



YAKIN DOĞU ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI

PREMENSTRÜEL SENDROM BELİRTİ ŞİDDETİ İLE ANKSİYETE, DÜRTÜSELLİK VE MİZAÇ ARASINDAKİ İLİŞKİ

MELİS KAYA

YÜKSEK LİSANS TEZİ

LEFKOŞA

2021

PREMENSTRÜEL SENDROM BELİRTİ ŞİDDETİ İLE ANKSİYETE, DÜRTÜSELLİK VE MİZAÇ ARASINDAKİ İLİŞKİ

MELİS KAYA

YAKIN DOĞU ÜNİVERSİTESİ LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

TEZ DANIŞMANI

Yrd. Doç. Dr. Hande ÇELİKAY SÖYLER

LEFKOŞA

2021

KABUL VE ONAY

MELİS KAYA tarafından hazırlanan “**Premenstrüel Sendrom Belirti Şiddeti İle Anksiyete, Dürtüsellik ve Mizaç Arasındaki İlişki**” başlıklı bu çalışma, 28/01/2021 tarihinde yapılan savunma sınavı sonucunda başarılı bulunarak jürimiz tarafından Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

JÜRİ ÜYELERİ

.....
Yrd. Doç. Dr. Hande Çelikay Söyler (Danışman)

Yakın Doğu Üniversitesi
Fen Edebiyat Fakültesi Psikoloji Bölümü

.....
Doç. Dr. Aşkın Kiraz (Başkan)

Yakın Doğu Üniversitesi
Atatürk Eğitim Fakültesi Eğitim Bilimleri Bölümü

.....
Yrd. Doç. Dr. Asra Babayiğit

Yakın Doğu Üniversitesi
Fen Edebiyat Fakültesi

Prof. Dr. K. Hüsnü Can Başer

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü

BİLDİRİM

Hazırladığım tezin, tamamen kendi çalışmam olduğunu ve her alıntıya kaynak gösterdiğimi taahhüt ederim. Tezimin kağıt ve elektronik kopyalarının Yakın Doğu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü arşivlerinde aşağıda belirttiğim koşullarda saklanmasına izin verdiğimi onaylarım.

- Tezimin tamamı her yerden erişime açılabilir.
- Tezim sadece Yakın Doğu Üniversitesinde erişime açılabilir.
- Tezimin iki (2) yıl süre ile erişime açılmasını istemiyorum. Bu sürenin sonunda uzatma için başvuruda bulunmadığım takdirde tezimin tamamı erişime açılabilir.

28/01/2021

İmza

Melis Kaya

TEŞEKKÜR

Bu araştırma süresince bana gösterdiği destek, anlayış ve yardımlarından dolayı tez danışmanım Yrd. Doç. Hande ÇELİKAY SÖYLER'e

Moral ve motivasyon kaynağım, mesleki gelişmemde her zaman destekçi, öğretmeyi seven, anlayışlı; mesleğe ilgimi, içimdeki gerçekleştiremediğim heveslerimi gerçekleştirebilmem için elinden geleni yapan yardımlarını esirgemeyen sevgilim, hayat arkadaşım, müstakbel eşim Uzm. Dr. Çağdaş YOKUŞOĞLU'na

Yaratıcı fikirleri, kriz anı çözümleriyle kaygılarımı en aza indirip, çalışmama desteğini esirgemeyen keşke lisanstan tanısaydım dediğim, hem şehrim (!), sınıf arkadaşım ve meslektaşım Klinik Psikolog Özde TETİKÇOK'a

Çalışmama gönüllü olarak katılıp, zamanını ayıran, tüm katılımcılara,

Son olarak eğitim hayatım boyunca destek ve yardımlarını esirgemeyen, mesleki gelişimimde aldığım her kararda arkamda durarak güçlü hissettiren, her daim yanımda olan annem Emine KAYA ve babam Yusuf Nami KAYA'ya içten teşekkürlerimi sunarım.

Melis KAYA

ÖZ

PREMENSTRÜEL SENDROM BELİRTİ ŞİDDETİ İLE ANKSİYETE, DÜRTÜSELLİK VE MİZAÇ ARASINDAKİ İLİŞKİ

Bu araştırma ile premenstrüel sendromu (PMS) olan kadınlarda PMS belirti şiddeti ile anksiyete, dürtüsellik ve mizaç puanları arasındaki ilişki incelenmiştir. İlişkisel tarama modelindeki bu araştırmada veriler ölçekler yardımı ile 18-45 yaş arasındaki kadınlardan alınmıştır. Araştırmada, Sosyodemografik Veri Formu, Premenstrüel Sendrom Ölçeği (PMSÖ), Endişe ve Anksiyete Ölçeği, Barrat Dürtüsellik Ölçeği ve Memphis, Pisa, Paris, San Diego Mizaç Değerlendirme Anketi kullanılmıştır. Araştırmada PMS belirti şiddeti yüksek olan kadınların %85'inin düzenli kahve içtiği ve %54'ünün anne ve ya kız kardeşinde adet yakınması olduğu saptanmıştır. Endişe ve Anksiyete Ölçeği puanı ile PMSÖ genel puanı ve ölçekte bulunan depresif duygudurum, anksiyete, yorgunluk, sinirlilik ve depresif düşünceler alt ölçek puanları arasında aynı yönlü ilişki saptanmış olup, Barrat Dürtüsellik Ölçeği puanları ile PMSÖ depresif düşünceler alt ölçek puanları arasında aynı yönlü ilişki bulunmuştur. Kadınların baskın depresif, baskın siklotimik, baskın sinirli alt ölçek puanları ile PMSÖ genelinden aldıkları puanlar arasında aynı yönlü ilişki bulunmuştur. Kadınların baskın hipertimik alt boyutundan aldıkları puanlar ile PMSÖ'de yer alan depresif düşünceler alt boyutundan aldıkları puanlar arasında ise anlamlı ve ters yönlü bir bağıntı bulunduğu görülmüştür. Regresyon analizi sonucunda endişe ve anksiyete puanı ile baskın endişeli mizaç puanının, PMSÖ genel puanını yordadığı belirlenmiştir. Sonuç olarak PMS belirti şiddeti fazla olan kadınlarda endişe ve anksiyete, endişeli mizaç, depresif mizaç, siklotimik mizaç ve sinirli mizaç puanları PMS belirti şiddeti ile ilişkilidir. Endişe ve anksiyete ve endişeli mizaç puanları PMS belirti şiddetini yordamaktadır. PMS ve mizaç arasındaki nedenselliği gösterebilmek için prospektif bir çalışma tasarımı yapılması gereklidir.

Anahtar Kelimeler: Premenstrüel Sendrom, Dürtüsellik, Anksiyete, Psikolojik Stres, Mizaç

ABSTRACT

THE RELATIONSHIP BETWEEN PREMENSTRUAL SYNDROME SYMPTOM STRENGTH AND ANXIETY, IMPULSIVITY AND TEMPERAMENT

In this study, the relationship between premenstrual syndrome (PMS) symptom severity and anxiety, impulsivity and temperament scores has been investigated among women with PMS. In this study, which is an example of relational screening model, the data was picked up by the questionnaires from women aged 18-45. Demographic data form, Premenstrual Syndrome Scale (PMSS), Worry and Anxiety Scale, Barrat Impulsiveness Scale and Temperament Evaluation of Memphis, Pisa, Paris and San Diego – Autoquestionnaire were used in the study. It has been determined that 82% of the women drank coffee routinely and of 54% have her mother or daughter with a menstruation complaint. It has been found that there are positive relations between Worry and Anxiety Scale and PMSS overall score, depressive mood, anxiety, fatigue, irritability and depressive thoughts subscale scores and there is a positive relation between Barrat Impulsiveness Scale score and PMSS depressive thoughts subscale score. It has been found that there are positive relations between dominant depressive, dominant cyclothymic, dominant irritable subscale scores of the women and PMSS overall score they have. Also, it has been seen that there is a significant and negative correlation between dominant hyperthymic score and depressive thoughts subscale score in the PMSS which the women have. According to the regression analysis, it has been established that worry and anxiety score and dominant anxious temperament score predicted PMSS overall score. In conclusion, worry and anxiety, anxious temperament, depressive temperament, cyclothymic temperament and irritable temperament are related with PMS symptom severity among the women with high PMS symptom severity. Worry and anxiety and anxious temperament scores predict PMS symptom severity. It is necessary to conduct a prospective study design to demonstrate the causality between PMS and temperament.

Keywords: Premenstrual Syndrome, Impulsiveness, Anxiety, Psychological Stress, Temperament

İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY

BİLDİRİM

TEŞEKKÜR	iii
ÖZ	iv
ABSTRACT	v
İÇİNDEKİLER	vi
TABLolar DİZİNİ	ix
ŞEKİLLER LİSTESİ	x
KISALTMALAR	xi

1. BÖLÜM	1
GİRİŞ	1
1.1.Problem Durumu	4
1.2.Araştırmanın Amacı ve Alt Amaçları	4
1.3. Araştırmanın Önemi	5
1.4.Sınırlılıklar	6
1.5.Tanımlar	6
2. BÖLÜM	8
KAVRAMSAL ÇERÇEVE, İLGİLİ ARAŞTIRMALAR.....	8
2.1.Premenstrüel Sendromun Tanımı	8
2.1.1.Premenstrüel Sendrom Etiyolojisi	9
2.1.2.Premenstrüel Sendromun Epidemiyolojisi	10
2.1.3.Premenstrüel Sendromu Etkileyen Etmenler	11
2.1.4.Premenstrüel Sendrom Belirtileri.....	14
2.1.5. Premenstrüel Sendromun Psikososyal ve Kültürel Yönü.....	16
2.1.6.Premenstrüel Sendrom İçin Sağaltım Yöntemleri.....	16
2.1.7.Premenstrüel Sendromun Sağlık ve Yaşam Üzerindeki Etkileri	17
2.1.8.Tanı ve Değerlendirme	18
2.2.Anksiyetenin Tanımı.....	20
2.2.1.Anksiyete Bozukluğunun Etiyolojisi	23

2.2.3.Anksiyetenin Tanısal Özellikleri	24
2.2.4.Anksiyeteyi Etkileyen Etmenler.....	24
2.2.5.Anksiyete Düzeyleri.....	26
2.3.Dürtüsellik.....	27
2.3.1.Dürtüsellik Tanımı	27
2.3.2.Dürtüsellğin Nörobiyolojisi.....	29
2.3.3. Dürtüsellği Etkileyen Etmenler.....	30
2.4.Premenstrüel Belirti Şiddeti İle Anksiyete İlişkisi.....	30
2.5. Premenstrüel Belirti Şiddeti İle Dürtüsellik İlişkisi	31
2.6.Premenstrüel Belirti Şiddeti ile Mizaç İlişkisi	31
 3. BÖLÜM	33
YÖNTEM	33
3.1.Araştırmanın Modeli.....	33
3.2.Evren ve Örneklem	33
3.3.Veriler Toplama Araçları.....	34
3.3.1.Sosyodemografik Veri Formu	34
3.3.2.Premenstrüel Sendrom Ölçeği	35
3.3.3.Endişe ve Anksiyete Ölçeği.....	35
3.3.4.Barrat Dürtüsellik Ölçeği	36
 4. BÖLÜM	37
BULGULAR	37
4.1.Verilerin İstatistiksel Analizi	37
4.2.Bulgular.....	39
 5.BÖLÜM	58
TARTIŞMA	58
5.1.Tartışma	58
 6.BÖLÜM	63
SONUÇ VE ÖNERİLER	63
6.1.Sonuçlar	63

6.2.Öneriler.....	64
-------------------	----

KAYNAKÇA	67
----------------	----

EKLER.....	73
------------	----

Ek 1. Demografik Bilgi Formu	73
------------------------------------	----

Ek 2. Premenstrüel Sendrom Ölçeği.....	74
--	----

Ek 3. Endişe ve Anksiyete Ölçeği	75
--	----

Ek 4. Barrat Dürtüsellik Ölçeği	76
---------------------------------------	----

Ek 5. Memphis, Pisa, Paris ve San Diego Mizaç Değerlendirme Anketi	77
---	----

Ek 6. Aydınlatılmış Onam Formu	78
--------------------------------------	----

ÖZGEÇMİŞ	80
----------------	----

İNTİHAL RAPORU	81
----------------------	----

ETİK KURUL ONAYI.....	82
-----------------------	----

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 1. Sayısal Değişkenlerin Dağılım Analizi	38
Tablo 2. Kadınların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımı.....	39
Tablo 3. Kadınların Premenstrüel Sendrom Ölçeği Puanları.....	41
Tablo 4. Kadınların Yaş Grubuna Göre Premenstrüel Sendrom Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması	42
Tablo 5. Kadınların Eğitim Durumuna Göre Premenstrüel Sendrom Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması	44
Tablo 6. Kadınların Algılanan Gelir Durumuna Göre Premenstrüel Sendrom Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması.....	46
Tablo 7. Kadınların BKİ Sınıflarına Göre Premenstrüel Sendrom Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması	48
Tablo 8. Kadınların Kahve İçme Durumuna Göre Premenstrüel Sendrom Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması.....	49
Tablo 9. Kadınların Egzersiz Yapma Durumuna Göre Premenstrüel Sendrom Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması.....	51
Tablo 10. Kadınların Akrabalarında Adet Yakınması Olma Durumuna Göre Premenstrüel Sendrom Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması	52
Tablo 11. Kadınların Endişe ve Anksiyete Ölçeği, Barrat Dürtüsellik Ölçeği ve Memphis, Pisa, Paris ve San Diego Mizaç Değerlendirme Anketi Puanları	53
Tablo 12. Kadınların PMSO, Endişe ve Anksiyete Ölçeği, Barrat Dürtüsellik ve Mizaç Değerlendirme Anketi Puanları Arasındaki İlişkiler	54
Tablo 13. Kadınların Endişe ve Anksiyete Ölçeği, Barrat Dürtüsellik Ölçeği ve Mizaç Değerlendirme Anketi Puanlarının PMSÖ Puanlarını Yordama Durumu.....	56

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1. Kadınların BKİ Sınıflarına Göre Dağılımı.....	40
--	----



KISALTMALAR

ACOG	: American College of Obstetricians and Gynecologists
AÖDB	: Adet Öncesi Disforik Bozukluk
BKİ	: Beden Kitle İndeksi
DEHB	: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
ECA	: Epidemiyolojik Saha Çalışması
GLDB	: Geç Luteal Disforik Bozukluk
ICD	: Hastalıkların Uluslararası Sınıflaması
MDQ	: Menstrual Distres Şikayet Listesi
NCS	: Amerika Birleşik Devletleri'ndeki Ulusal Eştanı Araştırması
NHIS	: Amerika Ulusal Akıl Sağlığı Enstitüsü
PMDB	: Premenstruel Disforik Bozukluk
PMS	: Premenstrüel Sendrom
SAB	: Sosyal Anksiyete Bozukluğu

1. BÖLÜM

GİRİŞ

Premenstrüel sendrom (PMS) adet döngüsünün 6-9 gün öncesinde gerginlik, sinirlilik, dikkat toplama güçlüğü, eklem ağrıları, hassasiyet, kaygı, duygusal değişim, depresyon vb. gibi tipik belirtiler ile oluşan, adet başlanması ile sona eren ve bir sonraki adet döngüsüne dek ortaya çıkmayan davranışsal, duygusal ve fiziksel belirtilerin toplamıdır (Steiner ve ark., 2011). PMS'nin fiziksel belirtileri arasında; ödem, kramplar, kas spazmı, iştah değişiklikleri, memelerde hassasiyet, yorgunluk, ağrı, bulantı ve kusma yer almaktadır (O'Brien ve ark., 2007). Davranışsal belirtiler arasında; günlük yaşam etkinliklerinde azalma, yorgunluk, umutsuzluk ve baş dönmesi bulunmaktadır. Psikolojik belirtiler ise; duygusal dalgalanmalar, unutkanlık, sinirlilik hali, anksiyete, ağlama, öz kısıma eğilim ve öfke gibi belirtileri kapsar (Rapkin & Mikacich, 2006). Kadınların hemen her adet döngüsünde PMS belirtileri aynıdır. Bu süreçte öfke, sinirlilik, duygusal dalgalanmalar ve gerginlik en çok bildirilen yakınmalardır. Bununla birlikte kaygı, keyifsizlik, huzursuzluk gibi belirtiler de görülebilmektedir. Adet döngüsünde yaşanan duygusal belirtilerin yanında yorgunluk, ağrı, şişkinlik, memelerde hassasiyet, uyku düzensizliği ve kilo artışı gibi fiziksel belirtiler de olabilir (Vichnin ve ark., 2006).

PMS'nin tedavi yaklaşımları kadınların yaşamış olduğu belirtilerin şiddeti ile ilişkilidir (Frackiewicz & Shiovitz, 2001). Orta ve hafif derecede olan belirtiler için çoğunlukla diyet ve yaşam şekli değişiklikleri tavsiye edilirken, şiddetli olan belirtiler için ilaç sağaltımı gerekli görülebilmektedir. Genellikle düzenli egzersizin kadınlarda PMS yakınmalarını azalttığı görülmektedir. Amerikan Obstetrik ve Jinekologlar Birliği, egzersizin sadece PMS belirtilerinin yaşandığı

günlerde değil, eğer olanaklıysa haftanın çoğu gününde düzenli olarak en az 30 dakika yapılması gerektiğini bildirmektedir (Rapkin & Mikacich, 2006).

Kadınların fiziksel ve ruhsal sağlığının temel belirleyicisi olan PMS döneminde oluşan yakınmalar ergenlerde kişinin okul başarılarını, toplumsal ilişkilerini ve kendine olan güvenini olumsuz olarak etkilemektedir. Bununla birlikte ergen ve erişkin kadınlarda çalışma yetisinin azalmasına, iş kazalarının artmasına ve verimliliğin düşmesine yol açmaktadır (Steiner ve ark., 2011). PMS yalnızca kişiyi değil, toplumu ve ailesini de etkileyebilmektedir. Bu nedenle PMS yakınmaları olan kadınların yaşam standartları kaçınılmaz şekilde etkilenmektedir (Frackiewicz & Shiovitz, 2001). Adet öncesi disforik bozukluk (AÖDB) belirtileri; iritabilite, enerji azlığı, uyku düzensizliği, anksiyete, iştahta değişiklik, konsantrasyon eksikliği, çökün duygudurum ve ek bazı fiziksel belirtiler kapsamaktadır. PMS'de herhangi bir tanının konulabilmesi için yakınmaların ve zamanlamanın niteliği oldukça önemlidir. Adet döngüsü içinde bilhassa adet öncesindeki dönemde oluşan belirtilerin, adet sonrası dönemde azalarak tamamen son bulduğu belirtilmektedir (Öztürk ve ark., 2010).

PMS antik çağlardan beri bilinen bir durumdur. Hipokrat kimi kadınlarda adet döngüsü kanamasından önce başlayan şiddetli belirtiler ile oluşan duygudurum değişiklikleri ve öz kıyım düşüncelerinin ortaya çıktığını ifade etmiştir. On ikinci yüzyılın başlarında Trotula De Salerno kadın sağlığı hastalıkları ve çocuk bakımı eğitimi hususundaki eserinde PMS'den söz etmiştir. On yedinci yüzyılda ise Padovalı Giovanni De Monte ilk defa adet döngüsü ve depresyon arasındaki ilişkiyi ele almıştır. 1840 yılında ise Leacock, birtakım kadınların adet döngüsü döneminde “nörolojik kaprisli ve histerik” olduğunu belirtmiştir (Vichnin ve ark., 2006). 1847 yılında Dr. Ernst F. Von Feuchtersleben, adet döngüsü ile bağlantılı olabilecek ruhsal sorunları bildirmiştir. 1931'de ise Dr. Robert Frank ilk defa adet kanamasından altı ila dokuz gün önce oluşan şiddetli PMS yakınmaları olan 14 hasta kadın açıklamıştır (Steiner ve ark., 2011). Dr. Robert Frank, kadınların adet döneminden önce bildirdikleri bu yakınmaları “premenstrüel gerginlik” şeklinde ifade etmiştir. 1952 yılında Dr. Katharina Dalton “premenstrüel sendrom” ifadesini ilk kez kullanmıştır (Rapkin & Mikacich, 2006). Bununla birlikte Dalton, PMS tedavisi için İngiltere’de ilk kliniği açmıştır.

DSÖ 1982 yılında, PMS için Hastalıkların Uluslararası Sınıflaması'nda (ICD-International Classification of Diseases) tanı kodu bildirmiştir. Amerika Ulusal Akıl Sağlığı Enstitüsü (NHIS) ise 1983'de PMS belirtileri üzerinde konsensus oluşturmuştur. 2000 yılına gelindiğinde ACOG ICD kodu değiştirilmeden, PMS için sağaltım ve tanı kılavuzunu oluşturmuştur. Her bireyin kimi zaman yaşamış olduğu kaygılar, günlük hayatta karşı karşıya kalınan sorunlar ile başa çıkabilmek için bireyi hazırlamakta, bir konu hakkında daha hızlı karar verebilmesi açısından ortam sağlamaktadır (Öztürk ve ark., 2010). Kaygı esasında bireyin beyninin strese tepki vermesi ve onu ileride yaşayabileceği olası riskler için uyarmasıdır (Ross & Steiner, 2003). Kaygı bozukluğu, ruhsal bir bozukluk olarak tanımlanmaktadır. Kişinin günlük yaşantısında ara sıra kaygı yaşaması olağan bir durumdur. Korku ve anksiyete her normal kişinin gösterebileceği ve stres seviyesi ile paralellik gösteren en doğal tepkilerden biridir.

Dürtüsellik üzerine düşünülmemiş uyarı tarafından yönetilen eylemleri kapsar. Daha sonraki ödüllendirici, amaç ilişkili yanıtlar olasıdır (Nigg, 2017). Dürtüsellik psikopatolojiyi anlamak için kritik öneme sahip transdiagnostik bir boyuttur ve suça karışma ve riskli davranışlar gibi işlevsel olmayan yaşam sonuçlarıyla ilişkilidir (Griffin ve ark., 2018). Dürtüsellik tutarlı bir şekilde bağımlılığın birçok tipi, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB) ve mani ile ilişkilendirilmiştir (Bari & Robbins, 2013). Geleneksel olarak dürtüsellik ile anksiyete arasında ters ilişki olduğu düşünülse de psikiyatrik hastalarla yapılan çalışmalarda dürtüsellik ile anksiyetenin ilişkili olduğu görülmüştür (Jakuszkowiak- Wojten ve ark., 2015).

Mizaç kavramının antik zamanlara kadar uzanan bir tarihi bulunmaktadır (Alm & Risberg, 2007). Hipokrat'a göre her birey farklı mizaç yapılarına sahip olup, bireylerin yaşadıkları durumların, bedenlerinde veya ruh hallerindeki biyolojik etkileri bireyin mizaç yapısına göre farklılık gösterir. Hipokrat, insanların vücudunda bulunan farklı oranlardaki sıvılara göre dört temel mizaç grubundan biri altında yer aldıklarını belirtmektedir (Revelle ve ark, 1976). Bu dört sıvı şu şekildedir: kan, sarı safra, kara safra, irinli iltihap. Bu sıvıların oluşturdukları mizaç yapılarını ise sırasıyla şu şekilde sınıflandırmaktadır: canlı-hareketli, canlı-hükümdar, melankolik ve donuk-pasif. Bu antik çağ modeline göre mizaç,

kişinin doğuştan getirdiği biyolojik ve duygusal işlememelerinin bir sonucu olarak ele alınmaktadır (Erermiş ve ark., 2009). Mizaç; bazı emosyonları yaşamaya kalıtsal yatkınlıklar ve duygulardan köken alan dürtülerin otomatikleşmiş hareket özelliklerinin, erken yaşamda ortaya çıkabilen ve neredeyse yaşam boyu devam eden alışkanlıkların altında yatan biyolojik özellikler olarak tanımlanabilir.

1.1.Problem Durumu

PMS kadınlarda zorluk yaşanan bir durumken, ergenlerde karşılaşıldığında, çocukluktan genç erişkinliğe geçişin getirmiş olduğu zorlukla birlikte baş etmesi daha güç hale gelebilmektedir. Erişkinliğin ilk dönemleri de (üniversite süreci) benzer zorlukları takip etmektedir. Yapılan başka bir araştırmada da PMS belirti şiddetlerinin 19-22 yaş aralığında daha fazla olduğu görülmüştür.

Alan yazın incelendiğinde ise var olan çalışmalar ergenlerde ve yetişkinlerde PMS varlığını ve bu durumun belli belirtilerle ilişkisini sorgularken; belirti şiddetlerinin dürtüsellik, anksiyete ve mizaç ile ilişkisini aynı anda inceleyen bir çalışma olmadığı görülmektedir.

1.2.Araştırmanın Amacı ve Alt Amaçları

Bu araştırma ile 18-45 yaş arası kadınlarda PMS belirti şiddeti ile; anksiyete, dürtüsellik ve mizaç puanları arasındaki ilişkiyi ortaya çıkarmak amaçlanmıştır.

Araştırmada ayrıca yaş, eğitim düzeyi, egzersiz yapma, boy ve kilo, kahve içme, anne veya kız kardeşte adet yakınması gibi değişkenlerinde premenstrüel sendromu etkileyen etmenler olduğu düşünüldüğünden araştırma sorularında yer almaktadır. Araştırmada şu sorulara yanıt aranacaktır:

- 1.Kadınların anksiyete puanları ile PMS belirti şiddeti arasında bir ilişki var mıdır?
- 2.Kadınların dürtüsellik puanları ile PMS belirti şiddeti arasında bir ilişki var mıdır?

3. Depresif, siklotimik, hipertimik, sinirli ve endişeli mizaç puanlarının her biri ile PMS belirti şiddetleri arasında bir ilişki var mıdır?

4. Anksiyete, dürtüsellik ve depresif, siklotimik, hipertimik, sinirli ve endişeli mizaç puanlarının her biri tek başına premenstrüel belirti şiddeti üzerinde belirleyiciliği var mıdır?

5. Kadınların yaşları ile PMS belirti şiddeti arasında bir ilişki var mıdır?

6. Kadınların eğitim düzeyleri ile PMS belirti şiddeti arasında bir ilişki var mıdır?

7. Kadınların egzersiz yapma durumu ile PMS belirti şiddeti arasında bir ilişki var mıdır?

8. Kadınların boy ve kilosunun PMS belirti şiddeti ile bir ilişkisi var mıdır?

9. Kadınların kahve içme durumu ile PMS belirti şiddeti arasında bir ilişki var mıdır?

10. Kadınların anne veya kız kardeşlerinde adet yakınması bulunmasının PMS belirti şiddeti arasında bir ilişki var mıdır?

1.3. Araştırmanın Önemi

Türkiye’de psikoloji ve psikiyatri alanında PMS ve premenstrüel disforik bozukluk (PMDB) az çalışılmıştır. Bu çalışmalar daha çok katılımcıların PMS belirti şiddeti dikkate alınmadan yapılmıştır. Bu çalışma, PMS belirti şiddeti yüksek olan bireyler ile yapılması açısından ülkemiz için özgün bir çalışma olacaktır. Ayrıca PMS belirtilerini yordayıcıların bilgisi elde edilecektir.

Alan yazında PMS belirti şiddetiyle mizaç ilişkisini araştıran sınırlı sayıda çalışma bulunmaktadır. Ayrıca PMS belirti şiddeti ile dürtüsellik ilişkisini araştıran çalışma da bulunmamaktadır. Bu değişkenlerin PMS üzerinde etkili olabileceği düşünüldüğünde araştırmadan elde edilen sonuçlar premenstrüel sendromu olan kadınlar için de bilgilendirici olacaktır. Bu bilgi, yetişkin kadınlar için yaşamlarını zorlayıcı bir bozukluk olan PMS’ye yönelik önleyici müdahaleler için, psikiyatrik muayeneler için ve klinik görüşmelerde yol gösterici olabileceği düşünülmektedir.

1.4.Sınırlılıklar

Araştırma sonuçlarına ilişkin genelleme yapabilmek için göz önünde bulundurmamız gereken sınırlılıklar vardır:

- 1.Araştırmanın kesitsel olması: Bu sebeple nedensellik ilişkisinin yönü belirlenememiştir.
- 2.Araştırma Özel Anamur Anamed Hastanesi'nde kadın doğum polikliniğine 2020 yılında, gebe olmayan, herhangi bir jinekolojik şikayetle başvuran kadınlardan elde edilen verilerle sınırlı olacaktır.
- 3.PMS belirti şiddeti yüksek olanların bu belirtilerinin işlevselliklerini etkileyip etkilemedikleri araştırılmadığı için katılımcılara PMS tanısı konamadı.
- 4.Kadınlar bu şikayetlerinin her kadında olduğunu var sayarak yanlı cevap verebilirler.
- 5.Araştırma sonuçları Sosyo Demografik Veri Formu, Premenstrüel Değerlendirme Formu, Endişe ve Anksiyete Ölçeği, Barrat Dürtüsellik Ölçeği, Memphis, Pisa, Paris ve San Diego Mizaç Değerlendirme Anketi akademik öz yeterlik boyutunun ölçtüğü verilerle sınırlıdır.
- 6.Katılımcıların halen psikotrop kullanıp kullanmadıkları sorgulanmadı. Bu da endişe ve anksiyete puanları, dürtüsellik puanı ve PMSÖ toplam puanı arasındaki ilişki analizlerinde karıştırıcı etki yapmış olabilir.

1.5.Tanımlar

Premenstrüel Sendrom: Kadının adet döngüsünün belli günlerinde, genelde yalnızca adet döneminden önce, davranışını, fiziksel sağlığını ve duygularını olumsuz etkileyen durum PMS olarak tanımlanmaktadır (Ross & Steiner, 2003).

Anksiyete: Kişinin beyninin strese tepki vermesi ve onu ileride yaşayabileceği potansiyel riskler hususunda uyarması anlamına gelen anksiyete kelimesi Latince “angere” kökünden gelmekle beraber, kelime manası bakımından “boğulma”, “tikanma” anlamına gelmektedir (Accortt & Allen, 2013).

Dürtüsellik: Yetersiz olarak planlanmış, aşırı düzeyde riskli ya da duruma uygun olmayan, zamanından önce ortaya konulan ve genellikle beklenmeyen neticeler ortaya çıkaran eylemler, dürtüsellik şeklinde tanımlanmaktadır (Freeman & Bui, 2006).

Mizaç: Kişinin biyolojik, genetik ve yapısal temele dayanan davranış ve tutumları mizaç olarak ifade edilmektedir. Mizaç ile ilgili yapılan çalışmalar mizacın çevreden etkilendiği ve genetik geçişli olduğunu göstermektedir. Hipokrat zamanından beri insanoğlunun farklı mizaç özelliklerinin olduğu bilinmektedir (Cox & Sagovsky, 1987).



2. BÖLÜM

KAVRAMSAL ÇERÇEVE, İLGİLİ ARAŞTIRMALAR

2.1.Premenstrüel Sendromun Tanımı

Kadının adet döngüsünün belli günlerinde, genelde yalnızca adet döneminden önce, davranışını, fiziksel sağlığını ve duygularını olumsuz etkileyen durum PMS olarak tanımlanmaktadır (Ross & Steiner, 2003). PMS'nin kadınlarda adet döngüsü döneminde aşırı yemek isteği, ruh hali değişiklikleri, depresyon, göğüslerde hassasiyet, yorgunluk, sinirlilik vb. gibi pek çok belirtisi olmaktadır (Karadağ, 2001). Kadında ödem ve memelerde hassasiyet gibi yakınmalar genellikle adet döngüsüne yakın dönemde ortaya çıkmaktadır ve çoğunlukla tedavi olma ihtiyacını hissetmeyecek kadar hafif seyretmektedir. Bu durum "Premenstrual Molimina" olarak adlandırılmaktadır. Psikiyatrik yakınmaları bulunan kimi hastalarda, bu belirtilerin premenstrüel süreç içerisinde artış göstermesi ise "PMM" yani "Premenstrual Magnifikans" olarak tanımlanmaktadır (Frackiewicz & Shiovitz, 2001). Genellikle üreme çağındaki kadınların %85-95'inde "Premenstrual Molimina" görülürken, kadınların sadece %4-6'sı kadarında premenstrüel yakınmalardan bir veya daha fazlası hastaya ileri seviyede stres yaşatacak düzeydedir (O'Brien ve ark., 2007). Günümüzde adet gören her 5 kadından 4'ünün bir çeşit PMS yaşadığı öngörülmektedir. PMS, kadınların adet döngüsünde gösterdiği belirtiler belirli bir düzen içerisinde tekrarlamaktadır. Fakat PMS ile yaşanan duygusal ve fiziksel değişimler yoğunluğa kadar değişebilmektedir. Premenstrüel belirtiler, adet döngüsünden beş ile on bir gün önce başlamakta ve adet döngüsü başladığında tipik olarak sonlanmaktadır. PMS'nin sebebi henüz tam olarak

bilinmemektedir. Ayrıca bu hususta çalışmalar gerçekleştiren birçok araştırmacı, menstrüasyonun başlangıcında hem serotonin düzeyi hem de seks hormonundaki değişiklik ile ilgili olduğunu öngörmektedir (Frackiewicz & Shiovitz, 2001).

Oldukça karmaşık olduğu düşünülen kadın doğasının daha iyi anlaşılabilmesi için PMS'nin ne olduğunun toplumda yaşayan her bir birey tarafından çok iyi bilinmesi gerekir. Bilhassa eşlerin ve işverenlerin iletişim içinde oldukları kadın ile ilişkilerinin sağlıklı bir biçimde sürdürülebilmesi için PMS hakkında kesinlikle bilgi sahibi olması gerekmektedir. PMS, Kişnişçi ve diğerleri (1996) tarafından bireyler arası iletişimi, ilişkiyi, işlevselliği ve yaşam kalitesini bozacak seviyede davranış bozuklukları ile meydana gelen, fiziksel ve psikolojik belirtileri içeren ve luteal fazda her adet döngüsünde ortaya çıkan bir sendrom şeklinde tanımlanmıştır (Ross & Steiner, 2003).

PMS ile eş anlamlı kullanılan başka bir kavram, "Geç Luteal Disforik Bozukluk" (GLDB) olarak tanımlanmaktadır. PMS yakınmaları olan bir kadına GLDB tanısının konulabilmesi için kadının belirttiği belirtilerin luteal fazın son haftasında ortaya çıkması, davranışsal ve duygusal bozukluk belirtilerinin hangi aralıkta tekrar ettiğini bildirmesi, yaşamış olduğu belirtilerin şiddetinin mesleki ve sosyal yaşam kalitesini olumsuz etkileyecek derecede olması gerekir (Karadağ, 2001). Bu bilgiden yola çıkarak PMS'nin işlevselliğinde etkilediği durumda Premenstrüel Disforik Bozukluk tanısı almaktadır.

2.1.1.Premenstrüel Sendrom Etiyolojisi

PMS çoğunlukla çok faktörlüdür ve öznelidir. Bundan dolayı etiyolojisinin sadece bir kuram ile açıklanması olanaklı değildir. PMS etiyolojisini açıklayan kuramlar biyolojik, sosyal ve ruhsal temellere dayanmaktadır (O'Brien ve ark., 2007). PMS etiyolojisinin çok açık olmamakla beraber overdeki korpus luteumdan üretilen cinsiyet hormonlarının bu belirtileri arttırdığı tahmin edilmektedir (Frackiewicz & Shiovitz, 2001). Bununla birlikte PMS, fiziksel aktivite, beslenme, sigara, alkol tüketimi vb. gibi pek çok etmenden etkilenmektedir (Ross & Steiner, 2003). Menstrüasyon başlangıcını etkileyen PMS'nin etiyolojisini açıklayan kuramlara göre PMS;

Aldesteron-Prolaktin dengesizliğinden etkilenmektedir. Progesteron-Östrojen dengesizliğinden etkilenmektedir. Magnezyum-Kalsiyum eksikliğinden etkilenmektedir. Anjiotensin-Renin dengesizliğinden etkilenmektedir. Sosyal ve psikolojik etmenlerden etkilenmektedir.

PMS'nin vücuttaki prolaktin, östrojen, tiroid hormonları, progesteron, büyüme hormonu, insülin, ADH, LH, FSH, kortizol hormonları ve prostoglandinlerin düzeylerindeki değişikliklerden kaynaklandığı öngörülmektedir. Ayrıca PMS ile ilgili yapılan bir araştırmada, PMS yaşayan kadınların tiroid ve prolaktin hormonlarının, kan şekeri düzeyleri normal aralıkta olduğu, mineral veya vitamin eksikliğinin olmadığı, progesteron, östrojen düzeylerinin normal olduğu belirlenmiştir. PMS, tüm kültürlerde görülen, her meslekten, her ırktan ve sosyoekonomik düzeyden kadını etkilemekte olup, bu sendromun görülme sıklığının yoğun yaşamsal stresler ve yaş ile artabileceği düşünülmektedir. Bu sebeple de PMS yaşanmasında başka etmenlerin etkileri gündeme gelmektedir.

2.1.2.Premenstrüel Sendromun Epidemiyolojisi

Yapılan epidemiyolojik çalışmalar sonucunda, üreme çağındaki kadınların neredeyse %75'inin adet döngüsünün premenstrüel dönemine ilişkin çeşitli değişiklikler yaşadığı belirlenmiştir (Frackiewicz & Shiovitz, 2001). DSM-IV ise kadınların premenstrüel belirtilerini %25-35, minör premenstrüel değişikliklerin yaygınlığını ise ortalama %80 olarak açıklamıştır. PMS belirtilerinin kadınlarda 15-20 yaş arasında daha yaygın olduğu bildirilmiştir (Pearlstein & Stone, 1998). Ayrıca bu yaş grubunda olan kadınlar tedavi amacıyla hastaneye başvurdıklarında yaklaşık on senedir PMS belirtileri gösterdiklerini belirtmişlerdir (O'Brien ve ark., 2007).

Premenstrüel belirtiler genç kızların ergenlik döneminde başlayarak şiddetini giderek artırmakta ve kadının menopoz dönemine yaklaşması ile azalmaktadır. Birçok kadın tarafından premenstrüel belirtilerin gebelik sayısı ve yaş ile doğru orantılı olarak arttığı bildirilmiştir (Ross & Steiner, 2003). PMS'nin artışında aile içi olaylar ve çalışma hayatı gibi olayların da etkili olduğu belirlenmiştir (Taşçı, 2006). Diğer taraftan PMS ile medeni durum, kültür seviyesi, eğitim düzeyi arasında pozitif bir ilişki olduğu görülmüştür. PMS'de kalıtımın etkisi tam olarak

belirlenememesine karşın, birtakım araştırmalarda PMS’de genetik etmenlerin etkili olabileceği belirtilmiştir (Milewicz & Jedrzejuk, 2006).

PMS’ye yönelik gerçekleştirilen birtakım çalışmalarda monozigotik ikizlerin her ikisinde de PMS gelişiminin, ikiz olmayan kardeşlerden ve dizigotik ikizlerden daha fazla yaşandığı ifade edilmiştir (Erci ve ark., 1999). Ayrıca anneler ile ergenlik kızlarında da PMS belirtilerinin benzer özellik gösterdiği saptanmıştır. PMS’nin psikiyatrik rahatsızlığı olan kadınlarda daha çok olup olmadığına ilişkin tartışmalar bulunmaktadır. PMS olduğu belirlenen hastaların, kontrol grubu ile karşılaştırıldığında, yalnızca luteal evrede daha sık depresyon yaşandığı görülmüştür. PMS ve endojen depresyon olguları, kortikal salgılama dinamiği ve psikolojik profiller bakımından karşılaştırıldığında, endojen depresyonda görülen, depresif atakların PMS’de farklı olduğu belirlenmiştir (Erci ve ark., 1999).

2.1.3.Premenstrüel Sendromu Etkileyen Etmenler

Premenstrüel davranış ve durumları, kadınlık rolü, kadının kendilik algısı, inançlar, kişilik yapısı, beklentiler, yaşam stresörleri, toplumsal tutumlar gibi pek çok psiko-sosyal etken ve kentlileşme, etnik köken, iş durumu, aile içi eşitlik, eğitim, evlilik durumu gibi sosyokültürel koşullardan etkilenmektedir (Rapkin & Mikacich, 2006). Mesleğin ve yaşam şeklinin PMS üzerinde oluşturduğu etkileri inceleyen bir çalışma sonucunda, evlilik doyumsuzluğunun yaşanan belirtilerin seviyesi ile paralellik gösterdiği, ev kadını ve çocuklu kadınlarda PMS yakınmaları en düşük seviyedeysen, bireysel tercihi dışında çalışmak zorunda olan kadınlarda en yüksek yakınmaların olduğu belirlenmiştir (Shaughn & Rapkin, 2007).

Manisa ilinde 16-48 yaş grubundan 552 kadının katılımıyla yapılan bir çalışmada, sosyodemografik değişkenler ile PMS riski arasındaki ilişki incelenmiş ve PMS tanısı bakımından yaş ortalaması düşük kadınlar ile çalışan ve bekar kadınların risk grubunu meydana getirdiği belirtilmiştir (Adigüzel ve ark., 2007). Ancak farklı çalışmalarda yaş değişkeninin bu çalışma ile tutarsız sonuçlarda olduğu görülmüştür. Yani yaş değişkeni bazı çalışmalarda arttıkça PMS belirtisi azalmasına rağmen bazılarında ise anlamlı bir farklılaşmaya rastlanmamıştır.

Erbil ve arkadaşları (2011) tarafından, evli kadınlarda PMS görülme durumu ve bu durumu etkileyen etmenlerin belirlenebilmesi amacıyla yapılan çalışmaya 16-48 yaş aralığında 10185 evli kadın dahil edilmiştir. Bu kadınların %48,8'i adet döngüsü ağrılarının evlilik sonrası ve doğum yapmaları neticesi tamamen bittiğini veya azaldığını bildirirken, %70,2'si PMS sorunlarının evlenme ve doğum yapma durumlarından etkilenmediğini belirtmişlerdir. Aile tipi, yaş, menars öncesi bilgi sahibi olma, menars yaşı, eğitim seviyesi, meslek, medeni durum gibi değişkenlerin PMS üzerinde hiçbir etkisinin olmadığı, PMS seviyesinin evli kadınlarda hafif derecede olduğu ifade edilmiştir (Açıkgöz ve ark., 2018).

Menstruasyon ile İlişkili Etmenler: Her kültürde adet görme yaşı farklılık gösterebilmektedir ve bu farklılıklar kadınların adet görme ile alakalı ayrı duygu, yaklaşım ve bakış açısına sahip olmalarına yol açmaktadır (Milewicz & Jedrzejuk, 2006). Almanya'da ilk adet gören gençlere anneleri tarafından regli görmek çirkin, pis ve saklanması gereken bir durum olarak ifade edilirken, Amerika'da ise ilk adet gören kişiye aile içi özel bir kutlama yapılmaktadır. (O'Brien ve ark., 2007). Kadın doğasının önemli bir durumu olan adet görme ile ilgili bilgiler genellikle kız çocuklarına anneleri tarafından verilmektedir, ancak "adet görmenin" ne anlama geldiğini bilmeyen gençler de vardır.

Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde yapılan bir çalışmada 8-46 yaş grubunda 262 kadında premenstrüel sendromun sosyo-demografik faktörler ile ilişkisi incelenmiştir. Çalışma sonucunda; hemşirelerde, evlilerde, bir çocuğu olan ve hiç çocuğu olmayanlarda premenstrüel sendromunun daha sık görüldüğü, ayrıca istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir (Demir ve ark, 2006).

PMS, doğurganlık çağındaki kadınlarda görülen bir bozukluktur. PMS over aktivitelerinin tamamen bittiği ya da azaldığı menapoz dönemine kadar yaş ile beraber giderek kötü hale gelmektedir. Kadınların yaşadığı şiddetli PMS, zaman içinde çoğunlukla stabil duruma gelmekte ve tamamen iyileşme çok nadir olarak görülebilmektedir. PMS hastalarının takip edildiği bir araştırma sonucuna göre, premenstrüel belirtiler en yüksek düzeye yirmili ve otuzlu yaşların sonunda ulaşmaktadır (O'Brien ve ark., 2007). PMS şiddet düzeyinin belirlenmesi amacıyla yapılan araştırmada, yaş ortalamasının otuzların başı

olması PMS'nin ergenlikle ve yirmili yaşların başlarında başladığı görüşünü desteklemiştir. PMS menarşdan sonra herhangi bir yaşta başlayıp ruhsal, metabolik ve fizyolojik değişikliklerin yoğun bir şekilde görüldüğü ergenlik döneminde ve genç yaşlarda daha sık olmaktadır.

PMS'nin hangi yaş ortalamasında başladığı ile ilgili yapılan retrospektif klinik çalışmalara göre PMS ortalama olarak 25 yaşından itibaren yaşanmaktadır. Bununla birlikte, PMS'nin kırklı yaşlardan sonra önemli düzeyde azaldığı görülmüştür. Yapılan birçok araştırmaya göre, PMS yaşayan kadınlar menapoza geçiş sürecinde libidoda düşme, sıcak basması, uykusuzluk, çökkün duygu durum gibi belirtileri yaşamaktadırlar. Türkiye'de yapılan bir araştırmada (Daşikan, 2014), 14-23 yaş grubunda olan kadınların adet döngüsü yakınmalarını yüksek oranda yaşadıklarını, adet öncesi yakınmaların ise 31-38 yaş grubundaki kadınlarda daha yüksek olduğunu belirlenmiş, ancak istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki gösterilmemiştir. Taşkent'te yapılan çalışmaya 17 ile 31 yaş aralığında doğurganlık çağındaki kadınlar dahil edilmiş, 20-31 yaş aralığında olan kadınların %55,2'sinin premenstrüel sendromunu deneyimledikleri ve katılımcı kadınların %71,6'sında premenstrüel sendrom şiddetinin daha yoğun bir şekilde yaşandığı ve bu kadınların 31 yaşından büyük oldukları belirtilmiştir (Khodjaeva & Khaydarova, 2014).

Daşikan ve arkadaşlarının (2014) İzmir ilinin Ödemiş bölgesinde gerçekleştirdikleri çalışmada, kadınların yakınmalar ile baş etme yöntemi, çalışma durumu ve kişilerarası ilişkilerde bozulma durumu arasında anlamlı bir ilişki olduğuna rastlamışlardır. Bu kadınların %68,6'sının evli ve %51,5'inin çalışmadığı belirtilmektedir. Diğer taraftan adet öncesi dönemde %48,2 oranında verimlilikte azalma, %55 oranında çalışma gücünde ya da eğitimde azalma bildirilmiştir. Bununla birlikte, kadınların premenstrüel dönem Menstrüel Distres Şikayet Listesi (MDQ) ölçeğinden almış oldukları puan ile doğum sayısı ve medeni durum arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin olmadığı belirlenmiştir. Ayrıca adet döngüsü yakınmalarının hiç doğum yapmayan ve bekar kadınlarda ileri derecede anlamlı ilişkisi olduğu belirlenmiştir.

El-Minia Üniversitesinde görev alan kadınların PMS deneyimlerinin, bilgilerinin ve PMS'nin günlük yaşam aktivitelerine olan etkisinin incelendiği bir çalışmada (Abd EL- Hamid ve ark., 2013), katılımcı kadınların %64,8'inin PMS'den dolayı işlerinin etkilendiği, %34,3'ünün işlerini PMS'nin bitişine ertelediği, %23,2'sinin işe devamsızlık yaptığı, %78,2'sinin konsantrasyon zorluğu çektiği ve %60,1'inin üretkenliklerinin azaldığı saptanmıştır. PMS üzerine yapılan araştırmalara bakıldığında iş yerinde PMS ile ilişkili üretkenlikte düşüş, işe devamsızlık, konsantrasyon azlığı ve işleri erteleme gibi durumların ortaya çıktığı görülmektedir. PMS kadınların yaşam kalitelerini, iş performanslarını, sosyal ve aile yaşantılarını olumsuz olarak etkileyebilmektedir.

Amerikan toplumunda yapılan ve 180 kadının dahil olduğu bir araştırmada (Coyne ve ark., 1985), PMS'nin iş ve okul performanslarını etkilediğine, çalışan kadınların daha az sorun ile karşı karşıya kalırken anksiyetelerinin daha yüksek olduğuna rastlanmıştır. Eğitim seviyesinin daha yüksek olduğu kadınlarda, adet döngüsüne bağlı olarak gerginlik, baş ağrısı, depresyon, premenstrüel kramplar, menstruasyona ve PMS'ye bağlı iritasyon gibi pek çok belirtinin daha az yaşandığı, gelir seviyesi daha yüksek olan kadınların baş ağrısı, şişlik, duygudurum dalgalanmaları, kramp, iritabilite ve gerginlik durumunun daha az görüldüğü belirlenmiştir.

2.1.4.Premenstrüel Sendrom Belirtileri

PMS bireyin yaşamını oldukça etkilemekte ve hem ruhsal hem de fiziksel etkilere neden olmaktadır (Bosarge, 2011). PMS üzerine gerçekleştirilen çalışmalar farklı birçok kültürde yaşayan kadınların farklı yakınmalar ile mücadele etmek zorunda olduğunu göstermektedir (Ross & Steiner, 2003). Örnek vermek gerekirse; Batı toplumlarındaki kadınlar depresyon ile karşı karşıya kalırken Uzakdoğulu kadınlar daha çok ağrı yaşamaktadırlar. PMS en ağır şekli ile yaşandığında tüm vücut sistemleri etkilenebilmekte ve her organa ait belirtiler ortaya çıkabilmektedir (Açıkgöz ve ark., 2018). Premenstrüel sendromun belirtileri hafif adet öncesi belirtiler şeklinde, sosyal ilişkilerde problemlere, kişide depresyona, iş kaybına neden olacak kadar şiddetli veya doktora başvuracak kadar, fakat dayanılabilir şiddette olabilmektedir (Rapkin & Mikacich, 2006).

PMS'nin bazı ruhsal belirtileri de bulunmaktadır. Adet başlangıcında ortaya çıkan bu belirtiler arasında; aşırı uyuma eğilimi, yorgunluk, sinirlilik, çökkünlük, hassaslaşma, çevreye ilginin azalması, ağlama eğilimi, gerginlik, alınganlık gösterme gibi durumlar vardır (Frackiewicz & Shiovitz, 2001). Bununla birlikte memelerin ileri düzeyde hassaslaşması, büyümesi ve dolgunlaşması olabilmektedir. Karında şişkinliğe, vücutta ödemlere, elbiselerin dar gelmesine ve kısa zaman içerisinde kilo alımına neden olabilecek kadar sıvı tutulumu meydana gelebilmektedir (Açıkgöz ve ark., 2018). Diğer taraftan, ishal, kabızlık, baş ağrısı, aşırı susama, bulantı-kusma, cinsel istek artışı, iştah artışı, akne, alkole tahammülsüzlük gibi sık gözlenen belirtiler de ortaya çıkmaktadır.

PMS'nin ruhsal belirtileri aşağıda belirtilmektedir;

- Sinirlilik
- Sosyal geri çekilme
- Hafif bellek kaybı
- Duygusal hipersensitivite
- Konsantrasyon bozukluğu
- Libido değişikliği
- İştahta değişiklik
- Ağlama krizleri
- Gerginlik ve huzursuzluk
- Kaygı ve endişe

PMS'nin fiziksel belirtileri aşağıda belirtilmektedir;

- Denge bozuklukları
- Memelerde hassasiyet
- Eklem ve kas ağrıları
- Sindirim sistemi bozuklukları (adet öncesi kabızlık, ishal gibi)
- Diş eti kanamaları
- Renk ve kokuya hassasiyet
- Uykusuzluk
- Baş ağrısı
- Sıcak basması

- Yorgunluk ve halsizlik

2.1.5. Premenstrüel Sendromun Psikososyal ve Kültürel Yönü

Kadınların yaşadığı premenstrüel yakınmaların değişkenliği ile psikolojik ve sosyal değişkenler arasındaki ilişki, multivaryans analizler sayesinde belirlenmektedir (Adewuya ve ark., 2008). PMS tanılı kadınların içsel çatışmalardan ortaya çıkan stres ile baş edebilme güçlerinde azalma yaşandığı ifade edilmektedir (Frackiewicz & Shiovitz, 2001). Sosyal çevre ve ortama uyum süreci, bireylerin PMS durumlarında nasıl hareket edeceklerini ve durumu nasıl algılayacaklarını etkilemektedir (Ross & Steiner, 2003). Stres içerisinde olan bir kişi premenstrüel yakınmalarını daha olumsuz bir biçimde deneyimlemektedir.

PMS belirtileri kadın olmakla ilgili öfke duygusu ile bağdaştırılmış, cinsel tercih ve hamilelik kargaşası ile açıklanmak istenmiştir (Silber & Valadez-Meltzer, 2005). Konuya ilişkin gerçekleştirilen birtakım çalışmaların sonucuna göre, anne ile kız arasındaki bağ ve menarşa hazırlık sürecinde annenin yaşamış olduğu kötü deneyimler, kızında da PMS belirtilerinin görülmesine etki etmektedir (Milewicz & Jedrzejuk, 2006). Bununla birlikte ergenlik dönemindeki kızların adet döngüsü ile ilgili öğrenmiş oldukları bilgiler ve adet döngüsüne ilişkin değişiklikler, onların belirtilere tepkilerini ve kendilerini kadın gibi kabul etmelerini etkileyebilmektedir. Kişilerin kadınlık rolünü algılaması, menstrüel distreste ve adet algılanmasında oldukça önem taşımaktadır (Adewuya ve ark., 2008).

Kadınların adet ve menarsa yönelik davranış ve tutumları, sosyokültürel etmenlerinde önemli oranda etkilenebilmektedir. Adet döngüsüne ilişkin bu davranış ve inançların en önemli belirleyicilerinin din-kültür etkisi olduğu ifade edilmektedir. Örnek vermek gerekirse; eski dönemlerde adet döngüsüne giren kadınlar Tanrı'ya saygısız, kirli olarak görülmüştür (Bosarge, 2011).

2.1.6. Premenstrüel Sendrom İçin Sağaltım Yöntemleri

PMS'ye yönelik farmakolojik sağaltıma başlanmadan önce, distimik bozukluk, hipotiroidi, depresyon ve anksiyete bozuklukları gibi durumlar için

premenstrüel sendrom tanısı konulan kadınların tıbbi öyküsünün araştırılması gerekir (Rizk ve ark., 2006). PMS'nin cinsel istismara bağlı travma sonrası stres bozukluğu ile muhtemel bağlantısı incelendiğinde, bu etkenlerin varlığını değerlendiren bir geçmişin yanında aile içi şiddet öyküsünün olup olmadığının da değerlendirilmesi gerekmektedir (Ross & Steiner, 2003). PMS de içkin olmak üzere duygudurum, endişe ve kaygı bozukluğu olan kimi bireylerde, bu etmenler endişe ve disforiyi kötüleştirebilmektedir. Bundan dolayı, PMS'nin değerlendirilmesi esnasında bu etmenlerin incelenmesi gerekmektedir (Milewicz & Jedrzejuk, 2006).

PMS için birçok sağaltımın etkili olduğu öne sürülmüş, fakat bunların çok azı klinik kanıtlar ile desteklenmiştir. PMS'ye yönelik uygulanan etkili sağaltımların kadının yaşamış olduğu tüm belirtilerin eşit düzeyde azalmasını sağlamadığından dolayı, birçok belirti boyutundaki değişikliği değerlendirecek ölçeklerin kullanılarak iyileşmenin değerlendirilmesi önerilmektedir. PMS sırasında kullanılan birtakım ilaçların belli belirtiler için daha fazla yararlı olduğu düşünüldüğünde, sağaltımın belirti profiline göre bireyselleştirilmesi gerekmektedir.

2.1.7.Premenstrüel Sendromun Sağlık ve Yaşam Üzerindeki Etkileri

PMS kadınların fiziksel ve ruhsal sağlığının temel belirleyicilerinden biridir. Premenstrüel belirtiler üreme çağı boyunca devam etmekte ve kadın sağlığını olumsuz bir şekilde etkilemektedir (Ross & Steiner, 2003). Kadınların toplumsal ilişkilerinin bozulmasına ve işteki çalışma ve verimliliklerinin azalmasına yol açmaktadır (Vichnin ve ark., 2006). Bununla birlikte depresyon, öz kırım eğilimi ve anksiyeteyi arttırmamasından dolayı erken dönem içinde araştırılması gereken bir toplum sağlığı sorunudur. Adıgüzel ve diğerleri (2007) tarafından yapılan çalışmada, premenstrüel sendromun kadınların sosyal yaşamını negatif yönde etkilediği, onların kaçınan ve daha kavgacı bir sosyal ilişki kurma eğilimini arttırdığı saptanmıştır. Tempel (2001), premenstrüel sendromun kadınların iş performansını, sosyal aktivitelerini ve kişisel ilişkilerini olumsuz olarak etkilediğini belirtmektedir. PMS'si olan kadınlarda, konsantrasyon bozukluğu, panik atağı, ilaç ve alkol kullanma eğilimi, astım krizlerinde artma ve libidoda değişiklik yaşanmaktadır (Bosarge, 2011).

PMS'si olan kadınlarda başta depresyon olmak üzere hayat boyu psikiyatrik bozukluk yaygınlığı yüksek düzeyde olmaktadır (Vichnin ve ark., 2006). Alan yazında anksiyete ve depresyonun menstruel yakınmalar ile ilgili olduğunu açıklayan çalışmalar yer almaktadır. Premenstrüel sendrom ve depresyon ilişkisi, metabolit, progesteron ve östrojen seviyesinin PMS döneminde azalması ve adet döngüsü süresince düşük kalması ile açıklanabilir. Kadın üreme hormonları, dopamin, serotonin ve bazı nörotransmitterlerin fonksiyonlarını düzenlediği için hormon dalgalanmaların ruhsal yakınmaların olmasına neden olduğu bilinmektedir. Yücel ve Polat (2003) tarafından yapılan çalışmada adolesanlarda PMS yaygınlığı ve depresyon riski arasındaki ilişki incelenmiş, PMS yaygınlığı ile depresyon durumunun arasında önemli bir ilişki olduğu, PMS yaşayan kızların %85'inde, PMS yaşamayan kızların ise %15'inde depresyon riski bulunduğu belirtilmiştir.

PMS belirtileri kadınların yaşam standardını olumsuz etkilemesi ve premenstrüel yakınmaların yaygınlığı hekim ve hastalar için devamlı bir endişe kaynağı haline gelmiştir. Premenstrüel yakınmaların kişinin yaşam standardına etkisinin doğrudan olmayan ve doğrudan ekonomik sonuçları vardır. Doğrudan olmayan maliyetin hesaplanması oldukça zorken bu maliyet kaybı çalışma hayatındaki devamsızlık ve üretkenlik kaybı ile ilişkilendirilmektedir. Doğrudan maliyetler ise sağaltım, laboratuvar testleri, doktor başvurularını kapsamaktadır.

2.1.8.Tanı ve Değerlendirme

PMS'nin hangi şartlarda ortaya çıktığı, etiyolojisi ve kimi kadınların menstruel siklusta daha hassas olmasının nedenini anlayabilmek, belirleyebilmek ve premenstrüel tanısını koymak oldukça zordur (Bosarge, 2011). PMS'nin farklı birçok tanımı yapılabilmektedir (Taşçı, 2006). Ulusal Ruh Sağlığı Enstitüsüne göre bir kadına PMS tanısı konabilmesi için PMS belirtilerinin ve değişikliklerinin yoğunluk derecesinin en az %33'ünün foliküler fazda adet döngüsünün 4-8 günlük süreci artış göstermesi, bu değişikliklerin birbirini takip eden en az 2 adet döngüsünde görülmesi, davranışsal ve duygusal belirtilerin sıklıkla tekrar ettiğini belirtmesi, bu belirtilerin kadının sosyal hayatını zorlaştıracak şekilde olduğunu bildirmesi gerekir (Freeman & Bui, 2006).

Kadınların belirli günlerde yaşamış oldukları ve genellikle olumsuz şekilde ortaya çıkan PMS, çok belirtili bir bozukluk olup üç günden başlayıp yirmi bir güne kadar devam edebilmektedir (Rapkin & Mikacich, 2006). Premenstrüel belirtiler her zaman aynı günde başlamamaktadır veya bütün kadınlar yaşamları boyunca her ay aynı belirtileri yaşamamaktadır. Premenstrüel belirti sayısının 145-355 arasında çeşitlilik göstermesi, henüz evrensel tanı ölçütlerinin kabul görmemiş olması nedeniyle PMS tanısında güçlükler yaşanabilmektedir (Bosarge, 2011). PMS'nin ruhsal ve fizyolojik kapsamda ele alınan 350'nin üzerinde belirtisi bulunmaktadır. Ancak anksiyete, çökkün duygudurum, baş ağrısı, memelerde hassasiyet ve karın bölgesinde şişkinlik kadınlarda en sık görülen belirtilerdir. PMS'de çökkün duygudurum, gerginlik, duygudurumda meydana gelen hızlı değişiklikler, iritabilite gibi belirtiler kadını en fazla rahatsız edenleridir (Taşçı, 2006).

PMS belirtileri arasında pelvik bölgede ağrı, sakarlık, iştah değişimi, unutkanlık, göğüslerde şişme, insan ilişkilerinde değişme vb. gibi belirtiler de bulunmaktadır. Düzenli ovulatuvar siklusa sahip kadınlarda genellikle şişkinlik, göğüste duyarlılık, yiyeceklere duyulan istekte artış ve pelvik dolgunluk belirtileri görülmektedir. Bu da "premenstrual molimina" şeklinde ifade edilmektedir. Yaşanan bu belirtiler ovulatuvar siklusun normal belirtileri olup kişinin yaşam standardını etkilememektedir (Taşçı, 2006). Adet döngüsü döneminde bu belirtileri gösteren kişilere PMS tanısı konmamaktadır (Bosarge, 2011). Psikiyatrik ve medikal belirtiler adet öncesi dönemde daha da kötü bir şekilde yaşanıyor ise bu duruma "premenstrual alevlenme" denir.

Dünyadaki üç yetke adet öncesi belirtilere farklı yaklaşımlar sergilemektedir:

DSM-5'te (American Psychiatric Association, 2013) yayımlanan PMDB, DSÖ'nün yayımladığı "International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-10)'da bulunan premenstrüel gerginlik sendromu ve Amerika Kadın Hastalıkları ve Doğum Birliğinin (ACOG, American College Of Obstetricians and Gynecologists) PMS. PMS senelerdir bir hastalık olarak kabul görse de tanı ölçütleri hususunda ortak bir düşünceye varmak fazlasıyla güçtür (Taşçı, 2006).

PMS değerlendirmesinin başında iyi bir obstetrik, menstrüel ve genel anamnez alınması gerekir. Değerlendirmede yapılırken PMS belirtilerinin başlangıcı ve progresyonu, parite, yaş, belirtilerin zamanı, arkadaş, aile ve iş ilişkileri, PMS'yi başlatan ve şiddetinin artmasına neden olan süreçler, daha önceki sağaltım ve sonuçları, duygusal ve fiziksel belirti sayısı gibi hususların incelenmesi gerekmektedir. Ayrıca kişinin sağlık alışkanlıkları (ilaç, alkol, sigara kullanımı, aerobik, stres seviyesi ve başa çıkma yöntemleri), beslenme alışkanlıkları (kafein alımı, sebze, kırmızı et tüketimi, günlük öğün sayısı) değerlendirilmelidir.

PMS için özgül bir laboratuvar tetkiki bulunmamaktadır. Fakat belirtilerin altında yatan başka bir bozukluk için çeşitli irdelemeler yapılabilir. PMS ayırıcı tanısında kronik yorgunluk sendromu, epilepsi, endometriosis, Cushing ve hipo- hipertiroidi, migren, iritabl kolon sendromu, fibrokistik meme hastalığı ve sistemik lopus eritematosus gibi patolojiler bulunmaktadır. Kadınlar için jinekolojik muayene oldukça önem taşır ve gerekli olduğu hallerde batin ultrasonografisinin yapılması gerekir. Yaygın anksiyete bozukluğu ve distimik bozukluk gibi psikiyatrik bozukluklar ise ayırt edilmesi gereken en önemli bozukluklar olarak belirtilmektedir. Baş ağrısı, inkoordinasyon ve migren gibi hastalıkların nörolojik bozukluklar ile ilgili olmadığının kanıtlanması gerekmektedir (Taşcı, 2006). Tiroid bezi patolojilerinde iritabilite ve halsizlik yakınmalarına rastlanılabilir; bunun için, TSH, T3 ve T4 bakılması gerekir. Kadının yaşadığı halsizlik durumu birincil yakınma ise aneminin dışlanması için tam kan sayımı yapılmaktadır.

2.2.Anksiyetenin Tanımı

Her bireyin kimi zaman yaşamış olduğu kaygılar, günlük hayatta karşı karşıya kalınan problemler ile bařa çıkabilmek için bireyi hazırlamakta, bir konu hakkında daha hızlı karar verebilmesi ačısından ortam sağlamaktadır (Accortt & Allen, 2013). Kaygı esasında bireyin beyninin strese tepki vermesi ve onu ileride yaşayabileceği potansiyel riskler hususunda uyarmasıdır (Accortt & Allen, 2013). Kaygı bozukluğu diğer adıyla anksiyete, psikolojik bir bozukluk olarak tanımlanmaktadır (Cenkseven, 2003). Kiřinin günlük yaşantısında ara sıra kaygı bozukluğu veya anksiyete yaşaması normal bir durumdur. Zira

zaman içinde karşı karşıya kaldığı olaylar karşısında kaygılanabilir ya da gelecek ile alakalı maddi veya manevi anlamda endişeler duyabilmektedir (Panay, 2011). Kaygı duymak her ne kadar normal olsa da kaygının dozunda bir aşırılık var ise o zaman tıbbi bir hastalıktan söz edilebilmesi mümkündür.

Kaygı bozukluğu olan bireylerde, sürekli devam eden, yoğun bir kaygı durumu ve günlük yaşantıda karşılaşılan durumlara karşı korku olmaktadır. Anksiyete bozukluğu, panik atak krizleri ile de ortaya çıkabilmektedir (Accortt & Allen, 2013). Bireyin yaşamış olduğu aşırı kaygı, panik, endişe hali günlük aktivitelerin sürdürülmesini olumsuz yönde etkilemektedir. Anksiyete bozukluğunun kontrol edilmesi ve yönetilmesi oldukça güç olduğundan zaman öngörüsünde bulunmak zordur. Anksiyete bozukluğu durumunun belirtileri gençlik ve çocukluk yıllarında başlayıp yetişkinlik sürecine kadar sürebilmektedir. Erişkinlik döneminden sonra azalma eğilimine geçmektedir.

Kaygı bozukluğu bir diğer adıyla anksiyetenin kendi içerisinde; ayrılık anksiyetesi, genelleştirilmiş anksiyete, sosyal anksiyete, spesifik fobiler gibi bölümleri vardır. Birey yalnızca bir değil birden çok kaygı bozukluğu yaşayabilmektedir (Accortt & Allen, 2013). Anksiyete bozukluğunda kimi zaman tıbbi bir tedavi ile çözüme varılması gerekebilmektedir. Günümüzde kişilerin neredeyse %17'si anksiyete bozukluğu yaşamaktadır ve sorunun artış düzeyi ile birlikte hastalık derecesinde devam edebilmektedir. Kaygı bozukluğu yaşayan bir birey, sürekli olumsuz düşünmekte ve bu düşünceler kontrolü dışında gelişmektedir. Devamlı olarak endişe, kaygı yaşayan bir bireyin sosyal yaşantısı durma noktasına gelebilmekte, gündelik işlerdeki verimi azalabilmekte ve ruhsal sağlığı bozulabilmektedir. Bundan dolayı anksiyete bozukluğu yaşayan bireylerin yaşam standardı çok düşük olabilmektedir.

Kişinin beyninin strese tepki vermesi ve onu ileride yaşayabileceği potansiyel riskler hususunda uyarması anlamına gelen anksiyete kelimesi Latince “angere” kökünden gelmekle beraber, kelime manası bakımından “boğulma”, “tıkanma” anlamına gelmektedir. Kaygı bozukluğu bir diğer adıyla anksiyete kavramına dair ruh bilim tarihinde ilk metinler Sigmund Freud tarafından oluşturulmuştur (Accortt & Allen, 2013). Sigmund Freud anksiyeteyi nevrotik ve nesnel olarak iki ayrı çeşit olarak değerlendirmiştir. Nevrotik anksiyete libidonun enerjisinin bastırılmasından kaynaklı olarak ortaya çıkarken, nesnel

anksiyete gerçek bir risk durumunda ortaya çıkmaktadır. Sigmund Freud, her iki anksiyete çeşidinin de egonun tehlike anında harekete geçmesini tetiklediğini belirtmektedir. Aaron T. Beck ise bilişsel modele göre olumsuz duyguların olmasındaki nedenin olaylar olmadığını, bu olayların bilişsel olarak çarpık ve olumsuz değerlendirilmesinden kaynaklandığını vurgulamıştır.

Tüm canlıların hayatta kalabilmesi için oldukça fazla önem taşıyan anksiyete, canlılarda çoklu bir alarm sistemi özelliği taşımaktadır. Davranışsal, bilişsel, fizyolojik, duygusal güdülenme sistemlerini harekete geçiren anksiyete, kendini korumayı ve hayati tehlike ortaya çıkarabilecek olaylardan kaçmayı temel almaktadır. Yüksek seviyede anksiyetenin kişinin başarısını negatif olarak etkilediği, düşük seviyede olması bireyin tetikte ve daha dikkatli olmasını sağlayarak başarıyı arttırdığı belirtilmiştir.

Kaygı ya da diğer anlamıyla anksiyete, olumsuz veya tehlikeli bir durumun meydana geleceği beklentisi ile birlikte ortaya çıkan, bilişsel, davranışsal ve fizyolojik tepkilerin birleşimi olarak tanımlanabilir (Accortt & Allen, 2013). Anksiyete, var olan gerçek bir tehdidin yönünde, organizmanın hayatta kalabilmesi için sinir sistemini harekete geçiren bir unsurdur (Chuong & Burgos, 1995). Fakat kaygının önem arz eden ve hayati anlam taşıyan bu nitelikleri haricinde patolojik olarak ifade edilebilen modelleri de bulunmaktadır.

Anksiyete, Otto Rank tarafından yaşıam ve ölüm temel alınarak tanımlanmaktadır. Grubun dışıında kalarak mücadele vermek yaşıam kaygısını oluşturunken, tehlikeli yaşıam ölüm kaygısını çağrıştırmaktadır. Anksiyetenin organizmayı motive eden, uyarıcı ve koruyucu bir tarafı da bulunmaktadır. Bununla birlikte kişilerin g durumlar ile başı edebilme yetisine destek olmaktadır.

Hayati önem arz eden anksiyete, bilişsel modele göre negatif duyguların yaşıanmasının temelinde olaylar olmadığını savunmakta ve bu duygulara neden olarak olayların bilişsel açıdan olumsuz değerlendirme sürecini göstermektedir (Chuong & Burgos, 1995). Anksiyeteye yol açan olaylardan kaçınmak için bilişsel çarpıtmalar geliştirilmiş olsa da endişe duyulan olay ile karşılaşıldığında başı edebilmeyi zorlaştıracak bilişsel bir kısır döngüye neden olmaktadır. Kaygı bozukluğunda oluşıabilecek psikosomatik semptomlar

arasında en fazla görülenleri ağız kuruluğu, çarpıntı, kulak çınlaması, yorgunluk, baş ağrısı, gastrointestinal yakınmalar ve baş dönmesi vardır. Kaygı bozukluğunun patolojik bir durumda olup olmadığından söz edebilmek için, uyarının derecesi ile oluşan anksiyete belirtilerinin yansması ve en önemlisi bireyin yaşam standardının ve fonksiyonelliğinin bozulması gerekir (Chuong & Burgos, 1995).

2.2.1. Anksiyete Bozukluğunun Etiyolojisi

Anksiyete bozukluğunun etiolojisinde genetik unsurların son derece önemli olduğuna ilişkin bulgular bulunmaktadır. Avenevoli ve Merikangas'ın (2002) toplum bazında yaptıkları geniş ölçekli çalışma ise kaygı bozukluğunun genetik yatkınlığını destekler nitelikte olmuştur. Yapılan bu çalışmada anne veya babada sosyal anksiyete bozukluğu olması halinde çocukta sosyal anksiyete bozukluğu riskinin 3-3,5 kat arttığı belirlenmiştir (Açıkgöz ve ark., 2018). Ulmaner, Salminen, Winguist, Lundstrom ve Laatikaine (1991) yaptıkları çalışmada kaygı bozukluklarının içinde olan panik bozukluğa yatkınlığa yol açan kesin bir geni açıklayamamış olsalar da 17. ve 21. kromozomu şüpheli gen olarak belirtmişlerdir. Richter, Zai ve Arnold (2004) anksiyetenin etiolojisini genetik ile açıklayabilmek için aile, ikiz evlat edinme araştırmaları gerçekleştirmiştir ve yapılan araştırmaların eticesi de kaygının genetik yatkınlığını destekler nitelikte olmuştur (Cenkseven, 2003).

2.2.2. Anksiyete Bozukluğunun Epidemiyolojisi

Avrupa'daki Münih İzlem Çalışması, Amerika Birleşik Devletleri'ndeki Ulusal Eştanı Araştırması (NCS) ve Epidemiyolojik Saha Çalışması (ECA) anksiyete alanında gerçekleştirilmiş birinci derecede önem taşıyan çalışmalar arasında yer almaktadır. Epidemiyolojik Saha Araştırması'nın (ECA) sonucunda, tüm anksiyete bozuklukları için verilen hayat boyu görülme sıklığının %15,2, 1 senede görülme sıklığı da %13,3 olduğu belirlenmiştir. Ünal (2018) yaygın kaygı bozukluğunun erkeklere göre kadınlarda daha fazla ortaya çıkmasının sebebini erkeklerden farklı olarak adet döngüsü yaşamalarına bağlamıştır.

Anksiyete bozuklukları arasında yaygın anksiyete bozukluğunun tek başına olması çok görülen bir durum değildir. Anksiyete tanısı alan kişilerde alkol ve

çeşitli gevşemeye yarayan bağımlılık yapıcı maddelerin kullanımına daha çok oranda rastlanmaktadır. Bunun beraberinde yaygın anksiyete bozukluğu bağımlılık dışında farklı patolojileri de beraberinde getirmektedir. Bu durumun en sık rastlanan patolojik örneği panik bozukluğudur.

2.2.3. Anksiyetenin Tanısal Özellikleri

Anksiyete, kaygı bozukluğu durumunu yaşayan bireyler tarafından yoğun bir kaygı hali ve içsel sıkıntı olarak açıklanmasının yanında, tuhaf korkular, vücudunu yabancı olarak algılama, aklını yitirme ve ölüm korkusu gibi psikolojik belirtilerle de tanımlanmışlardır (Açıkgöz ve ark., 2018). Kaygı bozukluğunun bedensel belirtileri arasında ise yutma güçlüğü, baş dönmesi, nefes darlığı, kusma, titreme, çarpıntı, yorgunluk ve sık idrara çıkma gibi sorunlar vardır. Kaygı bozukluğunun başlıca 2 temel bileşeni saptanmıştır (Wang, 2016). Bunlar; korku ve sinirlilik duygularının hissedilmesi, farkında olunan fizyolojik belirtilerdir (titreme, terleme, çarpıntı gibi). Diğer taraftan, anksiyete algının çarpıtılmasına yol açmaktadır. Meydana gelen tüm bu distorsiyonlar, konsantrasyonun zayıflaması ile birlikte belleği, öğrenmeyi ve olaylar arasındaki ilişki kurmayı olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Böylelikle korku ile beraber yanlış bir algılama yaşanmakta ve yanlış algılama da yanlış yanıt getirdiğinden ortaya çıkan kısır döngü anksiyetenin daha fazla artmasına neden olmaktadır. Bunun sonucunda bir çok anksiyete bozukluğu olan kişi korkusunun şiddetlenip, kalp çarpıntısının artmasıyla hastanelere kalp krizi şikayetiyle başvurmuştur.

2.2.4. Anksiyeteyi Etkileyen Etmenler

Genetik Faktörler: Kaygı bozukluğu ya da anksiyete duyarlılığında kalıtımın etkisiyle alakalı veriler çoğunlukla panik bozukluğuna ilişkin gerçekleştirilen çalışmalardan alınmıştır (Daley, 2009). Anksiyete bozukluğu panik bozukluğu ile benzer özellik gösterdiğinden, panik bozukluğu yaşayan hastaların birinci düzey yakınlarında anksiyete duyarlılığının incelendiği bir çalışmada; kaygı bozukluğu seviyelerinin kontrol grubuna göre daha yüksek, panik bozukluğu yaşayan hastalara oranla ise daha düşük olduğu belirlenmiştir (Steiner & Ross, 2003). Konuya dair gerçekleştirilen diğer çalışmalarda panik bozukluğu

yaşayan ve yaşamayan ailelerin çocuklarında kaygı bozukluğu duyarlılığı değerlendirilmiş ve bu gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmemiştir. Yapılan çalışmalardan elde edilen veriler doğrultusunda, kaygı bozukluğunun erken erişkinlik ya da geç ergenlik dönemi içerisinde olduğu belirtilmektedir (Daley, 2009).

Anksiyete bozukluğuna ilişkin verilerin elde edilmesi amacıyla yapılan bir diğer çalışma ise sağlıklı popülasyonda gerçekleştirilen ikiz çalışması olmuştur. Bu çalışmanın verilerine göre, kaygı bozukluğu duyarlılığının güçlü kalıtsal bir özellik olduğu, toplam varyansın %47'si oranında kaygı bozukluğu duyarlılığının kalıtsal bir yapısı olduğu, kalan oranın da çevresel faktörlerden kaynaklandığı belirlenmiştir. Diğer bir çalışma ise dizigot ve monozigot ikizlerin dahil edilmesi ile gerçekleştirilmiş ve kaygı bozukluğunun 3 etmenli yapısı üzerinde durulmuştur. Çalışmanın sonucunda; kadınlarda anksiyete duyarlılığının sosyal, bilişsel ve fiziksel faktöründe de çevresel ve fiziksel etmenlerin önemine vurgu yapıldığı, erkeklerde ise çevresel etmenlerin daha etkili olduğu, kalıtımın önemli bir etkisinin olmadığı görülmüştür (Daley, 2009).

Çevresel Etmenler: Anksiyete duyarlılığının yaşanma düzeyinde, çocukluk dönemi öğrenme deneyimlerinin oldukça etkili olduğu bilinmektedir. Bu hususta yapılan araştırmalar sonucunda elde edilen sonuçlarda, öğrenme deneyimleri kaygı bozukluğu ya da anksiyete duyarlılığı gelişimini 3 primer öğrenme mekanizması olan gözlemsel koşullanma, edimsel koşullanma ve klasik koşullanma ile etkilediği belirtilmiştir. Bunlardan klasik koşullanmaya göre; başlangıçta nötral olan bir uyaran, kaygı bozukluğu ile birlikte ortaya çıktıkça artık nötral uyaran ile beraber kaygı bozukluğu tepkisi de ortaya çıkmaktadır. Edimsel koşullanmaya göre; şayet çocuğun kaygı bozukluğu belirtileri, pozitif ya da negatif pekiştirilir ise ilerleyen süreç içinde yüksek anksiyete duyarlılığı yaşama olasılığı artmaktadır (Clark, 2011). Yüksek anksiyete duyarlılığının ortaya çıkmasına neden olan durumlardan bir diğeri ise, çocukların model olarak belirlediği kişilerin anksiyete belirtilerinden korktuklarına dair deneyim ve gözlemleri olmuştur.

Ayrıca, çocukluk döneminde aile içerisinde öfke, alkol alımı veya diğer olumsuz emosyonel durumlardan dolayı yaşanan kontrol dışı eylemlerin oldukça önemli düzeyde her 3 kaygı bozukluğu boyutu ile olumlu korelasyon gösterdiği

saptanmıştır. Stein ve Scher, anksiyete duyarlılığının gelişimini açıklamada Bowlby'nin bağlanma kuramının iskelet görevi göreceğini ifade etmişlerdir (Clark, 2011). Bowlby, bakım veren kişinin bebeğin gereksinimlerine duyarlı olması halinde güven duygusunun daha kolay oluştuğunu açıklamıştır. Böylelikle bebeğin bakım veren kişiden ayrılmaya daha az tepki göstereceğini öngörmüştür. Bakım veren ile bebek arasında olan bu ilişki güvenli bağlanma şeklinde tanımlanmaktadır (Clark, 2011). Fakat bakım veren kişi bebeğin gereksinimlere duyarsız ve reddedici ise güvensizlik hissi ön plana çıkmaktadır. Bebek, bakım veren kişinin ayrıldıktan sonra geri döneceğine emin olmadığı için ayrılığa anksiyete cevabı gelişmektedir. Bu durum ise anksiyeteli bağlanma olarak ifade edilmektedir. Bowlby'e göre bakım veren ile bebek arasında gelişen bu tür bağlanma kaygı bozukluklarının temelini oluşturmaktadır (Jain, 2019).

2.2.5.Anksiyete Düzeyleri

Korku ve anksiyete her normal kişinin gösterebileceği ve stres seviyesi ile paralellik gösteren en doğal tepkilerden biridir. Hay'a göre anksiyete 4 kademedede tanımlanabilmektedir (Jain, 2019). Buna göre;

Ağır Anksiyete: Bu tip anksiyetede kişinin çevresinde gelişen olayları algılama becerisi azalmakta, yalnızca detayları algılamakta, duygusal ve fiziksel huzursuzluk yaşanmaktadır (Açıkgöz & Binbay, 2018). İştahsızlık, baş ağrısı, korku, ürperme ve titreme görülmektedir (Rapkin, 2006). Kişinin çevresindeki insanlarla iletişim kurma becerisi azalmakta, emosyonel rahatsızlıkları artmakta ve öğrenme gerçekleştirememektedir (Indusekhar & O'Brien, 2008).

Orta Anksiyete: Bu tip anksiyete durumunda algılama ve iletişimde azalma olmakta, terleme, kas spazmı, çarpıntı ve mide şikayetleri görülmektedir. Kişi etrafında gelişen olayları fark edememektedir. Problemleri çözme becerisine hala sahiptir, fakat seçici dikkat ve konsantrasyon becerisi artmaktadır (Açıkgöz & Binbay, 2018).

Hafif Anksiyete: Bu tip anksiyetede kişi duymakta, görmekte ve çevresinde gelişen olayların farkında olmaktadır. Kişinin yaratıcılığı ve öğrenme seviyesi artmaktadır (Karadağ, 2001).

Panik: Panik durumunun yaşanması halinde kişinin tüm dikkati dağılmaktadır. Çevresel risklere karşı tepkisiz kalmaktadır (Cenkseven, 2003). Kişi panik durumunu atlama kadar dikkatini toplamakta zorluk çekmektedir. Diğer taraftan halüsinasyonlar ve hezeyan görmektedir (Öztürk & Tanrıverdi, 2011). Ayrıca, geçmeyen panik durumları ise ölümle sonuçlanabilmektedir.

2.3.Dürtüsellik

Bireyin davranış ve tutumlarına limit koymasında sorun yaşaması, dürtüsellik olarak tanımlanabilir (Rapkin, 2006). Dürtüsellik, kişinin hoşuna giden bir durumda iken o durumu sonlandırmakta güçlük çekmesi, istekleri erteleyememesi, plan ve program yapabilmekte zorluk yaşaması gibi durumlar ile ortaya çıkmaktadır. Dürtüsel olan bireyler isteklerinin yerine gelmesi hususunda sabırsız ve ısrarcı olmaktadır (Jain, 2019). Genellikle yaptıkları bir işin neticesini düşünmeden hareket ederek risk almaktadırlar.

Bir cevap vermeye engel olamamak dürtüsel eylem olarak ifade edilmektedir. Dürtü kontrolü cinsellik, yiyecek ya da yüksek seviyede arzu edilen kazançlar için dışsal veya içsel olarak eyleme geçirilen güçlü bir isteği aktif bir baskılama mekanizması olarak tanımlanabilir (Jain, 2019). Kişinin arzu veya isteğini baskılayan bu mekanizma sayesinde hızlı koşullanmış refleksler ve cevaplar geçici olarak baskılanmakta ve böylece daha yavaş mekanizmalar eylemi yönlendirebilmektedir. Kişinin davranışlarına belirli bir limit koymasında problem yaşaması anlamına gelen dürtüsellik, dürtüsel davranışların yanında, dürtüsel seçimlerde veya kararlarda da ortaya çıkmaktadır. Burada meydana gelen baskılanan bir eylem değil, bir karar verme sürecidir (Harper, 2017). Davranışların başka olası alternatiflerin veya neticelerin yeteri kadar düşünmeden başlatılması, dürtüsel karar verme olarak ifade edilebilir.

2.3.1.Dürtüsellik Tanımı

Bilişsel, nörofizyolojik ve davranışsal bileşenleri kapsayan karmaşık ve çok yönlü bir terim olan dürtüsellik ifadesinin literatürde farklı taraflarını içeren çeşitli tanımları yer almaktadır (Freeman & Bui, 2006). Yetersiz olarak planlanmış, aşırı düzeyde riskli ya da duruma uygun olmayan, zamanından önce ortaya konulan ve genellikle beklenmeyen neticeler ortaya çıkaran

eylemler, dürtüsellik şeklinde tanımlanmaktadır. Evers ve Hollander'e göre, dürtüsellik eylemin ölçülebilir bir özelliğidir ve heyecan, dikkatsizlik, haz arama, sabırsızlık, risk alma, yaşanan travmanın beklenen düzeyden az hissedilmesi ve dışa dönüklük şeklinde gözlemlenebilmektedir (Özdemir ve ark., 2012). Seçenekleri yeterli derecede değerlendirmeden eyleme geçirmeyi dürtüsellik olarak tanımlayan Moeller ve arkadaşları dürtüsellüğün tanımlamasında üç temel unsurun yer alması gerektiğini belirtmişlerdir (Rapkin, 2006). Dürtüsellik;

1-Eylemin olumsuz sonuçlarına duyarlılıkta azalma olarak tanımlanabilmektedir.

2-Bilginin işlenmesi tamamlanmadan önce uyarana plansız ve hızlı tepki vermek olarak tanımlanabilmektedir.

3-Uzun dönem sonuçlara önem verme eksikliği olarak tanımlanabilmektedir.

Dickman ise her dürtüsel eylemin dezavantajlı olmadığı hususuna dikkat çekmekte, dürtüsellği işlevsel olmayan dürtüsellik ve işlevsel dürtüsellik olmak üzere 2 alt boyutta ele almaktadır. Dickman'a göre, dürtüsel bireyler, onlara verilen vazifeye daha az zaman harcamakta, buna bağlı olarak da odaklanma ve dikkati gerektiren vazifelerde daha kötü olurken, dikkatin hızlı bir şekilde yön değiştirmesi gereken hallerde daha başarılı olmaktadır (Indusekhar & O'Brien, 2008). Dürtüsellüğün birtakım uyum sağlayıcı ve işlevsel tarafları olduğu belirtilse de genellikle kendine fiziksel olarak zarar verme, suç, kabul gören sosyal standartlara uyumsuzluk, şiddet vb. gibi davranış ve tutumlar ile alakalı işlevsel olmayan bir özelliği ifade etmektedir (Harper, 2017).

Birçok tanımı olan dürtüsellik; ayrıntılı düşünme eksikliği, istemli olarak verilen yanıtı erteleme ya da ketleme zorluğu, dikkat problemleri, kısa cevap eğiği vb. gibi türlü davranışsal ve bilişsel eğilimler şeklinde de ifade edilebilmektedir (Indusekhar & O'Brien, 2008). Dürtüsellik başka bir yaklaşıma göre; gecikmiş ve büyük ödül yerine hemen gelen ve küçük ödülü tercih etmektir ve "öz-denetim" ifadesi ile tam tersi eylem olduğu belirtilmektedir (Dennerstein & Heinemann, 2010). Bu bağlamda öz-denetim ve dürtüsellik aynı zihinsel sürecin 2 farklı yüzü olarak ifade edilebilmektedir.

2.3.2.Dürtüselliğin Nörobiyolojisi

Alternatiflerin yeterli düzeyde değerlendirilmeden harekete geçilmesi olarak tanımlanabilen dürtüsellik seviyesinin belirlenmesinde genetik bir yatkınlık olduğu görülmüştür. Dürtüselliğin kalıtsal olmasında dopamin ve serotonin sistemlerinin rol oynadığı öngörülmektedir (Panay, 2011). Bireyler arasında dürtüsellik bakımından oluşan farkların mizaç veya genetik özelliklerinin ya da nöral ve farmakolojik unsurların çevresel deneyimler ile etkileşime girmesi neticesinde ortaya çıktığı düşünülmektedir (Iancu, ve ark., 2010). Dürtüsel eylemlerin oluşumunda, serotonerjik nöronların etkin rol oynadığı belirtilmektedir. 5HTP seviyesinin düşmesi ile dürtü kontrolünün bozulması, intihar, saldırganlık ve dürtüsel tercihlerde artışın olduğuna ilişkin oldukça güçlü kanıtlar mevcuttur. Pozitron Emisyon Tomografisi ile gerçekleştirilmiş; prefrontal bölgede, bölgesel 5HTT dağılımlarını araştıran bir nörogörüntüleme çalışmasında, dürtüsel bireylerde ACC 'de 5HTT işlevinde azalma olduğu görülmüştür (Dennerstein & Heinemann, 2010).

Dürtü kontrolünde norepinefrin ve dopamin sistemleri de oldukça önemlidir. Kokain, metilfenidat ve amfetamin gibi DA agonistleri dürtüsel tercihleri azaltırken DA antagonistleri artırmıştır. Nukleus akkumbenste DA aktivitesinin artışı motor dürtüselliğini artırırken PFC veya bir bölümü olan orbitofrontal kortekste DA artışı dürtüsel karar vermeyi azaltması, DA 'nın dürtüsellikteki rolünün heterojen niteliğini göstermektedir (Iancu, ve ark., 2010). Bununla birlikte, metilfenidat ve amfetaminin NE iletimini artırarak cevap inhibisyonu sağladığı belirtilmektedir. Noradrenalin gerilim inhibitörü olan atomoksetin ve desipramininin çalışmalarda benzer etki göstermesinin bu bulguyu desteklediği düşünülmektedir (Garcia, ve ark., 2008). Diğer taraftan, dürtüsellikte glutamaterjik sistemin rolüne işaret eden çalışmalar da vardır. Selektif NMDA-2B reseptör subünit antagonisti ve non-selektif NMDA reseptör antagonisinin sistemik enjeksiyonu nörobilişsel testlerde dürtüsellik artışına neden olmuştur. Dürtüsellik, medial frontal korteks infralimbik bölgede glutamat transmisyon değişimi ile bağdaştırılmıştır.

Dürtüselliği kontrol etmede, işlevsel nörogörüntüleme çalışmaları amigdala ve PFC'nin oldukça önemli olduğu ve "seçme eyleminin" gerçekleşmesine

yardımcı olan çoklu nöral şebekelerin bir parçası olduğu öngörülmektedir. Dürtüsel olmayan bireylere göre daha dürtüsel olan bireylerin cevap inhibisyonu esnasında daha az PFC aktivasyonu gösterdikleri gözlemlenmiştir. Diğer taraftan PFC, nukleus akumbens ödül ile alakalı eylemin düzenlenmesinde oldukça önem taşımaktadır. Nukleus akumbens ile bazolateral amigdala lezyonlarının farelerde dürtüsel tercih yapma eğilimini artırdığı belirtilmiştir (Dennerstein & Heinemann, 2010).

2.3.3. Dürtüsellik Etkileyen Etmenler

Çocuğun hoşça giden şeyi elde etmek için mutlak bir şekilde tepkide bulunmayı öğrendiği “aile çevresinden kaynaklanan öğrenilmiş bir davranış” olarak ele alınması dürtüsellik sosyal rolünü ortaya koyar (Özdemir, 2012). Ayrıca kız ve erkeklerde bazı kişilik özelliklerinin ve özellikle dürtüsellik farklılık gösterdiği fikri önerilmiştir (Sharp, 2002). Aynı şekilde dürtüsellik etkileyen etmenlerin de cinsiyet farkı göstereceği düşünülmüştür. Anne ile bağlanma ve olumlu disiplinin dürtüsellik üzerine erkeklerde kızlara göre daha güçlü bir etkide bulunduğu gösterilmiştir (Chapple & Johnson, 2007).

Dürtüsellik çocukluk çağı kötü muamelesinin etkisinin incelendiği bir metaanalizde çocukluk çağı cinsel istismarıyla dürtüsellik arasında küçük, duygusal istismarla dürtüsellik arasında orta-büyük etki gücü saptanmıştır (Liu, 2019). DEHB, sınırda kişilik bozukluğu, iki uçlu bozukluk ve sağlıklılarda çocukluk çağı örselenmesinin dürtüsellik etkisinin incelendiği bir çalışmada sadece sağlıklılarda ve bipolar bozukluğu olanlarda çocukluk çağı örselenmesinin dürtüsellikle ilişkili olduğu bulunmuştur (Richard-Lepouriel ve ark., 2019). Yine de yapılan çalışmalarda DEHB nin içeriğindeki hiperaktivite, dürtüsellik çoğunlukla içerisinde barındırmasından kaynaklı çocukluk çağı örselenmesi olmasa bile DEHB’de hiperaktivite kaynaklı dürtüsellik beklenen bir durumdur.

2.4. Premenstrüel Belirti Şiddeti İle Anksiyete İlişkisi

Kadınların hemen her menstrual döngüsünde premenstrüel sendrom belirtileri aynıdır. Bu süreçte öfke, sinirlilik, duygusal dalgalanmalar ve gerginlik en çok bildirilen şikayetlerdir (Indusekhar & O'Brien, 2008). Bununla birlikte kaygı

(anksiyete), keyifsizlik, huzursuzluk gibi belirtiler de görülebilmektedir (Öztürk & Tanrıverdi, 2011). Adet döngüsünde yaşanan duygusal belirtilerin yanında yorgunluk, ağrı, şişkinlik, memelerde hassasiyet, uyku düzensizliği ve kilo artışı gibi fiziksel belirtiler de olabilir (Açıkgöz & Binbay, 2018). Dürtüselliğin başlıca özelliği sayılan geleceği düşünmeden eyleme geçme, artmış risk arayışı, eylemlerin neticelerini değerlendirmeme ile kaygının karakteristik özellikleri olarak bilinen tedirginlik, güvenlik arayışı, davranışsal inhibisyon ve zarardan kaçınma ile başlangıçta tutarsız gelebilmektedir (Pearlstein & Stone, 1998).

2.5. Premenstrüel Belirti Şiddeti İle Dürtüsellik İlişkisi

PMS sendrom dönemlerinde dürtüsellik ile ilgili önemli hususlardan biri, dürtüsellik ile ilişkili bir eylemden değil bir yatkınlıktan söz edilmesidir (Danacı & İçelli, 2002). Ayrıca dürtüsellik bir eylemin neticesinin bilinçli bir şekilde değerlendirilmeden plansız ve hızlı olarak eyleme geçilmesini içermektedir (Gerrish & Lusty, 2010). Dürtüsellik, bu anlamda yargılamanın bozulduğu davranış ve durumlardan tasarılmanın uygulandığı kompulsif eylemden ayrılmaktadır (Halbreich, 2006). Diğer taraftan dürtüsellikte bir eylemin neticelerini düşünmeden risk alma ve harekete geçme davranışı vardır fakat bu genellikle zevk arayışı ile ilgili olan risk alma eyleminden farklı olmaktadır. Dürtüselliğin biyolojik alt yapısının bilinmesi ve tedavi yöntemlerinin geliştirilebilmesinde bu hususlar oldukça önem taşımaktadır. Dürtüsellik, sürekli ve durumsal olmak üzere 2 bileşen ile değerlendirilmektedir (Indusekhar & O'Brien, 2008). Durumsal dürtüsellik, biyolojik ve çevresel koşullara bağlı değişken bir çeşitliliği ifade ederken sürekli dürtüsellik ise, her daim eyleme yansımaya da süregelen kişilik özelliklerini oluşturmaktadır (Cenkseven, 2003). Dürtüsel eylem için toplam riskin sürekli ve durumsal dürtüselliğin etkileşimine bağlı olduğu bilinmektedir. Durumsal dürtüsellik ve sürekli dürtüsellik bileşenlerinin etkileşimi belli bir eşik değeri geçtiğinde dürtüsel eylem oluşmaktadır.

2.6. Premenstrüel Belirti Şiddeti ile Mizaç İlişkisi

Kişinin biyolojik, genetik ve yapısal temele dayanan davranış ve tutumları mizaç olarak ifade edilmektedir. Mizaç ile ilgili yapılan çalışmalar mizacın

çevreden etkilendiği ve genetik geçişli olduğunu göstermektedir. Hipokrat zamanından beri insanoğlunun farklı mizaç özelliklerinin olduğu bilinmektedir (Cox & Sagovsky, 1987). Dürtüsellik ve benlik saygısı farklı şekillerde ve farklı mizaç tiplerinde bir arada olabilmektedir (Lustyk & Gerrish, 2010). Günümüzdeki çağdaş görüşler mizacın uyumsal, dürtüsel ve emosyonel taraflarını da belirtmektedir. Mizaç; bazı emosyonları yaşamaya kalıtsal yatkınlıklar ve duygulardan köken alan dürtülerin otomatikleşmiş hareket özelliklerinin, erken yaşamda ortaya çıkabilen ve neredeyse yaşam boyu devam eden alışkanlıkların altında yatan biyolojik özellikler olarak tanımlanabilir.

PMS ile mizaç bireyin yaşam kalitesini etkileyen iki önemli değişkendir. Bazı bireylerin PMS'yi sahip oldukları mizaç özelliklerine göre daha ağır geçirirken, bazı bireylerin de tam tersine daha hafif geçirebileceği gösterilmiştir. Ülkemizde yapılan bir araştırmada PMS belirtileri, daha az dışa dönük, daha az öz denetimi olan ve daha nevrotik kişilerde daha yüksek olarak saptanmıştır (Arslantaş ve ark., 2018). Öz kıyım girişimi sonrası hastaneye yatan kadınlarla yapılan bir çalışmada PMS'li ve PMDB'li kadınlarda dürtüsellik ve agresiflik puanlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bu bulgu, öz kıyım girişiminde bulunan kadınlarda bu kişilik özelliklerini gösterenlerde daha yüksek olasılıkla PMS saptanacağı şeklinde yorumlanmıştır (Ducasse ve ark., 2016). Bir başka çalışmada PMS'li grupta mükemmeliyetçilik ve zarardan kaçınma gibi kişilik özellikleri puanları daha yüksek saptanmıştır (Eissa, 2010).

3. BÖLÜM

YÖNTEM

3.1.Araştırmanın Modeli

Bu araştırma ile 18-45 yaş arası kadınlarda premenstrüel belirti şiddetinin anksiyete, dürtüsellik ve mizaç ile olan ilişkisi ortaya konmuştur. Araştırmanın modeli ilişkisel tarama modeli olarak belirlenmiştir. Bu model iki ya da daha fazla sayıdaki değişken arasında, birlikte değişim varlığı ve/veya değişimin derecesini belirlemeyi amaçlayan bir araştırma modelidir (Karasar, 2004).

Araştırma zamana göre kesitsel bir araştırmadır. Bir olgunun ya da örneklemin belirli bir zamandaki halini gözlemlemeyi içeren araştırmalar kesitseldir (Earl, 2004). Araştırma verileri anket ile toplanacaktır. Anket, araştırma yöntemleri arasında en çok kullanılan; kolay, ucuz ve bilgileri doğrudan sormamızı sağlayan, belli bir araştırmanın amacına uygun düzenlenmiş soru listesidir (Üstün, 2020).

Bu çalışmada bağımlı değişken kadınların premenstrüel sendrom şiddetleri, bağımsız değişkenler ise anksiyete, dürtüsellik düzeyleri ve mizaç tipleridir.

3.2.Evren ve Örneklem

Araştırma evrenini, Mersin ilinde yaşayan 18-45 yaş arasındaki kadınlar, örneklemini ise Mersin'in Anamur ilçesinde 2020 yılında Özel Anamur Anamed Hastanesi kadın doğum polikliniğine jinekolojik şikayetlerle başvuran 18-45 yaş arasındaki kadınlar oluşturmaktadır. Araştırmada örnekleme yöntemlerinden elverişlilik örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Elverişlilik örnekleme araştırmaya hız kazandıracak olan, araştırmacı için yakın ve

erişilmesi kolay olan bir durumun seçildiği örnekleme türüdür (Dawson & Trapp, 2001). Araştırmaya başlanmadan önce Yakın Doğu Üniversitesi etik kuruluna başvurulmuştur. YDÜ/SB/2020/785 numaralı etik kurul izniyle çalışmaya başlanmıştır. Araştırmada, 18-45 yaş arası tüm kadınlara, kadın doğum polikliniği bekleme alanında araştırmacı kendini tanıtip aydınlatıcı onam formu (Ek 6) ile açıklamıştır. Gönüllü olanlar PMSÖ doldurdu, yüksek puan alan kadınlar jinekolojik muayene sonrası araştırmacının odasına davet edilmiş ve araştırmanın belirtilen diğer değişkenlerini ölçen anketler yüz yüze uygulanmıştır. Veri toplama süresi boyunca 296 katılımcıya PMSÖ uygulanmıştır. Araştırma işleme ölçütlerine uyan ve PMSÖ eşik değeri olan 110 puan üstünde alan 80 kadına araştırmanın belirtilen diğer değişkenlerini ölçen anketler uygulanmıştır.

3.3.Verİ Toplama Araçları

Araştırmada 18-45 yaş arası kadınların premenstrüel sendrom belirti şiddetini ölçmek için 'Premenstrüel Sendrom Ölçeği', anksiyete düzeyleri hakkında bilgi sahibi olmak için 'Endişe ve Anksiyete Ölçeği', dürtüsellik düzeyleri hakkında bilgi sahibi olmak için 'Barrat Dürtüsellik Ölçeği' ve mizaç tipleri hakkında bilgi sahibi olabilmek için 'Memphis, Pisa, Paris ve San Diego Mizaç Değerlendirme Anketi' kullanılmıştır. Araştırmacı tarafından hazırlanan sosyodemografik veri formunda katılımcıların yaşı, eğitim düzeyleri, algılanan gelir durumu, boy ve kilosu, egzersiz yapma durumu, kahve içme durumu ve akrabada adet yakınmasının olup olmadığı sorularına yanıt aranmıştır.

3.3.1.Sosyodemografik Veri Formu

Araştırmaya katkı sağlayacağı düşünülen 10 sorudan oluşan formda, katılımcılara yaşının, eğitim durumunun, algılanan gelir durumunun, boy ve kilosunun, egzersiz yapma durumunun, kahve içme durumunun ve akrabada adet yakınmasının sorulduğu liste yöneltilmiştir.

3.3.2.Premenstrüel Sendrom Ölçeği

Gençdoğan (2006) tarafından geliştirilen, premenstrüel belirtilerin şiddetini ölçen, 44 maddelik beş dereceli (Hiç, Çok az, Bazen, Sık sık, Sürekli) likert tipi bir ölçektir.

Ölçeğin puanlanması, “Hiç” seçeneği 1 puan, “Çok az” seçeneği 2 puan, “Bazen” seçeneği 3 puan, “Sık sık” seçeneği 4 puan ve “Sürekli” seçeneği 5 puan olarak değerlendirilmektedir.

Ölçeğin, 1. Depresif Duygulanım, 2. Anksiyete, 3. Yorgunluk, 4. Sinirlilik, 5. Depresif Düşünceler, 6. Ağrı, 7. İştah Değişimleri, 8. Uyku değişimleri ve 9. Şişkinlik olmak üzere toplam dokuz alt boyutuna ilişkin puanlar ve ölçek toplamından oluşan “PMSÖ Toplam Puanı” elde edilmektedir. Bu ölçeğin, test-tekrar test korelasyonu 0.87, madde-toplam puan korelasyonları 0.35 ile 0.78 arasında ($p < 0.001$) ve Cronbach Alfa güvenirliği 0.75 olarak bulunmuştur.

PMSÖ’nün uygulanması kişinin geriye dönük olarak “adetten bir hafta önceki süre içinde olma” durumu dikkate alınarak değerlendirmesi ile yapılmaktadır.

Ölçekten alınabilecek en düşük puan 44, en yüksek puan ise 220’dir. Gençdoğan (2006), PMSÖ sonuçlarını toplam ve alt ölçek puanlarının alınabilecek en yüksek puanın % 50’sini geçme durumuna göre PMS’un varlığı olup olmadığı yönünde değerlendirilmesini önermektedir.

Puan yükseldikçe premenstrüel sendrom belirtilerinin yoğunluğu fazla olarak değerlendirilmektedir.

3.3.3.Endişe ve Anksiyete Ölçeği

Akyay tarafından 2016 yılında Türkçe geçerlik ve güvenirliği yapılmıştır. Endişe ve Anksiyete Ölçeği (EAÖ) yaygın anksiyete bozukluğunun tanı ölçütlerini DSM-IV’te (American Psychiatric Association, 2000) tanımlandığı şekliyle ölçmektedir. EAÖ öz- bildirim türü bir ölçektir. Dokuz (0-8) puanlı Likert tipli ölçektir. Ölçekten alınabilecek puan 0 ile 80 arasındadır.

Endişe konularını, endişenin aşırı ve kontrol edilemeyen yönünü, bozukluğun süresini ve sıklığını, bedensel belirtileri ve endişe ve anksiyeteye bağlı çaresizliği ve insanın hayatına olan müdahalesini ölçmektedir. Endişe ve

Anksiyete Ölçeğinin toplam puanını hesaplamak için, tüm maddelere verilen cevapların toplamı yapılmalıdır (1. maddedeki yanıtlar hariç). Bu ölçeğin test-tekrar test korelasyonu 0,528, madde toplam korelasyonları 0,548 ile 0,685 arasında ve Cronbach Alfa değeri 0,891 olarak bulunmuştur.

3.3.4.Barrat Dürtüsellik Ölçeği

Hem klinik hem de klinik olmayan örneklemin dürtüsellik yönünden toplam ve boyutsal değerlendirmesini yapma ve bu boyutların düzeyini ve şiddet değişimini ölçme imkanı vermektedir.

Toplam 30 maddeden oluşmaktadır. Üç alt faktörü tanımlanmıştır: Plan yapmama, dikkat dürtüsellliği ve motor dürtüsellik. Toplam puan olarak da kullanılabilir. Dörtlü Likert tipi ölçüm özelliğindedir. Bu ölçek Türkçe güvenirliği ve geçerliği Güleç ve arkadaşları (2008) tarafından geliştirilmiştir. İç tutarlılığın Cronbach alfa kat sayıları öğrencilerde 0,78, hastalarda 0,81 ve test-tekrar test korelasyonu 0,83 olarak bulunmuştur.

3.3.5.Memphis, Pisa, Paris ve San Diego Mizaç Değerlendirme Anketi

Bireylerde depresif, hiperitimik, sinirli, siklotimik ve endişeli gibi baskın affektif mizaçları değerlendirmek üzere kullanılmaktadır. Evet/hayır biçiminde değerlendirilmek üzere toplam 99 maddeden oluşur ve baskın depresif (18 madde), siklotimik (19 madde), hipertimik (20 madde), sinirli (18 madde) ve endişeli (24 madde) mizaç özelliklerinin varlığını belirlemek üzere hazırlanmıştır.

Türkçe formun güvenirliği ve geçerlik çalışması Vahip S ve arkadaşları (2005) tarafından yapılmıştır. Ölçeğin test-yeniden test güvenirliği (0.73-0.91) ve iç tutarlılığı (0.77-0.85) olarak belirlenmiştir. Faktör analizi sonucunda tüm boyutlar faktörlerde temsil edilmiştir.

4. BÖLÜM

BULGULAR

4.1.Verilerin İstatiksel Analizi

Araştırmaya dahil olan kadınlardan elde edilen veriler Statistical Package for Social Scienes(SPSS) 24.0 yazılımı ile çözümlenmiştir. Kadınların sosyo-demografik özellikleri sıklık analizleriyle belirlenirken, Premenstrüel Sendrom Ölçeği, Endişe ve Anksiyete Ölçeği, Barrat Dürtüsellik Ölçeği ve Mizaç Değerlendirme Anketi puanlarına ait tanımlayıcı istatistikler verilmiştir. Kadınların Premenstrüel Sendrom Ölçeği Endişe ve Anksiyete Ölçeği, Barrat Dürtüsellik Ölçeği ve Memphis,Pisa,Paris ve San Diego Mizaç Değerlendirme Anketi puanlarının normal dağılım gösterip göstermediği Shapiro-Wilk testiyle incelenmiştir.

Tablo 1.*Sayısal değişkenlerin dağılım analizi*

	Shapiro-Wilk		
	İstatistik	sd	p
Depresif duygudurum	0,962	79	0,019
Anksiyete	0,955	79	0,007
Yorgunluk	0,962	79	0,019
Sinirlilik	0,972	79	0,079
Depresif düşünceler	0,988	79	0,700
Ağrı	0,958	79	0,011
İştah değişikliği	0,882	79	0,000
Uyku değişikliği	0,969	79	0,052
Şişkinlik	0,879	79	0,000
PMSO	0,956	79	0,008
Endişe ve Anksiyete Ölçeği	0,978	79	0,181
Barrat Dürtüsellik Ölçeği	0,964	79	0,026
Baskın depresif	0,963	79	0,022
Baskın siklotimik	0,957	79	0,009
Baskın hipertimik	0,979	79	0,222
Baskın sinirli	0,858	79	0,000
Baskın endişeli	0,967	79	0,038

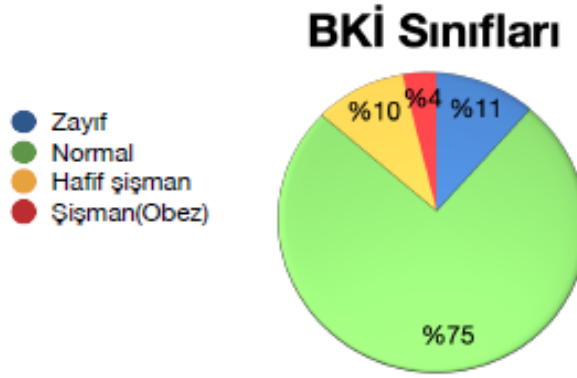
Tablo 1.'de gösterilen bulgular incelendiğinde, kadınların Depresif düşünceler, Uyku değişikliği, Endişe ve Anksiyete Ölçeği ve baskın hipertimik dışındaki tüm değişkenlerin normal dağılıma uymadığı belirlenmiştir. Araştırmanın örneklem sayısının düşük olduğu da göz önünde bulundurularak araştırmada nonparametrik test istatistikleri kullanılmıştır. Buna göre kadınların sosyo-demografik özelliklerine göre Premenstrüel Sendrom Ölçeği puanlarının karşılaştırılması Mann-Whitney U ve Kruskal-Wallis H testleri ile gerçekleştirilmiştir. Kadınların Premenstrüel Sendrom Ölçeği, Endişe ve Anksiyete Ölçeği, Barrat Dürtüsellik Ölçeği ve Mizaç Değerlendirme Anketi puanları arasındaki korelasyonlar Spearman testiyle test edilmiştir. Ayrıca kadınların Endişe ve Anksiyete Ölçeği, Barrat Dürtüsellik Ölçeği ve Mizaç Değerlendirme Anketi puanlarının PMSÖ puanlarını yordama durumu çok değişkenli doğrusal regresyon analiziyle test edilmiştir.

4.2.Bulgular

Tablo 2.

Kadınların sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Yaş grubu ($\bar{x}=27,0,3\pm4,41$)		
24 yaş ve altı	17	21,52
25-29 yaş	48	60,76
30 yaş ve üstü	14	17,72
Eğitim durumu ($\bar{x}=16,54\pm1,99$)		
Lise	11	13,92
Lisans	46	58,23
Lisansüstü	22	27,85
Algılan gelir		
Orta	47	58,23
Üst-orta	28	35,44
Üst	4	5,06
Kahve içme durumu		
İçmeyen	14	17,72
İçen	65	82,28
Günlük tüketilen kahve sayısı (n=65)		
Bir fincan	23	35,38
İki fincan	23	35,38
Üç fincan	13	20,00
Dört ve üzeri	6	9,23
Egzersiz yapma durumu		
Yapmayan	46	58,23
Yapan	33	41,77
Haftalık egzersiz süresi (n=33)		
1-2 saat	8	24,24
3-4 saat	13	39,39
5 saat ve üzeri	12	36,36
Akrabalarda adet yakınması		
Yok	36	45,57
Var	43	54,43



Şekil 1. Kadınların BKİ sınıflarına göre dağılımı

Tablo 2.'de araştırmaya dahil edilen kadınların sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı gösterilmiştir.

Tablo 2. İncelendiğinde araştırmaya katılan kadınların %21,52'sinin 24 yaş ve altı, %60,76'sının 25-29 yaş ve %17,72'sinin 30 yaş ve üstü yaş grubunda olduğu saptanmış olup yaş ortalaması $27,03 \pm 4,41$ bulunmuştur. Kadınların %13,92'sinin lise, %58,23'ünün lisans ve %27,85'inin lisansüstü mezunu olduğu görülmüş ve toplam eğitim yılı ortalama $16,54 \pm 1,99$ yıldır. Kadınların %58,23'ünün gelir grubunu orta, %35,44'ünün üst-orta ve %5,06'sının üst olarak algıladığı belirlenmiştir. Araştırmaya katılan kadınların %82,28'inin kahve içtiği, kahve içenlerin %35,38'inin günde bir fincan, %35,38'inin iki, %20,0'sinin üç, %9,23'ünün günde dört fincan ve üzeri kahve tükettiği saptanmıştır. Kadınların %41,77'sinin egzersiz yaptığı, egzersiz yapanların %24,24'ünün haftada 1-2 saat, %39,39'unun 3-4 saat ve %36,36'sının 5 saat ve üzeri süreyle egzersiz yaptığı belirlenmiştir. Araştırma kapsamına alınan kadınların %54,43'ünün akrabalarında adet yakınması olduğu saptanmıştır.

Şekil 1.'e göre araştırmaya kadınların %11'inin zayıf, %75'nin normal kiloda, %10,0'unun hafif şişman ve %4'ünün obez olduğu belirlenmiştir.

Tablo 3.*Kadınların Premenstrüel Sendrom Ölçeği puanları*

	n	s	Min	Max	
Depresif duygudurum	79	24,42	4,43	16	35
Anksiyete	79	16,41	5,47	7	34
Yorgunluk	79	22,10	4,31	12	30
Sinirlilik	79	18,57	3,52	11	25
Depresif düşünceler	79	20,37	5,91	7	35
Ağrı	79	10,47	2,37	3	15
İştah değişikliği	79	11,82	2,73	3	15
Uyku değişikliği	79	9,47	2,75	3	15
Şişkinlik	79	11,72	3,31	3	16
PMSO	79	145,30	21,31	114	202

Tablo 3.'te araştırma kapsamına alınan kadınların PMSÖ puanlarına dair tanımlayıcı istatistikler gösterilmiştir.

Tablo 3. incelendiğinde araştırmaya alınan kadınların PMSÖ depresif duygudurum alt boyutundan = 24,42±4,43 puan, anksiyete alt boyutundan =16,41±5,47 puan, yorgunluk alt boyutundan =22,10±4,31 puan, sinirlilik alt boyutundan =18,57±3,52 puan, depresif düşünceler alt boyutundan =20,37±5,91 puan, ağrı alt boyutundan =10,47±2,37 puan, iştah değişikliği alt boyutundan =11,82±2,73 puan, uyku değişikliği alt boyutundan =9,47±2,75 puan ve şişkinlik alt boyutundan =11,72±3,31 puan aldıkları belirlenmiştir. Araştırmaya kadınların Premenstrüel Sendrom Ölçeği genelinden =145,30±21,31 puan aldıkları, en düşük puanın 114, en yüksek puanın 202 olduğu görülmüştür.

Tablo 4.*Kadınların yaş grubuna göre Premenstrüel Sendrom Ölçeği puanlarının karşılaştırılması*

	Yaş grubu	n	$\bar{x}$	s	M	SO	X ²	p
Depresif duygudurum	24 yaş ve altı	17	25,29	3,62	25	46,21	5,772	0,056
	25-29 yaş	48	23,50	4,49	22	35,10		
	30 yaş ve üstü	14	26,50	4,45	26	49,25		
Anksiyete	24 yaş ve altı	17	17,18	5,34	16	43,47	2,943	0,230
	25-29 yaş	48	15,56	5,12	14	36,59		
	30 yaş ve üstü	14	18,36	6,51	18	47,46		
Yorgunluk	24 yaş ve altı	17	22,47	4,53	24	42,88	3,245	0,197
	25-29 yaş	48	21,46	4,23	22	36,54		
	30 yaş ve üstü	14	23,86	4,09	23,5	48,36		
Sinirlilik	24 yaş ve altı	17	19,47	2,98	19	45,29	4,305	0,116
	25-29 yaş	48	17,92	3,57	18	35,77		
	30 yaş ve üstü	14	19,71	3,65	20	48,07		
Depresif düşünceler	24 yaş ve altı	17	21,41	6,34	22	42,88	0,404	0,817
	25-29 yaş	48	19,96	5,57	20,5	38,82		
	30 yaş ve üstü	14	20,50	6,75	21	40,54		
Ağrı	24 yaş ve altı	17	10,24	2,19	10	36,09	1,458	0,482
	25-29 yaş	48	10,38	2,34	10	39,67		
	30 yaş ve üstü	14	11,07	2,76	11,5	45,89		
İştah değişikliği	24 yaş ve altı	17	11,00	3,72	11	35,29	3,519	0,172
	25-29 yaş	48	11,77	2,46	12	38,81		
	30 yaş ve üstü	14	13,00	1,84	13	49,79		
Uyku değişikliği	24 yaş ve altı	17	8,82	3,07	9	36,82	1,392	0,499
	25-29 yaş	48	9,46	2,64	9	39,33		
	30 yaş ve üstü	14	10,29	2,70	10	46,14		
Şişkinlik	24 yaş ve altı	17	11,76	3,83	12	41,68	0,147	0,929
	25-29 yaş	48	11,63	3,34	12	39,28		
	30 yaş ve üstü	14	12,00	2,72	13	40,43		
PMSO	24 yaş ve altı	17	146,53	22,78	140	41,32	4,399	0,111
	25-29 yaş	48	141,98	19,91	141	36,36		
	30 yaş ve üstü	14	155,21	22,48	155	50,86		

Tablo 4.'te araştırmaya dahil edilen kadınların yaş gubuna göre PMSÖ puanlarının karşılaştırılmasında kullanılan Kruskal-Wallis H testi bulgularına yer verilmiştir.

Tablo 4. incelendiğinde araştırma kapsamına alınan kadınların yaş grubuna göre Premenstüral Sendrom Ölçeği genelinden ve depresif duygudurum, anksiyete, yorgunluk, sinirlilik, depresif düşünceler, ağrı, iştah değişikliği, uyku değişikliği ve şişkinlik alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir ($p>0,05$).



Tablo 5.

Kadınların eğitim durumuna göre Premenstrüel Sendrom Ölçeği puanlarının karşılaştırılması

	Eğitim durumu	n	$\bar{x}$	s	M	SO	X ²	p	Fark
Depresif duygudurum	Lise	11	25,36	5,57	22	40,82	0,128	0,938	
	Lisans	46	24,13	3,96	23,5	39,23			
	Lisansüstü	22	24,55	4,88	25	41,20			
Anksiyete	Lise	11	17,00	8,45	14	37,36	0,800	0,670	
	Lisans	46	15,98	4,61	15	38,90			
	Lisansüstü	22	17,00	5,55	16	43,61			
Yorgunluk	Lise	11	23,64	5,26	25	48,82	2,265	0,322	
	Lisans	46	21,65	4,11	22	37,42			
	Lisansüstü	22	22,27	4,24	23	40,98			
Sinirlilik	Lise	11	19,36	4,03	19	43,36	2,435	0,296	
	Lisans	46	18,04	3,51	18	36,64			
	Lisansüstü	22	19,27	3,22	20	45,34			
Depresif düşünceler	Lise	11	17,73	7,93	16	29,27	3,564	0,168	
	Lisans	46	20,37	5,45	20	40,07			
	Lisansüstü	22	21,68	5,54	21,5	45,23			
Ağrı	Lise	11	10,82	2,56	10	40,50	0,026	0,987	
	Lisans	46	10,50	1,95	10	39,65			
	Lisansüstü	22	10,23	3,09	11	40,48			
İştah değişikliği	Lise	11	10,73	3,74	11	32,82	4,219	0,121	
	Lisans	46	11,65	2,54	12	37,93			
	Lisansüstü	22	12,73	2,37	13	47,91			
Uyku değişikliği	Lise	11	9,18	2,86	9	37,68	2,575	0,276	
	Lisans	46	9,17	2,75	9	37,39			
	Lisansüstü	22	10,23	2,67	10	46,61			
Şişkinlik	Lise	11	13,18	2,68	14	51,14	10,647	0,005*	1-2
	Lisans	46	10,89	3,18	11	33,00			2-3
	Lisansüstü	22	12,73	3,45	13,5	49,07			
PMSO	Lise	11	146,55	29,16	142	39,05	0,862	0,650	
	Lisans	46	143,35	18,61	139,5	38,39			
	Lisansüstü	22	148,77	22,76	149,5	43,84			

* $p < 0,05$

Tablo 5.'te verilen kadınların eğitim durumuna göre PMSÖ puanlarının karşılaştırılmasına ilişkin Kruskal-Wallis H testi sonuçları incelendiğinde, kadınların eğitim durumuna göre PMSÖ genelinden ve depresif duygudurum, anksiyete, yorgunluk, sinirlilik, depresif düşünceler, ağrı, iştah değişikliği ve uyku değişikliği alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadığı görülmüştür ($p>0,05$).

Kadınların eğitim durumuna göre PMSÖ'deki şişkinlik alt boyutundan aldıkları puanlar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmış olup, lisans mezunu olan kadınların şişkinlik alt boyutundan aldıkları puanlar daha düşük bulunmuştur.



Tablo 6.

Kadınların algılanan gelir durumuna göre Premenstrüel Sendrom Ölçeği puanlarının karşılaştırılması

	Algılanan gelir	n	$\bar{x}$	s	M	SO	X ²	p	Fark
Depresif duygudurum	Orta	47	24,55	4,53	23,00	39,99	1,568	0,457	
	Üst-orta	28	23,93	4,45	24,00	38,11			
	Üst	4	26,25	3,10	27,00	53,38			
Anksiyete	Orta	47	16,51	5,40	15,00	40,63	0,215	0,898	
	Üst-orta	28	16,46	5,69	15,50	39,63			
	Üst	4	14,75	6,02	16,00	35,25			
Yorgunluk	Orta	47	22,00	4,89	23,00	40,07	0,081	0,960	
	Üst-orta	28	22,25	3,59	23,00	40,32			
	Üst	4	22,25	0,50	22,00	36,88			
Sinirlilik	Orta	47	18,17	3,46	18,00	37,06	1,921	0,383	
	Üst-orta	28	19,14	3,58	20,00	44,21			
	Üst	4	19,25	4,11	19,50	45,00			
Depresif düşünceler	Orta	47	19,79	6,02	20,00	38,18	1,281	0,527	
	Üst-orta	28	21,46	5,66	21,50	43,80			
	Üst	4	19,50	6,81	18,00	34,75			
Ağrı	Üst-orta	28	11,07	2,73	11,00	46,73			
	Üst	4	9,25	0,96	9,50	25,00			
İştah değişikliği	Orta	47	11,11	3,05	12,00	34,64	6,594	0,037*	1-2
	Üst-orta	28	12,89	1,71	12,00	48,07			1-3
	Üst	4	12,75	2,22	13,00	46,50			
Uyku değişikliği	Orta	47	9,34	2,76	9,00	38,88	2,268	0,322	
	Üst-orta	28	9,89	2,83	9,00	43,79			
	Üst	4	8,00	1,63	8,00	26,63			
Şişkinlik	Orta	47	11,47	3,55	12,00	38,99	0,384	0,825	
	Üst-orta	28	12,14	3,01	12,00	42,07			
	Üst	4	11,75	2,75	11,50	37,38			
PMSO	Orta	47	143,34	20,39	139,00	37,89	1,142	0,565	
	Üst-orta	28	148,86	23,41	145,00	43,71			
	Üst	4	143,50	17,94	145,50	38,75			

* $p < 0,05$

Tablo 6. incelendiğinde kadınların algılanan gelir durumuna göre PMSÖ genelinden ve ölçekte yer alan depresif duygudurum, anksiyete, yorgunluk, sinirlilik, depresif düşünceler, ağrı, uyku değişikliği ve şişkinlik alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür ($p>0,05$).

Kadınların algılanan gelir durumuna göre PMSÖ'de yer alan iştah değişikliği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Orta gelir grubunda olanların iştah değişikliği puanları diğerlerine göre daha düşük bulunmuştur.



Tablo 7.

Kadınların BKİ sınıflarına göre Premenstrüel Sendrom Ölçeği puanlarının karşılaştırılması

	BKİ	n	$\bar{x}$	s	M	SO	X ²	p
Depresif duygudurum	Zayıf	9	24,89	4,28	23,00	43,22	2,535	0,469
	Normal	59	24,53	4,31	25,00	41,05		
	Hafif şişman	8	22,75	5,47	21,00	28,00		
	Şişman(Obez)	3	25,33	5,86	23,00	41,67		
Anksiyete	Zayıf	9	17,89	5,42	18,00	46,50	2,886	0,409
	Normal	59	15,86	5,23	14,00	37,95		
	Hafif şişman	8	17,00	6,68	16,00	41,44		
	Şişman(Obez)	3	21,00	7,00	24,00	57,00		
Yorgunluk	Zayıf	9	23,11	3,33	23,00	44,61	1,269	0,736
	Normal	59	22,14	4,22	22,00	40,19		
	Hafif şişman	8	20,50	6,19	20,50	32,50		
	Şişman(Obez)	3	22,67	4,04	22,00	42,50		
Sinirlilik	Zayıf	9	18,89	3,66	19,00	42,44	0,448	0,930
	Normal	59	18,46	3,44	19,00	39,01		
	Hafif şişman	8	19,00	4,07	19,50	43,50		
	Şişman(Obez)	3	18,67	5,13	20,00	42,83		
Depresif düşünceler	Zayıf	9	23,89	4,17	23,00	53,39	6,866	0,076
	Normal	59	19,90	6,26	20,00	38,22		
	Hafif şişman	8	18,38	3,78	17,00	30,81		
	Şişman(Obez)	3	24,33	2,08	25,00	59,33		
Ağrı	Zayıf	9	11,11	2,57	10,00	43,33	2,900	0,407
	Normal	59	10,59	2,17	11,00	41,39		
	Hafif şişman	8	8,75	2,87	9,50	27,63		
	Şişman(Obez)	3	10,67	3,79	9,00	35,67		
İştah değişikliği	Zayıf	9	12,00	3,08	13,00	42,61	1,688	0,640
	Normal	59	11,61	2,83	12,00	38,24		
	Hafif şişman	8	12,88	1,55	12,00	48,19		
	Şişman(Obez)	3	12,67	2,08	12,00	45,00		
Uyku değişikliği	Zayıf	9	11,44	2,40	12,00	56,44	5,699	0,127
	Normal	59	9,15	2,76	9,00	37,14		
	Hafif şişman	8	9,63	2,88	9,50	41,94		
	Şişman(Obez)	3	9,33	1,15	10,00	41,67		
Şişkinlik	Zayıf	9	10,78	3,07	11,00	31,61	6,543	0,088
	Normal	59	12,27	3,05	13,00	43,72		
	Hafif şişman	8	9,38	4,41	11,00	26,94		
	Şişman(Obez)	3	10,00	3,61	11,00	26,83		
PMSO	Zayıf	9	155,44	19,65	155,00	50,61	4,296	0,231
	Normal	59	144,41	20,25	142,00	39,49		
	Hafif şişman	8	137,00	26,73	128,00	28,69		
	Obez	3	154,67	29,67	151,00	48,33		

Tablo 7.'de gösterilen Kruskal-Wallis H testi sonuçları incelendiğinde, araştırmaya katılan kadınların BKİ sınıflarına göre PMSÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$).

Tablo 8.

Kadınların kahve içme durumuna göre Premenstrüel Sendrom Ölçeği puanlarının karşılaştırılması

	Kahve içme	n	$\bar{x}$	s	M	SO	Z	p
Depresif duygudurum	İçmeyen	14	25,00	5,29	24,00	40,54	-0,097	0,923
	İçen	65	24,29	4,26	24,00	39,88		
Anksiyete	İçmeyen	14	17,36	5,42	17,00	44,00	-0,721	0,471
	İçen	65	16,20	5,51	15,00	39,14		
Yorgunluk	İçmeyen	14	24,14	3,70	25,00	50,79	-1,948	0,051
	İçen	65	21,66	4,33	22,00	37,68		
Sinirlilik	İçmeyen	14	20,79	3,53	22,50	53,54	-2,444	0,015*
	İçen	65	18,09	3,35	19,00	37,08		
Depresif düşünceler	İçmeyen	14	22,00	5,07	21,00	46,21	-1,120	0,263
	İçen	65	20,02	6,05	21,00	38,66		
Ağrı	İçmeyen	14	9,79	1,58	10,00	31,00	-1,635	0,102
	İçen	65	10,62	2,50	11,00	41,94		
İştah değişikliği	İçmeyen	14	10,57	2,31	11,00	27,64	-2,263	0,024*
	İçen	65	12,09	2,75	12,00	42,66		
Uyku değişikliği	İçmeyen	14	9,86	2,74	9,00	43,39	-0,615	0,539
	İçen	65	9,38	2,77	9,00	39,27		
Şişkinlik	İçmeyen	14	11,79	2,99	12,00	39,46	-0,098	0,922
	İçen	65	11,71	3,40	12,00	40,12		
PMSO	İçmeyen	14	152,00	21,73	158,00	47,18	-1,291	0,197
	İçen	65	143,86	21,11	142,00	38,45		

* $p<0,05$

Tablo 8.'de araştırma kapsamına alınan kadınların kahve içme durumuna göre PMSÖ puanlarının karşılaştırılmasında kullanılan Mann-Whitney U testi sonuçları gösterilmiştir.

Tablo 8. incelendiğinde, araştırmaya dahil edilen kadınların kahve içme durumuna göre PMSÖ genelinden ve ölçekteki depresif duygudurum, anksiyete, yorgunluk, depresif düşünceler, ağrı, uyku değişikliği ve şişkinlik alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir ($p>0,05$). Kahve içen ve içmeyen kadınların PMSÖ genelinden ve ölçekteki depresif duygudurum, anksiyete, yorgunluk, depresif düşünceler, ağrı uyku değişikliği ve şişkinlik alt boyutlarından aldıkları puanlar benzer düzeydedir.

Kadınların kahve içme durumuna göre Premenstrüel Sendrom Ölçeğinde bulunan sinirlilik alt boyutundan aldıkları puanlar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Kahve içen kadınların Premenstrüel Sendrom Ölçeğinde bulunan sinirlilik alt boyutundan aldıkları puanlar, kahve içmeyenlere göre anlamlı düzeyde daha düşük bulunmuştur.

Araştırmaya dahil edilen kadınların kahve içme durumuna göre PMSÖ'de bulunan iştah değişikliği alt boyutundan aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir fark olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$). Kahve içen kadınların Premenstrüel Sendrom Ölçeğinde bulunan iştah değişikliği alt boyutundan aldıkları puanlar, kahve içmeyen kadınlara göre daha yüksek bulunmuştur.

Tablo 9.

Kadınların egzersiz yapma durumuna göre Premenstrüel Sendrom Ölçeği puanlarının karşılaştırılması

Egzersiz		n	$\bar{x}$	s	M	SO	X ²	p
yapma	durumu							
Depresif duygudurum	Yapmayan	46	24,78	4,40	23,50	41,36	-0,625	0,532
	Yapan	33	23,91	4,48	24,00	38,11		
Anksiyete	Yapmayan	46	16,54	5,44	15,00	40,30	-0,140	0,889
	Yapan	33	16,21	5,59	15,00	39,58		
Yorgunluk	Yapmayan	46	22,65	4,44	23,00	43,08	-1,413	0,158
	Yapan	33	21,33	4,07	22,00	35,71		
Sinirlilik	Yapmayan	46	18,96	3,30	19,00	41,93	-0,889	0,374
	Yapan	33	18,03	3,79	19,00	37,30		
Depresif düşünceler	Yapmayan	46	20,17	6,65	21,00	39,77	-0,105	0,917
	Yapan	33	20,64	4,78	20,00	40,32		
Ağrı	Yapmayan	46	10,65	2,36	10,50	42,12	-0,979	0,327
	Yapan	33	10,21	2,41	10,00	37,05		
İştah değişikliği	Yapmayan	46	11,96	2,84	12,00	41,39	-0,648	0,517
	Yapan	33	11,64	2,60	12,00	38,06		
Uyku değişikliği	Yapmayan	46	9,63	2,73	9,00	40,77	-0,356	0,722
	Yapan	33	9,24	2,81	9,00	38,92		
Şişkinlik	Yapmayan	46	11,96	3,31	13,00	42,00	-0,930	0,353
	Yapan	33	11,39	3,34	12,00	37,21		
PMSO	Yapmayan	46	147,72	21,69	144,50	42,82	-1,288	0,198
	Yapan	33	141,94	20,63	139,00	36,08		

Tablo 9.'da araştırmaya dahil edilen kadınların egzersiz yapma durumuna göre Premenstrüel Sendrom Ölçeği puanlarının karşılaştırılmasında kullanılan Mann-Whitney U testi sonuçlarına yer verilmiştir. Tablo 9. incelendiğinde araştırma kapsamına alınan kadınların egzersiz yapma durumuna göre Premenstrüel Sendrom Ölçeği genelinden ve depresif duygudurum, anksiyete, yorgunluk, sinirlilik, depresif düşünceler, ağrı, iştah değişikliği, uyku değişikliği

ve şişkinlik alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$).

Tablo 10.

Kadınların akrabalarında adet yakınması olma durumuna göre Premenstrüel Sendrom Ölçeği puanlarının karşılaştırılması

		Akrabalarında					X ²	p
		adet yakınması	n	$\bar{x}$	s	M		
Depresif duygudurum	Yok	36	24,86	4,75	25,00	41,36	-0,625	0,532
	Var	43	24,05	4,16	23,00	38,11		
Anksiyete	Yok	36	16,58	5,98	15,00	40,30	-0,140	0,889
	Var	43	16,26	5,08	15,00	39,58		
Yorgunluk	Yok	36	21,94	4,69	23,00	43,08	-1,413	0,158
	Var	43	22,23	4,02	23,00	35,71		
Sinirlilik	Yok	36	18,33	3,92	19,00	41,93	-0,889	0,374
	Var	43	18,77	3,18	19,00	37,30		
Depresif düşünceler	Yok	36	20,33	6,15	21,50	39,77	-0,105	0,917
	Var	43	20,40	5,77	21,00	40,32		
Ağrı	Yok	36	10,08	2,70	10,00	42,12	-0,979	0,327
	Var	43	10,79	2,04	11,00	37,05		
İştah değişikliği	Yok	36	11,42	2,76	12,00	41,39	-0,648	0,517
	Var	43	12,16	2,69	12,00	38,06		
Uyku değişikliği	Yok	36	9,58	2,61	9,00	40,77	-0,356	0,722
	Var	43	9,37	2,89	9,00	38,92		
Şişkinlik	Yok	36	11,08	3,68	12,00	42,00	-0,930	0,353
	Var	43	12,26	2,91	13,00	37,21		
PMSO	Yok	36	144,06	21,74	141,00	42,82	-1,288	0,198
	Var	43	146,35	21,14	145,00	36,08		

Araştırma kapsamına alınan kadınların akrabalarında adet yakınması olma durumuna göre PMSÖ puanlarının karşılaştırılmasına ilişkin Mann-Whitney U testi sonuçları Tablo 10.'da gösterilmiştir. Tablo 10. incelendiğinde kadınların akrabalarında adet yakınması olma durumuna göre PMSÖ genelinden ve depresif duygudurum, anksiyete, yorgunluk, sinirlilik, depresif düşünceler, ağrı, iştah değişikliği, uyku değişikliği ve şişkinlik alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür ($p>0,05$).

Tablo 11.

Kadınların Endişe ve Anksiyete Ölçeği, Barrat Dürtüsellik Ölçeği ve Memphis, Pisa, Paris ve San Diego Mizaç Değerlendirme Anketi puanları

	n	$\bar{x}$	s	Min	Max
Endişe ve Anksiyete Ölçeği	79	44,65	14,14	5	70
Barrat Dürtüsellik Ölçeği	79	61,20	9,55	42	95
Baskın depresif	79	6,97	3,34	1	16
Baskın siklotimik	79	10,84	4,43	2	18
Baskın hipertimik	79	10,37	4,22	0	18
Baskın sinirli	79	4,58	4,24	0	16
Baskın endişeli	79	8,90	5,33	0	24

Tablo 11.'de araştırmaya dahil olan kadınların Endişe ve Anksiyete Ölçeği, Barrat Dürtüsellik Ölçeği ve Memphis, Pisa, Paris ve San Diego Mizaç Değerlendirme Anketi puanlarına ilişkin tanımlayıcı istatistikler verilmiştir. Araştırmaya katılan kadınların Endişe ve Anksiyete Ölçeğinden $=44,65 \pm 14,14$ puan aldıkları, ölçekten alınmış olan en düşük puanın 5 ve en yüksek puanın 70 olduğu görülmüştür. Araştırma kapsamına alınan kadınlar Barrat Dürtüsellik Ölçeğinden $=61,20 \pm 9,55$ puan almış olup, aldıkları en düşük puanın 42, en yüksek puanın ise 95 olduğu saptanmıştır.

Kadınların Memphis, Pisa, Paris ve San Diego Mizaç Değerlendirme Anketi puanları incelendiğinde baskın depresif alt boyutundan $=6,97 \pm 3,34$ puan, baskın siklotimik alt boyutundan $=10,84 \pm 4,43$ puan, baskın hipertimik alt boyutundan $=10,37 \pm 4,22$ puan, baskın sinirli alt boyutundan $=4,58 \pm 4,24$ puan ve baskın endişeli alt boyutundan $8,90 \pm 5,53$ puan aldıkları belirlenmiştir.

Tablo 12.

Kadınların PMSO, Endişe ve Anksiyete Ölçeği, Barrat Dürt. Ölç. ve Mizaç Değerlendirme Anketi puanları arasındaki ilişkiler

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)	(16)	(17)	
Depresif	rho	1	0,458	0,483	0,570	0,405	0,145	0,057	0,136	0,152	0,650	0,363	-0,056	0,372	0,168	-0,074	0,238	0,319
	p		0,000*	0,000*	0,000*	0,000*	0,202	0,617	0,231	0,182	0,000*	0,001*	0,625	0,001*	0,138	0,516	0,034*	0,004*
Anksiyete	rho		1	0,400	0,408	0,526	0,021	-0,034	0,428	-0,039	0,628	0,381	0,109	0,375	0,311	0,013	0,348	0,443
	p			0,000*	0,000*	0,000*	0,853	0,769	0,000*	0,733	0,000*	0,001*	0,338	0,001*	0,005*	0,912	0,002*	0,000*
Yorgunluk	rho		1	0,552	0,457	0,196	0,149	0,397	0,145	0,748	0,298	0,298	0,030	0,376	0,249	-0,130	0,203	0,403
	p			0,000*	0,000*	0,084	0,189	0,000*	0,204	0,000*	0,008	0,008	0,796	0,001	0,027	0,253	0,073	0,000*
Sinirlilik	rho			1	0,454	0,158	0,165	0,216	0,028	0,680	0,362	0,362	-0,013	0,300	0,278	-0,150	0,295	0,338
	p				0,000*	0,163	0,147	0,056	0,805	0,000*	0,001*	0,001*	0,911	0,007*	0,013*	0,187	0,008*	0,002*
Depresif	rho				1	0,113	0,027	0,504	-0,061	0,674	0,535	0,535	0,271	0,366	0,304	-0,344	0,294	0,536
	p					0,324	0,816	0,000*	0,592	0,000*	0,000*	0,000*	0,016*	0,001*	0,006*	0,002*	0,008*	0,000*
Ağrı	rho					1	0,250	0,200	0,321	0,382	0,060	0,060	0,146	0,064	0,110	0,047	0,113	0,105
	p						0,027*	0,077	0,004*	0,001*	0,602	0,602	0,201	0,575	0,334	0,682	0,323	0,358
İştah	rho						1	0,103	0,143	0,271	0,048	0,048	0,052	-0,061	-0,108	0,035	0,006	0,027
	p							0,365	0,209	0,016*	0,675	0,675	0,651	0,595	0,343	0,760	0,956	0,813
Uyku	rho							1	0,157	0,573	0,219	0,219	0,206	0,169	0,204	-0,071	0,332	0,321
	p								0,167	0,000*	0,053	0,053	0,069	0,136	0,072	0,533	0,003*	0,004*
Şişkinlik	rho								1	0,287	-0,066	-0,066	0,056	0,006	-0,044	0,083	0,022	-0,081
	p									0,010*	0,565	0,565	0,624	0,957	0,701	0,465	0,847	0,477
PMSO	rho									1	0,420	0,420	0,149	0,335	0,302	-0,122	0,360	0,476
	p										0,000*	0,000*	0,191	0,003*	0,007*	0,283	0,001*	0,000*
Endişe ve	rho										1	0,344	0,101	0,344	0,409	-0,254	0,318	0,449
	p											0,000*	0,375	0,002*	0,000*	0,024*	0,004*	0,000*
Barrat	rho											1	0,237	0,237	0,371	-0,094	0,227	0,219
	p												0,035	0,001*	0,001*	0,411	0,044*	0,052
Baskın	rho												1	0,501	0,501	-0,371	0,424	0,526
	p													0,000*	0,000*	0,001*	0,000*	0,000*
Baskın	rho													1	0,075	0,566	0,598	0,598
	p														-0,075	0,000*	0,000*	0,000*
Baskın	rho														0,510	-0,081	-0,180	0,180
	p														1	0,479	0,340	0,340
Baskın	rho															1	0,002*	0,002*
	p																1	1

*p<0,05

Dürtüsellik Ölçeği ve Mizaç Değerlendirme Anketi puanları arasındaki ilişkilerin incelendiği Spearman testi sonuçları gösterilmiştir.

Araştırmaya katılan kadınların Endişe ve Anksiyete Ölçeği puanları ile PMSÖ genelinden ve ölçekte bulunan depresif duygudurum, anksiyete, yorgunluk, sinirlilik ve depresif düşünceler alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bağıntıların olduğu görülmüştür ($p<0,05$). Söz konusu bağıntılar aynı yönlüdür ve kadınların Endişe ve Anksiyete Ölçeği puanları ile PMSÖ genelinden ve ölçekte bulunan depresif duygudurum, anksiyete, yorgunluk, sinirlilik ve depresif düşünceler alt boyutlarından aldıkları puanlarda artmaktadır.

Kadınların Barrat Dürtüsellik Ölçeği puanları ile PMSÖ'de yer alan depresif düşünceler alt boyutundan aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı ve aynı yönlü bir bağıntı olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$). Kadınların Barrat Dürtüsellik Ölçeği puanları arttıkça, PMSÖ'de yer alan depresif düşünceler alt boyutundan aldıkları puanlar da artmaktadır.

Kadınların baskın depresif puanları ile PMSÖ genelinden ve ölçekte bulunan depresif duygudurum, anksiyete, yorgunluk, sinirlilik ve depresif düşünceler alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı ve aynı yönlü bağıntıların olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$). Kadınların baskın depresif puanları ile PMSÖ genelinden ve ölçekte bulunan depresif duygudurum, anksiyete, yorgunluk, sinirlilik ve depresif düşünceler alt boyutlarından aldıkları puanlar da artmaktadır.

Araştırmaya katılan kadınların baskın siklotimik puanları ile PMSÖ genelinden ve ölçekte bulunan anksiyete, yorgunluk, sinirlilik ve depresif düşünceler alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı ve aynı yönlü bağıntıların olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Buna göre kadınların baskın siklotimik puanları arttıkça, PMSÖ genelinden ve ölçekte bulunan anksiyete, yorgunluk, sinirlilik ve depresif düşüncelerden aldıkları puanlar da artış göstermektedir.

Kadınların baskın hipertimik alt boyutundan aldıkları puanlar ile PMSÖ'de yer alan depresif düşünceler alt boyutundan aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı ve ters yönlü bir bağıntı bulunduğu görülmüştür ($p<0,05$).

Kadınların baskın hipertimik alt boyutundan aldıkları puanlar arttıkça, PMSÖ yer alan depresif düşünceler alt boyutundan aldıkları puanlar azalmaktadır.

Kadınların baskın sinirlilik puanları ile PMSÖ genelinden ve ölçekte bulunan depresif duygudurum, anksiyete, sinirlilik, depresif düşünceler ve uyku değişikliği alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı ve aynı yönlü korelasyonların olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Buna göre kadınların baskın sinirlilik puanları arttıkça, PMSÖ genelinden ve ölçekte bulunan depresif duygudurum, anksiyete, sinirlilik, depresif düşünceler ve uyku değişikliği alt boyutlarından aldıkları puanlar da artmaktadır.

Tablo 13.

Kadınların Endişe ve Anksiyete Ölçeği, Barrat Dürtüsellik Ölçeği ve Mizaç Değerlendirme Anketi puanlarının PMSÖ puanlarını yordama durumu

	Std. Olm.		Standardize		
	Katsayı		Katsayı	t	p
	B	Std. H.	Beta		
(Sabit)	90,99	17,13		5,311	0,000
Endişe ve Anksiyete Ölçeği	0,40	0,17	0,26	2,332	0,023*
Barrat Dürtüsellik Ölçeği	0,33	0,23	0,15	1,458	0,149
Baskın depresif	0,92	0,83	0,14	1,109	0,271
Baskın siklotimik	-1,14	0,67	-0,24	-1,707	0,092
Baskın hipertimik	0,55	0,54	0,11	1,020	0,311
Baskın sinirli	0,96	0,61	0,19	1,569	0,121
Baskın endişeli	1,35	0,53	0,34	2,546	0,013*

* $p<0,05$ AdjR²=0,301

Tablo 13.'te araştırma kapsamına alınan kadınların Endişe ve Anksiyete Ölçeği, Barrat Dürtüsellik Ölçeği ve Mizaç Değerlendirme Anketi puanlarının Premenstrüel Sendrom Ölçeği puanlarını yordama durumunun incelendiği çoklu doğrusal regresyon analizinden elde edilen bulgular gösterilmiştir.

Tablo 13. incelendiğinde araştırmaya katılan kadınların Endişe ve Anksiyete Ölçeğinden aldıkları puanların PMSÖ'den aldıkları puanları istatistiksel olarak anlamlı ve aynı yönde yordadığı ($\beta=0,40;p<0,05$), Barrat Dürtüsellik Ölçeğinden almış oldukları puanların ise PMSÖ'den aldıkları puanları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yordamadığı tespit edilmiştir ($\beta=0,33;p>0,05$). Kadınların Mizaç Değerlendirme Anketi'nde yer alan baskın endişeli ($\beta=1,35;p<0,05$) alt boyutlarından aldıkları puanların PMSÖ'den aldıkları puanları istatistiksel olarak anlamlı ve aynı yönde yordadığı saptanırken, baskın depresif ($\beta=0,92;p>0,05$), baskın siklotimik ($\beta=-1,14;p>0,05$), baskın hipertimik ($\beta=0,55;p>0,05$) ve baskın sinirli ($\beta=0,96;p>0,05$) alt boyutlarından aldıkları puanların PMSÖ'den aldıkları puanları yordamadığı tespit edilmiştir. Modelde açıklanan varyansın %30,1 olduğu belirlenmiştir.

5.BÖLÜM

TARTIŞMA

5.1.Tartışma

Kadınların büyük bir kısmının adet öncesi dönemde stresli ve gergin olduğu farklı araştırmalarda gösterilmiştir. Bununla birlikte birçok ruhsal ve bedensel belirtinin adet öncesi dönemde ortaya çıktığı bilinmektedir. Bu araştırmada endişe ve anksiyete, dürtüsellik ve mizaç puanlarının PMS belirti şiddeti yüksek bir örnekleme PMS belirti şiddetleriyle ilişkisi incelenmiştir. Sosyodemografik değişkenlerin de PMS belirti şiddeti üzerinde etkili etmenler olduğu düşünüldüğünden araştırmada bu değişkenlere de yer verilmiştir.

Araştırmaya katılan kadınların PMSÖ genel puan ortalaması 145 idi. Örneklem hedeflendiği gibi PMS belirti şiddeti yüksek kişilerden oluşturulmuştur. Yaş grupları arasında PMS belirti şiddeti açısından fark saptanmamıştır. Yaş ile PMS belirti şiddeti ya da sıklığı arasındaki ilişkilerin araştırıldığı çalışmalar tutarlı değildir. Bazı araştırmalarda artan yaş risk etmeni olarak bulunmuşken (Tschudin ve ark., 2010), bazılarında ilişki çıkmamıştır (Takeda ve ark., 2006). Ülkemizdeki bir çalışmada ise yaş ile PMS belirti şiddeti arasında ters yönde bir ilişki saptanmıştır (Adıgüzel ve ark., 2007). Bu çalışmada yaş gruplarındaki sayıların eşit olmaması ve grupların diğer etmenler açısından özdeş olmaması sonuçları etkilemiş olabilir.

Araştırmada katılımcıların öğrenim düzeyi ve algılarına göre ekonomik durumları açısından PMS belirti şiddetleri arasında anlamlı bir fark görülmemiştir. Çoklu lojistik regresyon analiziyle PMS ve PMDB yordayıcılarının araştırıldığı bir çalışmada öğrenim düzeyinin PMS ve PMDB'yi

yordamadığı saptanmıştır (Tschudin ve ark., 2010). PMS ile gelir durumu ilişkisi çalışmalarda genellikle gelir miktarına göre incelenmiştir. Bu çalışmada katılımcıların kendi algılarına göre gelir durumlarını “alt”, “alt-orta”, “orta”, “üst-orta” ya da “üst” olarak sınıflandırmaları istenmiştir. Bir başka çalışmada da gelir durumu ile PMS ilişkisi anlamlı bulunmamıştır (Deuster, 1999).

Araştırmada katılımcılar BKİ sınıflamasına göre PMS belirti şiddetlerinde farklılık saptanmamıştır. Fransa’da yaşayan kadınlarla yapılan bir çalışmada ise, BKİ < 18,5 olanlarda PMS riskinin daha az olduğu, BKİ>30,0 olanlarda PMS riskinin arttığı gösterilmiştir (Potter ve ark., 2009). Bu çalışmada bu tür bir ilişki saptanmamış olup bazı BKİ sınıflaması gruplarına yeterli sayıda katılımcının düşmediğinin belirtilmesi gereklidir.

Katılımcıların büyük bir kısmı kahve içiyordu. Kahve tüketiminin PMS belirti sıklığıyla ilişkili olduğunu gösteren çalışmalar (Mackay Rossignol & Bonnländer, 1990; Rasheed & Al-Sowielem, 2003) göz önüne alındığında PMS belirti şiddetinin fazla olduğu grupta çoğunluğun kahve içme alışkanlığının olması alan yazınla uyumludur. Ancak kontrol grubumuz olmadığı için kahve içme sıklığının PMS belirti şiddetinin fazla olmasıyla ilgili olduğunu öne sürmek güçtür.

Katılımcılar arasında düzenli egzersiz yapanlar örneklemin azınlığını oluşturuyordu. Bu bulgu da egzersizin PMS belirtilerini azalttığını söyleyen alan yazın bilgisiyle (Maged ve ark., 2018) uyumludur. Kontrol grubunun olmayışı sebebiyle söz konusu egzersiz yapma sıklığının az ya da çok olduğu belirlenemedi.

Katılımcıların yarısından fazlasında annesi ya da kız kardeşinde adet yakınması mevcuttu. Kalıtımsallığı araştıran çalışmalarda PMS’li bireylerin ailelerinde PMS ya da PMDB’nin bulunduğu gösterilmiştir (Warner ve ark., 1991). Söz konusu bulgu belirtilen araştırmanın sonucuyla benzerlik göstermektedir. Yakın akrabada olan adet yakınması, kadında PMS ya da PMDB beklentisini arttırmaktadır.

Araştırmada Endişe ve Anksiyete Ölçeği puanı ile PMSÖ genel puanı ve ölçekte bulunan depresif duygudurum, anksiyete, yorgunluk, sinirlilik ve depresif düşünceler alt ölçek puanları arasında aynı yönlü ilişki saptandı.

Calvin Üniversitesi Eğitim Bilimleri öğrencilerinin 2016 yılında WHA (Women's Health Associate) ile birlikte yaptığı araştırmada; Michagen eyaletinde yaşayan 20-35 yaşları arasındaki 230 kadın ile PMS'nin belirti şiddeti ile anksiyete arasındaki ilişki düzeyi incelenmiştir. PMS belirti şiddeti ile anksiyete arasındaki ilişki düzeyini inceleyen sonuçlara bakıldığında; PMS belirtileri döneminde belirti şiddetlerinin artış gösterdiği durumlarda, katılımcılarda huzursuzluk, aşırı sinirlilik, büyük kısmında panik atakları, heyecanlı hissetme, uyku bozuklukları ve konsantrasyon ve adaptasyon eksikliği belirtilerinin artış gösterdiği sonucuna varılmıştır (Bhura ve Bhura, 2019). Bu durumda Calvin Üniversitesi'nde yapılan araştırmada olduğu gibi premenstrüel sendrom belirti şiddeti ile anksiyete arasında doğrusal bir ilişki olduğu görülmektedir. PMSÖ depresif duygudurum ve depresif düşünceler alt ölçek puanlarıyla endişe ve anksiyete ölçeğinin ilişkili çıkması endişe ve depresyon arasındaki ilişkilere bakıldığında beklenen bir sonuçtur. Güncel bir meta analizde anksiyete ve depresyonun iki yönlü risk etmeni oldukları gösterilmiştir (Jacobson & Newman, 2017).

Araştırmada Barrat Dürtüsellik Ölçeği puanları ile PMSÖ depresif düşünceler alt ölçek puanları arasında aynı yönlü ilişki mevcuttu. 2014 yılında IMI (Innovative Medicines) ve Mannheim Ruh Sağlığı Enstitüsünün (Central Institute Of Mental Health Mannheim) PMS belirtileri ve dürtüsellik arasındaki ilişkiyi incelemek üzere yaptıkları araştırmada; araştırmaya katılan katılımcıların yaklaşık üçte biri PMS belirtileri yaşadıkları ve sendrom şiddetinin arttığı dönemlerde tahrik ve kışkırtmaya daha yatkın olduklarını belirtmiştir. Katılımcıların yarısına yakını PMS belirtilerinin olduğunu ve şiddetlerinin arttığı dönemlerde daha fazla fevri davranışlar sergilediklerini belirtmişlerdir (Uhl, 2017). Araştırmanın genel sonucunda PMS belirtilerinin ve şiddetlerinin artış göstermesinin katılımcıların beyinlerindeki kimyasalları olumsuz yönde etkileyerek katılımcıların dürtüsel durumlar yaşamalarını sıklaştırdığı şeklinde yorumlanmıştır. Ayrıca bu durumlarda hiperaktivite bozukluğu, kişilik bozuklukları, iki uçlu bozukluklar gibi dürtüsel durumların PMS belirtileri ve şiddetine paralel olarak artış gösterdiği gözlemlenmiştir. Yapılan araştırmada dürtüsellüğün sadece depresif düşünceler ile ilişkili olması ölçüm araçlarından kaynaklanabilir. Ayrıca bu bulgu dışsallaştırıcı bir özellik ile içselleştirici bir

özelliği yordaması açısından çelişkili görünmektedir. Bununla birlikte bir derlemede dürtüsellik ve depresyon eş tanısının yaygın olduğu, anhedoni ile dürtüsellik benzer nöropatolojik süreçleri paylaştığı vurgulanmıştır (Zisner & Beauchaine, 2016). Anhedoninin depresyonun çekirdek belirtisi olması da göz önüne alındığında araştırmada dürtüsellik ile depresif düşünceler arasındaki saptanan ilişki belirtilen derlemede öne sürülen açıklamayla tutarlı görünmektedir.

Yapılan araştırmada; depresif mizaç puanı, siklotimik mizaç puanı, endişeli mizaç puanı ve sinirli mizaç puanları ile PMSÖ toplam puanının anlamlı düzeyde ilişkili olduğu görülmektedir. Her ne kadar PMS ile distimi ya da depresif mizaç ilişkisini araştıran çalışma bulunamamışsa da depresyonun PMS riskini arttırdığı gösterilmiştir (Özeren ve ark., 2013). PMS belirtilerinin nevroz ve kaygı ile ilişkili olduğunu gösteren birçok çalışma vardır (Taylor ve ark., 1991). Alan yazında sinirli mizaç ile PMS belirtileri ilişkisini araştıran çalışma bulunamamışsa da PMS belirtileri fazla olan kişilerde öfke kontrolünün daha az olduğu, öfkenin dışa vurumunun daha fazla olduğu bulunmuştur (Aydoğmuş, 2008). Bu bulgular hipotezimizi doğrulamakla birlikte varsaymadığımız şekilde siklotimik mizaç puanıyla da PMSÖ toplam puanı ilişkili bulunmuştur. Bir çalışmada tutarsız olma ile PMS belirtileri arasında ilişki bulunmuştur (Ölçer ve ark., 2007). Bu da duygudurum dalgalanmalarıyla kendini gösteren siklotimik mizaç ile PMS belirtileri arasında bulduğumuz ilişkiyi açıklayabilir.

Araştırmamızda hipertimik mizaç ile PMSÖ'nün depresif düşünceler arasında ters yönlü ilişki saptanmıştır. Hipertiminin, distiminin karşısında durması sebebiyle beklenilir olmakla birlikte aynı ilişki depresif duygulanım ile bulunmamıştır. Türkiye'de yapılan bir çalışmada ise PMS belirti gruplarından depresif duygulanım ve yorgunlukla yaşam boyu hipomanik belirti ilişkisi aynı yönde, sinirlilik, iştah değişimleri, uyku değişimleri ve şişkinlik ters yönde ilişki saptanmıştır (Doyum ve ark., 2017). Bu farklılık kullanılan ölçüm araçlarının farklılığından kaynaklanabilir. Yapılan taramaya göre mizaç ile PMS ilişkisini araştıran çalışmalarda ilk kez bu çalışmada mizaç ölçümü için Memphis, Pisa, Paris ve San Diego Mizaç Değerlendirme Anketi kullanılmıştır.

Araştırmada kadınların baskın depresif mizaç puanları ile depresif duygudurum, anksiyete, yorgunluk, sinirlilik ve depresif düşünceler alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında aynı yönlü ilişki tespit edilmiştir. Bir derlemede (Keller, 1994) distiminin majör depresyon ve anksiyete bozukluklarıyla ilişkili olduğu belirtilmiştir. Distimisi olan kişilerin sıklıkla majör depresyon geçirdikleri ifade edilmiştir. Aynı derlemede distimisi olan çocuk ve ergenlerde de bu riskin arttığı bildirilmiştir. Çocuk ve ergenlerde depresif nöbet tanısında iritabl duygudurumun da çekirdek belirti olması (American Psychiatric Association, 2013) araştırmada bulunan depresif mizaç ile sinirlilik alt boyutu arasındaki ilişkiyi açıklayabilir.

Araştırmada baskın siklotimik mizaç puanları ile PMSÖ'de bulunan anksiyete, yorgunluk, sinirlilik ve depresif düşünceler alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında aynı yönlü ilişki vardı. Siklotimik mizaç puanı ile PMSÖ genel puanı arasında saptanan ilişki ile birlikte düşünüldüğünde siklotimik mizaç puanının belirtilen alt ölçek puanlarıyla ilişkililiği dolayısıyla PMSÖ genel puanıyla ilişkilendiği söylenebilir.

Araştırmada baskın sinirli mizaç puanları ile depresif duygudurum, anksiyete, sinirlilik, depresif düşünceler ve uyku değişikliği alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında aynı yönlü ilişki saptandı. Sinirli mizaç puanı ile PMSÖ genel puanı arasında saptanan ilişki ile birlikte düşünüldüğünde sinirli mizaç puanının belirtilen alt ölçek puanlarıyla ilişkililiği sebebiyle PMSÖ genel puanıyla ilişkilendiği söylenebilir.

Regresyon analizinde sadece endişe ve anksiyete ve endişeli mizaç puanlarının PMSÖ genel puanını yordadığı belirlenmiştir. Bir vaka-kontrol çalışmasında çalışılan regresyon analizinde artmış nevrotiklik düzeyi olanların daha yüksek PMS olma riskinin olduğu bulunmuştur (del Mar Fernández ve ark., 2019). Her ne kadar araştırma tasarımı farklı olsa da araştırmanın bu bulgusu belirtilen çalışma sonucu ile benzerlik göstermektedir. Araştırmanın bulgularına göre bağıntı saptanmasına rağmen regresyon analizinde tek başına yordayıcılığı saptanmayan dürtüsellik, depresif mizaç ve sinirli mizacın ise modeldeki diğer değişkenlerle etkileşerek PMSÖ puanlarını etkilediği anlaşılmaktadır.

6.BÖLÜM

SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1.Sonuçlar

Premenstrüel sendromun anksiyete, dürtüsellik ve mizaçla olan ilişkine bakıldığı bu araştırmada aşağıdaki sonuçlara ulaşılmıştır.

Araştırmaya katılan kadınlarda eğitim düzeyi daha düşük olanların şişkinlik hissinde anlamlı bir farklılaşma görülmüştür. Şişkinlik hissinin daha şiddetli yaşadıkları görülmüştür.

1. Kadınların algılanan gelir durumu ve iştah değişikliği arasında anlamlı bir farklılaşma olup orta gelir grubunda olanların şişkinlik hissinin daha az yaşadıkları görülmüştür.
2. Kahve içen kadınların PMSÖ alt ölçeklerinden sinirlilik puanlarının içmeyenlere göre daha düşük olduğu görülmüştür.
3. Araştırmaya katılan kadınların Endişe ve Anksiyete ölçeğinden aldıkları puanların PMSÖ'den aldıkları puanlarla ilişkisinin yüksek olduğu ve Mizaç Değerlendirme Anketinde yer alan baskın endişeli alt boyutundan aldıkları puanların PMSÖ'den aldıkları puanlarla ilişkisinin yüksek olduğu saptanmıştır.
4. Kadınların PMSÖ'den aldıkları puanların depresif mizaç, sinirli mizaç, siklotimik mizaç ve Endişe ve Anksiyete Ölçeği puanlarıyla ilişkisinin yüksek olduğu saptanmıştır.
5. Kadınların baskın depresif puanları ile PMSÖ genelinden ve ölçekte bulunan depresif duygudurum, anksiyete, sinirlilik, depresif düşünceler ve yorgunluk alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında pozitif yönlü ilişki görülmüştür.

6. Kadınların baskın siklotimik mizaç puanları arttıkça, PMSÖ genelinden ve ölçekte bulunan anksiyete, yorgunluk, sinirlilik, depresif düşünceler alt ölçeklerinden aldıkları puanlarla ilişkisinin yüksek olduğu görülmüştür.
7. Kadınların baskın hipertimik mizaç puanları arttıkça, depresif düşünceler mizaç puanları düştüğü saptanmıştır.
8. Baskın sinirli mizaç puanlarının depresif duygudurum, anksiyete, sinirlilik, depresif düşünceler ve uyku değişikliği alt ölçek puanları arasındaki ilişkinin yüksek olduğu saptanmıştır.
9. Endişe ve anksiyete ölçeğinden alınan puanlarla ve endişeli mizacın araştırmaya katılan kadınların premenstrüel belirti şiddetini anlamlı şekilde yordadığı görülmüştür.

6.2.Öneriler

Bu kısımda araştırma sonuçlarından yola çıkarak araştırmacılara ve klinisyenlere yönelik öneriler yer almaktadır. Araştırmacılara yönelik şu öneriler sunulabilir:

1. Çalışma tek bir hastaneye başvuran kadınlarla yapıldığı için genellenebilirlik düzeyi düşüktür. Benzer bir araştırmanın daha geniş bir örneklemle yapılması PMS'ye etki eden etmenlerin daha iyi anlaşılmasını sağlayacaktır.
2. Bu araştırma kesitsel bir çalışmadır. PMS'nin de yıllar boyu sürebilen bir durum olduğu göz önüne alındığında mizaç ile PMS arasındaki nedenselliğin yönü araştırmanın tasarımı sebebiyle belirlenememiştir. İleride PMS tanısı konmuş katılımcılarla yapılan, sadece ergenlik dönemi bittikten sonra PMS belirtileri başlamış katılımcıların dahil edildiği bir örneklemle mizaç ve PMS belirtileri arasındaki ilişkinin araştırılmasını mizaç ile PMS belirtileri arasındaki ilişkinin nedenselliğini daha net ortaya konabilir.
3. Bu çalışmada sadece endişe ve anksiyete puanı ile endişeli mizacın tek başına PMS'yi belirlediği bulunmuştur. Daha sonraki çalışmalarda bu etkiye aracılık eden etmenlerin araştırılacağı yapısal eşiklik

modelinin yapılabileceği bir örneklem büyüklüğüyle çalışılması diğer etmenlerin PMS'ye nasıl katkı sağladığını aydınlatılabilir.

4. Araştırmada sadece PMS belirti şiddeti olanlarda ilişkisellik çalışılmıştır. Benzer bir araştırmanın PMS belirti şiddeti düşük olanlarla yapılan karşılaştırmalı ilişki analizleri yapılması PMS'li gruba özgü etki eden etmenleri ortaya çıkarabilir.
5. Bu araştırmada ölçekle belirlenen yüksek PMS belirti şiddetleri herhangi bir klinik görüşmeyle doğrulanmamıştır. Benzer bir araştırmada bu tür bir yöntemle PMS'nin işlevselliği etkilediği kişilere özgü risk etmenlerinin araştırılması bu grup kişilere yardım etme konusunda yol gösterici olacaktır.
6. Araştırmada katılımcıların kullandığı ilaçlar sorgulanmadı. Daha büyük örneklemle yapılacak çalışmalarda halen kullanılan psikiyatrik ilacı olup olmadığının sorgulanması karıştırıcı etmenleri kontrol etmeyi sağlayarak daha net sonuçlara ulaşılmasını sağlayabilir.

Klinisyenlere yönelik şu öneriler sunulabilir:

1. Ülkemizde PMS için yardım arama davranışının kısıtlı olduğu saptanmıştır. Bu araştırma veri toplama süresince de kadınların PMS belirtilerini şiddetli geçirmelerine rağmen bu şikayetle hastaneye başvurmadıkları görülmüştür. Yapılan klinik görüşmelerde farklı şikayetlerle başvuran hastaların, PMS durumunun sorgulanması tedavi süreci için yardımcı olacağı düşünülmektedir.
2. Adet öncesi yakınmalarını dile getiren kadınlarda, bu yakınmaların varolan psikiyatrik bozukluğun kötüleşmesi mi yoksa PMS' mi olduğunun sorgulanması doğru tedavi seçeneğini sağlayabilir.
3. Adet öncesi gerginliği olan kadınlara PMS tanısı konulması için yakınmaların, günlük hayatını ne kadar etkilediği sorgulanmalı, işlevselliği etkilediği durumlarda ilaç tedavisi ile desteklenmesi PMS sürecine olumlu yönde katkı sağlayacağı düşünülmektedir.
4. Ağrı yakınması ön planda olan kadınlarda ağrının PMS kaynaklı olduğunun anlaşılması açısından ağrının diğer jinekolojik nedenleri araştırılması doğru tedavi seçimini sağlayacaktır.

5. PMS depresif belirtiler ve anksiyeteyi de kapsadığından PMS'li kadınlarda öz kırım düşüncesi ve planları sorgulanmalıdır.
6. Alan yazında egzersizin PMS belirtilerine iyi geldiğine ilişkin çalışmalar mevcuttur. Bu sebeple PMS'li kadınlara egzersiz yapmaları önerilmelidir.
7. PMS'nin net tanı ölçütlerinin olmaması nedeni ile pratik zorluklarına rağmen adet günlüğünün tutulması doğru tanı açısından yardımcı olacağı düşünülmektedir.

Toplumumuzda kadınların bu konuda daha fazla bilgilendirilmesi için psikoloji ve tıp bölümlerinde cinsel eğitim sırasında bu konuya da değinilmesi toplumda belli bir bilinçlilik düzeyini sağlayabilir. Genel toplum düzeyinde bilgilendirme için PMS ile ilgili eğitici programların yapılması faydalı olacaktır.

KAYNAKÇA

- Abd EL-Hamid, M. A., El Moghazy, D. A., Moustafa, M. F., & Emam, E. A. (2013). Knowledge and practice of female employee about premenstrual syndrome and its effect on daily life activities in EL-Minia University. *Life Science Journal*, 10(1), 231– 243.
- Açıkgöz, Ayla; Dayı, Ayfer; Binbay, T. (2018). Üniversitede Okuyan Kız Öğrencilerde Depresyon Prevalansı ve İlişkili Faktörler. *Çukurova Medical Journal*, 43(1), 131–140.
- Adewuya, A. O., Loto, O. M., & Adewumi, T. A. (2008). Premenstrual dysphoric disorder amongst Nigerian university students: Prevalence, comorbid conditions, and correlates. *Archives of Women's Mental Health*. <https://doi.org/10.1007/s00737-008-0213-4>
- Adigüzel, H., Taşkin, E. O., & Danacı, A. E. (2007). The symptomatology and prevalence of symptoms of premenstrual syndrome in Manisa, Turkey. *Türk Psikiyatri Dergisi*.
- Akyay, A. (2016). Endişe ve Anksiyete Ölçeği, Problemlere Karşı Olumsuz Tutum Ölçeği ve Bilişsel Kaçınma Ölçeği, Türkçe uyarlanması, geçerliliği ve güvenirliliği. *Üsküdar Üniversitesi*.
- Alm, P. A., & Risberg, J. (2007). Stuttering in adults: The acoustic startle response, temperamental traits, and biological factors. *Journal of Communication Disorders*. <https://doi.org/10.1016/j.jcomdis.2006.04.001>
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision*. American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5)*. American Psychiatric Association.

- Arslantaş, H., Abacigil, F., & Çinaklı, Ş. (2018). Relationship between premenstrual syndrome and basic personality traits: A cross-sectional study. *Sao Paulo Medical Journal*. <https://doi.org/10.1590/1516-3180.2018.0061240418>
- Aydoğmuş, İ. (2008). Premenstrüel sendrom belirtilerinin aleksitimi, öfke ve sosyodemografik özellikler ile ilişkisi. Kırıkkale Üniversitesi.
- Bari, A., & Robbins, T. W. (2013). Inhibition and impulsivity: Behavioral and neural basis of response control. In *Progress in Neurobiology*. <https://doi.org/10.1016/j.pneurobio.2013.06.005>
- Bosarge, P. M. (2011). Understanding and Treating. *Nursing Management*, 15(2007), 2010.
- Chapple, C. L., & Johnson, K. A. (2007). Gender differences in impulsivity. *Youth Violence and Juvenile Justice*. <https://doi.org/10.1177/1541204007301286>
- Coyne, C. M., Woods, N. F., & Mitchell, E. S. (1985). Premenstrual Tension Syndrome. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*. <https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.1985.tb02094>.
- Daşkan, Z. (2014). Çalışan hemşirelerde menstrüel yakınmaların incelenmesi. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 23(1), 1–7.
- Demir, B., Algül, Y.L., Güven, G. E. . (2006). Sağlık çalışanlarında premenstrüel sendrom insidansı ve etkileyen faktörlerin araştırılması. *Uzmanlık Sonrası Eğitim ve Güncel Gelişmeler Dergisi*, 3(4), 262–270.
- Doyum, Ayşegül; Güvenderer Doksat, Nesrin; Sönmez, A. Ö. (2017). Premenstrual sendrom belirtileriyle yaşam boyu manik/hipomanik belirtiler ve bildirilen kişilik yapısı arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 18(6), 552–560.
- Ducasse, D., Jaussent, I., Olié, E., Guillaume, S., Lopez-Castroman, J., & Courtet, P. (2016). Personality traits of suicidality are associated with premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder in a

suicidal women sample. PLoS ONE. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0148653>.

Eissa, M. (2010). Personality and Psychosocial Factors Affecting Premenstrual Syndrome. *Current Psychiatry*.

Erci, B.; Okanlı, A.; & Kılıç, D. (1999). Premenstrual Sendromun Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Depresyonla İlişkisi. *Atatürk Üniversitesi, Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2(2), 14–26.

Erermiş, S.; Bellibaş, E.; Özbaran, B.; Demiral Büküşoğlu, N.; Altıntoprak, E.; Bildil, T.; Korkmaz Çetin, S. (2009). Ayrılma Anksiyetesi Bozukluğu Olan Okul Öncesi Yaş Grubu Çocukların Annelerinin Mizaç Özellikleri. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 20(1), 14–21.

Frackiewicz, E. J., & Shiovitz, T. M. (2001). Evaluation and management of premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder. In *Journal of the American Pharmaceutical Association* (Washington, D.C.: 1996). [https://doi.org/10.1016/S1086-5802\(16\)31257-8](https://doi.org/10.1016/S1086-5802(16)31257-8).

Gençdoğan B. (2006). Premenstruel Sendrom İçin Yeni Bir Ölçek. *Türkiye'de Psikiyatri*, 8(2).

Griffin, S. A., Lynam, D. R., & Samuel, D. B. (2018). Dimensional conceptualizations of impulsivity. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*. <https://doi.org/10.1037/per0000253>.

Jakuszkowiak-Wojten, K., Landowski, J., Wiglusz, M. S., & Cubala, W. J. (2015). Impulsivity in anxiety disorders. A critical review. In *Psychiatria Danubina*.

Karadağ, F. (2001). Adet Öncesi Disforik Bozukluk. *Psikiyatri Dünyası*, 5, 11–14.

Khodjaeva, N., & Khaydarova, F. (2014). Prevalence of premenstrual syndrome among women of child-bearing age with regular menstrual cycle. *Medical and Health Science Journal*, 14(3), 144–149. <https://doi.org/10.15208/mhsj.2013.25>.

- Liu, R. T. (2019). Childhood Maltreatment and Impulsivity: A Meta-Analysis and Recommendations for Future Study. *Journal of Abnormal Child Psychology*. [https:// doi.org/10.1007/s10802-018-0445-3](https://doi.org/10.1007/s10802-018-0445-3).
- Lustyk, M. K. B., & Gerrish, W. G. (2010). Premenstrual Syndrome and Premenstrual Dysphoric Disorder: Issues of Quality of Life, Stress and Exercise. In *Handbook of Disease Burdens and Quality of Life Measures* (pp. 1951–1975). Springer. [https:// doi.org/10.1007/978-0-387-78665-0_115](https://doi.org/10.1007/978-0-387-78665-0_115).
- Milewicz, A., & Jedrzejuk, D. (2006). Premenstrual syndrome: From etiology to treatment. *Maturitas*. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2006.06.016>.
- Nigg, J. T. (2017). Annual Research Review: On the relations among self-regulation, self- control, executive functioning, effortful control, cognitive control, impulsivity, risk- taking, and inhibition for developmental psychopathology. In *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12675>
- O'Brien, P. M. S., Rapkin, A. J., & Schmidt, P. J. (2007). The premenstrual syndromes: PMS and PMDD. In *The Premenstrual Syndromes: PMS and PMDD*. [https://doi.org/ 10.1783/147118909788708101](https://doi.org/10.1783/147118909788708101).
- Ölçer, Z.; Bakır, N.; Aslan, E. (2007). Üniversite Öğrencilerinde Kişilik Özelliklerinin Premenstrual Şikâyetlere Etkisi. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 7(1), 30–37.
- Ozdemir, P., Selvi, Y., & Aydın, A. (2012). Impulsivity and Its Treatment. *Psikiyatride Guncel Yaklasimlar - Current Approaches in Psychiatry*. [https://doi.org/10.5455/ cap.20120418](https://doi.org/10.5455/cap.20120418).
- Öztürk, S., Tanriverdi, D., & Erci, B. (2010). Premenstrual syndrome and management behaviours in Turkey. *Australian Journal of Advanced Nursing*.
- Pearlstein, T., & Stone, A. B. (1998). Premenstrual syndrome. *Psychiatric Clinics of North America*. [https://doi.org/10.1016/S0193-953X\(05\)70024-1](https://doi.org/10.1016/S0193-953X(05)70024-1)

- Rapkin, A. J., & Mikacich, J. A. (2006). Premenstrual syndrome in adolescents: Diagnosis and treatment. *Pediatric Endocrinology Reviews*, 3(SUPPL. 1), 132–137.
- Revelle, W., Buss, A. H., & Plomin, R. (1976). A Temperament Theory of Personality Development. *The American Journal of Psychology*. <https://doi.org/10.2307/1421420>
- Richard-Lepouriel, H., Kung, A. L., Hasler, R., Bellivier, F., Prada, P., Gard, S., Ardu, S., Kahn, J. P., Dayer, A., Henry, C., Aubry, J. M., Leboyer, M., Perroud, N., & Etain, B. (2019). Impulsivity and its association with childhood trauma experiences across bipolar disorder, attention deficit hyperactivity disorder and borderline personality disorder. *Journal of Affective Disorders*. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.07.060>.
- Rizk, D., Mosallam, M., Alyan, S., & Nagelkerke, N. (2006). Prevalence and impact of premenstrual syndrome in adolescent schoolgirls in the United Arab Emirates. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*. <https://doi.org/10.1080/00016340600556049>.
- Ross, L. E., & Steiner, M. (2003). A biopsychosocial approach to premenstrual dysphoric disorder. In *Psychiatric Clinics of North America*. [https://doi.org/10.1016/S0193-953X\(03\)00035-2](https://doi.org/10.1016/S0193-953X(03)00035-2).
- SHARP, C. (2002). Sex Differences in Antisocial Behaviour: Conduct Disorder, Delinquency and Violence in the Dunedin Longitudinal Study. By T. Moffitt, A. Caspi, M. Rutter and P. Silva. (Pp. 278; £14.95/\$21.95.) Cambridge University Press: Cambridge. 2001. *Psychological Medicine*. <https://doi.org/10.1017/s0033291702216670>
- Silber, T. J., & Valadez-Meltzer, A. (2005). Premenstrual dysphoric disorder in adolescents: Case reports of treatment with fluoxetine and review of the literature. In *Journal of Adolescent Health*. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2004.12.006>

- Steiner, M., Peer, M., Palova, E., Freeman, E. W., MacDougall, M., & Soares, C. N. (2011). The premenstrual symptoms screening tool revised for adolescents (PSST-A): Prevalence of severe PMS and premenstrual dysphoric disorder in adolescents. *Archives of Women's Mental Health*. <https://doi.org/10.1007/s00737-010-0202-2>
- Taşçı, K. D. (2006). Hemşirelik Öğrencilerinin Premenstrual Semptomlarının Değerlendirilmesi. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 5(6), 434–443.
- Taylor, R. J., Fordyce, I. D., & Alexander, D. A. (1991). Relationship between personality and premenstrual symptoms: a study in five general practices. *British Journal of General Practice*, 41(343), 55–57.
- Tempel, R. (2001). PMS in the workplace: An occupational health nurse's guide to premenstrual syndrome. *AAOHN Journal*. <https://doi.org/10.1177/216507990104900203>.
- Vahip, S., Kesebir, S., Alkan, M., Yazici, O., Akiskal, K. K., & Akiskal, H. S. (2005). Affective temperaments in clinically-well subjects in Turkey: Initial psychometric data on the TEMPS-A. *Journal of Affective Disorders*. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2003.10.011>
- Vichnin, M., Freeman, E. W., Lin, H., Hillman, J., & Bui, S. (2006). Premenstrual Syndrome (PMS) in Adolescents: Severity and Impairment. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*. <https://doi.org/10.1016/j.jpag.2006.06.015>
- Yücel, B., & Polat, A. (2003). Attitudes toward menstruation in premenstrual dysphoric disorder: A preliminary report in an urban Turkish population. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*. <https://doi.org/10.3109/01674820309074687>.

EKLER

Ek 1. Demografik Bilgi Formu

1.Ad- Soyad:

2.Doğum yılınız:

3.Telefon:

4.Öğrenim Durumu (devam ettiğiniz değil en son bitirilen okul)

A) İlkokul B) İlköğretim/ Ortaokul C) Lise D) Yüksekokul E) Okur-yazar

5.Öğrenim gördüğünüz toplam süre? (Yıl olarak belirtiniz).....

6.Çevrenizle karşılaştırdığınızda ailenizin gelir durumunu nasıl değerlendirirsiniz?

A) Alt B) Alt-Orta C) Orta D) Üst-Orta E) Üst

Premenstrüel Sendrom Risk Etmenleri

7.Boyunuz..... Kilonuz.....

8.Günde kaç fincan/ kupa kahve içersiniz?

A) Hiç içmiyorum B) Günde yaklaşık C) Kupa kahve içiyorum

9.Egzersiz yapma: A) Hayır B) Evet Haftada kaç kez?..... Ne kadar süre?.....

10.Annenizde veya kız kardeşinizde adet öncesi yakınmalar olur mu (ydu)?

A) Evet B) Hayır

Ek 2. Premenstrüel Sendrom Ölçeği

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

ADETTEN BİR HAFTA ÖNCE							
			Hiç	Çok az	Bazen	Sık sık	Sürekli
1	Kendimi üzgün hissediyorum	1					
2	İçimden ağlamak geliyor	2					
3	Canım sıkılıyor	3					

Ek 3. Endişe ve Anksiyete Ölçeği

EAÖ

1. Sizi sıklıkla endişelendiren konular nelerdir? Yazınız

- a) _____ d) _____
 b) _____ e) _____
 c) _____ f) _____

2. Endişeleriniz size aşırı veya abartılı geliyor mu? (Tercihinize uygun rakamı daire içine alınız)

- 0 1 2 3 4 5 6 7 8
 Hiç aşırı Orta derecede Tamamen
 değil aşırı aşırı

3. Son altı ay süresince, aşırı endişeler sizi kaç gün rahatsız etmiştir? (Tercihinize uygun rakamı daire içine alınız)

- 0 1 2 3 4 5 6 7 8
 Hiçbir İki günde Her gün
 zaman bir

4. Endişelerinizi kontrol etmekte zorluk yaşıyor musunuz? Mesela, bir şey hakkında endişelenmeye başladığınızda kendinizi durdurmakta zorluk yaşıyor musunuz? (Tercihinize uygun rakamı daire içine alınız)

- 0 1 2 3 4 5 6 7 8
 Hiçbir Orta derecede Aşırı
 zorluk zorluk zorluk

Ek 4. Barrat Dürtüsellik Ölçeği

Barratt Dürtüsellik Ölçeği -11

Açıklamalar: İnsanlar farklı durumlarda gösterdiği düşünce ve davranışları ile birbirlerinden ayrılırlar. Bu test bazı durumlarda nasıl düşündüğünüzü ve davrandığınızı ölçen bir testtir. Lütfen her cümleyi okuyunuz ve bu sayfanın sağındaki, size en uygun daire içine X koyunuz. Cevaplamak için çok zaman ayırmayınız. Hızlı ve dürüstçe cevap veriniz.

	Nadiren/ Hiçbir zaman	Bazen	Sıklıkla	Hemen her zaman
1. İşlerimi dikkatle planlarım	-	-	-	-
2. Düşünmeden iş yaparım	-	-	-	-
3. Hızla karar veririm	-	-	-	-

Ek 5. Memphis, Pisa, Paris ve San Diego Mizaç Değerlendirme Anketi

Memphis, Pisa, Paris ve San Diego Mizaç Değerlendirme Anketi	
Yaşamınızın büyük bir bölümü için size "kesinlikle uyuyorsa" → (D) Doğru	
tam olarak uymuyor" ya da "yaşamınızın yalnızca bazı bölümleri için uyuyorsa"	
→ (Y) Yanlış	
D	Y Üzgün, mutsuz bir insanım.
D	Y İnsanlar bana olayların komik yanlarını göremediğimi söylerler.
D	Y Hayatım boyunca çok çektim.
D	Y İşlerin sonu sıklıkla bittiği gibi başlar.

Ek 6. Aydınlatılmış Onam Formu

KKTC YAKINDOĞU ÜNİVERSİTESİ SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI PSİKOLOJİK İNCELEMELER İÇİN AYDINLATILMIŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU

Proje Adı

**PREMENSTRÜEL SENDROM BELİRTİ ŞİDDETİ İLE ANKSİYETE,
DÜRTÜSELLİK VE MİZAÇ ARASINDAKİ İLİŞKİ**

Tarih:

Araştırmayla İlgili Bilgiler

Bu çalışma Yakındoğu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Klinik Psikoloji Bitirme Tezi için, Özel Anamur ANAMED Hastanesinde gerçekleştirilecek bir çalışma olup, premenstrüel sendrom belirtilerini yüksek deneyimleyen kişilerde bu belirti şiddetinin anksiyete, dürtüsellik punaları ve mizaç türü ile ilişkisini araştırmayı hedeflemektedir. Bu çalışma sonunda premenstrüel belirti şiddeti yüksek olan kişilerde bu belirtilerin olası yordayıcılarını araştırmak amaçlanmaktadır.

Bu çalışmaya izin vermeden önce sizleri çalışmanın riskleri ve yararları konusunda bilgilendirmek istiyoruz.

Size ait bilgiler kesinlikle gizli kalacaktır. İnceleme sonunda elde edilecek sonuçlar istediğiniz takdirde size bildirilecektir. Ancak bu bilgiyi öğrenmeyi reddetmek her zaman hakkınızdır. Bu bilgiyi sizin dışınızda birisi ile paylaşmamız sadece sizin izninize bağlı olacaktır.

Bu incelemelerin esas amacı saptadığımız belirtileri daha detaylı araştırmak, aralarındaki ilişkiyi yorumlamaktır. Bu sayede bozuklukların ortaya çıkışına ilişkin daha somut sonuçlar elde edilebilecektir.

Bu çalışma tek merkezli olup 80 olgu ile gerçekleştirilecek ve dokuz ay sürecektir. Bu çalışmaya katılmak için size premenstrüel değerlendirme formu uygulanacak. Eğer bu formda yüksek puan alırsanız sonrasında öz bildirimli araştırma ölçekleri uygulanacaktır.

Olası riskler ve faydalar:

Yüz yüze yapılan görüşmelerde sizin açınızdan herhangi bir risk söz konusu değildir. Rahatsız olduğunuz sorulara cevap vermeme hakkına sahipsiniz.

Olası yararlar: Premenstrüel sendromunuz olup olmadığı hakkında ön görüşe oluşacak ve isteğiniz doğrultusunda psikiyatrist tarafından indirimli muayeneniz sağlanacaktır. Ayrıca bilimsel araştırmalara katkıda bulunmuş olacaksınız.

Gönüllünün Haklarıyla İlgili Bilgiler:

Bu çalışmaya katılmaktan herhangi bir aşamada vazgeçebilirsiniz.

Çalışmaya katılan akademik personelin, Etik Kurul, Kurum ve diğer ilgili sağlık yetkelerinin, gönüllünün özgün tıbbi kayıtlarına doğrudan erişimlerinin bulunabileceğini,

ancak bu bilgilerin gizli tutulacağını, yazılı aydınlatılmış gönüllü onam formunun imzalanmasıyla gönüllünün söz konusu erişime izin vermiş olacağını bildirmek isteriz.

Gönüllünün kimliğini ortaya çıkaracak kayıtlar gizli tutulacaktır. Kamuoyuna açıklanmayacak, araştırma sonuçları bilimsel dergilerde yayımlansa dahi gönüllünün kimliğinin gizli kalacaktır.

Bu çalışmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir.

Katılımcının Beyanı

Sayın Melis Kaya tarafından Yakınoğu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Klinik Psikoloji Bitirme Tezi için, Özel Anamur ANAMED Hastanesinde bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya “katılımcı” olarak davet edildim. Eğer bu araştırmaya katılırsam görüşmeci ile aramda kalması gereken bana ait bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırasında da büyük özen ve saygı ile yaklaşılabileceğine inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin özenle korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi.

Tezin yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilebilirim (ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemim uygun olacağına bilincindeyim). Ayrıca tıbbi durumuma herhangi bir zarar verilmemesi koşuluyla araştırmacı tarafından araştırma dışı da tutulabilirim. Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir maddi sorumluluk altına girmiyorum. Bana, istersem psikiyatrik muayene için indirim yapılacaktır. Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı red edersem, bu durumun tıbbi bakımına ve hastane personeli ile olan ilişkiye herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırma projesinde “katılımcı” olarak yer alma kararını aldım. Bu konuda yapılan daveti gönüllü olarak kabul ediyorum.

İmzalı bu form kağıdının bir kopyası bana verilecektir.

İletişim kurulabilecek kişiler:

Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Öğrencisi Melis KAYA (Yakınoğu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Klinik Psikoloji Anabilim Dalı) Ulaşılabilecek Tel. No.'ları:05349872976

Ulaşım Adresi: Bahçelievler mah., Hoca Ahmet Yesevi cad., 33640 Anamur/ Mersin

Elektronik Posta Adresi:melis9789@gmail.com

Adı Soyadı

Doğum tarihi

Tel No

İmza Gönüllü

ÖZGEÇMİŞ

Melis Kaya, 7 Ağustos 1994 tarihinde Mersin'in Anamur ilçesinde doğdu. 2013-2017 yılları arasında Girne Amerikan Üniversitesi'nde Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık lisans eğitimini tamamladı. Lisans eğitiminin son yılında Lefkoşa Özel Türk Maarif Kolejinde stajyer Psikolojik Danışmanlık yaptı. Mezun olduktan sonra 2019 yılında Yakın Doğu Üniversitesi Klinik Psikoloji Yüksek Lisansı'na kabul edildi. Yüksek lisans eğitimi sürecinde Bilişsel Davranışçı Terapi, Aile ve Çift terapisi yanında bazı Projektif ve Objektif testler sertifika programlarına katıldı ve uygulayıcı olarak yetkinlik kazandı. Yüksek lisans zorunlu staj döneminden sonra Anamur Devlet Hastanesi Psikiyatri Polikliniğinde gönüllü stajyer olarak devam etti. Şuan özel bir hastanede düzenli olarak danışan görmekte ve devam eden süreçte bazı terapi eğitimleri almaya devam ederek psikolojik danışmanlık hizmeti vermektedir.

İNTİHAL RAPORU

Melia Kaya

ORIJINALLIK RAPORU

%**9**

BENZERLİK ENDEKSI

%**8**

İNTERNET
KAYNAKLARI

%**4**

YAYINLAR

%

ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1

docs.neu.edu.tr

İnternet Kaynağı

%**3**

2

acikerisim.selcuk.edu.tr:8080

İnternet Kaynağı

%**1**

3

toad.halileksi.net

İnternet Kaynağı

%**1**

4

www.sos-con.com

İnternet Kaynağı

%**1**

5

hdl.handle.net

İnternet Kaynağı

<%**1**

6

doczz.biz.tr

İnternet Kaynağı

<%**1**

7

acikerisim.pau.edu.tr

İnternet Kaynağı

<%**1**

8

**SELANİK AY, Tuğba, KURTDEDE FİDAN,
Nuray and ERGÜN, Mustafa. "Sosyal Bilgiler
Dersinin Sosyolojik Boyutu", Ahi Evran
Üniversitesi, 2015.**

<%**1**

ETİK KURUL ONAYI



YAKIN DOĞU ÜNİVERSİTESİ

BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

22.09.2020

Sayın Melis Kaya

Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu'na yapmış olduğunuz YDÜ/SB/2020/785 proje numaralı ve **“Premenstrüel Sendrom Belirti Şiddeti İle Anksiyete, Dürtüsellik Ve Mizaç Arasındaki İlişki”** başlıklı proje önerisi kurulumuzca değerlendirilmiş olup, etik olarak uygun bulunmuştur. Bu yazı ile birlikte, başvuru formunuzda belirttiğiniz bilgilerin dışına çıkmamak suretiyle araştırmaya başlayabilirsiniz.

Doçent Doktor Direnç Kanol

Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu Raportörü

Direnç Kanol