

**T.C.
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**ÜREME ÇAĞINDAKİ KADINLARIN ACİL SERVİSE
BAŞVURMA ŞİKAYETLERİNİN PREMENSTRUAL
SENDROMLA İLİŞKİSİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Azime İDARE

Enstitü Anabilim Dalı: Hemşirelik

Tez Danışmanı: Dr Öğr. Üyesi Kevser ÖZDEMİR

Ocak - 2022

**T.C.
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**ÜREME ÇAĞINDAKİ KADINLARIN ACİL SERVİSE
BAŞVURMA ŞİKAYETLERİNİN PREMENSTRUAL
SENDROMLA İLİŞKİSİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Azime İDARE

Enstitü Anabilim Dalı: Hemşirelik

“Bu tez .../.../2022 tarihinde aşağıdaki jüri tarafından Oy birliği / Oy çokluğu ile kabul edilmiştir.”

JÜRİ ÜYESİ	KANAATİ	İMZA

BEYAN

Bu çalışma T.C. Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 13/01/2020 tarihli ve 16214662/050.01.04/14 sayılı onay alarak hazırlanmıştır. Bu tezin kendi çalışmam olduğunu, planlanmasından yazımına kadar hiçbir aşamasında etik dışı davranışımın olmadığını, tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları kaynaklar listesine aldığımı, tez çalışması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

Azime İDARE

../.../....

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim boyunca ve tezimin tüm aşamalarında bilgi, destek ve katkılarını hiçbir zaman esirgemeyen, bana sürekli rehberlik eden, sabırla hatalarımı düzelten ve bana yön veren tez danışmanım Sayın Dr. Öğr. Üyesi Kevser ÖZDEMİR hocama teşekkür ederim. Hayatım boyunca her zaman yanımda olan maddi ve manevi destekte bulunan sevgilerini esirgemeyen canım babam Cengiz İDARE, annem Ayşe İDARE ve kardeşlerime teşekkür ediyorum.

Hayatımın her aşamasında olduğu gibi ilgisiyle her zaman yanımda olan, gülümseme sebebim, yol arkadaşım Ramazan TURHAN'a sonsuz teşekkür ediyorum.

Tez uygulama sırasındaki yardımlarını esirgemeyen Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Servis de görev yapan hemşire arkadaşlarıma destek oldukları için teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	ii
İÇİNDEKİLER	iii
KISALTMALAR	vi
TABLolar LİSTESİ.....	vii
ÖZET.....	viii
SUMMARY	ix
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	2
2.1. PREMENSTRUAL SENDROM (PMS).....	2
2.1.1. PMS Etiyolojisi	2
2.1.2. PMS’de Hormonların Rolü	3
2.1.3. PMS Belirti ve Bulguları.....	4
2.1.4. PMS Prevalansı	6
2.1.5. PMS ile İlgili Risk Faktörleri	8
2.1.5.1. Genetik.....	8
2.1.5.2. Yaş	9
2.1.5.3. Stres	9
2.1.5.4. Obezite ve Beslenme Tarzı	9
2.1.5.5. Diğer Risk Faktörleri	10
2.1.6. PMS Tanı.....	10
2.1.6.1. Premenstrual Sendrom için Tanı Kriterleri.....	11
2.1.7. PMS’nin Yaşam Kalitesine Etkisi.....	12
2.1.8. PMS Tedavi Yöntemleri.....	13
2.1.8.1. Nonfarmakolojik Tedavi.....	14
2.1.8.1.1. Masaj.....	14
2.1.8.1.2. Aromaterapi	14
2.1.8.1.3. Akupunktur	14
2.1.8.1.4. Yoga.....	15
2.1.8.1.5. Yaşam Tarzı Değişiklikleri.....	16
2.1.8.1.6. Farmakolojik Tedavi.....	16

2.1.9. PMS ve Hemşirelik Bakımı.....	19
3. GEREÇ VE YÖNTEM	20
3.1. ARAŞTIRMANIN TÜRÜ	20
3.2. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YERİ VE ZAMANI	20
3.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ.....	20
3.4. ÖRNEK SEÇİM YÖNTEMİ.....	21
3.4.1. Araştırmaya alınma kriterleri	21
3.4.2. Araştırmaya alınmama kriterleri	21
3.5. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI.....	21
3.5.1. Kadınların tanıtıcı özelliklerini içeren anket formu (EK-1).....	22
3.5.2. Premenstrüel Sendrom Ölçeği (PMSÖ) (EK-2).....	22
3.5.3. Durumluk Kaygı Ölçeği (Ek-3).....	23
3.6. VERİLERİN TOPLANMASI	23
3.7. ARAŞTIRMANIN DEĞİŞKENLERİ	24
3.7.1. Bağımsız Değişkenler.....	24
3.7.2. Bağımlı Değişkenler.....	24
3.8. ARAŞTIRMANIN İZNİ	24
3.9. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ.....	24
3.10. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI	25
4. BULGULAR	26
5. TARTIŞMA	39
5.1. KADINLARIN PREMENSTRUAL SENDROM DÜZEYLERİ İLE SOSYO- DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ, MENSTRUASYON ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI.....	39
5.2. KADINLARIN PREMENSTRUAL SENDROM VE KAYGI DÜZEYLERİ İLE ACİL SERVİSE BAŞVURU ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI	44
5.3. KADINLARIN PREMENSTRUAL SENDROM ÖLÇEĞİ VE DURUMLULUK KAYGI ÖLÇEĞİ PUAN ORTALAMALARI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN TARTIŞILMASI.....	45
6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER	47
KAYNAKLAR	49

EKLER.....	62
ÖZGEÇMİŞ.....	69



KISALTMALAR

ACOG	: Amerikan Obstetrik Jinekologlar Birliği
APA	: American Psychological Association
BKİ	: Beden Kitle İndeksi
DSM	: The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
GnRH	: Gonadotropin Salgılatıcı Hormon
ICD-10	: Uluslararası Hastalık Sınıflaması
PMS	: Premenstrual Sendrom
VKİ	: Vücut Kitle İndeksi

TABLÖLAR LİSTESİ

Tablo 1. PMS Teşhisi için Semptomlar (Öztürk ve Karaca 2019);.....	11
Tablo 2. Durumluk Kaygı Ölçeğinin Değerlendirilmesi.....	23
Tablo 3. Sosyo-demografik özelliklerin incelenmesi (n=250).....	26
Tablo 4. Sağlık durumlarının incelenmesi (n=250).....	27
Tablo 5. Ölçeklerin puan ortalaması ve Cronbach alfa değerleri (n=250).....	28
Tablo 6. Ölçek ve boyutları ile demografik özelliklerin ilişkisinin incelenmesi (n=250).....	29
Tablo 7. Ölçek ve boyutları ile yaş ve BKİ arasındaki ilişkisinin incelenmesi (n=250).....	31
Tablo 8. Ölçek ve boyutları ile sağlık özelliklerin ilişkisinin incelenmesi (n=250) .	32
Tablo 9. PMSÖ varlığı üzerinde etkili faktörlerin incelenmesi	35
Tablo 10. Ölçek ve boyutları ile acil servise başvuru yapma durumlarının incelenmesi (n=250)	36
Tablo 11. Ölçek ve boyutlar arasındaki ilişkisinin incelenmesi (n=250).....	38

ÖZET

Premenstrual sendrom üreme çağındaki kadınlarda sık görülen sadece kendini değil çevresinde kişileri de etkileyen en önemli problemlerden biridir. Bu çalışma üreme çağındaki kadınların acil servise başvurma şikâyetlerinin premenstrual sendromla ilişkisinin değerlendirilmesi amacıyla, kesitsel ve tanımlayıcı nitelikte planlanmıştır. Kesitsel ve tanımlayıcı tipte planlanan bu çalışma, Ocak 2020- Haziran 2020 tarihleri arasında Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastanesinin acil servisine başvuran 18 yaş ve üzeri üreme çağındaki 250 kadın katılımcı ile yürütülmüştür. Verilerin toplanmasında "Kadınların tanıtıcı özelliklerini içeren anket formu", "Premenstrual Sendrom Ölçeği (PMSÖ)"ve "Durumluk Kaygı Ölçeği" kullanılıp, verilerin IBM SPSS Statistics 23 programı kullanılarak yapılmıştır. İstatistiksel olarak anlamlılık değeri $p<0,05$ olarak kabul edilmiştir. Çalışma grubunu oluşturan kadınların, PMSÖ'den ortalama $97,40\pm26,62$ puan aldıkları Çalışmamızda, acil servise başvuru yapan kadın %23,6'sının PMS'li olduğu saptanmıştır. Kadınların %53,6 acil servise mesai dışında (16:00-08:00) başvurduğu, %20,2 acil servise gelişinin daha önceden memnun kaldığı için başvurduğu ve %66 acil servise otobüs ile geldiği belirlenmiştir. Premenstrual Sendrom Ölçeği ve alt boyutları ile Durumluluk Kaygı Ölçeği arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı derecede bir ilişki bulunmuştur (her biri için; $p<0.05$). Çalışmamızda PMS yaşayan kadınların geliri az olanların, büyükşehirde yaşayanların, menstruasyon durumunda ilaç kullananların, acile otobüsle gelenlerin ambulans ile gelenlere göre daha fazla PMS yaşandığı tespit edilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Acil Servis, Durumluluk Kaygı, Premenstrual Sendrom

SUMMARY

The Relationship of The Complaints of Applying to The Emergency Department of Women of Reproductive Age with Premenstrual Syndrome

Premenstrual syndrome is common in women of reproductive age and is one of the most important problems that affects not only her but also the people around her. This study was planned as a cross-sectional and descriptive study to evaluate the relationship between premenstrual syndrome and the complaints of women of reproductive age who applied to the emergency department. The study, which was planned as a cross-sectional and descriptive type, was carried out with 250 female participants aged 18 years and above of reproductive age who applied to the emergency department of Sakarya Training and Research Hospital between October 2020 and June 2020. "Questionnaire form containing the introductory characteristics of women", "Premenstrual Syndrome Scale (PMS)" and "State Anxiety Scale" were used to collect the data and the data were made using IBM SPSS Statistics 23 program. Statistically, the significant value was accepted as $p < 0.05$. In our study where the women in the study group got an average of 97.40 ± 26.62 points from PMS, 23.6% of the women who applied to the emergency department were found to have PMS. It was determined that 53.6% of the women applied to the emergency service outside of working hours (16:00-08:00), 20.2% applied because they were pleased before, and 66% came to by bus. A statistically significant positive correlation was found between the Premenstrual Syndrome Scale and its sub-dimensions and the State Anxiety Inventory (for each; $p < 0.05$). In our study, It was determined that women with PMS were those with low income, living in a metropolitan city, using medication during menstruation and the women who came to the emergency department by bus were more have PMS than those who came by ambulance.

Keywords: Emergency Department, State Anxiety, Premenstrual Syndrome

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Menstruasyon fizyolojik bir olay olan kadınların yaşamlarını etkileyerek 30-35 yılı kapsayan her ay düzenli tekrarlanan bir süreçtir (Tufan 2019, Karaca 2019). Premenstrüel sendrom (PMS), genel olarak luteal fazda ortaya çıkan ve menstrüasyonun başlamasıyla veya kısa süre sonra ortadan kalkan duygusal, fiziksel ve davranışsal semptomlar bütünü olarak tanımlanmaktadır (Budabunyanet al. 2017, Öztürk ve Karaca 2019, Haşim, Obaideen et al. 2019, Chumpalova et al. 2020). PMS'nin nedenleri net olarak anlaşılmamış olmakla birlikte; hormonal değişiklikler, nörotransmitterler, prostaglandinler, diyet alışkanlıkları, kullanılan ilaçlar ve yaşam tarzına bağlı olabileceği düşünülmektedir (Brahmbhatt, Sattigeri, Shah, Kumar, and Parikh 2013, Öztürk ve Karaca 2019). Doğurganlık çağındaki kadınların %90'ında hafif ile şiddetli arasında değişen, çeşitli adet öncesi semptomlar yaşadığı bilinmektedir (Chumpalova et al 2020). PMS'nin en yaygın duygusal ve ruh hali ile ilgili semptomları; depresyon, sinirlilik, gerginlik, ağlama, aşırı duyarlılık, değişen üzüntü ve öfke ile ruh hali değişimlerini içermektedir. Fiziksel belirtiler arasında karın krampları, yorgunluk, şişkinlik, meme hassasiyeti, akne ve kilo alımı yer almaktadır (Brahmbhatt et al 2013). Çamlıbel ve arkadaşları tarafından (2019) yılında, dismenore şikayeti ile acil servise gelen kadınlar ile yaptığı bir araştırmada, dismenorenin adet gören kadınların %50'sinden fazlasını etkilediği, bununla birlikte 18-45 yaş arasındaki kadınların %90'ında dismenore olduğunu belirten birçok yayının bulunduğu ve dismenorenin acil başvuruları arasında en sık nedenlerden biri olduğu ifade edilmiştir (Çamlıbel, Erdur, Yılmaz, Özen, Uyanık 2019, Jamieson and Steege 1996). Premenstrual sendromun etiyolojisi tam olarak bilinmediğinden, tedavisinde amaç, semptomların hafifletilmesidir. Hastaya bireysel olarak değerlendirip semptomlarına göre tedavi düzenlenmelidir (Uçak 2020). PMS ilgili danışmanlık yaparak yardımcı olunmalı, bilgi vererek yaşadığı problemlere karşı destekleyici olunmalıdır (Aktaş, Şahin ve Gönenç 2012).

Bu araştırma üreme çağındaki kadınların acil servise başvurma şikâyetlerinin premenstrual sendromla ilişkisinin değerlendirilmesi amacıyla yapılmıştır

2. GENEL BİLGİLER

2.1. PREMENSTRUAL SENDROM (PMS)

Her ay düzenli bir şekilde yinelenen ve fizyolojik bir olay olan mensturasyon, kadınların yaşamları boyunca yaklaşık 30-35 yıl tecrübe ettiği bir süreçtir (Akmalı, Özerdoğan ve Gürsoy 2020, Tufan 2019). Premenstrüel sendrom (PMS), genel olarak luteal fazda ortaya çıkan ve menstrüasyonun başlamasıyla veya kısa süre sonra ortadan kalkan duygusal, fiziksel ve davranışsal semptomlar bütünü olarak tanımlanmaktadır (Budabunyakan et al. 2017, Öztürk ve Karaca 2019, Haşim et al. 2019, Chumpalova et al. 2020).

Adet dönemleri ile davranış değişiklikleri arasındaki ilişki ilk kez Hipokrat tarafından ortaya atılmıştır. New York Tıp Akademisi'nde jinekolog olan Robert Frank ise 1931 yılında, “premenstrüel gerginlik” terimini ilk kez kullanmış ve 15 kadın hastasının durumunu gözlemlemiştir. Adet öncesi 7 ile 10 gün boyunca ortaya çıkan, kanamanın başlamasıyla birlikte kadınlarda gözlemlenen baş ağrısı, kilo artışı, huzursuzluk gibi belirtileri yumurtalık disfonksiyonu’na bağlamış ve bu durumu “premenstrual gerginlik” olarak adlandırılmıştır. 1952 yılında “Premenstrual sendrom” terimini kullanan Katharina Dalton ilk kişi olmuştur (Ranjbaran, Samani, Almasi-Hashiani, Matourypour, Sc. and Moini 2017).

2.1.1. PMS Etiyolojisi

PMS; temelde biyolojik, psikoloji veya sosyolojik olarak adet döngüsü ile bağlantılı psikososyal bir sorun olup nedeni tam olarak bilinmemektedir. Ancak yapılan araştırmaların sonuçlarında, nedenlerinin çokluğuna işaret edilmektedir. Genetik faktörler, ailevi yatkınlık, cinsiyet hormonlarının, nörotransmitterlerin ve merkezi sinir sisteminin rolü ve değişiklikleri, çevresel faktörler, depresyon, migren, sosyal ve duygusal destek eksikliği semptomların gelişimini ve yoğunluğunu etkileyebilmektedir (Zendehdel and Elyası 2018).

Yapılan araştırmalara rağmen, PMS'nin nedenleri net olarak anlaşılmamış olmakla birlikte; hormonal değişiklikler, nörotransmitterler, prostaglandinler, diyet alışkanlıkları, kullanılan ilaçlar ve yaşam tarzına bağlı olabileceği d ş n lmektedir. Ayrıca; PMS'nin etiyolojisinde tiroid fonksiyon bozukluğu, hipoglisemi, hormonal dengesizlikler, psikososyal, stres, genetik, yaşam tarzı, kafein, alkol, nikotin alımında artış, fazla kırmızı et ve tuz tüketimi gibi faktörlerin etkilediği d ş n lmektedir (Brahmbhatt, Sattigeri, Shah, Kumar, and Parikh 2013,  zt rk ve Karaca 2019).

Ayrıca, PMS'nin nedenleri hakkında; artmış östrojen seviyeleri, düşük progesteron seviyeleri, östrojen-progesteron oranındaki değişiklikler, artmış aldosteron aktivitesi, artmış renin-anjiyotensin aktivitesi, dahili opioidlerin salgılanmasının bozulması, sebepsiz hipoglisemi, opioid eksiklikleri, vitamin B6, B1 ve A veya magnezyum, kalsiyum gibi minerallerin eksikliği, aşırı prolaktin salgılanması ve prostaglandin bozuklukları gibi hipotezler  ne sürülmüştür (Rad, Sabzevary and Dehnavi 2018). PMS'nin ovarial siklus etiyolojisinde önemli rol oynadığı d ş n lmektedir. Bu durumu, gebelikte, menarştan önce ve menopozdan sonra PMS'nin görülmemesi desteklemektedir (Vatansever 2019, Uçak 2020). Kalsiyum, magnezyum ve vitamin D, kalsiyum metabolizması, ince bağırsaklardan kalsiyumun emilimi üzerinde de ovulasyon etkilidir ( atakoğlu 2016, şimşek 2018).

2.1.2. PMS'de Hormonların Rolü

Premenstrüel sendromun etiyolojisi belirsiz olmasıyla birlikte semptomlarla ilişkili olarak; menstrüel siklusun hormonal dalgalanmaları ile eş zamanlı olarak ortaya çıktığı için östrojen fazlası ve progesteron eksikliği gibi hormonal orantısızlıklar ileri sürülmüştür (Gudipally and Sharma 2021).

Gonadal hormonların vücuttaki seviyesindeki artış ve bunların düzeylerinde meydana gelen değişmeler, PMS'nin tek nedeni olmamakla birlikte hormona duyarlı bireylerde semptomların sonuçlarını artırabilmektedir. Gonadotropin salgılatıcı hormonların, uygulanmasından sonra semptomlarda dikkate değer bir azalma yaşayan PMS'li hastaların raporları, hormonlara yüksek duyarlılık ve reaksiyon hipotezini desteklemektedir (Zendehdel and Elyası 2018). Ayrıca  strojen veya progesteron kullanılması semptomların tekrarlamasına neden olmaktadır. Yapılan araştırmalarda;

PMS'nin hormonal reseptörlerin, normal gonadal steroid seviyelerine anormal tepkisi ile karakterize olduğunu belirtilmiştir (Zendehdel and Elyası 2018). Östrojen; ruh halini, davranışı ve bilişsel işlevi düzenleyen serotonin, noradrenalin, gama butirik asit, dopamin ve asetilkolin gibi büyük ve karmaşık nörotransmitterleri etkileyen bir hormon olup, sinirlilik için de güçlü bir rol oynamaktadır. Bu nedenle luteal faz proliferasyonu ve östrojen seviyesindeki azalma PMS semptomlarının gelişmesinde rol oynamaktadır (Zendehdel and Elyası 2018).

Bununla birlikte, foliküler faz sırasında östrojendeki artış ve azalmanın bir süre boyunca değiştiği ve neredeyse asemptomatik olduğu şeklindeki bu basit hipotez, diğer ek faktörlerin PMS semptomlarının gelişimine katkıda bulunduğunu göstermektedir. Östrojen ve progesterondaki hormonal dalgalanmalar, nöroendokrin bozukluklar, östrojen reseptörlerinin çeşitliliği ve prostaglandin sentezi PMS'nin biyolojik etiyolojisinde rol oynamaktadır (Zendehdel and Elyası 2018).

Luteal faz sırasında dalgalanan östrojen seviyeleri, kadınların ruh hali değişikliklerinden sorumludur. Klinik araştırmalar; serotonin öncülerinin adet döngüsünün 7- 11 ve 17 – 19. günleri arasında önemli ölçüde arttığını göstermiştir. Bu durum; PMS'nin östrojen-serotonin düzenlemesi yoluyla duygu durum bozuklukları ile yakından ilişkili olduğunu göstermektedir. Moleküler biyoloji çalışmalarına göre, azalan östrojen hormonu, hipotalamusun norepinefrin salgılamasına neden olmakta ve bu durumda; asetilkolin, dopamin ve serotoninde düşüşü tetikleyerek menstruasyon ile ilgili rahatsızlıkları ve PMS' nin yaygın semptomlarından olan uykusuzluk, yorgunluk, depresyona yol açmaktadır (Gudipally and Sharma 2021).

2.1.3. PMS Belirti ve Bulguları

Premenstrüel sendrom (PMS), çoğu kadının her adet döngüsünün geç luteal fazında (menstrüasyondan 7- 14 gün önce) yaşadığı bir dizi fiziksel ve psikolojik semptomlardan oluşan bir durum olarak tanımlanmakta olup, belirtileri duygusal, fiziksel ve davranışsal boyutlarda olmak üzere 3 grupta incelenmektedir. Yapılan araştırmalarda; PMS belirtilerinin 150'den daha çok olduğu belirtilmiştir. PMS yaşayan kadınların semptomları kişiden kişiye farklılık gösterdiği gibi, kadınların farklı sikluslarında da farklı semptomlar görülebilmektedir (Pınar 2007).

PMS'nin en yaygın duygusal ve ruh hali ile ilgili semptomları; depresyon, sinirlilik, gerginlik, ağlama, aşırı duyarlılık, değişen üzüntü ve öfke ile ruh hali değişimlerini içermektedir. Fiziksel rahatsızlıklar arasında karın krampları, yorgunluk, şişkinlik, meme hassasiyeti, akne ve kilo alımı yer almaktadır. Davranışsal belirtiler arasında ise; yemek yeme isteği, zayıf konsantrasyon, sosyal ortamlardan geri çekilme, unutkanlık ve motivasyon azalması yer almaktadır (Brahmbhatt et al 2013).

PMS'nin klinik belirtileri arasında şişlik, göğüslerde hassasiyet, baş ağrısı, iştah artışı, kalp çarpıntısı gibi fiziksel belirtiler ile depresyon, sinirlilik, ağlama nöbetleri yorgunluk, saldırganlık, intihar eğilimleri, zayıf konsantrasyon, ruh hali değişimleri ve sosyal geri çekilme gibi davranışsal ve psikolojik belirtiler yer almaktadır (Ranjbaran et al 2017).

Kadınların yaklaşık %80'i hafif semptomlar yaşarken, %20-50'si orta dereceli semptomlar ve yaklaşık %5'i ise birkaç gün boyunca işlevsellikte bozulma ile birlikte şiddetli semptomlar bildirmektedir (Brahmbhatt et al 2013).

Kadınlarda genel olarak PMS semptomları sinirlilik, yorgunluk ve iştahta değişiklikler, depresif ruh hali, ruh hali değişimleri ve kaygı ve karın şişkinliği, göğüs gerginliği ve hassasiyet iken, semptomların çoğu orta derecede şiddetli olarak belirlenmiştir (Brahmbhatt et al 2013).

Aba ve arkadaşları tarafından 2018 yılında yaptıkları çalışmada, premenstrual dönemde olan öğrencilerin %98,2'sinde yorgunluk, %95,5'inde depresif duygulanım, %93,4'ünde iştahta değişimler, %93,2'sinde sinirlilik, %92,2'sinde şişkinlik, %91,7'sinde anksiyete, %90,6'sında depresif düşünceler, %89,1'inde ağrı ve %88,2'sinde uyku değişiklikleri yaşandığı belirlenmiştir (Aba, Ataman, Dişsiz ve Sevimli 2018).

Yüksekol ve arkadaşlarının (2017) çalışmasında; PMS semptomlar incelendiğinde, öğrencilerin %60,5'inde depresif duygulanım durumu, %51,2'sinde yorgunluk, %43,6'sında depresif düşünceler, %32'sinde sinirlilik, %19,8'inde anksiyete, %8,1'inde iştahta değişiklik, %7'sinde şişkinlik ve %5,2'sinde ağrı yaşandığı belirlenmiştir (Doğan Yüksekol 2017).

Dönmez ve Gümüşsoy tarafından 2019 yılında yapılan bir araştırmada; premenstrual dönemde öğrencilerin yaşadığı semptomlara bakıldığında ise; %63,3'ünde depresif duygulanım, %39,8'inde anksiyete, %73,0'ünde yorgunluk, %67,1'inde sinirlilik, %48,9'unda depresif düşünceler, %67,7'sinde ağrı, %64,9'unda iştahta değişimler, %56,1'inde uyku düzeninde değişimler ve %60,2'sinde şişkinlik şikâyetlerinin olduğu belirlenmiştir (Dönmez ve Gümüşsoy 2019).

2.1.4. PMS Prevalansı

PMS, üreme çağındaki kadınlar arasında yaygın olarak görülen, ruh sağlığını, yaşam kalitesini ve akademik performansı olumsuz etkileyen, tedavi edilemeyen bir bozukluk ile bir halk sağlığı sorunu olarak karşımıza çıkmakta olup prevalansı ile ilgili farklı araştırmalara göre, sıklığı kullanılan metodolojik ve değerlendirme araçlarına bağlı olarak önemli ölçüde değişiklikler göstermektedir (Ranjbaran et al 2017, Chumpalova et al 2020). PMS prevalansını belirlemek için çeşitli çalışmalar yapılsa da ülkelerde çalışmaların azlığı, sınırlı sayıda örneklem üzerinde çalışılması ve farklı ölçeklerin kullanılması gibi durumlar nedeniyle PMS prevalansı net değildir (Aşçı, Kahyaoğlu Süt ve Gökdemir 2016).

Chumpalova et al (2020) doğurganlık çağındaki kadınların %90'ında hafif ile şiddetli arasında değişen, çeşitli adet öncesi semptomlar yaşadığını göstermektedir. Bunların yaklaşık %20-40'ı PMS yaşamakta iken %2-8'i adet öncesi disforik bozukluktan yakınmaktadır (Chumpalova et al 2020).

Akmalı ve arkadaşları tarafından 2020 yılında, bir devlet hastanesinde çalışan üreme çağındaki (15-49 yaş) kadınlarda PMS prevalansının saptanmasına yönelik yapılan bir araştırma sonuçlarına göre; araştırmaya katılan 597 kadında PMS prevalansı %51 olarak belirlenmiştir (Akmalı ve ark. 2020). Üreme dönemindeki kadınlarda PMS prevalansı Amerika'da %30-40 (Fıncı and Brien 2012) ve premenopozal dönemde İngiltere'de %20-32 olduğu ifade edilmiştir (Biggs and Demuth 2011).

Premenstrüel sendromun prevalansı, farklı ülkelerde ve aynı ülkenin farklı bölgelerinde büyük farklılıklar göstermektedir. Örneğin, premenstrüel sendrom prevalansı Fransa'da %12,2 ve İran'da %98,2 olarak bildirilmiş olup global prevalansı

ise %47,8'dir (Geta, Woldeamanuel and Dassa 2020). Mısır'da bulunan kadınlar arasında dismenore ve PMS prevalansını belirlemek amacıyla, 12-25 yaş arası 4122 kız üzerinde yürütülen bir araştırma bulgularına göre; kızlarda %92 oranında dismenore ve %86,3 oranında ise PMS saptanmıştır (Arafa, Senosy, Helmy and Mohamed 2018).

Bulgar popülasyonunda PMS prevalansını ve tipik klinik özelliklerini araştırmak amacıyla 105 kadın üzerinde Chumpalova ve arkadaşları tarafından (2020) yılında yapılan bir araştırmanın sonuçlarına göre; çalışmaya katılan kadınların %32,1'inde (ortalama yaş 31.04 ± 6.31) PMS saptanmıştır. PMS ile ilgili sistematik bir inceleme ve meta-analizlere göre dünyada PMS prevalansı %48 olarak bildirilmiştir. Ayrıca İran'da yapılan çalışmalara göre PMS prevalansı %30 ile %99,5 arasında değişmektedir (Ranjbaran et al 2017). Brahmbhatt ve arkadaşlarının yaptığı araştırma bulgularına göre; kadınların %42'sinin düzenli, %58'inin ara sıra PMS ile karşılaştığı tespit edilmiştir (Brahmbhatt et al 2013, Topatan ve Kahraman 2020).

Ülkemizdeki bir üniversitede eğitim gören birinci sınıf öğrencilerinde PMS prevalansı ve etkileyen faktörler ile depresyon ve PMS arasındaki ilişkiyi değerlendirmek amacıyla 2017 yılında, Açıkgöz ve arkadaşları tarafından yapılan bir araştırma bulgularına göre; bu öğrencilerde PMS prevalansı %58,1 olarak saptanmıştır (Açıkgöz, Dayı and Binbay 2017).

Amerika Birleşik Devletleri'nde PMS prevalansı %20 ile %40 arasında değişmektedir. Yakın tarihli bir meta-analize göre dünya çapında, kadınların yaklaşık yarısı bu sendromdan yakınmaktadır (Fernandez, Regueira-Méndez and Takkuche 2019).

Üniversite kız öğrencilerinde PMS'nin rapor edilen prevalansı ülkeler arasında farklılık göstermektedir. Örneğin, Çin'de %33,82, Etiyopya'da %37, Tayvan'da %39,9, İran'da %39,4-56.9, Mısır'da %65, Türkiye'de %72,1- %91,8, Japonya'da %79, Pakistan'da %80 Güney Kore'de %89,5 ve Ürdün'de %80,2-%92,3 olarak saptanmıştır (Haşim et al 2019). Hindistan'da yapılan bir araştırmada PMS prevalansının %20 olduğu ve bunların %8'inin şiddetli semptomlardan yakındığı ifade edilirken, bu hastaların %10'unun intihara meyilli olduğu tespit edilmiştir (Brahmbhatt et al 2013).

Türk kadınları üzerinde yapılmış iki araştırmanın da değerlendirmeye alındığı bir meta analiz çalışmasında (n=18803) ise, PMS'nin prevalansının %32,6-69,9 olduğu belirtilmektedir (Direkvand-Moghadam, Sayehmiri, Delpisheh and Kaikhavandi 2014). PMS yaygınlığının en düşük olan ülke %12 oranında Fransa, en yüksek ülke ise İran %98 oranında olduğu ifade edilmiştir. Yapılan çalışmalar da Türkiye de ise PMS prevalansının %5,9-76 arasında olduğu bildirilmiştir (Işgın ve Büyüktuncer 2017, Öztürk ve Karaca 2019, Bulez ve Yalvaç 2021).

2.1.5. PMS ile İlgili Risk Faktörleri

2.1.5.1. Genetik

Literatürde PMS semptomları üzerinde genetiğin de etkili olabileceği bilinmektedir. Kendler ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada premenstrual depresyon ve anksiyetenin genetikle ilişkili olduğu ancak, PMS'ye bağlı ruhsal semptomların majör depresif bozukluklar ve genetik bipolar bozukluklar ile ilişkili olmadığı belirtilmiştir (Işgın ve Büyüktuncer 2017).

Genetik özellikler; premenstrual semptomları ve PMS'yi etkileyen bir faktördür. Kadınların yaşam döngüsü çoğu kadında benzer olmakla birlikte bazı grup kadınlar adetleri sırasında veya bu tür olaylara tepki olarak huzursuzdur. Bu kadınlarda depresyona yatkınlık veya depresyon gelişme olasılığı yüksektir (Zendehdel and Elyası 2018).

PMS semptomlarında genetik özellikler önemli bir rol oynamaktadır. 1971 yılında anneler ve kızları arasında premenstrüel gerginlik açısından güçlü bir ilişki olduğu ve PMS semptomlarının alt grubunda çok sayıda benzerlik olduğu belirtilmiştir (Zendehdel and Elyası 2018). Annelerde kaygı, yorgunluk, sinirlilik gibi belirtiler olduğunda, kızların %69,8'inde benzer belirtiler görülürken, asemptomatik annelerin kızlarının %62,5'inde hiçbir belirti görülmemiştir. Ayrıca, ailesinde depresyon ve PMS öyküsü bulunması da PMS gelişimi için risk faktörüdür (Zendehdel and Elyası 2018).

2.1.5.2. Yaş

Ovulatuvar menstrual siklusun PMS ile ilişkili olduğuna dair, literatürde bilgiler mevcuttur. Vichin ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada menarştan yaşından sonra herhangi bir zamanda başlayan PMS belirtilerinin menopoza döneminde şiddetinin giderek azaldığı belirtilmiştir (Işgın ve Büyüktuncer 2017). PMS semptom şiddetinin otuzlu yaşlarda en yüksek seviyeye ulaştığını gösteren çalışmaların yanında, Johnson'un çalışmasında gençlik dönemindeki PMS şiddetinin daha yüksek olduğu bildirilmektedir (Johnson 2004, Bulez ve Yalvaç 2021).

2.1.5.3. Stres

Perkonigg ve arkadaşlarının yaptığı araştırmada stres seviyesindeki artış ile stres algısının yüksekliği, PMS için risk faktörü olarak kabul görmüştür (Zendehdel and Elyası 2018). Kadının yaşadığı travmatik olayların, premenstrual semptomların ortaya çıkma riskini dört kat daha arttırabildiği çalışmalarla doğrulanmıştır (Bulez ve Yalvaç 2021, Işgın ve Büyüktuncer 2017). PMS belirtileri arasında sinirlilik, saldırganlık, gerginlik, kaygı, depresyon, uyuşukluk, uykusuzluk, konsantrasyonda zayıf koordinasyon, kendine karşı isteksiz olma ve bastırılma hissi gibi zihinsel bozukluklar yer almakta olup bu süreç içerisinde ruhsal bozukluk öyküsü olan bireyler, normal insanlardan daha fazla kaygı yaşayabilmektedir (Zendehdel and Elyası 2018).

2.1.5.4. Obezite ve Beslenme Tarzı

Bianco ve arkadaşları çalışmalarında PMS belirtileri ile vücut kütle indeksi (VKİ) arasında güçlü bir ilişki olduğunu belirtmişlerdir. VKİ' deki artışa bağlı olarak abdominal kramp, sırt ağrısında artma, kol ve bacaklarda şişliklerin artacağı ve buna paralel olarak PMS semptomlarının da görülme sıklığı ve şiddetindeki artış olabileceği sonucuna varmışlardır (Işgın ve Büyüktuncer 2017, Bulez ve Yalvaç 2021).

Rad ve arkadaşları (2018), yapılan çeşitli araştırmalarda PMS ile ergenlerde obezite veya zayıflamaya neden olan bazı beslenme bozuklukları arasında ilişki olduğu gösterilmiş olup, yapılan diğer çalışmalarda da yüksek VKİ'nin vücudun hormonal

dengesi ile doğrudan veya dolaylı olarak ilişkili olduğu ifade edilmiştir (Rad, Sabzevary and Dehnavi 2018).

Mısır'da yapılan bir araştırmada, PMS ile tatlı gıda maddelerinin aşırı tüketimi arasında pozitif bir ilişki olduğu ortaya çıkmıştır. Ayrıca, abur cubur ve kahve alımı gibi diğer faktörlerin de PMS ile önemli ölçüde ilişkili olduğunu göstermiştir. Böylece, yaşam tarzı faktörlerinin PMS ve menstrual rahatsızlıklar ile önemli bir ilişkisi olduğu açıkça ortaya koyulmuştur (Gudipally and Sharma 2021).

Cheng ve arkadaşlarının kadın üniversite öğrencileri arasında PMS ile ilişkili faktörleri değerlendirmek için yaptıkları benzer bir araştırmada; fast food tüketimi, şeker içeren içecekler, yağda kızartılmış yiyecekler gibi beslenme tarzları ile daha az egzersiz ve düşük uyku kalitesi gibi yaşam tarzı faktörlerinin önemli ölçüde PMS ile ilişkili olduğu ortaya koyulmuştur (Bhuvaneswari, Rabindran and Bharadwaj 2019, Gudipally and Sharma 2021).

2.1.5.5. Diğer Risk Faktörleri

Bianco ve arkadaşlarının yaptığı bir araştırmada, kadınların sosyoekonomik düzey ile evlilik durumu, çocuk sayısı, eğitim düzeyi gibi sosyodemografik özelliklerin yanında menstüasyona olan negatif düşünceleri, alkol ve sigara kullanımının da PMS ile ilişkili olduğu bildirilmiştir (Işgın ve Büyüktuncer 2017, Bulez ve Yalvaç 2021).

Açıkgöz ve arkadaşlarının 2017 yılında yaptıkları bir araştırmada; sigara ve alkol kullanan, yağlı ve yüksek kalorili yiyecekler tüketen, ekonomik durumu kötü ile çok kötü arasında olan ve herhangi bir kronik hastalığı veya anemisi olan öğrencilerde premenstrüel sendrom anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (Açıkgöz, Dayı and Binbay 2017).

2.1.6. PMS Tanı

Premenstrüel sendromu yaşayan her kadın farklı şikayetler yaşadığı için değerlendirirken tanı koymak oldukça zordur (Palas Karaca and Kızılkaya Beji 2015). DSM-IV, Amerikan Obstetrik Jinekologlar Birliği (ACOG) ve DSÖ (Dünya Sağlık

Örgütü'nün Uluslararası Hastalık Sınıflaması (ICD-10) üç güncel yaklaşımla premenstrual sendromun ölçütlerini tanımlanmıştır. DSÖ, PMS'nin sınıflandırmasında fiziksel belirtiler üzerinde dururken; APA ve ACOG tarafından duyurulan PMS yönergeleri, duygusal ve fiziksel semptomlar üzerine durulmuştur (Yeşildere Sağlam 2017).

2.1.6.1. Premenstrual Sendrom için Tanı Kriterleri

- A. Semptomlar zamansal olarak menstrual siklus ile ilgilidir, luteal fazın son haftasında başlayıp, adet başlamasından sonra ortadan kalkar.
- B. Teşhis için Tablo 1.1'den en az 5 tanesi gereklidir ve semptomlardan biri, mutlaka ilk dördünden biri olmalıdır.
- C. Semptomlar işi, günlük aktiviteleri ve ilişkileri etkiler.
- D. Semptomlar diğer psikolojik bozuklukların alevlenmesiyle ilgili değildir. Böylece PMS kısmen diğer nedenlerin elenmesi ile konulan bir tanıdır (Öztürk ve ark.,2019).

DSM V'de ise 'başka türlü adlandırılmayan depresif bozukluk' başlığı altında 'premenstrual disforik bozukluk' tanımlamasıyla yer almıştır (APA 2013).

Tablo 1. PMS Teşhisi için Semptomlar (Öztürk ve Karaca 2019);

Depresif ruh hali, ümitsizlik hissi,
Anksiyete veya gerginlik,
Duygusal değişkenlik, yorgunluk
Belirgin öfke veya irritabilite,
Depresif Düşünceler,
Günlük, olağan aktivitelere azalmış ilgi,
Ağrı,
İştah değişiklikleri, normalden fazla yeme veya aşırı yeme arzusu hissetme,
Aşırı uyuma ya da uykusuzluk,
Memelerde hassasiyet, baş ağrısı, ödem, eklem veya kas ağrısı, kilo alma gibi fiziksel semptomlar,

2.1.7. PMS'nin Yaşam Kalitesine Etkisi

Yaşam kalitesi; bireyin hedeflerine, beklentilerine, standartlarına ve kaygılarına ek olarak, içinde yaşadığı kültür ve sosyal değerler bağlamında yaşamdaki konumunu algılamasını ifade eder. Aynı zamanda mutluluk, kişisel tatmin, yaşam koşulları ve yaşam tarzı ile eş anlamlı olarak da tanımlanabilmektedir (Victor, Souza, Barreiros, Barros, Silva and Ferreira 2019). Üreme çağındaki kadınların yaklaşık %50 ile %80'i bazı PMS semptomlarına sahip olup, yaklaşık %3 ile %8'i yaşam tarzlarına müdahale eden, benlik saygısını azaltacak, okula ve işe devam etmelerinde aksamalara sebep olabilecek kadar şiddetli ve aşırı bir ruh hali değişimi yaşayabilmektedir (Victor et al 2019).

Premenstrüel sendrom (PMS) özellikle genç yaş gruplarında sık görülen bir sorun olup, önemli bir halk sağlığı sorunudur. Birey de kapasite kaybına, ekonomik kayıplara, kaza potansiyelinin artması, anksiyete, depresyon ve intihara eğilim gibi sorunlarla birlikte yaşam kalitesi üzerinde olumsuz etkilere sebep olmaktadır (Abo El Fotooh, Nour El Din and Saad Gonied 2018).

Premenstrüel sendrom (PMS), üreme çağındaki kadınların yaklaşık %8-20'sinde yaşam kalitesinde bir düşüş ile ilişkili olup genellikle yaşam memnuniyeti ölçümleri ve sağlık hizmetlerinin evrensel sonuçları için bir kritik olarak kabul edilmektedir. PMS semptomlarının döngüsel doğası, etkilenen kadınlarda olumsuz etkilere neden olabilmektedir. Premenstrüel sendrom, sağlık durumu ve yaşam kalitesi ile ilgilidir (Siahbazi, Montazeri, Taghizadeh and Masoomie 2018). Günümüzde yaşam kalitesi; farklı tedavilerin etkinliğinin, araştırma ve sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesinde önemli bir faktör olarak kabul edildiğinden dolayı ölçümü önemli hale gelmiştir (Siahbazi et al 2018).

Yaşanan hormonal değişiklikler sonucu meydana gelen PMS semptomları; günlük işleyişte zorluklara ve yaşam kalitesinde azalmaya yol açabilmektedir (Bhuvaneswari et al 2019).

2.1.8. PMS Tedavi Yöntemleri

Premenstrual sendromun etiyolojisi tam olarak bilinmediğinden, tedavisinde amaç, semptomların hafifletilmesidir. Hastanın semptomlarına göre tedavi bireysel olarak düzenlenmelidir (Uçak 2020). PMS’de tedavinin temel amacı, semptomların giderilmesi ve günlük rutin aktiviteler üzerindeki olumsuz etkileri azaltmaktır. Premenstrüel sendromun tedavisinde her zaman ilk seçenek farmakoterapi olmakla birlikte, son yapılan araştırmalarda kombine tedavinin üstün yararları öne sürülmüştür (Gudipally and Sharma 2021). Ayrıca; PMS semptomları, ooferektomi ve menopoz sonrası dönem hariç, çoğunlukla tedavi durdurulduktan sonra tekrarlayabilmektedir (Kwan and Onwude 2015, Gudipally and Sharma 2021).

PMS tedavisinde, nonfarmakolojik ve farmakolojik tedavi yöntemi olmak üzere iki yöntem kullanılmaktadır (Yeşildere Sağlam 2017). Nonfarmakolojik ve farmakolojik tedavi yöntemlerinden yanıt alınamadığı durumunlar da cerrahi tedavi yöntemi düşünülmektedir (Yeşildere Sağlam 2017). Farmakolojik tedavi yöntemleri; NSAID’ler, SSRI’lar, anksiyolitik ajanlar, antidepresanlar, gonadotropin salgılatıcı hormon (GnRH) agonistleri, spironolakton, oral kontraseptif haplar, diüretikler, B6 vitamini takviyesi, kalsiyum ve magnezyum tedavisi, analjezikler gibidir (Gudipally and Sharma 2021, Vaghela, Mishra, Sheth and Dani 2019). Farmakolojik olmayan tedavi yöntemlerinde bilişsel ve davranışsal terapiler olmak üzere kombinasyonu egzersiz, masaj terapisi, refleksoloji, yoga, aromaterapi, kayropraksi, fitoterapi, akupunktur, diyet ve beslenme ile birlikte ışık tedavisi gibi ilaçsız tedavi yöntemlerinin adet öncesi semptomların tedavisi için faydalı olduğu kanıtlanmıştır (Vaghela et al 2019, Gudipally and Sharma 2021).

Keye tarafından önerilen bir diğer tedavi şekli ise, biyopsikososyal yaklaşımdır. Yaklaşım korkuların giderilmesi, yanlış düşüncelerin düzeltilmesi ve yaşam tarzıyla ilgili değişikliklerin yapılmasını içermektedir. Bu yaklaşımda, kadınların premenstrual sendrom ilgili sağlık çalışanları bilgi vererek, eğitimler düzenleyerek semptomlarla baş etmede yardımcı olunmalıdır (Sarı Çetin ve Erbil 2020).

PMS’nin tedavi yöntemlerinden Bilişsel-davranışçı terapi ise; kararsız yıkıcı düşüncelerin, davranışların ve duyguların düzeltilmesini vurgulayan bir yaklaşım olup, davranışların tanınmasına ve günlük işleyişi iyileştirmek için başa çıkma

stratejileri geliştirmeye yardımcı olmaktadır (Lustyk, Gerrish and Keys 2009, Gudipally and Sharma 2021).

2.1.8.1. Nonfarmakolojik Tedavi

2.1.8.1.1. Masaj

Masaj, vücutta fizyolojik veya psikolojik etkiler meydana getirerek yumuşak dokulara çeşitli hareket uygulamasına dayanan, mekanik uyarıcılardır (Kara ve Ünver 2019). Apay ve ark (2010) yaptığı çalışmada masajın dismenoreyi azalttığı, lavanta yağı ile yapılan aromaterapik masajın ise daha etkili olduğu ve ağrı eşik değerini yükselttiğini vurgulamıştır (Demirci 2017). Kore’de yapılan randomize kontrollü bir çalışmada abdominal bölgeye lavanta, adaçayı ve gül yağından oluşan aromaterapik yağın (menstruasyondan bir hafta önce günde 15 dakika) masajla uygulanmasının dismenore ağrısını azalttığı bildirilmiştir (Coşkuner Potur ve Kömürcü 2013).

2.1.8.1.2. Aromaterapi

Çeşitli bitki ve çiçeklerden alınan yağların tedavi amacıyla uygulanmasıdır. Yağlar ciltte masaj üzerine uygulanarak ya da koklayarak solunum yoluyla uygulanır (Sarı Çetin ve Erbil 2020). Turan ve ark. (2010), yaptığı çalışmada aromaterapinin ağrıyla önlediği ve stresi azalttığı düşünölmektedir. En sık kullanılan yağlar; lavanta yağı, tatlı badem yağı, uha çiçeği yağıdır (Sarı Çetin ve Erbil 2020).

2.1.8.1.3. Akupunktur

Akupunktur hormonlar üzerine alternatif terapisi üzerine dismenore tedavisinde etkili yöntemdir. Akupunktur östradial salınımını artırarak dismenoreyi azaltmaktadır (Coşkuner Potur ve Kömürcü 2013). Hastalıkların tedavisinde uzun yıllar kullanılarak, vücudun belli noktalarına gümüş, elik, altın gibi iğnelerle batırılmasıyla uygulanmaktadır (Sarı Çetin ve Erbil 2020). Jang ve arkadaşları (2014), yaptıkları çalışmada akupunkturun PMS semptomları üzerinde azalma gösterdiği belirtilmiştir.

2.1.8.1.4. Yoga

Zihinsel ve fiziksel rahatlık sağlayarak omurganın duruşuna yardımcı olan, kan dolaşımını artıran sistemdir. Yogadaki duruş zihne dinginlik verir, sindirimi arttırır, pelvik gerginliğini azaltır, bel ağrısına iyi gelerek dismenoreli kadınlarda ağrının giderilmesine yardımcı olur (Kilci, Daşikan ve Muslu 2019).

Yoga; zihin, beden, duygular, mantık ve dikkatin eyleme bağlantısı anlamına gelen Sanskritçe bir kelimedir (Vaghela et al 2019).

Yoga egzersizi, fiziksel, zihinsel ve nefes alma uygulamalarından oluşmakta ve sağlık, rahatlama ve pozitif farkındalık ile sonuçlanmaktadır. Güvenli, uygun maliyetli, minimum yan etki veya hiç yan etki olmaksızın, ağrı kesicisiz, invaziv olmayan bir yöntem ve kolayca erişilebilmesi gibi nedenlerle önerilmektedir. Ayrıca, düzenli yoga uygulamalarının; nöroendokrin eksenini dengeleyerek adet döngüsü ve psikobiyolojik refah üzerinde olumlu etkileri vardır. Yoga, immünoglobulin A'nın ayarlanmasını olumlu yönde düzenleyerek bağışıklık sisteminde stres kaynaklı olumsuz etkileri ve zararlı inflamatuvar sekresyonları azaltır, bu da PMS'li kadınlarda rahatlamayı sağlamaktadır (Vaghela et al 2019).

Vaghela ve arkadaşlarının 2019 yılında, aerobik egzersiz ve yoganın PMS üzerindeki etkilerini araştırmak üzere, ortalama 28 yaşında PMS tanılı 72 kadın üzerinde yaptıkları bir araştırmanın sonuçlarına göre; hem aerobik egzersiz hem de yoga hareketlerinin ağrı yoğunluğunu ve PMS semptomlarını önemli ölçüde azalttığı saptanmıştır (Vaghela et al 2019).

Yapılan araştırmalardan elde edilen kanıtlar; yoganın fiziksel ve zihinsel sağlık yararlarının, sempatik sinir sistemi (SNS) ile bağlantılı olarak hipotalamik-hipofiz-adrenal eksenin negatif moderasyonu yoluyla gerçekleştiğini göstermiştir. Yoga egzersizi, vagal sinirler yoluyla negatif olarak, vücut işlevlerinden sorumlu hormonların (kortizol, glukoz, plazma's renin, epinefrin ve norepinefrin) kan dolaşımına salgılanmasını düzenler. Yoga, immünoglobulin A'nın ayarlanmasını olumlu yönde düzenleyerek, indüklenen stresin bağışıklık sistemine olumsuz etkilerini azaltır. Ayrıca tüm bu yararları ek olarak; yoga egzersizi, PMS'li kadınları rahatlatan zararlı inflamatuvar salgıları azaltır. Hindistan'da yapılan araştırmalarda, yoga

egzersizinin PMS'li kadınlarda kalp atışlarını, kan basıncını ve kaygıyı azaltmada olumlu etkileri olduğunu göstermiştir (Kamalifard, Yavari, Asghari-Jafarabadi, Ghaffarilaleh and Kasb-Khah 2017).

2.1.8.1.5. Yaşam Tarzı Değişiklikleri

Yaşam tarzı değişiklikleri; düzenli egzersizi, stresli olaylardan kaçınmayı ve özellikle premenstrual dönemde sağlıklı uyku alışkanlıklarını sürdürmeyi içermektedir. Karmaşık karbonhidratların artan alımı, bir serotonin öncüsü olan triptofan seviyesini artırır (Ryu and Kim 2015, Gudipally and Sharma 2021).

2.1.8.1.6. Farmakolojik Tedavi

Dismenore hafifletmek için günümüzde yaygın olarak kullanılan farmakolojik yöntemlerdir. Analjezik, tedavide kolay kullanılabilir olması ve çabuk etki etmesi nedeniyle çok kullanılmaktadır (Tufan 2019). Farmakolojik tedavide NSAİ ilaçlar, hormonal kontraseptifler ve analjezikler ağrı ile başa çıkma da etkin olarak kullanılmaktadır. Uzun süreli kullanımında bulantı, ishal, halsizlik, yan etkiler görülmektedir (Kilci ve ark 2019).

Kombine oral kontraseptifler (0,02 mg etinil estradiol ve 3 mg drospirenon- 24 gün boyunca bileşik hormon hapları ve ardından son dört gün hormon aktif olmayan haplar) ile ilgili yapılan son çalışmalar; menstrual rahatsızlıklarda ve PMS semptomlarında iyileşme göstermiştir (Gudipally and Sharma 2021, Fu, Mi, Li, Zhang, Wang, Cheng and Li 2014). Ayrıca; seçici serotonin reseptör inhibitörleri (SSRI'lar), ağırlıklı olarak duygusal semptomları olan PMS'nin birinci basamak tedavisi olarak kullanılabilmektedir (Marjoribanks, Brown, O'Brien and Wyatt 2013, Gudipally and Sharma 2021).

Dünya Sağlık Örgütü; PMS semptomlarını kontrol etmek için minimal yan etkileri olan erişilebilir ve ucuz tedavilerin belirlenmesiyle de ilgilenmektedir. Yapılan araştırmalara göre, PMS'den muzdarip kadınların %80'i tamamlayıcı ve alternatif tedaviler aramaktadır ve D vitamini ve kalsiyum son zamanlarda PMS semptomlarının tedavisi/rahatlaması için özel ilgi görmüştür (Abdi, Ozgoli and Rahnemaie 2019).

Magnezyum (Mg), protein sentezi, kas ve sinir fonksiyonu, kan-glikoz kontrolü ve kan basıncı regülasyonu gibi çeşitli biyokimyasal reaksiyon düzenlemelerine katkıda bulunan 300'den fazla enzim sisteminin bir kofaktörüdür. Anormal Mg metabolizması; migren, epilepsi ve kronik ağrı dahil olmak üzere belirgin ruh hali ve fiziksel semptomları olan birçok nöropsikiyatrik bozuklukta bildirilmiştir (Moslehi, Arab, Shadnough and Hajianfar 2019). PMS; duygudurum dengesizliği, yorgunluk ve sıvı değişiklikleri gibi semptomlarla ilişkili olduğundan ve Mg eksikliği semptomlarıyla bazı benzer özellikleri paylaştığından, Mg ve PMS arasında bir ilişki olduğu varsayılmıştır (Moslehi et al 2019). Dopamin dengesizliği ruh halini etkileyip aşırı kaygıya yol açabilmektedir. Önceki çalışmalar, PMS'li kadınlarda luteal faz sırasında dolaşımdaki magnezyum konsantrasyonlarının azaldığını bildirmiş ve bu durum da magnezyum eksikliğinin PMS etiyolojisinde anahtar bir faktör olabileceğini düşündürmektedir (Kaewrudee, Kietpeerakool, Pattanittum and Lumbiganon 2018).

D vitamini sadece kalsiyum ve fosfor metabolizmasında değil, aynı zamanda diğer bazı önemli metabolik fonksiyonlarda da rol oynayan bir hormondur. İnsanlarda, vücudun günlük D vitamini ihtiyacı; %80'i ultraviyole B'ye maruz kalınarak 7-Dehidrokolesterol tarafından karşılanır ve kalan %20'si diyet yoluyla alınır (Abdi et al 2019). D vitamininin PMS riskini azaltmadaki rolü halen araştırılmakta olup öncelikle kalsiyum konsantrasyonlarının, belirli nörotransmitterlerin ve cinsel steroidlerin geçişleri ile ilişkili görünmektedir. D vitamini, çeşitli hücrelerin farklılaşması ve çoğalmasında rol oynamaktadır. Daha önceki bazı çalışmalarda luteal faz sırasında serum 25-hidroksivitamin D3'te ([25(OH)D3] veya [25(OH)D]) değişiklikler rapor edilmiştir (Abdi et al 2019). Over hormonları, [25(OH)D3]'ü parçalayan enzimleri indükler. Estradiol, karaciğerde 1- α -hidroksilaz ve 24-hidroksilazın artan katalitik aktivitesini indükler, bu da serumu [25(OH)D3] azaltır. Over hormonları luteal fazda zirve yapar ve bu [25(OH)D3]'ün bozulmasına ve serum seviyelerinin düşmesine yol açar. Sonuç olarak, over hormonları tarafından serum [25(OH)D3] metabolizmasının döngüsel olarak bozulması, PMS semptomlarını kötüleştirebilmektedir. D vitamini eksikliği ayrıca artan sıvı dengesine, kan basıncı değişikliklerine ve hipertansiyona katkıda bulunan artmış renin anjiyotensin aldosteron sistemi fonksiyonu ile ilişkilidir (Abdi et al 2019).

Adet döngüsünün farklı aşamalarında serum kalsiyum düzeylerinin arttığını ve luteal fazda foliküler faza göre daha düşük olduğu belirtilmiştir. Bazı kadınlarda adet öncesi dönemde azalmış serum kalsiyum seviyeleri de bildirilmiştir. Adet döngüsünün luteal fazı sırasında kalsiyum eksikliğinin depresyon, halüsinasyon ve huzursuzluğa neden olarak PMS semptomlarını şiddetlendirebileceğini düşündürmektedir. Ayrıca D vitamini ve kalsiyumdan zengin diyetleri olan kadınların diğer kadınlara göre PMS geliştirme riski daha düşüktür (Abdi et al 2019).

Vitaminler, küçük miktarlarda gerekli olan ve çeşitli metabolik süreçlerin düzenlenmesinde koenzimler ve koenzimlerin öncüleri olarak görev yapan bir grup doğal organik madde olarak tanımlanmaktadır. Mineraller ise, vücut fonksiyonlarını sürdürmek için temel besinler olarak gerekli olan kimyasal elementler olarak tanımlanır. B vitamini, D vitamini, kalsiyum ve magnezyum dahil olmak üzere birçok vitamin ve mineral, PMS'nin altında yatan patogeneizde potansiyel olarak yer alan nörotransmitter sentezi ve hormonal denge için gereklidir. Vitamin ve mineral takviyeleri PMS semptomlarını hafifletmede etkili olabilmekte olup, vitamin veya mineral yönünden zengin diyet yapan kadınlar arasında PMS insidansının düşük olduğu kaydedilmiştir (Kaewrudee et al 2018). B vitamininin, triptofan amino asidinin serotonine dönüştürülmesi ve serotonin metabolizması için gerekli aktif maddelerin üretilmesi dahil olmak üzere serotonin metabolizmasının çeşitli aşamalarında yer aldığı düşünülmektedir. B vitamini eksikliği bu nedenle serotonin üretimini engelleyebilir ve bu da duygu durum bozukluklarına neden olabilir (Kaewrudee et al 2018). Yapılan farklı çalışmalarda; D ve E vitamini, tiamin ve riboflavin dahil olmak üzere takviyelerin uygulanmasının, PMS gelişiminin azalması ile ilişkili olduğunu ileri sürülmüştür (Sobeiri, Araste, Ebrahimi, Cenabi and Nazari 2017, Kaewrudee et al 2018). Shamberger tarafından 2003 yılında yapılan bir araştırmada; PMS'li kadınlarda kırmızı kan hücrelerindeki kalsiyum ve bazı eser elementlerin normalden düşük olduğunu ortaya koyulmuştur (Shamberger 2003). Yine bazı çalışmalar, 1.000 mg kalsiyum takviyesinin PMS'nin azalması üzerinde önemli bir etkisi olduğunu bildirmiştir. PMS üzerindeki kalsiyum etkisi, serotonin ve triptofan metabolizmasının üretimi ile ilişkilidir (Şobeiri et al 2017).

2.1.9. PMS ve Hemşirelik Bakımı

PMS kesin belirgin tedavi yöntemi yoktur. Bu nedenle, PMS'yi tedavi ederken semptomlarını hafifletmeye yönelik tedavi yöntemleri uygulanmaktadır. PMS ilgili danışmanlık yaparak, bilgi vererek yaşadığı problemlere karşı destekleyici olunmalıdır (Aktaş, Şahin ve Gönenç 2012). Farmakolojik olmayan tedavi yöntemleriyle ilgili danışmanlık verilmelidir. Kadınların PMS durumunda az ve sık yemek yemesi, kafeinsiz besinler tüketilmesi gerektiği hakkında bilgi verilmelidir. Düzenli egzersiz yapması önerilmelidir (Aktaş ve ark 2012). PMS tanısını belirlendikten sonra, PMS semptomları gidermek için ilk tedavi stres yönetimi, sağlıklı beslenme, düzenli aerobik egzersiz, bilişsel-davranışçı terapi ve güçlendirilmiş başa çıkma stratejilerinin kullanılmasında yararlı olabileceği belirtilmiştir (Stearns 2001). Yaşam tarzı değişiklikleri ile semptomları devam eden kadınlar da olası ilaç önerileri seçici serotonin geri alım inhibitörleri (SSRI'lar), diüretikler, gonadotropin salgılatıcı hormon (GnRH) agonistleri ve vitamin, mineral takviyelerinin fayda sağlayabileceğini söylemiştir (Stearns 2001). Kadınlar konstipasyon ve ödem'in azalması için düzenli egzersiz yaparak kendilerini daha iyi hissetmelerini sağlayabilirler.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ARAŞTIRMANIN TÜRÜ

Bu araştırmada üreme çağındaki kadınların acil servise başvurma şikayetlerinin premenstrual sendromla ilişkisinin değerlendirilmesi amacıyla, kesitsel ve tanımlayıcı tipte planlanmıştır.

3.2. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YERİ VE ZAMANI

Çalışma Ocak 2020 – Haziran 2020 tarihleri arasında Sakarya iline bağlı, Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastanesinin acil servisinde gerçekleştirilmiştir.

3.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ

Çalışma Ocak 2020- Haziran 2020 tarihlerinde planlanmış ve bu süreçte belirlenen kriterlere uyan tüm hastalara ulaşmak amaçlanmıştır. Araştırmanın evrenini, çalışmanın gerçekleştiği dönemdeki kişiler oluşturmuştur. Araştırmanın örnekleme dahil edilecek hasta sayısı (n), evren sayısı bilinen basit rastgele örneklem formülünden yararlanılarak 196 olarak bulunmuştur. Bu sayı örnekleme alınacak minimum hasta sayısını belirtmektedir.

Kullanılan formül;

$$n = \frac{Nt^2pq}{d^2(N-1) + t^2pq}$$

N: Evrendeki hasta sayısı

n: Örnekleme alınacak hasta sayısı

p: İncelenecek olayın görülüş sıklığı

q: İncelenecek olayın görülmeyiş sıklığı

t: Belirli serbestlik derecesinde ve saptanan yanılma düzeyinde t tablo değeri (1,96)

d: Olayın görölüş sıklığına göre yapılmak istenen sapma (0,05)

α : Saptanan yanılma düzeyi (0,05)

$$n = \frac{400 \times (1,96)^2 \times (0,5) \times (0,5)}{(0,05)^2 \times (400 - 1) + (1,96)^2 \times (0,5) \times (0,5)} = 196$$

Örneklem, Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastanesi acil servisine başvuran 18 yaş ve üzeri üreme çağındaki kadınların bu çalışmaya katılmayı kabul eden ve araştırmaya dahil olma kriterlerine uygun en az 250 üreme çağındaki kadından oluşmaktadır.

3.4. ÖRNEK SEÇİM YÖNTEMİ

3.4.1. Araştırmaya alınma kriterleri

- Kadınların araştırmaya katılmaya gönüllü olması,
- Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastanesi acil servisine başvurulması,
- -18 yaş ve üzeri olması,
- Üreme çağında olması,
- Herhangi bir iletişim bozukluğunun olmaması,

3.4.2. Araştırmaya alınmama kriterleri

- Araştırmaya katılmak istememesi

3.5. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Araştırma verilerinin toplanmasında; araştırmacılar tarafından literatür doğrultusunda hazırlanan Kadınların tanıtıcı özelliklerini içeren anket formu (EK-1), premenstrual sendromda görülen belirtilerin şiddetini ölçmek için Premenstrüel Sendrom Ölçeği (PMSÖ), (EK- 2) ve Durumluk kaygı ölçeği (EK-3) kullanılmıştır.

3.5.1. Kadınların tanıtıcı özelliklerini içeren anket formu (EK-1)

Kadınların tanıtıcı özelliklerini içeren anket formu, sosyo - demografik özelliklerini (yaş, kilo, boy, eğitim durumu , medeni durum, nerede yaşadığı vb.), menstrual siklus özelliklerini menarş, menstruasyon süresi, sıklığı, düzeni, düzensizliği ,adet görmeyle menstruasyon ile ilgili bilgi alıp almaması, jinekolojik hastalığının olup olmaması,..vb), premenstrual sendromla baş etme yöntemlerini (PMS semptomlarına yönelik neler yaptığı, adet durumunda menstrual dönemde ilaç kullanma durumu, jinekolojik hastalığı olma durumu vb.), premenstrual dönemde yaşanan sorunları (sorunları çevredeki kişiler tarafından farkedilme durumu, sorunların aile-iş-okul yaşamını etkileme düzeyi vb.) ve acil servise başvuru şikayetlerini (hangi saat aralığında başvurduğu, geliş sebebi, nasıl geldiği) içeren 28 sorudan oluşmaktadır.

3.5.2. Premenstrüel Sendrom Ölçeği (PMSÖ) (EK-2)

Gençdoğan (2006) tarafından premenstrual semptomların şiddetini belirlemek amacıyla geliştirilen likert tipi ölçek kullanılan 44 maddeden oluşmaktadır.

Ölçeğin, 9 dokuz alt boyutu bulunmaktadır. Bunlar;

1. Depresif Duygulanım (1., 2., 3., 4., 5., 6. ve 7. Madde),
2. Anksiyete (8., 9., 10., 11., 13., 15. ve 16.Madde),
3. Yorgunluk (12., 14., 17., 18., 25. ve 37. Madde),
4. Sinirlilik (19., 20., 21., 22. ve 23. Madde),
5. Depresif Düşünceler (24., 26, 27., 28., 29., 30. ve 44. Madde),
6. Ağrı (31., 32. ve 33. Madde),
7. İştah Değişimleri (34., 35. ve 36. Madde),
8. Uyku değişimleri (38., 39. ve 40. Madde),
9. Şişkinlik (41., 42. ve 43. Madde),

Ölçeğin toplam dokuz alt boyutuna ilişkin puanlar ve tüm alt boyutlardan alınan puanların toplamı oluşan “PMSÖ Toplam Puanı” elde edilmektedir. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 44, en yüksek puan ise 220’dir. Puan yükseldikçe premenstrüel sendrom semptomların yoğunluğu fazla olarak değerlendirilirken, kesme puanı 110’dur (Dinç 2010, Özmermer 2017).

Ölçeğin güvenirliğini Gençdoğan (2006) tarafından yapılan güvenirlik çalışmasında Cronbach Alfa katsayısı 0,75 olarak hesaplamıştır. Ölçek güvenirliğinin değerlendirilmesi sırasında en sık kullanılan kriterlerden biri içsel tutarlılık ölçüsü olan Cronbach's alfa'dır. Çalışmamızda Premenstrual Sendrom Ölçeği'nin Cronbach's alfa değeri 0,951 olarak hesaplanmıştır. Bu değerler genelde kabul edilebilir değer olan 0,700'den (Nunnally 1978) yüksektir.

3.5.3. Durumluk Kaygı Ölçeği (Ek-3)

Spielberg ve arkadaşları tarafından geliştirilen ölçeğin (Spielberg et al 1983), Öner ve Le Compte tarafından Türkçe geçerlik güvenirlik çalışması yapılmıştır (Spielberger, Gorsuch, Lushene, Vagg and Jacobs 1983; Öner and Le Compte 1983). Durumluk kaygı ölçeği 20 maddeden oluşan, katılımcıların 4'lü likert tipi ölçek olmak üzere maddeleri yanıtlanmaktadır. Anksiyete ölçeğinin maddelerinde duygu ya da davranışlar yaşantının şiddetine göre;1) Hiç, 2) Biraz, 3) Çok, 4) Tamamiyle seçeneklerinden oluşmaktadır. Ölçekteki seçeneklerden kendine uygun olan seçenek işaretlenir. Puan arttıkça kaygı durumu da artarken, ölçeğin kesme puanı 40'tır (Julian 2011).

Tablo 2. Durumluk Kaygı Ölçeğinin Değerlendirilmesi

Kaygı puanını arttıran (pozitif maddeler)	Kaygı puanını azaltan (negatif maddeler)
3, 4, 6, 7, 9, 12, 13, 14, 17, 18.	1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19, 20.

Değerlendirilirken maddelere verilen toplam kaygı puanı yüksekse kişinin kaygı düzeyi de yüksektir (Ayaz, Bilgin ve Mollaoğlu 2017). Yapılan bu çalışmada Durumluluk kaygı ölçeği Cronbach's alfa değeri 0,817 olarak bulunmuştur.

3.6. VERİLERİN TOPLANMASI

Verilerin toplanabilmesi için Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastanesi acil servisinden gerekli yazılı izinler alınmıştır. Acil servise başvuran üreme çağındaki kadınlara

Çalışma hakkında bilgi verilerek, çalışmaya katılmanın gönüllüğü doğrultusunda çalışmaya katılmışlardır.

Çalışmaya katılmak istemeyen üreme çağındaki kadınlar ise çalışma dışı tutulmuştur. Veri toplama esnasında katılımcılara çalışmanın amacı açıklanarak, tüm verilerin güvenle korunacağı konusunda bilgi verilerek, katılımcılardan yazılı onamları alınmıştır. Araştırmacı tarafından yüz yüze görüşülerek anket formları doldurulmuştur. Helsinki Bildirgesi göz önüne alınarak yapılan veri toplama süreci her kadın için yaklaşık 10-15 dk srmştir.

3.7. ARAşTIRMANIN DEğİşKENLERİ

3.7.1. Bağımsız Değişkenler

Sosyo- demografik ve menstrual zellikler

3.7.2. Bağımlı Değişkenler

PMS ve anksiyete düzeyi

3.8. ARAşTIRMANIN İZNİ

Araştırma ncesi araştırmanın ilgili kurumlarda yürütülmesi için Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi etik kurulundan onay alınmıştır. Araştırmaya alınan kadınlara araştırmanın amacı ve araştırmadan beklenen yararları anlatılarak yazılı ve sözlü onamları alınarak, gönüllü katılımları sağlandı.

3.9. VERİLERİN DEğERLENDİRİLMESİ

Çalışma 250 kadın üzerinden gerçekleştirilmiştir. Veriler IBM SPSS Statistics 23 programına aktarılarak tamamlanmıştır. Çalışma verileri değerlendirilirken kategorik değişkenler için frekans dağılımı (sayı, yüzde), sayısal değişkenler için tanımlayıcı istatistikler (ortalama, standart sapma, medyan, eyreklikler, minimum ve maksimum)

verilmiştir. Normal dağılıma uygunluk için Kolmogorow-smirnov testi kullanılmış ve sayısal değişkenlerin normal dağılıma uygun olmadığı tespit edilmiştir. İki grup arasındaki fark olup olmadığına Mann Whitney U testi, ikiden fazla grup arasında fark olup olmadığına Kruskal Wallis testi ile bakılmıştır ve farklılığın hangi grup ya da gruplardan kaynaklandığı Mann Whitney U testi ile tekrar kontrol edilirken Bonferroni düzeltmesi uygulanmıştır. Ölçekler arasında ilişkinin incelenmesi için spearman korelasyon analizinden yararlanılmıştır. Ölçek güvenilirlikleri için ise Cronbach's alfa değerinden yararlanılmıştır. Anlamlılık için $p < 0,05$ kabul edilmiştir.

3.10. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI

Bu araştırma sadece tek bir sağlık kuruluşunun acil servisine başvuru yapan kadınlar ile sınırlıdır.

4. BULGULAR

Premenstrual sendrom yaşayan kadınların acil servise başvurma şikayetlerinin belirlenmesi amacıyla yapılan çalışmanın bulguları bu kısımda verilmiştir.

Tablo 3. Sosyo-demografik özelliklerin incelenmesi (n=250)

		n	%	ort±ss	Medyan (25-75)	Min-maks
Yaş				24,74±5,11	24 (22-26)	14-54
Menarş yaşı				13,20±1,16	13 (12,75-14,00)	10-17
BKİ				23,22±2,67	22,91(21,34-24,98)	16,38-34,05
Medeni durum	Bekar	206	82,4			
	Evli	44	17,6			
Eğitim durumu	Okur-yazar değil	5	2,0			
	Okur yazar	1	0,4			
	İlkokul	3	1,2			
	Ortaokul	4	1,6			
	Lise	87	34,8			
	Üniversite	148	59,2			
	Lisansüstü	2	0,8			
Meslek	Memur	41	16,4			
	İşçi	21	8,4			
	Ev hanımı	18	7,2			
	Emekli	1	0,4			
	Diğer	169	67,6			
Gelir durumu	Geliri giderinden fazla	28	11,2			
	Geliri giderine denk	183	73,2			
	Geliri giderinden az	39	15,6			
Uzun süre hayatın geçirildiği yer	Büyükşehir	45	18,0			
	Şehir	150	60,0			
	İlçe	43	17,2			
	Kasaba	1	0,4			
	Köy	11	4,4			

Katılımcıların sosyo demografik özellikleri Tablo 3’de verilmiştir. Kadınların yaş ortalaması 24,74±5,11, menarş yaş ortalaması 13,20±1,16, BKİ ortalaması 23,22±2,67, %82,4’ü bekar, %59,2’si üniversite mezunu, %16,4’ü memur, %73,2’sinin geliri giderine denk ve %60,0’ı şehirde yaşamaktadır.

Tablo 3. Sağlık durumlarının incelenmesi (n=250)

		n	%
Daha önce gebelik durumu	Evet	23	9,2
	Hayır	227	90,8
Adette düzensizlik durumu	Evet	45	18,0
	Hayır	205	82,0
Adetin ağrılı olma durumu	Yok	45	18,0
	Hafif	10	4,0
	Orta	99	39,6
	Şiddetli	37	14,8
	Çok	59	23,6
Adet öncesi dönemde yaşanan fiziksel sorunlar	Bulantı- Kusma	81	32,4
	Kilo alma	57	22,8
	Kabızlık-diare	56	22,4
	Cilt problemleri	51	20,4
	Ateş basmaları	38	15,2
	Daha az idrara çıkma	27	10,8
	Allerjik sorunlar	11	4,4
	Göz problemlerinde artış	10	4,0
Menarş öncesi dönemde adet hakkında bilgi verilme durumu	Evet	208	83,2
	Hayır	42	16,8
Adet hakkındaki bilginin nereden alındığı	Anne	161	64,4
	Öğretmen	60	24,0
	Arkadaş	48	19,2
	Abla	31	12,4
	Sağlık personeli	26	10,4
	Teyze	12	4,8
	Dergi, gazete vs.	3	1,2
	Diğer	7	2,8
Menstruasyon esnasında ilaç kullanma	Evet	53	21,2
	Hayır	37	14,8
	Bazen	160	64,0
Jinekolojik bir hastalık durumu	Var	35	14,0
	Yok	215	86,0
Adet öncesi dönemdeki sorunlar çevrenizdeki kişiler tarafından fark edilme	Fark ediliyor	130	52,0
	Fark edilmiyor	120	48,0
Adet öncesi dönemde yaşanan sorunların yaşamı etkileme	Etkiliyor	154	61,6
	Etkilemiyor	96	38,4
Acil servise başvuru saati	08-16 (mesai saati içinde)	116	46,4
	16-08(mesai saati dışında)	134	53,6
Acil servise geliş nedeni	Polikliniklerin akşamları/hafta sonları açık olmaması	31	12,4
	Daha önceden memnun kaldığım için	52	20,8
	Polikliniğe randevu alamadığım için	27	10,8
	Sosyal güvencem/param olmadığı için	5	2,0
	İşinin daha erken bittiği için	135	54,0
	Otobüs ile	165	66,0
Acil servise geliş şekli	Özel araç ile	51	20,4
	Yürüyerek	30	12,0
	Ambulans ile	4	1,6

Tablo 4’de PMS yaşıyan kadınların sağlık durumu incelendiğinde, %90,8’inin daha önce gebelik yaşamadığını, %18’inin adet düzensizliğinin olduğu ve %14,8’inin şiddetli adet ağrısı yaşadığı belirlenmiştir. Adet öncesi dönemde %32,4 bulantı-kusma görüldüğü bulunurken, kadınların %83,2’sine menarş öncesinde adet hakkında bilgi verildiği saptanmıştır. PMS yaşıyan kadınların %14’ünün jinekolojik bir rahatsızlığı olduğu, adet öncesi dönemde %52’si çevresindeki kişiler tarafından belirtilerin farkedildiği, %61,6’sının PMS belirtilerinin günlük yaşamını etkilediği bulunmuştur. Kadınların %53,6’sı acil servise mesai dışında (16-08) başvurduğu, %20,2’si acil servise gelişinin daha önceden memnun kaldığı için başvurduğu ve %66’sı acil servise otobüs ile geldiği belirlenmiştir.

Tablo 5. Ölçeklerin puan ortalaması ve Cronbach alfa değerleri (n=250)

Ölçekler	ort±ss	med (25-75)	Min-maks	Cronbach alfa
Premenstrual Sendrom Ölçeği	97,40±26,62	92,5 (79-109)	26,0-205,0	0,951
Premenstrual Sendrom Ölçeği alt boyutları				
Depresif Duygulanım	14,31±6,01	13 (10-17)	1,0-35,0	
Anksiyete	11,00±4,65	10 (8-12)	3,0-35,0	
Yorgunluk	15,28±4,53	15 (13-17)	4,0-30,0	
Sinirlilik	11,27±4,28	10 (8-13)	0,0-25,0	
Depresif Düşünceler	13,43±4,83	13 (10-15)	0,0-35,0	
Ağrı	7,64±2,81	7 (6-9)	0,0-15,0	
İştah Değişimleri	7,97±3,04	8 (6-10)	0,0-15,1	
Uyku Değişimleri	7,98±2,71	8 (6-10)	0,0-15,2	
Şişkinlik	8,54±2,88	8 (7-10)	0,0-15,3	
Durumluluk Kaygı Ölçeği	38,62±8,06	37 (33-42)	0,0-61,0	0,817

Premenstrual Sendrom Ölçeği puan ortalaması 97,40±26,62 iken; Durumluluk Kaygı Ölçeği ortalaması 38,62±8,06 puandır. Ölçek güvenirliğinin değerlendirilmesi sırasında en sık kullanılan kriterlerden biri içsel tutarlılık ölçüsü olan Cronbach’s alfa Premenstrual Sendrom Ölçeği’nde 0,951, Durumluluk Kaygı Ölçeği’nde ise 0,817 olarak hesaplanmıştır (Tablo 5). Bu değerler genelde kabul edilebilir değer olan 0,700’den yüksektir (Nunnally 1978).

Tablo 6. Ölçek ve boyutları ile demografik özelliklerin incelenmesi (n=250)

	Depresif Duygulanım	Anksiyete	Yorgunluk	Sinirlilik	Depresif Düşünceler	Ağrı	İştah Değişimleri	Uyku Değişimleri	Şişkinlik	Premenstrual Sendrom Ölçeği	Durumluluk kaygı ölçeği
	med (25-75)	med (25-75)	med (25-75)	med (25-75)	med (25-75)	med (25-75)	med (25-75)	med (25-75)	med (25-75)	med (25-75)	med (25-75)
Medeni durum											
Bekar	13(10-17)	9,5(8-12)	15(13-17)	10(8-12)	13(10-15)	7(6-9)	7(6-9)b	8(6-10)	8(7-10)	91,5(79-107)	37(33-42)b
Evli	13,5(10,5-17,5)	10(8-13,5)	15(13-18)	11,5(9-13,5)	14,5(9,5-16,5)	8(6-9)	8,5(6-10)a	8(6-10)	9(7-11,5)	104(81-116)	39,5(35-45,5)a
Test/p¹	0,989/0,323	0,999/0,318	0,828/0,408	1,179/0,238	0,386/0,699	0,657/0,511	2,065/0,039*	-0,075/0,940	1,731/0,083	1,387/0,165	2,318/0,020*
Eğitim durumu											
İlköğretim ve altı	16(11-17)	11(9-13)	15(14-20)	10(9-14)	17(10-20)	9(8-11)a	8(6-9)	7(5-8)	9(6-11)	109(83-114)	35(31-43)
Lise	13(10-15)	10(8-12)	15(13-17)	10(8-12)	13(11-15)	7(6-9)	8(6-9)	8(7-10)	8(6-10)	92(80-106)	37(33-44)
Üniversite üzeri ^{ve}	13(10-18)	9,5(8-12)	15(13-17)	10(8-13)	13(10-16)	7(6-9)b	7,5(6-10)	8(6-9)	8(7-10)	92(78-112)	37,5(34-42)
Test/p²	3,671/0,160	2,182/0,336	1,231/0,540	0,456/0,796	0,596/0,742	6,089/0,048*	0,160/0,923	3,993/0,136	1,343/0,511	1,719/0,423	1,110/0,574
Meslek											
Ev hanımı	15,5(9-18)	10(9-12)	16(13-20)	12(9-18)	13(11-17)	8,5(6-11)	9,5(8-13)a	8(7-9)	8(6-12)	105(85-121)	37(33-42)b
İşçi	13(12-16)	11(9-11)	15(15-17)	12(9-12)	15(13-16)	9(8-9)a	10(7-10)a	10(6-11)	10(9-10)	106(84-109)a	48(41-58)a
Memur	14(11-20)	10(7-14)	15(11-17)	12(8-15)	11(8-18)	6(4-9)b	8(5-11)	7(5-10)	10(5-12)	102(79-117)	39(35-43)b
Diğer	12(10-16)	9(8-12)	15(13-17)	10(8-12)	12(11-15)	7(6-9)	7(6-9)b	8(6-9)	8(7-10)	90(78-105)b	36(33-41)b
Test/p²	3,673/0,299	2,106/0,551	4,116/0,249	7,242/0,065	6,874/0,076	9,137/0,028*	13,688/0,003*	3,143/0,370	7,722/0,052	8,319/0,040*	24,658/0,000*
Geliri fazla	15(11-20)	10(7,5-14,5)	15(11,5-19,5)	12(9-17,5)a	12(7,5-17)	8,5(5-11)	7,5(6-11,5)	7(5-9)b	7,5(5-13)	106,5(76-119)	37(32-41)b
Geliri-gider denk	12(10-16)b	9(7-12)b	14(13-17)b	10(8-12)b	12(10-15)b	7(6-9)b	7(6-9)b	8(6-9)b	8(7-10)b	89(78-103)b	37(33-42)b
Geliri az	13(13-24)a	11(9-18)a	15(15-22)a	12(10-17)a	15(12-20)a	9(8-11)a	10(7-12)a	10(8-11)a	10(7-11)a	106(99-139)a	42(36-58)a
Test/p²	8,709/0,013*	11,492/0,003*	10,471/0,005*	16,945/0,000*	11,293/0,004*	20,009/0,000*	16,699/0,000*	15,754/0,000*	6,293/0,043*	22,186/0,000*	14,180/0,001*
Hayatınızın çoğunu nerede geçirdiniz?											
Büyükşehir	15(11-22)a	10(9-16)a	16(13-20)	12(10-18)a	14(8-19)	7(5-10)b	8(6-12)	8(5-10)b	9(7-13)	100(83-131)a	38(34-42)
Şehir	12(10-15)b	9(7-11)b	14(13-16)b	10(8-12)b	12(11-15)b	7(6-9)b	7(6-9)b	8(6-9)	8(7-10)b	88(78-104)b	36,5(33-42)
İlçe/kasaba	14(11-18)a	9,5(8-12,5)b	15,5(13-18)	10(8,5-13)	12(10-15,5)b	8(6-9,5)b	8(6-11)	9(7,5-10,5)	8,5(7-10)	98,5(81-113)b	39,5(33-43,5)
Köy	19(17-21)a	17(11-21)a	21(15-24)a	16(12-20)a	19(16-22)a	11(9-13)a	9(6-13)a	10(8-12)a	11(7-13)a	131(109-157)a	38(35-42)
Test/p²	22,033/0,000*	21,144/0,000*	13,725/0,003*	20,247/0,000*	16,171/0,001*	15,276/0,002*	10,236/0,017*	9,418/0,024*	8,253/0,041*	27,295/0,000*	0,820/0,845

a,b: grupların ortalamaları arasındaki farklılıkları gösterir (a=en yüksek yüzde).

¹: Mann Whitney U testi, ²:Kruskal Wallist testi*:p<0,05

Medeni durumlar ile iştah değişimleri boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Buna göre, evli iştah değişimleri boyutu bekar olanlara göre daha yüksektir. Eğitim durumları ile ağrı boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). İlköğretim ve altı mezunların ağrı boyutu bekar üniversite ve üzeri mezunlara göre daha yüksektir. Meslekler ile ağrı, iştah değişimleri boyutları, premenstrual sendrom ölçeği ve durumluluk kaygı ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılık bulunmaktadır (her biri için; $p<0,05$). İşçilerin ağrı boyutu memurlara göre; işçi ya da ev hanımlarının iştah değişimleri boyutu diğer meslekten olanlara göre; işçilerin premenstrual sendrom ölçek skoru diğer meslekten olanlara göre; işçilerin durumluluk kaygı ölçek skoru memur, ev hanımı ya da diğer meslekten olanlara göre daha yüksektir. Gelir durumları ile durumluluk kaygı ölçeği, premenstrual sendrom ölçeği ve boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılık bulunmaktadır (her biri için; $p<0,05$). Buna göre, geliri giderinden az olanların premenstrual sendrom ölçeği ve boyutları geliri giderine denk olanlara göre daha yüksektir. Ayrıca geliri giderinden az olanların durumluluk kaygı ölçeği geliri giderinden fazla ya da denk olanlara göre daha yüksektir. En uzun yaşanılan yer durumları ile premenstrual sendrom ölçeği ve boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık bulunmaktadır (her biri için; $p<0,05$). Büyükşehir, ilçe, kasaba ya da köyde yaşayanların depresif duygulanım boyutu şehirde yaşayanlara göre daha yüksektir. Büyükşehir ya da köyde yaşayanların anksiyete boyutu şehir, ilçe ya da kasabada yaşayanlara göre daha yüksektir. Köyde yaşayanların yorgunluk boyutu şehirde yaşayanlara göre daha yüksektir. Büyükşehir ya da köyde yaşayanların sinirlilik boyutu şehirde yaşayanlara göre daha yüksektir. Köyde yaşayanların depresif düşünceler şehir, ilçe ya da kasabada yaşayanlara göre daha yüksektir. Köyde yaşayanların ağrı boyutu büyükşehir, şehir, ilçe ya da kasabada yaşayanlara göre daha yüksektir. Köyde yaşayanların iştah değişimi boyutu şehirde yaşayanlara göre daha yüksektir. Köyde yaşayanların uyku değişimi boyutu büyükşehirde yaşayanlara göre daha yüksektir. Köyde yaşayanların şişkinlik boyutu şehirde yaşayanlara göre daha yüksektir. Büyükşehir ya da köyde yaşayanların premenstrual sendrom ölçeği şehir, ilçe ya da kasabada yaşayanlara göre daha yüksektir. DKÖ, PMS öleceği ve alt boyutları ile demografik özellikler Tablo 6'da incelenmiştir.

Tablo 7. Ölçek ve boyutları ile yaş ve BKİ arasındaki ilişkisinin incelenmesi
(n=250)

		Yaş	BKİ
Depresif Duygulanım	r	-0,061	-,210
	p	0,340	0,001*
Anksiyete	r	-0,090	-,156
	p	0,156	0,013*
Yorgunluk	r	-0,061	-0,100
	p	0,340	0,114
Sinirlilik	r	-0,004	-,200
	p	0,947	0,001*
Depresif Düşünceler	r	-0,058	-,189
	p	0,362	0,003*
Ağrı	r	-0,106	-,176
	p	0,095	0,005*
İştah Değişimleri	r	0,121	0,075
	p	0,057	0,235
Uyku Değişimleri	r	-0,122	-0,061
	p	0,053	0,337
Şişkinlik	r	0,009	-0,085
	p	0,886	0,183
Premenstrual Sendrom Ölçeği	r	-0,162	-,193
	p	0,005*	0,002*
Durumluluk kaygı ölçeği	r	0,087	-0,020
	p	0,169	0,757

*r: Spearman korelasyon katsayısı, *: $p < 0,05$*

Yaş ile Durumluluk Kaygı Ölçeği, Premenstrual Sendrom Ölçeği ve alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede bir ilişki bulunmamaktadır (her biri için; $p > 0,05$). BKİ ile premenstrual sendrom ölçeği ve anksiyete, sinirlilik, depresif düşünceler boyutları arasında negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı derecede bir ilişki bulunmaktadır (her biri için; $p < 0,05$) (Tablo 7).

Tablo 8. Ölçek ve boyutları ile sağlık özelliklerinin incelenmesi (n=250)

	Depresif Duygulanım	Anksiyete	Yorgunluk	Sinirlilik	Depresif Düşünceler	Ağrı	İştah Değişimleri	Uyku Değişimleri	Şişkinlik	Premenstru al Sendrom Ölçeği	Durumluluk kaygı ölçeği
	med (25-75)	med (25-75)	med (25-75)	med (25-75)	med (25-75)	med (25-75)	med (25-75)	med (25-75)	med (25-75)	med (25-75)	med (25-75)
Daha önce gebelik durumu											
Evet	15(9-18)	10(7-13)	15(13-18)	10(9-15)	13(8-19)	7(5-11)	9(6-10)	7(5-9)	8(6-11)	95(81-120)	37(33-42)
Hayır	13(10-17)	10(8-12)	15(13-17)	10(8-12)	13(10-15)	7(6-9)	7(6-10)	8(6-10)	8(7-10)	92(79-108)	37(33-42)
Test/p¹	-1,107/0,268	-0,064/0,949	-0,111/0,912	-0,461/0,645	0,211/0,833	0,024/0,981	-1,199/0,231	1,463/0,143	-0,239/0,811	-0,353/0,724	0,583/0,560
Adette düzensizlik durumu											
Evet	11(9-16)	10(7-12)	14(12-18)	10(8-12)	12(10-16)	7(5-8)	7(6-9)	7(5-9)b	7(6-9)b	89(78-104)	37(33-40)
Hayır	13(10-17)	10(8-12)	15(13-17)	10(8-13)	13(11-15)	7(6-9)	8(6-10)	8(6-10)a	9(7-10)a	94(80-109)	38(33-43)
Test/p¹	1,628/0,103	0,392/0,695	0,859/0,391	0,003/0,997	0,934/0,350	1,749/0,080	0,720/0,472	2,681/0,007*	1,982/0,048*	1,448/0,148	1,462/0,144
Adetin ağrılı olma durumu											
Yok	14(10-22)	10(8-15)	14(13-18)	12(8-17)	13(9-19)	6(5-9)	8(6-11)	7(5-10)	8(5-12)	101(79-125)	39(35-42)a
Hafif	12,5(8-18)	10(7-14)	15,5(12-17)	14(8-16)a	13,5(10-18)	8(6-10)	9(7-13)	7,5(5-9)	9,5(7-11)	105,5(77-117)	36(33-45)
Orta	12(10-15)b	9(7-11)b	14(12-15)b	10(8-12)b	12(11-15)	7(6-9)b	8(6-10)	8(7-10)	8(7-10)	86(78-106)b	39(35-44)a
Şiddetli	17(13-23)a	12(8-17)a	17(13-22)a	12(9-16)	12(8-17)	9(7-11)a	7(5-10)	9(7-12)	9(7-12)	107(89-137)a	37(32-43)
Çok Şiddetli	12(10-15)b	9(8-11)	16(13-19)a	10(9-11)	13(11-15)	8(6-10)	7(6-9)	8(7-9)	8(7-10)	93(82-105)	34(32-38)b
Test/p²	22,198/0,000*	9,839/0,043*	13,169/0,010*	10,219/0,037*	0,473/0,976	11,577/0,021*	3,450/0,485	7,127/0,129	2,721/0,606	12,683/0,013*	17,605/0,001*
Menarş öncesinde adet hakkında bilgi verilme durumu											
Evet	12(10-16)b	9(8-11)b	14(13-17)b	10(8-12)b	12(10-15)b	7(6-9)	8(6-9)	8(6-9)	8(7-10)	90(78-106)b	37(33-42)b
Hayır	16(11-25)a	13(9-16)a	17(14-21)a	12,5(9-17)a	17(10-20)a	8(6-11)	7,5(6-10)	8(6-10)	9(7-12)	115(90-137)a	41(35-43)a
Test/p¹	3,623/0,000*	3,199/0,001*	3,605/0,000*	2,775/0,006*	3,143/0,002*	-1,740/0,082	-0,798/0,425	-0,958/0,338	-1,926/0,054	3,997/0,000*	2,286/0,022*
Menstruasyon esnasında ilaç kullanma											
Evet	16(13-21)a	11(9-16)a	17(13-21)a	12(9-17)a	14(10-19)	9(7-11)a	7(6-9)	9(6-11)	9(6-11)	105(84-134)a	37(33-41)
Hayır	14(8-19)	10(7-16)	15(13-18)	12(9-16)	12(7-19)	7(5-11)	7(5-12)	8(5-10)	9(5-12)	106(81-125)	39(33-42)
Bazen	12(10-15)b	9(8-11)b	14(13-16)b	10(8-12)b	13(11-15)	7(6-9)b	8(6-9)	8(6-9)	8(7-10)	89(78-105)b	37(34-43)
Test/p²	17,480/0,000*	10,014/0,007*	7,784/0,020*	18,462/0,000*	1,951/0,377	13,872/0,001*	0,130/0,937	3,483/0,175	1,379/0,502	14,267/0,001*	0,818/0,664
Jinekolojik bir hastalık durumu											
Var	12(10-16)	9(8-14)	14(13-18)	10(9-12)	13(10-16)	7(5-9)	7(6-10)	8(6-9)	8(7-9)	88(81-105)	39(33-42)
Yok	13(10-17)	10(8-12)	15(13-17)	10(8-13)	13(10-15)	7(6-9)	8(6-10)	8(6-10)	8(7-10)	94(79-109)	37(33-42)
Test/p¹	-0,028/0,978	-0,314/0,753	-0,244/0,807	-0,234/0,815	-0,549/0,583	-1,026/0,305	-0,919/0,358	-0,545/0,586	-0,746/0,456	-0,382/0,702	-0,448/0,654

Tablo 8. Ölçek ve boyutları ile sağlık özelliklerin incelenmesi (n=250) (Devamı)

Adet öncesi dönemde sorunlar çevrenizdeki kişiler tarafından fark edilme durumu											
Fark ediliyor	13(11-19)a	10(8-15)a	15(13-20)a	10,5(8-16)a	13(11-17)a	7(6-10)	8(6-9)	8(7-10)	8(7-11)	98(82-118)a	37(33-42)
Fark edilmiyor	13(10-16)b	9(7-11)b	14(12-17)b	10(8-12)b	12(9-15)b	7(6-9)	7(6-10)	8(6-10)	9(7-10)	89,5(77-106)b	38(33-43,5)
Test/p¹	2,735/0,006*	3,396/0,001*	2,803/0,005*	2,202/0,028*	3,209/0,001*	-0,928/0,354	-0,775/0,439	-1,205/0,228	-0,118/0,906	2,915/0,004*	-1,042/0,297
Adet öncesi dönemde yaşanan sorunların yaşamı etkileme durumu											
Etkiliyor	13(11-17)a	10(8-13)a	15(13-18)a	11(9-14)a	13(11-16)a	8(6-10)a	7,5(6-10)	8(7-10)a	9(7-10)	96(82-114)a	37(33-42)
Etkilemiyor	12(9,5-16)b	9(7-12)b	14(12-16,5)b	9(7,5-12)b	12(9-15)b	6,5(5-9)b	8(6-10)	7(6-9)b	8(6-10)	88(75,5-103)b	38(33-42,5)
Test/p¹	2,293/0,022*	3,034/0,002*	3,260/0,001*	3,420/0,001*	2,199/0,028*	3,542/0,000*	-0,398/0,690	3,463/0,001*	-1,335/0,182	2,929/0,003*	-0,209/0,835

a,b: grupların ortalamaları arasındaki farklılıkları gösterir (a=en yüksek yüzde).

1: Mann Whitney U testi, 2:Kruskal Wallist testi:p<0,05*

Daha önce gebelik durumu ve jinekolojik bir hastalık durumları ile durumluluk kaygı ölçeği, premenstrual sendrom ölçeği ve boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$). Adette düzensizlik durum ile uyku değişimi ve şişkinlik boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık bulunmaktadır (her biri için; $p<0.05$). Buna göre, adette düzensizlik yaşamayanların değişimi ve şişkinlik boyutları yaşayanlara göre daha yüksektir. Adetin ağrılı olma durumu ile depresif duygulanım, anksiyete, yorgunluk, sinirlilik, ağrı boyutları, premenstrual sendrom ölçeği ve durumluluk kaygı ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık bulunmaktadır ($p<0.05$). Ağrısı şiddetli olanların depresif duygulanım boyutu orta ya da çok şiddetli olanlara göre; anksiyete ve ağrı boyutu ise orta şiddette olanlara göre daha yüksektir. Ağrısı şiddetli ya da çok şiddetli olanların yorgunluk boyutu orta şiddette olanlara göre daha yüksektir. Ağrısı hafif şiddette olanların sinirlilik boyutu orta şiddette olanlara göre daha yüksektir. Ağrısı şiddetli olanların premenstrual sendrom ölçeği orta şiddette olanlara göre daha yüksektir. Ağrısı olmayan ya da orta şiddetli olanların durumluluk kaygı ölçeği çok şiddetli olanlara göre daha yüksektir. İlk adet öncesi dönemde adet hakkında bilgi verilme durumları ile depresif duygulanım, anksiyete, yorgunluk, sinirlilik, depresif düşünceler boyutları, premenstrual sendrom ölçeği ve durumluluk kaygı ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık bulunmaktadır (her biri için; $p<0.05$). Buna göre, ilk adet öncesi dönemde adet hakkında bilgi verilmeyenlerin depresif duygulanım, anksiyete, yorgunluk, sinirlilik, depresif düşünceler boyutları, premenstrual sendrom ölçeği ve durumluluk kaygı ölçeği bilgi verilenlere göre daha yüksektir. Menstruasyon esnasında ilaç kullananların depresif duygulanım, anksiyete, yorgunluk, sinirlilik, ağrı boyutları, premenstrual sendrom ölçeği puan ortalaması bazen kullananlara göre istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha yüksektir (her biri için; $p<0.05$). Adet öncesi dönemdeki sorunlar çevrenizdeki kişiler tarafından fark edilme durumları ile depresif duygulanım, anksiyete, yorgunluk, sinirlilik, depresif düşünceler boyutları, premenstrual sendrom ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık bulunmaktadır (her biri için; $p<0.05$). Buna göre, sorunlarının çevresi tarafından fark edildiğini düşünenlerin depresif duygulanım, anksiyete, yorgunluk, sinirlilik, depresif düşünceler boyutları, premenstrual sendrom ölçeği fark edilmediğini düşünenlere göre daha yüksektir. Adet

öncesi dönemde yaşanan sorunların yaşamını etkilediğini düşünenlerin depresif duygulanım, anksiyete, yorgunluk, sinirlilik, depresif düşünceler, ağrı, uyku değişimleri boyutları, premenstrual sendrom ölçeği puan ortalaması etkilemediğini düşünenlere göre istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha yüksektir (her biri için; $p<0.05$). DKÖ, PMS ölçeği ve alt boyutları ile sağlık özellikleri Tablo 8’de incelenmiştir.

Tablo 9. PMSÖ varlığı üzerinde etkili faktörlerin incelenmesi

	B	s.e.	Wald	p	OR ^b	95% c.i.	
						alt sınır	üst sınır
Gelir durumu fazla			20,704	0,000*			
Gelir durumu denk	-0,351	0,747	0,222	0,638	0,704	0,163	3,040
Gelir durumu az	2,643	0,893	8,758	0,003*	14,050	2,441	80,862
Büyükşehir			11,927	0,008*			
Şehir	-2,126	0,667	10,166	0,001*	0,119	0,032	0,441
İlçe	-0,999	0,708	1,994	0,158	0,368	0,092	1,473
Kasaba- Köy	0,159	0,957	0,028	0,868	1,173	0,180	7,654
Menstruasyon esnasında ilaç kullanma (Evet)			11,568	0,003*			
Menstruasyon esnasında ilaç kullanma (Hayır)	-2,374	0,841	7,976	0,005*	0,093	0,018	0,484
Menstruasyon esnasında ilaç kullanma (Bazen)	-1,621	0,568	8,140	0,004*	0,198	0,065	0,602
Adet öncesi dönemdeki sorunlar çevrenizdeki kişiler tarafından fark edilme	-1,610	0,599	7,223	0,007*	0,200	0,062	0,647
Yürüyerek			8,199	0,042*			
Ambulans ile	1,100	1,520	0,523	0,469	3,004	0,153	59,154
Özel araçla	-1,600	0,827	3,743	0,053	0,202	0,040	1,021
Otobüs	-1,684	0,684	6,067	0,014*	0,186	0,049	0,709

*: $p<0,05$

Geliri az olanların PMS varlığı oranı geliri fazla olanlara göre 14,050 kat daha fazla, büyükşehirde yaşayanların PMS varlığı oranı şehirde yaşayanlara göre (1/0,119) 8,403 kat daha fazla, menstruasyon esnasında ilaç kullananların PMS varlığı oranı ilaç kullanmayanlara göre (1/0,093) 10,753 kat daha fazla, menstruasyon esnasında ilaç kullananların PMS varlığı oranı bazen ilaç kullananlara göre (1/0,198) 5,051 kat daha fazla, adet öncesi dönemdeki sorunlar çevrenizdeki kişiler tarafından fark edilenlerde PMS varlığı oranı fark edilmeyenlere göre (1/0,200) 5 kat daha fazla ve acile otobüs ile gelenlerin PMS varlığı oranı ambulans ile gelenlere göre (1/0,186) 5,376 kat daha fazladır (Nunnally 1978)(Tablo 9.).

Tablo 10. Ölçek ve boyutları ile acil servise başvuru yapma durumlarının incelenmesi (n=250)

	Depresif Duygulanım	Anksiyete	Yorgunluk	Sinirlilik	Depresif Düşünceler	Ağrı	İştah Değişimleri	Uyku Değişimleri	Şişkinlik	Premenstrual Sendrom Ölçeği	Durumluluk kaygı ölçeği
	med (25-75)	med (25-75)	med (25-75)	med (25-75)	med (25-75)	med (25-75)	med (25-75)	med (25-75)	med (25-75)	med (25-75)	med (25-75)
Bugün acil servise hangi saatler arasında başvurdunuz											
08-16	12(9-17)	9,5(7-12,5)	14(13-18)	10(8-13,5)	12(10-16)	7(6-9,5)	7(6-9)	8(6-9)	8(6-10)	91(78,5-112)	36,5(33-41)b
16-08	13(11-17)	10(8-12)	15(13-17)	10(8-12)	13(10-15)	7(6-9)	8(6-10)	8(6-10)	9(7-10)	94,5(79-107)	38(34-45)a
Test/p¹	-1,232/0,218	-0,301/0,763	-0,388/0,698	-0,374/0,709	-0,135/0,893	-0,688/0,491	-0,357/0,721	-0,406/0,685	-1,835/0,067	-0,484/0,628	-2,614/0,009*
Bugün acil servise geliş nedeni											
Polikliniklerin akşamları/haft a sonları açık olmaması	16(11-19)a	10(8-15)	15(13-19)	12(9-18)a	13(11-19)	7(6-10)	8(6-9)	9(7-10)a	8(7-10)	98(84-120)	38(35-42)
Daha önceden memnun kaldığım için.	17(11-26)a	11(8-17)	16(13-21)	13(8-17)a	15(10-20)a	8(5-10)	8(6-10)	8(7-9)	9(7-12)	109(79-137)a	38(33-44)
Polikliniğe randevu alamadığım için.	13(10-14)b	9(8-12)	14(13-14)	8(7-9)b	10(9-13)b	5(4-8)	6(6-8)	7(6-9)b	7(6-9)	77(76-91)b	31(30-35)
Sosyal güvencem/para m olmadığı için.	13(11-15)b	9(8-11)	14,5(13-15)	9,5(8-12)b	14,5(12-15)	7(6-9)	8(7-10)	8(7-11)	8,5(7-10)	94(81,5-106)	39(34,5-48)
Diğer	12(9-16)b	10(7-12)	15(12-18)	10(9-13)b	12(10-15)	7(6-10)	7(6-9)	8(5-9)	8(6-10)	90(78-108)	37(33-42)
Test/p²	12,167/0,016*	3,471/0,482	3,904/0,419	13,933/0,008*	14,578/0,006*	1,974/0,741	5,824/0,213	10,302/0,036*	1,883/0,757	9,756/0,045*	9,320/0,054
Bugün acil servise nasıl geldiniz											
Otobüs ile	18(13-20)a	9,5(7-17)	16(13-22)	14(10-18)a	15(9-18)	8(5-11)	8(6-12)	9(7-10)	10(7-15)	113(88-137)a	40(36-45)
Özel araç ile	14(12-18,5)b	9,5(8-16)	12,5(10-17)	11,5(10-14,5)b	13(10,5-18)	8,5(7-10)	6,5(6-11)	11(9,5-12,5)a	8,5(6-12,5)	100(89-120)	40,5(36,5-45,5)
Yürüyerek	15(10-21)b	10(8-16)	15(13-18)	11(9-15)b	12(10-17)	7(5-9)	7(6-9)	7(5-9)b	8(6-12)	98(83-113)	39(32-42)
Ambulans ile	12(10-15)b	9(8-11)	15(13-17)	10(8-12)b	12(11-15)	7(6-9)	8(6-9)	8(6-10)	8(7-10)	90(78-105)b	37(33-42)
Test/p²	16,706/0,001*	4,628/0,201	3,798/0,284	18,473/0,000*	1,104/0,776	1,264/0,738	1,917/0,590	8,503/0,037*	5,959/0,114	11,168/0,011*	5,759/0,124

a,b: grupların ortalamaları arasındaki farklılıkları gösterir (a=en yüksek yüzde).

1: Mann Whitney U testi, 2:Kruskal Wallist testi*:p<0,05

Çalışmamızda acil servise başvuru yapan kadınların %23,6'sı PMS'li olarak belirlendi. Ölçekler ve PMS ölçeği alboyutları ile acil servise başvuru yapma durumları Tablo 10'da incelenmiştir. Acil servise başvuru saatleri 16-08 arasında olanların durumluluk kaygı ölçeği puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha yüksektir ($p<0,05$). Kadınların acil servise geliş nedenleri ile depresif duygulanım, sinirlilik, depresif düşünceler, uyku değişimleri boyutları ve premenstrual sendrom ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık bulunmaktadır (herbiri için; $p<0,05$). Buna göre, polikliniklerin akşamları/hafta sonları açık olmaması ya da daha önceden memnun kaldığı için tekrar acile giriş yapanların depresif duygulanım ve sinirlilik boyutları diğerlerine göre daha yüksektir. Daha önceden memnun kaldığı için tekrar acile giriş yapanların depresif düşünceler boyutu ve premenstrual sendrom ölçeği polikliniğe randevu alamadığı için gelenlere göre daha yüksektir. Polikliniklerin akşamları/hafta sonları açık olmaması nedeniyle acile giriş yapanların uyku değişimleri boyutları polikliniğe randevu alamadığı için gelenlere göre daha yüksektir.

Acil servise gelme şekilleri arasında depresif duygulanım, sinirlilik, uyku değişimleri boyutları, premenstrual sendrom ölçeği bakımından istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Acil servise otobüs ile gelenlerin depresif duygulanım ve sinirlilik boyutları özel araç, yürüyerek ya da ambulans ile gelenlere göre daha yüksektir. Özel araç ile gelenlerin uyku değişimleri boyutları yürüyerek gelenlere göre daha yüksekken; otobüs ile gelenlerin premenstrual sendrom ölçeği puan ortalaması ambulans ile gelenlere göre daha yüksektir.

Tablo 11. Ölçek ve boyutlar arasındaki ilişkisinin incelenmesi (n=250)

		Depresif Duygulanım	Anksiyete	Yorgunluk	Sinirlilik	Depresif Düşünceler	Ağrı	İştah Değişimleri	Uyku Değişimleri	Şişkinlik	Premenstrual Sendrom Ölçeği	Durumluluk kaygı ölçeği
Depresif Duygulanım	r	1,000	0,637	0,535	0,554	0,494	0,501	0,275	0,355	0,421	0,772	0,161
	p		0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,011
Anksiyete	r		1,000	0,540	0,532	0,650	0,517	0,171	0,382	0,313	0,762	0,235
	p			0,000	0,000	0,000	0,000	0,007	0,000	0,000	0,000	0,000
Yorgunluk	r			1,000	0,505	0,531	0,640	0,351	0,529	0,488	0,797	0,145
	p				0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,022
Sinirlilik	r				1,000	0,470	0,441	0,288	0,412	0,427	0,733	0,189
	p					0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,003
Depresif Düşünceler	r					1,000	0,423	0,237	0,479	0,313	0,727	0,279
	p						0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
Ağrı	r						1,000	0,422	0,522	0,424	0,724	0,182
	p							0,000	0,000	0,000	0,000	0,004
İştah Değişimleri	r							1,000	0,201	0,434	0,475	0,264
	p								0,001	0,000	0,000	0,000
Uyku Değişimleri	r								1,000	0,473	0,638	0,244
	p									0,000	0,000	0,000
Şişkinlik	r									1,000	0,621	0,302
	p										0,000	0,000
PSÖ	r										1,000	0,315
	p											0,000

r:Spearman korelasyon katsayısı, *: $p<0,05$

Premenstrual Sendrom Ölçeği ve alt boyutları ile Durumluluk Kaygı Ölçeği arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı derecede bir ilişki bulunmaktadır ($p<0.05$)(Tablo 11.).

5. TARTIŞMA

Kadınlarda meydana gelen semptomlardan toplumu ve kadınların yaşam kalitesini düşürerek günlük hayatı, kişilerarası ilişkileri, sosyal ve aile yaşamını olumsuz yönde etkilemektedir. Bu çalışmamızda tartışma elde edilen verileri üç başlık altında incelenmiştir.

5.1.Kadınların premenstrual sendrom düzeyleri ile sosyo-demografik özellikleri, menstruasyon özelliklerine ilişkin bulguların tartışılması

5.2. Kadınların premenstrual sendrom ve kaygı düzeyleri ile acil servisi başvuru özelliklerine ilişkin bulguların tartışılması

5.3. Kadınların premenstrual sendrom ölçeği ve durumluluk kaygı ölçeği puan ortalamaları arasındaki ilişkinin tartışılması

5.1. KADINLARIN PREMENSTRUAL SENDROM DÜZEYLERİ İLE SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ, MENSTRUASYON ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI

PMS genç ve orta yaş kadınlarda daha sık görülmektedir (Öztürk ve Deveci 2012). Bu nedenle, PMS ile ilgili çalışmalarda çoğunlukla genç nüfus ve üniversite öğrencilerinde yoğunlaşmıştır. Araştırmamızda ise kadınların yaşları 18-35 yaş aralığında değişiklik göstermekte olup, kadınların yaş ortalaması ise $24,74 \pm 5,11$ olarak bulunmuştur (Tablo 3). Çalışma bulgumuza göre, yaş ile PMS ölçeği puan ortalaması arasında negatif yönde zayıf bir ilişki bulunmuştur ($r = -0,162$; $p < 0,05$). Demir ve arkadaşlarının (2006) yaptığı çalışmada PMS'nin 30 yaş ve altındaki kadınlarda daha sık görüldüğü bildirilmiş olup çalışma bulgumuz literatürü destekler niteliktedir (Demir, Yıldız Algül ve Güvenda Güven 2006).

Çalışmamızda medeni durum ile PMS ölçeği puan ortalaması arasında anlamlı farklılık bulunamamıştır ($p > 0,05$). Çatakoğlu (2016)'nın yaptığı çalışmada da bulgularımıza benzer şekilde anlamlı farklılık bulunamamıştır (Çatakoğlu 2016). Sağlam'ın çalışma sonuçlarına göre, bekar kadınlarda PMS puan ortalaması daha yüksek bildirilmiştir

(Sağlam 2017). Akmalı ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada da çalışmamızı destekler şekilde medeni durum ve PMS arasında anlamlı fark bulunamamıştır (Akmalı ve ark. 2020). Ancak, litretür incelendiğinde bekar kadınlarda PMS arasında anlamlı fark belirlenen çalışmalar bulunmaktadır (Adıgüzel, Taşkın ve Danacı 2007, Amjad, Kumar and Mazher 2014, Özmermer 2017). Bu durum, genç kadınlarda PMS'nin daha fazla görülmesi ve genç nüfustaki evlilik oranlarının daha düşük olması ile açıklanmaktadır.

Çalışmamızda eğitim durumları ile PMS arasında anlamlı farklılık bulunmazken ($p>0,05$); ağrı boyutu bakımından istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Buna göre çalışmamızda, ilköğretim ve altı mezunların ağrı boyutu üniversite ve üzeri mezunlara göre daha yüksektir. Akmalı ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada PMS'nin en yüksek okur-yazar olmayanlarda, en düşük ise üniversite ve lisansüstü eğitim düzeyine sahip olanlarda olduğu saptanmıştır (Akmalı ve ark. 2020). Yeşildere Sağlam (2017), yaptığı çalışmada eğitim düzeyi ile PMS arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (Yeşildere Sağlam 2017). Amjad ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise, eğitim düzeyi yüksek kadınlarda daha fazla PMS belirtileri görüldüğü belirtilmiştir (Amjad, Kumar and Mazher 2014).

Yaptığımız çalışmada meslekler ile ağrı, iştah değişimleri boyutları, premenstrual sendrom ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0.05$). Karakale (2020) çalışmasında yaş, eğitim düzeyi, çalışma durumu, meslek, gelir düzeyi algısı, sosyal güvenceye ve kronik hastalığa sahip olma durumu karşılaştırıldığı da istatistiksel olarak aralarında farklılık saptanmadığı belirtilmiştir (Karakale 2020). Ogur (2004) yaptığı çalışmada depresif duygulanım, iştah değişiklikleri, uyku değişiklikleri gibi alt ölçeklerinden alınan puanlar PMS görülme oranının çalışan grupta çalışmayan gruba göre yüksek olduğu, çalışan bayanlarda oranı ev hanımlarına göre daha fazla olduğu istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Ogur 2004). Pınar (2007) yaptığı çalışmada PMS ile çalışma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (Pınar 2007). Literatür taramaların da çalışan kadınlarda PMS'nin fazla görülmesinin nedenleri arasında stres, çalışma şartları ve ev işlerini yetiştirme stresi gibi durumlar etkilediği söylenebilir.

Düşük sosyoekonomik statünün beraberinde getirdiği beslenme bozuklukları, stresli yaşam, kötü çevre koşulları gibi faktörler PMS'nin şiddetini arttırmaktadır (Carr 2001; Elliott 2002; Obeidat, Alchalabi, Abdul-Razzak and Al-Farras 2012). Çalışmamızda kadınların gelir durumuna bakıldığında geliri az olanların PMS varlığı geliri fazla olanlara göre sık bulunmuştur (OR:14,050). Erbil ve arkadaşlarının (2011) yaptığı çalışmada gelir durumu iyi olmayan kadınların PMS düzeylerinin daha fazla olduğu tespit edilmiştir (Erbil ve ark. 2011). İran'da yapılan bir çalışmada da düşük gelirin PMS'yi arttırdığı bildirilmiştir (Farahmand, Ramezani Tehrani, Khalili, Amin and Negarandeh 2017). Yeşildere Sağlam (2017), yaptığı çalışmada düşük gelir durumu ile PMS arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (Yeşildere Sağlam 2017). Çalışma bulgumuz, literatür ile paralellik göstermektedir.

Yaptığımız çalışmada en uzun yaşanan yer durumları ile premenstrual sendrom ölçeği ve boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($p<0.05$). Çalışmamızda şehirde yaşayanların depresif duygulanım boyutu diğer yerlerde yaşayanlara göre daha düşük bulunmuştur ($p<0.05$). Erbil ve arkadaşlarının (2011) yaptığı çalışmada PMS semptomlarının yerleşim yeri il ve köy olan kadınlarda PMS değeri anlamlı bir şekilde daha fazla görüldüğü saptanmıştır (Erbil ve ark 2011). Çalışmalar sonucuna bakıldığında yaşam şartları, iklim koşulları ve çevre gibi koşullar çalışmayı etkilemiş olabilir.

Çalışmamızda BKİ ile premenstrual sendrom ölçeği arasında negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($r=-0,193$; $p<0.05$). Özmermer (2017) çalışmasında kilo arttıkça PMS görülme sıklığının aynı oranda arttığını belirtmiştir (Özmermer 2017). Özçelik (2019) yaptığı çalışmada, PMS semptomlarının BKİ ile anlamlı bir ilişki olduğunu belirtmektedir. Normal kilolu kadınlarda PMS semptomlarının zayıf, şişman ve obez gruptaki kadınlara göre daha az görüldüğü belirtilmiştir (Özçelik 2019). Masho, Adera and South-Paul (2005)'in Virjinya'da yaptığı araştırmada PMS ve obezite arasındaki ilişkiyi obez kadınlarda PMS bulunma riskinin, normal kilolu kadınlardan yaklaşık üç kat daha fazla olduğu bulunmuştur (Masho, Adera and Paul, 2005).

Çalışmamızda daha önce gebelik durumu ve jinekolojik bir hastalık durumu ile premenstrual sendrom ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık

bulunmamaktadır (her biri için; $p>0.05$). Çatakoğlu (2016) çalışmasında kadınların Premenstrual Sendrom Ölçeği alt boyutu doğurganlık özelliklerine göre incelendiğinde; düşük geçmişi olanların, depresif duygulanım, depresif düşünce ve toplam puana ait puan ortalamalarının düşük geçmişi olmayanlara göre anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (Çatakoğlu 2016). Özeren ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada PMS'i olan ve olmayan kadınlar jinekolojik, nörolojik hastalığını, tiroid hastalığı ve anemi arasında fark olmadığını belirtilmiştir (Özeren, Atila ve Helvacı 2013). Literatürler incelendiğinde gebelik durumu ile jinekolojik hastalık arasında premenstrual sendrom ölçeği arasında farklı sonuçların olması çalışmalara katılan kadınların yaşları, gebelik geçmişi, sosyal yaşamları gibi durumlar söylenebilir.

Yaptığımız çalışmada adet düzensizliği yaşamayanların uyku değişimi ve şişkinlik boyutları yaşayanlara göre daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$). Şahin ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada menstruasyon öncesi şikayetleri ödem, ağrı, gerginlik hissi, iştahta artış olduğunu belirtiler de dismenore görülme oranı %81,3 bulunmuştur (Şahin ve ark 2015). Tufan (2019), yaptığı çalışmasında yorgunluk, sinirlilik, depresif düşünceler, ağrı, iştah değişimleri, şişkinlik, uyku ile adetlerin düzenli olma durumu arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır (Tufan 2019). Literatür taramalarında farklı sonuçların çıkmasının farklı kültür yapıları, çevresel koşullar gibi birçok faktör ekili olabilir.

Yaptığımız çalışmada adet ağrılı olma durumları ile depresif duygulanım, anksiyete, yorgunluk, sinirlilik, ağrı boyutları, premenstrual sendrom ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır (her biri için; $p<0.05$). Çatakoğlu (2016) yaptığı çalışmada depresif duygulanım anksiyete, yorgunluk, sinirlilik, depresif düşünce, ağrı, uykuda değişim gibi dismenore yaşayanların adet döneminde dismenore yaşamayanlara göre daha yüksek puan ortalamasına sahip olduklarını saptamıştır (Çatakoğlu 2016). Akmal ve arkadaşları'nın (2020) yaptığı çalışmada menstrual dönemde dismenore şikayeti yaşayan kadınların şikayeti olmayanlara göre PMS belirtilerinin 2.85 kat fazla yaşadıkları bulunmuştur (Akmali, Özerdoğan ve Gürsoy 2020). PMS'li kadınların yaklaşık %5'i, duygudurum semptomlarını daha çok yaşadığından muzdarip olduğu belirtilmiştir (Frackiewicz and Shiovitz 2001). Literatürlere bakıldığında menstrual ağrının depresif duygulanım, anksiyete gibi durumları etkilediği söylenebilir.

Yaptığımız çalışmada menstruasyon esnasında ilaç kullanma durumu ile depresif duygulanım, anksiyete, yorgunluk, sinirlilik, ağrı boyutları, premenstrual sendrom ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık bulunmaktadır (her biri için; $p<0.05$). Çınar (2018) yaptığı çalışmada menstrual ağrı şiddetini azaltmak için ağrı kesici kullananların oranının %50,59 olduğu ve analjezik kullananların dağılımı %7,1'inin hafif, %40'nın orta, %52,9'unun ise şiddetli menstrual ağrısı olduğunu belirtmiştir (Çınar 2018). Uçak (2020) yaptığı çalışmada menstrual dönemde kadınların tamamına yakınının (%98,3) ağrıyı azaltmak amacıyla ağrı kesici kullandığı saptanmıştır (Uçak 2020). Yapılan bir çalışmada, PMS semptomlarını hafifletmek için ilaç kullanan öğrencilerde PMS anlamlı olarak daha fazla bulunmuştur (Farrokh-Eslamlou, Oshnouei, Heshmatian and Ekberi 2015). PMS yaşayan kadınlar da ilaç kullanma durumlarındaki farklılık bölgesel, kültürel değerler, kadınların menstruasyon ağrısını fizyolojik olduğunu kabul etmesi ve nonfarmakolojik yöntemleri kullanmak istemesi gibi durumlar ile açıklanabilir.

Adet öncesi dönemdeki sorunlar çevrenizdeki kişiler tarafından fark edilme durumları ile depresif duygulanım, anksiyete, yorgunluk, sinirlilik, depresif düşünceler boyutları, premenstrual sendrom ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık bulunmaktadır (her biri için; $p<0.05$). Adet öncesi dönemde yaşanan sorunların yaşamı etkileme durumları arasında depresif duygulanım, anksiyete, yorgunluk, sinirlilik, depresif düşünceler, ağrı, uyku değişimleri boyutları, premenstrual sendrom ölçeği bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır (her biri için; $p<0.05$). Alami, Tahiri, Mussaoui and Kadri (2002) yaptıkları çalışmada belirgin depresif duygu durum, umutsuzluk hissi veya kendini değersizleştirme düşünceleri, meme hassasiyeti, şişme, baş ağrısı, kas ağrısı, şişkinlik ve kilo alma hissi gibi fiziksel semptomların kadınların ruh sağlığı ve yaşam kalitesi üzerinde kötü bir etkisi olduğunu, örneklemin %73,9'u psikolojik rahatsızlıklar nedeniyle sosyo-profesyonel yaşamlarında bir rahatsızlık yaşadıklarını belirtmektedir (Alami, Tahiri, Mussaoui and Kadri 2002). Sokullu (2009) yaptığı çalışmada kadınların iş hayatının, ev sorunlarının ve gün içinde birşeyleri yetiştirme telaşının strese düşürdüğünü ve stresin premenstrual belirtilerin şiddetli yaşanmasına neden olduğu belirtilmiştir (Gökçe 2006, Sokullu 2009). PMS'nin anksiyete, yorgunluk, ağrı, uyku değişikliği gibi semptomlarının yaşam kalitesini etkilediği söylenebilir.

5.2. KADINLARIN PREMENSTRUAL SENDROM VE KAYGI DÜZEYLERİ İLE ACİL SERVİSE BAŞVURU ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI

Çalışmamızda acil servise başvuru yapan kadınların %23,6'sı PMS'li olarak belirlendi. PMS'nin semptomları (özellikle ağrı semptomu) şiddetlendikçe kadınların kaygı düzeyi artmakta, bu durum da kadınları saat farketmeksizin en yakın sağlık kuruluşuna başvurmalarına neden olmaktadır. Uçak (2020) yaptığı çalışmada ise menstruasyon ağrısını hafifletmek için %1,7'nin doktora gittiği belirlenmiştir (Uçak 2020). Çamlıbel ve arkadaşları tarafından (2019) yılında, dismenore şikayeti ile acil servise gelen dismenorenin acil başvuruları arasında en sık nedenlerden biri olduğu ifade edilmiştir (Çamlıbel, Erdur, Yılmaz, Özen, Uyanık 2019, Jamieson and Steege 1996). Hastaneye gitme değerlerinin farklılık göstermesi kadınların başta diğer PMS semptomlarının şiddeti olmak üzere fizyolojik yapısı, kültürel değerler, nonfarmakolojik yöntemleri kullanmaları söylenebilir.

Acil servise başvuru saatleri ile premenstrual sendrom arasında bir farklılık bulunmazken ($p>0,05$), durumluluk kaygı ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Kadınların birçoğu ağrı durumunda ilk bilinen yöntemleri kullanarak hafifletmeye çalışmasına rağmen, geçmeyen ağrı durumunda saat kaç olursa olsun hastaneye başvurduğu ve bu durumun da kaygı durumunu arttırdığı düşünülmektedir.

Yaptığımız çalışmada acil servise geliş nedenleri arasında depresif duygulanım, sinirlilik, depresif düşünceler, uyku değişimleri boyutları, premenstrual sendrom ölçeği bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Daha önce memnun kaldıkları için tekrar acil servise başvuru yapan kadınların PMS ölçeği puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur. Memnun kalma oranlarının yüksek olması, PMS şiddeti fazla olan kadınlarda mevcut semptomlarını azaltabilmek ve ilaç uygulamalarını temin edebilmek için tekrar bir seçenek olarak acil servisi akıllarına getirmektedir.

Gelir durumu düşük olan kadınlarda PMS şiddeti daha fazla görülmektedir (Carr 2001; Elliot 2002; Obediat, Alchalabi, Abdul-Razzak and Al-Farras 2012). Çalışmamıza

göre, acil servise otobüs ile gelenlerin PMS ölçeği puan ortalaması istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$). Çalışmamızda kadınların acil servise ulaşım şeklinin otobüs ile olması gelir durumu ile açıklanabilir.

5.3. KADINLARIN PREMENSTRUAL SENDROM ÖLÇEĞİ VE DURUMLULUK KAYGI ÖLÇEĞİ PUAN ORTALAMALARI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN TARTIŞILMASI

Yaptığımız çalışmaya katılan kadınların Premenstrüel Sendrom Ölçeği'nin ortalaması $97,40\pm26,62$ olarak bulunmuştur. PMS ölçeği alt boyutlarından en çok yakınmalar sırasıyla depresif duygulanım, depresif düşünceler, sinirlilik, anksiyete olarak bulunmuştur. Kaya ve arkadaşları'nın 2016 yılında yaptığı çalışmada öğrencilerin PMSÖ'den aldıkları puan ortalaması $98,15\pm35,83$ olarak bulunmuş ve premenstrual dönemdeki yakınmaları sırasıyla yorgunluk, depresif duygulanım, sinirlilik, anksiyete ve depresif düşünceler olduğunu belirtmiştir (Kaya ve Gölbaşı 2016). Ölçer ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada PMSÖ'den aldıkları puan ortalaması $114,98\pm36,60$ olarak belirtilmiş ve PMS yakınmalar sırayla depresif duygulanım, yorgunluk, depresif düşünceler, anksiyete, sinirlilik, şişkinlik ve iştah değişimi olduğu belirtilmektedir (Ölçer, Bakır ve Aslan 2017). Farrokh-Eslamlou vd (2015) 142 tıp öğrencisinin katıldığı İran'da yaptığı çalışmasında PMSÖ puan ortalaması $105,9\pm49,5$ bulunmuştur (Farrokh-Eslamlou et al 2015). Literatürler arasındaki farklılıklar, yaşam tarzlarının ve kültürlerinin farklı olması gibi durumlar PMSÖ puanları arasındaki farklılığın sebebi olduğu söylenebilir.

PMS kadınların sadece fiziksel sağlıklarını etkilediği gibi aynı zamanda ruhsal sağlıklarını da olumsuz yönde etkilemektedir. PMS'nin psikolojik belirtileri arasında depresyon, anksiyete, sinirlilik, ümitsizlik ve yorgun hissi yer almaktadır (Öztürk ve Karaca, 2019). Çalışmaya katılan kadınların Durumluluk Kaygı Ölçeğinin ortalaması $38,62\pm8,06$ olarak hesaplanmıştır. Yine çalışma bulgularımıza göre, Premenstrual Sendrom ölçek ve boyutları ile Durumluluk Kaygı Ölçeği arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmaktadır ($r=0,315$; $p<0.05$). Sigmon ve Schartel (2008), kaygı ve PMS arasında ilişkiyi incelemiş, ancak bir sonuca varmamışlardır

(Sigmon and Schartel 2008). Gingnell et al (2012) yaptıkları çalışmada PMS arttıkça kaygının da arttığı bildirilmektedir (Gingnell, Morell, Bannbers, Wikström and Sundström-Poromaa 2012). Aperribai and Alonso-Arbiol (2020) çalışmasında PMS ile kaygı arasındaki ilişki vurgulanmıştır (Aperribai and Alonso-Arbiol 2020). Çınar (2018) yaptığı çalışmada durumluk ve süreklilik anksiyete durumlarının, menstrual ağrı şiddetinin yüksek olması ile arttığı belirtilmektedir (Çınar 2018). Literatürde PMS'nin fiziksel belirtilerinin şiddeti de ruhsal belirtileri arttırdığı bildirilmektedir (Bülez ve Yalvaç 2021). Çalışma bulgumuz literatür ile benzerlik göstermektedir.



6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

Çalışma Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastanesi acil servisine başvuran 18 yaş ve üzeri üreme çağındaki kadınların, acil servise başvurma şikayetlerinin premenstrual sendromla ilişkisini değerlendirilmek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Çalışma sonucunda aşağıdaki veriler bulunmuştur:

Çalışmaya katılan kadınların yaş ortalaması $24,74 \pm 5,11$ olarak bulunmuş ve %59,2'nin eğitim durumu üniversite ve üzeri düzeyde yer almaktadır. Kadınların %7,2'i çalışmamakta ve %82,4 bekar olduğu görülmektedir. Kadınların %73,2'nin gelir gider durumunun birbirine denk olduğu görülmektedir (Tablo 3). Kadınlarda ilk menarş yaş ortalaması $13,20 \pm 1,16$ yıl olarak bulunmuştur. %82,0'si düzenli olarak adet gördüğünü ifade etmekte, %14,8'i adetinin şiddetli ağrılı geçtiği görülmektedir. Adet öncesi dönemde yaşanan sorunlar %61,6 etkilediği ve çevredeki kişiler tarafından %52,0 fark edildiği görülmektedir. (Tablo 4).

Acil servise başvuran kadınların %23,6'sı PMS'li olarak saptanmıştır. Kadınların acil servise %53,6 mesai saatleri dışında başvurduğunu, acil servise geliş nedenini ise %20,8 daha önceden memnun kaldığı için olduğu belirtilmiştir. Acil servise %66,0 otobüs ile geldiği, %20,4 özel araç ile geldiği bulunmuştur (Tablo 4). PMS semptomlarıyla baş etmede kadınların %67,2'i sıcak uygulama yaptığını, %12,8'i doktora gittiğini, %36,0 bitki çayı içtiğini, %34,4 ağrı kesici kullandığını belirtmiştir.

Kadınların PMSÖ'den aldıkları toplam puan ortalamaları $97,40 \pm 26,62$ olarak bulunmuştur. Ölçeğe uygun en yüksek alt boyutun $15,28 \pm 4,53$ 'Yorgunluk', en düşük alt boyutun $7,64 \pm 2,81$ 'Ağrı' olduğu bulunmuştur (Tablo 5).

Premenstrual semptomlar kadınların iş hayatını, çevresindeki ilişkilerini, aile yaşamını olumsuz olarak etkileyerek yaşam kalitelerini düşürmektedir. Baş etme yöntemlerinden nonfarmakolojik yöntemler hakkında bilgilendirme yapılarak yaşam tarzını ve ağrı yönetimini daha etkin kullanması sağlanabilir. Kadınların kendi vücutlarındaki yapısal farklılıkları ve değişiklikleri bilerek gerekli durumlar da acil servise başvurmaları hakkında bilgilendirme yapılabilir. Premenstrual sendrom da

ruhsal sıkıntılar yaşıyan kadınların baş etme yöntemleri ve davranışları kontrol etmeleri ile ilgili yardımcı olunarak desteklenmelidir



KAYNAKLAR

- Abdi, F., Ozgoli, G., & Rahnemaie, F. (2019). A Systematic Review Of The Role Of Vitamin D And Calcium İn Premenstrual Syndrome. *Obstet Gynecol Sci*, 73-86.
- Abo El Fotooh, H., Nour El Din, S., & Saadgonied, A. (2018). Apremenstrual Syndrome And Its Association With Adolescent Girls Quality Of Life. *Zagazig Nursing Journal* .
- Arslantaş , H., Abacıgil , F., & Çınaklı , Ş. (2018). Relationship Between Premenstrual Syndrome And Basic Personality Traits. A Cross-Sectional Study. *Sao Paulo Medical Journal*,.
- Baker, F., Kahan, T., Trinder, J., & Colrain, I. (2007). Sleep Quality And The Sleep Electroencephalogram İn Women With Severe Premenstrual Syndrome. *Sleep And Premenstrual Syndrome—Baker Et Al*, Vol. 30, No. 10 .
- Bhuvaneswari , K., Rabindran , P., & Bharadwaj , B. (2019). Prevalence Of Premenstrual Syndrome And Its Impact On Quality Of Life Among Selected College Students İn Puducherry. . *The National Medical Journal Of India*,.
- Chumpalova , P., Iakimova , R., Stoimenova-Popova , M., Aptalidis , D., Pandova , M., Stoyanova, M., & Fountoulakis , K. (2020). Prevalence And Clinical Picture Of Premenstrual Syndrome İn Females From Bulgaria. *Annals Of General Psychiatry*,.
- Costanian, C., Akiki, Z., Rabah, Z., Daou, S., & Assaad, S. (2018). Factors Associated With Premenstrual Syndrome And Its Different Symptom Domains Among University Students İn Lebanon. *International Journal Of Women's Health And Wellness*, Page 1 Of 10 .
- Erbil, N., Bölükbaş, N., Tolan, S., & Uysal, F. (2011). Evli Kadınlarda Premenstrual Sendrom Görölme Durumu ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi* .

Farrokh-Eslamlou , H., Oshnouei , S., Heshmatian , B., & Ekberi , E. (2015, Mart). İranlı Tıp Öğrencilerinde Premenstrüel Sendrom Ve Yaşam Kalitesi. *National Library Of Medicine*. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25637421/>.

Fernandez, M., Regueira-Méndez,, C., & Takkuche , B. (2019, Mart 6). *Psikolojik Faktörler ve Adet Öncesi Sendrom: Bir İspanyol Vaka Kontrol Çalışması*. <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0212557>
Adresinden Alındı

Geta, T., Woldeamanuel, G., & Dassa, T. (2020, Kasım 6). *Etiyopya'da Üreme Çağındaki Kadınlar Arasında Premenstrüel Sendromun Prevalansı ve İlişkili Faktörler: Sistematik İnceleme ve Meta-Analiz*. <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0241702>
Adresinden Alındı

Gudipally, P., & Sharma, G. (2021, Kasım 11). *Pubmed* . Pubmed Web Sitesi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32809533/> Adresinden Alındı

Hannani, S., Nekoo, N., Ziba, F., & Hosseini, A. (2019). The Prevalence Of Premenstrual Syndrome And Its Influential Factors İn Operating Room Technologists. *Iran Journal Of Nursing*, 61-71.

Işgın, K., & Büyüktuncer, Z. (2017). Premenstrual Sendromda Beslenme Yaklaşımı. *Türk Hijyen ve Deneysel Biyoloji Dergisi*, 249-260.

Kaewrudee, S., Kietpeerakool, C., Pattanittum, P., & Lumbiganon, P. (2018, Ocak 12). *Premenstrüel Sendromi İçin Vitamin veya Mineral Takviyeleri*. <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.cd012933/full>
Adresinden Alındı

Kamalifard, M., Yavari, A., Asghari-Jafarabadi, M., Ghaffarilaleh, G., & Kasb-Khah, A. (2017). The Effect Of Yoga On Women's Premenstrual Syndrome:A Randomized Controlled Clinical Trial. *International Journal Of Women's Health And Reproduction Sciences*, 205-211.

Kwan , I., & Onwude, J. (2015, Agustos 25). Premenstrual Syndrome. *Bmj Clin Evid*.

- Lustyk , M., Gerrish , W., & Keys, S. (2009). Cognitive-Behavioral Therapy For Premenstrual Syndrome And Premenstrual Dysphoric Disorder. A *Systematic Review*. *Arch Womens Ment Health*, 12(2):85-96.
- Marjoribanks , J., Brown , J., O'brien , P., & Wyatt, K. (2013). Selective Serotonin Reuptake Inhibitors For Premenstrual Syndrome. . *Cochrane Database Syst Rev*.
- Masho , S., Adera , T., & Paul, J. (2005 , Mart 26). *Premenstrüel Sendrom İçin Bir Risk Faktörü Olarak Obezite*. National Library Of Medicine: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15962720/> Adresinden Alındı
- Palas Karaca, P., & Kızılkaya Beji, N. (2015). Premenstrual Sendromunun Tanı ve Tedavisinde Kanıt Temelli Yaklaşımlar ve Hemşirelik Bakımı. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 178-186.
- Ryu , A., & Kim , T. (2015). Premenstrual Syndrome: A Mini Review. *Maturitas*. .
- Siahbazi, S., Montazeri, A., Taghizadeh, Z., & Masoomie, R. (2018). The Consequences Of Premenstrual Syndrome On The Quality Of Life From The Perspective Of Affected Women:A Qualitative Study. *Journal Of Research In Medical And Dental Science*, 284-292.
- Spielberger , C., Gorsuch , R., Lushene , R., Vagg , P., & Jacobs , G. (1983). Manual For The State-Trait Anxiety Inventory. *Palo Alto Ca: Consulting Psychologists*.
- Şahin, S., Kaplan, S., Abay, H., Akalın, A., Demirhan, İ., & Pınar, G. (2015). Üniversite Öğrencilerinde Dismenore Yaşama Sıklığı ve Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi . *Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi* , (1-2-3), 25-43.
- Şobeiri , F., Araste , F., Ebrahimi , R., Cenabi , E., & Nazari , M. (2017, Ocak). *Kalsiyumun Adet Öncesi Sendrom Üzerindeki Etkisi: Çift Kör, Randomize Bir Klinik Çalışma*. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28217679/> Adresinden Alındı
- Uzunoğlu, G., & Aktan, Z. (2019). Ergenlerde Premenstrüel Sendrom ile Ruh Sağlığı Değişkenleri Arasındaki İlişki. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches In Psychiatry* , 11(Suppl 1):37-50.

- Zendehtdel , M., & Elyası , F. (2018). Biopsychosocial Etiology Of Premenstrual Syndrome: A Narrative Review. . *Journal Of Family Medicine And Primary Care*.
- Aba, Y., Ataman, H., Dişsiz, M., & Sevimli, S. (2018). Genç Kadınlarda Premenstrual Sendrom, Fiziksel Aktivite ve Yaşam Kalitesi. *G.O.P. Taksim E.A.H.Jaren*, 75-82.
- Açıkgöz, A., Dayı , A., & Binbay, T. (2017). Prevalence Of Premenstrual Syndrome And Its Relationship To Depressive Symptoms İn First-Year University Students. . *Saudi Medical Journal*, 38(11): 1125-1131.
- Adıgüzel, H., Taşkın, E., & Danacı, E. (2007). Manisa İlinde Premenstrüel Sendrom Belirti Örüntüsü ve Belirti Yaygınlığının Araştırılması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 18(3), 215-222. .
- Adıgüzel, H., Taşkın, O., & Danacı, A. (2007). Manisa İlinde Premenstrüel Sendrom Belirti Örüntüsü ve Belirti Yaygınlığının Araştırılması. *Türk Psikiyatri Dergisi* , 18(3):215-222.
- Akmalı , N., Özerdoğan, N., & Gürsoy, E. (2020). Bir Devlet Hastanesi'nde Çalışan Üreme Çağındaki Kadınlarda Premenstrual Sendrom Prevalansı, İlişkili Faktörler ve Yaşam Kalitesine Etkisi. *Mersin Üniv Sağlık Bilim Derg* , 13(1):63-74.
- Aksoy , H., Aksoy , U., Öztürk , M., Özyurt , S., Acmaz , G., Karadağ, O., & Aydın , T. (2015). Utilization Of Emergency Service Of Obstetrics And Gynecology: A Cross-Sectional Analysis Of A Training Hospital. . *Hospital. Journal Of Clinical Medicine Research*, 7(2), 109.
- Aktaş, D., Şahin , E., & Gönenç, İ. (2012). Kadın Sağlığını Etkileyen, Sık Görülen Bazı Jinekolojik Problemler ve Hemşirelik Yaklaşımları. *Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi* , 1(2).

Alami , K., Tahiri , S., Mussaoui , D., & Kadri, N. (2002, Kasım - Aralık). Adet Öncesi Disforik Bozukluk Semptomlarının Değerlendirilmesi: Kazablanka'daki Kadın Nüfusu]. *National Library Of Medicine*.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12506265/>.

Amjad , A., Kumar, R., & Mazher, S. (2014). Socio-Demographic Factors And Premenstrual Syndrome Among Women Attending A Teaching Hospital İn Islamabad, Pakistan. *Journal Of Pioneering Medical Sciences*, 4(4), 159-162.

Amjad, A., Kumar, R., & Mazher, S. (2014). Socio-Demographic Factors And Premenstrual Syndrome Among Women Attending A Teaching Hospital İn Islamabad, Pakistan. . *Journal Of Pioneering Medical Sciences*. Pakistan: Journal Of Pioneering Medical Sciences.

Apa , P. (2013). Diagnostic And Statistical Manual Of Mental Disorders, Ed. 5. Washington, Dc. *American Psychiatric Association*.

Aperribai , L., & Alonso-Arbiol , L. (2020). The Role Of Mental Health Variables And Coping Strategies İn Premenstrual Syndrome. *Healt Care For Women International*.

Aperribai, L., & Alonso-Arbiol, I. (2020). The Role Of Mental Health Variables And Coping Strategies İn Premenstrual Syndrome. . *Health Care For Women International*, 41(3), 368-379.

Arafa, A., Senosy, S., Helmy, H., & Mohamed, A. (2018). Prevalence And Patterns Of Dysmenorrhea And Premenstrual Syndrome Among Egyptian Girls (12-25 Yaş). *Middle East Fertility Society Journal*, 486-490.

Aşçı, Ö., Kahyaoğlu Süt, H., & Gökdemir, F. (2016). Üniversite Öğrencilerinde Premenstrüel Sendrom Prevalansı ve Risk Faktörleri. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi , İzmir, Türkiye.

Ayaz, A., Bilgin, N., & Mollaoğlu, N. (2017). Dental Anksiyetede Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeğinin Kullanımı. *Klinik Bilimler Dergisi , Journal Of Clinical Sciences*, Cilt: 8, Sayı: 2, Sayfa:1553-1560.

- Balaha, M., Monem Amr , M., Moghannum , M., & Muhaidab , N. (2010, Nisan 23). Kadın Tıp Öğrencilerinde Premenstrüel Sendrom Fenomenolojisi: Kesitsel Bir Çalışma. *Pan Afr Med J*.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2984319/>.
- Biggs , W., & Demuth, R. (2011, October 15). *Premenstrual Dysphoric Disorder*.
<https://www.aafp.org/afp/2011/1015/afp20111015p918.pdf> Adresinden Alındı
- Bostancı, A. (2010, Eylül). Premenstrüel Sendromda Öfke Ve Anksiyete Düzeylerinin Değerlendirilmesi. *Yüksek Lisans Tezi*. İstanbul.
- Brahmbhatt, S., Sattigeri, B., Shah, H., Kumar, A., & Parikh, D. (2013). A Prospective Survey Study On Premenstrual Syndrome İn Young And Middle Aged Women With An Emphasis On İts Management. *International Journal Of Research İn Medical Sciences* , 69-72.
- Budabunyakan , N., Kaewrudee , S., Chongsomchai , C., Soontrapa , Ş., Somboonporn , W., & Sothornwit , J. (2017, Temmuz 21). Premenstrual Syndrome (Pms) Among High School Students. . *International Journal Of Women's Health*.
- Bülez , A., & Yalvaç, S. (2021). Üreme Çağındaki Kadınlarda Premenstrual Sendromun Ruh Sağlığına Yansımaları. *Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi* , Cilt 1, Sayı 1, 48-53.
- Carr , M. (2001). Selections From Current Literature. Treatments For Pre-Menstrual Dysphoric Disorder. *Fam Pract*, 18:644–646.
- Coşkuner Potur, D., & Kömürcü , N. (2013). Dismenore Yönetiminde Tamamlayıcı Tedaviler. *Hemşirelikte Eğitim Ve Araştırma Dergisi* , 10 (1): 8-13.
- Çamlıbel , M., Erdur, B., Yılmaz, A., Özen , M., & Uyanık , A. (2019). Comparisan Of The Effects Of Piroxicam And Diclofenac Sodium As Treatments For Primary Drsmenorrhea Medical Science Monitor. *İnternational Medical Journal Of Experimental And Clinical Research* , 25-157.

- Çatakoğlu, H. (2016). 25 Yaş Üstü Kadınlarda Premenstrual Sendrom Görülme Sıklığı ve İlişkili Faktörler. *Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.*
- Çınar, G. (2018). Menstrual Ağrı Şiddetini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. *Yüksek Lisans Tezi.*
- Demir, B., Yıldız Algül, L., & Güvenda Güven, E. (2006). Sağlık Çalışanlarında Premenstrüel Sendrom İnsidansı Ve Etkileyen Faktörlerin Araştırılması. *Vİ. Türk Alman Jinekoloji ve Obstetrik Dernei Kongresinde Poster Olarak Sunulmuş*, Cilt: 3 Sayı: 4 Sayfa: 262-270.
- Demirci, D. (2017). Dismenore İle Baş Etmede Kullanılan Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi Yöntemleri. *Yüksek Lisans Tezi, Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.*
- Deveci, Ö. (2012). Premenstrual Sendromlu Kadınlarda Comt Geninde Valin/Metionin Polimorfizmi İncelenmesi. *H.Ü. Tıp Fakültesi Dekanlığı Kadın Hastalıkları Ve Doğum Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi. Şanlıurfa.*
- Dinç, Ö. (2010). Üniversite Öğrencilerinin Premenstrual Sendrom Düzeylerinin İncelenmesi (Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi Örneği). *Yüksek Lisans Tezi ,Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.*
- Direkvand-Moghadam, A., Sayehmiri, K., Delpisheh , A., & Kaikhavandi, S. (2014). Premenstrüel Sendrom Epidemiyolojisi (Pms)-Sistemik Bir İnceleme Ve Meta-Analiz Çalışması. *Jcdr*, 106-109.
- Doğan Yükseköl, Ö. (2017). Bir Üniversitenin Ebelik Bölümü Öğrencilerinde Premenstrual Sendrom. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 7(3): 161-164.
- Dönmez , S., & Gümüşsoy, S. (2019). Hemşirelik Öğrencilerinde Premenstrual Sendromun ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. *Kocaeli Med J*, 8; 2:38-45.
- Elkin, N. (2015). Sağlık Bilimleri Yüksekokulu Öğrencilerinde Premenstrual Sendrom Görülme Sıklığı. *Adıyaman Üniv Sağlık Bilim Dergisi*, 1(2).

- Elliott, H. (2002). Premenstrual Dysphoric Disorder. A Guide For The treating Clinician. . *N C Med J* , 63:72–75.
- Farahmand, M., Ramezani Tehrani, F., Khalili, D., Amin, G., & Negarandeh, R. (2017). Factors Associated With The Severity Of Premenstrual Syndrome Among Iranian College Students. *Journal Of Obstetrics And Gynaecology Research*, 43(11), 1726-1731.
- Fırıncı, L., & Brien, O. (2012, Nisan 12). *Premenstrual Syndrome (Pms): A Peri-Menopausal Perspective*. [https://www.maturitas.org/article/S0378-5122\(12\)00111-9/fulltext](https://www.maturitas.org/article/S0378-5122(12)00111-9/fulltext) Adresinden Alındı
- Flores-Ramos, M., Silvestri Tomassoni, R., Guerrero-Lopez, J., & Salinas, M. (2018). Evaluation Of Trait And State Anxiety Levels İn A Group Of Peri And Postmenopausal Women . *Women-Health* 58(3),305-319.
- Frackiewicz, E., & Shiovitz, T. (2001, Mayıs- Haziran). Premenstrüel Sendrom ve Premenstrüel Disforik Bozukluğun Değerlendirilmesi ve Yönetimi. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11372908/>.
- Fu , Y., Mi , W., Li , L., Zhang, H., Wang , J., Cheng, W., & Li , L. (2014). Efficacy And Safety Of A Combined Oral Contraceptive Containing Drospirenone 3 Mg And Ethinylestradiol 20 µg İn The Treatment Of Premenstrual Dysphoric Disorder: A Randomized, Double Blind Placebo-Controlled Study. Çin.
- Gao, M., Gao , D., Sun , H., Cheng , X., An , L., & Qiao , M. (2021, Nisan 21). *1945'ten 2018'e Premenstrüel Sendrom Ve Premenstrüel Disforik Bozukluk İle İlgili Araştırmalarda Eğilimler: Bibliyometrik Bir Analiz*. Abd Ulusal Tıp Kütüphanesi: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8096922/> Adresinden Alındı
- Gingnell, M., Morell, A., Bannbers, E., Wikström, J., & Sundström-Poromaa, I. (2012). Menstrual Cycle Effects On Amygdala Reactivity To Emotional Stimulation İn Premenstrual Dysphoric Disorder. . *Hormones And Behavior*, 62(4), 400–406. Crossref. Pubmed.

- Güney, E., Ünver, H., Aksoy Derya, Y., & Uçar, T. (2017). Fiziksel Egzersiz Düzeylerinin Menstrual Siklusa Etkileri. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 7(3): 137-142.
- Haşim, S., Obaideen, E., Jahrami , H., Rıdvan , H., Hamad , H., Owais , A., . . . Al-Islam E Faris , M. (2019). Premenstrual Syndrome Is Associated With Dietary And Lifestyle Behaviors Among University Students: A Cross-Sectional Study From Sharjah, Uae.
- Jamieson, D., & Steege , J. (1996). The Prevalence Of Dysmenorrhea, Dyspareunia, Pelvic Pain And Irritable Bowel Syndrome İn Primary Care Practices. *Obstetrics Gynecology*, 87(1),55-58.
- Johnson, S. (2004). Premenstrüel Sendromun Epidemiyolojisi. *Apa Psycinfo*, 27-32.
- Johnson, S. (1987, Haziran). Premenstrüel Semptomların Epidemiyolojisi ve Sosyal Etkisi. *National Library Of Medicine*. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3301135/>.
- Julian, L. (2011). Measures Of Anxiety: State-Trait Anxiety Inventory (Stai), Beck Anxiety Inventory (Bai), And Hospital Anxiety And Depression Scale-Anxiety (Hads-A). *Arthritis Care Res (Hoboken)*, 63:467- 472.
- Kara, E., & Ünver, G. (2019). Masaj Ve Toparlanmaya Etkileri. *Gaziantep Üniversitesi Spor Bilimleri Dergisi*, 4(1), 28-49.
- Karakale, H. (2020). Üreme Çağındaki Kadınlara Verilen Genital Hijyen Eğitiminin, Kadınların Genital Hijyen Davranışpuanlarına Etkisi. *Yüksek Lisans Tezi*.
- Kaya , D., & Çelenay , Ş. (2016). Fluctuations Of State Anxiety, Spinal Structure And Postural Stability Across The Menstrual Cycle İn Active Women.
- Kaya, D., & Gölbaşı, Z. (2016). Hemşirelik / Ebelik Öğrencilerinde Premenstrual Sendrom Yaygınlığı ve Premenstrual Sendromun Sigara İçme Davranışı ile İlişkisi. *Taf Preventive Medicine Bulletin*, Vol 15,Issue 4.

- Kebapcılar, A., Taner, C., Başoğlu, Ö., & Okan, G. (2012). İzmir Ege Doğumevi ve Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Hastalarındaki Premenstrüel Sendrom Prevelansı ve Etkileyen Faktörler. *F.Ü.Sağ.Bil.Tıp Derg.* , 26 (3): 111 - 114.
- Kilci, Ş., Daşkan, Z., & Muslu, A. (2019). Primer Dismenore Ağrı Yönetiminde Kullanılan Tamamlayıcı ve Bütünleştirici Terapi Uygulamaları. *Atatürk Üniversitesi Kadın Araştırmaları Dergisi* 2019, 1(2):70-80.
- Köroğlu (Ed), E. (2013). Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayısal El Kitabı, Beşinci Baskı (Dsm-5). *Tanı Ölçütleri Elkitabından, Hekimler Yayın Birliği*. Amerikan Psikiyatri Birliği.
- Lacovides , S., Fiona , C., & Avidon , I. (2014). The 24-H Progression Of Menstrual Pain İn Women With Primary Dysmenorrhea When Given Diclofenac Potassium: A Randomized, Double-Blinded, Placebo-Controlled Crossover Study. *Arch Gynecol Obstet*, 289(5): 993–1002.
- Marjoribanks , J., Ayeleke , R., Farquhar, C., & Proctor, M. (2015). Nonsteroidal Anti-Inflammatory. *Cochrane Database Syst Rev*., 30(7): Cd001751.
- Mello, N., Baracat, E., Tomaz , G., Bedone , A., Camargos , A., Barbosa, I., . . . Cortes , R. (2004). Double-Blind Study To Evaluate Efficacy And Safety Of Meloxicam 7.5 Mg And 15 Mg Versus Mefenamic Acid 1500 Mg İn The Treatment Of Primary Dysmenorrhea. . *Obstetricia Et Gynecologica Scandinavica*, 83(7), 667-673.
- Moslehi, M., Arab, A., Shadnough, M., & Hajianfar, H. (2019). The Association Between Serum Magnesium And Premenstrual Syndrome: A Systematic Review And Meta-Analysis Of Observational Studies. *Biological Trace Element Research*, 145-152.
- Obeidat , B., Alchalabi , H., Abdul-Razzak , K., & Al-Farras , M. (2012). Premenstrual Symptoms İn Dysmenorrheic College Students:Prevalence And Relation To Vitamin D And Parathyroid Hormonelevels. *Int J Environ Res Public Health* , 9: 4210–4222.

- Ogur, P. (2004). Premenstrual Sendromun Meslek ve Eğitim Düzeyi ile İlişkisi. *Yüksek Lisans Tezi, Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.*
- Ölçer, Z., Bakır, N., & Aslan, E. (2017). Üniversite Öğrencilerinde Kişilik Özelliklerinin Premenstrual Şikâyetlere Etkisi. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi* , 7 (1): 30-37 .
- Önal, B. (2011). Premenstrüel Sendromda Risk Faktörleri ve Tedavi Arama Davranışının Araştırılması. *Uzmanlık Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı.*
- Öner, N., & Le Compte , A. (1983). Durumluk Sürekli Kaygı Envanteri. *İstanbul; Boğaziçi Üniversitesi Yayınları.*
- Özçelik, Y. (2019). Erzurum İl Merkezindeki 19-45 Yaş Grubu Kadınların Beden Kitle İndeksi Değerlerininpremenstrual Sendrom Belirtilerine Etkisi. *Yüksek Lisans Tezi.*
- Özeren, A., Atila, D., & Helvacı, M. (2013). Hastane Çalışanlarında Premenstrüelsendrom ve Depresyon İle İlişkisi. *Tepecik Eğitim Hast Derg* , 23 (1): 25-33.
- Özmermer , T. (2017). Şanlıurfa’da Üniversite Öğrencilerinde Premenstrual Sendrom Sıklığı, Baş Etme Yolları ve Etkileyen Faktörler. *Yüksek Lisans Tezi, Harran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.*
- Özmermer, T. (Tarih Yok). Şanlıurfa’da Üniversite Öğrencilerinde Premenstrual Sendrom Sıklığı,Baş Etme Yolları Ve Etkileyen Faktörler. *Yüksek Lisans Tezi, Harran Üniversitesi Sağlık B.*
- Öztürk, S., & Karaca, A. (2019). Premenstrual Sendrom ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarına İlişkin Ebe ve Hemşirenin Rolü. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, Cilt:8, Sayı:2.
- Pınar, A. (2007). 15-49 Yaş Grubu Kadınlarda Premenstrual Sendrom Görülme Sıklığı. *Yüksek Lisans Tezi , Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.*

- Rad , M., Sabzevary , M., & Dehnavi , Z. (2018). Factors Associated With Premenstrual Syndrome İn Female High School Students. . Journal Of Education And Health Promotion,.
- Ranjbaran , M., Samani , R., Almasi-Hashiani , A., Matourypour , P., Sc., M., & Moini , A. (2017). Prevalence Of Premenstrual Syndrome İn Iran: A Systematic Review And Meta-Analysis. *Int J Reprod Biomed.*, 679-686.
- Sarı Çetin, H., & Erbil, N. (2020). Premenstrual Sendromda Ağrı Yönetimi. *Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisi*, 3(2), 202-210.
- Shamberger , R. (2003). Normallerin ve Premenstrüel Sendromlu Hastaların Kırmızı Kan Hücrelerindeki ve Saçlarındaki Kalsiyum, Magnezyum ve Diğer Elementler. *Biyolojik Eser Element Araştırması* , 123-129.
- Sigmon, S., & Schartel, J. (2008). Anxiety, Anxiety Disorders, And The Menstrual Cycle. . In M. J. Zvolensky, J. A. Smits (Eds), *Anxiety İn Health Behaviors And Physical İllness (Pp. 181–205)*. New York, Ny: Springer. Crossref.
- Sokullu, G. (2009). Premenstrual Sendrom Yakınmaları Olan Kadınların Yaşam Biçimlerinin İncelenmesi. *Yüksek Lisans Tezi*.
- Stearns , S. (2001, Ocak). Ruh Sağlığı Hemşireliği Alanında Pms ve Pmdd. *National Library Of Medicine*. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11197992/>.
- Süer, N. (2008). Premenstrual Sendrom. *Göztepe Tıp Dergisi* , 23(3):76-80.
- Şimşek, D. (2018). Premenstrual Sendrom İle Baş Etmeye Yönelik Sağlık İnanç Modeli Rehberliğinde Verilen Eğitim Ve Akupresurun Premenstrual Semptomlar Ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi. *Doktora Tezi, İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*.
- Topatan, S., & Kahraman, Ş. (2020). Premenstrual Sendrom Yaşayan Üniversite Öğrencilerinin Yaşam Kaliteleri ve Baş Etme Yöntemlerinin İncelenmesi. *Anadolu Hemşirelik Ve Sağlık Bilimleri Dergisi* , 23(1): 35-44.

- Tufan , N. (2019). Ebelik ve Hemşirelik Öğrencilerinin Premenstrual Sendrom ve Nonfarmakolojik yöntemlerine İlişkin Bilgi ve Tutumlarının Değerlendirmesi. *Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Bilim Üniversitesi.*
- Uçak, H. (2020). Premenstrual Sendrom Yaşayan Kadınların Kullandıkları Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları. *Yüksek Lisans Tezi, Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.*
- Vaghela, N., Mishra, D., Sheth , M., & Dani , V. (2019). To Compare The Effects Of Aerobic Exercise And Yoga On Premenstrual Syndrome. *J Educ Health Promot.*
- Vatansever, B. (2019). Üniversite Öğrencilerinde Premenstrual Sendrom Semptomları ve Öğrencilerin Semptomlarla Baş Etme Yöntemleri. *Yüksek Lisans Tezi, Kırklareli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.*
- Victor , F., Souza , A., Barreiros , C., Barros , J., Silva , F., & Ferreira , A. (2019, Mayıs). Quality Of Life Among University Students With Premenstrual Syndrome. . *Revista Brasileira De Ginecologia E Obstetrícia.*
- Yeşildere Sağlam, H. (2017). Kadınlarda Premenstrual Sendrom Görülme Durumu ile Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzları Arasındaki İlişki. *Yüksek Lisans Tezi, Dumlupınar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.*

Ek 2. Kadınların Tanıtıcı Özellikleri İle İlgili Veri Toplama Formu

Acil servise başvuran üreme çağındaki kadınlarda premenstrual sendrom görülme durumu ile ilgili bir çalışma yapılmaktadır. Araştırmada elde edilen bilgiler gizli tutulacaktır. Çalışmaya katılmayı kabul etmeniz ve doğru bilgiler vermeniz kadın sağlığınız için önemli katkı sağlayacaktır. Teşekkür ederiz.

1. Yaşınız?.....

2. Kilo: Boy:.....

3. Medeni durumunuz?

() Bekar () Evli

4. Eğitim durumunuz?

() Okur-yazar değil () Okur yazar () İlkokul () Ortaokul

() Lise () Üniversite () Lisansüstü

5. Mesleğiniz?

() Ev Hanımı () İşçi () Memur () Emekli

() Diğer.....

6. Gelirinizi nasıl algılıyorsunuz?

() Geliri giderinden fazla

() Geliri giderine denk

() Geliri giderinden az

7. Hayatınızın çoğunu nerede geçirdiniz?

Büyükşehir () Şehir () İlçe () Kasaba () Köy ()

8. Daha önce gebelik yaşadınız mı?

Evet () Hayır ()

Cevabınız evet ise ;

Gebelik sayısı.....

9. Gebelikleriniz nasıl sonuçlandı (birden fazla işaretleyebilirsiniz)

() Canlı doğum () Ölü doğum () düşük () küretaj

Doğum şekli.....

10. İlk adet yaşıınız:.....

11. Adet sıklığınız..... günde bir; Adet süreniz.....gün

12. Adette düzensizlik var mı?

Evet () Açıklayınız..... Hayır ()

13. Adetleriniz ağrılı oluyor mu?

() Yok () Hafif () Orta () Şiddetli () Çok

14. Adet öncesi dönemde yaşadığınız fiziksel sorunlardan hangilerini yaşıyorsunuz belirtiniz?(diğer zamanlara göre artıyor veya sadece o dönemde oluyorsa işaretleyin)

() Kabızlık-Diare () Bulantı- Kusma () Kilo alma () Daha az idrara çıkma

() Cilt problemleri () Göz problemlerinde artış () Ateş basmaları () Allerjik sorunlar

15. İlk adet öncesi dönemde adet hakkında bilgi verildi mi?

() Evet

() Hayır

16.Adet hakkında bilgi aldığınız kişi kimdir?

- ☐ Anne ☐ Abla ☐ Teyze ☐ Arkadaş ☐ Sağlık personeli
☐ Öğretmen ☐ Dergi. gazete vs. ☐ Diğer.....

17. Adet görmeyle ilgili düşünceniz hangisidir? (Birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz)

- ☐ Hormonal denge ☐ Kadın olmanın belirtisi ☐ Rahatlama
☐ Genç kızlık ve ergenlik ☐ Kirli kanın gitmesi ☐ Doğurganlık ☐ Büyüme
☐ Hamile olmama ☐ Gereksiz bir durum ☐ Dinlenme süreci ☐ Sıkıntı ve ağrı

18. Ağrı durumunda neler yaparsınız ?

- ☐ Ağrı kesici kullanırım ☐ Yatarak dinlenirim ☐ Sıcak uygulama yaparım
☐ Yürüyüş yaparım ☐ Bitkisel çay içerim ☐ Masaj yaptırırım ☐ Doktora giderim

19. Menstruasyon (Adet) durumunda ilaç kullanır mısınız?

- ☐ Evet ☐ Hayır ☐ Bazen

20. Jinekolojik bir hastalığınız var mı?

- ☐ Var (belirtiniz.....)
☐ Yok

21.Adet öncesi dönemdeki sorunlar çevrenizdeki kişiler tarafından fark ediliyor mu?

- ☐ Fark ediliyor
☐ Fark edilmiyor

22. Adet öncesi dönemde yaşanan sorunlar (Aile –iş –okul) yaşamını etkiliyor mu?

- ☐ Etkiliyor
☐ Etkilemiyor

23. Acil servise başvuru şikayeti:

24. Bugün acil servise hangi saatler arasında başvurduunuz?

- ☐ 08-16 (Mesai saati içinde)
☐ 16-08 (Mesai saati dışında)

25. Bugün acil servise geliş nedeniniz nedir?

- ☐ Polikliniklerin akşamları/hafta sonları açık olmaması.
☐ Polikliniğe randevu alamadığım için.
☐ Sosyal güvencem/param olmadığı için.
☐ Daha önceden memnun kaldığım için.
☐ İşinin daha erken bittiği için

26. Bugün acil servise nasıl geldiniz?

- ☐ Yürüyerek ☐ Ambulans ile ☐ Özel araç ile ☐ Otobüs ile

Ek 3: Premenstrüel Sendrom Ölçeği

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.

ADETEN BİR HAFTA ÖNCE

		Hiç	Çok az	Bazen	Sık sık	Sürekli
1	Kendimi üzgün hissediyorum					
2	İçimden ağlamak geliyor					
3	Canım sıkılıyor					
4	Kendimi bezgin hissediyorum					
5	Hiçbir şey zevk vermiyor					
6	Her şey üzerime geliyor					
7	Karamsar oluyorum					
8	Derin nefes almak istiyorum					
9	Her an kötü bir şey 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 dağılıyord					
29	Dalıp gidiyorum					
30	Doğru düzgün dşnemiyordm					
31	Baş ağrısı oluyor					
32	Kaslarım ağrıyor					
33	Eklem yerlerim ağrıyor					
34	İştahım artıyor					
35	Özellikle unlu ve tatlı yiyecekler yemek istiyordm					
36	Daha fazla yemek yiyordm					
37	Uyku uyuma isteğim artıyor					
38	Uykumda bölünme oluyor					
39	Sabahları yorgun uyanıyordm					
40	Uykuya dalmakta güçlük çekiyordm					
41	Göğüslerim şişiyor					
42	Göğüslerim en ufak dokunmaya karşı çok duyarlı					
43	Kendimi şişmiş hissediyordm					
44	Kimseyle görüşmek istemiyordm					

Ek 4: Durumluk Kaygı Ölçeği

		HİÇ	BİRAZ	ÇOK	TAMAMIYLA
1	Şu anda sakinim				
2	Kendimi emniyette hissediyorum				
3	Su anda sinirlerim gergin				
4	Pişmanlık duygusu içindeyim				
5	Şu anda huzur içindeyim				
6	Şu anda hiç keyfim yok				
7	Başıma geleceklerden endişe ediyorum				
8	Kendimi dinlenmiş hissediyorum				
9	Şu anda kaygılıyım				
10	Kendimi rahat hissediyorum				
11	Kendime güvenim var				
12	Şu anda asabım bozuk				
13	Çok sinirliyim				
14	Sinirlerimin çok gergin olduğunu hissediyorum				
15	Kendimi rahatlamış hissediyorum				
16	Şu anda halimden memnunum				
17	Şu anda endişeliyim				
18	Heyecandan kendimi şaşkına dönmüş hissediyorum				
19	Şu anda sevinçliyim				
20	Şu anda keyfim yerinde.				

Ek 5: Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu

Sayın katılımcı,

Bu çalışma, Üreme çağındaki kadınların acil servise başvurma şikayetlerinin premenstrual sendromla ilişkisinin değerlendirilmesi amacı ile planlanmıştır.

Çalışma Sakarya iline bağlı Adapazarı merkezde yer alan Sakarya Eğitim Araştırma Hastanesinin acil servisinde gerçekleştirilecektir. Görüşmeler kadınların ve araştırmacıların uygun gördüğü saatte yapılacaktır. Tamamen akademik amaçlı olan bu araştırma için herhangi bir ücret talep edilmeyecek ve katılımcıya herhangi bir ücret ödenmeyecektir.

Katılımınız ve desteğiniz için şimdiden teşekkür ederiz.

Katılımcının Beyanı

Sayın Azime İDARE tarafından Sakarya Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu'nda tıbbi bir araştırma yapılacağı belirtilere bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya 'katılımcı'(denek) olarak davet edildim.

Eğer bu araştırmaya katılırsam hekim ile aramda kalması gereken bana ait bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırasında da büyük özen ve saygı ile yaklaşılacağına inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin ihtimamla korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi.

Projenin yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilebilirim (Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemin uygun olacağının bilincindeyim) Ayrıca tıbbi durumuma herhangi bir zarar verilmemesi koşuluyla araştırmacı tarafından araştırma dışı da tutulabilirim. Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum bana da bir ödeme yapılmayacaktır.

İster doğrudan, ister dolaylı olsun araştırma uygulamasından kaynaklanan nedenlerle meydana gelebilecek herhangi bir sağlık sorunumun ortaya çıkması halinde, her türlü tıbbi müdahalenin sağlanacağı konusunda gerekli güvence verildi (Bu tıbbi müdahalelerle ilgili olarak da parasal bir yük altına girmeyeceğim). Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun tıbbi bakımına ve hekim ile olan ilişkiye herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırma projesinde 'katılımcı'(denek) olarak yer alma kararını aldım. Bu konuda yapılan daveti büyük bir memnuniyet ve gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

İmzalı bir form kağıdının bir kopyası bana verilecektir.

GÖNÜLLÜ ONAY FORMU

Yukarıda gönüllüye araştırmadan önce verilmesi gereken bilgileri gösteren metni okudum.bunlar hakkında bana yazılı ve sözlü açıklamalar yapıldı. Bu koşullarla söz konusu klinik araştırmaya kendi rızamla hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum

Tarih:

Gönüllünün Adı –Soyadı.İmzası,Adresi

Velayet veya vesayet altında bulunanlar için veli veya vasinin Adı-Soyadı.

İmzası,Adresi(varsa telefon no.,faks no,...)

Açıklamaları yapan araştırmacının Adı-Soyadı, İmzası