



T.C.
ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

PREMENSTRUAL DİSFORİK BOZUKLUK TANI SÜREKLİLİĞİ VE KLİNİK DEĞİŞKENLERİ

UZMANLIK TEZİ

Dr. Duygu SAYGILI

TEZ DANIŞMANI

Prof. Dr. Lut TAMAM

ADANA-2022

TEŞEKKÜR

Tüm asistanlık sürem boyunca ilgisini, desteğini eksik etmeyen, tezimin fikir ve yazım aşamasında değerli fikirlerini ve eleştirilerini sunan, birlikte çalışmaktan onur duyduğum, kendisini bizlere aileden biri gibi yakın hissettiren ve en kötü zamanlarımızda bize destek olan çok değerli hocam Prof. Dr. Lut TAMAM'a sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Uzmanlık eğitimim süresince tüm sorularımı sabırla dinleyen, yanıtlayan benden destek ve teşviklerini esirgemeyen, çalışma hayatımda olduğu gibi sosyal hayatımda da hiçbir karşılık beklemeden soru ve sorunlarımla ilgilenen, bilgi ve tecrübelerinden faydalanma fırsatına sahip olduğum için her zaman minnettar olacağım hocam Doç. Dr. Mehmet Emin DEMİRKOL'a, uzmanlık eğitimime katkısı olan Prof. Dr. Gonca KARAKUŞ'a, Prof. Dr. Feridun BÜLBÜL'e, Doç. Dr. Soner Çakmak'a Dr. Öğr. Üy. Zeynep NAMLI'ya, Öğr. Gör. Dr. M. Onur KARAYTUĞ'a, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı ve Nöroloji Anabilim Dalı öğretim üyeleri ve çalışanlarına, tüm çalışma arkadaşlarıma, servis ve poliklinik hemşire ve personeline,

Tüm hayatım boyunca her zaman yanımda olan, her konuda koşulsuz desteklerini daima üzerimde hissettiğim annem H. Arzu SEVİNER'e, babam A. Yavuz SEVİNER'e, uzakta da olsa her zaman yanımda olacağını hissettiğim kardeşim Kemal SEVİNER'e,

Son olarak hayatımı anlamlı kılan, tez yazım süresi boyunca sabrını ve desteğini benden esirgemeyen sevgili eşim Dr. Osman Nuri SAYGILI'ya ve biricik kızım Deniz SAYGILI'ya TEŞEKKÜRLERİMİ sunarım.

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	I
TABLO LİSTESİ.....	V
ŞEKİL LİSTESİ.....	VI
ÖZET	X
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1 Premenstrual Sendrom (PMS) ve Premenstrual Disforik Bozukluk (PMDB)...	3
2.1.1 PMS ve PMDB'nin Tarihçesi.....	3
2.1.2 PMS ve PMDB'nin Tanımı	5
2.2 PMS/PMDB'nin Epidemiyolojisi	9
2.3 PMS/PMDB'nin İşlevsellik Üzerine Etkisi	11
2.4 PMDB'nin Etyolojisi	13
2.4.1 Biyolojik Faktörler.....	13
2.4.2 Genetik.....	16
2.4.3 Enflamasyon	17
2.4.4 Psikolojik Faktörler.....	18
2.4.5 Sosyal Faktörler	19
2.4.6 Çevresel Faktörler	20
2.5 PMDB'de Beyin Görüntüleme Çalışmaları	21
2.6 PMS/PMDB Risk Faktörleri	21
2.7 PMDB Ayırıcı Tanısı	22
2.8 PMDB ve Komorbid Psikiyatrik Hastalıklar	23
2.9 PMDB Tedavisi.....	26
2.9.1 Farmakolojik Tedavi.....	26
2.9.2 Non-Farmakolojik Tedavi.....	30
2.9.3 Bilateral Ooferektomi	32
2.10 PMDB'nin Tanı Sürekliliği	33
3. GEREÇ VE YÖNTEMLER.....	35

3.1	Verilerin Toplanması	35
3.2	Veri Toplama Araçları	37
3.2.1	Sosyodemografik Veri Formu	37
3.2.2	Premenstrual Sendrom Ölçeği (PMSÖ).....	37
3.2.3	Psikolojik Acı Ölçeği (PAÖ)	38
3.2.4	Kronotip Testi	38
3.2.5	Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (ÇÇTÖ).....	38
3.2.6	Çiftler Uyum Ölçeği (ÇUÖ)	38
3.2.7	Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği (GRCDÖ)	39
3.2.8	Barratt Dürtüsellik Ölçeği (BDÖ).....	39
3.2.9	Anksiyete Duyarlılığı İndeksi-3.....	40
3.3	İstatistiksel Analiz	40
4.	BULGULAR	42
4.1	Araştırma Grubunun Özellikleri	42
4.2	Sosyodemografik Değişkenlerin Dağılımı	44
4.3	PMDB Geçici Tanısı Olan Ve Olmayan Gruplarda Klinik Değişkenlerin Dağılımı.....	46
4.4	PMDB Kalıcı Tanısı Olan Ve Olmayan Gruplarda Klinik Değişkenlerin Dağılımı.....	49
4.5	PMDB Tanı Sürekliliğinin İncelenmesi	51
4.6	PMDB Geçici Tanısı Olan Ve Olmayanların Psikiyatrik Komorbiditesinin İncelenmesi	52
4.7	PMDB Kalıcı Tanısı Olan Ve Olmayanların Psikiyatrik Komorbiditesinin İncelenmesi	53
4.8	PMDB Geçici Tanısı Olan Ve Olmayan Olguların Ölçek Skorları ve Alt Boyutlarına Göre Karşılaştırılması	54
4.9	PMDB Kalıcı Tanısı Olan Ve Olmayan Olguların Ölçek Skorları ve Alt Boyutlarına Göre Karşılaştırılması	58
4.10	PMDB Geçici Tanısı Olanlarda Premenstrual Sendrom Ölçeği, Psikolojik Acı Ölçeği, Çiftler Uyum Ölçeği, Barratt Dürtüsellik Ölçeği, Anksiyete Duyarlılığı İndeksi Arasındaki Korelasyon	63
4.11	PMDB Kalıcı Tanısı Olanlarda Premenstrual Sendrom Ölçeği, Psikolojik Acı Ölçeği, Çiftler Uyum Ölçeği, Barratt Dürtüsellik Ölçeği, Anksiyete Duyarlılığı İndeksi Arasındaki Korelasyon	64

5. TARTIŞMA.....	65
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	77
7. KAYNAKLAR.....	80
8. EKLER	98
EK-1 SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU	98
EK-2 PREMENSTRÜEL SENDROM ÖLÇEĞİ.....	100
EK-3 PSİKOLOJİK ACI ÖLÇEĞİ	102
EK-4 KRONOTİP TESTİ	103
EK-5 ÇOCUKLUK ÇAĞI RUHSAL TRAVMA ÖLÇEĞİ	106
EK-6 ÇİFT UYUM ÖLÇEĞİ.....	108
EK-7 GOLOMBOK-RUST CİNSEL DOYUM ÖLÇEĞİ.....	109
EK-8 BARRATT DÜRTÜSELLİK ÖLÇEĞİ - 11	111
EK-9 ANKSİYETE DUYARLILIĞI İNDEKSİ - 3	112
EK-10 HASTA GRUBU İÇİN AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU.....	113
EK-11 KONTROL GRUBU İÇİN AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU	114

TABLO LİSTESİ

Tablo 1. PMS ICD-10 tanı ölçütleri.....	6
Tablo 2. ACOG PMS tanı ölçütleri.....	7
Tablo 3. PMDB için DSM-5 Tanı Kriterleri ³³	8
Tablo 4. PMS ile psikiyatrik komorbidite ¹⁵⁴	25
Tablo 5. PMDB için önerilen SSGİ dozları ¹⁷⁶	28
Tablo 6. PMDB Tedavi Özeti ⁸⁸	32
Tablo 7. Katılımcıların yaş, eğitim yılı ve BKİ ortalama değerleri	42
Tablo 8. Katılımcıların sosyodemografik değişkenleri	44
Tablo 9. PMDB geçici tanısı olan ve olmayan gruplarda sosyodemografik değişkenlerin dağılımı .	45
Tablo 10. PMDB geçici tanısı olan ve olmayan gruplarda klinik değişkenlerin dağılımı	47
Tablo 11. PMDB kalıcı tanısı olan ve olmayan gruplarda klinik değişkenlerin dağılımı	50
Tablo 12. PMDB geçici tanısı olanların kalıcı tanıya dönüşme yüzdeleri	52
Tablo 13. PMDB geçici tanısı olan ve olmayanların psikiyatrik komorbiditesi.....	53
Tablo 14. PMDB kalıcı tanısı olan ve olmayanların psikiyatrik komorbiditesi	54
Tablo 15. PMDB geçici tanısı olan ve olmayan olguların PMSÖ skorları ve alt boyutları, PAÖ, kronotip özellikleri, ÇÇTÖ ve alt ölçekleri, ÇUÖ ve alt ölçeklerine göre karşılaştırılması.....	55
Tablo 16. PMDB geçici tanısı olan ve olmayan olguların GRCDÖ ve alt ölçekleri, BDÖ alt ölçekleri, ADİ-3 skorları ve alt boyutlarına göre karşılaştırılması	58
Tablo 17. PMDB kalıcı tanısı olan ve olmayan olguların PMSÖ skorları ve alt boyutları, PAÖ, kronotip özellikleri, ÇÇTÖ ve alt ölçekleri, ÇUÖ ve alt ölçeklerine göre karşılaştırılması.....	60
Tablo 18. PMDB kalıcı tanısı olan ve olmayan gruplarda GRCDÖ ve alt ölçekleri, BDÖ alt ölçekleri, ADİ-3 skorları ve alt boyutlarına göre karşılaştırılması	62
Tablo 19. PMDB geçici tanısı olanlarda PAÖ, ÇUÖ, BDÖ VE ADİ-3 arasındaki korelasyon.....	63
Tablo 20. PMDB Kalıcı Tanısı Olanlarda PAÖ, ÇUÖ, BDÖ VE ADİ-3 Arasındaki Korelasyon.....	64

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 1. Menstrual döngü süresince gonadal hormonların düzeyi ⁷⁹	14
Şekil 2. PMDB'nin Bilişsel Davranışçı Modeli ⁷⁹	19



KISALTMA LİSTESİ

5-HT	: 5 Hidroksitriptamin
5α-DHP	: 5 α -dihidroprogesteronun
ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
ACOG	: Amerikan Obstetri ve Jinekoloji Koleji
ADİ-3	: Anksiyete Duyarlılık İndeksi-3
ADİ-B	: Anksiyete Duyarlılığı İndeksi Bilişsel Duyarlılık
ADİ-F	: Anksiyete Duyarlılığı İndeksi Fiziksel Duyarlılık
ADİ-S	: Anksiyete Duyarlılığı İndeksi Sosyal Duyarlılık
ADİ-T	: Anksiyete Duyarlılığı İndeksi Toplam Puan
BB	: Bipolar Bozukluk
BDNF	: Beyin kaynaklı nörotrofik faktör
BDÖ	: Barratt Dürtüsellik Ölçeği
BDÖ-DD	: Barratt Dürtüsellik Ölçeği Dikkatte Dürtüsellik
BDÖ-MD	: Barratt Dürtüsellik Ölçeği Motor Dürtüsellik
BDÖ-PY	: Barratt Dürtüsellik Ölçeği Plan Yapamama
BDT	: Bilişsel Davranışçı Terapi
BKI	: Beden Kitle İndeksi
C/S	: Sezaryen
ÇÇTÖ	: Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği
ÇÇTÖ-CİS	: Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği Cinsel İstismar
ÇÇTÖ-DİH	: Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği Duygusal İhmal
ÇÇTÖ-DİS	: Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği Duygusal İstismar
ÇÇTÖ-FİH	: Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği Fiziksel İhmal
ÇÇTÖ-FİS	: Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği Fiziksel İstismar
ÇUÖ	: Çift Uyum Ölçeği
ÇUÖ-Dİ	: Çift Uyum Ölçeği Duygusal İfade Alt Ölçeği

ÇUÖ-EAB	: Çift Uyum Ölçeği Eşler Arası Bağılılık Alt Ölçeği
ÇUÖ-EAFB	: Çift Uyum Ölçeği Eşler Arası Fikir Birliği Alt Ölçeği
ÇUÖ-EAT	: Çift Uyum Ölçeği Eşler Arası Tatmin Alt Ölçeği
ÇUÖ-T	: Çift Uyum Ölçeği Toplam Puanı
DEHB:	: Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu
DSM-5	: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, Beşinci Baskı)
DSM-III	: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition (Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, Üçüncü Baskı)
DSM-III-R	: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition, Revised (Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, Yeniden Gözden Geçirilmiş Üçüncü Baskı)
DSM-IV	: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition (Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, Dördüncü Baskı)
DSM-IV-TR	: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revised (Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, Yeniden Gözden Geçirilmiş Dördüncü Baskı)
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
ESR1	: Östrojen reseptör alfa 1
FDA	: Food and Drug Administration (Amerikan Gıda ve İlaç İdaresi)
GABA	: Gama Amino Bütirik Asit
GnRH	: Gonadotropin Salıcı Hormon
GRCDÖ	: Golombok Rust Cinsel Doyum Ölçeği
HPA	: Hipotalamo Pituitar Adrenal
HRT	: Hormon replasman tedavisi
ICD	: International Classification of Disease (Uluslararası Hastalık Sınıflandırması)
ISPM	: International Premenstrual Disorders Association (Uluslararası Premenstrüel Bozukluklar Derneği)
KOK	: Kombine oral kontraseptif
LLPDD	: Geç Luteal Faz Disforik Bozukluğu
M.S.	: Milattan sonra

OKB	: Obsesif Kompulsif Bozukluk
PAÖ	: Psikolojik Acı Ölçeği
PMB	: Premenstruel Bozukluk
PMDB	: Premenstruel Disforik Bozukluk
PMS	: Premenstruel Sendrom
RKÇ	: Randomize Kontrollü Çalışma
RİA	: Rahim içi araç
SERT	: Serotonin reseptör taşıyıcısı
SNGİ	: Serotonin-Norepinefrin Geri Alım İnhibitörü
SSGİ	: Seçici Serotonin Geri Alım İnhibitörleri
TSSB	: Travma Sonrası Stres Bozukluğu
Vb.	: Ve Benzeri
VMT	: Veziküler monoamin taşıyıcı
YAB	: Yaygın Anksiyete Bozukluğu
YY	: Yüzyıl

ÖZET

Premenstrual Disforik Bozukluk Tanı Sürekliliği ve Klinik Değişkenleri

Amaç: Premenstrual Disforik Bozukluk (PMDB) tanılı hastalarda tanı sürekliliğinin incelenmesi, PMDB geçici tanısı olan hastaların ileriye dönük semptom derecelendirmesi ile hastaların kalıcı tanı almasında klinik değişkenlerin rolünün gösterilmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Çalışmamız Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Polikliniği'nde yürütülmüştür. Çalışmaya PMDB geçici tanısı olan 95 kadın, benzer sosyodemografik özellikler gösteren ve PMDB tanısı olmayan 64 kontrol grubu kadın dahil edildi. Katılımcılara tarafımızca oluşturulan sosyodemografik veri formuna ek olarak, Premenstrual Sendrom Ölçeği, Psikolojik Acı Ölçeği, Kronotip Testi, Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği, Çift Uyum Ölçeği, Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği, Barratt Dürtüsellik Ölçeği, Anksiyete Duyarlılık İndeksi-3 uygulandı. PMDB geçici tanısı olanlara bireysel takvim hazırlandı ve 3 ay boyunca doldurmaları istendi.

Bulgular: Çalışmamızda PMDB geçici tanısı olan hastaların % 65,3'ü kalıcı tanı almış, kalan % 34,7'si ise kalıcı tanıya dönmemiştir. PMDB hastalarının psikolojik acı ölçeği toplam puan ortalamaları, kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p<0,001$). PMDB geçici tanısı olanların anksiyete duyarlılığı toplam puanı ve alt ölçeklerinin ortalaması kontrol grubuna göre anlamlı olarak yüksek bulunurken; PMDB kalıcı tanısı olanlarda hem toplam puan ($p=0.04$) hem de fiziksel duyarlılık alt ölçeği ($p=0.01$) anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. PMDB geçici tanı alanlarda dismenore ile anlamlı ilişki bulunmuşken ($p=0.03$); PMDB kalıcı tanısı alanlarda bu ilişki gösterilememiştir.

Sonuç: Çalışmamızda PMDB geçici tanısı almanın her zaman kalıcı tanıya dönüşmeyeceği, ileriye dönük mutaka değerlendirilmesi gerektiği vurgulanmaktadır. Ayrıca PMDB şiddeti arttıkça psikolojik acı şiddetinin arttığı, çift uyumunun azaldığı, anksiyete duyarlılığının arttığı gösterilmiştir. Geniş örneklem gruplarında ileriye dönük klinik değişkenlerin araştırılması konunun aydınlatılmasına katkı sağlayacaktır.

Anahtar kelimeler: İleriye Dönük, Klinik Değişkenler, Premenstrual Sendrom, Premenstrual Disforik Bozukluk

ABSTRACT

Premenstrual Dysphoric Disorder Diagnostic Continuity and Clinical Variables

Objective: It is aimed to examine the continuity of diagnosis in patients with a diagnosis of Premenstrual Dysphoric Disorder (PMDD), and to show the role of clinical variables in the permanent diagnosis of patients with PMDD, by prospective symptom grading of patients with a temporary diagnosis of PMDD.

Materials and Methods: Our study was carried out in Çukurova University Faculty of Medicine Balcalı Hospital Department of Psychiatry Outpatient Clinic. 95 women with a temporary diagnosis of PMDD and 64 control women with similar sociodemographic characteristics and no diagnosis of PMDD were included in the study. In addition to the sociodemographic data form created by us, the participants were administered the Premenstrual Syndrome Scale, Psychache Scale, Chronotype Questionnaire, Childhood Trauma Questionnaire, Dyadic Adjustment Scale, The Golombok-Rust Inventory of Sexual Satisfaction, Barratt Impulsiveness Scale, Anxiety Sensitivity Index-3. An individual calendar was prepared for those with a temporary diagnosis of PMDD and they were asked to fill it out for 3 months.

Results: In our study, 65.3 % of the patients with a temporary diagnosis of PMDD received a permanent diagnosis, while the remaining 34.7 % did not return to a permanent diagnosis. Psychache scale mean scores of PMDD patients were found to be significantly higher than the control group ($p<0.001$). While the mean anxiety sensitivity total score and subscales of those with a temporary diagnosis of PMDD were found to be significantly higher than the control group; In those with a permanent diagnosis of PMDD, both the total score ($p=0.04$) and the physical sensitivity subscale ($p=0.01$) were found to be significantly higher. While a significant correlation was found with dysmenorrhea in patients with temporary diagnosis of PMDD ($p=0.03$); This relationship could not be demonstrated in patients with a permanent diagnosis of PMDD.

Conclusion: In our study, it is emphasized that a temporary diagnosis of PMDD does not always turn into a permanent diagnosis and that it should be evaluated prospectively. In addition, it has been shown that as the severity of PMDD increases, the severity of psychological pain increases, dyadic adjustment decreases, and anxiety sensitivity increases. Investigation of prospective clinical variables in large sample groups will contribute to the clarification of the subject.

Keywords: Prospective, Clinical Variables, Premenstrual Syndrome, Premenstrual Dysphoric Disorder

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Premenstrual sendrom (PMS) veya premenstrual disforik bozukluk (PMDB), üreme çağındaki kadınların en sık görülen klinik durumları arasındadır. PMS ve PMDB semptomlarının şiddeti, işlevsellikte bozulma, kişisel ilişkiler ve aktivitelerdeki bozulma ve uzun yıllar süren adet döngüsü boyunca belirtilerin kronik olarak ortaya çıkmasından kaynaklanan önemli bir yeti yitimi ile ilişkilidir.¹ Menstruasyon ile ilişkili semptomların neden olduğu bozulma uzun zamandır bilinmesine rağmen, fenomenin patofizyolojisi karmaşıktır ve PMS veya PMDB'li tüm kadınlar için etkili olan spesifik bir tedavi henüz tanımlanmamıştır.² Önemli sayıda araştırma, geç luteal fazda meydana gelen hormonal değişikliklerin hem duygusal hem de fiziksel semptomların ortaya çıkışını etkilediğini göstermektedir.¹ Bununla birlikte, tüm kadınların hormonal değişiklikler yaşamasına rağmen, neden sadece bazılarının PMS'den muzdarip olduğu ise hiçbir zaman açıklanamamıştır. Bir dizi çalışma, sosyal, ekonomik, biyolojik, kültürel ve yaşam tarzı faktörleri ile PMDB arasında bir bağlantı olduğunu göstermiştir.³

PMDB, ağırlıklı olarak başka bir psikiyatrik bozukluğa bağlı olmayan duygusal ve davranışsal semptomlarla karakterize edilen en şiddetli PMS formudur.⁴ PMS'nin şiddeti, diğer ağırlı veya duygusal durumlarla birlikte büyük ölçüde öznel olarak tanımlandığından, değerlendirme, bireyin algısı, kişiliği, toleransı ve neyin “şiddetli” olduğuna ilişkin bireysel ölçümünden büyük ölçüde etkilenir.^{5,6} Geriye dönük bir değerlendirme, bir kadının deneyimlediğine inandığı adet öncesi semptomların daha öznel ve taraflı olmasına neden olur. Güvenilir bir PMDB teşhisi elde etmek için, semptomların döngüsellliği, menstrual döngüler arasında semptomlardaki kişilerarası değişkenlik göz önüne alındığında, semptomların en az iki adet döngüsü için ileriye dönük günlük belgelerle doğrulanması gerekmektedir.⁷

PMDB aynı zamanda kadınların önemli bir kısmının işlevselliğini ciddi ölçüde etkileyen bir psikiyatrik bozukluktur. Literatürde birçok risk faktörü ve klinik değişken PMDB ile ilişkilendirilmiş olsa da elde edilen veriler genellikle 'geçici tanı' üzerinden yapılmış çalışmalarla sınırlıdır. Çalışmamızda özellikle PMDB tanı sürekliliğinin yanı sıra, PMDB tanılı hastalarda klinik değişkenlerin ve sosyodemografik değişkenlerin

incelenmesi, psikiyatrik eştanıların incelenmesi, anksiyete duyarlılığı, psikolojik acı, kronotip, çocukluk çağı travmaları gibi durumların PMDB ile birlikteliğinin ve ilişkisinin incelenmesi ve ileriye dönük olarak geçici PMDB tanısının kalıcı PMDB tanısına dönüşümüne etkili olabilecek durumların incelenmesi amaçlanmıştır.

Boyutsal yaklaşım DSM-5'in yayınlanması ile birlikte psikiyatrik hastalıklarda önemli görölmektedir. Çalışmamızın asıl amacı PMDB'ye boyutsal bir yaklaşım kazandırmak, tanı sürekliliğinin ve kalıcı tanının önemini vurgulamaktır.

Hipotezimize göre PMDB, dismenore gibi menstrual değikenlerle, depresyon gibi bazı psikiyatrik eştanılarla, psikolojik acı, intihar ve anksiyete duyarlılığı gibi durumlarla ilişkilidir. Aynı zamanda geçici PMDB tanısı alan kadınlar ileriye dönük incelendiğinde bir kısmının aslında kalıcı PMDB tanısı alamayacağı, çoğu kadının yanlış pozitif teşhis ile damgalandığı düşünölmektedir.

Bu şekilde çalışmamızla birlikte PMDB'nin ileriye dönük incelenmesi ile literatürdeki geçici tanı alan hastaların ilişkilendirildiği klinik değişkenlerin, kalıcı tanı alan hastalarda da geçerli olup olmadığı, hastalığın prognozunda nelerin etkili olabileceği ve tedavi yaklaşımımız için nelerin önemli olduğu konusunda yol gösterici olabileceği düşünölmektedir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1 Premenstrual Sendrom (PMS) ve Premenstrual Disforik Bozukluk (PMDB)

2.1.1 PMS ve PMDB'nin Tarihçesi

PMS'nin tarihçesine bakıldığında, yazılı ilk kayıtlara Antik Yunan döneminde rastlanmaktadır. Premenstrual belirtilerin farkındalığı ise ilk kez Yunan filozof Hipokrat'ın menstrual bozukluğu tanımlamak amacıyla "Histeri" terimini kullanması ve 'yorgunluk, ürperme ve başta ağırlık hissinin menstruasyonun başlangıcını gösterdiği' yönündeki gözlemi ile sağlanmıştır.⁸ Yine Hipokrat, *'Sickness of Virgins'* isimli eserinde, 1800'lü yılların öncesinde, adet öncesi dönemdeki ruhsal değişikliklerle ilgili ilk gözlemleri ortaya koymuş, kadınlardaki bazı davranışsal ve psikolojik şikayetlerin menstruasyon dönemleriyle ilişkili olduğunu bildirmiş, adet kanaması sırasında vücuttan çıkmak isteyen kanın anksiyeteye ve baş ağrısına neden olabileceğine inanmıştır. Hekimler çok eski dönemlerde, rahimde kara safra birikmesiyle gaz oluşup, bu gazın ise menstrual belirtilere neden olduğunu düşünmekteydi. Romalı filozof Gaius Plinius Secundus M.S. 77'de yazdığı *"The Natural History"* adlı eserinde 'Bu dönemdeki kadınların görüntüsünün aynadaki parlaklığı sönükleştirdiği, keskin olan bir çeliği körleştirdiği, fildişinin ise cilasını aldığı ve bu dönemdeyken bedenden atılan maddenin kokusunu köpeklerin alıp çılgına döndüğü ve bu köpeğin ısırığının zehirli olduğu; bunun da tedavi edilemez bir durum olduğu' şeklinde anlatılmıştır.⁹ Bu söylem İncil'deki 'adet döneminde kadının kirli olduğu ve herhangi bir şeyin adet dönemindeki bir kadınla temas kurmayacağı' şeklindeki ifadeyi hatırlatmaktadır. Ayrıca o dönemlerde adet gören kadınlar ruhbanlık sınıfından da dışlanmış ve adet dönemi boyunca kirli sayılmıştır.¹⁰

Trotula of Salerno'nun 11.yy'de *Passionibus Mulierum Curandorum* isimli eserinde, 'Kadının göğsündeki ağrı, adet başlangıcı ile sona erer.' ifadesi de premenstrual belirtilere dikkat çekmektedir.¹¹ İtalyan Da Monte (1481-1551), adet döneminde bunalma, vücut sıcaklığında artış, halsizlik gibi belirtilerin ortaya çıktığını

belirtmiş; bir de ‘adete özgü bir madde, karında öyle bir şişlik oluşturur ki; kadını gebe gibi gösterebilir.’ şeklindeki ifadesi ile premenstrual semptomlara dikkat çekmiştir.

Aydınlanma Çağı’nda ise adet dönemi hakkındaki görüşlerin kısmen değiştiği gözlenmiştir. Menstruasyon kanının işe yaramayan, zehirli bir madde olmadığı belirtilmiş; hamilelikte fetüsü ve gebelik sonrası amenore durumunda da memeleri besleyebilecek nitelikte olduğu; menstrual kanın dolaşım sistemindeki kanın fazla olmasına verilen bir metabolik yanıt olduğu görüşü belirmiştir.¹² PMS ile overlerin döngüsel aktivitesi arasındaki ilişki ise ilk kez 1873’te İngiliz Dr. Henry Maudsley tarafından gösterilmiştir.¹³ 1882’de Richard von KrafftEbbing ise *Psychosis Menstrualis* adlı eserinde menstrual dönemdeki kadınların kaygı hissi, melankoli atakları, anormal sinirlilik hali, eşleri ile veya diğer insanlarla geçinmekte zorluk yaşama, çocuklarına iyi davranmama, duygusal patlamalar yaşama gibi deneyimler tecrübe ettiklerine dikkat çekmiştir.¹⁴ Kadınların adet dönemini zorluk yaşamadan geçirebilmeleri ve belirtilerin ortaya çıkmaması için ayakları ıslak bir şekilde dolaşmaktan ve saç yıkamaktan uzak durması gerektiği 19. yy sonları ve 20. yy başlarında vurgulanmış ve bu kültürel bir öğreti şekline gelmiştir.¹⁵ Kendilerini ‘‘*The Medical Women’s Federation*’’ olarak isimlendiren bir grup hekim, 1925 yılında ‘‘*The Hygiene of Menstruation: An Authoritative Statement*’’ isimli bir bildiri yayınlamış ve ‘Aslında menstruasyonun bir hastalık olmaktan ziyade fizyolojik bir durum olduğu; bu yüzden de kadınların bu dönemlerde normal yaşamlarına devam edebileceklerini, bitkinlik veya ağrı belirtilerinin eşlik etmesinin ise normal bir durum olmayabileceğini’ belirtmişlerdir.¹⁵ 1847’de Dr. Ernst F. Von Feuchtersleben ise bu şikayetleri ‘adet dönemi huysuzluğu’ şeklinde tanımlamıştır.¹⁶ Amerika’lı Nörolog Dr. Robert Frank 1931 yılında premenstrual dönemde yaşanan aşırı mutsuzluk hali ve aile içi anlaşmazlıklara neden olan bu periyodik atakların sosyal ve duygusal yönden işlev kaybına dikkat çekmiş ve bu durumun kadınlık hormonları ile ilişkili olduğunu ifade etmiştir ve bu durumu ‘Premenstrual Gerginlik’ olarak isimlendirmiştir.¹⁷ ‘Premenstrual Sendrom’ kavramını ise ilk kez dile getiren Dr. Katharina Dalton 1952 yılında İngiltere’de bu rahatsızlığı tedavi amacıyla bir klinik kurmuştur.¹⁶ 1982 yılında Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ise Premenstrual Sendrom’a bir International Classification of Disease (Uluslararası Hastalık Sınıflandırması) (ICD) tanı kodu vermiştir. İlk olarak Geç luteal faz disforik bozukluğu (LLPDD) adı altında Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

(Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı) (DSM)-III-R'ye eklenmiştir. 1994 yılında DSM-IV'te ise 'Başka yerde sınıflandırılmayan duygudurum bozuklukları' adı altında güncel adı (Premenstrual Disforik Bozukluk) ile yerini almıştır. DSM-IV-TR'de ise PMDB tanısı için en az iki ardışık aylık günlük semptom derecelendirmesi gerekli görülmüştür. Son olarak DSM-5'te PMDB, depresif bozuklukların bir alt sınıfı olarak sınıflandırılmıştır.^{18, 19}

Ayrıca dünyadaki ilk PMS kliniği College Üniversitesi Hastanesi'nde açılmıştır. Bu da bilimsel açıdan PMS'nin tanınması için önemli bir adımdır.²⁰

2.1.2 PMS ve PMDB'nin Tanımı

Kadınların adet döngüsü, yumurtalık folliküler gelişimini, ovulasyonu, luteinizasyonu, luteolizi ve endometriumun yeniden şekillenmesini düzenleyen endokrin, otokrin ve parakrin faktörler tarafından sıkı bir şekilde kontrol edilir.²¹ Kadınlar, 8,5 ila 13 yıllık menarştan yaklaşık 51 yıllık menopoza (1 yıllık anovulasyon olarak tanımlanır) kadar ortalama 36 yıllık uzun bir üreme ömrüne sahiptir.^{22,23} Doğurganlığı olan genç sağlıklı kadınlarda adet döngüsü (adetin ilk gününden, sonraki adetin başlangıcına kadar olan aralık) 28 gün olarak kabul edilir. Ultrasonal ve hormonal çalışmalar 19-42 yaş arasındaki kadınların folliküler fazlarının 14,6 gün, luteal fazlarının ise 13,6 gün olduğunu göstermektedir.²¹ Bununla birlikte, kadınlarda bireysel olarak döngünün veya yumurtlama evresinin uzunluğunun doğru tahmini çok zordur. Çünkü adet döngüsü uzunluğu, benzer yaştaki kadınlar arasında bile 25 ila 34 gün arasında oldukça değişken seyretmektedir.^{22, 24}

PMS, psikolojik olduğu kadar somatik semptomlarla da karakterize edilen jinekolojik ve psikiyatrik bir durumdur.²⁵ Kadınlar, bu değişiklikleri ne ölçüde deneyimledikleri ve bu değişikliklerden dolayı ne denli sıkıntıya düştükleri konusunda çeşitlilik gösterirler.²⁶ PMS'deki işlevsel bozulma hafif, orta veya şiddetli derecede olabilir. Disforik semptomlar, en yaygın ve rahatsız edici adet öncesi semptomlar arasındadır ve genellikle tedavi arama nedenidir. Kadınların % 3-9'unun tedavi aramaya ve tedavi ile kontrol altına alınmaya ihtiyacı olacak kadar şiddetli disforik PMS'ye sahip olduğu tekrar tekrar belirtilmektedir.²⁷ Buna karşılık, mevcut DSM-5'e göre, PMDB

tanısı için en az bir belirgin psikolojik semptomun (duygusal değişkenlik, sinirlilik, depresif ruh hali veya anksiyete) ve günlük yaşama müdahale eden en az dört ek psikolojik, somatik veya davranışsal semptoma eşlik etmesi gerekir.¹⁸

PMS yakınmalarının 150'den fazla semptomu içerdiği söylenmektedir.²⁸ En temel özellik ise duygudurum ve davranışlardaki dalgalanmalardır.²⁹ Bu belirtiler genellikle 25-35 yaş arasında gözükmekte ve 35 yaş itibari ile de şiddetlendiği düşünülmektedir.³⁰ Semptomlar genellikle negatif yönde olmasına rağmen, bazı pozitif farklılıkların da olduğu gösterilmiştir. Ancak çoğu araştırma negatif farklılıklar üzerine yapılmıştır.³¹

PMDB, PMS'nin daha şiddetli haline verilen bir isimdir. PMS için sıklıkla ICD-10 ve Amerikan Obstetri ve Jinekoloji Koleji (ACOG) tanı kriterleri kullanılırken (Tablo 1 ve Tablo 2), PMDB için DSM-5 tanı kriterleri kullanılmaktadır (Tablo 3).

2019'da ise DSÖ, PMDB'nin ICD-11'e genitoüriner sistem hastalığı olarak dahil edildiğini duyurmuştur.³² Hem DSM-5'teki bir psikiyatrik durum, hem de ICD-11'deki tıbbi bir durum olarak PMDB'nin bu farklı sınıflandırmaları, fiziksel ve zihinsel sağlık koşullarının ayırt edilmesinin karmaşıklığını göstermektedir.

Tablo 1. PMS ICD-10 tanı ölçütleri

PMS için ICD-10 tanı kriterleri (bu kriterlerden sadece biri yeterlidir):
1. Hafif psikolojik huzursuzluk
2. Şişme hissi/kilo alma
3. Memede hassasiyet
4. El ve ayaklarda şişlik
5. Çeşitli ağrılar
6. Dikkatte azalma
7. Uyku bozukluğu
8. İştah değişikliği

Tablo 2. ACOG PMS tanı ölçütleri

ACOG PMS Tanı Ölçütleri:
1) Ardışık 3 siklus boyunca, adetten önceki 5 gün içinde aşağıdaki affektif ve somatik semptomlardan en az bir tane olmak üzere bulunmalıdır. (Affektif: Depresyon, öfke patlaması, irritabilite, kaygı (anksiyete), konfüzyon, sosyal çekilme) (Somatik: Memede hassasiyet, abdominal distansiyon, baş ağrısı, ekstremitelerde şişlik) Ayrıca bu semptomlar aşağıdaki kriterleri içermelidir:
2) Menstruasyonun başlangıcından itibaren 4 gün içinde rahatlama, siklusun 13. gününe kadar tekrarlamama
3) Farmakolojik tedavi, hormon alımı, madde ya da alkol kullanımı, ya da başka bir ruhsal bozukluğa bağlı olmaksızın görülmesi
4) Sosyal veya ekonomik performansta gözlemlenebilir fonksiyon kaybına yol açması (Örn: Aile ile olan ilişkilerde bozulma, okul ya da iş performansında azalma, zayıf dikkat becerileri ya da geç kalma halleri, sosyal izolasyonda artış, yasal sorunlar, intihar düşünceleri, somatik bir semptom için tıbbi yardım isteme)
5) 2 menstrual döngü boyunca prospektif olarak tutulan kayıtlarda tekrarladığının gözlemlenmesi

Hem DSM-IV hem de DSM-5 tanıları, en az beş fiziksel, affektif ve/veya davranışsal semptomdan oluşan bir perimenstrual örüntüye dayanır ve affektif değişkenliğin temel affektif semptomlarından en az birinin (duygusallık, reddedilmeye karşı duyarlılık; genellikle artan kişilerarası çatışmalarla karakterize edilen sinirlilik veya öfke; belirgin depresif ruh hali, umutsuzluk veya kendini küçümseyen düşünceler; veya endişe, gerginlik veya yalnız hissetme gibi) olması gerekir.³³ Kadınlar ayrıca konsantre olmakta zorluk çekebilir veya bunalmış, kontrolden çıkmış gibi hissedebilir. Bu bilişsel, duygusal semptomlara olağan aktivitelere ilgi kaybı, enerji eksikliği, iştahta veya aşermelerde değişiklikler, uykuda değişiklikler gibi davranışsal ve somatik semptomlar, meme hassasiyeti, şişkinlik gibi premenstrual döneme özgü fiziksel semptomlar eşlik edebilir. DSM-5 kriterlerine göre, PMDB tanı kriterlerini karşılamak için bu semptomların geçen yılki çoğu adet döngüsü sırasında ortaya çıkmış olması gerekir. Prospektif olarak doğrulanmış PMDB tanısı olan kadınlardan oluşan toplumdan ve klinik örneklerden elde edilen veriler, adetlerin başlangıcından 3-4 gün öncesinden adet başlangıcından 3 gün sonrasına kadar semptomların en yüksek şiddetini bildirmektedir. Menstruasyon sonrası haftada ise semptomlar olmamalıdır.³³

DSM-IV ve DSM-5 arasında küçük bir fark gibi görünse de, bu semptomların PMDB'li kadınlarda ilk olarak listelenen depresif duygudurumdan çok daha yaygın olduğuna dair bulgular nedeniyle, duygudurum değişkenliği ve sinirlilik ikinci versiyonda ilk sırada listelenmiştir.³⁴ DSM-IV ve DSM-5 kriterleri arasındaki bir başka ince fark, ikincisinin PMDB semptomlarına bağlı bozulmaya ek olarak işlevsellikte

bozulma kavramını içermesidir. İş, okul, sosyal faaliyetler veya başkalarıyla ilişkiler alanında bozulma mevcut olmalıdır.³⁴

Tablo 3. PMDB için DSM-5 Tanı Kriterleri³³

A. Menstruasyon döngülerinin çoğunluğunda, menstruasyonun başlangıcından önceki hafta başlayan, menstruasyonun başlamasını takip eden birkaç gün içinde düzelme sürecine giren ve menstruasyondan sonraki haftada düzeyi çok azalan ya da tamamen ortadan kalkan en az beş belirti bulunmalıdır.
B. Aşağıdaki belirtilerden biri (ya da daha çoğu) bulunmalıdır: 1. Belirgin duygusal değişkenlik (örn: duygudurum dalgalanmaları; birden kendini üzüntülü ya da ağlamaklı hissetme ya da reddedilmeye karşı artmış duyarlılık). 2. Belirgin bir biçimde kolay kızma, öfkelenme ya da kişilerarası çatışmalarda artma. 3. Belirgin bir depresif duygudurum, umutsuzluk duyguları ya da kendini küçümseyen düşünceler. 4. Belirgin bir kaygı (anksiyete), gerginlik ve /ya da diken üzerinde ya da sinirli olma.
C. B tanı ölçütündeki belirtilerle birleştirildiği zaman toplamda beş belirtiye ulaşmak üzere, aşağıdaki belirtilerden biri (ya da daha çoğu) ayrıca bulunmalıdır: 1. Olağan etkinliklere karşı ilgide azalma (örn: iş, okul, arkadaşlar, eğlence uğraşları). 2. Odaklanmakta subjektif olarak güçlük çekme. 3. Uyuşukluk, kolay yorulma ya da belirgin enerji azlığı. 4. Belirgin bir yeme isteği değişikliği; aşırı yemek yeme ya da özel birtakım yiyecekleri yemek için aşırı istek duyma. 5. Aşırı uyku uyuma ya da uykusuzluk çekme. 6. Bunalmışlık ya da kontrolü yitirmişlik hissi. 7. Memelerde duyarlılık ya da şişme, eklem ya da kas ağrısı,” davul gibi şişme” hissi ya da kilo alma gibi bedensel belirtiler.
D. Bu belirtiler, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıyla ya da işte, okulda, olağan toplumsal etkinliklerde ya da başkalarıyla olan ilişkilerde bozulmayla (örn: Toplumsal etkinliklerden kaçınma; işte, okulda ya da evde üretkenlikte ve verimlilikte azalma) gider.
E. Bu bozukluk, yalnızca, major depresif bozukluk, panik bozukluk, süre giden depresyon bozukluğu (distimi) ya da bir kişilik bozukluğu (bu bozukluklardan herhangi biri ile eşzamanlı ortaya çıkabilirse de) gibi başka bir bozukluğun belirtilerinin alevlenmesi değildir.
F. A tanı ölçütü, en az iki belirtili döngü sırasında, ileriye dönük günlük derecelendirme ile doğrulanmalıdır. (Not: Bu şekilde doğrulama yapılmadan önce tanı geçici olarak konulabilir.)
G. Bu belirtiler, bir maddenin (örn. Kötüye kullanılabilen bir madde, bir ilaç ya da başka bir tedavi) ya da başka bir sağlık durumunun (örn. Hipertiroidizm) fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz.

Not: A-C tanı ölçütlerindeki belirtiler bir önceki yılın aybaşı döngülerinin çoğunluğunda bulunmuş olmalıdır.

*Belirtiler, en az iki belirtili döngü sırasında, ileriye dönük günlük derecelendirme ile doğrulanmamışsa, tanının adından sonra “geçici tanı” diye yazılmalıdır (“premenstrual disforik bozukluk, geçici tanı”).

Swami ve ark. tarafından yürütülen bir kesitsel çalışmada bildirilen en yaygın semptomun 'yorgunluk/enerji eksikliği' (% 68), ardından 'işe olan ilgide azalma' (% 62,67) ve 'öfke/sinirlilik' (% 60) olduğu bulunmuştur.³⁵ Bhowmick ve ark. ise en yaygın psiko-davranışsal semptomun öfke/sinirlilik (% 54,25) olduğunu ve fiziksel semptomun da kas ağrısı/eklem ağrısı (% 53,19) olduğunu bulmuştur.³⁶

PMS/PMDB ile ilgili literatür artmakla birlikte, diğer psikiyatrik semptomları PMS/PMDB bağlamında inceleyen çalışmaların sayısı sınırlıdır. Hormon-nörotransmitter etkileşiminin önemi ve premenstrual sendromda serotonerjik düzensizliği destekleyen kanıtlar, bazı araştırmacıları premenstrual sendrom ile psikiyatrik semptomlar arasındaki ilişkiyi araştırmaya teşvik etmiştir. Bu çalışmaların sonuçları, değerlendirilen psikolojik parametrelerin puanlarıyla gösterildiği gibi, kadın adet döngüsünün kadınların refahı üzerinde önemli bir etkiye sahip olduğunu göstermiştir. Ayrıca tüm kadınların adet döngüsüne bağlı olarak psikolojik ve somatik semptomlarda önemli değişiklikler yaşadığını ve 3. günde 13. güne kıyasla daha şiddetli semptomların daha belirgin olduğunu göstermiştir.³⁷

2.2 PMS/PMDB'nin Epidemiyolojisi

PMS ve PMDB'nin kesin prevalansı bilinmemekle birlikte, kadınların % 80'ine yakınının adetlerin başlangıcından önce bazı fiziksel ve duygusal değişiklikler yaşadığı, % 20 ila % 40'ının adet görmeden hemen önce bazı fiziksel ve duygusal değişiklikler yaşadığı ve % 2,5 ila % 5'inin ise bir dereceye kadar işlevsel bozulma yaşadığı tahmin edilmektedir.³⁸ Dünya çapında 40 milyondan fazla kadının PMS semptomlarına sahip olduğu bildirilmektedir.³⁹ Adet gören kadınlar arasında PMS prevalansının % 20 ila % 30 arasında olduğu tahmin edilirken, PMDB'nin kadınların % 1,2 ila % 6,4'ünü etkilediği tahmin edilmektedir.⁴⁰ 300'den fazla fiziksel, psikolojik, duygusal, davranışsal ve sosyal semptomun PMS ile ilişkili olduğu gösterilmiştir.³⁹ Kadınların % 20'sinde günlük yaşamlarını önemli ölçüde etkileyen belirtiler görülürken, % 90'ında hafif adet öncesi belirtiler görülmektedir.⁴¹ Prevalansla ilgili diğer belirtilen veriler, kadınların % 80 ila 95'inin fizyolojik premenstrual semptomlar yaşadığını, % 30 ila 40'ının PMS'ye sahip olduğunu ve % 3 ila 8'inin PMDB'ye sahip olduğunu göstermektedir.⁴²

Farklı ırklar arasındaki PMS'nin semptom şiddeti ve prevalansını değerlendirmek için yapılan çoğu çalışmada net bir sonuç bulunamamıştır. Kültür ve ırklar arası farklılıkların bulunduğunu destekleyen çalışmalar kadar bu farklılıkları desteklemeyen çalışmaların da olduğu gösterilmiştir. Avustralya'daki göçmenler üzerinde yapılan bir çalışmada premenstrual belirtiler karşılaştırılmıştır. Bu çalışmaya

göre Avustralyalı ve Yunan kadınlarda premenstrual belirtiler % 80 iken, Vietnamlı kadınlarda bu belirtiler % 42 civarında bulunmuştur.⁴³ Kanadalı ve Japon kadınları karşılaştıran 2008’de yayınlanan bir çalışmada; Kanadalı kadınların şiddetli PMS oranı % 21, PMDB oranı % 5 iken; Japon kadınlarda PMS semptom oranı % 5 olarak, PMDB oranı ise % 1 olarak bulunmuştur.^{44,43} Japon kadınlardaki bu düşük prevalans durumunu araştırmacılar bireysel refahı grup refahına bağlayan geleneksel Konfüçyüsçü etiğin bir sonucu olduğunu ve bunun sonucunda kadınların şikayetlerini dile getirmekte zorlandıklarını varsaymışlardır. Bunun aksine Pakistan popülasyonunda yapılan ardışık iki çalışma, PMS prevalansının daha yüksek olduğunu (sırasıyla % 92,4 ve % 98,2) bulmuştur.^{45,46} Araştırmacılar bunu kısmen etnik özelliklerle açıklamıştır. Ancak bu veriler, 4 etnik grubu (Kafkas, Doğu Asya, Güney Asya ve diğer etnik kökenler de dahil olmak üzere dört grup) hedef alan Kanadalı bir araştırma ekibi tarafından doğrulanmamıştır. Araştırmalarla modern toplumda yaşam tarzının ve sağlıkla ilgili tutumların birleştirilmesiyle ilgili olarak gruplar arasında önemli bir farklılık bulunamamıştır.⁴⁷

Türkiye’de yapılan çalışmalarda 15-49 yaş arası kadınlarda PMS semptomlarının prevalansı ise % 6-76 arasında bulunmuştur.⁴⁸ 2014 yılında Alpaslan ve ark. yaptığı çalışmada Türkiye’de PMS görülme sıklığı % 66.6 olarak bulunmuştur.⁴⁹

Premenstrual bozuklukların psikiyatrik bozukluklarla yüksek komorbiditesi, yetişkinlerde ve gençlerde şiddetli PMS ve PMDB’nin yaygınlık tahminlerini ve tanısını karmaşıktırır. Obsesif-kompulsif bozukluk (OKB), panik bozukluk ve yaygın anksiyete bozukluğu (YAB), unipolar depresif bozukluk erkeklere göre 1,6 ila 2 kat daha fazla kadın baskınlığına sahiptir ve menarştan sonraki on yılda ortaya çıkma eğilimindedir.⁵⁰

Tarihsel olarak, adet öncesi bozuklukların prevalansına ilişkin kesin verilerin olmaması, özellikle PMS için katı tanı kriterlerinin olmamasından kaynaklanmaktadır. Premenstrual bozukluklar konusunda daha fazla araştırma ihtiyacının kabul edilmesi, uluslararası uzmanlardan oluşan multidisipliner bir grup olan Uluslararası Premenstrual Bozukluklar Derneği’nin (ISPM) kurulmasıyla sonuçlanmıştır. ISPM’nin açılış toplantısı 2008’de Montreal’de yapılmış, burada grup, adet öncesi bozuklukları tanımlamış ve iki kategori oluşturmuştur: temel premenstrual

bozukluklar ve değişken premenstrual bozukluklar. Temel premenstrual bozukluklar, adet döngüsünün luteal fazında semptomların (somatik ve/veya psikolojik) ortaya çıktığı adet öncesi bozukluklar olarak tanımlanmıştır. (Burada ISPMD, PMS ve PMDB'yi tanımlıyordu.) Değişken premenstrual bozukluklar ise, luteal fazda meydana gelen altta yatan tıbbi veya psikiyatrik durumların premenstrual alevlenmesi, anovulatuvar premenstrual bozukluklar, progesteronun neden olduğu premenstrual bozukluklar ve menstruasyon olmadan görülen adet öncesi bozukluklar olmak üzere dört şekilde inceleniyordu.³⁸

PMS yakınmaları genellikle menarştan ortalama 2 yıl sonra başlamakta olup, menopoza kadar çeşitli semptomlarla kendini gösterir. Doğurganlık çağındaki kadınlarda toplamda ortalama 460 siklus bulunmaktadır. Bu şekilde her siklusta önemli semptomlar görülebilir. Bu durum da PMS belirtileri yaşıyan kadınların yaşamları boyunca yaklaşık ortalama 460 defa bu bozuklukla karşılaşma ihtimalinin olduğunu göstermektedir.⁵¹

Almanya'da 14-29 yaş arası genç kadınlar üzerinde geniş bir epidemiyolojik çalışma yürütülmüştür.⁵² Bu çalışmada 12 aylık PMDB prevalansı % 5,8 olarak bulunmuştur (diğer birçok çalışmada bulunan % 3-10 oranlarıyla uyumludur); % 18,6'sının ise eşik altı semptomlara sahip olduğu gösterilmiştir (bu da PMS tanısına uyabilir). Eş zamanlı anksiyete bozuklukları (özellikle travma sonrası stres bozukluğu), duygudurum bozuklukları, somatoform bozukluklar ve nikotin bağımlılığı için yaşam boyu oranlar yüksek bulunmuş ve sadece % 26,5'inde eşlik eden ruhsal hastalık saptanmamıştır.

Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) 36-44 yaş arası kadınlarla ilgili bir toplum araştırması da benzer oranlarda PMDB tanısı bulmuştur.⁵³ Bu araştırmaya göre tanı, daha düşük bir eğitim düzeyi, majör depresyon öyküsü, sigara içme ve ev dışında çalışma ile ilişkilendirilmiştir.

2.3 PMS/PMDB'nin İşlevsellik Üzerine Etkisi

PMS yakınmaları iş yerindeki verimliliği ve performansı düşürür. Ayrıca iş kazası olasılığını arttırır. Meslektaşlar arası ilişkinin de PMS'li kadınlar için önemli

ölçüde bozulduğu bildirilmiştir.⁵⁴ Kadınların eşleri ve diğer aile üyeleri ile iletişiminin olumsuz şekilde etkilenmesine; ergenlerdeyse sosyal ve toplumsal ilişkilerin, özgüvenin ve derslerdeki başarının olumsuz şekilde etkilenmesine neden olmaktadır.⁹ Genç ergenlerde semptomlar aynı zamanda zayıf benlik saygısı, memnuniyetsizlik duygusu, yetersizlik ve sağlıksız yaşam tarzı ile sonuçlanabilir. Önceki araştırmalar, adet öncesi bozuklukları olan kadınların yaşam kalitesinin düşük olduğunu da göstermiştir. Literatürün kapsamlı bir incelemesinde, PMDB'nin duygusal, davranışsal ve fiziksel semptomlarının sağlıkla ilgili yaşam kalitesini engelleyici derecede olumsuz etkilediği gösterilmiştir.⁵⁵

PMDB'nin ekonomik yükünü inceleyen geniş örneklemli prospektif bir çalışma (n=1194), hafif premenstrual semptomları olan kadınlara kıyasla PMDB'li kadınlarda ekonomik yükü etkileyen en önemli bozulma biçiminin premenstrual fazda azalan üretkenlik olduğunu ortaya koymuştur.⁵⁶ Ek olarak, ABD genelinde 18-55 yaşları arasındaki 11648 kadın arasında yapılan temsili bir popülasyona dayalı anket, bir önceki yıl herhangi bir premenstrual yakınma bildiren kadınların, o yılda anksiyete, depresyon, uykusuzluk, yorgunluk ve ağrı sıklığında bir artış bildirdiğini bulmuş ve bu kadınların sigara içme ve aşırı kilolu veya obez olma olasılıklarının daha yüksek olduğunu göstermiştir.⁵⁷

Spesifik olarak, PMS'nin evlilik ilişkileri üzerinde olumsuz bir etkisi vardır ve bu, ilişkiden memnuniyet azalması ve artan anlaşmazlık olarak yansır.^{27,54} Ayrıca, bu etkinin, PMS'li kadınlar için geç luteal faz sırasında en derin olduğu, eşleri için ise tüm adet döngüsü boyunca sürdüğü bildirilmiştir.⁵⁸

PMS'si olan kadınların, PMS'si olmayan kadınlara kıyasla, sağlık hizmetlerini daha yüksek oranda kullandığı ve hem reçeteli hem de reçetesiz ilaçları daha yüksek oranda kullandığının bildirilmesi şaşırtıcı olmamıştır.⁵⁹

İntihar davranışı, depresif belirtileri olan bireylerdeki riski göz önüne alındığında, PMS bağlamında da önemli bir konu olmuştur.⁶⁰ Retrospektif yapılan 10 çalışmanın sistematik olarak gözden geçirilmesi, premenstrual bozuklukların intihar girişimi riskinin artmasıyla ilişkili olduğu sonucuna varmıştır.⁶¹ İntihar düşüncesi ve intihar girişiminin güçlü bir şekilde ilişkili olduğu bulunmuştur.⁶² PMDB hastaları

arasında % 20'den fazlası intihar girişiminde bulunurken, % 60'ının intihar düşüncesi olduğu bulunmuştur. Buna karşın sağlıklı kontroller arasında bu oran; intihar girişimi için % 5 olup, intihar düşüncesi için % 12'dir. İntihar düşüncesi premenstrual bozukluklarla ilişkilendirilirken, intihar girişimlerinin PMS ile ilişkili olmadığı, sadece PMDB ile ilişkili olduğu not edilmiştir.^{63,64,65,66} İntihar girişiminin zamanlaması ile ilgili olarak yapılan bir sistematik inceleme ise premenstrual bozukluğu olan kadınlar arasında semptomatik geç luteal fazlarda intihar girişimlerinin daha yaygın olduğunu bildirmiştir.⁶⁷

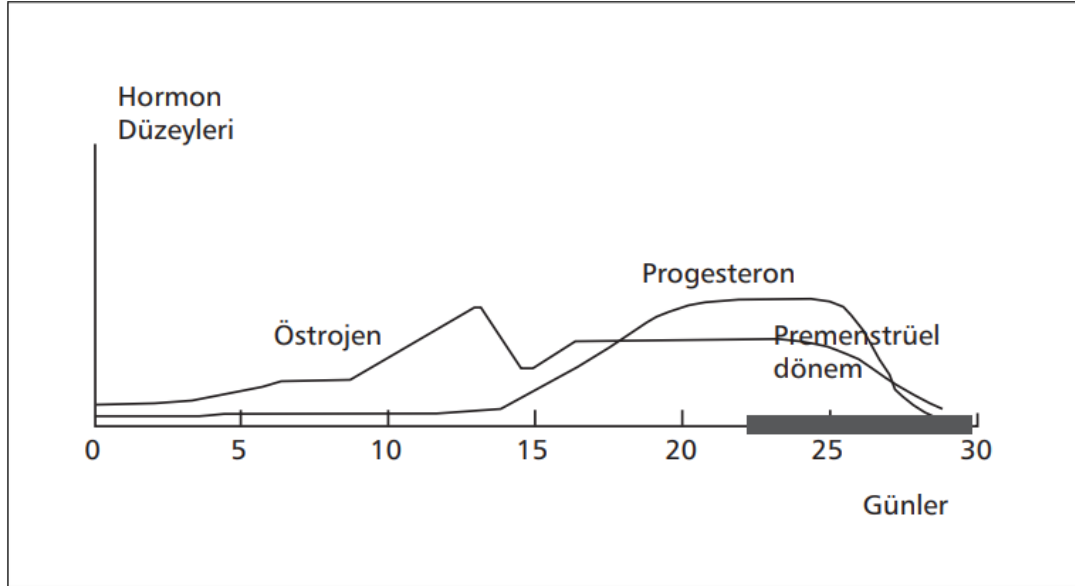
2.4 PMDB'nin Etiyolojisi

2.4.1 Biyolojik Faktörler

Östrojen ve progesterondaki hormonal dalgalanmalar, nöroendokrin bozukluklar, östrojen reseptörlerinin çeşitliliği ve prostaglandin sentezi PMS'nin biyolojik etiyojisinde rol oynar.⁶⁸

Progesteron ve Allopregnanolone: Adet kanaması ve folliküler faz sırasında progesteron seviyeleri düşüktür. Progesteron ve progesteronun ana metaboliti olan allopregnanolone, luteal fazda artar ve adet döneminde hızla azalır (Şekil 1). Bu kronik maruziyetin ardından yumurtalık hormonlarından hızlı bir şekilde çekilme, PMDB etiyojisinde anahtar bir faktör olabilir.⁴³ Allopregnanolone, anestezi ve anksiyolitik özelliklere sahip olan progesteronun nöroaktif bir metabolitidir. Gama amino bütirik asit (GABA)-A reseptörüne yüksek afinite ile bağlanır. Allopregnanolone ve GABA sistemlerinin düzensizliği PMS'de rol oynayabilir ve son çalışmalar bu hipotezi desteklemektedir. Yüksek konsantrasyonlarda allopregnanolone, GABA reseptörünü aktive ederek sedasyona neden olabilir, ancak duyarlı kadınlarda olumsuz ruh hali ile paradoksal reaksiyonlara da neden olabilir.⁶⁹ Allopregnanolone seviyeleri, antidepresan tedaviden sonra düşüyor gibi görünmektedir ve bu metabolitteki düşüşler, premenstruel dönem sırasında gelişmiş depresyon ve iştah değişiklikleri ile ilişkilidir.⁷⁰ Ayrıca spesifik olarak, luteal fazda kullanılan selektif serotonin geri alım inhibitörlerinin (SSGİ), PMS'li kadınlarda allopregnanolone duyarlılığını arttırdığı gösterilmiştir.⁷¹

Östrojen: Östradiol, ruh hali, biliş, uyku, yemek yeme ve davranışın diğer yönlerinin düzenlenmesinde yer alan çoklu nörotransmitter sistemleri üzerinde güçlü etkiler gösterir.⁷² Ayrıca, irritabilite için de güçlü bir rol oynar. Bu nedenle luteal faz proliferasyonu ile östrojen seviyesindeki azalma PMS semptomlarının gelişiminde rol oynar (Şekil-1). Bununla birlikte, folliküler faz sırasında östrojendeki artış ve seviyenin bir süre boyunca değişmeden kaldığı ve neredeyse asimptotik olduğu şeklindeki bu basit hipotez, diğer ek faktörlerin PMS semptomlarının gelişimine katkıda bulunduğunu göstermektedir.⁷³



Şekil 1. Menstrual döngü süresince gonadal hormonların düzeyi ⁷⁴

Önceki çalışmalar, over steroidlerinin 5 Hidroksitriptamin (5-HT)-2A reseptörü ve serotonin reseptör taşıyıcı (SERT) ve veziküler monoamin taşıyıcı (VMT) genlerinin ekspresyonunu değiştirdiğini ortaya koymuştur.^{43,75,76} Östrojen uygulamasının özellikle duygu ve davranışla ilgili beyin bölgelerinde SERT'nin mRNA'sını arttırdığı ve düşük östrojen seviyelerinin azalmış SERT gen ekspresyonu ile ilişkili olduğu gösterilmiştir.^{77,78} Estradiol ayrıca monoamin oksidaz-A (MAO-A) ve katekol-O-metiltransferaz (COMT) ekspresyonunu da azaltır^{79,80} ve beyin kaynaklı nörotrofik faktörü (BDNF) etkileyebilir.^{81,82}

Gonadal hormonların seviyesindeki artış ve bunların dalgalanmaları, PMS'nin tek nedeni olmayabilir, ancak hormona duyarlı bireylerde semptomların sonuçlarını yoğunlaştırabilir. Gonadotropin salgılatıcı hormonların, (leuprolid) uygulanmasından sonra semptomlarda dikkate değer azalma yaşayan PMS'li hastaların raporları, yüksek duyarlılık ve hormonlara reaksiyon hipotezini desteklemektedir. Ayrıca östrojen veya progesteron kullanılması semptomların tekrarlamasına neden olmaktadır. Araştırmacılar, PMS'nin, hormonal reseptörlerin normal gonadal steroid seviyelerine anormal tepkisi ile karakterize olduğunu belirtmişlerdir.¹

GABA Ekseni: GABA, beyindeki ana inhibitör nörotransmitterdir ve GABAerjik iletim, duygudurum düzenlemesi için önemlidir.⁸³ PMS'li kadınlarda GABA-A reseptör duyarlılığında azalma kaydedilmiştir.⁸⁴

Proton manyetik rezonans spektroskopisi, PMDB'de kortikal GABA düzeylerini incelemek için kullanılmıştır. Kontrollerle karşılaştırıldığında, PMDB'si olan kadınlarda folliküler faz sırasında kortikal GABA düzeylerinde bir azalma bulunmuştur. Sağlıklı kadınlarda adet döngüsü boyunca kortikal GABA seviyeleri düşerken, PMDB'si olan kadınlarda folliküler fazdan orta ve geç luteal fazlara doğru geçişte bir artış gösterilmiştir. Östradiol ve progesteronun da PMDB'si olan kadınlarda GABA seviyeleri ile pozitif ilişkili olduğu bulunmuştur.^{85,86}

Hipotalamo Pituitar Adrenal (HPA) Eksen: HPA ekseninin düzensizliği majör depresyon ile ilişkilidir ve bu nedenle PMS ile ilişkili olarak da araştırılması şaşırtıcı değildir. Çocukluk çağı istismarı ve ihmali ile premenstrual bozukluklar arasındaki bağlantı da bu bozuklukların gelişiminde strese anormal tepkinin dahil olduğunu öne sürmüştür.⁸⁷ Bazal plazma ve üriner serbest kortizol PMS'li kadınları kontrollerden veya sirkadiyen paternlerden ayırt etmemektedir. Stresörlere veya stimülasyona karşı kortizol tepkilerini inceleyen çalışmaların sonuçları da çelişkilidir ve birkaç çalışmada PMS'si olan kadınlar majör depresyonun özelliği olan HPA eksenini anormalliklerini göstermede başarısız olmuştur.⁸⁸

Endojen Opioidler: PMDB'si olan kadınların, kontrollere göre daha düşük ağrı eşikleri ve daha düşük ağrı tolerans süreleri olduğu görülmektedir. Döngünün tüm aşamalarında iskemik ağrıya karşı yüksek hassasiyetleri vardır, ancak bu ağrıyı luteal

fazda daha yoğun ve daha nahoş olarak değerlendirirler. Kontrollerle karşılaştırıldığında, döngü boyunca daha düşük β -endorfin seviyelerine sahiptirler.⁸⁹ Tüm bu bulgular, etyolojide endojen opioidlerin de dahil olabileceğini düşündürmektedir.

Norepinefrin: PMS'de norepinefrin sisteminde (beta 2- adrenerjik reseptör regülasyonunda) bir bozulma olduğu düşünülmüştür.⁹⁰ Daha önce yapılan çalışmalarda kontrol grubuna göre epinefrin ve norepinefrin seviyelerinin daha yüksek olduğu ve bu durumun da luteal faz boyunca devam ettiği bulunmuştur.⁹¹

Prolaktin: Prolaktin potasyum, sodyum ve sıvı retansiyonu üzerinde etkilidir. Bunun yanı sıra duygudurum ve stres ile ilişkisi de premenstrual belirtilerle olabilecek ilişkisinin incelenmesine neden olmuştur. Yine de PMS'de prolaktin düzeyi ile ilgili kesin bir bulgu ortaya konamamıştır.

BDNF: BDNF, PMDB patofizyolojisinin araştırılmasında yeni bir yoldur. Birden fazla beyin bölgesinde, özellikle öğrenme ve hafıza ile ilgili olan ve düzenlemeyi etkileyen BDNF, nörogenез için kritik bir öneme sahiptir.⁹³ Düşük BDNF seviyeleri ve BDNF *Val66Met* polimorfizmi için *Met* aleli, bir miktar tutarsızlıkla birlikte, depresyon ve diğer nöropsikiyatrik durumlar için büyük risk ile ilişkilendirilmiştir.^{43,94} BDNF seviyeleri serotonerjik antidepresanlar tarafından düzenlenir, östradiol tarafından değiştirilir ve adet döngüsü boyunca döngüsellik gösterir.^{95,96} PMDB'li kadınların, folliküler faza kıyasla luteal fazda serum BDNF'si anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur.⁹⁷ Bir fare modelinde, BDNF genindeki tek nükleotid polimorfizmi, PMDB'li kadınlarda görülene benzer şekilde, östradiol uygulamasına yanıt olarak anksiyete benzeri ve depresyon benzeri davranışı indüklediği bulunmuştur.⁹⁸ BDNF'nin PMDB'deki rolü yeni ortaya çıkmakta ve daha fazla araştırma gerektirmektedir.

2.4.2 Genetik

Genetik yatkınlık, yapılan ikiz çalışmaları ile öne sürülmüş ve desteklenmiştir.⁹⁹ Annesi PMDB tanısı almış olan kadınlarda PMDB tanısı alma oranı % 70; annesi PMDB tanısı almamış olanlarda ise bu oran % 37 olarak bildirilmiştir. Yine aynı

çalışmada dizigotik ikizlerde % 44, monozigotik ikizlerde % 93 ve kardeşlerde ise % 31 eş hastalanma bildirilmiştir. Başka bir çalışmada, PMDB ile serotonerjik 5HT-1A reseptörünü kodlayan gen arasında güçlü bir ilişki gösterilmiştir.¹⁰⁰ Bazı çalışmalar östrojen reseptör alfa (ESR1) geni ile olası bir ilişki olduğunu düşündürmektedir.^{101,102,108} Bir raporda, PMDB'si olan ve olmayan kadınlardan alınan hücrelerin, ESR1 genini içeren *ESC/E (Z)* kompleksinin bileşenlerine farklı tepki modelleri gösterdiği ortaya çıkmıştır.¹⁰³

Son bulgularla GABAerjik sistemi içeren genetik varyasyonlara odaklanarak PMDB ile bir GABA-A reseptör alt birimini kodlayan *GABRB2* genindeki kopya sayısı varyasyonları arasında ilk kez bir ilişki bulunmuştur.¹⁰⁴ Bu nedenle, genetik ve epigenetik çalışmalar, over seks steroidlerine olası bir davranışsal duyarlılığa ışık tutabilir ve tedavi için yeni hedeflere giden yolu açabilir.⁹⁸

Premenstrual semptomların kalıtımı artık kabul edilmektedir ve PMS semptomlarının ifadesinde önemli bir rol oynamaktadır. 1971 yılında anneler ve kızları arasında premenstrual gerginlik açısından güçlü bir ilişki olduğu ve PMS semptomlarının alt grubunda çok sayıda benzerlik olduğu belirtilmiştir. Annelerde kaygı, yorgunluk, sinirlilik gibi belirtiler olduğunda, kızların % 69,8'inde benzer belirtilerin olduğu ve asemptomatik annelerin kızlarının % 62,5'inde hiçbir belirti görülmediği gözlemlenmiştir.⁵¹

2.4.3 Enflamasyon

Abartılı immün yanıtın PMDB'ye katkıda bulunup bulunmadığını belirlemeye yönelik artan bir ilgi vardır.¹⁰⁵ Östradiol ve progesteron, anti-inflamatuar ve anti-oksidatif özelliklere sahiptir ve bu hormonların geç luteal fazdaki düşüşleri, endometriyal oksidatif stresin artmasına ve pro-inflamatuar prostaglandinlerin, sitokinlerin, kemokinlerin ve matriks metalloproteinazlarının sentezine yol açar.^{106,107,108} Kapsamlı araştırmalar, kronik inflamasyonu, depresyon, anksiyete, migren ve kronik yorgunluk sendromu dahil olmak üzere şiddetli PMS/PMDB ile ortak özelliklere sahip psikiyatrik ve somatik bozukluklarla zaten ilişkilendirmiştir.

Bugüne kadar yapılan araştırmalar temel olarak adet öncesi duygudurum bozukluğu olmayan kadınlarda inflamatuvar belirteçlerdeki menstrual değişikliklere odaklanmıştır; bununla birlikte, adet öncesi semptomları olan kadınlar arasında yapılan yakın tarihli bir çalışma, kontrollere kıyasla artmış proinflamatuvar belirteçleri de öne sürmektedir. Bu çalışmada PMS'si olan kadınlarda periferik proinflamatuvar interlökinler ve tümör nekroz faktör-alfa (TNF- α) düzeylerinin yükseldiği bulunmuştur.¹⁰⁹ Ayrıca, akut faz proteini olan haptoglobininde ve plazma komplemanı C3 ve C4'te, inflamatuvar aralıkta olmasa da bir artış gözlenmiştir.¹¹⁰

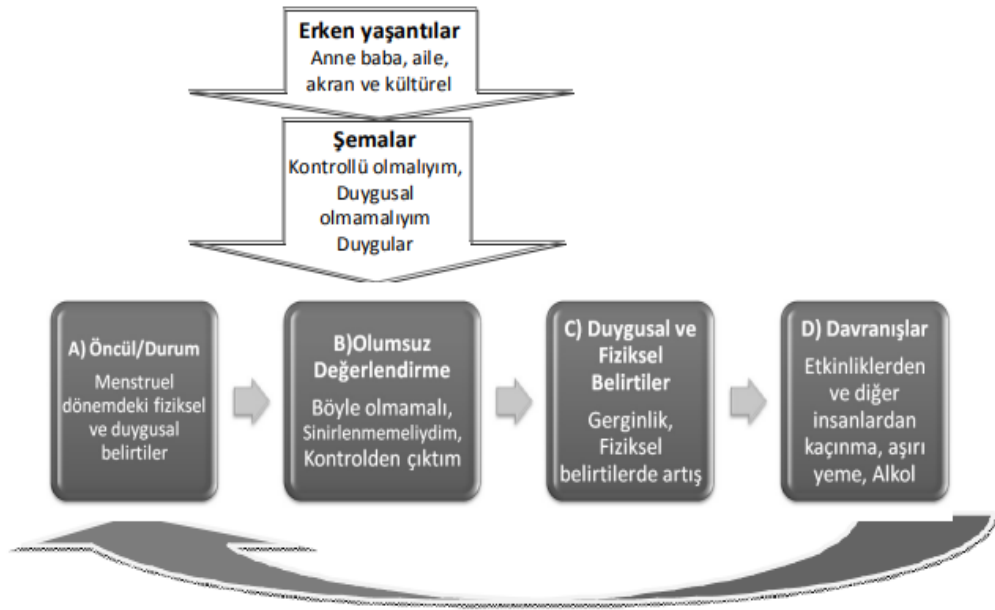
2.4.4 Psikolojik Faktörler

Kişilik özellikleri (özellikle nevrotiklik) ve menstrüasyona karşı olumsuz tutumlar, işlevsel olmayan başa çıkmaya ve fizyolojik menstrual döngü değişikliklerine uyumsuzluğa neden olur. Böylece PMS'deki işlevsel bozulmayı belirler.^{111,112,113} Bu bulgulara dayanarak, yaşam kalitesini iyileştirmek ve uygun tedaviyi sağlamak için PMS/PMDB ile ilişkili davranışsal ve bilişsel özelliklerin belirlenmesi son derece önemlidir.¹¹⁴

Premenstrual yakınmalarla ilişki içindeki psikososyal etmenler arasında stres (zorlanma), evlilik problemleri, olumsuz duygulanımın menstrual döngüye bağlanması, başa çıkma inançlarında ve stratejilerindeki kişisel farklılıklar ve yaşam olayları yer alır. Psikolojik kuramlarda, kişilik özellikleri ve stresin birlikte etki ederek bazı kadınları premenstrual dönemdeki değişikliklere karşı çok daha hassas bir hale getirdiği öne sürülmüştür. Bu psikososyal kuramların başında sosyal öğrenme kuramları ve bilişsel kuram gelir.⁷⁴

PMDB'nin Bilişsel Davranışçı Kuramı: Premenstrual belirtilerin bilişsel davranışçı modeline göre; premenstrual yakınmalara sahip kadınlar menstruasyon döneminde ortaya çıkan döngüsel fiziksel ve duygusal belirtileri olumsuz değerlendirirler. (Örneğin "Böyle olmamalı", "Sinirlenmemeliydim", "Kontrolden çıktım" vb.) Bunun nedeni ise kadında daha önceden oluşmuş olan olumsuz inançlardır (Örneğin, "Eğer ben kendimi kontrol edemezsem diğer insanlar beni sevmezler"). Bu gibi inançlar kültürel ve sosyal değerlerden etkilenir ve çeşitli yaşam deneyimleriyle

öğrenilirler. Sonrasında sorunu daha da ağırlaştırabilen okula veya işe gitmeme, aşırı yemek yeme gibi bazı baş etme mekanizmaları geliştirilir. Bu baş etme mekanizmaları ise kısa dönemde sıkıntıyı azaltsa da olumsuz pekiştireç rolü oynayarak düzenli bir şekilde premenstrual dönemde bu belirtilerin tekrar tekrar ortaya çıkmasına neden olurlar (Şekil 2).⁷⁴



Şekil 2. PMDB'nin Bilişsel Davranışçı Modeli⁷⁴

PMDB'nin Psikoanalitik Kuramı: Psikoanalitik kurama göre ise premenstrual fiziksel belirtilerin kadının gebe olmadığını hatırlattığı ve böylelikle toplumdaki kadınlık rolünü yerine getiremediğinin göstergesi olarak öne sürülür.⁷⁴

2.4.5 Sosyal Faktörler

Adet gören bir kadın, sosyal ve dini açıdan pis, utanç verici, tehlikeli ve korkutucu, ruh hali açısından da dengesiz, deli ve karar vermede tutarsız bir yaratık olarak görüldüğünde, kendisini adet görme konusunda oldukça savunmasız görür. Kan vücuda girdiğinde temizdir ve yaşam belirtisidir, ancak vücuttan çıktıktan sonra kirli

kabul edilir ve vücut kirlenir. Menstrual akıntının serbest bırakılmasının sağlıksız olduğu düşünülür ve adet görmeyen bir kadın sağlıklı bir varlık olarak kabul edilir.¹¹⁵

Kültür, PMS'nin gelişme olasılığını ve prevalansını etkiler. Tutum, belirtilerin ortaya çıkmasında ve belirtilerin yoğunluğunda önemli bir rol oynayabilir. Ancak din, menstrüasyon başlangıcındaki rahatsızlık için bir yordayıcı olarak adlandırılan diğer faktörler arasında yer almaktadır. Dinin adet görmeye karşı olumlu bir tutumu olduğu her yerde, olumlu duygular ve daha az kaygı ve stres gözlemlenir. Bir kadının dini, adet sıkıntısını aşırı derecede etkileyebilir.¹¹⁶

2.4.6 Çevresel Faktörler

PMDB'nin dışavurumu ile ilgili çevresel faktörler genellikle, stres, travma öyküsü, kadının cinsel davranımının sosyokültürel yönleri, mevsimsel değişiklikler ve özel anlamda kadın olma konumudur.³³

Önemli strese maruz kalma geçmişi PMDB ile ilişkilendirilmiştir. Yaklaşık 4000 kadından oluşan bir kesitsel çalışma, travma öyküsünün PMDB tanısı ile ilişkili olduğunu bulmuştur.¹¹⁷ Benzer şekilde, 3000'den fazla kadın üzerinde yapılan boylamsal bir vaka-kontrol çalışması, duygusal ve fiziksel istismarın orta ila şiddetli PMS ile güçlü bir şekilde ilişkili olduğunu, cinsel istismarın ise daha az güçlü bir şekilde ilişkili olduğunu bulmuştur.¹¹⁸ Bununla birlikte, bazı araştırmalar PMDB'li kadınların sağlıklı kontrollerden daha yüksek oranda fiziksel, duygusal veya cinsel istismar yaşadığını bulmamıştır.¹¹⁹

Mısır'da yapılan bir araştırma, PMS ile tatlı tadı olan gıda maddelerinin aşırı alımı arasındaki pozitif ilişkiyi ortaya çıkarmıştır. Ayrıca, abur cubur ve kahve alımı gibi diğer faktörlerin de PMS ile önemli ölçüde ilişkili olduğunu göstermiştir. Böylece, yaşam tarzı faktörlerinin PMS ve PMDB ile önemli bir ilişkisi olduğunu açıkça ortaya koymuştur. Fast-food tüketimi, şeker içeren içecekler, yağda kızartılmış yiyecekler gibi diyet faktörlerinin ve daha az alışılmış egzersiz ve düşük uyku kalitesi gibi yaşam tarzı faktörlerinin önemli ölçüde PMS ile ilişkili olduğu gösterilmiştir.¹²⁰

2.5 PMDB'de Beyin Görüntüleme Çalışmaları

Görüntüleme çalışmaları, PMDB'li olan ve olmayan kadınlar arasında beyin yapısı ve işlevinde farklılıklar olduğunu göstermektedir. Amigdala ve prefrontal korteks dahil olmak üzere bazı bölgeler özel odak noktası olmuştur. Yapısal olarak, PMDB'li kadınlarda sağlıklı kontrollere kıyasla arka beyincikte daha büyük gri madde hacmi, hipokampal kortekste daha fazla gri madde yoğunluğu ve parahipokampal kortekste daha düşük gri madde yoğunluğu olduğu gösterilmiştir.^{121,122} Daha yakın tarihli bir çalışma, PMDB'si olmayan kadınlarda adet döngüsü hormonal dalgalanmasına yanıt olarak amigdalanın yapısal plastisitesini (luteal faz sırasında dorsal sol amigdala folliküler faza kıyasla artmış gri madde hacmi) göstermiştir.¹²³ Luteal hacim artışı, stres duyarlılığının bir belirteci olan stres kaynaklı olumsuz etki ile ilişkilidir. Bunun PMDB'li kadınlarda geçerli olup olmadığı henüz incelenmemiştir.

İşlevsel olarak, PMDB'li kadınlar, luteal faz sırasında sağlıklı kontrollere kıyasla negatif uyaranlara artmış amigdala tepkisi sergiler.¹²⁴ Bir takip çalışması, kaygısı sürekli yüksek PMDB'li kadınlar arasında folliküler faz sırasında negatif uyaranlara yanıt olarak amigdala aktivitesinin arttığını ve bunun progesteron düzeyi ile korele olduğunu göstermiştir.¹²⁵ Affektif bir modülasyon görevinde, PMDB'li kadınlar, sağlıklı kontrollere kıyasla folliküler fazda amigdala reaktivitesini arttırmış, ancak bu fark luteal faza yayılmamıştır. PMDB'li kadınlarda bu güçlenmiş folliküler faz amigdala aktivitesi, serum progesteron konsantrasyonları ile pozitif korelasyon göstermiştir.¹²⁶

2.6 PMS/PMDB Risk Faktörleri

PMS'li kadınlarda semptomların erken başlangıcı göz önüne alındığında, çocukluktaki risk faktörlerinin daha fazla araştırılması gerektiği düşünülmektedir. Örneğin, son araştırmalarla, çocukluktaki obezitenin genç erişkinlikte daha yüksek bir PMS riski ile ilişkili olduğu bulunmuştur.¹²⁷ Bulgular, yetişkinlikte PMS için bir risk faktörü olarak obeziteye ilişkin bulguların çocukluk obezitesine atfedilebileceğini de göstermektedir. 18-44 yaş arası kadınlar arasında, vücut kitle indeksi 30'un üzerinde olanlar olarak tanımlanan obez kadınlar, PMS için yaklaşık 3 kat artmış riske sahiptir.¹²¹

Geç ergenlik gelişimi, seks hormonlarına duyarlılığın modüle edilmesi yoluyla olabilecek genç erişkinlik döneminde PMS riskinin azalmasıyla ilişkilidir.¹²⁸

Spesifik olarak, çocukluk çağı istismarı deneyimi, özellikle fiziksel ve duygusal istismar, PMS'ler için bir risk faktörü olarak bildirilmiş¹¹⁸ ve retrospektif çalışmalarda çocukluk dönemi ihmali ile premenstruel belirtiler arasında pozitif ilişki olduğu bildirilmiştir.¹²⁹ İki veya daha fazla olumsuz çocukluk deneyimine maruz kalan kadınlar arasında daha yüksek bir PMS prevalansı bildirilmiştir.¹³⁰

Yaş ve PMS ilişkisini değerlendiren çalışmalarda sonuçlar farklıdır. Çalışmalarda PMS'nin erken adölesan dönemde başlayabildiği, belirtilerin yaş ile birlikte artış gösterdiği, over aktivitesinin azalmasıyla ve menopozla birlikte over aktivitesinin sonlanmasıyla da bitiş gösterdiği düşünülmektedir.¹³¹ Prevalans çalışmalarında ise en yüksek 20'li yaşların sonları ve 30'lu yaşların başları olmak üzere ortalama 26 yaş civarında gözlenmektedir.^{132,74}

Evli, bekar, eşinden ayrılmış, dul veya boşanmış kadınlarla ilgili çalışmalarda ise çelişkili sonuçlar mevcuttur. Hiç evlenmemiş veya eşinden boşanmış kadınlarda evli veya mevcut haliyle partneri olanlara göre PMS sıklığı ve premenstrual belirtilerde artış gösterilen çalışmalar da mevcuttur.¹³³ Başka bir çalışmada da bekar kadınlarda PMS belirti sıklığının fazla olduğu bulunmuştur.⁴⁸ Bunun yanı sıra medeni durum ile PMS şiddeti ve sıklığı arasında herhangi bir anlamlı ilişki olmadığını belirten çalışmalar da mevcuttur.⁹

2.7 PMDB Ayırıcı Tanısı

Ayırıcı tanıda Cushing hastalığı, anemi, epilepsi, tiroid hastalıkları, migren, fibrokistik meme, distimi, anksiyete bozuklukları özellikle akla gelmelidir. Ayrıca, hastanın mevcut olan diğer hastalıklarının premenstrual dönemde alevlenebileceği ve belirtilerin de buna bağlı olabileceği unutulmamalıdır. Bu yüzden semptom paternini belirledikten sonra göz önünde bulundurulması gereken en önemli nokta, durumun tamamen PMS/PMDB'den mi kaynaklandığı, yoksa diğer psikiyatrik problemlerin veya tıbbi durumların adet öncesi alevlenmesinden mi kaynaklı olduğudur. Astım, migren, nöbet, depresyon ve şizofreni gibi durumlarda semptomların adet öncesi

alevlenmesi meydana gelebilir.¹³⁴ Belirtilerden sorumlu olabilecek endometriozis gibi sorunları ekarte etmek için de jinekolojik muayene önemlidir.¹³⁵

PMDB belirtileri ile başka bir ruhsal hastalığın belirtileri örtüşebilir. Belirtilerin örtüşmesi nedeniyle özellikle major depresyon, distimi, bipolar bozukluk (BB) ve borderline kişilikten ayırt edilmesi önemlidir. Bu da PMDB belirtilerinin prospektif olarak, günlük ölçümlerle doğrulanmasını gerektirir. Bu şekilde premenstrual örüntü izlediği gösterilmelidir.³³

Sonuç olarak ayırıcı tanıda özellikle dikkat edilmesi gereken faktörler; belirtilerin organik kökenli olmaması, siklusun ikinci bölümünde ortaya çıkması ve her siklustaki şikayetlerin benzer sıklıkta ve şiddette olmaması, menstruasyon kanaması ile birlikte şikayetlerin hafiflemesi şeklindedir.^{136,137,138}

PMDB'si olan kadınların yaşam boyu daha yüksek affektif bozukluk geliştirme oranları vardır, ancak PMS/PMDB ve duygudurum bozuklukları arasındaki kesin ilişki belirsizliğini korumaktadır. Premenstrual sendrom, şişkinlik, mastalji ve baş ağrısı gibi fiziksel semptomlar dahil olmak üzere daha geniş semptom profilinde depresyondan farklıdır. En sık bildirilen ruhsal semptom, depresif duygudurumdan ziyade sinirliliktir. Premenstrual semptomlar seçici serotonin geri alım inhibitörlerine (SSGİ) iyi yanıt verse de, depresyonun başlangıcı majör depresyondan daha hızlıdır ve farklı mekanizmalar içerebilir.¹³⁹ Şiddetli PMS/PMDB'nin serotonerjik antidepresanlara, depresif bozukluklar için açıkça etkili olan diğer antidepresanlardan çok daha güçlü yanıt verdiğine dair kanıtlar, altta yatan mekanizmalarda da farklılıklar olduğunu düşündürmektedir.^{140,141}

Ayrıca bazı kadınlar kombine oral kontraseptif (KOK) sonrası PMDB belirtisi göstermiş de olabilir. Eğer ki bu hastalar hormon kullanımını bırakır ve belirtilerin ortadan kalktığı gözlenirse, bu durum ilacın/maddenin neden olduğu depresyon ile uyumludur.³³

2.8 PMDB ve Komorbid Psikiyatrik Hastalıklar

PMDB'li kadınlar arasında yaşam boyu daha fazla eştanı¹⁴², psikiyatri kliniğine daha yüksek yatış¹⁴³ ve premenstrual dönemde daha yüksek intihar olasılığı¹⁴⁴

bildirilmiştir. PMDB literatürünün gözden geçirilmesi ile, PMDB'li kadınlar arasında mevcut komorbid prevalans oranlarının majör depresyon için % 12-25, Panik Bozukluk için % 25, sosyal fobi için % 19-23, obsesif kompulsif bozukluk (OKB) için % 11-13 ve yaygın anksiyete bozukluğu (YAB) için % 38 bulunmuştur.¹⁴²

PMS ile duygudurum bozukluklarının komorbiditesi yaşam boyu % 30-70 arasında bulunmuştur. Kadınlarda yaşam boyu duygudurum bozukluklarının insidansının % 30 kadar olduğu düşünüldüğünde, bu oran beklenenden çok daha yüksektir. PMS'li kadınlarda anksiyete bozuklukları daha yüksek oranda görülme potansiyeline sahiptir. Ayrıca PMS'si olan kadınlarda postpartum ve perimenopozal depresyon riskinin de artmış olduğu gösterilmiştir. Bu durum PMS'si olan kadınların vücuttaki hormonal dalgalanmalara aşırı duyarlı olabileceği düşüncesini desteklemektedir.¹⁴⁵ Ayrıca şiddetli PMS'si olan kadınların, kontrollerle karşılaştırıldığında, genel olarak kişilik bozuklukları tanısı alma olasılığının daha yüksek olduğu (% 27) bulunmuştur.¹⁴⁶ Başka bir çalışmada ise kişilik bozukluklarının PMDB'li kadınlarda yüksek prevalansa sahip olmadığı gösterilmiştir.¹⁴⁷ Ancak hem PMDB hem kişilik bozukluğu olan kadınlar, kişilik işlev bozukluğunun adet öncesi fazda amplifikasyonunu gösterebilir .

Bipolar Bozukluk (BB) ve PMDB komorbiditesi olan hastalar, daha erken bir BB başlangıç yaşı, daha sık akut duygudurum atakları ve daha yüksek hızlı döngü oranı göstermiştir.¹⁴⁸ PMDB'li kadınlarda BB prevalansı, PMDB'si olmayanlarda gözlenenenden yedi kat daha yüksek, yaklaşık % 10 olarak bulunmuştur.⁵² 2014'te yürütülen sistematik bir inceleme, BB'li kadınların % 15-27'sinin ek bir PMDB teşhisiyle karşılaştığını bildirerek, BB'nin bir alt grubunun hormonal duyarlılığa sahip olabileceği hipotezini desteklemiştir.¹⁴⁹ BB ve PMDB iki döngüsel duygudurum hastalığıdır ve komorbiditeleri poligenik risk faktörleri gibi ortak biyolojik mekanizmalarla bağlantılı görünmektedir. Özellikle BDNF ve COMT polimorfizmlerinin her iki durumda da etkili olduğu bulunmuştur.¹⁵⁰ Menstrual sikluslarındaki hormonal dalgalanmalar, BB'nin klinik seyrini de etkileyebilir. Örneğin BB olan ve duygudurum semptomlarının adet öncesi alevlenmesi olan kadınların sonuçları çok daha kötüdür ve relaps oranları daha yüksektir.¹⁵¹ BB'den etkilenen hastalarda da doğum sonrası psikotik atak sırasında ise östrojen seviyeleri de düşük bulunmuştur.¹⁵²

OKB'si olan kadınlarda da, adet öncesi dönemde semptomların kötüleşmesi yaygındır.¹⁴⁵

Şizofreni, psikotik semptomların premenstrual alevlenmesi olmayan, ancak PMDB'nin duygusal ve anksiyete semptomlarının üst üste binmiş olabileceği altta yatan bir bozukluğa örnek olabilir.¹³⁴

Yapılan bir çalışmada PMS'li kadınlar arasında ruh sağlığı ve madde kullanım bozuklukları için yaşam boyu yaygınlığın % 78 olduğu gösterilmiştir.¹⁵³ PMS'li kadınlar arasında eşzamanlı psikiyatrik komorbiditeler Kim ve Yang tarafından gözden geçirilmiş ve Tablo 4'te özetlenmiştir.¹⁴²

Tablo 4. PMS ile psikiyatrik komorbidite¹⁵⁴

Psikiyatrik Komorbidite	Komorbiditesi olan PMS hastalarının yüzdesi (%)
Bipolar I Bozukluk	5,7-60,0
Depresyon	11,0-69,0
Yaygın Anksiyete Bozukluğu	1,3-38,0
Obsesif Kompulsif Bozukluk	1,4-13,0
Panik Bozukluk	2,5-35,0
Post Travmatik Stres Bozukluğu	8,3-65,0
Şizofreni	8,0
Mevsimsel Duygudurum Bozukluğu	26,0-46,0
Özgül Fobi	16,0-31,7
Sosyal Fobi	19,0-21,1

Hem PMS'lerin hem de psikiyatrik bozuklukların uzmanlar tarafından teşhis edildiği İsveç Hasta Kayıtlarından elde edilen verilere göre, herhangi bir psikiyatrik bozukluğun yaşam boyu yaygınlığı genel kadın popülasyonunda yaklaşık % 4 iken, PMS'si olan kadınlar arasında % 10 civarındadır.⁸⁷ Anketler yoluyla bilgilerin elde edildiği bir çalışmada, depresyon, anksiyete veya travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) prevalansı, sağlıklı kontroller arasında yaklaşık % 15 iken, PMS'li kadınlarda % 50'den yüksek bulunmuştur.⁸⁷

Yonkers ve ark. ileriye dönük teşhis edilen PMDB arasında yaşam boyu depresyon prevalansının % 30-70 arasında olduğunu ve anksiyete için yaşam boyu prevalansının ise % 14-16 olduğunu bildirmiştir.¹⁵⁵ TSSB, travma deneyimleri ve

PMS'ler için de bildirilen otonom sinir sistemi düzensizliği ile sıkı bağlantısı nedeniyle son yıllarda daha fazla araştırma konusu olmuştur.^{156,157} Bununla birlikte, PMS'nin diğer psikiyatrik bozukluklarla arasındaki etkileşimi henüz keşfedilmeyi beklemektedir.¹⁵⁴

2.9 PMDB Tedavisi

2.9.1 Farmakolojik Tedavi

2.9.1.1 SSGİ

SSGİ'ler yetişkinlerde şiddetli PMS/PMDB için birinci basamak tedavi olarak kabul edilir.¹⁵⁸ SSGİ'ler, nöral sinapta serotonin geri alımını bloke eder, böylece sinaptik aralıkta serotonin seviyelerini artırır. Mevcut haliyle fluoksetin , sertralin ve paroksetin PMDB tedavisi için Food and Drug Administration (Amerikan Gıda ve İlaç İdaresi) (FDA) tarafından onay almıştır. Essitalopram , sitaloqram ve serotonin-norepinefrin geri alım inhibitörü (SNGİ) olan venlafaksin de endikasyon dışı kullanılmış ve PMDB tedavisinde etkinlik göstermiştir.^{159,160,161} SSGİ'ler, hem sürekli kullanıldığında hem de sadece luteal fazda kullanıldığında şiddetli PMS/PMDB tedavisinde etkilidir, 14. günden başlayarak adetin başlangıcına kadar veya daha sonraki birkaç gün boyunca alınabilir.¹⁶² Depresyon tedavisi için SSGİ kullanan ve dört ila altı hafta boyunca maksimum yararın görülmeyebileceği hastaların aksine, PMDB için SSGİ kullanan hastalar, ilaca başlanmasından sonraki birkaç gün içinde semptomlarda iyileşme yaşarlar ve ilaçlar daha düşük dozlarda da etkili olabilir.^{162,163} Bu hızlı etki başlangıcı, muhtemelen SSGİ'lerin allopregnanolone gibi nöroaktif steroidlerin oluşumunu artırma yeteneğinden kaynaklanmaktadır. SSGİ'ler, muhtemelen progesteron ve allopregnanolone arasındaki reaksiyonları katalize eden enzimler üzerindeki etkileri yoluyla, maruziyetten sonraki dakikalar içinde 5 α -dihidroprogesteronun (5 α -DHP) allopregnanolone'a dönüşümünü artırır.^{164,165}

SSGİ'lerin uzun süreli yoksunluk etkilerinden endişe duyan kadınlar için aralıklı dozlama önemli bir tedavi seçeneği olabilir. SSGİ sürekli alınmadığından, serotonerjik sistemin ilaca homeostatik adaptasyonu çok az olacak ve bu nedenle, SSGİ yoksunluk semptomlarının altında yatan reseptör down regülasyonu riski de sınırlı olacaktır.¹⁶⁶

Fakat 2 aylık bir denemeden sonra aralıklı dozlama etkili olmazsa, günlük sürekli dozlama başlatılmalıdır. Fluoksetin ile semptom iyileşmesi saatler içinde görülür ve 2 gün içinde maksimum yanıt alınabilir.¹⁶⁷ Bir randomize kontrollü çalışma (RKÇ), luteal faz sırasında iki kez verilen 90 mg enterik kaplı fluoksetinin hem etkili, hem de iyi tolere edildiğini göstermiştir ¹⁶⁸ ve benzer veriler şimdi kontrollü salınımlı paroksetin için de mevcuttur. Ayrıca fluoksetinin, döngüleri kısaltarak veya uzatarak adet döngüsünün süresini değiştirdiği bulunmuştur.¹⁶⁹ Bunun önemi ve ilgili mekanizmalar bilinmemektedir. Özellikle, diğer antidepresan ilaçlar (örneğin; trisiklik antidepresanlar ve bupropion) ve anksiyolitikler, premenstrual bozuklukların tedavisinde tutarlı etkinlik göstermemiştir; bu nedenle rutin kullanımları önerilmez.³⁸

Diğer antidepresanlar da PMDB'li kadınlarda incelenmiştir. Randomize kontrollü çalışmalar (RKÇ) sürekli tedavide ve luteal faz tedavisinde klomipramin (büyük ölçüde serotonerjik etkiye sahip bir trisiklik antidepresan) ile etkinlik bildirmiştir.^{170,171} PMDB için etkili olduğu bildirilen klomipramin dozajları (25-75 mg/gün), major depresyon için beklenen etkili dozlardan daha düşüktür. 157 kadında PMDB'nin duygusal ve fiziksel semptomlarının azaltılmasında günlük hemen salınan venlafaksin dozunun plaseboya göre daha üstün olduğu bildirilmiştir.¹⁶⁰ Bir RKÇ de nefazodonun PMS için plasebodan üstün olmadığını bildirmiştir.¹⁷² Bununla birlikte, küçük bir çapraz çalışmada, luteal fazda nefazodonun major depresyonun adet öncesi alevlenmesini iyileştirdiği bildirilmiştir.¹⁷³ Üç RKÇ, SSGİ'leri serotonerjik olmayan antidepresanlar ve plasebo ile karşılaştırmış ve her biri, SSGİ'lerin hem plasebo hem de serotonerjik olmayan antidepresan üzerinde spesifik etkinliğini bildirmiştir. Sertralin, şiddetli PMS veya PMDB'si olan 167 kadında desipramin ve plasebo ile karşılaştırılmıştır.¹⁴⁰ Daha küçük iki çalışma ise paroksetini maprotilin ve plaseboyla¹⁷⁴ ve fluoksetini bupropion ve plaseboyla karşılaştırmıştır.¹⁷⁵ PMDB için serotonerjik antidepresanların seçici üstünlüğü, PMDB'de varsayılan serotonin işlev bozukluğu ile uyumludur.

PMDB için önerilen SSGİ ilaç dozları Tablo 5'te gösterilmiştir.

Tablo 5. PMDB için önerilen SSGİ dozları ¹⁷⁶

SSGİ	Başlangıç dozu	Etkin doz	Maximum doz(günlük)
Sitalopram	10 mg	20-30 mg	Devamlı tedavi:40 mg Aralıklı tedavi:30 mg
Essitalopram	5-10 mg	10-20 mg	Devamlı tedavi:20 mg Aralıklı tedavi:20 mg
Fluoksetin	10 mg	20 mg	Devamlı tedavi:30 mg Luteal faz tedavisi:30 mg Semptom başlangıcında:20 mg
Paroksetin	10 mg	20-30 mg	Devamlı tedavi:40 mg Aralıklı tedavi:30 mg
Sertralin	25 mg	50-150 mg	Devamlı tedavi:200 mg Aralıklı tedavi:150 mg

Antidepresanlarla ilişkili damgalanma, terapötik uyumu ve sonucu etkileyebilir.¹⁷⁷ SSGİ'lerin PMDB'deki etkisi ile depresyon arasındaki farklar, bu ilaçların PMDB topluluğu arasında algılanmasını iyileştirebilir. PMDB'li bazı kadınlar, antidepresan tedavilerle 'vazgeçilmiş' hissettiklerini bildirmektedir ve PMDB'ye özgü olmayan ilaçları deneme konusunda isteksizdirler.¹⁷⁸ Bu durumda SSGİ'lerin sadece antidepresan olarak hareket etmediğini vurgulamak, bu tedavi seçeneğinin kabul edilebilirliğini artırabilir.¹⁷⁹

2.9.1.2 Hormon Tedavisi

KOK: PMS tedavisinde oral kontraseptiflerin etkinliğini destekleyen çok az veri vardır. PMS için reçete edilen, geleneksel KOK kullanan yetişkin kadınların yaklaşık % 16'sı duygudurumda bozulma bildirmiştir. Bu kadınların yalnızca % 12.3'ü iyileşme bildirmiş ve % 71.4'ü KOK'nin duygudurum üzerinde hiçbir etkisi olmadığını bildirmiştir.⁵⁰ Premenstrual bozukluklarda standart KOK kullanımının etkinliğinin olmaması östrojen dozuna, progestin formülasyonuna ve doz rejimine bağlanmıştır. Üç fazlı bir KOK'nin (haftada 35 mcg etinil estradiol ve 0.5 mg, 1.0 mg, 0.5 mg noretindron) plaseboya karşı küçük bir RKÇ'sinde, adet öncesi meme hassasiyeti ve şişkinliğinde iyileşme gösterirken, ruhsal belirtilerde herhangi bir değişikliğin olmadığı bildirilmiştir.¹⁸⁰ Bir spironolakton türevi olan drospirenonu içeren KOK'ler, plaseboya kıyasla PMS ve PMDB semptomlarını iyileştiriyor gibi görünmektedir.¹⁸¹ Yirmi dört gün drospirenon + etinil östradiol ve ardından dört gün plasebo verilen PMDB'li kadınların ruh halini ve fiziksel semptomlarını iyileştirdiği,¹⁸² 21 gün boyunca aynı

dozlarda drospirenon/etinil estradiol ve ardından üç döngü boyunca yedi günlük plasebo verilen PMDB'li kadınlarda ise ruh halinde anlamlı bir iyileşme olmadığı bildirilmiştir.¹⁸³ Teorik olarak, oral kontraseptiflerin plasebo haftası, yumurtalık hormonal fonksiyonunun başlamasına izin vererek PMS ve PMDB semptomlarının ortaya çıkmasına neden olabilir. Bu nedenle, sürekli oral kontraseptif kullanımı ile yumurtalık fonksiyonunun baskılanması semptomları iyileştirebilir. 42 ila 168 gün boyunca 30 mcg drospirenon, 3 mgetinil estradiol kullanımı, standart 28 günlük bir döngüye kıyasla ödem, meme hassasiyeti ve şişkinlik gibi PMS'nin fiziksel semptomlarını azalttığı gösterilmiştir.¹⁸⁴

Gonadotropin Salıcı Hormon (GnRH) Agonistleri: Yumurtalık fonksiyonunu baskıladıkları için, GnRH agonistleri goserelin, histrelin, leuprolide ve nafarelin PMS ve PMDB'nin şiddetli fiziksel semptomlarını azaltmak için endikasyon dışı denenmiştir.¹⁸⁵ Bununla birlikte, özellikle sıcak basması ve kemik yoğunluğunun azalması gibi yan etkiler, bu preparatların kullanımını yalnızca birkaç ay ile sınırlandırmaktadır. Bu yan etkiler için tedaviye östrojen eklenmesi denenebilir, ancak bu da PMS ve PMDB semptomlarının tekrarlamasına neden olabilir.¹⁸⁶ Bu sınırlamalar ve önemli maliyetleri nedeniyle, GnRH agonistleri, PMS ve PMDB'nin geleneksel tedavisi için uygun ajanlar gibi görünmemektedir.

Spironolakton: Antiandrojenik etkileri olan potasyum tutucu bir diüretik olan spironolakton, meme hassasiyeti, şişkinlik, kilo alımı ve depresif duygudurum semptomlarını plaseboya kıyasla önemli ölçüde iyileştirdiği gösterilmiştir.¹⁸⁷

Danazol: Danazol'un, overlerin baskılanmasına neden olarak PMS tedavisinde etkili olduğu gösterilmiştir.¹⁸⁸ Bununla birlikte, danazol, maskülinite yan etkileri nedeniyle artık PMS'de kullanım için lisanslı değildir. Luteal fazda danazol kullanımı, belirgin kısa vadeli yan etkiler olmaksızın adet öncesi meme ağrısının tedavisinde faydalı görünmektedir.¹⁸⁹

2.9.1.3 Diğer Farmakolojik Tedaviler

Sinirlilik ve anksiyete, PMS veya PMDB'li kadınlarda yaygın semptomlardır. Anksiyete semptomları olan hastalar için klinisyenler, luteal faz sırasında günde üç veya dört defaya kadar 0.25 mg alprazolam tedavisini uygulayabilir,

ancak kullanımı, bağımlılığı, kötüye kullanma potansiyeli ve toleransı nedeniyle seçilmiş hastalarla sınırlandırılmalıdır.¹⁹⁰

Buspiron ile bir miktar etkinlik bildirilmiştir.^{172,191} Steroid olmayan anti-inflamatuar ilaçlar,¹⁹² doksisisiklin,¹⁹³ naltrekson¹⁹⁴ ve atenolol¹⁹⁵ ile ilk etkinliği bildiren çalışmalar, tekrarlamayı hak etmektedir.

Ayrıca, Bromokriptinin adet öncesi meme hassasiyetini azalttığı bildirilmiştir.¹⁹⁶

2.9.2 Non-Farmakolojik Tedavi

PMS ve PMDB tedavisine ilişkin kanıtlara sahip farmakolojik olmayan tedavi seçenekleri arasında diyet değişikliği, egzersiz, bilişsel davranışçı terapi (BDT), spesifik vitaminler, bitkisel takviyeler ve akupunktur yer alır.³⁸

Geç luteal fazda yüksek karbonhidratlı bir diyetin tüketilmesinin, muhtemelen serotonin seviyelerini artırarak, ruh hali ile ilişkili PMS semptomlarını iyileştirdiği gösterilmiştir. Bu durum adet öncesi dönemdeki bazı kadınlarda karbonhidrat istekleri için olası bir açıklama sağlamaktadır.¹⁹⁷ İlginç bir şekilde, bir çalışma, kadınlara triptofan düzeylerini artırdığı bilinen özel olarak formüle edilmiş yüksek karbonhidratlı bir içecek sağlamanın, depresyon puanlarında düşüşe ve karbonhidrat isteklerinin azalmasına yol açarak, PMS semptomlarının yönetimi için luteal fazda kompleks karbonhidrat alımını desteklediğini göstermiştir.¹⁹⁸

Bununla birlikte klinisyenlerin PMS semptomlarının hafifletilmesi için egzersizi artırmayı veya kafein, tuz ve rafine şeker alımını azaltmayı önermelerine rağmen, güncel çalışmalardaki hiçbir kanıt bu önerileri doğrulamamaktadır. İyileştirilmiş diyet ve egzersiz sağlık için önerilmelidir, ancak PMS veya PMDB için kanıta dayalı tedavi olarak önerilmemelidir.¹⁹⁹

BDT'nin adet öncesi semptomatoloji ve sağlıkla ilgili yaşam kalitesi üzerindeki faydaları çeşitli çalışmalarla gösterilmiştir.^{200,201,202} Hem BDT'nin hem de fluoksetinin tek başlarına etkili olduğu, kombine tedavinin ek bir fayda sağlamadığı gösterilmiştir. Beklenebileceği gibi fluoksetinin etki başlangıcının daha hızlı olduğu, ancak 1 yıllık takipte BDT'nin daha üstün fayda sağladığı bulunmuştur.²⁰² Premenstrual

bozuklukların tedavisi için yakın zamanda yapılan bir BDT çalışması, BDT alan katılımcıların kontrollere kıyasla daha az adet öncesi semptom, daha iyi duygusal tepki, daha iyi ruh hali ve daha az adet öncesi sıkıntı geliştirdiğini bildirmiştir.²⁰³

Fiziksel premenstrual semptomların balık yağı²⁰⁴ ve soya izoflavonları²⁰⁵ ile düzeldiği de bildirilmiştir .

Kalsiyum, B6 vitamini, yaban mersini (*vitex agnus castus*), ginkgo biloba ve sarı kantaron dahil olmak üzere adet öncesi semptomların yönetimi için birçok vitamin ve bitkisel takviye araştırılmıştır ve bunların kullanımlarını destekleyen çeşitli düzeylerde kanıtlar mevcuttur. PMS semptomları için hayıt, ginkgo biloba ve safranın kullanımı desteklenmiş; bununla birlikte, ne *St. John's wort* ne de çuha çiçeği yağının plaseboya göre faydalı olduğu bulunamamıştır.²⁰⁶ Ayrıca Çuha çiçeği yağının adet öncesi mastalji için etkili olduğu, ancak genel olarak PMS için etkili olmadığı bulunmuştur.²⁰⁷

Vitex agnus-castus çalışının meyvelerinin ekstraktının, PMDB semptomlarının tedavisinde fluoksetin kadar etkili olduğu, fluoksetinin psikolojik semptomlar için ve agnus castusun ise fiziksel semptomlar için üstün olduğu gösterilmiştir.²⁰⁸

Kalsiyum regülasyonu bozuklukları, PMS'nin patofizyolojik gelişiminde rol oynayabilir. Spesifik olarak günde 1200 mg kalsiyum karbonat kullanımının PMS semptomlarının tedavisinde etkili olduğu bulunmuştur.²⁰⁹

B6 Vitamini, triptofandan serotonin ve dopamin sentezinde rol oynayan bir kofaktördür. PMS tedavisindeki sistematik bir incelemenin sonuçları belirsizdir.²¹⁰ Ayrıca yüksek dozda B6 vitamininin (günde 100 mg'dan fazla) nörolojik yan etki riskine yol açtığı da belirtilmiştir. Bazı çalışmalarda B6 vitamini ve magnezyum kombinasyonunun anksiyete ile ilişkili PMS semptomlarını azalttığı gösterilmiştir.²¹¹ Günde 100 mg'a kadar B6 vitamini dozlarının adet öncesi semptomların ve adet öncesi depresyonun tedavisinde faydalı olabileceğine dair düşük düzeyde kanıt olmasına rağmen; PMS ve dismenore tedavisi için yüksek doz D vitamini (9 hafta boyunca haftada 50.000 uluslararası birim) kullanımının PMS'nin fiziksel ve psikolojik semptomlarını ve dismenoreyi iyileştirdiği bildirilmiştir.^{210,212}

Uyku yoksunluğu ve ışık tedavisinin, PMDB'li kadınlarda bulunan anormal sirkadiyen ritimleri düzelterek adet öncesi disforiyi azaltabileceği öne sürülmüştür.²¹³

Parlak Işık Tedavisi: Mevcut kanıtlar, parlak ışık tedavisinin küçük etkileri olduğunu öne sürmekle birlikte, çalışmalar metodolojik kalite ve örneklem büyüklüğü ile sınırlı kalmıştır. PMDB tedavisinde parlak ışık tedavisinin ne gibi bir rolü olduğunu belirlemek için daha büyük örneklem denemelerine ihtiyaç vardır.²¹⁴

Son olarak, akupunktur, bazı çalışmalarda adet öncesi semptomları hafifletmek için bir tedavi yöntemi olarak etkin bir şekilde kullanılmıştır; Ancak uygulama için kanıtlar sınırlıdır.²¹⁵ Auriküloterapinin fiziksel ve ruhsal PMS semptomlarının yoğunluğu üzerinde olumlu etkilerinin olduğu güncel bir çalışmada gösterilmiştir.²¹⁶ Kulağa özgü noktalara (pinna), uyaranlarla gerçekleştirilen non-invaziv akupunktur tekniğinden oluşan auriküloterapi, vücudun farklı bölgelerindeki semptomların giderilmesinde tedavi edici bir seçenek olarak klinik olarak yaygın olarak uygulanmasına rağmen, PMS tedavi konsensüsünde belirtilmemiştir.²¹⁶

PMDB tedavi özeti Tablo 6'da gösterilmiştir.

Tablo 6. PMDB Tedavi Özeti⁸⁸

Etkili müdahaleler
SSGİ
Gonadotropin salgılayan hormon analogları
Etkinliği şüpheli veya belirsiz olan müdahaleler
B6 vitamini
Parlak ışık tedavisi
Sadece mastaljiyi iyileştiren müdahaleler
Danazol
Çuha çiçeği yağı
Adet öncesi semptomları etkilemeyen müdahaleler
Progesteron ve progestojenler

2.9.3 Bilateral Ooferektomi

Laparoskopik bilateral salpingo-ooferektomi, PMDB'yi tedavi etmek için aşırı bir önlemdir, ancak etkilidir ve ciddi vakalarda kullanılır. Ovulasyonun kesilmesi semptomların giderilmesini sağlar, ancak hastanın gerçekten PMDB'den mi yoksa

affektif bir bozukluktan mı muzdarip olduğunu değerlendirmeye yardımcı olması için önce bir GnRH analogunun denenmesi tavsiye edilir. Ayrıca fertilite ortadan kalkacağından ve en az 50 yaşına kadar hormon replasman tedavisi gerekeceğinden hastanın yaşına dikkat edilmelidir.²¹⁷

2.10 PMDB'nin Tanı Sürekliliği

DSM-IV'teki 5 eksenli değerlendirme sistemi değişirken ortaya çıkan boyutsal değerlendirme gereksinimi başka şekillerde karşılanmaya çalışılmıştır. Bu da, DSM-5'te var olan tanısal kategorilerin kendi içinde boyutsal değerlendirmeler yapılması ile sağlanmıştır. Bundaki amaç, tedavi sürecinin değerlendirilmesine olanak verecek temeller oluşturmaktır. Bu yolla klinisyene tanı öncesi değerlendirmeye olanak sağlamak, tedavinin planlanması ve izlenmesinde ek bilgi sağlamak amaçlanmıştır. Bu boyutsal değerlendirmelerin bazıları PMDB'de olduğu gibi tanıyı netleştirmek veya tedaviyi izlemek için de kullanılabilir.²¹⁸

PMS semptomlarının ölçümüne boyutsal bir yaklaşım benimsemenin bir avantajı, potansiyel olarak çok sayıda kadının deneyimlediği subklinik semptomların daha fazla açıklanmasına izin vermesi ve bu nedenle kolektif fenomenolojik deneyimin artan bilimsel ve psikososyal anlayışını kolaylaştırabilmesidir.²¹⁹

Afektif PMS/PMDB semptomlarının retrospektif ve prospektif derecelendirmeleri genellikle pozitif korelasyonlu olmasına rağmen, önceki çalışmalar birçok kadının kronik psikiyatrik semptomlarını PMS olarak yanlış teşhis edildiğini göstermektedir.²²⁰

PMDB için hastalara verilen günlükler hem hasta için hem de klinisyen için daha fazla zaman alır, hem de daha fazla çaba gerektirir. Bununla birlikte, geriye dönük değerlendirmeler semptomların olduğundan daha fazla tahmin edilmesiyle sonuçlanma eğilimindedir.²²¹ Ayrıca araştırma ortamlarında, bir epidemiyolojik çalışma, kadınların %30'unun günlük derecelendirmeleri doldurmak istemedikleri için bir çalışmaya katılmayı reddettiğini bulmuştur.²²² Fakat geriye dönük değerlendirmeler anıların hatırlanmasına dayanır. Anılar geçmişin tam yansımaları olmadığından, önceki deneyimler ve hatırlamanın gerçekleştiği bağlam tarafından önyargılı olarak

hatırlanabilirler.^{223,224} Bu nedenle, hafızayı bozan faktörlerin, günlük yapılan değerlendirmeden ziyade geriye dönük değerlendirmede rol oynaması daha olasıdır.^{225,223} Ayrıca semptomların değişkenliğini geriye dönük olarak değerlendirmek, semptomların ortalama düzeylerinden daha zordur. Bu, karakteristik bir psikolojik semptom olarak affektif değişkenliği içeren PMDB tanısı için çok önemlidir. Bu semptomu doğru bir şekilde incelemek için, olumlu ve olumsuz duygulanımı tekrar tekrar değerlendirmek gerekli görünmektedir.²⁶ 2021'de yapılan bir çalışmada elde edilen bulgular, kadınların genel olarak majör adet öncesi semptomlarını hatırlayabildiğini ancak geriye dönük olarak bu semptomların şiddetini olduğundan yaklaşık % 20 daha fazla tahmin ettiklerini göstermektedir.⁷ Bununla birlikte, ileriye dönük kayıtların her zaman klinik uygulama veya araştırma ortamlarında yapılmadığını belirtmeliyiz. Ayrıca bu, büyük epidemiyolojik çalışmalar için de gerçekçi değildir.^{226,5} Premenstrual belirtiler için yardım arayan kadınlardan iki ay boyunca günlük tutmaları istendiğinde teşhisin ötesinde daha büyük faydalar olabilir. İlk olarak, semptomların ve diğer kişisel bildirim değişkenlerinin günlük derecelendirmeleri, PMDB fenomenolojisine ve premenstrual semptomların etiyolojisine ve etkisine ilişkin içgörülere katkıda bulunabilir. İkincisi, günlük semptom derecelendirmeleri, çeşitli biyobelirteçlerin seviyeleriyle bağlantılı olabilir, böylece PMDB'nin biyolojisi hakkında fikir verebilir. Üçüncüsü, günlükler PMDB tedavisinin etkinliği ve altında yatan mekanizmalar hakkında önemli bilgiler verebilir. Dördüncüsü, kişiler arası farklılıklara ek olarak bireyin içsel süreçleri de incelenebilir.^{26,227}

3. GEREÇ VE YÖNTEMLER

3.1 Verilerin Toplanması

Çalışmamızın etik kurul onayı 02.04.2021'de Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul'unda 110 sayılı toplantıda alınmıştır. Çalışmaya 15.04.2021-15.12.2021 tarihleri arasında, araştırma hakkında bilgilendirilen ve araştırmaya katılmayı kabul eden Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nin Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı polikliniğine ayaktan başvuran 18-49 yaş kadınlar dahil edilmiştir. DSM-5'e göre PMDB geçici tanısı olan ve olmayan kadınların benzer sosyodemografik özellikler göstermesine dikkat edilmiştir. Tüm katılımcılar yapılacak çalışma hakkında bilgilendirilmiş ve yazılı onamları alınarak çalışmaya dahil edilmiştir. Erkekler, mental retardasyonu bulunan kadınlar, ek tıbbi hastalık nedeniyle amenoresi olan kadınlar, demans ve deliryum tanılı kadınlar, 18 yaş altı ve 49 yaş üstü kadınlar, verilen ölçekleri doldurabilmesi açısından okur-yazar olmayanlar, yapılan tanısal görüşmeye uyum gösteremeyen kadınlar çalışmaya dahil edilmemiştir. 15 kadın menopoza girdiğinden, 13 kadın ise histerektomi nedeniyle adet görmediğinden çalışmaya dahil edilememiştir. 9 kadın ölçekleri eksik doldurduğundan, 32 kadın bireysel takvimi dolduramayacağını belirttiğinden, 5 kadın ise sorulara rastgele cevap verdiği için çalışmadan çıkarılmıştır. Çalışmaya DSM-5'e göre PMDB geçici tanısı olan 95 kadın ve PMDB tanısı olmayan 64 kontrol grubu kadın ile devam edilmiştir.

İlk olarak tüm katılımcılarla araştırmacı tarafından (Dr. D.S.), yaklaşık 90 dakika süren öngörüşme yapılmıştır. Görüşmede tarafımızca hazırlanan Sosyodemografik Veri Formu ve Premenstrual Sendrom Ölçeği (PMSÖ) uygulanmıştır. Hastaların PMDB geçici tanısı, DSM-5 tanı kriterleri ile doğrulanmış ve PMDB için komorbid psikiyatrik tanıların saptanması amacıyla psikiyatrik görüşme ve ruhsal muayene yapılmıştır. Görüşme sonrası ölçeklerle ilgili bilgi verilerek, sonraki aşamada, önceki çalışmalarda PMDB ile intihar riskinin arttığı ve PMDB'nin depresif bozukluklarla ilişkisi bilindiğinden psikolojik acı ve intihar riskinin belirlenmesi için Psikolojik Acı Ölçeği (PAÖ), PMDB'nin döngüsel bir rahatsızlık olması nedeniyle

kadınların sirkadiyen ritminden etkilenebileceği düşünüldüğünden sabahçıl veya akşamcıl özellikleri değerlendirebilmek amacıyla kronotip testi, PMDB'nin çocukluk çağı travmaları ile (özellikle de fiziksel veya duygusal istismar öyküsü ile) ilişkisi önceki çalışmalarla desteklendiğinden bu ilişkiyi belirleyebilmek için Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (ÇÇTÖ), PMDB'nin eşler arası uyumu etkileyebileceği veya eşler arası uyumun PMDB semptomlarının şiddetini etkileyebileceği düşünüldüğünden çift uyumunun değerlendirilmesi için Çift Uyum Ölçeği (ÇUÖ), PMDB ile cinsel yaşamın olumsuz etkilenebileceği veya cinsel disfonksiyonu olan kadınlarda PMDB şiddetinin artabileceği düşünüldüğünden cinsel fonksiyonların değerlendirilmesi için Golombok Rust Cinsel Doyum Ölçeği (GRCDÖ), bazı PMDB belirtilerinin (sinirlilik v.b.) dürtüsellik ile ilişkili olduğu düşünüldüğünden dürtüsellik değerlendirilebilmesi için Barratt Dürtüsellik Ölçeği (BDÖ), önceki çalışmalarda anksiyete duyarlılığının PMDB ile ilişkili olduğu bilindiğinden anksiyete duyarlılığının belirlenmesi için Anksiyete Duyarlılık İndeksi-3 (ADİ-3)'ü doldurmaları sağlanmış, verilen bu öz bildirim formlarını doldurmakta güçlük çeken kadınlara klinisyen eşlik etmiş ve anlaşılamayan noktalarda gerekli açıklamaları yapmıştır. Son 6 aydır partneri olmayan kadınların ÇUÖ'yü, cinsel yönden aktif olmayan kadınların da GRCDÖ'yü boş bırakması istenmiştir.

Geçmişe yönelik sorgulandığında PMDB için DSM-5 tanı kriterlerini karşılayan kadınlara 'geçici PMDB' tanısı kondu ve klinik takibe alındı. Daha sonra her kadın için son adet başlağı tarihi ve adet döngüsünün ortalama uzunluğuna dayalı olarak bireysel takvimler hazırlandı. İleriye dönük olarak DSM-5 tanı kriterlerindeki semptomları 1'den 4'e kadar gün gün puanlayarak bireysel semptom derecelendirmesi yapmaları istendi. Ardışık üç siklus boyunca takvim doldurmaları istendi. Bu takvimler incelenerek en az ardışık iki siklusta luteal fazda semptomların olması, folliküler fazda ise semptomların azlığı/olmaması ile 'kalıcı PMDB' tanısı kondu.

Çalışmanın güç analizi G Power 3.1 programı ile yapılmıştır. Orta etki büyüklüğü (Cohen's $d = 0,50$), 0,95 güç ve 0,05 hata payı ($p = 0,05$) ile tek bir grupta bulunması gereken minimum örneklem büyüklüğü 64, iki grup için toplam 128 kişi olarak hesaplanmıştır. Çalışmaya 159 katılımcı dahil edilerek yeterli güce ulaşıldığı düşünülmüştür.

3.2 Veri Toplama Araçları

3.2.1 Sosyodemografik Veri Formu

Sosyodemografik Veri formu tarafımızca hazırlanmış olup, sosyodemografik özellikler kapsamında katılımcılardan yaş, cinsiyet, eğitim yılı, medeni durum, çalışma durumu, yaşanan aile, gelir düzeyi, yaşadığı yer, ailede ruhsal hastalığın varlığı, tıbbi hastalık öyküsü, kahve/çay kullanımı, sigara, alkol ve madde kullanıp kullanmadıkları, dismenore öyküsü, menarş yaşı, adet süresi, adet düzeni bilgileri edinilmiştir. Evli olan kadınların evlilik süresi, evlilik şekli, eşinin eğitim yılı sorgulanmıştır. Cinsel yönden aktif olan kadınların kontracepsiyon şekli öğrenilmiştir. Daha önce gebelik geçirdiyse; gebelik sayısı, doğum şekli, düşük/ küretaj öyküsü sorgulanmıştır. Sosyodemografik veri formu kadınlar ile birebir görüşülerek araştırmacı (Dr. D.S.) tarafından doldurulmuştur.

3.2.2 Premenstrual Sendrom Ölçeği (PMSÖ)

PMSÖ 2006'da Gençdoğan tarafından geliştirilen, DSM III ve DSM IV-R'yi esas alan, premenstrual semptomların şiddetini ölçmeyi amaçlayan 44 sorudan oluşan 5'li likert tipte bir ölçektir.²²⁸ Toplamda 9 adet alt ölçekten oluşur. Bu alt ölçekler; depresif duygulanım (1-7.madde) (7-35 puan), anksiyete (8-11., 13., 15. ve 16. madde) (7-35 puan), yorgunluk (12., 14., 17., 18., 25. ve 37. madde) (6-30 puan), sinirlilik (19-23.madde) (5-25 puan), depresif düşünceler (24., 26-30.ve 44. madde) (7-35 puan), ağrı (31-33. Madde) (3-15 puan), iştah (34-36. Madde) (3-15 puan), uyku (38-40. Madde) (3-15 puan) ve şişkinlik (41-43. Madde) (3-15 puan). Ölçekten alınabilecek toplamda en düşük puan 44 iken, en yüksek puan ise 220'dir. Alt ölçek skorları ise bu boyutlardaki maddelerin toplamı ile bulunmakta ve PMSÖ'nün toplam puanı da alt boyut skorlarının toplanmasıyla elde edilmektedir. Yüksek puanlar semptomların yoğun olduğunu gösterir. Toplamda 132 puan altı PMS yok olarak değerlendirilirken, 132 puan ve üstü PMS var olarak değerlendirilir. PMS'nin var olup olmadığı, toplam ve alt ölçek puanlarının maksimum sınırının % 50'sini aşan bir puanla belirlenir. Orjinal ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0,75 olarak bulunmuştur.²²⁸

3.2.3 Psikolojik Acı Ölçeği (PAÖ)

PAÖ, Holden ve ark. tarafından geliştirilmiş olup, bir öz bildirim ölçeğidir.²²⁹ Toplamda on üç adet sorudan oluşan beşli likert tipteki bu ölçekte sorulara ‘1-Kesinlikle Katılmıyorum, 2-Katılmıyorum, 3-Kararsızım, 4-Katılıyorum, 5-Kesinlikle Katılıyorum’ olarak yanıtlanmaktadır. Orjinal ölçekte Cronbach alfa değeri 0,92 olarak bulunmuştur. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği ise Demirkol ve ark. tarafından yapılmıştır. Türkçe versiyonun Cronbach alfa değeri ise 0,98 olarak bulunmuştur.²³⁰

3.2.4 Kronotip Testi

1976 yılında Horne ve Östberg tarafından geliştirilen bu ölçek bireylerin yatma zamanı ve uyanma zamanı ile fiziksel ve zihinsel performans için zamanlama tercihlerini değerlendiren 19 sorudan oluşmaktadır.²³¹ Elde edilen toplam puana göre bireylerin kronotip özellikleri belirlenebilmektedir. Toplam puan eğer 16-41 arası ise; "akşamcıl", 42-58 arası ise; "ara tip", 59-86 arası ise; "sabahcıl" şeklinde değerlendirilmektedir. Öz bildirim türünde bir değerlendirme ölçeğidir. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması ise 2005'te Pündük ve ark. tarafından yapılmıştır.²³²

3.2.5 Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (ÇÇTÖ)

1994'te Bernstein tarafından önce 70 madde olarak geliştirilen ölçek, yine aynı araştırmacı tarafından 28 maddeye indirgenmiştir.²³³ Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği ise 2012'de Şar ve ark. tarafından yapılmıştır.²³⁴ Ölçeğin maddeleri 5'li likert tipte olup toplamda beş alt ölçekten oluşur. Bunlar; cinsel istismar (ÇÇTÖ-CİS), fiziksel istismar (ÇÇTÖ-FİS), duygusal istismar (ÇÇTÖ-DİS), duygusal ihmal (ÇÇTÖ-DİH) ve fiziksel ihmaldir (ÇÇTÖ-FİH). Ölçeğin Cronbach alfa değeri, Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında 0,93 olarak saptanmıştır.²³⁴

3.2.6 Çiftler Uyum Ölçeği (ÇUÖ)

1976'da, Çiftler Uyum Ölçeği Spanier tarafından birlikte yaşayan veya evli olan partnerlerin ilişki kalitesini ölçmek için geliştirilmiştir.²³⁵ ÇUÖ toplam 32 madde ve 4 tane alt ölçekten oluşmaktadır. Bu alt ölçekler “eşler arası fikir birliği (ÇUÖ-EAFB)” 1-

3, 5, 7-15. maddeler, “eşler arası tatmin (ÇUÖ-EAT)” 16-23, 31, 32. maddeler, “Eşler arası bağıllık (ÇUÖ-EAB)” 24-28. maddeler ve “duygusal ifade (ÇUÖ-Dİ)” 4, 6, 29, 30. maddelerden oluşmaktadır. 5’li, 6’lı ve 7’li Likert tipinde bir ölçek olmakla birlikte maddelerden ikisi “evet” veya “hayır” şeklinde cevaplanmaktadır. Toplam puan 0-151 arasında değişkenlik göstermektedir. Yüksek puanlar çift uyumunun daha iyi olduğunu ve ilişki kalitesinin daha iyi olduğunu göstermektedir. Orjinal ölçeğin Cronbach alfa değeri Spanier tarafından 0,96 olarak belirlenmiş olup, alt ölçeklerin Cronbach alfa değerleri ise: ÇUÖ-EAFB 0,90; ÇUÖ-EAT 0,94; ÇUÖ-EAB 0,86; ÇUÖ-Dİ 0,73 olarak bulunmuştur. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması ise 1997’de Fırsıoğlu ve Demir tarafından yapılmış olup,^{236 237} tüm ölçeğin Cronbach alfa katsayısı ise 0,92 olarak bulunmuştur. Alt ölçeklerin Cronbach alfa değerleri Türkçe versiyonunda ise sırayla: ÇUÖ-EAFB 0,75; ÇUÖ-EAT 0,83; ÇUÖ-EAB 0,75; ÇUÖ-Dİ 0,80 bulunmuştur.

3.2.7 Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği (GRCDÖ)

1986’da, Rust ve Golombok tarafından geliştirilmiştir.²³⁸ Ölçek ile cinsel fonksiyonlar ve cinsel ilişkinin niteliği değerlendirilir. GRCDÖ kadın ve erkek için iki ayrı form halinde hazırlanmıştır. (Çalışmamız yalnızca kadınlardan oluştuğundan, kadın formunu kullandık.) Toplamda 28 madde ve 7 alt ölçekten oluşmaktadır. Bunlar; sıklık, iletişim, doyum, kaçınma, dokunma, vajinismus ve anorgazmidir. Değerlendirmede yüksek puanlar cinsel ilişkinin niteliğinde ve işlevindeki bozulmayı göstermektedir. Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği ise 1993 yılında Tuğrul ve ark. tarafından yapılmıştır.²³⁹

3.2.8 Barratt Dürtüsellik Ölçeği (BDÖ)

Toplamda 30 maddeden oluşur ve üç alt ölçeği mevcuttur. Bunlar; dikkatte dürtüsellik (BDÖ-DD), motor dürtüsellik (BDÖ-MD) ve plan yapmama (BDÖ-PY)’dır. Alt ölçeklerden elde edilen skorlar ne kadar yüksekse dürtüsellik de o kadar yüksek olduğunu gösterir. BDÖ’nün Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği ise 2008’de Güleç ve ark. tarafından yapılmıştır.²⁴⁰

3.2.9 Anksiyete Duyarlılığı İndeksi-3 (ADİ-3)

1968 senesinde Reiss ve ark. tarafından geliştirilmiş olan Anksiyete Duyarlılık İndeksi'nin (ADI), 2000 senesinde Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Ayvaşık ve ark. tarafından Kaygı Duyarlılığı İndeksi (KDİ) ismi ile yapılmıştır.^{241,242} Ölçeğin incelemelerinde faktör analiziyle ilgili bir fikir birliğinin olmaması ve tek faktörlü bir yapının daha güvenilir olduğunun bildirilmesi ile araştırmacılar anksiyete duyarlılığının tüm boyutlarını araştırmaya yönelmiştir.

ADİ-3, anksiyete duyarlılığının çok boyutlu olarak daha etkin biçimde değerlendirilebilmesi için Taylor ve ark. tarafından geliştirilmiş olup, toplamda fiziksel (ADİ-F), bilişsel (ADİ-B), sosyal (ADİ-S) olmak üzere üç alt boyut ve 18 maddeden oluşan özbildirim ölçeğidir.⁸⁸ Bedensel şikayetlerden kaynaklanan kaygı, fiziksel duyarlılık; düşünce yapısı ve dikkatten kaynaklanan kaygılar, bilişsel duyarlılık; sosyal ortamlarda duyulan kaygılar da sosyal duyarlılık şeklinde değerlendirilmektedir. Ölçek 5'li Likert tipte olup, 0 puan 'çok az' anlamına gelir iken 4 puan 'çok fazla' anlamındadır. Ölçeğin Cronbach alfa değeri 0,93 bulunmuştur. Maddeleri arası iç tutarlılığı da yüksektir. Alt boyutlar için Cronbach alfa değeri ise fiziksel boyut için 0,89; bilişsel boyut için 0,88; sosyal boyut için 0,82 olarak saptanmıştır. Ölçekten toplamda alınabilecek en düşük puan 0, en yüksek puan 72'dir. Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği ise 2008'de Mantar tarafından yapılmıştır. Ölçeğin bu çalışmasında kesme puanı hesaplanmamış olup; toplam puan arttıkça anksiyete duyarlılığı da artmaktadır.²⁴³

3.3 İstatistiksel Analiz

Verilerin analizinde program olarak IBM SPSS 25 kullanılmıştır. Veriler incelendiğinde katılımcıların boş bıraktığı herhangi bir değer olmadığı gözlenmiş olup, herhangi bir aralık dışı değeri olup olmadığı incelenmiş, hatalı kodlanan değer varsa düzeltilmiştir. Normallik varsayımı değişkenlerin çarpıklık ve basıklık değerlerinin -1,5 ile +1,5 aralığında olduğu durumlarda kabul edilmiştir. Ayrıca histogram grafikleri de incelenmiştir. Normal dağılım gösteren değişkenlerin ortalamaları açısından gruplara göre farklılık gösterip göstermediği bağımsız gruplar t testi ile incelenmiş olup Ort $\pm$ SS gösterimi ile ortalama ve standart sapmalar gruplara göre yazılmıştır. Normal dağılım göstermeyen değişkenlerin medyanları açısından gruplara göre farklılık gösterip

göstermediği Mann Whitney U testi ile incelenmiştir. Gösterim olarak medyan ve çeyrekliklerden yararlanılmıştır ve Medyan (1.Çeyreklik-3.Çeyreklik) şeklinde gösterilmiştir.²⁴⁴ Nümerik değişkenler arasındaki korelasyonun incelenmesi için normal dağılım göstermeleri sebebiyle Pearson Korelasyon analizi kullanılmıştır. Beklenen gözlem sayısının 5'ten az olması durumunda FisherExact, 5 ile 25 arasında olması durumunda Yate's istatistiği, diğer durumlarda ise Ki-kare test kullanılmıştır.



4. BULGULAR

4.1 Araştırma Grubunun Özellikleri

Sosyodemografik özellikler kapsamında katılımcılardan yaş, cinsiyet, eğitim yılı, medeni durum, çalışma durumu, evlilik süresi, evlilik şekli, eşinin eğitim yılı, yaşanan aile, gelir düzeyi, yaşadığı yer, ailede ruhsal hastalığın varlığı, tıbbi hastalık öyküsü, kahve/çay kullanımı, sigara, alkol ve madde kullanıp kullanmadıkları, kontrasepsiyon şekli, dismenore öyküsü, menarş yaşı, adet süresi, adet düzeni, gebelik sayısı ve doğum şekli bilgileri edinilmiştir. Yaşları 18 ile 48 arasında değişen 159 katılımcının yaşları ortalaması 30,11 (SS=9,20) bulunmuştur. Benzer şekilde hiç eğitim almamış olan bireylerden ve 21 yıl eğitim almış bireylere kadar geniş bir skalada katılımcı içeren çalışmamızın eğitim yılı ortalaması 12,05 (SS=4,13) yıl olarak belirlenmiştir. Katılımcıların beden kitle indeksleri (BKI) ise 15,40 ile 40,5 arasında değişirken BKI ortalamaları 24,65 (SS=5,33) olarak belirlenmiştir.

Tablo 7. Katılımcıların yaş, eğitim yılı ve BKI ortalama değerleri

Değişkenler	Ortalama	Standart Sapma	Minimum-Maksimum
Yaş	30,11	9,20	18-48
Eğitim Yılı	12,05	4,13	0-21
BKI	24,65	5,33	15,40-40,5
Kısaltmalar: BKI :Beden Kitle İndeksi			

159 katılımcının çalışma durumuna bakıldığında % 60,4'ünün (n=96) herhangi bir işte çalışmadığı (ev hanımı), % 39,6'sının da (n=63) mevcut haliyle aktif olarak çalıştığı belirlenmiştir. Katılımcıların % 4,4'ünün (n=7) sağlık güvencesi bulunmamaktadır yani % 95,6 oranında (n=152) bireyin sağlık güvencesi bulunmaktadır. Maddi olarak gelir düzeyine bakıldığında katılımcıların % 37,1'inin (n=59) asgari ücretten daha az gelirlerinin olduğu, % 62,9'unun (n=100) ise asgari ücret düzeyinde veya daha fazla gelirlerinin olduğu belirlenmiştir. Katılımcıların aile tipine baktığımızda % 89,9'unun (n=143) çekirdek aileye mensup olduğu, % 10,1'inin ise

geniş aile olarak yaşadığı belirlenmiştir. Katılımcıların yaşadıkları yere göre dağılımına bakıldığında % 89.9'unun (n=143) il merkezinde; % 10,1'inin de (n=16) il merkezinden küçük olan bir yerleşim yerinde yaşadığı belirlenmiştir.

Katılımcıların % 34'ünün (n=54) herhangi bir psikiyatrik hastalığı bulunmamakta olup, % 66'sının (n=105) başka bir psikiyatrik hastalık eştanısı mevcuttur. Ailede ruhsal bozukluk öyküsü olan katılımcı sayısı 65'tir ve bu sayı toplam katılımcıların % 40,9'una tekabül etmektedir. Ailede ruhsal bozukluğu olmayan katılımcı sayısı ise 93 (% 58.5)'tür. Özgeçmişinde tıbbi hastalık öyküsü bulunan katılımcı sayısı 43 (% 27) iken, herhangi bir tıbbi hastalığı olmayan katılımcı sayısı 116 (% 73)'dir.

Katılımcıların % 54.7'si (n=87) bekar olup, % 44'ü (n=70) evlidir. İlk evlilik yaşı, evlilik süresi, evlilik şekli, eşinin eğitim durumu ve eşinin mesleği değerlendirilirken daha önce hiç evlenmemiş olan kadınlar devre dışı bırakılarak analiz gerçekleştirilmiştir.

Tutku ve alışkanlıklara bakıldığında katılımcıların % 70,4'ünün (n=112) aktif sigara kullandığı, % 29.6'sının (n=47) ise mevcut haliyle sigara kullanmadığı; % 91.8'inin (n=146) alkol almadığı, % 8,2'sinin (n=13) ise mevcut haliyle aktif alkol kullanımının olduğu; % 98.1'inin (n=156) aktif olarak herhangi bir uyuşturucu madde kullanmadığı, % 1,9'unun (n=3) ise uyuşturucu madde kullandığı; % 11.9'unun (n=19) kahve veya çay tüketmediği, % 88.1'inin ise (n=140) hemen hemen her gün kahve veya çay tüketiminin olduğu belirlenmiştir (Tablo 8).

Tablo 8. Katılımcıların sosyodemografik değişkenleri

Değişkenler	Frekans (n)	Yüzde (%)
Çalışma durumu		
Çalışmıyor	96	60,4
Çalışıyor	63	39,6
Sağlık Güvencesi		
Yok	7	4,4
Var	152	95,6
Aile Tipi		
Çekirdek Aile	143	89,9
Geniş Aile	16	10,1
Gelir Düzeyi		
Aylık asgari ücretten az	59	37,1
Aylık asgari ücretten fazla	100	62,9
Yaşadığı yer		
İl merkezinden küçük	16	10,1
İl merkezi	143	89,9
Tıbbi Hastalık Öyküsü		
Yok	116	73
Var	43	27
Ailede ruhsal bozukluk öyküsü		
Yok	93	58,5
Var	65	40,9
Medeni Durum		
Bekar	87	54,7
Evli	70	44
Sigara Kullanımı		
Yok	112	70,4
Var	47	29,6
Alkol kullanımı		
Yok	146	91,8
Var	13	8,2
Madde Kullanımı		
Yok	156	98,1
Var	3	1,9
Kahve-çay tüketimi		
Yok	19	11,9
Var	140	88,1
Psikiyatrik Hastalık Tanısı		
Yok	54	34
Var	105	66

4.2 Sosyodemografik Değişkenlerin Dağılımı

PMDB geçici tanısı olan grubun yaş ortalaması 30,39 (SS=9,68), PMDB geçici tanısı olmayan grubun yaş ortalaması ise 29.69 (SS=8,48) olarak bulunmuştur. Yaş ve eğitim yılı ortalamalarına göre gruplar arasında anlamlı farklılık tespit edilememiştir. Çalışma durumu olarak PMDB geçici tanısı olan kadınların % 57,9'unun (n=55) ev

hanımı olduğu, % 42,1'inin (n=40) ise aktif olarak çalıştığı tespit edilmiştir. Kontrol grubunda ise bu oran sırasıyla % 64,1'e (n=41) % 35,9 (n=23) şeklindedir. Gelir düzeyine bakıldığında PMDB geçici tanısı olanların % 34,7'sinin (n=33) asgari ücretten az gelirinin olduğu; % 65,3'ünün (n=62) ise asgari ücretten daha fazla gelirinin olduğu belirlenmiştir. Kontrol grubunda ise bu oran % 40,6'ya (n=26) % 59,4 (n=38) şeklindedir. PMDB geçici tanısı olan kadınların % 54,3'ünün bekar, % 45,7'sinin ise evli olduğu; kontrol grubunun ise % 57,1'inin bekar, % 42,9'unun evli olduğu belirlenmiştir. Bu bulgular ışığında çalışma durumu, gelir düzeyi, medeni durum ile PMDB grupları arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır. PMDB geçici tanısı olan ve olmayan katılımcıların bazı sosyodemografik özellikleri Tablo 9'da gösterilmiştir.

Tablo 9. PMDB geçici tanısı olan ve olmayan gruplarda sosyodemografik değişkenlerin dağılımı

Değişkenler	PMDB Geçici Tanısı		İstatistik
	Yok (Ort.±SS)/M(1Ç-3Ç)	Var (Ort.±SS)/M(1Ç-3Ç)	
Yaş	29,69±8.48	30,39±9.68	t=-0.47 p=0.64
Eğitim Yılı	12,53±3.85	11,73±4.30	t=1.21 p=0.23
Meslek			$\chi^2=0.61$ p=0.44a
Çalışmıyor	41(64,1)	55(57,9)	
Çalışıyor	23(35,9)	40(42,1)	
Gelir Düzeyi			$\chi^2=0.34$ p=0.56b
Aylık asgari ücretten az	26(40,6)	33(34,7)	
Aylık asgari ücretten fazla	38(59,4)	62(65,3)	
Medeni Durumu			$\chi^2=0.13$ p=0.72a
Bekar	36(57,1)	51(54,3)	
Evli	27(42,9)	43(45,7)	
a.Ki-Kare			
b.Yate İstatistiği			
Kısaltmalar: PMDB : premenstrual disforik bozukluk Ort.±SS :ortalama değeri ve standart sapmalar, M (1Ç-3Ç) : Medyan ve çeyreklik değerleri			

4.3 PMDB Geçici Tanısı Olan Ve Olmayan Gruplarda Klinik Değişkenlerin Dağılımı

Hem PMDB geçici tanısı olan hem de kontrol grubundaki evli kadınların evlilik yaş ortancası 20 olarak bulunmuştur. Kontrol grubundaki evli kadınların % 37'sinin görücü usulü evlendiği, % 17'sinin de isteyerek evlendiği; PMDB geçici tanısı olan evli kadınların ise % 44,2'sinin görücü usulü evlendiği, % 55,8'inin de isteyerek evlendiği bulunmuştur. Evlilik süresi bakımından kontrol grubunun evlilik süresi ortalaması 11,22 (SS=8,03) yıl iken PMDB geçici tanısı olan grubun evlilik süresi ortalaması 14,12 (SS=8,28) yıl olarak bulunmuştur. Eşlerin eğitim süresi incelendiğinde kontrol grubunda ortalama 10,26 (SS=4,93) yıl, PMDB geçici tanısı olan grupta ise ortalama 10,70 (SS=3,96) yıl olarak bulunmuştur. Tablo 10'daki bulgulara göre çalışmamızda evlilik yaşı, evlilik süresi ve eşin eğitim yılına göre PMDB geçici tanısı olan ve olmayan gruplar arasında anlamlı farklılık bulunamamıştır. Ayrıca isteyerek evlenme durumu ile de gruplar arasında herhangi bir ilişki bulunamamıştır.

Hem PMDB geçici tanısı olan hem de kontrol grubundaki kadınların kahve-çay tüketimi ortalama 3 fincan/gün olarak bulunmuştur. Tablo 10'daki bulgulara göre çalışmamızda kahve-çay tüketim miktarı ile gruplar arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. PMDB geçici tanısı olan grubun BKİ ortalaması 25,20 iken kontrol grubunun BKİ ortalaması 22,90 olarak bulunmuştur. Her ne kadar PMDB geçici tanısı olan kadınlarda BKİ ortalaması daha yüksek olmasına rağmen farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır. Alkol, sigara ve madde kullanımı gruplar arasında dengesiz dağılımı sebebiyle analize dahil edilememiştir.

Hem PMDB geçici tanısı olan hem de kontrol grubundaki kadınların ortalama gebelik sayısı 2, ortalama düşük veya kürtaj sayısı 0, ortalama yaşayan çocuk sayısı ise 2 olarak bulunmuştur. PMDB geçici tanısı olan grupta 12 kadın (% 26,1) vajinal yolla doğum yapmış; 34 kadın (% 73,9) ise sezaryen ile doğum yapmıştır. Kontrol grubunda ise 9 kadın (% 34,6) vajinal yolla doğum yapmış; 17 kadın (% 65,4) ise sezaryen ile doğum yapmıştır. Kontrasepsiyon yöntemi olarak PMDB geçici tanısı olan grupta 21 kadın (% 39,6) prezervatif, 5 kadın (% 9,4) rahim içi araç (RİA), 3 kadın (% 5,7) KOK, 11 kadın (% 20,8) ise diğer kontraseptif yöntemleri (tüp ligasyon, geri çekme v.b.) tercih etmiştir. 13 kadın (% 24,5) ise herhangi bir kontraseptif yöntem

kullanmamaktadır. Kontrol grubunda ise kontraseptif yöntem kullanmayan kadın sayısı 4 (% 12,1) olarak bulunmuştur. Ayrıca kontrol grubunda 13 kadın (% 39,4) prezervatif, 7 kadın (% 21,2) RİA, 3 kadın (% 9,1) KOK, 6 kadın (% 18,2) ise diğer kontraseptif yöntemleri tercih etmiştir. Çalışmamızda Tablo 10'daki bulgulara göre kontrol grubu ile PMDB geçici tanısı olan gruplar arasında doğurganlık özellikleri bakımından gebelik sayısı, düşük/kürtaj öyküsü, yaşayan çocuk sayısı, doğum şekli ve kontrasepsiyon yöntemleri açısından anlamlı bir fark bulunamamıştır.

Hem PMDB geçici tanısı olan hem de kontrol grubundaki kadınların ortalama menarş yaşı 13, ortalama adet süresi 6 gün olarak bulunmuştur. Çalışmamızdaki bulgulara göre PMDB geçici tanısı olan kadınların % 28,4'ü (n=27) düzensiz adet görürken, % 71,6'sı (n=68) düzenli adet görmektedir. PMDB geçici tanısı olmayan kadınların ise % 32,8'i (n=21) düzensiz adet görürken, % 67,2'si (n=43) düzenli adet görmektedir. Tablo 10'da gösterildiği gibi adet süresi, adet düzeni ve menarş yaşı ile PMDB geçici tanısı olan ve olmayan gruplar arasında anlamlı farklılık bulunmamaktadır.

Çalışmamızda kontrol grubunun % 56,3'ünde (n=36) dismenore öyküsü bulunmazken, % 43,8'inde (n=28) dismenore öyküsü bulunmaktadır. PMDB geçici tanısı olan kadınların % 38,9'unda (n=37) dismenore öyküsü bulunmazken, % 61,1'inde (n=58) dismenore öyküsü bulunmaktadır. Tablo 10'daki bu bulgulara göre dismenore ve PMDB geçici tanısı arasında anlamlı bir ilişki vardır (p=0.03).

Tablo 10. PMDB geçici tanısı olan ve olmayan gruplarda klinik değişkenlerin dağılımı

	PMDB Geçici Tanısı		İstatistik
	Yok (Ort.±SS)/M(1Ç-3Ç)/ Frekans(yüzde)	Var (Ort.±SS)/M(1Ç-3Ç)/ Frekans(yüzde)	
Evlilik Yaşı	20(19-25)	20(19-26)	U=556.5 Z=-0.29 p=0.77
Evlilik Süresi	11.22±8,03	14,12±8.28	t=-1.44 p=0.16
Eşinin Eğitim Yılı	10.26±4,93	10,70±3.96	t=-0.41 p=0.68
Evlilik şekli			$\chi^2=0.12$ p=0.73b
Görücü Usulü	10(37)	19(44,2)	
İsteyerek	17(63)	24(55,8)	

Kahve-Çay Tüketimi(fincan/gün)	3(2-5)	3(2-6)	U=2546 Z=-0.76 p=0.45
BKI	22,90(21.10-25.70)	25,20(20.70-29.45)	U=2666 Z=-1.31 p=0.19
Gebelik Sayısı	2(1,75-3)	2(2-4)	U=588 Z=-1.74 p=0.08
Düşük/Kürtaj öyküsü	0(0-0,25)	0(0-1)	U=491 Z=-1.80 p=0.07
Yaşayan Çocuk Sayısı	2(1-3)	2(2-3)	U=651.5 Z=-0.23 p=0.82
Doğum Şekli			$\chi^2=0.25$ p=0.62b
Vajinal	9(34,6)	12(26,1)	
C/S	17(65,4)	34(73,9)	
Kontrasepsiyon			p=0.40c
Yok	4(12,1)	13(24,5)	
Prezervatif	13(39,4)	21(39,6)	
RİA	7(21,2)	5(9,4)	
KOK	3(9,1)	3(5,7)	
Diğer	6(18,2)	11(20,8)	
Menarş Yaşı	13(12-14)	13(12-14)	U=3007.5 Z=-0.12 p=0.91
Adet Süresi	6(5-7)	6(5-7)	U=2689 Z=-1.26 p=0.21
Dismenore öyküsü			$\chi^2=4.61$ p=0.03a
Yok	36(56,3)a	37(38,9)b	
Var	28(43,8)a	58(61,1)b	
Adet Düzeni			$\chi^2=0.17$ p=0.68b
Düzensiz	21(32,8)	27(28,4)	
Düzenli	43(67,2)	68(71,6)	
a.Ki-Kare b.Yate İstatistiği c.FisherExact Test			
Kısaltmalar: PMDB : premenstrual disforik bozukluk BKI : Beden kitle indeksi C/S : Sezaryen, RİA : rahim içi araç, KOK : Kombine oral kontraseptif, Ort.±SS :ortalama değeri ve standart sapmalar, M (1Ç-3Ç) : Medyan ve çeyreklik değerleri			

4.4 PMDB Kalıcı Tanısı Olan Ve Olmayan Gruplarda Klinik Değişkenlerin Dağılımı

PMDB kalıcı tanısı olan evli kadınların evlilik yaşı ortancası 21, PMDB kalıcı tanısı olmayan evli kadınların yaş ortalaması ise 20 olarak bulunmuştur. PMDB kalıcı tanısı olmayan evli kadınların % 41,5'inin (n=17) görücü usulü evlendiği, % 58,5'inin (n=24) de isteyerek evlendiği öğrenilmiştir. PMDB kalıcı tanısı olan evli kadınların % 41,4'ünün (n=12) görücü usulü evlendiği, % 58,6'sının (n=17) da isteyerek evlendiği öğrenilmiştir. Evlilik süresi bakımından PMDB kalıcı tanısı olmayan grubun evlilik süresi ortalaması 12,78 (SS=8,77) yıl iken PMDB kalıcı tanısı olan grubun evlilik süresi ortalaması 13,31 (SS=7,60) yıl olarak bulunmuştur. Eşlerin eğitim süresi incelendiğinde PMDB kalıcı tanısı olmayan grupta ortalama 10,20 (SS=4,61) yıl, PMDB kalıcı tanısı olan grupta ise ortalama 11,00 (SS=3,93) yıl olarak bulunmuştur. Tablo 11'deki bu bulgulara göre çalışmamızda evlilik yaşı, evlilik süresi ve eşin eğitim yılına göre PMDB kalıcı tanısı olan ve olmayan gruplar arasında anlamlı farklılık bulunamamıştır. Ayrıca isteyerek evlenme durumu ile de gruplar arasında herhangi bir ilişki bulunamamıştır.

Hem PMDB kalıcı tanısı olan hem de kalıcı tanısı olmayan kadınların kahve-çay tüketimi ortalama 3 fincan/gün olarak bulunmuştur. PMDB kalıcı tanısı olan grubun BKİ ortalaması 25,00 (SS=5,47) iken kontrol grubunun BKİ ortalaması 24,75 (SS=5,33) olarak bulunmuştur. Tablo 11'deki bulgulara göre çalışmamızda kahve-çay tüketim miktarı ve BKİ ile PMDB kalıcı tanısı olan ve olmayan gruplar arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Alkol, sigara ve madde kullanımı gruplar arasında dengesiz dağılımı sebebiyle analize dahil edilememiştir.

Çalışmamızda PMDB kalıcı tanısı olan ve olmayan kadınların ortalama gebelik sayısı 2, ortalama düşük veya kürtaj sayısı 0, ortalama yaşayan çocuk sayısı ise 2 olarak bulunmuştur. PMDB kalıcı tanısı olan grupta 5 kadın (% 15,6) vajinal yolla doğum yapmış; 27 kadın (% 84,4) ise sezaryen ile doğum yapmıştır. PMDB kalıcı tanısı olmayan grupta ise 16 kadın (% 40) vajinal yolla doğum yapmış; 24 kadın (% 60) sezaryen ile doğum yapmıştır. Kontrasepsiyon yöntemi olarak PMDB kalıcı tanısı olan grupta 12 kadın (% 33,3) prezervatif, 3 kadın (% 8,3) RİA, 3 kadın (% 8,3) KOK, 7 kadın (% 19,4) ise diğer kontraseptif yöntemleri (tüp ligasyon, geri çekme v.b.) tercih etmiştir. 11 kadın (% 30,6) ise herhangi bir kontraseptif yöntem kullanmamaktadır.

PMDB kalıcı tanısı olmayan grupta ise kontraseptif yöntem kullanmayan kadın sayısı 6 (%12) olarak bulunmuştur. Ayrıca bu grupta 2 kadın (%44) prezervatif, 9 kadın (% 18) RİA, 3 kadın (% 6) KOK, 10 kadın (% 20) ise diğer kontraseptif yöntemleri tercih etmiştir. Tablo 11'deki bu bulgulara göre PMDB kalıcı tanısı olan ve olmayan gruplar arasında doğurganlık özellikleri bakımından gebelik sayısı, düşük/kürtaj öyküsü, yaşayan çocuk sayısı, doğum şekli ve kontrasepsiyon yöntemleri açısından anlamlı bir fark bulunamamıştır.

Çalışmamızda PMDB kalıcı tanısı olmayan kadınların ortalama menarş yaşı 12,81 (SS=1,39), ortalama adet süresi 6 gün olarak bulunmuştur. PMDB kalıcı tanısı olan kadınların ise ortalama menarş yaşı 12,82 (SS=1,30), ortalama adet süresi 6 gün olarak bulunmuştur. Çalışmamızdaki bulgulara göre PMDB kalıcı tanısı olan kadınların % 27,4'ü (n=17) düzensiz adet görürken, % 72,6'sı (n=45) düzenli adet görmektedir. PMDB kalıcı tanısı olmayan kadınların ise % 32'si (n=31) düzensiz adet görürken, % 68'i (n=66) düzenli adet görmektedir. PMDB kalıcı tanısı olmayan bireylerin % 48,5'inde (n=47) dismenore öyküsü bulunmazken, % 51,5'inde (n=50) dismenore öyküsü bulunmaktadır. PMDB kalıcı tanısı olan kadınların % 41,9'unda (n=26) dismenore öyküsü bulunmazken, % 58,1'inde (n=36) dismenore öyküsü bulunmaktadır. Tablo 11'de gösterildiği gibi adet süresi, adet düzeni, dismenore öyküsü ve menarş yaşı ile PMDB kalıcı tanısı olan ve olmayan gruplar arasında anlamlı farklılık bulunmamaktadır.

Tablo 11. PMDB kalıcı tanısı olan ve olmayan gruplarda klinik değişkenlerin dağılımı

	PMDB Kalıcı Tanısı		İstatistik
	Yok (Ort.±SS)/M(1Ç-3Ç)/ Frekans(yüzde)	Var (Ort.±SS)/M(1Ç-3Ç)/ Frekans(yüzde)	
Evlilik Yaşı	20(19-25)	21(19-27)	U=516 Z=-0.94 p=0.35
Evlilik Süresi	12,78±8,77	13,31±7,60	t=-0.26 p=0.79
Eşinin Eğitim Yılı	10,20±4,61	11,00±3,93	t=-0.76 p=0.45
Evlilik şekli			p=1
Görücü Usulü	17(41,5)	12(41,4)	
İsteyerek	24(58,5)	17(58,6)	
Kahve-Çay Tüketimi(fincan/gün)	3(2-5)	3(2-7)	U=2420 Z=-1.07 p=0.29

BKI	24,75±5,33	25,00±5,47	t=-0.32 p=0.75
Gebelik Sayısı	2(1-3,25)	2(2-3,25)	U=692.5 Z=-0.90 p=0.37
Düşük/Kürtaj öyküsü	0(0-1)	0(0-1)	U=594 Z=-1.07 p=0.28
Yaşayan Çocuk Sayısı	2(1-3)	2(2-3)	U=702.5 Z=-0.08 p=0.94
Doğum Şekli			$\chi^2=4.00$ p=0.045b
Vajinal	16(40)	5(15,6)	
C/S	24(60)	27(84,4)	
Kontrasepsiyon			p=0.22c
Yok	6(12)	11(30,6)	
Prezervatif	22(44)	12(33,3)	
RİA	9(18)	3(8,3)	
KOK	3(6)	3(8,3)	
Diğer	10(20)	7(19,4)	
Menarş Yaşı	12,81±1,39	12,82±1,30	t=-0.04 p=0.97
Adet Süresi/gün	6(5-7)	6(5-7)	U=2987 Z=-0.07 P=0.94
Dismenore öyküsü			$\chi^2=0.65$ p=0.42a
Yok	47(48,5)	26(41,9)	
Var	50(51,5)	36(58,1)	
Adet Düzeni			$\chi^2=0.19$ p=0.67b
Düzensiz	31(32)	17(27,4)	
Düzenli	66(68)	45(72,6)	
a.Ki-Kare b.Yate İstatistiği c.FisherExact Test			
Kısaltmalar: PMDB : premenstrual disforik bozukluk BKI : Beden kitle indeksi C/S : Sezaryen, RİA : rahim içi araç, KOK : Kombine oral kontraseptif, Ort.±SS :ortalama değeri ve standart sapmalar, M (1Ç-3Ç) : Medyan ve çeyreklik değerleri			

4.5 PMDB Tanı Sürekliliğinin İncelenmesi

PMDB geçici tanısı olanların % kaçının PMDB kalıcı tanıya dönüştüğü Tablo 12'de gösterilmiştir. PMDB geçici tanısı olan 95 kadına ardışık üç siklus boyunca doldurmaları için bireysel takvim oluşturulmuştur. Bireysel takvimlerin puanlanması sonrası katılımcıların % 34,7'sinin (n=33) PMDB geçici tanısının DSM-5'e göre kalıcı

tanıya dönüşmediği; % 65,3'ünün (n=62) de DSM-5'e göre kalıcı tanıya dönüştüğü bulunmuştur.

Tablo 12. PMDB geçici tanısı olanların kalıcı tanıya dönüşme yüzdeleri

PMDB Kalıcı Tanı		
	Frekans (n)	Yüzde (%)
Yok	33	34,7
Var	62	65,3
Kısaltmalar: PMDB: Premenstrual Disforik Bozukluk		

4.6 PMDB Geçici Tanısı Olan Ve Olmayanların Psikiyatrik Komorbiditesinin İncelenmesi

PMDB geçici tanısı olan grupta 65 kadına (% 68,4) psikiyatrik hastalık tanısı konmuş, 30 kadında (% 31,6) ise herhangi bir psikiyatrik hastalık belirlenmemiştir. Psikiyatrik hastalık tanısı alan 65 kadının 19'una (% 30,2) depresif bozukluk, 33'üne (% 52,4) anksiyete bozukluğu, 6'sına (% 9,5) OKB, 1'ine (%1,6) psikotik bozukluk, 1'ine (% 1,6) BB, 2'sine (% 3,2) konversiyon bozukluğu, 1'ine (% 1,6) dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB) tanısı konmuştur. Kontrol grubunda ise psikiyatrik hastalık tanısı olmayan 24 (% 37,5) kadın, psikiyatrik hastalık tanısı mevcut olan 40 (% 62,5) kadın olduğu belirlenmiştir. 40 kadının 4'üne (%11,1) depresif bozukluk, 20'sine (% 55,6) anksiyete bozukluğu, 1'ine (% 2,8) OKB, 4'üne (% 11,1) psikotik bozukluk, 4'üne (% 11,1) BB, 2'sine (% 5,6) konversiyon bozukluğu, 1'ine (% 2,8) DEHB tanısı konmuştur.

PMDB geçici tanısı olan grupta özellikle depresyon tanısı alan bireylerin PMDB geçici tanısı olmayan gruptan daha fazla olduğu tespit edilmiştir. Bu istatistiksel olarak da anlamlı ($p=0,02$) bir bulgudur. Ayrıca kontrol grubunda herhangi bir psikotik bozukluk ve BB tanısı alan bireylerin PMDB geçici tanısı olan gruptan daha fazla olduğu tespit edilmiştir. Aynı zamanda PMDB geçici tanısı olan grupta OKB tanısı alan bireylerin de kontrol grubundan fazla olduğu belirlenmiştir.

Tablo 13. PMDB geçici tanısı olan ve olmayanların psikiyatrik komorbiditesi

	PMDB geçici tanısı		
	Yok Frekans (yüzde)	Var Frekans (yüzde)	
Psikiyatrik Hastalık			$\chi^2=0.36$ p=0.55b
Yok	24(37,5)	30(31,6)	
Var	40(62,5)	65(68,4)	
Psikiyatrik Hastalık Tanısı			p=0.02c
Depresif Bozukluk	4(11,1)	19(30,2)	
Anksiyete Bozukluğu	20(55,6)	33(52,4)	
OKB	1(2,8)	6(9,5)	
Psikotik Bozukluk	4(11,1)	1(1,6)	
Bipolar Bozukluk	4(11,1)	1(1,6)	
Konversiyon Bozukluğu	2(5,6)	2(3,2)	
DEHB	1(2,8)	1(1,6)	
b.Yate İstatistiği c.FisherExact Test			
Kısaltmalar: PMDB : premenstrual disforik bozukluk OKB : Obsesif kompulsif bozukluk, BB : Bipolar Bozukluk, DEHB :Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu			

4.7 PMDB Kalıcı Tanısı Olan Ve Olmayanların Psikiyatrik Komorbiditesinin İncelenmesi

PMDB kalıcı tanısı olan grupta 36 kadına (% 58,1) psikiyatrik hastalık tanısı konmuş, 26 kadında (% 41,9) ise herhangi bir psikiyatrik hastalık belirlenmemiştir. Psikiyatrik hastalık tanısı alan 36 kadının 9'una (% 25,7) depresif bozukluk, 21'ine (% 60) anksiyete bozukluğu, 3'üne (% 8,6) OKB, 1'ine (% 2,9) BB, 1'ine (% 2,9) DEHB tanısı konmuştur. Tablo 20'deki bulgulara göre PMDB kalıcı tanısı olan ve olmayan gruplar arasında psikiyatrik hastalık bakımından hastalığın kalıcı olmasını belirleyebilecek herhangi bir anlamlı ilişki bulunamamıştır .

Tablo 14. PMDB kalıcı tanısı olan ve olmayanların psikiyatrik komorbiditesi

	PMDB Kalıcı Tanı		İstatistik
	Yok Frekans(yüzde)	Var Frekans(yüzde)	
Psikiyatrik Hastalık			$\chi^2=2.33$ $p=0.13b$
Yok	28(28,9)	26(41,9)	
Var	69(71,1)	36(58,1)	
Psikiyatrik Hastalık Tanısı			$p=0.41c$
Depresif Bozukluk	14(21,9)	9(25,7)	
Anksiyete Bozukluğu	32(50)	21(60)	
OKB	4(6,3)	3(8,6)	
Psikotik Bozukluk	5(7,8)	0	
Bipolar Bozukluk	4(6,3)	1(2,9)	
Konversiyon Bozukluğu	4(6,3)	0	
DEHB	1(1,6)	1(2,9)	
b. Yate İstatistiği c. FisherExact Test			
Kısaltmalar: PMDB : premenstrual disforik bozukluk OKB : Obsesif kompulsif bozukluk, BB : Bipolar Bozukluk, DEHB :Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu			

4.8 PMDB Geçici Tanısı Olan Ve Olmayan Olguların Ölçek Skorları ve Alt Boyutlarına Göre Karşılaştırılması

PMSÖ depresif duygulanım, anksiyete, yorgunluk, sinirlilik, depresif düşünceler, ağrı, iştah, uyku ve şişkinlik alt ölçeklerinden oluşmaktadır. PMSÖ ve alt ölçekleri ortalamalarına göre gruplar arasında anlamlı farklılık bulunmuştur (tümü için $p<0.001$.) Tüm ölçek ortalamaları PMDB geçici tanısı olan bireylerde PMDB geçici tanısı olmayan gruba göre daha yüksek olduğu gözlemlenmiştir. Her iki grupta PMSÖ toplam ve alt ölçek puanlarının karşılaştırılması Tablo 15'te gösterilmiştir.

PMDB geçici tanısı olan grupta PAÖ toplam puan ortalaması $36,17\pm12,16$, kontrol grubunda $26,78\pm10,87$ olarak tespit edilmiştir. Gruplar arasında PAÖ toplam puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($p<0,001$). PMDB geçici tanısı olan ve olmayan gruplarda PAÖ toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 15'te gösterilmiştir.

PMDB geçici tanısı olan grupta 15 (%15,8) kadının akşamcıl tipte, 74 (% 77,9) kadının ara tipte, 6 (% 6,3) kadının ise sabahçıl tipte olduğu belirlenmiştir. Kontrol grubunda ise 17 (% 26,6) kadının akşamcıl tipte, 44 (% 68,8) kadının ara tipte, 3 (% 4,7) kadının ise sabahçıl tipte olduğu belirlenmiştir. Gruplar arasında Tablo 15'te

gösterildiği gibi sabahçılık veya akşamcılık arasında herhangi bir anlamlı ilişki bulunamamıştır ($p=0.28$).

PMDB geçici tanısı olan grupta ortalama ÇÇTÖ toplam puanı 37, ortalama ÇÇTÖ-DİS puanı 7, ortalama ÇÇTÖ-FİS puanı 5, ortalama ÇÇTÖ-FİH puanı 7, ortalama ÇÇTÖ-DİH puanı 12,20, ortalama ÇÇTÖ-CİS puanı 5 olarak bulunmuştur. PMDB geçici tanısı olmayan grupta ise ortalama ÇÇTÖ toplam puanı 37,5, ortalama ÇÇTÖ-DİS puanı 7, ortalama ÇÇTÖ-FİS puanı 5, ortalama ÇÇTÖ-FİH puanı 7, ortalama ÇÇTÖ-DİH puanı 12,47, ortalama ÇÇTÖ-CİS puanı 5 olarak bulunmuştur. Tablo 15'te gösterildiği gibi ÇÇTÖ ve tüm alt ölçekleri (ÇÇTÖ-DİS, ÇÇTÖ-FİS, ÇÇTÖ-FİH, ÇÇTÖ-DİH, ÇÇTÖ-CİS) ortalamalarına/medyanlarına göre PMDB geçici tanısı olan ve olmayan gruplar arasında anlamlı fark bulunamamıştır.

PMDB geçici tanısı olan grupta ortalama ÇUÖ toplam puanı 97,07 ($SS=28,45$), ortalama ÇUÖ-EAFB puanı 45,21 ($SS=13,72$) , ortalama ÇUÖ-EAT puanı 30,43 ($SS=10,04$), ortalama ÇUÖ-Dİ puanı 7,43 ($SS=3,19$), ortalama ÇUÖ-EAB puanı 13,52 ($SS=5,02$) olarak bulunmuştur. PMDB geçici tanısı olmayan grupta ortalama ÇUÖ toplam puanı 97,44 ($SS=33,04$), ortalama ÇUÖ-EAFB puanı 46,26 ($SS=12,95$), ortalama ÇUÖ-EAT puanı 32,29 ($SS=9,62$), ortalama ÇUÖ-Dİ puanı 8,58 ($SS=3,13$), ortalama ÇUÖ-EAB puanı 13,42 ($SS=7,22$) olarak bulunmuştur. ÇUÖ ve tüm alt ölçekleri (ÇUÖ-EAFB, ÇUÖ-EAT, ÇUÖ-Dİ, ÇUÖ-EAB) ortalamalarına göre PMDB geçici tanısı olan ve olmayan gruplar arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır. Gruplar arası ÇUÖ ve alt ölçek puanlarının karşılaştırılması Tablo 15'te verilmiştir.

Tablo 15. PMDB geçici tanısı olan ve olmayan olguların PMSÖ skorları ve alt boyutları, PAÖ, kronotip özellikleri, ÇÇTÖ ve alt ölçekleri, ÇUÖ ve alt ölçeklerine göre karşılaştırılması

	PMDB Geçici Tanısı		İstatistik
	Yok (Ort.±SS)/M(1Ç-3Ç)	Var (Ort.±SS)/M(1Ç-3Ç)	
PMSÖ	104,26±28,98	148,38±27,27	t=-9.60 p<0.001
Depresif duygulanım	17,5±6,24	24,90±5,03	t=-7.79 p<0.001
Anksiyete	12,60±5,81	20,11±6,58	t=-7.28 p<0.001
Yorgunluk	15,94±5.82	22,12±5,44	t=-6.72 p<0.001
Sinirlilik	14,00±5.14	18,00±4,84	t=-4.91 p<0.001

Depresif düşünceler	15,48±5.81	21,83±5,60	t=-6.13 p<0.001
Ağrı	6,77±3.44	10,57±3,31	t=-6.86 p<0.001
İştah	8,00±3.79	10,42±3,48	t=-4.09 p<0.001
Uyku	6,65±2.69	10,26±3,42	t=-7.00 p<0.001
Şişkinlik	7,58±3.70	10,43±3,52	t=-4.83 p<0.001
PAÖ	26,78±10,87	36,17±12,16	t=-4.98 p<0.001
Kronotip Testi			p=0.28
Akşamcıl Tip	17(26,6)	15(15,8)	
Ara Tip	44(68,8)	74(77,9)	
Sabahcıl Tip	3(4,7)	6(6,3)	
ÇÇTÖ	37,5(29,5-47,75)	37(31-49)	U=2953.5 Z=-0.19 p=0.85
ÇÇTÖ-DİS	7(5-11)	7(5-12)	2926.5 Z=-0.30 p=0.77
ÇÇTÖ-FİS	5(5-5)	5(5-5)	U=2976.5 Z=-0.15 p=0.88
ÇÇTÖ-FİH	7(5-9)	7(5-9.25)	U=2916.5 Z=-0.33 p=0.74
ÇÇTÖ-DİH	12,47±5,67	12,20±5,38	t=0.30 p=0.77
ÇÇTÖ-CİS	5(5-5)	5(5-6)	U=2703.5 Z=-1.45 p=0.15
Minimizasyon değeri	0,67±0,93	0,52±0,75	t=1.03 p=0.31
ÇUÖ	97,44±33,04	97,07±28,45	t=0.05 p=0.96
ÇUÖ-EAFB	46,26±12,95	45,21±13,72	t=0.33 p=0.74
ÇUÖ-EAT	32,29±9,62	30,43±10,04	t=0.80 p=0.43
ÇUÖ-Dİ	8,58±3,13	7,43±3,19	t=1.54 p=0.13
ÇUÖ-EAB	13,42±7,22	13,52±5,02	t=-0.07 p=0.95
FisherExact Test			
Kısaltmalar: PMSÖ : Premenstrual Sendrom Ölçeği Toplam Puanı, PMDB : premenstrual disforik bozukluk, PAÖ : Psikolojik Acı Ölçeği Toplam Puanı, ÇÇTÖ : Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği Toplam Puanı, ÇÇTÖ-DİS : Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği Duygusal İstismar Puanı, ÇÇTÖ-FİS : Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği Fiziksel İstismar Puanı, ÇÇTÖ-FİH : Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği Fiziksel İhmal Puanı, ÇÇTÖ-DİH : Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği Duygusal İhmal Puanı, ÇÇTÖ-CİS : Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği Cinsel İstismar Puanı, ÇUÖ-T : Çift Uyum Ölçeği Toplam Puanı, ÇUÖ-EAFB : Çift Uyum Ölçeği Eşler Arası Fikir Birliği Alt Toplamı, ÇUÖ-EAT : Çift Uyum Ölçeği Eşler Arası Tatmin Alt Toplamı, ÇUÖ-Dİ : Çift Uyum Ölçeği Duygusal İfade Alt Toplamı, ÇUÖ-EAB : Çift Uyum Ölçeği Eşler Arası Bağlılık Alt Toplamı, Ort.±SS :ortalama değeri ve standart sapmalar, M (1Ç-3Ç) : Medyan ve çeyreklik değerleri			

GRCDÖ sıklık, iletişim, doyum, kaçınma, dokunma, vajinismus ve anorgazmi alt ölçeklerinden oluşmaktadır. PMDB geçici tanısı olan grupta ortalama GRCDÖ toplam puanı 37,40 (SS=16,76), sıklık puanı 3,72 (SS=1,57), iletişim puanı 4,11 (SS=2,54), doyum puanı 5,11 (SS=3,55), kaçınma puanı 4,11 (SS=3,40), dokunma puanı 5,09 (SS=3,39), vajinismus puanı 5,66 (SS=2,86), anorgazmi puanı 5,15 (SS=2,98) olarak bulunmuştur. PMDB geçici tanısı olmayan grupta ise ortalama GRCDÖ toplam puanı 36,75 (SS=17,70), sıklık puanı 3,34 (SS=1,49), iletişim puanı 4,03 (SS=2,46), doyum puanı 4,69 (SS=3,40), kaçınma puanı 3,97 (SS=3,21), dokunma puanı 4,31 (SS=3,32), vajinismus puanı 5,03 (SS=2,83), anorgazmi puanı 5,81 (SS=3,28) olarak bulunmuştur. Tablo 16'daki bulgulara göre GRCDÖ ve alt ölçek ortalamalarına göre PMDB geçici tanısı olan ve olmayan gruplar arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır.

BDÖ dikkatte dürtüsellik, motor dürtüsellik ve plan yapamama alt ölçeklerinden oluşmaktadır. PMDB geçici tanısı olan grupta ortalama BDÖ-DD puanı 17,22 (SS=4,26), ortalama BDÖ-MD puanı 20,01 (SS=4,72), ortalama BDÖ-PY puanı 25,81 (SS=4,83) olarak bulunmuştur. PMDB geçici tanısı olmayan grupta ise ortalama BDÖ-DD puanı 16,41 (SS=3,94), ortalama BDÖ-MD puanı 19,27 (SS=4,58), ortalama BDÖ-PY puanı 24,98 (SS=5,13) olarak bulunmuştur. Tablo 16'daki bulgulara göre PMDB geçici tanısı olan ve olmayan gruplar arasında BDÖ alt ölçek ortalamalarına göre anlamlı fark bulunamamıştır.

PMDB geçici tanısı olan grupta ortalama ADİ-T puanı 33,34 (SS=16,85), ortalama ADİ-F puanı 11,78 (SS=6,75), ortalama ADİ-B puanı 12,47 (SS=6,75), ortalama ADİ-S puanı 8,84 (SS=5,30) olarak bulunmuştur. PMDB geçici tanısı olmayan grupta ise ortalama ADİ-T puanı 22,13 (SS=11,97), ortalama ADİ-F puanı 7,02 (SS=4,70), ortalama ADİ-B puanı 9,17 (SS=5,21), ortalama ADİ-S puanı 6,10 (SS=4,43) olarak bulunmuştur. Tablo 16'daki bu bulgulara göre PMDB geçici tanısı olan ve olmayan gruplar arasında ADİ-T puanı, fiziksel (ADİ-F), bilişsel (ADİ-B) ve sosyal (ADİ-S) duyarlılık alt ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir (sırayla $p<0,001$, $p<0,001$, $p=0,001$, $p=0,001$).

Tablo 16. PMDB geçici tanısı olan ve olmayan olguların GRCDÖ ve alt ölçekleri, BDÖ alt ölçekleri, ADİ-3 skorları ve alt boyutlarına göre karşılaştırılması

	PMDB Geçici Tanısı		İstatistik
	Yok (Ort.±SS)/M(1Ç-3Ç)	Var (Ort.±SS)/M(1Ç-3Ç)	
GRCDÖ	36,75±17,70	37,40±16,76	t=-0.17 p=0.87
Sıklık	3,34±1,49	3,72±1,57	t=-1.08 p=0.29
İletişim	4,03±2,46	4,11±2,54	t=-0.13 p=0.90
Doyum	4,69±3,40	5,11±3,55	t=-0.52 p=0.60
Kaçınma	3,97±3,21	4,11±3,40	t=-0.18 p=0.86
Dokunma	4,31±3,32	5,09±3,39	t=-1.00 p=0.32
Vajinismus	5,03±2,83	5,66±2,86	t=-0.96 p=0.34
Anorgazmi	5,81±3,28	5,15±2,98	t=0.93 p=0.35
BDÖ-DD	16,41±3,94	17,22±4,26	t=-1.18 p=0.24
BDÖ-MD	19,27±4,58	20,01±4,72	t=-0.96 p=0.34
BDÖ-PY	24,98±5,13	25,81±4,83	t=-1.01 p=0.32
ADİ-T	22,13±11,97	33,34±16,85	t=-4.82 p<0.001
ADİ-F	7,02±4,70	11,78±6,75	t=-5.14 p<0.001
ADİ-B	9,17±5,21	12,47±6,75	t=-3.40 p=0.001
ADİ-S	6,10±4,43	8,84±5,30	t=-3.37 p=0.001
FisherExact Test			
Kısaltmalar: PMDB : premenstrual disforik bozukluk, GRCDÖ : Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği, BDÖ-DD : Barratt Dürtüsellik Ölçeği Dikkatte Dürtüsellik Puanı, BDÖ-MD : Barratt Dürtüsellik Ölçeği Motor Dürtüsellik Puanı, BDÖ-PY : Barratt Dürtüsellik Ölçeği Plan Yapamama Puanı, ADİ-T : Anksiyete Duyarlılık İndeksi Toplam Puanı, ADİ-F : Anksiyete Duyarlılık İndeksi Fiziksel Duyarlılık Puanı, ADİ-B : Anksiyete Duyarlılık İndeksi Bilişsel Duyarlılık Puanı, ADİ-S : Anksiyete Duyarlılık İndeksi Sosyal Duyarlılık Puanı, Ort.±SS :ortalama değeri ve standart sapmalar, M (1Ç-3Ç) : Medyan ve çeyreklik değerleri			

4.9 PMDB Kalıcı Tanısı Olan Ve Olmayan Olguların Ölçek Skorları ve Alt Boyutlarına Göre Karşılaştırılması

PMSÖ toplam puanı ve depresif duygulanım, anksiyete, yorgunluk, sinirlilik, depresif düşünceler, ağrı, iştah, uyku ve şişkinlik alt ölçekleri ortalamalarına göre PMDB kalıcı tanısı olan ve olmayan gruplar arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir

(sırayla $p<0.001$, $p<0.001$, $p=0,004$, $p<0.001$, $p<0.001$, $p=0.01$, $p<0.001$, $p=0.001$, $p=0,01$, $p<0,001$). PMDB kalıcı tanısı olan ve olmayan gruplar arasındaki PMSÖ skorları ve alt boyutları arasındaki karşılaştırma Tablo 17'de verilmiştir.

PMDB kalıcı tanısı olan grupta PAÖ toplam puan ortalaması 35,232 (SS=11.90), kontrol grubunda ise 30,52 (SS=12.58) olarak tespit edilmiştir. Tablo 17'deki bulgulara göre gruplar arasında PAÖ toplam puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır ($p=0.02$).

PMDB kalıcı tanısı olan grupta 10 (% 16,1) kadının akşamcıl tipte, 49 (% 79) kadının ara tipte, 3 (%4,8) kadının ise sabahçıl tipte olduğu belirlenmiştir. Tablo 17'deki bulgulara göre PMDB kalıcı tanısı olan ve olmayan gruplar arasında sabahçılık veya akşamcılık arasında herhangi bir anlamlı ilişki bulunamamıştır ($p=0.57$).

PMDB kalıcı tanısı olan grupta ortalama ÇÇTÖ toplam puanı 40,57 (SS=13,79), ortalama ÇÇTÖ-DİS puanı 7, ortalama ÇÇTÖ-FİS puanı 5, ortalama ÇÇTÖ-FİH puanı 7,43, ortalama ÇÇTÖ-DİH puanı 11,84, ortalama ÇÇTÖ-CİS puanı 5 olarak bulunmuştur. PMDB kalıcı tanısı olmayan grupta ise ortalama ÇÇTÖ toplam puanı 41,01 (SS=13,83), ortalama ÇÇTÖ-DİS puanı 7, ortalama ÇÇTÖ-FİS puanı 5, ortalama ÇÇTÖ-FİH puanı 7,87, ortalama ÇÇTÖ-DİH puanı 12,61, ortalama ÇÇTÖ-CİS puanı 5 olarak bulunmuştur. Tablo 17'deki bulgulara göre PMDB kalıcı tanısı olan ve olmayan gruplarda ÇÇTÖ ve tüm alt ölçekleri (ÇÇTÖ-DİS, ÇÇTÖ-FİS, ÇÇTÖ-FİH, ÇÇTÖ-DİH, ÇÇTÖ-CİS) ortalamalarına/medyanlarına göre gruplar arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır.

PMDB kalıcı tanısı olan grupta ortalama ÇUÖ toplam puanı 94,25 (SS=28,09), ortalama ÇUÖ-EAFB puanı 45 , ortalama ÇUÖ-EAT puanı 28,96, ortalama ÇUÖ-Dİ puanı 7,32, ortalama ÇUÖ-EAB puanı 13,46 olarak bulunmuştur. PMDB kalıcı tanısı olmayan grupta ortalama ÇUÖ toplam puanı 99,04 (SS=31,74), ortalama ÇUÖ-EAFB puanı 49, ortalama ÇUÖ-EAT puanı 32,62, ortalama ÇUÖ-Dİ puanı 8,29, ortalama ÇUÖ-EAB puanı 13,49 olarak bulunmuştur. Tablo 17'deki bulgulara göre PMDB kalıcı tanısı olan ve olmayan gruplar arasında ÇUÖ ve tüm alt ölçekleri (ÇUÖ-EAFB, ÇUÖ-EAT, ÇUÖ-Dİ, ÇUÖ-EAB) ortalamalarına göre anlamlı fark bulunamamıştır.

Tablo 17. PMDB kalıcı tanısı olan ve olmayan olguların PMSÖ skorları ve alt boyutları, PAÖ, kronotip özellikleri, ÇÇTÖ ve alt ölçekleri, ÇUÖ ve alt ölçeklerine göre karşılaştırılması

ÖLÇEKLER	PMDB Kalıcı Tanısı		İstatistik
	Yok (Ort.±SS)/M(1Ç-3Ç)	Var (Ort.±SS)/M(1Ç-3Ç)	
PMSÖ	119,75±36,37	148,12±25,39	t=-5.69 p<0.001
Depresif duygulanım	19,72±6,83	25,47±4,38	t=-6.37 p<0.001
Anksiyete	15,76±7,57	19,22±6,25	t=-2.94 p=0.004
Yorgunluk	18,22±6,47	21,90±5,50	t=-3.63 p<0.001
Sinirlilik	15,17±5,44	18,36±4,51	t=-3.93 p<0.001
Depresif düşünceler	18,05±7,19	21,24±6,27	t=-2.80 p=0.01
Ağrı	8,16±3,92	10,46±3,23	t=-3.95 p<0.001
İştah	8,64±3,89	10,75±3,26	t=-3.47 p=0.001
Uyku	8,17±3,61	9,83±3,37	t=-2.85 p=0.01
Şişkinlik	8,20±3,79	11,03±3,29	t=-4.75 p<0.001
PAÖ	30,52±12,58	35,32±11,90	t=-2.40 p=0.02
Kronotip Testi			P=0.57c
Akşamcıl Tip	22(22,7)	10(16,1)	
Ara Tip	69(71,1)	49(79)	
Sabahcıl Tip	6(6,2)	3(4,8)	
ÇÇTÖ	41,01±13,83	40,57±13,79	t=0.19 p=0.85
ÇÇTÖ-DİS	7(5-11)	7(5-12)	U=2909 Z=-0.18 p=0.86
ÇÇTÖ-FİS	5(5-5)	5(5-5.5)	U=2825 Z=-0.66 p=0.51
ÇÇTÖ-FİH	7,87±2,90	7,43±2,97	t=0.92 p=0.36
ÇÇTÖ-DİH	12,61±5,62	11,84±5,26	t=0.86 p=0.39
ÇÇTÖ-CİS	5(5-5)	5(5-6)	U=2817.5 Z=-0.68 p=0.50
Minimizasyon değeri	0,64±0,90	0,49±0,70	t=1.05 p=0.30
ÇUÖ	99,04±31,74	94,25±28,09	t=0.66 p=0.51
ÇUÖ-EAFB	49(37,5-58)	45(34-53)	U=548 Z=-0.93 p=0.35
ÇUÖ-EAT	32,62±9,26	28,96±10,48	t=1.56 p=0.12
ÇUÖ-Dİ	8,29±3,30	7,32±2,97	t=1.27

			p=0.21
ÇUÖ-EAB	13,49±6,63	13,46±4,97	t=0.02 p=0.99
FisherExact Test			
Kısaltmalar: PMSÖ : Premenstrual Sendrom Ölçeği Toplam Puanı, PMDB : premenstrual disforik bozukluk, PAÖ : Psikolojik Acı Ölçeği Toplam Puanı, ÇÇTÖ : Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği Toplam Puanı, ÇÇTÖ-DİS : Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği Duygusal İstismar Puanı, ÇÇTÖ-FİS : Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği Fiziksel İstismar Puanı, ÇÇTÖ-FİH : Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği Fiziksel İhmal Puanı, ÇÇTÖ-DİH : Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği Duygusal İhmal Puanı, ÇÇTÖ-CİS : Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği Cinsel İstismar Puanı, ÇUÖ-T : Çift Uyum Ölçeği Toplam Puanı, ÇUÖ-EAFB : Çift Uyum Ölçeği Eşler Arası Fikir Birliği Alt Toplamı, ÇUÖ-EAT : Çift Uyum Ölçeği Eşler Arası Tatmin Alt Toplamı, ÇUÖ-Dİ : Çift Uyum Ölçeği Duygusal İfade Alt Toplamı, ÇUÖ-EAB : Çift Uyum Ölçeği Eşler Arası Bağlılık Alt Toplamı, Ort.±SS :ortalama değeri ve standart sapmalar, M (1Ç-3Ç) : Medyan ve çeyreklik değerleri			

PMDB kalıcı tanısı olan grupta ortalama GRCDÖ toplam puanı 38,37 (SS=16,88), sıklık puanı 3,63 (SS=1,45), iletişim puanı 4,57 (SS=2,27), doyum puanı 5,43 (SS=3,18), kaçınma puanı 4,50 (SS=3,49), dokunma puanı 5,47 (SS=3,63), vajinismus puanı 5,63 (SS=3,21), anorgazmi puanı 5,17 (SS=2,84) olarak bulunmuştur. PMDB kalıcı tanısı olmayan grupta ise ortalama GRCDÖ toplam puanı 36,39 (SS=17,26), sıklık puanı 3,53 (SS=1,61), iletişim puanı 3,78 (SS=2,59), doyum puanı 4,63 (SS=3,64), kaçınma puanı 3,78 (SS=3,19), dokunma puanı 4,35 (SS=3,15), vajinismus puanı 5,27 (SS=2,63), anorgazmi puanı 5,57 (SS=3,27) olarak bulunmuştur. Tablo 18'deki bulgulara göre PMDB kalıcı tanısı olan ve olmayan gruplar arasında GRCDÖ ve tüm alt ölçeklerin (sıklık, iletişim, doyum, kaçınma, dokunma, vajinismus, anorgazmi) ortalamalarına göre anlamlı fark bulunamamıştır.

PMDB kalıcı tanısı olan grupta ortalama BDÖ-DD puanı 17,01 (SS=3,90), ortalama BDÖ-MD puanı 19,33 (SS=4,50), ortalama BDÖ-PY puanı 26,00 (SS=4,57) olarak bulunmuştur. PMDB kalıcı tanısı olmayan grupta ise ortalama BDÖ-DD puanı 16,89 (SS=4,29), ortalama BDÖ-MD puanı 19,94 (SS=4,76), ortalama BDÖ-PY puanı 25,13 (SS=5,18) olarak bulunmuştur. Tablo 18'deki bulgulara göre PMDB kalıcı tanısı olan ve olmayan gruplar arasında BDÖ alt ölçeklerinin (dikkatte dürtüsellik, motor dürtüsellik, plan yapamama) ortalamalarına göre anlamlı fark bulunamamıştır.

PMDB kalıcı tanısı olan ve olmayan gruplar arasında ADİ-3 toplam puanına göre anlamlı farklılık vardır (p=0.04). PMDB kalıcı tanısı olan bireylerin ADİ-3 toplam puan ortalaması 32.00(SS=16.05), kalıcı tanısı olmayan bireylerde ise 26.67 (SS=15.67)

bulunmuştur. Alt boyutlardan ADİ-F puan ortalamalarına göre gruplar arasında anlamlı farklılık vardır ($p=0.01$). PMDB kalıcı tanısı olan bireylerin ADİ-F ortalama puanları 11.64 ($SS=6.82$) iken; kalıcı tanısı olmayan bireylerin ADİ-F ortalama puanları 8.67 ($SS=5.91$) olarak bulunmuştur. Buna karşılık ADİ-B ve ADİ-S ortalamalarına göre gruplar arasında anlamlı fark bulunamamıştır. PMDB kalıcı tanısı olan ve olmayan olguların ADİ-3 toplam puanı ve alt ölçek puanlarına göre karşılaştırılması Tablo 18'de verilmiştir.

Tablo 18. PMDB kalıcı tanısı olan ve olmayan gruplarda GRCDÖ ve alt ölçekleri, BDÖ alt ölçekleri, ADİ-3 skorları ve alt boyutlarına göre karşılaştırılması

	PMDB Kalıcı Tanısı		İstatistik
	Yok (Ort.±SS)/M(1Ç-3Ç)	Var (Ort.±SS)/M(1Ç-3Ç)	
GRCDÖ	36,39±17,26	38,37±16,88	t=-0.50 p=0.62
Sıklık	3,53±1,61	3,63±1,45	t=-0.29 p=0.78
İletişim	3,78±2,59	4,57±2,27	t=-1.38 p=0.17
Doyum	4,63±3,64	5,43±3,18	t=-0.99 p=0.32
Kaçınma	3,78±3,19	4,50±3,49	t=-0.95 p=0.35
Dokunma	4,35±3,15	5,47±3,63	t=-1.45 p=0.15
Vajinismus	5,27±2,63	5,63±3,21	t=-0.56 p=0.58
Anorgazmi	5,57±3,27	5,17±2,84	t=0.56 p=0.58
BDÖ-DD	16,89±4,29	17,01±3,90	t=-0.32 p=0.75
BDÖ-MD	19,94±4,76	19,33±4,50	t=0.78 p=0.44
BDÖ-PY	25,13±5,18	26,00±4,57	t=-1.05 p=0.30
ADİ-T	26,67±15,67	32,00±16,05	t=-2.03 p=0.04
ADİ-F	8,67±5,91	11,64±6,82	t=-2.85 p=0.01
ADİ-B	10,49±6,47	12,10±6,08	t=-1.53 p=0.13
ADİ-S	7,21±5,03	8,51±5,23	t=-1.53 p=0.13
FisherExact Test			
Kısaltmalar: PMDB :Premenstrual disforik bozukluk, GRCDÖ : Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği, BDÖ-DD : Barratt Dürtüsellik Ölçeği Dikkatte Dürtüsellik Puanı, BDÖ-MD : Barratt Dürtüsellik Ölçeği Motor Dürtüsellik Puanı, BDÖ-PY : Barratt Dürtüsellik Ölçeği Plan Yapamama Puanı, ADİ-T :Anksiyete Duyarlılık İndeksi Toplam Puanı, ADİ-F : Anksiyete Duyarlılık İndeksi Fiziksel Duyarlılık Puanı, ADİ-B : Anksiyete Duyarlılık İndeksi Bilişsel Duyarlılık Puanı, ADİ-S : Anksiyete Duyarlılık İndeksi Sosyal Duyarlılık Puanı, Ort.±SS :ortalama değeri ve standart sapma, M(1Ç-3Ç) : Medyan ve çeyreklik değerleri			

4.10 PMDB Geçici Tanısı Olanlarda Premenstrual Sendrom Ölçeği, Psikolojik Acı Ölçeği, Çiftler Uyum Ölçeği, Barratt Dürtüsellik Ölçeği, Anksiyete Duyarlılığı İndeksi Arasındaki Korelasyon

Ölçekler normal dağılım gösterdiğinden PMSÖ, PAÖ, ÇUÖ, BDÖ, ADİ-3 ölçekleri arasındaki ilişki Pearson Korelasyon analizi ile incelenmiştir. PMDB geçici tanısı olan kadınlarda PMSÖ-T ile PAÖ arasında orta şiddette pozitif yönlü bir ilişki, PMSÖ-T ile ADİ-T arasında da yine pozitif yönlü orta şiddette bir ilişki tespit edilmiştir ($p<0.001$). PMSÖ ile ÇUÖ arasında ise negatif yönlü zayıf bir ilişki bulunmuştur ($p=0.015$). PMSÖ ile BDÖ-DD arasında ise pozitif yönlü zayıf bir ilişki vardır ($p=0.001$). PAÖ ile ÇUÖ arasında negatif yönlü zayıf bir ilişki tespit edilmiştir ($r=-0,373$, $p=0.015$). PAÖ ile BDÖ-DD arasında pozitif yönlü zayıf bir ilişki bulunmuştur ($r=0,340$, $p=0.001$). Ayrıca, PAÖ ile ADİ-T arasında pozitif yönlü orta şiddetli bir ilişki tespit edilmiştir ($r=0,547$, $p<0.001$). BDÖ-DD ile ADİ-T arasında pozitif yönlü zayıf bir ilişki vardır ($r=0,547$, $p=0.001$). PMDB geçici tanısı olanlarda PAÖ, ÇUÖ, BDÖ VE ADİ-T arasındaki korelasyon Tablo 19'da gösterilmiştir.

Tablo 19. PMDB geçici tanısı olanlarda PMSÖ-T, PAÖ, ÇUÖ, BDÖ VE ADİ-3 arasındaki korelasyon

	PMSÖ-T	PAÖ	ÇUÖ-T	BDÖ-DD	BDÖ-MD	BDÖ-PY	ADİ-T
PMSÖ-T		$r=0,568$ $p=0,000$	$r=-0,383$ $p=0,015$	$r=0,361$ $p=0,001$	$r=0,057$ $p=0,601$	$r=0,080$ $p=0,467$	$r=0,425$ $p=0,000$
PAÖ	$r=0,568$ $p=0,000$		$r=-0,373$ $p=0,015$	$r=0,340$ $p=0,001$	$r=0,112$ $p=0,298$	$r=0,154$ $p=0,153$	$r=0,547$ $p=0,000$
ÇUÖ-T	$r=-0,383$ $p=0,015$	$r=-0,373$ $p=0,015$		$r=-0,134$ $p=0,411$	$r=-0,077$ $p=0,636$	$r=-0,175$ $p=0,281$	$r=-0,061$ $p=0,710$
BDÖ-DD	$r=0,361$ $p=0,001$	$r=0,340$ $p=0,001$	$r=-0,134$ $p=0,411$		$r=0,457$ $p=0,000$	$r=0,198$ $p=0,065$	$r=0,345$ $p=0,001$
BDÖ-MD	$r=0,057$ $p=0,601$	$r=0,112$ $p=0,298$	$r=-0,077$ $p=0,636$	$r=0,457$ $p=0,000$		$r=0,506$ $p=0,000$	$r=0,067$ $p=0,540$
BDÖ-PY	$r=0,080$ $p=0,467$	$r=0,154$ $p=0,153$	$r=-0,175$ $p=0,281$	$r=0,198$ $p=0,065$	$r=0,506$ $p=0,000$		$r=0,052$ $p=0,632$
ADİ-T	$r=0,425$ $p=0,000$	$r=0,547$ $p=0,000$	$r=-0,061$ $p=0,710$	$r=0,345$ $p=0,001$	$r=0,067$ $p=0,540$	$r=0,052$ $p=0,632$	
Pearson Korelasyon							
Kısaltmalar: PMSÖ-T : Premenstrual Sendrom Ölçeği Toplam Puanı PAÖ : Psikolojik Acı Ölçeği, ÇUÖ-T : Çift Uyum Ölçeği Toplam Puanı, BDÖ-DD : Barratt Dürtüsellik Ölçeği-Dikkatte Dürtüsellik Alt Toplamı, BDÖ-MD : Barratt Dürtüsellik Ölçeği-Motor Dürtüsellik Alt Toplamı, BDÖ-PY : Barratt Dürtüsellik Ölçeği-Plan Yapamama Alt Toplamı, ADİ-T : Anksiyete Duyarlılık İndeksi Toplam Puanı							

4.11 PMDB Kalıcı Tanısı Olanlarda Premenstrual Sendrom Ölçeği, Psikolojik Acı Ölçeği, Çiftler Uyum Ölçeği, Barratt Dürtüsellik Ölçeği, Anksiyete Duyarlılığı İndeksi Arasındaki Korelasyon

Pearson Korelasyon analizi ile incelendiğinde PMDB kalıcı tanısı olan hastalarda PMSÖ ile PAÖ arasında pozitif yönlü orta şiddetli bir ilişki bulunmuştur ($p<0.001$). PMSÖ ile ÇUÖ arasında negatif yönlü orta şiddetli bir ilişki tespit edilmiştir ($p=0.017$). PMSÖ ile BDÖ-DD arasında pozitif yönlü zayıf bir ilişki bulunmuştur ($p=0.007$). Ayrıca PMSÖ ile ADİ-T arasında da yine pozitif yönlü zayıf bir ilişki bulunmuştur ($p=0.025$). PAÖ ile BDÖ-DD arasında pozitif yönlü zayıf bir ilişki tespit edilmiştir ($r=0,357$, $p=0.006$). Ayrıca PAÖ ile ADİ-3 arasında pozitif yönlü orta şiddetli bir ilişki tespit edilmiştir ($r=0,565$, $p<0.001$). BDÖ-DD ile ADİ-3 arasında pozitif yönlü zayıf bir ilişki tespit edilmiştir ($r=0,396$, $p=0.002$). PMDB kalıcı tanısı olanlarda PAÖ, ÇUÖ, BDÖ ve ADİ-3 arasındaki korelasyon Tablo 20'de gösterilmiştir.

Tablo 20. PMDB Kalıcı Tanısı Olanlarda PMSÖ-T, PAÖ, ÇUÖ, BDÖ VE ADİ-3 Arasındaki Korelasyon

	PMSÖ-T	PAÖ	ÇUÖ-T	BDÖ-DD	BDÖ-MD	BDÖ-PY	ADİ-T
PMSÖ-T		$r=0,571$ $p=0,000$	$r=-0,464$ $p=0,017$	$r=0,360$ $p=0,007$	$r=0,237$ $p=0,081$	$r=0,079$ $p=0,566$	$r=0,299$ $p=0,025$
PAÖ	$r=0,571$ $p=0,000$		$r=-0,323$ $p=0,094$	$r=0,357$ $p=0,006$	$r=0,222$ $p=0,093$	$r=0,213$ $p=0,108$	$r=0,565$ $p=0,000$
ÇUÖ-T	$r=-0,464$ $p=0,017$	$r=-0,323$ $p=0,094$		$r=-0,208$ $p=0,288$	$r=-0,227$ $p=0,245$	$r=-0,246$ $p=0,206$	$r=0,022$ $p=0,913$
BDÖ-DD	$r=0,360$ $p=0,007$	$r=0,357$ $p=0,006$	$r=-0,208$ $p=0,288$		$r=0,665$ $p=0,000$	$r=0,288$ $p=0,029$	$r=0,396$ $p=0,002$
BDÖ-MD	$r=0,237$ $p=0,081$	$r=0,222$ $p=0,093$	$r=-0,227$ $p=0,245$	$r=0,665$ $p=0,000$		$r=0,623$ $p=0,000$	$r=0,138$ $p=0,306$
BDÖ-PY	$r=0,079$ $p=0,566$	$r=0,213$ $p=0,108$	$r=-0,246$ $p=0,206$	$r=0,288$ $p=0,029$	$r=0,623$ $p=0,000$		$r=-0,038$ $p=0,778$
ADİ-T	$r=0,299$ $p=0,025$	$r=0,565$ $p=0,000$	$r=0,022$ $p=0,913$	$r=0,396$ $p=0,002$	$r=0,138$ $p=0,306$	$r=-0,038$ $p=0,778$	
Pearson Korelasyon							
Kısaltmalar: PMSÖ-T : Premenstrual Sendrom Ölçeği Toplam Puanı, PAÖ : Psikolojik Acı Ölçeği, ÇUÖ-T : Çift Uyum Ölçeği Toplam Puanı, BDÖ-DD : Barratt Dürtüsellik Ölçeği-Dikkatte Dürtüsellik Alt Toplamı, BDÖ-MD : Barratt Dürtüsellik Ölçeği-Motor Dürtüsellik Alt Toplamı, BDÖ-PY : Barratt Dürtüsellik Ölçeği-Plan Yapamama Alt Toplamı, ADİ-T : Anksiyete Duyarlılık İndeksi Toplam Puanı							

5. TARTIŞMA

PMDB, kadınların iş hayatına, akademik performansına, psikososyal durumuna olumsuz etkileri olan ve kadınlar arasında en yaygın görülen jinekolojik ve psikolojik problemlerdendir. Çalışmamızda PMDB klinik değişkenlerini ve ileriye yönelik tanı sürekliliğini araştırdık. Bu çalışmanın bir üniversite hastanesinde yapılıyor olması ve Adana ili ve çevresinin kültürel ve sosyoekonomik düzeyi düşünüldüğünde katılımcıların Türkiye popülasyonunu yansıttığı söylenebilir. Ayrıca bildiğimiz kadarıyla tanı sürekliliğinin vurgulandığı ilk çalışmadır.

Bir dizi epidemiyolojik çalışma, PMS semptomlarının klinik özelliklerini, prevalansını, çeşitliliğini ve şiddetini araştırmak için ileriye yönelik kayıtlardan ziyade retrospektif kayıtları esas almıştır.⁷ Geriye dönük bir değerlendirme aracı, bir ön tanı koymak veya PMS için geniş ölçekli bir saha araştırması yapmak için etkilidir. Bununla birlikte, bellek yanlılığı göz önüne alındığında, menstruasyonun birinci gününde geriye dönük kayıt yapılmadığı sürece verilen bilgilerin doğruluk düzeyi daha düşük olabilir.^{5,245} Çalışmamızın en önemli özelliği ileriye yönelik semptom derecelendirmelerini esas almasıdır. Çalışmamıza katılan 159 kadından 95'ine PMDB geçici tanısı konmuş, bu 95 kadının ileriye dönük bireysel takvimleri doldurması sonrası 62 kadına PMDB kalıcı tanısı konmuş, 33 kadının ise geçici PMDB tanısı kalıcı hale gelmemiştir. Bu durumda PMDB geçici tanısı konulan hastaların % 65,3'ünün PMDB kalıcı tanıya dönüştüğü gözlemlenmiştir. Kalan % 34,7'lik kısım ise tartışma konusudur. Bu hastaların geçici tanısının olması DSM-5'e göre PMDB tanısını doğrulamamaktadır. PMDB'li kadınlar için daha önce psikiyatrik yanlış tanıları bildirilmiş olsa da,²⁴⁶ çalışmamızın bulguları, bu popülasyonun ciddi klinik yanlış değerlendirmelere karşı savunmasızlığını daha fazla kanıtlamaya hizmet etmekte ve klinisyenlerin PMDB ile diğer psikiyatrik bozuklukları ayırt etme zorluğunun altını çizmektedir. Bu çalışmada doğru tanıya ulaşmak için semptomların döngüselliğini belirlemek anahtar bir durumdur. Bununla birlikte bir katılımcı deneyin amacını bildiğinde beklentiler katılımcı raporlarını da etkileyebilir. Yani katılımcılar, adet öncesi dönemde olumsuz duygudurum değişiklikleri görmeyi bekleyebilir ve bu nedenle, altta yatan veya ilgisiz duygudurum semptomlarını adet döngüsüne yanlış ilişkilendirebilir. Deneysel bir

çalışmada, olumsuz adet öncesi değişikliklere odaklanması istenen kadınlar, bir kontrol grubuna kıyasla bu deneyimlerden daha fazlasını bildirmişlerdir; olumlu değişikliklere odaklanmaları istenen kadınlar ise daha iyi adet öncesi deneyimler bildirmişlerdir.²⁴⁷ Bu nedenle, bir çalışmanın adet öncesi duygusal semptomlara odaklandığına dair farkındalığın, duygudurum ve semptomların günlük derecelendirmelerinin içeriğini ve belki de doğruluğunu değiştirdiği görülmektedir. Bu yüzden bulduğumuz bu sonuç da tam anlamıyla doğruyu yansıtmıyor olabilir.

PMDB, diğer psikiyatrik bozukluklar ile ve özellikle de depresyon ve anksiyete bozuklukları ile çok sık komorbidite gösterir.^{186,142,248} Genellikle, hastalar birden fazla ruhsal belirtiden muzdarip olduğunda, psikiyatrik hastalık şiddeti ve tedavi direncinde riskin artması söz konusudur. Bu nedenle komorbid psikiyatrik hastalıkların tanınması morbiditeyi azaltmakta etkili gibi görülmektedir. Major depresyon ve PMDB'nin birbirini etkileyebildiği çok açıktır. Psikiyatrik çoğu hastalıkta olduğu gibi, PMDB ile eşanlı depresyon, birbirlerinin şiddetini ve prognozunu negatif yönde etkiler.²⁴⁹ Veeninga ve ark. bir çalışmasında, PMDB'li hastalarda kontrollere kıyasla anksiyete düzeyi ve depresyon düzeyinin genellikle siklus esnasında daha yüksek olduğu bulunmuştur.²⁵⁰ Bir başka çalışmada ise eşanlı depresyonun, PMS belirtilerinin şiddeti ve PMDB tanısının varlığı ile artış gösterdiği bulunmuştur. Depresyonun şiddetinin niçin PMS ile ilişkili olabileceğine dair bazı hipotezler mevcuttur.²⁵¹ Bu hipotezler; depresyon hastalarının PMS'nin psikolojik ve fiziksel belirtilerine toleranslarının daha az olabileceği, birçok ruhsal bozuklukta olduğu gibi PMS'nin mevcut depresyonun şiddetini arttırabileceği, hormonal değişikliklere karşı duyarlı olduğundan PMS görülen kadınlarda, menstruasyon döngüsü sırasında hormonal dengenin değişmesi nedeniyle depresyonun başlayabileceği veya depresyon mevcut ise, bu duyarlı kadınlarda çok daha şiddetli hale gelebileceği şeklindedir.²⁴⁹ Bizim çalışmamızda da PMDB geçici tanısı olan grupta özellikle depresyon tanısı alan bireylerin PMDB geçici tanısı olmayan gruptan anlamlı olarak daha fazla olduğu tespit edilmiştir. Bunun karşılığında eşanlı psikiyatrik hastalıkların da PMDB kalıcı tanısı olan ve olmayan gruplar arasındaki ilişkisi incelendiğinde ise anlamlı bir sonuç bulunamamıştır. Yani eşanlı depresyon hastalarının çoğunun, geçici PMDB tanısından kalıcı tanıya dönüşmediği gözlemlenmiştir. Bunun nedeni depresyon hastalarının ileriye dönük belirtileri

incelendiğinde belirtilerin siklus boyunca genellikle değişkenlik göstermediği veya semptomsuz bir dönemin olmamasından kaynaklanmakta olduğu düşünölmektedir. Birçok ruhsal hastalıkta premenstrual dönemde belirtilerde şiddetlenme görölebildiğinden, PMDB tanısının varlığı semptomların ileriye yönelik takip edilmesiyle doğrulanabilecektir.

Önceki araştırmalarda, sosyodemografik değişkenler ile PMDB arasındaki ilişkiler tutarlı değildir. Bir çalışmada PMDB ileri üreme çağındaki kadınlarda, eğitim düzeyi düşük olanlarda ve çalışmayanlarda daha yaygın olarak bulunmuştur.²⁵² Bizim çalışmamızda ise yaş, eğitim düzeyi, meslek grupları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır. PMDB'nin sosyodemografik ve menstrual değişkenler ile ilişkisindeki farklı sonuçlar, çalışılan popölasyonların ve kültürlerin farklı olmasından ve çalışmaların büyük bir kısmının kesitsel olmasından kaynaklanıyor olabilir.

PMDB semptomları 25-35 yaş arasındaki kadınlarda diğer yaşlardakine göre daha şiddetlidir ve yaş ile birlikte artış gösterir. Menopoza yakın dönemlerde ise şiddeti azalmaktadır.^{253,254} Çalışmamızda ise PMDB'li kadınların yaş ortalaması 30,39 olarak bulunmuştur. Bu da literatürle uyumludur.

Güneş ve ark. 1997'de çalışan kadınlarda PMS olasılığını, ev hanımlarına göre daha yüksek olarak bulmuştur.²⁵⁵ Demir ve ark. ise 2006'da PMS oranının sağlık çalışanlarında daha yüksek bulmuşlardır. PMDB sıklığı ve şiddeti ile eğitim ve çalışma durumu arasında bizim çalışmamızda ise herhangi bir anlamlı ilişki bulunamamıştır. Bu bulgu Adıgözel ve ark. 2007'deki çalışmasının bulgularıyla aynı doğrultudadır.⁴⁸

Çalışmamızda olduğu gibi literatürde de, ekonomik durum ve PMDB arasında herhangi bir anlamlı ilişki saptanamamıştır.^{256,257} Buna karşılık Erbil, ekonomik düzeyi düşük olanlarda PMDB'nin daha fazla göröldüğünü bildirmiştir.²⁵⁸

Literatürde PMDB ile kadınların evlilik yaşı, evlilik süresi, isteyerek evlenme durumu, eşlerinin eğitim düzeyi ve çalışma durumu arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışma sayısı kısıtlıdır. Çalışmamızda bu değişkenler ile PMDB arasında anlamlı bir ilişki bulunamamış olsa da PMDB'nin etyolojisinde sosyal, kültürel, çevresel vb. faktörlerin rol alabildiği göz önünde bulundurulduğunda, birbirleriyle çelişen geçmiş çalışma

sonuçlarını doğrulayabilmek için geniş örneklemlili, kültürlerarası takip çalışmaları yararlı olacaktır.

Sigara içimi, PMDB etiolojisinde rol oynayabilecek olan östrojen, progesteron, androjen ve gonadotropin seviyeleri üzerindeki etkisiyle PMDB gelişimini makul bir şekilde etkileyebilir.^{259,1} Bir çalışmada sigara içimi, alkol kullanımı ve kahve kullanım miktarı arttıkça PMDB sıklığının da arttığı bulunmuştur.²⁶⁰ Bertone-Johnson ve ark. vaka kontrol çalışmasında, sigara içenlerin PMDB geliştirme olasılığı hiç sigara içmeyenlere göre 2,1 kat daha fazla bulunmuş ve sigara içmeye ergenlik döneminde başlayan kadınlar en yüksek risk altında olarak gösterilmiştir.²⁶¹ Bizim çalışmamızda alkol, sigara ve madde kullanımı gruplar arasında dengesiz dağılımı sebebiyle analize dahil edilememiştir. Rossignol ve ark. günde 8-10 fincan kafein içeren içecek tüketen kadınlarda PMS prevalansının 7 kat arttığını bildirmiştir.²⁶² Fakat yapılan son çalışmalarda kafein tüketimi ile PMDB arasında bir ilişki bulunamamıştır.²⁶³ Bizim çalışmamızda da çay-kahve tüketim miktarı ile PMDB arasında ilişki bulunamamıştır.

Yüksek BKI'nin çeşitli çalışmalarda PMDB ile ilişkili olduğu gösterilmiştir.^{264,265} Bizim çalışmamızda da PMDB geçici tanısı olan kadınların BKI ortalamasının geçici tanısı olmayanlara göre daha yüksek bulunmuş olmasına rağmen bu istatistiksel olarak anlamlı olamamıştır. Bu durum diğer çalışmalara göre katılımcı sayısının az olmasından kaynaklanıyor olabilir. BKI ile PMDB kalıcı tanısı arasında ise anlamlı bir ilişki saptanamamıştır.

Çalışmalarda KOK kullanıcılarında PMDB prevalansı daha düşük bulunmuştur.²⁵² Küresel olarak, KOK'lerin menstrual semptomların paterni ve insidansı üzerinde çok az etkisi olduğu bulunmuştur.²⁶⁶ Mevcut sonuçlar, altta yatan bir güvenlik açığının daha güçlü bir etkiye sahip olabileceğini düşündürmektedir. Ayrıca bu durum hastaların KOK ile indüklenen döngü stabilitesi yoluyla kontrol hissinin artmasıyla da açıklanabilir. Literatürdeki bu bilgiler ışığında kontrasepsiyon yöntemlerinin PMDB ile ilişkisini inceleme altına aldık. Fakat bulgularımıza göre çalışmamızda kontrasepsiyon yöntemleri açısından gruplar arasında anlamlı bir fark bulamadık.

Premenstrual belirtiler, birçok kadında dismenoreye eşlik etmekte ve menstruasyonun başlaması ile belirtiler yerini dismenoreye bırakmaktadır.²⁶⁷ Tomruk ve

ark. yürüttükleri bir çalışmada dismenoreyle premenstrual belirtiler ve PMS arasında pozitif yönlü bir ilişkinin söz konusu olduğu belirtilmiştir.²⁶⁸ Bizim çalışmamızda da literatürle uyumlu olarak PMDB geçici tanı alan bireylerde dismenore ile anlamlı ilişki bulunmuştur. Fakat bu anlamlı ilişkinin PMDB kalıcı tanısı olan bireyler için geçerli olmadığı görülmüştür. Poyrazoğlu'nun bir çalışmasında ortalama menarş yaşının 13,3, ortalama adet süresinin ise 5,7 gün olduğu bulunmuş, kadınların % 73,5'inin de menstruasyon döneminde farklı düzeylerde ağrılarının olduğunu gösterilmiştir.²⁶⁹ Bizim çalışmamız da kadınların ortalama menarş yaşı (13 yaş) ve adet süresi (6 gün) bakımından literatür ile benzerlik göstermektedir. Önal, Erbil ve Çelik'in çalışmalarında menarş yaşı ile PMS arasında bir ilişkinin olmadığı gösterilmiştir.^{256,258,270} Deuster'in çalışmasında ise 12 yaş ve öncesinde adet görmeye başladığında PMS belirtilerinin daha sık görülebildiğini bildirmiştir.²⁵⁷ Polonya'da yapılan bir çalışmada PMDB ile adet süresi arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır.²⁷¹ Potter ve Deuster, adet süresi 6 günden daha uzun olan kadınlarda daha sık PMDB görüldüğünü bildirmiştir.^{265,257} Bizim çalışmamızda ise adet süresi ve menarş yaşı ile PMDB arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır.

2016 yılındaki Işık ve ark.nın araştırmasında düzenli adet gören kadınların PMDB şiddetinin, düzensiz gören kadınlara göre anlamlı olarak daha düşük olduğu gösterilmiştir.²⁷² Ayrıca, 2011 yılındaki Pınar ve ark.nın çalışmasında ise düzenli olarak adet gören öğrencilerin PMDB şiddeti, düzensiz olan öğrencilerinkine göre anlamlı olarak daha fazla bulunmuştur.²⁶⁰ Gümüş'ün 266 öğrenci ile yürütülen çalışmasında ve Kırcan ve ark.nın 2012 yılında 201 katılımcıyla yapılan çalışmasında, adet düzeninin PMDB şiddeti üzerindeki etkisi araştırılmış olup; herhangi bir anlamlı bir değişim göstermediği bulunmuştur.^{273,274} Bizim bulgularımızda da adet düzeni ile PMDB arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır.

Katılımcılara premenstrual semptomların şiddetini belirlemek amacıyla PMSÖ uygulanmıştır. Dokuz alt ölçekten oluşan bu ölçeğin alt boyutları tek tek değerlendirildiğinde, hem toplam puanda hem de tüm alt boyutlarda PMDB geçici tanısı olanların PMDB geçici tanısı olmayan gruba göre istatistiksel olarak daha yüksek puanları olduğu görülmüştür. Ayrıca 2 aylık semptom derecelendirmesi sonrası kalıcı tanı koyduğumuz PMDB hastalarında da kalıcı tanı konulmayan PMDB hastalarına

göre PMSÖ'nün hem toplamı hem de alt boyutlarında anlamlı olarak daha yüksek skorlara ulaşılmıştır. Bu beklenen bir bulgudur.

Çok yakın tarihli bir çalışmada, ileriye dönük olarak değerlendirilen, teşhis edilen ve PMDB'si olan yaklaşık 10 kadından 4'ünde, geç luteal faz sırasında herhangi bir intihar düşüncesi bildirilmiştir.^{275,61} Psikolojik acı, intihar davranışı için en önemli klinik belirteçlerden biridir.²³⁰ Klinisyenler, psikolojik acı çektiğini belirten olgularda intihar riskinin daha yüksek olabileceğini mutlaka göz önünde bulundurmalıdır. Bizim çalışmamızda psikolojik acı düzeyi PMDB geçici tanısı olan grupta PMDB geçici tanısı olmayan gruba göre daha fazla bulunmuştur. Ayrıca PMDB kalıcı tanısı olan bireylerin de psikolojik acı ortalaması, kalıcı tanısı olmayan bireylerden daha da fazladır. Bu sonuçlar istatistiksel olarak da anlamlıdır ve PMDB'si olan kadınlarda intihar riskinin daha yüksek olabileceğini düşündürmektedir. Bu aşamada PMDB tanısının önemi konusunda da klinisyenlere daha fazla sorumluluk düşmektedir. PMS semptomu belirten kadınlar mutlaka intihar riski açısından da değerlendirilmelidir.

Bir bireyin dinlenme ve aktivite zamanlaması konusundaki tercihi veya biyolojik yatkınlığı, kronotipi olarak adlandırılır.²⁷⁶ Akşam kronotipine sahip olanlar, daha geç yatma ve uyanma zamanı dahil olmak üzere günün ilerleyen saatlerinde aktiviteye girerken, sabah kronotipi olanlar, daha erken yatma ve uyanma saatlerini tercih ederek günün erken saatlerinde aktiviteye girerler. Kronotip, mevsimsellik ve ritmikliğin her biri, psikiyatrik bozukluklar ile ilişkili olarak ele alındığından, bu yapıların birbirleriyle olan ilişkisine dikkat etmek önemlidir.²⁷⁷ PMDB de döngüsel bir bozukluk olduğundan kronotip ile ilişkili olabileceği düşünülmüştür. Bu konu ile ilgili yapılan çalışmalar sınırlıdır. Çalışmamızda kronotip ile PMDB arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. PMDB tanılı olguların kronotip dağılımında ara tip > akşamcı tip > sabahçı tip sırası yer almaktadır. Bu alanda ise yeni çalışmalara ihtiyaç duyulduğu aşikârdır.

PMDB etyolojisinde toplumsal, psikolojik ve fiziksel birçok faktör rol oynamaktadır. Potter yaptığı bir çalışmada iki sene boyunca 1350 tane kadını izlemiş, bu iki seneden birinde PMS belirtileri olan kadınların % 72'sinde diğer sene PMS belirtilerinin görülmediğini ve PMS belirtilerinin devam ettiği kadınlarda ise stresli yaşam faktörlerinin daha fazla olduğunu bildirmiştir.²⁶⁵ Çocukluk çağı olumsuz yaşantılarının yaşamın ilk 18 yılında kadınların üreme sağlığını etkilediği

bulunmuştur.²⁷⁸ PMDB tanısı konan kadınlarda yaşam boyu cinsel ve fiziksel istismar oranları yüzde 60'tan fazladır.^{279,280} Bizim çalışmamızda çocukluk çağı travmaları ile PMDB arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Bu, örneklem sayısının düşük olmasından kaynaklanabilir. Ayrıca katılımcılar travma öyküsünü vermek istememeleri nedeniyle araştırmacı olarak bizleri yanlış yönlendirmiş olabilir. Aynı zamanda çocukluk çağı travmalarının üzerinden zaman geçmesiyle etkileri hafifleyebileceğinden, geçmişe yönelik hatırlama zorluğu ya da belirtilerde hafifleme nedeniyle ölçek verileri etkilenmiş olabilir.

Eşler, durumu uygun bir şekilde anlayarak kadınlara destek olabilecek ve PMDB'nin fiziksel ve zihinsel-davranışsal semptomlarını kontrol etmesine yardımcı olabilecek en önemli ve en yakın kişidir. Kadınların ruhsal ve duygusal sağlıklarını korumak için algılanmaya ve anlaşılmaya ihtiyaçları vardır. Eşlerin, kadınları dinleyerek ve duygularını anlayarak bu temel ihtiyaca dikkat etmeleri, kadınların duygusal ve ruhsal durumlarında iyileşmesine yardımcı olur. Jomehri ve ark. 2010'da medeni durum ile PMDB arasında anlamlı bir ilişki bulamamışlardır. Muhtemel sebep, özellikle kadın eşi tarafından anlaşılmıyorsa, evliliğin bir sosyal destek kaynağı olabileceği gibi bir stres kaynağı da olabilmesidir.²⁸¹ Bu yüzden çalışmamızda evli/partneri olan kadınlarda çift uyumunun PMDB ile ilişkisini araştırdık. Bulgularımıza göre çift uyumu, memnuniyeti, fikir birliği veya sevgi ifadesi düzeyi ile PMDB tanısı veya şiddeti arasında herhangi bir anlamlı sonuca ulaşamadık. Çalışmamıza katılan evli kadın sayısının görece az olması beklenen sonuca ulaşmamıza engel olmuş olabilir.

PMDB yaşam kalitesini de düşürdüğünden, cinsel yaşamın etkilenme durumu yüksektir. Buna rağmen, PMDB ile cinsel problemler arasındaki ilişkiyi gösteren az sayıda çalışma vardır. Daha önce Wood ve ark. (1979) ve Winter ve ark. (1991), cinsel yaşamdaki sorunların, evlilik ve cinsel ilişkilerdeki memnuniyetsizliğin sırasıyla PMS ile ilişkili olduğunu bildirmiştir.^{282,283} Polonya'daki sağlıklı kadınlara kıyasla da PMDB'li kadınlarda cinsel tatminsizlik riski iki kat daha yüksek bulunmuştur.²⁸⁴ Türkiye'de yapılan bir çalışmada ise PMDB'li hastaların % 77,6'sı, kontrol grubunun ise % 27,3'ü cinsel kaygıya sahip olarak bulunmuştur.²⁸⁵ PMDB'si olmayan kadınlarda bile luteal faz sırasında kötü bir cinsel işlev, cinsel algıda bir değişiklik ve cinsel yaşamda

etki yaşadıkları fikri oluşmuştur. Folliküler veya luteal fazlardaki cinsel işlev hakkında, bulgular, geç luteal fazda değerlendirilen kadınların, diğer döngü fazlarında değerlendirilen kadınlara göre daha az cinsel aktivite ve daha az cinsel aktiviteye girme isteği bildirdiğini göstermektedir.²⁸⁶ Fakat bizim çalışmamızda PMDB'si olan veya olmayan kadınlar arasında cinsel işlev ve cinsel doyum yönünden anlamlı fark bulunamamıştır. Çalışmamızdaki kadınların cinsel doyum ölçeğini yalnızca bir defa dolduruyor olması, luteal ve folliküler fazda ayrı ayrı görüşme yapmamış olmamız bu sonuca ulaşmamıza neden oluyor olabilir. Luteal ve folliküler fazda ayrı ayrı cinsel işlev değerlendirmesi yaparak daha ayrıntılı çalışmalar yapmak gerekebilir.

2011'de yapılan bir çalışmada PMDB'li kadınların hem luteal, hem de foliküler fazlarda disfonksiyonel dürtüselliğinin kontrol grubuna göre anlamlı derecede yüksek olduğu, fakat dürtüselliğin luteal fazda şiddetlenmediğini göstermiştir.²⁸⁷ Yapılan çalışmaların kısıtlı olması sebebiyle PMDB ile dürtüsellik ilişkisini incelemek istedik. Çalışmamızda hem PMDB geçici tanısı olan hem de kalıcı tanısı olan kadınlarda PMSÖ-T ile BDÖ-DD arasında pozitif yönlü zayıf bir korelasyon bulunmuştur. PMDB belirtilerinin şiddetinin artması ile dikkatte dürtüsellik şiddetinin arttığı gösterilmiştir. Bunun yanında PMDB tanısı olmayan gruba göre PMDB tanısı olan grupta ise BDÖ puanları açısından anlamlı bir sonuç çıkmasa da luteal fazdaki dürtüselliğin PMDB'nin sinirlilik belirtisi ile ilişkilendirilebileceği akılda tutulmalı ve bu konu ile ilgili daha fazla çalışma yapılmalıdır.

Anksiyete duyarlılığı; kaygıyla ilgili vücut duyularının toplumsal, fiziksel ve bilişsel sonuçlarına yönelik aşırı bir korku hali şeklinde tanımlanmış; suçluluk ve öfke gibi olumsuz kavramlar ile ilişkilendirilmiştir.²⁴² Bu duyarlılık ise sadece anksiyete ve anksiyetenin semptomlarından korkmaktan ziyade, genel anlamda “beden duyularına odaklanma” ve “sağlıkla ilişkili kaygılar” ile ilişkilendirilmiştir.²⁸⁸ Anksiyete duyarlılığının inatçı ağrı bozuklukları ve duygusal yeme davranışı ile bağlantılı olduğu ve bunun nevrotik özellikler ile ilişkili olduğu düşünülmektedir. Ayrıca anksiyete duyarlılığının depresif bozukluk ve anksiyete bozukluklarının gelişimi ile de ilişkili olduğu bilinmektedir.^{289,290} PMDB'nin bu bozukluklarla komorbiditesinin yüksek olması, nevrotik kişilik yapısıyla da ilişkili olması nedeniyle PMDB ile anksiyete duyarlılığının ilişkili olabileceğini düşündük. Ayrıca PMDB hastaları, Panik Bozukluk

hastalarına benzer panik oranları sergilemektedir, bu da ortak bir patofizyolojik veya psikobiyolojik süreci düşündürmektedir.²⁹¹ PMDB'li kadınların büyük bir kısmı, kontrollere kıyasla CO2 yüklemesi sırasında döngü fazından bağımsız olarak panik atak yaşadığı gösterilmiştir.^{292,293} Diğer panik provokasyon çalışmaları, adet öncesi semptomları olan kadınların ve PMDB'li kadınların, kontrollere kıyasla sodyum laktat infüzyonunu takiben artan panik atak oranları yaşadığını göstermiştir.^{294,295} Bu iki bozukluk arasındaki kesin bağlantı bilinmemekle birlikte, ovarian hormonal değişiklikler (örn., progesteron) ve psikolojik faktörlerin (örn. anksiyete duyarlılığı) ilişkili olabileceği düşünülmüştür.²⁹¹ Anksiyete duyarlılığı yüksek olan kadınların menstruasyon dönemlerindeki semptomları daha yoğun yaşadıkları bilinmektedir.²⁹⁶ Bir araştırmada premenstrual belirtileri şiddetli yaşayan kadınların anksiyete duyarlılığının yüksek olduğu tespit edilmiştir.²⁹⁷ Başka bir araştırmada anksiyete duyarlılığı yüksek olan kadınların bedensel duyumlarına normalden fazla odaklandıklarını göstermiştir.^{298 299} Bizim çalışmamızda PMDB geçici tanısı olan grubun tüm Anksiyete duyarlılığı skor toplamaları ve alt ölçeklerin (fiziksel, bilişsel ve sosyal) ortalamaları PMDB geçici tanısı olmayan gruptan daha fazla bulunmuştur. Ayrıca PMDB kalıcı tanısı olan bireylerin anksiyete duyarlılığı ortalamaları geçici PMDB tanısı olup kalıcı tanısı olmayan bireylerden daha fazla bulunmuştur. Bu bulgular istatistiksel olarak da anlamlıdır. PMDB kalıcı tanısı olan bireylerin ise özellikle 'fiziksel duyarlılık' ortalamaları kalıcı tanısı olmayan bireylerden daha fazla bulunmuş olup; bilişsel ve toplumsal duyarlılık ölçekleri ortalamalarına göre gruplar arasında anlamlı fark bulunamamıştır. Bunun yanında çalışmamızda PMDB geçici tanısı olanlarda PMSÖ-T ile ADİ-T arasında pozitif yönlü orta şiddette bir ilişki saptanmışken, PMDB kalıcı tanısı olanlarda PMSÖ-T ile ADİ-T arasında pozitif yönlü zayıf şiddette bir ilişki saptanmıştır. Bu bulgu alt ölçeklerin korelasyonu yerine toplam puanın korelasyonunu araştırmamız nedeniyle ortaya çıkmış olabilir.

Psikolojik acı, psikiyatrik bozukluklar arasında en çok depresyonla ilişkilendirilmiştir. Fiziksel acı, psikolojik acı ve depresif bozukluklar da birbirini etkileyebilir.³⁰⁰ Çalışmamızda hem PMDB geçici tanısı olanlarda, hem de kalıcı tanısı olanlarda PMSÖ-T ile PAÖ arasındaki korelasyona bakıldığında pozitif yönlü orta şiddetli bir ilişki bulunmuştur ($p<0.001$). Yani PMDB şiddeti arttıkça psikolojik acı

şiddeti de artmaktadır. Psikolojik acı ile ilgili çalışma sayısı sınırlıdır. Çalışmamızda bulduğumuz bu sonuç literatür için önemli bir katkı sağlayacaktır.

Yapılan çalışmalar, anksiyete duyarlılığının sadece ruhsal bozukluklar için değil, aynı zamanda intihar için de bir risk faktörü olduğunu ortaya koymuştur.³⁰¹ Çalışmamızda hem PMDB geçici tanısı olan hem de kalıcı tanı alan kadınlarda psikolojik acı ile anksiyete duyarlılığı arasında orta şiddette bir ilişki bulunmuştur. Çalışmamızdaki bu bulgular literatürü destekler niteliktedir.

Çiftler arası uyum arttıkça psikolojik belirtilerin azaldığı, başka bir deyişle, evlilik kalitesi arttıkça, kadınların sahip oldukları psikolojik sorunların azalmakta olduğu çeşitli çalışmalarla gösterilmiştir.³⁰² Bu görüşün aksine, ruhsal bozulmaların evlilik yaşantısını etkilediğini öne süren çalışmalar da vardır. Örneğin 1993'te Chakrabarti, Kulhara ve Verma, distimi, YAB ve OKB'si olan 90 kişiyle yürüttükleri bir çalışmada, bu bozuklukların, katılımcıların aile rutinlerinde ve ailedeki etkileşimlerinde bozulmaya neden olduğu ve diğer alanlardan çok aile yaşantılarını ve evlilik durumlarını etkilediği sonucuna ulaşmışlardır.³⁰³ Çalışmamızda PMDB geçici tanısı olan grupta çift uyumu ile psikolojik acı arasında negatif yönlü bir ilişki bulunmuştur. Yani çift uyumu arttıkça psikolojik acının azaldığı veya psikolojik acının arttıkça çift uyumunda bozulmaya neden olduğu gösterilmiştir. Bu bulgular literatürle uyumlu olsa da PMDB kalıcı tanısı olanlarda bu ilişki kurulamamıştır. Ayrıca PMDB geçici tanısı olanlarda PMSÖ-T ile ÇUÖ-T arasında negatif yönlü zayıf bir ilişki saptanmışken; PMDB kalıcı tanısı olan kadınlarda PMSÖ-T ile ÇUÖ-T arasında negatif yönlü orta şiddette ilişki saptanmıştır. Yani kalıcı tanı kadınların geçici tanı kadınlarla göre eş uyumunun daha çok bozulduğu bulgusu literatürü destekler niteliktedir.

Dürtüsellik, zevk alamama, umutsuzluk ve psikolojik acı gibi çeşitli faktörler intiharla ilişkili bulunmuştur.³⁰⁴ Çalışmamızda hem PMDB geçici tanısı olanlarda hem de kalıcı tanısı olanlarda dikkatte dürtüsellüğün psikolojik acıyla pozitif yönlü zayıf bir ilişkide olduğu gösterilmiştir. Hem dürtüsellüğün, hem de psikolojik acının intihar için risk faktörü olduğu, PMDB'li hastaların da intihar riskinin normal popülasyona göre fazla olduğu göz önüne alındığında bu bulgu şaşırtıcı değildir.

Daha yüksek anksiyete duyarlılığına ek olarak daha yüksek dürtüsellığe sahip olan ergenlerin, kaygılarıyla baş etmede madde kullanımı gibi çok daha uyumsuz yollar gösterdikleri görülmüştür. Bu nedenle, Comeau ve ark. anksiyete duyarlılığının kaygı ve dürtüsellik arasındaki ilişkide aracı olabileceğini iddia etmiştir.³⁰⁵ Anksiyete duyarlılığı arttıkça dürtüsellüğün de arttığı özellikle dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu, duygudurum bozukluğu tanımlı hastalarda gösterilmiş³⁰⁶ fakat bildiğimiz kadarıyla PMDB'de bu ilişki henüz değerlendirilmemiştir. Çalışmamızda hem PMDB geçici tanısı olanlarda hem de kalıcı tanısı olanlarda özellikle dikkatte dürtüsellüğün anksiyete duyarlılığı ile pozitif yönlü zayıf bir ilişkide olduğu gösterilmiştir.

Genel olarak belirtilerin yoğunluğu ve kadınların yaşam kalitelerini önemli ölçüde etkilediği düşünülür ise kadınların bu yakınmalarla herhangi bir doktora başvurmamasının nedeni bu dönemde yaşadıkları belirtileri doğal bir süreç olarak görmelerinden kaynaklanıyor olabilir. Türkiye'de "adet olmak" cümlesi yerine daha çok kadınlar arasında "hasta olmak" cümlesi kullanılmaktadır. Bu yüzden toplumda kadınlar özellikle "hastalık" kelimesi ile bu dönemde hastalıklı olarak görülmekte ve stigmatize edilmektedir. Anadolu'da ise bazı geleneklerde kadınların bu dönemlerinde ellerini sürdükleri bazı yiyeceklerin bozulabileceği, bu dönemlerinde iken dini kitaplara ellerini sürmemeleri gerektiği, ölümlere baktırılmaması ve yenidoğan bebeklerin gösterilmemesi de kadınları toplumdan dışlayarak hastalıklı olduğunu vurgular niteliktedir. Bir kadın menstrual dönemde hastalıklı olduğuna bu denli inandırılmış iken premenstrual belirtilerini bu dönemin rutini şeklinde karşılıyor olabilir. Bu durumda herhangi bir sağaltım arayışı olmadığında mevcut yakınmalarının da çözüm bulması zorlaşmaktadır. PMDB, kadınlar arasında yaygın bir sorundur. Akademik veya iş performansını, psikolojik durumu, benlik saygısını, kendine güveni, sosyal ve aile ilişkilerini ve yaşam kalitesini olumsuz etkiler.³⁰⁷ Bu nedenle tedaviye ihtiyacı olan kadınlar erken saptanmalı ve tedavi edilmelidir. Bu hastalar jinekolog, psikolog, diyetisyen ve danışman hemşireden oluşan profesyonel bir sağlık ekibi tarafından yönetilmelidir.

Çalışmamızın bazı kısıtlılıkları mevcuttur. Özellikle tek bir merkezde kesitsel olarak yapılması, güç analizinde belirtilen sayıya uygun fakat nispeten küçük bir örneklem grubunda yapılmış olması çalışmamızın önemli kısıtlılıklarından biridir. İstatistiksel açıdan daha anlamlı sonuçlar elde edilebilmesi açısından daha büyük

örneklem grubu ile çalışılması daha uygun olabilir. Ayrıca çalışmamıza yalnızca 18-49 yaş grubu dahil edildiğinden bazı sonuçlar farklı çıkmış olabilir; ergen yaş grubunun da dahil edilmesiyle daha güvenli sonuçlar elde edilebilir.

Çalışmanın kısıtlılıklarından bir diğeri ise psikiyatrik eştanılı veya psikiyatrik ilaç kullanan hastaların da çalışmaya dahil edilmesi ve eştanılara göre ayrı değerlendirme yapılmamasıdır. Özellikle SSGİ kullanan hastalarda belirtilerin perdelenmesi söz konusu olabilir ve yanlış negatif tanı konmasına neden olabilir. Depresif bozukluk veya anskiyete bozukluğu tanısı olan hastaların da semptomlarının PMDB kaynaklı mı yoksa psikiyatrik eştanı kaynaklı mı olduğu önemli bir konudur.

Kullanılan ölçeklerin çoğunluğunun kendini değerlendirme ölçeği olması, özellikle ÇÇTÖ, ÇUÖ, GRCDÖ gibi ölçeklerin özel sorular içermesinden dolayı hastaları kaygılandırabilmekte ve yanlış bilgi verebilme olasılığına sahip olabilmektedir.

Ayrıca herhangi bir hormon profili bakılmaması, hastaların yakınmalarının hormonal bozukluklara bağlı olup olmadığının ayırıcı tanısını da zorlaştırmıştır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

1. Çalışmamıza katılan 159 kadının 95'ine DSM-5 kriterlerine göre geçici PMDB tanısı konmuştur. Bu 95 kadının bireysel takvimlerle ileriye dönük değerlendirilmesi sonrası 62 kadına PMDB kalıcı tanısı konmuş olup; 33 kadına PMDB kalıcı tanısı konmamıştır. Bu bulgulardan yola çıkarak geçmişe yönelik öyküye göre PMDB geçici tanısı konulan hastaların bir kısmının aslında yanlış PMDB tanısı aldığı düşünülebilir. Bu duruma hastaların eşlik eden psikiyatrik belirtilerinin premenstrual dönemde alevlenmesi neden olabilir. Bu yüzden belirtilerin mutlaka ileriye dönük değerlendirilmesi gerekir.
2. Çalışmamızda PMDB geçici tanı alan bireylerde dismenore ile anlamlı ilişki bulunmuştur. Fakat bu anlamlı ilişkinin PMDB kalıcı tanısı olan bireyler için geçerli olmadığı görülmüştür. Dismenoreye sahip olan kadınların PMDB yönünden risk altında olabileceği klinisyenler tarafından iyi bilinmelidir.
3. Çalışmamızda PMDB geçici tanısı olan grupta depresyon tanısı alan bireylerin PMDB geçici tanısı olmayan gruptan anlamlı olarak daha fazla olduğu tespit edilmiştir. Bunun karşılığında eştanılı psikiyatrik hastalıkların da PMDB kalıcı tanısı olan ve olmayan gruplar arasındaki ilişkisi incelendiğinde ise anlamlı bir sonuç bulunamamıştır. Bu durum depresyon hastalarının genellikle PMS belirtilerinin ileriye dönük incelenmesinde semptomlarının siklus boyunca değişkenlik göstermemesinden kaynaklanıyor olabilir. Ayrıca depresyon tedavisi için kullanılan antidepresan ilaçlar PMDB tedavisinde de kullanıldığından hastaların ileriye dönük incelemelerinde antidepresan tedaviye yanıt görülebilir. Bu duruma açıklık getirebilmek için daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır.
4. Çalışmamızda PMDB geçici tanısı olanlarda, PMDB geçici tanısı olmayanlara göre PMSÖ alt ölçek puanları ve toplam puanında istatistiksel olarak daha yüksek puanların olduğu görülmüştür. Ayrıca geçici PMDB tanısı olanların ileriye dönük incelenmeleri sonrasında kalıcı PMDB tanısı alan hastalarda PMSÖ alt ölçek puanlarının ve toplam puanının daha yüksek olduğu bulunmuştur.
5. Çalışmamızda geçici/kalıcı PMDB tanısı koyduğumuz hastalarda istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde psikolojik acının daha yüksek olduğunu gözlemledik. Bu gözlem PMDB tanılı hastaların daha yüksek intihar riski ile ilişkilendirilebileceğini

göstermektedir. Bu aşamada PMDB tanısının önemi konusunda da klinisyenlere daha fazla sorumluluk düşmektedir. PMS semptomu belirten kadınlar mutlaka intihar riski açısından da değerlendirilmelidir.

6. Çalışmamızda kronotip (sabahçılık, akşamcılık) ile PMDB arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Bu konu ile ilgili yapılan çalışmalar sınırlıdır. Yeni çalışmalara ihtiyaç duyulduğu aşikârdır. Bunun yanında çalışmamızda PMDB tanılı olguların kronotip dağılımında ara tip > akşamcı tip > sabahçı tip sırası yer almaktadır.
7. Çalışmamızda PMDB'si olan veya olmayan kadınlar arasında çocukluk çağı travmaları yönünden bir ilişki veya fark bulunamamıştır. Her ne kadar çocukluk çağı travmaları ile PMDB tanısı arasında herhangi bir anlamlı ilişki çalışmamızda bulunamasa da çocukluk çağı olumsuz yaşantılarının PMDB'nin önemli bir belirleyicisi olduğu konusunda hemfikir olmak, sağlık profesyonellerinin genç kadınlarla daha iyi iletişim kurmasını ve PMDB'yi ele almayı kolaylaştıracaktır.
8. Çalışmamızda PMDB'si olan veya olmayan kadınlar arasında çift uyumu, çift memnuniyeti, eşler arası fikir birliği veya sevgi ifadesi düzeyi ile ilgili anlamlı bir fark bulunamamıştır.
9. Çalışmamızda PMDB'si olan veya olmayan kadınlar arasında cinsel işlev ve cinsel doyum yönünden anlamlı fark bulunamamıştır.
10. Çalışmamızda PMDB'si olan veya olmayan kadınlar arasında dikkatte dürtüsellik, motor dürtüsellik ve plan yapamama yönünden anlamlı bir fark bulunamamıştır. Bulgularımıza göre anlamlı bir sonuç çıkmasa da luteal fazdaki dürtüsellüğün PMDB'nin sinirlilik belirtisi ile ilişkilendirilebileceği akılda tutulmalı ve bu konu ile ilgili daha fazla çalışma yapılmalıdır.
11. Çalışmamızda PMDB geçici tanısı olanlarda, PMDB geçici tanısı olmayanlara göre anksiyete duyarlılığının daha yüksek olduğunu belirledik. Ayrıca kalıcı PMDB tanısı alan hastalarda ise özellikle fiziksel duyarlılık ortalamalarının daha yüksek olduğu bulunmuştur.
12. Çalışmamıza göre PMDB şiddeti arttıkça psikolojik acı şiddetinin de arttığı gösterilmiş ve bu nedenle kadınlarda PMDB tanısının atlanmaması gerektiği düşünülmüştür.

13. Çalışmamızda PMDB geçici tanısı olanlarda PMSÖ-T ile ÇUÖ-T arasında negatif yönlü zayıf bir ilişki saptanmışken; PMDB kalıcı tanısı olan kadınlarda PMSÖ-T ile ÇUÖ-T arasında negatif yönlü orta şiddette ilişki saptanmıştır. Bu durumun PMDB belirtilerinin artmasından mı kaynaklandığı; yoksa eş uyumu bozuk olan kadınlarda PMDB şiddetinin daha fazla olmasından mı kaynaklandığı konusunda daha çok çalışmaya ihtiyaç vardır.
14. Çalışmamızda PMDB'nin klinik değişkenleri üzerinde durulmuş, ancak tedavi ile ilgili bir çalışma yapılmamıştır. PMDB tedavisine yönelik daha fazla çalışma yapılması, PMDB'si olan kadınların yaşam kalitesini arttırmak amacıyla klinisyenlere yol gösterecektir.
15. Literatürde PMS veya PMDB'nin klinik değişkenleri ile ilgili pek çok çalışma yapılmıştır. Bu çalışmalar genellikle geçici PMDB tanısı üzerinden yapılmış olup, tüm klinik değişkenleri bir arada ileriye dönük olarak inceleyen çalışma sayısı sınırlıdır. Bu yüzden çalışmamız PMDB'nin tanı sürekliliğine klinik değişkenlerin etkisini de inceleyen nadir çalışmalardan biri olmasıyla önemli bir özelliğe sahiptir. Ayrıca klinik değişkenlerin PMDB tanısı veya şiddeti üzerine etkisini bilmek klinisyenler için yol gösterici olacaktır. Katılımcı sayısındaki kısıtlılık ve katılımcıların bir kısmının ilaç tedavisi alıyor olması verilerimizi etkilemiş olabileceğinden, daha geniş örneklem gruplarında, hastaların tanı gruplarına ve ilaç kullanımına göre ayrıldığı çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

7. KAYNAKLAR

1. **Halbreich U.** The etiology, biology, and evolving pathology of premenstrual syndromes. *Psychoneuroendocrinology*. **2003**; 28:55–99.
2. **Freeman EW, Sammel MD, Lin H, Rickels K, Sondheimer SJ.** Clinical subtypes of premenstrual syndrome and responses to sertraline treatment. *Obstet Gynecol*. **2011**; 118(6):1293.
3. **Skrzypulec-Plinta V, Drosdzol A, Nowosielski K, Plinta R.** The complexity of premenstrual dysphoric disorder-risk factors in the population of Polish women. *Reprod Biol Endocrinol*. **2010**; 8(1):1–6.
4. **Nappi RE, Cucinella L, Bosoni D, vd.** Premenstrual Syndrome and Premenstrual Dysphoric Disorder as Centrally Based Disorders. *Endocrines*. **2022**; 3(1):127–138.
5. **Matsumoto T, Asakura H, Hayashi T.** Biopsychosocial aspects of premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder. *Gynecol Endocrinol*. **2013**; 29(1):67–73.
6. **Halbreich U, Backstrom T, Eriksson E, vd.** Clinical diagnostic criteria for premenstrual syndrome and guidelines for their quantification for research studies. *Gynecol Endocrinol*. **2007**; 23(3):123–130.
7. **Matsumoto T, Egawa M, Kimura T, Hayashi T.** Comparison between retrospective premenstrual symptoms and prospective late-luteal symptoms among college students. *Gynecol Reprod Endocrinol Metab*. **2021**; 2:31–41.
8. **Müderis İİ, Gönül AS, Sofuoğlu S, Taşçı S, Bayatlı M.** Genç kadınlarda premenstrüel disforik bozukluk prevalansı. *Klin Psikiyatr*. **1999**; 2(3):197–201.
9. **Demir B, Algül YL, Güven GES.** Sağlık çalışanlarında premenstrüel sendrom insidansı ve etkileyen faktörlerin araştırılması. *Uzm Sonrası Eğitim ve Güncel Gelişmeler Derg*. **2006**; 3(4):262–270.
10. **Erbil N, Karaca A, KIRIŞ T.** Investigation of premenstrual syndrome and contributing factors among university students. *Turkish J Med Sci*. **2010**; 40(4):565–573.
11. **Rapkin AJ, Morgan M, Goldman L, Brann DW, Simone D, Mahesh VB.** Progesterone metabolite allopregnanolone in women with premenstrual syndrome. *Obstet Gynecol*. **1997**; 90(5):709–714.
12. **Kouri EM, Halbreich U.** State and trait serotonergic abnormalities in women with dysphoric premenstrual syndromes. *Psychopharmacol Bull*. **1997**; 33(4):767.
13. **Rapkin AJ.** The role of serotonin in premenstrual syndrome. *Clin Obstet Gynecol*. **1992**; 35(3):629–636.
14. **Steege JF, Stout AL, Knight DL, Nemeroff CB.** Reduced platelet tritium-labeled imipramine binding sites in women with premenstrual syndrome. *Am J Obstet Gynecol*. **1992**; 167(1):168–172.
15. **Hy M, Lowy MT:** The serotonin hypothesis of depression. *Psychopharmacol Third Gener Progress/Ed Meltzer HYNV Raven Press*. **1987**:513–526.
16. **Gerrish MKBLWG.** Premenstrual Syndrome and Premenstrual Dysphoric Disorder: Issues of Quality of Life, Stress and Exercise. **2010**.
17. **Frank RT.** The hormonal causes of premenstrual tension. *Arch Neurol psychiatry*. **1931**; 26(5):1053–1057.

18. **Black DW, Grant JE.** *DSM-5® guidebook: the essential companion to the diagnostic and statistical manual of mental disorders.* American Psychiatric Pub, **2014**;
19. **Epperson CN, Steiner M, Hartlage SA, vd.** Premenstrual dysphoric disorder: evidence for a new category for DSM-5. *Am J Psychiatry.* **2012**; 169(5):465–475.
20. **Lloyd KG, Zivkovic B, Scatton B, Morselli PL, Bartholimi G.** The gabaergic hypothesis of depression. *Prog Neuro-Psychopharmacology Biol Psychiatry.* **1989**; 13(3–4):341–351.
21. **Mihm M, Gangooly S, Muttukrishna S.** The normal menstrual cycle in women. *Anim Reprod Sci.* **2011**; 124(3–4):229–236.
22. **Harlow SD, Windham G, Paramsothy P.** Menstruation and menstrual disorders. *Women and health.* **2000**; ; 2000.
23. **Park SJ, Goldsmith LT, Weiss G.** Age-related changes in the regulation of luteinizing hormone secretion by estrogen in women. *Exp Biol Med.* **2002**; 227(7):455–464.
24. **Bakos O, Lundkvist Ö, Wide L, Bergh T.** Ultrasonographical and hormonal description of the normal ovulatory menstrual cycle. *Acta Obstet Gynecol Scand.* **1994**; 73(10):790–796.
25. **Panay N.** Management of premenstrual syndrome: evidence-based guidelines. *Obstet Gynaecol Reprod Med.* **2011**; 21(8):221–228.
26. **Bosman RC, Jung SE, Miloserdov K, Schoevers RA, aan het Rot M.** Daily symptom ratings for studying premenstrual dysphoric disorder: A review. *J Affect Disord.* **2016**; 189:43–53.
27. **Halbreich U, Borenstein J, Pearlstein T, Kahn LS.** The prevalence, impairment, impact, and burden of premenstrual dysphoric disorder (PMS/PMDD). *Psychoneuroendocrinology.* **2003**; 28:1–23.
28. **Taşkın L.** *Doğum ve kadın sağlığı hemşireliği.* Akademisyen Kitabevi, **2019**;
29. **Koci A, Strickland O.** Relationship of adolescent physical and sexual abuse to perimenstrual symptoms (PMS) in adulthood. *Issues Ment Health Nurs.* **2007**; 28(1):75–87.
30. **Dereboy C, Dereboy IF, Yigitol F, Coskun A.** Psychometric data for the premenstrual assessment form: a cluster analytic study. *Turk Psikiyatr Derg.* **1994**; 5(2):583–590.
31. **Morse G.** Positively reframing perceptions of the menstrual cycle among women with premenstrual syndrome. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* **1999**; 28(2):165–174.
32. **Reed GM, First MB, Kogan CS, vd.** Innovations and changes in the ICD-11 classification of mental, behavioural and neurodevelopmental disorders. *World Psychiatry.* **2019**; 18(1):3–19.
33. **Birliği AP.** *Ruhsal bozuklukların tanınal ve sayımsal elkitabı, Beşinci Baskı (DSM-5). Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı Çeviri* Ed Köroğlu E Ankara Hekimler Yayın Birliği. **2013**.
34. **Hantsoo L, Epperson CN.** Premenstrual dysphoric disorder: epidemiology and treatment. *Curr Psychiatry Rep.* **2015**; 17(11):1–9.
35. **Swami M, Narain M, Kanwal K.** Premenstrual syndrome: Correlation and functional impairment. *J Mahatma Gandhi Univ Med Sci Technol.* **2017**; 2(1):18–22.
36. **Bhowmick MP, Kharde AL.** A longitudinal study on premenstrual disorders among female medical students of a tertiary-care hospital. *Int J Med Sci Public Heal.* **2014**; 3(12):1531–1535.
37. **Firoozi R, Kafi M, Salehi I, Shirmohammadi M.** The relationship between severity of premenstrual syndrome and psychiatric symptoms. *Iran J Psychiatry.* **2012**; 7(1):36.

38. **Itriyeva K.** Premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder in adolescents. *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care*. **2022**;101-187.
39. **Ezeh OH, Ezeh CC.** Prevalence of premenstrual syndrome and coping strategies among school girls. *African J Psychol Stud Soc Issues*. **2016**; 19(2):111–119.
40. **Yonkers KA, Simoni MK.** Premenstrual disorders. *Am J Obstet Gynecol*. **2018**; 218(1):68–74.
41. **Saglam HY, Basar F.** The relationship between premenstrual syndrome and anger. *Pakistan J Med Sci*. **2019**; 35(2):515.
42. **O'Brien PMS, Bäckström T, Brown C, vd.** Towards a consensus on diagnostic criteria, measurement and trial design of the premenstrual disorders: the ISPMD Montreal consensus. *Arch Womens Ment Health*. **2011**; 14(1):13–21.
43. **Dennerstein L, Lehert P, Heinemann K.** Epidemiology of premenstrual symptoms and disorders. *Menopause Int*. **2012**; 18(2):48–51.
44. **Özeren A, Atilla D, Helvacı M.** Hastane çalışanlarında premenstrüel sendrom ve depresyon ile ilişkisi. *İzmir Tepecik Eğitim Hastan Derg*. **2013**; 23(1):25–33.
45. **Hashim R, Ayyub A, Hameed S, Qamar K, Ali S, Raza G.** Premenstrual syndrome: messes with my academic performance. *PAFMJ*. **2014**; 64(2):199–203.
46. **Ghani S, Parveen T.** Frequency of dysmenorrhea and premenstrual syndrome, its impact on quality of life and management approach among medical university students. *Pak J Surg*. **2016**; 32(2):104–110.
47. **Jaroszc AC, Jamnik J, El-Sohemy A.** Hormonal contraceptive use and prevalence of premenstrual symptoms in a multiethnic Canadian population. *BMC Womens Health*. **2017**; 17(1):1–8.
48. **Adıgüzel H, Taşkın O, Esen Danacı A.** Manisa ilinde premenstrüel sendrom belirti örüntüsü ve belirti yaygınlığının araştırılması. *Türk Psikiyatr Derg*. **2007**; 18(3):215–222.
49. **Alpaslan AH, Avcı K, Soylu N, Taş HU.** Association between premenstrual syndrome and alexithymia among Turkish University students. *Gynecol Endocrinol*. **2014**; 30(5):377–380.
50. **Rapkin AJ, Mikacich JA.** Premenstrual dysphoric disorder and severe premenstrual syndrome in adolescents. *Pediatr Drugs*. **2013**; 15(3):191–202.
51. **Dalton K, Dalton ME, Guthrie K.** Incidence of the premenstrual syndrome in twins. *Br Med J (Clin Res Ed)*. **1987**; 295(6605):1027.
52. **Wittchen H-U, Becker E, Lieb R, Krause P.** Prevalence, incidence and stability of premenstrual dysphoric disorder in the community. *Psychol Med*. **2002**; 32(1):119–132.
53. **Cohen LS, Soares CN, Otto MW, Sweeney BH, Liberman RF, Harlow BL.** Prevalence and predictors of premenstrual dysphoric disorder (PMDD) in older premenopausal women: the Harvard study of moods and cycles. *J Affect Disord*. **2002**; 70(2):125–132.
54. **Pearlstein T, Yonkers KA, Fayyad R, Gillespie JA.** Pretreatment pattern of symptom expression in premenstrual dysphoric disorder. *J Affect Disord*. **2005**; 85(3):275–282.
55. **Rapkin AJ, Winer SA.** Premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder: quality of life and burden of illness. *Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res*. **2009**; 9(2):157–170.
56. **Chawla A, Swindle R, Long S, Kennedy S, Sternfeld B.** Premenstrual dysphoric disorder: is there an economic burden of illness? *Med Care*. Published online **2002**:1101–1112.

57. **Strine TW, Chapman DP, Ahluwalia IB.** Menstrual-related problems and psychological distress among women in the United States. *J women's Heal.* **2005**; 14(4):316–323.
58. **Ryser R, Feinauer LL.** Premenstrual syndrome and the marital relationship. *Am J Fam Ther.* **1992**; 20(2):179–190.
59. **Pearlstein T, Steiner M.** Premenstrual dysphoric disorder: burden of illness and treatment update. *Focus (Madison).* **2012**; 10(1):90–101.
60. **Wang Y-H, Shi Z-T, Luo Q-Y.** Association of depressive symptoms and suicidal ideation among university students in China: A systematic review and meta-analysis. *Medicine (Baltimore).* **2017**; 96(13).
61. **Osborn E, Brooks J, O'Brien PMS, Wittkowski A.** Suicidality in women with Premenstrual Dysphoric Disorder: a systematic literature review. *Arch Womens Ment Health.* **2021**; 24(2):173–184.
62. **Lövestad S, Löve J, Vaez M, Waern M, Hensing G, Krantz G.** Suicidal ideation and attempts in population-based samples of women: temporal changes between 1989 and 2015. *BMC Public Health.* **2019**; 19(1):1–12.
63. **Yonkers KA, Pearlstein T, Rosenheck RA.** Premenstrual disorders: bridging research and clinical reality. *Arch Women's Ment Heal.* **2003**; 6(4):287–292.
64. **Pilver CE, Libby DJ, Hoff RA.** Premenstrual dysphoric disorder as a correlate of suicidal ideation, plans, and attempts among a nationally representative sample. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* **2013**; 48(3):437–446.
65. **Baca-Garcia E, Diaz-Sastre C, Ceverino A, vd.** Premenstrual symptoms and luteal suicide attempts. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* **2004**; 254(5):326–329.
66. **Shams-Alizadeh N, Maroufi A, Rashidi M, Roshani D, Farhadifar F, Khazaie H.** Premenstrual dysphoric disorder and suicide attempts as a correlation among women in reproductive age. *Asian J Psychiatr.* **2018**; 31:63–66.
67. **Saunders KEA, Hawton K.** Suicidal behaviour and the menstrual cycle. *Psychol Med.* **2006**; 36(7):901–912.
68. **Lee JC, Yu BK, Byeon JH, Lee K-H, Min JH, Park SH.** A study on the menstruation of Korean adolescent girls in Seoul. *Korean J Pediatr.* **2011**; 54(5):201.
69. **Andréen L, Nyberg S, Turkmen S, van Wingen G, Fernández G, Bäckström T.** Sex steroid induced negative mood may be explained by the paradoxical effect mediated by GABAA modulators. *Psychoneuroendocrinology.* **2009**; 34(8):1121–1132.
70. **Sundström Poromaa I, Smith S, Gulinello M.** GABA receptors, progesterone and premenstrual dysphoric disorder. *Arch Womens Ment Health.* **2003**; 6(1):23–41.
71. **Sundström I, Bäckström T.** Citalopram increases pregnanolone sensitivity in patients with premenstrual syndrome: an open trial. *Psychoneuroendocrinology.* **1998**; 23(1):73–88.
72. **Shanmugan S, Epperson CN.** Estrogen and the prefrontal cortex: towards a new understanding of estrogen's effects on executive functions in the menopause transition. *Hum Brain Mapp.* **2014**; 35(3):847–865.
73. **Zendejdel M, Elyasi F.** Biopsychosocial etiology of premenstrual syndrome: A narrative review. *J Fam Med Prim care.* **2018**; 7(2):346.
74. **Türkçapar AF, Türkçapar H.** Diagnosis and treatment of premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder: A review. *J Clin Psychiatry.* **2011**; 14(4):241–253.

75. **Kugaya A, Epperson CN, Zoghbi S, vd.** Increase in prefrontal cortex serotonin_{2A} receptors following estrogen treatment in postmenopausal women. *Am J Psychiatry*. **2003**; 160(8):1522–1524.
76. **Fink G, Sumner BEH, McQueen JK, Wilson H, Rosie R.** Sex steroid control of mood, mental state and memory. *Clin Exp Pharmacol Physiol*. **1998**; 25(10):764–775.
77. **McQueen JK, Wilson H, Fink G.** Estradiol-17 β increase serotonin transporter (SERT) mRNA levels and the density of SERT-binding sites in female rat brain. *Mol Brain Res*. **1997**; 45(1):13–23.
78. **Bertrand PP, Paranavitane UT, Chavez C, Gogos A, Jones M, van den Buuse M.** The effect of low estrogen state on serotonin transporter function in mouse hippocampus: a behavioral and electrochemical study. *Brain Res*. **2005**; 1064(1–2):10–20.
79. **Gundlah C, Lu NZ, Bethea CL.** Ovarian steroid regulation of monoamine oxidase-A and B mRNAs in the macaque dorsal raphe and hypothalamic nuclei. *Psychopharmacology (Berl)*. **2002**; 160(3):271–282.
80. **Schendzielorz N, Rysa A, Reenila I, Raasmaja A, Mannisto PT.** Complex estrogenic regulation of catechol-O-methyltransferase (COMT) in rats. *J Physiol Pharmacol*. **2011**; 62(4):483.
81. **Aguirre CC, Baudry M.** Progesterone reverses 17 β -estradiol-mediated neuroprotection and BDNF induction in cultured hippocampal slices. *Eur J Neurosci*. **2009**; 29(3):447–454.
82. **Bimonte-Nelson HA, Nelson ME, Granholm A-CE.** Progesterone counteracts estrogen-induced increases in neurotrophins in the aged female rat brain. *Neuroreport*. **2004**; 15(17):2659–2663.
83. **Wu C, Sun D.** GABA receptors in brain development, function, and injury. *Metab Brain Dis*. **2015**; 30(2):367–379.
84. **Sundström I, Ashbrook D, Bäckström T.** Reduced benzodiazepine sensitivity in patients with premenstrual syndrome: a pilot study. *Psychoneuroendocrinology*. **1997**; 22(1):25–38.
85. **Epperson CN, Haga K, Mason GF, vd.** Cortical γ -aminobutyric acid levels across the menstrual cycle in healthy women and those with premenstrual dysphoric disorder: a proton magnetic resonance spectroscopy study. *Arch Gen Psychiatry*. **2002**; 59(9):851–858.
86. **Smith MJ, Adams LF, Schmidt PJ, Rubinow DR, Wassermann EM.** Abnormal luteal phase excitability of the motor cortex in women with premenstrual syndrome. *Biol Psychiatry*. **2003**; 54(7):757–762.
87. **Yang Q, Þórðardóttir EB, Hauksdóttir A, vd.** Association between adverse childhood experiences and premenstrual disorders: a cross-sectional analysis of 11,973 women. *BMC Med*. **2022**; 20(1):1–10.
88. **Taylor S, Zvolensky MJ, Cox BJ, vd.** Robust dimensions of anxiety sensitivity: development and initial validation of the Anxiety Sensitivity Index-3. *Psychol Assess*. **2007**; 19(2):176.
89. **Straneva PA, Maixner W, Light KC, Pedersen CA, Costello NL, Girdler SS.** Menstrual cycle, beta-endorphins, and pain sensitivity in premenstrual dysphoric disorder. *Heal Psychol*. **2002**; 21(4):358.
90. **Gurguis GNM, Yonkers KA, Blakeley JE, Phan SP, Williams A, Rush AJ.** Adrenergic receptors in premenstrual dysphoric disorder. II. Neutrophil β ₂-adrenergic receptors: Gs protein coupling, phase of menstrual cycle and prediction of luteal phase symptom severity. *Psychiatry Res*. **1998**; 79(1):31–42.
91. **Odink J, Van der Ploeg HM, Van den Berg H, Van Kempen GM, Bruinse HW, Louwerse**

- ES. Circadian and circatrigintan rhythms of biogenic amines in premenstrual syndrome (PMS). *Psychosom Med.* **1990**; 52(3):346–356.
92. **Benedek-Jaszmann LJ, Hearn-Sturtevant MD.** Premenstrual tension and functional infertility: aetiology and treatment. *Lancet.* **1976**; 307(7969):1095–1098.
 93. **Gray JD, Milner TA, McEwen BS.** Dynamic plasticity: the role of glucocorticoids, brain-derived neurotrophic factor and other trophic factors. *Neuroscience.* **2013**; 239:214–227.
 94. **Elfving B, Buttenschön HN, Foldager L, vd.** Depression, the Val66Met polymorphism, age, and gender influence the serum BDNF level. *J Psychiatr Res.* **2012**; 46(9):1118–1125.
 95. **Carbone DL, Handa RJ.** Sex and stress hormone influences on the expression and activity of brain-derived neurotrophic factor. *Neuroscience.* **2013**; 239:295–303.
 96. **Deuschle M, Gilles M, Scharnholtz B, Lederbogen F, Lang UE, Hellweg R.** Changes of serum concentrations of brain-derived neurotrophic factor (BDNF) during treatment with venlafaxine and mirtazapine: role of medication and response to treatment. *Pharmacopsychiatry.* **2013**; 46(02):54–58.
 97. **Oral E, Kirkan TS, Yildirim A, vd.** Serum brain-derived neurotrophic factor differences between the luteal and follicular phases in premenstrual dysphoric disorder. *Gen Hosp Psychiatry.* **2015**; 37(3):266–272.
 98. **Marrocco J, Einhorn NR, Petty GH, vd.** Epigenetic intersection of BDNF Val66Met genotype with premenstrual dysphoric disorder transcriptome in a cross-species model of estradiol add-back. *Mol Psychiatry.* **2020**; 25(3):572–583.
 99. **Treloar SA, Heath AC, Martin NG.** Genetic and environmental influences on premenstrual symptoms in an Australian twin sample. *Psychol Med.* **2002**; 32(1):25–38.
 100. **Dhingra V, Magnay JL, O'Brien PMS, Chapman G, Fryer AA, Ismail KMK.** Serotonin receptor 1A C (-1019) G polymorphism associated with premenstrual dysphoric disorder. *Obstet Gynecol.* **2007**; 110(4):788–792.
 101. **Miller A, Vo H, Huo L, Roca C, Schmidt PJ, Rubinow DR.** Estrogen receptor alpha (ESR-1) associations with psychological traits in women with PMDD and controls. *J Psychiatr Res.* **2010**; 44(12):788–794.
 102. **Pakharenko L.** Effect of estrogen receptor gene ESR1 polymorphism on development of premenstrual syndrome. *Georg Med News.* **2014**; 235:37–41.
 103. **Dubey N, Hoffman JF, Schuebel K, vd.** The ESC/E (Z) complex, an effector of response to ovarian steroids, manifests an intrinsic difference in cells from women with premenstrual dysphoric disorder. *Mol Psychiatry.* **2017**; 22(8):1172–1184.
 104. **Ullah A, Long X, Mat W-K, vd.** Highly recurrent copy number variations in GABRB2 associated with schizophrenia and premenstrual dysphoric disorder. *Front Psychiatry.* **2020**; 11:572.
 105. **Bertone-Johnson ER.** Chronic inflammation and premenstrual syndrome: A missing link found? *J women's Heal.* **2016**; 25(9):857–858.
 106. **Evans J, Salamonsen LA.** Inflammation, leukocytes and menstruation. *Rev Endocr Metab Disord.* **2012**; 13(4):277–288.
 107. **Gloire G, Legrand-Poels S, Piette J.** NF-κB activation by reactive oxygen species: fifteen years later. *Biochem Pharmacol.* **2006**; 72(11):1493–1505.
 108. **Sugino N, Karube-Harada A, Taketani T, Sakata A, Nakamura Y.** Withdrawal of ovarian

- steroids stimulates prostaglandin F2 α production through nuclear factor- κ B activation via oxygen radicals in human endometrial stromal cells: potential relevance to menstruation. *J Reprod Dev.* **2004**; 50(2):215–225.
109. **Bertone-Johnson ER, Ronnenberg AG, Houghton SC, vd.** Association of inflammation markers with menstrual symptom severity and premenstrual syndrome in young women. *Hum Reprod.* **2014**; 29(9):1987–1994.
 110. **Roomruangwong C, Matsumoto AK, Michelin AP, vd.** The role of immune and oxidative pathways in menstrual cycle associated depressive, physio-somatic, breast and anxiety symptoms: Modulation by sex hormones. *J Psychosom Res.* **2020**; 135:110158.
 111. **Fernández M del M, Regueira-Méndez C, Takkouche B.** Psychological factors and premenstrual syndrome: A Spanish case-control study. *PLoS One.* **2019**; 14(3):1–13.
 112. **Craner JR, Sigmon ST, Martinson AA.** Self-focused attention in response to laboratory stressors among women with premenstrual disorders. *Arch Womens Ment Health.* **2015**; 18(4):595–606.
 113. **Lete I, Dueñas JL, Serrano I, vd.** Attitudes of Spanish women toward premenstrual symptoms, premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder: results of a nationwide survey. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* **2011**; 159(1):115–118.
 114. **de Carvalho AB, de Azevedo Cardoso T, Mondin TC, vd.** Prevalence and factors associated with premenstrual dysphoric disorder: a community sample of young adult women. *Psychiatry Res.* **2018**; 268:42–45.
 115. **Koutroulis G.** Soiled identity: Memory-work narratives of menstruation. *Health.* **2001**; 5(2):187–205.
 116. **Harding CM.** Can health education help to disperse the ‘menstrual blues’? *Health Educ J.* **1984**; 43(2–3):62–66.
 117. **Pilver CE, Levy BR, Libby DJ, Desai RA.** Posttraumatic stress disorder and trauma characteristics are correlates of premenstrual dysphoric disorder. *Arch Womens Ment Health.* **2011**; 14(5):383–393.
 118. **Bertone-Johnson ER, Whitcomb BW, Missmer SA, Manson JE, Hankinson SE, Rich-Edwards JW.** Early life emotional, physical, and sexual abuse and the development of premenstrual syndrome: a longitudinal study. *J women’s Heal.* **2014**; 23(9):729–739.
 119. **Segebladh B, Bannbers E, Kask K, vd.** Prevalence of violence exposure in women with premenstrual dysphoric disorder in comparison with other gynecological patients and asymptomatic controls. *Acta Obstet Gynecol Scand.* **2011**; 90(7):746–752.
 120. **Bhuvaneswari K, Rabindran P, Bharadwaj B.** Prevalence of premenstrual syndrome and its impact on quality of life among selected college students in Puducherry. *Natl Med J India.* **2019**; 32(1):17–19.
 121. **Berman SM, London ED, Morgan M, Rapkin AJ.** Elevated gray matter volume of the emotional cerebellum in women with premenstrual dysphoric disorder. *J Affect Disord.* **2013**; 146(2):266–271.
 122. **Jeong H-G, Ham B-J, Yeo H Bin, Jung I-K, Joe S-H.** Gray matter abnormalities in patients with premenstrual dysphoric disorder: an optimized voxel-based morphometry. *J Affect Disord.* **2012**; 140(3):260–267.
 123. **Ossewaarde L, van Wingen GA, Rijpkema M, Bäckström T, Hermans EJ, Fernández G.** Menstrual cycle-related changes in amygdala morphology are associated with changes in stress sensitivity. *Hum Brain Mapp.* **2013**; 34(5):1187–1193.

124. **Protopopescu X, Tuescher O, Pan H, vd.** Toward a functional neuroanatomy of premenstrual dysphoric disorder. *J Affect Disord.* **2008**; 108(1–2):87–94.
125. **Gingnell M, Bannbers E, Wikström J, Fredrikson M, Sundström-Poromaa I.** Premenstrual dysphoric disorder and prefrontal reactivity during anticipation of emotional stimuli. *Eur Neuropsychopharmacol.* **2013**; 23(11):1474–1483.
126. **Gingnell M, Morell A, Bannbers E, Wikström J, Poromaa IS.** Menstrual cycle effects on amygdala reactivity to emotional stimulation in premenstrual dysphoric disorder. *Horm Behav.* **2012**; 62(4):400–406.
127. **Lu D, Aleknaviciute J, Kamperman AM, vd.** Association Between Childhood Body Size and Premenstrual Disorders in Young Adulthood. *JAMA Netw open.* **2022**; 5(3):e221256–e221256.
128. **Rubinow DR, Schmidt PJ.** Is there a role for reproductive steroids in the etiology and treatment of affective disorders? *Dialogues Clin Neurosci.* **2022**.
129. **Wakatsuki Y, Inoue T, Hashimoto N, vd.** Influence of childhood maltreatment, adulthood stressful life events, and affective temperaments on premenstrual mental symptoms of nonclinical adult volunteers. *Neuropsychiatr Dis Treat.* **2020**; 16:1.
130. **Ito K, Doi S, Isumi A, Fujiwara T.** Association between childhood maltreatment history and premenstrual syndrome. *Int J Environ Res Public Health.* **2021**; 18(2):781.
131. **Freeman EW.** The clinical presentation and course of premenstrual symptoms. İçinde: *The Premenstrual Syndromes.* CRC Press, **2007**; ; 2007:67–74.
132. **Steiner M.** Premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder: guidelines for management. *J Psychiatry Neurosci.* **2000**; 25(5):459.
133. **Oğur P.** Premenstrual sendromun meslek ve eğitim düzeyi ile ilişkisi. **2004**.
134. **Choi S-H, Kang S-B, Joe S-H.** Changes in premenstrual symptoms in women with schizophrenia: a prospective study. *Psychosom Med.* **2001**; 63(5):822–829.
135. **Freeman EW.** Treatment of depression associated with the menstrual cycle: premenstrual dysphoria, postpartum depression, and the perimenopause. *Dialogues Clin Neurosci.* **2022**.
136. **Kızılkaya N, Tuncel N.** Perimenstrual şikayetlerin hafifletilmesinde hemşirelik girişimlerinin etkinliği. *Florence Nightingale J Nurs.* **1994**; 8(32):66–79.
137. **Kinney MC, Dayanidhi S, Dykstra PB, McCarthy JJ, Peterson CA, Lieber RL.** Reduced skeletal muscle satellite cell number alters muscle morphology after chronic stretch but allows limited serial sarcomere addition. *Muscle Nerve.* **2017**; 55(3):384–392.
138. **Atasü T.** *Jinekoloji:(kadın hastalıkları).* Nobel Tıp Kitabevleri, **2001**:
139. **Henshaw CA.** PMS: diagnosis, aetiology, assessment and management: revisiting premenstrual syndrome. *Adv Psychiatr Treat.* **2007**; 13(2):139–146.
140. **Freeman EW, Rickels K, Sondheimer SJ, Polansky M.** Differential response to antidepressants in women with premenstrual syndrome/premenstrual dysphoric disorder: a randomized controlled trial. *Arch Gen Psychiatry.* **1999**; 56(10):932–939.
141. **Freeman EW, Sondheimer SJ, Polansky M, Garcia-Espagna B.** Predictors of response to sertraline treatment of severe premenstrual syndromes. *J Clin Psychiatry.* **2000**; 61(8):579–584.
142. **Kim DR, Gyulai L, Freeman EW, Morrison MF, Baldassano C, Dube B.** Premenstrual dysphoric disorder and psychiatric co-morbidity. *Arch Women's Ment Heal.* **2004**; 7(1):37–47.

143. **Targum SD, Caputo KP, Ball SK.** Menstrual cycle phase and psychiatric admissions. *J Affect Disord.* **1991**; 22(1–2):49–53.
144. **Logue CM, Moos RH.** Perimenstrual symptoms: prevalence and risk factors. *Psychosom Med.* **1986**; 48(6):388–414.
145. **Yonkers KA, O'Brien PMS, Eriksson E.** Premenstrual syndrome. *Lancet.* **2008**; 371(9619):1200–1210.
146. **Sassoon SA, Colrain IM, Baker FC.** Personality disorders in women with severe premenstrual syndrome. *Arch Womens Ment Health.* **2011**; 14(3):257–264.
147. **Critchlow DG, Bond AJ, Wingrove J.** Mood disorder history and personality assessment in premenstrual dysphoric disorder. *J Clin Psychiatry.* **2001**; 62(9):688–693.
148. **Slyepchenko A, Frey BN, Lafer B, Nierenberg AA, Sachs GS, Dias RS.** Increased illness burden in women with comorbid bipolar and premenstrual dysphoric disorder: data from 1 099 women from STEP-BD study. *Acta Psychiatr Scand.* **2017**; 136(5):473–482.
149. **Teatero ML, Mazmanian D, Sharma V.** Effects of the menstrual cycle on bipolar disorder. *Bipolar Disord.* **2014**; 16(1):22–36.
150. **McEvoy K, Osborne LM, Nanavati J, Payne JL.** Reproductive affective disorders: a review of the genetic evidence for premenstrual dysphoric disorder and postpartum depression. *Curr Psychiatry Rep.* **2017**; 19(12):1–12.
151. **Dias RS, Lafer B, Russo C, vd.** Longitudinal follow-up of bipolar disorder in women with premenstrual exacerbation: findings from STEP-BD. *Am J Psychiatry.* **2011**; 168(4):386–394.
152. **Meinhard N, Kessing LV, Vinberg M.** The role of estrogen in bipolar disorder, a review. *Nord J Psychiatry.* **2014**; 68(2):81–87.
153. **Pearlstein TB, Frank E, Rivera-Tovar A, Thoft JS, Jacobs E, Mieczkowski TA.** Prevalence of axis I and axis II disorders in women with late luteal phase dysphoric disorder. *J Affect Disord.* **1990**; 20(2):129–134.
154. **Yang Q.** Premenstrual disorders: risk factors, comorbidities and health impact. **2022.**
155. **Yonkers KA.** Anxiety symptoms and anxiety disorders: how are they related to premenstrual disorders? *J Clin Psychiatry.* **1997**; 58(3):62–69.
156. **Wittchen H-U, Perkonig A, Pfister H.** Trauma and PTSD—An overlooked pathogenic pathway for Premenstrual Dysphoric Disorder? *Arch Women's Ment Heal.* **2003**; 6(4):293–297.
157. **Perkonig A, Yonkers KA, Pfister H, Lieb R, Wittchen H-U.** Risk factors for premenstrual dysphoric disorder in a community sample of young women: the role of traumatic events and posttraumatic stress disorder. *J Clin Psychiatry.* **2004**; 65(10):1314–1322.
158. **Braverman PK.** Premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* **2007**; 20(1):3–12.
159. **Hofmeister S, Bodden S.** Premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder. *Am Fam Physician.* **2016**; 94(3):236–240.
160. **Freeman EW, Rickels K, Yonkers KA, Kunz NR, McPherson M, Upton GV.** Venlafaxine in the treatment of premenstrual dysphoric disorder. *Obstet Gynecol.* **2001**; 98(5):737–744.
161. **Cohen LS, Soares CN, Lyster A, Cassano P, Brandes M, Leblanc GA.** Efficacy and tolerability of premenstrual use of venlafaxine (flexible dose) in the treatment of premenstrual dysphoric disorder. *J Clin Psychopharmacol.* **2004**; 24(5):540–543.

162. **Nevatte T, O'Brien PMS, Bäckström T, vd.** ISPMMD consensus on the management of premenstrual disorders. *Arch Womens Ment Health*. **2013**; 16(4):279–291.
163. **Rapkin A.** A review of treatment of premenstrual syndrome & premenstrual dysphoric disorder. *Psychoneuroendocrinology*. **2003**; 28:39–53.
164. **Griffin LD, Mellon SH.** Selective serotonin reuptake inhibitors directly alter activity of neurosteroidogenic enzymes. *Proc Natl Acad Sci*. **1999**; 96(23):13512–13517.
165. **Trauger JW, Jiang A, Stearns BA, LoGrasso P V.** Kinetics of allopregnanolone formation catalyzed by human 3 α -hydroxysteroid dehydrogenase type III (AKR1C2). *Biochemistry*. **2002**; 41(45):13451–13459.
166. **Horowitz MA, Taylor D.** Tapering of SSRI treatment to mitigate withdrawal symptoms. *The Lancet Psychiatry*. **2019**; 6(6):538–546.
167. **Steinberg EM, Cardoso GMP, Martinez PE, Rubinow DR, Schmidt PJ.** Rapid response to fluoxetine in women with premenstrual dysphoric disorder. *Depress Anxiety*. **2012**; 29(6):531–540.
168. **Miner C, Brown E, McCray S, Gonzales J, Wohlreich M.** Weekly luteal-phase dosing with enteric-coated fluoxetine 90 mg in premenstrual dysphoric disorder: a randomized, double-blind, placebo-controlled clinical trial. *Clin Ther*. **2002**; 24(3):417–433.
169. **Steiner M, Lamont J, Steinberg S, Stewart D, Reid R, Streiner D.** Effect of fluoxetine on menstrual cycle length in women with premenstrual dysphoria. *Obstet Gynecol*. **1997**; 90(4):590–595.
170. **Sundblad C, Modigh K, Andersch B, Eriksson E.** Clomipramine effectively reduces premenstrual irritability and dysphoria: a placebo-controlled trial. *Acta Psychiatr Scand*. **1992**; 85(1):39–47.
171. **Sundblad C, Hedberg MA, Eriksson E.** Clomipramine administered during the luteal phase reduces the symptoms of premenstrual syndrome: a placebo-controlled trial. *Neuropsychopharmacology*. **1993**; 9(2):133–145.
172. **Landén M, Eriksson O, Sundblad C, Andersch B, Naessén T, Eriksson E.** Compounds with affinity for serotonergic receptors in the treatment of premenstrual dysphoria: a comparison of buspirone, nefazodone and placebo. *Psychopharmacology (Berl)*. **2001**; 155(3):292–298.
173. **Miller MN, Miller BE, Chinouth R, Coyle BR, Brown GR.** Increased premenstrual dosing of nefazodone relieves premenstrual magnification of depression. *Depress Anxiety*. **2002**; 15(1):48–51.
174. **Eriksson E, Hedberg MA, Andersch B, Sundblad C.** The serotonin reuptake inhibitor paroxetine is superior to the noradrenaline reuptake inhibitor maprotiline in the treatment of premenstrual syndrome. *Neuropsychopharmacology*. **1995**; 12(2):167–176.
175. **Pearlstein TB, Stone AB, Lund SA, Scheft H, Zlotnick C, Brown WA.** Comparison of fluoxetine, bupropion, and placebo in the treatment of premenstrual dysphoric disorder. *J Clin Psychopharmacol*. **1997**; 17(4):261–266.
176. **Dilbaz B, Aksan A.** Premenstrual syndrome, a common but underrated entity: review of the clinical literature. *J Turkish Ger Gynecol Assoc*. **2021**; 22(2):139.
177. **Castaldelli-Maia JM, Scomparini LB, de Andrade AG, Bhugra D, Alves TC de TF, D'Elia G.** Perceptions of and attitudes toward antidepressants: stigma attached to their use—a review. *J Nerv Ment Dis*. **2011**; 199(11):866–871.
178. **Osborn E, Wittkowski A, Brooks J, Briggs PE, O'Brien PM.** Women's experiences of

- receiving a diagnosis of premenstrual dysphoric disorder: a qualitative investigation. *BMC Womens Health*. **2020**; 20(1):1–15.
179. **Reilly TJ, Wallman P, Clark I, Knox C-L, Craig MC, Taylor D.** Intermittent selective serotonin reuptake inhibitors for premenstrual syndromes: A systematic review and meta-analysis of randomised trials. *J Psychopharmacol*. **2022**.
 180. **Graham CA, Sherwin BB.** A prospective treatment study of premenstrual symptoms using a triphasic oral contraceptive. *J Psychosom Res*. **1992**; 36(3):257–266.
 181. **Lopez LM, Kaptein AA, Helmerhorst FM.** Oral contraceptives containing drospirenone for premenstrual syndrome. *Cochrane database Syst Rev*. **2012**;(2).
 182. **Yonkers KA, Brown C, Pearlstein TB, Foegh M, Sampson-Landers C, Rapkin A.** Efficacy of a new low-dose oral contraceptive with drospirenone in premenstrual dysphoric disorder. *Obstet Gynecol*. **2005**; 106(3):492–501.
 183. **Megivern D.** Evaluation of a unique oral contraceptive in the treatment of premenstrual dysphoric disorder. **2002**.
 184. **Coffee AL, Kuehl TJ, Willis S, Sulak PJ.** Oral contraceptives and premenstrual symptoms: comparison of a 21/7 and extended regimen. *Am J Obstet Gynecol*. **2006**; 195(5):1311–1319.
 185. **Jarvis CI, Lynch AM, Morin AK.** Management strategies for premenstrual syndrome/premenstrual dysphoric disorder. *Ann Pharmacother*. **2008**; 42(7–8):967–978.
 186. **Schmidt PJ, Nieman LK, Danaceau MA, Adams LF, Rubinow DR.** Differential behavioral effects of gonadal steroids in women with and in those without premenstrual syndrome. *N Engl J Med*. **1998**; 338(4):209–216.
 187. **Wang M, Hammarbäck S, Lindhe B, Bäckström T.** Treatment of premenstrual syndrome by spironolactone: A double-blind, placebo-controlled study. *Acta Obstet Gynecol Scand*. **1995**; 74(10):803–808.
 188. **Sarno Jr AP, Miller Jr EJ, Lundblad EG.** Premenstrual syndrome: beneficial effects of periodic, low-dose danazol. *Obstet Gynecol*. **1987**; 70(1):33–36.
 189. **O'Brien PMS, Abukhalil IEH.** Randomized controlled trial of the management of premenstrual syndrome and premenstrual mastalgia using luteal phase-only danazol. *Am J Obstet Gynecol*. **1999**; 180(1):18–23.
 190. **Freeman EW, Rickels K, Sondheimer SJ, Polansky M.** A double-blind trial of oral progesterone, alprazolam, and placebo in treatment of severe premenstrual syndrome. *Jama*. **1995**; 274(1):51–57.
 191. **Rickels K, Freeman E, Sondheimer S.** Buspirone in treatment of premenstrual syndrome. *Lancet*. **1989**; 333(8641):777.
 192. **Mira M, McNeil D, Fraser IS, Vizzard J, Abraham S.** Mefenamic acid in the treatment of premenstrual syndrome. *Obstet Gynecol*. **1986**; 68(3):395–398.
 193. **Toth A, Lesser ML, Naus G, Brooks C, Adams D.** Effect of doxycycline on pre-menstrual syndrome: a double-blind randomized clinical trial. *J Int Med Res*. **1988**; 16(4):270–279.
 194. **Chuong CJ, Coulam CB, Bergstralh EJ, O'Fallon WM, Steinmetz GI.** Clinical trial of naltrexone in premenstrual syndrome. *Obstet Gynecol*. **1988**; 72(3 Pt 1):332–336.
 195. **Rausch JL, Janowsky DS, Golshan S, Kuhn K, Risch SC.** Atenolol treatment of late luteal phase dysphoric disorder. *J Affect Disord*. **1988**; 15(2):141–147.

196. **Andersch B.** Bromocriptine and premenstrual symptoms: a survey of double blind trials. *Obstet Gynecol Surv.* **1983**; 38(11):643–646.
197. **Wurtman JJ, Brzezinski A, Wurtman RJ, LaFerrere B.** Effect of nutrient intake on premenstrual depression. *Am J Obstet Gynecol.* **1989**; 161(5):1228–1234.
198. **Sayegh R, Schiff I, Wurtman J, Spiers P, McDERMOTT J, Wurtman R.** The effect of a carbohydrate-rich beverage on mood, appetite, and cognitive function in women with premenstrual syndrome. *Obstet Gynecol.* **1995**; 86(4):520–528.
199. **Biggs WS, Demuth RH.** Premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder. *Am Fam Physician.* **2011**; 84(8):918–924.
200. **Kirkby RJ.** Changes in premenstrual symptoms and irrational thinking following cognitive-behavioral coping skills training. *J Consult Clin Psychol.* **1994**; 62(5):1026.
201. **Izadi-Mazidi M, Davoudi I, Mehrabizadeh M.** Effect of group cognitive-behavioral therapy on health-related quality of life in females with premenstrual syndrome. *Iran J psychiatry Behav Sci.* **2016**; 10(1).
202. **Hunter MS, Ussher JM, Browne SJ, Cariss M, Jelley R, Katz M.** A randomized comparison of psychological (cognitive behavior therapy), medical (fluoxetine) and combined treatment for women with premenstrual dysphoric disorder. *J Psychosom Obstet Gynecol.* **2002**; 23(3):193–199.
203. **Ussher JM, Perz J.** Evaluation of the relative efficacy of a couple cognitive-behaviour therapy (CBT) for Premenstrual Disorders (PMDs), in comparison to one-to-one CBT and a wait list control: A randomized controlled trial. *PLoS One.* **2017**; 12(4):e0175068.
204. **Sampalis F, Bunea R, Pelland MF, Kowalski O, Duguet N, Dupuis S.** Evaluation of the effects of Neptune Krill Oil™ on the management of premenstrual syndrome and dysmenorrhea. *Altern Med Rev.* **2003**; 8(2):171–179.
205. **Bryant M, Cassidy A, Hill C, Powell J, Talbot D, Dye L.** Effect of consumption of soy isoflavones on behavioural, somatic and affective symptoms in women with premenstrual syndrome. *Br J Nutr.* **2005**; 93(5):731–739.
206. **Dante G, Facchinetti F.** Herbal treatments for alleviating premenstrual symptoms: a systematic review. *J Psychosom Obstet Gynecol.* **2011**; 32(1):42–51.
207. **Budeiri D, Po ALW, Dornan JC.** Is evening primrose oil of value in the treatment of premenstrual syndrome? *Control Clin Trials.* **1996**; 17(1):60–68.
208. **Atmaca M, Kumru S, Tezcan E.** Fluoxetine versus Vitex agnus castus extract in the treatment of premenstrual dysphoric disorder. *Hum Psychopharmacol Clin Exp.* **2003**; 18(3):191–195.
209. **Thys-Jacobs S, Starkey P, Bernstein D, Tian J, Group PSS.** Calcium carbonate and the premenstrual syndrome: effects on premenstrual and menstrual symptoms. *Am J Obstet Gynecol.* **1998**; 179(2):444–452.
210. **Wyatt KM, Dimmock PW, Jones PW, O'Brien PMS.** Efficacy of vitamin B-6 in the treatment of premenstrual syndrome: systematic review. *Bmj.* **1999**; 318(7195):1375–1381.
211. **De Souza MC, Walker AF, Robinson PA, Bolland K.** A synergistic effect of a daily supplement for 1 month of 200 mg magnesium plus 50 mg vitamin B6 for the relief of anxiety-related premenstrual symptoms: a randomized, double-blind, crossover study. *J Womens Health Gend Based Med.* **2000**; 9(2):131–139.
212. **Bahrami A, Avan A, Sadeghnia HR, vd.** High dose vitamin D supplementation can improve menstrual problems, dysmenorrhea, and premenstrual syndrome in adolescents. *Gynecol*

Endocrinol. **2018**; 34(8):659–663.

213. **Parry BL, Newton RP.** Chronobiological basis of female-specific mood disorders. *Neuropsychopharmacology.* **2001**; 25(1):S102–S108.
214. **Krasnik C, Montori VM, Guyatt GH, Heels-Ansdell D, Busse JW, Group MUSS.** The effect of bright light therapy on depression associated with premenstrual dysphoric disorder. *Am J Obstet Gynecol.* **2005**; 193(3):658–661.
215. **Kim S, Park H, Lee H, Lee H.** Acupuncture for premenstrual syndrome: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *BJOG An Int J Obstet Gynaecol.* **2011**; 118(8):899–915.
216. **Korelo RIG, Moreira NB, de Carvalho Miguel BA, vd.** Effects of Auriculotherapy on treatment of women with premenstrual syndrome symptoms: A randomized, placebo-controlled clinical trial. *Complement Ther Med.* **2022**; 66:102816.
217. **Robinson LLL, Ismail KMK.** Clinical epidemiology of premenstrual disorder: informing optimized patient outcomes. *Int J Womens Health.* **2015**; 7:811.
218. **Şar V.** DSM-5 taslak tanı ölçütlerine genel bir bakış: “Batı cephesinde yeni bir şey yok” mu. *Klin Psikiyatr Derg.* **2010**; 13:120–196.
219. **Richards MA, Oinonen KA.** Psychometric Properties of a DSM-5-Based Screening Tool for Women’s Perceptions of Premenstrual Symptoms. *Psychol Rep.* **2022**; 125(2):1186–1217.
220. **Rubinow DR, Roy-Byrne P.** Premenstrual syndromes: Overview from a methodologic perspective. *Am J Psychiatry.* **1984**; 141(2):163–172.
221. **Haywood A, Slade P, King H.** Assessing the assessment measures for menstrual cycle symptoms: a guide for researchers and clinicians. *J Psychosom Res.* **2002**; 52(4):223–237.
222. **Henz A, Ferreira CF, Oderich CL, vd.** Premenstrual syndrome diagnosis: A comparative study between the daily record of severity of problems (DRSP) and the premenstrual symptoms screening tool (PSST). *Rev Bras Ginecol e Obs Gynecol Obstet.* **2018**; 40(01):20–25.
223. **Conner TS, Barrett LF.** Trends in ambulatory self-report: The role of momentary experience in psychosomatic medicine. *Psychosom Med.* **2012**; 74(4):327.
224. **Eich JE.** The cue-dependent nature of state-dependent retrieval. *Mem Cognit.* **1980**; 8(2):157–173.
225. **Schwarz N.** Why researchers should think “real-time”: A cognitive rationale. *Handb Res methods Stud Dly life.* **2012**; 22.
226. **Matsumoto T, Asakura H, Hayashi T.** *Clinical Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology. 1st Ed.*, United Kingdom: Oxford University Press, **2017**.
227. **Molenaar PCM, Campbell CG.** The new person-specific paradigm in psychology. *Curr Dir Psychol Sci.* **2009**; 18(2):112–117.
228. **Gencdogan B.** A new scale for premenstrual syndrome. *Psychiatry Turkey.* **2006**; 8(2):81–87.
229. **Holden RR, Mehta K, Cunningham EJ, McLeod LD.** Development and preliminary validation of a scale of psychache. *Can J Behav Sci Can des Sci du Comport.* **2001**; 33(4):224.
230. **Demirkol ME, Güleç H, Çakmak S, vd.** Psikolojik Acı Ölçeği Türkçe Formunun güvenilirliği ve geçerliliği. *Anatol J Psychiatry/Anadolu Psikiyatr Derg.* **2018**; 19.
231. **Horne JA, Östberg O.** A self-assessment questionnaire to determine morningness-eveningness

- in human circadian rhythms. *Int J Chronobiol.* **1976**.
232. **PÜNDÜK Z, GÜR H, ERCAN İ.** Sabahçıl-akşamcıl anketi Türkçe uyarlamasında güvenilirlik çalışması. *Türk Psikiyatr Derg.* **2005**; 16(1):40–45.
233. **Bernstein DP, Stein JA, Newcomb MD, vd.** Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. *Child Abuse Negl.* **2003**; 27(2):169–190.
234. **Sar V, Ozturk E, İkikardes E.** Validity and reliability of the Turkish version of Childhood Trauma Questionnaire. *Turkiye Klin Tip Bilim Derg.* **2012**; 32(4).
235. **Spanier GB.** Measuring dyadic adjustment: New scales for assessing the quality of marriage and similar dyads. *J Marriage Fam.* **1976**:15–28.
236. **Fişiloğlu H, Demir A.** Applicability of the Dyadic Adjustment Scale for measurement of marital quality with Turkish couples. *Eur J Psychol Assess.* **2000**; 16(3):214.
237. **Fişiloğlu H.** Gönderen: fishil@metu.edu.tr(Pazartesi, 13 Haziran 2022); DAS makale, DAS ölçek. Alıcı: **Saygılı D.** duyguseviner@gmail.com.
238. **Rust J, Golombok S.** The GRISS: a psychometric instrument for the assessment of sexual dysfunction. *Arch Sex Behav.* **1986**; 15(2):157–165.
239. **Tuğrul C, Öztan N, Kabakçı E.** Golombok-Rust cinsel doyum ölçeği'nin standardizasyon çalışması. *Türk Psikiyatr Derg.* **1993**; 4(2):83–88.
240. **Güleç H, Tamam L, Turhan M, Karakuş G, Zengin M, Stanford MS.** Psychometric Properties of the Turkish Version of the Barratt Impulsiveness Scale-11. *Klin Psikofarmakol Bul.* **2008**; 18(4).
241. **Ayvaşık HB.** Kaygı duyarlılığı indeksi: Geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Türk Psikol Derg.* **2000**; 15(46):43–57.
242. **Reiss S, Peterson RA, Gursky DM, McNally RJ.** Anxiety sensitivity, anxiety frequency and the prediction of fearfulness. *Behav Res Ther.* **1986**; 24(1):1–8.
243. **Mantar A.** Anksiyete Duyarlılığı İndeksi-3'ün Türkçe formunun geçerlik ve güvenilirlik çalışması. Uzmanlık tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, İzmir, **2008**.
244. **Field A.** *Discovering statistics using IBM SPSS statistics.* sage, **2013**:
245. **Borenstein JE, Dean BB, Yonkers KA, Endicott J.** Using the daily record of severity of problems as a screening instrument for premenstrual syndrome. *Obstetri Gynecology.* **2007**; 109(5):1068–1075.
246. **Studd J.** Severe premenstrual syndrome and bipolar disorder: a tragic confusion. *Menopause Int.* **2012**; 18(2):82–86.
247. **Kues JN, Janda C, Krzikalla C, Andersson G, Weise C.** The effect of manipulated information about premenstrual changes on the report of positive and negative premenstrual changes. *Women Health.* **2018**; 58(1):16–37.
248. **Kim DR, Freeman EW.** Premenstrual dysphoric disorder and psychiatric comorbidity: diagnostic dilemmas--effective treatment approaches. *Psychiatr Times.* **2010**; 27(4):43.
249. **Sadr SS, Ardestani SMS, Razjouyan K, Daneshvari M, Zahed G.** Premenstrual syndrome and comorbid depression among medical students in the internship stage: a descriptive study. *Iran J psychiatry Behav Sci.* **2014**; 8(4):74.
250. **Veeninga AT, De Ruiter C, Kraaijmaat FW.** The relationship between late luteal phase

- dysphoric disorder and anxiety disorders. *J Anxiety Disord.* **1994**; 8(3):207–215.
251. **Padhy SK, Sarkar S, Beherre PB, Rath R, Panigrahi M, Patil PS.** Relationship of premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder with major depression: relevance to clinical practice. *Indian J Psychol Med.* **2015**; 37(2):159–164.
252. **Tschudin S, Berteau PC, Zemp E.** Prevalence and predictors of premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder in a population-based sample. *Arch Womens Ment Health.* **2010**; 13(6):485–494.
253. **Mishell Jr DR.** Premenstrual disorders: epidemiology and disease burden. *Am J Manag Care.* **2005**; 11(16 Suppl):S473–S479.
254. **Akyılmaz F, Özçelik N, Polat MG.** Premenstruel sendrom görülme sıklığı. *Göztepe Tıp Derg.* **2003**; 18(2):106–109.
255. **Güneş G, Pehlivan E, Metin G, Mücahit E.** Malatya da lise öğrencilerinde premenstrual sendrom sıklığı. *J Turgut Ozal Med Cent.* **1997**; 4(4).
256. **Önal B.** Premenstrüel sendromda risk faktörleri ve tedavi arama davranışının araştırılması. Uzmanlık tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, İzmir, **2011**.
257. **Deuster PA, Adera T, South-Paul J.** Biological, social, and behavioral factors associated with premenstrual syndrome. *Arch Fam Med.* **1999**; 8(2):122.
258. **Erbil N, Bölükbaş N, Tolan S, Uysal F.** Evli kadınlarda premenstrual sendrom görülme durumu ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *Uluslararası İnsan Bilim Derg.* **2011**; 8(1):827–838.
259. **Redei E, Freeman EW.** Daily plasma estradiol and progesterone levels over the menstrual cycle and their relation to premenstrual symptoms. *Psychoneuroendocrinology.* **1995**; 20(3):259–267.
260. **Pinar G, Colak M, Oksuz E.** Premenstrual Syndrome in Turkish college students and its effects on life quality. *Sex Reprod Healthc.* **2011**; 2(1):21–27.
261. **Bertone-Johnson ER, Hankinson SE, Johnson SR, Manson JE.** Cigarette smoking and the development of premenstrual syndrome. *Am J Epidemiol.* **2008**; 168(8):938–945.
262. **Rossignol AM.** Caffeine-containing beverages and premenstrual syndrome in young women. *Am J Public Health.* **1985**; 75(11):1335–1337.
263. **Purdue-Smithe AC, Manson JE, Hankinson SE, Bertone-Johnson ER.** A prospective study of caffeine and coffee intake and premenstrual syndrome. *Am J Clin Nutr.* **2016**; 104(2):499–507.
264. **Masho SW, Adera T, South-Paul J.** Obesity as a risk factor for premenstrual syndrome. *J Psychosom Obstet Gynecol.* **2005**; 26(1):33–39.
265. **Potter J, Bouyer J, Trussell J, Moreau C.** Premenstrual syndrome prevalence and fluctuation over time: results from a French population-based survey. *J Women's Heal.* **2009**; 18(1):31–39.
266. **Ross C, Coleman G, Stojanovska C.** Prospectively reported symptom change across the menstrual cycle in users and non-users of oral contraceptives. *J Psychosom Obstet Gynecol.* **2003**; 24(1):15–29.
267. **Demir B, Algül LY, Güven ESG.** The incidence and the contributing factors of premenstrual syndrome in health working women. *J Turk Obs Gynecol.* **2006**; 3:262–270.
268. **Tomruk NB.** Premenstrual sendrom (PMS). *Uzm Tezi SB Bakırköy Ruh ve Sinir Hast Hastan I Psikiyatr Birimi, İstanbul.* **1991**.
269. **Poyrazoğlu S, Günay O, Öztürk A.** Kayseri il merkezi'nde yaşayan 15-49 yaş arası kadınlarda

premenstrüel sendrom prevalansı ve etkileyen faktörler. Halk Sağlığı Anabilim Dalı Tıpta Uzmanlık Tezi, Kayseri Üniversitesi, Kayseri. **2010**.

270. **Çelik A, Uskun E.** Premenstrüel sendrom prevalansı ve yaşam kalitesi ile ilişkisi: toplum tabanlı bir çalışma örneği. *Pamukkale Tıp Derg.* **2022**; 15(1):1–13.
271. **Drosdzol A, Nowosielski K, Skrzypulec V, Plinta R.** Premenstrual disorders in Polish adolescent girls: Prevalence and risk factors. *J Obstetric and Gynaecology Res.* **2011**; 37(9):1216–1221.
272. **İşik H, Ergöl Ş, Aynioğlu Ö, Şahbaz A, Kuzu A, Uzun M.** Premenstrual syndrome and life quality in Turkish health science students. *Turkish J Med Sci.* **2016**; 46(3):695–701.
273. **Gümüş AB, Bayram N, Can N, Kader E.** Üniversite öğrencilerinde premenstrüel sendrom ve somatizasyon: İlişkisel bir inceleme/Premenstrual syndrome in university students: an investigation in terms of somatization and some variables. *Anadolu Psikiyatr Derg.* **2012**; 13(1):32.
274. **Kırcan N, Ergin F, Adana F, Arslantaş H.** Hemşirelik öğrencilerinde premenstrüel sendrom prevalansı ve yaşam kalitesi ile ilişkisi. **2012**.
275. **Wikman A, Sacher J, Bixo M, vd.** Prevalence and correlates of current suicidal ideation in women with premenstrual dysphoric disorder. *BMC Womens Health.* **2022**; 22(1):1–7.
276. **Roenneberg T, Kuehnle T, Juda M, vd.** Epidemiology of the human circadian clock. *Sleep Med Rev.* **2007**; 11(6):429–438.
277. **Rumble ME, Dickson D, McCall WV, vd.** The relationship of person-specific eveningness chronotype, greater seasonality, and less rhythmicity to suicidal behavior: a literature review. *J Affect Disord.* **2018**; 227:721–730.
278. **Özşahin Z, Ünver H, Santur SG.** Relationship between adverse childhood experiences and premenstrual syndrome. *Med Rec.* **2022**; 4(1):27–34.
279. **Golding JM, Taylor DL, Menard L, King MJ.** Prevalence of sexual abuse history in a sample of women seeking treatment for premenstrual syndrome. *J Psychosom Obstet Gynecol.* **2000**; 21(2):69–80.
280. **Girdler SS, Sherwood A, Hinderliter AL, vd.** Biological correlates of abuse in women with premenstrual dysphoric disorder and healthy controls. *Psychosomatic Med.* **2003**; 65(5):849–856.
281. **Izadi M, Amiri S.** Personality characteristics in female students with premenstrual dysphoric disorder and premenstrual syndrome. *Adv Nurs Midwifery.* **2019**; 28(3):40–45.
282. **Wood C, Larsen L, Williams R.** Social and psychological factors in relation to premenstrual tension and menstrual pain. *Aust new Zeal J Obstet Gynaecol.* **1979**; 19(2):111–115.
283. **Winter EJ, Ashton DJ, Moore DL.** Dispelling myths: a study of PMS and relationship satisfaction. *Nurse Pract.* **1991**; 16(5):34–37.
284. **Baldwin DS.** Depression and sexual dysfunction. *Br Med Bull.* **2001**; 57(1):81–99.
285. **İlhan G, Verit Atmaca FV, Kurek Eken M, Akyol H.** Premenstrual syndrome is associated with a higher frequency of female sexual difficulty and sexual distress. *J Sex Marital Ther.* **2017**; 43(8):811–821.
286. **Conzatti M, Maciel RF, Perez AV, De Castro DH, Sbaraini M, Wender MCO.** Premenstrual Syndrome and Female Sexual Function. *J Sex Marital Ther.* **2021**; 47(2):186–196.
287. **Yen J-Y, Chen C-C, Chang S-J, Ko C-H, Chen C-S, Yen C-F.** Hostility, impulsivity, and

- behavior inhibition among women with PMDD. *CNS Spectr*. **2011**; 16(9):205–213.
288. **Cox BJ, Fuentes K, Borger SC, Taylor S.** Psychopathological correlates of anxiety sensitivity: Evidence from clinical interviews and self-report measures. *J Anxiety Disord*. **2001**; 15(4):317–332.
 289. **Janke EA, Jones E, Hopkins CM, Ruggieri M, Hruska A.** Catastrophizing and anxiety sensitivity mediate the relationship between persistent pain and emotional eating. *Appetite*. **2016**; 103:64–71.
 290. **Waszczuk MA, Zavos HMS, Antonova E, Haworth CM, Plomin R, Eley TC.** A multivariate twin study of trait mindfulness, depressive symptoms, and anxiety sensitivity. *Depress Anxiety*. **2015**; 32(4):254–261.
 291. **Vickers K, McNally RJ.** Is premenstrual dysphoria a variant of panic disorder?: A review. *Clin Psychol Rev*. **2004**; 24(8):933–956.
 292. **Harrison WM, Sandberg D, Gorman JM, vd.** Provocation of panic with carbon dioxide inhalation in patients with premenstrual dysphoria. *Psychiatry Res*. **1989**; 27(2):183–192.
 293. **Kent JM, Papp LA, Martinez JM, vd.** Specificity of panic response to CO₂ inhalation in panic disorder: a comparison with major depression and premenstrual dysphoric disorder. *Am J Psychiatry*. **2001**; 158(1):58–67.
 294. **Facchinetti F, Romano G, Fava M, Genazzani AR.** Lactate infusion induces panic attacks in patients with premenstrual syndrome. *Psychosom Med*. **1992**; 54(3):288–296.
 295. **Sandberg D, Endicott J, Harrison W, Nee J, Gorman J.** Sodium lactate infusion in late luteal phase dysphoric disorder. *Psychiatry Res*. **1993**; 46(1):79–88.
 296. **Nillni YI, Toufexis DJ, Rohan KJ.** Anxiety sensitivity, the menstrual cycle, and panic disorder: a putative neuroendocrine and psychological interaction. *Clin Psychol Rev*. **2011**; 31(7):1183–1191.
 297. **Nillni YI, Berenz EC, Pineles SL, Coffey SF, Zvolensky MJ.** Anxiety sensitivity as a moderator of the association between premenstrual symptoms and posttraumatic stress disorder symptom severity. *Psychol Trauma Theory, Res Pract Policy*. **2014**; 6(2):167.
 298. **Sigmon ST, Fink CM, Rohan KJ, Hotovy LA.** Anxiety sensitivity and menstrual cycle reactivity: Psychophysiological and self-report differences. *J Anxiety Disord*. **1996**; 10(5):393–410.
 299. **Sigmon ST, Schartel JG, Hermann BA, Cassel AG, Thorpe GL.** The relationship between premenstrual distress and anxiety sensitivity: The mediating role of rumination. *J Ration Cogn Ther*. **2009**; 27(3):188–200.
 300. **Demirkol ME, Namli Z, Tamam L.** Psychological Pain. *Current Approaches in Psychiatry* **2019**;11(2):205-213
 301. **Demirkol ME, Tamam L, Namli Z, Karaytuğ MO, Yeşiloğlu C.** The Relationship Among Anxiety Sensitivity, Psychache, and Suicidality in Patients With Generalized Anxiety Disorder. *J Nerv Ment Dis*. **2022**;10–1097.
 302. **Yüksel Ö.** Kadınlarda evlilik uyumu ve psikolojik belirtiler arasındaki ilişki: Stresle baş etme biçimleri ve toplumsal cinsiyet rolü tutumlarının aracı rolleri. **2013**.
 303. **Chakrabarti S, Kulhara P, Verma SK.** The pattern of burden in families of neurotic patients. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. **1993**; 28(4):172–177.
 304. **Cáceda R, Durand D, Cortes E, vd.** Impulsive choice and psychological pain in acutely suicidal

- depressed patients. *Psychosom Med.* **2014**; 76(6):445–451.
305. **Comeau N, Stewart SH, Loba P.** The relations of trait anxiety, anxiety sensitivity, and sensation seeking to adolescents' motivations for alcohol, cigarette, and marijuana use. *Addict Behav.* **2001**; 26(6):803–825.
306. **Demirkol ME, Tamam L, Namlı Z, Uğur K, Karaytuğ MO.** The association between anxiety sensitivity, perceived stress and impulsive behaviors in bipolar disorder (tur). *J Clin Psychiatry.* **2020**; 23(3):302–312.
307. **Daşikan Z.** Premenstrual disorders among young Turkish women: According to DSM-IV and DSM-V criteria using the premenstrual symptoms screening tool. *Perspect Psychiatr Care.* **2021**; 57(2):481–487.



8. EKLER

EK-1 SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU

ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ PSİKIYATRİ ANABİLİM DALI

HASTANIN ADI-SOYADI:

1. YAŞ	
2. EĞİTİM YILI	
3. MESLEK:	1. Çalışmıyor 2. Çalışıyor
4. SAĞLIK GÜVENCESİ	1. Yok 2. Var
5. AİLE TİPİ	1. Çekirdek aile 2. Geniş aile
6. GELİR DÜZEYİ	1. Aylık asgari ücretten az 2. Aylık asgari ücretten fazla
7. YAŞADIĞI YER:	1. İl merkezinden küçük 2. İl merkezi
8. ÖZGEÇMİŞ TIBBİ HASTALIK ÖYKÜSÜ	1. Yok 2. Var
9. AİLEDE RUHSAL BOZUKLUK	1. Yok 2. Var
10. MEDENİ DURUM	1. Bekar 2. Evli
EVLİ İSE:	
11. EŞİNİN EĞİTİM YILI	
12. EŞİNİN MESLEĞİ	1. Yok 2. Var
13. İSTEYEREK EVLENME DURUMU	1. Görücü usulü 2. İsteyerek
14. EVLİLİK YAŞI	
15. EVLİLİK SÜRESİ	
ALİŞKANLIKLAR:	
16. SİGARA	1. Yok 2. Var
17. ALKOL	1. Yok 2. Var
18. MADDE	1. Yok 2. Var
19. KAHVE/ÇAY TÜKETİMİ	0. Yok 1. Varbardak/gün
20. BOY (cm)	
21. KİLO (kg)	
22. BMI	

DOĞURGANLIK 23.GEBELİK SAYISI	
24.DOĞUM ŞEKLİ	1.Vajinal 2.C/S
25.YAŞAYAN ÇOCUK SAYISI	
26.DÜŞÜK/KÜRTAJ ÖYKÜSÜ	
27.KONTRASEPSİYON YÖNTEMİ	0.Yok 1.Prezevatif 2.RİA 3.Oral kontraseptif 4.Diğer
ADET ÖZELLİKLERİ 28.MENARŞ YAŞI	
29.DİSMENORE ÖYKÜSÜ	1.Yok 2.Var
30.ADET DÜZENİ	1.Düzensiz 2.Düzenli
31.ADET SÜRESİ (gün)	

EK-2 PREMENSTRÜEL SENDROM ÖLÇEĞİ

PREMENSTRÜEL SENDROM ÖLÇEĞİ

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

Lütfen hiçbir soruyu boş bırakmayınız.

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

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

EK-3 PSİKOLOJİK ACI ÖLÇEĞİ

Psikolojik Acı Ölçeği

Aşağıdaki ifadeler fiziksel/bedensel DEĞİL psikolojik acınızla ilgilidir.

Lütfen uygun sayıyı daire içine alarak aşağıdakilerin her birinin hangi sıklıkla ortaya çıktığını belirtiniz.

	1: Asla	2: Bazen	3: Sıklıkla	4: Çok sık	5: Her zaman
1. Psikolojik acı hissediyorum	1: Asla	2: Bazen	3: Sıklıkla	4: Çok sık	5: Her zaman
2. Acıyı içimde hissediyorum	1: Asla	2: Bazen	3: Sıklıkla	4: Çok sık	5: Her zaman
3. Psikolojik acım herhangi bir fiziksel/bedensel acıdan daha çok canımı acıtıyor	1: Asla	2: Bazen	3: Sıklıkla	4: Çok sık	5: Her zaman
4. Acım, çığlık atma isteği uyandırıyor	1: Asla	2: Bazen	3: Sıklıkla	4: Çok sık	5: Her zaman
5. Acım, hayatımın kapkara görünmesine neden oluyor	1: Asla	2: Bazen	3: Sıklıkla	4: Çok sık	5: Her zaman
6. Neden acı çektiğimi anlayamıyorum	1: Asla	2: Bazen	3: Sıklıkla	4: Çok sık	5: Her zaman
7. Psikolojik olarak kendimi berbat hissediyorum	1: Asla	2: Bazen	3: Sıklıkla	4: Çok sık	5: Her zaman
8. Kendimi boşlukta hissettiğim için canım acıyor	1: Asla	2: Bazen	3: Sıklıkla	4: Çok sık	5: Her zaman
9. Ruhum acıyor	1: Asla	2: Bazen	3: Sıklıkla	4: Çok sık	5: Her zaman

Lütfen belirtilen şekilde aşağıdaki soruları cevaplayarak ölçeği doldurmaya devam ediniz

1. Kesinlikle katılmıyorum 2. Katılmıyorum 3. Emin değilim 4. Katılıyorum 5. Kesinlikle katılıyorum

10. Artık acıma katlanamıyorum
1. Kesinlikle katılmıyorum 2. Katılmıyorum 3. Emin değilim 4. Katılıyorum 5. Kesinlikle katılıyorum

11. Acımdan dolayı, dayanılmaz durumdayım
1. Kesinlikle katılmıyorum 2. Katılmıyorum 3. Emin değilim 4. Katılıyorum 5. Kesinlikle katılıyorum

12. Acımdan dolayı paramparçayım
1. Kesinlikle katılmıyorum 2. Katılmıyorum 3. Emin değilim 4. Katılıyorum 5. Kesinlikle katılıyorum

13. Psikolojik acım yaptığım her şeyi etkiliyor
1. Kesinlikle katılmıyorum 2. Katılmıyorum 3. Emin değilim 4. Katılıyorum 5. Kesinlikle katılıyorum

EK-4 KRONOTİP TESTİ

KRONOTİP TESTİ

Bireyler, yaşam biçimleri, uyku-uyanıklık düzenleri ve gösterdikleri performansların zamanı bakımından “sabahcı” ve “akşamcı” olarak sınıflandırılmaktadır. Aşağıda sabahcı-akşamcılığa ilişkin sorular yer almaktadır. Lütfen soruları dikkatle okuyup tek bir seçeneği işaretleyiniz.

SORULAR

1. Kendinizi “en iyi” hissettiğiniz ritmi göz önüne alarak, gününüzü planlamak için tamamen özgür olsaydınız sabah saat kaçta kalkardınız?

1. Sabah 05:00 - Sabah 06:30
2. Sabah 06:30 - Sabah 07:45
3. Sabah 07:45 - Sabah 09:45
4. Sabah 09:45 - Sabah 11:00
5. Sabah 11:00 - Öğle 12:00
6. Öğle 12:00 - Sabah 05:00

2. Kendinizi “en iyi” hissettiğiniz ritmi göz önüne alarak, gecenizi planlamada tamamen özgür olsaydınız, saat kaçta yatmaya giderdiniz?

1. Akşam 20:00 - Gece 21:00
2. Gece 21:00 - Gece 22:15
3. Gece 22:15 - Gece yarısından sonra 00:30
4. Gece yarısından sonra 00:30 - Sabah 01:45
5. Sabah 01:45 - Sabah 03:00
6. Sabah 03:00 - Sabah 08:00

3. Sabah belli bir saatte kalkmak zorunda olsanız uyanmak için çalar saat sizin için ne kadar gereklidir?

1. Kesinlikle gerekli değil
2. Az derecede gerekli olabilir
3. Oldukça gerekli
4. Son derece gerekli

4. Normal koşullar altında sabahları uyanmak sizin için ne kadar kolaydır?

1. Kesinlikle kolay değildir.
2. Çok kolay değildir.
3. Oldukça kolaydır.
4. Son derece kolaydır.

5. Sabah kalktığınızda ilk birkaç saat içinde kendinizi ne kadar uyanık hissedersiniz?

1. Tamamen uyanık hissetmem.
2. Çok az uyanık hissedirim.
3. Oldukça uyanık hissedirim.
4. Çok uyanık hissedirim.

6. Sabah kalktıktan sonra ilk bir saat içinde iştahınız nasıldır?

1. Çok kötüdür
2. Oldukça kötüdür
3. Oldukça iyidir
4. Çok iyidir

7. Sabah kalktığınızda ilk birkaç saat içinde kendinizi ne kadar yorgun hissedersiniz?

1. Çok yorgun
2. Oldukça yorgun
3. Oldukça iyi
4. Çok iyi

8. Bir gün sonrası için yapılacak bir şeyiniz yoksa, her zamanki ile karşılaştırıldığında saat kaçta yatmaya giderdiniz?

1. Nadiren veya kesinlikle geç değildir
2. Bir saatten az gecikmeyle
3. 1-2 saat gecikmeyle
4. 2 saatten fazla gecikmeyle

9. Fiziksel bir egzersiz yapmaya karar verdiniz. Bir arkadaşınız kendisi için en iyi zamanın sabah 7.00- 8.00 arası olduğunu ve haftada 2 defa 1 saat uygulamanızı öneriyor. Hiçbir şey düşünmeksizin sadece kendinizi en iyi hissettiğiniz ritmi göz önüne alarak bu zaman diliminde nasıl bir performans göstereceğinizi düşünürsünüz?

1. İyi düzeyde olabilir.
2. İdare eder düzeyde olabilir.
3. Yapmak zor olabilir.
4. Çok zorlanırım

10. Akşamları uykuya ihtiyacınız olacak kadar kendinizi yorgun hissettiğiniz saat kaçtır?

1. Akşam 20:00 - Gece 21:00
2. Gece 21:00 - Gece 22:15
3. Gece 22:15- Gece yarısından sonra 00:45
4. Gece yarısından sonra 00:45 - Sabah 02:00
5. Sabah 02:00 - Sabah 03:00

11. Aşırı beyin yorgunluğuna neden olan ve 2 saat süreceğini bildiğiniz bir test için performansınızın en üst düzeyde olmasını diliyorsunuz. Gününüzü planlamada serbestsiniz ve “en iyi” hissettiğiniz ritmi göz önüne alarak, yandaki test zamanından hangisine seçerdiniz?

1. Sabah 08:00 - Sabah 10:00
2. Sabah 11:00 - Öğleden sonra 13:00
3. Öğleden sonra 15:00 - Öğleden sonra 17:00
4. Akşam 19:00 - Gece 21:00

12. Gece saat 11.00’da yatağa gitseydiniz hangi yorgunluk düzeyinde olurdunuz?

1. Kesinlikle yorgun olmazdım.
2. Biraz yorgun olurdum.
3. Oldukça yorgun olurdum.
4. Çok yorgun olurdum.

13. Bazı nedenlerden dolayı almış olduğunuz saatten birkaç saat daha geç yatağa gittiniz, ertesi sabah herhangi bir saatte kalkma zorunluluğunuz yok. Aşağıdaki olaylardan hangisi sizin için uygundur?

1. Her zaman uyandığım saatte uyanırım ve tekrar uyumam.
2. Her zaman uyandığım saatte uyanırım ve sonra biraz şekerleme yaparım.
3. Her zaman uyandığım saatte uyanırım ve tekrar uykuya devam ederim.
4. Her zaman uyandığım saatte uyanmam ve uykuya devam ederim.

14. Bir gecenin sabahında saat 4.00-6.00 arasında nöbete kalmak zorunda kaldınız.

Ertesi gün içinde yapacak bir işiniz yok, aşağıdakilerden hangisi sizin için en uygundur?

1. Nöbet bitene kadar hiç uyumam.
2. Nöbet öncesi biraz kestirim sonra uyurum.
3. Nöbet öncesi uyurdum ve sonra hafif kestirdim.
4. Nöbet öncesi tamamen uyurdum.

15. İki saat ağır fiziksel çalışma yapmak zorundasınız. Gününüzü planlamada tamamen özgürsünüz. Sadece “en iyi” hissettiğiniz zamanı göz önüne alarak, aşağıdaki zamanlardan hangisini seçerdiniz?

1. Sabah 08:00 - Sabah 10:00
2. Sabah 11:00 - Öğleden sonra 13:00
3. Öğleden sonra 15:00 - Öğleden sonra 17:00
4. Akşam 19:00 - Gece 21:00

16. Ağır bir fiziksel aktivite yapmaya karar verdiniz. Bir arkadaşınız kendisi için en iyi zamanın öğlen 10.00-11.00 saatleri arası olduğunu ve haftada 2 defa 1 saat uygulamanızı öneriyor. Hiçbir şey düşünmeksizin kendinizi “en iyi” hissettiğiniz ritmi göz önüne alarak fiziksel aktiviteyi ne kadar iyi yapabileceğinizi düşünüyorsunuz?

1. İyi düzeyde olabilir.
2. İdare eder düzeyde olabilir.
3. Yapmak zor olabilir.
4. Çok zorlanırım.

17. Çalışma saatlerinizi kendinizin belirlediğinizi düşünün. Günde 5 saat (yemek arası plâhil) çalıştığınızı, işinizin ilginç bir iş olduğunu, severek çalıştığınızı ve elde ettiğiniz başarıya göre de ücret aldığınızı farz edin. Böyle bir durumda 5 saatlik çalışma sürenizi başlatmak için hangi saatleri seçerdiniz?

1. Sabah 04:00 - Sabah 08:00
2. Sabah 08:00 - Sabah 09:00
3. Sabah 09:00 - Öğleden sonra 14:00
4. Öğleden sonra 14:00 - Öğleden sonra 17:00
5. Öğleden sonra 17:00 - Sabah 04:00

18. Kendinizi “en iyi” hissettiğiniz zaman dilimi günün hangi saatine denk gelmektedir?

1. Sabah 05:00 - Sabah 08:00
2. Sabah 08:00 - Sabah 10:00
3. Sabah 10:00 - Öğleden sonra 17:00
4. Öğleden sonra 17:00 - Gece 22:00
5. Gece 22:00 - Sabah 05:00

19. Çeşitli şekillerde “sabahçıl” ve “akşamcıl” insan tiplerinin olduğuna dair duyumlar aldınız. Bu tiplerden hangisinin size uygun olduğunu düşünürsünüz?

1. Kesinlikle sabahçıl tip
2. Daha çok sabahçıl tip
3. Daha çok akşamcıl tip
4. Kesinlikle akşamcıl tip

EK-5 ÇOCUKLUK ÇAĞI RUHSAL TRAVMA ÖLÇEĞİ

Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği'nin Türkçesi-2.0 (Çeviren: © Vedat Şar, 1996, 2012)

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

Çocukluğumda ya da ilk gençliğimde...

1. Evde yeterli yemek olmadığından aç kalırdım.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
2. Benim bakımımı ve güvenliğimi üstlenen birinin olduğunu biliyordum.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
3. Ailedekiler bana "salak", "beceriksiz" ya da "tipsiz" gibi sıfatlarla seslenirlerdi.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
4. Anne ve babam ailelerine bakamayacak kadar sıklıkla sarhoş olur ya da uyuşturucu alırlardı.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
5. Ailemde önemli ve özel biri olduğum duygusunu hissetmeme yardımcı olan biri vardı.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
6. Yırtık, sökükle ya da kirli giysiler içersinde dolaşmak zorunda kalırdım.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
7. Sevgiliğimi hissediyordum.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
8. Anne ve babamın benim doğmuş olmamı istemediklerini düşünüyordum.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
9. Ailemden birisi bana öyle kötü vurmuştu ki doktora ya da hastaneye gitmem gerekmişti.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
10. Ailemde başka türlü olmasını istediğim bir şey yoktu.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
11. Ailedekiler bana o kadar şiddetle vuruyorlardı ki vücudumda morartı ya da sıynıklar oluyordu.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
12. Kayış, sopa, kordon ya da başka sert bir cisimle vurularak cezalandırılıyordum.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
13. Ailedekiler birbirlerine ilgi gösterirlerdi.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
14. Ailedekiler bana kırıncı ya da saldırganca sözler söylerlerdi.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık

15. Vücutta kötüye kullanılmış olduğuma (dövülme, itilip kakılma vb.) inanıyorum.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
16. Çocukluğum mükemmeldi.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
17. Bana o kadar kötü vuruluyor ya da dövülüyordum ki öğretmen, komşu ya da bir doktorun bunu farketdiği oluyordu.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
18. Ailemde birisi benden nefret ederdi.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
19. Ailemdelikler kendilerini birbirlerine yakın hissederdiler.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
20. Birisi bana cinsel amaçla dokundu ya da kendisine dokunmamı istedi.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
21. Kendisi ile cinsel temas kurmadığım takdirde beni yaralamakla ya da benim hakkımda yalanlar söylemekle tehdit eden birisi vardı.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
22. Benim ailem dünyanın en iyisiydi.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
23. Birisi beni cinsel şeyler yapmaya ya da cinsel şeylere bakmaya zorladı.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
24. Birisi bana cinsel tacizde bulundu.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
25. Duygusal bakımdan kötüye kullanılmış olduğuma (hakaret, aşağılama vb.) inanıyorum.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
26. İhtiyacım olduğunda beni doktora götürecek birisi vardı.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
27. Cinsel bakımdan kötüye kullanılmış olduğuma inanıyorum.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
28. Ailem benim için bir güç ve destek kaynağı idi.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık

EK-6 ÇİFT UYUM ÖLÇEĞİ

Eşlerin bazı zamanlar anlaşmışlar, bazen anlaşamadıkları konular vardır. Eğer aşağıdaki maddeler son birkaç hafta içinde siz ve eşiniz arasında görüş farklılığı veya problem yaratıyorsa belirtiniz (Evet veya Hayır'ı işaretleyiniz)

	Evet	Hayır
29. Seks için çok yorgun olmak.....		
30. Sevgi göstermemek		

31. Aşağıda ilişkinizdeki farklı mutluluk düzeyleri gösterilmektedir. Orta noktadaki "mutlu" birçok ilişkide yaşanan mutluluk düzeyini gösterir. İlişkinizi genelde değerlendirdiğinizde mutluluk düzeyinizi en iyi şekilde belirtecek olan seçeneği lütfen işaretleyiniz.

☐ Aşırı mutsuz ☐ Oldukça mutsuz ☐ Az mutsuz ☐ Mutlu ☐ Oldukça mutlu ☐ Aşırı mutlu ☐ Tam anlamıyla mutlu

32. Aşağıda belirtilen cümlelerden ilişkinizin geleceği hakkında ne hissettiğinizi en iyi şekilde tanımlayan ifadeyi lütfen işaretleyiniz.

- ☐ İlişkimin başarılı olmasını çok fazla istiyorum ve bunun için yapamayacağım hiçbirşey yoktur.
- ☐ İlişkimin başarılı olmasını çok istiyorum ve bunun için yapabileceğimin hepsini yapacağım.
- ☐ İlişkimin başarılı olmasını çok istiyorum ve bunun için payıma düşeni yapacağım.
- ☐ İlişkimin başarılı olması güzel olurdu, fakat bunun için şu anda yaptıklarımın daha fazlasını yapamam.
- ☐ İlişkimin başarılı olması güzel olurdu, fakat bunun için şu anda yaptıklarımın daha fazlasını yapmayı reddederim.
- ☐ İlişkim asla başarılı olmayacak ve ilişkimin yürütmesi için benim daha fazla yapabileceğim bir şey yok.

EK-7 GOLOMBOK-RUST CİNSEL DOYUM ÖLÇEĞİ

	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Çoğu zaman	Her zaman
1. Cinsel yaşama karşı ilgisizlik duyar mısınız?	☐	☐	☐	☐	☐
2. Eşinize, cinsel ilişkinizle ilgili olarak nelerden hoşlanıp, nelerden hoşlanmadığınızı sorar mısınız?	☐	☐	☐	☐	☐
3. Bir hafta boyunca cinsel ilişkide bulunmadığınız olur mu? (adet günleri, hastalık gibi nedenler dışında)	☐	☐	☐	☐	☐
4. Cinsel yönden kolaylıkla uyanılır mısınız?	☐	☐	☐	☐	☐
5. Sizce, sizin ve eşinizin önsevişmeye (öpme, okşama gibi) ayırdığınız zaman yeterli mi?	☐	☐	☐	☐	☐
6. Kendi cinsel organınızın, eşinizin cinsel organının giremeyeceği kadar dar olduğunu düşünür müsünüz?	☐	☐	☐	☐	☐
7. Eşinizle sevişmekten kaçınırmısınız?	☐	☐	☐	☐	☐
8. Cinsel ilişki sırasında doyuma (orgazma) ulaşabilir mısınız?	☐	☐	☐	☐	☐
9. Eşinize sarılıp, vücudunu okşamaktan zevk alırmısınız?	☐	☐	☐	☐	☐
10. Eşinizle olan cinsel ilişkinizi tatminkâr bulur musunuz?	☐	☐	☐	☐	☐
11. Gerekirse rahatsızlık ve acı duymaksızın, parmağınızı cinsel organınızın içine sokabilir misiniz?	☐	☐	☐	☐	☐
12. Eşinizin cinsel organına dokunup, okşamaktan rahatsız olur musunuz?	☐	☐	☐	☐	☐
13. Eşiniz sizinle sevişmek istediğinde, rahatsız olur musunuz?	☐	☐	☐	☐	☐

	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Çoğu zaman	Her zaman
14. Sizin için doyuma (orgazma) ulaşmanın mümkün olmadığını düşünür müsünüz?	☐	☐	☐	☐	☐
15. Haftada 2 defadan fazla cinsel birleşmede bulunur musunuz?	☐	☐	☐	☐	☐
16. Eşinize, cinsel ilişkinizle ilgili olarak, nelerden hoşlanıp, nelerden hoşlanmadığınızı söyleyebilir misiniz?	☐	☐	☐	☐	☐
17. Eşinizin cinsel organı, sizin cinsel organınıza rahatsızlık vermeden girebilir mi?	☐	☐	☐	☐	☐
18. Eşinizle olan cinsel ilişkinizde sevgi ve şefkatin eksik olduğunu hisseder misiniz?	☐	☐	☐	☐	☐
19. Eşinizin cinsel organınıza dokunup okşamasından zevk alır mısınız?	☐	☐	☐	☐	☐
20. Eşinizle sevişmeyi reddettiğiniz olur mu?	☐	☐	☐	☐	☐
21. Önsevişme sırasında eşiniz bızırınızı (klitoris) uyardığında doyuma (orgazm) ulaşabilir misiniz?	☐	☐	☐	☐	☐
22. Sevişme boyunca, sadece cinsel birleşme için ayrılan süre sizin için yeterli mi?	☐	☐	☐	☐	☐
23. Sevişme sırasında yaptıklarınızdan tiksinti duyar mısınız?	☐	☐	☐	☐	☐
24. Kendi cinsel organınızın, eşinizin cinsel organının derine girmesini engelleyecek kadar dar olduğunu düşünür müsünüz?	☐	☐	☐	☐	☐
25. Eşinizin sizi sevip okşamasından hoşlanır mısınız?	☐	☐	☐	☐	☐
26. Sevişme sırasında cinsel organınızda ıslaklık olur mu?	☐	☐	☐	☐	☐
27. Cinsel birleşme anından hoşlanır mısınız?	☐	☐	☐	☐	☐
28. Cinsel birleşme anında doyuma (orgazma) ulaşır mısınız?	☐	☐	☐	☐	☐

EK-8 BARRATT DÜRTÜSELLİK ÖLÇEĞİ - 11

Barratt Dürtüsellik Ölçeği -11

Açıklamalar: İnsanlar farklı durumlarda gösterdiği düşünce ve davranışları ile birbirlerinden ayrılırlar. Bu test bazı durumlarda nasıl düşündüğünüzü ve davrandığınızı ölçen bir testtir.

Lütfen her cümleyi okuyunuz ve bu sayfanın sağındaki, size en uygun daire içine X koyunuz.

Cevaplamak için çok zaman ayırmayınız. Hızlı ve dürüstçe cevap veriniz.

	Nadiren/ Hiçbir zaman	Bazen	Sıklıkla	Hemen her zaman/ Her zaman
1. İşlerimi dikkatle planlarım	-	-	-	-
2. Düşünmeden iş yaparım	-	-	-	-
3. Hızla karar veririm	-	-	-	-
4. Hiç bir şeyi dert etmem	-	-	-	-
5. Dikkat etmem	-	-	-	-
6. Uçuşan düşüncelerim var	-	-	-	-
7. Seyahatlerimi çok önceden planlarım	-	-	-	-
8. Kendimi kontrol edebilirim.	-	-	-	-
9. Kolayca konsantre olurum	-	-	-	-
10. Düzenli para biriktirim	-	-	-	-
11. Derslerde veya oyunlarda yerimde duramam	-	-	-	-
12. Dikkatli düşünen birisiyim	-	-	-	-
13. İş güvenliğine dikkat ederim	-	-	-	-
14. Düşünmeden bir şeyler söylerim	-	-	-	-
15. Karmaşık problemler üzerine düşünmeyi severim.	-	-	-	-
16. Sık sık iş değiştiririm	-	-	-	-
17. Düşünmeden hareket ederim	-	-	-	-
18. Zor problemler çözmem gerektiğinde kolayca sıkılırım.	-	-	-	-
19. Aklıma estiği gibi hareket ederim	-	-	-	-
20. Düşünerek hareket ederim	-	-	-	-
21. Sıklıkla evimi değiştiririm	-	-	-	-
22. Düşünmeden alışveriş yaparım	-	-	-	-
23. Aynı anda sadece bir tek şey düşünebilirim.	-	-	-	-
24. Hobilerimi değiştiririm	-	-	-	-
25. Kazandığımdan daha fazla harcarım.	-	-	-	-
26. Düşünürken sıklıkla zihnimde konuyla ilgisiz düşünceler oluşur.	-	-	-	-
27. Şu an ile gelecekte daha fazla ilgilenirim.	-	-	-	-
28. Derslerde veya sinemada rahat oturamam.	-	-	-	-
29. Yap-boz/puzzle çözmeyi severim	-	-	-	-
30. Geleceğini düşünen birisiyim	-	-	-	-

EK-9 ANKSİYETE DUYARLILIĞI İNDEKSİ - 3

ANKSİYETE DUYARLILIĞI İNDEKSİ-3 (ADİ-3)

Lütfen her maddede sizin için en uygun olduğunu düşündüğünüz sayıyı daire içerisine alınız.

Eğer her hangi bir madde şimdiye kadar hiç yaşamadığınız bir şeyle ilgiliyse (örn.: toplum içinde bayılmak), böyle bir deneyimi yaşamaz halinde nasıl hissedebileceğinizi temel alarak cevaplayınız. Bunun dışında, tüm maddeleri kendi deneyiminizi temel alarak cevaplayınız.

Her madde için sadece bir sayıyı daire içerisine almaya dikkat ediniz ve lütfen tüm maddeleri cevaplayınız.

	Çok az	Az	Biraz	Fazla	Çok fazla
1. Sinirli görünmemek benim için önemlidir.	0	1	2	3	4
2. Kafamı bir işe veremediğim zaman, aklımı kaçıyorum diye endişelenirim.	0	1	2	3	4
3. Kalbimin hızlı çarpması beni korkutur.	0	1	2	3	4
4. Midem rahatsız olduğunda, ciddi bir hastalığım olabilir diye endişelenirim.	0	1	2	3	4
5. Zihnimi bir işe verememek beni korkutur.	0	1	2	3	4
6. Başkalarının yanında titrediğimde, insanların benim için neler düşüneceğinden korkarım.	0	1	2	3	4
7. Göğsüm sıkıştığında, düzgün bir şekilde soluk alamayacağımdan korkarım.	0	1	2	3	4
8. Göğsümde ağrı hissettiğimde, kalp krizi geçireceğim diye endişelenirim.	0	1	2	3	4
9. Diğer insanlar huzursuzluğumu fark edecek diye endişelenirim.	0	1	2	3	4
10. Kendimi tuhaf ya da boşlukta gibi hissettiğimde, ruhsal bir hastalığım olabileceğinden endişelenirim.	0	1	2	3	4
11. İnsanların önünde yüzümün kızarması beni korkutur.	0	1	2	3	4
12. Kalbimin teklemediğini fark ettiğimde, bende ciddi bir sorun olabileceğinden endişelenirim.	0	1	2	3	4
13. Topluluk önünde terlemeye başladığımda, insanların hakkımda olumsuz düşüncelerinden korkarım.	0	1	2	3	4
14. Düşüncelerim hızlanır gibi olduğunda, aklımı kaçıyorum diye endişelenirim.	0	1	2	3	4
15. Boğazım sıkılmış gibi hissettiğimde, boğularak öleceğimden endişelenirim.	0	1	2	3	4
16. Net (berrak biçimde) düşünmekte zorluk çekersem, bende bir sorun olabileceğinden endişelenirim.	0	1	2	3	4
17. Toplum içinde bayılmanın benim için korkunç bir şey olduğunu düşünürüm.	0	1	2	3	4
18. Zihnimde boşluk hissettiğimde, bende korkunç bir sorun olmasından endişelenirim.	0	1	2	3	4

EK-10 HASTA GRUBU İÇİN AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU Hasta Grubu

Premenstrüel Disforik Bozukluk Tanı Sürekliliği ve Klinik Değişkenler

Bu çalışmaya katılmayı kabul ederseniz 'Premenstrüel Sendrom Ölçeği, Psikolojik Acı Ölçeği, Anksiyete Duyarlılığı İndeksi-3, Barratt Dürtüsellik Ölçeği, Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği, Golombock-Rust Cinsel Doyum Ölçeği, Çiftler Uyum Ölçeği, Kronotip Testi ve Premenstrüel Semptom Günlüğü' isimli ölçekleri doldurmanız gerekmektedir. Anlamadığınız noktalar araştırmacılar tarafından açıklanacaktır. Sonuçlar öncelikle bilimsel amaçla kullanılacak, kişisel bilgileriniz gizli tutulacak, sorun saptanması halinde durum size bildirilecek ve alınması gereken önlemler konusunda ayrıntılı bilgilendirme yapılacaktır. Parasal bir bedel ödemenizi gerektirmeyen ve size de bir ödeme yapılması söz konusu olmayan bu çalışmaya katılmama ve katıldıktan sonra çekilme hakkınız bulunmaktadır. Ek bilgi talebiniz olursa sözlü olarak karşılanacaktır.

Araştırmamıza katılmayı kabul ediyorsanız, lütfen aşağıdaki bölüme adınızı-soyadınızı yazıp tarih ve imza atınız. Teşekkür ederiz.

SÖZ KONUSU ARAŞTIRMAYA, YUKARIDA BELİRTİLEN KOŞULLAR ÇERÇEVESİNDE HİÇBİR BASKI VE ZORLAMA OLMASIZIN KENDİ RIZAMLA KATILMAYI KABUL EDİYORUM.

Katılımcı

Adı, soyadı:

Adres:

Tel.

İmza:

Görüşme tanığı

Adı, soyadı:

Adres:

Tel.

İmza:

Katılımcı ile görüşen hekim

Adı soyadı, unvanı:

Adres:

Tel.

İmza

EK-11 KONTROL GRUBU İÇİN AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU Kontrol Grubu

Premenstrüel Disforik Bozukluk Tanı Sürekliliği ve Klinik Değişkenler

Bu çalışmaya katılmayı kabul ederseniz 'Premenstrüel Sendrom Ölçeği, Psikolojik Acı Ölçeği, Anksiyete Duyarlılığı İndeksi-3, Barratt Dürtüsellik Ölçeği, Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği, Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği, Çiftler Uyum Ölçeği, Kronotip Testi ve Premenstrüel Semptom Günlüğü' isimli ölçekleri doldurmanız gerekmektedir. Anlamadığınız noktalar araştırmacılar tarafından açıklanacaktır. Sonuçlar öncelikle bilimsel amaçla kullanılacak, kişisel bilgileriniz gizli tutulacak, sorun saptanması halinde durum size bildirilecek ve alınması gereken önlemler konusunda ayrıntılı bilgilendirme yapılacaktır. Parasal bir bedel ödemenizi gerektirmeyen ve size de bir ödeme yapılması söz konusu olmayan bu çalışmaya katılmama ve katıldıktan sonra çekilme hakkınız bulunmaktadır. Ek bilgi talebiniz olursa sözlü olarak karşılanacaktır.

Araştırmamıza katılmayı kabul ediyorsanız, lütfen aşağıdaki bölüme adınızı-soyadınızı yazıp tarih ve imza atınız. Teşekkür ederiz.

SÖZ KONUSU ARAŞTIRMAYA, YUKARIDA BELİRTİLEN KOŞULLAR ÇERÇEVESİNDE HİÇBİR BASKI VE ZORLAMA OLMASIZIN KENDİ RIZAMLA KATILMAYI KABUL EDİYORUM.

Katılımcı

Adı, soyadı:

Adres:

Tel.

İmza:

Görüşme tanığı

Adı, soyadı:

Adres:

Tel.

İmza:

Katılımcı ile görüşen hekim

Adı soyadı, unvanı:

Adres:

Tel.

İmza