



T.C.

SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ

ÜMRANİYE SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

18-49 YAŞ ARASI KADINLARDA
PREMENSTRÜEL SENDROM SIKLIĞI
VE YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİ

Dr. HÜSNÜ KADİR ATLAS

(TIPTA UZMANLIK TEZİ)

İSTANBUL 2024



T.C.

SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ

ÜMRANİYE SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

18-49 YAŞ ARASI KADINLARDA
PREMENSTRÜEL SENDROM SIKLIĞI
VE YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİ

Dr. HÜSNÜ KADİR ATLAS

Tez Danışmanı

Doç. Dr. EMİN PALA

(TIPTA UZMANLIK TEZİ)

İSTANBUL 2024

TEŐEKKÖR

Her zaman yardım elini uzatan, bilgi ve rehberlikleriyle yön gösteren, ilgi ve katkılarıyla sürekli destek olan, saygıdeğer danıőmanım, Doç. Dr. Emin PALA'ya,

Her zaman desteğini esirgemeyen bilge rehberim ve katkılarıyla hayatımı zenginleőtiren Doç. Dr. Süleyman ERSOY'a derin minnettarlığımı ifade ederim.

Her zaman yanımda olan, huzur ve mutluluk kaynağı kıymetli eőim ve kızıma, sevgi dolu destekleriyle hayatıma anlam katan annem ve babama sonsuz teőekkürlerimi sunarım.



İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	i
İÇİNDEKİLER	ii
TABLolar LİSTESİ	iv
SİMGELER VE KISALTMALAR	vi
ÖZET	vii
ABSTRACT	viii
1 GİRİŞ VE AMAÇ	1
2 GENEL BİLGİLER	2
2.1 PREMENSTRÜEL SENDROM	2
2.1.1. Premenstrüel Sendromun Tanımı	2
2.1.2. Premenstrüel Sendromun Epidemiyolojisi	3
2.1.3. Premenstrüel Sendromun Etyolojisi ve Patofizyolojisi	3
2.1.4. Premenstrüel Sendromun Risk Faktörleri	4
2.1.5. Premenstrüel Sendromun Tanısı	5
2.1.6. Premenstrüel Sendromda Ayırıcı Tanı	7

2.1.7. Premenstrüel Sendromun Semptomları	7
2.1.8. Premenstrüel Sendromun Tedavisi	8
2.2 YAŞAM KALİTESİ	10
2.2.1 Yaşam Kalitesinin Tanımı	10
2.2.2 Yaşam Kalitesinin Ölçülmesi	10
2.2.3 Yaşam Kalitesi Alanları ve Göstergeleri	11
3 GEREÇ VE YÖNTEM	13
4 BULGULAR	19
5 TARTIŞMA	49
6 SONUÇ	61
7 KAYNAKÇA	62
8 EKLER	75

TABLolar LİSTESİ

Tablo 1: Premenstrüel Sendrom Ölçeği (PMSÖ)'nin alt boyutları ve değerlendirdiği durumlar	16
Tablo 2: Sosyodemografik değişkenlere ilişkin bilgiler.....	19
Tablo 3: PMS ölçeği sorularına verilen cevaplar	21
Tablo 4: Yaşam kalitesi ölçeği sorularına verilen cevaplar	23
Tablo 5: Ölçek alt boyutlarına ilişkin bilgiler	24
Tablo 6: Yaş ve BKİ parametreleri ile ölçekler arasındaki korelasyonun değerlendirilmesi.....	25
Tablo 7: Medeni duruma göre ölçek alt boyutlarının değerlendirilmesi.....	26
Tablo 8: Çocuk sayısına göre ölçek alt boyutlarının değerlendirilmesi	27
Tablo 9: Meslek gruplarına göre ölçek alt boyutlarının değerlendirilmesi	29
Tablo 10: Çay/kahve tüketme sıklığına göre ölçek alt boyutlarının değerlendirilmesi	30
Tablo 11: Sigara kullanma durumuna göre ölçek alt boyutlarının değerlendirilmesi	31
Tablo 12: Alkol kullanma durumuna göre ölçek alt boyutlarının değerlendirilmesi .	32
Tablo 13: Düzenli egzersiz yapma durumuna göre ölçek alt boyutlarının değerlendirilmesi.....	33
Tablo 14: Düzenli uyuma durumuna göre ölçek alt boyutlarının değerlendirilmesi .	34
Tablo 15: Aile planlama yöntemi kullanma durumuna göre ölçek alt boyutlarının değerlendirilmesi.....	35
Tablo 16: Rahim içi araç yöntemi kullanma durumuna göre ölçek alt boyutlarının değerlendirilmesi.....	36
Tablo 17: Kondom kullanma durumuna göre ölçek alt boyutlarının değerlendirilmesi	37
Tablo 18: Kronik hastalık varlığına göre ölçek alt boyutlarının değerlendirilmesi ...	38
Tablo 19: Tiroid hastalığı varlığına göre ölçek alt boyutlarının değerlendirilmesi....	39
Tablo 20: Diğer kronik hastalık varlığına göre ölçek alt boyutlarının değerlendirilmesi.....	40
Tablo 21: İlk menstrüasyon görme yaşı, mens süresi ve mens döngü süresi parametreleri arasındaki korelasyonun değerlendirilmesi	41

Tablo 22: Menstrüasyon öncesi yaşadığınız şikayetler (ağrı, sıcak basması, duygu durum değişikliği vs) için doktora başvurma durumuna göre ölçek alt boyutlarının değerlendirilmesi.....	42
Tablo 23: Menstrüasyon öncesi yaşanan şikayetler için tedavi alma durumuna göre ölçek alt boyutlarının değerlendirilmesi.....	43
Tablo 24: Mens döneminde günlük kanama miktarı (ped) gruplarına göre ölçek alt boyutlarının değerlendirilmesi	44
Tablo 25: Birinci derece akrabalarda premenstrüel sendrom semptomları veya tanı varlığına göre ölçek alt boyutlarının değerlendirilmesi	45
Tablo 26: Menslerin ağrılı olma durumuna göre ölçek alt boyutlarının değerlendirilmesi.....	46
Tablo 27: Bilinen herhangi bir psikiyatrik hastalık varlığına göre ölçek alt boyutlarının değerlendirilmesi	47
Tablo 28: Son üç ayda hiç psikiyatrik tedavi alma durumuna göre ölçek alt boyutlarının değerlendirilmesi	48
Tablo 29: Yaşam kalitesi ölçeği ile PMS ölçeği alt boyutları arasındaki korelasyonun değerlendirilmesi.....	49

SİMGELER VE KISALTMALAR

ACOG (The American College of Obstetricians and Gynecologists):
Amerikan Jinekoloji ve Obstetri Birliği

APA (American Psychiatric Association): Amerikan Psikiyatri Birliği

BKİ: Beden Kitle İndeksi

DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders): Amerikan
Psikiyatri Birliği Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı

PMDB (PMSD): Premenstrüel Sendrom Disforik Bozukluk

PMS: Premenstrüel Sendrom

PMSÖ: Premenstrüel Sendrom Ölçeği

WHOQOL-BREF-TR (World Health Organization Quality Of Life
Questionnaire Abbreviated Version): Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi
Ölçeği Kısa Formu Türkçe Versiyonu

ÖZET

Amaç: Bu çalışmada; 18-49 yaş arası kadınlarda premenstrüel sendromun sıklığı ve yaşam kalitesine etkisinin incelenmesi amaçlandı.

Gereç ve Yöntem: Bu çalışma; tek merkezli, prospektif, tanımlayıcı ve ilişki arayıcı bir çalışma olarak planlandı. Mustafa Furuncu Aile Sağlığı Merkezi 34.21.048 No'lu birime 01.05.2023-01.08.2023 tarihleri arasında başvuran 18-49 yaş aralığındaki gönüllü ve çalışmaya dahil etme kriterlerini karşılayan kadınlar ile gerçekleştirildi. Verilerin elde edilmesinde Sosyodemografik Bilgi Formu, Premenstrüel Sendrom Ölçeği ve Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği kullanıldı. Anlamlılık düzeyi $p<0.05$ olarak kabul edildi.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen 181 katılımcının yaş ortalaması $31,01\pm 7,11$ yıl (min:18-max:49) idi. Katılımcıların çoğunun (%64,1, n=116) menslerinin ağrılı olduğu, menstrüasyon öncesi yaşadığı şikayetler için doktora başvurma durumunun düşük (%19,3, n=35) olduğu, bu şikayetler için tedavi alma durumunun çok az (%8,8, n=16) olduğu saptandı. Mensleri ağrılı olanlarda PMS'nin daha sık görüldüğü, düzenli uyuyanlarda ve düzenli egzersiz yapanlarda daha az görüldüğü bulundu. Medeni durumun ve çocuk sayısının PMS'nin birçok alt boyutunda anlamlı farklılığa neden olduğu bulundu. PMS'nin yaşam kalitesini (iştah değişimleri ve şişkinlik hariç) anlamlı olarak azalttığı bulundu.

Sonuç: PMS, 18-49 yaş arası kadınlarda yaşam kalitesini azaltan faktörlerden biridir. Düzenli uyku ve egzersiz, PMS semptomlarını hafifletmektedir.

Anahtar Kelimeler: Premenstrüel sendrom, yaşam kalitesi, menstrüasyon

ABSTRACT

Objective: In this study; It was aimed to examine the frequency of premenstrual syndrome and its effect on quality of life in women between the ages of 18-49.

Materials and Methods: This work; It was planned as a single-center, prospective, descriptive and correlation-seeking study. It was carried out with volunteers aged 18-49 who applied to Mustafa Furuncu Family Health Center unit number 34.21.048 between 01.05.2023 and 01.08.2023 and who met the inclusion criteria for the study. Sociodemographic Information Form, Premenstrual Syndrome Scale and World Health Organization Quality of Life Scale were used to obtain the data. The significance level was accepted as $p < 0.05$.

Results: The average age of 181 participants included in the study was 31.01 ± 7.11 years (min: 18-max: 49). Most of the participants (%64.1, n=116) reported painful menstruation, were unlikely to consult a doctor for complaints experienced before menstruation (%19.3, n=35), and were rarely treated for these complaints (%8.8, n=16). It was found that PMS was more common in those who had painful menstruations and was less common in those who slept regularly and exercised regularly. It was found that marital status and number of children caused significant differences in many sub-dimensions of PMS. PMS was found to significantly reduce quality of life (excluding appetite changes and bloating).

Conclusion: PMS is one of the factors that reduce the quality of life in women aged 18-49. Regular sleep and exercise relieve PMS symptoms.

Keywords: Premenstrual syndrome, quality of life, menstruation

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Premenstrüel sendrom (PMS), adet döngüsünün luteal fazında ortaya çıkan, bireyin normal günlük işleyişini etkileyen ve adet kanamasından kısa süre sonra düzelen, duygusal, fiziksel ve davranışsal semptomları içermektedir (1).

PMS'nin yaygınlığı kültürel ve coğrafi özelliklere bağlı olarak değişmekte ve %20-40 arasında tahmin edilmektedir (2-3). Etiyolojisi tam olarak bilinmemesine karşın hormonal dalgalanmalar, serotonin, GABA ve genetik faktörler suçlanmaktadır (4-7).

Risk faktörlerinden; obezite, sedanter yaşam, sigara ve alkol kullanımı, menarş yaşı, adet düzeni, mensde kanama miktarı, dismenore ve kontraseptif kullanımı, ailede PMS öyküsü, stres, anksiyete ve depresyon gibi çok çeşitli sosyo-demografik faktörler ile ilgili çalışmalar bulunmaktadır (8).

PMS, semptomların şiddetine göre yaşam kalitesini düşürebilir, mesleki üretkenliği azaltabilir ve sosyal ilişkileri etkileyebilir. Yaşam kalitesi, bireyin genel yaşam deneyimini, sağlığını, mutluluğunu ve genel refahını nasıl algıladığını ifade eden kapsamlı bir kavram olarak karşımıza çıkmakta ve bireyin fiziksel, psikolojik, sosyal ve çevresel faktörlere maruz kalarak hissettiği memnuniyeti ve huzuru içermektedir (9).

Bu çalışmanın amacı; 18-49 yaş arası kadınlarda premenstrüel sendromun sıklığı, sosyodemografik değişkenlerle ilişkisi, yaşam kalitesine etkisinin incelenmesi ve bu bağlamda alınabilecek önlemleri değerlendirmektir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. PREMENSTRÜEL SENDROM

2.2.1 Premenstrüel Sendromun Tanımı

Adet döngüsünün luteal fazında ortaya çıkan ve menstruasyondan sonra hızla düzelen ve tekrarlayan premenstrüel sendrom (PMS); günlük aktiviteleri bozacak kadar şiddetli olabilen bilişsel, somatik, davranışsal ve emosyonel rahatsızlık ile karakterizedir (1). PMS; %20-30 tahmini prevalansı ile dünya çapında milyonlarca kadınının yaşam kalitesini etkilemektedir (2).

Duygu durum değişimleri, depresyon, güven kaybı, anksiyete ve sinirlilik gibi psikiyatrik belirtilerin varlığı ile beraber (10), karın ağrısı, şişkinlik, yorgunluk, meme şikayetleri ve kilo alımı gibi somatik semptomlar da görülmektedir (11).

Tekrar etmeyen ve işlev bozukluğuna neden olmayan hafif semptomlar tanı için yeterli değildir. Amerikan Jinekoloji ve Obstetri Birliği (ACOG)'ne göre, premenstrüel sendrom; en az üç ardışık menstrüel döngüde, menstrüasyon başlangıcından önceki ilk beş gün içinde ortaya çıkan, günlük aktiviteleri ve işlevselliği etkileyecek kadar şiddetli semptomlar ile ilişkilendirilen, en az bir semptomu olan bir durumu ifade eder (12).

Premenstrüel sendromun daha şiddetli semptomlarla kendini gösterip, yaşam kalitesini ciddi olarak düşüren ve kişiyi tedavi aramaya sevk eden formuna Premenstrüel Disfori Sendromu (PMDS) denilmektedir (13).

Premenstrüel sendromun etyolojisi hala büyük ölçüde bilinmemektedir. Sendromun nedeni olarak çeşitli biyososyal, yaşam tarzı, beslenme ve psikolojik faktörler iddia edilmiştir (14). PMS genellikle menarş ile başlayıp menopoza kadar devam eder (15). Semptomlar 25-35 yaş arası kadınlarda daha sık görülür (10).

2.1.2. Premenstrüel Sendromun Epidemiyolojisi

Üreme çağındaki kadınların yaklaşık %90'ı adet öncesinde hafif şiddette PMS semptomlarından etkilenmektedir. Bunların arasında yaklaşık %20-40 arası PMS kriterlerini, %2-8 arası ise PMDS kriterlerini karşılamaktadır (13).

Prevalansın kültüre ve etnik gruba bağlı olarak farklılık gösterdiği yapılan çalışmalarda görülmektedir (2). PMS yaygınlığı; Korede %25,5 (16), Etiyopya'da %53 (8), Bulgaristan'da %32,1 (2), Hindistan'da %43 (17), Brezilya'da %46,9 (18) olarak bulunmuştur. Türkiye'de ise Erbil ve Yücesoy'un yaptıkları sistematik incelemede, PMS'nin yaygınlığı %52,2 olarak bulunmuştur. Lise öğrencilerinde %59, üniversite öğrencilerinde %50,3 ve genel popülasyonda %66 olarak belirlenmiştir (19).

2.1.3. Premenstrüel Sendromun Etyolojisi ve Patofizyolojisi

Premenstrüel sendromun etyolojisi hala tam olarak anlaşılamamıştır. PMS belirtileri adet döngüsündeki hormonal dalgalanmalarla eş zamanlı olarak ortaya çıktığı için östrojen fazlalığı ve progesteron eksikliği gibi hormonal dengesizlikler öne sürülmektedir (4). Ayrıca PMS'li kadınların luteal fazda düşük kan serotonin düzeylerine sahip olduğu bulunmuştur (5). Duygu durum değişikliklerinin serotonin aktivitesinin azalması ve progesteron çekilmesinden kaynaklı olduğu düşünülmektedir (20). Östrojenin azalması, hipotalamusun norepinefrin salgılamasına neden olmakta ve bu da asetilkolin, dopamin ve serotoninin azalmasını tetikleyerek uykusuzluk, yorgunluk ve depresyona yol açmaktadır. (21).

PMS'de serebellar aktivitenin arttığına ve GABA aracılı inhibisyonun azaldığına dair çalışmalar vardır (6). Allopregnanolonun negatif duygu durum semptomlarını tetikleyen faktör olduğu bulunmuştur (22).

PMS'nin genetik yatkınlığa sahip olduğu düşünülmektedir. PMS'nin %56'sının kalıtsal olduğu (7), D vitamini reseptörü Fok1 polimorfizmi (23), temporal-limbik sistem anormallikleri (24) ile ilişkilendiren çalışmalar vardır.

Çalışmalarda; tatlı gıda maddelerinin aşırı alımı, kahve tüketimi gibi beslenme faktörlerinin ve fiziksel aktivitenin azlığı, düzensiz uyku gibi yaşam tarzı faktörlerinin PMS ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (25-28).

2.1.4. Premenstrüel Sendromun Risk Faktörleri

Premenstrüel Sendromun birçok faktör ile ilişkisi incelenmiştir. Premenstrüel semptomların prevalansı ve şiddeti ile ilişkili faktörlerin incelendiği bir meta-analizde; sekiz faktörün PMS prevalansı ile anlamlı olarak ilişkili olduğu ortaya konmuştur. 20 yaş ve üzeri olanlarda, BKİ 18,5 kg/m²'den daha düşük olanlarda, daha uzun adet dönemleri olanlarda, düzensiz adet döngüsü olanlarda, ailede PMS öyküsü bulunanlarda, stres düzeyi yüksek olanlarda ve yedi saatten az uyuyanlarda PMS prevalansı daha yüksek bulunmuştur. Ayrıca BKİ'si 18.5 kg/m²'den düşük olanlarda ve sigara içme alışkanlığı olanlarda PMS semptomlarının daha şiddetli olduğu tespit edilmiştir (29).

Brezilya'daki bir üniversitenin öğrencileri arasında yapılan, premenstrüel sendromun prevalansı ve ilişkili faktörlerin incelendiği bir çalışmada; alkol tüketen kişilerin PMS riski %23, depresyon tanısı bulunan kişilerin ise %49 daha fazla olduğu bulunmuştur (18).

Sigara ve PMS arasındaki ilişkinin incelendiği, 13 çalışmanın dahil edildiği bir meta-analizde; sigara içenlerde içmeyenlere göre PMS riski %56 daha yüksek bulunmuştur (30).

Etiyopya'da yapılan, üreme çağındaki kadınlar arasında premenstrüel sendromun prevalansı ve ilişkili faktörlerinin incelendiği, 33 çalışmanın dahil edildiği bir meta-analiz; menarş yaşı, adet düzeni ve kontraseptif kullanımı ile PMS arasında anlamlı ilişki olmadığını tespit etmiştir (8).

Hindistan'da yapılan, 25 çalışmanın dahil edildiği bir meta-analizde; beslenme tarzı, sedanter yaşam, ailede PMS öyküsü, psikolojik faktörlerden stres, anksiyete ve depresyon, yaş, beden kitle indeksi (BKİ), menstrüasyon sırasındaki kan akım miktarı, dismenore, menarş yaşı ve ikamet yeri gibi sosyo-demografik faktörlerin PMS ile ilişkilendirildiği çalışmalar olduğu tespit edilmiştir (17).

İran’da yapılan, 24 çalışmanın dahil edildiği bir meta-analizde; yaşın ve eğitim yılının PMS ile anlamlı ilişki göstermediği bulunmuştur (31).

Egzersizin PMS semptomları üzerinde etkisinin incelendiği, 15 çalışmanın dahil edildiği bir meta-analizde, egzersiz yapmayan grupta egzersiz yapan gruba göre; psikolojik semptomlar %67, fiziksel semptomlar %62, davranışsal semptomlar %94 fazla görülmüştür (32).

Yapılan bir meta-analizde, Serum 25(OH) D vitamini ve PMS arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (33). Başka bir meta-analiz ise, menstrüel siklusun luteal fazı sırasında düşük serum D vitamini ve kalsiyum seviyelerinin PMS semptomlarının görülme sıklığına ve alevlenmesine katkıda bulunabileceğini göstermiştir. Ayrıca, kalsiyum ve D vitamini takviyesinden sonra PMS semptomlarının ortalama şiddeti ve sayısının azaldığını belirtmiştir (34). Benzer sonucu Arab ve ark. yaptıkları meta-analizde tespit etmişlerdir (35).

2.1.5. Premenstrüel Sendromun Tanısı

Amerikan Jinekoloji ve Obstetri Birliği (ACOG) PMS tanısı için; hastanın önceki üç adet döngüsünün her birinde menstruasyondan önceki beş gün boyunca duygusal ve somatik semptomlardan en az birini bildirmesi durumunda premenstrüel sendrom tanısı konulabileceğini belirtmiştir. Duygusal semptomlar öfkeli patlamalar, endişe, bilinç bulanıklığı, konfüzyon, depresyon, sinirlilik, sosyal çekilme olarak belirtilmiştir. Somatik semptomlar ise; karın şişkinliği, meme hassasiyeti veya şişmesi, baş ağrısı, eklem veya kas ağrısı, ekstremitelerin şişmesi, kilo almak olarak belirtilmiştir. Bu semptomların menstruasyon başlangıcından sonraki dört gün içinde, siklusun en az 13. gününe kadar tekrarlamadan ortadan kalkması ve herhangi bir farmakolojik tedavi, hormon alımı, ilaç veya alkol kullanımı olmaksızın mevcut olması gerekir. Semptomların iki prospektif kayıt döngüsü sırasında tekrarlanabilir şekilde ortaya çıkması gerekir. Hastanın sosyal, akademik veya iş performansında tanımlanabilir bir işlev bozukluğu sergilemesi gerekir (12).

Amerikan Psikiyatri Birliği (APA), Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı'nda, Premenstruel Disforik Bozukluk (PMDB)'u aşağıdaki kriterlerle tanımlamıştır:

A. Adet döngülerinin çoğunda, adetın başlangıcından önceki son haftada en az beş semptomun mevcut olması, adetın başlangıcından sonraki birkaç gün içinde iyileşmeye başlaması ve adet sonrası haftada minimal hale gelmesi veya hiç olmaması gerekir.

B. Aşağıdaki belirtilerden biri (veya daha fazlası) mevcut olmalıdır:

1. Belirgin duygulanım değişkenliği (rn. duygu durum değişiklikleri; aniden zgn ya da ağlamaklı hissetme ya da reddedilmeye karşı artan duyarlılık).
2. Belirgin sinirlilik veya öfke ya da kişiler arası çatışmaların artması.
3. Belirgin depresif ruh hali, umutsuzluk duyguları veya kendini küçümseyen düşünceler.
4. Belirgin kaygı, gerginlik ve/veya gergin veya gergin olma hissi.

C. Yukarıdaki B Tanı ölçütünde yer alan belirtilerle birleştirildiğinde toplam beş belirtiyeye ulaşmak için aşağıdaki belirtilerden birinin (veya daha fazlasının) ek olarak mevcut olması gerekir.

1. Olağan etkinliklere (rn. iş, okul, arkadaşlar, hobiler) olan ilginin azalması.
2. Konsantrasyonda subjektif zorluk.
3. Uyuşukluk, kolay yorulma veya belirgin enerji eksikliği.
4. İştahta belirgin değişiklik; aşırı yeme veya belirli yiyecek istekleri.
5. Aşırı uyku veya uykusuzluk.
6. Bunalmış veya kontrolden çıkmış olma hissi.
7. Göğüslerde hassasiyet veya şişlik, eklem veya kas ağrısı, "şişkinlik" hissi veya kilo alma gibi fiziksel belirtiler.

(A-C Kriterlerindeki semptomların, önceki yıl meydana gelen menstruasyon döngülerinin çoğunda karşılanmış olması gerekir.)

D. Semptomlar, klinik olarak belirgin bir sıkıntı veya iş, okul, olağan sosyal aktiviteler veya başkalarıyla ilişkilerde bozulma ile gider (örneğin, sosyal etkinliklerden kaçınma; işte, okulda veya evde üretkenlik ve verimliliğin azalması).

E. Bu bozukluk yalnızca majör depresif bozukluk, panik bozukluğu, inatçı depresif bozukluk (distimi) veya kişilik bozukluğu (bu bozuklukların herhangi biriyle birlikte ortaya çıkabilmesine rağmen) gibi başka bir bozukluğun semptomlarının alevlenmesi değildir.

F. A Kriteri, en az iki semptomatik siklus sırasında ileriye dönük günlük derecelendirmelerle doğrulanmalıdır.

G. Semptomlar bir maddenin (örn. kötüye kullanılabilen bir ilaç, başka bir tedavi) veya başka bir tıbbi durumun (örn. hipertiroidizm) fizyolojik etkilerine bağlanamaz (13).

2.1.6. Premenstrüel Sendromda Ayırıcı Tanı

Pek çok klinik durum PMS benzeri belirtiler gösterebilir. Depresyon, anksiyete, distimi, panik atak vb. duyu durum bozuklukları, anoreksi ve bulimia gibi psikiyatrik durumlar, endometriozis, dismenore, oral kontraseptif hap kullanımı ve perimenopoz gibi jinekolojik durumlar, hipotiroidizm gibi endokrinolojik durumlar ve madde bağımlılığı, anemi gibi diğer durumlar PMS'nin ayırıcı tanısında yer alır (10). Bu nedenle etkili bir öykü almak, kapsamlı bir fizik muayene yapmak ve bu koşulları dışlamak önemlidir.

2.1.7. Premenstrüel Sendromun Semptomları

Premenstrüel Sendrom genellikle luteal dönemde başlayıp menstruasyon ile sonlanan fiziksel, emosyonel ve davranışsal birçok semptomla kadınların yaşamlarını olumsuz etkilemektedir.

Kramp tarzında alt karın ağrısı ve şişkinlik, meme dokularındaki şişlik ve hassasiyet, baş ağrısı veya migren atakları, aşırı yorgunluk hissi gibi fiziksel semptomlar görülebilir.

Daha irritabl ve sabırsız hissetme, depresif duygular, endişe ve gerginlik hissi, duygusal hassasiyetin artması gibi duygusal semptomlar görülebilir.

İştah artışı, uykuda değişiklikler, dikkatte azalma, sosyal ilişkilerden kaçınma ve cinsel isteksizlik gibi davranışsal semptomlar da görülebilir (2).

2.1.8. Premenstrüel Sendromun Tedavisi

Premenstrüel Sendrom için birçok tedavi stratejisi mevcuttur. Fakat bu stratejiler randomize, kontrollü çalışmalarda yeterince değerlendirilmemiştir. PMS'li tüm hastalara başlangıçta non-farmakolojik tedavi önerilmelidir. Medikal tedavi kalıcı PMS semptomları olan hastalara ve PMDB kriterlerini karşılayan hastalara başlanmalıdır. Cerrahi tedavi ise PMS'de tartışmalıdır (36).

2.1.8.1. Non-farmakolojik tedavi

Premenstrüel sendromun yönetiminde yaşam tarzı değişiklikleri, bilişsel davranışçı terapi, tamamlayıcı ve alternatif tedaviler; non-farmakolojik tedavi içerisinde değerlendirilmektedir.

Düzenli egzersiz, yeterli ve kaliteli uyku düzeni, sigaranın bırakılması, sosyal destek sağlanması önerilen bazı yaşam tarzı değişikliklerindedir. Diyetle öğün sayısının artırılarak porsiyonların küçültülmesi, kafein içerikli içeriklerin sınırlandırılması, lifli sebze ve meyve tüketiminin artılıp yağlı ve şekerli gıdaların alımının azaltılması, demirden ve omega-3'ten zengin beslenme, tam tahıllı karbonhidrat kaynaklarının tercih edilmesi, atıştırmalıklarda sağlıklı besin tercihi önerilmektedir. Tamamlayıcı tedavilerden kalsiyum, D vitamini, magnezyum, pridoksin, E vitamini takviyeleri önerilmektedir. Yoga ve meditasyon gibi stresle baş etme yöntemlerinden faydalanılmalıdır. Sağlık çalışanları tarafından verilen eğitim

ile kişinin farkındalığı artırılarak tutum ve davranışlarının daha sağlıklı hale gelmesi sağlanabilir (36).

Bilişsel Davranışçı Terapi olumsuz algı, düşünce ve tutumların ele alındığı psikolojik bir araçtır. Bilişsel faaliyetlerin duygularımızı, dolayısı ile davranışlarımızı etkilediği ve olaylardan çok olayların yorumlanmasından etkilendiğimizi temel alan bilişsel davranışçı terapide semptomların nasıl algılandığı, başa çıkma stratejileri ve kendi farkındalığını artırarak hastalığı yönetme üzerinde durulmaktadır. Yapılan meta-analizde bilişsel davranışçı terapinin çoğu kadının PMS semptomlarını başarılı bir şekilde yönetmesi için yeterli olarak değerlendirilmiştir (37).

2.1.8.2. Farmakolojik tedavi

Serotonin aktivitesini arttırmaya yönelik seçici serotonin geri alım inhibitörleri, ovulasyonu baskılamak ve hormonal dalgalanmayı azaltmak için östrojen, danazol ve gonodotropin releasing hormon kullanılmaktadır. Semptomatik tedavide; analjezik ve antienflamatuar olarak nonsteroidal antienflamatuar ilaçlar ve sıvı retansiyonu önlemek için diüretikler kullanılmaktadır (36).

2.1.8.3. Cerrahi tedavi

Histerektomi ve bilateral salpingo oferektomi nadiren uygulanan tam kür sağlayan cerrahi tedavi seçeneğidir (36).

2.2. YAŞAM KALİTESİ

2.2.1. Yaşam Kalitesinin Tanımı

Yaşam kalitesi kavramının kökeni; memnuniyet ve mutsuzluk çerçevesinde antik dönemden eski Yunan felsefesine kadar götürülmektedir. 20. yüzyılın ikinci yarısında, ekonomik ve sosyal gelişmeler refah beklentisini artırmış, neticesinde yaşam kalitesi kavramı bu beklentinin göstergesi olarak kullanılmaya başlanmıştır. İlk kez 1960 yılında Long tarafından bilimsel bir makalede kavram olarak kullanılmıştır (9).

Yaşam kalitesi, Dünya Sağlık Örgütü tarafından; kişinin hayatındaki kültür, değer yargıları çerçevesinde ulaşmak istediği amaçları, oluşturmak istediği standartları, geleceğe yönelik istekleri, uğraşmak istediği ilgi alanları ile alakalı olarak kendi konumunu nerede algıladığı olarak tarif edilmektedir (38).

Kişiyeye özgü olan yaşam kalitesi; memnuniyet durumu, iyi olma hali ve hayattan aldığı doyumunu göstermeyi amaçlayan, sosyo-kültürel, biyolojik ve psikolojik alanlardan etkilenen çok boyutlu, dinamik bir kavramdır (39).

2.2.2. Yaşam Kalitesinin Ölçülmesi

Yaşam kalitesi, çeşitli disiplinler arasında, çeşitli şekillerde yorumlanan ve tanımlanan karmaşık bir kavramdır. Yaşam kalitesini değerlendirmek için birçok farklı araç kullanılmaktadır. Kavramsal bir modelden bağımsız, ampirik olarak geliştirilmelerine rağmen, objektif ve subjektif birçok gösterge üzerinden yaşam kalitesinin ölçülmeye çalışıldığı gözükmektedir (40). Yaşam kalitesinin değerlendirilmesi genellikle anketler aracılığıyla gerçekleştirilir, bu anketler ise genel ve özgün olmak üzere iki kategoride sınıflandırılabilir (41-42).

Yaşam kalitesini her yönü ile değerlendirmeyi amaçlayan genel ölçekler, toplumsal gruplar arasında uygulanabilir, aralarındaki farkları değerlendirebilir. Anketler, genel sağlık durumu, ekonomik durum, iş memnuniyeti, aile ilişkileri ve benzeri geniş kapsamlı konuları içerebilir (43).

Sıklıkla kullanılan; Short Form-36, WHOQOL-BREF, EQ-5D, Nottingham Health Profile, The European Quality of Life, Quality of Wellbeing Scale, Sickness Impact Profile, Health Utilities Index gibi birçok genel yaşam kalitesi ölçeği bulunmaktadır (43-44).

Belirli alanlara odaklanarak derinlemesine analiz yapmayı amaçlayan özgün ölçekler ise çeşitli hasta gruplarına uygulanabilir. Hastanın yaşam kalitesini değerlendirmek, semptomlarının hafifletilmesinde, tedavinin etkinliğinin gözlenmesinde, rehabilitasyonu iyileştirmede kullanılabilir. Özgün ölçekler toplumun geneline uyarlanamaz ve çalışılan hastalık ya da durum haricinde diğerleri ile kıyaslamaya imkan vermezler (43).

Koroner Arter Hastalarında Kalp Yaşam Kalitesi Ölçeği, Çalışma Yaşamı Kalitesi Ölçeği, Polikistik Over Sendromu Yaşam Kalitesi-50 Ölçeği gibi birçok farklı özgün yaşam kalitesi ölçeği bulunmaktadır (45-47).

2.2.3. Yaşam Kalitesinin Alanları ve Göstergeleri

Yaşam kalitesi, bireylerin ve toplumların genel refah düzeyini, kişisel, sosyal, ekonomik ve çevresel faktörler gibi birçok farklı alanı değerlendirir. Bu alanlar, yaşam kalitesini değerlendirmek için kullanılan genel göstergelerdir (48). Ancak, bu faktörlerin öncelikleri, bireyden bireye ve kültürden kültüre değişebilir. İnsanların yaşam kalitesini etkileyen birçok öznel ve objektif faktör bulunmaktadır, bu nedenle bir toplumun veya bireyin yaşam kalitesini değerlendirmek karmaşık bir süreçtir (49).

Boylu ve Paçacıoğlu'nun yaptığı çalışmada; erkek olmak, genç olmak, evli olmak, yüksek eğitim düzeyi, yüksek gelire sahip olmak, güçlü bir sosyal desteğe sahip olmak, yaşanılan evin iyi nitelikte olması, sağlıklı olmak, iş doyumuna sahip olmak ve boş zaman aktivitelerinin kaliteli geçirilmesi, yüksek yaşam kalitesinin göstergeleri olarak belirtilmiştir (50).

TÜİK'in 2018 yılında yayınladığı illere göre yaşam endeksi verilerinde 11 boyut, 41 gösterge kullanılmıştır. İkamet edilen konut ile ilgili olarak konut kalitesi, kişi başına düşen oda sayısı ve tuvalet varlığı sorgulanmıştır. Çalışma hayatı ile ilgili

olarak; istihdam ve işsizlik oranları, ortalama günlük kazanç miktarı ve işten memnuniyet sorgulanmıştır. Gelir ve Servet boyutunda; mevduat oranı, gelir grubu, temel ihtiyaçların karşılanma oranı sorgulanmıştır. Sağlık boyutunda; bebek ölüm hızı ve beklenen yaşam süresi, doktor başına düşen muayene sayısı, sağlık algısı ve memnuniyet oranı sorgulanmıştır. Eğitim boyutunda, sınav puan ortalamaları, mezun oranları, anaokul oranı, memnuniyet oranı sorgulanmıştır. Çevre boyutunda, orman alanı, gürültü ve temizlikten memnuniyet sorgulanmıştır. Güvenlik boyutunda, cinayet oranı, trafik kazası oranı, güvende hissetme ve memnuniyet oranı sorgulanmıştır. Sivil katılım boyutunda, seçimlere katılım, parti üyeliği, dernek faaliyetleri sorgulanmıştır. Altyapı hizmetlerine erişim boyutunda, internet aboneliği, şebeke suyu ve havalimanına erişim, toplu taşımadan memnuniyet oranı sorgulanmıştır. Sosyal yaşam boyutunda, alışveriş merkezi alanı, sinema ve tiyatro seyirci sayısı, sosyal hayat ve ilişkilerden memnuniyet oranı sorgulanmıştır. Yaşam memnuniyet boyutunda, mutluluk düzeyi sorgulanmıştır (51).

Galloway'in 2006 yılında, yaşam kalitesinin alanlarını belirten çalışmaları incelediği makalesinde, fiziksel, çevresel, sosyal ve psikolojik yaşam kalitesi alanlarının tüm çalışmalarda mevcut olduğu görülmüştür. Çalışma refahı, insani sivil haklar, kişisel güvenlik, özerklik düzeyi gibi diğer alanlar ise çalışmalara göre farklılık arz etmektedir (52).

3. YÖNTEM VE GEREÇ

3.1. ETİK KURUL İZİNİ

Bu çalışma; Sağlık Bakanlığı İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 24.04.2023 tarih ve 121 sayılı etik kurul onayı ile yapılmıştır.

3.2. ÇALIŞMANIN ÖZELLİKLERİ

Mustafa Furuncu Aile Sağlığı Merkezi 34.21.048 No'lu birime başvuran 18-49 yaş aralığındaki gönüllü kadınlara yüz yüze görüşme ile anket formları uygulandı.

Araştırmamız 18-49 yaş aralığındaki kadınlarda premenstrüel sendromun sıklığı ile bunu etkileyen sosyodemografik faktörleri ve yaşam kalitesi üzerine etkisinin incelendiği kesitsel bir çalışmadır.

3.3. ÇALIŞMAYA DAHİL EDİLME KRİTERLERİ

Dahil edilme kriterleri:

- 18-49 yaş aralığında olan kadınlar
- Düzenli adet görüyor olmak
- Şu an aktif psikiyatrik bir hastalığı bulunmayan ve psikiyatrik ilaçlar kullanmayanlar
- Mental bozukluğu olmayanlar (demans, amnestik sendrom vb. dahil)
- Okuma ve yazma becerisine sahip olanlar

3.4. ÇALIŞMAYA DAHİL EDİLMEME KRİTERLERİ

Dışlama kriterleri:

- Klimakterial dönemde olanlar
- Gebelik, lohusalık veya laktasyon döneminde olunması
- Bilateral ooforektomi/histerektomi geçirmiş olmak
- Düzenli adet döngüleri olmayanlar

3.5. ÖRNEKLEM HESABI

G*Power programı kullanılarak yapılan Power analizi sonucunda “Sosyal İlişkiler Alanı” parametresi için etki büyüklüğü (effect size) 0.5464098 ve SD:17.13 aldığımızda Power:0.80 ve α :0.05 için tespit edilen toplam örneklem sayısı minimum n :108 olarak saptandı.

3.6. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Araştırma sürecinde, tarafımızca mevcut literatüre dayalı olarak oluşturulan Sosyodemografik Bilgi Formu (Ek 1), Premenstrüel Sendrom Ölçeği (Ek 2) ve Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği (WHOQOL-BREF-TR)(Ek 3) kullanılmıştır.

3.6.1. Sosyodemografik Bilgi Formu

Literatür taranarak hazırlanan Sosyodemografik Bilgi Formu’nda; sosyodemografik verilerle birlikte, aile planlaması yöntemi kullanma durumu, kullanılan aile planlaması yöntemi, kronik hastalık durumu, menstrüasyon öncesi yaşanan şikayetler ve tedavi alınıp alınmadığı, birinci derece akrabalarda premenstrüel sendrom semptomları veya tanısı varlığı, ağrılı mens durumu, ilk

menstrüasyon görme yaşı, mens süresi ve siklus süresi, kanama miktarı, bilinen psikiyatrik hastalığı varlığı ve tedavi alınıp alınmadığı sorgulandı (EK 1).

3.6.2. Premenstrüel Sendrom Ölçeği

Gençdoğan tarafından 2006 yılında, premenstrüel sendromun belirtilerinin şiddetini ölçmek ve sınıflamak amacı ile, DSM-III ve DSM-IV-R temel alınarak, 44 maddeden, 9 alt alandan ve 5'li likert tipinde Premenstrüel Sendrom Ölçeği (PMSÖ) geliştirilmiştir (EK 2). Ölçek, katılımcının "adetten bir hafta önceki süre içinde olma" durumuna göre cevaplanmaktadır (53). Premenstrüel Sendrom Ölçeği (PMSÖ)'nin alt boyutları ve değerlendirildiği durumlar, minimum ve maksimum alınacak puanlar, alt alanın hangi maddelerden oluştuğu Tablo 1'de verilmiştir (Tablo 1).

Beş dereceli puanlamada; 1 = "Hiç", 2 = "Çok az", 3 = "Bazen", 4 = "Sık sık" ve 5 = "Sürekli" cevapları bulunmaktadır. Premenstrüel sendrom belirtilerinin şiddeti, 44 ile 220 arasında değişen bir spektrumda değerlendirilir. Bu ölçekteki puanın artması, premenstrüel sendrom belirtilerinin daha yoğun bir şekilde tecrübe edildiğini gösterir (53).

PMS varlığı için iki farklı hesaplama kullanılmaktadır. 1. yöntemde: PMS varlığı, toplam puanın en yüksek %50'sini aşan durumlarda kabul edilir. 110 ve üstünde toplam puan varlığında kişide PMS varlığı kabul edilir. 2. yöntemde ise: En yüksek puan olan 220'den en düşük puan olan 44 çıkarılarak elde edilen değer olan 176'nın %50'si hesaplanır ve 44'e eklenir. Bu işlem; sonucunda 133 ve üzeri puan alanlarda PMS varlığına işaret eder (54). Çalışmamızda, PMS prevalansı hesabında 1. yöntem tercih edildi ve karşılaştırmalarda puanlamalar kullanıldı. PMSÖ'nün değerlendiriciler arası güvenilirliği 0,81 ile 0,97 arasında, duyarlılığı %83-100, özgüllüğü ise %64-90 arasında değişmektedir. Ölçeğin Cronbach Alfa güvenilirliği 0.75 olarak bulunmuştur ve faktör analizi sonucunda 9 faktör toplam varyansın %70.51'ini açıklamaktadır (53).

Tablo 1: Premenstrüel Sendrom Ölçeği (PMSÖ)'nin alt boyutları ve değerlendirdiği durumlar

Alt Boyutlar	Değerlendirdiği durumlar	Min.	Mak.	Maddeler
Depresif Duygulanım	üzüntü, hüznün, bezginlik, zevk alamama, karamsarlık gibi olumsuz düşünceler	7	35	1-7
Anksiyete	artan kaygı, korku, hassasiyet ve endişeler	7	35	8-11, 13, 15, 16
Yorgunluk	aşırı yorgunluk, bitkinlik ve enerji eksikliği	6	30	12, 14, 17, 18, 25 ve 37
Sinirlilik	artan sinirli, tahammülsüz ve gergin hissetme durumu	5	25	19-23
Depresif Düşünceler	olumsuz düşünceler, dikkat eksikliği ve zihinsel bulanıklık	7	35	24, 26-30 ve 44
Ağrı	baş ağrısı, kas ağrısı ve eklem ağrısı gibi fiziksel ağrılar	3	15	31-33
İştah Değişiklikleri	artan iştah ve özellikle unlu ve tatlı yiyeceklere olan istek	3	15	34-36
Uyku Değişiklikleri	artan uyku isteği, uykusuzluk ve uykuya dalmakta güçlük çekme	3	15	38-40
Şişkinlik	göğüs şişkinliği, hassasiyet ve genel vücut şişkinliği	3	15	41-43

3.6.3. Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği

Dünya Sağlık Örgütü tarafından 1996 yılında, bireylerin yaşam kalitesini ölçmek, sınıflandırmak ve uluslararası karşılaştırmalarda kullanmak amacı ile, WHOQOL-100 temel alınarak, 26 maddeden, 4 alt alandan ve 5'li likert tipinde Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu (WHOQOL-BREF) geliştirilmiştir. Genel yaşam kalitesini, genel sağlık durumunu sorgulayan ilk iki soru ve fizyolojik, psikolojik, sosyal ve çevresel sağlık olmak üzere dört alt alanı vardır.

Alınan puan yükseldikçe birey tarafından algılanan yaşam kalitesinin daha iyi olduğu kabul edilir. Toplam puan hesaplanmaz, her bir alan bağımsız olarak değerlendirilir. Kesme değerleri yoktur.

Fiziksel boyutta toplam yedi madde bulunmaktadır. Bu maddeler, tıbbi tedavi, ağrı, kuvvet, hareketlilik, uyku, günlük uğraşları gerçekleştirme becerisi ve iş görme kapasitesi gibi konuları sorgulamaktadır.

Psikolojik boyutta toplam altı madde bulunmaktadır. Bu maddeler, yaşamaktan ne kadar keyif aldığı, yaşamını ne ölçüde anlamlı bulduğu, dikkat seviyesi, fiziksel görünüşünden memnuniyet, kendinden memnuniyet ve negatif duygu durumlarını değerlendirmektedir.

Sosyal boyutta toplam üç madde bulunmaktadır. Bu maddeler, aile haricindeki kişiler ile ilişkileri, cinsel hayatı ve arkadaş desteğini sorgulamaktadır.

Çevre boyutta toplam sekiz madde bulunmaktadır. Bu maddeler, güven, çevre sağlığı, maddiyat, boş zaman, yaşanılan ev koşulları, sağlık ve ulaşım hizmetlerini değerlendirmektedir (38).

Fidaner ve arkadaşları, Türkiye'de WHOQOL'un uzun ve kısa formlarının geçerlilik ve güvenilirlik çalışmalarını gerçekleştirmişlerdir. Türkçe adaptasyonda çevre için ek bir soru ile 27 madde halinde kullanılmaktadır (55).

Ölçeğin Cronbach alfa katsayısı, fizyolojik boyutunda 0,76, psikolojik boyutunda 0,67, sosyal boyutunda 0,56 ve çevre boyutunda 0,74 olarak bulunmuştur (38).

3.7. İSTATİSTİKSEL ANALİZ

Çalışmada elde edilen bulgular değerlendirilirken, istatistiksel analizler için IBM SPSS Statistics 22 (IBM SPSS, Türkiye) programı kullanıldı. Çalışma verileri değerlendirilirken parametrelerin normal dağılıma uygunluğu ShapiroWilks testi ile değerlendirilmiştir. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metodların (Ortalama, Standart sapma, frekans) yanı sıra niceliksel verilerin karşılaştırılmasında normal dağılım göstermeyen parametrelerin gruplar arası

karşılaştırmalarında Kruskal Wallis testi ve farklılığa neden olan grubun tespitinde Dunn's testi kullanıldı. Normal dağılım göstermeyen parametrelerin iki grup arası karşılaştırmalarında Mann Whitney U test kullanıldı. Normal dağılıma uygunluk gösteren parametreler arasındaki ilişkilerin incelenmesinde Pearson korelasyon analizi, normal dağılıma uygunluk göstermeyen parametreler arasındaki ilişkilerin incelenmesinde Spearman's rho korelasyon analizi kullanıldı. Anlamlılık $p<0.05$ düzeyinde değerlendirildi.



4. BULGULAR

Çalışma 01.05.2023-01.08.2023 tarihleri arasında yaşları 18 ile 49 arasında değişmekte olan, toplam 181 kadın ile yapılmıştır ve yaşları ortalaması 31.01 ± 7.11 idi.

Tablo 2: Sosyodemografik değişkenlere ilişkin bilgiler

	Min-Max	Ort±SS	
Yaş	18-49	31,01±7,11	
Boy	149-178	163,22±5,68	
Kilo	40-115	65,88±13,29	
BKİ	16,3-40,7	24,73±4,91	
		n	%
Medeni Durum	Bekar/Boşanmış/Eşini kaybetmiş	72	39,8
	Evli	109	60,2
Çocuk sayısı	Çocuğu yok	85	47
	1	25	13,8
	2	42	23,2
	3	20	11
	4 ve üzeri	9	5
Meslek	Ev hanımı	72	39,8
	Sürekli çalışan (memur/işçi v.b.)	109	60,2
Çay/kahve tüketme sıklığı (sabah kahvaltıları dahil)(gün)	Hiç tüketmem	8	4,4
	1-2 fincan	84	46,4
	3 veya daha fazlası	89	49,2
Sigara kullanma durumu	Hiç içmemiş	119	65,7
	Eski kullanıcı/bıraktı	19	10,5
	Kullanıyor	43	23,8
Alkol kullanma durumu	Hiç içmemiş	146	80,7
	Eski kullanıcı/bıraktı	7	3,9
	Kullanıyor	28	15,5
Düzenli egzersiz yapma durumu (Haftada en az 3 gün en az 1 saat süreyle)	Evet	42	23,2
	Hayır	139	76,8

Tablo 2 (devamı):

		n	%
Düzenli uyuma durumu (Her gün aynı saatte, bölünmemiş ve kaliteli uyku)	Evet	84	46,4
	Hayır	97	53,6
Aile planlama yöntemi kullanma durumu	Evet	70	38,7
	Hayır	111	61,3
Aile planlama yöntemleri (n=70)	Oral kontraseptif	1	1,4
	Rahim içi araç (spiral)	12	17,1
	Kondom	44	62,9
	Aylık/3 aylık progesteron iğnesi	4	5,7
	Tüp ligasyonu	3	4,3
	Diğer yöntem	6	8,6
	Kronik hastalık varlığı	Evet	34
Hayır		147	81,2
Kronik hastalıklar (n=34)	Tansiyon	2	5,9
	Şeker Hastalığı	3	8,8
	Kolesterol	1	2,9
	Tiroid Hastalığı	11	32,4
	Astım	4	11,8
	Romataid artrit	3	8,8
	Diğer kronik hastalık	10	29,4
Birinci derece akrabalarda premenstrüel sendrom semptomları veya tanısı varlığı	Evet	37	20,4
	Hayır	144	79,6
Bilinen herhangi bir psikiyatrik hastalık varlığı	Evet	6	3,3
	Hayır	175	96,7
Son üç ayda hiç psikiyatrik tedavi alma durumu	Evet	8	4,4
	Hayır	173	95,6
Menstrüasyon öncesi yaşadığımız şikayetler (ağrı, sıcak basması, duyu durum değişikliği vs) için doktora başvurma durumu	Evet	35	19,3
	Hayır	146	80,7
Menstrüasyon öncesi yaşanan şikayetler için hiç tedavi alma durumu	Evet	16	8,8
	Hayır	165	91,2
Menslerin ağırlı olma durumu	Evet	116	64,1
	Hayır	65	35,9
Mens döneminde günlük kanama miktarı (ped)	Az (<2 ped)	23	12,7
	Normal (2-4 ped)	118	65,2
	Yoğun (>4 ped)	40	22,1

Tablo 2 (devamı):

	Min-Max	Ort±SS (medyan)
İlk menstrüasyon görme yaşı (n=179)	10-23	13,32±1,54 (13)
Mens süresi (gün) (n=180)	3-10	6,25±1,51 (6)
Mens döngü süresi (gün) (n=179)	15-75	27,91±6,38 (28)

Min-Max: Minimum – Maksimum Ort±SS: Ortalama±Standart Sapma n: Frekans %: Yüzde

Kadınların %60.2'si evli, %47'sinin çocuğu yok, %60.2'si sürekli çalışandır. Kadınların %49.2'si günde 3 fincan veya daha fazla çay/kahve tüketmekte, %65.7'si hiç sigara içmemiş, %80.7'si hiç alkol kullanmamıştır. Kadınların %76.8'i düzenli egzersiz yapmamakta, %53.6'sı düzenli uyumamaktadır. Kadınların %38.7'si aile planlama yöntemi kullanırken, en çok kullanılan yöntem %62.9 ile kondomdur. Kadınların %18.8'inde kronik hastalık görülürken, kronik hastalık görülenlerin %32.4'ünde tiroid hastalığı ve %29.4'ünde diğer kronik hastalıklar görülmektedir. Kadınların %79.6'sında birinci derece akrabalarda premenstrüel sendrom semptomları veya tanısı görülmemekte, %96.7'sinde bilinen herhangi bir psikiyatrik hastalık bulunmamaktadır ve %95.6'sı son 3 ayda psikiyatrik tedavi almamıştır. Kadınların %19.3'ü menstrüasyon öncesi yaşadığı şikayetler için doktora başvururken, %8.8'i menstrüasyon öncesi yaşadığı şikayetler için tedavi almıştır. %64.1'inin mensleri ağrılıyken, %12.7'sinin mens döneminde günlük kanama miktarı az ve %22.1'inin yoğunudur (Tablo 2).

Tablo 3: PMS ölçeği verileri

	Hiç n (%)	Çok az n (%)	Bazen n (%)	Sık sık n (%)	Sürekli n (%)
PMSÖ_1) [Kendimi üzgün hissediyorum]	24 (%13,3)	26 (%14,4)	85 (%47)	32 (%17,7)	14 (%7,7)
PMSÖ_2) [İçimden ağlamak geliyor]	49 (%27,1)	29 (%16)	54 (%29,8)	36 (%19,9)	13 (%7,2)
PMSÖ_3) [Canım sıkılıyor]	35 (%19,3)	29 (%16)	65 (%35,9)	38 (%21)	14 (%7,7)
PMSÖ_4) [Kendimi bezgin hissediyorum]	37 (%20,4)	30 (%16,6)	49 (%27,1)	45 (%24,9)	20 (%11)
PMSÖ_5) [Hiçbir şey zevk vermiyor]	43 (%23,8)	48 (%26,5)	54 (%29,8)	20 (%11)	16 (%8,8)
PMSÖ_6) [Her şey üzerime geliyor]	58 (%32)	31 (%17,1)	52 (%28,7)	26 (%14,4)	14 (%7,7)
PMSÖ_7) [Karamsar oluyorum]	59 (%32,6)	31 (%17,1)	49 (%27,1)	28 (%15,5)	14 (%7,7)
PMSÖ_8) [Derin nefes almak istiyorum]	55 (%30,4)	41 (%22,7)	41 (%22,7)	27 (%14,9)	17 (%9,4)
PMSÖ_9) [Her an kötü bir şey olacaktı gibi korkuyorum]	81 (%44,8)	36 (%19,9)	36 (%19,9)	18 (%9,9)	10 (%5,5)
PMSÖ_10) [Seslere karşı hassasiyetim artıyor]	87 (%48,1)	37 (%20,4)	25 (%13,8)	22 (%12,2)	10 (%5,5)
PMSÖ_11) [Arkandan biri saldıracaktı gibi korkuyorum]	133 (%73,5)	24 (%13,3)	13 (%7,2)	7 (%3,9)	4 (%2,2)
PMSÖ_12) [Kendimi yorgun hissediyorum]	17 (%9,4)	34 (%18,8)	58 (%32)	37 (%20,4)	35 (%19,3)
PMSÖ_13) [Sanki her şey kötü olacak]	87 (%48,1)	36 (%19,9)	30 (%16,6)	17 (%9,4)	11 (%6,1)

Tablo 3 (devamı):

	Hiç	Çok az	Bazen	Sık sık	Sürekli
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
PMSÖ_14) [Çok çabuk yoruluyorum]	27 (%14,9)	36 (%19,9)	55 (%30,4)	31 (%17,1)	32 (%17,7)
PMSÖ_15) [Anlam veremediğim korkularım oluyor]	98 (%54,1)	24 (%13,3)	38 (%21)	13 (%7,2)	8 (%4,4)
PMSÖ_16) [Kalbim her zamankinden hızlı çarpıyor]	102 (%56,4)	34 (%18,8)	32 (%17,7)	7 (%3,9)	6 (%3,3)
PMSÖ_17) [Hiçbir şeyle uğraşmak istemiyorum]	44 (%24,3)	34 (%18,8)	55 (%30,4)	28 (%15,5)	20 (%11)
PMSÖ_18) [Her zamanki işler beni yoruyor]	34 (%18,8)	36 (%19,9)	59 (%32,6)	31 (%17,1)	21 (%11,6)
PMSÖ_19) [Kendimi sinirli hissediyorum]	18 (%9,9)	24 (%13,3)	70 (%38,7)	44 (%24,3)	25 (%13,8)
PMSÖ_20) [En ufak olaylara bile çok aşırı tepki gösteriyorum]	30 (%16,6)	39 (%21,5)	54 (%29,8)	34 (%18,8)	24 (%13,3)
PMSÖ_21) [Öfkemi kontrol etmekte güçlük çekiyorum]	64 (%35,4)	28 (%15,5)	47 (%26)	21 (%11,6)	21 (%11,6)
PMSÖ_22) [Çevremdeki kişilerle ilişkilerim bozuluyor]	85 (%47)	34 (%18,8)	34 (%18,8)	18 (%9,9)	10 (%5,5)
PMSÖ_23) [Sinirlerim geriliyor]	40 (%22,1)	33 (%18,2)	50 (%27,6)	37 (%20,4)	21 (%11,6)
PMSÖ_24) [Kendimi çok endişeli hissediyorum]	84 (%46,4)	26 (%14,4)	39 (%21,5)	21 (%11,6)	11 (%6,1)
PMSÖ_25) [Eskisinden daha çabuk yoruluyorum]	43 (%23,8)	40 (%22,1)	46 (%25,4)	27 (%14,9)	25 (%13,8)
PMSÖ_26) [Kendimi değersiz görüyorum]	93 (%51,4)	22 (%12,2)	34 (%18,8)	21 (%11,6)	11 (%6,1)
PMSÖ_27) [Dikkatimi toplamakta güçlük çekiyorum]	78 (%43,1)	32 (%17,7)	32 (%17,7)	23 (%12,7)	16 (%8,8)
PMSÖ_28) [Dikkatim çok çabuk dağılıyor]	77 (%42,5)	28 (%15,5)	38 (%21)	21 (%11,6)	17 (%9,4)
PMSÖ_29) [Dalıp gidiyorum]	76 (%42)	27 (%14,9)	46 (%25,4)	19 (%10,5)	13 (%7,2)
PMSÖ_30) [Doğru düzgün düşünemiyorum]	86 (%47,5)	31 (%17,1)	33 (%18,2)	18 (%9,9)	13 (%7,2)
PMSÖ_31) [Baş ağrısı oluyor]	47 (%26)	33 (%18,2)	59 (%32,6)	19 (%10,5)	23 (%12,7)
PMSÖ_32) [Kaslarım ağrıyor]	46 (%25,4)	29 (%16)	50 (%27,6)	30 (%16,6)	26 (%14,4)
PMSÖ_33) [Eklem yerlerim ağrıyor]	54 (%29,8)	28 (%15,5)	46 (%25,4)	27 (%14,9)	26 (%14,4)
PMSÖ_34) [İştahım artıyor]	43 (%23,8)	37 (%20,4)	46 (%25,4)	28 (%15,5)	27 (%14,9)
PMSÖ_35) [Özellikle unlu ve tatlı yiyecekler yemek istiyorum]	30 (%16,6)	33 (%18,2)	51 (%28,2)	33 (%18,2)	34 (%18,8)
PMSÖ_36) [Daha fazla yemek yiyorum]	51 (%28,2)	33 (%18,2)	46 (%25,4)	26 (%14,4)	25 (%13,8)
PMSÖ_37) [Uyku uyuma isteğim artıyor]	47 (%26)	34 (%18,8)	40 (%22,1)	34 (%18,8)	26 (%14,4)
PMSÖ_38) [Uykumda bölünme oluyor]	58 (%32)	41 (%22,7)	41 (%22,7)	21 (%11,6)	20 (%11)
PMSÖ_39) [Sabahları yorgun uyanıyorum]	32 (%17,7)	36 (%19,9)	58 (%32)	24 (%13,3)	31 (%17,1)
PMSÖ_40) [Uykuya dalmakta güçlük çekiyorum]	59 (%32,6)	37 (%20,4)	44 (%24,3)	18 (%9,9)	23 (%12,7)
PMSÖ_41) [Göğüslerim şişiyor]	45 (%24,9)	31 (%17,1)	45 (%24,9)	29 (%16)	31 (%17,1)
PMSÖ_42) [Göğüslerim en ufak dokunmaya karşı çok duyarlı]	52 (%28,7)	40 (%22,1)	36 (%19,9)	27 (%14,9)	26 (%14,4)
PMSÖ_43) [Kendimi şişmiş hissediyorum]	38 (%21)	31 (%17,1)	44 (%24,3)	36 (%19,9)	32 (%17,7)
PMSÖ_44) [Kimseyle görüşmek istemiyorum]	75 (%41,4)	30 (%16,6)	39 (%21,5)	17 (%9,4)	20 (%11)

n: Frekans %: Yüzde

Kadınların PMS ölçeği maddelerine verdikleri cevaplar Tablo 3’de görüldüğü gibi dağılım göstermektedir. (Tablo 3).

Tablo 4: Yaşam kalitesi ölçeği verileri

	Çok kötü	Biraz kötü	Ne iyi, ne kötü	Oldukça iyi	Çok iyi
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
YKÖ_1 [Yaşam kalitenizi nasıl buluyorsunuz?]	5 (%2,8)	20 (%11)	104 (%57,5)	52 (%28,7)	(%)
	Hiç hoşnut değil	Çok az hoşnut	Ne hoşnut, ne de değil	Epeyce hoşnut	Çok hoşnut
YKÖ_2 [Sağlığınızdan ne kadar hoşnutsunuz?] n (%)	10 (%5,5)	22 (%12,2)	86 (%47,5)	55 (%30,4)	8 (%4,4)
	Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Aşırı derecede
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
YKÖ_3 [Ağrıların yapmanız gerekenleri ne kadar engellediğini düşünüyorsunuz ?]	31 (%17,1)	42 (%23,2)	76 (%42)	24 (%13,3)	8 (%4,4)
YKÖ_4 [Günlük uğraşlarınızı yürütebilmek için herhangi bir tıbbi tedaviye ne kadar ihtiyaç duyuyorsunuz ?]	94 (%51,9)	45 (%24,9)	29 (%16)	8 (%4,4)	5 (%2,8)
YKÖ_5 [Yaşamaktan ne kadar keyif alırsınız?]	7 (%3,9)	13 (%7,2)	64 (%35,4)	81 (%44,8)	16 (%8,8)
YKÖ_6 [Yaşamınızı ne ölçüde anlamlı buluyorsunuz ?]	9 (%5)	11 (%6,1)	52 (%28,7)	80 (%44,2)	29 (%16)
YKÖ_7 [Dikkatinizi toplamada ne kadar başarılısınız?]	8 (%4,4)	22 (%12,2)	88 (%48,6)	46 (%25,4)	17 (%9,4)
YKÖ_8 [Günlük yaşamınızda kendinizi ne kadar güvende hissediyorsunuz?]	3 (%1,7)	19 (%10,5)	66 (%36,5)	68 (%37,6)	25 (%13,8)
YKÖ_9 [Fiziksel çevreniz ne ölçüde sağlıklıdır?]	3 (%1,7)	15 (%8,3)	93 (%51,4)	58 (%32)	12 (%6,6)
	Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Tamamen
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
YKÖ_10 [Günlük yaşamı sürdürmek için yeterli gücünüz kuvvetiniz var mı?]	1 (%0,6)	22 (%12,2)	65 (%35,9)	76 (%42)	17 (%9,4)
YKÖ_11 [Bedensel görünüşünüzü kabullenir misiniz?]	4 (%2,2)	26 (%14,4)	39 (%21,5)	67 (%37)	45 (%24,9)
YKÖ_12 [İhtiyaçlarınızı karşılamaya yeterli paranız var mı?]	9 (%5)	26 (%14,4)	94 (%51,9)	36 (%19,9)	16 (%8,8)
YKÖ_13 [Günlük yaşamınızda size gerekli bilgi ve haberlere ne ölçüde ulaşabiliyorsunuz?]	4 (%2,2)	16 (%8,8)	53 (%29,3)	65 (%35,9)	43 (%23,8)
YKÖ_14 [Boş zamanları değerlendirme uğraşları için ne ölçüde fırsatınız olur?]	16 (%8,8)	50 (%27,6)	68 (%37,6)	40 (%22,1)	7 (%3,9)
	Çok kötü	Biraz kötü	Ne iyi, ne kötü	Oldukça iyi	Çok iyi
YKÖ_15 [Bedensel hareketlilik (etrafta dolaşabilme, bir yerlere gidebilme) becererinizi nasıldır?] n (%)	3 (%1,7)	10 (%5,5)	52 (%28,7)	73 (%40,3)	43 (%23,8)
	Hiç hoşnut değil	Çok az hoşnut	Ne hoşnut, nede değil	Epeyce hoşnut	Çok hoşnut
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
YKÖ_16 [Uygunuzdan ne kadar hoşnutsunuz?]	17 (%9,4)	37 (%20,4)	62 (%34,3)	55 (%30,4)	10 (%5,5)
YKÖ_17 [Günlük uğraşlarınızı yürütebilme becerinizden ne kadar hoşnutsunuz?]	6 (%3,3)	26 (%14,4)	63 (%34,8)	74 (%40,9)	12 (%6,6)
YKÖ_18 [İş görme kapasitenizden ne kadar hoşnutsunuz?]	3 (%1,7)	23 (%12,7)	55 (%30,4)	76 (%42)	24 (%13,3)
YKÖ_19 [Kendinizden ne kadar hoşnutsunuz?]	4 (%2,2)	20 (%11)	54 (%29,8)	72 (%39,8)	31 (%17,1)
YKÖ_20 [Aile dışı kişilerle ilişkilerinizden ne kadar hoşnutsunuz?]	3 (%1,7)	21 (%11,6)	43 (%23,8)	82 (%45,3)	32 (%17,7)
YKÖ_21 [Cinsel yaşamınızdan ne kadar hoşnutsunuz?]	28 (%15,5)	18 (%9,9)	55 (%30,4)	56 (%30,9)	24 (%13,3)
YKÖ_22 [Arkadaşlarınızın desteğinden ne kadar hoşnutsunuz?]	8 (%4,4)	21 (%11,6)	53 (%29,3)	71 (%39,2)	28 (%15,5)
YKÖ_23 [Yaşadığınız evin koşullarından ne kadar hoşnutsunuz?]	11 (%6,1)	19 (%10,5)	54 (%29,8)	69 (%38,1)	28 (%15,5)
YKÖ_24 [Sağlık hizmetlerine ulaşma koşullarınızdan ne kadar hoşnutsunuz?]	12 (%6,6)	19 (%10,5)	43 (%23,8)	69 (%38,1)	38 (%21)
YKÖ_25 [Ulaşım olanaklarınızdan ne kadar hoşnutsunuz?]	14 (%7,7)	27 (%14,9)	42 (%23,2)	67 (%37)	31 (%17,1)
	Hiçbir zaman	Nadiren	Ara sıra	Çoğunlukla	Her zaman
YKÖ_26 [Ne sıklıkta hüznün, ümitsizlik, bunaltı, çökkünlük gibi duygulara kapılırsınız?] n (%)	7 (%3,9)	40 (%22,1)	98 (%54,1)	31 (%17,1)	5 (%2,8)

Tablo 4 (devamı):

	Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Aşırı derecede
YKÖ_27) [Yaşamınızda size yakın kişilerle (eş, iş arkadaşı, akraba) ilişkilerinizde baskı ve kontrolle ilgili zorluklarınız ne ölçüdedir?] _{n (%)}	29 (%16)	67 (%37)	68 (%37,6)	11 (%6,1)	6 (%3,3)
<i>n: Frekans</i>	<i>%: Yüzde</i>				

Kadınların yaşam kalitesi ölçeği maddelerine verdikleri cevaplar Tablo 4’de görüldüğü gibi dağılım göstermektedir (Tablo 4).

Tablo 5: Ölçek alt boyutlarına ilişkin bilgiler

		Min-Max	Ort±SS (medyan)
PMS	Depresif Duygulanım	7-35	18,8±7,31 (18)
	Anksiyete	7-35	13,96±6,52 (12)
	Yorgunluk	6-30	17,27±6,68 (16)
	Sinirlilik	5-25	13,48±5,63 (13)
	Depresif Düşünceler	7-35	15,52±8,23 (13)
	Ağrı	3-15	8,13±3,71 (8)
	İştah Değişimleri	3-15	8,49±3,75 (8)
	Uyku değişimleri	3-15	7,89±3,54 (7)
	Şişkinlik	3-15	8,44±3,72 (8)
WHOQOL	Genel Sağlık durumu	0-87,5	53,52±17,35 (50)
	Fiziksel Sağlık	17,9-78,6	52,15±12,48 (53,6)
	Psikoloji	12,5-87,5	60,43±13,86 (62,5)
	Sosyal ilişkiler	0-100	61±21,11 (66,7)
	Çevre	15,6-100	59,27±16,27 (59,4)
		n	%
PMS varlığı	Var	82	45,3
	Yok	99	54,7

Min-Max: Minimum – Maksimum Ort±SS: Ortalama±Standart Sapma

Kadınların PMS ve yaşam kalitesi ölçeği alt boyutlarına ilişkin bilgiler Tablo 5’de görüldüğü gibidir (Tablo 5).

Tablo 6: Yaş ve BKİ parametreleri ile ölçekler arasındaki korelasyon

		Yaş	BKİ
PMS	Depresif Duygulanım	r	-0,292
		p	0,000*
	Anksiyete	r	-0,190
		p	0,011*
	Yorgunluk	r	-0,206
		p	0,006*
	Sinirlilik	r	-0,250
		p	0,001*
	Depresif Düşünceler	r	-0,237
		p	0,001*
	Ağrı	r	-0,074
		p	0,323
	İştah Değişimleri	r	-0,157
		p	0,035*
Uyku değişimleri	r	-0,092	
	p	0,220	
Şişkinlik	r	-0,060	
	p	0,419	
WHOQOL	Genel Sağlık durumu	r	-0,022
		p	0,772
	Fiziksel Sağlık	r	0,003
		p	0,965
	Psikoloji	r	0,096
		p	0,201
	Sosyal ilişkiler	r	0,120
		p	0,107
	Çevre	r	0,045
		p	0,547

Yaş ile PMS ölçeği alt boyutlarından depresif duygulanım, anksiyete, yorgunluk, sinirlilik, depresif düşünceler, iştah değerleri arasında ters yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmakta iken, ağrı, uyku değişimleri ve şişkinlik değerleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır.

Yaş ile yaşam kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır.

BKİ ile PMS ve yaşam kalitesi (genel sağlık durumu alt boyutu hariç) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır. BKİ ile genel sağlık durumu değerleri arasında ters yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamaktadır (Tablo 6).

Tablo 7: Medeni duruma göre ölçek alt boyutlarının değerlendirilmesi

		Medeni Durum		P	
		Bekar/Boşanmış/Eşini kaybetmiş	Evli		
		(Min-Max)-(Ort±SS (medyan))	(Min-Max)-(Ort±SS (medyan))		
PMS	Depresif Duygulanım	(7-35)-(21,9±6,77 (22,5))	(7-35)-(16,74±6,95 (16))	0,000*	
	Anksiyete	(7-35)-(15,22±6,69 (14))	(7-35)-(13,12±6,3 (11))	0,015*	
	Yorgunluk	(6-30)-(19,37±6,57 (19))	(6-30)-(15,88±6,42 (15))	0,001*	
	Sinirlilik	(5-25)-(15,25±6,02 (15))	(5-25)-(12,3±5,05 (12))	0,001*	
	Depresif Düşünceler	(7-35)-(17,97±8,65 (18))	(7-35)-(13,9±7,56 (11))	0,001*	
	Ağrı	(3-15)-(8,56±4,02 (9))	(3-15)-(7,84±3,48 (8))	0,275	
	İştah Değişimleri	(3-15)-(9,4±3,87 (9))	(3-15)-(7,89±3,56 (7))	0,007*	
	Uyku değişimleri	(3-15)-(8,33±3,6 (8))	(3-15)-(7,6±3,49 (7))	0,132	
	Şişkinlik	(3-15)-(9,19±3,89 (9))	(3-15)-(7,94±3,53 (7))	0,037*	
	WHOQL	Genel Sağlık durumu	(0-75)-(54,17±15,98 (50))	(0-87,5)-(53,1±18,25 (50))	0,730
		Fiziksel Sağlık	(32,1-78,6)-(54,96±10,9 (53,6))	(17,9-78,6)-(50,29±13,14 (53,6))	0,056
Psikoloji		(12,5-79,2)-(59,49±11,97 (62,5))	(25-87,5)-(61,05±15 (62,5))	0,385	
Sosyal ilişkiler		(0-100)-(57,75±17,76 (58,3))	(0-100)-(63,15±22,89 (66,7))	0,028*	
Çevre		(25-90,6)-(61,2±14,16 (62,5))	(15,6-100)-(58±17,47 (59,4))	0,224	

Mann Whitney U Test *p<0.05

Bekar/boşanmış/eşini kaybetmiş olan grubun depresif duygulanım, anksiyete, yorgunluk, sinirlilik, depresif düşünceler, iştah, şişkinlik, değerleri, evli olanlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Bekar/boşanmış/eşini kaybetmiş olan grubun sosyal ilişkiler değerleri, evli olanlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur (Tablo 7).

Tablo 8: Çocuk sayısına göre ölçek alt boyutlarının değerlendirilmesi

	Çocuk sayısı					p
	Çocuğu yok	1	2	3	4 ve üzeri	
	(Min-Max)- (Ort±SS (medyan))	(Min-Max)- (Ort±SS (medyan))	(Min-Max)- (Ort±SS (medyan))	(Min-Max)- (Ort±SS (medyan))	(Min-Max)- (Ort±SS (medyan))	
PMS						
Depresif Duygulanım	(7-35)- (21,42±6,8 (21))	(7-28)- (18,28±6,3 (18))	(7-35)- (16,21±6,63 (15))	(7-35)- (14,45±8,01 (13,5))	(9-35)- (17,11±7,83 (16))	0,00 0*
	(7-31)- (14,79±6,22 (14))	(7-28)- (13,8±6,23 (12))	(7-35)- (13,38±6,87 (11))	(7-29)- (11,65±6,11 (8,5))	(7-35)- (14,33±9,04 (11))	0,12 6
	(6-30)- (19,13±6,25 (19))	(8-30)- (17,28±6,1 (16))	(6-30)- (15,33±6,31 (14,5))	(6-30)- (14,05±8,13 (11,5))	(8-30)- (15,89±6,13 (16))	0,00 3*
Anksiyete	(5-25)- (15,15±5,82 (15))	(5-22)- (12,88±5,34 (12))	(5-24)- (12,14±4,49 (11,5))	(5-25)- (10,65±5,61 (9))	(6-25)- (11,78±5,54 (11))	0,00 3*
	(7-35)- (17,62±8,32 (18))	(7-31)- (14,68±7,92 (12))	(7-35)- (13,55±7,48 (11))	(7-33)- (12,15±7,87 (8,5))	(7-35)- (14,67±8,76 (12))	0,00 7*
Yorgunluk	(3-15)- (8,47±3,82 (8))	(3-14)- (8,48±3,43 (8))	(3-15)- (7,71±3,64 (7,5))	(3-15)- (6,9±4,06 (5,5))	(5-15)- (8,56±2,83 (9))	0,40 5
	(3-15)- (9,25±3,67 (9))	(3-15)- (8,76±4,15 (7))	(3-15)- (7,83±3,53 (7))	(3-15)- (6,95±3,55 (6))	(3-15)- (7,11±3,55 (6))	0,03 5*
İştah Değişimleri	(3-15)- (8,15±3,38 (8))	(3-15)- (8,44±3,81 (7))	(3-15)- (7,38±3,51 (7))	(3-15)- (6,75±3,67 (6))	(3-15)- (8,78±4,02 (8))	0,25 1
	(3-15)- (9,61±3,81 (9))	(3-13)- (7,16±3,3 (7))	(3-15)- (7,81±3,48 (7))	(3-15)- (7,15±3,51 (7))	(3-9)- (6,67±2,24 (7))	0,00 3*
Uyku değişimleri						
Şişkinlik						

Tablo 8 (devamı):

	Çocuk sayısı					p
	Çocuğu yok	1	2	3	4 ve üzeri	
	(Min-Max)- (Ort±SS (medyan))	(Min-Max)- (Ort±SS (medyan))	(Min-Max)- (Ort±SS (medyan))	(Min-Max)- (Ort±SS (medyan))	(Min-Max)- (Ort±SS (medyan))	
WHOQOL						
Genel Sağlık durumu	(0-87,5)- (54,27±17,94 (50))	(0-87,5)- (57±18,07 (62,5))	(12,5-87,5)- (50,89±16,42 (50))	(25-87,5)- (54,38±17,81 (50))	(25-62,5)- (47,22±12,15 (50))	0,29 5
Fiziksel Sağlık	(32,1-78,6)- (55,17±11,08 (53,6))	(28,6-67,9)- (49,86±13,54 (53,6))	(17,9-71,4)- (50±12,14 (50))	(17,9-75)- (48,57±15,69 (51,8))	(25-60,7)- (48,02±11,59 (53,6))	0,15 0
Psikoloji	(12,5-79,2)- (59,85±12,01 (62,5))	(25-83,3)- (59,83±17,51 (62,5))	(29,2-87,5)- (60,71±15,32 (62,5))	(37,5-87,5)- (62,5±14,62 (62,5))	(50-83,3)- (61,57±12,63 (62,5))	0,97 7
Sosyal ilişkiler	(0-100)- (59,71±18,36 (58,3))	(16,7-91,7)- (58,67±21,04 (58,3))	(0-100)- (61,9±22,78 (66,7))	(8,3-100)- (72,08±23,92 (75))	(8,3-91,7)- (50,93±26,17 (50))	0,03 6*
Çevre	(25-90,6)- (60,92±14,27 (62,5))	(21,9-87,5)- (55,13±19,26 (56,3))	(15,6-100)- (58,11±15,34 (59,4))	(25-87,5)- (60,47±20,11 (64,1))	(25-87,5)- (57,99±21,03 (65,6))	0,61 6

Çocuk sayısı grupları arasında depresif duygulanım, yorgunluk, sinirlilik, depresif düşünceler, iştah ve şişkinlik değerleri açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır. Farklılığın tespiti için yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda; çocuğu olmayanların depresif duygulanım, yorgunluk, sinirlilik, depresif düşünceler ve iştah değerleri, 2 çocuğu ve 3 çocuğu olanlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Çocuğu olmayanların şişkinlik değerleri, 1, 2, 3 veya 4 ve üzeri çocuğu olanlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Çocuk sayısı grupları arasında sosyal ilişkiler değerleri açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır. Farklılığın tespiti için yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda; 3 çocuğu olanların sosyal ilişkiler değerleri, çocuğu olmayan, 1 çocuğu olan ve 4 ve üzeri çocuğu olanlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (Tablo 8).

Tablo 9: Meslek gruplarına göre ölçek alt boyutlarının değerlendirilmesi

		Meslek		p
		Ev hanımı	Sürekli çalışan (memur/işçi v.b.)	
		(Min-Max)-(Ort±SS (medyan))	(Min-Max)-(Ort±SS (medyan))	
PMS	Depresif Duygulanım	(7-35)-(16,47±7 (14,5))	(7-35)-(20,33±7,14 (20))	0,000*
	Anksiyete	(7-35)-(13,17±6,37 (12))	(7-35)-(14,48±6,6 (13))	0,124
	Yorgunluk	(6-30)-(15,39±6,14 (15))	(6-30)-(18,51±6,77 (18))	0,002*
	Sinirlilik	(5-25)-(12,21±4,97 (11,5))	(5-25)-(14,31±5,9 (14))	0,020*
	Depresif Düşünceler	(7-35)-(13,83±7,34 (11,5))	(7-35)-(16,63±8,63 (16))	0,047*
	Ağrı	(3-15)-(7,64±3,38 (8))	(3-15)-(8,45±3,9 (8))	0,194
	İştah Değişimleri	(3-15)-(7,18±3,17 (7))	(3-15)-(9,36±3,86 (9))	0,000*
	Uyku değişimleri	(3-15)-(7,49±3,29 (7))	(3-15)-(8,16±3,69 (8))	0,223
	Şişkinlik	(3-15)-(7,47±3,2 (7))	(3-15)-(9,07±3,91 (9))	0,007*
	WHOQ OL	Genel Sağlık durumu	(0-87,5)-(51,22±17,06 (50))	(0-87,5)-(55,05±17,44 (50))
Fiziksel Sağlık		(17,9-78,6)-(47,92±13,51 (50))	(25-78,6)-(54,95±10,94 (53,6))	0,001*
Psikoloji		(12,5-87,5)-(59,9±15,95 (62,5))	(29,2-83,3)-(60,78±12,35 (62,5))	0,772
Sosyal ilişkiler		(0-100)-(63,43±22,79 (66,7))	(0-100)-(59,4±19,87 (66,7))	0,132
Çevre		(15,6-100)-(56,21±18,82(56,3))	(25-90,6)-(61,3±14,07 (62,5))	0,054

Ev hanımlarının depresif duygulanım, yorgunluk, sinirlilik, depresif düşünceler, iştah ve şişkinlik değerleri, sürekli çalışanlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur. Ev hanımlarının fiziksel sağlık değerleri, sürekli çalışanlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur (Tablo 9).

Tablo 10: Çay/kahve tüketme sıklığına göre ölçek alt boyutlarının değerlendirilmesi

		Çay/kahve tüketme sıklığı (sabah kahvaltuları dahil) (gün)			
		Hiç tüketmem	1-2 fincan	3 veya daha fazlası	P
		(Min-Max)-(Ort±SS (medyan))	(Min-Max)-(Ort±SS (medyan))	(Min-Max)-(Ort±SS (medyan))	
PMS	Depresif Duygulanım	(15-32)-(22,88±6,36 (23))	(7-35)-(18,92±6,89 (18,5))	(7-35)-(18,31±7,72 (17))	0,205
	Anksiyete	(12-29)-(16,13±5,64 (14,5))	(7-35)-(13,83±6,21 (12))	(7-31)-(13,88±6,91 (12))	0,326
	Yorgunluk	(11-28)-(18,87±5,59 (18,5))	(6-30)-(17,15±5,76 (16,5))	(6-30)-(17,24±7,57 (16))	0,761
	Sinirlilik	(5-25)-(15,13±7,26 (15))	(5-25)-(13,51±5,35 (14))	(5-25)-(13,29±5,77 (12))	0,718
	Depresif Düşünceler	(7-33)-(19,25±8,33 (20,5))	(7-35)-(15,88±7,97 (14))	(7-35)-(14,84±8,44 (11))	0,245
	Ağrı	(3-12)-(6,25±3,33 (6))	(3-15)-(8,08±3,69 (7,5))	(3-15)-(8,34±3,76 (9))	0,289
	İştah Değişimleri	(3-12)-(6,87±3 (6,5))	(3-15)-(8,29±3,84 (8))	(3-15)-(8,83±3,71 (9))	0,290
	Uyku değişimleri	(5-15)-(8,5±3,55 (8,5))	(3-15)-(7,88±3,26 (7))	(3-15)-(7,84±3,82 (8))	0,821
	Şişkinlik	(3-13)-(8,13±4,36 (8,5))	(3-15)-(8,12±3,38 (8))	(3-15)-(8,76±3,97 (9))	0,642
	WHOQOL	Genel Sağlık durumu	(0-75)-(45,31±23,09 (50))	(0-87,5)-(52,98±17,95 (50))	(12,5-87,5)- (54,78±16,16 (50))
Fiziksel Sağlık		(28,6-57,1)- (41,52±9,34 (39,3))	(17,9-71,4)- (50,38±12,35 (53,6))	(25-78,6)- (54,78±12,15 (53,6))	0,005*
Psikoloji		(12,5-70,8)-(48,44±21 (52,1))	(25-87,5)- (59,08±13,51 (62,5))	(29,2-87,5)- (62,78±12,85 (66,7))	0,054
Sosyal ilişkiler		(0-75)-(54,17±23,57 (58,3))	(0-100)-(58,83±21,58 (66,7))	(8,3-100)- (63,67±20,31 (66,7))	0,384
Çevre		(31,3-78,1)- (52,34±17,34 (56,3))	(21,9-87,5)- (56,62±16,11 (59,4))	(15,6-100)- (62,39±15,87 (62,5))	0,065

Çay/kahve tüketme sıklığı grupları arasında fiziksel sağlık değerleri açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır. Farklılığın tespiti için yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda; hiç çay/kahve tüketmeyenlerin fiziksel sağlık değerleri, günlük 1-2 fincan ve günlük 3 fincan veya daha fazla çay/kahve tüketenlerden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur (Tablo 10).

Tablo 11: Sigara kullanma durumuna göre ölçek alt boyutlarının değerlendirilmesi

		Sigara kullanma durumu			p
		Hiç içmemiş	Eski kullanıcı/bıraktı	Kullanıyor	
		(Min-Max)-(Ort±SS (medyan))	(Min-Max)-(Ort±SS (medyan))	(Min-Max)-(Ort±SS (medyan))	
PMS	Depresif Duygulanım	(7-35)-(18,75±7,27 (17))	(7-28)-(18,11±6,16 (19))	(7-35)-(19,23±7,99 (20))	0,936
	Anksiyete	(7-35)-(13,7±6,54 (12))	(7-27)-(14,11±5,7 (14))	(7-31)-(14,6±6,89 (12))	0,702
	Yorgunluk	(6-30)-(17,15±6,53 (16))	(6-28)-(15,89±6,39 (16))	(6-30)-(18,21±7,24 (19))	0,501
	Sinirlilik	(5-25)-(13,03±5,56 (12))	(5-25)-(13,21±4,73 (12))	(5-25)-(14,84±6,06 (15))	0,220
	Depresif Düşünceler	(7-35)-(15,13±8,22 (12))	(7-28)-(15,53±7,03 (13))	(7-35)-(16,58±8,83 (13))	0,543
	Ağrı	(3-15)-(7,74±3,6 (7))	(3-13)-(7,63±3,22 (7))	(3-15)-(9,42±4,01 (9))	0,055
	İştah Değişimleri	(3-15)-(8,42±3,77 (8))	(3-15)-(7,63±3,39 (7))	(3-15)-(9,07±3,82 (9))	0,334
	Uyku değişimleri	(3-15)-(7,89±3,57 (7))	(3-9)-(6,74±2,35 (7))	(3-15)-(8,4±3,82 (8))	0,385
	Tablo 11(devamı):				
	Şişkinlik	(3-15)-(8,29±3,84 (8))	(3-15)-(7,74±3,12 (7))	(3-15)-(9,16±3,57 (9))	0,294
WHOQOL	Genel Sağlık durumu	(0-87,5)-(54,52±17,58 (50))	(25-87,5)- (51,97±14,59 (50))	(0-75)-(51,45±17,93 (50))	0,543
	Fiziksel Sağlık	(17,9-78,6)- (52,97±12,58 (53,6))	(28,6-75)- (51,88±12,62 (50))	(21,4-78,6)-(50±12,15 (50))	0,287
	Psikoloji	(12,5-83,3)- (61,1±13,09 (62,5))	(25-87,5)- (58,11±17,81 (58,3))	(29,2-87,5)- (59,59±14,19 (62,5))	0,692
	Sosyal ilişkiler	(0-100)-(62,39±20,44 (66,7))	(16,7-100)- (54,39±22,29 (50))	(0-100)-(60,08±22,31 (58,3))	0,233
	Çevre	(15,6-90,6)- (61,34±15,66 (62,5))	(21,9-100)- (55,43±18,98 (56,3))	(25-90,6)- (55,23±15,97 (56,3))	0,023*

Kruskal Wallis Test

* $p < 0.05$

Sigara kullanma durumları arasında çevre değerleri açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır. Farklılığın tespiti için yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda; sigara kullananların çevre değerleri, hiç içmeyenlerden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur (Tablo 11).

Tablo 12: Alkol kullanma durumuna göre ölçek alt boyutlarının değerlendirilmesi

		Alkol kullanma durumu			p
		Hiç içmemiş	Eski kullanıcı/bıraktı	Kullanıyor	
		(Min-Max)-(Ort±SS (medyan))	(Min-Max)-(Ort±SS (medyan))	(Min-Max)-(Ort±SS (medyan))	
PMS	Depresif Duygulanım	(7-35)-(18,2±7,4 (17))	(9-28)-(17,43±6,63 (16))	(7-31)-(22,25±6,16 (23,5))	0,013*
	Anksiyete	(7-35)-(13,84±6,56 (12))	(7-28)-(12,71±7,68 (10))	(7-27)-(14,86±6,18 (14))	0,487
	Yorgunluk	(6-30)-(16,75±6,74 (16))	(11-25)-(17,14±5,52 (19))	(9-29)-(20±6,16 (21,5))	0,058
	Sinirlilik	(5-25)-(12,88±5,49 (12))	(5-20)-(13,14±6,12 (11))	(7-25)-(16,68±5,33 (17))	0,005*
	Depresif Düşünceler	(7-35)-(14,97±8,15 (12))	(7-28)-(15,86±8,51 (11))	(7-34)-(18,32±8,31 (21))	0,102
	Ağrı	(3-15)-(8,03±3,76 (8))	(5-12)-(8,14±2,19 (8))	(3-15)-(8,61±3,83 (8,5))	0,745
	İştah Değişimleri	(3-15)-(8,11±3,75 (7))	(3-15)-(10,14±4,22 (12))	(3-15)-(10,07±3,2 (9))	0,010*
	Uyku değişimleri	(3-15)-(7,92±3,66 (7))	(3-12)-(7,43±3,21 (7))	(3-15)-(7,82±3,07 (8))	0,970
	Şişkinlik	(3-15)-(7,89±3,6 (7))	(4-12)-(9,29±2,81 (9))	(3-15)-(11,07±3,43 (12))	0,000*
	WHOQOL	Genel Sağlık durumu	(0-87,5)-(52,57±17,73 (50))	(25-75)-(58,93±17,25 (62,5))	(25-75)-(57,14±15 (62,5))
L	Fiziksel Sağlık	(17,9-78,6)- (50,93±12,39 (53,6))	(32,1-67,9)-(50±13,83 (53,6))	(39,3-78,6)- (59,06±10,58 (57,1))	0,011*
	Psikoloji	(12,5-87,5)- (59,96±14,68 (62,5))	(45,8-79,2)- (61,31±12,66 (58,3))	(45,8-83,3)- (62,65±8,96 (64,6))	0,828
	Sosyal ilişkiler	(0-100)-(61,24±21,88 (66,7))	(25-83,3)- (51,19±20,09 (50))	(25-83,3)-(62,2±16,89 (66,7))	0,380
	Çevre	(15,6-100)- (59,25±16,8 (59,4))	(28,1-90,6)- (60,27±24,79 (50))	(37,5-78,1)- (59,15±10,55 (59,4))	0,945

Kruskal Wallis Test

* $p < 0.05$

Alkol kullanma durumları arasında depresif düşünceler, sinirlilik, iştah ve şişkinlik, değerleri açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır. Farklılığın tespiti için yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda; alkol kullananların depresif düşünceler, sinirlilik, iştah ve şişkinlik değişimleri değerleri, hiç içmeyenlerden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Alkol

kullanma durumları arasında fiziksel sağlık değerleri açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır. Farklılığın tespiti için yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda; alkol kullananların fiziksel sağlık değerleri, hiç içmeyenlerden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (Tablo 12).

Tablo 13: Düzenli egzersiz yapma durumuna göre ölçek alt boyutlarının değerlendirilmesi

		Düzenli egzersiz yapma durumu (Haftada en az 3 gün en az 1 saat süreyle)		p
		Evett	Hayır	
		(Min-Max)-(Ort±SS (medyan))	(Min-Max)-(Ort±SS (medyan))	
PMS	Depresif Duygulanım	(7-31)-(17,1±7,44 (16,5))	(7-35)-(19,31±7,22 (19))	0,113
	Anksiyete	(7-27)-(12,38±5,88 (11))	(7-35)-(14,43±6,65 (13))	0,049*
	Yorgunluk	(6-29)-(14,52±6,79 (14))	(6-30)-(18,1±6,45 (18))	0,002*
	Sinirlilik	(5-25)-(12,02±6,05 (11))	(5-25)-(13,91±5,44 (14))	0,029*
	Depresif Düşünceler	(7-34)-(13,88±8,43 (11))	(7-35)-(16,01±8,14 (14))	0,074
	Ağrı	(3-15)-(7,14±4,16 (6))	(3-15)-(8,42±3,53 (9))	0,024*
	İştah Değişimleri	(3-15)-(7,64±4,01 (7))	(3-15)-(8,75±3,64 (9))	0,065
	Uyku değişimleri	(3-14)-(6,57±3,18 (6,5))	(3-15)-(8,29±3,56 (8))	0,003*
	Şişkinlik	(3-15)-(7,36±3,73 (7))	(3-15)-(8,76±3,66 (9))	0,025*
	WHOQOL	Genel Sağlık durumu	(25-87,5)-(56,55±17,51 (56,3))	(0-87,5)-(52,61±17,25 (50))
Fiziksel Sağlık		(17,9-78,6)-(54,93±13,68 (53,6))	(25-78,6)-(51,31±12,02 (53,6))	0,078
Psikoloji		(29,2-87,5)-(61,9±14,39 (62,5))	(12,5-83,3)-(59,98±13,72 (62,5))	0,662
Sosyal ilişkiler		(0-100)-(66,27±22,76 (70,8))	(0-100)-(59,41±20,41 (58,3))	0,043*
Çevre		(25-100)-(62,5±15,78 (59,4))	(15,6-90,6)-(58,3±16,34 (59,4))	0,229

Mann Whitney U Test *p<0.05

Düzenli egzersiz yapanların anksiyete, yorgunluk, sinirlilik, ağrı, uyku ve şişkinlik değerleri, düzenli egzersiz yapmayanlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur. Düzenli egzersiz yapanların sosyal ilişkiler değerleri, düzenli egzersiz yapmayanlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (Tablo 13).

Tablo 14: Düzenli uyuma durumuna göre ölçek alt boyutlarının değerlendirilmesi

		Düzenli uyuma durumu (Her gün aynı saatte, bölünmemiş ve kaliteli uyku)		p
		Evet	Hayır	
		(Min-Max)-(Ort±SS (medyan))	(Min-Max)-(Ort±SS (medyan))	
PMS	Depresif Duygulanım	(7-35)-(17,31±7,41 (16))	(7-35)-(20,08±7,01 (20))	0,009*
	Anksiyete	(7-35)-(13,05±6,76 (11))	(7-30)-(14,74±6,24 (14))	0,023*
	Yorgunluk	(6-30)-(16,06±6,73 (15))	(6-30)-(18,32±6,5 (18))	0,017*
	Sinirlilik	(5-25)-(12,48±5,27 (12))	(5-25)-(14,34±5,81 (13))	0,041*
	Depresif Düşünceler	(7-35)-(14,24±8,27 (11))	(7-35)-(16,63±8,08 (15))	0,017*
	Ağrı	(3-15)-(7,69±3,76 (7))	(3-15)-(8,51±3,65 (9))	0,123
	İştah Değişimleri	(3-15)-(8,37±3,44 (8))	(3-15)-(8,6±4,01 (8))	0,849
	Uyku değişimleri	(3-15)-(7,02±3,19 (7))	(3-15)-(8,64±3,68 (8))	0,004*
	Şişkinlik	(3-15)-(8,38±3,61 (8))	(3-15)-(8,48±3,82 (8))	0,881
	WHOQ OL	Genel Sağlık durumu	(12,5-87,5)-(57,29±16,83 (62,5))	(0-87,5)-(50,26±17,21 (50))
	Fiziksel Sağlık	(17,9-78,6)-(55,7±11,87 (57,1))	(17,9-78,6)-(49,08±12,23 (50))	0,000*
	Psikoloji	(29,2-87,5)-(62,1±12,59 (62,5))	(12,5-83,3)-(58,98±14,78 (62,5))	0,218
	Sosyal ilişkiler	(0-100)-(62,7±21,08 (66,7))	(0-100)-(59,54±21,14 (66,7))	0,402
	Çevre	(15,6-100)-(61,76±16,2 (62,5))	(21,9-90,6)-(57,12±16,1 (59,4))	0,062

Mann Whitney U Test * $p < 0.05$

Düzenli uyuyanların depresif duygulanım, anksiyete, yorgunluk, sinirlilik ve uyku değerleri, düzenli uyumayanlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur. Düzenli uyuyanların genel sağlık ve fiziksel sağlık durumu değerleri,

düzenli uyumayanlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (Tablo 14).

Tablo 15: Aile planlama yöntemi kullanma durumuna göre ölçek alt boyutlarının değerlendirilmesi

		Aile planlama yöntemi kullanma durumu			
		Evete	Hayır		
		(Min-Max)-(Ort±SS (medyan))	(Min-Max)-(Ort±SS (medyan))	p	
PMS	Depresif Duygulanım	(7-35)-(18,17±7,38 (18))	(7-35)-(19,19±7,27 (19))	0,391	
	Anksiyete	(7-35)-(14,1±6,65 (12))	(7-35)-(13,86±6,47 (12))	0,856	
	Yorgunluk	(6-30)-(16,63±6,77 (16))	(6-30)-(17,68±6,63 (17))	0,305	
	Sinirlilik	(5-25)-(13,2±5,4 (13,5))	(5-25)-(13,65±5,79 (12))	0,726	
	Depresif Düşünceler	(7-35)-(14,96±8,1 (12))	(7-35)-(15,87±8,33 (13))	0,368	
	Ağrı	(3-15)-(7,87±3,46 (9))	(3-15)-(8,29±3,87 (8))	0,651	
	İştah Değişimleri	(3-15)-(8,29±3,82 (8))	(3-15)-(8,62±3,72 (8))	0,483	
	Uyku değişimleri	(3-15)-(7,86±3,67 (7))	(3-15)-(7,91±3,47 (8))	0,745	
	Şişkinlik	(3-15)-(8,14±3,7 (7,5))	(3-15)-(8,62±3,73 (9))	0,425	
	WHOQ OL	Genel Sağlık durumu	(0-87,5)-(52,68±18,04 (50))	(0-87,5)-(54,05±16,95 (50))	0,759
		Fiziksel Sağlık	(17,9-78,6)-(50,36±13,38 (53,6))	(17,9-78,6)-(53,28±11,8 (53,6))	0,292
Psikoloji		(25-87,5)-(60,06±15,79 (62,5))	(12,5-83,3)-(60,66±12,56 (62,5))	0,832	
Sosyal ilişkiler		(0-100)-(58,93±25,19 (66,7))	(0-100)-(62,31±18,08 (66,7))	0,689	
Çevre		(15,6-100)-(57,68±17,91 (59,4))	(25-90,6)-(60,28±15,14 (59,4))	0,441	

Mann Whitney U Test

Aile planlama yöntemi kullanma durumları arasında PMS ve yaşam kalitesi değerleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (Tablo 15).

Tablo 16: Rahim içi araç yöntemi kullanma durumuna göre ölçek alt boyutlarının değerlendirilmesi

		Rahim içi araç (spiral)		
		Yok	Var	
		(Min-Max)-(Ort±SS (medyan))	(Min-Max)-(Ort±SS (medyan))	p
PMS	Depresif Duygulanım	(7-35)-(17,74±7,36 (17))	(7-35)-(20,25±7,45 (20,5))	0,314
	Anksiyete	(7-35)-(13,5±6,31 (12))	(7-29)-(17±7,76 (17))	0,164
	Yorgunluk	(6-30)-(16,29±6,57 (16))	(6-30)-(18,25±7,79 (18))	0,444
	Sinirlilik	(5-25)-(13,09±5,55 (13))	(5-21)-(13,75±4,77 (14,5))	0,590
	Depresif Düşünceler	(7-35)-(14,26±7,94 (11))	(7-33)-(18,33±8,35 (20))	0,098
	Ağrı	(3-15)-(7,55±3,26 (8))	(3-15)-(9,42±4,12 (9,5))	0,127
	İştah Değişimleri	(3-15)-(8,1±3,72 (7,5))	(3-15)-(9,17±4,32 (10,5))	0,456
	Uyku değişimleri	(3-15)-(7,6±3,49 (7))	(3-15)-(9,08±4,4 (8))	0,319
	Şişkinlik	(3-15)-(8,07±3,71 (7))	(3-15)-(8,5±3,78 (9))	0,644
	WHOQ OL	Genel Sağlık durumu	(12,5-87,5)-(54,74±17,18 (62,5))	(0-75)-(42,71±19,55 (50))
	Fiziksel Sağlık	(17,9-78,6)-(51,17±14,05 (53,6))	(32,1-60,7)-(46,43±8,88 (46,4))	0,092
	Psikoloji	(25-87,5)-(61,57±16,15 (66,7))	(29,2-70,8)-(52,78±11,96 (56,3))	0,064
	Sosyal ilişkiler	(0-100)-(60,06±26,29 (66,7))	(25-91,7)-(53,47±18,96 (54,2))	0,182
	Çevre	(15,6-100)-(58,94±18,2 (59,4))	(25-75)-(51,56±15,68 (56,3))	0,171

Mann Whitney U Test *p<0.05

Rahim içi araç yöntemi kullananların genel sağlık durumu değerleri, kullanmayanlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur (Tablo 16).

Tablo 17: Kondom kullanma durumuna göre ölçek alt boyutlarının değerlendirilmesi

		Kondom			
		Yok	Var		
		(Min-Max)-(Ort±SS (medyan))	(Min-Max)-(Ort±SS (medyan))	p	
PMS	Depresif Duygulanım	(7-35)-(18,27±7,43 (18,5))	(7-35)-(18,11±7,43 (17,5))	0,951	
	Anksiyete	(7-29)-(14,62±6,54 (13,5))	(7-35)-(13,8±6,77 (12))	0,518	
	Yorgunluk	(6-30)-(17,04±7,42 (15,5))	(6-30)-(16,39±6,44 (16))	0,855	
	Sinirlilik	(5-25)-(12,54±5,34 (13,5))	(5-25)-(13,59±5,45 (13,5))	0,472	
	Depresif Düşünceler	(7-33)-(15,19±8,32 (12,5))	(7-35)-(14,82±8,06 (11,5))	0,796	
	Ağrı	(3-15)-(8±4,02 (8,5))	(3-15)-(7,8±3,13 (9))	0,985	
	İştah Değişimleri	(3-15)-(8,27±3,98 (7))	(3-15)-(8,3±3,76 (8,5))	0,985	
	Uyku değişimleri	(3-15)-(8,38±3,96 (7))	(3-15)-(7,55±3,49 (7))	0,445	
	Şişkinlik	(3-15)-(8,19±4,11 (7,5))	(3-15)-(8,11±3,48 (7,5))	0,976	
	WHOQ OL	Genel Sağlık durumu	(0-75)-(50,96±19,01 (50))	(12,5-87,5)-(53,69±17,59 (56,3))	0,614
		Fiziksel Sağlık	(21,4-75)-(49,45±12,6 (50))	(17,9-78,6)-(50,89±13,93 (53,6))	0,420
Psikoloji		(29,2-87,5)-(57,85±14,01 (58,3))	(25-87,5)-(61,36±16,77 (66,7))	0,311	
Sosyal ilişkiler		(0-100)-(61,22±24,15 (66,7))	(8,3-100)-(57,58±25,97 (66,7))	0,615	
Çevre		(25-87,5)-(56,73±16,07 (59,4))	(15,6-100)-(58,24±19,06 (59,4))	0,737	

Mann Whitney U Test

Kondom kullanma durumları arasında PMS ve yaşam kalitesi değerleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (Tablo 17).

Tablo 18: Kronik hastalık varlığına göre ölçek alt boyutlarının değerlendirilmesi

		Kronik hastalık varlığı		
		Evet	Hayır	p
		(Min-Max)-(Ort±SS (medyan))	(Min-Max)-(Ort±SS (medyan))	
PMS	Depresif Duygulanım	(7-32)-(19,53±7,1 (19,5))	(7-35)-(18,63±7,37 (18))	0,473
	Anksiyete	(7-30)-(15,12±6,6 (12,5))	(7-35)-(13,69±6,5 (12))	0,174
	Yorgunluk	(6-30)-(18,12±6,46 (18))	(6-30)-(17,07±6,74 (16))	0,412
	Sinirlilik	(5-23)-(13,38±5,43 (13))	(5-25)-(13,5±5,69 (13))	0,939
	Depresif Düşünceler	(7-35)-(16,44±8,32 (13,5))	(7-35)-(15,31±8,23 (12))	0,364
	Ağrı	(3-15)-(8,88±3,57 (9))	(3-15)-(7,95±3,74 (8))	0,161
	İştah Değişimleri	(3-15)-(8,09±3,75 (8))	(3-15)-(8,59±3,75 (8))	0,486
	Uyku değişimleri	(3-15)-(8,82±3,16 (9))	(3-15)-(7,67±3,6 (7))	0,055
	Şişkinlik	(3-15)-(8,65±3,36 (9))	(3-15)-(8,39±3,8 (8))	0,608
	WHOQ OL	Genel Sağlık durumu	(0-87,5)-(48,53±20,12 (50))	(0-87,5)-(54,68±16,5 (50))
	Fiziksel Sağlık	(25-78,6)-(52±13,77 (51,8))	(17,9-78,6)-(52,19±12,21 (53,6))	0,805
	Psikoloji	(29,2-79,2)-(57,48±13,87 (56,3))	(12,5-87,5)-(61,11±13,81 (62,5))	0,164
	Sosyal ilişkiler	(16,7-91,7)-(52,21±20,65 (50))	(0-100)-(63,04±20,76 (66,7))	0,004*
	Çevre	(25-81,3)-(53,31±14,43 (56,3))	(15,6-100)-(60,65±16,4 (62,5))	0,015*

Mann Whitney U Test *p<0.05

Kronik hastalık görülenler ve görülmeyenler arasında PMS ve yaşam kalitesi (sosyal ilişkiler ve çevre alt boyutları hariç) değerleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır. Kronik hastalık görülenlerin sosyal ilişkiler ve

çevre değerleri, görülmeyenlerden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur (Tablo 18).

Tablo 19: Tiroid hastalığı varlığına göre ölçek alt boyutlarının değerlendirilmesi

		Tiroid Hastalığı		
		Yok	Var	
		(Min-Max)-(Ort±SS (medyan))	(Min-Max)-(Ort±SS (medyan))	p
PMS	Depresif Duygulanım	(7-32)-(19,87±6,91 (18))	(7-27)-(18,82±7,77 (21))	0,810
	Anksiyete	(7-30)-(14,83±6,49 (13))	(9-28)-(15,73±7,12 (12))	0,671
	Yorgunluk	(6-28)-(18,22±6,35 (18))	(9-30)-(17,91±6,99 (18))	0,712
	Sinirlilik	(5-23)-(13,57±5,59 (11))	(5-21)-(13±5,33 (13))	0,854
	Depresif Düşünceler	(7-33)-(15,65±7,58 (13))	(7-35)-(18,09±9,87 (19))	0,657
	Ağrı	(3-15)-(8,61±3,53 (9))	(3-15)-(9,45±3,75 (9))	0,504
	İştah Değişimleri	(3-15)-(7,87±3,77 (8))	(3-15)-(8,55±3,86 (9))	0,616
	Uyku değişimleri	(3-15)-(8,7±3,08 (9))	(4-15)-(9,09±3,45 (9))	0,752
	Şişkinlik	(3-15)-(8,26±3,51 (8))	(4-15)-(9,45±3,01 (9))	0,250
	WHOQ OL	Genel Sağlık durumu	(0-75)-(48,37±17,8 (50))	(0-87,5)-(48,86±25,28 (50))
Fiziksel Sağlık		(25-78,6)-(53,57±14,33 (53,6))	(25-67,9)-(48,7±12,5 (46,4))	0,336
Psikoloji		(29,2-79,2)-(58,51±14,68 (58,3))	(29,2-75)-(55,3±12,37 (54,2))	0,494
Sosyal ilişkiler		(16,7-91,7)-(51,45±22,42 (50))	(25-75)-(53,79±17,23 (58,3))	0,589
Çevre		(25-71,9)-(51,22±14,25 (53,1))	(25-81,3)-(57,67±14,48 (59,4))	0,252

Mann Whitney U Test

Tiroid hastalığı görülenler ve görülmeyenler arasında PMS ve yaşam kalitesi değerleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (Tablo 19).

Tablo 20: Diğer kronik hastalık varlığına göre ölçek alt boyutlarının değerlendirilmesi

		Diğer kronik hastalık		p
		Yok	Var	
		(Min-Max)-(Ort±SS (medyan))	(Min-Max)-(Ort±SS (medyan))	
PMS	Depresif	(7-29)-(17,75±6,45 (16,5))	(14-32)-(23,8±7,05 (25,5))	0,034*
	Duygulanım			
	Anksiyete	(7-30)-(14,42±6,81 (12))	(8-27)-(16,8±6,07 (16,5))	0,240
	Yorgunluk	(6-30)-(16,92±6,09 (17))	(11-28)-(21±6,7 (23,5))	0,103
	Sinirlilik	(5-21)-(12,04±4,73 (12))	(9-23)-(16,6±5,89 (19))	0,053
	Depresif			
	Düşünceler	(7-35)-(15,21±7,76 (12))	(7-33)-(19,4±9,28 (21))	0,211
	Ağrı	(3-15)-(8,33±3,58 (9))	(5-15)-(10,2±3,33 (11))	0,182
	İştah Değişimleri	(3-15)-(7,75±3,7 (7,5))	(3-15)-(8,9±3,96 (8,5))	0,412
	Uyku değişimleri	(3-15)-(8,46±3,06 (9))	(6-15)-(9,7±3,37 (8,5))	0,422
	Şişkinlik	(3-15)-(8,33±3 (9))	(3-15)-(9,4±4,17 (9))	0,594
WHOQ OL	Genel Sağlık	(0-87,5)-(47,92±20,41 (50))	(0-75)-(50±20,41 (50))	0,626
	durumu			
	Fiziksel Sağlık	(25-78,6)-(49,4±12,71 (48,2))	(25-78,6)-(58,21±14,87 (57,1))	0,055
	Psikoloji	(29,2-79,2)-(55,21±13,36 (54,2))	(41,7-79,2)-(62,92±14,23 (66,7))	0,177
	Sosyal ilişkiler	(16,7-91,7)-(53,12±19,94 (50))	(25-83,3)-(50±23,24 (45,8))	0,619
	Çevre	(25-81,3)-(52,99±15,6 (54,7))	(25-65,6)-(54,06±11,88 (57,8))	0,894

Mann Whitney U Test * $p < 0.05$

Diğer kronik hastalık görülenler ve görülmeyenler arasında PMS (depresif duygulanım alt boyutu hariç) ve yaşam kalitesi değerleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır. Diğer kronik hastalık görülenlerin depresif

duygulanım değerleri, görülmeyenlerden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur (Tablo 20).

Tablo 21: İlk menstrüasyon görme yaşı, mens süresi ve mens döngü süresi parametreleri arasındaki korelasyonun değerlendirilmesi

		İlk menstrüasyon görme yaşı ⁺	Mens süresi (gün) ⁺	Mens döngü süresi (gün) ⁺	
PMS	Depresif	r	-0,097	-0,053	
	Duygulanım	p	0,195	0,476	
	Anksiyete	r	-0,109	0,081	
		p	0,145	0,28	
	Yorgunluk	r	-0,101	-0,008	
		p	0,180	0,911	
	Sinirlilik	r	-0,124	-0,033	
		p	0,097	0,657	
	Depresif Düşünceler	r	-0,123	0,018	
		p	0,100	0,816	
	Ağrı	r	-0,039	0,098	
		p	0,604	0,192	
	İştah Değişimleri	r	-0,229	-0,139	
		p	0,002*	0,062	
	Uyku değişimleri	r	-0,100	0,182	
		p	0,181	0,015*	
	WHOQ OL	Şişkinlik	r	-0,196	-0,078
			p	0,009*	0,300
Genel Sağlık durumu		r	0,060	-0,093	
		p	0,425	0,214	
Fiziksel Sağlık		r	-0,044	-0,153	
		p	0,560	0,041*	
Psikoloji		r	-0,100	-0,041	
		p	0,184	0,588	
Sosyal ilişkiler		r	-0,014	-0,138	
		p	0,852	0,065	
Çevre		r	-0,101	-0,087	
		p	0,178	0,246	

Spearman Rho Korelasyon Analizi * $p < 0.05$

İlk menstrüasyon görme yaşı ile iştah değişimleri ve şişkinlik değerleri arasında ters yönlü, mens süresi ile uyku değişimleri arasında pozitif yönlü, mens süresi ile fiziksel sağlık değerleri arasında ters yönlü istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmaktadır (Tablo 21).

Tablo 22: Menstrüasyon öncesi yaşadığınız şikayetler (ağrı, sıcak basması, duygu durum değişikliği vs) için doktora başvurma durumuna göre ölçek alt boyutlarının değerlendirilmesi

		Menstrüasyon öncesi yaşadığınız şikayetler (ağrı, sıcak basması, duygu durum değişikliği vs) için doktora başvurma durumu		p
		Evet	Hayır	
		(Min-Max)-(Ort±SS (medyan))	(Min-Max)-(Ort±SS (medyan))	
PMS	Depresif Duygulanım	(7-35)-(20,09±7,69 (21))	(7-35)-(18,49±7,21 (17,5))	0,278
	Anksiyete	(7-35)-(14,57±6,8 (13))	(7-35)-(13,81±6,47 (12))	0,482
	Yorgunluk	(6-30)-(18,54±7,13 (19))	(6-30)-(16,97±6,56 (16))	0,208
	Sinirlilik	(5-24)-(13,77±5,98 (13))	(5-25)-(13,4±5,56 (13))	0,745
	Depresif Düşünceler	(7-35)-(16±8,6 (12))	(7-35)-(15,4±8,17 (13))	0,630
	Ağrı	(3-15)-(8,83±3,56 (9))	(3-15)-(7,96±3,74 (8))	0,153
	İştah Değişimleri	(3-15)-(8,4±4,05 (9))	(3-15)-(8,51±3,69 (8))	0,855
	Uyku değişimleri	(3-15)-(8,71±3,85 (8))	(3-15)-(7,69±3,45 (7))	0,183
	Şişkinlik	(3-15)-(9,03±3,88 (9))	(3-15)-(8,29±3,68 (8))	0,333
	WHOQOL	Genel Sağlık durumu	(0-87,5)-(52,86±19,43 (50))	(0-87,5)-(53,68±16,88 (50))
Fiziksel Sağlık		(25-75)-(54,08±14,39 (57,1))	(17,9-78,6)-(51,69±11,98 (53,6))	0,189
Psikoloji		(12,5-79,2)(59,64±14,57 (62,5))	(25-87,5)-(60,62±13,73 (62,5))	0,957
Sosyal ilişkiler		(25-100)-(58,1±20,06 (58,3))	(0-100)-(61,7±21,37 (66,7))	0,243
Çevre		(25-90,6)-(56,16±17,78 (59,4))	(15,6-100)-(60,02±15,86 (59,4))	0,273

Mann Whitney U Test

Menstrüasyon öncesi yaşadığı şikayetler için doktora başvuranlar ve başvurmayanlar arasında PMS ve yaşam kalitesi değerleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (Tablo 22).

Tablo 23: Menstrüasyon öncesi yaşanan şikayetler için tedavi alma durumuna göre ölçek alt boyutlarının değerlendirilmesi

		Menstrüasyon öncesi yaşanan şikayetler için tedavi alma durumu		p	
		Evet	Hayır		
		(Min-Max)-(Ort±SS (medyan))	(Min-Max)-(Ort±SS (medyan))		
PMS	Depresif Duygulanım	(7-31)-(20,06±8,31 (23))	(7-35)-(18,67±7,22 (18))	0,426	
	Anksiyete	(7-30)-(15,62±7,15 (14,5))	(7-35)-(13,79±6,46 (12))	0,287	
	Yorgunluk	(6-28)-(18,81±7,64 (21))	(6-30)-(17,12±6,59 (16))	0,338	
	Sinirlilik	(5-23)-(15±5,8 (15,5))	(5-25)-(13,33±5,61 (13))	0,215	
	Depresif Düşünceler	(7-33)-(16,44±8,85 (15))	(7-35)-(15,43±8,19 (13))	0,671	
	Ağrı	(3-15)-(9,19±4,05 (9,5))	(3-15)-(8,02±3,67 (8))	0,236	
	İştah Değişimleri	(3-15)-(9,06±4,34 (8,5))	(3-15)-(8,44±3,7 (8))	0,579	
	Uyku değişimleri	(3-15)-(8,69±4,27 (8,5))	(3-15)-(7,81±3,47 (7))	0,433	
	Şişkinlik	(3-15)-(9,06±4,02 (9))	(3-15)-(8,38±3,69 (8))	0,442	
	WHOQ OL	Genel Sağlık durumu	(0-87,5)-(53,91±20,78 (56,3))	(0-87,5)-(53,49±17,05 (50))	0,711
		Fiziksel Sağlık	(25-75)-(54,91±15,64 (58,9))	(17,9-78,6)-(51,88±12,15 (53,6))	0,289
	Psikoloji	(12,5-79,2)-(57,03±18,74 (66,7))	(25-87,5)-(60,76±13,32 (62,5))	0,738	
	Sosyal ilişkiler	(25-83,3)-(56,25±19,12 (58,3))	(0-100)-(61,46±21,29 (66,7))	0,316	
	Çevre	(25-81,3)-(54,1±18,14 (56,3))	(15,6-100)-(59,77±16,05 (59,4))	0,249	

Mann Whitney U Test

Menstrüasyon öncesi yaşanan şikayetler için tedavi alanlar ve almayanlar arasında PMS ve yaşam kalitesi değerleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (Tablo 23).

Tablo 24: Mens döneminde günlük kanama miktarı (ped) gruplarına göre ölçek alt boyutlarının değerlendirilmesi

		Mens döneminde günlük kanama miktarı (ped)			
		Az (<2 ped)	Normal (2-4 ped)	Yoğun (>4 ped)	
		(Min-Max)-(Ort±SS (medyan))	(Min-Max)-(Ort±SS (medyan))	(Min-Max)-(Ort±SS (medyan))	p
PMS	Depresif Duygulanım	(7-35)-(20,04±8,3 (19))	(7-35)-(18,36±7,25 (18))	(7-35)-(19,38±6,94 (17,5))	0,555
	Anksiyete	(7-31)-(14,52±7,8 (13))	(7-35)-(13,69±6,28 (12))	(7-35)-(14,42±6,56 (13,5))	0,841
	Yorgunluk	(6-30)-(18,48±7,43 (19))	(6-30)-(16,61±6,22 (16))	(6-30)-(18,53±7,43 (18))	0,241
	Sinirlilik	(5-25)-(14,52±6,26 (15))	(5-25)-(13,16±5,67 (12,5))	(5-25)-(13,8±5,17 (13))	0,550
	Depresif Düşünceler	(7-35)-(17,13±9,55 (20))	(7-35)-(15,08±7,96 (12))	(7-35)-(15,9±8,3 (13))	0,664
	Ağrı	(3-15)-(8,74±4,26 (7))	(3-15)-(7,75±3,52 (8))	(3-15)-(8,9±3,87 (9))	0,228
	İştah Değişimleri	(3-15)-(7,7±3,7 (7))	(3-15)-(8,49±3,68 (8))	(3-15)-(8,95±3,99 (9))	0,464
	Uyku değişimleri	(3-15)-(8,61±4,25 (9))	(3-15)-(7,62±3,46 (7))	(3-15)-(8,28±3,34 (8))	0,363
	Şişkinlik	(3-15)-(8,04±4,57 (7))	(3-15)-(8,46±3,63 (8))	(3-15)-(8,6±3,53 (8,5))	0,745
	WHOQOL	Genel Sağlık durumu	(0-75)-(45,11±22,53 (50))	(12,5-87,5)-(55,83±16,64 (50))	(25-87,5)-(51,56±14,49 (50))
Fiziksel Sağlık		(25-67,9)-(50,31±11,89 (53,6))	(17,9-78,6)-(52±12,95 (53,6))	(28,6-78,6)-(53,66±11,45 (53,6))	0,841
Psikoloji		(29,2-83,3)-(55,98±15,01 (58,3))	(12,5-87,5)-(60,28±14,09 (62,5))	(33,3-87,5)-(63,44±11,95 (66,7))	0,136
Sosyal ilişkiler		(8,3-91,7)-(55,43±22,42 (58,3))	(0-100)-(62,71±19,96 (66,7))	(0-100)-(59,17±23,4 (58,3))	0,261
Çevre		(25-87,5)-(55,16±18,41 (59,4))	(15,6-100)-(60,14±16,95 (59,4))	(37,5-87,5)-(59,06±12,48 (56,3))	0,457

Kruskal Wallis Test

* $p < 0.05$

Mens döneminde günlük kanama miktarı grupları arasında genel sağlık durumu değerleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır. Farklılığın tespiti için yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda; az ped kullananların genel sağlık durumu değerleri, normal sayıda ped kullananlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur (Tablo 24).

Tablo 25: Birinci derece akrabalarda premenstrüel sendrom semptomları veya tanı varlığına göre ölçek alt boyutlarının değerlendirilmesi

		Birinci derece akrabalarda premenstrüel sendrom semptomları veya tanı varlığı		P
		Evete	Hayır	
		(Min-Max)-(Ort±SS (medyan))	(Min-Max)-(Ort±SS (medyan))	
PMS	Depresif Duygulanım	(7-35)-(21,27±7,67 (23))	(7-35)-(18,16±7,11 (17))	0,020*
	Anksiyete	(7-29)-(15,86±6,75 (15))	(7-35)-(13,47±6,39 (12))	0,035*
	Yorgunluk	(6-30)-(19,46±6,96 (21))	(6-30)-(16,71±6,52 (16))	0,022*
	Sinirlilik	(5-25)-(14,89±6,16 (15))	(5-25)-(13,11±5,45 (12))	0,108
	Depresif Düşünceler	(7-33)-(18,08±8,49 (19))	(7-35)-(14,86±8,06 (12))	0,041*
	Ağrı	(3-15)-(9,03±4,27 (9))	(3-15)-(7,9±3,54 (8))	0,163
	İştah Değişimleri	(3-15)-(8,43±3,83 (8))	(3-15)-(8,51±3,74 (8))	0,970
	Uyku değişimleri	(3-15)-(8,62±3,74 (8))	(3-15)-(7,7±3,47 (7))	0,219
	Şişkinlik	(3-15)-(9,14±3,92 (8))	(3-15)-(8,26±3,65 (8))	0,244
	WHOQ OL	Genel Sağlık durumu	(0-87,5)-(48,99±19,63 (50))	(0-87,5)-(54,69±16,59 (50))
Fiziksel Sağlık		(25-78,6)-(55,31±14 (57,1))	(17,9-78,6)-(51,34±11,98 (53,6))	0,109
Psikoloji		(12,5-87,5)-(57,21±16,45(58,3))	(25-87,5)-(61,26±13,05 (62,5))	0,189
Sosyal ilişkiler		(16,7-100)-(58,11±22 (58,3))	(0-100)-(61,75±20,89 (66,7))	0,286
Çevre		(25-90,6)-(56,76±16,98 (59,4))	(15,6-100)-(59,92±16,08 (59,4))	0,343

Mann Whitney U Test * $p < 0.05$

Birinci derece akrabalarda premenstrüel sendrom semptomları veya tanı görülenlerin depresif duygulanım, anksiyete, yorgunluk ve depresif düşünceler değerleri, görülmeyenlerden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (Tablo 25).

Tablo 26: Menslerin ağırlı olma durumuna göre ölçek alt boyutlarının değerlendirilmesi

		Menslerin ağırlı olma durumu		
		Evete	Hayır	
		(Min-Max)-(Ort±SS (medyan))	(Min-Max)-(Ort±SS (medyan))	p
PMS	Depresif Duygulanım	(7-35)-(20,5±6,77 (21))	(7-35)-(15,75±7,31 (14))	0,000*
	Anksiyete	(7-35)-(14,79±6,43 (14))	(7-35)-(12,46±6,47 (10))	0,005*
	Yorgunluk	(6-30)-(19±6,31 (19))	(6-30)-(14,18±6,25 (14))	0,000*
	Sinirlilik	(5-25)-(14,78±5,36 (15))	(5-25)-(11,14±5,36 (10))	0,000*
	Depresif Düşünceler	(7-35)-(17,09±8,28 (16))	(7-35)-(12,71±7,4 (9))	0,000*
	Ağrı	(3-15)-(9±3,6 (9))	(3-15)-(6,57±3,4 (5))	0,000*
	İştah Değişimleri	(3-15)-(9,33±3,77 (9))	(3-15)-(7±3,22 (6))	0,000*
	Uyku değişimleri	(3-15)-(8,55±3,32 (8))	(3-15)-(6,71±3,64 (6))	0,000*
	Şişkinlik	(3-15)-(9,41±3,55 (9))	(3-15)-(6,69±3,38 (7))	0,000*
	WHOQ OL	Genel Sağlık durumu	(0-87,5)-(50,54±17,4 (50))	(12,5-87,5)-(58,85±16,04 (62,5))
	Fiziksel Sağlık	(17,9-78,6)-(51,66±12,82 (53,6))	(21,4-75)-(53,02±11,88 (53,6))	0,322
	Psikoloji	(12,5-87,5)-(59,52±13,7 (62,5))	(25-87,5)-(62,05±14,09 (62,5))	0,238
	Sosyal ilişkiler	(0-100)-(59,27±21,39 (62,5))	(0-100)-(64,1±20,41 (66,7))	0,238
	Çevre	(25-90,6)-(58,22±15,6 (59,4))	(15,6-100)-(61,15±17,36 (62,5))	0,251

Mann Whitney U Test *p<0.05

Mensleri ağırlı olanların PMS'nin tüm alt boyut değerleri, ağırlı olmayanlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur.

Mensleri ağırlı olanların genel sağlık durumu değerleri, ağırlı olmayanlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur (Tablo 26).

Tablo 27: Bilinen herhangi bir psikiyatrik hastalık varlığına göre ölçek alt boyutlarının değerlendirilmesi

		Bilinen herhangi bir psikiyatrik hastalık varlığı		
		Evet	Hayır	
		(Min-Max)-(Ort±SS (medyan))	(Min-Max)-(Ort±SS (medyan))	p
PMS	Depresif	(7-29)-(20,17±8,21 (23))	(7-35)-(18,75±7,3 (18))	0,579
	Duygulanım			
	Anksiyete	(7-21)-(15±4,94 (16))	(7-35)-(13,92±6,58 (12))	0,454
	Yorgunluk	(6-28)-(18,5±9,03 (20,5))	(6-30)-(17,23±6,62 (16))	0,674
	Sinirlilik	(5-25)-(14,67±6,71 (14,5))	(5-25)-(13,43±5,61 (13))	0,600
	Depresif			
	Düşünceler	(7-25)-(17,83±7,57 (20,5))	(7-35)-(15,44±8,26 (12))	0,412
	Ağrı	(3-14)-(8±4,47 (8,5))	(3-15)-(8,13±3,7 (8))	0,930
	İştah Değişimleri	(3-15)-(9,17±5,49 (9))	(3-15)-(8,47±3,69 (8))	0,826
	Uyku değişimleri	(3-14)-(8±3,58 (7,5))	(3-15)-(7,89±3,55 (7))	0,943
	Şişkinlik	(3-12)-(6,67±3,33 (6))	(3-15)-(8,5±3,72 (8))	0,229
WHOQ OL	Genel Sağlık durumu	(25-62,5)-(50±15,81 (56,3))	(0-87,5)-(53,64±17,43 (50))	0,627
	Fiziksel Sağlık	(32,1-75)-(52,98±17,12 (53,6))	(17,9-78,6)-(52,12±12,35 (53,6))	0,889
	Psikoloji	(29,2-75)-(47,92±18,02 (47,9))	(12,5-87,5)-(60,86±13,56 (62,5))	0,069
	Sosyal ilişkiler	(16,7-75)-(52,78±21,52 (58,3))	(0-100)-(61,29±21,1 (66,7))	0,321
	Çevre	(28,1-71,9)(47,92±19,03(45,3))	(15,6-100)-(59,66±16,09 (59,4))	0,153

Mann Whitney U Test

Bilinen herhangi bir psikiyatrik hastalık görülenlerin ve görülmeyenler arasında PMS ve yaşam kalitesi değerleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (Tablo 27).

Tablo 28: Son üç ayda hiç psikiyatrik tedavi alma durumuna göre ölçek alt boyutlarının değerlendirilmesi

		Son üç ayda hiç psikiyatrik tedavi alma durumu		
		Evet	Hayır	
		(Min-Max)-(Ort±SS (medyan))	(Min-Max)-(Ort±SS (medyan))	p
PMS	Depresif	(7-31)-(20,13±8,01 (20,5))	(7-35)-(18,73±7,3 (18))	0,573
	Duygulanım	(7-27)-(15,37±6,32 (13))	(7-35)-(13,89±6,54 (12))	0,419
	Anksiyete	(6-29)-(20,38±8,78 (24))	(6-30)-(17,13±6,57 (16))	0,203
	Yorgunluk	(5-25)-(17,5±7,31 (17))	(5-25)-(13,29±5,5 (13))	0,071
	Sinirlilik	(7-34)-(18,25±9,33 (20,5))	(7-35)-(15,39±8,19 (12))	0,382
	Depresif	(3-15)-(8,75±4,83 (9))	(3-15)-(8,1±3,67 (8))	0,736
	Düşünceler	(3-15)-(11,63±4,66 (13,5))	(3-15)-(8,35±3,65 (8))	0,033
	Ağrı	(3-13)-(7,5±3,3 (8))	(3-15)-(7,91±3,56 (7))	0,849
	İştah	(3-15)-(9,75±4,46 (10,5))	(3-15)-(8,38±3,68 (8))	0,374
	Değişimleri	(3-15)-(9,75±4,46 (10,5))	(3-15)-(8,38±3,68 (8))	0,374
	Uyku	(3-13)-(7,5±3,3 (8))	(3-15)-(7,91±3,56 (7))	0,849
değişimleri	(3-13)-(7,5±3,3 (8))	(3-15)-(7,91±3,56 (7))	0,849	
Şişkinlik	(3-15)-(9,75±4,46 (10,5))	(3-15)-(8,38±3,68 (8))	0,374	
WHOQ	Genel Sağlık	(25-75)-(54,69±16,28 (62,5))	(0-87,5)-(53,47±17,44 (50))	0,768
OL	durumu	(25-75)-(54,69±16,28 (62,5))	(0-87,5)-(53,47±17,44 (50))	0,768
	Fiziksel Sağlık	(35,7-75)-(54,91±14,15 (51,8))	(17,9-78,6)-(52,02±12,43 (53,6))	0,690
	Psikoloji	(29,2-75)-(56,77±18,09 (64,6))	(12,5-87,5)-(60,6±13,68 (62,5))	0,763
	Sosyal ilişkiler	(16,7-66,7)-(50±18,37 (54,2))	(0-100)-(61,51±21,14 (66,7))	0,099
	Çevre	(31,3-81,3)-(58,2±19,26 (60,9))	(15,6-100)-(59,32±16,18 (59,4))	0,975

Mann Whitney U Test

Son üç ayda psikiyatrik tedavi alanlar ve almayanlar arasında PMS ve yaşam kalitesi değerleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (Tablo 28).

Tablo 29: Yaşam kalitesi ölçeği ile PMS ölçeği alt boyutları arasındaki korelasyonun değerlendirilmesi

		Genel Sağlık durumu	Fiziksel Sağlık	Psikoloji	Sosyal ilişkiler	Çevre
Depresif Duygulanım	r	-0,320	-0,133	-0,362	-0,314	-0,252
	p	0,000*	0,074	0,000*	0,000*	0,001*
Anksiyete	r	-0,321	-0,235	-0,355	-0,339	-0,255
	p	0,000*	0,001*	0,000*	0,000*	0,001*
Yorgunluk	r	-0,246	-0,09	-0,225	-0,199	-0,175
	p	0,001*	0,226	0,002*	0,007*	0,018*
Sinirlilik	r	-0,214	-0,058	-0,26	-0,227	-0,170
	p	0,004*	0,438	0,000*	0,002*	0,022*
Depresif Düşünceler	r	-0,310	-0,169	-0,424	-0,334	-0,287
	p	0,000*	0,023*	0,000*	0,000*	0,000*
Ağrı	r	-0,214	-0,115	-0,177	-0,234	-0,179
	p	0,004*	0,123	0,017*	0,002*	0,016*
İştah Değişimleri	r	-0,054	0,043	-0,091	-0,094	0,036
	p	0,468	0,562	0,222	0,210	0,634
Uyku değişimleri	r	-0,229	-0,123	-0,187	-0,221	-0,153
	p	0,002*	0,098	0,012*	0,003*	0,040*
Şişkinlik	r	-0,072	0,052	-0,088	-0,034	0,033
	p	0,336	0,489	0,241	0,653	0,658

*Spearman Rho Korelasyon Analizi *p<0.05*

Genel sağlık durumu, psikoloji, sosyal ilişkiler ve çevre alt boyutları ile PMS (iştah değişimleri ve şişkinlik alt boyutları hariç) arasında ters yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmaktadır. Fiziksel sağlık ile anksiyete ve depresif düşünceler arasında ters yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmaktadır (Tablo 29).

5. TARTIŞMA

Premenstrüel sendromun, 18-49 yaş arası kadınlarda yaşam kalitesine etkisini incelediğimiz çalışmamızda, PMS'nin yaşam kalitesini (iştah değişimleri ve şişkinlik hariç) anlamlı olarak azalttığı bulundu. Katılımcıların yaşam kalitesi orta düzeyde değerlendirildi. Alt alanlar incelendiğinde; PMS sırasında görülen depresif duygulanım, anksiyete ve depresif düşüncelerin, yaşam kalitesi alt alanlarından genel sağlık, psikoloji ve sosyal ilişkiler alanlarını daha çok olumsuz etkilediği görüldü.

Çelik ve Uskun'un yaptıkları çalışmada, PMS'nin, fiziksel ve psikolojik sağlığı ve sosyal ilişkileri negatif olarak etkilediği ve bunlara bağlı yaşam kalitesinde düşüş yaşandığı belirtilmiştir (56). Rezende ve ark.'nın yaptıkları çalışmada, üniversite öğrencilerinin %30'dan fazlasında PMS semptomlarının; iş/üniversitedeki etkinlik ve üretkenliklerini, iş arkadaşlarıyla ilişkilerini, aile ilişkilerini, aktivitelerini ve sosyal yaşamlarını orta ila şiddetli derecelerde etkilediği belirtilmiştir (18). Branecka-Woźniak ve ark.'nın yaptıkları çalışmada, PMS'li kadınların yaşam kalitesi orta düzeyde değerlendirilmiştir. Yaşam kalitesi alt alanlarında en yüksek puanlar sosyal ilişkiler alanında, en düşük puanlar ise ruh sağlığı alanında elde edilmiştir (57). Jaber ve ark.'nın yaptıkları çalışmada, PMS semptomlarının; kadınların günlük aktivitelerini, genel görünülerinden ve kilolarından duydukları memnuniyeti, aile üyeleriyle ve diğer insanlarla ilişkilerini etkilediği gösterilmiştir. PMS'nin, kadınları ve yaşam kalitelerini çeşitli şekillerde etkileyen yaygın bir durum olduğu belirtilmiştir (58).

Al-Shahrani ve ark.'nın yaptığı çalışmada, PMS'nin yaşam kalitesi alt ölçeklerini önemli ölçüde etkilediği bildirilmiştir (59). Ayadilord ve ark.'nın yaptıkları çalışmada, PMS ile yaşam kalitesi arasında zayıf bir negatif korelasyon saptanmıştır (60). Kustriyanti ve Rahayu'nun yaptıkları çalışmada, PMS'li kadınlarda yaşam kalitesinin alt alanlarından fiziksel sağlık, psikolojik, sosyal ilişki ve çevre alanı anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur (61).

Primer dismenore hastalarında, adet dönemleri boyunca yaşam kalitesindeki değişikliğin incelendiği bir çalışmada; tüm katılımcıların yaşam kalitesi

perimenstrüel haftada geç foliküler faz haftasına göre anlamlı derecede düşük bulunmuştur. Perimenstrüel haftada, PMS'li kadınların yaşam kalitesi PMS'siz kadınlara göre anlamlı olarak daha düşük iken; geç foliküler fazda, yaşam kalitesi açısından aralarında anlamlı fark bulunamamıştır (62). Bhuvanewarive ark.'nın yaptığı çalışmada, PMS tüm alanlarda daha düşük yaşam kalitesi ile ilişkilendirilmiştir (63). Seyedtabae ve ark.'nın yaptıkları çalışma, PMS şiddetinin psikolojik iyi oluş ile anlamlı bir korelasyona sahip olduğunu göstermiş ve PMS durumunun psikolojik iyi oluş varyansının %11'ini yordadığı belirtilmiştir (64). Victor ve ark.'nın yaptığı çalışmada PMS'si olmayan öğrencilerin yaşam kalitesi tüm alt alanlarda anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (65). Malhotra ve ark.'nın yaptıkları çalışmada, katılımcılar arasında PMS'nin sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi üzerinde orta derecede negatif etkisi bulunmuştur (66). Karimiankakolaki ve ark.'nın yaptıkları çalışmada, PMS ile yaşam kalitesi arasında fiziksel sağlık alt alanı dışında diğer alt alanlarla anlamlı ilişki bulunmuştur (67).

Bu sonuçlar, PMS'nin yönetimi ve tedavisi konusunda bireylerin sadece fiziksel belirtilerine odaklanmaktan ziyade duygusal ve sosyal boyutları da içeren bütünsel bir yaklaşıma odaklanması gerektiğini düşündürmektedir.

Çalışmamızda, PMS prevalansı %45,3 olarak bulundu. Erbil ve Yücesoy'un, 6890 kadın üzerinde yapılan 8 çalışmayı incelediği meta-analizde, Türkiye genelinde PMS prevalansı %52,2 olarak bulunmuştur. Aynı çalışmada, PMS prevalansı lise öğrencilerinde %59, üniversite öğrencilerinde %50,3 bulunmuştur. Çalışmada, Türk üreme çağındaki kadınlar arasında premenstrüel sendromun yaygın olduğu belirtilmiştir (22).

Çelik ve Uskun'un Isparta ili Uluborlu ilçe merkezinde yaptıkları çalışmada PMS prevalansı %47,3 (56), Çevik ve Alan'ın ebelik öğrencileri ile yaptıkları çalışmada PMS prevalansı %76,2 (68), Kızmaz ve ark.'nın kırsalda yaşayan kadınlarla yaptıkları çalışmada PMS prevalansı %52,7 (69), Akmal ve ark.'nın Bursa Çekirge Devlet Hastanesi'nde çalışan kadınlarla yaptıkları çalışmada PMS prevalansı %51 (70), Bilir ve ark.'nın üniversite öğrencileri arasında yaptıkları çalışmada PMS prevalansı %71,3 (71), Yeşildere Sağlam ve Basar'ın Kütahya ilinde

yaşayan 15-49 yaş arası kadınlarla yaptıkları çalışmada PMS prevalansı %48,75 (72) olarak bulunmuştur.

Yapılan meta-analizlerde; Hindistan'da PMS prevalansı %43 (17), Etiyopya'da %53 (8), Bulgaristan'da %32,1 (2) olarak bulunmuştur. Yapılan çalışmalarda, Brezilya'da PMS prevalansı %46,9 (18), Güney Kore'de %25,5 (16), Birleşik Arap Emirlikleri'nde %35,3 (73) olarak bulunmuştur.

Tüm bu çalışmalar küresel anlamda, PMS prevalansının %25,5- %76,2 arasında değiştiğini göstermektedir. Birinci basamakta çalışan hekimlerin PMS hakkında ki farkındalıklarının yüksek olması, hastaların yaşam kalitelerini artırabilir.

Çalışmamızda, yaş ile PMS'nin tüm alt alanlarında negatif korelasyon tespit edildi. Fakat ağrı, uyku değişimleri ve şişkinlik alt alanlarında bu ilişki istatistiksel olarak anlamlı değildi. Yaş arttıkça PMS'nin alt alanlarından en çok depresif duygulanım ve sinirlilik azalmakta idi. Yaş ilerledikçe kadınların başa çıkma becerilerinin ve duygusal tepkilerini yönetme kabiliyetlerinin artması, PMS nin psikolojik semptomlarından şikayetleri azaltmış olabilir.

Nandakumar ve ark.'nın yaptıkları çalışmada, 18-21 yaş grubundaki katılımcıların, 22-35 yaş grubundaki katılımcılara göre PMS sıklığı anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (74). Dutta ve Sharma'nın yaptıkları çalışmada, ergenlik döneminde PMS'nin tahmini prevalansı (%49,6), genel popülasyona göre (%43) daha yüksek bulunmuştur (17). Houghton ve ark.'nın yaptıkları çalışmada, PMS'li grubun yaş ortalaması, PMS'siz gruba göre anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur (75). Çelik ve Uskun'un yaptıkları çalışmada, 30 yaş altındaki kadınların, 30 ve üstü yaşında olanlara göre PMS semptomlarını daha yoğun olarak yaşadığı bulunmuştur (56).

Erbil ve Yücesoy'un yaptıkları çalışmada, PMS prevalansı lise öğrencilerinde %59, üniversite öğrencilerinde %50,3 olarak bulunmuştur (7). Geta ve ark.'nın yaptıkları çalışmada, lise öğrencilerinde %56,19, üniversite öğrencilerinde %53,87 olarak bulunmuştur (8).

Altamimi ve ark. ise üniversite öğrencileri ile yaptıkları çalışmada, yaş ile PMS sıklığı arasında çok zayıf pozitif yönde korelasyon tespit etmişlerdir (77).

Abeje ve Berhanu'nun ortaokul öğrencileri arasında yaptıkları çalışmada, PMS prevalansı %81,3 olarak bulunmuş ve PMS prevalansının yaşla birlikte arttığı tespit edilmiştir (27). Kamat ve ark.'nın 8-23 yaş grubunda 1702 kız çocuğu ile yaptıkları çalışmada, yaş arttıkça PMS riskinin anlamlı olarak arttığı bulunmuştur (78). Durairaj ve Ramamurthi'nin üniversite öğrencileri ile yaptıkları çalışmada da, yaş arttıkça PMS görülme sıklığının arttığı gösterilmiştir (79).

Yapılan bazı çalışmalarda ise yaş ile PMS arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır (18,63,70,72,80-82).

Çalışmamızda, BKİ ile PMS arasında anlamlı ilişki bulunamadı. Thakur ve ark.'nın Hindistan'daki öğrenciler arasında yaptıkları çalışmada, PMS şiddeti ile vücut yağ yüzdesi ve BKİ arasında anlamlı düzeyde pozitif korelasyon bulunmuştur (83). Altamimi ve ark. yaptıkları çalışmada, BKİ ile PMS sıklığı arasında çok zayıf pozitif yönde korelasyon tespit etmişlerdir (77). Mizgier ve ark.'nın yaptıkları çalışmada, 25 kg/m²'den düşük BKİ'ye sahip kadınlar, BKİ 25 kg/m² ve üstü olan kadınlara göre iki kat daha fazla PMS (%68,2'ye karşı %31,8)'ye sahip olduğu bulunmuştur. PMS'si olmayan kadınlarda, PMS'li kadınlara göre, yağ kütlesi değerleri anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (84). ELBanna ve ark.'nın yaptıkları çalışmada, katılımcılar BKİ'ye göre; zayıf, normal ve kilolu olarak üç gruba ayrılmıştır. Çalışmada, normal BKİ'ye sahip katılımcıların zayıf ve kilolulara göre PMS prevalansları anlamlı olarak düşük bulunmuştur. Zayıf ve kilolu BKİ'ye sahip katılımcılar arasında PMS prevalansı yönünden anlamlı fark bulunamamıştır (85). Houghton ve ark.'nın yaptıkları çalışmada, PMS'li grubun BKİ ortalamaları, PMS'siz gruba göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (75).

Yapılan bazı çalışmalarda ise BKİ ile PMS arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır (59,73-74,79-80,82,86-87). Rezende ve ark.'nın yaptıkları çalışmada, beden kitle indeksi normal olanların PMS prevalansı (%45,7), kilolu olanlara göre (%55,6) daha düşük bulunmuş fakat aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (18). Shah ve Christian'nın yaptıkları çalışmada, BKİ 25 kg/m² ve üstü olanlarda, daha düşük olanlara göre PMS prevalansı daha yüksek olmasına rağmen fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (14).

Çalışmamızda, evli olan katılımcıların, diğer katılımcılara göre, PMS'nin tüm alt dallarında daha düşük ortalama puana sahip oldukları belirlendi. Ağrı ve uyku değişiklikleri haricindeki tüm alt alanlarda bu farklılık anlamlı bulundu. Bu sonuç, evli bireylerin sosyal- psikolojik desteklerinin daha güçlü ve daha düzenli bir yaşam tarzına sahip olabileceğini ve bu durumun PMS semptomlarında hafiflemeye yol açabileceğini düşündürdü.

Yeşildere Sağlam ve Basar'ın yaptıkları çalışmada, evli katılımcıların PMS prevalansı bekarlara göre anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur (72). Hashim ve ark.'nın yaptıkları çalışmada ise, medeni hal ile PMS'nin fiziksel, psikolojik ve davranışsal semptomları arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır (73). Benzer şekilde, Tolossa ve ark.'nın yaptıkları çalışmada da, medeni hal ile PMS arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır (88).

Araştırmamızda, ev hanımlarının çalışanlara göre, PMS semptomlarını daha az yaşadığı görüldü. Bu farkın; anksiyete, ağrı ve uyku değişimleri hariç diğer alt alanlarda anlamlı olduğu tespit edildi. Buna karşın, Yeşildere Sağlam ve Basar'ın yaptıkları çalışmada, PMS prevalansı ile çalışma durumu arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır (72).

Çalışmamızın sonucunda, çay/kahve tüketme sıklığı ile PMS alt alanları arasında anlamlı ilişki bulunmadı. Çalışmamız, sabah kahvaltıları dahil günlük çay/kahve tüketme sıklığı sorgulanması ile diğer çalışmalardan ayrılmaktadır.

DinhTrieuNgo ve ark.'nın yaptıkları çalışmada, haftada üç kereden fazla kafein tüketen katılımcıların PMS oranı, tüketmeyen katılımcılara göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. (80). Abeje ve Berhanu'nun yaptıkları çalışmada, kahve tüketimi ile PMS prevalansı arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Hiç kahve tüketmeyenlere göre günlük 1-4 arası fincan kahve tüketenler PMS riski açısından 1,93 kat daha riskli iken, günlük 5 ve üzeri fincan kahve tüketenlerin PMS riski 6,79 kat daha riskli bulunmuştur (27). Bhuvaneswari ve ark.'nın yaptıkları çalışmada, kafein tüketimi olanlarda, olmayanlara göre PMS prevalansı anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (63). Bazı çalışmalarda ise, kafein alımı veya kahve tüketimi ile PMS arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır (73-74,87).

Çalışmamızda, sigara ile PMS ve alt ölçekleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmadı. Rezende ve ark.'nın yaptıkları çalışmada, sigara içenlerde (%62,2), içmeyenlere göre (%45,7) PMS görülme sıklığı anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (18). Choi ve Hamidovic'in yaptıkları çalışmada, sigara içmenin, PMS riskini %27 artırdığı bildirilmiştir (30). Hashim ve ark.'nın yaptıkları çalışmada, sigara içmenin, PMS'nin psikolojik semptomlarının görülme riskini 2,5 kat ve davranışsal semptomlarının görülme riskini 2,2 kat artırdığı bulunmuştur (73). Fernández ve ark.'nın yaptıkları vaka kontrol çalışmasında, hiç sigara içmeyenlere kıyasla 3 paket-yıldan az sigara içenlerde PMS olasılığı 1,78 kat, 3 ila 8 paket-yıl sigara içenlerde PMS olasılığı 2,34 kat daha yüksek bulunmuştur (89). Houghton ve ark.'nın yaptıkları çalışmada, PMS'li grubun sigara içme oranı (8,6 paket/yıl), PMS'siz gruba göre (5 paket/yıl) daha yüksek bulunmasına rağmen fark istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (75). Shah ve Christian'nın yaptıkları çalışmada ise, sigara kullanımı ile PMS arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır (14).

Çalışmamızda, alkol kullanımının, PMS'nin alt ölçeklerinden depresif duygulanım, sinirlilik, iştah değişimleri ve şişkinlik semptomlarını anlamlı olarak artırdığı bulundu. Bununla beraber alkol kullanımı, PMS'nin alt ölçeklerinden anksiyete, yorgunluk, depresif düşünceler, ağrı, uyku değişimlerinde anlamlı değişiklik oluşturmadı. Rezende ve ark.'nın yaptıkları çalışmada, son bir ayda alkol tüketenlerde (%49,4), tüketmeyenlere göre (%40,0) PMS görülme sıklığı anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (18). Yapılan bazı çalışmalarda ise alkol kullanma durumu ile PMS arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır (14,75,80,87).

Çalışmamızda, haftada en az 3 gün en az 1 saat süreyle düzenli egzersiz yapan katılımcıların, diğer katılımcılara göre, PMS'nin tüm alt dallarında daha düşük ortalama puana sahip oldukları belirlendi. Depresif duygulanım, depresif düşünceler ve iştah değişimleri haricindeki tüm alt alanlarda bu farklılık anlamlı bulundu. Bu sonuç, düzenli egzersizin fiziksel ve zihinsel sağlığa olan genel katkılarından kaynaklandığı düşünüldü. Ayrıca psikolojik alt alanlarda etkinin daha düşük olması, egzersizin fiziksel semptomlarla daha çok ilişkili olduğunu düşündürdü.

Nandakumar ve ark.'nın yaptıkları çalışmada, düzensiz fiziksel aktivite bildiren katılımcıların, düzenli fiziksel aktivite bildiren katılımcılara göre PMS

sıklığı anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (74). Thakur ve ark.'nın yaptıkları çalışmada, PMS şiddeti ile fiziksel aktivite arasında anlamlı zayıf düzeyde negatif korelasyon bulunmuştur (83). Kawabe ve ark.'nın yaptıkları çalışmada, haftalık toplam fiziksel aktivitesi 3000 MET-dakika üstünde olanlarda, 3000 MET-dakika altında olanlara göre, PMS semptomlarının daha hafif olduğu tespit edilmiştir (90).

Altamimi ve ark.'nın yaptıkları çalışmada, haftanın 4 gününden fazla orta düzeyde fiziksel aktivite yapanlara göre, haftanın 1 ila 4 gün arası orta düzeyde fiziksel aktivite yapanlarda PMS riski 1.62 kat daha yüksek, fiziksel aktivite yapmayanlarda PMS riski 1.24 kat daha yüksek bulunmuştur (77). Çitil ve Kaya'nın yaptıkları deneysel çalışmada, üç ay boyunca yapılan pilates egzersizlerinin PMS semptomlarını önemli ölçüde azalttığı bulunmuştur (91).

Pearce ve ark.'nın yaptıkları sistematik derleme çalışmasında, en az 8 haftalık egzersiz yapan deney grubu ile egzersiz yapmayan kontrol grubunu karşılaştıran 7 çalışma ele alınmıştır. Çalışma, egzersizin PMS'nin psikolojik, fiziksel ve davranışsal semptomlarında önemli ve istatistiksel olarak anlamlı bir azalmaya işaret ettiğini belirtmiştir (32). Shrestha ve ark.'nın yaptıkları çalışmada, PMS'nin fiziksel aktivite ile anlamlı ilişkisi olduğu bulunmuştur (86).

Yılmaz Akyüz ve Aydın Kartal'ın yaptıkları çalışmada, katılımcılar üç gruba ayrılarak; bir grupta üç ay boyunca diyet ve bir grupta üç ay boyunca aerobik egzersiz uygulanmıştır. Diyet ve aerobik egzersiz gruplarının ortalama PMS skorunun müdahaleden sonra önemli ölçüde azaldığı tespit edilmiştir (92).

Vaghela ve ark.'nın yaptıkları çalışmada, katılımcılar 2 gruba ayrılmış, bir gruba 1 ay boyunca aerobik egzersiz, diğer gruba haftada 3 kez 40 dakika yoga hareketleri uygulanmıştır. Çalışma sonucunda hem aerobik egzersizin hem de yoga hareketlerinin PMS semptomlarını önemli ölçüde azalttığını gösterilmiştir. Aerobik egzersizle karşılaştırıldığında yoga, PMS semptomlarını hafifletmede daha etkili bulunmuştur (93). Bhuvanewari ve ark.'nın yaptıkları çalışmada, düzenli fiziksel aktivite yapanların yapmayanlara göre, PMS prevalansı anlamlı olarak düşük bulunmuştur (63).

Yapılan bazı çalışmalarda ise fiziksel aktivite ile PMS arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır (14,27,59,73,79-80,87). Houghton ve ark.'nın yaptıkları çalışmada, PMS'li grubun fiziksel aktivite düzeyi (28,5 MET/hafta), PMS'siz gruba göre (24,6 MET/hafta) daha yüksek bulunmasına rağmen fark istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (75).

Çalışmamızda, düzenli uyuma durumu (her gün aynı saatte, bölünmemiş, kaliteli uyku) sorgulanmıştır. Düzenli uyuyanların PMS semptomlarını daha hafif algıladığı bulundu. Bu farklılık ağrı, iştah değişimleri ve şişkinlik alt dalları haricinde diğer alanlarda anlamlı olduğu tespit edildi. Erbil ve Yücesoy'un yaptıkları çalışmada, PMS ile uyku kalitesi arasında pozitif korelasyon tespit etmişlerdir (76). Conzatti ve ark.'nın yaptıkları çalışmada, PMS'li kadınlarda kötü uyku kalitesi riski iki kat daha yüksek bulunmuştur (94). Ayadilord ve ark.'nın yaptıkları çalışmada, PMS ile gündüz uyuklama (Epworth Uykululuk Ölçeği ile ölçülmüş) arasında zayıf pozitif yönde bir korelasyon saptanmıştır (60). Seyedtabae ve ark. yaptıkları çalışmada, uyku düzeni, süresi ve kalitesinin PMS üzerinde etkili olduğunu belirtmişlerdir (64). Bu sonuç, düzenli uykunun fiziksel ve zihinsel sağlığa olan genel katkılarından kaynaklandığı düşündürdü.

Çalışmamızda, kronik hastalık varlığı, tiroid hastalığı varlığı ile PMS arasında anlamlı ilişki bulunmadı. DinhTrieuNgo ve ark.'nın yaptıkları çalışmada, PMS'li katılımcıların depresyon hastalığı oranı, PMS'siz katılımcılara göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (80). Rezende ve ark.'nın yaptıkları çalışmada ise, hipertiroidizm veya hipotiroidizm tanısı olanların PMS prevalansı (%52,9), tanısı olmayanlara göre (%46,2) daha yüksek bulunmuş fakat aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır. Depresyon tanısı olanların PMS prevalansı (%65,0), tanısı olmayanlara göre (%41,3) anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (18).

Çalışmamızda, iştah değişimleri ve şişkinlik semptomları ile ilk menstrüasyon görme yaşının çok zayıf düzeyde negatif korelasyon gösterdiği bulundu. Diğer alt alanlarda anlamlı bir ilişki bulunmadı. Bu sonuç, hormonal değişikliklerin yaşa göre semptomlarda farklılık oluşturabileceğini düşündürdü.

DinhTrieuNgo ve ark.'nın yaptıkları çalışmada, PMS'li katılımcıların ilk adet yaşı, PMS'siz katılımcılara göre anlamlı olarak düşük bulunmuştur (80). Eshetu ve

ark.'nın yaptıkları çalışmada, erken menarş yaşı (13 yaş altında olanlar) PMS riskini 2,64 kat artırdığı bulunmuştur (95). Abeje ve Berhanu'nun yaptıkları çalışmada, ilk adet yaş 12 ve altında olanların PMS riski, 13 - 14 yaş aralığında olanlara göre 2,68 kat daha yüksek bulunmuştur (27). Houghton ve ark.'nın yaptıkları çalışmada, PMS'li grubun menarş yaşı PMS'siz gruba göre anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur (75). Yoshimi ve ark.'nın yaptıkları çalışmada, menarş yaşının PMS üzerinde etkili olduğunu belirtilmiştir (96).

Rezende ve ark.'nın yaptıkları çalışmada, ilk adet yaşı 12 altında olanların PMS prevalansı (%51,2), 12 ve üstü olanlara göre (%45,3) daha yüksek bulunmuş fakat aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (18).

Çalışmamızda, mens döngü süresi ile PMS arasında anlamlı ilişki bulunamadı. Abeje ve Berhanu'nun yaptıkları çalışmada, adet döngüsü süresi 35 gün ve üzeri olanların PMS riski, 21-35 gün arası olanlara göre anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur. 21 gün ve altında adet döngüsü olanların, 21-35 gün arası olanlara göre PMS riski daha yüksek bulunsa da istatistiksel olarak anlamlı değerlendirilmemiştir (27). DinhTrieuNgo ve ark.'nın yaptıkları çalışmada ise, mens döngü süresi ile PMS arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır (80).

Çalışmamızda, mens döneminde günlük kanama miktarı (ped) ile PMS arasında anlamlı ilişki bulunmadı. Eshetu ve ark.'nın yaptıkları çalışmada, adet sırasında çok sayıda ped kullanılması (sekizden fazla) PMS riskini 4,44 kat artırdığı bulunmuştur (95). Shrestha ve ark.'nın yaptıkları çalışmada, PMS'nin adet kanama miktarı ile anlamlı ilişkisi olduğu bulunmuştur (86). Durairaj ve Ramamurthi'nin yaptıkları çalışmada, adet kanaması miktarı arttıkça PMS görülme sıklığının arttığı gösterilmiştir (79). DinhTrieuNgo ve ark.'nın yaptıkları çalışmada ise, adet kan volumü ile PMS arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır (80).

Çalışmamızda, birinci derece akrabalarda premenstrüel sendrom semptomları veya tanısı olan katılımcıların PMS semptomlarının daha şiddetli olduğu bulundu. Bu farkın, PMS'nin alt alanlarından depresif duygulanım, anksiyete, yorgunluk ve depresif düşünceler alanlarında anlamlı olduğu tespit edildi. Bu sonuç, PMS'nin genetik faktörlerden etkilendiğini düşündürdü.

Eshetu ve ark.'nın yaptıkları çalışmada, ailede PMS öyküsü olması PMS riskini 4,05 kat artırdığı bulunmuştur (95). DinhTrieuNgo ve ark.'nın yaptıkları çalışmada ise, ailede PMS öyküsü ile PMS arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır (80).

Çalışmamızda, katılımcıların çoğunun (%64,1) menslerinin ağrılı olduğu, menstrüasyon öncesi yaşadığı şikayetler için doktora başvurma durumunun düşük (%19,3) olduğu, bu şikayetler için tedavi alma durumunun çok az (%8,8) olduğu saptandı. Doktora başvurma durumu ve tedavi alma durumu ile PMS arasında anlamlı ilişki bulunmadı. Bu sonuç, PMS tanı ve tedavisinde yetersizlik olduğunu düşündürdü.

Bilir ve ark.'nın yaptıkları çalışmada, PMS'li öğrencilerin yalnızca %19,9'unun bir sağlık uzmanına başvurduğu belirtilmiştir (71). Durairaj ve Ramamurthi'nin yaptıkları çalışmada, orta ila şiddetli PMS olan üniversite öğrencilerinin %85,6'sı semptomlarını anormal olarak algılamış, ancak bu öğrencilerin sadece %16,4'ü doktor kontrolüne gittiği tespit edilmiştir (79). Kamat ve ark.'nın yaptıkları çalışmada, tıp öğrencilerin %16,07'si, tıp dışı öğrencilerin ise %14,81'inin tedavi aradığı belirtilmiştir (78). Buddhabunyakan ve ark.'nın Tayland'daki bir lisede yaptıkları çalışma, PMS için katılımcıların %38,4'ün analjezik ilaç kullandığını bulmuştur (87). Işık ve ark.'nın sağlık bilimleri öğrencileri ile yaptıkları çalışmada, katılımcıların %40'ının oral ilaç kullandığını rapor etmiştir (97). Tolossa ve ark.'nın yaptıkları çalışma, Mekelle Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi'nde öğrenim gören öğrencilerin %48'inin semptomları için tıbbi tedavi aradığını, %36,4'ünün ağrı kesici kullandığını bulmuştur (88).

6. SONUÇ

Araştırmamız, literatürle uyumlu şekilde PMS'nin toplumda yaygın (%45,3) olduğunu ve yaşam kalitesini (iştah değişimleri ve şişkinlik hariç) anlamlı derecede azalttığını ortaya koymaktadır. PMS, özellikle genel sağlık, psikoloji ve sosyal ilişkiler alt alanlarını daha çok olumsuz etkilemektedir. PMS'nin yönetimi ve tedavisi konusunda bireylerin sadece fiziksel belirtilerine odaklanmaktan ziyade duygusal ve sosyal boyutları da içeren bütüncül bir yaklaşım gerektirmektedir.

Çoğu kadının menslerinin ağrılı olmasına rağmen, PMS için doktora başvurma durumu düşüktür ve tedavi alma durumu çok azdır. PMS'li bireylerin doktora başvurma oranlarını artırmak amacıyla, toplumsal bilinçlendirme kampanyaları düzenlenmeli ve okullarda genç kızlara yönelik eğitim programları oluşturulmalıdır. Sağlık çalışanları, kadınları PMS semptomları konusunda daha etkin sorgulamalı ve tedavi konusunda bütüncül yaklaşıma yönelmelidirler.

Düzenli uyuyanlarda ve düzenli egzersiz yapanlarda PMS daha az görülmektedir. Sağlık çalışanları, yaşam tarzı değişikliklerini teşvik ederek düzenli egzersiz, sağlıklı beslenme, stres yönetimi ve düzenli uyku gibi alışkanlıkları desteklemelidir.

7. KAYNAKÇA

1. Yin, W., Zhang, J., Guo, Y., Wu, Z., Diao, C., & Sun, J. (2023). Melatonin for premenstrual syndrome: A potential remedy but not ready. *Frontiers in endocrinology*, *13*, 1084249. <https://doi.org/10.3389/fendo.2022.1084249>
2. Chumpalova, P., Iakimova, R., Stoimenova-Popova, M., Aptalidis, D., Pandova, M., Stoyanova, M., & Fountoulakis, K. N. (2020). Prevalence and clinical picture of premenstrual syndrome in females from Bulgaria. *Annals of general psychiatry*, *19*, 3. <https://doi.org/10.1186/s12991-019-0255-1>
3. Matsumoto, T., Asakura, H., & Hayashi, T. (2013). Biopsychosocial aspects of premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder. *Gynecological Endocrinology*, *29*(1), 67-73.
4. Gudipally PR, Sharma GK. Premenstrual Syndrome. In: StatPearls. StatPearls Publishing, Treasure Island (FL); 2023. PMID: 32809533.
5. Tiranini, L., & Nappi, R. E. (2022). Recent advances in understanding/management of premenstrual dysphoric disorder/premenstrual syndrome. *Faculty reviews*, *11*, 11. <https://doi.org/10.12703/r/11-11>
6. Rapkin, A. J., & Akopians, A. L. (2012). Pathophysiology of premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder. *Menopause international*, *18*(2), 52-59.
7. Dubey, N., Hoffman, J. F., Schuebel, K., Yuan, Q., Martinez, P. E., Nieman, L. K., ... & Goldman, D. (2017). The ESC/E (Z) complex, an effector of response to ovarian steroids, manifests an intrinsic difference in cells from women with premenstrual dysphoric disorder. *Molecular psychiatry*, *22*(8), 1172-1184.
8. Geta, T. G., Woldeamanuel, G. G., & Dassa, T. T. (2020). Prevalence and associated factors of premenstrual syndrome among women of the

- reproductive age group in Ethiopia: Systematic review and meta-analysis. *PloS one*, 15(11), e0241702.
9. Edisan, Z., & KADIOĞLU, F. (2013). Yaşam kalitesi kavramının antik dönemdeki öncülleri. *Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Dergisi*, 3(3), 1-4.
 10. Dilbaz, B., & Aksan, A. (2021). Premenstrual syndrome, a common but underrated entity: review of the clinical literature. *Journal of the Turkish German Gynecological Association*, 22(2), 139.
 11. Varghese, J., Koothan, V., & Sujaritha, V. (2019). Study of the magnitude of premenstrual syndrome in a tertiary care institute in Pondicherry, India. *International Journal of Reproduction, Contraception, Obstetrics and Gynecology*, 8(6), 2188-2193.
 12. The American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Premenstrual Syndrome (PMS). İnternet: <https://www.acog.org/womens-health/faqs/premenstrual-syndrome> İnternet Erişimi: 23.10.2023.
 13. DSM-V. APA releases diagnostic and statistical manual of mental disorders, fifth edition, textrevision (DSM-5-TR). American Psychiatric Association. 2022. İnternet: <https://www.psychiatry.org/newsroom/news-releases/apa-releases-diagnostic-and-statistical-manual-of-mental-disorders-fifth-edition-text-revision-dsm-5-tr>. Erişim Tarihi: 23.10.2023
 14. Shah, R. S., & Christian, D. S. (2020). Association of socio-demographic, dietary and lifestyle factors with Premenstrual Syndrome (PMS) among undergraduate medical students of a tertiary care institute in Ahmedabad, Gujarat. *Journal of family medicine and primary care*, 9(11), 5719–5724. https://doi.org/10.4103/jfmpe.jfmpe_1553_20
 15. Eisenlohr-Moul T. (2019). Premenstrual Disorders: A Primer and Research Agenda for Psychologists. *The Clinical psychologist*, 72(1), 5–17.

16. Park, Y. J., Shin, H., Jeon, S., Cho, I., & Kim, Y. J. (2021). Menstrual Cycle Patterns and the Prevalence of Premenstrual Syndrome and Polycystic Ovary Syndrome in Korean Young Adult Women. *Healthcare (Basel, Switzerland)*, 9(1), 56. <https://doi.org/10.3390/healthcare9010056>
17. Dutta, A., & Sharma, A. (2021). Prevalence of premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder in India: A systematic review and meta-analysis. *Health promotion perspectives*, 11(2), 161–170. <https://doi.org/10.34172/hpp.2021.20>
18. Rezende, A. P. R., Alvarenga, F. R., Ramos, M., Franken, D. L., Dias da Costa, J. S., Pattussi, M. P., & Paniz, V. M. V. (2022). Prevalence of Premenstrual Syndrome and Associated Factors Among Academics of a University in Midwest Brazil. Prevalência de síndrome pré-menstrual e fatores associados entre acadêmicas de uma Universidade no Centro-Oeste do Brasil. *Revista brasileira de ginecologia e obstetricia : revista da Federacao Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetricia*, 44(2), 133–141. <https://doi.org/10.1055/s-0041-1741456>
19. Erbil, N., & Yücesoy, H. (2023). Premenstrual syndrome prevalence in Turkey: a systematic review and meta-analysis. *Psychology, health & medicine*, 28(5), 1347–1357. <https://doi.org/10.1080/13548506.2021.2013509>
20. Ayhan İ, Altuntaş İ, Üzümcü İ, Erbaş O. Premenstrual syndrome mechanism in the brain. *D J Med Sci* 2021;7(2):213-224
21. Lin, P. C., Ko, C. H., Lin, Y. J., & Yen, J. Y. (2021). Insomnia, Inattention and Fatigue Symptoms of Women with Premenstrual Dysphoric Disorder. *International journal of environmental research and public health*, 18(12), 6192. <https://doi.org/10.3390/ijerph18126192>
22. Bixo, M., Johansson, M., Timby, E., Michalski, L., & Bäckström, T. (2018). Effects of GABA active steroids in the female brain with a focus on the premenstrual dysphoric disorder. *Journal of neuroendocrinology*, 30(2), 10.1111/jne.12553. <https://doi.org/10.1111/jne.12553>

23. Hussain S, Hussain S, AbdRaboh NR. Vitamin D receptor gene FokI polymorphism in relation to premenstrual syndrome. *Gene Reports* 2018;12:324-8.
24. Liao, H., Pang, Y., Liu, P., Liu, H., Duan, G., Liu, Y., Tang, L., Tao, J., Wen, D., Li, S., Liang, L., & Deng, D. (2017). Abnormal Spontaneous Brain Activity in Women with Premenstrual Syndrome Revealed by Regional Homogeneity. *Frontiers in human neuroscience*, 11, 62. <https://doi.org/10.3389/fnhum.2017.00062>
25. Huwaida, D. Z., Dewi, Y. L. R., & Kusnandar, K. (2022). Unhealthy Diet and Stress are Correlated with Premenstrual Syndrome in Adolescent Girls in Tangerang. *Media Gizi Indonesia*, 17(2), 168–173. <https://doi.org/10.20473/mgi.v17i2.168-173>
26. AlQuaiz, A., Albugami, M., Kazi, A., Alshobaili, F., Habib, F., & Gold, E. B. (2022). Dietary, Psychological and Lifestyle Factors Associated with Premenstrual Symptoms. *International journal of women's health*, 14, 1709–1722. <https://doi.org/10.2147/IJWH.S387259>
27. Abeje, A., & Berhanu, Z. (2019). Premenstrual syndrome and factors associated with it among secondary and preparatory school students in Debremarkos town, North-west Ethiopia, 2016. *BMC research notes*, 12(1), 535. <https://doi.org/10.1186/s13104-019-4549-9>
28. Xing, X., Xue, P., Li, S. X., Zhou, J., & Tang, X. (2020). Sleep disturbance is associated with an increased risk of menstrual problems in female Chinese university students. *Sleep & breathing = Schlaf & Atmung*, 24(4), 1719–1727. <https://doi.org/10.1007/s11325-020-02105-1>
29. Mitsuhashi, R., Sawai, A., Kiyohara, K., Shiraki, H., & Nakata, Y. (2022). Factors Associated with the Prevalence and Severity of Menstrual-Related Symptoms: A Systematic Review and Meta-Analysis. *International journal of environmental research and public health*, 20(1), 569. <https://doi.org/10.3390/ijerph20010569>

30. Choi, S. H., & Hamidovic, A. (2020). Association Between Smoking and Premenstrual Syndrome: A Meta-Analysis. *Frontiers in psychiatry, 11*, 575526. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2020.575526>
31. Ranjbaran, M., Omani Samani, R., Almasi-Hashiani, A., Matourypour, P., & Moini, A. (2017). Prevalence of premenstrual syndrome in Iran: A systematic review and meta-analysis. *International journal of reproductive biomedicine, 15*(11), 679–686.
32. Pearce, E., Jolly, K., Jones, L. L., Matthewman, G., Zanganeh, M., & Daley, A. (2020). Exercise for premenstrual syndrome: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *BJGP open, 4*(3), bjgpopen20X101032. <https://doi.org/10.3399/bjgpopen20X101032>
33. Arab, A., Golpour-Hamedani, S., & Rafie, N. (2019). The Association Between Vitamin D and Premenstrual Syndrome: A Systematic Review and Meta-Analysis of Current Literature. *Journal of the American College of Nutrition, 38*(7), 648–656. <https://doi.org/10.1080/07315724.2019.1566036>
34. Abdi, F., Ozgoli, G., & Rahnemaie, F. S. (2019). A systematic review of the role of vitamin D and calcium in premenstrual syndrome. *Obstetrics & gynecology science, 62*(2), 73-86.
35. Arab, A., Rafie, N., Askari, G., & Taghiabadi, M. (2020). Beneficial Role of Calcium in Premenstrual Syndrome: A Systematic Review of Current Literature. *International journal of preventive medicine, 11*, 156. https://doi.org/10.4103/ijpvm.IJPVM_243_19
36. Abay, H., & Kaplan, S. (2019). Current approaches in premenstrual syndrome management. *Bezmialem Sci, 7*(2), 150-6.
37. Kancheva Landolt, N., & Ivanov, K. (2021). Short report: cognitive behavioral therapy - a primary mode for premenstrual syndrome management: systematic literature review. *Psychology, health & medicine, 26*(10), 1282–1293. <https://doi.org/10.1080/13548506.2020.1810718>

38. Whoqol Group. (1998). Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. *Psychological medicine*, 28(3), 551-558.
39. Bidzan-Bluma, I., Bidzan, M., Jurek, P., Bidzan, L., Knietzsch, J., Stueck, M., & Bidzan, M. (2020). A Polish and German Population Study of Quality of Life, Well-Being, and Life Satisfaction in Older Adults During the COVID-19 Pandemic. *Frontiers in psychiatry*, 11, 585813. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.585813>
40. Fayers, P. M., & Machin, D. (2015). *Quality of life: the assessment, analysis and reporting of patient-reported outcomes*. John Wiley & Sons.
41. Mouelhi, Y., Jouve, E., Castelli, C., & Gentile, S. (2020). How is the minimal clinically important difference established in health-related quality of life instruments? Review of anchors and methods. *Health and Quality of Life Outcomes*, 18, 1-17.
42. Shek, D. T. (2010). Introduction: quality of life of Chinese people in a changing world. *Social Indicators Research*, 95, 357-361.
43. Soylu, C., & Kütük, B. (2022). SF-12 Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin Türkçe formunun güvenirlik ve geçerlik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 33(2), 108-117.
44. Pequeno, N. P. F., Cabral, N. L. D. A., Marchioni, D. M., Lima, S. C. V. C., & Lyra, C. D. O. (2020). Quality of life assessment instruments for adults: a systematic review of population-based studies. *Health and quality of life outcomes*, 18(1), 1-13.
45. Duğan, Ö., & Bektaş, H. (2020). Koroner Arter Hastalarında Kalp Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin Türkçeye Uyarlama Çalışması. *Turk J Cardiovasc Nurs*, 11(25), 71-81.

46. Macit, M., Eren, A. S., Karaman, M., & Demir, İ. E. (2019). Çalışma yaşamı kalitesi ölçeği geçerlilik güvenilirlik çalışması: sağlık çalışanlarında bir uygulama. *Yönetim ve Ekonomi Dergisi*, 26(3), 903-917.
47. Koyutürk, G., Külünkoğlu, B. A. (2023). PolikistikOver Sendromu Yaşam Kalitesi-50 Ölçeği'nin Türkçe uyarlamasının geçerlik ve güvenilirliği. *Sağlık ve Yaşam Bilimleri Dergisi*, 5(2), 63-70.
48. Keleş, H., Akmeşe, H. (2022). Turizm sektöründe yerel halkın yaşam kalitesi kavramı. *Çatalhöyük Uluslararası Turizm ve Sosyal Araştırmalar Dergisi*, (9), 110-125.
49. Özmertyurt, G., Unuoğlu, İ. (2021). Yerel Yönetimlerin Tarihi Çevredeki İhya Politikalarının Yaşam Kalitesine Etkisi: Gaziantep Şehreküstü Bölgesi. *İdealkent*, 12(32), 492-527.
50. Boylu, A. A., Paçacıoğlu, B. (2016). Yaşam kalitesi ve göstergeleri. *Akademik Araştırmalar ve Çalışmalar Dergisi (AKAD)*, 8(15), 137-150.
51. TÜİK. (2018), "İllerde Yaşam Endeksi Hakkında Açıklamalar", İnternet Adresi: http://www.tuik.gov.tr/HbGetir.do?id=24561&tb_id=4, İnternet Erişimi: 03.10.2018.
52. Galloway, S., Bell, D., Hamilton, C., Scullion, A.C. (2006). Well-being and quality of life: Measuring the benefits of culture and sport: A literature review and thinkpiece.. Series: Education (Scotland. Social Research). Scottish Government: Edinburgh, UK. ISBN 9780755929078
53. Gençdoğan, B. Premenstrual sendrom için yeni bir ölçek. *Türkiye'de Psikiyatri Dergisi*. 2006;8(2):81-7
54. Süt HK, Mestoğulları E. Türk hemşirelerde adet öncesi sendromun işe bağlı yaşam kalitesine etkisi. *İşyerinde güvenlik ve sağlık*. 2016 Mart 1;7(1):78-82.
55. Fidaner, H., Elbi, H., Eser, E., Eser, S. Y., Göker, E. (1999) WHOQOL-100 ve WHOQOL-BREF'in psikometrik özellikleri. *3P Dergisi Yaşam Kalitesi Özel sayısı: 7: 23-40*

56. Çelik, A., & Uskun, E. (2022). Premenstrüel sendrom prevalansı ve yaşam kalitesi ile ilişkisi: toplum tabanlı bir çalışma örneği. *Pamukkale Medical Journal*, 15(1), 1-13.
57. Branecka-Woźniak, D., Cymbaluk-Płoska, A., & Kurzawa, R. (2022). The impact of premenstrual syndrome on women's quality of life - a myth or a fact?. *European review for medical and pharmacological sciences*, 26(2), 598–609. https://doi.org/10.26355/eurrev_202201_27887
58. Jaber, R. M., Alghzawi, A. O., & Salameh, H. H. (2022). Premenstrual syndrome: consultation sources and the impact on women's quality of life. *African Health Sciences*, 22(1), 80-7.
59. Al-Shahrani, A. M., Miskeen, E., Shroff, F., Elnour, S., Algahtani, R., Youssry, I., & Ahmed, S. (2021). Premenstrual syndrome and its impact on the quality of life of female medical students at Bisha University, Saudi Arabia. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 2373-2379.
60. Ayadilord, M., Mahmoudzadeh, S., Hoseini, Z. S., Askari, M., Rezapour, H., Saharkhiz, M., ... & Bahrami, A. (2020). Neuropsychological function is related to irritable bowel syndrome in women with premenstrual syndrome and dysmenorrhea. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 302, 915-923.
61. Kustriyanti, D., & Rahayu, H. (2020). Prevalence of premenstrual syndrome and quality of life among health science college student. *International Journal of Public Health Science (IJPHS)*, 9(1), 15-19.
62. Quick, F., Mohammad-Alizadeh-Charandabi, S., & Mirghafourvand, M. (2019). Primary dysmenorrhea with and without premenstrual syndrome: variation in quality of life over menstrual phases. *Quality of life Research*, 28, 99-107.
63. Bhuvanewari, K., Rabindran, P., & Bharadwaj, B. (2019). Prevalence of premenstrual syndrome and its impact on quality of life among selected college students in Puducherry. *The National medical journal of India*, 32(1), 17–19. <https://doi.org/10.4103/0970-258X.272109>

64. Seyedtabaee, S. R., Rahmatinejad, P., & Feridooni, K. (2019). Prevalence and severity of premenstrual syndrome and its relationship with psychological well-being in students of Qom University of Medical Sciences,(Iran). *Qom University of Medical Sciences Journal*, 13(10), 72-80.
65. Victor, F. F., Souza, A. I., Barreiros, C. D. T., Barros, J. L. N. D., Silva, F. A. C. D., & Ferreira, A. L. C. G. (2019). Quality of life among university students with premenstrual syndrome. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 41, 312-317.
66. Malhotra, P., Sharma, S. K., Kaur, R., Urvashi, V., Gaur, R., & Mugdal, S. K. (2019). Pre-menstrual syndrome and health related quality of life among young adult females at Northern India: A Cross-Sectional Study. *Clin Psychiatry Journal*, 6, 65.
67. Karimiankakolaki, Z., Mahmoodabad, S. S. M., Heidari, F., Khadibi, M., Gerayllo, S., & Yoshany, N. (2019). Comparison of the quality of life in three groups: women with premenstrual syndrome, premenstrual dysphoric disorder and general population in Yazd. *Journal of Community Health Research*.
68. Çevik, A., & Alan, S. (2021). Ebelik Öğrencilerinin Premenstrual Sendrom Yaşama Sıklığı ile Algıladıkları Stres Düzeyi Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi. *Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Dergisi*, 11(1), 104-113.
69. Kızmaz, M., Gökgöz Durmaz, F., Döner, E., Ay, M. E., & Kumtepe Kurt, B. (2021). Kırsalda Yaşayan Doğurganlık Çağındaki Kadınlarda Premenstrüel Sendrom Sıklığı ve İlişkili Faktörler: Kesitsel Bir Çalışma. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, 25(4), 113-119.
70. Akmalı, N., Özerdoğan, N., & Gürsoy, E. (2020). Bir devlet hastanesi'nde çalışan üreme çağındaki kadınlarda premenstrual sendrom prevalansı, ilişkili faktörler ve yaşam kalitesine etkisi. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 13(1), 63-74.

71. Bilir, E., Yıldız, Ş., Yakın, K., & Ata, B. (2020). The impact of dysmenorrhea and premenstrual syndrome on academic performance of college students, and their willingness to seek help. *Turkish journal of obstetrics and gynecology*, *17*(3), 196.
72. Yeşildere Sağlam, H., & Basar, F. (2019). The relationship between premenstrual syndrome and anger. *Pakistan journal of medical sciences*, *35*(2), 515.
73. Hashim, M. S., Obaideen, A. A., Jahrami, H. A., Radwan, H., Hamad, H. J., Owais, A. A., ... & Faris, M. E. A. I. E. (2019). Premenstrual syndrome is associated with dietary and lifestyle behaviors among university students: a cross-sectional study from Sharjah, UAE. *Nutrients*, *11*(8), 1939.
74. Nandakumar, H., Kuppusamy, M., Sekhar, L., & Ramaswamy, P. (2023). Prevalence of premenstrual syndrome among students—Stress a potential risk factor. *Clinical Epidemiology and Global Health*, *23*, 101368.
75. Houghton, S. C., Manson, J. E., Whitcomb, B. W., Hankinson, S. E., Troy, L. M., Bigelow, C., & Bertone-Johnson, E. R. (2019). Protein intake and the risk of premenstrual syndrome. *Public health nutrition*, *22*(10), 1762-1769.
76. Erbil, N., & Yücesoy, H. (2022). Relationship between premenstrual syndrome and sleep quality among nursing and medical students. *Perspectives in Psychiatric Care*, *58*(2), 448-455.
77. Altamimi, L. A., Aseeri, A. S., Kamran, Z., Kazi, A., & AlQuaiz, A. M. (2022). Prevalence of Premenstrual Syndrome and Associated Factors amongst Women Belonging to King Saud University in Riyadh, Saudi Arabia: A Cross-sectional Study. *International Journal of Women's Health & Reproduction Sciences*, *10*(4).
78. Kamat, S. V., Nimbalkar, A., Phatak, A. G., & Nimbalkar, S. M. (2019). Premenstrual syndrome in Anand District, Gujarat: A cross-sectional survey. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, *8*(2), 640.

79. Durairaj, A., & Ramamurthi, R. (2019). Prevalence, pattern and predictors of premenstrual syndrome (PMS) and premenstrual dysphoric disorder (PMDD) among college girls. *New Indian J OBGYN*, 5(2), 93-8.
80. Dinh Trieu Ngo, V., Bui, L. P., Hoang, L. B., Tran, M. T. T., Nguyen, H. V. Q., Tran, L. M., & Pham, T. T. (2023). Associated factors with Premenstrual syndrome and Premenstrual dysphoric disorder among female medical students: A cross-sectional study. *Plos one*, 18(1), e0278702.
81. Ataman, H., & Tan, K. (2021). Premenstrual Sendrom İle Sağlık Algısı Arasındaki İlişki. *Izmir Democracy University Health Sciences Journal*, 4(3), 302-315.
82. Farahmand, M., Khalili, D., Ramezani Tehrani, F., Amin, G., & Negarandeh, R. (2020). Effectiveness of Echinium amoenum on premenstrual syndrome: a randomized, double-blind, controlled trial. *BMC Complementary Medicine and Therapies*, 20(1), 1-9.
83. Thakur, H., Pareek, P., Sayyad, M. G., & Otiw, S. (2022). Association of Premenstrual Syndrome with Adiposity and Nutrient Intake Among Young Indian Women. *International journal of women's health*, 14, 665–675. <https://doi.org/10.2147/IJWH.S359458>
84. Mizgier, M., Jarzabek-Bielecka, G., Jakubek, E., & Kedzia, W. (2019). The relationship between body mass index, body composition and premenstrual syndrome prevalence in girls. *Ginekologia polska*, 90(5), 256-261.
85. ELBanna, M. M., ELBbandrawy, A. M., Elhosary, E. A., & Gabr, A. A. (2019). Relation between body mass index and premenstrual syndrome. *Current Science International*, 8(02), 394-402.
86. Shrestha, D. B., Shrestha, S., Dangol, D., Aryal, B. B., Shrestha, S., Sapkota, B., & Rai, S. (2019). Premenstrual syndrome in students of a teaching hospital. *Journal of Nepal Health Research Council*, 17(2), 253-257.

87. Buddhabyakan N, Kaewrudee S, Chongsomchai C, Soontrapa S, Somboonporn W, Sothornwit J: Premenstrual syndrome (PMS) among high school students. *Int J Womens Health*. 2017, 9:501-505. 10.2147/IJWH.S140679
88. Tolossa, F.W., Bekele, M.L. Prevalence, impacts and medical managements of premenstrual syndrome among female students: cross-sectional study in college of health sciences, Mekelle University, Mekelle, Northern Ethiopia. *BMC Women's Health* 14:52(2014). <https://doi.org/10.1186/1472-6874-14-52>
89. Fernández, M. D. M., Montes-Martínez, A., Piñeiro-Lamas, M., Regueira-Méndez, C., & Takkouche, B. (2019). Tobacco consumption and premenstrual syndrome: A case-control study. *PloS one*, 14(6), e0218794.
90. Kawabe, R., Chen, C. Y., Morino, S., Mukaiyama, K., Shinohara, Y., Kato, M., ... & Aoyama, T. (2022). The relationship between high physical activity and premenstrual syndrome in Japanese female college students. *BMC Sports Science, Medicine and Rehabilitation*, 14(1), 175.
91. Çitil, E. T., & Kaya, N. (2021). Effect of pilates exercises on premenstrual syndrome symptoms: a quasi-experimental study. *Complementary therapies in medicine*, 57, 102623.
92. Yılmaz Akyüz, E., & Aydın Kartal, Y. (2019). The effect of diet and aerobic exercise on Premenstrual Syndrome: Randomized controlled trial. *Revista de Nutrição*, 32. e180246. <https://doi.org/10.1590/1678-9865201932e180246>
93. Vaghela, N., Mishra, D., Sheth, M., & Dani, V. B. (2019). To compare the effects of aerobic exercise and yoga on Premenstrual syndrome. *Journal of education and health promotion*, 8, 199. https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_50_19
94. Conzatti, M., Perez, A. V., Maciel, R. F., De Castro, D. H., Sbaraini, M., & Wender, M. C. O. (2021). Sleep quality and excessive daytime sleepiness in women with Premenstrual Syndrome. *Gynecological Endocrinology*, 37(10), 945-949.

95. Eshetu, N., Abebe, H., Fikadu, E., Getaye, S., Jemal, S., Geze, S., ... & Tesfaye, W. (2022). Premenstrual syndrome, coping mechanisms and associated factors among Wolkite university female regular students, Ethiopia, 2021. *BMC Women's Health*, 22(1), 88.
96. Yoshimi, K., Shiina, M., & Takeda, T. (2019). Lifestyle factors associated with premenstrual syndrome: a cross-sectional study of Japanese high school students. *Journal of pediatric and adolescent gynecology*, 32(6), 590-595.
97. Işık H, Ergöl Ş, Aynioğlu Ö, Şahbaz A, Kuzu A, Uzun M. (2016). Premenstrual syndrome and life quality in Turkish health science students. *Turk J Med Sci*. 46:695-701. 10.3906/sag-1504-140

8. EKLER

EK 1: SOSYODEMOGRAFİK BİLGİ FORMU

MUSTAFA FURUNCU AİLE SAĞLIĞI MERKEZİ 34.21.048 NO'LU BİRİME BAŞVURAN KADIN HASTALARDA PREMENSTRÜEL SENDROM SIKLIĞI VE YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİNİN ARAŞTIRILMASI

·Yaşınız?

·Boyunuz? (lütfen cm olarak belirtiniz)

·Kilonuz? (lütfen kg olarak belirtiniz)

·Medeni durumunuz?

Evli Bekar/Boşanmış/Eşini kaybetmiş

· Kaç çocuğunuz var?

0 1 2 3 4 ve üzeri

· Mesleğiniz ?

Ev hanımı Sürekli çalışan (memur/işçi v.b.)

·Günde ne kadar miktarda çay/kahve tüketirsiniz? (sabah kahvaltıları dahil)

Hiç tüketmem 1-2 fincan 3 veya daha fazlası

· Sigara kullanıyor musunuz?

Hiç içmemiş Kullanıyor Eski kullanıcı/bıraktı

· Alkol kullanıyor musunuz?

Hiç kullanmamış Kullanıyor Eski kullanıcı/bıraktı

· Düzenli egzersiz yapıyor musunuz?

(Haftada en az 3 gün en az 1 saat süreyle)

Evet Hayır

· Düzenli uyuyor musunuz?

(Her gün aynı saatte, bölünmemiş ve kaliteli uyku)

Evet Hayır

· Aile planlaması yöntemi kullanıyor musunuz?

(Cevabınız hayır ise 14.sorudan devam ediniz)

Evet Hayır

· **Kullandığınız aile planlaması yöntemi nedir?**

Oral kontraseptif Rahim içi araç (spiral) Kondom

Aylık/3 aylık progesteron iğnesi

Deri altı kapsüller Tüp ligasyonu Diğer:

· **Kronik bir hastalığınız var mı?**

(Cevabınız hayır ise 16.sorudan devam ediniz)

Evet Hayır

· **Hangi kronik hastalığınız var?**

Tansiyon Şeker Hastalığı

Kolesterol Tiroid Hastalığı Diğer:...

· **Menstrüasyon öncesi yaşadığınız şikayetler (ağrı, sıcak basması, duyu durum değişikliği vs) için hiç doktora başvurduğunuz mu?**

Evet Hayır

· **Menstrüasyon öncesi yaşadığınız şikayetler için hiç tedavi aldınız mı?**

Evet Hayır

· **Birinci derece akrabalarınızda premenstrüel sendrom semptomları veya tanısı olan var mı?**

Evet Hayır

· **Mensleriniz ağrılı oluyor mu?**

Evet Hayır

· **İlk menstrüasyon görme yaşıınız? ...**

· **Mensiniz kaç gün sürüyor? ...**

· **Kaç günde bir mens görüyorsunuz? ...**

· **Mens döneminde günlük kanama miktarınız nedir?**

Yoğun (>4 ped) Normal (2-4 ped) Az (<2 ped)

· **Bilinen herhangi bir psikiyatrik hastalığınız var mı?**

Evet Hayır

· **Son üç ayda hiç psikiyatrik tedavi aldınız mı?**

Evet Hayır

EK 2: Premenstrüel Sendrom Ölçeği

Premenstrüel Sendrom Ölçeği

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

31	Baş ağrısı oluyor	1	2	3	4	5
32	Kaslarım ağrıyor	1	2	3	4	5
33	Eklem yerlerim ağrıyor	1	2	3	4	5
34	İştahım artıyor	1	2	3	4	5
35	Özellikle unlu ve tatlı yiyecekler yemek istiyorum	1	2	3	4	5
36	Daha fazla yemek yiyorum	1	2	3	4	5
37	Uyku uyuma isteğim artıyor	1	2	3	4	5
38	Uykumda bölünme oluyor	1	2	3	4	5
39	Sabahları yorgun uyanıyorum	1	2	3	4	5
40	Uykuya dalmakta güçlük çekiyorum	1	2	3	4	5
41	Göğüslerim şişiyor	1	2	3	4	5
42	Göğüslerim en ufak dokunmaya karşı çok duyarlı	1	2	3	4	5
43	Kendimi şişmiş hissediyorum	1	2	3	4	5
44	Kimseyle görüşmek istemiyorum	1	2	3	4	5

EK 3: Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Kısa Formu (WHOQOL-BREF)

Bu anket sizin yaşamınızın kalitesi, sağlığınız ve yaşamınızın öteki yönleri hakkında neler düşündüğünüzü sorgulamaktadır.

Lütfen bütün soruları son 2 haftayı göz önünde bulundurarak ve size en uygun olanı seçerek cevaplayınız.

1 G1	Yaşam kalitenizi nasıl buluyorsunuz?	Çok kötü <input type="radio"/> 1	Biraz kötü <input type="radio"/> 2	Ne iyi, ne kötü <input type="radio"/> 3	Oldukça iyi <input type="radio"/> 4	Çok iyi <input type="radio"/> 5
2 G4	Sağlığınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	Hiç hoşnut değil <input type="radio"/> 1	Çok az hoşnut <input type="radio"/> 2	Ne hoşnut, ne de değil <input type="radio"/> 3	Epeyce hoşnut <input type="radio"/> 4	Çok hoşnut <input type="radio"/> 5
3 F1.4	Ağrılarınızın yapmanız gerekenleri ne kadar engellediğini düşünüyorsunuz?	Hiç <input type="radio"/> 5	Çok az <input type="radio"/> 4	Orta derecede <input type="radio"/> 3	Çokça <input type="radio"/> 2	Aşırı derecede <input type="radio"/> 1
4 F11.3	Günlük uğraşlarınızı yürütemek için herhangi bir tıbbi tedaviye ne kadar ihtiyaç duyuyorsunuz?	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 1
5 F4.1	Yaşamaktan ne kadar keyif alırsınız?	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
6 F24.2	Yaşamınızı ne ölçüde anlamlı buluyorsunuz?	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
7 F5.3	Dikkatinizi toplamada ne kadar başarılısınız?	Hiç <input type="radio"/> 1	Çok az <input type="radio"/> 2	Orta derecede <input type="radio"/> 3	Çokça <input type="radio"/> 4	Son derecede <input type="radio"/> 5
8 F16.1	Günlük yaşamınızda kendinizi ne kadar güvende hissediyorsunuz?	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
9 F22.1	Fiziksel çevreniz ne ölçüde sağlıklıdır?	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
10 F2.1	Günlük yaşamı sürdürmek için yeterli gücünüz kuvvetiniz var mı?	Hiç <input type="radio"/> 1	Çok az <input type="radio"/> 2	Orta derecede <input type="radio"/> 3	Çokça <input type="radio"/> 4	Tamamen <input type="radio"/> 5
11 F7.1	Bedensel görünüşünüzü kabullenir misiniz?	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
12 F18.1	İhtiyaçlarınızı karşılamaya yeterli paranız var mı?	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
13 F20.1	Günlük yaşantınızda size gerekli bilgi ve haberlere ne ölçüde ulaşabiliyorsunuz?	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
14 F21.1	Boş zamanları değerlendirme uğraşları için ne ölçüde fırsatınız olur?	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5

15 F9.1	Bedensel hareketlilik (etrafta dolaşabilme, bir yerlere gidebilme) beceriniz nasıldır?	Çok kötü <input type="checkbox"/> 1	Biraz kötü <input type="checkbox"/> 2	Ne iyi, ne kötü <input type="checkbox"/> 3	Oldukça iyi <input type="checkbox"/> 4	Çok iyi <input type="checkbox"/> 5
16 F13.3	Uygunuzdan ne kadar hoşnutsunuz?	Hiç hoşnut değil <input type="checkbox"/> 1	Çok az hoşnut <input type="checkbox"/> 2	Ne hoşnut, ne de değil <input type="checkbox"/> 3	Epeyce hoşnut <input type="checkbox"/> 4	Çok hoşnut <input type="checkbox"/> 5
17 F10.3	Günlük uğraşlarınızı yürütebilme becerinizden ne kadar hoşnutsunuz?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
18 F12.4	İş görme kapasitenizden ne kadar hoşnutsunuz?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
19 F6.3	Kendinizden ne kadar hoşnutsunuz?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
20 F13.3	Aile dışı kişilerle ilişkilerinizden ne kadar hoşnutsunuz?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
21 F15.3	Cinsel yaşamınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
22 F14.4	Arkadaşlarınızın desteğinden ne kadar hoşnutsunuz?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
23 F17.3	Yaşadığınız evin koşullarından ne kadar hoşnutsunuz?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
24 F19.3	Sağlık hizmetlerine ulaşma koşullarınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
25 F23.3	Ulaşım olanaklarınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
26 F8.1	Ne sıklıkta hüznü, ümitsizlik, bunaltı, çökkünlük gibi duygulara kapılırsınız?	Hiçbir zaman <input type="checkbox"/> 5	Nadiren <input type="checkbox"/> 4	Ara sıra <input type="checkbox"/> 3	Çoğunlukla <input type="checkbox"/> 2	Her zaman <input type="checkbox"/> 1
27 U	Yaşamınızda size yakın kişilerle (eş, iş arkadaşı, akraba) ilişkilerinizde baskı ve kontrolle ilgili zorluklarınız ne ölçüdedir?	Hiç <input type="checkbox"/> 1	Çok az <input type="checkbox"/> 2	Orta derecede <input type="checkbox"/> 3	Çokça <input type="checkbox"/> 4	Aşırı derecede <input type="checkbox"/> 5