

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**

S.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü'ne

Hatice ÇATAKOĞLU tarafından savunulan bu çalışma, jürimiz tarafından Hemşirelik Anabilim Dalında Yüksek Lisans Tezi olarak oy birliği / oy çokluğu ile kabul edilmiştir.

Jüri Başkanı: Yrd.Doç.Dr. Kamile ALTUNTUĞ  
Necmettin Erbakan Üniversitesi

Danışman: Doç.Dr.Belgin AKIN  
Selçuk Üniversitesi

Üye: Yrd.Doç.Dr. Selda ARSLAN  
Selçuk Üniversitesi

ONAY:

Bu tez, Selçuk Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim Yönetmenliği'nin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulu ..... tarih ve ..... sayılı kararıyla kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Hasan Hüseyin DÖNMEZ  
Enstitü Müdürü

## 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

<b>ÖNSÖZ</b> .....	<b>iii</b>
<b>ÇİZELGELER LİSTESİ</b> .....	<b>vi</b>
<b>SİMGELER ve KISALTMALAR</b> .....	<b>vii</b>
<b>ÖZET</b> .....	<b>vi</b>
<b>SUMMARY</b> .....	<b>ix</b>
<b>1. GİRİŞ</b> .....	<b>1</b>
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
<b>2. GEREÇ VE YÖNTEM</b> .....	<b>9</b>
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
<b>3. BULGULAR .....</b>	<b>14</b>
3.1. Kadınların Sosyodemografik ,Evlilik ve Doğurganlık, Menstruasyon ve Bazı Risk Faktörlerine Ait Tanımlayıcı Bulgular .....	14
3.2. Araştırmaya Katılan Kadınların PMS Düzeyi Puanlarının Bağımsız değişkenlere Göre Dağılımına Yönelik Bulgular .....	22
<b>4. TARTIŞMA .....</b>	<b>33</b>
4.1. Sosyodemografik ,Evlilik ve Doğurganlık, Menstruasyon ve Bazı Risk Faktörlerine Ait Tanımlayıcı Bulguların Tartışılması.....	33
4.2. PMS Düzeyi Puanlarının Bağımsız Değişkenlere Yönelik Bulguları .	36
<b>5. SONUÇ VE ÖNERİLER.....</b>	<b>41</b>
5.1. Sonuç .....	41
5.2. Öneriler .....	41
<b>6. KAYNAKLAR.....</b>	<b>43</b>
<b>7. EKLER.....</b>	<b>49</b>
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 İZİNİ .....	54
EK D: SELÇUK ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ DEKANLIĞI GİRİŞİMSEL OLAMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU İZİNİ .....	55
EK E: PMS ÖLÇEĞİ İZİN BELGESİ .....	56
<b>8. ÖZGEÇMİŞ.....</b>	<b>57</b>

## ÇİZELGELER LİSTESİ

<b>Çizelge 3.1.</b> Çalışmaya katılan kadınların sosyodemografik özellikleri(n=227).....	15
<b>Çizelge 3.2.</b> Çalışmaya katılan kadınların evlilik özellikleri.....	16
<b>Çizelge 3.3.</b> Çalışmaya katılan kadınların doğurganlık özellikleri(n=207).....	17
<b>Çizelge 3.4.</b> Çalışmaya katılan kadınların adet özellikleri(n=227) .....	18
<b>Çizelge 3.5.</b> Çalışmaya katılan kadınların premenstrual sendrom için bazı risk faktörlerine göre dağılımı (n=227).....	20
<b>Çizelge 3.6.</b> Çalışmaya katılan kadınların Premenstrüel Sendrom Ölçeği puanlarının dağılımı .....	21
<b>Çizelge 3.7.</b> Premenstrual sendrom ölçeği puanlarının kadınların sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı .....	23
<b>Çizelge 3.8.</b> Premenstrual Sendrom Ölçeğinin evlilik ile ilgili bazı özelliklere göre puan dağılımı.....	25
<b>Çizelge 3.9.</b> Premenstrual Sendrom Ölçeğinin doğurganlık ile ilgili bazı özelliklere göre puan dağılımı.....	27
<b>Çizelge 3.10.</b> Premenstrual Sendrom Ölçeğinin adet dönemi ile ilgili bazı özelliklere göre puan dağılımı.....	29
<b>Çizelge 3.11.</b> Premenstrual Sendrom Ölçeğinin adet dönemi ile ilgili bazı risk faktörlerine göre puan dağılımı.....	31
<b>Çizelge 3.12.</b> 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 sıklık bozukluk olan Premenstrual 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 prevalansı 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 Premenstrual 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  $13,3\pm 1,2$  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**

**Department 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 prevalence 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 physiological 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 coffee 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 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 pregnancy, 76.2 % had a regular period, and their mean menarche age was  $13,3 \pm 1,2$ . 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 coffee a day, 68,3 % had menstrual cramps during their period and 65,2% did not any physical 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 sociodemographic and fertility characteristics for experiencing PMS. As conclusion, reducing sugar in diet, using anger control methods and overcoming the menstrual cramps can be helpful to reduce PMS. Public health nurses and midwife can train women about risk factors of PMS and support them for changing their lifestyle and overcoming menstrual cramps.

**Keywords:** Women, Premenstrual Syndrome, Risk Factors

## 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 yaşam biçimini ve iş 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 adetini iki- üç günde geçer. Kesin etiolojisi 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 yaşların ortalarıdır, fakat üreme çağında her yaşta görülebilir (Carey ve Rayburn 2006). PMS, menopoza 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 yaşanan problemler, kadın sağlığını olumsuz etkilemekte, aile, iş ve arkadaş ilişkilerinde sorunlar yaratabilmekte, eğitim ve iş gücü kaybına, verimliliğin azalmasına, kişiler arası iletişimi ve normal g¼nl¼k aktiviteyi engelleyecek derecede davranış bozukluklarına neden olan ve yaşam kalitesini d¼ř¼ren önemli bir halk sağlığı sorunudur (G¼nalp ve Tuncer 2004, Gelişen ve Çalışkan 2006, Carey ve Rayburn 2006, Kırçan ve ark 2012, Direkvand-Moghadam ve ark 2014). Yaş, genetik, altta yatan affektif bozukluklar, reproduktif ve menstrual hikaye sigara, alkol caffeein kullanımı, beslenme fakt¼rleri, stres, eğitim seviyesi egzersiz yapma durumu PMS'etkileyen fakt¼rler 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 g¼nl¼k yaşama olan olumsuz etkilerden dolayı PMS'nin g¼r¼lme sıklığı ve hangi gruplarda daha fazla g¼r¼ld¼đ¼n¼n 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 b¼lgesinde menopoza dönemine girmemiş 25 yaş üzeri kadınlarda premenstrual sendrom g¼r¼lme düzeyi ve bunu etkileyen sosyo demografik, doğurganlık, menstruasyon özellikleri ve bazı risk fakt¼rlerinin 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 fakt¼rleri 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, menstrual siklusun lüteal fazında oluşan, menstrasyon 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 menstrual döngünün geç luteal döneminde memelerde şişkinlik, baş ağrısı, halsizlik ve kilo alımı gibi fiziksel ve depresif duygu durum, irritabilite, gerginlik gibi ruhsal belirtilerin ortaya çıkıp bu durumun genellikle menstrasyonun 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 eş anlamlı 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 etiolojisi tam olarak anlaşılmış değildir. Merkezi sinir sistemi patofizyolojisinde önemli bir rol oynayan gonadal hormonlar ve nörotransmitterlerin PMS de etkili olabileceği düşünülmektedir. PMS'nin ovulatuvar 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 alınıminin artışı PMS etiolojisinde suçlanan hormon değişikliklerindedir (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 etiolojisi 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 regülasyonunda ve bağırsak fonksiyonlarında da etkili olabilecekleri gösterilmiştir (Baysal 2004). Beta endorfin düzeyindeki azalmalar, anksiyete, hiperirritabilite, yeme isteğinde artma, ve fiziksel rahatsızlık gibi önemli premenstrual 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. Hipokalsemi de var olan depresyon, anksiyete ve disforik bozukluk belirtilerinin PMS'da da olması, PMS'un etyolojisinde kalsiyumun rol oynayabileceğini düşündürülebilir (Gökçe 2006).

#### **1.4.PMS Risk Faktörleri**

##### **1.4.1.Yaş**

PMS'nin yaşla ilişkisini değerlendiren farklı çalışmalar mevcuttur. Semptomlar yaşla artmakta, ovaryan aktivitenin azalması ile azalmakta ve menopozla birlikte bitmektedir (Freeman 2007). Yapılan retrospektif klinik çalışmalara göre ortalama başlama yaşı 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 menstrual semptomların daha az, premenstrual semptomların ise daha fazla olduğu bildirilmektedir. Kadınları çok doğuran ve emziren ülkelerde menstrual siklusların daha az yaşanmasına bağlı PMS daha az 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, eğitilmiş ve yüksek gelirli kadınlarda, baş ağrısı, irritabilite, duygulanım değişikliği, menstrual 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), Prementruel 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). Prementruel sendromun görülme sıklığı Türkiye'de% 66.6 (Alpaslan ve ark 2014). Demir ve arkadaşlarının (2006), sağlık personelleri ile ilgili yaptığı çalışmada ise, PMS prevalansı %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 amacıyla 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 Örgütü'nün "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 yaşanan 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) ; Premenstrual 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**

Örnekleme 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, Mentrasyonu 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'dir (Çizelge 3.1).

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

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



Çalışmaya katılan kadınların % 88.5'i evli, % 49.8'inin eşi ilköğretim ve altında eğitim düzeyine sahip ve % 87.2'sinin 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**

<b>Özellikler</b>	<b>Sayı</b>	<b>(%)</b>
<b>Medeni Durum (n=227)</b>		
Evli	201	88,5
Bekar	18	7,9
Dul/boşanmış	8	3,6
<b>Eş Eğitim Durumu (n=209)</b>		
Okuryazar/ilköğretim	113	49,8
Ortaokul	35	15,4
Lise	33	14,5
Yükseköğretim ve üzeri	28	12,3
<b>Eş çalışma durumu (n=209)</b>		
Çalışıyor	197	87,2
Çalışmıyor	11	4,8
<b>Evlenme Özelliği (n=209)</b>		
İsteyerek	64	28,2
Görücü	138	60,8
Aile Zoru	1	0,4
Kaçarak	6	2,6
<b>Evlilik süresi (n=209)</b>		
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'ının düşük yaşadığı, %12.1'inin kürtaj yaptırdığı bulunmuştur (Çizelge 3.3).

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

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

Kadınların adet dönemi ile ilgili özellikleri incelendiğinde ilk adet yaş ortalaması  $13,3 \pm 1,2$  olduğu, adet olma aralıklarının  $24,5 \pm 7,0$  ve adet süresinin ise ortalama  $6,5 \pm 1,7$  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)

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

Kadınların premenstrual sendrom için risk faktörleri görülme sıklığı değerlendirildiğinde % 8,8'inin sigara içtiği, %81,9'unun şekerli gıda tükettiği, % 34,8'inin egzersiz yaptığı, %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 premenstrual sendrom için bazı risk faktörlerine göre dağılımı (n=227)**

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

	<b>Ortalama ± Sd</b>	<b>En Küçük Değer</b>	<b>En Büyük Değer</b>
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
<b>Toplam</b>	<b>110,8 ± 32,3</b>	<b>50,0</b>	<b>220,0</b>

### **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 ( $15,6\pm 6,7$ ), eğitim düzeyi ortaokul ve üstü olan kadınlara göre ( $13,6\pm 5,7$ ) anlamlı bir şekilde yüksek bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Çalışmayan kadınların depresif düşünceler alt boyutu ( $15,1\pm 6,6$ ), depresif duygulanım ( $17,5\pm 6,3$ ), yorgunluk ( $17,8\pm 5,7$ ), sinirlilik ( $13,2\pm 5,2$ ) ve toplam puan ortalaması ( $112,7\pm 32,2$ ) çalışan kadınlara göre yüksek bulunmuştur ( $12,6\pm 5,8$ ;  $99,9\pm 30,6$ ). Diğer alt boyutların puan ortalamaları çalışma durumuna göre değişmemektedir ( $p>0,05$ ). Ekonomik durum algısında ise ekonomik durumunu orta/kötü algılayanların anksiyete ( $15,4\pm 6,5$ ), yorgunluk ( $18,0\pm 5,8$ ), sinirlilik ( $13,4\pm 5,1$ ), depresif düşünceler ( $15,7\pm 6,8$ ) alt boyutlarında ve toplam puanda ( $114,5\pm 32,4$ ) ortalama değerlerinin ekonomik durumunu iyi algılayanlara göre ( $13,4\pm 5,9$ ;  $16,0\pm 5,3$ ;  $11,5\pm 5,4$ ;  $12,5\pm 5,0$ ;  $101,2\pm 30,2$ ) 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
<b>Eğitim Durumu</b>										
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	<b>p=0,017</b>	p=0,772	p=0,755	p=0,237	p=0,504	p=0,618	p=0,198	p=0,629	p=0,311
<b>Çalışma Durumu</b>										
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
	<b>p=0,057</b>	p=0,204	<b>p=0,046</b>	<b>p=0,014</b>	<b>p=0,034</b>	p=0,142	p=0,734	p=0,142	p=0,789	<b>p=0,030</b>
<b>Ekonomik Durum Algısı</b>										
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	<b>p=0,037</b>	<b>p=0,014</b>	<b>p=0,014</b>	<b>p=0,001</b>	p=0,436	p=0,168	p=0,265	p=0,153	<b>p=0,006</b>
<b>Sağlık güvencesi</b>										
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
<b>Aile Tipi</b>										
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
<b>En uzun yaşanılan yer</b>										
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
<b>Eş Eğitim Durumu</b>										
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
<b>Eş Çalışma Durumu</b>										
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
Çalışmıyor	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
<b>Evlenme Özelliği</b>										
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
<b>Evlilik süresi</b>										
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 ( $18,8\pm6,8$ ), depresif düşünce ( $16,4\pm7,1$ ) ve toplam puana ( $118,4\pm32,2$ ) ait puan ortalamalarının düşük öyküsü olmayanlara göre anlamlı bir şekilde yüksek olduğu ( $16,4\pm6,2$ ;  $14,2\pm6,3$ ;  $108,0\pm32,5$ ) 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
<b>En son yaptığı doğum şekli</b>										
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
<b>Kaç yıl önce doğum gerçekleşti</b>										
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
<b>Düşük yaşama</b>										
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
	<b>p=0,016</b>	p=0,085	p=0,105	p=0,189	<b>p=0,032</b>	p=0,684	p=0,109	p=0,566	p=0,626	<b>p=0,039</b>
<b>Kürtaj yaşama</b>										
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 ( $18,2\pm6,4$ ), anksiyete ( $15,7\pm6,4$ ), yorgunluk ( $18,6\pm35,5$ ), sinirlilik ( $13,1\pm5,1$ ), depresif düşünce ( $15,7\pm6,4$ ), ağrı ( $9,6\pm2,7$ ), uykuda değişim ( $8,4\pm3,1$ ), şişkinlik ( $8,4\pm3,4$ ) alt boyutlarında ve ölçeğin toplam puanında ( $116,9\pm31,0$ ) adet döneminde dismenore yaşamayanlara göre daha yüksek puan ortalamasına ( $15,0\pm6,0$ ;  $12,9\pm5,9$ ;  $14,8\pm5,3$ ;  $11,2\pm5,3$ ;  $12,8\pm6,3$ ;  $8,3\pm2,8$ ;  $7,0\pm3,1$ ;  $7,2\pm3,3$ ;  $97,5\pm31,2$ ) sahip oldukları belirlenmiştir ( $p<0.05$ ). Adet döneminin düzensiz olduğunu söyleyen kadınların ise ölçeğin alt boyutlarından depresif duygulanım ( $19,0\pm7,2$ ), anksiyete ( $16,5\pm6,9$ ), yorgunluk ( $19,0\pm5,6$ ), sinirlilik ( $14,6\pm4,9$ ), depresif düşünce ( $17,1\pm7,4$ ), ağrı ( $9,9\pm2,5$ ) ve ölçeğin toplam puanının ortalaması ( $121\pm35,8$ ), adet dönemi düzenli olan kadınlara göre ( $16,6\pm6,1$ ;  $14,3\pm6,1$ ;  $17,0\pm5,7$ ;  $12,3\pm5,3$ ;  $14,0\pm6,1$ ;  $8,9\pm2,8$ ;  $107,5\pm30,4$ ) 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
	<b>p=0,019</b>	<b>p=0,026</b>	<b>p=0,026</b>	<b>p=0,006</b>	<b>p=0,002</b>	<b>p=0,020</b>	p=0,765	p=0,330	p=0,863	<b>p=0,006</b>
<b>Adet döneminde ağrı yaşama</b>										
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
	<b>p=0,000</b>	<b>p=0,002</b>	<b>p=0,000</b>	<b>p=0,001</b>	<b>p=0,002</b>	<b>p=0,001</b>	p=0,555	<b>p=0,003</b>	<b>p=0,013</b>	<b>p=0,000</b>

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
<b>Sigara içme durumu</b>	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
<b>Şekerli gıda tüketimi</b>										
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
	<b>p=0,026</b>	p=0,157	<b>p=0,020</b>	p=0,124	<b>p=0,047</b>	p=0,145	<b>p=0,001</b>	p=0,063	<b>p=0,040</b>	<b>p=0,008</b>
<b>Egzersiz yapma durumu</b>										
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
<b>Günlük 1 fincandan fazla kahve tüketme</b>										
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
<b>Yemeğin tadına bakmadan tuz kullanma</b>										
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
<b>Anne ya da kız kardeşinizde adet öncesi ağrı var mı?</b>										
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
	<b>p=0,042</b>	p=0,367	<b>p=0,003</b>	<b>p=0,019</b>	<b>p=0,010</b>	<b>p=0,016</b>	p=0,501	<b>p=0,025</b>	<b>p=0,012</b>	<b>p=0,005</b>
<b>Öfke kontrol etme durumu</b>										
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
	<b>p=0,000</b>	<b>p=0,000</b>	<b>p=0,007</b>	<b>p=0,000</b>	<b>p=0,009</b>	p=0,080	<b>p=0,017</b>	<b>p=0,000</b>	<b>p=0,000</b>	<b>p=0,000</b>
<b>Öfkeyi kontrol edememe dönemi</b>										
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	<b>p=0,012</b>	p=0,186	p=0,774	<b>p=0,032</b>	p=0,445	<b>p=0,013</b>	p=0,155	p=0,077
<b>Anemi durumu</b>										
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'inin 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  $13,3 \pm 1,2$  olduğu, adet olma aralıklarının  $24,5 \pm 7,0$  ve adet süresinin ise ortalama  $6,5 \pm 1,7$  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  $13,3 \pm 1,4$  olarak bulunmuştur. Ortalama siklus uzunluğu  $27,1 \pm 4,1$  gün ve kanama süresi ortalaması  $5,7 \pm 1,7$  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 premenstrual sendrom için risk faktörleri görülme sıklığı değerlendirildiğinde % 8,8'inin sigara içtiği, % 65.2'sinin egzersiz yapmadığı bulunmuştur. Ariöz'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. Ariöz'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 şikâyetlerin 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  $110,8 \pm 32,3$  puan aldıkları görülmüştür. Ölçeğin depresif duygulanım alt boyutundan ortalama  $17,2 \pm 6,4$ ; anksiyete alt boyutundan  $14,8 \pm 6,4$ ; yorgunluk alt boyutundan  $17,4 \pm 5,7$ ; sinirlilik alt boyutundan  $12,8 \pm 5,3$ , depresif düşünceler alt boyutundan  $14,7 \pm 6,5$ , ağrı alt boyutundan  $9,2 \pm 2,8$  iştah değişimi alt boyutundan  $8,2 \pm 3,3$  ve uyku değişimi alt boyutundan ortalama  $7,9 \pm 3,2$  puan aldıkları ve şişkinlik için  $8,1 \pm 3,4$  belirlenmiştir (Çizelge 3.6). Selçuk'un (2014) çalışmasında; Öğrencilerin PMS ölçeğinden aldıkları toplam puan ortalaması  $110,49 \pm 32,62$ 'dir. PMS ölçeğinin alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları ise; depresif duygulanım için  $17,82 \pm 6,40$ , anksiyete için  $13,32 \pm 5,34$ , yorgunluk için  $16,39 \pm 5,90$ , sinirlilik için  $14,25 \pm 5,16$ , depresif düşünceler için  $14,80 \pm 5,64$ , ağrı için  $8,22 \pm 2,92$ , iştah değişimleri için  $8,89 \pm 3,29$ , uyku değişimleri için  $7,65 \pm 3,20$  ve şişkinlik için  $9,11 \pm 3,71$  olarak bulunmuştur. Bakır (2012) çalışmasında PMSÖ aldıkları toplam puan ortalaması  $121,30 \pm 34,02$ 'dir. Ölçeğin depresif duygulanım alt boyutundan ortalama  $20,32 \pm 6,54$ ; anksiyete alt boyutundan  $14,95 \pm 6,15$ ; yorgunluk alt boyutundan  $18,19 \pm 5,9$ ; sinirlilik alt boyutundan  $15,67 \pm 5,41$ , depresif düşünceler alt boyutundan  $16,63 \pm 7,03$ , ağrı alt boyutundan  $8,49 \pm 3,2$  iştah değişimi alt boyutundan  $9,40 \pm 3,43$ , uyku değişimi alt boyutundan ortalama  $8,17 \pm 3,38$  ve şişkinlik için  $9,44 \pm 3,71$  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 ( $p>0,05$ ). Daşıkın 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

anlamli derecede yuksek oldugunu saptamistir. Adiguzel ve arkadaslarinin (2007) yapmis oldugu calismada, calisan kadınlarda PMS semptomlarının şiddetinin daha fazla oldugunu gostermektedir. Bu durum calisiyor 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 eğitilmiş 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 yaşanan 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/küretejin 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 adet 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. Yamamoto 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’ünde dismenore olduğu ve PMS’i 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 değişim 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. Daşıkın 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’i olan kadınların %72,9’unun annelerinde premenstrüel semptomlar vardır ve PMS’i 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 yaşadıkları 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. Egicioğlu (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  $110,8 \pm 32,3$  puan aldığı,

Yaş, sağlık güvencesinin varlığı, aile tipi, en uzun yaşanan 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=20140208T160752303>

3. 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, Avcı 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](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 etkinliğinin 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.
- Daşkan 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.
- Diñç 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 Sahn 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 Faktörleri. Medical Network Klinik Bilimler ve Doktor, 6(5), p. 660-3.
- Halbreich U, 2004. The diagnosis of premenstrual syndromes and premenstrual dysphoric disorders-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. Third 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 prevalansı 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 Öğrencilerinde 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, & Iwanga S.K 2000. Under The Title Adequacy of Sample Size in Health Studies by World Health Organization 1st ed., Ankara; Hacettepe Taş: (translated: 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, Tanrıverdi D, Erci B, 2011. Premenstrual syndrome and management behaviours in Turkey. *Aust J Adv Nurs*, 28, 54-60.
- Perkonig, 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 Premenstrual 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](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 karşıladığınızda 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 yaptığımız 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 yaşıınız .....
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) nız 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 cümlelerin sağındaki ölçeği dikkate alarak işaretleyiniz. Daha öncesi veya daha sonrası bu durumların var olup olmasını değerlendirmeyiniz **Hiçbir soruyu boş bırakmayınız.**

### ADETTEN BİR HAFTA ÖNCE

		Hiç	Çok az	Baz en	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 olacaktı gibi korkuyorum					
10	Seslere karşı hassasiyetim artıyor					
11	Arkamdan biri saldırıcağı 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 İZİNİ**



T.C. Sağlık Bakanlığı

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

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



00007192871

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

**VALİLİK MAKAMINA**

S.Ü Sağlık Bilimleri Fakültesi Kadın Hastalıkları Doğum Hemşireliği yüksek lisans 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

**OLUR**  
.../.../2014  
Mehmet ÜNAL  
Vali Yardımcısı

İhsaniye Mah. Karamanoğlu Mehmetbey Sok. No:7 Selçuklu/KONYA  
A★ tılı 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 D: SELÇUK ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ  
DEKANLIĞI GİRİŞİMSEL OLAMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK  
KURULU İZİNİ**



T.C.  
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ DEKANLIĞI  
GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK  
KURULU KARARI



**Toplantı Sayısı: 09**

**Toplantı Tarihi : 27.11.2014**

**Karar Sayısı 2014/84** Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Öğretim Üyesi Doç.Dr. Belgin AKIN'ın "25 Yaş Üstü Kadınlarda Premenstrual Sendrom Görülme Sıklığı ve İlişkili Faktörler" başlıklı araştırmasının değerlendirilme talebi ile ilgili 17.11.2014 tarihli dilekçesi ve ekleri görüldü.

Yapılan inceleme ve görüşmelerden sonra Doç.Dr. Belgin AKIN'ın "25 Yaş Üstü Kadınlarda Premenstrual Sendrom Görülme Sıklığı ve İlişkili Faktörler" adlı araştırmasının kabulüne oy birliği ile karar verildi.



T.C.  
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ DEKANLIĞI



SAYI : 34967403-

27/11/2014

Doç.Dr.Belgin AKIN  
(S.Ü. Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Öğretim Üyesi)

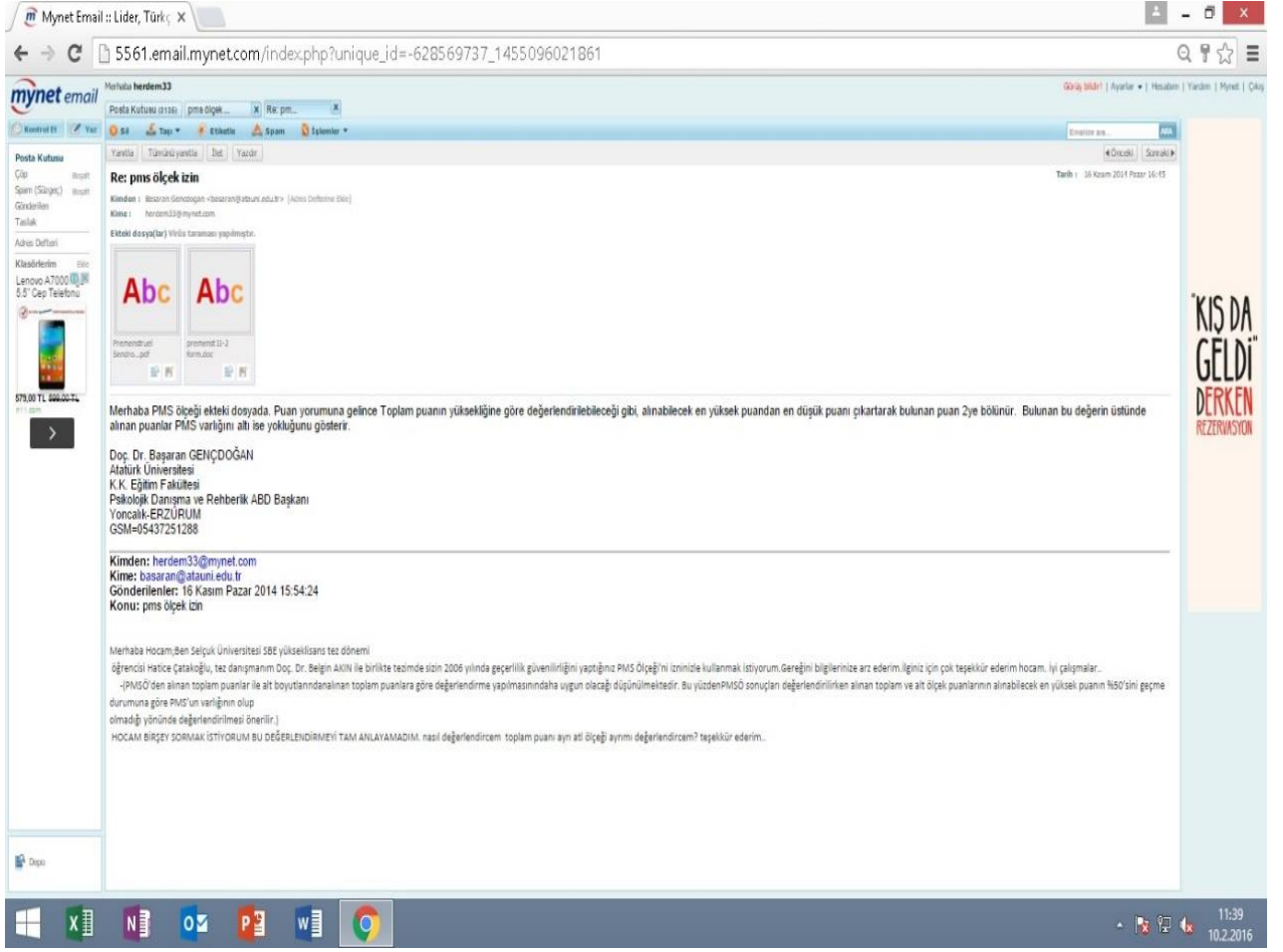
17.11.2014 tarihli "25 Yaş Üstü Kadınlarda Premenstrual Sendrom Görülme Sıklığı ve İlişkili Faktörler" başlıklı araştırma projesi, 27.11.2014 tarihli Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul Toplantısı'nda görüşülmüş olup; kurulun konu ile ilgili 2014/84 sayılı kararı ekte sunulmuştur.

Bilgilerinize rica ederim.

Prof. Dr. Aliye MAVİLİ  
Başkan



## EK E: PMS ÖLÇEĞİ İZİN BELGESİ



Mynet Email :: Lider, Türkç x

5561.email.mynet.com/index.php?unique\_id=-628569737\_1455096021861

Merhaba herdem33

Posta Kutusu izisi pms ölçek... Rkr pms...

Yeni Gözetim Gözetim Gözetim Gözetim Gözetim

Posta Kutusu

Çöp Boşalt

Sizim (Sizim) Boşalt

Gönderilen

Taahhüt

Adres Defteri

Klasörlerim Ekle

Lenovo A7000 5.5" Cep Telefonu

570,00 TL

Re: pms ölçek izin

Tarih: 16 Kasım 2014 Pazartesi 16:15

Kimden: Basaran Gençdoğan <basaran@atauni.edu.tr> (Açık Defterime Ekle)

Kime: herdem33@mynet.com

Etkeli dosya(lar) Vücut taraması yapılmıştır.

Prehensiyon\_Senozu.pdf

prehensiyon II-2 form.doc

Merhaba PMS ölçeği ekteki dosyada. Puan yorumuna gelince Toplam puanın yüksekliğine göre değerlendirilebileceği gibi, alınabilecek en yüksek puandan en düşük puanı çıkartarak bulunan puan 2ye bölünür. Bulunan bu değerın üstünde alınan puanlar PMS varlığını altı ise yokluğunu gösterir.

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

Kimden: herdem33@mynet.com  
Kime: basaran@atauni.edu.tr  
Gönderilenler: 16 Kasım Pazartesi 2014 15:54:24  
Konu: pms ölçek izin

Merhaba Hocam; Ben Selçuk Üniversitesi SBE yüksek lisans tez dönemi öğrencisi Hatice Çarşaklı, tez danışmanım Doç. Dr. Belgin AKIN ile birlikte tezimde sizin 2006 yılında geçerlilik güvenirliğini yaptığınız PMS Ölçeğini izninizle kullanmak istiyorum. Gereğini bilgilerimize arz ederim. İlginizi için çok teşekkür ederim hocam. İyi çalışmalar...

-PMSÖ'den alınan toplam puanlar ile altı boyuttan alınan toplam puanlara göre değerlendirme yapılmasında uygun olacak düjünülmektedir. Bu yüzden PMSÖ sonuçları değerlendirilirken alınan toplam ve alt ölçek puanlarının alınabilecek en yüksek puanın 150'sini geçme durumuna göre PMS'un varlığının olup olmadığı yönünde değerlendirilmesi önerilir.]

HOCAM BİRZEY SORMAK İSTİYORUM BU DEĞERLENDİRMEYİ TAM ANLAYAMADIM. NASIL DEĞERLENDİRECEM? TOPLAM PUANI AYNI ÖLÇEĞİ AYRIMI DEĞERLENDİRECEM? TEŞEKKÜR EDERİM...

11:39  
10.2.2016

KIS DA GELDI DERKEN REZERVASYON

## 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 yapmaktadır. Evli ve iki çocuğu var.