

**TC.
DUMLUPINAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**KADINLARDA PREMENSTRUAL SENDROM GÖRÜLME
DURUMU İLE SÜREKLİ ÖFKE VE ÖFKE İFADE
TARZLARI ARASINDAKİ İLİŞKİ**

HAVVA YEŞİLDERE SAĞLAM

**Hemşirelik Anabilim Dalı
Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Bilim Dalı
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

KÜTAHYA

2017

**TC.
DUMLUPINAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**KADINLARDA PREMENSTRUAL SENDROM GÖRÜLME
DURUMU İLE SÜREKLİ ÖFKE VE ÖFKE İFADE
TARZLARI ARASINDAKİ İLİŞKİ**

Havva YEŞİLDERE SAĞLAM

Hemşirelik Anabilim Dalı

Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Bilim Dalı

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN

Yrd. Doç. Dr. Fatma BAŞAR

KÜTAHYA

2017

ONAY SAYFASI

Dumlupınar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü'ne:

Havva YEŞİLDERE SAĞLAM'ın hazırladığı "**Kadınlarda Premenstrual Sendrom Görülme Durumu ile Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzları Arasındaki İlişki**" başlıklı yüksek lisans tez çalışması jürimiz tarafından Hemşirelik Anabilim Dalı, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Bilim Dalında Yüksek lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

(Tarih: 29/05/ 2017)

İmzalar

Jüri Başkanı: Yrd. Doç. Dr. Fatma BAŞAR

Dumlupınar Üniversitesi

Danışman: Yrd. Doç. Dr. Fatma BAŞAR

Dumlupınar Üniversitesi

Üye : Yrd. Doç. Dr. Yıldı Arzu ABA

Bandırma Onyediy Eylül Üniversitesi

Üye : Yrd. Doç. Dr. Hacer ATAMAN

İstanbul Medeniyet Üniversitesi

ONAY:

Bu tez Dumlupınar Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliği'nin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulu kararı ile kabul edilmiştir.

Prof . Dr. Muhammet DÖNMEZ

Enstitü Müdürü

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans tez çalışmamın planlanması ve yürütülmesi sırasında desteğini, esirgemeyen, bilgi ve tecrübelerinden yararlandığım tez danışmanım ve kıymetli hocam Sayın Yrd. Doç. Dr. Fatma BAŞAR'a,

Yüksek lisans eğitim sürecim boyunca katkıda bulunan Dumlupınar Üniversitesi Hemşirelik Anabilim Dalı Başkanı Sayın Yrd. Doç. Dr. Betül YAVUZ'a

Tezimin istatistiksel analizleri ve yorumlanmasındaki değerli katkılarından dolayı Ege Üniversitesi Biyoistatistik Anabilim Dalı Başkanı Sayın Prof. Dr. Mehmet N. Orman'a,

Yüksek lisans eğitim sürecim boyunca emeği geçen, ilgi ve destekleri ile yanımda olan tüm hocalarıma ve başta Sayın Arş. Gör. Sevil ÇİÇEK olmak üzere tüm arkadaşlarıma, Tezimin en önemli aşaması olan veri toplama aşamasına katkıda bulunan, çalışmaya katılmayı kabul eden değerli katılımcılara,

Tez uygulama sırasındaki yardımlarını esirgemeyen Kütahya Merkez Fatih Aile Sağlığı Merkezi'nde görev yapan tüm hekim, hemşire ve ebelere,

Her daim yanımda olan ve desteğini hiçbir zaman esirgemeyen eşime, bugünlere gelmemde büyük emekleri olan kıymetli aileme,

Teşekkür ederim.

Havva YEŞİLDERE SAĞLAM

2017

ÖZET

Yeşildere Sağlam, H. Kadınlarda Premenstrual Sendrom Görülme Durumu ile Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzları Arasındaki İlişki. Dumlupınar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Bilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Kütahya, 2017. PMS (Premenstrual sendrom) yaşa bakılmaksızın, üreme çağındaki kadınların karşılaştıkları en yaygın problemlerden biridir. Günlük yaşantıyı olumsuz bir şekilde etkileyen öfke ve sinirlilik, PMS'nin en şiddetli ve en uzun süre devam eden semptomlarıdır. Bu çalışma Kütahya ilinde yaşayan 15-49 yaş grubu kadınlarda PMS görülme durumu ile sürekli öfke ve öfke ifade tarzları arasındaki ilişkiyi incelemek amacı ile tanımlayıcı türde yapılmıştır. Çalışmaya rastgele seçilen 720 kadın dâhil edilmiştir. Çalışmanın verileri Ekim-Aralık 2016 tarihleri arasında, Kütahya Merkez Fatih Aile Sağlığı Merkezi'nde toplanmıştır. Verilerin toplanmasında; Kişisel Bilgi Formu, Premenstrüel Sendrom Ölçeği ve Sürekli Öfke-Öfke İfade Tarz Ölçeği kullanılmıştır. Veriler SPSS 20.0 paket programında değerlendirilmiştir. Verilerin analizinde frekans, yüzde, ki kare, bağımsız gruplarda t testi ve korelasyon analizi kullanılmıştır. Kadınların yaş ortalaması 30.00±8.64 yıl olup, %38.3'ünün eğitim durumu üniversite ve üzeri düzeydedir. %73.5'inin ev hanımı ve 64.6'ünün evli olduğu görülmektedir. PMS prevalansı %48.75 olarak bulunmuştur. Kadınlar medeni durum, dismenore yaşama, menstrual siklus düzeni, premenstrual dönemde genel durum, gebelik durumu, aile öyküsü, sigara kullanımı, alkol kullanımı, gazlı içecek tüketimi ve kahve tüketimi açısından incelendiğinde; PMS görülen ve görülmeyen gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0.05$). Yaş, çalışma durumu, gelir durumu, doğum kontrol hapı kullanma, şekerli gıda tüketimi, yemeği tatmadan tuz ilave etme, çay tüketimi ve egzersiz yapma durumları açısından incelendiğinde; PMS görülen ve görülmeyen gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$). Kadınların PMS görülme durumları ile sürekli öfke ve öfke ifade tarzları arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır. PMS'li kadınların PMS'li olmayan kadınlara göre sürekli öfke, öfkenin içe vurumu, öfkenin dışa vurumu puanlarının anlamlı derecede daha yüksek olduğu ve öfke kontrol puanlarının ise anlamlı derecede daha düşük olduğu saptanmıştır. PMSÖ alt boyut puanları ile SÖÖTÖ alt ölçek puanları arasında da istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p<0.05$). Sonuç olarak; premenstrual dönemde öfke kontrol problemi yaşayanlara sosyal destek sağlanması ve öfke kontrol eğitimlerinin düzenlenmesi önerilmektedir. PMS ve öfke arasındaki ilişki ile ilgili kesin kanıtlar sağlanabilmesi için daha ileri düzeydeki çalışmalarla bu konunun incelenmesi gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Premenstrual Sendrom, Öfke, Kadın

ABSTRACT

Yesildere Saglam, H. The Relationship Between Incidence of Premenstrual Syndrome and Trait Anger and Anger Expression Styles in Women. Dumlupınar University Institute of Health Sciences, Department of Nursing, Division of Obstetrics and Gynecology Nursing Master of Science Thesis, Kutahya, 2017.

PMS (Premenstrual syndrome) is one of the most common problems women of reproductive ages face regardless of what age they are. Anger and irritability have an adverse effect on everyday life and these are the most severe and the longest-lasting symptoms to be observed in PMS. This study was conducted as descriptive research with a group of women, ages 15-49, living in the city of Kütahya, for the purpose of examining the relationship between PMS and trait anger and anger expression. The study recruited 720 randomly selected women into the study. The data of the study were collected over the period of October - December 2016 at the Kütahya Central Fatih Family Health Center. A Personal Questionnaire, the Premenstrual Syndrome Scale and the Trait Anger-Anger Expression Scale were used in the collection of data. The data were evaluated with the SPSS 20.0 program. The data analysis employed frequencies, percentages, the chi-square, independent groups t tests and correlation analysis. The mean age of the women was 30.00 ± 8.64 ; 38.3% had university or higher-level degrees. Of the women, 73.5% were housewives and 64.6% were married. PMS prevalence was 48.75%. A review of the women's marital status, experience with dysmenorrhea, menstrual cycle, general premenstrual status, pregnancy status, family history, smoking, drinking, consuming fizzy drinks and coffee consumption habits revealed a statistically significant differences between the group experiencing PMS and the group that did not experience PMS ($p < 0.05$). A review of the women's ages, income status, use of birth control pills, consumption of foods containing sugar, their habits of adding salt to their meals before tasting, consumption of tea and their exercising habits did not reveal a statistically significant difference between the group experiencing PMS and the group that did not experience PMS ($p > 0.05$). A significant relationship was seen between the women's status of experiencing PMS and their trait anger and anger expression. The women experiencing PMS displayed significantly higher scores in the areas of trait anger, introvert anger and extrovert anger while their anger control scores were significantly lower compared to women who did not experience PMS. There were statistically significant differences between the PMS subscales scores and the Trait Anger and Anger Expression subscales scores ($p < 0.05$). In conclusion, it may be suggested that women experiencing anger control issues in the premenstrual period be provided social support and anger control education. More advanced studies based on conclusive evidence are needed to determine the relationship between PMS and anger.

Key Words: Premenstrual Syndrome, Anger, Women

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
ONAY SAYFASI	iii
TEŞEKKÜR.....	iv
ÖZET.....	v
ABSTRACT	vi
İÇİNDEKİLER.....	vii
SİMGELER VE KISALTMALAR	xii
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	xiii
TABLolar DİZİNİ	xiv
1. GİRİŞ	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi.....	1
1.2. Araştırmanın Amacı	3
1.3. Araştırmanın Soruları	3
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Premenstrual Sendrom	4
2.1.1. Premenstrual Sendrom Tanımı	4
2.1.2. Premenstrual Sendrom Tarihçesi	5
2.1.3. Premenstrual Sendrom Etiyolojisi.....	7
2.1.3.1. Ovaryan Hormonların Dalgalanması	7
2.1.3.2. Endojen Opiat Peptidlerde Azalma	9
2.1.3.3. Gamma - Aminobütirik Asit (GABA)	9
2.1.3.4. Serotonin.....	10
2.1.3.5. Prolaktin	11
2.1.3.6. Prostaglandinler	11
2.1.3.7. Magnezyum Eksikliği	11

2.1.3.8. Pridoksin eksikliği	11
2.1.3.9. Renin-Anjiyotensin-Aldosteron	11
2.1.3.10. Tiroid Fonksiyon Bozukluğu.....	12
2.1.3.11. Genetik.....	12
2.1.4. Premenstrual Sendrom Semptomları	12
2.1.4.1. Fiziksel Semptomlar	13
2.1.4.2. Psikolojik Semptomlar	13
2.1.4.3. Davranışsal Semptomlar	13
2.1.5. Premenstrual Sendrom Risk Faktörleri	13
2.1.6. Premenstrual Sendromda Tanı.....	14
2.1.7. Premenstrual Sendromda Tedavi	16
2.1.7.1. Tamamlayıcı ve Nonfarmakolojik Tedavi Yöntemleri	16
2.1.7.1.1. Yaşam Tarzı Değişiklikleri.....	16
2.1.7.1.2. Bitkisel Preparatlar	17
2.1.7.1.3. Bilişsel Davranışçı Terapi.....	18
2.1.7.1.4. Sosyal Destek	18
2.1.7.2. Farmakolojik Tedavi Yöntemleri	19
2.1.7.2.1. Kombine Oral Kontraseptifler	19
2.1.7.2.2. Östrojen	19
2.1.7.2.3. Progesteron ve Progestojenler.....	19
2.1.7.2.4. Danazol	20
2.1.7.2.5. GnRH Analogları	20
2.1.7.2.6. Diüretikler	21
2.1.7.2.7. Serotonerjik Ajanlar	21
2.1.7.2.8. Kalsiyum	22
2.1.7.2.9. Magnezyum.....	22

2.1.7.2.10. B6 Vitamini.....	23
2.1.7.2.11. D Vitamini.....	23
2.1.7.2.12. E Vitamini.....	23
2.1.7.3. Cerrahi Tedavi	24
2.1.8. Premenstrual Sendromda Hemşirelik Yaklaşımları.....	24
2.2. Öfke	25
2.2.1. Öfkenin Tanımı	25
2.2.2. Öfke Türleri.....	26
2.2.2.1. Sürekli Öfke.....	26
2.2.2.2. Durumsal Öfke	26
2.2.3. Öfkenin Nedenleri	27
2.2.4. Öfkenin Boyutları.....	28
2.2.5. Öfke Kavramına İlişkin Kuramsal Yaklaşımlar.....	29
2.2.5.1. James Lange Kuramı	29
2.2.5.2. Cannon-Bard Kuramı	29
2.2.5.3. Psikanalitik Kuram	29
2.2.5.4. Engellenme-Saldırganlık Hipotezi	30
2.2.5.5. Bilişsel-Davranışçı Yaklaşım.....	30
2.2.5.6. Sosyal Öğrenme Kuramı	30
2.2.5.7. Varoluşçu-İnsancıl Yaklaşım	31
2.2.5.8. Birey merkezli yaklaşım.....	31
2.2.6. Öfkenin İşlevleri	31
2.2.7. Öfkenin İfade Edilmesi	32
2.2.8. Öfkenin Sonuçları	33
2.3. Premenstrual Sendrom ve Öfke Arasındaki İlişki.....	34
3. GEREÇ-YÖNTEM	37

3.1. Araştırmanın Şekli	37
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	37
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	37
3.4. Araştırmanın Değişkenleri.....	38
3.5. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	39
3.6. Veri Toplama Tekniği ve Araçları.....	39
3.6.1. Kişisel Bilgi Formu.....	39
3.6.2. Premenstrüel Sendrom Ölçeği	39
3.6.3. Sürekli Öfke-Öfke İfade Tarz Ölçeği	41
3.7. Araştırmanın Uygulanması.....	42
3.7.1. Araştırmanın Uygulama Şeması.....	43
3.8. Verilerin Değerlendirilmesi	44
3.9. Araştırmanın Etik Yönü	45
4. BULGULAR.....	46
4.1. Kadınların Bazı Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Dağılımı	46
4.2. Kadınların PMSÖ Toplam Puan ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı	50
4.3. Kadınların SÖÖTÖ Alt Ölçeklerinden Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı	50
4.4. Kadınlarda PMS Görülme Durumunun İncelenmesi.....	51
4.5. Kadınlarda PMS Görülme Durumunu Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi	51
4.6. Kadınlarda PMS Görülme Durumu ile Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi.....	59
5. TARTIŞMA.....	63
5.1. Kadınların Sosyo-Demografik Özellikleri, Menstruasyon ve Doğurganlık Özelliklerine Ait Tanımlayıcı Bulguların Tartışılması	63
5.2. PMS Prevalansına İlişkin Bulguların Tartışılması	68

5.3. PMS Görülme Durumunu Etkileyen Faktörlerin Tartışılması	69
5.4. PMS Görülme Durumu ile Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzları Arasındaki İlişkinin Tartışılması.....	78
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	82
KAYNAKLAR.....	85

EKLER

EK 1. KİŞİSEL BİLGİ FORMU

EK 2. PREMENSTRÜEL SENDROM ÖLÇEĞİ

EK 3. SÜREKLİ ÖFKE-ÖFKE İFADE TARZ ÖLÇEĞİ

EK 4. ETİK KURUL ONAY FORMU

EK 5. KURUM İZİNİ

EK 6. ÖLÇEKLERİN KULLANIMINA İLİŞKİN İZİN

EK 7. BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMLARI

SİMGELER VE KISALTMALAR

ACOG	Amerikan Obstetri ve Jinekoloji Derneği
APA	Amerikan Psikiyatri Birliği
ASM	Aile Sağlığı Merkezi
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
DSM-IV	The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Amerikan Psikiyatri Birliği tarafından geliştirilmiş olan Mental Bozuklukların Teşhis ve İstatistiksel El Kitabı, 4. baskı)
diğ.	Diğerleri
GABA	Gamma Aminobütirik Asit
GnRH	Gonodotropin Releasing Hormon
ICD	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (Hastalık ve Sağlık Problemlerinin Uluslararası Sınıflandırma Standardı)
Max	Maximum Değer
Mg	Magnezyum
Min	Minimum Değer
n	Sayı
p	Anlamlılık düzeyi
PMDD	Premenstrual Disforik Bozukluk
PMS	Premenstrual Sendrom
PMSÖ	Premenstrual Sendrom Ölçeği
r	Korelasyon katsayısı
SD	Standart Sapma
SÖÖTÖ	Sürekli Öfke-Öfke İfade Tarz Ölçeği
SPSS	Statistical Package for Social Sciences
SSRI	Serotonin Geri Alım İnhibitörü
t	İki ortalama arası farkın önemlilik testi
TNSA	Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
\bar{X}	Ortalama değer
X^2	Ki kare testi
%	Yüzdelerik değer

ŒEKİLLER DİZİNİ

	Sayfa
Œekil 2.1. Premenstrual dönemin adet döngüsü ve hormon düzeyleriyle ilişkisi	9
Œekil 3.1. Araştırmanın uygulama şeması	43



TABLOLAR DİZİNİ

		Sayfa
Tablo 3.1.	PMSÖ ve Alt Boyutlarına İlişkin Bilgiler	40
Tablo 3.2.	Sürekli Öfke-Öfke İfade Tarz Ölçeği'ne İlişkin Bilgiler	42
Tablo 3.3.	Verilerin Değerlendirilmesinde Kullanılan İstatistiksel Yöntemler	44
Tablo 4.1.	Kadınların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı	46
Tablo 4.2.	Kadınların Menstruasyon ve Doğurganlık Özelliklerine Göre Dağılımı	47
Tablo 4.3.	Kadınların PMS Risk Faktörlerine Göre Dağılımı	48
Tablo 4.4.	Kadınların PMS Baş Etme ve Öfke Kontrolüne İlişkin Özellikleri	49
Tablo 4.5.	Kadınların PMSÖ'den Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı	50
Tablo 4.6.	Kadınların SÖÖTÖ Alt Ölçeklerinden Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı	50
Tablo 4.7.	Kadınlarda PMS Görülme Durumu ve PMSÖ Toplam Puan Ortalamalarının Dağılımı	51
Tablo 4.8.	Kadınlarda PMS Görülme Durumu ile Sosyo-Demografik Özellikler Arasındaki İlişkinin İncelenmesi	52
Tablo 4.9.	Kadınlarda PMS Görülme Durumu ile Menstruasyon Özellikleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi	53
Tablo 4.10.	Kadınlarda PMS Görülme Durumu ile Doğurganlık ve Menstruasyon Özellikleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi	54
Tablo 4.11.	Kadınlarda PMS Görülme Durumu ile PMS Risk Faktörleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi	56
Tablo 4.12.	Kadınlarda PMS Görülme Durumu ile Öfke Kontrolüne İlişkin Özelliklerin İncelenmesi	58
Tablo 4.13.	Kadınlarda PMS Görülme Durumu ile SÖÖTÖ Alt Ölçeklerinden Alınan Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi	59
Tablo 4.14.	Kadınların PMSÖ ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puanlar ile SÖÖTÖ Alt Ölçeklerinden Aldıkları Puanlar Arasındaki İlişki	60

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Kadınların üreme fonksiyonlarının döngüsel doğası, yaşamın doğal bir parçasıdır (168). Menstruasyon üreme çağındaki kadınlarda döngüsel olarak görülen ve kadın sağlığının önemli bir göstergesi olan fizyolojik bir olaydır (69, 126, 173). Menstruasyon fertilité yeteneğini gösteren evrensel bir deneyim olup, deneyimler bireysel olarak farklılık göstermektedir (121).

Menstrual sikluslar boyunca, meydana gelen döngüsel değişiklikler nedeniyle kadınlar çeşitli problemlerle karşı karşıya kalmaktadır (203). Bu süreçte en sık rastlanan sorunlar dismenore, PMS, menoraji ve düzensiz menstrual sikluslar olarak belirtilmektedir (149). Bu problemler arasında PMS en yaygın olarak karşılaşılan sorundur (69, 202). PMS üreme çağındaki kadınlarda menstrual siklusun luteal fazında ciddiyetini arttıran, menstruasyonun başlangıcından sonra birkaç gün içinde spontan olarak ortadan kalkan, kadınların günlük yaşantılarını önemli derecede etkileyen; duygusal, fiziksel ve davranışsal belirtileri tanımlamak için kullanılan bir terimdir (97, 156, 164, 181, 201).

Dünyada 40 milyondan fazla kadın bu probleme maruz kalmaktadır (72). İran'da kadınlar üzerinde yapılan bir çalışmaya göre kadınların %79.5'inde, Pakistan'da yapılan bir çalışmaya göre ise kızların %51'inde PMS görülmektedir (131, 163). Çin'de yapılan bir çalışmada ise kadınlarda PMS prevalansı %21.1 (156), Ürdün kadınları üzerinde yapılan bir çalışmada ise PMS prevalansı %80.2 olarak bulunmuştur (83). Türkiye'deki kadınlar üzerinde yapılan iki çalışmayı da değerlendiren bir metaanaliz çalışmasında PMS'nin prevalansı %47.8 (%32.6- %62.9) olarak belirtilmiştir. Yine aynı çalışmada premenopozal dönemde kadınlarda PMS prevalansı %20 ile 32, üreme çağındaki kadınlarda ise %30 ile 40 arasında değiştiği bildirilmektedir (61). Kadınların %90 kadarı hafif premenstrual semptomlara maruz kalmasına rağmen, yaklaşık %20'si ise günlük yaşamlarını önemli derecede bozan semptomlarla baş etmek zorunda kalmaktadır (63).

Premenstrual dönemde karşılaşılan bu semptomlar; öfkeye eğilim, sinirlilik, yorgunluk, aşırı uyuma, uykusuzluk, iştahta değişiklikler, cinsel istekte değişiklik, kaygı, huzursuzluk, duygu durum değişikliği, enerji azalması, karın ağrısı, sırt ağrısı,

bel ağrısı, baş ağrısı, nefes darlığı, ağlama atakları, değersizlik düşünceleri, unutkanlık, yalnızlık, şiddete eğilim, irritabilite, ekstremitelerde ve göğüslerde şişlik, göğüslerde hassasiyet, sıvı tutulumu nedeniyle kilo artışı, mide bulantısı, konstipasyon, olarak sayılabilir (44, 58, 69, 107,152, 162).

Günlük yaşantıyı olumsuz bir şekilde etkileyen öfke ve sinirlilik, PMS'nin en şiddetli ve en uzun süre devam eden semptomlarıdır (201). Pek çok çalışma öfke ve sinirliliğin en yaygın semptomlar olduğunu destekler niteliktedir (58,162, 179). Öfke, insanın doğuştan getirdiği ve yaşamın ilk yıllarında gelişen, doyurulmamış isteklere, istenmeyen sonuçlara ve karşılanmayan beklentilere karşı verilen son derece doğal, evrensel ve yaşamın devam edebilmesi için gerekli olan, kontrol edilebilen ve uygun bir şekilde ifade edildiğinde; kişilerarası iletişim üzerinde olumlu etkileri olan insani bir duygusal tepkidir (7, 20, 31, 71, 105, 118, 178). Öfkenin ortaya çıkışına ilişkin biyolojik kurama göre hormonların önemli bir etken olduğu düşünülmektedir (145). Menstrual döngü boyunca over hormonlarındaki dalgalanmalar uzun zamandan beri kadınların ruh halini belirleyen önemli bir etken olarak düşünülmüştür (172, 176). Kadınların döngüsel olarak hormonal dalgalanmalar yaşamaları nedeniyle duygu durum değişikliklerine daha yatkın oldukları bilinmektedir. Östrojen ve progesteron düzeyinde meydana gelen düşüş; geç luteal ya da premenstrual dönemde artan öfke, sinirlilik ve olumsuz duyguların nedeni olarak görülmektedir (172).

Öfke, PMS ve PMDD (Premenstrual Disforik Bozukluk) yaşayan bireylerde karşılaşılan önemli bir durumdur (162). Steiner ve diğ. (179) yaptıkları çalışmada çalışmaya katılanların yaklaşık yarısı (%48.3) ve PMDD kriterlerini karşılayanların neredeyse tamamı (%98) premenstrual öfke ve sinirlilik yaşamaktadır. Soyda Akyol ve diğ. (177) kadınlar üzerinde yaptığı çalışmada PMDD ile öfke arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Pearlstein ve diğ. (151) yaptığı çalışmaya göre en sık görülen PMDD semptomları yine kızgınlık ve sinirlilik (%76) olarak görülmektedir. Ducasse ve diğ. (63) 2016 yılında yaptıkları çalışmada PMS ile kadınların sürekli öfke düzeylerinin ilişkili olduğu belirtilmektedir. PMS veya PMDD olan kadınlarda menstrual siklusa bağımsız olarak agresif bir kişilik görülmektedir. Schemlezer ve diğ. (170) çalışmasında aktardığına göre İsviçre'de yapılan bir çalışmada, sinirlilik ve depresif ruh hali, PMS ile ilgili en yaygın semptomlar olarak bildirilmektedir.

Premenstrual dönemde görülen öfke kadınların ruh halini önemli ölçüde etkilemekte ve yaşam kalitelerinin bozulmasına neden olmaktadır (33). PMS semptomatolojisi ile öfke arasındaki ilişki konusunda kesin kanıtlar henüz sağlanamamış olsa da, yapılan çalışmalarda PMS ve öfke arasında önemli bir ilişki olduğu bildirilmektedir (176).

Günlük yaşantısında öfkesini kontrol edebilen kadınlar, premenstrual dönemde öfke kontrol yetisini kaybedebilmektedir. Bu da kadınların yaşamında birçok problemin ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Bu sebeplerden dolayı PMS ve öfke arasındaki ilişkinin incelenmesi ve olumsuz sonuçların engellenmesi için gereken önlemlerin alınması, müdahalelerin planlanması son derece önemlidir. PMS ve öfke arasındaki ilişkinin incelenmesine yönelik çalışmaların sınırlı olduğu görülmektedir. Bu yönü ile çalışmamızın literatüre katkı sağlayacağı düşünülerek; çalışmamız kadınlarda PMS ile sürekli öfke ve öfke ifade tarzları arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yapılmıştır.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu araştırma, Kütahya ilinde yaşayan 15-49 yaş grubu kadınlarda PMS görülme durumu ile sürekli öfke ve öfke ifade tarzları arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla planlanmıştır.

1.3. Araştırmanın Soruları

1. 15-49 yaş grubu kadınlarda PMS görülme durumu nedir?
2. 15-49 yaş grubu kadınlarda PMS görülme durumu hangi faktörlere göre farklılık göstermektedir?
3. 15-49 yaş grubu kadınlarda PMS görülme durumu ile sürekli öfke ve öfke ifade tarzları arasında ilişki var mıdır?

2. GENEL BİLGİLER

Kadınların üreme fonksiyonlarının döngüsel doğası sonucu olarak kadınlarda birtakım fiziksel ve psikolojik değişiklikler meydana gelmektedir. Menstruasyon da bu değişikliklerden biridir (168). Menstruasyon, kadının üreme hayatında görülen normal bir fizyolojik olaydır (69, 126). Aynı zamanda kadın sağlığının önemli bir göstergesidir (173). Menstruasyon ortalama 4-5 gün sürmektedir. Menstrual siklusun ortalama uzunluğu ise 28 gündür (69, 96). Menstrual siklus menarştan menopoza kadar üreme çağı boyunca (ortalama 36 yıl) devam etmektedir. Bu dönemde yaklaşık 400 menstrual döngü meydana gelmektedir (96, 133).

Menstrual sikluslar boyunca, kadınlar meydana gelen döngüsel değişiklikler nedeniyle birtakım sorunla karşı karşıya kalmaktadır (203). Menstruasyonla ilişkili olarak en sık rastlanan sorunlar dismenore, PMS, menoraji ve düzensiz sikluslar olarak belirtilmektedir (149). Bu problemler arasında PMS en yaygın olarak görülen sorunlardan biridir (69, 202). PMS, menstrual siklus ile ilişkili olarak, over fonksiyonlarında meydana gelen değişiklikler sonucunda ortaya çıkmaktadır (2, 96). Özellikle semptomlar menstrual siklusun luteal fazında artış göstermekte ve menstruasyonla birlikte ortadan kalkmaktadır (96). Hormonal dalgalanmaların sonucunda meydana gelen bu durum kadınların fiziksel ve duygusal durumunu etkilemesinin yanı sıra günlük faaliyetleri ve iş yaşantısını da engellemektedir (2, 202).

2.1. Premenstrual Sendrom

2.1.1. Premenstrual Sendrom Tanımı

PMS yaşa bakılmaksızın, üreme çağındaki tüm kadınların karşılaştıkları en yaygın problemlerden biri olarak karşımıza çıkmaktadır (150). PMS üreme çağındaki kadınlarda menstrual siklusun luteal fazında ciddiyetini arttıran, menstruasyonun başlangıcından sonra birkaç gün içinde spontan olarak ortadan kalkan, kadınların günlük yaşantılarını önemli derecede etkileyen; duygusal, fiziksel ve davranışsal belirtileri tanımlamak için kullanılan bir terimdir (97, 156, 164, 181, 201). PMS menapozla birlikte hafifleyen genç ve orta yaş grubundaki kadınları etkileyen bir bozukluktur (146). Bu bozuklukla ilişkili olarak kadınların %80'inde fiziksel, psikolojik veya davranışsal semptomlardan bir veya daha fazlası günlük aktivite ve yaşantıda önemli bozulmalara neden olmaksızın deneyimlenmektedir (78).

Premenstrual dönemde ortaya çıkan semptomlar sinirlilik, öfkeye eğilim, yorgunluk, aşırı uyuma, uykusuzluk, iştahta değişiklikler, cinsel istekte değişiklik, kaygı, huzursuzluk, duygu durum değişikliği, enerji azalması, karın ağrısı, sırt ağrısı, bel ağrısı, baş ağrısı, nefes darlığı, ağlama atakları, değersizlik düşünceleri, unutkanlık, yalnızlık, şiddete eğilim, iritabilite, ekstremitelerde ve göğüslerde şişlik, göğüslerde hassasiyet, mide bulantısı, konstipasyon ve sıvı tutulumu nedeniyle kilo artışı olarak sayılabilir (44, 58, 69, 107, 152, 162).

Semptomlar kişiden kişiye değişiklik göstermekle birlikte ve her siklusta farklı olarak da ortaya çıkabilmektedir (2). Belirtiler menstruasyondan 1-2 hafta önce başlamakta (menstrual siklusun luteal fazında) ve menstruasyonun başlangıcı ile hızla düşüş göstermektedir (165). Meydana gelen semptomlar, etkilenen kadınların yaşam kalitesini önemli ölçüde etkilemektedir. Bireylerin kişilerarası ilişkilerinde, aile ve sosyal yaşamında bozulmalara neden olmaktadır (46, 97).

PMS görülen kadınlar ile PMS görülmeyen kadınlar karşılaştırıldığında; PMS'li kadınlarda iş verimliliğinde azalma, işe devamsızlık ve sağlık hizmeti kullanımında artış olduğu bildirilmiştir. Ayrıca bu durum ülke ekonomisinde de ciddi kayıplara neden olmaktadır (46, 97).

2.1.2. Premenstrual Sendrom Tarihçesi

PMS üreme çağındaki kadınları etkileyen, yaygın olarak görülen, biyolojik, psikolojik ve sosyal parametreleri olan bir psiko-nöro-endokrin bozukluktur (73, 86, 93, 165).

Antik zamanlardan beri kadınların ruh hali ve davranışları ile ilgili klinik olarak önemli premenstrual semptomların görüldüğü bilinmektedir (99). Antik Yunanlılarda ise "histeri" terimi menstrual disfonksiyonu tanımlamak amacıyla kullanılmıştır (128). Kahun papirüsünde (MÖ 1850) alt karın ağrısı ile şişkinlik ve tedavisinden bahsedilmektedir. Ebers papirüsünde (MÖ 1526-1505) menstruasyon ve diğer jinekolojik hastalıklara ilişkin çeşitli reçeteler yazılmıştır (125).

PMS'nin tarihçesine bakıldığında meydana gelen değişikliklere göre PMS dört dönemde incelenmektedir. Bunlardan birincisi Hipokrat'ın endişeleri (MÖ 370) ile premenstrual gerginliğe kadar süren dönemdir. Bu dönemde ilk defa premenstrual

semptomlar tanımlanmış ve bu problem anlaşılmaya başlamıştır. İkinci dönem premenstrual gerginlikten PMS'ye kadar olan dönemi kapsamaktadır. Bu dönemde de over hormonları ve premenstrual dönemde meydana gelen semptomlar arasındaki ilişki tanımlanmıştır. Üçüncü dönem ise PMS'den Amerikan Psikiyatri Birliği'nin (APA) PMDD tanımlamasına kadar geçen dönemi kapsamaktadır. Bu süreçte premenstrual bozuklukların tanımlanması için çalışılmış ve bu durumun bir nedeni olarak görülen progesteron eksikliği araştırılmış ve kabul edilmemiştir (132).

Pliny (MS 79), premenstrual dönemde belirgin davranış değişikliklerinden bahsetmiştir. Haly Abass Majoosi (MS 930-994), adet öncesi dönemde, menstruasyondan birkaç gün önce vücut ağırlığı artışı, beslenmede değişiklik, karın şişkinliği, baş ağrısı gibi semptomların varlığını ifade etmiştir. İtalyan bilim adamı Padua (MS 1100), PMS ile ilgili olarak ilk akademik tanımı yapmış ve kadınların premenstrual dönemde rahatsızlık duyduklarını, acı çektiklerini ifade etmiştir (125).

Premenstrual semptomlara ilişkin ilk tanımlamalar Torah (Tevrat), Talmud (Yahudilerin dini kanunlarına ilişkin metinler) veya Hipokrat'ın eserlerinde bulunmaktadır. Hipokrat öncesinde PMS ile ilgili bilgilere ulaşılması oldukça zordur. Literaürde Halbreich şiddetli PMS semptomlarına ilişkin üç tanımdan bahsetmektedir (132). Bunlardan ilki Salerno Trotula (MS 1100), semptomların zamanla olan ilişkisini tanımlamıştır. Ortaya çıkan semptomların menstruasyonun başlamasıyla kaybolduğundan bahsetmiştir (125, 132). İkincisi 16.yy da İtalyan Giovanni da Padua tarafından yapılmış, menstruasyon ve depresyon arasındaki ilişki açıkça ifade edilmiştir (132). Üçüncü olarak İngilizce doktor James Cowles Prichard ise bazı kadınların premenstrual dönemde oldukça sinirli, öfkeli, kaprisli ve hoşgörüsüz olduğunu, duygusal değişiklikler yaşadıklarını ve kavgaya meyilli olduklarını ifade etmektedir (125, 132).

1930'lu yıllarda kadınlarda meydana gelen semptomların premenstrual dönemdeki gerginliğinden kaynaklandığı anlaşılmıştır (120). PMS ile ilgili ilk yazılı tanım 1931 yılındadır (8, 16). İlk olarak 1931 yılında Amerika'lı jinekolog Robert Tilden Frank tarafından bu durum "Premenstrual gerginlik sendromu" olarak tanımlanmıştır. Aynı zamanda Alman psikanalist Karen Horney'de 1931'de menstruasyon başlangıcı ile hafifleyen ve östrojen ile ilişkilendiren hem fiziksel hem

de psikolojik belirtileri tanımlamıştır (55, 125, 128, 132, 134, 143). Ayrıca Frank ve Horney PMS'nin olası fizyopatolojik kökenleri ve bazı tedavi şekillerinden bahsetmişlerdir (149).

1950'lerde ortaya çıkan PMS geniş semptomları kapsamakta idi (120). Raymond Green ve Katharina Dalton 1953 yılında İngiliz Tıp Dergisinde yayınlanan bir makalede ilk olarak PMS terimini kullanmış ve aynı zamanda PMS tanımını genişletmişlerdir (125, 128, 143).

Moos tarafından 1968 yılında "Moos Menstrüel Distres Anketi"ni geliştirilmiştir. Kantero ve Widholm 1971 yılında PMS konusundaki genetik yatkınlığa dikkat çekmiştir. Premenstruel gerginlik sendromu, 1980'li yıllarda tıbbi tedavide popüler hedef haline gelmiştir. On yedinci ve on sekizinci yüzyıllarda hekimler çeşitli premenstrual şikâyetlerden bahsetmişlerdir (125). Ağır semptomlarla seyreden PMS, APA tarafından 1980'lerde Geç Luteal Faz Disforik Bozukluk olarak tanımlanmıştır. 1994 yılında ise Mental Bozuklukların Teşhis ve İstatistiksel El Kitabı, 4. baskı (DSM-IV) içinde PMDD olarak ortaya çıkmıştır (120, 128, 177).

2.1.3. Premenstrual Sendrom Etiyolojisi

PMS uzun zaman önce tanımlanmasına rağmen etiyolojisi tam olarak bilinmemektedir (58, 88, 150). Literatürde hormonal, genetik, psikososyal ve yaşam tarzı ile ilgili faktörlerin etkili olduğu düşünülmektedir (12, 165).

PMS ortaya çıkışı ile ilgili farklı teoriler bulunmaktadır (55, 145). Progesteron-östrojen arasındaki dengesizlik, endojen opiat peptitlerde azalma, azalmış serotonin seviyeleri, prostoglandinlerin aşırı salgılanması, magnezyum (Mg), kalsiyum ve vitamin eksikliği, renin-anjiotensin-aldesteron dengesizliği, tiroid fonksiyon bozuklukları PMS'in ortaya çıkış nedenlerine ilişkin (92, 107, 132). Ayrıca genetik faktörler, diyetteki değişiklikler, ilaçlar, yaşam tarzı ve stres gibi faktörlerin de PMS üzerinde etkili olduğu düşünülmektedir (81, 150, 181).

2.1.3.1. Ovaryan Hormonların Dalgalanması

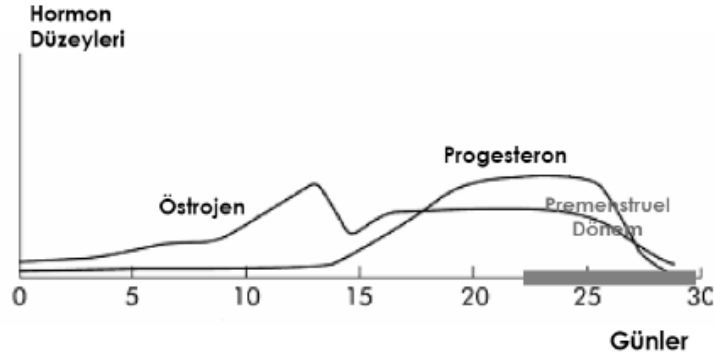
PMS'li kadınlar menstrual sıklusta ortaya çıkan hormonal düzey değişikliklerine karşı aşırı duyarlıdırlar (88, 164). PMS ile ilişkili semptomların ortaya çıkışında over hormon seviyelerinin etkili olduğu ifade edilmektedir (91, 164).

Yapılan çalışmalar, menstrual siklus sırasında ortaya çıkan östrojen ve progesteron düzeylerindeki döngüsel değişikliklerin premenstrual dönemde görülen semptomları tetiklediğini ileri sürmektedir (88, 200).

Frank, 1931 yılında ilk kez kandaki steroid hormonların normalden yüksek seviyede olmasının PMS'nin sebebi olabileceğini ifade etmiştir. 1950 yılında Dalton luteal fazda progesteron yetmezliğinin PMS nedeni olabileceğinden bahsetmiştir (23). Ayrıca progesteronun PMS üzerindeki rolüne ilişkin teori ilk kez Dalton tarafından bir cinayet davasında savunma amaçlı olarak öne sürülmüştür (8).

1980'lerden bu yana da PMS semptomlarını tetikleyen faktör olarak, korpus luteum tarafından üretilen progesteronun olduğu düşünülmektedir (160). PMS, progesteron duyarlılığının arttığı kadınlarda nörotransmitter işlev bozukluğuna bağlı olarak ortaya çıkabilmektedir (175). Ancak progesteronun rolü bu durumu açıklamada tam olarak net değildir (160). Yapılan çalışmalarda premenstrual bozuklukların etiolojisinde progesteron fazla ya da eksikliği için tam olarak kanıt bulunamamış, premenstrual bozukluk tanısı alan kadınların genel popülasyondan daha yüksek östrojen veya progesteron düzeyine sahip olmadığı görülmektedir (88, 160).

Over hormon düzeyleri tek başına premenstrual bozuklukların etiolojisini tam olarak açıklayamamaktadır. Premenstrual dönemde ortaya çıkan değişikliklerin ise östrojen ve progesteronun serotonin, γ -aminobütirik asit ve dopamin sistemleri üzerindeki etkisine bağlı olarak ortaya çıktığı düşünülmektedir (88). Progesteron metabolitlerinin psikoaktif özelliklere sahip olduğu bilinmekte ve hayvanlarda sedasyon üretmek için kullanılmaktadır (160). Ayrıca östradiol; ruhsal durum, uyku, yeme ve diğer davranış yönlerini düzenleyen çok sayıda nörotransmitter üzerinde etkili olmaktadır (84). Bu durumlar göz önünde bulundurulduğunda progesteron metabolitinin duygusal ve fiziksel semptomlarının oluşumunu etkilediği düşünülmektedir (160).



Şekil 2.1. Premenstrual dönemin adet döngüsü ve hormon düzeyleriyle ilişkisi.

Türkçapar ve Türkçapar (192)'dan alınmıştır

2.1.3.2. Endojen Opiat Peptidlerde Azalma

Vücutta oldukça geniş dağılım gösteren endorfinler biyogenik aminleri inhibe ettiklerinden ruh halini etkilemesinin yanı sıra, iştah ve susama gibi durumlar üzerinde de etkili olabilmektedirler. Bunun yanı sıra hormon sekresyonlarını da etkileyerek davranışlarda, uyku durumunda, ısı regülasyonunda etkili olmakta ve barsak fonksiyonlarını da değiştirmektedirler. Normal bir menstrual siklus sürecinde endorfin luteal fazda artmakta, foliküler fazda ise azalmaktadır (23). Endojen opioidler özellikle stresin algılanmasında görev almaktadır. Opiat seviyesi arttığında bireyin ağrı eşliğinde artma görülür, kendini daha iyi hisseder ve pozitif düşünceleri artış gösterir (79).

Bireyde akut opiat kesilmeleri durumunda ise hiperiritabilite ve agressivite gibi semptomlar ortaya çıkmaktadır. Normal bir siklusta endorfin düzeyinin artması gerekirken PMS'de luteal fazda endorfinlerin düşmesi ile kişiler endorfinlerine karşı yoksunluk sendromu yaşamaktadır (23).

2.1.3.3. Gamma - Aminobütirik Asit (GABA)

Yapılan son çalışmalarda, semptomların oluşumunun sadece progesteronun kendisinden kaynaklanmadığı görülmektedir (84, 160). Ancak progesteronun nöroaktif metabolitlerinin ruh halini ve davranışları etkilediği bilinmektedir (160).

Beyinde bulunan ana inhibitör nörotransmitter olan GABA, merkezi sinir sisteminde yaygın olarak bulunan bir nörotransmitterdir ve açıkça stres, kaygı, uyanıklık ve nöbetlerin önemli bir regülatörüdür (128, 160). Progesteron,

allopregnanolon ve pregnanolone gibi güçlü nöroaktif steroidler oluşturmak üzere metabolize olmaktadır. Benzodiazepinler ve barbitüratlar gibi, allopregnanolon da GABA-A reseptörlerine bağlanmaktadır (128). Progesteronun ana metaboliti olan allopregnanolone, GABA-A reseptörlerine bağlanarak bu reseptörlerin duyarlılığını arttırmaktadır (123). Allopregnanolon düzeyinde meydana gelen azalma ya da duyarlılığın, anksiyete, sinirlilik ve depresyon gibi çeşitli PMS belirtileri ile ilişkili olduğu düşünülmektedir (128). Ayrıca PMS'li kadınların, PMS'li olmayan kadınlara kıyasla hem foliküler hemde luteal fazla allopregnanolon düzeylerinin daha düşük olduğu bulunmuştur (91, 123).

2.1.3.4. Serotonin

Bir beyin nörotransmitteri olan serotonin, ruh hali, yeme, uyarılma, ve kaygı düzenlemesinde önemli rol oynamaktadır (128, 160). Serotonerjik fonksiyon PMS'li kadınlarda adet döngüsünün luteal evresi boyunca değişiklik göstermektedir (160). PMS etiolojisindeki serotoninin rolü incelendiğinde; PMS'li kadınlarda orta ve geç luteal safhada kan serotonin düzeyinin azalmış olması bu görüşü de desteklemektedir (69, 123). Serotoninin azalmasıyla çeşitli semptomlar ortaya çıkmaktadır. Bu semptomlar; depresyon, ruh hali değişiklikleri, sinirlilik, kendini iyi hissetmeme, uyku bozukluğu, anksiyete, saldırganlık, azalmış ağrı eşiği, karbonhidratlı yiyeceklere istek ve konsantrasyon bozukluğu şeklinde sıralanmaktadır (160). PMS ve PMDD'li bireylerde serotonerjik iletimdeki sapmaların daha çok görüldüğü gözlemlenmektedir (128). Depresyon vakalarında santral sinir sisteminde serotonin eksikliğinin olduğu bilinmektedir. PMS'de de depresif belirtiler görülmesi nedeniyle serotoninin PMS etiolojisinde önemli bir rolü olduğunu düşündürmektedir (23).

Beyindeki serotonerjik aktivite östrojen ve progesterondan etkilenmektedir (160). Hormon düzeylerinde meydana gelen değişiklikler serotonin gibi nörotransmitterleri etkilemektedir (1, 117). Östrojenin serotonerjik nörolojik fonksiyonu etkilemesi nedeniyle de serotoninin PMS üzerinde etkili olduğunu düşündürmektedir (200). Ducasse ve diğ. (63) yaptıkları çalışmada, serotonin sisteminin hem PMS/PMDD hem de intihar davranışında önemli bir rol oynadığı belirtilmektedir. Yapılan hayvan deneyleri sonucunda serotoninin sinirlilik ve saldırganlık üzerinde inhibe edici bir etkisinin olduğu görülmektedir (87).

2.1.3.5. Prolaktin

Prolaktinin PMS etiolojisinde rol oynadığı düşünülmektedir. Bunun nedenlerine bakıldığında; prolaktin su, sodyum ve potasyum tutulumunda görevli olmasının yanı sıra meme üzerinde etkili olduğu için PMS’de meme semptomlarının ortaya çıkışından sorumlu tutulmaktadır (122).

2.1.3.6. Prostaglandinler

PMS etiolojisinde foliküler fazda ve luteal fazda oluşan prostaglandin metabolizmasında değişikliklerin etkili olduğu belirlenmiştir (79). Bu bozukluğun ortaya çıkışının prostaglandin yetmezliğinden kaynaklanabileceği düşünülmektedir (23). PMS semptomlarını azaltmada prostaglandin inhibitörü tedavisinin etkili olduğu bildirilmektedir (122). Ancak halen değişikliklerin asıl sebebi tamamen belirlenememiştir (79).

2.1.3.7. Magnezyum Eksikliği

1983 yılında Abraham, PMS etiolojisinde Mg yetersizliğinin etkili olduğunu öne sürmüştür (23). PMS’li kadınlarda Mg düzeyleri, PMS görülmeyen kadınların Mg düzeylerinden daha düşük bulunmuştur. Mg serotonin ve diğer nörotransmitterlerin yanı sıra vasküler kontraksiyon, nöromusküler fonksiyonda önemlidir (167). Mg eksikliği ruhsal durum üzerinde olumsuz yönde etkili olmaktadır. Ayrıca adele spazmları, bulantı, tremor gibi şikâyetlere neden olmaktadır. Bu nedenle PMS ortaya çıkışında Mg eksikliğinin etkili olabileceği düşünülmektedir (23).

2.1.3.8. Pridoksin eksikliği

Vitamin B6 bazı nörotransmitterlerin sentezinde önemli bir kofaktör olmasının yanı sıra vücuttaki Mg düzeyinin ayarlanmasında da görev almaktadır. Ayrıca dopamin ve serotonin biosentezinde koenzim rolü oynadığından semptomların ortaya çıkmasına neden olabileceği düşünülmektedir (23). Bu nedenle pridoksin eksikliğinin PMS semptomlarını tetiklediği düşünülmektedir (30, 91).

2.1.3.9. Renin-Anjiyotensin-Aldosteron

Normal bir menstrual siklusta renin, anjiyotensin ve aldosteron seviyesi yükselmektedir. Bu yükselişin, aldosteronu bloke eden progesteronun natriüretik etkisi

ile meydana geldiği düşünülmektedir (122). Premenstrual dönemde meydana gelen sıvı retansiyonuna bağlı oluşan fiziksel semptomlar (örn. kilo alımı ve göğüslerde gerginlik) ve emosyonel semptomların bazıları renin/anjyotensin ve aldosterondaki yükselmeye bağlı ortaya çıkmaktadır (8). Ayrıca östrojen ve progesteronun etkileri ile renin-anjyotensin-aldosteron sisteminde meydana gelen değişiklikler luteal fazda ortaya çıkan şişkinlik ve şişme olaylarını açıklayan nedenler arasında bulunmaktadır (88).

2.1.3.10. Tiroid Fonksiyon Bozukluğu

Hipotiroidinin PMS'li hastaların büyük bir kısmında subklinik olarak görüldüğü saptanmıştır. Bu hastalar tiroid hormonu ile desteklendiğinde ise semptomların azaldığı bildirilmektedir. Ancak tiroid fonksiyon bozukluğu tam anlamıyla PMS'nin nedeni olarak kabul edilmemektedir. Bu durum PMS ve subklinik hipotiroidinin birlikte görülebileceğini düşündürmektedir (23).

2.1.3.11. Genetik

Adölesan dönemdeki kızların ve annelerinin yaşadıkları PMS semptomlarının benzerlik göstermesi ve PMS'nin monozigot ikizlerde dizigotik ikizlerden daha fazla görülmesi nedeniyle genetik faktörlerin PMS oluşumunda etkili olduğu düşünülmektedir (23, 35).

2.1.4. Premenstrual Sendrom Semptomları

Üreme çağında menstruasyon gören kadınların büyük çoğunluğu bir ya da daha fazla premenstrual semptom yaşamaktadır (1, 55, 63, 74). Hussein ve diğ. (90) yaptığı çalışmada kızların %89'u en az bir premenstrual semptom yaşadığını ifade etmiştir. Kadınların %90 kadarı hafif premenstrual semptomlara maruz kalırken; yaklaşık %20'si ise günlük yaşamlarını önemli derecede etkileyen semptomlara maruz kalmaktadır (63). Dünyada ise 40 milyondan fazla kadında PMS semptomlarının görüldüğü bildirilmektedir (72).

PMS'nin yaygın olarak görülen pek çok fiziksel, davranışsal ve psikolojik semptomu bulunmaktadır. Bu semptomlar kişiden kişiye değişmekte ve hatta aynı kişinin deneyimi aydan aya bile farklılık göstermektedir (54). 300'den fazla fiziksel, psikolojik, duygusal, davranışsal ve sosyal belirtinin PMS ile ilişkili olduğu

gösterilmektedir (72). PMS semptomları fiziksel, psikolojik ve davranışsal semptomlar şeklinde 3 sınıfta gruplandırılmaktadır.

2.1.4.1. Fiziksel Semptomlar

Meme hassasiyeti veya şişme, ödem, sıvının tutulması nedeniyle kilo artışı, karında şişkinlik, yorgunluk, baş dönmesi, mide bulantısı ve kusma, akne veya mevcut deri hastalıklarının kötüleşmesi, kas ağrıları, eklem ağrıları, karın ağrısı, bel ağrısı, sırt ağrısı, baş ağrısı, pelvik ağrı, iştah değişikliği ve konstipasyon gibi fiziksel semptomlar görülmektedir (12, 69, 81, 83, 86, 96, 101, 144).

2.1.4.2. Psikolojik Semptomlar

İrritabilite, üzüntü, öfke, sinirlilik, kızgınlık, gerginlik, kaygı, duygusal değişkenlik, ruh hali değişiklikleri, huzursuzluk, unutkanlık, yalnızlık hissi anksiyete, uykusuzluk ya da aşırı uyku hali, kendine güvenin azalması ve konsantrasyonda azalma gibi psikolojik semptomlar görülmektedir (58, 69, 83, 86, 101, 127, 162, 170).

2.1.4.3. Davranışsal Semptomlar

Uykusuzluk, seksüel ilgide değişiklik, koordinasyon kaybı, çalışma performansında değişiklik, ağlama nöbetleri, kişilerarası ilişkilerde bozulma, alkol ve ilaç kullanma eğilimi, intihar girişimi, letarji, libido artışı ya da azalması gibi davranışsal semptomlar görülmektedir (12, 69, 81, 83, 101, 144).

2.1.5. Premenstrual Sendrom Risk Faktörleri

Literatürde PMS'yi tetikleyen çeşitli risk faktörleri bulunmaktadır. Genç yaş, ırk, sosyo ekonomik düzey, eğitim düzeyi, medeni durum, anormal beden kitle indeksi, kahve tüketimi, alkol kullanımı, sigara kullanımı, birinci derece akrabalarda PMS öyküsü, erken menarş, ağır çocukluk travması, cinsel ve fiziksel taciz, stres gibi faktörler PMS'yi tetiklemektedir (5, 6, 26, 83). Bunlara ek olarak, literatürdeki pek çok çalışmada yaşam tarzı, yetersiz fiziksel aktivite, yetersiz B vitamini D vitamini ve kalsiyum alımı, sağlıksız diyet ve yüksek sodyum veya kafein alımı, hormonal dengesizlik, tiroid işlev bozukluğu, hipoglisemi, sıvı tutulumu gibi faktörlerin de PMS'yi tetikleyen faktörler arasında bulunduğu görülmektedir (6, 83, 92, 101, 166).

2.1.6. Premenstrual Sendromda Tanı

PMS tanısının koyulabilmesi için üç önemli bulgunun varlığı gerekmektedir. Bunlardan birincisi, ortaya çıkan semptomlar luteal fazda ortaya çıkmakta ve menstruasyonun başlangıcı ile semptomlar kendiliğinden ortadan kalkmalıdır (81, 88). İkincisi farklı nedenlere bağlı olmadan semptomlar birden fazla menstrual siklus sürecinde döngüsel olarak ortaya çıkmaktadır (88). Üçüncüsü ise premenstrual semptomlar kadınların günlük yaşam aktivitelerini önemli derecede engellemekte ve yaşam kalitesinin düşmesine neden olmaktadır (81).

PMS tanılanmasında üç güncel yaklaşım bulunmaktadır. DSM-IV, Amerikan Obstetrik Jinekologlar Birliği (ACOG) ve DSÖ (Dünya Sağlık Örgütü)'nün Uluslararası Hastalık Sınıflaması (ICD-10)'dır (73). DSÖ tarafından önerilen PMS sınıflandırması, belirtilerin fiziksel doğasının üzerinde dururken APA ve ACOG tarafından yayınlanan PMS tanılama yönergeleri, hem duygusal hem de fiziksel semptomlar üzerine odaklanmaktadır (170).

ACOG, PMS'yi bir kadının sosyal, akademik veya iş performansında bozukluğa neden olan en az bir duygulanım belirtisi ve bir somatik belirtinin görüldüğü bir durum olarak tanımlamıştır (88). ACOG tarafından geliştirilen orta-şiddetli PMS için tanısal kriterler, önemli bir bozulmaya neden olan en az bir psikolojik veya fiziksel semptomun varlığını gerektirmektedir (123). Duygulanım belirtilerinden (depresyon, öfke patlamaları, anksiyete, sinirlilik konfüzyon ve sosyal geri çekilme) ve somatik semptomlardan (göğüs hassasiyeti, abdominal şişkinlik, baş ağrısı ve ekstremitelerin şişmesi) herhangi birini içermesi gerektiğini öne sürmüştür (126). Bu semptomlar, menstruasyon başlangıcından önceki beş gün boyunca, üç ardışık adet döngüsünde ortaya çıkmalıdır. Ortaya çıkan semptomlar, adet döneminin başlangıcından itibaren dört gün içinde çözülmeli ve en az on üç gün boyunca tekrarlamaması gerekmektedir (123, 126). Ayrıca semptomlar farmakolojik tedavi, hormon kullanımı, ilaç ve alkol kullanımına bağlı olarak ortaya çıkmamalıdır. Kişi meydana gelen semptomlar nedeniyle sosyal ya da ekonomik performansının olumsuz etkilenmesinden yakınmalıdır (9, 28).

PMDD için DSM-IV tanı kriterlerine göre semptomlar primer ve diğer semptomlar olmak üzere ikiye ayrılmıştır (10).

Primer semptomlar;

1. Belirgin bir şekilde depresif ruh hali, umutsuzluk, üzüntü duyguları ya da kendini değersiz hissetme
2. Belirgin bir şekilde anksiyete ve gerginlik
3. Duygulanımda değişiklik (aniden üzgün veya ağlamaklı hissetme)
4. Kalıcı ve belirgin öfke veya sinirlilik, artan kişiler arası çatışmalardır.

Diğer semptomlar;

1. Arkadaş ve hobiler gibi günlük faaliyetlere olan ilginin azalması
2. Dikkat toplama güçlüğü
3. Letarji, kolay yorulma veya belirgin seviyede enerji eksikliği
4. Belirgin iştah değişikliği, aşırı yeme veya belirli yiyeceklere karşı istek artışı
5. Aşırı uyuma veya uykusuzluk
6. Baş etmede yetersizlik ya da kontrol kaybı duygusudur.
7. Diğer fiziksel semptomlar (örneğin göğüs hassasiyeti, şişme, kilo alma, baş ağrısı, eklem veya kas ağrısı)

Son bir yıl içerisinde aşağıda belirtilen semptomlardan en az beş tanesinin (primer semptomlardan en az birini içeren) menstrual siklusun luteal fazında meydana gelmesi, ortaya çıkan semptomların menstrual kanamanın başlaması ile çözülmesi, menstruasyon sonrasındaki bir hafta içerisinde semptomların görülmemesi gereklidir.

Semptomlar; iş, okul, günlük faaliyetler veya kişilerarası ilişkileri belirgin bir şekilde etkilemektedir. Semptomlar, majör depresif bozukluk, panik bozukluk, distimik bozukluk veya kişilik bozukluğu gibi başka bir hastalığın alevlenmesi olarak ortaya çıkmamalıdır. Yukarıda belirtilen kriterler, menstrual siklus içerisinde günlük değerlendirme ile en az iki ardışık menstrual döngüde görülmesi ile teyit edilmelidir (10).

ICD 10 sınıflamasına göre PMS tanısının koyulabilmesi için hafif ruhsal huzursuzluk, şişkinlik hissi ve kilo alma, memelerde hassasiyet, el ve ayaklarda şişme, kas ve eklem ağrısı, konsantrasyonda azalma, anksiyete ve duygusal değişkenlik, uyku

bozukluğu, iştah değişikliği ve bazı gıdalara karşı istek şeklinde belirtilen semptomlardan birinin olması tanılama için yeterlidir (189).

2.1.7. Premenstrual Sendromda Tedavi

PMS tedavisinde, birçok nonfarmakolojik ve farmakolojik tedavi yöntemi kullanılmaktadır (83). Uygulanan nonfarmakolojik ve farmakolojik tedavi yöntemlerinden sonuç alınmaması durumunda ise cerrahi tedavi düşünülmektedir (81).

Farmakolojik tedavi yöntemleri arasında ise kombine oral kontraseptifler, östrojen, progesteron ve progestojenler, danazol, GnRH (Gonodotropin Releasing Hormon) analogları, antidepresanlar, diüretikler, kalsiyum, Mg, B6 vitamini, D vitamini ve E vitamini bulunmaktadır.

PMS'li bireylere hafif semptomlar için yaşam tarzı değişiklikleri, diyet değişiklikleri veya takviyeleri önerilirken, orta ve şiddetli semptomların görüldüğü durumlarda ilaç kullanımı da dâhil olmak üzere çeşitli tedavi seçenekleri önerilmektedir (83, 86, 127).

2.1.7.1. Tamamlayıcı ve Nonfarmakolojik Tedavi Yöntemleri

Nonfarmakolojik tedavi yöntemleri arasında yaşam tarzı değişiklikleri, egzersiz, beslenme, bitkisel preparatlar, bilişsel davranışçı terapi ve sosyal destek bulunmaktadır (91). Bu tamamlayıcı ve alternatif tedavilerin PMS'li kadınlarda semptomlar üzerinde hafifletici etkisi bulunduğu belirtilmektedir (205).

2.1.7.1.1. Yaşam Tarzı Değişiklikleri

PMS ile baş etmede ve PMS yönetiminde yaşam tarzı değişikliklerinin önemli bir yeri bulunmaktadır. Yeterli dinlenme, fiziksel aktivite ve egzersiz, düzenli sıcak banyolar, vitaminlerin takviyeleri ve aşırı strese neden olan faktörlerden uzak durulması PMS'li kadınlar için önerilmektedir (22, 69, 161). Mümkün olduğunca premenstrual dönemde stresi azaltmak için çaba gösterilmelidir (35). Ayrıca pozitif başa çıkma teknikleri PMS'nin fiziksel ve psikolojik semptomlarının şiddetini hafifletmede etkili olduğundan kadınlara önerilmektedir (69).

Aerobik egzersizlerin premenstrual duyu durum belirtilerini azaltması sebebiyle PMS'li kadınlara tavsiye edilmektedir (161). Egzersizin PMS semptomları olan meme hassasiyeti, sıvı retansiyonu ve stres gibi şikâyetlerin azaltılmasında da etkili olduğu bildirilmektedir. Aynı zamanda kadınlarda depresyonun azalmasına yardımcı olmaktadır (23). Dolayısıyla haftada 3-4 kez 20-30 dakika aerobik egzersiz önerilmektedir (35). Samadi ve diğ. (168) yaptıkları çalışmaya göre aerobik egzersiz PMS semptomlarını azaltmada etkili olarak bulunmuştur. Aynı zamanda PMS semptomlarını azaltma ve tedavide kullanılabileceği belirtilmiştir.

Diyet değişikliği semptom şiddeti üzerinde belirgin bir etkiye sahip olabilir. Kafein ile premenstrual irritabilite ve uykusuzluk arasındaki ilişki nedeniyle kadınlara semptomları azaltmak için kafein kısıtlaması tavsiye edilmektedir (69). Şişkinlik, sıvı tutulumu, göğüslerde meydana gelen şişkinlik ve hassasiyet gibi semptomların en aza indirgenmesi için sodyum kısıtlamaları önerilmektedir (30, 69). Karbonhidratların serotonin düzeyini arttırması nedeniyle PMS semptomlarını azaltacağı düşünüldüğünden diyetin karbohidratlardan zengin olması önerilmektedir (23, 159).

2.1.7.1.2. Bitkisel Preparatlar

Bitkisel preparatlar, premenstrual semptomları tedavi etmek için uzun süredir kullanılmaktadır (91).

Vitex agnus-castus, Güney Avrupa'da yetişen küçük bir ağaç veya çalı türüdür (30). Etki mekanizması tam olarak bilinmemektedir (35). Dopamin agonisti gibi etki göstererek folikül uyarıcı hormon ve prolaktin düzeylerinin azalmasını sağlamaktadır (192). Vitex agnus-castus özleri potansiyel olarak gonadotropinlerin yanı sıra östrojenin azaltıp ve progesteron, prolaktin ve dopamin düzeylerinin artmasını sağladığı düşünülmektedir (34, 35). Vitex agnus-castus, kullanımının, yetişkinlerde ağrı, sıvı tutma ve mastalji gibi PMS semptomlarını azalttığı belirtilmektedir (161).

Mabet ağacı (Ginkgo biloba) kullanımı sonucunda kadınların meme hassasiyeti, sıvı tutulumu ve ruhsal değişiklikler gibi bazı PMS semptomlarının azaldığı bildirilmektedir. Trombosit aktive edici faktörü inhibe etmesi nedeniyle, kanama riskinin artmasına neden olmaktadır. Bu nedenle ginkgo biloba kullanımı her birey için uygun değildir (34).

Sarı kantaron (St. John's wort), genellikle premenstrual ruhsal belirtilerin tedavisinde botanik bir alternatif olarak kullanılmaktadır. Sarı kantaronun hafif depresyon için faydalı olabileceği bildirilmektedir (35). Canning ve diğ. (41) çalışmasında sarı kantaron kullanımının PMS'din davranışsal ve fiziksel semptomlarını azaltmada plaseboya göre daha etkili olduğu saptanmıştır.

Kullanılan diğ er bir bitki ise karayılan otu (Black Cohosh)'dur. Karayılan otu genellikle menapoz semptomlarının tedavisinde kullanılmaktadır. Ancak menapoz semptomları ve PMS semptomları benzerlik gösterdiğ inden birçok klinisyen tarafından PMS'de karayılan otu kullanımı tavsiye edilmektedir (35).

Çuha çiçeğ i yağ ının (Evening Primrose Oil) PMS ve PMDD'da semptomları iyileştirici etkisi bulunmaktadır (35). PMS'li bireylerde yağ asidi metabolizmasında bir bozukluk oldu ğ u düşünülerek tedavide kullanılmış ancak tam olarak etkinliğı saptanamamıştır (143). Görüldüğü gibi bitkisel preparatların PMS'de kullanımı için geniş kapsamlı çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır (88).

2.1.7.1.3. Bilişsel Davranışçı Terapi

Bilişsel davranışçı terapi, işlev bozukluğunu değıştiren düşünce, duygu ve davranış üzerine odaklanan psikoterapi türüdür (91). Bilişsel davranış terapisi, problemlili düşünceleri, duyguları ve davranışları değıştirmeye odaklı psikoterapi tekniklerinin kullanıldığı bir tedavi şeklidir (30). Bu yöntem anksiyete, ağrı gibi duygusal ve bedensel bozukluklar için etkili olmakla birlikte PMS ve PMDD'nin tedavisinde de kullanılmış ve etkili oldu ğ u saptanmıştır (30, 111).

Birçok uzman PMS'yi çok faktörlü bir bozukluk olarak ifade etmekte ve buna neden olan birçok nedenden bahsetmektedir. Bu nedenle PMS ile baş etmede tıbbi, psikiyatrik ve bilişsel tedavi gibi pek çok tedavi yöntemi önerilmektedir (163).

2.1.7.1.4. Sosyal Destek

Sosyal destek, insanların PMS ile baş etmesinde önemli rolü olan faktörlerden biridir. Kaynağı, çevre ve toplum olan yüksek düzeyde stresin bireyde meydana getirdiğı olumsuz etkileri azaltır. Bu faktör bireylerin doğrudan yaşam kalitesini etkilemektedir. Aynı zamanda stres, depresyon ve çeşitli zihinsel ve fiziksel

hastalıklara karşı bireylerin savunmasızlığını da azaltarak PMS semptomlarının hafiflemesine yardımcı olmaktadır (163).

2.1.7.2. Farmakolojik Tedavi Yöntemleri

Genellikle semptomların başlangıcının ovulasyon ile tetiklendiği kabul edilmektedir (175). Anovulasyon döngüleri sırasında veya bilateral ooforektomi uygulanmış kadınlarda PMS görülmediği bilinmektedir. Bu nedenle PMS tedavisinde ovulasyonun baskılanması üzerinde durulmaktadır (160). Kullanılan ilaçların çoğu, ovulasyonun baskılanması yoluyla vücudun hormonal aktivitesini ele alırken diğerleri beyindeki serotonin, norepinefrin veya dopamin gibi nörotransmitterlerin konsantrasyonunu etkilemektedir (88). Cerrahi veya farmakolojik müdahaleler yoluyla ovulasyonun baskılanması sonucunda PMS semptomlarında iyileşme görülmektedir (175).

2.1.7.2.1. Kombine Oral Kontraseptifler

PMS yaşayan kadınlar üreme çağındaki kadınlar olduğu için kontrasepsiyon kullanmaları gerekebilir. Dolayısıyla doğum kontrol yöntemi tercihi ile aynı zamanda PMS tedavisini birleştirmek mantıklı olacak ve iki yönden de fayda sağlanacaktır (167). Kombine oral kontraseptifler ovulasyonu baskılamakta ve aynı zamanda PMS semptomlarının azaltılmasında etkili olmaktadır (91, 127, 161, 167). Marčinko ve Torjanac (127) yaptıkları çalışmada oral kontraseptif kullanan kadınların daha az PMS semptomu bildirdiğini saptamıştır.

2.1.7.2.2. Östrojen

PMS'de östrojenin over fonksiyonunu baskılanması nedeniyle PMS semptomlarını önemli ölçüde iyileştirdiği gösterilmiştir. Östrojen, implant, yama veya jel biçiminde çeşitli şekillerde kullanılmaktadır (194).

2.1.7.2.3. Progesteron ve Progestojenler

Tarihsel olarak, doğal progesteron, PMS/PMDD'li kadınlarda en sık kullanılan tedavilerden biri olmuştur (35). PMS tedavisinde progesteron ve progestojenlerin kullanılmasının nedeni, progesteron ve türevlerinin eksikliğinin PMS'ye neden olduğu hipotezine dayanmaktadır (194). PMS'de ilk kez Dalton progesteron tedavisini

önermiştir. Sentetik progesteron Mg kaybına yol açarken, doğal progesteron Mg atılımını önlediğinden özellikle doğal progesteronun kullanılması gerektiğini vurgulamıştır (23). Progesteron fiziksel semptomları yönetmede plasebodan daha etkili bulunmasına rağmen, davranışsal semptomlar için aynı şey söylenememektedir (167). Progesteron ve progestojenlerin PMS semptomları üzerindeki etkisi tam olarak kanıtlanmamış olmasına rağmen PMS'nin tedavisinde halen yaygın olarak kullanılmaktadır (91).

2.1.7.2.4. Danazol

Danazol, androjenik ve antigonadotropik özelliklere sahip bir sentetik steroiddir (81, 123). Ovulasyonun baskılandığı durumlarda şiddetli PMS semptomlarında belirgin bir iyileşme sağlandığı, duygusal ve fiziksel belirtilerin azaldığı bildirilmiştir (23, 35).

Danazol, hipotalamik-hipofiz-ovaryen eksenini baskılayıp anovuluar duruma neden olması sebebiyle PMS ile baş etmede etkili bir tedavi olarak bulunmuştur (91, 192). Danazol, premenstrual dönemde görülen meme ağrısının tedavisinde kısa vadede olumsuz etkileri olmaksızın fayda sağladığı belirtilmektedir (91). Bunun yanında danazolun memelerde küçülme, seste kalınlaşma, kilo alımı, hirsutizm ve akne gibi yan etkileri bulunmaktadır (81, 123). Plazma lipitleri üzerindeki etkiler yoluyla kardiyovasküler riskler ve over kanseri gibi uzun süreli kullanımla ilişkili olarak ciddi riskleri bulunmaktadır. Ayrıca mide bulantısı, baş dönmesi, cilt değişiklikleri gibi değişikliklere de neden olmaktadır (167). Bu nedenle kullanımı sınırlı bir tedavi yöntemidir (81). Danazol kullanımı PMDD için birinci basamak tedavisi olarak önerilmemektedir (123).

2.1.7.2.5. GnRH Analogları

Luteal evrede GnRH ile uyarıldığında, progesteron ve allopregnanolon üretimini azalttığı görülmekte ve bu anksiyolitik ajanların üretimindeki azalmanın PMS etiolojisinde rol oynayabileceğini düşündürmektedir (123). Ovaryan seks steroidlerini baskılamak için GnRH analoglarının uygulanması overlerin baskılanmasına neden olmakta ve PMS'li kadınların çoğunda semptomatik rahatlama sağlamaktadır (30, 91, 161, 167, 175).

GnRH analogları düşük dozda kullanıldığı zaman premenstrual dönemde görülen depresyon ve irritabilitede azalma meydana gelmektedir (81). GnRH analogları 6 aya kadar kısa süreli terapi olarak kullanılabilir (91). Ancak 6 aydan daha uzun süre kullanımında osteoporoz riski artmaktadır (35, 81, 88). Uzun süreli tedavi gerekli olduğu durumlarda östrojen ve progesteronla tedavi desteklenmelidir. Ancak progesteron ve östrojen kullanımında semptomların yineleyebileceği unutulmamalıdır (81). Bu kısıtlılıklar ve maliyetleri nedeniyle, GnRH analogları PMS ve PMDD tedavisinde uygun olarak görülmemektedir (30).

2.1.7.2.6. Diüretikler

Premenstrual dönemde şişkinlik yaşayan ya da kilo alma hissi yaşayan kadınların çoğunluğunda premenstrual dönemde kilo artışı ve sıvı tutulumu tam olarak kanıtlanamamıştır (167). Ancak kullanılan diüretiklerin küçük bir dozu göğüs hassasiyeti ve şişkinlik ve sıvı retansiyonu üzerinde faydalı olmaktadır (81, 167). Kullanıldığında yan etki olarak gastrointestinal rahatsızlıklar ve adet düzensizlikleri görülebilmektedir (167).

2.1.7.2.7. Serotonerjik Ajanlar

Serotonin, PMS ve PMDD'nin patofizyolojisinde rol oynayan nörotransmitterlerden biridir. Davranış ve ruh hali düzenlenmesini önemli rolü olan serotonin seviyesinin premenstrual periyotta değişiklik gösterdiği bilinmektedir (40). Bu nedenle kadınlarda serotonin geri alım inhibitörleri (SSRI) şiddetli PMS ve PMDD tedavisinde kullanılmaktadır. Sıklıkla karşılaşılan şişkinlik, memelerde hassasiyet gibi şikâyetleri azaltmada etkili olduğu belirtilmektedir (161). Hem fiziksel hem de psikolojik PMS semptomları, SSRI'lara oldukça hızlı tepki vermektedir (164, 167). Ancak SSRI tedavisinin kesilmesinin ardından premenstrual semptomlar, hızlı bir şekilde tekrar ortaya çıkmaktadır (161).

Ağır PMS ve PMDD için SSRI'lar birinci basamak tedavi olarak başlangıç seçeneğidir (35, 88). Serotonin'in premenstrual irritabilitenin düzenlenmesinde olumlu etkisinin olduğu hipotezi, SSRI'nin PMDD semptomları üzerinde önemli derecede azaltıcı etkisinin olduğunu gösteren çalışmalarda buna kanıt sağlamaktadır (87).

Hastalığın tedavisinde SSRI kullanımının PMS ve PMDD'yi pozitif yönde etkilediğini de destekleyen klinik kanıtlar bulunmaktadır (123, 128, 200).

2.1.7.2.8. Kalsiyum

Ovaryum steroidleri kalsiyum, Mg ve D vitamini metabolizmasını etkilediğinden, kalsiyum düzenlenmesindeki bozuklukların PMS ortaya çıkışında rol oynadığı düşünülmektedir (91, 123, 160). Yapılan çalışmalarda premenstrual dönemde plazma kalsiyum düzeylerinin düşük olduğu görülmüştür (167). Hipokalsemi, PMS semptomlarına benzer birçok duygulanım bozukluğu ile ilişkilendirilmektedir (160).

Kalsiyum takviyesinin yapıldığı durumlarda PMS'de fiziksel ve duygusal semptomların azaldığı bilinmektedir (34, 35, 91, 160). Bu nedenle kalsiyum takviyesi PMS'de tedavi olarak değerlendirilmektedir (88). Yapılan bir çalışmada yüksek dozda kalsiyum ve D vitamini alınımın PMS semptomlarını azalttığı bildirilmektedir (26). Shobeiri ve diğ. (174) çalışmasında kalsiyum takviyeleri ile yapılan tedavinin duygudurum bozukluklarını hafifletmede etkili olduğu saptanmıştır.

Kalsiyumun ucuz ve kolay temin edilebilir olması onu daha cazip hale getirmektedir (167). Kalsiyum takviyesinin kullanımı güvenli gibi görünse de, PMS semptomlarını azaltmasının yanı sıra, etkinliğinin kapsamını belirlemek için daha fazla araştırmaya ihtiyaç duyulmaktadır (123).

2.1.7.2.9. Magnezyum

PMS'li kadınlarda Mg düzeyleri, PMS görülmeyen kadınların Mg düzeylerinden daha düşük bulunmuştur (167). Mg, enzimatik reaksiyonlarda bir kofaktör olduğundan, PMS semptomlarını hafifletebileceği hipotezi ileri sürülmüştür (123). Ayrıca menstrual siklusun ikinci yarısı boyunca Mg takviyesi ile premenstrual semptomlarda; özellikle ruh haline ilişkin değişikliklerde azalma meydana gelmiştir (167).

Negatif duyguyu azaltmak ve sıvı tutulum oranını azaltmada plaseboya göre daha etkili olduğu ifade edilmektedir (34). Sonuç olarak, PMDD tedavisinde Mg kullanımının terapötik yararını veya rolünü belirlemek için ileri araştırmalara ihtiyaç duyulmaktadır (123).

2.1.7.2.10. B6 Vitamini

Vitamin B6, serotonin ve dopaminin sentezinin son aşamasında bir kofaktördür (91, 167). Vitaminler, özellikle B6 dozunda, serum östrojen düzeyini düşürürken, progesteron düzeyinde artışa neden olmaktadır (8). Bu nedenle PMS semptomlarını etkilediği düşünülmektedir (30, 91). B6 vitamini ve Mg kombinasyonu PMS'nin kaygı ile ilişkili semptomlarını azalmaktadır (91). Ayrıca B6 vitamininin, depresyon da dâhil olmak üzere adet öncesi semptomları hafifletebileceği belirtilmektedir (35, 123). Ancak halen bu konudaki çalışmalar sınırlı olarak bulunmaktadır (91).

2.1.7.2.11. D Vitamini

D vitaminin duygu durum bozuklukları ile ilgili olduğu belirtilmektedir. Kış aylarında mevsimsel olarak duygulanım bozukluklarının prevalansının artması da bu görüşü destekler niteliktedir. D vitamininin anksiyete, depresyon gibi duygusal semptomlar üzerinde de belirgin bir klinik etki yapabileceği düşünülmektedir (184). PMS ve PMDD'li kadınlarda yüksek doz D vitamini alımının PMS semptomlarının azalttığı düşünülmektedir (30).

Dadkhah ve diğ. (55) yaptıkları çalışmaya göre D vitamini ve E vitaminin PMS tedavisi için uygun bir yöntem olduğu belirtilmektedir. Tartagni ve diğ. (184) yaptıkları çalışmaya göre ise D vitamini alımının PMS'de yaşam kalitesini arttırmada etkili ve güvenli bir yöntem olduğu bildirilmektedir. D vitamininin pek çok PMS semptomunu hafifletmede etkili olduğu düşünülmekte ancak kesin mekanizmaları tam olarak belirlenememiştir (157).

2.1.7.2.12. E Vitamini

Vitamin E, prostaglandin sentezi ve merkezi nörotransmitterlerin regülasyonu yoluyla PMS semptomlarını hafifletmektedir (123). E vitamininin PMS'de somatik ve duygulanım semptomlarını iyileştirdiği bilinmektedir (167). E vitamini mastalji için bir tedavi olarak önerilmiştir. Ayrıca bir antioksidan olarak da faydalı etkileri bulunmaktadır (35). Ancak etkinliği konusundaki kanıtlar sınırlıdır (167). Etkili bir tedavi olarak E vitamini kullanımını önermek için yeterli kanıt bulunmamaktadır (123).

2.1.7.3. Cerrahi Tedavi

Cerrahi yöntemler, PMS tedavisinde son seçenek olarak düşünülmektedir. Cerrahi işlem için her hastanın klinik durumu, yaşı, doğurganlık isteği ve yaşam kalitesinin dikkate alınması gerekmektedir (164). Histerektomi tek başına semptomlarda azalma ile ilişkilendirilmektedir. Ooforektomi, ise tamamen bir tedavi sağlamaktadır (167). Şiddetli PMS semptomlarına sahip olan ve diğer tedavilere cevap vermeyen kadınlarda semptomları kalıcı olarak ortadan kaldırmada en son tercih edilebilecek tedavi seçeneği, Bilateral Salpingo-ooferektomi yoluyla ovulasyonun sürekli olarak baskılanmasıdır (35, 160). Endometriyal ablasyon veya histerektomi uygulanması, PMS'nin semptomlarını tamamen ortadan kaldırmaktadır. Çünkü bu tedavilerle menstruasyon ortadan kaldırılmakta ve over fonksiyonunu korunmaktadır (160).

2.1.8. Premenstrual Sendromda Hemşirelik Yaklaşımları

Premenstrual bozuklukların tanı ve tedavisi sağlık bakım maliyetleri açısından ülke ekonomilerini olumsuz etkilemektedir (106). Bunun yanı sıra PMS üreme çağındaki kadınların yaşam kalitesini de düşürmektedir. Bu nedenle, kadın sağlığının geliştirilmesi ve yaşam kalitesinin artırılmasında hemşirelere önemli görevler düşmektedir (83). Hemşireler PMS'nin tanınmasında, PMS hakkında bilgi vermede ve bu problemle baş etmede aktif rol oynamaktadır (148, 185). Hemşire, kadının kendisine ve ailesine insancıl bir yaklaşımla sorunları konusunda danışmanlık yapmakta ve bilgi vermektedir (148). PMS'nin tanı ve tedavisinde bireysel özellikler, psikosoyal faktörler, bireylerin kültürel inançları ve kültürel uygulamaları göz önünde bulundurulmalıdır (83). PMS yaşayan kadınlar için danışmanlık hizmeti verilmelidir. PMS ile baş etmede yaşam tarzı değişiklikleri, beslenme, nonfarmakolojik tedavi yöntemleri gibi konular hakkında bilgilendirme yapılmalıdır (185).

2.2. Öfke

2.2.1. Öfkenin Tanımı

Bireylerin duygu ve düşüncelerini kontrol edebilmesi ve istediği şekilde yönlendirebilmesi insanı diğer varlıklardan ayıran en önemli özelliklerden biridir (68). Günlük yaşamda insanların birbiri ile etkileşim halinde olmaları ve sosyal yaşamda karşılaştıkları engellenme, ihtiyaçların karşılanmaması ve bireysel farklılıklar gibi pek çok durum nedeniyle problemler yaşamaktadırlar (24, 204). Karşılaştıkları problemlerin çözümünde verilen tepkiler ve yaşanan duygular kişiden kişiye değişiklik göstermektedir (24). Bu duyguların içerisinde yer alan öfke, tüm yaş gruplarındaki bireylerin sergilediği önemli duygusal ifadelerden biridir (7. 103). Öfke, tüm insanların doğasında bulunan sevgi, üzüntü, hoşlanma, korku, mutluluk gibi en temel ve evrensel duygulardan biridir (42, 103, 108). Öfkenin ortaya çıkışı ve yaşanması engellenemez bir durumdur (137).

Öfkenin tarihi insanlık tarihi kadar eski olup, çeşitli tanımları yapılmıştır (18, 109). Öfke kavramı Spielberger, Russel, Johnson, Jacobs, Crane ve Worden tarafından, basit bir kızgınlık durumundan yoğun hiddet içeren bir duygu durumuna kadar değişiklik gösteren, geçici olan duygusal bir durum olarak tanımlanmıştır (102)

Türk Dil Kurumu sözlüğünde öfke “engelleme, incinme veya gözdağı karşısında gösterilen saldırganlık tepkisi, kızgınlık, hışım” olarak tanımlanmaktadır (193).

Psikoloji sözlüğünde, öfke kavramı, “engellenme, saldırıya uğrama, tehdit edilme, yoksun bırakma, kısıtlama vb. gibi durumlarda hissedilen ve genellikle neden olan şeye ya da kişiye yönelik şu ya da bu biçimde saldırgan davranışlarla sonuçlanabilen oldukça yoğun olumsuz bir duygu”olarak tanımlanmaktadır (36)

Soykan’a (178) göre öfke; doyurulmamış isteklere, istenmeyen sonuçlara ve karşılanmayan beklentilere verilen son derece doğal, evrensel ve insani bir duygusal tepkidir.

Genel olarak tanımlamak gerekirse öfke, insanın doğuştan getirdiği ve yaşamın ilk yıllarında gelişen, doyurulmamış isteklere, istenmeyen sonuçlara ve karşılanmayan

beklentilere karşı verilen son derece doğal, evrensel ve yaşamın devam edebilmesi için gerekli olan, kontrol edilebilen ve uygun bir şekilde ifade edildiğinde kişilerarası iletişim üzerinde olumlu etkileri olan insani bir duygusal tepkidir (7, 20, 31, 71, 105, 118, 178).

Öfke kısa süreli ve hafif bir şekilde ortaya çıktığında birey açısından yararlı iken sürekli ve şiddetli bir biçimde ortaya çıktığında ise yıkıcı bir şekilde kişinin davranışlarına yansiyarak olumsuz ve tahrip edici sonuçlara neden olabilmektedir (31, 71, 136).

2.2.2. Öfke Türleri

Literatürde öfke türleri farklı şekillerde sınıflandırılmaktadır.

Kayaoğlu (109) tarafından öfke üç gruba ayrılmıştır. Bunlar maskelenmiş öfke, patlayıcı öfke ve kronik öfkedir. Maskelenmiş öfke; pasif-agresif öfke ve kendine yöneltilen öfke olarak ikiye ayrılmakta, patlayıcı öfke; ani öfke, utanca dayalı öfke ve planlanmış öfke olarak üçe ayrılmakta ve kronik öfke ise alışkanlık yapmış olan öfke ve korku bazlı öfke olarak ikiye ayrılmıştır (109).

Spielberg tarafından ise öfke süreklilik durumsallık özellikleri açısından sürekli ve durumluk öfke olarak iki boyutta ele alınmaktadır (102, 137).

2.2.2.1. Sürekli Öfke

Sürekli öfke, durumsal öfkenin hangi sıklıkla yaşandığını ifade eden bir kavramdır (102, 137). Sürekli öfke, bireyin genel anlamda öfkeli olmasını ifade etmektedir (204). Sürekli öfke düzeyi düşük olan bireylerde öfkenin ifade edilmesi daha yapıcı bir şekilde gerçekleşmektedir. Sürekli öfke düzeyi yüksek olanlarda ise kişilerarası problemler daha fazla görülmektedir (60).

2.2.2.2. Durumsal Öfke

Durumsal öfke, belirli bir durumda engellenme ya da haksızlık ile karşılaşıldığında kişinin yaşadığı öfkedir (204). Durumsal öfke, bireyin belirli bir amaca yönelik olan davranışının engellenmesi nedeniyle ya da haksızlık olarak algılanması durumunda oluşan kızgınlık ve sinirlilik gibi durumların derecesini ifade etmektedir (102, 137).

2.2.3. Öfkenin Nedenleri

Sosyal bir çevre içerisinde yaşayan insanlar pek çok şeye karşı öfke duyabilmektedir. Bazen yaşanan ani bir hayal kırıklığı kişiyi öfkelenendirirken, bazen de yaşanan olaylar kişinin öfkelenmesine neden olmaktadır. Son yıllarda yapılan çalışmalarda öfke, öğrenilen bir sosyal davranış olarak kabul edilmektedir. Öfke düzeyi yüksek olan kişilerin çocukluk dönemlerinden itibaren kimseye tamamen güvenilmemesi gerektiği fikri ile büyütüldüğü bildirilmektedir. Bu da bireylerin kendisini tehdit altında olduğunu düşünerek öfke davranışına neden olmaktadır (109). Öfkeye neden olduğu düşünülen problemler aslında kişinin öfkelenmesine neden olmamaktadır. Bireyi öfkelenendiren, olayı nasıl algıladığıdır. Olayın algılanmasını da bireyin inanç, düşünce, değerlendirme ve yorumlama özellikleri etkilemektedir (108).

Öfkenin nedenlerine bakıldığında; bireylerin öfkelenmesine neden olan durumlar arasında yapmakta olduğu ya da planladığı eylemin kesintiye uğraması ya da engellenmesi bireyin benlik saygısında azalmaya neden olacağından öfkenin önemli bir nedeni olarak görülmektedir (186, 197). Öfke hem içsel hem de dışsal nedenlerden kaynaklanmaktadır. Öfkenin içsel nedenleri arasında kaygı, yalnızlık, üzüntü, hayal kırıklığı anlaşılammak gibi duygular bulunmaktadır. Dışsal nedenleri arasında ise saldırıya uğrama, hayal kırıklığı, fiziksel travma gibi nedenler bulunmaktadır (186). Özmen'in aktardığına göre öfkenin nedenleri araştırmacılar tarafından çeşitli şekillerde sınıflandırılmıştır. Deffenbacher'e göre öfkenin nedenleri üç grupta toplanmıştır. Bunlardan birincisi; öfkenin dış uyaranlar nedeniyle ortaya çıkması, ikincisi; dış uyaranların oluşturduğu etki ya da onların kişide oluşturduğu çağrışımlar nedeniyle ortaya çıkması, üçüncüsü ise öfke iç uyaranların etkisi ile ortaya çıkmakta, duygu ve düşünceleri etkilemektedir (141).

Beck'e göre ise öfkenin nedenleri iki grupta toplanmıştır. Bunlar öfkenin ortaya çıkışında doğrudan etkili olan nedenler ve dolaylı olarak etkili olan nedenlerdir. Engellenme, fiziksel saldırı, hoş olmayan yaşantılar, reddedilme gibi durumlar öfkenin ortaya çıkışında doğrudan etkili olurken, bireylerin karşılarında bulunan kişilerin davranışlarına anlamlar yüklemesi öfkenin ortaya çıkışına dolaylı olarak etki etmektedir (141).

Ahlaksız davranışlar, kötülük içeren davranışlar, saldırıya uğrama, benliğe saygı gösterilmemesi, aşağılanma, rahatsız edici uyarılar, kişisel haklara saygı gösterilmemesi, keyfi davranışlar, önemsenmeme, bireyin özgüvenini kaybetmesi, sosyal anlamda kabul edilen kuralların ihlal edilmesi ile zarara uğranılması, büyük şehirlerde oluşan gürültü, trafik problemi, ekonomik hayattaki zorluklar da öfkeye neden olmaktadır (19, 60, 113, 197). Görüldüğü gibi öfkenin ortaya çıkmasına neden olan pek çok faktör bulunmaktadır. İhtiyaçların karşılanması noktasında bireyi engelleyen her türlü durum öfke duygusunun oluşumuna neden olmaktadır (129).

2.2.4. Öfkenin Boyutları

Öfke, fizyolojik, bilişsel ve davranışsal boyutları olan çok boyutlu bir kavramdır (52, 65, 145).

Öfkenin fizyolojik boyutu; bireyin davranışları engellendiğinde ya da birey haksızlığa uğrama gibi durumlarla karşılaştığında verilen fiziksel ve psikolojik tepkileri ifade etmektedir (145). Öfke duygusu ile birlikte birçok bedensel değişiklik meydana gelmektedir (180). Kas gerginliğinde artış, boğulma hissi, kaşlarını çatma, terleme, üşüme, uyuşma, ağzın kurumaması, yüzün kızarması öfkenin fizyolojik belirtileri arasında bulunmaktadır (65).

Öfkenin bilişsel boyutu; öfkenin nasıl yorumlandığıyla ilgilidir (65). Bireyin öfkesinin altında yatan durumlara neden olan olumsuz inançları ve düşmanlıkları yansıtmaktadır. Kişinin çevresindekilere karşı yüklendiği olumsuz duygular ile ilişkilidir (52). Bilişsel yaklaşıma göre öfke üzüntü sıkıntı gibi mantık dışı düşünceler nedeniyle meydana gelmekte ve devam ettirilmektedir (65). Bireylerin karşılaştıkları olaylar onlarda fiziksel ya da psikolojik bütünlüğü bozabilecek bir tehdit olarak algılanırsa öfke tepkileri ortaya çıkmaktadır (145). Kişiyi öfkelendiren sadece olaylar değildir. Olaylarla ilişkili olarak bireyin inançları, düşünceleri, yorumlaması ve değerlendirme kalıpları öfke tepkisine neden olmaktadır (65).

Öfkenin davranışsal boyutu; öfkenin ifade edilmesinde öğrenilmiş davranışları içermektedir (52). Öfke ile birlikte davranışsal tepkilerde ortaya çıkmaktadır (65). Öfkenin davranışsal boyutu öfkeyi kışkırtan, doğuran, ortaya çıkışına sebep olan

durumlara karşı verilen tepkilerden oluşmaktadır (52, 65). Öfkenin bastırılması ya da dışa yansıtılması şeklinde ortaya çıkabilmektedir (145).

2.2.5. Öfke Kavramına İlişkin Kuramsal Yaklaşımlar

Öfkenin anlaşılmasında altta yatan psikolojik mekanizmalarını ortaya koyan çeşitli yaklaşımlardan yararlanılmaktadır (60). Duygular ile ilgili kuramsal açıklamalar 1800'lü yıllarda yapılmaya başlanmasına rağmen; öfke ile ilgili kuramsal açıklamalar 1900'lü yıllarda ortaya çıkmaya başlamıştır (141).

2.2.5.1. James Lange Kuramı

James Lange Kuramı'na göre; bireyin çevresinde yer alan uyarıcılar bedensel tepkilerin oluşmasına neden olmaktadır (41, 49). Davranışlarımız duygulardan önce meydana gelmekte ve duygularımız davranışlarımızı etkilemektedir. Çevreden gelen uyarı ile bireyde bedensel tepkiler oluşmakta ve bu durumun algılanmasıyla birlikte de duygular oluşmakta ve yaşanmaktadır (141).

2.2.5.2. Cannon-Bard Kuramı

Bu kurama göre bedensel tepkilerin ve duyguların ortaya çıkışı birbirinden ayrı olarak düşünülmemektedir. Çevresel uyarıların algılanması ile duygular ve bedensel tepkiler ortaya çıkmaktadır. Bunların her ikisi de aynı anda ortaya çıkmaktadır. Öfkeye neden olan olayın algılanmasıyla öfkenin oluşumunun aynı anda gerçekleşmesi örnek olarak verilebilir. James Lang Kuramı ve Cannon-Bard Kuramına bakıldığında her ikisi de duygular ve bedensel tepkiler üzerine odaklanmaktadır (141). Ancak Cannon-Bard Kuramı, James-Lange kuramının eksiklerini gidermektedir (49).

2.2.5.3. Psikanalitik Kuram

Psikanalitik Kuram'a göre öfke saldırganlığın bir boyutu olarak ele alınmaktadır. Bu yaklaşımda davranışlar iki temel içgüdü olan yaşam ve ölüm içgüdüleri ile yönlendirilmektedir (138, 141). Ayrıca bu kuram doyurulmayan cinsel ve yıkıcı dürtülerin önemini anlatmaktadır (60).

Psikanalitik yaklaşıma göre öfke ifade edilmesi gereken önemli bir duygudur. Sürekli olarak içe yansıtılması sağlık üzerinde olumsuz etkilere neden olur. Organizmanın herhangi bir gereksinimi olduğu zaman gerilim ortaya çıkmaktadır. Bu

gerilimin azaltılması için ise biriken enerjinin boşaltılması gerekmektedir. Öfkenin ifade edilmesi de biriken enerjiyi boşaltmanın bir yolu olarak görülmektedir. Öfke psikanalitik yaklaşıma göre içgüdüsel bir güçtür. Biriken enerjinin boşaltılması ile rahatlama sağlanır (141).

2.2.5.4. Engellenme-Saldırganlık Hipotezi

Temelinde psikanalitik yaklaşım bulunmaktadır. Bu yaklaşımda kişi engellenme gibi bir durumla karşılaştığı zaman duygusunun ortaya çıktığı savunulmaktadır (141). Engellenme ile oluşan öfke sonucunda saldırgan davranışlara olan eğilim de artmaktadır (60). Öfkenin ortaya çıkmasına neden olan şeylerden biri engellenme diğeri ise doğuştan gelen bir dürtü olduğu ve hedeflenen duruma ulaşana kadar devam eden bir enerji biçimi özelliği taşımasıdır (141).

2.2.5.5. Bilişsel-Davranışçı Yaklaşım

Bilişsel-davranışçı yaklaşıma göre engellenme durumunda birey engellenme nedenini mantıklı bulursa öfke ya da saldırganlık ortaya çıkmayabilir. Bu durumda engellenme-saldırganlık hipotezi ile çelişmektedir (141). Bilişsel-davranışçı yaklaşımda öfke, biliş ve davranışın birbirinden etkilendiği, bilişsel kökenli bir durum olarak tanımlanmaktadır. Bu yaklaşıma göre öfke; bilişsel süreçler öfke-davranışsal tepkiler arasındaki etkileşim sonucunda oluşmaktadır (180).

Öfkenin ortaya çıkışında bilişlerin önemi büyüktür (191). Öfkenin nedeni bireyin karşılaştığı durum ya da uyarıcılar değildir. Bireylerin tepkilerini olaylara yükledikleri anlamlar belirlemektedir. Olaylara verilen tepkiler bilişsel değerlendirmeler sonucunda oluşmaktadır (141).

2.2.5.6. Sosyal Öğrenme Kuramı

Sosyal öğrenme kuramına göre bireylerin davranışları taklit yolu ile kazanılmaktadır. Bu kuram öfke ve öğrenme süreçlerini açıklamaktadır. Öfkenin ortaya çıkışı ise hem bireysel hem de çevresel faktörlerden etkilenmektedir. Birey etkileyen tüm faktörleri değerlendirerek öfke tepkisinin ortaya koyulup koyulmaması konusunda kararını vermektedir (141).

2.2.5.7. Varoluşçu-İnsancıl Yaklaşım

Varoluşçu yaklaşıma göre bireyler kendilerinin farkındadırlar. Çevresine ve kendisine ilişkin karar verebilmekte ve kendi sorumluluklarını üstlenmektedirler. Bu nedenle kişilerin başkalarına yansıttığı tüm duygulardan ancak kendileri sorumludur. Varoluşçu yaklaşımın önemli isimlerinden olan Fritz Perls bireylerin olumlu ve olumsuz tüm duygularına ilişkin sorumluluklarını üstlenmeleri gerektiğini savunmaktadır (141).

2.2.5.8. Birey merkezli yaklaşım

Birey merkezli yaklaşıma göre kişi karşılaştığı olumsuz durumlar sonucunda vereceği tepkileri kendisi seçmektedir. Kişi amaçları doğrultusunda içinde bulunduğu durumunu yönlendirmektedir. Bu yaklaşıma göre öfke kişinin yaşamında önemli görevleri olan bir duygudur (141).

2.2.6. Öfkenin İşlevleri

Öfke ve ifade tarzının, kişilerarası ilişkiler, fiziksel ve ruhsal sorunlar üzerinde önemli bir etkisi olduğu bilinmektedir (118). Öfkenin genellikle olumsuz etkileri bilinmesine karşın olumlu yönde işlevleri de bulunmaktadır (42, 109). Bireylerin öfkesini kabul edip, öfke kontrolünü sağlayarak ifade etmeye çalıştıkları öfke duygusunun olumlu yönde işlevleri bulunmaktadır (188).

Öfkenin olumlu yönleri arasında savunma mekanizmaları üzerinde uyarıcı bir görevi olması, tehditlere karşı koruması, değişim için motivasyon sağlaması ve enerji verme fonksiyonu sayesinde bireyi harekete geçirmesi bulunmaktadır (42, 102, 197). Öfke yavaşlayan tempoyu arttırmakta, geçici de olsa bir süre ya da anlık olarak kişinin kendisini daha iyi hissetmesini sağlamakta ve prestij davranışı olarak kullanılmaktadır. Sağlıklı bir şekilde ifade edilebilirse öfke duygusu kendisine saygı oluşturmasında yardımcı olur ve kendine güvenmesini sağlar (109).

Öfkenin kontrol edilememesi ve sağlıklı bir biçimde ifade edilememesi de çatışmalara, kişilerarası iletişimde bozulmaya, fiziksel ya da sözel düşmanlığa, benlik saygısında değişikliğe, psikososyal bozukluklara ve sosyal içe-dönüklüğe neden olmaktadır (38, 43, 108, 112). Öfkenin olumsuz yönleri arasında ise psikosomatik

hastalıklara, depresyona neden olması ve saldırgan davranışlara neden olması da bulunmaktadır (197).

2.2.7. Öfkenin İfade Edilmesi

Öfke kuramcılar tarafından genellikle olumsuz bir duygu olarak tanımlanmıştır (180). Ancak olumsuz olan öfke değil öfkenin ifade ediliş biçimidir (71, 180). Öfkenin ifade edilme şekli; kültürel özelliklere, öğrenilmiş davranışlara, bireyin beklentilerine, yaş, cinsiyet ve eğitim durumuna, aile davranış şeklinde göre değişkenlik göstermektedir (113, 188). Tüm bireylerde öfkenin ifade edilmesi farklı biçimlerde ortaya çıkmaktadır (7, 42, 65, 68, 118).

Spielberger tarafından öfke ifade tarzları öfkenin içe vurumu (içselleştirilmiş öfke), öfkenin dışa vurumu (dışsallaştırılmış öfke) ve öfke kontrolü olarak üç boyutta ele alınmaktadır (7, 188, 204).

Öfkenin içe vurumu: İçselleştirilmiş öfke, öfkenin oluşuma neden olan duygu ve düşüncelerin bastırılması ve öfkenin bastırılması eğilimini ifade etmektedir (68, 108, 112, 118, 188, 204). Kişinin öfkesini gizleyerek ve öfkesini içinde tutarak etkileyen durumlara karşı kullandığı bir uyum mekanizmasıdır (7, 188).

Öfkesini içe yönelten bireyler genellikle öfkeli olduğunu kabul etmekte zorlanmaktadır. Bu kişilerin öfke durumunda verdikleri tepkilere bakıldığında küsme, surat asma, somurtma gibi edilgen tepkiler olduğu görülür. Öfkeye neden olabilecek bir durumla karşılaştığında bu bireyler hemen tepki vermezler ve karşısındaki kişilerin kendilerini anlamalarını beklerler. Uzun süre düşünüp öfkesini ifade etmek için uygun zamanı ve güvenli yeri ararlar (142).

Öfkenin sürekli olarak içe yönelik olması ya da bastırılması psikosomatik rahatsızlıklara ve kişiler arası ilişkilerde de bozulmalara neden olmaktadır (137).

Öfkenin dışa vurumu: Dışsallaştırılmış öfke ise öfke duygusunun sözlü bir biçimde ya da davranışsal olarak dışarıya aktarılması, ifade edilmesidir (7, 188). Kişinin çevresindekilere karşı öfkesini yansıtmasını ve saldırgan davranışlar göstermesini içermektedir (68, 112, 118, 188, 204). Aynı zamanda öfkenin neden olduğu stresle bir tür baş etme şeklidir (7).

Öfke kontrolü: Öfke kontrolü; öfkenin doğru ve uygun bir şekilde ifade edilmesi, öfkenin olumsuz bir biçimde ifade edilmesinin engellenmesidir (116, 186, 188, 204). Öfke kontrolü bireylerin çevresindekilerle iletişimde öfkesini ne kadar kontrol edebildiğini ve ne kadar sakinleşme eğilimi gösterdiğini belirten durumdur (7). Bir başka ifadeyle öfke kontrolü, öfkenin bastırılmasını ve gizlenmesini değil, öfkenin tanınmasını ve öfke ile baş etme yöntemlerini ifade etmektedir (18).

2.2.8. Öfkenin Sonuçları

Öfke her zaman problem oluşturmayabilir. Ancak sıklıkları ve davranışsal etkileri nedeniyle sorunlara yol açmaktadır (89).

Psikologlara göre öfkelendiğimiz zaman beş boyut aktif hale gelmektedir. Bu boyutlar arasında ise sürekli bir etkileşim bulunmaktadır. Bu boyutlar biliş, duygu, etkileniş, iletişim ve davranıştır. Biliş, yaşanan durumdaki düşüncelerimizi, duygu olaya ilişkin fiziksel uyarılmayı, iletişim çevre ile ilişkiyi ve öfkenin yansıtılma şeklini ifade etmektedir. Etkileniş hayatı algılama şekli, davranış ise öfke durumundaki sergilenen davranışları ifade etmektedir (116).

Öfkenin olumsuz sonuçları eski çağlardan beri tanımlanmaktadır. Seneca, Descartes ve Gandhi gibi büyük filozoflardan ve dini liderlerden öfkenin kontrol altında tutulabilmesi için çeşitli önerilerde bulunmuşlardır. Freud'un etkisi ile içgüdü gücünün önemi artmış ve öfke kontrolünün önemi ortaya çıkmaya başlamıştır (57).

Öfke konusunda çalışmalar yapan uzmanlara göre öfkenin kronik olması sağlığı tehlikeye sokmaktadır. Bu nedenle öfke ortaya çıkmadan önce önlenmeye çalışılmalıdır (68). Öfke yalnızca olumsuz psikolojik sonuçlarla neden olmaz. Bunun yanı sıra hastalıklara karşı savunmasızlığı, kardiyovasküler hastalıklara bağlı ölüm riskini ve ağrıyı arttırmaktadır (57). Öfkelendiğimizde olayın algılanmasından sonra stres, gerginlik gibi duygular oluşur. Adrenalin salgısı artar, nefes alıp verme artar ve kalp hızında kan basıncında artma gözlemlenir. Eğer öfke ifade edilmezse, bastırılırsa ilerleyen zamanlarda kaygı ve depresyona neden olabilmektedir (116).

Öfkenin sonuçları üç boyutta ifade edilmektedir. Bunlar fizyolojik, zihinsel ve davranışsal tepkilerdir.

Fizyolojik Tepkiler: Nabız, kan basıncı ve kan şekeri artışı, nefes almada zorlanma, boyun, baş, sırt ve kas ağrıları öfke sonucunda görülen fizyolojik tepkilerdendir (186). Ayrıca üzgün bakış, kaşlarını çatma, homurdanma, yüz ifadesi ve göz temasında değişiklik, ses tonunun yükselmesi, tıkanma hissi kontrol kaybı, baş ağrısı, hareketlerin hızlanması, yumruğunu sıkma, terleme, ağızda kuruma, kas gerginliğinde artış, üşüme de öfke sonucunda görülen fizyolojik değişiklikler arasında yer almaktadır (19, 38, 42, 108).

Zihinsel Tepkiler: Konsantrasyon bozukluğu, dikkatsizlik, unutkanlık, düşük performans ve uykusuzluk öfke sonucunda oluşan zihinsel tepkilerdendir (186).

Davranışsal Tepkiler: Alkol ve sigara bağımlılığı, ilaç kullanımı, aşırı yeme, aceleci olma, huzursuzluk, sesini yükseltme, içe kapanma, saldırganlık ve şiddet öfke sonucunda oluşan davranışsal tepkilerdendir (37, 186).

2.3. Premenstrual Sendrom ve Öfke Arasındaki İlişki

Kadınlar üreme hayatı boyunca çeşitli süreçlerden geçmektedir. Bunlardan biri de her ay döngüsel olarak görülen menstruasyondur. Menstruasyon her ay kadının yaklaşık 7-10 gününü kapsamakta ve bu süre yılda 3-4 ay gibi bir süreye karşılık gelmektedir. Bu dönemde meydana gelen semptomlar nedeniyle de kadınların yaşam kalitesi olumsuz etkilenmektedir (145). Kadınların üreme işlevini döngüsel yapısı gereği meydana gelen hormonal değişimlere bağlı olarak çeşitli fiziksel ve psikolojik değişiklikler görülmektedir (77).

Menstrual siklus boyunca meydana gelen bu değişikliklerin nedeninin tamamıyla açıklanması mümkün değildir. Belirtilerin belli hormon seviyelerindeki keskin değişiklikler nedeniyle oluştuğu bilinmektedir (13). Menstrual döngü boyunca over hormonlarındaki dalgalanmalar uzun zamandan beri kadınların ruh halini belirleyen önemli bir etken olarak düşünülmüştür (172, 177). Ancak henüz bazı değişikliklerin nedenleri tam anlamıyla açıklanmış değildir (13).

Bu süreçte kadınların yaşam kalitesini önemli ölçüde etkileyen belirtilerden biri de öfkedir. Premenstrual dönemdeki kadınların yüksek öfke düzeyleri yine hormonal değişikliklerle ilişkilendirilmektedir (176). Östrojen ve progesteron

düzeyinde meydana gelen düşüş; geç luteal ya da, premenstrual dönemde artan öfke, sinirlilik ve olumsuz duyguların nedeni olarak görülmektedir (172).

Öfke bireylerin saldırıya uğraması, engellenmesi ya da kısıtlanması gibi çeşitli durumlar ile ilişkili olarak ortaya çıkan, saldırganlık tepkisi ile sonuçlanabilen, son derece insani, evrensel ve olumsuz bir duygu olarak tanımlanmaktadır (36, 130). Öfke vücutta istenmeyen hormonal tepkilere neden olmaktadır. Genel anlamda öfke insanların yaşam kalitelerini düşürmekte ve performanslarını etkilemektedir. Aynı zamanda öfke bireylere zaman kaybettirmekte, sağlıklı düşünmesini engellemekte ve saldırgan davranışlara neden olabilmektedir (109).

Öfkenin ortaya çıkışında, biyolojik kurama göre hormonların önemli bir etken olduğu düşünülmektedir (145). PMS semptomatolojisi ile öfke arasındaki ilişki konusunda kesin kanıtlar henüz sağlanamamış olsa da pek çok çalışmada öfke ve sinirlilik PMS ve PMDD'nin en yaygın semptomları olarak belirtilmektedir (85, 119, 162, 176, 179). Steiner ve diğ. (179) yaptıkları çalışmada çalışmaya katılanların yaklaşık yarısı (%48.3) ve PMDD kriterlerini karşılayanların neredeyse tamamı (%98) premenstrual öfke ve sinirlilik yaşamaktadır. Soyda Akyol ve diğ. (177) kadınlar üzerinde yaptıkları çalışmaya göre öfke ve PMS ilişkili olarak bulunmuştur. Pearlstein ve diğ. (151) yaptığı çalışmaya göre en sık görülen PMDD semptomları yine kızgınlık ve sinirlilik (%76) olarak görülmektedir. Ducasse ve diğ. (63) yaptıkları çalışmada PMS ile kadınların sürekli öfke düzeyleri arasında ilişki olduğu belirtilmektedir. PMS veya PMDD'li kadınlarda menstrual sıklıktan bağımsız olarak agresif bir kişilik yapısı görülmektedir. Yüksek öfke düzeylerinin diğer kişilik özelliklerinden farklı olarak PMS ve PMDD ile ilişkili olduğu belirtilmiştir.

Öfke kontrol edilebildiğinde ve uygun bir şekilde ifade edilebildiğinde son derece doğal ve olumlu bir duygu iken; kontrolü sağlanamayıp tahrip edici bir hale dönüştüğünde kadınların genel olarak yaşam kalitesini önemli ölçüde etkilemekte ve kişiler arası ilişkilerde bozulmalara neden olmaktadır (20). Premenstrual gerginliğin kadın suçlarında önemli bir etken olabileceği bildirilmektedir (53). İstatistiksel verilerde kadınların işledikleri suçların yarısından çoğunun geç luteal fazda olduğu yani premenstrual dönemde meydana geldiği görülmektedir (77). Ayrıca bu dönemde intihar düşüncesinde artış görüldüğü de bildirilmektedir (152). Menstruasyon ile ilgili

olarak ortaya çıkan semptomların kadınlarda agresif davranışları tetiklediği ileri sürülmektedir. Normalde öfkesini kontrol edebilen kadınlar premenstrual dönemde görülen öfke kontrol yetisini kaybedebilmektedir. Kadınların yaşamını önemli ölçüde etkileyen öfke düzeyleri ayrıca birçok problemin de kaynağıdır (177). Bu sebeplerden dolayı PMS ve öfke arasındaki ilişkinin incelenmesi ve olumsuz sonuçların engellenmesi için gereken önlemlerin alınması, müdahalelerin planlanması son derece önemlidir.



3. GEREÇ-YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli

Bu araştırma, Kütahya ilinde yaşayan 15-49 yaş grubu kadınlarda PMS görülme durumu ile sürekli öfke ve öfke ifade tarzları arasındaki ilişkiyi inceleme amacına yönelik tanımlayıcı türdedir.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma Kütahya il merkezine bağlı Fatih Aile Sağlığı Merkezi'nde (ASM) Ekim-Aralık 2016 tarihleri arasında yapılmıştır. ASM'ye kayıtlı olan 15-49 yaş grubu kadın nüfusu 8230'dur. Fatih ASM, Kütahya'nın genel özelliklerini temsil eden, sosyoekonomik açıdan her kesimi yansıtan ve kadın nüfusunun en fazla olduğu aile sağlığı merkezlerinden biridir.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, 15-49 yaş grubu Fatih ASM'ye kayıtlı olan 8230 kadın oluşturmaktadır (187).

Toplum içinde PMS görülme sıklığı %30 olarak bilinmektedir (51). Araştırmanın örneklemi %95 güvenle belirlemek için gerekli örneklem büyüklüğü 311 kadın olarak belirlenmiştir. Araştırmanın güvenilirliği için 720 kadına ulaşılmıştır.

Örneklem büyüklüğünü saptamak için kullanılan formül şöyledir:

$$n = \frac{N.P.Q.Z^2}{(N-1)d^2 + Z^2PQ}$$

N: Evren birim sayısı,

n: Örneklem büyüklüğü

P: Evrendeki X'in gözlenme oranı,

Q (1-P): X'in gözlenmeme oranı

Z_{α} : $\alpha= 0.05, 0.01, 0.001$ için 1.96, 2.58 ve 3.28 değerleri

d= Örneklem hatası

$t_{\alpha, sd} = sd$ serbestlik dereceli t dağılımı kritik değerleridir ($sd=n-1$). $t_{\alpha, sd}$ kritik değerleri $sd= n-1 \rightarrow 5000$ olduğunda Z_{α} değerlerine eşit alınabilir.

N:8230

P:0,3

Q (1-P): 0,7

$Z_{\alpha} : \alpha= 1,96$

d= 0,05

Araştırmaya Dâhil Olma Kriterleri

Araştırmaya 15-49 yaş grubunda olan, okuma yazmayı bilen, menstruasyon gören, sağlıklı bir biçimde iletişim kurabilen ve araştırmaya katılmayı kabul eden kadınlar dâhil edilmiştir.

Araştırmaya Dâhil Olmama Kriterleri

Araştırmaya gebe ya da lohusa olan, menapoza girmiş olan, ürogenital ameliyat geçirmiş olan, kronik hastalığı bulunan, herhangi bir psikiyatrik rahatsızlığı bulunan, sağlıklı iletişim kuramayan ve 15-49 yaş grubu dışındaki kadınlar dâhil edilmemiştir.

3.4. Araştırmanın Değişkenleri

- **Sosyo-Demografik Özellikler;** Yaş, eğitim durumu, gelir durumu, sağlık güvencesi, medeni durum, eşine ilişkin özellikler,
- **Menstruasyon ve Doğurganlık Özellikleri;** Menarş yaşı, menstrual siklus süresi, menstrual kanama süresi, menstrual siklus düzeni, dismenore yaşama, gebelik sayısı, doğum kontrol hapı kullanma
- **PMS açısından risk faktörleri;** Sigara-alkol kullanımı, şekerli gıda tüketimi, egzersiz yapma, çay-kahve tüketimi, tuz tüketimi, anne veya kız kardeşte PMS şikâyetleri, öfke kontrolü.
- PMSÖ (Premenstrüel Sendrom Ölçeği) toplam puanı ve alt boyutlarından alınan puan
- SÖÖTÖ (Sürekli Öfke-Öfke İfade Tarz Ölçeği) alt ölçeklerinden alınan puan.

3.5. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma Kütahya ili Fatih ASM'ye başvuran 720 kadın ile yapılmıştır. Araştırma tüm Kütahya iline genellenemez.

3.6. Veri Toplama Tekniği ve Araçları

Araştırma verilerinin toplanmasında; kişilerin sosyo-demografik özellikleri, menstruasyona özelliklerine ilişkin ve doğurganlık özelliklerine ilişkin soruları içeren araştırmacı tarafından literatür taraması sonucunda oluşturulan “Kişisel Bilgi Formu” ve Premenstrual sendrom düzeyini belirlemek için Gençdoğan (2006) tarafından geliştirilen “Premenstrual Sendrom Ölçeği” (PMSÖ), sürekli öfke ve öfke ifade tarzlarının belirlenmesi için ise Özer (1994) tarafından geliştirilen “Sürekli Öfke-Öfke İfade Tarz Ölçeği” (SÖÖTÖ) kullanılmıştır. Araştırmaya katılmayı kabul eden kadınlara birebir, yüz yüze görüşme ile sorular yöneltilmiştir.

3.6.1. Kişisel Bilgi Formu

Kişilerin sosyo-demografik özellikleri, menstruasyona ilişkin özellikleri, doğurganlık özellikleri ve PMS risk faktörlerine ilişkin soruları içeren “Kişisel Bilgi Formu” araştırmacı tarafından literatür taraması sonucunda oluşturulmuş olup anket formu 30 sorudan oluşmaktadır (5, 44, 51, 78, 83, 106, 155, 156) (EK 1).

3.6.2. Premenstrüel Sendrom Ölçeği

PMSÖ; premenstrual semptomların şiddetini belirlemek amacıyla kullanılan Gençdoğan (2006) tarafından geliştirilen 44 maddeden oluşan 5 dereceli likert tipi bir ölçektir (EK 2).

Ölçeğin uygulanmasında “adetten bir hafta önceki süre içinde olma” durumu göz önünde bulundurulmaktadır. Ölçek puanlamasında “Hiç” seçeneği 1 puan, “Çok az” seçeneği 2 puan, “Bazen” seçeneği 3 puan, “Sık sık” seçeneği 4 puan ve “Sürekli” seçeneği 5 puan olarak değerlendirilmektedir. Kişinin her maddenin karşısında bulunan ilgili ölçek ile 1 puan ile 5 puan arasında değerlendirme yapması istenmektedir.

Ölçeğin, 1. Depresif Duygulanım, 2. Anksiyete, 3. Yorgunluk, 4. Sinirlilik, 5. Depresif Düşünceler, 6. Ağrı, 7. İştah Değişimleri, 8. Uyku değişimleri ve 9. Şişkinlik

olmak üzere toplam dokuz alt boyutu bulunmaktadır. Ölçeğin alt boyutlarına ilişkin puanlar hesaplanmakta ve tüm alt boyutlardan alınan puanların toplamından oluşan “PMSÖ Toplam Puanı” elde edilmektedir. Puan yükseldikçe PMS belirtilerinin yoğunluğu fazla olarak değerlendirilmektedir (75).

Gençdoğan (2006) tarafından yapılan güvenirlik çalışmasında ölçeğin Cronbach Alfa katsayısı 0.75 olarak hesaplanmıştır. Yapılan test tekrar test analizinde korelasyon katsayısı 0.71 olarak elde edilmiştir. Çalışmamızda ise ölçeğin Cronbach Alfa katsayısı 0.95 olarak bulunmuştur. Ölçeğin alt boyutlarından depresif duygulanım için Cronbach Alfa katsayısı 0.89, anksiyete için 0.84, yorgunluk için 0.85, sinirlilik için 0.89, depresif düşünceler için 0.88, ağrı için 0.77, iştah değişimi için 0.83, uyku değişimi için 0.77, şişkinlik için 0.83 olarak bulunmuştur.

Ölçeğin alt boyutlarına ilişkin Cronbach Alfa Güvenirlik Katsayıları 0.77 ile 0.98 arasında değişmektedir. Bu sonuç ile ölçeğin alt boyutlarının da kendi içerisinde tutarlılığının yüksek olduğu saptanmıştır. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 44, en yüksek puan ise 220'dir.

PMSÖ değerlendirilmesi: Ölçeğin geliştirildiği çalışmada kesme noktaları belirtilmemiştir. Yazar ile iletişime geçilmiş kesme noktalarının nasıl belirlenebileceği sorulmuştur. Ölçeğin kesme noktası 110 puan olarak belirlenmiştir. Ölçekten alınan toplam puanın %50'sini geçme durumuna göre PMS varlığı konusunda değerlendirme yapılmaktadır.

Tablo 3.1. PMSÖ ve Alt Boyutlarına İlişkin Bilgiler

PMSÖ Faktör	PMSÖ Alt Boyutları	Soru Maddeleri
I. FAKTÖR	Depresif Duygulanım	1., 2., 3., 4., 5., 6. ve 7. madde
II. FAKTÖR	Anksiyete	8., 9., 10., 11., 13., 15. ve 16. madde
III. FAKTÖR	Yorgunluk	12., 14., 17., 18., 25. ve 37. madde
IV. FAKTÖR	Sinirlilik	19., 20., 21., 22. ve 23. madde
V. FAKTÖR	Depresif Düşünceler	24., 26., 27., 28., 29., 30. ve 44. madde
VI. FAKTÖR	Ağrı	31., 32. ve 33. madde
VII. FAKTÖR	İştah Değişimleri	34., 35. ve 36. madde
VIII. FAKTÖR	Uyku değişimleri	38., 39. ve 40. madde
IX. FAKTÖR	Şişkinlik	41., 42. ve 43. madde

3.6.3. Sürekli Öfke-Öfke İfade Tarz Ölçeği

Ölçek öfke ifade tarzlarının belirlenmesi amacıyla Spielberger ve arkadaşları (1983) tarafından geliştirilmiş ve yetişkinlere uygulanabilmektedir. Ölçeğin dilimize uyarlanması Özer (1994) tarafından yapılmıştır. Toplamda 34 maddeden oluşan likert tipinde bir ölçektir. Hiç (1 puan), Biraz (2 puan), Oldukça (3 puan) ve Tümüyle (4 puan) olarak değerlendirilir.

Ölçeğin ilk 10 sorusu sürekli öfkeye yönelik sorular içermekte, kişinin genel anlamda kendisini nasıl hissettiğini belirtmesi istenmektedir. Öfke ifade tarz ölçeğinde ise (sonraki 24 soru) kişilerin öfke ifade biçimleri (öfkenin içe vurumu, öfkenin dışa vurumu ve öfke kontrolü) belirlenmektedir. Ölçekte Cronbach alfa katsayıları “sürekli öfke” alt ölçeği için 0.79, “öfke dışa vurumu” alt ölçeği için 0.78, “öfke içe vurumu” alt ölçeği için 0.62, “öfke kontrolü” alt ölçeği için 0.84 olarak bulunmuştur (139). Çalışmamızda ise ölçeğin Cronbach alfa katsayıları “sürekli öfke” alt ölçeği için 0.84, “öfke dışa vurumu” alt ölçeği için 0.79, “öfke içe vurumu” alt ölçeği için 0.66, “öfke kontrolü” alt ölçeği için 0.82 olarak bulunmuştur.

SÖÖTÖ değerlendirilmesi; Sürekli öfke ölçeğinden alınabilecek en yüksek puan 40, en düşük puan ise 10'dur. Öfkenin içe vurumu, öfkenin dışa vurumu ve öfke kontrolü alt ölçeklerinden alınabilecek en düşük puan 8, en yüksek puan 32'dir. Sürekli öfke kısmından yüksek puan alınması, yüksek öfke düzeyini, öfke içe alt ölçeğinden yüksek puan alınması bastırılmış öfkeyi, öfkenin içe yansıtıldığını, paylaşılmadığını ve ifade edilmediğini gösterirken, öfke dışa alt ölçeğinden yüksek puan alınması öfkenin kontrol edilemediğini, çevresini yöneltildiğini ifade etmektedir. Öfke kontrolü alt ölçeğinden yüksek puan alınması ise öfkenin kontrol edilebildiğini ya da kontrol edilmeye çalışıldığını göstermektedir (139).

Tablo 3.2. Sürekli Öfke-Öfke İfade Tarz Ölçeği'ne İlişkin Bilgiler

SÖÖTÖ			
Sürekli Öfke	Öfke İfade Tarzı		
	Öfke İçer Vurumu	Öfke Dışa Vurumu	Öfke Kontrolü
Ölçeğin ilk 10 maddesi	13., 15., 16., 20., 23., 26., 27., 31. madde	12., 17., 19., 22., 24., 29., 32., 33. madde	11., 14., 18., 21., 25., 28., 30., 34. madde

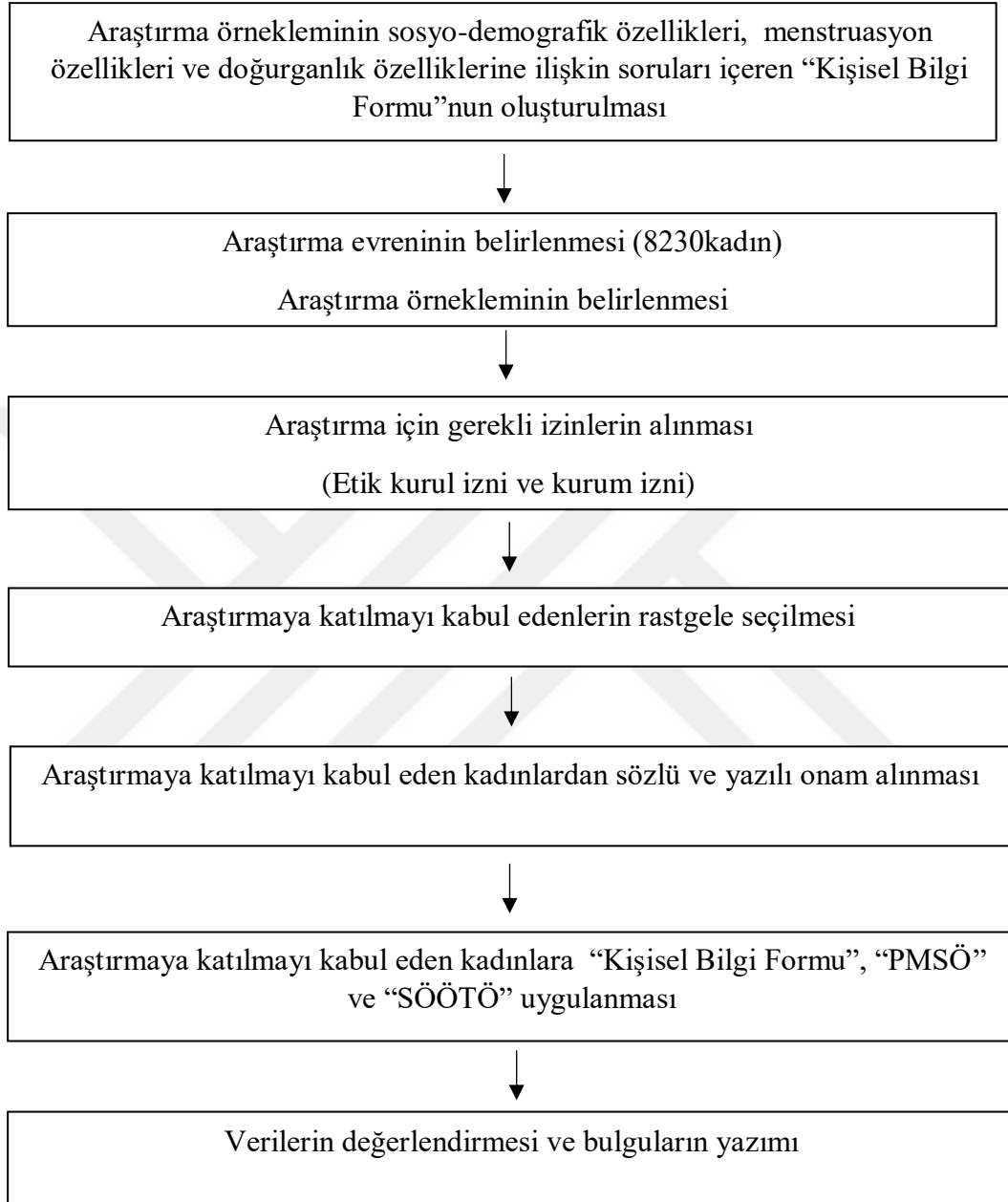
3.7. Araştırmanın Uygulanması

Anketlerde yer alan soruların amaca uygunluğu, yanıtlanabilirliği, anlaşılabilirliği ve güvenilirliğinin incelenmesi gerekmektedir. Bu nedenle hesaplanan örneklem büyüklüğünün %5'ine ön uygulama yapılması gereklidir (39). Bu nedenle 20 kişiye ön uygulama yapılmıştır. Araştırma örneğine ön uygulama esnasında toplanan veriler dâhil edilmemiştir. Ön uygulama sonrasında anket formunda değişiklik yapılmamış ve uygulamaya devam edilmiştir.

Araştırma Kütahya ili Merkeze bağlı Fatih ASM'de Ekim-Aralık 2016 tarihleri arasında yapılmıştır. ASM'ye kayıtlı olan, örneklem seçim kriterlerine uygun olan, gönüllü, 15-49 yaş grubu 720 kadın araştırmaya dâhil edilmiştir. Veri toplama süresi yaklaşık olarak her bir kadın için 15-20 dakika sürmüştür.

3.7.1. Araştırmanın Uygulama Şeması

Araştırmanın uygulama şeması Şekil 3.1’de verilmiştir.



Şekil 3.1. Araştırmanın uygulama şeması

3.8. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırma sonucunda elde edilen veriler SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 20.0 veri analiz paket programı kullanılarak değerlendirilmiştir.

Verilerin normal dağılıma uygunluğu Shapiro Wilk testi ile kontrol edilmiş ve normal dağıldığı tespit edilmiştir. Nümerik değişkenler ortalama±standart sapma ($\bar{X}\pm SD$), kategorik değişkenler sayı (n) ve yüzde (%) olarak tablolarda verilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde; kategorik değişkenler (sosyo-demografik özellikler) ile PMS görülme durumu arasındaki ilişkiyi incelemek için çapraz tablo oluşturulup Ki kare (X^2) analizi yapılmıştır. Normal dağılım gösteren değişkenlerde iki grup arası farklılığın önem kontrolünde bağımsız gruplarda t test (t) kullanılmıştır. PMSÖ toplam puan ve alt boyutlarından alınan puanlar ile SÖÖTÖ alt ölçeklerinden alınan puanlar arasındaki ilişkinin incelenmesinde Pearson-Korelasyon testi uygulanmıştır. Sonuçlar $p<0.05$ ve $p<0.001$ anlamlılık düzeyinde değerlendirilmiştir. Araştırmada verilerin değerlendirilmesinde kullanılan istatistiksel yöntemler Tablo 3.3’de verilmiştir.

Tablo 3.3. Verilerin Değerlendirilmesinde Kullanılan İstatistiksel Yöntemler

İncelenen Özellik	Kullanılan İstatistiksel Yöntem
Kadınların sosyo-demografik, doğurganlık, menstruasyon özellikleri ve PMS risk faktörlerine ilişkin özelliklerinin incelenmesi, PMS görülme durumunun belirlenmesi	Frekans, yüzde ($\bar{X}\pm SD$)
PMS görülme durumu ile sosyo-demografik özellikler, menstruasyon ve doğurganlık özellikleri ve risk faktörleri arasındaki ilişkinin incelenmesi	Ki kare testi, Bağımsız gruplarda t testi
PMS görülme durumu ile Sürekli Öfke-Öfke İfade Tarzları arasındaki ilişkinin incelenmesi	Bağımsız gruplarda t testi
PMSÖ’den alınan toplam puan ve alt boyutlarından alınan puanlar ile SÖÖTÖ alt ölçeklerinden alınan puanlar arasındaki ilişkinin incelenmesi	Pearson-Korelasyon testi

3.9. Araştırmanın Etik Yönü

Çalışmanın uygulanabilirliği için Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 80558721/G-252 sayılı izin ile onay alınmıştır (EK 4). Çalışmanın yürütülebilmesi için Kütahya Halk Sağlığı Müdürlüğü'nden 66581584/730.08.03 sayılı yazı ile onay alınmıştır (EK 5).

Premenstrual Sendrom Ölçeği'nin kullanılabilmesi için ölçeği geliştiren Başaran GENÇDOĞAN ile mail üzerinden iletişime geçilmiş ve ölçeğin kullanımı için izin alınmıştır. Sürekli Öfke-Öfke İfade Tarz Ölçeğinin kullanılabilmesi için ölçeğin geçerlilik güvenirliğini yapan A.Kadir ÖZER ile mail üzerinden iletişime geçilmiş ve ölçeğin kullanımı için izin alınmıştır (EK 6).

Araştırmaya katılmayı kabul eden kadınlara araştırma hakkında bilgi verilmiş olup, istedikleri zaman araştırmadan çekilebilecekleri belirtilmiştir. Araştırmaya katılmayı kabul eden, 15-49 yaş grubu gönüllü kadınlar araştırma kapsamına alınmıştır.

4. BULGULAR

Kadınlarda PMS görülme durumu ile sürekli öfke ve öfke ifade tarzları arasındaki ilişkiyi incelemek amacı ile yapılan çalışmanın bulguları bu kısımda verilmiştir.

4.1. Kadınların Bazı Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Dağılımı

Tablo 4.1, Tablo 4.2, Tablo 4.3 ve Tablo 4.4’de kadınların bazı tanımlayıcı özelliklerine ilişkin dağılımı verilmiştir.

Tablo 4.1. Kadınların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı

Özellik		n	%
Yaş	15-24 yaş	220	30.6
	$\bar{X} \pm SD$ (30.00 \pm 8.645 yıl)	253	35.1
	Min: 15 Max: 49	247	34.3
Eğitim durumu	İlköğretim	214	29.7
	Lise	230	32.0
	Üniversite ve üzeri	276	38.3
Çalışma durumu	Evet	191	26.5
	Hayır	529	73.5
Medeni durum	Bekâr	255	35.4
	Evli	465	64.6
Sosyal güvence	Evet	674	93.6
	Hayır	46	6.4
Gelir durumu	Gelir giderden fazla	92	12.8
	Gelir gidere denk	495	68.7
	Gelir giderden az	133	18.5
Eş eğitim durumu (n=465)	İlköğretim	102	21.9*
	Lise	179	38.5*
	Üniversite ve üzeri	184	39.6*
Eş çalışma durumu (n=465)	Evet	444	95.5*
	Hayır	21	4.5*
TOPLAM		720	100

*Yüzde n=465 üzerinden alınmıştır.

Tablo 4.1’de kadınların sosyo-demografik özelliklerine ilişkin bulgular yer almaktadır. Çalışmaya katılan kadınların yaş ortalaması 30.00 \pm 8.645 yıl (Min:15 Max:49) olarak bulunmuş ve kadınların %35.1’i 25-34 yaş grubunda yer almaktadır. Kadınların %38.3’ünün eğitim durumu üniversite ve üzeri düzeyde yer almaktadır. Çalışma kapsamına alınan kadınların %73.5’i çalışmamakta ve %93.6’sının ise sosyal güvencesi bulunmaktadır. Medeni durumlarına bakıldığında kadınların %64.6’sının

evli olduğu görülmektedir. Kadınların gelir durumlarına bakıldığında %68.7'sinin gelir gider durumunun birbirine denk olduğu görülmektedir. Çalışmaya katılan kadınların eşlerine ilişkin özelliklerine bakıldığında; %39.6'sının eşinin eğitim düzeyinin ise üniversite ve üzeri olduğu ve %95.5'inin eşinin çalıştığı görülmektedir.

Tablo 4.2. Kadınların Menstruasyon ve Doğurganlık Özelliklerine Göre Dağılımı

Özellik	$\bar{X}\pm SD$		
İlk menarş yaşı	13.35±1.48 yıl		
Menstrual siklus aralığı	26.53±4.19 gün		
Menstruasyon süresi	6.12±1.56 gün		
		n	%
Menstrual siklus düzeni	Düzenli	551	76.5
	Düzensiz	169	23.5
Premenstrual dönemde genel durum	Aynı	224	31.1
	Daha kötü	450	62.5
	Bilmiyorum	46	6.4
Dismenore yaşama	Evet	550	76.4
	Hayır	170	23.6
Gebelik sayısı	Yok	287	39.9
	1	131	18.2
	2	184	25.5
	3 ve üzeri	118	16.4
Doğum kontrol hapi kullanma	Evet	36	5.0
	Hayır	684	95.0
TOPLAM		720	100

Tablo 4.2'de kadınların menstruasyon ve doğurganlık özelliklerine ilişkin dağılımı verilmiştir. Çalışmaya katılan kadınların menstruasyon özellikleri incelendiğinde; kadınlarda ilk menarş yaş ortalaması 13.35±1.48 yıl, menstrual siklus aralıklarının ortalaması 26.53±4.19 gün ve menstruasyon süresinin ortalaması ise 6.12±1.56 gün olarak bulunmuştur. Kadınların %76.5'i düzenli olarak adet gördüğünü ifade etmektedir. Kadınların %76.4'ü dismenore yaşadığını ve %62.5'ü premenstrual dönemde kendilerini normale göre daha kötü hissettiklerini ifade etmektedir. Kadınların doğurganlık özelliklerine bakıldığında ise %39.9'unun hiç gebelik yaşamamış olduğu ve %16.4'ünün üç ve üzeri gebeliği olduğu görülmektedir. Kadınların %5'i ise doğum kontrol hapi kullanmaktadır.

Tablo 4.3. Kadınların PMS Risk Faktörlerine Göre Dağılımı

Özellik		n	%
PMS'de aile öyküsü bulunma	Evet	429	59.6
	Hayır	273	37.9
	Bilmiyorum	18	2.5
Sigara kullanımı	Evet	212	29.4
	Hayır	508	70.6
Sigara kullanım miktarı	Günde 10 taneden az	119	56.1
	Günde 10 taneden fazla	93	43.9
Alkol kullanımı	Evet	29	4.0
	Hayır	691	96.0
Şekerli gıda tüketimi	Evet	626	86.9
	Hayır	94	13.1
Yemeği tatmadan tuz kullanma	Evet	194	26.9
	Hayır	526	73.1
Kahve tüketimi	Evet	590	81.9
	Hayır	130	18.1
Çay tüketimi	Evet	668	92.8
	Hayır	52	7.2
Gazlı içecek tüketimi	Evet	382	53.1
	Hayır	338	46.9
Egzersiz yapma	Evet	288	40.0
	Hayır	432	60.0
TOPLAM		720	100

Tablo 4.3'de PMS risk faktörlerine ilişkin bulgular verilmiştir. Kadınların %59.6'sının annesi veya kız kardeşlerinde premenstrual dönemde yaşadıkları değişikliklere ilişkin şikâyetlerinin olduğu görülmektedir. Kadınların %29.4'ü sigara kullanmakta, %4'ü alkol kullanmaktadır. Sigara kullananların %56.1'i günde 10 taneden az % 43.9'u ise 10 taneden fazla sigara kullandığını belirtmiştir.

Kadınların %86.9'u şekerli gıda tüketmekte, %26.9'u yemeğin tadına bakmadan tuz kullanmaktadır. Çalışma kapsamına alınan kadınların % 81.9'unun kahve tükettiği görülmektedir. Gazlı içecek ve çay tüketimine bakıldığında ise %46.9'unun gazlı içecek, %7.2'si ise çay tüketmediği görülmektedir. Kadınların %40'ı ise egzersiz yaptıklarını ifade etmektedir.

Tablo 4.4. Kadınların PMS Baş Etme ve Öfke Kontrolüne İlişkin Özellikleri

Özellik		n	%
Premenstrual şikâyetlerle baş etmede kullanılan yöntemler	Hiçbir şey	339	47.1
	Vücut terapileri	18	2.5
	Bitkisel tedavi	118	16.4
	Medikal tedavi	188	26.1
	Zihin ve beden teknikleri	30	4.2
	Yaşam tarzı değişikliği	8	1.1
	Sıcak uygulama	134	18.6
	Diğer	7	1.0
Öfke kontrolü	Evet	98	13.6
	Hayır	622	86.4
Öfke kontrol edememe zamanı (n=622)	Adet öncesi	337	54.2*
	Adetliken	175	28.1*
	Diğer	110	17.7*
TOPLAM		720	100

*Yüzde n=622 üzerinden alınmıştır.

Tablo 4.4’de kadınların PMS baş etme ve öfke kontrolüne ilişkin özellikleri verilmiştir. Çalışmaya katılan kadınların %47.1’i premenstrual dönemde şikâyetlerini azaltmak için hiç bir şey yapmamakta, %26.1’i medikal tedaviye başvurmakta, %18.6’sı sıcak uygulama yapmakta, %16.4’ü ise bitkisel tedaviye başvurmaktadır. Çalışmaya katılan kadınların %86.4’ü yaşamlarında öfkesini kontrol edemediği zamanların olduğunu belirtmekte ve bu kadınların %54.2’si öfkesini kontrol edemediği zaman olarak adet öncesi dönemi belirtmiştir. Kadınların %17.7’si ise öfke kontrol edememe probleminin adet dönemi ile ilişkili olmadığını belirtirken, % 82.3’ü ise bu durumun menstruasyon nedeniyle ortaya çıktığını belirtmiştir.

4.2. Kadınların PMSÖ Toplam Puan ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı

Tablo 4.5. Kadınların PMSÖ’den Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı

PMSÖ Alt Boyutları	$\bar{X}\pm SD$	Alt ve Üst Değer	Min.	Max.
Depresif duygulanım	18.18±6.58	7-35	7	35
Anksiyete	13.48 ±5.94	7-35	7	35
Yorgunluk	17.41±5.73	6-30	6	30
Sinirlilik	13.55±5.15	5-25	5	25
Depresif düşünceler	14.48±6.39	7-35	7	35
Ağrı	8.46±3.11	3-15	3	15
İştah Değişimi	8.70±3.49	3-15	3	15
Uyku Değişimi	7.57±3.24	3-15	3	15
Şişkinlik	8.85±3.79	3-15	3	15
PMSÖ Toplam Puan	110.72±32.23	44-220	44	217

Tablo 4.5’de kadınların PMSÖ’den aldıkları toplam puan ve alt boyutlarına ilişkin puan ortalamalarının dağılımı verilmiştir. Kadınların PMSÖ’den aldıkları toplam puan ortalamaları 110.72±32.23 olarak bulunmuştur.

Ölçek alt boyutları incelendiğinde, kadınların “depresif duygulanım” puan ortalaması 18.18±6.58, “anksiyete” puan ortalaması 13.48 ±5.94, “yorgunluk” puan ortalaması 17.41±5.73, “sinirlilik” puan ortalaması 13.55±5.15, “depresif düşünceler” puan ortalaması 14.48±6.39, “ağrı” puan ortalaması 8.46±3.11, “iştah değişimi” puan ortalaması 8.70±3.49, “uyku değişimi” puan ortalaması 7.57±3.24, “şişkinlik” puan ortalaması 8.85±3.79 olarak bulunmuştur.

4.3. Kadınların SÖÖTÖ Alt Ölçeklerinden Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı

Tablo 4.6. Kadınların SÖÖTÖ Alt Ölçeklerinden Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı

SÖÖTÖ	$\bar{X}\pm SD$	Alt ve üst değer	Min.	Max.
Sürekli Öfke	19.88±5.81	10 - 40	10	40
Öfkenin içe vurumu	15.81±4.01	8 - 32	8	32
Öfkenin dışa vurumu	14.98±4.26	8 - 32	8	32
Öfke kontrolü	20.83±4.63	8 - 32	8	32

Tablo 4.6’da kadınların SÖÖTÖ alt ölçeklerinden aldıkları puan ortalamalarının dağılımı verilmiştir. Çalışmaya katılan kadınların “sürekli öfke” boyutundan aldıkları puan ortalaması 19.88 ± 5.81 , “öfkenin içe vurumu” boyutundan aldıkları puan ortalaması 15.81 ± 4.01 , “öfkenin dışa vurumu” boyutundan aldıkları puan ortalaması 14.98 ± 4.26 , “öfke kontrolü” boyutundan aldıkları puan ortalaması ise 20.83 ± 4.63 olarak bulunmuştur.

4.4. Kadınlarda PMS Görülme Durumunun İncelenmesi

Tablo 4.7. Kadınlarda PMS Görülme Durumu ve PMSÖ Toplam Puan Ortalamalarının Dağılımı

PMS görülme durumu	n	%	$\bar{X} \pm SD$
PMS görülmeyen	369	51.25	85.28 ± 16.29
PMS görülen	351	48.75	137.46 ± 21.35
Toplam	720	100	110.72 ± 32.23

Tablo 4.7’de kadınlarda PMS görülme durumu ve PMSÖ toplam puan ortalamalarının dağılımı verilmiştir. Çalışmaya katılan kadınların %48.75’inde PMS görüldüğü saptanmıştır. PMS görülen kadınların ölçekten aldıkları puan ortalamaları 137.46 ± 21.35 , PMS görülmeyen kadınların ölçekten aldıkları puan ortalamaları ise 85.28 ± 16.29 ’dir. Kadınların PMSÖ’den aldıkları toplam puan ortalaması ise 110.72 ± 32.23 olarak bulunmuştur.

4.5. Kadınlarda PMS Görülme Durumunu Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi

Tablo 4.8, Tablo 4.9, Tablo 4.10, Tablo 4.11 ve Tablo 4.12’de kadınlarda PMS görülme durumunu etkileyen faktörlerin karşılaştırılması verilmiştir.

Tablo 4.8. Kadınlarda PMS Görülme Durumu ile Sosyo-Demografik Özellikler Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Özellik	PMS görülmeyen(-)		PMS görülen(+)		X ²	p
	n (369)	%	n (351)	%		
Yaş						
15-24 yaş	100	27.1	120	34.2	4.373	0.112
25-34 yaş	138	37.4	115	32.8		
35-49 yaş	131	35.5	116	33.0		
Eğitim durumu						
İlköğretim	111	30.1	103	29.3	0.049	0.976
Lise	117	31.7	113	32.2		
Üniversite ve üzeri	141	38.2	135	38.5		
Çalışma durumu						
Evet	97	26.3	94	26.8	0.022	0.881
Hayır	272	73.7	257	73.2		
Sosyal güvence						
Evet	343	93.0	331	94.3	0.547	0.460
Hayır	26	7.0	20	5.7		
Gelir durumu						
Gelir giderden fazla	54	14.6	38	10.8	4.060	0.131
Gelir gidere denk	255	69.1	240	68.4		
Gelir giderden az	60	16.3	73	20.8		
Medeni durum						
Bekâr	117	31.7	138	39.3	4.553	0.033*
Evli	252	68.3	213	60.7		
Eş eğitim durumu						
İlköğretim	53	21.0	49	23.0	1.019	0.601
Lise	94	37.3	85	39.9		
Üniversite ve üzeri	105	41.7	79	37.1		
Eş çalışma durumu						
Evet	239	94.8	205	96.2	0.527	0.468
Hayır	13	5.2	8	3.8		

*p<0.05

Tablo 4.8’de kadınlarda PMS görülme durumu ile kadınların sosyo-demografik özelliklerinin karşılaştırılması verilmiştir.

Kadınların yaş, eğitim durumu, çalışma durumu, sosyal güvence ve gelir durumları ile PMS görülme durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Çalışmaya katılan kadınlar medeni durumları açısından incelendiğinde; PMS görülen ve görülmeyen gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($X^2=4.553$, $p<0.05$). PMS görülen kadınlarda bekâr olan kadınların oranı (%39.3) PMS görülmeyen bekâr kadınların oranından (%31.7) anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur.

Kadınlar eş eğitim durumları ve eş çalışma durumları açısından incelendiğinde; PMS görülen ve görülmeyen gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.9. Kadınlarda PMS Görülme Durumu ile Menstruasyon Özellikleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Özellik	PMS görülmeyen(-) $\bar{X}\pm SD$	PMS görülen(+) $\bar{X}\pm SD$	t	p
İlk menarş yaşı	13,40±1.47	13,30±1.49	0.896	0.370
Menstrual siklus aralığı	26,32±3.99	26,75±4.38	-1.367	0.172
Menstrual kanama süresi	6,15±1.62	6,10±1.50	0.396	0.692

Tablo 4.9’da PMS görülme durumuna göre kadınların menstruasyon özelliklerinin karşılaştırılması verilmiştir. Kadınların ilk menarş yaşı, menstrual siklus aralığı ve menstrual kanama süreleri ise PMS görülme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.10. Kadınlarda PMS Görülme Durumu ile Doğurganlık ve Menstruasyon Özellikleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Özellik	PMS görülmeyen(-)		PMS görülen(+)		X ²	p
	n (369)	%	n (351)	%		
Menstrual siklus düzeni						
Düzenli	300	81.3	251	71.5	9.600	0.002*
Düzensiz	69	18.7	100	28.5		
Dismenore yaşama						
Evet	248	67.2	302	86.0	35.368	<0.001**
Hayır	121	32.8	49	14.0		
Premenstrual dönemde genel durum						
Aynı	171	46.3	53	15.1	87.517	<0.001**
Daha kötü	172	46.6	278	79.2		
Bilmiyorum	26	7.0	20	5.7		
Gebelik Sayısı						
Yok	126	34.1	161	45.8	11.797	0.008*
1	77	20.9	54	15.4		
2	97	26.3	87	24.8		
3 ve üzeri	69	18.7	49	14.0		
Doğum kontrol hapi kullanma						
Evet	18	4.9	18	5.1	0.024	0.878
Hayır	351	95.1	333	94.9		

*p<0.05

**p<0.001

Tablo 4.10’da PMS görülme durumuna göre kadınların doğurganlık ve menstruasyon özelliklerinin karşılaştırılması verilmiştir. Çalışmaya katılan kadınlar menstrual siklus düzeni, dismenore yaşama, premenstrual dönemde genel durum ve gebelik sayısı bakımından incelendiğinde PMS görülen ve görülmeyen gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır (p<0.05). Çalışmaya katılan kadınlar doğum kontrol hapi kullanma açısından incelendiğinde; PMS görülen ve görülmeyen gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (p>0.05).

Çalışmaya katılan kadınlar menstrual siklus düzeni açısından incelendiğinde; PMS görülen ve görülmeyen gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır (X²=9.600, p=0.002). PMS görülen kadınlarda menstrual siklusu

düzensiz olanların oranı (%28.5), PMS görülmeyen kadınlarda menstrual siklusu düzensiz olan kadınların oranından (%18.7) daha yüksek bulunmuştur.

Çalışmaya katılan kadınlar dismenore yaşama durumuna göre incelendiğinde; PMS görülen ve görülmeyen gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı olduğu saptanmıştır ($X^2=35.568$, $p<0.001$). PMS görülen grupta dismenore yaşayan kadınların oranı (%86.0), PMS görülmeyen grupta dismenore yaşayanlara (%67.2) göre anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur.

Çalışmaya katılan kadınlar premenstrual dönemde genel durumuna göre incelendiğinde; PMS görülen ve görülmeyen gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($X^2=87.517$, $p<0.001$). PMS görülen grupta premenstrual dönemde kendini daha kötü hissedenlerin oranı (%79.2), PMS görülmeyen grupta premenstrual dönemde kendini daha kötü hissedenlerin oranından (%46.6) anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur.

Çalışmaya katılan kadınlar gebelik durumuna göre incelendiğinde; PMS görülen ve görülmeyen gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır. ($X^2=11.797$, $p=0.008$) PMS görülen grupta hiç gebe kalmayan kadınların oranı (%45.8), PMS görülmeyen grupta hiç gebe kalmayan kadınların oranından (%34.1) anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur.

Tablo 4.11. Kadınlarda PMS Görülme Durumu ile PMS Risk Faktörleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Özellik	PMS görülmeyen(-)		PMS görülen (+)		X ²	p
	n (369)	%	n (351)	%		
Aile öyküsü						
Evet	197	53.4	232	66.1	12.097	0.002*
Hayır	161	43.6	112	31.9		
Bilmiyorum	11	3.0	7	2.0		
Sigara kullanımı						
Evet	94	25.5	118	33.6	5.743	0.017*
Hayır	275	74.5	233	66.4		
Sigara kullanım miktarı (günde)						
10 taneden az	59	62.8	60	50.8	3.018	0.082
10 taneden fazla	35	37.2	58	49.2		
Alkol kullanımı						
Evet	8	2.2	21	6.0	6.773	0.009*
Hayır	361	97.8	330	94.0		
Şekerli gıda tüketimi						
Evet	315	85.4	311	88.6	1.662	0.197
Hayır	54	14.6	40	11.4		
Kahve tüketimi						
Evet	291	78.9	299	85.2	4.862	0.027*
Hayır	78	21.1	52	14.8		
Çay tüketimi						
Evet	341	92.4	327	93.2	0.151	0.697
Hayır	28	7.6	24	6.8		
Gazlı içecek tüketimi						
Evet	175	47.4	207	59.0	9.633	0.002*
Hayır	194	52.6	144	41.0		
Egzersiz yapma						
Evet	137	37.1	151	43.0	2.603	0.107
Hayır	232	62.9	200	57.0		
Yemeği tatmadan tuz kullanma						
Evet	95	25.7	99	28.2	0.553	0.457
Hayır	274	74.3	252	71.8		

*p<0.05

Tablo 4.11’de kadınlarda PMS görülme durumu ile PMS risk faktörleri arasındaki ilişki verilmiştir. Araştırmaya katılan kadınlar aile öyküsü, sigara kullanımı, alkol kullanımı, kahve tüketimi, gazlı içecek tüketimi açısından incelendiğinde PMS görülen ve görülmeyen gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0.05$). Araştırmaya katılan kadınlar sigara kullanım miktarı, şekerli gıda tüketimi, çay tüketimi, yemeği tatmadan tuz kullanma ve egzersiz yapma durumları açısından incelendiğinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Çalışmaya katılan kadınlar PMS aile öyküsü bulunma durumu açısından incelendiğinde PMS görülen ve görülmeyen gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($X^2=12.097$, $p=0.002$). PMS görülen grupta anne ve kız kardeşinde adet öncesi şikâyet görülenlerin oranı (%66.1), PMS görülmeyen gruptaki anne ve kız kardeşinde adet öncesi şikâyet görülme oranından (%53.4) anlamlı derecede yüksek bulunmuştur.

Kadınların sigara kullanımı incelendiğinde PMS görülen ve görülmeyen gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($X^2=5.743$, $p=0.017$). PMS görülen grupta sigara kullananların oranının (%33.6), PMS görülmeyen gruptaki sigara kullananların oranından (%25.5) daha yüksek olduğu görülmektedir.

Kadınların alkol kullanımı incelendiğinde PMS görülen ve görülmeyen gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($X^2=6.773$, $p=0.009$). PMS görülen grupta alkol kullananların oranının (%6), PMS görülmeyen gruptaki alkol kullananların oranından (%2.2) daha yüksek olduğu görülmektedir.

Kadınların kahve tüketimi, incelendiğinde PMS görülen ve görülmeyen gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($X^2=4.862$, $p=0.027$). PMS görülen grupta kahve tüketenlerin oranının (%85.2), PMS görülmeyen gruptaki kahve tüketenlerin oranından (%78.9) daha yüksek olduğu görülmektedir.

Kadınların gazlı içecek tüketimi incelendiğinde PMS görülen ve görülmeyen gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($X^2=9.633$, $p=0.002$). PMS görülen kadınlar arasında gazlı içecek tüketenlerin oranının (%59), PMS görülmeyen gruptaki gazlı içecek tüketen kadınların oranından (%47.4) daha yüksek olduğu görülmektedir.

Tablo 4.12. Kadınlarda PMS Görülme Durumu ile Öfke Kontrolüne İlişkin Özelliklerin İncelenmesi

Özellik	PMS görülmeyen(-)		PMS görülen (+)		X ²	p
	n (369)	%	n (351)	%		
Öfke kontrolü						
Evet	80	21.7	18	5.1	41.913	<0.001**
Hayır	289	78.3	333	94.9		
Öfke kontrol edememe zamanı						
Adet öncesi	131	45.3	206	61.9	38.562	<0.001**
Adetliyken	78	27.0	97	29.1		
Diğer	80	27.7	30	9.0		

**p<0.001

Tablo 4.12’de kadınlarda PMS görülme durumu ile öfke kontrolüne ilişkin özelliklerin karşılaştırılması verilmiştir. Kadınlar öfke kontrolü açısından incelendiğinde; PMS görülen ve görülmeyen gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($X^2=41.913$, $p<0.001$). PMS görülen kadınlarda öfke kontrolünde problem yaşayanların oranı (%94.9), PMS görülmeyen kadınlarda öfke kontrolünde problem yaşayanların oranından (%78.3) daha yüksek olduğu görülmektedir.

Kadınlar öfke kontrolünde problem yaşadıkları zaman açısından incelendiğinde; PMS görülen ve görülmeyen gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($X^2=38.562$, $p<0.001$). PMS görülen kadınlarda adet öncesinde öfke kontrolünde problem yaşayanların oranı (%61.9), PMS görülmeyen kadınlarda adet öncesinde öfke kontrolünde problem yaşayanların oranından (%45.3) daha yüksek bulunmuştur.

4.6. Kadınlarda PMS Görülme Durumu ile Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Tablo 4.13 ve Tablo 4.14'de kadınlarda PMS görülme durumu ile sürekli öfke ve öfke ifade tarzları arasındaki ilişkiye ait bulgular verilmiştir.

Tablo 4.13. Kadınlarda PMS Görülme Durumu ile SÖÖTÖ Alt Ölçeklerinden Alınan Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

PMS görülme durumu	Sürekli öfke $\bar{X}\pm SD$	Öfkenin içe vurumu $\bar{X}\pm SD$	Öfkenin dışa vurumu $\bar{X}\pm SD$	Öfke kontrolü $\bar{X}\pm SD$
PMS görülmeyen(-)	17.98±5.14	14.75±3.76	13.98±3.74	21.40±4.79
PMS görülen (+)	21.87±5.81	16.93±3.97	16.03±4.53	20.22±4.39
	p<0.001** t=-9.495	p<0.001** t=-7.565	p<0.001** t=-6.573	p= 0.001* t=3.451

*p<0.05

**p<0.001

Tablo 4.13'de kadınlarda PMS görülme durumu ile SÖÖTÖ'den alt ölçeklerinden alınan puan ortalamaları arasındaki ilişki verilmiştir. PMS görülme durumu ile sürekli öfke (t=-9.495), öfkenin içe vurumu (t=-7.565), öfkenin dışa vurumu (t=-6.573) alt ölçeklerinden alınan puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır (p<0.001). PMS görülen kadınların ölçeğin sürekli öfke (21.87±5.81), öfkenin içe vurumu (16.93±3.97), öfkenin dışa vurumu (16.03±4.53) alt ölçeklerinden aldıkları puan ortalamaları; PMS görülmeyen kadınların ölçeğin sürekli öfke (17.98±5.14), öfkenin içe vurumu (14.75±3.76), öfkenin dışa vurumu (13.98±3.74) alt ölçeklerinden aldıkları puan ortalamalarına göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur.

PMS görülme durumu ile öfke kontrolü alt ölçeğinden alınan puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır (t=3.451, p=0.001). PMS'li kadınların öfke kontrolü alt ölçeğinden aldıkları puan ortalamalarının (20.22±4.39), PMS görülmeyen kadınların öfke kontrolü alt ölçeğinden aldıkları puan ortalamalarına (21.40±4.79) göre daha düşük olduğu saptanmıştır.

Tablo 4.14. Kadınların PMSÖ ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puanlar ile SÖÖTÖ Alt Ölçeklerinden Aldıkları Puanlar Arasındaki İlişki

PMSÖ		SÖÖTÖ			
		Sürekli öfke	Öfkenin içe vurumu	Öfkenin dışa vurumu	Öfke kontrolü
Depresif duygulanım	r	0.399	0.311	0.285	-0.159
	p	p<0.001**	p<0.001**	p<0.001**	p<0.001**
Anksiyete	r	0.341	0.299	0.258	-0.128
	p	p<0.001**	p<0.001**	p<0.001**	p=0.001*
Yorgunluk	r	0.370	0.271	0.246	-0.113
	p	p<0.001**	p<0.001**	p<0.001**	p=0.003*
Sinirlilik	r	0.546	0.298	0.445	-0.330
	p	p<0.001**	p<0.001**	p<0.001**	p<0.001**
Depresif düşünceler	r	0.427	0.354	0.316	-0.164
	p	p<0.001**	p<0.001**	p<0.001**	p<0.001**
Ağrı	r	0.195	0.183	0.128	0.015
	p	p<0.001**	p<0.001**	p=0.001*	p=0.680
İştah Değişimi	r	0.214	0.147	0.148	-0.018
	p	p<0.001**	p<0.001**	p<0.001**	p=0.624
Uyku Değişimi	r	0.284	0.217	0.179	-0.096
	p	p<0.001**	p<0.001**	p<0.001**	p=0.01*
Şişkinlik	r	0.223	0.133	0.150	-0.082
	p	p<0.001**	p<0.001**	p<0.001**	p=0.028*
PMSÖ Toplam	r	0.479	0.356	0.348	-0.181
Puan	p	p<0.001**	p<0.001**	p<0.001**	p<0.001**

*p<0.05

**p<0.001

Tablo 4.14’de kadınların PMSÖ ve alt boyutlarından aldıkları puanlar ile SÖÖTÖ alt ölçeklerinden aldıkları puanlar arasındaki ilişki verilmiştir. PMSÖ’den alınan toplam puan ile sürekli öfke (p<0.001, r=0.479), öfkenin içe vurumu (p<0.001, r=0.356), öfkenin dışa vurumu (p<0.001, r=0.348) alt ölçeklerinden alınan puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü orta düzeyde bir ilişki olduğu görülmekle birlikte, öfke kontrolü (p<0.001 r=-0.181) alt ölçeğinden alınan puanlar ile arasında ise istatistiksel olarak anlamlı negatif yönlü zayıf düzeyde bir ilişki olduğu görülmektedir.

Depresif duygulanım alt boyutundan alınan puanlar ile sürekli öfke (p<0.001, r=0.399) ve öfkenin içe vurumu (p<0.001, r=0.311) alt ölçeklerinden alınan puanlar

arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü orta düzeyde bir ilişki olmakla birlikte, öfkenin dışa vurumu ($p<0.001$, $r=0.285$) alt ölçeğinden alınan puanlar ile arasında pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı zayıf düzeyde bir ilişki olduğu görülmektedir. Depresif duygulanım alt boyutundan alınan puanlar ile öfke kontrolü alt ölçeğinden alınan puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönlü zayıf düzeyde bir ilişki olduğu görülmektedir ($p<0.001$, $r=-0.159$).

Anksiyete alt boyutundan alınan puanlar ile sürekli öfke ($p<0.001$, $r=0.341$) alt ölçeğinden alınan puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü orta düzeyde bir ilişki olduğu görülmekle birlikte, öfkenin içe vurumu ($p<0.001$, $r=0.299$) ve öfkenin dışa vurumu ($p<0.001$, $r=0.258$) alt ölçeklerinden alınan puanlar arasında pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı zayıf düzeyde bir ilişki olduğu görülmektedir. Anksiyete alt boyutundan alınan puanlar ile öfke kontrolü alt ölçeğinden alınan puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönlü zayıf düzeyde bir ilişki olduğu görülmektedir ($p=0.001$, $r=-0.128$).

Yorgunluk alt boyutundan alınan puanlar ile sürekli öfke ($p<0.001$, $r=0.370$) alt ölçeğinden alınan puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü orta düzeyde bir ilişki olduğu görülürken, öfkenin içe vurumu ($p<0.001$, $r=0.271$) ve öfkenin dışa vurumu ($p<0.001$, $r=0.246$) alt ölçeklerinden alınan puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü zayıf düzeyde bir ilişki olduğu görülmektedir. Yorgunluk alt boyutundan alınan puanlar ile öfke kontrolü alt ölçeğinden alınan puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönlü zayıf düzeyde bir ilişki olduğu görülmektedir ($p=0.003$, $r=-0.113$).

Sinirlilik alt boyutundan alınan puanlar ile sürekli öfke ($p<0.001$, $r=0.546$) ve öfkenin dışa vurumu ($p<0.001$, $r=0.445$) alt ölçeklerinde alınan puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü orta düzeyde bir ilişki olmakla birlikte, öfkenin içe vurumu ($p<0.001$, $r=0.298$) alt ölçeğinden alınan puanlar arasında pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı zayıf düzeyde bir ilişki olduğu görülmektedir. Sinirlilik alt boyutundan alınan puanlar ile öfke kontrolü alt ölçeğinden alınan puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönlü orta düzeyde bir ilişki olduğu görülmektedir ($p<0.001$, $r=-0.330$).

Depresif düşünceler alt boyutundan alınan puanlar ile sürekli öfke ($p<0.001$, $r=0.427$), öfkenin içe vurumu ($p<0.001$, $r=0.354$), öfkenin dışa vurumu ($p<0.001$, $r=0.316$) alt ölçeklerinden alınan puanlar arasında pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı orta düzeyde bir ilişki olduğu görülmektedir. Depresif düşünceler alt boyutundan alınan puanlar ile öfke kontrolü alt ölçeğinden alınan puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönlü zayıf düzeyde bir ilişki olduğu görülmektedir ($p<0.001$, $r=-0.164$).

Ağrı alt boyutundan alınan puanlar ile sürekli öfke ($p<0.001$, $r=0.195$), öfkenin içe vurumu ($p<0.001$, $r=0.183$), öfkenin dışa vurumu ($p=0.001$, $r=0.128$) alt ölçeklerinden alınan puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü zayıf düzeyde bir ilişki olduğu görülmektedir. Ağrı alt boyutundan alınan puanlar ile öfke kontrolü alt ölçeğinden alınan puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p=0.680$, $r=0.015$).

İştah değişimi alt boyutundan alınan puanlar ile sürekli öfke ($p<0.001$, $r=0.214$), öfkenin içe vurumu ($p<0.001$, $r=0.147$), öfkenin dışa vurumu ($p<0.001$, $r=0.148$) alt ölçeklerinden alınan puanlar arasında pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı zayıf düzeyde bir ilişki olduğu görülmektedir. İştah değişimi alt boyutundan alınan puanlar ile öfke kontrolü alt ölçeğinden alınan puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p=0.624$, $r=-0.018$).

Uyku değişimi alt boyutu ile sürekli öfke ($p<0.001$, $r=0.284$), öfkenin içe vurumu ($p<0.001$, $r=0.217$), öfkenin dışa vurumu ($p<0.001$, $r=0.179$) alt ölçeklerinden alınan puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü zayıf düzeyde bir ilişki olduğu görülmektedir. Uyku değişimi alt boyutundan alınan puanlar ile öfke kontrolü alt ölçeğinden alınan puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönlü zayıf düzeyde bir ilişki olduğu görülmektedir ($p=0.01$, $r=-0.096$).

Şişkinlik alt boyutundan alınan puanlar ile sürekli öfke ($p<0.001$, $r=0.223$), öfkenin içe vurumu ($p<0.001$, $r=0.133$), öfkenin dışa vurumu ($p<0.001$, $r=0.150$) alt ölçeklerinden alınan puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü zayıf düzeyde bir ilişki olduğu görülmektedir. Şişkinlik alt boyutundan alınan puanlar ile öfke kontrolü alt ölçeğinden alınan puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönlü zayıf düzeyde bir ilişki bulunmuştur ($p=0.028$, $r=-0.082$).

5. TARTIŞMA

PMS üreme çağındaki kadınların büyük bir kısmını etkilemesinin yanı sıra aileyi ve toplumu da etkileyen önemli bir bozukluktur. Kadınların yaklaşık %90 kadarının hafif derecede premenstrual semptomlara maruz kaldığı bildirilmektedir (63). Meydana gelen semptomlar kadınların yaşam kalitesinin bozulmasına neden olmakta ve kadınların iş istihdamını, kişilerarası ilişkilerini, aile ve sosyal yaşamını da etkilemektedir (46, 97). PMS'nin en sık karşılaşılan semptomlarından olan öfke ve sinirlilik, PMS yaşayan kadınlarda günlük yaşantıyı olumsuz bir şekilde etkileyen ve en uzun süre devam eden semptomlar olarak karşımıza çıkmaktadır (201). Bu nedenle kadınlarda PMS görülme durumu ile sürekli öfke ve öfke ifade tarzları arasındaki ilişkinin incelenmesi amacı ile yapılan çalışmamızın sonucunda elde edilen veriler aşağıda tartışılmaktadır.

5.1. Kadınların Sosyo-Demografik Özellikleri, Menstruasyon ve Doğurganlık Özelliklerine Ait Tanımlayıcı Bulguların Tartışılması

Araştırmamıza katılan kadınların yaşları 15-49 yaş aralığında değişiklik göstermektedir. Kadınlar yaş gruplarına göre incelendiğinde; %30.6'sının 15-24 yaş grubunda, %35.1'inin 25-34 yaş grubunda, %34.3'ünün ise 35-49 yaş grubunda yer aldığı görülmektedir. Kadınların yaş ortalaması ise 30.00 ± 8.64 yıl olarak bulunmuştur (Bkz. Tablo 4.1). Rezaa ve diğ. (163) 2017 yılında İran'da yaptığı çalışmada kadınların yaş ortalaması 29.92 ± 5.52 , Janda ve diğ. (95) 20-45 yaş grubu Alman kadınlar üzerinde yaptığı çalışmada katılımcıların yaş ortalaması 33.84, Kahyaoğlu Sut ve Mestoğulları (100) çalışmasında kadınların yaş ortalaması 29.5 ± 7.1 'dir. Literatürdeki diğer çalışmalarda da kadınların yaş grubu ve yaş ortalamaları açısından incelendiğinde çalışmamızla benzer olduğu görülmektedir (3, 70, 93, 110). TNSA (Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması) 2013 sonuçlarına göre kadınların %50.5'ini 15-49 yaş grubundaki kadınlar oluşturmaktadır (82). Verilerden de anlaşıldığı gibi 15-49 yaş grubundaki kadın sayısı, ülkemizde kadınların önemli bir kısmını oluşturmaktadır.

Kadınların eğitim durumları incelendiğinde; Qiao ve diğ. (156) 2012 yılında yaptığı çalışmada kadınların çoğunluğunun (%77.5) eğitim düzeyi üniversite ve üzeri olduğu, Duenas ve diğ. (64) çalışmasında kadınların %68.5'inin ortaöğretim düzeyinde, %23.8'inin üniversite düzeyinde olduğu görülmektedir. TNSA(2013) verilerine göre ise kadınların % 34.6'sı ilkokul, 22.3'sü ortaokul, 31.1'i ise lise ve

üzeri eğitim düzeyine sahiptir (82). Çalışmamızda ise kadınların %70.3'ünün eğitim düzeyinin lise ve üzeri olduğu belirlenmiştir (Bkz. Tablo 4.1). Bu sonuç TNSA (2013) verilerine göre daha yüksek bulunurken, Qiao ve diğ. (156) ile benzerlik göstermektedir.

Çalışmamızda yer alan evli kadınların oranı %64.6'dır (Bkz. Tablo 4.1). Kebapçılar ve diğ. (110) çalışmasında kadınların %60.8'i evli, Janda ve diğ. (95) çalışmasında kadınların %85.7'sinin evli olduğu görülmektedir. Literatürde yer alan çalışmalarda da çalışmamızda olduğu gibi örneklem gruplarının büyük çoğunluğunu evli kadınlar oluşturmaktadır (51, 56, 70, 100).

Çalışmamızda kadınların %73.5'inin herhangi bir işte çalışmadığı bulunmuştur (Bkz. Tablo 4.1). TNSA (2013) sonuçlarına göre ise kadınların %31.1'inin halen çalışmakta olduğu bildirilmektedir (82). Literatürde yapılan diğer çalışmalar çalışmamızla paralellik göstermekte olup, kadınların çoğunluğunun ev hanımı olduğu, çalışmadığı görülmektedir (56, 110, 163). Kadınların çalışma hayatındaki istihdamının yetersiz olması ve halen kadınların ev işi ve çocuk bakımı gibi toplumsal cinsiyet rollerinden uzaklaştırılmaması son derece üzücü bir durumdur.

Çalışmamızda kadınların gelir durumları incelendiğinde; %12.8'inin gelir durumu iyi, %68.7'sinin orta, %18.5'inin ise kötü düzeydedir. Kadınların %93.6'sının sosyal güvencesi bulunmaktadır (Bkz. Tablo 4.1). Araştırmamıza katılan kadınların çoğunluğunun gelir durumunun orta düzeyde olduğu görülmektedir. Literatürde yer alan diğer çalışmalarda kadınların gelir durumları orta düzeyde olup çalışmamızla paralellik göstermektedir (51, 73, 146).

Çalışmaya katılan kadınların eşlerine ilişkin özellikleri incelendiğinde; %39.6'sının eşinin eğitim düzeyinin üniversite ve üzeri olduğu ve %95.5'inin eşinin çalıştığı görülmektedir (Bkz. Tablo 4.1).

Kadınlar menstruasyon ve doğurganlık özellikleri bakımından incelendiğinde; Daşıkın ve diğ. (56) çalışmasında hiç doğum yapmayan kadınların oranı %38.1 bir ve üzeri doğum yapanların oranı ise %61.9'dur. Çalışmamızda ise hiç gebeliği olmayan kadınların oranı %39.9 olarak bulunmuştur (Bkz. Tablo 4.2).

Çalışmamıza katılan kadınların ilk menarş yaş ortalaması 13.35 ± 1.48 yaş olarak bulunmuştur (Bkz. Tablo 4.2). El-Masry ve Abdelfatah (66) kadınlar üzerinde yaptığı çalışmada kadınların ilk menarş yaş ortalaması 13.6 ± 3.2 , Hussein ve diğ. (90) çalışmasında kızların ilk menarş yaş ortalaması 13.3 ± 1.3 olarak bulunmuştur. Literatürde yer alan çalışma sonuçlarının çalışmamızla benzer olduğu görülmektedir (5, 110). Genetik faktörlerin ve çevresel faktörlerin etkilediği menarş yaşı zaman içerisinde değişiklik göstermektedir.

Çalışmamızda kadınların menstrual siklus aralığı 26.53 ± 4.19 gün, menstruasyon süresi ise 6.12 ± 1.56 gün olarak bulunmuştur (Bkz. Tablo 4.2). Bastani ve Hashemi (22) çalışmasında kızların menstrual kanama süresi 7.42 ± 1.23 gün, menstrual siklus aralığı ise 27.92 ± 2.94 gün olarak bulunmuştur. Hussein ve diğ. (90) çalışmasında menstrual siklus aralığı 27 ± 7.3 gün, menstrual kanama süresi ise 6.7 ± 1.5 gündür. Yapılan diğer çalışmalarda da ilk menarş yaşının, ortalama kanama süresinin ve menstrual siklus uzunluğunun çalışmamızla benzerlik gösterdiği görülmektedir (1, 146, 169, 170, 183, 195).

Çatakoğlu (51) kadınlarda PMS görülme durumunu belirlemek amacı ile yaptığı çalışmasında kadınların %76.2'si, Padhy ve diğ. (146) çalışmasında kızların %77'si düzenli menstruasyon görmektedir. Çalışmamızda ise kadınların %76.5'inin düzenli menstrual siklusu olduğu saptanmıştır. Literatürde yer alan diğer çalışma bulgularının ise çalışmamızla paralel olduğu görülmektedir.

Çalışmamıza katılan kadınların %62.5'i adet başlamadan önce kendilerini normale göre daha kötü hissettiklerini ifade etmektedir (Bkz. Tablo 4.2). Dismenore, menstruasyon sırasında sıklıkla karşılaşılan, üreme çağındaki kadınların büyük bir kısmını etkileyen önemli jinekolojik sorunlardan biridir. Ayrıca kadınların iş yaşamı ve sosyal hayatını olumsuz biçimde etkilemektedir. Şahin ve diğ. (166) çalışmasında kızların %70.6'sı, Bastani ve Hashemi (22) çalışmasında ise kızların %65.38'i dismenore yaşadığını ifade etmiştir. Jan ve diğ. (94) adölesanlar üzerinde yaptığı çalışmada araştırmaya katılan gruptaki katılımcıların yaklaşık %88.8'i dismenore yaşamaktadır. Çalışmamızda ise kadınların %76.4'ü de dismenore yaşadığını belirtmektedir (Bkz. Tablo 4.2). Yapılan çalışma sonuçlarının da çalışmamızla uyumlu olduğu görülmektedir.

Kadınlarda PMS aile öyküsü incelendiğinde Daşikan ve diğ. (56) çalışmasında kadınların %34.1'inin anne ya da kız kardeşinde premenstrual şikâyetler görülmektedir. Çatakoğlu (51) çalışmasında kadınların %51.1'inin ailesinde PMS semptom öyküsü bulunmaktadır. Çalışmamızda ise anne veya kız kardeşinin premenstrual şikâyetleri olduğunu belirten kadınların oranı %59.6'dır (Bkz. Tablo 4.3). Anne ya da kız kardeşinde premenstrual şikâyet görülme oranı Daşikan ve diğ. (2014) çalışması ile karşılaştırıldığında, çalışmamıza oranla daha az (%34.1) olduğu görülmektedir. Diğer çalışma sonuçlarının ise çalışma sonuçlarımız ile paralel olduğu görülmektedir (15,51).

Ergenlik döneminde ya da erişkinlik döneminde sigara ve alkol kullanımının PMS şiddetini arttırdığı ve PMS risk faktörü olarak kabul edildiği bildirilmiştir (183). Çalışmamızda sigara ve alkol kullanım oranına bakıldığında; kadınların %29.4'ünün sigara kullandığı, %4'ünün ise alkol kullandığı görülmektedir (Bkz. Tablo 4.3). Çalışmamızla benzer olarak Daşikan ve diğ. (56) çalışmasında kadınların % 21.6'sı sigara kullanmakta, Erbil ve diğ. (70) çalışmasında kadınların %31.5'i sigara kullanmaktadır. Kahyaoğlu Sut ve Mestoğulları (100) çalışmasında kadınların %11.9'u, Kısa ve diğ. (115) çalışmasında öğrencilerin %7.8'i alkol kullanmaktadır. Sigara kullanım oranları çalışmamızla benzerlik gösterirken; alkol kullanım oranı diğer çalışmalara oranla daha düşük bulunmuştur.

Çalışmamızda yemeği tatmadan tuz kullanım oranı %26.9, şekerli gıda tüketim oranı %86.9'dur. Çay, kahve ve gazlı içecek tüketimine bakıldığında; günde bir bardak ve daha fazla çay tüketen kadınların oranı %92.8, kahve tüketenlerin oranı %81.9, günde bir bardak ve daha fazla gazlı içecek tüketenlerin oranı ise %53.1 olarak tespit edilmiştir (Bkz. Tablo 4.3). Daşikan ve diğ. (56) çalışmasında kadınların %55.7'si günde üç bardak ve altı çay-kahve tüketmekte, %44.3'ü ise dört bardak ve üzeri çay-kahve tüketmektedir. Kahyaoğlu Sut ve Mestoğulları (100) çalışmasında katılımcıların %90.3'ü çay tüketmekte, %86.6'sı da kahve tüketmektedir. Göker ve diğ. (76) çalışmasında kızların %21.5'i kahve tüketmektedir. Çatakoğlu (51) çalışmasında kadınların %26.9'u yemeğin tadına bakmadan tuz kullanmakta ve %81,9'u şekerli gıda tüketmektedir. Göker ve diğ. (76) çalışmasında ise yemeğin tadına bakmadan tuz kullanım oranı % 15.1'dir. Çalışma sonuçlarımızda PMS risk faktörlerine ilişkin elde edilen sonuçlar literatür ile benzerlik göstermektedir.

Egzersiz PMS semptomları üzerinde iyileştirici bir etkisi olduğu düşünülmektedir. Bianco ve diğ. (29) çalışmasında kadınların %39.8'i, Göker ve diğ. (76) tıp fakültesi öğrencileri üzerinde yaptığı çalışmada öğrencilerin %14'ü egzersiz yaptığını belirtmiştir. Şahin ve diğ. (166) çalışmasında ise kızların %38.5'i egzersiz yapmaktadır. Çalışmamıza katılan kadınların ise %40'ı egzersiz yaptığını belirtmiştir (Bkz. Tablo 4.3). Bianco ve diğ. (29) ve Şahin ve diğ. (166) çalışmalarında egzersiz yapma durumları çalışmamızla benzerlik gösterirken; Göker ve diğ. (76) çalışmasında egzersiz yapma oranı çok daha düşük bulunmuştur. Bu değişikliğin nedeni örneklem grubunun değişkenliği ve egzersiz yapma durumunun değerlendirilmesinde farklılıkların görülmesi olabilir.

Kısa ve diğ. (115) çalışmasında kızların premenstrual dönemde yaşadıkları semptomlarla baş etmede %48.7'si analjezik kullandıklarını %28.8'i yatarak dinlendiklerini, %17.7'si sıcak uygulama yaptıklarını, %4.8'i ise hiç bir şey yapmadıklarını ifade etmişlerdir. Erbil ve diğ. (70) çalışmasında kadınlar PMS ile baş etmede %32.5'i analjezik kullanarak, %27.5'i istirahat ederek, %12.9'u sıcak uygulama yaparak, %4.4'ü yürüyüş yaparak, %2.9'u bitkisel çaylar içerek, %1.9'u da masaj yaparak rahatlama çalışırken; %17.2'si de PMS ile baş etmede hiç bir şey yapmamaktadır. Daşıkın ve diğ. (56) çalışmasında kadınların %48.7'si PMS semptomları ile baş etmede hiçbir yöntem kullanmamaktadır. Akyılmaz ve diğ. (4) çalışmasında kadınların %26.4'ü hiçbir şey yapmamakta, %21.3'ü dinlenmekte, %29.0'u ilaç kullanmakta, %14.5'i ise diğer uygulamaları (ılık duş alma, sıcak uygulama yapma) kullanmaktadır. Çalışmamızda ise kadınlar PMS ile baş etmede çeşitli yöntemler kullandıklarını belirtmişlerdir. Kadınların %47.1'i hiç bir şey yapmadığını, %18.6'sı sıcak uygulama yaptığını, %26.1'i analjezik kullandığını, %16.4'ü ise bitkisel tedavilere başvurduğunu belirtmiştir (Bkz. Tablo 4.4).

PMS kadınların günlük yaşamlarını önemli ölçüde etkilediğinden; PMS semptomlarını azaltmada kadınlar çeşitli yöntemlere başvurmaktadır. Ancak sonuçlarda da görüldüğü gibi kadınların büyük bir kısmı PMS konusunda bilinçli olmadığından; baş etme ile ilgili olarak hiçbir şey yapmadıklarını ifade etmektedir. Üreme çağındaki kadınlar nüfusun önemli bir kısmını oluşturmakta ve PMS ile ilgili yeterli bilgiye sahip değildir. Bu nedenle kadınların yaşam kalitesini arttırmak, kişilerarası ilişkilerinde ve sosyal yaşamlarında PMS semptomlarının etkilerini

azaltmak için kadınlara yönelik bilgilendirme, eğitim ve danışmanlık hizmetleri verilmelidir.

Öfke kontrolü konusunda normalde problem yaşamayan, öfkesini bastırabilen kadınlar premenstrual dönemde öfke kontrolünü sağlayamadığını belirtmektedirler (177). Çatakoğlu'nun (51) çalışmasında kadınların %76.2'si öfke kontrolü konusunda problem yaşamaktadır. Bunların özellikle %51.7'si premenstrual dönemde öfke kontrol problemi yaşamaktadır. Çalışmamızda ise kadınların %86.4'ü yaşamında öfkesini kontrol edemediği zamanların olduğunu belirtmiştir. Öfkesini kontrol edemeyen kadınların ise %54.2'si öfke kontrol sorununu premenstrual dönemde yaşadığını belirtmiştir (Bkz. Tablo 4.4). Öfke, premenstrual dönemde en sık karşılaşılan semptomdur (162). Kadınların premenstrual dönemde hormonal değişiklikler yaşaması premenstrual dönemde artan öfke ve sinirlilik gibi semptomların nedeni olarak görülmektedir. Çalışmamızın sonuçlarında da görüldüğü gibi literatürle uyumlu olarak, kadınların önemli bir kısmı bu problemle karşılaşmaktadır.

5.2. PMS Prevalansına İlişkin Bulguların Tartışılması

PMS prevalansına ilişkin çalışmalar incelendiğinde seçilen yaş grubuna ve değerlendirme yöntemlerine bağlı olarak çalışma sonuçlarında farklılıklar görülmektedir. Rezaa ve diğ. (163) kadınlar üzerinde yaptıkları çalışmaya göre kadınların %79.5'ine PMS tanısı konulmuştur. Ramezani Tehrani ve diğ. (158) 18-45 yaş grubunda yer alan 1200 kadın üzerinde yaptıkları çalışmaya göre PMS prevalansı %52.9'dur. Hamaideh ve diğ. (83) Ürdün kadınları üzerinde yaptıkları çalışmada PMS prevalansı %80.2 olarak bulunmuştur. Qiao ve diğ. (156) 18-45 yaş grubu kadınlar üzerinde yaptıkları çalışmaya göre kadınların %21.1'inde PMS görülmektedir. Ezeh ve Ezeh (72) tarafından Nijerya'da öğrenciler üzerinde yapılan çalışmaya göre PMS prevalansı %69.5'tir. Japonya'da yapılan bir çalışmaya göre ise PMS prevalansı %5.3'tür (182). Czajkowska ve diğ. (50) atletler üzerinde yaptıkları çalışmada PMS prevalansı %42.4 tür. Bir metaanaliz çalışmasında PMS'nin prevalansı %47.8 olarak belirtilmiştir. Yine aynı çalışmada premenopozal dönemde kadınlarda PMS prevalansı %20 ile 32, üreme çağındaki kadınlarda ise %30 ile 40 olarak bildirilmektedir (61).

Çalışmamızda PMS prevalansı %48.75 olarak bulunmuştur (Bkz. Tablo 4.7). Türkiye’de de PMS prevalansını belirlemeye yönelik yapılan çalışmalarda farklı sonuçlar mevcuttur. Tarı Selçuk ve diğ. (183) öğrenciler üzerinde yaptığı çalışmaya göre PMS prevalansı %50,2’dir. Pınar ve diğ. (153) öğrenciler üzerinde yaptığı çalışmaya göre öğrencilerin %72.1 ’inde PMS görüldüğü belirlenmiştir. Çalışma sonuçlarına bakıldığında; PMS prevalansı örnekleme ve ölçüm araçlarının farklılığına bağlı olarak değişiklik göstermektedir. **Araştırma sorularımızdan “15-49 yaş grubu kadınlarda PMS görülme durumu nedir?” sorusuna yanıt olarak kadınlarda PMS görülme durumu %48.75 olarak bulunmuştur.**

Ramezani Tehrani ve diğ. (158), Czajkowska ve diğ. (50), Tarı Selçuk ve diğ. (183) çalışmalarında bulunan PMS prevalansı çalışmamızla paralellik gösterirken; Qiao ve diğ. (156), Takeda ve diğ. (182) çalışmalarında PMS prevalansının çok daha düşük olduğu görülmektedir. PMS prevalansında görülen bu farklılıklar çalışmada kullanılan yöntemlerin, ölçme ve değerlendirme metotlarının farklı olmasından, uygulandığı bölgenin ve örneklem gruplarının farklılık göstermesinden kaynaklandığı düşünülmektedir. Ayrıca çalışma sonuçlarından da anlaşılacağı gibi; üreme çağındaki kadınlarda PMS’nin sıklıkla karşılaşılan bir sorun olduğu görülmektedir.

Erbil ve diğ. (70) çalışmasında kadınların PMSÖ puan ortalamaları 88.61 ± 30.05 , Çatakoğlu (51) çalışmasında kadınların PMSÖ puan ortalamaları $110,8 \pm 32,3$ olarak bulunmuştur. Işık ve diğ. (92) öğrenciler üzerinde yaptıkları çalışmaya göre; PMSÖ puan ortalamaları 118.34 ± 37.3 ’tir. Güvenç ve diğ. (80) hemşirelik öğrencileri üzerinde yaptıkları çalışmada PMS puan ortalaması 114.86 ± 35.15 olarak bulunmuştur. Çalışmamıza katılan kadınların PMSÖ’den aldıkları toplam puan ortalamaları 110.72 ± 32.23 olarak bulunmuştur (Bkz. Tablo 4.5). Yapılan çalışmalarda da ölçekten alınan puan ortalamaları çalışmamızla benzerlik göstermektedir.

5.3. PMS Görülme Durumunu Etkileyen Faktörlerin Tartışılması

Premenstrual belirtilerin adölesan dönemde ortaya çıktığı bilinmektedir. Ancak yaş arttıkça semptomlara ilişkin şikâyetler daha yaygın olarak yaşanmaktadır (56). PMS ile yaş arasındaki ilişki incelendiğinde yaşın PMS üzerinde etkili olup olmadığına ilişkin çeşitli çalışma sonuçları bulunmaktadır. Çalışmamızda PMS

görülen ve görülmeyen kadınlarda yaş açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Ancak 15-24 yaş grubundaki kadınların %34.2'sinde PMS görüldüğü saptanmıştır (Bkz. Tablo 4.8). Ünal ve Erbay Dünder'in (196) 2016 yılında yaptıkları çalışmada ise 15-49 yaş grubu kadınlarda yaş arttıkça PMS görülme durumunun azaldığı bildirilmektedir. Çalışmamızın aksine literatürde yer alan bazı çalışmalarda PMS görülme durumu ile yaş arasında ilişki bulunduğu görülmektedir (59, 158, 199). Çalışmamızda olduğu gibi PMS görülme durumu ile yaş arasında ilişki olmadığını gösteren farklı çalışmalar da bulunmaktadır (73, 92, 124, 140, 169). Görüldüğü gibi PMS'nin genç yaşlarda daha fazla ortaya çıktığını gösteren çalışmalar bulunsada PMS ile yaş arasındaki ilişkinin henüz net olmadığı düşünülebilir.

Yükseköğrenim düzeyinin kişilerin anlama düzeyindeki artışla bağlantılı olacağı düşünüldüğünden, PMS semptomlarının bu kişilerde daha fazla rapor edildiği bildirilmektedir (158). Benzer şekilde Amjad ve diğ. (11) Pakistan'da yaptıkları çalışmada ise eğitim düzeyi yüksek kadınlarda daha fazla PMS belirtileri görüldüğü saptanmıştır. Ancak Özeren ve diğ. (140) çalışmasında eğitim düzeyinin PMS ile ilişkili olmadığı bildirilmektedir. Çalışma sonuçlarımıza göre; eğitim düzeyi ile PMS arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0.05$) (Bkz. Tablo 4.8). Çalışma sonuçlarımızla paralel olarak eğitim düzeyi ve PMS arasında anlamlı bir ilişki olmadığını gösteren çalışmalar bulunmaktadır (70, 163). Literatürde eğitim düzeyi ile PMS arasındaki ilişki konusunda çelişkili sonuçlar bulunmaktadır.

Literatürde PMS ile kadınların çalışma durumu arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalar da mevcuttur. Manisa'da yapılan bir çalışmaya göre çalışan kadınlarda daha fazla PMS görüldüğü belirtilmektedir (3). Yine İngiltere'de Cohen ve diğ. (47) çalışmasında çalışan kadınların PMS semptomlarını daha sık yaşadığı bildirilmektedir. Görüldüğü gibi çalışma durumunun PMS ile ilişkili olduğu ve semptomların daha çok çalışan kadınlarda görüldüğü bildirilmektedir. Ancak çalışmamızda PMS görülen ve görülmeyen grupta çalışma durumu açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Çalışmamıza katılan kadınların çoğunluğunu (%73.5'i) çalışmamaktadır (Bkz. Tablo 4.8). Ünal ve Erbay Dünder (196) çalışmasında, çalışmamızla benzer şekilde kadınların çalışma durumunun PMS ile ilişkili olmadığı belirtilmektedir. Çalışan kadınların stres faktörleri fazla olduğundan daha fazla PMS görüldüğü bildirilse de halen literatürde farklı sonuçlar mevcuttur.

Medeni durum, PMS risk faktörleri arasında bulunmaktadır. PMS görülme durumu ile medeni durum arasındaki ilişki incelendiğinde çalışmamızda gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$) (Bkz.Tablo 4.8). Çalışmamızda bekâr kadınlarda daha fazla PMS görüldüğü saptanmıştır. Çalışmamızla paralel olarak medeni durum ve PMS'nin ilişkili olduğunu bildiren çalışmalar da bulunmaktadır (56, 199). Adıgüzel ve diğ. (3) çalışmasında medeni durum ve PMS arasındaki ilişkinin anlamlı olduğu bulunmuş olup; bekâr olanlarda daha fazla PMS semptomlarının yaşandığı belirtilmektedir. Benzer şekilde Amjad ve diğ. (11) çalışmasında da evli kadınlarla kıyaslandığında; bekâr kadınlarda daha fazla PMS görüldüğü rapor edilmiştir. Ancak literatürde yer alan bazı çalışmalarda medeni durum ve PMS arasında bir ilişki olmadığı belirtilmektedir (17, 45, 78, 140, 153, 158). Literatürde medeni durum ile PMS arasındaki ilişki konusunda farklı sonuçlara rastlanmaktadır. Toplumsal yapı gereği ataerkil toplumlarda bekâr olmak hoş karşılanmadığından, bekâr kadınların bu baskı nedeniyle daha fazla PMS semptomlarını yaşadığı düşünülebilir.

Düşük gelir düzeyi beslenme durumunu ve sağlık bakımı alımını etkilediğinden PMS ile ilişkili olduğu düşünülmektedir. PMS ile gelir durumu arasındaki ilişki incelendiğinde; Erbil ve diğ. (70) çalışmasında gelir durumu yetersiz olanların PMS puanları daha yüksek bulunmuştur. Buna karşın bazı çalışmalarda da gelir durumu ve PMS arasında ilişki bulunmadığı bildirilmektedir (73, 153, 154). Soyda Akyol ve diğ (177) çalışmasında PMDD'li ve sağlıklı kadınların gelir durumları incelendiğinde; gelir durumunun etkili olmadığı görülmüştür. Çalışmamızda da benzer şekilde PMS görülen ve PMS görülmeyen gruplar gelir durumu açısından incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. Çalışmamıza katılan kadınların büyük çoğunluğunun (%68.7) gelir durumu, orta düzeyde yer almaktadır ($p>0.05$) (Bkz. Tablo 4.8).

Çalışmamızda kadınların sosyal güvence durumları ile PMS görülme durumları arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0.05$) (Bkz.Tablo 4.8). Benzer şekilde Kırca ve diğ. (114) çalışmasında sosyal güvence ile PMS arasında bir ilişki bulunmamıştır. Sonuçlar doğrultusunda sosyal güvencenin PMS üzerinde etkili olmadığı düşünülebilir

Çalışmamıza katılan kadınların eş çalışma durumu ve eş eğitim durumu ile PMS görülme durumu arasındaki ilişki incelendiğinde; gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$) (Bkz.Tablo 4.8). Pınar ve Öncel (153) çalışmasında ise eş eğitim düzeyi ve eş çalışma durumu ile PMS arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Gökçe (79) çalışmasında ise eş eğitim durumu ile PMS arasında anlamlı bir ilişki saptanamamıştır. Çalışma sonuçlarımızın literatür ile uyumlu olduğu görülmektedir.

Kadınların menstruasyona ilişkin özellikleri ile PMS arasındaki ilişki incelendiğinde; farklı sonuçlar görülmektedir. Amjad ve diğ. (11) çalışmasında da ilk menarş yaşı 12'nin altında olan kadınlarda PMS prevalansı daha yüksek bulunmuştur. Ancak çalışmamızda ise PMS görülen ve görülmeyen gruplar arasında; kadınların ilk menarş yaşı bakımından gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$) (Bkz.Tablo 4.9). Benzer şekilde Padmavati ve diğ. (147) çalışmasında ve Chayachinda ve diğ. (45) çalışmasında ilk menarş yaşı ile PMS'nin ilişkili olmadığı görülmektedir. Literatürde çalışmamızla paralel olarak ilk menarş yaşı ile PMS arasında anlamlı bir ilişki olmadığını bildiren çok sayıda çalışma vardır (131, 190, 196). Çevresel faktörlerin ve genetik faktörlerin etkilediği menarş yaşı, zaman içerisinde değişiklik göstermektedir. Bu nedenle menarş yaşı ile ilişkili olarak literatürde farklı sonuçlara rastlanılabilir.

Çalışmamıza katılan kadınların menstrual kanama süresi bakımından gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$) (Bkz.Tablo 4.9). Chayachinda ve diğ. (45) ve Raval ve diğ. (162) çalışmasında menstrual kanama süresinin PMS ile ilişkili olmadığı görülmektedir. Çalışmamızın aksine Arabistan'da yapılan bir çalışmaya göre ise PMS'li olan grupta menstrual kanama süresi PMS'li olmayan gruba göre daha fazla olduğu bulunmuştur (5). Pakistan'da yapılan bir çalışmaya göre ise kanama süresi ile PMS arasındaki ilişki anlamlı olup PMS'li olanların menstrual kanama süresinin daha uzun olduğu bulunmuştur (131). Literatürde yer alan çalışma sonuçlarına göre menstrual kanama süresi ile PMS arasındaki ilişkinin net olmadığı söylenebilir.

Çalışmamıza katılan kadınların menstrual siklus aralığı bakımından gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$) (Bkz.Tablo 4.9). Aşçı ve diğ. (14)

çalışmasında ve Tarı Selçuk ve diğ. (183) çalışmasında menstrual siklus aralığının PMS ile ilişkili olmadığı belirtilmektedir. Nisar ve diğ. (131) çalışmasında da menstrual siklus aralığının PMS ve PMDD üzerinde etkili olmadığı bildirilmektedir. Çalışma sonuçlarımızın literatür ile uyumlu olduğu görülmektedir.

Çalışmamızda menstrual siklus düzenleri açısından kadınlar incelendiğinde PMS’li olan ve olmayan kadınlar arasında anlamlı bir fark saptanmıştır. Menstrual siklusunun düzensiz olduğunu ifade eden kadınların daha fazla PMS yaşadığı saptanmıştır ($p<0.05$) (Bkz.Tablo 4.10). Yapılan çalışmalarda kadınlar menstruasyon özellikleri açısından incelendiğinde PMS semptomları ile ilişkisi bakımından farklı sonuçlarla karşılaşılmaktadır. Ancak çalışmamızın aksine literatürde menstruasyon düzeni ile PMS arasında bir ilişki olmadığını bildiren çalışmalar da bulunmaktadır (45, 73, 114, 147). Çalışmamızla uyumlu olarak ise Çatakoğlu’nun (51) çalışmasında menstrual siklusu düzensiz olanların daha fazla PMS yaşadıkları saptanmıştır. Hindistan’da yapılan bir çalışmaya göre de menstrual siklus düzeninin PMS’yi etkilediği bildirilmektedir (169). Bu verilerle paralel olarak menstrual düzensizlik problemi ile PMS’nin ilişkili bulunduğu farklı çalışmalar bulunmaktadır (92, 67, 154).

Dismenore menstruasyonda en sık rastlanan sorunlar arasında belirtilmektedir (149). Birçok kadında PMS ile birlikte dismenore görülmektedir. Premenstrual dönemde meydana gelen semptomlar menstruasyonun başlaması ile hafiflerken, bunların yerini dismenore almaktadır. Bu nedenle dismenore farkındalık gerektiren bir durumdur. Al-Batanony ve Nohair (5) Arabistan’da yaptıkları çalışmada, PMS’li kızlarda dismenore prevalansının PMS bulunmayan gruba göre anlamlı olarak daha yüksek bildirmişlerdir. Nisar ve diğ. (131) çalışmasında dismenore bulunan öğrencilerde daha fazla PMS görüldüğü belirlenmiştir. Literatüde pek çok çalışmada dismenore varlığı ile PMS ilişkili olarak bulunmuştur (15, 67, 114, 115, 133, 154, 169, 196). Çalışmamızda da literatürle uyumlu olarak kadınlarda dismenore varlığı açısından bakıldığında; PMS görülen ve görülmeyen gruplar arasında ileri derecede anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p<0.05$) (Bkz.Tablo 4.10).

PMS görülme durumunu etkileyen faktörlerden biri de gebelik durumu ve gebelik sayıdır. İzmir Ege Doğumevi’nde 2012 yılında yapılan bir çalışmaya göre ise hiç çocuğu olmayan ve bir çocuğu olan kadınlarda PMS daha fazla görülmektedir

(110). Tayland'da yapılan çalışmaya göre önceki gebelik durumu ile PMS arasındaki ilişki incelenmiş ve hiç gebelik yaşamayan kadınların daha fazla PMS yaşadığı bildirilmektedir (45). Daşikan ve diğ. (56) yaptığı çalışmada hiç gebelik yaşamayanların daha fazla premenstrual şikâyet yaşadıklarını belirtmektedir. Çalışmamızda da bu çalışmalarla paralel olarak gebelik durumu açısından PMS görülen ve görülmeyen kadınlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuş olup, hiç gebelik yaşamayan kadınlarda PMS daha fazla görüldüğü saptanmıştır ($p<0.05$) (Bkz.Tablo 4.10). Çalışmamızın aksine gebelik durumunun tam olarak PMS üzerinde etkili olmadığını gösteren çalışmalar da bulunmaktadır (59, 153). Manisa'da 15-49 yaş grubu kadınlar üzerinde PMS sıklığını belirlemek için yapılan bir çalışmada gebelik sayısı ile PMS arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (196). Soyda Akyol ve diğ. (177) ise gebelik sayısının PMDD üzerinde etkili olmadığını bildirmektedir. Görüldüğü gibi gebelik durumu ve sayısının PMS üzerindeki etkisi halen net değildir.

Premenstrual semptomlarda aile öyküsünün bulunmasında genetik geçiş bulunabileceği gibi bunun yanı sıra taklit etme yolu ile sonradan kazanılan bir davranış olabileceği de düşünülmektedir (56, 162). PMS'de aile öyküsünün etkisi incelendiğinde; Seedhom ve diğ. (173) çalışmasında ve Al-Batanony ve Al Nohair (5) çalışmasında PMS'li grupta aile öyküsü bulunanların, PMS'li olmayanlara kıyasla daha fazla olduğu görülmektedir. Aşçı ve diğ. (12) üniversite öğrencileri üzerinde yaptığı çalışmada PMS'li öğrencilerde, ailesinde premenstrual gerginlik şikâyeti öyküsü oranlarının PMS'li olmayan öğrencilere kıyasla daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bu çalışmalarla benzer olarak aile öyküsünün PMS görülme durumunu etkilediğini bildiren farklı çalışmalar bulunmaktadır (3, 92, 131). Çalışmamızda ise anne ya da kız kardeşte premenstrual şikâyetlerin bulunması, PMS görülme durumunu önemli ölçüde etkilemektedir ($p<0.05$) (Bkz.Tablo 4.11). Çalışmamızın ve yukarıda belirtilen diğer çalışmaların aksine Padmavati ve diğ. (147) çalışmasında ve Vani ve diğ. (199) çalışmasında ise aile öyküsü ve PMS yaygınlığı arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Çalışma sonuçlarından anlaşılacağı gibi aile öyküsünün PMS'ye etkisi konusunda çeşitli sonuçlar bulunsa da; literatürde yer alan pek çok çalışmada da çalışmamızda olduğu gibi PMS ile aile öyküsünün ilişkili olduğu görülmektedir.

Literatürde sigara kullanımının progesteron, östrojen, androjen ve gonadotropin düzeyleri üzerinde etkisi bulunduğu PMS'yi arttırdığı düşünülmektedir (27, 154). Tütün kullanımı aynı zamanda plazma vitamin D seviyelerini de düşürmektedir (27). Çalışmamızda sigara kullanımı ile PMS arasındaki ilişkiye bakıldığında; gruplar arasında anlamlı bir fark bulunduğu görülmektedir. PMS'li olan kadınlarda, PMS'li olmayanlara kıyasla sigara kullanım oranı daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$) (Bkz.Tablo 4.11). Bertone-Johnson ve diğ. (27) çalışmasında ise ergenlik döneminde ve genç yetişkinlik döneminde sigara kullanımının PMS şiddetini arttırdığını saptamıştır. Jung ve diğ. (98) 2016 yılında Kore'li kadınlar üzerinde yaptığı çalışmada sigara kullanımının menstrual düzensizliği etkilediğini tespit etmiş ve sigara kullanımının azaltılması gerektiğini bildirmektedir. Pınar ve Öncel (154) ise çalışmalarında sigara kullanan kadınların PMS puanlarını anlamlı derecede yüksek bulmuşlardır. Çalışma sonuçlarımızla benzer olarak sigara kullanımının PMS'yi etkilediğine dair farklı çalışmalar da bulunmaktadır (14, 15, 59, 154, 173). Ancak çalışmamızın aksine literatürde sigara kullanımının PMS üzerinde etkili olmadığını gösteren çalışmalarda bulunmaktadır (70, 92, 140). Goweda ve diğ. (78) çalışmasında PMDD ile sigara kullanımı arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Czajkowska ve diğ. (50) nikotin kullanımının PMS üzerinde etkili olmadığı belirtilmektedir.

Sigara kullanımının PMS şiddeti üzerinde de etkisi bulunduğu düşünüldüğünden; PMS tedavisi ve semptomların hafifletilmesinde sigara kullanımı azaltılmalı ya da tamamen bırakılmalıdır (196). Kadınların sigara kullanımından kaçınması konusunda teşvik edilmesi gerekmektedir (27).

Literatürde alkol kullanımı, PMS'yi etkileyen faktörler arasında yer almaktadır. Bertone Johnson ve diğ. (28) alkol kullanımı ile PMS ve PMDD arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yaptığı çalışmada alkol kullanımının PMS ve PMDD gelişiminde güçlü bir şekilde etkisinin olmadığını belirtmektedir. Özeren ve diğ. (140) çalışmasında da alkol kullanımı ve miktarı ile PMS arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Ancak çalışmamızda kadınların alkol kullanımına bakıldığında gruplar arasında anlamlı bir fark olduğu ve PMS'li kadınlarda alkol kullanım oranının, PMS'li olmayanlara kıyasla daha fazla olduğu görülmektedir ($p<0.05$) (Bkz.Tablo 4.11). Çalışmamızla uyumlu olarak Cheng ve diğ. (46) çalışmasında PMS ile fazla

alkol tüketimi arasında pozitif bir ilişki bulunmaktadır. Göker ve diğ. (76) ise alkol kullanımının PMS şiddetini artırdığını belirtmektedir. Işık ve diğ. (92) öğrenciler üzerinde yaptığı çalışmada alkol kullananların PMS ölçeğinden aldıkları puan ortalaması, kullanmayanların puan ortalamasından daha yüksek bulunmuştur. Czajkowska ve diğ. (50) atletler üzerinde yaptıkları çalışmada PMS'nin fazla alkol tüketen sporcularda daha sık ortaya çıktığı belirlenmiştir. Alkol kullanımı PMS risk faktörü olarak kabul edildiğinden; PMS ile baş etme ve semptomların azaltılmasında kadınların alkol kullanımının kısıtlanması önerilebilir.

Seedhom ve diğ. (173) çalışmasında şekerli gıda tüketmenin PMS ile ilişkili olduğu görülmektedir. Demir ve diğ. (59) çalışmasında şekerli gıda ve gazlı içecek tüketiminin PMS'yi arttırdığı bulunmuş ancak aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir. Çalışma sonuçlarımıza göre ise gruplar arasında şekerli gıda tüketimi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$) (Bkz. Tablo 4.11). Ancak gazlı içecek tüketimi açısından incelendiğinde PMSli kadınlar içerisinde gazlı içecek tüketenlerin oranının, PMS'li olmayan kadınlara oranla daha yüksek olduğu görülmektedir (Bkz. Tablo 4.11).

Çalışmamızda çay tüketimi açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmazken ($p>0.05$), PMS'li kadınlarda, PMS'li olmayanlara göre kahve tüketiminin daha fazla olduğu saptanmış ve anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0.05$) (Bkz. Tablo 4.11). Seedhom ve diğ. (173) çalışmasında da kahve tüketimi PMS ile ilişkili bulunurken çay tüketimi ile PMS arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Czajkowska ve diğ. (50) atletler üzerinde yaptıkları çalışmada PMS fazla kahve tüketen sporcularda daha fazla ortaya çıktığı belirlenmiştir. Tayland hemşireleri üzerinde yapılan çalışmaya göre ise günde bir fincandan fazla kahve tüketiminin PMS ile ilişkili olduğu bildirilmektedir (45). Ödemiş'te yapılan bir çalışmaya göre ise günde dört bardak ve üzeri çay-kahve tüketenlerin daha fazla premenstrual semptomları tecrübe ettikleri belirlenmiştir (56). Demir ve diğ. (59) çalışmasında kadınların çay ve kahve tüketimleri ile PMS arasındaki ilişki anlamlı bulunmamış ancak çay ve kahve tüketiminin artmasının PMS'yi arttırdığı belirtilmektedir. Yapılan çalışmalarda; farklı sonuçlara ulaşılsa da, kahve tüketimi ile PMS şiddeti arasında bir ilişki olduğu belirtilmektedir. Kafein alımının stres, sinirlilik ve duygusal tutarsızlığı artırması nedeniyle PMS üzerinde de etkili olduğu

bildirilmektedir (154). Bu nedenle PMS semptomlarının azaltılmasında kafein alımının azaltılması etkili olabilir.

PMS risk faktörlerinden biri de tuz kullanımıdır. Bu nedenle PMS ile ilişkili semptomların azaltılmasında tuz kısıtlaması önerilmektedir. Aşçı ve diğ. (14) üniversite öğrencileri üzerinde yaptığı çalışmada PMS'li öğrencilerde yemeğin tadına bakmadan tuz kullanma oranının PMS'li olmayan öğrencilere kıyasla daha yüksek olduğu saptanmıştır. Ancak Pınar ve diğ. (154) çalışmasında ve Farrokh-Eslamlou ve diğ. (73) çalışmasında yemeği tatmadan tuz kullanımı ile PMS arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Çalışmamızda ise PMS'li olan kadınlar ve PMS'li olmayan kadınlar arasında yemeği tatmadan tuz kullanımı açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$) (Bkz. Tablo 4.11).

Literatürde düzenli egzersiz yapmanın semptomlarda azaltıcı etki yaptığı düşünülmektedir (154). Seedhom ve diğ. (173) çalışmasında öğrencilerin fiziksel aktivite durumu ve PMS'nin ilişkili olduğu görülmektedir. Samadi ve diğ. (168) İran'da yaptığı çalışmaya göre ise düzenli egzersiz programının PMS semptomlarını azaltma konusunda etkili olduğu bildirilmektedir. Çalışmamızda kadınların egzersiz yapma durumları açısından incelendiğinde PMS'li olan ve olmayan kadınlar arasında anlamlı bir ilişki saptanamamıştır ($p>0.05$) (Bkz. Tablo 4.11). Çalışmamızla benzer olarak Tayland'da yapılan bir çalışmaya ve İran'da yapılan bir çalışmaya göre ise egzersiz yapma ile PMS arasında ilişki bulunmamıştır (45, 73). Benzer şekilde Manisa'da kadınlar üzerinde yapılan çalışmaya göre ise egzersiz yapma PMS semptomlarını hafifletmekte etkili olduğu görülmüş ancak istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (196). Fiziksel olarak aktif ve inaktif üniversite öğrencilerinde PMS'yi belirlemek amacı ile yapılan çalışmada PMS için egzersizin etkili olmadığı saptanmıştır (104).

Çalışmamızla uyumlu olarak egzersiz yapma ile PMS arasındaki ilişkinin incelendiği ve PMS üzerinde etkili olmadığını gösteren çeşitli çalışmalar bulunmaktadır (59, 92, 154, 162). Çalışmalarda etkili olmadığı görülse de düzenli egzersizin sağlıklı yaşamın bir parçası olarak düşünüldüğünden tüm kadınlara tavsiye edilmektedir (162). Çalışma sonuçlarındaki bu farklılığın nedeni yapılan egzersizin düzenli olup olmaması, egzersiz türünün tam olarak belirli olmamasından

kaynaklandığı düşünülmektedir. Egzersizin PMS semptomları üzerindeki etkisinin ve PMS ile ilişkisinin tam anlamıyla tespit edilebilmesi için, yapılan ya da uygulanan fiziksel egzersizin türünün ve egzersiz süresinin de göz önünde bulunularak araştırılması gereklidir.

Çalışmamızda kadınlar öfke kontrolü ve öfke kontrolünde problem yaşama zamanı açısından değerlendirildiğinde; gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p < 0.05$) (Bkz. Tablo 4.12). PMS görülen grupta öfkesini kontrol edemeyenlerin ve premenstrual dönemde öfkesini kontrol edemeyenlerin oranı, PMS görülmeyen kadınlara kıyasla daha yüksek bulunmuştur.

Araştırma sorularımızdan “15-49 yaş grubu kadınlarda PMS görülme durumu hangi faktörlere göre farklılık göstermektedir?” sorusuna yanıt olarak; PMS görülme durumunu medeni durum, dismenore yaşama, menstrual siklus düzeni, premenstrual dönemde genel durum, gebelik durumu, aile öyküsü, sigara kullanımı, alkol kullanımı, kahve tüketimi ve gazlı içecek tüketiminin etkilediği bulunmuştur.

Premenstrual dönemde meydana gelen semptomlar kadınların yaşam kalitesini önemli ölçüde etkilemektedir. Bu semptomların etkilerinin azaltılması ya da ortadan kaldırılması kadınların yaşam kalitelerinin artmasını sağlayacaktır. Kadınlara yaşam tarzı değişikliklerinin yanı sıra sigara kullanımı, kahve, alkol tüketiminin PMS üzerinde etkili olduğu düşünüldüğünden; bu alışkanlıkların azaltılması önerilebilir.

5.4. PMS Görülme Durumu ile Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzları Arasındaki İlişkinin Tartışılması

Kadınların üreme fonksiyonlarının sürdürülmesi hormonal değişikliklerin etkisiyle meydana gelmektedir (177). Östrojen ve progesteron düzeyinde meydana gelen düşüş; geç luteal ya da premenstrual dönemde artan öfke, sinirlilik ve olumsuz duyguların nedeni olarak görülmektedir (172). Çalışmalarda PMS ile yüksek öfke düzeyleri arasındaki ilişki dikkat çekicidir (85, 162, 179).

Östrojen ve progesteronun, serotonin, GABA, opioidler ve katekolaminler gibi nörotransmitterler üzerindeki etkileri bilinmektedir. Menstrual siklusun luteal fazında meydana gelen serotonin, GABA ve β -endorfin seviyelerindeki düşmeler olumsuz

duyguların ortaya çıkışına ve negatif duygu durum belirtilerine sebep olmaktadır (135). Serotonin düzeyinde meydana gelen değişiklik sonucunda agresif davranış ve öfke düzeylerindeki artış meydana gelebileceği belirtilmektedir (177). PMS'li kadınlarda orta ve geç luteal safhada kan serotonin düzeyinin azalmış olması bu görüşü de desteklemektedir (69, 123). Ayrıca progesteron metaboliti olan allopregnanolon düzeylerinde azalma meydana gelmesinin, PMDD, major depresyon, anksiyete bozuklukları ve şizofreni gibi durumlarla ilişkili olduğu bulunmuştur (171). Aynı zamanda, premenstrual semptomatolojinin bir parçası olarak kontrolünü kaybetme hissinden oldukça sık bahsedilmektedir (176).

Barry ve diğ. (2011) çalışmasında da testesteron ile ruhsal durum değişiklikleri (öfke, anksiyete) arasındaki ilişki polikistik over sendromlu kadınlarda incelenmiş ancak testesteronun duygu durum değişiklikleri ile genel anlamda ilişkili olmadığı saptanmıştır (21). Dougherty ve diğ. (62) aktardığına göre Donald (1997) çalışmasında da testesteron seviyeleri premenstrual dönemde meydana gelen duygusal belirtiler ve saldırgan davranışlar arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (62). Bunun yanı sıra son yıllarda yapılan çalışmalarda gonadal hormon düzeyindeki siklik değişimlere bağlı duyarlılığın etkisi ile kadınların ruh hali değişikliklerini, davranışsal ve somatik belirtileri yaşadığı belirtilmektedir. Androjenik hormonların etkisi ile PMDD'li kadınlarda sinirlilik belirtileri ortaya çıkmakta ve artış göstermektedir (48).

Literatürde çalışmalarda PMS ve öfke arasında önemli bir ilişki olduğu bildirilmektedir (145, 177). Pek çok çalışmada da öfke ve sinirlilik en yaygın semptomlar olarak belirtilmektedir (85, 162, 179). Steiner ve diğ. (179) yaptıkları çalışmada çalışmaya katılanların yaklaşık yarısı (%48.3) ve PMDD kriterlerini karşılayanların neredeyse tamamı (%98) premenstrual öfke ve sinirlilik yaşamaktadır. Pearlstein ve diğ. (151) yaptığı çalışmaya göre yine en sık görülen PMDD semptomları yine kızgınlık ve sinirlilik (%76) olarak görülmektedir. PMS şikâyetlerine sahip kadınlarda hem premenstrual dönemde hem de yaşamının diğer zamanlarında daha huzursuz ve depresif ruh haline görülmektedir (33).

Van der Ploeg (198) 844 kadının premenstrual anksiyete, öfke ve depresyona ilişkin belirtilerini incelediği çalışmasında PMS'li olmayan kadınların anksiyete, öfke ve depresyon puanları daha düşük bulunmuştur. Ayrıca Van der Ploeg'un aktardığına

göre Stout ve Steege 1985 yılında yaptıkları çalışmada, PMS'li kadınların PMS'si olmayanlardan daha fazla öfke duyduklarını tespit edilmiş ve Bultemeier'in 1993 yılında yaptığı çalışmada da öfke ifadesi vurgulanmaktadır (198). Görüldüğü gibi öfke ve sinirlilik PMS'nin en yaygın olarak bildirilen ve rahatsız edici bir etkisi olan duygudurum belirtisidir (33, 119).

Çalışmamızda PMS görülme durumu ile sürekli öfke, öfkenin içe vurumu, öfkenin dışa vurumu, öfke kontrolü alt boyutları arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. PMS görülen kadınların ölçeğin sürekli öfke, öfkenin içe vurumu, öfkenin dışa vurumu alt ölçeklerinden aldıkları puan ortalamaları PMS görülmeyen kadınların puan ortalamalarına göre anlamlı derecede yüksek bulunurken, öfke kontrolü alt ölçeğinden aldıkları puan ortalamalarının daha düşük olduğu saptanmıştır ($p<0.05$) (Bkz. Tablo 4.13). PMSÖ'den alınan toplam puan ortalaması ile sürekli öfke, öfkenin içe vurumu, öfkenin dışa vurumu, öfke kontrolü alt boyutlarından alınan puan ortalamaları arasındaki korelasyon istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$) (Bkz. Tablo 4.14). Çalışmamızla benzer olarak Soyda Akyol ve diğ. (177) kadınlar üzerinde yaptığı çalışmada sağlıklı ve PMDD olan kadınlar öfke düzeyleri açısından değerlendirilmiştir. Bu çalışmada, kadınların PMS skorları ile SÖÖTÖ alt boyutlarından aldıkları puanlar arasındaki korelasyon istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. PMDD'li kadınların, sağlıklı olan kadınlara göre öfke puanları daha yüksek bulunmuştur. Kadınların sürekli öfke, içe öfke ve dışa öfke puanları daha yüksek bulunurken, öfke kontrolü alt boyutundan aldıkları puanlar ise sağlıklı olan kadınlara göre daha düşük olduğu saptanmıştır. Öztürk Can ve diğ. (145) sınıf öğretmenleri üzerinde yaptığı çalışmada PMS görülme durumu ile sürekli öfke ve öfke ifade tazı puan ortalamaları arasındaki ilişki incelendiğinde; sürekli öfke, öfke içte ve öfke-dışa puan ortalamaları arasında ki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur. Ancak PMS görülme durumu ile öfke kontrol alt ölçeğinden alınan puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Kadınların öfke durumları düşünüldüğünde PMS durumunda öfkenin daha fazla görüldüğü bildirilmektedir. Hartlage ve Arduino (85) çalışmasında da yine premenstrual bozuklukların öfke ile ilişkili olduğu belirtilmektedir. Depresyon gibi psikiyatrik bozukluklar göz önünde bulundurulduğunda, premenstrual irritabilite ve öfke durumu ile premenstrual depresif ruh halinden daha fazla karşılaştığı saptanmıştır.

Çalışmaya katılan bireylerin öfke ve sinirlilik oranı %33 iken depresif duyguların oranı %13 olarak bulunmuştur. Ayrıca öfkenin premenstrual depresif ruh halinden bağımsız olarak PMDD ile ilişkili olduğu belirtilmektedir. Bowen ve diğ. (33) çalışmasında PMS'li kadınlar ve PMS'si olmayan kadınlara göre daha sinirli ve daha depresif duygusal duruma sahip oldukları görülmüştür. Bu belirtilerin oluşum zamanı açısından geç luteal faza bakılmaksızın görüldüğü saptanmıştır. Ancak bu belirtiler geç luteal fazda şiddetini arttırarak ortaya çıkmaktadır. Bostancı (32) çalışmasında sağlıklı ve PMS'li kadınların foliküler ve luteal fazlarında öfke ve anksiyete düzeylerini karşılaştırmıştır. Çalışma sonucunda ise gruplar arasında önemli ölçüde farklar bulunmuştur. PMS'li kadınların sağlıklı olan kadınlara göre luteal fazda öfke düzeylerinin anlamlı derecede daha yüksek olduğu saptanmıştır. Ancak Bergant ve diğ. (25) çalışmasına göre hafif, orta ve şiddetli PMS semptomları yaşayan kadınlar karşılaştırılmış ve öfke ile baş etme açısından incelenmiştir. Kadınların öfke ile baş etmeleri yönünden gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Literatürde PMS ve öfke arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışma sayısı sınırlı olsa da yapılan çalışmalarda PMS ve yüksek öfke düzeylerinin ilişkili olduğu belirtilmektedir.

Araştırma sorularımızdan “15-49 yaş grubu kadınlarda PMS görülme durumu ile sürekli öfke ve öfke ifade tarzları arasında ilişki var mıdır?” sorusu doğrultusunda; PMS görülme durumu ile kadınların sürekli öfke ve öfke ifade tarzları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunduğu saptanmıştır.

Sonuç olarak, yapılan araştırmalarda kadınların PMS görülme durumları ile öfke arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalarda göz ardı edilemeyecek bir ilişki mevcuttur. Ancak halen kadınların öfke düzeyleri ve öfke kontrol durumları ve adet öncesi semptomatoloji arasındaki ilişkiler konusunda kesin kanıt sağlamamıştır. Öfke ile PMS arasındaki ilişkinin değerlendirildiği çalışma sayısı oldukça sınırlıdır. Bu nedenle literatürdeki boşlukların giderilmesi ve kesin kanıtların sağlanması için daha ileri çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışma Kütahya Merkez'de bulunan bir aile sağlığı merkezinde 15-49 yaş grubu kadınlarda PMS görülme durumunu belirlemek ve sürekli öfke ve öfke ifade tarzları arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Çalışma sonunda ise aşağıda verilen sonuçlara ulaşılmıştır.

Çalışmaya katılan kadınların yaş ortalaması 30.00 ± 8.645 (Min:15 Max:49) olarak bulunmuş ve %38.3'ünün eğitim durumu üniversite ve üzeri düzeyde yer almaktadır. Kadınların %73.5'i çalışmamakta ve 64.6'sının evli olduğu görülmektedir. Kadınların %68.7'sinin gelir gider durumunun birbirine denk olduğu görülmektedir (Bkz. Tablo 4.1). Kadınlarda ilk menarş yaş ortalaması 13.35 ± 1.48 yıl, menstrual siklus aralıklarının ortalaması 26.53 ± 4.19 gün ve menstruasyon süresinin ortalaması ise 6.12 ± 1.56 gün olarak görülmektedir. %76.5'i düzenli olarak adet gördüğünü ifade etmekte, %76.4'ü dismenore yaşamakta ve kadınların %62.5'ünün adet başlamadan önce kendilerini normale göre daha kötü hissettikleri görülmektedir. %39.9'unun hiç gebelik yaşamamış olduğu, %5'inin ise doğum kontrol hapı kullandığı görülmektedir (Bkz. Tablo 4.2).

Kadınların %59.6'sının annesi veya kız kardeşlerinde adet öncesi dönemde yaşadıkları değişikliklere ilişkin şikâyetlerinin olduğu görülmektedir. Kadınların %29.4'ü sigara kullanmakta, %4'ü alkol kullanmaktadır. Kadınların %86.9'u şekerli gıda tüketmekte, 26,9'u yemeğin tadına bakmadan tuz kullanmaktadır. Kadınların %81.9'u kahve tüketmekte, %53.1'i gazlı içecek tüketmekte, %92.8'i ise çay tüketmektedir. Kadınların %40'ı ise egzersiz yaptığını ifade etmektedir (Bkz. Tablo 4.3).

Kadınların %86.4'ü öfkesini kontrol edemediği zamanların olduğunu belirtmekte ve bunların %54.2'si öfkesini kontrol edemediği zamanı premenstrual dönem olarak belirtmiştir. PMS semptomları ile baş etmede kadınların %47.1'i hiç bir şey yapmamakta, %26.1'i medikal tedaviye başvurmakta, 18,6'ü, sıcak uygulama yapmakta, 16.4'ü ise bitkisel tedaviye başvurmaktadır (Bkz. Tablo 4.4).

Kadınların PMSÖ'den aldıkları toplam puan ortalamaları 110.72 ± 32.23 olarak bulunmuştur (Bkz. Tablo 4.5). Sürekli öfke boyutundan aldıkları puan ortalaması 19.88 ± 5.81 , öfkenin içe vurumu boyutundan aldıkları puan ortalaması 15.81 ± 4.01 ,

öfkenin dışa vurumu boyutundan aldıkları puan ortalaması 14.98 ± 4.26 , öfke kontrolü boyutundan aldıkları puan ortalaması ise 20.83 ± 4.63 olarak belirlenmiştir (Bkz. Tablo 4.6).

PMS görülme durumunu medeni durum, dismenore yaşama, menstrual siklus düzeni, premenstrual dönemde genel durum, gebelik durumu, aile öyküsü, sigara kullanımı, alkol kullanımı, gazlı içecek tüketimi ve kahve tüketiminin etkilediği görülmektedir.

Yaş, çalışma durumu, gelir durumu, doğum kontrol hapı kullanma, şekerli gıda tüketimi, yemeği tatmadan tuz ilave etme, çay tüketimi ve egzersiz yapma durumları açısından bakıldığında PMS görülen ve PMS görülmeyen gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Öfke kontrolü açısından PMS görülen ve görülmeyen gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. PMS'li kadınlarda öfke kontrol problemi yaşayanların oranının (%94.9), PMS'li olmayanlara (%78.3) kıyasla daha fazla olduğu görülmektedir. PMS'li kadınlarda premenstrual dönemde öfkesini kontrol edemeyen kadınların oranının (%61.9), PMS'li olmayanlara (%45.3) kıyasla daha fazla olduğu görülmektedir (Bkz. Tablo 4.12).

Kadınların PMS görülme durumları ile sürekli öfke ve öfke ifade tarzları arasındaki ilişki incelendiğinde; PMS'li kadınların PMS'li olmayanlara kıyasla sürekli öfke, öfke içe, öfke dışa puanlarının anlamlı derecede daha yüksek ve öfke kontrol puanlarının ise anlamlı derecede daha düşük olduğu saptanmıştır (Bkz. Tablo 4.13). PMSÖ toplan puan ve alt boyutlarından alınan puanlar ile SÖÖTÖ alt ölçeklerinden alınan puanlar arasında da önemli bir ilişki olduğu görülmektedir (Bkz. Tablo 4.14).

Bu sonuçlar doğrultusunda;

Toplumun nüfus bakımından önemli bir kısmını oluşturan üreme çağındaki kadınlarda premenstrual şikâyetlerin oldukça fazla görüldüğü saptanmıştır. Premenstrual semptomlar bireylerin iş hayatını, aile ve sosyal yaşamlarını olumsuz olarak etkileyerek yaşam kalitelerini düşürmektedir. Bu nedenle önemle bu konunun üzerinde durulmalıdır.

Mevcut olan premenstrual semptomların yönetimindeki sorunların tanımlanması ve bu süreçte bireye özel bakımın sağlanması önem taşımaktadır. Bu nedenle hemşire ve diğer sağlık personellerinin kadınların premenstrual semptomlarla baş etme yöntemlerini tespit etmeleri ve bireylerin menstruasyona ilişkin duygu ve düşüncelerini anlamaları gereklidir. Semptomlar sonucunda; kadınlara kendinde meydana gelen değişim ve olumsuz durumlar ile baş etme yöntemleri öğretilmelidir.

Premenstrual semptomlar ile baş etmede öncelikli olarak nonfarmakolojik tedavi yöntemleri ve yaşam tarzı değişiklikleri konusunda sağlık personeli tarafından danışmanlık hizmetleri verilmeli ve kadınlar bu konuda teşvik edilmelidir. Kadınların kendi biyolojik yapıları gereği vücutlarında meydana gelen değişiklikleri bilmesi ve değişikliklerin farkında olması önemlidir. Bu nedenle kadınların menstruasyona yönelik her türlü problemleri için başvurabilecekleri birimlerin açılması önerilmektedir. Ancak bu şekilde çok yaygın olarak görülen PMS konusunda farkındalık oluşturulması ve baş edilebilmesi sağlanabilir.

Kadınlarda PMS görülme durumunu etkileyen faktörler konusunda daha ileri araştırmaların yapılması önerilmektedir. PMS'nin tanılanmasına yönelik kullanılan ölçme araçlarının değerlendirilmesi ve PMS tanılamada yeni ölçme ve değerlendirme araçlarının geliştirilmesi önerilmektedir.

PMS ile öfke arasında önemli bir ilişki olduğundan, kadınlara premenstrual dönemde ruh halinde meydana gelen değişimlerle ilgili bilgi verilmelidir. Öfkesini kontrol etmede problem yaşayan kadınların semptomlarla baş etmede desteklenmesi önemlidir. Bu amaçla öfke kontrol eğitimlerinin düzenlenmesi ve sosyal destek sağlanması önerilmektedir. Üreme çağını kapsayan bu uzun süreçte öfke düzeyinin azaltılması kadınların yaşam kalitelerinin iyileştirilmesini sağlayacağından bireylerin sorunlarını çözmeye yönelik bütüncül müdahaleler geliştirilmesi önerilmektedir.

PMS ve öfke arasındaki ilişki konusunda kesin kanıtlar sağlanabilmesi ve literatürdeki boşlukların giderilebilmesi için daha ileri düzeydeki çalışmalarla bu konunun incelenmesi gerekmektedir.

KAYNAKLAR

1. Abbasi, S., Tufail, A., Kalyar, J., Ahsan, N. A. (2015). Premenstrual Syndrome In Undergraduate Medical Students: Hostellers Versus Day-scholars, *Journal of Surgery Pakistan (International)*, 20(3), 82-86.
2. Abdalla, N., Gibreel, M. (2016). Effects of an educational program in increasing knowledge and reducing premenstrual syndrome signs, symptoms and severity among nursing college students. *International Journal of Basic and Applied Sciences*, 5(4), 200.
3. Adıgüzel, H., Taşkın, E. O., Danacı, A. E. (2007). Manisa ilinde premenstrüel sendrom belirti örüntüsü ve belirti yaygınlığının araştırılması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 18(3), 215-222.
4. Akyılmaz, F., Özçelik, N., Polat, M. G. (2003). Premenstrual sendrom görülme sıklığı. *Göztepe Tıp Dergisi*, 18(2), 106-109.
5. Al-Batanony, M. A., Al-Nohair, S. F. (2014). Prevalence of premenstrual syndrome and its impact on quality of life among university medical students, Al Qassim University, KSA. *Public Health Research*, 4(1), 1-6.
6. Al-Dabal, B. K., Koura, M. R., Al-Sowielem, L. S., Barayan, S. S. (2014). Dysmenorrhea and Associated Risk Factors among University Students in Eastern Province of Saudi Arabia. *Middle East Journal Of Family Medicine*, 7(10), 25-35.
7. Albayrak, B., Kutlu, Y. (2009). Ergenlerde Öfke İfade Tarzı Ve İlişkili Faktörler. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 2(3), 57-69.
8. Allen, R. (2001). Premenstrüel Sendrom. B. M. Ata (Ed.) *Jinekoloji ve Obstetrik Sırları* (s.65-67). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.
9. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) (2000). Premenstrual Syndrome. Clinical management guidelines for obstetricians–gynecologists: premenstrual syndrome. ACOG Practice Bulletin 15. Washington, DC: ACOG
10. American Psychiatric Association (APA) (2000). Premenstrual dysphoric disorder. In: First M.B., editor. Diagnostic and statistical manual of mental

disorders, fourth edition, text revision. Washington, DC. American Psychiatric Press. pp. 715-717

11. Amjad, A., Kumar, R., Mazher, S. B. (2014). Socio-demographic Factors and Premenstrual Syndrome among Women attending a Teaching Hospital in Islamabad, Pakistan. *Journal of Pioneering Medical Sciences*, 4(4), 159-162.
12. Asci, O., Gokdemir, F., Kahyaoglu Sut, H., Payam, F. (2015). The Relationship of Premenstrual Syndrome Symptoms with Menstrual Attitude and Sleep Quality in Turkish Nursing Student. *Journal of Caring Science*, 4(3), 179-187.
13. Asso, D., R.Braier, J. (1982). Changes with the menstrual cycle in psychophysiological and self-report measures of activation. *Biological Psychology*, 15(1), 95-107.
14. Aşçı, Ö., Kahyaoglu Süt, H., Gökdemir, F. (2016). Üniversite Öğrencilerinde Premenstrüel Sendrom Prevalansı ve Risk Faktörleri. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 9(3).
15. Babacan Gümüş, A. B., Bayram, N., Can, N., Kader, E. (2012). Üniversite öğrencilerinde premenstruel sendrom ve somatizasyon: İlişkisel bir inceleme. *Anatolian Journal of Psychiatry*, 13(1), 32-38.
16. Baker, E. R., Best, R. G., Manfredi, R., Demers, L. M., Wolf, G. C. (1995). Efficacy of progesterone vaginal suppositories in alleviation of nervous symptoms in patients with premenstrual syndrome. *Journal of assisted reproduction and genetics*, 12(3), 205-209.
17. Bakhshani, N. M., Mousavi, M. N., Khodabandeh, G. (2009). Prevalence and severity of premenstrual symptoms among Iranian female university students. *J Pak Med Assoc*, 59(4), 205-208.
18. Balcıoğlu, Y. H., Ildırım, E., Balcıoğlu, İ. (2016). Spor Bilimleri Alanında Öfke Duygusu ve Saldırganlığın Farklı Açılardan Değerlendirilmesi: Bir Derleme. *İÜ Spor Bilimleri Dergisi*, 6(1), 1-9.
19. Balkaya, F., Şahin, N. H. (2003). Çok boyutlu öfke ölçeği. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 14(3), 192-202.
20. Baran, M., Okanlı, A. (2015). Hemşirelerde Öfke Düzeyinin İş Doyumuna Etkisi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 18(1), 43-49.

21. Barry, J. A., Hardiman, P. J., Saxby, B. K., Kuczmierczyk, A. (2011). Testosterone and mood dysfunction in women with polycystic ovarian syndrome compared to subfertile controls. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 32(2), 104-111.
22. Bastani, F., Hashemi, S. (2012). Effects of a Web Based Lifestyle Education on General Health and Severity of the Symptoms of Premenstrual Syndrome (PMS) among Female Students: A Randomized Controlled Trial. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 46, 3356-3362.
23. Baysal, B. (2004). Premenstrual Sendrom ve Dismenore. S. Berkman, S. Topuz (Ed.). *Jinekoloji* (s.47-49). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.
24. Bedel, A., Arı, R. (2011). Kişiler Arası Sorun Çözme Beceri Eğitiminin Yetiştirme Yurdunda Yaşayan Ergenlerin Yapıcı Problem Çözme ve Sürekli Öfke Düzeylerine Etkisi. *Pegem Eğitim ve Öğretim Dergisi*, 1(4), 1-10.
25. Bergant, A., Guggenberger, G., Heim, K., Ulmer, H. (1998). Coping with anger and the premenstrual syndrome. *Wiener klinische Wochenschrift*, 110(10), 370-375.
26. Bertone-Johnson, E. R., Hankinson, S. E., Bendich, A., Johnson, S. R., Willett, W. C., Manson, J. E. (2005). Calcium and vitamin D intake and risk of incident premenstrual syndrome. *Archives of internal medicine*, 165(11), 1246-1252.
27. Bertone-Johnson, E. R., Hankinson, S. E., Johnson, S. R., Manson, J. E. (2008). Cigarette smoking and the development of premenstrual syndrome. *American journal of epidemiology*, 168(8), 938-945.
28. Bertone-Johnson, E. R., Hankinson, S. E., Johnson, S. R., Manson, J. E. (2009). Timing of alcohol use and the incidence of premenstrual syndrome and probable premenstrual dysphoric disorder. *Journal of women's health*, 18(12), 1945-1953.
29. Bianco, V., Cestari, A. M., Casati, D., Cipriani, S., Radici, G., Valente, I. (2014). Premenstrual syndrome and beyond: lifestyle, nutrition, and personal facts. *Minerva ginecologica*, 66(4), 365-375.
30. Biggs, W. S., Demuth, R. H. (2011). Premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder. *American family physician*, 84(8), 918-924.

31. Bodur, S., İnfal, S., Sonay Kurt, A. (2010). Kronik Hastalığı Bulunan Adölesanlarda Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı ile İlişkili Faktörler. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 9(6), 645-650.
32. Bostancı, A. (2010). *Premenstrüel Sendromda Öfke ve Anksiyete Düzeylerinin Değerlendirilmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Maltepe Üniversitesi, İstanbul.
33. Bowen, R., Bowen, A., Baetz, M., Wagner, J., Pierson, R. (2011). Mood instability in women with premenstrual syndrome. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 33(9), 927-934.
34. Braverman, P. K. (2007). Premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder. *J Pediatr Adolesc Gynecol*, 20(1), 3-12.
35. Brown, C., Ling, F. W. (2006). Premenstrual Syndrome/Premenstrual Dysphoric Disorder. E. J. Bieber, J. S. Sanfilippo, I. R. Horowitz (Ed), *Clinical Gynecology* (s.19-33). Canada: Elsevier.
36. Budak, S. (2000). Psikoloji sözlüğü. Ankara: Bilim ve Sanat Yayıncılık
37. Bulut Serin, N., Genç, H. (2011). Öfke Yönetimi Eğitimi Programının Ergenlerin Öfke Denetimi Becerilerine Etkisi. *Eğitim ve Bilim*, 36(159).
38. Bulut Serin, N., Serin, O. (2011). An Examination of Anger Level of University Student *e-Journal of New World Sciences Academy*, 6(1), 1142-1151.
39. Büyüköztürk, Ş. (2014). *Sosyal Bilimler İçin veri Analizi El Kitabı*. Ankara: Pegem Akademi.
40. Campagne, D. M., Campagne, G. (2007). The premenstrual syndrome revisited. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 130(1), 4-17.
41. Canning, S., Waterman, M., Orsi, N., Ayres, J., Simpson, N., Dye, L. (2010). The efficacy of Hypericum perforatum (St John's wort) for the treatment of premenstrual syndrome: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *CNS drugs*, 24(3), 207.
42. Canpolat, M., Atıcı, M. (2017). Öfke Kontrolü Programının Ortaokul Öğrencilerinin Öfke Kontrolü Becerilerine Etkisi. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, 1-12.

43. Cenkseven, F. (2003). Öfke yönetimi becerileri programının ergenlerin öfke ve saldırganlık düzeylerine etkisi. *Eğitim Bilimleri ve Uygulama*, 2(4), 153-167.
44. Chandraratne, N. K., Gunawardena, N. S. (2011). Premenstrual syndrome: the experience from a sample of Sri Lankan adolescents. *Journal of pediatric and adolescent gynecology*, 24(5), 304-310.
45. Chayachinda, C., Rattanachaiyanont, M., Phattharayuttawat, S., Kooptiwoot, S. (2008). Premenstrual syndrome in Thai nurses. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 29(3), 203-209.
46. Cheng, S. H., Shih, C. C., Yang, Y. K., Chen, K. T., Chang, Y. H., Yang, Y. C. (2013). Factors associated with premenstrual syndrome - a survey of new female university students. *Kaohsiung Journal of Medical Sciences*, 29(2), 100-105.
47. Cohen, L. S., Soares, C. N., Otto, M. W., Sweeney, B. H., Liberman, R. F., Harlow, B. L. (2002). Prevalence and predictors of premenstrual dysphoric disorder (PMDD) in older premenopausal women: the Harvard Study of Moods and Cycles. *Journal of affective disorders*, 70(2), 125-132.
48. Cunningham, J., Yonkers, K. A., O'brien, S., Eriksson, E. (2009). Update on research and treatment of premenstrual dysphoric disorder. *Harvard review of psychiatry*, 17(2), 120-137.
49. Cüceloğlu, D. (2004). *İnsan ve Davranışı*. İstanbul: Remzi Kitabevi.
50. Czajkowska, M., Droszol-Cop, A., Galazka, I., Naworska, B., Skrzypulec-Plinta, V. (2015). Menstrual Cycle and the Prevalence of Premenstrual Syndrome/Premenstrual Dysphoric Disorder in Adolescent Athletes. *J Pediatr Adolesc Gynecol*, 28(6), 492-498.
51. Çatakoğlu, H. (2016). *25 Yaş Üstü Kadınlarda Premenstrual Sendrom Görülme Sıklığı Ve İlişkili Faktörler*. Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi, Konya.
52. Çivitçi, N. (2011). Lise Öğrencilerinde Okul Öfkesi ve Yalnızlık *Türk Psikoloji Danışma ve Rehberlik Dergisi*, 4(35), 18-29.
53. D'Orbán, P., Dalton, J. (1980). Violent crime and the menstrual cycle. *Psychological Medicine*, 10(2), 353-359.

54. Dadi Givshad, R., Nourani Saadoldin, S., Esmaily, H. (2016). The Relationship of Perceived Severity of Premenstrual Syndrome with Knowledge, Attitude and Recorded Severity of Syndrom by a Daily Calendar among University Students in Iran. *Journal of Midwifery and Reproductive Health*, 4(1), 522-529.
55. Dadkhah, H., Ebrahimi, H., Fathizadeh, N. (2016). Evaluating the effects of vitamin D and vitamin E supplement on premenstrual syndrome: A randomized, double-blind, controlled trial. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 21(2).
56. Daşıkan, Z., Çay Taş, G., Sözen, G. (2014). Ödemiş bölgesindeki kadınlarda yaşanan perimenstrual şikayetler ve etkileyen faktörler. *J Turk Soc Obstet Gynecol*, 2, 98-104.
57. Del Vecchio, T., O'Leary, K. D. (2004). Effectiveness of anger treatments for specific anger problems: a meta-analytic review. *Clin Psychol Rev*, 24(1), 15-34.
58. Delara, M., Borzuei, H., Montazeri, A. (2013). Premenstrual disorders: prevalence and associated factors in a sample of Iranian adolescents. *Iranian Red Crescent Medical Journal*, 15(8), 695-700.
59. Demir, B., Yıldız Algül, L., Güvendağ Güven, E. S. (2006). Sağlık çalışanlarında premenstrüel sendrom insidansı ve etkileyen faktörlerin araştırılması. *Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi*, 3(4), 262-270.
60. Dilekler, İ., Törenli, Z., Selvi, K. (2014). Öfkeye Farklı Açılardan Bakış: Öfkenin Mekanizması, Farklı Psikopatolojilerde Öfke ve Terapistin Öfkesi. *AYNA Klinik Psikoloji Dergisi*, 1(3), 44-59.
61. Direkvand-Moghadam, A., Sayehmiri, K., Delpisheh, A., Sattar, K. (2014). Epidemiology of Premenstrual Syndrome (PMS)-A Systematic Review and Meta-Analysis Study. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*, 8(2), 106-109.
62. Dougherty, D. M., Bjork, J. M., Moeller, F. G., Swann, A. C. (1997). The influence of menstrual-cycle phase on the relationship between testosterone and aggression. *Physiology behavior*, 62(2), 431-435.

63. Ducasse, D., Jaussent, I., Olie, E., Guillaume, S., Lopez-Castroman, J., & Courtet, P. (2016). Personality Traits of Suicidality Are Associated with Premenstrual Syndrome and Premenstrual Dysphoric Disorder in a Suicidal Women Sample. *PLoS One*, 11(2),
64. Duenas, J. L., Lete, I., Bermejo, R., Arbat, A., Perez-Campos, E., Martinez-Salmean, J., Serrano, I., Doval, L. Coll, C. (2011). Prevalence of premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder in a representative cohort of Spanish women of fertile age. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 156(1), 72-77.
65. Duran, Ö., Eldeleklioğlu, J. (2005). Öfke Kontrol Programının 15–18 Yaş Arası Ergenler Üzerindeki Etkililiğinin Araştırılması. *GÜ, Gazi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 25(3), 267-280.
66. El-Masry, N. M., Abdelfatah, N. R. (2012). Quality of life and burden of women with premenstrual dysphoric disorder. *Egyptian Journal of Psychiatry*, 33(1), 45-50.
67. Elkin, N. (2015). Sağlık Bilimleri Yüksekokulu Öğrencilerinde Premenstrual Sendrom Görülme Sıklığı. *Adıyaman Üniv Sağlık Bilim Derg*, 1(2), 94-110.
68. Elkin, N., Kadadağlı, F. (2016). Üniversite Öğrencilerinin Öfke İfade Tarzı ve İlişkili Faktörler. *Anadolu Kliniği*, 21(1), 64-71.
69. Elnagar, M. A. E. R., Awed, H. A. E. M. (2015). Self –Care Measures Regarding Premenstrual Syndrome Among Female Nursing Students. *International Journal of Nursing Didactics*, 5(2), 1-10.
70. Erbil, N., Bölükbaş, N., Tolan, S., Uysal, F. (2011). Evli kadınlarda premenstrual sendrom görülme durumu ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, 8(1), 429-438.
71. Erkek, N., Özgür, G., Gümüş, A. B. (2006). Hipertansiyon Tanısı Alan Hastaların Sürekli Öfke Ve Öfke İfade Tarzları. *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 10(2), 9-18.
72. Ezeh, O. H., Ezeh, C. C. (2016). Prevalence Of Prementrual Syndrome And Coping Strategies Among School Girls. *African Journal For The Psychological Study Of Social Issues*, 19(2), 115-123.

73. Farrokh-Eslamlou, H., Oshnouei, S., Heshmatian, B., & Akbari, E. (2015). Premenstrual syndrome and quality of life in Iranian medical students. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 6(1), 23-27.
74. Freeman, E. W. (2003). Premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder: definitions and diagnosis. *Psychoneuroendocrinology*, 28, 25-37.
75. Gençdoğan, B. (2006). Premenstruel Sendrom İçin Yeni Bir Ölçek. *Türkiye'de Psikiyatri*, 8(2), 81-87.
76. Goker, A., Artunc-Ulkumen, B., Aktenk, F., Ikiz, N. (2015). Premenstrual syndrome in Turkish medical students and their quality of life. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 35(3),
77. Gonda, X., Telek, T., Juhasz, G., Lazary, J., Vargha, A., Bagdy, G. (2008). Patterns of mood changes throughout the reproductive cycle in healthy women without premenstrual dysphoric disorders. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 32(8), 1782-1788.
78. Goweda, R. A., Alkot, M. M., Alturkistani, F. A., Alhajaji, R., Aljebali, S. S., Baashr, Z. A. (2016). Prevalence of Premenstrual Dysphoric Disorder among Medical Students of Umm Al-Qura University, Makkah Al-Mukaramah, Kingdom of Saudi Arabia. *Middle East Journal of Family Medicine*, 14(2).
79. Gökçe, G. (2006). *Bir Grup Çalışan Kadında Premenstrual Semptom Görülme Sıklığı Ve Etkileyen Faktörler*. Yüksek Lisans Tezi, Mersin Üniversitesi, Mersin.
80. Guvenc, G., Kilic, A., Akyuz, A., & Ustunsoz, A. (2012). Premenstrual syndrome and attitudes toward menstruation in a sample of nursing students. *J Psychosom Obstet Gynaecol*, 33(3), 106-111.
81. Gülerman, C. (2007). Premenstruel Sendrom. N. Çiçek, M. T. Mungan (Ed.), *Klinikte Obstetrik ve Jinekoloji* (s.657-661). Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri.
82. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. (2013). Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. Ankara: Sağlık Bakanlığı ve Kalkınma Bakanlığı. Erişim: 09.05.2017.
http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2013/rapor/TNSA_2013_ana_rapor.pdf

83. Hamaideh, S. H., Al-Ashram, S. A., & Al-Modallal, H. (2014). Premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder among Jordanian women. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 21(1), 60-68.
84. Hantsoo, L., Epperson, C. N. (2015). Premenstrual Dysphoric Disorder: Epidemiology and Treatment. *Curr Psychiatry Rep*, 17(11), 87.
85. Hartlage, S. A., Arduino, K. E. (2002). Toward the content validity of premenstrual dysphoric disorder: do anger and irritability more than depressed mood represent treatment-seekers' experiences? *Psychological reports*, 90(1), 189-202.
86. Hayat, N., Perveen, S. (2015). Is There Any Impact Of Employment Status On Premenstrual Symptomatology? *Journal of Postgraduate Medical Institute (Peshawar-Pakistan)*, 29(3), 172-175.
87. Ho, H.-P., Olsson, M., Pharm, M., Westberg, L., Melke, J., Eriksson, E. (2001). The serotonin reuptake inhibitor fluoxetine reduces sex steroid-related aggression in female rats: an animal model of premenstrual irritability? *Neuropsychopharmacology*, 24(5), 502-510.
88. Hofmeister, S., Bodden, S. (2016). Premenstrual Syndrome and Premenstrual Dysphoric Disorder. *American Family Physician*, 94(3), 236-240.
89. Howells, K., Day, A. (2003). Readiness for anger management: Clinical and theoretical issues. *Clinical psychology review*, 23(2), 319-337.
90. Hussein, R. A., Hafiz, M., Bin-Afif, S., Al-Omari, E., Al-Helou, M. (2012). Premenstrual syndrome prevalence, and correlation with carbohydrate intake in young women. *Healthmed*, 6(3), 774-780.
91. Indusekhar, R., Usman, S. B., O'Brien, S. (2007). Psychological aspects of premenstrual syndrome. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*, 21(2), 207-220.
92. Isik, H., Ergol, S., Aynioglu, O., Sahbaz, A., Kuzu, A., Uzun, M. (2016). Premenstrual syndrome and life quality in Turkish health science students. *Turkish Journal of Medical Sciences*, 46(3), 695-701.
93. Jain, H., & Parekh. (2015). Prevalence Of Premenstrual Syndrome In Married And Unmarried Females Of 18-28 Years Of Age. *Indian Journal Of Physical Therapy*, 3(2), 55-61.

94. Jan, F. H., Huma, Z. E., Tariq, N., Sajjad, N. (2016). Menstrual syndrome: severity, frequency and symptomatology in adolescent girls of Quetta, Pakistan. *Journal of Experimental Biology and Agricultural Sciences*, 4(2), 128-132.
95. Janda, C., Kues, J. N., Andersson, G., Kleinstaubler, M., Weise, C. (2016). A symptom diary to assess severe premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder. *Women&Health*, 1-18.
96. Jehan, S., Auguste, E., Hussain, M., Pandi-Perumal, S. R., Brzezinski, A., Gupta, R., Attarian, H., Jean-Louis, G., McFarlane, S. I. (2016). Sleep and Premenstrual Syndrome. *Journal of Sleep Medicine & Disorders*, 3(5), 1061.
97. Ju, H., Jones, M., Mishra, G. D. (2014). Premenstrual syndrome and dysmenorrhea: symptom trajectories over 13 years in young adults. *Maturitas*, 78(2), 99-105.
98. Jung, A. N., Park, J. H., Kim, J., Kim, S. H., Jee, B. C., Cha, B. H., Sull, J.W., Jun, J. H. (2016). Detrimental Effects of Higher Body Mass Index and Smoking Habits on Menstrual Cycles in Korean Women. *Journal of women's health*, 26(1), 83-90.
99. Kadian, S., O'Brien, S. (2012). Classification of premenstrual disorders as proposed by the International Society for Premenstrual Disorders. *Menopause International*, 18(2), 43-47.
100. Kahyaoglu Sut, H., Mestogullari, E. (2016). Effect of Premenstrual Syndrome on Work-Related Quality of Life in Turkish Nurses. *Saf Health Work*, 7(1), 78-82.
101. Kapur, N., & Narula, P. S. (2016). Premenstrual Symptoms and Social Disability. *International Journal of Innovative Knowledge Concepts*, 2(1), 1-11.
102. Karababa, A., Dilmaç, B. (2015). Ergenlerde İnsani Değerlerin Sürekli Öfke ve Öfke İfade Biçimlerini Yordamadaki Rolü. *İlköğretim Online*, 14(3), 1149-1153.
103. Karaca, S., Oksay Şahin, A. (2011). Görme Engelli Ergenlerin Öfke Düzeyi ve Öfke İfade Tarzlarının İncelenmesi. *New/Yeni Symposium Journal*, 49(4), 195-200.

104. Karaoğlu, N., Taşgın, Ö. (2009). Premenstrual Syndrome In Physically Active And Inactive University Students. *e-Journal of New World Sciences Academy*, 4(2), 115-123.
105. Karataş, Z. (2009). Bilişsel Davranışçı Teknikler Kullanılarak Yapılan Öfke Yönetimi Programının Ergenlerin Saldırganlığını Azaltmadaki Etkisi. *Pamukkale Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 26(26), 12-24.
106. Karout, N., Hawai, S. M., Altuwajri, S. (2012). Prevalence and pattern of menstrual disorders among Lebanese nursing students. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 18(4), 346-352.
107. Kaya, D., Gölbaşı, Z. (2016). Hemşirelik/Ebelik öğrencilerinde premenstrual sendrom yaygınlığı ve premenstrual sendromun sigara içme davranışı ile ilişkisi. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 15(4), 306-311.
108. Kaya, N., Kaya, H., Atar, N. Y., Turan, N., Eskimez, Z., Palloş, A., Aktaş, A. (2013). Hemşirelik ve Ebelik Öğrencilerinin Öfke ve Yalnızlık Özellikleri. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 9(2), 18-26.
109. Kayaoğlu, M. (2016). *Sorularla ve Örnek Vakalarla Öfke Kontrolü*. İstanbul: Nesil Yayınları.
110. Kebapçılar, A. G., Taner, C. E., Başoğlu, Ö., Okan, G. (2012). İzmir Ege Doğumevi ve Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi hastalarındaki premenstrüel sendrom prevalansı ve etkileyen faktörler. *FÜ Sağ Bil Tıp Dergisi*, 26(3), 111-114.
111. Kelderhouse, K., Taylor, J. S. (2013). A review of treatment and management modalities for premenstrual dysphoric disorder. *Nursing for women's health*, 17(4), 294-305.
112. Keskin, G., Babacan Gümüş, A., Engin, E. (2011). Bir grup sağlık çalışanında öfke ve mizaç özellikleri: İlişkisel bir inceleme / Anger and temperament characteristics of a group of health workers: a relational analysis. *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, 24(3), 199-208.
113. Kıran Esen, B., Çelikkaleli, Ö. (2016). Üniversite öğrencilerinin sosyal yetkinlik düzeyleri ile sürekli öfke ve öfke ifade biçimlerinin incelenmesi. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, 3(29), 38-49.

114. Kırçan, N., Ergin, F., Adana, F., Arslantaş, H. (2012). Hemşirelik öğrencilerinde premenstrüel sendrom prevalansı ve yaşam kalitesi ile ilişkisi. *ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi*, 13(1), 19-25.
115. Kısa, S., Zeyneloğlu, S., Güler, N. (2012). Üniversite Öğrencilerinde Premenstrual Sendrom Görülme Sıklığı ve Etkileyen Faktörler *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 1(4), 284-297.
116. Kökdemir, H. (2004). Öfke ve öfke kontrolü. *Pivolka*, 3(12), 7-10.
117. Kroll-Desrosiers, A. R., Ronnenberg, A. G., Zagarins, S. E., Houghton, S. C., Takashima-Uebelhoer, B. B., Bertone-Johnson, E. R. (2017). Recreational Physical Activity and Premenstrual Syndrome in Young Adult Women: A Cross-Sectional Study. *PLoS One*, 12(1), 1-13.
118. Kulakçı Altınbaş, H., Korkmaz Aslan, G., Kuzlu Ayyıldız, T., Ayoğlu, F. N., Veren, F. (2016). Üniversite öğrencilerinin çocukluk döneminde yaşadıkları örselleyici davranışların öfke durumları üzerine etkisi. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 15(6), 518-524.
119. Landén, M., Erlandsson, H., Bengtsson, F., Andersch, B., Eriksson, E. (2009). Short onset of action of a serotonin reuptake inhibitor when used to reduce premenstrual irritability. *Neuropsychopharmacology*, 34(3), 585-592.
120. Lee, Y., Im, E. O. (2016). Stress and Premenstrual Symptoms in Reproductive-Aged Women. *Health Care for Women International*, 37(6), 646-670.
121. Liang, H. Y., Lee, L. W., Kelsen, B. A., Hsu, S. C., Liu, C. Y., Chen, C. Y. (2013). Attitudes toward menstruation in females with schizophrenia or schizoaffective disorders in Taiwan. *Climacteric*, 16(6), 682-688.
122. Lurie, S., Borenstein, R. (1990). The premenstrual syndrome. *Obstetrical & gynecological survey*, 45(4), 220-228.
123. Maharaj, S., Trevino, K. (2015). A Comprehensive Review of Treatment Options for Premenstrual Syndrome and Premenstrual Dysphoric Disorder. *Journal of Psychiatric Practice*, 21(5), 334-350.
124. Mahesh, A., Tirmizi, S. Z. A., Sanwer Ali, S. (2011). Frequency And Associated Factors Of Premenstrual Syndrome In Medical College Girls. *Medical Channel*, 17(1), 34-38.

125. Malik, R., Bhat, M. D. A. (2016). Premenstrual Syndrome and Its Historical Perspective. *International Journal of Advanced Complementary and Traditional Medicine*, 2(1), 16-23.
126. Mandal, R., Sarkar, A., Ghorai, S. (2015). A study on premenstrual syndrome among adolescent girl students in an urban area of West Bengal. *International Journal of Reproduction, Contraception, Obstetrics and Gynecology*, 4(4), 1012-1015.
127. Marčinko, I., Torjanac, M. (2015). The Difference in the Severity of Premenstrual Symptoms between Users and Non-users of Oral Contraceptives. *Collegium antropologicum*, 39(4), 855-862.
128. Matsumoto, T., Asakura, H., Hayashi, T. (2013). Biopsychosocial aspects of premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder. *Gynecological Endocrinology*, 29(1), 67-73.
129. Nas, K., Birol, S. Ş., Temel, V. (2016). Futsalcıların Öfke Tarzlarının Bazı Değişkenler Açısından Belirlenmesi. *İnönü Üniversitesi Beden Eğitimi Ve Spor Bilimleri Dergisi*, 3(1), 10-22.
130. Nasir, R., Ghani, N. A. (2014). Behavioral and Emotional Effects of Anger Expression and Anger Management among Adolescents. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 140, 565-569.
131. Nisar, N., Zehra, N., Haider, G., Munir, A. A., & Sohoo, N. A. (2008). Frequency, intensity and impact of premenstrual syndrome in medical students. *Journal of the College of Physicians and Surgeons Pakistan*, 18(8), 481-484.
132. O'Brien, S., Ismail, K. M. K. (2007). History of premenstrual disorders. O'brein Sauhn P.M., Rapkin, A.J., Schmidt J.P. (Ed.). *The Premenstrual Syndromes: PMS and PMDD* (s.1-8). London: Informa Healthcare.
133. Oral, E., Kirkan, T., Yazici, E., Cansever, M., Aydin, N. (2012). Premenstrual symptom severity, dysmenorrhea, and school performance in medical students. *Journal of Mood Disorders*, 2(4), 143-152.
134. Osofsky, H. J. (1990). Efficacious treatments of PMS: a need for further research. *JAMA*, 264(3), 387-387.
135. Ozcan, H., & Subasi, B. (2013). Psychopathology in premenstrual syndrome. *Journal of Mood Disorders*, 3(4), 146.

136. Öz, O., Erdem, M., Yücel, M., Akgün, H., Yozgatlı, G., Balıkçı, A., Durukan, İ., Demirkaya, Ş., Odabaşı, Z. (2011). Migren hastalarında öfke düzeyi ve öfke ifade tarzı. *Gülhane Tıp Dergisi*, 53, 85-88.
137. Özdemir, E., Çivitçi, A. (2016). Öfke Kontrolü Eğitiminin Üniversite Öğrencilerinin Sürekli Öfke, Öfke Kontrolü Ve Yaşam Doyumları Üzerindeki Etkisi. *Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 9(44), 945-951.
138. Özdemir, M. B. (2015). Etkinlik Temelli Grupla Psikolojik Danışma Müdahale Programının Çocuklarda Öfke Ve Saldırganlığı Azaltmaya Yönelik Etkileri. *21. Yüzyılda Eğitim Ve Toplum Eğitim Bilimleri Ve Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 4(10), 221-236.
139. Özer, A. K. (1994). Sürekli öfke (SL-Öfke) ve öfke ifade tarzı (Öfke-tarz) ölçekleri ön çalışması. *Türk Psikoloji Dergisi*, 9(31), 26-35.
140. Özeren, A., Atila, D., Helvacı, M. (2013). Hastane Çalışanlarında Premenstrüel Sendrom Ve Depresyon İle İlişkisi. *Tepecik Eğitim Hast Derg*, 23(1), 25-33.
141. Özmen, A. (2006a). Öfke: Kuramsal yaklaşımlar ve bireylerde öfkenin ortaya çıkmasına neden olan etmenler. *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 39(1), 39-56.
142. Özmen, A. (2006b). Öfkeyle başa çıkma eğitiminin ve etkileşim grubu uygulamasının içe yönelik öfke üzerindeki etkisi. *CÜ Sosyal Bilimler Dergisi*, 30(2), 175-185.
143. Öztürk Arslan, E., Dökmeci, F. (1999). Premenstrual Sendrom ve Tedavisinde Son Görüşler. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 52(4), 237-241.
144. Öztürk Can, H. (2008). Menstrüel Siklus Bozuklukları. A. Şirin, O. Kavlak (Ed.), *Kadın Sağlığı* (s. 168-171). İstanbul: Bedray Basın Yayıncılık.
145. Öztürk Can, H., Baykal Akmeşe, Z., Durmuş, B. (2015). Sınıf Öğretmenlerinde Premenstruel Sendrom Görülme Durumu Ve Öfke İfade Tarzları. *NWSA-Life Sciences*, 9(5), 1-14.
146. Padhy, S. K., Sarkar, S., Beherre, P. B., Rathi, R., Panigrahi, M., Patil, P. S. (2015). Relationship of premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder with major depression: relevance to clinical practice. *Indian J Psychol Med*, 37(2), 159-164.

147. Padmavathi, P., Sankar, R., Kokilavani, N. (2012). A Study on the Prevalence of Premenstrual Syndrome among Adolescent Girls in a Selected School at Erode *Asian Journal of Nursing Education and Research*, 3, 6.
148. Palas Karaca, P., Kızılkaya Beji, N. (2015). Premenstrual Sendromun Tanı ve Tedavisinde Kanıt Temelli Yaklaşımlar ve Hemşirelik Bakımı. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4(3), 178-186.
149. Pandey, A. K., Tripathi, P., Goswami, S., Pandey, R. D. (2013). Prevalence of psychological and physical symptoms of pre-menstrual syndrome in female students. *Archives of Pharmacy Practice*, 4(1), 47-49.
150. Parikh, M. N., Parikh, N. C., Parikh, S. K. (2015). Premenstrual dysphoric disorder in adolescent girls in Western India. *Gujarat Med* 70(1), 65-69.
151. Pearlstein, T., Yonkers, K. A., Fayyad, R., Gillespie, J. A. (2005). Pretreatment pattern of symptom expression in premenstrual dysphoric disorder. *Journal of affective disorders*, 85(3), 275-282.
152. Pilver, C. E., Libby, D. J., Hoff, R. A. (2013). Premenstrual dysphoric disorder as a correlate of suicidal ideation, plans, and attempts among a nationally representative sample. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 48(3), 437-446.
153. Pınar, A., Öncel, S. (2011). 15-49 yaş grubu kadınlarda premenstrual sendrom görülme sıklığı (Antalya/Türkiye). *Türkiye Klinikleri Journal of Gynecology and Obstetrics*, 21(4), 227-237.
154. Pınar, G., Colak, M., & Oksuz, E. (2011). Premenstrual Syndrome in Turkish college students and its effects on life quality. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 2(1), 21-27.
155. Poyrazoğlu, S. (2010). *Kayseri İl Merkezi'nde Yaşayan 15-49 Yaş Arası Kadınlarda Premenstruel Sendrom Prevalansı ve Etkileyen Faktörler*. Tıpta Uzmanlık Tezi, Erciyes Üniversitesi, Kayseri.
156. Qiao, M., Zhang, H., Liu, H., Luo, S., Wang, T., Zhang, J., Ji, L. (2012). Prevalence of premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder in a population-based sample in China. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* 162(1), 83-86.

157. Rajaei, S., Dabbagh, A. (2017). The molecular mechanisms of Vitamin D effects on alleviating premenstrual syndrome pain. *Journal of Cellular & Molecular Anesthesia*, 2(1), 30-36.
158. Ramezani Tehra, F., Robab Allameh, M. (2012). Prevalence of premenstrual syndrome and some of its relative factors in reproductive age. *The Horizon of Medical Sciences*, 18(3), 121-127.
159. Rapkin, A. (2003). A review of treatment of premenstrual syndrome & premenstrual dysphoric disorder. *Psychoneuroendocrinology*, 28, 39-53.
160. Rapkin, A. J., Akopians, A. L. (2012). Pathophysiology of premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder. *Menopause International*, 18(2), 52-59.
161. Rapkin, A. J., Mikacich, J. A. (2013). Premenstrual dysphoric disorder and severe premenstrual syndrome in adolescents. *Paediatr Drugs*, 15(3), 191-202.
162. Raval, C. M., Panchal, B. N., Tiwari, D. S., Vala, A. U., Bhatt, R. B. (2016). Prevalence of premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder among college students of Bhavnagar, Gujarat. *Indian J Psychiatry*, 58(2), 164-170.
163. Rezaee, H., Amidi Mazaheri, M., Sadrhashemi, F. (2017). Premenstrual Syndrome and Spousal Social Support among Women in Isfahan City (Iran). *Global Journal of Health Science*, 9(4), 233-239.
164. Ryu, A., Kim, T. H. (2015). Premenstrual syndrome: A mini review. *Maturitas*, 82(4), 436-440.
165. Sadr, S. S., Ardestani, S. M. S., Razjouyan, K., Daneshvari, M., Zahed, G. (2014). Premenstrual Syndrome and Comorbid Depression Among Medical Students in the Internship Stage: A Descriptive Study. *Iranian journal of psychiatry and behavioral sciences*, 8(4), 74-79.
166. Sahin, S., Ozdemir, K., Unsal, A. (2014). Evaluation of premenstrual syndrome and quality of life in university students. *J Pak Med Assoc*, 64(8), 915-922.
167. Salamat, S., Ismail, K. M. K., & O' Brien, S. (2008). Premenstrual syndrome. *Obstetrics, Gynaecology & Reproductive Medicine*, 18(2), 29-32.

168. Samadi, Z., Taghian, F., Valiani, M. (2013). The effects of 8 weeks of regular aerobic exercise on the symptoms of premenstrual syndrome in non-athlete girls. *Iranian journal of nursing and midwifery research*, 18(1), 14-19.
169. Sarkar, A., Mandal, R., Ghorai, S. (2016). Premenstrual syndrome among adolescent girl students in a rural school of West Bengal, India. *International Journal of Medical Science and Public Health*, 5(3), 408. doi:10.5455/ijmsph.2016.2407201566
170. Schmelzer, K., Ditzen, B., Weise, C., Andersson, G., Hiller, W., Kleinstaubler, M. (2015). Clinical Profiles of Premenstrual Experiences Among Women Having Premenstrual Syndrome (PMS): Affective Changes Predominate and Relate to Social and Occupational Functioning. *Health Care for Women International*, 36(10), 1104-1123.
171. Schüle, C., Nothdurfter, C., Rupprecht, R. (2014). The role of allopregnanolone in depression and anxiety. *Progress in neurobiology*, 113, 79-87.
172. Schwartz, D. H., Romans, S. E., Meiyappan, S., De Souza, M. J., Einstein, G. (2012). The role of ovarian steroid hormones in mood. *Hormones and behavior*, 62(4), 448-454.
173. Seedhom, A. E., Mohammed, E. S., Mahfouz, E. M. (2013). Life Style Factors Associated with Premenstrual Syndrome among El-Minia University Students, Egypt. *ISRN Public Health*, 1-6.
174. Shobeiri, F., Araste, F. E., Ebrahimi, R., Jenabi, E., Nazari, M. (2017). Effect of calcium on premenstrual syndrome: A double-blind randomized clinical trial. *Obstetrics & Gynecology Science*, 60(1), 100-105.
175. Shulman, L. P. (2010). Gynecological management of premenstrual symptoms. *Curr Pain Headache Rep*, 14(5), 367-375. doi:10.1007/s11916-010-0131-9
176. Smith, H., Thomas, S. I. (1996). Anger and locus of control in young women with and without premenstrual syndrome. *Issues in mental health nursing*, 17(4), 289-305.
177. Soyda Akyol, E., Karakaya Arisoy, E. O., Caykoylu, A. (2013). Anger in women with premenstrual dysphoric disorder: its relations with premenstrual dysphoric disorder and sociodemographic and clinical variables. *Comprehensive Psychiatry* 54(7), 850-855.

178. Soykan, Ç. (2003). Öfke ve Öfke Yönetimi. *Kriz dergisi*, 11(2), 19-27.
179. Steiner, M., Peer, M., Palova, E., Freeman, E. W., Macdougall, M., Soares, C. N. (2011). The Premenstrual Symptoms Screening Tool revised for adolescents (PSST-A): prevalence of severe PMS and premenstrual dysphoric disorder in adolescents. *Archives of women's mental health*, 14(1), 77-81.
180. Şahin, H. (2005). Öfke ve Öfke Denetiminin Kuramsal Temelleri. *Süleyman Demirel Üniversitesi Burdur Eğitim Fakültesi Dergisi*, 6(10), 1-22.
181. Takeda, T., Imoto, Y., Nagasawa, H., Muroya, M., Shiina, M. (2015). Premenstrual Syndrome and Premenstrual Dysphoric Disorder in Japanese Collegiate Athletes. *J Pediatr Adolesc Gynecol*, 28(4), 215-218. doi:10.1016/j.jpag.2014.07.006
182. Takeda, T., Tasaka, K., Sakata, M., Murata, Y. (2006). Prevalence of premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder in Japanese women. *Arch Womens Ment Health*, 9(4), 209-212.
183. Tarı Selçuk, K., Avcı, D., Alp Yılmaz, F. (2014). Hemşirelik öğrencilerinde premenstrual sendrom prevalansı ve etkileyen etmenler. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 5(2), 98-103.
184. Tartagni, M., Cicinelli, M. V., Tartagni, M. V., Alrasheed, H., Matteo, M., Baldini, D, Salvia, M.D., Loverro, G., Montagnani, M. (2016). Vitamin D Supplementation for Premenstrual Syndrome-Related Mood Disorders in Adolescents with Severe Hypovitaminosis D. *J Pediatr Adolesc Gynecol*, 29(4), 357-361.
185. Taşkın, L. (2016). *Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği*. (s.736-738). Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi.
186. Tatlılıoğlu, K., Karaca, M. (2013). Öfke Olgusu Hakkında Sosyal Psikolojik Bir Değerlendirme. *The Journal of Academic Social Science Studies*, 6(6), 1101-1123.
187. T.C. Kütahya Halk Sağlığı Müdürlüğü İstatistik Birimi (2016), Kütahya.
188. Tetik, S., Ökmen, M., Bal, V. (2014). Meslek Yüksekokulu Öğrencilerinin Duygusal Zekâ Düzeyleri İle Öfke Düzeyleri ve Öfke İfade Tarzları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *Elektronik Mesleki Gelişim Ve Araştırmalar Dergisi*, 2(1), 17-29.

189. The ICD-10(1993). Classification of Mental and Behavioural Disorders Diagnostic Criteria for research. World Health Organization. Geneva.
190. Tolossa, F. W., Bekele, M. L. (2014). Prevalence, impacts and medical managements of premenstrual syndrome among female students: cross-sectional study in college of health sciences, Mekelle University, Mekelle, Northern Ethiopia. *BMC women's health*, 14(1), 52.
191. Türk, F., Hamamcı, Z. (2016). Bilişsel-Davranışçı Yaklaşımına Dayalı Olarak Uygulanan Öfke Kontrolü Programlarının Etkililiğinin Değerlendirilmesi: Bir Meta-Analiz Çalışması. *Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 9(43), 1522-1531.
192. Türkçapar, A. F., Türkçapar, M. H. (2011). Premenstruel sendrom ve premenstruel disforik bozuklukta tanı ve tedavi: Bir gözden geçirme. *Klinik Psikiyatri*, 14(241-253).
193. Türk Dil Kurumu Sözlüğü. Erişim: 05.05.2017
http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_bts&arama=kelime&guid=TDK.GTS.5910d53135bd60.45838850
194. Usman, S.B., Indusekhar, R., O'Brien, S. (2008). Hormonal management of premenstrual syndrome. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 22(2), 251-260.
195. Uzer Ekin, G., Ekin, M., Savan, K. (2013). Prevalence of Premenstrual Symptoms Among College Students. *Turkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences*, 33(2), 301-305.
196. Ünal, S., Erbay Dünder, P. (2016). Manisa'da İki Aile Hekimi Bölgesinde 15-49 Yaş Grubu Kadınlarda Premenstrüel Sendrom Sıklığı ve İlişkili Faktörler. *Sted Dergisi*, 25(6), 240-246.
197. Üstün, B., Akgün, E., Partlak, N. (2005). *Hemşirelikte İletişim Bilgileri Öğretimi*. İzmir: Okullar Yayınevi.
198. Van der Ploeg, H. M. (1987). Emotional states and the premenstrual syndrome. *Personality and Individual Differences*, 8(1), 95-100.
199. Vani, S. K., Melita, S., Prabhu, A. (2015). Prevalence and knowledge of premenstrual syndrome among undergraduates in private degree colleges of

- Udupi Taluk. *Asian Academic Research Journal of Multidisciplinary*, 1(32), 358-367.
200. Varney, H., Kriebs, J. M., Gegor, C. L. (2004). *Varney's midwifery*: Jones & Bartlett Learning.
201. Walsh, S., Ismaili, E., Naheed, B., O'Brien, S. (2015). Diagnosis, pathophysiology and management of premenstrual syndrome. *The Obstetrician & Gynaecologist*, 17(2), 99-104.
202. Wang, Y. H., Lin, S. Q., Chen, R., Benita, W. M. (2012). Pattern of moderate-to-severe symptoms of premenstrual syndrome in a selected hospital in China. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research* 38(1), 302-309.
203. Welz, A., Huffziger, S., Reinhard, I., Alpers, G. W., Ebner-Priemer, U., Kuehner, C. (2016). Anxiety and rumination moderate menstrual cycle effects on mood in daily life. *Women&Health*, 56(5), 540-560.
204. Yılmaz, E., Tuzgöl Dost, M. (2016). Polislerin Kişilerarası Problem Çözme Becerileri ile Öfke ve Öfke İfade Tarzları. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, 6(46), 15-34.
205. Zaka, M., Mahmood, K. T. (2012). Premenstrual syndrome-a review. *Journal of Pharmaceutical Sciences and Research*, 4(1), 1684-1691

EKLER**EK 1. KİŞİSEL BİLGİ FORMU**

1. Yaşınız.....?
2. Öğrenim durumunuz nedir?
 - a) Okur yazar değil
 - b) Okur yazar
 - c) İlkokul
 - d) Ortaokul
 - e) Lise
 - f) Yüksekokul ve üzeri
3. Çalışıyor musunuz?
 - a) Evet
 - b) Hayır
4. Gelir durumunuzu nasıl değerlendiriyorsunuz?
 - a) Gelir giderden fazla
 - b) Gelir gidere denk
 - c) Gelir giderden az
5. Sağlık güvenceniz var mı?
 - a) Evet
 - b) Hayır
6. Medeni durumunuz?
 - a) Bekar
 - b) Evli
 - c) Boşanmış/ Eşinden ayrı yaşıyor
 - d) Eşi vefaat etmiş
7. Eşinizin öğrenim durumu nedir?
 - a) Okur yazar değil
 - b) Okur yazar
 - c) İlkokul
 - d) Ortaokul
 - e) Lise
 - f) Yüksekokul ve üzeri
8. Eşiniz çalışıyor mu?
 - a) Evet
 - b) Hayır

Menstruasyon ve Doğurganlık ile İlgili Özellikler

9. İlk adet yaşınız
10. Kaç günde bir adet olursunuz?.....
11. Adetiniz kaç gün sürer?.....
12. Adetleriniz düzenli mi?
 - a) Evet
 - b) Hayır
13. Adetiniz başlamadan önceki hafta kendi durumunuzu normale göre nasıl değerlendirirsiniz?
 - a) Daha iyi
 - b) Aynı
 - c) Daha kötü
 - d) Bilmiyorum
14. Doğum kontrol hapi kullanıyor musunuz?
 - a) Evet
 - b) Hayır
15. Adet döneminizde ağrı yaşar mısınız?
 - a) Evet
 - b) Hayır
16. Ailenizde annenizin veya kız kardeşinizin adet öncesi şikâyetleri olur mu?
 - a) Evet
 - b) Hayır
 - c) Bilmiyorum
17. Gebelik sayısı.....?
 - a) Yok
 - b) 1
 - c) 2
 - d) 3 ve üzeri

PMS Risk Faktörleri

18. Sigara içiyor musunuz?
- a) Evet
 - b) Hayır
19. Günde ne kadar sigara kullanırsınız?
- a) Günde 10 taneden az
 - b) Günde 10-20 tane
 - c) Günde 20 taneden fazla
20. Alkol kullanıyor musunuz?
- a) Evet
 - b) Hayır
21. Şekerli gıdalar tüketiyor musunuz?
- a) Evet
 - b) Hayır
22. Kahve tüketim sıklığınız nedir?
- a) Hiç
 - b) Günde 1 fincan
 - c) Günde 2 fincan veya daha fazla
 - d) Haftada 1-2 fincan
 - e) Diğer.....
23. Çay Tüketim Sıklığınız nedir?
- a) Hiç
 - b) Günde 1 bardak
 - c) Günde 2 bardak veya daha fazla
 - d) Haftada 1-2 bardak
 - e) Diğer.....
24. Gazlı (kola vb) içecekleri tüketim sıklığınız nedir?
- a) Hiç
 - b) Günde 1 bardak/kutu
 - c) Günde 2 bardak/kutu veya daha fazla
 - d) Haftada 1-2 bardak/kutu
 - e) Diğer.....

25. Egzersiz yapar mısınız?

- a) Evet
- b) Hayır

26. Yemeğin tadına bakmadan tuz kullanır mısınız?

- a) Evet
- b) Hayır

27. Kişilik yapınızı nasıl değerlendirirsiniz?

- a) İçe dönük
- b) Dışa dönük
- c) Saldırgan, sinirli
- d) Duygusal
- e) Mantıklı, kuralcı
- f) Diğer

28. Adet öncesinde yaşadığınız şikâyetlerinizi azaltmak için uyguladığınız bir yöntem varmı?

- a) Hiçbir şey yapmıyorum
- b) Vücut Terapileri (Masaj, akapunktur, akupressür)
- c) Bitkisel Tedaviler (Gül çayı, rezene çayı,.....)
- d) Medikal Tedavi(Ağrı kesici, oral kontraseptifvb kullanımı)
- e) Zihin ve beden teknikleri (Fiziksel egzersiz, yürüyüş, spor yapma, yoga, gevşeme egzersizleri)
- f) Yaşam tarzı değişiklikleri (Diyet, tuz, kafein, alkol kısıtlaması, sigara alışkanlığı azaltılması, vitamin-mineral desteği)
- g) Sıcak uygulama yaparım
- h) Diğer.....

29. Öfkenizi kontrol edemediğiniz zamanlar olur mu?

- a) Evet
- b) Hayır

30. Özellikle hangi dönemlerde öfkenizi kontrol edemezsiniz?

- a) Adet öncesi
- b) Adetliyken
- c) Adet sonrası
- d) Diğer

EK 2.PREMENSTRÜEL SENDROM ÖLÇEĞİ

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

		Hiç	Çok az	Bazen	Sık sık	Sürekli
1	Kendimi üzgün hissediyorum					
2	İçimden ağlamak geliyor					
3	Canım sıkılıyor					
4	Kendimi bezgin hissediyorum					
5	Hiçbir şey zevk vermiyor					
6	Her şey üzerime geliyor					
7	Karamsar oluyorum					
8	Derin nefes almak istiyorum					
9	Her an kötü bir şey olacakmış gibi korkuyorum					
10	Seslere karşı hassasiyetim artıyor					
11	Arkamdan biri saldıracakmış gibi korkuyorum					
12	Kendimi yorgun hissediyorum					
13	Sanki her şey kötü olacak					
14	Çok çabuk yoruluyorum					
15	Anlam veremediğim korkularım oluyor					
16	Kalbim her zamankinden hızlı çarpıyor					
17	Hiçbir şeyle uğraşmak istemiyorum					
18	Her zamanki işler beni yoruyor					
19	Kendimi sinirli hissediyorum					
20	En ufak olaylara bile çok aşırı tepki gösteriyorum					
21	Öfkemi kontrol etmekte güçlük çekiyorum					
22	Çevremdeki kişilerle ilişkilerim bozuluyor					
23	Sinirlerim geriliyor					
24	Kendimi çok endişeli hissediyorum					
25	Eskisinden daha çabuk yoruluyorum					
26	Kendimi değersiz görüyorum					
27	Dikkatimi toplamakta güçlük çekiyorum					
28	Dikkatim çok çabuk dağılıyor					

29	Dalıp gidiyorum					
30	Doğru düzgün düşünemiyorum					
31	Baş ağrısı oluyor					
32	Kaslarım ağrıyor					
33	Eklem yerlerim ağrıyor					
34	İştahım artıyor					
35	Özellikle unlu ve tatlı yiyecekler yemek istiyorum					
36	Daha fazla yemek yiyorum					
37	Uyku uyuma isteđim artıyor					
38	Uykumda bölünme oluyor					
39	Sabahları yorgun uyanıyorum					
40	Uykuya dalmakta güçlük çekiyorum					
41	Göğüslerim şişiyor					
42	Göğüslerim en ufak dokunmaya karşı çok duyarlı					
43	Kendimi şişmiş hissediyorum					
44	Kimseyle görüşmek istemiyorum					

EK 3. SÜREKLİ ÖFKE-ÖFKE İFADE TARZ ÖLÇEĞİ

I. Bölüm

YÖNERGE: Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatırken kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da genel olarak nasıl hissettiğinizi düşünün ve ifadelerin sağ tarafındaki sayılar arasında size en iyi tanımlayanı seçerek (x) işareti koyun. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarf etmeksizin, genel olarak nasıl hissettiğini gösteren cevabı işaretleyiniz.

1.Hiç 2.Biraz 3. Oldukça 4. Tümüyle

Sizi ne kadar tanımlıyor?

		Hiç	Biraz	Oldukça	Tümüyle
1	Çabuk Parlarım.				
2	Kızgın mizaçlıyım.				
3	Öfkesi burnunda bir insanımdır.				
4	Başkalarının hataları, yaptığım işi yavaşlatınca kızarım.				
5	Yaptığım iyi bir işten sonra takdir edilmemek canımı sıkar.				
6	Öfkelenince kontrolümü kaybederim.				
7	Öfkelendiğimde ağzıma geleni söylerim.				
8	Başkalarının önünde eleştirilmek beni hiddetlendirir.				
9	Engellendiğimde içimden birilerine vurmak gelir.				
10	Yaptığım iyi bir iş kötü değerlendirildiğinde çılgına dönerim.				

II. Bölüm

YÖNERGE: Herkes zaman zaman kızgınlık veya öfke duyabilir. Ancak, kişilerin öfke duygularıyla ilgili tepkileri farklıdır. Aşağıda, kişilerin öfke ve kızgınlık tepkilerini tanımlarken kullandıkları ifadeleri göreceksiniz. Her bir ifadeyi okuyun ve öfke ve kızgınlık duyduğunuzda genelde ne yaptığınızı düşünerek o ifadenin yanında sizi en iyi tanımlayan sayının üzerine (x) işareti koyarak belirtin. Doğru veya yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarf etmeyin.


1.Hiç 2.Biraz 3. Oldukça 4. Tümüyle

ÖFKELENDİĞİMDE VEYA KIZDIĞIMDA ...

Sizi ne kadar tanımlıyor?

		Hiç	Biraz	Oldukça	Tümüyle
11	Öfkemi kontrol ederim.				
12	Kızgınlığımı gösteririm.				
13	Öfkemi içime atarım.				
14	Başkalarına karşı sabırlıyım.				
15	Somurtur ya da surat asarım.				
16	İnsanlardan uzak dururum.				
17	Başkalarına iğneli sözler söylerim.				
18	Soğukkanlılığımı korurum.				
19	Kapıları çarpmak gibi şeyler yaparım.				
20	İçin için köpürürüm ama gösteremem.				
21	Davranışlarımı kontrol ederim.				
22	Başkalarıyla tartışırım.				
23	İçimde, kimseye söyleyemediğim kinler beslerim.				
24	Beni çileden çıkaran herneyse saldırırım.				
25	Öfkem kontrolden çıkmadan kendimi durdurabilirim.				
26	Gizliden gizliye insanları epeyce eleştiririm.				
27	Belli ettiğimden daha öfkeliyimdir.				
28	Çoğu kimseye kıyasla daha çabuk sakinleşirim.				
29	Kötü şeyler söylerim.				
30	Hoşgörülü ve anlayışlı olmaya çalışırım.				
31	İçimden insanların fark ettiğinden daha fazla sinirlenirim.				
32	Sinirlerime hakim olamam.				
33	Beni sinirlendirenlere, ne hissettiğimi söylerim.				
34	Kızgınlık duygularımı kontrol ederim.				

EK 4. ETİK KURUL ONAY FORMU



ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
BAŞKANLIĞI

Prof. Dr. Ömür ŞAYLIGİL
(Başkan)
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı

Doç. Dr. Uğur BİLGE
(Başkan Yardımcısı)
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Doç. Dr. Özlem ÖRSAL
(Raportör)
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi
Eskişehir Sağlık Bilimleri Fakültesi
Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı

Prof. Dr. Setenay DİNÇER ÖNER
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Biyostatistik Anabilim Dalı

Prof. Dr. Hilmi ÖZDEN
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Anatomi Anabilim Dalı

Prof. Dr. Varol ŞAHİNTÜRK
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Histoloji ve Embriyoloji Anabilim Dalı

Prof. Dr. Aydın YENİLMEZ
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Uroloji Anabilim Dalı

Doç. Dr. Altan ESSİZOĞLU
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları
Anabilim Dalı

Doç. Dr. Ömer KILIÇ
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları
Anabilim Dalı /
Çocuk Enfeksiyon Hast. Bilim Dalı

Doç. Dr. Batu Can YAMAN
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi
Dış Hekimliği Fakültesi
Restoratif Dış Tedavisi
Anabilim Dalı

Prof. Dr. Bekir YAŞAR
Genel Cerrahi Uzmanı

Av. Önder CAN
Avukat


Etik Kurul Sekreterliği
Aysun SERTTAŞ
Makbule SARICICEK
Tel: 0 222 239 29 79 / 4690

15 Ağustos 2016

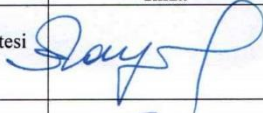


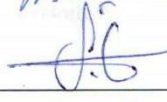





Sayı: 80558721/G - 252
Konu: Karar – Arş.Gör.Havva YEŞİLDERE SAĞLAM

Sayın; Yrd.Doç.Dr.Fatma BAŞAR
Dumlupınar Üniversitesi Kütahya Sağlık Yüksekokulu
Hemşirelik Bölümü

Sorumlu Araştırmacısı olduğunuz **“Kadınlarda Premenstrual Sendrom Görülme Durumu İle Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzları Arasındaki İlişki”** başlıklı çalışma hakkında alınan karar ilişikte gönderilmiştir.
 Bilgilerinizi ve gereğini saygı ile rica ederim.


Prof. Dr. Ömür ŞAYLIGİL
 Etik Kurul Başkanı
 Eskişehir Osmangazi Üniversitesi
 Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU BAŞKANLIĞI KARAR FORMU	
Başvuru Tarihi: 04.08.2016	Çalışmanın Başlığı: "Kadınlarda Premenstrual Sendrom Görülme Durumu İle Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzları Arasındaki İlişki" Çalışmacılar: Dumlupınar Üniversitesi Kütahya Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü - Yrd.Doç.Dr.Fatma BAŞAR (Yüksek Lisans Tez Danışmanı), Arş.Gör.Havva YEŞİLDERE SAĞLAM (Yüksek Lisans Tez Sahibi)
Çalışmanın değerlendirildiği ilk toplantı tarihi: 10.08.2016	Sonuç: 1. Çocuklar gelişimsel, psikolojik ve fizyolojik anlamda yetişkinlere göre farklılıkları olan bir gruptur. Bu durum yaşa ve gelişime bağlı araştırmaları onların çıkarları açısından önemli kılmaktadır. 2. Hasta haklarına uyum zorunludur. 3. Gönüllülerin sağlığı, hakları ve güvenliği dikkate alınması gereken en önemli hususlardır. Bu hususlar bilimin ve toplumun çıkarlarından daha önde gelir. 4. Bilgi gizliliğinin sağlanması gereken en önemli durumlardan biri görüşmeler esnasındaki gizliliklerdir. Gönüllülerin kimliği ile ilgili kayıtlar ilgili mevzuat hükümlerine göre özel hayat ve gizlilik kurallarına saygı gösterecek şekilde korunmalıdır. 5. Gönüllünün sağlığına ve diğer kişilik haklarına zarar verilmemesi için gereken bütün tedbirler alınmalıdır. 6. Araştırmayı yürütmede rol alan her kişi öğrenim, eğitim ve deneyim bakımından kendilerine düşün işleri yapmaya yetkin olmalıdır. 7. Araştırmacılar İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu (2015), Dünya Tıp Birliği Helsinki Bildirgesi (2013)'ni imzalamış bu imza ile sorumluluğu kabul ettiklerini beyan etmişlerdir. 8. Araştırmacıların yetkin ve bu araştırma için yeterli oldukları anlaşılmaktadır.
Karar Tarihi: 10.08.2016 Karar No: 28	Dumlupınar Üniversitesi Kütahya Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü Yrd.Doç.Dr.Fatma BAŞAR (Yüksek Lisans Tez Danışmanı) ve Arş.Gör.Havva YEŞİLDERE SAĞLAM (Yüksek Lisans Tez Sahibi) tarafından yürütülen "Kadınlarda Premenstrual Sendrom Görülme Durumu İle Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzları Arasındaki İlişki" başlıklı çalışmanın yapılmasının etik açıdan uygun olduğuna oy birliğiyle karar verilmiştir. Araştırmacılara başarılar dileriz.

ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU		
Unvanı/Adı/Soyadı	Kurumu	İmza
1 Prof. Dr. Ömür ŞAYLIGİL (Başkan)	Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı	
2 Doç. Dr. Uğur BİLGE (Başkan Yardımcısı)	Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı	
3 Doç. Dr. Özlem ÖRSAL (Raportör)	Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Eskişehir Sağlık Bilimleri Fakültesi Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı	
4 Prof. Dr. Setenay DİNÇER ÖNER	Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyostatistik Anabilim Dalı	
5 Prof. Dr. Hilmi ÖZDEN	Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Anatomi Anabilim Dalı	
6 Prof. Dr. Varol ŞAHİNTÜRK	Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Histoloji ve Embriyoloji Anabilim Dalı	
7 Prof. Dr. Aydın YENİLMEZ	Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı	
8 Doç. Dr. Altan EŞSİZOĞLU	Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	
9 Doç. Dr. Ömer KILIÇ	Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı/ Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Bilim Dalı	
10 Doç. Dr. Batu Can YAMAN	Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Restoratif Diş Tedavisi Anabilim Dalı	
11 Prof. Dr. Bekir YAŞAR	Genel Cerrahi Uzmanı	
12 Av. Önder CAN	Hukuk	

EK 5. KURUM İZİNİ

T.C. Sağlık Bakanlığı

T.C.
KÜTAHYA VALİLİĞİ
Halk Sağlığı Müdürlüğü

KÜTAHYA HALK SAĞLIĞI MÜDÜRLÜĞÜ - KÜTAHYA
TOPLUM SAĞLIĞI HİZMETLERİ ŞUBE MÜDÜRLÜĞÜ
05/09/2016 16:10 - 66581584 - 730.08.03 - E.426



00029549157

Sayı : 66581584/730.08.03
Konu : Anket Çalışması

DUMLUPINAR ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
(Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü)

Dumlupınar Üniversitesi Hemşirelik Anabilim Dalı, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Bilim Dalı öğrencisi Araştırma Görevlisi Havva YEŞİLDERE SAĞLAM'ın Merkez Toplum Sağlığı Merkezine bağlı Fatih Aile Sağlığı Merkezinde "Kadınlarda Premenstrual Sendrom Görülme Durumu ile Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzları arasındaki İlişki" konulu anket uygulama talebi; çalışmanın yapılacağı gün ve saatlerin, çalışmada anketi uygulayacak araştırmacıların isim ve kimlik bilgilerinin bildirilmesi, yapılan araştırma sonucunun bir örneğinin Halk Sağlığı Müdürlüğüne gönderilmesi ve işyeri ortamının/düzeninin bozulmaması şartıyla kabul edilmiş olup gerekli Valilik Oluru yazımız ekinde gönderilmiştir.

Bilgilerinize rica ederim.

Yrd. Doç. Dr. Ali GÜVEY
Halk Sağlığı Müdürü

Ek:
1-Valilik Oluru

05 Eylül 2016
Belgenin Aslı Elektronik İmzalıdır.

Oğuz SOMUN
YHKİ

Saray Mh. Fatih Sultan Mehmet Bulvarı No: 40 KÜTAHYA

Faks No:0274 223 00 56

e-Posta:ipek.tuna@saglik.gov.tr İnt.Adresi: e-Posta: hsm43.tsh@saglik.gov.tr
www.kutahya.hsm.saglik.gov.tr

Evrakin elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 298f4696-4b84-4aa6-a540-20cafe974817 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Bilgi için:İpek AYDOĞMUŞ

Unvan:SAĞLIK TEKNİKERİ

Telefon No:0274 2236338 (469)



TC Sağlık Bakanlığı

T.C.
KÜTAHYA VALİLİĞİ
Halk Sağlığı Müdürlüğü

KÜTAHYA HALK SAĞLIĞI MÜDÜRLÜĞÜ - KÜTAHYA
TOPLUM SAĞLIĞI HİZMETLERİ ŞUBE MÜDÜRLÜĞÜ
02/09/2016 18:25 - 66581584 - 730.08.03 - E.425



00029504239

Sayı : 66581584/730.08.03
Konu : Anket Çalışması

VALİLİK MAKAMINA
KÜTAHYA

Dumlupınar Üniversitesi Hemşirelik Anabilim Dalı, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Bilim Dalı öğrencisi Araştırma Görevlisi Havva YEŞİLDERE SAĞLAM'ın "Kadınlarda Premenstrual Sendrom Görülme Durumu ile Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzları arasındaki İlişki" konulu yürütmekte olduğu Tez çalışması ile ilgili İlimiz Fatih Aile Sağlığı Merkezinde Tez çalışması yapabilme talebi yazımız ekinde sunulmuştur.

Sağlık Hizmet Sunumunu engellemeden çalışma öncesi çalışmanın yapılacağı gün ve saatlerin, çalışmada anketi uygulayacak araştırmacıların isim ve kimlik bilgilerinin Müdürlüğümüze gönderilmesi; çalışma sonrası elde edilen bulgu ve üretilen bilimsel yayınların Müdürlüğümüz ile paylaşılması şartıyla gerekli iznin verilmesini tensiplerinize arz ederim.

Yrd. Doç. Dr. Ali GÜVEY
Halk Sağlığı Müdürü

OLUR
...../09/2016

Hüdayar Mete BUHARA
Vali a.
Vali Yardımcısı

Ek:
1-Talep Yazısı(1 Sayfa)
2-Kişisel Bilgi Formu(18 Sayfa)

05 Eylül 2016
Belgenin Aslı Elektronik İmzalıdır.
Oğuz SOMUN
M.H.K.i.

Saray Mh. Fatih Sultan Mehmet Bulvarı No: 40 KÜTAHYA

Faks No:0274 223 00 56

e-Posta:ipek.tuna@saglik.gov.tr İnt.Adresi: e-Posta: hsm43.tsh@saglik.gov.tr

www.kutahya.hsm.saglik.gov.tr

Bilgi için:İpek AYDOĞMUŞ
Unvan:SAĞLIK TEKNİKERİ
Telefon No:0274 2236338 (469)

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 298f4696-4b84-4aa6-a540-20cafe974817 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK 6. ÖLÇEKLERİN KULLANIMINA İLİŞKİN İZİN

Premenstrual Sendrom C X

https://mail.google.com/mail/u/0/?tab=wm#starred/155a09238431a598

is:starred

Posta -

E-POSTA YAZ

Gelen Kutusu

Yıldız

Önemli

Gönderilmiş Postalar

Tasarıklar (54)

Diğer -

Kişi ara...

Premenstrual Sendrom Ölçeği İzin

Gelen Kutusu x

30.06.2016

basaran
basaran@atauni.edu.tr

Alici: basaran -

Merhabalar Hocam,
Ben Dumlupınar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsünde yüksek lisans öğrencisiyim. Danışmanım Yrd.Doc.Dr. Fatma Başar ile yapmayı planladığımız tez çalışmasında geçenlik güvenliğimizi yaptığımız Premenstrual Sendrom Ölçeğini izninizle kullanmak istiyoruz. İlginiz için teşekkür ederiz.
Ek olarak birşey sormak istiyorum ölçeğin hangi soruları hangi alt boyutları ölçüyor? bu konuda bilgi verebilir misiniz?
Şimdiden teşekkür ederiz.
İyi çalışmalar.

Basaran Gencdogan <basaran@atauni.edu.tr>

Alici: bana -

13.07.2016

Merhaba Havva hanım
Geliştirmiş olduğum PMS Ölçeği ve makalesi ekteki dosyada. Kolay gelsin.

Doç. Dr. Başaran GENÇDOĞAN
Atatürk Üniversitesi
K.K. Eğitim Fakültesi
Psikolojik Danışma ve Rehberlik ABD Başkanı
Yoncalık-ERZURUM
GSM=05437251288

Kimden: "Havva Yeşildere Sağlam" <havva.yesildere@dpu.edu.tr>
Kime: "basaran35" <basaran35@gmail.com>, basaran25@yandex.com, basaran@atauni.edu.tr
Gönderilenler: 11 Temmuz Pazartesi 2016 10:25:49
Konu: Fwd: Premenstrual Sendrom Ölçeği İzin

02:00
8.5.2017

Süreklil Öfke (SL-Öfke) ve X

https://mail.google.com/mail/u/0/?tab=wm#starred/155d8ea0cc124e84

is:starred

Posta -

E-POSTA YAZ

Gelen Kutusu

Yıldız

Önemli

Gönderilmiş Postalar

Tasarıklar (54)

Diğer -

Kişi ara...

Süreklil Öfke (SL-Öfke) ve Öfke İfadeleri Tarzı (Öfke-Tarz) Ölçek İzin

Gelen Kutusu x

11.07.2016

Kadir Ozer
ozar.akadir@gmail.com

Alici: ozar.akadir -

Merhabalar Hocam,
Ben Dumlupınar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsünde yüksek lisans öğrencisiyim. Danışmanım Yrd.Doc.Dr. Fatma Başar ile yapmayı planladığımız tez çalışmasında geçenlik güvenliğimizi yaptığımız Süreklil Öfke (SL-Öfke) ve Öfke İfadeleri Tarzı (Öfke-Tarz) Ölçeğini izninizle kullanmak istiyoruz. İlginiz için teşekkür ederiz.

Şimdiden teşekkür ederiz.
İyi çalışmalar.

ozar.akadir <ozar.akadir@gmail.com>

Alici: bana -

11.07.2016

Sn Sağlam
Sözü edilen ölçekleri çalışmanızda kullanabilirsiniz.
İyi çalışmalar

Samsung Mobile tarafından gönderildi.

----- Orijinal mesaj -----
Kimden: Havva Yeşildere Sağlam <havva.yesildere@dpu.edu.tr>
Tarih: 11/07/2016 10:44 (GMT+02:00)
Alici: ozar.akadir@gmail.com
Cc: Kadir Ozer <ozar.akadir@gmail.com>
Konu: Süreklil Öfke (SL-Öfke) ve Öfke İfadeleri Tarzı (Öfke-Tarz) Ölçek İzin

Yanıtlamak veya Yönlendirmek için burayı tıklayın

02:01
8.5.2017

EK 7. BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMLARI
BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU (Veli için)

Sayın Veli;

Ergenlik döneminde kızlar adet görme öncesi dönemde karın ağrısı, sırt ağrısı, yorgunluk enerji azalması gibi pek çok durumdan yakınmaktadır. Bu belirtilerin yanı sıra öfke, kızgınlık, sinirlilik gibi duyguları bu dönemde çok sık yaşamaları nedeniyle kızların yaşamı olumsuz yönde etkilenmektedir. Bu bağlamda çalışma bilimsel bir araştırma olup, araştırmada 15-49 yaş grubu kadınlar adet öncesi dönemde bu belirtileri yaşama durumları ve bu dönemdeki öfke düzeyleri açısından incelenecektir. Çocuğunuza adet öncesi şikâyetlerini ve öfke düzeyini değerlendirmek için anket formunda yer alan sorular yöneltilecektir. Bu araştırma, Kütahya bölgesinde yaşayan 15-49 yaş grubu kadınlarda Adet öncesi belirtiler görülme durumu ile sürekli öfke ve öfke ifade tarzları arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla planlanmıştır. Çalışma 500 kişi üzerinde yapılacaktır. Çocuğunuza bu çalışma içerisinde hiçbir şekilde tedavi uygulanmayacaktır. Araştırmanın herhangi bir riski yoktur. Elde edilen sonuçlar araştırma için kullanılacaktır. Bu araştırmada çocuğunuzun yer almanız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacak ve çalışma için ek hiçbir ücret istenmeyecektir.

Araştırmaya çocuğunuzun katılmasını onaylamanız gönüllülük esasına dayalıdır. Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra çocuğunuzun araştırmaya katılmasını isterseniz formu imzalayınız. Ayrıca çalışmanın herhangi bir aşamasında onayınızı çekmek hakkına da sahipsiniz. Bu veriler, kimlik belirtilmeden bilimsel nitelikte yayınlarda kullanılabilir. Bu amaçların dışında bu veriler, kullanılmayacak ve başkalarına verilmeyecektir. Teşekkürler.

Yrd.Doç.Dr. Fatma BAŞAR

Adres: Dumlupınar Üniversitesi Kütahya Sağlık Yüksekokulu Doğum Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, KÜTAHYA

Tel: 0 274 265 20 31 / 3625 e-mail: fkkaradag@yahoo.com

İmza /Tarih

Arş. Gör. Havva YEŞİLDERE SAĞLAM

Adres: Dumlupınar Üniversitesi Kütahya Sağlık Yüksekokulu Doğum Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, KÜTAHYA

Tel: 0 274 265 20 31 / 3269 e-mail: havva.yesildere@dpu.edu.tr

İmza /Tarih

Gönüllünün/Katılımcının Beyanı:

Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana, yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı açıklama Sayın Arş. Gör. Havva YEŞİLDERE SAĞLAM tarafından yapıldı. Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlamadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve sözlü olarak dinledim. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya çocuğum katılımcı olarak davet edildi. Eğer bu araştırmaya çocuğum katılırsa araştırmacı ile aramızda kalması gereken bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırasında da büyük bir özen ve saygı ile yaklaşılacağına inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında çocuğumun kişisel bilgilerinin ihtimamla korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi.

Araştırmanın yürütülmesi sırasında herhangi bir neden göstermeden çocuğum araştırmadan çekilebilir. Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da ayrı bir ödeme yapılmayacaktır. Araştırma sırasında araştırma ile ilgili bir sorun ile karşılaştığımda herhangi bir saatte araştırmacı Havva Yeşildere Sağlam'ı 0 274 265 20 31 / 3269 numaralı telefonda ve Dumlupınar Üniversitesi Kütahya Sağlık Yüksekokulu Doğum Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, KÜTAHYA adresinden ulaşabileceğimi biliyorum. Çocuğumun çalışmaya katılmasına karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bana yapılmış tüm açıklamaları anladım ve söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla çocuğumun katılmasını kabul ediyorum.

Gönüllünün:

Adı - soyadı:

Tel:

İmza:

Tarih:

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU (16-17 yaş grubu)

Sevgili Kardeşim;

Ergenlik dönemine girilmesiyle kızlar adet görmeye başlar. Adet öncesi dönemde ise karın ağrısı, sırt ağrısı, yorgunluk enerji azalması gibi bazı değişiklikler görülebilir. Bu değişikliklerin haricinde yaşanan belirtiler nedeniyle kızlarsa sinirlenme, öfkelenme, kızgınlık gibi durumlar da görülebilir. Bu nedenle günlük yaşam olumsuz yönde etkilenebilir. Uygulayacağımız ankette seninle ilgili yaşın, eğitim durumun, beslenme alışkanlıkların, bazı besin maddelerini hangi sıklıkta aldığın, egzersiz yapma durumun, adet öncesi dönemde yaşadıkların ve öfke düzeyine ilişkin sorular yöneltilecektir. Katılacağın çalışma bilimsel bir araştırma olup, çalışmada 15-49 yaş grubu kadınlar adet öncesi bu belirtileri yaşama ve öfke düzeyleri açısından incelenecektir. Bu araştırma, Kütahya bölgesinde yaşayan 15-49 yaş grubu kadınlarda Adet öncesi belirtiler görülme durumu ile sürekli öfke ve öfke ifade tarzları arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla planlanmıştır. Çalışma 500 kişi üzerinde yapılacaktır. Sana bu çalışma içerisinde hiçbir şekilde tedavi uygulanmayacaktır. Araştırmanın herhangi bir riski yoktur. Elde edilen sonuçlar araştırma için kullanılacaktır. Bu çalışmada yer almanın nedeniyle sana hiçbir ödeme yapılmayacak ve çalışma için ek hiçbir ücret istenmeyecektir. Bu çalışmada yer almak tamamen senin isteğine bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsin ya da herhangi bir aşamada çalışmadan ayrılabilirsin; bu durum herhangi bir cezaya veya yaptırıma yol açmayacaktır. Ayrıca çalışmayı sonlandırmanız için hiçbir problem yer almamaktadır. Araştırmanın sonuçları bilimsel amaçla kullanılacaktır. Sana ait tüm bilgiler gizli tutulacaktır. Bu veriler, kimlik belirtilmeden bilimsel nitelikte yayınlarda kullanılabilir. Bu amaçların dışında bu veriler, kullanılmayacak ve başkalarına verilmeyecektir. Teşekkürler

Yrd.Doç.Dr. Fatma BAŞAR

Adres: Dumlupınar Üniversitesi Kütahya Sağlık Yüksekokulu Doğum Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, KÜTAHYA

Tel: 0 274 265 20 31 / 3625 e-mail: fkkaradag@yahoo.com

İmza /Tarih

Arş. Gör. Havva YEŞİLDERE SAĞLAM

Adres: Dumlupınar Üniversitesi Kütahya Sağlık Yüksekokulu Doğum Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, KÜTAHYA

Tel: 0 274 265 20 31 / 3269 e-mail: havva.yesildere@dpu.edu.tr

İmza /Tarih

Gönüllünün/Katılımcının Beyanı:

Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana, yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı açıklama Sayın Arş. Gör. Havva YEŞİLDERE SAĞLAM tarafından yapıldı. Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlamadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve sözlü olarak dinledim. Araştırmanın yürütülmesi sırasında herhangi bir neden göstermeden araştırmadan çekilebilirim. Araştırma sırasında araştırma ile ilgili bir sorun ile karşılaştığımda herhangi bir saatte araştırmacı Havva Yeşildere Sağlam'ı 0 274 265 20 31 / 3269 numaralı telefonda ve Dumlupınar Üniversitesi Kütahya Sağlık Yüksekokulu Doğum Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, KÜTAHYA adresinden ulaşabileceğimi biliyorum. Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da ayrı bir ödeme yapılmayacaktır. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında bana yapılan tüm açıklamaları anladım, söz konusu araştırmaya hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

Gönüllünün:

Adı - soyadı:

Tel:

İmza:

Tarih:

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU (15 yaş grubu)

Sevgili Kardeşim;

Ergenlik dönemine girilmesiyle kızlar adet görmeye başlar. Adet öncesi dönemde ise karın ağrısı, sırt ağrısı, yorgunluk enerji azalması gibi bazı değişiklikler görülebilir. Bu değişikliklerin haricinde yaşanan belirtiler nedeniyle kızlarsa sinirlenme, öfkelenme, kızgınlık gibi durumlar da görülebilir. Bu nedenle günlük yaşam olumsuz yönde etkilenebilir. Uygulayacağımız ankette seninle ilgili yaşın, eğitim durumun, beslenme alışkanlıkların, bazı besin maddelerini hangi sıklıkta aldığın, egzersiz yapma durumun, adet öncesi dönemde yaşadıkların ve öfke düzeyine ilişkin sorular yöneltilecektir. Katılacağın çalışma bilimsel bir araştırma olup, araştırmada 15-49 yaş grubu kadınlar adet öncesi bu belirtileri yaşama ve öfke düzeyleri açısından incelenecektir. Bu araştırma, Kütahya bölgesinde yaşayan 15-49 yaş grubu kadınlarda Adet öncesi belirtiler görülme durumu ile sürekli öfke ve öfke ifade tarzları arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla planlanmıştır. Çalışma 500 kişi üzerinde yapılacaktır. Size bu çalışma içerisinde hiçbir şekilde tedavi uygulanmayacaktır. Araştırmanın herhangi bir riski yoktur. Elde edilen sonuçlar araştırma için kullanılacaktır. Bu araştırmada yer almanız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacak ve çalışma için ek hiçbir ücret istenmeyecektir. Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz; bu durum herhangi bir cezaya veya yaptırıma yol açmayacaktır. Ayrıca araştırmayı sonlandırmanız için hiçbir problem yer almamaktadır. Araştırmanın sonuçları bilimsel amaçla kullanılacaktır. Size ait tüm bilgiler gizli tutulacaktır. Bu veriler, kimlik belirtilmeden bilimsel nitelikte yayınlarda kullanılabilir. Bu amaçların dışında bu veriler, kullanılmayacak ve başkalarına verilmeyecektir. Teşekkürler

Yrd.Doç.Dr. Fatma BAŞAR

Adres: Dumlupınar Üniversitesi Kütahya Sağlık Yüksekokulu Doğum Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, KÜTAHYA

Tel: 0 274 265 20 31 / 3625 e-mail: fkkaradag@yahoo.com

İmza /Tarih

Arş. Gör. Havva YEŞİLDERE SAĞLAM

Adres: Dumlupınar Üniversitesi Kütahya Sağlık Yüksekokulu Doğum Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, KÜTAHYA

Tel: 0 274 265 20 31 / 3269 e-mail: havva.yesildere@dpu.edu.tr

İmza /Tarih

Gönüllünün/Katılımcının Beyanı:

Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana, yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı açıklama Sayın Arş. Gör. Havva YEŞİLDERE SAĞLAM tarafından yapıldı. Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlamadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve sözlü olarak dinledim. Araştırmanın yürütülmesi sırasında herhangi bir neden göstermeden araştırmadan çekilebilirim. Araştırma sırasında araştırma ile ilgili bir sorun ile karşılaştığımda herhangi bir saatte araştırmacı Havva Yeşildere Sağlam'ı 0 274 265 20 31 / 3269 numaralı telefonda ve Dumlupınar Üniversitesi Kütahya Sağlık Yüksekokulu Doğum Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, KÜTAHYA adresinden ulaşabileceğimi biliyorum. Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da ayrı bir ödeme yapılmayacaktır. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında bana yapılan tüm açıklamaları anladım, söz konusu araştırmaya hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

Gönüllünün:

Adı - soyadı:

Tel:

İmza:

Tarih:

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU (18-49 yaş grubu)

Sayın Katılımcı;

Üreme çağındaki kadınlar adet öncesi dönemde karın ağrısı, sırt ağrısı, yorgunluk enerji azalması gibi pek çok durumdan yakınmaktadır. Bu belirtilerin yanı sıra öfke, kızgınlık, sinirlilik gibi duyguları bu dönemde çok sık yaşamaları nedeniyle kadının yaşamı olumsuz yönde etkilenmektedir. Bu bağlamda katıldığınız çalışma bilimsel bir araştırma olup, araştırmada 15-49 yaş grubu kadınlar adet öncesi bu belirtileri yaşama durumu ve bu dönemdeki öfke düzeyleri açısından incelemek amacıyla yapılmaktadır. Siz katılımcılara adet öncesi şikâyetlerinizi ve öfke düzeyinizi değerlendirmek için anket formunda yer alan sorular yöneltilecektir. Bu araştırma, Kütahya bölgesinde yaşayan 15-49 yaş grubu kadınlarda Adet öncesi belirtiler görülme durumu ile sürekli öfke ve öfke ifade tarzları arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla planlanmıştır. Çalışma 500 kişi üzerinde yapılacaktır. Size bu çalışma içerisinde hiçbir şekilde tedavi uygulanmayacaktır. Araştırmanın herhangi bir riski yoktur. Elde edilen sonuçlar araştırma için kullanılacaktır. Bu araştırmada yer almanız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacak ve çalışma için ek hiçbir ücret istenmeyecektir. Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz; bu durum herhangi bir cezaya veya yaptırıma yol açmayacaktır. Ayrıca araştırmayı sonlandırmanız için hiçbir problem yer almamaktadır. Araştırmanın sonuçları bilimsel amaçla kullanılacak ve size ait tüm bilgiler gizli tutulacaktır. Bu amaçların dışında bu veriler, kullanılmayacak ve başkalarına verilmeyecektir. Teşekkürler

Yrd.Doç.Dr. Fatma BAŞAR

Adres: Dumlupınar Üniversitesi Kütahya Sağlık Yüksekokulu Doğum Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, KÜTAHYA

Tel: 0 274 265 20 31 / 3625 e-mail: fkkaradag@yahoo.com

İmza /Tarih

Arş. Gör. Havva YEŞİLDERE SAĞLAM

Adres: Dumlupınar Üniversitesi Kütahya Sağlık Yüksekokulu Doğum Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, KÜTAHYA

Tel: 0 274 265 20 31 / 3269 e-mail: havva.yesildere@dpu.edu.tr

İmza /Tarih

Gönüllünün/Katılımcının Beyanı:

Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana, yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı açıklama Sayın Arş. Gör. Havva YEŞİLDERE SAĞLAM tarafından yapıldı. Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlamadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve sözlü olarak dinledim. Araştırmanın yürütülmesi sırasında herhangi bir neden göstermeden araştırmadan çekilebilirim. Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da ayrı bir ödeme yapılmayacaktır. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin ihtimamla korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi. Araştırma sırasında araştırma ile ilgili bir sorun ile karşılaştığımda herhangi bir saatte araştırmacı Havva Yeşildere Sağlam'ı 0 274 265 20 31 / 3269 numaralı telefondan ve Dumlupınar Üniversitesi Kütahya Sağlık Yüksekokulu Doğum Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, KÜTAHYA adresinden ulaşabileceğimi biliyorum. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında bana yapılan tüm açıklamaları anladım, söz konusu araştırmaya hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

Gönüllünün:

Adı - soyadı:

Tel:

İmza:

Tarih: