445-457.
- Atasü, T., Şahmay S. *Jinekoloji*, İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi, 2001.

- Bakhshani N.M, Mousavi M.N, Khodabandeh G. Prevalence and severity of premenstrual symptoms among Iranian female university students. *J Pak Med Assoc.* 2009; 59: 205-8.
- Ball W.A, Whybrow P.C. Biology of depression and mania. *Current Opinion in Psychiatry*, 1993; 6: 27- 34.
- Barnard K, Frayne S.M, Skinner K.M et al. Health status among women with menstrual symptoms. *J Womens Health* 2003; 12: 911–19.
- Bebbington P, Ramana R. The epidemiology of bipolar disorder. *Soc Psychiatry Epid*, 1995; 30: 279-292.
- Bellivier F, Golmard J, Rietschel M. Age at onset in Bipolar I Affective Dis Further evidence for three subgroups *Am J Psych.* 2003; 160: 999-1001.
- Belmaker R.H. Bipolar disorder. *N Engl J Med*, 2004; 351: 476-486.
- Berkow, R, Fletcher, A.J. The Merck Manual of Diagnosis and Therapy. (16nd ed). Merck & Co. Inc. Rahway, N.J.1992; 1791-2.
- Blackwood D.H, Visscher P.M, Muir W.J. Genetic Studies of Bipolar affective disorder in large families. *Br J Psychiatry* 2001; 41: 6-134.
- Borenstein J.E, Dean B.B, Endicott J et al. Health and economic impact of the premenstrual syndrome. *J Reprod Med* 2003; 48: 515–24.
- Bowden C.L, Calabrese J.R, Mc Elroy S.L et al. A randomized, placebo- controlled 12 month trial of divalproex and lithium in treatment of outpatients with bipolar I disorder. *Arch. Gen. Psychiatry*, 2000; 57: 481- 489.
- Bowden C.L, Strategies to reduce misdiagnosis of bipolar depression: Review. *Psichiatri Serv*, 2001; 52: 51- 55.
- Calabrese J. Current research on rapid cycling bipolar disorder and its treatment. *J Affect Disord. Disorders*, 2001; 13: 241-355.
- Ceylan M.E, Oral E.T. Araştırma ve Klinik Uygulamada Biyolojik Psikiyatri: Duygudurum bozuklukları. 1. Baskı, 4. Cilt, İstanbul, CSA Medikal Yayın. 2001:1-71.
- Chawla A, Swindle R, Long S et al. Premenstrual dysphoric disorder: is there an economic burden of illness? *Med Care* 2002; 40: 1101–12.

- Chuong C.J, Burgos D.M. J. Medical history in women with premenstrual syndrome. *Psychosom. Obstet. Gynecol.* 1995; 16: 21-7.
- Chuong C.J, Coulam C.B, Kao P.C et al. Neuropeptide levels in premenstrual syndrome. *Fertil Steril* 1985; 44: 760–5.
- Cohen M.R, Cohen RM, Pickar D. et al. Behavioural effects after high dose naloxone administration to normal volunteers. *Lancet* 1981; 2: 1110.
- Condon, J.T. Premenstruel syndrome in primary care. An update. *Primary Care and Community Psychiatry* 2006; 11: 120-35.
- Copeland L.J., Jarrell J.F. *The textbook of gynecology*, Philadelphia: W.B. Saunders, 2000.
- Corney R.H, Stanton R. A survey of 658 women who report symptoms of premenstrual syndrome. *J Psychosom Res* 1991; 35: 471–82.
- Coryell W, Endicott J, Maser J.D. Long term stability of polarity distinctions in the affective disorders. *Am J Psychiatry*, 1995; 152: 385-390.
- Delbello M.P, Geller B. Review of studies of child and adolescent offspring of bipolar parents. *Bipolar Disord*, 2001; 3: 325- 334.
- Dereboy, Ç., Dereboy İ.F., Yiğitol, F., & Coşkun, A. Premenstrüel Değerlendirme Formunun Psikometrik Verileri: Küme Analitik Bir Çalışma. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 1994; 5(2), 83-90.
- Deuster P.A, Adera T, South-Paul J. Biological, social, and behavioral factors associated with premenstrual syndrome. *Arch Fam Med* 1999; 8: 122–8.
- Dickerson L.M, Mazyck PJ, Hunter MH. Premenstrual syndrome. *Am Fam Physician*. 2003; 67: 1743-52.
- Dunayevich E, Keck P.E. Prevalence and description of psychotic features in bipolar mania. *Curr Psychiatry Rep*, 2000; 2: 286-290.
- Dunner D.L, Fleiss J.L, Fieve R.R. The course of development of mania in patients with recurrent depression. *Am J Psychiatry*, 1976; 133: 905- 908.
- Ellen W. Freeman Premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder: definitions and diagnosis. *Psychoneuroendocrinology* 2003; 28: 25–37.

- Erbil N, Karaca A, Kırış T. (2010). Investigation of premenstrual syndrome and contributing factors among university students. *Turk J Med Sci* 2010; 40 (4): 565-573.
- Ernst E. Complementary and alternative therapies In; O'Brein Sauhn P.M, Rapkin J.A, Schmidt J.P (eds). *Physiology of the menstrual cycle The Premenstrual Syndromes: PMS and PMDD* (1 nd ed) Informa UK 2007; 141-147.
- Frederick K Goodwin, S Nassır Ghaemi. The course of bipolar disorder and the nature of agitated depression, *Am J Psychiatry*, 2003; 160(12): 2077-2079.
- Freeman E.W, DeRubeis R.J, Rickels K. Reliability and validity of a daily diary for premenstrual syndrome. *Psychiatry Res* 1996; 65: 97–106.
- Freeman E.W. The clinical presentation and course of premenstrual symptoms In; O'brein Sauhn PM, Rapkin J.A, Schmidt J.P (eds). *The Premenstrual Syndromes: PMS and PMDD* (1 nd ed) Informa UK 2007; 55-61.
- Freeman E.W., Halberich U. (1998). Premenstrual syndromes. *Psychopharmacol Bull*; 34(3):291-295.
- Gaulrapp K, Backe, J, Steck, T. Assessment of the Prevalence of Pre-and Perimenstrual Symptoms in Female Personel of a University Clinic *Gynecol Geburtshilfliche Rundsch*. 1995; 35: 199-208.
- Gelder M, Mayou R, Cowen P. *Shorter Oxford Textbook of Psychiatry*. 4.Baskı, 2001: 269-325.
- Geller B, Tillman R, Craney J.L et al. Four- year prospective outcome and natural history of mania in children with a prepubertal and early adolescent bipolar disorder phenotype. *Arch Gen Psychiatry*, 2004; 61: 459-467.
- Gerbie V.M. Complications of Menstruation; Abnormal Uterine Bleeding. In: DeCherney A.H, Pernoll M.L (eds), *Current Obstetric & Gynecologic Diagnosis & Treatment* (8 nd ed) Raven Press, United States 199; 662-70.
- Goldberg J.F, Gamo J.L, Leon A.C et al. Association of recurrent suicidal ideation with nonremission from acute mixed mania. *Am. J. Psychiatry*, 1998; 155: 1753-1755.
- Goodwin F.K, Jamison K.R. *Manic- Depressive İllness*. New York: Oxford University, 1990.

- Gölünük, S., Taşmektepligil, M. Y., İmamoğlu, O. (2010). Fiziksel ve ruhsal baskının menstruasyon düzenine etkisi, Selçuk Üniversitesi Beden Eğitimi ve Spor Bilim Dergisi, 12 (1), 1-5.
- Güleç C, Köroğlu E. Psikiyatri Temel Kitabı. 2. Baskı, Hekimler Yayın Birliği, Ankara: MedicoGraphics Matbaası, 2007.
- Gülşen G. (2004). Bipolar bozukluk: 14 yıllık dönemin değerlendirilmesi. Uzmanlık tezi, Çukurova Üniversitesi, Adana.
- Halbreich U, Borenstein J, Pearlstein T et al. The prevalence, impairment, impact, and burden of premenstrual dysphoric disorder (PMS/PMDD). *Psychoneuroendocrinology* 2003; 28: 1–23.
- Halbreich U. History and trajectory of PMS: towards a balanced adaptation and a biosocial homeostasis. *J Reprod Infant Psychol* 2006;24:336–46.
- Halbreich U. The diagnosis of PMS/PMDD – the Current Debate In; O’brein Sauhn PM, Rapkin JA, Schmidt J.P. (eds) *The Premenstrual Syndromes: PMS and PMDD*. (1 nd ed) Informa UK 2007; 8-19.
- Halbreich, U., Endicott, J., Schacht, S., & Nee, J. The Diversity Of Premenstrual Changes As Reflected In Premenstrual Assesment Form. *Acta Pyschatr Scand.*, 1982; 65, 46-65.
- Hardie E.A. PMS in the workplace: dispelling the myth of cyclic dysfunction. *J Occup Organiz Psychol* 1997; 70: 97–102.
- Harrison W.M, Endicott J, Nee J, Glick H, Rabkin J.G. Characteristics of women seeking treatment for premenstrual syndrome. *Psychosomatics*. 1989; 30: 405-11.
- Hirschfeld R. M. A., Williams J. B. W. ve, Spitzer R. L. ve ark. Development and validation of a screening instrument for bipolar spectrum disorder: The Mood Disorder Questionnaire. *American Journal of Psychiatry*, 2000; 157, 1873-1875.
- Hoerster, K. D., Chrisler, J. C., Rose, J. G. (2003). Attitudes toward and experience with menstruation in the US and India, *Women and Health*, 38 (3), 77-95.
- Işık E. Depresyon ve Bipolar Bozukluklar. İstanbul:Görsel SanatlarBasımevi, 2003: 467-540.
- Işık E. Duygudurum Bozuklukları, Depresyon ve Mani. İstanbul: Boğaziçi Matbaası, 1991; 20- 21.

- İnce N. Adolesan Dönemde Premenstruel Sendrom. Türkiye Klinikleri J Med Sci 2001; 21: 369-73.
- Jahanfar, S., Lye, M., Krishnarajah, I. S. (2011). The heritability of premenstrual syndrome, Twin Research and Human Genetics, 14, 433-436.
- Jamison K.R. Suicide and bipolar disorders. Ann.N.Y. Acad. Sci., 1986; 487: 301-315.
- Johnson S.R, McChesney C, Bean J.A. Epidemiology of premenstrual symptoms in a nonclinical sample. I. Prevalence, natural history and help-seeking behavior. J Reprod Med 1988; 33: 340–6.
- Johnson S.R. Premenstrual Syndrome and Dysmenorrhea. Drug Therapy in Obstetrics and Gynecology. (3 nd ed) Morby- Year Book, Inc. St. Louis, 1992; 355-74.
- Johnson S.R. The epidemiology and social impact of premenstrual symptoms. Clin Obstet Gynecol. 1987; 30: 367-76.
- Kaplan H, Saddoc B. Comprehensive Textbook of Psychiatry. 7th Ed, 2000; 1284-1289.
- Karavuş M, Cebeci D, Bakırcı M, Hayran O. Üniversite Öğrencilerinde Premenstruel Sendrom, T Klin. Tıp Bilimleri Dergisi 1997;17:184-190.
- Kessel B. Premenstrual syndrome. Advances in diagnosis and treatment. Obstet Gynecol Clin North Am, 2000; 27: 625-39.
- Kessel, B. Premenstrual syndrome . Obstetrics and Gynecology of North America, 2000; 27(3): 625–639
- Kilzich N, Akiskal H.S. Rapid- cycling bipolar disorder. An overview of research and clinical experience, Psychiatry Clin North Am, 1999; 22(3): 585- 607.
- Konuk, N., Kıran, S., Tamam, L., Karaahmet, E., Aydın, H. &ve Atik, L. Duygudurum Bozuklukları Ölçeği'nin Türkçe Uyarlamasının Bipolar Bozukluk Taramasında Geçerliği, Türk Psikiyatri Dergisi, 2007; 18 (2), 147-154.
- Kortan G, Yenilmez Ç, Aksaray G, Kaptanoğlu C. Karma ve saf maninin klinik özellikleri açısından karşılaştırılması, Türk Psikiyatri Dergisi, 2000; 11(2): 87-94.
- Korzekwa M.I, Steiner M. Premenstrual syndromes. Clin Obstet Gynecol. 1997; 40: 564-76.

- Köknel, Ö. (2010). Ergenlik Dönemi. Ana-Baba Okulu (13. Basım) içinde (90-91). İstanbul: Remzi Kitabevi.
- Köroğlu E. Amerikan Psikiyatri Birliği. Mental bozuklukların tanısai ve sayımsal el kitabı, DSM-III-R.. Hekimler Yayın Birliği. 2.Baskı, Ankara, 1991: 127-139.
- Kraemer G.R, Kraemer R.R. Premenstrual syndrome: diagnosis and treatment experiences. J Womens Health 1998; 7: 893–907.
- Kruger S, Cooke R.G, Hasey G.M et al. Comorbidity of obsessive- compulsive disorder in bipolar disorder. J Affect Disord, 1997; 34: 117- 120.
- Lam D, Wong G. Prodromes, coping strategies, insight and social functioning in bipolar affective disorder. Psychiatry Med, 1997; 27: 1091-1100.
- Leibenluft E. Women with bipolar illness: clinical and research issues. Am J Psychiatry, 1996; 153: 163- 173.
- Logue C.M, Moos R.H. Perimenstrual Symptoms: Prevalans and Risk Factors. Psychosom. Med. 1986;48:388-414.
- Mac Q, Glenda M, Young L, Trevor, Joffe, RussellT. A review of psychosocial outcome in patients with bipolar disorder. J Affect Disord. 2001; 103(3): 163-170.
- Marvann, L., Escobedo, C. Premensrual symptomalogy: role prior knowledge about premenstrual syndrome .Psychosomatic Medicine, 1999; 61:163-167.
- Massil H, O'Brien P.M. Premenstrual syndrome. Br Med J (Clin Res Ed). 1986; 15: 1289-92.
- Mc. Elroy S.L, Akiskal H.S. The mixed bipolar disorder, J Affect Disord, 2000: 63-88.
- McElroy S.L, Strakowski S.M, Keck P.E et al. Differences and similarities in mixed and pure mania. Compr. Psychiatry, 1995; 36: 184-194.
- Merikangas K.R, Foeldenyi M, Angst J. The Zurich Study. XIX. Patterns of menstrual disturbances in the community: results of the Zurich Cohort Study. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci 1993; 243: 23–32.
- Moline M.L, Zendell S.M. Evaluating and managing premenstrual syndrome. Medscape Womens Health 2000; 5: 1-16.

- Moos RH. The development of a menstrual distress questionnaire. *Psychosom Med* 1968; 30:853–67.
- Musal B, Uçku, R. Narlıdere Bölgesi'inde 15-49 Yaş Grubundaki Evli Kadınlarda Premenstruel Semptomların Belirlenmesi. *Jinekoloji ve Obstetri'de Yeni Görüş ve Gelişmeler*. 1992; 3: 61-4.
- N. Karamustafalıoğlu, Alpay N, Tomruk B. İki uçlu mizaç bozukluğunda cinsiyet farklılıkları ve tedaviye yansımaları, *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2004; 5(1): 28-36.
- O'Brien S, Khaled M.K. History of the premenstrual disorders. In; O'brein Sauhn PM, Rapkin JA, Schmidt JP (eds). *The Premenstrual Syndromes: PMS and PMDD*. (1 nd ed) Informa UK 2007; 1-8.
- O'Brien, P.M.S. Helping Women with Premenstrual Syndrome. *B.M.J.* 1993; 307: 1471-5.
- Oral T. İki uçlu bozukluk. İstanbul: WPA Serisi, CSA Medikal Yayın Ajansı, 2002; 441- 503.
- Osher Y, Yaroslavsky, Belmaker R. J Biol Predominant polarity of Bipolar Patients in Israel, *Psychiatry Res*, 2000; 1: 187-189.
- Özerdem A, Tunca Z, Kaya N. (2001). The relatively good prognosis of bipolar disorders in a Turkish bipolar clinic, *J Affect Disord*; 64: 27-34.
- Parker, P.D. Premenstrual Syndrome. *Am. Fam. Physician* 1993;50:1309-17.
- Pearlstein T. Prevalence, impact on morbidity, and disease burden In; O'brein Sauhn PM, Rapkin J.A, Schmidt J.P (eds). *The Premenstrual Syndromes: PMS and PMDD*. (1 nd ed) Informa UK 2007; 37-45.
- Perugi G, Akiskal H.S, Micheli C et al. Clinical subtypes of bipolar mixed states: validating a broader European definition in 143 cases. *J. Affect. Disord.*, 1997; 43: 169- 180.
- Post R.M. Transduction of psychosocial stress in to the neurobiology of recurrent affective illness: therapeutic and pathogenic. *Biol Psychiatry*, 1992; 32: 469-484.
- Rabow L.E, Russek S.J, Farb D.H. From ion currents to genomic analysis: recent advances in GABAA receptor research. *Synapse* 1995;21:189–274.

- Ramcharan S, Love EJ, Fick G.H et al. The epidemiology of premenstrual symptoms in a population-based sample of 2650 urban women: attributable risk and risk factors. *J Clin Epidemiol* 1992; 45: 377–92.
- Raymont V, Bettany D, Frangous S. (2003). The Maudsly Bipolar Disorder Project: clinical characteristics of bipolar disorder I in a catchment area treatment sample. *Eur Psychiatry*; 18: 13- 17
- Reid L.R, Van Vugt D.A. Physiology of the menstrual cycle The Premenstrual Syndromes: PMS and PMDD. In: O’brein Sauhn PM, Rapkin JA, Schmidt JP (eds) *The Premenstrual Syndromes: PMS and PMDD* (1nd ed) London 2007; 63-8.
- Reid R.L, Yen SS. Premenstrual syndrome. *Am J Obstet Gynecol* 1981; 139: 85–104.
- Rihmer Z, Szadoezky, Janos F, Kiss K, Papp Z. Anxiety disorders comorbidity in bipolar I, bipolar II and unipolar major depresyon. *J Affect Disord*, 2001; 67: 175-179.
- Rupani N.P, Lema V.M. Premenstrual tension among nurses in Nairobi, Kenya. *East Afr Med J*. 1993; 70(5): 310-3.
- Sadock B.J, Sadock V.A. Kaplan & Sadoc Klinik Psikiyatri. 9. Baskıdan alınmış Türkçe baskı, Ankara: Güneş Kitabevi, 2005.
- Sadock B.J, Sadock V.A. Kaplan & Sadoc’s Comprehensive Textbook of Psychiatry. 8. Baskı, Ankara: Güneş Kitabevi, 2007.
- Savran, G. (2010). Modern tıp ve bilimin kadın bedenini denetleme biçimi, *Türk Tabipleri Birliği II. Kadın Hekimlik ve Kadın Sağlığı Kongresi*, 23-30.
- Schou M.The new bipolar era and beyond . *J Affect Disord*, 2001; 67: 1-2.
- Sourney D, Mussat I ve Mendlewicz J.Genetics of BPD, *J Affect Disord*. 2000; 18: 278- 286.
- Soydinç Ö.L, Işık A.Z, Zorlu C.G ve ark. Premenstruel Sendrom Prevalansının Saptanması ve Diyet Tedavi Programının Değerlendirilmesi. *Uluslararası Reprodüktif Endokrinolojide Yenilikler Kongresi-Özet Kitabı*, 1994.
- Speroff L, Glass H.R, Kase G.N. Menstruel Disorders. In; Mitchell C (ed), *Clinical Gynecologic Endocrinology and Infertility* (6 nd ed) USA 1999; 557-569

- Speroff L, Glass H.R, Kase G.N. The Uterus. In: Mitchell C (ed), Clinical Gynecologic Endocrinology and Infertility (6nd ed) Raven Press USA 1999 pp.127-35.
- Swann A.C, Bowden C.L, Morris D et al. Depression during mania. Treatment response to lithium or divalproex. Arch. Gen. Psychiatry, 1997; 54: 37-42.
- Tamam L, Ozpoyraz N.Comorbidity of anxiety disorder among patients with bipolar I disorder in remission. Psychopathology, 2002; 35(4): 203-209.
- Tamam L, Tuğlu C, Karataş G ve ark. Adult attention-deficit hyperactivity disorder in patients with bipolar I disorder in remission: preliminary study. Psychiatry Clin Neurosc., 2006; 60(4): 480-5.
- Tanrıverdi, G., Selçuk, E., Okanlı, A. (2010). Üniversite öğrencilerinde premenstrual sendrom prevalansı, Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 13 (1), 52-57.
- Targum SD, Caputo KP, Ball SK ve ark. (1991) Menstrual cycle phase and psychiatric admissions. J Affect Disord, 22:49-53.
- Taşcı, K. D. (2006). Hemşirelik öğrencilerinin premenstrual semptomlarının değerlendirilmesi, TAF Preventive Medicine Bulletin, 5 (6), 434-443.
- Tohen M, Hennen J, Baldessarini R, Strakowski S. Two year and functional recovery in 219 cases of first episode affective disorder with psychotic features, Am J Psychiatry, 2000; 157(2): 220-228.
- Tomruk N.B. Premenstruel Sendrom (PMS) (Uzmanlık Tezi). İstanbul, 1991.
- Tsai S.Y, Kuo C.j, Chen C.C, Lee H.C. Risk factors for completed suicid in BPB. J Clin Psychiatry, 2002; 63(6): 469-76.
- Turvey C.L, Coryell WH, Solomon DA et al. Long- term prognosis of bipolar I disorder. Acta Psychiatr. Scand., 1999; 99: 110- 119.
- Vahip S., Akdeniz F. Hızlı döngülü iki uçlu duygudurum bozukluk ve seyri. Ege Üniversite Tıp Fakültesi Yayınlar, 1999; 8: 23-27.
- Warner P, Bancroft J. Factors related to self-reporting of the pre-menstrual syndrome. Br J Psychiatry. 1990;157:249-60.
- Warner P, Bancroft J. Factors related to self-reporting of the pre-menstrual syndrome. Br J Psychiatry. 1990;157:249-60.

- Weissman NM, Bland RC, Canino GJ. Cross- national epidemiology of major depression and bipolar disorder. *JAMA*, 1996; 276: 293-299.
- Winokur G, Coryell W, Keller M, Endicott J, Leon A. A family study of manic-depressive (bipolar I) disease. Is it a distinct illness separable from primary unipolar depression? *Arch Gen Psychiatry*. 1995 May;52(5):367–373.
- Winokur G. Is there a common genetic factor in bipolar and unipolar affective disorder. *Compr Psychiatry*, 1980; 21: 460- 464.
- Winter E.J, Ashton D.J, Moore D.L. Dispelling myths: a study of PMS and relationship satisfaction. *Nurse Pract* 1991; 16: 37-45.
- Wood C, Larsen L, Williams R: Menstrual characteristics of 2,343 women attending the Shepard Foundation. *Aust NZ J Obstet Gynecol* 1979;19:107-10.
- Woods N.F, Most A, Dery G.K. Prevalence of perimenstrual symptoms. *Am J Public Health* 1982; 72: 1257–64.
- Wyatt K, Dimmock P.W, O'Brien P.M. Premenstrual syndrome. In: Barton S, ed. *Clinical evidence*. 4th issue. London: BMJ Publishing Group, 2000; 1121-33
- Yazıcı O, Kora K, Üçok A ve ark. Predictors of lithium prophylaxis in bipolar patients. *J Affect Disord*, 1999; 55: 133- 142.
- Yerevanian B. Anxiety Disorders comorbidity in mood disorder subgroups. *J Affect Disord*, 2001; 67: 167-173.
- Yildiz A, Sach G.S. Age onset of psychotic versus non- psychotic bipolar illness in men and in women. *J Affect Disord*, 2003; 74: 197-201.
- Yonkers K.A. (1997). Anxiety symptoms and anxiety disorders: how are they related to premenstrual disorders? *J Clin Psychiatry*; 58(suppl 3):62-69.
- Yonkers K.A., Davis L.L. (2000). Premenstrual dysphoric disorder. In: Sadock, VA, Sadock (eds): *Comprehensive Textbook of Psychiatry*'de, 7. baskı, Philadelphia, Lippincott Williams and Wilkins, s.1952-1958.

EKLER

ANKET FORMU

Bu ölçek, adet öncesi dönemlerde ortaya çıkabilen değişiklikleri sorgulamaktadır. Değerlendirmeyi yaparken son iç adet öncesi dönemde kendinizde fark ettiğiniz değişiklikleri düşünün. Her bir maddede söz edilen durumun, adet öncesi dönemlerde diğer zamanlara göre ne oranda şiddetlendiğini karar verin. Uygun sayıyı işaretleyiniz. 1: Değişim yok (belirti hiçbir zaman yok ya da her zamankinden farklı değil) - 2: Çok az değişim (sadece sizin tarafınızdan hafifçe fark edilmektedir, başkaları sizdeki bu değişikliğin muhtemelen farkında değildir). - 3: Hafif değişim (sizin için belirgindir ve belki de sizi iyi tanyanlar tarafından fark edilmektedir). - 4: Orta şiddette değişim (siz ve sizi iyi tanyanlar tarafından kesin olarak fark edilmektedir). - 5: Şiddetli değişim (siz ve sizi iyi tanyanların gözünde çok belirgindir). - 6: Aşırı değişim (değişim o kadar şiddetlidir ki, sizi iyi tanımayan kişiler bile fark edebilmektedir).

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

Günlük işlerin altından kalkamama duygusu	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Kendini güvensiz hissetme	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Alerjik olayların alevlenmesi, nefes alma zorluğu, tıkanma duygusu, burun akıntısı	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Kendini çökkün hissetme	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Baş dönmesi, göz karaması, bayılma hissi, kulak çınlaması, deride uyuşukluk, karıncalanma, titreme, sersemlik hissi	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Önemsiz konularda sürekli söylenme, tartışma çıkarma	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Kendine bir şey yapmanın nasıl olacağını düşünme (arabayı çarpma gibi, uykuya dalıp uyanmamayı isteme, ölüm veya intiharı düşünme)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Konuşmak, yerinden kıpırdamak konusunda isteksiz olma (bunları yapmak çaba gerektirir)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Daha unutkan olma	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Dış görünüşünden hoşnut olmama	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Kişilere veya eşyalara şiddet gösterme (kasıtlı olarak bir şeyler kırma, birbirine vurma)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Gün içinde uyuma veya dayanılmaz bir uyuma isteği duyma	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Gerçeklikten uzaklaşma duygusu, rüyada olma, gerçek olmama gibi	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Kalbin çarpıntısını veya hızlı attığını hissetme	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Küçük şeylerden daha fazla haz alma veya heyecan duyma	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Zihnini bir noktada toplamada güçlük çekme	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Kendini kafası karışık ve sersem gibi hissetme	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Azalan yargılama gücü (adet öncesi dönemdeki yargıların her zamanki kadar iyi olmadığını fark etme)	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Kendini pasif hissetme, kararların başkalarının vermesini sorumluluğunu yüklenmesini isteme	○	○	○	○	○	○
Kendini iyi hissetme duygusunda artış	○	○	○	○	○	○
Kendini kontrol edememe	○	○	○	○	○	○
Daha çocuksu olmaya eğilim gösterme	○	○	○	○	○	○
Kendini ağlamaklı hissetme, gözü yaşlı olma veya ağlama	○	○	○	○	○	○
Daha sık idrara çıkma, idrar miktarında artma	○	○	○	○	○	○
Kabızlık çekme	○	○	○	○	○	○
Zamanı kullanma, para harcama, yemek konusunda kendini düşünme, kendini hoş görme	○	○	○	○	○	○
Düşünmeden ve elinde olmadan ani davranışlarda bulunma	○	○	○	○	○	○
Daha fazla sigara içme, alkol alma veya alışkanlık yapan ilaçları kullanma	○	○	○	○	○	○
Kendini baskı altında hissetme	○	○	○	○	○	○
Derisini ovuşturma, kaşıma, dişleme, tırnak yeme gibi davranışlar	○	○	○	○	○	○
Ruhsal durumda yükselmeler, alçalmalar	○	○	○	○	○	○
Bir şeye canı sıkılınca ortalığı telaşa verme, fevran etme	○	○	○	○	○	○
Suçluluk duyguları	○	○	○	○	○	○
Kendini bomboş hissetme	○	○	○	○	○	○
Parlamaya hazır olma veya hırçınlık	○	○	○	○	○	○
Kendini mutsuz veya üzgün hissetme	○	○	○	○	○	○

Kendini mutsuz veya üzgün hissetme	○	○	○	○	○	○
Bacaklarda yorgunluk hissi	○	○	○	○	○	○
Sırt, eklem ve kas sertliği ya da ağrıları çekmeye yatkınlık	○	○	○	○	○	○
Arkadaşlar ve aile tarafından "bugün huylu gününde" diye bilinme	○	○	○	○	○	○
Sabahları sinirleri ayakta uyanma ya da eski sorunları gündeme getirme ve patlama	○	○	○	○	○	○
Kırdar davranışlar gösterme	○	○	○	○	○	○
Kendini yalnız hissetme	○	○	○	○	○	○
Daha seyrek idrara çıkma veya idrar miktarında azalma	○	○	○	○	○	○
Kilo alma	○	○	○	○	○	○
Hoşgörüsüz veya sabırsız olmaya eğilim gösterme, başkalarının ihtiyaçlarına cevap verme veya hatalarını anlama yeteneğini kaybetme	○	○	○	○	○	○
Çok konuşma eğiliminde olma	○	○	○	○	○	○
Nispeten kalıcı olarak karında dolgunluk, rahatsızlık veya ağrı hissetme	○	○	○	○	○	○
Artmış cinsel ilgi veya aktivite (cinsel hayaller kurma, kendiyle veya başkalarıyla ilgili)	○	○	○	○	○	○
Uyku sorunları-sabah erken uyanıp uyanamama	○	○	○	○	○	○
Karında ara ara ağrı veya kramplar olması	○	○	○	○	○	○
Kendine saygıda azalma (kendinden memnun olmama veya başarısız hissetme)	○	○	○	○	○	○
Sorunlar için başkalarını suçlama (kişisel, ev, iş, okul gibi)	○	○	○	○	○	○
Evde ya da işte artmış etkinlik, düzenlilik, yetkinlik veya başkalarıyla daha çok birlikte olma)	○	○	○	○	○	○

Hoş olmayan olaylar üzerinde kafa yorma	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Sivilce veya gıban gibi cilt problemleri	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ödem, şişkinlik, vücutta su tutulumu	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Evde daha fazla oturma	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Daha az cinsel ilgi ya da aktivite (cinsel hayaller, kendile veya başkalarıyla ilgili)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
İnsan içine karışmaktan kaçınma eğilimi	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Kendini şiş gibi hissetme	☐	☐	☐	☐	☐	☐
İş, ev veya hobilerle ilgili görevleri yerine getirmede zorluk çekme, yetersiz kalma	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Adet öncesi değişikliklerden dolayı çalışırken zaman kaybetme	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Yalnız kalmayı isteme	☐	☐	☐	☐	☐	☐
İlham veya yaratıcılıkta azalma hissetme	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Özel bazı yiyecekleri ısrarla arama (tatlılar, hamur işi, çikolata, turşu gibi)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
İştahta artış veya daha fazla yemeye eğilim	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Sabahları kendini daha kötü hissetme	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Nasıl görüldüğüne daha az dikkat etme	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Üşüme ve/veya ısı değişimlerine daha duyarlı olma	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Enerji patlaması veya kendini daha fazla enerjik hissetme	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Reddedilmeye karşı daha duyarlı olma veya katlanamama	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Kendini daha sevgi dolu hissetme	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Basit konularda veya daha sık başkalarına akıl danışma eğilimi	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Karamsar görünme	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Kahve, çay veya kafeinli soğuk içecekleri daha fazla içme	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Cinsel ilişki sırasında acı veya rahatsızlık hissetme	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Daha az ev işi yapma (temizlik, çamaşır yıkama gibi)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Boş zaman faaliyetlerine daha az zaman ayırma (hobiler, TV, okuma)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ateş basması veya soğuk algınlığı görünümü, ishal, uyuşukluk, kendiliğinden olan çürükler, gınlama, varis damarları, hemoroid, sara nöbeti, cildin güneşe duyarlı olması (hangisinin olduğunu belirtin)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Göz problemlerinde artış veya görünümlerde değişiklikler (kızarma, sulanma, yanma, dumanlı görme, arpacık, ışığa duyarlılık gibi)	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Hiç kendinizin doğal halinizde olmadığınızı hissettiğiniz bir dönem ve oldu mu?		
	EVET	HAYIR
.....diğer insanlara normal haliniz olmadığınızı düşündürecek kadar veya başınızı derde sokacak derecede, kendinizi çok iyi ve aşırı neşeli hissettiğiniz oldu mu?	☐	☐
.....çok çabuk kızıp insanlara bağırduğunuz ya da kavga veya tartışma çıkardığınız oldu mu?	☐	☐
.....her zamankinden daha fazla kendinize güvendiğiniz oldu mu?	☐	☐
.....normalden çok daha az uyuduğunuz halde yine de uyku ihtiyacı hissetmediğiniz oldu mu?	☐	☐
.....eskisinden çok daha fazla veya daha hızlı konuştuğunuz oldu mu?	☐	☐
.....düşüncelerin kafanızda yarıştığı ve zihninizi yavaşlatamadığınız oldu mu?	☐	☐
.....etrafınızdaki şeylerden çok kolayca dikkatinizin dağıldığı veya bir hedefe yönelik ilerlerken konsantre olmakta güçlük çektiğiniz oldu mu?	☐	☐
.....normalde olduğunuzdan daha fazla enerjik olduğunuz oldu mu?	☐	☐
.....eskisinden çok daha aktif - faal olduğunuz oldu mu?	☐	☐
.....eskisinden çok daha sosyal ve sıkça gezmelere giden birisi oldunuz mu? Mesela bu amaçla arkadaşlarınızı gecenin bir yarısı aramaya başladığınız oldu mu?	☐	☐
.....cinsellikle normalden daha fazla ilgilendiğiniz oldu mu?	☐	☐
.....normalde yapmadığınız ya da diğer insanların sizin için aşırı, saçma sapan ve riskli bulduğu şeyler yaptığınız oldu mu?	☐	☐
.....aşırı para harcayarak kendinizi veya ailenizi zor duruma düşürdüğünüz oldu mu?	☐	☐

Yaşınız:				
Aylık geliriniz ne kadar?				
Gelir durumunuzu nasıl değerlendiriyorsunuz?				
☐ Yüksek ☐ Orta ☐ Düşük				
Kişilik yapınızı nasıl değerlendirirsiniz?				
☐ İçer dönük ☐ Dışa dönük ☐ Saldırgan, sinirli ☐ Mantıklı, kalıcı ☐ Duygusal ☐ Diğer				
Genel sağlık durumunuzu nasıl değerlendiriyorsunuz?				
☐ Çok iyi ☐ İyi ☐ Orta ☐ Kötü ☐ Çok kötü				
Herhangi bir hastalığınız var mı?				
☐ Evet ☐ Hayır				
Rahminiz veya iki yumurtalığınız alındı mı?				
☐ Evet ☐ Hayır				
Son iki yıl içinde tedavi aldığınız ruhsal bir rahatsızlığınız oldu mu?				
☐ Evet ☐ Hayır				
Sürekli kullandığınız bir ilacınız var mı?				
☐ Evet ☐ Hayır				
Kemoterapi veya radyoterapi görüyor musunuz?				
☐ Evet ☐ Hayır				
Düzenli spor yapıyor musunuz?				
☐ Evet düzenli (haftada 3 ve üzeri yoğun egzersiz yapma) ☐ Evet düzensiz ☐ Hayır				
Aşağıdaki yiyecek/içecekleri tüketme sıklığınız?				
	Her gün	Arasıra	Nadiren	Hiç
Kahve:	☐	☐	☐	☐
Çay:	☐	☐	☐	☐
Kola:	☐	☐	☐	☐
Çikolata:	☐	☐	☐	☐
Süt ürünleri:	☐	☐	☐	☐
Sigara kullanma durumunuz nedir?				
☐ Halen içiyorum ☐ İçip bıraktım ☐ Hiç içmedim				

ÖZGEÇMİŞ

Ayşegül Doyum, 1990 yılında İstanbul'un Bakırköy ilçesinde doğmuştur. İlkokul eğitimini Uğur Koleji'nde, ortaokul eğitimini ise Halil Vedat Fıratlı İlköğretim Okulu'nda almıştır. Sonrasında lise eğitimini Ataköy Lisesinde tamamlamıştır. Lisans eğitimini, İstanbul Bilgi Üniversitesi Fen- Edebiyat Fakültesi Psikoloji Bölümü'nde tamamlamıştır. Lisans eğitimi devam ederken Yedikule Surp Pırgıç Ermeni Hastanesi ve Otistikler Vakfı'nda stajlarını gerçekleştirmiştir. 2013 Yılında İstanbul Beykent Üniversitesi'nde Klinik Psikoloji tezli Yüksek Lisans programına başlamıştır ve Bakırköy Ruh ve Sinir Hastanesi'nde zorunlu stajını yapmıştır. Halen Beykent Üniversitesi Klinik Psikoloji Yüksek Lisans tez dönemi öğrencisi olarak öğrenim hayatına devam etmektedir.