



T.C.

ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**OMÜ TIP FAKÜLTESİ KIZ ÖĞRENCİLERİNDE  
PREMENSTRÜEL SENDROM GÖRÜLME SIKLIĞI,  
ŞİDDETİ VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER**

UZMANLIK TEZİ

Dr. Gülşah ÖZTÜRK

SAMSUN- 2017



**T.C.**

**ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ**

**TIP FAKÜLTESİ**

**AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI**

**OMÜ TIP FAKÜLTESİ KIZ ÖĞRENCİLERİNDE  
PREMENSTRÜEL SENDROM GÖRÜLME SIKLIĞI,  
ŞİDDETİ VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER**

**UZMANLIK TEZİ**

**Dr. Gülşah ÖZTÜRK**

**TEZ DANIŞMANI**

**Prof. Dr. Mustafa Fevzi DİKİCİ**

**SAMSUN- 2017**

## TEŞEKKÜR

Beni bu günlere getiren sevgili aileme,

Sabrı ve sevgisi için hayat arkadaşım, canım kocama,

Asistanlığım süresince üzerimde büyük emekleri olan değerli hocalarıma,

Tezimi hazırlama aşamasında benden yardımlarını esirgemeyen değerli meslektaşlarıma  
ve bana vakit ayırarak tezime katılım gösteren bireylere

Teşekkür ederim

DR. GÜLŞAH ÖZTÜRK

# İÇİNDEKİLER

**Sayfa No:**

TEŞEKKÜR.....	i
İÇİNDEKİLER.....	ii
TABLO LİSTESİ.....	v
RESİM LİSTESİ.....	viii
FİGÜR LİSTESİ.....	ix
SİMGELER VE KISALTMALAR.....	x
ÖZET.....	xi
ABSTRACT.....	xiii
1. GİRİŞ ve AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	1
2.1 Tanımlar.....	1
2.1.1 Menstruasyon.....	1
2.1.1.1 Menstrüel Faz.....	1
2.1.1.2 Foliküler Faz.....	1
2.1.1.3 Ovulasyon Fazı.....	2
2.1.1.4 Luteal Faz.....	2
2.1.2 Premenstrüel Sendrom.....	2
2.1.2.1 Tarihçe.....	5
2.1.2.2 Premenstrüel Sendromun Epidemiyolojisi.....	6
2.1.2.3 PMS Belirtileri.....	7
2.1.2.3.1. Psikolojik belirtileri.....	7
2.1.2.3.2. Fiziksel belirtileri.....	7
2.1.2.3.3. İştaha ait belirtiler.....	8
2.1.2.3.4. Ödeme bağlı ortaya çıkan belirtiler.....	8
2.1.2.3.5. Dermatolojik belirtiler.....	8
2.1.2.3.6. Davranışsal belirtiler.....	8

2.1.2.4 Etiyoloji.....	8
2.1.2.4.1 Endojen opiat peptidlerde (EOP) azalma.....	8
2.1.2.4.2 Serotonin eksikliği.....	8
2.1.2.4.3 Prostaglandinler (PG) .....	9
2.1.2.4.4 Hormon dengesizlikleri.....	9
2.1.2.4.5 Çinko (Zn) eksikliği.....	9
2.1.2.4.6 Magnezyum (Mg) eksikliği.....	9
2.1.2.4.7 Pridoksin eksikliği.....	10
2.1.2.4.8 Alerji.....	10
2.1.2.4.9 Hipoglisemi.....	10
2.1.2.4.10 Sıvı retansiyon teorisi.....	10
2.1.2.4.11 Genetik.....	10
2.1.2.4.12 Psikososyal teori.....	11
2.1.2.5 PMS'nin Psikososyal Faktörleri ve Kültürel Yönü.....	11
2.1.2.6 Ayırıcı Tanı.....	12
2.1.2.7 PMS'de Tanı.....	13
2.1.2.7.1 PMS İçin ICD-10 Tanı Ölçütleri.....	13
2.1.2.8. PMS Tedavisi.....	13
2.1.2.8.1. İlaç Dışı Tedaviler.....	14
2.1.2.8.2. İlaç Tedavisi.....	15
2.1.2.8.3. Cerrahi Yöntemler.....	16
3 MATERYAL VE YÖNTEM.....	17
3.1. Araştırmanın Tasarımı .....	17
3.2. Araştırmanın Tipi .....	17
3.3. Araştırmanın Evreni .....	17
3.4. Araştırmanın Örneklem Hacmi .....	17
3.5. Örneklem Seçimi .....	17
3.6. Araştırmanın Metodolojisi .....	18
3.6.1. Premenstrüel Sendrom Görülme Sıklığı Anketi.....	18
3.6.2. Menstrual Distres Şikayet Listesi.....	18
3.7. Veri Analizi .....	19
3.8. Araştırmada Karşılaşılan Güçlükler ve Kısıtlılıklar.....	19

3.9. Etik İzin .....	20
4. BULGULAR.....	20
5. TARTIŞMA.....	89
6. SONUÇLAR.....	98
7. KAYNAKLAR.....	99
8. EKLER.....	108
EK-1 Premenstrüel Sendrom Görülme Sıklığı Anket Formu.....	108
EK-2 Menstrual Distres Şikayet Listesi.....	111
EK-3 Etik Kurul İzni.....	113

## TABLO LİSTESİ

- Tablo 1. Bireylerin BMI, yaş, boy, kilo, ilk adet görme yaşı ve adetlerinin sürdüğü gün sayılarına ait tanımlayıcı istatistik değerleri
- Tablo 2. Çoktan seçmeli ilk 5 soruya verilen cevaplar
- Tablo 3. Çoktan seçmeli 8- 13. sorulara verilen cevaplar
- Tablo 4: Çoktan seçmeli 14. soruya verilen cevaplar
- Tablo 5: Çoktan seçmeli 15. soruya verilen cevaplar
- Tablo 6: Belirtilerin başladığı ve kaybolduğu günler
- Tablo 7: Belirtilerin son 1 yıla ve sosyal etkinliklere etkisi
- Tablo 8: PMS olan ve olmayan kadınların bazı sayısal özelliklerinin karşılaştırılması
- Tablo 9: PMS olan ve olmayan kadınların bazı kategorik özellikleri ile karşılaştırılması
- Tablo 10: PMS olan ve olmayan kadınların bazı kategorik özellikleri ile karşılaştırılması
- Tablo 11: PMS olan ve olmayan kadınlar ile adet öncesi sıkıntıları ortaya çıkarabilecek bir takım etkenlerin karşılaştırılması
- Tablo 12: PMS olan ve olmayan kadınlar ile 7-10 günlük süre içinde aşağıdaki belirtilerin karşılaştırılması
- Tablo 13. Kilo alma ve uykusuzluk şikâyetlerinin her üç dönemdeki durumları
- Tablo 14. Ağlama ve eğitim ve iş gücünde azalma şikâyetlerinin her üç dönemdeki durumları
- Tablo 15. Kaslarda gerginlik ve unutkanlık şikâyetlerinin her üç dönemdeki durumları
- Tablo 16. Sersemlik ve ilaç alma, yatakta kalma şikâyetlerinin her üç dönemdeki durumları
- Tablo 17. Baş ağrısı ve ciltte leke, sivilce şikâyetlerinin her üç dönemdeki durumları
- Tablo 18. Yalnızlık hissi ve boğulma, bunalma hissi şikâyetlerinin her üç dönemdeki durumları
- Tablo 19. Aşırı sevgi ifadesi ve düzenli, derli toplu olma şikâyetlerinin her üç dönemdeki durumları
- Tablo 20. Evden dışarı çıkmama ve karın ağrısı şikâyetlerinin her üç dönemdeki durumları

Tablo 21. Baş dönmesi, baygınlık hissi ve heyecanlı, telaşlı olma şikâyetlerinin her üç dönemdeki durumları

Tablo 22. Göğüs ağrısı ve sosyal etkinliklerden kaçınma şikâyetlerinin her üç dönemdeki durumları

Tablo 23. Anksiyete (sıkıntı) ve sırt ağrısı, bel ağrısı şikâyetlerinin her üç dönemdeki durumları

Tablo 24. Soğuk terleme ve kararsızlık şikâyetlerinin her üç dönemdeki durumları

Tablo 25. Yorgunluk ve bulantı, kusma şikâyetlerinin her üç dönemdeki durumları

Tablo 26. Aşırı hareketlilik ve ateş basması şikâyetlerinin her üç dönemdeki durumları

Tablo 27. Zihni bir noktaya toplamada güçlük ve memelerde ağrı, hassasiyet şikâyetlerinin her üç dönemdeki durumları

Tablo 28. İyi, mutlu olma duygusu ve kulak çınlaması şikâyetlerinin her üç dönemdeki durumları

Tablo 29. Dalgınlık, şaşkınlık ve genel şişkinlik şikâyetlerinin her üç dönemdeki durumları

Tablo 30. Dikkatsizlik sonucu oluşan küçük kazalar ve huzursuzluk şikâyetlerinin her üç dönemdeki durumları

Tablo 31. Genel ağrılar ve ruh halinde değişiklikler şikâyetlerinin her üç dönemdeki durumları

Tablo 32. Çarpıntı hissi ve üzgün, hüznü olma şikâyetlerinin her üç dönemdeki durumları

Tablo 33. Verimlilikte azalma ve hareketlerde uyum yetersizliği şikâyetlerinin her üç dönemdeki durumları

Tablo 34. Kollarda ve bacaklarda uyuşma ve karıncalanma ve iştah artması şikâyetlerinin her üç dönemdeki durumları

Tablo 35. Gerginlik ve gözlerde uçuşmalar, görme bozukluğu şikâyetlerinin her üç dönemdeki durumları

Tablo 36. Enerji ve hareketlilikte artış şikâyetlerinin her üç dönemdeki durumları

Tablo 37. Kadınlarda PMS olan ve olmayanlara göre Menstrual Distres Şikayet Listesi alt boyutlarının karşılaştırılması

Tablo 38. PMS Var-Sigara Kullanma

Tablo 39. PMS Yok-Sigara Kullanma



- Tablo 40. PMS Var-Adet Hakkında Bilgi
- Tablo 41. PMS Yok-Adet Hakkında Bilgi
- Tablo 42. PMS Var-Adet Düzensizliği
- Tablo 43. PMS Yok –Adet Düzensizliği
- Tablo 44. PMS Var-Ağrı
- Tablo 45. PMS Yok-Ağrı
- Tablo 46. PMS Var-İlaç Kullanma Durumu
- Tablo 47. PMS Yok-İlaç Kullanma Durumu
- Tablo 48. Menstrual distres Şikâyet listesi alt boyutlarına ait tanımlayıcı istatistik değerleri
- Tablo 49. Menstrual Distres Şikâyet Listesi Alt Boyutlarının Üç Dönem İçerisindeki Ortalamaların Karşılaştırılması

## RESİM LİSTESİ

Resim 1. Menstrual Distres Şikâyet Listesi Alt Boyutlarının Üç Dönem İçerisindeki Ortalamaların Karşılaştırılması



## FİGÜR LİSTESİ

Figür 1: Sigara Kullanma Durumu

Figür 2: Düzenli Egzersiz Yapma Sıklığı

Figür 3: İlk adetiniz öncesinde bu konu hakkında bilginiz var mıydı?

Figür 4: Cevabınız “evet” ise adet hakkındaki ilk bilgiyi kimden/nereden edindiniz?

Figür 5: Adet dönemine ilişkin düşünceniz nedir?

Figür 6: Adetiniz ağrılı oluyor mu?

Figür 7: Yakın çevrenizde adet öncesi veya adet döneminde sıkıntısı olan var mı?

Figür 8: Şu anda kullandığınız herhangi bir ilaç (vitamin hapları, doğum kontrol hapı, antidepresan vs) var mı?

Figür 9: Genelde beslenme alışkanlığınız

Figür 10: Günde ne kadar miktarda çay/ kahve tüketirsiniz?

Figür 11: Bilinen herhangi bir psikiyatrik hastalığınız var mı?

Figür 12: Adet öncesi sıkıntıları ortaya çıkarabilecek bir takım etkenler

Figür 13: Adet öncesi 7-10 günlük süre içinde oluşan belirtiler

## SİMGELER ve KISALTMALAR

E2 (estradiol)

Folikül Stimüle edici Hormon (FSH)

Gonadotropin Serbestleyici Hormon (GnRH)

Luteinleyici Hormon (LH)

Late Luteal Phase Dysphoric Disorder (LLPDD)

Ondokuz Mayıs Üniversitesi (OMÜ)

Prostaglandinler (PG)

Premenstrüel sendrom (PMS)

## ÖZET

**Amaç:** Menstrüel siklus; sadece dişi üreme sisteminde görülen, hipotalamus, hipofiz ve ovaryum hormonları arası etkileşim oluşturan, biyolojik bir döngüdür. Premenstrüel Sendrom ise adet siklusunun geç luteal döneminde, bu döneme spesifik olarak gelişen, birçok siklusta tekrarlayan, menstruasyonun başlamasıyla kısa zamanda hafifleyip kaybolan, foliküler dönemde en az bir hafta süreyle görülmeyen, fiziksel, psişik ve davranışsal değişikliklerin bulunduğu bir kavram olarak tanımlanmaktadır. Azımsanmayacak sıklığı, tanısının sıkça atlanması, tedavisinin güç olması hastalığı önemli kılmaktadır. Bu çalışmada Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesinde öğrenim gören kız öğrencilerde premenstrüel sendrom görülme sıklığı, şiddeti ve etkileyen faktörlerin analiz edilmesi amaçlanmıştır.

**Materyal ve metot:** Bu çalışma tek merkezli bir anket çalışması olup, temmuz-ekim 2016 tarihleri arasında, Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencisi olan 17-49 yaş arası bekar bayanları kapsayacak şekilde yürütülmüştür. Katılımcılara ‘Premenstrüel Sendrom Görülme Sıklığı Anketi’ ve ‘Menstrual Distres Şikayet Listesi anketi’ uygulanmıştır. Menstrual Distres Şikayet Listesi’nde yer alan şikayetler sekiz alt grupta toplanmıştır. Verilerin analizinde SPSS 20,0 paket programı kullanılmıştır.

**Bulgular:** Çalışmaya katılan 286 bireyin yaş ortalaması  $20,67 \pm 1,91$  yıl, ilk adet görme yaş ortalaması  $13,07 \pm 1,19$  yıl idi. Tanı kriterleri göz önünde bulundurularak yapılan analize göre katılımcıların %18,9’unda (n=54) PMS hastalığı mevcuttur. PMS olan kadınların ilk adet görme yaş ortalamasının daha düşük olduğu gözlenmiştir ( $p < .05$ ). PMS tanılı kadınlarda, şikayetlerin görüldüğü bu sürecin fizyolojik bir süreç olduğunu düşünme oranı, PMS tanısı olmayanların çok altındaydı ( $p < .05$ ). Günde üç veya daha fazla fincan çay/kahve tüketenlerde PMS daha yüksek saptanmıştır. Aile içi geçimsizliği olan katılımcılarda da PMS daha belirgindir. PMS tanısı olanlarda adetten 1 hafta önce en sık görülen şikayet anksiyete (%78,8), adet süresince en sık görülen şikayet karın ağrısı (%72,2), diğer günlerde en sık görülen şikayet ise ciltte leke ve sivilce (%29,6) idi. Negatif duygulanım alt grubu, menstruasyon öncesi, esnası ve sonrasında en sık görülen şikayetler bütünüydü. Hastaların %18,3’ü şiddetli veya çok

şiddetli düzeyde PMS tanılıydı. Bu oran, genel katılımcı sayısının ise %3,5'ine denk geliyordu.

**Sonuç:** Katılımcılarımızda PMS sıklığı azımsanmayacak boyuttadır. Kaydedilen şikayetler hastaların ailevi durumlarını ve sosyal entegrasyonunu olumsuz etkilemektedir. Kadınların ve dolayısı ile ailelerinin biyopsikososyal problemler yaşamasının önüne geçilmesi, hastalığı tanımlamak ve tedavi sürecini sağlamaktan geçecektir. İlgili şikayetlerden PMS tanısına giden süreçte hekime önemli bir rol düşmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** PMS, Şikayet, Sıklık, Üniversite Öğrencileri



## ABSTRACT

**Introduction-Aim:** Menstrual cycle is a biological cycle occurring only in female reproductive system and generates an association between hormones secreted by hypothalamus, pituitary gland and ovary. Premenstrual syndrome (PMS) is defined as a term involving physical, psychical and behavioral alterations that develop specifically to the late-luteal period of the menstrual cycle, repeat in several cycles, fade out by the initiation of menstruation and do not occur for at least a week in the follicular period. Its substantial incidence, the frequent oversight of the symptoms and difficulties in the treatment make this disease important. The present study aimed to analyze the incidence, severity and affecting factors of premenstrual syndrome in female students in Medical Faculty of Ondokuz Mayıs University.

**Material-Methods:** This study is a single-center survey study conducted in between July and October 2016 among the single students aged between 17 and 49 years. “Survey of Premenstrual Syndrome Incidence” and “Menstrual Distress Questionnaire (MDQ)” were performed on the participants. The complaints listed in MDQ are grouped under eight subgroups. SPSS 20.0 package program was used for data analysis.

**Results:** The mean age of the participants (n=286) was  $20.67 \pm 1.91$  years and the mean age of first menstruation was  $13.07 \pm 1.19$  years. By considering the diagnostic criteria, PMS was present in 18.9% (n=54) of the participants. The mean age of initial menstruation of students having PMS was observed to be lower ( $p < 0.05$ ). The ratio of students diagnosed with PMS who considered that this period was a physiological period was highly below than those not diagnosed with PMS ( $p < 0.05$ ). PMS was higher in students consuming three or more cups of tea/coffee daily. PMS was more obvious in those having marital discord. In students having the diagnosis of PMS, the most common complaints before the menstruation were anxiety (78.8%) and the most common complaint during the menstruation period was stomachache (72.2%), and the most common complaints were skin spot and ache (29.6%) in other days. Negative sensation subgroup was the overall most common complaints in the pre-menstruation period, in the course of menstruation and post-menstruation period. The 18.3% of the

patients had severe or very severe PMS. This ratio was 3.5% of the total number of participants.

**Conclusion:** The incidence of PMS was substantial among the participants. The recorded complaints are negatively affecting the familial conditions and social integration of the patients. It is important to define the disease and provide treatment in order to avoid biopsychosocial factors in women and their families consequently. Physicians have important roles through the period from relevant complaints to the diagnosis of PMS.

**Key Words:** PMS, Complaint, Frequency, University Students



## **1.GİRİŞ ve AMAÇ**

Premenstrüel sendrom çoğunlukla genç ve orta yaş dönemindeki kadınlarda görülen, menstrüel siklusun luteal fazı süresince kendisini gösteren, menstruasyonun başlamasıyla sona eren, biyopsikososyal problemlerle karakterize yaygın siklik bir bozukluktur. Azımsanmayacak sıklığı, tanısının sıkça atlanması, tedavisinin güç olması hastalığı önemli kılmaktadır. Yaklaşık 30-35 yıl sürecek bir döngünün, beraberinde getirdiği bir patoloji olarak premenstrüel sendrom, kadınların hayatlarını kaba çevirebilecek güce sahiptir. Bu çalışmada Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesinde öğrenim gören kız öğrencilerde premenstrüel sendrom görülme sıklığı, şiddeti ve etkileyen faktörlerin analiz edilmesi amaçlanmıştır.

## **2. GENEL BİLGİLER**

### **2.1 Tanımlar**

#### **2.1.1 Menstruasyon**

Menstrüel siklus; sadece dişi üreme sisteminde görülen, hipotalamus, hipofiz ve ovaryum hormonları arası etkileşim oluşturan, vücutta sirkadiyan ritimden sonra gelen olasılıkla en önemli ikinci biyolojik döngüdür. Erkek üreme sisteminde görülmeyen bu döngüsel değişiklikler döllenme ve gebelik için kadın vücudunun periyodik hazırlıkları olarak değerlendirilebilir (1). Menstrüel siklus ergenliğin son evresinde başlar ve menopoza kadar sürer. Siklus aralığı 20-30'lu yaşlar boyunca düzenli bir şekilde seyredir. Her döngü sonunda; gebelik oluşmamışsa endometrium iç tabakası vücuttan dışarı atılır ve bu süreç kendini 4-5 gün kadar devam eden menstrüel kanama ile gösterir. Kanamanın ilk günü menstrüel siklusun başlangıcı olarak kabul edilir. Menstrüel siklus ailesel özelliklere bağlı olarak 25-35 günlük periyodlarla tekrarlar (ortalama 28 gün) (2).

#### **2.1.1.1 Menstrüel Faz**

Menstrüel siklus içinde kanamanın olduğu evredir. Bu faz 1-4 gün kadar sürer.

#### **2.1.1.2 Foliküler Faz**

Menstruasyonun başlangıç döneminde Folikül Stimüle edici Hormon (FSH), foliküllerin olgunlaşmasını sağlar. FSH ve Luteinleyici Hormon (LH) granüloza hücrelerinden östrojen sekresyonunu sağlar (3). Bu süreç menstrüel siklusun foliküler fazı olarak tanımlanır. Bir önceki siklusun luteal evre bitiminden ovulasyona kadarki dönem foliküler fazdır. Foliküler faz esnasında Gonadotropin Serbestleyici Hormon (GnRH) sekresyonu ön hipofizden FSH ve LH salınımını artırır. LH ve FSH'nın etkisi altında menstrüel siklusun 5-7. günlerinde bir dominant folikül meydana gelir ve diğer foliküller atreziye gider. Serum FSH düzeyindeki artış, oluşan foliküldeki granüloza hücre sayısını ve östrojen sekresyonunu artırır (4).

### **2.1.1.3 Ovulasyon Fazı**

Ovulasyon sürecinde folikülden E2 (estradiol) sekresyonuyla endometrium hücre sayısı daha da artar. LH'nın artması granüloza hücrelerinin luteinizasyonunu tetikleyip progesteron sekresyonunu artırır. Progesteron salgılanmasındaki artış FSH ve LH'nın uyarımını daha da artırır. Estradiol düzeyinin artması LH salgılanmasını tetikler. LH seviyesindeki belirgin artış folikülün yırtılmasına ve oositin dışarı atılmasına yol açar (5). Bu şekilde olgunlaşmasını tamamlayan ovumun oositten atılması olayı menstrüel siklusun ovulasyon fazı olarak adlandırılır.

### **2.1.1.4 Luteal Faz**

Foliküler evrede sekresyonu başlayan GnRH'nın sekresyonu azalır. Artan LH ve FSH seviyeleri yavaşça azalmaya başlar. Progesteron ve 17 hidrokspirogesteron korpus luteumdan sekrete edilir. Ovulasyon sürecinden 8-9 gün sonra artan progesteron ve östrojen seviyeleriyle ilişkili olarak endometrium sekretuar faz içine girer. Östrojen ve progesteron seviyeleri düşer. Menstrüel evrede endometriumun iç katmanı menstruasyon kanaması olarak atılır (5). Menstrüel kanamanın birinci günü adet döngüsünün ilk günü kabul edilir ve döngü bir sonraki menstrüel kanamaya kadar devam eder. Menstrüel döngünün dört evresi vardır. Bu evreler foliküler, ovulasyon, luteal ve mestrüel evre olarak adlandırılır. Foliküler evre 7-21 gün kadar sürebilir, luteal evrenin ortalama süresi 14 gündür ve genellikle sabittir (6).

### **2.1.2 Premenstrüel Sendrom**

Bilimsel ve kültürel açıdan çeşitli şekillerde tanımlanan premenstrüel sendromun henüz ortak bir tanımı yoktur (7). Premenstrüel Sendrom, adet siklusunun geç luteal döneminde, bu döneme spesifik olarak gelişen, birçok sıklıta tekrarlayan, menstruasyonun başlamasıyla kısa

zamanda hafifleyip kaybolan, foliküler dönemde en az bir hafta süreyle görülmeyen, fiziksel, psişik ve davranışsal değişikliklerin bulunduğu bir kavram olarak tanımlanmaktadır (8). PMS ile aynı anlamda kullanılan "Geç Luteal Faz Disforik Bozukluk" (Late Luteal Phase Dysphoric Disorder - LLPDD) kriterleri 1987'de yayımlanan "Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders"ın üçüncü baskısının DSM-III-R ekinde yer bulmuştur. Sonrasında tekrar gözden geçirilip 1994'de yayımlanan dördüncü baskısında (DSM-IV) da yer almıştır. Ancak bazı otoriteler LLPDD'nin sadece luteal evrenin geç dönemindeki şikayetleri göz önüne alıp tüm luteal evre boyunca yakınmaları olan kadınları yok saydığı gerekçesiyle, PMS ile LLPDD'nin aynı anlamda kullanılmaması gerektiğini iddia etmektedir (9).

PMS, DSM IV'de, "Başka Türü Adlandırılmayan Depresif Bozukluk" başlığı altında "Premenstrüel Disforik Bozukluk" ismiyle yer almıştır. Bu tanıma göre; önceki yıl boyunca, menstrüel döngülerin çoğunda, luteal fazın son haftası sırasında düzenli olarak bir takım şikayetler (örneğin; yapılan etkinliklere karşı ilgide azalma, belirgin depresif duygudurum, belirgin anksiyete) ortaya çıkması, bu şikayetlerin menstrüel kanamaların başlangıcının ardından birkaç gün içinde ortadan kalkmış olması ve bu şikayetlerin iş yaşamında, okul yaşamında ya da rutin etkinliklerde bozukluklara sebep olacak kadar ağır seviyede olması ve menstruasyonların ardından en az bir hafta süreyle hiç bulunmaması gerekmektedir (10). 2013 yılında DSM-V yayınlanmıştır. PMS "Premenstrüel Disfori Bozukluğu" olarak depresif bozukluklar başlığı altına eklenmiştir. DSM-V'te geçen premenstrüel disfori bozukluğu tanı ölçütleri şunlardır;

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

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

1. Belirgin duygusal değişkenlik(örn: duygudurum dalgalanmaları; birden kendini üzüntülü ya da ağlamaklı hissetme ya da kabul görmemeye karşı artmış duyarlılık).
2. Belirgin bir biçimde kolay kızma, öfkelenme ya da kişilerarası çatışmalarda artma.
3. Belirgin bir çökkün duygudurum, umutsuzluk duyguları ya da kendini küçümseyen düşünceler.
4. Belirgin bir bunaltı, gerginlik ve /ya da diken üzerinde ya da sinirli olma.

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

1. Olağan etkinliklere karşı ilgide azalma(örn: iş, okul, arkadaşlar, eğlence uğraşları).
2. Odaklanmakta öznel güçlük çekme.
3. Uyuşukluk, kolay yorulma ya da içsel güçte belirgin bir düşüklük.
4. Belirgin bir yeme isteği değişikliği; aşırı yemek yeme ya da özel bir takım yiyecekleri yemek için aşırı istek duyma.
5. Aşırı uyku uyuma ya da uykusuzluk çekme.
6. Bunalmışlık ya da denetimini yitirmişlik duyumu.
7. Göğüslerde duyarlılık ya da şişme, eklem ya da kas ağrısı, "davul gibi şişme" duyumu ya da kilo alma gibi bedensel belirtiler.

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

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

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

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

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

\*Belirtiler, en az iki belirtili döngü sırasında, ileriye dönük günlük derecelendirme ile doğrulanmamışsa, tanının adından sonra “geçici tanı” diye yazılmalıdır (“aybaşı öncesi disfori bozukluğu, geçici tanı”) (11).

Kadınlarda premenstrüel sıklusta gelişen değişiklikler, hafif, rahatsızlık yaratmayan, birden fazla şikayetin aynı anda yaşanması şeklinde gelişebilir. Memelerde hassasiyet ve ödem gibi şikayetler kadınların birçoğunda menstruasyona yakın dönemde gelişir ve genelde kadınların tedavi olma gereksinimi hissetmeyecekleri derecede hafiftir. Buna "Premenstrual Molimina" denir (12). Psikiyatrik şikayetleri olan bazı hastalarda, semptomların premenstrüel süreçte artış göstermesine ise "Premenstrual Magnifikans" (PMM) denir. Üreme çağındaki kadınların %80-90'ında Premenstrual Molimina görülmekte iken, ancak %3-5 kadarında şikayetlerden bir veya daha fazlası hastayı ileri derecede strese sokacak seviyededir (13).

### **2.1.2.1 Tarihçe**

Hipokrat'tan itibaren yüzyıllardır uterus ile akıl arasında bir bağlantı kurulmuştur. Trotula De Salerno henüz 11. yüzyılda yazdığı kadın sağlığı, hastalıkları ve çocuk bakımı, eğitimi konusundaki eserinde premenstrüel sendromla ilgili bilgiler sunmuştur. 16. yüzyılda ise Padova'lı Giovanni De Monte ilk kez depresyon ve menstrüel döngü arasındaki olası bir ilişkiye vurgu yapmıştır. İcard ise piromani (Birçok kez istekli ve kasıtlı olarak yangın çıkarma, yangın ve bunun yarattığı olaylar ile büyülenme, bunlara merak duyma ve bunları çekici bulma), dipsomani (Aşırı miktarlarda alkollü içki içmek için duyulan bir zorlanma hissi), homisidal ve suisidal mani, erotomani (Sanrılı bozukluk ya da delice sevildiğini sanma), nimfomani (Kadında aşırı ve kompulsif cinsel ilişki isteği), kıskançlık (bir kanıt olmaksızın eşinin kendisini aldattığı düşüncesi ve rahatsızlık duyduğu halde bu düşünceden kendini kurtaramama), melankoli (Elde edilememiş hedefler sonrasında insanın düştüğü ruh hali ya da can sıkıntısı, hüznün ve yalnız kalmayı istemekle seyreden hayattan kopma hali) ile menstrüel dönemin ilgisi olduğundan bahsetmiştir. Leacock ise 1840'da bazı kadınların menstrüel dönemde “nöraljik, histerik ve kaprisli” olduklarını belirtmiştir (14,15). Literatürde ilk kez Frank'ın 1931'de adete 7-10 gün kala başlayan şikayetler gösteren 15 kadın hastasını yayınlaması ile yerini almıştır. Frank bu şikayetler için "premenstrüel gerginlik" tanımını kullanmıştır. Katharina Dalton 1952'de "premenstrüel sendrom" tanımını ilk kullanan bilim insanı olmuştur. PMS ile ilişkili olarak 1968'e dek yaklaşık 150 farklı belirti tanımlanmıştır

(7). PMS ile ilişkili araştırmalar son iki dekatta artış göstermiştir (14). Literatürde 1931 ve 1980 yılları arasında menstruasyon öncesi konularla ilintili birçok kaynak gösterildi. PMS tartışması ve ilgili eserler, bu konuyla uğraşan araştırmacıların dikkatini önemli bir noktaya çekmeyi başarmıştır. Bu nokta PMS'nin “gerçek” olduğu ve bir endüstri haline dönüşmesidir. PMS'nin vazgeçilmez bir parçası da tedavi için kullanılan ilaçlardır (7).

### **2.1.2.2 Premenstrüel Sendromun Epidemiyolojisi**

Epidemiyolojik çalışmalar reproduktif çağıdaki kadınların yaklaşık olarak %80'inin, menstrüel döngünün premenstrüel dönemine bağılı çeşitli değişiklikler yaşadığını göstermektedir (16). DSM- IV ise kadınlarda minör premenstrüel değişikliklerin prevalansını yaklaşık %75, PMS semptomlarını ise %20- 30 olarak ifade etmiştir (17). Kadınlarda PMS belirti ve işaretlerinin 25–35 yaş arasında daha yaygın olduğu gösterilmiştir. Bununla birlikte bu yaş grubundaki kadınlar tedavi amacıyla başvurduklarında yaklaşık 10 yıldır premenstrüel semptomlara sahip olduklarını ifade etmişlerdir. Ergenlik döneminde başlayan PMS semptomlarının şiddeti giderek artmakta ve sonrasında kadının menopoza yaklaşmasıyla şikayetler azalmaktadır. PMS semptomlarının yaş ve gebelik sayısı ile doğru orantılı olarak artış gösterdiği pek çok kadın tarafından belirtilmiştir. Çalışma hayatı ve aile içi olaylar nedeniyle gelişen strese bağılı da PMS belirtilerinde yaşla birlikte artış saptanmıştır (18). Bununla beraber ırk, medeni hal, eğitim ve kültür düzeyi ile PMS arasında pozitif bir bağlantı saptanmamıştır (19). PMS'de kalıtımın etkisi tam olarak anlaşılmasına rağmen, bazı araştırmalar genetik etkenlerin rol alabileceğini göstermektedir. Yapılan bazı çalışmalarda monozigotik ikizlerin her ikisinde de PMS gelişiminin, dizigotik ikizlerden ve ikiz olmayan kardeşlerden daha sık görüldüğü vurgulanmıştır. Ek olarak anneler ve ergenlik çağındaki kızlarında PMS belirtilerinin benzer olduğu bildirilmiştir. PMS'nin psikiyatrik rahatsızlığı olan kadınlarda daha fazla görülüp görülmediği konusunda tartışmalar vardır. PMS saptanan hastalarda, kontrol grubuyla kıyaslandığında, sadece luteal evrede daha sık depresyon tespit edildiği belirtilmiştir. PMS ve endojen depresyon vakaları, psikolojik profiller ve kortikal salgılama dinamiği açısından kıyaslandığında, endojen depresyonda rastlanan, depresif ataklar PMS'de farklı saptanmıştır (12).

### **2.1.2.3 PMS Belirtileri**

PMS, biyopsikososyal açıdan değerlendirilmesi gereken psikonöroendokrin bir hastalıktır. Birçok yazara göre dünyanın en sık rastlanan hastalıklarından biri olarak görülürken, kimi yazarlara göre ise bir hastalıktan ziyade, fizyolojik değişikliklerin kendisini göstermesidir. Oldukça sık görülen bir durum olmasından ötürü, bu ayrımı yapmada zorluk çekilebilir. Bilinene göre, reproduktif dönemdeki kadınların %70-90'ında menstruasyonla ilişkili bazı şikayetler mevcuttur. Ancak kadınların %20-40'ında daha ileri düzeyde geçici mental ve fiziksel disfonksiyon şeklinde bulgular görülmektedir (20). PMS şikayetlerinde ana rolü duygudurum ve davranış bozuklukları oynamaktadır (21). PMS şikayetleri adetten yedi gün önce başlar (22). PMS'nin belirtilerine aşağıda yer verilmiştir (23,24):

#### **2.1.2.3.1. Psikolojik belirtileri**

- Depresyon - Kolay sinirlenme
- İntihara eğilim - İşten kaçma
- Paranoya - Sosyal ilişkilerden kaçınma
- Duygusal dalgalanmalar - Kendine zarar verme isteği
- Laterji ve yorgunluk - Huzursuzluk
- Duygusallaşmak - Korkular
- Sıkıntılı olma
- İrritabilite - Unutkanlık
- Labil ruh hali - Dikkatini yoğunlaştırmada güçlük
- Anksiyete - Ani üzülme
- Kızgınlık, öfke, hiddet - Ağlamaya meyil
- Kendini küçük görme - Suçluluk
- Kararsızlık - Negatif tutum

#### **2.1.2.3.2. Fiziksel belirtileri**

- Memede hassasiyet, ağrı, gerginlik - Uyuşukluk
- Baş ağrısı – Halsizlik
- Kas spazmı, kramplar - Üşüme
- Sıcak basmaları - Enerji azalması
- Oligüri - İştah
- Konstipasyon veya diyare - Bacaklarda yorgunluk

- Tremorlar - Karında ağrı, kramplar, şişlik

#### **2.1.2.3.3. İştaha ait belirtiler**

- Yeme isteği - Aşırı susama

- Mide bulantısı

#### **2.1.2.3.4. Ödeme bağlı ortaya çıkan belirtiler**

- Memelerde şişkinlik - Karında şişlik

- Kiloda artma - Genel vücut ödemi

#### **2.1.2.3.5. Dermatolojik belirtiler**

- Akne - Saçlarda kuruma

#### **2.1.2.3.6. Davranışsal belirtiler**

- Yorgunluk, bitkinlik, Uyku dengesizliği

- Baş dönmesi – Enerji kaybı

- Aktivitede azalma - Kazalara eğilim

- Normal günlük aktivitelere ilgide azalma

- Cinsel aktivitede azalma - Kavgacı tutum

- Umutsuzluk

#### **2.1.2.4 Etiyoloji**

PMS’de birçok etyolojik faktör öne sürülmüş olup, bunların önemli bir kısmı net olarak aydınlatılamamıştır.

##### **2.1.2.4.1 Endojen opiat peptidlerde (EOP) azalma**

Vücutta oldukça geniş dağılım gösteren endorfinler, biyojenik aminleri inhibe ettiklerinden emosyonel durumu, iştah ve susamayı değiştirebilirler. Ayrıca hormon salınımlarını değiştirerek davranışlarda, uyku rutininde, ısı düzenlenmesinde ve barsak fonksiyonlarında etkili olabilecekleri kanıtlanmıştır. Akut opiat kesilmelerinde hiperirritabilite ve agressivite gibi bulguların görüldüğü bilinmektedir. Normal menstrüel döngüde beta-endorfin luteal evrede artmakta, foliküler evrede azalmaktadır. PMS’li kadınlarda luteal evredeki beta-endorfin seviyesi düşük bulunmaktadır (25).

##### **2.1.2.4.2 Serotonin eksikliği**

Depresyonda santral sinir sisteminde serotonin hormonu eksikliği tespit edilmiştir. PMS’de de depresyon görüldüğünden, luteal evrede serotonin eksikliği mevcudiyetinden şüphelenilmiştir. Östrojenin hipotalamusta serotonine ait günlük döngü meydana getirdiği,



progesteronun ise serotoninin devrini hızlandırdığı saptanmıştır. Acar'ın çalışmasında, PMS'de plateletlerde serotonin alımının azaldığı belirtilmiştir (26). Birçok çalışmada PMS veya premenstrüel disfori bozukluğu olan hastaların serotonin düzeylerinde anormallikler olduğu gösterilmektedir (24,27).

#### **2.1.2.4.3 Prostaglandinler (PG)**

PMS'de PG yetmezliği iddia edilmiştir (26,28). PG inhibitörü olan mefenamik asit tedavisi ile PMS'nin bazı belirtilerinde düzelme görülmüştür. Fakat bu durumda çelişkili bir durum oluşmaktadır. Hem PG yapımında kullanılan hem de PG yapımını inhibe eden iki ajanın PMS belirtilerini düzelttiği iddia edilmektedir. PG'le de beta-endorfinleri etkileyebilmektedir (26,28).

#### **2.1.2.4.4 Hormon dengesizlikleri**

Tiroid hormonları, endojen opioidler, GABA (Gamma Aminobütirik Asit), Östrojen, progesteron, FSH (Folikül Stimüle Edici Hormon), LH (Luteinize Hormon), kortizol, dihidrotestosteron ve melatonin düzeylerini ilgilendiren çokça çalışma olmasına rağmen, net bir etiyolojik ajan gösterilememiştir (9,27). Menstrüel siklustaki biyolojik değişiklikler önemli rol oynuyor olabilir. Çünkü bu belirtiler adet siklusunun görülmediği dönemlerde, örneğin ergenlik öncesi, gebelik ve menapozda ortadan kaybolmaktadır. PMS ve premenstrüel disfori bozukluğunun patofizyolojisi net olarak açıklanamasa bile over kökenli steroidlerin döngüsel değişikliklerinin beyindeki nörotransmitter sistemler üzerinde etkili olabileceği öne sürülmektedir (29). Hipotiroidinin PMS'li hastaların %94'ünde sublinik olarak görüldüğü, tiroid hormonu verildiğinde ise belirtilerin düzeldiği gösterilmiştir (26). Son dönemde yapılan araştırmalarda PMS oluşumunda prolaktinin önemli bir etken olabileceği gösterilmiştir. Prolaktinin böbrek üzerine direkt etkisiyle H<sub>2</sub>O, Na retansiyonu oluşmakta ve sonuç olarak ödem oluşmaktadır (30).

#### **2.1.2.4.5 Çinko (Zn) eksikliği**

Çinkonun, kadınlarda emosyonel ve mental olaylar ile ilişkili hormonların ve nörotransmitterlerin salınımını etkilediğini gösteren birtakım mekanizmalar vardır. PMS'li hastalar karbonhidrat ve şekeri fazla tükettikleri için bu hastalarda mineral eksikliği olabileceği iddia edilmiştir (26).

#### **2.1.2.4.6 Magnezyum (Mg) eksikliği**

İlk olarak Abraham 1983 yılında PMS etyopatogenezinde Mg yetmezliğini gündeme getirmiştir. Mg bazı enzimatik olaylarda kofaktör olarak rol oynamaktadır. İleri derecede Mg yetmezliği apati, kişilik değişimleri, anoreksia, bulantı, generalize adele spazmları ve tremor

yapabilmektedir. Mg azalması ile ruhsal durum negatif etkilenip davranış bozukluğu ortaya çıkabilir. PMS’de Mg’nin düşme sebebini, azalan gastrointestinal emilime ve/veya hızlanan renal atılıma bağlayanlar mevcuttur, bu konu henüz netleşmemiştir. Diğer bir görüşe göre PMS Mg azalmasına yol açmaktadır (31).

#### **2.1.2.4.7 Pridoksin eksikliği**

Vitamin B6 bazı nörotransmitterlerin sentezlenmesinde önem arz eden bir kofaktördür. Bunun yanında vücutta Mg düzeyini de ayarlar. Dopamin ve serotoninin biyosentezinin son basamağında koenzim rolü oynar, beyinde Vit B6 azalması PMS’nin bazı belirtilerine neden olabilir. Fakat PMS’de vit B6’nın ne kesin ne de relatif olarak eksikliğini destekleyen bir objektif bulgu vardır (25).

#### **2.1.2.4.8 Alerji**

Progesterona karşı gelişen alerjik reaksiyonun PMS’ye yol açabileceği öne sürülmüştür fakat premenstrüel ürtiker çok nadir olarak görülmektedir. Vücudun kendi hormonlarına karşı antikor oluşturma tezi ortaya atılmışsa da bu antikorların varlığı gösterilememiştir (25).

#### **2.1.2.4.9 Hipoglisemi**

1950’li yıllarda hipoglisemi bulgularının (sinirlilik, terleme, yorgunluk, açlık, belirsiz GİS yakınmaları) PMS’nin bazı belirtilerine benzemesinden ötürü hipogliseminin etiyojide rol oynayıp oynamadığı sorgulanmıştır. PMS’nin bazı belirtileri için bu durumun kabul edilebilirliği halen açık değildir (26,32).

#### **2.1.2.4.10 Sıvı retansiyon teorisi**

PMS’de sıkça şişkinlik ve sıvı retansiyonu belirtilerinin görülmesi, PMS belirtilerinin potansiyel bir nedeni olarak mineralokortikoid değişikliklerin olabileceğini gündeme getirmiştir. Bunun yanında, mineralokortikoidler emosyonel durum üzerine santral bir etkiye sahiptir. Mineralokortikoidler ile PMS arasında böyle bir potansiyel ilişkiden bahsediliyorsa da, çalışmalar PMS ve kortikoidler arasında aldosteron düzeylerinde anlamlı bir fark bulamamıştır (33).

#### **2.1.2.4.11 Genetik**

PMS’nin benzer belirtileri yakın akrabalarda görülebilir. PMS’de genetik faktörlerin rolü büyüktür. Tek yumurta ikizlerinde çift yumurta ikizlerine göre görülme oranı iki kat fazladır (34). PMS sıklığı, anne ya da kız kardeşte benzer bulguları olanlarda, olmayanlara göre daha yüksek bulunmuştur (20). Kadınlarda menarş öncesi meydana gelen belirtilerin; PMS ve premenstrüel disforik bozukluk taşıyan kadınlarda steroid gonadların sonucunda görülen emosyonel değişikliklere olan ayrımsal duyarlılığından kaynaklandığı

düşünülmektedir. “Ayrımsal farklılık” kavramının etyolojisi birçok faktöre bağlıdır ve bir kısmı genetik özelliklerce tespit edilir (27).

#### **2.1.2.4.12 Psikososyal teori**

Yapılan çalışmalara göre PMS’yi kişinin yaşı, sosyoekonomik düzeyi, yaşam koşulları ve sahip olduğu çocuk sayısı da etkileyebilir (27). PMS yönünden postpartum depresyon öyküsü ve doğum kontrol hapları ile duygudurum dalgalanmaları gösteren kadınlar daha çok risk altındadır. Ayrıca geçirilmiş depresyon ve ailede PMS öyküsü olan kadınlarda daha sık görülmektedir. Adet öncesi belirtileri 15 günlük luteal dönem boyunca yaşayan kadınlarda ise major depresif bir atak geçirme riski de yüksektir (14). Uygun sağaltım alıyor olsa da major depresyonu olan kadınların bir bölümünde adet döngüsünün luteal döneminde depresif belirtilerde artma, tekrarlama veya yeni belirtilerin ortaya çıktığı görülmüştür (9).

#### **2.1.2.5 PMS'nin Psikososyal Faktörleri ve Kültürel Yönü**

Multivaryans analizler premenstrüel şikayetlerin değişkenliği ile sosyal ve psikolojik değişkenler arasındaki ilişkiyi günyüzüne çıkarmaktadır. PMS tanılı kadınların içsel çatışmalardan doğan stres ile başa çıkma yetilerinde azalma olduğu belirtilmektedir. Ortama uyum süreci ve sosyal çevre, kişilerin durumlarını nasıl algılayacaklarına ve nasıl davranacaklarına etki etmektedir. Stresli bir çevredeki birey şikayetlerini daha olumsuz bir şekilde algılayacaktır. Bir araştırmaya göre olumsuz yaşam olaylarının premenstrüel ve menstrüel negatif etki, menstrüel su tutulumu ve menstrüel performansta azalma gibi semptomların artışı ile bağlantılı olduğu saptanmıştır. PMS ile ilgili başka bir görüş ise premenstrüel yakınmaları olan kadınların nörotisizm veya diğer benzeri kişilik uyumsuzluğu gibi belirgin kişilik özellikleri varlığıdır. Bununla beraber kişinin menstruasyonu algılayışı ve kadınlık rolünü kabullenememesi sendromda bir etkidir (35). PMS semptomları kadın olmakla ilgili öfke duygusuyla ilişkilendirilmiş, gebelik ve cinsel tercih karmaşası ile ifade edilmeye çalışılmıştır. Bazı çalışmalara göre anne-kız arasındaki ilişki ve menarşa hazırlık sürecinde annenin kötü deneyimleri, kızında da PMS görülmesine katkıda bulunmaktadır. Ayrıca kızların menstruasyonla ilgili öğrendikleri bilgiler ve menstruasyonla ilişkili değişiklikler, kendilerini kadın olarak kabul etme ve belirtilere reaksiyonlarını da etkileyebilir (36). Kadınlık rolünün algılanması; menstruasyon ve menstrüel distresin algılanmasında çok önemlidir. Sosyokültürel konular menarş ve menstruasyona yönelik mit ve davranışları önemli ölçüde etkilemektedir. Menstruasyona yönelik bu inanç ve davranışların en önemli

belirleyicilerinin din-kültür etkisi olduğu belirtilmektedir. Örneğin; menstruasyon olan kadınlar eski dönemlerde kirlî, Allah'a saygısız olarak düşünölmekteydi.

### 2.1.2.6 Ayırıcı Tanı

Değerlendirmenin başında iyi bir menstrüel, obstetrik ve genel anamnez alınmalıdır. Anamnezde yaş, parite, PMS belirtilerinin başlangıcı ve progresyonu, PMS'yi başlatan ve şiddetini arttıran süreçler, belirtilerin zamanı, fiziksel ve duygusal belirti adedi, daha önceki tedavi ve sonuçları, aile, iş ve arkadaş ilişkileri üzerine etkisi gibi konular irdelenmelidir. Bireyin beslenme alışkanlıkları (günlük öğün sayısı, kafein alımı, kırmızı et, sebze tüketimi vb), sağlık alışkanlıkları (aerobik, sigara, alkol, ilaç kullanımı, stres düzeyi ve baş etme yolları) sorgulanmalıdır (37). PMS için spesifik laboratuvar tetkiki yoktur. Ancak altta yatan diğerk bir bozukluk için çeşitli incelemeler yapılabilir. Ayırıcı tanıda endometriosis, kronik yorgunluk sendromu, sistemik lupus eritematosus, irritabl kolon sendromu, epilepsi, migren, fibrokistik meme hastalığı, hipo-hipertiroidi ve Cushing hastalığı gibi patolojiler yer alır. Jinekolojik muayene önemlidir ve gerektiği durumlarda batın ultrasonografisi yapılmalıdır. Ayırt edilmesi gereken en önemli bozukluklar ise distimik bozukluk ve genelleşmiş anksiyete bozukluğu gibi psikiyatrik bozukluklardır. Bipolar affektif bozukluk veya nevroz gibi hastalıklar daha önce PMS ile açıklanmaya çalışılmıştır. Migren, inkoordinasyon, baş ağrısı gibi şikayetlerin nörolojik bozukluklara bağlı olmadığı ispatlanmalıdır (38). Tiroid bezi patolojilerinde de halsizlik ve irritabilite olabilir; bunun için T3, T4 ve TSH bakılır. PMS'li hastalar, TRH stimölasyon testine artmış veya azalmış yanıt verebilmektedir. PMS'de hafif tiroid bezi bozuklukları olabilir, ancak nedensel bir ilişki bulunmamıştır (26). Halsizlik primer yakınma ise anemi ekartasyonu amacıyla tam kan sayımı yapılır. Kronik böbrek veya karaciğerk hastalığı ekartasyonu amaçlı biyokimyasal testler istenir. Kişi perimenopozal dönemde ise PMS olup olmadığını anlamak için, kan FSH düzeyine bakılır. Hastada galaktore mevcutsa kanda prolaktin ölçümü yapılır ve hiperprolaktinemi sebebi araştırılarak ilaç kullanıp kullanmadığı sorgulanır.

Premenstrüel dönemde yakınmaları olan hastalarda bu belirtiler aevlenebilir. Günlük sorun çizelgeleri mevcut şikayetleri ayırt etmede önem arz eder. Bu bozuklukları olan kadınlarda sadece geç luteal dönemde değil diğerk dönemlerde de belirtiler bulunması ayırıcı tanıyı kolaylaştırır (14).

### **2.1.2.7 PMS’de Tanı**

Bir kadına PMS tanısı konabilmesi için bazı göstergeler gereklidir. Kişinin duygusal ve davranışsal şikayetlerinin sıkça tekrarladığını belirtmesi, bu belirtilerin günlük işlevlerini bozacak düzeyde olması ve luteal fazın son haftasında görülüp birkaç gün içinde düzelmesi ve belirtilerin en az iki ay boyunca görülmesi gerekmektedir (39). Premenstrüel disfori bozukluğu tanısı için DSM-V’te bildirilen 11 belirtiden en az beşinin bulunması, işlevsellikte bozulma ve ileriye yönelik en az ardışık 2 aydır belirtilerin görülüyor olması gereklidir (40). Bundan ötürü premenstrüel disfori bozukluğu, PMS’ye göre daha ağır bir tabloyu tarif etmektedir ve PMS’nin şiddetli bir versiyonu olduğu söylenebilir. PMS ve premenstrüel disfori bozukluğu gibi iki değişik tanımın bulunması veya sendromun tanımlanmasında ortak görüşün olmaması, bu tablonun sıklığının saptanması konusunda zorluklara sebep olmaktadır (8). PMS tanısı koyarken yaşanan bir diğer problem ise PMS’li kadınları belirleyip sınıflandırmada ve tedavi sonuçlarının değerlendirilmesinde birçok klinik araştırmacının farklı yöntemler kullanmasıdır. PMS’li hastaların belirlenmesi için kabul edilmiş bir sayısal kriter söz konusu değildir. Hem tanı koymada, hem de yeni tedavilerin değerlendirilmesi konusunda ortak görüş sağlanmalıdır. Türkiye’de tanı amaçlı kullanılan kriterler ile yapılan PMS sıklık çalışmaları, daha çok belli bir lokalizasyonda yaşayan kadınlar ile hastanelere türlü nedenlerle başvuran bireylerde yürütülmüştür. Yapılan bir kesitsel çalışmada PMS tanısı için gerekli ölçekler kullanılmamış, sadece kadınlarda premenstrüel belirtilerin prevalansı saptanabilmiştir. Ancak, etiyoloji, tanı ve tedaviye yönelik araştırmaları planlayabilmek için PMS’nin toplum içindeki sıklığı ve etkili faktörlerinin incelenmesi, bunun için de PMS tanısı için hazırlanmış standart ölçeklerin kullanılması gereklidir (20).

#### **2.1.2.7.1 PMS İçin ICD–10 Tanı Ölçütleri**

PMS’nin ICD tanı ölçütleri; hafif psikolojik huzursuzluk, memelerde hassasiyet, el ve ayaklarda şişme, şişme hissi/kilo alma, iştah değişikliği, çeşitli ağrılar, dikkatte azalma, uyku bozukluğudur. Kişide bu bulgulardan yalnız birinin olması yeterlidir (14).

### **2.1.2.8 PMS Tedavisi**

PMS tedavisinde, sebebin net olarak açığa çıkarılamaması nedeniyle, tedavide uzun yıllar başarı sağlanamamıştır. Dolayısıyla, günümüze değin semptomatik ve nonspesifik türlü

tedaviler uygulanmıştır (41). Çok sayıda bulgu ile giden, karışık bir bozukluk olduğundan hastaya spesifik bir tedavi yaklaşımı belirlenmelidir. Tedavi için önerilen yönetimler oldukça geniş bir spektrumda yer almaktadır. Bu tedaviler non-farmakolojik, cerrahi, hormonal olmayan ve hormonal tedavi olmak üzere dört şekilde sıralanmıştır (42).

#### **2.1.2.8.1. İlaç Dışı Tedaviler**

(a) Eğitim, destek: Birçok hastada anamnez alırken bile belirtilerde rahatlama gözlenmektedir. Menstruasyon şikayetlerine karşı kişiyi bilinçlendirmek birçok hafif ya da orta şiddetteki hastada düzelmeye sağlayabilir (14).

(b) Aileyi bilgilendirme: Menstruasyon ve bu dönemdeki problemlerle baş etme konularında genç kızların ergenlik döneminden itibaren aydınlatılması, bu konuda orta öğretimdeki kız çocuklarına eğitim verilmesi ve özellikle sağlık dersinde bu konular üzerinde durulması önemlidir (43).

(c) Stresi azaltma: Sosyal desteği düşük düzeyde olan hastalarda PMS'nin etkisi şiddetlenir. Menstrüel döngü şikayetlerinde sosyal yönden destek vermek kişiyi rahatlatır (22). Yaşam tarzı değişiklikleri, stresin ve sorumlulukların azaltılması, günün belli bir bölümünde kişinin güvendiği rahatlama tekniklerinin yapılması çözüm yolları olabilir. Birçok kadın günlük hayatında rutin stres faktörleri ile yaşar. Çocukların ve/veya akrabaların bakım sorumluluğu, ev işleri ve iş hayatı dengelenmelidir (44).

(d) Yeme alışkanlıklarını düzenleme: PMS'de kahve, alkol, kola, çikolata, nikotin, kırmızı et, şeker ve tuz içeren yiyecekler azaltılmalıdır (23). Günde minimum sekiz bardak su içilmesi gereklidir (25). Kompleks karbonhidrat alımı gereklidir (27). Yeşil sebzeler bolca tüketilmeli, diyetle kalsiyum, magnezyum ve vitamin E desteği bulunmalıdır (44).

(e) Bilişsel ve davranışçı yaklaşımlar: Rahatlama metotları olarak masaj, sıcak banyo uygulanabilir (45).

(f) Beden egzersizleri: Aerobik egzersizler ve dans, tempolu yürüyüş, jogging genellikle faydalıdır (23). Kondüsyon egzersizleri, premenstrüel sıvı retansiyonunda etkin bir aktivitedir. Bu tür egzersizler, premenstrüel dönemde günde en az 30 dakikaya çıkarılmalıdır (46).

(g) Alternatif tedavi: İlaç tedavilerinin yanında herbal tedavi şekilleri de kullanılmaktadır (24). Çin'de bitkisel tedavi yöntemiyle yapılan bir çalışmada 861 PMS'li kadından %75,6'sında tamamen iyileşme sağlandığı raporlanmıştır (47). Yine, Japon'ların premenstrüel belirtilerin tedavisi için de kullandıkları geleneksel yaklaşımlardan biri olan 'Kampo' (çeşitli ot, iksir ve diğer ilaçları kullandıkları yöntemin adı) günümüzde batı ülkelerinde de

denenmektedir (48). Bu yöntemlere ek olarak akupunktur, yoga, meditasyon gibi birçok tedavi yöntemleri de kullanılmaktadır (49).

#### **2.1.2.8.2. İlaç Tedavisi**

a)**Psikotrop ilaçlar:** Özellikle serotonin geri alım engelleyicileri en efektif ilaç grubudur (50). Fluoksetin (ortalama 20 mg/gün), sertralin (50–150 mg/gün), sitalopram (20 mg/gün), paroksetin (20 mg/gün) ise üzerinde en fazla çalışılan ilaçlardır (14). Çalışmalar PMS tedavisinde serotonin geri alım engelleyici ilaçların olumlu etkisini göstermektedir (40,51). Çoğu hastada adetten 7–10 gün öncesi ve adetten 1–2 gün sonrası kesintili uygulama yeterli olmaktadır. Ayrıca bu ilaçlara ek olarak anksiyolitikler ve GnRh analogları kullanılabilir (15).

#### **(b) Hormonal Tedaviler**

##### **Progesteron**

PMS'de ilk kez Dalton progesteron tedavisinden bahsetmiş, özellikle doğal progesteronun kullanılması gerektiğini belirtmiştir. Sentetik progesteron aldosteron agonisti olup Mg kaybına yol açabilirken, doğal progesteron aldosteron antagonisti olup Mg itrahını önlemektedir. Spironolakton kullanımı ile PMS'de düzelme olması da bu etki mekanizmasıyla açıklanmaktadır (13). Menstrüel siklusun son 10–14 gününde 400 mg/gün progesteron ampul veya vajinal supozituarlar ile yüz güldürücü sonuçlar alındığı ifade edilmektedir. Benzer etkiye oral yolla alınan 10 mg/gün medroksiprogesteron asetat ile de ulaşılabilir (41). Ancak progesteronun etkinliğini destekleyen kanıtlar yeterli değildir. Yapılan bir çalışmada, progesteron verilen grupla plasebo verilenler karşılaştırıldığında premenstrüel şikayetler üzerinde bir gelişme olmadığı gösterilmiştir (52).

##### **Oral Kontraseptifler**

Oral kontraseptiflerin PMS üzerindeki etkileri ile ilgili veriler yeterli değildir. Bazı hastalar oral kontraseptif kullanmaya başladıkları ilk dönemlerde de PMS'ye benzer şikayetler yaşamaktadırlar. Bunun sebebi, PMS yaşayan birçok hastanın kontrasepsiyon da istemesidir (42). Oral kontraseptiflerin yumurtlamayı baskılayarak PMS semptomlarını azalttığı düşünülmektedir (53). Oral kontraseptif kullanarak yapılan bir çalışmada, plasebo grubu ile karşılaştırıldığında premenstrüel dönemde emosyonel durumun düzeldiği fakat postmenstrüel dönemde libidonun azaldığı belirtilmiştir (26). Leather ve arkadaşları, PMS'de goserelin ve östrojen verilen kadınlarla plasebo verilenler arasında anlamlı farklılıklar olduğunu, östrojen,

siklik progesteron, depo GnRH analoglarının PMS'nin klinik belirtilerini azalttığını belirtmiştir (54).

### **Danazol**

Bir androjen derivesi olan Danazol'un östrojen ve progesteron seviyesini azaltıp, ovarian siklusu inhibe ederek PMS'yi tedavi ettiği gösterilmiştir. Bunun yanında, uzun süreli kullanımdan ötürü önemli yan etkiler görülmektedir. Kilo alımı, ses değişiklikleri, erkek tipi kılınma gibi yan etkiler en önemlileridir. Luteal dönemde PMS'de abdominal şişkinlik, irritabilite, anksiyete, laterji ve özellikle memedeki hassasiyeti geçirdiği belirtilmektedir (13). Menstruasyonun 20-28. günleri arasında 200 mg/gün kullanılan Danazol'un PMS şikayetlerini azalttığı belirtilmiştir. Plasebo kontrollü, çift körleme yapılan bir çalışmada 14 hastanın 11'inde plasebo alanlara nazaran Danazol alanlarda, semptomların ciddi derecede azaldığı gösterilmiştir (55).

### **Bromokriptin**

Bromokriptin, öncelikle meme şikayetleri olmak üzere, PMS şikayetlerinin birçoğunda kullanılır. Luteal dönem boyunca 5 mg/gün'lük tedavi şikayetleri azaltmada yeterlidir. Kanda prolaktin yüksekliği veya galaktore durumlarında da endikedir (16).

(c) Vitamin ve mineraller: E vitamini, Pridoksin, kalsiyum ve magnezyum verilmesi ile şikayetleri gerileyen olgular bildirilmiştir (14). B vitamini kompleksi, özellikle B6 vitamini önerilmektedir. Meme hassasiyetini azaltmak için E vitamini desteği sağlanabilir (23). D vitamini ve kalsiyum kombinasyonlarının da tedavide etkin olduğu bildirilmiştir. Magnezyum 200-400 mg/gün, kalsiyum 1200 mg/gün, E vitamini 400 IU/gün önerilmektedir (28).

(d) Diüretikler: Spironolakton ve tiazid grubu diüretikler adet öncesi ödem gelişimi için yararlı olabilir. Duygudurum bozukluğu olan ödemli hastalarda duygudurum bozukluğunu düzeltirken, duygudurum bozukluğu olup ödemi olmayan hastalarda ise bu belirtileri etkilemedikleri gösterilmiştir (46).

(e) Prostaglandin inhibitörleri: Baş ağrısı, pelvik ağrı ve krampları önler. Ancak duygudurum bozukluğuna etki etmezler (26).

(f) Diğer ajanlar: Beta blokerler (atenolol ve klonidin) anksiyete, depresyon ve irritabilite bulgularını kontrol altına alırken, naltrekson duygudurum bozukluklarının yanı sıra ödem ve baş ağrılarını da geçirebilir. Mastalji için ise bromokriptin önerilebilir (14).

### **2.1.2.8.3. Cerrahi Yöntemler**

Cerrahi yöntemler ile ovulasyon durdurulabilir (27). Histerektomi ve ikili ooferektomi yöntemleri geri döndürülemez değişikliklere neden olduğundan (24) halen tartışmalıdır.



Operasyon sadece diğler terapilere yanıt vermeyen hastalarda düşünülebilir ve operasyon gerektirecek boyutta jinekolojik endikasyonların bulunması gerekmektedir (28).

### 3 MATERYAL VE YÖNTEM

#### 3.1 Araştırmanın Tasarımı

Bu çalışma tek merkezli bir anket çalışması olup, Ondokuz Mayıs Üniversitesi (OMÜ) Klinik Araştırmalar Etik Kurul Yönergesi'ne göre hazırlanan etik kurul raporu alındıktan sonra, Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencisi olan 17-49 yaş arası bekar bayanları kapsayacak şekilde yürütülmüştür. Katılımcıların premenstrüel sendrom görülme sıklığı, şiddeti ve etkileyen faktörleri araştırılmıştır.

#### 3.2 Araştırmanın Tipi

Bu çalışma bir anket çalışması olarak hazırlanmıştır.

#### 3.3 Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini 01.07.2016- 01.10.2016 tarihleri arasında, OMÜ Tıp Fakültesinde eğitim gören bütün kız öğrenciler oluşturmaktadır.

#### 3.4 Araştırmanın Örneklem Hacmi

OMÜ Tıp Fakültesi hazırlık, dönem 1, 2, 3, 4, 5 ve 6 sınıflarında yaklaşık 1200 öğrenci bulunmaktadır. Yine bu öğrencilerin yaklaşık %50'si (600 kişi) kız öğrencidir. Bu evren büyüklüğü, %95 güvenilirlik aralığında (alfa = 0,05), ve  $d = 0,05$  olası örnekleme hatası ile analiz edildiğinde en az 235 katılımcıya ihtiyaç duyulmuştur. Mevcut kız öğrencilerden 316'sına ulaşılmıştır, bu öğrencilerin 19'u çalışmaya katılmayı reddettiği için, 11'i ise anketleri eksik doldurduğu için çalışma dışında kalmıştır. Toplam 286 katılımcı ile istatistiksel analiz başlatılmıştır.

#### 3.5 Örneklem Seçimi

Örneklem seçiminde vakaların OMÜ Tıp Fakültesi öğrencisi olması şartı koyulmuştur. Yaş grubu 17-49 yaş arası, bekar bayanları kapsamaktadır.

### 3.6 Araştırmanın Metodolojisi

Katılımcılarla kendi sınıflarında, laboratuvarlarında, kampüs ve hastane içerisinde görüşülmüştür. İki adet anket uygulanmıştır. Demografik özellikleri sorgulayan soruların yanında, araştırmacı tarafından hazırlanan ilk anket, öğrencilerin premenstrüel sendrom görülme sıklığına ilişkin sorulardan oluşmaktadır (Ek-1). Katılımcıların isimleri, T.C kimlik numaraları veya fotoğrafları yayımlanmamıştır. Bunun yanında 'Menstrual Distres Şikayet Listesi' (Ek-2) katılımcılara yöneltilmiştir. Veriler toplanırken, veri toplama formu ve Menstrual Distres Şikayet Listesi'nin doldurma şekli katılımcılara tek tek açıklanmış ve araştırmacı tarafından yönlendirmenin olmaması için formları katılımcıların kendilerinin doldurması istenmiştir. Formların doldurulması yaklaşık 25-30 dk sürmüştür.

#### 3.6.1 Premenstrüel Sendrom Görülme Sıklığı Anketi

Bu anket 15 + 3 sorudan oluşmaktadır. İlk kısım 15 sorudan oluşmakta, kişilerin sigara, çay, kahve, beslenme alışkanlıkları, adet özellikleri, adet süreci ile ilgili düşünceleri ve adet öncesi dönemdeki şikayetleri irdelenmektedir. Üç soruluk ikinci kısım ise belirtilerden bir veya birkaçına sahip olanlara sorulmuştur ve kanamanın özelliği ile günlük hayata etkisi sorgulanmıştır.

#### 3.6.2 Menstrual Distres Şikayet Listesi

Rudolf H. Moos tarafından 1968 yılında 839 kadına uygulanarak geliştirilmiş bir ölçektir (56). Daha sonra çok sayıda araştırmacı tarafından değişik toplumlarda yaygın olarak başarılı bir şekilde kullanılması nedeniyle tercih edilmiştir. Menstrual Distres Şikayet Listesi 1992 yılında Nezihe Kızılkaya tarafından Türk toplumuna uyarlanmıştır (37). Güvenilirlik açısından iç tutarlılık İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu'nda öğrenim gören 30 öğrenciye iki kez uygulanarak yapılmış ve güvenilirlik katsayıları 0,71-0,97 bulunmuştur. Tüm r değerleri istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı bulunmuştur ( $p<0.001$ ).

Menstrual Distres Şikayet Listesi'nde 47 şikayet, menstrüel, premenstrüel ve intermenstrüel dönem için ayrı ayrı olarak 5 basamaklı ölçek ile 0'dan 4'e kadar puanlanmaktadır. Bunlar belirti yok, az, orta, şiddetli ve çok şiddetli olarak ifade edilmektedir. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan her dönem için 188'dir. Menstrual Distres Şikayet Listesi'nde yer alan şikayetler ağrı (kaslarda gerginlik, baş ağrısı, karın ağrısı, bel-sırt ağrısı, yorgunluk, genel ağrılar), su retansiyonu (kilo alma, ciltte lekelenme, sivilce, memelerde hassasiyet, memelerde-karında şişme), otonomik reaksiyon (baş dönmesi, baygınlık, soğuk terleme, bulantı, kusma, ateş basması), negatif duygulanım (yalnızlık, anksiyete, mizaç değişiklikleri, ağlama, huzursuzluk, gerginlik, üzgün-hüzünlü olma, aşırı hareketlilik), konsantrasyon bozukluğu (uykusuzluk, unutkanlık, sersemlik, kararsızlık, zihni bir noktaya toplamada güçlük, dalgınlık, şaşkınlık, dikkatsizlik sonucu oluşan küçük kazalar, hareketlerde uyum yetersizliği), davranış değişiklikleri (eğitim ya da çalışma gücünde azalma, ilaç alma, yatakta kalma, evden dışarı çıkamama, sosyal etkinliklerden kaçınma, verimlilikte azalma), canlanma (aşırı sevgi ifadesi, düzenli-derli toplu olma, heyecanlı- telaşlı olma, iyi-mutlu olma duygusu, enerji ve hareketlilikte artış) ve kontrol (boğulma, bunalma, göğüs ağrısı, kulak çınlaması, çarpıntı, ekstremitelerde karıncalanma ve duyu kaybı, gözde uçuşmalar ve görme bozukluğu) olarak 8 alt grupta toplanmıştır. İştah artması şikayeti ise hiçbir gruba dahil edilememiştir (57).

### 3.7 Veri Analizi

Araştırmaya katılan hastaların sosyodemografik verileri ve uygulanan anket formları verileri SPSS for Windows (statistical package for social sciences version 20,0) istatistik paket programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Çalışmadan elde edilen verilerin özetlenmesinde tanımlayıcı istatistikler sürekli değişkenler için ortalama±standart sapma ve medyan±IQR(Interquartile Range), kategorik değişkenler için sayı ve yüzde şeklinde tablo halinde verilmiştir. Verilerin normal dağılıma uygunluğu *Kolmogrov-Smirnov* testiyle incelenmiştir. Grupların (PMS Var-Yok) karşılaştırılmasında iki grup karşılaştırmaları için *Mann Whitney U* testi kullanılmıştır. Menstrual Distres Şikayet Listesi alt boyutlarının 3 dönem içerisinde değişimin istatistiksel anlamlılığı *Freidman testi* kullanılarak incelenmiştir. Gruplar arasındaki farklılıklar ikişerli karşılaştırmalar *Wilcoxon testi* kullanılarak yapılmıştır ve *Bonferroni* düzeltmesi kullanılarak değerlendirilmiştir. İstatistik analizlerde anlamlılık düzeyi 0,05 olarak dikkate alınmıştır.

### 3.8 Araştırmada Karşılaşılan Güçlükler ve Kısıtlılıklar

Çalışma evreninin OMÜ Tıp Fakültesi ile sınırlı olması, verilerin analizlerinin daha geniş topluluklara uygulanabilirliğini kısıtlayacaktır. Çalışmanın yapısı gereği verilerin kişisel beyana dayanması ve gerçeklerden belli oranda sapma riski içermesi sonuçları olumsuz anlamda etkileyebilir.

### 3.9 Etik İzin

Etik onam tarihi 28.06.2016 olan, KAEK 2013/192 Karar nolu etik kurul izni Ek-3'te sunulmuştur.

## 4 BULGULAR

Bu çalışmaya 286 bireyin anket sonuçları dahil edilmiştir. Çalışmanın amacı ve metodolojisi gereği bütün katılımcılar bekardır. Bu bayanların yaş ortalaması  $20,67 \pm 1,91$  yıl, boy ortalaması  $164,63 \pm 5,93$  cm, kilo ortalaması  $57,28 \pm 8,33$  kg idi. 'İlk adet görme yaşı'nız' sorusuna verilen cevapların ortalaması  $13,07 \pm 1,19$  yıl idi. 'Adetiniz kaç gün sürüyor?' sorusuna katılımcıların ortalama cevabı  $5,94 \pm 1,39$  gün idi. (Tablo 1)

Tablo 1. Bireylerin BMI, yaş, boy, kilo, ilk adet görme yaşı ve adetlerinin sürdüğü gün sayılarına ait tanımlayıcı istatistik değerleri

	<b>N</b>	<b>Minimum</b>	<b>Maksimum</b>	<b>Ort.</b>	<b>SS.</b>
<b>BMI</b>	286	15.80	33.30	21.08	2.98
<b>Yaş</b>	286	17.00	26.00	20.67	1.91
<b>Boy</b>	286	150.00	182.00	164.63	5.93
<b>Kilo</b>	286	40.00	85.00	57.28	8.33
<b>İlk Adet Görme Yaşı</b>	286	10.00	16.00	13.07	1.19
<b>Âdetiniz kaç gün sürüyor?</b>	286	3.00	14.00	5.94	1.40

Premenstrüel sendrom görülme sıklığı anketindeki sorulara verilen cevaplar figürlerde ve tablolarda gösterilip açıklanmıştır.

Tablo 2’de çalışmaya katılan kadınların %96,2’sinin sigara kullanmadığı, %3,8’inin sigara kullandıkları tespit edilmiştir. Düzenli egzersiz yapma sıklıkları araştırıldığında %59,1’inin ara sıra, akıllarına geldikçe yaptıkları, %22’sinin hiç yapmadığı, %11,9’unun haftada en az 2-3 gün egzersiz yaptıkları ve %7’sinin ayda en az 1 gün egzersiz yaptıkları tespit edilmiştir. Kadınların ilk adetleri öncesinde bu konu hakkında bilgileri olup olmadığı araştırıldığında ise, %89,9’unun bilgisinin olduğu, %10,1’inin bilgisinin olmadığı görülmüştür. Bilgisi olan kadınların bu bilgileri kimden edindikleri araştırıldığında %64’ünün aile, %17,5’inin arkadaş, %21’i personel, %12,6’sı öğretmen, %3,8’i komşu, %4,9’u medya ve %1,7’si diğer şekilde bu bilgileri edindikleri tespit edilmiştir. Adet dönemine ilişkin düşünceleri sorulduğunda, %78’inin doğal ve fizyolojik bir süreç olduğunu, %14,3’ünün rahatsızlık verici olduğunu düşündükleri ve yaşamlarını etkilemediklerini, %7’sinin yaşamı olumsuz etkileyen en önemli olaylardan biri olarak gördükleri ve %0,7’sinin olup olmamasının kendileri için önem taşımadıkları tespit edilmiştir. Son 6 ay içerisinde adet düzensizlikleri olup olmadığı araştırıldığında %41,6’sının adet düzensizliği yaşadığı, %58,4’ünün adet düzensizliği yaşamadığı görülmüştür.

Tablo 2. Çoktan seçmeli ilk 5 soruya verilen cevaplar

		Sayı	%
<b>Sigara Kullanma Durumu</b>	<b>Evet</b>	11	3.8%
	<b>Hayır</b>	275	96.2%
<b>Düzenli Egzersiz Yapma Sıklığı</b>	<b>Haftada en az 2-3 gün egzersiz yaparım</b>	34	11.9%
	<b>Ayda en az 1 gün egzersiz yaparım.</b>	20	7.0%
	<b>Ara sıra, aklıma geldikçe yaparım.</b>	169	59.1%
	<b>Hiç yapmam.</b>	63	22.0%
<b>İlk âdetiniz öncesinde bu konu hakkında bilginiz var mıydı?</b>	<b>Evet</b>	257	89.9%
	<b>Hayır</b>	29	10.1%
<b>Cevabınız</b>	<b>Aile</b>	<b>Evet</b>	183 64.0%
		<b>Hayır</b>	103 36.0%

<b>Arkadaş</b>	<b>Evet</b>	50 17.5%
	<b>Hayır</b>	236 82.5%
<b>Personel</b>	<b>Evet</b>	60 21.0%
	<b>Hayır</b>	226 79.0%
<b>Öğretmen</b>	<b>Evet</b>	36 12.6%
	<b>Hayır</b>	250 87.4%
<b>Komşu</b>	<b>Evet</b>	11 3.8%
	<b>Hayır</b>	275 96.2%
<b>Medya</b>	<b>Evet</b>	14 4.9%
	<b>Hayır</b>	272 95.1%
<b>Diğer</b>	<b>Evet</b>	5 1.7%
	<b>Hayır</b>	281 98.3%
<b>Adet dönemine ilişkin düşünceniz nedir?</b>	<b>Doğal ve fizyolojik bir süreç olduğunu düşünüyorum</b>	223 78.0%
	<b>Rahatsızlık verici olduğunu düşünüyorum, ancak yaşamımı etkilemiyor.</b>	41 14.3%
	<b>Olup olmaması benim için önem taşımıyor.</b>	2 0.7%
	<b>Yaşamı olumsuz etkileyen en önemli olaylardan biri olarak görüyorum</b>	20 7.0%
<b>Son 6 ay içinde adet düzensizliğiniz oldu mu?</b>	<b>Evet</b>	119 41.6%
	<b>Hayır</b>	167 58.4%

Tablo 3 incelendiğinde, bireylerin adetlerinin ağrılı olup olmadığı araştırılmış olup, %66,8'inin ağrılı, %33,2'sinin ise ağrı olmadan adetlerini geçirdikleri görülmüştür. Kadınların yakın çevrelerinde adet öncesi veya adet döneminde kimlerde sıkıntı olduğu araştırıldığında, %14,3'ünün annesi, %20,3'ü kardeşi, %8'i teyze/hala, %9,8'i kuzen, %22,7'sinin diğer ve %37,1'inde sıkıntı olmadığı tespit edilmiştir. Kadınların şu anda herhangi bir ilaç kullanıp kullanmadıklarına bakıldığında, %15,4'ünün kullandığı,

%84,6'sının kullanmadığı gözlenmiştir. Beslenme alışkanlıkları incelendiğinde, %43'ünün her gün düzenli olarak 3 ana öğün ve bol miktarda sebze tükettikleri, %31,1'inin her gün 3 öğünden az tükettikleri ve ne yediklerine dikkat etmedikleri, %19,2'sinin her gün 3 öğünden fazla yedikleri ve bol miktarda karbonhidrat ve yağ tükettikleri, %6,6'sının beslenmelerine hiçbir zaman dikkat etmedikleri görülmüştür. Çalışmaya katılan kadınların günlük olarak tükettikleri çay/kahve araştırıldığında, %59,8'inin 1-2 fincan, %33,2'sinin 3 ve daha fazla fincan ve %7'sinin hiç tüketmedikleri gözlenmiştir. Psikiyatrik hastalıkları olup olmama durumlarına bakıldığında, %94,8'inde hastalık olmadığı, %5,2'sinde psikiyatrik hastalık olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 3. Çoktan seçmeli 8 - 13. sorulara verilen cevaplar

		Sayı	%	
	<b>Âdetiniz ağırlı oluyor mu?</b>	<b>Evet</b>	191 66.8%	
		<b>Hayır</b>	95 33.2%	
<b>Yakın çevrenizde adet öncesi veya adet döneminde sıkıntısı olan var mı?</b>	<b>Anne</b>	<b>Evet</b>	41 14.3%	
		<b>Hayır</b>	245 85.7%	
	<b>Kardeş</b>	<b>Evet</b>	58 20.3%	
		<b>Hayır</b>	228 79.7%	
	<b>Teyze/Hala</b>	<b>Evet</b>	23 8.0%	
		<b>Hayır</b>	263 92.0%	
	<b>Kuzen</b>	<b>Evet</b>	28 9.8%	
		<b>Hayır</b>	258 90.2%	
	<b>Diğer</b>	<b>Evet</b>	65 22.7%	
		<b>Hayır</b>	221 77.3%	
	<b>Yok</b>	<b>Evet</b>	106 37.1%	
		<b>Hayır</b>	180 62.9%	
	<b>Şu anda kullandığımız herhangi bir</b>		<b>Evet</b>	44 15.4%

<b>ilaç(vitamin hapları, doğum kontrol hapi. antidepresan vs) var mı?</b>	<b>Hayır</b>	242	84.6%
<b>Genelde beslenme alışkanlığımız</b>	<b>Her gün düzenli olarak 3 ana öğün yerim ve bol miktarda sebze</b>	123	43.0%
	<b>Her gün 3 öğünden fazla yerim ve bol miktarda karbonhidrat ve yağ tüketirim.</b>	55	19.2%
	<b>Her gün 3 öğünden az tüketirim ve ne yediğime dikkat etmem.</b>	89	31.1%
	<b>Beslenmeme hiçbir zaman dikkat etmem.</b>	19	6.6%
<b>Günde ne kadar miktarda çay/ kahve tüketirsiniz?</b>	<b>Hiç tüketmem</b>	20	7.0%
	<b>1-2 fincan</b>	171	59.8%
	<b>3 veya daha fazla fincan</b>	95	33.2%
<b>Bilinen herhangi bir psikiyatrik hastalığınız var mı? varsa nedir?</b>	<b>Evet</b>	15	5.2%
	<b>Hayır</b>	271	94.8%

Tablo 4'te görüldüğü üzere, adet öncesi sıkıntıları ortaya çıkarabilecek bir takım etkenlerin neler olabileceği sorulduğunda, kadınların %3,8'inde kaza, doğal felaket geçirme ve önemli bazı ameliyatlar, %6,6'sının önemli yakın kaybı, %8,7'sinin aile içi geçimsizlikler, %1,7'sinin yasal sorunlar ve intihar girişiminde bulunma, %28,3'ü eğitim için aileden uzaklaşma, %2,8'inin göç yaşanması ve cinsel güçlükler, %1'inin evlilik, %5,2'sinin maddi problemler, %53,8'lik büyük çoğunluğun daha az/daha çok uyuma/uyku zamanında değişikliklerin ve düzensizliklerin olması, %38,1'inin daha az/daha çok yemek yeme/yeme zamanında değişiklikler ve düzensizliklerin olması, %16,1'inin eğlence, dinlenme giyim, kuşam, ilişkiler gibi kişisel alışkanlıklarda değişimin, %2,4'ünün çocuk düşürme, çocuk aldırma, ölü doğum vb. durumların olması, %11,2'sinin aile fertlerinin sağlık durumlarıyla ilgili değişimler ve %28,3'ünün herhangi bir etken olmadığını düşündükleri gözlenmiştir.



Tablo 4. Çoktan seçmeli 14. soruya verilen cevaplar

	Var		Yok	
	Sayı	%	Sayı	%
<b>Kaza, doğal felaket geçirme</b>	11	3.8%	275	96.2%
<b>Önemli bazı ameliyatlar</b>	11	3.8%	275	96.2%
<b>Önemli yakın kaybı</b>	19	6.6%	267	93.4%
<b>Aile içi geçimsizlikler</b>	25	8.7%	261	91.3%
<b>Yasal sorunlar</b>	5	1.7%	281	98.3%
<b>İntihar girişiminde bulunma</b>	5	1.7%	281	98.3%
<b>Eğitim için aileden uzaklaşma</b>	81	28.3%	205	71.7%
<b>Göç yaşanması</b>	8	2.8%	278	97.2%
<b>Evlilik</b>	3	1.0%	283	99.0%
<b>Cinsel güçlükler</b>	8	2.8%	278	97.2%
<b>Maddi problemler</b>	15	5.2%	271	94.8%
<b>Daha az /daha çok uyuma ya da uyku zamanında değişiklikler, düzensizlikler</b>	154	53.8%	132	46.2%
<b>Daha az /daha çok yemek yeme ya da yeme zamanında değişiklikler, düzensizlikler</b>	109	38.1%	177	61.9%
<b>Eğlence, dinlenme, giyim, kuşam, ilişkiler gibi kişisel alışkanlıklarda değişim</b>	46	16.1%	240	83.9%
<b>Çocuk düşürme, çocuk aldırma, ölü doğum vb.</b>	7	2.4%	279	97.6%
<b>Aile fertlerinin sağlık durumlarıyla ilgili değişimler</b>	32	11.2%	254	88.8%
<b>Yok</b>	81	28.3%	205	71.7%

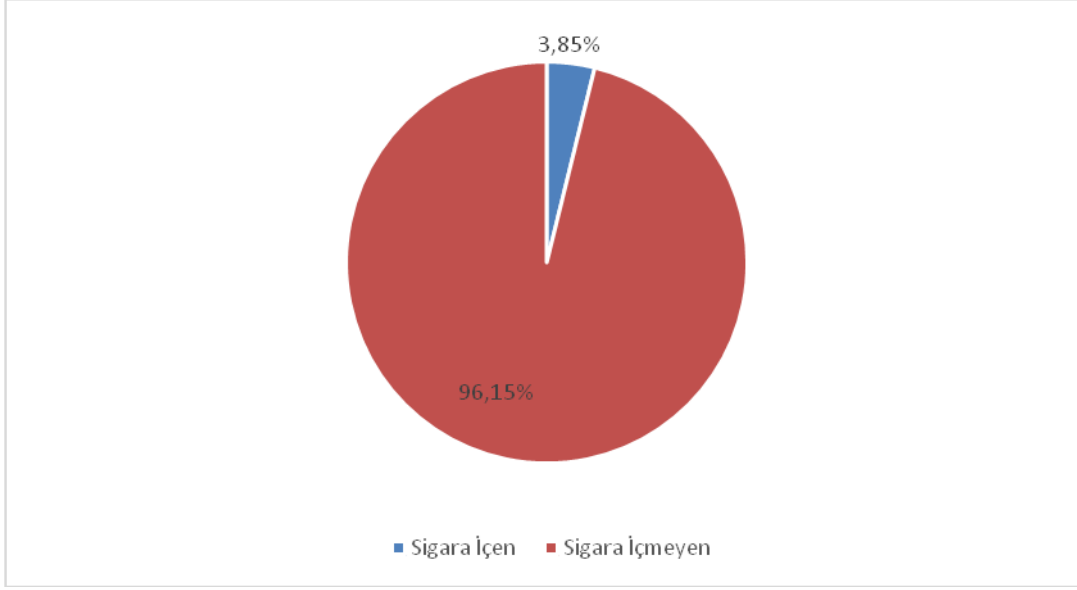
Tablo 5'te kadınlarda adet öncesi 7-10 günlük süre içerisinde kendilerinde ne gibi belirtiler olduğu araştırıldığında, %30,1'inde belirgin depresif ruh hali, umutsuzluk hissi veya kendini aşağılayıcı düşünceler, %23,1'inde belirgin sıkıntı, gerginlik, uçurumun kenarında olma hissi, %55,2'sinde belirgin duygusal dalgalanmalar, %32,9'unda sürekli belirgin sinirlilik/insanlar arası ilişkilerde bozulma, %25,9'unda günlük aktivitelere ilgi azalması, %29,4'ünde konsantre olmada zorlanma, %45,5'inde çabuk yorulma, halsizlik, enerji azlığı hissi, %51'inde iştahta değişiklik, fazla yeme/belirli yiyecekler arama, %29'unda çok

uyuma/uykusuzluk, %5,6'sında kontrolün kaybedileceği hissi, %66,8'inde fiziksel belirtiler ve %8,4'ünde herhangi bir belirti olmadığı gözlenmiştir.

Tablo 5. Çoktan seçmeli 15. soruya verilen cevaplar

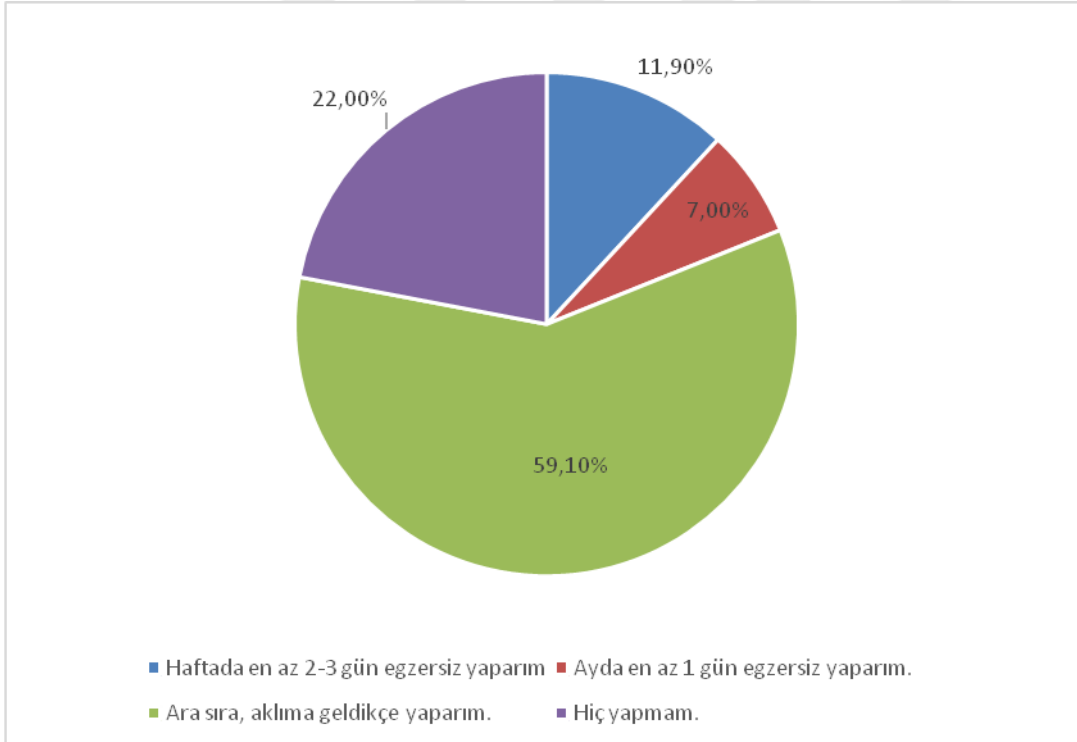
	Var		Yok	
	Sayı	%	Sayı	%
<b>Belirgin depresif ruh hali, umutsuzluk hissi veya kendini aşağılayıcı düşünceler</b>	86	30.1%	200	69.9%
<b>Belirgin sıkıntı, gerginlik, uçurumun kenarında olma hissi</b>	66	23.1%	220	76.9%
<b>Belirgin duygusal dalgalanmalar(aniden üzüntülü veya ağlamaklı olma)</b>	158	55.2%	128	44.8%
<b>Sürekli belirgin sinirlilik veya insanlar arası ilişkilerde bozulma</b>	94	32.9%	192	67.1%
<b>Günlük aktivitelere ilgi azalması</b>	74	25.9%	212	74.1%
<b>Konsantre olmada zorlanma</b>	84	29.4%	202	70.6%
<b>Çabuk yorulma, halsizlik, enerji azlığı hissi</b>	130	45.5%	156	54.5%
<b>İştahta değişiklik, fazla yeme veya belirli yiyecekler arama</b>	146	51.0%	140	49.0%
<b>Çok uyuma veya uykusuzluk</b>	83	29.0%	203	71.0%
<b>Kontrolün kaybedileceği hissi</b>	16	5.6%	270	94.4%
<b>Fiziksel belirtiler (Memelerde hassasiyet veya şişme, baş ve eklem ağrıları, karında şişkinlik hissi vs.)</b>	191	66.8%	95	33.2%
<b>Yok</b>	24	8.4%	262	91.6%

'Sigara kullanıyor musunuz ?' sorusuna katılımcıların yalnızca %3,85'i (n=11) evet cevabı vermişti. (Figür 1)



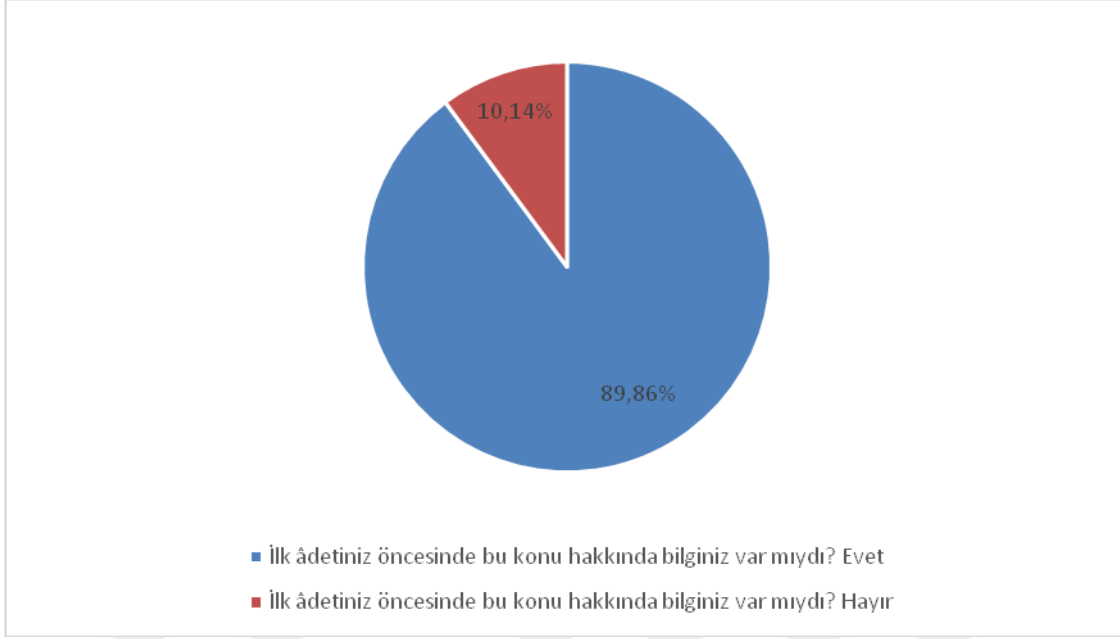
Figür 1. Sigara Kullanma Durumu

‘Düzenli egzersiz yapar mısınız?’ sorusuna ağırlıklı (%59,10, n=169) olarak ‘Ara sıra, aklıma geldikçe yaparım.’ cevabı verilmişti. (Figür 2)



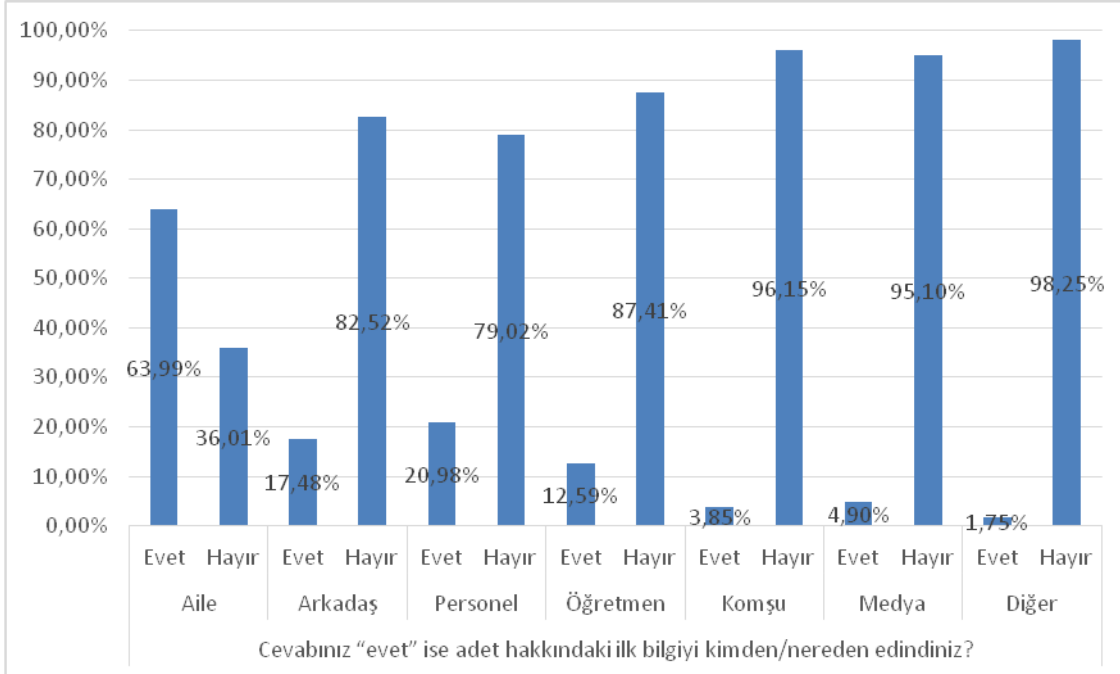
Figür 2. Düzenli Egzersiz Yapma Sıklığı

‘İlk adetiniz öncesinde bu konu hakkında bilginiz var mıydı?’ sorusuna katılımcılar %89,8’i (n=257) evet cevabını vermişti. (Figür 3)



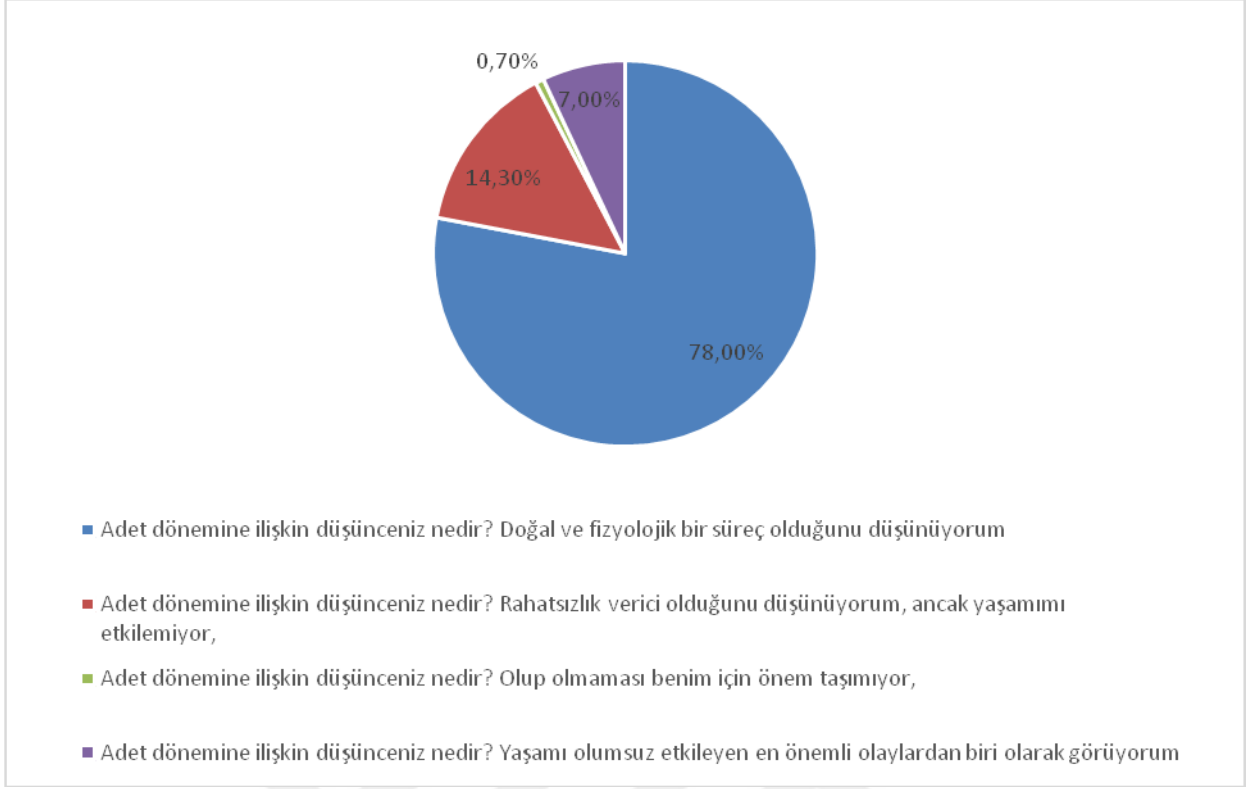
Figür 3. İlk adetiniz öncesinde bu konu hakkında bilginiz var mıydı?

Yine aynı soruda geçen ‘Cevabınız “evet” ise adet hakkındaki ilk bilgiyi kimden/nereden edindiniz?’ ifadesi verilen cevaplara göre ‘aile’ (%63,99) seçeneği en çok bilgi edinilen seçenektir. (Figür 4)



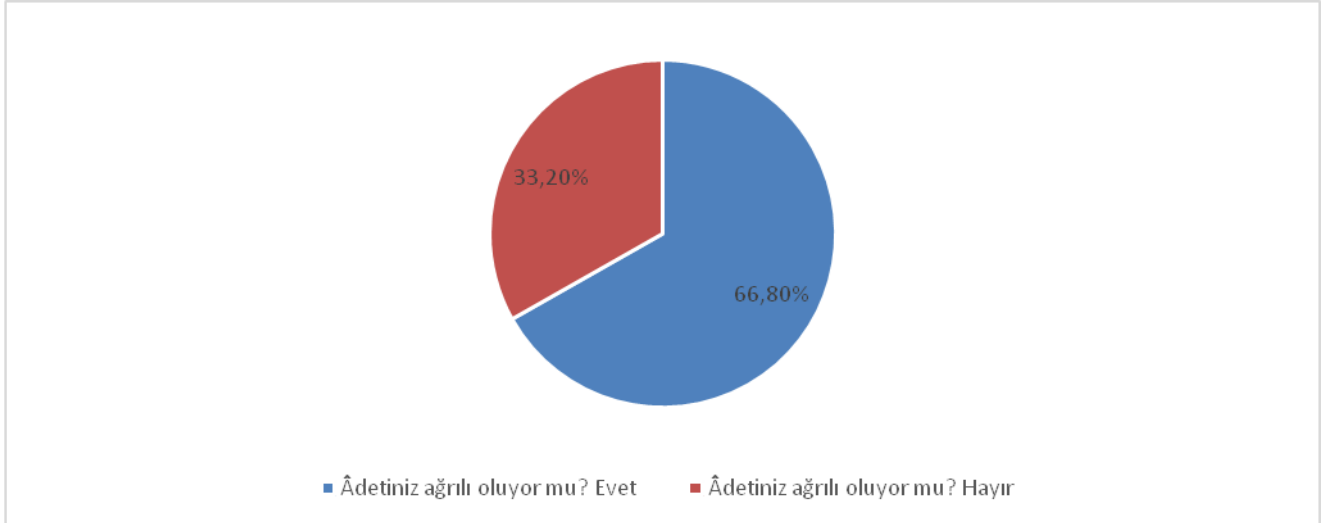
Figür 4. Cevabınız “evet” ise adet hakkındaki ilk bilgiyi kimden/nereden edindiniz?

‘Adet dönemine ilişkin düşünceniz nedir?’ sorusuna en sık verilen cevap ‘Doğal ve fizyolojik bir süreç olduğu’ idi (%78,0 , n=223). (Figür 5)



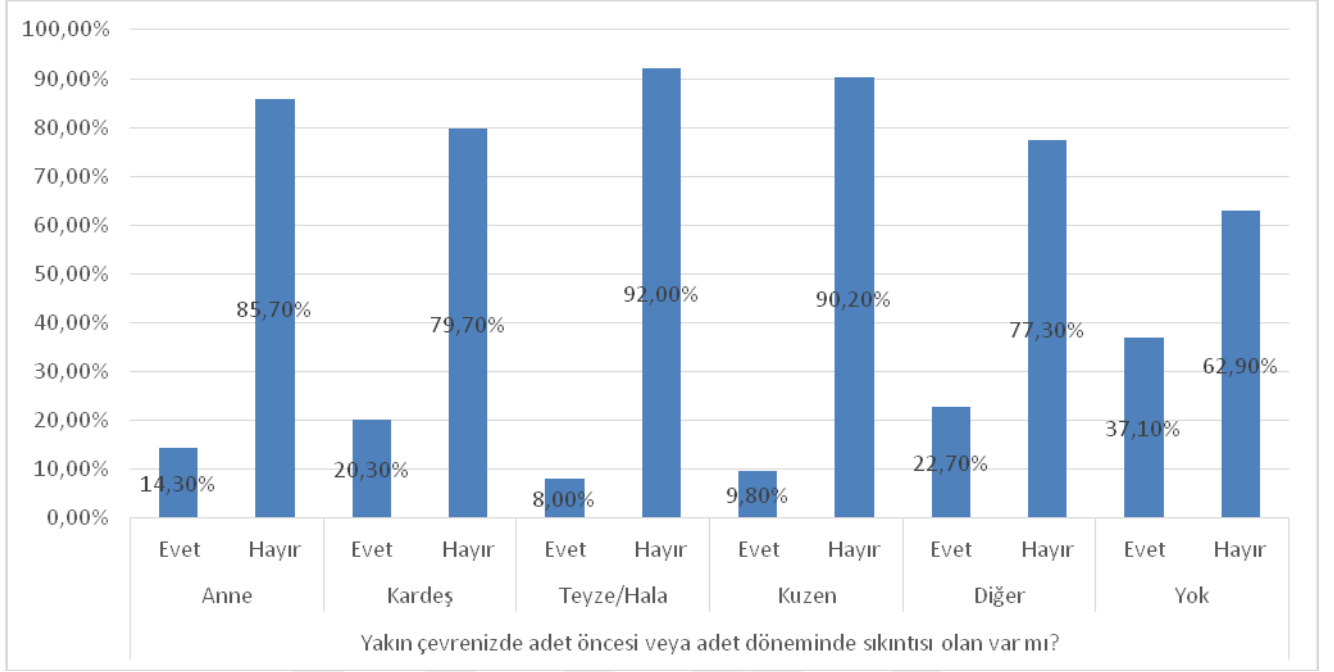
Figür 5. Adet dönemine ilişkin düşünceniz nedir?

'Adetiniz ağrılı oluyor mu?' sorusuna katılımcıların %66,8'si (n=191) evet cevabını vermişti. (Figür 6)

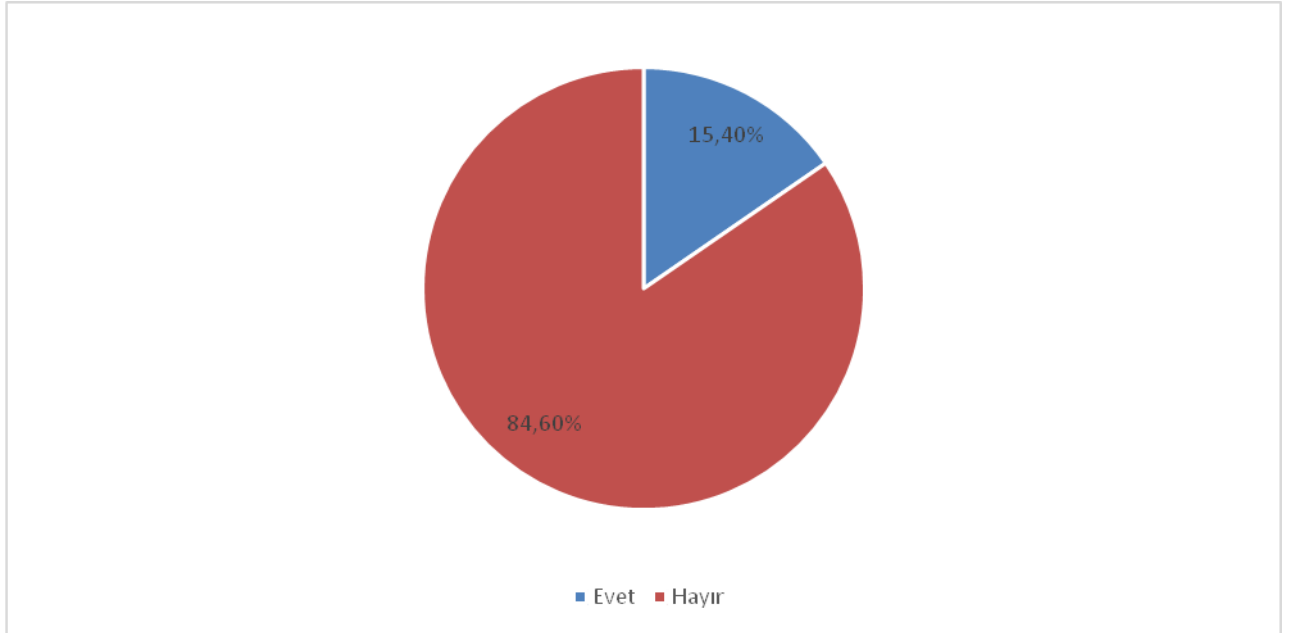


Figür 6. Adetiniz ağrılı oluyor mu?

‘Yakın çevrenizde adet öncesi veya adet döneminde sıkıntısı olan var mı?’ sorusuna en sık ‘evet’ cevabı veren katılımcılar ‘diğer’ (%22,70) seçeneklerini işaretlemişlerdi, sıkıntısı olmayan çevre ise çoğunlukta idi (%37,10). (Figür 7)

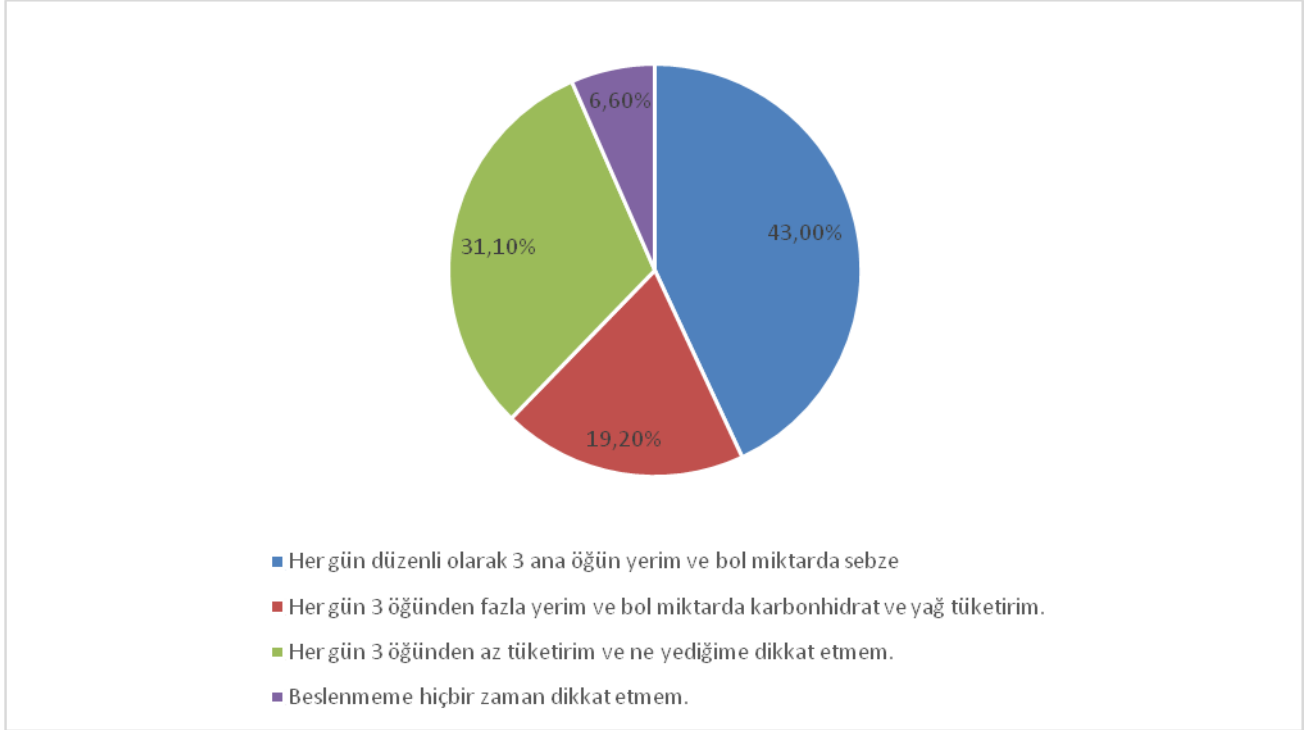


Figür 7. Yakın çevrenizde adet öncesi veya adet döneminde sıkıntısı olan var mı? ‘Şu anda kullandığınız herhangi bir ilaç var mı?’ sorusuna katılımcıların %15,40’ı (n=44) ‘evet’ cevabı vermişlerdi. (Figür 8)



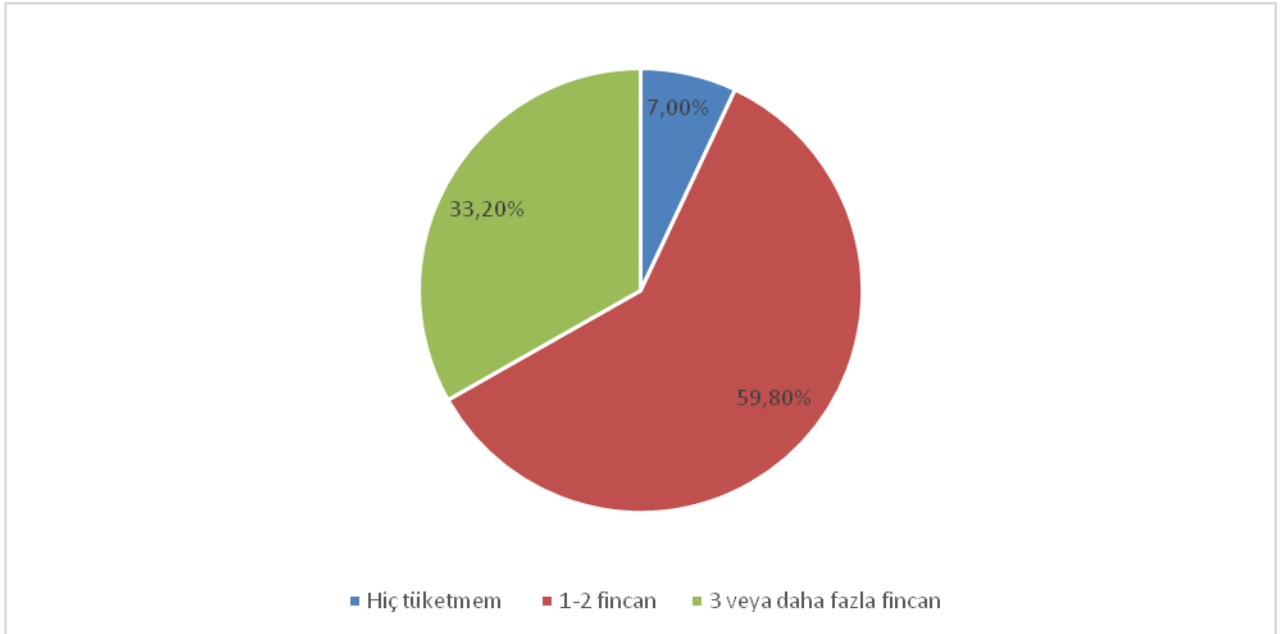
Figür 8. Şu anda kullandığınız herhangi bir ilaç(vitamin hapları, doğum kontrol hapı, antidepresan vs) var mı?

‘Genelde beslenme alışkanlığınız’ sorusuna ağırlıklı olarak (%43,0, n=123) ‘Her gün düzenli olarak 3 ana öğün yerim ve bol miktarda sebze, meyve, protein ağırlıklı yiyecekler tüketmeye özen gösteririm.’ cevabı verilmişti. (Figür 9)



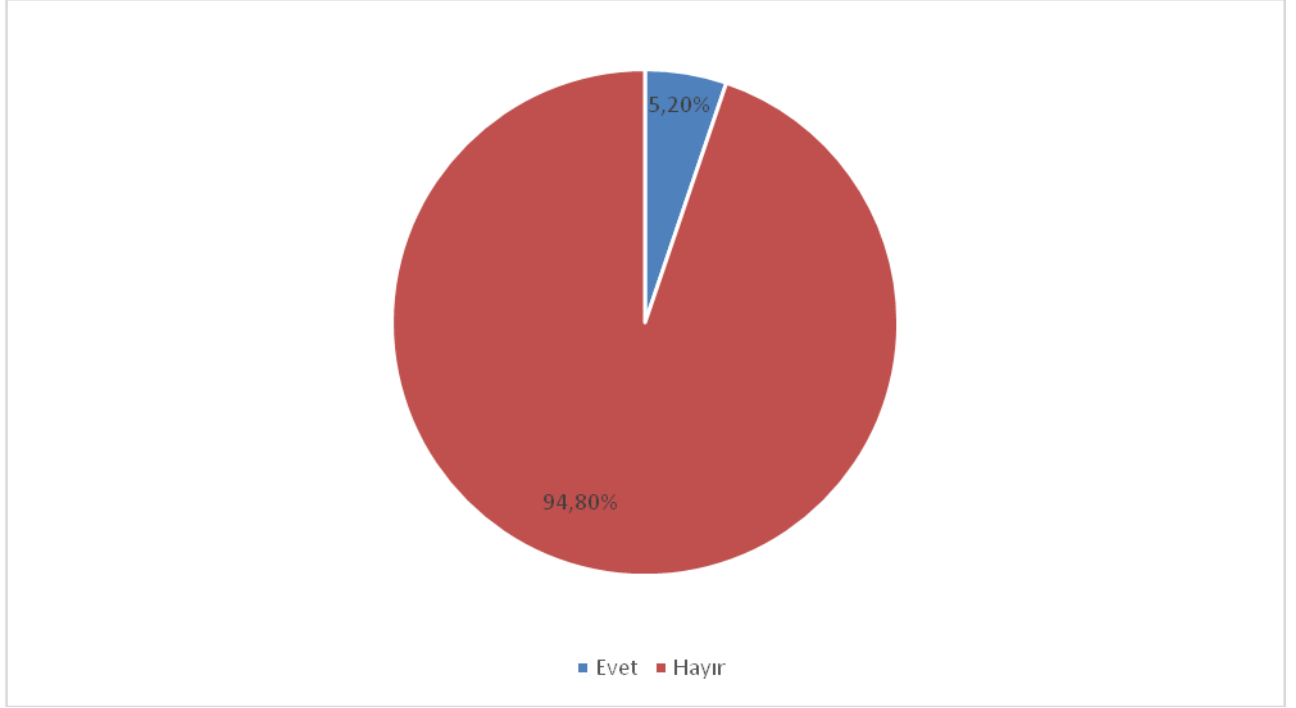
Figür 9. Genelde beslenme alışkanlığınız

‘Günde ne kadar miktarda çay/ kahve tüketirsiniz? (Sabah kahvaltıları dahil).’ Sorusuna ağırlıklı olarak (%59,80, n=171) ‘1-2 fincan’ cevabı verilmişti. (Figür 10)



Figür 10. Günde ne kadar miktarda çay/ kahve tüketirsiniz?

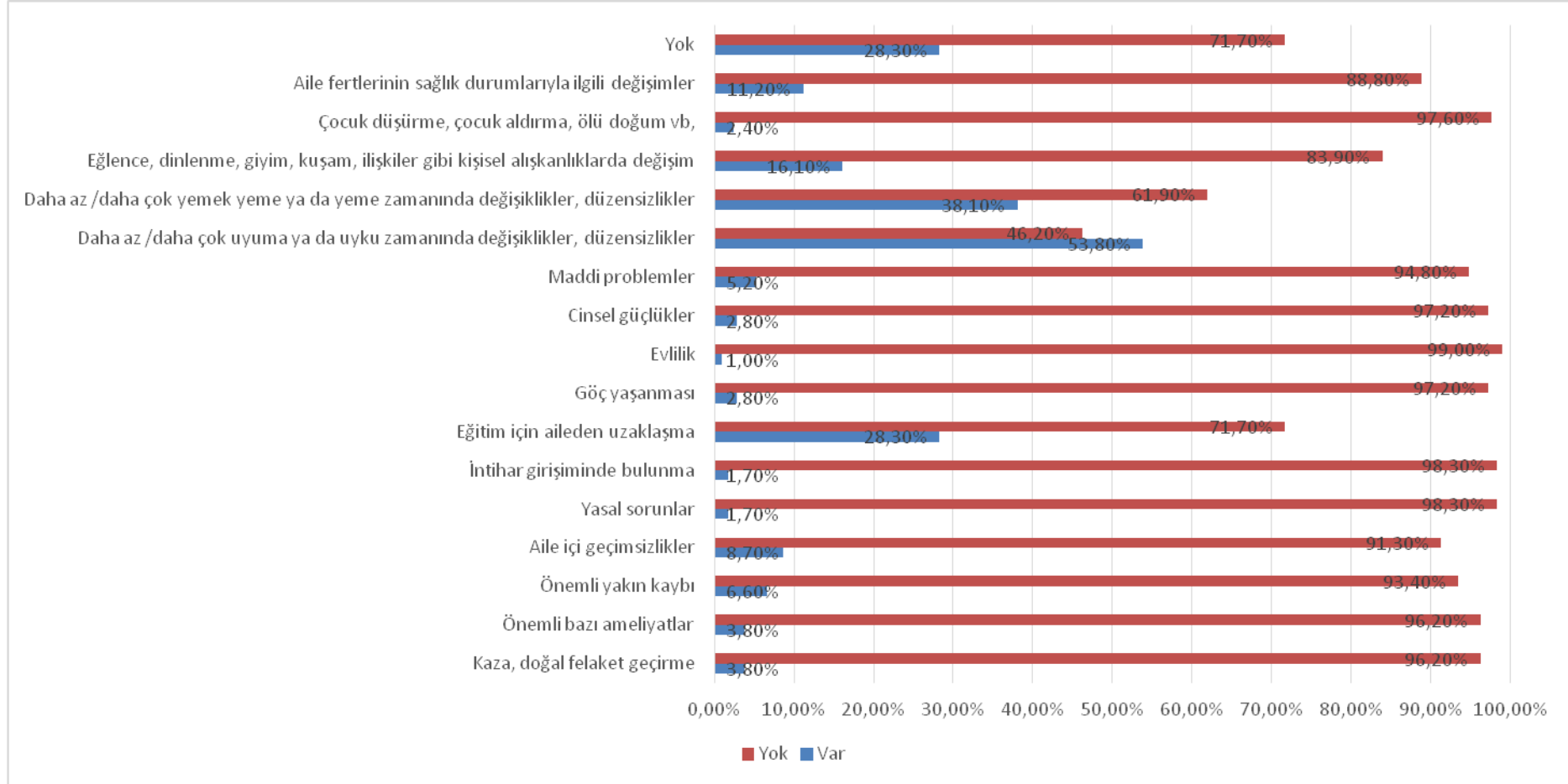
'Bilinen herhangi bir psikiyatrik hastalığınız var mı' sorusuna katılımcıların sadece %5,20'si (n=15) 'evet' cevabı vermiştir. (Figür 11)



Figür 11. Bilinen herhangi bir psikiyatrik hastalığınız var mı?

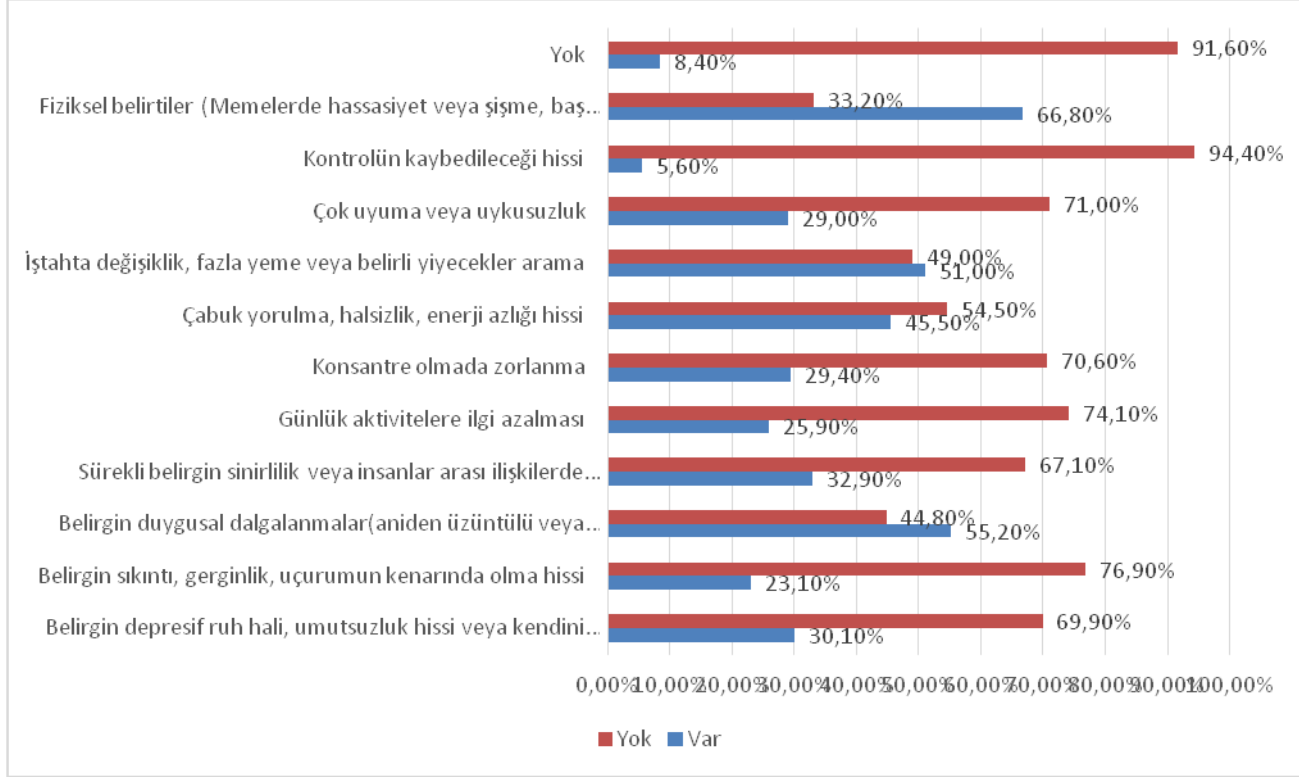


‘Aşağıda adet öncesi sıkıntıları ortaya çıkarabilecek bir takım etkenlerden uygun olanı seçiniz’ sorusuna ağırlıklı olarak (%53,80, n=154) ‘Daha az /daha çok uyuma ya da uyku zamanında değişiklikler, düzensizlikler’ cevabı verilmiştir. (Figür 12)



Figür 12. Adet öncesi sıkıntıları ortaya çıkarabilecek bir takım etkenler

‘Adet öncesi 7-10 günlük süre içinde aşağıdaki belirtilerden kendinizde olanları işaretleyiniz’ sorusuna en sık verilen cevap (%66,80, n=191) ‘Fiziksel belirtiler’ idi. (Figür 13)



Figür 13. Adet öncesi 7-10 günlük süre içinde oluşan belirtiler

‘Bu belirtiler adet kanamasından .... gün önce başlayıp kanamanın başlamasından .....gün sonra kayboluyor’ sorusunun ilk kısmına verilen cevapların ortalaması  $4,16 \pm 2,57$  gün, ikinci kısmına verilen cevapların ortalaması ise  $2,52 \pm 1,74$  gün idi. (Tablo 6)

Tablo 6. Belirtilerin başladığı ve kaybolduğu günler

	N	Minimum	Maksimum	Ort.	SS
<b>Bu belirtiler adet kanamasından .... gün önce başlayıp kanamanın başlamasından .....gün sonra kayboluyor.</b>	286	0	14	4.16	2.575
<b>Bu belirtiler adet kanamasından .... gün önce başlayıp kanamanın başlamasından .....gün sonra kayboluyor.</b>	286	0	10	2.52	1.749

‘Son bir yıldaki adet döngülerinizi düşündüğünüzde bu belirtilerin çoğunlukla olduğunu söyleyebilir misiniz?’ sorusuna katılımcıların %69,9’u (n=200) ‘evet’ cevabı vermişti. ‘Bu belirtiler günlük okul, iş veya sosyal aktivitelerinizi belirgin derecede bozuyor mu’ sorusuna katılımcıların %30,8’i (n=88) ‘evet’ cevabı vermişti. (Tablo 7)

Tablo 7. Belirtilerin son 1 yıla ve sosyal etkinliklere etkisi

		Sayı	%
<b>Son bir yıldaki adet döngülerinizi düşündüğünüzde bu belirtilerin çoğunlukla olduğunu söyleyebilir misiniz?</b>	<b>Evet</b>	200	69.9%
	<b>Hayır</b>	86	30.1%
<b>Bu belirtiler günlük okul, iş veya sosyal aktivitelerinizi belirgin derecede bozuyor mu?</b>	<b>Evet</b>	88	30.8%
	<b>Hayır</b>	198	69.2%

Tanı kriterleri göz önünde bulundurularak yapılan analize göre katılımcıların %18,9’unda (n=54) PMS tanısı mevcuttur.

Tablo 8 incelendiğinde, PMS olan ve olmayan kadınların ilk adet görme yaş ortalamaları arasında anlamlı farklılık olduğu gözlenmiştir ( $p<.05$ ). PMS olanların ilk adet görme yaş ortalamalarının olmayanlara göre anlamlı düzeyde düşük olduğu gözlenmiştir. Kadınlarda PMS olup olmama durumuna göre BMI, yaş, boy, kilo ve adet sürme günü ortalamaları arasında anlamlı farklılık olmadığı gözlenmiştir ( $p>.05$ ).

Tablo 8. PMS olan ve olmayan kadınların bazı sayısal özelliklerinin karşılaştırılması

	PMS								p
	Var(n=54)				Yok(n=232)				
	Ort.	SS	M	IQR	Ort.	SS	M	IQR	
<b>BMI</b>	20.73	3.19	20.55	2,70	21.16	2.93	20.61	3,56	.959
<b>Yaş</b>	20.98	2.00	21.00	2,00	20.60	1.89	20.00	2,50	.173
<b>Boy</b>	162.56	16.19	165.00	8,00	164.69	6.05	165.00	9,00	.934
<b>Kilo</b>	55.93	10.97	56.00	12,00	57.38	8.41	56.00	9,50	.707
<b>İlk Adet Görme Yaşı</b>	12.56	1.98	12.50	2,00	13.14	1.14	13.00	2,00	.019*

<b>Âdetiniz kaç gün sürüyor?</b>	6.02	1.62	6.00	5.93	1.34	6.00	.846
			2,00			2,00	

Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma, M:Medyan IQR:Interquartile Range, \* :p<.05, Mann Whitney U Testi Kullanıldı.

Tablo 9’da, kadınların PMS olup olmama durumuna göre sigara kullanma durumu, düzenli egzersiz yapma sıklığı, ilk adet öncesinde ilgili konu hakkında bilgi sahibi olma, bilgileri var ise aile, arkadaş, personel, öğretmen, komşu, medya ve diğer, adet dönemine ilişkin düşünceleri, son 6 ay içerisinde adet düzensizliği olma düzeyleri arasında farklılık olup olmadığı araştırılmak istenmiştir. Bu durumda yalnızca kadınların adet dönemine ilişkin düşünce düzeylerine göre PMS düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu, bu farklılığın doğal ve fizyolojik bir süreç olduğunu düşünenlerde PMS olmayan kadınların oranlarına göre, yaşamı olumsuz etkileyen en önemli olaylardan biri olarak görenlerde ise PMS olanların oranının olmayanlara göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu gözlenmiştir (p<.05). Diğer karşılaştırmalar bakımından PMS olan ve olmayan kadın oranları arasında anlamlı farklılık olmadığı görülmüştür (p>.05).

Tablo 9. PMS olan ve olmayan kadınların bazı kategorik özellikleri ile karşılaştırılması

		PMS				p
		Var(n=54)		Yok(n=232)		
		Sayı	%	Sayı	%	
<b>Sigara Kullanma Durumu</b>	<b>Evet</b>	4	7.4%	7	3.0%	.229
	<b>Hayır</b>	50	92.6%	225	97.0%	
<b>Düzenli Egzersiz Yapma Sıklığı</b>	<b>Haftada en az 2-3 gün egzersiz yaparım</b>	7	13.0%	27	11.6%	.773
	<b>Ayda en az 1 gün egzersiz yaparım.</b>	4	7.4%	16	6.9%	
	<b>Ara sıra, aklıma geldikçe yaparım.</b>	34	63.0%	135	58.2%	
	<b>Hiç yapmam.</b>	9	16.7%	54	23.3%	
<b>İlk âdetiniz öncesinde</b>	<b>Evet</b>	48	88.9%	209	90.1%	.793

<b>bu konu hakkında bilginiz var mıydı?</b>	<b>Hayır</b>	6	11.1%	23	9.9%	
<b>Aile</b>	<b>Evet</b>	37	68.5%	146	62.9%	.441
	<b>Hayır</b>	17	31.5%	86	37.1%	
<b>Arkadaş</b>	<b>Evet</b>	6	11.1%	44	19.0%	.171
	<b>Hayır</b>	48	88.9%	188	81.0%	
<b>Personel</b>	<b>Evet</b>	14	25.9%	46	19.8%	.322
	<b>Hayır</b>	40	74.1%	186	80.2%	
<b>Öğretmen</b>	<b>Evet</b>	5	9.3%	31	13.4%	.413
	<b>Hayır</b>	49	90.7%	201	86.6%	
<b>Komşu</b>	<b>Evet</b>	1	1.9%	10	4.3%	.696
	<b>Hayır</b>	53	98.1%	222	95.7%	
<b>Medya</b>	<b>Evet</b>	4	7.4%	10	4.3%	.310
	<b>Hayır</b>	50	92.6%	222	95.7%	
<b>Diğer</b>	<b>Evet</b>	1	1.9%	4	1.7%	.999
	<b>Hayır</b>	53	98.1%	228	98.3%	
<b>Adet dönemine ilişkin düşünceniz nedir?</b>	<b>Doğal ve fizyolojik bir süreç olduğunu düşünüyorum</b>	32	59.3%	191	82.3%	
	<b>Rahatsızlık verici olduğunu düşünüyorum. Ancak yaşamımı etkilemiyor.</b>	7	13.0%	34	14.7%	.001*
	<b>Olup olmaması benim için önem taşıyor.</b>	1	1.9%	1	0.4%	
	<b>Yaşamı olumsuz etkileyen en önemli olaylardan biri olarak görüyorum</b>	14	25.9%	6	2.6%	
<b>Son 6 ay içinde adet</b>	<b>Evet</b>	25	46.3%	94	40.5%	.438

**düzensizliğiniz oldu mu?** **Hayır** 29 53.7% 138 59.5%

Ki-Kare Testi kullanıldı. \* :p<.05

Tablo 10’da, kadınların PMS olup olmama bakımından âdetin ağırlı olma durumu, yakın çevrelerinde adet öncesi veya adet döneminde sıkıntısı olanlar, ilaç kullanma durumu, beslenme alışkanlıkları, çay/kahve tüketme sıklığı ve psikiyatrik hastalık olma durumu düzeyleri arasında farklılık olup olmadığı araştırılmak istenmiştir. Bu durumda yalnızca kadınların günde tükettikleri çay/kahve sıklığı düzeylerine göre PMS düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu, bu farklılığın 3 veya daha fazla fincan çay/kahve tüketenlerde PMS olan kadınların oranı olmayanlara göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu gözlenmiştir (p<.05). Diğer karşılaştırmalar bakımından PMS olan ve olmayan kadın oranları arasında anlamlı farklılık olmadığı görülmüştür (p>.05).

Tablo 10. PMS olan ve olmayan kadınların bazı kategorik özellikleri ile karşılaştırılması

		PMS				p
		Var(n=54)		Yok(n=232)		
		Sayı	%	Sayı	%	
<b>Âdetiniz ağırlı oluyor mu?</b>	<b>Evet</b>	41	75.9%	150	64.7%	.113
	<b>Hayır</b>	13	24.1%	82	35.3%	
<b>Anne</b>	<b>Evet</b>	10	18.5%	31	13.4%	.330
	<b>Hayır</b>	44	81.5%	201	86.6%	
<b>Kardeş</b>	<b>Evet</b>	15	27.8%	43	18.5%	.128
	<b>Hayır</b>	39	72.2%	189	81.5%	
<b>Teyze/Hala</b>	<b>Evet</b>	6	11.1%	17	7.3%	.403
	<b>Hayır</b>	48	88.9%	215	92.7%	
<b>Kuzen</b>	<b>Evet</b>	9	16.7%	19	8.2%	.059
	<b>Hayır</b>	45	83.3%	213	91.8%	
<b>Diğer</b>	<b>Evet</b>	7	13.0%	58	25.0%	.071
	<b>Hayır</b>	47	87.0%	174	75.0%	

<b>Yok</b>	<b>Evet</b>	16	29.6%	90	38.8%	.209
	<b>Hayır</b>	38	70.4%	142	61.2%	
<b>Şu anda kullandığınız herhangi bir ilaç(vitamin haplar, doğum kontrol hapı, antidepresan vs.) var mı?</b>	<b>Evet</b>	9	16.7%	35	15.1%	.772
	<b>Hayır</b>	45	83.3%	197	84.9%	
<b>Genelde beslenme alışkanlığınız</b>	<b>Her gün düzenli olarak 3 ana öğün yerim ve bol miktarda sebze</b>	21	38.9%	102	44.0%	.161
	<b>Her gün 3 öğünden fazla yerim ve bol miktarda karbonhidrat ve yağ tüketirim.</b>	12	22.2%	43	18.5%	
	<b>Her gün 3 öğünden az tüketirim ve ne yediğime dikkat etmem.</b>	14	25.9%	75	32.3%	
	<b>Beslenmeme hiçbir zaman dikkat etmem.</b>	7	13.0%	12	5.2%	
<b>Günde ne kadar miktarda çay/ kahve tüketirsiniz?</b>	<b>Hiç tüketmem</b>	2	3.7%	18	7.8%	.030*
	<b>1-2 fincan</b>	26	48.1%	145	62.5%	
	<b>3 veya daha fazla fincan</b>	26	48.1%	69	29.7%	
<b>Bilinen herhangi bir psikiyatrik hastalığınız var mı? Varsa nedir?</b>	<b>Evet</b>	1	1.9%	14	6.0%	.318
	<b>Hayır</b>	53	98.1%	218	94.0%	

Tablo 11’de, kadınların PMS olup olmama bakımından adet öncesi sıkıntıları ortaya çıkarabilecek bir takım etkenlerin düzeyleri arasında farklılık olup olmadığı

araştırıldığında, aile içi geçimsizliği olan, yasal sorunları olan ve intihar girişiminde bulunan kadınlarda PMS olanların oranının olmayanlara göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu görülmüştür ( $p<.05$ ). Diğer karşılaştırmalar bakımından PMS olan ve olmayan kadın oranları arasında anlamlı farklılık olmadığı görülmüştür ( $p>.05$ ).

Tablo 11. PMS olan ve olmayan kadınlar ile adet öncesi sıkıntıları ortaya çıkarabilecek bir takım etkenlerin karşılaştırılması

		PMS				p
		Var(n=54)		Yok(n=232)		
		Sayı	%	Sayı	%	
<b>Kaza, doğal felaket geçirme</b>	<b>Var</b>	2	3.7%	9	3.9%	.999
	<b>Yok</b>	52	96.3%	223	96.1%	
<b>Önemli bazı ameliyatlara</b>	<b>Var</b>	2	3.7%	9	3.9%	.999
	<b>Yok</b>	52	96.3%	223	96.1%	
<b>Önemli yakın kaybı</b>	<b>Var</b>	5	9.3%	14	6.0%	.371
	<b>Yok</b>	49	90.7%	218	94.0%	
<b>Aile içi geçimsizlikler</b>	<b>Var</b>	9	16.7%	16	6.9%	.031*
	<b>Yok</b>	45	83.3%	216	93.1%	
<b>Yasal sorunlar</b>	<b>Var</b>	3	5.6%	2	0.9%	.048*
	<b>Yok</b>	51	94.4%	230	99.1%	
<b>İntihar girişiminde bulunma</b>	<b>Var</b>	3	5.6%	2	0.9%	.048*
	<b>Yok</b>	51	94.4%	230	99.1%	
<b>Eğitim için aileden uzaklaşma</b>	<b>Var</b>	14	25.9%	67	28.9%	.739
	<b>Yok</b>	40	74.1%	165	71.1%	
<b>Göç yaşanması</b>	<b>Var</b>	2	3.7%	6	2.6%	.648
	<b>Yok</b>	52	96.3%	226	97.4%	
<b>Evlilik</b>	<b>Var</b>	0	0.0%	3	1.3%	.999
	<b>Yok</b>	54	100.0%	229	98.7%	
<b>Cinsel güçlükler</b>	<b>Var</b>	2	3.7%	6	2.6%	.648
	<b>Yok</b>	52	96.3%	226	97.4%	



<b>Maddi problemler</b>	<b>Var</b>	5	9.3%	10	4.3%	.170
	<b>Yok</b>	49	90.7%	222	95.7%	
<b>Daha az /daha çok uyuma ya da uyku zamanında değişiklikler, düzensizlikler</b>	<b>Var</b>	32	59.3%	122	52.6%	.376
	<b>Yok</b>	22	40.7%	110	47.4%	
<b>Daha az /daha çok yemek yeme ya da yeme zamanında değişiklikler, düzensizlikler</b>	<b>Var</b>	26	48.1%	83	35.8%	.092
	<b>Yok</b>	28	51.9%	149	64.2%	
<b>Eğlence, dinlenme, giyim, kuşam, ilişkiler gibi kişisel alışkanlıklarda değişim</b>	<b>Var</b>	13	24.1%	33	14.2%	.098
	<b>Yok</b>	41	75.9%	199	85.8%	
<b>Çocuk düşürme, çocuk aldırma, ölü doğum vb.</b>	<b>Var</b>	1	1.9%	6	2.6%	.999
	<b>Yok</b>	53	98.1%	226	97.4%	
<b>Aile fertlerinin sağlık durumlarıyla ilgili değişimler</b>	<b>Var</b>	4	7.4%	28	12.1%	.328
	<b>Yok</b>	50	92.6%	204	87.9%	
<b>Yok</b>	<b>Var</b>	12	22.2%	69	29.7%	.269
	<b>Yok</b>	42	77.8%	163	70.3%	

Tablo 12’de görüldüğü üzere, kadınların PMS olup olmama bakımından 7-10 günlük süre içinde aşağıdaki belirtilerin olma düzeyleri arasında farklılık olup olmadığı araştırıldığında, bütün belirtiler arasında anlamlı farklılık olduğu gözlenmiştir ( $p<.05$ ). Bu farklılığın bütün belirtiler için, PMS olan kadınların oranlarının olmayanlara göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu görülmüştür.

Tablo 12. PMS olan ve olmayan kadınlar ile 7-10 günlük süre içinde aşağıdaki belirtilerin karşılaştırılması

		<b>PMS</b>				<b>p</b>
		<b>Var(n=54)</b>		<b>Yok(n=232)</b>		
		<b>Sayı</b>	<b>%</b>	<b>Sayı</b>	<b>%</b>	
<b>Belirgin depresif ruh hali, umutsuzluk hissi veya kendini aşağılayıcı düşünceler</b>	<b>Var</b>	35	64.8%	51	22.0%	.001*
	<b>Yok</b>	19	35.2%	181	78.0%	
<b>Belirgin sıkıntı, gerginlik, uçurumun kenarında olma hissi</b>	<b>Var</b>	29	53.7%	37	15.9%	.001*
	<b>Yok</b>	25	46.3%	195	84.1%	

<b>Belirgin duygusal dalgalanmalar(aniden üzüntülü veya ağlamaklı olma)</b>	<b>Var</b>	48	88.9%	110	47.4%	.001*
	<b>Yok</b>	6	11.1%	122	52.6%	
<b>Sürekli belirgin sinirlilik veya insanlar arası ilişkilerde bozulma</b>	<b>Var</b>	33	61.1%	61	26.3%	.001*
	<b>Yok</b>	21	38.9%	171	73.7%	
<b>Günlük aktivitelere ilgi azalması</b>	<b>Var</b>	30	55.6%	44	19.0%	.001*
	<b>Yok</b>	24	44.4%	188	81.0%	
<b>Konsantre olmada zorlanma</b>	<b>Var</b>	38	70.4%	46	19.8%	.001*
	<b>Yok</b>	16	29.6%	186	80.2%	
<b>Çabuk yorulma, halsizlik, enerji azlığı hissi</b>	<b>Var</b>	41	75.9%	89	38.4%	.001*
	<b>Yok</b>	13	24.1%	143	61.6%	
<b>İştahta değişiklik, fazla yeme veya belirli yiyecekler arama</b>	<b>Var</b>	37	68.5%	109	47.0%	.004*
	<b>Yok</b>	17	31.5%	123	53.0%	
<b>Çok uyuma veya uykusuzluk</b>	<b>Var</b>	31	57.4%	52	22.4%	.001*
	<b>Yok</b>	23	42.6%	180	77.6%	
<b>Kontrolün kaybedileceği hissi</b>	<b>Var</b>	12	22.2%	4	1.7%	.001*
	<b>Yok</b>	42	77.8%	228	98.3%	
<b>Fiziksel belirtiler (Memelerde hassasiyet veya şişme, baş ve eklem ağrıları, karında şişkinlik hissi vs.)</b>	<b>Var</b>	50	92.6%	141	60.8%	.001*
	<b>Yok</b>	4	7.4%	91	39.2%	
<b>Yok</b>	<b>Var</b>	0	0.0%	24	10.3%	.011*
	<b>Yok</b>	54	100.0%	208	89.7%	

Tablo 13'te, menstrual distres şikâyet listesinde yer alan kilo alma ve uykusuzluk şikâyetlerinin her üç dönemdeki durumları karşılaştırılmıştır. Buna göre yalnızca uykusuzluk şikâyeti (son adetten bir hafta önce) ile PMS olup olmama durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık olduğu görülmüştür ( $p < .05$ ). Diğer karşılaştırmalar incelendiğinde anlamlı farklılık olmadığı sonucuna varılmıştır ( $p > .05$ ).

Tablo 13. Kilo alma ve uykusuzluk şikâyetlerinin her üç dönemdeki durumları

	PMS		p
	Var	Yok	

		Sayı	%	Sayı	%	
Kilo alma	Belirti yok	29	53.7%	159	68.5%	.062
	Az	8	14.8%	29	12.5%	
	Orta	11	20.4%	35	15.1%	
	Şiddetli	4	7.4%	8	3.4%	
	Çok	2	3.7%	1	0.4%	
Kilo alma	Belirti yok	42	77.8%	191	82.3%	.106
	Az	4	7.4%	19	8.2%	
	Orta	4	7.4%	19	8.2%	
	Şiddetli	4	7.4%	3	1.3%	
	Çok	0	0.0%	0	0.0%	
Kilo alma	Belirti yok	45	83.3%	201	86.6%	.401
	Az	7	13.0%	19	8.2%	
	Orta	1	1.9%	10	4.3%	
	Şiddetli	0	0.0%	1	0.4%	
	Çok	1	1.9%	1	0.4%	
Uykusuzluk	Belirti yok	36	66.7%	166	71.6%	.038*
	Az	5	9.3%	30	12.9%	
	Orta	7	13.0%	30	12.9%	
	Şiddetli	6	11.1%	4	1.7%	
	Çok	0	0.0%	2	0.9%	
Uykusuzluk	Belirti yok	35	64.8%	177	76.3%	.059
	Az	6	11.1%	29	12.5%	
	Orta	10	18.5%	20	8.6%	
	Şiddetli	3	5.6%	3	1.3%	
	Çok	0	0.0%	3	1.3%	
Uykusuzluk	Belirti yok	42	77.8%	188	81.0%	.513
	Az	7	13.0%	27	11.6%	
	Orta	5	9.3%	12	5.2%	
	Şiddetli	0	0.0%	5	2.2%	
	Çok	0	0.0%	0	0.0%	

\*: p<.05 Ki-Kare Testi Kullanıldı.

Tablo 14'te, menstrual distres şikâyet listesinde yer alan ağlama ve eğitim ve iş gücünde azalma şikâyetlerinin her üç dönemdeki durumları karşılaştırılmıştır. Buna göre ağlama ve eğitim ve iş gücünde azalma (son adetten 1 hafta önce ve son adet süresince) şikâyetleri (son adetten bir hafta önce) ile PMS olup olmama durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık olduğu görülmüştür (p<.05). Diğer karşılaştırmalar incelendiğinde anlamlı farklılık olmadığı sonucuna varılmıştır (p>.05).

Tablo 14. Ağlama ve eğitim ve iş gücünde azalma şikâyetlerinin her üç dönemdeki durumları

PMS

		Var		Yok		
		Sayı	%	Sayı	%	
Ağlama	Belirti yok	16	29.6%	149	64.2%	.001*
	Az	10	18.5%	34	14.7%	
	Orta	16	29.6%	35	15.1%	
	Şiddetli	10	18.5%	12	5.2%	
	Çok	2	3.7%	2	0.9%	
Ağlama	Belirti yok	27	50.0%	171	73.7%	.006*
	Az	10	18.5%	22	9.5%	
	Orta	14	25.9%	26	11.2%	
	Şiddetli	3	5.6%	11	4.7%	
	Çok	0	0.0%	2	0.9%	
Ağlama	Belirti yok	43	79.6%	197	84.9%	.235
	Az	10	18.5%	22	9.5%	
	Orta	1	1.9%	8	3.4%	
	Şiddetli	0	0.0%	5	2.2%	
	Çok	0	0.0%	0	0.0%	
Eğitim ve iş gücünde azalma	Belirti yok	22	40.7%	160	69.0%	.001*
	Az	8	14.8%	35	15.1%	
	Orta	11	20.4%	30	12.9%	
	Şiddetli	10	18.5%	6	2.6%	
	Çok	3	5.6%	1	0.4%	
Eğitim ve iş gücünde azalma	Belirti yok	24	44.4%	148	63.8%	.008*
	Az	6	11.1%	36	15.5%	
	Orta	14	25.9%	26	11.2%	
	Şiddetli	7	13.0%	17	7.3%	
	Çok	3	5.6%	5	2.2%	
Eğitim ve iş gücünde azalma	Belirti yok	44	81.5%	202	87.1%	.567
	Az	5	9.3%	15	6.5%	
	Orta	4	7.4%	12	5.2%	
	Şiddetli	1	1.9%	3	1.3%	
	Çok	0	0.0%	0	0.0%	

\*: p<.05 Ki-Kare Testi Kullanıldı.

Tablo 15'te, menstrual distres şikâyet listesinde yer alan kaslarda gerginlik ve unutkanlık şikâyetlerinin her üç dönemdeki durumları karşılaştırılmıştır. Buna göre yalnızca unutkanlık şikâyeti (son adetten bir hafta önce) ile PMS olup olmama durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık olduğu görülmüştür (p<.05). Diğer karşılaştırmalar incelendiğinde anlamlı farklılık olmadığı sonucuna varılmıştır (p>.05).

Tablo 15. Kaslarda gerginlik ve unutkanlık şikâyetlerinin her üç dönemdeki durumları

		PMS				
		Var		Yok		
		Sayı	%	Sayı	%	
Kaslarda gerginlik	Belirti yok	29	53.7%	149	64.2%	.091
	Az	7	13.0%	35	15.1%	
	Orta	8	14.8%	32	13.8%	
	Şiddetli	8	14.8%	14	6.0%	
	Çok	2	3.7%	2	0.9%	
Kaslarda gerginlik	Belirti yok	34	63.0%	147	63.4%	.055
	Az	2	3.7%	38	16.4%	
	Orta	11	20.4%	27	11.6%	
	Şiddetli	6	11.1%	14	6.0%	
	Çok	1	1.9%	6	2.6%	
Kaslarda gerginlik	Belirti yok	47	87.0%	208	89.7%	.616
	Az	5	9.3%	14	6.0%	
	Orta	2	3.7%	6	2.6%	
	Şiddetli	0	0.0%	4	1.7%	
	Çok	0	0.0%	0	0.0%	
Unutkanlık	Belirti yok	37	68.5%	187	80.6%	.012*
	Az	7	13.0%	27	11.6%	
	Orta	5	9.3%	13	5.6%	
	Şiddetli	2	3.7%	5	2.2%	
	Çok	3	5.6%	0	0.0%	
Unutkanlık	Belirti yok	42	77.8%	191	82.3%	.143
	Az	4	7.4%	25	10.8%	
	Orta	5	9.3%	12	5.2%	
	Şiddetli	2	3.7%	4	1.7%	
	Çok	1	1.9%	0	0.0%	
Unutkanlık	Belirti yok	43	79.6%	194	83.6%	.072
	Az	4	7.4%	23	9.9%	
	Orta	4	7.4%	14	6.0%	
	Şiddetli	2	3.7%	1	0.4%	
	Çok	1	1.9%	0	0.0%	

\*: p<.05 Ki-Kare Testi Kullanıldı.

Tablo 16’da, menstrual distres şikâyet listesinde yer alan sersemlik ve ilaç alma, yatakta kalma şikâyetlerinin her üç dönemdeki durumları karşılaştırılmıştır. Buna göre sersemlik şikâyeti (son adetten bir hafta önce ve son adet süresince) ve ilaç alma, yatakta kalma (son adetten 1 hafta önce ve diğer günler) ile PMS olup olmama durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık olduğu görülmüştür (p<.05). Diğer karşılaştırmalar incelendiğinde anlamlı farklılık olmadığı sonucuna varılmıştır (p>.05).

Tablo 16. Sersemlik ve ilaç alma, yatakta kalma şikâyetlerinin her üç dönemdeki durumları

		PMS				
		Var		Yok		
		Sayı	%	Sayı	%	
Sersemlik	Belirti yok	28	51.9%	181	78.0%	.001*
	Az	7	13.0%	27	11.6%	
	Orta	10	18.5%	19	8.2%	
	Şiddetli	6	11.1%	4	1.7%	
	Çok	3	5.6%	1	0.4%	
Sersemlik	Belirti yok	34	63.0%	171	74.0%	.004*
	Az	6	11.1%	24	10.4%	
	Orta	4	7.4%	28	12.1%	
	Şiddetli	8	14.8%	6	2.6%	
	Çok	2	3.7%	2	0.9%	
Sersemlik	Belirti yok	43	79.6%	205	88.4%	.081
	Az	6	11.1%	20	8.6%	
	Orta	4	7.4%	6	2.6%	
	Şiddetli	0	0.0%	1	0.4%	
	Çok	1	1.9%	0	0.0%	
İlaç alma, yatakta kalma	Belirti yok	39	72.2%	202	87.1%	.008*
	Az	5	9.3%	15	6.5%	
	Orta	7	13.0%	12	5.2%	
	Şiddetli	1	1.9%	3	1.3%	
	Çok	2	3.7%	0	0.0%	
İlaç alma, yatakta kalma	Belirti yok	31	57.4%	154	66.4%	.093
	Az	7	13.0%	19	8.2%	
	Orta	7	13.0%	30	12.9%	
	Şiddetli	2	3.7%	19	8.2%	
	Çok	7	13.0%	10	4.3%	
İlaç alma, yatakta kalma	Belirti yok	48	88.9%	221	95.3%	.048*
	Az	3	5.6%	8	3.4%	
	Orta	2	3.7%	1	0.4%	
	Şiddetli	0	0.0%	2	0.9%	
	Çok	1	1.9%	0	0.0%	

\*: p<.05 Ki-Kare Testi Kullanıldı.

Tablo 17’de, menstrual distress şikâyet listesinde yer alan baş ağrısı ve ciltte leke, sivilce şikâyetlerinin her üç dönemdeki durumları karşılaştırılmıştır. Buna göre baş ağrısı ve ciltte leke, sivilce şikâyetleri (son adetten bir hafta önce) ile PMS olup olmama durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık olduğu görülmüştür

( $p < .05$ ). Diğer karşılaştırmalar incelendiğinde anlamlı farklılık olmadığı sonucuna varılmıştır ( $p > .05$ ).

Tablo 17. Baş ağrısı ve ciltte leke, sivilce şikâyetlerinin her üç dönemdeki durumları

		PMS				
		Var		Yok		
		Sayı	%	Sayı	%	
Baş ağrısı	Belirti yok	30	55.6%	178	76.7%	.002*
	Az	11	20.4%	22	9.5%	
	Orta	5	9.3%	23	9.9%	
	Şiddetli	6	11.1%	8	3.4%	
	Çok	2	3.7%	1	0.4%	
Baş ağrısı	Belirti yok	36	66.7%	170	73.3%	.677
	Az	10	18.5%	27	11.6%	
	Orta	5	9.3%	23	9.9%	
	Şiddetli	2	3.7%	7	3.0%	
	Çok	1	1.9%	5	2.2%	
Baş ağrısı	Belirti yok	44	81.5%	201	86.6%	.633
	Az	6	11.1%	18	7.8%	
	Orta	3	5.6%	9	3.9%	
	Şiddetli	1	1.9%	4	1.7%	
	Çok	0	0.0%	0	0.0%	
Ciltte leke, sivilce	Belirti yok	13	24.1%	96	41.4%	.014*
	Az	6	11.1%	26	11.2%	
	Orta	16	29.6%	74	31.9%	
	Şiddetli	13	24.1%	26	11.2%	
	Çok	6	11.1%	10	4.3%	
Ciltte leke, sivilce	Belirti yok	29	53.7%	128	55.2%	.533
	Az	9	16.7%	33	14.2%	
	Orta	6	11.1%	39	16.8%	
	Şiddetli	9	16.7%	23	9.9%	
	Çok	1	1.9%	9	3.9%	
Ciltte leke, sivilce	Belirti yok	38	70.4%	191	82.3%	.233
	Az	10	18.5%	24	10.3%	
	Orta	5	9.3%	13	5.6%	
	Şiddetli	1	1.9%	3	1.3%	
	Çok	0	0.0%	1	0.4%	

\*:  $p < .05$  Ki-Kare Testi Kullanıldı.

Tablo 18’de, menstrual distres şikâyet listesinde yer alan yalnızlık hissi ve boğulma, bunalma hissi şikâyetlerinin her üç dönemdeki durumları karşılaştırılmıştır. Buna göre yalnızlık hissi şikâyeti (son adetten bir hafta önce) ve boğulma, bunalma

hissi (son adetten bir hafta önce ve son adet süresince) ile PMS olup olmama durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık olduğu görülmüştür ( $p<.05$ ). Diğer karşılaştırmalar incelendiğinde anlamlı farklılık olmadığı sonucuna varılmıştır ( $p>.05$ ).

Tablo 18. Yalnızlık hissi ve boğulma, bunalma hissi şikâyetlerinin her üç dönemdeki durumları

		PMS				
		Var		Yok		
		Sayı	%	Sayı	%	
Yalnızlık hissi	Belirti yok	23	42.6%	174	75.0%	.001*
	Az	5	9.3%	18	7.8%	
	Orta	11	20.4%	23	9.9%	
	Şiddetli	10	18.5%	13	5.6%	
	Çok	5	9.3%	4	1.7%	
Yalnızlık hissi	Belirti yok	35	64.8%	177	76.3%	.084
	Az	4	7.4%	23	9.9%	
	Orta	10	18.5%	18	7.8%	
	Şiddetli	3	5.6%	11	4.7%	
	Çok	2	3.7%	3	1.3%	
Yalnızlık hissi	Belirti yok	44	81.5%	209	90.1%	.100
	Az	7	13.0%	13	5.6%	
	Orta	2	3.7%	4	1.7%	
	Şiddetli	0	0.0%	5	2.2%	
	Çok	1	1.9%	1	0.4%	
Boğulma, bunalma hissi	Belirti yok	18	33.3%	179	77.2%	.001*
	Az	11	20.4%	21	9.1%	
	Orta	14	25.9%	18	7.8%	
	Şiddetli	7	13.0%	12	5.2%	
	Çok	4	7.4%	2	0.9%	
Boğulma, bunalma hissi	Belirti yok	31	57.4%	187	80.6%	.001*
	Az	6	11.1%	17	7.3%	
	Orta	13	24.1%	15	6.5%	
	Şiddetli	2	3.7%	10	4.3%	
	Çok	2	3.7%	3	1.3%	
Boğulma, bunalma hissi	Belirti yok	45	83.3%	212	91.4%	.113
	Az	8	14.8%	14	6.0%	
	Orta	0	0.0%	4	1.7%	
	Şiddetli	0	0.0%	1	0.4%	
	Çok	1	1.9%	1	0.4%	

\*:  $p<.05$  Ki-Kare Testi Kullanıldı.

Tablo 19’da, menstrual distres şikâyet listesinde yer alan aşırı sevgi ifadesi ve düzenli, derli toplu olma şikâyetlerinin her üç dönemdeki durumları karşılaştırılmıştır. Buna göre yalnızca aşırı sevgi ifadesi şikâyeti (son adetten bir hafta önce, son adet



süresince ve diğer günler) ile PMS olup olmama durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık olduğu görülmüştür ( $p < .05$ ). Diğer karşılaştırmalar incelendiğinde anlamlı farklılık olmadığı sonucuna varılmıştır ( $p > .05$ ).

Tablo 19. Aşırı sevgi ifadesi ve düzenli, derli toplu olma şikâyetlerinin her üç dönemdeki durumları

		PMS				
		Var		Yok		
		Sayı	%	Sayı	%	
Aşırı sevgi ifadesi	Belirti yok	39	72.2%	205	88.4%	.008*
	Az	5	9.3%	14	6.0%	
	Orta	6	11.1%	9	3.9%	
	Şiddetli	3	5.6%	4	1.7%	
	Çok	1	1.9%	0	0.0%	
Aşırı sevgi ifadesi	Belirti yok	42	77.8%	208	89.7%	.038*
	Az	4	7.4%	9	3.9%	
	Orta	7	13.0%	8	3.4%	
	Şiddetli	1	1.9%	6	2.6%	
	Çok	0	0.0%	1	0.4%	
Aşırı sevgi ifadesi	Belirti yok	44	81.5%	211	90.9%	.025*
	Az	3	5.6%	10	4.3%	
	Orta	3	5.6%	9	3.9%	
	Şiddetli	2	3.7%	2	0.9%	
	Çok	2	3.7%	0	0.0%	
Düzenli, derli toplu olma	Belirti yok	39	72.2%	192	82.8%	.183
	Az	7	13.0%	11	4.7%	
	Orta	5	9.3%	16	6.9%	
	Şiddetli	2	3.7%	7	3.0%	
	Çok	1	1.9%	6	2.6%	
Düzenli, derli toplu olma	Belirti yok	45	83.3%	194	83.6%	.402
	Az	5	9.3%	9	3.9%	
	Orta	2	3.7%	19	8.2%	
	Şiddetli	1	1.9%	5	2.2%	
	Çok	1	1.9%	5	2.2%	
Düzenli, derli toplu olma	Belirti yok	43	79.6%	198	85.7%	.312
	Az	3	5.6%	5	2.2%	
	Orta	3	5.6%	16	6.9%	
	Şiddetli	2	3.7%	7	3.0%	
	Çok	3	5.6%	5	2.2%	

\*:  $p < .05$  Ki-Kare Testi Kullanıldı.

Tablo 20’de, menstrual distres şikâyet listesinde yer alan evden dışarı çıkmama ve karın ağrısı şikâyetlerinin her üç dönemdeki durumları karşılaştırılmıştır. Buna göre evden dışarı çıkmama (son adetten 1 hafta önce ve son adet süresince) ve karın ağrısı

(son adetten bir hafta önce) şikâyetleri ile PMS olup olmama durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık olduğu gözlenmiştir ( $p<.05$ ). Diğer karşılaştırmalar incelendiğinde anlamlı farklılık olmadığı sonucuna varılmıştır ( $p>.05$ ).

Tablo 20. Evden dışarı çıkmama ve karın ağrısı şikâyetlerinin her üç dönemdeki durumları

		PMS				
		Var		Yok		
		Sayı	%	Sayı	%	
Evden dışarı çıkmama	Belirti yok	30	55.6%	189	81.5%	.001*
	Az	7	13.0%	24	10.3%	
	Orta	13	24.1%	10	4.3%	
	Şiddetli	3	5.6%	6	2.6%	
	Çok	1	1.9%	3	1.3%	
Evden dışarı çıkmama	Belirti yok	33	61.1%	176	75.9%	.019*
	Az	5	9.3%	27	11.6%	
	Orta	6	11.1%	16	6.9%	
	Şiddetli	8	14.8%	10	4.3%	
	Çok	2	3.7%	3	1.3%	
Evden dışarı çıkmama	Belirti yok	51	94.4%	215	92.7%	.703
	Az	3	5.6%	10	4.3%	
	Orta	0	0.0%	6	2.6%	
	Şiddetli	0	0.0%	1	0.4%	
	Çok	0	0.0%	0	0.0%	
Karın ağrısı	Belirti yok	16	29.6%	139	59.9%	.001*
	Az	11	20.4%	31	13.4%	
	Orta	8	14.8%	30	12.9%	
	Şiddetli	13	24.1%	21	9.1%	
	Çok	6	11.1%	11	4.7%	
Karın ağrısı	Belirti yok	15	27.8%	90	38.8%	.353
	Az	10	18.5%	30	12.9%	
	Orta	10	18.5%	42	18.1%	
	Şiddetli	9	16.7%	44	19.0%	
	Çok	10	18.5%	26	11.2%	
Karın ağrısı	Belirti yok	51	94.4%	218	94.0%	.999
	Az	2	3.7%	8	3.4%	
	Orta	1	1.9%	5	2.2%	
	Şiddetli	0	0.0%	0	0.0%	
	Çok	0	0.0%	1	0.4%	

\*:  $p<.05$  Ki-Kare Testi Kullanıldı.

Tablo 21’de, menstrual distres şikâyet listesinde yer alan baş dönmesi, baygınlık hissi ve heyecanlı, telaşlı olma şikâyetlerinin her üç dönemdeki durumları karşılaştırılmıştır. Buna göre baş dönmesi, baygınlık hissi (son adetten 1 hafta önce ve

son adet süresince) ve heyecanlı, telaşlı olma (son adetten bir hafta önce) şikâyetleri ile PMS olup olmama durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık olduğu gözlenmiştir (p<.05).

Tablo 21. Baş dönmesi, baygınlık hissi ve heyecanlı, telaşlı olma şikâyetlerinin her üç dönemdeki durumları

		PMS				
		Var		Yok		
		Sayı	%	Sayı	%	
Baş dönmesi, baygınlık hissi	Belirti yok	36	66.7%	208	89.7%	.001*
	Az	8	14.8%	17	7.3%	
	Orta	4	7.4%	2	0.9%	
	Şiddetli	3	5.6%	3	1.3%	
	Çok	3	5.6%	2	0.9%	
Baş dönmesi, baygınlık hissi	Belirti yok	36	66.7%	190	81.9%	.006*
	Az	5	9.3%	26	11.2%	
	Orta	6	11.1%	8	3.4%	
	Şiddetli	4	7.4%	5	2.2%	
	Çok	3	5.6%	3	1.3%	
Baş dönmesi, baygınlık hissi	Belirti yok	49	90.7%	219	94.4%	.472
	Az	5	9.3%	11	4.7%	
	Orta	0	0.0%	1	0.4%	
	Şiddetli	0	0.0%	1	0.4%	
	Çok	0	0.0%	0	0.0%	
Heyecanlı, telaşlı olma	Belirti yok	38	70.4%	199	85.8%	.016*
	Az	10	18.5%	18	7.8%	
	Orta	3	5.6%	12	5.2%	
	Şiddetli	3	5.6%	3	1.3%	
	Çok	0	0.0%	0	0.0%	
Heyecanlı, telaşlı olma	Belirti yok	45	83.3%	199	85.8%	.798
	Az	6	11.1%	16	6.9%	
	Orta	2	3.7%	11	4.7%	
	Şiddetli	1	1.9%	5	2.2%	
	Çok	0	0.0%	1	0.4%	
Heyecanlı, telaşlı olma	Belirti yok	49	90.7%	208	89.7%	.926
	Az	4	7.4%	13	5.6%	
	Orta	1	1.9%	7	3.0%	
	Şiddetli	0	0.0%	4	1.7%	
	Çok	0	0.0%	0	0.0%	

\*: p<.05 Ki-Kare Testi Kullanıldı.

Tablo 22’de görüldüğü üzere, menstrual distress şikâyet listesinde yer alan göğüs ağrısı ve sosyal etkinliklerden kaçınma şikâyetlerinin her üç dönemdeki durumları karşılaştırılmıştır. Buna göre göğüs ağrısı (son adetten 1 hafta önce ve diğer günler) ve sosyal etkinliklerden kaçınma (son adetten 1 hafta önce ve adet süresince) şikâyetleri ile

PMS olup olmama durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık olduğu gözlenmiştir (p<.05).

Tablo 22. Göğüs ağrısı ve sosyal etkinliklerden kaçınma şikâyetlerinin her üç dönemdeki durumları

		PMS				
		Var		Yok		
		Sayı	%	Sayı	%	
Göğüs ağrısı	Belirti yok	27	50.0%	183	78.9%	.001*
	Az	8	14.8%	20	8.6%	
	Orta	12	22.2%	19	8.2%	
	Şiddetli	7	13.0%	7	3.0%	
	Çok	0	0.0%	3	1.3%	
Göğüs ağrısı	Belirti yok	39	72.2%	186	80.2%	.124
	Az	9	16.7%	16	6.9%	
	Orta	4	7.4%	25	10.8%	
	Şiddetli	2	3.7%	4	1.7%	
	Çok	0	0.0%	1	0.4%	
Göğüs ağrısı	Belirti yok	49	90.7%	222	95.7%	.027*
	Az	5	9.3%	4	1.7%	
	Orta	0	0.0%	5	2.2%	
	Şiddetli	0	0.0%	0	0.0%	
	Çok	0	0.0%	1	0.4%	
Sosyal etkinliklerden kaçınma	Belirti yok	32	59.3%	200	86.2%	.001*
	Az	9	16.7%	17	7.3%	
	Orta	6	11.1%	7	3.0%	
	Şiddetli	4	7.4%	6	2.6%	
	Çok	3	5.6%	2	0.9%	
Sosyal etkinliklerden kaçınma	Belirti yok	29	53.7%	173	74.6%	.004*
	Az	8	14.8%	26	11.2%	
	Orta	7	13.0%	22	9.5%	
	Şiddetli	7	13.0%	6	2.6%	
	Çok	3	5.6%	5	2.2%	
Sosyal etkinliklerden kaçınma	Belirti yok	49	90.7%	221	95.3%	.092
	Az	5	9.3%	5	2.2%	
	Orta	0	0.0%	4	1.7%	
	Şiddetli	0	0.0%	2	0.9%	
	Çok	0	0.0%	0	0.0%	

\*: p<.05 Ki-Kare Testi Kullanıldı.

Tablo 23'te, menstrual distres şikâyet listesinde yer alan anksiyete (sıkıntı) ve sırt ağrısı, bel ağrısı şikâyetlerinin her üç dönemdeki durumları karşılaştırılmıştır. Buna göre anksiyete (son adetten 1 hafta önce ve adet süresince) ve sırt ağrısı, bel ağrısı (son adetten 1 hafta önce) şikâyetleri ile PMS olup olmama durumu arasında istatistiksel

olarak anlamlı düzeyde farklılık olduğu gözlenmiştir ( $p<.05$ ). Diğer karşılaştırmalar incelendiğinde anlamlı farklılık olmadığı sonucuna varılmıştır ( $p>.05$ ).

Tablo 23. Anksiyete (sıkıntı) ve sırt ağrısı, bel ağrısı şikâyetlerinin her üç dönemdeki durumları

		PMS				
		Var		Yok		
		Sayı	%	Sayı	%	
Anksiyete (sıkıntı)	Belirti yok	12	22.2%	142	61.2%	.001*
	Az	5	9.3%	39	16.8%	
	Orta	21	38.9%	30	12.9%	
	Şiddetli	9	16.7%	16	6.9%	
	Çok	7	13.0%	5	2.2%	
Anksiyete (sıkıntı)	Belirti yok	25	46.3%	151	65.1%	.012*
	Az	5	9.3%	26	11.2%	
	Orta	11	20.4%	34	14.7%	
	Şiddetli	9	16.7%	17	7.3%	
	Çok	4	7.4%	4	1.7%	
Anksiyete (sıkıntı)	Belirti yok	42	77.8%	204	87.9%	.166
	Az	7	13.0%	12	5.2%	
	Orta	4	7.4%	9	3.9%	
	Şiddetli	1	1.9%	5	2.2%	
	Çok	0	0.0%	2	0.9%	
Sırt ağrısı, bel ağrısı	Belirti yok	22	40.7%	144	62.1%	.005*
	Az	6	11.1%	25	10.8%	
	Orta	13	24.1%	44	19.0%	
	Şiddetli	7	13.0%	13	5.6%	
	Çok	6	11.1%	6	2.6%	
Sırt ağrısı, bel ağrısı	Belirti yok	28	51.9%	126	54.3%	.566
	Az	6	11.1%	23	9.9%	
	Orta	7	13.0%	44	19.0%	
	Şiddetli	7	13.0%	25	10.8%	
	Çok	6	11.1%	14	6.0%	
Sırt ağrısı, bel ağrısı	Belirti yok	46	85.2%	210	90.5%	.325
	Az	4	7.4%	7	3.0%	
	Orta	4	7.4%	12	5.2%	
	Şiddetli	0	0.0%	3	1.3%	
	Çok	0	0.0%	0	0.0%	

\*:  $p<.05$  Ki-Kare Testi Kullanıldı.

Tablo 24'te, menstrual distres şikâyet listesinde yer alan soğuk terleme ve kararsızlık şikâyetlerinin her üç dönemdeki durumları karşılaştırılmıştır. Buna göre soğuk terleme (son adetten 1 hafta önce) ve kararsızlık (son adetten 1 hafta önce ve adet süresince) şikâyetleri ile PMS olup olmama durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı

düzeyde farklılık olduğu gözlenmiştir ( $p<.05$ ). Diğer karşılaştırmalar incelendiğinde anlamlı farklılık olmadığı sonucuna varılmıştır ( $p>.05$ ).

Tablo 24. Soğuk terleme ve kararsızlık şikâyetlerinin her üç dönemdeki durumları

		PMS				
		Var		Yok		
		Sayı	%	Sayı	%	
Soğuk terleme	Belirti yok	37	68.5%	206	88.8%	.001*
	Az	5	9.3%	13	5.6%	
	Orta	5	9.3%	11	4.7%	
	Şiddetli	4	7.4%	2	0.9%	
	Çok	3	5.6%	0	0.0%	
Soğuk terleme	Belirti yok	39	72.2%	192	82.8%	.086
	Az	6	11.1%	17	7.3%	
	Orta	3	5.6%	15	6.5%	
	Şiddetli	4	7.4%	7	3.0%	
	Çok	2	3.7%	1	0.4%	
Soğuk terleme	Belirti yok	51	94.4%	221	95.3%	.499
	Az	3	5.6%	7	3.0%	
	Orta	0	0.0%	4	1.7%	
	Şiddetli	0	0.0%	0	0.0%	
	Çok	0	0.0%	0	0.0%	
Kararsızlık	Belirti yok	34	63.0%	186	80.2%	.001*
	Az	5	9.3%	20	8.6%	
	Orta	6	11.1%	18	7.8%	
	Şiddetli	3	5.6%	7	3.0%	
	Çok	6	11.1%	1	0.4%	
Kararsızlık	Belirti yok	38	70.4%	182	78.4%	.044*
	Az	4	7.4%	17	7.3%	
	Orta	10	18.5%	20	8.6%	
	Şiddetli	0	0.0%	11	4.7%	
	Çok	2	3.7%	2	0.9%	
Kararsızlık	Belirti yok	47	87.0%	198	85.3%	.845
	Az	3	5.6%	13	5.6%	
	Orta	4	7.4%	15	6.5%	
	Şiddetli	0	0.0%	6	2.6%	
	Çok	0	0.0%	0	0.0%	

\*:  $p<.05$  Ki-Kare Testi Kullanıldı.

Tablo 25’te, menstrual distres şikâyet listesinde yer alan yorgunluk ve bulantı, kusma şikâyetlerinin her üç dönemdeki durumları karşılaştırılmıştır. Buna göre yorgunluk (son adetten 1 hafta önce ve adet süresince) ve bulantı, kusma (son adetten 1 hafta önce, adet süresince ve diğer günler) şikâyetleri ile PMS olup olmama durumu

arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık olduğu gözlenmiştir ( $p<.05$ ). Diğer karşılaştırmalar incelendiğinde anlamlı farklılık olmadığı sonucuna varılmıştır ( $p>.05$ ).

Tablo 25. Yorgunluk ve bulantı, kusma şikâyetlerinin her üç dönemdeki durumları

		PMS				
		Var		Yok		
		Sayı	%	Sayı	%	
Yorgunluk	Belirti yok	21	38.9%	145	62.5%	.001*
	Az	11	20.4%	39	16.8%	
	Orta	10	18.5%	30	12.9%	
	Şiddetli	6	11.1%	16	6.9%	
	Çok	6	11.1%	2	0.9%	
Yorgunluk	Belirti yok	28	51.9%	126	54.3%	.037*
	Az	6	11.1%	30	12.9%	
	Orta	8	14.8%	57	24.6%	
	Şiddetli	8	14.8%	14	6.0%	
	Çok	4	7.4%	5	2.2%	
Yorgunluk	Belirti yok	40	74.1%	193	83.2%	.369
	Az	8	14.8%	21	9.1%	
	Orta	6	11.1%	15	6.5%	
	Şiddetli	0	0.0%	2	0.9%	
	Çok	0	0.0%	1	0.4%	
Bulantı, kusma	Belirti yok	37	68.5%	214	92.2%	.001*
	Az	12	22.2%	7	3.0%	
	Orta	4	7.4%	8	3.4%	
	Şiddetli	1	1.9%	1	0.4%	
	Çok	0	0.0%	2	0.9%	
Bulantı, kusma	Belirti yok	36	66.7%	195	84.1%	.008*
	Az	9	16.7%	17	7.3%	
	Orta	3	5.6%	14	6.0%	
	Şiddetli	3	5.6%	3	1.3%	
	Çok	3	5.6%	3	1.3%	
Bulantı, kusma	Belirti yok	49	90.7%	224	96.6%	.047*
	Az	4	7.4%	3	1.3%	
	Orta	1	1.9%	5	2.2%	
	Şiddetli	0	0.0%	0	0.0%	
	Çok	0	0.0%	0	0.0%	

\*:  $p<.05$  Ki-Kare Testi Kullanıldı.

Tablo 26'da, menstrual distres şikâyet listesinde yer alan aşırı hareketlilik ve ateş basması şikâyetlerinin her üç dönemdeki durumları karşılaştırılmıştır. Buna göre yorgunluk (son adetten 1 hafta önce, adet süresince ve diğer günler) ve ateş basması (son adetten 1 hafta önce) şikâyetleri ile PMS olup olmama durumu arasında

istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık olduğu gözlenmiştir ( $p<.05$ ). Diğer karşılaştırmalar incelendiğinde anlamlı farklılık olmadığı sonucuna varılmıştır ( $p>.05$ ).

Tablo 26. Aşırı hareketlilik ve ateş basması şikâyetlerinin her üç dönemdeki durumları

		PMS				
		Var		Yok		
		Sayı	%	Sayı	%	
Aşırı hareketlilik	Belirti yok	43	79.6%	218	94.0%	.005*
	Az	7	13.0%	8	3.4%	
	Orta	2	3.7%	4	1.7%	
	Şiddetli	0	0.0%	1	0.4%	
	Çok	2	3.7%	1	0.4%	
Aşırı hareketlilik	Belirti yok	46	85.2%	221	95.3%	.047*
	Az	4	7.4%	5	2.2%	
	Orta	2	3.7%	3	1.3%	
	Şiddetli	1	1.9%	2	0.9%	
	Çok	1	1.9%	1	0.4%	
Aşırı hareketlilik	Belirti yok	48	88.9%	214	92.2%	.048*
	Az	4	7.4%	3	1.3%	
	Orta	0	0.0%	8	3.4%	
	Şiddetli	2	3.7%	4	1.7%	
	Çok	0	0.0%	3	1.3%	
Ateş basması	Belirti yok	24	44.4%	195	84.1%	.001*
	Az	5	9.3%	17	7.3%	
	Orta	13	24.1%	14	6.0%	
	Şiddetli	8	14.8%	4	1.7%	
	Çok	4	7.4%	2	0.9%	
Ateş basması	Belirti yok	36	66.7%	180	77.6%	.094
	Az	3	5.6%	20	8.6%	
	Orta	8	14.8%	18	7.8%	
	Şiddetli	3	5.6%	9	3.9%	
	Çok	4	7.4%	5	2.2%	
Ateş basması	Belirti yok	49	90.7%	216	93.1%	.102
	Az	5	9.3%	8	3.4%	
	Orta	0	0.0%	8	3.4%	
	Şiddetli	0	0.0%	0	0.0%	
	Çok	0	0.0%	0	0.0%	

\*:  $p<.05$  Ki-Kare Testi Kullanıldı.

Tablo 27’de, menstrual distres şikâyet listesinde yer alan zihni bir noktaya toplamada güçlük ve memelerde ağrı, hassasiyet şikâyetlerinin her üç dönemdeki durumları karşılaştırılmıştır. Buna göre zihni bir noktaya toplamada güçlük (son adetten 1 hafta önce ve adet süresince) ve memelerde ağrı, hassasiyet (son adetten 1 hafta önce)



şikâyetleri ile PMS olup olmama durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık olduğu gözlenmiştir ( $p<.05$ ).

Tablo 27. Zihni bir noktaya toplamada güçlük ve memelerde ağrı, hassasiyet şikâyetlerinin her üç dönemdeki durumları

		PMS				
		Var		Yok		
		Sayı	%	Sayı	%	
Zihni bir noktaya toplamada güçlük	Belirti yok	21	38.9%	193	83.2%	.001*
	Az	7	13.0%	22	9.5%	
	Orta	11	20.4%	9	3.9%	
	Şiddetli	11	20.4%	7	3.0%	
	Çok	4	7.4%	1	0.4%	
Zihni bir noktaya toplamada güçlük	Belirti yok	34	63.0%	185	79.7%	.035*
	Az	6	11.1%	21	9.1%	
	Orta	5	9.3%	13	5.6%	
	Şiddetli	7	13.0%	10	4.3%	
	Çok	2	3.7%	3	1.3%	
Zihni bir noktaya toplamada güçlük	Belirti yok	43	79.6%	205	88.4%	.095
	Az	4	7.4%	17	7.3%	
	Orta	5	9.3%	7	3.0%	
	Şiddetli	2	3.7%	3	1.3%	
	Çok	0	0.0%	0	0.0%	
Memelerde ağrı, hassasiyet	Belirti yok	16	29.6%	130	56.0%	.001*
	Az	7	13.0%	32	13.8%	
	Orta	15	27.8%	48	20.7%	
	Şiddetli	11	20.4%	17	7.3%	
	Çok	5	9.3%	5	2.2%	
Memelerde ağrı, hassasiyet	Belirti yok	27	50.0%	153	65.9%	.119
	Az	12	22.2%	31	13.4%	
	Orta	7	13.0%	30	12.9%	
	Şiddetli	7	13.0%	15	6.5%	
	Çok	1	1.9%	3	1.3%	
Memelerde ağrı, hassasiyet	Belirti yok	50	92.6%	223	96.1%	.406
	Az	3	5.6%	5	2.2%	
	Orta	1	1.9%	3	1.3%	
	Şiddetli	0	0.0%	1	0.4%	
	Çok	0	0.0%	0	0.0%	

\*:  $p<.05$  Ki-Kare Testi Kullanıldı.

Tablo 28’de, menstrual distres şikâyet listesinde yer alan iyi, mutlu olma duygusu ve kulak çınlaması şikâyetlerinin her üç dönemdeki durumları karşılaştırılmıştır. Buna göre iyi, mutlu olma duygusu (son adetten 1 hafta önce, adet süresince ve diğer günler) ve kulak çınlaması (son adetten 1 hafta önce ve adet

süresince) şikâyetleri ile PMS olup olmama durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık olduğu gözlenmiştir (p<.05).

Tablo 28. İyi, mutlu olma duygusu ve kulak çınlaması şikâyetlerinin her üç dönemdeki durumları

		PMS				p
		Var		Yok		
		Sayı	%	Sayı	%	
İyi, mutlu olma duygusu	Belirti yok	39	72.2%	207	89.2%	.003*
	Az	8	14.8%	17	7.3%	
	Orta	4	7.4%	6	2.6%	
	Şiddetli	3	5.6%	1	0.4%	
	Çok	0	0.0%	1	0.4%	
İyi, mutlu olma duygusu	Belirti yok	41	75.9%	207	89.2%	.019*
	Az	9	16.7%	10	4.3%	
	Orta	4	7.4%	11	4.7%	
	Şiddetli	0	0.0%	3	1.3%	
	Çok	0	0.0%	1	0.4%	
İyi, mutlu olma duygusu	Belirti yok	41	75.9%	199	85.8%	.002*
	Az	3	5.6%	6	2.6%	
	Orta	2	3.7%	21	9.1%	
	Şiddetli	4	7.4%	5	2.2%	
	Çok	4	7.4%	1	0.4%	
Kulak çınlaması	Belirti yok	45	83.3%	218	94.0%	.006*
	Az	6	11.1%	9	3.9%	
	Orta	0	0.0%	4	1.7%	
	Şiddetli	3	5.6%	1	0.4%	
	Çok	0	0.0%	0	0.0%	
Kulak çınlaması	Belirti yok	47	87.0%	222	95.7%	.037*
	Az	5	9.3%	7	3.0%	
	Orta	2	3.7%	3	1.3%	
	Şiddetli	0	0.0%	0	0.0%	
	Çok	0	0.0%	0	0.0%	
Kulak çınlaması	Belirti yok	50	92.6%	222	95.7%	.070
	Az	2	3.7%	9	3.9%	
	Orta	2	3.7%	0	0.0%	
	Şiddetli	0	0.0%	1	0.4%	
	Çok	0	0.0%	0	0.0%	

\*: p<.05 Ki-Kare Testi Kullanıldı.

Tablo 29'da, menstrual distres şikâyet listesinde yer alan dalgınlık, şaşkınlık ve genel şişkinlik şikâyetlerinin her üç dönemdeki durumları karşılaştırılmıştır. Buna göre dalgınlık, şaşkınlık (son adetten 1 hafta önce ve diğer günler) ve genel şişkinlik (son adetten 1 hafta önce ve diğer günler) şikâyetleri ile PMS olup olmama durumu arasında

istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık olduğu gözlenmiştir ( $p<.05$ ). Diğer karşılaştırmalar incelendiğinde anlamlı farklılık olmadığı sonucuna varılmıştır ( $p>.05$ ).

Tablo 29. Dalgınlık, şaşkınlık ve genel şişkinlik şikâyetlerinin her üç dönemdeki durumları

		PMS				p
		Var		Yok		
		Sayı	%	Sayı	%	
Dalgınlık, şaşkınlık	Belirti yok	36	66.7%	193	83.2%	.001*
	Az	5	9.3%	18	7.8%	
	Orta	7	13.0%	19	8.2%	
	Şiddetli	4	7.4%	1	0.4%	
	Çok	2	3.7%	1	0.4%	
Dalgınlık, şaşkınlık	Belirti yok	40	74.1%	196	84.5%	.089
	Az	5	9.3%	18	7.8%	
	Orta	6	11.1%	14	6.0%	
	Şiddetli	3	5.6%	2	0.9%	
	Çok	0	0.0%	2	0.9%	
Dalgınlık, şaşkınlık	Belirti yok	43	79.6%	209	90.1%	.022*
	Az	7	13.0%	16	6.9%	
	Orta	4	7.4%	3	1.3%	
	Şiddetli	0	0.0%	4	1.7%	
	Çok	0	0.0%	0	0.0%	
Genel şişkinlik	Belirti yok	16	29.6%	137	59.1%	.001*
	Az	8	14.8%	25	10.8%	
	Orta	16	29.6%	51	22.0%	
	Şiddetli	7	13.0%	12	5.2%	
	Çok	7	13.0%	7	3.0%	
Genel şişkinlik	Belirti yok	30	55.6%	140	60.3%	.298
	Az	4	7.4%	32	13.8%	
	Orta	10	18.5%	36	15.5%	
	Şiddetli	7	13.0%	18	7.8%	
	Çok	3	5.6%	6	2.6%	
Genel şişkinlik	Belirti yok	45	83.3%	216	93.1%	.045*
	Az	4	7.4%	10	4.3%	
	Orta	4	7.4%	4	1.7%	
	Şiddetli	1	1.9%	2	0.9%	
	Çok	0	0.0%	0	0.0%	

\*:  $p<.05$  Ki-Kare Testi Kullanıldı.

Tablo 30'da, menstrual distres şikâyet listesinde yer alan dikkatsizlik sonucu oluşan küçük kazalar ve huzursuzluk şikâyetlerinin her üç dönemdeki durumları karşılaştırılmıştır. Buna göre dikkatsizlik sonucu oluşan küçük kazalar (son adetten 1 hafta önce ve adet süresince) ve huzursuzluk (son adetten 1 hafta önce) şikâyetleri ile

PMS olup olmama durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık olduğu gözlenmiştir ( $p<.05$ ).

Tablo 30. Dikkatsizlik sonucu oluşan küçük kazalar ve huzursuzluk şikâyetlerinin her üç dönemdeki durumları

		PMS				
		Var		Yok		
		Sayı	%	Sayı	%	
Dikkatsizlik sonucu oluşan küçük kazalar	Belirti yok	37	68.5%	196	84.5%	.002*
	Az	7	13.0%	20	8.6%	
	Orta	2	3.7%	10	4.3%	
	Şiddetli	4	7.4%	5	2.2%	
	Çok	4	7.4%	1	0.4%	
Dikkatsizlik sonucu oluşan küçük kazalar	Belirti yok	37	68.5%	200	86.2%	.006*
	Az	8	14.8%	20	8.6%	
	Orta	5	9.3%	8	3.4%	
	Şiddetli	4	7.4%	4	1.7%	
	Çok	0	0.0%	0	0.0%	
Dikkatsizlik sonucu oluşan küçük kazalar	Belirti yok	45	83.3%	203	87.5%	.596
	Az	6	11.1%	18	7.8%	
	Orta	3	5.6%	8	3.4%	
	Şiddetli	0	0.0%	3	1.3%	
	Çok	0	0.0%	0	0.0%	
Huzursuzluk	Belirti yok	19	35.2%	169	72.8%	.001*
	Az	7	13.0%	28	12.1%	
	Orta	13	24.1%	19	8.2%	
	Şiddetli	9	16.7%	13	5.6%	
	Çok	6	11.1%	3	1.3%	
Huzursuzluk	Belirti yok	30	55.6%	165	71.1%	.112
	Az	5	9.3%	21	9.1%	
	Orta	10	18.5%	27	11.6%	
	Şiddetli	7	13.0%	13	5.6%	
	Çok	2	3.7%	6	2.6%	
Huzursuzluk	Belirti yok	42	77.8%	205	88.4%	.176
	Az	7	13.0%	15	6.5%	
	Orta	4	7.4%	8	3.4%	
	Şiddetli	1	1.9%	3	1.3%	
	Çok	0	0.0%	1	0.4%	

\*:  $p<.05$  Ki-Kare Testi Kullanıldı.

Tablo 31’de, menstrual distres şikâyet listesinde yer alan genel ağrılar ve ruh halinde değişiklikler şikâyetlerinin her üç dönemdeki durumları karşılaştırılmıştır. Buna göre genel ağrılar (son adetten 1 hafta önce) ve ruh halinde değişiklikler (son adetten 1

hafta önce ve diğer günler) şikâyetleri ile PMS olup olmama durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık olduğu gözlenmiştir ( $p<.05$ ).

Tablo 31. Genel ağrılar ve ruh halinde değişiklikler şikâyetlerinin her üç dönemdeki durumları

		PMS				
		Var		Yok		
		Sayı	%	Sayı	%	
Genel ağrılar	Belirti yok	26	48.1%	183	78.9%	.001*
	Az	9	16.7%	23	9.9%	
	Orta	10	18.5%	14	6.0%	
	Şiddetli	6	11.1%	10	4.3%	
	Çok	3	5.6%	2	0.9%	
Genel ağrılar	Belirti yok	36	66.7%	178	76.7%	.102
	Az	6	11.1%	25	10.8%	
	Orta	4	7.4%	18	7.8%	
	Şiddetli	6	11.1%	9	3.9%	
	Çok	2	3.7%	2	0.9%	
Genel ağrılar	Belirti yok	45	83.3%	211	90.9%	.175
	Az	6	11.1%	14	6.0%	
	Orta	3	5.6%	7	3.0%	
	Şiddetli	0	0.0%	0	0.0%	
	Çok	0	0.0%	0	0.0%	
Ruh halinde değişiklikler	Belirti yok	16	29.6%	123	53.0%	.001*
	Az	5	9.3%	34	14.7%	
	Orta	12	22.2%	48	20.7%	
	Şiddetli	10	18.5%	18	7.8%	
	Çok	11	20.4%	9	3.9%	
Ruh halinde değişiklikler	Belirti yok	27	50.0%	129	55.6%	.082
	Az	4	7.4%	32	13.8%	
	Orta	9	16.7%	44	19.0%	
	Şiddetli	9	16.7%	19	8.2%	
	Çok	5	9.3%	8	3.4%	
Ruh halinde değişiklikler	Belirti yok	39	72.2%	199	85.8%	.024*
	Az	11	20.4%	17	7.3%	
	Orta	4	7.4%	12	5.2%	
	Şiddetli	0	0.0%	4	1.7%	
	Çok	0	0.0%	0	0.0%	

\*:  $p<.05$  Ki-Kare Testi Kullanıldı.

Tablo 32’de, menstrual distres şikâyet listesinde yer alan çarpıntı hissi ve üzgün, hüzünlü olma şikâyetlerinin her üç dönemdeki durumları karşılaştırılmıştır. Buna göre çarpıntı hissi (son adetten 1 hafta önce) ve üzgün, hüzünlü olma (son adetten 1 hafta önce) şikâyetleri ile PMS olup olmama durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı

düzeyde farklılık olduğu gözlenmiştir ( $p<.05$ ). Diğer karşılaştırmalar incelendiğinde anlamlı farklılık olmadığı sonucuna varılmıştır ( $p>.05$ ).

Tablo 32. Çarpıntı hissi ve üzgün, hüzünlü olma şikâyetlerinin her üç dönemdeki durumları

		PMS				p
		Var		Yok		
		Sayı	%	Sayı	%	
Çarpıntı hissi	Belirti yok	39	72.2%	205	88.4%	.003*
	Az	4	7.4%	15	6.5%	
	Orta	5	9.3%	8	3.4%	
	Şiddetli	4	7.4%	3	1.3%	
	Çok	2	3.7%	1	0.4%	
Çarpıntı hissi	Belirti yok	43	79.6%	209	90.1%	.086
	Az	5	9.3%	11	4.7%	
	Orta	2	3.7%	7	3.0%	
	Şiddetli	3	5.6%	3	1.3%	
	Çok	1	1.9%	2	0.9%	
Çarpıntı hissi	Belirti yok	47	87.0%	212	91.4%	.596
	Az	5	9.3%	12	5.2%	
	Orta	2	3.7%	6	2.6%	
	Şiddetli	0	0.0%	1	0.4%	
	Çok	0	0.0%	1	0.4%	
Üzgün, hüzünlü olma	Belirti yok	23	42.6%	155	66.8%	.001*
	Az	7	13.0%	39	16.8%	
	Orta	9	16.7%	20	8.6%	
	Şiddetli	9	16.7%	14	6.0%	
	Çok	6	11.1%	4	1.7%	
Üzgün, hüzünlü olma	Belirti yok	31	57.4%	164	70.7%	.118
	Az	5	9.3%	27	11.6%	
	Orta	9	16.7%	22	9.5%	
	Şiddetli	6	11.1%	15	6.5%	
	Çok	3	5.6%	4	1.7%	
Üzgün, hüzünlü olma	Belirti yok	45	83.3%	203	87.5%	.716
	Az	6	11.1%	17	7.3%	
	Orta	3	5.6%	8	3.4%	
	Şiddetli	0	0.0%	2	0.9%	
	Çok	0	0.0%	2	0.9%	

\*:  $p<.05$  Ki-Kare Testi Kullanıldı.

Tablo 33'te, menstrual distres şikâyet listesinde yer alan verimlilikte azalma ve hareketlerde uyum yetersizliği şikâyetlerinin her üç dönemdeki durumları karşılaştırılmıştır. Buna göre verimlilikte azalma (son adetten 1 hafta önce ve adet süresince) ve hareketlerde uyum yetersizliği (son adetten 1 hafta önce ve diğer günler)

şikâyetleri ile PMS olup olmama durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık olduğu gözlenmiştir ( $p < .05$ ).

Tablo 33. Verimlilikte azalma ve hareketlerde uyum yetersizliği şikâyetlerinin her üç dönemdeki durumları

		PMS				p
		Var		Yok		
		Sayı	%	Sayı	%	
Verimlilikte azalma	Belirti yok	26	48.1%	191	82.3%	.001*
	Az	7	13.0%	20	8.6%	
	Orta	11	20.4%	11	4.7%	
	Şiddetli	5	9.3%	7	3.0%	
	Çok	5	9.3%	3	1.3%	
Verimlilikte azalma	Belirti yok	29	53.7%	170	73.3%	.004*
	Az	6	11.1%	25	10.8%	
	Orta	7	13.0%	23	9.9%	
	Şiddetli	7	13.0%	9	3.9%	
	Çok	5	9.3%	5	2.2%	
Verimlilikte azalma	Belirti yok	47	87.0%	213	91.8%	.376
	Az	7	13.0%	15	6.5%	
	Orta	0	0.0%	3	1.3%	
	Şiddetli	0	0.0%	1	0.4%	
	Çok	0	0.0%	0	0.0%	
Hareketlerde uyum yetersizliği	Belirti yok	37	68.5%	210	90.5%	.001*
	Az	5	9.3%	11	4.7%	
	Orta	6	11.1%	7	3.0%	
	Şiddetli	3	5.6%	3	1.3%	
	Çok	3	5.6%	1	0.4%	
Hareketlerde uyum yetersizliği	Belirti yok	42	77.8%	206	88.8%	.058
	Az	4	7.4%	13	5.6%	
	Orta	4	7.4%	9	3.9%	
	Şiddetli	2	3.7%	3	1.3%	
	Çok	2	3.7%	1	0.4%	
Hareketlerde uyum yetersizliği	Belirti yok	46	85.2%	221	95.3%	.021*
	Az	7	13.0%	9	3.9%	
	Orta	1	1.9%	2	0.9%	
	Şiddetli	0	0.0%	0	0.0%	
	Çok	0	0.0%	0	0.0%	

\*:  $p < .05$  Ki-Kare Testi Kullanıldı.

Tablo 34’te, menstrual distres şikâyet listesinde yer alan kollarda ve bacaklarda uyuşma ve karıncalanma ve iştah artması şikâyetlerinin her üç dönemdeki durumları karşılaştırılmıştır. Buna göre kollarda ve bacaklarda uyuşma ve karıncalanma (son adetten 1 hafta önce) ve iştah artması (son adetten 1 hafta önce) şikâyetleri ile PMS olup olmama durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık olduğu gözlenmiştir ( $p<.05$ ).

Tablo 34. Kollarda ve bacaklarda uyuşma ve karıncalanma ve iştah artması şikâyetlerinin her üç dönemdeki durumları

		PMS				p
		Var		Yok		
		Sayı	%	Sayı	%	
Kollarda ve bacaklarda uyuşma ve karıncalanma	Belirti yok	40	74.1%	208	89.7%	.015*
	Az	7	13.0%	12	5.2%	
	Orta	3	5.6%	4	1.7%	
	Şiddetli	4	7.4%	6	2.6%	
	Çok	0	0.0%	2	0.9%	
Kollarda ve bacaklarda uyuşma ve karıncalanma	Belirti yok	42	77.8%	200	86.2%	.209
	Az	5	9.3%	15	6.5%	
	Orta	4	7.4%	12	5.2%	
	Şiddetli	3	5.6%	3	1.3%	
	Çok	0	0.0%	2	0.9%	
Kollarda ve bacaklarda uyuşma ve karıncalanma	Belirti yok	48	88.9%	218	94.0%	.273
	Az	4	7.4%	11	4.7%	
	Orta	2	3.7%	2	0.9%	
	Şiddetli	0	0.0%	1	0.4%	
	Çok	0	0.0%	0	0.0%	



İştah artması	Belirti yok	16	29.6%	141	60.8%	.001*
	Az	7	13.0%	29	12.5%	
	Orta	10	18.5%	31	13.4%	
	Şiddetli	14	25.9%	24	10.3%	
	Çok	7	13.0%	7	3.0%	
İştah artması	Belirti yok	34	63.0%	153	65.9%	.861
	Az	6	11.1%	26	11.2%	
	Orta	7	13.0%	29	12.5%	
	Şiddetli	4	7.4%	18	7.8%	
	Çok	3	5.6%	6	2.6%	
İştah artması	Belirti yok	42	77.8%	204	87.9%	.073
	Az	7	13.0%	9	3.9%	
	Orta	5	9.3%	13	5.6%	
	Şiddetli	0	0.0%	4	1.7%	
	Çok	0	0.0%	2	0.9%	

\*: p<.05 Ki-Kare Testi Kullanıldı.

Tablo 35’te, menstrual distres şikâyet listesinde yer alan gerginlik ve gözlerde uçuşmalar, görme bozukluğu şikâyetlerinin her üç dönemdeki durumları karşılaştırılmıştır. Buna göre gerginlik (son adetten 1 hafta önce, son adet süresince ve diğer günler) gözlerde uçuşmalar, görme bozukluğu (son adetten 1 hafta önce ve son adet süresince) şikâyetleri ile PMS olup olmama durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık olduğu gözlenmiştir ( $p<.05$ ).

Tablo 35. Gerginlik ve gözlerde uçuşmalar, görme bozukluğu şikâyetlerinin her üç dönemdeki durumları

		PMS				p
		Var		Yok		
		Sayı	%	Sayı	%	
Gerginlik	Belirti yok	19	35.2%	155	66.8%	.001*
	Az	5	9.3%	28	12.1%	
	Orta	10	18.5%	27	11.6%	
	Şiddetli	11	20.4%	16	6.9%	
	Çok	9	16.7%	6	2.6%	
Gerginlik	Belirti yok	27	50.0%	151	65.1%	.001*
	Az	4	7.4%	31	13.4%	
	Orta	7	13.0%	30	12.9%	
	Şiddetli	9	16.7%	16	6.9%	
	Çok	7	13.0%	4	1.7%	
Gerginlik	Belirti yok	41	75.9%	206	88.8%	.025*
	Az	9	16.7%	12	5.2%	
	Orta	4	7.4%	12	5.2%	
	Şiddetli	0	0.0%	2	0.9%	
	Çok	0	0.0%	0	0.0%	
Gözlerde uçuşmalar, görme bozukluğu	Belirti yok	45	83.3%	219	94.4%	.010*
	Az	5	9.3%	8	3.4%	
	Orta	1	1.9%	2	0.9%	
	Şiddetli	3	5.6%	1	0.4%	
	Çok	0	0.0%	2	0.9%	
Gözlerde uçuşmalar, görme bozukluğu	Belirti yok	46	85.2%	220	94.8%	.030*
	Az	4	7.4%	5	2.2%	
	Orta	2	3.7%	5	2.2%	
	Şiddetli	2	3.7%	1	0.4%	
	Çok	0	0.0%	1	0.4%	
Gözlerde uçuşmalar, görme bozukluğu	Belirti yok	49	90.7%	220	94.8%	.279
	Az	2	3.7%	7	3.0%	
	Orta	2	3.7%	4	1.7%	
	Şiddetli	1	1.9%	1	0.4%	
	Çok	0	0.0%	0	0.0%	

\*:  $p<.05$  Ki-Kare Testi Kullanıldı.

Tablo 36’da, menstrual distres şikâyet listesinde yer alan enerji ve hareketlilikte artış şikâyetlerinin her üç dönemdeki durumları karşılaştırılmıştır. Buna göre enerji ve hareketlilik ile PMS olup olmama durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık olmadığı gözlenmiştir ( $p>.05$ ).

Tablo 36. Enerji ve hareketlilikte artış şikâyetlerinin her üç dönemdeki durumları

		PMS				p
		Var		Yok		
		Sayı	%	Sayı	%	
Enerji ve hareketlilikte artış	Belirti yok	47	87.0%	218	94.0%	.080
	Az	5	9.3%	10	4.3%	
	Orta	1	1.9%	4	1.7%	
	Şiddetli	1	1.9%	0	0.0%	
	Çok	0	0.0%	0	0.0%	
Enerji ve hareketlilikte artış	Belirti yok	48	88.9%	217	93.5%	.260
	Az	5	9.3%	8	3.4%	
	Orta	1	1.9%	5	2.2%	
	Şiddetli	0	0.0%	2	0.9%	
	Çok	0	0.0%	0	0.0%	
Enerji ve hareketlilikte artış	Belirti yok	46	85.2%	208	89.7%	.082
	Az	3	5.6%	10	4.3%	
	Orta	2	3.7%	5	2.2%	
	Şiddetli	1	1.9%	9	3.9%	
	Çok	2	3.7%	0	0.0%	

\*:  $p<.05$  Ki-Kare Testi Kullanıldı.

Bütün şikâyetler toplanıp değerlendirildiğinde, hastaların %18,3’ü şiddetli veya çok şiddetli düzeyde PMS tanılıydı. Bu oran, genel katılımcı sayısının ise %3,5’ine denk geliyordu.

Tablo 37’de görüldüğü üzere, kadınlarda PMS olup olmama durumu bakımından üç ayrı dönem için Menstrual Distres Şikâyet Listesi alt boyutları ortalamaları arasında fark olup olmadığı araştırılmıştır. Buna göre son adetten 1 hafta öncesinde kadınların kontrol, canlanma, davranış değişiklikleri, konsantrasyon bozukluğu, negatif duygulanım, otonomik reaksiyon, su retansiyonu ve ağrı alt boyut ortalamaları arasında anlamlı düzeyde farklılık olduğu gözlenmiştir ( $p<.05$ ). Bu farklılığın bütün boyutlarda PMS olan kadınların ortalamalarının PMS olmayanlara göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu gözlenmiştir. Yani PMS olan kadınların kontrol, canlanma, davranış değişiklikleri, konsantrasyon bozukluğu, negatif duygulanım, otonomik reaksiyon, su

retansiyonu ve ağrılarının PMS olmayan kadınlara göre daha fazla görüldüğü söylenebilir. Kadınlarda son adet süresince Menstrual Distres Şikâyet Listesi alt boyutları PMS olan ve olmayanlara göre ortalamaları karşılaştırıldığında ise, kontrol, davranış değişiklikleri, konsantrasyon bozukluğu, negatif duygulanım ve otonomik reaksiyon ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık olduğu görülmüştür ( $p<.05$ ). Farklılığın yine PMS olan kadınlarda PMS olmayanlara göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu görülmüştür. Canlanma, su retansiyonu ve ağrı değişkenlerine göre PMS olan ve olmayan kadınların ortalamaları arasında anlamlı düzeyde farklılık olmadığı, diğer bir deyişle benzerlik gösterdiği gözlenmiştir ( $p>.05$ ). Kadınların diğer günlerinde PMS olan ve olmayanlara göre negatif duygulanım ve su retansiyonu alt boyut ortalamaları arasında anlamlı farklılık olduğu görülürken ( $p<.05$ ), diğer alt boyutların ortalamaları arasında anlamlı farklılık olmadığı tespit edilmiştir ( $p>.05$ ). Farklılığın PMS olan kadınlarda olmayanlara göre ortalamalarının anlamlı düzeyde yüksek olduğu gözlenmiştir.

Tablo 37. Kadınlarda PMS olan ve olmayanlara göre Menstrual Distres Şikâyet Listesi alt boyutlarının karşılaştırılması

	PMS								p
	Var(n=54)				Yok(n=232)				
	Ort.	SS	M	IQR	Ort.	SS	M	IQR	
<b>Kontrol</b>	.91	2.03	.00	1.00	.54	1.72	.00	0.00	.124
<b>Canlanma</b>	2.02	3.59	.00	4.00	1.14	2.42	.00	1.00	.135
<b>Davranış Değişiklikleri</b>	.78	1.72	.00	1.00	.57	1.59	.00	0.00	.342
<b>Konsantrasyon</b>	2.30	3.61	.00		1.49	2.88	.00		.173
<b>Bozukluğu</b>				3.00				2.00	
<b>Negatif Duygulanım</b>	2.24	3.49	.00	4.00	1.62	3.59	.00	1.00	.046*
<b>Otonomik Reaksiyon</b>	.35	.97	.00	0.00	.29	.92	.00	0.00	.495
<b>Su Retansiyonu</b>	1.04	1.64	.00	2.00	.63	1.49	.00	1.00	.046*
<b>Ağrı</b>	1.33	2.46	.00	2.00	1.02	2.20	.00	1.00	.358

<b>Son Adet Süresince</b>	<b>Kontrol</b>	2.52	3.52	1.00	5.00	1.31	2.53	.00	2.00	.012*
	<b>Canlanma</b>	1.37	2.22	.00	2.00	1.10	2.18	.00	2.00	.184
	<b>Davranış Değişiklikleri</b>	5.31	5.67	3.50	9.00	2.85	3.89	1.00	5.00	.003*
	<b>Konsantrasyon</b>	4.89	5.86	2.50		2.57	4.22	.00		.001*
	<b>Bozukluğu</b>				7.00				4.00	
	<b>Negatif Duygulanım</b>	7.81	7.66	5.00	13.00	4.46	5.69	3.00	7.00	.003*
	<b>Otonomik Reaksiyon</b>	2.83	3.37	2.00	5.00	1.34	2.59	.00	2.00	.001*
	<b>Su Retansiyonu</b>	3.41	3.36	3.00	6.00	2.64	2.86	2.00	4.00	.180
	<b>Ağrı</b>	6.30	5.86	4.50	7.00	5.03	4.80	4.00	7.00	.221
<b>Son Adetten 1 Hafta Önce</b>	<b>Kontrol</b>	3.78	3.27	3.00	4.00	1.31	2.40	.00	2.00	.001*
	<b>Canlanma</b>	2.17	3.06	.50	3.00	1.02	1.99	.00	1.00	.004*
	<b>Davranış Değişiklikleri</b>	4.76	4.40	4.00	4.00	1.60	2.76	.00	2.00	.001*
	<b>Konsantrasyon</b>	6.91	7.45	4.00		2.44	3.96	.00		.001*
	<b>Bozukluğu</b>				10.00				4.00	
	<b>Negatif Duygulanım</b>	11.76	7.94	11.50	11.00	4.68	5.81	3.00	6.00	.001*
	<b>Otonomik Reaksiyon</b>	3.15	3.59	2.00	5.00	.77	1.79	.00	1.00	.001*
	<b>Su Retansiyonu</b>	6.11	3.62	6.00	4.00	3.49	3.08	3.00	5.00	.001*
	<b>Ağrı</b>	6.69	5.23	5.50	8.00	3.44	3.65	2.00	6.00	.001*

Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma, M:Medyan IQR:Interquartile Range, \*:p<.05, Mann Whitney U Testi Kullanıldı.

Tablo 38’de görüldüğü üzere, PMS olan kadınlarda sigara kullanma durumlarına göre her üç dönemdeki menstrual distres şikayet listesi alt boyut ortalamaları karşılaştırıldığında, her bir dönem için kadınlardaki kontrol, canlanma, davranış değişiklikleri, konsantrasyon bozukluğu, negatif duygulanım, otonomik reaksiyon, su retansiyonu ve ağrı alt boyut ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık olmadığı görülmüştür (p>.05).

Tablo 38. PMS Var-Sigara Kullanma

	<b>Sigara Kullanma Durumu</b>	<b>p</b>
--	-------------------------------	----------

	Evet(n=4)				Hayır(n=50)					
	Ort.	SS	M	IQR	Ort.	SS	M	IQR		
<b>Diger GUnler</b>	<b>Kontrol</b>	.25	.50	.00	0.50	.96	2.10	.00	1.00	.769
	<b>Canlanma</b>	1.00	2.00	.00	2.00	2.10	3.69	.00	4.00	.615
	<b>Davranış Değişiklikleri</b>	.25	.50	.00	0.50	.82	1.78	.00	1.00	.830
	<b>Konsantrasyon</b>	2.00	3.37	.50		2.32	3.66	.00		.999
	<b>Bozukluğu</b>				4.00				3.00	
	<b>Negatif Duygulanım</b>	1.25	1.89	.50	2.50	2.32	3.59	.00	4.00	.884
	<b>Otonomik Reaksiyon</b>	.00	.00	.00	0.00	.38	1.01	.00	0.00	.359
	<b>Su Retansiyonu</b>	1.75	2.87	.50	3.50	.98	1.53	.00	2.00	.598
	<b>Ağrı</b>	.25	.50	.00	0.50	1.42	2.54	.00	2.00	.461
<b>Son Adet Süresince</b>	<b>Kontrol</b>	1.00	1.15	1.00	2.00	2.64	3.62	1.00	5.00	.577
	<b>Canlanma</b>	.50	1.00	.00	1.00	1.44	2.28	.00	2.00	.468
	<b>Davranış Değişiklikleri</b>	4.75	5.50	4.50	9.50	5.36	5.74	3.50	8.00	.762
	<b>Konsantrasyon</b>	4.50	3.79	3.00		4.92	6.02	2.50		.602
	<b>Bozukluğu</b>				5.00				7.00	
	<b>Negatif Duygulanım</b>	8.50	8.43	8.00	14.00	7.76	7.69	5.00	13.00	.803
	<b>Otonomik Reaksiyon</b>	.75	1.50	.00	1.50	3.00	3.43	2.00	5.00	.166
	<b>Su Retansiyonu</b>	3.25	3.77	3.00	6.50	3.42	3.36	3.00	6.00	.813
	<b>Ağrı</b>	4.00	5.23	2.50	8.00	6.48	5.92	4.50	7.00	.361
<b>Son Adetten 1 Hafta Önce</b>	<b>Kontrol</b>	3.25	1.89	2.50	2.50	3.82	3.37	3.00	5.00	.947
	<b>Canlanma</b>	.75	.96	.50	1.50	2.28	3.15	.50	4.00	.536
	<b>Davranış Değişiklikleri</b>	5.75	2.87	6.00	3.50	4.68	4.52	3.50	4.00	.294
	<b>Konsantrasyon</b>	3.50	3.42	3.00		7.18	7.63	4.00		.453
	<b>Bozukluğu</b>				5.00				10.00	
	<b>Negatif Duygulanım</b>	10.75	3.20	12.00	3.50	11.84	8.21	10.50	13.00	.908
	<b>Otonomik Reaksiyon</b>	2.50	2.52	2.00	3.00	3.20	3.68	2.00	5.00	.959
	<b>Su Retansiyonu</b>	6.25	1.26	6.00	1.50	6.10	3.75	6.00	4.00	.727
	<b>Ağrı</b>	7.25	1.71	7.50	2.50	6.64	5.42	5.00	8.00	.529

Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma, M:Medyan IQR:Interquartile Range, \* :p<.05, Mann Whitney U Testi Kullanıldı.

Tablo 39 incelendiğinde, PMS olmayan kadınlarda sigara kullanma durumları bakımından her üç dönemdeki menstrual distres şikâyet listesi alt boyut ortalamaları karşılaştırılmıştır. Buna göre sigara kullanma durumuna göre son adetten bir hafta önceki dönemde kontrol, diğer günlerdeki dönemde ise kontrol, konsantrasyon bozukluğu, otonomik reaksiyon alt boyut ortalamaları arasında anlamlı düzeyde farklılık olduğu tespit edilmiştir ( $p<.05$ ). Farklılıkların her değişken için de sigara kullananların ortalamalarının kullanmayanlara göre daha yüksek olduğu görülmüştür. Diğer karşılaştırmalar incelendiğinde PMS olmayan kadınlarda sigara kullanma durumu bakımından ortalamalar arasında anlamlı farklılık olmadığı görülmüştür ( $p>.05$ ).

Tablo 39. PMS Yok-Sigara Kullanma

		Sigara Kullanma Durumu								p
		Evet(n=7)				Hayır(n=225)				
		Ort.	SS	M	IQR	Ort.	SS	M	IQR	
Diğer Günler	<b>Kontrol</b>	2.14	2.85	2.00	3.00	.49	1.66	.00	0.00	.004*
	<b>Canlanma</b>	2.29	2.69	2.00	6.00	1.11	2.41	.00	1.00	.068
	<b>Davranış Değişiklikleri</b>	2.29	4.42	.00	3.00	.52	1.41	.00	0.00	.101
	<b>Konsantrasyon</b>	5.57	8.02	3.00	6.00	1.36	2.51	.00		.021*
	<b>Bozukluğu</b>								2.00	
	<b>Negatif Duygulanım</b>	4.57	7.91	2.00	5.00	1.52	3.37	.00	1.00	.091
	<b>Otonomik Reaksiyon</b>	1.29	1.70	.00	3.00	.26	.87	.00	0.00	.010*
	<b>Su Retansiyonu</b>	1.29	2.21	.00	2.00	.61	1.47	.00	1.00	.285
	<b>Ağrı</b>	2.29	3.40	.00	4.00	.98	2.15	.00	1.00	.269
Son Adet Süresince	<b>Kontrol</b>	4.00	6.81	2.00	4.00	1.23	2.27	.00	2.00	.154
	<b>Canlanma</b>	2.14	2.54	2.00	3.00	1.07	2.17	.00	1.00	.097
	<b>Davranış Değişiklikleri</b>	4.43	7.04	.00	7.00	2.80	3.77	1.00	5.00	.966
	<b>Konsantrasyon</b>	6.43	9.41	4.00	6.00	2.45	3.94	.00		.112
	<b>Bozukluğu</b>								4.00	
	<b>Negatif Duygulanım</b>	7.57	9.64	6.00	9.00	4.36	5.53	2.00	7.00	.329
	<b>Otonomik Reaksiyon</b>	3.14	4.71	2.00	5.00	1.28	2.49	.00	2.00	.167
	<b>Su Retansiyonu</b>	3.00	3.51	2.00	5.00	2.63	2.84	2.00	4.00	.851
	<b>Ağrı</b>	7.14	6.36	8.00	10.00	4.96	4.74	4.00	7.00	.328

<b>Son Adetten 1 Hafta Önce</b>	<b>Kontrol</b>	4.57	5.88	3.00	6.00	1.21	2.16	.00	2.00	.022*
	<b>Canlanma</b>	1.86	2.48	.00	4.00	1.00	1.98	.00	1.00	.334
	<b>Davranış Değişiklikleri</b>	2.57	5.26	.00	4.00	1.57	2.66	.00	2.00	.701
	<b>Konsantrasyon</b>	5.29	8.98	2.00	5.00	2.35	3.71	.00		.413
	<b>Bozukluğu</b>								4.00	
	<b>Negatif Duygulanım</b>	9.43	9.69	6.00	17.00	4.53	5.62	3.00	6.00	.189
	<b>Otonomik Reaksiyon</b>	2.29	3.50	.00	5.00	.72	1.71	.00	1.00	.180
	<b>Su Retansiyonu</b>	3.86	2.54	3.00	4.00	3.48	3.10	3.00	6.00	.561
	<b>Ağrı</b>	5.43	4.61	5.00	6.00	3.37	3.62	2.00	6.00	.176

Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma, M:Medyan IQR:Interquartile Range, \*;p<.05, Mann Whitney U Testi Kullanıldı.

Tablo 40 incelendiğinde, PMS olan kadınlarda ilk adet öncesinde konu hakkında bilgi sahibi olma durumlarına göre her üç dönemdeki menstrual distres şikayet listesi alt boyut ortalamaları karşılaştırılmış olup, her bir dönem için kadınlardaki kontrol, canlanma, davranış değişiklikleri, konsantrasyon bozukluğu, negatif duygulanım, otonomik reaksiyon, su retansiyonu ve ağrı alt boyut ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık olmadığı görülmüştür (p>.05).

Tablo 40. PMS Var-Adet Hakkında Bilgi

		<b>İlk âdetiniz öncesinde bu konu hakkında bilginiz var mıydı?</b>								
		<b>Evet(n=48)</b>				<b>Hayır(n=6)</b>				
		<b>Ort.</b>	<b>SS</b>	<b>M</b>	<b>IQR</b>	<b>Ort.</b>	<b>SS</b>	<b>M</b>	<b>IQR</b>	<b>p</b>
<b>Diğer Günler</b>	<b>Kontrol</b>	.90	2.09	.00	1.00	1.00	1.67	.00	2.00	.701
	<b>Canlanma</b>	2.15	3.75	.00	4.00	1.00	1.67	.00	2.00	.698
	<b>Davranış Değişiklikleri</b>	.63	1.44	.00	0.50	2.00	3.16	.00	5.00	.421
	<b>Konsantrasyon</b>	2.06	3.44	.00		4.17	4.71	2.50		.150
	<b>Bozukluğu</b>				2.50				9.00	
	<b>Negatif Duygulanım</b>	2.13	3.47	.00	3.50	3.17	3.82	2.00	6.00	.545



<b>Son Adet Süresince</b>	<b>Otonomik Reaksiyon</b>	.35	1.00	.00	0.00	.33	.82	.00	0.00	.966
	<b>Su Retansiyonu</b>	1.00	1.65	.00	1.50	1.33	1.63	1.00	2.00	.510
	<b>Ağrı</b>	1.25	2.48	.00	2.00	2.00	2.45	1.00	5.00	.349
	<b>Kontrol</b>	2.40	3.58	1.00	4.00	3.50	3.15	4.00	5.00	.331
	<b>Canlanma</b>	1.40	2.31	.00	2.00	1.17	1.33	1.00	2.00	.722
	<b>Davranış Değişiklikleri</b>	5.42	5.84	3.00	9.50	4.50	4.46	4.50	6.00	.812
	<b>Konsantrasyon</b>	4.73	5.83	2.00		6.17	6.49	4.50		.595
	<b>Bozukluğu</b>				6.50				13.00	
	<b>Negatif Duygulanım</b>	7.71	7.77	3.00	13.00	8.67	7.31	7.50	11.00	.628
	<b>Otonomik Reaksiyon</b>	2.88	3.51	1.50	5.00	2.50	2.17	3.00	4.00	.874
	<b>Su Retansiyonu</b>	3.19	3.36	2.00	5.50	5.17	3.06	6.50	4.00	.164
	<b>Ağrı</b>	6.31	6.00	4.00	7.50	6.17	5.04	6.00	7.00	.868
<b>Son Adetten 1 Hafta Önce</b>	<b>Kontrol</b>	3.83	3.40	3.00	4.50	3.33	2.16	3.50	3.00	.967
	<b>Canlanma</b>	2.29	3.20	.50	4.00	1.17	1.33	1.00	2.00	.702
	<b>Davranış Değişiklikleri</b>	4.56	4.09	4.00	4.00	6.33	6.71	4.50	14.00	.781
	<b>Konsantrasyon</b>	6.50	7.09	4.00		10.17	10.07	8.50		.412
	<b>Bozukluğu</b>				9.00				13.00	
	<b>Negatif Duygulanım</b>	11.67	7.82	11.50	11.00	12.50	9.67	11.00	16.00	.847
	<b>Otonomik Reaksiyon</b>	3.15	3.60	2.00	5.50	3.17	3.82	2.00	5.00	.876
	<b>Su Retansiyonu</b>	6.17	3.60	6.00	4.00	5.67	4.03	6.00	5.00	.803
	<b>Ağrı</b>	6.88	5.14	6.00	7.50	5.17	6.21	2.50	12.00	.313

Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma, M:Medyan IQR:Interquartile Range, \*;p<.05, Mann Whitney U Testi Kullanıldı.

Tablo 41’de, PMS olmayan kadınlarda ilk adet öncesinde konu hakkında bilgi sahibi olma durumlarına göre son adetten bir hafta önceki dönemde konsantrasyon bozukluğu, diğer günler döneminde ise davranış değişiklikleri ortalamaları arasında anlamlı düzeyde farklılık olduğu gözlenmiştir (p<.05). Farklılıklara göre, bilgi sahibi olan grubun 1 hafta önceki konsantrasyon bozukluğu puanı daha yüksek, diğer günlerdeki davranış değişiklikleri puanı daha düşüktür. Diğer karşılaştırmalar

incelendiğinde PMS olmayan kadınlarda sigara kullanma durumu bakımından ortalamalar arasında anlamlı farklılık olmadığı görülmüştür ( $p>.05$ ).

Tablo 41. PMS Yok-Adet Hakkında Bilgi

		İlk âdetiniz öncesinde bu konu hakkında bilginiz var mıydı?								
		Evet(n=209)				Hayır(n=23)				
		Ort.	SS	M	IQR	Ort.	SS	M	IQR	p
Diğer Günler	Kontrol	.58	1.80	.00	0.00	.22	.52	.00	0.00	.735
	Canlanma	1.20	2.50	.00	1.00	.65	1.53	.00	0.00	.448
	Davranış Değişiklikleri	.53	1.56	.00	0.00	.96	1.77	.00	1.00	.026*
	Konsantrasyon	1.54	2.96	.00		1.04	1.97	.00		.490
	Bozukluğu				2.00				1.00	
	Negatif Duygulanım	1.67	3.70	.00	1.00	1.13	2.36	.00	1.00	.899
	Otonomik Reaksiyon	.29	.94	.00	0.00	.35	.71	.00	0.00	.222
	Su Retansiyonu	.65	1.54	.00	1.00	.52	.95	.00	1.00	.998
	Ağrı	1.02	2.26	.00	1.00	1.00	1.57	.00	2.00	.236
Son Adet Süresince	Kontrol	1.30	2.56	.00	2.00	1.39	2.35	.00	2.00	.921
	Canlanma	1.15	2.26	.00	2.00	.61	1.23	.00	0.00	.337
	Davranış Değişiklikleri	2.85	3.92	1.00	5.00	2.87	3.70	1.00	5.00	.767
	Konsantrasyon	2.64	4.32	.00		1.91	3.16	.00		.602
	Bozukluğu				4.00				2.00	
	Negatif Duygulanım	4.56	5.81	3.00	7.00	3.61	4.54	2.00	5.00	.854
	Otonomik Reaksiyon	1.32	2.65	.00	2.00	1.48	2.06	.00	3.00	.386
	Su Retansiyonu	2.55	2.81	2.00	4.00	3.43	3.17	3.00	5.00	.164
	Ağrı	5.11	4.84	4.00	7.00	4.26	4.37	2.00	6.00	.465
Ayrıca 1 Hafta	Kontrol	1.33	2.43	.00	2.00	1.13	2.10	.00	1.00	.512
	Canlanma	1.09	2.07	.00	1.00	.39	.84	.00	0.00	.193
	Davranış Değişiklikleri	1.59	2.73	.00	2.00	1.70	3.07	.00	2.00	.671

<b>Konsantrasyon</b>	2.60	4.11	.00		.91	1.70	.00	.044*
<b>Bozukluğu</b>				4.00			2.00	
<b>Negatif Duygulanım</b>	4.93	5.99	3.00	7.00	2.39	3.04	1.00	5.00 .061
<b>Otonomik Reaksiyon</b>	.76	1.84	.00	0.00	.87	1.36	.00	2.00 .186
<b>Su Retansiyonu</b>	3.50	3.06	3.00	5.00	3.39	3.27	2.00	4.00 .804
<b>Ağrı</b>	3.56	3.72	2.00	6.00	2.35	2.81	1.00	5.00 .137

Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma, M:Medyan IQR:Interquartile Range, \*:p<.05, Mann Whitney U Testi Kullanıldı.

Tablo 42 incelendiğinde, PMS olan kadınlarda adet düzensizliği olup olmama durumlarına göre her üç dönemdeki menstrual distres şikayet listesi alt boyut ortalamaları karşılaştırılmış olup, her bir dönem için kadınlardaki kontrol, canlanma, davranış değişiklikleri, konsantrasyon bozukluğu, negatif duygulanım, otonomik reaksiyon, su retansiyonu ve ağrı alt boyut ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık olmadığı görülmüştür (p>.05).

Tablo 42. PMS Var-Adet Düzensizliği

		Son 6 ay içinde adet düzensizliğiniz oldu mu?								
		Evet(n=25)				Hayır(n=29)				
		Ort.	SS	M	IQR	Ort.	SS	M	IQR	p
<b>Diger Günler</b>	<b>Kontrol</b>	.72	1.70	.00	1.00	1.07	2.30	.00	1.00	.904
	<b>Canlanma</b>	2.12	3.73	.00	3.00	1.93	3.52	.00	4.00	.692
	<b>Davranış Değişiklikleri</b>	.48	1.29	.00	0.00	1.03	2.01	.00	1.00	.146
	<b>Konsantrasyon</b>	2.16	3.09	1.00		2.41	4.05	.00		.587
	<b>Bozukluğu</b>				3.00				3.00	
	<b>Negatif Duygulanım</b>	2.16	2.90	.00	4.00	2.31	3.98	.00	2.00	.947
	<b>Otonomik Reaksiyon</b>	.24	.60	.00	0.00	.45	1.21	.00	0.00	.841
	<b>Su Retansiyonu</b>	.80	1.35	.00	1.00	1.24	1.84	.00	2.00	.495
	<b>Ağrı</b>	.96	1.65	.00	2.00	1.66	2.99	.00	2.00	.815
<b>Auet Süresi</b>	<b>Kontrol</b>	2.56	3.95	.00	4.00	2.48	3.18	1.00	5.00	.707
	<b>Canlanma</b>	1.60	2.12	1.00	2.00	1.17	2.32	.00	1.00	.154

	<b>Davranış Değişiklikleri</b>	4.52	4.93	3.00	8.00	6.00	6.25	5.00	11.00	.364
	<b>Konsantrasyon</b>	5.04	6.11	3.00		4.76	5.73	2.00		.888
	<b>Bozukluğu</b>				6.00				7.00	
	<b>Negatif Duygulanım</b>	7.84	7.52	8.00	13.00	7.79	7.91	3.00	13.00	.993
	<b>Otonomik Reaksiyon</b>	1.84	2.32	1.00	3.00	3.69	3.91	3.00	6.00	.120
	<b>Su Retansiyonu</b>	3.60	3.40	3.00	6.00	3.24	3.37	2.00	6.00	.697
	<b>Ağrı</b>	5.44	4.77	3.00	6.00	7.03	6.66	5.00	11.00	.656
<b>Son Adetten 1 Hafta Önce</b>	<b>Kontrol</b>	3.80	3.74	3.00	5.00	3.76	2.87	3.00	4.00	.786
	<b>Canlanma</b>	1.88	2.17	1.00	3.00	2.41	3.69	.00	4.00	.596
	<b>Davranış Değişiklikleri</b>	5.36	5.09	4.00	4.00	4.24	3.73	3.00	4.00	.588
	<b>Konsantrasyon</b>	7.48	8.26	4.00		6.41	6.79	4.00		.993
	<b>Bozukluğu</b>				12.00				8.00	
	<b>Negatif Duygulanım</b>	12.40	8.08	12.00	11.00	11.21	7.92	8.00	11.00	.532
	<b>Otonomik Reaksiyon</b>	3.44	4.15	2.00	7.00	2.90	3.07	2.00	5.00	.795
	<b>Su Retansiyonu</b>	6.04	3.93	5.00	4.00	6.17	3.39	6.00	4.00	.542
	<b>Ağrı</b>	6.44	5.10	6.00	8.00	6.90	5.43	5.00	7.00	.761

Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma, M:Medyan IQR:Interquartile Range, \* :p<.05, Mann Whitney U Testi Kullanıldı.

Tablo 43'te, PMS olmayan kadınların son 6 ay içerisinde adet düzensizliği olup olmama durumu bakımından her üç dönemdeki menstrual distress şikâyet listesi alt boyut ortalamaları arasında fark olup olmadığı araştırılmıştır. Bu durumda, son adetten 1 hafta öncesindeki dönemde alt boyutlar değerlendirildiğinde davranış değişiklikleri ve ağrı, son adet döneminde canlanma, su retansiyonu ve ağrı, diğer günlerde ise kontrol, canlanma, davranış değişiklikleri, konsantrasyon bozukluğu, negatif duygulanım, otonomik reaksiyon, su retansiyonu ve ağrı alt boyutları ortalamaları arasında son 6 ay içerisinde adet düzensizliği olan ve olmayan kadınlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık olduğu gözlenmiştir (p<.05). Farklılık olan grupların tamamında son 6 ay içerisinde adet düzensizliği olan kadınların ortalamalarının düzensizliği olmayanlara göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır. Diğer karşılaştırmalar incelendiğinde PMS olmayan kadınlarda son 6 içerisinde adet düzensizliği olup olmama

durumu bakımından ortalamalar arasında anlamlı farklılık olmadığı görülmüştür (p>.05).

Tablo 43. PMS Yok –Adet Düzensizliği

		Son 6 ay içinde adet düzensizliğiniz oldu mu?								
		Evet(n=94)				Hayır(n=138)				
		Ort.	SS	M	IQR	Ort.	SS	M	IQR	p
Diğer Günler	<b>Kontrol</b>	.85	2.33	.00	0.00	.33	1.09	.00	0.00	.043*
	<b>Canlanma</b>	1.48	2.60	.00	2.00	.91	2.27	.00	0.00	.025*
	<b>Davranış Değişiklikleri</b>	.86	1.99	.00	1.00	.37	1.21	.00	0.00	.007*
	<b>Konsantrasyon</b>	2.05	3.60	.00		1.11	2.19	.00		.009*
	<b>Bozukluğu</b>				3.00				1.00	
	<b>Negatif Duygulanım</b>	2.18	4.46	.00	2.00	1.23	2.81	.00	1.00	.047*
	<b>Otonomik Reaksiyon</b>	.55	1.25	.00	0.00	.12	.53	.00	0.00	.001*
	<b>Su Retansiyonu</b>	.85	1.75	.00	1.00	.49	1.27	.00	0.00	.008*
	<b>Ağrı</b>	1.46	2.57	.00	2.00	.72	1.86	.00	0.00	.003*
Son Adet Süresince	<b>Kontrol</b>	1.57	2.89	.00	2.00	1.13	2.25	.00	2.00	.068
	<b>Canlanma</b>	1.41	2.36	.00	2.00	.88	2.04	.00	1.00	.038*
	<b>Davranış Değişiklikleri</b>	3.06	3.83	2.00	5.00	2.71	3.94	1.00	5.00	.300
	<b>Konsantrasyon</b>	2.98	4.47	1.00		2.29	4.04	.00		.113
	<b>Bozukluğu</b>				4.00				3.00	
	<b>Negatif Duygulanım</b>	5.19	6.36	3.00	8.00	3.96	5.15	2.00	7.00	.196
	<b>Otonomik Reaksiyon</b>	1.62	2.72	.00	2.00	1.14	2.49	.00	2.00	.149
	<b>Su Retansiyonu</b>	3.36	3.04	3.00	4.00	2.14	2.62	1.50	3.00	.001*
	<b>Ağrı</b>	5.78	4.68	5.00	7.00	4.51	4.82	3.00	7.00	.019*
Son Adetden 1 Hafta Önce	<b>Kontrol</b>	1.35	2.56	.00	2.00	1.29	2.28	.00	2.00	.815
	<b>Canlanma</b>	1.12	2.03	.00	1.00	.96	1.97	.00	1.00	.364
	<b>Davranış Değişiklikleri</b>	1.77	2.53	1.00	3.00	1.49	2.91	.00	2.00	.049*
	<b>Konsantrasyon</b>	2.61	3.89	1.00		2.32	4.03	.00		.083
	<b>Bozukluğu</b>				4.00				3.00	
	<b>Negatif Duygulanım</b>	5.40	6.29	4.00	7.00	4.18	5.43	2.00	6.00	.124

<b>Otonomik Reaksiyon</b>	.97	1.85	.00	1.00	.63	1.75	.00	0.00	.052
<b>Su Retansiyonu</b>	3.94	3.16	4.00	5.00	3.18	2.99	3.00	5.00	.059
<b>Ağrı</b>	4.28	3.86	3.00	6.00	2.86	3.40	2.00	5.00	.002*

Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma, M:Medyan IQR:Interquartile Range, \* :p<.05, Mann Whitney U Testi Kullanıldı.

Tablo 44 incelendiğinde, PMS olan kadınların adet ağrısı olup olmama durumu bakımından her üç dönemdeki menstrual distres şikâyet listesi alt boyut ortalamaları arasında fark olup olmadığı araştırılmıştır. Bu durumda son adet döneminde otonomik reaksiyon, son adetten bir hafta önceki dönemde, kontrol, canlanma, negatif duygulanım, otonomik reaksiyon, su retansiyonu ve ağrı alt boyutlarında anlamlı düzeyde farklılık olduğu gözlenmiştir (p<.05). Farklılık olan değişkenlere bakıldığında PMS olan kadınlarda adet ağrısı olanların olmayanlara göre ortalamalarının anlamlı düzeyde yüksek olduğu gözlenmiştir. Diğer karşılaştırmalar incelendiğinde PMS olan kadınlarda adetlerinin ağrılı olup olmama durumları bakımından ortalamalar arasında anlamlı farklılık olmadığı görülmüştür (p>.05).

Tablo 44. PMS Var-Ağrı

		Âdetiniz ağrılı oluyor mu?								
		Evet(n=41)				Hayır(n=13)				
		Ort.	SS	M	IQR	Ort.	SS	M	IQR	p
<b>Diger Günler</b>	<b>Kontrol</b>	1.07	2.23	.00	1.00	.38	1.12	.00	0.00	.243
	<b>Canlanma</b>	2.46	3.94	.00	4.00	.62	1.50	.00	0.00	.081
	<b>Davranış Değişiklikleri</b>	.80	1.68	.00	1.00	.69	1.93	.00	0.00	.752
	<b>Konsantrasyon</b>	2.46	3.70	.00		1.77	3.37	.00		.781
	<b>Bozukluğu</b>				4.00				1.00	
	<b>Negatif Duygulanım</b>	2.51	3.80	.00	4.00	1.38	2.14	.00	1.00	.714
	<b>Otonomik Reaksiyon</b>	.46	1.10	.00	0.00	.00	.00	.00	0.00	.068
	<b>Su Retansiyonu</b>	1.02	1.57	.00	2.00	1.08	1.89	.00	1.00	.954
	<b>Ağrı</b>	1.56	2.68	.00	2.00	.62	1.45	.00	0.00	.240

<b>Son Adet Süresince</b>	<b>Kontrol</b>	2.73	3.74	1.00	5.00	1.85	2.73	.00	2.00	.488
	<b>Canlanma</b>	1.41	2.22	.00	2.00	1.23	2.28	.00	2.00	.561
	<b>Davranış Değişiklikleri</b>	5.71	6.15	3.00	12.00	4.08	3.71	4.00	7.00	.643
	<b>Konsantrasyon</b>	5.17	6.33	3.00		4.00	4.08	2.00		.975
	<b>Bozukluğu</b>				9.00				5.00	
	<b>Negatif Duygulanım</b>	8.32	8.05	7.00	14.00	6.23	6.29	3.00	11.00	.482
	<b>Otonomik Reaksiyon</b>	3.37	3.62	3.00	6.00	1.15	1.63	.00	2.00	.049*
	<b>Su Retansiyonu</b>	3.46	3.49	3.00	7.00	3.23	3.03	4.00	6.00	.836
	<b>Ağrı</b>	7.05	6.29	5.00	11.00	3.92	3.45	3.00	4.00	.160
<b>Son Adetten 1 Hafta Önce</b>	<b>Kontrol</b>	4.22	3.26	4.00	4.00	2.38	3.01	2.00	3.00	.032*
	<b>Canlanma</b>	2.49	3.08	2.00	4.00	1.15	2.88	.00	0.00	.044*
	<b>Davranış Değişiklikleri</b>	4.85	4.54	4.00	4.00	4.46	4.10	3.00	4.00	.903
	<b>Konsantrasyon</b>	7.39	7.43	4.00		5.38	7.60	3.00		.347
	<b>Bozukluğu</b>				11.00				3.00	
	<b>Negatif Duygulanım</b>	12.80	7.71	12.00	13.00	8.46	8.05	6.00	10.00	.049*
	<b>Otonomik Reaksiyon</b>	3.68	3.76	2.00	6.00	1.46	2.40	.00	2.00	.046*
	<b>Su Retansiyonu</b>	6.63	3.51	6.00	5.00	4.46	3.57	4.00	3.00	.049*
	<b>Ağrı</b>	7.46	5.31	7.00	8.00	4.23	4.28	3.00	4.00	.047*

Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma, M:Medyan IQR:Interquartile Range, \*:p<.05, Mann Whitney U Testi Kullanıldı.

Tablo 45 incelendiğinde, PMS olmayan kadınların adet ağrısı olup olmama durumu bakımından her üç dönemdeki menstrual distres şikâyet listesi alt boyut ortalamaları arasında fark olup olmadığı araştırılmak istenmiştir. Bu bağlamda ağrısı olanlar ile olmayanların son adet döneminde davranış değişiklikleri, otonomik reaksiyon ve ağrı, son adetten bir hafta önceki dönemde ise yalnızca ağrı alt boyutu ortalamaları arasında anlamlı düzeyde farklılık olduğu gözlenmiştir (p<.05). Farklılıklara bakıldığında PMS olmayan kadınlarda adetleri ağrılı geçenlerin ortalamalarının ağrı olmayanlara göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu görülmüştür. Diğer karşılaştırmalar incelendiğinde PMS olmayan kadınlarda adetlerinin ağrılı olup

olmama durumları bakımından ortalamalar arasında anlamlı farklılık olmadığı görülmüştür ( $p>.05$ ).

Tablo 45. PMS Yok-Ağrı

		Âdetiniz ağrılı oluyor mu?								p
		Evet(n=150)				Hayır(n=82)				
		Ort.	SS	M	IQR	Ort.	SS	M	IQR	
Diğer Günler	Kontrol	.57	1.93	.00	0.00	.49	1.25	.00	0.00	.783
	Canlanma	1.13	2.37	.00	1.00	1.16	2.54	.00	1.00	.933
	Davranış Değişiklikleri	.61	1.76	.00	0.00	.50	1.22	.00	0.00	.515
	Konsantrasyon	1.50	3.06	.00		1.48	2.54	.00		.937
	Bozukluğu				2.00				2.00	
	Negatif Duygulanım	1.63	3.72	.00	1.00	1.60	3.35	.00	1.00	.751
	Otonomik Reaksiyon	.29	.89	.00	0.00	.29	.96	.00	0.00	.658
	Su Retansiyonu	.55	1.36	.00	0.00	.79	1.71	.00	1.00	.202
	Ağrı	1.05	2.34	.00	1.00	.96	1.94	.00	1.00	.907
Son Adet Süresince	Kontrol	1.34	2.78	.00	2.00	1.26	2.02	.00	2.00	.392
	Canlanma	1.13	2.13	.00	2.00	1.04	2.29	.00	1.00	.538
	Davranış Değişiklikleri	3.55	4.21	2.00	5.00	1.57	2.83	.00	2.00	.001*
	Konsantrasyon	2.67	4.37	.00		2.39	3.95	.00		.570
	Bozukluğu				4.00				4.00	
	Negatif Duygulanım	4.83	5.81	3.00	7.00	3.79	5.44	1.00	6.00	.118
	Otonomik Reaksiyon	1.69	2.97	.00	2.00	.68	1.48	.00	1.00	.012*
	Su Retansiyonu	2.53	2.89	2.00	4.00	2.84	2.80	2.00	4.00	.202
	Ağrı	5.97	5.16	5.00	7.00	3.30	3.45	2.00	5.00	.001*
Son Adetden 1 Hafta Önce	Kontrol	1.35	2.67	.00	2.00	1.26	1.80	.00	2.00	.389
	Canlanma	.82	1.66	.00	1.00	1.39	2.45	.00	2.00	.134
	Davranış Değişiklikleri	1.77	2.97	.00	2.00	1.29	2.33	.00	2.00	.265
	Konsantrasyon	2.53	4.22	.50		2.27	3.47	.00		.637
	Bozukluğu				4.00				4.00	



<b>Negatif Duygulanım</b>	5.05	6.11	3.50	7.00	3.99	5.19	2.00	6.00	.236
<b>Otonomik Reaksiyon</b>	.85	1.99	.00	1.00	.62	1.36	.00	1.00	.896
<b>Su Retansiyonu</b>	3.57	3.28	3.00	6.00	3.33	2.67	3.00	4.00	.942
<b>Ağrı</b>	3.87	3.85	3.00	5.00	2.65	3.13	1.50	5.00	.015*

Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma, M:Medyan IQR:Interquartile Range, \*:p<.05, Mann Whitney U Testi Kullanıldı.

Tablo 46'ya bakıldığında, PMS olan kadınlarda ilaç kullanma durumlarına göre her üç dönemdeki menstrual distres şikayet listesi alt boyut ortalamaları karşılaştırılmış olup, her bir dönem için kadınlardaki kontrol, canlanma, davranış değişiklikleri, konsantrasyon bozukluğu, negatif duygulanım, otonomik reaksiyon, su retansiyonu ve ağrı alt boyut ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık olmadığı görülmüştür (p>.05).

Tablo 46. PMS Var-İlaç Kullanma Durumu

		<b>Şu anda kullandığınız herhangi bir ilaç(vitamin hapları, doğum kontrol hapi, antidepresan vs.) var mı?</b>								
		<b>Evet(n=9)</b>				<b>Hayır(n=45)</b>				
		<b>Ort.</b>	<b>SS</b>	<b>M</b>	<b>IQR</b>	<b>Ort.</b>	<b>SS</b>	<b>M</b>	<b>IQR</b>	<b>p</b>
<b>Diger Günler</b>	<b>Kontrol</b>	.78	1.39	.00	1.00	.93	2.15	.00	1.00	.735
	<b>Canlanma</b>	2.56	4.00	.00	4.00	1.91	3.54	.00	3.00	.531
	<b>Davranış Değişiklikleri</b>	1.33	2.69	.00	0.00	.67	1.48	.00	1.00	.964
	<b>Konsantrasyon</b>	3.56	4.39	1.00		2.04	3.43	.00		.326
	<b>Bozukluğu</b>				7.00				2.00	
	<b>Negatif Duygulanım</b>	3.22	3.63	1.00	6.00	2.04	3.47	.00	3.00	.172
	<b>Otonomik Reaksiyon</b>	.33	.71	.00	0.00	.36	1.03	.00	0.00	.668
	<b>Su Retansiyonu</b>	1.11	1.76	.00	2.00	1.02	1.63	.00	2.00	.937
	<b>Ağrı</b>	1.67	2.06	1.00	2.00	1.27	2.55	.00	2.00	.236

<b>Son Adet Süresince</b>	<b>Kontrol</b>	2.22	2.73	1.00	5.00	2.58	3.68	1.00	4.00	.971
	<b>Canlanma</b>	1.11	1.54	.00	2.00	1.42	2.34	.00	2.00	.948
	<b>Davranış Değişiklikleri</b>	5.89	6.70	4.00	11.00	5.20	5.53	3.00	8.00	.962
	<b>Konsantrasyon</b>	6.22	7.64	3.00		4.62	5.50	2.00		.714
	<b>Bozukluğu</b>				13.00				6.00	
	<b>Negatif Duygulanım</b>	9.11	7.57	8.00	12.00	7.56	7.74	3.00	13.00	.624
	<b>Otonomik Reaksiyon</b>	2.56	2.35	3.00	4.00	2.89	3.56	2.00	5.00	.808
	<b>Su Retansiyonu</b>	4.11	3.86	4.00	6.00	3.27	3.28	3.00	6.00	.500
	<b>Ağrı</b>	8.22	6.04	9.00	10.00	5.91	5.82	4.00	6.00	.243
<b>Son Adetten 1 Hafta Önce</b>	<b>Kontrol</b>	3.44	3.32	2.00	4.00	3.84	3.30	3.00	4.00	.648
	<b>Canlanma</b>	2.11	2.32	2.00	3.00	2.18	3.21	.00	3.00	.700
	<b>Davranış Değişiklikleri</b>	4.33	4.42	3.00	3.00	4.84	4.45	4.00	4.00	.708
	<b>Konsantrasyon</b>	7.11	7.79	4.00		6.87	7.47	4.00		.972
	<b>Bozukluğu</b>				10.00				10.00	
	<b>Negatif Duygulanım</b>	11.11	7.39	9.00	11.00	11.89	8.12	12.00	10.00	.880
	<b>Otonomik Reaksiyon</b>	2.33	2.96	2.00	2.00	3.31	3.71	2.00	6.00	.683
	<b>Su Retansiyonu</b>	6.56	3.88	7.00	3.00	6.02	3.60	6.00	4.00	.536
	<b>Ağrı</b>	7.00	5.05	5.00	8.00	6.62	5.32	6.00	8.00	.744

Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma, M:Medyan IQR:Interquartile Range, \* :p<.05, Mann Whitney U Testi Kullanıldı.

Tablo 47’de, PMS olmayan kadınlarda ilaç kullanma durumlarına göre her üç dönemdeki menstrual distres şikayet listesi alt boyut ortalamaları arasında farklılık olup olmadığı araştırılmıştır. Buna göre, son adetten 1 hafta önceki dönemde kontrol, konsantrasyon bozukluğu, negatif duygulanım ve su retansiyonu, son adet döneminde kontrol, konsantrasyon bozukluğu, otonomik reaksiyon ve ağrı, diğer günlerde ise kontrol, konsantrasyon bozukluğu, negatif duygulanım, otonomik reaksiyon, su retansiyonu ve ağrı ortalamaları arasında anlamlı düzeyde farklılık olduğu gözlenmiştir (p<.05). Farklılık olan değişkenler incelendiğinde, ilaç kullanan kadınların ortalamalarının kullanmayanlara göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu tespit edilmiştir. Diğer karşılaştırmalar incelendiğinde PMS olmayan kadınlarda ilaç kullanıp

kullanmama durumları bakımından ortalamalar arasında anlamlı farklılık olmadığı görülmüştür ( $p>.05$ ).

Tablo 47. PMS Yok-İlaç Kullanma Durumu

		<b>Şu anda kullandığınız herhangi bir ilaç(vitamin hapları, doğum kontrol hapi, antidepresan vs) var mı?</b>								
		<b>Evet(n=35)</b>				<b>Hayır(n=197)</b>				
		<b>Ort.</b>	<b>SS</b>	<b>M</b>	<b>IQR</b>	<b>Ort.</b>	<b>SS</b>	<b>M</b>	<b>IQR</b>	<b>p</b>
<b>Diğer Günler</b>	<b>Kontrol</b>	1.34	2.03	.00	2.00	.40	1.62	.00	0.00	.001*
	<b>Canlanma</b>	1.63	2.87	.00	2.00	1.06	2.33	.00	1.00	.148
	<b>Davranış</b>									
	<b>Değişiklikleri</b>	.89	1.73	.00	1.00	.51	1.56	.00	0.00	.066
	<b>Konsantrasyon</b>									
	<b>Bozukluğu</b>	2.37	3.11	.00	5.00	1.34	2.82	.00	2.00	.039*
	<b>Negatif</b>									
	<b>Duygulanım</b>	3.03	4.35	.00	7.00	1.37	3.39	.00	1.00	.010*
	<b>Otonomik</b>									
	<b>Reaksiyon</b>	.54	1.12	.00	0.00	.25	.87	.00	0.00	.049*
	<b>Su Retansiyonu</b>	1.03	1.74	.00	2.00	.56	1.44	.00	0.00	.019*
<b>Ağrı</b>	1.97	2.98	.00	3.00	.85	2.00	.00	1.00	.009*	
<b>Son Adet Süresince</b>	<b>Kontrol</b>	2.37	2.92	2.00	3.00	1.12	2.42	.00	1.00	.001*
	<b>Canlanma</b>	1.34	2.68	.00	2.00	1.06	2.09	.00	2.00	.779
	<b>Davranış</b>									
	<b>Değişiklikleri</b>	3.11	4.01	1.00	6.00	2.81	3.88	1.00	5.00	.572
	<b>Konsantrasyon</b>									
	<b>Bozukluğu</b>	4.06	5.22	2.00	6.00	2.30	3.98	.00	3.00	.035*
	<b>Negatif</b>									
	<b>Duygulanım</b>	6.09	6.63	4.00	11.00	4.17	5.48	2.00	6.00	.129
	<b>Otonomik</b>									
	<b>Reaksiyon</b>	2.00	3.25	1.00	3.00	1.22	2.44	.00	1.00	.045*
	<b>Su Retansiyonu</b>	3.49	3.41	3.00	6.00	2.49	2.73	2.00	4.00	.145
<b>Ağrı</b>	6.77	5.48	7.00	8.00	4.72	4.61	4.00	6.00	.031*	

<b>Son Adetten 1 Hafta Önce</b>	<b>Kontrol</b>	2.29	2.72	2.00	3.00	1.14	2.30	.00	1.00	.001*
	<b>Canlanma Davranış</b>	1.31	2.23	.00	2.00	.97	1.95	.00	1.00	.244
	<b>Değişiklikleri</b>	1.86	2.96	1.00	2.00	1.55	2.73	.00	2.00	.394
	<b>Konsantrasyon</b>									
	<b>Bozukluğu</b>	3.60	4.78	2.00	5.00	2.23	3.78	.00	3.00	.041*
	<b>Negatif</b>									
	<b>Duygulanım</b>	6.74	6.90	5.00	8.00	4.31	5.54	2.00	6.00	.012*
	<b>Otonomik</b>									
	<b>Reaksiyon</b>	1.23	2.69	.00	2.00	.69	1.58	.00	0.00	.069
	<b>Su Retansiyonu</b>	4.77	3.41	4.00	4.00	3.26	2.97	3.00	5.00	.013*
	<b>Ağrı</b>	4.60	4.26	3.00	6.00	3.23	3.51	2.00	5.00	.053

Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma, M:Medyan IQR:Interquartile Range, \*:p<.05, Mann Whitney U Testi Kullanıldı.

Tablo 48’de görüldüğü üzere, kadınların her bir dönemine ait menstrual distres şikâyet listesi alt boyutlarına ait tanımlayıcı istatistik değerleri verilmiştir. Bu değerlere göre, negatif duygulanım her dönemde en sık görülen şikâyetler bütünüydü.

Tablo 48. Menstrual distres şikâyet listesi alt boyutlarına ait tanımlayıcı istatistik değerleri

	<b>Ort.</b>	<b>SS</b>	<b>Median</b>	<b>IQR</b>
<b>Kontrol</b>	.61	1.78	.00	17.00
<b>Canlanma</b>	1.31	2.70	.00	15.00
<b>Davranış Değişiklikleri</b>	.61	1.61	.00	12.00
<b>Konsantrasyon Bozukluğu</b>	1.64	3.04	.00	23.00
<b>Negatif Duygulanım</b>	1.73	3.57	.00	22.00
<b>Otonomik Reaksiyon</b>	.30	.93	.00	7.00
<b>Su Retansiyonu</b>	.71	1.53	.00	11.00
<b>Ağrı</b>	1.08	2.25	.00	12.00

<b>Son Adet Süresince</b>	<b>Kontrol</b>	1.54	2.78	.00	19.00
	<b>Canlanma</b>	1.15	2.19	.00	13.00
	<b>Davranış Değişiklikleri</b>	3.32	4.38	2.00	20.00
	<b>Konsantrasyon Bozukluğu</b>	3.01	4.65	1.00	27.00
	<b>Negatif Duygulanım</b>	5.09	6.24	3.00	28.00
	<b>Otonomik Reaksiyon</b>	1.62	2.81	.00	15.00
	<b>Su Retansiyonu</b>	2.78	2.97	2.00	11.00
	<b>Ağrı</b>	5.27	5.03	4.00	24.00
<b>Son Adetten 1 Hafta Önce</b>	<b>Kontrol</b>	1.78	2.75	.50	17.00
	<b>Canlanma</b>	1.24	2.27	.00	12.00
	<b>Davranış Değişiklikleri</b>	2.20	3.36	1.00	16.00
	<b>Konsantrasyon Bozukluğu</b>	3.28	5.11	1.00	28.00
	<b>Negatif Duygulanım</b>	6.01	6.84	4.00	29.00
	<b>Otonomik Reaksiyon</b>	1.22	2.42	.00	14.00
	<b>Su Retansiyonu</b>	3.98	3.34	4.00	16.00
	<b>Ağrı</b>	4.05	4.19	3.00	20.00

Tablo 49 ve Resim 1 incelendiğinde, dönemler arasında kadınların menstrual distres şikâyet listesi alt boyutları ortalamaları arasında farklılık olup olmadığı araştırılmıştır. Buna göre kontrol, davranış değişiklikleri, konsantrasyon bozukluğu, negatif duygulanım, otonomik reaksiyon, su retansiyonu ve ağrı değişkenlerine göre üç dönem içerisinde alınan ölçüm ortalamaları arasında anlamlı farklılık olduğu görülmüştür ( $p < .05$ ). Bu farklılığın kontrol, konsantrasyon bozukluğu, negatif duygulanım ve otonomik reaksiyonda C-B, C-A, davranış değişiklikleri, su retansiyonu ve ağrı değişkenlerinde C-A, C-B, A-B ikililerinden kaynaklandığı gözlenmiştir. Canlanma değişkeni her dönem için ortalamaları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık olmadığı görülmüştür ( $p > .05$ ).

Tablo 49. Menstrual Distres Şikâyet Listesi Alt Boyutlarının Üç Dönem İçerisindeki Ortalamaların Karşılaştırılması

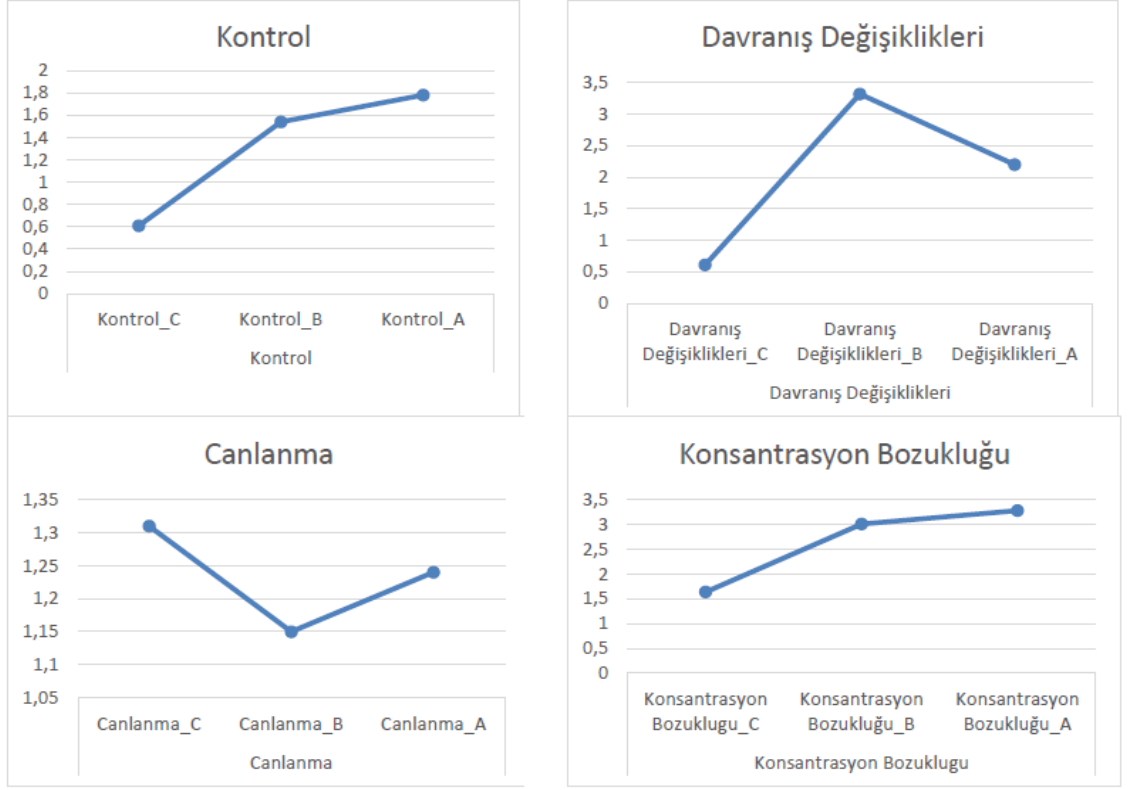
	Ort.	SS	M	IQR	p
<b>Kontrol_C</b>	,61	1,78	.00	0.00	
<b>Kontrol_B</b>	1,54	2,78	.00	2.00	.001*
<b>Kontrol_A</b>	1,78	2,75	.50	2.00	
<b>Canlanma_C</b>	1,31	2,70	.00	2.00	
<b>Canlanma_B</b>	1,15	2,19	.00	2.00	.969
<b>Canlanma_A</b>	1,24	2,27	.00	2.00	
<b>Davranış Değişiklikleri_C</b>	,61	1,61	.00	0.00	
<b>Davranış Değişiklikleri_B</b>	3,32	4,38	2.00	5.00	.001*
<b>Davranış Değişiklikleri_A</b>	2,20	3,36	1.00	3.00	
<b>Konsantrasyon Bozukluğu_C</b>	1,64	3,04	.00	2.00	
<b>Konsantrasyon Bozukluğu_B</b>	3,01	4,65	1.00	5.00	.001*
<b>Konsantrasyon Bozukluğu_A</b>	3,28	5,11	1.00	4.00	
<b>Negatif Duygulanım_C</b>	1,73	3,57	.00	2.00	
<b>Negatif Duygulanım_B</b>	5,09	6,24	3.00	8.00	.001*
<b>Negatif Duygulanım_A</b>	6,01	6,84	4.00	9.00	
<b>Otonomik Reaksiyon_C</b>	,30	,93	.00	0.00	
<b>Otonomik Reaksiyon_B</b>	1,62	2,81	.00	2.00	.001*
<b>Otonomik Reaksiyon_A</b>	1,22	2,42	.00	1.00	
<b>Su Retansiyonu_C</b>	,71	1,53	.00	1.00	
<b>Su Retansiyonu_B</b>	2,78	2,97	2.00	4.00	.001*
<b>Su Retansiyonu_A</b>	3,98	3,34	4.00	5.00	
<b>Ağrı_C</b>	1,08	2,25	.00	1.00	
<b>Ağrı_B</b>	5,27	5,03	4.00	7.00	.001*
<b>Ağrı_A</b>	4,05	4,19	3.00	6.00	

Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma, M:Medyan IQR:Interquartile Range, \*:p<.05, Freidman Testi Kullanıldı.

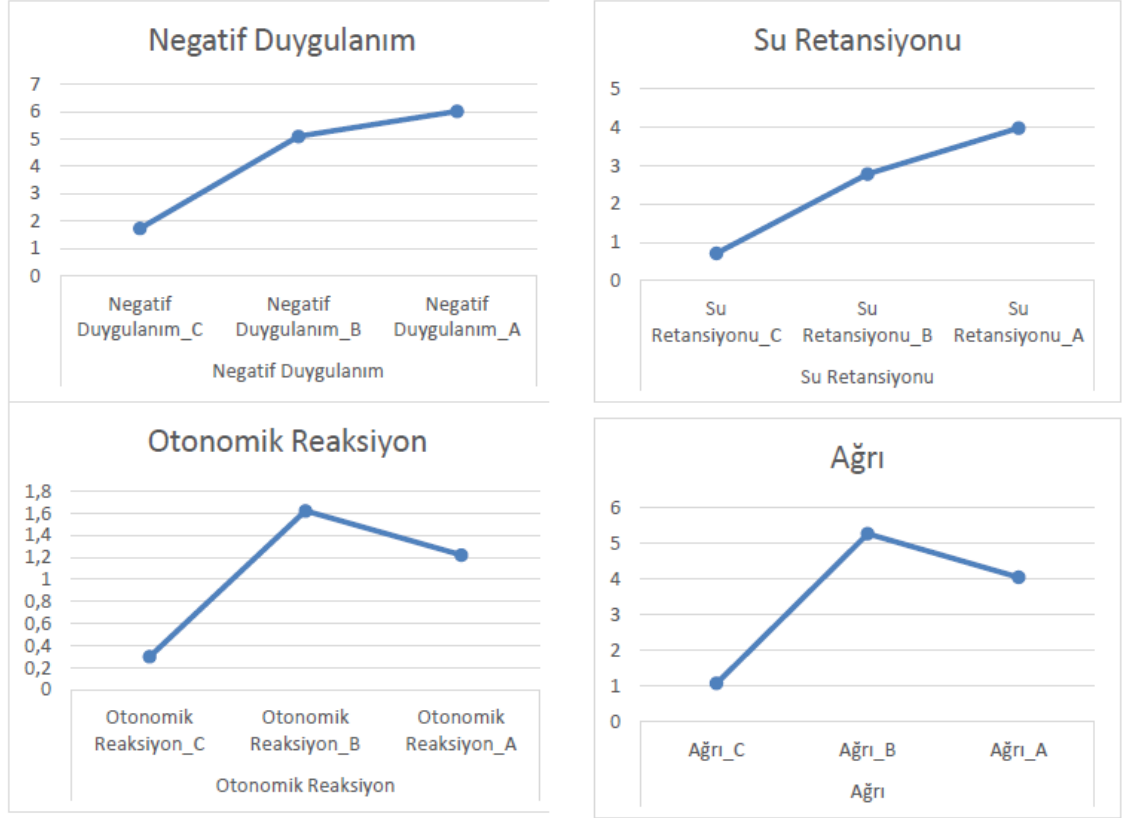
A: Diğer Günler B: Son Adet Süresince

C: Son Adetten 1 Hafta Önce

Resim 1. Menstrual Distres Şikâyet Listesi Alt Boyutlarının Üç Dönem İçerisindeki Ortalamaların Karşılaştırılması



Resim 1 (devamı). Menstrual Distres Şikâyet Listesi Alt Boyutlarının Üç Dönem İçerisindeki Ortalamaların Karşılaştırılması



A: Diğer Günler

B: Son Adet Süresince

C: Son Adetten 1 Hafta Önce



## 5. TARTIŞMA

PMS üreme çağındaki kadınlarda, özellikle de genç yaştakilerde sık gözükmetedir. Her yıl yaklaşık 12 kez adet gören bir kadın için her ayın 7-10 günü sıkıntılı bir dönem olmakta ve bu da yılda toplam 3-4 aylık süreye (yılın yaklaşık %25-30'u) denk gelmektedir. PMS belirtileri menarştan sonra herhangi bir yaşta başlar. Yaşamın 30-40'lı yaşlarında daha sık görünür. Ortalama başlangıç yaşı 26 civarındadır ve belirtiler yaşla beraber giderek artar menopoza yaklaştıkça da azalır. Bazı yazarlar iki yüz kadar belirtinin olduğu bu sendromu tanımlayan şeyin, belirtinin kendisinden çok ortaya çıkış zamanı olduğunu belirtmişlerdir (58).

PMS'de şikayetlerin özellikle luteal faz boyunca görüldüğü bilinmektedir (59). Fakat Pakistan'da yapılan bir çalışmada, menstrüel döngünün menarş, döngünün süresi, foliküler faz, luteal faz ve muhtemel yumurtlama günü gibi karakteristik paternleri bakımından PMS ve kontrol grupları arasında fark bulunmamıştır (60).

Bu çalışmada toplam 286 katılımcıya ulaşılmış, bunların 54'ünde PMS saptanmıştır. PMS saptanan katılımcıların yaş ortalaması 20,98 yıl, ilk adet görme yaş ortalaması ise 12,56 yıl olarak saptanmıştır. Yaş ortalamasının Simkin'in çalışmasından (58) farkı, ilerleyen dekatlarla beraber dünyadaki iş temposunun artması ve kadın fizyolojisindeki değişikliklere bağlanabilir. Bu değişkenler PMS görülme yaşını küçülttüğü gibi, görülme sıklığını da arttırabilir.

Yapılan çalışmalarda PMS görülme sıklığı çok geniş bir aralıkta bulunmuştur (61,62). Erbil ve arkadaşlarının 2010 yılında yayınlanan çalışmalarında ise 310 üniversite öğrencisi kızda %49,7 oranında PMS saptanmıştır (63). Türkiye'de 2011 yılında kolej öğrencileri üzerinde PMS sıklığını belirlemek için yapılan bir çalışmada, öğrencilerin %72,1'inde PMS mevcuttu (64). Hindistanda yapılan bir çalışmada PMS insidansı %61,5 olarak saptanmıştır (65). Pakistanda yapılan çeşitli çalışmalarda PMS sıklığı ortalama olarak %51 bulunmuş, bunların %11,2'si ise ciddi boyutlarda olarak kaydedilmiştir (66). Aynı bölgedeki bir tıp fakültesinde öğrenciler üzerinde yapılan bir çalışmada ise PMS sıklığı %60,5 olarak tespit edilmiştir (67). Suudi Arabistan'da yapılan bazı çalışmalarda da PMS insidansı %36'dan %96'ya kadar geniş bir aralıkta tespit edilmiştir (68,69). Derman'ın çalışmasında ise Türkiye'deki PMS sıklığı %61,4 olarak saptanmış, bunların %14'ü ciddi olarak nitelendirilmiştir (70). İran'da 18-27 yaş

arası bayanlarda yapılan bir çalışmada ise PMS benzeri şikayet yaşayan kadınların oranı %98 iken, DSM-4'e göre bu tanıyı alanların oranı sadece %16 idi (71). Taiwan'da üniversite öğrencileri arasında yapılan bir çalışmada ise PMS insidansı %39,8 bulunmuştur (59). Fransa'da yapılan bir çalışmada Potter ve ark. 2836 kadın üzerinde benzer bir araştırma yapmış, bu kadınların sadece %12,2'sinde PMS bulmuşlardır (72). Tanı kriterleri göz önünde bulundurularak yapılan analize göre bu çalışmadaki katılımcıların %18,9'unda (n=54) PMS tanısı mevcuttur. Bu oran literatürdeki çalışmaların çoğundan daha az bir orandır. Son yıllarda değişik kültürlerdeki kadınlarda yapılan araştırmalarda premenstrüel semptomların oluşumunda sosyal ve kültürel faktörlerin, aktivite durumunun, yaşam stresinin önemli rolü olduğu gösterilmiştir (73,74).

Sporcularla yapılan benzer bir çalışmada sporcuların yaş, vücut ağırlıkları, boy uzunlukları ve vücut yağ yüzdelerinin ortalamaları sırasıyla,  $16.06 \pm 0.04$  yıl,  $65.42 \pm 7.61$  kg,  $173.12 \pm 4.28$  cm ve  $12.87 \pm 0.39$  % olarak tespit edilmiştir (75). Uluöz (76), 101 gönüllü voleybolcu üzerinde yapmış olduğu çalışmasında, sporculara ait boy uzunluklarını  $170.08 \pm 6.45$  cm, yaş ortalamalarını  $18.45 \pm 2.39$  yıl, vücut ağırlıklarını ortalama  $58.06 \pm 7.05$  kg ve vücut yağ yüzdelerini  $11.40 \pm 0.23$  % olarak tespit etmiştir. Bu veriler, çalışmamızdaki verilerle kıyaslandığında, katılımcılarımızın bu sporculardan daha yaşlı, daha kısa ve daha zayıf oldukları gözlemlenmiştir. Cheng ve ark. PMS tanısı olan ve olmayan katılımcılar arasında ortalama yaş ve BMI farkı bulamamışlardır (59) Çalışmamızda ise kadınlarda PMS olup olmama durumuna göre BMI, yaş, boy, kilo ve adet sürme günü ortalamaları arasında anlamlı farklılık olmadığı gözlenmiştir ( $p>.05$ ). Bunun yanında PMS olanların ilk adet görme yaş ortalamalarının olmayanlara göre anlamlı düzeyde düşük olduğu gözlenmiştir.

Masho ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada obez kadınların normal kilodaki kadınlara göre PMS için 2,8 kat daha fazla risk sahibi oldukları bulunmuştur (77). Ellen, aynı şekilde obezitenin PMS için bir risk faktörü olduğunu belirtmiştir (78). Alpaslan'ın çalışmasında ise PMS tanısı olan ve olmayanlar arasında yaş, BMI, ilk adet yaşı, menstrüel döngünün süresi arasında önemli fark bulunmamıştır (79). Türkiye'de yapılan bir başka çalışmada daha yaş, BMI, ilk adet yaşı, menstrüel döngünün süresi arasında anlamlı fark görülmemiştir (80). Çalışmamızda obez katılımcı sayısı, menstrüel döngünün süreleri ile kıyaslanacak düzeyde ideal bir sayıda değildir.

Bölükbaş ve Tiryaki'nin yaptıkları araştırmada ise kadınların %50,9'unu ilkökul mezunları, %10,9'unu ise lise mezunları oluşturmaktadır (81). Yapılan bir tez çalışmasında, mental sağlık boyutunda ise en yüksek puan ortalaması ev hanımlarında, en düşük puan ortalaması ise öğrencilerde bulunmuştur. Ev hanımlarının çalışanlara oranla toplumsal sorumluluklarının daha az olması, yaşam kalitelerinin yüksek olmasının nedeni olarak yorumlanmıştır. Çalışan ve toplumda sorumlulukları olan kadınlar kendilerini daha fazla toplumsal baskı altında hissederler ve bu nedenle mental sıkıntıları daha fazla yaşarlar (82). Tıp fakültelerindeki akademik stres ve yoğun eğitim temposunun PMS'yi alevlendirdiği bilinmektedir (83). Çalışmamızdaki bütün katılımcılar, metodoloji gereği üniversite öğrencisiydi. Buna rağmen elde ettiğimiz oranlar, eğitim seviyesi kıyaslamalarına göre literatürün altındadır.

Premenstrüel sendromda beslenmenin önemli olduğu, fazla karbonhidrat alma, aşırı yeme, aşırı kafein tüketmenin PMS belirtilerini arttırdığı bilinmektedir. Bu dönemde yüksek kalorili yiyecekler kısıtlandığında ve düzenli egzersizler yapıldığında yakınmaların azaldığı görülmüştür (19). Katılımcılarımız arasında, PMS olan ve olmayan grupta beslenme alışkanlığı sorusuna en sık verilen cevap 'Her gün düzenli olarak 3 ana öğün ve bol miktarda sebze yerim' olmuştur.

PMS'de çikolata, kola, kahve, alkol, nikotin, kırmızı et, şeker ve tuz içeren yiyeceklerin kısıtlanması önerilmektedir (23). Güneş ve ark (19)'nın çalışmasında çikolata, salam, sosis gibi yüksek kalorili yiyeceklerin kısıtlanması ile PMS yakınmalarının azaldığı belirtilmiştir. Sigara içme miktarı arttıkça PMS sıklığı da artmaktadır. Cohen ve arkadaşları günde 4'ten fazla sigara içenlerde premenstrüel semptomlara daha sık rastladıklarını ifade etmişler (84). Wittchen ve arkadaşları ise PMS'li hastalarda nikotin bağımlılığının yüksek olduğunu bulmuşlar (85). Bir çalışmada günde 2 fincandan fazla kahve tüketimi ve alkol-sigara kullanımının şikayetleri arttırdığı görülmüştür (64). Başka bir çalışmada ise günde 3 fincan ve daha fazla çay/kahve tüketenlerin 1-2 fincan tüketenlere göre ağrı semptomlarını 1,9 kat daha fazla yaşadığı anlaşılmıştır (86). Güneş ve ark (19)'nın yaptığı bir çalışmada iki bardak çay içenlerde PMS sıklığı %16,2, üç bardak çay içenlerde %18,3, daha çok içenlerde %33 bulunmuştur. Çay, kahve içme miktarı arttıkça PMS sıklığı da artmaktadır. Çünkü kafein stimülandır, gerginlik, iritabilite ve duygusal labiliteyi artırır (8). Östrojen, testosteron ve progesteron seviyelerini değiştirerek PMS'ye zemin hazırlayıcı bir etkisi

vardır (63,87). Ellen'in çalışmasında ise sigara içenlerin oranı %4,6 idi ve sigaranın ilgili şikayetler üzerine etkisi saptanmamıştır (78). Yaptığımız çalışmada ise, kadınların günde tükettikleri çay/kahve sıklığı düzeylerine göre PMS düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu, bu farklılığın 3 veya daha fazla fincan çay/kahve tüketenlerde PMS olan kadınların oranı olmayanlara göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu gözlenmiştir ( $p<.05$ ). Kafein aynı zamanda meme gerginliğine neden olabilecek benign meme hastalıkları ile de ilişkilidir. Bu nedenle de kısıtlanması uygun olur (20). Pınar (25) da PMS'de kafein alımının kısıtlanmasını önermektedir. Yine, çalışmamızda PMS olan katılımcılarda sigara içme oranı %7,4 olarak bulunmuştur ve bu düzey toplum ortalamasının oldukça altındadır. PMS tedavisinde belirtileri azaltmak için sigara tüketiminin de kısıtlanması gerekmektedir (20).

PMS'li kadınların çoğu, tanımlanan bulgularından sadece birkaç tanesini yaşıyor olmasına rağmen, neredeyse her PMS'li kadın bu şikayetleri tatmıştır. Mesela bir hastanın sadece anksiyete duygusunu yaşaması mümkün olabilir (33,88) ve tipik olarak menstruasyonun başlangıcından itibaren birkaç gün içinde sonlanır (89). Adıgüzel ve ark (8)'nin çalışmasında en sık görülen ve şiddetli hissedilen PMS belirtileri sinirli, huzursuz ve sıkıntılı hissetmek olarak belirlenmiştir. Demir, Algül ve Güven'in yaptığı çalışmada en fazla görülen premenstruel semptomlar; %72,4 bel ağrısı, %72,4 gerginlik, %72,4 sinirlilik-öfke, %70,9 karında şişlik, %66,9 memelerde hassasiyet, %58,3 memelerde şişkinlik, %52,8 eklem kas ağrıları, %50 yorgunluk olarak saptanmış (20). Pınar'ın çalışmasında en sık görülen belirtiler sırt ağrısı, stres, öfkeli hali, şişkinlik hissi ve göğüs hassasiyeti olarak saptanmıştı (64). Sarkar'ın çalışmasında sinirlilik ve anksiyete, yine en sık gözlemlenen bulgular idi (65). Bizim çalışmamızda, kadınların aylık döngüleri 'son adetten 1 hafta önce', 'son adet süresince' ve 'diğer günler' olacak şekilde üç aşamada değerlendirilmiştir. Menstrual distres şikayet listesinde yer alan şikayetlerden PMS tanılı olanlarda adetten 1 hafta önce en sık görülen şikayet anksiyete (%78,8), adet süresince en sık görülen şikayet karın ağrısı (%72,2), diğer günlerde en sık görülen şikayet ise ciltte leke ve sivilce (%29,6) idi. PMS tanısı olmayanlarda ise adetten 1 hafta önce en sık görülen şikayet ciltte leke ve sivilce (%58,6), adet süresince en sık görülen şikayet karın ağrısı (%61,2), diğer günlerde en sık görülen şikayet ise uykusuzluktan (%19,9).

PMS tanısı olanlarda olmayanlara göre adetten 1 hafta önce uykusuzluk, ağlama, eğitim ve iş gücünde azalma, unutkanlık, sersemlik, ilaç alma ve yatakta kalma, baş ağrısı, ciltte leke veya sivilce, yalnızlık hissi, boğulma ve bunalma hissi, aşırı sevgi ifadesi, evden dışarı çıkamama, karın ağrısı, baş dönmesi ve baygınlık hissi, heyecanlı ve telaşlı olma, göğüs ağrısı, sosyal etkinliklerden kaçınma, anksiyete, sırt ve bel ağrısı, soğuk terleme, kararsızlık, yorgunluk, bulantı ve kusma, aşırı hareketlilik, ateş basması, zihni bir noktaya toplamada güçlük, memelerde ağrı ve hassasiyet, iyi ve mutlu olma duygusu, kulak çınlaması, dalgınlık ve şaşkınlık, genel şişkinlik, dikkatsizlik sonucu oluşan küçük kazalar, huzursuzluk, genel ağrılar, ruh halinde değişiklikler, çarpıntı hissi, üzgün ve hüzünlü olma, verimlilikte azalma, hareketlerde uyum yetersizliği, kollarda ve bacaklarda uyuşma ve karıncalanma, iştah artması, gerginlik, gözlerde uçuşmalar ve görme bozukluğu şikayetlerinde istatistiki olarak anlamlı seviyede farklılık gözükmektedir.

PMS tanısı olanlarda, yine, adet süresince ağlama, eğitim ve iş gücünde azalma, sersemlik, boğulma ve bunalma hissi, aşırı sevgi ifadesi, evden dışarı çıkamama, baş dönmesi ve baygınlık hissi, sosyal etkinliklerden kaçınma, anksiyete, kararsızlık, yorgunluk, bulantı ve kusma, aşırı hareketlilik, zihni bir noktaya toplamada güçlük, iyi ve mutlu olma duygusu, kulak çınlaması, dikkatsizlik sonucu oluşan küçük kazalar, verimlilikte azalma, gerginlik, gözlerde uçuşmalar ve görme bozukluğu şikayetlerinde istatistiki olarak anlamlı seviyede farklılık gözükmektedir.

PMS tanısı olanlarda ayrıca, diğer günlerde ilaç alma ve yatakta kalma, aşırı sevgi ifadesi, göğüs ağrısı, bulantı ve kusma, aşırı hareketlilik, iyi ve mutlu olma duygusu, dalgınlık ve şaşkınlık, genel şişkinlik, ruh halinde değişiklikler, hareketlerde uyum yetersizliği, gerginlik şikayetlerinde istatistiki olarak anlamlı seviyede farklılık gözükmektedir.

PMS olan ve olmayan katılımcıların şikayetleri, alt gruplar bazında kıyaslandığında, son adetten 1 hafta önce Menstrual distres şikayet listesindeki bütün semptomlarda PMS olanların istatistiki olarak anlamlı düzeyde fazla şikayeti mevcuttu. Son adet süresince ise listenin kontrol, davranış değişiklikleri, konsantrasyon bozulukluğu, negatif duygulanım, otonomik reaksiyon alt boyutlarında PMS olanların istatistiki olarak anlamlı düzeyde fazla şikayeti mevcuttu. Diğer günlerde ise, listenin

negatif duygulanım ve su retansiyonu alt boyutlarında PMS olanların istatistiki olarak anlamlı düzeyde fazla şikayeti mevcuttu. Görüldüğü üzere, negatif duygulanım alt boyutu (yalnızlık, anksiyete, mizaç değişiklikleri, ağlama, huzursuzluk, gerginlik, üzgün-hüzünlü olma, aşırı hareketlilik), PMS olan kadınlar için diğer kadınlara göre her gün kendisini daha sık göstermektedir.

Premenstrüel sendrom; kadınların sağlığını tehdit etmekle beraber yaşam kalitesini de düşürmektedir. Er ve ark (90)'ı yaptıkları bir araştırmada PMS yaşayanların %50,6'sının sosyal yaşamlarının bu rahatsızlıktan dolayı etkilendiğini bulmuştur. Kadınlarda hayat stresörlerinin olması, premenstrüel belirtilerin şiddetli yaşanmasına neden olmaktadır (86). Demir ve ark. yaptığı çalışmada premenstrüel semptomları olan kadınların %70,3'ünün, bu dönemde iş verimliliklerinin azaldığını belirtmişlerdir (20). Bir araştırmada ise orta öğrenimdeki kızların okul devamsızlığının %8,1'inin premenstrüel belirtilerden kaynaklandığı ve bu kızların yarıdan fazlasının her ay devamsızlık yapmasına neden olduğu saptanmıştır (91). Kore'de yapılan bir çalışmaya göre PMS şiddeti, kadınların günlük aktivitelerini önemli oranda etkileyen bir faktördür (92). Fransa, Almanya, Macaristan, İtalya, İspanya, Birleşik Krallık, Brezilya ve Meksika'da yaşayan 14-50 yaş arası 4085 kadın ile 2010 yılında yapılan toplum bazlı bir çalışmaya göre PMS'de görülen fiziksel ve mental şikayetler kadınların günlük hayatlarını anlamlı derecede olumsuz etkilemektedir (93). Katılımcılarımız arasında PMS olanların %25,9'u adet dönemini yaşamı olumsuz etkileyen en önemli olaylardan biri olarak görmekteydi. Aynı cevabı PMS olmayanların sadece %2,6'sı vermekteydi ve aradaki fark istatistiki anlam ifade etmektedir. Yaygın bir şekilde görülen bu bozukluk; kişilerarası ilişkileri, sosyal aktiviteleri, iş performansını, yaşam kalitesini, adölesan genç kızların kendine olan güvenini bozacak kadar şiddetli olabilir (94,95).

Menarş, kadının hayatında üreme sistemlerinin devreye girdiği önemli bir dönüm noktasıdır. Kadının bütün hayatı boyunca üremeye karşı bakış açısı bu dönüm noktasında şekillenmektedir. Bu nedenle menstruasyonun beklenen zamanda başlaması, menarş öncesi bilgilendirme, kişinin hazır oluşu ve ilk yaşadığı deneyimlerin sağlıklı olması, ilerleyen dönemlerde menstruasyona karşı olumsuzlukların yaşanmasını en aza indirebilir. Yapılan bir çalışmada öğrencilerin menstruasyon özellikleri incelendiğinde; menarş yaşları %0,9'u 10 yaşında, %4,1'i 11 yaşında, %14,4'ü 12 yaşında, %36,0'ı 13 yaşında, %23,0'ı 14 yaşında, %14,9'u 15 yaşında, %5,4'ü 16

yaşında, %0,9'u 17 yaşında, %0,5'i 18 yaşında olduğu tespit edilmiştir (96). Başka bir çalışmada katılımcıların %87,6'sının menarş yaşının 10-15 yaş arasında olduğu görülmüştür (86). Dündar ve ark (97), menarş yaşındaki farklılığın; menarş yaşının genetik etmenlerle olduğu kadar şehirleşmenin derecesi, sosyoekonomik durum, ailelerin çocuk sayısı, beslenme, mevsimler, fiziksel etkinlik ve denizden yükseklik gibi pek çok çevresel etmenlerden etkilendiğini belirtmektedirler. Tarsus'ta yapılan bir çalışmada, menarş yaşı ile PMS arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Menarş yaşı 12 ve altında olanlarda, daha ileri yaşlarda olanlara göre PMS oranı yüksek saptanmıştır. Adetleri düzensiz olan kadınlarda PMS, adetleri düzenli olan gruba göre anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur (98).

Sarkar'ın çalışmasında PMS tanısı olanlar ile olmayanlar arasında adet döngüsünün süresi açısından fark bulunmamıştır (65). Çalışmamızda PMS olanların ilk adet görme yaşı 12,5 olarak tespit edilmiş, PMS olmayanlara göre yaklaşık 0,6 yaş daha genç adet görüldüğü saptanmıştır. Çalışma ve kontrol grubu arasında adet kaç gün sürdüğü sorusuna verilen cevaplar arasında fark yoktu, her iki grupta da yaklaşık 6 gün cevabı verilmiştir.

Literatürde menstruasyona karşı tutumun premenstrüel semptomlar üzerinde etkili olduğunu gösteren çalışmalar bulunmaktadır. Güneş ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada, adeti doğal karşılayanlarda PMS sıklığı %19,2 iken, tiksinen, nefret eden, pislik olarak tanımlayan veya korkan kadınlarda %34,1 olup aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (98). Gökçe'nin çalışmasında kadınların büyük çoğunluğu (%70,4) menstruasyonu doğal ve fizyolojik bir süreç olarak görmektedir (86). Çalışmamızda ise bu sürecin doğal ve fizyolojik bir süreç olduğunu düşünen PMS'lilerin oranı %59,3 iken PMS olmayanlarda bu oran %82,3 idi. Menstruasyon olayının doğal kabul edilip, sürecin sağlıklı devam edebilmesi için doğru ve yeterli bilginin önemi açıktır.

Çalışmamızda 'İlk âdetiniz öncesinde bu konu hakkında bilginiz var mıydı?' sorusuna verilen cevaplar PMS olan ve olmayan grupta fark göstermemekteydi. Her iki grupta da 'aile' cevabı, en sık bilgi kaynağı olarak gösterilmiştir. Literatürde bilgilendirme olayı gerçekleşmediğinde menstruasyona karşı olumsuz ve sağlıksız davranış biçimlerinin gelişmesi kaçınılmaz olmaktadır şeklinde ağırlıklı kanı mevcuttur. Çalışmamızda PMS olan ve olmayan grupların yakın çevreleri için de PMS durumu

sorgulanmıştır. Her iki grubun yakınları için de en sık verilen cevap PMS durumu olmadığı yönünde idi. Olanlarda ise en çok kız kardeş cevabı verilmiştir. Gökçe'nin çalışmasında ise yakın çevresinde perimenstrüel şikayet öyküsü olan kadınların en çok kız kardeşlerinin (%55,6) perimenstrüel dönemde sıkıntı yaşamakta olduğu görülmüştür (86).

Menstrüel şikayetlerle baş etmede beslenmenin düzenlenmesi ve gevşeme yöntemleri (düzenli egzersiz, stresle baş etme yolları) uygulanması konusunda genç kızların desteklenmesi gerektiği vurgulanmaktadır (95). Dickerson ve ark (28)'i pratik aerobik egzersizlerinin PMS kontrolündeki belirtileri azalttığını bildirmiştir. Dinç'in çalışmasında, çalışma grubunun %68,5'inin spor yapmadığı tespit edilmiştir (96). Çalışmamızda ise PMS tanısı olanların spor ile ilgili soruya en sık verdikleri cevap 'ara sıra, aklıma geldikçe yaparım' idi. PMS tanısı olmayan katılımcılarımızda da en sık verilen cevap 'ara sıra, aklıma geldikçe yaparım' idi. Sporla pek ilgilenmeyen katılımcılarımızdan PMS tanısı olan ve olmayanlar arasında fark izlenmemiştir.

Kadınlar menstrüel dönemlerinde gördükleri şikayetleri minimum düzeye indirmek için doktor tavsiyeli veya tavsiyesiz olarak çeşitli ilaçlar kullanabilmektedir. Birçok çalışma sonucunda, yaşam kalitesini etkileyecek düzeyde şiddetli PMS belirtileri yaşayan ve medikal tedaviyi gerektirenlerin oranı %5-15 arasında değişmektedir (99,100). Bizim çalışmamızda, şikayetlerin tek tek puanlanması doğrultusunda yapılan hesaplama göre, hastaların %18,3'ü şiddetli veya çok şiddetli düzeyde PMS tanılıydı. Bu oran, genel katılımcı sayısının ise %3,5'ine denk geliyordu. Premenstrüel dönemde görülen 'ruh halinde değişiklikler' ve 'iştah artması' şikayetlerinin şiddetli veya çok şiddetli görülme oranı, az veya orta şiddette görülme oranından daha yüksek bulunmuştur. Diğer 45 şikayetin ise az veya orta şiddette görülme ihtimali daha yüksektir.

Premenstrüel dönemde ilaç kullanan ve kullanmayan üniversite öğrencilerinin depresif duygulanım ve ağrı alt boyutları arasında anlamlı farklılık gözlemlenirken, diğer alt boyutlarda anlamlı farklılık bulunmamıştır (96). Çalışmamızda ise PMS olanlar kendi arasında değerlendirildiğinde ilaç kullanımının şikayetleri geçiştirmesi açısından herhangi bir fark bulunmamıştır. İlginç bir şekilde, PMS olmayan fakat ilaç kullananlarda, PMS olmayan ve ilaç kullanmayanlara göre ilaç kullanımı daha az



şikayetin görülmesini sağlamıştır. Özellikle de ‘diğer günler’ kategorisinde bu fark kendisini hissettirmektedir.

Bu çalışmada ulaşılan PMS tanılı katılımcılar sadece bir üniversitenin tıp fakültesi öğrencileri olduğu için edinilen sonuçlar her yaşa, her düzeyde eğitimli, her coğrafyada yaşayanlara genellenemez. Kişilerin şikayetlerini değerlendiren ölçekler, biyokimyasal ölçümlerle desteklenemediği için çıkarımlar sözel ifadelere dayanılmıştır.

PMS için sağlık hizmeti kullanımı gereksinimi gün geçtikçe artmaktadır. PMS’ye has özellikler ile kliniklere başvuru sayısı giderek çoğalmaktadır. Klinisyenler arasında hala bu hastalığa ciddi gözle bakmayanların sayısı azımsanmayacak boyuttadır (101,102). İlgili şikayetlerden PMS tanısına giden süreçte hekime önemli bir rol düşmektedir. Kadınların ve dolayısı ile ailelerinin biyopsikososyal problemler yaşamasının önüne geçilmesi, hastalığı tanımlamak ve tedavi sürecini sağlamaktan geçecektir.

## 6. SONUÇLAR

6.1. Katılımcıların %18,9'unda (n=54) PMS tanısı mevcuttur.

6.2. PMS olan grupta ortalama BMI 20,73 kg/m<sup>2</sup> , yaş 20,98 yıl, boy 162,56 cm, kilo 55,95 kg, ilk adet görme yaşı 12,56, bir adet süresi 6,02 gün olarak bulunmuştur. İlk adet görüldüğü yaş PMS olan grupta PMS olmayanlara göre daha düşük bulunmuştur.

6.3. PMS olan grupta sigara içme oranı %7,4 olarak bulunmuştur.

6.4. Katılımcılar düzenli spor yapmamaktadır.

6.5. Katılımcıların çoğu ilk adetleri öncesinde bu konu hakkında bilgi sahibi idi.

6.6. PMS olan ve olmayan iki grupta da adet dönemine ilişkin düşünce doğal ve fizyolojik bir süreç olduğu şeklindeydi. Fakat PMS olan grupta bu durumun yaşamı olumsuz etkileyen en önemli olaylardan biri olduğu düşüncesi yaklaşık 10 kat daha fazla idi.

6.7. PMS tanılı olanlarda adetten 1 hafta önce en sık görülen şikayet anksiyete, adet süresince en sık görülen şikayet karın ağrısı, diğer günlerde en sık görülen şikayet ise ciltte leke ve sivilce idi.

6.8. Şikayet listesinin negatif duygulanım alt boyutu (yalnızlık, anksiyete, mizaç değişiklikleri, ağlama, huzursuzluk, gerginlik, üzgün-hüzünlü olma, aşırı hareketlilik), PMS olan kadınlar için diğer kadınlara göre ayın her günü kendisini daha sık göstermektedir.

6.9. Hastaların %18,3'ü şiddetli veya çok şiddetli düzeyde PMS tanılıydı. Bu oran, genel katılımcı sayısının ise %3,5'ine denk geliyordu.

6.10. Sigara içimi, egzersiz, ilk adet öncesinde bilgi sahibi olup olmama, adet düzensizliği, adetteki ağrı düzeyi, ilaç kullanımı, beslenme ve psikiyatrik hastalık açısından gruplar arasında fark bulunmamıştır. Fakat PMS olan grup daha fazla çay/kahve tüketmektedir.

6.11. Aile içi geçimsizliği olan, yasal sorunları olan ve intihar girişiminde bulunan kadınlarda PMS olanların oranının olmayanlara göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu görülmüştür.

## KAYNAKLAR

- 1- Ganong, W. F., (1995), Tıbbi Fizyoloji, Barış Kitabevi, 17. Baskı, İstanbul.
- 2- Kabalak, T., Yılmaz, C., Tüzün, M., (2004). Endokrinoloji El Kitabı, 2.Baskı, İzmir Güven Kitabevi, İzmir.
- 3- Hatemi, H., (2002). Endokrinoloji, Yüce Reklâm Yayım Dağıtım, İstanbul.
- 4- Kılıç, İ., Derman, O., Kanbur, N. Adolesan Jinekolojisi. Katkı Pediatri Dergisi, 2005; 27(4): 293-316
- 5- Winer-Muram, H. T., Emerson, D. E., Muram, D. The sonographic features of the peripubertal ovaries. Adolesc Pediatr Gynecol, 1989; 2: 160.
- 6- Torun, S. Sporcularda Menstruasyonun Performansa Etkisi, Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, Sakarya, 2004.
- 7- Figert EA. Premenstrual syndrome as scientific and cultural artifact, Integrative Physiological & Behavioral Science, 2005; 40(2): 102-113.
- 8- Adıgüzel H, Taskın O, Danacı AE. Manisa ilinde premenstrüel sendrom belirti örüntüsü ve belirti yaygınlığının araştırılması, Türk Psikiyatri Dergisi, 2007;18(2): 1-8.
- 9- Akdeniz F, Gönül AS. Kadınlarda üreme olayları ile depresyon ilişkisi, Klinik Psikiyatri, Ek 2, 2004; 70-74.
- 10- Anson O. Exploring the Bio-psycho-social Approach to Premenstrual Experiences. Social Science & Medicine, 1999;49: 67-80.
- 11- DSM-V Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı, 2013
- 12- Bosarge PM. Understanding and Treating PMS/PMDD Nursing Management, 2003;5:13-17.
- 13- Baysal B. Jinekoloji, I.T..F. Temel ve Klinik Bilimler Ders Kitapları Birinci Baskı, İstanbul Nobel Kitabevleri, Editör: S.Berkmen, 2004;41-48.
- 14- Karadağ F. Adet öncesi disforik bozukluk, Psikiyatri Dünyası, 2001;5 (1): 11-14.
- 15- Aksu H, Sokullu G. Premenstrual sendrom ve günlük yaşam üzerine etkileri, Arşiv Kaynak Tarama Dergisi, 2008;17(2): 111-119.

- 16-Steiner M, Macdougall M, Brown E. The Premenstrual Symptoms Screening Tool (PSST) for CHnicians. *Archives of Women's Mental Health*, 2003;6: 203-209.
- 17-Lane T, Francis A. Premenstrual Symptomatology, Locus of Control, Anxiety and Depression in Women with Normal Menstrual Cycles. *Archives of Women's Mental Health*, 2003;6: 127-138.
- 18-Uganizza DN, Klingner S, O'brien S. Premenstrual Syndrome: Diagnosis and Treatment. *The Nurse Practitioner*, 1998; 40-56.
- 19-Güneş G, Pehlivan E, Genç M, Eğri M. Malatya'da lise öğrencilerinin premenstrual sendrom sıklığı. *Turgut Özal Tıp Merkezi Dergisi*, 1997;4(4): 403-406.
- 20-Demir B, Algül LY, Güvendağ ESG. Sağlık çalışanlarında premenstrüel sendrom insidansı ve etkileyen faktörlerin araştırılması. *Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi*, 2006;3(4): 262-270.
- 21-Koci A, Strickland O. Relationship of adolescent physical and sexual abuse to premenstrual symptoms (PMS) in adulthood. *Issues in Mental Health Nursing*, 2006;28: 75-87.
- 22-Haywood A, Slade P, King H. Psychosocial associates of premenstrual symptoms and the moderating role of social support in a community sample. *Journal of Psychosomatic Research*, 2007;62: 9-13.
- 23-London LM, Patricia, Ladewig W, Ball WJ, Bindler CR. *Women's health care Maternal Newborn & Child Nursing Family Centered Care*, Prenticethall, 2003; 47, Newjersey.
- 24-Indusekhar R, Usman BS, O'brien S. Psychological aspects of premenstrual syndrome. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 2007;21(2): 207-220.
- 25-Pınar A. 15-49 yaş grubu kadınlarda premenstrual sendrom görülme sıklığı, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Antalya,2007.
- 26-Acar B. Premenstruel sendrom, Editörler: AH Kisnişçi, E Göksin, T Durukan, K Üstay, A Ayhan, T Gürkan, SL Önderoğlu, *Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi*, Güneş Kitabevi, 1996; 810-821, Ankara.

- 27- Pearlstein T, Steiner M. Premenstrual dysphoric disorder: burden of illness and treatment update. *J Psychiatry Neurosci*, 2008;33(4): 291-301.
- 28- Dickerson ML, Pharm D, Mazyck PJ, Hunter HH. Premenstrual syndrome. *American Family Physician*, 2003;67(8): 1743-1752.
- 29- Ford O, Lethaby A, Mol B, Roberts H. Progesterone for premenstrual syndrome Issue 2, *The Cochrane Library* 2007, Issue 2, page: 1-15,
- 30- Yücel M. Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği, 2. Baskı, Palme Yayıncılık, Ankara. 2005
- 31- T C Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü (2000) Kontraseptif yöntemler, Cilt II, Ulusal Aile Planlaması Hizmet Rehberi, s: 179-180, Ankara.
- 32- M. Hakan Şatıroğlu. Premenstrüel sendrom etyolojisinde su ve tuz retansiyonunun yeri, Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Ankara, 1990
- 33- Yonkers AK, O'brien PMS, Eriksson E. Premenstrual syndrome. *The Lancet*, 2008;372 (9637): 446-447.
- 34- Hourani LL, Yuan H, Bray MR. Psychosocial and lifestyle correlates of premenstrual symptoms among military women. *Journal of Women's Health*, 2004; 13: 7.
- 35- Bektaş M. Bir Grup Çalışan Kadında Premenstrual Disforik Bozukluk Yaygınlığı ve Bazı Sosyo-demografik Özelliklerle Olan İlişkisi, KTÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tıbbi Psikoloji Yüksek Lisans Tezi, Trabzon, 1995.
- 36- Yücel B, Polat A. Attitudes Toward Menstruation in Premenstrual Dysphoric Disorder: a Preliminary Report in an Urban Turkish Population. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 2003;24(4): 231-237.
- 37- Kızılkaya N. Perimenstrual Distres ve Hemşirelik Yaklaşımı. *Hemşirelik Bülteni*, 1994;8(31): 84-90.
- 38- Kıran S. Park Eğitim Sağlık Ocağı Bölgesi'nde 15-49 Yaş Grubu Kadınlarda Premenstrual Sendrom Prevalansı, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Ankara, 1998
- 39- Connolly M. Premenstrual syndrome: an update on definitions, diagnosis and management. *Advances in Psychiatric Treatment*, 2001;7: 469-477.

- 40-Eisenlohr-Moul TA, Girdler SS, Schmalenberger KM, Dawson DN, Surana P, Johnson JL, Rubinow DR. Toward the Reliable Diagnosis of DSM-5 Premenstrual Dysphoric Disorder: The Carolina Premenstrual Assessment Scoring System (C-PASS). *Am J Psychiatry*, 2016 Aug 13:appiajp201615121510.
- 41-Atasü T, Sahmay S. Premenstrual sendrom, *Jinekoloji Kadın Hastalıkları*, 2. Baskı, Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul, 2001;s:524.
- 42-İsmail KM, O'Brien S, Dimmock P. Premenstrual Syndrome, *Gynaecology*, Third Edition, Churchill Livingstone Company, 2003;401-411.
- 43-Tascı DK. Hemşirelik öğrencilerinin premenstrual semptomlarının değerlendirilmesi. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 2006;5(6): 434-442.
- 44-Gold BE, Bair Y, Block G, Greendale AG, Harlow DS, Johnson S, Kravitz MH, Rasor OM, Siddiqui A, Sternfeld B, Utts J, Zhang G. Diet and lifestyle factors associated with premenstrual symptoms in a racially diverse community sample: study of women's health across the nation (SWAN,) *Journal Of Women's Health*, 2007;16(5): 641-656.
- 45-Better Health Channel (2008) Premenstrual syndrome, Erişim: [[www.betterhealth.vic.gov.au/bhcv2/bhcarticles.nsf/pages/premenstrual\\_syndrome?open](http://www.betterhealth.vic.gov.au/bhcv2/bhcarticles.nsf/pages/premenstrual_syndrome?open)], Erişim Tarihi: 20.11.2016.
- 46-McKinley Health Center (2005) Nutrition and premenstrual syndrome, Erişim: [[www.mckinley.uiuc.edu](http://www.mckinley.uiuc.edu)], Erişim Tarihi: 28.11.2016.
- 47-Chou BYP, Morse AC. Understanding premenstrual syndrome from a chinese medicine perspective, *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 2005;11(2): 355-361.
- 48-Gepshtein Y, Pltnikoff GA, Watanabe K. Kampo in women's health: japan's traditional approach to premenstrual symptoms, *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 2008;14(4): 427-435.
- 49-Domoney CL, Vashisht A, Studd WWJ. Premenstrual syndrome and the use of alternative therapies, *Annals New York Academy of Sciences*, 2003;997: 330-343.
- 50-Wyatt KM, Dimmock PW, O'Brien PMS. (2007) Selective serotonin reuptake inhibitors for premenstrual syndrome (Review), *The Cochrane Library* 2007,

Issue 2 Erişim: [<http://www.cochrane.org/reviews/en/ab001396.html>], Erişim Tarihi: 09.11.2016.

- 51-Trout KK, Basel-Brown L, Rickels RM, Schutta HM, Petrova M, Freeman WE, Tkacs CN, Teff LK. Insulin sensitivity, food intake, and cravings with premenstrual syndrome: a pilot study, *Journal of Women's Health*, 2008;17(4): 657-665.
- 52-İsmail KM, O'Brien S. Premenstrual Syndrome Cünet *Obstetrics&Gynaecology*, 2005;15: 25-30.
- 53-Stevinson C, Ernst E. Complementary/alternative Therapies for Premenstrual Syndrome: A Systematic Review of Randomized Controlled Trials *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 2001;185(1): 227-235.
- 54-Leather AT, Studd JWW, Watson NR., Holland EFN. The Treatment of Severe Premenstrual Syndrome with Goserelin with and without 'add-back' Estrogen Therapy: A Placebo Controlled Study, *Gynecological Endocrinology*, 1999;13(1): 48- 57.
- 55-Morton AS, William D, Arthur H, Daniel RM. *Comprehensive Gynecology*, Fourth Edition Mosby Company, 2001;1070-1076.
- 56-Moos RH. The Development of a Menstrual Distress Questionnaire. *Psychosomatic Medicine*, 1968; 30:853-867.
- 57-Ross C, Coleman G, Stojanovska C. Factor Structure of Modified Moos Menstrual Distress Questionnaire: Assessment of Prospectively Reported Follicular Menstrual and Premenstrual Symptomatology. *J Psychosom Obstet Gynaecol*, 2003; 24(3):163-174.
- 58-Simkin RJ. Premenstrual syndrome: approaches to diagnosis and treatment. *Can Fam Physician*, 1985; 31:1959-1967.
- 59-Cheng SH, Shih CC, Yang YK, Chen KT, Chang YH, Yang YC. Factors associated with premenstrual syndrome - a survey of new female university students. *Kaohsiung J Med Sci*. 2013 Feb;29(2):100-5. doi: 10.1016/j.kjms.2012.08.017.
- 60-Sitwat Z, Abid A, Arif A, Basit A, Anwar QM. Premenstrual Syndrome Symptoms (Pms) And Prevalence Among University Students In Karachi, Pakistan. *Int. Res. J. Pharm.* 2013, 4 (4).

- 61-Akyılmaz F, Özçelik N, Polat MG. Premenstrual sendrom görülme sıklığı. SSK Göztepe Tıp Dergisi 2003;18(2): 106-109.
- 62-Selami Doğan, Nuray Doğan, Hüseyin Can, Hüseyin Varol Alaşehirlioğlu. Birinci basamakta premenstrüel sendroma yaklaşım. Smyrna Tıp Dergisi. 90-93
- 63-Erbil N, Karaca A, Kırış T. Investigation of premenstrual syndrome and contributing factors among university students. Turk J Med Sci 2010; 40:565-573.
- 64-Pinar G, Colak M, Oksuz E. Premenstrual Syndrome in Turkish college students and its effects on life quality. Sexual & Reproductive Healthcare, 2011;2 (1), 21-28.
- 65-Sarkar AP, Mandal R, Ghorai S. Premenstrual syndrome among adolescent girl students in a rural school of West Bengal, India. International Journal of Medical Science and Public Health, 2016;5:03.
- 66-Nisar N, Zehra N, Haider G, Munir AA, Sohoo NA. Frequency, intensity and impact of premenstrual syndrome in medical students. J Coll Physicians Surg Pak, 2008, 18(8):481-4.
- 67-Singh A, Kiran D, Singh H, Nell B, Singh P, Tiwari P. Prevalence and severity of dysmenorrhea: a problem related to menstruation, among first and second year female medical students. Indian J Physiol Pharmacol, 2008, 52(4):389-97.
- 68-Balaha MH, Amr MA, Saleh Al Moghannum M, Saab Al Muhaidab N. The phenomenology of premenstrual syndrome in female medical students: a cross sectional study, Pan Afr Med J. 2010, 23; 5:4
- 69-Rasheed P, Al-Sowielem LS. Prevalence and predictors of premenstrual syndrome among college-aged women in Saudi Arabia. Ann Saudi Med, 2003 Nov-Dec; 23(6):381-7.
- 70-Derman O, Kanbur NO, Tokur TE, Kutluk T. Premenstrual syndrome and associated symptoms in adolescent girls. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol, 2004 Oct 15; 116(2):201-6.
- 71-Bakhshani NM, Mousavi MN, Khodabandeh G. Prevalence and severity of premenstrual symptoms among Iranian female university students. J Pak Med Assoc, 2009; 59(4):205-8.



- 72-Potter J, Bouyer J, Trussell J, Moreau C. Premenstrual syndrome prevalence and fluctuation over time: results from a French population-based survey. *J Womens Health (Larchmt)*, 2009;18:31e9.
- 73-Özkan S. Psikiatrik Tıp: Konsültasyon-Liyazon Psikiyatrisi. S:216-20. İstanbul,1993.
- 74-Johnson SR. The Epidemiology and social Impact of Premenstrual symptoms. *Clin. Obstet. And Gynecol*, 1987;30(2):367-76
- 75-Adolesan Voleybolcularda Menstruasyonun Anaerobik Güce Ve Aktif Sıçrama Performansına Etkisi. Sadi Ön.Yüksek Lisans Tezi. Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, 2012.
- 76-Uluöz E. 16-22 Yaş Bayan Voleybol Oyuncularında Hipermobilitate Ve Bazı Antropometrik Özellikler İle Yaralanma Durumları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi, Çukurova Üniveristesi Beden Eğitimi ve Spor Anabilim Dalı, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Adana,2007.
- 77-Mosho SW, Adera T, South- Paul J. Obesity as a Risk Factor for Premenstrual Syndrome. *J Psychosom Obstet Gynaecol*, 2005; 26(1):33-39.
- 78-Ellen W Freeman. Epidemiology and Etiology of Premenstrual Syndromes.2014.
- 79-Alpaslan AH, Avcı K, Soylu N, Taş HU. Association between premenstrual syndrome and alexithymia among Turkish U niversity students. *Gynecol Endocrinol*, 2014 May;30(5):377-80.
- 80-Gümüş AB, Bayram N, Can N, Kader E. Premenstrual syndrome in university students: an investigation in terms of somatization and some variables. *Anatolian J Psychiatry*, 2012;13:32-8.
- 81-Bölükbaş N, Tiryaki N. Öğrencilerin Premenstruel Sendrom Hakkında Bilgi,tutum ve Davranışları. *Hemşirelik Forumu Dergisi*, 2003;6:3,44-49.
- 82-Hanife Eğicioğlu. Üreme Çağındaki Kadınlarda Premenstrual Sendromun Yaşam Kalitesine Etkisinin Araştırılması. Kadın Hastalıkları Ve Doğum Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi. Afyonkarahisar, 2008.
- 83-Nazzal Z, Hasan N, Al-Sukhon M. Moderate to Severe Premenstrual Syndrome and Contributing Factors among University Students in Palestine. *J J Commun Med*, 2015, 1(2): 016.

- 84-Cohen LS, Soares CN, Otto MW, Sweeney BH, Liberman RF, Harlow BL. Prevalence and Predictors of Premenstrual Dysphoric Disorder in Older Premenopausal Women The Harvard Study of Moods and Cycles. *J Affective Disorder*, 2002; 70(2): 125-132.
- 85-Witchen HU, Bercker E, Lieb R, Krause P. Prevalence, Incidence and Stability of Premenstrual Dysphoric Disorder In The Community. *Psychol Med*, 2002;31(1):119-132.
- 86-Gökçe G. Bir grup çalışan kadında premenstrual semptom görülme sıklığı ve etkileyen faktörler, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Mersin, 2006.
- 87-Hong JP, Park S, Wang H-R, et al. Prevalence, correlates, comorbidities, and suicidal tendencies of premenstrual dysphoric disorder in a nationwide sample of Korean women. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 2012;47:1937–45.
- 88-Kapur N, Narula PS. Premenstrual Symptoms and Social Disability. *International Journal of Innovative Knowledge Concepts*, 2016;2(1).
- 89-Hoyer J, Burmann I, Kieseler ML, Vollrath F, Hellrung L, Arelin K, et al. Menstrual Cycle Phase Modulates Emotional Conflict Processing in Women with and without Premenstrual Syndrome (PMS) - A Pilot Study. *PLoS ONE*, 2013; 8 (4).
- 90-Er S, Sen S, Taspınar A, Sirin A. Lisansüstü eğitime devam eden evli kadınların üreme sağlığı sorunları ve etkileyen faktörler, *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 2008;7(3): 231-236.
- 91-Sule ST, Ukwenya JE. Menstrual experiences of adolescents in a secondary school. *Journal of the Turkish German Gynecologica* 2007;8(1): 7-16.
- 92-Choi D, Lee DY, Lehert P, Lee IS, Kim S, Dennerstein L. The impact of premenstrual symptoms on activities of daily life in Korean women. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 2010;31 (1), 10-15.
- 93-Dennerstein L, Lehert P, Bäckström T, Heinemann K. The effect of premenstrual symptoms on activities of daily life. *Fertil Steril*, 2010;94 (3), 1059-1064.

- 94-Zaafraane F, Faleh R, Melki W. An overview of premenstrual syndrome. European Journal Of Obstetrics, Gynecology And Reproductive Biology (Paris) 2007;36: 642-652.
- 95-Taşçı KD. Hemşirelik Öğrencilerinin Premenstrual Semptomlarının Değerlendirilmesi TAF Preventive Medicine Bulletin, 2006;5(6): 434-442.
- 96-Özlem Dinç. Üniversite Öğrencilerinin Premenstrual Sendrom Düzeylerinin İncelenmesi (Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi Örneği). Beden Eğitimi Ve Spor Öğretmenliği Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans Tezi. Karaman, 2010.
- 97-Dündar B, Anıl H, Akyol P, Eren E, Dündar N. Isparta'daki kız çocuklarında ortalama menarş yaşının ve menarşı etkileyen etmenlerin saptanması. Türk Ped Arş, 2008;43: 50-4
- 98-Güneş G. 30 Yaş ve Üzerindeki Kadınlarda DSM-IV Tanı Kriterlerine göre Premenstruel Sendrom Prevalansı ve Bazı risk Faktörleri. Klinik Bilimler&Doktor. 2000;6(5):661-3.
- 99-Daugherty JE. Treatment strategies for premenstrual syndrome. American Family Physician 1998;58: 183-92.
- 100-Panay N. Managing premenstrual syndrome. Women's Health Medicine 2005;2(3):1-4.
- 101-Borenstein JE, Dean BB, Endicott J, Wong J, Brown C, Dickerson V, et al. Health and economic impact of the premenstrual syndrome. J Reprod Med 2003;48:515e24.
- 102-Futterman LA, Rapkin AJ. Diagnosis of premenstrual disorders. J Reprod Med 2006;51(Suppl. 4):349e58.)

## 8. EKLER

### EK-1

#### PREMENSTRÜEL SENDROM GÖRÜLME SIKLIĞI ANKET FORMU

Dr. Gülşah ÖZTÜRK, OMÜTF Aile Hekimliği Anabilim Dalı ( gulsah.alan@omu.edu.tr)

Bu çalışmada kadınlarda premenstrüel sendrom belirtilerinin görülme sıklığını değerlendirmeyi amaçlamaktayız. Veriler yalnızca bilimsel amaçla kullanılacaktır.

Yaşınız:      Boyunuz:      Kilonuz:      Medeni Durumunuz:

1. Sigara kullanıyor musunuz? evet ( )      hayır ( )

2. Düzenli egzersiz yapar mısınız?

a) Haftada en az 2-3 gün egzersiz yaparım.

b) Ayda en az 1 gün egzersiz yaparım.

c) Arasına, aklıma geldikçe yaparım.

d) Hiç yapmam.

3. İlk adet görme yaşınız:

4. İlk adetiniz öncesinde bu konu hakkında bilginiz var mıydı? evet( ) hayır( )

Cevabınız "evet" ise adet hakkındaki ilk bilgiyi kimden/nereden edindiniz?

Aile( )      Arkadaşım( )      Sağlık Personeli( )      Öğretmenim( )      Komşu/akraba( )      Medya( )  
Diğer.....

5. Adet dönemine ilişkin düşünceniz nedir?

a) Doğal ve fizyolojik bir süreç olduğunu düşünüyorum.

b) Rahatsızlık verici olduğunu düşünüyorum, ancak yaşamımı etkilemiyor.

c) Olup olmaması benim için önem taşıyor.

d)Yaşamı olumsuz etkileyen en önemli olaylardan biri olarak görüyorum.

6. Son 6 ay içinde adet düzensizliğiniz oldu mu? evet( ) hayır( )

7. Adetiniz kaç gün sürüyor?.....      8. Adetiniz ağrılı oluyor mu? evet( ) hayır( )

9. Yakın çevrenizde adet öncesi veya adet döneminde sıkıntısı olan var mı?

Annem ( )      Kardeşim ( )      Teyzem/Halam ( )      Kuzenim ( )      Diğer ( )      Yok ( )

10. Şu anda kullandığınız herhangi bir ilaç(vitamin hapları, doğum kontrol hapi, antidepresan vs) var mı?

evet ( ) hayır ( ) Varsa ne kullandığınızı belirtiniz.....

11. Genelde beslenme alışkanlığınız;

a) Her gün düzenli olarak 3 ana öğün yerim ve bol miktarda sebze, meyve, protein ağırlıklı yiyecekler tüketmeye özen gösteririm.

b) Her gün 3 öğünden fazla yerim ve bol miktarda karbonhidrat ve yağ tüketirim.

c) Her gün 3 öğünden az tüketirim ve ne yediğime dikkat etmem.

d) Beslenmeme hiçbir zaman dikkat etmem.

12. Günde ne kadar miktarda çay/ kahve tüketirsiniz? (Sabah kahvaltıları dahil).

a) Hiç tüketmem

b) 1-2 fincan

c) 3 veya daha fazla fincan

13. Bilinen herhangi bir psikiyatrik hastalığınız var mı, varsa nedir? evet..... hayır( )

14. Aşağıda adet öncesi sıkıntıları ortaya çıkarabilecek bir takım etkenler sıralanmıştır. Son 6 ayı düşünerek size uygun seçenekleri işaretleyiniz

( ) Kaza, doğal felaket geçirme ( ) Önemli bazı ameliyatlarda bulunma ( ) İntihar girişiminde bulunma

( ) Önemli yakın kaybı ( ) Aile içi geçimsizlikler ( ) Yasal sorunlar

( ) Eğitim için aileden uzaklaşma ( ) Göç yaşanması ( ) Evlilik

( ) Cinsel güçlükler ( ) Maddi problemler

( ) Daha az /daha çok uyuma ya da uyku zamanında değişiklikler, düzensizlikler

( ) Daha az /daha çok yemek yeme ya da yeme zamanında değişiklikler, düzensizlikler

( ) Eğlence, dinlenme, giyim, kuşam, ilişkiler gibi kişisel alışkanlıklarda değişim

( ) Çocuk düşürme, çocuk aldırma, ölü doğum vb.

( ) Aile fertlerinin sağlık durumlarıyla ilgili değişimler

( )Yok

15. Adet öncesi 7-10 günlük süre içinde aşağıdaki belirtilerden kendinizde olanları işaretleyiniz.

- Belirgin depresif ruh hali, umutsuzluk hissi veya kendini aşağılayıcı düşünceler
- Belirgin sıkıntı, gerginlik, uçurumun kenarında olma hissi
- Belirgin duygusal dalgalanmalar (aniden üzüntülü veya ağlamaklı olma)
- Sürekli belirgin sinirlilik veya insanlar arası ilişkilerde bozulma
- Günlük aktivitelere ilgi azalması
- Konsantre olmada zorlanma
- Çabuk yorulma, halsizlik, enerji azlığı hissi
- İştahta değişiklik, fazla yeme veya belirli yiyecekler arama
- Çok uyuma veya uykusuzluk
- Kontrolün kaybedileceği hissi
- Fiziksel belirtiler (Memelerde hassasiyet veya şişme, baş ve eklem ağrıları, karında şişkinlik hissi vs.)
- Yok

EĞER BELİRTİLERDEN BİR VEYA BİRKAÇINA SAHİPSENİZ;

A) Bu belirtiler adet kanamasından .... gün önce başlayıp kanamanın başlamasından .....gün sonra kayboluyor.

B) Son bir yıldaki adet döngülerinizi düşündüğünüzde bu belirtilerin çoğunlukla olduğunu söyleyebilir misiniz? evet ( ) hayır ( )

C) Bu belirtiler günlük okul, iş veya sosyal aktivitelerinizi belirgin derecede bozuyor mu?  
evet ( ) hayır ( )

EK-2

## MENSTRUAL DİSTRES ŞİKAYET LİSTESİ

Aşağıda kadınların adet günlerinden önce ve adet süresince deneyimledikleri belirtilerin bir listesi vardır. 1., 2., 3. sütunlara en son yaşadığınız adet döneminiz süresince deneyimlediğiniz şikayetleri yandaki skalayı kullanarak işaretleyiniz.



0 = BELİRTİ  
YOK  
1 = AZ  
2 = ORTA  
3 = ŞİDDETLİ  
4 = ÇOK  
ŞİDDETLİ

ŞİKAYETLER	Son adetten 1 hafta önce	Son adet süresince	Diğer günler
1.Kilo alma			
2.Uykusuzluk			
3.Ağlama			
4.Eğitim ve iş gücünde azalma			
5.Kaslarda gerginlik			
6.Unutkanlık			
7.Sersemlik			
8.İlaç alma, yatakta kalma			
9.Baş ağrısı			
10.Ciltte leke, sivilce			
11.Yalnızlık hissi			
12.Boğulma, bunalma hissi			
13.Aşırı sevgi ifadesi			
14.Düzenli, derli toplu olma			
15.Evden dışarı çıkmama			
16.Karın ağrısı			
17.Baş dönmesi, baygınlık hissi			
18.Heyecanlı, telaşlı olma			
19.Göğüs ağrısı			
20.Sosyal etkinliklerden kaçınma			
21.Anksiyete (sıkıntı)			
22.Sırt ağrısı, bel ağrısı			
23.Soğuk terleme			

24.Kararsızlık			
25.Yorgunluk			
26.Bulantı, kusma			
27.Aşırı hareketlilik			
28.Ateş basması			
29.Zihni bir noktaya toplamada güçlük			
30.Memelerde ağrı, hassasiyet			
31.İyi, mutlu olma duygusu			
32.Kulak çınlaması			
33.Dalgınlık, şaşkınlık			
34.Genel şişkinlik			
35.Dikkatsizlik sonucu oluşan küçük kazalar			
36.Huzursuzluk			
37.Genel ağrılar			
38.Ruh halinde değişiklikler			
39.Çarpıntı hissi			
40.Üzgün, hüzünlü olma			
41.Verimlilikte azalma			
42.Hareketlerde uyum yetersizliği			
43.Kollarda ve bacaklarda uyuşma ve karıncalanma			
44.İştah artması			
45.Gerginlik			
46.Gözlerde uçuşmalar, görme bozukluğu			
47.Enerji ve hareketlilikte artış			

**Lütfen genelde olan şikâyetleri işaretlemeyiniz.**



EK-3

T.C.  
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ  
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU


Sayı: B.30.2.ODM.0.20.08/398

28.06.2016

**Sayın : Prof. Dr. Mustafa Fevzi DİKİCİ**

Etik Kurulumuza sunmuş olduğunuz **OMÜ Tıp Fakültesi kız öğrencilerinde premenstrüel sendrom görülme sıklığı, şiddeti ve etkileyen faktörler** başlıklı OMÜ KAEK 2013/192 Karar nolu nitelikli **Anket çalışması** araştırma projeniz: Amaç, gerekçe, yaklaşım ve yöntemle ilgili açıklamaları, Klinik Araştırmalar Etik Kurulu yönergesine göre incelenmiş etik açıdan bir sakınca olmadığına, çalışmanın süresi 6 ayı geçerse 6 aylık bildirimlerinin yapılmasına; çalışma tamamlandıktan sonra sonucunun tarafımıza en geç üç(3) ay içerisinde bildirilmesine 24.01.2013 tarihli Etik kurulumuzda oy birliği ile karar verilmiştir

Bilgilerinize arz/rica ederim.

  
Prof. Dr. Dursun AYGÜN  
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanı