



T.C.

**ESKİŞEHİR OSMANGAZI ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
DOĞUM VE KADIN SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ BİLİM DALI**

**BURSA ÇEKİRGE DEVLET HASTANESİ'NDE ÇALIŞAN
ÜREME ÇAĞINDAKİ KADINLARIN PREMENSTRUAL
SENDROM (PMS) PREVALANSI ve PMS'İNİN YAŞAM
KALİTESİ ÜZERİNE ETKİSİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

NİLAY AKMALI

DANIŞMAN

DOÇ.DR.NEBAHAT ÖZERDOĞAN

2017



T.C.

**ESKİŞEHİR OSMANGAZI ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
DOĞUM VE KADIN SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ BİLİM DALI**

**BURSA ÇEKİRGE DEVLET HASTANESİ'NDE
ÇALIŞANÜREME ÇAĞINDAKİ KADINLARIN
PREMENSTRUAL SENDROM (PMS) PREVALANSI ve
PMS'NİN YAŞAM KALİTESİ ÜZERİNE ETKİSİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

NİLAY AKMALI


DANIŞMAN


DOÇ.DR.NEBAHAT ÖZERDOĞAN

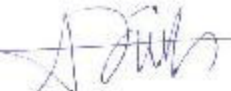
KABUL VE ONAY SAYFASI

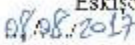
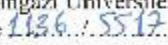
Nilay AKMALI'nın Yüksek Lisans olarak hazırladığı "Bursa Çekirge Devlet Hastanesi'nde Çalışan Üreme Çağındaki Kadınların Premenstrual Sendrom (PMS) Prevalansı ve PMS'nin Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi" başlıklı bu çalışma Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Lisansüstü Eğitim ve Öğretim Yönetmeliği'nin ilgili maddesi uyarınca değerlendirilerek "KABUL" edilmiştir.


04.08.2017

Üye : Doç.Dr. Nebahat ÖZERTDOĞAN (Danışman) 

Üye : Doç.Dr. Elif GÜRSOY 

Üye : Yard.Doç.Dr.Gülgün DURAN 

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu'nun  tarih ve  sayılı kararı ile onaylanmıştır.


Prof. Dr. Hasan Veysi GÜNEŞ
Enstitü Müdürü

ÖZET

Bursa Çekirge Devlet Hastanesi'nde Çalışan Üreme Çağındaki Kadınların Premenstrual Sendrom Prevalansı ve PMS'nin Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi

Üreme çağındaki kadınlarda yaygın bir problem olarak gözlenen Premenstrual Sendrom (PMS), kadınların yaşam kalitesini etkileyen somatik, bilişsel, duygusal ve davranışsal semptomlar topluluğudur. Bu çalışmanın amacı, üreme çağındaki kadınlarda PMS'nin prevalansı, risk faktörleri ve yaşam kalitesine olan etkisini araştırmaktır.

Çalışmanın evrenini Bursa Çekirge Devlet Hastanesi'nde çalışan üreme çağındaki 15-49 yaş arasında bulunan 597 kadın oluşturmuştur. Çalışma grubunu psikiyatrik rahatsızlığı olmayan, hamile olmayan, cerrahi ya da doğal yolla menopoza girmiş olmayan ve çalışmaya katılmayı kabul eden toplam 520 kadını oluşturmuştur. Verilerin toplanmasında hastane ortamındayüzyüze görüşme ve anket yöntemi uygulanmıştır. Veri toplama araçları; araştırmacı tarafından geliştirilen kadınların sosyo-demografik özelliklerini, fiziksel özelliklerini, obstetrik-jinekolojik öyküsünü, PMS ile ilişkili olabilecek risk faktörlerini belirlemeye yönelik 'Kişisel Bilgi Formu', 'Türkçe Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kısa Form (TDSÖYKÖ-KF)', 'Premenstrual Sendrom Ölçeği (PMSÖ)' ve 'Adet Öncesi Yakınmalar Etki Ölçeği (PMSIS)'dir.

Çalışmaya katılan kadınların %61.2'si evli, %53.5'i üniversite mezunu, %47.5'i hemşire'dir. Grubun yaş ortalaması 32.92 ± 7.21 ve menarş yaş ortalaması ise 13.35 ± 1.50 'dir. Araştırmamızda kadınların %51'i PMS semptomlarını yaşamaktadırlar. PMS prevalansı; hafif şiddette %33, orta şiddette %16 ve şiddetli olarak %2 oranında bulunmuştur. Öğrenim durumunun, gelir düzeyinin, gelir düzeyi algısının, premenstrual dönem şikayetlerinde hekime başvurunun, egzersiz yapma ve pasif sigara içiciliğine maruz kalma durumunun, yakın çevrede premenstrual semptomların yaşanma durumunun, menstruasyona karşı tutumun, dismenore şikayetinin, çikolata yeme ve günlük beslenme alışkanlığının, kola tüketimi ve yemeklerde tuz oranı tercihinin premenstrual semptomlar üzerinde etkili olduğu belirlenmiştir ($p < 0.05$). Lojistik regresyon analizine göre, kadınlarda gözlenen PMS ile kadınların menstruasyonda dismenore şikayeti yaşama durumu, menstruasyonla ilgili tutumları ve meslekleri ilişkili bulunmuştur. PMS'li kadınların PMSÖ alt boyut puanları ile TDSÖYKÖ-KF puanları arasında istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı negatif yönde bir ilişki saptanmıştır ($p < 0.001$). PMS kadınların yaşam kalitesini düşürmektedir.

Anahtar Kelimeler: Premenstrual Sendrom, Üreme Çağındaki Kadınlar, Risk Faktörleri, Yaşam Kalitesi

SUMMARY

The Prevalance of Premenstrual Syndrome and Impact of PMS On The Quality of Life of Reproductive Women in Bursa Çekirge State Hospital

Premenstrual Syndrome (PMS), is a common problem in women of reproductive age, is a collection of somatic, cognitive, emotional and behavioral symptoms, effects the quality of life of women. The aim of this study is to investigate the prevalence, risk factors of PMS and its effects on quality of life in women of reproductive age.

The universe of the study consisted of 597 women aged 15-49, who working at Bursa Çekirge State Hospital. The study group consisted of 520 women, who don't have psychiatric disorders, aren't pregnant, didn't enter the menopause surgically or naturally, and agree to participate in the study. In the hospital, face to face interviews and questionnaires were applied for the collection of data. Data collection tools are; 'Personal Information Form' developed by the researcher for determining socio-demographic characteristics, physical characteristics, obstetric-gynecological history and risk factors that related to PMS, Turkish World Health Organization Quality of Life Scale-Short Form (TDSÖYKÖ-KF), Premenstrual Syndrome Scale (PMSÖ) and Premenstrual Symptoms Impact Survey (PMSIS).

In the study, of women, 61.2% were married, 53.5% graduated from university and 47.5% were nurses. The group mean age was 32.92 ± 7.21 and mean menarche age was 13.35 ± 1.50 . 51% of women were experiencing PMS symptoms. The prevalance of mild PMS %33, moderate PMS %16 and severe PMS was %2. The scores were found statistically remarkable ($p < 0.05$) between education, income level, income level perception, medication in premenstrual complaints, doing exercise and passive smoking exposure, positive family history about premenstrual symptoms, attitude towards menstruation, dysmenorrhea, eating chocolate and drinking colain a day, daily eating habits, preferred amount of salt in meals and premenstrual symptoms. According to logistic regression analysis, dysmenorrhea history, attitude towards menstruation and job related with PMS. A statistically significant negative correlation was found between the PMSÖ subscale scores and TDSÖYKÖ-KF scores of the women with PMS ($p < 0.001$). PMS decreases the quality of life of women.

Key words: Premenstrual Syndrome, Women in Reproductive Age, Risk Factors, Quality of Life

İÇİNDEKİLER

ÖZET	iii
SUMMARY	iv
TABLolar DİZİNİ	vii
KISALTMALAR	viii
1.GİRİŞ VE AMAÇ	1
2.GENEL BİLGİLER	3
2.1.Premenstrual Sendromun Tanımı	3
2.1.1.Premenstrual Sendromun Prevalansı	3
2.1.2.PMS Semptomları ve PMS'nin Tanılanması	5
2.2.PMS'nin Etyolojik Nedenleri ve Risk Faktörleri	8
2.2.1.Etyolojik Nedenler	8
2.2.1.1.Genetik	8
2.2.1.2.Nörotransmitterler	9
2.2.1.2.1.Endojen Opioid Peptitler	9
2.2.1.2.2.Steroid Hormonlar	9
2.2.1.2.3.Serotonin	10
2.2.1.3.Prostoglandinler (PG)	11
2.2.1.4.Hipotroidi	11
2.2.1.5.Hipoglisemi	11
2.2.1.6.Sıvı Retansiyonu	11
2.2.1.7.Mantar Büyüme Teorisi	12
2.2.1.8.Beslenme	12
2.2.2.Risk Faktörleri	13
2.2.2.1.Stres	13
2.2.2.2.Sosyo-kültürel Faktörler	13
2.2.2.3.Yaş	13
2.2.2.4.Parite	14
2.2.2.5.Sigara Kullanımı	14
2.2.2.6.Alkol Kullanımı	14
2.2.2.7.Menstrual Siklus Özellikleri	14
2.2.2.8.Medeni Durum	14
2.2.2.9.Öğrenim Durumu	15
2.2.2.10.Sosyo-ekonomik Durum	15
2.2.2.11.Çay-Kahve Tüketimi	15
2.2.2.12.Egzersiz	15
2.2.2.13.Obezite	15
2.2.2.14.Menstruasyon Tutumu	15
2.3.PMS'nin Yaşam Kalitesi ve Günlük Aktivitelere Etkisi	16
2.4.PMS'de Tedavi Şekilleri	17
2.4.1.Nonfarmakolojik Tedavi	17
2.4.1.1.Hasta Eğitimi	17
2.4.1.2.Diyet Desteği	18
2.4.1.3.Homeopatik Tedavi	19
2.4.1.4.Düzenli Uyku, Yeterli Dinlenme ve Stres Düzeyini Azaltma	19
2.4.1.5.Egzersiz Yapma	20

2.4.1.6.Tamamlayıcı–Alternatif Tedaviler (CAM)	20
2.4.2.Farmakolojik Tedavi.....	20
2.4.3.Cerrahi Tedavi	21
2.5.PMS’li Bireylerin Bakımında Hemşirelerin Rol ve Sorumlulukları	22
3.GEREÇ VE YÖNTEM	23
3.1.Araştırmanın Şekli	23
3.2.Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	23
3.3.Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Süre	23
3.4.Verilerin Toplanması	24
3.4.1.Verilerin Toplanmasında Kullanılan Araçlar.....	24
3.4.2.Kişisel Bilgi Formu	24
3.4.3.Premenstrual Sendrom Ölçeği (PMSÖ).....	25
3.4.4.Türkçe Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği–Kısa Form (TDSÖYKÖ-KF)	26
3.4.5.Adet Öncesi Yakınmalar Etki Ölçeği (PMSIS)	27
3.4.6.Veritoplama Formlarının Uygulanması.....	28
3.5.Verilerin Değerlendirilmesi.....	28
3.6.Araştırmanın Etik Yönü.....	28
3.7.Araştırmanın Sınırlılıkları	28
4.BULGULAR	30
4.1.Kadınların Sosyo-Demografik Özellikleri, Menstrual Dönem Özellikleri, Genel Sağlık Durumu ve Alışkanlıkları, Jinekolojik ve Obstetrik Özellikleri	31
4.2.Kadınlarda Premenstrual Sendrom Sıklığı ve Premenstrual Sendrom Görülmesini Etkileyen Faktörlerin Dağılımı.....	37
4.3.Premenstrual Sendrom’un Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisini Gösteren Bulguların Dağılımı.....	52
5.TARTIŞMA	55
6.SONUÇ ve ÖNERİLER	68
6.1.Sonuç	68
6.2.Öneriler	69
7.KAYNAKLAR	71
8.EKLER	85
EK-1:Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu Etik Onay Belgesi	85
EK-2:Bursa İl Sağlık Müdürlüğü Yasal İzin Belgesi	92
EK-3:Kişisel Bilgi Formu.....	94
EK-4:Premenstrual Sendrom Ölçeği (PMSÖ)	98
EK-5:Türkçe Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği–Kısa Form (TDSÖYKÖ-KF)	100
EK-6:Adet Öncesi Yakınmalar Etki Ölçeği(Premenstrual Symptoms Impact Survey-PMSIS)	104
9.ÖZGEÇMİŞ.....	106

TABLolar DİZİNİ

Tablo 4.1.1. Kadınların Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı	31
Tablo 4.1.2. Genel Sağlık Durumuna İlişkin Verilerin Dağılımı	32
Tablo 4.1.3. Kadınların Yaşam Alışkanlıklarına İlişkin Verilerin Dağılımı .	34
Tablo 4.1.4. Kadınların Menstrual Dönem Özelliklerinin Dağılımı	36
Tablo 4.1.5. Kadınların Bazı Obstetrik ve Jinekolojik Özellikleri	37
Tablo 4.2.1. Kadınlarda PMS Sıklığı ve Şiddetinin Dağılımı	37
Tablo 4.2.2. Premenstrual Semptomlarla İlgili Bulguların Dağılımı	38
Tablo 4.2.3. Premenstrual Sendrom Ölçeği ve Alt Boyutlarından Elde Edilen Puan Ortalamaları ve Yüzde Dağılımları	41
Tablo 4.2.4. Bazı Sosyo-demografik Özelliklere göre PMS Görülme Sıklığı	42
Tablo 4.2.5. Genel Sağlık Durumlarına göre PMS Görülme Sıklığı	44
Tablo 4.2.6. Alışkanlıklara göre PMS Görülme Sıklığı	46
Tablo 4.2.7. Menstrual Dönem Özelliklerine göre PMS Görülme Sıklığı ...	49
Tablo 4.2.8. Kadınların PMS Şiddetine Göre Hekime Başvurma ve Tedavi AlmaOranlarının Dağılımı	50
Tablo 4.2.9. PMS ile İlişkili Faktörlerin Lojistik Regresyon İle Değerlendirilmesi	51
Tablo 4.2.10. PMSÖ Toplam Puanı ve Alt Boyutlara İlişkin Korelasyon Katsayıları	52
Tablo 4.3.1. TDSÖYKÖ-KF Alt Boyut Puan Ortalamaları	52
Tablo 4.3.2. PMSÖ Alt Boyutları ile TDSÖYKÖ-KF Arasındaki Korelasyon	53
Tablo 4.3.3. PMS Gözlenme Durumuna göre TDSÖYKÖ-KF Alt Boyutları Puan Ortalamaları ve PMSIS Ölçeği Toplam Puan Ortalaması	53
Tablo 4.3.4. PMSÖ Alt Boyutları ve PMSIS Ölçeği Arasındaki Korelasyon	54
Tablo 4.3.5. TDSÖYKÖ-KF Alt Boyutları ile PMSIS Arasındaki Korelasyon	54

KISALTMALAR DİZİNİ

- ACOG:** American Congress of Obstetricians and Gynecologists
BKI: Boy Kitle İndeksi
CAM: Complementary and Alternative Medicine
DSM-IV: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4th Edition
DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü
FSH: Folikül Stimüle Edici Hormon
GABA-A: Gamma Aminobütirik Asit
GH: Gonadotrop Hormon
GnRH: Gonadotropin Releasing Hormon
ICD-10: International Classification of Diseases 10th Edition
IU: Biyolojik Ünite
LH: Lutein Hormon
LLPDD: Late Luteal Phase Dysphoric Disorder
mcg: Mikrogram
NIMH: Amerikan Ulusal Akıl Sağlığı Enstitüsü
PG: Prostoglandin
PMSÖ: Premenstrual Sendrom Ölçeği
PMS: Premenstrual Sendrom
PMDB: Premenstrual Disforik Bozukluk
SPSS: Scientific Packages for Social Sciences
SSRI: Selective Serotonin Reuptake İnhibitör
TAH+BSO: Total Abdominal Histerektomi Bilateral Salgıngooferektomi
TRH: Troid Releasing Hormon
TSH: Troid Stimüle Edici Hormon
UCSD: University of California San Diego
WHOQOL-BREF-TR: The World Health Organization Quality of Life Instrument

1.GİRİŞ VE AMAÇ

Menstruasyon kadın hayatının ortalama 30-35 yılını kapsayan fizyolojik bir olaydır (Gençdoğan, 2006). Menarştan menopoza kadar her ay düzenli olarak tekrar eden bir süreçtir (Taşkın, 2005; Günalp & Tunce, 2004; Ince, 2001). Cinsel gelişme ve olgunlaşma ile aynı anda meydana gelir (Rempel & Baumgartner, 2003). Menstrual siklusun süresi kişiden kişiye değişiklik gösterebilir (Reid & Vugt, 2007). Kadınların %90'ının menstrual siklus aralıkları 22-35 gün arası olup, ortalama 28 gündür. Menstrual kanama süresi genelde 2-7 gün arasındadır. Ortalama kan kaybı 30 cc olup, 150 cc'ye kadar da çıkabilir (Taşkın, 2005; Günalp & Tunce, 2004; Speroff, Glass & Kase, 1999). Menstrual siklus problemleri arasında en sık rastlanan problemler; amenore, dismonere, anormal uterus kanamaları ve premenstrual dönemde yaşanan problemlerdir (Angst, Sellaro, Merikangas & Endicott, 2001).

Premenstrual Sendrom (PMS), reproduktif çağıdaki kadınlarda menstruasyon başlangıcından 5-10 gün öncesinde ortaya çıkabilen, menstruasyonun başlamasından itibaren birkaç günde kaybolan somatik, bilişsel, duygusal ve davranışsal semptomlar topluluğudur (Jang, Kim & Choi, 2014; Panay, 2011). Reproduktif dönemde kadınların %90'ını belli şiddetlerde etkileyen, yaygın olarak görülen bir rahatsızlıktır (Bakshani, Hasanzadeh & Raghobi, 2012) Kadınların yaklaşık %80-90'ı premenstrual semptomları hafif şiddette, %20-40'ı orta şiddette ve yaklaşık %3-8'i şiddetli düzeyde yaşamaktadırlar (Tolossa & Bekele, 2014; Rapkin & Mikacich, 2013; Freeman vd., 2012; Duenas vd., 2011; Panay, 2011; Gollenberg vd., 2010; Reissman & Lee, 2007).Türkiye'de yapılmış çok sayıda araştırma sonucunda PMS prevalansı; 15-49 yaş arası kadınlarda %5.9 ile %76 arasında bulunmuştur.

Yaş, etnik yapı, genetik, ekonomik durum gibi sosyo-demografik özellikler, sigara-alkol kullanımı, egzersiz, beslenme biçimi gibi yaşam tarzı alışkanlıkları ve menarş yaşı, dismenore ve menstruasyon siklus düzeni gibi faktörler PMS ile ilişkili bulunmuştur (Chandraratne & Gunawardena, 2011).

PMS özelde bireyin sağlığını tehdit ederken, genelde birey, aile ve topluma sosyo-ekonomik yükler getirmektedir. PMS semptomları kadınların sosyal ilişkilerini, aile, okul ve çalışma yaşamını olumsuz yönde etkileyerek günlük yaşam aktivitelerini bozmaktadır. Kadında kapasite kaybına, anksiyete, depresyon ve intihar gibi ruh sağlığını bozan ve yaşam süresini kısaltan sağlık sorunlarına neden olarak yaşam kalitesini düşürmektedir (Borestein'den aktaran Freeman vd., 2012; Halbreich vd., 2007). Yapılmış olan çalışmalarda, PMS'li kadınların işte devamsızlık oranı ve sağlık hizmeti kullanımlarının arttığı, kaza/hata oranlarının yüksek olduğu, işteki verimlilik ve üretkenliklerinde azalma gözlemlendiği belirtilmektedir (Borestein'den aktaran Freeman vd., 2012; Potter vd.,

2009; Demir vd., 2006). Amerika'da yapılmış olan bir çalışmada, kadınlar PMS'nin daha ağır formu olan PMDB'un yaşam kalitelerine yükünün tip-2 diabet, kronik bel ağrısı, osteoartrit ve romatoid artrit'ten fazla olduğunu ifade etmişlerdir (Yang vd., 2008). Ergenlik döneminde ise, PMS'nin ergenin derslere devam etme durumunu, okul başarısını, yaşam kalitesini, sosyal aktivitelerini ve aile ilişkilerini olumsuz etkilediği bildirilmiştir (Selçuk, Avcı & Alpyılmaz, 2014). Bu durum, premenstrual şikayetlerin erken dönemde ele alınması gerekliliğini ortaya çıkarmaktadır (Shin, Ha, Park & Heitkemper, 2008; Angst vd., 2001). Menarş durumunun sağlıklı başlaması, doğal olarak kabul edilmesi ve PMS belirtileriyle baş edebilmek için menarş öncesi ve sonrası doğru ve yeterli bilgi birikimi gerekmektedir (Kırcan, Ergin, Adana & Aslantaş, 2012). Sağlık profesyonelleri, kadınların PMS ile başetmeleri için farmakoterapi ve kadınların yaşam şekilleri üzerine danışmanlık yaparak ve PMS semptomları hakkında eğitim vererek bu sık karşılaşılan durumla baş etmelerini sağlayabilir. Hemşireler kadınlara bilgi vermede, iletişim kurmada ve destek olmada anahtar konumdadır.

PMS'nin günlük yaşama olan olumsuz etkilerinden ötürü görülme sıklığının, risk faktörlerinin, etyolojisinin ve tedavi yöntemlerinin bilinmesi, PMS ile baş etmede sağlık çalışanlarına ve PMS'li bireylere katkı sağlayacaktır. Bu çalışma, Bursa Çekirge Devlet Hastanesi'nde çalışan üreme çağındaki kadınların PMS prevalansını saptamak, kadınların sosyo-demografik, menstrual, genel sağlık durumu ve alışkanlıklarına göre PMS sıklığını değerlendirmek ve PMS'nin yaşam kalitesi üzerine olan etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

2.GENEL BİLGİLER

2.1.Premenstrual Sendromun Tanımı

Premenstrual Sendrom terimi ilk olarak 1931 yılında R.D. Frank tarafından tanımlanmıştır. Dalton ve Green 1953 yılında PMS terimini kullanmışlar, luteal fazdaki progesteron ve östrojen dengesizliğinden bahsetmişler ve progesteronu terapotik bir seçenek olarak kullanmışlardır. 1963 yılında Coppen ve Kessel, 1968 yılında ise Moos premenstrual döneme özgü belirtileri tanımlamıştır. 1979 yılında Taylor, 1981 yılında Reid ve Yen, 1986 yılında Casper ve Powel PMS septomlarının siklik özellikleri üzerinde durmuşlardır. 1983 yılında Amerikan Ulusal Akıl Sağlığı Enstitüsü (NIMH), PMS için daha geniş bir tanımlama ortaya koymuş, 1985 yılında ise Reid tarafından yapılan tanım üzerinde genel olarak uzlaşmıştır (Lopez, Chedraui, Roncero, Baena & Lopez, 2009; Ayhan vd., 2008;Salamat, İsmail & O'Brien, 2007). Bu tanıma göre "**Premenstrual Sendrom (PMS)**; fiziksel, psikolojik ve davranışsal değişikliklerle karakterize, şiddetli olduğu durumda kişilerarası ilişkileri ve normal aktiviteleri bozan, tekrarlayıcı luteal faz durumudur" (Gollenberg vd., 2010; Tschudin, Berteau & Zemp, 2010; Wallestein vd., 2008; Chou & Morse, 2005).

Amerikan Kadın Doğum ve Jinekoloji Koleji (ACOG) PMS'yi semptomlarına ve şiddetine göre Premenstrual Tension, PMS ve PMDD olarak kategorize etmiştir (Lete vd., 2011). PMS semptomları çok şiddetli ise, semptomlar çoğunlukla psikolojikse ve belirtiler klinik veya sosyal olarak etkili olacak düzeyde ise bu durum,**Premenstrual Disforik Bozukluk (PMDB)** veya **Geç Luteal Faz Disforik Bozukluk (LLPDD)** olarak kabul edilmektedir (Türkçapar & Türkçapar, 2011). **Premenstrual Tension**; sinirlilik, depresyon, huzursuzluk, anksiyete gibi emosyonel durumların ve kişilik değişikliklerinin baskın olduğu menstruasyonun yaklaştığını gösteren kısa süreli bir durumdur. Semptomları hafiftir ve günlük hayatı ciddi şekilde etkilemez. PMS'den ayrılan farklı bir tanım daha mevcuttur. **Premenstrual Moliminaise**; kadınların yaklaşık %80-90'ında premenstrual dönemde günlük yaşam aktivitelerini etkilemeyecek şekilde ve şiddeti az olan bir veya birden fazla PMS'ye benzer semptomların olduğu bir durum olarak tanımlanmaktadır (Tolossa & Bekele, 2014; Vigod, Frey, Soares & Steiner, 2010; Daley, 2009).

2.1.1.Premenstrual Sendromun Prevalansı

Premenstrual semptomların prevalansları kadınların sosyo-demografik özelliklerinin farklı olması ve kullanılan ölçütlerin standart olmaması nedeniyle değişiklik gösterebilmektedir.

İspanya'da 2018 kadınla yapılmış olan bir çalışmada, kadınların %8.9'u orta şiddetli ve şiddetli PMS bulgusu tanımlarken, %1.1'i PMDB semptomları yaşamaktadır (Lete vd., 2011).

İsviçre'de 3913 kadınla yapılan bir çalışmada, kadınların %91'i en az bir PMS semptomu tanımlarken, %10.3'ünün PMS kriterlerini ve %3.1'inin de PMDB kriterlerini taşıdıkları belirlenmiştir (Tschudin vd., 2010).

Amerika'da yapılan çalışmada, 1637 kadının %80'inde en az bir premenstrual semptom saptanmış olup %19-%30'unda klinik olarak anlamlı PMS semptomu ve %3-%8'inde PMDB semptomları gözlenmiştir (Yang vd., 2008). Amerika'da yapılan farklı çalışmalarda; 20-34 yaş arası 974 kadının %24'ünde klinik olarak anlamlı PMS bulgusu (Sadler vd., 2010), 36-44 yaş arası 4164 kadının %6'sında şiddetli PMS bulgusu gözlenmiştir (Cohen, Soares, Otto, Sweeney & Liberman, 2002). Latin Amerika'da 14-49 yaş arası 4085 kadınla yapılmış bir çalışmada ise, PMS prevalansı diğer Avrupa ülkelerine göre yüksek bulunmuş, kadınların %82'sinde en az bir PMS bulgusu gözlenmiştir (Bahamondes, Egüez, Pons & Shulman, 2007).

Asya ülkelerinden Hindistan'da 112 öğrenciyle yapılan bir çalışmada PMS prevalansı, %60 (Sharma, Taneja, Sharma & Saha, 2008), Tayland'da 423 hemşireyle yapılan bir araştırmada, %25.1 olarak bulunmuş ve hemşirelerde irritabilite, yeme isteği ve uykusuzluk en sık gözlenen semptomlar olarak ifade edilmiştir (Chayachinda, Rattanachaiyanont, Phattharayuttawat & Kooptiwoot, 2008). Nijerya'da 409 öğrenciyle yapılmış olan bir çalışmada ise, %50.1 oranında PMS prevalansı saptanmıştır (Adewuya, Loto & Adewumi, 2009).

Türkiye'de yapılmış çok sayıda araştırma sonucunda PMS prevalansı; 15-49 yaş arası kadınlarda %5.9 ile %76 arasında, 15-25 yaş arası grupta ise %17.2 ile %67.5 arasında değişiklik göstermiştir (Deraman'dan aktaran Pınar, Çolak & Öksüz, 2011).

Türkiye'deki araştırmalardan; Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde çalışan 19-49 yaş grubundaki hemşire ve doktorlardan oluşan 555 kadınla yapılan bir araştırmada, PMS prevalansı %20.1, en sık görülen semptomlar ise; bel ağrısı (%72.4), gerginlik-huzursuzluk (%72.4), sinirlilik-öfke (%72.4), karında şişkinlik (%70.9) ve memede hassasiyet (66.9) olarak gözlenmiştir (Demir, Algül & Güvendağ, 2006). Muğla'da 168 üniversite öğrencisi ile yapılan çalışmada, öğrencilerin PMS prevalansı %60 olarak saptanmış, premenstrual dönemdeki fiziksel semptomlardan ilk üç sırayı; karın-kasık ağrısı (%67.9), ciltte/yüzde sivilcelenme (%52.4) ve meme ağrısı hassasiyeti (%48.2), ruhsal problemlerden ilk üç sırayı; sinirlilik-öfke (%63.7), hassaslaşma (%57.7) ve huysuzluk (%43.5) bulguları almıştır (Kircan, Ergin, Adana & Aslantaş, 2012).

2.1.2.PMS Semptomları ve PMS'nin Tanılanması

PMS Semptomları

Kadınlardaki PMS semptomları kişiden kişiye değişiklik gösterdiği gibi, aynı kişinin farklı sikluslarında da farklı olabilmektedir. PMS'nin 150'den fazla semptomu olduğu belirtilmiştir. PMS'nin yaygın olarak görülen bazı psikolojik, fiziksel ve davranışsal belirtileri şunlardır;

1-Davranışsal semptomlar: Çalışma performansında değişme, uykusuzluk, koordinasyon kaybı, intihar girişimi, insan ilişkilerinde bozulma, ağlama nöbetleri, alkol ve ilaç kullanma eğilimi, letarji, libido artışı ya da azalması, şiddetli yeme isteği, yorgunluk, bitkinliktir (Rapkin & Mikacich, 2013; Vigod vd., 2010; Ayhan vd., 2008; Chayachinda vd., 2008; Bosarge, 2003).

2-Psikolojik semptomlar: İrritabilite, kızgınlık, deprese ruh hali, yorgunluk, uykusuzluk veya aşırı uyku hali, ağlama nöbetleri, anksiyete, gerginlik, konsantrasyonda azalma, ruh hali değişiklikleri, unutkanlık, yalnızlık hissi, kendine güvenin azalması, işten kaçma, toplumdaki kaçma, negatif tutum olarak belirtilmektedir (Rapkin & Mikacich, 2013; Baker & O'Brien, 2012; İltemir, Cumaoglu, Öztürk, Karasu & Kafali, 2010; Lopez vd., 2009).

3-Fiziksel semptomlar: Migren, epilepsi, senkop, vertigo, baş ağrısı, akne, ürtiker, herpetik lezyonlar, saçlarda yağlanma ya da kuruma, astma, rinit, eklemlerde ağrı ve şişkinlik, kas ağrıları, tremorlar, sırt ağrısı, glokom, konjiktivit, sinüzit, boğaz ağrısı, ses değişiklikleri, oligüri, sistit, enürezis, üriner retansiyon, göğüslerde hassasiyet ve ödem, abdominal şişkinlik, çarpıntı ve proksimal taşikardidir (Baker & O'Brien, 2012; İltemir vd., 2010; Lopez vd., 2009; Ayhan vd., 2008).

4-Diğer semptomlar: Alerji, hipoglisemi, enfeksiyonlara hassasiyet, sıvı retansiyonu, konstipasyon veya diyare, terlemedir (Baker & O'Brien, 2012; İltemir vd., 2010; Lopez vd., 2009; Ayhan vd., 2008).

PMS'nin Tanılanması

PMS'nin önlenmesi veya azaltılması için iyi bir ekip çalışması gerekir. Tanı koyulurken ve tedavi süresince hekim (jinekolog, nörolog ve psikiyatrist), hemşire/ebe, psikolog ve sosyal hizmet uzmanından oluşan bir ekip ortaklaşa çalışmalıdır. PMS'nin kadın sağlığına olumsuz etkisinin azaltılması ve önlenmesinde iyi bir ekip çalışması gerekmektedir. Hemşireler halkla en yakın ve uzun süreli etkileşimde olan sağlık profesyoneli olarak bu ekip içerisinde önemli bir konuma sahiptir. Değerlendirmenin başlangıcında iyi bir obstetrik ve menstrual öykü ile genel anemnez alınmalıdır. Anemnez formu; hastanın yaşı, medeni durumu, doğum sayısı, menarş yaşı, menstrual siklus özellikleri, genel

sağlık alışkanlıkları (sigara ve alkol kullanımı, pasif sigara içiciliğine maruz kalıp kalmadığı, egzersiz alışkanlıkları, ilaç kullanımı, tedavi alıp almadığı...), premenstrual dönemde yaşadığı sıkıntılar, beslenme alışkanlıkları (öğün sayısı ve beslenme biçimi, kahve, çay, kola ve tuz tüketim düzeyi...), PMS'nin başlangıç yaşı, semptomların süresi ve sayısı gibi sorular içermelidir (Tschudin vd. 2010; Ayhan vd., 2008; Steiner & Born, 2000).

Anemi, hipotroidizm gibi tıbbi hastalıklarda ve depresyon, anksiyete gibi psikiyatrik hastalıklarda da bazı PMS semptomları görülebildiğinden PMS tanılmasına çok dikkat edilmesi gerekmektedir. Tanılamada; semptomların spesifikliği, semptomların oluştuğu zaman, semptomların şiddeti değerlendirilmeli ve semptomları etkileyecek dışsal etken olmamalıdır (Rapkin & Mikacich, 2013; Ayhan vd., 2008). PMS taraması için PMS'ye özgü laboratuvar testleri mevcut değildir. Hastanın semptomlarına yönelik laboratuvar testleri istenebilir. FSH ve LH hormon düzeylerinin ölçümü, T3, T4 ve TRH düzeylerinin ölçümü, tam kan sayımı, prolaktin tayini yapıp kadının ilaç kullanıp kullanmadığı değerlendirilebilir. Premenstrual dönemde ortaya çıkan siklik değişiklikleri belirlemek için klinik alanda uygulaması kolay olan ve prospektif olarak doldurulan bir tanılama aracı en az 3 siklus boyunca kadına doldurulur. Ayrıca günlük kilo izlemi ve bazal vücut ısı takibi yapılır (Daley, 2009; Ayhan vd., 2008; Gençdoğan, 2006).

PMS Tanılanmasında Kullanılan Teşhis Kriterleri

PMS tanılması için en sık kullanılan teşhis kriterleri University of California San Diego (UCSD) ve International Classification of Diseases 10th Edition (ICD-10) tanı ölçütleridir. Hastalıkların uluslararası sınıflandırılmasında ise ICD-10 tanı kriterleri ele alınmıştır.

ICD-10 tanı ölçütlerinde PMS tanısı koymak için siklik olarak oluşan tek bir fiziksel veya emosyonel semptom yeterli sayılmıştır. Günlük fonksiyonların engellenmesi veya prospektif kayıt gerekli değildir (World Health Organization'dan aktaran, Duenas vd., 2011; Halbreich, 2004; Halbreich vd., 2007).

ICD-10 Tanı Ölçütleri;

Aşağıdakilerden sadece birinin premenstrual olarak var olması yeterlidir.

1. Hafif psikolojik huzursuzluk,
2. Şişkinlik hissi, kilo alma,
3. Göğüslerde hassasiyet,
4. El ve ayaklarda şişme,
5. Çeşitli ağrılar,
6. Dikkatte azalma,
7. Uyku bozukluğu,
8. İştah değişikliği (Karadağ'dan aktaran Bolsoy, 2008).

UCSD tanı ölçütlerinde PMS tanısı koymak için semptomların kaydı prospektif olarak yapılmış olmalı ve mutlaka spesifik semptomlar olmalıdır. Semptomların zamanı menstrual siklusla ilişkili olmalı ve hastanın sosyoekonomik fonksiyonlarında bozukluk yaratmalıdır (Ayhan vd., 2008).

UCSD Tanı Ölçütleri;

1.Kişisel raporlarda, üç menstrual siklusun her birinde, menstruasyondan beş gün önce başlayan aşağıdaki duygusal ve somatik semptomların en az biri olmalıdır:

Duygusal Semptomlar; Depresyon, irritabilite, konfüzyon, sosyal geri çekilme, yorgunluk, kızgınlık patlamaları

Somatik Semptomlar; Göğüslerde hassasiyet, abdominal şişkinlik, ekstremitelerde şişkinlik, baş ağrısı

2.Yukarıdaki semptomların menstruasyon başlangıcından itibaren dört gün içinde sona ermesi ve en azından siklusun 12.gününe kadar tekrar eder olması.

3.Semptomlar, herhangi bir farmakolojik tedavi, hormon alınması, ilaç, ve alkol kullanımı olmadığı zamanlarda bulunmalıdır.

4.Sosyal veya ekonomik performansta aşağıdakilerden biriyle tanımlanabilir bir fonksiyon bozukluğu olmalıdır:

- Evlilik ve ilişkide partner tarafından onaylanan anlaşmazlık,
- Annelik yapmada güçlük,
- Zayıf iş veya okul performansı, hazır bulunma/geç kalma,
- Sosyal izolasyonda artış,
- Kanunsal zorluklar,
- İntiharla ilgili düşünceler,
- Somatik semptomlar için medikal yardım arama (Ayhan vd., 2008).

Şiddetli PMS'yi Amerikan Psikiyatri Birliği (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4th Edition)DSM-IV tanı ölçütlerini kullanarakPremenstrual Disforik Bozukluk (PMDB) olarak tanımlamıştır. PMDB tanısı koymak için, son bir yıl içinde siklusların çoğunda aşağıdaki bulgulardan beş ya da daha fazlası olmalı, semptomların prospektif olarak en az iki ay kaydedilmesi ve bu semptomların kadınların günlük işlevlerini engellenlediğinin belirtilmiş olması gerekmektedir (Lopez vd.,2009; Halbreich, 2004).

DSM-IV Tanı Ölçütleri;

A.Çekirdek semptomlardan 1-4'den en az birini içerecek şekilde beş ya da daha fazla semptomun premenstrüel olarak var olması gerekir.

1.Belirgin çökkün duygudurum, umutsuzluk duygusu, ya da kendini değersiz hissetme,

2.Belirgin bunaltı, gerginlik, endişe ya da sabırsızlık,

3.Duygu durumunda belirgin ani değişiklikler (üzüntülü ya da ağlamaklı olma ya da reddedilmeye aşırı duyarlılık),

4.Belirgin ve kalıcı öfke ya da huzursuzluk veya kişilerarası çatışmalarda artış,

5.Olağan etkinliklere karşı ilgi azalması (iş, okul, arkadaşlar, hobiler gibi),

6.Konsantrasyon güçlüğü,

7.Halsizlik, yorulma ya da belirgin enerjisizlik,

8.İştahta belirgin değişiklik, aşırı yeme ya da özel yiyeceklere aşırma,

9.Uykusuzluk ya da aşırı uyuma,

10.Başa çıkamama ya da kontrolü kaybetme duygusu,

11.Göğüslerde hassasiyet ya da şişme, baş eklem ya da kas ağrıları, şişkinlik, kilo alma gibi diğer fiziksel belirtiler,

B. Semptomlar iş/okul, sosyal etkinlik ya da diğer kişilerle ilişkileri engellemeli.

C.Semptomlar altta yatan bir başka hastalığın alevlenmesi olmamalı.

D.Semptomlar prospektif olarak en az iki ay kaydedilmeli (AmericanPsychiatric Association'dan aktaran Duenas, 2011; Ayhan vd., 2008; Ussher 2003).

2.2.PMS'nin Etyolojik Nedenleri ve Risk Faktörleri

PMS etyolojisini inceleyen araştırmaların ilk yıllarında nöroendokrin sistem ile kadınların plazma düzeylerindeki östrojen, progesteron gibi hormon seviyelerinin önemli olduğu düşünülmüştür (Lete vd., 2011;Gonda vd., 2010; Kashanimi, Saedi & Akhondzadeh, 2010). PMS'nin nedenlerinin anlaşılması ve semptomlarının tedavisi için gereken önlemlerin alınması son yıllarda hızlanmıştır (O'Brein, Rapkin & Schmidt, 2007). Yapılan birçok çalışmada, PMS ile premenstrual semptomoloji arasındaki tutumlar, beklentiler ve yanlış inançlar arasında pozitif bir bağlantı kurulmuştur (Gonda vd., 2010). Sonuçta PMS etyolojisinde birden fazla faktörün rol oynadığı kabul edilmektedir (Tschudin vd., 2010; Chou & Morse, 2005;Berkman 2004).

2.2.1.Etyolojik Nedenler

2.2.1.1.Genetik

Benzer PMS semptomları PMS'li kadınların yakın akrabalarında da gözlenmiştir. Halbreich genetik kalıtımın PMS semptomlarının gözlenmesinde en önemli faktör olduğunu bulmuştur (Bahamondes vd., 2007).1312 ikizle yapılmış bir araştırmada, PMS semptomlarının yaşanmasında genetiğin % 56 etkili olduğu (Steiner & Born, 2000) ve 720 ikiz ile yapılan başka bir çalışmada dagenetiğin %44 etkili olduğu bildirilmiştir (Vigod, Ross & Steiner, 2009). Monozigotik ikizlerin her ikisinde de PMS oluşumunun, dizigotik ikizlerden ve ikiz olmayan kardeşlerden daha fazla görüldüğü saptanmıştır (Çiçekçi, Akyürek, Çelik & Haberal, 2006). Başka çalışmalarda da anneler ve adolesan yaşlardaki kızlarında PMS semptomlarının benzerlik gösterdiği bildirilmiştir (Çiçekçi vd., 2006; Berkman & Topuz, 2004).

2.2.1.2.Nörotransmitterler

2.2.1.2.1.Endojen Opioid Peptitler

Endorfinler biyogenik aminleri inhibe ettiklerinden ruh halini, iştah, susama ve ağrı gibi durumları değiştirebilmektedirler. Ayrıca hormon sekresyonlarını değiştirerek davranışlarda, uyku durumunda, ısı regülasyonunda ve bağırsak fonksiyonlarında etkili olabilecekleri gösterilmiştir (Çiçekçi vd., 2006; Berkman & Topuz, 2004). Normal menstrüel siklusta Beta endorfin düzeyi luteal fazda artmakta, foliküler fazda azalmaktadır (Çiçekçi vd., 2006; Berkman & Topuz, 2004). PMS'li kadınların premenstrual fazlarındaki β -endorfin seviyelerindeki farklılıklar dikkat çekmiştir. Luteal fazda östrojen ve progesteron seviyesi artarken endojen opioid aktivitesinin de arttığı yapılan çalışmalarda bildirilmiştir. Bu durum, yorgunluk ve depresyona yol açar. Gonadal steroidler düştüğünde, opioid aktivitesi de düşer, bu da huzursuzluk, anksiyete ve gerginliğe neden olur (Sondheimer, 1985). Chuong ve arkadaşları luteal fazdaki β -endorfin düzeyini PMS'li hastalarda kontrol grubuna göre anlamlı olarak düşük bulmuşlardır (Chuong'dan aktaran Çiçekçi vd., 2006). 27 PMS hastasıyla yapılmış bir çalışmada, PMS hastalarının kortizol ve β -endorfin seviyeleri düşük bulunmuş, ağrı eşikleri kısa olarak gözlenmiş ve ağrıya karşı toleranslarının daha az olduğu bildirilmiştir (Cunningham, Yonkers, O'Brein & Eriksson, 2009; Di Giulio & Reissing, 2006).

2.2.1.2.2.Steroid Hormonlar

PMS'nin ergenlikten önce, gebelikte ve menopoz sonrası dönemde gözlenmemesi siklik over aktivitesinin PMS için önemini ortaya koymaktadır (Panay, 2011). İlk kez 1931 yılında Frank, kanda steroid hormonların normalden yüksek olmasının PMS'ye neden olduğunu, bu durumun oferektomi ve radyasyonla azaltılabileceğini öne sürmüştür. Daha sonra 1938 yılında Israel PMS'de progesteron ve östrojen dengesizliğinden söz etmiş, 1950 yılının ortalarında Dalton luteal fazda progesteron eksikliğinden çok östrojen progesteron dengesindeki değişiklikten dolayı göreceli bir progesteron eksikliğinin ortaya çıktığını bildirmiş, birçok kadını progesteron vererek tedavi etmeye çalışmıştır. Bazı araştırmacılar ise menopoz döneminde östrojen verdikleri olgulara progesteron ilave edildiğinde PMS'ye benzer semptomların ortaya çıktığını bildirmişler ve PMS'de progesteronun normalden yüksek olduğunu savunmuşlardır (Türkçapar & Türkçapar, 2011; Pearlstein & Steiner, 2008; Berkman & Topuz, 2004; Çiçekçi vd., 2006; Kışnişçi, 1996).

Progesteronanksiyojenik olmakla birlikte metabolitleri (pregnanolone ve allopregnanolone) anksiyolitik ve GABA-A aracılığıyla da uyku verici etkilere sahiptirler. Beyindeki hücrelerde serotoninle beraber bulunur ve serotoninin geri alımını attırır. Östrojen reseptörlerinde down regülasyon yapıp MAO aktivitesini arttırır, bu durum disforik-duyguduruma neden olur (Türkçapar & Türkçapar, 2011). Son yıllardaki çalışmalarda PMS

semptomlarıyla serum allopregnanolone konsatrasyonu arasındaki ilişki araştırılmıştır (Vigod vd., 2009; Steiner & Born, 2000). Allopregnanolone Gamma-Aminobütirik Asit A (GABA-A) reseptörlerini stimüle eder ve serotonin reseptörlerini düzenler (Lopez vd., 2009; Vigod vd.,2009). Allopregnanolone'un eksiklikleri hayvanlarda ve insanlarda olumsuz duygudurum belirtilerine neden olmaktadır (Baker & O'Brien, 2012;Backström'den aktaran Lete vd., 2011; Adewuya vd., 2009). PMS gözlenen kadınların luteal fazında Allopregnanolone seviyesi düşüktür (Vigod vd., 2009; Lopez vd., 2009). Yapılmış olan bazı çalışmalarda PMS'li kadınların hem luteal hem de foliküler fazında östrojen seviyesi normal değerlerde olmasına rağmen progesteron seviyeleri düşük olarak gözlenmiştir (Lopez vd., 2009). Düşük GABA aktivitesi anksiyete, depresyon ve irritabilite belirtileriyle ilişkilidir (Lopez vd., 2009; Di Giulio & Reissing, 2006).

Foliküler faz süresince östrojen seviyeleri en yüksektir, luteal faz sonunda östrojen seviyesi düşmeye başlar. Son yıllarda yapılmış olan çalışmalarda, ovulasyon sonrası azalmış olan östrojen seviyesiyle PMS'deki deprese ruh hali arasında bağlantı kurulmuştur (Vigod vd., 2009;Di Giulio & Reissing, 2006). Siklus sürecindeki östrojen dalgalanmaları serbest kortikotropin hormonu salınımını etkiler. Kortikotropin hormonu salınımının azalmasıyla kadınlarda menstruasyon sürecindeki atipik ve değişken depresyon belirtilerine rastlanır (Lopez vd.,2009;Di Giulio & Reissing, 2006). Östrojen serotonerjik aktiviteyi de artırır. Östrojen düzeyinin azalmasıyla kandaki serotonin düzeyi de düşer ve sonucunda PMS'de depresyon belirtileri gözlenir (Di Giulio & Reissing, 2006).

Birçok çalışmada PMS'li kadınların plazma testesteron düzeyleri araştırılmamıştır. Vücuttaki androjenler duygudurum semptomlarından özellikle irritabilite ve depresyon, dürtüsel semptomlardan ise kompulsiyon ve yeme isteğini etkilediğinden PMS semptomolojisi araştırılırken androjen seviyeleri de değerlendirilmelidir (Steiner & Born, 2000). Yapılan bir çalışmada, premenstrual dönemde sinirlilik semptomu mevcut PMS hastalarında testesteron seviyelerinin yüksek olduğu gözlemlenmiştir (Eriksson'dan aktaran Vigod vd., 2009). Farklı bir çalışmada ise, PMS hastalarının toplam ve serbest plazma testesteron seviyelerinin sağlam bireylere göre anlamlı derecede düşük olduğu bildirilmiştir (Bloch'dan aktaran Vigod vd., 2009).

2.2.1.2.3.Serotonin

Serotoninin insanda ruh hali ve davranış üzerine etki ettiği bilinir. Serotonin fonksiyonuyla ovaryan hormonların salgılanması arasında bir ilişki vardır. PMS patofizyolojisinde serotoninin önemli bir rolü olduğu düşünülmektedir (Bhatia'dan aktaran Türkçapar & Türkçapar, 2011;Vigod vd., 2009; Lopez vd., 2009; Berkman & Topuz, 2004). Yapılan bir çalışmada, PMS'de kandaki ve trombositlerdeki serotonin up-take'inin anlamlı derecede azaldığı bildirilmiştir (Vigod vd., 2009). Özellikle

PMS'deki irritabilite, sinirlilik, depresyon ve yeme isteği semptomlarının oluşmasında serotonin eksikliğinin önemli rolü olduğu düşünölmektedir (Bhatia'dan aktaran Türkçapar & Türkçapar, 2011;Lopez vd., 2009). Yapılan bir çalışmada, PMS bulgusu olan kadınların olmayan kadınlara göre serotonin taşıma genlerinde farklılaşma olduğu (Melke vd., 2003),farklı bir çalışmada ise, PMS'li kadınların PMS'li olmayan kadınlara göre kan serotonin seviyesinin düşükolduğu bulunmuştur (Engin, Üstün, Gürdal & Güngör, 2005).

2.2.1.3.Prostoglandinler (PG)

Fonksiyonel açıdan hormonlara benzeyen prostoglandinlerin sentezi, menstrual siklus fazlarına bağımlıdır. PMS'de prostoglandin yetmezliği öne sürölmüştür. Esansiyel yağ asitlerinin PG E1'e çevriliminde bir defekt olduğu ve bu defektin de PG E1'in prokürsörü olan gama linoleik asitin dihomogamalinoleik aside çevrilmesinde kullanılan bir kompetitif enzim bloğundan kaynaklanabileceği bildirilmiştir (Berkman & Topuz, 2004; Kişnişçi vd., 1996). PG inhibütörü olan mefenamik asitin verilmesiyle PMS'nin bazı belirtilerinin düzeldiği gözlenmiştir (Pearlstein & Steiner, 2008).

2.2.1.4.Hipotroidi

PMS'li hastaların %94'ünde subklinik olarak hipotroidi gözlenmiş, tiroid hormonu verildiğinde semptomların düzeldiği bildirilmiştir(Berkman & Topuz, 2004; Kişnişçi vd.,1996). Ancak araştırmacılar subklinik hipotroidiyi PMS nedeni olarak kabul etmemiş, PMS ile birlikte görölebileceğini savunmuşlardır (Berkman & Topuz, 2004; Steiner & Born, 2000). İki ayrı çalışmada PMS gruplarında kontrol gruplarına göre daha fazla subklinik hipotroidi saptanmıştır ancak foliküler ve luteal faz arasında fark bulunamamıştır (Berkman & Topuz, 2004; Kişnişçi vd., 1996).

2.2.1.5.Hipoglisemi

Hipoglisemi semptomlarının PMS'nin yorgunluk, açlık, sinirlilik, terleme semptomlarına benzemesinden ötürü PMS etyolojinde rolü olup olmadığı düşünölmüştür (Kişnişçi vd., 1996). PMS'li kadınlarda premenstrual dönemde hücreye glikoz alınmasında anormallikler olduğu belirlenmiştir. Diyabetli kadınlarda menstrual siklusun insölin duyarlılığı üzerindeki etkisine bakıldığında PMS'u SSRIs'lar ile tedavi edilen diyabetli kadınlarda insölin duyarlılığının düzeldiği ve kan glukoz seviyelerinin normal düzeye ulaştığı bulunmuştur (Trout & Teff, 2004; Kişnişçi vd., 1996).

2.2.1.6.Sıvı Retansiyonu

PMS'de sıklıkla şişkinlik ve sıvı retansiyonu semptomlarının olması PMS semptomlarının potansiyel nedeni olarak mineralokortikoid değişiklikleri olabileceğini düşöndürmüştür. Normal menstrual siklusta

serum aldosteron düzeyleri ovulasyonda ve midluteal fazda artar, progesteronun natriüretik etkisinden dolayı renin-anjiotensin-aldosteron düzeylerinde yükselme görülür. Bu sistemin etkisinde de su retansiyonu, meme angorjmanı, abdominal şişkinlik olduğu belirtilmiştir (Çiçekçi vd., 2006; Berkman & Topuz, 2004; Kışnişçi vd., 1996). PMS yakınması olup sıvı retansiyonu olan hastalarda, luteal fazda aldosteron seviyeleri, asemptomatik hastalara göre daha yüksek bulunmuştur (Çiçekçi vd., 2006).

2.2.1.7.Mantar Büyüme Teorisi

Bu teoriye göre antibiyotikler ve oral kontraseptifler bakterial floranın direncini düşürüp kandidanın ortamda çoğalmasına sebep olmaktadır. Kandida tarafından üretilen toksinler immün sistemi baskılamakta ve sonucunda diyare, baş ağrısı, yorgunluk gibi PMS semptomlarını ortaya çıkartabilmektedir (Lurie & Richard, 1990).

2.2.1.8.Beslenme

PMS'de fakir bir beslenme şekli ve vitamin-mineral eksiklikleri gözlenmiştir. Magnezyum(Mg), kalsiyum(Ca), vitamin D, vitamin B6 (pridoksin) , vitamin E ve çinko (Zn) eksikliği bazı PMS semptomlarından sorumlu tutulduğundan bu mineral ve vitaminlerin eksiklikleri araştırılmıştır (Ayhan vd., 2008; Bianci-Demicheli, Petignat & Sekoranja, 2004).

Çinko (Zn);emosyonel ve mental olaylarla ilişkilidir. Endometriumun progesteronu bağlamasında rol oynar ve PGE sentezinde önemlidir. Santral Sinir Sistemi'ndeki nörotransmitterlerin değişiminde etkilidir. Prolaktin, GH ve LH'ın hem sentezini hem de sekresyonunu değiştirebilir. Yapılan bir çalışmada, günlük 25 mg çinko alınımıyla PMS riski arasında ters ilişki bulunmuştur (Chocan-Bedoya vd., 2013). Yapılan farklı bir çalışmada ise, PMS'li kadınların luteal fazlarında çinko seviyelerinin düşük olduğu saptanmıştır (Chuong & Dawson, 1994).

Magnezyum (Mg); birtakım enzimatik olaylarda kofaktör olarak yer almaktadır. Nörotransmitter mekanizması için özellikle gerekli bir besindir. Serotonin hormonu ve diğer nörotransmitterlerin damar kasılması, kas fonksiyonu ve hücre zarı stabilitesinde aktivitelerini etkiler, hormonal sistemde vitamin B6'nın aktivite olmasını sağlar (Salamat vd., 2007; Mclyntre, 2002). Magnezyumda azalma ile ruhsal durumda negatif tepkiler meydana gelir ve davranış bozuklukları ortaya çıkabilir. Yapılan bir çalışmada, PMS'li grupta kontrol grubuna göre, luteal fazda serum Mg düzeyinin belirgin düşüklüğü gözlenmiştir (Lopez vd., 2009).

Vitamin B6 (Pridoksin); seratonin, triptofan, dopamin ve GABA sentezi olmak üzere nörotransmitter sentezinin son aşamasında bir kofaktör olarak rol almaktadır (Cornish & Mehl-Madrona, 2008; O'Brien

vd., 2007; McIntyre, 2002). Vücutta magnezyum seviyesini ayarlar (Kişnişçi vd., 1996). Dopamin ve seratonin biosentezinde bir koenzim rolü oynadığından pridoksin azalması depresyon, periferik nöropati, ve duygudurum değışikliklerine yol açabilmektedir (O'Brien vd., 2007,).

Kalsiyum (Ca); endokrin sistemimizi etkileyerek duygudurum bozukluklarını regüle eder. Östrojenin, kalsiyum metabolizması, ince bağırsaklardan kalsiyumun emilimi üzerinde etkinliğı vardır. Hipokalsemi de var olan depresyon, anksiyete ve disforik bozukluk belirtileri PMS'de de gözleendiğinden PMS'de kalsiyumun rolü olacağı düşünölmektedir (Lopez vd., 2009).

Vitamin E; yeterli veri olmamakla birlikte günlük alınan 600 mg IU vitamin E'nin PMS'nin özellikle göğüs ağrısı ve gerginlik belirtilerini azalttığını öne süren çalışmalara rastlanmıştır (Frackiewicz & Shiovitz, 2001).

2.2.2.Risk Faktörleri

2.2.2.1.Stres

Yaşamsal stresörler kişilerin kişiler arası ve seksüel ilişkilerine ve iş- okul yaşantısına etki eder. Yaşamsal stresörler ile PMS arasında anlamlı bir ilişki kurulmuştur (Lopez vd., 2009; Steiner & Born, 2000). Yapılan bir çalışmada, premenstrual semptomolojide yaşamsal stresörlerin etkin olduğu saptanmıştır (Beck'den aktaran Gonda vd., 2010). PMDB'lilerin yaşam stresörleri PMDB'li olmayanlardan daha yüksek olarak gözlenmiştir (Lopez vd., 2009).

2.2.2.2.Sosyokültürel Faktörler

PMS ile ilgili yapılan çalışmalarda, PMS semptomolojisinde kültürel farklılıkların çok fazla gözleendiğı dikkat çekmiştir (Lopez vd., 2009; Steiner & Born, 2000). PMS'likadınlarla yapılan çalışmalarda, İspanya'daki kadınlarda göğüslerde hassasiyet %81.6 (Duenas vd., 2011), Çin'deki kadınlarda sinirlilik %91.21 (Qiao vd., 2012) oranında daha yüksek olarak gözlenmiştir.

2.2.2.3.Yaş

PMS belirtilerinin menarştan sonra herhangi bir yaşta başladığını ve belirtilerin yaşla beraber giderek arttığını, menapoza yaklaştıkça da azaldığını savunanlar (Steiner'dan aktaran Türkçapar & Türkçapar, 2011), genç yaşlarda PMS prevalansının daha yüksek olduğunu (Min, 2002), PMS'nin 20 ile 30 yaşları arasında en sık yaşandığını ifade edenler (Deuster'den aktaran Karaoğlu & Taşgın, 2009) ve PMS ile yaş arasında anlamlı ilişkinin olmadığını saptayan (Pinar vd., 2011) çalışmalar mevcuttur.

2.2.2.4.Parite

Yapılan çalışmalarda çok çocuğu olan kadınlarda menstrual semptomların daha az, premenstrual semptomların ise daha fazla olduğu bildirilmektedir. Kadınları çok doğuran ve emziren ülkelerde menstrual siklusların daha az yaşanmasına bağlı PMS daha az görölmektedir (Oğur'dan aktaran Çatakoğlu, 2016). Ancak gebelik ve doğum sayısındaki artışla birlikte PMS semptomlarının şiddetlendiğini gösteren araştırmalar olduğu gibi PMS ile gebelik, çocuk sayısı arasında ilişkinin bulunmadığını gösteren araştırmalar da vardır (Pınar, 2007).

2.2.2.5.Sigara Kullanımı

Sigara kullanımının PMS'yi östrojen, progesteron, androjen ve gonadotropin hormon seviyelerine etki ederek yükselttiği düşünölmektedir. Yapılan bir çalışmada, günde 4 sigaradan fazla sigara içen kadınlarda PMS bulgularına daha fazla rastlanmıştır (Cohen'den aktaran Pınar vd., 2011). Bu çalışmanın aksine sigara kullanımıyla PMS arasında ilişki olmadığını belirten araştırmalar da mevcuttur (Cheng vd., 2013).

2.2.2.6.Alkol Kullanımı

Alkol PMS semptomlarını arttıran risk faktörlerinden biri olarak kabul edilmektedir. Yapılan bir çalışmada, alkol kullanan kadınların PMS'ye daha yatkın oldukları bildirilmiştir (Nyberg vd., 2005). Alkol kullanımıyla PMS görölme sıklığı arasında ilişki olmadığını belirten araştırmalar da mevcuttur (Bertone-Johnson, Hankinson, Johnson & Manson, 2009).

2.2.2.7.Menstrual Siklus Özellikleri

PMS'yi etkileyen faktörler arasında menstrual siklus özelliklerinin önemli bir yeri olduğunu savunan araştırmalar olmuştur. Yapılan bir çalışmada, menstruasyon süresi 6 günden uzun süren kadınların PMS prevalansları daha yüksek bulunmuştur (Steiner & Born, 2000). Farklı bir çalışmada ise, menstruasyon siklusları düzenli olan kadınların düzensiz olan kadınlara göre PMS puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı şekilde düşük gözlenmiştir (Işık vd., 2016).

2.2.2.8.Medeni Durum

Yapılan bir çalışmada, bekarkadınların PMS semptomlarını daha sık yaşadıkları tespit edilmiştir (Adıgözel, Taşkın & Danacı, 2007). Tayvan'da 150 kadınla yapılmış olan diğer bir çalışmada ise, anksiyete bulgularının evli olanlarda bekarlara oranla daha fazla gözlendiği saptanmıştır (Hsiao, Liu, Chen & Hsieh, 2002).

2.2.2.9.Öğrenim Durumu

Öğrenim durumu ile PMS görülme sıklığı arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığını tespit eden çalışmalar olduğu gibi(Potter vd., 2009), öğrenim durumu yüksek kadınlarda PMS prevalansını daha yüksek bulan çalışmalar da bulunmaktadır (Steiner & Born, 2000).

2.2.2.10.Sosyoekonomik Durum

Sosyoekonomik durumun kötü olmasıyla yaşam koşulları da olumsuz etkilenebilir.Yapılmış olan bir çalışmada, gelir durumu yetersiz olan kadınların PMS düzeylerinin daha fazla olduğu belirtilmiştir (Chayachinda vd., 2008). Farklı bir çalışmada ise, PMS sıklığı ile gelir düzeyi arasında anlamlı bir ilişki gözlenmemiştir (Pinar vd., 2011).

2.2.2.11.Çay-Kahve Tüketimi

Kafein, PMS'nin gerginlik, irritabilite, sinirlilik ve uykusuzluk septomlarını arttırabilir(Adıgüzel vd., 2007). Yapılan bir çalışmada, premenstrual dönemde görülen ruhsal değişkenlerin ve sinirliliğin içilen kafein ile ilişkili olduğu öne sürülmüştür (Gold vd., 2007). Farklı bir çalışmada ise, kafeinli içecek tüketimi ile PMS görülme sıklığı arasında ilişki bulunmamıştır (Poyrazoğlu, 2010).

2.2.2.12.Egzersiz

Egzersiz yapmanın PMS septomlarını azaltacağına dair düşünceler vardır. Yapılan araştırmalarda, 6 ay boyunca düzenli egzersiz yapan ve düzenli olarak moniterize edilen kadınların meme hassasiyeti, sıvı retansiyonu ve duygudurum bozukluklarında azalma gözlenmiştir (Salamat vd., 2007). Farklıbir çalışmada da, egzersizin kadınların yarısından fazlasında PMS belirtilerini hafiflettiği açıklanmıştır (Pinar, 2007).

2.2.2.13.Obezite

Obezitenin PMS riskini arttırdığı belirtilmektedir. Obez kadınların PMS riski obez olmayanlara oranla 3 kat daha fazladır (Lopez vd., 2009). Yapılan bir çalışmada, obez kadınların normal kilodaki kadınlara göre PMS'yi 2.8 kat daha fazla yaşadığı tespit edilmiştir (Masho, Adera& South-Paul, 2005).

2.2.2.14.Menstruasyon Tutumu

Menstruasyona karşı tutum ile semptomların yoğunluğu arasında pozitif korelasyon belirlenmiştir. Algısal önyargıların özellikle PMS'deki psikiyatrik semptom bulgularının yaşanmasında önemli bir rol oynadığı belirtilmektedir (Gonda vd., 2010). Yapılan bir çalışmada, pozitif

menstruasyon tutumu olan kadınlarda PMS daha düşük oranda tespit edilmiştir (Chayachında vd., 2008).

2.3.PMS'nin Yaşam Kalitesi ve Günlük Aktivitelere Etkisi

PMS'nin kadınların okul ve çalışma yaşamını, yakın aile ilişkilerini, günlük performanslarını ve yaşam kalitelerini olumsuz yönde etkilediği bilinmektedir. Semptomlar kadınlarda fiziksel aktivite, psikolojik sağlık, meslek ya da sosyal hayatlarında birçok bozukluğa neden olmaktadır (Delara vd., 2012; Kircan vd., 2012). PMS özelde bireyin sağlığını tehdit etmekte, genelde birey, aile ve topluma sosyo-ekonomik yükler getirmekte, toplumda bireyin kapasitesinin kaybına, anksiyete, depresyon ve intihar gibi kadının ruh sağlığını bozan ve yaşam süresini kısaltan sağlık sorunlarına neden olmakta dolayısıyla bireyin yaşam kalitesini düşürmektedir (Borestein'den aktaran Freeman vd., 2012; Halbreich vd., 2007). PMS kadınların yaşantısını olumsuz yönde etkilemesi nedeniyle erken dönemde ele alınması gereken bir durumdur (Kircan vd., 2012).

Yapılmış olan çalışmalarda, PMS'li kadınların işte devamsızlık oranı ve sağlık hizmeti kullanımları artmakta, kaza/hata oranlarında artışlar gözlenmekte, iş yerindeki verimlerinde ve üretkenliklerinde azalma olmasıyla birlikte, ev ve işyerinde, sosyal aktivitelerinde ve kişilerarası ilişkilerinde zorluklarla karşılaşmaktadır (Borestein'den aktaran Freeman vd., 2012; Potter vd., 2009; Demir vd., 2006).

PMS'li hastaların ailelerinde çocuk örselenmesi ve aile içi kavgalar rapor edilmiştir. Ayrıca PMS'den dolayı kadınların sosyal ilişkilerden kaçınma ve kavgacı olmaları da günlük yaşantılarını olumsuz yönde etkilemektedir (Sokullu, 2009).

Ergenlik döneminde premenstrual yakınmaların ergenin derslere devam etme durumunu, okul başarısını, yaşam kalitesini, sosyal aktivitelerini ve aile ilişkilerini olumsuz etkilediği belirtilmiştir (Selçuk, Avcı & Alpyılmaz, 2014).

Yapılan çalışmalarda, Brezilya'daki kadınların %72.6'sı, Meksika'daki kadınların %75.3'ü ve Avrupa ülkelerindeki kadınların %71.4-%83.3'ü (Bahamondes vd., 2007), Kore'deki kadınların %14.3'ü (Choi vd., 2010) PMS'nin günlük yaşam aktivitelerini olumsuz yönde etkilediğini bildirmişlerdir. Türkiye'deki kadınların %65.3'ü premenstrual dönemde kendini diğer günlere göre daha kötü hissettiklerini, bu kadınların %57.9'u bu şikayetler nedeniyle günlük yaşantılarının, %43.3'ü başkaları ile ilişkilerinin, %78.3'ü yaşam kalitelerinin etkilendiğini belirtmişlerdir (Poyrazoğlu, 2010).

Kalifornia'da yapılan çalışmada, PMS kadınların tıbbi harcamalarını arttırmış, işyerinde devamsızlık ve düşük verimliliğe neden olmuştur

(Sadler vd., 2010). Genel olarak PMS belirtileri olan kadınların doğrudan ve dolaylı olarak ekonomik yükleri PMS'si olmayanlara göre daha yüksek gözlenmiştir. Bu araştırmada, PMS'li kadınlarda %13.7 işe devamsızlık ve %15 üretkenlikte azalma oranı saptanmış, PMS'nin her yıl bir hasta için doğrudan ortalama 59, dolaylı olarak 4333 dolar ek maliyet getirdiği hesaplanmıştır (Yang vd., 2008; Bahamondes vd., 2007; Halbreich vd., 2006; Borenstein, Dean & Edicott, 2003).

Latin Amerika'da da 14 günden daha uzun süreyle PMS'li kadınların %68.1'i iş, okul ve ev işlerinde, %66'sı sosyal aktivitelerinde, %61.7'si kişilerarası ilişkilerinde bozulmalar olduğunu belirtmişlerdir (Bahamondes vd., 2007).

Amerika'da bir web sitesindeki anketi dolduran 1637 kadın, PMDB'ün yaşam kalitelerine yükünün tip-2 diyabet, kronik bel ağrısı, osteoartrit ve romatoid artrit'ten fazla olduğunu ifade etmişlerdir (Yang vd., 2008). Amerika'daki farklı bir çalışmada, PMS'li kadınların partneriyle ve ailesiyle olan ilişkilerinin olumsuz etkilendiği, hobilerine ayrılan zamanın ve işyerindeki verimliliğinin PMS'li olmayan kadınlara oranla dokuz kat daha düşük olduğu gözlenmiştir (Halbreich vd., 2007).

Türkiye'deki öğrencilerle yapılan bir çalışmada, PMS'nin öğrencilerin özellikle okul başarısını, sosyal etkileşimlerini, yaşam tarzını ve duygusal iyi olma halini etkilediği gözlenmiştir (Karaoğlu & Taşgın, 2009). Öğrencilerle yapılan farklı bir çalışmada, PMS'li öğrencilerde fiziksel sağlığın bozulması ve emosyonel rol kısıtlılığı gözlenmesi sonucunda iş yerinde ve günlük etkinliklerinde sorunlar yaşandığı, öğrencilerin mental sağlığının kötü olması nedeniyle sürekli sinirli ve depresif duygulanım içinde oldukları, vitalite durumlarının düşük olmasıyla sürekli yorgun ve bitkin hissettikleri bildirilmiştir (Kırcan vd., 2012). Sağlık çalışanlarıyla yapılan çalışmada ise, kadınların %70.5'i PMS nedeniyle iş verimliliklerinde azalma yaşadıklarını söylemişlerdir (Demir vd., 2006).

2.4.PMS'de Tedavi Şekilleri

PMS için semptomlara yönelik tedavi uygulanmakta (Salamat vd., 2007; Braverman, 2007) venedenleri tam olarak anlaşılmadığından geniş bir tedavi yelpazesinden yardım alınmaktadır (Sadler vd., 2010).

2.4.1.Nonfarmakolojik Tedavi

2.4.1.1.Hasta Eğitimi

Menarş öncesi dönemde adölesanlara PMS ve risk faktörleriyle ilgili verilene eğitim programından 3 ay sonra, adölesanların PMS puanlarında belirgin bir azalma gözlenmiştir (Chau'dan aktaran Rapkin & Mikacich, 2013). Kadınların 8 hafta süreli PMS ile başetme eğitim programlarına

katılımlarıyla, PMS bulgularının anlamlı derecede azaldığı tespit edilmiştir (Min, 2002).

2.4.1.2. Diyet Desteği

PMS bulgularında rahatlama sağlamak amacıyla; PMS'li hastaların sodyum alımlarını kısıtlamaları (Reissman & Lee, 2007; Bosarge, 2003; McIntyre, 2002), alkol ve kafein alımlarını azaltmaları (Vigod vd., 2009; Reissman & Lee, 2007; Bosarge, 2003), soya alımını arttırmaları, yağ alımını azaltmaları (McIntyre, 2002), meyve, sebze, baklagil ve kepekli tahıl tüketimini arttırmaları, kompleks karbonhidratlardan zengin diyet tercih etmeleri (Vigod vd., 2010; Vigod vd., 2009; Sokullu, 2009; Ayhan vd., 2008; Grey, 2008; Pearlstein & Steiner, 2008), az ve sık sık beslenmeleri ve günde en az 8 bardak su tüketmeleri önerilmektedir (Grey, 2008; Pearlstein & Steiner, 2008; Bosarge, 2003).

PMS'li kadınlarda günlük 1000-1200 mg kalsiyum kullanımıyla bulguların %73 azaldığı, özellikle sıvı retansiyonu, yeme isteği, yorgunluk, ağrı ve kramp semptomlarının iyileştiği gözlenmiştir (Brice, Chasuk & Kendall, 2009; Vigod vd., 2009; Grey, 2008; Salamat vd., 2007; Reissman & Lee, 2007).

Yapılan çalışmalarda; magnezyumun PMS ile birlikte olan ağrılarda plasebodan daha etkili olduğu (Girman, Lee & Kligler, 2003), vücut sıvı dengesi, menstrual dönem migreni ve ruh hali dengesinde rol oynadığı (Grey, 2008; Cornish & Mehl-Madrona, 2008), dismenore şikayetlerini (O'Brein vd., 2007) ve depresyon semptomlarını azalttığı (Cornish & Mehl-Madrona, 2008), günlük 360 mg alınmasıyla duygudurum semptomlarında azalma sağladığı gözlenmiştir (Panay, 2011; Salamat vd., 2007).

Vitamin B6'nın (Pridoksin) PMS iyileşmesinde placeboya göre %2.32'lik olasılık oranı ile daha etkin olduğu (Panay, 2011), 80 mg kullanımıyla PMS'nin psikiyatrik ve somatik semptomlarında azalma sağladığı bildirilmiştir (Vigod vd., 2010; Vigod vd., 2009; Cornish & Mehl-Madrona, 2008).

Prostaglandin sentezini etkileyen linoleik ve gamalinoleik asit içeren çuha çiçeği yağı'nın (evening primrose oil) PMS'nin mastalji şikayetlerini azalttığı (Zervoudis vd., 2008; Salamat vd., 2007), günlük 3-4gr kullanımıyla kadınların PMS semptomlarında pozitif yönde azalma olduğu gözlenmiştir (Bosarge, 2003).

Vitamin E'nin menstrual siklusun tüm evrelerinde göğüslerdeki hassasiyeti azalttığı ve placebo'ya göre PMS semptomlarından iştah artışı, bulantı, kusma, yorgunluk, anksiyete, baş ağrısı ve sedasyon belirtilerini azalttığı bildirilmiştir (Kashanimi vd., 2010).

Karayılan otu'nun (Black Cohosh) kadınlarda menopozal semptomları rahatlatıldığı (Johnson & Fahey, 2012), PMS'deki sırt, bilek ve karındaki krampları azalttığı belirtilmiştir (Rainse, 2010; Reissman & Lee, 2007).

Hayıt meyvesinin (Vitex Agnus Castus) PMS'nin göğüslerde hassasiyet, ağrı, negatif düşünceler, sıvı retansiyonu ve duygudurum değişikliği gibi fiziksel belirtilerinde etkili olduğu, yapılan bir çalışmada, günlük 40mg kullanımıyla PMS'li hastaların tüm fiziksel ve psikolojik semptomlarının anlamlı olarak %50 daha fazla iyileştiği bildirilmiştir (Jang vd., 2014; Pearlstein & Steiner'den aktaran Türkçapar & Türkçapar 2011; Vigod vd., 2010; Bride vd., 2009; McIntyre, 2002).

Mabet ağacı (Ginkgo Biloba L.) kullanımı ile yapılan çalışmalarda PMS'nin psikolojik bulgularını ve fiziksel semptomlarından göğüslerde hassasiyet ve sıvı retansiyonu bulgularını rahatlatıldığı bildirilmiştir (Ozgoli, Selselei, Mojab & Majd, 2009).

Yapılan çalışmalardan, Royal Jelly takviyesi alan PMS'li öğrencilerin istatistiksel olarak anlamlı şekilde PMS puanı düşmüş (Taavoni, Barkhordari, Goushegir & Haghani, 2014), PMS'li kadınların PMS ve menopozal semptomlarında iyileşme olduğu bildirilmiştir (Winther & Georgiev'den aktaran Taavoni vd., 2014).

Yapılan bir çalışmada; PMS'li kadınlarda placeboya göre omega 3 yağ asitinin kullanımıyla PMS'nin depresyon, anksiyete, konsantrasyon eksikliği ve sinirlilik semptomları anlamlı derecede azalmıştır (Sohrabi, Kashanian, Ghafoori & Malakouti, 2013).

Yapılan bir çalışmada, PMS'li kadınların zerdeçal kullanımıyla PMS'nin fiziksel, davranışsal ve duygudurum semptomlarında azalma olduğu ve toplam PMS puanlarının düştüğü gözlenmiştir (Khayat vd., 2015).

2.4.1.3. Homeopatik Tedavi

Yapılan bir araştırmada, PMS'li kadınlarda Folliculinum kullanımıyla PMS'deki sırt ağrısı dışında özellikle irritabilite, saldırganlık ve abdominal şişkinlik bulgularında azalma gözlenmiştir (Danno, Colas, Terzan & Bordet, 2013).

2.4.1.4. Düzenli Uyku, Yeterli Dinlenme ve Stres Düzeyini Azaltma

PMS'de kısalmış REM ve delta uykusunda azalma olması nedeniyle hastaların uyku kalitesinde bozulma söz konusudur. Rahatsız bir uyku semptomların daha kötüye gitmesine yol açmaktadır (Bolsoy, 2008; Pınar, 2007). Özellikle stres gibi negatif yaşam değişikliklerinin premenstrual davranış değişikliği, ağrı ve su retansiyonunda önemli miktarda etkisinin olduğu görülmektedir (Vigod vd., 2009).

2.4.1.5.Egzersiz Yapma

Kasları güçlendirerek PMS kramplarını ve negatif duygulanım, şişkinlik bulgularını azaltır (Ayhan vd., 2008; Eğicioğlu, 2008; Troutt & Teff, 2004). Duygu değişimleri ile depresyon belirtilerini dengeler (Çiçekçi vd., 2006). Araştırmacılar PMS semptomlarıyla baş etmek için haftada 3-4 kez 20-30 dakikalık aerobik egzersizlerin yapılmasını tavsiye etmişlerdir (Vigod vd., 2010).6 ay boyunca düzenli egzersiz yaparak moniterize edilen kadınlarda PMS'nin meme hassasiyeti, sıvı retansiyonu ve duygudurum semptomlarında azalma gözlenmiştir (Salamat vd., 2007; Çiçekçi vd., 2006).

2.4.1.6.Tamamlayıcı–Alternatif Tedaviler (CAM)

Klimakterik problemlerde ve PMS'de fitoterapiolarak kullanılmaktadır (Münstedt, Maisch, Tinneberg & Hübner, 2014).Kore'de yapılan bir çalışmada; akupunkturun PMS'deki baş ağrısı, kramplar, sırt ağrısı, sıcak basması, göğüs ağrısı, el ve ayaklarda şişkinlik, soğuğa karşı hassasiyet, karın ağrısı ve şişkinlik bulgularını anlamlı olarak iyileştirdiği, psikolojik semptomlarda ise anlamlı bir iyileşme yaratmadığı belirtilmiştir (Kim & Shin'den aktaran Jang vd., 2014).Amerika'da 12 ay süresince her sabah soğuk-beyaz florasan tedavisi verilen veya her akşam ışık tedavisi verilen PMS'li hastaların depresyon, irritabilite ve fiziksel semptomlarının anlamlı derecede azaldığı tespit edilmiştir (Deligiannidis & Freeman, 2010; Steiner & Born, 2000). İzmir'de yapılan bir çalışmada, refleksoloji uygulamasıyla PMS'li kadınların premenstrual dönem ağrı puanlarında %49.68 azalma olduğu gözlenmiştir (Bolsoy, 2008).

2.4.2.Farmakolojik Tedavi

Araştırmalarda selektif serotonin geri alım inhibitörleri (SSRI)'nin PMS'nin duygudurum ve fiziksel semptomlarına etki ettikleri (Raines, 2010; Pearlstein, 2002), orta şiddetli ve şiddetli PMS ve PMDB'de semptomlarını azalttıkları görülmüştür (Lete vd., 2011). Yapılmış olan çalışmalarda, Fluoxetine'in, PMS'li ve PMDB'li kadınların anksiyete, depresyon, irritabilite ve göğüslerde hassasiyet bulgularında, Sertraline'in PMS'nin kas ağrısı, göğüslerde hassasiyet, şişkinlik ve baş ağrısı semptomlarında azalma sağladığı gözlenmiştir (Nazari, Yari, Jariani, Marzban & Birgandy, 2013; Steinberg, Cardoso, Martinez, Rubinow & Schmidt, 2012; Vigod vd., 2010; Zervoudis vd., 2008; Bahamondes vd., 2007; Halbreich vd., 2006).

Anksiyolitiklerden Buspirone ve Alprazolam'ın PMS'deki depresyon, anksiyete ve irritabilite semptomlarını azalttığını ifade eden (Pearlstein & Steiner, 2008; Salamat Vd., 2007; Bahamondes vd., 2007) bununla birlikte Alprazolam'ın hiçbir iyileştirici etkisinin olmadığını gösteren (Halbreich vd., 2006) çalışmalar mevcuttur.

GnRH agonistlerinin PMS'deki fiziksel ve davranışsal semptomları etkili şekilde azalttığı (Baker & O'Brien, 2012; Ayhan vd., 2008; Pearlstein & Steiner, 2008), PMS'li kadınlarla yapılmış olan çalışmada, Depot Leuprolide kullanımıyla irritabilite, göğüslerde hassasiyet, yorgunluk ve şişkinlik gibi fiziksel semptomlar ile mevcut davranışsal semptomların %50'sinde azalma gözlemlendiği bildirilmiştir (Reissman & Lee, 2007; Halbreich vd., 2006).

Danazol'un PMS semptomlarından irritabilite, anksiyete, laterji, abdominal şişkinlik ve özellikle göğüslerdeki hassasiyet bulgularını geçirdiği söylenmektedir (Baker & O'Brien, 2012; Türkçapar & Türkçapar, 2011; Ayhan vd., 2008; Salamat vd., 2007; Bahamondes vd., 2007; Çiçekçi vd., 2006).

Progesteron'un PMS'nin fiziksel semptomlarına etki ettiği düşünülmektedir (Salamat vd., 2007). Yapılan bir çalışmada, progesteron kullanımıyla PMS'nin irritabilite, şişkinlik, gerginlik ve göğüslerde hassasiyet bulgularında anlamlı ölçüde azalma gözlemlenmiştir (Halbreich vd., 2006).

Kombine oral kontraseptiflerin; GnRH salınımını engelleyip premenstrual belirtilerde yararlı olacağı düşünülmüştür (Brown & Ling'den aktaran Türkçapar & Türkçapar, 2011; O'Brein vd., 2007). Kullanımlarıyla kadınların PMS semptomlarının %50-%59 arasında iyileştiği (Freeman vd., 2012) ve %12.3'ünün premenstrual ruh halinde düzelmeye (Joffe vd.'den aktaran Lete vd., 2011) olduğu gözlenen çalışmalar mevcuttur.

Dopamin agonistlerinden Bromocriptine'in günlük kullanımıyla PMS'li kadınların mastalji ve göğüslerde hassasiyet semptomlarının anlamlı derecede azaldığı gözlemlenmiştir (Mansel & Dogliotti'den aktaran Halbreich vd., 2006).

Diüretiklerden Spironolactone kullanımının PMS'nin su retansiyonu bulgularını azalttığı düşünülmektedir. Yapılan bir çalışmada, PMS'li kadınların karında şişlik, solunum güçlüğü, ekstremitelerde şişkinliği, irritabilite, depresyon, anksiyete, laterji ve gerginlik gibi duygudurum değişikliği semptomlarının anlamlı derecede azaldığı gözlemlenmiştir (O'Brein vd., 2007; Reissman & Lee, 2007).

2.4.3. Cerrahi Tedavi

İnatçı ve diğer tedavilere yanıt alınamayan olgularda histerektomi ve bilateral salpingo-öferektomi (TAH+BSO) yapılarak hastalar tedavi edilmektedir (Panay, 2011; Pearlstein & Steiner, 2008).

2.5.PMS'li Bireylerin Bakımında Hemşirelerin Rol ve Sorumlulukları

Hemşireler, PMS'yi tanılamada, PMS ile baş etmede, iletişim kurmada ve destek olmada yardımcı olabilecek anahtar kişilerdir. Premenstrual şikayetleri deneyimleyen kadın ve ailesinin bakımında bio-psiko-sosyal bir yaklaşımla rol alabilecek ve sorunlara danışmanlık yaparak çözüm getirebilecek konumdadır.

Hemşireler;

PMS şikayetiyle başvuran kadınların tıbbi hikayesi, üreme sağlığı, menstrual ve PMS öyküsü hakkında ayrıntılı bilgi almalıdır.Kadınları PMS açısından değerlendirebilmeli, risk altında olduğunu düşündükleri kadınları daha ileri tetkikler için yönlendirmelidir.

Kadınları PMS hakkında destekleyici bir tutumla bilinçlendirerek, temel bir destek sağlamalıdır.Premenstrual şikayetlerin azaltılması ya da önlenmesinde bireyin kendi sorumluluğunu üstlenmesi ve kendi bakımına katılması için kişileri cesaretlendirmelidir.

Kadının beslenme alışkanlıklarını değerlendirmeli, yanlış inanç ve davranışlar konusunda bilgilendirmeli, davranış değişikliğine teşvik etmeli ve bu düzenlemelerin kalıcı olması için kadını desteklemelidir. Kadının stres düzeyini azaltmak amacıyla gevşeme teknikleri ve egzersizler konusunda eğitim vermeli, uyku problemi olan kadınlara baş etme yöntemleri göstermelidir. Egzersizin PMS'ye olan olumlu etkileri nedeniyle düzensiz egzersiz yapan kadınlara spor yapmayı hayatlarının parçası haline getirmeleri ve neler yapabilecekleri konusunda gerekli eğitimleri vermelidir.Sigara, alkol, kola, çay ve kahve gibi PMS'yi arttırdığı düşünülen risk faktörlerinin etkileri hakkında kişileri bilgilendirmelidir.

Menstrual siklusun fizyolojisi, PMS'nin ne olduğu,PMS'yi etkileyen etkenler ve risk faktörleri,PMS ile baş etme yöntemleri gibi konuları içeren eğitim programları düzenlemelidir.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1.Araştırmanın Şekli

Araştırma, Bursa Çekirge Devlet Hastanesi'nde çalışan üreme çağındaki kadınlarda Premenstrual Sendromun prevalansını, risk faktörlerini ve yaşam kalitesine etkisini belirlemek amacıyla kesitsel (cross-sectional) olarak yapıldı.

3.2.Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini; Bursa Çekirge Devlet Hastanesi'nde çalışan üreme çağındaki 15-49 yaş arasında bulunan toplam 597 kadın oluşturdu. Araştırmada örnekleme gidilmeden evrenin tamamı çalışmaya dahiledildi. Çalışmaya katılmayı kabul etmeyen (n=37), psikiyatrik rahatsızlığı olan (depresyon, anksiyete bozuklukları, psikozlar) (n=8), cerrahi ya da doğal yolla menopoza girmiş olan kadınlar (n=13) ve hamileler (n=19) çalışma kapsamı dışında tutuldu. Toplam 520 kadınıle çalışma tamamlandı (Tablo 1).

Tablo 1.Bursa Çekirge Devlet Hastanesi'nde Çalışan Üreme Çağındaki Kadınların Görevlerine Göre Dağılımı

Bursa Çekirge Devlet Hastanesi'nde Çalışan Görevli Kadın Personeller	Toplam 15-49 Yaş Grubu Kadın Sayısı	Çalışma Kapsamına Alınacak Üreme Çağındaki Kadın Sayısı
Hekim	31	23
Hemşire	272	247
Ebe	58	44
Sekreter	142	133
Temizlik Personeli	84	63
Güvenlik Elemanı	10	10
Toplam	597	520

3.3.Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Süre

Araştırma, Bursa Çekirge Devlet Hastanesi'nde çalışan üreme çağındaki kadınlara uygulandı. Araştırmanın verileri 11.07.2012-13.01.2013 tarihleri arasında toplandı.

3.4.Verilerin Toplanması

3.4.1.Verilerin Toplanmasında Kullanılan Araçlar

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu'ndan ve Bursa İl Sağlık Müdürlüğü'nden gerekli izinler alındıktan sonra verilerin toplanması aşamasına geçildi (Ek-1, Ek-2).

Araştırmanın verilerinin toplanmasında araştırmacı tarafından geliştirilen kadınların sosyo-demografik özelliklerini, fiziksel özelliklerini, obstetrik- jinekolojik öyküsünü, Premenstrual Sendrom ile ilişkili olabilecek risk faktörlerini belirlemeye yönelik geliştirilen Kişisel Bilgi Formu (Ek-3) kullanıldı. Yaşam kalitesi Türkçe Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kısa Form (TDSÖYKÖ-KF) (Ek-5) ve Adet Öncesi Yakınlmalar Etki Ölçeği(Premenstrual Symptoms Impact Survey-PMSIS) (Ek-6) ile değerlendirildi. Premenstrual Sendrom düzeyini belirlemek amacıyla Premenstrual Sendrom Ölçeği (Ek-4) kullanıldı.

3.4.2.Kişisel Bilgi Formu (Ek-3)

Çalışmanın verilerini elde etmek amacıyla literatür bilgilerinedayalı olarak araştırmacı tarafından geliştirilmiş 32 sorudan oluşan formdur(Poyrazoğlu, 2010; Choi vd., 2010; Tschudin vd., 2010; Potter, Bouyer,Trussell & Moreau, 2009; Bolsoy, 2008; Gökçe, 2006). Form; kadınların sosyo-demografik özelliklerini, genel sağlık durumu ve alışkanlıklarını, obstetrik ve jinekolojik özelliklerini, Premenstrual Sendrom ile ilişkili olabilecek risk faktörlerini saptamak amacıyla hazırlanan sorulardan oluşturuldu.

Formda sosyo-demografik özellikleri belirlemeye yönelik olarak; yaş, öğrenim durumu, medeni durum, meslek, gelir düzeyi, gelir durumunun algılanış biçimi ile ilgili sorular yer aldı. PMS ile ilişkili olabilecek genel sağlık durumu özellikleri ve alışkanlıkları belirlemek için; kilo, boy, mevcut sistemik hastalık durumu, sürekli ilaç kullanma durumu, sigara kullanma alışkanlığı, alkol ve kafeinli içecek alımı, günlük beslenme alışkanlığı, yemeklerde tuz kullanımını alışkanlığı, egzersiz yapma alışkanlığı gibi özellikler sorgulandı.

PMS ile ilişkili olabilecek obstetrik ve jinekolojik özelliklerle ilgili bölümde; gebelik, düşük, kürtaj, yaşayan çocuk ve ölü doğum sayısı, ilk menarş yaşı, menstruasyon düzeni, menstruasyonda ağrı yaşama, menstruasyona yönelik tutum, kullanılan aile planlaması yöntemi ve ailesinde PMS ile ilgili sıkıntı yaşayan birey mevcudiyeti ile ilgili sorulara yer verildi.

3.4.3.Premenstrual Sendrom Ölçeği (PMSÖ) (Ek-4)

Premenstrual Sendrom Ölçeği 1982 yılında Halbreich ve Endicott tarafından geliştirilen, premenstrual semptomları ölçmek ve şiddetini belirleyebilmek amacıyla geçerlilik güvenirliği 2006 yılında Gençdoğan tarafından yapılmış, 44 maddelik beş dereceli (Hiç, Çok az, Bazen, Sık sık, Sürekli) likert tipi bir ölçektir. Ölçeğin uygulanmasında madde okunduktan sonra bu durumun 'adetten bir hafta önceki süre içinde olma' durumu dikkate alınarak işaretleme yapılmaktadır. Ölçeğin puanlanmasında, 'Hiç' seçeneği 1 puan, 'Çok az' seçeneği 2 puan, 'Bazen' seçeneği 3 puan, 'Sık sık' seçeneği 4 puan, 'Sürekli' seçeneği ise 5 puan olarak değerlendirilmektedir.

Ölçeğin Depresif Duygulanım, Anksiyete, Yorgunluk, Sinirlilik, Depresif düşünceler, Ağrı, İştah değişimleri, Uyku değişimleri ve Şişkinlik olmak üzere 9 alt boyutu vardır.

• **Depresif Duygulanım:** 1-7. Maddeden oluşan birinci alt boyut can sıkıntısı, üzüntülü hissetme, ağlama ve karamsarlık gibi depresif duygularla ilgilidir. Bu alt boyutlardan alınabilecek en düşük puan 7, en yüksek puan ise 35'tir.

• **Anksiyete:** 8, 9, 10, 11, 13, 15 ve 16. maddelerden oluşan ikinci alt boyut endişe ve korkular gibi kaygıyı yansıtan maddeleri içermektedir. Bu alt boyuttan alınabilecek en düşük puan 7, en yüksek puan ise 35'tir.

• **Yorgunluk:** 12, 14, 17, 18, 25 ve 37. maddelerden oluşan üçüncü alt boyut yorgunluk, çabuk yorulma, uyku isteği gibi maddelerden oluşmaktadır. Bu alt boyuttan alınabilecek en düşük puan 6, en yüksek puan ise 30'dur.

• **Sinirlilik:** 19-23. maddelerden oluşan dördüncü alt boyut çabuk sinirlenme, öfkeyi kontrol edememe gibi maddelerden oluşmaktadır. Bu alt boyuttan alınabilecek en düşük puan 5, en yüksek puan ise 25'tir.

• **Depresif Düşünceler:** 24, 26, 27, 28, 29, 30 ve 44. maddelerden oluşan beşinci alt boyut değersizlik düşünceleri, dikkat dağınıklığı, dalıp gitme gibi depresif düşüncelerle ilgili maddeleri içerir. Bu alt boyutlardan alınabilecek en düşük puan 7, en yüksek puan ise 35'tir.

• **Ağrı:** 31-33. maddelerden oluşan altıncı alt boyut çeşitli bedensel ağrıları kapsayan maddelerden oluşmuştur. Bu alt boyuttan alınabilecek en düşük puan 3, en yüksek puan ise 15'tir.

• **İştah Değişimleri:** 34-36. maddelerden oluşan yedinci alt boyut özellikle unlu ve tatlı yiyeceklere olan istek ile iştahdaki değişimleri içermektedir. Bu alt boyuttan alınabilecek en düşük puan 3, en yüksek puan ise 15'tir.

• **Uyku Değişimleri:** 38-40. maddelerden oluşan sekizinci alt boyut uykuda bölünmeler, yorgun uyanma ve uykuya dalma güçlüğü gibi uykuya ilişkin değişimleri içermektedir. Bu alt boyuttan alınabilecek en düşük puan 3, en yüksek puan ise 15'tir.

• **Şişkinlik:** 41-43. maddelerden oluşan dokuzuncu alt boyut göğüslerde şişme ve hassasiyet ile ilgili maddelerden oluşmaktadır. Bu alt boyuttan alınabilecek en düşük puan 3, en yüksek puan ise 15'tir.

Ölçeğin dokuz alt boyutuna ilişkin puanların toplamından 'Premenstrual Sendrom Ölçeği Toplam Puanı' elde edilmektedir. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 44, en yüksek puan ise 220'dir. Puan yükseldikçe Premenstrual Sendrom belirtilerinin yoğunluğu artmaktadır. Gençdoğan, PMSÖ'nden alınabilecek toplam puanın 111 ve üstü olması durumuna göre (%50'sini geçmesi) PMS'un olup olmadığı yönünde değerlendirme yapılabileceğini önermektedir. PMSÖ'den alınan toplam puanın (111-148) arasında olması hafif şiddetli PMS bulgusu, (149-184) arasında olması orta şiddetli PMS bulgusu ve (185-220) arasında olması şiddetli PMS bulgusu olarak değerlendirilmektedir (Farrokh-Eslamlou, Oshnouei, Heshmation & Akbari, 2015; Gençdoğan, 2006).

3.4.4. Türkçe Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği–Kısa Form (TDSÖYKÖ-KF) [The World Health Organization Quality of Life Instrument (WHOQOL-BREF-TR)] (Ek-5)

Çiftlerin yaşam kalitelerini belirlemek için kullanılmış olan "Türkçe Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kısa Form" (TDSÖYKÖ-KF), Dünya Sağlık Örgütü tarafından geliştirilmiş 100 soruluk orijinal "Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği"nin kısaltılmış formudur. Orijinal WHOQOL ölçeği bedensel, ruhsal, sosyal ve çevre alanı olmak üzere toplam 4 alan ve 26 sorudan oluşmakta iken; TDSÖYKÖ-KF'na sosyal baskıyı da değerlendiren ulusal alan eklenmiştir. Toplam 27 sorudan oluşmaktadır. Araştırmamızda 27 soruluk form kullanılmıştır. Değerlendirmenin son 15 günü içerecek şekilde yapılması önerilmektedir. Fidaner ve arkadaşları tarafından (1997) geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmış, ölçeğin Cronbach Alpha değeri 0.65 olarak belirlenmiştir.

Bedensel alan: Bu alandaki soru numaraları sırasıyla 3,4,10,15,16,17 ve 18'dir. Kadınların günlük işleri yürütebilme, ilaçlara ve tedaviye bağımlılık, canlılık ve bitkinlik, hareketlilik, ağrı ve rahatsızlık, uyku ve dinlenme, çalışabilme gücü incelenmektedir.

Ruhsal alan: Bu alandaki soru numaraları sırasıyla 5,6,7,11,19 ve 21'dir. Beden imgesi, dış görünüş, negatif duygular, benlik saygısı, pozitif duygular, maneviyat, din, kişisel inançlar, düşünme, öğrenme, bellek ve konsantrasyon durumu değerlendirilir.

Çevre alanı: Bu alandaki soru numaraları sırasıyla 8,9,12,13,14,23,24 ve 25'tir. Maddi kaynaklar, fiziksel güvenlik ve emniyet, sağlık hizmetleri ve sosyal yardım, ulaşılabilirlik ve nitelik, ev ortamı, yeni bilgi ve beceri edinme fırsatları, dinleme ve boş zaman değerlendirme fırsatları ile bunlara katılabilme, fiziksel çevre koşulları ve ulaşım koşulları sorgulanır.

Sosyal alan: Bu alandaki soru numaraları sırasıyla 20,21 ve 22'dir. Diğer kişilerle ilişkileri, sosyal destek ve cinsel yaşamı değerlendiren soruları içermektedir.

Ulusal çevre alanı: Sosyal baskıyı değerlendiren sorular içerir.

TDSÖYKÖ-KF 1"den 5"e kadar değişen likert tipi puanlamaya sahiptir. Değerlendirmede negatif puanlamaya sahip 3, 4, 26 ve 27 no'lu sorular pozitif hale getirilerek tersine çevrilir. Ölçekteki yaşam kalitesi ve genel sağlık sorularını içeren ilk iki soru genel sorudur; bu soruların puanları alt boyut puanlarına katılmaz, ayrı olarak değerlendirilir.

TDSÖYKÖ-KF'nun puanlamasına yönelik Dünya Sağlık Örgütü tarafından SPSS Syntax programı geliştirilmiştir. Bu program ile yapılan hesaplamada TDSÖYKÖ-KF puanları WHOQOL-100 ile yapılan çalışmalarla karşılaştırmaya olanak verecek şekilde 100'lük sisteme otomatik olarak çevrilir. TDSÖYKÖ-KF'nun alt alan puanları 4 ile 20 arasında değişir. Ölçeğin toplam puanı yoktur; yaşam kalitesi 4 alt alanda hesaplanır; alt alanlardan alınan puan arttıkça yaşam kalitesi artar şeklinde yorumlanır (Kartal, Mıdık & Büyükakkuş, 2012; Çiçekçi vd, 2006).

3.4.5.Adet Öncesi Yakınmalar Etki Ölçeği (Premenstrual Symptoms Impact Survey^{TR} - PMSIS) (Ek-6)

Wallenstein ve arkadaşları tarafından premenstrual semptomların yaşam kalitesi üzerine etkisini belirlemeye yönelik 2008 yılında geliştirilen 6 sorulu bir formdur. Ölçek 5 seçenekli Likert tipi bir ölçektir. Seçenekler; hiçbir zaman, çok az, bazen, çoğu zaman, her zaman ifadelerinden oluşmaktadır. Ölçekten alınan toplam skor 6-30 arasında değişmekte olup, alınan puan 0-100 arasındaki değere dönüştürülmektedir. Puanların artması yaşam kalitesinin kötüleştiğini göstermektedir (Wallenstein vd., 2008). Ölçeğin geçerlik, güvenirlik çalışması 2015 yılında Güler ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (Güler, Ataçağ, Yayıcı, Çetin & Çetin, 2015). Güler ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada ölçeğin Chronbach Alfa değeri 0.89 olarak bulunmuştur. Çalışmamızda ölçeğin tüm sorularına ilişkin Cronbach Alfa katsayıları 0.874 ile 0.894 arasında değişmekte olup bu bulgu ölçek sorularının kendi içinde tutarlılığının yeterli ve yüksek olduğunu göstermektedir. Ölçeğin geneline bakıldığında ise Cronbach Alfa katsayısı 0.899 olarak belirlenmiştir (Tablo 2).

Tablo 2. Adet Öncesi Yakınmalar Etki Ölçeği (PMSIS)'ne İlişkin Cronbach Alfa Katsayıları

PMSIS Soruları	Chronbach Alfa Katsayısı
1-Kızgın Hissetme	.883
2-Ruh Hali Dalgalanmalarının Gözlenmesi	.874
3-Konsantre Olma Yeteneğinin Engellenmesi	.876
4-Gerginlik Gözlenmesi	.875
5-Yorgun Hissetme Durumu	.880
6-Sosyalleşmekten Alıkoyulma	.894
7-Ölçek Geneli	.899

3.4.6. Veri Toplama Formlarının Uygulanması

Veri toplama formlarının uygulanması 11.07.2012-13.01.2013 tarihleri arasında gerçekleştirildi. Veri toplama formları uygulanmadan önce çalışmanın amacı ile ilgili bilgi verildi, kişilerin izinleri alındı. Veri toplama formları hastane ortamında birebir yüz yüze görüşülerek dolduruldu. Veri toplama aşamasında bir kişiyle toplam görüşme süresi ortalama 20-30 dakika sürdü.

3.5. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmadan elde edilen verilerin analizi, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Biyoistatistik Anabilim Dalı'nda Statistical Package For Social Science (SPSS) 15.0 paket programı kullanılarak değerlendirildi. Verilerin analizlerinde tanımlayıcı istatistik analizleri, ki kare testi, iki yönlü varyans analizi, aşamalı ikili lojistik regresyon ve korelasyon testleri kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık değeri olarak $p < 0.05$ kabul edildi.

3.6. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırma için; kişilerden bilgilendirilmiş onam, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu'ndan etik onay (10 Mart 2011/PR-11-01-31-15), Bursa İl Sağlık Müdürlüğü'nden (05.04.2011/32794) no'lu yasal izin alındı(Ek-1, Ek-2).

3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın sonuçları sadece araştırmanın yapıldığı grup için geçerlidir. Aynı yaş grubundaki ve diğer kurumlardaki sağlık çalışanlarına genellenemez, sadece fikir verebilir.

PMS ile ilgili veriler retrospektif olarak değerlendirilmiş, birbirini takip eden birkaç menstrual siklus süresince PMS bulgularının takibi ve kaydı

yapılmamıştır. Bu durum kadınların geriye dönük olarak yaşadıkları semptomları hatırlamalarını zorlaştırabileceğinden, belirlenen PMS prevalansındaki subjektiflik oranını artırabilir.



4.BULGULAR

Bursa ekirge Devlet Hastanesi'nde çalışan 15-49 yaş arasında bulunan üreme çağındaki kadınlarda Premenstrual Sendromun prevalansını, risk faktörlerini ve yaşam kalitesine etkisini belirlemek amacıyla yapılan çalışmanın örneklem grubu 520 kadından oluşmuştur. Psikiyatrik rahatsızlığı olmayan, menopoza girmemiş ve hamile olmayan kadınların oluşturduğu çalışma grubundan elde edilen bulgular üç bölümde sunulmuştur.

4.1.Birinci bölümde; kadınların sosyo-demografik özellikleri ile bazı genel sağlık durumu ve alışkanlıkları, obstetrik ve jinekolojik özelliklerinden oluşan bulgulara yer verilmiştir.

4.2.İkinci bölüm; kadınlarda PMS sıklığı ve PMS görülmesini etkileyen faktörlerin dağılımını gösteren bulgulardan oluşmuştur.

4.3.Üçüncü bölüm; PMS'nin yaşam kalitesi üzerine etkisini gösteren bulgulardan oluşmuştur.

4.1.Kadınların Sosyo-Demografik Özellikleri, Menstrual Dönem Özellikleri, Genel Sağlık Durumu ve Alışkanlıkları, Jinekolojik ve Obstetrik Özellikleri

Tablo 4.1.1’de araştırmaya katılan kadınların sosyo-demografik özellikleri verilmiştir. Araştırma grubundaki kadınların %32.8’i 15-29, %67.2’si 30-49 yaş arasındadır. Kadınların yaş ortalaması 32.92 ± 7.21 yıl olup %86.7’sinin öğrenim durumu lise ve üzerinde, %12.3’ünün ise lise ve altındadır. Kadınların %47.5’i hemşire, %25.6’sı sekreter, %12.1’i temizlik personeli, %8.5’i ebe, %4.4’ü hekim ve %1.9’u güvenlik görevlisi olarak çalışmaktadır. Medeni durumları değerlendirildiğinde; %61.2’si evli, %30’u bekâr ve %8.8’i boşanmış ya da eşini kaybetmiştir. Aylık ortalama gelir düzeyleri %44’ünün 1750 TL ve altı, %56’sının 1750 TL ve üstü olarak saptanmıştır. Kadınların %67.3’ü gelir düzeyini orta, %28.1’i düşük ve %4.6’sı yüksek olarak değerlendirmiştir.

Tablo 4.1.1.Kadınların Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı

Sosyo-Demografik Özellikler	n(520)	%	
Yaş 32.92±7.21	15-19	16	3.1
	20-24	56	10.8
	25-29	98	18.9
	30-34	129	24.8
	35-40	128	24.6
	41-49	93	17.8
Öğrenim Durumu	Okur Yazar Değil	4	0.8
	Okur Yazar	9	1.7
	İlkokul	34	6.5
	Ortaokul	22	4.2
	Lise	164	31.5
	Üniversite	278	53.5
	Lisansüstü	9	1.7
Medeni Durum	Evli	318	61.2
	Bekar	156	30
	Boşanmış	30	5.8
	Eşini Kaybetmiş	16	3.1
Meslek	Hekim	23	4.4
	Hemşire	247	47.5
	Ebe	44	8.5
	Sekreter	133	25.6
	Güvenlik Görevlisi	10	1.9
	Temizlik Personeli	63	12.1

Tablo 4.1.1.(Devam ediyor)

Sosyo-Demografik Özellikler		n(520)	%
Aylık Gelir	500-750 TL	38	7.3
	751-1250 TL	79	15.2
	1251-1750 TL	112	21.5
	1751-2500 TL	100	19.2
	2501-3500 TL	73	14
	> 3500 TL	118	22.7
Gelir Düzeyi Algısı	Yüksek	24	4.6
	Orta	350	67.3
	Düşük	146	28.1

Tablo 4.1.2'de araştırma kapsamındaki kadınların %50.2'sinin normal kiloda olduğu, %50.8'inin kontraseptif bir yöntem kullandığı ve %39.39'unun prezervatifi tercih ettiği görülmektedir. Kadınların %15.8'inin en az bir kronik rahatsızlığının mevcut olduğu ve %12.1'inin ise sürekli bir ilaç kullandığı belirlenmiştir. Çalışmaya katılan kadınların %25.8'i premenstrual dönemde yaşadıkları şikayetler nedeniyle hekime başvurmuş, %15.6'sı bu şikayetleri nedeniyle tedavi almışlardır.

Tablo 4.1.2.Genel Sağlık Durumuna İlişkin Verilerin Dağılımı

Genel Sağlık Durumu Özellikleri		n(520)	%
Boy-Kilo İndeksi	Zayıf	36	6.9
	Normal	261	50.2
	Fazla Kilolu	186	35.8
	Obez	37	7.1
Kontraseptif Yöntem Kullanımı	Kontraseptif yöntem kullananlar	264	50.8
	Kontraseptif yöntem kullanmayanlar	256	49.2
Kullandıkları Kontraseptif Yöntemler***	Oral kontraseptif	35	13.25
	Spiral	79	29.92
	Prezervatif	104	39.39
	Aylık /3 aylık iğne	7	2.66
	Deri altı kapsüller	1	0.38
	Tüpligasyon	13	4.92
	Diğer	25	9.47

Tablo 4.1.2. (Devam ediyor)

Genel Sağlık Durumu Özellikleri		n(520)	%
Kronik Rahatsızlık Bulunma Durumu*	Kronik rahatsızlığı olanlar	82	15.8
	Kronik rahatsızlığı olmayanlar	438	84.2
Sürekli Kullanılan İlaç Mevcudiyeti**	Sürekli ilaç kullananlar	63	12.1
	Sürekli ilaç kullanmayanlar	457	87.9
Premenstrual Dönemde Yaşanan Şikayetlerde Hekime Başvurma	Doktora başvuranlar	134	25.8
	Doktora başvurmayanlar	386	74.2
Premenstrual Dönemde Yaşanan Şikayetlerle İlgili Tedavi Alımı	Tedavi alanlar	81	15.6
	Tedavi almayanlar	439	84.4

*Araştırma grubundaki kadınlarda mevcut kronik rahatsızlıklar; Diabetes Mellitus, Peptik Ülser, Alerjik Rinit, Alerji, Hepatit B, Hipotroidi, Epilepsi, Migren, Hipertansiyon, Reflü, Demir Eksikliği Anemisi, Hiperkolesterolemi, Kalp Ritim Bozukluğu, Over Kisti, Kalp Yetmezliği, Romatoid Artrit olarak tespit edilmiştir.

**Sürekli kullanılan ilaçlar; oral antidiyabetik, analjezik, hipotroidi ilaçları, inhaler ilaçlar, oral kontraseptifler, antihiperlipidemik ve antiasit ilaçlardır.

***Kullanılan kontraseptif yöntemler toplam 264 kişi üzerinden değerlendirilmiştir.

Tablo 4.1.3'de araştırmaya katılan kadınların günlük yaşam alışkanlıkları yer almaktadır. Araştırma grubunu oluşturan kadınların %38.3'ü sigara kullanmış olup, günlük (günde ortalama 3 sigara) düzenli sigara kullananların oranı %27.3 tür. Çalışmaya katılan kadınların %28.3'ü her gün pasif sigara içiciliğine maruz kaldığını belirtmiştir. Kadınların %50.4'ü her gün belli oranda düzenli olarak sebze, meyve ve protein ağırlıklı gıdalarla beslendiğini, %15.6'sı ise beslenmesine hiçbir zaman dikkat etmediğini ifade etmektedir. Çalışma grubunun %55.8'i yemeklerinin içinde normal miktarda tuz kullanırken, %1.9'u hiç tuz tüketmemektedir. Araştırma kapsamındaki kadınlarda günlük çikolata tüketenlerin oranı %15.8, kola tüketenlerin ise %5.2'dir. Her gün kadınların %61.9'u kahve, %81.3'ü çay içmekte olup, günlük alkol tüketen kadın bulunmamaktadır. Araştırma grubunda egzersiz yapma oranı çok düşük olup grubun %59'u hiç egzersiz yapmamaktadır. Her gün düzenli olarak egzersiz yapanların oranı ise sadece %3.7'dir.

Tablo 4.1.3.Kadınların Yaşam Alışkanlıklarına İlişkin Verilerin Dağılımı

Günlük Alışkanlıklar		n(520)	%
Egzersiz Yapma	Her gün düzenli egzersiz yapanlar	19	3.7
	Hafta da 3 kez ve üzeri egzersiz yapanlar	40	7.7
	Düzensiz olarak egzersiz yapanlar	154	29.6
	Hiç egzersiz yapmayanlar	307	59
Sigara Kullanımı	Düzenli olarak sigara kullananlar (günlük)	142	27.3
	Sigarayı içip bırakanlar	57	11
	Ara sıra sigara kullananlar	57	11
	Sigara kullanmayanlar	264	50.7
Pasif Sigara İçiciliğine Maruz Kalma	Her gün pasif sigara içiciliğine maruz kalanlar	147	28.3
	Ara sıra pasif sigara içiciliğine maruz kalanlar	146	28.1
	Nadiren pasif sigara içiciliğine maruz kalanlar	132	25.4
	Pasif sigara içiciliğine maruz kalmayanlar	95	18.3
Alkol Kullanımı	Her gün alkol tüketenler	0	0
	Ara sıra alkol tüketenler	52	10
	Nadiren alkol tüketenler	132	25.4
	Alkol kullanmayanlar	336	64.6
Kahve Tüketimi	Düzenli olarak kahve tüketenler (günlük)	322	61.9
	Ara sıra kahve tüketenler	103	19.8
	Nadiren kahve tüketenler	66	12.7
	Kahve tüketmeyenler	29	5.6

Tablo 4.1.3. (Devam ediyor)

Günlük Alışkanlıklar		n(520)	%
Çay Tüketimi	Düzenli olarak çay tüketenler (günlük)	423	81.3
	Ara sıra çay tüketenler	62	11.9
	Nadiren çay tüketenler	18	3.5
	Çay tüketmeyenler	17	3.2
Kola Tüketimi	Her gün kola içenler	27	5.2
	Ara sıra kola içenler	169	32.5
	Nadiren kola içenler	215	41.3
	Kola içmeyenler	109	21
Çikolata Yeme Alışkanlığı	Her gün çikolata yiyenler	82	15.8
	Ara sıra çikolata yiyenler	264	50.8
	Nadiren çikolata yiyenler	156	30
	Çikolata yemeyenler	18	3.4
Günlük Beslenme Alışkanlığı	Her gün belli oranda protein, sebze ve meyve içeren gıdalar tüketenler	262	50.4
	Her gün 3 öğünden fazla beslenip ağırlıklı olarak karbonhidrat ve yağ içeren gıdalar tüketenler	77	14.8
	Günlük 3 öğünden az beslenip yediklerine dikkat etmeyenler	100	19.2
	Beslenmelerine hiçbir zaman dikkat etmeyenler	81	15.6
Beslenmede Tuz Oranı Tercihi	Yemeklerde tuz kullanmayanlar	10	1.9
	Az tuzlu yemek yiyenler	127	24.4
	Yemeklerde normal miktarda tuz kullananlar	290	55.8
	Tuzlu yemek yiyenler	84	16.2
	Çok tuzlu yemek yiyenler	9	1.7

Tablo 4.1.4'de araştırma kapsamında yer alan kadınların menstrual dönem özellikleri bulunmaktadır. Kadınların %66.7'si menstruasyonu doğal ve fizyolojik bir süreç olarak algılamakta %7.6'sı yaşamlarını etkileyen en önemli olaylardan birinin menstruasyon olduğunu ifade etmiştir. Araştırma grubundaki kadınların %73.3'ünün menstrual siklusları düzenlidir. Kadınların %37.7'si herhangi bir yakınında premenstrual dönemle ilgili sıkıntı gözlenmediğini ve %35.4'ü menstruasyon esnasında ağrı problemi yaşamadığını ifade etmişlerdir.

Tablo 4.1.4. Kadınların Menstrual Dönem Özelliklerinin Dağılımı

Menstrual Dönem Özellikleri		n(520)	%
Menstruasyon Düzeni	Menstruasyon siklusları düzenli olanlar	381	73.3
	Menstruasyon siklusları düzenli olmayanlar	139	26.7
Menstrual Dönemde Ağrı Problemi Yaşama	Menstruasyonda ağrı problemi yaşayanlar	336	64.6
	Menstruasyonda ağrı problemi yaşamayanlar	184	35.4
Yakın Akraba Çevresinde Premenstrual Dönemle İlgili Problem Yaşayanların Bulunması	Annesinde premenstrual dönemle ilgili problem bulunanlar	70	13.5
	Kardeşinde ve ya ablasında premenstrual dönemle ilgili problem bulunanlar	128	24.6
	Yakınlarından birinde premenstrual dönemle ilgili problem bulunanlar	126	24.2
	Herhangi bir yakınında premenstrual dönemle ilgili problem bulunmayanlar	196	37.7
Menstruasyonla İlgili Tutum	Doğal ve fizyolojik bir süreç olduğunu düşünenler	347	66.7
	Rahatsızlık verici bir durum olduğunu düşünenler	115	22.1
	Menstruasyonun olup olmamasının kendileri için önemsiz olduğunu düşünenler	21	4.0
	Menstruasyonun yaşamı olumsuz etkileyen en önemli olaylardan biri olduğunu düşünenler	37	7.1

Tablo 4.1.5'de araştırmaya katılan kadınların bazı obstetrik özellikleri gösterilmiştir. Kadınların menarş yaşı ortalaması 13.35 ± 1.50 'dir. Obstetrik özellikleri incelendiğinde ise; ortalama olarak gebelik sayıları 1.33 ± 1.27 , yaşayan çocuk sayıları 1.00 ± 0.91 , düşük sayıları 0.17 ± 0.44 , kürtaj

sayıları 0.16 ± 0.47 ve ölü doğum sayıları ise 0.03 ± 0.18 olarak tespit edilmiştir.

Tablo 4.1.5. Kadınların Bazı Obstetrik ve Jinekolojik Özellikleri

	n	$\bar{X} \pm SS$
Menarş Yaşı	520	13.35±1.50
Kürtaj Sayısı	520	0.16±0.47
Yaşayan Çocuk Sayısı	520	1.00±0.91
Ölü Doğum Sayısı	520	0.03±0.18
Düşük Sayısı	520	0.17±0.44
Gebelik Sayısı	520	1.33±1.27

4.2. Premenstrual Sendrom Sıklığı ve Premenstrual Sendrom'u Etkileyen Faktörlerin Dağılımı

Tablo 4.2.1'de araştırma grubundaki kadınlarda PMSÖ puan ortalamalarına göre, gözlenen PMS sıklığı ve şiddetinin dağılımı verilmiştir. Kadınların %51'inde PMS gözlenmiştir. Hafif şiddette PMS prevalansı %33, orta şiddette PMS %16, şiddetli PMS %2 oranında bulunmuştur. PMS'li kadınların %64.9'unun hafif şiddetli, %31.8'inin orta şiddetli ve %3.8'inin şiddetli PMS bulgusu yaşadıkları saptanmıştır. PMS'li olmayan kadınlarda PMSÖ puan ortalamasının 81.69 ± 18.962 , PMS'li kadınlarda ise 140.06 ± 21.267 olduğu saptanmıştır.

Tablo 4.2.1. Kadınlarda PMS Sıklığı ve Şiddetinin Dağılımı

PMS	%(n)	$\bar{X} \pm SS$
PMS yok (≤ 110 puan)	49 (255)	81.69±18.962
PMS var (≥ 111 puan)	51(265)	140.06±21.267
Hafif şiddette PMS (111-148 puan)	33 (172)	126.83±9.898
Orta şiddette PMS (149-185 puan)	16 (83)	161.08±9.458
Şiddetli PMS (186-220 puan)	2 (10)	193.10±6.624

Tablo 4.2.2'de araştırma kapsamında yer alan kadınların premenstrual dönemde yaşadıkları semptomlara ilişkin bulgular yer almaktadır. Araştırma grubunda en sık görülen ilk üç semptom sırasıyla %23.5 ile "unlu-tatlı yiyecekler yeme isteği", %22.9 ile "kendini şişmiş hissetme", %21.3 ile "göğüslerin en ufak dokunmaya duyarlı olması"dır. Hiç görülmeyen ya da çok az oranda görülen semptomlar incelendiğinde

ilk üç sırada; %75 ile "arkasından biri saldıracakmış gibi korkma", %55.8 ile "anlam verilemeyen korkuların olması", %55.4 ile "her an kötü bir şey olacakmış gibi korkma" gibi daha çok ruhsal belirtilerin yer aldığı görülmektedir. Sürekli olmamakla birlikte sık görülen belirtiler açısından kadınların ilk sıralarda belirttikleri şikayetlerin başında sırasıyla; agresif ruh haline ilişkin belirtiler, vücudun ve göğüslerin şiş olması, iştah değişiklikleri yer almaktadır.

Tablo 4.2.2.Premenstrual Semptomlarla İlgili Bulguların Dağılımı

PREMENSTRUAL SENDROM ÖLÇEĞİ										
	HİÇ		ÇOK AZ		BAZEN		SIK SIK		SÜREKLİ	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Kendimi üzgün hissediyorum.	139	26.7	97	18.7	191	33.67	74	14.2	19	3.7
İçimden ağlamak geliyor.	196	37.7	98	18.8	154	29.6	61	11.7	11	2.1
Canım sıkılıyor.	119	22.9	110	21.2	176	33.8	98	18.8	17	3.3
Kendimi bezgin hissediyorum.	127	24.4	114	21.9	159	30.6	98	18.8	22	4.2
Hiç bir şey zevk vermiyor.	180	34.6	118	22.7	144	27.7	57	11	21	4
Her şey üzerime geliyor.	181	34.8	111	21.3	143	27.5	63	12.1	22	4.2
Karamsar oluyorum.	160	30.8	107	20.6	150	28.8	76	14.6	27	5.2
Derin nefes almak istiyorum.	200	38.5	105	20.2	134	25.8	58	11.2	23	4.4
Her an kötü bir şey olacakmış gibi korkuyorum.	288	55.4	103	19.8	83	16	32	6.2	14	2.7
Seslere karşı hassasiyetim artıyor.	242	46.5	100	19.2	122	23.5	43	8.3	13	2.5
Arkamdan biri saldıracakmış gibi korkuyorum.	390	75	66	12.7	43	8.3	17	3.3	4	0.8

Tablo 4.2.2. (devam ediyor)

PREMENSTRUAL SENDROM ÖLÇEĞİ										
	HİÇ		ÇOK AZ		BAZEN		SIK SIK		SÜREKLİ	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Kendimi yorgun hissediyorum.	97	18.7	94	18.1	169	32.5	114	21.9	46	8.8
Sanki her şey kötü olacak.	277	53.3	101	19.4	88	16.9	39	7.5	15	2.9
Çok çabuk yoruluyorum.	124	23,8	93	17.9	154	29.6	107	20.6	41	7.9
Anlam veremediğim korkularım oluyor.	290	55.8	100	19.2	83	16	39	7.5	8	1.5
Kalbim her zamankinden hızlı çarpıyor.	244	46.9	112	21.5	105	20.2	43	8.3	16	3.1
Hiçbir şeyle uğraşmak istemiyorum.	135	26	120	23.1	158	30.4	76	14.6	31	6
Her zamanki işler beni yoruyor.	115	22.1	90	17.3	175	33.7	97	18.7	43	8.3
Kendimi sinirli hissediyorum.	58	11.2	70	13.5	155	29.8	159	30.6	78	15
En ufak olaylara bile çok aşırı tepki gösteriyorum.	85	16.3	78	15	155	29.8	129	24.8	73	14
Öfkemi kontrol etmekte güçlük çekiyorum.	120	23.1	87	16.7	148	28.5	99	19	65	12.5
Çevremdeki kişilerle ilişkilerim bozuluyor.	171	32.9	111	21.3	123	23.7	68	13.1	47	9
Sinirlerim geriliyor.	83	16	105	20.2	146	28.1	120	23.1	66	12.7
Kendimi çok endişeli hissediyorum.	206	39.6	105	20.2	128	24.6	53	10.2	28	5.4

Tablo 4.2.2. (devam ediyor)

PREMENSTRUAL SENDROM ÖLÇEĞİ										
	HİÇ		ÇOK AZ		BAZEN		SIK SIK		SÜREKLİ	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Eskisinden daha çabuk yoruluyorum.	148	28.5	105	20.2	138	26.5	86	16.5	43	8.3
Kendimi değersiz görüyorum.	274	52.7	103	19.8	84	16.2	35	6.7	24	4.6
Dikkatimi toplamakta güçlük çekiyorum.	196	37.7	120	23.1	128	24.6	51	9.8	25	4.8
Dikkatim çok çabuk dağılıyor.	191	36.7	108	20.8	134	25.8	61	11.7	26	5
Dalıp gidiyorum.	213	41	109	21	120	23.1	52	10	26	5
Doğru düzgün düşünemiyorum.	226	43.5	89	17.1	132	25.4	50	9.6	23	4.4
Baş ağrısı oluyor.	126	24.2	84	16.2	145	27.9	110	21.2	55	10.6
Kaslarım ağrıyor.	112	21.5	93	17.9	141	27.1	112	21.5	62	11.9
Eklem yerlerim ağrıyor.	113	21.7	103	19.8	131	25.2	113	21.7	60	11.5
İştahım artıyor.	87	16.7	71	13.7	129	24.8	138	26.5	95	18.3
Özellikle unlu ve tatlı yiyecekler yemek istiyorum.	73	14	60	11.5	119	22.9	146	28.1	122	23.5
Daha fazla yemek istiyorum.	99	19	61	11.7	135	26	130	25	95	18.3
Uyku uyuma isteğim artıyor.	107	20.6	79	15.2	153	29.4	103	19.8	78	15
Uykumda bölünme oluyor.	163	31.3	84	16.1	136	26.1	79	15.2	58	11.2
Sabahları yorgun uyanıyorum.	111	21.3	85	16.3	141	27.1	113	21.7	70	13.5
Uykuya dalmakta güçlük çekiyorum.	188	36	91	17.5	131	25.2	58	11.2	52	10

Tablo 4.2.2. (devam ediyor)

PREMENSTRUAL SENDROM ÖLÇEĞİ										
	HİÇ		ÇOK AZ		BAZEN		SIK SIK		SÜREKLİ	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Göğüslerim şişiyor.	73	14	68	13.1	135	26	136	26.2	108	20.8
Göğüslerim en ufak dokunmaya karşı duyarlı.	90	17.3	80	15.4	115	22.1	124	23.8	111	21.3
Kendimi şişmiş hissediyorum.	73	14.0	70	13.5	111	21.3	147	28.3	119	22.9
Kimseyle görüşmek istemiyorum.	255	49	110	21.2	95	18.3	36	6.9	24	4.6

Tablo 4.2.3'de araştırmaya katılan kadınların Premenstrual Sendrom Ölçeği toplam puan ortalaması ve alt ölçek puan ortalamalarının dağılımı, semptomların varlığı ve alt boyutların yüzde dağılımları belirtilmiştir. Kadınların toplam PMSÖ ortalama puanı 111.42 ± 35.88 'dir. PMSÖ 9 alt boyuttan oluşmaktadır. Her bir alt boyuta ait sorulardan alınan toplam puan ortalaması o boyuttan alınabilecek maksimum puanın %50'sini geçmesi durumunda o alt boyutla ilgili semptomların mevcut olduğu kabul edilmiştir. Kadınlarda en fazla görülen semptom yoğunluğunun şişkinlik, iştah değişimleri ve sinirlilik alt alanlarında yaşandığı belirlenmiştir.

Tablo 4.2.3. Premenstrual Sendrom Ölçeği ve Alt Boyutlarından Elde Edilen Puan Ortalamaları ve Yüzde Dağılımları

	n	$\bar{X} \pm SS$	Min-Max	PMS Varlığı			
				Var		Yok	
				n	%	n	%
Toplam PMSÖ Puanı	520	111.42±35.88	44-220	265	51	255	49
Depresif Duygulanım	520	16.85±6.75	7-35	248	47.7	272	52.3
Anksiyete	520	13.13±5.51	7-35	117	22.5	403	77.5
Yorgunluk	520	16.29±6.07	6-30	297	57.1	223	42.9
Sinirlilik	520	14.51±5,68	5-25	322	61.9	198	38.1
Depresif Düşünceler	520	14.89±6.77	7-35	178	34.2	342	65.8
Ağrı	520	8.44±3.54	3-15	308	59.2	212	40.8
İştah Değişimleri	520	9.63±3.70	3-15	371	71.3	149	28.7
Uyku Değişimleri	520	7.9±3.56	3-15	280	53.8	240	46.2
Şişkinlik	520	9.75±3.58	3-15	373	71.7	147	28.3

Tablo 4.2.4'de araştırmaya katılan kadınların bazı sosyo-demografik özelliklerine göre PMS sıklığının dağılımı incelenmiştir. Kadınların öğrenim düzeyi, gelir düzeyi algısı ve aylık ortalama gelir düzeylerine göre PMS'un görülme oranının anlamlı bir farklılık gösterdiği belirlenmiştir ($p<0.05$). Öğrenim düzeyi ve gelir düzeyini düşük olarak belirtenlerde, ayrıca aylık gelir düzeyi 751-1750tl arasında olan kadınlarda diğer gruplara göre PMS daha yüksek oranda görülmektedir.

Kadınların yaş, meslek ve medeni durumlarına göre PMS varlığının anlamlı farklılık göstermediği saptanmıştır. Farklılık görülmemekle birlikte 25-29 yaş arasında, eşini kaybetmiş ve temizlik personeli olarak çalışan kadınlarda PMS görülme oranı daha yüksek olarak tespit edilmiştir.

Tablo 4.2.4.Bazı Sosyo-demografik Özelliklere göre PMS Görülme Sıklığı

Sosyo-Demografik Özellikler	PMS Semptomları				X ²	P
	Var		Yok			
	Sayı	%	Sayı	%		
Yaş						
15-19	6	37.5	10	62.5	5.042	0.324
20-24	25	44.6	31	55.4		
25-29	65	66.3	33	33.7		
30-34	70	54.3	59	45.7		
35-40	51	39.8	77	60.2		
40 yaş üstü	42	45.1	51	54.9		
Öğrenim Durumu					7.707	0.012
Okur-yazar değil	3	75	1	25		
Okur-yazar	5	55.6	4	44.4		
İlkokul	23	67.6	11	32.4		
Ortaokul	14	63.6	8	36.4		
Lise	84	51.2	80	48.8		
Üniversite	132	47.5	146	52.5		
Diğer	4	44.4	5	55.6		
Medeni Durum					1.039	0.792
Evli	159	50	159	50		
Bekar	81	51.9	75	48.1		
Boşanmış	15	50	15	50		
Eşini Kaybetmiş	10	62.5	6	37.5		

Tablo 4.2.4. (Devam ediyor)

Sosyo-Demografik Özellikler	PMS Semptomları				X ²	P
	Var		Yok			
	Sayı	%	Sayı	%		
Meslek					7.537	0.184
Hekim	10	43.5	13	56.5		
Hemşire	130	52.6	117	47.4		
Ebe	18	40.9	26	59.1		
Sekreter	62	46.6	71	53.4		
Güvenlik Görevlisi	5	50	5	50		
Temizlik Personeli	40	63.5	23	36.5		
Gelir Düzeyi					14.726	0.012
500-750 tl	16	42.1	22	57.9		
751-1250 tl	49	62	30	38		
1251-1750 tl	68	60.7	44	39.3		
1751-2500 tl	43	43	57	57		
2501-3500 tl	38	52.1	35	47.9		
>3500 tl	51	43.2	67	56.8		
Gelir Düzeyi Algısı					6.106	0.047
Yüksek	12	50	12	50		
Orta	166	47.4	184	52.6		
Düşük	87	59.6	59	40.4		

Tablo 4.2.5'de araştırmaya katılan kadınların genel sağlık durumları ile ilgili bazı değişkenlere göre PMS sıklığının dağılımı incelenmiştir. Çalışma grubundaki kadınların boy kilo indekslerine göre PMS görülme sıklığı arasında anlamlı bir ilişki gözlenmemiştir ($p>0.05$). PMS sıklığının anlamlı olmamakla birlikte zayıf kadınlarda en düşük, fazla kilolu kadınlarda en yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Kadınların PMS şikayeti nedeniyle hekime başvurma oranları PMS'si olanlarda olmayanlara göre daha yüksek olarak belirlendi ($p<0.05$). PMS tedavisi almanın PMS görülme sıklığı üzerinde etkisinin olmadığı görülmüştür ($p>0.05$).

Kadınların kontraseptif yöntem kullanma durumları, tercih edilen kontrasepsiyon yöntemi, mevcut olan kronik rahatsızlık durumu ya da sürekli kullanılan bir ilacın olması kadınlardaki PMS görülme durumunu etkilememektedir ($p>0.05$). Ancak kontrasepsiyon yöntemi olarak OKS ve aylık enjeksiyon yöntemi (sadece 7 kadın) kullanan kadınlarda PMS diğer yöntemleri kullananlardan daha yüksek oranda gözlenmiştir. Kronik rahatsızlığı olan ve sürekli ilaç kullanan kadınlarda da rahatsızlığı olmayan

ve sürekli ilaç kullanmayan kadınlara göre anlamlı olmamakla birlikte PMS sıklığı daha yüksek olarak saptanmıştır.

Tablo 4.2.5.Genel Sağlık Durumlarına göre PMS Görülme Sıklığı

Genel Sağlık Durumu Özellikleri	PMS Semptomları				X ²	P
	Var		Yok			
	Sayı	%	Sayı	%		
Boy-Kilo İndeksi						
Zayıf	16	44.4	20	55.6	1.292	0.731
Normal	153	49.1	159	50.9		
Fazla Kilolu	68	50.3	67	49.7		
Obez	18	48.6	19	41.4		
Kontraseptif Yöntem Kullanımı						
Kontraseptif yöntem kullananlar	130	49.25	134	50.75	0.780	0.377
Kontraseptif yöntem kullanmayanlar	135	52.74	121	47.26		
Kullanılan Kontraseptif Yöntemler						
Oral Kontraseptif	21	62.85	17	37.15	11.877	0.055
Spiral	36	45.56	48	54.44		
Prezervatif	47	45.2	57	54.8		
Enjeksiyon	7	100	0	0		
Deri Altı Kapsüller	0	0	1	100		
Tüpligasyon	8	61.5	5	38.5		
Diğer	13	52	12	48		
Kronik Rahatsızlık Durumu						
Kronik Rahatsızlığı Olanlar	47	57.3	35	42.7	1.574	0.210
Kronik Rahatsızlığı Olmayanlar	218	49.8	220	50.2		
Sürekli Kullanılan İlaç Mevcudiyeti						
Sürekli ilaç kullananlar	38	60.3	25	39.7	2.511	0.113
Sürekli ilaç kullanmayanlar	227	49.7	230	50.3		

Tablo 4.2.5. (devam ediyor)

Genel Sağlık Durumu Özellikleri	PMS Semptomları				X ²	P
	Var		Yok			
	Sayı	%	Sayı	%		
Premenstrual Dönem Şikayetlerinde Hekime Başvuru						
Hekime başvuranlar	87	64.9	47	35.1	14.085	<0.001
Hekime başvurmayanlar	178	46.1	208	53.9		
Premenstrual Dönem Şikayetlerinde Tedavi Alımı						
Tedavi alanlar	46	56.8	35	43.2	1.304	0.253
Tedavi almayanlar	219	49.9	220	50.1		

Tablo 4.2.6'da araştırmaya katılan kadınların günlük alışkanlıklarına göre PMS sıklığının dağılımı incelenmiştir. Çalışma grubundaki kadınların egzersiz yapma durumları ile PMS görülme sıklığı arasında anlamlı bir ilişki gözlenmiştir ($p<0.05$). Egzersiz yapmayanlarda en yüksek olmak üzere düzensiz egzersiz yapanlarda da her gün düzenli egzersiz yapan kadınlara göre PMS sıklığının daha yüksek görüldüğü saptanmıştır.

PMS varlığı, pasif sigara içiciliğine maruz kalan kadınlar ile maruz kalmayanlarda farklılık göstermiştir ($p<0.05$). Pasif sigara içiciliğine her gün maruz kalan kadınlarda PMS varlığı %91 iken maruz kalmayanlarda bu oran %36'ya kadar düşmektedir.

Her gün düzenli olarak kola içen ve çikolata tüketen kadınlar ile bu ürünleri günlük yaşantılarında tercih etmeyen kadınlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmiştir ($p<0.05$). Her gün düzenli olarak kola içen ve çikolata yemeyi alışkanlık edinen kadınlarda gözlenen PMS sıklığı tercih etmeyenlere göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur.

Kadınların beslenme alışkanlıkları ve yemeklerde tercih ettikleri tuz miktarı ile PMS görülme sıklığı arasındaki ilişki incelendiğinde; istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($p<0.05$). PMS görülme sıklığı, her gün beslenme öğününe dikkat ederek sebze, meyve ve protein ağırlıklı gıdalar tüketen kadınlarda beslenmelerine hiçbir zaman dikkat etmeyen kadınlara oranla anlamlı derecede düşük bulunmuştur. Yemeklerdeki tuz tüketim miktarının artmasıyla PMS oranının yükseldiği belirlenmiştir ($p<0.05$).

Çalışma grubunda düzenli olarak gün içinde çay, kahve ya da alkol tüketen ve sigara kullanan kadınlar ile bu ürünleri günlük yaşantılarında tercih etmeyen kadınlar arasında anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir

($p > 0.05$). Tüketim miktarları ile PMS görülme sıklığı karşılaştırıldığında ise; anlamlı olmamakla birlikte düzenli olarak çay, kahve tüketen ve sigara kullanan bayanların bu ürünleri nadiren tercih eden ya da hiç tercih etmeyen bayanlara göre daha yüksek oranda PMS semptomları yaşadıkları gözlenmiştir.

Tablo 4.2.6. Alışkanlıklara göre PMS Görülme Sıklığı

Alışkanlıklar	PMS Semptomları				X ²	P
	Var		Yok			
	Sayı	%	Sayı	%		
Egzersiz Yapma						
Her gün düzenli egzersiz yapanlar	4	21.1	15	78.9	8.980	0.030
Hafta da 3 kez ve üzeri egzersiz yapanlar	18	45	22	55		
Düzensiz olarak egzersiz yapanlar	76	49.4	78	50.6		
Hiç egzersiz yapmayanlar	167	54.4	140	45.6		
Sigara Kullanımı						
Düzenli olarak sigara kullananlar (günlük)	83	58.5	59	41.5	6.384	0.094
Sigarayı içip bırakanlar	31	54.4	26	45.6		
Ara sıra sigara kullananlar	30	52.7	27	47.3		
Sigara kullanmayanlar	121	45.8	143	54.2		
Alkol Kullanımı						
Her gün alkol tüketenler	0		0		1.071	0.585
Ara sıra alkol tüketenler	29	55.8	23	44.2		
Nadiren alkol tüketenler	63	47.7	69	52.3		
Alkol tüketmeyenler	173	51.5	163	48.5		
Pasif Sigara İçiciliğine Maruz Kalma						
Her gün pasif sigara içiciliğine maruz kalanlar	91	61.9	56	38.1	14.446	0.002
Ara sıra pasif sigara içiciliğine maruz kalanlar	76	52.1	70	47.9		
Nadiren pasif sigara içiciliğine maruz kalanlar	62	47	70	53		
Pasif sigara içiciliğine maruz kalmayanlar	36	37.9	59	62.1		

Tablo 4.2.6. (Devam ediyor)

Alışkanlıklar	PMS Semptomları				χ ²	P
	Var		Yok			
	Sayı	%	Sayı	%		
Kahve Tüketimi						
Düzenli olarak kahve tüketenler (günlük)	166	51.7	155	48.3	1.581	0.664
Ara sıra kahve tüketenler	49	46.7	56	53.3		
Nadiren kahve tüketenler	30	46.2	35	53.8		
Kahve tüketmeyenler	13	44.8	16	55.2		
Çay Tüketimi						
Düzenli olarak çay tüketenler (günlük)	219	51.9	203	48.1	3.045	0.385
Ara sıra çay tüketenler	32	51.6	30	48.4		
Nadiren çay tüketenler	8	40	12	60		
Çay tüketmeyenler	7	41.2	10	58.8		
Kola Tüketimi						
Her gün kola içenler	20	74.1	7	25.9	11.098	0.011
Ara sıra kola içenler	93	55	76	45		
Nadiren kola içenler	107	49.8	108	50.2		
Kola içmeyenler	45	41.3	64	58.7		
Çikolata Yeme Alışkanlığı						
Her gün çikolata yiyenler	48	58.5	34	41.5	8.238	0.041
Ara sıra çikolata yiyenler	137	51.9	127	48.1		
Nadiren çikolata yiyenler	76	48.7	80	51.3		
Çikolata yemeyenler	4	22.2	14	77.8		
Günlük Beslenme Alışkanlığı						
Her gün belli oranda protein, sebze ve meyve içeren gıdalar tüketenler	106	40.5	156	59.5	23.643	<0.001
Her gün 3 öğünden fazla beslenip ağırlıklı olarak karbonhidrat ve yağ içeren gıdalar tüketenler	47	61	30	39		
Günlük 3 öğünden az beslenip yediklerine dikkat etmeyenler	60	60	40	40		

Tablo 4.2.6. (Devam ediyor)

Alışkanlıklar	PMS Semptomları				χ ²	P
	Var		Yok			
	Sayı	%	Sayı	%		
Beslenmelerine hiçbir zaman dikkat etmeyenler	52	64.2	29	35.8		
Beslenmede Tuz Oranı Tercihi						
Yemeklerde tuz kullanmayanlar	5	50	5	50	13.927	0.006
Az tuzlu yemek yiyenler	55	43.3	72	56.7		
Yemeklerde normal miktarda tuz kullananlar	142	49	148	51		
Tuzlu yemek yiyenler	57	67.9	27	32.1		
Çok tuzlu yemek yiyenler	6	66.7	3	33.3		

Tablo 4.2.7'de araştırmaya katılan kadınların menstrual dönem özelliklerine göre PMS sıklığının dağılımı incelenmiştir. Çalışma grubundaki kadınların yakın akraba çevresinde premenstrual dönemle ilgili problem yaşayanların bulunması ile PMS görülme sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p < 0.05$) Annesinde PMS bulguları gözlenen kadınlarda PMS görülme sıklığı %60 oranında olup, en yüksek düzeydedir.

Kadınlarda menarş yaşı 12'den büyük olanların istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte ($p > 0.05$) PMS görülme oranı daha yüksek orandadır. Menstruasyon dönemine yönelik tutumları ve dismenore problemi yaşamaları PMS görülme oranını anlamlı derecede etkilemiştir ($p < 0.05$). Menstruasyon olayını yaşamlarını etkileyen en önemli olaylardan biri olarak gören kadınlarda ve dismenore sorunu yaşayan kadınlarda PMS görülme sıklığı yüksek olarak saptanmıştır. Bununla birlikte; kadınların menstrual sikluslarının düzeni PMS sıklığı üzerinde etkili olmamakla birlikte ($p > 0.05$) düzensiz siklus yaşayanlarda PMS oranının yükseldiği belirlenmiştir.

Tablo 4.2.7.Menstrual Dönem Özelliklerine göre PMS Görülme Sıklığı

Menstrual Dönem Özellikleri	PMS Semptomları				X ²	P
	Var		Yok			
	Sayı	%	Sayı	%		
Menarş yaşı					0.077	0.782
≤12	29	10.9	26	10.2		
>12	236	89.1	229	89.8		
Yakın Akraba Çevresinde Premenstrual Dönemle İlgili Problem Yaşayanların Bulunması					12.066	0.007
Annesinde premenstrual dönemle ilgili sıkıntı gözlenenler	42	60	28	40		
Kardeşinde ve ya ablasında premenstrual dönemle ilgili sıkıntı gözlenenler	72	56.3	56	43.8		
Yakınlarından birinde premenstrual dönemle ilgili sıkıntı gözlenenler	70	55.6	56	44.4		
Herhangi bir yakınında premenstrual dönemle ilgili sıkıntı gözlenmeyenler	81	41.3	115	58.7		
Menstruasyon Dönemi Tutumu					31.487	<0.001
Doğal ve fizyolojik bir süreç olduğunu düşünenler	147	42.4	200	57.6		
Rahatsızlık verici bir durum olduğunu düşünenler	76	66.1	39	33.9		
Menstruasyonun olup olmaması birey için önemsiz olanlar	15	71.4	6	28.6		
Menstruasyonun yaşamı olumsuz etkileyen en önemli olaylardan biri olduğunu düşünenler	27	73	10	27		
Menstruasyon Düzeni					1.048	0.306
Menstruasyon siklusları düzenli olanlar	189	49.6	192	50.4		
Menstruasyon siklusları düzenli olmayanlar	76	54.7	63	45.3		

Tablo 4.2.7. (Devam ediyor)

Menstrual Dönem Özellikleri	PMS Semptomları				X ²	P
	Var		Yok			
	Sayı	%	Sayı	%		
Menstruasyon da Ağrı Problemleri Yaşama						
Menstruasyonda ağrı problemi yaşayanlar	199	59,2	137	40,8	25,953	< 0.001
Menstruasyonda ağrı problemi yaşamayanlar	66	39,9	118	64,1		

Tablo 4.2.8'de PMS şiddetine göre kadınların hekime başvurma ve tedavi alma durumlarının dağılımı verilmiştir. Premenstrual dönemde yaşanan şikayetlerde hekime başvurma oranı istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte ($p>0.05$) şiddetli PMS'de daha yüksek oranda gözlenmiştir. Premenstrual dönemde yaşanan şikayetlerle ilgili tedavi alımı ise anlamlı olarak şiddetli PMS gözlenen bireylerde en yüksek düzeydedir ($p<0.05$).

Tablo 4.2.8.Kadınların PMS Şiddetine Göre Hekime Başvurma ve Tedavi AlmaOranlarının Dağılımı

Hekime Başvurma ve Tedavi Alma		PMS Şiddeti			X ² ;P
		Hafif	Orta	Şiddetli	
Premenstrual Dönemde Yaşanan Şikayetlerde Hekime Başvurma	Doktora başvuranlar	49 (% 28.5)	33 (% 39.8)	5 (% 50.0)	4.614 0.091
	Doktora başvurmayanlar	123 (% 71.5)	50 (% 60.2)	5 (% 50.0)	
Premenstrual Dönemde Yaşanan Şikayetlerle İlgili Tedavi Alımı	Tedavi alanlar	21 (% 12.2)	21 (% 25.3)	4 (% 40.0)	10.403 0.007
	Tedavi almayanlar	151 (% 87.8)	62 (% 74.7)	6 (% 60.0)	

Tablo 4.2.9'da PMS'yi etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla Aşamalı İkili Lojistik Regresyon analizi uygulanmıştır. PMS'ye etki ettiği saptanmış olan menstrual dönemde dismenore şikayeti,meslek ve menstruasyon dönemi tutumubağımsız değişkenlerinin birbirlerine etkileri değerlendirilmiştir.

Menstrual dönemde dismenore şikayeti yaşayan kadınlarınşikayeti olmayanlara göre PMS semptomlarını 2.857 kat (%95 GA 1.63-5.0) fazla yaşadıkları saptanmıştır ($p<0.05$). Menstruasyonun olup olmamasının kendileri için önemsiz olduğunu düşünen kadınlar ($p>0.05$) dışındaki tüm kadınların menstruasyonla ilgili olumsuz tutumları PMS görülme sıklığını yükseltmiştir ($p<0.05$). PMS sıklığı; menstruasyonurahatsızlık verici bir

durum olarak düşünen kadınlarda doğal ve fizyolojik bir süreç olarak düşünen kadınlara göre 2.3 kat (%95 GA 1.174-4.506), menstruasyonu yaşamlarını etkileyen en önemli olaylardan biri olarak düşünen kadınlardamenstruasyonun kendileri için olup olmaması önemsiz olan kadınlara göre ise 3.022 kat(%95 GA 0.927-9.847) daha fazladır. Ayrıca PMS semptomlarını hekimlere göre ebeler 3.46 kat (%95 GA 0.795-15.151), sekreterler 1.157 kat (%95 GA 0.338-3.952) daha fazla yaşamaktadırlar.

Tablo 4.2.9.PMS İle İlişkili Faktörlerin Lojistik Regresyon İle Değerlendirilmesi

		B Kat	Standart	Odds	%95 Güven		p
		Sayısı	Hata	Oranı	Aralığı		
Meslek	Hekim						0.002
	Hemşire	0.440	0.584	1.553	0.495	4.876	0.451
	Ebe	-1.241	0.750	3.460	0.795	15.151	0.098
	Sekreter	-0.146	0.627	1.157	0.338	3.952	0.816
	Güvenlik Görevlisi	2.308	1.394	10.051	0.654	154.456	0.098
	Temizlik Personeli	1.183	0.681	3.264	0.859	12.395	0.082
Dismenore	Hayır						
	Evet	-1.051	0.285	2.857	1.633	5.000	<0.001
Şikayeti	Doğal Ve Fizyolojik						
	Bir Süreç Olduğunu						
	Düşünenler						
	Rahatsızlık Verici						
	Olduğunu	0.833	0.343	2.300	1.174	4.506	0.015
	Düşünenler						
	Olup Olmaması	1.807	0.752	6.095	1.396	26.607	0.067
Menstruasyon	Önemsiz Olanlar						
	Yaşamı Olumsuz						
	Etkileyen En Önemli						
	Olaylardan Biri	1.106	0.603	3.022	0.927	9.847	0.016
Tutumu	Olduğunu						
	Düşünenler						
Sabit		9.594	4.155	14671.656			0.021

Tablo 4.2.10'da Premenstrual Sendrom Ölçeği (PMSÖ)'nin toplam puanı ile alt ölçek puanları arasındaki ve alt ölçek puanlarının kendi aralarındaki korelasyon katsayıları verilmiştir. PMSÖ ile elde edilen verilerde alt boyutların güvenilirliğini belirlemek amacıyla PMSÖ alt ölçek puanları arasındaki korelasyonlar hesaplanmıştır. Hesaplama sonucunda korelasyon değerlerinin tümü **p<0.001** önem düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

Tablo 4.2.10.PMSÖ Toplam Puanı ve Alt Boyutlara İlişkin Korelasyon Katsayıları
*P<0.001

Boyutlar	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1.Depresif durum										
2.Anksiyete	.675*									
3.Yorgunluk	.642*	.660*								
4.Sinirlilik	.566*	.520*	.691*							
5.Depresif düşünceler	.616*	.734*	.733*	.651*						
6.Ağrı	.473*	.533*	.653*	.581*	.629*					
7.İştah değişimleri	.407*	.376*	.554*	.586*	.483*	.477*				
8.Uyku değişimleri	.512*	.579*	.680*	.561*	.698*	.655*	.493*			
9.Şişkinlik	.322*	.319*	.429*	.526*	.378*	.453*	.492*	.449*		
10.PMSÖ toplam puanı	.781*	.796*	.873*	.810*	.869*	.751*	.660*	.784*	.578*	

4.3.Premenstrual Sendrom ve Yaşam Kalitesi İle İlgili Bulguların Dağılımı

Tablo 4.3.1'de araştırmaya katılan grubun aldıkları TDSÖYKÖ-KF alt boyutları puan ortalamalarına yer verilmiştir. Kadınların almış oldukları puan ortalamaları; bedensel alan alt boyutundan 69.32±13.31, çevre alanı alt boyutundan 64.80±13.51, sosyal alan alt boyutundan 62.96±16.46, ruhsal alan alt boyutundan 68.92±13.16 ve ulusal alan alt boyutundan 70.80±18.14 olarak saptanmıştır. Yaşam kalitesi ölçeğinin ulusal alan alt boyutunun en yüksek puan ortalamasına, sosyal alan alt boyutunun ise en düşük puan ortalamasına sahip olduğu görülmüştür.

Tablo 4.3.1.TDSÖYKÖ-KF Alt Boyut Puan Ortalamaları

TDSÖYKÖ-KF Alt Boyutları	n	$\bar{X} \pm SS$
Fiziksel Sağlık	520	69.32±13.31
Psikolojik Sağlık	520	68.92±13.16
Sosyal İlişkiler	520	62.96±16.46
Çevre Alanı	520	64.80±13.51
Ulusal Alan	520	70.80±18.14

Tablo 4.3.2'de araştırmaya katılan kadınların Premenstrual Sendrom Ölçeği alt boyut puanları ile TDSÖYKÖ-KF puanları arasındaki

korelasyon değerleri verilmiştir. PMSÖ alt boyut puanları ile TDSÖYKÖ-KF puanları arasında istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı negatif yönde bir ilişki saptanmıştır ($p<0.001$). Buna göre, kadınların Premenstrual Sendrom Ölçeği tüm alt boyutlarının puanları arttıkça TDSÖYKÖ-KF puanları düşmektedir.

Tablo 4.3.2.PMSÖ Alt Boyutları ile TDSÖYKÖ-KF Arasındaki Korelasyon

PMSÖ ÖLÇEğİ	TDSÖYKÖ-KF (r;p) (n=520)
Depresif Duygulanım	-0.278;<0.001
Anksiyete	-0.346;<0.001
Yorgunluk	-0.366;<0.001
Sinirlilik	-0.330;<0.001
Depresif Düşünceler	-0.458;<0.001
Ağrı	-0.360;<0.001
İştah Değişimleri	-0.286;<0.001
Uyku Değişimleri	-0.412;<0.001
Şişkinlik	-0,218;<0.001

Tablo4.3.3'de PMS gözlenip gözlenmeme durumuna göre TDSÖYKÖ-KF alt boyutları puan ortalamaları ve Adet Öncesi Yakınmalar Etki Ölçeği (PMSIS) toplam puan ortalamasının dağılımı incelenmiştir. PMS varlığıyla TDSÖYKÖ-KF tüm alt boyutları puan ortalamaları daha düşük, PMSIS ortalaması daha yüksek olarak gözlenmiş olup istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığın olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). PMS varlığında en düşük puan ortalaması 58.89 ± 15.93 ile sosyal ilişkiler alt boyutunda saptanmıştır.

Tablo 4.3.3.PMS Gözlenme Durumuna göre TDSÖYKÖ-KF Alt Boyutları Puan Ortalamaları ve PMSIS Ölçeği Toplam Puan Ortalamasının Dağılımı

TDSÖYKÖ Alt Boyutları ve PMSIS Ölçeği	PMS Semptomları		U	P
	Var ($\bar{X} \pm SS$)	Yok ($\bar{X} \pm SS$)		
Fiziksel Sağlık	64.30 \pm 12.34	74.54 \pm 12.25	18.527	<0.001
Psikolojik Sağlık	63.73 \pm 12.30	74.32 \pm 11.80	17.636	<0.001
Sosyal İlişkiler	58.89 \pm 15.93	67.18 \pm 15.96	24.105	<0.001
Çevre Alanı	61.37 \pm 13.56	68.36 \pm 12.54	23.699	<0.001
Ulusal Alan	65.88 \pm 17.36	75.92 \pm 17.54	23.282	<0.001
PMSIS Ölçeği	72.64 \pm 13.76	66.13 \pm 12.25	58.143	<0.001

Tablo 4.3.4'de araştırmaya katılan kadınların PMSÖ alt boyutları ile PMSIS arasındaki korelasyon değerleri verilmiştir. PMSÖ alt boyutları ile PMSIS ölçeği arasında istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı pozitif yönde bir ilişki saptanmıştır ($p<0.001$). Buna göre, kadınların PMSIS toplam puanları arttıkça PMSÖ'nin tüm alt boyutlarının toplam puanları da artmakta olup kadınlar PMS bulgularını daha fazla yaşamaktadırlar.

Tablo 4.3.4.PMSÖ Alt Boyutları ve PMSIS Ölçeği Arasındaki Korelasyon

PMSÖ ÖLÇEğİ	PMSIS ÖLÇEğİ (r;p) (n=520)
Depresif Duygulanım	0.571;<0.001
Anksiyete	0.550;<0.001
Yorgunluk	0.646;<0.001
Sinirlilik	0.630;<0.001
Depresif Düşünceler	0.558;<0.001
Ağrı	0.557;<0.001
İştah Değişimleri	0.474;<0.001
Uyku Değişimleri	0.558;<0.001
Şişkinlik	0,452;<0.001

Tablo 4.3.5'te araştırmaya katılan kadınların TDSÖYKÖ-KF alt boyutları ile PMSIS arasındaki korelasyon değerleri verilmiştir. PMSIS ile TDSÖYKÖ-KF arasında istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı negatif yönde bir ilişki saptanmıştır ($p<0.001$). Buna göre, kadınların PMSIS puanları arttıkça yaşam kaliteleri olumsuz şekilde etkilenmektedir.

Tablo 4.3.5.TDSÖYKÖ-KF Alt Boyutları ile PMSIS Arasındaki Korelasyon

TDSÖYKÖ-KF	PMSIS (r;p) (n=520)
Fiziksel Sağlık	-0.419;<0.001
Psikolojik Sağlık	-0.411;<0.001
Sosyal İlişkiler	-0.278;<0.001
Çevre Alanı	-0.290;<0.001
Ulusal Alan	-0.342;<0.001

5.TARTIŞMA

Araştırma grubu;Bursa Çekirge Devlet Hastanesi'nde çalışan, 15-49 yaş arasında bulunan üreme çağındaki, psikiyatrik rahatsızlığı olmayan, cerrahi ya da doğal yolla menopoza girmemiş olan ve hamile olmayan 520 kadından oluşmuştur. Bu bölümde;araştırma grubundaki PMS sıklığı, PMS görülmesıklığını etkileyen faktörler ve PMS semptomlarının bireylerin yaşam kalitesini nasıl etkilediği tartışılmıştır.

Araştırmaya katılan kadınların sosyo-demografik özellikleri incelendiğinde; kadınların çoğunun 30-34 yaş aralığında olduğu (%24.8), üniversite eğitimi aldığı (%53.5), evli olduğu (61.2), hemşire olarak görev yaptığı (%47.5), aylık gelirlerinin 3500tl üzeri olduğu (%22.7) ve gelir düzeylerini orta (%67.3) olarak değerlendirdikleri saptanmıştır.

Kadınların menstrual dönem özellikleri incelendiğinde; kadınların çoğunda menstrual siklusların düzenli olduğu (%73.3), menstruasyon dönemlerinde ağrı probleminin yaşandığı (%64.6), menstruasyonundoğal ve fizyolojik bir olay olarak görüldüğü (%66.7) ve %62.7'sinin anne, kardeş/abla ya da yakınlarından birinde premenstrual dönemle ilgili problem bulunduğu belirlenmiştir.

Genel sağlık durumu özelliklerine ilişkin veriler incelendiğinde; kadınların %50.8'ininkontraseptif yöntem kullandığı, %39.39'unun kontraseptif yöntemlerden prezervatifi seçtiği, %84.2'sinin kronik rahatsızlığının bulunmadığı,%87.9'unun günlük hayatta sürekli ilaç kullanmadığı,%74.2'sinin premenstrual dönem şikayetleriyle ilgili doktora başvurmadığı ve %84.4'ünün premenstrual dönemde yaşanan şikayetlerle ilgili tedavi almadığı belirlenmiştir.

Kadınların günlük alışkanlıkları incelendiğinde; %50.7'sinin sigara kullanmadığı, %28.3'ünün pasif sigara içiciliğine maruz kaldığı,%64.6'sinin alkol kullanmadığı, %81.3'ünün düzenli olarak çay tükettiği, %61.9'unun düzenli olarak kahve tükettiği, %50.4'ünün her gün belli oranda protein, sebze ve meyve içeren gıdalar tükettiği ve %55.8'inin yemeklerinde normal miktarda tuz kullandığı görülürken%41.3'ünün nadiren kola ve %50.8'inin ara sıra çikolata tükettiği saptanmıştır.

PMS prevalansı ülkeden ülkeye ve yaş gruplarına göre farklılık gösterebilmektedir. Kadınların yaklaşık %80'isemptomları hafif şiddette, %20-50'si orta şiddette ve yaklaşık %5-15'i şiddetli düzeyde yaşayabilmektedirler(Kahayat vd., 2015).Üreme çağındaki kadınlarda PMS prevalansı, İsviçre'de %10.3 (Tschudin vd., 2010), Amerika'da %24 (Sadler vd., 2010),Tayvan'da %25.1 (Chayachinda vd., 2008), Brezilya'da %25.2 (Silva, Gigante & Minten, 2008), Nijerya'da ise, %23.8 olarak bulunmuştur (Sule, Umar & Madugu, 2007). Fransa'da yapılan araştırmada; kadınların %4.1'inin şiddetli PMS bulgusu, %8.1'ininise orta

şiddetli PMS bulgusu yaşadıkları saptanmış, kadınların %12.2'sisemptomların günlük yaşamlarını etkilediğini ifade etmiştir (Potter vd.,2009). Türkiye'de İzmir ili Ege Doğumevi ve Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde 15-49 yaş grubu kadınlarla yapılan çalışmada,PMS prevalansı %32.8 olarak belirlenmiştir(Kebapçılar, Taner, Başoğul & Okan, 2012).Diyarbakır ili Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde çalışan 19-49 yaş grubu kadınların PMS prevalansı %20.1 olarak gözlenmiştir (Demir vd., 2006). Manisa ili kent merkezi 7 Nolu Sağlık Ocağı'na bağlı 15-49 yaş grubu kadınlarda ise orta ve şiddetli PMS prevalansı %40.3 olarak tespit edilmiştir (Adıgüzel vd., 2007). Araştırmamızda PMS prevalansı %51 olarak bulunmuştur. PMS prevalansı, hafif şiddette %33, orta şiddette %16 ve şiddetli olarak %2 oranında bulunmuştur(Tablo 4.2.1). Araştırma grubunun PMS prevalansı yapılan çalışmalardaki PMS prevalans değerlerine benzerlik göstermektedir. PMS prevalansının; araştırma popülasyonunun özellikleri ve seçilme metodu, kültürel farklılıklar, araştırmanın tipi ve metodolojisi, değışikdeğerlendirme araçlarının kullanılması nedenlerine bağlı farklılık gösterdiği düşünülmektedir.

Çalışmamızda kadınlarda yaşa göre PMS sıklığının anlamlı farklılık göstermediği($p>0.05$), bununla birlikte PMS'nin 25-29 yaşlar arasında daha sık (%66.3)görüldüğü tespit edilmiştir (Tablo 4.2.4).İran'da üniversite öğrencileri ile yapılan bir araştırmada; PMS 18-20 yaşlar arasında %35.8, 20-23 yaşları arasında %40.3 ve 24 yaş ve üzerinde %9.5 olarak tespit edilmiştir (Naemi, 2015). Tayvan'da hemşirelerle yapılan bir çalışmada PMS sıklığının yaşa göre farklılık gösterdiği, 30 yaş ve altı kadınlarda %70.8, 30 yaş üstünde ise %29.2 olduğu belirlenmiştir (Chayachinda vd., 2008). Kore'dearaştırma grubunun %76.8'inin 19 yaş altında çalışan kadınların oluşturduğu bir çalışmada ise; genç yaştaki kadınlarda PMS görülme sıklığının ileri yaştakilerine oranla anlamlı derecede yüksek olduğu saptanmıştır (Min, 2002). Bu çalışmaların aksine; yaş ile PMS arasında ilişkinin olmadığı tespit edilen (Demir vd., 2006) ve 30 yaş üstü kadınlarda PMS şikayetlerinin arttığını bildiren çalışmalarda mevcuttur (Gençdoğan, 2006). Yapılan çalışmalarda yaş ile PMS arasındaki ilişki tam olarak netlik kazanmamıştır.

Kadınların %47.5'i hemşire, %25.6'sı sekreter, %12.1'i temizlik personeli, %8.5'i ebe, %4.4'ü hekim ve %1.9'u güvenlik görevlisi olarak çalışmaktadır (Tablo 4.1.1). Meslek gruplarına göre PMS görülme sıklığı incelendiğinde; mesleğin ikili analizlerde PMS sıklığını anlamlı olarak etkilemediği tespit edilmiştir ($p>0.05$)(Tablo 4.2.4).Lojistik regresyon analizine göre ise; meslekler arası karşılaştırmada, PMS semptomlarını hekimlere göre ebelerin 3.46 kat, sekreterlerin 1.157 kat daha fazla yaşadıkları belirlenmiştir (Tablo 4.2.9). Demir ve arkadaşlarının (2006) çalışmasında,meslek gruplarına göre PMS sıklığı anlamlı farklılık göstermemiştir (Demir vd., 2006). Yapılan farklı bir çalışmada ise, hemşire ve öğretmen grubu incelenmiş ve hemşirelerdeki PMS oranı istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte öğretmenlerden daha düşük

bulunmuştur (Oğur, 2004).Çalışma bulguları değerlendirildiğinde mesleklere göre PMS görülme sıklığında farklılık gözlenmiştir. Ebeler ve sekreterlerdeki PMS sıklığının diğer hastane çalışanlarına göre daha yüksek çıkmasının nedenlerinin nitel çalışmalarla ayrıntılı olarak incelenmesi gerekmektedir.

Kadınların öğrenim düzeyleriyle PMS sıklığı karşılaştırıldığında; PMS sıklığının öğrenim durumlarına göre anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği ($p<0.05$), PMS'nin en yüksek okur-yazar olmayanlarda (%75), en düşük üniversite ve lisansüstü eğitim düzeyine sahip olanlarda(%44.4) olarak görüldüğü belirlenmiştir (Tablo 4.2.4). Çalışma sonucumuza benzer şekilde, Antalya'da yapılan bir çalışmada, üniversite mezunu olan kadınlarda PMS sıklığı daha düşüktür (Pınar, 2007). Çalışmamızdan farklı olarak, Kore'de (Choi vd., 2010) ve Fransa'da(Potter vd., 2009) yapılan farklı çalışmalarda eğitim düzeyi PMS görülme oranını etkilememiş, Brezilya'da yapılan çalışmada ise; PMS'nin eğitim düzeyi yüksek olan kadınlarda daha çok görüldüğü belirlenmiştir (Silva'dan aktaran Çatakoğlu, 2016). Eğitim düzeyi yüksek olan kadınlarda PMS sıklığının daha az olması bu kadınların PMS semptomları ile başetme becerilerinin daha gelişmiş olmasıyla açıklanabilir. Diğer ülkelerde yapılan çalışmalarda eğitim düzeyinin etkisiyle ilgili farklı sonuçların bulunması, eğitimle birlikte ülkelerin kültürlerine özgü diğer faktörlerin de PMS'de rol oynayabileceğini düşündürmektedir.

Kadınlarda PMS görülme oranı eşini kaybetmiş (%62.5) ve bekar (%51.9) olan kadınlarda istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte daha yüksek oranda görülmektedir ($p>0.05$)(Tablo 4.2.4). Çalışmamızla benzer şekilde, Tayvan'da yapılan bir araştırmada, bekar yaşayan kadınlarda anlamlı olmamakla birlikte PMS sıklığının daha yüksek görüldüğü tespit edilmiştir (Chayachinda vd.,2008). Antalya'da yapılan bir çalışmada, medeni duruma göre PMS sıklığının evli ve bekar kadınlar arasında değişiklik göstermediği saptanmıştır (Pınar, 2007). Manisa'da yapılan bir araştırmada,bekar olanların evli olanlara göre PMS semptomlarını daha sık yaşadıkları belirtilmiştir (Adıgüzel vd., 2007).Niğde'de yapılan farklı bir çalışmada ise, medeni duruma göre PMS'nin konsantrasyon bozukluğu semptomu karşılaştırılmış, premenstrual dönemde bekar kadınların evli kadınlara oranla 2.2 kat daha fazla konsantrasyon bozukluğu semptomu yaşadıkları bildirilmiştir (Gökçe, 2006). Kiran (1998) ile Demir ve arkadaşlarının (2006) çalışmasında ise; istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte evli kadınlarda PMS oranı daha yüksek görülmüştür(Kiran, 1998; Demir vd., 2006). Medeni durumun PMS görülme sıklığındaki etkisini gösteren çalışma sonuçlarıçelişkilidir.

PMS sıklığı, gelir düzeyini düşük olarak belirten grupta (%59.6) ve gelir düzeyi 750-1750tl arasında olan kadınlarda (%62) diğer gruplara oranla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olarak tespit edilmiştir ($p<0.05$)(Tablo 4.2.4). Konya ilinde yapılan bir çalışmada; kadınlardan

ekonomik durumunu iyi belirten gruba göre orta/kötü belirten grubun PMS toplam puanı ile anksiyete, yorgunluk, sinirlilik, depresif düşünceler alt boyutları puanlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır (Çatakoğlu, 2016). Araştırmamızdan farklı olarak; Pinar ve arkadaşlarının (2011) çalışmasında, kadınlardaki PMS skorları gelir düzeyi yüksek olan grup ile düşük olan grup arasında anlamlı bir farklılık göstermemiştir (Pinar vd., 2011). Bakır'ın (2012) çalışmasında ise, istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte PMS'ningelir düzeyi daha fazla olan kadınlarda en yüksek oranda (%72.5) görüldüğü belirtilmiştir (Bakır, 2012). Bu sonuçlar PMS'nin gelir düzeyi farklı olan tüm kadınlarda gözlenebileceğini, görülme sıklığındagelirle birlikte diğer faktörlerin etkili olabileceğini göstermektedir.

Kadınların boy kilo indekslerine göre PMS görülme sıklığı arasında anlamlı bir ilişki gözlenmemiştir ($p > 0.05$). PMS sıklığının anlamlı olmamakla birlikte zayıf kadınlarda en düşük, fazla kilolu kadınlarda en yüksek olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4.2.5). Pinar ve arkadaşlarının (2011) çalışmasında, normal kilolu öğrencilerin PMS sıklığı anlamlı olmamakla birlikte düşük çıkmıştır (Pinar vd., 2011). Aşçı ve arkadaşlarının (2016), Cheng ve arkadaşlarının (2013), Sadler ve arkadaşlarının (2010) ve Chayachında ve arkadaşlarının (2008) çalışmasında da kadınların boy kilo indeksi, PMS görülme sıklığını anlamlı düzeyde etkilememiştir (Aşçı, Süt & Gökdemir, 2016; Cheng vd., 2013; Sadler vd., 2010; Chayachında vd., 2008). Bu çalışmaların aksine; Adewuya ve arkadaşlarının (2009) çalışmasında kilolu öğrencilerin, Işık ve arkadaşları (2016) ile Farrokh-Eslamlou ve arkadaşlarının (2015) çalışmalarında ise zayıf öğrencilerin PMS sıklığı anlamlı düzeyde daha yüksek olarak saptanmıştır. (Işık vd., 2016; Farrokh-Eslamlou vd., 2015; Adewuya vd., 2009).

Kadınların kontraseptif yöntem kullanıp kullanmamaları ve kontraseptif yöntem kullanan kadınların tercih ettikleri kontrasepsiyon yöntemleri PMS görülme durumunu etkilememektedir ($p > 0.05$) (Tablo 4.2.5). Gökçe (2006) çalışmasında, kontrasepsiyon kullanımı ve tercih edilen kontrasepsiyon yöntemleri ile PMS arasında herhangi bir anlamlı ilişki saptamamış (Gökçe, 2006), Sadler ve arkadaşları (2010) ise, hormonal kontraseptif kullanımını daha düşük premenstrual semptom prevalansı ile ilişkili bulmuştur (Sadler vd., 2010).

Araştırmamızdaki kadınlarda mevcut olan kronik rahatsızlıklar; diabetes mellitus, peptik ülser, alerjik rinit, alerji, hepatit B, hipotroidi, epilepsi, migren, hipertansiyon, reflü, demir eksikliği anemisi, hiperkolesterolemi, kalp ritim bozukluğu, over kisti, kalp yetmezliği, romatoid artrit olarak tespit edilmiştir. Bu şikayetleri olan grubun PMS bulgusu %57.3 gözlenmiş olup kronik rahatsızlık mevcudiyeti ile PMS arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmemiştir ($P > 0.05$) (Tablo 4.2.5). Tayland'da 423 hemşire ile yapılmış olan çalışmada ise, araştırma grubunda alerji, gastrit, hipotroidi, kardiyovasküler rahatsızlıklar, kas-iskelet sistemi rahatsızlıkları daha fazla gözlenmiş olup

istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte kronik rahatsızlık mevcudiyeti olan grupta PMS %25.5 oranında saptanmış, PMS'li grubun tıbbi hastalığa yakalanma eğiliminin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Chayachinda vd., 2008). Chandraratne ve Gunawerdena'nın(2011) yapmış olduğu araştırmada ise, Sri Lanka'lı adölesanlarda kronik rahatsızlık mevcudiyeti ile PMS arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki gözlenmiştir(Chandraratne & Gunawerdena, 2011). Literatür çalışmalarındaki bu farklılıklar kronik rahatsızlıkların bireylerdeki düzeyi ve kişilerin bu hastalıklarla baş etme durumlarına göre değişiklik gösteriyor olabilir.

Araştırma grubundaki PMS şikayeti mevcut olan kadınların istatistiksel olarak anlamlı düzeyde şikayetleri nedeniyle hekime başvuru oranı %64.9 ($p<0.001$), şikayetlerinde tedavi alımları ise anlamlı olmamakla birlikte %56.8'dir ($p>0.05$)(Tablo 4.2.5). Üniversite Hastanesi'nde çalışan kadınlarda yapılmış olan bir çalışmada PMS şikayeti nedeniyle doktora başvuru oranı %28.8, şikayetlerinde tedavi alımı ise %59.6 olarak bulunmuştur (Demir vd., 2006). Kayseri'de 15-49 yaş arası kadınlarda yapılmış olan bir çalışmada ise, PMS bulgusu nedeniyle hekime başvuru oranı %13.4, şikayetlerinde tedavi alımları %66.7 olarak bulunmuştur (Poyrazoğlu, 2010). Lete ve arkadaşlarının (2011) çalışmasında ise, 15-49 yaş arası PMS'li kadınların sadece %18.7'si, PMDB'li kadınların ise %25'i tedavi alımını kabul etmişlerdir (Lete vd., 2011). Premenstrual dönemde yaşadıkları şikayetler nedeniyle kadınların hekime başvuru oranının yüksek olması, sağlık alanında çalışmaları nedeniyle PMS farkındalıklarının fazlalığı, hizmete ulaşmalarının daha kolay olması ile ilgili olabilir.

Egzersiz glikoz toleransını düzenleyerek, endorfin salınımını artırarak ve katekolomin düzeyini düşürerek PMS semptomlarında iyileşme sağladığı belirtilmektedir (Daley, 2009; O'Brein vd, 2007).PMS, her gün düzenli egzersiz yapan kadınlarda %21.1, hiç egzersiz yapmayan kadınlarda %54.4 olarak gözlenmiş olupkadınların egzersiz yapma durumuyla PMS görülme sıklığı arasında anlamlı bir ilişki gözlenmiştir ($p<0.05$)(Tablo 4.2.6).Çalışmamızla paralellik gösteren çalışmalardan; Bayram (2007) çalışmasında, sporcu bayanlar ile sedanter bayanlarda görülen PMS'yi karşılaştırmış ve sporcu bayanlarda PMS'nin daha az görüldüğünü bildirmiştir (Bayram, 2007). Prior ve arkadaşları(1987), Steege ve Blumenthal(1993), Stoddard ve arkadaşları(2007) çalışmalarında, egzersiz yapan kadınlardaki PMS sıklığının azaldığını tespit etmişler, özellikle egzersiz ile PMS'li kadınların göğüslerinde hassasiyet, ağrı, gerginlik ve sıvı retansiyonu bulgularının azaldığını vurgulamışlardır (Prior, Steege ve Stoddard'dan aktaran Daley, 2009).Öğrencilerle yapılan çalışmalardan;Seedhom ve arkadaşlarının (2013) çalışmasında, sedanter öğrencilerdeki PMS sıklığı fiziksel olarak aktif öğrencilere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek görülmüştür (Seedhom, Mohammed & Mahfouz, 2013).Karaoğlu ve Taşgın'ın(2009) çalışmasında, fiziksel olarak aktif olan ve olmayan grubun PMS alt boyutlarından özellikle ağrı, iştah değişimleri ve uyku değişimleri alanlarında anlamlı derecede

farklılıklar gözlenmiştir(Karaoğlu & Taşgın, 2009). Bu çalışmalardan farklı olarak Tayland'da yapılan bir araştırmada, üreme çağındaki hemşirelerin egzersiz yapıyor olması veya hiç egzersiz yapmaması PMS görülme sıklığını etkilememiştir (Chayachinda vd., 2008). Pınar ve arkadaşlarının (2010) çalışmasında; istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte düzenli egzersiz yapmayan öğrencilerdedüzenli egzersiz yapanlara oranla 1.7 kat daha fazla PMS bulgusu gözlenmiştir (Pınar vd., 2010). Işık ve arkadaşlarının(2016) çalışmasında; istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte egzersiz yapan öğrencilerin PMS puanı egzersiz yapmayan gruba göre yüksek bulunmuştur(Işık vd., 2016). Bu çalışmaların aksine, Selçuk ve arkadaşlarının (2014) yaptığı çalışmada düzenli egzersiz yapan öğrencilerin PMSÖ toplam puan ortalaması düzenli egzersiz yapmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek çıkmıştır (Selçuk vd., 2014). Dinç'in(2010) çalışmasında ise; üniversite öğrencilerinin spor yapma durumlarına göre PMS alt boyutları karşılaştırılmış, egzersiz yapan ve yapmayan grup arasında PMS'nin anksiyete, depresif düşünceler, iştah değişimleri, uyku değişimleri alt boyutlarında anlamlı düzeyde farklılık olduğu, sinirlilik, ağrı ve şişkinlik alt boyutları arasında anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir(Dinç, 2010). Literatür bilgilerinde farklılıklar olmakla birlikte araştırma sonucumuza göre PMS semptomlarının azaltılması ve sağlıklı yaşam davranışlarının geliştirilebilmesi için kadınlar düzenli spor yapmaya teşvik edilmelidir.

Sigara neden olduğu hormon seviyesindeki değişiklikler, plazma D vitamini seviyelerinde azalma gibi pek çok etkiden ötürü PMS etyolojisinde ve semptom şiddetinin artışında suçlanmaktadır (Bertone-Johnson, Hankinson, Johnson & Manson, 2008). Sadece aktif sigara içiminin değil pasif içiminin de PMS riskini arttırdığı bildirilmiştir (Gold'dan aktaran Poyrazoğlu, 2010). Araştırmamızda sigara kullanımıyla PMS görülme sıklığı arasında anlamlı bir farklılık ($p>0.05$) olmamakla birlikte sigara kullananlarda PMS görülme oranı daha yüksektir. Bununla birlikte; çalışmamızda elde edilen ilginç bir bulgu olarak pasif sigara içiciliğine maruz kalma PMS görülme sıklığını anlamlı derecede arttırmaktadır ($p<0.05$). Her gün pasif sigara içiciliğine maruz kalan kadınlardaki PMS varlığı %91 olarak tespit edilmiştir (Tablo 4.2.6). Cheng ve arkadaşlarının (2013) çalışmasında da; şu an aktif sigara içen grup ile geçmişte sigara içme öyküsü olan grubun PMS sıklığı hiç sigara kullanmayan gruba göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemiştir(Cheng vd., 2013). Mısır'da yapılan bir çalışmada, pasif sigara içiciliğine maruz kalma ile PMS sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuş olup, PMS prevalansı pasif sigara içiciliğine maruz kalan öğrencilerde %83.5, maruz kalmayan öğrencilerde ise %66 olarak tespit edilmiştir (Sheedhom vd., 2013). Çalışmamızdan farklı olarak Bertone-Johnson ve arkadaşları (2008) çalışmalarında; sigara içen kadınlarda 2-4 yıl içinde PMS gelişme riskinin içmeyenlere oranla 2.1 kat daha fazla olduğunu, içip bırakanlarda ise bu riskin içmeyenlere göre 1.8 kat daha fazla olduğunu ortaya koymuşlardır(Berthone-Johnson vd., 2008). Choi ve arkadaşları(2010) çalışmalarında; sigara kullanan Koreli kadınlarda PMS görülme sıklığını

anlamli derecede yuksek bulmuslardir (Choi vd., 2010). Turkiye’de; Selçuk ve arkadaslarının(2014)yaptigi çalişmada, sigara kullanan öğrencilerdeki PMS toplam puan ortalamaları içmeyenlere oranla anlamli derecede yuksek tespit edilmiştir(Selçuk vd., 2014). Yapılan farklı bir çalişmada, öğrencilerdeki sigara kullanımı %26.6 bulunmuş olup; sigara kullanımıyla öğrencilerdeki PMS görülme sıklığı arasında anlamli derecede farklılık gözlenmiştir (Pinar vd., 2011).

Araştırmamızda her gün alkol tüketen kadın mevcut olmayıp, ara sıra alkol tüketen ya da hiç alkol tüketmeyen kadınlar arasında PMS görülme sıklığı açısından anlamli bir farklılık gözlenmemiştir ($p>0.05$)(Tablo 4.2.6). Bertone-Johnson ve arkadaslarının(2009) yapmiş olduğu çalişmada, alkol kullanımı ve PMS görülme sıklığı arasında anlamli bir ilişki saptanmamış olup, çok erken yaşta alkol kullanımına başlayıp çok uzun yıllar alkol tüketen kadınlarda PMS riskinin minimal olarak arttığı tespit edilmiştir(Bertone-Johnson vd., 2009). Bu bulguların aksine, Işık ve arkadaslarının(2016), Pinar ve arkadaslarının (2010) yaptıkları çalişmalarda, alkol tüketen gruptaki PMSÖ toplam puan ortalaması alkol tüketmeyen gruba göre anlamli düzeyde yuksek çıkmış, alkol kullanımının PMS gözlenme oranını anlamli derecede yükselttiği bildirilmiştir (Işık vd., 2016; Pinar, vd., 2010).Cheng ve arkadaslarının(2013) yapmiş olduğu çalişmada ise, haftada 3 kez ve üzeri alkol tüketen üniversite öğrencilerinde PMS görülme sıklığı anlamli derecede yuksek gözlenmiştir(Cheng vd., 2013). Araştırma grubumuzda elde edilen bulgu genel olarak diğer sonuçlardan farklıdır. Bu durumun kadınlar arasından alkol tüketenlerin sayısının az, tüketim sıklığının seyrek olmasıyla ilişkili olduğu düşünölmektedir.

Çalışmamızda düzenli olarak kahve ve çay tüketen kadınlarla bunları tercih etmeyen kadınlar arasında PMS görülme sıklığı açısından anlamli bir farklılık ($p>0.05$) olmamakla birlikte, her gün çay ve kahve tüketen kadınların daha yuksek PMS yaşadıkları tespit edilmiştir (Tablo 4.2.6). Araştırmamızla paralellik gösteren çalişmalardan; Cheng ve arkadaslarının(2013) çalişmasında, haftada 3 kez ve üzeri çay ve kahve tüketen kadınların PMS görülme sıklığında tüketmeyenlere oranla anlamli bir farklılık tespit edilmemiştir(Cheng vd., 2013), Demir ve arkadaslarının (2006) çalişmasında ise, çay ve kahve içme miktarı arttıkça PMS sıklığının da arttığı gözölmekle birlikte, fark istatistiksel olarak anlamli bulunmamıştır (Demir vd., 2006).Bu bulguların aksine, Kore’de yapılmış olan bir çalişmada, günlük kahve içiminin PMS sıklığını anlamli derecede yükselttiği saptanmıştır (Chayachinda vd., 2008). Amerika’da yapılmış olan bir çalişmada, premenstrual dönemde görölen ruhsal değişkenliklerin ve sinirliliğın içilen kafein ile ilişkili olduğu öne sürölmüştür (Gold vd., 2007). Turkiye’de Pinar ve arkadaslarının (2010) yapmiş olduğu çalişmada ise, günde 2 bardaktan fazla kahve tüketen PMS’li öğrencilerin yaşam kalitesi oldukça düşük gözlenmiş olup istatistiksel olarak anlamli bir farklılık tespit edilmiştir(Pinar vd., 2010). Literatür bilgilerine dayanarak

ay ve kahve tüketimeinin PMS görölmesinde rolünün olabileceği ancak konu ile ilgili daha fazla çalışmaya gereksinim olduğu söylenebilir.

Araştırma grubunda her gün düzenli olarak kola içen kadınlar ile kola tüketmeyen kadınlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmiştir ($p < 0.05$). Her gün düzenli olarak kola içen kadınlarda gözlenen PMS sıklığı tercih etmeyenlere göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (Tablo 4.2.6). Çalışmamızın aksine Bakır'ın (2012) alışmasında ve Demir ve arkadaşlarının (2006) alışmalarında kolalı içecek tüketimi ile PMS varlığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki gözlenmemiştir (Bakır, 2012; Demir vd., 2006). Aşçı ve arkadaşlarının çalışmasında (2016) ise, PMS'li öğrencilerde günde 1 bardak ve üzerinde kola içme, PMS'li olmayan öğrencilerden anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur (Aşçı vd., 2016). Karbonhidrat alımının serotonin salımını artırarak PMS semptomlarını azalttığı düşünölmektedir (Steiner, 2000). Kadınların kola içmeyi PMS semptomu ile başetme yöntemi olarak kullandıklarını bildiren çalışmalar vardır (Smith & Rubinow, 2010).

Araştırmamızda kadınların beslenme alışkanlıkları ile PMS görölme sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($p < 0.05$) (Tablo 4.2.6). PMS görölme sıklığı, her gün beslenme öğününe dikkat ederek sebze, meyve ve protein ağırlıklı gıdalar tüketen kadınlarda beslenmelerine hiçbir zaman dikkat etmeyen kadınlara oranla anlamlı derecede düşük bulunmuştur. Gökçe (2006) ise çalışmasında, beslenme ve PMS görölme sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin olmadığını bildirmiştir (Gökçe, 2006).

Tuz alımının fazla olmasının vücutta sıvı tutulmasını artırarak PMS semptomlarını arttırabileceği belirtilmektedir. Araştırma grubunun yemeklerinde tuz kullanma miktarları ile PMS görölme sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmiştir ($p < 0.05$). Yemeklerini tuzlu ve çok tuzlu yemeyi tercih eden gruptaki PMS görölme sıklığı, tuzsuz yemek yiyenlere göre oldukça yüksek tespit edilmiştir (Tablo 4.2.6). Bakır (2012) alışmasında, yemeğin tadına bakmadan tuz kullanan öğrencilerdeki PMS görölme riskini, yemeğin tadına bakmadan tuz kullanmayan öğrencilere göre 2.41 kat yüksek olarak saptamıştır (Bakır, 2012). Bu çalışmaların aksine Pınar ve arkadaşlarının (2010) alışmasında, gıdayı tatmadan tuz ilave miktarı ile PMS sıklığı arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığı bildirilmiştir (Pınar vd., 2010).

Çalışma grubunun menarş yaş ortalaması 13.35 ± 1.50 olarak hesaplanmıştır. Menarş yaşı kadınlarda PMS sıklığı ile istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ilişkili bulunmadı ($p > 0.05$) (Tablo 4.2.7). Chandraratne ve Gunawardena'nın (2011), Erbil ve arkadaşlarının (2010) ve Farrokh-Eslamlou ve arkadaşlarının (2015) alışmasında, kadınların menarş yaşının 12 yaş altı veya üstünde olması, Selçuk ve arkadaşlarının (2014) alışmasında, 14 yaş altı veya üstünde olması ve Silva ve arkadaşlarının (2008) alışmasında 11 yaş altı veya üstünde olması PMS görölme sıklığını

anlamli olarak etkilememiştir (Farrokh-Eslamlou vd., 2015; Selçuk vd., 2014; Chandraratne & Gunawardena, 2011; Erbil, Karaca & Kiriş, 2010; Silva vd., 2008). Demir ve arkadaşlarının (2006) çalışmasında ve Min'in (2002) çalışmasında ise, menarş yaşı ≤ 12 olan kadınlardaki PMS sıklığı anlamli olarak yüksek gözlenmiştir (Demir vd., 2006; Min, 2002). Bu durum hormonal faktörlerle ilişkilendirilmiştir.

Annesinde ve yakın akraba çevresinde PMS semptomları bulunan kadınlardaki, PMS sıklığı semptomları bulunmayanlara göre istatistiksel olarak anlamli düzeyde daha yüksek bulunmuştur ($p < 0.05$) (Tablo 4.2.7). Yapılan bir çalışmada, annesinde PMS hikayesi olan grubun PMS puanı PMS hikayesi olmayan gruba göre anlamli derecede yüksek çıkmıştır (Işık vd., 2016). Farklı iki çalışmada annesinde PMS bulgusu gözlenen bireylerdeki PMS prevalansları; %70 (Halbreich vd., 2006) ve %55.5 (Erbil vd., 2010) olarak bulunmayanlara göre daha yüksek oranda tespit edilmiştir. İkizlerle yapılan bir araştırmada, monozigotik ikizlerin her ikisinde PMS semptomu görülme sıklığı dizigotik ikizler ve ikiz olmayan kardeşlerden daha fazla bulunmuştur (Dalton'dan aktaran Berkman & Topuz, 2004). Araştırmada elde edilen bulgu literatürle paralellik göstermekte olup, PMS'de genetik faktörlerin etkili olduğunu göstermektedir.

Kadınlardaki menstruasyon siklus düzeni PMS görülme sıklığını istatistiksel olarak anlamli düzeyde etkilememekle birlikte ($p > 0.05$); menstruasyon siklusları düzensiz olan grupta PMS görülme oranının arttığı tespit edilmiştir (Tablo 4.2.7). Benzer şekilde Taiwan'da yapılan bir araştırmada, menstruasyon siklus düzeni PMS görülme sıklığını anlamli derecede etkilememiştir (Cheng vd., 2013). Muğla'da yapılan farklı bir çalışmada ise, düzenli menstruasyon siklusu olan öğrencilerin PMS görülme durumu anlamli olmamakla birlikte daha düşük bulunmuştur (Kırcan vd., 2012). Bunun aksine; Demir ve arkadaşlarının (2006) üreme çağındaki kadınlarla yaptığı çalışmada, Işık ve arkadaşlarının (2016), Pınar ve arkadaşlarının (2011) ve Gökçe'nin (2006) öğrencilerle yaptıkları çalışmalarda; menstruasyon siklusları düzenli olan grup ile olmayan grup arasında PMS görülme oranı anlamli derecede farklılık göstermiştir (Işık vd., 2016; Pınar vd., 2011; Demir vd. 2006; Gökçe, 2006). Bu çalışmalarda düzensiz menstrual siklusların bireylerde stres oluşturup premenstrual semptomların artmasına neden olabileceği belirtilmiştir.

Çalışmamızda kadınların menstruasyon dönemine yönelik tutumları PMS görülme sıklığını anlamli derecede etkilemektedir ($p < 0.05$). PMS görülme sıklığı, menstruasyonu doğal ve fizyolojik bir süreç olarak düşünen kadınlarda, menstruasyonu rahatsız edici ve yaşamlarını etkileyen önemli bir olay olarak düşünenlerden daha düşük bulunmuştur (Tablo 4.2.7). PMS sıklığı; menstruasyonu rahatsızlık verici bir durum olarak düşünen kadınlarda doğal ve fizyolojik bir süreç olarak düşünen kadınlara göre 2.3 kat, menstruasyonu yaşamlarını etkileyen en önemli olaylardan biri olarak düşünen kadınlarda menstruasyonun kendileri için

olup olmaması önemsiz olan kadınlara göre ise 3.022 kat daha fazladır (Tablo 4.2.9). Benzer şekilde, menstruasyon tutumuyla PMS gözlenmesiarasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ilişki bulunmuş olan Chayachında ve arkadaşları (2008) çalışmalarında, menstruasyona karşı olumlu düşüncelere sahip olan hemşirelerdeki PMS gözlenme oranını %5, negatif düşüncelere sahip olanlardaki oranı ise %65 olarak saptamışlardır (Chayachında vd., 2008). Demir ve arkadaşlarının (2006) çalışmasında, adet görmekten hoşlanmayan veya nefret eden kadınlardaki PMS sıklığı, adet dönemini doğal olarak karşılayanlara göre yüksek görülmüş olup, fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Demir vd., 2006). Yücel ve Polat (2003) çalışmalarında, PMDB'li kadınların %26.6'sının menstruasyonu 'yaşamlarındaki en kötü olaylardan biri' olarak gördüğünü, PMDB'li olmayan kadınların %70'inin menstruasyonu 'doğal ve fizyolojik bir süreç' olarak gördüklerini belirtmişlerdir (Yücel & Polat, 2003). Farklı bir çalışmada ise, menstruasyonla ilgili pozitif düşüncesi olan kadınlarda PMS semptomları görülme oranı %70, negatif tutumu olan kadınlarda ise bu oran %80'e çıkmıştır (Lee, 2002). Güneş ve arkadaşları (1997), menstruasyona karşı olumsuz düşüncelere sahip kadınlardaki PMS sıklığının 1.94 kat daha fazla olduğunu bildirmişlerdir (Güneş vd, 1997). Bu çalışmaların aksine, Şahin (2012)'in çalışmasında menstruasyon dönemine yönelik tutumun PMS sıklığını anlamlı derecede etkilemediği tespit edilmiştir (Şahin, 2012). Çalışmalar incelendiğinde, menstruasyona yönelik olumsuz düşünce ve tutumların kadınların PMS semptomlarını daha sık yaşamalarına neden olduğu görülmektedir. Bu sonuçta PMS semptomlarını daha fazla yaşayan kadınların menstruasyona yönelik olumsuz tutum geliştirmelerinin de etkili olabileceğinin değerlendirilmesi, iki yönlü bir ilişki olasılığının gözden kaçırılmaması gerekmektedir.

Araştırmamızda PMS, dismenore şikayeti olan kadınların %59.2'sinde, olmayanların %35.9'unda gözlenmiş olup dismenore şikayeti PMS sıklığını istatistiksel olarak anlamlı düzeyde etkilemiştir ($p < 0.001$) (Tablo 4.2.7). Menstrual dönemde dismenore şikayeti yaşayan kadınların şikayeti olmayanlara göre PMS semptomlarını 2.857 kat fazla yaşadıkları saptanmıştır (Tablo 4.2.9). Üreme çağındaki kadınlarla Konya'da (Çatakoğlu, 2016), Diyarbakır'da (Demir & Yıldız, 2006) ve Fransa'da (Potter vd., 2009) yapılan çalışmalarda dismenore şikayeti yaşayan kadınlar ile yaşamayan kadınlar arasındaki PMS sıklığı istatistiksel olarak anlamlı derecede farklı bulunmuştur. Tayvan'daki bir çalışmada da, istatistiksel düzeyde anlamlı olarak her siklusta dismenore şikayeti mevcut olan hemşirelerin %68.9'unda PMS semptomlarına rastlanmıştır (Chayachında vd., 2008). Niğde'deki farklı bir çalışmada, dismenore şikayeti mevcut olan kadınların PMS'nin ağrı semptomlarını şikayeti olmayan gruba göre 2.3 kat daha fazla yaşadıkları belirtilmiştir (Gökçe, 2006). Yurtdışında öğrencilerle yapılan çalışmalardan; Japonya'daki çalışmada, öğrencilerin % 85'inde dismenore şikayeti gözlenmiş olup PMS ve PMDB semptomları ile dismenore arasında anlamlı bir korelasyon bulunmuştur (Kitamura, Takeda, Koga, Nagase & Yaegashi, 2012). Sri Lanka'daki çalışmada, adolesanların %90.4'ünde dismenore şikayeti

gözlenmiş olup PMS ile dismenore arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir ilişki bulunmuştur (Chandraratne & Gunawardena, 2011). Türkiye’de öğrencilerle yapılan araştırmalardan; Muğla ilinde, dismenore şikayeti mevcut olan öğrencilerdeki PMS sıklığı %75 olarak gözlenmiş olup, dismenore şikayeti olan grubun olmayanlara göre iki kat daha fazla PMS belirtisi yaşadığı tespit edilmiştir (Kırcan vd., 2012). Dismenore şikayeti yaşayan öğrencilerde yaşamayan öğrencilere göre PMS görülme sıklığı; Burdur ilinde 1.62 kat, Malatya ilinde 1.67 kat ve Sakarya ilinde 1.565 kat daha fazla saptanmıştır (Şahin, Özdemir & Ünsal, 2014; Bakır, 2012; Güneş vd., 1997). Dismenore ve PMS’nin prostoglandinlerin rolüyle biyokimyasal etyolojilerinin benzer olması ve psikososyal faktörlerden ikisinin de etkilenmesinden ötürü dismenore şikayetinin PMS’yi tetiklediği ve daha sık PMS bulgusu yaşanmasına sebep olduğu belirtilmektedir (Kitamura vd., 2012).

Kadınların premenstrual dönem şikayetleri arasında unlu-tatlı yiyecekler yeme isteği (%23.5), kendini şişmiş hissetme (%22.9) ve göğüslerin en ufak dokunmaya duyarlı olması (%21.3) bulguları ilk sıralarda yer alıyordu (Tablo 4.2.2). Tayland’da yapılan bir çalışmada hemşireler PMS semptomlarından en sık; sinirlilik (%18), yeme isteği (%32), göğüslerde hassasiyet (%22) ve şişkinlik (%21) bulgularını yaşıyorlardı (Chayachinda vd., 2008). Nijerya’da öğrencilerle yapılan bir araştırmada PMS semptomlarından; göğüslerde hassasiyet (%35.5), uykusuzluk (%15.6), günlük aktivitelere ilgisizlik (%15.4), tat değişimleri (%13.2) bulguları (Adewuya vd., 2009), İspanya’da 15-49 yaş arası kadınlarla yapılan bir çalışmada göğüslerde hassasiyet (%81.6), sinirlilik (%53) ve ağlamaklı ruh hali (%48.7) bulguları (Duenas vd., 2011) ve Çin’de 18-45 yaş arası kadınlarla yapılan farklı bir çalışmada ise sinirlilik (%91.21), göğüslerde hassasiyet (%77.62), depresyon (%68.31), öfke kontrolünde güçlük çekme (%59.62), abdominal şişkinlik (%63.70) bulguları (Qiao vd., 2012) ilk sıralarda gözlenmiştir. Almanya’nın Münich bölgesinde yapılan çalışmada en sık gözlenen PMS semptomları; fiziksel şikayetler (%44.9), yorgunluk (%36.6), deprese ruh hali (%31.4) ve yeme isteği (%30.4) olarak tespit edilmiştir (Wittchen’den aktaran Tschudin vd., 2010). Türkiye’de yapılan çalışmalardan; Diyarbakır ilindeki 19-49 yaş grubundaki kadınların %72.4’ünde bel ağrısı, %72.4’ünde gerginlik-huzursuzluk, %72.4’ünde sinirlilik-öfke, %70.9’unda karında şişkinlik bulgusu ilk sıralarda gözlenmiştir (Demir vd., 2006). İzmir ilindeki 15-49 yaş grubundaki kadınlarda en sık rastlanan bulgular; memede hassasiyet (%52.6), yorgunluk (%48.2), ödem (%46.8) ve bel ağrısı (%44.6) olmuştur (Kebaçılar vd., 2012). Ordu ilindeki PMS şikayeti olan öğrencilerin %68.3’ünde iştahta değişiklik, %65.7’sinde sinirlilik, %65.3’ünde şişkinlik, %47.7’sinde yorgunluk, %61.7’sinde ağrı, %51.3’ünde depresif duygular, %46.7’sinde uyku alışkanlığında değişiklik, %34’ünde depresif düşünceler ve %56’sında anksiyete bulguları gözlenmiştir (Erbil vd., 2010). Çanakkale ilinde yapılmış olan farklı bir çalışmada ise; premenstrual dönemde öğrencilerin %78’i huzursuzluk, karamsarlık, sinirlilik, %40’ı baş ağrısı, kasık-karın ağrısı, %25’i

göğüslerde hassasiyet yaşadıklarını belirtilmişlerdir (Serbest'ten aktaran Kırcan vd., 2012). Araştırma bulguları ile literatür çalışmaları paralellik göstermekte olup farklı çalışmalardan elde edilen sonuçlar PMS semptomlarının kişiden kişiye değişkenlikler gösterse de genellikle benzerlik gösterdiğini, gözlenen fiziksel ve ruhsal semptomların meslek, yaş ve yaşanan ülke farklılıklarından etkilenmediği söylenebilir.

Araştırmamızdaki kadınların PMSÖ puan ortalaması 111.42 ± 35.88 'dir. Alt gruplarının puan ortalamaları en yüksek puandan en düşük puana sırasıyla; depresif duygulanım 16.85 ± 6.75 , yorgunluk 16.29 ± 6.07 , depresif düşünceler 14.89 ± 6.77 , sinirlilik 14.51 ± 5.68 , anksiyete 13.13 ± 5.51 , şişkinlik 9.75 ± 3.58 , iştah değişimleri 9.63 ± 3.70 , ağrı 8.44 ± 3.54 , uyku değişimleri 7.9 ± 3.56 olarak hesaplanmıştır. Ölçeğe göre kadınlarda PMS varlığı %51 olup, en sık görülen semptom yoğunluğunun şişkinlik (% 71.7), iştah değişimleri (%71.3) ve sinirlilik (%61.9) alt alanlarında olduğu bulunmuştur (Tablo 4.2.3). Çatakoğlu'nun(2016) çalışmasında, kadınların PMSÖ puan ortalaması 110.8 ± 32.3 olarak saptanmış, en yüksek alt boyut puan ortalaması 17.4 ± 5.7 ile yorgunluk alt boyutunda, en düşük puan ortalaması ise 7.9 ± 3.2 ile benzer şekilde uyku değişimi alt boyutunda tespit edilmiştir (Çatakoğlu, 2016). Poyrazoğlu'nun(2010) yapmış olduğu çalışmada ise, kadınlardaki PMSÖ puan ortalaması 102.9 ± 35.1 olarak hesaplanmış, sinirlilik (%50.3), yorgunluk (%49.7) ve iştah değişikliği (%49.5) alt boyutları en sık şikayetlerin yaşandığı alt boyutlar olarak bulunmuştur (Poyrazoğlu, 2010). Öğrencilerle yapılmış olan çalışmalardan; Selçuk ve arkadaşlarının (2014) çalışmasında, PMSÖ puan ortalaması 110.49 ± 32.62 olup yakınmalar en sık; şişkinlik (%63.6), sinirlilik (%63.6) ve iştah değişimleri (%64.1) semptomlarını kapsayan alt boyutlardagözlenmiştir (Selçuk vd., 2014). Bakır'ın(2012) çalışmasında, PMSÖ puan ortalaması 121.30 ± 34.02 ve alt grupların en yüksek puan ortalamaları ise çalışmamızda olduğu gibi sırasıyla; depresif duygulanım 20.32 ± 6.54 , yorgunluk 18.19 ± 5.90 ve depresif düşünceler 16.63 ± 7.03 olarak tespit edilmiştir (Bakır, 2012). PMSÖ puan ortalaması; Pinar ve arkadaşlarının(2010) çalışmasında 128.19 ± 33.93 , Erbil ve arkadaşlarının (2010) çalışmasında ise 112.27 ± 31 olarak tespit edilmiş olup Erbil ve arkadaşlarının çalışmasında (2010) öğrencilerde en sık iştah değişimleri (%68.3), sinirlilik (%65.7) ve şişkinlik (%65.3) alt boyutları gözlenmiştir (Pinar vd. 2010; Erbil vd., 2010). Çalışmamızda belirlenen PMSÖ toplam puan ve alt boyutların puan ortalamaları sıralaması literatür bulguları ile uyum göstermektedir.

Araştırmamızda PMS bulgusu gözlenmeyen ve gözlenen kadınlardaki Yaşam Kalitesi Ölçeği alt boyutları, puan ortalamalarına göre sırasıyla; ulusal alan, fiziksel sağlık, psikolojik sağlık, çevre alanı ve sosyal ilişkiler olarak saptanmıştır. PMS görülme durumuna göre, tüm alt boyut puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermiş olup tüm alt boyut puan ortalamaları daha düşük olarak tespit edilmiştir ($p < 0.001$) (Tablo 4.3.3). Pinar ve arkadaşlarının (2010) çalışmasında, PMS'li öğrencilerdeki Yaşam Kalitesi Ölçeği alt boyutları, puan

ortalamlarına göre sırasıyla; fiziksel sağlık, psikolojik sağlık, sosyal ilişkiler ve çevre alanı olarak belirlenmiştir. PMS puan ortalamaları arttıkça genel yaşam kalitesi ile birlikte fiziksel sağlık ve çevre alanı boyutlarındaki yaşam kalitesinin azaldığı tespit edilmiştir(Pınar vd., 2010). Işık ve arkadaşlarının (2016) yapmış olduğu çalışmada, öğrencilerin PMS bulgularını yaşamama veya bulguları az, orta ve şiddetli yaşama durumlarına göre PMS ile Yaşam Kalitesi Ölçeği alt boyut puanları arasındaki farklılık incelenmiş, ölçeğin emosyonel rol kısıtlılığı alt boyutu dışındaki tüm alt boyutları puan ortalamalarının PMS görülme durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği bulunmuştur (Işık vd., 2016). Şahin ve arkadaşlarının (2014) ve Nisar ve arkadaşlarının (2008) yapmış oldukları çalışmalarda, PMS'li öğrencilerin Yaşam Kalitesi Ölçeği alt boyutlarının tümünün puan ortalamaları, PMS'li olmayan öğrencilere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük tespit edilmiştir (Şahin vd., 2014; Nisar vd., 2008). Al-Batanony ve Al-Nohair'in (2014) üniversite öğrencileriyle yapmış olduğu çalışmada, PMS'li öğrencilerin Yaşam Kalitesi Ölçeği alt boyutlarından fiziksel sağlık alt boyutu dışındaki tüm alt boyutlarının puan ortalamaları PMS bulgusu gözlenmeyen gruba göre istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük bulunmuştur(Al-Batanony & Al-Nohair, 2014). Kırca ve arkadaşlarının(2012) yapmış olduğu çalışmada, PMS semptomları gözlenen öğrencilerin Yaşam Kalitesi Ölçeği alt boyutlarından fiziksel rol kısıtlılığı, emosyonel rol kısıtlılığı, mental sağlık, vitalite bulguları ile sağlığın genel algılanma durumlarının daha kötü olduğu, fiziksel fonksiyon, sosyal fonksiyon ve ağrı algılama durumları bakımından PMS gözlenen grup ile görülmeyen grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı tespit edilmiştir (Kırca vd., 2012).Tahran'da yapılan bir çalışmada; PMS'li adölesanların Yaşam Kalitesi Ölçeği tüm alt boyutlarının puan ortalamaları PMS'li olmayan öğrencilere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük olarak bulunmuştur. Çalışmada semptomları şiddetli yaşayan adölesanların psikolojik sağlık alt boyutu puan ortalaması semptomları şiddetli yaşamayanlara oranla anlamlı derecede düşük gözlenmiştir (Taghizadeh vd., 2008). Bu çalışmaların aksine; Prungsın & Taneepanichskul (2016) ve Farrokh-Eslamlou ve arkadaşları (2015) çalışmalarında, PMS varlığına göre Yaşam Kalitesi Ölçeği alt boyutları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptamamışlardır(Prungsın & Taneepanichskul 2016; Farrokh-Eslamlou vd., 2015). Çalışmalarında yaşam kalitesi ölçeklerini örnek olarak oluşturdukları ölçütü kullanan Chandraratne & Gunawardena (2011), PMS'nin öğrencilerin günlük yaşantılarını, sosyal aktivitelerini ve ikili ilişkilerini istatistiksel olarak anlamlı düzeyde etkilediğini tespit etmişlerdir (Chandraratne & Gunawardena, 2011).PMS endişe, gerginlik ve kişilerarası çatışmaya yol açar, sonucunda yaşam kalitesi düşer. Araştırmamız literatür bulgularının birçoğu ile paralellik göstermekte olup PMS'nin yaşam kalitesini olumsuz etkilediği görülmektedir.

6.SONUÇ ve ÖNERİLER

6.1.Sonuç

Araştırma kapsamına alınan kadınların %24.8'inin 30-34 yaş aralığında olduğu, %61.2'sinin evli olduğu, %47.5'inin hemşire olduğu, %67.3'ünün gelir düzeyini orta olarak değerlendirdiği, %64.6'sının dismenore şikayeti yaşadığı, %73.3'ünün düzensiz menstruasyon siklusunun olduğu ve %66.7'sinin menstruasyonu doğal ve fizyolojik bir süreç olarak düşündüğü saptanmıştır.

Kadınların %50.8'inin kontraseptif yöntem kullandığı, %15.8'inin kronik rahatsızlığının mevcut olduğu, %25.8'inin premenstrual dönemde yaşadıkları şikayetlerden hekime başvurduğu gözlenmiştir.

Araştırma grubunun %59'u hiç egzersiz yapmamakta, %27.3'ü sigara içmekte, düzenli olarak günlük %61.9'u kahve, %81.3'ü çay içmekte ve %15.6'sı beslenmesine hiçbir zaman dikkat etmemektedir.

Araştırmamızdaki kadınlarda PMS %51 oranında gözlenmiştir. Premenstrual dönemde sürekli olarak yaşanan ve en sık görülen semptomlardan; unlu-tatlı yiyecekler yeme isteği, kendini şişmiş hissetme ve göğüslerin en ufak dokunmaya duyarlı olması ilk sıralarda yer almıştır.

Kadınların PMSÖ ölçeğinden 111.42 ± 35.88 puan aldığı, en sık görülen semptom yoğunluğunun şişkinlik, iştah değişimleri ve sinirlilik alt boyutlarında olduğu belirlenmiştir.

Yaş gruplarına, medeni duruma ve mesleğe göre PMS sıklığı farklılık göstermemiş olup öğrenim durumu ve gelir düzeyi düşük olan grup ile gelir düzeyini düşük olarak belirten kadınlarda PMS sıklığı daha yüksek oranda gözlenmiştir.

Kontraseptif yöntem kullanımı, seçilen kontraseptif yöntem, kronik rahatsızlık mevcudiyeti, sürekli ilaç kullanımı ve premenstrual dönem şikayetlerinde tedavi alımı PMS görülme sıklığını etkilememişken, premenstrual dönem şikayetlerinde hekime başvuru oranı PMS'li kadınlarda PMS gözlenmeyen kadınlara göre daha yüksektir.

Ara sıra alkol tüketen, düzenli olarak günlük çay-kahve içen ve sigara kullanan kadınlardaki PMS sıklığının, bu ürünleri nadiren tercih eden ya da hiç tercih etmeyen kadınlara göre herhangi bir farklılık göstermediği belirlenmiştir. Pasif sigara içiciliğine maruz kalmayan, kola içmeyen, çikolata yemeyen, hergün düzenli olarak egzersiz yapan, günlük belli oranda protein, sebze ve meyve ağırlıklı gıdalarla beslenen ve yemeklerini az tuzlu tercih eden kadınlardaki PMS sıklığının ise diğer kadınlara göre anlamlı olarak düşük olduğu saptanmıştır.

Kadınlarda menarş yaşı ve menstrual siklus düzeni PMS sıklığı üzerinde anlamlı olarak etkili olmamakla birlikte menarş yaşı 12'den büyük olan kadınlarda ve düzensiz siklus yaşayanlarda PMS görülme oranı daha yüksek orandadır. Menstruasyon olayını yaşamlarını etkileyen en önemli olaylardan biri olarak gören, annesinde premenstrual dönemle ilgili sıkıntı gözlenenve dismenore sorunu yaşayan kadınlarda PMS görülme sıklığı anlamlı olarak yüksek çıkmıştır.

Lojistik regresyon analizine göre;PMS semptomlarını menstruasyonda dismenore şikayeti olan kadınlar olmayanlara göre 2.857 kat, menstruasyonu rahatsızlık verici bir durum olarak düşünen kadınlar doğal ve fizyolojik bir süreç olarak düşünen kadınlara göre 2.3 kat, menstruasyonu yaşamlarını etkileyen en önemli olaylardan biri olarak düşünen kadınlar menstruasyonun kendileri için olup olmaması önemsiz olan kadınlara göre ise 3.022 kat daha fazla yaşamaktadır. Ayrıca PMS semptomlarını hekimlere göre ebeler 3.46 kat, sekreterler 1.157 kat daha fazla yaşamaktadırlar.

PMSÖ alt boyut puanları ile yaşam kalitesi ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönde bir ilişki bulunmuş olup kadınların Premenstrual Sendrom Ölçeği tüm alt boyutlarının puanları arttıkça Yaşam Kalitesi Ölçeği puanları düşmektedir.

Araştırmaya katılan kadınlarınYaşam kalitesi ölçeği alt boyutlarından; ulusal alan alt boyutunun en yüksek puan ortalamasına, sosyal alan alt boyutunun ise en düşük puan ortalamasına sahip olduğu görülmüştür. PMS'li kadınlarda da Yaşam Kalitesi Ölçeği ulusal alan alt boyutunun en yüksek, sosyal alan alt boyutunun en düşük puan ortalamasına sahip olduğu bununla birlikte tüm alt boyut puan ortalamalarının ise anlamlı olarak diğer kadınlara oranla daha düşük olduğu saptanmıştır. PMSIS ölçeği toplam puanı ise PMS'li kadınlarda anlamlı olarak diğer kadınlara oranla daha yüksek tespit edilmiştir.

6.2.Öneriler

PMS adölesan dönemde başlayıp, üreme siklusu boyunca devam etmesi nedeniyle kadın sağlığı açısından önemli bir olaydır. Adölesan dönemden itibaren ele alınması üreme çağı süresince ortaya çıkabilecek tüm psikolojik ve ekonomik kayıpları azaltabilir. Çalışma bulgularımız doğrultusunda aşağıdaki önerilerde bulunulmuştur.

- PMS çalışan kadınlarda yaygındır. Bu nedenle çalışan kadınlarda PMS taramalarının yapılmasına ve hemşireler tarafından farkındalıklarını artıracak eğitim programlarının düzenlenmesine ihtiyaç vardır.

- Ailesinde PMS öyküsü olanların, dismenore şikayeti yaşayanların ve menstruasyona yönelik olumsuz tutumu olan kadınların PMS riski açısından daha yakından takip edilmeleri gerekir.

•Çalışan kadınlarda PMS yaşanması, yaşam kalitesinin azalmasına neden olmakta, iş ortamlarıyla ilgili sorunlara, iş verimliliğinin azalmasına ve ekonomik kayıplara yol açabilmektedir. Bu nedenle PMS sorunu olan kadınların saptanarak tedaviye yönlendirilmeleri ve uygun tedaviyi almalarının sağlanması önemlidir.

•Araştırmacılar tarafından, üreme çağındaki ve farklı meslek grubundaki kadınlarda PMS prevalansı ve risk faktörlerinin belirlenmesine yönelik daha kapsamlı ve nitel çalışmaların yapılması önerilmektedir.

•PMS'li kadınlarda yaşam kalitesini arttırmaya yönelik yöntemlerin kullanımının yaygınlaştırılması ve geliştirilmesine yönelik çalışmaların yapılması önemlidir.



7.KAYNAKLAR

- Adewuya, O. A., Loto, M. O., &Adewumi, A. T. (2009). Pattern and Correlates of Premenstrual Symptomatology Amongst Nigerian University Students. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*. 30(2): 127-132.
doi: 10.1080/01674820802545446
- Adıgüzel, H., Taşkın, O., &Danacı, A. E. (2007). *Manisa İlinde Premenstrüel Sendrom Belirti Örüntüsü ve Belirti Yaygınlığının Araştırılması*. Türk Psikiyatri Dergisi, 18(2);1-8.
- Al-Batanony, A. M., AL-Nohair, F. S. (2014). Prevalence ofPremenstrual Syndrome and Its Impact on Quality of Life Among University Medical Students, Al Qassim University, KSA.*Public Health Research*, 4(1): 1-6.
doi: 10.5923/j.pht.20140401.01
- Angst, J., Sellaro, R., Merikangas, R.K., &Endicott, J. (2001). The Epidemiology of Premenstrual Psychological Symtoms. *Acta Psychiatr Scand*; 104(2):110-116.
doi: 10.1034/j.1600-0447.2001.00412.x
- Aşçı, Ö., Süt K.H., & Gökdemir F. (2016). *Üniversite Öğrencilerinde Premenstrüel Sendrom Prevalansı ve Risk Faktörleri*. DEUHFED. 9(3), 79-87
- Ayhan, A., Durukan, T., Günalp, S., Gürgan, T., Önderoğlu, L. S., Yaralı, H., &Yüce,K. (2008). *Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi*. Güneş Tıp Kitapevleri. Ankara, 851-863.
- Bahamondes, L., Egüez, S. C., Pons, J. E., &Shulman, L. (2007). Perspective on Premenstrual Syndrome/Premenstrual Dysphoric Disorder. *Dis Manager Health Outcomes*.15(5): 263-277.
- Baker, J. I., O'Brien, S. M. P. (2012). Premenstrual Syndrome (PMS): A Peri Menopozal Perspective. *Maturitas*.72: 121-125.
doi: 10.1016/j.maturitas.2012.03.007
- Bakır, N. (2012). *Üniversite Öğrencilerinde Premenstrual Sendrom ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Arasındaki İlişki*, Yüksek Lisans Tezi, Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü,Antalya.
- Bakshani, N., Hasanzadeh, Z., &Raghibi, M. (2012). Prevalance of Premenstrual Symptoms and Premenstrual Dysphoric Disorder Among Adolescents Students of Zahedan. *Zahedan Journal of Research in Medical Sciences*. 13: 29-34.

KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam ediyor)

- Bayram, O.G. (2007). *Sporcuların Premenstrual Sendrom Yönünden Sedanter Bayanlarla Karşılaştırılması*. Bakırköy Tıp Dergisi. 3(3):104-110.
- Berkman, S., Topuz, S. (2004). *Jinekoloji*. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri, İstanbul, 41-49.
- Bertone-Johnson, E. R., Hankinson, S. E., Johnson, S. R., & Manson, J. E. (2009). Timing of Alcohol Use and the Incidence of Premenstrual Syndrome and Probable Premenstrual Dysphoric Disorder. *Mary Ann Liebert, Inc. 18*(12). doi: 10.1089/jwh.2009.1468.
- Bertone-Johnson, E. R. , Hankinson, S. E. , Johnson, S. R. , & Manson, J. E. (2008). Cigarette Smoking and The Development of Premenstrual Syndrome. *Am J Epidemiol. 15*: 938-945. doi: 10.1093/aje/kwn194
- Bianci-Demicheli, F., Petignat, P., & Sekoranja, L. (2004). Benefits of Exercise for Premenstrual Syndrome: A Review. *International Sportmed Journal. 5*(1): 26-36.
- Bolsoy, N. (2008). Perimenstrüel Distresin Hafifletilmesinde Refleksolojinin Etkinliğinin İncelenmesi, Doktora Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
- Borenstein, JE, Dean, BB, & Edicott, J. (2003). Health and Economic Impact of The Premenstrual Syndrome. *Journal of Reproductive Medicine. 48*: 515-524.
- Bosarge, P. M. (2003). Understanding and Treating PMS/PMDD. *Nursing Management. 5*: 13-17.
- Braverman, P. K. (2007). Premenstrual Syndrome and Premenstrual Dysphoric Disorder. *J Pediatr Adolesc Gynecol; 20*(1):3-12.
- Brice, A., Chasuk, R., & Kendall, S. (2009). Which Complementary Therapies Can Help Patients with PMS?. *The Journal of Family Practice. 58*(10).
- Chandraratne, K. N., Gunawardena, S. N. (2011). Premenstrual Syndrome: The Experience from a Sample of Sri Lankan Adolescents. *North American Society for Pediatric and Adolescent Gynecology*. doi:10-1016/j.jpag.2011.05.010

KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam ediyor)

- Chayachinda, C., Rattanachaiyanont, M., Phattharayuttawat, S., & Kooptiwoot, S. (2008). Premenstrual Syndrome in Thai Nurses. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*. 29(3): 199-205.
doi: 10.1080/01674820801970306
- Cheng, H. S., Shih, C. C., Yang, K. Y., Chen, K., Chang, H. Y., & Yang, C. Y. (2013). Factors Associated with Premenstrual Syndrome-A Survey of New Female University Students. *Kaohsiung Journal of Medical Sciences*. 29: 100-105.
doi:10.1016/j.kjms.2012.08.017
- Chocano-Bedoya, O. P., Manson, E. J., Hankinson, E. S., Johnson, R. S., Chasan-Taber, L., Ronnenberg, A., Bigelow, C., & Bertone-Johnson, R. E. (2013). Intake of Selected Minerals and Risk of Premenstrual Syndrome. *Am J Epidemiol*. 177(10):1118-1127.
doi: 10.1093/aje/kws363
- Choi, D., Lee, D. Y., Lehert, P., Lee, I. S., Kim, S. H., & Dennerstein, L. (2010). The Impact of Premenstrual Symptoms on Activities of Daily Life in Korean Women. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*. 31(1): 10-15.
doi: 10.3109/01674820903573920
- Chou, B. Y. P., Morse, A. C. (2005). Understanding Premenstrual Syndrome From a Chinese Medicine. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 2005; 11(2): 355-361.
- Chuong, C. J., Dawson, E. B. (1994). Zinc and Copper Levels in Premenstrual Syndrome. *Fertil Steril*, 62 (2):313-320.
- Cohen, L. S., Soares, C. N., Otto, M. W., Sweeney, B. H. & Liberman, R. F. (2002). Prevalence and Predictors of Premenstrual Dysphoric Disorder in Older Premenopausal Women. The Harvard Study of Moods and Cycles. *J Affective Disorder*; 70(2):125-132.
- Cornish, S., Mehl-Madrona, L. (2008). The Role of Vitamins and Minerals in Psychiatry. *Integrative Medicine Insights* 2008:3 33-42.
- Cunningham, J., Yonkers, K. A., O'Brein, S., & Eriksson, E. (2009). Update on Research and Treatment of Premenstrual Dysphoric Disorder. *Harv. Rev. Psychiatry*.
doi: 10.1080/10673220902891836

KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam ediyor)

- Çatakoğlu, H. (2016). 25 Yaş Üstü Kadınlarda Premenstrual Sendrom Görülme Sıklığı ve İlişkili Faktörler, Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Konya.
- Çiçekçi, N. M., Akyürek, C., Çelik, Ç., & Haberal, A. (2006). *Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi*, Güneş Kitapevi, Ankara. 1007-1013.
- Daley, A. (2009). Exercise and Premenstrual Symptomatology: A Comprehensive Review. *Journal of Women's Health* 18(6). Mary Ann Liebert, Inc.
doi: 10.1089/jwh.2008.1098
- Danno, K., Colas, A., Terzan, L., & Bordet, F. M. (2013). Homeopathic Treatment of Premenstrual Syndrome: A case Series. *Homeopathy* 102: 59-65.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.homp.2012.10.004>
- Delara, M., Ghofranipour, F., Azadfallah, P., Tavafian, S. S., Kazemnejad, A., & Montazeri, A. (2012). Health Related Quality of Life Among Adolescents with Premenstrual Disorders: A Cross Sectional Study. *Health and Quality of Life Outcomes*. 10: 1.
<http://www.hqlo.com/content/10/1/1>
- Deligiannidis, M. K., Freeman P. M. (2010). Complementary and Alternative Medicine For The Treatment of Depressive Disorders in Women. *Psychiatr Clin N*. 441-463.
- Demir, B., Algül, Y. L., & Güvendağ Güven S. E. (2006). *Sağlık Çalışanlarında Premenstrual Sendrom İnsidansı ve Etkileyen Faktörlerin Araştırılması*. Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi. 3: 262- 270.
- Di Giulio, G., Reissing, E. (2006). Premenstrual Dysphoric Disorder: Prevalence, Diagnostic Considerations, and Controversies. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*. 27(4): 201-210.
doi: 10.1080/01674820600747269
- Dinç, Ö. (2010). Üniversite Öğrencilerinin Premenstrual Sendrom Düzeylerinin İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Karaman.
- Duenas, L. J., Lete, I., Bermejo, R., Arbat, A., Perez-Campos, E., Martinez-Salmean, J., Serrano, I., Doval, L.J., & Coll, C. (2011). Prevalence of Premenstrual Syndrome and Premenstrual Dysphoric Disorder in a Representative Cohort of Spanish Women of Fertile Age. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* 156: 72-77.
doi:10.1016/j.ejogrb.2010.12.013

KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam ediyor)

- Eğicioğlu, H. (2008). Üreme Çağındaki Kadınlara Premenstrual Sendromun Yaşam Kalitesine Etkisinin Araştırılması, Yüksek Lisans Tezi, Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Afyonkarahisar.
- Engin, Y., Üstün, Y., Gürdal, H., & Güngör, M. (2005). *Serotonergic Activity and the Beck Depression Inventory in the Premenstrual Syndrome*. *Journal of Reprod Med*. 50(5): 327-331.
- Erbil, N., Karaca, A., & Kırış, T. (2010) *Investigation of Premenstrual Syndrome and Contributing Factors Among University Students*. *Turk J Med Sci*. 40(4):565-573.
- Farrokh-Eslamlou, H., Oshnouei, S., Heshmatian, B. , & Akbari, E. (2015). Premenstrual Syndrome and Quality of Life in Iranian Medical Students. *Sexual & Reproductive Healthcare* 6: 23-27.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.srhc.2014.06.009>
- Frackiewicz, E. J., Shiovitz, T. M. (2001). Evaluation and Management of Premenstrual Syndrome and Premenstrual Dysphoric Disorder. *J American Pharmaceutical Association*. 41(3): 437-447.
- Freeman, W. E., Halbreich, U., Grubb, S. G., Rapkin, J. A., Skouby, O. S., Smith, L., Mirkin, S., & Constantine, D.G. (2012). An Overview of Four Studies of Continuous Oral Contraceptive (Levonorgestrel 90 mcg/ Ethinyl Estradiol 20 mcg) on Premenstrual Dysphoric Disorder and Premenstrual Syndrome. *Contraception* 85. 437-445.
doi: 10.1016/j.contraception.2011.09.010
- Gençdoğan, B. (2006). *Premenstrual Sendrom İçin Yeni Bir Ölçek*. *Türkiye’de Psikiyatri*. 8(2), 81-87.
- Girman, A., Lee, R. & Kligler, B. (2003). An Integrative Medicine Approach to Premenstrual Syndrome. *Journal of Obstetric Gynecology*, 188(5):56-64.
- Gold, E. B., Bair, Y., Block, G., Greendale A. G., Harlow, D. S., Johnson S., Kravitz H. M., Rasor O. R., Siddiqui, A., Sternfeld B., Utts, J., & Zhang G. (2007). Diet and Lifestyle Factors Associated with Premenstrual Symptoms in a Racially Diverse Community Sample; Study of Women’s Health Across the Nation (SWAN). *J. Womens Health (Larchmt)*. 16: 641-656.
doi: 10.1089/jwh.2006.0202.

KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam ediyor)

- Gollenberg, L. A., Hediger, L. M., Mumford, L. S., Whitcomb, W. B., Hovey, M. K., Wactawski-Wende, J., & Schisterman, F. E. (2010). Perceived Stress and Severity of Perimenstrual Symptoms: The BioCycle Study. *Journal of Women's Health*.19(5). Mary Ann Liebert Inc.
doi: 10.1089/jwh.2009.1717
- Gonda, X., Fountoulakis, N. K., Csukly, G., Telek, T., Pap, D., Rihmer, Z., & Bagdy, G. (2010). Association of a Trait-like Bias Towards the Perception of Negative Subjective Life Event with Risk of Developing Premenstrual Symptoms. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry* 34: 500-505.
doi: 10.1016/j.pnpbp.2010.02.004
- Gökçe, G. (2006). Bir Grup Çalışan Kadında Premenstrual Semptom Görülme Sıklığı ve Etkileyen Faktörler, Yüksek Lisans Tezi, Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Mersin.
- Grey, G. R. (2008). PMS-Proof Your Diet. *Self*. New York: 30(8): 90
- Güler, T. O., Ataç, T., Yaycı, E., Çetin, A., & Çetin, M. (2015). *Validation of Turkish Version of Premenstrual Symptoms Impact Survey (PMSIS) for Assessing Status of Premenstrual Sendrom in Women of Reproductive Age*. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*.16: 205-211.
- Günel, G. S., Tunç, Z. S. (2004). *Kadın Hastalıkları ve Doğum, Tanı ve Tedavi*, Pelikan Yayınları 1.Baskı, 390-494.
- Güneş, G., Pehlivan, E., Genç, M. & Eğri M. (1997). *Malatya'da Lise Öğrencilerinde Premenstrual Sendrom Sıklığı*. *Journal of Turgut Özal Medical Center*. 4(4).
- Halbreich, U. (2004). The Diagnosis of Premenstrual Syndromes and Premenstrual Dysphoric Disorder—Clinical Procedures and Research Perspectives. *Gynecol Endocrinol*. 19: 320-334.
doi: 10.1080/0951590400018215
- Halbreich, U., Backstrom, T., Ericksson, E., O'Brein, S., Calil, H., Ceskova, E., Dennerstein, L., Douki, S., Freeman, E., Genazzani, A., Heuser, I., Kadri, N., Rapkin, A., Steiner, M., Wittchen, H. U., & Yonkers, K. (2007). Clinical Diagnostic Criteria for Premenstrual Syndrome and Guidelines for Their Quantification for Research studies. *Gynecological Endocrinology*. 23(3): 123-130.
doi: 10.1080/09513590601167969

KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam ediyor)

- Halbreich, U., O'Brein, S., Eriksson, E., Bäckström, T., Yonkers, K. A., Freeman, & E. W. (2006). Are There Differential Symptom Profiles That Improve in Response to Different Pharmacological Treatments of Premenstrual Syndrome/Premenstrual Dysphoric Disorder? *CNS Drugs*. 20(7): 523-547.
- Hsiao, M. C., Liu, K. C., Chen, K. C., & Hsieh, T. T. (2002). Characteristics of Women Seeking Treatment for Premenstrual Syndrome in Taiwan. *Acta Psychiatr Scand*. 106: 150-155.
- İşık, H., Ergöl, Ş., Aynioğlu, Ö., Şahbaz, A., Kuzu, A., & Uzun, M. (2016). *Premenstrual Syndrome and Life Quality in Turkish Health Science Students*. Turk J Med Sci. 46: 695-701 © TÜBİTAK.
doi: 10.3906/sag-1504-140
- İltemir Duvan, C., Cumaoglu, A., Öztürk Turhan, N., Karasu, C. & Kafali, H. (2010). *Oxidant/Antioxidant Status in Premenstrual Syndrome*. Arch Gynecol Obstet.
doi: 10.1007/s00404-009-1347-y
- İnce, N. (2001). *Adolesan Dönemde Premenstruel Sendrom*. Türkiye Klinik Tıp Bilimleri, 21(5): 369-373.
- Jang, H.S., Kim, D., & Choi, M. S. (2014). Effects and Treatment Methods of Acupuncture and Herbal Medicine for Premenstrual Syndrome/Premenstrual Dysphoric Disorder: Systematic Review. *Complementary and Alternative Medicine*. 14:11.
<http://www.biomedcentral.com/1472-6882/14/11>
- Johnson, L. T., Fahey, W. J. (2012). Black Cohosh: Coming Full Circle? *Journal of Ethnopharmacology*. 141:775-779.
doi:10.1016/j.jep.2012.03.050
- Karaoğlu, N., Taşgın, O. (2009). *Premenstrual Syndrome in Physically Active and Inactive University Students*. E-Journal of New World Sciences Academy. 4(2). Article Number: 2B0011.
- Kartal, M., Mıdık, Ö., & Büyükkakkuş, A. (2012). *Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğrencilerinde Sigara Kullanımı ve Yaşam Kalitelerine Etkisi*. Türkiye Toraks Dergisi. 13: 11-17.
- Kashanimi, L., Saedi, N., & Akhondzadeh, S. (2010). Femicomfort in the Treatment of Premenstrual Syndromes: A Double-Blind, Randomized and Placebo Controlled Trial. *Iran J Psychiatry*. 5:2:47-50.

KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam ediyor)

- Kebapçılar, G. A., Caner, E. C., Başoğul, Ö., & Okan G. (2012). *İzmir Ege Doğumevi ve Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Hastalarındaki Premenstrüel Sendrom Prevalansı ve Etkileyen Faktörler*. F.Ü.Sağ Bil Tıp Dergisi.26(3)111-114.
<http://www.fusabil.org>
- Khayat, S., Fanaei, H., Kheirkhah, M., Moghadam, B. Z., Kasaeian, A., & Javadimehr M. (2015). Curcumin Attenuates Severity of Premenstrual Syndrome Symptoms: A Randomized, Double-blind, Placebo-Controlled Trial. *Complementary Therapies in Medicine*. 23, 318-324.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.ctim.2015.04.001>
- Kıran, S. (1998). Park Eğitim Sağlık Ocağı Bölgesinde 15-49 Yaş Grubu Kadınlarda Premenstrual Sendrom Prevalansı, Uzmanlık Tezi, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Ankara.
- Kırcan, N., Ergin, F., Adana, F., & Arslantaş, H. (2012). *Hemşirelik Öğrencilerinde Premenstrüel Sendrom Prevalansı ve Yaşam Kalitesi ile İlişkisi*. ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi. 13(1) : 19-25.
- Kışnişci, H., Gökşin, E., Durukan, T., Üstay, K., & Ayhan, A. (1996). *Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi*, Ankara Güneş Kitap Evi. 811-821.
- Kitamura, M., Takeda, T., Koga, S., Nagase, S., & Yaegashi, N. (2012). Relationship Between Premenstrual Symtoms and Dysmenorrhea in Japanese High School Students. *Arch Womens Ment Health*.15: 131-133.
doi:10.1007/s00737-012-0266-2
- Lee, S. (2002). Health and Sickness: The Meaning of Menstruation and Premenstrual Syndrome in Women's Lives. *Sex Roles*, 46. Nos. ½.
doi: 10.1023/A:1016033517659
- Lete, I., Duenas, L. J., Serrano, I., Doval, L. J., Martinez-Salmean, M. J., Coll, C., Perez-Campos, E., & Arbat, A. (2011). Attitudes of Spanish Women Toward Premenstrual Symptoms, Premenstrual Syndrome and Premenstrual Dysphoric Disorder: Results of A Nationwide Survey. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*. 159: 115-118
doi: 10.1016/j.ejogrb.2011.06.041
- Lopez, F. R. P., Chedraui, P., Roncero, G. P., Baena, M. T. L., & Lopez, J. L. C. (2009). Premenstrual Syndrome and Premenstrual Dysphoric Disorder: Symptoms and Cluster Influences. *The Open Psychiatry Journal*.3, 39-49.

KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam ediyor)

- Lurie, S., Richard, B. (1990). The Premenstrual Syndrome. *Obstetrical and Gynecological Survey*. 45(4): 220-228
- Masho, S.W., Adera, T., & South-Paul, J. (2005). Obesity As a Risk Factor For Premenstrual Syndrome. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*. 26(1): 33-39.
- McIntyre, L. (2002). Food for Thought over PMS Pain. *Chemist & Druggist*.
- Melke, J., Westberg, I., Landen, M., Sundbald, C., Eriksson, O., Baghei, F., Rosmond, R., Eriksson, E., & Ekman, A. (2003). Serotonin Transporter Gene Polymorphisms and Platelet Paroxetine Binding in Premenstrual Dysphoria. *Psychoneuroendocrinology*, 28(3): 446-658.
- Min, A. K. (2002). The Effects of an Educational Program for Premenstrual Syndrome on Women of Korean Industrial Districts. *Health Care for Women International*, 23: 503-511.
doi: 10.1080/07399330290089017
- Münstedt, K., Maisch, M., Tinneberg, R.H., & Hübner, J. (2014). Complementary and Alternative Medicine (CAM) in Obstetrics and Gynaecology: A Survey of Office-Based Obstetricians and Gynaecologists Regarding Attitudes Towards CAM, Its Provision and Cooperation With Other Cam Providers in The State of Hesse, Germany. *Arch Gynecol Obstet*. 290: 1133-1139.
doi: 10.1007/s00404-014-3315-4
- Naeimi, N. (2015). The Prevalence and Symptoms of Premenstrual Syndrome under Examination. *Journal of Biosciences and Medicines*. 3, 1-8.
<http://dx.doi.org/10.4236/jbm.2015.31001>
- Nazari, H., Yari, F., Jariani, M., Marzban, A., & Birgandy, M. (2013). Premenstrual Syndrome: A Single-Blind Study of Treatment With Bupirone Versus Fluoxetine. *Arch Gynecol Obstet*. 287: 469-472
doi: 10.1007/s00404-012-2594-x
- Nisar, N., Zehra, N., Haider G., Munir A.A. & Sohoo A. N. (2008). Frequency, Intensity and Impact of Premenstrual Syndrome in Medical students. *Journal of the College of Physicians and Surgeons Pakistan*. 18(8), 481-484.

KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam ediyor)

- Nyberg, S., Andersson, A., Zingmark, E., Wahlstrom, G., Backstorm, T., & Sundstrom-Poromoa, I. (2005). The Effect of A Low Dose of Alcohol on Allopregnanolone Serum Concentrations Across The Menstrual Cycle in Women With Severe Premenstrual Syndrome and Controls. *Psyconeuroendocrinology*. 20(1):3-12.
doi: 10.1016/j.psyneuen.2005.04.016
- O'Brein, P. M. S., Rapkin, A. J., & Schmidt, P. J. (2007). *The Premenstrual Syndromes: PMS and PMDD*. Informa Healthcare.
- Oğur, P. (2004). Premenstrual Sendromun Meslek ve Eğitim Düzeyi ile İlişkisi, Yüksek Lisans Tezi, Afyon Kocatepe Üniversitesi, Afyon.
- Ozgoli, G., Selselei, E. A., Mojab, F., & Majd, H. A. (2009). A Randomized, Placebo-Controlled Trial of Ginkgo biloba L.in Treatment of Premenstrual Syndrome. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine* 15(8): 845-851.
doi: 10.1089/ACM.2008.0493
- Panay, N. (2011). Management of Premenstrual Syndrome: Evidence Based Guidelines. Elseiver Ltd. *Obstetrics, Gynaecology and Reproductive Medicine*. 21: 8.
- Pearlstein, T., Steiner, M. (2008). Premenstrual Dysphoric Disorder: Burden of İllness and Treatment Update. *J Psychiatry Neurosci*. 33(4): 291-301
- Pınar, A. (2007). 15-49 Yaş Grubu Kadınlarda Premenstrual Sendrom Görülme Sıklığı, Yüksek Lisans Tezi, Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Antalya.
- Pınar, G., Çolak, M., & Öksüz, E. (2011). *Premenstrual Syndrome in Turkish College Students and Its Effects on Life Quality*. Sexual & Reproductive Healthcare 2: 21-27.
doi: 10.1016/j.srhc.2010.10.001
- Potter, J. B. A., Bouyer, J., Trussell, J., & Moreau, C. (2009). Premenstrual Syndrome Prevalance and Fluctuation Over Time: Results from a French Population-Based Survey. *Journal Of Women's Health*:18(1): 31-39.
doi: 10.1089/jwh.2008.0932
- Poyrazoğlu, S. (2010). Kayseri İl Merkezinde Yaşayan 15-49 Yaş arası Kadınlarda Premenstrual Sendrom Prevalansı ve Etkileyen Faktörler, Tıpta Uzmanlık Tezi, Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kayseri.

KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam ediyor)

- Prungsin, T., Taneepanichskul, S. (2016). Prevalance and Quality of life (QOL) with Premenstrual Syndrome (PMS) Among the Working Women in Reproductive Age Group in Bangkok, Thailand. *J Health Res.* 30 (2).
<http://jhealthres.org>
- Qiao, M., Zhang, H., Liu, H., Luo, S., Wang, T., Zhang, J., & Ji, L. (2012). Prevalence of Premenstrual Syndrome and Premenstrual Dysphoric Disorder in a Population-based Sample in China. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* 162: 83-86.
doi:10.1016/j.ejogrb.2012.01.017
- Raines, K. (2010). Diagnosing Premenstrual Syndrome. *American College of Nurse Practitioners*.
doi: 10.1016/j. Nurpra.2009.12.013
- Rapkin, J. A., Mikacich, A. J. (2013). Premenstrual Dysphoric Disorder and Severe Premenstrual Syndrome in Adolescents. *Pediatr Drugs* 15: 191-202 .
doi: 10.1007/s40272-013-0018-4
- Reid, L.R., Vugt, V. D. A. (2007). Physiology of the menstrual cycle. The Premenstrual Syndromes: PMS and PMDD. 63-8.
- Reissman, D., Lee, V. C. (2007) The Pharmacist's Role in Breaking the Cycle of PMDD. *Pharmacy Times*.
- Rempel, J. K., Baumgartner, B. (2003). The Relationship Between Attitudes Towards Menstruation and Sexual Attitudes, Desires, and Behavior in Women. *Archives of Sexual Behavior*, 32(2): 155-163.
- Sadler, C., Smith, H., Hammond, J., Bayly, R., Borland, S., Panay, N., Crook, D., & Inskip, H. (2010) Lifestyle Factors, Hormonal Contraception and Premenstrual Symptoms: The United Kingdom Southampton Woman's Survey. *Journal of Women's Health*, 19(3). Mary Ann Liebert, Inc.
doi: 10.1089/jwh.2008.1210
- Salamat, S., Ismail, K. M. K., & O'Brien, S. (2007). Premenstrual Syndrome. *Obstetrics, Gynaecology and Reproductive Medicine* 18: 2.
- Seedhom, E. A., Mohammed, E. S., & Mahfouz, M. E. (2013). Life Style Factors Associated With Premenstrual Syndrome Among El-Minia University Students, Egypt. *ISRN Public Health*. 1-6.
<http://dx.doi.org/10.1155/2013/617123>

KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam ediyor)

- Selçuk, K. T., Avcı, D., & Alpyılmaz, F. A. (2014). *Hemşirelik Öğrencilerinde Premenstrual Sendrom Prevalansı ve Etkileyen Etmenler*. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*. 5(2):98-103.
doi: 10.5505/phd.2014.55264
- Sharma, A., Taneja, D.K., Sharma, P., & Saha, R. (2008). Problems Related to Menstruation and Their Effect on Daily Routine of Students of a Medical College in Delhi, India. *Asia Pac J Public Health*. 20: 234.
doi: 10.1177/1010539508316939.
<http://aph.sagepub.com/content/20/3/234>
- Shin, K. R., Ha, Y. J., Park, H. J., & Heitkemper, M. (2008). The Effect of Hand Acupuncture Therapy and Hand Moxibustion Therapy on Premenstrual Syndrome Among Korean Women. *Western Journal of Nursing Research*. 1-6.
doi: 10.1177/0193945908323650
- Silva, C. M., Gigante, D. P., & Minten, G. C. (2008). Premenstrual Symptoms and Syndrome According to Age at Menarche in a 1982 Birth Cohort in Southern Brazil. *Cad Saude Publica*. 24: 835-844.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008000400014>
- Smith, H.V.B., Rubinow, D. (2010). Effects of Caffeine Consumption on Premenstrual Syndrome: A Prospective Study. *The Internet Journal of Endocrinology*. 6(2), 1-6.
- Sohrabi, N., Kashanian, M., Ghaafoori, S. S., & Malakouti, K. S. (2013). Evaluation of The Effect of Omega-3 Fatty Acids in The Treatment of Premenstrual Syndrome: 'A Pilot Trial'. *Complementary Therapies in Medicine*. 21: 141-146.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.ctim.2012.12.008>
- Sokullu, G. (2009). Premenstrual Sendrom Yakınmaları olan Kadınların Yaşam Biçimlerinin İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Aydın.
- Sondheimer, S. J. (1985). Hormonal Changes in Premenstrual Syndrome. *J Psychosomatics*. 26(10): 803-810.
- Speroff, L., Glass, H. R., & Kase, G. N. (1999). *The Uterus*. Clinical Gynecologic Endocrinology and Infertility. (6nd ed.) Raven Press USA, 127-35.

KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam ediyor)

- Steinberg, M. E., Cardoso, P. M. G., Martinez, E. P., Rubinow, R. D., & Schmidt, J. P. (2012). Rapid Response to Fluoxetine in Women with Premenstrual Dysphoric Disorder. *Depression and Anxiety*. 29: 531-540
doi: 10.1002/da.21959
- Steiner, M. (2000). Premenstrual Syndrome and Premenstrual Dysphoric Disorder: Guidelines for Management. *Journal of Psychiatry & Neuroscience: 25*, 5. Research Library. 459.
- Steiner, M., Born, L. (2000). Advances in the Diagnosis and Treatment of Premenstrual Dysphoria. *CNS Drugs*. 13 (4): 287-304.
- Sule, S. T., Umar, H. S., & Madugu, N. H. (2007). Premenstrual Symptoms and Dysmenorrhoea Among Muslim Women in Zaria, Nigeria. *Ann Afr Med*. 6: 68-72.
- Şahin, Ö. (2012). Ortaöğretim Gençliğinde Premenstrual Sendrom ve Menstruasyon Hijyeni, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Şahin, S., Özdemir K., & Ünsal A. (2014). *Evaluation of Premenstrual Syndrome and Quality of Life in University Students*. *J Pac Med Assoc*. 64(8).
- Taavoni, S., Barkhordari, F., Goushegir, A., & Haghani, H. (2014). Effect of Royal Jelly on Premenstrual Syndrome Among Iranian Medical Sciences Students: A Randomized, Triple-Blind, Placebo-Controlled Study. *Complementary Therapies in Medicine*. 22: 601-606.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.ctim.2014.05.004>
- Taghizadeh, Z., Shirmohammadi, M., Arbabi, M., & Mehran A. (2008). The Effects of Premenstrual Syndrome on Quality of Life in Adolescent Girls. *Iranian J Psychiatry*. 3(3), 105-109.
- Taşkın, L. (2005). *Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği*, Sistem Ofset Yayıncılık. Sekizinci Baskı.
- Tolossa, F. W., Bekele, M. L. (2014). Prevalence, Impacts and Medical Managements of Premenstrual Syndrome Among Female Students: Cross-Sectional Study in College of Health Sciences, Mekelle University, Mekelle, Northern Ethiopia. *Tolossa and Bekele BMC Women's Health*. 14: 52.
<http://www.biomedcentral.com/1472-6874/14/52>
- Troutt, K. K., Teff, K. L. (2004). Insulin Sensitivity and Premenstrual Syndrome. *Curr. Diab. Rep*. 4(4): 273-280.

KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam ediyor)

- Tschudin, S., Berteau, P. C., & Zemp, E. (2010). Prevalence and Predictors of Premenstrual Syndrome and Premenstrual Dysphoric Disorder in a Population-based Sample. *Arch Womens Ment Health*.
- Türkçapar, F. A., Türkçapar, H.M. (2011). *Premenstrual Sendrom ve Premenstrual Disforik Bozuklukta Tanı ve Tedavi: Bir Gözden Geçirme*. Klinik Psikiyatri. 14: 241-253.
- Ussher, J. M. (2003). The Role of Premenstrual Dysphoric Disorder in the Subjectification of Women. *Journal of Medical Humanities*, 24, Nos. 1/2.
- Vigod, S. N., Frey, B. N., Soares, C. N., & Steiner, M. (2010). Approach to Premenstrual Dysphoria for The Mental Health Practitioner. *Psychiatr Clin N Am*. 33: 257-272.
doi: 10.1016/j.psc.2010.01.008
- Vigod, S. N., Ross, L. E., & Steiner, M. (2009). Understanding and Treating Premenstrual Dysphoric Disorder: An Updated for the Women's Health Practitioner. *Obstet Gynecol Clin N Am*. 36: 907-924.
doi: 10.1016/j.ogc.2009.10.010
- Wallenstein, G. V., Gross, B. B., Gajria, K., Gou, A., Hagan, M., Kornstein, S. G. & Yonkers, K. A. (2008). Development and Validation of the Premenstrual Symptoms Impact Survey (PMSIS): a Disease-Specific Quality of Life Assessment Tool. *Journal of Women's Health*. 17(3).
doi: 10.1089/JWH.2007.0377
- Yang, M., Wallenstein, G., Hagan, M., Guo, A., Chang, J., & Kornstein, S. (2008). Burden of Premenstrual Dysphoric Disorder on Health Related Quality of Life. *Journal of Women's Health Volume 17(1)*. Mary Ann Liebert, Inc.
doi: 10.1089/jwh.2007.0417
- Yücel, B., Polat, A. (2003). Attitudes Toward Menstruation in Premenstrual Dysphoric Disorder: A Preliminary Report in an Urban Turkish Population. *Jpsychosom Obstet GynaecoL*. 24 (4): 231-237.
- Zervoudis, S. , Vladareanu, R. , Galazios, G., Liberis, V., Tsikouras, P., & Veduta, A. (2008). Oral Contraceptives with without Drospirenone in the Treatment of Premenstrual Syndrome and Premenstrual Dysphoric Disorder a Multicentric Study of 92 cases. *Acta Endocrinologica (Buc)*. 4(1): 47-58.

EK-1 ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ETİK KURULU ETİK ONAY BELGESİ



Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurul (Danışma Komisyonu)

08 Mart 2011

ETİK KURULU (Danışma Komisyonu)

Sayı: 2011/ 77
Konu:

Prof. Dr. M. Arif AKŞİT
Klinisyen Doktor (Başkan Yardımcısı)
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı
A. Özalpören Bilim Dalı Başkanı
Tel: +90 222 239 29 79 / 1380 - 2709
Tel & Faks: +90 222 229 00 62
E-Mail: aaksit@ogu.edu.tr
E-Mail: maaksit@hotmail.com

Prof. Dr. Bekir YASAR
Klinisyen Doktor
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı
E-Mail: byasar@ogu.edu.tr

Prof. Dr. Ömer COLAK
Biyokimya Uzmanı
Biyokimya Anabilim Dalı
E-Mail: ocolak@ogu.edu.tr

Prof. Dr. Demet ÖZBABAĞLIK
Klinisyen Doktor
Nöroloji Anabilim Dalı
E-Mail: demet_ozbaba@ogu.edu.tr

Prof. Dr. Serap İSHAKSOY
Patoloji Uzmanı
Patoloji Anabilim Dalı
E-Mail: bdesi@superonline.com

Prof. Dr. Fatma Sultan KILIÇ
Farmakoloji Uzmanı (Raportör)
Farmakoloji Anabilim Dalı
E-Mail: fskilic@ogu.edu.tr

Doc. Dr. Ömür ELÇİOĞLU
Deontoloji Uzmanı
Deontoloji Anabilim Dalı
E-Mail: elcioglu@ogu.edu.tr

Ecz. Ömer ALTUĞER
Eczacı
Eskişehir Tıp Fakültesi Hastanesi
E-Mail: ecz.altug@yahoo.com

Sayın, Yrd.Doç.Dr.Nebahat ÖZERDOĞAN
Eskişehir Sağlık Yüksek Okulu
Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı

Tarafımızdan yürütülmekte olan "Bursa Çekirge Devlet Hastanesi'nde çalışan üreme çağındaki kadınların premenstrual sendrom (PMS) prevalansı ve PMS'un yaşam kalitesi üzerine etkisi" başlıklı proje hakkında alınan karar ilişikte gönderilmiştir.

Bilgilerinizi ve gereğini saygı ile rica ederim.

Prof. Dr. M. Arif AKŞİT
Etik Kurul Başkan Yardımcısı
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı
Tel: 222 239 37 70 - 239 29 79 / 4600
Faks: 222 239 37 72

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu
Mesçitli, Kampüsü (Yörüşkesi)
26480 ESKİŞEHİR

ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
ETİK KURUL (DANISMA KOMİSYONU) KARARI

28 ŞUBAT 2011 25) KONU BAŞLIK	(PR-11-01-31-15): "Bursa Çekirge Devlet Hastanesi'nde çalışan üreme çağındaki kadınların premenstrual sendrom (PMS) prevalansı ve PMS'un yaşam kalitesi üzerine etkisi"
28 ŞUBAT 2011 GÖRÜŞ: 25	<p>Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı'nın 10.02.2011 tarih ve 132 sayılı yazısı</p> <p>Eskişehir Sağlık Yüksekokulu Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Yrd.Doç.Dr.Nebahat ÖZLERDOĞAN tarafından yürütülmekte olan "Bursa Çekirge Devlet Hastanesinde çalışan üreme çağındaki kadınların premenstrual sendrom (PMS) Prevalansı ve PMS'in yaşam kalitesi üzerine etkisi" başlıklı çalışmanın yürütülmesi Anabilim Dalımızca uygundur.</p> <p>Aile Hekimliği Anabilim Dalı'nın 21.02.2011 tarih ve 17 sayılı yazısı</p> <p>Eskişehir Sağlık Yüksekokulu Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Yrd.Doç.Dr. Nebahat ÖZLERDOĞAN tarafından yürütülmekte olan "Bursa Çekirge Devlet Hastanesinde çalışan üreme çağındaki kadınların premenstrual sendrom (PMS) prevalansı ve PMS'in yaşam kalitesi üzerine etkisi" başlıklı proje hakkında et. bir görüşümü yoktur.</p>
28 ŞUBAT 2011 KARAR: 25	KARAR: Gelen görüşlerin iletilmesi uygundur.

Prof. Dr. M. A. AKŞİT
Pediyatri Uzmanı

Prof. Dr. B. YAŞAR
Genel Cerrahi Uzmanı

Prof. Dr. Ö. ÇOLAK
Biyokimya Uzmanı

Prof. Dr. D. ÖZBABALIK
Nöroloji Uzmanı

Prof. Dr. S. İŞIKSOY
Patoloji Uzmanı

Prof. Dr. F. S. KILIÇ
Farmakoloji Uzmanı

Doç. Dr. Ö.ELÇİOĞLU
Dentoloji Uzmanı

Ecz. Ö. ALTUGER
Eczacı

Aslım Ayvazlı
Prof.Dr.M.Arif AKŞİT
Etik Kurul Başkanı Yardımcısı



TC
ESKİŞEHİR OSMANGAZI ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM ANABİLİM DALI

Sayı . Kad.Doğ.Başk/ 132
Konu:

10.02.2011

ETİK KURUL BAŞKANLIĞI'NA;

İlgi:08.02.2011 tarih ve 18 sayılı yazınız.

Eskişehir Sağlık Yüksek Okulu Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Yrd Doç.Dr.Nebahat ÖZERDOĞAN tarafından yürütülmekte olan “Bursa Çelirge devlet Hastanesinde çalışan üreme çağındaki kadınların premenstral sendrom (PMS) Pervalansı ve PMS ‘un yaşam kalitesi üzerine etkisi ” başlıklı çalışmanın yürütülmesi Anabilim Dalımızca uygundur.

Gereğini bilgilerinize saygılarımla arz ederim.

Prof.Dr.Sinan ÖZALP
Kadın Hastalıkları ve Doğum
Anabilim Dalı Başkanı



T.C.
ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Sayı : Aile Hekimliği/17

21.02.2011

Konu: Yrd. Doç. Dr. Nebahat ÖZERDOĞAN'ın projesi

**ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ
ETİK KURUL BAŞKANLIĞI'NA,**

Eskişehir Sağlık Yüksek Okulu Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Yrd. Doç. Dr. Nebahat ÖZERDOĞAN tarafından yürütülmekte olan "**Bursa Çekirge Devlet Hastanesi'nde çalışan üreme çağındaki kadınların premenstrual sendrom (PMS) prevalansı ve PMS'nin yaşam kalitesi üzerine etkisi**" başlıklı proje hakkında ek bir görüşümüz yoktur.

Bilgilerinize arz ederim.


Prof. Dr. İlhami ÜNLÜOĞLU
Aile Hekimliği Anabilim Dalı Başkanı



Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurul (Danışma Komisyonu)

ETİK KURUL (Danışma Komisyonu)

Prof. Dr. M. Arif AKŞİT

Klinisyen Doktor (Başkan

Yardımcısı)

Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim

Dalı

Neonatoloji Bilim Dalı Başkanı

Tel: +90. 222. 239 29 79 / 1380 - 2709

Tel & Faks: +90. 222. 229 00 64

E-Mail: aaksit@ogu.edu.tr

E-Mail: maaksit@hotmail.com

Prof. Dr. Bekir YAŞAR

Klinisyen Doktor

Genel Cerrahi Anabilim Dalı

E-Mail: byasar@ogu.edu.tr

Prof. Dr. Ömer ÇOLAK

Biyokimya Uzmanı

Biyokimya Anabilim Dalı

E-Mail: ocolak@ogu.edu.tr

Prof. Dr. Demet ÖZBATALIK

Klinisyen Doktor

Nöroloji Anabilim Dalı

E-Mail: demetg @ogu.edu.tr

Prof. Dr. Serap IŞIKSOY

Patoloji Uzmanı

Patoloji Anabilim Dalı

E-Mail: bdesi@superonline.com

Prof. Dr. Fatma Sultan KILIÇ

Farmakoloji Uzmanı (Raporör)

Farmakoloji Anabilim Dalı

E-Mail: fskilic@ogu.edu.tr

Doç. Dr. Ömür ELÇİOĞLU

Deontoloji Uzmanı

Deontoloji Anabilim Dalı

E-Mail: elcioğlu@ogu.edu.tr

Ecz. Ömer ALTUĞER

Eczacı

Eğitim, Uygulama ve Araştırma

Hastanesi

E-Mail: eczaltug@yahoo.com

Sayı: 2011/ 84

Konu:

10 Mart 2011

Sayın, Yrd.Doç.Dr.Nebahat ÖZERDOĞAN
Eskişehir Sağlık Yüksek Okulu
Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı

Tarafınızdan yürütülmekte olan “*Bursa Çekirge Devlet Hastanesi’nde çalışan üreme çağındaki kadınların premenstrual sendrom (PMS) prevalansı ve PMS’un yaşam kalitesi üzerine etkisi*” başlıklı proje hakkında alınan karar ilişikte gönderilmiştir.

Bilgilerinizi ve gereğini saygı ile rica ederim.

Prof. Dr. M. Arif AKŞİT

Etik Kurul Başkan Yardımcısı

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı

Tel: +222. 239 37 70 – 239 29 79 / 4690

Faks: +222. 239 37 72

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik

Kurulu

Meşelik Kampüsü (Yerleşkesi)

26480 ESKİŞEHİR

ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
ETİK KURUL (DANIŞMA KOMİSYONU) KARARI

28 ŞUBAT 2011 27) KONU BAŞLIK	(PR-11-01-31-15): “Bursa Çekirge Devlet Hastanesi’nde çalışan üreme çağındaki kadınların premenstrual sendrom (PMS) prevalansı ve PMS’un yaşam kalitesi üzerine etkisi”
28 ŞUBAT 2011 GÖRÜŞ: 27	<p>Halk Sağlığı Anabilim Dalı’nın 24.02.2011 tarih ve 24 sayılı yazısı</p> <p>08 Şubat 2011 tarih ve 18 sayılı yazınız ile gönderilen Yrd.Doç.Dr.Nebahat ÖZERDOĞAN tarafından yürütülmekte olan “Bursa Çekirge Devlet Hastanesi’nde çalışan üreme çağındaki kadınların premenstrüel sendrom (PMS) prevalansı ve PMS’un yaşam kalitesi üzerine etkisi” isimli proje hakkında sorulan görüşümüz aşağıda sunulmuştur.</p> <ol style="list-style-type: none">1. B proje, evvelce aynı amaçla tarafımıza gönderilen projelere görece daha uygun hazırlanmıştır.2. Projenin uygulanması (veri toplama ve değerlendirme) açısından uygun olduğu görüşü hasıl olmuştur.3. İşaret etmekte yarar umulan birkaç husus şunlardır:<ul style="list-style-type: none">• Projenin ismi yanında içeriği farklı ve gereksiz geniştir.• Kesitsel araştırmalarda etiyolojik faktörler, risk faktörleri gibi analitik sonuçlar ortaya koymak doğru değildir. İlişkili faktörlerden söz edilebilir.• Hem risk faktörlerine (daha doğrusu ilişkili faktörlere) hem de yaşam kalitesi üzerine etkili (daha doğrusu yaşam kalitesi ile ilişkili) faktörler olarak geniş bir perspektive yayılmak yerine daha dar bir alanda kalmakta yarar olacağı görüşümüzdeyiz.• Geniş bir perspektivde ele alındığında kişilerle görüşme uzayacak, artan soru sayısı ölçüsünde cevapların kalitesi düşecektir.• Prevalans ve yaşam kalitesine etki sorunu olarak PMS un boyutunu ortaya koyan yararlı bir çalışma olacaktır. Perspektivi genişleterek çalışmanın gücünün zayıflatılmamasını bilhassa salık veririz.
28 ŞUBAT 2011 KARAR 27	KARAR: Gelen görüşün iletilmesi uygundur.

Prof. Dr. M. A. AKŞİT
Pediatri Uzmanı

Prof. Dr. B. YAŞAR
Genel Cerrahi Uzmanı

Prof. Dr. Ö. ÇOLAK
Biyokimya Uzmanı

Prof. Dr. D. ÖZBABALIK
Nöroloji Uzmanı

Prof. Dr. S. İŞIKSOY
Patoloji Uzmanı

Prof. Dr. F. S. KILIÇ
Farmakoloji Uzmanı

Doç. Dr. Ö.ELÇİOĞLU
Deontoloji Uzmanı

Ecz. Ö. ALTUĞER
Eczacı

Aşlının Aynıdır
Prof.Dr.M.Arif AKŞİT
Etik Kurul Başkan Yardımcısı

T.C.
ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

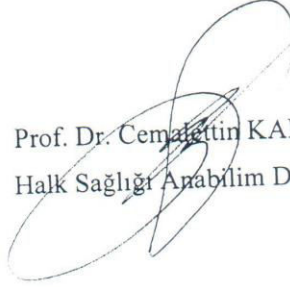
24.02.2011

Sayı: Halk Sağlığı 2011/ 24

Konu: Proje-görüş

ETİK KURUL BAŞKANLIĞINA

08 Şubat 2011 tarih ve 18 sayılı yazınız ile gönderilen Yrd.Doç. Dr. Nebahat ÖZERDOĞAN tarafından yürütülmekte olan "BURSA ÇEKİRGE DEVLET HASTANE'SİNDE ÇALIŞAN ÜREME ÇAĞINDAKİ KADINLARIN PREMENSTRÜEL SENDROM (PMS) PREVALANSI ve PMS'UN YAŞAM KALİTESİ ÜZERİNE ETKİSİ" isimli proje hakkında sorulan görüşümüz aşağıda sunulmuştur.
Saygılarımla.


Prof. Dr. Cemalattin KALYONCU
Halk Sağlığı Anabilim Dalı Başkanı

1. Bu proje, evvelce aynı amaçla tarafımıza gönderilen projelere görece daha uygun hazırlanmıştır.
2. Projenin uygulaması (veri toplama ve değerlendirme) açısından uygun olduğu görüşü hasil olmuştur.
3. İşaret etmekte yarar umulan birkaç husus şunlardır:
 - a. Projenin ismi yanında içeriği farklı ve gereksiz geniştir.
 - b. Kesitsel araştırmalarda etiolojik faktörler, risk faktörleri gibi analitik sonuçlar ortaya koymak doğru değildir. İlişkili faktörlerden söz edilebilir.
 - c. Hem risk faktörlerine (daha doğrusu ilişkili faktörlere) hem de Yaşam kalitesi üzerine etkili (daha doğrusu Yaşam kalitesi ile ilişkili) faktörler olarak geniş bir perspektive yayılmak yerine daha dar bir alanda kalmakta yarar olacağı görüşümüzdeyiz.
 - d. Geniş bir perspektivde ele alındığında kişilerle görüşme uzayacak, artan soru sayısı ölçüsünde cevapların kalitesi düşecektir.
 - e. Prevelens ve yaşam kalitesine etki sorun olarak PMS un boyutunu ortaya koyan yararlı bir çalışma olacaktır. Perspektivi genişleterek çalışmanın gücünün zayıflatılmamasını bilhassa salık veririz.

EK-2: BURSA İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ YASAL İZİN BELGESİ

8.4.11
Dr. Çiğdem Sertdar ERBEK
Çekirge Devlet Hastanesi
Sağlık Yardımcısı

T.C.
BURSA VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

Sayı : B.10.4.İSM.4.16-00-09-773-99/34458

07.04.2011

Konu : Tez Çalışması
Nilay YİĞİT

ÇEKİRGE DEVLET HASTANESİ BAŞTABIPLIĞINA

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Hemşirelik Anabilim Dalı Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği Bilim Dalı Yüksek Lisans programına kayıtlı 522320090006 numaralı öğrenci Nilay YİĞİT'in Yüksek Lisans Bitirme Tezi kapsamında "Çekirge Devlet Hastanesinde Çalışan Üreme Çağındaki Kadınların Premenstrüel Sendrom (PMS) Prevalansı ve PMS'un Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi" adlı tez çalışmasının gelişimi için anket uygulamasını Çekirge Devlet Hastanesi'nde çalışan araştırmaya katılmaya gönüllü üreme çağındaki kadınlar üzerinde konulu anketini uygulamak istediğini belirtmiştir.

Söz konusu anket çalışmasını Baştabipliğiniz emrinde yapabilmesi için Müdürlük Makamından alınan 05.04.2011 tarih ve 32794 sayılı oluru yazımız ekinde gönderilmektedir.

Gereğini rica ederim.

Dr. Ramazan İSİK
Müdür
Sağlık Müdürü Yardımcısı

EM	SÜRE	
NO	08 NISAN 2011	
TARİH	2011	
BURSA İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ		
T.C.		

EK:
Müdürlük Oluru (1 sayfa).

Hüdavendigar Mah. Hat. Cad. No:4 16090 Osmangazi / BURSA İLDERİN
Tel.: 0224 233 00 71 Faks: 0 224 233 50 92
E-posta: bursa@sağlik.gov.tr. Elektronik Ağ: www.bsm.gov.tr

İrtibat: Hüseyin UZUNKONAK

T.C.
BURSA VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

Sayı : B.10.4.İSM.4.16-00-09-773-99/ <<(Evrak No)>>
32794
Konu : Tez Çalışması
Nilay YİĞİT

<<(Tarih)>>
05.04.2011

MÜDÜRLÜK MAKAMINA

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Hemşirelik Anabilim Dalı Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği Bilim Dalı Yüksek Lisans programına kayıtlı 522320090006 numaralı öğrenci **Nilay YİĞİT**'in Yüksek Lisans Bitirme Tezi kapsamında "Çekirge Devlet Hastanesinde Çalışan Üreme Çağırındaki Kadınların Premenstrüel Sendrom (PMS) Prevalansı ve PMS'un Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi" adlı tez çalışmasının gelişimi için anket uygulamasını Çekirge Devlet Hastanesi'nde çalışan araştırmaya katılmaya gönüllü üreme çağındaki kadınlar üzerinde konulu anketini uygulamak istediğini belirtmiştir.

Söz konusu çalışmanın, çalışma sonuçlarının Müdürlüğümüze elektronik ortamda bildirilmesi kaydıyla, Çekirge Devlet Hastanesinde yapabilmesi olurlarınıza arz ederim.

Dr. Efrail ATICI
Sağlık Müdürü Yardımcısı

OLUR

.... / 03 / 2011

Dr. Yusuf Ziya LEVENTOĞLU
İl Sağlık Müdürü V.

EKLER:

- 1-Anket Formu (3 sayfa).
- 2-Ölçekler (5 sayfa)

EK-3: KİŞİSEL BİLGİ FORMU

Değerli Katılımcı;

Bu araştırma adet öncesi yakınmaları olan üreme çağındaki kadınların yaşam biçimlerinin incelenmesi amacıyla yapılacaktır. Bu amaçla düzenlenen anket formunu doldurmanız istenmektedir. Sorulara vereceğiniz cevaplar istatistiki olarak değerlendirilecek, tüm cevaplarınız ve klinik bilgileriniz yalnızca araştırmacı tarafından okunup yorumlanacaktır.

1. Yaşınız:

2. Kilonuz:

3. Boyunuz:

4. Öğrenim durumunuz?

a) Okur-yazar değil

b) Okur-yazar

c) İlkokul

d) Ortaokul

e) Lise

f) Üniversite

g) Diğer

5. Medeni durumunuz?

a) Evli

b) Bekar

c) Boşanmış

d) Eşini kaybetmiş

6. Mesleğiniz?

a) Hekim

b) Hemşire

c) Ebe

d) Sekreter

e) Güvenlik görevlisi

f) Temizlik personeli

7. Ailenizin aylık geliri nedir?

a) 500-750tl

b) 751-1250tl

c) 1251-1750tl

d) 1751-2500tl

e) 2501-3500tl

f) >3500tl

8. Gelir düzeyinizi nasıl değerlendiriyorsunuz?

- a)**Yüksek
- b)**Orta
- c)**Düşük

9. Toplam gebelik sayınız:

10.Düşük sayınız:

11. Kürtaj sayınız:

12. Yaşayan çocuk sayınız:

13. Ölü doğum sayınız:

14. İlk adet yaşıınız:

15. Adetleriniz düzenli mi?

- a)**Evet
- b)**Hayır

16. Adetinizde ağrı problemi yaşıyor musunuz?

- a)**Evet
- b)**Hayır

17. Yakın çevrenizde adet öncesi dönemle ilgili sıkıntı yaşayan bireyler var mı?

- a)**Evet, annemde
- b)**Evet,kardeşimde/ablamda
- c)**Evet.....
- d)**Hayır

18. Adet dönemine ilişkin tutumunuz nedir?

- a)**Doğal ve fizyolojik bir süreç olduğunu düşünüyorum.
- b)**Rahatsızlık verici olduğunu düşünüyorum.
- c)**Olup olmaması benim için önem taşıyor.
- d)**Yaşamımı olumsuz etkileyen en önemli olaylardan biri olarak görüyorum.

19. Şu anda kullandığınız aile planlaması yöntemi var mı?

- a)**Evet
- b)**Hayır

20. Cevabınız evet ise, kullandığınız aile planlaması yöntemi nedir?

- a)**Oral kontraseptif (Doğum kontrol hapı)
- b)**Spiral (Rahim içi araç)
- c)**Prezervatif (Kondom)
- d)**Aylık/3 aylık iğne

- e)Deri altı kapsüller
- f)Tüpligasyon (Tüp bağlanması)
- g)Diğer

21. Düzenli egzersiz yapıyor musunuz?

- a)Evet, düzenli (hergün)
- b)Evet, düzenli (haftada 3 kez ve üzeri)
- c)Evet, düzensiz
- d)Hayır egzersiz yapmıyorum.

22. Sigara kullanıyor musunuz?

- a)Evet, günde (...) adet
- b)İçip bıraktım.
- c)Evet, arasıra
- d)Hayır, hiç kullanmadım.

23. Alkol kullanıyor musunuz?

- a)Evet, hergün
- b)Evet, arasıra
- c)Evet, nadiren
- d)Hayır, hiç kullanmadım.

24. Pasif sigara içiciliğine maruz kalıyor musunuz?

- a)Evet, hergün
- b)Evet, arasıra
- c)Evet, nadiren
- d)Pasif içiciliğe maruz kalmıyorum.

25. Aşağıdaki yiyecek/içecekleri tüketme sıklığınız?

- Kahve:** 1-Hergün (...)fincan 2-Arasıra 3-Nadiren 4-Hiç
Çay: 1-Hergün (...) bardak 2-Arasıra 3-Nadiren 4-Hiç
Kola: 1-Hergün 2-Arasıra 3-Nadiren 4-Hiç
Çikolata: 1-Hergün 2-Arasıra 3-Nadiren 4-Hiç

26. Genelde beslenme alışkanlığınız;

- a)Hergün düzenli olarak3 öğün beslenirim ve bol miktarda sebze, meyve ve protein ağırlıklı beslenirim.
- b)Hergün 3 öğünden fazla beslenirim ve bol miktarda karbonhidrat ve yağ tüketirim.
- c)Hergün 3 öğünden az beslenirim ve ne yediğime dikkat etmem.
- d)Beslenmeme hiçbir zaman dikkat etmem.

27.Yemeklerde tuz oranını nasıl kullanırsınız?

- a)Tuzsuz
- b)Az tuzlu
- c)Normal
- d)Tuzlu
- e)Çok tuzlu

28. Kronik bir rahatsızlığınız var mı?

a)Evet (.....)

b)Hayır

29. Sürekli kullandığınız bir ilaç var mı?

a)Evet (.....)

b)Hayır

30. Son 3 aydır hiç psikiyatrik tedavi aldınız mı?

a)Evet (.....)

b)Hayır

31. Adet öncesi yaşadığınız şikayetler için hiç doktora başvurduunuz mu?

a)Evet

b)Hayır

32. Adet öncesi yaşadığınız şikayetler için hiç tedavi aldınız mı?

a)Evet

b)Hayır

EK-4: PREMENSTRUAL SENDROM ÖLÇEĞİ (PMSÖ)

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

ADETTEN BİR HAFTA ÖNCE

	Örnek Soru	Hiç	Çok az	Bazen	Sık sık	Sürekli
1	Kendimi üzgün hissediyorum.					
2	İçimden ağlamak geliyor.					
3	Canım sıkılıyor.					
4	Kendimi bezgin hissediyorum.					
5	Hiçbir şey zevk vermiyor.					
6	Herşey üzerime geliyor					
7	Karamsar oluyorum					
8	Derin nefes almak istiyorum					
9	Her an kötü bir şey olacakmış gibi korkuyorum					
10	Seslere karşı hassasiyetim artıyor					
11	Arkamdan biri saldıracakmış gibi korkuyorum.					
12	Kendimi yorgun hissediyorum.					
13	Sanki herşey kötü olacak.					
14	Çok çabuk yoruluyorum.					
15	Anlam veremediğim korkularım oluyor.					
16	Kalbim her zamankinden hızlı çarpıyor.					
17	Hiçbir şeyle uğraşmak istemiyorum.					
18	Her zamanki işler beni yoruyor.					
19	Kendimi sinirli hissediyorum.					
20	En ufak olaylara bile çok aşırı tepki gösteriyorum.					

21	Öfkemi kontrol etmekte güçlük çekiyorum.					
22	Çevremdeki kişilerle ilişkilerim bozuluyor.					
23	Sinirlerim geriliyor.					
24	Kendimi çok endişeli hissediyorum.					
25	Eskisinden daha çabuk yoruluyorum.					
26	Kendimi değersiz görüyorum.					
27	Dikkatimi toplamakta güçlük çekiyorum.					
28	Dikkatim çok çabuk dağılıyor.					
29	Dalıp gidiyorum.					
30	Doğru düzgün düşünemiyorum.					
31	Baş ağrısı oluyor.					
32	Kaslarım ağrıyor.					
33	Eklem yerlerim ağrıyor.					
34	İştahım artıyor.					
35	Özellikle unlu ve tatlı yiyecekler yemek istiyorum.					
36	Daha fazla yemek yiyorum.					
37	Uyku uyuma isteğim artıyor.					
38	Uykumda bölünme oluyor.					
39	Sabahları yorgun uyanıyorum.					
40	Uykuya dalmakta güçlük çekiyorum.					
41	Göğüslerim şişiyor.					
42	Göğüslerim en ufak dokunmaya karşı çok duyarlı.					
43	Kendimi şişmiş hissediyorum.					
44	Kimseyle görüşmek istemiyorum.					

EK-5: TÜRKÇE DÜNYA SAĞLIK ÖRGÜTÜ YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ- KISA FORMU-WHOQOL-BREF(TR)

Değerli katılımcı,

Bu anket sizin yaşam kalitesi, sağlığınız 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.**

Lütfen kurallarınızı, beklentilerinizi, hoşunuza giden ve sizin için önemli olan şeyleri sürekli göz önüne alınız. Yaşamınızın **son iki haftasını** dikkate almanızı istiyoruz.

ŞİMDİ, 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 iyi	Çok iyi
1 - Yaşam kalitenizi nasıl buluyorsunuz?	1	2	3	4	5

	Hiç hoşnut değil	Çok az hoşnut	Ne hoşnut, ne de değil	Epeyce hoşnut	Çok hoşnut
2 - 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 derece engellediğinizi 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 - Gereksinimleriniz i karşılamak için yeterli paranız var mı?	1	2	3	4	5
13 - Günlük yaşantınızda gerekli bilgilere ne ölçüde ulaşabilir durumdasınız?	1	2	3	4	5
14 - Boş zamanları değerlendirme uğraşları için ne ölçüde fırsatınız 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 iyi	Çok iyi
15 - Hareketlilik (etrafta dolaşabilme, bir yerlere gidebilme) beceriniz nasıldır?	1	2	3	4	5

	Hiç hoşnut değil	Çok az hoşnut	Ne hoşnut, ne de 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 - Diğer kişilerle ilişkilerinizden 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 koşullarınızdan 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 derece	Çokça	Her zaman
27 - Yaşamınızda size yakın kişilerle (eş, iş arkadaşı, akraba) ilişkilerinizde baskı ve kontrole ilgili zorluklarınız ne ölçüdedir?	1	2	3	4	5

EK-6:ADET ÖNCESİ YAKINMALAR ETKİ ÖLÇEĞİ

Bu anket adet öncesi yakınmalarınızın günlük işlerinizi nasıl etkilediği konusunda sorular yöneliyor. Lütfen son adet öncesi döneminizdeki deneyimlerinizi belirtin. Adet öncesi yakınmalarınızın günlük etkinlikleriniz üzerindeki etkisini en iyi tarif eden cevabı seçin. Bir sorudan emin değilseniz, verebileceğiniz en iyi cevabı verin.

1. Son adet öncesi döneminizde, kendinizi ne kadar sıklıkla kızgın hissettiniz?

Hiçbir zaman Çok az Bazen Çoğu zaman Her zaman

2. Son adet öncesi döneminizde, ne kadar sıklıkla ruh halinizde dalgalanmalar (örn: aniden üzgün ya da kızgın hissetmeniz gibi) yaşadınız?

Hiçbir zaman Çok az Bazen Çoğu zaman Her zaman

3. Son adet öncesi döneminizde, adet öncesi yakınmalarınız işinize veya günlük aktivitelerinize konsantre olma yeteneğinizi ne kadar engelledi?

Hiçbir zaman Çok az Bazen Çoğu zaman Her zaman

4. Son adet öncesi döneminizde, adet öncesi yakınmalarınız yüzünden ne kadar sıklıkla gerildiniz (örn: anksiyete, kas gerginliği)?

Hiçbir zaman Çok az Bazen Çoğu zaman Her zaman

5. Son adet öncesi döneminizde, adet öncesi yakınmalarınız yüzünden işinizi veya günlük aktivitelerinizi yapamayacak düzeyde ne kadar yorgun hissettiniz?

Hiçbir zaman Çok az Bazen Çoğu zaman Her zaman

6. Son adet öncesi döneminizde, adet öncesi yakınmalarınız sizi ne kadar sıklıkla sosyalleşmekten alıyordu?

Asla

Nadiren

Bazen

Sık sık

Çok sık

Ankete katıldığınız için teşekkürler!



ÖZGEÇMİŞ

Bireysel Bilgiler

Adı-Soyadı : Nilay Akmalı
Doğum tarihi ve yeri : Bursa-02/11/1984
Uyruğu : TC
Medeni Durumu : Evli
İletişim adresleri : nilayyigit_sag@hotmail.com

Eğitim Durumu

1990-1995 : Bursa Akıncıtürk İhsan Dikmen İlköğretim Okulu
1995-2002 : Bursa Turhan Tayan Anadolu Lisesi
2002-2006 : Bursa Uludağ Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu
Hemşirelik Bölümü (Bölüm ikinciliği)
2004-2008 : Eskişehir Anadolu Üniversitesi İşletme Fakültesi-İşletme
Bölümü

Mesleki Deneyim

07/2006-07/2007 : Bursa Tüp Bebek Merkezi-İnfertilite, Kadın Hastalıkları ve Doğum Hemşiresi
07/2007-06/2012 : Bursa Çekirge Devlet Hastanesi-Kadın Hastalıkları ve Doğum Servisi Klinik Hemşiresi
06/2012-05/2013 : Bursa Çekirge Devlet Hastanesi-Poliklinik Sorumlu Hemşiresi
05/2013-01/2015 : Bursa Çekirge Devlet Hastanesi-(İdari Birim) Gözetmen Hemşire
01/2015-02/2016 : Bursa Çekirge Devlet Hastanesi-(İdari Birim) Koordinatör Hemşire
02/2016-10/2017 : Doğum İzni ve Ücretsiz İzin

