

T.C.  
SÜLEYMAN DEMİREL ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ

**ISPARTA İLİ ULUBORLU İLÇESİ 15-49 YAŞ KADINLARDA  
PREMENSTRÜEL SENDROM PREVALANSI, İLİŞKİLİ  
FAKTÖRLER VE YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİ**

**Dr. Ayşe ÇELİK**

**TIPTA UZMANLIK TEZİ  
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI**

**TEZ DANIŞMANI**

**Prof. Dr. Ersin USKUN**

**ISPARTA-2016**

T.C.  
SÜLEYMAN DEMİREL ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ

**ISPARTA İLİ ULUBORLU İLÇESİ 15-49 YAŞ KADINLARDA  
PREMENSTRÜEL SENDROM PREVALANSI, İLİŞKİLİ  
FAKTÖRLER VE YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİ**

**Dr. Ayşe ÇELİK**

**TIPTA UZMANLIK TEZİ  
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI**

**TEZ DANIŞMANI**

**Prof. Dr. Ersin USKUN**

**ISPARTA-2016**

## TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimine başladığım günden itibaren bilgi birikimini ve tecrübelerini benimle paylaşan, tüm tez sürecinde desteğini ve vaktini esirgemeyen, çalışmamın her aşamasını titizlikle değerlendiren, çalışma disiplinini örnek aldığım tez danışmanım, değerli hocam Prof. Dr. Ersin USKUN'a;

Asistanlığım boyunca hoşgörüsünü eksik etmeyen, halk sağlığı bakış açımın gelişmesinde büyük katkısı olan değerli hocam, Anabilim Dalı Başkanı Prof. Dr. A. Nesimi KİŞİOĞLU'na;

Uzmanlık eğitimim ve tez hazırlığım sırasında, destek ve yardımlarını gördüğüm değerleri hocalarım Doç. Dr. Yonca SÖNMEZ ve Doç. Dr. Hikmet ORHAN'a;

Güzel bir ortamı paylaştığım çalışma arkadaşlarıma;

Tez çalışmama katılımlarıyla destek sağlayan, bana evlerini açan kadınlara;

Hayatımın her zorlu anında olduğu gibi bu yorucu süreçte de yanımda olan annem, babam ve babaanneme;

Gösterdikleri sabır ve anlayıştan dolayı sevgili kızım Zeynep Duru ve eşim Adem ÇELİK'e;

Teşekkür ederim.

**Dr. Ayşe ÇELİK**

**Isparta, 2016**

# İÇİNDEKİLER

<b>TEŞEKKÜR</b> .....	ii
<b>İÇİNDEKİLER</b> .....	iii
<b>KISALTMALAR</b> .....	vi
<b>TABLolar DİZİNİ</b> .....	viii
<b>ŞEKİLLER DİZİNİ</b> .....	x
<b>1. GİRİŞ</b> .....	1
<b>2. GENEL BİLGİLER</b> .....	3
2.1. Tanım .....	3
2.2. Tarihçe .....	4
2.3. Epidemiyoloji.....	5
2.4. Etyoloji.....	6
2.4.1. Ovaryan Hormonlar.....	6
2.4.2. Serotonin .....	6
2.4.3. Gama Amino Bütirik Asit (GABA) .....	7
2.4.4. Endojen Opioid Peptitler .....	7
2.4.5. Renin- Anjiyotensin- Aldosteron Sistemi (RAAS) .....	7
2.4.6. Prostaglandin Metabolizmasında Dengesizlik .....	8
2.4.7. Apelin.....	8
2.5. Risk Faktörleri .....	8
2.5.1. Yaş.....	8
2.5.2. Medeni durum .....	8
2.5.3. Sosyoekonomik durum.....	9
2.5.4. Çalışma durumu .....	9
2.5.5. Genetik yatkınlık .....	9
2.5.6. Dismenore .....	10
2.5.7. Sigara ve Alkol.....	10
2.6. Semptomlar .....	10
2.6.1. Fiziksel semptomlar .....	11
2.6.2. Emosyonel semptomlar .....	11
2.6.3. Davranışsal semptomlar .....	11
2.7. Tanı .....	11
2.8. Ayırıcı Tanı .....	18
2.9. Tedavi .....	20

2.9.1. Farmakolojik Olmayan Tedavi.....	20
2.9.1.1. Yaşam Tarzı Değişiklikleri .....	20
2.9.1.2. Eğitim.....	20
2.9.1.3. Diyet Desteği .....	21
2.9.1.3.1. Kalsiyum .....	21
2.9.1.3.2. Magnezyum.....	21
2.9.1.3.3. Piridoksin (Vitamin B6).....	21
2.9.1.3.4. Vitamin E.....	22
2.9.1.4. Bitkisel Tedavi Seçenekleri .....	22
2.9.1.4.1. Uzun zincirli yağ asitleri .....	22
2.9.1.4.2. Vitex agnus castus (Hayıt meyvesi).....	22
2.9.1.4.3. Ginkgo biloba L .....	23
2.9.1.4.4. Foeniculum vulgare (Rezene).....	23
2.9.1.5. Akupunktur .....	23
2.9.1.6. Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT) .....	24
2.9.2. Farmakolojik Tedavi .....	24
2.9.2.1. Psikotrop İlaçlar .....	24
2.9.2.2. Hormonal Tedavi .....	25
2.9.2.2.1. Progesteron .....	25
2.9.2.2.2. Östrojen.....	25
2.9.2.2.3. Oral Kontraseptifler .....	25
2.9.2.2.4. Danazol .....	26
2.9.2.2.5. Bromokriptin.....	26
2.9.2.2.6. GnRH Analogları .....	26
2.9.2.3. Prostaglandin İnhibitörleri .....	26
2.9.2.4. Diüretikler .....	27
2.9.3. Cerrahi Tedavi.....	27
2.10. Yaşam Kalitesi.....	29
2.10.1. Yaşam Kalitesi Değerlendirmede Kullanılan Ölçütler.....	29
2.10.1.1. Jenerik Ölçütler (Genel Sağlık Ölçütleri) .....	30
2.10.1.2. Hastalığa Spesifik Ölçütler .....	30
2.10.2. PMS ve Yaşam Kalitesi.....	31
<b>3. MATERYAL VE METOD.....</b>	<b>32</b>
3.1. Araştırma Alanı ve Özellikleri.....	32
3.2. Araştırmanın Tipi.....	32
3.3. Araştırmanın Evreni.....	32

3.4. Etik.....	33
3.5. Araştırmanın Hipotezleri.....	33
3.6. Araştırmada Kullanılan Bağımlı Değişkenler.....	33
3.7. Araştırmada Kullanılan Bağımsız Değişkenler.....	33
3.8. Veri Toplama ve Değerlendirme.....	35
3.9. Ön uygulama.....	40
3.10. İstatistik Analiz.....	40
3.11. Araştırmanın Zamanlanması.....	42
3.12. Araştırmanın Güçlü ve Kısıtlı Yanları.....	42
<b>4. BULGULAR.....</b>	<b>43</b>
<b>5. TARTIŞMA.....</b>	<b>92</b>
<b>6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....</b>	<b>109</b>
<b>ÖZET.....</b>	<b>116</b>
<b>SUMMARY.....</b>	<b>117</b>
<b>KAYNAKLAR.....</b>	<b>118</b>
<b>EKLER.....</b>	<b>127</b>
Ek 1. Etik Kurulu Kararı.....	127
Ek 2. TC Uluborlu Kaymakamlığı İzin Onayı.....	130
Ek 3. Sosyo-demografik Yapı Bilgi Formu.....	131
Ek 4: Premenstrüel Sendrom Ölçeği.....	133
Ek 5: WHOQOL-BREF-TR.....	134

## KISALTMALAR

<b>ACOG:</b>	American College of Obstetricians and Gynecologists (Amerikan Kadın Hastalıkları ve Doğum Birliği)
<b>AÇ:</b>	Ayşe Çelik
<b>APA:</b>	American Psychological Association (Amerikan Psikiyatri Birliği)
<b>BDT:</b>	Bilişsel Davranışçı Terapi
<b>DRSP:</b>	Daily Record of Severity of Problems (Sorun Şiddeti Günlük Kayıt Çizelgesi)
<b>DSM:</b>	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı)
<b>DSÖ:</b>	Dünya Sağlık Örgütü
<b>FSH:</b>	Follicle-Stimulating Hormone (Folikül Uyarıcı Hormon)
<b>GABA:</b>	Gama Amino Bütirik Asit
<b>GnRH:</b>	Gonodotropin Releasing Hormon
<b>ICD:</b>	International Classification of Diseases (Hastalıkların Uluslararası Sınıflaması)
<b>IU:</b>	Internasyonel Unite
<b>KS:</b>	Kültüre Standardize
<b>LLDD:</b>	Late Luteal Phase Dysphoric Disorder (Geç Luteal Faz Disforik Bozukluğu)
<b>MDQ:</b>	Menstrual Distress Questionnaire (Menstrüel Distres Şikayet Listesi)
<b>Min - Maks:</b>	Minimum-Maksimum
<b>NSAII:</b>	Nonsteroid Anti İnflamatuar İlaç
<b>Ort:</b>	Ortalama
<b>PAF:</b>	Premenstrual Assesment Form (Premenstrüel Değerlendirme Formu)
<b>PMDB:</b>	Premenstrüel Disforik Bozukluk
<b>PMS:</b>	Premenstrüel Sendrom
<b>PMSÖ:</b>	Premenstrüel Sendrom Ölçeği

<b>QOL:</b>	Quality of Life
<b>RAAS:</b>	Renin- Anjiyotensin- Aldosteron Sistemi
<b>SPSS:</b>	Statistical Package for the Social Sciences (Sosyal Bilimler için İstatistiksel Paket Programı)
<b>SS:</b>	Standart Sapma
<b>SNRI:</b>	Serotonin Norepinefrine Geri Alım (Reuptake) İnhibitörü
<b>SSRI:</b>	Selective Serotonin Geri Alım (Reuptake) İnhibitörü
<b>TCA:</b>	Trisiklik antidepresan
<b>VKİ:</b>	Vücut Kütle İndeksi
<b>WHOQOL-BREF:</b>	World Health Organization Quality Of Life Questionnaire Abbreviated Version (DSÖ Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu)
<b>WHOQOL-BREF-TR:</b>	Turkish version of World Health Organization Quality Of Life Questionnaire Abbreviated Version (DSÖ Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu Türkçe Versiyonu)



## TABLolar DİZİNİ

Tablo 1. Sorun Şiddeti Günlük Kayıt Çizelgesi.....	16
Tablo 2. Premenstrüel Günlük Semptom Günlüğü .....	17
Tablo 3. PMS’de Ayırıcı Tanı.....	18
Tablo 4. PMS Tedavisinde Sık Kullanılan İlaçlar .....	28
Tablo 5. WHOQOL BREF (TR) Alt Alanları ve Alandaki Bölümler .....	39
Tablo 6. Araştırma Grubunun Sosyodemografik Özellikleri.....	44
Tablo 7. Araştırma Grubunun Sağlık ve Alışkanlıklar ile İlgili Özellikleri .....	45
Tablo 8. Araştırma Grubunun Kronik Hastalıklara Göre Dağılımı .....	46
Tablo 9. Araştırma Grubunun Sağlıkla ve Alışkanlıkları ile İlgili Diğer Özellikleri	47
Tablo 10. Araştırma Grubundaki Evlenmiş Kadınların Evlilik Ve Doğurganlık Özellikleri .....	48
Tablo 11. Araştırma Grubunun Aile Planlaması Kullanımı ile İlgili Özellikleri.....	48
Tablo 12. Araştırma Grubunun Adet Görme ile İlgili Özellikleri .....	49
Tablo 13. Araştırma Grubunun Adet Görme ile İlgili Diğer Özellikleri .....	50
Tablo 14. Araştırma Grubunun Adet Öncesi Dönem Özellikleri .....	52
Tablo 15. Araştırma Grubunun PMSÖ’nin Toplam Puan ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puanlar .....	53
Tablo 16. Araştırma Grubunda PMS Görülme Durumunun Sosyodemografik Özelliklere Göre Dağılımı .....	54
Tablo 17. Araştırma Grubunda PMS Görülme Durumunun Sağlıkla İlgili Özelliklere Göre Dağılımı.....	56
Tablo 18. Araştırma Grubunda PMS Görülme Durumunun Kadınların Aile Planlaması Kullanımı ile İlgili Özelliklerine Göre Dağılımı.....	57
Tablo 19. Araştırma Grubunda PMS Görülme Durumunun Kadınların Adet Öncesi Dönem Özelliklerine Göre Dağılımı .....	59
Tablo 20. Araştırma Grubunda PMS Görülme Durumunun Kadınların Adet Görme İle İlgili Özelliklerine Göre Dağılımı .....	61
Tablo 21. Araştırma Grubunun Yaş ve Bazı Alışkanlıklarının (Çay, Kahve, Kola Tüketimi ve Uyku Süresi) PMS Görülme Durumuna Göre Dağılımı .....	62
Tablo 22. Araştırma Grubunun Üreme Sağlığı ile İlgili Özelliklerinin PMS Görülme Durumuna Göre Dağılımı.....	63
Tablo 23. Araştırma Grubunun Adet Görme ile İlgili Özelliklerinin PMS Görülme Durumuna Göre Dağılımı.....	63

Tablo 24. Araştırma Grubunun Algılanan Yaşam Kalitesi ve Algılanan Sağlık Durumu ile İlgili Özellikleri .....	64
Tablo 25. Araştırma Grubunun Yaşam Kalitesi Alt Alan Puanlarının Dağılımı .....	64
Tablo 26. Araştırma Grubunun Yaşam Kalitesi Alt Alanlarının Sosyodemografik Özelliklere Göre Dağılımı .....	67
Tablo 27. Araştırma Grubunun Yaşam Kalitesi Alt Alanlarının Sağlıkla İlgili Özelliklere Göre Dağılımı .....	69
Tablo 28. Araştırma Grubunun Yaşam Kalitesi Alt Alanlarının Aile Planlaması Kullanımı ile İlgili Özelliklere Göre Dağılımı .....	71
Tablo 29. Araştırma Grubunun Yaşam Kalitesi Alt Alanlarının Adet Görme ile İlgili Özelliklere Göre Dağılımı .....	73
Tablo 30. Araştırma Grubunun Yaşam Kalitesi Alt Alanlarının Adet Öncesi Dönem Özelliklerine Göre Dağılımı .....	75
Tablo 31. Araştırma Grubunun Sosyodemografik Özelliklerinden ve Bazı Alışkanlıklarından Sıralı ve Sayısal Olan Değişkenlerin Yaşam Kalitesi Alt Alanları ile Korelasyonları .....	77
Tablo 32. Araştırma Grubunun Üreme Sağlığı ve Adet Görme ile İlgili Özelliklerinin Yaşam Kalitesi Alt Alanları ile Korelasyonları.....	79
Tablo 33. PMS Görülme Durumu ile Tek Değişkenli Analizlerde İlişkili Bulunan Değişkenlerin Regresyon Analizi Sonuçları .....	81
Tablo 34. Yaşam Kalitesi Alt Alanlarından Fiziksel Alan ile Tek Değişkenli Analizlerde İlişkili Bulunan Değişkenlerin Regresyon Analizi Sonuçları	83
Tablo 35. Yaşam Kalitesi Alt Alanlarından Psikolojik Alan ile Tek Değişkenli Analizlerde İlişkili Bulunan Değişkenlerin Regresyon Analizi Sonuçları	85
Tablo 36. Yaşam Kalitesi Alt Alanlarından Sosyal Alan ile Tek Değişkenli Analizlerde İlişkili Bulunan Değişkenlerin Regresyon Analizi Sonuçları	87
Tablo 37. Yaşam Kalitesi Alt Alanlarından Çevre Alanı ile Tek Değişkenli Analizlerde İlişkili Bulunan Değişkenlerin Regresyon Analizi Sonuçları	89
Tablo 38. Yaşam Kalitesi Alt Alanlarından KS Çevre Alanı ile Tek Değişkenli Analizlerde İlişkili Bulunan Değişkenlerin Regresyon Analizi Sonuçları	91

## ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. Premenstrüel Semptomların, PMS'nin ve PMDB'nin ayırımında algoritma.....	19
---	----

## 1. GİRİŞ

Premenstrüel Sendrom (PMS); genç ve orta yaş kadınlarda, fiziksel ve davranışsal semptomlarla karakterize, menstrüel siklusun luteal fazında görülen ve her siklus tekrarlayan, menstrüasyonun başlangıcında veya birkaç gün içinde sonlanan, kadın hayatını önemli derecede etkileyen bir durumdur. Menarşi izleyen herhangi bir yaşta ortaya çıkabilen PMS semptomları, kadınlarda oldukça yaygın görülmektedir. PMS semptomları kişiden kişiye değişmekle birlikte 200'den fazla semptom görüldüğü bildirilmiştir. En sık görülen fiziksel semptom olan karın ağrısı ve davranışsal semptom olan yorgunluk bu sendromdan etkilenen kadınların %90,0'ında görülmektedir. PMS'nin çok daha şiddetli formu olan Premenstrüel Disforik Bozukluk (PMDB) ise %3,0 - %8,0 düzeyinde görülmekte, öfke, sinirlilik ve gerginlikle kendini göstermektedir (1-3). Yakın zamanda yayınlanan bir meta-analizde PMS prevalansı %47,8 olarak bildirilmiştir (4).

PMS'nin etyolojisi tam olarak bilinmemekle birlikte; östrojen, progesteron, prostaglandin, aldosteron, prolaktin, serotonin, renin anjiotensin mekanizması, endorfin aktivitesi, bazı mineral ve vitamin düzeylerindeki değişiklikler tartışılmaktadır (5, 6). Son yıllarda yapılan araştırmalarda sendromun sex steroidleri ve nörotransmitterler arasındaki etkileşimden kaynaklandığı öne sürülmektedir (2, 3).

PMS uzun zamandır bilinmesine rağmen tanım ve tanı kriterlerinde hala fikir birliğine varılamamıştır. Kabul edilmiş bir tanımın olmaması, prevalansın belirlenmesinde ve tedavi etkinliğinin değerlendirilmesinde güçlüğü neden olmaktadır (7).

Yapılan çalışmalarda PMS' nin kadınların kişilerle olan ilişkilerini bozduğu, sosyal yaşamlarını etkilediği, üretkenlik ve verimlilikte azalmaya neden olduğu, özgüven eksikliğine neden olarak yaşam kalitelerini olumsuz etkilediği gösterilmiştir (8-11).

Premenstrüel sorunlar, sadece kadının kendisini değil, çevresindeki insanları da etkileyerek toplumu etkilemektedir. Ülkemizde 15-49 yaş aralığında kırsal kesimde yaşayan kadınlarda PMS'nin yaşam kalitesine etkisinin incelendiği sınırlı sayıda çalışma bulunmaktadır. Bu çalışma Temmuz 2014 – Kasım 2015 tarihleri arasında, Isparta ili Uluborlu ilçe merkezinde yaşayan 15-49 yaş grubu kadınlarda PMS prevalansını, PMS'yi etkileyen faktörleri ve PMS'nin yaşam kalitesine etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Tanım

PMS, kişinin yaşam biçimini ve işini etkileyecek boyutta, çok sayıda semptomdan bir veya daha fazlasının menstrüasyon öncesinde siklik olarak görülmesi ve bunu izleyen tamamen semptomsuz bir dönemin olmasıdır. En sık görülen semptomlar, sıklıkla siklusun son 7-10 günü içinde görülen karın şişkinliği, anksiyete veya gerginlik, memelerde hassasiyet, ağlama nöbetleri, depresyon, yorgunluk, enerji azlığı, sebepsiz öfke veya irritabilite, konsantrasyon güçlüğü, susama ve iştah değişiklikleri ve çeşitli derecelerde ekstremitelerde ödemdir (12, 13). Bu belirtiler üreme çağındaki kadınların yaklaşık %80,0'ında görülmektedir ancak yaklaşık %5,0 kadında yaşam kalitelerini etkileyecek kadar şiddetlidir (13).

Kadınların çoğu premenstrüel semptomlara aşına olduğu halde premenstrüel bozuklukların tanımlanmasında kesin bir konsensus yoktur (14, 15). Bu bozukluklar semptomların şiddeti ve özelliği ile süreklilik oluşturma durumuna göre tanımlanır (14).

PMS semptomlarının klinik veya sosyal olarak etkili olacak düzeyde olması durumuna “PMDB” veya “Geç Luteal Faz Disforik Bozukluğu” (Late Luteal Phase Dysphoric Disorder-LLDD) denilmektedir (16). PMDB, Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı (DSM-Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) kriterlerine göre tanımlanır. PMS ve PMDB üreme çağındaki bir kadının ovaryan siklusuyla ilişkili semptomlardır. Bu semptomlar kadının menopoza dönemine kadar devam eder (17).

Premenstrüel molimina; kadınların sikluslarının premenstrüel fazında yaşadıkları, abdominal şişkinlik, bulantı, ovulasyon ağrısı, meme hassasiyeti gibi semptom, his ve gözlemlerdir. Menstrüasyonun yaklaştığını gösteren bu semptomlar minördür, işlevselliği bozmaz ve kişide fazla sıkıntıya neden olmaz (17).

## 2.2. Tarihçe

PMS antik çağlardan beri tanınmaktadır. Hipokrat kimi kadınlarda menstrüasyon başlamadan önce başlayan öz kıyım düşünceleri ve şiddetli belirtilerle giden duygudurum değişiklikleri tanımlamıştır (18, 19). Trotula De Salerno 11. yüzyılda, kadın sağlığı, hastalıkları, çocuk bakımı ve eğitimi konusundaki kitabında menstrüasyon öncesi sendroma değinmiştir. On altıncı yüzyılda Padova'lı Giovanni De Monte ilk kez depresyon ve menstrüasyon döngüsü arasında ilişki olabileceğine dikkat çekmiştir. Leacock 1840'da bazı kadınların adet döneminde "histerik, nöraljik ve kaprisli" olduklarını yazmıştır (6). Dr. Ernst F.Von Feuchtersleben 1847'de menstrüasyonla ilişkili ruhsal sıkıntılarla ilgili bir tanımlama yapmıştır (18). New York'taki Mt. Sinai Hastanesi'nin Obstetrik ve Jinekoloji şefi Dr.Robert Frank, 1931 yılında şiddetli premenstrüel yakınmaları olan 15 kadın olgu bildirmiş ve premenstrüel gerginlik sendromu terimini ilk kez tanımlayan kişi olmuştur (12, 18). Dr. Leon Israel 1938'de 'premenstrüel gerginlik' terimini kullanan ilk jinekologdur. Dr.Leon Israel ayrıca etkilenen kişilerin menstrüel siklus zamanı ve uzunluğu üzerinde de çalışmıştır. Dr. Katharina Dalton 1953'te "PMS" terimini ilk kez ortaya koymuş ve tedavi etmek için İngiltere'de ilk kliniği kurmuştur. PMS için 1982'de Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından Hastalıkların Uluslararası Sınıflaması (ICD-International Classification of Diseases) tanı kodu verilmiştir (19). Amerika Ulusal Akıl Sağlığı Enstitüsü tarafından düzenlenen çalışma grubunda "PMS" belirtileri üzerinde anlaşmaya varılmıştır (1983) (18).

Amerikan Psikiyatri Birliği (APA- American Psychological Association) tarafından LLDD, PMS'nin şiddetli formu olarak ayırt edilmiştir. DSM'nin üçüncü ve düzeltilmiş baskısının ekinde LLDD tanı kriterleri sunulmuştur (1987). DSM'nin dördüncü baskısında başka yerde sınıflandırılmayan duygudurum bozuklukları başlığı altında LLDD yerine PMDB yer almıştır (1994). Amerikan Kadın Hastalıkları ve Doğum Birliği (ACOG American College of Obstetricians and Gynecologists) ICD kodu değiştirilmeden, PMS için tanı ve tedavi kılavuzu yayınlamıştır (2000) (19).

### 2.3. Epidemiyoloji

Menstrüasyonla ilgili semptomların genellikle retrospektif olarak değerlendirilmesi ve semptom çeşitliliğinin çok fazla olması nedeniyle PMS prevalansı tam olarak bilinmemektedir (20).

Türkiye’de çeşitli gruplar üzerinde yapılan çalışmalarda farklı sonuçlar bildirilmiştir. PMS prevalansı; Yücel ve arkadaşlarının İzmir’de 331 üniversite öğrencisi üzerinde yaptıkları bir çalışmada %62,5 (21); Özeren ve arkadaşlarının İzmir’de 350 hastane çalışanı üzerinde yaptıkları çalışmada %30,0 (22); Selçuk ve arkadaşlarının Balıkesir’de 184 kız öğrencide yaptıkları çalışmada %50,2 (23); Poyrazoğlu’nun Kayseri’de 15-49 yaş aralığında 1019 kadın üzerinde yaptığı çalışmada %39,8 (24); Demir ve arkadaşlarının Diyarbakır’da 19-49 yaş grubu 254 kadında yürüttükleri bir çalışmada %20,1 (9) bulunmuştur. Antalya’da 15-49 yaş arası 600 kadın üzerinde yapılan bir çalışmada ise kadınların %53,5’inin hafif, %11,8’inin şiddetli derecede PMS yaşadıkları saptanmıştır (25).

Moghadam ve arkadaşlarının 2014 yılında yaptığı bir meta analizde, PMS prevalansı %47,8 bulunmuştur. En düşük prevalans Fransa’da %12,0, en yüksek prevalans ise İran’da %98,0 tespit edilmiştir (4).

ACOG tanı kriterleri baz alınarak yapılan güncel epidemiyolojik araştırmalara göre, PMS prevalansının Amerika’da %19,0- %30,0 arasında değiştiği bildirilmektedir (11). Amerika, İngiltere ve Fransa’da, premenstrüel semptomların günlük fonksiyonlara ve tedavi arayışlarına etkileri 1000 kadın üzerinde araştırılmış ve ülkeler arasında benzer bulgular tespit edilmiştir. Yaklaşık %80,0 hastada irritabilite, şişkinlik, kilo artışı önde gelen şikayetleri oluşturmuştur. Hastaların %50,0’ından fazlasının günlük işlerinin etkilendiği, %25,0’ının tedavi arayışına girdiği belirlenmiştir (26).

PMS başlangıç yaşı ortalama 26 olarak belirtilmiş, aile hikayesi ve postpartum depresyon hikayesi olan kadınlar ile menstrüasyon sırasında fiziksel değişiklikler yaşayan kadınların %20,0 - %40,0’ında PMS belirtilerinin görüldüğü bildirilmiştir (17).



## **2.4. Etiyoloji**

PMS'nin etiolojisi multifaktöriyeldir ve tam olarak aydınlatılmış değildir, fakat etiolojisine yönelik değişik teoriler öne sürülmüştür (2, 27). Östrojen, progesteron, prostaglandin, aldosteron, prolaktin, serotonin, renin anjiotensin mekanizması, endorfin aktivitesi, bazı mineral ve vitamin düzeylerindeki değişiklikler tartışılmaktadır (5, 6).

### **2.4.1. Ovaryan Hormonlar**

PMS, üreme çağındaki kadınlarda görülmekte, puberte öncesinde, gebelik sırasında, menopoz sonrasında görülmemektedir. PMS belirtilerinin baskılanması ile ooferektomi veya Gonodotropin Releasing Hormon (GnRH) analogları ile yumurtalık endokrin siklusunun ortadan kalkması ilişkilendirilmiştir. PMS patofizyolojisinde ovaryan steroidlerin, özellikle progesteronun rol oynadığı hipotezi savunulmaktadır. Son 20 yılda PMS için yapılan çalışmalar progesteron eksikliği, östrojen / progesteron dengesizliği veya progesteron fazlalığı teorilerini destekleyecek veriler oluşturmuştur. Ancak, serum ovaryan steroid konsantrasyonları tekrarlayan ölçümlerde normal olarak tespit edilmiştir (28, 29).

Son zamanlarda ovaryan steroidler ya da metabolitlerindeki dalgalanmaların beyindeki nörotransmitter sistemleri veya reseptör imbalansı ile etkileşiminin PMS patogenezinde rol oynadığı düşünülmektedir (28, 30). Progesteron ve östrojenin serotonin aktivitesini santral olarak etkileyerek duygudurum değişikliklerine neden olduğu ortaya atılmıştır (27, 31).

### **2.4.2. Serotonin**

Çalışmalar, PMS patogenezinde bir nörotransmitter olan Serotoninin önemli rolü olduğunu göstermektedir. PMS'li kadınların luteal fazlarında periferik kandaki serotonin düzeyleri düşük bulunmuştur (27, 30, 32). PMS'de kan serotonin seviyesinin düşük olduğunun tespit edilmesi ve kontrollere göre geç luteal devrede

trombosit serotonin seviyesinin düşük bulunması; PMS belirtilerinin serotonerjik sistemle ilişkisi olan psikiyatrik tablolara benzemesi ve serotonerjik sistemle progesteron arasındaki ilişkiler PMS’de serotoninin etkinliğini destekleyen kanıtlar olarak ileri sürülmektedir (31, 33).

### **2.4.3. Gama Amino Bütirik Asit (GABA)**

Progesteronun nöroaktif metaboliti olan, anestezi ve anksiyolitik etkilere sahip Allopregnanolon, inhibitör bir nörotransmitter olan GABA-A reseptörlerine yüksek afiniteyle bağlanmaktadır. Yapılan son çalışmalar Allopregnanolon ve GABA sistemleri arasındaki düzensizliğin PMS patogeneğinde rol oynadığını desteklemektedir (18, 32, 34). Manyetik rezonans spektroskopisi ile yapılan bir çalışmada sağlıklı kadınlarda kortikal GABA seviyesinin menstrüel siklus esnasında azaldığı fakat PMS’li olan kadınlarda folliküler fazdan luteal faza geçişte arttığı bulunmuştur (35).

### **2.4.4. Endojen Opioid Peptitler**

Endojen opioidler peptid nörotransmitterlerin en büyük gruplarından biri olup enkefalin ve endorfinlerden oluşur. Bu peptidlerin ağrının algılanmasında, davranış ve çeşitli psikolojik tepkiler üzerinde etkili oldukları düşünülmektedir. Duygulanımın düzenlenmesinde ve dengeli tutulmasında rol oynayabilecekleri belirtilmiştir (36). B-Endorfin düzeyleri folliküler fazda azalmakta, luteal fazda artmaktadır. Yapılan çalışmalarda PMS’li hastalarda luteal fazda B-Endorfin düzeylerinin kontrol grubuna göre anlamlı şekilde düşük olduğu bildirilmiştir (20).

### **2.4.5. Renin- Anjiyotensin- Aldosteron Sistemi (RAAS)**

Seks steroidleri, elektrolit ve sıvı dengesini düzenlemek için RAAS ile etkileşir. Progesteronun anti mineralokortikoid etkileri ve RAAS’nin östrojen tarafından aktive edilmesi, PMS’nin şişkinlik ve kilo alma semptomlarını açıklayabilir (18, 32).

#### **2.4.6. Prostaglandin Metabolizmasında Dengesizlik**

Bazı çalışmalarda folliküler ve luteal fazda prostaglandin metabolizmasındaki dengesizliğin PMS patogeneğinde etkili olduğunu bildirilmektedir ancak PMS semptomlarından sorumlu asıl nedenin prostaglandin artışı mı, eksikliği mi olduğu tam bilinemediği için PMS tedavisinde prostaglandin inhibitörü ve prekürsörleri denenmektedir (20).

#### **2.4.7. Apelin**

Adipoz dokudan salgılanan apelin, adipokin ailesinden bir hormondur. İncebıyık ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada PMS'si olan kadınlarda apelin seviyelerinin kontrol grubuna göre anlamlı derecede yüksek olduğu görülmüştür (37).

### **2.5. Risk Faktörleri**

#### **2.5.1. Yaş**

PMS menarştan menopoza kadar her yaşta görülebilmekle birlikte en yüksek PMS prevalansı 20'li yaşların sonu ile 30'lu yaşların başında olan kadınlar arasında görülmektedir (18, 27). Yaşla birlikte PMS semptomlarının arttığını bildiren çalışmalar olduğu gibi (38-40), daha genç yaşlarda PMS sıklığının arttığını bildiren çalışmalar da vardır (41, 42). Bu araştırmalardan farklı olarak yaşla PMS'nin ilişkisi olmadığını gösteren çalışmalar da literatürde yer almaktadır (24, 43-45).

#### **2.5.2. Medeni durum**

Medeni durumun PMS etyolojisinde risk faktörü olabileceği düşünülerek yapılmış çalışmalarda farklı sonuçlara ulaşılmıştır. Evli kadınlarla evli olmayan

kadınların karşılaştırıldığı çalışmaların birçoğunda medeni durum ile PMS arasında anlamlı sonuçlar bulunmazken (24, 46, 47), evli olmayanlarda PMS'nin fazla görüldüğünü bildiren çalışmalar da bulunmaktadır (22, 42, 48).

### **2.5.3. Sosyoekonomik durum**

PMS ve sosyoekonomik durum arasındaki ilişki hakkında farklı çalışmalar vardır. Çalışmaların çoğu ekonomik durumun PMS görülme durumunu değiştirmedini göstermektedir (49-51).

### **2.5.4. Çalışma durumu**

Çalışan kadınlarda PMS'nin daha sık görüldüğü yapılan birçok çalışmada gösterilmiştir (24). Diyarbakır'da hastane çalışanlarında yapılan bir çalışmada premenstrüel semptomları olan kadınların iş verimliliklerinde azalma olduğu kaydedilmiştir (9). Dean ve arkadaşlarının çalışmasında da PMS'si olan kadınların ayda ortalama 1,2 gün iş devamsızlığının olduğu, ayda ortalama 4,2 gün de üretkenlikte azalma olduğu bildirilmiştir (11). Ordu'da evli kadınları içeren bir çalışmada ise çalışan ve çalışmayan kadınlar arasında PMS görülme durumu bakımından fark saptanmamıştır (52).

### **2.5.5. Genetik yatkınlık**

PMS'nin monozigot ikizlerde dizigot ikizlerden daha fazla görülmesi ve adolesan kızlar ile annelerinin PMS semptomlarının benzer olması PMS'de genetik faktörlerin de etkili olduğunu düşündürmektedir (3, 33). Yapılan birçok çalışmada annesinde ya da kız kardeşinde PMS görülen kadınlarda PMS prevalansının daha yüksek olduğu görülmüştür (9, 24, 53-55).

### **2.5.6. Dismenore**

Normal anatomik pelvik yapıya sahip kadınlarda ağrılı adet görme olarak tanımlanan dismenore genellikle adolesan dönemde başlamakta ve %20,0 - %90,0 düzeyinde görülmektedir. Kramp tarzında pelvik ağrıyla karakterize olup, genellikle adetten kısa bir süre önce ya da adetle birlikte başlayıp 1-3 gün içinde sonlanmaktadır. Ağrı ve uterin kontraksiyonların nedeninin adet kanaması sırasında salınan prostaglandinlerle ilişkili olduğu düşünülmektedir (56).

Dismenore, literatürde PMS'yi etkileyen faktörlerden birisi olarak yer almaktadır (8, 9, 27, 57). Eryılmaz ve arkadaşlarının Erzurum'da yaptıkları çalışmada, dismenorenin okul devamsızlığında artışa, okul performansında düşüklüğe, aile üyeleri ve arkadaşlarla anlaşmazlığa neden olduğu ve kadınların yaşam kalitesini etkilediği bulunmuştur (58).

### **2.5.7. Sigara ve Alkol**

Harvard Halk Sağlığı Okulu tarafından yapılan bir kohort çalışmasında sigara kullanımı ile PMS görülmesi arasında güçlü bir ilişki bulunmuştur. Sigara içenlerde PMS görülme riskinin 2,10 kat, sigaraya 15 yaş öncesi başlayanlarda ise riskin 2,53 kat daha yüksek olduğu görülmüştür (59). Sigaranın PMS için risk faktörü olduğunu bildiren başka çalışmalar da bulunmaktadır (23, 25, 60). Alkol kullanımının PMS için risk faktörü olduğunu bildiren çalışmalar olmakla birlikte (49, 61), PMS'yi etkilemediğini gösteren çalışmalar da literatürde yer almaktadır (22, 62).

## **2.6. Semptomlar**

PMS'de görülen semptomlar çok çeşitlidir ve şiddeti hafif, orta, ağır derecede olabilmektedir. Semptomlar genellikle ovulasyonla veya ovulasyon sonrası başlamakta ve menstrüasyonla sonlanmaktadır. Semptomlar, çeşitliliğin fazla olması nedeni ile üç grupta toplanmıştır (20). İki yüzden fazla semptom PMS ile ilişkilendirilmiştir fakat irritabilite, gerginlik ve disfori en belirgin semptomlardır (2).

### **2.6.1. Fiziksel semptomlar**

PMS'si olan kadınlarda en sık görülen fiziksel semptom abdominal ağrı ve şişkinliktir (5). Memelerde duyarlılık ve hassasiyet, akne, ödem, baş ağrısı, baş dönmesi, kas ve eklem ağrıları, konstipasyon, diyare, bulantı, taşikardi de sık görülen fiziksel semptomlardandır (7, 20, 63).

### **2.6.2. Emosyonel semptomlar**

En sık görülen emosyonel semptomlar; irritabilite, depresyon, anksiyete, panik atak, kızgınlık, öfke, hiddet, intihara eğilim, negativist tutum, hipersomnia veya insomnia gibi semptomlardır (7, 20).

### **2.6.3. Davranışsal semptomlar**

Aşırı yorgunluk PMS'si olan kadınların %90,0'ından fazlasında görülmektedir ve en sık görülen davranışsal semptomdur. İştah artışı, unutkanlık, konsantrasyon güçlüğü, cinsel istekte değişiklik diğer sık görülen davranışsal semptomlardandır (7, 27).

## **2.7. Tanı**

PMS tanısı için en sık ACOG tanı kriterleri kullanılmaktadır (64). Amerikan Ulusal Akıl Sağlığı Enstitüsü'nün geliştirdiği tanı kriterlerinin kullanımı da ACOG tarafından önerilmektedir (2). PMDB için ise APA DSM-V tanı kriterleri kullanılmaktadır (65).

### **ACOG Tanı Kriterleri**

- Ardışık üç siklus boyunca, menstrüasyondan önceki beş gün içinde aşağıdaki affektif ve somatik semptomlardan bir ya da daha fazlası olmalıdır.

### Affektif (Duygusal) Semptomlar:

- Depresyon,
- Öfke patlamaları,
- Anksiyete,
- İrritabilite,
- Konfüzyon,
- Sosyal geri çekilme

### Somatik (Bedensel-Fiziksel) Semptomlar:

- Meme hassasiyeti,
- Abdominal şişkinlik,
- Baş ağrısı,
- Ekstremitelerde ödem

- Semptomlar menstrüel döngünün başlangıcından itibaren dört gün içinde rahatlamalı ve siklusun 13. gününe kadar tekrarlamamalıdır.
- Semptomlar, farmakolojik tedavi, hormon alımı, madde ya da alkol kötüye kullanımı olmaksızın görülmelidir.
- Semptomlar, prospektif kayıtlarda iki siklus boyunca tekrarlamalıdır.
- Semptomlar hastalarda sosyal veya ekonomik performansta tanımlanabilir disfonksiyona neden olmalıdır.

### **Amerikan Ulusal Akıl Sağlığı Enstitüsü (National Institute of Mental Health)**

#### **Tanı Kriterleri**

Amerikan Ulusal Akıl Sağlığı Enstitüsü kılavuzlarında PMS tanısı koymak için; menstrüasyonun başlangıcından önceki altı günlük süreyle, siklusun beşinci-onuncu günleri arasındaki PMS semptomlarının şiddeti karşılaştırıldığında, %30,0'lık artış olması ve en az iki ardışık siklus boyunca bu değişikliklerin semptom günlüğü ile günlük olarak belgelenmesi gerektiği ifade edilmektedir (2, 12).

### **PMDB tanısı için;**

A-Menstrüasyon döngülerinin büyük bir çoğunluğunda, menstrüasyonun başlamasından önceki son hafta, en az beş belirti bulunmalıdır, bu belirtiler menstrüasyonun başlamasından sonraki birkaç gün içinde iyileşmeye başlar ve menstrüasyondan sonraki hafta çok azalır ya da yok olur.

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

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

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

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

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

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

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

2-Odaklanmakta öznel güçlük çekme.

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

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

5-Aşırı uyku uyuma ya da uykusuzluk çekme.

6-Bunalmışlık ya da denetimini yitirmişlik duyumu.

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



Not: A-C tanı ölçülerindeki belirtiler bir önceki yılın menstrüel döngülerinin çoğunda bulunmuş olmalıdır.

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

E-Bu bozukluk, yalnızca, yeğın depresyon bozukluğu, panik bozukluğu, süregiden depresyon bozukluğu (distimi) ya da bir kişilik bozukluğu (bu bozukluklardan herhangi biri ile eşzamanlı ortaya çıkabilse de) gibi başka bir bozukluğun belirtilerinin alevlenmesi değildir.

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

G-Bu belirtiler, bir maddenin (örnek: kötüye kullanılabilen bir madde, bir ilaç ya da başka bir tedavi) ya da başka bir sağlık durumunun (hipertroidizm) fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz.

PMS ve PMDB varlığını belirlemek amacıyla tanı kriterlerinden başka çeşitli ölçekler geliştirilmiştir: Endicott ve arkadaşları tarafından geliştirilen, DRSP (Daily Record of Severity of Problems- Sorun Şiddeti Günlük Kayıt Çizelgesi) (Tablo 1), bireyin PMDB için belirlenmiş olan DSM-IV-TR tanı ölçütlerini içeren 11 maddeden oluşmaktadır (66). PMS veya PMDB'den şüphelenildiğinde sikluslar arası değişikliğin incelenbilmesi için ardışık aylar içinde hastanın premenstrüel semptomlarını kaydedeceği bir günlük semptom günlüğü tutması istenebilir. Bu günlüğe göre birçok kadının nonluteal semptom paterni gösterdiği belirlenmiştir (Tablo 2) (2). Halbreich ve arkadaşları tarafından 1982 yılında geliştirilen, Türkiye'deki geçerlik ve güvenilirlik çalışması Dereboy ve arkadaşları tarafından yapılan Premenstrüel Değerlendirme Formu (PAF-Premenstrual Assesment Form), kadınların premenstrüel dönemde kendilerinde gözlemledikleri duygusal, davranışsal ve fiziksel değişimleri ölçmeye yönelik 95 sorudan oluşmaktadır (67, 68). Premenstrüel Sendrom Ölçeği (PMSÖ), Gençdoğan tarafından premenstrüel

belirtilerin şiddetini ölçmek amacıyla DSM-III ve DSM-IV kriterleri kullanılarak geliştirilmiş, 44 maddelik ve 5 dereceli likert tipi bir ölçektir (69). Moos tarafından geliştirilen, Türkçe'ye çevrilmesi, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Kızılkaya tarafından yapılan Menstrüel Distres Şikayet Listesi (MDQ-Menstrual Distress Questionnaire), 8 alt gruptan (ağrı, su retansiyonu, otonomik reaksiyon, negatif duygulanım, konsantrasyon bozukluğu, davranış değişiklikleri, canlanma, kontrol ve iştah artması) oluşan, PMS semptomlarını menstrüel, premenstrüel ve intermenstrüel dönem için ayrı ayrı değerlendiren 47 maddelik likert tipi bir ölçektir (70).



**Tablo 2. Premenstrüel Günlük Semptom Günlüğü**

İsim:.....

Ay:.....

Bugünden başlayarak ilk satıra tarihi yazınız. Menstrüel siklusun kaçınıcı gününde olduğunuzu yuvarlak içine alınız. Her gün semptomlarınızın şiddetini derecelendiriniz.

1: semptom yok, 2: hafif şiddette semptomlar, 3: orta şiddetli semptomlar, 4:çok şiddetli semptomlar

Tarih																																						
Gün	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31							
Sinirlilik ya da gerginlik																																						
Öfke ya da çabuk sinirlenme																																						
Anksiyete veya sinirlilik																																						
Depresyon ya da hüznün																																						
Ağlama veya gözleri dolma																																						
İlişki problemleri																																						

Yorgunluk ya da enerji eksikliği																																							
Uykusuzluk																																							
Cinsel ilgide değişiklikler																																							
Yeme isteği ya da aşırı yeme																																							
Konsantrasyon güçlüğü																																							
Bunalmış hissetme																																							

Baş ağrısı																																							
Memede hassasiyet ya da büyüme																																							
Sırt ağrısı																																							
Karın ağrısı																																							
Kas ve eklem ağrısı																																							
Kilo alımı																																							
Mide bulantısı																																							
Diğer (lutfen belirtiniz)																																							
Diğer (lutfen belirtiniz)																																							

Kaynak: Dickerson LM, Mazyck PJ, Hunter MH. Premenstrual syndrome. American family physician. 2003;67(8):1743-52.

## 2.8. Ayırıcı Tanı

PMS'nin uygun tedavisi için, PMS'yi fiziksel ve psikolojik bozukluklardan ayırmak önemlidir çünkü PMS ile karışabilen bazı organik ya da psikolojik bozukluklar mevcuttur. PMS tanısında kullanılan özel bir laboratuvar ya da hormon testi yoktur (7). Varolan bir ruhsal bozukluk premenstrüel dönemde alevlenebilir bu nedenle öykü alırken folliküler dönemde şikayet olup olmadığı sorularak kronik hastalıkların ayırıcı tanısı yapılmalıdır (18). PMS ile karışabilen hastalıklar Tablo 3'de görülmektedir (3, 7).

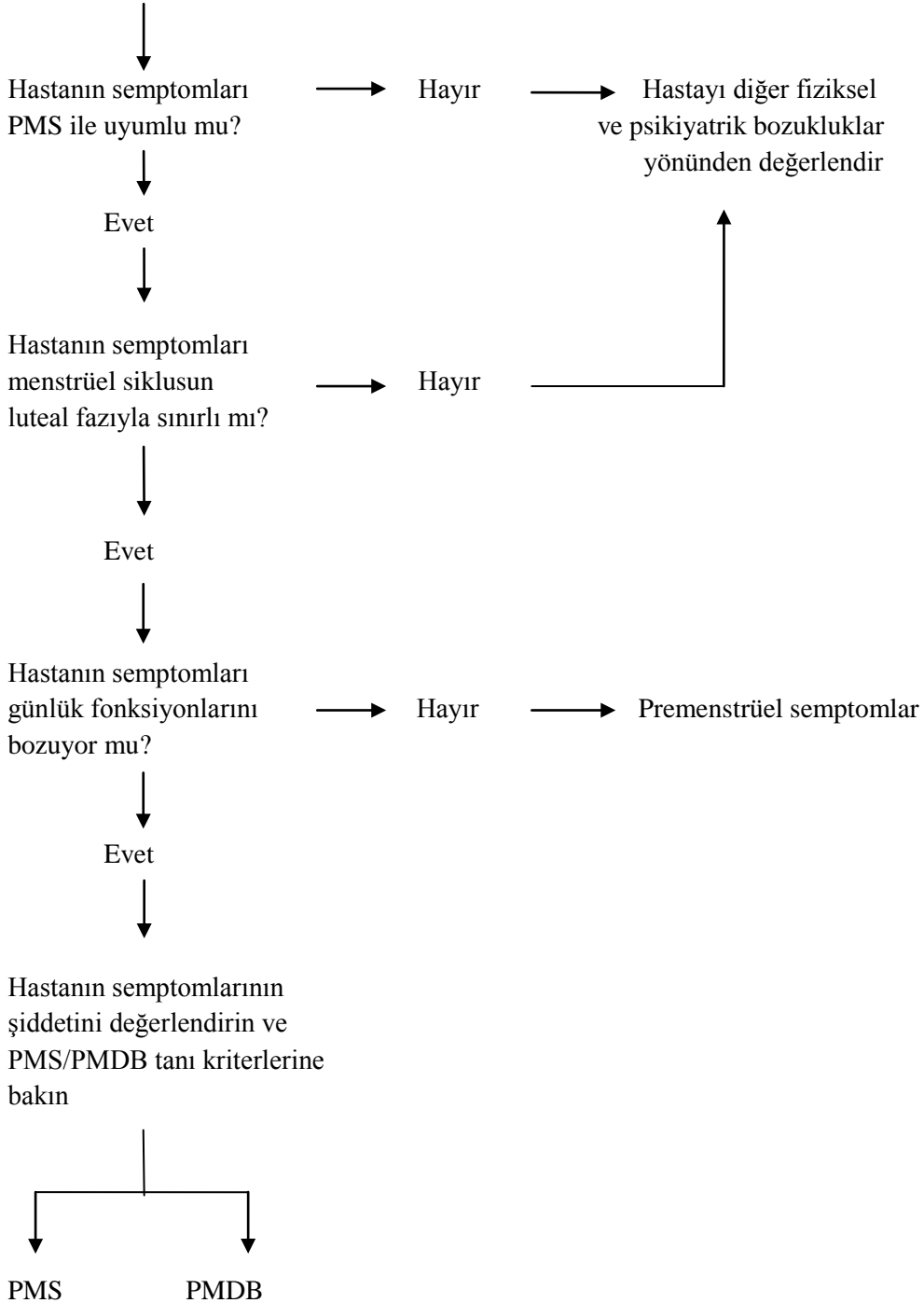
**Tablo 3. PMS'de Ayırıcı Tanı**

Fiziksel Bozukluklar	Psikolojik Bozukluklar
Dismenore	Major Depresif Bozukluk
Endometriyozis	Distimik Bozukluk
Polikistik over	Bipolar Bozukluk
Hormonal kontraseptiflerin yan etkileri	Anksiyete Bozukluğu
Perimenopozal semptomlar	Panik Bozukluk
Epilepsi	Somatoform Bozukluklar
Otoimmün Hastalıklar	Kişilik Bozuklukları
Hipotiroidizm	
Hiperglisemi	
Anemi	
Allerji	

Premenstrüel semptomların, PMS'nin ve PMDB'nin tanılarında izlenecek algoritma Şekil 1'de görülmektedir (2).

## PMS, PMDB ve Premenstrüel Semptomların Tanısı

Hasta iki, üç siklus boyunca  
günlük premenstrüel semptom  
takvimi tutacak



Şekil 1. Premenstrüel Semptomların, PMS'nin ve PMDB'nin ayırımında algoritma

Kaynak: Dickerson LM, Mazyck PJ, Hunter MH. Premenstrual syndrome. American family physician. 2003;67(8):1743-52.

## **2.9. Tedavi**

PMS de tedavinin amacı semptomları azaltmak veya ortadan kaldırmak, aktiviteler ve insanlarla ilişkideki olumsuz etkileri azaltmak ve tedavinin yan etkilerini minimize etmektir (71). PMS tedavisinde aşamalı bir yaklaşım uygulanmalı, farmakolojik olmayan tedavi, farmakolojik tedavi ve cerrahi tedavi şeklinde bir yol izlenmelidir (17, 29, 72). Demir ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada, PMS semptomları olan kadınların %59,6'sının şikayetleri için tedavi olmak istediği ancak doktora başvurma sıklığının %28,8 olduğu bildirilmiştir (9).

### **2.9.1. Farmakolojik Olmayan Tedavi**

#### **2.9.1.1. Yaşam Tarzı Değişiklikleri**

PMS tedavisinde egzersizin faydalı olduğunu gösteren çalışmalar vardır (20, 27, 73). Egzersiz ile PMS semptomlarından meme hassasiyeti, sıvı tutulumu ve stresin azaldığı görülmüştür (20). PMS'li hastalarda, kafein, tuz, alkol tüketiminin kısıtlanması, nikotinin kesilmesi veya azaltılması, kompleks karbonhidrat alımının arttırılması gibi önlemlerin de semptomları iyileştirdiği bildirilmiştir (17, 27, 31).

#### **2.9.1.2. Eğitim**

Kanıt dayalı bakım hizmetlerinin verilerek, PMS şiddetinin azaltılmasında eğitimin değerlendirildiği, 2000 kişinin katıldığı çok merkezli bir çalışmada, üç aylık eğitim sonunda PMS semptomlarının şiddetinde eğitim öncesine göre önemli bir azalma görülmüştür (74). PMS yaşayan kadınlara uygulanan eğitim programının etkisini incelemek için, Türkiye, İran ve Hong Kong'ta yapılan üç ayrı araştırmada, kadınların eğitim sonrası PMS konusunda bilgilerinde artış, PMS belirtilerinin şiddetinde azalma olduğu saptanmıştır (75-77).

### **2.9.1.3. Diyet Desteği**

#### **2.9.1.3.1. Kalsiyum**

PMS'li kadınlarda, diyetle alınan günlük 1200 mg kalsiyumun, luteal ve menstrüel fazda görülen duygudurum değişiklikleri, konsantrasyon bozukluğu, ağrı ve sıvı tutulumunu önemli derecede azalttığı bilinmektedir (3, 78, 79).

PMS tanısı almış 466 kadın üzerinde, randomize çift kör yapılan bir çalışmada üç siklus boyunca günlük 1200 mg kalsiyum (kalsiyum karbonat şeklinde) verilmiş, semptomlarda plasebo grubunda %30,0 gerileme görülürken, kalsiyum alan grupta %48,0 düzeyinde gerileme grlmştir (80).

#### **2.9.1.3.2. Magnezyum**

Yapılan randomize, çift kör çalışmalarda magnezyum desteğinin PMS'nin çeşitli semptomlarını azaltmada etkisi olduğu gösterilmiştir (81). Khine ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada, günlük 200 mg magnezyum alımının, sıvı tutulumu ve duygudurum üzerinde iyileştirici etkiler sağladığı grlmştir (82). ACOG ise PMS tedavisinde Magnezyum kullanımını önermemektedir (64).

#### **2.9.1.3.3. Piridoksin (Vitamin B6)**

Dopamin ve serotonin sentez öncüllerinden triptofan ve tirozin sentezinde kofaktör olan pridoksin, PMS tedavisinde en yaygın kullanılan ajanlardan biri olmakla birlikte PMS semptomları üzerindeki etkinliği oldukça tartışmalıdır (78). On üç randomize kontrollü çalışmayı değerlendiren bir derlemede sekiz çalışmada pridoksinin yararlı olduğu gösterilirken, beş çalışmada yararının olmadığı gösterilmiştir (83).



#### **2.9.1.3.4. Vitamin E**

Vitamin E, prostaglandin sentezi ve santral nörotransmitter regülasyonunda rol oynayarak, baş ağrısı, tatlı yeme isteğinde artış, yorgunluk, çarpıntı, depresyon, unutkanlık gibi PMS semptomlarının tedavisinde kullanılmaktadır (83). Günlük 400 IU Vitamin E desteğinin somatik ve affektif semptomların tedavisinde yararlı olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur (1, 3, 64).

#### **2.9.1.4. Bitkisel Tedavi Seçenekleri**

##### **2.9.1.4.1. Uzun zincirli yağ asitleri**

PMS semptomlarının azaltılmasında, çuha çiçeği yağı, siyah frenk üzümü yağı, hodan tohumu yağı gibi uzun zincirli yağ asitlerinin kullanımı önerilmektedir. Fakat bunlardan sadece çuha çiçeği yağı ile ilgili bilimsel çalışmalar mevcuttur. Çuha çiçeği yağı prostaglandin sentez öncülü olan gama linoleik asitten zengin bir kaynaktır. Prostaglandin sentezindeki anormalliklerin PMS semptomlarına neden olduğunun düşünülmesi, çuha çiçeği yağının PMS semptomlarını azalttığı görüşünü desteklemektedir (81).

##### **2.9.1.4.2. Vitex agnus castus (Hayıt meyvesi)**

Dopamin agonisti gibi etki ederek FSH veya prolaktin düzeylerini azaltan (84) Vitex agnus castus, plasebo-kontrollü ve randomize olarak planlanan ve prospektif olarak 170 kadının değerlendirildiği bir çalışmada, duygudurum değişikliği, irritabilite, öfke, baş ağrısı ve meme dolgunluğu semptomlarının düzelmesinde plaseboya göre anlamlı derecede üstün bulunmuştur (85).

Vitex agnus castusun etkinliğini ve güvenliğini araştırmak için orta ve şiddetli PMS'si olan kadınlarda yapılan çalışmalarda, Vitex'in PMS tedavisinde

kullanılabilecek güvenli, etkili ve iyi tolere edilebilen bir bitki olduğu gösterilmiştir (86, 87).

#### **2.9.1.4.3. Ginkgo biloba L**

Ozgoli ve arkadaşlarının, Ginkgo biloba L'nin PMS semptomları üzerindeki etkisini araştırmak için yaptığı randomize tekli kör plasebo kontrollü bir çalışmada, Ginkgo kullanan grupta fiziksel ve psikolojik semptomların şiddetinde plasebo grubuna göre anlamlı düzeyde düşme görülmüştür. Ginkgonun doz, etkinlik ve güvenliği ile ilgili ileri çalışmalara ihtiyaç vardır (88).

#### **2.9.1.4.4. Foeniculum vulgare (Rezene)**

Pazoki ve arkadaşlarının PMS tanısı olan 200 öğrenci üzerinde yaptığı randomize kontrollü bir çalışmada, sekiz hafta boyunca Foeniculum vulgare kullananlarda PMS semptomlarının şiddetinde kontrol grubuna göre önemli derecede azalma gözlenmiştir (73).

Safran, St John's Wort, Justicia Pectoralis bitkilerinin de PMS tedavisinde etkili olduğunu, fakat daha ileri araştırmalara ihtiyaç olduğu bildirilmektedir (83).

#### **2.9.1.5. Akupunktur**

PMS'nin semptomatik tedavisinde akupunkturun etkisini belirlemek için dokuz randomize kontrollü çalışmanın değerlendirildiği bir derlemede, akupunkturun PMS semptomlarını tedavi etmede yararlı olabileceği gösterilmiştir (89).

### **2.9.1.6. Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT)**

PMS'li hastaların tedavisinde BDT ile bir yıllık izlemi içeren bir araştırmada, hastalar, belirtileri algılama ve bilişsel davranışçı başa çıkma stratejilerini kullanma açısından terapi öncesine göre daha iyi durumda bulunmuştur (90). Çalışmalar, PMS tedavisinde, BDT ile daha sürdürülebilir bir gelişme gösterildiğini ve başarılı bir BDT ile farmakoterapinin önüne geçilebildiğini göstermektedir (27, 29).

### **2.9.2. Farmakolojik Tedavi**

PMS tedavisinde kullanılan ilaçlar semptomları azaltmaya ya da menstrüel siklusu baskılamaya yöneliktir. Semptomlar kişiden kişiye değiştiği için tedavi bireysel olmalıdır. PMS tedavisinde kullanılan tedavilerden bazıları Tablo 4'de görülmektedir (2, 72, 83).

#### **2.9.2.1. Psikotrop İlaçlar**

Selective serotonin geri alım (reuptake) inhibitörleri (SSRI) PMS tedavisinde farmakolojik tedavinin ilk basamağını oluşturmakta ve kullanımları gittikçe artmaktadır (5, 72, 91). ACOG da PMS tedavisinde SSRI kullanımını önermektedir (64). Yirmi dokuz çalışmada, 2964 kadının incelendiği bir meta analizde SSRI'ların PMS tedavisinde etkili olduğu gösterilmiş, düzenli SSRI alımının sadece luteal fazda alıma göre daha etkili olduğu bulunmuş fakat SSRI'ların birbirine üstünlüğü bulunmamıştır (92).

Serotonin norepinephrine geri alım (reuptake) inhibitörleri (SNRI), Trisiklik antidepresanlar (TCA) ve anksiyolitik ajanlar PMS tedavisinde kullanılan diğer psikotrop ilaçlardır (83).

## **2.9.2.2. Hormonal Tedavi**

### **2.9.2.2.1. Progesteron**

Progesteron kullanımının PMS semptomlarına etkisinin değerlendirildiği çalışmalarda progesteron kullanımının PMS semptomları üzerinde etkisi olmadığı gösterilmiştir (28, 93). Ancak doğal progesteronun anksiyolitik etkisi ve orta derecede diüretik etkisi olabilmektedir (93).

### **2.9.2.2.2. Östrojen**

Ovülasyonu inhibe eden ve genellikle transdermal patch ya da subkutan implant şeklinde kullanılan östrojen, PMS tedavisinde kullanılan ajanlardan biridir (6, 28, 94). Ancak semptomları rahatlatma konusunda yeterli kanıt yoktur (2).

### **2.9.2.2.3. Oral Kontraseptifler**

Oral kontraseptiflerin PMS üzerindeki etkileri ile ilgili bilgiler çelişkili ve sınırlıdır. Bazı kadınlar oral kontraseptif kullanmaya başladıkları ilk zamanlarda PMS' ye benzer semptomlar yaşamaktadırlar (28). Oral kontraseptifler ödem, baş ağrısı, abdominal ağrı, meme hassasiyeti gibi semptomları iyileştirebilir, fakat bu semptomların artmasına da neden olabilir (71).

Antiandrojenik ve antimineralkortikoid özelliği olan bir progestin olan Drospirenon içeren oral kontraseptiflerin, PMS yakınmalarında etkili olabileceğini gösteren çalışmalar vardır (28, 93, 95, 96).

#### **2.9.2.2.4. Danazol**

Androjenik bir ajan olan Danazol Gonadotropin salınımını inhibe ederek (ovarian siklusu baskılayarak) PMS semptomlarını iyileştirir ancak yan etkileri nedeniyle kullanımı sınırlıdır (6, 71).

#### **2.9.2.2.5. Bromokriptin**

Dopamin agonisiti olan bromokriptinin prolaktin seviyelerini düşürerek premenstrüel mastaljiye etkili olduğu gösterilmiştir. Fakat yapılan çalışmalarda, bromokriptinin PMS'nin diğer semptomlarının tedavisindeki etkinliği ile ilgili sonuçlar yetersiz bulunmuştur (20, 83).

#### **2.9.2.2.6. GnRH Analogları**

GnRH analogları östrodiol ve progesteron seviyelerini düşürerek ovaryan fonksiyonları baskılar ve menstrüel siklusu inhibe eder. Birçok randomize kontrollü çalışmada, GnRH analogları ile PMS semptomlarında %60,0 - %75,0 iyileşme gözlenmiştir. Altı aydan uzun kullanımı, medikal menopoz, osteoporoz gibi riskler oluşturabildiği için uzun süreli kullanımı uygun değildir (27, 29, 71).

#### **2.9.2.3. Prostaglandin İnhibitörleri**

PMS semptomlarının prostaglandin artışıyla ilgili olduğu teorisinden dolayı Non steroid anti inflamatuvar ilaçlar (NSAİİ) ve mefenamik asit gibi prostaglandin inhibitörleri PMS tedavisinde kullanılmaktadır (1, 71). Bu ajanların etkili olabilmesi için yüksek dozlarda verilmesi gerekmektedir. Ancak kullanım sırasında gastrointestinal, hematolojik ve renal yan etkilerin ortaya çıkabileceği unutulmamalıdır (20).

#### **2.9.2.4. Diüretikler**

Bir aldosteron antagonisti olan ve yapısal olarak steroid hormonlara çok benzeyen spironalakton, meme hassasiyeti ve sıvı tutulumu tedavisinde etkinliği gösterilmiş tek diüretiktir (1, 64). Thiazid diüretiklerin PMS tedavisinde yararlı etkileri henüz kanıtlanamamıştır (64).

#### **2.9.3. Cerrahi Tedavi**

Total abdominal histerektomi ve bilateral salpingo-ooferektomi ovülasyon süpresyonunun en etkili çözümü olduğu için PMS tedavisinde tek kür sağlayıcı yöntemdir. Fakat PMS tedavisinde oldukça nadir uygulanmaktadır (12, 30, 63, 93).

**Tablo 4. PMS Tedavisinde Sık Kullanılan İlaçlar**

<b>İlaç Sınıfı</b>	<b>Doz</b>	<b>Kullanım Önerileri</b>	<b>Yan Etkiler</b>
<b>SSRI</b>			
Fluoksetin	10-20 mg/gün	PMDB tedavisinde ilk tercih PMS/PMDB'nin davranışsal ve fiziksel semptomlarını yatıştırmada belirgin etki Luteal faz sırasında aralıklı tedavi (menstrüasyondan 14 gün önce)	Uykusuzluk, uyuşukluk, yorgunluk, mide bulantısı, sinirlilik, hafif tremor, baş ağrısı, cinsel disfonksiyon
Sertralin	50-100 mg/gün		
Paroksetin	10-30 mg/gün		
Fluvoksamin	25-50 mg/gün		
Sitolopram	20-40 mg/gün		
<b>SNRI</b>			
Venlafaxine	50-200 mg/gün	PMDB semptomlarında azalma	Bulantı, uykusuzluk, baş ağrısı,baş dönmesi, çekilme semptomları
Duloxetine	60 mg/gün		
<b>TCA</b>			
Klomipramine	25-75 mg/gün	Premenstrüel irritabilite ve depresif semptomlarda etkili	Antikolinergik etkiler, cinsel disfonksiyon, kilo alımı
<b>Anksiyolitik</b>			
Alprazolam	0.75 mg/gün	Anksiyete semptomları için ikinci seçenek	Uyuşukluk, sedasyon, baş ağrısı,
Buspirone	10-40 mg/gün		
<b>Diüretikler</b>			
Spironolakton	25-100 mg/gün luteal fazda	Sıvı tutulumu, meme hassasiyetinde belirgin Azalma	Antiöstrojenik etkiler, hiperkalemi
<b>NSAII</b>			
Naproksen sodyum	275-550 mg Günde iki kez	Meme hassasiyeti hariç, fiziksel semptomların yatışmasında etkili	Bulantı, gastrik ülser, renal disfonksiyon, Önceden gastrointestinal ya da renal hastalık varsa dikkatli kullanım
<b>Androjenler</b>			
Danazol	100-400 mg Günde iki kez	Luteal faz sırasında alındığı zaman meme ağrılarında kısmi azalma. Pahalı olması ve yan etkilerinden dolayı sürekli tedavi önerilmemektedir	Kilo kaybı, memede küçülme, seste kalınlaşma KC fonksiyonları, lipid profili takip edilmelidir.
<b>GnRH agonistleri</b>			
Löprolid	3.75 mg IM her ay veya 11.25 mg IM üç ayda bir	PMS'nin fiziksel ve davranışsal semptomlarında kısmi azalma. Yan etkileri ve fiyatı kullanımını kısıtlamaktadır. Altı aydan uzun tedavi önerilmez. Daha uzun süre tedavi gerekirse östrojen/progesteron ile geri ekleme tedavisi yapılmalıdır.	Hipoöstrojenik yan etkiler; Atrofik vajinit, sıcak basmaları, osteoporozis, kardiyovasküler etkiler
Goserelin	3.6 mg /her ay sc veya 10.8mg /3 ayda bir sc		
Nafarelin	200-400 mcg Günde iki kez intranasal		
Histrelin	10 mcg/kg /gün sc		

SSRI: Selektif serotonin reuptake inhibitörleri, SNRI: Serotonin norepinefrine reuptake inhibitörleri, TCA: Trisiklik antidepresan

PMDB: Premenstrüel Disforik Bozukluk, PMS: Premenstrüel Sendrom, NSAII: Nonsteroid Anti İnflamatuvar İlaçlar,

GnRH: Gonadotropin Relasing Hormon, mg:miligram, mcg:mikrogram, im: intramusküler, sc: subkutan

## 2.10. Yaşam Kalitesi

Genel anlamıyla yaşam kalitesi; “iyilik hali”nin bir derecesi olarak tanımlanır (97). DSÖ 1948’de sağlığı, “sadece hastalığın ya da sakatlığın olmayışı değil; bireyin beden, ruhen ve sosyal yönden tam bir iyilik hali” olarak tanımlamaktadır. Hem “sağlık” hem de “yaşam kalitesi” için birçok tanımlama yapılmış ve yaşam kalitesi açısından sıklıkla mutluluk ve yaşamdan tatmin olma bileşenleri ön plana çıkmıştır. Genel olarak kabul edilen genel bir tanımlamanın olmaması nedeniyle bazı araştırmacılar, en azından batı dünyasında, çoğu insanın “yaşam kalitesi” ifadesinden memnun olduğunu ve bunun ne anlama geldiğini aslında anladıklarını düşünmektedir (98).

Başka bir tanıma göre ise yaşam kalitesi; bireyin kültür ve değer sistemleri içerisinde, hedefleri, beklentileri, standartları ve ilgileri ile ilişkili olarak yaşamdaki pozisyonunu algılaması şeklinde tanımlanır. Yaşam kalitesi kişinin fiziksel sağlığı, psikolojik durumu, bağımsızlık düzeyi, inançları, sosyal ilişkileri ve çevresiyle ilişkisinden kompleks bir yolla etkilenen geniş bir kavramdır. Bu tanım, yaşam kalitesinin kültürel, sosyal ve çevresel kavramlara iyice gömülmüş; pozitif ve negatif boyutlarıyla öznel bir değerlendirme olduğu görüşünü yansıtmaktadır (99).

Sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi (Health related quality of life) ise; esas olarak kişinin sağlığı tarafından belirlenen, klinik girişimlerle etkilenebilen genel yaşam kalitesinin bir bileşenidir (100).

### 2.10.1. Yaşam Kalitesi Değerlendirmede Kullanılan Ölçütler

Yaşam kalitesinin değerlendirilmesi için tasarlanmış binin üstünde ölçüm aracı olduğu bildirilmektedir. Bunlardan bazıları genel popülasyonda kullanılan, birçok durum için uygulanabilen jenerik ölçütler, bazıları da hastalığa ya da belirli bir patolojiye özel ölçütlerdir. Fakat yaşam kalitesinin farklı ülkelerde ve kültürlerde genellikle farklı değerleri içerdiği unutulmamalıdır. Ayrıca kullanılan ölçütün sıklığı, en iyisi ya da en uygunu olduğunu göstermemektedir (101).



### **2.10.1.1. Jenerik Ölçütler (Genel Sağlık Ölçütleri)**

Jenerik ölçütler, genel popülasyonda kullanılan, çeşitli sağlık durumları ve hastalıklara uygulanabilen, geniş alanları değerlendirebilen ölçütlerdir. Özel bir hastalığa yönelik tasarlanmadıkları için hastalığa özgü durumlarda daha az duyarlı olabilir ve özellikle yaşam kalitesindeki küçük değişiklikleri saptayamayabilirler (102).

Jenerik ölçütler tüm konulara uygulanabilirlikleri nedeniyle geniş toplumsal gruba ait bireylerin evrensel olarak karşılaştırılmasına olanak sağlar ve genel sağlık politikası ve organizasyonel yönetim sorunlarının ele alınmasında kullanılırlar (97). Sık kullanılan jenerik ölçütler (100);

- Kısa Form-36 (Short Form-36),
- Nottingham Sağlık Profili (Nottingham Health Profile),
- Avrupa Yaşam Kalitesi Ölçeği (Euro QOL -The European Quality of Life),
- İyilik Hali Skalası (Quality of Wellbeing Scale),
- Hastalık Etki Profili (Sickness Impact Profile),
- Sağlık Yararlanma İndeksi (Health Utilities Index)
- WHOQOL-BREF

### **2.10.1.2. Hastalığa Spesifik Ölçütler**

Bu araçlar hasta gruplarına uygulanır ve klinik yönden benzer gruplarla ilgili sonuçlar verirler. Hastaların klinik seyrine ait detaylı bakış açıları elde ederek, hastalığa özgü ölçümler ve tedavi yöntemleriyle ilgili kullanılırlar (97). En sık kullanılan spesifik ölçütler (101);

- The Kidney Disease Quality of Life
- The Diabetes Quality of Life Clinical Trials Questionnaire Revised
- The Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire
- European Organization for Research and Treatment of Cancer

### **2.10.2. PMS ve Yaşam Kalitesi**

Premenstrüel semptomlar, fiziksel işlevsellikte ve psikolojik sağlıkta bozulmalara; işle ilgili ciddi sıkıntılara yol açabilmektedir (103). Yapılan çalışmalarda PMS'nin kadınların kişilerarası ilişkilerini bozduğu, özellikle genç adolesanlarda sınav performansını olumsuz etkilediği, işe devamsızlığı artırdığı ve üretkenliği düşürdüğü gösterilmiştir (9, 10, 45, 46, 49). Rapkin ve Winer'in derlemesinde, PMS'nin yaşam kalitesine etkisinin araştırıldığı dört çalışma değerlendirilmiş ve PMS'nin duygusal, davranışsal ve fiziksel semptomlarının özellikle aile üyeleri ve eş ile ilişkilerde bozulmalara neden olarak yaşam kalitesini önemli derecede etkilediği bildirilmiştir (104).

### **3. MATERYAL VE METOD**

#### **3.1. Araştırma Alanı ve Özellikleri**

Araştırmanın yapıldığı Uluborlu ilçesi, Isparta iline 65 km mesafede, ilçe merkezi ve bağlı dört köyden oluşan, 2014 Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi sonuçlarına göre toplam 7165 nüfuslu bir yerleşim yeridir. Halkın gelir kaynaklarının başında tarım gelmektedir. İlçede üretilen kiraz Türkiye ihracatında önemli yer tutmaktadır (105).

#### **3.2. Araştırmanın Tipi**

Bu çalışma Isparta ili Uluborlu ilçe merkezinde yaşayan 15-49 yaş kadınların PMS prevalansını, etkileyen faktörleri ve yaşam kalitesi ile ilişkisini saptamayı amaçlayan analitik kesitsel tipte bir çalışmadır.

#### **3.3. Araştırmanın Evreni**

Araştırmanın evrenini Uluborlu ilçe merkezinde yaşayan 15-49 yaş kadınlar oluşturmaktadır (N=1490) (106).

Uluborlu ilçe merkezinde yaşayan 15-49 yaş kadınları temsil edecek örnek büyüklüğünün hesaplanmasında; Türkiye’de benzer konuda yapılmış bir çalışmada belirlenen ve PMS sıklığı olarak bildirilmiş olan %39,8’lik değer dikkate alındı (24). Örnek büyüklüğü; Epi Info 6 programında StatCalc hesaplama programı kullanılarak %40’lık PMS sıklığı, %3’lük sapma ile alfa değeri 0,05 ve beta değeri 0,20 alınarak, 338 olarak hesaplandı (107).

Uluborlu ilçe merkezindeki toplam onbir mahallede; sekiz mahallede 31’er kişi; üç mahallede 30’ar kişi olmak üzere ve her mahallede hane numarası en küçük haneden başlayarak, dışlama kriterlerine sahip olmayan 15-49 yaş 338 kadına ulaşıldı (ulaşma düzeyi 100,0).

### **3.4. Etik**

Araştırma öncesi, Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu'ndan (23.07.2014 tarih ve 130 sayılı karar, EK-1), Uluborlu Kaymakamlığı'ndan (EK-2) gerekli izinler alındı. Araştırma grubuna araştırmanın amacı ve gizliliği konusunda bilgi verildi.

### **3.5. Araştırmanın Hipotezleri**

1. PMS görülme sıklığı kadınların sosyo-demografik, üreme sağlığı ve adet görme ile ilgili özelliklerine göre farklılık göstermektedir.
2. Yaşam kalitesi; sosyo-demografik, üreme sağlığı ve adet görme ile ilgili özelliklere göre farklılık göstermektedir.
3. PMS ile yaşam kalitesi arasında ilişki vardır ve PMS'si olan bireylerin yaşam kalitesi düşüktür.

### **3.6. Araştırmada Kullanılan Bağımlı Değişkenler**

- PMS görülme durumu
- Yaşam kalitesi alt alan puanları

### **3.7. Araştırmada Kullanılan Bağımsız Değişkenler**

- Kadının yaşı
- Kadının eğitim durumu
- Kadının medeni durumu
- Kadının çalışma durumu
- Kadının gelir gider dengesi
- Kadının gelir düzeyi
- Kadının sağlık algısı
- Kadının vücut kütle indeksi (VKİ)

- Kadının kronik hastalığa sahip olma durumu
- Kadının sigara kullanma durumu
- Kadının alkol kullanma durumu
- Kadının düzenli egzersiz yapma durumu
- Kadının günlük uyku süresi (saat)
- Kadının düzenli uyuma durumu
- Kadının günlük çay tüketim miktarı (fincan)
- Kadının günlük kahve tüketim miktarı (fincan)
- Kadının günlük kola tüketim miktarı (bardak)
- Kadının annesinin eğitim durumu
- Kadının babasının eğitim durumu
- Kadının ilk evlenme yaşı (yıl)
- Kadının toplam gebelik sayısı
- Kadının toplam kendiliğinden düşük sayısı
- Kadının toplam isteyerek düşük sayısı
- Kadının toplam canlı doğum sayısı
- Kadının toplam ölü doğum sayısı
- Kadının aile planlaması yöntemi kullanma durumu
- Kadının ilk adet görme yaşı (yıl)
- Kadının adet siklus uzunluğu (gün)
- Kadının adet gördüğü gün sayısı
- Kadının adetliyken günlük kanama miktarı
- Kadının dismenore görülme durumu
- Kadının dismenore şiddeti
- Kadında ilk adet görüldüğünde hissedilenler
- Kadının adetle ilgili bilgi alma durumu
- Kadının adet görmenin gerekliliği ile ilgili düşüncesi
- Kadının adet görmenin doğallığı ile ilgili düşüncesi
- Kadının adet başlamadan önceki durumu
- Kadının adet başlamadan önce kendisini daha iyi hissetmek için yaptıkları
- Kadının PMS tanısı/ semptomları varlığı
- Kadının annesinde PMS tanısı/ semptomları varlığı

- Kadının kız kardeşinde PMS tanısı/ semptomları varlığı
- Kadında PMSÖ'den alınan puana göre PMS varlığı

### **3.8. Veri Toplama ve Değerlendirme**

Araştırmanın verileri, üç bölümden oluşan bir soru formu (anket) kullanılarak araştırmacı (AÇ) tarafından yüz yüze görüşme yöntemiyle toplandı. Literatürde bildirilen PMS'yi etkileyen dışlama kriterlerine sahip olan kadınlar, araştırma kapsamına alınmadı. Uygulama öncesinde araştırmanın amacı hakkında kadınlara bilgi verildi. Anket formunun doldurulması her bir kadın için ortalama 25 dakika sürdü.

#### **Dışlama Kriterleri;**

- Adet düzensizliği olması
- Menopoz döneminde olma
- Menarş öncesi dönemde olma
- Oral kontraseptif kullanıyor olma
- Gebe olma
- Emziriyor olma
- Polikistik over sendromu tanısı almış olma
- Bilateral oofektomi veya histerektomi geçirmiş olma
- Son üç ay içinde geçirilmiş isteğe bağlı düşük
- Son iki yıl içinde psikolojik tedavi almış olma

Anket; sosyo-demografik ve adet görme ile ilgili özellikleri değerlendiren Sosyo-demografik Yapı Bilgi Formu (EK-3), PMSÖ (EK-4) ve DSÖ Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu Türkçe Versiyonundan (WHOQOL BREF-TR) oluşmaktaydı (EK-5).

Sosyo-demografik Yapı Bilgi Formu; kadınların sosyodemografik özelliklerini sorgulayan 12 soru, alışkanlıklarını sorgulayan 8 soru, üreme sağlığı ile ilgili

özellikleri sorgulayan 7 soru, adet görme ile ilgili özelliklerini sorgulayan 11 soru ve adet öncesi dönem özelliklerini sorgulayan 5 soru olmak üzere toplam 43 sorudan oluşan bir formdur.

Sosyodemografik özelliklerde gelir gider dengesi, gelir düzeyi ve sağlık algısı kadınların kendi ifadelerine göre değerlendirildi. Alışkanlıklar sorgulanırken; haftada en az 3 gün, günde en az 20 dakika tempolu yürüyüşe denk egzersiz yapma “düzenli egzersiz yapma”; her gün aynı saatte bölünmemiş, kaliteli uyku uyuma “düzenli uyuma” olarak kabul edildi. Adet görme ile ilgili özelliklerden adetliyen günlük kanama miktarı günde 4 ped ve üzeri ise “yoğun”, 2-4 ped arası ise “normal” ve 2 ped altı ise “az”olarak değerlendirildi.

Değerlendirmeler sırasında verilerin bazılarında yeniden gruplamalar yapıldı: Araştırma grubundaki kadınların yaşları 15-19, 20-29, 30-39, 40-49 yaş grupları şeklinde; VKİ, DSÖ VKİ sınıflamasına göre; 18,5 altı “zayıf”, 18,5-24,9 arası “normal”, 25,0-29,9 arası “fazla kilolu”, 30,0 ve üzeri “şişman” olarak sınıflandırıldı (108).

2006 yılında Gençdoğan tarafından geliştirilip, geçerlilik güvenilirlik çalışmaları yapılan PMSÖ (69); 44 maddeli, beş dereceli (hiç, çok az, bazen, sık sık, sürekli) likert tipi bir ölçektir. Ölçeğin Cronbach Alfa değeri 0,75 olarak hesaplanmıştır. 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. PMSÖ yanıtlanırken “adetten bir hafta önceki süre içindeki” durumunun dikkate alınması istenmektedir. PMSÖ'nin; Depresif Duygulanım, Anksiyete, Yorgunluk, Sinirlilik, Depresif Düşünceler, Ağrı, İştah Değişimleri, Uyku değişimleri ve Şişkinlik olmak üzere toplam dokuz alt boyutu bulunmaktadır;

1. Depresif Duygulanım: Can sıkıntısı, üzüntülü hissetme, ağlama, anhedoni ve karamsarlık gibi depresif duygularla ilgili yedi maddeden (1.-7. Maddeler) oluşmakta ve 7- 35 arası puan almaktadır.
2. Anksiyete: Endişe gibi kaygıyı yansıtan yedi maddeden (8., 9., 10., 11., 13., 15. ve 16. Maddeler) oluşmakta ve 7- 35 arası puan almaktadır.

3. Yorgunluk: Yorgunluk, çabuk yorulma, uyku isteği gibi durumlarla ilgili altı maddeden (12., 14., 17., 18., 25. ve 37. Maddeler) oluşmakta ve 6- 30 arası puan almaktadır.
4. Sinirlilik: Çabuk sinirlenme, öfkeyi kontrol edememe gibi duygularla ilgili beş maddeden (19.-23. Maddeler) oluşmakta ve 5- 25 arası puan almaktadır.
5. Depresif Düşünceler: Değersizlik düşünceleri, dikkat dağınıklığı, dalıp gitme gibi depresif düşüncelerle ilgili yedi maddeden (24., 26., 27., 28., 29., 30. ve 44. Maddeler) oluşmakta ve 7- 35 arası puan almaktadır.
6. Ağrı: Çeşitli bedensel ağrıları kapsayan üç maddeden (31.-33. Maddeler) oluşmakta ve 3- 15 arası puan almaktadır.
7. İştah Değişimleri: Özellikle unlu ve tatlı yiyeceklere olan istek ile iştahdaki değişimleri içeren üç maddeden (34.-36. Maddeler) oluşmakta ve 3- 15 arası puan almaktadır.
8. Uyku değişimleri: Uykuda bölünmeler, yorgun uyanma ve uykuya dalma güçlüğü gibi uykuya ilişkin değişimleri içeren üç maddeden (38.-40. Maddeler) oluşmakta ve 3- 15 arası puan almaktadır.
9. Şişkinlik: Göğüslerde şişme ve hassasiyet ile ilgili olan üç maddeden (41.-43. Maddeler) oluşmakta ve 3- 15 arası puan almaktadır.

Her alt boyut için ayrı ayrı puanlar hesaplanabilmekte ve tüm alt boyutlardan alınan puanların toplamından “PMSÖ toplam puanı” elde edilmektedir. PMSÖ’den alınabilecek en düşük toplam puan 44, en yüksek toplam puan 220’dir. Puanın artması PMS belirtilerinin yoğunluğunun arttığını göstermektedir. Ölçeğin kesim noktası bulunmamakla birlikte ölçekten alınabilecek toplam puanın yarısı olan 110’u geçmesi halinde PMS varlığı olarak değerlendirilmesi önerilmektedir. Bu araştırmada PMSÖ toplam puanı 110’un üstünde olan kadınlar PMS görülme durumu var olarak değerlendirildi (69).

Kadınların yaşam kalitesi WHOQOL-BREF-TR kullanılarak ölçüldü. WHOQOL-100, DSÖ’nün yaşam kalitesini ölçme ve değerlendirmek üzere yürüttüğü çalışmalar sonucu geliştirilmiş, kişinin iyilik halini ölçen ve kültürler arası karşılaştırmaya izin veren 100 sorudan (109, 110), kısa formu olan DSÖ Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu (WHOQOL-BREF), WHOQOL-100’den seçilen 26



sorudan oluşmaktadır (111). WHOQOL-BREF-TR'nin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Eser ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (112, 113). Geçerlik güvenilirlik çalışmaları sırasında WHOQOL-BREF'e bir ulusal soru eklenmesiyle oluşan WHOQOL-BREF-TR yaşam kalitesi ve genel sağlık algısını sorgulayan iki genel soru ve beş alandaki (fiziksel alan, psikolojik alan, sosyal ilişkiler alanı, çevre alanı ve kültüre standardize (KS) çevre alanı) sorular olmak üzere toplam 27 sorudan oluşmaktadır. Ölçekte alanlara göre soruların içeriği Tablo 5'de görülmektedir (112, 114).

**Tablo 5. WHOQOL BREF (TR) Alt Alanları ve Alandaki Bölümler**

<b>Alanlar</b>	<b>Alandaki Bölümler</b>
Fiziksel Alan	Günlük aktiviteler Tıbbi yardıma ve tıbbi maddelere bağımlılık Canlılık ve yorgunluk Hareketlilik Ağrı ve rahatsızlık Uyku ve dinlenme Çalışma kapasitesi
Psikolojik Alan	Beden imajı ve dış görünüş Olumsuz duygular Olumlu duygular Özsaygı Maneviyat/ din/ kişisel inançlar Düşünme, öğrenme, hafıza ve konsantrasyon
Sosyal İlişkiler Alanı	Kişisel ilişkiler Sosyal destek Cinsel aktivite
Çevre Alanı	Maddi kaynaklar Özgürlük, fiziksel güvenlik ve emniyet Sağlık ve sosyal bakım: erişilebilirlik ve kalite Ev ortamı Yeni bilgi ve beceriler edinme fırsatları Dinlenme ve boş zaman değerlendirme fırsatları Fiziksel çevre (hava kirliliği, gürültü, trafik, iklim) Ulaşım
KS Çevre Alanı	Sosyal baskı

KS: Kültüre Standardize

Soruların son 15 gün dikkate alınarak yanıtlanması gerekmektedir. Sorular birden beşe kadar puanlanan beşli Likert tipi yanıtları içermektedir. Her alan 4-20 puan arası hesaplanmaktadır ve her alan için artan puan, o alan için artan yaşam kalitesini göstermektedir.

Araştırmada algılanan yaşam kalitesi ve algılanan sağlık durumunu inceleyen genel sorular ayrı değerlendirildi ve bu iki soru dışında kalan sorular kullanılarak WHOQOL-BREF'in her bir alanı için ham puanlar hesaplandı. Hesaplanan ham puanlar WHOQOL-BREF kullanıcıları için oluşturulan yönergeler (114) dikkate alınarak dönüştürülmüş puanlara çevrildi.

Dönüştürme sırasında 3., 4., 26., 27. sorular ters olarak puanlandıktan sonra, Fiziksel Sağlık Alanı Puanı için; 3., 4., 10., 15., 16., 17., 18. sorular toplanıp, 7'ye bölünüp, 4 ile çarpılarak, Psikolojik Alan Puanı için; 5., 6., 7., 11., 19., 26. sorular toplanıp 6'ya bölünüp, 4 ile çarpılarak, Sosyal İlişkiler Alan Puanı için; 20., 21., 22. sorular toplanıp, 3'e bölünüp, 4 ile çarpılarak, Çevre Alanı Puanı için; 8., 9., 12., 13., 14., 23., 24., 25. sorular toplanıp, 8'e bölünüp, 4 ile çarpılarak ve KS Çevre Alanı Puanı için; 27.sorudan alınan puan 4 ile çarpılarak dönüştürülmüş puanlar elde edildi.

### **3.9. Ön uygulama**

Araştırma öncesinde araştırma evreni dışında kalan 20 kişiye ön uygulama yapıldı. Ön uygulama sonrasında ankette herhangi bir değişiklik öngörülmedi.

### **3.10. İstatistik Analiz**

Veri bilgisayar ortamında SPSS 15.0 (Statistical Package for the Social Sciences, Version 15.0) programı kullanılarak değerlendirildi (115). Değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov Smirnov testi kullanılarak incelendi. Tanımlayıcı istatistik olarak sayı, yüzde, ortalama, standart sapma, minimum ve maksimum (min-maks) değerler; analitik değerlendirmelerde ki-kare testi, bağımsız gruplarda t testi, tek yönlü varyans analizi (ANOVA), Tukey, Mann Whitney U,

Kruskal Wallis, Spearman ve Pearson korelasyon testleri, lojistik ve lineer regresyon analizleri kullanıldı. Tüm analizlerde istatistiksel anlamlılık için sınır değer  $p < 0,05$  kabul edildi. Bulgular bölümünde istatistik analiz sonuçları p değerlerinin gerçek değerleri verilerek sunuldu. Yalnız p değerinin 0,001'den küçük olduğu durumlarda  $p < 0,001$  şeklinde ifade edildi. Parametrik koşulların sağlanmadığı ikiden fazla grubun ortalamalarının karşılaştırıldığı ve farkın anlamlı olduğu durumlarda farkı oluşturan grubu belirlemede Bonferroni düzeltmeli Mann Whitney U testi kullanıldı. İstatistik anlamlılık değeri, alfa (0,05) değerinin karşılaştırma sayısına bölünmesiyle belirlendi ve p değeri için en küçük anlamlılık değeri  $p < 0,01$  olarak alındı.

PMS görülme durumunu öngörmedeki bağımsız prediktörleri belirlemek üzere, tek değişkenli (univariate) analizlerde anlamlı bulunan değişkenler modele alınarak, lojistik regresyon analizi yapıldı. İstatistiksel anlamlılık için sınır değer  $p < 0,05$  alındı. Model uyumu için model uyumuna karar vermede kullanılan Hosmer-Lemeshow testi kullanıldı. Bu testin istatistik anlamlılık bakımından  $p > 0,05$  olduğu durumlar prediksyon durumu yüksek olan modellere işaret etmektedir (116).

Yaşam kalitesi alt alanları üzerinde etkili bağımsız prediktörleri belirlemek üzere, tek değişkenli (univariate) analizlerde belirlenen olası faktörler modele alınarak lineer regresyon analizleri yapıldı. İstatistiksel anlamlılık için sınır değer  $p < 0,05$  alındı. Model uyumuna karar vermek için Durbin Watson analizi kullanıldı. Durbin Watson analiz sonucunun 2'ye yakın bir değer vermesi modelin iyi oluşturulduğunu göstermektedir. Analiz sonucu sifıra yaklaşıyorsa olumlu, 4'e yakın bir değer veriyorsa olumsuz korelasyondan söz edilmektedir (117).

Değişkenler regresyon analizine alınmadan önce; ikili (dikotom) hale dönüştürüldü (medeni durum için; evli/ boşanmış/ eşi ölmüş=1 ve hiç evlenmemiş=0, eğitim durumu için; lise ve üstü=1 ve ortaokul ve altı =0, çalışma durumu için; çalışıyor (memur, işçi, esnaf, serbest meslek)=1 ve çalışmıyor/öğrenci=0, gelir düzeyi için; orta ve altı=1 ve iyi ve çok iyi=0, gelir dengesi için; gelir < gider=1 ve gelir  $\geq$  gider =0, sağlık algısı için; orta ve altı=1 ve iyi ve çok iyi =0, anne eğitim durumu için; lise ve üstü=1 ve ortaokul ve altı =0, baba eğitim durumu için; lise ve üstü=1 ve ortaokul ve altı=0, adetliyen günlük kanama miktarı için; yoğun=1 ve

normal ve az=0, adet başlamadan önceki durum için; daha kötü=1 ve aynı ve daha iyi=0).

### **3.11. Araştırmanın Zamanlanması**

Araştırmanın planlanma aşaması üç ay, veri toplama aşaması beş ay, analiz ve rapor yazımı sekiz ay, literatür taraması planlama aşamasından başlayarak yazım bitinceye kadar yaklaşık on altı ay sürdü.

### **3.12. Araştırmanın Güçlü ve Kısıtlı Yanları**

Araştırmada hesaplanan örnek büyüklüğünün tamamına ulaşılması, veri kaybı yaşanmaması ve ülkemizde PMS ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkiye bakan sınırlı sayıda çalışma olması araştırmanın güçlü yanlarıdır.

Araştırmanın Uluborlu gibi küçük bir ilçeyi temsil eden bir evrende yapılması nedeniyle Isparta genelini yansıtmaması araştırmanın kısıtlı yanlarıdır.

#### 4. BULGULAR

Araştırma grubunun sosyodemografik özellikleri Tablo 6'da görülmektedir. Grubun yaş ortalaması  $31,8 \pm 8,9$ 'du (min=15 - maks=49). Araştırma grubunun %39,9'u 30-39 yaş grubunda, %69,8'i evli, %35,7'si lise mezunu, %52,1'i ev hanımıydı. Kadınların %52,4'ü gelir düzeyini orta olarak ifade etti. Yüzde 51,8'inin geliri giderine eşitti. Yüzde 71,9'unun annesi, %57,7'sinin babası ilkokul mezunuydu.

Araştırma grubunun sağlık ve alışkanlıklar ile ilgili özellikleri Tablo 7'de görülmektedir. Grubun %55,3'ünün kendi sağlığı hakkındaki görüşü iyi, %2,1'inin çok kötüydü. Yüzde %10,9'unun kronik bir hastalığı bulunmaktaydı. Araştırma grubunun sahip olduğu kronik hastalıkların dağılımı Tablo 8'de görülmektedir. Grubun %76,9'u hiç sigara kullanmadığını, %93,2'si hiç alkol kullanmadığını, %28,1'i düzenli egzersiz yaptığını, %54,1'i düzenli uyuduğunu belirtti. Araştırma grubunun VKİ ortalaması  $24,7 \pm 4,5$  idi (min=15,2 - maks=44,3) ve %47,9'unun VKİ'si 18,5-24,9 arasındaydı.

**Tablo 6. Araştırma Grubunun Sosyodemografik Özellikleri**

<b>Özellikler</b>	<b>Sayı</b>	<b>%</b>
Yaş		
15-19	36	10,7
20-29	94	27,8
30-39	135	39,9
40-49	73	21,6
Medeni Durum		
Evli	236	69,8
Bekâr	89	26,3
Boşanmış	10	3,0
Eşi ölmüş	3	0,9
Eğitim Durumu		
Okuryazar değil	4	1,2
İlkokul mezunu	76	22,5
Ortaokul mezunu	58	17,2
Lise mezunu	121	35,7
Üniversite mezunu	79	23,4
Çalışma durumu		
Ev hanımı	176	52,1
Öğrenci	62	18,3
İşçi	47	13,9
Memur	42	12,4
Esnaf	7	2,1
Serbest meslek	4	1,2
Gelir düzeyi		
Çok kötü	12	3,6
Kötü	18	5,3
Orta	177	52,4
İyi	120	35,4
Çok iyi	11	3,3
Gelir gider dengesi		
Gelir gidere eşit	175	51,8
Gelir giderden az	126	37,3
Gelir giderden fazla	37	10,9
Anne eğitim durumu		
Okuryazar değil	36	10,7
İlkokul mezunu	243	71,9
Ortaokul mezunu	33	9,8
Lise mezunu	22	6,5
Üniversite mezunu	4	1,1
Baba eğitim durumu		
Okuryazar değil	11	3,3
İlkokul mezunu	195	57,7
Ortaokul mezunu	49	14,5
Lise mezunu	57	16,9
Üniversite mezunu	26	7,6
<b>Toplam</b>	<b>338</b>	<b>100,0</b>

**Tablo 7. Araştırma Grubunun Sağlık ve Alışkanlıklar ile İlgili Özellikleri**

<b>Özellikler</b>	<b>Sayı</b>	<b>%</b>	
Sağlık algısı	Çok kötü	7	2,1
	Kötü	7	2,1
	Orta	112	33,1
	İyi	187	55,3
	Çok iyi	25	7,4
Kronik hastalığa sahip olma durumu	Var	37	10,9
	Yok	301	89,1
Sigara içme durumu	Hiç kullanmamış	260	76,9
	İçiyor	59	17,5
	Bırakmış	19	5,6
Alkol kullanma durumu	Hiç kullanmıyor	315	93,2
	Nadiren kullanıyor	23	6,8
Düzenli egzersiz yapma durumu	Evet	95	28,1
	Hayır	243	71,9
Düzenli uyuma durumu	Evet	183	54,1
	Hayır	155	45,9
VKİ	<18,5	27	8,0
	18,5-24,9	162	47,9
	25-29,9	109	32,3
	≥30	40	11,8
<b>Toplam</b>	<b>338</b>	<b>100,0</b>	

VKİ: Vücut Kütle İndeksi



**Tablo 8. Araştırma Grubunun Kronik Hastalıklara Göre Dağılımı**

<b>Kronik Hastalıklar</b>	<b>Sayı*</b>	<b>%</b>
Astım	6	15,3
Akut Romatizmal Ateş	4	10,3
Alerji	3	7,6
Hipertansiyon	3	7,6
Migren	3	7,6
Epilepsi	2	5,1
Diabetes Mellitus	2	5,1
Hipertiroidi	2	5,1
Spondilartropati	2	5,1
Anemi	1	2,6
Cervikal herni	1	2,6
Fibromyalji	1	2,6
Ailevi Akdeniz Ateşi	1	2,6
Kronik Gastrit	1	2,6
Hiperlipidemi	1	2,6
Kronik böbrek yetmezliği	1	2,6
Kronik pankreatit	1	2,6
Kronik sinüzit	1	2,6
Lumbal herni	1	2,6
Nefrolitiazis	1	2,6
Osteoartrit	1	2,6
<b>Toplam</b>	<b>39</b>	<b>100,0</b>

\* 2 kişi birden fazla kronik hastalığa sahip olduğu için n=39'dur.

Araştırma grubunun günlük çay tüketimi ortalama  $4,5 \pm 3,0$  (min=0 - maks=20) fincan; günlük kahve tüketimi ortalama  $0,96 \pm 1,0$  (min=0 - maks=10) fincan; günlük kola tüketimi ortalama  $0,3 \pm 0,8$  (min=0 - maks=5) bardak ve günlük uyku süresi ortalama  $7,5 \pm 1,3$  (min=4 - maks=12) saati (Tablo 9).

**Tablo 9. Araştırma Grubunun Sağlıkla ve Alışkanlıkları ile İlgili Diğer Özellikleri**

Özellikler	Min	Maks	Ort ± SS
Yaş (yıl)	15	49	31,8 ± 8,9
Günlük çay tüketimi (fincan)	0	20	4,5 ± 3,0
Günlük kahve tüketimi (fincan)	0	10	0,96 ± 1,0
Günlük kola tüketimi (fincan)	0	5	0,3 ± 0,8
Günlük uyku süresi (saat)	4	12	7,5 ± 1,3

Min: Minimum, Maks: Maksimum, Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma

Araştırma grubunda evlenmiş kadınların evlilik ve doğurganlık özellikleri Tablo 10'da görülmektedir. Araştırma grubundaki evli ve dul (eşi ölmüş veya boşanmış) kadınların evlilik yaşı ortalaması  $21,0 \pm 3,8$  (min=14 - maks=39), ortalama gebelik sayısı  $2,4 \pm 1,5$  (min=0 - maks=7), ortalama kendiliğinden düşük sayısı  $0,2 \pm 0,6$  (min=0 - maks=3); ortalama isteyerek düşük sayısı  $0,2 \pm 0,6$  (min=0 - maks=6); ortalama canlı doğum sayısı  $1,9 \pm 1,0$  (min=0 - maks=5) ve ortalama ölü doğum sayısı  $0,1 \pm 0,3$ 'dü (min=0 - maks=3).

**Tablo 10. Araştırma Grubundaki Evlenmiş Kadınların Evlilik Ve Doğurganlık Özellikleri**

Özellikler	Min	Maks	Ort ± SS
İlk evlenme yaşı (yıl)	14	39	21,0 ± 3,8
Toplam gebelik sayısı	0	7	2,4 ± 1,5
Toplam kendiliğinden düşük sayısı	0	3	0,2 ± 0,6
Toplam isteyerek düşük sayısı	0	6	0,2 ± 0,6
Toplam canlı doğum sayısı	0	5	1,9 ± 1,0
Toplam ölü doğum sayısı	0	3	0,1 ± 0,3

Min: Minimum, Maks: Maksimum, Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma

Araştırmaya alınan cinsel aktif kadınların (n=249) %77,1'i aile planlaması yöntemi kullandığını belirtti. Kadınların %38,0'ı kondom, %25,0'ı RİA kullanmaktaydı ve %9,9'u tüp ligasyonu yaptırmıştı (Tablo 11).

**Tablo 11. Araştırma Grubunun Aile Planlaması Kullanımı ile İlgili Özellikleri**

Özellikler	Sayı	%
Aile planlaması yöntemi kullanım durumu (n=249)*		
Evet	192	77,1
Hayır	57	22,9
Kullanılan Aile planlaması yöntemi (n=192) †		
Kondom	73	38,0
Spiral	48	25,0
Geri çekme	47	24,5
Tüp ligasyonu	19	9,9
Takvim	5	2,6
<b>Toplam</b>	<b>249</b>	<b>100,0</b>

\* Bekar olup aile planlaması yöntemi kullanan olmadığı için sadece evli ve dul (eşi ölmüş veya boşanmış) kadınlar arasındaki dağılım verilmiş olup n=249'dur.

† Sadece aile planlaması kullananlar içindeki dağılım verilmiştir (n=192).

Araştırma grubunun adet görme ile ilgili özellikleri Tablo 12’de görülmektedir. Araştırmaya katılan kadınların ilk adet görme yaş ortalaması  $13,3 \pm 1,3$ , ortalama siklus uzunluğu  $27,5 \pm 3,6$  gün ve ortalama kanama süresi  $5,8 \pm 1,7$  gündü.

**Tablo 12. Araştırma Grubunun Adet Görme ile İlgili Özellikleri**

<b>Özellikler</b>	<b>Min</b>	<b>Maks</b>	<b>Ort <math>\pm</math> SS</b>
İlk adet görme yaşı (yıl)	9	18	$13,3 \pm 1,3$
Adet siklus uzunluğu (gün)	21	40	$27,5 \pm 3,6$
Adet süresi (gün)	2	10	$5,8 \pm 1,7$

Min: Minimum, Maks: Maksimum, Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma

Kadınların adet görme ile ilgili diğer özellikleri Tablo 13’te görülmektedir. Kadınların %17,2’si adet sırasında günlük kanama miktarını yoğun, %65,6’sı normal olarak belirtti. Yüzde 67,8’i dismenoresi olduğunu, %31,5’i dismenoresinin şiddetinin ağır olduğunu, %37,6’sı ilk kez adet gördüğünde olumlu duygular hissettiğini, %96,7’si adet görmenin gerekli olduğunu, %98,5’i adet görmenin doğal olduğunu ifade etti. Araştırmaya katılan kadınların %66,9’unun ilk kez adet görmeden önce adet hakkında bilgileri olduğu ve kadınların %48,7’sinde bu bilginin kadının annesinden alındığı belirlendi.

**Tablo 13. Araştırma Grubunun Adet Görme ile İlgili Diğer Özellikleri**

<b>Özellikler</b>	<b>Sayı</b>	<b>%</b>
Adetliyen günlük kanama miktarı		
Yoğun (>4 ped)	58	17,2
Normal (2-4 ped)	222	65,6
Az (<2 ped)	58	17,2
Dismenore görülme durumu		
Evet	229	67,8
Hayır	109	32,2
Dismenore şiddeti (n=229)*		
Hafif	50	21,8
Orta	107	46,7
Ağır	72	31,5
İlk kez adet görüldüğünde hissedilenler		
Olumlu duygular	127	37,6
Olumsuz duygular	211	62,4
Adetle ilgili bilgi alma durumu		
Evet	226	66,9
Hayır	112	33,1
Adetle ilgili bilgi aldığı kişi/araç (n=277)†		
Anne	135	48,7
Abla/kardeş	45	16,2
Sağlık personeli	25	9,0
Öğretmen	23	8,3
Arkadaş/komşu	21	7,6
Akraba	20	7,3
Bilimsel kitap	5	1,8
Medya	3	1,1
Adet görmenin gerekliliği düşüncesi		
Evet	327	96,7
Hayır	11	3,3
Adet görmenin doğallığı düşüncesi		
Evet	333	98,5
Hayır	5	1,5
<b>Toplam</b>	<b>338</b>	<b>100,0</b>

\* Sadece dismenoresi olanlar içindeki dağılım verildiği için n=229'dur.

† Sadece bilgi alanlar içindeki dağılım verildiği için n=277'dir.

Kadınların adet öncesi dönemde yaşadıkları şikayetlere ilişkin özellikler Tablo 14’te verilmiştir. “Adetiniz başlamadan önceki hafta kendinizi her zamankine göre nasıl hissediyorsunuz sorusu”na kadınların %50,9’u kendilerini daha kötü hissettikleri şeklinde cevap verdi. Kendini daha kötü hissedenlere kendilerini iyi hissetmek için ne yaptıkları sorulduğunda; %65,7’si herhangi bir tedavi uygulamadığını, %25,6’sı paramedikal tedavi uyguladığını, %7,0’ı medikal tedavi uyguladığını belirtti. Yüzde 14,8’i kendisinde; %9,2’si annesinde; %12,4’ ü kız kardeşinde PMS tanısı ya da semptomları olduğunu ifade etti. Kadınların 47,3’ ünde PMSÖ’den alınan puana göre PMS varlığı tespit edildi.

**Tablo 14. Araştırma Grubunun Adet Öncesi Dönem Özellikleri**

<b>Özellikler</b>		<b>Sayı</b>	<b>%</b>
Adet başlamadan önceki durum	Daha kötü	172	50,9
	Aynı	140	41,4
	Daha iyi	26	7,7
Adet başlamadan önceki durumda yapılanlar (n=172)*	Tedavi uygulamıyorum	113	65,7
	Paramedikal tedavi	44	25,6
	Tıbbi tedavi	12	7,0
	Tıbbi + paramedikal tedavi	3	1,7
PMS tanısı/ semptomları varlığı	Evet	50	14,8
	Hayır	288	85,2
PMSÖ' den alınan puana göre PMS görülme durumu	Evet	160	47,3
	Hayır	178	52,7
Annede PMS tanısı/ semptomları varlığı	Evet	31	9,2
	Hayır	307	90,8
Kız kardeşte PMS tanısı/ semptomları varlığı (n=291)†	Evet	36	12,4
	Hayır	255	87,6
<b>Toplam</b>		<b>338</b>	<b>100,0</b>

PMS: Premenstrüel Sendrom, PMSÖ: Premenstrüel Sendrom Ölçeği

\* Adet başlamadan önce kendini daha kötü hissedenler içindeki dağılım verildiği için n=172'dir.

† 47 kişinin kız kardeşi olmadığı için n=291'dir.

Araştırma grubundaki kadınların PMSÖ puan ortalaması  $111,3 \pm 39,2$  (min=4 - maks=220) olarak belirlendi. PMSÖ alt boyutlarından alınan puanların ortalaması Tablo 15'te görülmektedir.

**Tablo 15. Araştırma Grubunun PMSÖ'nin Toplam Puan ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puanlar**

<b>PMSÖ Alt Boyutları</b>	<b>Min</b>	<b>Maks</b>	<b>Ort ± SS</b>
Depresif duygulanım	7	35	18,2 ± 7,9
Anksiyete	7	35	14,1 ± 7,0
Yorgunluk	6	30	16,9 ± 6,5
Sinirlilik	5	25	14,3 ± 5,9
Depresif düşünceler	7	35	14,8 ± 7,2
Ağrı	3	15	8,4 ± 3,7
İştah değişimleri	3	15	8,2 ± 3,9
Uyku değişimleri	3	15	7,8 ± 3,6
Şişkinlik	3	15	8,6 ± 4,0
<b>Toplam</b>	<b>44</b>	<b>220</b>	<b>111,3 ± 39,2</b>

PMSÖ: Premenstrüel Sendrom Ölçeği

Min: Minimum, Maks: Maksimum, Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma

Araştırma grubunda PMS görölme durumunun sosyodemografik özelliklere göre dağılımı Tablo 16'da görölmektedir. Yaş grupları ile PMS görölme durumu arasında anlamlı bir ilişki belirlendi. Kadınların yaş grubu arttıkça PMS görölme düzeyi azalmaktaydı ( $p=0,044$ ). Kadınların medeni durumu, eğitim durumu, çalışma durumu, gelir düzeyi, gelir gider dengesi, anne ve baba eğitim durumu ile PMS görölme durumu arasında anlamlı bir ilişki belirlenmedi (sırasıyla  $p=0,759$ ,  $p=0,987$ ,  $p=0,132$ ,  $p=0,110$ ,  $p=0,355$ ,  $p=0,993$  ve  $p=0,362$ ).



**Tablo 16. Araştırma Grubunda PMS Görülme Durumunun Sosyodemografik Özelliklere Göre Dağılımı**

Özellikler	Sayı	PMS Görülme Durumu				
		Var		Yok		
		Sayı	% *	Sayı	% *	
Yaş	15-19	36	21	58,3	15	41,7
	20-29	94	49	52,1	45	47,9
	30-39	135	60	44,4	75	55,6
	40-49	73	30	41,1	43	58,9
<b>Eğimde <math>\chi^2=4,039</math>, p=0,044</b>						
Medeni Durum	Evli	236	108	45,8	128	54,2
	Bekâr	89	46	51,7	43	48,3
	Boşanmış	10	5	50,0	5	50,0
	Eşi ölmüş	3	1	33,3	2	66,7
$\chi^2=1,174$ , p=0,759						
Eğitim Durumu	Okuryazar değil	4	2	50,0	2	50,0
	İlkokul mezunu	76	38	50,0	38	50,0
	Ortaokul mezunu	58	27	46,6	31	53,4
	Lise mezunu	121	57	47,1	64	52,9
	Üniversite mezunu	79	36	45,6	43	54,4
$\chi^2=0,343$ , p=0,987						
Çalışma durumu	Ev hanımı	176	74	42,0	102	58,0
	Öğrenci	62	36	58,1	26	41,9
	İşçi	47	21	44,7	26	55,3
	Memur	42	25	59,5	17	40,5
	Esnaf	7	2	28,6	5	71,4
	Serbest meslek	4	2	50,0	2	50,0
$\chi^2=8,474$ , p=0,132						
Gelir düzeyi	Çok kötü	12	9	75,0	3	25,0
	Kötü	18	12	66,7	6	33,3
	Orta	177	83	46,9	94	53,1
	İyi	120	51	42,5	69	57,5
	Çok iyi	11	5	45,5	6	54,5
$\chi^2=7,537$ , p=0,110						
Gelir gider dengesi	Gelir gidere eşit	175	78	44,6	97	55,4
	Gelir giderden az	126	66	52,4	60	47,6
	Gelir giderden fazla	37	16	43,2	21	56,8
$\chi^2=2,072$ , p=0,355						
Anne eğitim durumu	Okuryazar değil	36	18	50,0	18	50,0
	İlkokul mezunu	243	114	46,9	129	53,1
	Ortaokul mezunu	33	15	45,5	18	54,5
	Lise mezunu	22	11	50,0	11	50,0
	Üniversite mezunu	4	2	50,0	2	50,0
$\chi^2=0,241$ , p=0,993						
Baba eğitim durumu	Okuryazar değil	11	8	72,7	3	27,3
	İlkokul mezunu	195	91	46,7	104	53,3
	Ortaokul mezunu	49	25	51,0	24	49,0
	Lise mezunu	57	23	40,4	34	59,6
	Üniversite mezunu	26	13	50,0	13	50,0
$\chi^2=4,336$ , p=0,362						
<b>Toplam</b>		<b>338</b>	<b>160</b>	<b>47,3</b>	<b>178</b>	<b>52,7</b>

\* Satır yüzdesi, PMS: Premenstrüel Sendrom

Araştırma grubunda PMS görülme durumunun sağlıkla ilgili özelliklere göre dağılımı Tablo 17’de görülmektedir. PMS görülme durumu, kadınların sağlık algısına göre farklılık göstermekteydi ( $p<0,001$ ). Sağlık algısı çok kötü olanlar çıkarıldığında; sağlık algı düzeyi arttıkça PMS görülme düzeyinin azaldığı görüldü (Eğimde  $\chi^2=25,772$ ,  $p<0,001$ ). Kronik hastalığa sahip olma durumu ile PMS görülme durumu arasında anlamlı ilişki olduğu belirlendi. Kronik hastalığı olan kadınlarda PMS görülme düzeyinin daha yüksek olduğu tespit edildi ( $p=0,024$ ). PMS görülme durumu düzenli egzersiz yapma durumuna göre farklılık göstermekteydi. Düzenli egzersiz yapan kadınlarda PMS görülme düzeyi daha düşüktü ( $p=0,030$ ). PMS görülme durumu, kadınların düzenli uyuma durumuna göre değerlendirildiğinde; düzenli uyuyanlarda PMS görülme düzeyi anlamlı olarak düşüktü ( $p=0,001$ ). PMS görülme durumu kadınların sigara, alkol kullanım durumu ve VKİ’lerine göre farklılık göstermemekteydi (sırasıyla p değerleri;  $p=0,054$ ,  $p=0,630$  ve  $p=0,328$ ).

**Tablo 17. Araştırma Grubunda PMS Görülme Durumunun Sağlıkla İlgili Özelliklere Göre Dağılımı**

Özellikler	Sayı	PMS Görülme Durumu				
		Var		Yok		
		Sayı	%*	Sayı	%*	
Sağlık algısı						
Çok kötü	7	4	57,1	3	42,9	
Kötü	7	6	85,7	1	14,3	
Orta	112	71	63,4	41	36,6	
İyi	187	73	39,0	114	61,0	
Çok iyi	25	6	24,0	19	76,0	
$\chi^2=26,616, p<0,001$						
Kronik hastalığa sahip olma durumu						
Var	37	24	64,9	13	35,1	
Yok	301	136	45,2	165	54,8	
$\chi^2=5,120, p=0,024$						
Sigara içme durumu						
Hiç kullanmamış	260	117	45,0	143	55,0	
İçiyor	59	36	31,0	23	69,0	
Bırakmış	19	7	36,8	12	63,2	
$\chi^2=5,838, p=0,054$						
Alkol kullanma durumu						
Hiç kullanmıyor	315	148	47,0	167	53,0	
Nadiren kullanıyor	23	12	52,2	11	47,8	
$\chi^2=0,232, p=0,630$						
Düzenli egzersiz yapma durumu						
Evet	95	36	37,9	59	62,1	
Hayır	243	124	51,0	119	49,0	
$\chi^2=4,726, p=0,030$						
Düzenli uyuma durumu						
Evet	183	72	39,3	111	60,7	
Hayır	155	88	56,8	67	43,2	
$\chi^2=10,227, p=0,001$						
VKİ						
<18,5	27	12	44,4	15	55,6	
18,5-24,9	162	77	47,5	85	52,5	
25-29,9	109	47	43,1	62	56,9	
$\geq 30$	40	24	60,0	16	40,0	
$\chi^2=3,444, p=0,328$						
<b>Toplam</b>	<b>338</b>	<b>160</b>	<b>47,3</b>	<b>178</b>	<b>52,7</b>	

\* Satır yüzdesi, PMS: Premenstrüel Sendrom, VKİ: Vücut Kütle İndeksi

Araştırma grubunda PMS görülme durumunun kadınların aile planlaması kullanımını ile ilgili özelliklerine göre dağılımı Tablo 18’de görülmektedir. Kadınların aile planlaması yöntemi kullanmasına ve kullanılan yöntemlere göre PMS görülme durumunda anlamlı farklılık belirlenmedi (sırasıyla p= 0,740 ve p=0,248).

**Tablo 18. Araştırma Grubunda PMS Görülme Durumunun Kadınların Aile Planlaması Kullanımını ile İlgili Özelliklerine Göre Dağılımı**

Özellikler	Sayı	PMS Görülme Durumu			
		Var		Yok	
		Sayı	%*	Sayı	%*
<b>Aile planlaması yöntemi kullanım durumu †</b>					
Evet	192	89	46,4	103	53,6
Hayır	57	25	43,9	32	56,1
		$\chi^2=0,110, p=0,740$			
<b>Kullanılan aile planlaması Yöntemi ‡</b>					
Kondom	73	31	42,5	42	57,5
Spiral	48	27	56,3	21	43,7
Geri çekme	47	19	40,4	28	59,6
Tüp ligasyonu	19	8	42,1	11	57,9
Takvim	5	4	80,0	1	20,0
		$\chi^2=5,413, p=0,248$			
<b>Toplam</b>	<b>249</b>	<b>114</b>	<b>45,8</b>	<b>135</b>	<b>54,2</b>

PMS: Premenstrüel Sendrom, \* Satır yüzdesi

† Bekâr olup aile planlaması yöntemi kullanan olmadığı için sadece evli ve dul (boşanmış veya eşi ölmüş) kadınlar arasındaki dağılım verilmiş olduğundan n=249’dur.

‡ Sadece aile planlaması kullananlar içindeki dağılım verilmiştir (n=192).

Araştırma grubunda PMS görülme durumunun kadınların adet öncesi dönem özelliklerine göre dağılımı Tablo 19’da görülmektedir. Adet başlamadan önceki haftada hissedilen durumla PMS görülme durumu arasında anlamlı ilişki görüldü ( $p<0,001$ ). Adet başlamadan önceki durumu her zamankiyle aynı olanlarda PMS görülme düzeyi daha düşüktü (Adet başlamadan önceki durumu aynı olan kadınlar çıkarıldığında PMS görülme durumu gruplar arası farklılık göstermemekteydi  $\chi^2=2,602$ ,  $p=0,107$ ).

PMS görülme durumu kendisinde, annesinde ve kız kardeşinde PMS semptomları ya da tanısı bulunma durumuna göre farklılık göstermekteydi. Kendisinde, annesinde ve kız kardeşinde PMS tanısı ya da semptomları olan kadınlarda PMS görülme düzeyi daha yüksekti (sırasıyla  $p=0,024$ ,  $p<0,001$  ve  $p=0,015$ ). PMS görülme durumu, adet başlamadan önceki hafta kendini daha kötü hissedilenlerin, kendilerini daha iyi hissetmek için kullandıkları tedavi yöntemlerine göre farklılık göstermemekteydi ( $p=0,972$ ).

**Tablo 19. Araştırma Grubunda PMS Görülme Durumunun Kadınların Adet Öncesi Dönem Özelliklerine Göre Dağılımı**

Özellikler	Sayı	PMS Görülme Durumu				
		Var		Yok		
		Sayı	%*	Sayı	%*	
Adet başlamadan önceki durum						
Daha kötü	172	114	66,3	58	33,7	
Aynı	140	33	23,6	107	76,4	
Daha iyi	26	13	50,0	13	50,0	
<b><math>\chi^2=56,549, p&lt;0,001</math></b>						
Adet başlamadan önceki durumda yapılanlar (n=172)†						
Tedavi uygulamıyorum	113	75	66,4	38	33,6	
Tedavi uyguluyorum	59	39	66,1	20	33,9	
<b><math>\chi^2=0,001, p=0,972</math></b>						
PMS tanısı/semptomları Varlığı						
Evet	50	31	62,0	19	38,0	
Hayır	288	129	44,8	159	55,2	
<b><math>\chi^2=5,061, p=0,024</math></b>						
Annede PMS tanısı /semptomları varlığı						
Evet	31	24	77,4	7	22,6	
Hayır	307	136	44,3	171	55,7	
<b><math>\chi^2=12,389, p&lt;0,001</math></b>						
Kız kardeşte PMS tanısı /semptomları varlığı (n=291)‡						
Evet	36	24	66,7	12	33,3	
Hayır	255	115	45,1	140	54,9	
<b><math>\chi^2=5,882, p=0,015</math></b>						
<b>Toplam</b>	<b>338</b>	<b>160</b>	<b>47,3</b>	<b>178</b>	<b>52,7</b>	

PMS: Premenstrüel Sendrom, \* Satır yüzdesi

† Daha kötü hissedenler içindeki dağılım verildiği için n=172'dir.

‡ 47 kişinin kız kardeşi olmadığı için n=291'dir.

Araştırma grubunda PMS görülme durumunun kadınların adet görme ile ilgili özelliklerine göre dağılımı Tablo 20’de görülmektedir. PMS görülme durumu adetliyen günlük kanama miktarına göre farklılık göstermekteydi ( $p=0,017$ ). Günlük kanama miktarı çok yoğun olan kadınlarda PMS görülme düzeyi daha yüksekti. Günlük kanama miktarı çok yoğun olan kadınlar çıkarıldığında, kanama miktarına göre PMS görülme durumundaki farklılık görülmemekteydi ( $\chi^2 =0,561$ ,  $p=0,454$ ). Dismenoresi olan kadınlarda PMS görülme düzeyi daha yüksekti ( $p<0,001$ ). Dismenore şiddeti arttıkça PMS görülme düzeyi artmaktaydı ( $p<0,001$ ). İlk kez adet gördüğünde mutluluk, neşe, gurur, güven gibi olumlu duygular hissedenlerde PMS daha az görülmekteydi ( $p= 0,023$ ). PMS görülme durumu, adetle ilgili bilgi alma durumu, adet görmenin gerekliliği düşüncesi ve adet görmenin doğallığı düşüncesine göre farklılık göstermemekteydi (sırasıyla  $p=0,646$ ,  $p=0,271$  ve  $p=0,141$ ).

**Tablo 20. Araştırma Grubunda PMS Görülme Durumunun Kadınların Adet Görme İle İlgili Özelliklerine Göre Dağılımı**

Özellikler	Sayı	PMS Görülme Durumu			
		Var		Yok	
		Sayı	%*	Sayı	%*
Adetliken günlük kanama miktarı					
Yoğun (>4 ped)	58	37	63,8	21	36,2
Normal (2-4 ped)	222	95	42,8	127	57,2
Az (<2 ped)	58	28	48,3	30	51,7
<b><math>\chi^2=8,160, p=0,017</math></b>					
Dismenore görülme Durumu					
Evet	229	126	55,0	103	45,0
Hayır	109	34	31,2	75	68,8
<b><math>\chi^2=16,821, p&lt;0,001</math></b>					
Dismenore şiddeti (n=229)†					
Hafif	50	15	30,0	35	70,0
Orta	107	57	53,3	50	46,7
Ağır	72	54	75,0	18	25,0
<b>Eğimde <math>\chi^2=24,274, p&lt;0,001</math></b>					
İlk kez adet görüldüğünde Hissedilenler					
Olumlu duygular	127	50	39,4	77	60,6
Olumsuz duygular	211	110	52,1	101	47,9
<b><math>\chi^2=5,180, p=0,023</math></b>					
Adetle ilgili bilgi alma durumu					
Evet	226	105	46,5	121	53,5
Hayır	112	55	49,1	57	50,9
<b><math>\chi^2=0,210, p=0,646</math></b>					
Adet görmenin gerekliliği düşüncesi					
Evet	327	153	46,8	174	53,2
Hayır	11	7	63,6	4	36,4
<b><math>\chi^2=1,212, p=0,271</math></b>					
Adet görmenin doğallığı düşüncesi					
Evet	333	156	46,8	177	53,2
Hayır	5	4	80,0	1	20,0
<b><math>\chi^2=2,172, p=0,141</math></b>					
<b>Toplam</b>	<b>338</b>	<b>160</b>	<b>47,3</b>	<b>178</b>	<b>52,7</b>

\* Satır yüzdesi, PMS: Premenstrüel Sendrom

† Sadece dismenoresi olanlar içindeki dağılım verildiği için n=229'dur.



Araştırma grubundaki kadınların yaş ve bazı alışkanlıklarının (çay, kahve, kola tüketimi ve uyku süresi) PMS görülme durumuna göre dağılımı Tablo 21’de görülmektedir. PMS’li olanların olmayanlara göre daha düşük yaş ve günlük çay tüketimi ortalamasına; daha yüksek günlük kahve ve kola tüketimi ortalamasına sahip olduğu belirlendi (sırasıyla  $p=0,022$ ,  $p=0,039$ ,  $p=0,014$  ve  $p=0,010$ ). Günlük uyku süresi ortalamaları PMS görülen ve görülmeyenler arasında farklılık göstermemektedir ( $p=0,904$ ).

**Tablo 21. Araştırma Grubunun Yaş ve Bazı Alışkanlıklarının (Çay, Kahve, Kola Tüketimi ve Uyku Süresi) PMS Görülme Durumuna Göre Dağılımı**

Özellikler	Ort± SS	PMS Görülme Durumu		p
		(Ort ± SS)		
		Var	Yok	
Yaş (yıl)	31,8 ± 8,9	30,6 ± 9,0	32,8 ± 8,8	<b>0,022</b>
Günlük çay tüketimi (fincan)	4,5 ± 3,0	4,2 ± 2,8	4,8 ± 3,1	<b>0,039</b>
Günlük kahve tüketimi (fincan)	0,96 ± 1,0	1,1 ± 1,2	0,8 ± 0,8	<b>0,014</b>
Günlük kola tüketimi (fincan)	0,3 ± 0,8	0,4 ± 1,0	0,2 ± 0,6	<b>0,010</b>
Günlük uyku süresi (saat)	7,5 ± 1,3	7,6 ± 1,3	7,5 ± 1,2	0,904

Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma, PMS: Premenstrüel Sendrom

Araştırma grubunun üreme sağlığı ile ilgili özelliklerinin PMS görülme durumuna göre dağılımı Tablo 22’de görülmektedir. İlk evlenme yaşı, toplam gebelik sayısı, toplam kendiliğinden düşük sayısı, toplam isteyerek düşük sayısı, toplam canlı doğum sayısı, toplam ölü doğum sayısı ortalamaları PMS görülme durumuna göre farklılık göstermemektedir (sırasıyla  $p=0,447$ ,  $p=0,816$ ,  $p=0,487$ ,  $p=0,145$ ,  $p=0,338$  ve  $p=0,779$ ).

**Tablo 22. Araştırma Grubunun Üreme Sağlığı ile İlgili Özelliklerinin PMS Görülme Durumuna Göre Dağılımı**

Özellikler	Ort ± SS	PMS Görülme Durumu		p
		(Ort ± SS)		
		Var	Yok	
İlk evlenme yaşı (yıl)	21,0 ± 3,8	21,2 ± 4,2	21,0 ± 3,5	0,447
Toplam gebelik sayısı	2,4 ± 1,5	2,3 ± 1,7	2,4 ± 1,2	0,816
Toplam kendiliğinden düşük sayısı	0,2 ± 0,6	0,2 ± 0,5	0,3 ± 0,6	0,487
Toplam isteyerek düşük sayısı	0,2 ± 0,6	0,2 ± 0,8	0,1 ± 0,4	0,145
Toplam canlı doğum sayısı	1,9 ± 1,0	1,8 ± 1,1	1,9 ± 0,9	0,338
Toplam ölü doğum sayısı	0,1 ± 0,3	0,1 ± 0,3	0,1 ± 0,3	0,779

PMS: Premenstrüel Sendrom, Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma

Araştırma grubunun adet görme ile ilgili özelliklerinin PMS görülme durumuna göre dağılımı Tablo 23’de görülmektedir. PMS görülme durumu, ilk adet görme yaşı, adet siklus uzunluğu, adet süresi ortalamalarına göre farklılık göstermemekteydi (sırasıyla p=0,073, p=0,472 ve p=0,995).

**Tablo 23. Araştırma Grubunun Adet Görme ile İlgili Özelliklerinin PMS Görülme Durumuna Göre Dağılımı**

Özellikler	Ort ± SS	PMS Görülme Durumu		p
		(Ort ± SS)		
		Var	Yok	
İlk adet görme yaşı (yıl)	13,3 ± 1,3	13,5 ± 1,5	13,2 ± 1,8	0,073
Adet siklus uzunluğu (gün)	27,5 ± 3,6	27,7 ± 4,0	27,4 ± 3,2	0,472
Adet süresi (gün)	5,8 ± 1,7	5,8 ± 1,8	5,8 ± 1,5	0,955

PMS: Premenstrüel Sendrom, Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma

Araştırmada kullanılan WHOQOL-BREF -TR ölçeğinde yer alan ve algılanan yaşam kalitesi ile algılanan sağlık durumunu inceleyen genel soruların dağılımı Tablo 24’te görülmektedir. Grubun %55,3’ü yaşam kalitesini “ne iyi ne kötü” olarak, %2,4’ü “çok kötü” olarak değerlendirdi. Araştırma grubunun %36,7’si sağlık durumundan “epeyce hoşnut”, %4,4’ü sağlık durumundan “hiç hoşnut değil”di.

**Tablo 24. Araştırma Grubunun Algılanan Yaşam Kalitesi ve Algılanan Sağlık Durumu ile İlgili Özellikleri**

Özellikler	Sayı	%
Yaşam kalitesi durumu		
Çok kötü	8	2,4
Biraz kötü	19	5,6
Ne iyi ne kötü	187	55,3
Oldukça iyi	101	29,9
Çok iyi	23	6,8
Sağlık durumu		
Hiç hoşnut değil	15	4,4
Çok az hoşnut	36	10,7
Ne hoşnut ne değil	120	35,5
Epeyce hoşnut	124	36,7
Çok hoşnut	43	12,7
<b>Toplam</b>	<b>338</b>	<b>100,0</b>

Araştırma grubunun yaşam kalitesi alt alan puanlarının dağılımı Tablo 25’te görülmektedir. Yaşam kalitesi fiziksel alan puanı ortalama  $14,8 \pm 2,7$ , psikolojik alan puanı ortalama  $14,1 \pm 2,6$ , sosyal alan puanı ortalama  $14,3 \pm 3,2$ , çevre alanı puanı ortalama  $13,6 \pm 2,8$ , KS çevre alanı puanı ortalama  $14,7 \pm 4,1$  olarak belirlendi.

**Tablo 25. Araştırma Grubunun Yaşam Kalitesi Alt Alan Puanlarının Dağılımı**

Yaşam Kalitesi Alt Alanları	Min	Maks	Ort±SS
Fiziksel alan	4,6	20	$14,8 \pm 2,7$
Psikolojik alan	7,3	20	$14,1 \pm 2,6$
Sosyal alan	4	20	$14,3 \pm 3,2$
Çevre alanı	5,5	20	$13,6 \pm 2,8$
KS Çevre alanı	4	20	$14,7 \pm 4,1$

Min: Minimum, Maks: Maksimum, Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma, KS: Kültüre Standardize

Araştırma grubunun yaşam kalitesi alt alan puanlarının sosyodemografik özelliklere göre dağılımı Tablo 26’da görülmektedir. Yaşam kalitesi alt alanlarından fiziksel, psikolojik, sosyal alan puan ortalamaları yaş gruplarına göre farklılık göstermekteydi (sırasıyla  $p=0,015$ ,  $p=0,001$  ve  $p=0,022$ ). Fiziksel alan puan ortalamalarının 15-19 ve 30-39 yaş grubu arasında anlamlı farklı olduğu ( $p=0,013$ ); psikolojik alan puan ortalamalarının 15-19 yaş grubu ile 30-39 ve 40-49 yaş grubu arasında anlamlı farklı olduğu (sırasıyla  $p=0,004$  ve  $p=0,001$ ); sosyal alan puan ortalamalarının 15-19 yaş grubu ile 20-29 ve 15-19 yaş grubu ile 40-49 yaş grubu arasında anlamlı farklı olduğu (sırasıyla  $p=0,048$  ve  $p=0,013$ ) belirlendi.

Medeni duruma göre yaşam kalitesi alt alanlarından fiziksel, psikolojik ve sosyal alan puan ortalamaları anlamlı farklıydı (sırasıyla  $p=0,007$ ,  $p=0,005$  ve  $p=0,001$ ). Gruplar arası farklılığın 3 alt alanda da (fiziksel, psikolojik ve sosyal alan) evli ve bekârlar arasındaki farktan kaynaklandığı tespit edildi (sırasıyla  $p=0,006$ ,  $p=0,008$  ve  $p=0,001$ ).

Eğitim durumuna göre çevre alanı puan ortalamaları farklılık göstermekteydi ( $p=0,007$ ). Gruplar arası farklılığın ilkökul mezunları ile üniversite mezunları arasındaki farktan kaynaklandığı belirlendi ( $p=0,003$ ).

Yaşam kalitesi alt alanlarından fiziksel, psikolojik, sosyal alan puan ortalamaları çalışma durumuna göre anlamlı farklıydı (sırasıyla  $p=0,003$ ,  $p=0,008$  ve  $p=0,028$ ). Gruplar arası farklılığın 3 alt alanda da (fiziksel, psikolojik, sosyal alan) öğrenci olan gruptan kaynaklandığı ve öğrencilerin her 3 alt alanda da (fiziksel, psikolojik, sosyal alan) puan ortalamalarının diğer meslek gruplarından daha düşük olduğu belirlendi (tüm karşılaştırmalar için  $p<0,01$ ).

Gelir düzeyine göre yaşam kalitesi alt alanlarından fiziksel, psikolojik, sosyal ve çevre alanı puan ortalamaları farklılık göstermekteydi (sırasıyla  $p=0,003$ ,  $p=0,016$ ,  $p<0,001$  ve  $p<0,001$ ). Gruplar arası farklılığın fiziksel, psikolojik ve sosyal alanlarda, gelir düzeyi kötü olan grubun puan ortalamalarının diğer gruplardan daha düşük olmasından (tüm karşılaştırmalar için  $p<0,01$ ); çevre alanında ise gelir düzeyi çok kötü ve kötü olan gruplar arasında fark olmamasından ( $p>0,01$ ) ve diğer

grupların puan ortalamalarının birbirinden farklı olmasından kaynaklandığı belirlendi (tüm karşılaştırmalar için  $p<0,01$ ).

Gelir gider dengesine göre yaşam kalitesi alt alanlarından fiziksel, psikolojik sosyal ve çevre alanı puan ortalamaları farklılık göstermekteydi (sırasıyla  $p=0,002$ ,  $p=0,038$ ,  $p<0,009$  ve  $p<0,001$ ). Farkların; fiziksel alanda geliri giderine eşit olan ve geliri giderinden az olan iki grup arasındaki farktan ( $p=0,001$ ); psikolojik ve sosyal alanlarda geliri giderinden az ve geliri giderinden fazla olan iki grup arasındaki farktan (sırasıyla  $p=0,048$  ve  $p=0,010$ ); çevre alanında geliri giderinden az olan grubun puan ortalamasının, geliri giderine eşit ve geliri giderinden fazla olan grupların puan ortalamalarından farklı ve düşük olmasından kaynaklandığı belirlendi (sırasıyla  $p<0,001$  ve  $p<0,001$ ).

Anne eğitim durumuna göre KS çevre alanı puan ortalamaları farklılık göstermekteydi ( $p=0,043$ ). Gruplar arası farkın annesi lise mezunu olan grup ile annesi üniversite mezunu olan grup arasındaki farktan kaynaklandığı belirlendi ( $p<0,01$ ).

Baba eğitim durumuna göre yaşam kalitesi alt alanlarından fiziksel, psikolojik ve çevre alanı puan ortalamaları farklılık göstermekteydi (sırasıyla  $p=0,028$ ,  $p=0,050$  ve  $p=0,009$ ). Gruplar arası farklılığın 3 alt alanda da (fiziksel, psikolojik ve çevre alanı) babası lise mezunu olan grubun puan ortalamalarının diğer gruplardan yüksek olmasından kaynaklandığı tespit edildi (tüm karşılaştırmalar için  $p<0,01$ ).

**Tablo 26. Araştırma Grubunun Yaşam Kalitesi Alt Alanlarının Sosyodemografik Özelliklere Göre Dağılımı**

Özellikler	Sayı	Yaşam Kalitesi Alt Alanları (Ort ± SS)					
		Fiziksel alan	Psikolojik alan	Sosyal alan	Çevre alanı	KS Çevre alanı	
Yaş	15-19	36	13,7 ± 2,6	12,7 ± 3,0	12,8 ± 2,9	13,4 ± 2,8	13,9 ± 3,6
	20-29	94	14,6 ± 2,8	13,9 ± 2,9	14,4 ± 3,2	13,6 ± 2,9	14,7 ± 4,2
	30-39	135	15,2 ± 2,6	14,4 ± 2,3	14,3 ± 3,1	13,3 ± 2,8	14,6 ± 4,2
	40-49	73	14,8 ± 2,7	14,7 ± 2,2	14,8 ± 3,2	14,0 ± 2,6	15,5 ± 4,1
			<b>p=0,015</b>	<b>p=0,001</b>	<b>p=0,022</b>	p=0,333	p=0,242
Medeni durum	Evli	236	15,1 ± 2,5	14,4 ± 2,3	14,7 ± 3,0	13,6 ± 2,7	15,0 ± 4,2
	Bekâr	89	14,1 ± 3,0	13,5 ± 3,1	13,5 ± 3,0	13,6 ± 2,9	14,2 ± 4,0
	Boşanmış	10	13,8 ± 2,8	12,5 ± 2,7	11,5 ± 5,0	12,4 ± 4,1	13,6 ± 4,3
	Eşi ölmüş	3	16,0 ± 3,0	13,3 ± 4,2	11,6 ± 6,8	12,5 ± 2,6	12,0 ± 4,0
			<b>p=0,007</b>	<b>p=0,005</b>	<b>p=0,001</b>	p=0,393	p=0,157
Eğitim durumu	Okuryazar değil	4	14,4 ± 3,1	13,5 ± 2,1	13,3 ± 1,9	11,1 ± 1,5	17,0 ± 6,0
	İlkokul mezunu	76	14,6 ± 2,7	14,0 ± 2,3	13,6 ± 3,6	12,9 ± 3,0	15,2 ± 4,8
	Ortaokul mezunu	58	14,8 ± 2,7	13,7 ± 2,8	14,7 ± 3,2	13,4 ± 2,9	14,6 ± 3,7
	Lise mezunu	121	14,8 ± 2,5	14,1 ± 2,7	14,3 ± 2,9	13,6 ± 2,5	14,5 ± 4,1
	Üniversite mezunu	79	15,2 ± 2,9	14,6 ± 2,6	14,7 ± 3,1	14,3 ± 2,8	14,8 ± 3,6
			p=0,777	p=0,322	p=0,183	<b>p=0,007</b>	p=0,522
Çalışma durumu	Ev hanımı	176	14,9 ± 2,6	14,2 ± 2,5	14,4 ± 3,2	13,6 ± 2,9	15,2 ± 4,3
	Öğrenci	62	13,8 ± 3,0	13,1 ± 3,1	13,3 ± 2,9	13,3 ± 2,9	14,1 ± 3,9
	İşçi	47	15,4 ± 2,1	14,5 ± 2,2	15,0 ± 3,3	13,4 ± 2,5	14,5 ± 4,0
	Memur	42	14,9 ± 2,7	14,4 ± 2,2	14,4 ± 2,7	14,0 ± 2,3	14,4 ± 3,5
	Esnaf	7	17,6 ± 1,8	16,7 ± 2,6	13,7 ± 2,7	13,9 ± 2,7	13,1 ± 3,0
	Serbest meslek	4	14,7 ± 4,2	13,8 ± 4,6	13,7 ± 5,8	12,8 ± 4,8	15,0 ± 6,0
			<b>p=0,003</b>	<b>p=0,008</b>	<b>p=0,028</b>	p=0,822	p=0,216
Gelir düzeyi	Çok kötü	12	14,3 ± 2,8	13,3 ± 2,9	12,0 ± 3,5	11,3 ± 1,5	14,3 ± 4,7
	Kötü	18	12,4 ± 3,3	12,6 ± 2,8	11,9 ± 3,9	10,8 ± 2,5	12,4 ± 4,5
	Orta	177	14,7 ± 2,6	14,0 ± 2,5	14,1 ± 3,1	13,2 ± 2,6	14,7 ± 4,0
	İyi	120	15,3 ± 2,5	14,4 ± 2,5	14,9 ± 2,8	14,4 ± 2,5	15,0 ± 4,1
	Çok iyi	11	16,1 ± 2,9	16,1 ± 3,2	16,1 ± 3,9	17,4 ± 2,2	16,4 ± 3,3
			<b>p=0,003</b>	<b>p=0,016</b>	<b>p&lt;0,001</b>	<b>p&lt;0,001</b>	p=0,106
Gelir gider dengesi	Gelir gidere eşit	175	15,3 ± 2,4	14,3 ± 2,4	14,4 ± 3,0	14,0 ± 2,5	15,2 ± 3,8
	Gelir giderden az	126	14,2 ± 2,8	13,7 ± 2,7	13,7 ± 3,3	12,5 ± 2,6	14,2 ± 4,3
	Gelir giderden fazla	37	14,7 ± 3,0	14,9 ± 2,8	15,4 ± 3,2	14,8 ± 3,2	14,5 ± 4,7
		<b>p=0,002</b>	<b>p=0,038</b>	<b>p=0,009</b>	<b>p&lt;0,001</b>	p=0,117	
Anne eğitim durumu	Okuryazar değil	36	15,0 ± 3,6	14,5 ± 2,3	13,9 ± 3,6	12,5 ± 3,1	15,7 ± 4,5
	İlkokul mezunu	243	14,8 ± 2,5	14,0 ± 2,5	14,4 ± 3,1	13,6 ± 2,7	14,6 ± 4,0
	Ortaokul mezunu	33	14,7 ± 2,3	14,3 ± 3,1	14,3 ± 3,1	13,9 ± 2,9	14,7 ± 4,2
	Lise mezunu	22	15,8 ± 2,9	14,2 ± 3,6	13,9 ± 3,4	13,8 ± 3,3	16,0 ± 4,1
	Üniversite mezunu	4	13,4 ± 2,5	13,7 ± 1,2	14,7 ± 1,9	13,6 ± 2,5	10,0 ± 2,3
		p=0,311	p=0,773	p=0,916	p=0,333	<b>p=0,043</b>	
Baba eğitim durumu	Okuryazar değil	11	15,0 ± 3,3	13,4 ± 2,5	13,1 ± 4,4	12,5 ± 3,2	16,7 ± 5,0
	İlkokul mezunu	195	14,6 ± 2,8	14,0 ± 2,5	14,0 ± 3,2	13,3 ± 2,8	14,4 ± 4,2
	Ortaokul mezunu	49	14,7 ± 2,3	13,9 ± 3,0	14,1 ± 3,1	13,5 ± 2,7	14,4 ± 4,0
	Lise mezunu	57	15,9 ± 2,2	15,0 ± 2,6	15,2 ± 2,8	14,6 ± 2,6	15,6 ± 3,9
	Üniversite mezunu	26	14,5 ± 2,5	13,6 ± 2,5	14,9 ± 2,6	13,9 ± 2,3	15,4 ± 3,3
		<b>p=0,028</b>	<b>p=0,050</b>	p=0,084	<b>p=0,009</b>	p=0,131	
<b>Toplam</b>		<b>338</b>	<b>14,8 ± 2,7</b>	<b>14,1 ± 2,6</b>	<b>14,3 ± 3,2</b>	<b>13,6 ± 2,8</b>	<b>14,7 ± 4,1</b>

Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma, KS: Kültüre Standardize

Araştırma grubunun yaşam kalitesi alt alanlarının sağlıkla ilgili özelliklere göre dağılımı Tablo 27’de görülmektedir. Sağlık algısına göre yaşam kalitesinin tüm alt alanları (fiziksel, psikolojik, sosyal, çevre ve KS çevre alanları) puan ortalamaları farklılık göstermekteydi (sırasıyla  $p<0,001$ ,  $p<0,001$ ,  $p<0,001$ ,  $p<0,001$  ve  $p=0,013$ ). Gruplar arası farklılığın fiziksel, psikolojik, sosyal ve çevre alanlarında, sağlık algısı çok iyi olan grubun puan ortalamalarının diğer gruplardan daha yüksek olmasından (tüm karşılaştırmalar için  $p<0,01$ ); KS çevre alanında, sağlık algısı orta ve çok iyi olan iki grup arasındaki farktan kaynaklandığı belirlendi ( $p=0,008$ ).

Kronik hastalığı olmayanlarda fiziksel alan puan ortalaması yüksekti ( $p<0,018$ ).

Düzenli egzersiz yapanlarda fiziksel, psikolojik, çevre ve KS çevre alanı puan ortalamaları daha yüksekti (sırasıyla  $p<0,001$ ,  $p=0,003$ ,  $p=0,001$  ve  $p=0,030$ ).

Düzenli uyuyanlarda yaşam kalitesi tüm alt alanları puan ortalamaları daha yüksekti (tüm alt alanlar için  $p<0,001$ ).

Yaşam kalitesinin alt alanlarının puan ortalamaları, sigara kullanma durumu, alkol kullanma durumu ve VKİ’ye göre farklılık göstermemekteydi (p değerleri için bakınız Tablo 27).

**Tablo 27. Araştırma Grubunun Yaşam Kalitesi Alt Alanlarının Sağlıkla İlgili Özelliklere Göre Dağılımı**

Özellikler	Sayı	Yaşam Kalitesi Alt Alanları (Ort±SS)				
		Fiziksel alan	Psikolojik alan	Sosyal alan	Çevre alanı	KS Çevre alanı
Sağlık algısı						
Çok kötü	7	13,1 ± 3,0	11,8 ± 2,7	11,4 ± 4,4	11,1 ± 2,1	17,1 ± 3,8
Kötü	7	12,7 ± 2,2	11,4 ± 2,7	10,1 ± 3,5	11,1 ± 2,0	12,6 ± 4,9
Orta	112	13,6 ± 2,6	13,4 ± 2,7	13,5 ± 3,4	12,6 ± 2,9	14,0 ± 4,2
İyi	187	15,3 ± 2,3	14,4 ± 2,2	14,6 ± 2,6	13,9 ± 2,3	15,0 ± 3,9
Çok iyi	25	17,8 ± 2,2	16,7 ± 2,7	16,7 ± 3,2	16,6 ± 2,8	16,3 ± 4,5
		<b>p&lt;0,001</b>	<b>p&lt;0,001</b>	<b>p&lt;0,001</b>	<b>p&lt;0,001</b>	<b>p=0,013</b>
Kronik hastalığa sahip olma durumu						
Var	37	13,9 ± 2,7	13,9 ± 2,8	13,7 ± 3,9	13,3 ± 3,1	13,7 ± 5,0
Yok	301	15,0 ± 2,7	14,1 ± 2,6	14,3 ± 3,1	13,6 ± 2,7	14,9 ± 4,0
		<b>p=0,018</b>	p=0,604	p=0,302	p=0,506	p=0,187
Sigara içme durumu						
Hiç kullanmamış	260	14,9 ± 2,6	14,2 ± 2,5	14,4 ± 3,1	13,7 ± 2,7	14,9 ± 4,2
İçiyor	59	14,8 ± 3,0	13,8 ± 2,9	14,0 ± 3,3	13,0 ± 2,9	14,4 ± 3,9
Bırakmış	19	14,3 ± 3,4	14,0 ± 3,3	13,4 ± 4,0	13,7 ± 2,7	14,1 ± 4,3
		p=0,754	p=0,785	p=0,403	p=0,226	p=0,506
Alkol kullanma durumu						
Hiç kullanmıyor	315	14,9 ± 2,6	14,2 ± 2,6	14,3 ± 3,2	13,5 ± 2,7	14,8 ± 4,1
Nadiren kullanıyor	23	14,2 ± 3,3	13,5 ± 3,2	13,9 ± 3,4	13,8 ± 3,2	13,6 ± 4,5
		p=0,383	p=0,310	p=0,481	p=0,406	p=0,123
Düzenli egzersiz yapma durumu						
Evet	95	15,7 ± 2,6	14,8 ± 2,7	14,7 ± 3,4	14,3 ± 2,7	15,5 ± 4,0
Hayır	243	14,5 ± 2,6	13,9 ± 2,6	14,1 ± 3,1	13,3 ± 2,7	14,5 ± 4,1
		<b>p&lt;0,001</b>	<b>p=0,003</b>	p=0,113	<b>p=0,001</b>	<b>p=0,030</b>
Düzenli uyuma durumu						
Evet	183	15,6 ± 2,5	14,8 ± 2,4	15,0 ± 3,1	14,2 ± 2,8	15,5 ± 4,0
Hayır	155	13,9 ± 2,6	13,3 ± 2,6	13,5 ± 3,1	12,8 ± 2,5	13,9 ± 4,2
		<b>p&lt;0,001</b>	<b>p&lt;0,001</b>	<b>p&lt;0,001</b>	<b>p&lt;0,001</b>	<b>p&lt;0,001</b>
VKİ						
<18,5	27	14,9 ± 2,6	14,4 ± 2,4	14,0 ± 3,5	14,0 ± 2,6	14,4 ± 3,7
18,5-24,9	162	14,7 ± 2,7	14,0 ± 2,9	14,1 ± 3,0	13,4 ± 2,8	14,6 ± 4,0
25-29,9	109	15,2 ± 2,5	14,3 ± 2,3	14,7 ± 3,3	13,8 ± 2,8	15,2 ± 4,1
≥30	40	14,8 ± 2,7	13,8 ± 2,5	14,1 ± 3,4	13,2 ± 2,9	14,5 ± 5,0
		p=0,390	p=0,711	p=0,248	p=0,395	p=0,576
<b>Toplam</b>	<b>338</b>	<b>14,8 ± 2,7</b>	<b>14,1 ± 2,6</b>	<b>14,3 ± 3,2</b>	<b>13,6 ± 2,8</b>	<b>14,7 ± 4,1</b>

Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma, KS: Kültüre Standardize, VKİ: Vücut Kütle İndeksi



Araştırma grubunun yaşam kalitesi alt alanlarının aile planlaması kullanımı ile ilgili özelliklere göre dağılımı Tablo 28’de görülmektedir. Aile planlaması yöntemi kullananlarda sosyal ve KS çevre alanı puan ortalamaları daha yüksekti (sırasıyla  $p=0,038$  ve  $p=0,045$ ). Yaşam kalitesi tüm alt alanları (fiziksel, psikolojik, sosyal, çevre ve KS çevre alanları) puan ortalamaları kullanılan aile planlaması yöntemine göre farklılık göstermemektedir (sırasıyla  $p=0,876$ ,  $p=0,248$ ,  $p=0,503$ ,  $p=0,822$  ve  $p=0,713$ ).

**Tablo 28. Araştırma Grubunun Yaşam Kalitesi Alt Alanlarının Aile Planlaması Kullanımı ile İlgili Özelliklere Göre Dağılımı**

Özellikler	Sayı	Yaşam Kalitesi Alt Alanları (Ort ± SS)				
		Fiziksel alan	Psikolojik alan	Sosyal alan	Çevre alanı	KS Çevre alanı
Aile planlaması yöntemi kullanımı (n=249)*						
Evet	192	15,1 ± 2,5	15,5 ± 2,3	14,8 ± 3,1	13,6 ± 2,7	15,2 ± 4,3
Hayır	57	15,1 ± 2,6	14,0 ± 2,7	13,8 ± 3,4	13,5 ± 3,0	14,0 ± 3,6
		p=0,921	p=0,160	<b>p=0,038</b>	p=0,878	<b>p=0,045</b>
Kullanılan Aile planlaması yöntemi (n=192)†						
Kondom	73	15,3 ± 2,2	14,9 ± 2,1	15,3 ± 2,6	13,8 ± 2,4	15,7 ± 3,9
Spiral	48	14,7 ± 2,7	14,4 ± 2,2	14,5 ± 3,3	13,3 ± 3,1	15,2 ± 4,1
Geri çekme	47	15,2 ± 2,3	14,1 ± 2,3	14,8 ± 3,1	13,1 ± 3,2	14,5 ± 5,5
Tüp ligasyonu	19	15,2 ± 3,3	14,4 ± 2,5	14,2 ± 3,8	13,8 ± 2,2	15,1 ± 4,4
Takvim	5	14,9 ± 3,2	13,5 ± 2,9	12,8 ± 4,9	12,7 ± 3,9	12,8 ± 5,2
		p=0,876	p=0,248	p=0,503	p=0,822	p=0,713
<b>Toplam</b>	<b>249</b>	<b>14,8 ± 2,7</b>	<b>14,1 ± 2,6</b>	<b>14,3 ± 3,2</b>	<b>13,6 ± 2,8</b>	<b>14,7 ± 4,1</b>

Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma, KS: Kültüre Standardize

\* Bekar olup aile planlaması yöntemi kullanan olmadığı için Sadece evli ve dul (boşanmış veya eşi ölmüş) kadınlar arasındaki dağılım verilmiş olduğundan n=249'dur.

† Sadece aile planlaması kullananlar içindeki dağılım verilmiştir (n=192).

Araştırma grubunun yaşam kalitesi alt alanlarının adet görme ile ilgili özelliklere göre dağılımı Tablo 29’da verilmiştir. Adet kanamasının günlük miktarına göre yaşam kalitesi alt alanlarından fiziksel ve psikolojik alan puan ortalamaları farklılık göstermekteydi (sırasıyla  $p=0,041$  ve  $p=0,038$ ) ve farkın her iki alanda da günlük kanama miktarı normal ve az olan iki grup arasındaki farktan kaynaklandığı belirlendi (sırasıyla  $p=0,030$  ve  $p=0,044$ ).

Dismenoresi olan grupta fiziksel ve çevre alanı puan ortalamaları daha düşüktü (sırasıyla  $p=0,033$  ve  $p=0,045$ ). Dismenore şiddetine göre fiziksel alan puan ortalamaları farklılık göstermekteydi ( $p<0,001$ ). Farkın; ağır dismenore yaşayan grubun puan ortalamasının hafif ve orta dismenore yaşayan gruptan daha düşük olmasından kaynaklandığı belirlendi (sırasıyla  $p<0,001$  ve  $p=0,004$ ).

İlk kez adet gördüğünde olumlu duygular hissedenlerin psikolojik ve çevre alanı puan ortalamaları olumsuz duygular hissedenlerden daha yüksekti (sırasıyla  $p=0,013$  ve  $p=0,035$ ).

Adet görmeden önce adetle ilgili bilgi almış olanların çevre alanı puan ortalamaları bilgi almamış olanlardan daha yüksekti ( $p=0,004$ ).

Adet görmenin gerekli olduğunu düşünenlerin psikolojik, sosyal ve çevre alanı puan ortalamaları gerekli olmadığını düşünenlerden daha yüksekti (sırasıyla  $p=0,026$ ,  $p=0,031$  ve  $p=0,025$ ).

Adet görmenin doğal olduğunu düşünenlerin fiziksel, sosyal ve çevre alanı puan ortalamaları doğal olmadığını düşünenlerden daha yüksekti (sırasıyla  $p=0,048$ ,  $p=0,030$  ve  $p=0,007$ ).

**Tablo 29. Araştırma Grubunun Yaşam Kalitesi Alt Alanlarının Adet Görme ile İlgili Özelliklere Göre Dağılımı**

Özellikler	Sayı	Yaşam Kalitesi Alt Alanları (Ort±SS)				
		Fiziksel alan	Psikolojik alan	Sosyal alan	Çevre alanı	KS Çevre alanı
Adetliyen günlük kanama miktarı						
Yoğun (>4 ped)	58	14,4 ± 2,6	13,8 ± 2,8	14,3 ± 3,5	13,6 ± 3,0	15,1 ± 4,0
Normal (2-4 ped)	222	15,1 ± 2,5	14,4 ± 2,5	14,5 ± 2,9	13,7 ± 2,6	14,9 ± 4,2
Az (<2 ped)	58	14,2 ± 3,1	13,4 ± 2,6	13,4 ± 3,6	13,0 ± 3,3	13,9 ± 4,1
		<b>p=0,041</b>	<b>p=0,038</b>	p=0,089	p=0,200	p=0,182
Dismenore görülme durumu						
Evet	229	14,6 ± 2,7	14,0 ± 2,7	14,1 ± 3,2	13,3 ± 2,8	14,5 ± 4,1
Hayır	109	15,3 ± 2,5	14,4 ± 2,5	14,7 ± 3,1	14,0 ± 2,7	15,3 ± 4,1
		<b>p=0,033</b>	p=0,143	p=0,084	<b>p=0,045</b>	p=0,094
Dismenore şiddeti*						
Hafif	50	15,6 ± 2,6	14,7 ± 2,6	14,6 ± 3,0	13,9 ± 2,9	14,6 ± 3,9
Orta	107	14,9 ± 2,8	13,9 ± 2,7	14,1 ± 3,2	13,4 ± 2,7	14,4 ± 4,2
Ağır	72	13,6 ± 2,5	13,7 ± 2,6	13,6 ± 3,2	12,9 ± 2,7	14,6 ± 4,2
		<b>p&lt;0,001</b>	p=0,108	p=0,242	p=0,161	p=0,888
İlk kez adet görüldüğünde hissedilenler						
Olumlu duygular	127	15,1 ± 2,6	14,6 ± 2,5	14,4 ± 3,2	14,0 ± 2,7	15,1 ± 4,0
Olumsuz duygular	211	14,7 ± 2,7	13,8 ± 2,7	14,2 ± 3,1	13,3 ± 2,8	14,6 ± 4,2
		p=0,122	<b>p=0,013</b>	p=0,585	<b>p=0,035</b>	p=0,256
Adetle ilgili bilgi alma durumu						
Evet	226	14,9 ± 2,6	14,3 ± 2,7	14,4 ± 3,2	13,9 ± 2,8	14,9 ± 4,1
Hayır	112	14,7 ± 2,8	13,7 ± 2,4	14,0 ± 3,1	13,0 ± 2,7	14,5 ± 4,3
		p=0,416	p=0,062	p=0,335	<b>p=0,004</b>	p=0,488
Adet görmenin gerekliliği düşüncesi						
Evet	327	14,9 ± 2,7	14,2 ± 2,6	14,4 ± 3,1	13,6 ± 2,7	14,8 ± 4,1
Hayır	11	13,6 ± 3,0	12,1 ± 3,0	11,9 ± 3,7	11,6 ± 3,1	13,5 ± 3,7
		p=0,182	<b>p=0,026</b>	<b>p=0,031</b>	<b>p=0,025</b>	p=0,267
Adet görmenin doğallığı düşüncesi						
Evet	333	14,9 ± 2,7	14,1 ± 2,6	14,3 ± 3,1	13,6 ± 2,8	14,7 ± 4,1
Hayır	5	12,2 ± 3,3	12,8 ± 2,7	10,9 ± 3,3	10,0 ± 2,2	16,8 ± 3,3
		<b>p=0,048</b>	p=0,280	<b>p=0,030</b>	<b>p=0,007</b>	p=0,261
<b>Toplam</b>	<b>338</b>	<b>14,8 ± 2,7</b>	<b>14,1 ± 2,6</b>	<b>14,3 ± 3,2</b>	<b>13,6 ± 2,8</b>	<b>14,7 ± 4,1</b>

Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma, KS: Kültüre Standardize

\* Sadece dismenoresi olanlar içindeki dağılım verildiği için n=229'dur.

Araştırma grubunun yaşam kalitesi alt alanlarının adet öncesi dönem özelliklerine göre dağılımı Tablo 30'da verilmiştir. Adet başlamadan önceki duruma göre psikolojik alan ve KS çevre alanı puan ortalamaları farklılık göstermekteydi (sırasıyla  $p=0,049$  ve  $p=0,004$ ). Gruplar arası farklılığın adet başlamadan önceki durumu her zamanki gibi olan kadınların puan ortalamalarının diğer gruplardan (adet başlamadan önceki durumu daha kötü ya da daha iyi olan gruplardan) daha yüksek olmasından kaynaklandığı belirlendi (tüm ikili karşılaştırmalar için  $p<0,017$ ).

Adet başlamadan önceki hafta durumu daha kötü olan kadınların kendilerini daha iyi hissetmek için yaptıklarına göre yaşam kalitesi tüm alt alanları (fiziksel, psikolojik, sosyal, çevre, KS çevre alanları) puan ortalamaları bakımından farklılık göstermemekteydi (sırasıyla  $p=0,859$ ,  $p=0,092$ ,  $p=0,311$ ,  $p=0,982$  ve  $p=0,701$ ).

PMSÖ'den alınan puana göre PMS'si olan kadınların yaşam kalitesi tüm alt alanları (fiziksel, psikolojik, sosyal, çevre, KS çevre alanları) puan ortalamaları daha düşüktü (tüm alt alanlar için  $p<0,001$ ).

Annesinde PMS tanısı ya da semptomları olan kadınların sosyal alan puan ortalamaları annesinde PMS tanısı olmayanlardan ve kız kardeşinde PMS tanısı ya da semptomları olan kadınların fiziksel alan puan ortalamaları kız kardeşinde PMS tanısı olmayanlardan daha yüksekti (sırasıyla  $p=0,009$  ve  $p=0,042$ ).

Yaşam kalitesi tüm alt alanlarının (fiziksel, psikolojik, sosyal, çevre, KS çevre alanları) puan ortalamaları daha önce PMS tanısı almış olan ve olmayan kadınlar arasında farklılık göstermemekteydi (sırasıyla  $p=0,916$ ,  $p=0,435$ ,  $p=0,597$ ,  $p=0,982$  ve  $p=0,701$ ).

**Tablo 30. Araştırma Grubunun Yaşam Kalitesi Alt Alanlarının Adet Öncesi Dönem Özelliklerine Göre Dağılımı**

Özellikler	Sayı	Yaşam Kalitesi Alt Alanları (Ort±SS)				
		Fiziksel alan	Psikolojik alan	Sosyal alan	Çevre alanı	KS Çevre alanı
Adet başlamadan önceki durum						
Daha kötü	172	14,5 ± 2,8	13,8 ± 2,6	14,1 ± 3,2	13,4 ± 2,7	14,0 ± 4,2
Aynı	140	15,3 ± 2,5	14,5 ± 2,5	14,5 ± 3,1	13,8 ± 2,8	15,6 ± 4,0
Daha iyi	26	14,7 ± 2,6	13,8 ± 3,0	14,5 ± 3,3	13,5 ± 3,4	15,4 ± 3,5
		p=0,076	<b>p=0,049</b>	p=0,515	p=0,438	<b>p=0,004</b>
Adet başlamadan önceki durumda yapılanlar*						
Tedavi uygulamıyorum	113	14,5 ± 2,8	13,6 ± 2,6	13,9 ± 3,1	13,4 ± 2,8	14,1 ± 4,2
Tedavi uyguluyorum	59	14,6 ± 2,7	14,3 ± 2,7	14,4 ± 3,4	13,4 ± 2,4	13,8 ± 4,0
		p=0,859	p=0,092	p=0,311	p=0,982	p=0,701
PMS tanısı/semptomları varlığı						
Evet	50	14,8 ± 3,1	14,4 ± 2,9	14,1 ± 3,2	13,6 ± 3,3	14,9 ± 4,2
Hayır	288	14,8 ± 2,6	14,1 ± 2,6	14,3 ± 3,2	13,5 ± 2,7	14,7 ± 4,1
		p=0,916	p=0,435	p=0,597	p=0,865	p=0,820
PMSÖ'den alınan puana göre PMS varlığı						
Evet		13,6 ± 2,6	13,2 ± 2,7	13,2 ± 3,4	12,7 ± 2,8	13,9 ± 4,1
Hayır		16,0 ± 2,2	15,0 ± 2,2	15,2 ± 2,6	14,3 ± 2,5	15,6 ± 4,0
		<b>p&lt;0,001</b>	<b>p&lt;0,001</b>	<b>p&lt;0,001</b>	<b>p&lt;0,001</b>	<b>p&lt;0,001</b>
Annede PMS tanısı/semptomları varlığı						
Evet	31	14,2 ± 2,5	14,3 ± 2,5	12,8 ± 3,3	13,4 ± 3,0	14,7 ± 3,6
Hayır	307	14,9 ± 2,7	14,1 ± 2,6	14,4 ± 3,1	13,6 ± 2,8	14,8 ± 4,2
		p=0,149	p=0,652	<b>p=0,009</b>	p=0,695	p=0,946
Kız kardeşte PMS tanısı/semptomları varlığı†						
Evet	36	14,0 ± 3,3	14,4 ± 2,6	13,6 ± 3,2	12,9 ± 3,2	14,9 ± 3,8
Hayır	255	15,0 ± 2,6	14,2 ± 2,6	14,4 ± 3,2	13,6 ± 2,8	14,8 ± 4,2
		<b>p=0,042</b>	p=0,560	p=0,174	p=0,157	p=0,895
<b>Toplam</b>	<b>338</b>	<b>14,8 ± 2,7</b>	<b>14,1 ± 2,6</b>	<b>14,3 ± 3,2</b>	<b>13,6 ± 2,8</b>	<b>14,7 ± 4,1</b>

PMS: Premenstrüel Sendrom, PMSÖ: Premenstrüel Sendrom Ölçeği

Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma, KS: Kültüre Standardize

\* Daha kötü hissedenenler içindeki dağılım verildiği için n=172'dir.

† 47 kişinin kız kardeşi olmadığı için n=291'dir.

Araştırma grubunun sosyodemografik özelliklerinden ve bazı alışkanlıklarından sıralı ve sayısal olan değişkenlerin yaşam kalitesi alt alanları ile korelasyonları Tablo 31’de görülmektedir.

Yaş arttıkça yaşam kalitesi alt alanlarından fiziksel, psikolojik ve sosyal alan puanları artmaktaydı (sırasıyla  $r=0,140$ ,  $p=0,010$ ;  $r=0,202$ ,  $p<0,001$  ve  $r=0,118$ ,  $p=0,030$ ).

Eğitim düzeyi arttıkça yaşam kalitesi alt alanlarından çevre alanı puanı artmaktaydı ( $\rho=0,189$ ,  $p<0,001$ ).

Gelir düzeyi arttıkça yaşam kalitesinin tüm alt alanlarının puanları artmaktaydı (sırasıyla  $\rho=0,187$ ,  $p=0,001$ ;  $\rho=0,154$ ,  $p=0,004$ ;  $\rho=0,231$ ,  $p<0,001$ ;  $\rho=0,377$ ,  $p<0,001$  ve  $\rho=0,110$ ,  $p=0,044$ )

Sağlık algısı arttıkça yaşam kalitesinin tüm alt alanlarının puanları artmaktaydı (sırasıyla  $\rho=0,429$ ,  $p<0,001$ ;  $\rho=0,320$ ,  $p<0,001$ ;  $\rho=0,292$ ,  $p<0,001$ ;  $\rho=0,373$ ,  $p<0,001$  ve  $\rho=0,137$ ,  $p=0,012$ ).

Babanın eğitim düzeyi arttıkça yaşam kalitesi alt alanlarından sosyal alan ve çevre alanı puanları artmaktaydı (sırasıyla  $\rho=0,144$ ,  $p=0,008$  ve  $\rho=0,173$ ,  $p=0,001$ ).

Günlük kola tüketimi arttıkça yaşam kalitesi alt alanlarından fiziksel alan, psikolojik alan, çevre alanı ve KS çevre alanı puanları azalmaktaydı (sırasıyla  $r=-0,179$ ,  $p=0,001$ ;  $r=-0,109$ ,  $p=0,045$ ;  $r=-0,128$ ,  $p=0,019$  ve  $r=-0,118$ ,  $p=0,030$ ).

Alkol kullanma durumu, VKİ, anne eğitim durumu, günlük çay tüketimi, günlük kahve tüketimi ve günlük uyku süresi ile yaşam kalitesi alt alanlarının hiçbiri arasında anlamlı korelasyon belirlenmedi (p değerleri için bakınız Tablo 31).

**Tablo 31. Araştırma Grubunun Sosyodemografik Özelliklerinden ve Bazı Alışkanlıklarından Sıralı ve Sayısal Olan Değişkenlerin Yaşam Kalitesi Alt Alanları ile Korelasyonları**

Özellikler	Yaşam Kalitesi Alt Alanları				
	Fiziksel alan	Psikolojik alan	Sosyal alan	Çevre alanı	KS Çevre alanı
Yaş (yıl)					
r	0,140	0,202	0,118	0,050	0,104
p	<b>0,010</b>	<b>p&lt;0,001</b>	<b>0,030</b>	0,362	0,056
Eğitim durumu (Düşükten yükseğe doğru sıralı)					
rho	0,065	0,105	0,097	0,189	-0,058
p	0,231	0,053	0,074	<b>p&lt;0,001</b>	0,284
Gelir düzeyi (Düşükten yükseğe doğru sıralı)					
rho	0,187	0,154	0,231	0,377	0,110
p	<b>0,001</b>	<b>0,004</b>	<b>p&lt;0,001</b>	<b>p&lt;0,001</b>	<b>0,044</b>
Sağlık algısı (Düşükten yükseğe doğru sıralı)					
rho	0,429	0,320	0,292	0,373	0,137
p	<b>p&lt;0,001</b>	<b>p&lt;0,001</b>	<b>p&lt;0,001</b>	<b>p&lt;0,001</b>	<b>0,012</b>
Alkol kullanım durumu (Düşükten yükseğe doğru sıralı)					
rho	-0,047	-0,55	-0,038	0,045	-0,084
p	0,384	0,310	0,482	0,407	0,123
VKİ (Düşükten yükseğe doğru sıralı)					
rho	0,019	-0,022	0,070	0,004	0,055
p	0,731	0,684	0,200	0,942	0,312
Anne eğitim durumu (Düşükten yükseğe doğru sıralı)					
rho	-0,009	-0,018	0,005	0,099	-0,042
p	0,868	0,740	0,931	0,068	0,436
Baba eğitim durumu (Düşükten yükseğe doğru sıralı)					
rho	0,089	0,066	0,144	0,173	0,049
p	0,104	0,223	<b>0,008</b>	<b>0,001</b>	0,368
Günlük çay tüketimi (fincan)					
r	0,100	0,006	0,090	0,038	0,048
p	0,067	0,913	0,099	0,488	0,383
Günlük kahve tüketimi (fincan)					
r	-0,070	-0,080	-0,044	-0,007	-0,096
p	0,198	0,143	0,422	0,894	0,079
Günlük kola tüketimi (fincan)					
r	-0,179	-0,109	-0,055	-0,128	-0,118
p	<b>0,001</b>	<b>0,045</b>	0,311	<b>0,019</b>	<b>0,030</b>
Günlük uyku süresi (saat)					
r	-0,054	-0,038	-0,006	0,020	0,075
p	0,325	0,485	0,911	0,716	0,167

r: Pearson korelasyon katsayısı, rho: Spearman korelasyon katsayısı, KS: Kültüre Standardize, VKİ: Vücut Kütle İndeksi



Araştırma grubunun üreme sağlığı ve adet görme ile ilgili özelliklerinin yaşam kalitesi alt alanları ile korelasyonları Tablo 32’de görülmektedir.

Toplam gebelik sayısı arttıkça yaşam kalitesi alt alanlarından sosyal alan ve çevre alanı puanları azalmaktaydı (sırasıyla  $r=-0,138$ ,  $p=0,029$  ve  $r=-0,136$ ,  $p=0,032$ ).

Toplam isteyerek düşük sayısı arttıkça yaşam kalitesi alt alanlarından psikolojik alan ve sosyal alan puanları azalmaktaydı (sırasıyla  $r=-0,125$ ,  $p=0,048$  ve  $r=-0,190$ ,  $p=0,003$ ).

Toplam canlı doğum sayısı arttıkça yaşam kalitesi alt alanlarından çevre alanı puanı azalmaktaydı ( $r=-0,128$ ,  $p=0,044$ ).

Dismenore şiddeti arttıkça yaşam kalitesi alt alanlarından fiziksel alan ve psikolojik alan puanları azalmaktaydı (sırasıyla  $\rho=-0,274$ ,  $p<0,001$  ve  $\rho=-0,136$ ,  $p=0,040$ ).

Adet başlamadan önceki hafta hissedilenler her zamankine göre daha kötüye gittikçe yaşam kalitesi alt alanlarından KS çevre alanı puanı azalmaktaydı ( $\rho=-0,174$ ,  $p=0,001$ ).

İlk evlenme yaşı, toplam düşük sayısı, toplam ölü doğum sayısı, ilk adet görme yaşı, adet siklus uzunluğu, adet süresi, adetliyken günlük kanama miktarı ile yaşam kalitesi alt alanlarından hiçbiri arasında anlamlı korelasyon belirlenmedi (p değerleri için bakınız Tablo 32).

**Tablo 32. Araştırma Grubunun Üreme Sağlığı ve Adet Görme ile İlgili Özelliklerinin Yaşam Kalitesi Alt Alanları ile Korelasyonları**

Özellikler	Yaşam Kalitesi Alt Alanları				
	Fiziksel alan	Psikolojik alan	Sosyal alan	Çevre alanı	KS Çevre alanı
İlk evlenme yaşı (yıl)					
r	0,022	0,037	0,052	0,119	0,032
p	0,727	0,559	0,417	0,061	0,614
Toplam gebelik sayısı					
r	-0,073	-0,036	-0,138	-0,136	0,102
p	0,251	0,574	<b>0,029</b>	<b>0,032</b>	0,108
Toplam kendiliğinden düşük sayısı					
r	-0,003	0,012	0,007	0,008	0,089
p	0,964	0,853	0,915	0,895	0,163
Toplam isteyerek düşük sayısı					
r	-0,098	-0,125	-0,190	-0,111	0,082
p	0,123	<b>0,048</b>	<b>0,003</b>	0,080	0,200
Toplam canlı doğum sayısı					
r	-0,051	0,014	-0,076	-0,128	0,056
p	0,419	0,828	0,233	<b>0,044</b>	0,377
Toplam ölü doğum sayısı					
r	0,023	0,013	-0,042	-0,018	-0,022
p	0,719	0,837	0,511	0,782	0,726
İlk adet görme yaşı (yıl)					
r	-0,045	0,055	-0,055	-0,001	0,001
p	0,413	0,313	0,315	0,984	0,985
Adet siklus uzunluğu (gün)					
r	-0,005	-0,032	-0,007	0,041	0,021
p	0,926	0,558	0,893	0,452	0,701
Adet süresi (gün)					
r	-0,070	0,061	0,057	-0,003	0,102
p	0,196	0,267	0,296	0,953	0,061
Adetliken günlük kanama miktarı (Yüksekten düşüğe doğru sıralı)					
rho	-0,001	-0,035	-0,078	-0,027	-0,091
p	0,978	0,521	0,151	0,627	0,094
Dismenore şiddeti (Düşükten yükseğe doğru sıralı)					
rho	-0,274	-0,136	-0,104	-0,127	0,014
p	<b>p&lt;0,001</b>	<b>0,040</b>	0,115	0,054	0,830
Adet başlamadan önceki hafta hissedilenler (Yüksekten düşüğe doğru sıralı)					
rho	-0,097	-0,087	-0,057	-0,053	-0,174
p	0,074	0,112	0,292	0,330	<b>0,001</b>

r: Pearson korelasyon katsayısı, rho: Spearman korelasyon katsayısı, KS: Kültüre standardize

PMS görülme durumu ile tek değişkenli analizlerde ilişkili bulunan değişkenlerin (yaş, sağlık algısı, kronik hastalığa sahip olma durumu, düzenli egzersiz yapma durumu, düzenli uyuma durumu, günlük çay tüketimi, günlük kahve tüketimi, günlük kola tüketimi, adetliyken günlük kanama miktarı, dismenore görülme durumu, ilk adet görüldüğünde hissedilenler, adet başlamadan önceki durum, PMS tanısı/semptomları varlığı, annede PMS tanısı/semptomları varlığı, kız kardeşte PMS tanısı/semptomları varlığı) lojistik regresyon analiz sonuçları Tablo 33'te görülmektedir. PMS görülme durumu ile tek değişkenli analizlerde ilişkili bulunan “dismenore şiddeti”, “dismenore görülme durumu” ile yüksek korelasyon gösterdiği için lojistik regresyon analizine alınmadı.

PMS görülme durumunu; sağlık algısının çok iyiden kötüye doğru gitmesi 2,47 kat, kronik hastalığa sahip olma durumu 3,30 kat, günlük kahve tüketiminde 1 birimlik artış 1,55 kat, günlük kola tüketimindeki 1 birimlik artış 1,56 kat, adet başlamadan önceki durumun daha kötü olması 5,0 kat, annede PMS tanısı/semptomları varlığı 3,90 kat artırmakta (sırasıyla  $p=0,004$ ,  $p=0,032$ ,  $p=0,013$ ,  $p=0,046$ ,  $p<0,001$  ve  $p=0,025$ ); düzenli egzersiz yapmak 0,40 kat azaltmaktaydı ( $p=0,009$ ).

**Tablo 33. PMS Görülme Durumu ile Tek Değişkenli Analizlerde İlişkili Bulunan Değişkenlerin Regresyon Analizi Sonuçları**

Analize alınan değişken	PMS Görülme Durumu Exp [B] (%95 Güven Aralığı)	P
Yaş (yıl)	1,00 (0,96 - 1,04)	0,876
Sağlık algısı (orta ve altı=1, iyi ve çok iyi=0)	2,47 (1,32 - 4,60)	<b>0,004</b>
Kronik hastalığa sahip olma durumu (var=1, yok=0)	3,30 (1,11 - 9,81)	<b>0,032</b>
Düzenli egzersiz yapma durumu (yapıyor=1, yapmıyor =0)	0,40 (0,20 - 0,80)	<b>0,009</b>
Düzenli uyuma durumu (evet=1, hayır=0)	0,60 (0,33 - 1,08)	0,085
Günlük çay tüketimi (fincan)	0,95 (0,86 - 1,05)	0,302
Günlük kahve tüketimi (fincan)	1,55 (1,10 - 2,19)	<b>0,013</b>
Günlük kola tüketimi (bardak)	1,56 (1,01 - 2,42)	<b>0,046</b>
Adetliyen günlük kanama miktarı (yoğun=1, diğer=normal ve az)	1,62 (0,76 - 3,46)	0,209
Dismenore görülme durumu (evet=1, hayır=0)	1,83 (0,97 - 3,45)	0,061
İlk adet görüldüğünde hissedilenler (olumsuz duygular=1, olumlu duygular=0)	1,49 (0,82 - 2,72)	0,190
Adet başlamadan önceki durum (daha kötü=1, aynı ve daha iyi=0)	5,00 (2,76 - 9,01)	<b>p&lt;0,001</b>
PMS tanısı/semptomları varlığı (evet=1, hayır=0)	1,01 (0,42 - 2,42)	0,981
Annede PMS tanısı/semptomları varlığı (evet=1, hayır=0)	3,90 (1,19 - 12,81)	<b>0,025</b>
Kız kardeşte PMS tanısı/semptomları varlığı (evet=1, hayır=0)	1,78 (0,62 - 5,06)	0,282
Sabit	0,14	<b>0,014</b>
Uyarlanmış R <sup>2</sup>	0,43	<b>0,514*</b>

PMS: Premenstrüel Sendrom, \* Hosmer-Lemeshow

Yaşam kalitesi alt alanlarından fiziksel alan ile tek değişkenli analizlerde ilişkili bulunan değişkenlerin (Yaş, medeni durum, çalışma durumu, gelir düzeyi, gelir dengesi, sağlık algısı, kronik hastalığa sahip olma durumu, düzenli egzersiz yapma durumu, düzenli uyuma durumu, günlük kola tüketimi, baba eğitim durumu, adetliiyken günlük kanama miktarı, dismenore görülme durumu, adet görmenin doğallığı düşüncesi, kız kardeşte PMS tanısı/ semptomları varlığı, PMSÖ'den alınan puana göre PMS varlığı) lineer regresyon analiz sonuçları Tablo 34'te görölmektedir. Fiziksel alan ile tek değişkenli analizlerde ilişkili bulunan "dismenore şiddeti", "dismenore görülme durumu" ile yüksek korelasyon gösterdiği için lineer regresyon analizine alınmadı. Fiziksel alan puanını; sağlık algısının çok iyiden kötüye doğru gitmesi 1,16 birim; PMSÖ'den alınan puana göre PMS bulunması 1,72 birim azaltmakta (sırasıyla  $p<0,001$  ve  $p<0,001$ ); düzenli egzersiz yapmak 0,63 birim, düzenli uyumak 1,26 birim, baba eğitim durumunun lise ve üstü olması 0,80 birim artırmaktaydı (sırasıyla  $p=0,035$ ,  $p<0,001$  ve  $p=0,013$ ).

**Tablo 34. Yaşam Kalitesi Alt Alanlarından Fiziksel Alan ile Tek Değişkenli Analizlerde İlişkili Bulunan Değişkenlerin Regresyon Analizi Sonuçları**

Analize alınan değişken	Yaşam Kalitesi - Fiziksel Alan ([B] (%95 Güven Aralığı))	p
Yaş (yıl)	-0,01 (-0,05 - 0,03)	0,588
Medeni durum (evli/boşanmış/eşi ölmüş=1, hiç evlenmemiş=0)	0,59 (-0,23 - 1,40)	0,159
Çalışma durumu (çalışıyor=1, çalışmıyor/öğrenci=0)	0,45 (-0,13 - 1,03)	0,129
Gelir düzeyi (orta ve altı=1, iyi ve çok iyi=0)	-0,10 (-0,71 - 0,50)	0,734
Gelir dengesi (gelir < gider=1, gelir ≥ gider =0)	-0,30 (-0,87 - 0,28)	0,307
Sağlık algısı (orta ve altı=1, iyi ve çok iyi =0)	-1,16 (-1,74 - -0,58)	<b>p&lt;0,001</b>
Kronik hastalığa sahip olma durumu (var=1, yok=0)	-0,34 (-1,22 - 0,55)	0,453
Düzenli egzersiz yapma durumu (yapıyor=1, yapmıyor=0)	0,63 (0,05 - 1,21)	<b>0,035</b>
Düzenli uyuma durumu (evet=1, hayır=0)	1,26 (0,72 - 1,80)	<b>p&lt;0,001</b>
Günlük kola tüketimi (bardak)	-0,34 (-0,70 - 0,02)	0,067
Baba eğitim durumu (lise ve üstü=1, ortaokul ve altı=0)	0,80 (0,17 - 1,42)	<b>0,013</b>
Adetliken günlük kanama miktarı (yoğun=1, normal ve az=0)	0,06 (-0,62 - 0,75)	0,856
Dismenore görülme durumu (evet=1, hayır=0)	0,12 (-0,45 - 0,70)	0,671
Adet görmenin doğallığı düşüncesi (doğal değil=1,doğal=0)	-0,20 (-2,31 - 1,91)	0,852
Kız kardeşte PMS tanısı/ semptomları varlığı (evet=1,hayır=0)	-0,60 (-1,42 - 0,23)	0,155
PMSÖ'den alınan puana göre PMS varlığı (var=1,yok=0)	-1,72 (-2,29 - -1,15)	<b>p&lt;0,001</b>
Sabit	15,18 (13,87 - 16,49)	<b>p&lt;0,001</b>
Uyarlanmış R <sup>2</sup>	0,372	<b>p&lt;0,001</b>

Durbin Watson=2,101, PMS: Premenstrüel Sendrom, PMSÖ: Premenstrüel Sendrom Ölçeği

Yaşam kalitesi alt alanlarından psikolojik alan ile tek değişkenli analizlerde ilişkili bulunan değişkenlerin (yaş, medeni durum, çalışma durumu, gelir düzeyi, gelir dengesi, sağlık algısı, düzenli egzersiz yapma durumu, düzenli uyuma durumu, günlük kola tüketimi, baba eğitim durumu, toplam isteyerek düşük sayısı, adetliiyken günlük kanama miktarı, ilk adet görüldüğünde hissedilenler, adet görmenin gerekliliği düşüncesi, adet başlamadan önceki durum, PMSÖ'den alınan puana göre PMS varlığı) lineer regresyon analiz sonuçları Tablo 35'te görölmektedir. Psikolojik alan puanını; sağlık algısının çok iyiden kötüye doğru gitmesi 0,77 birim; PMSÖ'den alınan puana göre PMS bulunması 1,18 birim azaltmakta (sırasıyla  $p=0,006$  ve  $p<0,001$ ); yaşın bir birim artması 0,43 birim; düzenli uyumak 0,94 birim artırmaktaydı (sırasıyla  $p=0,040$  ve  $p<0,001$ ).

**Tablo 35. Yaşam Kalitesi Alt Alanlarından Psikolojik Alan ile Tek Değişkenli Analizlerde İlişkili Bulunan Değişkenlerin Regresyon Analizi Sonuçları**

Analize alınan değişken	Yaşam Kalitesi-Psikolojik Alan ([B] (%95 Güven Aralığı))	p
Yaş (yıl)	0,43 (0,00 - 0,08)	<b>0,040</b>
Medeni durum (evli/boşanmış/eşi ölmüş=1,hiç evlenmemiş=0)	0,21 (-0,56 - 0,97)	0,591
Çalışma durumu (çalışıyor=1, çalışmıyor/öğrenci=0)	0,46 (-0,11 - 1,03)	0,116
Gelir düzeyi (orta ve altı=1, iyi ve çok iyi=0)	-0,24 (-0,81 - 0,34)	0,415
Gelir dengesi (gelir < gider=1, gelir ≥ gider =0)	-0,15 (-0,71 - 0,41)	0,597
Sağlık algısı (orta ve altı=1, iyi ve çok iyi =0)	-0,77 (-1,32 - -0,22)	<b>0,006</b>
Düzenli egzersiz yapma durumu (yapıyor=1, yapmıyor=0)	0,49 (-0,07 - 1,05)	0,088
Düzenli uyuma durumu (evet=1, hayır=0)	0,94 (0,42 - 1,46)	<b>p&lt;0,001</b>
Günlük kola tüketimi (bardak)	0,13 (-0,20 - 0,46)	0,440
Baba eğitim durumu (lise ve üstü=1, ortaokul ve altı=0)	0,50 (-0,10 - 1,11)	0,102
Toplam isteyerek düşük sayısı	-0,41 (-0,90 - 0,08)	0,104
Adetliyken günlük kanama miktarı (yoğun=1, normal ve az=0)	0,01 (-0,66 - 0,68)	0,980
İlk adet görüldüğünde hissedilenler (olumsuz duygular=1, olumlu duygular=0)	-0,38 (-0,90 - 0,14)	0,153
Adet görmenin gerekliliği düşüncesi (gereksiz=1, gerekli=0)	-1,14 (-2,58 - 0,30)	0,119
Adet başlamadan önceki durum (daha kötü=1, aynı ve daha iyi=0)	-0,03 (-0,58 - 0,53)	0,927
PMSÖ'den alınan puana göre PMS varlığı (evet=1, hayır=0)	-1,18 (-1,75 - -0,61)	<b>p&lt;0,001</b>
Sabit	13,06(11,79 - 14,32)	<b>p&lt;0,001</b>
Uyarlanmış R <sup>2</sup>	0,230	<b>p&lt;0,001</b>

Durbin Watson=1,983, PMS: Premenstrüel Sendrom, PMSÖ: Premenstrüel Sendrom Ölçeği



Yaşam kalitesi alt alanlarından sosyal alan ile tek değişkenli analizlerde ilişkili bulunan değişkenlerin (yaş, medeni durum, çalışma durumu, gelir düzeyi, gelir dengesi, sağlık algısı, düzenli uyuma durumu, toplam gebelik sayısı, toplam isteyerek düşük sayısı, aile planlaması yöntemi kullanma durumu, adet görmenin gerekliliği düşüncesi, adet görmenin doğallığı düşüncesi, annede PMS tanısı/semptomları varlığı, PMSÖ'den alınan puana göre PMS varlığı) lineer regresyon analiz sonuçları Tablo 36'da görölmektedir. Sosyal alan puanını; gelir düzeyinin çok iyiden kötüye doğru gitmesi 0,78 birim, sağlık algısının çok iyiden kötüye doğru gitmesi 0,78 birim; PMSÖ'den alınan puana göre PMS bulunması 1,30 birim azaltmakta (sırasıyla  $p=0,029$ ,  $p=0,025$  ve  $p<0,001$ ); düzenli uyumak 0,77 birim, aile planlaması yöntemi kullanmak 1,18 birim artırmaktaydı (sırasıyla  $p=0,019$  ve  $p=0,009$ ).

**Tablo 36. Yaşam Kalitesi Alt Alanlarından Sosyal Alan ile Tek Değişkenli Analizlerde İlişkili Bulunan Değişkenlerin Regresyon Analizi Sonuçları**

<b>Analize alınan değişken</b>	<b>Yaşam Kalitesi -Sosyal Alan ([B] (%95 Güven Aralığı))</b>	<b>p</b>
Yaş (yıl)	0,02 (-0,03 - 0,08)	0,362
Medeni durum (evli/boşanmış/eşi ölmüş=1,hiç evlenmemiş=0)	0,13 (-1,06 - 1,32)	0,829
Çalışma durumu (çalışıyor=1, çalışmıyor/öğrenci=0)	-0,03 (-0,74 - 0,68)	0,942
Gelir düzeyi (orta ve altı=1, iyi ve çok iyi=0)	-0,78 (-1,48 - -0,08)	<b>0,029</b>
Gelir dengesi (gelir < gider=1, gelir ≥ gider =0)	-0,26 (-0,94 - 0,43)	0,457
Sağlık algısı (orta ve altı=1, iyi ve çok iyi =0)	-0,78 (-1,45 - -0,10)	<b>0,025</b>
Düzenli uyuma durumu (evet=1, hayır=0)	0,77 (0,13 - 1,41)	<b>0,019</b>
Toplam gebelik sayısı	0,23 (-0,54 - 0,09)	0,158
Toplam isteyerek düşük sayısı	-0,58 (-1,25 - 0,10)	0,094
Aile planlaması yöntemi kullanma durumu (evet=1, hayır=0)	1,18 (0,30 - 2,06)	<b>0,009</b>
Adet görmenin gerekliliği düşüncesi (gereksiz=1, gerekli=0)	-1,60 (-3,40 - 0,21)	0,082
Adet görmenin doğallığı düşüncesi (doğal değil=1, doğal=0)	-1,08 (-3,74 - 1,58)	0,426
Annede PMS tanısı/semptomları varlığı (evet=1, hayır=0)	-0,91 (-2,00 - 0,18)	0,102
PMSÖ'den alınan puana göre PMS varlığı (evet=1, hayır=0)	-1,30 (-1,96 - -0,64)	<b>p&lt;0,001</b>
Sabit	14,44 (13,04 - 15,85)	<b>p&lt;0,001</b>
Uyarlanmış R <sup>2</sup>	0,203	<b>p&lt;0,001</b>

Durbin Watson=2,031, PMS: Premenstrüel Sendrom, PMSÖ: Premenstrüel Sendrom Ölçeği

Yaşam kalitesi alt alanlarından çevre alanı ile tek değişkenli analizlerde ilişkili bulunan değişkenlerin (eğitim durumu, gelir düzeyi, gelir dengesi, sağlık algısı düzenli egzersiz yapma durumu, düzenli uyuma durumu, günlük kola tüketimi, baba eğitim durumu, toplam gebelik sayısı, toplam canlı doğum sayısı, dismenore görülme durumu, ilk adet görüldüğünde hissedilenler, adetle ilgili bilgi alma durumu, adet görmenin gerekliliği düşüncesi, adet görmenin doğallığı düşüncesi, PMSÖ'den alınan puana göre PMS varlığı) lineer regresyon analiz sonuçları Tablo 37'de görülmektedir. Çevre alanı puanını; gelir düzeyinin çok iyiden kötüye doğru gitmesi 0,96 birim; gelirin giderden düşük olması 0,81 birim, sağlık algısının çok iyiden kötüye doğru gitmesi 1,00 birim, PMSÖ'den alınan puana göre PMS bulunması 0,87 birim azaltmakta ( $p=0,001$ ,  $p=0,006$ ,  $p=0,001$  ve  $p=0,002$ ); düzenli egzersiz yapmak 0,72 birim, düzenli uyumak 0,66 birim artırmaktaydı (sırasıyla  $p=0,017$  ve  $p=0,016$ ).

**Tablo 37. Yaşam Kalitesi Alt Alanlarından Çevre Alanı ile Tek Değişkenli Analizlerde İlişkili Bulunan Değişkenlerin Regresyon Analizi Sonuçları**

Analize alınan değişken	Yaşam Kalitesi-Çevre Alanı ([B] (%95 Güven Aralığı))	P
Eğitim durumu (lise ve üstü=1, ortaokul ve altı =0)	0,11 (-0,51 - 0,72)	0,733
Gelir düzeyi (orta ve altı=1, iyi ve çok iyi=0)	-0,96 (-1,54 - 0,39)	<b>0,001</b>
Gelir dengesi (gelir < gider=1, gelir ≥ gider =0)	-0,81 (-1,39 - -0,23)	<b>0,006</b>
Sağlık algısı (orta ve altı=1, iyi ve çok iyi =0)	-1,00 (-1,55 - -0,42)	<b>0,001</b>
Düzenli egzersiz yapma durumu (yapıyor=1, yapmıyor=0)	0,72 (0,13 - 1,30)	<b>0,017</b>
Düzenli uyuma durumu (evet=1, hayır=0)	0,66 (0,13 - 1,20)	<b>0,016</b>
Günlük kola tüketimi (bardak)	-0,11 (-0,44- 0,23)	0,529
Baba eğitim durumu (lise ve üstü=1, ortaokul ve altı=0)	0,38 (-0,25 - 1,02)	0,237
Toplam gebelik sayısı	-0,14 (-0,51 - 0,22)	0,450
Toplam canlı doğum sayısı	0,04 (-0,47 - 0,55)	0,873
Dismenore görülme durumu (evet=1, hayır=0)	-0,34 (-0,95 - 0,26)	0,265
İlk adet görüldüğünde hissedilenler (olumsuz duygular=1, olumlu duygular=0)	-0,15 (-0,70 - 0,40)	0,593
Adetle ilgili bilgi alma durumu (evet=1, hayır=0)	0,55 (-0,05 - 1,14)	0,070
Adet görmenin gerekliliği düşüncesi (gereksiz=1, gerekli=0)	-1,32 (-2,88 - 0,23)	0,096
Adet görmenin doğallığı düşüncesi (doğal değil=1, doğal=0)	-1,46 (-3,70 - 0,78)	0,200
PMSÖ'den alınan puana göre PMS varlığı (evet=1, hayır=0)	-0,87 (-1,42 - -0,32)	<b>0,002</b>
Sabit	14,76 (13,60 - 15,91)	<b>p&lt;0,001</b>
Uyarlanmış R <sup>2</sup>	0,277	<b>p&lt;0,001</b>

Durbin Watson=1,880, PMS: Premenstrüel Sendrom, PMSÖ: Premenstrüel Sendrom Ölçeği

Yaşam kalitesi alt alanlarından KS çevre alanı ile tek değişkenli analizlerde ilişkili bulunan değişkenlerin (sağlık algısı, düzenli egzersiz yapma durumu, düzenli uyuma durumu, günlük kola tüketimi, anne eğitim durumu, aile planlaması yöntemi kullanma durumu, adet başlamadan önceki durum, PMSÖ'den alınan puana göre PMS varlığı) lineer regresyon analiz sonuçları Tablo 38'de görölmektedir. KS çevre alanı puanını; adet başlamadan önceki durumun daha kötü olması 1,16 birim azaltmakta ( $p=0,014$ ); düzenli uyumak 1,21 birim artırmaktaydı ( $p=0,007$ ).

**Tablo 38. Yaşam Kalitesi Alt Alanlarından KS Çevre Alanı ile Tek Değişkenli Analizlerde İlişkili Bulunan Değişkenlerin Regresyon Analizi Sonuçları**

<b>Analize alınan değişken</b>	<b>Yaşam Kalitesi -KS Çevre Alanı ([B] (%95 Güven Aralığı))</b>	<b>P</b>
Sağlık algısı (orta ve altı=1, iyi ve çok iyi =0)	-0,41 (-1,32 - 0,50)	0,378
Düzenli egzersiz yapma durumu (yapıyor=1, yapmıyor=0)	0,74 (-0,21 - 1,70)	0,126
Düzenli uyuma durumu (evet=1, hayır=0)	1,21 (0,33 - 2,09)	<b>0,007</b>
Günlük kola tüketimi (bardak)	-0,35 (-0,89 - 0,18)	0,196
Anne eğitim durumu (lise ve üstü=1, ortaokul ve altı =0)	0,60 (-0,99 - 2,20)	0,459
Aile planlaması yöntemi kullanma durumu (evet=1, hayır=0)	0,86 (-0,02 - 1,74)	0,054
Adet başlamadan önceki durum (daha kötü=1, aynı ve daha iyi=0)	-1,16 (-2,09 - -0,24)	<b>0,014</b>
PMSÖ'den alınan puana göre PMS varlığı (evet=1, hayır=0)	-0,74 (-1,70 - 0,23)	0,134
Sabit	14,56 (13,49 - 15,63)	<b>p&lt;0,001</b>
Uyarlanmış R <sup>2</sup>	0,090	<b>p&lt;0,001</b>

Durbin Watson=1,946, PMS: Premenstrüel Sendrom, PMSÖ: Premenstrüel Sendrom Ölçeği

## 5. TARTIŞMA

Premenstrüel belirtiler, kadınların yaklaşık %80,0'ını etkileyen önemli bir sağlık sorunudur. Semptomların kişiden kişiye değişmesi ve geniş bir yelpazede olması, tanı yöntemlerinin çok çeşitli olması ve nesnel tanı yönteminin olmaması, etyolojisinin tam olarak belirlenememesi nedeniyle etkin ve üzerinde fikir birliğine varılmış bir tedavisinin olmaması, PMS yaşayan kadınları olumsuz etkilemektedir. Kadının sosyal hayatını olumsuz etkileyen ve her ay görülen bir grup yakınmalar, kadının kendine olan güvenini yitirmesine ve yaşam kalitesinin olumsuz yönde etkilenmesine neden olabilmektedir.

Bu çalışmada 2015 yılında Isparta ili Uluborlu ilçe merkezinde yaşayan 15-49 yaş arası 338 kadında PMS prevalansı, ilişkili faktörler ve PMS'nin yaşam kalitesine etkisi incelenmiş ve PMS prevalansının %47,3 olduğu tespit edilmiştir.

Türkiye'de ve diğer ülkelerde yapılan çalışmalar sonucunda farklı prevalanslar elde edilmiştir. Türkiye'de çeşitli yaş gruplarında yapılan çalışmalarda PMS prevalansının %6,1 - %72,1 arasında değişmekte olduğu görülmüştür. 2014 yılında yayınlanan, aralarında Türkiye'nin de olduğu, 12 ülkeden seçilmiş 17 literatürle bir meta analiz yapılmış ve PMS prevalansı %47,8 bulunmuştur (4).

Adıgüzel ve arkadaşlarının Manisa'da 15-49 yaş grubu 541 kadında PAF kullanarak yaptığı çalışmada, PMS tanısı için riskli grubun sıklığının %6,1, orta şiddette ve şiddetli PMS belirtileri yaşayan kadınların düzeyinin ise %40,3 olduğu (42); İzmir'de 18-45 yaş arası, 200 hemşire üzerinde MDQ kullanılarak yapılan bir çalışmada hemşirelerin %91,5'inin menstrüasyonla ilgili en az bir yakınma yaşadığı (39); yine aynı bölgede, aynı ölçekle 15-49 yaş grubu 273 kadınla yapılan başka bir çalışmada perimenstrüel dönemlerde kadınların tümünün en az bir semptom deneyimlediği bildirilmiştir (51). Demir ve arkadaşlarının Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde çalışan 19-49 yaş grubu 254 kadında yürüttüğü çalışmada kadınların %20,1'inde PMS saptanmış, %91,7'sinin ise premenstrüel dönemde en az bir semptom yaşadığı bildirilmiştir (9). PMSÖ kullanılarak Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesinde 134 hemşire ile yapılan bir çalışmada PMS prevalansı %38,1

bulunurken (118), aynı ölçekle İzmir’de 15-49 yaş grubunda yapılan başka bir çalışmada %61,2 bulunmuştur (62).

Tayvan’da 1699 kadında Çin Premenstrüel Semptom Ölçeği kullanarak yapılan bir çalışmada PMS prevalansının %39,8 (61) olduğu, Fransa’da ACOG tarafından önerilen premenstrüel semptom günlüğü kullanarak yapılan iki yıllık kohort çalışmasında ise kadınların %12,2’sinin PMS kriterlerini taşıdığı belirtilmiştir (47).

Üniversite öğrencilerinde PMSÖ kullanılarak yapılan çalışmalarda bildirilen PMS prevalansları; Gaziantep’te %57,4 (119), Çanakkale’de %57,2 (60), Burdur’da %62,0 (120), Ankara’da %72,1’dir (49).

ACOG kriterleri kullanılarak Polonya ve Hindistan’da adolesanlarda yapılan iki farklı çalışmada PMS prevalansı %42,4 ve %61,5 olarak bildirilmiştir (38, 44).

Mısır’da 18-25 yaş arası 172 tıp öğrencisinde DSM IV kriterleri ve DRSP kullanılarak yapılan bir çalışmada PMS prevalansı %78,5 bulunurken (53), Etiyopya’da 18-25 yaş arası 173 tıp öğrencisinde yine DSM IV kriterleri kullanılarak yapılan çalışmada ise %37,0 bulunmuştur (121). Mısır’da 1120 hemşirelik öğrencisinde MDQ kullanılarak yapılan başka bir çalışmada PMS prevalansının %73,4 olduğu bildirilmiştir (122).

Çalışmalar sonucunda farklı prevalansların bulunması; farklı kültürlerde ve yaş gruplarında çalışılması, kadınların medeni durum, ırk, çalışma durumu gibi özelliklerinin birbirinden farklı olmasının yanında çalışmalarda farklı tanı kriterleri ve ölçeklerin kullanılması, dışlama kriterlerinin farklı olması, araştırmanın tipi ve örnek seçimi, çalışmaların büyük bir kısmının retrospektif yapılması nedeniyle hafıza faktörüne bağlı yanılgılar ile açıklanabilir.

Bu çalışmada çoklu regresyon analizinde anlamlı bulunmamakla birlikte yaş arttıkça PMS görülme düzeyinin azaldığı bulunmuştur. Bu çalışma sonuçlarıyla benzer şekilde Mohamed ve arkadaşları da artan yaşla birlikte PMS semptomlarının şiddetinin azaldığına dikkat çekmişlerdir (41). Yaşın ilerlemesiyle PMS semptomlarının ya da sıklığının azalması, kadınların bu durumu zamanla kabullenmesinden ve daha rahat baş edebilmesinden kaynaklanıyor olabilir. Bu



çalışmadan farklı şekilde yaş ilerledikçe PMS sıklığının arttığını gösteren çalışmalar da literatürde yer almaktadır (38, 54). Daşıkan ve Saruhan'ın hemşirelerde menstrüel yakınmaları incelediği çalışmada, 30-45 yaş grubu kadınların PMS yakınmalarını daha yüksek yaşadığı (39), Tschudin ve arkadaşlarının araştırmasında da 35-44 yaş grubundaki kadınların diğer yaş gruplarındaki kadınlara göre PMS yaşama riskinin 1,64 kat daha yüksek olduğu bulunmuştur (40). Bununla birlikte yaş ve PMS'nin ilişkilendirilmediği çalışmalar da vardır (9, 21, 24, 57). Çalışmalardaki farklı sonuçların; üreme döneminin tamamını kapsayan yaş aralığında yapılan çalışmaların yetersiz olması ya da birbirine yakın yaş aralığındaki kadınlar üzerinde yapılmış olmasından kaynaklandığı düşünülmüştür.

Araştırma grubundaki kadınlarda sağlık algısının düşük olması PMS riskini 2,47 kat; kronik hastalığa sahip olma durumu ise 3,30 kat artırmaktaydı. Ethiopia' da 18-25 yaş arası kadınların değerlendirildiği bir çalışmada (121) ve Önal'ın 15-49 yaş kadınları değerlendirdiği başka bir çalışmada, kadınların kronik hastalık sahibi olma durumuna göre PMS varlığının değişmediği (62), Poyrazoğlu'nun çalışmasında ise bu çalışmayla benzer şekilde sağlık algısı kötüleştikçe PMS görülme sıklığının arttığı görülmüştür (24). Kronik hastalık tanısı almış kişilerde, hastalığın getirdiği bir takım semptom ve komplikasyonlar sonucu, fiziksel olduğu kadar psikolojik sağlığın da etkilenmesi ve sağlık durumlarının kötü olduğunu düşünmeleri, sağlık algısı kötü olanlarda ve kronik hastalığı olanlarda PMS'nin neden daha yüksek düzeyde görüldüğünü açıklayabilir.

Araştırma grubunda düzenli egzersiz yapan kadınlarda, düzenli egzersiz yapmayan kadınlara göre PMS görülme düzeyi 0,40 kat daha düşük bulunmuştur. Başka bir ifade ile düzenli egzersiz yapmak PMS için koruyucu bir faktördür. İran, Suudi Arabistan ve Türkiye'de tıp öğrencilerinde yapılan farklı çalışmalarda, fiziksel aktivitenin PMS üzerine etkisinin olmadığı bildirilmiştir (45, 54, 123). Yine Amerika'da yapılan bir çalışmada fiziksel egzersiz yapmanın PMS'yi engellemediği saptanmıştır (124). Mısır ve Türkiye'de 15-49 yaş grubu kadınlarda yapılan iki ayrı çalışmada düzenli egzersiz yapmanın PMS semptomlarını arttırdığı bulunurken (23, 41), Mısır'da yapılan başka bir çalışmada ise bu çalışmayla benzer şekilde düzenli egzersiz yapmanın PMS görülme düzeyini azalttığı bulunmuştur (122).

ACOG, PMS ile ilişkili yorgunluk ve depresyonun önlenmesinde aerobik egzersiz önermektedir. Egzersizin, beta endorfin seviyelerini yükselterek, hormon seviyelerini düzenleyerek, kaslara oksijen desteği sağlayarak ve kortizol seviyelerini düşürüp stresi azaltarak duygusal semptomları azaltmada etkili olabileceği belirtilmiştir (124). Tedavide egzersizin faydalı olduğunu gösteren çalışmalar da göz önüne alındığında (27, 73), bu çalışmanın bulguları PMS semptomlarının önlenmesinde egzersiz yapmanın etkili olabileceği kanısını desteklemektedir. Literatürdeki farklı sonuçlara, kadınlarda düzenli egzersizin nasıl sorgulandığına bağlı farklılıkların ve bireysel faktörlerin neden olduğu düşünülmüştür.

Cheng ve arkadaşları zayıf uyku kalitesinin PMS’de etken olabileceğine işaret etmişler ve Tayvan’da yaptıkları çalışmada uyku kalitesinin düşük olmasının PMS üzerindeki olumsuz etkisini ortaya koymuşlardır (61). Benzer şekilde Karaman ve arkadaşları da PMS’ si olan kadınların %75,6’sında uyku kalitesinin düşük olduğunu bulmuşlardır (125). Bu çalışmada da tek değişkenli analizlerde düzenli uykunun olmaması ile PMS ilişkili bulunmuş fakat çoklu regresyon analizinde bu ilişki ortadan kalkmıştır. Uyku kalitesini etkileyen birçok faktör vardır. Stresli ve kaygılı olma, kullanılan ilaçlar, kronik hastalıklar da uyku kalitesini düşmesine neden olan faktörlerdir. Uykunun kafa karıştırıcı etkisinin kahve, kola tüketimi, kronik hastalığa sahip olma gibi diğer bağımsız değişkenlerden etkilenmesinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Kafein içeren içeceklerin tüketilmesinin son çalışmalarda PMS üzerinde negatif etkisi olduğu düşünülmektedir (38, 50). Bu negatif etkinin kafeinin irritabilite, gerginlik ve emosyonel labiliteyi arttırdığından kaynaklandığı bilinmektedir (9). Uykusuzluğun ve adet öncesi huzursuzluğun giderilmesinde kafeinin kısıtlanması önerilmektedir (2).

Araştırma grubundaki kadınların günlük çay, kahve ve kola tüketimlerinin PMS üzerindeki etkisi incelendiğinde; kahve ve kola tüketiminin PMS görülme düzeyini arttırdığı saptanmıştır. Çay tüketiminin ise tekli analizlerde PMS’yi azalttığı bulunmuş, çoklu regresyon analizinde anlamlılık ortadan kalkmıştır. İzmir’de 15-49 yaş kadınlarda yapılan bir çalışmada günde dört bardak ve üzeri çay, kahve tüketen kadınların premenstrüel şikayetleri daha fazla yaşadığı saptanmıştır (51). Bakır,

üniversite öğrencileri üzerinde yaptığı çalışmasında günlük çay ve kola tüketiminin PMS'yi etkilemediğini, kahve tüketiminin ise PMS'yi artırdığını bulmuştur (120). PMS üzerine etki eden faktörlerin incelendiği başka bir çalışmada da çay ya da kahve tüketiminin PMS için risk faktörü oluşturduğu tespit edilmiştir (41). Güneş ve arkadaşlarının çalışmasında ise sık kola tüketenlerde PMS görülme sıklığı 1,82 kat daha yüksek bulunmuş, çay tüketimi arttıkça PMS görülme sıklığının arttığı bildirilmiştir (126). İzmir'de yapılan bir başka çalışmada ise aşırı çay ve kahve tüketiminin PMS ile ilişkisi olmadığı bulunmuştur (39). Demir ve arkadaşlarının çalışmasında ise çay, kahve ve kola tüketiminin PMS üzerinde etkisi olmadığı görülmüştür (9). Araştırma sonuçlarındaki farklılıkların günlük tüketilen kafein miktarının belirlenmesinde uygulanan değişik yöntemlerden kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Araştırma grubundaki kadınlarda, tek değişkenli analizlerde, günlük kanama miktarı yoğun olan kadınlarda, PMS görülme düzeyi daha yüksek bulunmuş, çok değişkenli regresyon analizinde anlamlılık kaybolmuştur. Literatürde adet kanamasının miktarı ile PMS varlığını ilişkilendiren çalışmalar olduğu gibi (21, 54), kanama miktarının PMS'yi etkilemediğini gösteren çalışmalar da bulunmaktadır (53, 121). Sonuçlardaki farklılık kanama miktarının soruluş şekline ya da kadınların kanama miktarını kendi algılarına göre belirtmelerinden kaynaklanıyor olabilir.

Dismenore, menstrüasyon başlamadan kısa bir süre ya da menstrüasyonla birlikte başlayıp, 1-3 gün içinde sonlanan, kadınların yaşam kalitesini etkileyen, okul ve iş devamsızlığına neden olan bir durumdur. Menstrüasyon döneminde en fazla dismenore ile ilgili şikayetler yaşanmaktadır (39). Kişinin algısına göre değişen, ölçüm yöntemi olmayan dismenorenin, yapılan çalışmaların çoğunda kadınlarda PMS yakınmalarını ya da görülme sıklığını artırdığı bildirilmiştir (47, 62, 119, 120). Şahin ve arkadaşları, Sakarya'da, üniversite öğrencileri üzerinde yaptıkları bir çalışmada, dismenoresi olan öğrencilerde PMS görülme riskinin 1,56 kat daha yüksek olduğunu bulmuşlardır (50). Pınar ve Kırcan da hemşirelik öğrencilerinde yaptıkları iki ayrı çalışmada, dismenoresi olanlarda PMS görülme sıklığını anlamlı ölçüde yüksek bulmuşlardır (10, 49). Bu çalışmada da dismenore ve dismenore

şiddeti ile PMS arasında anlamlı bir ilişki bulunmuş fakat çoklu regresyon analizinde anlamlılık ortadan kalkmıştır.

Adet görmeye ilişkin olumsuz duyguların PMS görülme durumunu etkilediği bilinmektedir. Malatya’da 16-21 yaş grubu kızlarda yapılan bir araştırmada adet görmeye karşı olumsuz düşünceleri olan kadınların, olumlu düşünceleri olan kadınlara göre premenstrüel semptomları 1,94 kat daha fazla yaşadıkları tespit edilmiştir (126). Sağlık çalışanları üzerinde yapılan bir çalışmada da adet görmekten hoşlanmayan veya nefret eden kadınlarda PMS görülme düzeyi, adet görmeyi doğal olarak karşılayanlara göre daha yüksek bulunmuştur (9). Araştırma grubundaki kadınların çoğu adetle ilgili ilk bilgileri annelerinden almışlardır. Annelerin adet görme konusunda kızlarını yeterli ve doğru bilgilendirmeleri ilk kez adet görüldüğünde oluşacak hisler üzerinde oldukça etkilidir (127). Bu çalışmada tek değişkenli analizlerde, ilk kez adet gördüğünde olumsuz duygular hissedenlerde, olumlu duygular hissedenlere göre PMS görülme düzeyinin daha yüksek olduğu saptanmış, çoklu regresyon analizinde bu farklılık kaybolmuştur.

Bu çalışmada adet başlangıcına yakın günlerde her zamankine göre kendini daha kötü hisseden kadınlarda, PMS görülme durumu beş kat daha fazla bulunmuştur. PMS, adet siklusunun son evresinde görülen semptomlar bütünü olduğu için kadınların bu dönemde kendilerini daha kötü hissetmeleri kaçınılmaz bir durumdur. Literatürde adet öncesi semptomlarla ilgili yapılan araştırmalar olmakla birlikte “adet başlamadan önceki hisler” ile ilgili bilgilerin olduğu çalışmalara rastlanmadığından karşılaştırma yapılamamıştır.

Bu çalışmada annesinde PMS semptomları ya da tanısı olan kadınlarda PMS görülme riskinin, annesinde premenstrüel şikayeti olmayan kadınlara göre 3.90 kat daha fazla olduğu saptanmıştır. İleri analizlerde anlamlı bulunmamakla birlikte kız kardeşinde PMS semptomları ya da tanısı olan kadınlarda da PMS görülme düzeyi daha yüksek bulunmuştur. Birçok çalışmada bu çalışma sonuçlarıyla benzer şekilde PMS görülme durumu üzerinde aile hikayesinin etkisi gösterilmiştir. Kebapçılar ve arkadaşlarının 15-49 yaş grubu kadınlarda yaptığı bir çalışmada annesinde ve kız kardeşinde PMS görülen kadınlarda PMS görülme düzeyinin daha yüksek olduğu saptanmıştır (128). Gümüş ve arkadaşlarının üniversite öğrencilerinde yaptığı bir

çalışmada, ailesindeki diğer kadınların da menstrüasyona ilişkin sorunlar yaşadığını belirten öğrencilerde daha yüksek düzeyde PMS görüldüğü bildirilmiştir (60). Şahin ve arkadaşlarının çalışmasında ise ailesinde PMS hikayesi olan kadınlarda PMS görülme sıklığı 2,19 kat daha yüksek bulunmuştur (50). Poyrazoğlu da çalışmasında, anne veya kız kardeşinde premenstrüel sıkıntılar olduğunu söyleyen kadınlarda, PMS'nin anlamlı derecede yüksek olduğunu bildirmiştir (24). Annelerinde ya da kız kardeşlerinde PMS görülen kadınlarda PMS görülme düzeyinin yüksek olması; genetik faktörlerin yanında annenin adetle ilgili düşünce ve tutumunun kızını etkilemesi, ya da kadınların annelerini ya da kız kardeşlerini farkında olmadan taklit etmelerine bağlı olabilir. Ayrıca araştırma grubundaki kadınların çoğunun adet görmeye ilişkin ilk bilgiyi annelerinden aldıkları düşünüldüğünde adet görmeye bakış açılarının annelerine benzemesi doğal bir sonuçtur.

Bu çalışmada kadınlarda PMS görülme sıklığının medeni duruma göre değişmediği saptanmıştır. Literatürde yapılan diğer çalışmaların birçoğunda da medeni durum ile PMS arasında anlamlı bir ilişki bulunmadığını gösteren bulgular bu çalışma bulgularını destekler niteliktedir. Naeimi'nin İran'da üniversite öğrencilerinde yaptığı çalışmada medeni durum ile PMS arasında ilişki olmadığı (43); Tolossa ve Bekele'nin tıp öğrencilerinde yaptığı çalışmada da PMS prevalansının medeni duruma göre değişmediği (121); Erbil ve arkadaşlarının 15-49 yaş grubu kadınlarda yaptıkları çalışmada PMS görülmesinde medeni durumun etkili olmadığı (52); Diyarbakır'da hastane çalışanlarında yapılan bir çalışmada da benzer şekilde PMS ile medeni durumun ilişkili olmadığı gösterilmiştir (9). Bununla beraber Simarjeet ve arkadaşlarının 18-30 yaş arası kadınlarda yaptığı çalışmada, bekar kadınlarda PMS semptomlarının daha fazla görüldüğü (48); 15-49 yaş grubunda yapılan bir çalışmada, PMS tanısı açısından risk grubunda olan kadınlarda bekarların yüzdesinin daha yüksek olduğu bulunmuştur (42). Çalışmaların çoğunun üniversite öğrencileri gibi daha küçük yaş gruplarında yapılması ve bu durumda katılımcıların önemli bir kısmının bekar olması, medeni durum ile PMS arasındaki ilişkide farklı sonuçların ortaya çıkmasına neden olmuş olabilir.

Çalışma ortamındaki kadınların sayısının gittikçe arttığı, kadınların premenstrüel ve menstrüel dönemde yaşadıkları şikayetler nedeniyle de iş

verimliliğinde azalma olduğu bilinmektedir (51). Demir ve arkadaşlarının hastane çalışanlarında yaptığı çalışmada, premenstrüel dönemdeki kadınların %70,3'ünün iş verimliliklerinin ve performanslarının azaldığını bildirilmiştir (9). Adıgüzel ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada, çalışan kadınlarda şiddetli PMS belirtileri daha yüksek düzeyde görülmektedir (42). Benzer şekilde Poyrazoğlu'nun çalışmasında da çalışan kadınlarda PMS semptomlarının daha fazla görüldüğü saptanmıştır (24). İzmir'in bir ilçesinde yapılan çalışmada da çalışan kadınlarda premenstrüel ve menstrüel dönem şikayetleri yüksek bulunmuş ve aralarında anlamlı ilişki saptanmıştır (51). Çalışan kadınlarda PMS'nin daha fazla görülmesi, iş ortamından kaynaklanan sorunların ve iş stresinin PMS üzerindeki etkisini göstermektedir.

Bu çalışmada, çalışma durumunun PMS için risk faktörü oluşturmadığı bulunmuştur. Erbil'in evli kadınlar üzerinde yaptığı çalışmada da bu çalışmayla benzer şekilde çalışma durumuna göre PMS'nin değişmediği gösterilmiştir (52). Çalışma sonucunun literatür sonuçlarının çoğu ile uyum göstermemesinin nedeninin, araştırma bölgesinin kırsalda yer alması nedeniyle yeterli iş sahasının bulunmaması ve birçok kadının iş hayatında yer alamamasının yanında kırsal kesimde insanların daha sıcak ve samimi ilişkiler kurarak iş stresini daha rahat atabilmeleri olduğu düşünülmektedir.

Araştırma grubundaki kadınlarda PMS varlığını etkileyen faktörler incelendiğinde gelir düzeyi ve gelir gider dengesinin kadınlarda PMS varlığını etkilemediği saptanmıştır. Çalışma bulguları literatürle uyum göstermektedir.

Eslamlou ve arkadaşlarının çalışmasında gelir miktarı ile premenstrüel semptomlar arasında istatistiksel olarak ilişki saptanmamıştır (45). Bakır da üniversite öğrencilerinde PMS varlığını etkileyen faktörleri incelediği çalışmasında aile aylık gelirinin, öğrencilerde PMS görülme durumuna etki etmediğini bildirmiştir (120). Önal'ın çalışmasında da ekonomik algısı iyi, orta ve kötü olan 15-49 yaş grubu kadınlarda PMS sıklığının değişmediği gösterilmiştir (62). Bu çalışmalardan farklı olarak, Erbil ve arkadaşlarının 15-49 yaş evli kadınlarda yaptığı çalışmada ise ekonomik durumu kötü olan kadınların PMSÖ puanlarının daha yüksek olduğu bildirilmiştir (52).

Bu çalışmada sigara ve alkol kullanımının PMS görülme sıklığı ile ilişkili olmadığı bulunmuştur. Özeren ve arkadaşlarının 19-55 yaş grubu hastane çalışanlarında yaptığı çalışmalarında; sigara içimi, içilen sigara miktarı, alkol alımı ve alınan alkol miktarı ile PMS arasında ilişki saptanmamıştır (22). Önal'ın çalışmasında da bu çalışmayla uyumlu sonuçlar elde edilmiş sigara ve alkol kullanımı ile PMS prevalansı arasında anlamlı fark bulunmamıştır (62). Bu çalışma sonuçlarından farklı olarak sigara ve alkolün PMS için risk faktörü olduğunu bildiren çeşitli çalışmalar bulunmaktadır. Selçuk ve arkadaşlarının Balıkesir'de hemşirelik öğrencilerinde, Gümüş ve arkadaşlarının Çanakkale'de üniversite öğrencilerinde, Pınar ve arkadaşlarının Ankara'da üniversite öğrencilerinde yaptıkları üç ayrı çalışmada sigara içen ve alkol tüketen öğrencilerde PMSÖ toplam puan ortalamasının anlamlı ölçüde yüksek olduğu (23, 49, 60), benzer şekilde Tschudin ve arkadaşlarının İsviçre'de 15-54 yaş grubu kadınlarda yaptığı çalışmada ise alkol kullanımının PMS'yi etkilemediği fakat sigara içenlerde PMS görülme riskinin 1,67 kat daha fazla olduğu bildirilmiştir (40). Alkol ve sigara PMS'yi artıran risk faktörlerindedir. Sigara, östrojen, progesteron, androjen ve gonadotropin seviyelerine etki ederek PMS'yi artıran bir etkiye sahiptir. Bu yüzden PMS tedavisinde sigara içiminin azaltılması tavsiye edilmektedir (49).

Açıkça görülmektedir ki bu çalışmadaki sonuç, literatür bilgilerinin birçoğu ile çelişmektedir. Bu duruma araştırma grubundaki kadınların çok az bir kısmının sigara ve nadiren alkol kullanması (Tablo 7); sosyokültürel ve dini inançlarının sigara ve alkol kullanımı üzerine olan etkisi, sigara ve özellikle alkol kullanımı için araştırma bölgesinde sosyal ortamların fazla bulunmaması ve anket formunun araştırmacı tarafından yüz yüze veri toplama yöntemiyle doldurulması nedeniyle bazı kadınların kırsal kesimde yaşamının vermiş olduğu çekingenlikle sigara ya da alkol kullandıklarını gizlemelerinin neden olduğunu düşünülmüştür.

Bu çalışmada PMS ile menarş yaşı arasında bir ilişki saptanmamıştır. Çalışma sonucuyla benzer şekilde PMS ile menarş yaşı arasında anlamlı ilişki olmadığını gösteren çalışmalar olmakla birlikte (23, 52, 53, 57, 121), menarş yaşı küçük olanlarda PMS görülme sıklığının arttığını bildiren çalışmalar da bulunmaktadır (24, 54, 55, 128). Bu sonuçlar menarş yaşının PMS için bir risk faktörü olmadığını

düşündürmektedir. Çalışmalardaki farklı sonuçların nedeni, menarş yaşının genetik, beslenme, iklim gibi birçok faktörden etkilenmesi olabilir.

Araştırma grubundaki kadınlarda bir ayda toplam adet gördüğü gün sayısı ve adet siklus uzunluğuna göre PMS görülme durumunun değişmediği tespit edilmiştir. Drosdzol ve arkadaşlarının Polonya da 16-45 yaş arası kadınlarda (129), Daşıkan ve arkadaşlarının İzmir’de 15-49 yaş grubu kadınlarda yaptığı çalışmada bu çalışma sonuçlarıyla benzer sonuçlar elde edilmiştir (51). Üniversite öğrencilerinde yapılan bir çalışmada ise adet gördüğü gün ve siklus süresi uzun olan kadınlarda PMS belirtilerinin daha şiddetli görüldüğü bildirilmiştir (60). Al-Batanony ve Al-Nohair’in Mısır’da 18-25 yaş arası kadınlarda yaptığı bir çalışmada adet görülen gün süresi ile PMS ilişkilendirilmiş (53), Nisar ve arkadaşlarının Pakistan’da 18-25 yaş arası kadınlarda yaptığı çalışmada da benzer şekilde adet süresi uzadıkça PMS sıklığının arttığı gösterilmiştir (57). Araştırmalardaki farklı sonuçların nedeni adet görülen gün süresinin ve siklus uzunluğunun tek bir belirleyicisinin olmaması, stres, mevsimsel değişiklikler, kullanılan ilaçlar gibi faktörlerden etkilenmesi olabilir.

Balaha ve arkadaşlarının, tıp fakültesi öğrencilerinde yaptığı çalışmasında VKİ arttıkça PMS görülme sıklığının arttığı (54), benzer şekilde Potter ve arkadaşlarının Fransa’da yaptığı çalışmada da düşük VKİ’ye sahip kadınların, PMS ile karşılaşma riskinin daha düşük olduğu bildirilmiştir (47). Bu çalışmada, VKİ’nin PMS varlığını etkilemediği saptanmıştır. Literatürde bu çalışma sonuçlarıyla uyumlu sonuçlar bulunmaktadır. Ankara’da öğrenciler üzerinde yapılan çalışmada VKİ’nin, PMS’yi etkilemediği (49), Polonya’da adolesanlar üzerinde yapılan bir çalışmada VKİ’ye göre PMS görülme durumunun değişmediği (129), Oral ve arkadaşlarının tıp fakültesi öğrencilerinde yaptıkları çalışmada da VKİ ile PMS semptomlarının ilişkilendirilmediği gösterilmiştir (123). Bu sonuçlar VKİ’nin PMS için kesin bir risk faktörü olmadığını, ileri araştırmalar yapılması gerektiğini göstermektedir.

Üreme çağında olan 15-49 yaş arası kadınlarda gerçekleştirilen bu çalışmada kadınların yaşam kalitesini, PMS ile birlikte etkileyebileceği düşünülen diğer faktörler de değerlendirilmiş ve önemli sonuçlar elde edilmiştir.



Bu çalışmada WHOQOL-BREF alt alanlarının puan ortalamaları sıralandığında en yüksek ortalamanın fiziksel alana ait olduğu ( $14,8 \pm 2,7$ ), bunu KS çevre ( $14,7 \pm 4,1$ ), sosyal ( $14,3 \pm 3,2$ ) ve psikolojik ( $14,1 \pm 2,6$ ) alanının izlediği, en düşük puan ortalamasının ise çevre alanına ait olduğu ( $13,6 \pm 2,8$ ) görülmüştür.

Alan puan ortalamalarının sıralamaları literatürdeki araştırmalarda değişkenlik göstermektedir. Yüksek puan ortalamasıyla ilk sırayı fiziksel alanın aldığı çalışmalar bulunduğu gibi (130-133) sosyal alanın ilk sırada yer aldığı araştırmalar da bulunmaktadır (134-137). En düşük puan ortalamasına sahip olan alan, bu çalışmada da olduğu gibi, genellikle çevre alanı olmakla birlikte (132, 137-139), bu durum da değişkenlik göstermektedir. Alan puan ortalamalarının sırasının değişmesi, araştırma yapılan grupların yaş farklılıklarından ve sosyokültürel özelliklerinden kaynaklanıyor olabilir.

Türkiye'de WHOQOL BREF ölçeğinin kullanıldığı diğer yaşam kalitesi araştırmaları ile karşılaştırıldığında, bu çalışmada belirlenen yaşam kalitesi alt alanlarından psikolojik ve sosyal alan puan ortalamalarının pek çok çalışmadan düşük (132, 134, 136, 139, 140); fiziksel, çevre ve KS çevre alanı puan ortalamalarının ise birkaç çalışmadan yüksek olduğu görülmüştür (138, 141). Bu karşılaştırmaların sonucunda, bu araştırmanın yapıldığı grupta yaşam kalitesinin, psikolojik ve sosyal alanlarının, literatürdeki çalışma gruplarındakilerden daha kötü olduğu söylenebilir.

Yaşla birlikte artan kronik hastalıkların genç ve orta yaş kadınlardan oluşan bu grupta daha az görülmesi (%10,9), günlük işlevselliği yansıtan fiziksel alan puan ortalamasının diğer çalışmalardan daha yüksek olmasına; araştırma grubundaki kadınların çok az bir kısmının (%8,9) sosyoekonomik durumlarını kötü ve çok kötü algılaması ve buna bağlı olarak grubun maddi sıkıntı yaşamaması, çoğunun ev hanımı (%52,1) olması nedeniyle iş ortamındaki sosyal baskıdan uzak olup kendilerine zaman ayırabilmeleri, yeni bilgi ve beceri edinme fırsatı yakalayabilmeleri KS çevre ve çevre alanı puan ortalamalarının diğer araştırmalardan yüksek olmasına neden olmuş olabilir.

Psikolojik ve sosyal alan puan ortalamalarının diğer çalışmalardakinden düşük olmasının sebebi ise; grubun önemli bir kısmının VKİ normal dışı olan grupta yer alması (%52,1) ve bu nedenle beden imajlarını beğenmemeleri, kırsal bölge olmasından dolayı sosyal imkanların yeterli olmaması, kadınların eşlerinden yeterli destek görememeleri ve verinin yüz yüze görüşme yöntemiyle toplanması nedeniyle sosyal alan belirleyicilerinden biri olan cinsel yaşamla ilgili soruya katılımcıların doğru cevap vermemeleri olabilir.

Araştırma grubunda yaşın yaşam kalitesi alt alanlarından sadece psikolojik alanda anlamlı olduğu, yaş arttıkça psikolojik alan puanının arttığı saptanmıştır. Halbuki yapılan çalışmaların çoğunda genel kanı artan yaşla birlikte yaşam kalitesinin azaldığı yöndedir (130, 135, 136, 140, 142).

Kronik hastalıkların ileri yaşla birlikte arttığı göz önünde bulundurulduğunda araştırma grubunun genç ve orta yaş kadınlardan oluşması nedeniyle kronik hastalık görülme sıklığının düşük olması ve %49,4'ünün sağlık durumundan epeyce hoşnut/çok hoşnut olması (Tablo 24), kadınların kendilerini bedensel ve ruhsal yönden daha iyi hissetmelerine neden olmakta bunun sonucunda da sosyal ilişkilerinde sorun yaşamamaktadırlar. Psikolojik alan puanının yaşla birlikte artması araştırma örnekleminin yaşadığı kırsal kesimde devam eden geniş aile yapısı ve kültürel özelliklerden kaynaklanıyor olabilir.

Bu çalışmada ileri analizlerde anlamlı bulunmamakla birlikte yaşam kalitesi alt alanlarından fiziksel, psikolojik ve sosyal alan puan ortalamaları evli olanlarda bekar olanlara göre daha yüksek bulunmuştur. Medeni durumun yaşam kalitesini etkilemediğini gösteren çalışmalar olduğu gibi (139, 140, 142, 143), evli olanlarda özellikle yaşam kalitesi alt alanlarından sosyal alan puanlarının belirgin şekilde yüksek bulunduğu ve bu durumun evlilikte eşlerin birbirine sosyal destek sağlamasına bağlandığı çalışmalar da bulunmaktadır (131, 138). Evlilik uyumunun yaşam kalitesine etkisinin değerlendirildiği bir çalışmada ise evlilik uyum puanları arttıkça yaşam kalitesinin arttığı bildirilmiştir (144). Bu da medeni durumun kendi etkisinden çok bazı değişkenler için kafa karıştırıcı olduğunu düşündürmektedir.

Bu çalışmada, eğitim durumunun yaşam kalitesi alt alanlarından sadece çevre alanını etkilediği bulunmuş fakat bu etki ileri analizlerde ortadan kalkmıştır. Bu sonuç diğer araştırma sonuçlarından farklıdır (133, 135, 140, 142, 144, 145). Eğitim düzeyinin yüksek olmasıyla yaşam kalitesinin iyileşmesi beklenir. Eğitim seviyesi yüksek insanların daha çok bilgiye ulaşabildikleri için kendi sağlıklarına daha çok önem verdikleri düşünülmektedir (146). Araştırma grubunda eğitim düzeyinin yaşam kalitesine olumlu ya da olumsuz etkisinin olmaması sosyokültürel ve sosyoekonomik farklılıklardan kaynaklanıyor olabilir.

Bu çalışmada kadınların çalışma durumuna göre yaşam kalitelerinin etkilenmediği bulunmuştur. Yapılan çalışmaların birçoğunda ise çalışmak kadının yaşam kalitesini artıran bir faktör olarak bildirilmektedir (140, 144, 145). Kadının çalışma yaşamına katılması, sosyal çevresini geliştirerek sosyal destek sistemlerinin geliştirilmesine katkıda bulunmakta; sosyoekonomik düzeyi ve toplumsal statüsünün yüksek olması çevre alanında, ekonomik özgürlüğün verdiği güven psikolojik alanda kendisini daha iyi hissetmesine ve yaşam kalitesini daha iyi değerlendirmesine neden olmaktadır. Bu çalışmada ise kadınların çoğunun çalışmaması çalışma durumu ile yaşam kalitesi arasında istatistiksel ilişki bulunmamasına neden olmuş olabilir.

Ekonomik durumun sağlıklı yaşam biçimini etkileyen bir faktör olduğu, düşük gelir düzeyinin yaşam kalitesini azalttığı, yüksek gelir düzeyinin ise yaşam kalitesini olumlu yönde etkilediği bildirilmektedir (133, 135, 137, 138, 144). Bu çalışmada kişinin ekonomik algısının yüksek olması ile sosyal ve çevre alanı puanlarının arttığı görülmüştür. Yaşam kalitesinin çevre alanı, maddi kaynakları, dinlenme ve boş zamanı iyi değerlendirme fırsatlarını, sosyal alan ise diğer kişilerle ilişkileri değerlendirdiğinden ekonomik algısı yüksek olan kadınlar bu alanlarda kendilerini daha avantajlı hissetmiş ve bu nedenle daha iyi durumda değerlendirilmiş olabilirler.

Bu çalışmada sağlık algısının yüksek olması ile yaşam kalitesi alt alanlarından fiziksel psikolojik, sosyal ve çevre alanı puanlarının arttığı görülmüştür. Bu bulguyu destekler şekilde, çoklu regresyon analizinde anlamlılığı kaybolmakla birlikte yaşam kalitesi alt alanlarından fiziksel alan puan ortalaması kronik hastalığı olanlarda daha düşük bulunmuştur. Başka bir ifade ile kronik hastalığın olmaması ve sağlık algısının yüksek olması beklenen biçimde yaşam kalitesini olumlu etkilemektedir.

WHOQOL-BREF-TR'nin fiziksel alanı, gündelik işleri yürütebilme, ilaçlara ve tedaviye bağımlılık, canlılık ve bitkinlik, hareketlilik, ağrı ve rahatsızlık, uyku ve dinlenme ve çalışabilme gücünü değerlendirmektedir. Bu nedenle araştırma grubunda kronik hastalık görülme düzeyinin düşük olmasının fiziksel alanı olumlu yönde etkilemiş olması beklenen bir durumdur. Benzer çalışmalarda da kronik bir hastalığa sahip olmak yaşam kalitesi ile ilişkili bulunmuş ve yaşam kalitesini düşüren bir etken olarak belirlenmiştir (132, 133, 135, 139, 140).

WHOQOL BREF ölçeğinin alt alanları birbirinden farklı ancak birbiriyle ilişkili faktörleri içermektedir. Boyutlar arasında dinamik bir etkileşim söz konusudur. Yani, bir alanda meydana gelen iyileşmeler diğer alanları da olumlu yönde etkileyebilmektedir. Sadece hastalığın kendisi değil getirdiği birtakım komplikasyonlar da kişilerin yaşam kalitesini etkilemektedir. Komplikasyon gelişmesi hastalarda ilaç gereksiniminin, fiziksel belirtilerin, tetkik ve kısıtlamaların artması ile ilişkili olarak fiziksel alanı, hastalığın getirdiği yükün verdiği psikolojik sıkıntılar psikolojik alanı, hastanın kişilerarası ilişkilerinin bozulması ve sosyal ortamda yaşadığı sorunlar ise sosyal alanı etkileyebilmektedir. Araştırma grubundaki kadınlarda kronik hastalık görülme düzeyinin düşük olması sağlık algısı iyi olanlarda yaşam kalitesinin neden her alanda yüksek olduğunu açıklayabilir.

Bu çalışmada yaşam kalitesi alt alanlarından fiziksel ve çevre alanı puan ortalamaları düzenli egzersiz yapanlarda daha yüksek bulunmuştur. İzmir ve Isparta'da yapılan iki ayrı çalışmada da bu çalışmayla benzer şekilde düzenli egzersiz yapanlarda fiziksel alan puan ortalamaları anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur (133, 138). Yine Isparta'da yapılan başka bir çalışmada ise düzenli spor yapmanın yaşam kalitesi üzerinde etkisi olmadığı tespit edilmiştir (139).

Yaşam kalitesinin fiziksel alanı günlük aktiviteler, hareketlilik; çevre alanı ise boş zaman değerlendirme fırsatlarını içerdiğinden egzersiz yapan kadınlar bu alanlarda kendilerini daha avantajlı hissetmiş ve bu nedenle daha iyi durumda değerlendirilmiş olabilirler.

Uyku bozuklukları sanayileşmiş ülkelerde yaygın bir sorun olarak kabul edilmektedir. Epidemiyolojik çalışmalar uyku bozukluğu prevalansını %20,0 -

%30,0 arasında bildirmektedir (147). Uyku kalitesinin kötü olması; fiziksel olarak yorgunluk, enerji eksikliği, bitkinlik, baş ağrısı; psikolojik olarak sinirlilik, endişe, depresif ruh hali; bilişsel olarak konsantrasyon zorlukları, iş performansında azalma, hafıza ve öğrenme güçlükleri ve psikomotor disfonksiyona neden olmaktadır (148).

Bu çalışmada düzenli uyuyanlarda yaşam kalitesi tüm alt alan puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur. Bir diğer ifade ile düzenli uyumak yaşam kalitesini artırmaktadır. Bu çalışmayla uyumlu şekilde Avusturya'da yapılan bir çalışmada Pittsburgh Uyku Kalite İndeksi ile ölçülen uyku kalitesinin yaşam kalitesine etkisi incelenmiş ve uyku kalitesi iyi olan grubun yaşam kalitesinin de daha iyi olduğu gösterilmiştir (147). Macaristan'da, geniş bir popülasyonda yapılan bir çalışmada da benzer şekilde uyku bozukluklarının yaşam kalitesini, günlük işlevselliği, üretkenliği, ev, iş ve yol güvenliğini, fiziksel ve psikolojik iyilik halini olumsuz etkilediği saptanmıştır (148).

Araştırma grubunda uyku kalitesine negatif etkileri olabilecek kafein içeren çay, kahve, kola tüketiminin düşük olması (Tablo 9); sigara içen ve kronik hastalığa sahip kişilerin düşük düzeyde bulunması (Tablo 7); kadınlarının çoğunun çalışmaması nedeniyle ertesi sabah uyanma ve işe gitme stresi yaşamamaları uyku kalitesini ve dolayısıyla yaşam kalitesini artıran faktörler olarak düşünülmüştür.

Bu çalışmada aile planlaması için yöntem kullananlarda yaşam kalitesi alt alanlarından sosyal alan puan ortalamasının arttığı, kullanılan aile planlaması yönteminin ise yaşam kalitesini etkilemediği görülmüştür. Yöntem kullanımına bağlı aşırı doğurganlığın olumsuz etkilerinden ve istenmeyen gebeliklerden sağlıklı biçimde korunmanın kadında yarattığı güvenin cinsel yaşamı olumlu etkilemesinin sosyal alan puan ortalamasını yükselttiği düşünülmektedir. Literatürde konuyla ilgili çalışma bulunamadığından karşılaştırma yapılamamıştır.

Görülme sıklığı %20,0 - %90,0 arasında değişen dismenore (56), araştırma grubundaki kadınların %67,8'inde görülmektedir. Dismenoresi olan kadınların ağrı nedeniyle yaşam kalitesinin düşmesi beklenen bir durum olmakla birlikte bu çalışmada tek değişkenli analizlerde dismenoresi olan kadınların yaşam kalitesi alt alanlarından fiziksel ve çevre alanı puan ortalamaları dismenoresi olmayanlardan

daha yüksek bulunmuş, ileri analizlerde anlamlılık kaybolmuştur. Tıp fakültesi öğrencilerinde yapılan bir çalışmada, dismenoreisi olanların sosyal ilişkilerinin ciddi anlamda etkilendiği, okul ve sınav performanslarının düştüğü kaydedilmiştir (123). Bu çalışmada ileri analizlerde dismenoreinin yaşam kalitesi üzerindeki etkisinin ortadan kalkması dismenoreinin sağlık algısı ve PMS varlığı gibi bağımsız değişkenlerden etkilenmesinden kaynaklanıyor olabilir.

Araştırma grubunda PMSÖ'den alınan toplam puana göre belirlenen PMS varlığının yaşam kalitesi alt alanlarından fiziksel, psikolojik, sosyal ve çevre alanı puan ortalamalarını; adet başlamadan önceki durumun daha kötü olmasının ise KS çevre alanı puan ortalamasını azalttığı görülmüştür. Araştırma sonuçlarına göre PMS şikayeti olan kadınlarda fiziksel alan puan ortalamasının düşük olması fiziksel sağlığın bozulması sonucu işte, okulda, günlük etkinliklerde ve uyku kalitesinde sorunlar yaşandığını; psikolojik alan puan ortalamasının düşük olması kadınlarda sinirlilik, depresyon ve kaygı düzeylerinin arttığını, özgüvenin azaldığını; sosyal alan puan ortalamasının düşük olması aile ve kişilerarası ilişkilerde bozulmalar olduğunu; çevre alanı puan ortalamasının düşük olması ev ortamı ve çalışma ortamıyla ilgili sıkıntılardan bu dönemde daha çok etkilenildiğini; KS çevre alanı puan ortalamasının, adet öncesi dönemde kendini her zamankine göre daha kötü hissedenlerde düşük olması ise bu dönemde sosyal baskının etkisinin daha çok hissedildiğini göstermektedir.

Yapılan çalışmalarda da bu çalışmayla benzer şekilde PMS'nin yaşam kalitesini etkilediği bildirilmiştir (50, 53, 57, 77, 149). Kırca ve arkadaşlarının hemşirelik öğrencilerinde PMS'nin yaşam kalitesine etkisini inceledikleri çalışmada, premenstrüel semptomların en sık ruhsal durumlarını, fiziksel sağlıklarını ve sosyal yaşamlarını etkilediği bildirilmiştir (10). Üniversite öğrencilerinde WHOQOL BREF-TR ile PMS'nin yaşam kalitesine etkilerinin değerlendirildiği başka bir çalışmada, gençlerin gelişim süreçleri içerisinde önemli bir yeri olan PMS'nin fiziksel ve psikolojik dalgalanmalara neden olduğu ve yaşam kalitesini oldukça yüksek düzeyde olumsuz etkilediği ortaya konmuştur (49). Edirne'de hemşirelerde PMS'nin işle ilgili yaşam kalitesine etkisinin incelendiği bir çalışmada PMS'si olan hemşirelerin işle ilgili ve bireysel yaşam kalitelerinin düştüğü, iş doyumlarının

azaldığı, aile ve iş arasında denge kurmakta zorlandıkları, iş yerinde kendilerini de ilgilendiren kararlara daha az katıldıkları ve çalışma koşullarından memnun olmadıkları gösterilmiştir (118).

Mısır'da 18-45 yaş arası PMS' si olan ve olmayan kadınların WHOQOL BREF ile yaşam kalitelerinin karşılaştırıldığı bir çalışmada, PMS'si olan kadınların yaşam kalitesi alt alanlarından psikolojik ve sosyal alan puan ortalamalarının oldukça düşük olduğu bildirilmiştir (46). Zahedan'da adolesanlarda PMS'nin yaşam kalitesine etkisinin WHOQOL BREF ile değerlendirildiği bir çalışmada PMS semptomları olanların yaşam kalitesi alt alanlarından fiziksel, sosyal ve çevre alanlarının olumsuz etkilendiği (150); İran'da tıp fakültesi öğrencilerinin yaşam kalitesinin WHOQOL BREF ile ölçüldüğü başka bir çalışmada PMS'si olanların yaşam kalitesi alt alanlarından psikolojik ve çevre alan puan ortalamalarının düşük olduğu tespit edilmiştir (45).

Fransa, Almanya, Macaristan, İtalya, İspanya, İngiltere, Brezilya ve Meksika'nın da içinde bulunduğu sekiz ülkede 14-50 yaş arası 4,085 kadın üzerinde, PMS semptomlarının günlük yaşam aktivitelerine etkisinin incelendiği bir çalışmada hem fiziksel hem de psikolojik semptomların günlük yaşam aktivitelerini ve dolayısıyla yaşam kalitesini olumsuz etkilediği gösterilmiştir (151).

Türkiye'de ve diğer ülkelerde yapılan çalışmalara bakıldığında PMS'nin kadın hayatında önemli bir yeri olduğu; kadın sağlığını, sosyal yaşamını, kişilerarası ilişkilerini, iş ya da okul devamsızlığını etkilediği; sadece kadının kendisini değil ailesini ve çevresindeki insanları da etkilediği ve bütün bu olumsuzluklar sonucu yaşam kalitesinin etkilendiği görülmektedir.

## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışmada Isparta ili Uluborlu ilçe merkezinde yaşayan 15-49 yaş grubu kadınlarda PMS prevalansı, ilişkili faktörler ve yaşam kalitesine etkisi incelenmiştir. Buna göre elde edilen sonuçlara aşağıda yer verilmiştir:

1. Çalışmaya katılan kadınların yaş ortalaması  $31,8 \pm 8,9$ 'dur. Araştırma grubunun çoğunluğu (%69,8) evlidir. Kadınların %35,7'si lise mezunu, %52,1'i ev hanımıdır. Yüzde 52,4'ü gelir düzeyini orta olarak ifade etmiştir.
2. Kadınların %17,2'sinin adet sırasında günlük kanama miktarını yoğundur. Kadınların çoğu (%67,8) dismenore yaşamaktadır. Grubun %66,9'unun ilk kez adet görmeden önce adet hakkında bilgileri vardır ve kadınların %48,7'si adet ile ilgili bilgiyi annesinden almıştır.
3. Kadınların %50,9'u adet başlamadan önceki hafta kendisini her zamankine göre daha kötü hissetmekteydi. Yüzde 14,8'i kendinde, %9,2'si annesinde; %12,4'ü kız kardeşinde PMS tanısı ya da semptomları olduğunu belirtmektedir.
4. Kadınların %47,3'ünde PMSÖ'den alınan puana göre PMS vardır. Kadınların PMSÖ puan ortalaması  $111,3 \pm 39,2$ 'dir.
5. Araştırma grubunda ileri analizlerde anlamlı bulunmamakla birlikte ileri yaşta PMS görülme düzeyi azalmaktadır.
6. Kadınların medeni durumu, eğitim durumu, çalışma durumu, gelir düzeyi, gelir gider dengesi, anne ve baba eğitim durumu PMS görülme düzeyini etkilememektedir.
7. Kadınların sağlık algıları arttıkça PMS görülme düzeyi azalmaktadır. Kronik hastalığı olan kadınlarda PMS görülme düzeyi daha yüksektir. Düzenli egzersiz yapan kadınlarda PMS görülme düzeyi daha düşüktür. İleri analizlerde anlamlı bulunmamakla birlikte düzenli uyuyanlarda PMS görülme düzeyi daha düşüktür.
8. Kadınların sigara, alkol kullanım durumu ve VKİ'si PMS görülme düzeyini etkilememektedir.



9. Kadınların aile planlaması yöntemi kullanımı ve kullanılan yönteme göre PMS görülme düzeyi değişmemektedir.
10. Adet başlamadan önceki durumu her zamankiyle aynı olanlarda PMS görülme düzeyi daha düşüktür. Annesinde PMS tanısı ya da semptomları olan kadınlarda PMS görülme düzeyi daha yüksektir. İleri analizlerde anlamlı bulunmamakla birlikte kız kardeşinde PMS tanısı ya da semptomları olan kadınlarda PMS görülme düzeyi daha yüksektir.
11. İleri analizlerde anlamlı bulunmamakla birlikte günlük kanama miktarı çok yoğun olan, dismenoresi olan ve ilk kez adet gördüğünde olumsuz duygular hisseden kadınlarda PMS görülme düzeyi daha yüksektir.
12. PMS görülme düzeyi, adetle ilgili bilgi alma durumu, adet görmenin gerekliliği düşüncesi ve adet görmenin doğallığı düşüncesine göre farklılık göstermemektedir.
13. Günlük kahve ve kola tüketimi arttıkça PMS görülme düzeyi artmaktadır. İleri analizlerde anlamlı bulunmamakla birlikte günlük çay tüketimi arttıkça PMS görülme düzeyi azalmaktadır.
14. Kadınların ilk evlenme yaşı, toplam gebelik sayısı, toplam kendiliğinden düşük sayısı, toplam isteyerek düşük sayısı, toplam canlı doğum sayısı, toplam ölü doğum sayısı ortalamaları PMS görülme durumuna göre farklılık göstermemektedir.
15. PMS görülme durumu, ilk adet görme yaşı, adet siklus uzunluğu, adet süresi ortalamalarına göre farklılık göstermemektedir.
16. Kadınların yaşı arttıkça yaşam kalitesi alt alanlarından psikolojik alan puanları; ileri analizlerde anlamlı bulunmamakla birlikte fiziksel ve sosyal alan puanları artmaktadır.
17. İleri analizlerde anlamlı bulunmamakla birlikte fiziksel, psikolojik ve sosyal alan puan ortalamaları evlilerde daha yüksektir.
18. İleri analizlerde anlamlı bulunmamakla birlikte eğitim düzeyi arttıkça yaşam kalitesi alt alanlarından çevre alanı puanı artmaktadır.
19. İleri analizlerde anlamlı bulunmamakla birlikte fiziksel, psikolojik ve sosyal alan puan ortalamaları öğrenci olan grupta daha düşüktür.

20. Sosyal alan ve çevre alanı puan ortalamaları gelir düzeyi yüksek olan kadınlarda daha yüksektir. İleri analizlerde anlamlı bulunmamakla birlikte gelir düzeyi yüksek olan kadınların fiziksel ve psikolojik alan puan ortalamaları daha yüksektir.
21. Geliri giderinden yüksek olanlarda çevre alanı puan ortalamaları daha yüksektir.
22. Babası lise mezunu olanların fiziksel, ileri analizlerde anlamlı bulunmamakla birlikte psikolojik ve çevre alanı puan ortalamaları daha yüksektir.
23. Sağlık algısı yüksek olan kadınlarda fiziksel, psikolojik, sosyal ve çevre alanı; ileri analizlerde anlamlı bulunmamakla birlikte KS çevre alanı puan ortalamaları daha yüksektir.
24. İleri analizlerde anlamlı bulunmamakla birlikte kronik hastalığı olan kadınların fiziksel alan puan ortalamaları daha düşüktür.
25. Düzenli egzersiz yapanlarda fiziksel, çevre ve ileri analizlerde anlamlı bulunmamakla birlikte psikolojik ve KS çevre alanı puan ortalamaları daha yüksektir.
26. Düzenli uyuyanlarda yaşam kalitesi tüm alt alanları puan ortalamaları daha yüksektir.
27. Yaşam kalitesinin alt alanlarının puan ortalamaları, sigara kullanma durumu, alkol kullanma durumu ve VKİ'ye göre farklılık göstermemektedir.
28. Aile planlaması yöntemi kullanan kadınlarda sosyal alan ve ileri analizlerde anlamlı bulunmamakla birlikte KS çevre alanı puan ortalamaları daha yüksektir. Kullanılan aile planlaması yöntemine göre yaşam kalitesi alt alan puan ortalamaları farklılık göstermemektedir.
29. İleri analizlerde anlamlı bulunmamakla birlikte dismenoresi olan kadınlarda fiziksel ve çevre alanı puan ortalamaları daha düşüktür.
30. İlk kez adet gördüğünde olumlu duygular hissedilenlerin ileri analizlerde anlamlı bulunmamakla birlikte psikolojik ve çevre alanı puan ortalamaları daha yüksektir.
31. İleri analizlerde anlamlı bulunmamakla birlikte adet görmeden önce adetle ilgili bilgi almış olanların çevre alanı puan ortalamaları daha yüksektir.

32. İleri analizlerde anlamlı bulunmamakla birlikte adet görmenin gerekli olduğunu düşünenlerin psikolojik, sosyal ve çevre alanı puan ortalamaları daha yüksektir.
33. İleri analizlerde anlamlı bulunmamakla birlikte adet görmenin doğal olduğunu düşünenlerin fiziksel, sosyal ve çevre alanı puan ortalamaları daha yüksektir.
34. Adet başlamadan önceki hafta durumu daha kötü olan kadınların kendilerini daha iyi hissetmek için yaptıklarına göre yaşam kalitesi tüm alt alanları puan ortalamaları farklılık göstermemektedir.
35. Annesinde PMS tanısı ya da semptomları olan kadınların ileri analizlerde anlamlı bulunmamakla birlikte sosyal alan puan ortalamaları daha yüksektir.
36. Kız kardeşinde PMS tanısı ya da semptomları olan kadınların ileri analizlerde anlamlı bulunmamakla birlikte fiziksel alan puan ortalamaları daha yüksektir.
37. PMSÖ'den alınan puana göre PMS'si olan kadınların fiziksel, psikolojik, sosyal, çevre alanı ve ileri analizlerde anlamlı bulunmamakla birlikte KS çevre alanı puan ortalamaları daha düşüktür.

## Özetle;

Araştırma grubundaki kadınlarda sağlık algısının düşük olması, kronik hastalık varlığı, kahve ve kola tüketiminin artması, adet başlamadan önceki durumun daha kötü olması, annede PMS tanısı/semptomları varlığı PMS görülme durumunu artırmakta, düzenli egzersiz yapmak ise PMS görülme durumunu azaltmaktadır.

Fiziksel alan puanını; sağlık algısının düşük olması azaltmakta, düzenli egzersiz yapmak, düzenli uyumak ve babanın lise mezunu ve üstü eğitim düzeyinin olması artırmaktadır.

Psikolojik alan puanını; sağlık algısının düşük olması azaltmakta, yaşın artması ve düzenli uyumak artırmaktadır.

Sosyal alan puanını; gelir düzeyi ve sağlık algısının düşük olması azaltmakta düzenli uyumak, aile planlaması yöntemi kullanmak artırmaktadır.

Çevre alan puanını; gelir düzeyinin ve gelirin giderden düşük olması, sağlık algısının kötü olması azaltmakta, düzenli egzersiz yapmak ve düzenli uyumak artırmaktadır.

KS çevre alanı puanını; adet başlamadan önceki durumun daha kötü olması azaltmakta, düzenli uyumak artırmaktadır.

PMS yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir.

### **Araştırmadan elde edilen sonuçlara göre şu önerilerde bulunulabilir;**

- Kadın hayatında önemli bir yeri olan PMS, genç yaşlarda daha sık görülmektedir. Bu nedenle okullarda menstruasyon, hormonal değişimler ve PMS ile ilgili bilgi verilmeli, kızların konuyu anlamaları sağlanmalı ve PMS ile baş etme yöntemleri anlatılmalıdır.
- PMS, birinci basamakta 15-49 yaş grubu kadınlarda sorgulanması gereken bir konu olmalı ve yapılacak yasal düzenlemelerle bu yaş aralığındaki bütün kadınlara danışmanlık hizmeti verilmesi sağlanmalıdır. Yüksek PMS prevalansına rağmen birçok kadın, PMS'nin salt kadın olmanın getirdiği ve tolere edilebilir bir durum olduğunu düşünmekte ve tedavi arayışına girmemektedir. Bu algının değişmesi ve kadınlarda farkındalığın artması için eğitimler düzenlenmeli ve kadınların profesyonel destek almaları sağlanmalıdır.
- Kadınların çoğu adetle ilgili ilk bilgiyi annelerinden almaktadır ve annesinde PMS görülen kadınların çoğunda PMS görülmektedir. Bu nedenle annenin kızına konuyla ilgili doğru bilgileri verebilmesi için anne eğitimi de önem arz etmektedir. Kadınların bu sorunu yaşayan kadınlarla bir araya gelip bilgi ve tecrübe paylaşımında bulunmaları önerilmelidir.
- Adet öncesi dönemde yaşanan sıkıntıların azaltılması ve eş desteği sağlanması için eşlere de konuyla ilgili eğitim verilerek farkındalık oluşturulmalıdır.
- Kronik hastalığı olan kadınlarda PMS sıklığının artması nedeniyle kronik hastalıklarla mücadelede sağlık eğitimleri artırılmalıdır.
- Kafein alımının PMS'yi artırdığı göz önünde bulundurularak kahve ve kola tüketiminin kısıtlanması önerilmelidir.
- Düzenli egzersizin PMS görülme sıklığını ve belirtilerin şiddetini azaltması sebebiyle kadınlara egzersiz yapmaları önerilmelidir. Genç kızlar için okullarda fizik egzersizin önemi anlatılmalıdır. Yerleşim alanlarında sportif faaliyetler için zemin hazırlanmalı ve kadınların kullanabileceği şekilde düzenlenmelidir.

- Kadınların yaşam kalitesinin artması için sağlık eğitimleri dzenlenmeli; dzenli egzersiz, dzenli uyku gibi kucuk yaşam tarzı değişiklikleriyle yaşam kalitesinin artabileceği anlatılmalıdır.
- PMS kadınların yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir. Bu etki çevresine ve dolayısıyla topluma da yansımaktadır. Bu nedenle PMS ile baş etme yöntemleri geliştirilmeli, sağlık hizmeti sunan personelin konuyla ilgili bilgisi artırılmalı, PMS ayrı bir konu başlığı altında tıp fakültesi öğrencilerine anlatılmalıdır.

## ÖZET

### **Isparta ili Uluborlu İlçesi 15-49 Yaş Kadınlarda Premenstrüel Sendrom Prevalansı, İlişkili Faktörler ve Yaşam Kalitesine Etkisi**

Bu çalışmanın amacı Isparta ili Uluborlu ilçe merkezinde yaşayan 15-49 yaş kadınlarda Premenstrüel Sendrom (PMS) prevalansını, ilişkili faktörleri ve yaşam kalitesine etkisini saptamaktır.

Analitik kesitsel tipteki bu çalışma Temmuz 2014-Kasım 2015 tarihleri arasında gerçekleştirildi. Araştırma evrenini 2014 yılında Uluborlu ilçe merkezinde yaşayan 15-49 yaş arası 1490 kadın oluşturmuştur. Örnek büyüklüğü StatCalc hesaplama programıyla; %40'lık PMS sıklığı, %3'lük sapma ile alfa değeri 0,05 ve beta değeri 0,20 alınarak, 338 hesaplandı. Araştırmanın bağımlı değişkenleri PMS varlığı ve yaşam kalitesi, bağımsız değişkenleri sosyodemografik ve üreme sağlığı ile ilgili özelliklerdi. PMS için Gençdoğan tarafından geliştirilen premenstrüel sendrom ölçeği (PMSÖ), yaşam kalitesi için DSÖ Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu Türkçe versiyonu (WHOQOL-BREF-TR) kullanıldı. Yüz yüze görüşme yöntemiyle toplanan veri SPSS 15.0 (Statistical Package for the Social Sciences,) programı ile analiz edildi. Veri analizinde yüzde, ortalama, standart sapma, minimum ve maksimum (min-maks) değerler, ki-kare testi, bağımsız gruplarda t testi, tek yönlü varyans analizi (ANOVA), Tukey, Mann Whitney U, Kruskal Wallis, Spearman ve Pearson korelasyon testleri, lojistik ve lineer regresyon analizleri kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık için sınır değer  $p<0,05$  kabul edildi.

Bu çalışmada PMS prevalansı %47,3 bulunmuştur. PMS görülme düzeyi; sağlık algısı kötü olanlarda, kronik hastalığı olanlarda, kola ve kahve tüketimi fazla olanlarda, adet başlamadan önce kendini kötü hissedenlerde, annesinde PMS tanısı ya da semptomları olan kadınlarda daha yüksek, düzenli egzersiz yapanlarda ise daha düşük bulunmuştur. PMS ile yaşam kalitesi arasındaki ilişki değerlendirildiğinde PMS'si olan kadınların WHOQOL BREF TR alt alanlarından fiziksel, psikolojik, sosyal ve çevre alanı puan ortalamalarının daha düşük olduğu tespit edilmiştir (sırasıyla  $p<0,001$ ,  $p<0,001$ ,  $p<0,001$ ,  $p=0,002$ ).

Isparta Uluborlu'da yaşayan 15-49 yaş kadınlarda PMS prevalansı yüksektir ve yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir. PMS'nin negatif etkilerini azaltmak, yaşam kalitesini artırmak için sağlık eğitimleri verilmesi ve PMS farkındalığının artırılması önerilmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Premenstrüel sendrom, prevalans, üreme çağı, yaşam kalitesi, WHOQOL BREF

## SUMMARY

### **Living in the District of Isparta Province Uluborlu 15-49 Age Women Prevalance of Premenstrual Syndrome, Related Factors and It's Impact on Quality of Life**

The aim of this study is to investigate the frequency of Premenstrual Syndrome (PMS) in 15-49 aged women living in Isparta Uluborlu, the factors related PMS and the impact of PMS on quality of life.

The cross-sectional and analytic study was conducted July 2014 - November 2015. The population of this study conducted on 1490 15-49 aged women who are living in Isparta Uluborlu in the year of 2014. 338 women were determined by using StatCalc with a PMS frequency of 40%, 3% deviation and an alpha value of 0.05 and beta value of 0.20.

The dependent variables of the study was the presence of PMS and quality of life, the independent variables were socio-demographic and reproductive health characteristics. The data were compiled using a Premenstrual Syndrom Scale Questionnaire devolped by Gencdogan and the Turkish version of "World Health Organization's Quality of Life Questionnaire" (WHOQOL-BREF-TR). Data collected by face to face interview and analyzed by using SPSS 15.0 (Statistical Package for the Social Sciences). In the analysis of the data; percentage distribution, mean, standard deviation, minimum and maximum (min-max) values, Chi-square test, independent samples t tests, One Way Anova test (ANOVA), Tukey, Mann Whitney U, Kruskal-Wallis, Spearman and Pearson correlation tests, logistic and linear regression analyzes were used.  $p < 0.05$  was accepted as statistically significant in all analyses.

PMS was detected in 47.3% of the women in this study. PMS was found significantly high in those women who have poor health perceptions, having a chronic illness, more of coke and coffee consumption, feeling bad before the start of menstruation, whose mother was diagnosed or had symptoms of PMS, and PMS was found significantly low in women who exercise regularly. When the relation of PMS with life quality was evaluated, it was determined that the women with PMS had a lower avarege score of physical, psychological, social and environmental domains of WHOQOL BREF TR (respectively  $p < 0.001$ ,  $p < 0.001$ ,  $p < 0.001$ ,  $p = 0.002$ ).

Prevalance of PMS is high in 15-49 aged women in Isparta Uluborlu and it's adversely affect the quality of life. In order to decrease the negative effects of PMS and to improve the life quality it is recommended that health education should be given to create awareness about PMS.

**Key words:** Premenstrual syndrome, prevalance, quality of life, reproductive age, WHOQOL BREF



## KAYNAKLAR

1. Chan PD, Johnson SM. Current Clinical Strategies Gynecology and Obstetrics. Laguna Hills: Current Clinical Strategies Publishing; 2006:36-9.
2. Dickerson LM, Mazyck PJ, Hunter MH. Premenstrual syndrome. American family physician. 2003;67(8):1743-52.
3. Braverman PK. Premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder. Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology. 2007;20(1):3-12.
4. Moghadam Direkvand A, Kouros S, Delpisheh A, Kaikhavandi S. (PMS)-A Systematic Review and Meta-Analysis Study Journal of Clinical and Diagnostic Research. 2014; 8 ( 2):106-9.
5. Milewicz A, Jedrzejuk D. Premenstrual syndrome: From etiology to treatment. Maturitas. 2006;55:47-54.
6. Karadağ F. Adet Öncesi Disforik Bozukluk. Psikiatri Dünyası. 2001;5:11-4.
7. Freeman EW. Premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder: definitions and diagnosis. Psychoneuroendocrinology. 2003;28:25-37.
8. Tascı KD. Hemşirelik Öğrencilerinin Premenstrual Semptomlarının Değerlendirilmesi. TAF Preventive Medicine Bulletin. 2006;5(6):434-43.
9. Demir B, Yıldız Algül L. The Incidence and the Contributing factors of premenstrual syndrome in health working women. J Turk Soc Obstet Gynecol. 2006;3(4):262-70.
10. Kırca N, Ergin F, Adana F, Arslantaş H. Hemşirelik Öğrencilerinde Premenstrüel Sendrom Prevelansı ve Yaşam Kalitesi ile İlişkisi. ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi. 2012;13(1):19-25.
11. Dean BB, Borenstein JE, Knight K, Yonkers K. Evaluating the criteria used for identification of PMS. Journal of Women's Health. 2006;15(5):546-55.
12. Speroff L, Fritz MA. Klinik Jinekolojik Endokrinoloji ve İnfertilite. Erk A, Günalp S (Çeviri Editörleri). 7. baskı, Ankara: Güneş Tıp Kitabevi, 2007: 531-46.
13. Miyaoka Y, Akimoto Y, Ueda K, Ujii Y, Kametani M, Uchiide Y, et al. Fulfillment of the premenstrual dysphoric disorder criteria confirmed using a self-rating questionnaire among Japanese women with depressive disorders. BioPsychoSocial medicine. 2011;5(1):1-9.
14. Yonkers K, Pearlstein T, Rosenheck R. Premenstrual disorders: bridging research and clinical reality. Archives of Women's Mental Health. 2003;6(4):287-92.
15. Salamat S, Ismail KMK, O' Brien S. Premenstrual syndrome. Obstetrics, Gynaecology & Reproductive Medicine. 2008;18(2):29-32.
16. Steiner M. Premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder: guidelines for management. Journal of Psychiatry and Neuroscience. 2000;25(5):459-68.
17. Managing Premenstrual Symptoms. 2008; [http://www.arhp.org/](http://www.arhp.org/Publications-and-Resources/Quick-Reference-Guide-for-Clinicians/PMS/Definitions) Publications-and-Resources/ Quick-Reference-Guide-for-Clinicians/ PMS/Definitions (Accessed:21.10.2015).
18. Güleç C, Köroğlu E, Şenol S. Psikiyatri Temel Kitabı. Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 2007:292-295.

19. Lustyk MKB, Gerrish W. Premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder: issues of quality of life, stress and exercise. Handbook of Disease Burdens and Quality of Life Measures. 2010:1951-75.
20. Gül T. Premenstrüel Sendrom. In: Çiçek MN, Akyürek C, Çelik Ç, Haberal A, eds. Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi. Ankara: Güneş Kitabevi, 2004:761-5.
21. Yücel U, Bilge A, Oran N, Ersoy MA, Gençdoğan B, Özveren Ö. Adölesanlarda premenstrüel sendrom yaygınlığı ve depresyon riski arasındaki ilişki. Anadolu Psikiyatri Dergisi. 2009;10(1):55-61.
22. Özeren A, Atila D, Helvacı M. Hastane Çalışanlarında Premenstrüel Sendrom ve Depresyon ile İlişkisi Tepecik Eğitim Hastanesi Dergisi. 2013;23(1):25-33.
23. Selçuk KT, Avcı D, Yılmaz Alp F. Hemşirelik Öğrencilerinde Premenstrual Sendrom Prevalansı ve Etkileyen Etmenler. Journal of Psychiatric Nursing. 2014;5(2):98-103.
24. Poyrazoğlu S. Kayseri İl Merkezi'nde Yaşayan 15-49 Yaş Arası Kadınlarda Premenstrüel Sendrom Prevalansı Ve Etkileyen Faktörler. (Uzmanlık Tezi) Kayseri: Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı AD; 2010.
25. Pınar A, Öncel S. 15-49 yaş grubu kadınlarda premenstrual sendrom görülme sıklığı (Antalya/Türkiye). Türkiye Klinikleri Journal of Gynecology and Obstetrics. 2011;21(4):227-37.
26. Süer N. Premenstrual Sendrom. Göztepe Tıp Dergisi. 2008;23(3):76-80.
27. Colin CM, Shushan A. Menstrüasyonun Komplikasyonları; Anormal Uterin Kanama. In: Decherney AH, Nathan L, Goodwin TM, Lauffer N, eds. Current Diagnosis and Treatment serisi Güncel Obstetrik ve Jinekoloji Tanı ve Tedavi. Tıraş MB (Çeviri Editörü). 10. Baskı, Ankara: Güneş Tıp Kitabevi, 2010:570-8.
28. İsmail KMK, O'Brien S. Premenstrual syndrome. Women's Health Medicine. 2006;3(6):272-5.
29. Walsh S, İsmaili E, Naheed B, O'Brien S. Diagnosis, pathophysiology and management of premenstrual syndrome. The Obstetrician & Gynaecologist. 2015;17(2):99-104.
30. Reid RL. Premenstrüel sendrom. In: Gibbs RS, Karlan BY, Haney AF, Nygaard IE, eds. Danforth's Obstetrik ve Jinekoloji. Ayhan A (Çeviri Editörü). 10. Baskı, Ankara: Güneş Tıp Kitapevleri, 2010:672-81.
31. Türkçapar AF, Türkçapar MH. Premenstrüel Sendrom ve Premenstrüel Disforik Bozuklukta Tanı ve Tedavi: Bir Gözden Geçirme. Klinik Psikiyatri 2011;14:241-53.
32. Schorge JO, Schaffer JI, Halvorson LM, Hoffman BL, Bradshaw KD, Cunningham FG. Williams Jinekoloji. Ceylan Y, Yıldırım G, Aslan H, Gül A, Gedikbaşı A. (Çeviri Editörleri). Ankara: Nobel Tıp Kitapevleri, 2010:296-303.
33. Halbreich U. The etiology, biology, and evolving pathology of premenstrual syndromes. Psychoneuroendocrinology. 2003;28:55-99.
34. Freeman EW, Frye CA, Rickels K, Martin PA, Smith SS. Allopregnanolone levels and symptom improvement in severe premenstrual syndrome. Journal of clinical psychopharmacology. 2002;22(5):516-20.
35. Epperson CN, Haga K, Mason GF, Sellers E, Gueorguieva R, Zhang W, et al. Cortical  $\gamma$ -aminobutyric acid levels across the menstrual cycle in healthy women and

- those with premenstrual dysphoric disorder: a proton magnetic resonance spectroscopy study. *Archives of General Psychiatry*. 2002;59(9):851-8.
36. Akdemir A, Örsel S, Karaoğlan A. Depresyon Etiyolojisinde Nöropeptidler. *Klinik Psikiyatri Dergisi*. 2002;5:24-9.
  37. Incebiyik A, Camuzcuoglu A, Hilali NG, Ulas T, Vural M, Camuzcuoglu H, et al. Serum oxidative stress, visfatin and apelin in healthy women and those with premenstrual syndrome. *Journal of Obstetrics & Gynaecology*. 2015;35(2):188-92.
  38. Czajkowska M, Drosdzol-Cop A, Gałazka I, Naworska B, Skrzypulec-Plinta V. Menstrual cycle and the prevalence of PMS/PMDD in adolescent athletes. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*. 2015:1-7.
  39. Daşıkan Z, Saruhan A, Çalışan Hemşirelerde Menstrüel Yakınmaların İncelenmesi. *Sted*. 2014; 23(1) :1-7.
  40. Tschudin S, Berteau PC, Zemp E. Prevalence and predictors of premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder in a population-based sample. *Archives of women's mental health*. 2010;13(6):485-94.
  41. Mohamed EH, Youssef IM, Ahmed AB, Hamied SA. Prevalence and Factors Affecting Premenstrual Syndrome (PMS) in Alganaen Village, Suez Governorate. *The Medical Journal of Cairo University*. 2013;81(2):25-8.
  42. Adıguzel H, Taskin EO, Danaci AE. The symptomatology and prevalence of symptoms of premenstrual syndrome in Manisa, Turkey. *Turk Psikiyatri Dergisi*. 2007;18(3):1-8.
  43. Naeimi N. The Prevalence and Symptoms of Premenstrual Syndrome under Examination. *Journal of Biosciences and Medicines*. 2015;3(1):1-8.
  44. Sarkar AP, Mandal R, Ghorai S. Premenstrual syndrome among adolescent girl students in a rural school of West Bengal, India. *Depression*. 2016;94:62-7.
  45. Farrokh-Eslamlou H, Oshnouei S, Heshmatian B, Akbari E. Premenstrual syndrome and quality of life in Iranian medical students. *Sexual & Reproductive Healthcare*. 2015;6(1):23-7.
  46. El-Masry NM, Abdelfatah NR. Quality of life and burden of women with premenstrual dysphoric disorder. *Egyptian Journal of Psychiatr*. 2012;33:45-50.
  47. Potter J, Bouyer J, Trussell J, Moreau C. Premenstrual syndrome prevalence and fluctuation over time: results from a French population-based survey. *Journal of Women's Health*. 2009;18(1):31-9.
  48. Simarjeet K, Poonam S, Jyoti S. Assessment and Comparison of Premenstrual Symptoms among Unmarried and Married Women. *International Journal of Health Sciences and Research* 2015;5(6):384-9.
  49. Pinar G, Colak M, Oksuz E. Premenstrual Syndrome in Turkish college students and its effects on life quality. *Sexual & Reproductive Healthcare*. 2011;2(1):21-7.
  50. Sahin S, Ozdemir K, Unsal A. Evaluation of premenstrual syndrome and quality of life in university students. *JPMA*. 2014;64(8):915-22.
  51. Daşıkan Z, Taş GÇ, Sözen G. Ödemiş bölgesindeki kadınlarda yaşanan perimenstrual şikayetler ve etkileyen faktörler. *Journal of Turkish Society of Obstetrics & Gynecology*. 2014(2):98-104.

52. Erbil N, Bölükbaş N, Tolan S, Uysal F. Evli kadınlarda premenstrual sendrom görülme durumu ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *Uluslar arası İnsan Bilimleri Dergisi*. 2011;8(1):429-38.
53. Al-Batanony MA, Al-Nohair SF. Prevalence of Premenstrual Syndrome and Its Impact on Quality of Life among University Medical Students, Al Qassim University, KSA. *Public Health Research*. 2014;4(1):1-6.
54. Balaha M, Amr M, Moghannum M, Muhaida N. The phenomenology of premenstrual syndrome in female medical students: a cross sectional study. *Pan African Medical Journal*. 2010;5(1):1-14.
55. Eke AC, Akabuike JC, Maduekwe K. Predictors of premenstrual syndrome among Nigerian university students. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. 2011;112(1):63-4.
56. French L. Dysmenorrhea. *American family physician*. 2005;71(2):285-91.
57. Nisar N, Zehra N, Haider G, Munir AA, Sohoo NA. Frequency, intensity and impact of premenstrual syndrome in medical students. *J Coll Physicians Surg Pak*. 2008;18(8):481-4.
58. Eryilmaz G, Ozdemir F, Pasinlioglu T. Dysmenorrhea prevalence among adolescents in eastern Turkey: its effects on school performance and relationships with family and friends. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*. 2010;23(5):267-72.
59. Bertone-Johnson ER, Hankinson SE, Johnson SR, Manson JE. Cigarette smoking and the development of premenstrual syndrome. *American journal of epidemiology*. 2008;168(8):938-45.
60. Gümüş Babacan A, Bayram N, Can N, Kader E. Üniversite öğrencilerinde premenstruel sendrom ve somatizasyon: İlişkisel bir inceleme. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2012;13(1):32-8.
61. Cheng S-H, Shih C-C, Yang Y-K, Chen K-T, Chang Y-H, Yang Y-C. Factors associated with premenstrual syndrome — A survey of new female university students. *The Kaohsiung Journal of Medical Sciences*. 2013;29(2):100-5.
62. Önal B. Premenstrüel Sendromda Risk Faktörleri ve Tedavi Arama Davranışının Araştırılması. (Uzmanlık Tezi) İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği AD; 2011.
63. Johnson SR. Premenstrual syndrome, premenstrual dysphoric disorder, and beyond: a clinical primer for practitioners. *Obstetrics & Gynecology*. 2004;104(4):845-59.
64. ACOG Practice Bulletin. Clinical management guidelines for obstetricians and gynecologists. Premenstrual syndrome. *Obstetricians and Gynecologists*. 2000;95:1-9.
65. Amerikan Psikiyatri Birliği. *Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı*. Beşinci Baskı.(DSM V). Köroğlu E (çev.).Ankara: Hekimler Yayın Birliği; 2013.
66. Endicott J, Nee J, Harrison W. Daily Record of Severity of Problems (DRSP): reliability and validity. *Archives of women's mental health*. 2006;9(1):41-9.
67. Halbreich U, Endicott J, Schacht S, Nee J. The diversity of premenstrual changes as reflected in the Premenstrual Assessment Form. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 1982;65(1):46-65.

68. Dereboy Ç, Dereboy İF, Yiğitol F, Çoşkun A. Premenstrüel Değerlendirme Formunun psikometrik verileri: Küme analitik bir çalışma. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 1994;5(2):83-90.
69. Gençdoğan B. Premenstrual sendrom için yeni bir ölçek. *Türkiye’de Psikiyatri*. 2006;8(2):81-7.
70. Kızılkaya N, Tuncel N. Perimenstrual şikayetlerin hafifletilmesinde hemşirelik girişimlerinin etkinliği. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*. 1994;8(32):66-79.
71. Gülerman C. Premenstrüel Sendrom. In: Çiçek N, Mungan T, eds. *Klinikte Obstetrik ve Jinekoloji*. Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri; 2007:657-62.
72. Jarvis CI, Lynch AM, Morin AK. Management strategies for premenstrual syndrome/premenstrual dysphoric disorder. *Annals of Pharmacotherapy*. 2008;42:967-78.
73. Pazoki H et al. Comparing the effects of aerobic exercise and *Foeniculum vulgare* on pre-menstrual syndrome, *Middle East Fertil Soc J* (2015), <http://dx.doi.org/10.1016/j.mefs.2015.08.002>.
74. Gamal AM, Shahin MA. Premenstrual Syndrome, Associated Symptoms and Evidence – Based Nursing Management: A Comparative Study Between Rural Menoufia Governorate (Egypt) and Hodidha Governorate (Yemen). *American Journal of Nursing Science*. 2015; 4(3): 84-93.
75. Rezaee H, Mahamed F, Mazaheri MA. Does Spousal Support Can Decrease Women's Premenstrual Syndrome Symptoms? *Global Journal of Health Science*. 2015;8(5):19-26.
76. Chau JP, Chang AM. Effects of an educational programme on adolescents with premenstrual syndrome. *Health education research*. 1999;14(6):817-30.
77. Arıöz A, Ege E. Premenstrüel sendrom sorunu olan üniversite öğrencilerinde, semptomların kontrolü ve yaşam kalitesinin artırılmasında eğitimin etkinliği. *Genel Tıp Dergisi* 2013;23(3):63-9.
78. Apollo J, Neethu RT, Greeshma HV, Swetha L, T.R. Ashok K, Sivakumar T. Pre Menstrual Syndrome: Different Approaches of Management. *International Journal of Pharmaceutical Sciences Review and Research*. 2014;66:361-6.
79. Bertone-Johnson ER, Hankinson SE, Bendich A, Johnson SR, Willett WC, Manson JE. Calcium and vitamin D intake and risk of incident premenstrual syndrome. *Archives of Internal Medicine*. 2005;165(11):1246-52.
80. Thys-Jacobs S, Starkey P, Bernstein D, Tian J. Calcium carbonate and the premenstrual syndrome: effects on premenstrual and menstrual symptoms. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 1998;179(2):444-52.
81. Bendich A. The potential for dietary supplements to reduce premenstrual syndrome (PMS) symptoms. *Journal of the American College of Nutrition*. 2000;19(1):3-12.
82. Khine K, Rosenstein DL, Elin RJ, Niemela JE, Schmidt PJ, Rubinow DR. Magnesium (mg) retention and mood effects after intravenous mg infusion in premenstrual dysphoric disorder. *Biological psychiatry*. 2006;59(4):327-33.
83. Maharaj S, Trevino K. A Comprehensive Review of Treatment Options for Premenstrual Syndrome and Premenstrual Dysphoric Disorder. *Journal of Psychiatric Practice*. 2015;21(5):334-50.

84. Pearlstein T, Steiner M. Premenstrual dysphoric disorder: burden of illness and treatment update. *JPN*. 2008;33(4):291-301.
85. Schellenberg R. Treatment for the premenstrual syndrome with agnus castus fruit extract: prospective, randomised, placebo controlled study. *BMJ*. 2001;322:134-7.
86. He Z, Chen R, Zhou Y, Geng L, Zhang Z, Chen S, et al. Treatment for premenstrual syndrome with Vitex agnus castus: A prospective, randomized, multi-center placebo controlled study in China. *Maturitas*. 2009;63(1):99-103.
87. Prilepskaya V, Ledina A, Tagiyeva A, Revazova F. Vitex agnus castus: Successful treatment of moderate to severe premenstrual syndrome. *Maturitas*. 2006;55:55-63.
88. Ozgoli G, Selselei EA, Mojab F, Majd HA. A randomized, placebo-controlled trial of Ginkgo biloba L. in treatment of premenstrual syndrome. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*. 2009;15(8):845-51.
89. Cho S-H, Kim J. Efficacy of acupuncture in management of premenstrual syndrome: A systematic review. *Complementary Therapies in Medicine*. 2010;18(2):104-11.
90. Hunter MS, Ussher JM, Cariss M, Browne S, Jelley R, Katz M. Medical (fluoxetine) and psychological (cognitive-behavioural therapy) treatment for premenstrual dysphoric disorder: a study of treatment processes. *Journal of Psychosomatic research*. 2002;53(3):811-7.
91. Brown J, O'Brien PMS, Marjoribanks J, Wyatt K. Selective serotonin reuptake inhibitors for premenstrual syndrome. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2009, Issue 2. Art. No.: CD001396. DOI: 10.1002/14651858.CD001396.pub2.
92. Shah NR, Jones J, Aperi J, Shemtov R, Karne A, Borenstein J. Selective serotonin reuptake inhibitors for premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder: a meta-analysis. *Obstetrics and Gynecology*. 2008;111:1175-82.
93. Panay N. Managing premenstrual syndrome. *Women's Health Medicine*. 2005;2(3):1-4.
94. Yonkers KA, O'Brien P, Eriksson E. Premenstrual syndrome. *The Lancet*. 2008;371:1200-10.
95. Freeman EW, Kroll R, Rapkin A, Pearlstein T, Brown C, Parsey K, et al. Evaluation of a unique oral contraceptive in the treatment of premenstrual dysphoric disorder. *Journal of women's health & gender-based medicine*. 2001;10(6):561-9.
96. Lopez LM, Kaptein AA, Helmerhorst FM. Oral contraceptives containing drospirenone for premenstrual syndrome. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2009, Issue 2. Art. No.: CD006586. DOI: 10.1002/14651858.CD006586.pub3.
97. Öksüz E, Malhan S. Sağlıkla Bağlı Yaşam Kalitesi: Kalitemetri. Ankara: Başkent Üniversitesi Yayınları; 2005.
98. Fayers P, Machin D. *Quality of life: the assessment, analysis and interpretation of patient-reported outcomes*: John Wiley & Sons; 2013.
99. The Whoqol Group. *The Development of the World Health Organization Quality of Life Assessment Instrument (Whoqol)*. Springer; 1994:41-57.
100. Başaran S, Güzel R, Sarpel T. Yaşam kalitesi ve sağlık sonuçlarını değerlendirme ölçütleri. *Romatizma*. 2005;20(1):55-63.
101. Theofilou P. Quality of life: definition and measurement. *Europe's Journal of Psychology*. 2013;9(1):150-62.

102. Şarlı Ş.Hipertansiyon Hastalığı Olanlarda Tedaviye Uyum, Etkileyen Faktörler ve Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi.(Uzmanlık Tezi) Kayseri:Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD; 2011.
103. Biggs WS, Demuth RH. Premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder. *American family physician*. 2011;84(8):918-24.
104. Rapkin AJ, Winer SA. Premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder: quality of life and burden of illness. *Pharmacoeconomics & Outcomes Research*. 2009;9:157-70.
105. Uluborlu Kaymakamlığı, [www.uluborlu.gov.tr](http://www.uluborlu.gov.tr) (Erişim tarihi: 24.04.2015).
106. Türkiye İstatistik Kurumu Yayın ve Bilgi Dağıtım Daire Başkanlığı.[www.tuik.gov.tr](http://www.tuik.gov.tr) (Erişim tarihi:02.07.2014).
107. Info E. Version 6. Atlanta: Centers for Disease control and prevention. 1994.
108. World Health Organization (WHO). Obesity. [www.who.int/features/factfiles/obesity/facts/en/](http://www.who.int/features/factfiles/obesity/facts/en/) Accessed: 29.01.2015.
109. The Whoqol Group. The World Health Organisation quality of life assessment (Whoqol): Position paper from the World Health Organisation. *Social Science & Medicine* 1995;41(10): 1403–9.
110. The Whoqol Group. The World Health Organisation quality of life assessment (Whoqol): Development and psychometric properties. *Social Science & Medicine* 1998; 46(12): 1569–85.
111. The Whoqol Group. Development Of The World Health Organization WHOQOL-BREF Quality Of Life Assessment. *Psychol Med*. 1998;28(3):551-8.
112. Eser E, Fidaner H, Fidaner C, Eser SY, Elbi H, Göker E. WHOQOL-100 ve WHOQOL-BREF'in psikometrik özellikleri. 3 P (Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji) Dergisi. 1999;7(2):23-40.
113. Yalçın SE, Fidaner H, Fidaner C, Elbi H, Göker E. Yaşam kalitesinin ölçülmesi, WHOQOL-100 ve WHOQOL-BREF. 3 P (Psikiyatri, Psikoloji, Psikofarmakoloji) Dergisi. 1999;7(2): 5–13.
114. World Health Organization (Who). Whoqol-Bref. Introduction A, Scoring, And Generic Version Of The Assessment. Geneva: Who, Programme On Mental Health. [Http://Www.Who.Int/Mental\\_Health/Media/En/76.Pdf](http://www.who.int/mental_health/media/en/76.pdf) (Accessed: 9.06.2014).
115. SPSS I. SPSS 15.0 for windows. 2006.
116. Hayran M. Sağlık Araştırmaları İçin Temel İstatistik .1. Baskı. Ankara: Omega yayınları; 2011.
117. Aksakoğlu G. Sağlıkta Araştırma Teknikleri ve Analiz Yöntemleri. İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi Yayınları; 2001.
118. Kahyaoglu Sut H, Mestogullari E, Effect of Premenstrual Syndrome onWork-Related Quality of Life in Turkish Nurses, *Safety and Health at Work* (2015), <http://dx.doi.org/10.1016/j.shaw.2015.09.001>.
119. Kısa S, Zeyneloğlu S, Güler N. Üniversite Öğrencilerinde Premenstrüel Sendrom Görülme Sıklığı ve Etkileyen Faktörler. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2012;1(4):284-97.
120. Bakır N.Üniversite Öğrencilerinde Premenstrüel Sendrom ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Arasındaki İlişki.(Yüksek Lisans Tezi) Antalya:Akdeniz Üniversitesi

Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı; 2012.

121. Tolossa FW, Bekele ML. Prevalence, impacts and medical managements of premenstrual syndrome among female students: cross-sectional study in college of health sciences, Mekelle University, Mekelle, Northern Ethiopia. *BMC women's health*. 2014;14(1):52.
122. Nageeb H, Mohamed RA, Amasha H. Prevalence of Premenstrual Syndrome: Complementary & Alternative Therapy among Nursing Students. *IOSR Journal of Nursing and Health Science*. 2015;4(2):7-15.
123. Oral E, Kirkan T, Yazici E, Cansever MGZ, Aydın N. Premenstrual symptom severity, dysmenorrhea, and school performance in medical students. *Journal of Mood Disorders*. 2012;2(4):143-52.
124. Kroll AR. Recreational Physical Activity and Premenstrual Syndrome in College-Aged Women. Masters Theses 1896. 2010.
125. Ozisik Karaman HI, Tanriverdi G, Degirmenci Y. Subjective sleep quality in premenstrual syndrome. *Gynecological Endocrinology*. 2012;28(8):661-4.
126. Güneş G, Pehlivan E, Eğri M, Genç M. Malatyarda Lise Öğrencilerinde Premenstrual Sendrom Sıklığı. *Journal of Turgut Özal Medical Center*. 1997;4(4):403-6.
127. Akbaş T, Sanberk İ. İlk Menstrüasyon ve Ejakülasyon Deneyimi: Hazirlik Ön Yaşantılar ve Ön Bilgilerin Cinsel Tutum ve Davranışlarla İlişkinin İncelenmesi. *Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*. 2012;21(3):323-38.
128. Kebapçılar AG, Taner CE, Başoğul Ö, Okan G. İzmir Ege Doğumevi ve Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Hastalarındaki Premenstrüel Sendrom Prevelansı ve Etkileyen Faktörler. *FÜ Sağ Bil Tıp Derg*. 2012;26(3):111 - 4.
129. Drosdzol A NK, Skrzypulec V, Plinta R. Premenstrual disorders in Polish adolescent girls: Prevalence and risk factors. *J Obstet Gynaecol Res* 2011;37(9): 1216–21.
130. Salehi A, Harris N, Sebar B, Coyne E. Self-Perception of Quality of Life and Its Association with Lifestyle Behaviours of Young Iranian Women. *Iranian journal of public health*. 2015;44(3):332-40.
131. Avcı K, Pala K. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesinde çalışan araştırma görevlisi ve uzman doktorların yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. 2004;30(2):81-5.
132. Kartal M, Mıdık Ö, Büyükakkuş A. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencilerinde sigara kullanımı ve yaşam kalitelerine etkisi. *Türk Toraks Dergisi*. 2012;13:11-7.
133. Aydın P, Günay T, Baydur H, Şimşek H. İzmir’de yarı kentsel bir bölgede 45-59 yaş kadınlarda yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. *Tıp Araştırmaları Dergisi*. 2012;10(3):88-93.
134. DüNDAR PE, Bilge B, Baydur H, Pala T, Eser E, Ergör A, et al. Manisa’da Çıracılık Eğitim Merkezinde Eğitim Gören Gençlerin Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler. *Toplum Hekimliği Bülteni*. 2006;25(1):24-9.
135. Altıparmak S, Eser E. 15–49 yaş grubu evli kadınlarda yaşam kalitesi ve etkileyen faktörlerin incelenmesi. *Aile ve Toplum*. 2007;3(11):29-33.



136. Işıklı B, Kalyoncu C, Arslantaş D. Eskişehir Mahmudiye’de 35 Yaş ve Üzeri Kişilerde Yaşam Kalitesi. *Toplum Hekimliği Bülteni*. 2007;26(3):7-12.
137. Keshavarzi S, Ayatollahi SMT, Zare N, Sharif F. Quality of life of childbearing age women and its associated factors: an application of seemingly unrelated regression (SUR) models. *Quality of Life Research*. 2013;22(6):1255-63.
138. Aras D, Uskun E. Hemşirelerin Çalışma Ortamı Riskleri ve Yaşam Kalitesi ile İlişkisi. *Tıp Araştırmaları Dergisi*. 2015;13(2):62-9.
139. Uskun E, Öztürk M, Kişioğlu AN, Sönmez Y. Risk factors of small scale work places in an industrial site in relations to quality of life. *Turkish Journal of Public Health*. 2015;13(2):97-114.
140. Okyay P, Atasoylu G, Önde M, Dereboy Ç, Beşer E. Kadınlarda Yaşam Kalitesi Anksiyete ve Depresyon Belirtilerinin Varlığında Nasıl Etkileniyor? Kesitsel Bir Alan Çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2012;23(3):178-88.
141. Şen N, Arslan GG, Çoban A, Güngör N, Kulbakan S, Solar M. Sigara içme durumunun üniversite öğrencilerinin yaşam kalitesi üzerine etkisinin incelenmesi. *Toraks Dergisi*. 2008;9(2):68-73.
142. Akinyemi O, Owoaje E, Popoola O, Ilesanmi O. Quality of life and associated factors among adults in a community in South West Nigeria. *Annals of Ibadan Postgraduate Medicine*. 2013;10(2):34-9.
143. Gülmez H. Çalışanların Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*. 2013;7(4):74-82.
144. Nehir S, Çoban A, Demirci H, Özbaşaran F, İnceboz Ü. Menopozal belirtilerin ve evlilik uyumunun yaşam kalitesi üzerine etkisi. *Cumhuriyet Medical Journal*. 2009;31(1):15-21.
145. Aduloju OP, Akintayo AA, Olofinbiyi BA, Awoleke JO, Ade-Ojo IP, Dada MU. Predictors of Quality of Life Among Infertile Women in a South Western Nigerian Teaching Hospital. *Inter J Trop Med Pub Health*. 2015;5(1):8-12.
146. Gomes NS, Soares MBO, Silva SR. Self-esteem and quality of life in women undergoing breast cancer surgery. *Rev Min Enferm*. 2015;19(2):127-32.
147. Zeitlhofer J, Schmeiser-Rieder A, Tribl G, Rosenberger A, Bolitschek J, Kapfhammer G, et al. Sleep and quality of life in the Austrian population. *Acta Neurologica Scandinavica*. 2000;102(4):249-57.
148. Szentkirályi A, Madarász CZ, Novák M. Sleep disorders: impact on daytime functioning and quality of life. *Pharmacoeconomics Outcomes Res*. 2009;9(1):49-64.
149. Eğicioğlu H, Coşar E, Kundak Z, Pektaş M, Köken G. Premenstrüel Sendromun yaşam kalitesine olan etkileri, sosyodemografik özelliklerle ilişkili mi? *Jinekoloji-Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi*. 2015;12(1):10-7.
150. Bakhshani NM, Aghashahi Z, Pour K, Yaghmaei M. Relationship between Symptoms of Premenstrual Syndrome (PMS) and Quality of Life (QOL) in the Adolescents. *Life Science Journal*. 2013;10(2):265-8.
151. Dennerstein L, Lehert P, Bäckström TC, Heinemann K. The effect of premenstrual symptoms on activities of daily life. *Fertility and Sterility*. 2010;94(3):1059-64.

## EKLER

### Ek 1. Etik Kurulu Kararı

T.C.  
SÜLEYMAN DEMİREL ÜNİVERSİTESİ  
Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığı

Sayı : 72867572-050- **2616**  
Konu : Etik Kurul Kararı

31 Temmuz 2014

Sayın Doç. Dr. Ersin USKUN  
Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi  
Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Sorumlu araştırmacı olduğunuz “Isparta İli Uluborlu İlçesi 15-49 Yaş Kadınlarda Premenstrüel Sendrom Prevelansı, İlişkili Faktörler ve Yaşam Kalitesine Etkisi” isimli çalışmanızın kurulumuz tarafından uygun görüldüğüne ilişkin 23.07.2014 tarih ve 130 sayılı Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Kararı yazımız ekinde gönderilmiştir.

Bilgilerinizi rica ederim.

  
Prof. Dr. Mustafa AKÇAM  
Başkan

Ek : Etik Kurulu Kararı ( 2 Sayfa )

**KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU**

Araştırmanın Açık Adı	Isparta İli Uluborlu İlçesi 15-49 Yaş Kadınlarda Premenstrüel Sendrom Prevelansı, İlişkili Faktörler ve Yaşam Kalitesine Etkisi. (23.07.2014 tarih ve 130 sayılı karar)
Araştırmanın Protokol Kodu	

<b>ETİK KURUL BİLGİLERİ</b>	ETİK KURULUN ADI	Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığı
	AÇIK ADRESİ:	S.D.Ü. Doğu Kampüsü Tıp Fakültesi Dekanlığı Binası – ISPARTA
	TELEFON	246.2113704
	FAKS	246.2371165
	E-POSTA	tipetik@sdu.edu.tr

<b>BASVURU BİLGİLERİ</b>	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Sorumlu : Doç. Dr. Ersin USKUN Yardımcı : Arş. Gör. Dr. Ayşe ÇELİK		
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Halk Sağlığı		
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı		
	DESTEKLEYİCİ			
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ			
	ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ	FAZ 1	<input type="checkbox"/>	
		FAZ 2	<input type="checkbox"/>	
		FAZ 3	<input type="checkbox"/>	
		FAZ 4	<input type="checkbox"/>	
		Gözlemsel ilaç çalışması	<input type="checkbox"/>	
İlaç dışı klinik araştırma		<input type="checkbox"/>		
	Diğer ise belirtiniz : Anket			
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input checked="" type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>

<b>DEĞERLENDİRİLEN BELGELER</b>	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
		ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ		
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	23/07/2014		Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
<b>DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER</b>	Belge Adı	Açıklama		
	SİGORTA	<input type="checkbox"/>		
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	<input type="checkbox"/>		
	BİYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	<input type="checkbox"/>		
	ILAN	<input type="checkbox"/>		
	YILLIK BİLDİRİM	<input type="checkbox"/>		
	SONUÇ RAPORU	<input type="checkbox"/>		
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	<input type="checkbox"/>		
DİĞER	<input type="checkbox"/>			

Prof. Dr. Mustafa AKÇAM  
Etik Kurul Başkanı

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

Araştırmanın Açık Adı		Isparta İli Uluborlu İlçesi 15-49 Yaş Kadınlarda Premenstrüel Sendrom						
Araştırmanın Protokol Kodu		Prevelansı,İlişkili Faktörler ve Yaşam Kalitesine Etkisi						
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 130	Tarih: 23.07.2014						
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gerekece, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmanın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir.							
<b>SÜLEYMAN DEMİREL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU</b>								
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI		Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu						
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:		Prof. Dr. Mustafa AKÇAM						
Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *	İmza
Prof. Dr. Mustafa AKÇAM	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	SDÜ Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Mustafa TÖZ	Kulak Burun Boğaz Hast.	SDÜ Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Fatih GÜLTEKİN	Tıbbi Biyokimya	SDÜ Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	İZİNLİ
Prof. Dr. Serpil DEMİRCİ	Nöroloji	SDÜ Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Metin TOPÇUOĞLU	Hukuk	SDÜ Hukuk Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	GÖREVLİ
Prof. Dr. Mekin SEZİK	Kadın Hast. ve Doğum	SDÜ Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	GÖREVLİ
Doç. Dr. Zeynep Dilek AYDIN	İç Hastalıkları	SDÜ Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Halil AŞCI	Farmakoloji	SDÜ Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Derya YILDIRIM	Ağız Diş ve Çene Radyoloji	SDÜ Diş Hek. Fak.	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	İZİNLİ
Yrd. Doç. Dr. Derya CEYHAN	Pedodonti	SDÜ Diş Hek. Fak.	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Yonca SÖNMEZ	Halk Sağlığı	SDÜ Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Uzman Dr. Ahmet Rıfki ÇORA	Kalp Damar Cerrahisi	Isparta Kamu Hastaneleri Birliği	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	GÖREVLİ
Uzman Dr. Serpil CANPOLAT	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	Isparta Kamu Hastaneleri Birliği.	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Bilgi İşlem Daire Başkanı Halil KARAKOÇ	Biyomedikal	SDU Rektörlüğü	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Osman PARÇAOĞLU	Sivil Üye	Esnaf	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	

\* : Toplantıda Bulunma

## Ek 2. TC Uluborlu Kaymakamlığı İzin Onayı

T.C.  
ULUBORLU KAYMAKAMLIĞI  
Yazı İşleri Müdürlüğü

Sayı : 35160610-903.07.99-~~1~~1306  
Konu : İzin (Arş.Gör.Dr.Ayşe ÇELİK)

01.10.2014

SÜLEYMAN DEMİREL ÜNİVERSİTESİ  
(Tıp Fakültesi Dekanlığı)

İlgi : 30.09.2014 tarihli ve 3225 sayılı yazınız.

İlgi yazınız gereği Fakülteniz Halk Sağlığı Anabilim Dalı Araştırma Görevlisi Dr. Ayşe ÇELİK'in 01.10.2014-28.02.2015 tarihleri arasında İlçemizde "15-49 Yaş Kadınlarda Premenstruel Sendrom Prevelansı, Etkileyen Faktörler ve Yaşam Kalitesine Etkisi" konulu tez kapsamında veri toplaması ile ilgili izin talebiniz uygun görülmüştür. •  
Bilgi ve gereğini rica ederim.

Ayşe ÇELİK  
Kaymakam

### Ek 3. Sosyo-demografik Yapı Bilgi Formu

#### ISPARTA İLİ ULUBORLU İLÇESİ 15 – 49 YAŞ KADINLARDA PREMENSTRÜEL SENDROM PREVELANSI, İLİŞKİLİ FAKTÖRLER VE YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİ

Bu anket, SDÜ Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD Arş. Gör. Dr. Ayşe Çelik'in Tıpta Uzmanlık Tezi kapsamında, Isparta İli Uluborlu İlçesi 15 – 49 Yaş Kadınlarda Premenstrüel Sendrom Prevalansı, Etkileyen Faktörler Ve Yaşam Kalitesine Etkisini belirlemek amacıyla planlanmış çalışmaya aittir. Vereceğiniz bilgiler bilimsel amaçlı kullanılacak, bireysel değerlendirme yapılmayacaktır.

**Bilgi için:** Dr. Ayşe ÇELİK, SDÜ Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD, Tel:02462113649

1.Yaşınız.....

2.Eğitim durumunuz nedir? 1.OYD 2.İlkokul mezunu 3.Ortaokul mezunu 4.Lise mezunu 5.Üniversite mezunu

3.Medeni durumunuz nedir? 1.Evli 2.Bekar 3.Boşanmış 4.Eşi ölmüş

4.Mesleğiniz nedir? 1.Ev hanımı 2. Memur 3.İşçi 4. Esnaf 5. Serbest meslek 6.Çiftçi 7.Öğrenci 8. Emekli

5.Gelir düzeyini nasıl algılıyorsunuz? 1.Çok kötü 2.Kötü 3.Orta 4.İyi 5.Çok iyi

6.Gelir-gider dengeniz hangisine uymaktadır? 1.Gelir-gidere eşit 2.Gelir giderden az 3.Gelir giderden fazla

7.Kendi sağlığını nasıl algılıyorsunuz? 1.Çok kötü 2.Kötü 3.Orta 4.İyi 5.Çok iyi

8.Herhangi bir fiziksel kronik hastalığınız var mı? 1. Var (.....) 2.Yok

9.Günde ortalama kaç fincan çay tüketirsiniz?.....

10.Günde ortalama kaç fincan kahve tüketirsiniz?.....

11.Günde ortalama kaç bardak kola tüketirsiniz?.....

12.Sigara içiyor musunuz? 1.Evet 2.Hayır (Hiç kullanmamış) 3.Bırakmış

13.Alkol kullanıyor musunuz? 1.Hiç kullanmıyorum 2.Nadiren kullanıyorum 3.Her zaman kullanıyorum

14.Düzenli egzersiz yapıyor musunuz? (Haftada en az 3 gün,günde en az 20 dk tempolu yürüyüşe denk)

1.Evet 2.Hayır

15.Günde ortalama kaç saat uyuyorsunuz?.....

16.Düzenli uyuyor musunuz? (Her gün aynı saatte bölünmemiş, kaliteli uyku) 1.Evet 2.Hayır

17.Boyunuz:..... 18.Kilonuz:.....

19.Annenizin eğitim durumu nedir?

1.OYD 2. İlkokul mezunu 3.Ortaokul mezunu 4.Lise mezunu 5. Üniversite mezunu

20.Babanızın eğitim durumu nedir?

1.OYD 2. İlkokul mezunu 3.Ortaokul mezunu 4.Lise mezunu 5. Üniversite mezunu

21.İlk evlenme yaşı nedir?.....

22.Kaç kez gebe kaldınız?.....

23.Kaç kez kendiliğinden düşük yaptınız? .....

24.Kaç kez isteyerek düşük (kürtaj) yaptınız? .....

25.Kaç kez canlı doğum yaptınız?.....

26.Kaç kez ölü doğum yaptınız?.....

27.Aile planlaması yöntemi kullanıyor musunuz?

1.Kullanmıyorum 2. Kondom 3.Spiral (Rahim içi araç) 4.Tüp ligasyonu 5.Geri çekme 6. Takvim

28.İlk adetinizi kaç yaşında gördünüz?.....

29.Kaç günde bir adet görüyorsunuz?.....

30.Adetiniz kaç gün sürüyor?.....

31.Adetliken günlük kanama miktarınızı belirtiniz. 1.Yoğun (>4 ped) 2.Normal (2-4 ped) 3.Az(<2 ped)

32.Adetleriniz ağrılı oluyor mu? 1.Evet 2.Hayır (34.soruya geçiniz)

33.Adet sancılarının şiddetini nasıl derecelendirirsiniz? 1.Hafif 2.Orta 3.Ağır

- 34. İlk kez adet gördüğünüzde ne hissettiniz?** 1. Olumlu duygular (mutluluk vb.) 2. Olumsuz duygular (üzüntü vb)
- 35. Adet görmeden önce adetle ilgili yeterli bilgi aldınız mı?** 1. Evet 2. Hayır (37. soruya geçiniz)
- 36. Bilgiyi kimden/nere-den aldınız?**  
1. Anne 2. Abla/kardeş 3. Akraba (hala, teyze, kuzen, anneanne, babaanne..) 4. Arkadaş/komşu  
5. Öğretmen 6. Sağlık personeli 7. Medya (tv, gazete, dergi) 8. Bilimsel kitap
- 37. Adet görmenin gerekliliği ile ilgili ne düşünüyorsunuz?** 1. Gerekli 2. Gereksiz
- 38. Adet görmenin doğal olup olmadığı ile ilgili ne düşünüyorsunuz?** 1. Doğal 2. Doğal değil
- 39. Adetiniz başlamadan önceki hafta durumunuzu her zamankine göre nasıl değerlendiriyorsunuz?**  
1. Daha iyi 2. Aynı 3. Daha kötü
- 40. Bir önceki soruya cevabınız daha kötüyse daha iyi hissetmek için ne yapıyorsunuz?**  
1. Tedavi uygulamıyorum 2. Paramedikal tedavi (Bitkisel çay vb.) 3. Tıbbi tedavi 4. Hem tıbbi hem paramedikal tedavi
- 41. Premenstrüel sendrom (adet öncesi gerginlik sendromu) tanısı aldınız mı?** 1. Evet 2. Hayır
- 42. Annenizde Premenstrüel sendrom semptomları ya da tanısı var mı?** 1. Evet 2. Hayır
- 43. Kız kardeşinizde Premenstrüel sendrom semptomları ya da tanısı var mı?** 1. Evet 2. Hayır

## Ek 4: Premenstrüel Sendrom Ölçeği

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

ADETTEN BİR HAFTA ÖNCE		Hiç	Çok az	Bazen	Sık sık	Sürekli
1	Kendimi üzgün hissediyorum	1	2	3	4	5
2	İçimden ağlamak geliyor	1	2	3	4	5
3	Canım sıkılıyor	1	2	3	4	5
4	Kendimi bezgin hissediyorum	1	2	3	4	5
5	Hiçbir şey zevk vermiyor	1	2	3	4	5
6	Her şey üzerime geliyor	1	2	3	4	5
7	Karamsar oluyorum	1	2	3	4	5
8	Derin nefes almak istiyorum	1	2	3	4	5
9	Her an kötü bir şey olacaktım gibi korkuyorum	1	2	3	4	5
10	Seslere karşı hassasiyetim artıyor	1	2	3	4	5
11	Arkamdan biri saldıracaktım gibi korkuyorum	1	2	3	4	5
12	Kendimi yorgun hissediyorum	1	2	3	4	5
13	Sanki her şey kötü olacak	1	2	3	4	5
14	Çok çabuk yoruluyorum	1	2	3	4	5
15	Anlam veremediğim korkularım oluyor	1	2	3	4	5
16	Kalbim her zamankinden hızlı çarpıyor	1	2	3	4	5
17	Hiçbir şeyle uğraşmak istemiyorum	1	2	3	4	5
18	Her zamanki işler beni yoruyor	1	2	3	4	5
19	Kendimi sinirli hissediyorum	1	2	3	4	5
20	En ufak olaylara bile çok aşırı tepki gösteriyorum	1	2	3	4	5
21	Öfkemi kontrol etmekte güçlük çekiyorum	1	2	3	4	5
22	Çevremdeki kişilerle ilişkilerim bozuluyor	1	2	3	4	5
23	Sinirlerim geriliyor	1	2	3	4	5
24	Kendimi çok endişeli hissediyorum	1	2	3	4	5
25	Eskisinden daha çabuk yoruluyorum	1	2	3	4	5
26	Kendimi değersiz görüyorum	1	2	3	4	5
27	Dikkatimi toplamakta güçlük çekiyorum	1	2	3	4	5
28	Dikkatim çok çabuk dağılıyor	1	2	3	4	5
29	Dalıp gidiyorum	1	2	3	4	5
30	Doğru düzgün düşünemiyorum	1	2	3	4	5
31	Baş ağrısı oluyor	1	2	3	4	5
32	Kaslarım ağrıyor	1	2	3	4	5
33	Eklemlerim ağrıyor	1	2	3	4	5
34	İştahım artıyor	1	2	3	4	5
35	Özellikle unlu ve tatlı yiyecekler yemek istiyorum	1	2	3	4	5
36	Daha fazla yemek yiyorum	1	2	3	4	5
37	Uyku uyuma isteğim artıyor	1	2	3	4	5
38	Uykumda bölünme oluyor	1	2	3	4	5
39	Sabahları yorgun uyanıyorum	1	2	3	4	5
40	Uykuya dalmakta güçlük çekiyorum	1	2	3	4	5
41	Göğüslerim şişiyor	1	2	3	4	5
42	Göğüslerim en ufak dokunmaya karşı çok duyarlı	1	2	3	4	5
43	Kendimi şişmiş hissediyorum	1	2	3	4	5
44	Kimseyle görüşmek istemiyorum	1	2	3	4	5



## Ek 5: WHOQOL-BREF-TR

### WHOQOL – BREF (World Health Organization Quality Of Life Questionnaire Abbreviated Version)

**Yönerge:** Bu anket sizin yaşam kalitenizi, sağlığınızı ve yaşamınızın öteki yönleri hakkında neler düşündüğünüzü sorgulamaktadır. *Lütfen bütün soruları cevaplayınız.* Eğer bir soruya hangi cevabı vereceğinizden emin olamazsanız, *lütfen size en uygun görünen cevabı seçiniz.* Genellikle ilk verdiğiniz cevap en uygun olacaktır. Lütfen kurallarınızı, beklentilerinizi, hoşunuza giden ve sizin için önemli olan şeyleri sürekli göz önüne alınız. *Yaşamınızın son iki haftasını* dikkate almanızı istiyoruz. Lütfen her soruyu okuyunuz, duygularınızı değerlendiriniz ve her bir sorunun ölçeğinde size en uygun olan yanıtın rakamını yuvarlağa alınız.

	Çok kötü	Biraz kötü	Ne iyi ne kötü	Oldukça İyi	Çok iyi
1 G1 Yaşam kalitenizi nasıl buluyorsunuz?	1	2	3	4	5

	Hiç hoşnut değil	Çok az hoşnut	Ne hoşnut, ne değil	Epeyce hoşnut	Çok hoşnut
2 G4 Sağlığınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5

Aşağıdaki sorular son iki hafta içinde kimi şeyleri **ne kadar** yaşadığınızı soruşturmaktadır.

	Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Aşırı derecede
3 Ağrılarınızın yapmanız gerekenleri ne kadar engellediğini düşünüyorsunuz?	1	2	3	4	5
4 Günlük uğraşlarınızı yürütebilmek için herhangi bir tıbbi tedaviye ne kadar ihtiyaç duyuyorsunuz?	1	2	3	4	5
5 Yaşamaktan ne kadar keyif alırsınız?	1	2	3	4	5
6 Yaşamınızı ne ölçüde anlamlı buluyorsunuz?	1	2	3	4	5
7 Dikkatinizi toplamada ne kadar başarılısınız?	1	2	3	4	5
8 Günlük yaşamınızda kendinizi ne kadar güvende hissediyorsunuz?	1	2	3	4	5
9 Fiziksel çevreniz ne ölçüde sağlıklıdır?	1	2	3	4	5

Aşağıdaki sorular son iki haftada kimi şeyleri ne ölçüde **tam olarak** yaşadığınızı ya da yapabildiğinizi soruşturmaktadır.

	Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Tamamen
10 Günlük yaşamı sürdürmek için yeterli gücünüz kuvvetiniz var mı?	1	2	3	4	5
11 Bedensel görünüşünüzü kabullenir misiniz?	1	2	3	4	5
12 İhtiyaçlarınızı karşılamaya yeterli paranız var mı?	1	2	3	4	5
13 Günlük yaşamınızda size gerekli bilgi ve haberlere ne ölçüde ulaşıyorsunuz?	1	2	3	4	5
14 Boş zamanlarınızı değerlendirme uğraşları için ne ölçüde fırsatlarınız olur?	1	2	3	4	5

Aşağıdaki sorularda, son iki hafta boyunca yaşamınızın çeşitli yönlerini ne ölçüde **iyi ya da doyurucu** bulduğunuzu belirtmeniz istenmektedir.

	Çok kötü	Biraz kötü	Ne iyi ne kötü	Oldukça İyi	Çok iyi
15 Bedensel hareketlilik (etrafta dolaşabilme, bir yerlere gidebilme) beceriniz nasıldır?	1	2	3	4	5

	Hiç hoşnut değil	Çok az hoşnut	Ne hoşnut, ne değil	Epeyce hoşnut	Çok hoşnut
16 Uykunuzdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
17 Günlük uğraşlarınızı yürütebilme becerinizden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
18 İş görme kapasitenizden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
19 Kendinizden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
20 Aileniz dışındaki kişilerle ilişkinizden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
21 Cinsel yaşamınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
22 Arkadaşlarınızın desteğinden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
23 Yaşadığınız evin koşullarından ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
24 Sağlık hizmetlerine ulaşma olanaklarınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
25 Ulaşım olanaklarınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5

Aşağıdaki soru son iki hafta içinde bazı şeyleri **ne sıklıkta** hissettiğiniz ya da yaşadığınıza ilişkindir.

	Hiçbir zaman	Nadiren	Ara sıra	Çoğunlukla	Her zaman
26 Ne sıklıkta hüzün, ümitsizlik, bunaltı, çökkünlük gibi olumsuz duygulara kapılırsınız?	1	2	3	4	5

	Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Aşırı derecede
U.27 Yaşamınızda size yakın kişilerle (eş, iş arkadaşı, akraba) ilişkilerinizde baskı ve kontrolle ilgili zorluklarınız ne ölçüdedir?	1	2	3	4	5