T.C.
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

# 25 YAŞ ÜSTÜ KADINLARDA PREMENSTRUAL SENDROM GÖRÜLME SIKLIĞI VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER

**HATİCE ÇATAKOĞLU**

**YÜKSEK LİSANS**

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

**DANIŞMAN**

**Doç. Dr. Belgin AKIN**

**KONYA – 2016**

## ÖNSÖZ

Çalışmamın her aşamasında desteğini ve yardımını esirgemeyen, sabırlı, anlayışlı ve hoşgörülü yaklaşımı ile beni cesaretlendiren ve daima özveride bulunan değerli hocam ve danışmanım **Sayın Doç. Dr. Belgin AKIN'** a, araştırma boyunca yardımını ve desteğini esirgemeyen beni motive eden Yrd.Doç.Dr.Deniz KOÇOĞLU' na, arkadaşım Yeşim ASLAN 'a araştırma süresince her zaman bana güvenen ve yanımda olan destekleyen eşim, çocuklarım ve aileme sonsuz teşekkür ederim.

Hatice ÇATAKOĞLU

Konya/2016

# İÇİNDEKİLER

**ÖNSÖZ** ..... **iii**

**ÇIZELGELER LISTESI** ..... **vi**

**SİMGELER ve KISALTMALAR** ..... **vii**

**ÖZET** ..... **vi**

**SUMMARY** ..... **ix**

**1. GİRİŞ** ..... **1**

1.1. Araştırmanın Soruları ..... 2
1.2. PMS Tanımı ..... 3
1.3. PMS Etiyolojisi ..... 4
1.4. PMS Risk Faktörleri ..... 5
1.4.1. Yaş ..... 5
1.4.2. Parite ..... 5
1.4.3. Medeni durum ..... 6
1.4.4. Sosyoekonomik durum ..... 6
1.4.5. Stres ..... 6
1.4.6. Genetik ..... 6
1.5. Literatür Özetleri ..... 7

**2. GEREÇ VE YÖNTEM** ..... **9**

2.1. Araştırmanın Türü ..... 9
2.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri ..... 9
2.3. Araştırmanın Evreni ..... 9
2.4. Örneklem Seçimi ..... 9
2.5. Örnek Seçim Yöntemi ..... 9
2.5.1. Araştırmaya alınma kriterleri ..... 10
2.5.2. Araştırmaya alınmama kriterleri ..... 10
2.6. Veri Toplama Tekniği ve Araçları ..... 10
2.6.1. Anket Formu (EK-A) ..... 10
2.6.2. Premenstrüel Sendrom Ölçeği (PMSÖ) (EK-B) ..... 11
2.7. Ön Uygulama ..... 11
2.8. Verilerin Toplanması ..... 11
2.9. Araştırmanın Değişkenleri ..... 12

2.9.1. Bağımsız Değişkenler ..... 12
2.9.2. Bağımlı Değişkenler ..... 12
2.10. Araştırmanın Sınırlılıkları ..... 13
2.11. Verilerin Değerlendirilmesi ..... 13
2.12. Araştırmanın Varsayımları ..... 13
2.13. Araştırma Etiği ..... 13
**3. BULGULAR ..... 14**
3.1. Kadınların Sosyodemografik ,Evlilik ve Doğurganlık, Mentruasyon ve Bazı Risk Faktörlerine Ait Tanımlayıcı Bulgular ..... 14
3.2. Araştırmaya Katılan Kadınların PMS Düzeyi Puanlarının Bağımsız değişkenlere Göre Dağılımına Yönelik Bulgular ..... 22
**4. TARTIŞMA ..... 33**
4.1. Sosyodemografik ,Evlilik ve Doğurganlık, Mentruasyon ve Bazı Risk Faktörlerine Ait Tanımlayıcı Bulguların Tartışılması ..... 33
4.2. PMS Düzeyi Puanlarının Bağımsız Değişkenlere Yönelik Bulguları . 36
**5. SONUÇ VE ÖNERİLER ..... 41**
5.1. Sonuç ..... 41
5.2. Öneriler ..... 41
**6. KAYNAKLAR ..... 43**
**7. EKLER ..... 49**
EK A: KADINLARIN TANITICI ÖZELLİKLERİ İLE İLGİLİ VERİ TOPLAMA FORMU ..... 49
EK B: PREMENSTRÜEL SENDROM ÖLÇEĞİ ..... 52
EK C: T.C. KONYA VALİLİĞİ HALK SAĞLIĞI MÜDÜRLÜĞÜ ARAŞTIRMA TALEP İZNİ ..... 54
EK D: SELÇUK ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ DEKANLIĞI GİRİŞİMSEL OLAMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU İZNİ ..... 55
EK E: PMS ÖLÇEĞİ İZİN BELGESİ ..... 56
**8. ÖZGEÇMİŞ ..... 57**

## ÇIZELGELER LISTESI

**Çizelge 3.1**. Çalışmaya katılan kadınların sosyodemografik özellikleri(n=227)..... 15

**Çizelge 3.2**. Çalışmaya katılan kadınların evlilik özellikleri..... 16

**Çizelge 3.3**. Çalışmaya katılan kadınların doğurganlık özellikleri(n=207)..... 17

**Çizelge 3.4**. Çalışmaya katılan kadınların adet özellikleri(n=227) ..... 18

**Çizelge 3.5.** Çalışmaya katılan kadınların premestrual sendrom için bazı risk faktörlerine göre dağılımı (n=227)..... 20

**Çizelge 3.6.** Çalışmaya katılan kadınların Premenstrüel Sendrom Ölçeği puanlarının dağılımı ..... 21

**Çizelge 3.7.** Premenstrual sendrom ölçeği puanlarının kadınların sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı ..... 23

**Çizelge 3.8.** Premenstrual Sendrom Ölçeğinin evlilik ile ilgili bazı özelliklere göre puan dağılımı..... 25

**Çizelge 3.9.** Premenstrual Sendrom Ölçeğinin doğurganlık ile ilgili bazı özelliklere göre puan dağılımı..... 27

**Çizelge 3.10.** Premenstrual Sendrom Ölçeğinin adet dönemi ile ilgili bazı özelliklere göre puan dağılımı..... 29

**Çizelge 3.11.** Premenstrual Sendrom Ölçeğinin adet dönemi ile ilgili bazı risk faktörlerine göre puan dağılımı..... 31

**Çizelge 3.12.** Devam Premenstrual Sendrom Ölçeğinin adet dönemi ile ilgili bazı risk faktörlerine göre puan dağılımı..... 32

**SİMGELER ve KISALTMALAR**

**AGOG**: Amerikan Obstetrik ve Jinekologlar Birliği

**ASM:** Aile Sağlığı Merkezi

**Bkz:** Bakınız

**GABA**: Gama-amino butirik asit

**LLPDD**: Geç Luteal Faz Disforik Bozukluk

**PMS:** Premenstrual Senrom

**PMSÖ:** Premenstrual Senrom Ölçeği

**SPSS:** Scientific Packages for Social Sciences

**TNSA:**Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması

# ÖZET

T.C.
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

## 25 Yaş Üstü Kadınlarda Premenstrual Sendrom Görülme Sıklığı ve İlişkili Faktörler

**Hatice ÇATAKOĞLU**
**Hemşirelik Anabilim Dalı**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ/KONYA–2015**

Genç ve orta yaş kadınlarda yaygın bir siklik bozukluk olan Premenstural Sendrom (PMS) yalnızca kadının değil aynı zamanda ailesinin de yaşam kalitesini etkileyen duygusal ve fiziksel belirtilerle karakterizedir. Bu çalışmanın amacı 25 yaş üstü premenopozal kadınlarda PMS'nin prevelansı ve risk faktörlerini ve ilişkili faktörleri Bu çalışma, kadınlara premenstrual sendrom düzeyini belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

Çalışma bir aile sağlığı merkezinde yürütülmüştür**.** Çalışmanın evrenini 25 yaş üstü 680 premenopozal kadın oluşturmuştur. Örneklem büyüklüğü 227 olarak hesaplanmıştır. Çalışma grubunu rastgele seçilmiş 227 25 yaş üstü premenopozal kadın oluşturmuştur. Çalışmaya dahil etme kriteri okuma yazma bilmek ve hariç tutma kriterleri gebe ya da postpartum dönemde olmak, ruhsal sorunu olmak ve ürogenital operasyon geçirmektir. Veri toplama araçları sosyodemografik, doğurganlık özellikleri ve annede ya da kız kardeşte PMS hikayesi, adet ağrısı hikayesi, sigara içme, tuz ve şekerden zengin diyeti günde bir fincandan fazla kahve içme ve öfke kontrol sorunu gibi PMS risk faktörlerini içeren bir anket formu ve Premenstural Sendrom Ölçeği'dir. Veriler araştırmacı tarafından evde ya da ASM'de yüz yüze görüşme yöntemiyle toplanmıştır. Bağımsız değişkenler sosyodemografik, doğurganlık özellikleri ve PMS risk faktörleri bağımlı değişken PMS varlığıdır.

Kadınların yaşı 25-35 (%55.9) dur, %88,5'i evli, %60'ı ilkokul mezunu, %58,5'i üç gebelik geçirmiş, %76,2'sinin adetleri düzenli ve menarj yaşı 13,3±1,2 dir. PMS risk faktörlerinin yaygınlığı; %8,8'i sigara içiyor, %73,1', tuz ve %81.8'i şekerden zengin besleniyor, %18,5'i günde bir fincandan fazla kahve tüketiyor, %68,3' ü adet sancısı yaşıyor, %65,2'si hiçbir fiziksel aktivite yapmıyor. PMS düzeyi ile şekerden zengin diyet, öfke kontrol sorunu olması, adet sancısı yaşama, kötü gelir algısı,çalışmayan,düşük yapan,düzensiz adet, anne ve kız kardeşte PMS öyküsü olanlar arasında istatistiksel olarak önemli bir ilişki vardır.

Şekerden zengin diyet, öfke kontrolü sorunu olmak ve adet sancısı çekmek PMS yaşamada sosyodemografik ve doğurganlık özelliklerinden daha önemli risk faktörleridir. Sonuç olarak diyetteki şeker miktarını azaltmak, öfke kontrol yöntemlerini kullanmak ve adet sancısı ile mücadele etmek PMS' yi azaltmada yararlı olabilir. Halk sağlığı hemşireleri ve ebeler kadınları PMS risk faktörleri konusunda eğitebilir, ayrıca yaşam tarzlarını değiştirmek ve adet sancısı ile baş etme konusunda destekleyebilirler.

**Anahtar Sözcükler:** Kadın, Pemenstrual Sendrom,Risk Faktörleri

## SUMMARY

REPUBLIC of TURKEY

SELÇUK UNIVERSITY

HEALTH SCIENCES INSTITUTE

**Premenstrual Syndrome Level and Related Factors in Women Aged Over 25**

**Hatice ÇATAKOĞLU**

**Departman of Nursing**

**MASTER THESIS / KONYA-2015**

Premenstrual syndrome (PMS) that is a common disorder of all woman is characterized by psychological and physical symptoms that affect life of the women and their families as well. The aim of this study is to determine the prevelance and risk factors of PMS and related factors in premenopausal women over 25 .

This is a descriptive study. The study was performed in a Family Health Center (FHC) region. The study universe was 680 premenopausal women over 25. Sample size was calculated as 227 subject. The study sample was randomly selected 227 premenopausal women over 25. Inclusion criteria is having literacy and exclusion criteria were being pregnant or in post-partum period, having physcological problem, undergone any urogenital operation. Data collected tools were a questionnaire that include sociodemographic, fertility characteristics and also PMS risk factors such as PMS history in sister or mother, history of menstrual cramps, smoking, salt and sugar rich diet, drink more than one cup of coffe a day and problem of anger control of women and also Premenstrual Syndrome Scale (PSS). Data was collected with face-to-face interview at home or at FHC by researcher. The independent variables were sociodemographic and fertility characteristics and risk factors for PMS. The dependent variable was having PMS.

The The age of the women was between 25-35 (55,9%), of women, 88,5 % were married, 60,8% had primary school education 58,5 % had three pragnancy, 76.2 % had a regular period, and their mean menarche age was 13,3±1,2. The frequency of risk factors of PMS were; 8.8 % of respondents were smoking, 73,1 % had salt rich and 81,8 had sugar rich diet, 18,5 % drunk more than one cup of coffe a day, 68,3 % had menstrual cramps during their period and 65,2% did not any phsical activity. There was statistically significant relationship between having PMS and having sugar rich diet, anger control problem and menstrual cramp during period.

Sugar rich diet, having anger control problem and menstrual cramps during period were more important risk factors than sciodemographic and fertility characteristics for experiencing PMS. As conclusion, reducing sugar in diet, using anger control methods and overcoming the menstrual cramps can be helpfull to reduce PMS. Public health nurses and midewife can train women about risk factors of PMS and support them for changing their lifestyle and overcoming menstrual cramps.



**Keywords**: Women, Pemenstrual Syndrome, Risk Facters

# 1.GİRİŞ

Kadınların yaşamlarının 30–35 yılını kapsayan ve fizyolojik bir olay olan menstruasyon, her ay düzenli olarak tekrarlayan bir süreçtir (Gençdoğan 2006). Menstruasyon, üremenin bir işareti olarak fertil çağı boyunca sürer (Taşkın 2014). Premenstrual sendrom (PMS), menstruel siklusun ikinci yarısında ortaya çıkan ve kadının yaşamını olumsuz yönde etkileyen fiziksel ve davranışsal semptomlarla karakterizedir. Kişinin yasam biçimini ve is hayatının etkileyecek derecede olabilecek semptomların bir veya daha fazlasının siklik olarak oluşması ve bunu daha sonra tamamen semptomsuz bir periyodun izlemesidir (Ayhan ve ark 2008). Bu semptomlar âdetin başlangıcı ile veya adetin iki- üç günde geçer. Kesin etiyolojisi bilinmemektedir. Sendromun oluşumunu fizyolojik hormonal değişiklikler tetiklemektedir (Günalp ve Tuncer 2004). Üreme çağındaki kadınların %40'ında PMS vardır. %2-3 oranında ağır semptomlar mevcuttur. En yoğun yaşandığı dönem 30' lu yasların ortalarıdır, fakat üreme çağında her yaşta görülebilir (Carey ve Rayburn 2006). PMS, menopoz öncesi kadınlar arasında en sık görülen sorunlardan biridir (Bertone-Johnson ve ark 2005).

En sık görülen semptomlar abdominal şişkinlik, anksiyete veya gerginlik, meme hassasiyeti, ağlama nöbetleri, depresyon, yorgunluk, enerji yokluğu hissi, irritabilite, konsantrasyon güçlüğü, iştah değişiklikleri ve ekstremitelerde ödemdir. Bu semptomlar genellikle yedi-on gün sürer. Psikolojik şikayetlerin yoğunluğu nedeniyle Amerikan Psikiyatri Derneği tarafından bu sendroma "premenstrual disrofik bozukluk" adı da verilmektedir (Günalp ve Tuncer 2004). PMS' si olan kişilerin %90' unda en sık gelişen semptom abdominal şişkinliktir. Memelerde hassasiyet ve baş ağrısı da vakaların %50' sinden fazlasında görülen diğer semptomlardır (Ayhan ve ark 2008). Adet öncesi sıkıntılar özellikle yetişkin üreme çağındaki kadınların karşılaştıkları bir sorundur ve normal hayatını engelleyen bir durumdur. Premenstrual semptomlar genelde menarştan iki yıl sonra başlar, menapoza kadar sürebilir. Kadının doğurganlık çağında; yaklaşık 460 siklus gerçekleşir. PMS olan kadında her siklusun yaklaşık olarak altı, dört gününü günlük hayatı etkileyecek ciddi semptomlar yaşayarak geçirmektedir. Yani PMS olan kadın doğurganlık çağı boyunca yaklaşık dokuz yıl bu bozukluğun hasarı ile karşılaşmaktadır (Süer 2008). Bu süre kadınların yaşam kalitesini önemli ölçüde düşürmektedir.

Premenstrual dönemde yaşanılan problemler, kadın sağlığını olumsuz etkilemekte, aile, iş ve arkadaş ilişkilerinde sorunlar yaratabilmekte, eğitim ve iş gücü kaybına, verimliliğin azalmasına, kişiler arası iletişimi ve normal günlük aktiviteyi engelleyecek derecede davranış bozukluklarına neden olan ve yaşam kalitesini düşüren önemli bir halk sağlığı sorunudur (Günalp ve Tuncer 2004, Gelişen ve Çalışkan 2006, Carey ve Rayburn 2006, Kırcan ve ark 2012, Direkvand-Moghadam ve ark 2014). Yaş, genetik, altta yatan affektif bozukluklar, reprodüktif ve menstrual hikaye sigara, alkol caffein kullanımı, beslenme faktörleri, stres, eğitim seviyesi egzersiz yapma durumu PMS'etkileyen faktörler arasında yer almaktadır (Freeman 2007, Erbil ve ark 2011, Selçuk ve ark 2014)

Kadının hayatında bir kaos yaşamasına sebep olan PMS, ele alınması gereken ciddi sağlık problemidir. PMS'nin günlük yaşama olan olumsuz etkilerden dolayı PMS'nin görülme sıklığı ve hangi gruplarda daha fazla görüldüğünün bilimsel olarak değerlendirilmesi ve önlemlerin bu gruplar üzerinde alınması önemlidir. Bu çalışmada elde edilen bilgiler birinci basamak sağlık kurumu olan aile sağlığı merkezlerinde, çalışanlar tarafından risk gruplarının eğitiminde kullanılmasında fayda sağlayacaktır.

Bu araştırmada bir aile sağlığı merkezi bölgesinde menopoz dönemine girmemiş 25 yaş üzeri kadınlarda premenstrual sendrom görülme düzeyi ve bunu etkileyen sosyo demografik, doğurganlık, menstruasyon özellikleri ve bazı risk faktörlerinin incelenmesi amaçlanmıştır.

### 1.1.Araştırmanın Soruları

1. Kadınlarda PMS düzeyi nedir?
2. Kadınlarda PMS düzeyi sosyo-demografik özelliklere göre farklılık göstermekte midir?
3. Kadınlarda PMS düzeyi ile evlilik ve doğurganlık özellikleri arasında ilişki var mıdır?
4. Kadınlarda PMS düzeyi ile menstruasyon özellikleri arasında ilişki var mıdır?
5. Kadınlarda PMS düzeyi ile PMS'nin bazı risk faktörleri arasında ilişki var mıdır?

## 1.2.PMS Tanımı

İlk olarak 1931 yılında Frank tarafından tanımlanan Premenstruel Sendrom (PMS), seksüel olgunluk çağındaki kadınlarda menstrual siklusun geç luteal fazında görülen, menstruasyonun başlamasıyla birkaç gün içinde kaybolan çoğu siklusta tekrarlayan, psikolojik, fiziksel, davranışsal semptomlar topluluğudur. 1953 yılında Gren ve Dalton bu durumu hem somatik hem de psikolojik öğeleri içeren "Premenstruel Sendrom" adı altında tanımlamışlardır (Bölükbaş ve Tiryaki 2003). Amerikan Obstetrik ve Jinekologlar Birliği'ne göre (AGOG), PMS tanısı konulabilmesi için, belirtilerin menstruasyondan önceki beş gün içerisinde görülmesi ve menstruasyon başladıktan sonra dört gün içinde bitmesi gerekmektedir. PMS, menstural siklusun lüteal fazında oluşan, mensturasyon ile şiddeti azalan, kişinin aile ve sosyal ilişkilerini etkileyen psikolojik ve fizyolojik semptomlar olarak tanımlanır(Zarei 2013, Ataollahi ve ark 2015). Dünya çapında milyonlarca üreme yaşındaki kadın bu bozuklukları yaşamaktadır (Fathizadeh ve ark 2010).

Premenstruel sendrom kadınlarda menstruel döngünün geç luteal döneminde memelerde şişkinlik, başağrısı, halsizlik ve kilo alımı gibi fiziksel ve depresif duygu durum, irritabilite, gerginlik gibi ruhsal belirtilerin ortaya çıkıp bu durumun genellikle mensturasyonun başlamasıyla ortadan kalkan bir tablodur. Bu belirtiler kadınların %80'inde görülmekle beraber yaklaşık %5 kadında klinik olarak anlamlı olacak şekilde şiddetlidir (Miyako ve ark 2011). "Geç Luteal Faz Disforik Bozukluk" (Late Luteal Phase Disphoric Disorder =LLPDD) terimi de sıklıkla PMS ile eşanlamlı olarak kullanılmaktadır (Rapkin 1992). Bir kadına LLPDD tanısı konabilmesi için, önemli emosyonel ve davranışsal semptomların sıkça tekrarladığını belirtmesi, bu semptomların sosyal ve mesleki işlevleri bozacak şiddette olması ve luteal fazın son haftasında görülüp, birkaç gün içinde düzelmesi gerekmektedir. Genel tıp literatürü içinde bakıldığında PMS'un sınırlarının daha geniş olduğu dikkat çekmektedir (Gökçe 2006). PMS ve LLPDD gibi iki farklı tanımın bulunması yada sendromun tanımlanmasında fikir birliğinin olmaması bu tablonun yaygınlığının saptanması konusunda zorluklara neden olmaktadır (Adıgüzel ve ark 2007).

### 1.3.PMS Etiyolojisi

PMS'nin etiyolojisi tam olarak anlaşılmış değildir. Merkezi sinir sistemi patofizyolojisinde önemli bir rol oynayan gonadal hormonlar ve nörotransmitterlerin PMS de etkili olabileceği düşünülmektedir. PMS'nin ovulatuar siklus fazında görüldüğü bildirilmiştir (Cirillo ve ark 2012, Wichianpitaya ve Taneepanichskul 2013). Progesteron düzeylerindeki düşüklük, Östrojenin yüksek veya düşük düzeyleri, Östrojen-progesteron oranlarında değişiklikler, aldosteron, reninangiotensin ve adrenal bez aktivitesindeki artışlar, endojen endorfinlerin düşüklüğü, merkezi katekolamin değişiklikleri, prolaktin alınımının artısı PMS etiyolojisinde suçlanan hormon değişikliklerindendir (Salamat ve ark 2007, O'Brien ve ark 2007, Rosenfeld ve ark 2008, Hoyer ve ark 2013). En son yapılan araştırmalara göre premenstruel semptomların menstruel siklusun luteal fazı sırasında overlerden salınan sex steroidlerindeki değişimlerden kaynaklandığı görüşü kabul edilmektedir. Ancak hala PMS 'nin psikonöro endokrin etiyolojisi açıkça bilinmemektedir. Bugün üzerinde en çok çalışılan maddeler, overlerden salgılanan steroidlerin Santral Sinir Sistemi'ndeki mediatorleri olan serotonin, gama-amino butirik asit (GABA) reseptorleri ve beta endorfinlerdir (Reid Van Vugt 2007).

Menstual siklus boyunca over hormonlarındaki değişimler PMS semptomları üzerinde etkisini göstermektedir. PMS sadece overian siklusun olduğu üreme çağındaki kadınlarda olmaktadır. Serum progesteron düzeyindeki artışın olduğu luteal faz süresince semptomlar şiddetlenmektedir. Hormon replasman tedavisi yapılan post menopozal dönemdeki kadınlarda tedavinin progesteron içeren fazı süresince PMS belirtileri yeniden gelişebilmektedir. Esrojenin de semptomları artırdığı düşünülmektedir (Indusekhar ve ark 2007, Wichianpitaya ve Taneepanichskul 2013).

Allopregnanolonun PMS'de önemli rol oynadığı kanıtlanmıştır. Bu hormondaki düzensizlikler GABA seviyelerini de düşürür, bu durum kişilerde anksiyete, depresyon ve ajitasyon ile ilişkilendirilmiştir. GABA aktivitesi major depresif bozukluk ve anksiyete bozukluğunda hastaların bir kısmında düşük olarak bildirilmektedir. PMDB'li olgularda da GABA'nın menstruasyon sırasında düşük olduğu bulunmuştur (Backstorm 2007, Reid ve Van 2007).

Depresyonda Merkezi Sinir Sistemi (MSS)'de serotonin eksikliği olduğu belirtilmiştir (Albayrak ve Ceylan 2004). PMS'de de depresyon olduğuna göre luteal

fazda bir serotonin eksikliği olup olmadığı sorusu akla gelmektedir. PMS'si olan kadınların serotonin seviyelerini inceleyen araştırmalarda kadınların luteal fazlarında benzer değişikliklere rastlanmıştır (Gökçe 2006).

Vücutta oldukça geniş dağılım gösteren peptid yapıdaki hormonlardan olan endorfinler biyojenik aminleri inhibe ettiklerinden ruh halini, iştah ve susama gibi durumları değiştirebilirler. Ayrıca hormon sekresyonlarını değiştirerek, davranışlarda, uyku durumunda, ısı regulasyonunda ve bağırsak fonksiyonlarında da etkili olabilecekleri gösterilmiştir (Baysal 2004). Beta endorfin düzeyindeki azalmalar, anksiyete, hiperirritabilite, yeme isteğinde artma,ve fiziksel rahatsızlık gibi önemli premestrual semptomlara neden olmaktadır (İsmail ve ark 2003).

Over hormonları Ca++, Mg ve vitamin D üzerinde etkilidir. Östrojenin, kalsiyum metabolizması, ince barsaklardan kalsiyumun emilimi ve paratroid hormonun salgılanması üzerinde etkinliği vardır. Hipokalsemide var olan depresyon, anksiyete ve disforik bozukluk belirtilerinin PMS'da da olması, PMS'un etyolojisinde kalsiyumun rol oynayabileceğini düşündürebilir (Gökçe 2006).

### 1.4.PMS Risk Faktörleri

#### 1.4.1.Yaş

PMS'nin yaşla ilişkisini değerlendiren farklı çalışmalar mevcuttur. Semptomlar yasla artmakta, ovaryan aktivitenin azalması ile azalmakta ve menopozla birlikte bitmektedir (Freeman 2007). Yapılan retrospektif klinik çalışmalara göre ortalama başlama yası 26'dır. Gençlerde baskın PMS semptomu irritabilite iken, yaşlılarda depresyon ve ödemin daha belirgin olduğu bilinmektedir (Freeman 2007). PMS için tedaviye başvuran hastaların ise büyük bir kısmının yaşları yirmili yaşların ortaları ile otuzlu yaşların sonları arasındadır (Vichnin ve ark 2006).

#### 1.4.2. Parite

Yapılan çalışmalarda çok çocuğu olan kadınlarda mestrual semptomların daha az, premenstrual semptomların ise daha fazla olduğu bildirilmektedir. Kadınları çok doğuran ve emziren ülkelerde menstrual siklusların daha az yaşanmasına bağlı PMS daha az görülmektedir (Oğur 2004). Demir ve arkadaşları (2006) yaptıkları çalışmada kadınların yaklaşık yarısının % 49.8 doğum sonrasında premenstruel yakınmalarında

değişiklik olmadığını belirtmişlerdir. Bölükbaş ve arkadaşları (2011) yaptıkları çalışmada ise bu oranı %69.9 olarak saptanmışlardır.

### 1.4.3. Medeni durum

Evli kadınlarda, bekar, ayrı ya da boşanmış kadınlara göre daha az menstruel ağrının olduğu bulunmuştur. Eşinden ayrılan ve boşanmış kadınlarda evlilere göre daha fazla premenstruel semptomların görüldüğü rapor edilmiştir (Oğur 2004). Bölükbaş ve arkadaşları (2011) yaptıkları çalışmada evli kadınların genç kızlara nazaran PMS'yi daha az yaşadıkları bulunmuştur. Evli olan ve olmayanlarda PMS prevalanslarının karşılaştırıldığı çalışmaların bazılarında farklılığın anlamlı olmadığı saptanmışken (Bakhshani ve ark 2009, Demir ve ark 2006), bekarlarda prevalansın yüksek olduğunu belirten çalışma da bulunmaktadır (Adıgüzel ve ark 2007).

### 1.4.4. Sosyoekonomik durum

Yapılan araştırmaların bir kısmında, eğitimli ve yüksek gelirli kadınlarda, baş ağrısı, irritabilite, duygulanım değişikliği, mentrual kramp, kilo artışı, depresyon gibi premenstrual semptomların daha az görüldüğü bildirilmektedir (Oğur 2004). Demir ve arkadaşları (2006) yaptıkları çalışmada bayanlarda premenstruel semptomların artışında ekonomik nedenlerin etkili olduğunu belirtmişlerdir.

### 1.4.5. Stres

Yapılan çalışmalarda yüksek stres algısı düzeyleri ve stres düzeyindeki artış, PMS için risk etmeni olarak tanımlanmıştır. Öyle ki, travmatik olaylar premenstrual hastalıkların ortaya çıkma riskini 4 kat artırabilmektedir (Perkonigg ve ark 2004). Baker ve Driver (2007) çalışmasında stresin PMS görülme oranını artırdığını bildirmiştir.

### 1.4.6. Genetik

Yapılan çalışmalar da annesinin premenstrual yakınmalar yaşadığını belirten öğrencilerde PMS yaşama sıklığı daha yüksek bulunmuştur (Nusrat ve ark 2008, Demir ve ark 2006, Gençdoğan 2006). Genetik faktörlerin PMS ile ilişkisinin olduğunu gösteren çalışmalar vardır (Dickerson ve ark 2003, Halbreich 2003).

## 1.5.Literatür Özetleri

PMS görülme sıklığı Asya ülkelerinde % 60 - % 80 arasında değişir; Türkiye'de % 66.6 (Alpaslan ve ark 2014), Çin 76% (Derman ve ark 2004) ve Malezya'da % 63.1 (Chou , Morse 2005). Kadın Hastalıkları ve Doğum Amerikan Koleji (ACOG), Prementrual sendromun görülme sıklığı % 65.5 bildirilmiştir ve % 8.75'inin özel tedavi gerektiğini belirtmiştir (AGOG 2014). Japonlar üzerinde yapılan bir çalışmada, katılımcıların %74'ü menstrual problemler ile karşı karşıya iken; yalnızca %20'sinin şikâyetleri nedeniyle jinekoloğa başvurduğu saptanmıştır (Tanaka ve ark 2013). Taiwan'da üniversite öğrencileri üzerinde yapılan bir çalışmada PMS prevalansı %39,8 olarak tespit edilmiştir (Cheng ve ark 2013). Diğer yandan PMS çalışmalarının değerlendirildiği bir meta-analiz çalışmasında PMS prevalansının en düşük %12 (Fransa), en yüksek %98 (İran) olduğu tespit edilmiştir (Direkvand-Moghadam ve ark 2014).

Ülkemizde yapılan çalışmalarda, PMS görülme sıklığının %5 ile %79 arasında değiştiği bulunmuştur (Demir ve ark 2006, Adıgüzel ve ark 2007). Prementrual sendromun görülme sıklığı Türkiye'de% 66.6 (Alpaslan ve ark 2014). Demir ve arkadaşlarının (2006), sağlık personelleri ile ilgili yaptığı çalışmada ise, PMS prevelansı %20.1 olarak belirlenmiş olup, kadınların %70.3'u bu dönemde iş verimliliklerinin azaldığını ifade etmiştir. Pınar ve ark (2011) yaptığı çalışmada kadınların %53.5'inin hafif, %11.8'inin ise şiddetli derece de PMS yaşadığı saptanmıştır. Erbil ve ark (2011) yaptığı çalışmada kadınların yaş ortalaması 31.81 olmasına rağmen, PMS görülme oranı hafif düzeyde bulunmuştur (Ölçekten alınabilecek en düşük puan 44, en yüksek puan 220). Adıgüzel ve arkadaşlarının (2007) yaptıkları çalışmada PMS riski olan kadınların yaş ortalaması 26.9±7.8, PMS riski olmayan ya da düşük olan kadınlarda yaş ortalaması 31.2±7.4 olarak belirtilmiştir. Manisa ilinde yapılan 15-49 yaş grubu doğurganlık çağındaki kadınlarda premenstrüel sendrom sıklığına ilişkin 541 kadının katıldığı bir başka epidemiyolojik çalışmada ise grubun %6.1'inde şiddetli PMS belirtileri bulunmuştur (Adıgüzel ve ark 2007). Bu çalışmada en sık görülen belirtiler; sinirli veya huzursuz hissetme (%72), sıkıntılı hissetme (%67.3), karında dolgunluk, rahatsızlık veya ağrı hissetme (%66.6), enerji azlığı veya çabuk yorulma (% 66.6) ve bacaklarda yorgunluk hissidir (%65.5). Erzurum'da 379 kadın üzerinde yapılan bir başka çalışmada ise en sık görülen belirtilerin uyku değişikliği, ağrı, yorgunluk, sinirlilik olduğu ve kadınların %79'unda

orta ve şiddetli derecede premenstruel belirtilerin görüldüğü saptanmıştır (Öztürk ve ark 2011). Erbil ve arkadaşlarının 2010 yılında yayınlanan çalışmalarında ise 310 üniversite öğrencisi kızda %49.7 oranında PMS saptanmış, en sık görülen belirtiler ise iştahta değişiklik, sinirlilik, şişkinlik, yorgunluk, ağrı, depresif duygu durum ve uyku değişikliği olmuştur (Erbil ve ark 2010).

## 2. GEREÇ VE YÖNTEM

### 2.1.Araştırmanın Türü

Bu araştırma, 25 yaş ve üzeri menopoza girmemiş kadınlarda PMS düzeyini belirlemek ve PMS düzeyini etkileyen sosyo demografik, doğurganlık, menstruasyon özellikleri ve bazı risk faktörlerinin incelenmesi amacına yönelik tanımlayıcı / ilişki arayıcı türdedir.

### 2.2.Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma Konya ili Karatay ilçesi Selim Sultan Aile Sağlığı Merkezinde (ASM) yapılmıştır. Aile Sağlığı Merkezi bu ASM'ye bağlı dört birimden oluşmaktadır. Aile Sağlığı Merkezinin toplam nüfusu 13500 kişi, araştırmanın yürütüleceği Aile hekimi biriminin nüfusu 3950'dir. Aile sağlığı merkezinde dört hekim, dört ebe, bir laboratuvar teknikeri, bir hizmetli ile hizmet vermektedir. Aile sağlığı merkezinde poliklinik hizmetleri, enjeksiyon, pansuman, bağışıklama, gebe takibi, bebek ve çocuk takibi ve aile planlaması hizmetleri verilmektedir.

### 2.3.Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini, 25 yaş ve üzeri menopoz dönemine girmemiş Selim Sultan mahallesinde yaşayan altıyüzseksen (680) kadın oluşturmaktadır.

### 2.4.Örneklem Seçimi

Örnek büyüklüğünün belirlenmesinde Dünya Sağlık Örgütünün "Sağlık Araştırmalarında Örneklem Büyüklüğünün Yeterliliği" için hazırlanan hazır tablolardan yararlanılmıştır (Lemeshow 2000). Bu tabloya göre PMS görülme oranı % 30 kabul edilerek bu oranı 0.05'lik mutlak yüzde puanı için % 90 güvenle belirlemek için gerekli örnek büyüklüğü 227 kadın olarak belirlenmiştir**.**

### 2.5.Örnek Seçim Yöntemi

Örnek seçiminde 15-49 yaş arası kadın izlem formuna göre 25 yaş üzeri olanların izlem formundan yararlanılarak ayrılmıştır. Örnek seçiminde sistematik örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Bu formların hepsine numara verilmiş basit rastgele sayılar tablosundan yararlanılarak rastgele bir numaradan başlanıp, üçer (680/227=2,9) atlanarak örnekleme dâhil olacak kadınlar rastgele seçilmiştir.

### 2.5.1. Araştırmaya alınma kriterleri

- 25 yaş ve üzerinde olma
- Okuma-yazma bilme,
- Menstruasyon görme

### 2.5.2. Araştırmaya alınmama kriterleri

- Gebe, loğusa olmak
- Kalp gibi ağır sistemik hastalıklarla, mental hastalığı sahip olmak,
- Herhangi bir psikolojik rahatsızlığa sahip olmak
- Ürogenital ameliyat geçirmiş olmak

## 2.6.Veri Toplama Tekniği ve Araçları

Araştırma verilerinin toplanmasında; Kişilerin sosyo-ekonomik, doğurganlık özellikleri, adet özellikleri ve bazı risk faktörlerini belirlemek için hazırlanan anket formu (Bkz. EK-A) ve PMS belirlemek için de Premenstrüel Sendrom Ölçeği (PMSÖ) (Bkz. EK- B) kullanılmıştır.

### 2.6.1.Anket Formu (EK-A)

Araştırmacı tarafından literatür bilgileri doğrultusunda oluşturulan anket formu (Taşçı 2006, Adıgüzel 2007, Arıöz 2009, Sokullu 2009, Poyrazoğlu 2010, Pınar ve Öncel 2011, Kısa ve ark 2012), sosyo-demografik özellikleri içeren 13 soru (yaş, öğrenim durumu, çalışma durumu, algılanan gelir düzeyi, sosyal güvence durumu, aile tipi, en uzun süre yaşanılan yer, medeni durum, eş öğrenim durumu, eş çalışma durumu, evlilik şekli, evlilik yaşı, evlilik süresi); doğurganlık özellikleri içeren 5 soru (gebelik sayısı, en son doğum şekli, son doğumun kaç yıl önce gerçekleştiği, düşük öyküsü, kürtaj öyküsü,),adet özelliklerini değerlendiren 5 soru (ilk adet yaşı, kaç günde adet olduğu adet süresi, adet düzeni, dismenore öyküsü) ; Premenstural sendrom açısından risk faktörleri olarak( anne ve kız kardeşte PMS şikayetleri, sigara kullanımı, tuz kullanımı, şekerli gıda tüketimi, kahve tüketimi, egzersiz yapma durumu, öfke kontrolü, anemi gibi PMS'nin risk faktörlerine yönelik dokuz soru da formda yer almaktadır ve anket toplamda 32 sorudan oluşmaktadır.

### 2.6.2. Premenstrüel Sendrom Ölçeği (PMSÖ) (EK-B)

Premenstrüel Sendrom Ölçeği (PMSÖ); Gençdoğan (2006) tarafından geliştirilen, premenstrüel belirtilerin şiddetini ölçen, 44 maddelik beş dereceli (Hiç, Çok az, Bazen, Sık sık, Sürekli) likert tipi bir ölçektir. Ölçeğin puanlanmasında, "Hiç" seçeneği 1 puan, "Çok az" seçeneği 2 puan, "Bazen" seçeneği 3 puan, "Sık sık" seçeneği 4 puan ve "Sürekli" seçeneği 5 puan olarak değerlendirilmektedir. Ölçeğin, 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 boyutuna ilişkin puanlar ve ölçek toplamından oluşan "PMSÖ Toplam Puanı" elde edilmektedir. PMSÖ'nün uygulanması kişinin geriye dönük olarak "adetten bir hafta önceki süre içinde olma" durumu dikkate alınarak değerlendirmesi ile yapılmaktadır. Gençdoğan (2006) ölçeğin güvenirlilik çalışmasında ölçeğin Cronbach Alfa katsayısı hesaplamış ve 0.75 olarak bulmuş ve yapılan test tekrar test analizinde korelasyon katsayısı 0.71 olarak elde edilmiştir, geçerlilik çalışmasında benzer ölçekle karşılaştırma yapılmış ve ölçekler arası korelasyon 0.72 olarak belirlenmiş yapılan faktör analizinde dokuz faktörlü yapı elde edilmiş ve bu faktörler toplam varyansın %71'ini açıklamıştır. Ayrıca bu faktör yapısının DSM-IVR'deki fenomolojik yapıya büyük ölçüde uygun olduğu belirtilmiştir, Ölçekten alınabilecek en düşük puan 44, en yüksek puan ise 220'dir, puan yükseldikçe premenstrüel sendrom belirtilerinin yoğunluğu fazla olarak değerlendirilmektedir **(**Gençdoğan 2006). Bu çalışma için ölçeğin cronbach alfa değeri 0. 77 olarak belirlenmiştir.

### 2.7.Ön Uygulama

Soruların anlaşılabilir olup olmadığını kontrol etmek için 10 kişi ile ön uygulama yapılmıştır. Anket formunda herhangi bir değişikliğe gerek duyulmamıştır. Araştırmanın örneğine ön uygulama esnasında veri toplanan hastalar alınmamıştır. Veri toplama süresinin beş-on dakika sürdüğü gözlenmiştir.

### 2.8.Verilerin Toplanması

Veriler, araştırmacı tarafından kadınlara ev ziyareti yapılarak ve aile sağlığı merkezine hizmet almak için geldiklerinde anket yöntemiyle toplanmış, anket soruları katılımcılar tarafından ve araştırmacı tarafından görüşme yöntemi ile doldurulmuştur.

## 2.9.Araştırmanın Değişkenleri

### 2.9.1. Bağımsız Değişkenler

**Sosyo- Demografik Özellikler**

- Yaş
- Öğrenim durumu
- Gelir düzeyi
- Aile tipi
- Sağlık güvencesi
- Yaşanılan yer
- Medeni durum
- Eş öğrenme durumu
- Eş çalışma durumu
- İsteyerek evlenme durumu
- Evlilik yaşı
- Evlilik süresi

**Doğurganlık Özellikleri**

- Gebelik sayısı
- Doğum şekli
- Yaşayan çocuk sayısı
- Düşük ve kürtaj öyküsü

**Adet ile ilgili Özellikler**

- Adet özellikleri (menarş yaşı, siklus ve adet süresi, dismenore öyküsü,)

**Premenstrüel sendrom açısından risk faktörleri**

- Sigara kullanımı, şekerli gıda tüketimi, egzersiz yapmama, kahve tüketimi, tuz tüketimi, anne veya kız kardeşte PMS şikayetleri, öfke kontrolü, anemi durumu,

### 2.9.2. Bağımlı Değişkenler

PMS düzeyi, PMS ölçeği toplam puanı ve dokuz alt boyut puanları

## 2.10. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın sonuçları yalnızca araştırmanın yapıldığı grup için geçerlidir, topluma genellenemez.

## 2.11. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırma verilerinin istatistiksel analizi SPSS 16 paket programında yapılmıştır. Verilerin sayı, yüzde, ortalama ve standart sapma olarak özetlenmiş, bağımsız gruplarda student t testi ve F testinden yararlanmıştır. Normal dağılım değerlendirilmesinde Kolmogrov Smirnov analizi kullanılmış ve $p > 0.05$ olarak bulunmuş ve verilerin normal dağılıma uyduğu kabul edilmiştir.

## 2.12. Araştırmanın Varsayımları

Örneklem grubunun evreni temsil ettiği ve araştırmaya katılan kadınların görüşlerinin yeterli olduğu varsayıldı.

## 2.13. Araştırma Etiği

Araştırma öncesi araştırmanın ilgili kurumlarda yürütülmesi için Konya Halk Sağlık Müdürlüğü'nden yazılı izin (Bkz. EK-C), Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan onay (27/11/2014) (Bkz. EK-D ), Premenstrüel Sendrom Ölçeği'nin araştırmada kullanılabilmesi için Doç. Dr. Başaran GENÇDOĞAN'dan yazılı izin (Bkz. EK-E) alınılmıştır. Araştırmaya alınan kadınlara araştırmanın amacı ve araştırmadan beklenen yararlar anlatılarak sözlü onayları alındı ve gönüllü katılımları sağlandı

# 3. BULGULAR

## 3.1.Kadınların Sosyodemografik ,Evlilik ve Doğurganlık, Mentruasyon ve Bazı Risk Faktörlerine Ait Tanımlayıcı Bulgular

Çalışmaya katılan kadınların bazı sosyodemografik özellikleri incelendiğinde %55,9'unun 25-35 yaş aralığında olduğu; %60,8'nin ilkokul ve altında eğitim aldığı, %84,6'sının çalışmadığı, %60,8'nin ekonomik durumunu orta olarak değerlendirildiği ve %89,0'unun sağlık güvencesi olduğu görülmektedir. Kadınların önemli bir çoğunluğu çekirdek ailede (%79,3) yaşarken; yaşamının önemli bir kısmını ilde geçirenlerin oranı % 72,2'dır (Çizelge 3.1).

**Çizelge 3. 1. Çalışmaya katılan kadınların sosyodemografik özellikleri (n=227)**

| Özellikler | Sayı | (%) |
|---|---|---|
| **Yaş** | | |
| 25-35 | 127 | 55,9 |
| 36-45 | 85 | 36,6 |
| 46 yaş ve üzeri | 17 | 7,5 |
| **Eğitim Durumu** | | |
| Okuryazar/ilkokul | 138 | 60,8 |
| Ortaokul | 36 | 15,9 |
| Lise | 24 | 10,5 |
| Yüksekokul ve üzeri | 29 | 12,8 |
| **Çalışma durumu** | | |
| Çalışıyor | 35 | 15,4 |
| Çalışmıyor | 192 | 84,6 |
| **Gelir algısı** | | |
| İyi | 66 | 29,1 |
| Orta | 138 | 60,8 |
| Kötü | 23 | 10,1 |
| **Sağlık Güvencesi** | | |
| Var | 202 | 89,0 |
| Yok | 25 | 11,0 |
| **Aile Tipi** | | |
| Çekirdek | 180 | 79,3 |
| Geniş | 39 | 17,2 |
| Parçalanmış | 8 | 3,5 |
| **En uzun yaşanan yer** | | |
| İl | 164 | 72,2 |
| İlçe | 49 | 21,6 |
| Köy/kasaba | 14 | 6,2 |

Çalışmaya katılan kadınların % 88.5'i evli, % 49.8'inin eşi ilkokul ve altında eğitim düzeyine sahip ve % 87.2'sinim eşi çalışmaktadır. % 60.8'i görücü usulü ile evlenmiş, % 61.6'sı 11 yıl ve üzeri evlilik süresine sahiptir (Çizelge 3.2).

**Çizelge 3.2. Çalışmaya katılan kadınların evlilik özellikleri**

| Özellikler | Sayı | (%) |
|---|---|---|
| **Medeni Durum (n=227)** | | |
| Evli | 201 | 88,5 |
| Bekar | 18 | 7,9 |
| Dul/boşanmış | 8 | 3,6 |
| **Eş Eğitim Durumu (n=209)** | | |
| Okuryazar/ilkokul | 113 | 49,8 |
| Ortaokul | 35 | 15,4 |
| Lise | 33 | 14,5 |
| Yüksekokul ve üzeri | 28 | 12,3 |
| **Eş çalışma durumu (n=209)** | | |
| Çalışıyor | 197 | 87,2 |
| Çalışmıyor | 11 | 4,8 |
| **Evlenme Özelliği (n=209)** | | |
| İsteyerek | 64 | 28,2 |
| Görücü | 138 | 60,8 |
| Aile Zoru | 1 | 0,4 |
| Kaçarak | 6 | 2,6 |
| **Evlilik süresi (n=209)** | | |
| 0-5 yıl | 21 | 10,0 |
| 6-10 yıl | 51 | 24,4 |
| 11 yıl ve üzeri | 137 | 61,6 |

Kadınların doğurganlık özellikleri incelendiğinde %58,5'inin üç gebelik geçirdiği %65,7'inin normal vaginal doğum yaptığı, %73'ünün son doğumundan üç yada daha uzun bir süre geçtiği, % 28,0'ınn düşük yaşadığı, %12.1'inin kürtaj yaptırdığı bulunmuştur (Çizelge 3.3).

**Çizelge 3.3. Çalışmaya katılan kadınların doğurganlık özellikleri (n=207)**

| Özellikler | Sayı | (%) |
|---|---|---|
| **Gebelik Sayısı** | | |
| 1 | 17 | 8,2 |
| 2 | 68 | 32,8 |
| 3 | 121 | 58,5 |
| 5 | 1 | 0,5 |
| **En son yaptığı doğum şekli** | | |
| Normal | 136 | 65,7 |
| Sezeryan | 64 | 30,9 |
| Müdahaleli | 7 | 3,4 |
| **Kaç yıl önce son doğum gerçekleşti** | | |
| 1 | 34 | 16,4 |
| 2 | 22 | 10,6 |
| 3 ve daha fazla | 151 | 73,0 |
| **Düşük yaşama** | | |
| Evet | 58 | 28,0 |
| Hayır | 149 | 72,0 |
| **Kürtaj yaşama** | | |
| Evet | 25 | 12,1 |
| Hayır | 182 | 87,9 |

Kadınların adet dönemi ile ilgili özellikleri incelendiğinde ilk adet yaş ortalaması 13,3±1,2 olduğu, adet olma aralıklarının 24,5±7.0 ve adet süresinin ise ortalama 6,5±1,7 gün olduğu görülmektedir. % 76,22'si düzenli adet görürken, % 68.3'ü adet döneminde dismenore yaşamaktadır (Çizelge 3.4)

**Çizelge 3.4. Çalışmaya katılan kadınların adet özellikleri (n=227)**

| **Özellikler** | **X ±** | **Sd** | |
|---|---|---|---|
| İlk Adet Yaşı | 13,3 ± | 1,2 | |
| Adet olma aralığı(gün) | 24,5 ± | 7,0 | |
| Adet süresi(gün) | 6,5 ± | 1,7 | |
| **Adet Düzeni** | **Sayı** | | **%** |
| Düzenli | 173 | | 76,2 |
| Düzensiz | 54 | | 23,8 |
| **Dismenore** | **Sayı** | | **%** |
| Yaşayan | 155 | | 68,3 |
| Yaşamayan | 72 | | 31,7 |

Kadınların premestrual sendrom için risk faktörleri görülme sıklığı değerlendirildiğinde % 8,8'inin sigara içtiği, %81,9'unun şekerli gıda tükettiği, % 34,8'inin egzersiz yapdığı, %81,5'inin günlük bir fincandan fazla kahve tükettiği, %73,1'inin yemeğin tadına bakmadan tuz kullandığı ve % 51,1'inin anne ya da kız kardeşinde adet ağrısı olduğu bulunmuştur. Ayrıca % 76,2'sinde öfkesini kontrol edememe sorunu olduğu, % 51,7'sinin özellikle adet öncesi dönemde bu sorunu yaşadığı ve % 33,9'unun anemi sorunu yaşadığı belirlenmiştir (Çizelge 3.5).

**Çizelge 3. 5. Çalışmaya katılan kadınların premestrual sendrom için bazı risk faktörlerine göre dağılımı (n=227)**

| Özellikler | Sayı | (%) |
|---|---|---|
| **Sigara içme durumu** | | |
| İçen | 20 | 8,8 |
| İçmeyen | 207 | 91,2 |
| **Şekerli gıda tüketimi** | | |
| Tüketen | 186 | 81,9 |
| tüketmeyen | 41 | 18,1 |
| **Egzersiz yapma durumu** | | |
| Yapan | 79 | 34,8 |
| Yapmayan | 148 | 65,2 |
| **Günlük 1 fincandan fazla kahve tüketme** | | |
| Tüketen | 42 | 18,5 |
| Tüketmeyen | 185 | 81,5 |
| **Yemeğin tadına bakmadan tuz kullanma** | | |
| Kullanan | 61 | 26,9 |
| Kullanmayan | 166 | 73,1 |
| **Annenizde veya kız kardeşinizde adet öncesi şikayetler olur mu?** | | |
| Olan | 116 | 51,1 |
| Olmayan | 111 | 48,9 |
| **Öfkenizi kontrol edememe** | | |
| Kontrol edemeyen | 173 | 76,2 |
| Kontrol eden | 54 | 23,8 |
| **Özellikle hangi dönemlerde öfkenizi kontrol edemezsiniz? (n=173)** | | |
| Adet öncesi | 90 | 51,7 |
| Adetliyken | 44 | 25,3 |
| Adet sonrası | 1 | 0,6 |
| Diğer | 39 | 22,4 |
| **Aneminiz (kansızlığınız) var mı?** | | |
| Var | 77 | 33,9 |
| Yok | 91 | 40,1 |
| Bilmiyorum | 59 | 26,0 |

Çalışmaya katılan kadınların Premenstrüel Sendrom Ölçeği' nden ortalama 110,8±32,3 puan aldıkları görülmüştür. Ölçeğin Depresif Duygulanım alt boyutundan ortalama 17,2 ± 6,4; Anksiyete alt boyutundan 14,8 ± 6,4; Yorgunluk alt boyutundan 17,4 ± 5,7; Sinirlilik alt boyutundan 12,8 ± 5,3, Depresif Düşünceler alt boyutundan 14,7 ± 6,5, Ağrı alt boyutundan 9,2 ± 2,8 İştah Değişimi alt boyutundan 8,2 ± 3,3 ve Uyku Değişimi alt boyutundan ortalama 7,9 ± 3,2 puan aldıkları belirlenmiştir (Çizelge 3.6).

**Çizelge 3.7. Çalışmaya katılan kadınların Premenstrüel Sendrom Ölçeği puanlarının dağılımı**

| | **Ortalama ± Sd** | **En Küçük Değer** | **En Büyük Değer** |
|---|---|---|---|
| Depresif duygulanım | 17,2 ± 6,4 | 7,0 | 35,0 |
| Anksiyete | 14,8 ± 6,4 | 7,0 | 35,0 |
| Yorgunluk | 17,4 ± 5,7 | 6,0 | 30,0 |
| Sinirlilik | 12,8 ± 5,3 | 5,0 | 25,0 |
| Depresif düşünceler | 14,7 ± 6,5 | 7,0 | 35,0 |
| Ağrı | 9,2 ± 2,8 | 3,0 | 15,0 |
| İştah Değişimi | 8,2 ± 3,3 | 3,0 | 15,0 |
| Uyku Değişimi | 7,9 ± 3,2 | 3,0 | 15,0 |
| Şişkinlik | 8,1 ± 3,4 | 3,0 | 15,0 |
| **Toplam** | **110,8 ± 32,3** | **50,0** | **220,0** |

### 3.2. Araştırmaya Katılan Kadınların PMS Düzeyi Puanlarının Bağımsız değişkenlere Göre Dağılımına Yönelik Bulgular

Çizelge 3.7'de kadınların bazı sosyodemografik özelliklerine göre Premenstrual Sendrom Ölçeği alt boyutları ve toplam puanının ortalama değerleri karşılaştırılmıştır. Eğitim düzeyi okuryazar/ilkokul olan kadınların anksiyete puan ortalaması (15,6±6,7 ), eğitim düzeyi ortaokul ve üstü olan kadınlara göre (13,6±5,7 ) anlamlı bir şekilde yüksek bulunmuştur ($p<0.05$). Çalışmayan kadınların depresif düşünceler alt boyutu (15,1±6,6), depresif duygulanım (17,5±6,3), yorgunluk (17,8±5,7), sinirlilik (13,2±5,2) ve toplam puan ortalaması (112,7±32,2) çalışan kadınlara göre yüksek bulunmuştur (12,6±5,8; 99,9±30,6). Diğer alt boyutların puan ortalamaları çalışma durumuna göre değişmemektedir ($p>0,05$). Ekonomik durum algısında ise ekonomik durumunu orta/kötü algılayanların anksiyete (15,4±6,5), yorgunluk (18,0±5,8), sinirlilik (13,4±5,1), depresif düşünceler (15,7±6,8) alt boyutlarında ve toplam puanda (114,5±32,4) ortalama değerlerinin ekonomik durumunu iyi algılayanlara göre (13,4±5,9; 16,0±5,3; 11,5±5,4; 12,5±5,0; 101,2±30,2) daha yüksek olduğu görülmektedir ($p<0,05$). Yaş, sağlık güvencesi, aile tipi ve en uzun yaşanılan yere göre PMS ölçek puan ortalamasının benzer olduğu görülmektedir ($p>0.05$). Eğitim durumunda ise ölçeğin anksiyete alt boyutu hariç diğer alt boyutlar ve toplam puanda benzer ortalamaya sahip oldukları görülmektedir ($p>0.05$).

**Çizelge 3.8. Premenstrual sendrom ölçeği puanlarının kadınların sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı**

| Özellikler | Depresif duygulanım | Anksiyete | Yorgunluk | Sinirlilik | Depresif düşünceler | Ağrı | İştah Değişimi | Uyku Değişimi | Şişkinlik | Toplam |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Yaş** | **x±sd** | **x±sd** | **x±sd** | **x±sd** | **x±sd** | **x±sd** | **x±sd** | **x±sd** | **x±sd** | **x±sd** |
| 25-35 | 17,8±5,9 | 14,7±5,9 | 17,1±5,7 | 13,3±5,0 | 14,5±5,8 | 8,8±2,9 | 8,1±3,4 | 8,0±3,2 | 7,9±3,2 | 110,7±30,5 |
| 36 ve üstü | 16,4±7,0 | 15,0±7,03 | 17,8±5,8 | 12,3±5,5 | 15,1±7,4 | 9,6±2,5 | 8,3±3,1 | 7,8±3,1 | 8,2±3,6 | 110,9±34,6 |
| | p=0,120 | p=0,759 | p=0,362 | p=0,154 | p=0,513 | p=0,051 | p=0,699 | p=0,663 | p=0,520 | p=0,964 |
| **Eğitim Durumu** | | | | | | | | | | |
| Okuryazar/ilkokul | 17,4±6,6 | 15,6±6,7 | 17,5±5,9 | 12,7±5,4 | 15,2±6,9 | 9,3±2,8 | 8,1±3,4 | 8,2±3,3 | 8,2±3,5 | 112,5±34,4 |
| Ortaokul ve üstü | 16,9±6,2 | 13,6±5,7 | 17,3±5,4 | 13,0±5,05 | 14,1±5,8 | 9,0±2,7 | 8,3±3,1 | 7,6±2,9 | 7,9±3,2 | 108,1±28,7 |
| | p=0,575 | **p=0,017** | p=0,772 | p=0,755 | p=0,237 | p=0,504 | p=0,618 | p=0,198 | p=0,629 | p=0,311 |
| **Çalışma Durumu** | | | | | | | | | | |
| Çalışan | 15,3±7,0 | 13,6±6,5 | 15,6±5,7 | 10,8±5,4 | 12,6±5,8 | 8,5±2,3 | 8,0±3,2 | 7,2±3,1 | 7,9±3,5 | 99,9±30,6 |
| Çalışmayan | 17,5±6,3 | 15,1±6,3 | 17,8±5,7 | 13,2±5,2 | 15,1±6,6 | 9,3±2,8 | 8,2±3,3 | 8,1±3,2 | 8,1±3,4 | 112,7±32,2 |
| | **p=0,057** | p=0,204 | **p=0,046** | **p=0,014** | **p=0,034** | p=0,142 | p=0,734 | p=0,142 | p=0,789 | **p=0,030** |
| **Ekonomik Durum Algısı** | | | | | | | | | | |
| İyi | 16,1±6,7 | 13,4±5,9 | 16,0±5,3 | 11,5±5,4 | 12,5±5,0 | 8,9±2,6 | 7,7±3,3 | 7,6±3,3 | 7,6±3,5 | 101±30,2 |
| Orta/Kötü | 17,6±6,3 | 15,4±6,5 | 18,0±5,8 | 13,4±5,1 | 15,7±6,8 | 9,3±2,8 | 8,4±3,3 | 8,1±3,1 | 8,3±3,3 | 114,5±32,4 |
| | p=0,112 | **p=0,037** | **p=0,014** | **p=0,014** | **p=0,001** | p=0,436 | p=0,168 | p=0,265 | p=0,153 | **p=0,006** |
| **Sağlık güvencesi** | | | | | | | | | | |
| Var | 17,1±6,4 | 14,6±6,3 | 17,3±5,6 | 12,8±5,2 | 14,5±6,4 | 9,1±2,7 | 8,2±3,3 | 8,0±3,1 | 8,1±3,4 | 110,1±31,7 |
| Yok | 18,2±6,5 | 16,3±6,6 | 18,2±6,5 | 13,5±5,7 | 17,0±6,9 | 9,3±2,8 | 8,2±3,3 | 7,6±3,6 | 7,7±3,1 | 116,3±36,6 |
| | p=0,430 | p=0,221 | p=0,507 | p=0,527 | p=0,069 | p=0,779 | p=0,992 | p=0,561 | p=0,584 | p=0,367 |
| **Aile Tipi** | | | | | | | | | | |
| Çekirdek | 17,2±6,5 | 14,7±6,5 | 17,3±5,7 | 12,7±5,2 | 14,8±6,5 | 9,0±2,8 | 8,0±3,3 | 8,0±3,2 | 8,1±3,4 | 110,2±32,8 |
| Geniş | 17,2±5,9 | 15,4±5,8 | 18,2±6,0 | 13,4±5,4 | 14,3±6,5 | 9,8±2,7 | 9,0±2,9 | 7,8±3,3 | 7,9±3,1 | 113,4±29,8 |
| | p=0,998 | p=0,513 | p=0,371 | p=0,498 | p=0,673 | p=0,093 | p=0,114 | p=0,752 | p=0,780 | p=0,575 |
| **En uzun yaşanılan yer** | | | | | | | | | | |
| İl | 17,3±6,6 | 15,1±6,3 | 17,2±5,8 | 12,7±5,2 | 14,7±6,4 | 9,0±2,6 | 8,0±3,2 | 7,8±3,2 | 8,0±3,5 | 110,2±32,5 |
| İlçe | 17,0±5,9 | 14,2±6,6 | 18,0±5,6 | 13,2±5,39 | 14,7±6,7 | 9,5±3,0 | 8,6±3,4 | 8,3±3,2 | 8,3±3,1 | 112,1±31,9 |
| | p=0,772 | p=0,335 | p=0,343 | p=0,536 | p=0,994 | p=0,211 | p=0,300 | p=0,378 | p=0,523 | p=0,694 |

Kadınların medeni durum, eş eğitimi, eşin çalışma durumu, evlenme şekli ve evlilik süresine göre ölçeğin alt boyutları ve toplam puan ortalamaları yönünden benzer olduğu görülmektedir ($p > 0.05$) (Çizelge 3.8).

**Çizelge 3. 9. Premenstrual Sendrom Ölçeğinin evlilik ile ilgili bazı özelliklere göre puan dağılımı**

| Özellikler | Depresif duygulanım | Anksiyete | Yorgunluk | Sinirlilik | Depresif düşünceler | Ağrı | İştah Değişimi | Uyku Değişimi | Şişkinlik | Toplam |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Medeni Durum** | **x±sd** | **x±sd** | **x±sd** | **x±sd** | **x±sd** | **x±sd** | **x±sd** | **x±sd** | **x±sd** | **x±sd** |
| Evli | 17,1±6,5 | 14,9±6,5 | 17,5±5,8 | 12,9±5,2 | 14,9±6,7 | 9,2±2,7 | 8,3±3,3 | 8,0±3,1 | 8,2±3,3 | 111,5±32,9 |
| Bekar-Dul | 18,7±6,8 | 14,9±6,0 | 16,8±5,7 | 12,6±5,4 | 14,0±5,7 | 9,2±2,9 | 7,4±2,9 | 8,1±3,9 | 6,6±3,8 | 108,6±29,8 |
| | p=0,341 | p=0,977 | p=0,623 | p=0,837 | p=0,599 | p=0,975 | p=0,257 | p=0,969 | p=0,058 | p=0,721 |
| **Eş Eğitim Durumu** | | | | | | | | | | |
| Okuryazar/ilkokul | 17,4±6,4 | 15,4±6,6 | 17,7±5,9 | 12,8±5,2 | 15,1±6,7 | 9,3±2,9 | 7,9±3,5 | 8,0±3,2 | 8,3±3,3 | 112,2±32,6 |
| Ortaokul ve üstü | 16,2±6,5 | 14,4±6,5 | 16,9±5,7 | 12,4±5,5 | 14,4±6,8 | 9,0±2,8 | 8,4±3,0 | 8,0±3,1 | 8,2±3,5 | 108,4±35,8 |
| | p=0,335 | p=0,452 | p=0,473 | p=0,756 | p=0,636 | p=0,610 | p=0,457 | p=0,960 | p=0,939 | p=0,553 |
| **Eş Çalışma Durumu** | | | | | | | | | | |
| Çalışıyor | 16,9±6,3 | 14,6±6,3 | 17,3±5,6 | 12,9±5,2 | 14,7±6,5 | 9,1±2,7 | 8,3±3,3 | 7,9±3,1 | 8,2±3,3 | 110,3±31,7 |
| Çalişmıyor | 19,7±8,5 | 18,2±8,6 | 20,8±7,0 | 13,0±6,5 | 16,6±8,1 | 10,0±3,3 | 8,7±3,7 | 8,4±4,4 | 9,1±4,5 | 124,9±45,6 |
| | p=0,171 | p=0,071 | p=0,055 | p=0,912 | p=0,370 | p=0,344 | p=0,684 | p=0,609 | p=0,350 | p=0,150 |
| **Evlenme Özelliği** | | | | | | | | | | |
| İsteyerek | 15,8±6,2 | 13,7±5,8 | 16,6±5,6 | 12,4±5,3 | 13,5±6,2 | 8,8±2,4 | 8,6±3,1 | 7,6±3,1 | 8,5±3,5 | 105,8±29,4 |
| Görücü usulü | 17,5±6,4 | 15,2±6,5 | 17,9±5,6 | 12,8±5,1 | 15,3±6,6 | 9,2±2,8 | 8,1±3,3 | 8,1±3,0 | 7,9±3,2 | 112,5±33,1 |
| | p=0,071 | p=0,106 | p=0,145 | p=0,550 | p=0,066 | p=0,326 | p=0,399 | p=0,337 | p=,0278 | p=0,166 |
| **Evlilik süresi** | | | | | | | | | | |
| 0-10 yıl | 17,2±6,4 | 13,8±5,8 | 16,9±5,7 | 12,7±5,3 | 15,1±6,6 | 8,5±2,5 | 9,0±3,6 | 6,8±2,8 | 7,5±2,6 | 107,8±31,2 |
| 11 yaş ve üzeri | 18,0±6,2 | 15,1±6,5 | 17,2±6,4 | 13,4±4,9 | 15,0±6,0 | 9,3±2,9 | 8,1±3,5 | 8,4±3,4 | 8,1±3,3 | 113,0±33,1 |
| | p=0,663 | p=0,435 | p=0,810 | p=0,569 | p=0,939 | p=0,257 | p=0,339 | p=,065 | p=,0426 | p=0,539 |

Çizelge 3.9'da kadınların doğurganlık özelliklerine göre Premenstrual Sendrom Ölçeği alt boyutları ve toplam puanının ortalama değerleri incelenmiştir. Analiz sonuçlarına göre, düşük öyküsü olanların depresif duygulanım (18,8±6,8), depresif düşünce (16,4±7,1) ve toplam puana (118,4±32,2) ait puan ortalamalarının düşük öyküsü olmayanlara göre anlamlı bir şekilde yüksek olduğu (16,4±6,2; 14,2±6,3; 108.0±32,5) görülmektedir ($p<0.05$). Ölçeğin diğer alt boyutları için ise düşük öyküsü olan ve olmayan grup arasında bir farkın olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$). Gebelik sayısı, en son yaptığı doğum şekli, en son doğumu gerçekleştirmesi üzerinden geçen süre ve kürtaj öyküsüne göre oluşturulan grupların alt boyutlar ve toplam puanın ortalamaları açısından benzer olduğu görülmektedir ($p>0.05$).

**Çizelge 3.10. Premenstrual Sendrom Ölçeğinin doğurganlık ile ilgili bazı özelliklere göre puan dağılımı**

| Özellikler | Depresif duygulanım | Anksiyete | Yorgunluk | Sinirlilik | Depresif düşünceler | Ağrı | İştah Değişimi | Uyku Değişimi | Şişkinlik | Toplam |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Gebelik Sayısı** | **x±sd** | **x±sd** | **x±sd** | **x±sd** | **x±sd** | **x±sd** | **x±sd** | **x±sd** | **x±sd** | **x±sd** |
| 1-2 | 16,9±6,2 | 14,6±5,9 | 17,3±5,5 | 12,6±4,6 | 14,2±5,6 | 9,2±2,6 | 8,4±3,5 | 7,8±3,0 | 8,3±3,4 | 109,6±29,4 |
| 3 ve üzeri | 17,1±6,6 | 14,9±6,8 | 17,6±5,9 | 13,0±5,7 | 15,2±7,2 | 9,2±2,8 | 8,2±3,2 | 8,1±3,3 | 8,1±3,3 | 111,8±34,8 |
| | p=0,852 | p=0,787 | p=0,706 | p=0,612 | p=0,260 | p=0,941 | p=0,696 | p=0,514 | p=0,738 | p=0,642 |
| **En son yaptığı doğum şekli** | | | | | | | | | | |
| Normal | 16,6±6,5 | 14,3±6,2 | 17,1±5,8 | 12,5±5,3 | 14,4±6,3 | 9,3±2,7 | 8,2±3,3 | 7,8±3,1 | 8,4±3,4 | 109,0±32,5 |
| Sezeryan | 17,8±6,2 | 15,8±6,8 | 18,3±5,7 | 13,5±5,2 | 15,5±7,2 | 8,9±2,8 | 8,4±3,3 | 8,2±3,3 | 7,9±3,3 | 114,6±32,9 |
| | p=0,245 | p=0,102 | p=0,159 | p=0,193 | p=0,233 | p=0,243 | p=0,673 | p=0,435 | p=0,291 | p=0,243 |
| **Kaç yıl önce doğum gerçekleşti** | | | | | | | | | | |
| 1-2 | 18,4±6,0 | 14,4±5,6 | 17,8±6,1 | 13,5±4,9 | 15,2±6,3 | 8,8±2,5 | 8,3±3,6 | 7,6±3,1 | 7,7±2,5 | 112,1±30,4 |
| 3 ve daha fazla | 16,5±6,5 | 14,9±6,7 | 17,4±5,7 | 12,6±5,4 | 14,6±6,7 | 9,3±2,9 | 8,2±3,2 | 8,1±3,2 | 8,4±3,6 | 110,5±33,5 |
| | p=0,067 | p=0,629 | p=0,630 | p=0,264 | p=0,594 | p=0,239 | p=0,838 | p=0,299 | p=0,169 | p=0,751 |
| **Düşük yaşama** | | | | | | | | | | |
| Evet | 18,8±6,8 | 16,0±7,0 | 18,5±5,7 | 13,6±5,4 | 16,4±7,1 | 9,3±2,4 | 8,9±3,0 | 8,1±2,8 | 8,4±3,2 | 118,4±32,2 |
| Hayır | 16,4±6,2 | 14,3±6,2 | 17,1±5,8 | 12,6±5,2 | 14,2±6,3 | 9,1±2,9 | 8,0±3,4 | 7,9±3,3 | 8,1±3,4 | 108,0±32,5 |
| | **p=0,016** | p=0,085 | p=0,105 | p=0,189 | **p=0,032** | p=0,684 | p=0,109 | p=0,566 | p=0,626 | **p=0,039** |
| **Kürtaj yaşama** | | | | | | | | | | |
| Evet | 17,8±6,3 | 14,6±6,3 | 18,2±5,7 | 12,8± | 15,9±7,2 | 8,6±3,2 | 7,7±3,7 | 7,7±3,0 | 8,2±2,6 | 111,9±33,2 |
| Hayır | 16,9±6,5 | 14,8±6,5 | 17,4±5,8 | 12,9± | 14,6±6,5 | 9,3±2,7 | 8,3±3,3 | 8,0±3,2 | 8,2±3,4 | 110,8±32,7 |
| | p=0,531 | p=0,844 | p=0,496 | p=0,978 | p=0,365 | p=0,242 | p=0,380 | p=0,707 | p=0,958 | p=0,870 |

Çizelge 3.10'da; dismenore yaşayanların depresif duygulanım (18,2±6,4), anksiyete (15,7±6,4), yorgunluk (18,6±35,5), sinirlilik (13,1±5,1), depresif düşünce (15,7±6,4), ağrı (9,6±2,7), uykuda değişim (8,4±3,1), şişkinlik (8,4±3,4) alt boyutlarında ve ölçeğin toplam puanında (116,9±31,0) adet döneminde dismenore yaşamayanlara göre daha yüksek puan ortalamasına (15,0±6,0; 12,9±5,9; 14,8±5,3; 11,2±5,3; 12,8±6,3; 8,3±2,8; 7,0±3,1; 7,2±3,3; 97,5±31,2) sahip oldukları belirlenmiştir ($p<0.05$). Adet döneminin düzensiz olduğunu söyleyen kadınların ise ölçeğin alt boyutlarından depresif duygulanım (19,0±7,2), anksiyete (16,5±6,9), yorgunluk (19,0±5,6), sinirlilik (14,6±4,9), depresif düşünce (17,1±7,4), ağrı (9,9±2,5) ve ölçeğin toplam puanının ortalaması (121±35,8), adet dönemi düzenli olan kadınlara göre (16,6±6,1; 14,3±6,1; 17,0±5,7; 12,3±5,3; 14,0±6,1; 8,9±2,8; 107,5±30,4) düşük bulunmuştur ($p<0.05$). Ölçeğin iştah, uyku değişimi ve şişkinlik alt boyutlarında ise adet dönemi düzenli ve düzensiz olan kadınlar arasında bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Ölçeğin iştah değişimi alt boyutunda ise adet döneminde dismenore yaşayan ve yaşamayanların puan ortalamasının benzer olduğu görülmektedir ($p>0.05$).

**Çizelge 3.11. Premenstrual Sendrom Ölçeğinin adet dönemi ile ilgili bazı özelliklere göre puan dağılımı**

| Özellikler | Depresif duygulanım | Anksiyete | Yorgunluk | Sinirlilik | Depresif düşünceler | Ağrı | İştah Değişimi | Uyku Değişimi | Şişkinlik | Toplam |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Adet Düzeni** | **x±sd** | **x±sd** | **x±sd** | **x±sd** | **x±sd** | **x±sd** | **x±sd** | **x±sd** | **x±sd** | **x±sd** |
| Düzenli | 16,6±6,1 | 14,3±6,1 | 17,0±5,7 | 12,3±5,3 | 14,0±6,1 | 8,9±2,8 | 8,1±3,1 | 7,8±3,1 | 8,0±3,4 | 107,5±30,4 |
| Düzensiz | 19,0±7,2 | 16,5±6,9 | 19,0±5,6 | 14,6±4,9 | 17,1±7,4 | 9,9±2,5 | 8,3±3,8 | 8,3±3,4 | 8,1±3,4 | 121,2±35,8 |
| | **p=0,019** | **p=0,026** | **p=0,026** | **p=0,006** | **p=0,002** | **p=0,020** | p=0,765 | p=0,330 | p=0,863 | **p=0,006** |
| **Adet döneminde ağrı yaşama** | | | | | | | | | | |
| Yaşayan | 18,2±6,4 | 15,7±6,4 | 18,6±5,5 | 13,6±5,1 | 15,7±6,4 | 9,6±2,7 | 8,3±3,3 | 8,4±3,1 | 8,4±3,4 | 116,9±31,0 |
| Yaşamayan | 15,0±6,0 | 12,9±5,9 | 14,8±5,3 | 11,2±5,3 | 12,8±6,3 | 8,3±2,8 | 8,0±3,2 | 7,0±3,1 | 7,2±3,3 | 97,5±31,2 |
| | **p=0,000** | **p=0,002** | **p=0,000** | **p=0,001** | **p=0,002** | **p=0,001** | p=0,555 | **p=0,003** | **p=0,013** | **p=0,000** |

Çizelge 3.11'de şekerli gıda tüketenlerin depresif duygulanım (17,6±6,5), yorgunluk (17,8±5,7), depresif düşünceler (15,1±6,6), iştah değişimi (8,5±3,3), şişkinlik (8,3±3,5), ve ölçeğin toplam puanında (113,4±31,9), şekerli gıda tüketmeyenlere göre daha yüksek bir puan ortalamasına sahip oldukları görülmektedir ($p<0.05$). Çizelge 3.12'de Anne ya da kız kardeşinde adet döneminde dismenore olanların depresif duygulanım (18,0±6,3), yorgunluk (18,5±5,3), sinirlilik (13,6±5,1), depresif düşünceler (15,8±6,4), ağrı (9,6±2,5), uyku değişimi (8,4±3,0), şişkinlik (8,6±3,2) alt boyutları ve ölçeğin toplam puan ortalamasının (116,6±29,4) anne ya da kız kardeşi adet döneminde dismenore yaşamayanlara göre yüksek bulunmuştur ($p<0.05$). Öfke sorunu yaşama ise ölçeğin ağrı alt boyutu hariç tüm alt boyutlarda ortalamayı etkileyen bir değişken olarak belirlenmiştir. Öfke sorunu yaşayanların depresif duygulanım (18,1±6,4), anksiyete (15,7±6,4), yorgunluk (18,0±5,5), sinirlilik (13,9±5,1), depresif düşünceler (15,4±6,7), iştah değişimi (8,5±2,2), uyku değişimi (8,4±3,0), şişkinlik (8,6±9,2) ve toplam puanı (116,3±31,4) öfke sorunu yaşamayanlara göre yüksek belirlenmiştir ($p<0.05$). Öfkenin kontrol edilemediği dönemin; ölçeğin ağrı, yorgunluk ve uyku değişim alt boyutuna ait puan ortalamasını etkilediği, adet öncesi dönemde öfkeyi kontrol edemeyenlerin ağrı (9,8±2,6) ve uyku değişim (9,0±2,9) puan ortalaması adet dönemi ya da sonrasında öfke yaşayanlara göre yüksek (8,9±2,7; 7,8±3,0) belirlenmiştir. Sigara kullanma, egzersiz yapmama, kahve tüketme, tuz kullanma ve anemi yaşama gibi risk faktörlerine sahip olan ve olmayanların Premenstrual Sendrom Ölçeğinin alt boyutları ve toplam puanında sahip oldukları puan ortalamasının benzer olduğu görülmektedir ($p>0,05$).

**Çizelge 3.12. Premenstrual Sendrom Ölçeğinin adet dönemi ile ilgili bazı risk faktörlerine göre puan dağılımı**

| Özellikler | Depresif duygulanım | Anksiyete | Yorgunluk | Sinirlilik | Depresif düşünceler | Ağrı | İştah Değişimi | Uyku Değişimi | Şişkinlik | Toplam |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Sigara içme durumu** | X±sd | X±sd | X±sd | x±sd | x±sd | x±sd | x±sd | x±sd | x±sd | x±sd |
| İçen | 19,6±8,1 | 16,1±8,0 | 18,5±6,2 | 14,6±6,3 | 18,4±8,4 | 9,3±2,9 | 8,3±3,2 | 8,7±3,8 | 8,7±3,3 | 122,3±41,2 |
| İçmeyen | 17,0±6,2 | 14,7±6,2 | 17,3±5,7 | 12,7±5,1 | 14,4±6,2 | 9,1±2,7 | 8,2±3,3 | 7,9±3,1 | 8,0±3,4 | 109,7±31,2 |
| | p=0,087 | p=0,372 | p=0,407 | p=0,119 | p=2,010 | p=0,817 | p=0,926 | p=0,308 | p=0,425 | p=0,096 |
| **Şekerli gıda tüketimi** | | | | | | | | | | |
| Tüketen | 17,6±6,5 | 15,1±6,4 | 17,8±5,7 | 13,1±5,3 | 15,1±6,6 | 9,3±2,7 | 8,5±3,3 | 8,1±3,1 | 8,3±3,5 | 113,4±31,9 |
| Tüketmeyen | 15,1±5,9 | 13,5±6,1 | 15,5±5,7 | 11,7±4,8 | 12,9±6,0 | 8,6±2,7 | 6,7±3,0 | 7,1±3,4 | 7,1±2,5 | 98,6±31,4 |
| | **p=0,026** | p=0,157 | **p=0,020** | p=0,124 | **p=0,047** | p=0,145 | **p=0,001** | p=0,063 | **p=0,040** | **p=0,008** |
| **Egzersiz yapma durumu** | | | | | | | | | | |
| Yapan | 17,0±6,9 | 14,6±6,1 | 16,7±5,6 | 12,6±5,6 | 14,5±6,7 | 8,9±2,6 | 8,1±3,4 | 8,1±3,5 | 7,5±3,3 | 108,5±32,7 |
| Yapmayan | 17,3±6,2 | 15,0±6,5 | 17,8±5,8 | 13,0±5,1 | 14,9±6,4 | 9,3±2,8 | 8,2±3,2 | 7,9±3,0 | 8,4±3,4 | 112,0±32,1 |
| | p=0,708 | p=0,667 | p=0,197 | p=0,657 | p=0,698 | p=0,353 | p=0,886 | p=0,656 | p=0,080 | p=0,436 |
| **Günlük 1 fincandan fazla kahve tüketme** | | | | | | | | | | |
| Tüketen | 18,0±6,1 | 15,1±5,9 | 17,4±5,4 | 14,0±5,4 | 15,1±5,9 | 9,4±2,7 | 8,1±2,6 | 8,2±3,4 | 8,8±4,1 | 114,4±29,0 |
| Tüketmeyen | 17,0±6,5 | 14,8±6,5 | 17,4±5,8 | 12,6±5,2 | 14,7±6,7 | 9,1±2,8 | 8,2±3,4 | 7,9±3,1 | 7,9±3,2 | 109,9±33,0 |
| | p=0,341 | p=0,784 | p=1,000 | p=0,109 | p=0,718 | p=0,621 | p=0,805 | p=0,591 | p=0,132 | p=0,417 |
| **Yemeğin tadına bakmadan tuz kullanma** | | | | | | | | | | |
| Kullanan | 17,3±6,8 | 14,6±6,3 | 17,5±5,3 | 13,6±5,5 | 13,8±6,8 | 9,3±2,8 | 8,5±3,3 | 7,6±3,1 | 8,3±3,5 | 110,9±31,1 |
| Kullanmayan | 17,1±6,3 | 14,9±6,4 | 17,4±5,9 | 12,6±5,1 | 15,1±6,4 | 9,1±2,8 | 8,1±3,3 | 8,1±3,2 | 8,0±3,3 | 110,7±32,8 |
| | p=0,840 | p=0,777 | p=0,857 | p=0,215 | p=0,185 | p=0,666 | p=0,452 | p=0,362 | p=0,541 | p=0,968 |

**Çizelge 3.13. Devam Premenstrual Sendrom Ölçeğinin adet dönemi ile ilgili bazı risk faktörlerine göre puan dağılımı**

| Özellikler | Depresif duygulanım | Anksiyete | Yorgunluk | Sinirlilik | Depresif düşünceler | Ağrı | İştah Değişimi | Uyku Değişimi | Şişkinlik | Toplam |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | x±sd | x±sd | x±sd | x±sd | x±sd | x±sd | x±sd | x±sd | x±sd | x±sd |
| **Anne ya da kız kardeşinizde adet öncesi ağrı var mı?** | | | | | | | | | | |
| Olan | 18,0±6,3 | 15,2±6,2 | 18,5±5,3 | 13,6±5,1 | 15,8±6,4 | 9,6±2,5 | 8,3±3,3 | 8,4±3,0 | 8,6±3,2 | 116,6±29,4 |
| Olmayan | 16,3±6,5 | 14,4±6,6 | 16,3±6,0 | 12,0±5,3 | 13,6±6,4 | 8,7±2,9 | 8,0±3,3 | 7,5±3,3 | 7,5±3,5 | 104,7±34,1 |
| | **p=0,042** | p=0,367 | **p=0,003** | **p=0,019** | **p=0,010** | **p=0,016** | p=0,501 | **p=0,025** | **p=0,012** | **p=0,005** |
| **Öfke kontrol etme durumu** | | | | | | | | | | |
| Konrol edemeyen | 18,1±6,4 | 15,7±6,4 | 18,0±5,5 | 13,9±5,1 | 15,4±6,7 | 9,3±2,7 | 8,5±3,2 | 8,4±3,0 | 8,6±3,2 | 116,3±31,4 |
| Kontrol eden | 14,1±5,4 | 12,0±5,5 | 15,6±6,2 | 9,5±4,1 | 12,7±5,3 | 8,6±2,9 | 7,2±3,2 | 6,5±3,3 | 6,4±3,3 | 93,0±28,8 |
| | **p=0,000** | **p=0,000** | **p=0,007** | **p=0,000** | **p=0,009** | p=0,080 | **p=0,017** | **p=0,000** | **p=0,000** | **p=0,000** |
| **Öfkeyi kontrol edememe dönemi** | | | | | | | | | | |
| Adet öncesi | 18,9±6,4 | 15,8±6,2 | 19,1±5,3 | 14,4±4,8 | 15,6±6,4 | 9,8±2,6 | 8,7±3,4 | 9,0±2,9 | 9,0±3,4 | 120,6±29,5 |
| Adetli/sonrası | 17,3±6,5 | 15,6±6,6 | 17,0±5,5 | 13,4±5,4 | 15,3±7,1 | 8,9±2,7 | 8,3±3,1 | 7,8±3,0 | 8,3±3,1 | 112,2±32,8 |
| | p=0,097 | p=0,835 | **p=0,012** | p=0,186 | p=0,774 | **p=0,032** | p=0,445 | **p=0,013** | p=0,155 | p=0,077 |
| **Anemi durumu** | | | | | | | | | | |
| Evet | 18,0±6,9 | 15,8±7,3 | 18,2±6,0 | 12,9±5,6 | 15,1±6,9 | 8,9±2,9 | 8,6±3,3 | 7,8±3,5 | 8,1±3,5 | 113,8±36,2 |
| Hayir | 16,0±6,1 | 14,0±5,6 | 16,4±5,5 | 12,2±5,2 | 14,0±6,3 | 9,0±2,7 | 8,1±3,3 | 7,8±3,0 | 7,7±3,4 | 105,5±30,7 |
| Bilmiyor | 17,9±6,2 | 14,8±6,2 | 18,1±5,5 | 13,7±4,9 | 15,4±6,3 | 9,7±2,7 | 7,8±3,3 | 8,4±2,9 | 8,6±3,2 | 114,9±28,4 |
| | p=0,080 | p=0,196 | p=0,081 | p=0,258 | p=0,334 | p=0,272 | p=0,371 | p=0,470 | p=0,230 | p=0,131 |

# 4. TARTIŞMA

PMS, doğurganlık çağındaki kadınlarda sık görülen yalnızca kadını değil, aileyi ve kadının içinde bulunduğu toplumu da etkileyen, kadının ruh sağlığını bozan, iş gücü kaybına neden olan ve yaşam kalitesini düşüren önemli bir halk sağlığı sorunudur (Kırcan ve ark 2012, Direkvand-Moghadam ve ark 2014).

PMS belirtileri menarştan sonra herhangi bir yaşta başlayabilir. Başlangıç yaşı ortalama 26 olarak bildirilmişse de, aslında PMS gençlik döneminde başlayan bir bozukluktur, ancak gençlerde belirtiler tedavi gerektirecek kadar şiddetli değildir. PMS belirtileri 25-35 yaş arası kadınlarda diğer yaşlara göre daha şiddetlidir ve yaşla birlikte artarken menopoza yakın dönemlerde azalmaktadır (Akyılmaz ve ark 2003, Mishell, 2005). Bu nedenle çalışmamız "25 Yaş Üstü Kadınlarda Premenstrual Sendrom Görülme Sıklığı Ve İlişkili Faktörler"in belirlenmesi amacıyla yapılan çalışmamızda tartışma iki başlık altında sunulmuştur.

4.1. Sosyodemografik, Evlilik ve Doğurganlık, Adet ve Bazı Risk Faktörlerine Ait Tanımlayıcı Bulguların Tartışılması

4.2. PMS Düzeyi Puanlarının Bağımsız Değişkenlere Göre Dağılımına Yönelik Bulguların Tartışılması

## 4.1. Sosyodemografik, Evlilik ve Doğurganlık, Adet ve Bazı Risk Faktörlerine Ait Tanımlayıcı Bulguların Tartışılması

Çalışmaya katılan kadınların sosyo-demografik özellikleri incelendiğinde; Çizelge 3.1'de kadınların çoğunun 25-35 yaş aralığında olduğu (%55,9) ; ilkokul ve altında eğitim aldığı (%60,8), gelirlerini orta/kötü düzeyde algıladığı (%70.9), çekirdek aile tipine sahip oldukları (%79'3) , sosyal güvencesinin olduğu (%89,0), il merkezinde yaşadıkları (%72,2) ve yalnızca % 15,4'ünün çalıştığı saptanmıştır. Kadınların evlilik özelliklerine bakıldığında; çoğunun evli (%88.5) , eş eğitim durumunun okur yazar ve ilkokul olduğu (%49,8), eşinin çalıştığı (%87,2), görücü usulü ile evlendiği (%60,8) ve evlilik süresi 11 yıl ve üzeri olanların sayısı da (%61,6) olduğu saptanmıştır (Çizelge 3.2). Kadınların doğurganlık özellikleri incelendiğinde; çoğunun üç gebelik geçirdiği (%58,5), normal vaginal doğum yaptığı (%65,7), son doğumundan üç yada daha uzun bir süre geçtiği (%72,5) ve sadece % 28,0'ının düşük yaşadığı, %12.1'inin kürtaj yaptırdığı bulunmuştur (Çizelge 3.3). TNSA 2013

verilerinde kadınların %31'inin 25-35 yaş aralığında olduğu, %57'sinin ilkokul/ortaokul mezunu olduğu ve %31'nin halen çalışmakta olduğu, %68'inin evli olduğu, sezaryen doğum oranının % 48 olduğu tespit edilmiştir (TNSA 2013). Çalışma grubunun bu özellikleri Türkiye kapsamında yapılan TNSA 2013 bulguları ile benzerlik göstermektedir.

Kadınların adet dönemi ile ilgili özellikleri incelendiğinde ilk adet yaş ortalaması 13,3±1,2 olduğu, adet olma aralıklarının 24,5±7.0 ve adet süresinin ise ortalama 6,5±1,7 gün olduğu görülmektedir. % 76,22'si düzenli adet görürken, % 68.3'ü adet döneminde ağrı yaşamaktadır (Çizelge 3.4). Poyrazoğlu'nun (2010) yaptığı çalışmada ilk adet yaş ortalaması 13.3±1.4 olarak bulunmuştur. Ortalama siklus uzunluğu 27.1±4.1 gün ve kanama süresi ortalaması 5.7±1.7 gündür. Kadınların %74.5'i adet sırasında ağrısı olduğunu belirtmiştir (Poyrazoğlu 2010). Adet özellikleri literatürle benzerlik göstermektedir.

Sigara kullanma durumu ile fiziksel aktivite düzeyi PMS varlığını etkileyebileceği düşünülen yaşam tarzı alışkanlıkları olduğu düşünülmektedir (Erbil ve ark 2010, Bertone-Johnson ve ark 2008). Kadınların premestrual sendrom için risk faktörleri görülme sıklığı değerlendirildiğinde % 8,8'inin sigara içtiği, % 65.2'sinin egzersiz yapmadığı bulunmuştur. Arıöz'ün (2009) yaptığı çalışmada; öğrencilerin %7'sinin sigara kullandığı, %37'sinin egzersiz yapmadığı, Poyrazoğlu'nun(2010) yaptığı çalışmada; kadınların % 78,9'unun sigara içmediği, % 68'inin egzersiz yapmadığını bildirmiştir. Erbil ve ark (2010), Işkın (2014) tarafından yapılan çalışmalarda da sigara kullanımının PMS'li olanlarda daha yüksek oranda gözlendiği ve sigara miktarı arttıkça PMS şiddetinde de artış gözlendiği saptanmıştır..

Çalışmamızda kadınların %81,5'inin günlük bir fincandan fazla kahve tükettiği, %81,9'unun şekerli gıda tükettiği %73,1'inin yemeğin tadına bakmadan tuz kullandığı bulunmuştur. Arıöz'ün (2009) yaptığı çalışmada; %30'unun yemeğin tadına bakmadan tuz kullandığı, Poyrazoğlu'nun (2010) yaptığı çalışmada; kadınların %17,8'inin günlük bir fincandan fazla kahve tükettiğini belirtmişlerdir. Işkın'ın (2014) çalışmasında, PMS'li bireylerin %78'inde tatlı, %3.3'ünde tuzlu yiyecekleri tüketme eğilimi gösterdiğini belirtmiştir.

Kadınların % 76,2'sinde öfkesini kontrol edememe sorunu olduğu, % 51,7'sinin özellikle adet öncesi dönemde bu sorunu yaşadığı ve % 33,9'unun anemi sorunu yaşadığı, % 51,1'inin anne ya da kız kardeşinde adet ağrısı olduğu

bulunmuştur. (Çizelge 3.5). Adıgüzel ve ark (2007) çalışmasında en sık görülen belirtiler sinirli veya huzursuz hissetme (%72); sıkıntılı hissetme (%67.3) olduğunu belirtmiştir. Arıöz'ün (2009) yaptığı çalışmada;, %67'sinin anne veya kız kardeşinde PMS şikâyetlerinin olduğu, %83'ünün dismenore yaşadığını belirtmiştir. Kısa ve ark (2012) çalışmasında öğrencilerin %31.6'sının anemisi olduğunu belirtmiştir. Poyrazoğlu'nun (2010) yaptığı çalışmada; %41,2 anne ve kız kardeşte premenstrual şikayetlerin olduğunu belirtmiştir. Kadınların yaşam kalitesini etkileyen günlük yaşam tarzlarındaki alışkanlıkların PMS'yi artıran davranışlar olarak düşünülebilir. Literatür ile çalışma sonuçlarımız benzerlik göstermektedir.

Çalışmaya katılan kadınların Premenstrüel Sendrom Ölçeği'nden ortalama 110,8±32,3 puan aldıkları görülmüştür. Ölçeğin depresif duygulanım alt boyutundan ortalama 17,2 ±6,4; anksiyete alt boyutundan 14,8±6,4; yorgunluk alt boyutundan 17,4± 5,7; sinirlilik alt boyutundan 12,8±5,3, depresif düşünceler alt boyutundan 14,7±6,5, ağrı alt boyutundan 9,2±2,8 iştah değişimi alt boyutundan 8,2± 3,3 ve uyku değişimi alt boyutundan ortalama 7,9±3,2 puan aldıkları ve şişkinlik için 8,1±3.4 belirlenmiştir (Çizelge 3.6). Selçuk'un (2014) çalışmasında; Öğrencilerin PMS ölçeğinden aldıkları toplam puan ortalaması 110.49±32.62'dir. PMS ölçeğinin alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları ise; depresif duygulanım için 17.82±6.40, anksiyete için 13.32±5.34, yorgunluk için 16.39±5.90, sinirlilik için 14.25±5.16, depresif düşünceler için 14.80±5.64, ağrı için 8.22±2.92, iştah değişimleri için 8.89±3.29, uyku değişimleri için 7.65±3.20 ve şişkinlik için 9.11±3.71 olarak bulmuştur. Bakır (2012) çalışmasında PMSÖ aldıkları toplam puan ortalaması 121,30±34,02'dir. Ölçeğin depresif duygulanım alt boyutundan ortalama 20,32±6,54; anksiyete alt boyutundan 14,95±6,15; yorgunluk alt boyutundan 18,19±5,9; sinirlilik alt boyutundan 15,67±5,41, depresif düşünceler alt boyutundan 16,63±7,03, ağrı alt boyutundan 8,49±3,2 iştah değişimi alt boyutundan 9,40±3,43, uyku değişimi alt boyutundan ortalama 8,17±3,38 ve şişkinlik için 9,44±3.71 puan aldıkları belirlenmiştir. Yapılan çalışmaların sonuçları bu araştırma sonuçları ile paralellik göstermektedir. Kadınlar arasındaki yaşam biçimindeki bireysel farklılıklar, beslenme biçimleri yaşam tarzındaki değişiklikler gibi birçok faktörden dolayı PMS ölçek puanlarının farklı çıkmasına sebep olmuş olabilir.

## 4.2. PMS Düzeyi Puanlarının Bağımsız Değişkenlere Yönelik Bulguları

Kadınların eğitimi uluslararası düzeyde insani gelişmenin temel göstergelerinden biridir. Eğitim düzeyi yükseldikçe kadın daha önce "ev"le sınırlı kalan ilgi, beceri ve bilgisini artırma şansı bulmaktadır. Böylelikle kadının çalışma yaşamına ve karar mekanizmalarına katılım olanakları artmaktadır. Kadının eğitim durumu kendi yaşamını olduğu kadar, sorumlu olduğu diğer insanların yaşamlarını da etkileyecek doğru kararları verebilecek düzeye gelmekte aynı zamanda sağlık hizmetlerine erişim ve kullanımı önemli ölçüde artmaktadır (aile.gov.tr.). Çizelge 3.7'de Premenstrual Sendrom Ölçeği alt boyutları ve toplam puanının ortalama değerleri karşılaştırıldığında eğitim düzeyi okuryazar/ilkokul olan kadınların anksiyete puan ortalaması, eğitim düzeyi ortaokul ve üstü olan kadınlara göre anlamlı bir şekilde yüksek bulunmuştur ($p<0.05$). Eğitim durumunda ise ölçeğin anksiyete alt boyutu hariç diğer alt boyutlar ve toplam puanda benzer ortalamaya sahip oldukları görülmektedir ($p>0.05$). İstatistiksel olarak eğitim düzeyinin PMS'ye olan etkisinin olduğunu Pınar ve Öncel'in (2011) çalışmasında belirlenmiştir. Silva ve ark.nın (2006) Brezilya' da yaptıkları çalışmada, PMS'nin eğitim düzeyi yüksek olan kadınlarda daha çok görüldüğü belirlenmiştir. Sağlık alanında son zamanlarda sık rastlanılan hastalıklardan olan obezite üzerinde yapılan çalışmada eğitim durumunun önemi Nazlıcan'nın (2011) yaptığı çalışmada da bildirilmektedir. Eğitim düzeyi düşük olanlarda eğitim düzeyi yüksek olanlara göre obezitenin daha sık görüldüğünü belirtmektedir (Nazlıcan ve ark 2011). Kadının toplumda sosyal statüsünü belirleyen eğitim durumu; yaptığımız çalışmada da eğitim düzeyinin düşük olması PMS'de özellikle anksiyete yaşaması önemli bulunmuştur. İstatistiksel olarak eğitim düzeyinin PMS'ye olan etkisinin olduğunu gösteren çalışmaların yanında etkisi olmadığını gösteren çalışmalar da mevcuttur (Poyrazoğlu 2010, Erbil ve ark 2011). Eğitim düzeyinin düşük olması kadınların PMS yaşama olasılığını artırdığını düşünebiliriz.

Çalışmayan kadınların depresif düşünceler alt boyutu ve toplam puan ortalaması çalışan kadınlara göre yüksek bulunmuştur. Diğer alt boyutların puan ortalamaları çalışma durumuna göre değişmemektedir ($p>0,05$). Daşıkan ve arkadaşları (2014) çalışmasında çalışan kadınların premenstrual ve menstrual dönem şikâyetleri yüksek bulunmuş ve aralarında anlamlı ilişki saptanmıştır. Pınar ve Öncel (2011) çalışmasında kadının çalışıyor olmasının PMS görülme durumunu etkilediği belirlenmiştir. Poyrazoğlu'nun (2010) çalışmasında PMS varlığı çalışanlarda PMS'nin

anlamlı derecede yüksek olduğunu saptamıştır. Adıgüzel ve arkadaşlarının (2007) yapmış olduğu çalışmada, çalışan kadınlarda PMS semptomlarının şiddetinin daha fazla olduğunu göstermektedir. Bu durum çalışıyor olmanın kişinin kendisinin bir işe yaradığı duygusunu ve toplum tarafından da değer gördüğü hissini yaşamasına sebep olmaktadır. Kadının çalışma durumu eğitim düzeyi ile bağlantılı olarak ele alındığında PMS yaşamasında eğitime benzer şekilde ilişki bulunması beklenen bir durumdur. Ekonomik durum algısında ise ekonomik durumunu orta/kötü algılayanların anksiyete, yorgunluk, sinirlilik depresif düşünceler alt boyutlarında ve toplam puanda ortalama değerlerinin ekonomik durumunu iyi algılayanlara göre daha yüksek olduğu görülmektedir ($p<0,05$). Erbil ve arkadaşlarının (2011) evli kadınlar üzerinde yaptığı çalışmada gelir durumu yetersiz olan kadınların PMS düzeylerinin daha fazla olduğunun tespit etmiştir. Silva ve arkadaşlarının (2006) Brezilya' da yaptıkları çalışmada, PMS'nin en çok sosyoekonomik seviyesi yüksek olan kadınlar da görüldüğü belirlenmiştir. Üniversite öğrencileri üzerinde yapılan PMS varlığını etkileyen faktörlere bakılan çalışmalarda ailelerin ekonomik gelirinin öğrenciler de PMS varlığını etkilemediği bulunmuştur (Arıöz ve Ege 2013, Bakır 2012). PMS fiziksel, psikolojik ve çevresel faktörlerden etkilenen bir rahatsızlık olduğu için kadınların yaşadığı sosyoekonomik sıkıntılar ve kadının yaşam koşulları PMS üzerinde olumsuz bir etki yapmış olabilir. Düşük eğitimli ve çalışmayan, ekonomik durumu orta ve kötü düzeydeki kadınların PMS yönünden fazla risk altında olduğu söylenebilir.

Çizelge 3.7'de yaş, sağlık güvencesi, aile tipi ve en uzun yaşanılan yere göre PMS ölçek puan ortalamasının benzer olduğu görülmektedir ($p>0.05$). Kadınların medeni durum, eş eğitimi, eşin çalışma durumu, evlenme şekli ve evlilik süresine göre ölçeğin alt boyutları ve toplam puan ortalamaları yönünden benzer olduğu görülmektedir ($p >0.05$) (Çizelge 3.8). Kadınların evlilik özellikleri ve eş eğitim düzeyi PMS yaşanmasında önemli etken olmadığını düşünebiliriz.

Kadınların doğurganlık özelliklerine göre Premenstrual Sendrom Ölçeği alt boyutları ve toplam puanının ortalama değerleri de incelendiğinde; düşük öyküsü olanların, depresif duygulanım, depresif düşünce ve toplam puana ait puan ortalamalarının düşük öyküsü olmayanlara göre anlamlı bir şekilde yüksek olduğu görülmektedir ($p<0.05$)( Çizelge 3.9). Ölçeğin diğer alt boyutları için ise düşük öyküsü olan ve olmayan grup arasında bir farkın olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$). Gebelik

sayısı, en son yaptığı doğum şekli, en son doğumu gerçekleştirmesi üzerinden geçen süre ve kürtaj öyküsüne göre oluşturulan grupların alt boyutlar ve toplam puanın ortalamaları açısından benzer olduğu görülmektedir ($p>0.05$). Gökçe (2006) çalışmasında düşük/küretejın premenstrual semptomlar üzerinde etkili olduğunu bulmuştur. Danacı ve arkadaşları (2001) yaptıkları çalışmada düşük sayısı arttıkça premenstrual döneme ait semptomların azaldığını saptamışlardır. PMS yaşayan kadınların lüteal fazda yaşadığı hormonal değişikliklerden dolayı düşük sorunu yaşadıkları düşünülebilir.

Adet döneminin düzenli olduğunu söyleyen kadınların ise ölçeğin alt boyutlarından depresif duygulanım, anksiyete, yorgunluk, sinirlilik, depresif düşünce, ağrı ve ölçeğin toplam puanının ortalaması, adet döneminin düzenli olmayan kadınlara göre düşük bulunmuştur ($p<0.05$). Ölçeğin iştah, uyku değişimi ve şişkinlik alt boyutlarında ise adet dönemi düzenli ve düzensiz olan kadınlar arasında bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Ölçeğin iştah değişimi alt boyutunda ise adet döneminde ağrı yaşayan ve yaşamayanların puan ortalamasının benzer olduğu görülmektedir ($p>0.05$) (Çizelge 3.10). Dinç'in (2010) çalışmasında adet dönemi düzenli olan ve olmayan üniversite öğrencilerinin premenstrual sendrom düzeyleri incelediğinde; depressif duygulanım, anksiyete, sinirlilik ve depresif düşünceler puanının daha olumsuz yönde olduğu bildirilmiştir. Gökçe (2006) çalışmasında adet düzeninin premenstrual semptomlar üzerinde etkisinin olmadığı bulmuştur. Adet siklusu düzenli olmayan kadınların adetin gecikmesinden dolayı yaşadıkları stres ve anksiyetenin yaşam kalitelerini etkilemesinin PMS yaşamalarında önemli olabileceği söylenebilir.

Dismenore yaşayanların depresif duygulanım anksiyete, yorgunluk, sinirlilik, depresif düşünce, ağrı, uykuda değişim, şişkinlik alt boyutlarında ve ölçeğin toplam puanında adet döneminde dismenore yaşamayanlara göre daha yüksek puan ortalamasına sahip oldukları belirlenmiştir ($p<0.05$). Arıöz ve Ege (2013) çalışmalarında, öğrencilerin % 83'ünün dismenore yaşadığı bulunmuştur. Önal (2011) çalışmasında dismenorenin premenstrual semptomlar arasında anlamlı bir ilişki olduğunu tespit etmiştir. Bakır'ın (2012) çalışmasında dismenorenin premenstrual semptomlar arasında anlamlı bir ilişki olduğunu tespit etmiştir. Poyrazoğlu (2010) dismenoresi olmayan kadınların %28.1'inde, dismenoresi olan kadınların %44.1'inde PMS olduğu bulunmuştur. Yamamato ve arkadaşlarının (2009) Japon öğrenciler üzerinde yaptıkları çalışmada da dismenoresi olanların PMS şikayetlerini daha fazla

yaşadığını saptamışlardır. Nijerya'da yapılan bir çalışmada, kadınların %36.4'unde dismenore olduğu ve PMS'si olan kadınlarda daha fazla dismenore görüldüğü rapor edilmiştir (Sule ve ark 2007). Gökçe (2006) çalışmasında dismenorenin premenstrual semptomlar üzerindeki etkisini incelediğinde, ağrı semptomları ile PMS arasında anlamlı bir ilişki olduğunu bildirmektedir. Ağrı yaşama PMS de önemli bir faktördür.

Şekerli gıda tüketenlerin depresif duygulanım, yorgunluk, depresif düşünceler, iştah değişimi ve ölçeğin toplam puanında şekerli gıda tüketmeyenlere göre daha yüksek bir puan ortalamasına sahip oldukları görülmektedir ($p<0.05$). Önal (2011) çalışmasında kadınların adet döneminde tükettikleri çikolata ile PMS arasında anlamlı bir ilişki bulamamıştır. Köse (2009) çalışmasında PMS durumunda iştahta değişme durumu ile baş etmede öğrencilerin %39.6' sının çikolata ve tatlı türü yiyecekler yeme yöntemini uyguladığı ve %5.3' ünün de bu durum ile baş edemediği saptanmıştır. Çiftçioğlu ve arkadaşlarının (2007) yaptıkları çalışmada, kadınların premenstrual sendrom belirtileri ile baş etmek için %48.9' unun tatlı tükettiğini belirtmiştir. Bolsoy (2006) çalışmasında günlük çikolata tüketimi ile PMS arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Şekerli gıda ve çikolata tüketimi ile vücutta artan endorfin hormonuyla geçici olarak rahatlama yaşayan kadınların PMS semptomlarını daha fazla yaşadıkları görülmektedir.

Anne ya da kız kardeşinde adet döneminde ağrı olanların depresif duygulanım, yorgunluk, sinirlilik, depresif düşünceler, ağrı, uyku değişimi, şişkinlik alt boyutları ve ölçeğin toplam puan ortalamasının; anne ya da kız kardeşi adet döneminde ağrı yaşamayanlara göre yüksek bulunmuştur. Literatürde çalışma sonuçlarımızla benzerlik gösteren çalışmalar yer almaktadır. Daşıkan ve arkadaşları (2014) araştırmalarında yakın aile bireylerinde (anne, kız kardeş, kızı) perimenstrual şikayeti olan kadınların (%34,1) menstrual dönem şikayetleri arasında anlamlı ilişki saptamıştır. Arıöz ve Ege (2013) çalışmalarında, öğrencilerin %67'sinin anne veya kız kardeşinde PMS şikayetlerinin olduğunu saptamıştır. Bakır'ın (2012) çalışmasında annesinin premenstrual şikayeti olan öğrencilerin %74'ü PMS yaşamaktadır. Önal (2011) çalışmasında PMS'si olan kadınların %72,9'unun annelerinde premenstrüel semptomlar vardır ve PMS'si olmayanlar ile karşılaştırıldığında, istatistiksel olarak anlamlı olduğunu bulmuştur. Poyrazoğlu (2010) anne veya kız kardeşinde premenstruel yakınma hikayesi bulunan kadınların %51.2 sinde PMS semptomları olduğunu ve aile hikayesi olmayanlarda PMS daha az görüldüğünü tespit etmiştir.

Gökçe (2006) çalışmasında ailesinde PMS hikayesi olanlarda PMS'nin daha fazla görüldüğünü tespit etmiştir. Akyılmaz ve arkadaşları (2003) ise ailesinde PMS olanların %69'unda PMS saptamışlardır ve ailesinde PMS olmayanlara göre istatistiksel olarak yüksek bulmuşlardır. Literatür bilgilerine dayanarak birinci derece yakınlarda, anne ve kız kardeşte benzer şikâyetlerin olması genetik bir geçişin olabileceğini desteklemektedir.

Öfke sorunu yaşama ise ölçeğin ağrı alt boyutu hariç tüm alt boyutlarda ortalamayı etkileyen bir değişken olarak belirlenmiştir. Öfke sorunu yaşayanların depresif duygulanım anksiyete, yorgunluk, sinirlilik, depresif düşünceler, iştah değişimi, uyku değişimi, şişkinlik ve toplam puanı öfke sorunu yaşamayanlara göre yüksek belirlenmiştir. ($p<0.05$). Brezilya'da yapılan bir çalışmada kadınların çoğunluğu premenstruel dönemde yasadıkları sıkıntılar nedeni ile aile içi ilişkilerinin olumsuz etkilendiğini ifade etmişlerdir (Silva ve ark 2008). Poyrazoğlu (2010) çalışmasında kadınların %57.1'i günlük yaşantılarının, %43.3'ü başkaları ile olan ilişkilerinin premenstruel dönemde yaşadıkları sıkıntılar nedeni ile etkilendiğini ifade etmiştir. Eğicioğlu (2008) çalışmasında PMS'de en sık görülen semptomların arasında öfkeli ruh hali olduğunu da belirtmiştir. Demir ve arkadaşlarının (2006) yaptıkları çalışmada en fazla görülen premenstruel semptomlar; %72.4 oranında öfkeli ruh hali ve yine aynı oranda gerginlik yaşadığı tespit etmişlerdir. Güneş ve arkadaşlarının (2000) yapmış olduğu çalışmada genellikle sakin yapıda olduğunu söyleyenlerde PMS sıklığı %19.2 iken, genellikle sinirli, heyecanlı ve gergin olduğunu söyleyenlerde %34.1 olarak saptamışlardır. PMS belirtilerini yüksek düzeyde yaşayan kadınların yaşadığı semptomlar nedeniyle baş etme mekanizması geliştiremeyerek öfke sorunu yaşıyor olabilirler.

Sigara kullanma, egzersiz yapmama, kahve tüketme, tuz kullanma ve anemi yaşama gibi risk faktörlerine sahip olan ve olmayanların Premenstrual Sendrom Ölçeğinin alt boyutları ve toplam puanında sahip oldukları puan ortalamasının benzer olduğu görülmektedir ($p>0,05$) (Çizelge 3.11).

# 5. SONUÇ VE ÖNERİLER

## 5.1. Sonuç

Araştırmadan elde edilen bulguların değerlendirilmesi ile şu sonuçlara ulaşıldı.

Çalışmaya katılan kadınların %55,9'unun 25-35 yaş aralığında olduğu, %60,8'inin ekonomik durumunu orta olarak değerlendirdiğini %84.6 çalışmadığını, %12,1' inin düşük yaşadığını, %23,8'inin düzensiz adet olduğu ve %68,3'ünün adet döneminde ağrı yaşadığı, %81,9'unun şekerli gıda tükettiği, Çalışmaya katılan kadınların PMS ölçeğinden ortalama 110,8±32,3 puan aldığı,

Yaş, sağlık güvencesinin varlığı, aile tipi, en uzun yaşanılan yer gibi özelliklerin ölçeğin alt boyutları ve toplam puan ortalamaları yönünden benzer olduğu,

Kadınların medeni durum, eş eğitimi, eşin çalışma durumu, evlenme şekli ve evlilik süresine göre ölçeğin alt boyutları ve toplam puan ortalamaları yönünden benzer olduğu,

Eğitimi düşük, çalışmayan ve ekonomik durumu orta/kötü olanların PMS puanlarının daha olumsuz yönde olduğu,

Gebelik sayısı, en son yaptığı doğum şekli, en son doğumu gerçekleştirmesi üzerinden geçen süre ve kürtaj öyküsüne göre oluşturulan grupların alt boyutlar ve toplam puanın ortalamaları açısından benzer olduğu,

Düşük yaşayanların PMS puanlarının daha olumsuz olduğu,

Düzenli adet olmayan, adet döneminde dismenore yaşayan, anne veya kız kardeşte PMS şikayeti olanlar, şekerli gıda tüketenlerin, PMS puanlarının önemli düzeyde yüksek olduğu,

Sigara kullanma, egzersiz yapmama, kahve tüketme, tuz kullanma ve anemi yaşama gibi risk faktörlerine sahip olan ve olmayanların Premenstrual Sendrom Ölçeğinin alt boyutları ve toplam puanında sahip oldukları puan ortalamasının benzer olduğu,

Öfke kontrol sorunu yaşayanların, PMS puanlarının daha olumsuz olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

## 5.2. Öneriler

Çalışmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda aşağıdaki öneriler geliştirilmiştir

*-ebe ve hemşirelere yönelik öneriler;*

Eğitimi düşük, çalışmayan ve ekonomik durumu orta/kötü olanlar PMS yönünden değerlendirilmeli ve risk grubu olarak öncelikli ele alınmalıdırlar.

Dismenore ve adet düzensizliği yaşayanlar, anne ve kız kardeşinde PMS öyküsü olan kişiler üzerinde farkındalık artırılmalıdır.

Premenstrual dönemde şekerli gıda tüketiminin, semptom şiddetini artırabildiğini vurgulamalıdırlar.

Davranış ve diyet değişikliği geliştirilebilmesi için danışmanlık yapılmalıdır.

Menstruasyonun normal bir durum, ancak premenstrual sendromun bir sorun olduğu; gerektiğinde uzmana başvurma bilinci kazandırılmalıdır.

Öfke kontrol sorunu yaşayan kadınlar PMS semptomları ile baş edebilmeleri için desteklenmesi,

*-Araştırmacılara Öneriler;*

Araştırmacıların, PMS neden ve sonuçlarına yönelik epidemiyolojik ve müdahale çalışması yapmaları önerilebilir.

# 6. KAYNAKLAR


ACOG - American College of Obstetricians and Gynecologists Frequently Asked Questions FAQ057 Gynecologic Problems. Ağ Sitesi:

http://www.acog.org/~/media/For%20Patients/faq057.pdf?dmc=1&ts=20140208T1607523033. Erişim tarihi: 6 Mart 2014.

Adıgüzel H, Taşkın EO, Danacı AE, 2007. Manisa ilinde Premenstrüel Sendrom Belirti Örüntüsü ve Belirti Yaygınlığının Araştırılması. Türk Psikiyatri Dergisi, 18,3,215-22.

Akyılmaz F, Özçelik N, Polat MG, 2003. Premenstruel sendrom görülme sıklığı. Göztepe Tıp Dergisi, 18 (2), 106-9.

Albayrak Ö,Ceylan E, 2004. Depresyon Etiyolojisinde Nörobiyolojik Etkenler. Düşünen Adam, 17(1 ),27-33.

Alpaslan AH, Avci K, Soylu N, Tas HU, 2014. Association between premenstrual syndrome and alexithymia among Turkish University students. Gynecol Endocrinol, 30(5),377–80.

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

Arıöz A, 2009. Premenstrüel Sendrom (Pms) Sorunu Olan Üniversite Öğrencilerinde Pms Semptomlarının Kontrolü Ve Yaşam Kalitesinin Artırılmasında Eğitimin Etkinliği. Yüksek Lisans Tezi. Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Konya.

Ataollahi M, Akbari SA, Mojab F, Alavi Majd H, 2015. The effect of wheat germ extract on premenstrual syndrome symptoms. Iran J Pharm Res.,14(1).159–66.

Ayhan A, Durukan T, Gunalp S, Gurgan T, Onderoğlu SL, Yaralı H, Yuce K, 2008. Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi. Ankara Güneş Tıp Kitapevleri,p. 851-61.

Backstrom T, Andreen L, Björn I, Johansson IM, Löfgren M, 2007. The role of progesterone and GABA in PMS/PMDD. PMDD_CH,117-120.Erişim: 17.08.2015, http://www.medref.se/pms/backstrom_13.pdf.

Baker, F.C, Driver H.S, 2007. Circadian rhythms, sleep, and the menstrual cycle. Sleep Medicene, 8,p. 613-22.

Bakhshani NM, Mousavi MN, Khodabandeh G, 2009 Prevalence and severity of premenstrual symptoms among Iranian female university students. J Pak Med Assoc,59,205-8.

Bakır N, 2012. Üniversite Öğrencilerinde Premenstrual Sendrom ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Arasındaki ilişki . Yüksek Lisans Tezi, Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Antalya.

Baysal B, 2004. Jinekoloji İstanbul Tıp Fakltesi Temel ve Klinik Bilimler Ders Kitapları. Birinci Baskı, İstanbul, Nobel Kitabevleri, Editör:S.Berkmen, p.41-8.

Bertone-Johnson ER, Hankinson SE, Bendich A, Johnson SR, Willett WC, Manson JE, 2005. Calcium and vitamin D intake and risk of incident premenstrual syndrome. Arch Intern Med.,165(11), 1246–51.

Bertone-Johnson ER, Hankinson SE, Johnson SR, Manson JE, 2008. Cigarette smoking and the development of premenstrual syndrome. Am J Epidemiol, 168 (8), 938-45.

Bolsoy N, 2008. Permenstrüel distresin hafifletilmesinde refleksolojinin etkinliginin incelenmesi. Doktora Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.

Bölükbaş N , Tiryaki N, 2003. Öğrencilerin Premenstruel Sendrom Hakkında Bilgi,tutum ve Davranışları, Hemşirelik Forumu Dergisi, 6,3,44-9.

Carey CJ, Rayburn WF, 2006. Ceviri; Guner H. Obstetrik ve Jinekoloji. Ankara. Güneş Kitapevi Ltd. Sti., p.301-5.

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 J Med Sci, 29 (2), 100-5.

Chou PB, Morse CA, 2005. Understanding premenstrual syndrome from a Chinese medicine perspective. J Altern Complement Med., 11(2), 355–61.

Cirillo PC, Passos RB, Bevilaqua MC, Lopez JR, Nardi AE, 2012. Bipolar disorder and Premenstrual Syndrome or Premenstrual Dysphoric Disorder comorbidity: a systematic review. Rev Bras Psiquiatr;34,p.467-79.

Çiftçioğlu S, Tanrıverdi D, Erci B, Premenstruel Sendrom Belirtileri ve Baş Etme Davranışları. 4. Uluslararası-11. Ulusal Hemşirelik Kongresi. Ankara.

Danacı A, Taşkın EO, Koltan SO, Uyar Y,2001. Premenstrual Disforik Bozuklukta Semptomatolojinin Adet Döngüsüyle İlişkisi. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 2(1),15-20.

Daşıkan Z, Taş G, Sözen G, 2014. Ödemiş bölgesindeki kadınlarda yaşanan perimenstrual şikayetler ve etkileyen faktörler. J Turk Soc Obstet Gynecol, 2, 98-104

Demir B, Algül LY, Güven ES,2006. Sağlık Çalışanlarında Premenstrüel Sendrom İnsidansı ve Etkileyen Faktörlerin Araştırılması. Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi, 3,4,262-70.

Derman O, Kanbur NO, Tokur TE, Kutluk T, 2004. Premenstrual syndrome and associated symptoms in adolescent girls. European. J Obstet Gynecol Reprod Biol, 116(2), 201–6.

Dickerson LM, Mazyck PJ, Hunter MH, 2003. Premenstrual syndrome. American Family Physician, 67(8), 43-52.

Dinç Ö, 2010. Üniversite Öğrencilerinin Premenstrual Sendrom Düzeylerinin İncelenmesi (Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi Örneği). Yüksek Lisans Tezi, Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi, Sosyal Bilimleri Enstitüsü, Karaman.

Direkvand-Moghadam A, Sayehmiri K, Delpisheh A, Sattar K, 2014. Epidemiology of Premenstrual Syndrome (PMS)-A Systematic Review and Meta-Analysis Study. J Clin Diagn Res. Feb; 8(2), 106–9.

Eğicioğlu H, 2008. Üreme Çağındaki Kadınlarda Premenstrual Sendromun Yaşam Kalitesine Etkisinin Araştırılması. Yüksek Lisans Tezi , Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Afyon.

Erbil N, Bölükbaş N, Tolan S, Uysal F, 2011. Evli kadınlarda premenstrual sendrom görülme durumu ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. Uluslar Arası İnsan Bilimleri Dergisi, 8,1, 428-37

Erbil N, Karaca A, Kırış T, 2010. Investigation of premenstrual syndrome and contributing factors among university students. Turk J Med Sci, 40 (4), 565-73.

Fathizadeh N, Ebrahimi E, Valiani M, Tavakoli N, Yar MH, 2010. Evaluating the effect of magnesium and magnesium plus vitamin B6 supplement on the severity of premenstrual syndrome. Iran J Nurs Midwifery Res.,15(Suppl 1), 401–5.

Freeman EW, 2007.The clinical presentation and course of premenstrual symptoms In;O'brein Sauhn PM, Rapkin J.A, Schmidt J.P (eds). The Premenstrual Syndromes:PMS and PMDD (1 nd ed) Informa UK ,55-61

Gelişen O , Çalışkan E, 2006. Premenstruel Sendromlar ve Dismenore. Jinekoloji, Üreme Endokrinolojisi & İnfertilite ve Jinekolojik Onkoloji, Ankara, Medikal Network, p.602-609.

Gençdoğan B, 2006. Premenstruel sendrom için yeni bir ölçek. Türkiye'de Psikiyatri, 8(2), 82–6.

Gökçe G, 2006. Bir Grup Çalışan Kadında Premenstrual Semptom Görülme Sıklığı ve etkileyen Faktörler, Yüksek Lisans Tezi, Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü ,Mersin.

Günalp S, Tuncer S, 2004. Kadın Hastalıkları ve Doğum Tanı ve Tedavi. Ankara. Freyal Matbaacılık San Ve Tic. Ltd. Sti, p. 391-392.

Güneş G, Özer F, Pehlivan E, Genç M, Karaoğlu L, Özcan Y, 2000.30 Yaş ve Üzerindeki Kadınlarda DSM-IV Tanı Kriterine Göre Premenstrual Sendrom Prevelansı ve Bazı Risk Fartörleri. Medical Network Klinik Bilimler ve Doktor, 6(5), p. 660-3.

Halbreich U, 2004. The diagnosis of premenstrual syndromes and premenstrual dysphoricdisorders-clinical procedures and research perspectives. Gynecol Endocrinol, 19, p. 320-34.

Halbreich U, 2003. The etiology, biology, and evolving pathology of premenstrual syndromes. Psychoneuroendocrinology, 28 (3), p. 55-99.

Hoyer J, Burmann I, Kieseler ML, Vollrath F, Hellrung L, Arelin K ve ark , 2013. Menstrual cycle phase modulates emotional conflict processing in women with and without premenstrual syndrome (PMS)--a pilot study. PLoS One, 8 (4), p. 597.

http://kadininstatusu.aile.gov.tr/data/542a8e0b369dc31550b3ac30/kadininsagligiileilili.pdf

Indusekhar R, Umsan S.B, O'Brayn S, 2007. Psychological aspects of premenstrual syndrome. Best Practice&Research Clinical Obstetrics and Gynacology,21(2), 207-20

Ismail KM, O'Brien S, Dimmock P, 2003. Premenstrual Syndrome. Gynacology. Thirt Edition,ChurchillLivingstone Company, p. 401-11

Işgın K, 2014. Premenstrual Sendromda Beslenme DurumuVe Yeme Tutumunun Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.

Kırcan N, Ergin F, Adana F, Arslantaş H, 2012. Hemşirelik öğrencilerinde premenstrüel sendrom prevelansı ve yaşam kalitesi ile ilişkisi. ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi,13, 19-25.

Kısa S, Zeyneloğlu S, Güler N, 2012. Üniversite Öğrencilerinde Premenstrual Sendrom Görülme Sıklığı Ve Etkileyen Faktörler. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi / Gümüşhane University Journal of Health Sciences, 1(4), 284-97

Köse S, 2009. Üniversite Örencilerie premenstrual sendrom görülme durumu ve bas etme yöntemlerinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum.

Lemeshow S, Hosmer D.W, Klar J, & lwanga S.K 2000. Under The Title Adequacy of Sample Size in Health Studies by World Health Oraganization 1st ed., Ankara; Hacettepe Taş: (tranlated: S.Oğuz Kayaalp)

Mishell, D, 2005. Premenstrual disorders: Epidemiology and disease burden. The American Journal of Managed Care, 11, p. 473-9.

Miyaoka Y, Akimoto Y, Ueda K ve ark, 2011. Fulfillment of the premenstrual dysphoric disorder criteria confirmed using a self-rating questionnaire among Japanese women with depressivedisorders. Biopsychosoc Med, 2:5:5.

Nazlıcan E, Demirhindi H, Akbaba M, 2011. Adana İli Solaklı ve Karataş Merkez Sağlık Ocağı Bölgesinde Yaşayan 20-64 Yaş Arası Kadınlarda Obezite ve İlişkili Risk Faktörlerinin İncelenmesi. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi, 1(2), 5-12.

Nusrat N, Nishat Z, Gulfareen H, Aftab Afroz M, Nisar AS,2008. Frequency, Intensity and Impact of Premenstrual Syndrome in Medical Students. Journal of the College of Physicians and Surgeons Pakistan, 18 (8), 481-4 .

O'Brien, P.M.S., Rapkin, A.,Schmidt, P.J, 2007. The Premenstrual Syndromes:PMS and PMDD: Taylor & Francis

Oğur P, 2004. Premenstrual Sendromun Meslek ve Eğitim Düzeyi ile İlişkisi. Yüksek LisansTezi. Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Afyon.

Önal B, 2011. Premenstrüel Sendromda Risk Faktörleri ve Tedavi Arama Davranışının Araştırılması,Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi, İzmir.

Öztürk S, Tanrýverdi D, Erci B, 2011. Premenstrual syndrome and management behaviours in Turkey. Aust J Adv Nurs, 28, 54-60.

Perkonigg, A., Yonkers, K.A., Pfister, H., Lieb, R.,Wittchen, H.U, 2004. Risk factors for premenstrual dysphoric disorder in a community sample of young women: the role of traumatic events and posttraumatic stress disorder. J Clin Psychiatry, 65 (10),1314-22.

Pınar A, Öncel S, 2011. 15-49 Yaş Grubu Kadınlarda Premenstrual Sendrom Görülme Sıklığı (Antalya/Türkiye). Turkiye Klinikleri J Gynecol Obst, 21(4), 227-37.

Poyrazoğlu S, 2010. Kayseri İl merkezi'nde Yaşayan 15-49 Yaş Arası Kadınlarda Premenstruel Sendrom Etkileyen Faktörler. TıptaUzmanlık Tezi. Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı,Kayseri.

Rapkin, A.J, 1992. Premenstrual Syndrome. Clin. Obs. And Gyn. Sep. 35 (3), 585-6.

Reid LR, Van Vugt DA, 2007. Physiology of the menstrual cycle The Premenstrual Syndromes: PMS and PMDD. In: O'brein Sauhn PM, Rapkin JA, Schmidt JP (eds) The Premenstrual Syndromes: PMS and PMDD (1nd ed) London, p. 63-8.

Rizk DE, Mosallam M, Alyan S, Nagelkerke N, 2006. Prevalence and impact of premenstrual syndrome in adolescent schoolgirls in the United Arab Emirates. Acta Obstet Gynecol Scand, 85 (5), 589-98.

Rosenfeld R, Livne D, Nevo O et al., 2008. Hormonal and volume dysregulation in women with premenstrual syndrome. Hypertension, 51(4), 1225- 30.

Salamat S, Ismail K.M.K, Brien S.O, 2007. Premenstrual Syndrome. Obstetrics, Gynaecology and Reproductive Medicine, 18 (2), 29-32.

Selçuk KT, Avcı D, Yılmaz FA, 2014. Hemşirelik Öğrencilerinde Premenstrual Sendrom Prevalansı ve Etkileyen Etmenler,Psikiyatri Hemşireliği Dergisi, 5(2), 98-103.

Silva CM, Gigante DP, Carret ML, Fassa AG, 2006. Population study of premenstrual syndrome. Rev Saude Publica, 40(1), 47-56.

Silva CM, Gigante DP, Minten GC, 2008. Premenstrual symptoms and syndrome according to age at menarche in a 1982 birth cohort in southern Brazil. Cad Saude Publica, 24, p.835-44.

Sokullu G, 2009. Premenstrual Sendrom Yakınmaları Olan Kadınların Yaşam Biçimlerinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Aydın.

Sule S.T, Umar H.S, Madugu N.H, 2007. Premenstrual symptoms and dysmenorrhoea among Muslim women in Zaria, Nigeria. Ann Afr Med, 6 (2), 68-72.

Süer N, 2008. Jinekoloji: Premenstrüel Sendrom. Derleme. Göztepe Tıp Dergisi, 23(3), 76-80.

Tanaka E, Momoeda M, Osuga Y, Rossi B, Nomoto K, Hayakawa M ve ark, (2013). Burden of menstrual symptoms in Japanese women: results from a survey-based study. J Med Econ, 16 (11), p. 1255-1266.

Taşcı KD, 2006. Hemşirelik Öğrencilerinin Premenstural Semptomlarının Değerlendirilmesi. TAF Koruyucu Hekimlik Bülteni,5,6,434-43.

Taşkın L, 2014. Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği.,onikinci Basım. Ankara. Özyurt Matbaacılık, p. 626-627.

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 2013. Erişim Tarihi 13.12.2015, Erişim adresi,http://www.hips.hacettepe.edu.tr/TNSA2013_sonuclar_sunum_2122014.pdf

Vichnin M, Freeman E.W, Lin H, Hillman J, Bui S, 2006. Premenstrual Syndrome (PMS) in Adolescents: Severity and Impairment. Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology, 19 (6),p. 397-402.

Wichianpitaya J, Taneepanichskul S. A, 2013. comparative efficacy of low-dose combined oral contraceptives containing desogestrel and drospirenone in premenstrual symptoms. Obstet Gynecol;2013,487143.

YamamotoK, Okazaki A, Sakamoto Y, Funatsu M, 2009. The relationship between premenstrual symptoms, menstrual pain, irregular menstrual cycles, and psychosocial stress among Japanese college students. J Physiol Anthropol.,28(3), 129-36.

Zarei S, L. Mosalanejad and M.A. Ghobadifar, 2013. Blood glucose levels, insulin concentrations, and insulin resistance in healthy women and women with premenstrual syndrome: a comparative study. Clin Exp Reprod Med, 40(2), 76-82.

## 7. EKLER

## EK A: KADINLARIN TANITICI ÖZELLİKLERİ İLE İLGİLİ VERİ TOPLAMA FORMU

Bölgemizde 25-49 yaş arası kadınlarda premenstrual sendrom görülme durumu ile ilgili bir çalışma yapılmaktadır. Araştırmada elde edilen bilgiler gizli tutulacaktır. İsminiz hiçbir yerde geçmeyecektir. Çalışmaya katılmayı kabul etmeniz ve doğru bilgiler vermeniz kadın sağlığınız için önemli katkı sağlayacaktır. Teşekkür ederiz.

**Anket No:**

**Sosyo- Demografik Özellikler**

1. Yaşınız……?
    1. 25-35
    2. 36-45
    3. 46 ve üzeri
2. Öğrenim durumunuz nedir?
    1. Okur yazar-İlkokul
    2. Ortaokul
    3. Lise
    4. Yüksekokul ve üzeri
3. Gelir getiren bir işte çalışıyor musunuz?
    1. Evet
    2. Hayır
4. Gelir-giderinizi karsılaştırdığınızda şu anki ekonomik durumunuzu nasıl değerlendiriyorsunuz?
    1. İyi
    2. Orta
    3. Kötü
5. Sağlık güvenceniz var mı ?
    1. Evet
    2. Hayır
6. Aile tipiniz nedir?
    1. Çekirdek Aile
    2. Geniş Aile
    3. Parçalanmış Aile
7. En uzun yaşadığınız yer neresidir?
    1. İl
    2. İlçe
    3. Köy/ Kasaba
8. Medeni durumunuz? Bekarsanız 21. Soruya geçiniz

    1.Evli

    2.Bekar

    3.Boşanmış/Dul

9. Eşinizin öğrenim durumu nedir?
    1. Okur yazar-İlkokul
    2. Ortaokul
    3. Lise
    4. Yüksekokul ve üzeri
10. Eşiniz çalışıyor mu?
    1. Evet
    2. Hayır
11. Eşinizle isteyerek mi evlendiniz?
    1. Anlaşarak
    2. Görücü
    3. Ailenin zoruyla
    4. Kaçarak
12. Evlilik yaşınız……..?
    1. 25-29
    2. 30-39
    3. 40-49
13. Kaç yıllık evlisiniz…….?
    1. 0-5 yıl
    2. 6-10 yıl
    3. 11 ve üzeri

**Doğurganlık Özellikleri**

14. Gebelik sayısı……..?
    1. 1
    2. 2
    3. 3 ve üzeri
15. En son yaptığınız doğum şekli
    1. Normal(Vaginal)
    2. Sezeryan
    3. Müdahaleli ( Vakum, Epizyotomi)
16. Son doğumunuzu kaç yıl önce yaptınız……?
    1. 1
    2. 2
    3. 3 ve üzeri
17. Düşük öykünüz var mı?
    1. Evet ( Kaç kez )……. ..
    2. Hayır
18. Kürtaj öykünüz var mı?
    1. Evet ( Kaç kez )……..
    2. Hayır

**Adet İle İlgili Özellikler**

19. İlk adet yaşınız …….
20. Kaç günde bir adet olursunuz?.....
21. Adetiniz kaç gün sürer?.....
22. Adetleriniz düzenli mi?
    1. Evet
    2. Hayır
23. Adet döneminiz de ağrı yaşar mısınız?
    1. Evet
    2. Hayır

**PMS Risk Faktörleri**

24. Sigara içiyor musunuz?
    1. Evet
    2. Hayır
25. Şekerli gıdalar tüketiyor musunuz?
    1. Evet
    2. Hayır
26. Egzersiz yapar mısınız?
    1. Evet
    2. Hayır
27. Günlük bir fincandan fazla kahve tüketir misiniz?
    1. Evet
    2. Hayır
28. Yemeğin tadına bakmadan tuz kullanır mısınız?
    1. Evet
    2. Hayır
29. Annenizde veya kız kardeşinizde adet öncesi şikayetler olur mu?
    1. Evet
    2. Hayır
30. Öfkenizi kontrol edemediğiniz zamanlar olur mu?
    1. Evet
    2. Hayır
31. Özellikle hangi dönemlerde öfkenizi kontrol edemezsiniz?
    1. Adet öncesi
    2. Adetliyken
    3. Adet sonrası
    4. Diğer
32. Anemi (kansızlığınız) niz varmı?(Laboratuar tanısı sorgulanmıştır).
    1. Evet
    2. Hayır
    3. Bilmiyorum

## EK B: 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 olmamasını değerlendirmeyiniz **Hiçbir soruyu boş bırakmayınız**.

**ADETTEN BİR HAFTA ÖNCE**

| | | **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 isteğim artıyor | | | | | |
| **38** | Uykumda bölünme oluyor | | | | | |
| **39** | Sabahları yorgun uyanıyorum | | | | | |
| **40** | Uykuya dalmakta güçlük çekiyorum | | | | | |
| **41** | Göğüslerim şişiyor | | | | | |
| **42** | Göğüslerim en ufak dokunmaya karşı çok duyarlı | | | | | |
| **43** | Kendimi şişmiş hissediyorum | | | | | |
| **44** | Kimseyle görüşmek istemiyorum | | | | | |

# EK C: T.C. KONYA VALİLİĞİ HALK SAĞLIĞI MÜDÜRLÜĞÜ ARAŞTIRMA TALEP İZNİ

KONYA HALK SAĞLIĞI MÜDÜRLÜĞÜ - KONYA
TOPLUM SAĞLIĞI HİZMETLERİ ŞUBESİ
30/12/2014 09:51 / 86104336 / 600 / 809
00007192871

T.C. Sağlık Bakanlığı

**T.C.**
**KONYA VALİLİĞİ**
**Halk Sağlığı Müdürlüğü**

**Sayı** : 86104336/600
**Konu** : Hatice ÇATAKOĞLU'NUN
Araştırma İzin Talebi

**VALİLİK MAKAMINA**

S.Ü Sağlık Bilimleri Fakültesi Kadın Hastalıkları Doğum Hemşireliği yükseklisans öğrencisi Hatice ÇATAKOĞLU "25-49 Yaş Arası Kadınlarda Premenstrual Sendrom Görülme Sıklığı ve İlişkili Faktörler" konulu araştırmayı 15 Nolu Selim Sultan ASMde yapmak istemektedir. Araştırmanın yapılabilmesi hususunda;

Olurlarına arz ederim.

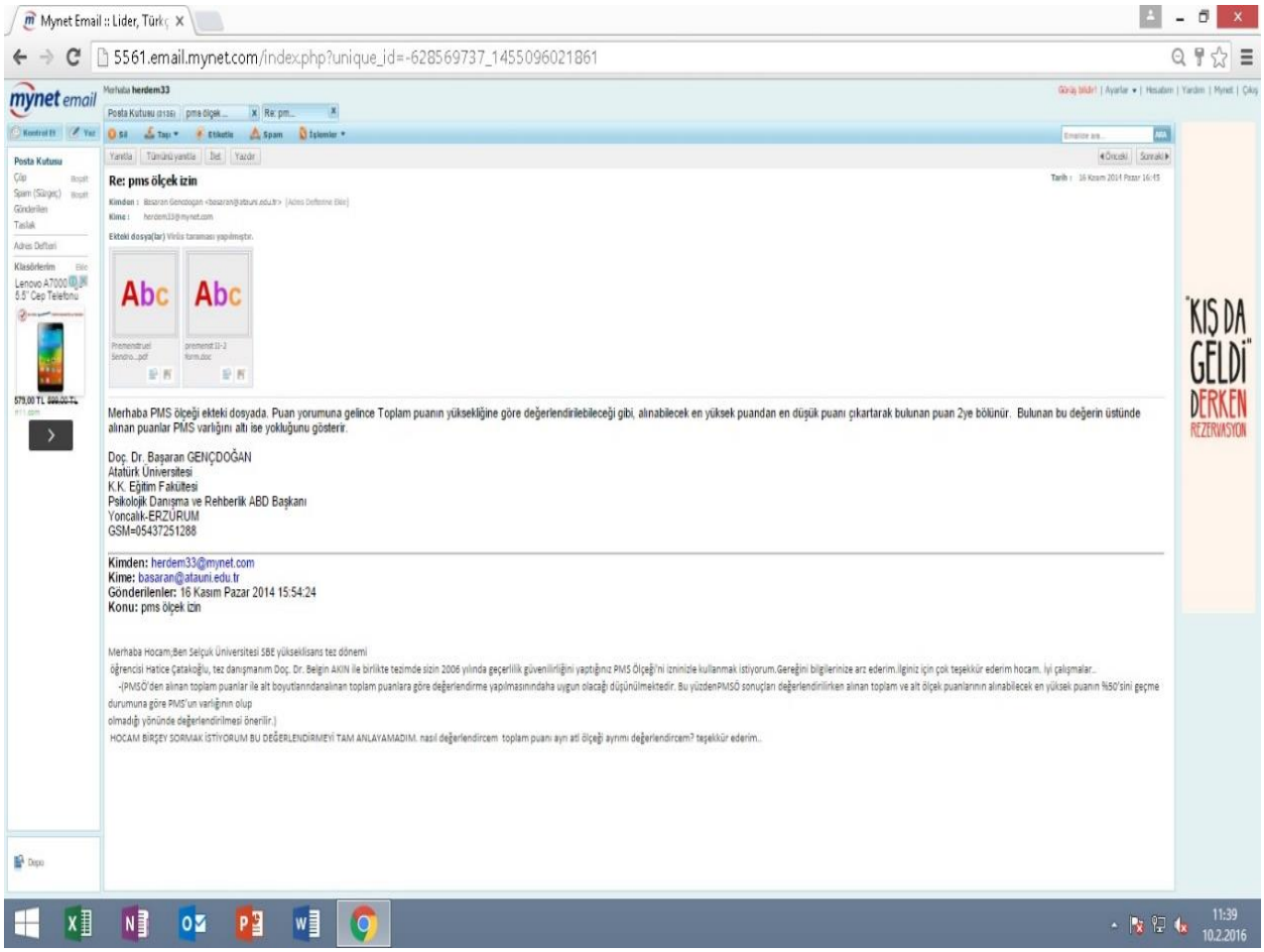
Dr. Hüsnü Murat KAYA
Halk Sağlığı Müdürü

**O L U R**
**.../.../2014**
Mehmet ÜNAL
Vali Yardımcısı

İhsaniye Mah. Karamanoğlu Mehmetbey Sok. No:7 Selçuklu/KONYA
Ayrıntılı bilgi için: 03322230000-1217

Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.
Evrakın elektronik imzalı suretine http://e-belge.saglik.gov.tr adresinden 03006d89-4b72-4051-8397-92ab8ef75990 kodu ile erişebilirsiniz.

## EK E: PMS ÖLÇEĞİ İZİN BELGESİ



## 8. ÖZGEÇMİŞ

1978 yılında Anamur'da doğdu. İlk ve orta öğrenimini Anamur'da; lise öğrenimini Konya'da tamamladı. 1997 yılında Selçuk Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulu Ebelik bölümünü kazandı ve 2002 yılında mezun oldu. 1999 yılında Yozgat ili Çayıralan Külekçi sağlık evine atandı. 2000 yılında Konya Meram 4 nolu sağlık ocağı, 2003 yılında 15 no lu sağlık ocağı, 2010 yılından beri 15 nolu Selim Sultan Aile Sağlığı merkezinde görev yapmakta.Evli ve iki çocuğu var.