Premenstrual Symptom Screening Tool: A Useful Tool for DSM-5 Premenstrual Dysphoric Disorder

Aybaşı Öncesi Belirtileri Tarama Gereci: DSM-5 Aybaşı Öncesi Disfori Bozukluğunu Taramada Kullanışlı bir Gereç

Aybaşı Öncesi Sendromu Tarama Gereci / Premenstrual Sreening Tool

Kadir Özdel[1], Ayşegül Kervancıoğlu[2], İbrahim Taymur[3], Canan Efe[2], Ayşe Figen Türkçapar[4], Seher Olga Güriz[1], Mehmet Hakan Türkçapar[5]
[1]Department of Psychiatry, Dışkapı Yıldırım Beyazıt Training and Research Hospital, Ankara, Türkiye.
[2]Department of Psychiatry, Şevket Yılmaz Training and Research Hospital, Bursa, Türkiye.
[3]Department of Obstetrics and Gynecology, Private Bayındır Hospital, Ankara, Türkiye.
[4]Department of Psychology, Hasan Kalyoncu University, Gaziantep, Türkiye.

Özet

Amaç: Aybaşı Öncesi Belirtileri Tarama Gereci'nin (AÖBTG) Türkiye'deki bir örneklemde Aybaşı Öncesi Disfori Sendromu (AÖDS) ve orta şiddetli Aybaşı Öncesi Sendromunu (AÖS) tespit etmede kullanışlılığını değerlendirmektir. Gereç ve Yöntem: Dışkapı YB Eğitim ve Araştırma Hastanesinde farklı birimlerde çalışan ve halen adet görmeye devam eden 118 kadın çalışmaya alınmıştır. Katılımcılara sosyodemografik veri formu AÖBTG, Belirti Kontrol Listesi (SCL-90-R) doldurtulmuştur. Katılımcılar, AÖBTG'de yaptıkları işaretlemelere göre AÖDS, AÖS ve Eşik Altı AÖS belirtileri olan grup olarak üç gruba ayrılmıştır. Bu gruplar gereç puanları ve SCL-90-R'ye verdikleri yanıtlar açısından karşılaştırılmıştır. Bulgular: Gereç maddelerinin iç tutarlılığı çok iyi düzeydeydi (Cronbach α=0.928). Bu örneklemde AÖDS ve AÖS'nin yaygınlığı sırasıyla %15,2 (n = 18) ve %32,2 (n = 38) olarak bulundu. SCL-90-R Alttestlerinden alından puanlar karşılaştırıldığında AÖDS veya AÖS ile eşik altı belirtileri olan gruplar arasında anlamlı fark vardı. Ayrıca AÖBTG maddelerini orta veya şiddetli olarak işaretleyen katılımcı oranları karşılaştırıldığında her üç grup da AÖDS tanısı için gerekli olan ilk dört maddede farklılık gösterdi. Tartışma: Aybaşı Öncesi Belirtileri Tarama Gereci AÖDS tanısı almaya aday olan ve halen orta ila şiddetli AÖS yaşayan kadınları tespit etmede kullanışlı bir araçtır.

Anahtar Kelimeler

Aybaşı Öncesi Sendromu; Tanı; Tarama

Abstract

Aim: To assess the usefulness of Premenstrual Symptoms Screening Tool (PSST) in detecting Premenstrual Dysphoric Syndrome (PMDD) and Premenstrual Syndrome (PMS) in a Turkish sample. Material and Method: One hundred and eighteen women were included in the study. Participants were menstruating women, between the ages of 18 and 49 years who work in various departments of Diskapi Yildirim Beyazit Teaching and Research Hospital. Sociodemographic data collection form, PSST, and Symptom Check List (SCL-90-R) were given to the participants, filled out by participants and checked out by researchers. Participants were divided into three groups (i.e., women with subthreshold premenstrual symptoms, women with PMDD, and women with PMS) according to the scores they get on the PSST. These groups were compared according to PSST scores and SCL-90-R scores. Results: Internal consistency was excellent (Cronbach α=0.928) for the items of the tool. In this sample, the prevalence of the PMDD and PMS were 15.2 % (n = 18) and 32.2 % (n = 38) respectively. When we compare the scores on SCL-90-R subscales there were significant differences between the PMDD, PMS, and women with subthreshold groups. Besides there were significant differences for the three groups in terms of percentages of women who reported moderate to severe symptoms on the four items that are essential to PMDD diagnosis. Discussion: Premenstrual Symptoms Screening Tool is a useful tool to detect candidates for PMDD and moderate to severe PMS.

Keywords

Premenstrual Syndrome; Diagnosis; Screening

DOI: 10.4328/JCAM.2314 Received: 01.02.2014 Accepted: 11.02.2014 Published Online: 01.09.2015 J Clin Anal Med 2015;6(5):630-634
Corresponding Author: Kadir Özdel, Department of Psychiatry, Dışkapı Yıldırım Beyazıt Training and Research Hospital, Ankara, Türkiye.
GSM: +905054003577 E-Mail: kadirozdel@gmail.com

Giriş

Premenstrüel sendrom diğer bir ifadeyle aybaşı öncesi sendromu (PMS/AÖS) tüm dünyada geçmişten günümüze birçok kadını fiziksel ve ruhsal açıdan etkileyen, zaman zaman işgücü kaybına neden olacak derecede şiddeti artan ve işlevselliği bozan bir sağlık sorunudur.[1] İlk olarak 1953 yılında Greene ve Dalton tarafından tanımlanmıştır.[2] Bu tanıma göre PMS/AÖS, adet öncesi dönemde ya da adet kanamasının ilk birkaç gününde tekrarlayıcı bir takım belirtilerin varlığı ve bu belirtilerin kanama sonrasında tamamen ortadan kaybolması ile karakterize bir sendromdur.[2,3] Belirtiler duygudurum, davranışsal, bilişsel ve somatik bileşenlerden oluşur. Hastalıkların Uluslararası Sınıflaması sürüm 10'a göre (International Classification of Diseases-ICD-10) hafif psikojenik huzursuzluk, kilo artışı, şişkinlik, meme hassasiyeti, el ve ayaklarda şişme, çeşitli sancı ve ağrılar, yoğunlaşma zorluğu, uyku bozukluğu, iştah değişiklikleri belirtilerinden en az birisinin olmasıyla PMS/AÖS tanısı konmaktadır.[4,5]

Aybaşı öncesi sendromunda (PMS/AÖS) ortaya çıkan belirtilerin çoğunluğu katlanılabilir düzeydeyken bir kısmı günlük yaşam aktivitelerinde, işgücünde ve insan ilişkilerinde bozulmaya yol açacak kadar ciddi olabilir. PMS/AÖS kadınların %80 inde görülebilmekle beraber yaklaşık olarak %5 oranında klinik anlamda şiddetlidir.[6] PMS/AÖS etiyolojisi tam net olmamakla birlikte bazı teoriler öne sürülmüştür: seks steroidleri, serotonin, beta endorfin, lüteal dönem vücut suyu ve sodyumuyla ilgili bozuklukları.[7] Bugün için kabul gören görüş her iki durumun fizyolojik-biyolojik temelli durumlar olup psikososyal etkenlerin bu durum üzerinde sınırlı bir etkisi olduğu biçimindedir.[6]

Amerikan Psikiyatri Birliği'nin yayınladığı DSM'lerde (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) "Premenstrüel Disforik Bozukluk (Aybaşı Öncesi Disfori Bozukluğu-AÖDB)" çeşitli isimlerle yer almıştır. DSM-III-R'de geç lüteal faz diforik bozukluğu ismiyle ek-A kısmında yer bulan AÖDB, DSM-IV'de Ek bölüm B kısmında "Daha İleri Çalışma İçin Verilen Tanı Ölçütleri Setleri ve Eksenleri" başlığı altında incelenmekteydi.[8-10] Başlarda yazındaki çelişkili sonuçlar ve bu bozuklukla ilgili yetersiz bilgi AÖDB'nin DSM'de tanısal bir kategori içine alınamamasına neden oldu. Klinik görünümleri bu araştırma tanı ölçütlerini karşılayan bireylere DSM-IV'e göre "Başka Türlü Adlandırılamayan Depresif Bozukluk" tanısı konuyordu. Son yıllarda bu konuyla ilgili yazında artan sayıda çalışmaya rastlanmaktadır.[10-12] Bunun sebebi eğer AÖDB daha iyi tanınır ve tedavi edilirse belli alanlardaki bozulmalar ve işgücü kayıpları en aza indirilebilecektir. Şu ana kadarki yapılan çalışmalar AÖDB'yi DSM-5'te Depresyon Bozuklukları kategorisine taşımıştır ve burada "Aybaşı Öncesi (Premenstrüel) Disfori Bozukluğu" (AÖDB) olarak adlandırılmıştır.[13] DSM-IV'den farklı olarak, tanı ölçütlerindeki belirtilerin bir önceki yılın aybaşı döngülerinin çoğunluğunda bulunmuş olması gerektiği ibaresi konmuş ve AÖDB için geçici tanı koyma olanağı getirilmiştir (Bkz, Tablo 1):

PMS/AÖS belirtileri menarştan sonra herhangi bir yaşta başlar (ortalama 26 yaş) ve belirtiler yaşla birlikte artar, menopoza yaklaştıkça da azalır.[6,14] Klinik olarak belirgin düzeyde belirti gösteren PMS/AÖS olgularında sıklıkla birden fazla belirti bulunmaktadır ve en sık belirtiler de duygudurum belirtileridir. Klinik olarak anlamlı PMS/AÖS'nin yaygınlığı %12,6' dan %31' e kadar değişen oranlarda bildirilmektedir.[5,7] Epidemiyolojik araştırmalarda orta şiddetli PMS/AÖS yaygınlığının yaklaşık %20 civarında olduğu bildirilmekte, AÖDB yaygınlığı ise %5 ile %8 arasında tahmin edilmektedir.[7,15] Bir başka çalışmaya göre AÖDB yaygınlığı %2 ila %10 arasındadır.[16] Bir başka çalışmada da PMS/AÖS nin oranı %20 den 50 ye kadar değişmekte, bunların da %3 ila 5 i AÖDB olarak bildirilmektedir.[3] Oranlardaki bu değişikliğin gruplar arası farklılıktan veya kullanılan tanısal araçların farklılığından kaynaklandığı düşünülmektedir. Ülkemizde Müderris ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada da (1999) AÖDB yaygınlığı %8; PMS/AÖS yaygınlığı ise %36 olarak saptanmıştır.[17]

Nesnel bir ölçüt olmadığı için AÖDB tanısı belirti, bulgular ve öyküye dayalı olarak konmaktadır. Literatürde tanı, belirtilerin şiddeti ve sürekliliği ile ilgili veri eksikliği mevcuttur. Şu an için en çok kullanılan tanı ölçütleri DSM-5 tanı ölçütleri olmasına karşın bu ölçütlerde şiddete yönelik değerlendirme yalnızca işlevsellik bağlamında vardır. Ayrıca AÖDB tanısının kesin olarak konulabilmesi için DSM-5 ölçütlerine göre en az 2 adet dönemi boyunca ileriye dönük günlük tutulması gerekmektedir. Eğer bu ölçüt karşılanmazsa ancak geçici tanı konulabilir.

Tanı sistemlerine ilk girdiği günden itibaren aybaşı öncesi dönem belirtilerini saptamaya ve kaydetmeye yönelik olarak çeşitli günlükler oluşturulmuştur.[7,18] Ancak kesitsel olarak tanı koymaya yönelik bir gereç 2003'e kadar geliştirilmemiştir. Steiner ve arkadaşları 2003 yılında Kanada'da şiddetli PMS/AÖS/AÖDB olan kadınları tanımlamak amacıyla, kullanımı kolay ve güvenilir bir gereç tasarlamıştır.[5] Bu gereç AÖDB'nin DSM-IV ölçütleri esas

Tablo 1. Aybaşı Öncesi (Premenstrüel) Disfori Bozukluğu DSM-5 Tanı Ölçütleri:

A. Aybaşı(menstrüasyon, adet) döngülerinin büyük bir çoğunluğunda, aybaşlarının başlamasından önceki son hafta, en az beş belirti bulunmalıdır, bu belirtiler aybaşlarının başlamasından sonraki birkaç gün içinde iyileşmeye başlar ve aybaşlarından sonraki hafta çok azalır ya da yok olur.

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

1.belirgin duygusal değişkenlik(örn: duygudurum dalgalanmaları; birden kendini üzüntülü ya da ağlamaklı hissetme ya da kabul görmemeye karşı artmış duyarlılık).

2.belirgin bir biçimde kolay kızma, öfkelenme ya da kişilerarası çatışmalarda artma.

3.belirgin bir çökkün duygudurum, umutsuzluk duyguları ya da kendini küçümseyen düşünceler.

4.belirgin bir bunaltı, gerginlik ve /ya da diken üzerinde ya da sinirli olma.

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

1.olağan etkinliklere karşı ilgide azalma(örn: iş, okul, arkadaşlar, eğlence uğraşları).

2.odaklanmakta öznel güçlük çekme.

3.uyuşukluk, kolay yorulma ya da içsel güçte belirgin bir düşüklük.

4.belirgin bir yeme isteği değişikliği; aşırı yemek yeme ya da özel bir takım yiyecekleri yemel için aşırı istek duyma.

5.aşırı uyku uyuma ya da uykusuzluk çekme.

6.bunalmışlık ya da denetimini yitirmişlik duyumu.

7.göğüslerde duyarlılık ya da şişme, eklem ya da kas ağrısı,"davul gibi şişme" duyumu ya da kilo alma gibi bedensel belirtiler.

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

D. Bu belirtiler, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıyla ya da işte, okulda, olağan toplumsal etkinliklerde ya da başkalarıyla olan ilişkilerde bozulmayla (örn: toplumsal etkinliklerden kaçınma; işte, okulda ya da evde üretkenlikte ve verimlilikte azalma)gider.

E.Bu bozukluk, yalnızca, yeğin depresyon bozukluğu, panik bozukluğu, süre giden depresyon bozukluğu (distimi) ya da bir kişilik bozukluğu(bu bozukluklardan herhangi biri ile eşzamanlı ortaya çıkabilirse de)gibi başka bir bozukluğun belirtilerinin alevlenmesi değildir.

F. A tanı ölçütü, en az iki belirtili döngü sırasında, ileriye dönük günlük derecelendirme ile doğrulanmalıdır. (Not: böyle bir doğrulamadan önce tanı geçici olarak konabilir.)

G. Bu belirtiler, bir maddenin (örn. kötüye kullanılabilen bir madde, bir ilaç ya da başka bir tedavi) ya da başka bir sağlık durumunun(örn. Hipertiroidizm) fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz.

*Belirtiler, en az iki belirtili döngü sırasında, ileriye dönük günlük derecelendirme ile doğrulanmamışsa, tanının adından sonra "geçici tanı" diye yazılmalıdır ("aybaşı öncesi disfori bozukluğu, geçici tanı").

alınarak hazırlanmıştır ve "Premenstrüel Belirtileri Tarama Aracı (PSST)" olarak adlandırılmıştır. Bahse konu geçerlilik çalışmasında AÖDB oranı %5,1, orta-şiddetli PMS/AÖS % 20,7, hafif PMS/AÖS ya da belirtisiz grup %65 olarak bulunmuştur. PSST gereciyle ergenlerde yapılan bir başka çalışmada da erişkinlerdekine benzer oranlar bulunmuş, PSST ergenlerde premenstrüel belirtileri taramak için hızlı ve güvenilir bir gereç olarak değerlendirilmiştir.[19] Yine bu gereçle Buttner ve arkadaşlarının (2013) yaptığı bir çalışmada PMS/AÖS/AÖDB doğum-sonrası depresyonda bir risk faktörü olarak bulunmuştur.[20]

AÖDS nihayet DSM-5'de bir tanı olarak depresif bozukluklar başlığı altında yerini aldı. Fakat yine de şiddeti ölçmek için kullanışlı bir gerece ihtiyaç duyulmaktadır. Bildiğimiz kadarıyla ülkemizde bu konuyla ilgili yapılmış bir çalışma bulunmamaktadır. İleriye dönük iki adet döngüsü takip ederek günlük tutma yöntemine göre bu gereç (PSST) daha pratik ve daha az zaman alan bir alternatif sunmaktadır. Bizim çalışmamızın amacı da bu gerecin Türkçe sürümünü hazırlamak ve klinik dışı bir örneklemde bu gerecin AÖS, AÖDB ve belirti düzeyi eşik altı olan kadınları saptamada kullanışlılığını test etmektir.

Gereç ve Yöntem

Örneklem ve izlek

Çalışmaya Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim Araştırma Hastanesi'nin herhangi bir biriminde çalışmakta olan, halen adet görmeye devam eden 118 kadın alınmıştır. Çalışmaya katılma gönüllülük esasına göre düzenlenmiş olup çalışmaya katılan kadınlara çalışmanın amacı ayrıntılı olarak anlatılmış ve her birinden bilgilendirmeli onam alınmıştır. Araştırma Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin etik komitesi tarafından onaylanmıştır. Katılımcılara sosyodemografik veri formu, Aybaşı Öncesi Belirtiler için Tarama Gereci (AÖBTG) ve Belirti Tarama Listesi-Gözden geçirilmiş formu (SCL-90-R) verilmiş ve ilgili evrak toplanırken araştırmacılar tarafından kontrol edilmiştir.

Adet Öncesi Belirtiler için Tarama Gereci (AÖBTG): Gerecin uyarlanmasında Steiner ve arkadaşlarının çalışması temel alınmış ve premenstürel disforik bozukluk için DSM-5 tanı ölçütleri kullanılmıştır.[5,13] Gerecin İngilizce formunun Türkçeye çeviri işlemi çeşitli aşamalarda gerçekleştirilmiştir. Birinci aşamada gereç araştırmacılar ve iyi derece İngilizce bilen üç psikiyatri uzmanı tarafından Türkçeye çevrilmiştir. Son olarak gerecin maddeleri DSM-5'in Türkçe sürümündeki ifadelerle karşılaştırılmıştır. Tüm bu çeviriler karşılaştırılmış ve her madde için, o maddeyi en iyi temsil ettiği düşünülen ifadeler benimsenmiştir. İkinci aşamada elde edilen Türkçe çeviri 10 sağlıklı kadına uygulanmış ve dilin anlaşılırlığı test edilmiştir. Alınan geribildirimlerle gerecin Türkçe çevirisinin orijinal forma eş değerliği kabul edilmiş ve son hali verilmiştir.

Sosyodemografik veri formu: Çalışmanın araştırıcıları tarafından geliştirilen bu formda katılımcının, yaşı, medeni durumu ve eğitim durumu gibi sosyodemografik özellikleri yanı sıra aybaşı öncesi disfori sendromuyla (AÖDS) ilişkili olabilecek klinik bilgilerine (kadın doğum ameliyatı geçirip geçirmediği, toplam döngü süresi, toplam kanama süresi ve miktarı, ilk premenstrüel belirtilerin başladığı yaş, AÖD belirtilerinin zamanı, ailede AÖDS, oral kontraseptif (OKS) kullanımı, mevcut tıbbi hastalık, psikiyatrik hastalık varlığı ve öyküsü gibi) ulaşılması amaçlanmıştır.

Belirti Tarama Listesi (SCL-90-R): SCL-90-R büyük gruplarda psikiyatrik belirti dağılımını belirlemede yaygın olarak kullanılan ve dokuz belirti boyutunu içeren bir araçtır.[21] Bu belirti grupları: 'somatizasyon', 'obsesif-kompülsif', 'kişilerarası duyarlık', 'depresyon', 'kaygı', 'düşmanlık', 'fobik kaygı', 'paranoid düşünce', 'psikotizm' ve uykusuzluk, iştah bozuklukları ve suçluluk gibi diğer bazı belirtileri içeren 'ek maddeler'dir. Türkçe standardizasyon çalışmasında, SCL-90-R'nin üniversite örnekleminde geçerli ve güvenilir bir psikiyatrik tarama aracı olduğunu göstermiştir.[22]

İstatistik yöntem

İstatistiksel analizler SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) programıyla yapılmıştır. Grup karşılaştırmaları için t testi korelasyon analizlerinde ise Pearson korelasyon yöntemi kullanılmıştır. Sürekli değişkenler için ortalama ve standart sapmalar kategorik değişkenler için yüzde değerleri verilmiştir. Birden fazla grubun karşılaştırılmasında varyans analizi (ANOVA) uygulanmış. Alt grupların farklılıklarını değerlendirmek için post hoc testlerden Tukey testi kullanılmıştır. Ayrıca çoklu grup karşılaştırılmasında Bonferroni düzeltmesi yapılmıştır.

Sonuçlar

Sosyodemografik ve klinik özellikler

Veriler 118 kadın üzerinden değerlendirilmiştir. Kadınların yaş ortalaması 30,19±6,04 yıl, ortalama eğitim süresi 16,11±4,20 yıl, ortalama ilk adet görme yaşı 13,28±1,29, ortalama bir adet döngüsü süresi 27,78±4.32 gün ve ortalama adet kanaması süresi 5,7±1.67 gün olarak bulunmuştur. Katılımcı kadınların 3'ü (%2,5) öğrenci, 8'i (%6,8) gündelik işlerde çalışan, 107'si (%90,7) ise ücretli çalışandı (işçi ya da devlet memuru). Gelir düzeyi bakımından 14 katılımcının (%11,9) gelir düzeyi aylık 1000 TL'nin altındayken 21 (%17,8) tanesinin 1000 ila 2000 TL arasında, 38'inin (%32,2) 2000 TL ila 3000 TL arasında ve 41'inin (%34,7) 3000 TL'nin üzerinde olduğu görülmüştür. Katılımcıların

Tablo 2. Her bir maddeyi orta ila şiddetli olarak işaretleyen hastaların oranları grup karşılaştırması

Grup AÖBTG'deki Belirtiler	AÖS Belirtisi Eşik-Altı N = 62	Orta-Şiddetli AÖS N = 38	AÖDS N = 18
1. Sinirlilik/huzursuzluk	%2.5	%8.5	%14.4*
2. Kaygı/gerginlik	%0	%6.8	%9.3*
3. Kolay ağlama/reddedilmeye karşı duyarlılık artışı	%0.8	%7.6	%8.5*
4. Çökkün duygudurum/umutsuzluk	%0.8	%3.4	%5.9*
5. İş/okul etkinliklerine ilgide azalma	%0	%3.4	%1.7
6. Evdeki etkinliklere olan ilgide azalma	%0	%4.2	%3.4
7. Sosyal aktivitelere olan ilgide azalma	%0	%3.4	%4.2*
8. Konsantre olmada zorluk	%0	%2.5	%3.4
9. Yorgunluk/enerji azlığı	%0	%10.2	%8.5*
10. Aşırı yeme/yiyeceğe aşerme	%4.2	%5.9	%5.9
11. Uykusuzluk	%0	%2.5	%2.5
12. Aşırı uyuma (daha çok uykuya gereksinim)	%2.5	%10.2	%5.1*
13. Bitik (bir yük altında kalmış gibi) ya da kontrol dışı hissetme	%0.8	%7.6	%4.2*
14. Fiziksel belirtiler: memelerde hassasiyet, baş ağrıları, eklem/kas ağrıları, şişkinlik, kilo alma	%6.8	%11.9	%9.3*

*$P \leq .001$ düzeyinde anlamlı farklılığı gösterir.

%65,3'ü evli idi. Katılımcılardan %61,9'u hiç doğum yapmamış, %18,6'sı bir doğum yapmış, %16,9'u 2 doğum yapmış, %2,5'i ise 2'den fazla doğum yapmıştı. Katılımcılar arasında halen OKS kullanımı %10,2 idi. Araştırmaya katılan kadınlardan %51,7'sinde PMS/AÖS, %11'inde de herhangi bir ruhsal hastalık aile öyküsü vardı. Katılımcıların %12,7'sinde geçmiş bir ruhsal hastalık ve tedavi öyküsü vardı.

Gerecin kullanışlığıyla ilgili veriler

Gereçte kullanılan maddelerin iç tutarlılığını gözden geçirmek için iç tutarlılık testlerinden Cronbach Alfa testi uygulanmıştır. Buna göre Cronbach alfa değeri 0.928 (mükemmel) bulunmuştur.

Kadınlar AÖBTG'den aldıkları puanlar sonucunda 3 farklı gruba ayrıldı. Birinci grup DSM-5 AÖDS (Aybaşı Öncesi Disfori Sendromu) ölçütlerini tam olarak karşılayan 18 (%15,2) kadından oluşuyordu. Bu ölçütleri karşılaması için katılımcıların A grubu belirtilerden dört ana belirti (sinirlilik, disfori, gerginlik ve duygudurum oynaklığı) grubundan en az birisini (şiddetli olarak işaretlenmelidir) ve buna ek olarak herhangi 4 belirtiyi gereç üzerinde orta ila şiddetli olarak işaretlenmiş olmalıdır. Ayrıca B grubu sorularından en az birisinin (işlevselliği bozacak derecede) şiddetli olduğunu bildirmiş olmalı, C grubu sorularının her ikisine de evet yanıtı verilmiş olmalıdır. Bu grup AÖDS olarak adlandırıldı.

İkinci grup kadın 38 Kişiden (%32,2) oluşmaktaydı. Bu kadınlar A grubu sorulardan 4 ana belirtiler için en az bir tanesini ve diğer herhangi 4 belirtiyi orta ila şiddetli olarak işaretlemiş B grubu sorulara orta ila şiddetli olarak yanıt vermiş, C grubundan herhangi bir soruya evet yanıtını vermiştir. Bu grup orta ila şiddetli AÖS (Aybaşı Öncesi Sendrom) olarak değerlendirilmiştir.

Üçüncü grupta yer alan 62 kadın (%52,5) ise yukarıdaki herhangi bir ölçütü karşılamayan gruptan oluşmuştur ve eşik altı belirtileri olan grup olarak değerlendirilmiştir.

Yukarıda bahsedilen üç grup katılımcının AÖBTG'ndeki maddeleri orta ila şiddetli işaretlemelerine göre karşılaştırması yapılmış ve sonuçlar yüzde değerleri bakımından karşılaştırılmıştır (bkz Tablo 2).

Tablo 3. Belirti Kontrol Listesi (SCL-90-R) Alt-Testlerinde katılımcıların aldığı puanların 3 gruba göre karşılaştırılması

Belirti Tarama Listesi Alt-Gereç puanları (SCL-90-R)	Eşik Altı Grup N = 62 Ortalama±SS	AÖS N = 38 Ortalama±SS	AÖDS N = 18 Ortalama±SS	P değeri*
Somatizasyon	7.20±8.23	11.78±9.55	14.50±11.42	.004
Obsesif kompülsif belirtiler (OKB)	5.90±5.14	13.71±7.36	13.66±8.13	.000
Kişiler arası duyarlılık	4.11±4.70	9.23±7.42	10.16±8.08	.000
Depresyon	7.78±8.20	17.16±10.67	18.77±14.46	.000
Kaygı	3.93±4.66	8.0±6.62	9.72±10.28	.001
Öfke/düşmanlık	2.56±2.94	6.36±4.93	7.50±7.10	.000
Fobik anksiyete	1.33±2.77	3.21±3.56	4.11±5.99	.005
Kuşkuculuk	2.17±2.80	5.34±4.72	5.72±5.64	.000
Psikotizm	2.27±4.56	4.68±4.91	6.0±8.15	.013
Ek maddeler	3.51±4.13	5.15±4.55	6.41±6.0	.040

*Bonferroni düzeltmesi yapıldığından istatistiksel anlamlılık *P* = .005 olarak kabul edilmiştir.

Yukarıda bahsedilen 3 grup kadın SCL-90-R'de işaretledikleri belirti düzeylerine göre birbirleriyle karşılaştırıldığında belirti kontrol listesinin uykusuzluk ve iştah belirtileri gibi ek maddelerden oluşan alt-ölçeği hariç somatizasyon, obsesif kompülsif belirtiler (OKB), kişiler arası duyarlılık, depresyon, kaygı, kuşkuculuk, psikotizm tamamında farklılık gösterdikleri görülmüştür (Tablo 3). Sonrasında Post hoc Tukey testi ile bu farkın nereden kaynaklandığına bakıldığında yine tüm belirti grupları için AÖDS grubu ve eşik-altı belirtileri olan grup arasındaki farkın korunduğu ancak AÖS grubu ile AÖDS grubu arasında hiçbir belirti alanında istatistiksel anlamlılığa ulaşan farklılık olmadığı görünmüştür (Tablo 4). AÖBTG'deki her bir belirtiyi orta ila şiddetli olarak işaretleyen kişilerin 3 gruba göre oranları Tablo 2'de karşılaştırılmıştır.

Tablo 4. Post Hoc Tukey Testi ile İkili Grupların Bir Biriyle Karşılaştırılması

(I)	(J)	Ortalama Fark (I-J)	Standart Hata	P değeri
AÖDS	AÖS	4,40351	1,94	.064
	Eşik-altı AÖS	16,55376*	1,81	.000
AÖS	AÖDS	-4,40351	1,94	.064
	Eşik-altı AÖS	12,15025*	1,40	.000
Eşik-altı AÖS	AÖDS	-16,55376*	1,81	.000
	AÖS	-12,15025*	1,40	.000

AÖDS= Aybaşı Öncesi Disfori Sendromu
AÖS=Aybaşı Öncesi Sendromu

Tartışma

Bu çalışmanın amacı DSM-5 Adet Öncesi Disforik Bozukluk taraması için bir gereç olan "Adet Öncesi Belirtiler için Tarama Gereci' nin ülkemizdeki bir örneklemde kullanışlılığını incelemek idi. Bizim çalışmamıza göre bu örneklemde adet öncesi disfori sendromu sıklığı %15.2 olarak bulunmuştur. Bu oran literatürdeki çalışmalara göre yüksek bulunmuştur.[5,17,23,24] Witchen ve arkadaşlarının 2002 de yapmış olduğu ileri dönük günlük tutma yöntemiyle yapılan çalışmada AÖDB 1 yıllık prevalansı %5,8 olarak bildirilmiştir.[23] Yaygınlık oranı Müderris ve arkadaşlarının çalışmasında %8; Steiner ve arkadaşlarının çalışmasında ise %5,1 olarak bildirilmiştir.[5,17] Ancak bu çalışmalardaki oranlar bu belirtilerin gerçekte toplumda ne oranda göründüğünün tam olarak tespit edilmesinin zor olduğunu akla getirmektedir. Ayrıca örneklemimiz birçok çalışmaya göre AÖDS oranın yüksek olduğu yaş grubuna sahip bir popülasyondan oluşmaktadır.[5,17] Daha genç kadınların bulunduğu bazı çalışmalarda AÖDS %8'in üstünde bir oranda bildirilmiştir.[19] Yine aynı çalışmada Amerika Birleşik Devletleri ve Kanada'da 12-18 yaş arası ergen kadınlarda benzer ölçme aracıyla bulunan AÖDS oranı %10'un üzerindedir.[19]

Dikkat çekici bir başka bulgu da AÖDS grubu ve AÖS grubu arasında AÖDS lehine ortaya çıkan farklılaşmaların zaten tanı için mutlak bulunması gereken ilk dört belirtide ortaya çıkmasıdır (sinirlilik/huzursuzluk; kaygı/gerginlik; kolay ağlama/reddedilmeye karşı duyarlılık artışı; çökkün duygudurum/umutsuzluk). Bu durum AÖDS (aybaşı öncesi disfori sendromu) için ilk dört belirtiden en az birinin tanı için gerekli görülmesinin uygunluğunu akla getirir.

Bizim çalışmamıza göre premenstrüel fiziksel belirtiler orta şiddetli AÖS grubunda AÖDS grubuna göre daha yüksek bulunmuştur. Bu bulgu AÖDS grubunda ruhsal belirtilerin ön plana

çıkmasının fiziksel belirtileri bildirimleri azaltıyor olabileceğini akla getirir. Yine bir önceki bulguyla birlikte düşünüldüğünde AÖDS'nin ana belirtilerinin fiziksel değil ruhsal olanlar olduğu savını destekler.[25-27]

Bu verilerin bazı kısıtlılıklar göz önüne alınarak değerlendirilmesi gerekir. Çalışmamızın örnekleminin ileri analizlere olanak vermeyecek ölçüde küçük olduğuna dikkat edilmelidir. Ayrıca sağlık çalışanlarından oluşuyor olması durumun farkındalığına katkıda bulunmakla beraber AÖDB oranının literatürdeki diğer çalışmalara göre yüksek çıkmasının da nedeni olabilir. Ayrıca çalışma örnekleminde hem ruhsal hastalık öyküsü (%12,7) hem de ruhsal hastalık ve AÖS aile öyküsünün oldukça yüksek olması (sırasıyla %11 ve %51,7) örneklemin AÖDB açısından daha çok risk altında olduğunu akla getirebilir.[28] Ayrıca hastane çalışanlarından oluşan bir örneklemde konuyla ilgili sıkıntı yaşayanların araştırmaya katılmada daha istekli olabilecekleri düşünülebilir.

Sonuç olarak, Aybaşı Öncesi Belirtileri Tarama Gereci (AÖBTG) AÖDS tanısı olan olası olguları tespit etmede ve aybaşı öncesi dönem belirtisi yaşayan kadınların belirti şiddetlerinin tespitinde kullanılabilir. AÖBTG eşik-altı belirtileri olan grupla orta ve şiddetli AÖS olan grupları ayırmada oldukça başarılı iken orta şiddetli AÖS olan grupla AÖDS olan grubu ayırmada aynı derecede başarılı olamadığı hesaba katılırsa AÖDS tanısının tek başına bu gereçle konulması uygun olmayabilir.

Çıkar Çakışması ve Finansman Beyanı

Bu çalışmada çıkar çakışması ve finansman destek alındığı beyan edilmemiştir.

Kaynaklar

1. Mason-Hohl E: The Diseases of Women, by Trotula of Salerno: A Translation of Passionibus Mulierum Curandorum by Elizabeth Mason-Hohl, MD. Los Angeles, Ward Ritchie Press; 1940.
2. Greene R, Dalton K. The premenstrual syndrome. Br Med J 1953;1(4818):1007–14.
3. Teng CT, Vieira Filho AH G, Artes R., Gorenstein C, Andrade LH, Wang YP. Premenstrual dysphoric symptoms amongst Brazilian college students: factor structure and methodological appraisal. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci 2005;255(1):51-6.
4. World Health Organization. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: diagnostic criteria for research. World Health Organization; 1993.
5. Steiner M, Macdougall M, Brown E. The premenstrual symptoms screening tool (PSST) for clinicians. Arch Womens Ment Health 2003;6(3):203–9.
6. Türkçapar AF, Türkçapar MH. "Premenstruel Sendrom ve Premenstruel Disforik Bozuklukta Tanı ve Tedavi: Bir gözden Geçirme. Klinik Psikiyatri 2011;14(4):241-53
7. Freeman EW, Sammel MD, Lin H, Nelson DB. Associations of hormones and menopausal status with depressed mood in women with no history of depression. Arch Gen Psychiatry 2006;63(4):375.
8. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3rd ed, revised (DSM-III-R). Washington, DC, American Psychiatric Association, Inc; 1987.
9.Amerikan Psikiyatri Birliği (1994) Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, Dördüncü Baskı (DSM-IV) (Çev. ed.: E Köroğlu) Hekimler Yayın Birliği, Ankara; 1995.
10. Epperson CN, Steiner M, Hartlage SA, Eriksson E, Schmidt PJ, Jones I, Yonkers KA. Premenstrual dysphoric disorder: evidence for a new category for DSM-5. Am J Psychiatry 2012;169(5):465-75.
11.Gehlert S, Song IH, Chang CH, Hartlage SA. The prevalence of premenstrual dysphoric disorder in a randomly selected group of urban and rural women. Psychol Med 2009;39(1):129–36
12. Hurt SW, Schnurr PP, Severino SK, Freeman EW, Gise LH, Rivera- Tovar A et al. Late luteal phase dysphoric disorder in 670 women evaluated for premenstrual complaints. Am J Psychiatry 1992;149(4):525-30.
13. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, Inc; 2013.
14. Steiner M. Premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder: guidelines for management. J Psychiatry Neurosci 2000;25(5):459.
15. Halbreich U, Borenstein J, Pearlstein T, Kahn LS. The prevalence, impairment, impact, and burden of premenstrual dysphoric disorder (PMS). Psychoneuroendocrinology 2003;28(Suppl.3):1-23.
16. Bhatia SC, Bhatia SK. Diagnosis and treatment of premenstrual dysphoric disorder. Am Fam Physician 2002;66(7):1239-49.
17. Müderris II, Gönül AS, Sofuoğlu S, Taşcı S, Bayatlı M. Genç kadınlarda premenstrüel disforik bozukluk prevalansı. Klinik Psikiyatri 1999;2(3):197-201.
18. Mortola JF, Girton L, Beck L, Yen SSC. Diagnosis of premenstrual syndrome by a simple, prospective, and reliable instrument: the calendar of premenstrual experiences. Obstet Gynecol 1990;76(2):302-7.
19. Steiner M, Peer M, Palova E, Freeman EW, Macdougall M, Soares CN. The Premenstrual Symptoms Screening Tool revised for adolescents (PSST-A): prevalence of severe PMS and premenstrual dysphoric disorder in adolescents. Arch Womens Ment Health 2011;14(1):77-81.
20. Buttner MM, Mott SL, Pearlstein T, Stuart S, Zlotnick C, O'Hara MW. Examination of premenstrual symptoms as a risk factor for depression in postpartum women. Arch Womens Ment Health 2013;16(3):219-25.
21. Derogatis LR., Kazdin AE. SCL-90-R. In A. E. Kadin (Ed.), Encyclopedia of psychology, Vol. 7. American Psychological Association; 2000. p.192-3.
22. Dağ I. Belirti Tarama Listesi (Scl-90-R)'nin Üniversite Öğrencileri için güvenirliği ve geçerliği. / Reliability and validity of the Symptom Check List (SCL-90-R) for university students. Turk Psikiyatri Derg 1991;2(1):5–12.
23.Wittchen HU, Becker E, Lieb R., Krause P. Prevalence, incidence and stability of premenstrual dysphoric disorder in the community. Psychological Medicine 2002;32(1):119-32.
24. Adiguzel H, Taskin EO, Danaci AE. The symptomatology and prevalence of symptoms of premenstrual syndrome in Manisa, Turkey. Turk Psikiyatri Derg 2007;18(3):215-22
25. Rivera-Tovar A, Pilkonis P, Frank E. Symptom patterns in late luteal-phase dysphoric disorder. J Psychopathol Behav Assess 1992;14(2):189–99
26. Meaden PM, Hartlage SA, Cook-Karr J. Timing and severity of symptoms associated with the menstrual cycle in a community-based sample in the Midwestern United States. Psychiatry Res 2005;134(1):27–36
27. Hartlage SA, Freels A, Gotman N, Yonkers KA. Criteria for premenstrual dysphoric disorder: secondary analyses of relevant data sets. Arch Gen Psychiatry 2012;69(3):300–5
28.Treloar SE, Heath AC , Martin NG. Genetic and environmental influences on premenstrual symptoms in an Australian twin sample. Psychol Med 2002;32(1):25–38