



TC.

**BOLU ABANT İZZET BAYSAL
ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ**

RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

**POLİKİSTİK OVER SENDROMU TANILI HASTALARIN
BEDEN ALGISI, KENDİLİK DEĞERİ, YEME TUTUMU,
DÜRTÜSELLİK, KOMORBİD PSİKİYATRİK
HASTALIKLAR AÇISINDAN SAĞLIKLI
KONTROLLERLE KARŞILAŞTIRILMASI VE HORMON
DÜZEYLERİ İLE SEMPTOMLARIN KORELASYONUNUN
İNCELENMESİ**

DR. NURİYE KARABAL

UZMANLIK TEZİ

2022

BOLU



TC.

**BOLU ABANT İZZET BAYSAL
ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ**

RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

**POLİKİSTİK OVER SENDROMU TANILI HASTALARIN
BEDEN ALGISI, KENDİLİK DEĞERİ, YEME TUTUMU,
DÜRTÜSELLİK, KOMORBİD PSİKİYATRİK
HASTALIKLAR AÇISINDAN SAĞLIKLI
KONTROLLERLE KARŞILAŞTIRILMASI VE HORMON
DÜZEYLERİ İLE SEMPTOMLARIN KORELASYONUNUN
İNCELENMESİ**

DR. NURİYE KARABAL

UZMANLIK TEZİ

TEZ DANIŞMANI: PROF. DR. ÖZDEN ARISOY

2022

BOLU

ÖZET

POLİKİSTİK OVER SENDROMU TANILI HASTALARIN BEDEN ALGISI, KENDİLİK DEĞERİ, YEME TUTUMU, DÜRTÜSELLİK, KOMORBİD PSİKİYATRİK HASTALIKLAR AÇISINDAN SAĞLIKLI KONTROLLERLE KARŞILAŞTIRILMASI VE HORMON DÜZEYLERİ İLE SEMPTOMLARIN KORELASYONUNUN İNCELENMESİ

Dr. Nuriye KARABAL

Amaç: Polikistik over sendromu reproduktif dönemdeki kadınlarda en sık teşhis edilen endokrinolojik bozukluktur. Hirsutizm, akne, artmış beden kitle indeksi, menstrüel düzensizlikler, artmış infertilite ve malignite riski beraberinde psikolojik sorunları da getirir. Bizde çalışmamızda bu hastaları Eksen 1 ve Eksen 2 hastalıklar açısından taramayı, depresyon, anksiyete, yeme bozukluğu, dürtüsellik, beden algısı, benlik saygısının sendromun klinik bulguları ve hormon parametreleri ile ilişkisini göstermeyi amaçladık.

Gereç ve Yöntem: Araştırmamız tek merkezli, kesitsel ve paralel kontrollü bir çalışmadır. Çalışmaya Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniğine başvuran 18 yaşından büyük, Rotterdam Kriterlerine göre PCOS tanısı konulan 51 hasta ve PCOS tanısı olmayan 44 sağlıklı kontrol alınmıştır. Çalışmaya katılma koşullarını sağlayan 95 katılımcıya SCID-I ve SCID-II ölçekleri, Beck depresyon ve anksiyete ölçekleri, yeme tutumu testi, Barratt dürtüsellik ölçeği, Rosenberg benlik saygısı ölçeği ve Vücut algısı ölçeği uygulandı. Katılımcıların yaş, eğitim ve medeni durum gibi sosyodemografik bilgileri ile birlikte akne, hirsutizm yakınmaları, boy, kilo ve BMI'ları not edildi. PCOS olan katılımcıların hormon değerleri kaydedildi.

Bulgular: Çalışmamızda PCOS hastalarında daha yüksek oranda depresyon, anksiyete, yeme bozukluğu, kişilik bozukluğu, bozulmuş beden algısı ve kendilik değeri bulundu. SCID-I de hastaların %39,2' sinde psikiyatrik hastalık vardı. Bunlar % 27,5 major depresif bozukluk, % 21,6 yaygın anksiyete bozukluğu ve % 13,7 yeme bozukluğu şeklindeydi. Hastaların Beck depresyon, Beck anksiyete, Barratt toplam puanı ve alt ölçek puanları, yeme tutumu toplam puanı ve alt ölçeklerinden yeme tutumu diyet ve yeme tutumu ambivalan puanları, Vücut algısı ve Rosenberg benlik saygısı puanları anlamlı olarak daha yüksekti. Hastalar SCID-II testi ile değerlendirildiklerinde %37,3' ünde eksen 2 kişilik bozukluğu saptandı. Kaçınan kişilik bozukluğu kontrollere göre anlamlı olarak yüksek bulundu. Hastaların %25,5'i, kontrollerin ise % 9.1'i obez bulundu. Obezitesi olanların olmayanlara göre daha fazla eksen 1 tanısı, daha fazla depresyonu, daha fazla yeme bozukluğu vardı. Yeme bozukluklarından bulimia nervosa anlamlı olarak obezlerde daha fazla görüldü.

Sonuç: Çalışmamızda PCOS hastalarında anlamlı olarak daha yüksek depresyon, anksiyete, yeme bozukluğu, kişilik bozukluğu, bozulmuş beden algısı ve kendilik değerine rastladık. Kan parametrelerinden ziyade klinik bulguların bu hastalıklarda etkisi olduğunu gördük. Hastalara PCOS tanısı konduktan sonra komorbid psikiyatrik hastalıkların tanı, takip ve tedavisi için psikiyatriye yönlendirilmeleri önerilir.

Anahtar Kelimeler: PCOS, depresyon, anksiyete, kişilik bozukluğu, yeme bozukluğu, dürtüsellik, beden algısı, kendilik değeri



ABSTRACT

COMPARISON OF PATIENTS WITH POLYCYSTIC OVARY SYNDROME AND HEALTHY CONTROLS IN TERMS OF BODY IMAGE, SELF-ESTEEM, EATING BEHAVIOR, IMPULSIVITY, COMORBID PSYCHIATRIC DISEASES AND INVESTIGATING THE CORRELATION BETWEEN HORMONE LEVELS AND SYMPTOMS

Dr. Nuriye KARABAL

Introduction: Polycystic ovary syndrome is the most frequently diagnosed endocrinological disorder in women in the reproductive period. Hirsutism, acne, increased body mass index, menstrual irregularities, increased infertility and malignancy risk also bring psychological problems. In our study, we aimed to screen these patients for axis 1 and axis 2 disorders and to show the relationship between depression, anxiety, eating disorder, impulsivity, body image, self-esteem, clinical findings of the syndrome and hormone parameters.

Materials and Methods: Our research is a single-center, cross-sectional, parallel controlled study. 51 patients over the age of 18 who applied to the Obstetrics and Gynecology outpatient clinic, diagnosed with polycystic ovary syndrome according to the Rotterdam Criteria, and 44 healthy controls without PCOS diagnosis were included in the study. SCID-I and SCID-II scales, Beck depression and anxiety scales, eating attitude test, Barratt impulsivity scale, Rosenberg self-esteem scale and body image scale were administered to 95 participants who met the conditions for participation in the study. Sociodemographic information such as age, education, marital status of the participants, acne, hirsutism complaints, height, weight and BMI were noted. Hormone values of the participants with PCOS were recorded.

Results: In our study, we found significantly higher depression, anxiety, eating disorder, personality disorder, impaired body image and self-esteem in patients with PCOS. In SCID I, 39.2% of the patients had a psychiatric disease. Those were

27.5% major depressive disorder, 21.6% generalized anxiety disorder and 13.7% eating disorder. The patients' Beck depression, Beck anxiety, Barratt total score and subscale scores, eating attitude total score, and eating attitude diet and eating attitude ambivalent scores, body image and Rosenberg self-esteem scores were significantly higher than controls. According to SCID-II test, 37.3% of them were found to have axis 2 personality disorder. Avoidant personality disorder was found to be significantly higher than controls. 25.5% of the patients and 9.1% of the controls were found to be obese. Those with obesity had more axis 1 diagnoses, more depression, and more eating disorders than those without. Bulimia Nervosa, was significantly more common in obese patients.

Conclusion: In our study, we found significantly higher depression, anxiety, eating disorder, personality disorder, impaired body image and self-esteem in patients with PCOS. We have seen that clinical findings rather than blood parameters have an impact on these disorders. After the diagnosis of PCOS, patients are recommended to be referred to psychiatry for diagnosis, follow-up and treatment of these comorbid psychiatric disorders.

Key Words: PCOS, depression, anxiety, personality disorder, eating disorder, impulsivity, body image, self-esteem

1. İÇİNDEKİLER

ÖZET.....	vii
1. İÇİNDEKİLER.....	xi
KISALTMA VE SEMBOLLER LİSTESİ	xiv
TEŞEKKÜR	xv
2. GİRİŞ ve AMAÇ	1
3. GENEL BİLGİLER	4
3.1 TANIM	4
3.2 TARİHÇE	4
3.3 TANI KRİTERLERİ	5
3.4 POLİKİSTİK OVER SENDROMU FENOTİPLERİ.....	5
3.5 PREVELANS	6
3.6 PATOFİZYOLOJİ.....	6
3.6.1 Gonadotropin Sentez Bozuklukları.....	7
3.6.2 Steroidegenenez Değişiklikleri	7
3.6.3 İnsülinde Değişiklikler.....	8
3.7 Klinik Bulgular	8
3.7.1 Hiperandrojenizm bulguları	8
3.7.2 Menstrasyon düzensizlikleri.....	9
3.7.3 Metabolik bozukluklar	9
3.7.4 Malignite.....	10
3.7.5 Psikiyatrik Bozukluklar	10
3.8 Tedavi.....	11
4. MATERYAL VE YÖNTEM	12
4.1 HASTA SEÇİMİ	12
4.2 UYGULANAN ÖLÇEKLER.....	13
4.2.1 SCID 1 Testi	13
4.2.2 SCID 2 Testi	13
4.2.3 Beck Depresyon Envanteri	14
4.2.4 Beck Anksiyete Envanteri	15
4.2.5 Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği	15
4.2.6 Yeme Tutumu Testi	16
4.2.7 Vücut Algısı Ölçeği.....	16
4.2.8 Barratt Dürtüsellik Ölçeği	17
4.3 İSTATİSTİKSEL YÖNTEM.....	18
5. BULGULAR	20
6. TARTIŞMA	58
6.1 ÇALIŞMANIN KISITLILIKLARI	71
SONUÇLAR VE ÖNERİLER.....	72

7. EKLER.....	75
7.1 SCID-1	75
7.2 Klinik ve Laboratuvar Veri Formu	87
7.3 Barratt Dürtüsellik Ölçeği.....	88
7.4 Beck Depresyon Ölçeği	90
7.5 Beck Anksiyete Ölçeği	91
7.6 Scid-II Kişilik Envanteri	92
7.7 Vücut Algısı Ölçeği	86
7.8 Yeme Tutum Testi	87
7.9 Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği	88
7.10 Etik kurul onayı	89
8. KAYNAKLAR.....	90

TABLO LİSTESİ

Tablo 5.1.: Çalışmaya katılanların demografik özellikleri ve dağılımı	21
Tablo 5.2.: Çalışmaya katılanların psikiyatrik özgeçmişleri ve dağılımı.....	23
Tablo 5.3.: Çalışmaya katılanların soygeçmiş özellikleri ve dağılımı	24
Tablo 5.4.: Çalışmaya katılanların klinik özellikleri ve dağılımı	25
Tablo 5.5.: PCOS grubunda laboratuvar sonuçları	26
Tablo 5.6.: SCID-I'e göre psikopatoloji varlığının dağılımı ve işlevsellik düzeyi	28
Tablo 5.7.: SCID-I de depresyon varlığının akne, hirsutizm, obezite ve insülin direnci ile ilişkisini gösteren tablo	29
Tablo 5.8.: Çalışmaya katılanlarda psikolojik test puanlarının dağılımı	30
Tablo 5.9.: BDE, BAE, YYT, RKD, VAÖ'ne göre psikopatoloji varlığı	32
Tablo 5.10.: BDE'de depresyon varlığının akne, hirsutizm, obezite ve insülin direnci ile ilişkisini gösteren tablo	33
Tablo 5.11.: BAE de yaygın anksiyete bozukluğu varlığının akne, hirsutizm, obezite ve insülin direnci ile ilişkisini gösteren tablo	34
Katılımcılar SCID-II testi ile Eksen 2 bozukluklar açısından değerlendirildiğinde PCOS grubunda 19 katılımcının (%37,3) kişilik bozukluğu kriterlerini karşıladığı, kontrol grubunda ise 5 katılımcıda (%11,4) kriterlerin karşılandığı görülmüştür ve fark anlamlıdır. PCOS olan 8 katılımcı (%15,7) kaçınan kişilik bozukluğu olarak değerlendirilmiş olup kontrol grubunda bu oran %11,4 (n:5) olarak bulunmuştur ve fark anlamlıdır. Kaçınan kişilik bozukluğu tanısı konulan hastaların %44,4'ünde obezite, %66,7'sinde akne, %55,6'sinde hirsutizm ve %50'sinde insülin direnci saptanmış olup, kaçınan kişilik bozukluğu olmayanlarda bu oranlar %37,2 akne, %43 hirsutizm, %15,1 obezite ve %44,2 insülin direnci şeklinde bulunmuştur. Yalnızca obezitede istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır(p:0,029) Tablo 5.12.'de kişilik bozukluklarının dağılımı gösterilmiştir.	34
Tablo 5.12.: Çalışmaya katılanlarda eksen 2 kişilik bozukluğu varlığı ve dağılımı	35

Tablo 5.13.: Obez olanların ve olmayanların demografik ve klinik verileri....	36
Tablo 5.14.: Obezitenin Eksen 1 hastalıklarıyla ilişkisi.....	37
Tablo 5.15.: Obezite varlığının psikometrik testlerle ilişkisi.....	38
Tablo 5.16.: Obezite varlığının kan değerleri ile ilişkisi.....	39
Tablo 5.17.: PCOS grubunda demografik veriler, BDE ve BAE puanları ile kan parametrelerinin korelasyonunu gösteren tablo	41
Tablo 5.18.: PCOS grubunda Barratt dürtüsellik ölçeği toplam puanları ve alt ölçek puanları ile kan parametreleri ve demografik verilerin korelasyonunu gösteren tablo	42
Tablo 5.19.: PCOS grubunda yeme tutumu testi toplam puanı ve alt ölçek puanlarının demografik veriler ve kan parametreleri ile korelasyonuna bakılmıştır.....	44
Tablo 5.20.: PCOS grubunda kullanılan psikiyatrik test ölçek puanlarının korelasyonunu gösteren tablo.....	46
Tablo 5.21.: tüm katılımcılarda uygulanan psikiyatrik test puanları arasındaki korelasyonu gösteren tablo.....	48
Tablo 5.23.: Tüm örneklemde SCID-I'e göre psikopatoloji varlığını belirleyen lojistik regresyon analizi	53
Tablo 5.24.: Tüm örneklemde kişilik bozukluğu varlığını belirleyen lojistik regresyon analizi	54
Tablo 5.25.: Tüm örneklemde obez olmayı belirleyen lojistik regresyon analizi	55
Tablo 5.26.: Tüm örneklemde BDE puanını belirleyen lineer regresyon analizi	56
Tablo 5.27.: Tüm örneklemde BAE puanını belirleyen lineer regresyon analizi	57

KISALTMA VE SEMBOLLER LİSTESİ

17-OH P: 17-Hidroksi Progesteron

AKŞ: Açlık Kan Şekeri

BAE: Beck anksiyete envanteri

BDE: Beck depresyon envanteri

BDÖ: Barratt dürtüsellik ölçeği

BTA: Başka türlü adlandırılmayan

cAMP: Siklik Adenozin Monofosfat

DEHB: Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu

DHEA: Dehidroepiandrosteron

DHEAS: Dehidroepiandrostenedion Sülfat

DM: Diyabetes Mellitus

FSH: Folikül Stimulan Hormon

HOMA-IR: Homeostatik model assessment insulin rezistance

LH: Luteinizan Hormon

PCOS: Polikistik over sendromu

RKD: Rosenberg kendilik değeri

SCID I : Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders

SCID II: Structured Clinical Interview for DSM-III-R Axis II Disorders

SK : Sağlıklı kontrol

USG : Ultrasonografi

VAÖ : Vücut algısı ölçeği

YTT : Yeme tutumu testi

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimimde ve tez hazırlama sürecinde tüm nezaketi ile yanımda olan, mesleki bilgi ve tecrübesinden yararlanma fırsatı bulduğum değerli hocam Prof. Dr. Özden ARISOY'a, bilgi ve tecrübeleriyle bana yetiştirme ve gelişme fırsatı veren Prof. Dr. M. Hamid BOZTAŞ'a, Dr. Öğr. Üyesi Filiz ÖZDEMİROĞLU'na

Tez hazırlama sürecinde emeği geçen, Kadın Hastalıkları ve Doğum kliniğinden Prof. Dr. Mehmet Ata TOPÇUOĞLU'na ve Arş. Gör. Dr. Pelin OYARDI'ya

Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları rotasyonunda bilgi ve tecrübelerinden faydalanma imkanı bulduğum değerli hocalarımız Prof. Dr. Ali Evren TUFAN'a ve Doç.Dr.Yusuf ÖZTÜRK'e,

Asistanlık sürecinde bilgilerinden faydalandığım değerli arkadaşlarım Uzm.Dr. Saliha İPEK ve Uzm. Dr. Edanur GÜMÜŞ'e, birlikte çalışmaktan keyif aldığım asistan arkadaşlarıma, servisimizde uyumla çalıştığım hemşirelerimize, güvenlik görevlilerimize, personel arkadaşlarımıza ve poliklinik sekreterimize,

Hayatım boyunca her türlü fedakarlığı göstererek her koşul altında yanımda olan, beni destekleyen ve güç veren sevgili babam Ramazan KARABAL'a, annem Ümmühan KARABAL'a, stresli zamanları daha çekilir kılan sevgili kardeşim Enes KARABAL'a ve ailemizin son üyesi, hekimlik değerini bilen sevgili Elif KARABAL'a en içten teşekkürlerimi sunarım.

2. GİRİŞ VE AMAÇ

POLİKİSTİK OVER SENDROMU TANILI HASTALARIN BEDEN ALGISI, KENDİLİK DEĞERİ, YEME TUTUMU, DÜRTÜSELLİK, KOMORBİD PSİKIYATRİK HASTALIKLAR AÇISINDAN SAĞLIKLI KONTROLLERLE KARŞILAŞTIRILMASI VE HORMON DÜZEYLERİ İLE SEMPTOMLARIN KORELASYONUNUN İNCELENMESİ

Polikistik over sendromu (Polycystic ovary syndrome-PCOS), reproduktif çağıdaki kadınlarda en sık teşhis edilen endokrinolojik bozukluktur. Hiperandrojenizm, anormal menstrual sikluslar ve ultrasonografi ile görüntülenen polikistik overler ile karakterizedir (Harnod et al., 2020). PCOS'lu bireyler obezite, dislipidemi, insülin direnci, kardiyovasküler risk artışı gibi metabolik düzensizliklere sahip olabilirler (Gilbert et al., 2018). Henüz nispeten az çalışmaya dayanarak PCOS'lu kadınlarda çeşitli psikiyatrik bozuklukların prevalansının arttığı gözlemlenmiştir (Blay et al., 2016). Bunlar arasında; depresyon, yaygın anksiyete bozukluğu, sosyal fobi, kişilik bozuklukları, obsesif kompulsif bozukluk, yeme bozuklukları ve dikkat eksikliği-hiperaktivite bozukluğu yer alır. Özellikle depresyon ve anksiyete bozukluklarının prevalans artışının hiperandrojenemi ve somatik semptomlardan kaynaklandığı düşünülmüştür. İnsülin direnci, obezite, akne, hirsutizm, menstrual düzensizlik ve infertilite gibi semptomların da psikiyatrik hastalıklarla ilişkisi olduğu gösterilmiştir (Naqvi et al., 2015). PCOS'da görülen akne, hirsutizm, yüksek beden kitle indeksi (Body mass index-BMI) ve infertilitenin daha olumsuz beden algısı ve daha düşük kendilik değerine neden olduğu, depresyon ve anksiyetenin prevalansının yüksek olduğu bilinmektedir (Harnod et al., 2020, Glowinska et al., 2020). PCOS'lu bireylerde insülin direnci ve androjen yüksekliğinin dürtüsel davranışlarda artışa neden olarak yeme

davranışlarında değişikliklere sebep olabileceği düşünülürken aynı zamanda; artan depresyon ve anksiyete oranları ile ilişkili olabileceği belirtilmiştir (Jeanes et al., 2017). PCOS'lu kadınlarda depresyon ve anksiyetenin daha sık görüldüğüne ilişkin çalışmalar yapılmış olmakla birlikte; biz çalışmamızda erişkin PCOS hastalarını hem Eksen 1 hem Eksen II bozukluklar açısından taramayı, hem de depresyon, anksiyete, beden algısı, kendilik değeri, yeme tutumu, dürtüsellik açısından da değerlendirerek sağlıklı kontroller ile karşılaştırmayı ve bu psikiyatrik patolojilerin insülin direnci, hirsutizm, BMI, Testesteron, Prolaktin, Dehidroepiandrosteronsulfat (DHEAS), Luteinizan hormon (LH), Follikül stimulan hormon (FSH), LH/FSH düzeyleri ile ilişkisini göstermeyi amaçladık.

Bu amaç doğrultusunda çalışmamızda aşağıdaki hipotezler kurulmuştur:

- 1) PCOS tanılı hastalarda depresyon ve anksiyete bozuklukları sağlıklı kontrollere göre daha sık görülecektir.
- 2) PCOS tanılı hastalarda sağlıklı kontrollere göre daha olumsuz beden algısı olduğu gözlenecektir.
- 3) PCOS tanılı hastalarda sağlıklı kontrollere göre yeme davranışı bozukluğu daha sık görülecektir.
- 4) PCOS tanılı hastalar sağlıklı kontrollere göre daha düşük benlik saygısına sahip olacaktır.
- 5) PCOS tanılı hastalarda dürtüsel davranışlar sağlıklı kontrollere göre daha sık gözlenecektir.
- 6) PCOS tanılı hastalarda eksen 2 kişilik bozuklukları sağlıklı kontrollere göre daha sık gözlenecektir.

7) PCOS tanılı hastalarda BMI, insülin direnci, Testesteron, DHEAS, Prolaktin düzeyleri ile dürtüsellik, yeme tutumu, depresyon, anksiyete, düşük beden algısı ve benlik saygısı arasında ilişki olacaktır.

8)PCOS tanılı hirsutizm, akne, obezite varlığı dürtüsellik, yeme tutumu, depresyon, anksiyete, beden algısı ve benlik saygısı ile ilişkili olacaktır.



3. GENEL BİLGİLER

3.1 TANIM

PCOS; etiyolojisi net olarak belirlenemeyen ve heterojen genetik özelliği olan, genç kadınlarda çok yaygın olarak görülen endokrin ve metabolik bileşenleri olan bir hastalıktır (Escobar-Morreale, 2018). Tanı kriterlerine bağlı olarak, dünya çapında yaygınlığı %4 ila %21 arasında değişmektedir (Brakta et al., 2017). Sendromda görülen androjen sekresyonundaki artış; hirsutizm, akne ve andojenik alopesiye yol açabilir. Overlerdeki disfonksiyon oligomenore-amenore ile birlikte zamanla infertiliteye yol açabilmektedir (Legro et al., 2013). PCOS'un etiyolojisi tam olarak aydınlatılamamakla birlikte güçlü epigenetik ve çevresel etkilere sahip karmaşık bir multigenik bozukluk olabileceği düşünülmektedir (Escobar-Morreale, 2018, Ehrmann, 2005). PCOS sıklıkla abdominal bölgede yağlanma, insülin direnci, obezite, metabolik bozukluklar ve kardiyovasküler risk faktörleri ile ilişkili bulunmuştur (Escobar-Morreale, 2018). Sendrom; farklı bileşenlerin görüldüğü sistemsel bir bozukluk olması nedeniyle dahiliye, kadın doğum ve psikiyatri gibi alanlara uzanmaktadır.

3.2 TARİHÇE

PCOS ilk olarak İtalyan araştırmacı Vallisnere tarafından 1721 yılında hafif obez, genç, evli ve infertil kadınlarda normalden büyük yumurtalıkların olduğunun gösterilmesi ile tanımlanmıştır (Kar, 2013, Szydlarska et al., 2017). 1844 yılına gelindiğinde Chereau ve Rokitansky overlerde fibrotik ve sklerotik dejeneratif değişiklikler saptamışlardır (Himelein and Thatcher, 2006). 1935 yılında Michael L. Leventhal ve Irving F. Stein, menstruasyon düzensizliği, hirsutizm ve polikistik over morfolojisi gibi semptomları bulunan 7 hasta ile bir çalışma yayınlamıştır. Bu hastalara over wedge rezeksiyonu uygulandıktan sonra, yedi kadının

tamamında menstrual siklusun düzene girdiği ve hastalardan ikisinin gebe kaldığı görülmüştür. Bu durum kistik over yapılanmasında hormonal faktörlerin rol alabileceğini düşündürmüştür (Szydlarska et al., 2017, Azziz and Adashi, 2016). 1958’de McArthur, Ingersoll ve Worcester tarafından ilk kez PCOS’lu kadınlarda idrar lüteinizan hormon (LH) seviyelerinin artmış olduğu ortaya konulmuştur (Yen et al., 1970). 1981 yılında Swanson ve arkadaşları polikistik overlerin ultrasonografik bulgusunu göstermiş ve 1985 yılında ise Adam ve arkadaşları tarafından bilateral multikistik over görünümü ultrasonografik tanı kriteri olarak tanımlanmıştır (Homburg, 1996).

3.3 TANI KRİTERLERİ

PCOS için günümüze dek üç ayrı tanı sistemi belirlenmiştir. Bunlardan ilki 1990 yılında yayınlanan NIH (Natioanal Instute of Health) kriterleri, klinik ve/veya biyokimyasal olarak hiperandrojenizm, tekrarlayan düzensiz anovulatuvar menstrüel sikluslar şeklinde belirlenmiştir. 2003 yılında bugün hala pek çok sağlık otoritesi tarafından kabul edilen Rotterdam kriterleri tanımlanmıştır. Buna göre; klinik ve/veya biyokimyasal hiperandrojenizm bulguları (klinik hiperandrojenizme neden olacak diğer faktörler dışlanır), oligo-anovulasyon ve ultrasonografide (USG) polikistik morfolojideki overlerin gösterilmesi olarak sıralanan üç kriterden ikisinin varlığında tanı konulmuş olur. 2006 yılında tanımlanan Androjen Excess Society (AES) ve PCOS Society kriterlerine göre ise; klinik, biyokimyasal hiperandrojenizm bulgularının tek tek ya da birlikte olması, ovaryan fonksiyon bozukluğu (oligo-anovulasyon ve/veya ultrasonografide polikistik morfolojideki overlerin görülmesi) tanı koydurur (Azziz et al., 2009).

3.4 POLİKİSTİK OVER SENDROMU FENOTİPLERİ

Tanı sistemleri içerisinde en kabul gören Rotterdam kriterlerine göre, PCOS hastalarına tanı koyarken 4 klinik fenotip göz önünde bulundurulmalıdır.

Fenotip A (Klasik-şiddetli PCOS): Klinik ve biyokimyasal olarak kanıtlanmış hiperandrojenizm, oligoanovulasyon ve USG’de PCO görüntüsü bulgularından üçünü de içerir.

Fenotip B (Non-PCO PCOS): Hiperandrojenizm ve oligoanovulasyon vardır. Ultrasonografide PCO görüntüsü yoktur.

Fenotip C (Ovulatuvar PCOS): Hiperandrojenizm bulguları ve PCO görüntüsü vardır. Menstruel sikluslar düzenli ya da oligoanovulasyon kriterlerinin dışındadır.

Fenotip D (Non-hiperandrojenik PCOS): Oligoanovulasyon ve PCO görüntüsü vardır. Normoandrojeniktir.

Fenotip A ve B klasik tip PCOS, fenotip C ve D ise non-klasik PCOS olarak tanımlanmıştır (Lizneva et al., 2016, Sachdeva et al., 2019).

3.5 PREVELANS

PCOS prevalansı kullanılan tanı kriterlerine göre değişiklik göstermekte olup Rotterdam kriterlerine göre %8-13 prevelans değeri bildirilmiştir (Bremer, 2010). Türkiye’de ise Rotterdam kriterleri baz alındığında %19.9 şeklinde raporlanmıştır (Bozdag et al., 2019).

3.6 PATOFİZYOLOJİ

PCOS etyolojisi halen tam olarak aydınlatılamamış olup genetik ve çevresel faktörlerin yer aldığı kompleks bir etyolojiye sahip olduğu düşünülmektedir. Tek yumurta ikizleriyle yapılan çalışmalar etyolojide genetiğin rolünü göstermiştir (Vink et al., 2006). Bu konuyla ilgili araştırmalar, sendromun sadece tek bir gen bölgesi değil birçok bölgeyle ilişkili olduğunu düşündürmüştür (Padmanabhan, 2009, Chen et al., 2011). Gonadotropin sentez ve salınımindaki değişiklikler, steroid hormon yapımında meydana gelen defektler, insülin salınım ve hücre içi yolak bozuklukları, beraberinde genetik faktörler, PCOS patofizyolojisinde ve etyopatogenezinde rol oynamaktadır. Tüm bu yolaklardaki aksaklıklar klinik olarak hirsutizm, akne, alopesi, mens düzensizliklerine sebep olmaktadır.

3.6.1 Gonadotropin Sentez Bozuklukları

PCOS'lu hastalarda hipotalamustan salgılanan gonadotropin salgılatıcı hormon (GnRH) salınım frekansındaki artış, bu artışa cevap olarak hipofizden Luteinizan Hormon (LH) salınımlarında artış meydana gelmektedir. Kanda LH seviyesinin artmasına karşı erken foliküler fazda Folikül Stimulan hormon (FSH) miktarı azalmaktadır. Olguların %35-90'ında LH/FSH artmıştır (Rosenfield and Ehrmann, 2016, Taylor et al., 1997). FSH seviyelerinin azalmasının etyolojisi netleştirilememekle birlikte karşılanmamış östrojene kronik maruziyetin negatif feedback etki ile tetiklemesi olabileceği veya GnRH salınımının artmasının, FSH b gen ekspresyonunu daha az etkilerken, LH b gen ekspresyonunu ciddi oranda artırmasından dolayı olabileceği düşünülmektedir. Gonadotropin salınımının düzgün aralıklarda olmaması, PCOS'lu kadınlarda anovulasyonun temel sebeplerindendir (Sam and Dunaif, 2003).

3.6.2 Steroidegenез Değişiklikleri

PCOS'da artan LH düzeyinin overlerde cAMP düzeyini artırmasıyla steroidogenez androjen sentezi yönünde uyarılır ve folikül hücrelerinin gelişiminin yavaşlamasına ya da duraklamasına sebep olur. Artan androjen seviyesi hem foliküllerde hem de kanda inflamasyonu artırmaktadır (González, 2012). PCOS'lu kadınlarda serum total testosteron, serbest testosteron, dehidroepiandrosteron (DHEA) ve dehidroepiandrosteron sülfat (DHEAS) ve 17-OH Progesteron düzeyleri daha yüksektir (Zarei et al., 2022). PCOS hastalarında artmış prolaktin seviyeleri bildirilmiştir (Abdelazim et al., 2020). PCOS ve hiperprolaktinemi kadınlarda anovulasyonun en yaygın iki etyolojisidir (Delcour et al., 2019).

3.6.3 İnsülinde Değişiklikler

PCOS olgularının %50-70'inde insülin direnci ve hiperinsulinemi bulunmaktadır. Hiperinsülinemi ve insülin direnci beden kitle indeksinden bağımsız olarak vardır. Oluşan insülin direnci vücuttaki androjen üretimini de artırmaktadır (Yildiz and Gedik, 2004).

3.7 Klinik Bulgular

3.7.1 Hiperandrojenizm bulguları

PCOS'lu bireylerde en sık hiperandrojenizm bulgusu hirsutizmdir. Hirsutizm terminal kılların olduğu vücut alanlarında androjen etkisiyle kalın ve koyu kılların aşırı büyümesi olarak tanımlanır. Hirsutizmden temel sorumlu androjen testosteron olup %75 kadarı direkt salgılanan testosteron formudur. Ciltteki duyarlı kıl foliküllerinde etki gösteren formu dihidrotestosterondur. Bu artan androjenik etki ile erkek tipi kıllanma görünümü oluşmaktadır (Wild et al., 2005). Hirsutizmin derecesi Modifiye Ferriman–Gallwey skorlama sistemi kullanılarak yapılır. Bu sistemde üst dudak, çene, göğüs bölgesi, sırtın alt ve üst kısımları, alt ve üst abdomen, kol ve bacakların üst kısımları terminal kıllanma durumuna göre 0-4 arasında skorlanır ve toplam skor ≥ 8 ise klinik hirsutizm olarak tanımlanır (Norman et al., 2007).

Akne, adolesanlarda sık görülen bir şikayettir ve çoklu tedavilere dirençli ya da adolesan dönem sonrasında ortaya çıkan akneler, hiperandrojenizmin bir bulgusu olarak düşünülüp PCOS tanısı açısından değerlendirilmelidir. Androjenlerin ciltte yağ üretimini artırdığı, bakteriyel kolonizasyona sebep olarak akne oluşumuna katkı sağladığı düşünülmektedir (Gratton et al., 2022).

Alopesi hiperandrojeneminin alışılmadık bulgularından olup dökülmenin fronto-temporo-okcipital bölgede olması erkek tipi olarak; tepe kısmında olması ise kadın tipi olarak adlandırılır (Rosenfield, 2015).

3.7.2 Mensturasyon düzensizlikleri

Kronik oligo ovulasyon/anovulasyon sebebi ile PCOS'lu kadınların %60-80 oligomenore/amenore görülmektedir (Brassard et al., 2008). Oligomenore/amenoreli kadınların ise %80-90'da PCOS saptanmıştır (Witchel et al., 2015). Anovulasyonun infertilitesi olan PCOS'lu kadınlarda temel neden olarak belirtilmekte olup %50-75 oranında görülmektedir. Anovulasyonun infertilite ve erken gebelik kayıplarına sebep olduğu düşünülmektedir (El Hayek et al., 2016).

3.7.3 Metabolik bozukluklar

PCOS'da obezite %30'un üzerinde görülmekte olup etnik köken ve yaşam tarzına göre farklılık gösterdiği belirtilmiştir (Maya et al., 2020). Beden kitle indeksinde 0,1'lik bir artışın PCOS gelişme olasılığını %9 oranında artırdığı ve bu artışın hirsutizm, menstruel düzensizlik, infertilite gibi belirtilerin şiddetini artırdığı düşünülmektedir (Marciniak et al., 2016, Balen et al., 2016).

Yapılan çalışmalarda artmış insülin konsantrasyonunun zayıf ya da obez PCOS hasta gruplarının ikisinde de olduğu kanıtlanmıştır (Burghen et al., 1980). İnsülin direnci ve

hiperinsülinemi PCOS'lu kadınlarda bozulmuş glukoz toleransı ve Tip 2 DM gelişme riskini artırır. Bu kadınların %30-40 oranında bozulmuş glukoz toleransı, %10 kadarının ise 40 yaşa kadar tip 2 DM geliştirdiği gösterilmiştir (Ehrmann et al., 1999, Gambineri et al., 2012). İnsülin direnci ilerleyen zamanlarda obstrüktif uyku apnesi, dislipidemi, yağlı karaciğer gibi sorunlar için de zemin hazırlamaktadır. Metabolik sendrom gelişme riski normal popülasyona göre daha fazla bulunmuş, obez hastalarda bu riskin zayıf hastalara göre %0 dan %63'e çıktığı görülmüştür. PCOS'lu obez kadınların gestasyonel diyabet geliştirme riskinin 2 kat arttığı bildirilmiştir (Teede et al., 2018).

3.7.4 Malignite

PCOS'da kronik anovulasyon sonucu olarak düşük progesteron ve sürekli olarak devam eden östrojen maruziyeti sonucu endometrium hiperplazisi ve endometrial karsinom gelişme riski artmıştır. PCOS'ta görülen insülin direnci-kronik hiperinsülinemi, diyabetes mellitus, obezite, metabolik sendrom da endometrium karsinomu için risk faktörüdür ((Gottschau et al., 2015, Giudice, 2006).

3.7.5 Psikiyatrik Bozukluklar

Henüz nispeten az çalışmaya dayanarak PCOS'lu kadınlarda çeşitli psikiyatrik bozuklukların prevalansının arttığı gözlemlenebilir (Blay et al., 2016). PCOS hastası kadınların benzer BMI endeksine sahip kontrol gruplarıyla yapılan çalışmalarda depresyon, anksiyete ve yeme bozuklukları açısından daha yüksek riske sahip oldukları görülmüştür (Greenwood et al., 2018). Genç yaşlarda ortaya çıkan PCOS etkileri kişinin benlik saygısını, kendine olan güvenini sarsmakta ve depresyona olan yatkınlığını arttırmaktadır. PCOS da Tip 2 DM, metabolik sendrom, obezite görülme riskinin artmış olması depresyon ile anksiyeteye olan yatkınlığı artırmaktadır. PCOS'un depresyona eğilimi artırması yeme bozukluğu ve kiloda artışa sebep olabilmekte bu da obeziteye katkı sağlayarak kısır bir döngüye girmesine neden olmaktadır

(Bhattacharya and Jha, 2010, Veltman-Verhulst et al., 2012). Yetişkin PCOS hastalarında infertilite, hirsutizm, menstrüel düzensizlik bulgularının daha çok stres etkeni olduğu gösterilmişken, adolesan dönemde yüksek beden kitle indeksinin daha çok stres etkeni olduğu belirtilmiştir (Rasgon et al., 2003). Ayrıca androjen yüksekliğinin de PCOS'dan bağımsız olarak duygudurum bozukluğu yarattığı gösterilmiştir (Weiner et al., 2004). PCOS'lu kadınlarda yüksek testesteron ve insülin seviyelerinin artmış dürtüsellik ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (Özdil Demiryürek et al., 2016). Artan depresif duygudurum, anksiyete ve dürtüsel davranışlar ile birlikte yeme bozukluğu riskinin arttığı görülmüştür. 2017 yılında yapılan bir çalışmada PCOS'lu kadınların sağlıklı kontrollere göre % 39 daha yüksek oranda tıknircasına yeme davranışı sergilediği gösterilmiştir (Jeanes et al., 2017). Tüm bu psikososyal faktörler düşünüldüğünde PCOS'lu kadınların eksen 2 bozukluklar açısından artmış risk altında oldukları düşünülebilir. Sağlıklı kontroller ile karşılaştırıldıklarında PCOS'lu kadınların MMPI testinin birçok klinik, içerik ve tamamlayıcı ölçeğinde yükselme olduğu görülmüştür (Scaruffi et al., 2019). PCOS hastalarının daha belirgin D tipi kişilik özellikleri sergiledikleri, yine PCOS'lu infertil kadınların şizoid, kaçınan, antisosyal, depresif, sadist, negativist, şizoid, paranoid ve borderline kişilik bozukluğu alanlarında ortalama puanların kontrol grubuna göre önemli ölçüde daha yüksek olduğu görülmüştür (Urban et al., 2022).(Ahmadi et al., 2020).

3.8 Tedavi

PCOS'da tedavi yaklaşımında ilk basamağı yaşam tarzı değişiklikleri oluşturmaktadır. Obez hastalarda egzersiz ve beraberinde kilo kaybının testosteron düzeyini azalttığı, SHBG (Sex hormonu bağlayıcı globülin) konsantrasyonlarını artırdığı ve menstrasyon düzenini sağladığı; normal aralıkta vücut ağırlığına gelindiğinde insülin direncinde gerileme izlendiği bildirilmiştir (Escobar-Morreale, 2018, Hoeger et al., 2008). Egzersiz, diyet, yaşam tarzı değişikliklerinin orta ve şiddetli depresyon ve anksiyete üzerinde de etkili olduğu gösterilmiştir (Null and Pennesi, 2017). Farmakolojik tedavide kombine oral kontraseptifler ve antiandrojenik

ajanlar kullanılır. Kombine oral kontraseptif içeriğindeki sentetik östrojen ve progesteron ile androjen miktarını azaltarak akne ve hirsutizm gibi semptomlarda iyileşme sağlar (El Hayek et al., 2016). Yine antiandrojen tedavi de androjene bağlı semptomların kontrolü amacıyla kullanılmaktadır. İnsülin direnci gelişmiş olgularda metformin kullanımı kilo kontrolünde ve androjen düzeylerini düşürmede etkili bulunmuştur (Naderpoor et al., 2015). Eşlik eden psikiyatrik komorbidite açısından hastaların psikiyatri alanında değerlendirilmeleri önerilir.

4. MATERYAL VE YÖNTEM

4.1 HASTA SEÇİMİ

Çalışma için 18. 01. 2022 tarihinde Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi İzzet Baysal Eğitim ve Araştırma Hastanesi klinik araştırmalar etik kurulu tarafından (Karar no: 2022/07) onay alınmıştır. Araştırma tek merkezli, kesitsel ve paralel kontrollü bir çalışmadır.

Çalışma merkezi Bolu Abant İzzet Baysal Eğitim ve Araştırma Hastanesi olarak belirlenmiştir. Çalışmaya Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniğine başvuran 18 yaşından büyük, Rotterdam Kriterlerine göre PCOS tanısı konulan 51 hasta ve PCOS tanısı olmayan 51 sağlıklı kontrol alınmıştır. Sağlıklı kontrollerden 7 katılımcıda eksen 1 patoloji tespit edilmesi üzerine çalışmadan çıkarılmış ve 44 sağlıklı kontrol ile değerlendirme yapılmıştır. Çalışmaya katılım kriterleri olarak 18 yaş ve üzeri olmak, gönüllü olmak ve okur yazar olmak şartları belirlenmiştir. Dışlama kriterleri olarak katılımcının çalışmaya katılmak için onam vermemesi, ölçeklerin uygulanmasına engel olacak fiziksel bir özür varlığı, mevcut durumu ile mental retardasyon, psikotik bozukluk, depresyon, anksiyete bozuklukları gibi psikopatoloji bulunması ve bununla ilgili psikotrop kullanıyor olmak, madde kullanımı, gebelik ve okuma yazma

bilmemek belirlenmiştir. Hastaların yaş, eğitim durumu, medeni durum, parite gibi demografik bilgileri, boy, kilo, beden kitle indeksi, akne ve hirsutizm varlığı gibi fiziksel özellikleri, PCOS için medikal tedavi alıp almadıkları, ek tıbbi hastalık öyküsü ve bununla ilgili tedavi öyküsü, hormon profili (FSH, LH, LH/FSH, Total Testesteron, DHEAS, 17-OH Progesteron, Prolaktin) açlık kan şekeri, insülin, HOMA-IR değerleri kaydedilmiştir. Hirsutizm skorlaması için ferriman gallwey skorlama (FGS) sistemi kullanılmıştır. Kontrol grubunda hasta grubu ile benzer şekilde yaş, eğitim durumu, medeni durum, parite gibi demografik bilgileri, boy, kilo, beden kitle indeksi, akne ve hirsutizm varlığı ve hirsutizm şiddeti gibi fiziksel özellikleri, ek tıbbi hastalık öyküsü ve bununla ilgili tedavi öyküsü not edilmiş olup hasta grubundan farklı olarak kan parametrelerine bakılmamıştır.

4.2 UYGULANAN ÖLÇEKLER

4.2.1 SCID 1 Testi

DSM-IV Eksen I Bozuklukları için yapılandırılmış Psikiyatrik Görüşme Formu-SCID-I: Klinik psikopatolojik durumları içeren DSM-IV eksen-I tanıların konulması için geliştirilmiş, yarı yapılandırılmış bir klinik görüşme ölçeğidir. Türkçe uyarlama ve klinik çalışmaları Özkürkçügil ve ark. (1999) tarafından yapılmıştır (Özkürkçügil et al., 1999).

4.2.2 SCID 2 Testi

DSM-III-R Eksen II Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID-II) Kişilik bozukluklarını değerlendirmek amacıyla Spitzer, Williams ve ark (1990) tarafından geliştirilmiş yarı yapılandırılmış bir görüşmedir. SCID-II, kişilik bozukluklarının tanı ölçütlerini taramak amacıyla geliştirilmiş 120 soruluk bir öz-bildirim formu içermektedir. Öz-bildirim formu hasta tarafından doldurulduktan sonra klinisyen görüşme sırasında özellikle

formda “evet” olarak yanıtlanmış maddeler üzerinde durmaktadır (Coşkunol et al., 1994). Yüz yüze görüşme sürecinde soruların değerlendirilmesi yok (1), eşik altı (2) ve eşik üstü (3) şeklinde puanlanır ve bireyin kişilik bozuklukları tanısını karşılayıp karşılamadığı değerlendirilir. Görüşme sırasında, hastanın şikâyetleri doğrultusunda gerekli görülen küme sorularının uygulanması şeklinde (örneğin kişinin değişken ve dramatik şekilde sonlanan ilişkilerinin var olması durumunda B küme sorularının sorulması) uygulanabilir. Her kişilik bozukluğu için kişinin karşılaması gereken ‘3’ puanları sayılarak kişinin o kişilik bozukluğunu karşılayıp karşılamadığına bakılır (First et al., 1995). SCID-II 'nin güvenirlik çalışması Coşkunol ve ark (1994) tarafından gerçekleştirilmiş ve SCID-II' nin kullanıcılar arası uyuma düzeyi 0,798 olarak saptanmıştır (Coskunol et al., 1994).

4.2.3 Beck Depresyon Envanteri

Beck Depresyon Envanteri (BDE) 1961 yılında Beck tarafından geliştirilmiş ve depresif kişilerde yaygınlıkla gözlenen güdüsel, bilişsel, duygulanım ve kendilik değerinin azalmasına ilişkin belirtileri ölçmeye yarayan toplam 21 maddeden oluşmaktadır (Beck et al., 1961). Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenirlik çalışması 1988’de Hisli tarafından yapılmıştır. Her yanıttan elde edilen 0-3 arasındaki puanların toplanması ile değerlendirilen, toplam 21 sorudan oluşan bir depresyon derecelendirme ölçeğidir. Ölçekten alınan düşük puanlar depresif belirtilerin azlığına, yüksek puanlar ise çokluğuna işaret etmektedir. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 0, en yüksek puan 63’tür. Denk düşen puan aralıkları doğrultusunda ölçek, 1-10 arası normal, 11- 16 arası orta derecede duygu durumu bozukluğu, 17-20 arası klinik depresyon; 21-30 arası orta düzeyde depresyon; 31-40 arası ciddi düzeyde depresyon; 41-63 arası ağır

depresyon biçiminde değerlendirilmektedir. BDE Cronbach-alfa güvenirlik katsayısı 0.86'dır (Hisli, 1988).

4.2.4 Beck Anksiyete Envanteri

Beck Anksiyete Envanteri (BAE), anksiyete belirtilerinin düzey ve şiddetini ölçmek için kullanılan 21 maddeden oluşan bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Her madde 0- 3 arası puan alır ve toplam 0-63 arasında puanlanır. Testin toplam puanları; 0-7 minimal anksiyete, 8-15 hafif anksiyete, 16-25 orta anksiyete ve 26-63 şiddetli anksiyete olarak yorumlanır (Beck et al., 1993). Ölçeğin Türkçe uyarlama için geçerlik ve güvenirlik çalışması Ulusoy ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (Ulusoy et al., 1998).

4.2.5 Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği

Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği, benlik saygısı düzeylerinin belirlenmesi için geliştirilmiştir. Rosenberg, benlik saygısı kavramında kişinin kendisini değerlendirmesinin önemi üzerinde durmaktadır. Ölçekteki sorular daha çok bu temaya yöneliktir. Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği, çoktan seçmeli sorulardan yapılmış on iki alt kategoriden oluşmaktadır. Bunlar; Benlik Saygısı, Kendilik Kavramının Sürekliliği, İnsanlara Güvenme, Eleştiriye Duyarlılık, Depresif Duygulanım, Hayalperestlik, Psikosomatik Belirtiler, Kişiler arası Tehdit Hissetme, Tartışmalara Katılabilme, Ana-baba İlgisi, Babayla İlişki, Psişik İzolasyondur. Bu araştırmada, ölçeğin alt ölçekleri arasından Benlik Saygısı alt ölçeği kullanılmıştır. Benlik Saygısı Alt Ölçeğinde on madde yer almaktadır. Ölçeğin kendi içindeki değerlendirme sistemine göre denekler 0 ile 6 arasında puan almaktadırlar. Sayısal ölçümlerle yapılan karşılaştırmalarda benlik saygısı yüksek (0-1) puan, orta (2-4) puan, düşük (5-6) puan olarak değerlendirilmektedir. Dolayısıyla Benlik Saygısı Ölçeğinden düşük puan alan bireylerin yüksek düzeyde benlik saygısına sahip oldukları, yüksek puan alanların ise düşük düzeyde benlik saygısına sahip oldukları söylenebilir (Rosenberg, 1965). Rosenberg Benlik

Saygısı Ölçeğinin Türkiye’ye uyarlama çalışmaları Çuhadaroglu (1986) tarafından yapılmıştır (Çuhadaroglu, 1986).

4.2.6 Yeme Tutumu Testi

Katılımcıların yeme davranış ve tutumlarındaki bozuklukları değerlendirmek için uygulanmaktadır. Yeme Tutum Testini (YTT), Garner ve Garfinkel, 1979’da anoreksiya nervroza belirtilerini nesnel bir şekilde değerlendirilme amacı ile geliştirmiştir (Garner et al., 1982). Bu test, 40 maddeden oluşmaktadır ve bir kendi kendine bildirim ölçeği görevindedir. Ölçeğin Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısı 70, test-tekrar test güvenilirliği ise $r = .65$ şeklinde tespit edilmiştir. Kesme noktası 30 puandır. Maddelerden 1, 18, 19, 23, 27, 39 için bazen 1 puan, nadiren 2 puan ve hiçbir zaman 3 puan ve diğer seçenekler 0 puan olarak değerlendirilmektedir. Ölçeğin diğer maddeleri için ise daima 3 puan, çok sık 2 puan ve sık sık 1 puan ve diğer seçenekler 0 puan olarak hesaplanmaktadır. Sonuçta ölçeğin her bir maddesinden alınan puanlar toplanarak ölçeğin toplam puanı elde edilmektedir. Çalışmada YTT-40’ın değerlendirme ölçeğine göre; “ ≥ 30 ” puan alan kişiler “yeme davranışı bozukluğuna yatkın” şeklinde nitelendirilmiştir (Savaşır, 1989). Ölçeğin güvenirlik ve geçerlik çalışmalarının yapıldığı bir başka araştırmada kadın ve erkek örnekleme “diyet”, “bulimiya”, “yiyeceklerle ilişkili ambivalans” ve “oral kontrol” olmak üzere dört faktör bulunmuştur. 4,9,10,14,15,16,25,29,30,36,37,38,40 diyet yapma; 6,7,13,31,34,39 bulimia; 1,2,3,11,17,18,19,20,21,22,23,27,28,35 ambivalans; 5,8,12,24,26,32,33 oral kontrol alt ölçekleri ile ilgili sorulardır (Elal et al., 2000).

4.2.7 Vücut Algısı Ölçeği

Bu ölçek Secord ve Jourard tarafından 1953’da geliştirilmiştir. Kişilerin bedenlerindeki çeşitli kısımlardan ve bedenlerindeki çeşitli işlevlerden ne kadar hoşnut olduklarını ölçmeyi amaçlar. Ölçekte 40 tane vücut bölgesini veya işlevini sorgulayan madde yer almaktadır. Alınan puanların yüksekliği hoşnut olmama derecesinin de yüksekliğine işaret eder. Ölçek her bir maddesi bir organ veya bedenin bir bölümü ya da işlevi ile ilgili 40 maddeden oluşmaktadır. (1= Çok beğeniyorum, 2= Oldukça beğeniyorum, 3= Kararsızım, 4= Pek beğenmiyorum, 5= Hiç beğenmiyorum). En düşük puan olan 1 en olumlu durumu ifade ederken, en yüksek puan olan 5 en olumsuzluğu ifade etmektedir. 40 sorunun toplamında 40 ile 200 arası puan alınabilmektedir. Ölçekten alınan toplam puanın artması, kişinin vücut bölümlerinden ya da işlevinden duyduğu memnuniyetin azaldığını, puanın azalması ise memnuniyetin arttığını belirtmektedir. Ölçeğin kesme puanı 135’dir. Bu puanın üzerinde puana sahip olanlar beden algısı düşük olarak tanımlanmıştır. Ölçek, 1986’da Hovardaoğlu tarafından Türkçe’ye çevrilmiş ve üniversite öğrencileri üzerinde yapılan çalışmada iki yarım güvenirliği 0.75, madde test korelasyonları $r=0.45$ ile $r=0.89$ arasında ve Cronbach Alfa katsayısı $r=0.91$ olarak belirlenmiştir (Hovardaoğlu and YD, 1990).

4.2.8 Barratt Dürtüsellik Ölçeği

Barratt Dürtüsellik Ölçeği Patton ve Barrat (1995) tarafından geliştirilmiştir. BDÖ, dürtüsellliği üç temel bileşenine göre değerlendirmekte olan kendini bildirim tarzında bir formdur. Devinimsel (motor) dürtüsellik, dikkat ile ilişkili dürtüsellik ve plansızlık dürtüsellliği olarak üç alt kategoriye ayrılır.

Ölçek 4’lü 30 maddeden oluşmaktadır. Maddeler, “1- Nadiren/ Hiçbir zaman”, “2-Bazen”, “3-Sıklıkla” ve “4-Hemen her zaman/Her zaman” şeklinde yanıtlanmaktadır. Ölçekten alınan toplam puan ne kadar fazla ise, kişinin dürtüsellığının o derece yüksek düzeyde olduğunu

göstermektedir. Alt kategorilerde devinimsel (motor) dürtüsellik; hazırlıksız, aniden ve aceleci hareketi, dikkat ile ilişkili dürtüsellik; belirli bir işe odaklanamamayı, plansızlık dürtüselligi ise plan yapamama, plan yapmadan ve yeterince düşünmeden harekete geçmeyi göstermektedir (Patton et al., 1995). Ölçeğin Türkçe uyarlama çalışmaları Güleç ve ark. (2008) tarafından yapılmıştır (Güleç et al., 2008).

4.3 İSTATİSTİKSEL YÖNTEM

Örneklem Büyüklüğü G Power analizi ile a-priori olarak saptandı. Student T testi ile 2 grup karşılaştırması için etki büyüklüğü Cohen $d = 0,50$, istatistiksel anlamlılık $\alpha = 0,05$ ve güç $(1-\beta) = 0,80$ olarak belirlendiğinde çalışmaya dahil olması planlanan örneklem sayısı 102 olarak hesaplanmış ve grup başına 51 adet kişi alınması planlanmıştır. Kontrol grubundan 7 kişinin drop out olması nedeniyle 51 PCOS hastası 44 sağlıklı kontrol olarak 95 katılımcı ile değerlendirme yapılmıştır. PCOS'lu hastaların depresyon ve kaygısı yüksek olan ve olmayanlar olarak iki gruba ayrılması durumunda, One way ANOVA ile 3 grup karşılaştırması için etki büyüklüğü Cohen $d = 0,40$, istatistiksel anlamlılık $\alpha = 0,05$ ve güç $(1-\beta) = 0,80$ olarak belirlendiğinde grup başına alınması planlanan örneklem 22 adet kişi olarak hesaplanmıştır (Grup 1: Psikopatoloji olan PCOS, Grup 2: Psikopatoloji olmayan PCOS, Grup 3: SK). %10'luk drop out oranı göz önüne alınarak gruplara 25'er kişi alınması planlanmıştır. Veriler kategorik olduğunda karşılaştırmalar ki kare testi ile, veriler sürekli olduğunda ise sürekli değişkenlerin normal dağılıp dağılmadığı önce Kolmogrov-Smirnoff testi ile analiz edilecek, daha sonra sürekli değişkenler normal dağıldığında istatistiki karşılaştırmalar Student T testi ile, normal dağılmadığında 2. Grup için Mann-Whitney U testi ile yapılacaktır. Veriler normal dağıldığında istatistiki karşılaştırmalar 3 grupta one way ANOVA testi ile, normal dağılmadığında Kruskal-Wallis ANOVA testi ile yapılacaktır. ANOVA testleri sonrası

grupların hangilerinin birbirinden farklı olduğu posthoc Bonferroni düzeltmesi yapılarak değerlendirilecektir.

Kategorik olarak deneklerin hangi tanısal grupta olduğunu belirleyen değışkenler Lojistik regresyon analizi ile incelenecek ve bağımlı değışken olarak tanısal grup alınırken, bağımsız değışkenler olarak korelasyon analizinde tanısal gruplamayla korele olan değışkenler alınacaktır.



5. BULGULAR

Çalışmaya 51 PCOS hastası ve 51 sağlıklı kontrol (SK) alınmış olup SK'den 2 kişinin SCID-I' de yaygın anksiyete bozukluğu, 3 kişinin majör depresif bozukluk, 1 kişinin uyum bozukluğu, 1 kişinin sosyal fobi tanı ölçütlerini karşılaması nedeniyle 7 kişi çalışmadan çıkarılmıştır. 51 PCOS hastası, 44 sağlıklı kontrol (SK) ile değerlendirme yapılmıştır. PCOS grubunda yer alan katılımcıların yaş ortancası 23, SK'ün 25 olup, PCOS grubu SK'den anlamlı olarak daha gençti ($p=0,005$). Eğitim durumları değerlendirildiğinde PCOS grubunda %64,7 (n:33) ortaöğretim, %35,3 (n:18) yükseköğretim mezunu varken; SK'de %54,5 (n:24), ortaöğretim mezunu ve %45,5 (n:20) yükseköğretim mezunu vardı ve eğitim süresi ortanca değeri PCOS'da 13 iken, SK'da 16 idi ve aralarında anlamlı fark vardı ($p=0.007$). PCOS hastalarının %15,7'si (n: 8) evli, %2'si (n:1) boşanmış ve %82,4'ü (n:42) bekardı. SK'de ise %31,8'i (n:14) evli, %68,2'si (n:30) bekar olup boşanmış katılımcı bulunmamaktaydı. PCOS grubunda çalışan % 25,5 (n: 13), çalışmayan % 74,5 (n:38) olarak dağılmışken SK'de bu dağılım çalışan %43,2 (n:19) ve çalışmayan %56,8 (n:25) şeklindeydi. Çocuk sahibi olup olmadıkları değerlendirildiğinde PCOS grubunda 3 katılımcının (%5,9), SK grubunda ise 6 katılımcının (%13,6) çocuk sahibi oldukları belirlendi. Yaşadıkları yerler ise; yalnız yaşayanlar, ailesi ile birlikte yaşayanlar, yurttan yaşayanlar ve ev arkadaşı ile birlikte yaşayanlar şeklinde kategorize edilmiş olup, tüm bu değişkenler açısından iki grup arasında anlamlı fark saptanmamıştır (Tablo 5.1).

Tablo 5.1.: Çalışmaya katılanların demografik özellikleri ve dağılımı

Değişkenler		PCOS (n=51)	SK (n=44)	$\chi^2/t/z$	p*
Yaş		23,23(4)	25(6)	-2,839 ^z	0,005*
Eğitim durumu		13(4)	16(2)	-2,720 ^z	0,007*
Medeni durum	evli	8(%15,7)	14(%31,8)	4,143 χ^2	0,126
	boşanmış	1(%2,0)	0(%0,00)		
	Bekar	42(%82,4)	30(%68,2)		
Çocuk	var	3(%5,9)	6(%13,6)	1,656 χ^2	0,198
	yok	48(%94,1)	38(%86,4)		
Eğitim durumu	ortaöğretim	33(%64,7)	24(%54,5)	1,016 χ^2	0,313
	yükseköğretim	18(%35,3)	20(%45,5)		
Çalışma durumu	çalışıyor	13(%25,5)	19(%43,2)	3,310 χ^2	0,69
	çalışmıyor	38(%74,5)	25(%56,8)		
Kimlerle yaşıyor	yalnız	6(%11,8)	8(%18,2)	7,411 χ^2	0,060
	Aile	20(%39,2)	26(%59,1)		
	yurt	24(%47,1)	9(%20,5)		
	Ev arkadaşı	1(%2,0)	1(%2,3)		

Kategorik değişkenler: Ki-kare Testi ile analiz edilmiş ve yayılım ölçütü olarak n(%) verilmiştir. Sürekli değişkenler: 'normal dağılıyorsa student t testi ile karşılaştırılmış ve t istatistiği ile yayılım ölçütü olarak Ort $\pm$ SS verilmiş, ^z normal dağılmıyorsa Mann Whitney U testi ile karşılaştırılmış ve z istatistiği ile yayılım ölçütü olarak median (interquartile range-IQR) verilmiştir. *p<0.005

Katılımcıların sigara, alkol ve madde kullanımları sorgulandığında her iki grupta da madde kullanan katılımcı olmadığı görüldü. PCOS grubunda sigara kullananlar % 31,40 (n:16), SK'de ise % 18,2 (n:8) olarak belirlendi. Alkol kullanımı PCOS grubunda % 17,6 (n: 9), SK'de ise % 15,9 (n:7) şeklindeydi. SK'de suisid öyküsü, şiddet öyküsü, adli öykü olmadığı görüldü. PCOS grubunda 2 kişinin suisid öyküsü, 2 kişinin şiddet öyküsü ve 1 kişinin adli öyküsü olup suisid öyküsü olan kişiler ile şiddet öyküsü olan kişiler farklı katılımcılardı. Daha önce psikiyatri başvurusu ve psikiyatri tedavi öyküsüne göre PCOS grubunda 7 kişinin (%13,7), SK'de 5 kişinin (% 11,4) psikiyatri başvurusu vardı. PCOS grubunda başvurusu olan 5 kişinin tedavi öyküsü de olup kontrol grubunda başvurusu olan 5 kişinin de tamamının tedavi öyküsü bulunmaktaydı. Tüm bu değişkenler açısından da gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu (Tablo 5.2.).

Tablo 5.2.: Çalışmaya katılanların psikiyatrik özgeçmişleri ve dağılımı

Değişkenler	PCOS (n=51)	SK (n=44)	χ^2	p*
Sigara	16(%31,4)	8(%18,2)	2,177	0,141
Alkol	9(%17,6)	7(%15,9)	0,515	0,823
Suicid öyküsü	2(%3,9)	0(%0,0)	1,763	0,184
Adli öykü	1(%2,0)	0(%0,0)	0,872	0,350
Şiddet öyküsü	2(%3,9)	0(%0,0)	1,763	0,184
Psikiyatri başvurusu	7(%13,7)	5(%11,4)	0,496	0,481
Psikiyatri tedavi öyküsü	5(%9,8)	5(%11,4)	0,617	0,805

Kategorik değişkenler: Ki-kare Testi ile analiz edilmiş ve yayılım ölçütü olarak n(%) verilmiştir.

Çalışmaya katılanlarda soygeçmiş özellikleri incelendiğinde ailede psikiyatrik hastalık öyküsü olan PCOS hastası 9 katılımcı (%17, 6) varken SK’de 3 katılımcı (% 6,8) belirlendi ancak aradaki fark anlamlı değildi. Ailede alkol-madde, suicid ve tıbbi hastalık öyküsü açısından da iki grup arasında herhangi bir fark yoktu (Tablo 5.3.)

Tablo 5.3.: Çalışmaya katılanların soygeçmiş özellikleri ve dağılımı

Değişken	PCOS (n=51)	SK (n=44)	χ^2	p
Ailede alkol-madde öyküsü	1(%2,0)	2(%4,5)	0,516	0,473
Ailede suisid öyküsü	1(%2,0)	2(%4,5)	0,516	0,473
Ailede psikiyatrik hastalık	9(%17,6)	3(%6,8)	2,510	0,113
Ailede tıbbi hastalık	27(%52,9)	22(%50,0)	0,820	0,775

Kategorik değişkenler: Ki-kare Testi ile analiz edilmiş ve yayılım ölçütü olarak n(%) verilmiştir.

PCOS grubunda ek tıbbi hastalığı olan 9 katılımcı olup 5 katılımcı diyabet, 2 katılımcı hipotroidi, 1 katılımcı hipertansiyon ve 1 katılımcı astım hastasıydı. SK'deki katılımcılardan 1'i çölyak hastası diğeri ise alerjik astım hastasıydı ve iki grup arasında fark yoktu. Ancak katılımcıların BMI'ları ölçülüp 35'in üzerinde olanlar obezite olarak kategorize edildiğinde PCOS grubunda %25,5(n:13), kontrol grubunda ise %9,1(n:4) katılımcı obez bulunmuş olup aradaki fark anlamlıydı. FGS 8 ve üzeri puanlar hirsutizm olarak değerlendirildiğinde ise PCOS grubunda %76,5 (n:39), SK'de %6,8 (n:3) hirsutizm saptanmış olup aradaki fark yine anlamlıydı. PCOS'da akne şikayeti % 64,7 (n:33), SK'de %11,4 (n:5) oranında olup fark anlamlıydı. İnfertilite öyküsü ve infertilite tedavi öyküsü PCOS grubunda sadece 3 katılımcıda saptanmıştır. PCOS grubundaki katılımcıların %31,4 (n:16) 'unun PCOS için tedavi aldığı ve 5 katılımcının estradiolvalerat/diogenet, 11 katılımcının ise etiniletradiol/drospirenon kullandığı saptandı (Tablo5. 4.)

Tablo 5.4.: Çalışmaya katılanların klinik özellikleri ve dağılımı

Değişkenler	PCOS (n=51)	SK (n=44)	$\chi^2/t/z$	p*
Ek tıbbi hastalık	9(%17,6)	2(%4,5)	3,960 χ^2	0,470
Boy	163(8)	163(9,7)	-0,292 ^z	0,770
Kilo	65(26)	55(13,0)	-2,459 ^z	0,014*
BMI	23,82(9,34)	21,4(5,6)	-2,459 ^z	0,034*
Obezite	13(%25,5)	4(%9,1)	45,216 χ^2	0,000*
FGS	9(3)	3(3,0)	-7,322 ^z	0,000*
Hirsutizm	39(%76,5)	3(%6,8)	46,462 χ^2	0,000*
Akne	33(%64,7)	5(%11,4)	28,005 χ^2	0,000*
İnfertilite öyküsü	3(%5,9)	-	0,062	0,803
İnfertilite tedavi öyküsü	3(%5,9)	-	0,062	0,803
PCOS tedavisi	16(%31,4)	-	0,453	0,501

Kategorik değişkenler: Ki-kare Testi ile analiz edilmiş ve yayılım ölçütü olarak n(%) verilmiştir.

Sürekli değişkenler: 'normal dağılıyorsa student t testi ile karşılaştırılmış ve t istatistiği ile yayılım ölçütü olarak Ort $\pm$ SS verilmiş, ^z normal dağılmıyorsa Mann Whitney U testi ile karşılaştırılmış ve z istatistiği ile yayılım ölçütü olarak median (interquartile range-IQR) verilmiştir. *p<0.005

Tablo 5.5.'de PCOS grubundaki katılımcıların laboratuvar değerleri Ort $\pm$ s.s. yayılım ölçütleri ile verilmiştir. Bakılan parametreler; açlık kan şekeri (AKŞ), insülin, HOMA-IR (homeostatik model assessment insulin rezistance), total testosteron,, dehidroepiandrestenedion,

prolaktin, 17-hidroksi progesteron, FSH, LH ve LH/FSH oranıdır. HOMA-IR değeri 2.5 üzerinde olmak insülin direnci olarak değerlendirildiğinde hastaların %49 (n:23)'unda insülin direnci saptanmıştır. 11 olguda AKŞ 100 mg/ dl üzerinde olup bozulmuş açlık glukozu olarak sınıflandırılmıştır.

İnsülin direnci olan 10 katılımcı (%43,4) obez olarak bulunmuştur. 9 katılımcının (%17,64) HOMA-IR değeri 4'ün üzerinde olup 9 katılımcı da obezdir. 10 (%19,6) katılımcının bazal LH değeri 10'un üzerinde bulunmuştur. 15 olguda ise LH/FSH oranı 2'den büyüktü. Total testesteron seviyeleri 13 olguda (%25,49) 50'nin, 7 olguda (% 13,7) ise 60' ın üzerinde bulunmuştur. 27 (%52,9) olguda 17-OH-progesteron düzeyleri 2 ng/ml üzerinde bulunmuştur (Tablo 5.5.).

Tablo 5.5.: PCOS grubunda laboratuvar sonuçları

Değişken	Ort ±s.s.
AKŞ (mg/dL)	93,5098 ±22,93676
İnsülin (mU/L)	14,0937 ±11,57247
HOMA-IR	3,28 ±3,14721
Total testosteron (ug/L)	33,1571 ±26,56762
DHEAS (ug/dL)	306,3961 ±146,12061
Prolaktin (ug//L)	15,7961 ±8,58817
17-OH Progesteron (ug/dL)	2,5006 ±2,00290
FSH (U/L)	4,7710 ±1,91671
LH (U/L)	6,7229 ±5,57547
LH/FSH oranı	2,0847 ±0,71977

SCID-I'e göre PCOS hastalarında psikopatoloji varlığı tarandığında katılımcıların %39,2 sinde (n:20) psikopatoloji saptanmıştır. 14 hasta (%27,5) majör depresif bozukluk, 11 hasta yaygın anksiyete bozukluğu (%21,6), 7 hasta ise yeme bozukluğu tanı kriterlerini karşılıyordu. Yeme bozukluğu hastalarından 4'ü bulimia nevroza, 3'ü ise BTA yeme bozukluğu olarak saptandı. 4 hastada distimik bozukluk (%7,8), 2 hastada (% 3,9) BTA anksiyete bozukluğu, 2 hastada (%3,9) somatoform bozukluk, 1 hastada sosyal fobi, 1 hastada uyum bozukluğu, 1 hastada ise bipolar affektif bozukluk tip 2 saptanmıştır. Hastaların psikopatoloji ve CGI olarak işlevsellik düzeylerinin dağılımı Tablo 5.6. da gösterilmiştir.

Tablo 5.6.: SCID-I'e göre psikopatoloji varlığının dağılımı ve işlevsellik düzeyi

Değişken	PCOS
SCID-I'de psikiyatrik hastalık	20(%39,2)
Majör depresyon	14(%27,5)
Distimik bozukluk	4(%7,8)
Bipolar affektif bozukluk 2	1(%2,0)
Sosyal fobi	1(%2,0)
Yaygın anksiyete bozukluğu	11(%21,6)
Bta anksiyete bozukluğu	2(%3,9)
Somatoform bozukluk	2(%3,9)
Yeme bozukluğu	7(%13,7)
Bta yeme bozukluğu	3(%5,9)
Bulimia nervoza	4(%7,8)
Uyum bozukluğu	1(%2,0)
CGI Normal	20(%39,2)
Sınırdaki hasta	11(%21,6)
Hafif düzeyde hasta	15(%29,4)
Orta düzeyde hasta	5(%9,8)

,

Eksen 1'de majör depresyon saptanan hastalarda akne, hirsutizm, obezite ve insülin direnci incelendiğinde depresyon tanısı konulan olguların %64,3'ünde akne, %78,6'sında hirsutizm,

%50'sinde obezite ve %50 sinde insülin direnci saptanmış olup akne, hirsutizm ve obezite açısından majör depresyonu olmayan hastalardan anlamlı fark olmasına karşın insülin direncinde anlamlı fark bulunmamıştır.(Tablo 5.7)

Tablo 5.7.: SCID-I de depresyon varlığının akne, hirsutizm, obezite ve insülin direnci ile ilişkisini gösteren tablo

Değişken	Majör depresyon yok	Majör depresyon var	χ^2	p
Akne	29(%35,8)	9(%64,3)	4,035 χ^2	0,045
Hirsutizm	31(%38,3)	11(%78,6)	7,860 χ^2	0,005
Obezite	10(%12,3)	7(%50,0)	11,519 χ^2	0,001
İnsülin direnci	16(%43,2)	7(%50,0)	0,187 χ^2	0,665

Kategorik değişkenler: Ki-kare testi ile analiz edilmiş ve yayılım ölçütü olarak n(%) verilmiştir

Eksen 1 'de yaygın anksiyete bozukluğu saptanan hastalarda akne, hirsutizm, obezite ve insülin direncine bakıldığında, yaygın anksiyete bozukluğu olanların %45,5'inde akne, %63,6'sında hirsutizm, %18,2'sinde obezite ve %54,5'inde insülin direnci saptanmıştır.

PCOS grubunda psikolojik test puanlarına bakıldığında; Beck depresyon puanı, Beck anksiyete puanı, Barratt dürtüsellik toplam puanı ve Barratt plansız, Barratt dikkat alt ölçek puanları, Rosenberg benlik saygısı ölçeği puanı, yeme tutumu testi toplam puanı ve yeme tutumu diyet, yeme tutumu ambivalans alt ölçek puanları ve vücut algısı ölçeği puanı SK grubundan anlamlı olarak yüksek idi (Tablo 5.8.)

Tablo 5.8.: Çalışmaya katılanlarda psikolojik test puanlarının dağılımı

Değişken	PCOS (n=51)	SK (n=44)	t/z	p*
Beck Depresyon	10(15)	3(4)	-4,867 ^z	0,000*
Beck Anksiyete	12(14)	3(3,75)	-5,050 ^z	0,000*
Barrat Toplam	59(11)	52(12)	-3,071 ^z	0,002*
Barrat Dikkat	16(5)	13(4)	-2,428 ^z	0,015*
Barrat Motor	18(4)	16,5(5)	-1,893 ^z	0,058
Barrat Plansız	24(5)	21,5(7)	-2,717 ^z	0,007*
Yeme tutumu toplam	16(15)	11(8)	-3,482 ^z	0,000*
Yeme tutumu diyet	3(9)	1(3,75)	-2,305 ^z	0,021*
Yeme tutumu bulimia	2(2)	1(1,75)	-0,837 ^z	0,403
Yeme tutumu oral kontrol	2(5)	2(2,75)	-0,223 ^z	0,824
Yeme tutumu ambivalans	8(6)	4(3)	-4,079 ^z	0,000*
Rosenberg benlik saygısı	1(1,5)	0(0,5)	-5,921 ^z	0,000*
Vücut algısı	103(33)	82,5(25)	-3,781 ^z	0,000*

Sürekli değişkenler: ^tnormal dağılıyorsa student t testi ile karşılaştırılmış ve t istatistiği ile yayılım ölçütü olarak Ort±SS verilmiş, ^z normal dağılmıyorsa Mann Whitney U testi ile karşılaştırılmış ve z istatistiği ile yayılım ölçütü olarak median (interquartile range-IQR) verilmiştir. *p<0.0

BDE’de 17 puan ve üzeri klinik depresyon, BAE’de 8 puan ve üzeri anksiyete bozukluğu, YTT’de 30 puan ve üzeri yeme davranışı bozukluğu, vücut algısı ölçeğinde 135 puan üzeri

bozulmuş vücut algısı, Rosenberg benlik saygısı ölçeğinde 0-1 puan yüksek benlik saygısı, 2-4 puan orta benlik saygısı, 5-6 puan düşük benlik saygısı olarak kategorize edilip PCOS ve SK karşılaştırıldığında; PCOS grubunda BDE'e göre depresyonda olan 15 katılımcı (%29,4), BAE'e göre anksiyete bozukluğu olan 17 katılımcı (%33,3) bulunmuştur. Kontrol grubunda depresyon hastasına rastlanmamış olup yaygın anksiyete bozukluğu olan 1 katılımcı belirlenmiştir. Oranlar SK'den anlamlı olarak yüksektir. Rosenberg kendilik değeri testine göre PCOS grubunda 13 katılımcı (%25,5) orta düzeyde kendilik değerine sahip olup kontrol grubunda 2 katılımcı orta kendilik değeri olarak değerlendirilmiştir ve aradaki fark anlamlıdır. Her iki grupta da düşük kendilik değeri olan katılımcı bulunmamaktadır. Orta kendilik değerine sahip olan katılımcılar ile yüksek kendilik değerine sahip olan katılımcılar eşlik eden akne, hirsutizm, obezite ve insülin direnci açısından karşılaştırıldığında; orta düzeyde kendilik değeri olan hastalarda % 66,7 akne, % 86,7 hirsutizm, % 40 obezite ve % 46,2 insülin direnci saptanmış olup yüksek kendilik değerine sahip hastalarda bu oranlar %35 akne, %36,3 hirsutizm, %13,8 obezite ve 44,7 insülin direnci şeklinde bulunmuştur. İstatiksel olarak akne(p: 0,022), hirsutizm(p:0,000) ve obezite(p:0,015) anlamlı bulunmuştur. Depresyon ve anksiyete bozukluklarının klinik olarak derecelendirilmesi ve psikolojik test puanlarına göre psikopatoloji varlığı Tablo 5.9.'da gösterilmiştir.

Tablo 5.9.: BDE, BAE, YYT, RKD, VAÖ'ne göre psikopatoloji varlığı

Değişken	PCOS (n=51)	SK (n=44)	χ^2	p*
YTT göre yeme bozukluğu	8(%15,7)	2(%95,5)	3,113	0,078
Vücut algısı bozuk	4(%7,8)	0(%0,00)	3,603	0,058
Rosenberg kendilik değeri orta	13(%25,5)	2(%4,5)	7,793	0,005*
BDE ye göre depresyon varlığı	15(%29,4)	0(%0,00)	15,368	0,000*
BDE ye göre Normal	23(%45,1)	44(%100)	23,966	0,000*
Hafif düzeyde dep	13(%25,5)	0(%0,00)		
Orta düzeyde dep	13(%25,5)	0(%0,00)		
Şiddetli düzeyde dep	2(%3,8)	0(%0,00)		
BAE göre anksiyete varlığı	17(%33,3)	1(%2,3)	14,683	0,000*
BAE göre Normal	17(%33,3)	39(%88,6)	30,608	0,000*
Hafif düzeyde ank	17(%33,3)	4(%9,1)		
Orta düzeyde ank	14(%27,5)	1(%2,3)		
Şiddetli düzeyde ank	3(%5,9)	0(%0,00)		

Kategorik değişkenler: Ki-kare testi ile analiz edilmiş ve yayılım ölçütü olarak n(%) verilmiştir.

BDE'ye göre majör depresyon saptanan hastalarda akne, hirsutizm, obezite ve insülin direnci incelendiğinde depresyon tanısı konulan olguların %66,7'sinde akne, %80'inde hirsutizm, %33,3'ünde obezite ve %33,3'ünde insülin direnci saptanmış olup akne ve hirsutizm açısından anlamlı fark olmasına karşın obezite ve insülin direncinde anlamlı fark bulunmamıştır. (Tablo 5.10.)

Tablo 5.10.: BDE’de depresyon varlığının akne, hirsutizm, obezite ve insülin direnci ile ilişkisini gösteren tablo

Değişken	Depresyon yok	Depresyon var	χ^2	p
Akne	28(%35,0)	10(%66,7)	5,278 χ^2	0,022
Hirsutizm	30(%37,5)	12(%80,0)	9,252 χ^2	0,002
Obezite	12(%15,0)	5(%33,3)	2,890 χ^2	0,089
İnsülin direnci	18(%50,0)	5(%33,3)	1,188 χ^2	0,276

Kategorik değişkenler: Ki-kare testi ile analiz edilmiş ve yayılım ölçütü olarak n(%) verilmiştir

BAE’ye göre yaygın anksiyete bozukluğu saptanan hastalarda akne, hirsutizm, obezite ve insülin direnci incelendiğinde anksiyete bozukluğu tanısı konulan olguların %61,1’inde akne, %77,8’inde hirsutizm, %22,2’sinde obezite ve %47,1’inde insülin direnci saptanmış olup akne ve hirsutizm açısından anlamlı fark olmasına karşın obezite ve insülin direncinde anlamlı fark bulunmamıştır. (Tablo 5.11.)

Tablo 5.11.: BAE de yaygın anksiyete bozukluğu varlığının akne, hirsutizm, obezite ve insülin direnci ile ilişkisini gösteren tablo

Değişken	YAB yok	YAB var	χ^2	p
Akne	27(%35,1)	11(%61,1)	4,124 χ^2	0,042
Hirsutizm	28(%36,4)	14(%77,8)	10,145 χ^2	0,001
Obezite	13(%16,9)	4(%22,2)	0,283 χ^2	0,595
İnsülin direnci	15(%44,1)	8(%47,1)	0,040 χ^2	0,842

Kategorik değişkenler: Ki-kare testi ile analiz edilmiş ve yayılım ölçütü olarak n(%) verilmiştir

Katılımcılar SCID-II testi ile Eksen 2 bozukluklar açısından değerlendirildiğinde PCOS grubunda 19 katılımcının (%37,3) kişilik bozukluğu kriterlerini karşıladığı, kontrol grubunda ise 5 katılımcıda (%11,4) kriterlerin karşılandığı görülmüştür ve fark anlamlıdır. PCOS olan 8 katılımcı (%15,7) kaçınan kişilik bozukluğu olarak değerlendirilmiş olup kontrol grubunda bu oran %11,4 (n:5) olarak bulunmuştur ve fark anlamlıdır. Kaçınan kişilik bozukluğu tanısı konulan hastaların %44,4'ünde obezite, %66,7'sinde akne, %55,6'sinde hirsutizm ve % 50'sinde insülin direnci saptanmış olup, kaçınan kişilik bozukluğu olmayanlarda bu oranlar %37,2 akne, %43 hirsutizm, %15,1 obezite ve %44,2 insülin direnci şeklinde bulunmuştur. Yalnızca obezitede istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır(p:0,029) Tablo 5.12.'de kişilik bozukluklarının dağılımı gösterilmiştir.

Tablo 5.12.: Çalışmaya katılanlarda eksen 2 kişilik bozukluğu varlığı ve dağılımı

Değişken	PCOS (n=51)	SK (n=44)	χ^2	p*
SCID-II'de kişilik bozukluğu	19(%37,3)	5(%11,4)	8,387	0,004*
Kaçıngan kb	8(%15,7)	1(%2,3)	4,956	0,026*
Bağımlı kb	2(%3,9)	0(%0,00)	1,763	0,184
Obsesif kompulsif kb	2(%3,9)	1(%2,3)	0,210	0,647
Pasif agresif kb	3(%5,9)	0(%0,00)	2,673	0,102
Selfdeating kb	1(%2,00)	0(%0,00)	0,872	0,350
Paranoid kb	5(%9,8)	2(%4,5)	0,957	0,328
Narsistik kb	1(%2,00)	0(%0,00)	0,872	0,350
Histrionik kb	5(%9,8)	1(%2,3)	2,264	0,132
Borderline kb	4(%7,8)	1(%2,3)	1,470	0,225

Kategorik değişkenler: Ki-kare testi ile analiz edilmiş ve yayılım ölçütü olarak n(%) verilmiştir.

PCOS grubu obezitesi olanlar ve olmayanlar olarak iki gruba ayrılarak demografik veriler ile klinik bulgular açısından karşılaştırıldığında obez katılımcıların %58,8 (n:10)'nin bekar olduğu, obez olmayanların ise %79,5 (n:62)'unun bekar olduğu görülmüştür ve fark anlamlıdır. Obez olmayan hastaların eğitim süreleri obez olanlardan anlamlı olarak daha uzundur. Obez olan hastalarda FGS skoru ve ek tıbbi hastalık oranı daha fazla olup, daha yüksek oranda PCOS tedavisi almaktadır. (Tablo 5.13.)

Tablo 5.13.: Obez olanların ve olmayanların demografik ve klinik verileri

Değişken		Obezite yok	Obezite var	$\chi^2/z/t$	p*
Hasta yaşı		24(8,5)	22(3,25)	-0,566 ^z	0,571
Eğitim süresi		14(4)	12(6)	-2,918 ^z	0,004*
Eğitim durumu	ortaöğretim	44(%56,4)	13(%76,5)	2,340 χ^2	0,126
	yükseköğretim	34(%43,6)	4(%23,5)		
Çalışma durumu	çalışıyor	28(%35,9)	4(%23,5)	0,956 χ^2	0,328
	çalışmıyor	50(%64,1)	13(%76,5)		
Medeni durum	Bekar	62(%79,5)	10(%58,8)	6,691 χ^2	0,035*
	boşanmış	0(%0,0)	1(%5,9)		
	evli	16(%20,5)	6(%35,3)		
Çocuk sahibi olmak		5(%6,4)	4(%23,5)	4,770 χ^2	0,029*
Ek tıbbi hastalık öyküsü		6(%7,7)	5(%29,4)	6,431 χ^2	0,011*
PCOS süresi		9(50,0)	7(37,5)	-0,099 ^z	0,921
PCOS tedavisi		9(%23,7)	7(%53,8)	4,093 χ^2	0,043*
FGS		9(2,0)	8(3,0)	-2,331 ^z	0,020*
Hirsutizm		31(%39,7)	11(%64,7)	3,526 χ^2	0,060
Akne		30(%38,5)	8(%47,1)	0,430 χ^2	0,512

Kategorik değişkenler: Ki-kare testi ile analiz edilmiş ve yayılım ölçütü olarak n(%) verilmiştir.^z

Normal dağılmayan sürekli değişkenler Mann Whitney U testi ile karşılaştırılmış ve z istatistiği ile yayılım ölçütü olarak median (interquartile range-IQR) verilmiştir. *p<0.05

Obez hastaların %53,8' inde SCID-I'de psikopatoloji saptanmış olup bu kişilerin 7'sinde (%41,2) major depresif bozukluk belirlenmiştir. Yeme bozukluğu obez olanların %23,5'unda görülürken bu hastaların %17,64 'ü bulimia nevrozadır. Bu oranlar obez olmayanlardan anlamlı olarak daha yüksek olup, obez hastalarda yine anlamlı olarak daha yüksek oranda sınır-hafif düzeyde hasta bulunmaktadır (Tablo 5.14.)

Tablo 5.14.: Obezitenin Eksen 1 hastalıklarıyla ilişkisi

Değişken	Obezite yok	Obezite var	χ^2	p
Psikiyatri başvurusu	8(%10,3)	3(%17,6)	0,745	0,388
Psikiyatri tedavi öyküsü	8(%10,3)	2(%11,8)	0,034	0,854
SCID-I'e göre psikiyatrik hastalık	22(%28,2)	9(%53,8)	3,885	0,049
Majör depresyon	7(%9,0)	7(%41,2)	11,51	0,001
Yaygın anksiyete bozukluğu	9(%11,5)	2(%11,8)	0,001	0,979
Yeme bozukluğu	3(%3,8)	4(%23,5)	4,795	0,028
Bulimnia nervosa	1(%1,3)	3(%17,64)	5,686	0,021
BTA yeme bozukluğu	2(%2,6)	1(%5,9)	0,503	0,478
Uyum bozuklukları	0(%0,00)	1(%5,9)	4,637	0,31
CGI ye göre Normal	56(%71,8)	8(%47,1)	8,005	0,046
Sınırdaki hasta	8(%10,3)	3(%17,6)		
Hafif düzeyde hasta	9(%11,5)	6(%35,3)		
Orta düzeyde hasta	5(%6,4)	0(%0,00)		

Kategorik değişkenler: Ki-kare testi ile analiz edilmiş ve yayılım ölçütü olarak n(%) verilmiştir.

Psikiyatrik ölçekler açısından iki grup karşılaştırıldığında, yeme tutumu diyet puanı obez olanlarda anlamlı olarak daha yüksek bulunmuşken yeme tutumu oral kontrol puanları obez olmayanlarda anlamlı olarak daha yüksektir (Tablo 5.15.).

Tablo 5.15.: Obezite varlığının psikometrik testlerle ilişkisi

Değişken	Obezite var	Obezite yok	z/t	p
Barrat toplam	57,4±2,38	59,55±1,66	0,705 ^t	0,483
Barrat plansız	23,8±1,43	24,55±0,63	0,615 ^t	0,540
Barrat dikkat	14(6,5)	16(4)	-1,347 ^z	0,178
Barrat motor	18(3)	18,5(4)	-0,503 ^z	0,615
BDE	13(16)	9,5(14,25)	-0,925 ^z	0,355
BAE	12(12)	13,5(15,25)	-0,399 ^z	0,690
Vücut algısı toplam	99,56±9,54	98,78±4,39	-0,140 ^t	0,890
Rosenberg benlik saygısı	1,75(1,66)	1(1,33)	-1,213 ^z	0,225
Yeme tutumu top	16(20,5)	16,5(13,5)	-0,837 ^z	0,403
Yeme tutumu diyet	6(7,5)	2(7)	-2,699 ^z	0,007*
Yeme tutumu bulimia	2(3,5)	1(2)	-0,809 ^z	0,418
Yeme tutumu oral	0(2,5)	3(5,25)	-2,476 ^z	0,013*
Yeme tutumu ambivalans	8(6)	7,5(6,25)	-0,015 ^z	0,988

Sürekli değişkenler: ^tnormal dağılıyorsa student t testi ile karşılaştırılmış ve t istatistiği ile yayılım ölçütü olarak Ort±SS verilmiş, ^z normal dağılmıyorsa Mann Whitney U testi ile karşılaştırılmış ve z istatistiği ile yayılım ölçütü olarak median (interquartile range-IQR) verilmiştir. *p<0.05

Obezitenin kan parametreleri ile de ilişkisi incelenmiş ve obez olan hastalarda AKŞ değerleri, HOMA-IR değerleri obez olmayanlardan anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. (Tablo 5.16.)

Tablo 5.16.: Obezite varlığının kan değerleri ile ilişkisi

Değişken	Obezite var	Obezite yok	Z/t	p
İnsülin	13,4(5,10)	10,65(4,63)	-1,935 ^z	0,582
AKŞ	100(25,5)	88(11)	-2,705 ^z	0,007
HOMA-IR	3,5(1,44)	2,2(0,97)	-2,942 ^z	0,003
Total testesteron	30,4(48,7)	32,4(46,2)	-0,054 ^z	0,957
17-OH progesteron	2,67(4,9)	1,8(0,98)	-1,708 ^z	0,088
LH(U/L)	5,25(5,49)	5,28(6,6)	-0,108 ^z	0,914
FSH (U/L)	4,44±0,57	4,88±0,304	0,711 ^t	0,48
LH/ FSH	1,73(0,86)	1,55(0,76)	-0,708 ^z	0,482
DHEAS	318,27±51,51	302,27±21,51	-0,289 ^t	0,776
Prolaktin	14,36(10,41)	14,75(6,77)	-0,519 ^z	0,604

Sürekli değişkenler: ^tnormal dağılıyorsa student t testi ile karşılaştırılmış ve t istatistiği ile yayılım ölçütü olarak Ort±SS verilmiş, ^z normal dağılmıyorsa Mann Whitney U testi ile karşılaştırılmış ve z istatistiği ile yayılım ölçütü olarak median (interquartile range-IQR) verilmiştir. *p<0.05

Tablo 5.17.'de PCOS grubunda BDE, BAE ile kan parametreleri ve demografik veriler arasındaki korelasyon gösterilmiştir. BDE, BAE ile pozitif yönde koreledir (r:.,648 p:000). BAE; yaş (r:-,368 p:0,008), PCOS hastalık süresi (r:-,296 p:0,035) ile negatif korele bulunmuştur. Yaş ise eğitim süresi (r:.,282 p:0,045) ve hastalık süresi (r:.,352 p:0,011) ile pozitif koreledir. Eğitim

süresi 17-0Hprogesteron ile negatif koreledir ($r: -,456$ $p:0,001$). FGS, total testesteron ile pozitif korele bulunmuştur ($r:,467$ $p: 0,001$). BMI; AKŞ ($r:,349$ $p:0,012$) ve HOMA-IR ($r:,358$ $p:0,010$) ile pozitif koreledir.

Tablo 5.18.'de PCOS grubunda Barratt dürtüsellik ölçeği toplam puanları ve alt ölçek puanları ile kan parametreleri ve demografik verilerin korelasyonu incelenmiştir. Yaş; eğitim süresi ($r:0,282$ $p:0,045$) ve hastalık süresi ($r:,352$ $p:0,011$) ile pozitif koreledir. Eğitim süresi 17-0h progesteron ile negatif korele bulunmuştur ($r:-,456$ $p: 0,001$). BMI, prolaktin ile negatif koreledir ($r :-,326$ $p:0,019$).

Tablo 5.17.: PCOS grubunda demografik veriler, BDE ve BAE puanları ile kan parametrelerinin korelasyonunu gösteren tablo

TABLO 5.17.		BAE	yaş	eğitim	hstsüre	FGS	bmi	insülin	akş	homair	dheaso4	ttes	17ohprg	fsh	lh	Lh/fsh	prl
BDE	r	0,648	-0,17	-0,223	-0,19	-0,119	0,164	-0,04	-0,024	0	-0,269	-0,107	0,226	-0,148	0,101	-0,103	0,01
	p	0,000	0,234	0,115	0,182	0,405	0,25	0,779	0,868	0,999	0,056	0,454	0,112	0,301	0,482	0,471	0,944
BAE	r		-0,368	-0,13	-0,296	-0,087	-0,056	0,021	-0,049	0,014	-0,107	0,055	0,216	-0,015	0,113	-0,097	0,01
	p		0,008	0,363	0,035	0,543	0,695	0,886	0,732	0,92	0,456	0,703	0,129	0,915	0,431	0,499	0,945
yaş	r			0,282	0,352	-0,17	0,194	-0,024	0,177	0,084	-0,103	-0,207	-0,261	0,077	0,008	0,045	-0,142
	p			0,045	0,011	0,232	0,172	0,867	0,215	0,559	0,471	0,144	0,065	0,589	0,958	0,756	0,319
eğitim	r				0,168	0,213	-0,251	-0,142	-0,223	-0,171	0,113	-0,028	-0,456	0,089	-0,104	0,255	0,1
	p				0,239	0,134	0,076	0,32	0,116	0,23	0,431	0,846	0,001	0,533	0,467	0,07	0,485
hstsüre	r					0,019	-0,073	0,013	0,099	0,053	0,053	0,091	-0,063	-0,119	-0,003	-0,054	0,06
	p					0,897	0,611	0,927	0,491	0,714	0,71	0,526	0,659	0,404	0,986	0,707	0,676
FGS	r						0,125	-0,156	0,045	-0,026	0,179	0,467	-0,066	0,057	0,107	-0,134	-0,084
	p						0,382	0,275	0,755	0,859	0,209	0,001	0,643	0,691	0,455	0,35	0,558
bmi	r							0,215	0,349	0,358	0,007	-0,028	0,156	-0,142	-0,041	-0,007	-0,326
	p							0,13	0,012	0,010	0,96	0,846	0,275	0,321	0,778	0,964	0,019
insülin	r								0,154	0,885	0,034	-0,123	0,18	-0,117	-0,03	0,014	0,028
	p								0,282	0,000	0,811	0,389	0,205	0,413	0,836	0,924	0,848
akş	r									0,518	0,067	-0,081	0,103	-0,041	-0,057	-0,006	-0,163
	p									0,000	0,64	0,571	0,473	0,776	0,69	0,965	0,254
homair	r										0,04	-0,137	0,139	-0,127	0,004	-0,048	-0,085
	p										0,782	0,338	0,33	0,374	0,98	0,739	0,553
dheaso4	r											0,14	0,061	-0,038	-0,179	0,223	-0,122
	p											0,327	0,671	0,792	0,209	0,115	0,394
Ttes	r												0,226	-0,034	0,079	-0,164	-0,074
	p												0,111	0,811	0,582	0,251	0,604
17OHPrg	r													-0,129	-0,065	-0,059	0,016
	p													0,369	0,648	0,682	0,909
fsh	r														0,415	0,017	0,015
	p														0,002	0,907	0,916
lh	r															-0,858	-0,185
	p															0,000	0,194
Lh/fsh	r																0,156
	p																0,276
prl	r																1
	p																

Tablo 5.18.: PCOS grubunda Barratt dürtüsellik ölçeği toplam puanları ve alt ölçek puanları ile kan parametreleri ve demografik verilerin korelasyonunu gösteren tablo

TABLO 5.18.		brttop	brtdik	brtmtr	brtpls	yaş	eğitim	FGS	hssür	bmi	insülin	akş	homair	Dheas	Ttes	17ohpg	Lh/fsh	pri
brttop	r		0,81	0,83	0,8	-0,24	-0,09	-0,1	-0,11	-0,08	0,198	-0,18	0,072	-0,063	0,07	0,144	-0,099	-0,15
	p		0,000	0,000	0,000	0,086	0,553	0,482	0,451	0,557	0,163	0,197	0,614	0,659	0,625	0,314	0,49	0,311
brtdik	r			0,63	0,4	-0,21	-0,12	-0,16	-0,1	-0,1	0,091	-0,2	0,004	-0,14	0,164	0,032	-0,175	-0,06
	p			0,000	0,000	0,149	0,416	0,269	0,507	0,483	0,526	0,154	0,977	0,327	0,251	0,824	0,219	0,66
brtmtr	r				0,49	-0,21	-0,12	0,05	-0,09	-0,07	0,169	-0,14	0,115	-0,122	0,058	0,174	-0,174	-0,07
	p				0,000	0,133	0,402	0,728	0,538	0,653	0,236	0,345	0,421	0,393	0,686	0,221	0,222	0,613
brtpls	r					-0,17	0,072	-0,02	-0,07	-0,06	0,182	-0,17	0,045	0,061	0,036	0,074	0,015	-0,22
	p					0,227	0,613	0,886	0,642	0,691	0,201	0,234	0,754	0,67	0,804	0,605	0,914	0,114
yaş	r						0,282	-0,17	0,352	0,194	-0,024	0,177	0,084	-0,103	-0,21	-0,261	0,045	-0,14
	p						0,045	0,232	0,011	0,172	0,867	0,215	0,559	0,471	0,144	0,065	0,756	0,319
eğitim	r							0,213	0,168	-0,25	-0,142	-0,22	-0,171	0,113	-0,03	-0,456	0,255	0,1
	p							0,134	0,239	0,076	0,32	0,116	0,23	0,431	0,846	0,001	0,07	0,485
FGS	r								0,019	0,125	-0,156	0,045	-0,026	0,179	0,467	-0,066	-0,134	-0,08
	p								0,897	0,382	0,275	0,755	0,859	0,209	0,001	0,643	0,35	0,558
hssüre	r									-0,07	0,013	0,099	0,053	0,053	0,091	-0,063	-0,054	0,06
	p									0,611	0,927	0,491	0,714	0,71	0,526	0,659	0,707	0,676
bmi	r										0,215	0,349	0,358	0,007	-0,03	0,156	-0,007	-0,33
	p										0,13	0,012	0,01	0,96	0,846	0,275	0,964	0,019
insülin	r											0,154	0,885	0,034	-0,12	0,18	0,014	0,028
	p											0,282	0,000	0,811	0,389	0,205	0,924	0,848
akş	r												0,518	0,067	-0,08	0,103	-0,006	-0,16
	p												0,000	0,64	0,571	0,473	0,965	0,254
homair	r													0,04	-0,14	0,139	-0,048	-0,09
	p													0,782	0,338	0,33	0,739	0,553
dheas	r														0,14	0,061	0,223	-0,12
	p														0,327	0,671	0,115	0,394
Ttes	r															0,226	-0,164	-0,07
	p															0,111	0,251	0,604
17ohpg	r																-0,059	0,016
	p																0,682	0,909
Lh/fsh	r																	0,156
	p																	0,276
pri	r																	1

Tablo 5.19.'da ise PCOS grubunda yeme tutumu testi toplam puanı ve alt ölçek puanlarının demografik veriler ve kan parametreleri ile korelasyonuna bakılmıştır. Yeme tutumu diyet puanı prolaktin ile negatif korele ($r: -,319$ $p: 0,023$), BMI ile pozitif korele ($r: ,405$ $p: 0,003$) bulunmuştur. Yeme tutumu oral kontrol BMI ile negatif ($r: ,405$ $p: 0,003$), prolaktin ile pozitif koreledir ($r: 308$ $p: 0,028$).

Tablo 5.20.'de PCOS grubunda kullanılan psikiyatrik test ölçek puanlarının korelasyonu incelenmiştir. BDE'nin pozitif korele olduğu değişkenler; BAE ($r: ,648$ $p: 0,00$), Barrat toplam ($r: ,403$ $p: 0,003$), Barrat dikkat ($r: ,319$ $p: 0,022$) Barratt motor ($r: 353$ $p: 0,011$), Barrat plansız ($r: ,310$ $p: 0,027$), Rosenberg ($r: ,502$ $p: 0,00$), yeme tutumu toplam ($r: ,324$ $p: 0,02$) yeme tutumu diyet ($r: ,324$ $p: 0,02$), vücut algısı toplam ($r: ,494$ $p: 0,00$) olarak bulunmuştur. BAE; Barratt toplam ($r: ,426$ $p: 0,002$), barratt dikkat ($r: ,300$ $p: 0,033$), barratt motor ($r: ,322$ $p: 0,021$), barratt plansız ($r: ,407$ $p: 0,003$), Rosenberg ($r: ,277$ $p: 0,049$ ve vücut algısı toplam ($r: ,324$ $p: 0,02$) ile pozitif korele bulunmuştur.

Tablo 5.19.: PCOS grubunda yeme tutumu testi toplam puanı ve alt ölçek puanlarının demografik veriler ve kan parametreleri ile korelasyonuna bakılmıştır.

TABLO 5.19.		yyttop	yytdyt	yytblm	yytorl	yytamb	yaş	eğitim	FGS	hssüre	bmi	insülin	akş	homair	dheas	Ttes	17ohpg	Lh/fsh	pri
yyttop	r		0,72	0,672	0,315	0,745	-0,07	0,144	-0,01	-0,137	0,128	0,001	-0,14	0,015	-0,11	-0,03	-0,07	-0,03	-0,06
	p		0,000	0,000	0,024	0	0,629	0,313	0,94	0,338	0,372	0,996	0,334	0,915	0,431	0,825	0,614	0,861	0,697
yytdyt	r			0,48	-0,13	0,41	-0,18	-0	0,118	-0,148	0,405	0,066	-0,05	0,084	-0,15	0,021	0,082	-0,11	-0,32
	p			0,000	0,37	0,003	0,22	0,986	0,41	0,299	0,003	0,643	0,731	0,557	0,294	0,881	0,565	0,458	0,023
yytblm	r				0,025	0,414	0,015	0,126	0,033	-0,088	0,117	-0,045	-0,06	-0,045	-0,19	-0	-0,05	-0,13	-0,04
	p				0,863	0,003	0,919	0,378	0,82	0,54	0,412	0,752	0,654	0,752	0,178	0,99	0,728	0,372	0,772
yytorl	r					0,094	0,049	0,066	-0,13	-0,025	-0,41	-0,106	-0,15	-0,124	-0	-0,02	0,001	0,066	0,308
	p					0,513	0,731	0,647	0,383	0,864	0,003	0,461	0,29	0,387	0,978	0,894	0,993	0,645	0,028
yytamb	r						0,051	0,154	-0,05	-0,074	0,089	-0,011	-0,12	-0,005	-0,08	0,041	-0,07	-0,04	0,004
	p						0,721	0,28	0,722	0,606	0,533	0,94	0,389	0,97	0,558	0,778	0,648	0,779	0,978
yaş	r							0,282	-0,17	0,352	0,194	-0,024	0,177	0,084	-0,1	-0,21	-0,26	0,045	-0,14
	p							0,045	0,232	0,011	0,172	0,867	0,215	0,559	0,471	0,144	0,065	0,756	0,319
eğitim	r								0,213	0,168	-0,25	-0,142	-0,22	-0,171	0,113	-0,03	-0,46	0,255	0,1
	p								0,134	0,239	0,076	0,32	0,116	0,23	0,431	0,846	0,001	0,07	0,485
FGS	r									0,019	0,125	-0,156	0,045	-0,026	0,179	0,467	-0,07	-0,13	-0,08
	p									0,897	0,382	0,275	0,755	0,859	0,209	0,001	0,643	0,35	0,558
hssüre	r										-0,07	0,013	0,099	0,053	0,053	0,091	-0,06	-0,05	0,06
	p										0,611	0,927	0,491	0,714	0,71	0,526	0,659	0,707	0,676
bmi	r											0,215	0,349	0,358	0,007	-0,03	0,156	-0,01	-0,33
	p											0,13	0,012	0,01	0,96	0,846	0,275	0,964	0,019
insülin	r												0,154	0,885	0,034	-0,12	0,18	0,014	0,028
	p												0,282	0,000	0,811	0,389	0,205	0,924	0,848
akş	r													0,518	0,067	-0,08	0,103	-0,01	-0,16
	p													0,000	0,64	0,571	0,473	0,965	0,254
homair	r														0,04	-0,14	0,139	-0,05	-0,09
	p														0,782	0,338	0,33	0,739	0,553
dheaso4	r															0,14	0,061	0,223	-0,12
	p															0,327	0,671	0,115	0,394
Ttes	r																0,226	-0,16	-0,07
	p																0,111	0,251	0,604
17ohpg	r																	-0,06	0,016
	p																	0,682	0,909
Lh/fsh	r																		0,156
	p																		0,276
pri	r																		1
	p																		

Rosenberg kendilik değeri ölçeğinin pozitif korele olduğu değişkenler; BDE (r:,.502 p:0,000), BAE (r:,.277 p:0,049), yeme tutumu toplam (r:,.402 p: 0,003), yeme tutumu diyet (r:,.400 p:0,004), yeme tutumu bulimia (r:,.327 p: 0,019), yeme tutumu ambivalans (r:,.300 p:0,033) ve vücut algısı toplamdır (r:,.603 p:0,00).

Vücut algısı toplam puanının pozitif korele olduğu değişkenler; BDE (r:,.494 p:0,000), BAE (r:,.324 p:0,020), Barratt toplam (r:331 p:0,018), Barratt motor (r:,.342 p:0,014), Barratt plansız (r:,.283 p: 0,044), yeme tutumu toplam (r:,.374 p:0,007), yeme tutumu diyet (r:,.408 p:0,003) ve yeme tutumu bulimiadır (r:,.292 p:0,037).

Barratt dürtüsellik ölçeğinin plansızlık alt ölçek puanı; yeme tutumu testinin oral kontrol alt ölçek puanı ile negatif koreledir (r: -,360 p: 0,009) ve dikkat dürtüsellliği alt puanı yeme tutumu testinin ambivalans alt ölçeği ile pozitif koreledir (r:,.346 p:0,001),

Yeme tutumu testi toplam puanı; BDE (r:,.383 p:0,020), VAL toplam puanı (r:,.375 p:0,007) ve RKD (r:,.402 p:0,003) ile pozitif koreledir. Yeme tutumu testi diyet alt ölçek puanı BDE (r:,.324 p:0,020), VAL toplam puanı (r:,.408 p:0,003) ve RKD (r:,.400 p:0,004) ile pozitif koreledir. Yeme tutumu testi bulimia alt ölçek puanı; VAL toplam puanı (r:,.292 p:0,037) ve RKD (r:,.327 p:0,019) ile pozitif koreledir. Yeme tutumu oral kontrol alt ölçek puanı; Baratt plansız dürtüsellikle (r: -,360 p:0,009) negatif koreledir. Yeme tutumu ambivalans alt ölçek puanı ise; RKD (r:,.300 p:0,033) ve Baratt dikkat dürtüsellliği alt ölçek puanı (r:,.301 p:0,032) ile pozitif koreledir.

Barratt dürtüsellik ölçeğinin plansızlık alt ölçek puanı; yeme tutumu testinin oral kontrol alt ölçek puanı ile negatif koreledir. (r: -,360 p: 0,009)

Tablo 5.21.'de tüm katılımcılarda uygulanan psikiyatrik test puanları arasındaki korelasyon gösterilmiştir. Hasta yaşı; eğitim süresi ($r: ,380$ $p:0,00$) ile pozitif korele olup; negatif korele olduğu değişkenler ise BDE ($r:-,298$ $p: 0,003$), BAE ($r: -,402$ $p: 0,00$), Rosenberg ($r:-,298$ $p: 0,003$), yeme tutumu diyet ($r:-,240$ $p:0,019$), Vücut algısı toplam ($r:-,226$ $p:0,028$) olarak bulunmuştur.

Eğitim süresi; BMI ($r:-,347$ $p:0,001$), BDE ($r:-,259$ $p:0,011$) ve BAE ($r:-,219$ $p: 0,033$) ile negatif korele olarak tespit edilmiştir.

BMI; yeme tutumu testi oral kontrol alt ölçek puanları ile negatif korele olup ($r:- ,290$ $p: 0,004$) yeme tutumu testi diyet alt ölçeği ile pozitif koreledir ($r:,385$ $p:0,00$).

BDE; BAE ($r: ,647$ $p:0,00$), Barratt toplam ($r:,510$ $p:0,00$), Barratt dikkat ($r:,439$ $p:0,00$) Barratt motor ($r:,361$ $p: 0,00$), Barratt plansız ($r:,417$ $p: 0,00$), Rosenberg ($r:,688$ $p: 0,00$), yeme tutumu toplam ($r:,383$ $p: 0,00$), yeme tutumu diyet ($r:,342$ $p:0,001$), yeme tutumu ambivalan ($r:,326$ $p:0,001$) ve vücut algısı toplam ($r:,490$ $p: 0,00$) puanları ile pozitif korele bulunmuştur.

BAE; Barratt toplam ($r:,453$ $p: 0,00$), Barratt dikkat ($r:,370$ $p: 0,00$), Barratt motor ($r:,294$ $p: 0,004$), Barrat plansız ($r:,396$ $p: 0,00$), Rosenberg ($r:,508$ $p:0,00$), yeme tutumu toplam ($r:,269$ $p: 0,008$), yeme tutumu ambivalans ($r:,263$ $p:0,01$) ve vücut algısı toplam ($r:,383$ $p:0,00$) puanları ile pozitif korele bulunmuştur.

Barratt dürtüsellik ölçeği toplam puanı; BDE, ($r:,410$ $p:0,000$) , BAE($r:,563$ $p: 0,000$), Rosenberg ($r:,476$ $p: 0,00$), yeme tutumu ambivalans ($r:,290$ $p:0,004$) ve vücut algısı toplam ($r: ,429$ $p:0,00$) ölçek puanları ile pozitif korele bulunmuştur.

Barratt dürtüsellik ölçeğinin dikkat alt ölçeği puanları; Rosenberg ($r=,374$ $p:0,00$), yeme tutumu toplam ($r=,277$ $p:0,007$), yeme tutumu diyet ($r=,207$ $p:0,045$), yeme tutumu ambivalans ($r=,346$ $p:0,001$) ve vücut algısı toplam ($r=,288$ $p: 0,005$) puanları ile pozitif korele bulunmuştur.

Barratt dürtüsellik ölçeğinin motor dürtüsellik alt ölçek puanları; Rosenberg ($r=,255$ $p:0,013$), yeme tutumu toplam ($r=,224$ $p:0,029$), yeme tutumu diyet ($r=,250$ $p: 0,015$) ve vücut algısı toplam ($r=,247$ $p:0,016$) puanı ile pozitif korele bulunmuştur.

Barratt dürtüsellik ölçeğinin plansız dürtüsellik alt ölçek puanları; Rosenberg ($r=,466$ $p: 0,013$) vücut algısı toplam ($r=,466$ $p:0,00$) ile pozitif korele bulunmuştur.

Rosenberg benlik saygısı ölçeği puanları; yeme tutumu toplam ($r=,445$ $p:0,00$), yeme tutumu diyet ($r=,379$ $p:0,00$), yeme tutumu ambivalans ($r=,409$ $p:0,01$) ve vücut algısı toplam ($r=,581$ $p: 0,000$) puanları ile pozitif korele bulunmuştur.

Yeme tutumu testi toplam puanı; BDE ($r=,383$ $p: 0,000$), BAE ($r=,269$ $p: 0,008$), Barratt dikkat ($r=,277$ $p: 0,007$), Barratt motor ($r=,224$ $p: 0,029$), vücut algısı ölçeği toplam puanı ile ($r=,245$ $p: 0,017$) ile pozitif korele bulunmuştur.

Vücut algısı ölçeği toplam puanı; BDE ($r=,490$ $p: 0,000$), BAE ($r=,383$ $p: 0,000$), Barratt toplam ($r=,429$ $p: 0,000$), Barratt dikkat ($r=,288$ $p: 0,005$), Barratt motor ($r=,247$ $p: 0,016$), Barratt plansız ($r=,466$ $p: 0,000$), RKD ($r=,581$ $p: 0,000$), yeme tutumu toplam ($r=,245$ $p: 0,017$), yeme tutumu diyet ($r=,203$ $p: 0,048$), yeme tutumu bulimia ($r=,205$ $p:0,047$) ve yeme tutumu ambivalans ($r=,263$ $p: 0,01$) puanları ile pozitif korele olarak tespit edilmiştir.

Hasta grubunda olmayla ilişkili (1: PCOS 2: SK) korelasyonlara bakıldığında , sağlıklı kontrol grubunda olmak (1: PCOS 2: SK) hasta yaşıyla (r: ,293 p: 0,004) ve eğitim süresi (r:280 p: 0,006) ile pozitif koreleyken; FGS (r: -,755 p:0,000, boy (r:-0,03 p: 0,772), kilo (r:-,264p: 0,01), BMI (r: -,231 p: 0,024), BDE (r: -,502 p: 0,000), BAE (r:-,52 p: 0,000), Barrat toplam (r:-,317 p:0,002) , Barrat dikkat (r:-,250 p: 0,014) , Barrat plansız (r: -,280 p:0,006) , Rosenberg (r: -,611 p: 0,00) , yeme tutumu toplam (r:-,359 p:0,000), yeme tutumu diyet (r:-,238 p:0,02) , yeme tutumu ambivalans (r:-,421 p:0,00) , vücut algısı toplam (r: -,390 p: 0,00) ile negatif korelydi.

Tüm örnekleme SCID-I'e göre psikopatoloji olup olmaması ile ilgili korelasyonlara bakıldığında, Eksen 1 psikopatoloji varlığının (0:yok 1:var) pozitif korele olduğu değişkenler kişilik bozukluğu (r:,474 p: 0,00) , obezite (r:,202 p:0,49), FGS (r:,479 p:0,00), BDE (r: ,609 p: 0,00), BAE (r: ,734 p:0,00) , Barrat toplam (r: ,363 p: 0,00), Rosenberg (r: 578 p: 0,00), yeme tutumu toplam (r:,414 p: 0,00) V,cut algısı ölçeği toplam (r:,398 p: 0,026); negatif korele olduğu değişkenler ise yaş (r:-,302 p: 0,003) ve eğitim süresi (r:-,323 p:0,001) olarak bulunmuştur.

Tüm örnekleme SCID-II'ye göre kişilik bozukluğu olup olmaması ile ilgili korelasyonlara bakıldığında, kişilik bozukluğu varlığının (0:yok 1:var) pozitif korele olduğu değişkenler BDE (r: ,395 p: 0,00), BAE (r: ,410 p:0,00) , Barrat toplam (r: ,356 p: 0,00), Barratt dikkat (r: ,426 p: 0,00), Barrat motor (r: ,245 p: 0,017), Rosenberg (r: 399 p: 0,00), yeme tutumu toplam (r:,328 p: 0,001),), yeme tutumu diyet (r:,247 p: 0,016), yeme tutumu ambivalans (r:,345 p: 0,001) ve Vücut algısı ölçeği toplam (r:,239 p: 0,020); negatif korele olduğu değişkenler ise yaş (r:-,263 p: 0,010) ve eğitim süresi (r:-,235 p:0,022) olarak bulunmuştur.

Tüm örnekleme obezite olup olmaması ile ilgili korelasyonlara bakıldığında obezite varlığının (0:yok 1:var) pozitif korele olduğu değişkenler; FGS (r:,240 p:0,019) , SCID I' de

psikiyatrik hastalık varlığı (r: ,202 p:0,049) ve yeme tutumu diyet (r: ,278 p:0,006); negatif korele olduğu değişkenler ise eğitim süresi (r: -,301 p:0,003) ve yeme tutumu oral kontrol (r:-,255 p:0,012) olarak bulunmuştur.

Tüm örnekleme BDE puanının korelasyonlarına bakıldığında BDE'nin negatif korele olduğu değişkenler; hasta yaşı (r: -,298 p:0,003), eğitim süresi (r: -,259 p:0,011); pozitif korele olduğu değişkenler ise FGS (r:,337 p:0,001), BAE (r: ,647 p: 0,00) Barrat toplam (: ,510 p: 0,00) , Barrat dikkat (r: ,439 p: 0,00), Barrat motor (r: ,361 p: 0,00), Barrat plansız (r: ,417 p: 0,00), Rosenberg (r:,688 p:0,00), yeme tutumu toplam (r: ,383 p: 0,00), yeme tutumu diyet (r: ,342 p:0,001), yeme tutumu ambivalans (r:,326 p:0,001), vucüt algısı toplam (r: ,490 p: 0,00) olarak bulunmuştur.

Tüm örnekleme BAE puanının korelasyonlarına bakıldığında BAE'nin negatif korele olduğu değişkenler; yaş (r: -,402 p:0,00), eğitim süresi(r: -,219 p: 0,033), PCOS tanı süresi (r: -,296 p:0,035) olup; pozitif korele olduğu değişkenler, FGS (r:,312 p: 0,002), BDE (r: ,647 p: 0,00), Barrat toplam (r: ,453 p:0,00), Barrat dikkat (r:,370 p: 0,00), Barrat motor (r: ,294 p: 0,004), Barrat plansız (r: ,396 p: 0,00), Rosenberg (r: ,508 p: 0,00), yeme tutumu toplam (r: ,269 p: 0,008) , yeme tutumu ambivalans (r: ,263 p:0,01) ve vücut algısı toplam (: ,383 p: 0,00) ile pozitif korele bulunmuştur.

Hasta grubunda olmayı neyin belirlediğini tespit etmek için yapılan lojistik regresyon analizinde bağımsız değişkenler olarak Barratt dürtüsellik, Rosenberg benlik saygısı, yeme tutumu testi toplam, vücut algısı ölçeği toplam, Beck depresyon envanteri puanları ve BMI alındı. Model geçerliydi (Omnibus test p: 0,000 H-L test p: 0,492). Varyansın %49'unu açıklıyordu

(Nagelker R square:0,490). Bağımsız değişkenlerden Beck depresyon envanteri p: 0,038, BMI p:0,056 ve Rosenberg benlik saygısı ölçeği p: 0,045 olarak negatif yönde belirliyordu. (Tablo 5.22.)

Tablo 5.22.: Hasta grubunda olmayı belirleyen lojistik regresyon analizi

	B	S.E.	Wald	df	p	Exp(B)	95% C.I.for EXP(B)	
							Lower	Upper
barattop	-,008	,043	,039	1	,844	,992	,912	1,079
rosenbergtop	-,921	,459	4,028	1	,045	,398	,162	,979
yemetuttop	-,024	,043	,298	1	,585	,977	,897	1,063
VALtop	,000	,015	,000	1	,988	1,000	,971	1,030
bmı	-,102	,053	3,663	1	,056	,903	,814	1,002
BECKDEP	-,149	,072	4,293	1	,038	,861	,748	,992
Constant	4,804	2,774	2,999	1	,083	122,033		

Tüm örnekleme SCID-I'e göre psikiyatrik hastalık olup olmasını neyin belirlediğini tespit etmek için yapılan lojistik regresyon analizinde bağımsız değişkenler olarak Barrat dürtüsellik ölçeği toplam puanı, Rosenberg benlik saygısı ölçeği, yeme tutumu testi toplam puanı, vücut algısı ölçeği toplam puanı alındı. Model geçerliydi (Omnibus test p: 0,000; H-L test p: 0,188). Varyansın % 45'ünü açıklıyordu (Nagelker R²=0,450). Değişkenlerden yeme tutumu testi toplam puanı (p:0,038) ve Rosenberg benlik saygısı ölçeği toplam puanı (p: 0,057) pozitif yönde

SCID-I’de Eksen 1 psikopatoloji varlığını belirleyen değişkenler olmuştur (Tablo 5.23.)

Tablo 5.23.: Tüm örnekleme SCID-I’e göre psikopatoloji varlığını belirleyen lojistik regresyon analizi

	B	S.E.	Wald	df	p	Exp(B)	95% C.I.for EXP(B)	
							Lower	Upper
barattop	,049	,038	1,670	1	,196	1,050	,975	1,132
rosenbergtop	,742	,390	3,618	1	,057	2,099	,978	4,507
yemetuttop	,073	,035	4,319	1	,038	1,076	1,004	1,152
VALtop	,013	,015	,815	1	,367	1,013	,985	1,043
	-6,709	2,480	7,320	1	,007	,001		

Tüm örnekleme kişilik bozukluğu olup olmadığını belirlemek için yapılan lojistik regresyon analizinde bağımsız değişkenler olarak hasta yaşı, eğitim süresi, Barrat dürtüsellik ölçeği toplam puanı, Rosenberg benlik saygısı, yeme tutumu testi toplam puanı ve vücut algısı ölçeği toplam puanı alındı. Model geçerliydi (Omnibus test p: 0,000 ;H-L test p: 0,144). Varyansın % 40 ’ını açıklıyordu (Nagelker R²=0,403). Bağımsız değişkenlerden Barratt toplam puanı (p: 0,053) pozitif yönde kişilik bozukluğu varlığını belirleyici bulundu. Aynı değişkenlerle PCOS grubunda kişilik bozukluğu olup olmamayı neyin belirlediğini bulmak için yapılan lojistik regresyon analizinde yine Barratt dürtüsellik puanı (p:0,047) kişilik bozukluğunu pozitif yönde belirleyici olarak bulunmuştur (Omnibus test p: 0,000; H-L test p: 0,253; Nagelkerke R²=0,403) (Tablo 5.24.)

Tablo 5.24.: Tüm örnekleme kişilik bozukluğu varlığını belirleyen lojistik regresyon analizi

	B	S.E.	Wald	df	p	Exp(B)	95% C.I. for EXP(B)	
							Lower	Upper
hastayaşı	-,122	,085	2,043	1	,153	,885	,749	1,046
eğitimsüresi	-,213	,124	2,939	1	,086	,808	,634	1,031
barattop	,074	,038	3,756	1	,053	1,077	,999	1,161
rosenbergtop	,576	,377	2,332	1	,127	1,779	,849	3,724
yemetuttop	,057	,034	2,908	1	,088	1,059	,991	1,131
VALtop	-,008	,015	,318	1	,573	,992	,964	1,021
Constant	-,348	3,425	,010	1	,919	,706		

Tüm örnekleme obez olmayı neyin belirlediğini tespit etmek için yapılan lojistik regresyon analizinde bağımsız değişkenler olarak eğitim süresi, FGS, yeme tutumu testi oral kontrol puanı ve yeme tutumu testi diyet puanı alındı. Model geçerliydi (Omnibus test p: 0,000; H-L test p: 0,181). Varyansın % 32,9'unu açıklıyordu (Nagelkerke $R^2=0,329$). Değişkenlerden eğitim süresi (p:0,05) ve yeme tutumu testi oral kontrol puanı (p:0,058) negatif yönde, yeme tutumu testi diyet puanı (p:0,056) ise pozitif yönde obeziteyi belirleyici değişkenler olmuştur (Tablo 5.25.)

Tablo 5.25.: Tüm örnekleme obez olmayı belirleyen lojistik regresyon analizi

	B	S.E.	Wald	df	p	Exp(B)	95% C.I. for EXP(B)	
							Lower	Upper
eğitimsüresi	-,358	,128	7,858	1	,005	,699	,544	,898
FGS	,154	,097	2,494	1	,114	1,166	,964	1,411
yemetutorialcontrol	-,221	,116	3,599	1	,058	,802	,639	1,007
yemetutdiyet	,128	,067	3,656	1	,056	1,136	,997	1,295
Constant	2,323	1,777	1,708	1	,191	10,203		

Tüm örnekleme Beck depresyon puanının neyin belirlediğini tespit etmek için yapılan lineer regresyon analizinde bağımsız değişkenler olarak yaş, eğitim süresi, FGS, Rosenberg benlik saygısı ölçeği, yeme tutumu testi toplam, Barratt dürtüsellik ölçeği toplam ve vücut algısı ölçeği toplam puanları alınmış olup model geçerlidir ($p:0,000$). Varyansın %48,4 ünü açıklamaktadır. (Adjusted $R^2= 0,484$). Bağımsız değişkenlerden eğitim süresi ($p: 0,013$) negatif yönde, Rosenberg benlik saygısı ölçeği ($p:0,004$), vücut algısı ölçeği ($p:0,016$), Barratt dürtüsellik ölçeği toplam puanı ($p: 0,013$) ise pozitif yönde BDE puanını belirliyordu (Tablo 5.26.)

Tablo 5.26.: Tüm örnekleme BDE puanını belirleyen lineer regresyon analizi

	B	Std. Error	Beta	t	p
	-1,753	6,862		-,255	,799
hastayası	-,061	,161	-,030	-,375	,708
eğitimsüresi	-,633	,251	-,192	-2,522	,013
FGS	-,117	,204	-,049	-,571	,569
rosenbergtop	2,518	,846	,322	2,977	,004
yemetuttop	,123	,076	,145	1,633	,106
barattop	,191	,075	,216	2,547	,013
VALtop	,074	,030	,229	2,466	,016

Tüm örnekleme Beck anksiyete puanını neyin belirlediğini tespit etmek için yapılan lineer regresyon analizinde bağımsız değişkenler olarak yaş, eğitim süresi, FGS, PCOS süresi, Rosenberg benlik saygısı ölçeği, yeme tutumu testi toplam, Barratt dürtüsellik ölçeği toplam ve vücut algısı ölçeği toplam puanları alınmış olup model geçerlidir (p: 0,000). Varyansın %30'unu açıklamaktadır (Adjusted R²=0,303). Bağımsız değişkenlerden Barratt toplam puanı pozitif yönde belirleyici bulunmuştur (p: 0,002).

Aynı değişkenler alınıp PCOS grubunda Beck anksiyete puanını neyin belirlediğini bulmak için yapılan lojistik regresyon analizinde yine Barratt dürtüsellik toplam puanı (p:0,035) pozitif yönde BAE puanını belirleyici bulunmuştur. (Adjusted R²=0,402) (Tablo 5.27.)

Tablo 5.27.: Tüm örnekleme BAE puanını belirleyen lineer regresyon analizi

				t	p
	B	Std. Error	Beta		
	-4,468	13,490		-,331	,742
hastayaşı	-,339	,354	-,131	-,958	,343
eğitimsüresi	-,107	,488	-,028	-,220	,827
FGS	-,360	,455	-,099	-,791	,433
pcossüreay	-,034	,034	-,129	-,985	,330
barattop	,399	,119	,427	3,354	,002
rosenbergtop	-,612	1,416	-,068	-,432	,668
yemetuttop	,168	,118	,193	1,423	,162
VALtop	,050	,050	,156	,996	,325

6. TARTIŞMA

Polikistik over sendromu etiyolojisi tam olarak belirlenemeyen, multifaktöriyel yapıda kendini gösteren, özellikle reproduktif çağda infertilite, kozmetik görünüm, metabolik sorunlar, obezite ile genç kadınlarda psikolojik sorunlara sebep olan bir hastalık olup (Escobar-Morreale, 2018) bu hastalarda çeşitli psikiyatrik bozuklukların prevalansının arttığı gözlemlenmiştir (Blay et al., 2016). Bizler de çalışmamızda erişkin PCOS hastalarını; Eksen 1 ve Eksen 2 hastalıklar, depresyon, anksiyete, beden algısı, kendilik değeri, yeme tutumu ve dürtüsellik açısından sağlıklı kontrollerle karşılaştırmayı ve bu psikiyatrik hastalıkların insülin direnci, hirsutizm, BMI, DHEAS, testesteron, prolaktin, 17-oh-progesteron, FSH ve LH düzeyleri ile korelasyonunu göstermeyi amaçladık.

Çalışmamız literatürde bu patolojileri bir arada inceleyen ilk çalışmadır. Çalışmamızda hasta grubunun sağlıklı kontrollerden daha genç olduğu ve eğitim sürelerinin daha düşük olduğu görülmüştür. Hasta grubunda; büyük çoğunluğu majör depresyon ve yaygın anksiyete bozukluğu olmak üzere %39,2'sinde Eksen 1 patoloji, büyük çoğunluğu kaçınan kişilik bozukluğu olmak üzere %37,3'ünde Eksen 2 patoloji, %7,8'inde vücut algısı bozukluğu, %25,5'unda kendilik değerinde bozulma, %13,7'sinde yeme bozukluğu, %29,4'ünde BDE'ne göre depresyon, %33,3'ünde BAE'ne göre yaygın anksiyete bozukluğu saptanmıştır. Hasta grubunda olmayı neyin belirlediğini değerlendirmek için yaptığımız lojistik regresyon analizi sonucunda Beck depresyon envanteri, BMI ve Rosenberg benlik saygısı ölçeğinin; Eksen 1 psikopatoloji varlığını nelerin belirlediğini değerlendirmek için yapılan lojistik regresyon analizinde ise yeme tutumu testi ve Rosenberg benlik saygısı ölçeğinin belirleyici olduğu görülmüştür.

Çalışmamızda PCOS hastalarının %39,2'sinde Eksen 1 psikopatoloji saptanmıştır. 2018 yılında ülkemizde yapılan bir çalışmada PCOS hastalarının % 31'inde eksen 1 patoloji saptanmış olup majör depresyon %23,8 ile en sık görülen patoloji olarak bulunmuştur (Tekin et al., 2018). 2014 yılında yapılan başka bir çalışmada PCOS hastalarında en sık görülen eksen 1 patolojiler % 16 major depresyon ve %10 yaygın anksiyete bozukluğu olarak bulunmuştur (Scaruffi et al., 2014). 2021 yılında yapılan bir çalışmada PCOS hastalarında depresyon prevalansı %52, anksiyete bozukluğu prevalansı ise %26 bulunmuştur (Lin et al., 2021). 2017 yılında yapılan bir çalışmada PKOS'ta depresyon %36,6, anksiyete ise %36,6 olarak görülmüştür (Cooney and Dokras, 2017). Çalışmalarda PKOS'lu hastalarda depresyon prevalansının %14-%67 arasında değişmekte olduğu belirtilmiştir (Palomba et al., 2015). Bizim çalışmamızda da literatür ile uyumlu olarak hastalarımızda %27,5 majör depresyon, %21,6 yaygın anksiyete bozukluğu görülmüştür. Depresyon ve anksiyeteyi Beck envanterleri ile değerlendirdiğimizde ise %29,4 depresyon ve %33,3 anksiyete bozukluğu saptanmıştır. Depresyon şiddetini Beck envanter puanlarına göre sınıflandırdığımızda hastaların %25,5'inde hafif, %25,5'inde orta ve %3,8'inde şiddetli düzeyde depresyon bulunmuştur. Anksiyete bozukluklarını sınıflandırdığımızda ise hastaların %33,3'ünde hafif, %27,5'unda orta ve %5,9'da şiddetli anksiyete bulunmuştur. Joshi ve ark. yaptıkları çalışmada hastaların depresyon derecelendirmesini % 20 hafif ve orta dereceli, % 5 ise şiddetli depresyon olarak, anksiyeteyi ise %53 hafif anksiyete, % 31 şiddetli anksiyete olarak belirtmişlerdir (Joshi et al., 2022). Bizim çalışmamızda hastaların PCOS için medikal tedavi almasının ve çalışmaya katılanlarda psikotrop kullanmama şartının aranmasının şiddetli depresyonu ve anksiyetesi olan hastaların daha az oranda belirlenmesine neden olduğu düşünülmüştür. Çalışmamızda Beck depresyon ve anksiyete şiddetini belirleyen değişkenleri tespit etmek için yapılan lineer regresyon analizlerinde depresyon şiddetini eğitim süresinin negatif yönde; benlik saygısı, vücut algısı ve dürtüsellik ise pozitif yönde belirlediği görülmüştür. Bu da,

eğitim süresi düştükçe, benlik saygısı ve vücut algısı bozuldukça, dürtüsellik arttıkça depresyon şiddetinin artma eğiliminde olduğunu göstermiştir. Anksiyete şiddetini ise Barratt dürtüsellik ölçeği toplam puanı belirlemiş olup, bu da dürtüsellik arttıkça anksiyetenin artma eğiliminde olduğunu göstermiştir.

Literatürde, PCOS'ta görülen artmış depresyon prevalansının nedenleri olarak hirsutizm, akne ve yüksek BMI gibi klinik bulgular gösterilmiştir (Kolhe et al., 2021). 2020 yılında adölesanlar ile yapılan bir çalışmada ise yüksek depresyon skorları ile akne ve hirsutizm arasında bir ilişki gösterilememiştir (Benson et al., 2020). 2021 yılında yapılan başka bir çalışmada ise depresyona yol açan patofizyolojik mekanizmalar olarak insülin direnci, hipotalamus-hipofiz-adrenal ekseninde bozulma, hiperandrojenemi ve klinik prezentasyonu, obezite ve infertilite gösterilmiştir (Ethirajulu et al., 2021). Ekback ve ark. tarafından yapılan bir çalışmada ise hirsutizm bulgusunun hem anksiyete hem de depresyona sebep olduğu gösterilmiştir (Ekbäck et al., 2013). 2014 yılında ülkemizde yapılan bir çalışmada PCOS hastalarında artmış depresyon ve anksiyete puanlarının obezite ve hirsutizm ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (Altınkaya et al., 2014). 2010 yılında yapılan başka bir çalışmada ise depresyon ile hirsutizm arasında bir ilişki olmadığı, androjen artışı nedeniyle oluşan dermatopatolojilerin depresyon ve anksiyete riskini artırmadığı gösterilmiştir (Bhattacharya and Jha, 2010). Çalışmamızda literatürdeki bu bilgilerden yola çıkarak artmış olarak bulunan depresyon ve anksiyetenin dermatopatolojiler ile ilişkisini incelediğimizde; hastaların %64,7'sinde akne, %76,5'inde hirsutizm ve %25,5' inde obezite olduğu görülmüştür. SCID I'de majör depresif bozukluk saptanan hastaların ise %64,3'ünde akne, %78,6'sında hirsutizm ve %50'sinde obezite saptanmış olup her üçünde de istatistiksel olarak depresyonu olmayan hastalardan anlamlı bir yükseklik bulunmuştur. BDE'ne göre depresyon tanısı konulan katılımcılarda ise bu oranlar %66,7 akne, %80 hirsutizm ve %33 obezite olarak bulunmuş olup akne ve hirsutizm açısından BDE'e göre depresyonu olmayanlardan anlamlı bir yükseklik söz konusuysa, obezite

açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır. Yaygın anksiyete bozukluğu açısından incelediğimizde SCID I’de yaygın anksiyete bozukluğu tanısı konulan hastalar ile konulmayan hastalar arasında dermatopatolojiler açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamış olup BAE’ne göre anksiyete bozukluğu tanısı konulan katılımcıların %61,1’inde akne, %77,8’inde hirsutizm %22,2’sinde obezite saptanmıştır. BAE’göre anksiyete bozukluğu tanısı konanlarda akne ve hirsutizm açısından bu tanıyı almayanlara göre anlamlı bir fark söz konusuysa, obezite açısından iki grup arasında anlamlı fark bulunamamıştır. Bütün bu sonuçlar; akne, hirsutizm ve obezite varlığının depresyon riskini artırırken, anksiyete riskinin akne ve hirsutizm ile arttığı görülmüştür. Hirsutizmi olan hastaların depresyon ve anksiyete bozukluğu geliştirme riski artmış olarak bulunmuşken FGS puanları ile depresyon ve anksiyete puanları arasında bir ilişki bulunamamıştır. Bunun sebebi olarak hasta popülasyonumuzda katılımcıların lazer epilasyon uygulaması nedeniyle hirsutizm derecelendirmesinde objektif değerlendirmeyi bozmuş olabileceği düşünülmüştür. Çalışmamızda depresyon skorları ile kan androjen düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki saptanamamıştır. Bunun nedenleri olarak çalışmanın sınırlı bir popülasyonda yapılması, hastaların PCOS fenotiplerine göre ayrılması sebebiyle hiperandrojenik-nonhiperandrojenik ayrımına göre değerlendirme yapılmaması ve tedavide kullanılan ilaçların hormon parametrelerini etkilemesi düşünülmüştür.

Çalışmamızda anksiyete ile yaş ve hastalık süresi arasında negatif yönde ilişki bulunmuştur. Yani, daha genç yaşta olan ve daha kısa süredir hasta olanların daha kaygılı olma eğiliminde oldukları görülmüştür. Hastaların zamanla semptomları kontrol altına almaları, anksiyete ile ilişkili olduğu belirtilen hirsutizm ve akne gibi kozmetik sorunların çözümü ile birlikte kaygılarının da azaldığı düşünülebilir.

SCID-I’de majör depresyon tanısı konulan olgularda depresyon ile obezite arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Major depresyon tanısı olan hastalarda obezitenin 3 kat kadar daha fazla olduğu görülmüştür. Obezitenin SCID-I psikiyatrik hastalık varlığını artırma eğiliminde olduğu görülmüştür. Hastalarımızın %25,5’inde obezite olup, obez olmayı neyin belirlediğini bulmak için yapılan lojistik regresyon analizinde eğitim süresi ve yeme tutumu testi oral kontrol puanı obeziteyi negatif yönde, yeme tutumu testi diyet puanı ise pozitif yönde belirleyici olmuştur. Yani, eğitim süresi düştükçe, oral kontrol bozuldukça ve diyet yapma arttıkça obezite riski artmaktadır. Özetle, yemeyi kontrol etmede bozulma ve diyet yapma obezite gelişimi riskini arttırırken, obezite de depresyon gelişim riskini artırıyor görünmektedir. Bunun bir sebebi obezitenin beden algısını ve benlik saygısını etkileyerek depresyona yol açıyor olabilmesi iken, bir diğer nedeni obezitenin inflamasyonu tetikleyerek depresif belirtilerin gelişimini etkilemesi olarak düşünülebilir.

Obezitenin psikiyatrik sonuçlarının hareketsizlik, yetersiz beslenme ve visseral yağ birikiminden kaynaklandığını, inflamasyon, insülin direnci gibi metabolik ve vasküler işlev bozukluklarının depresyon ve anksiyete için kilit riskler olduğu ortaya çıkmıştır (Fulton et al., 2022). Cooney ve Dokras tarafından yapılan çalışmada PCOS ile eş zamanlı depresyonu olan kadınların BMI, hirsutizm, yaş ve insülin direnci değerleri daha yüksekken, anksiyetesi olan kadınların BMI, hirsutizm ve serbest testosteron değerleri daha yüksek bulunmuştur (Cooney et al., 2017). Yapılan başka bir çalışmada ise PCOS hastalarında anksiyete prevalansı %34 olarak bulunmuş olup anksiyete akne ve fertilité problemleri ile ilişkilendirilmiştir (Benson et al., 2009). Bizim çalışmamızda anksiyete puanlarının akne ve hirsutizm varlığı ile birlikte yeme tutumu testi toplam ve ambivalans puanları, dürtüsellik ölçeği toplam ve tüm alt ölçekleri puanları, kendilik değeri ve vücut algısı ölçeği puanlarındaki artış ile arttığı görülmüştür. Bu da hastaların kozmetik problemler ile birlikte bozulmuş yeme tutumlarının, azalmış benlik saygılarının, artmış dürtüselliklerinin ve bozulmuş beden algılarının anksiyetelerini artırdığını göstermiştir.

Çalışmamızda psikopatoloji ve fertilité ilişkisini incelemeyi amaçlamış olmakla birlikte infertilitesi olan hasta grubundan yeterli katılımcı sağlanamadığı için anlamlı bir değerlendirme yapılamamıştır. 240.704 katılımcıyı dahil eden bir metaanaliz çalışmasında akut depresyonda hem HOMA-IR değerlerinin hem de insülin değerlerinin artmış olduğu görülmüştür. Remisyon sırasında ise insülin ve HOMA-IR değerlerinin değişmediği saptanmıştır (Fernandes et al., 2022). Çalışmamızda HOMA-IR değeri 2.5 ve üzeri insülin direnci olarak değerlendirildiğinde hastaların %49'unda insülin direnci saptanmıştır. İnsülin direnci saptadığımız PCOS hastalarının %43,4'ü obez olarak bulunmuş olup fark anlamlıdır. Literatürde PCOS'ta obezitenin yüksek insülin düzeyi ve HOMA-IR değerleri ile ilişkili olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur (Barrea et al., 2019). 2021 yılında yapılan başka bir çalışmada obez olan PCOS hastalarında obez olmayanlara göre HOMA-IR değerlerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır (Barrea et al., 2021). İnsülin direnci ve BMI yüksekliği arasındaki bu ilişki insülin direncinin yeme davranışı bozukluğu için risk faktörü olmasını destekler. PCOS'ta bulimia ve tekrarlayan yeme atakları gibi yeme davranışı bozuklukları arasında ilişki saptanmıştır (Steegeers-Theunissen et al., 2020). Bizim çalışmamızda da Eksen 1 hastalıklarda depresyon ve anksiyeteden sonra en sık görülen patoloji yeme bozukluğu olarak bulunmuştur. %13,7 yeme bozukluğu hastasının %7,8'i Bulimia nervoza, %5,9'u ise BTA yeme bozukluğu olduğu görülmüştür. Çalışmamız ile uyumlu olarak 36 çalışmadaki 349.529 hastayı inceleyen bir metaanaliz çalışmasında PCOS'u olan kadınlarda olmayanlara göre Bulimia nervoza, tıkinırcasına yeme bozukluğu ve BTA yeme bozukluğu anlamlı olarak daha yüksek bulunmuşken anoreksia nervoza açısından fark bulunmamıştır (Thannickal et al., 2020). 2021 yılında ülkemizde yapılan bir çalışmada ise, bu bulgulardan farklı olarak PCOS hastalarındaki tat fonksiyonu ve yeme davranışı araştırılmış olup yeme davranışı açısından anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (Cetik et al., 2022). 164 PCOS hastası ile yapılan başka bir çalışmada ise ortalama 5,3 yıl takip süresinin ardından hastalar sağlıklı kontrollerle karşılaştırıldığında yeme bozukluğu testinde ve alt

ölçeklerinde daha yüksek puanlara sahip oldukları görülmüştür. Çalışmada depresyon skorlarının yeme bozukluğu test puanları için belirleyici olduğu bulunmuştur (Greenwood et al., 2020). Bizim çalışmamızda ise yeme tutumu testi toplam ve diyet puanı, Rosenberg kendilik değeri puanı, vücut algısı ve Barratt dürtüsellik ölçeği ve tüm alt ölçek puanlarında olan artışların BDE puanlarını artırma eğiliminde olduğu görülmüştür.

Çalışmamızda hastalar Eksen 2 bozuklukları açısından değerlendirildiğinde %37,3 hastada Eksen 2 kişilik bozukluğu saptanmıştır. Bu hastaların %15,7'sinin kaçınan kişilik bozukluğu olduğu görülmüştür. Kaçınan kişilik özelliklerinin hastaların obezite, hirsutizm, akne ve alopesi gibi klinik belirtileri nedeniyle sosyalleşmekten kaçınmaları, benlik saygılarının azalması ve olumsuz beden algıları sebebi ile oluştuğu düşünülerek kaçınan kişilik bozukluğu tanısı konulan hastalar eşlik eden akne, hirsutizm, obezite ve insülin direnci açısından kaçınan kişilik bozukluğu olmayan hastalarla karşılaştırıldıklarında obezite de anlamlı fark saptanmıştır. Klinik belirtilerden obezitenin sosyal ortamlara girmekten kaçınmaya sebep olabileceği düşünülebilir. 2022 yılında yapılan bir çalışmada ise PCOS hastalarının daha belirgin D tipi kişilik özellikleri sergiledikleri, NEO beş faktör envanteri ile değerlendirildiklerinde nevrotiklik puanlarının daha yüksek olduğu, deneyime açıklık ve vicdanlılık konusunda ise puanlarının daha düşük olduğu belirtilmiştir (Urban et al., 2022). 2014 yılında yapılan başka bir çalışmada histrionik, narsistik, bağımlı ve kaçınan kişilik özelliklerinin PCOS hastalarında daha sık görüldüğü belirtilmiştir (Scaruffi et al., 2014). 2015 yılında ülkemizde yapılan bir çalışmada hastaların MMPI ölçeklerinde depresyon, histeri, psikasteni ve hipomanide anlamlı yükselmeler tespit edilmiştir (Ozcan Dag et al., 2015). PCOS'lu infertil kadınların şizoid, kaçınan, antisosyal, depresif, sadist, negativist, şizoid, paranoid ve borderline kişilik bozukluğu alanlarında ortalama puanlarının kontrol grubuna göre önemli ölçüde daha yüksek olduğu görülmüştür (Ahmadi et al., 2020). Yine ülkemizde yapılan bir çalışmada

PCOS’da borderline kişilik bozukluğu ek tanısının sıklıkla eşlik ettiği ve iki patolojisinin bir arada olmasının agresyon puanlarını önemli ölçüde artırdığı gösterilmiştir (Baykara et al., 2019). Yine ülkemizde yapılan başka bir çalışmada ise kadınlarda androjen artışının antisosyal davranışlar, şüphecilik, dürtüsellik ve saldırganlıkla ilişkili olduğu belirtilmiştir (Kartalci, 2010). Bizim çalışmamızda SCID II testi ile değerlendirme sonucunda paranoid, histrionik ve borderline kişilik bozukluklarında yükselmeler olduğu görülmüş ancak istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilememiştir. Bunun sebebi olarak çalışmamızın küçük bir popülasyonda yapılması ve psikotrop kullanımının çalışmaya katılmaya engel kriter olması düşünülebilir. Çalışmamızda kişilik bozukluğu olmayı neyin belirlediğini tespit etmek için yaptığımız lojistik regresyon analizinde Barratt dürtüsellik puanının belirleyici olduğu görülmüştür. Dürtüsellik artışı, kişilik bozukluğu gelişimi için bir risk faktörü gibi durmaktadır.

Literatürde PCOS’ta dürtüsellik üzerine nispeten az çalışma olmakla birlikte çalışmalarda insülin dengesizliği, androjenlerin aşırı üretimleri, adet düzensizlikleri gibi PCOS özelliklerinin iştah artışı ve vücut memnuniyetsizliği duyguları ile birlikte bozulmuş dürtü kontrolü ile ilişkili olduğunu göstermiştir (Paganini et al., 2018). Ülkemizde yapılan bir çalışmada ise 40 PCOS hastası ve adetleri düzenli olan 40 sağlıklı kontrol şimdiki ve çocukluk çağındaki DEHB belirtileri açısından DEHB Öz Bildirim Ölçeği ve Wender Utah derecelendirme ölçeği kullanılarak karşılaştırılmış olup, çalışmaya göre davranış sorunları ve dürtüsellik puanları PCOS grubunda daha yüksek bulunmuş ancak semptomlar ile testosteron dahil hormon seviyeleri arasında bir ilişki bulunamadığı belirtilmiştir (Hergüner et al., 2015). Naessen ve ark. tarafından yapılan bir çalışmada androjenlerin uyarıcı etkileri nedeniyle dürtü kontrolünü bozabileceği ve bulimik davranışı teşvik edebileceği belirtilmiştir (Naessén et al., 2006). Yine ülkemizde yapılan bir çalışmada dürtüsellüğün kontrolsüz yeme ve obezite ile ilişkisi incelenmiş dürtüsellüğün tüm alt

puanları kontrolsüz ve duygusal yeme ile ilişkili bulunmuştur (Genç, 2019). Biz de çalışmamızda hem insülin dengesizliği, testesteron yüksekliği gibi hormonal parametreler nedeniyle hem de impulsif davranışlar görülebilen borderline kişilik bozukluğunun PCOS'ta daha yüksek olduğunu gösteren çalışmalar doğrultusunda hastaları dürtüsellik açısından Barratt dürtüsellik ölçeği ile değerlendirdiğimizde Barratt toplam puanları ve tüm alt ölçek puanlarının PCOS hastalarında kontrollere göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Ancak, bizim çalışmamızda da Barratt puanları ile hormon değerleri arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. İnsülin direnci saptadığımız hastalarda da Barratt puanları ile anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Bunun sebeplerinin örneklemimizin kısıtlılığı, hastalarda PCOS fenotip ayrımı yapılmaması ve buna bağlı olarak hiperandrojenik-nonhiperandrojenik ayrımının yapılmaması ve PCOS tedavi sürecinde hormonal parametrelerin değişmesi olduğu düşünülebilir. Ancak, çalışmamızda dürtüsellik puanlarının artmasının BDE, BAE puanlarını artırma, yeme tutumu oral kontrol puanının ise azaltma eğiliminde olduğu görülmüştür. Hastaların artmış dürtüselliklerinin oral kontrollerini bozmasına, depresyon ve anksiyete belirtilerinin artmasına sebep olduğu düşünülebilir. Bu bakımdan bulgumuz, Genç ve ark'nın (2019) dürtüsellik kontrolsüz ve duygusal yeme ile ilişkili olduğu verisiyle uyumludur.

Çalışmamızda katılımcılar yeme bozukluğu açısından yeme tutumu testi ile değerlendirildiklerinde toplam puan ile birlikte ambivalans ve diyet puanlarında anlamlı yükselme saptanmıştır. Ülkemizde adölesan PCOS hastaları ile yapılan bir çalışmada yeme tutumu toplam ve yeme tutumu diyet puanlarında kontrol grubuna göre anlamlı yükseklik saptandığı ancak Bulimia nervoza açısından fark bulunmadığı gösterilmiştir (Karacan et al., 2014). 2020 yılında yapılan bir çalışmada ise yeme tutum testi puanlarının PCOS'ta yüksek olmasının hastaların obez olma olasılığını 7 kat artırdığı belirtilmiştir (Mizgier et al., 2020). Başka bir çalışmada obez

PCOS'lu kadınların fazla kilolu ve normal kilolu kadınlara göre aşırı besin isteği skorlarının daha yüksek olduğu, PCOS'lu normal kilolu kadınların ise normal kilolu kontrollere göre daha yüksek tıkanırcasına yeme skoruna sahip olmalarına rağmen benzer aşırı besin isteği skorlarına sahip oldukları gösterilmiştir (Jeanes et al., 2017). Çalışmamızda literatür ile uyumlu olarak obezitesi olan hastalarda yeme tutumu diyet puanlarının, obezitesi olmayanlarda ise yeme tutumu oral kontrol puanlarının anlamlı olarak daha yüksek olduğu bulunmuştur. Obezitenin evli, çocuk sahibi, eğitim düzeyi düşük, tıbbi hastalık öyküsü olan, PCOS tedavi öyküsü olan, Eksen I psikopatolojisi olan, majör depresyon, yeme bozukluğu-Bulimia Nervosa olan hastalarda daha yüksek olduğu görülmüştür. Çalışmamızda BMI arttıkça yeme tutumu diyet puanının artma eğilimde, yeme tutumu oral kontrol puanının ise azalma eğiliminde olduğu görülmüştür. Yani, yeme üzerinde oral kontrol azaldıkça hastalar kilo alma eğiliminde olmakta ve kilo aldıkça diyet yapmaya başlamakta gibi görünmektedir, diyet yapma ise bulimik patoloji gelişim riskini artırıyor olabilir.

Yeme davranışı ile hormon parametreleri arasında sadece prolaktin değerlerinde anlamlı ilişki saptanmıştır. Yeme tutumu diyet puanındaki azalma ve yeme tutumu oral kontrol puanındaki artışı ile prolaktin artışı ilişkili görülmüştür. Prolaktin seviyeleri PCOS'ta tartışmalıdır. PCOS hastalarında artmış prolaktin seviyeleri bildirilmiştir (Abdelazim et al., 2020). Bununla birlikte hiperprolaktineminin PCOS ile ilişkili olmadığını, ikisinin farklı klinik tablolar olarak değerlendirilmesi gerektiğini söyleyen çalışmalar mevcuttur (Szosland et al., 2015).Yapılan bir çalışmada beslenme bozukluğunun nutrisyonel hipogonadizme sebep olarak amenore ve bazal hormonal parametrelerde bozulmaya sebep olabileceği, bu durumun psikolojik destek ve yeme tutumunun değiştirilmesiyle tersine çevrilebileceği belirtilmiştir (Bringer et al., 1999). Çalışmamızda yeme tutumu ile prolaktin seviyelerindeki ilişki literatürle uyumlu olmakla birlikte

hiperprolaktineminin ayırıcı tanısının yapılması ve yeme bozukluğuna bağlı bir prolaktin yüksekliği olabileceği düşünülerek hastaların değerlendirilmesi önemlidir.

Obezite, akne, hirsutizm gibi PCOS'un klinik bulguları, infertilite beklentisi, depresif ve anksiyöz duygudurum birlikte değerlendirildiğinde hastaların kendilik değerlerinde bozulma olabileceği düşünölmüştür. Bizim çalışmamızda da PCOS hastalarında daha düşük benlik saygısı olduğu görölmüştür. Depresyon ve anksiyete varlığının, yeme tutumu testi ve vücut algısı ölçek puanlarındaki artışın kendilik değer puanlarını artırma eğiliminde olduğu görölmüştür. Yani, depresyon ve kaygı arttıkça, yeme tutumu bozuldukça ve vücut algısı bozuldukça kendilik değer düşmekte gibidir. Ya da, diğer açıdan kendilik değer düştükçe depresyon ve kaygı artmakta, yeme tutumu olumsuz etkilenmekte ve vücut algısı bozulmakta da olabilir.

PCOS'ta yeme bozukluğu ve benlik saygısını inceleyen bir çalışmada düşük benlik saygısının yeme bozukluğu olasılığını daha da artırdığı belirtilmiştir (Tay et al., 2019). Scaruffi ve ark. yaptığı bir çalışmada PCOS hastalarında kontrollere göre daha yüksek vücut huzursuzluğu ve aleksitimi değerleri olduğunu göstermişlerdir. Çalışmada bedensel görünüm ve işlevin hastaların zihinlerinde ve ilişkilerinde merkezi bir yere sahip olduğu belirtilmiş ve düşük benlik saygısının içe dönüklük ve geri çekilmeye yönelik bir eğilimle bağlantılı olduğu ifade edilmiştir (Scaruffi et al., 2019). 2022 yılında yapılan başka bir çalışmada PCOS hastalarında daha düşük benlik saygısı olduğu ancak bunun istatistiksel olarak depresyon ile anlamlı bir ilişkisi olmadığı bulunmuştur (Joshi et al., 2022). 2021 yılında yapılan bir çalışma ise hem PCOS'ta hem de depresyonda hastaların benlik saygısında azalma olduğunu, PCOS'ta olan azalmanın büyük ölçüde obezite, akne, hirsutizm ve alopesi ile ilişkili olduğunu belirtmiştir (Kolhe et al., 2021). Bizim çalışmamızda da bu veriler ile uyumlu olarak orta düzeyde benlik saygısı olanların daha yüksek düzeyde benlik saygısı olanlara göre anlamlı olarak daha fazla akne, hirsutizm ve obezitelerinin olduğu

saptanmıştır. Ancak, ülkemizde yapılan bir çalışmada PCOS hastalarının benlik saygısının kontrollerden anlamlı bir fark içermediği belirtilmiştir (Çoban Ö et al., 2019). Çalışmadaki örneklem büyüklüğünün bizim çalışmamızdan daha küçük olması ve katılımcıların yaşlarının daha genç olması sebebiyle anlamlı bir ilişki bulunmadığı düşünülebilir. Sonuç olarak, hastalarda PCOS ile ilişkili depresyon, anksiyete, yeme bozukluğu olması benlik saygısında azalmaya sebep olabileceği gibi, psikopatoloji olmaksızın PCOS semptomları da benlik saygısında azalmaya sebep olabilir.

Çalışmamızda hastaların vücut algılarının sağlıklı kontrollere göre anlamlı olarak bozulmuş olduğu görülmüştür. 2019 yılında yapılan bir çalışmada hastaların beden algılarının bozulduğu ve bu bozulmanın depresyon ve anksiyete puanları ile ilişkili olduğu, beden imajını iyileştirmeyi hedefleyen terapötik müdahalelerin anksiyete ve depresyon semptomlarının iyileşmesinde etkili olabileceği belirtilmiştir (Alur-Gupta et al., 2019). Başka bir çalışmada PCOS’lu kadınlarda cinsel işlev ve BMI’den bağımsız olarak hastaların vücut algılarında bozulma olduğu ve bu bozulmanın depresyon ve anksiyetenin bir yordayıcısı olduğu gösterilmiştir (Kogure et al., 2019). 2022 yılında Çin’de 101 PCOS hastası ile yapılan bir çalışmada yüksek düzeyde kendini nesneleştirme, hastalık belirsizliği, görünüm kaygısı ve depresyon olduğu belirtilmiştir. Beden algısının depresyon üzerine etkili olduğu ve hastaların zihin-beden terapilerinden fayda görecekları ifade edilmiştir (Yin et al., 2022). Bizim çalışmamızda da vücut algısında bozulma ile depresyon, anksiyete, dürtüsellik, yeme tutumunda bozulma ve düşük kendilik değeri arasında ilişki saptanmıştır. Dürtüsellüğün yeme kontrolünü bozması, yeme bozukluğunun depresyon ve anksiyete ile ilişkili olması nedeniyle mevcut fiziksel ve ruhsal sorunlar kişilerin kendilik değerinde ve beden algılarında bozulmalara yol açabileceği gibi, PCOS’lu hastalardaki düşük kendilik değeri ve beden algısındaki bozulmalar da depresyon-kaygı gibi psikolojik sorunlara ve yeme tutumunu olumsuz etkileyerek fiziksel

sorunlara yol açabilir ve tüm bunlar hastaların daha çok içe kapanmasına ve sosyal ilişkilerde rol almamasına yol açarak kısır bir döngüye neden olabilir.

Bu kısır döngüye ve karşılıklı etkileşimlere rağmen, PCOS ve psikiyatrik bozukluk birlikteliği literatürde çoğunlukla kadın hastalıkları ve doğum uzmanları, pediatristler, endokrinologlar tarafından araştırılmış olup psikiyatristler tarafından görece daha az incelenmiştir. Yapılan çalışmalarda da depresyon, anksiyete, beden algısı, yeme tutumu, kişilik özellikleri genellikle ayrı çalışmalar halinde incelenmiş olup, çalışmamız tüm bu patolojileri hormon parametreleri ile bir arada inceleyen ilk çalışmadır. Sonuç olarak, elde ettiğimiz bu veriler doğrultusunda PCOS'a eşlik eden psikopatolojilerin tedavisi ve takibi için kadın hastalıkları-doğum, endokrinoloji ile psikiyatrinin birlikte hareket etmesi önemlidir. Genç yaş grubunda estetik sorunlar, diyabet gibi kronik hastalıkların varlığı, malignite beklentisi, uzun vadede infertilite, infertilite tedavisi, gebelik sürecinde gebelik depresyonu ve postpartum depresyon riski nedeniyle yaşanabilecek olan psikolojik sorunlar açısından bu hastalar psikiyatri ile işbirliği içinde takip edilmelidir. Hastalar depresyon, anksiyete, yeme bozukluğu açısından değerlendirip tedavi edildiği takdirde ve kilo kaybı ile sosyalleşmeleri için yapılacak bilişsel müdahaleler sonucunda işlevsellikleri ve tedavi uyumları artabilir ve hastalık belirtilerinde azalma sağlanabilir. Dürtüselliğin engellenmesi ile yeme bozukluğu ve depresyon-kaygı-kişilik bozukluğu gelişimi önlenebilir. Yeme bozuklukları tanınır ve tedavi edilebilirse BMI yüksekliği, insülin direnci, tip 2DM, obezite gelişimi önlenebilir. Yeme bozuklukları ile ilişkili olan vücut algısında bozulma ve benlik saygısındaki azalma erkenden tanınır ve tedavi edilebilirse depresyon-kaygı bozukluğu gelişimi engellenebilir. Bu açıdan hastaların takibi, belirtilerin değişimi ve tedavi süreçleri ile ilgili daha çok araştırma yapılmasına ihtiyaç vardır.

6.1 ÇALIŞMANIN KISITLILIKLARI

Çalışmamız kesitsel bir çalışma olup sınırlı bir popülasyonda yapılmıştır. Hastaların kadın hastalıkları ve doğum kliniğinden yönlendirilmesi nedeniyle psikiyatri başvurusuna ön yargılı olan hastalar değerlendirmeye alınamamıştır. İnfertilite hastalarının farklı bir klinikte takip edilmesi nedeniyle infertil gruba ulaşılamamıştır. Katılımcılarda PCOS tedavisi alanlarda semptomlarda ve hormonal parametrelerde değişiklik olması nedeniyle psikopatoloji varlığı ve şiddetinin de değişkenlik göstereceği düşünülebilir ve psikopatoloji ile hormonal değerler arasında ilişki saptanamamış olması hastaların tedavi altında olmasına bağlı olabilir. Dürtüsellik hormonal bozulmayla ilişkili olabileceği için bu özellik tedavi almayan hastalarda tekrar incelenmelidir. Çalışmaya katılmak için psikotrop kullanmıyor olmak şartı olması ise işlevselliği bozacak ve medikal tedavi almayı gerektirecek psikopatolojileri çalışma dışı bırakmıştır. Akne ve hirsutizm için sıklıkla retinoid kullanımı ve lazer uygulaması olmasının değerlendirmede objektifliği bozmuş olabileceği düşünülebilir. Daha geniş bir popülasyonda ve tedavi almayan PCOS hastalarında yapılan izlem çalışmaları ile daha fazla bilgiye ulaşılabilir.

SONUÇLAR VE ÖNERİLER

Çalışmamızda kurulan hipotezlere göre aşağıdaki sonuçlara ulaşılmıştır.

1) PCOS tanılı hastalarda Eksen 1 patoloji sağlıklı kontrollerden daha fazla görülür. Hastalarda %39,2 SCID I'de psikiyatrik hastalık, %27,5 major depresyon, %21,6 yaygın anksiyete bozukluğu, %13,7 yeme bozukluğu tanısı saptanmıştır. Hastaların Beck depresyon ve Beck anksiyete puanları sağlıklı kontrollere göre daha yüksek bulundu. Hastalarda BDE'ne göre %29,4 depresyon, BAE'ne göre %33,3 yaygın anksiyete bozukluğu olduğu görüldü. %25,5 hafif düzeyde depresyon, %25,5 orta düzeyde depresyon ve %3,8 şiddetli depresyon; %33,3 hafif düzeyde anksiyete, %27,5 orta düzeyde anksiyete ve %5,9 şiddetli anksiyete saptandı.

2) PCOS tanılı hastaların %7,8'inde beden algısı bozulmuş olarak bulundu. Hastalarda bozulmuş beden algısının depresyon, anksiyete, düşük kendilik değeri, dürtüsellik ve yeme tutumunda bozulma ile ilişkili olduğu görüldü.

3) PCOS tanılı hastalarda sağlıklı kontrollere göre yeme bozukluğu daha sık görüldü. Hastaların %15,7'sinde yeme tutumu testine göre yeme davranışı bozukluğu vardı. Hastalarda yeme tutumu testi toplam puanı ile birlikte diyet ve ambivalans alt ölçeklerinde sağlıklı kontrollere göre anlamlı yükseklik saptandı. Obezitesi olan hastalarda yeme tutumu diyet puanları, obezitesi olmayanlarda ise yeme tutumu oral kontrol puanları anlamlı olarak daha yüksek olduğu bulundu.

4) PCOS tanılı hastalar sağlıklı kontrollere göre daha düşük benlik saygısına sahiptir. Hastaların %25,5'unda orta düzeyde benlik saygısı bulundu. Benlik saygısındaki azalma; depresyon ve anksiyetede artış, yeme tutumunda ve vücut algısında bozulma ile ilişkiliydi.

5) PCOS tanılı hastalarda dürtüsel davranışlar sağlıklı kontrollere göre daha sık olarak bulundu. Dürtüsellüğün tüm alt ölçeklerinde sağlıklı kontrollere göre anlamlı yükseklik saptandı. Depresyon ve anksiyete puanları ile dürtüsellik arasında pozitif bir ilişki, yeme tutumu oral kontrol puanları ile dürtüsellik arasında negatif bir ilişki saptandı. Hastaların artmış dürtüselliklerinin oral kontrollerini bozduğu ve depresyon ve anksiyete belirtilerinin artmasına neden olduğu düşünülebilir.

6) PCOS tanılı hastalarda Eksen 2 kişilik bozuklukları sağlıklı kontrollere göre daha sıktı. Hastaların %37,3'ünde Eksen 2 kişilik bozukluğu saptandı. Hastaların %15,7'sinde kaçınan kişilik bozukluğu olup anlamlı olarak kontrollerden yüksekti. Kişilik bozukluğu olmanın yordayıcısı dürtüsellik olarak bulundu.

7) PCOS tanılı hastaların beden kitle indeksleri sağlıklı kontrollerden daha yüksekti. Hastaların %49'unda insülin direnci vardı. İnsülin direnci saptanan hastalarda obezite daha fazla olduğu görüldü. Major depresyon, yaygın anksiyete bozukluğu ve Barratt dürtüsellik puanları ile insülin direnci arasında anlamlı ilişki bulunmadı. Prolaktin düzeyleri ile yeme tutumu diyet ve yeme tutumu oral kontrol arasında ilişki vardı.

8) PCOS tanılı hastalarda %76,5 hirsutizm, %64,7 akne, %25,5 obezite saptandı. Hirsutizm ve akne depresyon ve anksiyete ile ilişkiliydi. Obezite depresyon, yeme tutumu diyet, yeme tutumu oral kontrol puanları ve Eksen 1 hastalık varlığı ile ilişkili bulundu.



7. EKLER

7.1 SCID-1

SCID - GİRİŞ BÖLÜMÜ

Hasta No:

Telefon1:

Telefon2:

1. Adı- Soyadı:
2. Doğum Tarihi:
3. Cinsiyet: 1) Kadın 2) Erkek
4. Doğum Yeri; 1) Bolu 2) Diğer ()
5. Son 10 yıldır yaşadığı yer: 1) Kırsal () 2) Kentsel ()
6. Kimlerle yaşıyor?
7. Kardeş Sayısı:
8. Kaçınıcı Çocuk: 1) ilk 2) ortanca 3) son
9. Medeni Durum: 1) Evli/birlikte yaşıyor 2) Dul 3) Boşanmış ya da evliliği iptal olmuş
4) Ayrı yaşıyor 5) Hiç evlenmemiş
10. Çocuk Sayısı:
11. Öğrenim Düzeyi: 1) İlkokul altı 2) İlkokul 3) Ortaokul 3) Lise 4) 2 yıllık yüksek okul
5) Fakülte 6) Yüksek lisans 7) Doktora
10. Toplam eğitim süresi (yıl):
11. Okulu bitiremediyse nedeni:
12. Meslek:
13. Halen çalışıp çalışmadığı: 1) Çalışmıyor 2) Çalışıyor
- 13a. Çalışıyorsa ne zamandır o işte çalışıyor?
- 13b. 6 aydan az süredir o işte çalışıyorsa en son işinden ne zaman ayrıldı?

13c. Çalışmıyorsa daha önce ne tür işlerde çalıştı?

- 13d. Çalışmıyorsa şu anda geçimini nasıl sağlıyor?
- 13e. Hiç çalışmadığı ya da okula gitmediği bir dönem oldu mu?
- 13f. Ne zaman ve neden böyle olmuştu?

14. Sosyal Güvence:

- a) Yeşil Kart
- b) SSK
- c) Bağ-kur
- d) Emekli Sandığı
- e) Diğer ()

PSİKİYATRİK HASTALIK ÖYKÜSÜ

1. Geçen ay tedavi oldunuz mu? 1) Yatan hasta 2) Ayaktan hasta 3) Şu anda tedavi almıyor 4) Diğer
- 1a. Yatan hastaysa ne zamandır yatıyor?
- 1b. Ayaktan hastaysa bu programa ne zamandır geliyor?
- 1c. Ne sıklıkta bu programa geliyor?

2. Şu anki şikayetiniz nedir?

3. Şu anki şikayetiniz ne zaman başladı?

4. Şu anki şikayetler yeni mi yoksa daha önceki sorunların tekrarı mı? 1) Yeni 2) Eskinin tekrarı

5. İlk şikayetler ne zaman başlamıştı?

6. İlk şikayetler neydi?

7. İlk şikayetleri başlatan stresör bir olay var mıydı? 1) Var () 2) Yok

Stresör olay:

8. Hastalık başladıktan sonra şikayetleri alevlendiren olaylar oldu mu? 1) Evet () 2) Hayır

Alevlendiren stresör olaylar:

9. Hastalık başladığından beri şikayetlerin en kötü olduğu zaman ne zamandı?

9a. Bir yıldan fazlaysa geçen yıl içinde en kötü ne zaman hissettiniz?

10. Bu sorunlarınız için ilk defa ne zaman doktora başvurduunuz?

11. Ne gibi tedaviler aldınız, hangi ilaçları kullandınız?

12. En son aldığı tedavi:

13. Daha önce hiç psikiyatri hastanesinde yattınız mı? 1) Evet 2) Hayır

Yer/tarih:

13a. Kaç kez hastanede yattınız?:

13b. Ne kadar süreyle yattınız?:

13c. Niçin yattınız?

14. Suicid öyküsü: 1) Yok 2) Var ()

15. Şiddet öyküsü: 1) Yok 2) Var ()

16. Adli öykü: 1) Yok 2) Var ()

17. Tıbbi rahatsızlık nedeniyle hastanede yattınız mı? 1) Evet () 2) Hayır
- 17a. Tıbbi hastalık öyküsü:
- 17b. Tıbbi hastalık süresi:
- 17c. Tıbbi hastalık için düzenli kullandığı ilaç (miktar-süre):
18. Alışkanlıklar:
- a) Sigara ()
- b) Alkol ()
- c) Diğer ()
19. Geçen ay içinde alkol aldınız mı? (ne kadar) 1) Evet () 2) Hayır
20. Geçen ay içinde uyuşturucu madde kullandınız mı? 1) Evet () 2) Hayır

SOYGEÇMİŞ

1. Ailede Tıbbi Hastalık Öyküsü: 1) Yok 2) Var ()
2. Ailede Psikiyatrik Hastalık Öyküsü: 1) Yok 2) Var ()
3. Ailede Suicid Öyküsü: 1) Yok 2) Var ()
4. Ailede Alkol-Madde Kullanım Öyküsü: 1) Yok 2) Var ()

İŞLEVSELLİK:

1. Boş zamanlarınızı nasıl ve kimlerle geçirirsiniz?

YAŞAM TABLOSU

Yaş (tarih)	Semptomlar, tetikleyici olaylar	Tedavi
.....		
.....		
.....		
.....		
.....		
.....		
.....		
.....		

GÖZDEN GEÇİRME TANILARI:

Şu anki en olası tanı:

Dışlanması gereken tanılar:

SCID:

MAJÖR DEPRESİF EPİZOT ÖLÇÜTLERİ:

A1:

A2:

A3:

A4:

A5:

A6:

A7:

A8:

A9:

A10:

A11:

A12:

A13:

A14:

A15: Majör depresif epizot sayısı:

Epizodun başlangıcı:

Şu anda:

Geçmişte:

Geçmişte ise sonlanmış:

MANİK EPİZOT ÖLÇÜTLERİ:

A16:

A17:

A18:

A19:

A20:

A21:

A22:

A23:

A24:

A25:

A26:

A27:

A28:

A29: Manik epizot sayısı:

Epizodun başlangıcı:

Şu anda:

Geçmişte:

Geçmişte ise sonlanmış:

HİPOMANİK EPİZOT TANI ÖLÇÜTLERİ:

A30:

A31:

A32:

A33:

A34:

A35:

A36:

A37:

A38:

A39:

A40:

A41:

A42:

A43:

A44: Hipomanik epizot sayısı:

Epizodun başlangıcı:

Şu anda:

Geçmişte:

Geçmişte ise sonlanış:

DİSTİMİK BOZUKLUK TANI ÖLÇÜTLERİ:

A45:

A46:

A47:

A48:

A49:

A50:

A51:

A52:

A53:

A54: O sıradaki distimik bozukluk başlama yaşı:

A55:

A56:

A57:

A58:

A59:

A60:

GENEL TIBBİ DURUMA BAĞLI DUYGUDURUM BOZUKLUĞU TANI ÖLÇÜTLERİ:

A61:

A62:

A63:

A64:

MADDE KULLANIMININ YOL AÇTIĞI DUYGUDURUM BOZUKLUĞU TANI ÖLÇÜTLERİ:

A65:

A66:

A67:

A68:

A69:

PSİKOTİK VE EŞLİK EDEN SEMPTOMLAR:

Semptomların tipi	Gidiş	Başlangıç	Sonlanış	Geçen ay olup olmadığı
B1:				
B2:				
B3:				
B4:				
B5:				
B6:				
B7:				
B8:				
B9:				
B10:				
B11:				
B12:				
B13:				
B14:				

PSİKOTİK BOZUKLUKLARIN AYIRICI TANISI

C1:

ŞİZOFRENİ TANI ÖLÇÜTLERİ

C2:

C3:

C4:

C5:

C6:

C7:

C8:

C9:

C10:

C11:

C12:

ŞİZOFRENİFORM BOZUKLUK TANI ÖLÇÜTLERİ

C13:

C14:

C15:

ŞİZOAFFEKTİF BOZUKLUK TANI ÖLÇÜTLERİ:

C16:

C17:

C18:

C19:

C20:

SANRISAL BOZUKLUK TANI ÖLÇÜTLERİ:

C21:

C22:

C23:

C24:

C25:

C26:

KISA PSİKOTİK BOZUKLUK TANI ÖLÇÜTLERİ:

C27:

C28:

C29:

C30:

C31:

GENEL TIBBİ DURUMA BAĞLI PSİKOTİK BOZUKLUĞUN TANI ÖLÇÜTLERİ:

C32:

C33:

C34:

MADDE KULLANIMININ YOL AÇTIĞI PSİKOTİK BOZUKLUK TANI ÖLÇÜTLERİ:

C35:

C36:

C37:

C38

C39: BTA PSİKOTİK BOZUKLUK

DUYGUDURUM BOZUKLUKLARI

BİPOLAR BOZUKLUĞU TANI ÖLÇÜTLERİ:

D1:

D2:

D3:

D4:

D5:

D6:

D7:

D8:

D9:

DİĞER BİPOLAR BOZUKLUKLAR

D10:

D11:

D12:

MAJÖR DEPRESİF BOZUKLUK TANI ÖLÇÜTLERİ:

D13:

D14:

D15:

D16:

BTA DEPRESİF BOZUKLUK

D17:

D18:

D19:

ALKOL VE DİĞER MADDELERİN KULLANIM BOZUKLUKLARI

E1:

ALKOL KÖTÜYE KULLANIM TANI ÖLÇÜTLERİ:

E2:

E3:

E4:

E5:

E6:

ALKOL BAĞIMLILIĞI TANI ÖLÇÜTLERİ:

E7:

E8:

E9:

E10:

E11:

E12:

E13:

E14:

E15:

E16:

MADDE KULLANIM BOZUKLUKLARI- E17:

MADDE KÖTÜYE KULLANMA TANI ÖLÇÜTLERİ:

E18:

E19:

E20:

E21:

E22:

MADDE BAĞIMLILIĞI TANI ÖLÇÜTLERİ:

E23:

E24:

E25:

E26:

E27:

E28:

E29:

E30:

E31:

E32:

ANKSİYETE BOZUKLUKLARI:

PANİK BOZUKLUĞU TANI ÖLÇÜTLERİ:

F1:

F2:

F3:

F4:

F5:

F6:

F7:

F8:

F9:

F10:

F11:

F12:

F13:

F14:

F15:

F16:

F17:

F18:

F19:

F20:

F21:
F22:
F23:
F24:
F25:
F26:
F27:
F28:
F29:
F30:
F31:
F32:
F33:
F34:
F35:
F36:
F37:
F38:
F39:
F40:
F41:
F42:
F43:
F44:
F45:
F46:
F47:
F48:
F49:
F50:
F51:
F52:
F53:
F54:
F55:
F56:
F57:
F58:
F59:
F60:
F61:
F62:
F63:
F64:
F65:
F66:
F67:
F68:
F69:
F70:
F71:
F72:
F73:

OKB TANI ÖLÇÜTLERİ:

TSSB TANI ÖLÇÜTLERİ:

F39. Travmatik yaşam olayları listesi:

Tarih

Yaş

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

DİĞER ANKSİYETE BOZUKLUKLARI:

BTA ANKSİYETE BOZUKLUKLARI:

SOMATOFORM BOZUKLUKLAR:

F74:

YEME BOZUKLUKLARI:

F75:

F76:

UYUM BOZUKLUKLARI TANI ÖLÇÜTLERİ:

F77:

F78:

F79:

F80:

F81:

F82:

GENEL TIBBİ DURUMA BAĞLI ANKSİYETE BOZUKLUKLARI TANI ÖLÇÜTLERİ:

F83:

F84:

F85:

F86:

MADDE KULLANIMININ YOL AÇTIĞI ANKSİYETE BOZUKLUĞU TANI ÖLÇÜTLERİ:

F87:

F88:

F89:

F90:

F91:

SCID SONUCU

DUYGUDURUM BOZUKLUKLARI

Şu anda	Yaşam Boyu	BP-I
☐	☐	296.40 BP-I, en son epizot hipomanik
☐	☐	296.0x BP-I, tek manik epizot
☐	☐	296.4x BP-I, en son epizot manik
☐	☐	296.6x BP-I, en son epizot mikst
		296.5x BP-I, en son epizot depresif
		<i>belirleyici, beşinci basamakta gösteriniz</i>
		1 - hafif
		2- orta
		3- psikotik özellikleri olmayan ağır
		4- psikotik özellikleri olan ağır
		5- kısmi remisyonda
		6- tam remisyonda
		0- belirlenmemiş
		296.7 BP-I, en son epizod belirlenmemiş
☐	☐	296.89 BP-II
		- hipomanik
		- depresif
☐	☐	301.3 Siklotimik bozukluk
☐	☐	296.80 BTA Bipolar Bozukluk
☐	☐	296.2x Majör Depresif Bozukluk, tek epizot
☐	☐	296.3x Majör depresif bozukluk, rekürren
		<i>belirleyici, beşinci basamakta gösteriniz</i>
		1-hafif
		2- orta
		3- psikotik özellikleri olmayan ağır,
		4- psikotik özellikleri olan ağır
		5- kısmi remisyonda

6- tam remisyonda
0- belirlenmemiş

Şu anda Yaşam boyu

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|---|
| ☐ | ☐ | 300.4 Distimik Bozukluk |
| ☐ | ☐ | 311 BTA Depresif Bozukluk |
| ☐ | ☐ | 293.83 GTDB Duygudurum Bozukluğu
Genel tıbbi durumu belirtiniz:.....
<i>belirleyiciyi gösteriniz</i>
- majör depresif benzeri epizot
- diğer depresif sendromlar
- manik
- mikst |
| ☐ | ☐ | 291.8 Alkol kullanımının yol açtığı duygudurum bozukluğu
<i>belirleyiciyi gösteriniz</i>
- depresif
- manik
- mikst |
| ☐ | ☐ | 292.84 Diğer bir maddenin yol açtığı duygudurum bozukluğu
Maddeyi belirtiniz:.....
<i>belirleyiciyi gösteriniz</i>
- depresif
- manik
- mikst |

ŞİZOFRENİ VE DİĞER PSİKOTİK BOZUKLUKLAR

Şu anda Yaşam boyu

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|---|
| ☐ | ☐ | Şizofreni
<i>belirleyiciyi gösteriniz</i>
- 295.30 paranoid tip
- 295.20 katatonik tip
- 295.10 dezorganize tip
- 295.90 belirlenmemiş tip
- 295.60 rezidüel tip |
| ☐ | ☐ | 295.40 Şizofreniform bozukluk |
| ☐ | ☐ | 295.70 Şizoaffektif bozukluk |
| ☐ | ☐ | 297.1 Sanrısız bozukluk |
| ☐ | ☐ | 298.8 Kısa psikotik bozukluk |
| ☐ | ☐ | 293.81 GTDB psikotik bozukluk, hezeyanlarla giden
Genel tıbbi durumu belirtiniz:..... |
| ☐ | ☐ | 293.82 GTDB psikotik bozukluk, hallüsinasyonlarla giden
Genel tıbbi durumu belirtiniz:..... |
| ☐ | ☐ | 291.5 Alkol kullanımına bağlı psikotik bozukluk, hezeyanlarla giden |
| ☐ | ☐ | 291.3 Alkol kullanımına bağlı psikotik bozukluk, halüsinasyonlarla giden |
| ☐ | ☐ | 292.11 Maddeye bağlı psikotik bozukluk, hezeyanlarla giden
Maddeyi belirtiniz:..... |
| ☐ | ☐ | 292.12 Maddeye bağlı psikotik bozukluk, halüsinasyonlarla giden
Maddeyi belirtiniz:..... |
| ☐ | ☐ | 298.9 BTA Psikotik Bozukluk |

ALKOL- MADDE KULLANIMI İLE İLİŞKİLİ BOZUKUKLAR

Şu anda Yaşam boyu

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------------------|
| ☐ | ☐ | 303.90 Alkol bağımlılığı |
| ☐ | ☐ | 305.00 Alkol kötüye kullanımı |
| ☐ | ☐ | 304.9 Amfetamin bağımlılığı |

☐	☐	304.30 Kannabis bağımlılığı
Şu anda	Yaşam boyu	
☐	☐	304.20 Kokain bağımlılığı
☐	☐	304.50 Hallüsinojen bağımlılığı
☐	☐	304.60 Inhalan bağımlılığı
☐	☐	304.00 Opiat bağımlılığı
☐	☐	304.60 Fensiklidin bağımlılığı
☐	☐	304.10 Sedatif-hipnotik ve anksiyolitik bağımlılığı
☐	☐	304.90 Diğer (ya da bilinmeyen) maddelerin bağımlılığı
☐	☐	305.70 Amfetamin kötüye kullanımı
☐	☐	305.20 Kannabis kötüye kullanımı
☐	☐	305.60 Kokain kötüye kullanımı
☐	☐	305.30 Hallüsinojen kötüye kullanımı
☐	☐	305.90 Inhalan kötüye kullanımı
☐	☐	305.50 Opiat kötüye kullanımı
☐	☐	305.90 Fensiklidin kötüye kullanımı
☐	☐	305.40 Sedatif-hipnotik ve anksiyolitik kötüye kullanımı
☐	☐	305.90 Diğer (ya da bilinmeyen) maddelerin kötüye kullanımı

ANKSİYETE BOZUKLUKLARI

Şu anda	Yaşam boyu	
☐	☐	300.21 Agorafobi ile birlikte panik bozukluğu
☐	☐	300.01 Agorafobi olmadan panik bozukluğu
☐	☐	300.03 Obsesif- kompulsif bozukluk
☐	☐	309.81 Travma sonrası stres bozukluğu
☐	☐	300.0 BTA Anksiyete bozukluğu
☐	☐	293.84 GTDB Anksiyete bozukluğu
		Genel tıbbi durumu belirtiniz.....
		<i>belirleyiciyi gösteriniz</i>
		- yaygın anksiyete ile birlikte
		- panik ataklarıyla birlikte
		- obsesif kompulsif semptomlarla birlikte
☐	☐	Alkol kullanımının yol açtığı anksiyete bozukluğu
		<i>belirleyiciyi gösteriniz</i>
		- yaygın anksiyete gösteren
		- panik atakları gösteren
		- obsesif kompulsif semptomlar gösteren
		- fobik semptomlar gösteren
☐	☐	292.89 Maddeye bağlı anksiyete bozukluğu
		Maddeyi belirtiniz.....
		<i>belirleyiciyi gösteriniz</i>
		- yaygın anksiyete gösteren
		- panik atakları gösteren
		- obsesif kompulsif semptomlar gösteren
		- fobik semptomlar gösteren
☐	☐	300.22 Panik bozukluğu öyküsü olmadan agorafobi
☐	☐	300.23 Sosyal Fobi
☐	☐	300.29 Özgül fobi
☐	☐	300.02 Yaygın anksiyete bozukluğu

SOMATOFORM BOZUKLUKLAR**Şu anda Yaşam boyu**

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|---|
| ☐ | ☐ | 300.81 Somatizasyon Bozukluğu |
| ☐ | ☐ | 300.82 Farklılaşmamış somatoform bozukluk |
| ☐ | ☐ | 300.7 Hipokondriazis |
| ☐ | ☐ | 300.7 Vücut dismorfik bozukluğu |

YEME BOZUKLUKLARI**Şu anda Yaşam boyu**

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|-------------------------|
| ☐ | ☐ | 307.1 Anoreksia Nervosa |
| ☐ | ☐ | 307.51 Bulimia Nervosa |

UYUM BOZUKLUKLARI**Şu anda Yaşam boyu**

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|--|
| ☐ | ☐ | 309.0 Depresif duygudurum ile giden uyum bozukluğu |
| ☐ | ☐ | 309.24 Anksiyete ile giden uyum bozukluğu |
| ☐ | ☐ | 309.28 Karışık anksiyete ve depresif duygudurum ile giden uyum bozukluğu |
| ☐ | ☐ | 309.3 Davranım bozukluğu ile giden uyum bozukluğu |
| ☐ | ☐ | 309.4 Karışık duygu ve davranım bozukluğu ile giden uyum bozukluğu |
| ☐ | ☐ | 309.9 Belirlenmemiş uyum bozukluğu |

DiĞER DSM V EKSEN I BOZUKLUKLARI**Şu anda Yaşam boyu**

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|------------------------|
| ☐ | ☐ | Kodu ve tanıyı yazınız |
| ☐ | ☐ | Kodu ve tanıyı yazınız |
| ☐ | ☐ | Kodu ve tanıyı yazınız |

DSM IV EKSEN IV PSKOSOSYAL VE ÇEVRESEL SORUNLAR LİSTESİ

- ☐ Birinci destek grubuyla ilgili sorunlar (belirtiniz):
- ☐ Toplumsal çevre ile ilişkili sorunlar (belirtiniz):
- ☐ Eğitim ile ilgili sorunlar (belirtiniz):
- ☐ Mesleki sorunlar (belirtiniz):
- ☐ Evle ilgili sorunlar (belirtiniz):
- ☐ Ekonomik sorunlar (belirtiniz):
- ☐ Sağlık birimlerine ulaşmakla ilgili sorunlar (belirtiniz):
- ☐ Yasal sistele etkileşimle ilgili sorunlar/ suçlar (belirtiniz):
- ☐ Psikososyal ve çevresel diğer sorunlar (belirtiniz):

SCID SONUCU:**Eksen 1:****Eksen 2:****Eksen 3:****Eksen 4:****Eksen 5:****CGI:****IGD:**

1. Normal, hasta değil
2. Hastalık sınırında
3. Hafif düzeyde hasta
4. Orta düzeyde hasta
5. Belirgin düzeyde hasta
6. Ağır hasta
7. Çok ağır hasta

7.2 Klinik ve Laboratuvar Veri Formu

1) Akne yakınması: 0-Yok 1-Var

2) Hirsutizm: 0-Yok 1-Var

FGS:

3) Polikistik over sendromu tanısı varsa ne kadar süredir var?

4) 1-6 aydan az 2-6ay-1yil arasi 3-1yil-5yil arasi 4-5yildan fazla

5) Polikistik over sendromu ile ilgili ilaç kullanıyor musunuz? 0-hayir 1-evet

6) Polikistik over sendromu ile ilgili kullandığınız ilaçlar:

7) İnfertilite öyküsü 0-hayir 1-evet

8) İnfertilite tedavi öyküsü 0-hayir 1-evet

9) Boy : kilo: BMI:

İnsülin: Akş: HOMA-IR:

DHEASO4: Total estesteron: 17-OH-progesteron:

FSH: LH: LH/FSH:

Prolaktin:

7.3 Barratt Dürtüsellik Ölçeği

Lütfen her bir cümleyi okuyunuz ve ifadelerin size ne kadar uygun olduğunu, lütfen sağ tarafta yer alan numaraların üzerine (X) koyarak belirtiniz. Cevaplamak için çok zaman ayırmayınız. Hızlı bir şekilde cevaplayınız.

		Nadiren/ Hiçbir zaman	Bazen	Sıklıkla	Her zaman
1	İşlerimi dikkatle planlarım.	1	2	3	4
2	Düşünmeden iş yaparım.	1	2	3	4
3	Hızla karar veririm.	1	2	3	4
4	Hiç bir şeyi dert etmem.	1	2	3	4
5	Dikkat etmem.	1	2	3	4
6	Uçuşan düşüncelerim var.	1	2	3	4
7	Seyahatlerimi çok önceden planlarım.	1	2	3	4
8	Kendimi kontrol edebilirim.	1	2	3	4
9	Kolayca konsantre olurum.	1	2	3	4
10	Düzenli para biriktiririm.	1	2	3	4
11	Derslerde veya oyunlarda yerimde duramam.	1	2	3	4
12	Dikkatli düşünen birisiyim.	1	2	3	4
13	İş güvenliğine dikkat ederim.	1	2	3	4
14	Düşünmeden bir şeyler söylerim.	1	2	3	4
15	Karmaşık problemler üzerinde düşünmeyi severim.	1	2	3	4
16	Sık sık iş değiştiririm.	1	2	3	4
17	Düşünmeden hareket ederim.	1	2	3	4
18	Zor problemler çözmem gerektiğinde kolayca sıkılırım.	1	2	3	4
19	Aklıma estiği gibi hareket ederim.	1	2	3	4
20	Düşünerek hareket ederim.	1	2	3	4
21	Sıklıkla evimi değiştiririm.	1	2	3	4
22	Düşünmeden alışveriş yaparım.	1	2	3	4
23	Aynı anda sadece bir tek şey düşünebilirim.	1	2	3	4

24	Hobilerimi değiştiririm.	1	2	3	4
25	Kazandığımdan daha fazla harcarım.	1	2	3	4
26	Düşünürken sıklıkla zihnimde konuyla ilgisiz düşünceler oluşur.	1	2	3	4
27	şu an ile gelecekten daha fazla ilgilenirim.	1	2	3	4
28	Derslerde veya sinemada rahat oturamam.	1	2	3	4
29	Yap-boz/ puzzle çözmeyi severim.	1	2	3	4
30	Geleceğini düşünen birisiyim.	1	2	3	4



7.4 Beck Depresyon Ölçeği

Beck Depresyon Ölçeği

Hastanın Soyadı, Adı:.....

Tarih:.....

Bu form son bir (1) hafta içerisinde kendinizi nasıl hissettiğinizi araştırmaya yönelik 21 maddeden oluşmaktadır. Her maddenin karşısındaki dört cevabı dikkatlice okuduktan sonra, size en çok uyan, yani sizin durumunuzu en iyi anlatanı işaretlemeniz gerekmektedir.

- | | |
|--|---|
| 1 (0) Üzgün ve sıkıntılı değilim.
(1) Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.
(2) Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.
(3) O kadar üzgün ve sıkıntılıyım ki, artık dayanamıyorum. | 12 (0) Karar verirken eskisinden fazla güçlük çekmiyorum.
(1) Eskiden olduğu kadar kolay karar vermiyorum.
(2) Eskiye kıyasla karar vermekte çok güçlük çekiyorum.
(3) Artık hiçbir konuda karar vermiyorum. |
| 2 (0) Gelecek hakkında umutsuz ve karamsar değilim.
(1) Gelecek için karamsarım.
(2) Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
(3) Gelecek hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor. | 13 (0) Her zamankinden farklı göründüğümü sanmıyorum.
(1) Aynada kendime her zamankinden kötü görünüyorum.
(2) Aynaya baktığımda kendimi yaşlanmış ve çirkinleşmiş buluyorum.
(3) Kendimi çok çirkin buluyorum. |
| 3 (0) Kendimi başarısız biri olarak görmüyorum.
(1) Başkalarından daha başarısız olduğumu hissediyorum.
(2) Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğumu görüyorum.
(3) Kendimi tümüyle başarısız bir insan olarak görüyorum. | 14 (0) Eskisi kadar iyi iş gücü yapabiliyorum.
(1) Her zaman yaptığım işler şimdi gözümde büyüyor.
(2) Ufacık bir işi bile kendimi çok zorlayarak yapabiliyorum.
(3) Artık hiçbir iş yapamıyorum. |
| 4 (0) Herşeyden eskisi kadar zevk alıyorum.
(1) Birçok şeyden eskiden olduğu gibi zevk alamıyorum.
(2) Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
(3) Herşeyden sıkılıyorum. | 15 (0) Uykum her zamanki gibi.
(1) Eskisi gibi uyuyamıyorum.
(2) Her zamankinden 1-2 saat önce uyanıyorum ve kolay kolay tekrar uykuya dalamıyorum.
(3) Sabahları çok erken uyanıyorum ve bir daha uyuyamıyorum. |
| 5 (0) Kendimi herhangi bir biçimde suçlu hissetmiyorum.
(1) Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
(2) Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
(3) Kendimi her zaman suçlu hissediyorum. | 16 (0) Kendimi her zamankinden yorgun hissetmiyorum.
(1) Eskiye oranla daha çabuk yoruluyorum.
(2) Her şey beni yoruyor.
(3) Kendimi hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun ve bitkin hissediyorum. |
| 6 (0) Kendimden memnunum.
(1) Kendimden pek memnun değilim.
(2) Kendime kızgıyım.
(3) Kendimden nefrete ediyorum. | 17 (0) İştahım her zamanki gibi.
(1) Eskisinden daha iştahsızım.
(2) İştahım çok azaldı.
(3) Hiçbir şey yiyemiyorum. |
| 7 (0) Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.
(1) Hatalarım ve zayıf taraflarım olduğumu düşünmüyorum.
(2) Hatalarımdan dolayı kendimden utanıyorum.
(3) Herşeyi yanlış yapıyormuşum gibi geliyor ve hep kendimi kabahat buluyorum. | 18 (0) Son zamanlarda zayıflamadım.
(1) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 2 Kg verdim.
(2) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 4 Kg verdim.
(3) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 6 Kg verdim. |
| 8 (0) Kendimi öldürmek gibi düşüncülerim yok.
(1) Kimi zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm oluyor ama yapmıyorum.
(2) Kendimi öldürmek isterdim.
(3) Fırsatını bulsam kendimi öldürürüm. | 19 (0) Sağlığım ile ilgili kaygılarım yok.
(1) Ağrılar, mide sancıları, kabızlık gibi şikayetlerim oluyor ve bunlar beni tasalandırıyor.
(2) Sağlığımın bozulmasından çok kaygılanıyorum ve kafama başka şeylere vermekte zorlanıyorum.
(3) Sağlık durumum kafama o kadar takılıyor ki, başka hiçbir şey düşünemiyorum. |
| 9 (0) İçimden ağlamak geldiği pek olmuyor.
(1) Zaman zaman içimden ağlamak geliyor.
(2) Çoğu zaman ağlıyorum.
(3) Eskiden ağlayabiliirdim ama şimdi istesem de ağlayamıyorum. | 20 (0) Sekse karşı ilimde herhangi bir değişiklik yok.
(1) Eskisine oranla sekse ilim az.
(2) Cinsel isteğim çok azaldı.
(3) Hiç cinsel istek duymuyorum. |
| 10 (0) Her zaman olduğumdan daha canı sıkın ve sinirli değilim.
(1) Eskisine oranla daha kolay canım sıkılıyor ve kızıyorum.
(2) Herşey canımı sıkıyor ve kendimi hep sinirli hissediyorum.
(3) Canımı sıkın şeylere bile artık kızamıyorum. | 21 (0) Cezalandırılması gereken şeyler yapığımı sanmıyorum.
(1) Yaptıklarımın dolayı cezalandırılabilceğimi düşünüyorum.
(2) Cezamı çekmeyi bekliyorum.
(3) sanki cezamı bulmuşum gibi geliyor. |
| 11 (0) Başkalarıyla görüşme, konuşma isteğimi kaybetmedim.
(1) Eskisi kadar insanlarla birlikte olmak istemiyorum.
(2) Birileriyle görüşüp konuşmak hiç içimden gelmiyor.
(3) Artık çevremde hiçkimseyi istemiyorum. | |

Toplam BECK-D skoru:.....

7.5 Beck Anksiyete Ölçeği

Beck Anksiyete Ölçeği

Hastanın Soyadı, Adı:.....

Tarih:.....

Aşağıda insanların kaygılı ya da endişeli oldukları zamanlarda yaşadıkları bazı belirtiler verilmiştir. Lütfen her maddeyi dikkatle okuyunuz. Daha sonra, her maddedeki belirtinin BUGÜN DAHİL SON BİR (1) HAFTADIR sizi ne kadar rahatsız ettiğini yandakine uygun yere (x) işareti koyarak belirleyiniz.

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

Toplam BECK-A skoru:.....

7.6 Scid-II Kişilik Envanteri

AŞAĞIDA SİZİN KİŞİLİĞİNİZ VE KARAKTERİNİZLE İLGİLİ SORULAR VARDIR. AMACIMIZ SİZİN NASIL BİR İNSAN OLDUĞUNUZU, HUYUNUZU VE GENELDE NASIL DAVRANDIĞINIZI ANLAMAKTIR. LÜTFEN SORULARI DİKKATLE OKUYUP, YERİNE GÖRE ‘EVET’ VEYA ‘HAYIR’ CEVAPLARINDAN BİRİNİ İŞARETLEYİN. TÜM SORULARI İÇTENLİKLE CEVAPLANDIRMAYA ÇALIŞIN. EĞER ANLAMADIĞINIZ BİR SORU OLURSA BOŞ BIRAKIN.

1.	Başkalarının sizi eleştirmesi, sözlerinizi veya davranışlarınızı onaylamaması sizi incitir mi?	☐ E ☐ H
2.	Ailenizin dışında, kendinizi gerçekten yakın hissettiğiniz hiç kimsenin olmadığı duygusuna kapılır mısınız?	☐ E ☐ H
3.	Gerçekten istendiğinizden emin olmadıkça, insanlara yaklaşımdan kaçınır mısınız?	☐ E ☐ H
4.	İnsanlarla çok yakın olmanızı gerektiren durumlardan kaçır mısınız?	☐ E ☐ H
5.	Topluluk içindeyken, yanlış bir şey söylemek, ya da cevap verememek korkusu ile konuşmadığınız olur mu?	☐ E ☐ H
6.	Başkalarının gözünün önünde kızarmak, ağlamak ya da sinirli görünmekten korkar mısınız?	☐ E ☐ H
7.	Başkalarına kolay gelen bir şey size zor ya da tehlikeli gelir mi?	☐ E ☐ H
8.	Günlük işlerinizi yaparken sık sık başkalarına danışma ihtiyacı duyar mısınız?	☐ E ☐ H
9.	Sizinle ilgili konularda kararları başkalarının mı vermesini istersiniz?	☐ E ☐ H
10.	Yanıldıklarını düşünseniz bile, başkalarının fikrine karşı çıkmaktan korkar mısınız?	☐ E ☐ H
11.	Bir işi tek başınıza yapmak size zor gelir mi?	☐ E ☐ H
12.	İnsanlara kendinizi kabul ettirmek için, kimsenin yapmak istemediği işleri üstlenir misiniz?	☐ E ☐ H
13.	Yalnız kalmaktan rahatsız olur musunuz?	☐ E ☐ H
14.	Bir yakınınızdan temelli ayrıldığınızda kendinizi çok kötü hisseder misiniz?	☐ E ☐ H
15.	Terk edilmekten veya yalnız kalmaktan çok korkar mısınız?	☐ E ☐ H
16.	İşlerinizi en mükemmel şekilde yapmaya çalışırken, çok zaman kaybeder misiniz? (Bu nedenle geç kaldığınız ya da işinizi bitiremediğiniz olur mu?)	☐ E ☐ H
17.	İşleri sıralı ve düzenli yapmaya önem verir misiniz?	☐ E ☐ H
18.	Ayrıntıların da önemli olduğuna inanır mısınız?	☐ E ☐ H
19.	Başkalarının, işleri aynen söylediğiniz gibi yapmaları için ısrar eder misiniz?	☐ E ☐ H
20.	Sizden başkasının doğru yapamayacağını düşündüğünüz için, işleri başkasına bırakmaktan kaçınır mısınız?	☐ E ☐ H
21.	Çalışmaya düşkünlüğünüz nedeniyle, arkadaşlarınıza, ailenize ya da eğlenmeye zaman ayıramadığınız olur mu?	☐ E ☐ H
22.	Karar vermekte zorlanır mısınız? Örneğin, işleri hangi sırayla yapacağınıza karar veremediğiniz olur mu?	☐ E ☐ H
23.	Sık sık, uygunsuz bir şey yapmış olabileceğinizi düşünüp endişelenir misiniz?	☐ E ☐ H
24.	Çevrenizde toplum kurallarına uymayanlara kızır mısınız?	☐ E ☐ H
25.	İnsanlara yakınlık göstermekte zorlanır mısınız?	☐ E ☐ H
26.	İnsanlara bir şey vermek ya da zaman ayırmak size zor gelir mi? Başkaları sizi eli sıkı mı bulur?	☐ E ☐ H
27.	Eski, artık kullanmadığınız eşyaları atmakta zorlanır mısınız?	☐ E ☐ H
28.	İşlerinizi son ana kadar ertelediğiniz ve bu nedenle zamanında bitiremediğiniz olur mu?	☐ E ☐ H
29.	Sevmediğiniz, istemediğiniz bir işi yapmanız istendiğinde sinirlenir ya da bozulur musunuz?	☐ E ☐ H
30.	Bazı insanlar, istemedikleri bir işi yapmaları beklendiğinde ağırdan alır ya da iyi yapmazlar. Sizin de böyle davrandığınız olur mu?	☐ E ☐ H
31.	İnsanlar sizden sık sık aşırı isteklerde bulunurlar mı?	☐ E ☐ H
32.	Aslında yapmak istemediğiniz işleri kolay unutur musunuz?	☐ E ☐ H

33.	Başkalarının düşündüğünün aksine, görevlerinizi ve size düşen sorumlulukları iyi yaptığınıza inanır mısınız?	☐ E ☐ H
34.	Yapacağınız iş konusunda başkalarının size akıl öğretmesine kızar mısınız?	☐ E ☐ H

35.	İnsanlar, üzerinize düşeni yapmayarak onları engellediğinizden yakınır mı?	☐ E ☐ H
36.	Amirleriniz genellikle sizden daha yetersiz ve beceriksiz midir?	☐ E ☐ H
37.	Arkadaşlarınız veya sevdikleriniz size genellikle kötü davranan ya da sizden faydalanan kişiler midir?	☐ E ☐ H
38.	Genelde hayal kırıklıklarını ve üzücü olayları siz mi davet edersiniz?	☐ E ☐ H
39.	Başkalarının yardımını sık sık geri çevirir misiniz?	☐ E ☐ H
40.	Başkaları size, genellikle ihtiyacınız olmayan konularda mı yardım teklif ederler?	☐ E ☐ H
41.	Bir başarı karşısında, bunu hak etmediğinizi düşünerek suçluluk duyar mısınız? Bu yüzden başarınızı baltalamak ister misiniz?	☐ E ☐ H
42.	Söylediğiniz ya da yaptığınız bir şeyin başkalarını kızdırdığını görüp şaşırdığınız ya da bozulduğunuz oldu mu?	☐ E ☐ H
43.	Eğlenmeye pek fırsat bulamadığınız ya da eğlence fırsatlarını kaçırdığınız olur mu?	☐ E ☐ H
44.	Eğlenceli ortamda bir kendinizi neşeli hissetmediğiniz, eğlenmeye çalışmanıza rağmen eğlenemediğiniz olur mu?	☐ E ☐ H
45.	Başarılı olmak ya da istediğinizi elde etmek için yapmanız gerekenleri genellikle ihmal eder misiniz?	☐ E ☐ H
46.	Başkalarının işine yardım ettiğiniz halde, kendi işinizi ihmal ettiğiniz olur mu?	☐ E ☐ H
47.	Size iyi davranan insanları sıkıcı, kötü davrananları ise yakın bulduğunuz olur mu?	☐ E ☐ H
48.	Kendinizden çok, başkalarının yararına olacak şeyler mi yaparsınız?	☐ E ☐ H
49.	Başka insanlara istemedikleri halde yardım etmeye çalışır mısınız?	☐ E ☐ H
50.	Eğer dikkat etmezseniz insanların sizi kullanacağını ya da zarar vereceğini düşünür müsünüz?	☐ E ☐ H
51.	Arkadaşlarınızın sadakat ve güvenilirliğinden zaman zaman kuşkuya düştüğünüz olur mu?	☐ E ☐ H
52.	İnsanların söylediği ya da yaptığı şeylerdeki gizli ima ve tehlikeleri sezer misiniz?	☐ E ☐ H
53.	Sizi kızdıran ya da kötülük eden insanları zor mu affedersiniz?	☐ E ☐ H
54.	Başkalarının sizin hakkınızda bir şeyler bilmesinden tedirgin olur musunuz?	☐ E ☐ H
55.	Alıngan bir insan sayılır mısınız?	☐ E ☐ H
56.	Kıskanç bir insan sayılır mısınız?	☐ E ☐ H
57.	Eşinizin (ya da sevgilinizin) sizi aldattığından kuşkulandığınız oldu mu?	☐ E ☐ H
58.	Aralarında konuşan insanlar gördüğünüzde, “acaba benim hakkımda mı konuşuyorlar?” diye düşündüğünüz oldu mu?	☐ E ☐ H
59.	İlgisiz gibi görünen bazı olay ya da durumların, özellikle sizinle ilgili olduğu duygusuna hiç kapıldınız mı?	☐ E ☐ H
60.	Bir toplantıda tanımadığınız birkaç kişinin olması, sizi rahatsız eder mi?	☐ E ☐ H
61.	Hiç olağan dışı (ya da doğa üstü) olaylara tanık oldunuz mu?	☐ E ☐ H
62.	Büyüye, ruhlara ya da altıncı hisse inanır mısınız?	☐ E ☐ H
63.	Eşyaları, gölgeleri ya da sesleri başka şeylerle karıştırdığınız oldu mu?	☐ E ☐ H
64.	Kimseyi göremesenez bile, etrafınızda bir şeyin ya da kişinin varlığını hissettiğiniz oldu mu?	☐ E ☐ H
65.	Hiç, bir insanın yüzünün ya da aynaya bakarken kendi yüzünüzün değiştiğini gördünüz mü?	☐ E ☐ H
66.	İnsanlara yakın olmaktan sıkılır mısınız? Örneğin, ailenizin ya da arkadaşlarınızın yanında değişken daha mı rahat olursunuz?	☐ E ☐ H
67.	Başkaları ile birlikte çalışmaktansa, işlerinizi yalnız yapmayı tercih eder misiniz?	☐ E ☐ H
68.	Hiçbir zaman çok kızmayan ya da çok neşelenmeyen bir insan sayılır mısınız?	☐ E ☐ H
69.	Başka bir insanla cinsel ilişki kurmakta isteksiz misiniz?	☐ E ☐ H
70.	Başkalarının hakkınızda söylediklerine (iyi ya da kötü) aldırmanın, önem vermeyen biri misiniz?	☐ E ☐ H

71.	Başkalarının sizi övmesi, beğenmesi ya da yaptıklarınızı onaylaması çok hoşunuza gider mi?	☐ E ☐ H
72.	Karşı cinsten insanlarla beraber olmak, konuşmak ya da şakalaşmaktan hoşlanır mısınız?	☐ E ☐ H
73.	Güzel görünmek sizin için önemli bir şey midir?	☐ E ☐ H
74.	Bazı insanların duyguları çok güçlüdür ve duygularını herkesin içinde gösterirler. Örneğin, fazla samimi olmadığı insanlara bile sarılabilir ya da kızınca bağırır çağırırlar. Siz de böyle biri	☐ E ☐ H

	misiniz?	
75.	İnsanların size bakması, sizinle ilgilenmesi hoşunuza gider mi?	☐ E ☐ H
76.	Olaylar ya da insanlar karşısında çabuk parlayıp, çabuk yatıştır mısınız?	☐ E ☐ H
77.	Duygularınız çabuk değişir mi? (Örneğin, ağlarken gülmeye başladığınız olur mu?)	☐ E ☐ H
78.	Sizce kendi ihtiyaçlarınız başkalarının isteklerinden önce mi gelir?	☐ E ☐ H
79.	Hiç, insanlar size, sadece kendinizle ilgilendiğinizi söylediler mi?	☐ E ☐ H
80.	Bir şey istediğinizde, fazla bekleyemez, bunun hemen olması için ısrar eder misiniz?	☐ E ☐ H
81.	İnsanlar sizi eleştirdiğinde çok bozulur ya da kırılır mısınız? Bunun, uzun süre etkisinde kalır mısınız?	☐ E ☐ H
82.	İnsanlardan istediklerinizi yapmalarını bekler misiniz? Bunun için başkalarını kullandığınız oldu mu?	☐ E ☐ H
83.	İnsanlardan yararlanmaya hakkınız olduğunu düşünür müsünüz?	☐ E ☐ H
84.	Başkalarınca anlaşılmayan bir takım yetenek ya da üstünlükleriniz var mı?	☐ E ☐ H
85.	Başkaları kendini beğenmiş bir insan olduğunuzu düşünür mü?	☐ E ☐ H
86.	Sorunlarınızın çok özel olduğunu, bu nedenle çok az kişinin sizi anlayabileceğini düşünür müsünüz?	☐ E ☐ H
87.	Çok başarılı, güçlü, ünlü, çekici ya da sevilen bir kişi olduğunuzu hayal eder misiniz?	☐ E ☐ H
88.	Bazı kuralların ya da yasakların size uygulanmaması gerektiğini düşünür müsünüz?	☐ E ☐ H
89.	İnsanların size dikkat etmesine ya da hayran olmasına önem verir misiniz?	☐ E ☐ H
90.	İnsanlar, onların duygularını anlayamadığınızdan ya da acılarına katılamadığınızdan şikayet ederler mi?	☐ E ☐ H
91.	İnsanların başarılarını ya da sahip oldukları şeyleri kıskanır mısınız?	☐ E ☐ H
92.	İnsanlara karşı olan duygularınızda sık değişimler olur mu?	☐ E ☐ H
93.	Hiç başınızı derde sokabilecek şeyler yaptığınız oldu mu?	☐ E ☐ H
94.	Hiç, daha yeni tanıştığınız biriyle yattığınız oldu mu?	☐ E ☐ H
95.	Hiç, fazla içki ya da uyuşturucu kullandığınız oldu mu?	☐ E ☐ H
96.	Hiç, tehlikeli araba kullandığınız oldu mu?	☐ E ☐ H
97.	Hiç, aşırı yemek yediğiniz oldu mu?	☐ E ☐ H
98.	Hiç, marketlerden ufak tefek bir şeyler aşırduğunuz oldu mu?	☐ E ☐ H
99.	Moraliniz sık bozulur mu? Örneğin, sık sık üzüntülü, sıkıntılı ya da sinirli dönemleriniz oldu mu?	☐ E ☐ H
100.	Hiç, kendinizi kaybedecek kadar öfkələndiğiniz oldu mu?	☐ E ☐ H
101.	Karşınızdakini dövecek ya da kavga edecek kadar kızar mısınız?	☐ E ☐ H
102.	Hiç, kendinizi öldürmeye ya da yaralamaya kalktınız mı? Ya da böyle bir şeye niyetlendiniz mi?	☐ E ☐ H
103.	Hiç, bilerek, kendinize zarar verebileceğiniz bir kazaya sebep oldunuz mu?	☐ E ☐ H
104.	Değişik yerlerde ya da değişik kişilerle beraberken kendinizi farklı biri gibi hissettiğiniz ve bu nedenle zaman zaman kim olduğunuzu bilemediğiniz oldu mu?	☐ E ☐ H

105 .	Geleceğiniz, iş planlarınız ya da hayattan ne istediğiniz konusunda karar veremediğiniz ya da ne istediğinizi bilmediğiniz oldu mu?	☐ E ☐ H
106 .	Ne gibi insanlarla arkadaşlık etmek istediğinizi bilemediğiniz duygusuna kapılır mısınız?	☐ E ☐ H
107 .	Hiç değer yargılarınız ya da inançlarınız konusunda kuşkuya düştüğünüz oldu mu?	☐ E ☐ H
108 .	Sık sık boşluk hissi ya da can sıkıntısı duyar mısınız?	☐ E ☐ H
109 .	Önem verdiğiniz birinin sizi terk edeceğinden korkar mısınız?	☐ E ☐ H

.		
BUNDAN SONRAKİ SORULAR 15 YAŞINDAN ÖNCEKİ HAYATINIZLA İLGİLİDİR		
110 .	15 yaşından önce, okuldan kaçır mıydınız?	☐ E ☐ H
111 .	Çocukken hiç evden kaçtınız mı?	☐ E ☐ H
112 .	Kavgacı bir çocuk muydunuz?	☐ E ☐ H
113 .	15 yaşından önce, kavgada alet kullanır mıydınız?	☐ E ☐ H
114 .	Hiç başka bir insanı sizle cinsel ilişkiye zorladınız mı?	☐ E ☐ H
115 .	Çocukken hayvanlara eziyet eder miydiniz?	☐ E ☐ H
116 .	Kavga dışında bilerek başka çocukların canını yakar mıydınız?	☐ E ☐ H
117 .	Hiç size ait olmayan şeylere tasarlayarak zarar verdiğiniz oldu mu?	☐ E ☐ H
118 .	Hiç yangın çıkardınız mı?	☐ E ☐ H
119 .	Çocukken yalan söyler miydiniz?	☐ E ☐ H
120 .	15 yaşından önce hırsızlık yaptınız mı?	☐ E ☐ H
121 .	15 yaşından önce yankesicilik yaptınız mı? Ya da adam soydunuz mu?	☐ E ☐ H

7.7 Vücut Algısı Ölçeği

Aşağıda çeşitli vücut özellikleri ve beğenip beğenmeme ifadeleri bulunmaktadır. Yapmanız gereken, bir vücut özelliğiniz hakkındaki görüşünüz hakkında size en uygun seçeneği işaretlemenizdir. Tüm maddeleri içtenlikle cevaplamanız önemlidir

	Çok Beğeniyorum	Oldukça Beğeniyorum	Kararsızım	Pek Beğenmiyorum	Hiç Beğenmiyorum
1.Saçlarım					
2.Yüzümün Rengi					
3.iştahım					
4.Ellerim					
5.Vücudumdaki Kıl Dağılımı					
6.Burnum					
7.Fiziksel Gücüm					
8.idrar-Dışkı Düzenim					
9.Kas Kuvvetim					
10. Belim					
11.Enerji Düzeyim					
12.Sırtım					
13.Kulaklarım					
14.Yaşım					
15.Çenem					
16.Vücut Yapım					
17.Profilim					
18.Boyum					
19.Duyularımın Keskinliği					
20.Ağrıya Dayanıklılığım					
21.Omuzlarımın Genişliği					
22.Kollarım					
23.Göğüslerim					
24.Gözlerimin şekli					
25.Sindirim Sistemim					
26.Kalçalarım					
27.Hastalığa Direncim					
28.Bacaklarım					
29.Dişlerimin şekli					
30.Cinsel Gücüm					
31.Ayaklarım					
32.Uyku Düzenim					
33.Sesim					
34.Sağlığım					
35.Cinsel Faaliyetlerim					
36.Dizlerim					
37.Vücudumun Duruş şekli					
38.Yüzümün şekli					
39. Kilom					
40. Cinsel Organlarım					

Bu anket sizin yeme alışkanlıklarınızla ilgilidir. Lütfen her bir soruyu dikkatlice okuyunuz ve size en uygun seçeneği işaretleyiniz. Tüm maddeleri içtenlikle cevaplamanız önemlidir

	Daima	Çok Sık	Sık Sık	Bazen	Nadiren	Hiçbir Zaman
1. Başkaları ile birlikte yemek yemekten hoşlanırım.						
2. Başkaları için yemek pişiririm fakat pişirdiğim yemeği						
3. Yemekten önce sıkıntılı olurum.						
4. Şişmanlıktan ödüm kopar.						
5. Acıktığımda yemek yememeye çalışırım.						
6. Aklım fikrim yemektir.						
7. Yemek yemeyi durduramadığım zamanlar oldu.						
8. Yiyeceğimi küçük küçük parçalara bölerim.						
9. Yediğim yiyeceğin kalorisini bilirim.						
10. Ekmek, patates, pirinç gibi yüksek kalorili yiyeceklerden kaçınırım.						
11. Yemeklerden sonra şişkinlik hissederim.						
12. Ailem fazla yememi bekler.						
13. Yemek yedikten sonra kusarım.						
14. Yemek yedikten sonra aşırı suçluluk duyarım.						
15. Tek düşüncem daha zayıf olmaktır.						
16. Aldığım kalorileri yakmak için yorulana kadar egzersiz						
17. Günde birkaç kez tartılırım.						
18. Vücudumu saran dar elbiselerden hoşlanırım.						
19. Et yemekten hoşlanırım.						
20. Sabahları erken uyanırım.						
21. Günlerce aynı yemeği yerim.						
22. Egzersiz yaptığımda harcadığım kalorileri hesaplarım.						
23. Adetlerim düzenlidir.						
24. Başkaları zayıf olduğumu düşünür.						
25. Şişmanlayacağım (vücudumun yağ toplayacağı) düşüncesi zihnimi meşgul eder.						
26. Yemeklerimi yemek başkalarınınkinden uzun sürer.						
27. Lokantada yemek yemeyi severim.						
28. Müshil kullanırım.						
29. Şekerli yiyeceklerden kaçınırım.						
30. Diyet (perhiz) yemekleri yerim.						
31. Yaşamımı yiyeceğin kontrol ettiğini düşünürüm.						
32. Yiyecek konusunda kendimi denetleyebilirim.						
33. Yemek konusunda başkalarının bana baskı yaptığını						
34. Yiyeceklerle ilgili düşünceler çok zamanımı alır.						
35. Kabızlıktan yakınırım.						
36. Tatlı yedikten sonra rahatsız olurum.						
37. Perhiz yaparım.						
38. Midemin boş olmasından hoşlanırım.						
39. Şekerli / yağlı yiyecekleri denemekten hoşlanırım						
40. Yemeklerden sonra içimden kusmak gelir.						

D – 1**MADDE 1**

1. Kendimi en az diğer insanlar kadar değerli buluyorum.
a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ
2. Bazı olumlu özelliklerim olduğunu düşünüyorum.
a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ
3. Genelde kendimi başarısız bir kişi olarak görme eğilimindeyim.
a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ

MADDE 2

4. Ben de diğer insanların birçoğunun yapabildiği kadar birşeyler yapabilirim.
a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ
5. Kendimde gurur duyacak fazla birşey bulamıyorum.
a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ

MADDE 3

6. Kendime karşı olumlu bir tutum içindeyim.
a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ

MADDE 4

7. Genel olarak kendimden memnunum.
a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ

MADDE 5

8. Kendime karşı daha fazla saygı duyabilmeyi isterdim.
a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ

MADDE 6

9. Bazen kesinlikle kendimin bir işe yaramadığımı düşünüyorum.
a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ
10. Bazen kendimin hiç de yeterli bir insan olmadığımı düşünüyorum.
a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ



BOLU ABANT İZZET BAYSAL ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU ONAYI
BOLU ABANT İZZET BAYSAL UNIVERSITY CLINICAL RESEARCHES ETHICS COMMITTEE APPROVAL

Sayı : 38

Konu: Kararlar

14.1.2022

BAŞVURU BİLGİLERİ (APPLICATION INFORMATION)	ARAŞTIRMANIN ADI (TITLE OF THE PROJECT)	Polikistik over sendromu tanılı hastaların beden algısı, kendilik değeri, yeme tutumu, dürtüsellik, komorbid psikiyatrik hastalıklar açısından sağlıklı kontrollerle karşılaştırılması ve hormon düzeyleri ile semptomların korelasyonunun incelenmesi.
	ARAŞTIRMANIN İNGİLİZCE ADI (TITLE OF THE PROJECT)	Comparison of patients with polycystic ovary syndrome and healthy controls in terms of body image, self-esteem, eating behavior, impulsivity, comorbid psychiatric diseases and investigating the correlation between hormone levels and symptoms.
	SORUMLU ARAŞTIRMACI (PRINCIPAL INVESTIGATOR)	Prof.Dr.Özden ARISOY
	DİĞER ARAŞTIRMACILAR (OTHER INVESTIGATORS)	Arş.Gör.Dr.Nuriye KARABAL, Arş.Gör.Dr.Pelin OYARDI, Prof.Dr.Mehmet Ata TOPCUOĞLU
	ARAŞTIRMA MERKEZİ (RESEARCH CENTER)	Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı

KARAR (DECISION)	Karar no (Decision No): 2022/07	Tarih (Date) 18.01.2022
	Prof.Dr.Özden ARISOY'un sorumluluğunda yapılması tasarlanan ve yukarıda başvuru bilgileri verilen araştırma dosyası ve ilgili belgelerin incelenmesi sonucunda araştırmanın gerçekleştirilmesinde etik yönden sakınca olmadığına mevcudun oy birliği/oy çokluğu ile karar verilmiştir.	

Üyeler	Uzmanlık alanı	Kurumu	İmzası
Prof.Dr.Mehmet Hayri ERKOL (Başkan)	Genel Cerrahi	BAİBÜ Tıp Fakültesi	[İmza]
Doç.Dr. Erkan KILINÇ (Başkan Yardımcısı)	Fizyoloji	BAİBÜ Tıp Fakültesi	[İmza]
Prof.Dr.Mehmet Hamid BOZTAŞ (Üye)	Ruh Sağlığı Hastalıkları	BAİBÜ Tıp Fakültesi	[İmza]
Doç. Dr. Akif Hakan KURT (Üye)	Farmakoloji	BAİBÜ Tıp Fakültesi	[İmza]
Doç.Dr. Hamit YOLDAŞ (Üye)	Anesteziyoloji ve Reanimasyon	BAİBÜ Tıp Fakültesi	[İmza]
Doç.Dr.Aslı ÇELEBİ TAYFUR (Üye)	Çocuk Sağlığı Hastalıkları /Nefroloji Bilim Dalı	BAİBÜ Tıp Fakültesi	[İmza]
Doç.Dr.Tuba TASLAMACIOĞLU DUMAN (Üye)	İç Hastalıkları Anabilim Dalı	BAİBÜ Tıp Fakültesi	[İmza]
Dr. Öğr. Üyesi Oya KALAYCIOĞLU (Bildirimden Sorumlu Üye)	Biyoistatistik	BAİBÜ Tıp Fakültesi	[İmza]
Doç. Dr. Makbule TOKUR KESGİN (Üye)	Hemşirelik	BAİBÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi	[İmza]
Dr. Öğr.Üyesi Abdulgani KAYMAZ (Üye)	Göz Hastalıkları	BAİBÜ Tıp Fakültesi	[İmza]
Dr.Öğr.Üyesi Kübra DEĞİRMENCİ (Üye)	Protetik Diş Tedavisi	BAİBÜ Diş Hekimliği Fakültesi	[İmza]
Dr.Öğr.Üyesi Tuğba KOCAAĞA (Üye)	Antrenörlük Eğitimi	BAİBÜ Spor Bilimleri Fakültesi	[İmza]
Dr. Hatice Selen SÖYLEMEZ (Üye)	Farmakolog/Eczacı	Özel Eczane (BOLU)	[İmza]
Av. Huri Hülya GÜNEŞ COŞKUN (Üye)	Avukat	Özel Hukuk Bürosu (BOLU)	[İmza]
Ramazan KAYNARPINAR (Sivil-Üye)	Esnaf	Serbest Meslek (BOLU)	[İmza]

8. KAYNAKLAR

- ABDELAZIM, I. A., AMER, O. O. & FARGHALI, M. 2020. Common endocrine disorders associated with the polycystic ovary syndrome. *Prz Menopauzalny*, 19, 179-183.
- AHMADI, M., FARAMARZI, M., BASIRAT, Z., KHEIRKHAH, F., CHEHRAZI, M. & ASHABI, F. 2020. Mental and personality disorders in infertile women with polycystic ovary: a case-control study. *Afr Health Sci*, 20, 1241-1249.
- ALTINKAYA, Ö., NERGİZ, S., M. & YÜKSEL, H. 2014. Depression and Anxiety in Relation with Hormonal and Metabolic Profile in Women with Polycystic Ovarian Syndrome. *Journal of Clinical Obstetrics & Gynecology*, 24, 159 - 165.
- ALUR-GUPTA, S., CHEMERINSKI, A., LIU, C., LIPSON, J., ALLISON, K., SAMMEL, M. D. & DOKRAS, A. 2019. Body-image distress is increased in women with polycystic ovary syndrome and mediates depression and anxiety. *Fertil Steril*, 112, 930-938.e1.
- AZZIZ, R. & ADASHI, E. Y. 2016. Stein and Leventhal: 80 years on. *Am J Obstet Gynecol*, 214, 247.e1-247.e11.
- AZZIZ, R., CARMINA, E., DEWAILLY, D., DIAMANTI-KANDARAKIS, E., ESCOBAR-MORREALE, H. F., FUTTERWEIT, W., JANSSEN, O. E., LEGRO, R. S., NORMAN, R. J., TAYLOR, A. E. & WITCHEL, S. F. 2009. The Androgen Excess and PCOS Society criteria for the polycystic ovary syndrome: the complete task force report. *Fertil Steril*, 91, 456-88.
- BALEN, A. H., MORLEY, L. C., MISSO, M., FRANKS, S., LEGRO, R. S., WIJAYARATNE, C. N., STENER-VICTORIN, E., FAUSER, B. C., NORMAN, R. J. & TEEDE, H. 2016. The management of anovulatory infertility in women with polycystic ovary syndrome: an analysis of the evidence to support the development of global WHO guidance. *Hum Reprod Update*, 22, 687-708.
- BARREA, L., ARNONE, A., ANNUNZIATA, G., MUSCOGIURI, G., LAUDISIO, D., SALZANO, C., PUGLIESE, G., COLAO, A. & SAVASTANO, S. 2019. Adherence to the Mediterranean Diet, Dietary Patterns and Body Composition in Women with Polycystic Ovary Syndrome (PCOS). *Nutrients*, 11.
- BARREA, L., MUSCOGIURI, G., PUGLIESE, G., DE ALTERIIS, G., COLAO, A. & SAVASTANO, S. 2021. Metabolically Healthy Obesity (MHO) vs. Metabolically Unhealthy Obesity (MUO) Phenotypes in PCOS: Association with Endocrine-Metabolic Profile, Adherence to the Mediterranean Diet, and Body Composition. *Nutrients*, 13.
- BAYKARA, S., YAKAR, B., KILINÇ, F., SEVDA, K. & ATMACA, M. 2019. Polikistik Over Sendromu Tanılı Hastalarda Borderline Kişilik Bozukluğu Görülme Sıklığı Ve Agresyon İle İlişkisi. *Cukurova Medical Journal*, 45.
- BECK, A. T., EPSTEIN, N., BROWN, G. & STEER, R. 1993. Beck anxiety inventory. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*.
- BECK, A. T., WARD, C., MENDELSON, M., MOCK, J. & ERBAUGH, J. 1961. Beck depression inventory (BDI). *Arch Gen Psychiatry*, 4, 561-571.
- BENSON, J., SEVERN, C., HUDNUT-BEUMLER, J., SIMON, S. L., ABRAMSON, N., SHOMAKER, L. B., GULLEY, L. D., TAYLOR, A., KELSEY, M. M., NADEAU, K. J., ZEITLER, P. S., PYLE, L. & CREE-GREEN, M. 2020. Depression in Girls With Obesity and Polycystic Ovary Syndrome and/or Type 2 Diabetes. *Can J Diabetes*, 44, 507-513.
- BENSON, S., ARCK, P., TAN, S., HAHN, S., MANN, K., RIFAIE, N., JANSSEN, O., SCHEDLOWSKI, M. & ELSENBURCH, S. 2009. Disturbed stress responses in women with polycystic ovary syndrome. *Psychoneuroendocrinology*, 34, 727-735.
- BHATTACHARYA, S. M. & JHA, A. 2010. Prevalence and risk of depressive disorders in women with polycystic ovary syndrome (PCOS). *Fertil Steril*, 94, 357-9.
- BLAY, S. L., AGUIAR, J. V. & PASSOS, I. C. 2016. Polycystic ovary syndrome and mental disorders: a systematic review and exploratory meta-analysis. *Neuropsychiatr Dis Treat*, 12, 2895-2903.
- BOZDAG, G., MUMUSOGLU, S., COSKUN, Z. Y., YARALI, H. & YILDIZ, B. O. 2019. Anti-Müllerian hormone as a diagnostic tool for PCOS under different diagnostic criteria in an unselected population. *Reprod Biomed Online*, 39, 522-529.

- BRAKTA, S., LIZNEVA, D., MYKHALCHENKO, K., IMAM, A., WALKER, W., DIAMOND, M. P. & AZZIZ, R. 2017. Perspectives on Polycystic Ovary Syndrome: Is Polycystic Ovary Syndrome Research Underfunded? *J Clin Endocrinol Metab*, 102, 4421-4427.
- BRASSARD, M., AINMELK, Y. & BAILLARGEON, J. P. 2008. Basic infertility including polycystic ovary syndrome. *Med Clin North Am*, 92, 1163-92, xi.
- BREMER, A. A. 2010. Polycystic ovary syndrome in the pediatric population. *Metab Syndr Relat Disord*, 8, 375-94.
- BRINGER, J., LEFEBVRE, P. & RENARD, E. 1999. [Nutritional hypogonadism]. *Rev Prat*, 49, 1291-6.
- BURGHEN, G. A., GIVENS, J. R. & KITABCHI, A. E. 1980. Correlation of hyperandrogenism with hyperinsulinism in polycystic ovarian disease. *J Clin Endocrinol Metab*, 50, 113-6.
- CETIK, S., ACIKGOZ, A. & YILDIZ, B. O. 2022. Investigation of taste function and eating behavior in women with polycystic ovary syndrome. *Appetite*, 168, 105776.
- CHEN, Z. J., ZHAO, H., HE, L., SHI, Y., QIN, Y., SHI, Y., LI, Z., YOU, L., ZHAO, J., LIU, J., LIANG, X., ZHAO, X., ZHAO, J., SUN, Y., ZHANG, B., JIANG, H., ZHAO, D., BIAN, Y., GAO, X., GENG, L., LI, Y., ZHU, D., SUN, X., XU, J. E., HAO, C., REN, C. E., ZHANG, Y., CHEN, S., ZHANG, W., YANG, A., YAN, J., LI, Y., MA, J. & ZHAO, Y. 2011. Genome-wide association study identifies susceptibility loci for polycystic ovary syndrome on chromosome 2p16.3, 2p21 and 9q33.3. *Nat Genet*, 43, 55-9.
- COONEY, L. G. & DOKRAS, A. 2017. Depression and anxiety in polycystic ovary syndrome: etiology and treatment. *Current psychiatry reports*, 19, 1-10.
- COONEY, L. G., LEE, I., SAMMEL, M. D. & DOKRAS, A. 2017. High prevalence of moderate and severe depressive and anxiety symptoms in polycystic ovary syndrome: a systematic review and meta-analysis. *Hum Reprod*, 32, 1075-1091.
- COSKUNOL, H., BAGDIKEN, I., SORIAS, S. & SAYGILI, R. 1994. SCID-II Türkçe versiyonunun geçerlik ve güvenilirliği (The reliability and validity of the SCID-II-Turkish Version). *Turkish Journal of Psychology*, 9, 26-29.
- COŞKUNOL, H., BAĞDIKEN, İ., SORIAS, S. & REFET, S. 1994. Reliability of SCID-II (Turkish Version) in personality disorders. *Turkish Journal of Psychology*, 9, 26-29.
- ÇOBAN Ö, G., TULACI Ö, D., ADANIR, A. S. & ÖNDER, A. 2019. Psychiatric Disorders, Self-Esteem, and Quality of Life in Adolescents with Polycystic Ovary Syndrome. *J Pediatr Adolesc Gynecol*, 32, 600-604.
- ÇUHADAROĞLU, F. 1986. Adolesanlarda benlik saygısı. *Uzmanlık Tezi, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Ankara*.
- DELCOUR, C., ROBIN, G., YOUNG, J. & DEWAILLY, D. 2019. PCOS and Hyperprolactinemia: what do we know in 2019? *Clin Med Insights Reprod Health*, 13, 1179558119871921.
- EHRMANN, D. A. 2005. Polycystic ovary syndrome. *N Engl J Med*, 352, 1223-36.
- EHRMANN, D. A., BARNES, R. B., ROSENFELD, R. L., CAVAGHAN, M. K. & IMPERIAL, J. 1999. Prevalence of impaired glucose tolerance and diabetes in women with polycystic ovary syndrome. *Diabetes Care*, 22, 141-6.
- EKBÄCK, M. P., LINDBERG, M., BENZEIN, E. & ÅRESTEDT, K. 2013. Health-related quality of life, depression and anxiety correlate with the degree of hirsutism. *Dermatology*, 227, 278-84.
- EL HAYEK, S., BITAR, L., HAMDAR, L. H., MIRZA, F. G. & DAOUD, G. 2016. Poly Cystic Ovarian Syndrome: An Updated Overview. *Front Physiol*, 7, 124.
- ELAL, G., ALTUG, A., SLADE, P. & TEKCAN, A. 2000. Factor structure of the Eating Attitudes Test (EAT) in a Turkish university sample. *Eat Weight Disord*, 5, 46-50.
- ESCOBAR-MORREALE, H. F. 2018. Polycystic ovary syndrome: definition, aetiology, diagnosis and treatment. *Nat Rev Endocrinol*, 14, 270-284.
- ETHIRAJULU, A., ALKASABERA, A., ONYALI, C. B., ANIM-KORANTENG, C., SHAH, H. E., BHAWNANI, N. & MOSTAFA, J. A. 2021. Insulin Resistance, Hyperandrogenism, and Its Associated Symptoms Are the Precipitating Factors for Depression in Women With Polycystic Ovarian Syndrome. *Cureus*, 13, e18013.
- FERNANDES, B. S., SALAGRE, E., ENDURU, N., GRANDE, I., VIETA, E. & ZHAO, Z. 2022. Insulin resistance in depression: A large meta-analysis of metabolic parameters and variation. *Neurosci Biobehav Rev*, 139, 104758.
- FIRST, M. B., SPITZER, R. L., GIBBON, M., WILLIAMS, J. B., DAVIES, M., BORUS, J., HOWES, M. J., KANE, J., POPE JR, H. G. & ROUNSAVILLE, B. 1995. The structured clinical interview for

- DSM-III-R personality disorders (SCID-II). Part II: Multi-site test-retest reliability study. *Journal of personality disorders*, 9, 92.
- FULTON, S., DÉCARIE-SPAIN, L., FIORAMONTI, X., GUIARD, B. & NAKAJIMA, S. 2022. The menace of obesity to depression and anxiety prevalence. *Trends Endocrinol Metab*, 33, 18-35.
- GAMBINERI, A., PATTON, L., ALTIERI, P., PAGOTTO, U., PIZZI, C., MANZOLI, L. & PASQUALI, R. 2012. Polycystic ovary syndrome is a risk factor for type 2 diabetes: results from a long-term prospective study. *Diabetes*, 61, 2369-74.
- GARNER, D. M., OLMSTED, M. P., BOHR, Y. & GARFINKEL, P. E. 1982. The eating attitudes test: psychometric features and clinical correlates. *Psychol Med*, 12, 871-8.
- GENÇ, C. 2019. *Yetişkin bireylerde dürtüsellik kontrolsüz yeme davranışı ve obezite ile ilişkisi*. Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- GIUDICE, L. C. 2006. Endometrium in PCOS: Implantation and predisposition to endocrine CA. *Best Pract Res Clin Endocrinol Metab*, 20, 235-44.
- GONZÁLEZ, F. 2012. Inflammation in Polycystic Ovary Syndrome: Underpinning of insulin resistance and ovarian dysfunction. *Steroids*, 77, 300-305.
- GOTTSCHAU, M., KJAER, S. K., JENSEN, A., MUNK, C. & MELLEMKJAER, L. 2015. Risk of cancer among women with polycystic ovary syndrome: a Danish cohort study. *Gynecol Oncol*, 136, 99-103.
- GRATTON, R., DEL VECCHIO, C., ZUPIN, L. & CROVELLA, S. 2022. Unraveling the Role of Sex Hormones on Keratinocyte Functions in Human Inflammatory Skin Diseases. *Int J Mol Sci*, 23.
- GREENWOOD, E. A., PASCH, L. A., CEDARS, M. I. & HUDDLESTON, H. G. 2020. Obesity and depression are risk factors for future eating disorder-related attitudes and behaviors in women with polycystic ovary syndrome. *Fertil Steril*, 113, 1039-1049.
- GREENWOOD, E. A., PASCH, L. A., CEDARS, M. I., LEGRO, R. S. & HUDDLESTON, H. G. 2018. Association among depression, symptom experience, and quality of life in polycystic ovary syndrome. *Am J Obstet Gynecol*, 219, 279.e1-279.e7.
- GÜLEÇ, H., TAMAM, L., YAZICI, M., TURHAN, M., KARAKUŞ, G., ZENGİN, M. & STANFORD, M. 2008. Psychometric Properties of the Turkish Version of the Barratt Impulsiveness Scale-11. *Bulletin of Clinical Psychopharmacology*, 18, 251-258.
- HERGÜNER, S., HARMANCI, H. & TOY, H. 2015. Attention deficit-hyperactivity disorder symptoms in women with polycystic ovary syndrome. *Int J Psychiatry Med*, 50, 317-25.
- HIMELEIN, M. J. & THATCHER, S. S. 2006. Depression and body image among women with polycystic ovary syndrome. *J Health Psychol*, 11, 613-25.
- HISLI, N. 1988. Beck Depresyon Envanterinin geçerliliği üzerine bit calisma (A study on the validity of Beck Depression Inventory.). *Psikoloji Dergisi*, 6, 118-122.
- HOEGER, K., DAVIDSON, K., KOCHMAN, L., CHERRY, T., KOPIN, L. & GUZICK, D. S. 2008. The impact of metformin, oral contraceptives, and lifestyle modification on polycystic ovary syndrome in obese adolescent women in two randomized, placebo-controlled clinical trials. *J Clin Endocrinol Metab*, 93, 4299-306.
- HOMBURG, R. 1996. Polycystic ovary syndrome - from gynaecological curiosity to multisystem endocrinopathy. *Hum Reprod*, 11, 29-39.
- HOVARDAOĞLU, S. & YD, Ö. 1990. Vücut Algısı Ölçeği nin güvenilirlik ve geçerlik çalışması/Şizofrenik ve major depresif hastaların beden imgelerinden doyum düzeyleri. *Ankara: Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü*.
- JEANES, Y. M., REEVES, S., GIBSON, E. L., PIGGOTT, C., MAY, V. A. & HART, K. H. 2017. Binge eating behaviours and food cravings in women with Polycystic Ovary Syndrome. *Appetite*, 109, 24-32.
- JOSHI, R. D., SAWANT, N. & MAYADEO, N. M. 2022. How Common are Depressive-Anxiety States, Body Image Concerns and Low Self-Esteem in Patients of PCOS? *J Obstet Gynaecol India*, 72, 72-77.
- KAR, S. 2013. Anthropometric, clinical, and metabolic comparisons of the four Rotterdam PCOS phenotypes: A prospective study of PCOS women. *J Hum Reprod Sci*, 6, 194-200.
- KARACAN, E., CAGLAR, G. S., GÜRSOY, A. Y. & YILMAZ, M. B. 2014. Body satisfaction and eating attitudes among girls and young women with and without polycystic ovary syndrome. *J Pediatr Adolesc Gynecol*, 27, 72-7.
- KARTALCI, Ş. 2010. Testosteron ve depresyon. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2, 457-472.

- KOGURE, G. S., RIBEIRO, V. B., LOPES, I. P., FURTADO, C. L. M., KODATO, S., SILVA DE SÁ, M. F., FERRIANI, R. A., LARA, L. & MARIA DOS REIS, R. 2019. Body image and its relationships with sexual functioning, anxiety, and depression in women with polycystic ovary syndrome. *J Affect Disord*, 253, 385-393.
- KOLHE, J. V., CHHIPA, A. S., BUTANI, S., CHAVDA, V. & PATEL, S. S. 2021. PCOS and Depression: Common Links and Potential Targets. *Reprod Sci*.
- LEGRO, R. S., ARSLANIAN, S. A., EHRMANN, D. A., HOEGER, K. M., MURAD, M. H., PASQUALI, R. & WELT, C. K. 2013. Diagnosis and treatment of polycystic ovary syndrome: an Endocrine Society clinical practice guideline. *J Clin Endocrinol Metab*, 98, 4565-92.
- LIN, H., LIU, M., ZHONG, D., NG, E. H. Y., LIU, J., LI, J., SHI, Y., ZHANG, C., WEN, X., MAI, Z., OU, M. & MA, H. 2021. The Prevalence and Factors Associated With Anxiety-Like and Depression-Like Behaviors in Women With Polycystic Ovary Syndrome. *Front Psychiatry*, 12, 709674.
- LIZNEVA, D., SUTURINA, L., WALKER, W., BRAKTA, S., GAVRILOVA-JORDAN, L. & AZZIZ, R. 2016. Criteria, prevalence, and phenotypes of polycystic ovary syndrome. *Fertil Steril*, 106, 6-15.
- MARCINIAK, A., NAWROCKA RUTKOWSKA, J., BRODOWSKA, A., WIŚNIEWSKA, B. & STARCZEWSKI, A. 2016. Cardiovascular system diseases in patients with polycystic ovary syndrome - the role of inflammation process in this pathology and possibility of early diagnosis and prevention. *Ann Agric Environ Med*, 23, 537-541.
- MAYA, J., SIEGEL, J., CHENG, T. Q. & ROUSSEAU-PIERRE, T. 2020. Prevalence and risk factors of polycystic ovarian syndrome among an ethnically diverse overweight/obese adolescent population. *Int J Adolesc Med Health*, 34.
- MIZGIER, M., JARZĄBEK-BIELECKA, G., OPYDO-SZYMACEK, J., WENDLAND, N., WIĘCKOWSKA, B. & KĘDZIA, W. 2020. Risk Factors of Overweight and Obesity Related to Diet and Disordered Eating Attitudes in Adolescent Girls with Clinical Features of Polycystic Ovary Syndrome. *J Clin Med*, 9.
- NADERPOOR, N., SHORAKAE, S., DE COURTEN, B., MISSO, M. L., MORAN, L. J. & TEEDE, H. J. 2015. Metformin and lifestyle modification in polycystic ovary syndrome: systematic review and meta-analysis. *Hum Reprod Update*, 21, 560-74.
- NAESSÉN, S., CARLSTRÖM, K., GAROFF, L., GLANT, R. & HIRSCHBERG, A. L. 2006. Polycystic ovary syndrome in bulimic women--an evaluation based on the new diagnostic criteria. *Gynecol Endocrinol*, 22, 388-94.
- NORMAN, R. J., DEWAILLY, D., LEGRO, R. S. & HICKEY, T. E. 2007. Polycystic ovary syndrome. *Lancet*, 370, 685-97.
- NULL, G. & PENNESI, L. 2017. Diet and lifestyle intervention on chronic moderate to severe depression and anxiety and other chronic conditions. *Complement Ther Clin Pract*, 29, 189-193.
- OZCAN DAG, Z., OGUZTURK, O., ISIK, Y., TURKEL, Y. & BULCUN, E. 2015. Personality profile in patients with polycystic ovary syndrome. *Gynecol Endocrinol*, 31, 540-2.
- ÖZDİL DEMİRÜREK, E., TEKİN, A., ÇAKMAK, E., TEMİZKAN, O., KARAMUSTAFALIOĞLU, O., GÖKOVA, S. & DEMİRÜREK, E. 2016. Correlations between impulsiveness and biochemical parameters in women with polycystic ovary syndrome. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*, 207, 5-10.
- ÖZKÜRÇÜGİL, A., AYDEMİR, O., YILDIZ, M., ESEN-DANACI, A. & KÖROĞLU, E. 1999. DSM-IV Eksen I Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşmenin Türkçeye Uyarlanması ve Güvenilirlik Çalışması. Adaptation into Turkish and Reliability of Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID). *İlaç ve Tedavi Dergisi*, 12, 233-236.
- PADMANABHAN, V. 2009. Polycystic Ovary Syndrome — “A Riddle Wrapped in a Mystery inside an Enigma”. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 94, 1883-1885.
- PAGANINI, C., PETERSON, G., STAVROPOULOS, V. & KRUG, I. 2018. The Overlap Between Binge Eating Behaviors and Polycystic Ovarian Syndrome: An Etiological Integrative Model. *Curr Pharm Des*, 24, 999-1006.
- PALOMBA, S., SANTAGNI, S., FALBO, A. & LA SALA, G. B. 2015. Complications and challenges associated with polycystic ovary syndrome: current perspectives. *International journal of women's health*, 7, 745.
- PATTON, J. H., STANFORD, M. S. & BARRATT, E. S. 1995. Factor structure of the Barratt impulsiveness scale. *J Clin Psychol*, 51, 768-74.

- RASGON, N. L., RAO, R. C., HWANG, S., ALTSHULER, L. L., ELMAN, S., ZUCKERBROW-MILLER, J. & KORENMAN, S. G. 2003. Depression in women with polycystic ovary syndrome: clinical and biochemical correlates. *J Affect Disord*, 74, 299-304.
- ROSENBERG, M. 1965. Rosenberg self-esteem scale (RSE). *Acceptance and commitment therapy. Measures package*, 61, 18.
- ROSENFELD, R. L. 2015. The Diagnosis of Polycystic Ovary Syndrome in Adolescents. *Pediatrics*, 136, 1154-65.
- ROSENFELD, R. L. & EHRMANN, D. A. 2016. The Pathogenesis of Polycystic Ovary Syndrome (PCOS): The Hypothesis of PCOS as Functional Ovarian Hyperandrogenism Revisited. *Endocr Rev*, 37, 467-520.
- SACHDEVA, G., GAINDER, S., SURI, V., SACHDEVA, N. & CHOPRA, S. 2019. Comparison of the Different PCOS Phenotypes Based on Clinical Metabolic, and Hormonal Profile, and their Response to Clomiphene. *Indian Journal of Endocrinology and Metabolism*, 23, 326.
- SAM, S. & DUNAIF, A. 2003. Polycystic ovary syndrome: syndrome XX? *Trends Endocrinol Metab*, 14, 365-70.
- SAVAŞIR, I. 1989. Erol N. *Yeme tutumu testi: Anoreksiya nervoza belirtileri indeksi. Psikoloji Dergisi*, 7, 19-25.
- SCARUFFI, E., FRANZOI, I. G., CIVIOTTI, C., GUGLIELMUCCI, F., LA MARCA, L., TOMELINI, M., VEGLIA, F. & GRANIERI, A. 2019. Body image, personality profiles and alexithymia in patients with polycystic ovary syndrome (PCOS). *J Psychosom Obstet Gynaecol*, 40, 294-303.
- SCARUFFI, E., GAMBINERI, A., CATTANEO, S., TURRA, J., VETTOR, R. & MIONI, R. 2014. Personality and psychiatric disorders in women affected by polycystic ovary syndrome. *Front Endocrinol (Lausanne)*, 5, 185.
- STEEGERS-THEUNISSEN, R. P. M., WIEGEL, R. E., JANSEN, P. W., LAVEN, J. S. E. & SINCLAIR, K. D. 2020. Polycystic Ovary Syndrome: A Brain Disorder Characterized by Eating Problems Originating during Puberty and Adolescence. *Int J Mol Sci*, 21.
- SZOSLAND, K., PAWLOWICZ, P. & LEWIŃSKI, A. 2015. Prolactin secretion in polycystic ovary syndrome (PCOS). *Neuro Endocrinol Lett*, 36, 53-8.
- SZYDLARSKA, D., MACHAJ, M. & JAKIMIUK, A. 2017. History of discovery of polycystic ovary syndrome. *Advances in Clinical and Experimental Medicine*, 26, 555-558.
- TAY, C. T., TEEDE, H. J., HILL, B., LOXTON, D. & JOHAM, A. E. 2019. Increased prevalence of eating disorders, low self-esteem, and psychological distress in women with polycystic ovary syndrome: a community-based cohort study. *Fertil Steril*, 112, 353-361.
- TAYLOR, A. E., MCCOURT, B., MARTIN, K. A., ANDERSON, E. J., ADAMS, J. M., SCHOENFELD, D. & HALL, J. E. 1997. Determinants of abnormal gonadotropin secretion in clinically defined women with polycystic ovary syndrome. *J Clin Endocrinol Metab*, 82, 2248-56.
- TEEDE, H. J., MISSO, M. L., COSTELLO, M. F., DOKRAS, A., LAVEN, J., MORAN, L., PILTONEN, T. & NORMAN, R. J. 2018. Recommendations from the international evidence-based guideline for the assessment and management of polycystic ovary syndrome. *Hum Reprod*, 33, 1602-1618.
- TEKIN, A., DEMIRYÜREK, E., ÇAKMAK, E., TEMİZKAN, O., ÖZER Ö, A. & KARAMUSTAFALIOĞLU, O. 2018. A Cross-Sectional Investigation of Quality of Life in Patients with Polycystic Ovary Syndrome. *Sisli Etfal Hastan Tip Bul*, 52, 109-113.
- THANNICKAL, A., BRUTOCAO, C., ALSAWAS, M., MORROW, A., ZAIEM, F., MURAD, M. H. & JAVED CHATTHA, A. 2020. Eating, sleeping and sexual function disorders in women with polycystic ovary syndrome (PCOS): A systematic review and meta-analysis. *Clin Endocrinol (Oxf)*, 92, 338-349.
- ULUSOY, M., SAHIN, N. H. & ERKMEN, H. 1998. Turkish version of the Beck Anxiety Inventory: psychometric properties. *Journal of cognitive psychotherapy*, 12, 163.
- URBAN, W., NIZIOŁ, A., PYTLEWSKI, A., ZABOROWSKA, Ł., DADAŃSKI, E., RUTKOWSKI, K., KLASA, K., KACALSKA-JANSSEN, O., JACH, R. & MIELIMAŁA, M. 2022. Polycystic Ovary Syndrome: Personality and Temperamental Characteristics. *J Obstet Gynaecol Can*, 44, 813-818.
- VELTMAN-VERHULST, S. M., BOIVIN, J., EIJKEMANS, M. J. & FAUSER, B. J. 2012. Emotional distress is a common risk in women with polycystic ovary syndrome: a systematic review and meta-analysis of 28 studies. *Hum Reprod Update*, 18, 638-51.

- VINK, J. M., SADRADEH, S., LAMBALK, C. B. & BOOMSMA, D. I. 2006. Heritability of polycystic ovary syndrome in a Dutch twin-family study. *J Clin Endocrinol Metab*, 91, 2100-4.
- WEINER, C. L., PRIMEAU, M. & EHRMANN, D. A. 2004. Androgens and mood dysfunction in women: comparison of women with polycystic ovarian syndrome to healthy controls. *Psychosom Med*, 66, 356-62.
- WILD, R. A., VESELY, S., BEEBE, L., WHITSETT, T. & OWEN, W. 2005. Ferriman Gallwey self-scoring I: performance assessment in women with polycystic ovary syndrome. *J Clin Endocrinol Metab*, 90, 4112-4.
- WITCHEL, S. F., OBERFIELD, S., ROSENFELD, R. L., CODNER, E., BONNY, A., IBÁÑEZ, L., PENA, A., HORIKAWA, R., GOMEZ-LOBO, V., JOEL, D., TFAYLI, H., ARSLANIAN, S., DABADGHAO, P., GARCIA RUDAZ, C. & LEE, P. A. 2015. The Diagnosis of Polycystic Ovary Syndrome during Adolescence. *Horm Res Paediatr*.
- YEN, S. S., VELA, P. & RANKIN, J. 1970. Inappropriate secretion of follicle-stimulating hormone and luteinizing hormone in polycystic ovarian disease. *J Clin Endocrinol Metab*, 30, 435-42.
- YILDIZ, B. O. & GEDIK, O. 2004. Assessment of glucose intolerance and insulin sensitivity in polycystic ovary syndrome. *Reprod Biomed Online*, 8, 649-56.
- YIN, M. X. C., LENG, L. L., LIANG, Z., CHEN, X. Y., CHAN, C. H. Y. & CHAN, C. L. W. 2022. Objectification and ambiguity of body image in women with Polycystic Ovary Syndrome: A mixed-method study. *J Affect Disord*, 310, 296-303.
- ZAREI, E., BINABAJ, M. M., ZADEH, F. M., BAKHSHANDEH NOSRAT, S., VEGHARI, G. & MANSOURIAN, A. 2022. Kisspeptin levels in relation to sex hormone profile among PCOS patients. *Ir J Med Sci*, 191, 1711-1716.