

**T.C.
ORDU ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**KADINLARIN
KİŞİLİK ÖZELLİKLERİNİN
PREMENSTRUAL SENDROMA ETKİSİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Tuba ÇITAK

Hemşirelik Anabilim Dalı

TEZ DANIŞMANI

Dr. Öğr. Üyesi Ebru ŞAHİN

ORDU - 2020

ONAY

Ordu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü öğrencisi Tuba ÇITAK tarafından hazırlanan ve Dr. Öğr. Üyesi Ebru ŞAHİN danışmanlığında yürütülen “Kadınların Kişilik Özelliklerinin Premenstrual Sendroma Etkisi” adlı bu tez, jürimiz tarafından 13/01/2020 tarihinde oybirliği ile Hemşirelik Anabilim Dalı Hemşirelik Tezli Yüksek Lisans Programında Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Danışmanı : Prof. Dr. Nülüfer ERBİL

Başkan : Prof. Dr. Nülüfer ERBİL
Hemşirelik Anabilim Dalı
Ordu Üniversitesi

İmza 

Jüri Üyesi : Dr. Öğr. Üyesi Eda ŞAHİN
Hemşirelik Anabilim Dalı
Giresun Üniversitesi

İmza 

Jüri Üyesi : Dr. Öğr. Üyesi Ebru ŞAHİN
Hemşirelik Anabilim Dalı
Ordu Üniversitesi

İmza 

ONAY

22/01/2020 tarihinde enstitüye teslim edilen bu tezin kabulü, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu'nun 31/01/2020 tarih ve 2020/20 sayılı kararı ile onaylanmıştır.

21/01/2020



Enstitü Müdürü

Doç. Dr. Alparslan İNCE

TEZ BİLDİRİMİ

Tez yazım kurallarına uygun olarak hazırlanan bu tezin yazılmasında bilimsel ahlak kurallarına uyulduğunu, başkalarının eserlerinden yararlanılması durumunda bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunulduğunu, tezin herhangi bir kısmının bu üniversite veya başka bir üniversitedeki başka bir tez çalışması olarak sunulmadığını beyan ederim.

TUBA ÇITAK



TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim boyunca bilgi, görüş ve deneyimiyle yanımda olan, desteğini sürekli hissettiğim, tez çalışmamda bilgi ve deneyimiyle bana ışık tutan değerli hocam ve sevgili danışmanım Sayın Dr. Öğr. Üyesi Ebru ŞAHİN'e, |

Yüksek lisans eğitimim boyunca mesleki birikimi ve deneyimleriyle yol gösteren ve tez çalışmama olan katkıları için Sayın Prof Dr Nülüfer ERBİL'e,

Tez savunma sınavıma zaman ayırarak beni onurlandıran, bilgi ve önerileriyle çalışmama katkı sağlayan Sayın Dr. Öğr. Üyesi Eda ŞAHİN'e,

İşlerini nezaketle yapan Ordu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü ve İstanbul Arnavutköy Devlet Hastanesi çalışanlarına,

Eğitim hayatımı boyunca beni maddi ve manevi destekleyen, her zaman yanımda olan, sevgilerini bir gün olsun eksik etmeyen sevgili annem Hacer DİLEKÇİ, babam Rafet DİLEKÇİ ve kardeşlerime,

Bu zorlu süreçte yanımda olan, desteğini çalışmanın her aşamasında eksik etmeyen değerli eşim İnan ÇITAK'a sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Tuba ÇITAK

ÖZET

KADINLARIN KİŞİLİK ÖZELLİKLERİNİN PREMENSTRUAL SENDROMA ETKİSİ

Amaç: Araştırma kadınlarda kişilik özelliklerinin premenstrual sendroma etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem: Araştırma tanımlayıcı ve ilişki arayıcı olarak yapılmıştır. Araştırma örneklemini, İstanbul ilindeki Arnavutköy Devlet Hastanesindeki tüm polikliniklere 5 Eylül - 14 Kasım 2019 tarihleri arasında başvuran 346 kadın oluşturmuştur. Verilerin toplanmasında Kişisel Bilgi Formu, Cervantes Kişilik Ölçeği ve Premenstrual Sendrom Ölçeği kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde Cronbach Alfa güvenilirlik testi, t testi, ANOVA testi, Pearson Korelasyon analizi ve Regresyon analizi, Scheffe analizi kullanılmıştır. Çalışma için katılımcılardan yazılı onam alınmıştır. Çalışmada kullanılacak olan ölçekler için e-posta yolu ile izinler alınmıştır. Etik kurul izni ve İstanbul İl Sağlık Müdürlüğünden izin alınmıştır.

Bulgular: Araştırmaya katılan kadınların yaş ortalaması 29.18 ± 6.86 'dır. Kadınların %34.1'inin üniversite mezunu, %73'ünün evli olduğu saptanmıştır. Araştırmada kadınların %59'unda premenstrual sendrom saptanmıştır. Araştırmada kadınların, tutarlı/tutarsız olma ve duygusal denge/nörotizm kişilik özellikleri ile premenstrual sendrom arasında anlamlı ilişki bulunmuş ($p < 0.05$), dışa/içe dönük olma kişilik özelliği ile premenstrual sendrom varlığı arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır ($p > 0.05$). Araştırmada kadınların duygusal denge/nörotizm ve premenstrual sendrom varlığı arasında orta kuvvetli pozitif ilişki ($r = 0.412$, $p < 0.05$) saptanmıştır. Duygusal denge/nörotizm ile Premenstrual Sendrom Ölçeği'nin alt boyutu olan depresif duygulanım arasında pozitif yönde ($r = 0.393$) yüksek düzeyde ilişki olduğu saptanmıştır. Kadınların tutarlı/tutarsız olma kişilik özelliği ile premenstrual sendrom alt boyutları arasında en yüksek ilişkinin depresif düşünceler ile arasında negatif yönde ($r = 0.223$) yüksek düzeyde ilişki olduğu saptanmıştır.

Sonuç: Araştırmada, kadınların yarısından fazlasında premenstrual sendrom görüldüğü sonucu ortaya çıkmıştır. Nörotik ve tutarsız kişilik özelliğine sahip kadınlarda premenstrual sendrom görülme durumunun arttığı görülmüştür. Araştırmamız sonuçlarına göre, sağlık profesyonellerinin, premenstrual sendrom tedavisinde kadınların kişilik özelliklerini de dikkate alması gerektiği önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Premenstrual sendrom, kişilik, kişilik özellikleri, hemşirelik.

ABSTRACT

EFFECTS OF PERSONALITY TRAITS OF WOMEN PREMENSTRUAL SYNDROM

Aim: The research was conducted to determine the effect of personality traits on premenstrual syndrome in women.

Material and Method: The research was conducted as descriptive and relationship seeker. The sample of the study consisted of 346 women who applied to all polyclinics in Arnavutköy State Hospital in Istanbul between 5 September and 14 November 2019. Personal Information Form, Cervantes Personality Scale and Premenstrual Syndrome Scale were used for data collection. Cronbach's alpha reliability test, t test, ANOVA test, Pearson Correlation analysis, Regression analysis and scheffe analysis were used to evaluate the data. Written consent was obtained from the participants for the study. Permissions were obtained by e-mail for the scales to be used in the study. Ethics committee permission and permission was obtained from Istanbul Provincial Health Directorate.

Results: The mean age of the women participating in the study was 29.18. 34.1% of the women were university graduates and 73% were married. Premenstrual syndrome was found in 59% of women. In the study, a significant relationship was found between premenstrual syndrome and personality traits of being consistent / inconsistent and emotional balance/neuroticism ($p < 0.05$). There was no significant relationship between extrovert/introvert personality traits and the presence of premenstrual syndrome ($p > 0.005$). In the study, a moderately strong positive correlation was found between the emotional balance / neuroticism of women and the presence of premenstrual syndrome ($r = 0.412$, $p < 0.05$). It was found that there was a positive correlation between emotional balance/neuroticism and depressive affect which is the sub-dimension of Premenstrual Syndrome Scale. It was found that the highest correlation between the coherent/inconsistent personality traits and the premenstrual syndrome sub-dimensions of women was found to be $r = 0.223$ negatively between depressive thoughts.

Conclusions: The study revealed that more than half of women had premenstrual syndrome. Premenstrual syndrome has increased in women with neurotic and inconsistent personality. According to the results of the study, it is suggested that health professionals should take into account the personality traits of women in the treatment of premenstrual syndrome.

Key words: Premenstrual syndrome, personality, personality traits, nursing.

İÇİNDEKİLER

	Sayfa No
İÇ KAPAK SAYFASI.....	
ONAY.....	
TEZ BİLDİRİMİ.....	I
TEŞEKKÜR.....	II
ÖZET.....	III
ABSTRACT.....	IV
İÇİNDEKİLER.....	V
TABLolar DİZİNİ.....	VIII
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ.....	IX
1. GİRİŞ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	4
2.1. Kişilik.....	4
2.2. Kişilik Kuramları.....	4
2.2.1. Freudun Kişilik Kuramı.....	5
2.2.2. Eric Berne Kişilik Kuramı.....	5
2.2.3. Alfred Adler Kişilik Kuramı.....	6
2.2.4. Carl Gustave Jung Kişilik Kuramı.....	6
2.2.5. John Lewis Holland Kişilik Kuramı.....	7
2.2.6. Meyer Friedmen ve Rosenman'ın A ve B Tipi Kişilik Kuramı.....	7
2.2.7. Beş Faktör Kişilik Modeli.....	7
2.3. Premenstrual Sendrom.....	9
2.3.1. Premenstrual Sendrom Etiyolojisi.....	9
2.3.2. Premenstrual Sendrom Belirtileri.....	13
2.3.3. Premenstrual Sendrom Tanı.....	14
2.3.4. PMS Tedavi.....	17
2.3.5. PMS ve Hemşirelik Yaklaşımı.....	21

	Sayfa No
2.4. Kadınların Kişilik Özelliklerinin Hemşirenin Rolü.....	22
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	24
3.1. Araştırmanın Türü.....	24
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman.....	24
3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi.....	24
3.4. Veri Toplama Araçları.....	25
3.4.1. Kişisel Bilgi Formu.....	26
3.4.2. Cervantes Kişilik Ölçeği.....	26
3.4.3. Premenstrual Sendrom Ölçeği.....	27
3.5. Veri Toplama Araçlarının Ön Uygulaması.....	28
3.6. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması.....	28
3.6.1. Bağımlı Değişkenler.....	28
3.6.2. Bağımsız Değişkenler.....	28
3.7. Araştırmanın Etik Boyutu.....	28
3.8. Verilerin Değerlendirilmesi.....	29
3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	29
3.10. Araştırma Uygulaması Sırasında Karşılaşılan Güçlükler.....	29
4. BULGULAR.....	30
4.1. Kadınların Sosyodemografik Özelliklerine İlişkin Bulgular.....	30
4.2. Kadınların Kişilik Özelliklerinin Demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular.....	32
4.3. Kadınların Premenstrual Sendrom Varlığının Demografik Özelliklerle İlişki İçeren Bulguları.....	39
4.4. Kadınların Cervantes Kişilik Ölçeği ve Premenstrual Sendrom Ölçeğine İlişkin Bulgular ve Karşılaştırmalar.....	42
5. TARTIŞMA.....	46
5.1. Kadınların Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Bulguların Değerlendirilmesi.....	46

	Sayfa No
5.2. Kadınların CKÖ ve PMSÖ'ye İlişkin Bulguların Değerlendirilmesi.....	50
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	53
6.1. Sonuçlar.....	53
6.2. Öneriler.....	57
KAYNAKLAR.....	58
EKLER.....	68
Ek-1 Kişisel Bilgi Formu.....	68
Ek-2 Cervantes Kişilik Ölçeği.....	69
Ek-3 Premenstrual Sendrom Ölçeği.....	70
Ek-4 Cervantes Kişilik Ölçeği İzin Yazısı.....	71
Ek-5 Premenstrual Sendrom Ölçeği İzin Yazısı.....	72
Ek-6 İl Sağlık Müdürlüğü İzin Formu.....	73
Ek-7 Ordu Üniversitesi Etik Kurul İzin Formu.....	74
Ek-8 Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu.....	75
ÖZGEÇMİŞ.....	76

TABLolar DİZİNİ

		Sayfa No
Tablo 4.1	Kadınların Demografik Özelliklerinin Dağılımı.....	31
Tablo 4.2	Kadınların Bazı Özelliklerine Göre Dağılımı.....	32
Tablo 4.3	Cervantes Kişilik Ölçeğine Göre Kadınların Kişilik Özelliklerinin Dağılımları.....	33
Tablo 4.4	Kadınların Demografik Özelliklerine Göre Kişilik Özelliklerinin Karşılaştırılması.....	36
Tablo 4.5	Kadınların Bazı Özelliklerine Göre Kişilik Özelliklerinin Dağılımı.....	38
Tablo 4.6	Kadınların Premenstrual Sendrom Yaşama Durumları ve PMSÖ Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	39
Tablo 4.7	Kadınların Premenstrual Sendrom Ölçeği Alt Boyutları Dağılımı.....	40
Tablo 4.8	Kadınların Demografik Özelliklerine Göre Premenstrual Sendrom Durumlarının İncelenmesi.....	41
Tablo 4.9	Kadınların Bazı Özelliklere Göre Premenstrual Sendrom Yaşama Durumlarının İncelenmesi.....	42
Tablo 4.10	Kadınların Kişilik Özelliklerine Göre Premenstrual Sendrom Yaşama Durumlarının Karşılaştırılması.....	43
Tablo 4.11	Kadınların CKÖ Alt Boyutlarına ile PMSÖ Alt Boyutları Arasındaki İlişkinin Dağılımı.....	44
Tablo 4.12	Kadınların CKÖ Alt Boyutları ile PMSÖ Alt Boyutlarının İncelenmesi.....	45

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

ACOG	: Amerikan Obstetri ve Jinekoloji Koleji (The American Congress Of Obstetricians And Gynecologist)
AWHONN	: Amerika Kadın Sağlığı, Obstetrik ve Yenidoğan Hemşireler Birliği (American Women Health, Obstetric And Neonatal Nursing)
CKÖ	: Cervantes Kişilik Ölçeği
PMSÖ	: Premenstrual Sendrom Ölçeği
SPSS	: Statistical Package For The Social Sciences
PMS	: Premenstrual Sendrom (Premenstrual syndrome)
PMDD	: Premenstrual Distrofik Bozukluk (Premenstrual Dysphoric Disorder)
DSM	: Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı (Statistical Manual Of Mental Disorders)
ICD	: Uluslararası Hastalık Sınıflandırması(İnternational Statistical Classification Of Diseases)
FSH	: Folikül Stimüle Edici Hormon
GABA	: Gamma-Aminobutirik Asit
GH	: Growt Hormon
LH	: Luteinize Edici Hormon
BDT	: Bilişsel Davranışçı Terapi
PGE	: Progresif Gevşeme Egzersizleri
KOK	: Kombine Oral Kontraseptifler
SSRI	: Serotonin Geri Alım İnhibitörleri
DSÖ(WHO)	: Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organization)
PMTS	: Premenstrual Gerginlik Sendromu (Premenstrual Tension Syndrome)

1. GİRİŞ

Kişilik, bireyin çevresiyle oluşturduğu, diğer kişilerden farklı, tutarlılığı olan ve yapılaşmış bir ilişki biçimi olarak tanımlanmaktadır. Kişilik, içsel kaynaklardan doğan, kişinin davranışlarına yön gösteren, tecrübe ile öğrenilen, algılama, düşünme, başa çıkma, öğrenme ve davranış örüntüleridir (Hazar, 2006). Bir başka tanıma göre ise kişilik, bireyin yaşamında karşılaştığı karar verme mekanizmaları ve sorun çözme yöntemleri ile toplumdaki diğer bireylerle ve çevresiyle ilişkisini düzenleyen bir kavramdır. Kişiliğin, bireyin yaşam kalitesi üzerinde önemli bir rolü olmakla birlikte bireyler, yaşamları boyunca karşılaştıkları her türlü olayla baş etme yollarını kendi kişilik özelliklerine göre belirlemektedir (Ölçer ve ark., 2017).

Kişilik ve kişilik özellikleri, kişinin iç ve dış çevreden gelen uyarılara yanıt olarak verilen eylem ve süreğen potansiyel eğilimleridir (Caprara ve ark., 2013). Kadınların yaşamları boyunca baş etmek zorunda oldukları birçok psikososyal, kültürel ve fiziksel sorunlar vardır ve bu durum kadınların yaşam kalitesini etkilemektedir. Yaşam kalitesini önemli ölçüde etkileyen faktörlerden biri de kadınlar için premenstrual sendrom (PMS)'dir. Premenstrual sendrom, yaşam biçimine, kadının günlük hayatına etki eden ve çok çeşitli olabilen belirtilerden, bir ya da daha fazlasının görülüp, belirtilerin menstrasyondan 3-4 gün sonra kaybolması durumudur (Eğicioğlu ve ark., 2015).

Premenstrual sendrom (PMS)'u, 1931 yılında Frank tanımlamıştır. Premenstrual sendrom, fertil çağıdaki kadınlarda, menstrual siklusun geç luteal fazında görülen, menstruasyon başladıktan sonra 3-4 gün içinde kaybolan ve en az 3 siklus boyunca tekrarlayan, emosyonel, davranışsal ve somatik semptomlar topluluğudur (Eğicioğlu ve ark., 2015). PMS'nin kadınlarda görülme sıklığı, kadınların kişiliğine, yaşam biçimine, kalitesine göre değişkenlik göstermektedir. Özellikle stres ve öfke seviyesi yüksek olan kadınlarda sık görülen PMS'nin, %5-10 oranında kadınların günlük yaşam aktivitelerinin kalitesini etkileyecek düzeyde olduğu görülmektedir (Eğicioğlu ve ark., 2015). Kadın Hastalıkları ve Doğum Amerikan Koleji (ACOG), premenstrual sendromun görülme sıklığını dünya genelinde %65.5 oranında olduğunu saptamıştır. Ayrıca ACOG, PMS'li kadınların

%8.75'inin semptomların kontrol edilmesi için özel tedavi gerektirdiğini bildirmiştir (ACOG, 2014).

Premenstrual sendrom (PMS), 150-200 kadar farklı belirti ile kendini gösterebilmektedir. Huzursuzluk, baş ağrısı, anksiyete, nedensiz ağlama, ödem, gerginlik, yorgunluk, öfkenin kontrol edilememesi, baş dönmesi, iştahta artma, irritabilite, değersizlik düşünceleri, kas ve eklem ağrısı, konsantrasyonda azalma, öfke en sık görülen ve menstrual siklusun 7-10 uncu günlerinde ortaya çıkan belirtilerdendir (Ölçer ve ark., 2017).

Biyolojik, psikolojik, fiziksel ve sosyal faktörlerin PMS oluşumlarına etkisi vardır. Yapılan çalışmalarda sigara içmenin premenstrual sendrom görülme olasılığını arttırdığı saptanmıştır (Kaya ve Gölbaşı, 2016; Bertone-Johnson ve ark., 2008). Başka bir çalışmada egzersiz yapan kadınlarda, yapmayanlara oranla PMS'nin daha az görüldüğü saptanmıştır. Yine aynı çalışmada, beden kitle indeksi normal sınırların üstünde olan kadınlarda, PMS riskinin diğer kadınlara oranla daha yüksek olduğu saptanmıştır (Şahin ve ark., 2014). Adet öncesi semptomların, artan menstrual kramp yoğunluğu, nevrotik kişilik, artan vücut kitle indeksi, kendi kendine algılanan sağlık ve kültürel farklılıklardan etkilendiği düşünülmektedir (Karout ve ark., 2012). Yapılan bir çalışmada, 736 üniversite öğrencisinde kişilik özellikleri ve premenstrual sendrom arasındaki ilişki araştırılmış olup, öğrencilerin %62'sinde PMS saptanmıştır. Ayrıca öğrencilerin büyük bir kısmında, PMS'nin, nörotik ve tutarsız kişilerde daha şiddetli geçtiği sonucuna ulaşılmıştır (Şener, 2017). Yaşları 18-35 yaş arası değişen 25 kadın sporcu üzerinde yapılan çalışmada kişiliğin sporcularda premenstrual sendrom üzerindeki etkisi araştırılmıştır. Araştırmaya göre belirli kişilik özelliklerinin, sporcuların, PMS'nin başlamasına katkıda bulunan adet döngüsünün yol açtığı değişikliklere, yoğun tepki göstermelerine meyilli olduğu sonucuna varılmıştır (Gaion ve Vieira, 2011).

Literatürde birçok çalışma PMS sıklığını, semptomlarını ve ilişkili faktörleri araştırmış olmasına rağmen, PMS ile temel kişilik özellikleri arasındaki ilişkiyi araştıran sınırlı sayıda çalışmaya rastlanmaktadır. Kişilik özelliklerinin bilinmesinin, sağlık problemleriyle baş etmede önemli bir rolü vardır. Günlük hayatta ihtiyaç duyulan sağlık uygulamaları, bireyleri, yaşam kalitesi açısından olumlu yönde

etkileyecektir. Kadınların kişiliklerine ilişkin özellikleri konusunda farkındalıklarının artırılması, yaşanan PMS şikâyetlerinin ortaya çıkarılması ve bu konu ile ilgili olumlu başa çıkma yöntemlerinin geliştirilmesine yönelik yeni çalışmalar planlanması konusunda bu çalışmanın literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Bu çalışma kadınların kişilik özelliklerinin premenstrual sendroma etkisini belirlemek amacı ile yapılmıştır.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Kişilik

Tarih boyunca bireyin sosyal yaşantısının bir parçası olarak araştırılan kişilik kavramı, kişilik kuramları ve psikolojisinin farklı bir bilim olarak incelenmeye başlamasıyla, 1930'lu yıllarda bilimsel olarak geliştirilmeye ve açıklanmaya başlamıştır. Kişilik kelimesi kökenini, eski yunan tiyatrolarında oyuncuların taktığı maskelere verilen isim olan "Persona" teriminden almıştır. "Persona" o dönemde sahnede oynayan oyuncunun gerçek kişiliğini değil, canlandığı karakteri simgelemektedir. Zamanla "Persona" kavramı, bireyin çevresindeki olaylara verdiği tepkinin ve çevresiyle olan iletişimini, davranışların bütününe belirtmek amacıyla kullanılmaya başlanmıştır. Bireyin düşünce ve davranışlarından doğan ve kişinin hayattaki her rolüne hâkim olan kişilik kavramı, doğal ve öğrenme ile edinilen sıfatları kapsayan; algılama, başa çıkma, düşünme, öğrenme ve davranış örüntülerini anlatmaktadır. Kişilik, insanı toplumdaki diğer insanlardan ayıran ve hayat boyu sürekliliği olan davranış özelliklerinin tümüdür. Bu özellikler yaşam tarzını şekillendiren en önemli belirteçlerdir (Kolcu, 2018).

2.2. Kişilik Kuramları

Kişilik pek çok kuramcı tarafından ele alınmıştır. Bu kuramcılar başta Freud olmak üzere, onu takip eden aynı zamanda eleştiren Carl Jung, Alfred Adler, Erich From olmuştur. Freud kişiliği, bireyin tüm gelişme aşamalarında cinselliği ön planda tutarak, cinsellik üzerinden tanımlamaya çalışmıştır. Bunun aksine Carl Jung, cinselliğin kişiliğin gelişmesinde Freud'un psikoanalitik kuramında fazla abartıldığını savunmuştur. Jung, kişiliğin gelişmesinde sadece cinselliğin değil bireyin amaçlarının olmasına ve bu amaçları gerçekleştirmek için çaba göstermeye çalışmasının kişiliğin gelişimine katkı sağladığını savunmuştur. Erich From ise, cinselliğin yanı sıra diğer psikososyal faktörlerin de kişilik oluşumunda katkısı olduğunu savunmuştur. Kişilik kuramları, kişiliği; temel kişilik özelliklerinin bir sentezi olarak tanımlamaktadır. Ayrıca, bireyin potansiyellerini ortaya çıkarmasını sağlayacak ve temel kişilik özelliklerini yansıtan sıfatların organizasyonu olarak betimlemişlerdir (Cüceloğlu, 2017).

2.2.1. Freudun Kişilik Kuramı

Psikoloji tarihinin en önemli ismi olan Sigmund Freud, modern psikolojinin kurucusudur. Freudun psikanalitik kuramına göre insan kişiliği üç temel birimden oluşur. Bunlar alt benlik (id/libido), üst benlik (süperego) ve benlik (ego)'ten oluşmaktadır (Cüceloğlu, 2017.)

Alt benlik, insanın en kaba, ilkel arzu ve haz duygusunun hakim olduğu özelliğini gösterir. Alt benlikte, saldırganlık ve cinsiyet dürtüleri hakimdir. Freud'a göre bir diğer kişilik birimi ise "ego" dur. Ego, alt benliği kontrol altında tutan, akılcı ve mantıklı kararlar alabilen kişiliğin gerçek yürütme bölümüdür. Ego da hazlar ve dürtüler baskın olmamakla, gerçekçilik kontrolü elinde bulundurmaktadır. Ancak genellikle egonun gerçek görevi, alt benlikle ne kadar kavga halinde olsa da, alt benliğin istek ve arzularını mümkün olduğu kadar yerine getirmektir. Bir diğer tip ise "süperego" dur. Süperego, doğuştan var olmayan, öğrenme ile şekillenen, toplumun norm ve yapısına uymayı sağlayan kişilik tipidir. Süperego, alt benlikten gelen dürtüleri bastırmaya çalışır; egonunda mantıklı ve gerçekçi değil, kültürel değerlere ve töreye uygun hareket etmesini sağlamaya çalışır (Cüceloğlu, 2017; Yeşilyaprak, 2018).

Freud, alt benlik, ego ve süperegodan hangisi baskın gelir ise, kişiliğinde o doğrultuda şekilleneceğini belirtmiştir. Alt benlik baskın olan birey, bencil, sorumsuz, başkalarının haklarına saygı duymayan, istek ve arzularının hemen gerçekleşmesini isteyen, kendisine ve topluma zararı olan kişilik özelliklerine sahip olmaktadır. Egosu baskın olan birey, mantıklı ve gerçekçi, ahlaksal endişesi olmayan, uygunluk durumuna göre davranışlarını düzenleyen kişilik yapısına sahip olur. Üst benlik baskın olan birey, utangaç, çekimser, düşüncelerini rahat ifade edemeyen, kendini sürekli baskılayan kişilik yapısına sahip olur (Cüceloğlu, 2017; Yeşilyaprak, 2018; İnanç ve Yerlikaya, 2017).

2.2.2. Eric Berne Kişilik Kuramı

Berne'in kişilik kuramının temeli, Freud'un psikanalitik kuramın temeline dayanmaktadır. Berne, insanların birbirleriyle olan ilişkilerinde, üç farklı ego durumu olduğunu belirlemiştir. Bu durum, anne-baba (ebeveyn), çocuk ve yetişkin çerçevesinde şekillenmektedir. Bern insan doğasının mükemmel olduğunu ancak

insan yaşamının kötümser olduğunu belirtmektedir. Bu kurama göre insan mükemmel doğmakta, ancak hayatta karşılaşılan olumsuz durumlar, insanlarla ve çevreyle kurulan bağlar mükemmel yaratılışı bozmaktadır (Zengin, 2019).

Berne, insanların, başkalarıyla etkileşime girdiklerinde ebeveyn, çocuk ve yetişkin durumundan birini baskın olarak kullandıklarını ve kişiliğin bu duruma göre şekillendiğini belirtmektedir. İlk olarak ebeveyn ego durumu, koruyucu ve eleştiren ebeveyn olarak sınıflandırılır. Koruyucu ebeveyn benliğini üstlenen kişiler, koruyucu, sorumlu, duyarlı özelliklerini gösterir. Eleştiren ebeveyn benliği ise toplumun çıkarlarını ve geleceğini düşünen, kuralları önemseyen, eleştiren kişilik özelliklerine sahiptir. İkinci olarak çocuk ego durumu, doğal ve uyarlanmış olarak ikiye ayrılır. Doğal çocuk ego durumunda, çocuk içinden nasıl geliyorsa öyle davranmakta, uyarılmış çocuk ego durumunda da, birey asi ya da uslu olma özelliğine sahip olmaktadır. Üçüncü ve son olan yetişkinlik ego durumunda da akılcı ve mantıklı olan kişilik özelliklerine sahip olmayı vurgulanmaktadır (Zengin, 2019).

2.2.3. Alfred Adler Kişilik Kuramı

Alfred Adler'in kişilik kuramı Freud'un psikanalist kuramıyla benzerlik göstermektedir. Adler'i Freud'kuramından ayıran en önemli farklılık, Adler'in üstünlük kavramına verdiği önemdir. Üstünlük kavramı, insanların elde etmek istediği en büyük güçtür. Bu güç üstünlük ve aşağılık duygusunu ortaya koymaktadır. Aşağılık duygusu bebeklikte tamamen muhtaç durumdayken oluşmakta ve birey yaşamı boyunca üstünlük kurmak için çabalamaktadır (Cüceloğlu, 2017).

2.2.4. Carl Gustave Jung Kişilik Kuramı

Carl Jung, psikanalitik kuramda cinsel dürtülerin kişiliğin üzerindeki etkisinin fazla abartıldığını savunmaktadır. Jung, kişiliğin oluşmasında, diğer dürtülerinde önemli olduğunu ve kişinin yaşamında ulaşmak istediği amaçlar ve bu amaçlara ulaşmak için gösterdiği çabanın daha fazla etkisi olduğunu vurgulamaktadır. Jung, içe/dışa dönük kavramlarını kullanan ilk kuramcıdır. İçe dönük özellikteki bireyin, iletişime açık olmadığını, iç dünyalarında mutlu olduğunu; dışa dönük kişilik özelliğine sahip kimsenin de, sürekli çevresinde insan olduğunu ve yalnızlığı istemediğini belirtmektedir (Cüceloğlu, 2017; İnanç ve Yerlikaya, 2017).

2.2.5. John Lewis Holland Kişilik Kuramı

Holland diğer kuramcılardan farklı olarak, mesleği ön plana çıkartmış olup iş hayatındaki çıkarların kişiliğin bir dinamiği olduğunu varsaymıştır. Holland'a göre bireyin mesleki çıkarlarının tanımlanması da kişiliğin bir tanımlanmasıdır. Bu yüzden Holland, işlerin insanları ve insanların da işleri değiştirdiğini iddia etmektedir. Holland'ın kuramına göre; yeteneklerinin bilincinde olan bireyler, kendi yeteneklerine uygun bir meslek arayışı içerisine girerler. Bu bakımdan söz konusu kuram, bireylerin kişilik dinamikleri ile uğraş gösterdikleri iş kolları içindeki çevre veya bu işlerin gerektirdiği faaliyetler arasındaki ilişki biçimine dayanmaktadır. J. Holland, bir bireyin işe olan ilgisini yine o bireyin kendi kişiliğinin bir aynası olduğunu değerlendirmektedir (Holland, 1997).

2.2.6. Meyer Friedmen ve Rosenman'ın A ve B Tipi Kişilik Kuramı

A tipi ve B tipi kişilik, iki kardiyolog ve aynı zamanda kardeş olan Meyer Friedman ve Rosenman tarafından belirtilmiştir. A tipi davranış sergileyen birey fazla rekabetçi, sabırsız ve işe çok fazla önem gösterir. A tipi kişiliklerin sahip olduğu özellikler; hareketlilik, saldırganlık, ihtiraslı olma, rekabet ve düşmanlık duyguları, benmerkezcil davranıştır. B tipi davranış sergileyen birey ise, daha az rekabetçi, zamana ve işe karşı daha az önem gösteren, daha dengeli ve rahat bir yaklaşım içerisindedirler (Durna, 2005).

2.2.7. Beş Faktör Kişilik Modeli

Kişiliğin tanımlanmasına ve özelliklerinin belirlenmesinde farklı yaklaşımlar bulunmaktadır. Kuramcıların farklı görüşlerinden biri de beş faktör kişilik modelidir. Kişiliğin değerlendirilmesinde ve açıklanmasında çoğunlukla başvurulan bir yaklaşımdır. Kişiliğin belirlenmesinde ve ölçülmesinde kullanılan beş faktör kişilik modeli, birbirine zıt sıfatların kişi üzerindeki etkisine ve özellik yaklaşımına dayanmaktadır (Doğan, 2013).

Beş Faktör Kişilik Modeli; kişilik özelliklerini beş temel boyut altında incelemiştir. Bu kurama göre kişiliğin tanımlanmasında kullanılan beş temel boyut, dışadönüklük-içedönüklük, gelişime açıklık-gelişmemişlik, özdenetim-dağınıklık,

yumuşak başlılık-düşmanlık, duygusal denge-dengesizlik olarak bilinmektedir (McCrae ve Costa, 2006).

❖ “*Dışadönüklük-içedönüklük*” alt boyutunda dışa dönük kişilik özellikleri, iletişime açık, enerjik, sıcakkanlı, sosyal, konuşkan, coşkulu ve heyecanlı olmayı kapsar. İçe dönük kişilik özellikleri ise daha az konuşkan, karamsar, depresyona eğilimli, naif ruh yapısı ve maddiyata önem vermeyen kişilik özelliklerini kapsar (Benet-Martinez ve John, 1998).

❖ “*Duygusal denge-dengesizlik (Nevrotik)*” alt boyutu, depresyona eğilimli olma, gergin, anksiyetik olma, duygu durum değişiklikleri yaşama, tedirginlik, sabırsızlık ve huzursuzluk gibi kişilik özelliklerini içermektedir (Bacanlı ve ark., 2009; Benet-Martinez ve John, 1998).

❖ “*Özdenetim-Dağınıklık (Sorumluluk)*” alt boyutu, görev bilincinde olma, düzenli olma, disiplinli olma, özenli, dikkatli ve planlı olma gibi özellikleri kapsamaktadır (Bacanlı ve ark., 2009; McCrae ve Costa, 2006).

❖ “*Gelişime açıklık- Gelişmemişlik (Deneyime açıklık)*” alt boyutu, ilgili olma, meraklı olma, yeni yerler keşfetmeye ve yeni insanlarla tanışmaya açık olma, değişime açık olma, bağımsız ve özgür yaşama gibi kişilik özelliklerinden oluşmaktadır (Benet-Martinez ve John, 1998; McCrae ve Costa, 2006).

❖ “*Yumuşak başlılık-Düşmanlık alt boyutu*”, hoşgörülü, saygılı, yardımseverlik, bağışlayıcılık ve esneklik gibi özellikleri kapsamaktadır (Bacanlı ve ark., 2009).

Beş faktör kişilik modeli uzun bir geçmişe sahiptir ve önceki kişilik teorilerinden bilimsel gözleme dayalı olmasıyla farklılık gösterir. İnsanları kategorilere ayırmak yerine, kişilik boyutlarına göre farklı düzeylere yerleştirir. Beş faktör kişilik modeli, onlarca özelliğe dayanan ve diğer modellerden farklı olarak birçok disiplinde, farklı kültürlerde ön plana çıkmaktadır. Bu modelin kullanılabilirliğinin temel alt yapısını, bireysel farklılıkları belirlemesi ve dünyada bütün dillerde rahatça kodlanabilmesi nedeniyle insanın kişilik yapısını gösteren bir sınıflandırmanın yapılabilmesi oluşturmaktadır (Çetin ve Şahin, 2018).

Kişilik özellikleri bireylerin, fiziksel, psikolojik ve sosyal yönden gelişiminde etkili olan önemli bir faktördür. Kadınların yaşamlarının önemli bir bölümünde

ortaya çıkan, birçok semptomla kendini gösteren premenstrual sendrom (PMS), kişilik özelliklerinden etkilenmektedir.

2.3. Premenstrual Sendrom

Kadınların yaşamlarının yaklaşık 30-35 yılını kapsayan, halk arasında ‘adet’olarak bilinen, her ay gerçekleşen fizyolojik olaya menstrasyon denir. Menstrasyon, üremenin bir göstergesi olarak fertil çağ boyunca ortaya çıkan, sağlıklı bir kadında en az 22 en çok 30 günde bir gerçekleşen, 30-100 ml kan kaybına neden olan bir süreçtir (Taşkın, 2016). Menstrual siklus içerisinde yer alan PMS, pmenstrual döngünün luteal evresi sırasında başlayan ve adet kanamasının başlamasıyla hızla azalan, bazı psikolojik, fiziksel ve davranışsal şikâyetlerin periyodik olarak tekrar ettiği ve kadının yaşam kalitesini etkileyen bir rahatsızlıktır (Bakhshani ve ark., 2013). Menstrasyondan yaklaşık bir hafta evvel meydana gelen psikolojik, fizyolojik ve davranışsal şikâyetlerle ortaya çıkan, ICD10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems)’da premenstrual sendrom ve DSM-IV (Statistical Manual of Mental Disorders)’de premenstrual disforik bozukluk (PMDD) olarak isimlendirilen, kadında her ay tekrarlayan yoğun duygu durum semptomları ile karakterize edilmiş olan bu sendromun etiyolojisi geçmişte ve günümüze birçok çalışmanın konusu olmuştur (Gençdoğan, 2005).

Premenstrual sendrom (PMS), kadınlarda menstrual döngünün geç luteal döneminde çeşitli belirtilerle kendini gösterir. Yapılan çalışmalarda en fazla ortaya çıkan belirtiler; anksiyete, memelerde şişlik, baş ağrısı, halsizlik, kilo alımı, duygu-durum bozuklukları, huzursuzluk, gerginlik, baş ağrısı, kas ağrısı olarak bulunmuştur (Tanrıverdi ve ark, 2010; Kebapçılar ve ark, 2012). Yapılan başka bir çalışmada ise, bu belirtilerin kadınların %43.1 inde görüldüğü ve kadınların % 5.9’unda günlük hayattaki rutini, iş performansını, çevreyle olan ilişkiyi ciddi derecede etkileyebilecek şiddette olduğu saptanmıştır (Miyako ve ark., 2011).

2.3.1. Premenstrual Sendrom Etiyolojisi

Premenstrual sendrom, üreme çağındaki kadınlarda, menstrasyondan bir hafta kadar öncesinde kendini fiziksel, psikolojik ve davranışsal semptomlarla gösteren, kadının farmakolojik ve nonfarmakolojik tedaviye gerek duymasını gerektirmeyecek

kadar hafif belirtilerle geçebildiği gibi günlük yaşam aktivitelerini de ciddi derecede etkileyebilen bir rahatsızlıktır. İş gücü kaybına neden olabilecek kadar şiddetli semptomlar ile karakterize olabilen premenstrual sendromun, neden kaynaklandığına dair net bir görüş bulunmamaktadır (Şener, 2017; Işgın, 2014). Buna karşın fizyolojik, psikolojik ve genetik faktörlerin premenstrual sendroma neden olabildiğine dair birçok çalışma bulunmaktadır. Bu çalışmalarda prostoglandinlerin aşırı salgılanması, östrojen - progesteron dengesizliği, prolaktin ve renin-anjiyotensin-aldosteron dengesizliği, beslenme yetersizliği ve psikososyal faktörlerin premenstrual sendroma sebep olabileceği vurgulanmıştır (Işgın, 2014; Dinç, 2010; Kelderhouse ve Tylor, 2013).

2.3.1.1. Estrojen ve Progesteron Dengesizliği

Premenstrual sendrom (PMS) etyolojisini ilk inceleyen araştırmalarda, nöroendokrin sistem ile kadınların plazma düzeylerindeki östrojen, progesteron gibi hormon seviyelerinin önemli olduğu düşünülmüştür (Taşkın, 2016).

Menstrual siklusun ondördüncü gününde östrojen seviyesi artış gösterir. Östrojen artması veya progesterondaki azalma PMS'ye yol açabilmektedir. Östrojen seviyesinin artması, paratroid hormonun artmasına ve kalsiyumun azalmasına neden olur. Östrojenin artması serotoninin azalmasına sebep olur. Bunun sonucunda da karbonhidrat yeme isteği artar, depresif düşünceler artar ve uyku düzeni bozulur. Menstruasyon gerçekleşene kadar östrojendeki dalgalanma devam eder. Bu dalgalanma kadınlarda, kas ağrılarına, gerginliğe, stres artışına, depresyona yatkınlığa ve baş ağrısına sebep olur (Chocano - Bedoya ve ark., 2013).

Kandaki progesteron düzeyi ovulasyon öncesi yükselir ve sonrasında düşer. PMS'nin nedeni olarak progesteronun düşmesi, östrojenin yükselmesi ve östrojen-progesteron oranında ortaya çıkan değişiklikler olduğu düşünülmektedir. Östrojen ve progesteronun, serotonin, opioid, katekolamin ve gamma-aminobutirik asit (GABA) gibi nörotransmitler üzerinde etkisi olduğu bilinmektedir. Düşük düzeydeki serotonin, β -endorfin ve GABA luteal fazda negatif duygu durumuna neden olmaktadır. GABA beyinde bulunan en önemli nörotransmitterlerden biridir. Klinik çalışmalar düşük GABA düzeyinin ruh halinde düzensizlikler yarattığını göstermektedir (Ford ve ark., 2009). Beyindeki serotonin hormonunun aktivasyonu,

over hormonlarının salınımı ile ilgilidir. Östrojen ve progesterona duyarlı olan serotonin reseptörleri, saldırganlık, duygu durumları ve kavrama açısından önemli bir nörotransmitter olan ve savaşı gen olarak da bilinen monoamin oksidazı artırarak bireyi depresyona yatkın hale getirir. Bu sebeple östrojen ve progesteron hormonlarındaki değişim (östrojenin düşmesi, progesteronun artması) duygulanımı tetiklemektedir (Walsh ve ark., 2015).

Premenstrual sendromda östrojen-progesteron dengesizliğinde yer alan progesteron- GABA ilişkisinin başka bir yönü de progesteronun metaboliti olarak ortaya çıkan allopregnanolonun, kandaki GABA düzeyini etkilemesidir. Luteal faz öncesinde progesteronun düşmesiyle yüksek oranda allopregnanolona maruz kalan GABA reseptörlerinin, menstruasyon zamanında allopregnanolona duyarlılığı azalmaktadır. Bu yüzden luteal fazda progesteronun artmasıyla allopregnanolonun seviyesinin düşük düzeydeki miktarı anksiyeteye, depresyon, gerginlik ve sinirliliğe yol açmaktadır (Green ve ark., 2017; Walsh ve ark., 2015).

2.3.1.2. Prostaglandinlerin Aşırı Salgılanması

Endometriumdan üretilen prostaglandinler uterus tarafından sentezlenen kimyasal maddelerdir. Hemen hemen birçok dokuda bulunan prostaglandinler veziküla seminalisten salgılanır (Taşkın, 2016). Prostaglandinlerin etkisi ile uterus kasları kasılır. Menstrual siklusun başında prostaglandin düzeyleri yüksektir. Prostaglandin seviyesinin menstruasyon sırasında düşmesi, hissedilen ağrının birkaç günden sonra neden azaldığını açıklar (Kelderhouse ve Tylor, 2013).

2.3.1.3. Prolaktin ve Renin Anjiotensin - Aldosteron Dengesizliği

Menstrual siklusta prolaktin hormonu ovulasyon başlamasıyla artar ve luteal faz süresince seviyesinde değişiklik olmaz. Prolaktin hormonunun artışı; menstrual düzensizlik, depresyon, cinsel istekte azalma ve duygu durum değişiklikleriyle ilişkili bulunmuştur (Gillam ve ark., 2004). Aldosteron seviyesi ise ovulasyon süreci ile artmakta olup luteal faz boyunca yüksek seyretmektedir. Luteal fazda artan over hormonları, renin-anjiotensin-aldosteron sistemini etkileyerek sodyum ve potasyum seviyelerinde değişime neden olur ve karında ve ekstremitelerde sıvı tutulumunun neden olarak PMS semptomlarını ortaya çıkarmaktadır (Szmuiłowicz ve ark., 2006).

2.3.1.4. Diyetteki Yetersizlikler

Premenstrual sendrom belirtilerinin ortaya çıkmasında; çinko, magnezyum, kalsiyum ve vitaminlerden fakir beslenme şekli, sigara, alkol, kafein kullanımı ve vitamin-mineral eksiklikleri gözlemlendiği çalışmalar vardır. Çinko (Zn), magnezyum (Mg), vitamin B6 (pidoksin) ,kalsiyum (Ca), vitamin D, vitamin E eksikliği bazı PMS semptomlarından sorumlu tutulduğundan mineral ve vitaminlerin etkileri araştırılmıştır (Işgın ve Büyüktuncer, 2017; Haciveziroğlu, 2015; Biggs ve Demuth, 2011).

Çinko (Zn); emosyonel ve mental olaylarla ilişkilidir. Endometriumun progesteronu bağlamasında rol oynar ve PGE sentezinde önemlidir. Santral Sinir Sistemi'ndeki nörotransmitterlerin değişiminde etkilidir. Prolaktin, GH ve LH'ın hem sentezini hem de sekresyonunu değiştirebilir. Yapılan bir çalışmada, günlük 25 mg çinko alınımıyla PMS riski arasında ters ilişki bulunmuştur (Chocan-Bedoya, 2013).

Magnezyum (Mg); bazı enzimatik olaylarda kofaktör olarak yer almaktadır. Nörotransmitter mekanizması için özellikle gerekli bir besindir. Serotonin hormonu ve diğer nörotransmitterlerin damar kasılması, kas fonksiyonu ve hücre zarı stabilitesinde aktivitelerini etkiler, hormonal sistemde vitamin B6'nın aktivite olmasını sağlar. Magnezyum seviyesindeki düşüş, psikolojik olarak negatif tepkiler meydana getirir ve davranış değişikliklerinin ortaya çıkmasına sebep olabilir. PMS'li grupla kontrol grubununun karşılaştırıldığı bir çalışmada, PMS'li kadınlarda luteal fazda Mg seviyesinin az olduğu gözlenmiştir (Lopez, 2009).

Vitamin B6 (Pridoksin); seratonin, triptofan, dopamin ve GABA sentezi olmak üzere nörotransmitter sentezinin son aşamasında bir kofaktör olarak rol almaktadır. Vücutta magnezyum seviyesini ayarlar. Dopamin ve seratonin biosentezinde bir koenzim rolü oynadığından pridoksin azalması depresyon, nöropati ve duygu durum bozukluklarına neden olmaktadır (O'Brien, 2007).

Kalsiyum (Ca); endokrin sistemimizi etkileyerek duygudurum bozukluklarını regüle eder. Östrojenin, kalsiyum metabolizması üzerinde etkisi bulunmaktadır. Hipokalsemiye ortaya çıkan depresyon, gerginlik, kaygı ve disforik bozukluk belirtileri PMS'de de görüldüğü için, PMS'de kalsiyumun rolü olacağı

düşünülmektedir (Lopez, 2009). Bu sebeple, yetersiz kalsiyum alan PMS'li kadınların gereksinimleri kadar kalsiyum tüketmelerini sağlamak PMS semptomları ve yaşam kaliteleri üzerine olumlu etki göstermektedir (Hacıveziroğlu, 2015).

D vitamini eksikliği görülen kadınlarda, kalsiyum düzensizliği ve hiperparatiroidizm sebebiyle PMS semptomlarının ortaya çıkabileceği düşünülmektedir (Bertone-Johnson ve ark., 2010).

Premenstrual semptomlar üzerine sigara, alkol ve kafein tüketiminin etkili olduğu saptanmıştır. Sigara, alkol ve kafein tüketiminin, kadında şişkinlik huzursuzluk, uykusuzluk, şişkinlik gibi belirtileri arttırdığı belirtilmektedir (Eğicioğlu ve ark., 2015).

Günlük kompleks karbonhidrat alımının artırılması, PMS'nin etioloji ve tedavisinde, yaygın olarak yer alan serotoninin öncüsü olan triptofan seviyelerinin yükseltilmesi nedeniyle faydalı olabilir (Cunningham, 2009).

2.3.1.5. Psikososyal Faktörler

Hormonal değişikliklerin yanı sıra premenstrual sendroma neden olan diğer faktörler, kadının içinde bulunduğu kültür, çalışma ve eğitim durumu, kadının menstruasyon hakkında sahip olduğu bilgi ve tutumu, dismenore gibi diğer menstrual problemler şeklinde sıralanabilir. Premenstrual sendromda genetik faktörlerin de etkili olabildiği bilinmektedir. PMS semptomlarının anneler ve adölesan yaşta kızlarında, benzerlik gösterdiği bildirilmiştir. PMS'li hastalarda, luteal fazda depresyona yatkınlık daha fazla görülmüştür (Dinç, 2010).

2.3.2. Premenstrual Sendrom Belirtileri

Premenstrual sendrom, üreme çağındaki kadının yaşam kalitesini etkileyen semptomlar ile karakterize bir rahatsızlıktır. Fertil çağındaki kadınların %70-90'ında menstruasyonla ilişkili belirtiler, %20-40'ında farklı oranlarda geçici emosyonel, davranışsal ve fiziksel disfonksiyon (somatik) şeklinde belirtiler görülmektedir (Erbil ve ark., 2010; Kebapçılar ve ark., 2012; Kısa ve ark., 2012). PMS semptomları arasında en önemli yeri duygu durum bozuklukları ve davranış bozuklukları oluşturmaktadır. PMS belirtilerinin menstruasyondan bir hafta önce başladığı bilinmektedir (Taşkın, 2016).

2.3.2.1. Emosyonel Belirtiler

Premenstrual sendrom, menstrual siklusta hormonal aktivitenin hızlı değişimi ile ortaya çıkar ve hipotalamus-hipofiz bezi aktivitesini etkileyerek duygu-durum değişikliklerine neden olmaktadır. Bu değişimler, iritabilite, kızgınlık, anksiyete, yorgunluk, uykusuzluk veya aşırı uyku, ağlama nöbetleri, gerginlik, ruh hali değişiklikleri, unutkanlık, yalnızlık hissi, kendine güvenin azalması, işten kaçma, toplumdan kaçma, negatif tutum olarak belirtilmektedir (Tanrıverdi ve ark., 2010; Lopez, 2009)

2.3.2.2. Davranışsal Belirtiler

Premenstrual sendromun davranışsal belirtileri arasında yorgunluk, aşırı uyuma, uykusuzluk ve uyku düzensizlikleri, baş dönmesi, lipidoda artma veya azalma, iştahta artma veya azalma, alkol ve ilaç kullanma eğilimi, intihar girişimi, insan ilişkilerinde bozulma, çalışma performansında değişme, koordinasyon kaybı, ağlama nöbetleri, letarji ve bitkinlik yer almaktadır (Selçuk ve ark., 2014; Eğicioğlu ve ark., 2015; Erbil ve ark., 2011)

2.3.2.3. Somatik Belirtiler

Kadınlar, premenstrual dönemi çok hafif belirtilerle geçirebildikleri gibi, bu süreci yaşam aktivitelerini etkileyebilecek şiddette de yaşayabilmektedirler. Bu dönemde kadınlarda davranışa yansıyan PMS semptomları, migren, epilepsi, senkop, vertigo, baş ağrısı, akne, ürtiker, herpetik lezyonlar, saçlarda yağlanma ya da kuruma, astım, rinit, eklemlerde ağrı ve şişkinlik, kas ağrıları, tremorlar, sırt ağrısı, glokom, konjiktivit, sinüzit, boğaz ağrısı, ses değişiklikleri, oligüri, sistit, enürezis, üriner retansiyon, göğüslerde hassasiyet ve dem, abdominal şişkinlik, çarpıntı ve proksimal taşikardidir (Biggs ve Demuth, 2011; Kısa ve ark., 2012; Aşçı ve ark., 2016).

2.3.3. Premenstrual Sendrom Tanı

Premenstrual sendrom süresi, şiddeti ve belirtileri, kadından kadına farklılık göstermektedir. PMS, 150-200'e yakın belirtiliyle kendini gösterebildiği ve laboratuvar tanılması yapılamadığı için farklı hastalıklarda da belirtiler benzerlik

göstermekte ve tanılama aşamasında geri plana düşebilmektedir (Karaca ve Beji, 2015).

Premenstrual sendromun klinik değerlendirmesi, her kadında farklı PMS deneyimi olduğu için zorlaşmaktadır. PMS tanısı koyulurken, belirli semptom kümelerinin olmaması, araştırmacıların net bir temel oluşturamaması premenstrual sendrom tanılamada farklı yöntemler ortaya çıkmasına sebep olmuştur (Karaca ve Beji, 2015). Bu sebeple, Kadın Sağlığı, Obstetrik ve Yenidoğan Hemşireleri Birliği (AWHONN), Amerikan Kadın Doğum Birliği (ACOG), Amerikan Psikiyatri Birliği (APA), PMS tanılmasında kullanılmak üzere ölçütler yayınlamıştır. Tanılama ölçütleri belirleyenlerden AWHONN'a göre PMS değerlendirilirken, tıbbi, sosyokültürel, psikolojik ve çevresel etkenler gibi faktörler dikkate alınmalıdır. Aynı zamanda PMS semptomları 3 menstrual siklus boyunca görülmelidir. ACOG'a göre ise belirtilerin başka hastalıklardan kaynaklanmadığı bilinecek, premenstrual sendrom kaynaklığı olduğu belirlenmelidir. APA'ya göre PMS nin çeşitlerinden premenstrual disforik bozukluk (PMDB), duyuşsal, davranışsal ve somatik belirtiler de olmak üzere beş ve daha fazla belirtinin menstrual siklusun luteal fazında görülmesi ve foliküler fazın başlamasıyla belirtilerin ortadan kalkması ile tanı almaktadır. Aynı zamanda premenstrual sendrom belirtilerinin kaynağı başka hastalıklardan kaynaklanmamalı, mesleki ve sosyal işlevselliği engellemelidir (Taylor, 2005).

Kadınların yaşam kalitesini etkileyen PMS için, Amerikan Psikiyatri Birliği'nin önerisi ile Psikiyatrik Bozuklukların Teşhisi ve İstatiksel El Kitabı'nın (DSM-IV) dördüncü baskısına göre, PMS nin çeşidi olan PMDD tanısı, psikiyatrik hastalık kategorisinde değerlendirilmiş, PMDD'ye özgü tanı kriterleri oluşturulmuştur. 2013 yılında DSM-V olarak güncellenen tanı kriterlerinde "Premenstrual Disforik Bozukluk"adı ile "Depresif Bozukluklar" başlığı altına eklenmiştir. PMDD tanısı için DSM-V'te yer alan 11 belirtiden en az 5 belirtinin bulunması, işlevsellikte bozulma ve prospektif olarak en az 2 ardışık menstrual siklusa belirtilerin görülüyor olması gerekmektedir. Bu belirtiler aşağıdaki gibidir:

- ❖ Belirgin duygusal karmaşa (aniden ağlamaklı hissetme, reddedilme korkusu),

- ❖ Belirgin sinirlilik hali (öfke artışı, kızgınlık, iletişimde bozulma),
- ❖ Belirgin depresif duygu-durum (kendini suçlama, umutsuzluk hissi),
- ❖ Belirgin kaygı (gerilim, tetikte olma hâli),
- ❖ Günlük rutin etkinliklere karşı ilgi kaybı (okul, iş)
- ❖ Konsantrasyonda azalma,
- ❖ Hâlsizlik (çabuk yorulma hâli, enerji azlığı),
- ❖ İştahta değişiklik (yeme isteğinde artış veya belli gıdalara yönelme),
- ❖ Aşırı uyku veya aşırı uykusuzluk,
- ❖ Baskı altında olma hissi,
- ❖ Memelerde hassasiyet, şişkinlik,
- ❖ Eklem veya kas ağrısı gibi belirtilerdir (Schmelzer ve ark., 2015).

Premenstrual sendrom tanısının koyulmasında, hastalıkların ve sağlık sorunlarının belirlenmesi için uluslararası sınıflandırma sistemi olan Uluslararası Hastalıkların İstatistik Sınıflandırması ve İlgili Sağlık Sorunları (ICD-10)'dan da yararlanılmaktadır (Borenstein ve ark., 2007). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), (ICD-10)'da PMS tanısını jinekolojik bozukluklar bölümünde ele almış ve Premenstrual Gerginlik Sendromu (PMTS) olarak tanımlamıştır. DSÖ'ye göre bu tanıyı koyabilmek için ICD-10'a göre tanımlanan kriterler şunlardır:

- ❖ Belirtiler sadece menstrual döngünün, luteal fazında ortaya çıkar, menstrual kanamanın başlamasından bir süre önce zirveye ulaşır ve menstruasyondan bir süre sonra kaybolur.
- ❖ Aşağıdaki belirtilerden yalnızca bir tanesinin görülmesi PMS tanısı için yeterlidir:
 - Hafif psikolojik huzursuzluk
 - Kilo artışı, şişkinlik hissi
 - Memelerde hassasiyet
 - Konsantrasyon azalması

- İştah değişiklikleri
- Uyku bozukluğu
- Ekstremitelerde ağrı

2.3.4. PMS Tedavi

Premenstrual sendromun nedeni tam olarak bilinmemesinden dolayı tedavisinde uzun yıllar başarı sağlanamamıştır. Bu durum, günümüze kadar semptomatik ve nonspesifik tedavi yöntemlerinin uygulanmasına sebebiyet vermiştir. Her hasta için farklı tedavi yöntemleri uygulanmakta, bunun nedeni olarak PMS'nin çok sayıda semptomla seyreden karmaşık bir bozukluk olduğu öne sürülmektedir. Tedavide çok çeşitli teröpatik yönetimler bulunmaktadır. Bu tedaviler nonfarmakolojik, farmakolojik ve cerrahi tedavi olmak üzere üç şekilde sıralanmaktadır (Dinç, 2010).

2.3.4.1. Nonfarmakolojik Tedavi

Premenstrual sendromlu kişilerde tedavinin amacı, belirtileri ortadan kaldırmak, belirtilerin günlük yaşam üzerindeki olumsuz etkisini en aza indirmek ve kişiler arası ilişkiyi düzeltmek ve tedavinin yan etkilerini en aza indirmek olmalıdır (Poyrazoğlu, 2010). Premenstrual sendrom hastaneye başvuran hastalara, öncelikle non-farmakolojik tedavi yöntemleri uygulanmaktadır. Bu tedaviler, egzersiz, beslenme, bilişsel davranışsal terapi (BDT), kinezyo bantlama, progresif kas gevşeme egzersizleri (PGE) olarak sınıflandırılmaktadır (Karaca ve Beji, 2015; Öztürk ve Tanrıverdi, 2010).

23411. Egzersiz

Düzenli egzersizin PMS üzerinde pozitif etkisini gösteren çalışmalar bulunmaktadır (Bayram, 2007; Abbaspour ve ark., 2007). Egzersiz yapan kadınlarda sinirlilik hâli, depresyon, sıvı retansiyonu, meme hassasiyeti ve stres gibi semptomların azaldığı gözlenmiştir (Maged ve ark., 2018). Sporcu kadınların, sedanter kadınlara oranla PMS'ye ilişkin semptomları daha az deneyimledikleri saptanmıştır. Egzersiz ve fiziksel aktivite endorfin salınımına yardımcı olarak genel sağlık durumu, sinirlilik hâli, gerginlik ve kaygı durumunu iyileştirmektedir.

Endorfinlerin, duygu durum değişiklikleri, ağrı algısı, hafıza ve öğrenme üzerinde olumlu etkileri bulunmaktadır (Bhatia ve Bhatia, 2002).

23412 Beslenme

E vitamini, PMS'deki kas ağrıları için kabul edilmiş bir tedavi seçeneğidir. Yapılan randomize kontrollü bir çalışmada luteal faz süresince günlük 400 IU E vitamini kullanımının somatik ve davranışsal semptomlar üzerinde olumlu etkisi olduğu ortaya koyulmuştur (Mandana ve Azar, 2014). ACOG, PMS tedavisinde E vitamininin yan etkilerinin azlığı ve antioksidan etkisinin olmasından dolayı kullanımını onaylamaktadır.

Amerikan Kadın Doğum Birliği (ACOG)'un PMS için önerdiği bir diğer vitamin de kalsiyumdur. PMS'li kadınlarda 3 ay boyunca kullanılan kalsiyum karbonat desteğinin semptomlarda %48 azalmaya neden olduğu görülmüştür (Ghanbari ve ark., 2008). D vitamini alımının PMS prevalansı ile ilişkili olduğu ve diyetle günde 100 IU ve üzerinde D vitamini alanlarda PMS riskinin D vitamini almayanlara göre daha düşük olduğu bulunmuştur. Yüksek dozlarda alınan D vitamini ve kalsiyumun, yeme isteğinde artış, ödem, ağrı gibi PMS belirtilerini azaltmada etkili olduğu saptanmıştır (Bertone-johnson, 2010).

Alkol, çay, kahve, kolalı içecek ve çikolata tüketimi, PMS semptomlarını tetikleyen unsurlar arasında yer almaktadır. Tuzun, ödem ve sıvı retansiyonuna neden olması nedeniyle özellikle luteal dönemde tüketimi kısıtlanması gerektiği vurgulanmaktadır. Bianco ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada tuz tüketiminin artmasının PMS şiddetini arttırdığı belirtilmiştir (Bianco ve ark., 2014). Ayrıca, kafein, tuz, şeker ve alkol tüketiminin azaltılmasının, PMS semptomları olan gerginlik, uykusuzluk ve anksiyete şikâyetleri üzerinde de olumlu etkisi olduğunu gösteren çalışmalar bulunmaktadır (Erbil, 2014; Kaya ve Gölbaşı, 2016).

Kadının, yaşam tarzı ve diyet değişiklikleriyle farmakolojik bir tedaviye gerek kalmadan hafif ve orta düzeyde PMS etkileri ortadan kaldırabilir. Güncel tedavi önerileri daha küçük porsiyonlarda yemek yemek gibi diyet değişikliklerini içerir. Genellikle karbonhidrattan yüksek ve düşük tuz tüketen yemekler tüketilmesi, rafine şeker, kafein ve alkol tüketimini azaltılması, PMS semptomlarını azaltması nedeniyle önerilmektedir (Işgın ve Büyüktüncel, 2017).

23413. Bilişsel Davranışsal Terapi (BDT)

Bilişsel davranışsal terapi (BDT), PMS'ye eşlik eden duygusal fiziksel semptomların hafifletilmesinde önemli bir rol oynamaktadır. Literatürde BDT'nin, PMS üzerine etkisinin değerlendirildiği çalışmalarda, PMS semptomlarını azaltmada BDT yönteminin etkili olduğu bulunmuştur (Panay, 2011; Hunter ve ark., 2002). BDT, bilişsel mekanizma, kişinin kendisi, ailesi, arkadaşları, yaşantıları ve geleceği ile ilgili algı, yorum ve anlamlandırmaları içerir. Bunlar, kişinin işlevsel olmayan ve uyum bozucu özellik gösteren otomatik düşünceleri, ara inanç ve kuralları, temel inançları ve bu bilişlerle bağlantılı çarpıtmalarının oluşturduğu bilişsel yapıdır (Karimi ve ark., 2018).

23414. Kinezyo Bantlama

Kinezyo bantlama tekniği ilk olarak, 1973 yılında Japon kiroprakt, akupuntirist ve moksibisyon terapisti olan Kenzo Kase tarafından uygulanmaya başlanmıştır. Kinezyo bantlamanın temel amacı, zayıf kasları desteklemek ve kasın işlevselliğini artırmak, dolaşımını artırmak, merkezi sinir sistemini uyararak ağrının azalmasını sağlamak ve eklemlerdeki şekil bozukluğunu düzeltmektir. Kinezyo bant, deri üstünde basınç yaparak deriyi gerer. Bu eksternal gerim, kutanöz mekanoreseptörleri etkileyerek bantlanan bölgede fizyolojik değişikliklere sebep olur. Ayrıca, kinezyo bantlama, deri ile kas ve intertisyel alan arasındaki boşluğu artırarak dolaşımını artırır (Çeliker ve ark., 2011; Borman ve Zinnuroğlu, 2017). Kinezyo bantlama yöntemi, premenstrual sendromu yaşayan kadınların premenstrual semptom şiddetinin azalmasında katkıda bulunduğu ve nonfarmakolojik yöntem olarak kullanılabilmesi belirtilmektedir (Korucu, 2019).

23415. Progresif Kas Gevşeme Egzersizi (PGE)

Kanıt temelli uygulamalar içerisinde yer alan başlıca gevşeme teknikleri; bilişsel-davranışçı terapiler, hayal kurma/hipnoz, müzikoterapi, kendi kendini telkin yöntemi, meditasyon (yoga), duygusal özgürlük tekniği, farkındalık tabanlı stres azaltma yöntemi ve progresif kas gevşeme egzersizleridir. Gevşeme teknikleri, premenstrual sendrom semptomlarından, anksiyetinin azaltılması, stresin etkileri, gerginlik ya da kontraksiyonların azaltılması, uyumayı kolaylaştırma, yorgunluk ve

ağrıyı azaltma yöntemlerinin etkinliğini artırmayı hedefleyen önemli bir psikolojik etkiye sahip uygulamalardır (Öztürk ve Tanrıverdi, 2010).

2.3.4.2. Farmakolojik Tedavi

Farmakolojik tedavi yöntemleri non farmakolojik tedavi yöntemlerine göre PMS tedavisinde daha az kullanılmaktadır. Bu durum kadınların tedavi amaçlı hastaneye başvurma oranının düşük olması ile ilişkilidir (Kebapçılar ve ark., 2012).

Premenstrual sendrom tedavisinde, bitkisel ilaçlar (akşam çuha çiçeği yağı, ginkgo biloba, crocus sassativus, vitex agnus castus), vitamin preparatları, kombine oral kontraseptifler (KOK), diüretikler, serotonin geri alım inhibitörleri (SSRI) ve bazı ilaçlar (alprazolam, bromocriptin, östrojen ve danazol) kullanılmaktadır (Şener, 2017).

Bitkisel ilaçlar: Türkçe’de hayıt otu olarak bilinen vitex agnus castus bitkisinin içeriğindeki iridoit ve flavanoidlerin cinsiyet hormonları üzerindeki etkisi, dopamin salınımına etki etmesi ve gevşeme sağlayarak stresi azaltması, premenstrual sendrom belirtilerini azaltmada etkisi olduğu bilinmektedir (Schellenberg, 2001). Yapılan bir çalışmada adetten altı gün önce vitex agnus castus uygulaması yapılmış, ve plasebo grubuna kıyasla premenstrual semptomları önemli ölçüde azalttığı saptanmıştır (Zamani ve ark., 2012). Başka bir çalışmada ise vitex agnus castus ile tedavi edilen kadınların irritabilite, duygudurum dalgalanmaları, öfke, baş ağrısı ve göğüs dolgunluğu gibi premenstrual semptomlarda azalma gözlenmiştir (Biggs & Demuth, 2011).

Kombine Oral Kontraseptifler: Premenstrual sendrom over hormonlarındaki değişim ile ortaya çıkmaktadır. Semptomların kadın hayatının etkileyebilecek şiddette olması, kombine oral kontraseptif (KOK) kullanımını ortaya çıkarmıştır. Kombine oral kontraseptifler ovulasyonu baskılayarak etki gösterir. Kok tedavisinin, akne ve yağlanmayı azalttığı, sıvı retansiyonunu iyileştirdiği, şişkinliği ve kilo alımını azalttığı, meme hassasiyetini iyileştirdiği saptanmıştır (Rapkin ve Akopians, 2012).

İlaçlar: Diüretikler, vücuttaki sıvı tutulumunu azaltmak amacıyla premenstrual sendrom tedavisinde kullanılmaktadır (Öztürk ve Tanrıverdi, 2010). Serotonin geri

alım inhibitörleri (SSRI) PMS tedavisinde, duygu durum bozukluklarını ve somatik şikayetleri azaltıp yaşam kalitesini artırdığı için tercih edilmektedir (O'Brien ve ark., 2007). Premenstrual sendromda uykusuzluk ve anksiyete şikâyetleri için alprazolam kullanılmaktadır. Alprazolam bağımlılık riski yüksek olduğu için kadınlarda kullanımı dikkatle izlenmelidir (Yonkers ve ark., 2008). Bir diğer ilaç bromocriptindir. Bromocriptin bir dopamin agonistidir ve prolaktin seviyesini düşürerek premenstrual mastaljiyi (memede ağrı) önlemektedir (O'Brien ve ark., 2007). Danazol, PMS tedavisinde, ovulasyonu engelleyerek minimal semptomların tedavisinde kullanılan bir ilaçtır (Nikam ve ark., 2014).

2.3.4.3. Cerrahi Tedavi

Yaygın olmamakla birlikte günlük yaşam kalitesinin çok olumsuz etkilendiği kişilerde cerrahi tedavi yaklaşımı (histerektomi ve bilateral salpingo ooferektomi) da bir seçenek olabilmektedir.

2.3.5. PMS ve Hemşirelik Yaklaşımı

Premenstrual sendrom tanı ve tedavi planı uygulanmasında, sağlık profesyonelleri, PMS hakkında bilgi sahibi olmalı ve tedavi yaklaşımında multidisipliner bir yaklaşım benimsemelidirler. Multidisipliner ekip anlayışı ile tedavi ve bakımı planlamak, hem tanı hem de tedavi edici yönüyle kadına fayda sağlamaktadır. Jinekolog, psikiyatrist, hemşire, diyetisyen, psikolog ve ebe multidisipliner ekipte olması gereken meslek üyeleridir. Sağlık profesyonelleri, PMS ile baş etmede kadınlara eğitim verip danışmanlık yaparak onlara destek olmalıdır. Nonfarmakolojik yöntemler PMS'li hastalara önerilen ilk ve en yaygın tedavi yöntemidir. Bu nedenle diyet, stres yönetimi, egzersiz gibi yaşam tarzı değişiklikleri önerilmeli ve semptomlar devam ediyor ise bir jinekolog tarafından değerlendirilmelidir. Premenstrual sendrom tedavisinde hemşirelik yaklaşımının amacı, belirtilerin günlük aktiviteler veya toplumsal ilişkiler üzerine etkilerini azaltmak, tedavinin etkinliğini artırmak için danışmanlık yapmak ve eğitim vermek olmalıdır (Karaca ve Beji, 2015).

Premenstrual sendromun, kadın sağlığı üzerine olan olumsuz etkilerinin önlenmesi ve azaltılması için multidisipliner bir yaklaşımın sunulması

gerekmektedir. PMS tanılama ve tedavi sürecinde hekim, hemşire, psikolog ve sosyal hizmet uzmanından oluşan bir ekip ortaklaşa çalışmalıdır. Ekip içerisinde yer alan hemşireler, halkla en yakın temas hâlinde olan kişiler olmaları nedeniyle ekip içerisinde önemli bir konuma sahiptirler (Korucu, 2019).

2.4. Kadınların Kişilik Özelliklerinin Premenstrual Sendroma Etkisi ve Hemşirenin Rolü

Kişilik özellikleri, sağlıkta önemli bir rol oynamaktadır. İnsanlarda görülen birçok sağlık sorunu özgüvenin düşük olması ile ilişkilendirilmektedir. Benlik saygısı düşük kişilerin başarısızlık beledikleri, içe dönük oldukları, genellikle gergin oldukları, başarılı olmak için daha az çabaladıkları, hayattaki önemli anları görmezden geldikleri ve başarısız olduklarında kendilerini değersiz ve savunmasız hissettikleri saptanmıştır. Kişilik özellikleri, insanların günlük olayları algılama biçimlerini etkileyebilir. Günlük olaylar tarafından tetiklenen bazı uyarıcıların, hassas kişilikleri olan kadınlarda PMS' yi tetiklediği bilinmektedir (Arslantaş ve ark., 2018).

Literatür, adet öncesi ortaya çıkan belirtiler ile kişilik özellikleri arasındaki ilişki hakkındaki araştırmalardan elde edilen bulguların, karmaşık olduğunu göstermektedir (Arslantaş ve ark, 2018). Gaion ve Viera, PMS'li bireylerin günlük ihtiyaçları karşılamada yetersiz kaldıkları, işgücü performanslarının düştüğü; bunun için yardıma ihtiyaç duydukları ve tedavi arayışına girdiklerini belirlemiştir (Gaion ve Veira, 2011). Sassoon ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada ise ciddi PMS'li kadınların, PMS açısından asemptomatik kadınlardan daha fazla sayıda kişilik bozukluğuna sahip oldukları sonucu ortaya çıkmıştır. Aynı çalışmadan elde edilen bulgular; öğrencilerin %57.1'inde PMS'nin görüldüğü ve daha az dışa dönük ve daha az bilinçli olan ve yüksek nevrotilik düzeyi ve tutarsızlığı olan öğrencilerde PMS'nin daha yaygın olduğunu göstermiştir (Sassoon, 2011).

Premenstrual sendromun kişilik özellikleri açısından değerlendiren çalışmalardan elde edilen veriler nevrotiliğin varlığını göstermektedir. Yapılan bir çalışmada kişilik özellikler açısından PMS prevelansının, dışa dönük kişilik özelliğine sahip olanlarda daha düşük, olduğu tespit edilmiştir (Sassoon ve ark., 2011). Premenstrual sendromun kadınların öfke düzeylerini arttırdığı görülmüştür (Doksat

ve ark., 2017). Öfke seviyesi ne kadar yüksek ise risk PMS'li kadınlarda yüksektir. Yapılan bir çalışmada kadın intihar girişimleri arasında PMS ve PMDD oranları sırasıyla %50 ve %23 olarak bulunmuştur (Ducasse ve ark., 2015).

Kadının sağlığını etkileyen premenstrual sendrom, farklı kültürlerde farklı algılanabilir ve tedavi arayışları farklılık gösterebilir. Özellikle gelişmekte olan ülkelerde, premenstrual sendrom bir sağlık sorunu olarak görülmemektedir ve bu yüzden PMS farkındalığı eksik kalmaktadır (Arslantaş ve ark., 2018). PMS ve kişilik özellikleri arasındaki ilişki göz önünde bulundurulmalıdır. Ölçer ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada nörotizm ve tutarsız olma özelliği arttıkça premenstrual şikâyetlerin arttığı saptanmıştır. Bu konu ile ilgili sınırlı sayıda çalışmaya rastlanmaktadır. Hemşireler, PMS'li kadınlara bakım verirken, kişilik özelliklerini de dikkate alarak girişimlerini planlamalıdır (Ölçer ve ark., 2017).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Türü

Araştırma tanımlayıcı ve ilişki arayıcı tiptedir.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Bu araştırma İstanbul İli Arnavutköy Devlet Hastanesi'ndeki tüm polikliniklerde; 5 Eylül – 14 Kasım 2019 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın yapıldığı yer olarak Arnavutköy Devlet Hastanesinin seçilmesi araştırmacının ulaşılabilirliği açısından kolay olmasındır. Hastahane toplam altı yataklı servis, yetişkin yoğun bakım, yenidoğan yoğun bakım, acil servis, doğumhane ve ameliyathane bulunmaktadır.

3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini İstanbul Arnavutköy Devlet Hastanesi'nin tüm polikliniklerinde araştırmanın yapıldığı tarihlerde başvuran kadınlar oluşturmuştur. Evren büyüklüğü, tüm polikliniklere 1 Ocak 2018 - 31 Aralık 2018 tarihinde başvuran kadınların sayısıdır (N=29.558).

Araştırmanın örneklemi evreni bilinen örneklem formülü ile hesaplanmıştır. Araştırma kriterlerine uyan ve araştırmaya katılmayı kabul eden gönüllü kadınlar, tam sayım tekniği kullanılarak örnekleme alınmıştır. Örneklem büyüklüğünün hesaplanmasında, Alparslan ve arkadaşlarının 2014 yılında yaptığı çalışmada, Türkiye'de premenstrual sendrom görülme sıklığı %66.6 olarak bulunmuş ve incelenen olayın görülüş sıklığı olarak alınmıştır.

$$n = \frac{Nt^2pq}{d^2(N-1) + t^2pq}$$

n: Örneklem alınacak birey sayısı

N: Evren büyüklüğü (29558)

p: İncelenen olayın görülüş sıklığı (0.66)

q: İncelenen olayın görülmeysi sıklığı (0.34)

t: Belirli serbestlik derecesinde ve saptanan yanılma düzeyinde t tablosundan bulunan teorik değer (1.96)

d:Olayın görülüş sıklığına göre kabul edilen örnekleme hatası (0.05)

$$n = \frac{N \cdot t^2 \cdot p \cdot q}{d^2 \cdot (N-1) + t^2 \cdot p \cdot q}$$
$$n = \frac{(29558) \times 1.96^2 \times 0.66 \times 0.34}{(0.05)^2 \times (29558-1) + 1.96^2 \times 0.66 \times 0.34} = 340,85 \sim 341$$

Araştırma süresince kayıplar olabileceği düşüncesiyle örneklemin %10 fazlası ile 374 kadın örnekleme dahil edilmiştir. Kadınların doldurduğu anket formlarının 28 tanesinde eksiklikler ile karşılaşılmaması nedeniyle çalışma 346 kadın ile tamamlanmıştır.

Araştırmaya alınma kriterleri:

- 18 yaş üstü,
- En az ilkokul mezunu,
- Düzenli adet görüyor olma,
- Psikiyatrik bir hastalık tanısı almamış olma araştırma alınma kriterleridir.

Araştırmadan Dışlama Kriterleri

- Sözel iletişim kuramayan,
 - Psikiyatrik hastalık öyküsü bulunan,
 - Araştırmaya katılmayı kabul etmeyen,
- kadınlar araştırma örneklemini dışında tutulmuştur.

3.4. Veri Toplama Araçları

Araştırmanın verileri Kişisel Bilgi Formu (**EK-1**), Cervantes Kişilik Ölçeği (**EK-2**) ve Premenstrual Sendrom Ölçeği (**EK-3**) kullanılarak toplanmıştır. Veriler toplanırken, kadınlara formlar tanıtılmış, form ve ölçeklerin kadın tarafından doldurulması istenmiştir.

3.4.1. Kişisel Bilgi Formu

Araştırmacı tarafından hazırlanan Kişisel Bilgi Formu, kadının tanıtıcı özellikleri; yaş, çocuk sayısı, eğitim düzeyi, mesleği, eşinin mesleği, eşinin eğitim durumu, aile tipi, gelir durumu, sigara içme durumu ve mensturasyon ile ilgili sorular olmak üzere toplam 11 sorudan oluşmaktadır.

3.4.2. Cervantes Kişilik Ölçeği

Castelo-Branco ve arkadaşları tarafından 2008 yılında menopozal kadınların kişilik özelliklerini değerlendirmek amacıyla geliştirilmiştir. Cervantes Kişilik Ölçeğinin geçerlik ve güvenirlik ile Türkçe'ye uyarlanma çalışması Bal ve Şahin tarafından 2011 yılında yapılmıştır. Ölçek 20 sorudan oluşan altılı likert tipte bir ölçektir. Ölçek üç alt boyuttan oluşmaktadır (Dışa/içe dönük olma, Duygusal denge/nörotizm, Tutarlı/tutarsız olma). Ölçekteki soruların her biri bireyin kendi tecrübelerine göre cevaplanmaktadır. Ölçekteki her bir madde 0'dan 5'e kadar puanlanmış olup verilen yanıtlara göre değerlendirme yapılmaktadır. Her alt grupta alınan puan azaldıkça duygusal dengeli olma, dışa dönük olma ve tutarlı olma özelliği artmaktadır. Bal tarafından yapılan geçerlik ve güvenirlik çalışmasında ölçeğin Cronbach alpha güvenirlik katsayısı dışa/içe dönük olma boyutu için 0.97; duygusal denge/nörotizm boyutu için 0.81; tutarlı/tutarsız olma boyutu için ise 0.71 olarak bulunmuştur. Bu çalışmada, çalışmaya katılan kadınların, 20 maddeden oluşan Cervantes Kişilik Ölçeğine ait Cronbach alpha değeri 0.724 olarak bulunmuştur. Ölçek değerlendirilmesi aşağıdaki formüller kullanılarak yapılmaktadır.

Dışa/içe Dönük Olma: Dışa/içe dönük olma alt boyut puanı, 12. ve 18. soruların cevapları toplamından 1., 4., 7.,10. ve 15. soruların cevaplarının toplamı çıkartılıp 25 eklenerek hesaplanmaktadır. Formül:[25+(12+18)-(1+4+7+10+15)] Puanlar 0 ile 35 arasında değişmektedir. 0 puan en dışa dönük kişilik özelliğini gösterirken, 35 puan en içe dönük kişilik puanıdır.

Duygusal Denge/Duygusal Dengesizlik (Nörotizm): Duygusal denge/nörotizm alt boyutu puan ortalaması; 2., 5., 8., 11., 13., 16. ve 19. soruların puanlarının toplanması sonucu elde edilen toplamdır. Formül:[2+5+8+11+13+16+19]. Puanlar 0 ile 35 arasında değişmekte ve 0 puan en duygusal dengeli, 35 puan ise nörotik/duygusal dengesiz olarak değerlendirilmektedir.

Tutarlı/Tutarsız Olma: Tutarlı/tutarsız olma alt boyut puan ortalaması 3., 6., 9., 14., 17. ve 20. soruların toplamından 30 çıkarılarak hesaplanmaktadır. Formül:[30-(3+6+9+14+17+20)]. Ölçeğe verilen cevap puanları 0-30 arasında değişim gösterir. Puan azaldıkça tutarlılık artar, puan yükseldikçe tutarsızlık artar. Tutarlı/tutarsız olma alt boyutu, diğer iki alt boyuta verilen yanıtları değerlendirmek için oluşturulmuştur. Tutarlı/tutarsız olma kişilik faktörü olarak değerlendirilmemektedir.

3.4.3. Premenstrual Sendrom Ölçeği

Premenstrual Sendrom Ölçeği (PMSÖ); Gençdoğan (2006) tarafından geliştirilmiştir. 44 maddelik beş dereceli likert tipi bir ölçektir. Ölçeğin puanlanmasında, “Hiç” seçeneği 1 puan, “Çok az” seçeneği 2 puan, “Bazen” seçeneği 3 puan, “Sık sık” seçeneği 4 puan ve “Sürekli” seçeneği 5 puan olarak değerlendirilmektedir. Ölçeğin dokuz alt boyutu bulunmaktadır. Bunlar, “*yorgunluk*” (12., 14., 17., 18., 25. ve 37. maddeleri kapsamaktadır), “*depresif duygulanım*” (1., 2., 3., 4., 5., 6., ve 7. maddeleri kapsamaktadır), “*depresif düşünceler*” (24., 26., 27., 28., 29.,30. ve 44. maddeleri kapsamaktadır), “*anksiyete*” (8., 9., 10., 11., 13., 15. ve 16. maddeleri kapsamaktadır), “*sinirlilik*” (19., 20., 21., 22. ve 23. maddeleri kapsamaktadır), “*iştah değişimleri*” (34., 35. ve 36. maddeleri kapsamaktadır), “*ağrı*” (31., 32. ve 33. maddeleri kapsamaktadır), “*uyku değişimleri*” (38., 39. ve 40. maddeleri kapsamaktadır) ve “*şişkinlik*” (41., 42. ve 43. maddeleri kapsamaktadır.)’tir. PMSÖ puanı, bu alt boyutların toplam puanından oluşmaktadır. PMSÖ uygulamasında kişinin “adetten bir hafta önceki süre içinde olma” durumunu dikkate alarak cevap vermesi ile yapılmaktadır.

Ölçekten en az 44 en fazla 220 puan alınmaktadır. Ölçekten alınan puanın artması PMS belirtilerinin fazla yaşandığını gösterir. PMS ölçeğinden alınabilecek en yüksek puanın (220), %50’sini (110) geçmesi haline PMS var olarak değerlendirilir. Gençdoğan 2006 yılında ölçeğin geçerlik güvenilirliğini yaptığı çalışmada Cronbach

alfa katsayısını 0.75 olarak hesaplamış ve tekrar test analizinde 0.71 olarak elde etmiştir. Bu çalışmada, çalışmaya katılan kadınların 44 maddeden oluşan Premenstrual Sendromu Ölçeğine ait Cronbach alpha değeri 0.949 olarak bulunmuştur.

3.5. Veri Toplama Araçlarının Ön Uygulaması

Hazırlanan Kişisel Bilgi Formunun eksikliklerini ve yeterliliğini belirlemek için 5.08.2019-29.08.2019 tarihleri arasında kadınlara ön uygulama yapılmıştır. Kişisel bilgi formu, örnekleme alınan kadınların %10'unu temsil edecek şekilde 34 kadına uygulanmıştır. Ön uygulamadan sonra Kişisel Bilgi Formu yeniden düzenlenerek son hali verilmiştir. Ön uygulama çalışmasına alınan kadınların verileri, araştırma kapsamına dahil edilmemiştir.

3.6. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması

Veri toplama araçları, örnekleme dahil edilme kriterlerine uyan kadınlara yüz yüze görüşme tekniği ile yaklaşık 15-25 dakikada uygulanmıştır. Arnavutköy Devlet Hastanesi, tüm polikliniklerinde çalışma yürütülmüştür ve polikliniklere başvuran kadınlara araştırma ile ilgili bilgi verilmiştir.

3.6.1. Bağımlı Değişkenler

- Cervantes Kişilik Ölçeği
- Premenstrual Sendrom Ölçeği

3.6.2. Bağımsız Değişkenler

- Kadınların sosyodemografik özellikleri
- Kadınların bazı özellikleri

3.7. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmanın yürütülmesinde kullanılacak olan Cervantes Kişilik Ölçeğinin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliğini çalışan Meltem Demirgöz Bal'dan (**EK-4**) ve Premenstrual Sendrom Ölçeğinin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliğini çalışmış olan Başaran Gençdoğan'dan (**EK-5**) ölçek kullanım izinleri e-posta ile alınmıştır.

İstanbul İli Arnavutköy Devlet Hastanesi'nde araştırmanın yürütülmesi için İstanbul İl Sağlık Müdürlüğünden araştırma izni (EK-6) ve Ordu Üniversitesi Etik Kurulu'ndan etik kurul onayı (EK-7) alınmıştır. Çalışmaya katılan kadınlara çalışmanın amacı anlatılmış ve kadınlardan Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu (EK-8) doldurmaları istenmiştir.

3.8. Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin analizi istatistik paket programları kullanılarak bilgisayarda yapılmıştır. Araştırma sonucunda elde edilen veriler tanımlayıcı istatistik testler ile değerlendirilmiştir.

İki bağımsız değişken arasındaki ilişkiyi belirlemek için Pearson Korelasyon analizi kullanılmıştır. Bağımsız iki grup arasındaki fark t testi ile değerlendirilmiştir. Bağımsız İkiden fazla grup arasındaki farklılıklar Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) ile incelenmiştir. Tek Yönlü Varyans Analizi sonucunda çıkan farklılıkları saptamak için, Çoklu Karşılaştırma Testi (Scheffe) kullanılmıştır.

3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu çalışma 2019 yılı Arnavutköy Devlet Hastanesindeki polikliniğe başvuran 18 yaş üstü, düzenli adet gören ve en az ilkokul mezunu kadınlar ile yapıldığı için sadece çalışmaya katılan kadınlara genellenebilir.

3.10. Araştırma Uygulaması Sırasında Karşılaşılan Güçlükler

Bu araştırma hastahane polikliniklerinde muayene olan kadınlarla yürütüldüğü için, zamanın sınırlı oluşu, muayene sırasının gelmesi, veri toplama formlarının yarım kalması ve form doldurulmaya zaman ayırma hususunda kadınların isteksiz olmaları araştırmanın uygulanması sırasında karşılaşılan güçlüklerdir.

4. BULGULAR

Kadınların kişilik özelliklerinin premenstrual sendroma etkisini belirlemek amacıyla yapılan bu çalışmada elde edilen bulgular 4 bölümde incelenmiştir:

1. Kadınların sosyodemografik özelliklerine ilişkin bulgular,
2. Kadınların kişilik özellikleri ve sosyodemografik özelliklerinin karşılaştırması,
3. Kadınların premenstrual sendrom yaşama durumları ve sosyodemografik özellikleri ile ilgili bulgular,
4. Kadınların Cervantes Kişilik Ölçeği ve Premenstrual Sendrom Ölçeğine ilişkin bulguları ve karşılaştırmaları.

4.1. Kadınların Sosyodemografik Özelliklerine İlişkin Bulgular

Tablo 1’de araştırmaya katılan kadınların demografik özelliklerinin dağılımı sunulmuştur. Çalışmaya katılan kadınların yaşlarına göre dağılımları incelendiğinde, %38.4’ünün 25-31 yaş, %34.1’inin üniversite mezunu olduğu saptanmıştır. Kadınların, %52.1’inin ev hanımı olduğu, %73.7’sinin evli olduğu saptanmıştır. Kadınların eşlerinin, %33.7’sinin ilkokul, 45.9’unun işçi olduğu saptanmıştır. Kadınların %72.0’ının çekirdek aileye sahip olduğu saptanmıştır. Kadınların %81.8’inin aile gelir durumlarını orta düzeyde algıladıkları saptanmıştır.

Tablo 4.1 Kadınların Demografik Özelliklerinin Dağılımı (n=346)

Demografik Özellikler	n	%
Yaş (ort=29.1821)		
18-24 yaş	102	29.5
25-31 yaş	133	38.4
32 yaş veya üzeri	111	32.1
Eğitim Durumu		
İlkokul	89	25.7
Ortaokul	85	24.6
Lise	54	15.6
Üniversite	118	34.1
Meslek Durumu		
Ev hanımı	180	52.1
Memur	90	26.0
İşçi	32	9.2
Diğer	44	12.7
Medeni Durumu		
Evli	255	73.7
Bekâr	91	26.3
Eş Eğitim Durumu		
İlkokul	86	33.7
Ortaokul	68	26.7
Lise	55	21.6
Üniversite	46	18.0
Eş Meslek		
Memur	25	9.7
İşçi	117	45.9
Serbest Meslek	70	27.5
Diğer	43	16.9
Aile Tipi		
Çekirdek Aile	249	72.0
Geniş Aile	97	28.0
Aile Gelir Düzeyi Algılama		
Düşük	51	14.7
Orta	283	81.8
Yüksek	12	3.5
Toplam	346	100.0

Yüzdeler belirtilen n sayısı üzerinden alınmıştır.

Tablo 2’de araştırma kapsamına alınan kadınların bazı özelliklerine göre dağılımı gösterilmiştir. Çalışmaya katılan kadınların sigara içme durumuna göre, %23.1’inin sigara içtiği saptanmıştır. Kadınların günde %38.7’inin 1-5 adet, %40.0’ünün 6-10 adet, %21.3’ünün 11 adet veya üzeri sigara içtiği saptanmıştır.

Araştırmaya katılan kadınların, %69.4'ünün adet ağrısı yaşadığı saptanmıştır. Kadınların %59.5'inin annesinde veya kız kardeşinde adet ağrısı olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.2 Kadınların Bazı Özelliklerine Göre Dağılımı (n=346)

Bazı Özellikler	n	%
Sigara İçme Durumu		
Evet	80	23.1
Hayır	266	76.9
Günde İçilen Sigara Adedi*		
1-5 adet	31	38.7
6-10 adet	32	40.0
11 adet veya üzeri	17	21.3
Adet Ağrısı Yaşama		
Evet	240	69.4
Hayır	106	30.6
Anne ve Kız Kardeşin Adet Ağrısı Yaşama Durumu		
Evet	206	59.5
Hayır	140	40.5
Toplam	346	100.0

*Yüzdeler belirtilen n sayısı üzerinden alınmıştır.

4.2. Kadınların Kişilik Özelliklerinin Demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular

Araştırmanın bu bölümünde kişilik ölçeğine ait, tanımlayıcı istatistiklere, demografik özelliklere göre farklılıklarının belirlenmesine ait bulgulara yer verilmiştir. Tablo 3'de Cervantes Kişilik Ölçeğine göre kadınların kişilik özelliklerinin dağılımları sunulmuştur. Cervantes Kişilik Ölçeği alt boyutları incelendiğinde “dışa/içer dönük olma” ortalamasının 13.07 ± 5.60 , “duygusal denge/nörotizm” ortalamasının 18.35 ± 6.19 , “tutarlı/tutarsız olma” ortalamasının 19.71 ± 5.30 olduğu saptanmıştır.

Tablo 4.3 Cervantes Kişilik Ölçeğine Göre Kadınların Kişilik Özelliklerinin Dağılımları

Ölçek (CKÖ)	n	\bar{x}	Ss	Medyan	p
Dışa/İçe Dönük Olma	346	13.07	5.60	13.00	0.000
Duygusal Denge/Nörotizm	346	18.35	6.19	20.00	0.061
Tutarlı/Tutarsız Olma	346	19.71	5.30	20.00	0.017

Tablo 4’de araştırma kapsamına alınan kadınların demografik özelliklerine göre kişilik özelliklerinin dağılımı gösterilmiştir. *Dışa/içe dönük olma* puan ortalamaları, 18-24 yaş arasındaki kadınların 12.85 ± 5.57 , 25-31 yaş arası kadınların 13.34 ± 5.32 , 32 yaş ve üzeri olan kadınların 12.96 ± 6.00 olarak bulunmuştur. *Duygusal denge/nörotizm* puan ortalamaları, 18-24 yaş arasındaki kadınların 18.68 ± 6.36 , 25-31 yaş arasındaki kadınların 17.98 ± 6.15 , 32 yaş ve üzeri kadınların 15.51 ± 6.12 olarak bulunmuştur. *Tutarlı/tutarsız olma* alt boyut puan ortalamaları, 18-24 yaş arasındaki kadınların 19.81 ± 5.56 , 25-31 yaş arası kadınların 19.34 ± 4.96 , 32 yaş ve üzeri kadınların 20.08 ± 5.48 olarak bulunmuştur. Çalışmaya katılan kadınların kişilik özelliklerinin yaş gruplarına göre farkının istatistiksel olarak anlamlı bulunmadığı saptanmıştır ($p > 0.05$).

Araştırmaya katılan kadınların duygusal denge/nörotizm puan ortalamaları, eğitim durumu üniversite olanların 17.17 ± 5.81 , ilkokul mezunu olanların 19.54 ± 6.37 , ortaokul mezunu olanların 19 ± 6.06 olarak bulunmuştur. Eğitim durumu üniversite mezunu olan kadınların duygusal denge/nörotizm alt boyut puan ortalamalarının, ilkokul mezunu ve ortaokul mezunu olanlara göre daha düşük olduğu saptanmıştır. Kadınların duygusal denge/nörotizm düzeylerinin eğitim durumu gruplarına göre farkının istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$).

Çalışmaya katılan kadınların, dışa/içe dönük olma puan ortalamaları, mesleği diğer olanların 14.61 ± 6.69 , memur olanların 12.14 ± 5.50 , işçi olanların ise 11.84 ± 7.49 olarak bulunmuştur. Mesleği diğer olan (çocuk bakıcısı, temizlikçi) kadınların, dışa/içe dönük olma alt boyutu puan ortalamalarının, memur ve işçi olanlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Kadınların dışa/içe dönük olma düzeylerinin meslek gruplarına göre farkının istatistiksel açıdan anlamlı olduğu

saptanmıştır (**p<0.05**). Kadınların duygusal denge/nörotizm puan ortalamaları, ev hanımı olanların 19.31 ± 6.18 , memur olanların 17.5 ± 5.94 , işçi olanların 16.94 ± 5.78 ve mesleği diğer olanların 17.25 ± 6.63 olarak bulunmuştur. Ev hanımı olan kadınların duygusal denge/nörotizm alt boyut puan ortalamalarının, memur işçi ve diğer (çocuk bakıcısı, temizlikçi) olanlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Kadınların duygusal denge/nörotizm düzeylerinin meslek gruplarına göre farkı istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur (**p<0.05**). Kadınların tutarlı/tutarsız olma alt boyut puan ortalamaları, işçi olanların 22.13 ± 4.71 , ev hanımı olanların 20.07 ± 5.44 , memur olanların 18.26 ± 4.70 ve mesleği diğer olanların 19.5 ± 5.61 olarak bulunmuştur. İşçi olan kadınların tutarlı/tutarsız olma alt boyut puan ortalamalarının ev hanımı, memur ve diğer (çocuk bakıcısı, temizlikçi) olanlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Kadınların tutarlı/tutarsız olma düzeylerinin meslek gruplarına göre farkı istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur (**p<0.01**).

Araştırmaya katılan kadınların tutarlı/tutarsız olma alt boyut puan ortalamaları, evli olanların 18.55 ± 6.25 , bekar olanların ise 17.81 ± 6.03 olarak bulunmuştur. Evli olan kadınların tutarlı/tutarsız olma alt boyut puan ortalamalarının, bekâr olanlara göre daha yüksek seviyede olduğu saptanmıştır. Araştırmada kadınların tutarlı/tutarsız olma düzeylerinin, medeni durum gruplarına göre farkı istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (**p<0.05**).

Araştırmaya katılan kadınların duygusal denge/nörotizm alt boyut puan ortalamalarının, eş eğitim durumu üniversite mezunu olanların 15.8 ± 5.58 , ilkökul mezunu olanların 19.8 ± 6.95 , ortaokul mezunu olanların 19.62 ± 5.42 olarak bulunmuştur. Kadınların eşlerinin eğitim durumu üniversite mezunu olanların duygusal denge/nörotizm alt boyut puan ortalamalarının, eşleri ilkökul mezunu ve ortaokul mezunu olan kadınlara göre daha düşük olduğu saptanmıştır. Çalışmaya katılan kadınların duygusal denge/nörotizm düzeylerinin eş eğitim durumu gruplarına göre farkının istatistiksel açıdan anlamlı olduğu saptanmıştır (**p<0.05**).

Çalışmaya katılan kadınların kişilik özelliklerinin eş meslek gruplarına göre farkının, istatistiksel olarak anlamlılık göstermediği saptanmıştır ($p>0.05$).

Çalışmaya katılan kadınların tutarlı/tutarsız olma alt boyut puan ortalamaları, geniş ailede yaşayanların 20.63 ± 5.43 , çekirdek ailede yaşayanların 19.36 ± 5.22

olarak bulunmuştur. Geniş ailede yaşayan kadınların, tutarlı/tutarsız olma alt boyut puan ortalamaları, çekirdek ailede yaşayanlara göre daha yüksek seviyede olduğu saptanmıştır. Çalışmaya katılan kadınların tutarlı/tutarsız olma düzeylerinin, aile çeşidi gruplarına göre farkının istatistiksel olarak anlamlılık gösterdiği saptanmıştır (**p<0.05**).

Çalışmaya katılan kadınların kişilik özelliklerinin, aile gelir durumu gruplarına göre farkı istatistiksel olarak anlamlılık göstermediği saptanmıştır ($p>0.05$).



Tablo 4.4 Kadınların Demografik Özelliklerine Göre Kişilik Özelliklerinin Karşılaştırılması (n=346)

Kişilik	n	Dışa/İçe Dönük Olma		Duygusal Denge/Nörotizm		Tutarlı/Tutarsız Olma	
		\bar{x}	Ss	\bar{x}	Ss	\bar{x}	Ss
Yaş (ort=29.1821)							
18-24	102	12.85	5.57	18.68	6.36	19.81	5.56
25-31	133	13.34	5.32	17.98	6.15	19.34	4.96
32 veya üzeri	111	12.96	6.00	18.51	6.12	20.08	5.48
test ve p		F=0.272 /p=0.781		F=0.419 /p=0.658		F=0.616 /p=0.541	
Eğitim Durumu							
İlkokul ⁽¹⁾	89	13.44	4.79	19.54	6.37	19.82	6.21
Ortaokul ⁽²⁾	85	13.33	6.02	19	6.06	20.49	5.17
Lise ⁽³⁾	54	13.78	5.93	17.98	6.58	20.56	4.31
Üniversite ⁽⁴⁾	118	12.3	5.71	17.17	5.81	18.69	4.95
test ve p		F=1.226 /p=0.300		F=2.947 /p=0.033* fark: (1-4);(2-4)		F=2.564 /p=0.055	
Meslek Grupları							
Ev hanımı ⁽¹⁾	180	13.38	4.86	19.31	6.18	20.07	5.44
Memur ⁽²⁾	90	12.14	5.50	17.5	5.94	18.26	4.70
İşçi ⁽³⁾	32	11.84	7.49	16.94	5.78	22.13	4.71
Diğer ⁽⁴⁾	44	14.61	6.69	17.25	6.63	19.5	5.61
test ve p		F=2.665 /p=0.048* fark:(2-4);(3-4)		F=3.064 /p=0.028* fark:(1-2);(1-3);(3-4)		F=4.933 /p=0.002** fark: (3-1);(3-2);(3-4)	
Medeni Durum							
Evli	255	2.19	1.20	13.23	5.23	18.55	6.25
Bekâr	91	2.41	1.32	12.64	6.57	17.81	6.03
test ve p		t=0.779 /p=0.386		t=0.973 /p=0.324		t= 2.134 /p=0.034*	
Eş Eğitim Durumu							
İlkokul ⁽¹⁾	86	13.86	4.92	19.8	6.95	20.58	6.10
Ortaokul ⁽²⁾	68	12.56	5.10	19.62	5.42	19.28	5.09
Lise ⁽³⁾	55	13.29	5.62	17.56	5.84	20.47	5.22
Üniversite ⁽⁴⁾	46	12.98	5.50	15.8	5.58	19.85	4.83
test ve p		F=0.828 /p=0.480		F=5.503 /p=0.001** fark:(1-4);(2-4)		F=0.858 /p=0.464	

Tablo 4.4 (Devam): Kadınların Demografik Özelliklerine Göre Kişilik Özelliklerinin Karşılaştırılması (n=346)

Kişilik	n	Dışa/İçe Dönük Olma		Duygusal Denge/Nörotizm		Tutarlı/Tutarsız Olma	
		\bar{x}	Ss	\bar{x}	Ss	\bar{x}	Ss
Eş Meslek							
Memur	25	13.52	5.80	15.6	6.28	20.16	5.22
İşçi	117	13.27	5.17	19.04	6.09	19.71	5.35
Serbest Meslek	70	12.39	4.77	18.89	6.12	20.97	6.02
Diğer	43	14.35	5.69	18.37	6.63	19.58	4.76
test ve p		F=1.298 /p=0.276		F=2.208 /p=0.088		F=0.931 /p=0.427	
Aile Tipi							
Çekirdek	249	13.16	5.89	18.02	6.18	19.36	5.22
Geniş	97	12.87	4.84	19.21	6.18	20.63	5.43
test ve p		t=0.471 /p=0.666		t=-1598 /p=0.112		t=-2.005 /p=0.046*	
Aile Gelir Seviyesi							
Düşük	51	14.29	5.36	19.49	6.39	20.47	6.19
Orta	283	12.89	5.63	18.24	6.20	19.56	5.17
Yüksek	12	12.17	5.92	16.33	4.72	20.25	4.49
test ve p		F=1.515 /p=0.221		F=1.552 /p=0.213		F=0.701 /p=0.497	

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

t Testi, Anova Testi ve Scheffe Testi

Tablo 5’de araştırma kapsamına alınan kadınların bazı özelliklerine göre kişilik özelliklerinin dağılımı gösterilmiştir. Çalışmaya katılan kadınların dışa/içe dönük olma alt boyut puan ortalamaları, sigara içmeyenlerin 13.49 ± 5.49 , sigara içenlerin 11.7 ± 5.80 olarak bulunmuştur. Sigara içmeyen kadınların dışa/içe dönük olma alt boyutu puan ortalamalarının sigara içenlere göre daha yüksek seviyede olduğu saptanmıştır. Kadınların dışa/içe dönük olma düzeylerinin sigara içme durumu gruplarına göre farkının istatistiksel olarak anlamlılık gösterdiği saptanmıştır ($p < 0.05$).

Çalışmaya katılan kadınların kişilik özelliklerinin günde içilen sigara adedi gruplarına göre farkının istatistiksel olarak anlamlılık göstermediği saptanmıştır ($p > 0.05$). Çalışmaya katılan kadınların kişilik özelliklerinin adet ağrısı yaşama durumu gruplarına göre farkı, istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p > 0.05$). Çalışmaya katılan kadınların kişilik özelliklerinin, anne veya kız kardeşin adet öncesi

şikâyet yaşama durumu gruplarına göre farkı, istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.5 Kadınların Bazı Özelliklerine Göre Kişilik Özelliklerinin Dağılımı (n=346)

Kişilik	n	Dışa/İçe Dönük Olma		Duygusal Denge/Nörotizm		Tutarlı/Tutarsız Olma	
		\bar{x}	Ss	\bar{x}	Ss	\bar{x}	Ss
Sigara İçme							
Evet	80	11.7	5.80	18.11	6.36	19.6	5.79
Hayır	266	13.49	5.49	18.43	6.15	19.75	5.16
test ve p		t=-2.521 /p=0.012*		t=-0.400 /p=0.690		t=-0.224 /p=0.823	
Günlük Sigara Adedi							
1-5 adet	31	13.06	6.00	18.29	5.50	21	5.03
6-10 adet	32	11.69	5.52	17.84	7.01	19.13	5.61
11 adet veya üzeri	17	9.24	5.44	18.29	6.92	17.94	7.08
test ve p		F=2.483 /p=0.090		F=0.046 /p=0.955		F=1.742 /p=0.182	
Adet Ağrısı							
Evet	240	13.04	5.79	18.75	6.13	19.77	5.27
Hayır	106	13.15	5.20	17.47	6.28	19.59	5.41
test ve p		t=-0.167 /p=0.868		t=1.769 /p=0.078		t=0.285 /p=0.776	
Anne/Kız kardeş Adet Öncesi Şikâyet							
Evet	206	13.18	5.37	18.59	6.18	19.92	5.36
Hayır	140	12.91	5.96	18.01	6.23	19.42	5.22
test ve p		t=0.439 /p=0.661		t=0.862 /p=0.389		t=0.853 /p=0.394	

$p<0,05^*$
t Testi

4.3. Kadınların Premenstrual Sendrom Varlığının Demografik Özelliklerle İlişki İçeren Bulguları

Araştırmanın bu bölümünde Premenstrual Sendromu Ölçeğine ait, tanımlayıcı istatistiklere ve demografik özelliklere göre farklılıklarının belirlenmesine ait bulgulara yer verilmiştir. Tablo 6’da kadınların premenstrual sendrom yaşama durumları ve Premenstrual Sendrom Ölçeği puan ortalamalarının dağılımına yer verilmiştir. Çalışmaya katılan kadınların %57.5’inde PMS saptanmışken, %42.5’inde PMS saptanmamıştır. PMS olan kadınların, PMSÖ puan ortalaması 137.68 ± 21.91 iken PMS olmayan kadınların ortalaması 88.89 ± 15.84 olduğu saptanmıştır. Kadınların toplam PMSÖ puan ortalamasının ise 116.96 ± 31.06 olduğu saptanmıştır.

Tablo 4.6 Kadınların Premenstrual Sendrom Yaşama Durumları ve PMSÖ Puan Ortalamalarının Dağılımı (n=346)

PMS	N	%	$\bar{x} \pm SS$
Var (111 puan ve üstü)	199	57.5	137.68 ± 21.91
Yok (110 puan ve altı)	147	42.5	88.89 ± 15.84
Toplam	346	100	116.96 ± 31.06

t=-22.931/p=0.000
p<0.05, t testi

Tablo 7’de araştırma kapsamındaki kadınların Premenstrual Sendrom Ölçeği alt boyutlarının puan ortalamalarının dağılımı verilmiştir. Çalışmaya katılan kadınların PMS alt boyutlarına göre puan ortalamaları sırasıyla, depresif duygulanım 18.06 ± 6.06 , anksiyete 14.98 ± 6.02 , yorgunluk 18.14 ± 5.66 , sinirlilik 14.16 ± 5.08 , depresif düşünceler 15.59 ± 6.48 , ağrı 9.27 ± 3.17 , iştah değişimleri 9.24 ± 3.51 , uyku değişimleri 8.49 ± 3.2 ve şişkinlik 9.01 ± 3.71 olduğu saptanmıştır. Ayrıca araştırmadaki kadınların PMS alt boyutları ve toplamından ölçek için alabilecekleri minimum ve maximum puan aralıklarının tamamını aldıkları saptanmıştır.

Tablo 4.7 Kadınların Premenstrual Sendrom Ölçeği Alt Boyutları Dağılımı

PMS Alt Boyutları	$\bar{x}\pm SS$	Ölçek		Araştırma	
		Min.	Max.	Min.	Max.
Depresif Duygulanım	18.06±6.06	7	35	7	35
Anksiyete	14.98±6.02	7	35	7	35
Yorgunluk	18.14±5.66	6	30	6	30
Sinirlilik	14.16±5.08	5	25	5	25
Depresif Düşünceler	15.59±6.48	7	35	7	35
Ağrı	9.27±3.17	3	15	3	15
İştah Değişimleri	9.24±3.51	3	15	3	15
Uyku Değişimleri	8.49±3.2	3	15	3	15
Şişkinlik	9.01±3.71	3	15	3	15
Genel Toplam	116.96±31.06	44	220	44	220

Tablo 8’de araştırma kapsamındaki kadınların demografik özelliklerine göre PMS yaşama durumları incelenmiştir. Kadınların gelir seviyesi orta düzey diyenlerin %78.89’unda PMS olduğu, gelir seviyesi orta düzey olanların %85.71’inde PMS olmadığı bulunmuştur. Çalışmaya katılan kadınların gelir düzeyi ile PMS yaşama durumu arasında anlamlı ilişki saptanmıştır (**p<0.05**). Kadınların yaş grupları, eğitim durumları, meslek durumları, medeni durumları, eşlerinin mesleki ve eğitim durumları, aile tipleri ile PMS yaşama durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.8 Kadınların Demografik Özelliklerine Göre Premenstrual Sendrom Durumlarının İncelenmesi (n=346)

Demografik Özellikler	PMS				İstatistiksel Test ve p
	Var		Yok		
	n	%	n	%	
Yaş(ort=29.1821)					
18-24	54	27.1	48	32.7	$\chi^2=1.238$
25-31	79	39.7	54	36.7	$p>0.05$
32 veya üzeri	66	33.2	45	30.6	
Eğitim Durumu					
İlkokul	56	28.1	33	22.5	$\chi^2=3.046$
Ortaokul	43	21.6	42	28.5	$p>0.05$
Lise	33	16.6	21	14.3	
Üniversite	67	33.7	51	34.7	
Meslek Grupları					
Ev hanımı	101	50.8	79	53.7	$\chi^2=2.5$
Memur	55	27.6	35	23.8	$p>0.05$
İşçi	21	10.6	11	7.6	
Diğer	22	11.0	22	14.9	
Medeni Durum					
Evli	146	73.4	109	74.1	$\chi^2=0.027$
Bekar	53	26.6	38	25.9	$p>0.05$
Eş Eğitim Durumu					
İlkokul	49	33.6	37	33.9	$\chi^2=0.777$
Ortaokul	40	27.4	28	25.7	$p>0.05$
Lise	29	19.9	26	23.9	
Üniversite	28	19.1	18	16.5	
Eş Meslek					
Memur	12	8.2	13	11.9	$\chi^2=0.974$
İşçi	68	46.6	49	44.9	$p>0.05$
Serbest Meslek	41	28.1	29	26.6	
Diğer	25	17.1	18	16.6	
Aile Gelir Seviyesi					
Düşük	37	18.6	14	9.5	$\chi^2=6.432$
Orta	157	78.9	126	85.7	$p<0.05$
Yüksek	5	2.5	7	4.8	

Tablo 9’da araştırma kapsamındaki kadınların bazı özelliklerine göre PMS yaşama durumları incelenmiştir. Çalışmaya katılan kadınların adet dönemlerinde ağrı yaşama durumları ile PMS yaşama durumları arasında anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Kadınların sigara içme durumları ile PMS yaşama durumları arasında bir ilişki olmadığı ($p>0.05$), içilen sigara adedi ile PMS yaşama durumları

arasında bir ilişki olmadığı ($p>0.05$) saptanmıştır. Anne veya kız kardeşlerinin adet öncesi şikâyetlerinin olması durumları ile PMS yaşama durumları arasında bir ilişki olmadığı ($p>0.05$) saptanmıştır.

Tablo 4.9 Kadınların Bazı Özelliklere Göre Premenstrual Sendrom Yaşama Durumlarının İncelenmesi (n=346)

Bazı Özellikler	PMS				İstatistiksel Test ve p
	Var		Yok		
	n	%	n	%	
Sigara İçme Durumu					
Evet	53	26.6	27	18.4	$x^2=3.25$
Hayır	146	73.4	120	81.6	$p>0.05$
Günde İçilen Sigara Adedi					
1-5	21	39.6	10	37.0	$x^2=0.54$
6-10	22	41.5	10	37.0	$p>0.05$
11 Veya Üzeri	10	18.9	7	26.0	
Adet Ağrısı Yaşama					
Evet	149	74.9	91	61.9	$x^2=6.692$
Hayır	50	25.1	56	38.1	$p<0.05$
Genetik Adet Öncesi Şikâyet					
Evet	121	60.8	85	57.8	$x^2=0.312$
Hayır	78	39.2	62	42.2	$p>0.05$

4.4. Kadınların Cervantes Kişilik Ölçeği ve Premenstrual Sendrom Ölçeğine İlişkin Bulgular ve Karşılaştırmalar

Tablo 10’da araştırma kapsamındaki kadınların kişilik özelliklerine göre PMS yaşama durumlarının karşılaştırılması gösterilmiştir. Çalışmaya katılan kadınlarda, PMS’si olan kadınların dışa/içe dönük olma alt boyut puan ortalamasının (13.4 ± 5.62), PMS’si olmayan kadınların puan ortalamasına (12.63 ± 5.57) göre daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p>0.05$). Araştırmada PMS’si olan kadınların duygusal denge/nörotizm alt boyut puan ortalamasının (19.96 ± 5.76), olmayan kadınların puan ortalamasına (16.18 ± 6.11) göre daha yüksek olduğu saptanmıştır (**$p<0.05$**). Araştırmada PMS’si olan kadınların tutarlı/tutarsız olma alt boyut puan ortalamasının

(18.81±5.19), olmayan kadınların puan ortalamasına (20.94±5.23) göre daha düşük olduğu ve farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (**p<0.05**).

Tablo 4.10 Kadınların Kişilik Özelliklerine Göre Premenstrual Sendrom Yaşama Durumlarının Karşılaştırılması

CKÖ	PMS		İstatistiksel Test
	Var $\bar{x}\pm SS$	Yok $\bar{x}\pm SS$	
Dışa/İçe Dönük Olma	13.4±5.62	12.63±5.57	t= -1.263 p>0.05
Duygusal Denge / Nörotizm	19.96±5.76	16.18±6.11	t= -5.892 p<0.05
Tutarlı/Tutarsız Olma	18.81±5.19	20.94±5.23	t= 3.752 p<0.05

Tablo 11’de araştırma kapsamındaki kadınların Cervantes Kişilik Ölçeği alt boyutları ile premenstrual sendrom ölçeği alt boyutlarının puan ortalamaları verilmiştir. Buna göre, duygusal denge/nörotizm ile genel premenstrual sendrom arasında pozitif yönde orta düzeyde bir ilişki olduğu ($r=0.412$, **p<0.05**) saptanmıştır. Duygusal denge/nörotizm ile genel premenstrual sendrom alt boyutları arasında en yüksek ilişkinin depresif düşünceler arasında pozitif yönde $r=0.393$ ’lük bir ilişki olduğu saptanmıştır.

Tutarlı/tutarsız olma düzeyleri ile genel premenstrual sendrom arasında orta kuvvetli negatif bir ilişki olduğu ($r=-0.200$; **p<0.05**) saptanmıştır. Tutarlı/tutarsız olma ile genel premenstrual sendrom alt boyutları arasında en yüksek ilişkinin depresif düşünceler arasında negatif yönde 0.223’lük bir ilişki olduğu saptanmıştır.

Dışa/içe dönük olma düzeyleri ile genel premenstrual sendrom arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.11 Kadınların CKÖ Alt Boyutlarına ile PMSÖ Alt Boyutları Arasındaki İlişkinin Dağılımı

ÇKÖ Alt Boyutları	Dışa/İçe Dönük Olma		Duygusal Denge / Nörotizm		Tutarlı/Tutarsız Olma	
	R	p	r	p	r	p
Depresif Duygulanım	0.052	0.336	0.358	0.000	-0.182	0.001
Anksiyete	0.028	0.599	0.379	0.000	-0.142	0.008
Yorgunluk	0.047	0.380	0.331	0.000	-0.082	0.130
Sinirlilik	0.018	0.737	0.323	0.000	-0.208	0.000
Depresif Düşünceler	0.102	0.057	0.393	0.000	-0.223	0.000
Ağrı	0.003	0.955	0.280	0.000	-0.082	0.128
İştah Değişimleri	0.033	0.538	0.055	0.304	-0.047	0.387
Uyku Değişimleri	0.005	0.921	0.274	0.000	-0.103	0.056
Şişkinlik	-0.097	0.071	0.087	0.106	-0.144	0.007
Genel Toplam	0.042	0.441	0.412	0.000	-0.200	0.000

r= Pearson Korelasyon Analizi

Tablo 12’de araştırma kapsamındaki kadınların Cervantes Kişilik Ölçeği alt boyutlarının, premenstrual sendrom alt boyutlarına etkisine ilişkin regresyon analiz sonuçları verilmiştir. Analiz sonucuna göre, yordayıcı (bağımsız değişken) değişkenlerle bağımlı değişken arasındaki ilişkinin anlamlı ($p<0.01$) olduğu belirlenirken, çoklu bağıntı probleminin tespiti için VIF değerlerinin 10’un altında olması gerekliliği ve otokorelasyon durumunun olmaması için Durbin Watson değerinin 2’ye yakın olması gerekliliği şartlarını sağladığı saptanmıştır.

Duygusal denge/nörotizm ($p<0.01$) premenstrual sendromu ölçeği üzerinde anlamlı bir etkisi olduğu %99 güven düzeyinde saptanmıştır.

Duygusal denge/nörotizm değişkeninin premenstrual sendromu ölçeğinin 0.163’ünü açıkladığı saptanmıştır ($R^2=0.163$). Premenstrual sendromu ölçeğinin %83.7’si modele dâhil edilmeyen değişkenler tarafından açıklanmaktadır.

Regresyon analizi sonucuna regresyon eşitliği aşağıda verilmiştir:

$$\text{Premenstrual Sendromu} = 76.490 + 0.414 * \text{Duygusal Denge/Nörotizm}$$

Duygusal denge/nörotizm düzeyinde bir birimlik artışın premenstrual sendrom yaşama durumu 0.414'luk bir artışa neden olacağı saptanmıştır.

Tablo 4.12 Kadınların CKÖ Alt Boyutları ile PMSÖ Alt Boyutlarının İncelenmesi

Değişken	B	Standart Hata	t	p	VIF	F	F anlamlılık
Sabit	76.490		7.052	0.000			
Dışa/İçe Dönük Olma	0.020	0.273	0.416	0.678	1.003		
Duygusal Denge/Nörotizm	0.414	0.285	7.286	0.000	1.333	23.371	0.000^a
Tutarlı/Tutarsız Olma	0.007	0.333	0.126	0.900	1.330		
R=0.412							
Düzeltilmiş R ² =0.163							
Durbin Watson= 1.889							
Bağımsız: Dışa/İçe Dönük Olma. Duygusal Denge/Nörotizm. Tutarlı/Tutarsız Olma							
Bağımlı: Premenstrual Sendromu							

Regresyon Analizi

5. TARTIŞMA

Kadınların kişilik özelliklerinin premenstrual sendroma etkisini belirlemek amacıyla yapılan çalışmadan elde edilen bulgular literatür bulguları ile aşağıdaki başlıklar altında tartışılmıştır:

- Kadınların tanımlayıcı özelliklerine ilişkin bulguların değerlendirilmesi
- Kadınların CKÖ ve PMSÖ'ye ilişkin bulguların değerlendirilmesi

5.1. Kadınların Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Bulguların Değerlendirilmesi

Kişilik özellikleri, bireyin doğumundan itibaren, çevresel, psikolojik ve kültürel etkiler ile şekillenmeye başlayan, kişinin yaşam kalitesini, çevresiyle olan iletişimini ve etkileşimini büyük ölçüde etkileyen önemli bir faktördür (Caprara ve ark., 2013). Araştırmamıza katılan kadınların kişilik özelliklerini etkileyen faktörlerden, yaş grupları, eş meslek grupları, aile gelir durumları ile arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. Bunun aksine kadınların aile tipi, eşlerinin eğitim durumu, medeni durum, eğitim düzeyi ve meslekleri ile kişilik özellikleri arasında anlamlı ilişki saptanmıştır (Tablo 4). Literatürde çalışmamız sonuçları ile benzerlik gösteren çalışmalara rastlanmaktadır (Cui ve ark., 2019; Gündüz ve Akıl, 2018).

Araştırmaya katılan kadınların %23.1'inin sigara kullandığı belirlenmiştir. Bu çalışmada sigara içmeyen kadınların dışa/içe dönük olma alt boyut puan ortalamalarının sigara içenlere göre daha yüksek seviyede olduğu saptanmıştır (Tablo 5). Başka bir çalışmada ise sigara içenlerin nörotizm düzeylerinin içmeyenlere göre daha yüksek olduğu saptanmıştır (Yılmaz ve ark., 2019). Sigara içme davranışının kişilik özellikleri üzerine etkisini belirlemek amacıyla yapılacak çalışmalara ihtiyaç duyulduğu görülmektedir.

Araştırmamızda kadınların %57.5'inde PMS saptanmıştır (Tablo 6). Ülkemizde PMS ile ilgili yapılan araştırmalarda PMS görülme oranı %45 ile % 67 arasında değişkenlik göstermektedir (Erbil ve ark, 2010; Kebapçılar ve ark., 2012; Tanrıverdi ve ark., 2010; Selçuk ve ark., 2014; Kısa ve ark., 2012; Aşçı ve ark., 2016). Araştırma sonucunda elde ettiğimiz bulgumuz ülkemizde yapılan araştırmalarla benzerlik göstermektedir. Nageeb ve arkadaşlarının Mısır'da yapmış

olduğu çalışmada kadınların %73.4'ünde, Ceng ve arkadaşlarının Tayvan'da yapmış olduğu çalışmada kadınların %39.85, Oo ve arkadaşlarının Birmanya'da yapmış olduğu çalışmada kadınların %37.3, Hamaideh ve arkadaşlarının Ürdün'de yaptığı çalışmada kadınların %80.2, Choi ve arkadaşlarının Kore'de yapmış olduğu çalışmada kadınların %95 'inde PMS olduğu saptanmıştır (Nageeb ve ark., 2015; Cheng ve ark., 2013; Hamaideh ve ark., 2014; Oo ve ark., 2016; Choi ve ark., 2010). Çalışmamız Cheng ve arkadaşlarının ve Oo ve arkadaşlarının yapmış olduğu araştırmalar ile farklılık gösterirken, Nageeb ve arkadaşlarının yaptığı çalışma ile benzerlik göstermektedir. Premenstrual sendromun etyolojisi tam olarak bilinmemekte ve tanı 150-200'e kadar semptom üzerinden değerlendirilmektedir (Türkçapar ve Türkçapar, 2011; Karaca ve Beji, 2015). Çalışmalarda PMS prevelansının farklılık göstermesinin, PMS tanı ve etiyolojisindeki belirsizlikten kaynaklandığı düşünülmektedir.

Araştırmamızda çalışmaya katılan kadınların PMSÖ puan ortalaması 116.96 ± 31.06 olarak bulunmuştur (Tablo 6). Ülkemizde yapılan çalışmalardan, Erbil'in yaptığı çalışmada PMSÖ puan ortalaması 120.82 ± 33 , Şener'in yaptığı çalışmada 122.05 ± 33.93 , Aşçı ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada 118.0 ± 39.2 , Kısa ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada 116.56 ± 31.10 bulunmuştur (Erbil, 2017; Şener, 2017; Aşçı ve ark., 2016; Kısa ve ark., 2012). Çalışma sonucunun literatürle benzerlik gösterdiği saptanmıştır. Kadınların PMS görülme durumlarının çoğunlukla benzer olduğu söylenebilir.

Araştırmamızda kadınların PMSÖ alt boyutlarından aldıkları puanlar, ölçek puan ortalamalarının üzerinde olduğu bulunmuştur (Tablo 7). Ülkemizde yapılan çalışmalarda PMSÖ alt boyutlarının puan ortalamalarının, ölçek alt boyutlarından alınabilecek puan ortalamasının üzerinde olduğu bulunmuştur (Aşçı ve ark., 2016; Erbil ve ark., 2010; Selçuk ve ark., 2014). Çalışma sonuçlarının yapılan diğer araştırma sonuçlarını desteklediği saptanmıştır.

Premenstrual sendromun kadınlarda ovulasyon ile başladığı düşünülmektedir. Bu yüzden yaş ilerledikçe menopoza yaklaşıldığı düşünüldüğünde, PMS'nin azalacağı düşünülmektedir (Süer, 2008). Araştırmamızda PMS ile yaş arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (Tablo 8). Choi ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada,

yaş arttıkça PMS'nin arttığı bulunmuştur (Choi ve ark., 2010). Bir başka çalışmada da yaş ilerledikçe PMS'nin arttığı sonucu bulunmuştur (Hamaideh ve ark., 2014). Eğicioğlu ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada ise genç yaşlarda PMS'nin arttığı sonucuna ulaşılmıştır (Eğicioğlu ve ark., 2015). Araştırmamızla paralellik gösteren, yaş ile PMS arasında bağlantı saptanmayan çalışmalar literatürde mevcuttur (Erbil ve ark., 2011; Cheng ve ark., 2013; Sarkar ve ark., 2016; Telek ve ark., 2010). Bu farklılığın, çalışmaların çoğunluğunun belli bir yaş grubu ile yapılmasından ve biyolojik farklılıklardan kaynaklandığı düşünülmektedir.

Premenstrual sendrom, çevresel ve sosyal faktörlerden etkilenebilen bir rahatsızlıktır. Premenstrual sendrom şiddeti, stres, meslek, iş ortamı, eğitim, medeni durum gibi değişkenlerden etkilenmektedir (Şahin ve ark., 2014). Araştırmamızda eğitim durumu ile PMS arasında ilişki saptanmamıştır (Tablo 8). Yapılan bir çalışmada da eğitim durumu ile PMS arasında ilişki bulunmamıştır (Özeren ve ark., 2013). Çalışmamız Özeren ve arkadaşlarının yaptığı çalışma ile benzerlik göstermektedir. PMS görülme durumu meslek gruplarına göre incelendiğinde, Işgın'ın çalışmasında PMS'li kadınların %82.6'sının ev hanımı, %5.2'sinin serbest meslek, %1.3'ünün memur, %7'sinin ücretli, %0.8'inin emekli, %3.1'inin ise işçi olduğu gözlenmiştir. Bu çalışmaya göre çalışan kadınlarda PMS görülme durumunun azaldığı saptanmıştır (Işgın, 2014). Literatürde kadınların eğitim durumlarının ve mesleklerinin PMS'yi etkilediğini gösteren çalışmalara rastlanmaktadır (Eğicioğlu ve ark., 2015; Erbil ve ark., 2011; Demir ve ark., 2006).

Araştırmamızda kadınların medeni durumları ile PMS varlığı arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (Tablo 8). Başka çalışmalarda da çalışmamızla benzer sonuç bulunmuş olup evli ya da bekar olmanın PMS varlığı ile arasında ilişki saptanmamıştır (Kebapçılar ve ark., 2012; Özeren ve ark., 2013). Farklı olarak, başka bir çalışmada evli/boşanmış/dul kadınlarla kıyaslandığında, bekar kadınların PMS'yi daha hafif yaşadıkları saptanmıştır (Eğicioğlu ve ark., 2015). PMS yaşama durumunun medeni durum ile birlikte bazı biyolojik ve psikolojik değişkenlerden de etkilenebileceği düşünülmektedir.

Kadınların fiziksel ve mental iyi olma durumlarında, aile tipi, eş ve eş meslek durumlarının da etkisi olduğu düşünülerek planlanan çalışmamızda; aile tipi, eş

eğitim durumu ve eş meslek ile kadınlarda PMS görülme durumu arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır (Tablo 8). Fiziksel ve mental iyi olma durumunun PMS'yi etkilediği bilinmektedir ve literatürde benzer çalışma sınırlıdır (Eğicioğlu ve ark., 2015).

Araştırmamızda aile gelir seviyesi ile PMS arasında anlamlı ilişki saptanmıştır. Gelir seviyesi yüksek olanlarda PMS görülme durumunun daha az olduğu saptanmıştır (Tablo 8). Erbil'in evli kadınlar üzerinde yaptığı çalışmada da gelir seviyesi yetersiz olan kadınlarda PMS'nin daha fazla olduğu görülmüştür (Erbil ve ark., 2011). Üniversite ğrencileri üzerinde yapılan PMS varlığını araştıran çalışmalarda ekonomik gelirin öğrencilerde PMS varlığını etkilemediği bulunmuştur (Ariz ve Ege, 2013, Bakır 2012; ler ve ark., 2017). Yapılan çalışmalardaki farklılığın örneklemenin kültürel özelliklerinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Sigara içmek, PMS'nin etiyolojisinde rol alabilecek östrojen, progesteron, androjen ve gonadotropin seviyeleri üzerindeki etkisiyle PMS'nin gelişimine katkıda bulunabilir (Bertone-Johnson ve ark., 2008). Araştırmamızda sigara içme durumu ve sigara içme adedi ile premenstrual sendrom görülme durumu arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır (Tablo 9). Literatürde sigara içme davranışının PMS varlığıyla arasındaki ilişkiyi saptayan pek çok çalışma bulunmaktadır (zeren ve ark., 2013; Bertone-johnson ve ark., 2008). Araştırmamızda sonucun farklı çıkmasında, seçilen örneklemenin sosyal, ekonomik ve kültürel yapısının etkili olduğu düşünülmektedir.

Araştırmamızda adet ağrısı yaşama durumu ile PMS görülme durumu arasında anlamlı ilişki saptanmıştır (Tablo 9). Araştırmamızda kadınların %69.4'ünün adet ağrısı yaşadığı saptanmıştır. Literatürde kadınların adet ağrısı yaşama durumları %45 ile %70 arasında değişmektedir (Erbil ve ark., 2011; Kebapçılar ve ark., 2012; Choi ve ark., 2010). Araştırmamızda anne veya kız kardeşlerinin adet öncesi şikâyetlerinin olması durumları ile PMS durumları arasında bir ilişki olmadığı saptanmıştır (Tablo 9). Kısa ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada, öğrencilerin üçte birinin annelerinde de premenstrual sendrom yakınmaları olduğu bulunmuştur (Kısa ve ark., 2012). ler ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada ise annede ve kız kardeşte premenstrual yakınmalar görülen kadınlarda PMS'nin daha fazla görüldüğü saptanmıştır (ler ve ark., 2017). Başka bir çalışmada da kadınlardaki genetik

yatkınlığın PMS görülme durumunu arttırdığı sonucuna ulaşılmıştır (Chocano-Bedoya ve ark., 2013). Literatürdeki farklılığın nedeni olarak araştırma yapılan yerin özellikleri düşünülebilir.

5.2. Kadınların CKÖ ve PMSÖ'ye İlişkin Bulguların Değerlendirilmesi

Kadınlarda PMS görülme durumunun, çevresel, sosyal ve psikolojik faktörlerden etkilendiği ve kişilik gelişiminde de bu faktörlerin etkisi olduğu bilinmektedir. Kişilik özellikleri ve PMS varlığının arasında ilişki olduğunu göstermeye çalışan araştırmalara literatürde az da olsa rastlanmaktadır.

Araştırmamızda, kadınların CKÖ alt boyutlarının puan ortalamaları, dışa/içe dönük olma 13.07 ± 5.60 , tutarlı/tutarsız olma 19.71 ± 5.30 , duygusal denge/nörotizm 18.35 ± 6.19 olarak bulunmuştur (Tablo 3). Ölçer ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada dışa/içe dönük olma 13.18 ± 5.79 , tutarlı/tutarsız olma 12.23 ± 5.21 , duygusal denge/nörotizm 18.19 ± 6.52 bulunmuştur (Ölçer ve ark., 2017). Bal ve Şahin'in yapmış olduğu çalışmada, dışa/içe dönük olma 17.06 ± 10.46 , tutarlı/tutarsız olma 16.64 ± 7.89 , duygusal denge/nörotizm 19.62 ± 9.14 olarak bulunmuştur (Bal ve Şahin, 2011). Şener'in yapmış olduğu çalışmada, dışa/içe dönük olma 14.41 ± 5.72 , tutarlı/tutarsız 18.57 ± 5.93 , duygusal denge/nörotizm 20.42 ± 6.4 bulunmuştur (Şener, 2017). Araştırma bulgularımız, Ölçer ve arkadaşları ile Şener'in bulgularıyla benzerlik göstermiş, Bal ve Şahin'in bulgularıyla farklılık göstermiştir. Yapılan çalışma sonuçlarının farklılık göstermesinin nedeni olarak, araştırma kapsamına alınan kadınların yaşadığı coğrafi bölgenin farklı olması gösterilebilir.

Dışa dönük kişilik özelliği, iletişime açık, enerjik, sıcakkanlı, sosyal, konuşkan, coşkulu ve heyecanlı olmayı kapsar. Bu kişilerin, çevresiyle bağ kurma, iş ve aile yaşamında başarılı ve mutlu oldukları bilinmektedir. İçe dönük kişilik özelliğine sahip bireyler ise sakin, içine kapanık, sosyal olmayan bireylerdir (Bal ve Şahin, 2011). Araştırmamızda PMS görülme durumu ile dışa/içe dönük olma arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır (Tablo 10). Ölçer ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ve Şener'in yaptığı çalışmada da dışa/içe dönük olma ile PMS arasında ilişki saptanmamıştır (Ölçer ve ark., 2017; Şener, 2017). Başka bir çalışmada dışa dönüklülük düzeyi yüksek olanlarda PMS'nin daha az görüldüğü saptanmıştır (Arslantaş ve ark., 2018). Gainon ve Veira'nın yapmış olduğu çalışmada da içe

dönük kişilik özelliğine sahip kadınlarda PMS'nin daha fazla görüldüğü saptanmıştır (Gainon ve Veira, 2011). Çalışmanın yapıldığı kültürel özelliklere göre kişilik özelliklerinin etkilenmesi, araştırma sonuçlarının farklı olmasına neden olabilir.

Kişilik özellikleri alt boyutundan tutarlı/tutarsız olma özelliği, bir durumun sürengelik göstermesi ve çelişkili olmamasını ifade etmektedir. Araştırmamızda tutarlı/tutarsız kişilik puan ortalaması azaldıkça PMS görülme durumunun arttığı saptanmıştır (Tablo 10). Tutarlı/tutarsız olma ile PMS görülme durumunun araştırıldığı sınırlı sayıda çalışma bulunmaktadır. Şener 'in yapmış olduğu çalışmada tutarlı/tutarsız puan ortalaması arttıkça PMS görülme oranının azaldığı saptanmıştır (Şener, 2017). Ölçer ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada da tutarlı/tutarsız olma puan ortalaması arttıkça PMS oranının arttığı saptanmıştır (Ölçer ve ark., 2017). Çalışmamız literatür ile benzerlik göstermektedir. Ancak, literatürde sınırlı sayıda çalışma olması nedeniyle, tutarlı/tutarsız kişilik özelliğine sahip olmanın PMS üzerine olan etkisi bilinmemektedir ve bu konu üzerine daha fazla çalışmaya ihtiyaç duyulmaktadır.

Araştırmamızda duygusal denge/nörotizm kişilik özelliği puan ortalamasının PMS görülen kadınlarda daha yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 10). Ducasse ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada nevroitik kişilik özelliğine sahip kadınlarda, dürtüsellik, saldırganlık, düşmanlık, öfke düzeyi yüksek bulunmuş olup, bu kadınlarda PMS görülme oranının yüksek olduğu bulunmuştur (Ducasse ve ark., 2015). Öğretmenlerin öfke düzeyi ve PMS görülme durumunu inceleyen başka bir çalışmada ise, sürekli öfke ve öfke ifade tarzları ve PMS görülme durumları arasında pozitif ilişki saptanmıştır (Can ve ark., 2015). Literatürde PMS prevelansının nevroitiklik düzeyi yüksek olan kadınlarda daha yaygın olduğu bulunmuştur (Eissa, 2010; Arslantaş ve ark., 2018). Benzer bir çalışmada anksiyete, depresyon ve nevroitik düzeyi yüksek olan kadınlarda PMS'nin şiddetli yaşandığı sonucuna ulaşılmıştır (Williams ve ark., 2007). Yapılan çalışmalarda depresyon ve PMS sıklığı arasında anlamlı ilişki saptanmıştır (Özeren ve ark., 2013; Uzunoglu ve Aktan, 2019). Şener'in çalışmasında PMS'si olanların daha fazla nörotik kişilik özelliğine sahip oldukları ve nörotizm puanları arttıkça PMSÖ tüm alt boyutlarının puan ortalamalarının arttığı saptanmıştır (Şener, 2017). Ölçer ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da nörotizm düzeyleri yüksek olan kişilerde PMS nin daha fazla görüldüğü

sonucuna ulaşılmıştır (Ölçer ve ark., 2017). Çalışmamızın sonucu da literatürle benzerlik göstermiştir.

PMS'de sıkça görülen öfke hali, depresyon, saldırganlık, korku hali, içe kapanıklık, kişilik özelliklerini etkileyerek nörotik kişilik özelliğine eğilimi artırdığı literatürdeki çalışmalarla desteklenmiştir (Şener, 2017; Ölçer ve ark., 2017; Arslantaş ve ark., 2018; Ducasse ve ark., 2015).

Araştırmamızda tutarlı/tutarsız ve duygusal denge/nörotizm kişilik özellikleri ile PMS arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Araştırmada kadınların duygusal denge/nörotizm ve premenstrual sendrom arasında orta kuvvette pozitif ilişki; tutarlı/tutarsız olma ve PMS arasında negatif yönde ilişki olduğu saptanmıştır. Dışa /içe dönük kişilik özelliği ile arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Bu çalışma kadınların kişilik özelliklerinin premenstrual sendroma etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır. Çalışmadan elde edilen sonuçlar aşağıda sıralanmıştır:

- Kadınların yaşlarına göre dağılımları incelendiğinde, %38.4'ünün 25-31 yaş, eğitim durumlarına göre incelendiğinde, %34.1'inin üniversite olduğu saptanmıştır. Kadınların %52.1'inin ev hanımı, %73.7'sinin evli olduğu saptanmıştır. Kadınların eşlerinin, %33.7'sinin ilkokul mezunu olduğu, %45.9'unun işçi olduğu saptanmıştır. Kadınların %72.0'ının çekirdek aileye sahip olduğu, %81.8'inin gelir durumunu orta düzeyde algıladıkları saptanmıştır (Tablo 4.1).
- Kadınların sigara içme durumuna göre, %23.1'inin sigara içtiği saptanmıştır. Kadınların günde %38.7'inin 1-5 adet, %40.0'ının 6-10 adet, %21.3'ünün 11 adet veya üzeri sigara içtiği saptanmıştır. Kadınların, %69.4'ünün adet ağrısı yaşadığı saptanmıştır. Kadınların %59.5'inin annesinde veya kızkardeşinde adet ağrısı olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.2).
- Cervantes Kişilik Ölçeği alt boyutları incelendiğinde dışa/içe dönük olma ortalamasının 13.07 ± 5.60 , duygusal denge/nörotizm ortalamasının 18.35 ± 6.19 , tutarlı/tutarsız olma ortalamasının 19.71 ± 5.30 olduğu saptanmıştır (Tablo 4.3).
- Çalışmaya katılan kadınların kişilik özelliklerinin yaş gruplarına göre farkının istatistiksel olarak anlamlı bulunmadığı saptanmıştır ($p > 0.05$). Araştırmaya katılan, eğitim durumu üniversite mezunu olan kadınların duygusal denge/nörotizm alt boyut puan ortalamalarının, ilkokul mezunu ve ortaokul mezunu olanlara göre daha düşük olduğu saptanmıştır. Kadınların duygusal denge/nörotizm düzeylerinin eğitim durumu gruplarına göre farkının istatistiksel açıdan anlamlı olduğu ($p < 0.05$) saptanmıştır (Tablo 4.4).
- Çalışmaya katılan mesleği diğer olan (çocuk bakıcısı, temizlikçi) kadınların, dışa/içe dönük olma alt boyut puan ortalamalarının, memur ve işçi olanlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Kadınların dışa dışa/içe dönük olma

düzeylelerinin meslek gruplarına göre farkının istatistiksel açıdan anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Ev hanımı olan kadınların duygusal denge/nörotizm alt boyutu puan ortalamalarının, memur işçi ve diğer (çocuk bakıcısı, temizlikçi) olanlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Kadınların duygusal denge/nörotizm düzeylerinin meslek gruplarına göre farkı istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). İşçi olan kadınların tutarlı/tutarsız olma alt boyut puan ortalamalarının, ev hanımı, memur ve diğer (çocuk bakıcısı, temizlikçi) olanlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Kadınların tutarlı/tutarsız olma düzeylerinin meslek gruplarına göre farkı istatistiksel açıdan anlamlı ($p<0.05$) bulunmuştur (Tablo 4.4).

- Araştırmaya katılan evli olan kadınların tutarlı/tutarsız olma alt boyut puan ortalamalarının, bekâr olanlara göre daha yüksek seviyede olduğu saptanmıştır. Araştırmada kadınların tutarlı/tutarsız olma düzeylerinin, medeni durum gruplarına göre farkı istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Araştırmaya katılan kadınların eşlerinin eğitim durumu üniversite mezunu olanların duygusal denge/nörotizm alt boyut puan ortalamalarının, eşleri ilkököl mezunu ve ortaokul mezunu olan kadınlara göre daha düşük olduğu saptanmıştır. Çalışmaya katılan kadınların duygusal denge/nörotizm düzeylerinin eş eğitim durumu gruplarına göre farkının istatistiksel açıdan anlamlı olduğu ($p<0.05$) saptanmıştır (Tablo 4.4).
- Kadınların kişilik özelliklerinin eş meslek gruplarına göre farkının, istatistiksel olarak anlamlılık göstermediği saptanmıştır ($p>0.05$). Kadınlardan geniş ailede yaşayanların tutarlı/tutarsız olma alt boyut puan ortalamaları, çekirdek ailede yaşayanlara göre daha yüksek seviyede olduğu saptanmıştır. Çalışmaya katılan kadınların tutarlı/tutarsız olma düzeylerinin, aile çeşidi gruplarına göre farkının istatistiksel olarak anlamlılık gösterdiği saptanmıştır ($p<0.05$). Kadınların kişilik özelliklerinin, aile gelir durumu gruplarına göre farkının istatistiksel olarak anlamlılık göstermediği ($p>0.05$) saptanmıştır (Tablo 4.4)
- Çalışmaya katılan sigara içmeyen kadınların dışa/içe dönük olma alt boyutu puan ortalamalarının sigara içenlere göre daha yüksek seviyede olduğu saptanmıştır. Kadınların dışa/içe dönük olma düzeylerinin sigara içme durumu

gruplarına göre farkının istatistiksel olarak anlamlılık gösterdiği ($p<0.05$) saptanmıştır (Tablo 4.5).

- Kadınların kişilik özelliklerinin günde içilen sigara adedi gruplarına göre farkının istatistiksel olarak anlamlılık göstermediği saptanmıştır ($p>0.05$). Çalışmaya katılan kadınların kişilik özelliklerinin adet ağrısı yaşama durumu gruplarına göre farkı, istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$). Çalışmaya katılan kadınların kişilik özelliklerinin, anne veya kız kardeşin adet öncesi şikâyet yaşama durumu gruplarına göre farkı, istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.5).
- Kadınların %57.5'inde PMS saptanmamıştır. PMS olan kadınların, PMSÖ puan ortalaması 137.68 ± 21.91 iken PMS olmayan kadınların ortalaması 88.89 ± 15.84 olduğu saptanmıştır. Kadınların toplam PMSÖ puan ortalamasının ise 116.96 ± 31.06 olduğu saptanmıştır (Tablo 4.6).
- Kadınların PMS alt boyutlarına göre puan ortalamaları sırasıyla, depresif duygulanım 18.06 ± 6.06 , anksiyete 14.98 ± 6.02 , yorgunluk 18.14 ± 5.66 , sinirlilik 14.16 ± 5.08 , depresif düşünceler 15.59 ± 6.48 , ağrı 9.27 ± 3.17 , iştah değişimleri 9.24 ± 3.51 , uyku değişimleri 8.49 ± 3.2 ve şişkinlik 9.01 ± 3.71 olduğu saptanmıştır (Tablo 4.7).
- Kadınların gelir düzeyi ile PMS yaşama durumu arasında anlamlı ilişki saptanmıştır ($p<0.05$). Kadınların yaş grupları, eğitim durumları, meslek durumları, medeni durumları, eşlerinin mesleki ve eğitim durumları, aile tipleri ile PMS yaşama durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.8).
- Çalışmaya katılan kadınların adet dönemlerinde ağrı yaşama durumları ile PMS yaşama durumları arasında anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Kadınların sigara içme durumları ile PMS yaşama durumları arasında bir ilişki olmadığı ($p>0.05$), içilen sigara adedi ile PMS yaşama durumları arasında bir ilişki olmadığı ($p>0.05$) saptanmıştır. Anne veya kız kardeşlerinin adet öncesi şikâyetlerinin olması durumları ile PMS yaşama durumları arasında bir ilişki olmadığı ($p>0.05$) saptanmıştır (Tablo 4.9).

- Çalışmaya katılan, PMS'si olan kadınların dışa/içe dönük olma alt boyut puan ortalamasının (13.4 ± 5.62), PMS'si olmayan kadınların puan ortalamasına (12.63 ± 5.57) göre daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p > 0.05$). Araştırmada PMS'si olan kadınların duygusal denge/nörotizm alt boyut puan ortalamasının (19.96 ± 5.76), olmayan kadınların puan ortalamasına (16.18 ± 6.11) göre daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$). Araştırmada PMS'si olan kadınların tutarlı/tutarsız olma alt boyut puan ortalamasının (18.81 ± 5.19), olmayan kadınların puan ortalamasına (20.94 ± 5.23) göre daha düşük olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$) (Tablo 4.10).
- Duygusal denge/nörotizm ile genel premenstrual sendrom arasında orta kuvvetli pozitif bir ilişki olduğu ($r = 0.412$; $p < 0.05$) saptanmıştır. Duygusal denge/nörotizm ile genel premenstrual sendrom alt boyutları arasında en yüksek ilişkinin depresif düşünceler arasında pozitif yönde 0.393 'lük bir ilişki olduğu saptanmıştır. Tutarlı/tutarsız olma düzeyleri ile genel premenstrual sendrom arasında orta kuvvetli negatif bir ilişki olduğu ($r = -0.200$; $p < 0.05$) saptanmıştır. Tutarlı/tutarsız olma ile genel premenstrual sendrom alt boyutları arasında en yüksek ilişkinin depresif düşünceler arasında negatif yönde 0.223 'lük bir ilişki olduğu saptanmıştır. Dışa/içe dönük olma düzeyleri ile genel premenstrual sendrom arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p > 0.05$) (Tablo 4.11).
- Tablo 4.12'de analiz sonucuna göre, yordayıcı (bağımsız değişken) değişkenlerle bağımlı değişken arasındaki ilişkinin anlamlı ($p < 0.05$) olduğu belirlenirken, çoklu bağıntı probleminin tespiti için VIF değerlerinin 10 'un altında olması gerekliliği ve otokorelasyon durumunun olmaması için Durbin Watson değerinin 2 'ye yakın olması gerekliliği şartlarını sağladığı saptanmıştır. Duygusal denge/nörotizm ($p < 0.05$) premenstrual sendromu ölçeği üzerinde anlamlı bir etkisi olduğu $\%99$ güven düzeyinde saptanmıştır. Duygusal denge/nörotizm değişkeninin premenstrual sendromu ölçeğinin 0.163 'ünü açıkladığı saptanmıştır ($R^2 = 0.163$). Premenstrual sendromu ölçeğinin $\%83.7$ 'si modele dâhil edilmeyen değişkenler tarafından açıklanmaktadır.

6.2. Öneriler

Kadınların kişilik özelliklerinin premenstrual sendroma etkisini belirlemek amacıyla yapılan bu çalışmanın sonuçlarına göre öneriler şunlardır:

- Kadınların PMS hakkında bilgilendirilmesi ve farkındalıklarının artırılması için eğitimler düzenlenmesi,
- Kadınlarda PMS yaklaşımında kişilik özelliklerinin de tedavi ve hemşirelik bakımına dahil edilmesi,
- PMS tedavisi yaklaşımında tutarlı/tutarsız ve duygusal denge/nörotizm kişilik özelliğine sahip olan kişilere psikolojik, çevresel ve medikal desteğin artırılması,
- PMS'li kadınlara yaklaşımda kişilik özelliklerine göre yeni planlamalar yapılması ve kanıta dayalı çalışmaların artırılması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

Abbaspour Z, Rostami M, Najjar S. (2006). The effect of exercise on primar dysnenorrhoea. *Journal Research Health Science*, 6,26-31.

Arıöz A ve Ege E. (2013). Premenstrual sendrom sorunu olan üniversite öğrencilerinde, semptomların kontrolü ve yaşam kalitesinin artırılmasında eğitimin etkinliği. *Genel Tıp Dergisi*, 23(3), 63-9.

Arslantaş H, Abacigil F, Çınaklı Ş. (2018). Relationship between premenstrual syndrome and basic personality traits, a cross- sectional study. *Sao Paulo Medical Journal.*, 136(4), 339-345.

Aşçı Ö, Süt HK, Gökdemir F. (2016). Üniversite öğrencilerinde premenstrual sendrom prevalansı ve risk faktörleri. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 9(3), 79-87.

ACOG. (2014). ACOG practice bulletin, premenstrual syndrome. *International Journal Gynecology&Obstetrics*, 73,183-191.

Bacanlı H, İlhan T, Aslan S. (2009). Beş faktör kuramına dayalı bir kişilik ölçeğinin geliştirilmesi: sıfatlara dayalı kişilik testi (SDKT). *Türk Eğitim Bilimleri Dergisi*, 7(2), 261-279

Bakhshani NM, Aghashahi Z, Pour K, Yaghmaei M. (2013). Relationship between symptoms of premenstrual syndrome and quality of life (qol) in the adolescents. *Life Science Journal*, 10,265-268.

Bal DM, Şahin HN. (2011). Cervantes Kişilik Ölçeği'nin türkçeye uyarlanması, geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 8, 39-45.

Bakır N. (2012). Üniversite Öğrencilerinde Premenstrual Sendrom Ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Arasındaki İlişki. Yüksek Lisans Tezi, Akdeniz Üniversitesi, Antalya.

Bayram GO. (2007). Sporcuların premenstrual sendrom yönünden sedanter bayanlarla karşılaştırılması. *Bakırköy Tıp Dergisi*, 3,104-110.

Benet-Martinez V, John OP. (1998). Los cinco grandes across cultures and ethnic groups, multitrait multimethod analysis of the big five in spanish and english. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75,729-750.

Bertone-Johnson ER, Chocano-Bedoya PO, Zagarins SE, Micka AE, Ronnenberg AG. (2010). Dietary vitamin d intake, 25-hydroxyvitamin d3 levels and premenstrual syndrome in a college-aged population. *The Journal of Steroid Biochemistry and Molecular Biology*, 121(1-2), 434-437.

Bertone-Johnson ER, Hankinson SE, Johnson AR, Manson JE. (2008). Cigarette smoking and the development of premenstrual syndrome. *American Journal Epidemiology*, 168, 938-45.

Bhatia S, Bhatia SK. (2002). Diagnosis and treatment of premenstrual dysphoric disorder. *American Family Physician*, 66, 1239-1248.

Bianco V, Cestari AM, Casati D, Cipriani S, Radici G, Valente I. (2014). Premenstrual syndrome and beyond, lifestyle, nutrition, and personal facts. *Minerva Gynecology*, 66 (4), 365-75.

Biggs WS, Demuth RH. (2011). Premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder. *American Family Physician*, 84(8), 918-924.

Borenstein JE, Dean BB, Leifke E. (2007). Differences in symptom scores and health outcomes in premenstrual syndrome. *Journal of Women's Health*, 16(8), 1139-1144.

Borman P, Zinnuroğlu M. (2017). Kas-iskelet sistemi sorunlarında kinezyo bantlama. *Türkiye Klinikleri*, 155(1).

Can HÖ, Akmeşe ZB, Durmuş B. (2015). Premenstrual syndrome incidence and trait anger and anger style between the relationshipsin the primary school teachers. *NWSA-Life Sciences*, 10(1), 1-13.

Caprara G, Vecchione M, Barbaranelli C, Alessandri G. (2013). Emotional stability and affective self-regulatory efficacy beliefs, proofs of integration between trait theory and social cognitive theory. *European Journal of Personality*, 27,145-154.

Cheng SH, Shih CC, Yang YK, Chen KT, Chang YH, Yang YC. (2013). Factors associated with premenstrual syndrome-a survey of new female university students. *Kaohsiung Journal of Medical Sciences*, 29,100-105.

Chocano-Bedoya OP, Manson EJ, Hankinson ES, Johnson RS, Chasan-Taber L, Ronnenberg A ve ark. (2013). Intake of selected minerals and risk of premenstrual syndrome. *American Journal Epidemiology*, 177(10), 1118-1127.

Choi D, Lee DY, Leher P, Lee IS, Kim SH, Dennerstein L. (2010). The impact of premenstrual symptoms on activities of daily life in korean women. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 31(1), 10–15.

Cui W, Katayama A, Shimizu H, Taniguchi M. (2019). Inhibitory risks affecting the maintenance of healthy lifestyle habits—a study based on demographic factors and personality traits. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(13), 2322.

Cunningham J, Yonkers KA, O'brien S, Eriksson E. (2009). Update on research and treatment of premenstrual dysphoric disorder. *Harvard Review of Psychiatry*, 17(2), 120–37.

Cüceloğlu D. (2017). İnsan ve Davranışı. İstanbul: Remzi Kitapevi, S:406-409.

Çeliker R, Güven Z, Aydoğ T, Bağış S, Atalay A, Yağcı HÇ. (2011). Kinezyolojik bantlama tekniği ve uygulama alanları. *Türkiye Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi*, 57 (4), 225-235.

Çetin SA, Şahin B. (2018). Aşçılarının beş faktör kişilik özellikleri ile bireysel inovasyon algısı ilişkisi. *Journal of Tourism and Gastronomy Studies*, 6(4), 419-447.

Demir B, Algül LY, Güvendağ Güven ES. (2006). Sağlık çalışanlarında premenstrüel sendrom insidansı ve etkileyen faktörlerin araştırılması. *Turkish Social Obstetrics & Gynecology*, 3 (4), 262-270.

Dinç Ö. (2010). Üniversite Öğrencilerinin Premenstrual Sendrom Düzeylerinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Karamanoğlu Mehmet Bey Üniversitesi, Karaman.

Doğan T. (2013). Beş faktör kişilik özellikleri ve öznel iyi oluş, *Doğuş Üniversitesi Dergisi*, 14 (1), 56-64.

Doksat NG, Doyum A, Sönmez AÖ. (2017). Premenstrual sendrom belirtileriyle yaşam boyu manik/hipomanik belirtiler ve bildirilen kişilik yapısı arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 18(6),552-560.

Ducasse D, Isabella J, Emilie O, Sebastien G, Jorge LC, Philippe C. (2015). Personality traits of suicidality are associated with premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder in a suicidal women sample. *Plos One*,11(2).

Durna U. (2005). A tipi ve B tipi kişilik yapıları ve bu kişilik yapılarını etkileyen faktörlerle ilgili bir araştırma. *İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 19(1),276-290.

Eğicioğlu H, Coşar E, Kundak Z, Pektaş M, Köke G. (2015). Premenstrual sendromun yaşam kalitesine olan etkileri, sosyodemografik özelliklerle ilişkili mi? *Jinokoloji - Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi*, 12(1),10 – 17.

Eissa M. (2010). Personality and psychosocial factors affecting premenstrual syndrome. *Current Psychiatry*, 17(1), 55-6.

Erbil N. (2014). Diet and eating changes in premenstrual syndrome. *Human Health Handbooks*, 109–120.

Erbil N, Bölükbaş N, Tolan S, Uysal F. (2011). Evli kadınlarda premenstrual sendrom görülme durumu ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, 8(1),428-438.

Erbil N, Karaca A, Kırış T. (2010). Investigation of premenstrual syndrome and contributing factors among university students, *Turk Journal Medicine Science*, 40(4),565-573.

Erbil N. (2017). Prevalence of depressive symptoms among turkish women experiencing premenstrual symptoms and correlated factors. *Alexandria Journal of Medicine*, 54,549-553.

Ford O, Lethaby A, Roberts H, Mol Bwj. (2009). Progesterone for premenstrual syndrome. *The Cochrane Library*, 1-33.

Gaion PA, Vieira LF. (2011). Influence of personality on pre-menstrual syndrome in athletes. *The Spanish Journal of Psychology*, 14(1),336-343.

Gençdoğan B. (2005). Premenstrual disforik bozukluk ile cinsiyet rolleri ve anksiyete arasındaki ilişkiler. *Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, (5), 235 – 247.

Ghanbari Z, Manshavi F, Jafarabadi M. (2008). The effect of three months regular aerobic exercise on premenstrual syndrome. *Journal of Family And Reproductive Health*, 2(5), 167-171.

Gillam MP, Fideleff H, Boquete HR, Molitch ME. (2004). Prolactin excess, treatment and toxicity. *Pediatric Endocrinology Reviews*, 2(1),108-11.

Green LJ, O'brien PMS, Panay N, Craig M. (2017). On behalf of the royal college of obstetricians and gynaecologists. Management of premenstrual syndrome. *An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 124, 73-105.

Gündüz DF, Akıl AM. (2018). Çalışan ve çalışmayan kadınların sosyotropik-otonomik kişilik özelliklerinin incelenmesi. *IHSSR*, 2(1), 31-45.

Hacıveziroğlu M. (2015). Kalsiyum Tüketimi Yetersiz Olan Premenstrual Sendromlu (Pms) Kadınlarda Besinsel Olarak Yeterli Kalsiyum Alımlarının Pms Semptomları Üzerine Etkisinin Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara.

Hamaideh SH, Al-Ashram SA, Al-Modallah H. (2014). Premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder among jordanian women. *Journal Of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 21,60-68.

Hazar ÇM. (2006). Kişilik ve iletişim tipleri. *Gazi Üniversitesi İletişim Fakültesi Dergisi*, 4(2),126-140.

Holland JL. (1997). Making vocational choices: a theory of vocational personalities and work environments. *American Psychological Association*, 51(4),397-406

Hunter MS, Ussher JM, Browne SJ, Cariss M, Jelley R, Katz M. (2002). A randomized comparison of psychological (cognitive behavior therapy), medical

(fluoxetine) and combined treatment for women with premenstrual dysphoric disorder. *Journal of Psychosomatic Obstetrics&Gynaecology*, 2(3),193-199.

Işgın K. (2014). Premenstrual Sendromda Beslenme Durumu ve Yeme Tutumunun Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara.

Işgın K, Büyüktuncer Z. (2017). Premenstrual sendromda beslenme yaklaşımı. *Türk Hijyen ve Deneysel Biyoloji Dergisi*, 74(3),249-260.

İnanç BY, Yerlikaya EE. (2017). Kişilik Kuramları. Ankara: Pegem Akademi Yayıncılık. S:15-34.

Karaca PP, Beji NK. (2015). Premenstrual sendromun tanı ve tedavisinde kanıt temelli yaklaşımlar ve hemşirelik bakımı. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4,178-86.

Karimi Z, Dehkordi MA, Alipour A, Mohtashami T. (2018). Treatment of premenstrual syndrome, appraising the effectiveness of cognitive behavioral therapy in addition to calcium supplement plus vitamin d. *Psych Journalist*, 7(1),41-50.

Karout N, Hawai S, Altuwaijri S. (2012). Prevalence and pattern of menstrual disorders among lebanese nursing students. *East Mediterr Health J*, 18(4),346-52.

Kaya D, Gölbaşı Z.(2016). Hemşirelik/ebelik öğrencilerinde premenstrual sendrom yaygınlığı ve premenstrual sendromun sigara içme davranışı ile ilişkisi. *Taf Prev. Med. Bull*, 15(4),305-311.

Kebapçılar AG, Taner CE, Başoğul Ö, Okan G. (2012), izmir ege doğumevi ve kadın hastalıkları eğitim ve araştırma hastanesi hastalarındaki premenstrual sendrom prevalansı ve etkileyen faktörler. *Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Tıp Dergisi*, 26(3),11-114.

Kelderhouse, K, Taylor JS. (2013). A review of treatment and management modalities for premenstrual dysphoric disorder. *Nursing For Women's Health*, 17(4),294-305.

Kısa S, Zeyneloğlu S, Güler N. (2012). Üniversite öğrencilerinde premenstrual sendrom görülme sıklığı ve etkileyen faktörler. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 1(4),284-297.

Kolcu R. (2018). Girişimcilik Ve Kişilik Özellikleri, Geleneksel Ve Sosyal Girişimcilerin Kişilik Özellikleri Arasındaki Farklara İlişkin Bir Araştırma. Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi, İstanbul.

Korucu AE. (2019). Premenstrual Sendromu Olan Üniversite Öğrencilerinde Progresif Kas Gevşeme Egzersizi ve Kinezyo Bantlama Uygulamalarının, Stres, Depresyon Ve Uyku Kalitesi Üzerine Etkisi, Randomize Kontrol Çalışması. Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara.

Lopez FRP, Chedraui P, Roncero GP, Baena MTL, Lopez JLC. (2009). Premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder, symptoms and cluster influences. *The Open Psychiatry Journal*, 3, 39-49.

Maged AM, Abbassy AH, Sakr HRS, Elsayah H, Wagih Hİ, Ogila AI ve ark. (2018). Effect of swimming exercise on premenstrual syndrome. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 297,951–959.

Mandana Z, Azar A. (2014). Comparison of the effect of vitamin e, vitb6, calcium and omega-3 on the treatment of premenstrual syndrome, a clinical randomized trial. *Annual Research And Review In Biology*, 4,1141-9.

Mccrae R, Costa P. (2006). Personality in adulthood, a five-factor theory perspective. New York: Guilford Press.

Miyaoka Y, Akimoto Y, Ueda K. (2011). Fulfillment of the premenstrual dysphoric disorder criteria confirmed using a self-rating questionnaire among japanese women with depressivedisorders. *Biopsychosoc Med*, 2(5),5-11.

Nageeb H, Mohamed RA, Amasha H. (2015). Prevalence of premenstrual syndrome, complementary & alternative therapy among nursing students. *Journal of Nursing and Health Science*, 4(2),7-15.

Nikam S, Chavan M, Sharma PH. (2014). Premenstrual syndrome-causes, symptoms, diagnosis and treatment. *International Journal of Pharmaceutical, Chemical & Biological Sciences*, 4,829-33.

Oo HH, Sein MT, Mar O, Aung A. (2016). Assessment of premenstrual syndrome among reproductive aged myanmar women. *Asian Journal Of Medical Sciences*, 7,39-43.

O'brein, PMS, Rapkin AJ, Schmidt PJ. (2007). The Premenstrual Syndromes, Pms And Pmdd. Informa Healthcare, 117-121.

Ölçer Z, Bakır N, Aslan E. (2017). Üniversite öğrencilerinde kişilik özelliklerinin premenstrual şikâyetlere etkisi. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 7(1), 30-37.

Özeren A, Atila D, Helvacı M. (2013). Hastane çalışanlarında premenstrüel sendrom ve depresyon ile ilişkisi. *Tepecik Eğitim Hastanesi Dergisi*, 23(1), 25-33.

Öztürk S, Tanrıverdi D. (2010). Premenstrual sendrom ve başetme. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 13(3) ,57-61.

Panay N. (2011). Management of premenstrual syndrome, evidence-based guidelines. *Obstetrics Gynaecology and Reproductive Medicine*, 21(8), 217-248.

Poyrazoğlu S. (2010). Kayseri İl Merkezi'nde Yaşayan 15-49 Yaş Arası Kadınlarda Premenstrual Sendrom Prevalansı ve Etkileyen Faktörler. Tıpta Uzmanlık Tezi, Erciyes Üniversitesi, Kayseri.

Rapkin AJ, Akopians AL. (2012). Pathophysiology of premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder. *Menopause International*, 18, 52–59.

Sarkar AP, Mandal R, Ghorai S. (2016). Premenstrual syndrome among adolescent girl students in a rural school of west bengal, India. *International Journal* 5, 773-76.

Sassoon SA, Colrain IM, Baker FC. (2011). Personality disorders in women with severe premenstrual syndrome. *Arch Womens Mental Health*, 14(3), 257-64.

Schmelzer K, Ditzen B, Weise C, Andersson G, Hiller W. (2015). Kleinstauber clinical profiles of premenstrual experiences among women having premenstrual syndrome (pms), affective changes predominate and relate to social an occupational functioning. *Health Care For Women International*, 36,1104-1123.

Schellenberg R. (2001). Treatment for the premenstrual syndrome with agnus castus fruit extract, prospective, randomised, placebo controlled study, *British Medical Journal*, 322,134-7.

Selçuk KT, Avcı D, Alpyılmaz F. (2014). Hemşirelik öğrencilerinde premenstrual sendrom prevalansı ve etkileyen etmenler. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 5(2), 98-103.

Süer N. (2008). Premenstrual sendrom. *Göztepe Tıp Dergisi*, 23(3), 76-80.

Szmuilowicz ED, Adler GK, Williams JS, Green DE, Yao TM, Hopkins PN. (2006). Relationship between aldosterone and progesterone in the human menstrual cycle. *The Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, 91(10), 3981-3987.

Şahin S, Kaplan S, Abay H, Akalın A, Demirhan İ, Pınar G. (2015). Üniversite öğrencilerinde dismenore yaşama sıklığı ve etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi. *Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi*, (1-2-3), 25-43.

Şahin S, Özdemir K, Unsal A. (2014). Evaluation of premenstrual syndrome and quality of life university students. *Journal of Pakistan Medical Association*, 64(8), 915-922.

Şener N. (2017). Üniversite Öğrencilerinde Premenstrual Sendrom İle Kişilik Özellikleri Arasındaki İlişki. Yüksek Lisans Tezi, İnönü Üniversitesi, Malatya

Tanrıverdi G, Selçuk E, Okanlı A. (2010). Üniversite öğrencilerinde premenstrual sendrom prevalansı. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*,13(1), 52-57.

Taşkın L. (2016). Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği (13. bs.). Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi.

Taylor D. (2005). Premenstrual syndrom and syndromes, guidelines for symptom management and self care. *Obstetrics & Gynecology*, 5(5), 229-241.

Telek T, Gonda X, Lazary J, Benko A, Pap D, Vargha A ve ark. (2010). The possible protective role of personality dimensions against premenstrual syndrome. *Psychiatry Research*, 179, 81-5.

Türkçapar AF, Türkçapar MH. (2011). Premenstruel sendrom ve premenstruel disforik bozuklukta tanı ve tedavi, bir gözden geçirme. *Klinik Psikiyatri*, 14,241-253.

Uzunoğlu G, Aktan ZD. (2019). Ergenlerde premenstrual sendrom ile ruh sağlığı değişkenleri arasındaki ilişki. *Current Approaches in Psychiatry*, 11(1), 37-50.

Walsh S, Ismaili E, Naheed B, O'brien PMS. (2015). Diagnosis, pathophysiology and management of premenstrual syndrome. *The obstetrician & gynaecologist*, 17, 99-104.

Williams WR, Richards JP, Ameen JRM, Davies J. (2007). Recurrent brief depression and personality traits in allergy, anxiety and premenstrual syndrome patients: A general practice survey. *Medical Science Monitor*, 13(3),118-124.

Yeşilyaprak B. (2018). Eğitim Psikolojisi. Ankara: Pegem Akademi Yayıncılık. S:128-130.

Yılmaz M, Yılmaz A, Sönmez CI, Aşıkhasan İ. (2019). Düzce ili aile sağlığı merkezi alışanlarında internet, sigara, alkol, madde bağımlılığı ile kişilik ilişkisi. *Nobel Medicine*, 15(1), 15-20.

Yonkers KA, O'Brien PMS, Eriksson E. (2008). Premenstrual syndrome. *The Lancet*, 371, 1200-10.

Zamani M, Neghab N, Torabian S. (2012). The erapeutic eff ect of vitex agnus castus in patients with premenstrual syndrome. *Acta Medica Iranica*, 50(2),101–106.

Zengin E. (2019). Transaksiyonel analiz ego durumlarının iletişime etkisi bağlamında “ters yüz” filminin analizi. *Adnan Menderes Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 6(1), 30-51.

EKLER

Ek-1 Kişisel Bilgi Formu

Sayın Katılımcı,

Bu çalışmada, “**Kadınların Kişilik Özelliklerinin Premenstrasyon Sendroma Etkisi**”nin incelenmesi amaçlanmıştır. Soru formunu ve ilgili ölçeği doldurmak 25 dakikanızı alacaktır. Tüm soruları eksiksiz ve içtenlikle cevaplamanız bilimsel değeri sebebi ile oldukça önemlidir. Verdiğiniz kişisel bilgiler ve çalışma bulguları bilimsel amacı dışında hiçbir yerde kullanılmayacaktır.

Katılımınız ve desteğiniz için teşekkür ederim...

Tuba ÇITAK

Hemşirelik Anabilim Dalı

Yüksek Lisans Öğrencisi

Ordu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Sağlık Bilimleri Enstitüsü

1. Yaşınız,.....
2. Eğitim durumunuz,
1) İlkokul mezunu 2)Ortaokul mezunu 3) Lise mezunu 4)Üniversite mezunu
3. Mesleğiniz?
1) Ev hanımı 2) Memur 3) İşçi 4) Serbest meslek 5)Diğer (.....)
4. Medeni durumunuz nedir?
1) Evli 2) Bekar
5. Eşinizin eğitim durumu,
1) İlkokul mezunu 2)Ortaokul mezunu 3) Lise mezunu 4)Üniversite mezunu
6. Eşinizin mesleği,
1) Memur 2) İşçi 3) Emekli 4) Serbest meslek 5) Diğer (.....)
7. Aile tipiniz?
1) Çekirdek Aile 2) Geniş Aile
8. Ailenizin gelir seviyesi,
1)Düşük düzeyde 2) Orta düzeyde 3)Yüksek düzeyde
9. Sigara içiyormusunuz? Cevabınız “Evet” ise günde kaç adet sigara içersiniz?
1)Evet.....adet/gün 2)Hayır
10. Adet döneminiz de ağrı yaşar mısınız?
1) Evet 2) Hayır
11. Annenizde veya kız kardeşinizde adet öncesi şikayetler olur mu?
1) Evet 2) Hayır

Ek-2 Cervantes Kişilik Ölçeği

1. Konuşkan bir insan olduğumu düşünüyorum.	Hiç değil	doğru	0	1	2	3	4	5	Kesinlikle öyleyim
2. Zaman zaman kendimi çok kötü hissediyorum.	Hiç değil	doğru	0	1	2	3	4	5	Çok doğru
3. Bazen bana ait olmayan birşeyi kaybederim veya bozarım.	Hiç değil	doğru	0	1	2	3	4	5	Çok doğru
4. Çok arkadaşım var.	Hiç değil	doğru	0	1	2	3	4	5	Çok doğru
5. Söylemediğim ve yapamadığım şeyler sürekli olarak zihnimi meşgul eder.	Hiç değil	doğru	0	1	2	3	4	5	Çok doğru
6. Bazen diğer insanlara imrenirim	Hiç değil	doğru	0	1	2	3	4	5	Çok doğru
7. Kimseyi tanımıyor olsam bile grup içinde/partide iyi zaman geçirebilirim.	Hiç değil	doğru	0	1	2	3	4	5	Daima
8. Duygu durumum değişiklik gösterir.	Hiç değil	doğru	0	1	2	3	4	5	Çok doğru
9. Benim hatam olduğumu bile bile başka birisinin benim suçummu üstlenmesine izin veririm.	Hiç değil	doğru	0	1	2	3	4	5	Çok doğru
10. Birisiyle dışarıya çıkmaya her zaman hazırım.	Hiç değil	doğru	0	1	2	3	4	5	Çok doğru
11. Kendimi memnun hissetmek için diğer insanların onayına gereksinim duyarım.	Hiç değil	doğru	0	1	2	3	4	5	Daima
12. Diğer insanlar ile birşeyler yapmak yerine her zaman evde vakit geçirmeyi tercih ederim.	Hiç değil	doğru	0	1	2	3	4	5	Çok doğru
13. Çok planlı davranmama karşın bazı şeyler kötü/ters gider.	Hiç değil	doğru	0	1	2	3	4	5	Daima
14. Bazen dedikodu yaparım.	Hiç değil	doğru	0	1	2	3	4	5	Çok doğru
15. Toplandığımız zaman birileriyle sohbet etmekten hoşlanırım.	Hiç değil	doğru	0	1	2	3	4	5	Çok doğru
16. Bazen öyle gergin oluyorum ki işime devam edemiyorum.	Hiç değil	doğru	0	1	2	3	4	5	Sürekli
17. Bazen insanların ne konuştuklarına kulak misafiri olurum.	Hiç değil	doğru	0	1	2	3	4	5	Çok doğru
18. Yeni tanıştırdığım biriyle konuşmayı başlatmakta zorlanırım.	Hiç değil	doğru	0	1	2	3	4	5	Çok doğru
19. Kendimi bomboş hissediyorum.	Hiç değil	doğru	0	1	2	3	4	5	Daima
20. Bazen işlerimi ertesi güne ertelerim.	Hiç değil	doğru	0	1	2	3	4	5	Çok doğru

Ek-3 Premenstrual Sendrom Ölçeği

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 olacakmış gibi korkuyorum	9					
10	Seslere karşı hassasiyetim artıyor	10					
11	Arkamdan biri saldıracakmış 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					
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-4 Cervantes Kişilik Ölçeği İzin Yazısı



Ek-5 Premenstrual Sendrom Ölçeği İzin Yazısı

Merhaba Başaran Hocam,

Ben Ordu Korgan Devlet Hastanesinde hemşire olarak çalışmaktayım ve Ordu Üniversitesi Doğum ve Kadın Hastalıkları Anabilimdalı'nda yüksek lisans yapmaktayım. Yüksek lisans tez çalışmam için güvenlik ve geçerliliğini yapmış olduğunuz 'Premenstrual Sendrom Ölçeğini' izninizle kullanmak istiyorum.

Saygılarımla.

TUBA DİLEKÇİ



Basaran Gencdogan 27 Şub
alıcı: ben v



Merhaba SAYın Tuba Dilekçi
Geliştirmiş olduğum 'Premenstrual Sendrom Ölçeğini' (PMSÖ) araştırmanız kullanabilirsiniz. Ekte ölçeği ve makalesini gönderiyorum. Kolay gelsin.

Prof. Dr. Başaran GENÇDOĞAN
Atatürk Üniversitesi
K.K. Eğitim Fakültesi
Psikolojik Danışma ve Rehberlik ABD
Yoncalık-ERZURUM

Ek-6 İl Sağlık Müdürlüğü İzin Formu



T.C.
İSTANBUL VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü



Sayı : 16867222-604.01.01
Konu : Tuba ÇITAK(Tez Çalışması)

ORDU ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
(Sağlık Bilimleri Enstitüsü)

İlgi : 30/05/2019 tarihli ve 71211201-367162 sayılı yazı.

İlgi sayılı yazınıza istinaden Üniversiteniz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Öğrencisi Tuba ÇITAK'ın "Kadınların kişilik özelliklerinin premenstrual sendroma etkisi" başlık tez çalışmasını, Müdürlüğümüze bağlı hastane/birimlerde yapma talebi Müdürlüğümüz tarafından onaylanmıştır.

Tuba ÇITAK'ın Müdürlüğümüze başvuruda bulunması halinde çalışma yapabileceği hastane/birimlerin listesi tebliğ edilecek olup çalışmanın bitiminde bir nüshasını elektronik ortamda ve doküman halinde Müdürlüğümüze teslim edilmesi gerektiği ve konunun çalışmada adı geçen öğrencinize tebliği hususunda;

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

e-İmzalıdır.
Op. Dr. Kemal TEKEŞİN
Vali a.
Başkan

Seyrâzım Mah. Mevlana Cad.No:85 Zeytinburnu-İstanbul Sağlık Geliştirilmesi
Birimi
Telefon: Faks No:
e-Posta: sinan.kavzan@saglik.gov.tr İnt.Adresi: www.istanbul.saglik.gov.tr

Bilgi için: Sinan KAVZAN

SÜREKLİ İŞÇİ

Telefon No:(0 212) 638 33 99

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 5cfaf094-1b2a-4040-b9eb-74084d380cfd kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Ek-8 Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu



BİLGİLENDİRİLMİŞ OLUR FORMU

Değerli Katılımcı,

Katıldığımız bu çalışmada, **kadınların kişilik özelliklerinin premenstrual sendroma etkisini** incelemek amaçlanmıştır. Bu çalışma, Ordu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Öğretim üyelerinden Dr.Öğr.Üyesi Ebru ŞAHİN ile Ordu Üniversitesi Yüksek Lisans Öğrencisi Tuba ÇITAK tarafından yürütülmektedir.

Araştırma için İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü'nden gerekli izinler alınmıştır. Bu araştırmada yer almanız nedeniyle tarafınıza bir ödeme yapılmayacaktır. Araştırmadaki işlemlerin size bir zararı olmayacaktır. Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır katılmanız için hiçbir zorunluluk yoktur.

Araştırmadaki formları doldurmanız yaklaşık 25 dakikanızı alacaktır. Soru formlarına isim yazmanız gerekmemektedir. Formları doldurmanız çalışmaya katılmayı kabul ettiğinizi göstermektedir. Çalışmadan istediğiniz zaman çekilebilirsiniz ve çekilmeniz halinde hiçbir şekilde olumsuz etkilenmeyeceksiniz. Sorulara verdiğiniz yanıtlar gizli tutulacak ve bilimsel amacı dışında hiçbir yerde yayınlanmayacak ve kimseyle paylaşılmayacaktır. Araştırma ile ilgili tüm sorularınızı aşağıda yazan telefon numarası aracılığı ile istediğiniz zaman sorabilirsiniz.

Katılımınız ve desteğiniz için teşekkür ederim.

Çalışmaya Katılma Onayı,

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce katılımcıya verilmesi gereken bilgileri okudum. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanıdı. Bu koşullar altında, bana ait bilgilerin araştırmada kullanılması konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve araştırmaya katılmayı hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük bir gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

Katılımcının,

Adı Soyadı,

Tarih ve İmzası

Araştırmacının,

Adı Soyadı, Tuba ÇITAK

İş Adresi, Arnavutköy Devlet Hastanesi-İstanbul

Telefonu, 0534 926 54 96

E-Posta, tubadlkc@gmail.com

ÖZGEÇMİŞ

Adı Soyadı : Tuba ÇITAK
Doğum Yeri : Samsun
Doğum Tarihi : 20. 07. 1990
Yabancı Dili : İngilizce
E-posta : tubadlkc@gmail.com
İletişim Bilgileri : 0534 926 54 96

Öğrenim Durumu:

Derece	Bölüm/ Program	Üniversite	Yıl
Lisans	Hemşirelik	Hacettepe Üniversitesi	2009-2014
Y. Lisans	Hemşirelik Ana Bilim Dalı	Ordu Üniversitesi	2016-2019

İş Deneyimi:

Görev	Görev Yeri	Yıl
Hemşire	İstanbul Liv Hospital	2014
Hemşire	Hacettepe Üniversitesi Onkoloji Hastanesi	2014-2016
Hemşire	Ordu Korgan Devlet Hastanesi	2016-2019
Hemşire	İstanbul Arnavutköy Devlet Hastanesi	2019-halen