



**T.C. SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
ANKARA DIŞKAPI YILDIRIM BEYAZIT SAĞLIK UYGULAMA
VE ARAŞTIRMA MERKEZİ**

AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ

**PREMENSTRÜEL SENDROM VE MİZAÇ
İLİŞKİSİ**

Dr. Betül Yardım

(TIPTA UZMANLIK TEZİ)

ANKARA/2021



**T.C. SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
ANKARA DIŞKAPI YILDIRIM BEYAZIT SAĞLIK UYGULAMA
VE ARAŞTIRMA MERKEZİ**

AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ

**PREMENSTRÜEL SENDROM VE MİZAÇ
İLİŞKİSİ**

Dr. Betül Yardım

Tez Danıőmanı: Prof. Dr. Derya (İren) Akbıyık

(TIPTA UZMANLIK TEZİ)

ANKARA/2021

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezimin planlanmasından tezin son halini alana kadarki aşamalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar çerçevesinde oluşturduğumu, bu tezde yer alan tarafımca yorumlanmayan bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu listeyi kaynaklar listesinde gösterdiğimi ve yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

Dr. Betül Yardım



TEŞEKKÜR

Tez çalışmamda deneyim ve bilgilerini paylaşan, desteklerini hiçbir zaman esirgemeyen ve daima motive eden kıymetli tez danışmanım Prof. Dr. Derya (İREN)AKBIYIK'a, eğitimimize katkıda bulunan değerli hocamız Prof. Dr. Süleyman GÖRPELİOĞLU ve eğitim sorumlumuz Prof. Dr. Cenk AYPAK'a, bilgisi ve desteğiyle yanımda olan başasistanımız Uzm. Dr. Özlem SUVAK'a, rotasyonlarımız sırasında bilgi ve becerilerini bizimle paylaşan tüm değerli hocalarıma,

Takıldığım her aşamada destek olan, vaktini, tecrübesini ve sevgisini paylaşan tüm asistan arkadaşlarıma,

Tez hazırlama sürecimde destek ve anlayışıyla yanımda olan, hayatımı severek ve mutlulukla paylaştığım sevgili eşim Tunahan YARDIM'a,

Yaşamaya başladığım ilk günden beri maddi ve manevi desteklerinden ötürü annem Ayşe Gül YILMAZ ve babam Celal YILMAZ'a, hayatı güzelleştiren kardeşlerim Sena Nur ÖZER, Hasan YILMAZ, Asude Mediha YILMAZ ve Elif Meryem YILMAZ'a,

Hayatıma girdiklerinden beri birçok noktada olduğu gibi, tez çalışmamda da desteklerini esirgemeyen dostlarım Dr. Nihal TOY ve Dr. Merve TEKİNYILDIZ'a

en içten TEŞEKKÜRLERİMLE

Dr. Betül YARDIM

KISALTMALAR

ACOG	: The American College of Obstetricians and Gynecologists (Amerikan Jinekoloji ve Obsetri Derneği)
AÖDB	: Adet Öncesi Disforik Bozukluğu
APA	: American Psychiatric Association(Amerikan Psikiyatri Derneği)
BDT	: Bilişsel Davranışçı Terapi
DSM	: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders(Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı)
EKA-GGK	: Eysenck Kişilik Anketi-Gözden Geçirilmiş/Kısaltılmış Formu
GABA	: Gama-amino Bütirik Asit
ICD-10	: International Classification of Diseases-10(Uluslararası Hastalık Sınıflaması-10)
OKS	: Oral Kontraseptif
PMS	: Premenstrüel Sendrom
PMSÖ	: Premenstrüel Sendrom Ölçeği
SNRI	: Serotonin-norepinephrine Reuptake İnhibitör (Serotonin-Nörepinefrin Geri Alım İnhibitörü)
SSRI	: Selective Serotonine Reuptake İnhibitor(Selektif Serotonin Geri Alım İnhibitörü)

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	i
KISALTMALAR.....	ii
İÇİNDEKİLER.....	iii
TABLO LİSTESİ.....	v
ŞEKİL LİSTESİ.....	vi
ÖZET.....	vii
ABSTRACT.....	viii
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. PREMENSTRÜEL SENDROM.....	3
2.1.1. Tanım.....	3
2.1.2. Tarihçe.....	3
2.1.3. Semptomlar.....	5
2.1.4. Epidemiyoloji.....	5
2.1.5. Etyoloji.....	6
2.1.5.1. Biyolojik faktörler:.....	6
2.1.5.2. Psikolojik Faktörler:.....	7
2.1.6. Risk Faktörleri.....	7
2.1.6.1. Genetik:.....	7
2.1.6.2. Yaş:.....	7
2.1.6.3. Fiziksel Özellikler:.....	8
2.1.6.4. Sigara:.....	8
2.1.6.5. Stres:.....	8
2.1.6.6. Menstruasyon ile İlişkili Faktörler:.....	8
2.1.6.7. Psikolojik Hastalıklar:.....	8
2.1.7. Tanı.....	9
2.1.8. Ayırıcı Tanı.....	10
2.1.9. Tedavi.....	10
2.1.9.1. Yaşam tarzı değişikliği:.....	10
2.1.9.2. İlaç tedavileri:.....	10
2.1.9.3. Psikolojik tedaviler:	11

2.2. KİŞİLİK.....	12
2.2.1. Kişilik Gelişimi.....	13
2.2.2. Kişiliğe Kategorik Yaklaşım.....	14
2.2.3. Kişiliğe Boyutsal Yaklaşım.....	14
2.2.4. Kişilik ve Premenstrüel Sendrom İlişkisi.....	15
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	17
3.1. EVREN VE ÖRNEKLEM.....	17
3.2. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI VE UYGULAMA.....	18
3.2.1. Premenstrüel Sendrom Ölçeği(PMSÖ).....	18
3.3.2. Eysenck Kişilik Anketi-Gözden Geçirilmiş/Kısaltılmış Formu (EKA-GGK).....	20
3.3.3. Sosyodemografik Bilgi Formu.....	21
3.3. İSTATİSTİKSEL ANALİZ.....	21
4. BULGULAR.....	23
5. TARTIŞMA.....	31
6. SONUÇLAR.....	39
7. KAYNAKLAR.....	40
8. ÖZGEÇMİŞ.....	46
9. EKLER.....	47
EK-1: Premenstrüel Sendrom Ölçeği.....	47
EK-2: Eysenck Kişilik Anketi-Gözden Geçirilmiş/Kısaltılmış Formu.....	49
EK-3: Sosyodemografik Bilgi Formu.....	51
EK-4: Etik Kurul Kararı.....	53

TABLO LİSTESİ

Tablo 1. Yaş, menarş yaşı ve adet süresi ile ilgili bulgular.....	23
Tablo 2. Yaş ve medeni durumla ilgili bulgular.....	23
Tablo 3. Eğitim, çalışma durumu ve ekonomik durumla ilgili bulgular.....	24
Tablo 4. Menstruasyonla ilişkili verilere ait bulgular.....	24
Tablo 5. Katılımcıların menarş yaşına göre kişisel bulgular.....	25
Tablo 6. PMSÖ'ye ait betimsel istatistikler.....	26
Tablo 7. Katılımcıların PMS seviyesine ilişkin bulgular.....	26
Tablo 8. EKA-GGK'ya ait betimsel istatistikler.....	26
Tablo 9. PMSÖ ve EKA-GGK alt boyutlarından alınan puanların ilişkisi.....	27
Tablo 10. Katılımcılarda PMS toplam puanı ile EKA-GGK ölçeklerinin alt boyutlarından alınan puanların korelasyonu.....	28
Tablo 11. PMS düzeyinin medeni durum ve adet düzeni açısından incelenmesi.....	28
Tablo 12. PMS düzeyinin yaş, eğitim durumu, çalışma durumu, ekonomik durumu, menarş yaşı, adet süresi ve dismenore açısından incelenmesi.....	29
Tablo 13. EKA-GGK puanlarının adet düzeni açısından incelenmesi.....	30
Tablo 14. EKA-GGK puanlarının menarş yaşı, adet süresi ve adet ağrı düzeyi açısından incelenmesi.....	30
Tablo 15. Ülkemizde EKA-GGK kullanılan çalışmalara ait alt boyut ortalama puanlarının karşılaştırılması.....	33

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 1. DSM-V’te yer alan AÖDB tanı kriterleri.....	4
--	---



ÖZET

Amaç: Premenstrüel sendrom kadınların sosyal, iş ve akademik hayatını etkileyebilen, toplumsal yükü olan bir hastalıktır. Tanımı, etyolojisi ve risk faktörleri iyice tanınmamış olup bu konuda daha fazla araştırmaya ihtiyaç vardır. Önceki araştırmalarda PMS ile kişilik özellikleri arasında ilişki olabileceği görülmüştür. Çalışmamız PMS ile kişilik özellikleri arasındaki ilişkiyi incelemeyi amaçlamıştır.

Materyal ve Metod: Tanımlayıcı olarak yapılan bu araştırma Şubat 2021-Nisan 2021 tarihleri arasında Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği polikliniklerine başvuran 373 kadın hasta ile yapılmıştır. Araştırma verileri sosyodemografik bilgi formu, Premenstrüel Sendrom Ölçeği ve Eysenck Kişilik Anketi-Gözden Geçirilmiş/Kısaltılmış Formu ile yüz yüze görüşme metodu ile toplanmıştır.

Bulgular: Çalışmada PMS prevalansı %34,6 olarak bulunmuştur. PMSÖ ortalama toplam puanı $116,55 \pm 37,63$ 'dir. Nörotisizm ortalama puanı $3,22 \pm 1,83$, dışa-dönüklük ortalama puanı $3,96 \pm 1,90$, psikotisizm ortalama puanı $1,29 \pm 1,07$ ve yalan ortalama puanı $4,21 \pm 1,48$ 'dir. Nörotisizm puanları arttıkça premenstrüel şikayetler artmakta, dışa dönüklük ve yalan puanları arttıkça premenstrüel şikayetler azalmaktadır. Psikotisizm ile PMS arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır. PMS semptomları 18-25 yaş aralığında, öğrencilerde, bekar kadınlarda ve dismenoresi olan kadınlarda daha şiddetli seyretmektedir. PMS ile ekonomik durum, menarş yaşı, adet düzeni ve menstruasyon süresi arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır.

Sonuç: Çalışmamızda, literatüre benzer şekilde nörotisizm ve PMS ilişkili bulunmuştur. PMS ve kişilik özellikleri arasındaki ilişkinin anlaşılması bu hastalığın doğasının anlaşılmasında, risk gruplarının belirlemede ve tedaviye yön vermede etkili olacaktır. Birinci basamakta risk gruplarının tanınması ve tedavi edilebilmesi, PMS'nin toplumsal yükünü azaltacaktır.

Anahtar Kelimeler: Premenstrüel Sendrom, Kişilik, Premenstrüel Sendrom Ölçeği, Eysenck Kişilik Anketi

ABSTRACT

Aim: Premenstrual syndrome (PMS) affects woman's social, business and academic life and causes a communal burden on them. It's definition, etiology and risk factors are not well-known, therefore more academic research in this topic is a necessity. In prior studies, it is observed that there may be a relation between PMS and personality characteristics of a woman. The main objective of this study is to investigate this relation.

Material and Method: This study is conducted as a descriptive research on 373 female patients being treated in Family Medicine Clinicals of Dışkapı Yıldırım Beyazıt Training Research Hospital between February 2021 and April 2021. The survey data is obtained via Sociodemographic Information Form, Premenstrual Syndrome Scale and Eysenck Personality Questionnaire Revised-Abbreviated with face-to-face interview method.

Findings: In this study, the PMS prevalence is observed as %34,6. The mean of PMS Scale Total Score is observed as $116,55 \pm 37,63$. Furthermore, mean of Neuroticism score is $3,22 \pm 1,83$, mean of extroversion score is $3,96 \pm 1,90$, mean of psychoticism score is $1,29 \pm 1,07$ and mean of lie score is $4,21 \pm 1,48$. PMS symptoms increases as Neuroticism score increases. Also, PMS symptoms decreases as extroversion and lie score increases. On the other hand, the relationship between the psychoticism and PMS is not statistically significant. It is observed that the severity of PMS symptoms of students between 18-25 years old, singles, and women with dysmenorrhea is more significant. Finally, it is observed that the relationship between economic conditions, menarch, menstrual order and menstruation duration is not statistically significant.

Results: In this research, it is observed that the relation between PMS and Neuroticism is statistically significant, as in the literature. Understanding the relation between the personality characteristics and PMS will allow us to understand the nature of this disease, identification of risk groups and canalizing the treatment of

this disease. Identification of risk groups and providing the treatment in the scope of primary healthcare will decrease the communal burden of this disease.

Key Words: Premenstrual Syndrome, Personality, Premenstrual Syndrome Scale, Eysenck Personality Questionnaire



1. GİRİŞ VE AMAÇ

Premenstrüel sendrom(PMS) kadınlarda periyodik olarak menstrüel döngünün geç luteal döneminde memelerde şişkinlik, baş ağrısı, halsizlik ve kilo alımı gibi fiziksel ve depresif duygudurum, iritabilite, gerginlik gibi ruhsal belirtilerle kendini ortaya koyan bir tablodur. Bu tablo genellikle menstürasyonun başlamasıyla ortadan kalkar (1). Farklı ülkelerde prevalansı farklı bulunmuştur. Örneğin Fransa’da %12 İran’da %98 olarak bulunmuştur. 2015’te yapılan bir meta-analiz çalışmasında genel prevalansı %48 olarak bulunmuştur (2). Ülkemizde 2010 yılında Kayseri’de yapılan bir çalışmada PMS prevalansı %39.8, Gaziantep’te üniversite öğrencileri arasında yapılan bir çalışmada prevalansı %57.4 olarak bulunmuştur (3,4).

Semptomlarının fiziksel ve ruhsal olarak çok çeşitli sayıda olması ve kişiden kişiye değişmesi premenstrüel sendromun tanımlanmasını güçleştirmektedir. Premenstrüel sendromun az görülen, daha ağır formu olan Adet Öncesi Disforik Bozukluğu(AÖDB) DSM-5’te “Depresyon Bozuklukları” kategorisi altında tanı kriterleriyle tanımlanmış olsa da, premenstrüel sendrom terminolojisinde hala belirsizlikler ve tartışmalar vardır. Hastalığın sebebi tam olarak bilinmemekle beraber etyolojisinde biyopsikososyal faktörlerin rol aldığı düşünülmektedir. Genetik faktörler, seks hormon değişimlerine duyarlılık, serotonerjik disfonksiyon, sosyal ve psikolojik faktörlerin etyolojide yer aldığı çeşitli çalışmalarda gösterilmiştir (5).

Premenstrüel sendrom yetişkin çağdaki kadınlarda en sık rastlanan hastalıklardan biridir. Kadın popülasyonunun %80inde görülmekle birlikte %5inde tedavi gerektirecek kadar şiddetlidir (1). Hayatı tehdit etmemekle beraber günlük yaşam aktivitelerini, evlilik uyumunu, mesleki üretkenliği ve akademik başarıyı olumsuz etkilediği ve kişide var olan hastalıkları dönemsel olarak ağırlaştırabileceği yapılan farklı çalışmalarda gösterilmiştir (6-10). Tedavi edilebilir olmasına karşın, yapılan çalışmalarda doktora başvuru oranının adet öncesi belirtilerin normal karşılanması nedeniyle düşük olduğu saptanmıştır. İzmir’de 2011 yılında yapılan bir çalışmada premenstrüel şikayetler nedeniyle doktora başvuru oranı %4,2 olarak saptanmış, doktora başvurmamanın en sık sebebinin ise belirtilerin normal olarak

görülmesi olduğu belirtilmiştir (11,12). Bu hastalıkta tedavi yaklaşımları psikolojik (psikoterapi) ve biyolojik (ilaç tedavisi) olarak ikiye ayrılabilir. Psikolojik tedavinin başında psiko eğitim yer alır. Verilen eğitimle hasta bu durumu ve nedenlerini daha iyi anlar, suçluluk ve çaresizlik duyguları azalırken kendini yönetme becerisi gelişir. İlaç tedavileri ise başlıca oral konstraseptifler (OKS) ve selektif serotonin geri alım inhibitörleri (selective serotonin reuptake inhibitor, SSRI) olarak söylenebilir (1).

Literatürde kişilik özelliklerinin PMS varlığı ve semptom şiddeti ile ilişkili olabileceği gösterilmiştir. Psikososyal özelliklerin bu tablonun şiddetini etkileyebileceği belirtilmiştir. Lewis ve arkadaşları yaptıkları ikiz çalışmasında nörotisizm ile PMS'yi ilişkili bulmuşlardır (13). 2009 yılında Telek ve arkadaşlarının AÖDB olan kadınlarda Üç Boyutlu Kişilik Anketi kullandığı çalışmada, premenstrüel semptomlar ile yenilik arayışı, kendini yönetme, işbirliği yapma, kendini aşma ve zarardan kaçınma mizaç özellikleri arasında negatif bir ilişki bulunmuştur (14). Türkiye'de 2017 yılında Ölçer ve arkadaşlarının, üniversite öğrencileri arasında Cervantes Kişilik Ölçeği kullanarak yaptıkları çalışmada PMS ve nörotisizm ilişkili bulunmuştur (15).

Premenstrüel sendrom kadınların en sık görülen hastalıklarındandır. Tanımı, etyolojisi, prevalansı ve tedavi yaklaşımları hala tartışmalı olup, aydınlatılması gereken noktalar vardır. Kadınların yaşam kalitesini, iş gücünü, çevresini ve ülke ekonomisini etkileyen bu hastalıkla ilgili daha fazla çalışmanın yapılması gerekmektedir. PMS ile kişilik özellikleri arasındaki bağlantının anlaşılması hastalığın daha iyi anlaşılmasında, semptomlarla baş etmede ve tedavinin planlanmasında yardımcı olabilir. Ülkemizde premenstrüel sendrom ve kişilik arasındaki ilişkiyi incelemiş kısıtlı sayıda çalışma bulunmaktadır. Bu çalışmada amacımız 18 yaş ve üstü menstrüel siklusu devam eden kadınlarda premenstrüel sendrom ve kişilik özellikleri arasındaki ilişkiyi göstermektir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. PREMENSTRÜEL SENDROM

2.1.1. Tanım

Premenstrüel sendrom(PMS) kadınlarda menstruel döngünün geç luteal döneminde memelerde şişkinlik, baş ağrısı, halsizlik ve kilo alımı gibi fiziksel ve depresif duygudurum, irritabilite, gerginlik gibi ruhsal belirtilerin ortaya çıkıp bu durumun mensturasyonun başlamasıyla veya başlamasından sonra birkaç gün içinde ortadan kalktığı bir tablodur (1). Gerek semptom çeşitliliği, gerek hastalığın doğası gereği kesin kararlaştırılmış tanı kriterleri yoktur. Amerikan Jinekoloji ve Obsetri Derneği(The American College of Obstetricians and Gynecologists, ACOG) PMS'yi üç menstruel siklus boyunca, mens kanamasından 5 gün önce başlayan, kanama periyodunun başlamasıyla beraber 4 gün içinde son bulan, sosyal hayatı veya işlevselliği etkileyen en az bir somatik veya affektif semptomun olması olarak tanımlamıştır (16). Amerikan Psikiyatri Derneği(American Psychiatric Association, APA) yayınladığı DSM-V'te (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) premenstrüel sendromun daha ağır formu olan AÖDB'yi “depresyon bozuklukları” katagorisinde Şekil 1’de gösterilen tanı kriterleri ile tanımlamıştır.

Kadınların çoğu adetten önce bir veya daha fazla fiziksel veya ruhsal semptom yaşamaktadır. Sıklığına bakılınca bu durumun fizyolojik olduğu düşünülmelidir. Fakat bu belirtilerin en az bir tanesi bile sosyal hayatı veya işlevselliği etkileyecek düzeydeyse bu durum patolojik olarak kabul edilmelidir.

2.1.2. Tarihçe

Adet öncesi şikayetler eski çağlardan itibaren fark edilmiş, bununla ilgili birçok kültürel mit ve inanış gelişmiştir. Hipokrat menstrüel siklus ile davranış değişiklikleri arasındaki bağlantıdan bahseden ilk kişi olup, mensturasyon ile vücuttan çıkmak isteyen anksiyöz kanın baş ağrısı ve bunaltıya sebep olduğuna inanmıştır (5). Eski dönemlerde hekimler, uterusu siyah safra birikmesiyle oluşan

gazın menstürel şikayetlere sebep olduğuna da inanmaktaydılar. 16. Yüzyılda Monte menstruasyon ile depresyon arasında ilişki olabileceğini ifade etmiştir (17). 1931 yılında Frank tarafından adetten önce ortaya çıkan ve adetin başlamasıyla beraber ortadan kalkan belirtiler “premenstrüel gerginlik” olarak tanımlanmıştır (18).

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

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

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

2.Belirgin bir biçimde kolay kızma, öfkelenme ya da kişiler arası çatışmalarda artma.

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

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

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

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

2.Odaklanmakta öznel güçlük çekme.

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

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

5.Aşırı uyku uyuma ya da uykusuzluk çekme.

6.Bunalmışlık ya da denetimini yitirmişlik duyumu.

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

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

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

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

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

G. Bu belirtiler, bir maddenin (örn. kötüye kullanılabilen bir madde, bir ilaç ya da başka bir tedavi) ya da başka bir sağlık durumunun(örn. hipertiroidizm) fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz (19).

Şekil 1. DSM-V’te yer alan AÖDB tanı kriterleri

1953 yılında Greene ve Dalton tarafından “premenstrüel sendrom” adet öncesi veya adetini birinci gününde tekrarlayan, menstruasyon sonrası tamamen kaybolan belirtiler olarak tanımlanmıştır. Daha sonra Dalton PMS tedavisi için ilk kliniği açan kişi olmuştur (20). 1987’de APA tarafından “ Geç Luteal Faz Disforik Bozukluğu” tanımlanmış, 1992’de bu tanım “Adet Öncesi Disforik Bozukluğu(AÖDB)” olarak değiştirilmiştir (5). 1982 yılında Dünya Sağlık Örgütü “premenstrüel gerilim sendromu” tanısı için “N94.3” Uluslararası Hastalık Sınıflaması(International Classification of Diseases, ICD-10) tanı kodunu oluşturmuştur (21).

2.1.3. Semptomlar

Premenstrüel belirtilerle ilgili 150-200 semptom saptanmakla beraber en sık görülen fiziksel semptomlar şişkinlik, memelerde hassasiyet, ağrı, baş ağrısı, iştah değişimi ve ağırlık artışıdır. En sık görülen ruhsal semptomlar sinirlilik, ruh halinde değişimler, anksiyete, depresif ruh hali, uyku bozuklukları, konsantrasyonda azalma ve sosyal geri çekilmedir. Sinirlilik PMS’nin kardinal semptomudur (22). Semptomların toplam süresi birkaç gün ile iki hafta arasında değişir, genelde mens kanamasının başlamasından altı gün önce başlar, iki gün önce semptomların şiddeti zirveye ulaşır, kanamanın başlamasıyla beraber bir veya birkaç gün içinde ortadan kalkar ve bir sonraki ovulasyon dönemine kadar olan dönem semptomsuz geçer. Tipik olarak her adet öncesi dönemde benzer semptomlar görülür (10).

2.1.4. Epidemiyoloji

Kesin tanı kriterlerinin olmayışı, semptomların çeşitliliği ve çalışmaların çoğunun retrospektif olarak semptomların değerlendirilerek yapılması PMS prevalansının tam olarak bilinmesini zorlaştırmaktadır. Kadınların %80’inde premenstrüel şikayetler görülmekle birlikte, %5 kadarında klinik olarak anlamlı olacak ölçüde şiddetlidir (23).

Prevalansı Avrupa’da %41, Afrika’da %83, Asya’da %45, Güney Amerika’da %61 olarak bulunmuştur. Yapılan bir meta-analiz çalışmasında genel prevalansı %48 olarak bulunmuştur (2). Türkiye’de 1999 yılında Müderris ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada kadınların %75’inin premenstrüel semptom tanımladığı, %28’inde bu semptomların yardım arayışına neden olabilecek şiddette olduğu, %8’inin AÖDB tanı kriterlerini karşıladığı bildirilmiştir (24). 2006 yılında Diyarbakır’da sağlık çalışanı kadınlar arasında yapılan çalışmada prevalansı %20,1, Kayseri’de yapılan bir tez çalışmasında %39,8, Gaziantep’te üniversite öğrencileri arasında yapılan çalışmada %57,4 olarak bulunmuştur (3,4,25).

2.1.5. Etiyoloji

Premenstrüel sendromun etyolojisi tam olarak anlaşılamamıştır. İlk olarak vücutta su tutulması ile açıklanmış, daha sonra bunun yerini progesteron eksikliği ve seks steroidleri arasındaki dengezsizliğin bu hastalığa neden olduğu düşüncesi almıştır. Fakat daha sonra tüm bunların yanlış olduğu anlaşılmıştır. Güncel yaklaşım etyolojide biyopsikososyal faktörlerin yer aldığı yönündedir. En çok üzerinde durulan açıklama merkezi sinir sisteminin normal olan hormonal dalgalanmalara aşırı duyarlı olması olsa da PMS’nin çok çeşitli semptomlarını, risk grupları ile olan ilişkisini açıklamakta yetersiz kalmaktadır (1,5).

2.1.5.1. Biyolojik faktörler: Gonadotropin salgılatıcı hormon analogları tedavisiyle gonadal hormonların baskılanması veya ooferektomi sonrası PMS semptomlarının kaybolması gonadal hormonların PMS’de temel rolü oynadığını düşündürmektedir (26,27). Postmenapozal kadınlarda östrojen ve progesteron içeren hormon replasman tedavisi ile belirtilerin tekrar ortaya çıkması da bu görüşü desteklemektedir (28). Gonadal hormonlar PMS görülmesi için gerekli olmakla birlikte etyolojiyi açıklamakta yeterli değildir. Yapılan çalışmalarda PMS olan ve olmayan kadınlardaki östrojen, progesteron, folikül stimüle edici hormon, luteinize edici hormon ve prolaktin seviyeleri arasında fark saptanmamıştır (29,30). Etiyolojide en çok üzerinde durulan açıklama normal olan hormonal dalgalanmalara karşı vücudun aşırı duyarlı olmasıdır. Bu duyarlılığa serotoninin aracılık ettiği

varsayılmaktadır. PMS’li kadınlarda serotonerjik aktivitenin, plateletlerde serotonin geri alımının ve imipramin bağlanması azalması, luteal fazda kandaki serotonin düzeyinin azaldığını gösteren çalışmalar ve serotonin öncülü olan triptofanın PMS semptomlarını azaltması bu düşünceyi desteklemektedir. Gama-amino bütirik asitin(GABA) de patogeneizde rol alabileceği düşünülmüştür. Fakat bununla ilgili az sayıda çalışma vardır. Luteal fazda GABA seviyesinde ve GABA reseptör sensitivitesinde azalma olduğu görülmüş, GABAerjik bir ajan olan alprozolam PMS tedavisinde etkili bulunmuştur (26,31).

2.1.5.2. Psikolojik Faktörler: Belirtilerinin çoğunlukla psikolojik semptomlardan oluşması sebebiyle psikolojik etkenlerin de PMS’de rol aldığı düşünülmüştür. Bu görüşlerin başında menstrüasyonun kadınlar için rahatsız edici bir durum olmasından doğan stresin PMS’ye yatkın olan kadınları hormonal değişikliklere karşı daha duyarlı hale getirdiği gelmektedir. Bu kadınların premenstrüel sendrom belirtilerine karşın “mükemmel olma” arzusu içinde oldukları ve bu arzunun karşılanamamasından doğan huzursuzluğun anksiyete, depresyon ve öfkeye yol açtığı düşünülmektedir. Bu durumu yaşayan kişiler bu sorunlarla baş etmek adına işten uzaklaşma, daha fazla yemek yeme gibi anlık rahatlatıcı mekanizmalar geliştirirler ve bu davranışlar her döngüde tekrarlanarak pekiştirilir. Bu kuram biyolojik ve sosyal faktörlerin de göz önünde bulundurulduğu, PMS etyolojisinde biyopsikososyal faktörlerin yer aldığını belirten bir kuramdır (1).

2.1.6. Risk Faktörleri

2.1.6.1. Genetik: Annesinde PMS öyküsü olanlarda daha fazla PMS görülmesi, monozigot ikizlerde dizigot ikizlere göre daha yüksek oranda hastalık uyumu olması genetik faktörlerin de etkili olduğunu düşündürmektedir. Bununla beraber PMS ile ilgili bir gen tanımlanmamıştır (32,33).

2.1.6.2. Yaş: Belirtiler menarşla beraber herhangi bir yaşta başlar. Ortalama başlangıç yaşı 26’dır. Semptomların yaşla beraber giderek şiddetlendiği görüşü daha yaygındır, fakat prevalansının yaşla değişmediğiyle ilgili de çalışmalar bulunmaktadır (1,34).

2.1.6.3. Fiziksel Özellikler: Obezitenin PMS için risk faktörü olduğu birçok çalışmada ortaya konmuştur. Siyah ırkta iki kat daha sık PMS olduğunu gösteren bir çalışma olmakla birlikte bu konuda daha fazla araştırmaya ihtiyaç vardır (35,36).

2.1.6.4. Sigara: Sigaranın PMS için risk faktörü olduğu bilinmesine karşın mekanizması tam olarak aydınlatılamamıştır. Gonadal hormonların düzeyini etkileyerek PMS oluşumuna katkıda bulunduğu düşünülmektedir (37).

2.1.6.5. Stres: Çeşitli çalışmalarda algılanan stres düzeyi yüksek olan, travmatik olay yaşayan veya travma sonrası stres bozukluğu yaşayan kadınlarda PMS ve AÖDB'nin daha sık görüldüğü bildirilmiştir (35,38). Algılanan stres düzeyi yüksekliğinin PMS ile ilişkili olması, PMS'de sigaranın risk faktörü olmasını da açıklayabilir (35).

2.1.6.6. Menstruasyon ile İlişkili Faktörler: Potter ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada mens dönemi ağırlı geçenlerde ve kanaması bir haftadan uzun sürenlerde daha sık PMS olduğu görülmüştür (34). Deuster ve arkadaşları ise menstrüel siklusu 12 yaş ve altında başlayanların PMS için risk altında olduğunu belirtmiştir. Bu ilişkinin, yüksek vücut kitle indeksi olanlarda daha fazla yağ dokunun bulunması ve hormon dönüşümlerinin daha erken başlaması sebebiyle olabileceği belirtilmiştir (35).

2.1.6.7. Psikolojik Hastalıklar: PMS ile duygu durum bozukluklarının yaşam boyu komorbiditesi %30-70 arasındadır. Kadınlarda duygudurum bozukluğunun yaşam boyu insidansının %30 olduğu düşünülürse bu oran beklenenden yüksektir. Anksiyete bozuklukları PMS'li kadınlarda daha yüksek oranda görülür. Diğer duygudurum bozukluklarının aksine PMS'li kadınlarda panik bozukluğa benzer şekilde panikojenik ajanlara(laktat, karbondioksit gibi) maruziyetle panik eğilimi görülür. Ayrıca PMS'si olan kadınlarda perimenopozal ve postnatal depresyon riski de artmıştır. Bu durum PMS'li kadınların hormonal dalgalanmalara karşı aşırı duyarlı olduğu düşüncesini desteklemektedir (10).

2.1.7. Tanı

Tanı anamnez veya ileriye dönük semptom kayıtları ile konulabilir. PMS tanısını premenstrüel belirtilerden ayıran en önemli özellik belirtinin veya belirtilerin kişinin hayatını etkilemesidir. AÖDB, DSM-V’te tanı kriterleri ile tanımlanmıştır (Şekil 1).

PMS’yi tespit etmek ve şiddetini ölçmek için bazı ölçekler geliştirilmiştir. Bunlardan bazıları şunlardır;

Premenstrüel Değerlendirme Formu(Premenstrual Assesment Form) : 1982 yılında Halbreich ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir. Kadınların premenstruel dönemde kendilerinde gözlemledikleri duygusal, davranışsal ve fiziksel değişimleri ölçmeye yönelik 95 soruluk bir öz bildirim ölçeğidir (1).

Premenstrüel Belirti Tarama Aracı(Premenstrual Semptoms Screening Tool) : 2003 yılında Steiner ve arkadaşları tarafından DSM-IV’te yer alan AÖDB tanı kriterlerine göre oluşturulmuş bir ölçektir. Premenstrüel belirtileri ve şiddetini ölçmeye yarar (1).

Sorun Şiddeti Günlük Kayıt Çizelgesi (Daily Record of Severity of Problems) : Endicott ve arkadaşları tarafından 2006 yılında geliştirilen bu ölçekte DSM-IV’te AÖDB tanı kriterlerini içeren 13 maddenin günlük hayatı ne düzeyde etkilediğinin kaydı prospektif olarak yapılmaktadır. Kadınlar iki adet döngüsü boyunca semptomlarını günlük olarak kaydederler. PMS değerlendirmesi için en doğru yol semptomların prospektif kaydedilmesidir. Fakat bu zaman ve emek istediğinden pratikte sık kullanılmamaktadır (16).

Premenstrüel Sendrom Değerlendirme Ölçeği: 2006 yılında Gençdoğan tarafından DSM-III ve DSM-IV-R temel alınarak oluşturulmuş, PMS şiddetini ölçen 44 soruluk bir ölçektir. Ülkemizde de sıkça kullanılmaktadır (39).

2.1.8. Ayırıcı Tanı

Hasta değerlendirilirken menstrüel yönden de iyi bir anamnez alınmalıdır. Hastanın yaşı, yaşam tarzı, mevcut hastalıkları, premenstrüel belirtilerin başlangıç zamanı, hangi durumlarda arttığı, bu belirtilerin kişiyi neden ve nasıl etkilediği irdelenmelidir. Ayırıcı tanıda anemi, tiroid bozuklukları, migren, epilepsi, fibrokistik meme hastalığı, Cushing hastalığı, distimik bozukluk, anksiyete bozuklukları akla gelmelidir. Ayrıca hastanın mevcut başka hastalıklarının da premenstrüel dönemde alevlenebileceği, bazı belirtilerin buna bağlı olabileceği akılda tutulmalıdır (40).

2.1.9. Tedavi

PMS ve AÖDB’de tedavi yaklaşımları psikiyatrik semptomları düzeltmeye ve işlevsellik kaybını azaltmaya yöneliktir. Tedavi biyolojik(ilaç tedavileri) ve psikolojik(psikoterapi) olarak ikiye ayrılabilir (1).

2.1.9.1. Yaşam tarzı değişikliği: Aerobik egzersiz ve uygun diyet(basit şeker tüketiminin azaltılması, yeterli magnezyum, çinko ve kalsiyum alımının sağlanması) semptomları azaltabilir (41). Luteal dönemde kafein tüketiminin azaltılması anksiyete ve irritabiliteyi azaltmada, sodyum tüketiminin kısıtlanması ödem ve şişkinliği azaltmada faydalı olabilir (32).

2.1.9.2. İlaç tedavileri: PMS’de ilaç tedavisinde birinci seçenek SSRI grubu ilaçlardır. PMS için sıklıkla fluoksetin, paroksetin ve sertralin kullanılır. Bu ilaçlar esas olarak ruhsal semptomlara etkili olmakla birlikte fiziksel semptomlara da etkilidir, fakat fiziksel semptomların giderilmesi için daha yüksek dozlarda kullanılması gerekmektedir. İlaç seçimi ve doz ayarlanması hastaya ve toleransına göre yapılmalıdır. En sık yan etkiler bulantı, asteni, uyku hali, yorgunluk, libido azalması ve terlemedir. SSRI’lar devamlı veya sadece luteal fazda sıklık olarak kullanılabilirler, Morjoribanks ve arkadaşları yaptıkları meta-analiz çalışmasında her iki kullanım şeklini eşit derecede etkili bulmuştur, fakat bu konuda daha fazla araştırmaya ihtiyaç vardır (42). Serotonin-norepinefrin geri alım inhibitörü(serotonin-

norpirephrine reuptake inhibitör, SNRI) olan venlafaksin AÖDB tedavisinde etkili bulunmuş olup, SSRI'ya yanıtız hastalarda düşünölebilir (43). Antipsikotik ilaçlardan ketiapin SSRI ve SNRI'ya cevap vermeyen hastalarda çalışılmış; labilite, sinirlilik ve anksiyete üzerinde etkili bulunmuştur (44).

Hormonal tedaviler de PMS'de kullanılır. OKS'lerin ovulasyonu baskılayıp ovulasyona bağı endojen hormonal dalgalanmayı daha stabil hale getirerek etki ettiğı düşünölmektedir. Lopez ve arkadaşları düşük doz östrojen ve antiandrojenik bir progestin olan drosperinon içeren OKS'lerin sosyal işlevsellikteki azalma, mastalji, ödem, baş ağrısı ve karın şişkinliğı üzerinde etkili olduğunu bildirmiştir. En sık gözlenen yan etkiler bulantı, ara kanama ve memelerde hassasiyettir (45). OKS'lerin ruhsal belirtiler üzerine etkinliğı ile ilgili daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır. Fiziksel belirtilerle giden ve aynı zamanda doğum kontrolü de isteyen PMS hastalarında ilk tedavi seçeneğı olarak OKS düşünölebilir.

Gonadotropin salgılatıcı hormon analogu olan löprolid farmakolojik anovulasyon yaparak PMS'de etkilidir. Fakat kardiyovasküler yan etkileri ve osteoporoz riskinden dolayı kullanımı önerilmez (1).

Premenstrüel semptomları olan hastalara üç ay boyunca 2x500 mg kalsiyum karbonat verilerek yapılan çift kör çalışmada, kalsiyumun yorgunluğu, iştah değışimlerini ve depresyonu azalttığı görölmüştür (46). Başka bir çalışmada günlük 100 mg B6 vitamini kullanımının premenstrüel şikayetleri ve premenstrüel depresyonu azalttığı görölmüştür (47). AÖDB olan kadınlara serotonin öncülü olan triptofan verilmesi ile yapılmış çift kör çalışmada, günlük 6 gr triptofan verilmesinin şikayetleri azalttığı görölmüştür (48).

Bitkisel bir preparat olan vitex agnus castus(hayıt ekstresi) PMS ve siklik mastaljisi olan kadınlarda etkili ve güvenli bir tedavi olarak bulunmuştur. Fakat birinci seçenek tedavi olarak önermek için daha fazla kanıta ihtiyaç vardır (49,50).

2.1.9.3. Psikolojik tedaviler: Psikolojik tedavilerin başında psikoeğitim gelir. Psikoeğitimde amaç hastanın bu durumu ve nedenlerini anlamasıdır. Hasta,

hastalığını anladıkça suçluluk ve utanç duyguları azalır. Bu dönemde verilecek şikayet takip çizelgesi hastanın farkındalığını ve dolayısıyla kontrolünü artırarak destek sağlar. Bu farkındalık kişinin hayatını ve günlük programını stresini azaltacak şekilde düzenlemesini sağlayabilmektedir. Şikayetleri hafif olan çoğu hastada yaşam tarzı değişikliği ile beraber psikoeğitim tedavide yeterli olmaktadır . Psikoeğitim dışında egzersiz, gevşeme terapisi ve bilişsel davranışçı tedavi(BDT) de uygulanabilir. BDT yaklaşımı, olumsuz duygusal tepkiler ve impulsif davranışlara bilişsel davranışçı müdahaleler ve sorun çözme yöntemlerinin öğretilmesini içerir. Bu süreçte hasta daha gerçekçi, uygun ve işlevsel bir bakış açısı kazanarak bu durumla daha iyi baş edebilir (1,51).

2.2. KİŞİLİK

“Kişilik” sözcüğü kaynağını “Persona”dan, eski Yunanca tiyatrolarda drama oyuncularının kullandığı maskelere verilen isimden almıştır. “Persona” o dönemde maskenin arkasındakinin gerçek kişiliğini değil oynadığı tipleri temsil etmekteydi. Zamanla kişinin gerçekte yansıttığı tavır ve davranışlarının bütünü anlatmak için kullanılmaya başlanmıştır (52). Kişilik, bireylerin düşünce, duygu ve davranış gibi psikolojik tepkilerini ve farklılıklarını belirleyen; sadece yaşanan an, içinde bulunulan biyolojik durum veya sosyal ortam ile açıklanamayacak biçimde süreklilik gösteren özellikler ve eğilimler olarak tanımlanabilir. Kişilik bu anlamıyla psikolojik tepkilerin göreceli olarak önemli ve kalıcı yönlerini içermektedir. Birçok kuramcıya göre kişilik bireyle ilgili zihinsel, duygusal, sosyal ve fiziksel nerdeyse hemen her şeyi kapsar.

Kişilik bozukluğu ise bu psikolojik özelliklerin, kalıcı ve süreklilik gösteren biçimde beklenen normların dışına çıkmasıdır (53). Kişilik bozukluğu tanısının konulabilmesi için bireyin toplumsal uyumunda, düzenli iş tutabilmesinde, ilişkilerinde süreklilik sağlayabilmesinde önemli bozuklukların görece değişmeden uzun süre bulunması gerekir. Başlangıcı genellikle ergenlik/erken erişkinlik dönemine dayanır. Başlangıç döneminin eskiye dayanması, kişilerarası ilişkilerde

bozulmanın değerlendirilmesinin zorluğu nedeniyle kişilik bozukluğu psikiyatride tanısı güç durumlardandır (54).

2.2.1. Kişilik Gelişimi

Kişilik biyolojik olarak belirlenmiş “Mizaç(huy)” zemini üzerinde gelişir. Mizaç kalıtlılabilir, çocukluk çağından itibaren gözlemlenir, zamanla kalıcı hale gelir ve yaşla değişmez. “Karakter” Yunanca oyarak şekil verme anlamına gelir. Karakterin kalıtsal yönü daha azdır. Sosyal ve kültürel öğretilerden, bireye özgü yaşam olaylarından etkilenir. Bilinçli tercih ve kararlara dayanır. Kaynağı beynin yüksek işlevlerine dayanır. Zeka karakterin şekillenmesini etkiler. Kişilik mizaç, karakter ve zekanın karışımından oluşur (52).

Kişilik gelişiminde çevre ve aile önemli bir etkiye sahiptir. Bu gelişimin büyük oranda geliştiği çocukluk yıllarında anne babanın çocuğa karşı olan tutumu önemlidir. Büyük oranda çocuklukta gelişse de kişilik devamlı gelişme eğilimindedir. Bu gelişmenin amacı daha olgun ve kendi içinde dengeli bir benlik geliştirmektir. Ergenliğin sonlarına kadar devam eden kişilik gelişimi ile birey daha tutarlı ve bütünlük sağlayan bir yapıya erişmiş olur. Bu yapı zaman içinde değişikliklere uğrasa da temel özelliklerini sürdürme eğilimindedir (55).

Freud’un psikaanalitik yaklaşımına göre kişilik id(altbenlik), ego(benlik) ve süper egodan(üstbenlik) oluşur. İd biyolojiktir, saldırganlık ve cinsellik olmak üzere iki temel dürtüden oluşur. Ego, id ile dış dünya arasında gelişir. Kişinin dış dünyayla uyum ve denge içinde olmasını sağlar. Süper ego ise kişinin ahlaki yönünü tanımlayıp, toplumun değer yargılarına uygun hareket etmesini sağlar. Freud kişiliğin beş dönemden geçerek geliştiği öne sürmüştür. Bunlar sırasıyla oral dönem(0-1 yaş), anal dönem(1-3 yaş), fallik dönem(3-6 yaş), latens dönemi(6-11 yaş) ve genital dönemdir(11 yaştan sonrası). Kişi bu dönemlerde bütün önemli kişilik özelliklerinin temellerini geliştirir. Kişilik gelişmesinde pregenital dönemler büyük önem taşımaktadır. Dönemlerin herhangi birinin sorunlu geçmesi halinde saplantı gelişebilir. Belirli bir dönemde saplantı yaşayanlar, o döneme ait özelliklere sahip olacaklardır (55).

Erikson bireyin cinsel gelişimi yerine sosyal gelişimini temel almıştır. Kişiliğin yaşam boyunca sosyal ilişkiler içinde geliştiğini belirtmiştir. Yaşamın her döneminde atlatılması gereken hassas dönüm noktaları ve çatışmalar vardır. Birey bu karmaşalarla başa çıktıkça daha sağlıklı bir kişilik geliştirir ve bir sonraki döneme geçebilir (56).

Bowlby'nin bağlanma kuramına göre anne ile çocuk arasında oluşan güvenli bağlanma çocuğun sağlıklı bir kişilik geliştirebilmesi için zemin hazırlar. Yanlış gelişmiş veya dönem dönem kesintiye uğramış bir bağlanma kişilik bozukluklarına sebep olabilir. Güvensiz bağlanan kişiler sosyal olarak daha uyumsuz, özgüvensiz ve strese karşı daha dayanıksız kişilerdir (57).

2.2.2. Kişiliğe Kategorik Yaklaşım

Kökenini psikanalizden alan kategorik yaklaşım; DSM III ve sonrasında DSM III-R, IV, IV-R, V ile etkinliğini sürdürmektedir. Belirti kümeleri belli bir eşiği aştığında ve işlevsellik üzerine bir etki ortaya çıktığında bir kişilik bozukluğu tanısının varlığına işaret eder. Kategorik yaklaşımın güvenilirliği ve gerçekten bir tanıyı yansıtabildiği tartışmalıdır. Tanı hasta ve bilgi verenin ifadeleri doğrultusunda belirlenir. Yapay olarak oluşturulan kategorilerden birkaçına ait özellikler aynı kişide bulunabilmektedir. Bu durumda her bir özellik ayrı bir boyut halinde dönüşür. Bu sebepten dolayı klinik pratikte kişilik bozukluğundansa, kişilik özellikleri kullanımı daha çok tercih edilir (52).

2.2.3. Kişiliğe Boyutsal Yaklaşım

Boyutsal yaklaşım, ayrı kişilik özelliklerinin birbirinden bağımsız olabileceği ve kişilerde ayrı yoğunluklarda bulunabileceği düşüncesine dayanır. Bu yaklaşımlar arasında beş faktör modeli, Eysenck'in 3 boyutlu modeli, 7 faktör ve Cloninger'in psikolojik boyutsal değerlendirmesi en çok kabul görenlerdir (52). Boyutsal yaklaşım kategorik yaklaşıma göre daha uygun ve daha doğal bir sınıflama getirmektedir. Tanının varlığı ya da yokluğunu değil, kişilik özelliklerini değerlendirir (58).

Eysenck kişilik teorisi ilk geliştirildiğinde nörotisizm-stabilite ve dışadönüklük-içe dönüklük boyutlarını içerirken, daha sonra psikotisizm boyutu da eklenmiştir. Dışa dönüklük, sosyallığı ve dürtüselliği temsil eder. Bu boyutta yüksek puan alan kişiler, insanlarla iletişimi seven, girişken, şaka yapmayı seven ve yalnız olmaktansa insanlarla olmayı tercih eden kişiler olarak tanımlanır. Nörotisizm boyutunun duygusal tutarsızlığa veya aşırı tepkiselliğe işaret etmekte olduğu; bu boyutta yüksek puan alan kişilerin kaygılı, depresif, gergin, çekingen, aşırı duygusal ve düşük özgüvenli olabileceği öne sürülmüştür. Psikotisizm boyutu ise soğuk, mesafeli, saldırgan, güvensiz, duygusuz, tuhaf ve empati kuramama, suçluluk ve diğer insanlara karşı duyarsızlık gibi daha çok sıra dışı kişilik özelliklerini ifade etmektedir. Eysenck, bu kişilik özelliklerinin birbirinden bağımsız boyutlar olduğunu belirtmiştir (59).

Eysenck ve Catell'in kişilik boyutlarına yönelik yapılan çalışmalar sonucunda McCrae ve Costa tarafından, kişilik yapısını anlamaya yönelik "beş faktör modeli" geliştirilmiştir. Nörotizm, dışadönüklük, açıklık, uzlaşmacılık, vicdanlılık ve dürüstlük bu modelin alt boyutlarıdır (52)

2.2.4. Kişilik ve Premenstrüel Sendrom İlişkisi

Kişilik özellikleri bireylerin sağlık-hastalık algılayışını, semptomlara karşı verilen tepkilerini etkileyebilir. Kişilik özellikleri ve PMS ilişkisini araştıran çalışmalarda yaygın olarak kategorik yaklaşım biçimi göze çarpmaktadır. Bu yaklaşım biçimi ise hastaların binişik eksen-II tanılarının saptanmasından ibarettir. Kategorik yaklaşım biçimi, PMS tanısı almış hastalarda binişik kişilik bozuklukları sıklığının genel olarak düşük oranda saptanmasına neden olmaktadır (60).

AÖDB'de kişilik özelliklerinin boyutsal açıdan değerlendirilmesi ile ilgili çalışmaların bulguları nörotisizme dikkat çekmektedir. Nörotisizm düşük benlik saygısı, sinirlilik, kaygılı olma gibi olumsuz duygu ve bilişlere yatkınlık olarak tanımlanır ve genellikle Eysenck Kişilik Envanteri ile değerlendirilir (60).

PMS yaşayan kadınların kişilik özellikleri ve dolayısıyla sağlık-hastalık anlayışlarının daha iyi anlaşılması, tedavi ve bakımının yönetilmesine katkıda bulunabilir. Literatürde PMS ile kişilik özelliğini inceleyen sınırlı sayıda çalışmaya rastlanmıştır. Bu sebeplerden dolayı kişilik ve PMS ilişkisine ilişkin çalışmaların yapılması ve sonuçların karşılaştırılması önemlidir (61).



3. GEREÇ VE YÖNTEM

Bu çalışma premenstrüel sendrom ile kişilik arasındaki ilişkiyi konu alan; tek merkezli, kesitsel, tanımlayıcı bir çalışma olarak yürütülmüştür. Dışkapı Eğitim ve Araştırma Hastanesi Etik Kurulundan gerekli onay alınmıştır (Etik kurul onamı tarihi 24/08/2020, karar numarası 94/10). Araştırmaya katılan hastalara araştırma hakkında gerekli bilgiler verilerek yazılı/sözlü onamları alınmıştır.

Araştırma başlangıçta Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği polikliniklerine Ekim 2020-Mart 2021 tarihleri arasında başvuran 18 yaş ve üstü, menstrüel siklusu devam eden kadın hastalarda yapılmak üzere planlanmıştır. Ancak Covid-19 pandemisi nedeniyle Şubat 2021-Nisan 2021 tarihleri arasında tamamlanmıştır.

3.1. EVREN VE ÖRNEKLEM

Araştırmamız tanımlayıcı bir araştırma olduğundan örneklem seçimi yapılmamış, Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniklerine başvuran 18 yaş ve üzeri, menstrüel siklusu devam eden, gönüllü bireyler dahil edilmiştir. Çalışmanın sürdüğü aylar boyunca, çalışmaya alınma ölçütlerine uyan tüm hastalar bilgilendirilmiş ve katılmaya davet edilmiştir.

Hariç tutma kriterleri:

- Ruhsal durum ya da bilişsel fonksiyonların çalışmada iletişime elverişli olmaması
- Oral kontraseptif ve/veya antidepresan kullananlar
- Herhangi bir nedenle hormon tedavisi alanlar
- Gebeler
- Doğum sonrası emziren ve düzenli menstrüel siklus görmeye başlamamış olanlar

3.2. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI VE UYGULAMA

Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniğine başvuran hastalardan çalışmaya dahil edilme kriterlerini karşılayan ve hariç tutma kriterlerini taşımayan hastalar belirlenerek çalışma ile ilgili bilgi verilmiştir. Çalışmaya katılmayı kabul eden hastalara belirlenen ölçekler ve bilgi formu başvuru esnasında verilmiş, onamı alındıktan sonra ölçekler yüz yüze görüşme yöntemi ile uygulanmıştır. Sonrasında veriler toplanarak analiz edilmiştir.

Araştırma verilerinin toplanmasında araştırmacılar tarafından literatür taraması doğrultusunda oluşturulan sosyodemografik bilgi formu, premenstrüel sendromu değerlendirmek için Premenstrüel Sendrom Ölçeği (PMSÖ), kişilik özelliklerini değerlendirmek için Eysenck Kişilik Anketi-Gözden Geçirilmiş/Kısaltılmış (EKA-GGK) formu kullanılmıştır.

3.2.1. Premenstrüel Sendrom Ölçeği (PMSÖ)

Gençdoğan tarafından 2006 yılında DSM III ve DSM IV-R'ye göre geliştirilen, premenstrual semptomların şiddetini ölçmeyi amaçlayan bir ölçektir (39). Türkiye'de yaygın olarak kullanılan bu ölçekte bireyin “adetten bir hafta önceki süre içinde olma durumunu” düşünerek işaretlediği 44 söylem yer almaktadır. Beşli likert tipindeki PMSÖ, 9 alt boyuttan (depresif duygulanım, anksiyete, yorgunluk, sinirlilik, depresif düşünceler, ağrı, iştah değişiklikleri, uyku değişiklikleri, şişkinlik) oluşmaktadır. “Hiç” seçeneği 1 puan, “Çok az” seçeneği 2 puan, “Bazen” seçeneği 3 puan, “Sık sık” seçeneği 4 puan ve “Sürekli” seçeneği 5 puan olup ölçekten alınabilecek en düşük puan 44, en yüksek puan 220'dir. Alt boyut skorları bu boyutlarda yer alan maddelerin toplanmasıyla elde edilmekte ve PMSÖ toplam puanı da alt boyut skorlarının toplamı ile bulunmaktadır. Orijinal ölçeğin Cronbach Alfa güvenilirlik (α) katsayısı .75 bulunmuştur (39). Bu çalışmada ise ölçeğin Cronbach Alfa güvenilirlik (α) katsayısı .97 bulunmuştur. Ayrıca ölçeğin alt boyutlarına ilişkin güvenilirlik katsayıları .83 ile .93 arasında değişmektedir. Kesme noktasına göre 132 puan altı PMS yok, 132 puan ve üstü PMS var şeklindedir. Daha yüksek puanlar

daha şiddetli hastalık ile ilişkilidir. Buna yönelik ikinci bir kesme noktası daha belirlenmiştir. İkincisi ise 44 puan ve altı PMS Yok, 45-103 arası puan PMS hafif düzeyde, 104-163 arası puan PMS orta düzeyde ve 164-220 arası puan PMS şiddetli düzeyde şeklindedir. Ölçeğin alt boyutları şu şekildedir;

1. Depresif duygulanım: 1-7. maddelerden oluşup can sıkıntısı, üzüntülü hissetme, ağlama, anhedoni ve karamsarlık gibi depresif duygularla ilgilidir. Bu alt boyuttan alınacak en düşük puan 7, en yüksek puan 35'tir.

2. Anksiyete: 8-11., 13., 15. ve 16. maddelerden oluşup endişe ve korkular gibi kaygıyı yansıtan maddeleri içermektedir. Bu alt boyuttan alınacak en düşük puan 7, en yüksek puan 35'tir.

3. Yorgunluk: 12., 14., 17., 18., 25. ve 37. maddelerden oluşup yorgunluk, çabuk yorulma, uyku isteği gibi durumlarla ilgilidir. Bu alt boyuttan alınacak en düşük puan 6, en yüksek puan 30'dur.

4. Sinirlilik: 19-23. maddelerden oluşup çabuk sinirlenme, öfkeyi kontrol edememe gibi durumlarla ilgilidir. Bu alt boyuttan alınacak en düşük puan 5, en yüksek puan 25'tir.

5. Depresif düşünceler: 24., 26-30. ve 44. maddelerden oluşup değersizlik düşünceleri, dikkat dağınıklığı, dalıp gitme gibi depresif düşüncelerle ilgili maddeleri içerir. Bu alt boyuttan alınacak en düşük puan 7, en yüksek puan 35'tir.

6. Ağrı: 31-33. Maddelerden oluşup bedensel ağrıları kapsayan durumlarla ilgilidir. Bu alt boyuttan alınacak en düşük puan 3, en yüksek puan 15'tir.

7. İştah değişimleri: 34-36. Maddelerden oluşup iştahtaki değişimler, unlu ve tatlı yeme isteği ile ilgilidir. Bu alt boyuttan alınacak en düşük puan 3, en yüksek puan 15'tir.

8. Uyku değişimleri: 38-40. Maddelerden oluşup uykuda bölünmeler, yorgun uyanma ve uykuya dalma güçlüğü gibi uykuya ilişkin değişimleri içermektedir. Bu alt boyuttan alınacak en düşük puan 3, en yüksek puan 15'tir.

9. Şişkinlik: 41-43. Maddelerden oluşup memelerde şişme ve hassasiyet ile ilgili maddelerden oluşmaktadır. Bu alt boyuttan alınacak en düşük puan 3, en yüksek puan 15'tir.

3.3.2. Eysenck Kişilik Anketi-Gözden Geçirilmiş/Kısaltılmış Formu (EKA-GGK)

48 soruluk Gözden Geçirilmiş Eysenck Kişilik Anketi- Kısa Formu 1985 yılında Eysenck ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir. Bu testte dışa dönüklük(12 madde), nörotisizm(12 madde), psikotisizm(12 madde) ve yalan(12 madde) olmak üzere 4 alt boyut bulunmaktadır. Bu test uzun olduğu için Francis ve arkadaşları 1992 yılında 24 maddelik Eysenck Kişilik Anketi-Gözden Geçirilmiş/Kısaltılmış (EKA-GGK) ölçeğini oluşturmuşlardır. Dışa dönüklük (2, 4, 13, 15, 20, 23), nörotisizm (1, 9, 11, 14, 18, 21), psikotisizm (3, 6, 8, 12, 16, 22) ve yalan (5, 7, 10, 17, 19, 24) olmak üzere her birinde 6 madde olan dört boyutu içermektedir. Ölçek evet hayır şeklinde iki seçenekli bir cevaplamaya ve 1-0 şeklinde bir puanlamaya sahiptir. Puanlama, 3, 5, 7, 10, 15, 16, 17, 19, 20, 22. maddeler için Evet = 0, Hayır = 1 puan; 1, 2, 4, 6, 8, 9, 11, 12, 13, 14, 18, 21, 23, 24. maddeler için ise Evet = 1, Hayır = 0 puan şeklinde yapılmaktadır. Her bir kişilik özelliği için alınabilecek puan 0 ile 6 arasında değişmektedir, yüksek puanlar alınan alt ölçek kişide o özelliklerin baskın olduğuna işaret eder. Yalan alt boyutu tüm testin geçerliliğinin değerlendirildiği bir kontrol skalasıdır. Francis ve arkadaşları 1992 yılında üniversite öğrencileri üzerinde anketi uygulamışlar, üç alt ölçek için yeterli iç tutarlılık bulmuşlardır. İç tutarlılık katsayısı dört ülkede nörotisizm için 0.70-0.77 arasında, dışa dönüklük için 0.74-0.84 arasında, yalan alt ölçeği için iç tutarlılık katsayısı 0.59-0.65 arasında bulunmuştur. Psikotisizm için ise tutarlılık kat sayısı oldukça düşük bulunmuştur (0.33-0.52). 2007 yılında Nuray Karancı ve arkadaşları tarafından Türkçe uyarlamasının geçerlilik güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Formun öncelikle Türkçe'ye çeviri ve geri çeviri çalışmaları yapılmış ve daha sonra dört ayrı üniversiteden 756 üniversite öğrencisine uygulanmıştır. Ölçeğin iç tutarlılık katsayısı dışa dönüklük, nörotisizm, psikotisizm ve yalan boyutları için sırasıyla .78, .65, .42, .64 ve test-tekrar test tutarlılığı ise yine sırasıyla .84, .82, .69 ve .69 olarak bulunmuştur. EKA-GGK Türkçe çevirisi psikositizm alt ölçeği dışında yüksek iç tutarlılık göstermiştir. Başka ülkelerde yapılan çalışmalarda da psikositizm ölçeğinin iç tutarlılık katsayısı yüksek bulunmamıştır. Bu nedenle bu alt ölçekteki düşük tutuarlılığın çeviri ile ilgili olmadığı , psikotisizmi ölçmek için kullanılan

ifadelerin tam olarak bu durumu ölçemediği düşünülebilir. Sonuçlar ölçeğin Türk öğrenci örnekleminde güvenilirliği ve geçerliliğini desteklemiştir(62). Araştırma kapsamında ölçeğin iç tutarlılık katsayısı nörotisizm, dışa dönüklük, psikotisizm ve yalan boyutları için sırasıyla .68, .77, .33 ve .56 olarak belirlenmiştir.

3.3.3. Sosyodemografik Bilgi Formu

Bu form araştırmanın örneklemini oluşturan hastalarla ilgili bilgi elde etmek amacı ile literatür taraması doğrultusunda, araştırmacı tarafından hastaların demografik, sosyo-kültürel bilgilerini, fiziksel özelliklerini, adet süresi gibi bilgileri öğrenmek amacı ile 14 sorudan oluşturulmuştur.

Gençdoğan ve Karancı'dan ölçekleri kullanmak için gerekli izin alındıktan sonra, aile hekimliği polikliniklerine herhangi bir nedenle başvuran, dahil edilme kriterlerine uyan ve hariç tutma kriterlerini taşımayan, araştırmaya katılmayı kabul eden katılımcılara araştırmacı tarafından sosyodemografik bilgi formu ve ölçekler dağıtıldı. Nasıl dolduracakları açıklandı ve kendileri doldurduktan sonra ölçekler tekrar toplandı. Eksik doldurulmuş veriler çalışmadan çıkarıldı, sonrasında veriler toplanarak analiz edildi.

3.3. İSTATİSTİKSEL ANALİZ

Araştırma kapsamında elde edilen verilerin analizinde SPSS 23.0 programından yararlanılmış. Analizlerde hangi testlerin kullanılacağını belirlemek için normallik testi yapılmıştır. Puanlardan elde edilen çarpıklık ve basıklık katsayıları + 1,5 ile - 1,5 arasında olduğundan dağılımın normal dağıldığı belirlenmiş ve analizlerde parametrik olan test teknikleri kullanılmıştır. Katılımcıların kişisel bilgilerine ilişkin frekans ve yüzdelere yer verilmiştir. Katılımcıların PMS ölçeğinden aldıkları puanlar ile medeni durum ve adet düzeni arasındaki ilişkiyi belirlemek için ilişkisiz örneklem t-testi; yaş, vücut kitle indeksi, eğitim durumu, çalışma durumu, ekonomik durumu, adet görme yaşı, adet süresi, adet ağrı düzeyi arasındaki ilişkiyi belirlemek için tek yönlü varyans analizi

(ANOVA) kullanılmıştır. EKA-GGK ölçeğinden aldıkları puanlar ile adet düzeni arasındaki ilişkiyi belirlemek için ilişkisiz örneklem t-testi; adet görme yaşı, adet süresi ve adet ağrı düzeyi arasındaki ilişkiyi belirlemek için tek yönlü varyans analizi (ANOVA) kullanılmıştır. PMSÖ alt boyutları ile EKA-GGK ölçeği alt boyutları, PMSÖ alt boyutları ile vücut kitle endeksi ve PMSÖ toplam puanı ile EKA-GKK alt boyutları arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacıyla Pearson Korelasyon analizi gerçekleştirilmiştir.



4. BULGULAR

Çalışmaya toplam 373 hasta dahil edilmiştir. Yaş ortalaması $29,9 \pm 8,7$ 'dir. Yaş, adet görme yaşı ve adet süresine ilişkin ortalamalar Tablo 1'de detaylı olarak gösterilmiştir.

Tablo 1. Yaş, menarş yaşı ve adet süresi ile ilgili bulgular

	n	Minimum	Maksimum	Ortalama	Standart Sapma
Yaş	373	18,00	52,00	29,91	8,75
Menarş Yaşı	373	9,00	17,00	13,12	1,26
Adet Süresi	373	2,00	12,00	6,25	1,59

Araştırmaya katılan kadınların yaş ve medeni durumlarına ait verilere yönelik sıklık ve oranlar Tablo 2'de sunulmuştur.

Katılımcıların %25,5'i ev hanımı, %31,1'i kamu sektöründe çalışmakta, %11,3'ü özel sektörde çalışmakta, %8,3'ü çalışmamakta ve %24,1'i öğrencidir. Katılımcıların eğitim durumu, çalışma durumu ve ekonomik durumuna ilişkin detaylar Tablo 3'de yer almaktadır.

Katılımcıların %26,8'i 12 yaş ve öncesinde ilk kez adet görmüştür. %75,9'unun adeti düzenli, %24,1'inin adeti düzensizdir. İlk adet olduğunda hissettiği duygularla ilgili 194 katılımcı "Daha önceden adetle ilgili bilgim vardı, normal karşıladım" ve 101 katılımcı "İlk kez adet olduğum için büyük bir stres altında hissettim" cevaplarını vermişlerdir. Katılımcıların menarş yaşı, adet düzeni, adet süresi, adet olduğunda ağrı düzeyi, ilk adet olduğunda ne hissettiği, anne/kardeşinde benzer adet öncesi şikayetler olma durumu, adet öncesi şikayetlere ilişkin tedavi gerekliliği düşüncesine ilişkin veriler Tablo 4'te yer almaktadır.

Tablo 2. Yaş ve medeni durumla ilgili bulgular

	Grup	n	%
Yaş	18-25 Yaş	134	35,9
	26-35 Yaş	140	37,5
	36-45 Yaş	76	20,4
	46-55 Yaş	23	6,2
Medeni Durum	Evli	185	49,6
	Bekar	188	50,4

Tablo 3. Eğitim, çalışma durumu ve ekonomik durumla ilgili bulgular

Eğitim Durumu	İlk-orta öğretim	53	14,2
	Lise	74	19,8
	Üniversite ve üzeri	246	66,0
Çalışma Durumu	Ev Hanımı	94	25,2
	Kamu Sektörü	116	31,1
	Özel Sektör	42	11,3
	Çalışmıyor	31	8,3
	Öğrenci	90	24,1
Ekonomik Durum	İyi	93	24,9
	Orta	268	71,8
	Kötü	12	3,2

Tablo 4. Menstruasyonla ilişkili verilere ait bulgular

Menarş Yaşı	0-12 yaş	100	26,8
	13-15 yaş	259	69,4
	16-18 yaş	14	3,8
Adet Düzeni	Düzenli	283	75,9
	Düzensiz	90	24,1
Adet Süresi	1-3gün	15	4,0
	4-7 gün	303	81,2
	8-12 gün	55	14,7
Adet Ağrı Düzeyi	Ağrı yok	36	9,7
	Hafif	142	38,1
	Orta	118	31,6
	Şiddetli	77	20,6
İlk Adet Olunduğunda Hissedilenler*	Daha önceden adetle ilgili bilgim vardı, normal karşıladım.	194	40,0
	İlk kez adet olduğum için büyük bir stres altında hissettim.	101	20,8
	Adetin ne olduğunu bilmediğim için korktum.	45	9,3
	Çevremi ayıplayacağını düşünerek utanç hissettim.	38	7,8
	Büyüdüğümü düşünerek mutlu oldum.	41	8,5
	Hiçbir şey hissetmedim.	36	7,4
	Hatırlamıyorum.	30	6,2
Anne/kız kardeşte PMS görülme*	Annemde de benim yaşadıklarım benzer adet öncesi şikayetler vardır.	155	36,4
	Kız kardeşimde de benim yaşadıklarım benzer adet öncesi şikayetler vardır.	134	31,5
	Annemde veya kız kardeşimde benim yaşadıklarım benzer adet öncesi şikayetler yoktur.	81	19,0
	Annemde veya kız kardeşimde benim yaşadıklarım daha şiddetli adet öncesi şikayetler vardır.	56	13,1
Adet Öncesi Şikâyet	Adet öncesi şikayetler her kadında vardır.	178	47,7
	Adet öncesi şikayetler şiddetli olsa bile tedavi edilmesi gereksizdir.	18	4,8
	Adet öncesi şikayetler varsa tedavi edilmelidir.	177	47,5

*Katılımcılar birden fazla seçenek işaretlediği için toplam frekans katılımcı sayısından fazladır.

Tablo 5. Menarş yaşına göre kişisel bulgular

	Grup	Menarş Yaşı					
		0-12 yaş		13-15 yaş		16-18 yaş	
		n	%	n	%	n	%
Yaş	18-25 Yaş	41	30,6	91	67,9	2	1,5
	26-35 Yaş	30	21,4	104	74,3	6	4,3
	36-45 Yaş	23	30,3	48	63,2	5	6,6
	46-55 Yaş	6	26,1	16	69,6	1	4,3
Medeni Durum	Evli	44	23,8	132	71,4	9	4,9
	Bekar	56	29,8	127	67,6	5	2,7
Eğitim Durumu	İlk-orta öğretim	12	22,6	39	73,6	2	3,8
	Lise	19	25,7	52	70,3	3	4,1
	Üniversite ve üzeri	69	28,0	168	68,3	9	3,7
Çalışma Durumu	Ev Hanımı	24	25,5	66	70,2	4	4,3
	Kamu Sektörü	29	25,0	79	68,1	8	6,9
	Özel Sektör	10	23,8	31	73,8	1	2,4
	Çalışmıyor	8	25,8	22	71,0	1	3,2
	Öğrenci	29	32,2	61	67,8	0	0,0
Ekonomik Durum	İyi	27	29,0	61	65,6	5	5,4
	Orta	71	26,5	188	70,1	9	3,4
	Kötü	2	16,7	10	83,3	0	0,0
Adet Düzeni	Düzenli	85	30,0	187	66,1	11	3,9
	Düzensiz	15	16,7	72	80,0	3	3,3
Adet Süresi	1-3gün	4	26,7	10	66,7	1	6,7
	4-7 gün	81	26,7	211	69,6	11	3,6
	8-12 gün	15	27,3	38	69,1	2	3,6
Adet Olduğunda Ağrı Düzeyi	Ağrı yok	13	36,1	22	61,1	1	2,8
	Hafif	32	22,5	103	72,5	7	4,9
	Orta	38	32,2	75	63,6	5	4,2
	Şiddetli	17	22,1	59	76,6	1	1,3

Çalışmaya katılan 373 katılımcının PMSÖ ölçeğinin geneline ilişkin puanı ortalaması $116,55 \pm 37,63$ olarak bulunmuştur. Alt gruplar içinde en yüksek ortalama

toplam puan depresif duygulanım grubunda, en düşük ortalama toplam puan uyku değişimleri alt grubundadır. Ölçeğin geneline ve alt boyutlarına ilişkin puanlardan elde edilen çarpıklık ve basıklık katsayılarının hem ölçeğin geneli hem de alt boyutları için +1,5 ile -1,5 arasında olduğu görülmektedir. Bu durum ölçeğe ilişkin puanların normal dağıldığını göstermektedir. PMSÖ toplam puan ve alt gruplardan aldıkları puanlar ilişkin detaylar Tablo 6’da yer almaktadır.

Tablo 6. PMSÖ’ye ait betimsel istatistikler

PMS Ölçeği	n	Minimum	Maximum	Ortalama	ss	Çarpıklık	Basıklık
Depresif Duygulanım	373	7,00	35,00	19,38	7,48	,016	-,802
Anksiyete	373	7,00	35,00	13,92	6,46	1,142	,935
Yorgunluk	373	6,00	30,00	17,68	6,47	,046	-,822
Sinirlilik	373	5,00	25,00	14,96	5,62	-,099	-,934
Depresif Düşünceler	373	7,00	35,00	15,84	7,48	,639	-,417
Ağrı	373	3,00	15,00	8,30	3,37	,238	-,796
İştah Değişimleri	373	3,00	15,00	9,45	3,60	-,120	-1,007
Uyku Değişimleri	373	3,00	15,00	7,35	3,44	,486	-,861
Şişkinlik	373	3,00	15,00	9,64	3,76	-,095	-1,108
Genel	373	45,00	215,00	116,55	37,63	,298	-,364

PMSÖ’ye verilen cevaplar değerlendirildiğinde katılımcıların %34,6’sında PMS vardır. Katılımcıların PMS olma oranlarına ilişkin detaylı bulgular Tablo 7’de gösterilmektedir.

Tablo 7. Katılımcıların PMS seviyesine ilişkin bulgular

PMS	Yok	Var
	244	129
	65,4	34,6

Tablo 8. EKA-GGK’ya ait betimsel istatistikler

EKA-GGK Ölçeği	n	Minimum	Maximum	Ortalama	ss	Çarpıklık	Basıklık
Dışa-dönüklük	373	,00	6,00	3,96	1,90	-,689	-,630
Yalan	373	,00	6,00	4,21	1,48	-,776	,182
Nörotisizm	373	,00	6,00	3,22	1,83	-,131	-1,008
Psikotisizm	373	,00	6,00	1,29	1,07	,627	-,170
Genel	373	4,00	21,00	12,69	2,75	-,165	,270

Nörotisizm puanları arttıkça PMSÖ'ye ait tüm alt boyutlarda puanlar artmaktadır. Dışa-dönüklük puanları düştükçe depresif duygulanım, yorgunluk, sinirlilik ve depresif düşünceler puanları artmakta; yalan puanları düştükçe depresif duygulanım, anksiyete, yorgunluk, sinirlilik, depresif düşünceler ve iştah değişimleri puanlarının arttığı; psikositizm puanları düştükçe uyku değişimleri ortalama puanının arttığı görülmektedir. PMSÖ alt boyutları ve EKA-GGK alt boyutları arasındaki ilişkiye ait bulgular Tablo 9'da detaylı olarak gösterilmiştir.

Tablo 9. PMSÖ ve EKA-GGK alt boyutlarından alınan puanların ilişkisi

PMS Alt Boyutlar		EKA-GGK Alt Boyutlar			
		Dışa-dönüklük	Yalan	Nörotisizm	Psikotisizm
Depresif Duygulanım	r	-,127**	-,248*	,265*	,009
	p	,014	,000	,000	,859
Anksiyete	r	-,096	-,201*	,353*	-,023
	p	,063	,000	,000	,657
Yorgunluk	r	-,214*	-,137*	,369*	-,010
	p	,000	,008	,000	,846
Sinirlilik	r	-,141*	-,159*	,394*	-,012
	p	,006	,002	,000	,824
Depresif Düşünceler	r	-,153*	-,249*	,365*	-,003
	p	,003	,000	,000	,955
Ağrı	r	-,097	,015	,279*	-,075
	p	,062	,778	,000	,151
İştah Değişimleri	r	,016	-,180*	,133**	,025
	p	,764	,000	,010	,627
Uyku Değişimleri	r	-,093	-,069	,308*	-,124**
	p	,072	,185	,000	,016
Şişkinlik	r	-,074	-,050	,185*	-,056
	p	,154	,331	,000	,283

*p<0,01; **p<0,05

Katılımcıların nörotisizm puanları arttıkça PMS puanları da artmaktadır($p<0,001$) Dışa-dönüklük($p=,003$) ve yalan($p<0,001$) puanları arttıkça PMS puanları azalmaktadır. Psikotizizm ile PMS puanları arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır. Detaylar Tablo 10’da yer almaktadır.

Tablo 10. Katılımcılarda PMS toplam puanı ile EKA-GGK ölçeklerinin alt boyutlarından alınan puanların korelasyonu

		EKA-GGK Alt Boyutlar			
		Nörotisizm	Dışa-dönüklük	Psikotizizm	Yalan
PMS toplam puanı	r	,393*	-,153**	-,027	-,208*
	p	,000	,003	,597	,000

* $p<0,01$; ** $p<0,05$

Katılımcıların PMS düzeyleri, medeni duruma göre anlamlı bir farklılık göstermektedir. Evli kadınların PMS düzeyleri bekar kadınlara göre daha düşüktür ($p<0,001$). PMSÖ’den alınan puanın toplamı adet düzeni/düzensizliği ile anlamlı bir farklılık göstermemektedir. Katılımcıların PMS düzeylerinin medeni durum ve adet düzeni açısından incelenmesi için yapılan t testi sonuçları Tablo 11’de verilmiştir.

Tablo 11. PMS düzeyinin medeni durum ve adet düzeni açısından incelenmesi

	Klinik	n	Ortalama	ss	t	p
Medeni Durum	Evli	185	107,38	35,89	-4,803*	,000
	Bekar	188	125,57	37,22		
Adet Düzeni	Düzenli	283	114,85	36,37	-1,458	,147
	Düzensiz	90	121,91	41,11		

* $p<0,01$; ** $p<0,05$

Katılımcıların PMS düzeyleri, ekonomik durum, menarş yaşı ve adet süresine göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir. Bununla birlikte yaş($p<0,001$), eğitim durumu($p=,002$), çalışma durumu($p<0,001$) ve adet ağrı düzeyine($p<0,001$) göre anlamlı bir farklılık göstermektedir. 18-25 yaş arasında olanlar diğer yaş gruplarına göre PMSÖ’den daha yüksek puanlar almıştır. Diğer yaş grupları arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır. Eğitim düzeyi ilk-orta öğretim düzeyinde olanlar, üniversite düzeyince olanlara göre daha düşük puan almıştır. Öğrenciler; ev hanımlarına, kamu

ve özel sektörde çalışanlara göre PMSÖ'den daha yüksek puan almıştır. Katılımcılar algılanan ekonomik durum, adet görme yaşı ve adet süresine göre gruplara ayrıldığında PMSÖ puanları arasında anlamlı farklılık görülmemiştir. Adet olduğunda ağrısı olmayanlar; hafif, orta ve şiddetli ağrısı olanlara göre PMSÖ'den daha düşük puan almışlardır. Detaylı bilgiler Tablo 12'de verilmiştir.

Tablo 12. PMS düzeyinin yaş, eğitim durumu, çalışma durumu, ekonomik durumu, menarş yaşı, adet süresi ve dismenore açısından incelenmesi

	Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	sd	Kareler Ortalaması	f	p	Anlamlı Fark
Yaş	Grupllararası	26364,143	3	8788,048	6,477	,000*	18-25/26-35 18-25/36-45 18-25/46-55
	Gruplariçi	500623,980	369	1356,705			
	Toplam	526988,123	372				
Eğitim Durumu	Grupllararası	17097,544	2	8548,772	6,203	,002*	İlk-Orta Öğretim/ Üniversite ve üzeri
	Gruplariçi	509890,579	370	1378,083			
	Toplam	526988,123	372				
Çalışma Durumu	Grupllararası	44715,396	4	11178,849	8,530	,000*	Ev Hanımı/Öğrenci Kamu Sektörü/Öğrenci Özel Sektör/Öğrenci
	Gruplariçi	482272,727	368	1310,524			
	Toplam	526988,123	372				
Ekonomik Durum	Grupllararası	8068,140	2	4034,070	2,876	,058	
	Gruplariçi	518919,983	370	1402,486			
	Toplam	526988,123	372				
Menarş Yaşı	Grupllararası	2034,098	2	1017,049	,717	,489	-
	Gruplariçi	524954,025	370	1418,795			
	Toplam	526988,123	372				
Adet Süresi	Grupllararası	1725,665	2	862,833	,608	,545	-
	Gruplariçi	525262,458	370	1419,628			
	Toplam	526988,123	372				
Adet Ağrı Düzeyi	Grupllararası	54482,048	3	18160,683	14,182	,000*	Ağrı Yok/Hafif Ağrı Yok/Orta Ağrı Yok/Şiddetli Hafif/Şiddetli
	Gruplariçi	472506,076	369	1280,504			
	Toplam	526988,123	372				

*p<0,01; **p<0,05

Tablo 13. EKA-GGK puanlarının adet düzeni açısından incelenmesi

	Klinik	n	Ortalama	ss	t	p
Adet Düzeni	Düzenli	283	12,62	2,73	-,798	,426
	Düzensiz	90	12,90	2,82		

Tablo 14. EKA-GGK puanlarının menarş yaşı, adet süresi ve adet ağrı düzeyi açısından incelenmesi

	Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	sd	Kareler Ortalaması	f	p	Anlamlı Fark
Menarş Yaşı	Gruplararası	11,945	2	5,973	,783	,458	-
	Gruplariçi	2821,213	370	7,625			
	Toplam	2833,158	372				
Adet Süresi	Gruplararası	7,322	2	3,661	,479	,620	-
	Gruplariçi	2825,836	370	7,637			
	Toplam	2833,158	372				
Adet Ağrı Düzeyi	Gruplararası	12,118	3	4,039	,528	,663	-
	Gruplariçi	2821,041	369	7,645			
	Toplam	2833,158	372				

5. TARTIŞMA

Çalışmamızda PMSÖ ve EKA-GGK ölçekleri kullanılarak premenstrüel sendrom ve kişilik arasındaki ilişki incelenmiştir. Bildiğimiz kadarıyla bu iki ölçeğin beraber kullanıldığı ilk çalışmadır.

Çalışmamızda toplamda 373 kadın değerlendirilmiş olup sosyodemografik özellikler açısından incelendiğinde katılımcıların ortalama yaşının 29,9 olduğu, %57'sinin vücut kitle indeksinin normal aralıkta olduğu, evli ve bekar oranının neredeyse eşit olduğu, %66'sının üniversite ve üzeri eğitime sahip olduğu, %66'sının öğrenci veya çalışıyor olduğu, %71'inin ekonomik durumunu “orta” seviyesinde tanımladığı görülmektedir.

Menstruasyon ile ilgili özelliklere bakıldığında %75'inin düzenli adet gördüğü, ortalama menarş yaşının 13,1 olduğu, ortalama adet süresinin 6,25 gün olduğu görülmektedir. İlk adet olduklarında hissettikleriyle ilgili 194 kadın “Daha önceden adetle ilgili bilgim vardı, normal karşıladım” seçeneğini, 101 kadın “İlk kez adet olduğum için büyük bir stres altında hissettim” seçeneğini işaretlemiştir. 81 kadın annesinde veya kız kardeşinde kendisinininkine benzer adet öncesi şikayetler olmadığını belirtirken, diğerleri annesinde veya kız kardeşinde kendi yaşadıklarına benzer veya daha şiddetli adet öncesi şikayetler olduğunu belirtmiştir. Kadınların %47,5'i adet öncesi şikayetler varsa tedavi edilmesi gerektiğini düşünmektedir, %4,8'i ise adet öncesi şikayetler varsa bile tedaviyi gereksiz bulmaktadır.

Poyrazoğlu'nun çalışmasında kadınların ortalama menarş yaşı 13,3, ortalama adet süresi 5,7 gün bulunmuş, kadınların %73,5'i adet olduğunda farklı düzeylerde ağrısının olduğunu belirtmiştir (4). Hasdemir'in çalışmasında ortalama menarş yaşı 13,2, ortalama adet süresi 5,96 gün olarak bulunmuş, katılımcıların %54,4'ü adet sırasında ağrı yaşadığını belirtmiştir (63). Çalışmamız kadınların ortalama menarş yaşı ve ortalama adet süresi bakımından literatür ile benzerlik göstermektedir.

Çalışmamızda kadınların %90,3'ü adet döneminde ağrısının olduğunu belirtirken, %38,1'i ağrısının hafif düzeyde olduğunu belirtmiştir. Yaşar ve arkadaşlarının sağlık çalışanları arasında yaptığı çalışmada kadınların %95,7'si adet döneminde ağrısının olduğunu belirtmiştir (64). Literatürde dismenore prevalansı, değişik çalışmalarda %16-91 gibi çok geniş bir aralıkta bildirilmiştir (65). Çalışmamızın sonuçları literatür ile benzerlik göstermektedir. Poyrazoğlu ve Hasdemir'in çalışmalarından farklı çıkmasının sebebi bizim çalışmamızda "adet olduğunuzda ağrınız olur mu" sorusu için "evet-hayır" şeklinde 2 seçenek olan diğer çalışmaların aksine, "olmaz-hafif-orta-şiddetli" şeklinde 4 seçenek olması ve çalışılan popülasyonun farklılığı olabilir.

Çalışmamızda PMS prevalansı %34,6 olarak bulunmuştur. Ölçeğin geneline ilişkin puanı ortalaması $116,55 \pm 37,63$ olarak bulunmuştur. Ölçer ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada yaş ortalaması 20,6 olup PMSÖ ortalama toplam puanı $114,98 \pm 36,60$ olarak bulunmuştur (15). Hasdemir'in araştırmasında yaş ortalaması 30,0 olup %45'i evli, %23'ü ev hanımı ve %56'sı üniversite ve üzeri eğitime sahiptir. PMS prevalansı %41,6, PMSÖ ortalama toplam puanı $104,54 \pm 36,11$ bulunmuştur(63). Poyrazoğlu'nun yine aynı ölçeği kullandığı araştırmasında yaş ortalaması 31,0 olup evli katılımcı oranı %67, üniversite ve üzeri eğitime sahip olanların oranı % 19'dur ve %79'u ev hanımıdır. PMS prevalansı %39,8, ortalama toplam puan $102,9 \pm 35,1$ olarak bulunmuştur (4). Farklı prevalans ve ortalama toplam puanlar çalışmaların yapıldığı popülasyonların yaş ortalaması, eğitim ve çalışma durumunu, medeni durum ve kültürel duruma ilişkin farklılıklardan kaynaklanıyor olabilir.

PMSÖ alt boyutlarının ortalama toplam puanlarına bakıldığında en yüksek ortalama puanın depresif duygulanım alt grubunda olduğu, bunu sırasıyla yorgunluk, depresif düşünceler, sinirlilik, anksiyete, şişkinlik, iştah değişimleri, ağrı ve en son olarak uyku değişimleri alt gruplarının takip ettiği görülmektedir. Poyrazoğlu'nun çalışmasında alt gruplar arasında en yüksek üç ortalama sırasıyla depresif duygulanım, yorgunluk, depresif düşünceler alt grubuna; en düşük puan uyku değişimleri alt grubuna aittir. Hasdemir'in çalışmasında en yüksek üç ortalama sırasıyla depresif duygulanım, yorgunluk ve depresif düşünceler alt grubuna, en

düşük ortalama uyku değişimleri alt grubuna aittir. Bu benzerlik kadınların premenstrüel dönemde sıklıkla benzer alt gruba ait semptomlar yaşadıklarını göstermektedir.

EKA-GGK alt boyutlarından alınan puanlar ülkemizde yapılan diğer çalışmalarla benzerlik göstermektedir (62,66-68). Diğer çalışmalarla karşılaştırılmasına ilişkin detaylar Tablo 15’de yer almaktadır.

Tablo 15. Ülkemizde EKA-GGK kullanılan çalışmalara ait alt boyut ortalama puanlarının karşılaştırılması

EKA-GGK alt boyutları ortalama puanları				
	Yalan	Psikositizm	Nörotisizm	Dışa-dönüklük
Gözel ve ark.(66)	4,1 ±1,32	1,22±1,03	3,16 ± 1,85	3,83 ± 1, 2
Gökmen ve ark.(67)	3,73±1,65	1,50±1,21	3,45±1,65	3,56±1,97
Taşdemir ve ark.(68)	3,53 ± 1,49	1,86 ± 1,25	3,28 ± 1,67	3,46 ± 1,47
Karancı ve ark.(62)	3,27±1,76	1,56±1,60	3,33±1,77	3,60±1,19
Bizim çalışmamız	4,21±1,48	1,29±1,07	3,22±1,83	3,96±1,90

Çalışmamızda kişilik özellikleri ile PMS arasında ilişki bulunmuştur. Nörotisizm düşük benlik saygısı, depresif duygu durumu, sinirlilik, kaygılı olma gibi olumsuz duygu ve bilişlere yatkınlık oluşturan bir kişilik özelliğidir. Nörotik bireylerde psikolojik(anksiyete bozuklukları, depresyon, panik bozukluk, alkol kullanım bozukluğu) ve fiziksel(cilt hastalıkları, siyatik, üriner problemler, ülser, irritabl barsak sendromu, egzama, astım) hastalıkların daha sık olduğu belirtilmiştir (69,70). Çalışmamızda nörotisizm ile PMS toplam puanı arasında orta düzeyde, pozitif ve anlamlı bir ilişki görülmüştür. Literatürde benzer şekilde, PMS ile nörotizmin ilişkili olduğunu söyleyen çok sayıda çalışma vardır. Ölçer, Şener, Dan, Doost, Adewuya ve Lewis nörotisizm ile PMS arasında pozitif ilişki saptamışlardır (13,15,61,71-73).

Dışa-dönüklük insanlarla rahat iletişim kurabilme, topluluk içinde olmaktan hoşlanma, işbirliğine açık olma, atılgan, hareketli ve arkadaş canlısı olma ile ilişkilidir (61). Bu bireyler daha fazla pozitif duygulara sahiptirler. Dışa-dönüklük ile PMS puanları arasında düşük düzeyde, negatif ve anlamlı ilişki bulunmuştur.

Literatürde PMS ve dışa-dönüklük arasındaki ilişkinin incelendiği çalışma sayısı azdır. Arslantaş, Doost ve Erenoğlu, dışa-dönük kadınlarda PMS'nin daha az görüldüğünü bildirmiştir (72,74,75). Ölçer, Şener, Hammarback ve Izadi PMS ile dışa-dönüklük arasında anlamlı ilişki bulamamıştır (15,28,61,76). Çalışmalar arasındaki farklılıkların sebebi kullanılan ölçeklerin, çalışmanın yapıldığı popülasyonun ve araştırma tipinin farklı olması olabilir.

Yalan alt boyutundaki sorular daha çok toplumca yanlış olduğu varsayılan, fakat zaman zaman herkesin sergileyebileceği davranışları sorgulamaktadır. Sosyal istenirlik konusundaki duyarlılığı yansıtmakla birlikte, anketi dolduran kişinin ne kadar içtenlikle cevap verdiğini de test etmektedir (62). Çalışmamızda yalan ile PMS arasında düşük düzeyde, negatif ve anlamlı ilişki görülmektedir. Yalan alt ölçeğinden daha yüksek puan alan kadınlar PMSÖ'yü de daha az gerçekçi doldurmuş ve bundan dolayı daha düşük puanlar almış olabilirler. Sosyal istenirliği daha fazla önemseyen kadınlar PMS yaşadığı halde semptomlarını etkilerini hekime anlatırken azaltıyor, hastalığı inkar etmeye çalışıp mükemmel görünmeye çalışıyor olabilirler. 1989'da Hammarback araştırmasında yalan ile PMS arasında anlamlı ilişki bulamamıştır (28). Literatürde bu konuda az sayıda çalışma olduğundan, yapılacak daha fazla sayıda çalışma ile PMS ile yalan alt boyutu arasındaki ilişkinin aydınlatılması gerekmektedir.

Psikotisizm özelliği yüksek olan bireylerin benmerkezci ve dürtüsel yapıda oldukları belirtilmiştir. Bencillik, saldırganlık, anlayışsızlık bu bireylerin diğer özellikleridir. Ayrıca bu gruptaki bireylerin soğuk, mesafeli, saldırgan, güvensiz, duygusuz, tuhaf, empati kuramayan ve diğer insanlara karşı duyarsızlık gibi kişilik özellikleri gösterdikleri belirtilmektedir (77). Psikotisizm ile PMS puanları arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır. Çalışmamızda bu alt boyuta ilişkin iç tutarlılık katsayısı düşük bulunmuştur. Bu alt boyuta ait katsayının birçok çalışmada düşük bulunduğu ve bunun sorularla ilgili olduğu düşünülmüştür (62). Literatürde PMS ve psikotisizm ilişkisine dair tek bir çalışmaya rastladık. Çin'de tıp fakültesi öğrencileri arasında yapılan bir çalışmada PMS olan kadınlarda psikotisizm puanlarının daha yüksek olduğu bildirilmiştir (71).

Çalışmamızda nörotisizm puanları arttıkça PMSÖ'ye ait tüm alt boyutlarda puanlarının arttığı görülmektedir. Dışa-dönüklük puanları düştükçe depresif duygulanım, yorgunluk, sinirlilik ve depresif düşünceler puanları artmakta; yalan puanları düştükçe depresif duygulanım, anksiyete, yorgunluk, sinirlilik, depresif düşünceler ve iştah değişimleri puanlarının arttığı; psikositizm puanları düştükçe uyku değişimleri ortalama puanının arttığı görülmektedir. Bu farklılık kişilik özelliklerinin yaşanan farklı semptomların şiddetini etkileyebileceğini düşündürmektedir.

Ölçer'in Cervantes Kişilik Ölçeği kullanarak yaptığı çalışmada nörotisizm puanları arttıkça depresif duygulanım, anksiyete, yorgunluk, sinirlilik, depresif düşünceler, ağrı, iştah değişimleri, uyku değişimleri ve şişkinlik puanlarının arttığını görmüştür. Dışa dönüklük puanları azaldıkça anksiyete ve depresif düşüncelerin puanı artmaktadır (15). Nörotik bireylerin daha fazla stres, semptom ve ağrı yaşadıkları; umursamazlık ve kendi kendine tedaviye daha yatkın oldukları bilinmektedir (69). Nörotisizm PMS için risk faktörü oluşturduğu gibi, belirtilerin daha şiddetli seyretmesine de sebep oluyor olabilir.

Çalışmamızda dikkat çeken bulgulardan biri 18-25 yaş aralığındaki kadınların diğer yaş gruplarına göre PMSÖ'den daha yüksek puan aldığı, diğer gruplar arasında anlamlı farklılık olmadığıdır. Çelik, yaş arttıkça PMS'nin azaldığını bildirmiştir. Brezilya'da yapılmış olan bir çalışmada 30 yaşından genç kadınlarda daha sık PMS görülmüştür (78,79). Tayland'da hemşireler arasında yapılmış bir çalışmada, yaşı daha genç olanlarda PMS'nin daha sık görüldüğü belirtilmiştir (80). Yaşın ilerlemesiyle PMS durumunun azalması, kadınların zamanla bu durumla daha iyi baş edebilmesinden kaynaklanıyor olabilir. Deuster 34 yaşının altında olan kadınlarda daha sık PMS görüldüğünü bildirmiştir (35). Literatürde farklı sonuçları olan çalışmalar da vardır. Demir, yaş ve PMS arasında anlamlı ilişki bulamamıştır (25). İsviçre'de yapılmış bir çalışma 35-44 yaş aralığındaki kadınlarda PMS'nin daha sık görüldüğü bildirilmiştir (81).

Çalışmamızda evli kadınların, bekar kadınlara göre PMS puanları daha düşük bulunmuştur. Adıgüzel de benzer şekilde bekar kadınlarda PMS'nin daha sık

görüldüğünü bildirmiştir (82). Literatürde farklı bulgular da mevcuttur. Demir, medeni durum ve PMS arasında anlamlı ilişki bulamamıştır (25). Ürdün’de yapılan bir çalışmada ise evli olan kadınlarda PMS daha sık bulunmuştur (83). Algılanan stres düzeyinin de PMS’yi etkilediği düşünülürse, beraberinde evlilik doyumunun da değerlendirildiği medeni durum ve PMS ilişkisini araştıran çalışmalar daha doğru sonuçlar elde edilmesini sağlayabilir.

İlk-orta öğretim düzeyinde eğitime sahip olan kadınların, üniversite ve üzeri eğitimi olanlara göre PMS puanları daha düşük bulunmuştur. İspanya’da yapılan bir çalışmada da yüksek eğitimlilerde PMS düzeyi daha fazla bulunmuştur (84). Önal ise PMS ile eğitim durumu arasında anlamlı ilişki bulamamıştır (11).

Öğrenci olan kadınların; ev hanımı, özel sektörde çalışan ve kamu sektöründe çalışan kadınlara göre PMS puanlarının daha yüksek olması dikkat çekicidir. Çelik ve Erbil, PMS ile çalışma durumu arasında anlamlı ilişki bulamamıştır (78,85). Adıgüzel ve Poyrazoğlu’nun katılımcıları “ev hanımı-çalışıyor” olarak ayırdıkları çalışmalarında, PMS’nin çalışanlarda daha sık olduğunu belirtmiştir (4,82). Bizim çalışmamızda çalışma durumu sorusuna ilişkin daha geniş cevap seçeneği sunulduğu için sonuçlar farklı çıkmış olabilir. Ayrıca pandemi nedeniyle öğrenciler, çalışan gruplara göre evde daha fazla zaman geçirmektedir ve online şekilde eğitim görmektedir. Çalışmamızda hastaların toplandığı Şubat-Nisan dönemlerinde pandemi nedeniyle kapalı alanların kullanımı kısıtlanmış ve bu aylarda Ankara’da hava koşulları dışarıda yapılabilecek aktivitelere uygun değildir. Bu sebepten sosyal hayatlarının zayıflaması ve online eğitimde yaşanan öğrenme zorluğu, öğrencilerin algılanan stres düzeylerini artırmış olabilir. Öğrenciler çalışmanın yapıldığı dönemde algılanan stres düzeyinin artması nedeniyle PMSÖ’den daha yüksek puanlar almış olabilirler.

Algılanan ekonomik durum ve PMS arasında anlamlı ilişki saptanamamıştır. Önal ve Deuster’in çalışmalarında da ekonomik durum ile PMS arasında ilişki saptanamamıştır (11,35). Erbil, gelir düzeyi daha düşük olanlarda PMS’nin daha sık olduğunu bildirmiştir (85).

Menstruasyon süresi ile PMS arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır. Polonya’da yapılan bir çalışmada menstruasyon süresi ile PMS arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır (86). Deuster ve Potter, menstruasyon süresi 6 günden uzun olanlarda daha sık PMS olduğunu bildirmiştir (34,35).

Menarş yaşı ile PMS ilişkisiz bulunmuştur. Önal, Erbil, Çelik’in çalışmalarında da menarş yaşı ile PMS ilişkisiz bulunmuştur (11,77,85). Demir ve Deuster, 12 yaş ve öncesinde adet görenlerde PMS’nin daha sık görüldüğünü bildirmiştir (35).

Hafif-orta-şiddetli düzeyde dismenore yaşayanların, adet olduğunda ağrısı olmayanlara göre PMS puanları daha yüksek bulunmuştur. Benzer şekilde Önal, Dan, Potter, Adewuya ve Yaşar dismenoresi olan kadınlarda PMS’nin daha sık olduğunu bildirmiştir (11,34,71,73,87). Dismenoresi olan kadınların PMS yönünden risk altında olduğu klinisyenler tarafından bilinmelidir.

PMS’nin etyolojisinde stres düzeyi, sigara, depresyon, anksiyete bozukluğu, kronik hastalıklar ve öğrenilmiş davranışlar gibi birçok sosyal, fiziksel ve psikolojik birçok faktör rol almaktadır. Potter yaptığı çalışmada iki yıl boyunca 1350 kadını izlenmiş, iki yıldan birinde PMS görülen kadınların %72’sinde diğer yıl PMS görülmediğini, PMS görülmeye devam eden kadınlarda stresli yaşam olaylarının daha fazla olduğunu bildirmiştir (34). PMS’nin sosyodemografik ve menstruasyonla ilgili değişkenlerle ilişkisindeki farklı sonuçlar, çalışmaların büyük çoğunluğunun kesitsel olmasından, ayrıca çalışılan popülasyon ve kültürlerin farklılığından kaynaklanıyor olabilir.

Araştırmamızda kullanılan PMSÖ’nün ülkemizde sıkça kullanılıyor olması, nörotisizm ile PMS arasındaki ilişkinin iyi biliniyor olması ve örneklem sayımızın geniş olması çalışmamızın güçlü yanlarıdır. Premenstrüel sendromda kesin tanı kriterlerinin olmayışı, kategorik ve boyutsal yaklaşımların farklı olmasından kaynaklanan “kişilik” kavramının tam anlaşılamaması çalışmamızın başlıca sınırlılığıdır. PMS ile psikositizm-yalan arasındaki ilişkiyle ilgili çalışmaların yetersiz olması, pandemi nedeniyle çalışmanın öngörülen zamandan daha sonra ve

daha kısa sürede yapılmış olması, pandemi nedeniyle polikliniğe başvuran hasta sayısının azalması, PMSÖ ve EKA-GGK ölçeklerini hastaların kendilerinin dolduruyor olması, geriye dönük sorulara verilen yanıtlarda hafıza faktörü diğer sınırlılıklardır.

PMS tanısı koymada en güvenilir yöntemin ileriye dönük semptom kaydı olduğu bilinmektedir (16). Kişilik değerlendirilirken kullanılan ölçekler ile beraber kişinin yakın çevresi ile görüşülmesi, kişi ile tekrar görüşmeler yapılması kişilik özellikleri ile ilgili daha doğru değerlendirme sağlamaktadır (53). Zaman kısıtı nedeniyle çalışmamızın prospektif olarak yapılmamış olması, eş zamanlı psikiyatrik komorbiditelerin değerlendirilmemiş olması çalışmamızın başlıca sınırlamalarıdır.

Çalışmamızda nörotisizm ile PMS arasındaki ilişkinin gösterilmesi literatürle paralellik göstermektedir. PMS ile dışa-dönüklük, psikositizm ve yalan arasındaki ilişkilerin aydınlatılması, PMS’de risk faktörlerinin daha iyi anlaşılması için daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır. Farklı kültürlerde yapılacak farklı çalışmalar bu ilişkilerin daha iyi anlaşılmasını sağlayacaktır. PMS olma durumu zamanla değişebildiğinden, sonraki araştırmacılara uzun süreli izlem yaparak PMS ve kişilik özellikleri arasındaki ilişkiyi araştırmalarını öneririz.

6. SONUÇLAR

Premenstrüel belirtiler kadınlarda sıklıkla görülür, fakat bu belirtilerden bir tanesi bile hayatı etkileyecek düzeydeyse hastalık olarak görülmeli ve tedavi açısından değerlendirilmelidir. PMS etyolojisi henüz tam olarak anlaşılamamış, üzerinde anlaşılmış kesin tanı kriterleri olmayan bir hastalıktır. PMS ve AÖDB kadın popülasyonda iş gücü kaybına, sosyal ilişkilerde bozulmaya ve işlevsellikte azalmaya yol açabilir. Kadınların sosyal, akademik ve ekonomik hayatlarını etkilemesi sebebiyle toplumu etkileyen bir hastalıktır.

Kişilik özellikleri semptomların algılanışını, hastalığın şiddetini, tedavi arama davranışlarını ve rahatsız edici durumlarla baş etme stratejilerini etkileyebilir. PMS ile kişilik özellikleri arasındaki ilişkinin anlaşılması hem hastalığın biyopsikososyal etyolojisinin daha iyi anlaşılmasına, hem de hastalığı önleme ve tedavi yaklaşımlarına katkı sağlayabilir. Bu çalışmada nörotisizm arttıkça daha sık PMS; dışa-dönüklük ve yalan arttıkça daha az PMS olduğu görülmüştür. Hekimler ve diğer sağlık personelleri tarafından özellikle nörotik kişiliğe sahip kadınların PMS açısından risk altında olduğu bilinmelidir. Ayrıca PMS olan kadınlar değerlendirilirken, kişilik özellikleri de göz önünde bulundurulmalıdır.

Kadınların PMS'yi normal olarak görebildikleri, bu durumdan ötürü tedavi arayışında bulunmadıkları bilinmektedir. Çoğu PMS hastasında yaşam tarzı değişikliği ile beraber kişinin hastalığının farkına varması, sebeplerini anlaması ve bu durumla ilgili bilgisinin artması tedavide yeterli olmaktadır (1).

Aile hekimleri aynı popülasyonla daha uzun yıllar ve daha sık temas kurarlar. Kişi merkezli ve kapsayıcı bir bakım verdiklerinden bireylerin kişilik özellikleri ile ilişkili olabilecek komorbiditeleri hakkında bilgi sahibidirler. PMS yönünden riskli grubu tanıma açısından aile hekimleri avantajlı durumdadırlar. PMS'yi tanıyarak, tedavi ederek, yönlendirerek ve toplumda PMS hakkında bilinç oluşturarak bu hastalığın toplumsal yükünü azaltabilirler.

7. KAYNAKLAR

1. Türkçapar AF, Türkçapar MH. Premenstruel Sendrom ve Premenstruel Disforik Bozuklukta Tanı ve Tedavi: Bir Gözden Geçirme. Klinik Psikiyatri Dergisi 2011;14(4):241-53.
2. Direkvand-Moghadam A, Sayehmiri K, Delpisheh A, Kaikhavandi S. Epidemiology of Premenstrual Syndrome (PMS)-A Systematic Review and Meta-Analysis Study. Journal of Clinical&Diagnostic Research 2014;8(2):106-9.
3. Kısa S, Zeyneloğlu S, Güler N. Üniversite Öğrencilerinde Premenstruel Sendrom Görülme Sıklığı ve Etkileyen Faktörler. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2012;1(4):284-97.
4. Poyrazoğlu S, Günay O. Kayseri İl Merkezinde Yaşayan 15-49 Yaş Arası Kadınlarda Premenstruel Sendrom Prevalansı ve Etkileyen Faktörler. Tıpta Uzmanlık Tezi, Erciyes Üniversitesi, 2010.
5. Zendehtdel M, Elyasi F. Biopsychosocial Etiology of Premenstrual Syndrome: a Narrative Review. Journal of Family Medicine and Primary Care 2018;7(2):346-56.
6. Shehadeh JH, Hamdan-Mansour AM, Prevalence and Association of Premenstrual Syndrome and Premenstrual Dysphoric Disorder with Academic Performance Among Female University Students. Perspect Psychiatr Care 2018;54(2):176-84.
7. Dennerstein L, Lehert P, Backstrom TC, Heinemann K. The Effect of Premenstrual Symptoms on Activities of Daily Life. Fertility and Sterility 2010;94(3):1059-64.
8. Başağaç E, Ege E. Premenstrüel Sendrom Semptomlarının Evlilik Uyumu ile İlişkisi. Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisi 2019;4(1):1-9.
9. Borenstein JE, Dean BB, Endicott J, Wong J, Brown C, Dickerson V, et al. Health and Economic Impact of the Premenstrual Syndrome. The Journal of Reproductive Medicine 2003;48(7):515-24.
10. Yonkers AK, O'Brien PS, Eriksson E. Premenstrual Syndrome. The Lancet 2008;371(9619):1200-10.
11. Önal B, Özçakar N, Günvar T. Premenstrüel Sendromda Risk Faktörleri ve Tedavi Arama Davranışının Araştırılması. Tıpta Uzmanlık Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, 2011.
12. Robinson RL, Swindle RW, Premenstrual Symptom Severity: Impact on Social Functioning and Treatment-seeking Behaviors. Journal of Women's Health & Gender-Based Medicine 2000;9(7):757-68.
13. Lewis CM, Horn JM. Premenstrual Changes and Neuroticism: a Twin Study. Personality and Individual Differences 1991;12(11):1205-12.
14. Telek T, Gonda X, Lazary J, Benko A, Pap D, Vargha A, et al. The Possible Protective Role of Personality Dimensions Against Premenstrual Syndrome. Psychiatry Research 2010;179(1):81-5.
15. Ölçer Z, Bakır N, Aslan E. Üniversite Öğrencilerinde Kişilik Özelliklerinin Premenstrual Şikâyetlere Etkisi. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi 2017;7(1):30-7.

16. Hoffmeister S, Bodden S. Premenstrual Syndrome and Premenstrual Dysphoric Disorder. *American Family Physician* 2016;94(3):236-40.
17. Richardson JT. The Premenstrual Syndrome: a Brief History. *Social Science & Medicine* 1995;41(6):761-7.
18. Frank RT. The Hormonal Causes of Premenstrual Tension. *Archives of Neurology & Psychiatry* 1931;26(5):1053-7.
19. Türkçapar MH, Özdel K, Kervancıoğlu A, Taymur İ, Efe C, Türkçapar AF, et al. Premenstrual Symptom Screening Tool: a Useful Tool for DSM-5 Premenstrual Dysphoric Disorder. *Journal of Clinical and Analytical Medicine* 2015;6(5):581-5.
20. Greene R, Dalton K. The Premenstrual Syndrome. *British Medical Journal* 1953;1(4818):1007-14.
21. Zivetz L. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines. Switzerland: World Health Organization;1992. p.301.
22. Freeman EW. Premenstrual Syndrome and Premenstrual Dysphoric Disorder: Definitions and Diagnosis. *Psychoneuroendocrinology* 2003;28(3):25-37.
23. Wittchen HU, Becker E, Lieb R, Krause P. Prevalence, Incidence and Stability of Premenstrual Dysphoric Disorder in the Community. *Psychological Medicine* 2002;32(1):119-32.
24. Müderris İİ, Gönül AS, Sofuoğlu S, Taşçı S, Bayatlı M. Genç Kadınlarda Premenstrüel Disforik Bozukluk Prevalansı. *Klinik Psikiyatri* 1999;2(3):197-201.
25. Demir B, Algül YL, Güven GES. Sağlık Çalışanlarında Premenstrüel Sendrom İnsidansı ve Etkileyen Faktörlerin Sraştırılması. *Uzmanlık Sonrası Eğitim ve Güncel Gelişmeler Dergisi* 2006;3(4):262-70.
26. Halbreich U. The Etiology, Biology, and Evolving Pathology of Premenstrual Syndromes. *Psychoneuroendocrinology* 2003;28(1):55-99.
27. Casper RF, Hearn MT. The Effect of Hysterectomy and Bilateral Oophorectomy in Women with Severe Premenstrual Syndrome. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 1990;162(1):105-9.
28. Hammarbäck S, Backstrom T, Hoist J, Schoultz BV, Lyrenas S. Cyclical Mood Changes as in the Premenstrual Tension Syndrome During Sequential Estrogen-progestagen Postmenopausal Replacement Therapy. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica* 1985;64(5):393-7.
29. Taylor J. Plasma Progesterone, Oestradiol 17 β and Premenstrual Symptoms. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1979;60(1):76-86.
30. Rubinow DR, Hoban MC, Grover GN, Galloway DS, Roy-Byrne P, Andersen R, et al. Changes in Plasma Hormones Across the Menstrual Cycle in Patients with Menstrually Related Mood Disorder and in Control Subjects. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 1988;158(1):5-11.
31. Pearlstein T, Steiner M. Premenstrual Dysphoric Disorder: Burden of Illness and Treatment Update. *Focus* 2012;10(1):90-101.

32. Bhatia SC, Bhatia SK. Diagnosis and Treatment of Premenstrual Dysphoric Disorder. *American Family Physician* 2002;66(7):1239-49.
33. Jahanfar S, Lye MS, Krishnarajah IS. The Heritability of Premenstrual Syndrome. *Twin Research and Human Genetics* 2011;14(5):433-6.
34. Potter J, Bouyer J, Trussell J, Moreau C. Premenstrual Syndrome Prevalence and Fluctuation Over Time: Results from a French Population-Based Survey. *Journal of Women's Health* 2009;18(1):31-9.
35. Deuster PA, Adera T, South-Paul J. Biological, Social and Behavioral Factors Associated with Premenstrual Syndrome. *Archives of Family Medicine* 1999;8(2):122-8.
36. Masho SW, Adera T, South-Paul J. Obesity as A Risk Factor for Premenstrual Syndrome. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology* 2005;26(1):33-9.
37. Bertone-Johnson ER, Hankinson SE, Johnson SR, Manson JE. Cigarette Smoking and the Development of Premenstrual Syndrome. *American Journal of Epidemiology* 2008;168(8):938-45.
38. Wittchen HU, Perkonig A, Pfister H. Trauma and PTSD - an Overlooked Pathogenic Pathway for Premenstrual Dysphoric Disorder? *Archives of Women's Mental Health* 2003;6(4):293-7.
39. Gençdoğan B. A New Scale for Premenstrual Syndrome. *Psychiatry Turkey* 2006;8(2):81-7.
40. Öztürk G. OMÜ Tıp Fakültesi Kız Öğrencilerinde Premenstrüel Sendrom Görülme Sıklığı, Şiddeti ve Etkileyen Faktörler. *Tıpta Uzmanlık Tezi, Ondokuz Mayıs Üniversitesi*, 2017.
41. Işgın K, Büyüktuncer Z. Premenstrüel Sendromda Beslenme Yaklaşımı. *Türk Hijyen ve Deneysel Biyoloji Dergisi* 2017;74(3):249-60.
42. Marjoribanks J, Brown J, O'Brien PM, Wyatt K. Selective Serotonin Reuptake Inhibitors for Premenstrual Syndrome. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013;(6):CD001396.
43. Hsiao MC, Liu CY. Effective Open-label Treatment of Premenstrual Dysphoric Disorder with Venlafaxine. *Psychiatry and Clinical Neurosciences* 2003;57(3):317-21.
44. Jackson C, Pearson B, Girdler S, Johnson J, Hamer RM, Killenberg S, et al. Double-blind, Placebo-controlled Pilot Study of Adjunctive Quetiapine SR in The Treatment of PMS/PMDD. *Human Psychopharmacology: Clinical and Experimental* 2015;30(6):425-34.
45. Lopez LM, Kaptein AA, Helmerhorst FM. Oral Contraceptives Containing Drospirenone for Premenstrual Syndrome. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012;(2):CD006586.
46. Ghanbari Z, Hashollahi F, Shariat M, Foroshani AR, Ashrafi M. Effects of Calcium Supplement Therapy in Women with Premenstrual Syndrome. *Taiwanese Journal of Obstetrics and Gynecology* 2009;48(2):124-9.
47. Wyatt KM, Dimmock PW, Jones PW, O'Brien PMS. Efficacy of Vitamin B-6 in the Treatment of Premenstrual Syndrome: Systematic Review. *Bmj* 1999;318(7195):1375-81.
48. Steinberg S, Annable L, Young SN, Liyanage N. A Placebo-controlled Clinical Trial of L-tryptophan in Premenstrual Dysphoria. *Biological Psychiatry* 1999;45(3):313-20.

49. Cerqueira RO, Frey BN, Leclerc E, Brietzke E. Vitex Agnus Castus for Premenstrual Syndrome and Premenstrual Dysphoric Disorder: a Systematic Review. *Archives of Women's Mental Health* 2017;20(6):713-9.
50. Ooi SL, Watts S, McClean R, Pak SC. Vitex Agnus-Castus for the Treatment of Cyclic Mastalgia: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Women's Health (Larchmt)* 2020;29(2):262-78.
51. Lustyk MKB, Gerrish WG, Shaver S, Keys. Cognitive-behavioral Therapy for Premenstrual Syndrome and Premenstrual Dysphoric Disorder: a Systematic Review. *Archives of Women's Mental Health* 2009;12(2):85-96.
52. Aslan S. Kişilik, Huy ve Psikopatoloji. *Rewiews, Cases and Hypotheses in Psychiatry RCHP* 2008;2(1-2):7-18.
53. Taymur İ, Türkçapar MH. Kişilik: Tanımı, Sınıflaması ve Değerlendirmesi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 2012;4(2):154-77.
54. Ertan EA, Cankorur VŞ. Kişilik Bozukluklarının Tanısı: Yeni Bulgular ile Tanıda Kullanılan Anket ve Ölçekler. *Kriz Dergisi* 2017;25(1):0-0.
55. Özdemir O, Özdemir PG, Kadak MT, Nasıroğlu S. Kişilik Gelişimi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 2012;4(4):566-89.
56. Orenstein GA, Lewis L (İnternet). Erikson's Stages of Psychosocial Development;2020. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK556096/> adresinden 10.06.2021 tarihinde erişilmiştir.
57. Tüzün O, Sayar K. Bağlanma Kuramı ve Psikopatoloji. *Düşünen Adam* 2006;19(1):24-39.
58. Haslam N. The Dimensional View of Personality Disorders: A Review of the Taxometric Evidence. *Clinical Psychology Review* 2003;23(1):75-93.
59. Ekinci O, Ekinci A. Major Duygudurum Bozukluklarında Kişiliğin Üç Boyutlu Değerlendirilmesi ve Klinik Özelliklerle İlişkisi. *Nöropsikiyatri Arşivi* 2013;50(1):15-22.
60. Doruk A, Erdem M, Gülsün M, Uzun Ö, Perdecı Z. Adet Öncesi Disforik Bozuklukta Mizaç ve Karakter Özellikleri. *Pamukkale Tıp Dergisi* 2009;2(2):68-75.
61. Şener N, Taşhan ST. Üniversite Öğrencilerinde Premenstrüel Sendrom ve Kişilik Özellikleri Arasındaki İlişki. *Doğum-Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği* 2021;12(2):464-71.
62. Karancı AN, Dirik G, Yorulmaz O. Eysenck Kişilik Anketi-Gözden Geçirilmiş Kısaltılmış Formu'nun (EKA-GGK) Türkiye'de Geçerlik ve Güvenilirlik Çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2007;18(3):1-8.
63. Hasdemir G, Ünal M. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Pelitköy Eğitim ve Aile Sağlığı Merkezi'ne Kayıtlı 15-49 Yaş Aralığındaki Kadınlarda Premenstrüel Sendrom Görülme Sıklığı, İlişkili Faktörleri ve Baş Etme Tutumları. *Tıpta Uzmanlık Tezi, Ondokuz Mayıs Üniversitesi, 2020.*
64. Yaşar Ö, Yıldırım D, Turhan S. Primer Dismenore ve Kişilik. *Jinekoloji-Obsetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi* 2020;17(2):364-67.
65. Ju H, Jones M, Mishra G. The Prevalance and Risk Factors of Dysmenorrhea. *Epidemiol Rev.* 2014;36(1):104-13.

66. Gözel G, Atmaca GD, Durat G. Hemşirelerin Kişilik Özellikleri ile İş Performansları Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi. *Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2007;3(1):11-6.
67. Gökmen BD, Fırat M. Hemşirelik Öğrencilerinin Mizah Tarzları ile Kişilik Özellikleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *Uluslararası Eğitim Araştırmacıları Dergisi* 2020;3(2):244-52.
68. Taşdemir SM, Kırpınar İ. Migren Tanısı Olan Hastalarda Kişilik Özelliklerinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Fatih Sultan Mehmet Vakıf Üniversitesi, 2015.
69. Friedman HS. Neuroticism and Health as Individuals Age. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment* 2019;10(1):25.
70. Sauer-Zavala S, Wilner JG, Barlow DH. Addressing Neuroticism in Psychological Treatment. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment* 2017;8(3):191-8.
71. Dan H, Zhao X, Zhao M. Relationship Between Premenstrual Syndrome and Personality Traits of Female Students in A Medical College(Internet). https://en.cnki.com.cn/Article_en/CJFDTotat-JKXL201801021.htm adresinden 13.06.2021 tarihinde erişilmiştir.
72. Doost HN, Yousefi Z. The Relationship Between Big Five Personality Traits and Family Communication with Premenstrual Syndrome. *Indian Journal of Health and Wellbeing* 2014;5(7):1-8.
73. Adewuya AO, Olabisi ML, Adewumi TA. Pattern and Correlates of Premenstrual Symptomatology Amongst Nigerian University Students. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology* 2009;30(2):127-32.
74. Arslantaş H, Abacıgil F, Çınaklı Ş. Relationship Between Premenstrual Syndrome and Basic Personality Traits: A Cross-sectional Study. *Sao Paulo Medical Journal* 2018;136(4):339-45.
75. Erenoğlu R, Sözbir ŞY. Are Premenstrual Syndrome and Dysmenorrhea Related to the Personality Structure of Women? A Descriptive Relation-seeker Type s-Study. *Perspectives in Psychiatric Care* 2020;56(4):979-84.
76. Izadi M, Amiri S. Personality Characteristics in Female Students with Premenstrual Dysphoric Disorder and Premenstrual Syndrome. *Advances in Nursing & Midwifery* 2019;28(3):40-5.
77. Çakmak BB, Taşkıntuna N. Fonksiyonel Gastrointestinal Hastalıklarda Kişilik Özellikleri, Savunma Düzenekleri ve Öfke. Tıpta Uzmanlık Tezi, Başkent Üniversitesi, 2015.
78. Çelik A, Uskun E. Isparta İli Uluborlu İlçesi 15-49 Yaş Kadınlarda Premenstrüel Sendrom Prevalansı, İlişkili Faktörler ve Yaşam Kalitesine Etkisi. Tıpta Uzmanlık Tezi, Süleyman Demirel Üniversitesi, 2016.
79. Silva CML, Gigante DP, Carret MLV, Fassa AG. Population Study of Premenstrual Syndrome. *Revista de Saude Publica* 2006;40(1):47-56.
80. Chayachinda C, Rattanachaiyanont M, Phattharayuttawat S, Kooptiwoot S. Premenstrual Syndrome in Thai Nurses. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology* 2008;29(3):203-9.
81. Tschudin S, Berteau PC, Zemp E. Prevalence and Predictors of Premenstrual Syndrome and Premenstrual Dysphoric Disorder in a Population-based Sample. *Archives of Women's Mental Health* 2010;13(6):485-94.

82. Adıgüzel H, Taşkın EO, Danacı AE. Manisa İlinde Premenstrüel Sendrom Belirti Örüntüsü ve Belirti Yaygınlığının Araştırılması. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2007;18(3):215-22.
83. Hamaideh SH, Al-Ashram SA, Al-Modallal H. Premenstrual Syndrome and Premenstrual Dysphoric Disorder Among Jordanian Women. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 2014;21(1):60-8.
84. Fernández MDM, Regueira-Méndez C, Takkouche B. Psychological Factors and Premenstrual Syndrome: A Spanish Case-control Study. *PloS one* 2019;14(3):1-13.
85. Erbil N, Bölükbaş N, Tolan S, Uysal F. Evli Kadınlarda Premenstrual Sendrom Görülme Durumu ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi* 2011;8(1):827-38.
86. Drosdzol A, Nowosielski K, Skrzypulec V, Plinta R. Premenstrual Disorders in Polish Adolescent Girls: Prevalence and Risk Factors. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research* 2011;37(9):1216-21.
87. Yaşar Ö, Karaca PP, Aksu SÇ. Üniversite Öğrencilerinde Premenstrüel Sendrom ve Etkileyen Değişkenler. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi* 2019;8(3):147-52.

8. ÖZGEÇMİŞ

I. Bireysel Bilgiler

Adı-Soyadı: Betül Yardım

Doğum yeri ve tarihi:

Uyruğu: Türkiye Cumhuriyeti Vatandaşı

Medeni durumu: Evli

Askerlik durumu: -

İletişim adresi ve telefonu:

Yabancı dili: İngilizce (Orta düzeyde)

II. Eğitimi (tarih sırasına göre yeniden eskiye doğru):

S.B.Ü. Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile

Hekimliği Kliniği, Asistanlık Eğitimi

Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıp Eğitimi

III. Ünvanları (tarih sırasına göre eskiden yeniye doğru):

Doktor, Aile Hekimliği Asistanı

IV. Mesleki Deneyimi:

S.B.Ü. Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile

Hekimliği Kliniği, Asistan Doktor

KBÜ Karabük Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Servisi, Pratisyen Hekim

V. Üye Olduğu Bilimsel Kuruluşlar

VI. Bilimsel İlgi Alanları

VII. Bilimsel Etkinlikleri Aldığı Burslar Ödüller

Vaka Örnekleri ile Kronik Yara Bakımı Eğitimi, Marmara Üniversitesi

Sürekli Eğitim Merkezi, Mayıs 2021

5.Diyabet Tedavisi Sempozyumu, Kasım 2020

VIII. Diğer Bilgiler

9. EKLER

EK-1: Premenstrüel Sendrom Ölçeği

Aşağıda bazı tanımlayıcı cümleler vardır. Her bir cümleyi dikkatlice okuyunuz. Sonra bu durumun sizde **ADET OLMANIZA BİR HAFTA KALA olma** durumunu cümlelerin sağındaki ölçeği dikkate alarak işaretleyiniz. Daha öncesi veya daha sonrası bu durumların var olup 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					
4	Kendimi bezgin hissediyorum	4					
5	Hiçbir şey zevk vermiyor	5					
6	Her şey üzerime geliyor	6					
7	Karamsar oluyorum	7					
8	Derin nefes almak istiyorum	8					
9	Her an kötü bir şey olacaktı gibi korkuyorum	9					
10	Seslere karşı hassasiyetim artıyor	10					
11	Arkamdan biri saldıracaktı gibi korkuyorum	11					
12	Kendimi yorgun hissediyorum	12					
13	Sanki her şey kötü olacak	13					
14	Çok çabuk yoruluyorum	14					
15	Anlam veremediğim korkularım oluyor	15					
16	Kalbim her zamankinden hızlı çarpıyor	16					
17	Hiçbir şeyle uğraşmak istemiyorum	17					
18	Her zamanki işler beni yoruyor	18					
19	Kendimi sinirli hissediyorum	19					
20	En ufak olaylara bile çok aşırı tepki gösteriyorum	20					
21	Öfkemi kontrol etmekte güçlük çekiyorum	21					
22	Çevremdeki kişilerle ilişkilerim bozuluyor	22					
23	Sinirlerim geriliyor	23					
24	Kendimi çok endişeli hissediyorum	24					
25	Eskisinden daha çabuk yoruluyorum	25					
26	Kendimi değersiz görüyorum	26					
27	Dikkatimi toplamakta güçlük çekiyorum	27					
28	Dikkatim çok çabuk dağılıyor	28					
29	Dalıp gidiyorum	29					
30	Doğru düzgün düşünemiyorum	30					

ARKA SAYFAYA GEÇİNİZ							
ADETTEN BİR HAFTA ÖNCE							
			Hiç	Çok az	Bazen	Sık sık	Sürekli
31	Baş ağrısı oluyor	31					
32	Kaslarım ağrıyor	32					
33	Eklem yerlerim ağrıyor	33					
34	İştahım artıyor	34					
35	Özellikle unlu ve tatlı yiyecekler yemek istiyorum	35					
36	Daha fazla yemek yiyorum	36					
37	Uyku uyuma isteğim artıyor	37					
38	Uykumda bölünme oluyor	38					
39	Sabahları yorgun uyanıyorum	39					
40	Uykuya dalmakta güçlük çekiyorum	40					
41	Göğüslerim şişiyor	41					
42	Göğüslerim en ufak dokunmaya karşı çok duyarlı	42					
43	Kendimi şişmiş hissediyorum	43					
44	Kimseyle görüşmek istemiyorum	44					

EK-2: Eysenck Kişilik Anketi-Gözden Geçirilmiş/Kısaltılmış Formu

Yönerge: Lütfen aşağıdaki her bir soruyu, ‘Evet’ yada ‘Hayır’ı yuvarlak içine alarak cevaplayınız. Doğru veya yanlış cevap ve çeldirici soru yoktur. Hızlı cevaplayınız ve soruların tam anlamları ile ilgili çok uzun düşünmeyiniz.

1. Duygu durumunuz sıklıkla mutlulukla mutsuzluk arasında değişir mi?	Evet	Hayır
2. Konuşkan bir kişi misiniz?	Evet	Hayır
3. Borçlu olmak sizi endişelendirir mi?	Evet	Hayır
4. Oldukça canlı bir kişi misiniz?	Evet	Hayır
5. Hiç sizin payınıza düşenden fazlasını alarak ağgözlülük yaptığınız oldu mu?	Evet	Hayır
6. Garip yada tehlikeli etkileri olabilecek ilaçları kullanır mısınız?	Evet	Hayır
7. Aslında kendi hatanız olduğunu bildiğiniz birşeyi yapmakla hiç başka birini suçladınız mı?	Evet	Hayır
8. Kurallara uymak yerine kendi bildiğiniz yolda gitmeyi mi tercih edersiniz?	Evet	Hayır
9. Sıklıkla kendinizi her şeyden bıkmış hisseder misiniz?	Evet	Hayır
10. Hiç başkasına ait olan bir şeyi (toplu iğne veya düğme bile olsa) aldınız mı?	Evet	Hayır
11. Kendinizi sinirli bir kişi olarak tanımlar mısınız?	Evet	Hayır
12. Evliliğin modası geçmiş ve kaldırılması gereken bir şey olduğunu düşünüyor musunuz?	Evet	Hayır
13. Oldukça sıkıcı bir partiye kolaylıkla canlılık getirebilir misiniz?	Evet	Hayır
14. Kaygılı bir kişi misiniz?	Evet	Hayır
15. Sosyal ortamlarda geri planda kalma eğiliminiz var mıdır?	Evet	Hayır
16. Yaptığınız bir işte hatalar olduğunu bilmeniz sizi endişelendirir mi?	Evet	Hayır
17. Herhangi bir oyunda hiç hile yaptınız mı?	Evet	Hayır

18. Sinirlerinizden şikayetçi misiniz?	Evet	Hayır
19. Hiç başka birini kendi yararınıza kullandınız mı?	Evet	Hayır
20. Başkalarıyla birlikte iken çoğunlukla sessiz misinizdir?	Evet	Hayır
21. Sık sık kendinizi yalnız hissedersiniz mi?	Evet	Hayır
22. Toplum kurallarına uymak, kendi bildiğinizi yapmaktan daha mı iyidir?	Evet	Hayır
23. Diğer insanlar sizi çok canlı biri olarak düşünürler mi?	Evet	Hayır
24. Başkasına önerdiğiniz şeyleri kendiniz her zaman uygular mısınız?	Evet	Hayır



EK-3: Sosyodemografik Bilgi Formu

- 1) Yaşınız:
- 2) Boyunuz..... Kilonuz.....
- 3) Medeni durumunuz
A) Evli B) Bekar C) Dul
- 4) Eğitim durumunuz nedir
A) ilk-orta öğretim B) lise C) üniversite ve üzeri
- 5) Çalışma durumunuz nedir?
A) ev hanımı B) kamu sektörü C) özel sektör
D) şu an çalışmıyorum E) öğrenci
- 6) Ekonomik durumunuzu nasıl tanımlarsınız?
A)İyi B) Orta C) Kötü
- 7) Oral kontraseptif(doğum kontrol ilacı), antidepresan veya herhangi bir hormon ilacı kullanıyor musunuz?
A)Evet B) Hayır
- 8) İlk adetinizi kaç yaşınızda gördünüz?(hatırlamıyorsanız boş bırakınız)
- 9) Adet düzeniniz nasıl?
A) düzenli B) düzensiz C) adet görmüyorum
- 10) Adetleriniz kaç gün sürer?
- 11) Adet olduğunuzda ağrınız olur mu?
A) olmaz B) hafif düzeyde C) orta düzeyde D) şiddetli

12) İlk adet olduğunuzda ne hissettiniz? (birden fazla işaretleyebilirsiniz)

- A) Daha önceden adetle ilgili bilgim vardı, normal karşıladım
- B) İlk kez adet olduğum için büyük bir stres altında hissettim
- C) Adetin ne olduğunu bilmediğim için korktum
- D) Çevremin ayıplayacağını düşünerek utanç hissettim
- E) Büyüdüğümü düşünerek mutlu oldum
- F) Hiçbir şey hissetmedim
- G) Hatırlamıyorum
- H) Diğer (yazınız)

13) Adet öncesi şikayetlerle ilgili ne düşünüyorsunuz?

- A) Adet öncesi şikayetler her kadında vardır.
- B) Adet öncesi şikayetler şiddetli olsa bile tedavi edilmesi gereksizdir.
- C) Adet öncesi şikayetler varsa tedavi edilmelidir.

14) Aşağıdaki şıklardan size en yakın gelenleri işaretleyiniz. (birden fazla işaretleyebilirsiniz)

- A) Annemde de benim yaşadıklarım benzer adet öncesi şikayetler vardır.
- B) Kızkardeşimde de benim yaşadıklarım benzer adet öncesi şikayetler vardır.
- C) Annemde veya kızkardeşimde benim yaşadıklarım benzer adet öncesi şikayetler yoktur.
- D) Annemde veya kızkardeşimde benim yaşadıklarımın daha şiddetli adet öncesi şikayetler vardır.

EK-4: Etik Kurul Kararı



T.C. Sağlık Bakanlığı
Sağlık Bilimleri Üniversitesi
Dışkapı Yıldırım Beyazıt
Eğitim ve Araştırma Hastanesi



KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

KARAR TARİHİ: 24.08.2020

KARAR NO : 94/10

Hastanemiz Aile Hekimliğinde Prof.Dr. Derya AKBIYIK sorumluluğunda yapılması planlanan Dr. Betül YILMAZ' a ait "Premenstrüel Sendrom ve Mizaç İlişkisi" konulu tez çalışması amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup etik ve bilimsel açıdan sakınca bulunmadığına toplantıya katılan Etik Kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir.

Prof. Dr. Güleser SAYRAM
Başkan

Prof. Dr. S.İbrahim AKDAĞ
Başkan Yard.

Uz. Dr. S. Dinçer YETİŞ
Üye

Prof. Dr. Fatih VALİNKAYA

Doç. Dr. Huriye Hava GÖKÇEN

Dr. Öğretim Üyesi BURCU KÜÇÜK BİÇER

Prof. Dr. Sibel ORSEL

Doç. Dr. Jülide ERGİL
Üye

Prof. Dr. E. Pelin KELİCEN UĞUR
Üye

Av. Harun KOZAN
Üye

B.M.M. Burcu DEMİR

Hülya BALÇI