

**PREMENSTURAL SENDROMUN ÇALIŞMA MOTİVASYONU VE İŞ
PERFORMANSINA ETKİSİ: KAYROPRAKTİSTLER ÜZERİNDE
ÇALIŞMA**

İLAYDA KOÇ

OCAK 2023

**PREMENSTURAL SENDROMUN ÇALIŞMA MOTİVASYONU VE İŞ
PERFORMANSINA ETKİSİ: KAYROPRAKTİSTLER ÜZERİNDE
ÇALIŞMA**

**BAHÇEŞEHİR ÜNİVERSİTESİ
LİSANS ÜSTÜ ENSTİTÜSÜ
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

İLAYDA KOÇ

**KAYROPRAKTİK DALINDA
YÜKSEK LİSANS DERECESESİ İÇİN GEREKLİ ÇALIŞMALAR YERİNE
GETİRİLMİŞTİR**

OCAK 2023



BAHÇEŞEHİR ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

17/01/2023

YÜKSEK LİSANS TEZ ONAY FORMU

Program Adı:	Kayropraktik Yüksek Lisans Programı
Öğrencinin Adı Soyadı:	İlayda Koç
Tezin Adı:	Premenstural Sendromun Çalışma Motivasyonu Ve İş Performansına Etkisi: Kayropraktistler Üzerinde Çalışma
Tez Savunma Tarihi:	17/01/2023

Bu tezin Yüksek Lisans Tezi olarak gerekli şartları yerine getirmiş olduğu Lisansüstü Eğitim Enstitüsü tarafından onaylanmıştır.

Prof.Dr.Ahmet ÖNCÜ
Enstitü
Müdürü

Bu tez tarafımızca okunmuş, nitelik ve içerik açısından bir Yüksek Lisans tezi olarak yeterli görülmüş ve kabul edilmiştir.

	Ünvanı, Adı Soyadı	İmza
Tez Danışmanı:	Doc Dr. Hasan Kerem Alptekin	
2. Üye:	Dr.Öğr.Üyesi Murat Özkaya	
3. Üye:	Dr.Öğr.Üyesi Hazal Genç	

Bu tezdeki tüm bilgilerin akademik kurallara ve etik ilkelere uygun olarak elde edildiğini ve sunulduğunu; ayrıca bu kuralların ve ilkelerin gerektirdiği şekilde, bu çalışmadan kaynaklanmayan bütün atıfları yaptığımı beyan ederim.

Ad, Soyad : İlayda Koç
İmza

ÖZ

PREMENSTURAL SENDROMUN ÇALIŞMA MOTİVASYONU VE İŞ PERFORMANSINA ETKİSİ: KAYROPRAKTİSTLER ÜZERİNDE ÇALIŞMA

İlayda Koç

Kayropraktik Yüksek Lisans Programı

Tez Danışmanı: Doc.Dr.Hasan Kerem Alptekin

Ocak 2023, 109 Sayfa

Menstrasyon döngüsü her sağlıklı kadında her ay görülen bir fizyolojik olaydır. Bu olay döngüsüne menstural siklus adı verilir. Bu döngüde her kadında çeşitli sorunlar meydana gelebilir ancak özellikle premenstural sendrom taşıyan bireylerde bu durum rahatsız edici boyuttadır. Premenstural sendromda fiziksel, psikolojik ve davranışsal semptomlar gözlemlenmektedir. Bu çalışma premenstural dönemde oluşan zorlu şartların kadın kayropraktistlerin iş gücü üzerindeki etkisini araştırmak adına yapılmıştır. Araştırma ayrıca regl olan 25-40 yaş aralığındaki kadın ve çalışan kayropraktistlerin değerlendirmesinde ele alır. Araştırmada 133 katılımcı bulunmaktadır. Araştırmanın evrenini BAĞÇEŞEHİR ÜNİVERSİTESİ yüksek lisans programında kayropraktik bölümünde eğitim gören ve mezun olup çalışan kadınlarda çalışma yapılmıştır. Araştırmada demografik ve fiziksel özellikler, premenstural dönemin değerlendirilmesi, “premenstural sendrom ölçeği”, “çalışma performansı ile ilgili bilgiler” kullanılmıştır. Elde edilen sonuçlarda Premenstural Sendrom Ölçeğinin toplam skoru demografik özelliklerle ve Premenstural Dönem değerlendirmesiyle kıyaslandığında $p < 0,05$ değerleri istatistiksel olarak anlamlı olarak belirlenmiştir. Premenstural dönem değerlendirilmesi değişkenleri bakımından Premenstural Sendrom Ölçeği skorları incelendiğinde; ilaç kullanımı, Dismenore sorunu, Nonfarmakolojik tedavi ve Çalışma hayatının Nonfarmakolojik tedaviye etkisi değişkenleri bakımından Premenstural Skor Puanları arasındaki farklılıklar

istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$). Premenstrual Sendrom Ölçeğinin skorlarının demografik değişkenler bakımında karşılaştırılması durumunda elde edilen bulgulara PS genel skorunda; doğum için depresif duygulanım, sinirlilik, depresif düşünceler, ağrı, şişkinlik boyutları ve PS genel skorunda; Premenstrual sendrom (aile) için anksiyete, ağrı, iştah değişimi boyutlarında; gün uzunluğu için şişkinlik boyutunda; döngü için iştah değişimi boyutunda istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar tespit edilmiştir ($p<0,05$). Çalışma Rolü İşlevselliği Anketi sonuçlarının değerlendirilmesi yapıldığında ankette bulunan 5 alt boyuttan sosyal alt boyut istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulunurken, en düşük çalışma alt boyutu bulunmuştur. Araştırmanın sonuçlarına göre premenstrual sendrom kayropraktistlerin çalışma hayatındaki verimi azaltmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Premenstrual Dönem, Kayropraktist, İş gücü.

ABSTRACT

EFFECT OF PREMENSTURAL SYNDROME ON WORK MOTIVATION AND WORK PERFORMANCE: STUDY ON CHIROPRAKTIKISTS

İlayda Koç

Chiropractic Master's Program

Thesis Advisor: Doc.Dr.Hasan Kerem Alptekin

January 2023,109 Pages

The menstrual cycle is a physiological event that occurs every month in every healthy woman. This cycle of events is called the menstrual cycle. Various problems may occur in every woman in this cycle, but this situation is disturbing especially in individuals with premenstrual syndrome. Physical, psychological and behavioral symptoms are observed in premenstrual syndrome. This study was conducted to investigate the impact of the challenging conditions in the premenstrual period on the workforce of female chiropractors. The research also addresses the assessment of menstruating women aged 25-40 and working chiropractors. There are 133 participants in the study. The population of the research was studied on women who studied and worked in the chiropractic department of BAĞÇEŞEHİR UNIVERSITY master's program. Demographic and physical characteristics, evaluation of premenstrual period, "premenstrual syndrome scale", "information about work performance" were used in the study. For this purpose, premenstrual period, chiropractor and workforce were defined as keywords. When the Premenstrual Syndrome Scale scores were examined in terms of premenstrual period evaluation variables; The differences between Premenstrual Score Scores in terms of drug use,

Dysmenorrhea problem, Non-pharmacological treatment and the effect of working life on non-pharmacological treatment were statistically significant ($p<0.05$). In the results obtained, $p<0.05$ values were found to be statistically significant when the total score of the Premenstrual Syndrome Scale was compared with the demographic characteristics and Premenstrual Period evaluation. When the scores of the Premenstrual Syndrome Scale were compared in terms of demographic variables, in the findings obtained in the PS general score; depressive affect, irritability, depressive thoughts, pain, swelling dimensions and PS overall score for birth; For premenstrual syndrome (family), anxiety, pain, appetite change dimensions; bloat size for day length; Statistically significant differences were found in the appetite change dimension for the cycle ($p<0.05$). When the results of the Work Role Functioning Questionnaire were evaluated, the social sub-dimension was found to be statistically significantly higher among the 5 sub-dimensions found in the survey, while the lowest work sub-dimension was found. According to the results of the research, premenstrual syndrome reduces the productivity of chiropractors in working life.

Keywords: Premenstrual Period, Chiropractor, Workforce.

TEŞEKKÜR

Tez çalışmam sırasında değerli bilgi, birikim ve tecrübeleri ile yol gösteren ve destek olan değerli danışman hocam sayın Doc. Dr. Hasan Kerem Alptekin hocama, yüksek lisans eğitimimiz boyunca bizlere eğitim veren ve desteklerini esirgemeyen hocalarım Mustafa Açoğlu ve Ali Donat'a, yüksek lisans eğitimim boyunca akademik bilgileri ve tecrübeleriyle bireysel ve mesleki gelişimimi destekleyen bütün Bahçeşehir Üniversitesi öğretim üyelerine çalışmaya katılan öğrencilere ve kayropraktistlere, çalışmalarım süresince maddi, manevi destekleriyle beni yalnız bırakmayan babam Ergin Koç'a, annem Gülnaz Çetkin'e ve kardeşim Umay Koç'a, hiçbir koşulda desteğini esirgemeyen arkadaşım İrem Erdem'e teşekkür ederim.

İLAYDA KOÇ

İÇİNDEKİLER

İNTİHAL.....	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
ÖZ	iv
ABSTRACT	vi
TEŞEKKÜR.....	viii
İÇİNDEKİLER	ix
TABLolar LİSTESİ	xii
ŞEKİLLER LİSTESİ	xiii
SİMGELER VE KISALTMALAR LİSTESİ	xiv
Bölüm 1: Giriş.....	1
1.1 Problemin Durumu.....	4
1.2 Çalışmanın Amacı.....	4
1.3 Araştırmanın Soruları.....	6
1.4 Çalışmanın Önemi.....	7
1.5 Tanımlar	7
Bölüm 2: Literatür Özeti	10
Bölüm 3: Genel Bilgiler	13
3.1 Anatmik Bilgiler.....	13
3.1.1 Kadın Pelvik Taban Kemik Anatomisi	13
3.1.2 Kadın Pelvik Taban Kas Anatomisi.....	15
3.1.3 Kadın Üreme Sistemi Anatomisi	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
3.1.3.1 Vajina	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
3.1.3.2 Kadın Rahim Anatomisi.....	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
3.1.3.4 Eksternal Organlar	20
3.2 Mensturasyon Döngüsü.....	21
3.2.1 Mensturasyon Tanımı.....	21
3.3 Menstural Döngü Fizyolojisi.....	21
3.3.1 Ovaryen Siklus.	24
3.3.1.1 Foliküler Dönem	24
3.3.1.2 Ovülasyon Dönemi	26
3.3.2 Uterin Siklus.....	27
3.3.2.1 Menstural Dönem.....	27
3.3.2.2 Rrjeneratif Dönem.....	27

3.3.2.3 Priliferatif Dönem	28
3.4 Premenstural Sendrom	28
3.4.1 Premenstural Sendrom Etiyolojisi Ve Patofizyolojisi.....	28
3.4.2 Premenstural Sendromun Tanısı	29
3.4.4 Premenstural Sendrom Tanı Ve Tedavisi	31
3.4.5 Premenstural Sendrom Tedavisinde Kullanılan Farmakolojik Ve Nonfarmakolojik Yöntemler	36
3.4.5.1 Farmakolojik Yöntemler	36
3.4.5.2.1. Sıcak Uygulama	37
3.4.5.2.2 Uyuma	37
3.4.5.2.3. Müzik Dinleme.....	37
3.4.5.2.5 Duş Alma	38
3.5 Premenstural Sendrom Etkenleri.....	38
3.5.1. Sigara Kullanımı	38
3.5.2. Alkol Kullanımı	38
3.5.3. Şekerli Gıda Tüketimi.....	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
3.5.4. Tuzlu Gıda Tüketimi	39
3.5.5. Kahve Tüketimi.....	39
3.5.6. Çay Tüketimi.....	39
3.5.7 Asitli İçecek Tüketimi.....	39
3.6 Primer Dismenore	39
3.6.1 Tanımı Ve Tarihçesi.....	40
3.7 Kayropratik Tarihçesi Ve Tanımı	41
Bölüm 4: Bireyler Ve Yöntemler	43
4.1 Bireyler.....	43
4.2 Yöntemler.....	44
4.2.1 Bireylerin Değerlendirilmesi.....	44
Bölüm 5: Gereç Ve Yöntem.....	47
5.1 Araştırmanın Modeli	48
5.2 Evren Ve Katılımcılar /Çalışma Grubu.....	48
5.3 Verilerin Toplanması	48
5.3.1 Verilerin Toplanma Araçları	49
5.3.2 Veri Analiz İşlemleri.....	50
5.4 Sınırlamalar	51
Bölüm 6: Bulgular.....	52
Bölüm 7 : Tartışma.....	94
Bölüm 8: Sonuç.....	106

KAYNAKÇA.....	110
EKLER.....	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
Ek A: Anket Onam Formu	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
Ek B: Prmenstural Sendrom Ölçeği (PMS)	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
Ek C: Çalışma Rolü İşlevselliği Anketi (ÇRİA) ...	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
Ek D: Etik Kurul Onayı.....	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
Ek F: Premenstrual Sendrom Ölçeği İzin Maili	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
Ek G: Çalışma Rolü İşlevselliği Anketi İzin Maili	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.



TABLÖLAR LİSTESİ

TABLÖLAR

Tablo 1 Katılımcılar Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımları.....	52
Tablo 2 Yaş Ve VAS Skoruna Ait Betimleyici İstatistikler	54
Tablo 3 Katılımlar Premenstrual Sendrom Ölçeği Skorunun Premenstrual Dönem Değişkenleri Bakımından Değerlendirilmesi	54
Tablo 4 Demografik Özelliklerle Depresif Duygulanım Alt Başlığının Karşılaştırılması	57
Tablo 5 Demografik Özelliklerin Anksiyete Alt Başlığı İle Karşılaştırılması.....	61
Tablo 6 Demografik Özelliklerin Yorgunluk Alt Başlığı İle Karşılaştırılması.....	64
Tablo 7 Demografik Özelliklerin Sinirlilik Alt Başlığı İle Karşılaştırılması.....	68
Tablo 8 Demografik Özelliklerin Depresif Düşünceler Alt Başlığı İle Karşılaştırılması	72
Tablo 9 Demografik Özelliklerin Ağrı Alt Başlığı İle Karşılaştırılması.....	75
Tablo 10 Demografik Özelliklerin İştah Değişikliği Alt Başlığı İle Karşılaştırılması	79
Tablo 11 Demografik Özelliklerin Şişkinlik Alt Başlığı İle Karşılaştırılması.....	83
Tablo 12 Demografik Özelliklerin Uyku Alt Başlığı İle Karşılaştırılması	86
Tablo 13 Premenstrual Sendrom Ölçeği Toplam Skoralarının Demografik Değişkenler Bakımından Karşılaştırılması	90
Tablo 14 Katılımcıların ÇRİA Alt Boyutlarına Ait Betimleyici İstatistikler.....	93

ŞEKİLLER LİSTESİ

ŞEKİLLER

Şekil 1 Kadın Pelvik Taban Kemik Anatomisi (Bahar,2020)..... **Hata! Yer işareti tanımlanmamış.**

Şekil 2 Kadın Taban Anatomisi (Kranial Görünümü) (polat,2017) 15

Şekil 3 Kadın Pelvik Taban Kas Anatomisi (Polat,2017)..... 17

Şekil 4 Kadın Rahim Anatomisi (Polat,2017)..... 19

Şekil 5 Kadın Yumurtalık Anatomisi..... 19

Şekil 6 Kadın Üreme Sistemi Eksternal Organlar (Rençber,2019)..... 20

Şekil 7 Menstural Döngü Esnasında Hormonların Tahmini Değerleri..... 23

Şekil 8 Foliküllerin Gelişimi (Çevik,2020)..... 24

Şekil 9 Luteal Dönem (Çevik,2020) 26

Şekil 10 Premenstural Sendromun Fiziksel Ve Psikolojik Belirtileri (Çevik,2020).. 31

Şekil 11 Menstural Döngü 33

SİMGELER VE KISALTMALAR LİSTESİ

% Yüzde

< Küçüktür

> Büyüktür

ÇRİA Çalışma Rolü İşlevselliği Anketi

PMS Premenstrual Sendrom

PMSÖ Premenstrual Sendrom Ölçeği

FSH Folikül Stimüle Edici Hormon

GnRH Gonadotropin Serbestleştirici Hormon

Kg Kilogram

LH Luteinleştirici Hormon

m² Metrekare

ml Mililitre

n Katılımcı sayısı

Ort ± SS Ortalama ± Standart Sapma

p İstatistiksel Yanılma Olasılığı

z Hesaplanan İstatistik Değeri

χ^2 Hesaplana Ki-Kare Değeri

m Musculo (kas)

ROM Range Of Motion (eklem hareket açıklığı)

mm Milimetre



Bölüm 1

Giriş

Kayropraktik tedavi yöntemi elle yapılan tekniklerden meydana gelen sağlık hizmetlerinden biridir. Tedavi öncesi hastaya teşhis konulurken de kayropraktistler palpasyon denilen elle dokunarak patolojik eklemi belirlerler ve patolojik bölgeye uygun tedavi protokolleri genellikle elle ve beden gücüne bağlı olarak yapılmaktadır.

Kayropraktik tedavi uygulaması; eklemlere ve yanındaki bağ dokulara kontrollü bir baskı kuvveti uygulanarak, yön vererek mekanik manevra ile vertebralar da veya iskelet sistemindeki biyomekanik bozuklukların düzeltilmesidir. Anatomik limitleri aşmadan, fizyolojik hareket alanını aşmadan bir eklemi hareket ettirmek için uygulanan bir manuel yöntem tekniklerinden meydana gelen bir tedavi yöntemidir. (World Health Organization(WHO)., 2005).

Bu tedavi yöntemlerini kullanırken mutlaka kayropraktistler el ve beden güçlerini kullanmaktadırlar. Bu güç uygulamalar bireylerin tamamen sağlıklı hissettiği zamanlarda tedavide daha ideal sonuçlara ulaşılmasında etkindir. Kişinin fiziksel ve ruhsal anlamda sağlıklı olması hastalara olan faydasını doğru orantıda etkilemektedir. Sağlığın korunması ve sağlıklı yaşama devam etmek, birey ve çevresi arasındaki dinamik dengenin doğru yönde kurulmasına bağlıdır. Yaşam için bireyin kapasitesi fiziksel, mental ve sosyal olarak ortaya çıkardığı potansiyeller önemlidir.

Menstrual döngüsü; üreme amaçlı yılın her ayında görülen, menarş başlangıcından menopoza kadar devam eder, hormonal değişikliklerin ve menstrual kanamanın görüldüğü, kişiyi etkileyen periyodik değişikliklerdir. Menarş yaşının ortalaması 11-16 olsa da bu durum çeşitli faktörlere bağlı olarak değişiklik göstermektedir. Fertilizasyon ve gebelik zamanında bu döngü belirli bir süre ara verir.

Kadınlar yaşamları boyunca ortalama yaklaşık olarak 30-35 yıl fizyolojik bir durum olan mensturasyon dönemi geçirmektedirler. (Gençdoğan, 2006). Premenstrual sendrom (PMS), menstrual döngünün ikinci döneminde meydana gelen ve bireyleri psikolojik ve bedenen olumsuz etkileyen bir sendromdur. Kişinin yaşamını iş hayatını,

okul hayatını olumsuz şekilde etkileyen ve tekrarlayan bir süreçtir. Regl öncesi karşılaşılan semptomlar genellikle birçok üreme çağındaki yetişkin kadın bireylerde gözlemlenen bir durumdur. Ancak bu durum kişilerin yaşam kalitesini premenstrual sendrom kadar etkilemez. PMS genelde menarş başlangıcından iki yıl sonra başlar, menopoza kadar sürebilir. Premenstrual sendrom gözlemlenen kadın bireylerde her döngünün ortalama olarak altı, dört gününü yaşam kalitesini etkileyecek şekilde ciddi semptomlar yaşadıkları gözlemlenmiştir. En yaygın olarak gözlemlenen semptomlar şişkinlik anksiyete veya gerginlik, göğüs hassasiyeti, ağlama krizleri, depresyon, yorgunluk, irritabilite, konsantrasyon güçlüğü, iştah değişiklikleri ve ödemdir. (Tufan, 2019).

Premenstrual sendrom (PMS), menstrual döngünün luteal fazında ortaya çıkan ve menstrasyonun başlamasıyla birlikte azalan bir durumdur. Bu durumda aynı zamanda hem fiziksel hem de ruhsal bulgular meydana gelmektedir. Amerikan Obstetrik ve Jinekologlar Birliğine göre, bir kadının Premenstrual sendrom tanısı alabilmesi için regl dönemi başlamadan 5 gün öncesinde bulguların ortaya çıkması ve regl dönemi başladıktan sonra 4 gün içinde yaşanan bulguların bitmesi gerektiği belirlenmiştir. Premenstrual sendrom (PMS), özellikle genç kızları etkileyen ve yaygınlığı %5-76 arasında görülen bir sendromdur. Regl olan kadınların %85'inde bir ya da birden fazla PMS sendromu görülmektedir. Bu sendromda görülen belirtiler kişiler arasında da şiddetli, orta ve az olarak değişkenlik göstermektedir. Bu bulgular hem fiziksel hem de psikolojik olarak iki ye ayrılmaktadır. En sık görülen belirtiler arasında huzursuzluk, gerginlik, öfkenin kontrol edilememesi, yorgunluk, baş dönmesi, iştahta artma, anksiyete, konsantrasyonda azalma, göğüste şişlik ve hassasiyet, kas ve eklem ağrısı gibi belirtilerdir. (Tufan, 2019). Premenstrual sendrom görülen bu semptomların birçoğu yaşam standartlarını oldukça düşürmektedir. Bireyler günlük sosyal aktivitelerinde oldukça zorlanırken bunun yanı sıra iş hayatında daha çok olumsuz durumlar söz konusu olmaktadır.

Kişinin günlük yaşam aktiviteleri yanı sıra çalışma hayatı da oldukça önemli yer tutmaktadır. Çalışma hayatındaki verimlilik veya herhangi bir verimsizlik kişiyi ruhen ve bedenen olumsuz etkilediği düşünülmektedir. Özellikle kadın bireylerde görülen bu sendromda yaşanan duygu değişimleri bu etkide oldukça büyük bir rol oynamaktadır. Duygu değişimleri kişinin davranışlarını da olumsuz yönde etkilediği

düşünülmektedir. Kişinin ne tam anlamıyla sağlıklı ve huzurlu hissetmesi yaşamının her alanında o kişiyi ileriye taşımaktadır. Sendromla ortaya çıkan çeşitli semptomlar kişiyi bireysel olarak olumsuz yönde etkiler çünkü bu durum evrensel bir sendrom değildir. Özellikle kadın bireylerde bile çeşitlilik arz ederken ve her kadın bu sendromu yaşamazken erkek bireylerin sendromla yaşanan sorunlar hakkında herhangi bir değerlendirme yapmaları mümkün görünmemektedir.

Bu nedenlerden kayropraktik alanında çalışan kaç kadın bireyin bu sendromla ilgili sorunlar yaşadığının belirlenmesi ve bu durumun çalışma hayatını ne düzeyde etkilediğini belirlemek ve çalışma hayatındaki performans değerlendirmek için oldukça önem arz etmektedir. Bu sendromun görüldüğü kişilerden özellikle hangilerinin daha sıklık gösterdiği, sık görülen bu semptomların nasıl etkiler yarattığı ve bu durumun çalışma performansını nasıl etkilediğini belirlemekte kişinin yaşam kalitesini arttırmada önemli rol oynadığı düşünülmektedir.

Premenstural sendromun öneminin doğru anlatılması için görülen semptomların kayropraktistler tarafından doğru şekilde algılanması ve kendilerinde görülen bu semptomların doğru şekilde değerlendirilmesi, sıklığına ve sebeplerine göre çalışma hayatlarına olan etkilerini değerlendirmek çalışma yapılmasına neden olmuştur.

Çalışmada özellikle semptomların ortaya çıkış nedenleri ve bu nedenlerin PMS'yi arttırarak iş gücünde verimi azaltması incelenmesi hedeflenmektedir. Bu nedenle katılımcıların demografik özellikleri sendroma bağlı olarak ortaya çıkan semptom özelliklerine göre belirlenmiş olup kişinin beslenme, içecek tüketimi, yaşam şekli, genetik hastalıkları da özellikle araştırılan sorular arasında yer almaktadır. Premenstural Sendrom Ölçeği Anketi ve Çalışma Rolü İşlevselliği Anketi'nden elde edilen veriler oluşturulan araştırma sorularıyla kıyaslanarak istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar belirlenmesi ve incelenen literatür taramalarına uygun sonuçların elde edilmesi amaçlanmaktadır. Bu çalışma kayropraktik alanında bu sendromu yaşayan kadın bireylerin belirlenmesini, semptomların hangilerinin daha sık görüldüğü ve bu durumların çalışma hayatına olan etkisini değerlendirmek ve bu sorunu yaşamayan bireyleri bilinçlendirmek, bu sendromun farkındalığını arttırmak adına gerçekleştirilmiştir.

Çalışmanın hipotezler;

H1-0: Premenstrual Sendrom Kayropraktistlerin çalışma hayatını olumsuz etkiler.

H1: Premenstrual Sendrom Kayropraktistlerin çalışma hayatını etkilemez.

H2-0: Premenstrual Sendrom Kayropraktistlerin iş hayatını olumsuz etkiler.

H2: Premenstrual Sendrom Kayropraktistlerin iş hayatını etkilemez.

H3-0: Premenstrual Sendrom Kayropraktistlerin iş performansını olumsuz etkiler.

H3: Premenstrual Sendrom Kayropraktistlerin iş performansını etkilemez.

H4-0: Premenstrual Sendrom Kayropraktistlerin çalışma motivasyonunu olumsuz etkiler.

H4: Premenstrual Sendrom Kayropraktistlerin çalışma motivasyonunu etkilemez.

1.1 Problemin Durumu

Araştırmadaki problem durumu kadın kayropraktistlerin çalışma sırasında premenstrual dönemde yaşadıkları sorunların iş gücüne yansımaları ele alınmaktadır. Yaşanılan sorunlar iş gücüne etkisi kayropraktik sektöründeki verime etkisinin incelenmesi yapılmaktadır. Premenstrual sendromda görülen semptomların sıklığı, etkenleri ve bu semptomların iş performansına etkisinin değerlendirilmesidir. Premenstrual sendromda görülen semptomların kayropraktistler için farkındalığını bu sendromun görüldüğü bireylerin iş hayatlarındaki olumsuz etkilerinin belirlenmesi.

Kadınların premenstrual sendrom hakkında bilgi sahibi olduğu, menstruasyona karşı iyi bir bakış açısı sergilediği, ağrı ve krampların azaldığı, PMS belirtileri ile başa çıkmada kendilerini ve hayat şartlarını geliştirildiği, beslenmesini düzenlendiği durumların katkılarının çalışmanın sonucunda literatüre katkı sağlamış olacaktır.

1.2 Çalışmanın Amacı

Çalışmadaki amaç özellikle premenstrual sendromda yaşanan olumsuz koşulların farkındalığını arttırmak ve birçok sektörde olabileceği gibi dünyada en

önemli sektörlerden biri olan sağlık sektöründe de çalışan kadınların bu sendromu yaşaması durumunda iş verimliliğinin azalması ve etkilenmesi durumu. Sağlık sektöründe de çalışan bireylerin kendi sağlık sorunlarının olabileceği ve bu durum da yaşadıkları olumsuz koşulların belirlenmesi amaçlanmaktadır.

Kayropraktik alanında çalışan kaç kadın bireyin bu sendromla ilgili sorunlar yaşadığının belirlenmesi ve bu durumun çalışma hayatını ne düzeyde etkilediğini belirlemek ve çalışma hayatındaki performans değerlendirmek için oldukça önemlidir. Sağlık sektöründe özellikle hastalarla bire bir olarak ilgilenen meslek gruplarında bireylerin hem fiziksel hem psikolojik olarak sağlıklı olma hali beklenmektedir. Sağlık sorunlarının neler olduğunu belirlemek ve bu sendromun görüldüğü kişilerden özellikle hangilerinin daha sıklık gösterdiği, sık görülen bu semptomların nasıl etkiler yarattığı ve bu durumun çalışma performansını nasıl etkilediğini belirlemekte kişinin yaşam kalitesini arttırmada önemli rol oynamaktadır. Kişilerin olumsuz koşulları iş performans ve verimliliğine etkisinin değerlendirilmesi amaçlanmaktadır.

Premenstural sendromun öneminin doğru anlatılması için görülen semptomların kayropraktistler tarafından doğru şekilde algılanması ve kendilerinde görülen bu semptomların doğru şekilde değerlendirilmesi, görülen semptomların sıklığına ve sebeplerine göre çalışma hayatlarına olan etkilerini değerlendirmek çalışma yapılmasına neden olmuştur. Sendrom görülen kadınların iş hayatlarında sendromla başa çıkma durumu değerlendirilmesinin incelenmesidir.

Bu çalışma kayropraktik alanında bu sendromu yaşayan kadın bireylerin belirlenmesini, semptomların hangilerinin daha sık görüldüğü ve bu durumların çalışma hayatına olan etkisini değerlendirmek ve bu sorunu yaşamayan bireyleri bilinçlendirmek, bu sendromun farkındalığını arttırmak adına gerçekleştirilmiştir. Özellikle dünya çapında gelişen meslek grupları arasında yer alan kayropraktik meslek grubunun farkındalığını arttırmak ve aynı zamanda premenstural sendromla bireylerin olumsuzluklar yaşamaları halinde iş verenlerinin bilinçlendirilmesi amaçlanmaktadır.

Dünya genelinde çeşitli ülkelerde mensturasyon sırasında çeşitli iş sektöründe çalışan kadınlara menstural gün uzunluğu boyunca izin verilmektedir ve çoğu ülkede bu durumu deneyimlemek için adım atmaktadır. Türkiye’de bu durumun

bilinçlendirilmesi ve çeşitli izin veya yeni uygulamaların belirlenmesi için farkındalık yaratılması istenmiştir.

1.3 Araştırmanın Soruları

Hipotezler/Araştırma Soruları

H1-0: Premenstrual Sendrom Kayropraktistlerin çalışma hayatını olumsuz etkiler.

H1: Premenstrual Sendrom Kayropraktistlerin çalışma hayatını etkilemez.

H2-0: Premenstrual Sendrom Kayropraktistlerin iş hayatını olumsuz etkiler.

H2: Premenstrual Sendrom Kayropraktistlerin iş hayatını etkilemez.

H3-0: Premenstrual Sendrom Kayropraktistlerin iş performansını olumsuz etkiler.

H3: Premenstrual Sendrom Kayropraktistlerin iş performansını etkilemez.

H4-0: Premenstrual Sendrom Kayropraktistlerin çalışma motivasyonunu olumsuz etkiler.

H4: Premenstrual Sendrom Kayropraktistlerin çalışma motivasyonunu etkilemez.

Premenstrual sendromun kayropraktistlerde görülme sıklığı nedir?

Premenstrual sendrom yaşayan kayropraktistlerde en sık rastlanan semptomlar hangileridir?

Premenstrual sendrom semptomları kayropraktistler tarafında biliniyor mu?

Kayropraktistler arasında premenstrual sendrom farkındalığı mevcut mu?

Kayropraktistler premenstrual sendrom semptomlarının görüldüğü dönemde çalışabiliyor mu?

Sosyo-demografik özelliklerin premenstrual sendromda görülen semptomlar arasında ilişki var mı?

Premenstural sendromda görülen semptomların kayropraktistlerin çalışma hayatları arasında ilişki var mı?

Premenstural sendromda görülen semptomların kayropraktisylerin çalışma verimi arasında ilişki var mı?

1.4 Çalışmanın Önemi

Dünya üzerinde bir sürü ülkede menstural döngüsü süresi boyunca kadın çalışanlara izin tanınması durumu gündem de olup bu duruma izin veren ülkelerde bulunmaktadır. Bu süreçte yapılan çalışmanın Türkiye’de farkındalık yaratması ve kadın kayropraktistlerinde bu durumdan etkilenerek çalışma süresinde verimliliğinin azaldığının önemi vurgulanmaktadır. Çalışma hayatı süresince bu sendromu yaşayan kadınların regl dönemlerinde sürekli olarak sendroma bağlı belirtileri yaşadığı ve bu duruma hassasiyet gösterilmesi gerektiği aktarılmaktadır.

Meslek tanımı olarak kayropraktistlerin Türkiye’de tanınması adına Türkçe literatür olarak önem taşımaktadır.

Premenstural Sendrom Ölçeğinin kullanımı ve bu kullanımdan oluşan verilerin Türkçe kaynak olarak kullanımının sağlanması adına önem taşımaktadır. Premenstural Sendrom Ölçeğinin Türkiye’de kullanımındaki veri içeriği oldukça az görülmektedir.

Çalışmaya katılan kadınların PMS’ye bağlı olarak yaşadıkları olumsuz semptomların en fazla neler olduğunun, kadınların demografik özelliklerinin hangilerinin ortak etken olduğunu belirlemek ve çalışma sektörünün verimi açısından hangi alanlarla özellikle sorun yaşandığını belirlemek adına önemlidir.

Erken teşhis edilen PMS’nin kadınların hayatındaki verimi arttırdığı gibi alınabilecek önlemler adına çalışma hayatındaki verimi de arttırması adına yapılan çalışmanın değerlendirilmesi önemlidir.

1.5 Tanımlar

Menstural döngü; kadınların yaşamlarının 30–35 yılını kapsayan ve fizyolojik bir olay olan mensturasyon, her ay düzenli olarak gerçekleşmektedir (Gençdoğan,

2006). Herhangi bir ilaç kullanımı, hamilelik veya başka etmenler bulunmadığı sürece her ay gerçekleşen bir süreçtir.

Premenstural Sendrom (PMS), menstrasyon döngüsünün menstrasyon öncesi döneminde ortaya çıkan ve menstrasyon kanamasının başlaması ile birlikte kaybolan, duygu, davranış değişiklikleri ve fiziksel belirtilerle kendini gösteren bir bozukluk olarak tanımlanabilir (Acar, 2014; Domoney et al., 2003; Ford et al., 2012; Nagata et al., 2004).

Premenstural sendrom; kadınların menstural dönemden 7-10 gün öncesinde ortaya çıkan kişileri fiziksel ve ruhsal sorunlara neden olacak belirtilerin meydana gelmesi olarak adlandırılan bir sendromdur. Yaklaşık 150 belirtinin bu sendromda olduğu belirlenmiştir (Schnall et al., 2002; Yücesoy, 2017).

Son zamanlarda yapılan çalışmalarda özellikle premenstural sendrom yaşayan kadınların semptomların tüketilen gıdalar ve içeceklerle alakalı olduğu belirlenmiştir. Kişinin kötü alışkanlıkları da aynı şekilde sendrom semptomlarının öncesinde ve sonrasında kişinin olumsuz etkilenmesine neden olur. Özellikle sigara ve alkol kullanımı PMS haricindeki sağlıklı kadınlarda bile olumsuz sonuçlara neden oluşturmaktadır. İnsanları hastalanmaktan korumak için sağlıklı beslenme (az tuz, şeker vb.), düzenli egzersiz, sigara ve alkol içmeme, aşırı yorgunluk ve stresten kaçınma, günde 7-8 saat uyuma ve sağlığa uygun hale getirme gibi çeşitli uygulamaları içerir (Yıldırım 2005).

Demir ve ark (2006) tarafından yapılan çalışmaya göre; Abraham ve Pariser, PMS'nin neden olduğu işe devamsızlığının 1956 ve 1969'da yapılan iki çalışmada, ABD endüstrisinde beş milyar dolarlık kayba neden olduğunu vurgulamıştır. Bu yıllar aralığında kadın çalışan sayısının az olduğu varsayılırsa rakam fazla iken şu anda çalışan kadın sayısının artmasına bağlı olarak rakamında giderek artması düşünülmektedir.

İş gücünün etkilenmesi; bu sendromdan dolayı ortaya çıkan semptomların belirtilerin olumsuz koşulları iş verimliliğini azaltmaktadır. İş gücü; bireylerin çalışma saatleri arasında gerçekleştirdikleri verimli çalışma halidir. Çalışan bireylerin iş performanslarının verimliliği sağlıklı olma halinden gelmektedir.

Premenstrual sendromda görülen semptomlar çalışma hayatındaki verimliliği ve çalışma kalitesini azaltması, kişinin çalıştığı sektörde para ve zaman kayıpları, kişilerin sosyal hayatlarının olumsuz etkilenmesi ve özgüvenlerinin azalması, kişiler arası ilişkilerin olumsuz etkilenmesi bu nedenle premenstrual sendromun erken teşhis edilmesi önem taşımaktadır. Kadınların %70.3'ünün premenstrual yakınmalar nedeniyle iş verimliliklerinin azaldığını belirtmektedir. (Demir et al., 2006)

Bu araştırma ile PMS semptomlarının gözlemlendiği kadınların ortak demografik özellikleri, ortak tüketilen gıda ve içeceklerin belirlenmesi ile bu semptomların kadınların çalışma verimliliğine etkisi araştırılmaktadır. Aynı zamanda bu sendromun fiziksel, ruhsal ve sosyal açıdan her alanda oluşturduğu olumsuz sorunların iş hayatına etkisi değerlendirilir. Böylece yapılan çalışmada elde edilen verilere göre kadınların sağlığının iyileştirilmesi, iş gücündeki zaman kaybının önlenmesi ve para kaybının engellenmesi amaçlanmaktadır.

Bölüm 2

Literatür Özeti

Kadınların yaşlarının 30-35 yılını kapsayan ve fizyolojik bir olay olan mensturasyon her ay düzenli olarak tekrarlayan bir süreçtir.(Gençdoğan, 2006). Mensturasyon bir işaret olarak fertil çağı boyu sürer. Premenstrual sendrom (PMS), menstural döngünün ikinci yarısında ortaya çıkan kadının yaşamını olumsuz yönde etkileyen fiziksel ve davranışsal semptomlarla karakterizedir. Kişinin yaşam biçimini, iş hayatını ve okul başarısını etkileyecek derecede semptomların bir veya daha fazlası sıklık olarak oluşması ve bunu daha sonra tamamen belirsiz bir periyodun izlemesidir.(Tufan, 2019)

Bu semptomlar reglin başlangıcı ile veya reglin ikinci veya üçüncü günü geçer. Regl öncesi sıkıntılar özellikle yetişkin üreme çağındaki kadınların karşılaştıkları bir sorundur ve normal hayatını engelleyen bir durumdur. PMS genelde menarş başlangıcından iki yıl sonra başlar, menopoza kadar sürebilir. PMS olan kadının her döngünün yaklaşık olarak dört-alt gününü günlük hayatı etkileyecek ciddi semptomlar yaşayarak geçirmektedir.(Süer, 2008). En sık görülen semptomlar abdominal şişkinlik, anksiyete veya gerginlik, meme hassasiyeti, ağlama nöbetleri, depresyon, yorgunluk, enerji yokluğu hissi, irritabilite, konsantrasyon güçlüğü, iştah değişiklikleri ve ekstremitelerde ödemidir. Bu semptomlar genellikle yedi-on gün sürmektedir. Psikolojik şikayetlerin yoğunluğu nedeniyle Amerikan Psikiyatri Derneği tarafından bu sendroma ‘‘Premenstrual Disrofik Bozukluk’’ adı da verilmektedir.(Tufan, 2019)

Kadınların her ay bir sorun olarak yaşadıkları ve yaşam kalitelerinde ciddi manada düşüş yaşanmasına sebep olan premenstrual sendrom ve bu sendromun etki ettiği düşünülen benlik saygısı, anksiyete düzeyi ve yaşam doyumu, yaşam kalitesi, çeşitli demografik özelliklerin de varlığıyla araştırılmıştır.(Zaman, 2021).

PMS yakınması olan kadınların, ortak yaşam biçimleri belirlenerek, PMS konusundaki kişisel deneyimleri ve yaşam biçimlerinde yanlışlıkları saptamak amaçlanmıştır. Aynı zamanda bu sendromun fiziksel, ruhsal ve sosyal açıdan olumsuz etkilerinin azaltılmasına yardımcı olacak sonuçlara ulaşılması planlanmıştır. Böylece

PMS tedavilerine destek olunarak kadın sağlığının yükseltilmesi ile toplumun sağlıklı bireylerden oluşmasına katkı sağlanması hedeflenmiştir (Sokullu, 2009).

Literatür incelemesine göre; PMS'nin neden olduğu işe devamsızlığın belirtildiği 1956 ve 1969'da yapılan iki çalışmada, ABD endüstrisinde beş milyar dolarlık kayba neden olduğunu vurgulamıştır. (Demir et al., 2006)

Kayropraktik tedavi yöntemi elle yapılan tekniklerden meydana gelen sağlık hizmetlerinden biridir. Tedavi protokolleri genellikle elle ve beden gücüne bağlı olarak yapılmaktadır (World Health Organization(WHO)., 2005).

Kayropraktik tedavi uygulaması; eklemlere ve yanındaki bağ dokulara kontrollü bir baskı kuvveti uygulanarak, yön vererek mekanik manevra ile vertebralarda veya iskelet sistemindeki biyomekanik bozuklukların düzeltilmesidir. Anatomik limitleri aşmadan, fizyolojik hareket alanını aşmadan bir eklemi hareket ettirmek için uygulanan bir manuel yöntem tekniklerinden meydana gelen bir tedavi yöntemidir (World Health Organization(WHO)., 2005).

Bu tedavi yöntemlerini kullanırken mutlaka kayropraktistler el ve beden güçlerini kullanmaktadırlar. Bu güç uygulamalar bireylerin tamamen sağlıklı hissettiği zamanlarda tedavide daha ideal sonuçlara ulaşılmasında etkindir. Kişinin fiziksel ve ruhsal anlamda sağlıklı olması hastalara olan faydasını doğru orantıda etkilemektedir. Sağlığın korunması ve yaşam boyu devam etmesi, birey ve çevresi arasındaki dinamik dengenin doğru yönde kurulmasına bağlıdır. Yaşam için bireyin kapasitesi fiziksel, mental ve sosyal olarak ortaya çıkardığı potansiyeller önemlidir (World Health Organization(WHO)., 2005).

Yapılan literatür taramalarında farklı meslek gruplarında premenstural sendromun etkileri araştırılmıştır. Premenstural sendrom semptomlarının katılımcı bireylerin mesleklerine etkileri de kıyaslanmaktadır. Sağlık sektörünün ve bu sektöre de çalışan bireyler de aynı zamanda değerlendirilmiştir. Ancak kayropraktik ülkemizde yeni tanınan bir meslek grubu olduğu için bu konuda çalışmalar literatürde oldukça az rastlanmaktadır. Sağlık sektöründe çalışan bireylerinde hastalandığı durumların olması göz önünde bulundurulmalıdır. Yapılan çalışmalar da etkilenen iş sektörlerinde katılımcı bireylerin bu semptomları azaltmak veya yok etmek adına

uyguladıkları durumların değerdendirilme ele alınmıştır. Yapılan literatür taramasında ofis çalışanlarında gözlemlenen semptomlar değerdendirilmiştir. Bu çalışmaya benzer olarak sağık sektöründe çalışan kadınların aynı semptomların görölmesi üzerine semptomları azaltmak adına denedikleri nonfarmakolojik ve farmakolojik yöntemler değerdendirilmektedir. Sendrom özellikle kadınları hormonal açıdan da etkilediğı için opera sanatçılarının bu sendrom sırasında yaşadığı hormonal değışime bakarak ses etkilenimleri değerdendirilmiştir. Bu sendrom kadınların çalıştığı birçok iş sektöründen kadınları olumsuz yönde etkilemektedir ve günümüzde kadınlar artık birçok iş sektöründe faaliyette olduğunu göstermektedir. Literatür taramalarında elde edilen verilere göre premenstural sendromun semptomlarının etkisini arttıran gıdalar üzerine de çeşitli çalışmalar yapılmıştır. Bu çalışmalarda elde edilen genel bilgi ve verilere göre yapılan çalışma soruları ve değerdendirilmeleri oluşturulmuştur. Literatürde eksiklerin belirlenip değerdendirilmesi hedeflenmektedir.

Bölüm 3

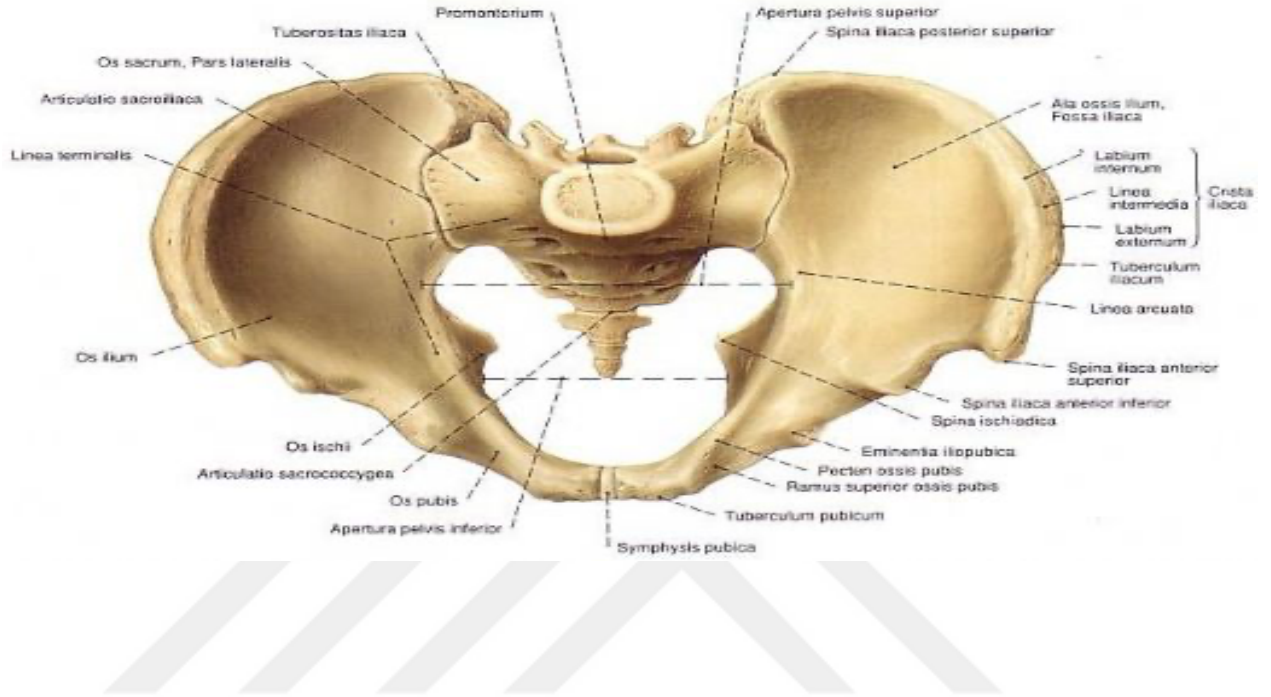
Genel Bilgiler

3.1 Anatomik Bilgiler

3.1.1 Kadın pelvik taban kemik anatomisi. Pelvik taban; kemik, kas, ligament ve nörovasküler yapılardan oluşan pelvik visseral organların fonksiyonunun devamlılığını sağlamak adına koruyu ve dinamik koordinasyona katkı sağlayan bir yapı bütünlüğüdür. Pelviste bulunan bazı özellikler doğum için önemli görevler üstlenmektedir. Kas, fasya ve ligamanlardan oluşan pelvik taban; pelvis çıkışına yayılarak abdominal ve pelvik organları destekler, dinamik bir platform görevi görür (Keane & O’Sullivan, 2000; Mutlu, 2005).

- *Pelvis iskeleti:* Sağ ve sol os coxae, sacrum ve coccyxden meydana gelmektedir. Kemiklerin birleştiği bölgede oluşturulan boşluğa cavitas pelvis (pelvis boşluğu) denilir. Linea terminalis ise promontorium, linea arcuata, symphysis pubicadan oluşur. Pelvis majör (linea terminalis üstü), pelvis minör (linea terminalis altı). Apertura pelvis superior-inferior, diaphragma pervis, diaphragma urogenitalden oluşmaktadır (Ersin, 2020; Mutlu, 2005; Şahin, 2005).
- *Pelvis duvarları:* Ön kısmı os pubis, musculus obturator int. Ve fasyası; symphysis pubicadan oluşur. Yan duvarları musculus obturator int. Ve fasyası; n. Obturatorius, a.v.obturatoria, a.ilica interna’ nın diğer dalları sacrum, OS iliumun bir kısmı, art.sacroilica; m.priiformis, plexus sacralis, a.v.ilica interna’ dan meydana gelerek oluşur (Keane & O’Sullivan, 2000; Mutlu, 2005; Polat, 2017).
- *Pelvis tabanı:* M.levator ani ; m.puborectalis, m.pubococcygeus, m.ilicococcygeus. M.coccygeus kaslarından oluşmaktadır (Keane & O’Sullivan, 2000).

- *Pelvis damarları:* Arteria iliaca externa arteria femoralis, a.epigastrica inferior, a.circumflexa ilium prof. olmak üzere üç dala ayrılmaktadır. Diğer büyük damar ise arteria iliaca interna'dır. Bu damarda iki dala ayrılmaktadır (Kale & Başol, 2019) .



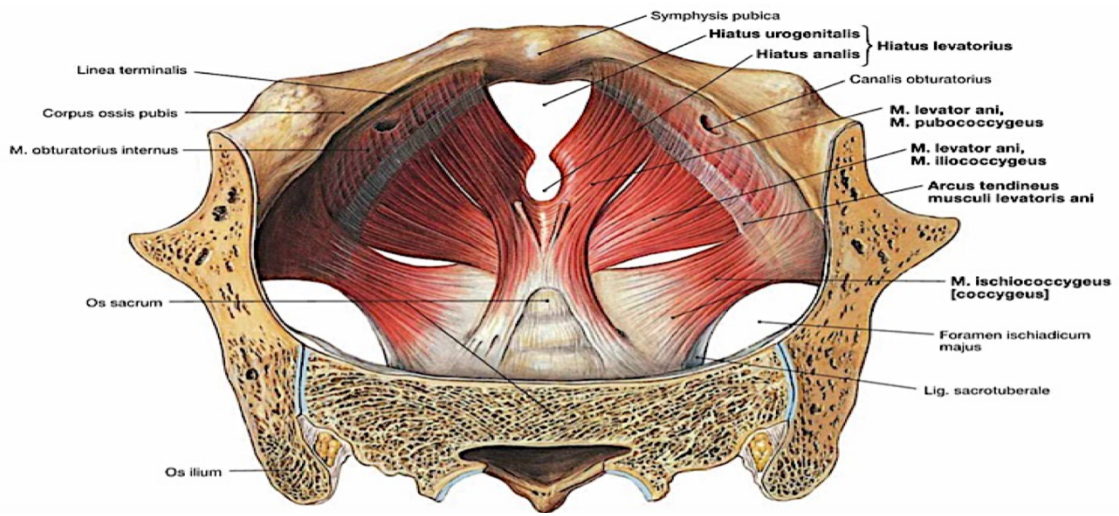
Şekil 1 Kadın Pelvik Taban Kemik Anatomisi (Bahar,2020)

Pelvik taban katmanları en derinden yüzeye doğru; endopelvik fasya, levator ani kasları, perineal membran, eksternal genital kaslar ve eksternal genital ve deri şeklindedir (Polat, 2017).

- *Endopelvik Fasya:* Kolajen, elastin ve düz kas liflerinden meydana gelen fibromusküler dokudur. Endopelvik fasya, iç organları pelvik yan duvarlara bağlar. Pelvik tabanın en derin ve ilk tabakası olarak bilinir (Keane & O'Sullivan, 2000; Mutlu, 2005).
- *Levator Ani Kasları:* Levator ani kasları olarak bilinen m. iliococcygeus, m. pubococcygeus ve m. puborectalis; m. ischiococcygeus ile birlikte pelvik diyaframı oluşturur. Kasların ön orta hat yarıklığı üretra, vajina, anorektumun geçtiği hiatus urogenitalis ve hiatus analisten oluşan hiatus levatorius olarak adlandırılır. Bu kaslar pelvik visseraya destek olurken, üretra ve anorektal

kavşak etrafında bir bant oluşturarak üriner ve fekal kontinansı sağlar (Gökdoğan, 2011).

- *Perineal Membran:* Levator ani kas grubunu altından vajina kenarına bağlanmaktadır. Bu yapı üretrayı destekler (Keane & O’Sullivan, 2000; Sariiz, 2015).
- *Eksternal Genital Kaslar:* M. ischiocavernosus, m. bulbocavernosus ve transvers perineal kaslardan oluşur. Transvers perineal kaslar ise pelvik visserayı destekler ve intraabdominal basıncı düzenler (Polat, 2017)



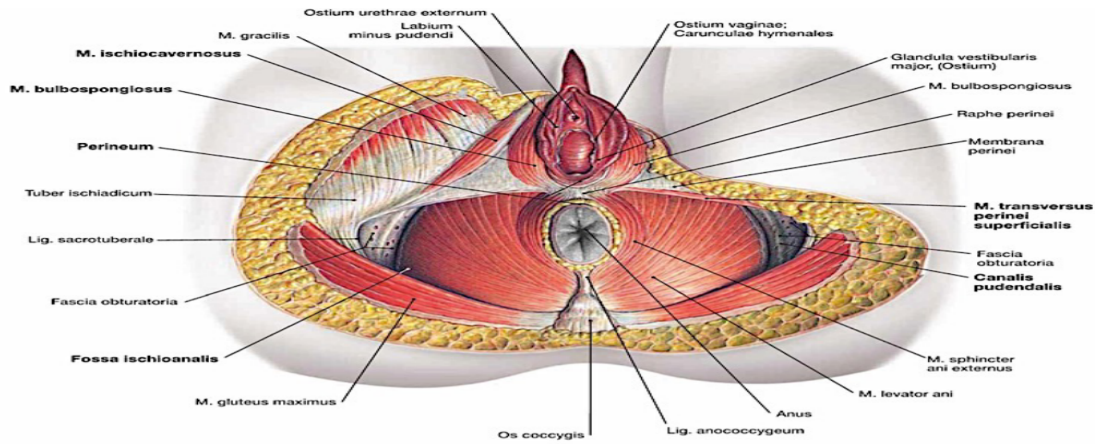
Şekil 2 Kadın Taban Anatomisi (Kranial Görünümü) (polat,2017)

3.1.2 Kadın pelvik taban kas anatomisi. Pelvik taban kasları üriner ve fekal inkontinansın olmaması adına kasılırken, gastrointestinal ve üriner sistem içeriğinin vücuttan atılması adına gevşerler. Kadın seksüel aktivitesinde rol oynar, doğumda fetusun geçebilmesi için ileri derecede gerilme yapısına sahipken postpartum dönemden sonra normal fonksiyonlarına geri dönmesi gerekir. Tüm bu görevlerinin yanı sıra vücut stabilizasyonunda da görev almaktadır.

Pelvik taban kasları kemik yapının taban kısmını oluşturur. Diafragma pelvis'in yapısına bağlanıp vajinayı daraltarak seksüel ilişkide, doğum sırasında, rektumu daraltmada ve pelvik organları koruyan kaslar bir m. Levator ani ve m. Coccygeus'tur.(Polat, 2017)

- *M. Levator Ani*: Pelvik tabanın büyük bir kısmını kaplayan, ince geniş bir kas olup, m. Pubococcygeus, m. Puborectalis ve m. İliococcygeus olmak üzere üç parçası vardır. Siniri ise dördüncü sakral spinal sinirin ön dalı veya n. Pudendus'un perineal dalıdır (Keane & O'Sullivan, 2000; Mutlu, 2005).
- *M. Pubococcygeus*: pubis'in corpus'unun arkasından ve fascia obturatoria'nın ön kısmından başlar. Canalis analis'in yanlarında horizontal yönde ilerler coccyx'e ve lig. Anococcygeum'a bağlanır. Lig. Anococcygeum ; canalis analis ile coccyx'in tepe kısmından ilerleyen fibröz bir yapıdır. M. Pubococcygeus 'un medialde kalan liflerinin bir kısmı kadında üretra, vajina ve anüsü sarar ve perinenin central tendonunda biter (Pınar, 2008).
- *M. Puborectalis*: m. Levator ani'nin medialde yer alır. M. Pubococcygeus 'un daha alt kısımda bulunur. Bu kas lifleri de pubisten başlar arkaya doğru ilerler ve coccyx'te biter. M. Puborectalis, m. Sphincter ani externus ile rectum'un longitudinal ilerleyen kas lifleriyle birleşir. Yanlardan gelen lifler flexura anorectalis'i arka kısımdan sarar 'U' harfi şeklinde rektal askıyı meydana getirir. En arka kısımda yer alan lifler son iki koksigeal segment ile lig. Anococcygeum'a bağlanır (Mutlu, 2005; Pınar, 2008).
- *M. İliococcygeus*: Arcus tendineus fascia obturatoria ve spina ischiadica'dan başlar. Her iki yerden gelen lifler arka kısma ilerler coccyx ve lig. Anococcygeum'da biter (Mutlu, 2005; Polat, 2017).
- *M. Coccygeus*: Diaphragma pelvis'in arka kısmı oluşumuna katılır. Spina ischiadica ve lig. Sacrospinale'den başlar. Beşinci sakral vertebra'nın yan kısmına coccyx'e bağlanır. Sinirler dördüncü ve beşinci sakral spinal sinirlerdir (Ceylan Çelik, 2013).
- *M. İschiocavernosus*: Ramus ossis ischii'den başlayıp kadınlarda crus clitoridis'in alt alanı kas n. Pudendus tarafından inerve edilir. Kadında klitoris'in ereksiyonunu sağlar (Polat, 2017).

- *M. Bulbospongiosus*: Centrum perinei'den başlayıp kadında vajinayı sararak clitoris'te sona eren kas n. Pudendus tarafından inerve edilir. Görevi kadında osthium vaginae'nın kontraksiyonu ve glandula vestibularis majör salgı boşaltılmasını sağlar. Clitoris ereksiyonuna yardımcı olur (Polat, 2017).



Şekil 3 Kadın Pelvik Taban Kas Anatomisi (Polat,2017)

3.1.3 Kadın üreme sistemi anatomisi. Kadın üreme sistemi internal ve ekstral olmak üzere iki gruba ayrılan organlardan meydana gelmektedir. İnternal genital organlar overler, fallop tüpleri, uterus ve vajinadır (Ramirez Gonzalez et al., 2016).

3.1.3.1 Vajina .8-10 cm uzunluğunda ince duvarlı bir yapıdır. Mesane ve rektum arasında yer alır ve vücut dışına kadar uzanmaktadır. Hymen yapısı vajinayı kapatan ince zar şeklindedir ve çeşitli farklı yapıları gözlemlenmektedir. Cinsel birliktelikte penisin ve semenin vücuda girişini sağlar ve bu sayede spermle döllen yumurta fetüsü meydana getirir. Vajina genellikle doğum kanalı olarak adlandırılmaktadır ve bebeğin dış dünyaya çıkışını sağlamaktadır.(Rençber, 2019)

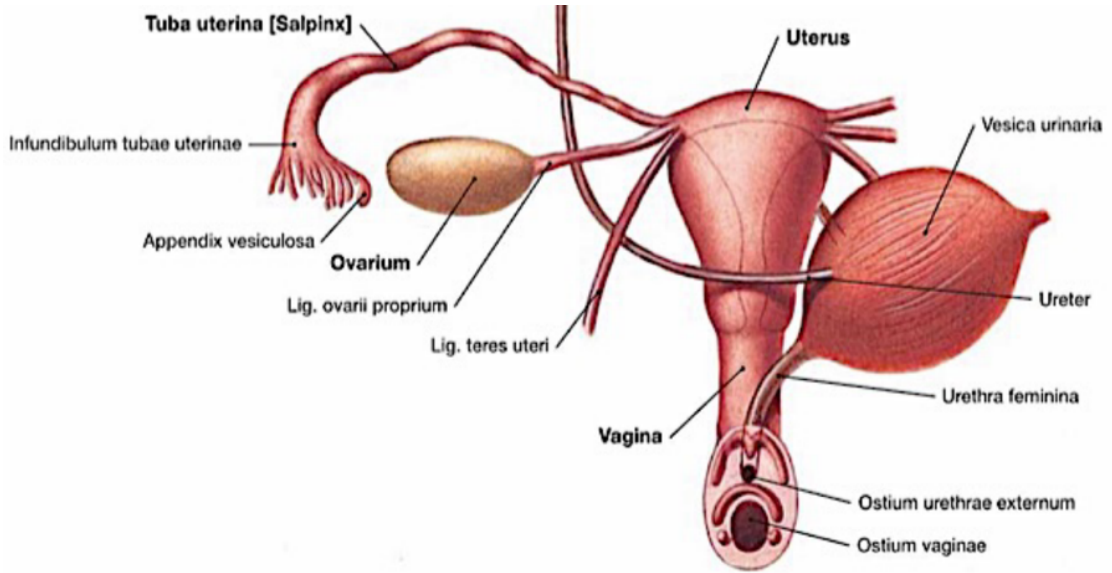
3.1.3.2 Kadın rahim anatomisi. Rahim memeli canlılarda dişilerde görülen üreme organıdır. Bu organ gebeliği gerçekleştirme görevine sahiptir. Dişi pelvik tabanında yer alır. İnsanlarda ve memelilerin çoğunda üreme sisteminde kadınlık hormonuna duyarlıdır.

Kas yapısında olan uterus, endometrium, myometrium ve perimetrium adı verilen duvarlardan meydana gelmektedir. Cavitas pelvis boşluğunda mesanenin arka yüzü ile komşudur. Uterus rectum'un ön tarafında bulunur. Normal konumunda uterus boyun kısmı, öne doğru eğik bir şekildedir (anteflexion).

Sperm ile döllenmiş yumurtanın barındığı ve doğuma kadar korunup zamanını tamamladığında doğuma yardımcı olan yapıya sahiptir. Spermle döllenmiş yumurta gelişimini tamamlayarak fetüsü oluşturur ve gelişimi burada gerçekleşir. Doğum sırasında uterusun fonksiyonları sayesinde fetüsün dışarı çıkması sağlanır. Doğuma kadar uterusda gelişim, büyüme ve değişimler meydana gelir. Dölyatağı, bağırsakların alt tarafında, döl yolunun üstünde bulunur. Önden arkaya doğru yassı, 6–7 cm uzunluğunda, kabaca bir armut şekline benzer yapıdır. Orta kısmının biraz altında boğumlanmayla iki kısma ayrılır. Alttaki kısma “boyun” denir, burası dölyoluna bağlanır. Daha büyük olan üst tarafı ise “gövde” olarak adlandırılır. Buranın üst ve ön kısmı genellikle eğik durur. Üst kenarında her iki yan kısımda fallop tüpleri yer alır. Fallop tüpleri, dölyatağı ile yumurtalıkları birbirine bağlar. Dölyatağının çeperi üç tabakadan oluşur: İç zar (endometrium), kalın kas (myometrium) ve dış zar (serosa). Rahim katmanları endoteryum, uterus epiteli, myometriyum, perimetriyum, parametriyum ‘dan, ligamentler ise uterusun yuvarlak bağı, uterusun geniş bağı, kardinal, bağ uterosakral, bağ puboservikal bağlardan oluşur. Uterus bezi veya endometriyal bezler, tek katlı prizmatik epitel ile kaplı bezlerdir (Scanlon & Sanders, 2007).

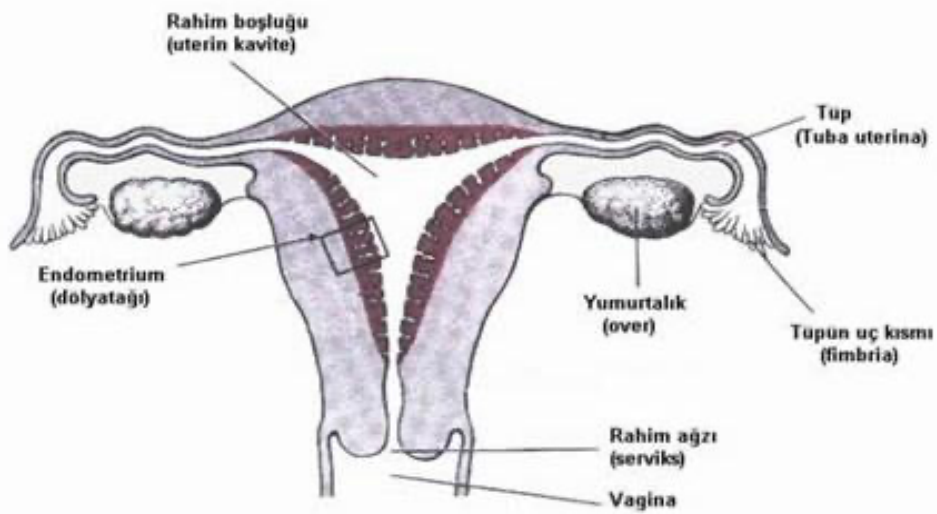
Rahim, ön kısmında rahim ağzı (serviks) bulunan, yan kısmında yer alan fallop tüpleri bulunur, kasılma yeteneği mevcut ve çok güçlü olan kaslardan meydana gelen armut şeklinde bir organdır. Rahim içindeki boşlukta rahim iç tabakası bulunur (Rençber, 2019).

Uterusun sabit kalmasını ve daha az şekil değiştirmesini ligamentler sağlamaktadır. Bu ligamentler, ligamentum latum uteri ve ligamentum teres uteridir. Uterus'un üzerine oturmuş olduğu anatomik yapılarda uterusu desteklik sağlar. Uterus bağları elastiki yapıda olduğundan komşu organlara göre konumunu değiştirebilir (Kaniewska et al., 2018).



Şekil 4 Kadın Rahim Anatomisi (Polat,2017)

3.1.3.3 Kadın yumurtalık anatomisi. Pelvis duvarının yan yan duvarlarında a.v.iliaca externa ve interna adlı çatalın aşağısında, fossa ovarica adlı çukurlarda bulunurlar. Yanlardan basık oval görüntüsü olan yapılardır. Dış tabakasında kabuk yapısında bir tabaka bulunur. İç tabakasında ise gevşek bir yapıya sahiptir. İç tabaka kan damarlarından zengin bir tabakadır. Ovariumun beslenmesi iç tabakadan sağlanır. Yumurta üretimi ve kadın hormonlarını iç tabaka üstlenmiştir (Haroun, 2016).



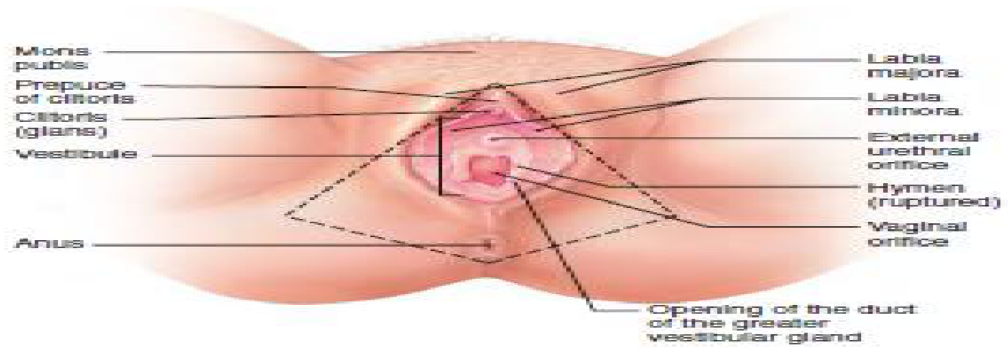
Şekil 5 Kadın Yumurtalık Anatomisi

Pelvis duvarının yan yan duvarlarında a.v.iliaca externa ve interna adlı çatalın aşağısında, fossa ovarica adlı çukurlarda bulunurlar. Yanlardan basık oval görüntüsü olan yapılardır. Dış tabakasında kabuk yapısında bir tabaka bulunur. İç tabakasında ise gevşek bir yapıya sahiptir. İç tabaka kan damarlarından zengin bir tabakadır. Ovariumun beslenmesi iç tabakadan sağlanır. Yumurta üretimi ve kadın hormonlarını iç tabaka üstlenmiştir (Haroun, 2016).

Fallop tüpü: Uterusun iki yan yüzeylerinden yukarı ve dış kısma doğru uzun yapıdaki tüplerdir. Fallop tüplerinin her biri yaklaşık 10-15 cm kadar uzunluğunda ve yarım santim kalınlığında kas yapısında anatomik yapılardır. Fallop tüpünün bir ucu uterustan başlar ve diğer uç kısmı ise yana doğru uzanarak serbest şekilde sonlanır Fallop tüpünün bu ucu oldukça geniş ve huni şekilden gözlemlenmektedir. Uç kısımları püskül şeklinde, kadın üreme hücresi olan ovumu yakalama ile görevlidirler (Haroun, 2016).

Yumurtalıklar 1-1,5-3 cm boyutlarında ve badem şeklinde, normal oluşumda her kadında rahmin sağ ve sol taraflarında olmak üzere iki adet bulunurlar. Yumurtalıkların üzeri germinal epitel adını alan tek katlı yassı veya kübik epitelle kaplıdır. Her biri gevşek bağ dokusu içinde damardan zengin bir medüller bölge ile oositleri içeren foliküllerin bol miktarda yer alan bir korteks bölgesinden meydana gelir (Haroun, 2016).

3.1.3.4 Eksternal organlar.Eksternal genital organlar, Mons Pubis, Labia Minora, Labia Majora, Klitoris, Vajinal Vestibüldür. Eksternal genital organlar,derin kas yapıları ve fasyalarla desteklenmektedirler (Graziottin & Gambini, 2015).



Şekil 6 Kadın Üreme Sistemi Eksternal Organlar (Rençber,2019)

3.2 Menstrasyon Döngüsü

3.2.1 Menstrasyon tanımı. Menstrasyon menarştan (ilk regl kanaması) menopoza (son regl kanaması) kadar olan süreç olarak tanımlanmaktadır. Her ay düzenli bir şekilde tekrarlayan periyotlarda görülmektedir. Hamilelik gibi özel durumlarda menstrasyon döngüsü 9-10 ay aralığında görülmemektedir. Harici durumlarda kadınların üreme hayatı boyunca devam etmedir. Normal ve düzenli gerçekleşen menstural döngü kişilerin genel sağlığının iyi olduğunun göstergelerinden biri olarak kabul edilmektedir. Genellikle menstrasyon döngüsü 28 günde bir tekrarlamaktadır. Ancak kadınlar arasında net olarak belirlenmemiş olan çeşitli etmelerin bu döngüyü etkilediği gözlemlenmektedir. Bilinen etmenler arasında; Düzenli egzersiz, in aktivite, aşırı egzersiz engeli , duygu durum etkilenişleri, diyet içerikleri, otoimmün rahatsızlıklar, obezite, malignite, sigara-alkol kullanımı, doğum gerçekleştirilmiş olup olmaması veya karın içi müdahaleli veya müdahalesiz bebek kaybı olması gibi birçok durumdan etkilenecek de döngü sürelerinde değişimler gerçekleşebilmektedir (Çevik, 2020).

Kadın hayatı bir süreç, olarak değerlendirildiğinde; dönemler farklı fiziksel ve duygusal oluşumlar sebebiyle kesin sınırları olmayan belli 5 döneme ayrılarak incelenir (Çevik, 2020).

1. Çocukluk Dönemi 0-8 yaş,
2. Ergenlik Dönemi 9-18 yaş (Puberte ve Adölesan)
3. Cinsel Olgunluk Dönemi 19-49 yaş
4. Klimakteryum ve Menopoz Dönemi 50-64 yaş
5. Yaşlılık (senium) dönemi 64 yaşın üzeri

3.3 Menstural Döngü Fizyolojisi

Yaşam döngüsü boyunca sadece kadınlarda görülen bir fizyolojik olaydır. Bu fizyolojik olay kadınların belli yaş aralığında meydana gelir. Dişi bireylerde ergenlik döneminin en önemli olayı menarş olarak isimlendirilen ilk âdet kanamasının görülmesi durumudur. Dişi bireyin 8-10 yıllık zamanı kapsayan ergenlik dönemi hem fiziksel hem de psikolojik olgunlaşmanın geliştiği bir dönemdir. Ergenlik, ikincil

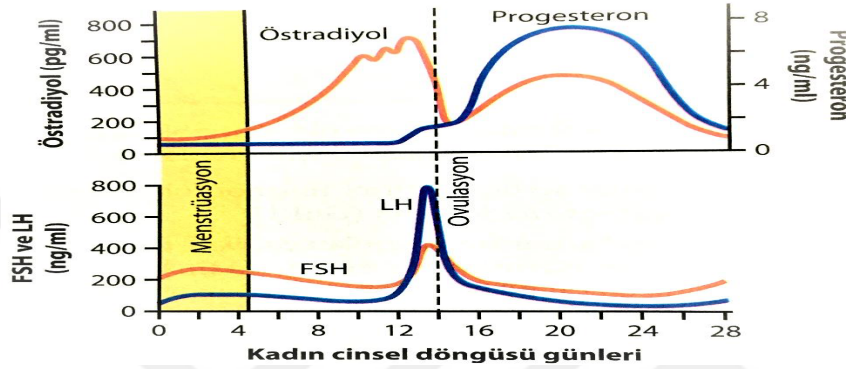
cinsel özelliklerin belirtileri gözlenir. Bu dönemde bireylerde, fizyolojik ve metabolik değişiklikler gözlemlenir. Erkek üreme sisteminin görülmeyen ancak kadın üreme sisteminde görülen periyodik değişiklikler vardır. Bu değişiklikler, gebelik için yapılan hazırlık ve değişiklik süreci olarak adlandırılır. Bu hazırlık sürecinde mensturasyon önemli bir döngüdür. Kadınların yaşamları boyunca 30–35 yıllarını alan ve fizyolojik bir olay olan mensturasyon, her ay düzenli olarak tekrarlayan bir süreçtir (Gençdoğan, 2006).

Bu döngünün en belirgin özelliği uterus mukozasında dökülmesiyle meydana gelen periyodik olarak her ay görülen vajinal kanamadır. Mensturasyon, korpus luteum ve hormonları progesteron ve östrojenin düşmesi sonucu, endometriumun fonksiyonel tabakasının soyulup vücuttan dışarı atılmasıdır. Yapılan çalışmalara göre mensturasyonun 10-14 yaşlar arasında başlayabileceği gibi bu yaş aralığı 21 yaşına kadar da uzayabilir. Mensturasyon döngü görülen kanamanın ilk günden sonraki görülecek kanamanın ilk gününe kadar olan zaman dilimini kapsar. Bu sürecin normal değeri 28 gündür. Ancak biyolojik farklılıklar, beslenme gibi faktörlerle birlikte 21 ile 35 gün aralığında normal sayılabilir. Menstrual döngüler, menarştan sonra genellikle 2 ile 6 yıl aralığında düzene girmektedir. Normal kanama süresi 3-7 gün arasında değişir ve kan kaybı 30-180 ml arasındadır. Menstrual döngülerde kanamanın olduğu günler mensturasyon (adet görme) olarak isimlendirilir. Kadın üreme sistemi, her biri birbirleriyle bağlantılı üç hormondan oluşur (Gençdoğan, 2006). Bunlar;

- *GnRH*: Hipotalamustan salgılanır. Ön hipofizden FSH VE LH salgılanmasını aktifler (Sokullu, 2009).
- *FSH ve LH*: Ön hipofiz hormonlarıdır. Hipotalamusta sentezlenen GnRH hormonuna cevap olarak salgılanırlar. FSH overlerde primordiyal foliküllerin büyümesinde, LH ise folikül büyümesinin son evresinde ovulasyondan sorumludur (Sokullu, 2009).
- *Östrojen ve progesteron*: Overler tarafından ön hipofiz bezinin salgılamış olduğu hormonlara yanıt için salgılanırlar. Östrojen overlerdeki granülosa hücrelerinden salgılanır. Progesteron ise overlerde korpus luteumdan salgılanır. Süt bezlerinin gelişiminden ve uterusun gebelik için hazırlanmasından sorumludur. FSH östrojen salınımını LH ise progesteron salınımını uyarır (Sokullu, 2009).

- *Androjen:* Overlerden salgılanır. FSH hormonu sayesinde vücutta östrojene dönüştürülmektedir. En önemli özelliği puberta döneminde ikincil eşeysel karakteri meydana getirmektedir (Sokullu, 2009).

Bu hormonlara ek olarak testosteron hormonu da kadın vücudunda bulunmaktadır. Ancak menstural dönemde bu hormon seviyesinin vücutta sürekli dalgalandığı yapılan araştırmalarda gözlemlenmiştir.



Şekil 7 Menstural Döngü Esnasında Hormonların Tahmini Değerleri

Menstrüasyon döngüsü sürecinde hormonsal değişimler günlük hayata da belirli bulgularla yansımaktadır. Kadın üreme hormonlarının serotonin, dopamin, norepinefrin, gamma amino bütirik asit gibi nörotransmitterlerin işlevlerini düzenlediği ve hormon değişiminden dolayı ruhsal sorunlar meydana geldiği kabul edilir. Progesteron ve östrojen hormon salınımının azalması vücutta ısı artışı, ödem, su toplaması, göğüste şişkinlik, baş ağrısı, gaz ve hazımsızlık vb. şikâyetler gözlemlenebilir. Progesteron salınımında azalma uykusuzluk yaratabilir ve bu durum ertesi gün yorgunluğa neden olabilir. Bu durumun aksine östrojen ve progesteron salınımının artması vücut ödemi azalır, hafifler. Östrojen enerji düzeyini artırır. Östrojen düzeyi arttıkça ev dışına çıkmak, insanların arasına karışmak gibi sosyal faaliyetlerde artış gözlenir. Bu hormon değişiklikleri arasında dismenore kadının günlük yaşamını etkileyen en önemli bir sorun olarak gözlemlenir. Aynı zamanda premenstural dönemde ve menstrüasyon dönemlerinden meydana gelen sorunlar birbirinden farklı olarak gözlemlenir. PMS, menstrüal döngünün 7-10 gün öncesinde duygularda kaygı, değişim, depresif duygu durumu, sinirlilik hali, dikkat toplama güçlüğü, göğüste şişkinlik, eklem ağrıları ve iştahta değişimler gibi bulgular ortaya çıkmaktadır (Brooks et al., 1995).

3.3.1 Ovaryen siklus. Kadın vücudunda over korteksinde 3 fazla oluşacak şekilde gerçekleşmektedir. Bu 3 faz; foliküler dönem, ovulasyon dönem ve luteal dönemdir (Haroun, 2016).

3.3.1.1 Foliküler dönem. Kız çocuğu doğduğunda ovaryumlarındaki ovum hücresi, tek bir granüler hücre ile çevrili ilkel bir folikül biçimindedir. Çocukluk döneminde, ovumun beslenmesinden granüloza hücreleri sorumludur. Gelişim esnasında foliküllerde, granüloza hücreleri ve hücre dışı matriks ile sarılı oosit oluşumu gözlemlenmektedir. Primordiyal folikül, tek sıra yassı folikül hücreleriyle sarılı primer oositten oluşur. Primordiyal foliküller, foliküller seçilene kadar hareketsiz kalarak foliküllerin gelişimini sağlar ve primordiyal-primer folikül arası geçişi başlatmak için devreye girer (Hall & Hall, 2021; Haroun, 2016).



Şekil 8 Foliküllerin Gelişimi (Çevik,2020)

Primordiyal foliküllerin sayısının en fazla görüldüğü dönem anne karnındaki kız çocuğunun dünyaya gelmeden öncesidir. Kadın üreme yaşamı süresince, her ay primordiyal foliküller, folikül gelişiminin başlaması için aktive edilirler. Foliküler büyüme primer oositin, foliküler hücrelerin ve folikülü saran stromanın gelişimiyle oluşur. Büyüme sırasında, folikülü saran stroma farklılaşarak teka folikülü'yi oluşturur ve daha sonra tabaka teka interna ve teka eksterna olarak değişime uğrar ve ikiye ayrılır. Teka interna damardan zengin bir yapıdır. Teka eksterna bağ dokusundan oluşup, içindeki küçük damarlar teka internanın sekretuvar hücreleri çevresinde kapiller ağırları oluşturur. Normal foliküler gelişim hem oosit ve granüloza hücreleri hem de granüloza ve teka hücreleri arasında hücrelerarası iletişimi gereklidir. Folikülün büyümesi granüloza hücrelerinin büyümesi ve sayıca artmalarıyla gerçekleşir ve bu sırada hücreler arasında folikül sıvısı (likör folikülü) dolar, bu sıvıyı içeren boşluklar tek bir boşluk (antrum) oluşturur ve bu özelliklerden dolayı foliküle antral (sekonder ya da veziküler) yapıya folikül adı verilir. Foliküllerin gelişimi gonadotropin serbestleştirici hormon (GnRH) tarafından başlar. Foliküler dönemin ilk

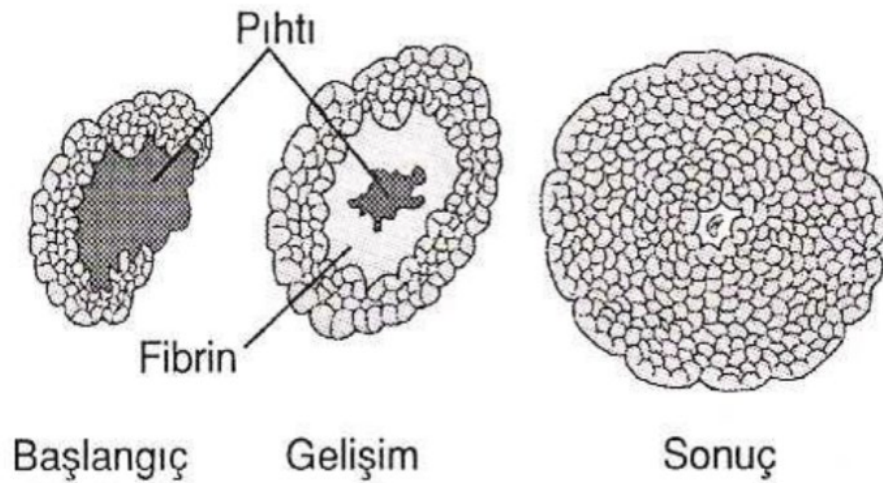
zamanlarında kadınlardaki cinsiyet hormonları azalır. Dönemin yarısında FSH artar. Birey gebe değilse progesteron (P) ve estradiolün (E2) kandaki seviyeleri düşer. Kanda FSH (folikül stimule eden hormon) artmaya, inhibinler de buna bağlı olarak düşmeye başlar. Bu durumun sonucunda follikülogenezis başlar. Genellikle altıncı günde ovaryumdaki bir folikül hızla gelişmeye başlar ve baskın folikül olarak adlandırılır. Diğer foliküller ise gelişimsel olarak geride kalır ve atretik folikülleri meydana getirirler. Olgun (graaf) folikül yaklaşık 2.5 cm çapındadır ve yumurtalık yüzeyinden şişkinli yapacak şekilde görülür (Hall & Hall, 2021).

3.3.1.2 Ovülasyon dönemi. 28 günde bir menstural döngü geçiren kadında ovulasyon, kanama başladığı günden 14 gün sonra meydana gelir. Ovulasyon başlamadan önce, folikülün dışı doğru şişer. Kısa bir süre sonra, foliküler sıvı stigmadan akmaya başlar. Bu durumla beraber folikül sıvı kaybından küçülür, stigmada yırtılır ve folikülün merkezinde bulunan daha yoğun bir sıvı karın boşluğa akar. Ovulasyon, olgun folikülün yırtılmasıyla ve bu folikül içindeki yumurtanın döllenmek üzere yumurtalıktan dışarı çıkmasıdır. Bu sıvı küçük granüloza hücreleriyle sarılmış ovumu taşır. Küçük granüloza hücreleriyle çevrelenmiş ovuma korona radiata adı verilir. Ovulasyonun başlamasını sağlayan, ön hipofiz bezinden fazla miktarda LH (luteinizan hormon) salgılanmasıdır. LH hızla foliküler steroid hormonların (FSH) salgılanması oluşur. Ovulasyon, olgun folikülün rüptüre olmasını ve bu folikül içindeki yumurtanın döllenmek üzere yumurtalıktan dışarı atılmasını ifade eder. Kadınların 30-40 yıl kadar devam eden doğurganlık sürecinde ortalama 450 kadar yumurta hücresi dışarı atılmaktadır (Çevik, 2020; Haroun, 2016).

3.3.1.3 Luteal dönem. Ovulasyon sürecinde ovumun dışarı doğru atılmasından kısa bir zaman sonra, geride kalan granüloza ve teka interna hücreleri lutein hücrelerine dönüşür. Hücre boyutu iki katı ya da daha fazla miktarda çoğalır. İçleri lipidle dolar. Bu sürece luteinizasyon denir ve toplam hücre hacmi korpus luteum olarak adlandırılır. Ovulasyondan sonra, yumurtalıkta kalan dışarı atılan yumurtadan kalan granüloza ve teka interna hücreleri korpus luteum(sarı cisim) birleşerek geçici bir endokrin bezi meydana getirirler ve yumurtalığın korteks bölgesinde yerleşik olan korpus luteum, progesteron ve östrojen hormonlarının salgılanmasını sağlar.

Progesteron yeni yumurtalık foliküllerinin gelişmesini durdurur ve yeni bir ovulasyonu engeller. Ovulasyondan sonra granüloza hücreleri bölünmez ama büyüklüklerinde artış meydana gelir.

Progesteron yeni yumurtalık foliküllerinin gelişmesini durdurur ve yeni bir ovulasyonu engeller. Ovulasyondan sonra granüloza hücreleri bölünmez ama büyüklüklerinde artış meydana gelir. Korpus luteum parenkimasının %80'ini oluşturan hücrelere granüloza lutein hücreleri adı verilir; bu hücreler steroid salgısı yapan hücrelere benzerler ve bu halleriyle ovulasyon öncesi foliküldeki yapıdan farklı bir görünüm sergilerler. Korpus luteumdan kaynaklanan östrojen ve progesteron hormonlarının etkisiyle endometrium damarlı yapıda görülür. Endometriumun hafif ödemli oluşu ve damarlı yapısı salgı bezleri tarafından farkındalık yaratır ve berrak bir sıvı salgılamasını sağlar. Ortalama olarak 12–16 günlük bu fazda vücut sıcaklığında artmaktadır. Progesteron ve östrojen hormonunun salınımıyla overlerde korpus luteum oluşumu görülür. Düzenli menstrasyon geçiren bir kadında korpus luteum, ovulasyonun bitiminden 7-8 gün içinde gelişir ve çapı 1,5 cm'ye kadar çıkar. Korpus luteum, hipotalamus tarafından sentezlenen luteinizan hormonun (LH) sağladığı uyaran sonucu oluşum gösterirler. Korpus luteum tarafından üretilen progesteron, LH üretimi üzerinde baskılayıcı bir etkidir. Bu durumda korpus luteum başka kaynaklardan gelen bir uyaran olmadığı sürece, örneğin gebelik gerçekleşmediğinde, 10-14 gün yani menstural döngünün sadece ikinci yarısına kadar varlığını devam ettirir. Bu durumdan sonra LH'nin düşmesi korpus luteumun dejenere olup ortadan kalkmasını sağlar (Hall & Hall, 2021; Haroun, 2016).



Şekil 9 Luteal Dönem (Çevik,2020)

3.3.2 Uterin siklus. Ovaryen siklustaki hormonsal değişimlere bağlı olarak, uterusun endometriumunda dört fazda olacak şekilde gerçekleşmektedir. Bu fazlar; menstural, rejeneratif, proliferatif ve sekretuar fazdır. Bu dört fazdan oluşan döngü mensturasyonun ilk gününden, diğer mensturasyonun ilk gününe kadar geçen süre miktarı olarak adlandırılır. Tipik bir siklus 28 gün sürer ancak bireyler arasında bugün sayısı farklılık göstermektedir (Haroun, 2016; Rençber, 2019).

3.3.2.1 Menstural dönem. Gebelik için hazırlanmış endometriumun dejenerasyonu ve atılmasıdır. Hormonların durması sonucunda endometriumda retrogresif farklılaşmalar meydana gelir. Ovaryen luteal fazın sonucunda korpus luteumun dejenerasyonu ile progesteron ve östrojenin azalması, endometriumun 2/3'lk kısmını besleyen spiral arterlerin tempolar spazmı endometrium ile kapiller duvarlarının iskemi ve nekrozu meydana getirmektedir. Spazm geçtiğinde, kan zarar görmüş, kapillerlerden dışarı doğru atılır ve nekroza uğrayan endometriuma akmaya başlar. Menstural akıntı uzamış vazokonstrksiyonun, miyometrial kontraksiyonun ve trombositlerin kombine etmenleri durumunda kanama durur (Haroun, 2016).

3.3.2.2 Rrejeneratif dönem. Döngünün 4.- 6. gününde, endometriumun rejenerasyonu stratum bazale sayesinde meydana gelir. Soyulmuş mukus membranın, epitel dokusunu oluşturmak adına, epitel doku proliferasyonu oluşur. Bu dönemin bitiminde, epitelyum 2 mm. kalınlığında ve düz yapıdadır (Dutta & Konar, 2013).

3.3.2.3 Proliferatif dönem. Döngünün 7. ve 15. günlerinde görülmektedir. Bu dönem ovaryen siklusun foliküler dönemine denk gelir. Bu dönem Graafian Folikülün salgıladığı östrojenin kontrolü altındadır. Endometrium proliferasyon olur ve kalınlığı 4 mm. Olarak gözlemlenir. Bu dönemde hücreler kuboid olarak görünür. Sekresyonları çok azdır ya da hiç yoktur (Dutta & Konar, 2013).

3.3.2.4 Sekretuar dönem. Döngünün 16. ve 28. günleri arasında görülmektedir. Ovaryen siklusun luteal fazına denk gelir. Bu dönem korpus lutemdan salgılanan progesteron hormonunun kontrolü altındadır.

Endometrial kalınlık 10 mm.'yi bulur. Endometrium dokusu yumuşak ve suyla dolu bir hal alır. Endometrium dokusu dönemin sonunda kolumnar yapıya dönüşür ve farklılaşarak 3 farklı strata katmanına ayrılır. Bunlar Stratum Kompaktum (Yüzeyssel), Stratum Spongiosum (Orta), Stratum Basale (Derin) katmanlardır (Dutta & Konar, 2013).

3.4 Premenstrual Sendrom

3.4.1 Premenstrual sendrom etiyolojisi ve patofizyolojisi. Epidemiyolojik alışmalar doğrultusunda menstural dönemdeki kadınların %80'de premenstural dönemine bağlı olarak değişiklikler yaşadığı gözlemlenmektedir. Premenstrual sendromun semptomlarının ortalama olarak 25-35 yaş aralığındaki kadınlarda gözlemlendiği görülmektedir. Tedavi için sağlık kuruluşlarına başvuran kadınların yaklaşık 10 yıldır belirtilerinin olduğu gözlemlenmiştir. Premenstrual sendrom belirtilerinin yaşla birlikte, doğum sayısı, gebelik sayısı sterse bağlı olarak arttığı bilinmektedir. Bununlar birlikte medeni durum, ırk, kùltür ve eğitim seviyesi de semptomları etkilediği belirtilmiştir. Yapılan bazı çalışmalara göre premenstural sendroma genetik faktörlerinde etkinliği olduğu belirtilmiştir (Zaman, 2021).

Premenstrual sendroma sebep olabilecek biyolojik etmenlerin araştırılması sonucunda seks steroidlerinden olan östrojen ve progesteron ile farklı nörotransmitterlerin, özellikle GABA ve serotoninin etkisi olduğu araştırmalarca gözlemlenmektedir. Aynı zamanda ovaryen steroid seviyelerindeki değişimler, vitamin ve mineral eksiklikleri, renin-anjiotensin aldesteron yolağındaki bozukluklar, artmış prostoglandin ve prolaktin seviyesi, yaş ve genetik durum bu sendroma neden olacak etmenler arasında yer almaktadır (Samadi et al., 2013).

Seks hormonları; Premenstrual sendromun belirtileri mensturasyon öncesi başlar ve mensturasyon sırasında kaybolur. Kadınlarda bulunan östrojen ve progesteron hormonları PMS'nin patofizyolojisinde rol oynamaktadır (Fiebai et al., 2018; Yonkers et al., 2008).

Serotonin eksikliği; PMS sendromuna sahip olan kadınlarda serotonin eksikliği luteal dönemde gözlemlenmektedir (Yonkers et al., 2008).

Santral sinir sistemi; Östrojen ve progesteron, Santral Sinir Sistemindeki nörotransmitterleri (serotonin, noradrenalin, GABA) etkileyen hormonlardır. GABA'nın beyinde anksiyeteyi azaltması nedeniyle GABA agonisti olan ilaçlar PMS belirtilerini azaltmaktadır (Yonkers et al., 2008).

Besin eksikliği; Özellikle yapılan çalışmalarda magnezyum ve kalsiyum gibi minerallerin vücutta azalması sonucu PMS belirtileri daha çok gözlemlendiği ancak eksik minerallerin vücutta oluşan yoksunluğu giderildikten sonra PMS belirtilerinde azalma meydana geldiği gözlemlenmiştir(Fiebai et al., 2018).

Psikososyal teori; Bu teoriye göre kadınlarda oluşan annelik ve korumacılık duygusunun PMS belirtileri ile dışavurumu olarak adlandırılmaktadır (Fiebai et al., 2018).

Sosyokültürel teori; Bu teoriye göre kadınların hem annelik hem de iş hayatında ki çalışma durumunun birbiriyle çatışma hali olarak adlandırılmaktadır (Fiebai et al., 2018).

Kognitif ve sosyal öğrenme teorisi; Bu teoriye göre bazı kadınların menstural kanamasına olan korkusunun PMS belirtileriyle bastırmak adına meydana gelen bir durum olarak adlandırılmaktadır (Fiebai et al., 2018).

3.4.2 Premenstrual Sendromun Tanısı. Bir kadına PMS tanısı konabilmesi için duygusal ve davranışsal belirtilerin sıkça gözlemleyip arttırdığı ve tekrarladığı belirtmesi, bu belirtilerin sosyal ve mesleki işlevleri etkileyecek düzeyde olması ve luteal fazın son haftasında görülür birkaç gün içinde sendromların düzelmesi ve en az iki ay boyunca görülmesi gerekmektedir (Connolly, 2001)

Premenstrual sendrom tanısı alabilmeleri için bu sendromda görülen 11 belirtiden en az beşinin bulunması, işlevsellikte bozulmanın oluşması ve ileriye zamanda en az peş peşe olarak 2 ay bireyde belirtiler bireylerde gözlenmektedir (Yonkers et al., 2008).

Türkiye’de tanı için gerekli kriterler kullanılarak yapılan PMS prevalans çalışmaları, belli bölgede yaşayan kadın topluluğu ile hastanelere çeşitli nedenlerle başvuran kadınlarda bu çalışmalar yapılmıştır. Ancak daha etkin sonuçlar adına

etioloji, tanı ve tedaviye yönelik çalışmaları planlayabilmek için PMS'nin toplum içindeki prevalansı ve etkili faktörlerinin saptanması, bunun için de PMS tanısı için hazırlanmış standart ölçeklerden birinin kullanılması gerekmektedir (Adıgüzel et al., 2007; Demir et al., 2006).

3.4.3 Premenstrual sendrom belirti ve bulgular. PMS' de görülen belirtiler; depresyon, halsizlik, aşırı uyuma, çevreye ilginin azalması, duygu durum dalgalanması, sinirlilik, gerginlik, dikkat azlığı, göğüslerin büyümesi, hassaslaşması, vücutta ödem, 2-3 kilo alımı, baş ağrısı, bulantı, kusma, kabızlık, ishal, iştah artışı, aşırı susama, ciltte akne oluşumu vb. belirtiler gözlemlenmektedir. PMS, menstrual döngünün luteal evresi sırasında görülür ve mensturasyonun başlangıcından birkaç gün sonra belirtiler azalmaktadır. Özellikle 10 ila 7 gün önceden bu sendroma bağlı olarak belirtiler bireylerde gözlemlenmektedir (Adıgüzel et al., 2007).

Bu sendromun belirtileri hem fiziksel hem de ruhsal olarak gözlemlenmektedir. Sık görülen fiziksel belirtileri meme hassasiyeti, baş ağrısı, kas-iskelet sistemi ağrısı, karın şişliği, ekstremitelerde şişmesi ve kilo alımı olarak görülmektedir. Yaygın psikolojik ve davranışsal belirtileri ise depresyon, iştah değişiklikleri, yorgunluk veya halsizlik, ruhsal değişiklikler, sinirlilik, uyku bozuklukları, gerginlik, sosyal geri çekilme ve zayıf konsantrasyonu görülür. Kadınların yaklaşık %5-8'inde, psikolojik ve davranışsal belirtiler gözlemlenir. Premenstrual sendrom tanısı son üç menstrual döngülerden önceki beş gün boyunca; en az bir duygusal belirti (depresyon, öfke patlaması, sinirlilik, anksiyete, konfüzyon, sosyal geri çekilme) ve en az bir fiziksel belirti (meme hassasiyeti, abdominal şişkinlik, baş ağrısı, ekstremitelerin şişmesi) görülmesi ve farmakolojik tedavi, hormon alımı veya alkol tüketimi gibi durumlar hariç, bu belirtilerin mensturasyon başlangıcından sonra dört gün içinde azalması, en azından 13. güne kadar tekrarlama olmaması gerekmektedir (Adıgüzel et al., 2007; Yonkers et al., 2008).

PMS sendromu kadınların aile, iş, arkadaşlık ilişkilerini ve sosyal aktivitelerini olumsuz yönde etkilemektedir. Aynı zamanda eğitim ve iş gücünde kayıplar, iş veriminde azalma, hata ve kaza oranında artış, suça eğilimde artış, annelerin çocuklarına olumsuz davranışı etkiler. Ruhsal olarak ise depresif bozukluk, panik atak, şizofreni, bulumia gibi, bedensel olarak gözlemlenen migren, astım, epilepsi gibi

kötüleştığı ve hastaneye yatışların artış gösterdiği gözlemlenmektedir (Adıgüzel et al., 2007; Demir et al., 2006).

Fiziksel	Psikolojik ve Davranışsal
Abdominal şişkinlik	Öfke / Sinirlilik
Vücut ağrıları	Anksiyete
Göğüs hassasiyeti	İştah değişiklikleri
Kramplar	Libido değişiklikleri
Yorgunluk	Düşük konsantrasyon
Baş ağrısı	Depresyon
Mide bulantısı	Uyku bozuklukları
Ödem / Kilo artışı	Normal aktivitelerden kaçınma

Şekil 10 Premenstrual Sendromun Fiziksel Ve Psikolojik Belirtileri (Çevik,2020)

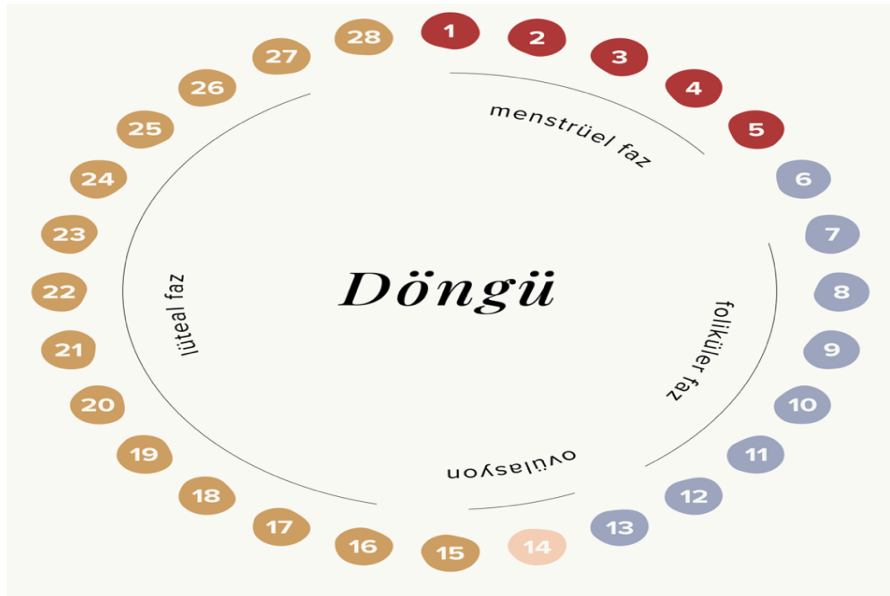
3.4.4 Premenstrual sendrom tanı ve tedavisi. Premenstrual sendrom (PMS), kadın yaşamını çok yönlü olarak etkileyen hem fizyolojik hem de psikolojik olarak etkileyen menstural bir bozukluktur. Bu semptomlar, kadınların menstural döngüsünden itibaren menopoz dönemine giriş yapana kadar görülebilmektedir. Menstural döngünün luteal fazında semptom gösteren bir durum, menstruasyonun başlaması ile ortadan kaybolur. Premenstrual sendrom (PMS) kadınlarda menstural döngünün geç luteal döneminde göğüste şişkinlik, baş ağrısı, halsizlik ve kilo alımı gibi fiziksel, depresif duygu durum, irritabilite, gerginlik gibi ruhsal belirtilerin ortaya çıkması ve bu durumun genellikle menstruasyonun başlamasıyla ortadan kalktığı bir durumdur (Öztürk & Tanrıverdi, 2010).

Normal menstural döngünün, gonadotropin serbestleştirici hormon (GnRH) bloke edilen kadınlardan, PMS'si olanların, PMS'si olmayanlara göre daha fazla sinirlilik, şişkinlik, hüzün, yorgunluk ve işlevsel bozukluk gözlemlenmiştir. Premenstrual sendrom belirtilerinin ne zaman oluşacağını belli bir zamanı yoktur, Menarştan hemen sonra herhangi bir yaşta gözlemlenebilir. Premenstrual dönemdeki şikâyetler, kadının aile hayatını, toplumsal ilişkilerini, yaşam kalitesini, okul ve çalışma hayatını kötü etkileyebilir. Yapılan çalışmalarda duygusal, fiziksel, davranışsal ve bilişsel şikâyetler gibi 150 ve daha fazla semptom premenstrual sendrom ile ilişkilendirilebilmektedir (Zaman, 2021).

O'Brien'e göre; PMS tanısı önceden teşhis edilmiş depresyon, anksiyete, distimi ve panik gibi duygusal bozukluklar dahil; anoreksi veya bulimia; ve anemi, diabetes mellitus, hipotiroidizm veya madde kullanımı gibi kronik tıbbi durumlar çıkartıldıktan sonra konulabilmektedir.“ Amerikan Jinekoloji ve Obstetrik Akademisi'ne göre PMS tanısı alınabilmesi için bulguların mensturasyon başlamadan önceki 5 gün içerisinde başlaması ve mensturasyon başladıktan sonraki 4 gün içinde bitmesi gerekmektedir. Yapılan epidemiyolojik çalışmalarda kadınların yaklaşık 1/5 'de gözlemlenmektedir. PMS adölesan yaş aralığında daha sık meydana gelen bir problemdir. PMS'nin; annede PMS varlığı, üniversite eğitimi için evden ayrılma, fiziksel aktivite azlığı, hazır gıda yenmesi, menstural düzensizlikler, sigara kullanma, dismenore (ağrılı âdet kanaması), kafein kullanımı gibi değişkenlerle bağlantılı olduğu bulunmuştur. Amerikan Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanları Birliği (American College Of Obstetricians And Gynaecologists-ACOG) 2015 yılı verilerinde premenstrual sendrom görülme sıklığını %65.5, Amerikan Psikiyatristler Birliği (APA) tarafından tanımlanan ve tedavi gerekliliği olan Premenstrual Disforik Bozukluk (PMDB) prevalansını ise %8.75 olarak belirlemiştir. İsviçre'de %10, Almanya'da %18, Fransa'da %24, Çin'de %18-21, Hindistan'da %38, Amerika'da %20-40, Avustralya'da %33-41, Brezilya'da %40-60, İspanya'da %73 ve Türkiye'de %36-50 oranında kadınlarda PMS'nin görüldüğü bildirilmektedir (Fiebai et al., 2018; Palas Karaca & Beji, 2015; Yücesoy, 2017).

AWHONN'a göre PMS semptomlara bakılırken, fiziksel, psikososyal ve kültürel faktörlere beraber bakılmalıdır ve PMS tanısı için semptomların en az 3 menstural döngüde de görülmelidir. Yapılan çalışmalarda premenstrual semptomların görüldüğü kadınların özgüvenlerini, sosyal ilişkilerini, yaşam kalitelerini ve öğrencilerin akademik başarılarını olumsuz yönde etkilediği gözlemlenmiştir. Epidemiyolojik çalışmalar üreme çağındaki kadınların yaklaşık %80'nin, menstural döngüsünde premenstrual dönemine bağlı değişkenleri olduğu belirlenmiştir. PMS semptomları 25-30 yaş grubu arasında daha sık görüldüğü belirlenmiştir. Tedavi için başvuran kadınların 10 yıldır semptomların görüldüğü, ergenlik zamanında PMS'nin giderek şiddetlendiği ve menopoza doğru semptomlar azalmaktadır. PMS belirtilerinde yaşla birlikte, strese bağlı ve gebelik sayısı ile doğru orantılı artış görülür. Bununla birlikte medeni durum, ırk, kültür ve eğitim seviyesi ile PMS ile ilgisi saptanmamıştır. Premenstrual sendromda bazı çalışmalar genetik yatkınlığın olduğu

gözlemlenmiştir. Yapılan araştırmalarda monozigotik ikizlerin her ikisinde de PMS oluşumunun, dizigotik ikizlerden ve ikiz olmayan kardeşlerden daha fazla olduğu belirtilmiştir. PMS semptomlarının anneler ve kızlarında, benzerlik olduğu saptanmıştır. PMS'li hastalarda, luteal fazda depresyona yatkınlık daha çok görülmüştür. PMS' de verimliliklerinin azaldığı, iş ve okulda devamsızlığın artış gösterdiği ve ülkelerin milli gelirinde düşüş olduğu saptanmıştır. PMS ile mücadelede çeşitli tedaviler ve uygulamalar kadınların yaşam kaliteleri, okul, iş ve sosyal yaşamlarını olumlu yönde etkileyeceği düşünülmektedir. Tedavi yöntemleri günümüzde sadece nonfarmakolojik ve çeşitli psikolojik rahatlatma uygulamalarıyla (yoga, meditasyon) sınırlı kalmış durumdadır. PMS belirtilerinin azaltmak ve bu durumla baş etmek için yaklaşımların geliştirilmesi adına kadınların biyolojik, psikolojik ve sosyal bir yaklaşımla bütüncül olarak bakılıp değerlendirilmesi gerekir. Bu yaklaşımla PMS yaşayan bireylerin kendilerine özgü sorunlarının çözülmesi adına daha detaylı bir yaklaşım olacağı düşünülmektedir. PMS'nin tedavisi belirlenen bulgulara göre değişiklik gösterir. Genellikle yaşam tarzında değişiklik ve diyet önerisinde bulunulur ancak çok şiddetli bulgulara farmakolojik yöntemlere başvurulması önerilir. Haftanın çoğu gününde 30 dakika aerobik egzersiz önerilir (Connolly, 2001; Fiebai et al., 2018; Palas Karaca & Beji, 2015; Yonkers et al., 2008; Yücesoy, 2017).



Şekil 11 Menstrual Döngü

Psikolojik Belirtiler (Tufan, 2019)

- Depresyon
- Kolay sinirlenme
- Unutkanlık
- Dikkatini yoğunlaştırmada güçlük
- Anksiyete
- Üzgünlük
- Sinirlilik
- Ağlama
- Yorgunluk
- Huzursuzluk
- Suçluluk
- Kararsızlık
- Negatif tutum sergileme
- Paranoya
- Asosyallik
- Korku
- Duygusallaşma
- Kendine zarar vermeye meyil

Fiziksel Belirtiler (Tufan, 2019)

- Sıcak basması
- Enerji düşüklüğü
- Diyare
- Bacaklarda yorgunluk
- Tremor
- Göğüs hassasiyeti
- Abdominal şişlik
- Kramp
- Baş ağrısı
- Uyuşukluk

- İştah değişikliği
- Mide bulantısı
- Halsizlik
- Yeme isteği
- Akne
- Kiloda artma

Davranışsal Belirtiler (Tufan, 2019)

- Yorgunluk
- Uyku
- Baş dönmesi
- Aktivite azalması
- Cinsel istekte azalma

Premenstural Sendrom tedavisinde yaşam tarzı değişiklikler, medikal tedavi ve cerrahi tedaviler kullanılmaktadır.

Yaşam Tarzı Değişiklikleri; diyet uygulamak ve tüketilen gıdalara dikkat etmek, egzersiz yapmak ve stres azaltmak uygulamalar arasında yer almaktadır ve PMS semptomlarını azalttığı belirlenmiştir.

Medikal Tedavi; transdermal östrojen; Yama (100-200 ug), deri altı (50-100 mg) ya da jel halinde kullanılan östradiol yumurtlamayı engeller ve PMS semptomlarını azaltmaktadır (Salamat ve ark., 2008)., progesteron; Progesteron ve progesteron kullanımının sistematik incelenmesinde plasebo ile karşılaştırıldığında PMS'nin genel semptomlarında herhangi bir iyileşme görülmemiş (Indusekhar ve ark., 2007). , selektif serotonin geri alım inhibitörleri; Analizlere göre fiziksel, fonksiyonel ve davranışsal belirtilerin son derece etkili olduğu bulunmuş (Kelderhouse ve Taylor, 2013). , *Gonadotrophin-Relasing Hormon Analogları;* GnRH analogları tedavisinin bilateral ooforektomiden yarar görecektir olan şiddetli PMS yaşayan kadınları belirlemeye yardımcı olacağı bildirilmektedir (Indusekhar ve ark., 2007; Usman ve ark., 2008). , *Danazol;* Sentetik bir androjendir ve hipotalamik-hipofiz-ovaryen eksenini baskılayarak ovulasyonu engellemektedir (Türkçapar ve Türkçapar, 2011). , *Oral Kontraseptifler;* Oral kontraseptifler yumurtlamayı engellemektedir ve PMS

tedavisinde etkilidir. , *Diüretikler*; Vücutta PMS nedeniyle oluşan ödemi azaltmak amacıyla kullanılmaktadır. Ayrıca göğüslerde şişkinlik ve hassasiyeti azaltmada etkili olduğu bildirilmektedir (Öztürk ve Tanrıverdi, 2010).

Cerrahi Tedaviler; Histerektomi ve Bilateral Salpingo Ooforektomi; Total abdominal histerektomi ve bilateral salpingo-ooforektomi ovulasyonu baskılamının son formudur ve PMS için tek gerçek tedavi olan bu durum overian siklusu tamamen ortadan kaldırır. (Panay 2011).

3.4.5 Premenstural sendrom tedavisinde kullanılan farmakolojik ve nonfarmakolojik yöntemler. Farmakolojik ve nonfarmakolojik yöntemlerin detaylı anlatımı aşağıda yer almaktadır.

3.4.5.1 Farmakolojik yöntemler. Uzun yıllardan beri vücutta oluşan ağrılar için tıbbi müdahale olarak kişiye en uygun farmakolojik yöntemler kullanılmaktadır. Kolay uygulanabilir olması ve vücuda hızlı etkisi olduğu için ağrı kontrolünden en çok tercih edilen yöntemlerdir. Bu farmakolojik yöntemlerin bilinçsizce kullanılması hem kişiye hem de ülke ekonomisine zarar vermektedir bu nedenle bilinçli kullanım gerekmektedir. Kadınlar premenstural sendrom hariçle olarak primer dismenore (ağrılı regl) çok fazla gözlemlenmektedir. Ovulasyon döneminde kullanılan bu ilaçlar kadınlarda genellikle aynı etkiye neden olur. Oral olarak alınan analjezikler dismenoreyi (ağrılı regl) azalttığı gibi, menstural kanamayı yoğunluğunu ve süresini azaltır. Premenstural sendromda ortaya çıkan ruhsal ve bedensel olarak görülen semptomlara uygun şekilde farmakolojik destek sağlanmaktadır. Medikal tedavi yöntemi olarak genellikle kullanılan ilaçların yapısı; nonsteroid antinflamatuarlar ve analjeziklerdir. Östrojen ve progestin içeren hormonsal kontraseptiflerdir (Connolly, 2001; Tufan, 2019).

3.4.5.2. Nonfarmakolojik yöntemler. Premenstural sendromdaki semptomlarla baş etmek için yapılan literatür taramalarında da görüldüğü gibi nonfarmakolojik yöntemlerde yaygın bir şekilde kullanılmaktadır. Farmakolojik yöntemlerin ekonomik sorununu ortadan kaldırmak ve ayrıca kişilerde oluşturacak yan etkileri ortadan kaldırmak için nonfarmakolojik yöntemler tercih edilmektedir. Bu yöntemlerde ağrının kontrol altına alınması adına oldukça başarılı yöntemlerdir. Kullanımı oldukça kolay bir yöntemlerdir herhangi bir bilgi birikimine gerek duymadan oldukça ekonomik bir şekilde uygulanabilir. İlaç kullanılmayan durumlarda veya kullanılan

ilaçların etki etmediği durumlarda da oldukça sık tercih edilmektedir. Bazı bireylerde ilaç kullanımına uygun olmayan sağlık sorunları sebebiyle bu yöntemler oldukça fayda sağlamaktadır. Çeşitli nonfarmakolojik yöntemler bulunmaktadır (Connolly, 2001; Tufan, 2019; Yücesoy, 2017).

3.4.5.2.1. Sıcak uygulama. Yapılan çalışmalarda sıcak uygulama yapılması ağrıyı hafiflettiğini göstermektedir. Sıcak uygulama kas spazmını giderdiği gibi dokuları da yumuşattığı için sinir uçlarının gevşemesiyle ağrıyı azalttığı belirlenmiştir. Vazodilatasyon yaptığı içinde dokularda biriken metabolik atıkların o bölgeden atılımını kolaylaştırır bu da ağrının azalmasına yardımcı olmaktadır. (Mamuk ve Davas, 2010).

3.4.5.2.2 Uyuma. Uykuda geçici olarak bilincin kaybolması ile istemli kas hareketlerinin azalması ile oluşan periyodik bir durumdur. Tam olarak açıklanamamıştır; ama uyku esnasında gerçekleşen fizyolojik olaylar bulunmaktadır ve bu durum vücudun rahatlamasına neden olur. (Karadağ ve Aksoy, 2009).

3.4.5.2.3. Müzik dinleme. Yapılan araştırmalara göre belli ritim ve melodideki müzikler ve sesler insan vücudunun rahatlamasını sağlar (Tufan, 2019).

3.4.5.2.4 Meditasyon. Meditasyon kişilerin rahatlamaları adı altında yapılan belli tekniklerden meydana gelmektedir. Bu konuda literatür az olmasıyla beraber bazı tedavi yöntemlerine ek olarak kullanıldığı gözlemlenmektedir. Bu teknikler kişilerin yapmış olduğu rahatlatma tekniklerinden meydana gelmektedir (Palas Karaca & Beji, 2015; Tufan, 2019; Yücesoy, 2017).

3.4.5.2.5 Duş alma. Duş almak genellikle kişileri rahatlatan bir yöntemdir. Suyun rahatlatması durumu normal zamanlar içinde kullanılan tekniklerde gözlemlenmiştir. Kişilerin özellikle sıcak su ile yaptıkları duş, sıcak uygulama etkisiyle neredeyse eş değer şekilde rahatlatma meydana getirmektedir (Tufan, 2019).

3.4.5.2.6 Beslenme. Premenstrual sendromda nedeni belli olmayan bazı vitaminlerin ve minerallerin eksikliğinde bu durumda görülen semptomların etkilerinde artış olduğu gözlemlenmiş olduğu bilinmektedir.

Özellikle D vitamini alınımı ve kalsiyum desteği sendromdaki semptomların şiddetinin azalmasına yardımcı olmakta olduğu yapılan araştırmalarda görülmüştür (Palas Karaca & Beji, 2015) .

3.5 Premenstrual Sendrom Etkenleri

3.5.1. Sigara kullanımı. Yapılan araştırmalara göre sigara kullanan bireylerde premenstrual sendromu olumsuz yönde etkilemediği gözlemlenmiştir. Sigara kullanımı herhangi bir şekilde premenstrual sendroma etkisi gözlemlenmemiştir. Hirokawa, Japon adölesanlar üzerine yaptığı çalışmasında sigara kullananlarda, sigara kullanmayanlara göre premenstrual dönemdeki ağrı, konsantrasyon, davranış, değişimleri, otonom reaksiyonlar, sıvı retansiyonu, negatif duygulanım problemlerinin daha fazla olduğunu ve yine alkol kullananlarda premenstrual dönemdeki konsantrasyon, davranış, değişimleri, otonom reaksiyonlar, sıvı retansiyonu, negatif duygulanım problemlerinin alkol kullanmayanlara göre daha fazla olduğunu saptamıştır (Palas Karaca & Beji, 2015; Tufan, 2019).

3.5.2. Alkol kullanımı. Alkol kullanan bireylerde kullanmayan bireylere göre premenstrual dönemdeki konsantrasyon, davranış, değişimleri, otonom reaksiyonlar, sıvı retansiyonu, negatif duygulanım daha çok gözlemlenmektedir. Johnson ve arkadaşları erken yaşlarda alkole başlamış ve uzun süre kullanan bireylerin premenstrual sendromda görülen semptomların arttığı belirtilmiştir (Tufan, 2019).

3.5.3. Şekerli gıda tüketimi. Yapılan çalışmalarda gözlemlendiği üzere kadınlar premenstrual dönem şekerli gıda tüketimini oldukça arttırmaktadır. Hormon değişimlere bağlı olarak isteklilikte artış olduğu düşünülmektedir. 24 sağlıklı kadın (bunların 13'ünün PMS yakınması mevcuttur) üzerinde yaptıkları araştırmada, menstrasyon öncesi görülen aşırı şekerli besin yeme isteğinin hipoglisemiden kaynaklandığı saptanmıştır. Ancak uzun vade de yüksek enerji içeren şekerli gıdaların kadınlarda premenstrual dönemde şişkinlik ve yağlanmayı arttırdığı düşünülmektedir ve tüketilmemesi önerilmektedir (Abraham, 1983; Şanlıer & Yabancı, 2004).

3.5.4. Tuzlu gıda tüketimi. Menstruasyon dönemlerinde kadınlarda şekerli gıda tüketiminde ve kuruyemiş tüketiminde artış istediği olduğu gözlemlenmiştir ancak tuzlu, acı ve ekşi gibi gıdalarda istekliliğin azaldığı gözlemlenmiştir. Tüketimin isteğinin az olmasına bağlı olarak kadınlar da bu dönemdeki etkisi oldukça düşüktür. (Öztürk & Tanrıverdi, 2010; Palas Karaca & Beji, 2015)

3.5.5. Kahve tüketimi. Menstruasyon sırasında kahve tüketimi yapılan çalışmalara göre uygun bulunmamaktadır. Kafein vücuttaki ritmi yükselttiği için premenstrual sendromda görülen semptomların bazılarını arttırmaya meyilli olduğu gözlemlenmiştir. Kahve tüketimi şişkinlik, huzursuzluk ve uykusuzluğu arttırmaktadır. (Öztürk & Tanrıverdi, 2010)

3.5.6. Çay tüketimi. Tein içerikli içecek olduğu için aynı kafein içerikli içecekler gibi menstruasyon döneminde şişkinlik, huzursuzluk ve uykusuzluğu artırır. Aynı zamanda çarpıntıya da yol açtığı bilinmektedir. Ancak bitki çayları özellikle rahatlatıcı olan papatya, yasemin ve şişkinliğe iyi gelen rezene çayları içilmesi tavsiye edilmektedir. (Öztürk & Tanrıverdi, 2010)

3.5.7 Asitli içecek tüketimi. Asitli içecek tüketimi genellikle sağlıklı olan bireylere de tavsiye edilmez iken premenstrual sendrom yaşıyan bireylerin de kullanması uygun bulunmaz. Asitli içecekler şeker bakımından zengin olduğu için vücutta aşırı şeker alımına neden olur. Şekerli gıdaların tüketiminde de olduğu gibi asitli içeceklerde şişkinlik ve yağlanmaya neden olur (Öztürk & Tanrıverdi, 2010; Palas Karaca & Beji, 2015).

3.5.8 Egzersiz. Düzenli egzersiz yapmak, luteal fazda endorfin salınımını azaltarak premenstrual sendromun semptomlarını azalttığını gözlemlenmiştir. Egzersiz yapmak şişkinliği hafiflettiği gibi göğüs hassasiyetini de azaltmaktadır. Düzenli egzersiz yapmak aynı zamanda ağrıyı da oldukça hafifletmektedir (Öztürk & Tanrıverdi, 2010; Palas Karaca & Beji, 2015).

3.6 Primer Dismenore

3.6.1 Tanımı ve tarihçesi. Kadınlarda görülen mensturasyon döngüsünde çok rastlanan bir durum olan primer dismenore durumu yaşam kalitesini düşürür. Dismenore durumu sağlık sisteminde de ekonomik yükü çoktur. Bu durumu yaşayan kadınlar analjezik kullanmak durumunda kalabilirler. Yaşam kalitesini o kadar düşürür ki iş hayatı, sosyal hayat ve okul hayatları kişileri oldukça kötü etkilemektedir. Primer dismenore; herhangi bir patoloji olmadan, abdominalin alt kısmında tekrarlayan şekilde görülen kramplar olarak tanımlanmaktadır. Oluşan bu kramplar 12-72 saat devam edebilir. Menarşın görülmesinden 1-2 yıl sonra başlar ve genellikle genç yaştaki kadınlarda görülmektedir. Ancak 40 yaş gruplarında da bazen rastlanmıştır. Yapılan çalışmalarda dismenorenin prevalansının, dünya genelinde %50 ila %90 arasında olduğu görülmektedir. Adölesanlar da bu oran daha fazladır. Primer dismenore adölesanlarda görülürken, sekonder dismenore 40-50 yaş gruplarında görülür (Akduman & Budur, 2016).

3.7 Kayropratik Tarihçesi Ve Tanımı

Kayropratik; Sinir kas iskelet sistemlerindeki bozuklukları teşhis eden, tedavisi ve yaşam kalitesinin artırılması için bu bozuklukların genel sağlık üzerindeki etkileri adına sağlık hizmeti veren, sublüksasyon (çıkık ve ya kırık olamayan eksen bozulmamış normal anatomik yapıdaki eklem) üzerinde özel bir odak noktası ile patolojik eklemi düzeltme yapan manuel tekniklerin kullanımının gerçekleştirilmesidir (World Health Organization(WHO)., 2005).

Kayropratik mesleği Dünya Sağlık Örgütü tanımlanmış, yetki alanları ve eğitim standartları belirlenmiş durumda 1895 yılından beri var olan bir sağlık mesleğidir. Kayropraktiğin ilk keşfedilişi Daniel David Palmer'ın kendi yapmış olduğu uygulamalarını mesleğe dönüştürerek bilimsel temel çerçevesine oturtmasıyla meydana gelmiştir. İlk kayropratik mesleki faaliyeti Eylül 1895'ten bu yana devam etmektedir, tamamlayıcı ve koruyucu sağlık hizmetleri olarak gözlemlenmektedir (World Health Organization(WHO)., 2005).

Dünya Sağlık Örgütü tarafından yapılan tanımlamada kayropratik; kas ve iskelet sistemlerinde karakterize hastalıkların teşhis ve tedavi edilmesi, koruyucu amaçla önlemlerin alınması ile ilgilenen bir sağlık mesleğidir. Aynı zamanda bu

hastalıkların genel sağlık üzerindeki etkileri ile de ilgilenir (World Health Organization(WHO)., 2005).

Kayropraktik uygulamalar spinal manipölasyonlar üzerine yoğunlaşmaktadır. Bununla birlikte egzersiz, fiziksel aktivite, ergonomi, yaşam tarzı değişiklikleri gibi farklı parametreler ve bunların omurga sağlığına etkili uygulamalarıyla ilgilenmektedir.

Dünyada ilk olarak 1988 yılında Dünya Kayropraktik Federasyonu (World Federation of Chiropractic (WFC) kurulmuştur. 2005 yılında, Dünya Sağlık Örgütü, tüm üye ülkelerde Kayropraktik hizmetlerinin tanınması ve düzenlenmesi için eğitim standartları öneren, Kayropraktik'te Temel Eğitim ve Güvenlik Hakkında bir Kılavuzunu yayınlamıştır. (World Health Organization(WHO)., 2005)

3.7.1 Kayropraktistlerin çalışma prensibi. Kayropraktik, elle tedavi yöntemlerinden bir tanesidir. Tüm dünya ülkelerinde uygulanmaya başlayan bir tedavi yöntemidir. Diplomalı uzmanlar tarafından uygulamalar yapılmaktadır ama uygulama yapan diplomalı kayropraktist her zaman bir yardımcı sağlık personeline ihtiyaç duymaz. Kayropraktist olarak çalışan bireylerde kas-iskelet sistemi hastalıklarının görülmesinde uzun süreli ayakta ve değişken postürlerde çalışıyor olmaları önemli bir noktadır. Vücutta özellikle kasları, tendonları, ligamentleri, sinirleri ve eklemleri etkileyen kas- iskelet sistemi hastalıklarının ortaya çıkışında, tekrarlı hareketlerin yapılması büyük bir etmendir. Tekrarlı hareketlerle kas-iskelet sistemi hastalıkları bireylerde fizyolojik sorunlar ortaya çıkmasına sebep olmaktadır ve çalışma hayatında çalışan bireyleri olumsuz yönde etkilemektedir.

Bu durum iş gücünde kayıp, çalışma hayatında verimin düşmesi ve finans anlamında kayıplara neden olmaktadır. Bu hastalıkların oluşumunda çalışma ortamının ergonomik olmamasında etmenler arasında yer almaktadır (World Health Organization(WHO)., 2005).

Kayropraktistler de fizyoterapistlere benzer şekilde çalışma prensipleri vardır. Hasta değerlendirilmesini bireysel olarak kendileri yapmaktadırlar. Bu değerlendirmede; hastaların anamnez formu doldurulur. Bu anamnez formunda; hastaların demografik özellikleri, konulan tanı ve tedavi durumları, palpasyon, postür,

sinir testleri, kas testleri, rom değerlendirmeleri, ortopedik testleri yer almaktadır. Bu form doldurulurken kayropraktistler değerlendirilen testlerin hepsini hasta üzerinde kendileri uygulamalı olarak yapmaktadırlar. Yapılan değerlendirmelerde özellikle kas testleri, ortopedik testler, sinir testleri ve rom hareketleri bedensel bir g harcanmasıyla yapılabilen değerlendirmelerdir. Hastada yapılan palpasyon (Ellerle hissetme hareketi. Deri altındaki dokuları, bklne, konumuna, hareket edebilmesine, dokusuna karar vermek adına, muayene esnasında yapılan bir uygulama tekniğidir.) Hastanın değerlendirilmeleri detaylı olarak not alınım anamnez formu doldurulduktan sonra hasta ile uygulamalı olarak tedavi gereksinimi varsa tedaviye başlanmaktadır (World Health Organization(WHO)., 2005).

Tedavi uygulamaları hastanın sorunlu olan vt bmnde gerçekleşmektedir. Ancak değerlendirme tm vt olarak yapılmaktadır bunun sebebi herhangi bir bağlantılı durumun olup olmadığının kontrol edilmesidir. Hastada tedaviye alındığında durumuna gre çeşitli uygulama prensipleri ve tedavi protokolleri mevcuttur. Bu tedavi yntemleri; bu yntemlerin belirlenmesi kayropraktistin kendi bedensel avantajına gre ve hastanın tedavisinde avantaj sağlamasına doğru orantılı olarak seçilmektedir. Bu uygulanacak tedavi protokollerinin tamamı kayropraktistin elleri ve beden gcn kullanarak yapılmaktadır (World Health Organization(WHO)., 2005).

Kayropraktistler tedavi yaptıkları yerler; muayenhanede veya bir uygulama odasında kendilerine özel bir oda olması gerekmektedir. Bu alanların özel olması hasta mahremiyeti adına ödemlidir. Hastaların değerlendirilmesi ve tedavi uygulamalarının yapılması adına bir sedyeye ihtiyaç duyulmaktadır. Kayropraktistlerin alışma alanları genellikle bu şekilde grlmektedir (World Health Organization(WHO)., 2005)

Bölüm 4

Bireyler Ve Yöntemler

4.1 Bireyler

Bu çalışma premenstural sendromun kayropraktik alanında çalışan kadın bireylerde görülen semptomlar ve iş gücüne olan etkisi değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Sendromun çalışma performansına etkisi ve çalışan bireylerin verimliliği değerlendirilmektedir.

Bahçeşehir Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan çalışmaya başlamadan önce gerekli izin ve onay belgeleri alınmıştır. Bu çalışmaya katılan kadın katılımcıların hepsinden kendi rızasıyla bu çalışmaya katıldığına dair imzalı bir onam formu doldurmaları istenmiştir bu formu doldurmak istemeyen ve onay vermeyen kadınlar çalışmaya dahil edilmemiştir. Bu çalışma Ekim 2022'de hazırlanmış olan onam formu imzalayan katılımcıların gönüllü olarak katılımlarıyla gerçekleştirilmiştir.

Bu çalışmaya dahil edilme kriterleri;

- 25-40 yaş aralığı kadın katılımcı
- Kayropraktist olarak çalışan ve eğitim almış bireyler
- Menopoza girmemiş
- Adet görmeye devam eden

Bu çalışmaya hariç tutulma kriterleri;

- Erkek katılımcı
- Kayropraktist olarak çalışmayan ve eğitim almamış bireyler
- Menopoza girmiş kadın katılımcılar
- Adet görmesini engelleyici ilaç kullanan kadın katılımcılar
- Hamile olan kadın katılımcılar.

Dahil edilme kriterlerinde kadınların minimum yaş aralığı 25-40 olarak özellikle belirlenip çalışmaya bu yaş aralığı kadın katılımcılar alınmıştır. Üniversite mezunu ve

yüksek lisans eğitimi alarak kayropraktist mesleğini yapma hakkına sahip olan kadın katılımcıların ortalama 22-23 yaşlarında olduğu ve üzerine 2 yıl çalışma deneyimi eklendiğinde minimum yaş 25 olarak seçilmiştir. Türkiye’de kayopraktik meslek gurubu yüksek lisans eğitimi olarak verilmektedir. Katılımcıların yüksek lisans eğitimi alabilmeleri için üniversite mezunu olmaları gerekmektedir. Kadınların genel olarak menopoz dönemi başlangıcının 40 yasından sonra olduğu bilinmektedir. Bu sebeple çalışmamıza katılan kadın katılımcıların en üst yaş grubu olarak 40 yaş seçilmiştir. Aynı zamanda yüksek lisans eğitiminin maksimum yaş sınırlandırılması olmadığı için 40 yaşında kadın katılımcılarda çalışmaya dahil edilmesi uygun olmuştur. Menopoz döneminde olan kadınlarda premenstural sendrom görülmediği için bu yaş aralığı özellikle seçilmiştir. Hamile olan kadınlar ve ilaç kullanan kadınlar regl olamadığı için premenstural sendrom semptomlarının görülmesi mümkün değildir.

4.2 Yöntemler

4.2.1 Bireylerin değerlendirilmesi. Çalışmaya katılan katılımcı bireylerin hazırlanan anket sorularına verdikleri cevaplar sonucu değerlendirilmiştir. Çalışmada daha etkin ve detaylı sonuçlar alınabilmesi adına 4 ana başlık altında o başlığa uygun içerikteki sorular sorulup değerlendirme yapılmaktadır. Yapılan araştırmadaki anket sorularına kişiler kendi rızalarıyla ve hür iradeleriyle cevaplamışlardır.

Değerlendirme Parametreleri

A. Demografik ve Fiziksel Özellikler:

Çalışmaya katılan kadın yaşları (yıl) kaydedildi. Medeni durumu “evli”, “bekar” ve “diğer” olarak sorgulandı. Eğitim seviyesi “lisans”, “yüksek lisans” ve “doktora” olarak belirlendi. Çalıştıkları kurum türleri “kamu kurumu” “özel sektör” ve “vakıf kurumu” olarak sorgulandı. Toplam iş tecrübesi “2 yıl”, “3-5 yıl” ve “10 yıldan fazla” olarak sorgulandı. Mevcut çalışılan kurumdaki çalışma süresi “1 yıldan az”, “3-5 yıl arası” ve “10 yıldan fazla” olarak sorgulandı. İlk menstrasyon yaşı açık uçlu soru olarak sorgulandı. Gebelik sayısı “yok”, “1” ve “1’den fazla” olarak sorgulandı. Doğum yaptı mı? Sorusu “evet” ve “hayır” olarak sorgulandı. Aile geçmişinde premenstural sendrom olup olmadığı “evet” ve “hayır” olarak sorgulandı. Menstrasyon gün uzunluğu ve menstrasyon döngüsünün süresi açık uçlu

soru olarak sorgulandı. Son mensturasyon ağrı derecesi vas skalası üzerinden değerlendirilmek adına “0-10” arasında bir değer seçilmesi istendi.

B.Premenstural Dönemin Değerlendirilmesi:

Bu soru gruplarında katılımcı bireylerin regl analizi, ağrılı durumlarında hafifletmeleri için yararlandıkları yöntemleri, tüketilen gıdaların duruma etkisini, içilen ürünlerin duruma etkisini değerlendirmek adına oluşturulmuş sorulardan meydana gelir. Çalışmaya katılan kadın bireylere yöneltilen bu soru gruplarında ; reglin düzenli olup olmadığı, sigara kullanıp kullanmadığı, şekerli gıda tüketip tüketmediği, tuzlu gıda tüketip tüketmediği, günde kaç fincan kahve tükettiği, günde kaç bardak çay tükettiği, günde kaç bardak gazlı içecek tükettiği, egzersiz yapıp yapmadığı, alkol kullanıp kullanmadığı, ilaç tedavisi olup olmadığı, dismenore (ağrılı adet) yaşıyor yaşımadığı, herhangi bir jinekolojik hastalığı olup olmadığı, premenstural dönemde ilaç kullanıp kullanmadığı, nonfarmakolojik yöntemleri kullanıp kullanmadığı ve kullanıyorsa hangilerini kullandığını, çalışma hayatının nonfarmakolojik yöntemleri kullanıp kullanmamasını etkileyip etkilemediği “evet” ve ya “hayır” olarak cevaplandırılacak şekilde sorgulanıp kayıt edilmiştir.

C.Premenstural Sendrom Ölçeği

Bu ölçek Gençdoğan tarafından DSM-III ve DSM-IV-R temel alınarak geliştirilmiş ve geçerlik güvenirliği yapılmıştır. Premenstural sendrom ölçeği 44 sorudan meydana gelmiştir. Bu sorular 5’li değerlendirme içermektedir. Bu değerlendirmeler; Hiç, Çok az, Bazen, Sık Sık, Sürekli olarak tanımlamalar mevcuttur. Ölçeğin puanlanmasında “Hiç seçeneği” 1 puan, “Çok az” seçeneği 2 puan, “Bazen” seçeneği 3 puan, “Sık sık” seçeneği 4 puan, “Sürekli” seçeneği 5 puan olarak değerlendirilmektedir. Ölçek ;depresif duyguları değerlendirmede 1’den 7 ‘ye kadar olan sorularda, anksiyete değerlendirmede 8,9,10,11,15,16 kadar olan sorular, yorgunluk 12,13,14,17,18,25,37 ‘ye kadar olan sorulardan, sinirlilik 19,20,21,22,23 ‘e kadar olan sorulardan, depresif düşünceler 24,26,27,28,29,30,44 ‘e kadar olan sorulardan, ağrı 31,32,33 ‘e kadar olan sorulardan, iştah değişimleri 34,35,36’a kadar olan sorulardan, uyku değişimleri 38,39,40’a kadar olan sorulardan ve şişkinlik 41,42,43’e kadar olan sorulardan meydana gelen dokuz alt başlıktan oluşmaktadır. Ölçeğin tüm alt başlıklarından ve sorulan sorulardan alınan toplam puanlar “PMSÖ

TOPLAM PUANI’’ olarak adlandırılan değerlendirme sonucu oluşur. Bu ölçekte alınabilecek en düşük puan 44 en yüksek puan ise 220’dir.Puan arttıkça premenstural sendrom belirtileri artmış olarak değerlendirilir. Anket sonuçları değerlendirilirken, toplam ve alt ölçek puanlarından oluşan en yüksek puanın %50’sini geçtiği takdirde PMS varlığından söz edilmektedir. Toplam puan için alınabilecek en yüksek puan 220 olup bunun %50’si 110 puandır. Bu nedenle 111 ve üstünde puan alanlar PMS toplam puan açısından PMS var demektir (Gençdoğan, 2006). Çalışmamızda PMSÖ güvenilirlik katsayısı (Cronbach α) “Depresif Duygulanım” için 0,924, “Anksiyete” için 0,905, “Yorgunluk” için 0,899, “Sinirlilik” için 0,947, “Depresif Düşünceler” için 0,917, “Ağrı” için 0,908, “İştah Değişimleri” için 0,944, “Şişkinlik” için 0,921, “Uyku” için 0,897 olarak bulundu. Ölçek için yapılan güvenilirlik analizi sonucunda güvenilirlik katsayısının 0,970 olduğu belirlendi. Buna göre ölçeğin istatistiksel açıdan yüksek anlamlılık düzeyinde olduğu belirlendi.(Gençdoğan, 2006; Tufan, 2019)

D.Çalışma Performansı ile İlgili Bilgiler:

ABD de geliştirilmiş olan “Work Role Functioning Questionnaire (WRFQ) Çalışma Rolü İşlevselliği Anketi (ÇRİA)” ‘‘Çalışma Limitasyonları Anketi’ni temel almaktadır. Çalışma Rolü İşlevselliği Anketi bireylerin çalışma hayatlarında meslekleri ile orantılı olarak nasıl etkilendiğini değerlendiren anket sorularından meydana gelir. Çalışma düzeni (5 soru), fiziksel durum (6 soru), sosyal durum (3 soru), psikolojik durum (6 soru) ve verim (7 soru) olmak üzere 5 alt başlık ve toplamda 27 soruyu içeren bir ölçektir. Sorulardan herhangi biri katılımcıların meslek grubuna uygun değil ise “Benim Mesleğime Uygun Değildir” ibaresi işaretlenmelidir (Irmak et al., 2011).

Anket sonuçlarında katılımcı bireylerin yanıtların hesaplanması;

- Ankete sorularına verilen cevapların toplanması
- Toplamın katılımcı kişinin cevaplandığı soru sayısına bölünmesi
- Bulunan değer yüzdelik hale getirilmesi şeklinde bulunmaktadır.

Yapılan ankette maksimum değer %100, minimum değer %20’dir.Bu yüzdelik veriler çalışma performansı ile doğru orantılıdır. Yüzdelik puanlar %20’ye yaklaştıkça verimliliğin azaldığı öngörülmektedir.

Bölüm 5

Gereç Ve Yöntem

Premenstural Sendrom Ölçeğinin alt boyutlarına ilişkin Cronbach Alfa değerleri; depresif duygulanım için 0,92; anksiyete için 0,79; yorgunluk için 0,82; sinirlilik için 0,95; depresif düşünceler için 0,91; ağrı için 0,83; iştah değişimleri için 0,919; uyku değişimleri için 0,78 ve şişkinlik için 0,89 olarak tespit edilmiştir. Tüm sorularına ilişkin Cronbach Alfa değeri ise 0,94 olarak tespit edilmiş olup tüm boyutların hem kendi içinde hem de toplam olarak Ölçeğin tutarlılığının yüksek olduğu sonucuna varılmıştır. ÇRİA ölçeği için yapılan incelemede alt boyutlara ilişkin Cronbach değerleri; Çalışma düzeni için 0,90; verim için 0,83; fiziksel durum için 0,86; psikolojik durum için 0,93; sosyal durum için 0,80 olup, ölçek tüm sorularının incelemesine göre 0,92 olarak tespit edilmiştir. ÇRİA ölçeğinin de oldukça tutarlı olduğu sonucuna varılmıştır.

Çalışma kapsamında 133 katılımcıya 4 bölümden oluşan bir anket uygulanarak veriler derlenmiştir. Sayısal değişkenlerin betimleyici istatistiklerinde ortalama ve standart sapma; kategorik yapıdaki değişkenler için ise frekans ve yüzdelikler kullanılmıştır. Nicel değişkenlerin normallik incelemeleri Kolmogorov-Smirnov ve Shapiro-Wilk testleri; homojenlik incelemeleri ise Levene testi kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Normallik varsayımının karşılanmadığı iki grup ortalamalarının incelenmesinde Mann Whitney U testi kullanılırken; ikiden fazla grup ortalamalarının incelenmesinde Kruskal Wallis testi kullanılmıştır. Gruplar arası farklılıkların tespitinde ikili karşılaştırma değerlendirmelerinde Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar harflendirme yapılarak kullanılmıştır. Çalışma kapsamında kullanılan ölçeklerin alt boyutları ve toplam skorlarının güvenilirlik incelemeleri Cronbach Alfa katsayısı ile gerçekleştirilmiş olup; tüm istatistiksel testlerde anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ kullanılmıştır. Çalışma kapsamındaki istatistiksel analizler SPSS 25 (IBM Corp. Released 2017. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 25.0. Armonk, NY: IBM Corp.) istatistiksel paket programı kullanılarak gerçekleştirilmiştir.

5.1 Araştırmanın Modeli

Bu çalışmada nitel betimlemeli araştırma yöntemi kullanılmıştır. Tanımlayıcı nitelikte olan bir araştırma türüdür. Niteliksel araştırma, kişilerin duygu ve düşüncelerini anlayabilmek için özel yöntemler kullanan bir araştırma yöntemidir (Debus 2003).

Niteliksel araştırma yöntemlerinin kullanılması için nedenler aşağıda belirtilmiştir:

Maliyet: Genellikle niteliksel araştırmalar niceliksel araştırmalara göre daha uygun olarak yapılan çalışma türleridir.

Zamanlama: Bazı niteliksel yöntemler, elde edilen verilerin analizinin hızlı elde edilmesini sağlamaktadır.

Esneklik: Çalışma durumu uygun durumlara göre güncellenebilir.

Hedef nüfus ile dolaysız bağlantı: Niteliksel yöntemler, grupları gözleme ve onlarla ilişkilendirme yapılmasına izin verir.

Teknik donanım: Niteliksel araştırmalar teknolojik aletler kullanılmadan yürütülebilir (Debus 2003).

5.2 Evren Ve Katılımcılar /Çalışma Grubu

Araştırmanın evreni; Bahçeşehir Üniversitesi'nde Kayropratik yüksek lisans bölümünde eğitim gören ve staj yapan kadın öğrenciler ve kayropraktist olan çalışan kadın bireyler araştırmanın evrenini oluşturur.

Araştırmanın çalışma grubu; Bahçeşehir Üniversitesi'nden mezun olan kayropraktist olan kadın bireyleri ve yüksek lisans bölümünde kayropratik okuyan kadın bireyleri çalışma grubunu oluşturmaktadır. Tarihleri arasında araştırmayı kabul eden ve onam formunu imzalayan bireyler bu çalışmaya katılım sağlamaktadır.

5.3 Verilerin Toplanması

Yapılan çalışmada onam formunu okuyarak çalışmaya gönüllü olarak katılmaya onay veren kadınlar oluşturulan anket formlarına verdikleri cevaplar analiz edilmiştir. Aşağıda çalışma için oluşturulmuş veri toplama araçları detaylı olarak anlatılmaktadır.

Bağımlı Değişkenler; Premenstrual Sendrom Ölçeği skoru, Çalışma Rolü Ve İşlevselliği skoru.

Bağımsız Değişkenler; Demografik özellikler formu, Premenstrual dönem değerlendirilmesi formu.

5.3.1 Verilerin toplanma araçları. Araştırmanın gerçekleşeceği tarih aralığında onam formunu imzalayıp gönüllü olan katılımcı bireylerden Google form üzerinden oluşturulmuş anketlerin Bahçeşehir Üniversitesi'nden alınan etik kurul onayı doğrultusunda online olarak yaklaşık 15-20 dakika doldurulması istenmiştir. Veri toplama aracı olarak; ‘‘Demografik Özellikler formu’’, ‘‘Premenstrual Dönemin Değerlendirilmesi’’, ‘‘Premenstrual Sendrom Ölçeği’’ ve ‘‘Çalışma Rolü İşlevselliği Anketi’’ kullanılmıştır.

A. Demografik Özellikler Formu

Konuyla ilgili olarak değerlendirilen literatürler doğrultusunda oluşturulan sorulardan meydana gelmektedir. Katılımcı bireylerin kişisel ve fiziki özellikleri belirlenir. 16 sorudan oluşmaktadır.

B. Premenstrual Dönem Değerlendirilmesi Formu

Bu soru gruplarında regl analizi, ağrılı durumlarında hafifletmeleri için yararlandıkları yöntemleri, tüketilen gıdaların duruma etkisini, içilen ürünlerin duruma etkisini değerlendirmek, dismenore yaşanma durumu, nonfarmakolojik tedavinin çalışma hayatına etkisi ve sık kullanılan nonfarmakolojik uygulamaların belirlenmesi adına oluşturulmuş sorulardan meydana gelir.

C. Premenstrual Sendrom Ölçeği Formu

Bu ölçek toplam 44 sorudan meydana gelmektedir. Bu sorular; depresif duygular, anksiyete, yorgunluk, sinirlilik, depresif düşünceler, ağrı, iştah değişimleri,

uyku değişimi, şişkinlik olmak üzere dokuz başlıkta incelenmektedir. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 220 iken en düşük puan 44 olarak belirlenmiştir.

D.Çalışma Rolü İşlevselliği Anketi Formu

Bu anket kişilerin çalışma hayatlarının değerlendirildiği alandır. Çalışma düzeni 5, fiziksel durum 6, sosyal durum 3, psikolojik durum 6, verim 7 sorudan oluşmaktadır.

5.3.2 Veri analiz işlemleri. Veri analizinde; grup ortalamaların karşılaştırılmasında parametrik test varsayımları sağlandığında Bağımsız t testi kullanılması öngörülmektedir. Parametrik test varsayımları sağlanıyorsa bağımsız iki grup ortanca değerlerinin karşılaştırılması için parametrik olmayan istatistik analiz yöntemlerinden Mann Whitney U testi kullanılması öngörülmektedir. İki den fazla grup ortalamalarının karşılaştırılmasının söz konusu durumlarda parametrik test varsayımları sağlandığında ANOVA: sağlanmadığı durumlarda Kruskal Wallis-H Testi ile incelemeler yapılmıştır. Kategorik yapıda olan değişkenlerin incelenmesinde Ki Kare testi kullanılmış olup, istatistiksel analizler için SPSS 25 paket programı kullanılmıştır.

5.3.3 Gerçeklik ve güvenirlilik. Tez çalışmasının geçerliliği adına Bahçeşehir Üniversitesi'nden etik kurul onayı alınmıştır. Araştırmaya katılmaya gönüllü olan katılımcı kadın kayropraktistlerin araştırmanın amacı, onam formunda doldurulan ibarelerin gizli kalacağı ve kimseyle paylaşılmayacağı belirtilerek "Gönüllü Olur Formu" oldurularak izinleri alınmıştır. Premenstural Sendrom Ölçeğini araştırmamızda kullanabilmek için geçerlik ve güvenirlik çalışmasını yapan araştırmacıdan gerekli izinler alınmıştır. DSM-III ve DSM-IV-R temel alınarak 44 maddelik ve 5 dereceli likert tipi skalalı yeni bir PMS testi geliştirilmiştir. Bu test formu, benzer ölçek geçerliği için, Geriye Dönük Premenstural Değerlendirme Formu ile üniversitede öğrenim gören 256 kız öğrenciye uygulanmıştır. Güvenirliliğinin hesaplanmasında test-tekrar test yöntemi kullanılmıştır. "Çalışma İşlevselliği Anketi" geçerlilik ve güvenirliliği için araştırmacı FTZ. Ahsen Irmak tarafından kültürel adaptasyon sağlanmış olarak anketin Türkçe versiyonu geliştirilmiştir. Gerekli araştırma ekibi tarafından bu adaptasyon deneme testine tabi tutulmuştur. Araştırma ekibinin uygun bulduğu ve değerlendirdiği şekilde uyarlanan anketin Türkçe

versiyonunun uygulanabilirliğin ve psikometrik özelliklerin iyi olduğunu göstermektedir.

5.4 Sınırlamalar

Bu tez araştırması Bahçeşehir Üniversitesi'nden mezun olmuş kayropraktist olarak çalışan, staj yapan, akademisyenlik yapan ve regl olan kadın birey ile sınırlandırılmıştır. Çalışmaya katılım için onam formunu imzalamak gereklidir. Onam formunu onaylamayan katılımcılar araştırmaya dahil edilmemiştir. Çalışmaya mensturasyon döngüsü devam eden kadın bireyler katılım göstermektedir çünkü premenstural sendromun görülmesi ancak döngünün varlığında meydana gelmektedir. Bu nedenle hamile olan ve çeşitli ilaç kullanıp mensturasyonu bastıran kadınlar çalışmaya dahil edilmemiştir. Erkek bireylerde çalışmaya katılmamaktadır çünkü mensturasyon döngüleri olmadığı için premenstural sendromu değerlendirmeleri ve bu sendromdaki semptomları yaşamaları mümkün değildir. Katılımcı bireylerin kayropraktik eğitim almış olması gerekmektedir. Kayropraktik eğitim alınabilmesi için yüksek lisans eğitimi alınmalı bunu için üniversite mezunu ve yüksek lisans programında eğitim gören katılımcılar dahil edilmiştir. Çalışma performansını değerlendirmek adına yapılan bir çalışma olması sebebiyle henüz çalışma deneyimi olmayan bireylerinde çalışmaya katılımı mümkün değildir. Çalışmadaki sınırlandırmalar bu şekilde belirlenmiştir.

Bölüm 6

Bulgular

Bu bölümde onam formunu onaylayan katılımcı kayropraktistlerin araştırma sorularının çözümü ve kullanılan ölçekler yardımıyla toplanan verilerin analizi sonucunda belirlenen bulgular yer almaktadır.

6.1 Tanımlayıcı Bulgular

Bulguların giriş kısmını demografik bilgiler oluşturmaktadır. Örneklemin demografik bilgilerinde yaş, eğitim durumu, medeni hali, çalışıp çalışmama durumu, kurumun türü, çalışma süresi, ilk mensturasyon yaşı, gebelik sayısı, doğum yapılıp yapılmaması durumu, ailede kadınlarda premenstrual sendromu olup olmadığı, mensturasyon gün uzunluğu, mensturasyon döngü uzunluğu, vas değerlendirmesi yer almaktadır. Bu tablo 1 'de gösterilmektedir. Tabloya göre katılımcılar evli, eğitim durumu lisans, özel sektörde çalışma, iş tecrübesi 3-5 yıl olan, mevcut kurumda çalışma 1 yıldan az ilk mensturasyon yaşı 10-13 aralığı, gebelik durumu hiç olmayan, doğum yapmamış, ailesinde premenstrual sendromu görülmeyen, mensturasyon uzunluğu 6-10 gün, döngü süresi 26 ve üzeri olan seçeneklerini çoğunlukta işaretlemişlerdir.

Tablo 1

Katılımcılar Sosyo-Demografik Özellerine Göre Dağılımları

Sosyo-demografik Özellikleri	Frekans (n)	Yüzde (%)
Medeni durum		
Evli	48	36.090
Bekar	85	63.910
Eğitim seviyesi		
Lisans	64	48.120
Yüksek Lisans	62	46.617
Doktora	7	5.263
Kurum türü		
Kamu	24	18.045
Özel	89	66.917

Tablo 1 (Devam)

Vakıf	20	15.038
İş tecrübesi		
3 – 5 yıl arası	111	83.459
10 yıldan fazla	22	16.541
Mevcut kurumda çalışma süresi		
1 yıldan az	64	48.120
3 – 5 yıl arası	58	43.609
10 yıldan fazla	11	8.271
İlk mensturasyon yaşı		
10-13	67	50.376
14-16	52	39.098
Hatırlamıyorum	14	10.526
Doğum yaptınız mı?		
Evet	37	27.820
Hayır	96	72.180
Gebelik sayısı		
0	95	71.429
1	20	15.038
1’den fazla	18	13.534
Ailenizdeki kadınlarda premenstrasyon sendromu var mı?		
Evet	42	31.579
Hayır	91	68.421
Menstrasyon gün uzunluğunuz		
3 – 5	38	28.571
6 – 10	95	71.429
Menstrasyon döngünüz kaç günde bir oluyor?		
20 – 25	47	35.338
26 ve üzeri	86	64.662

6.2 Ağrı Değerlendirmesiyle İlgili Bulgular

Bulguların bu kısmında VAS değerlendirme skalasının katılımcıların yaşlarıyla oranı ve VAS değeriyle yaş ortalamaları belirtilmektedir.

Tablo 2

Yaş Ve VAS Skoruna Ait Betimleyici İstatistikler

Değişkenler	Ortalama	Standart Sapma	Min.	Max.
Yaş	29.414	4.216	25.000	40.000
VAS	5.098	2.380	0.000	10.000

Tablo 2’de görüldüğü üzere yapılan ağrı değerlendirilmesinde minimum 25 maksimum 40 yaş aralığında 29.414 ortalaması ve minimum değeri 0 maksimum değeri 10 olan VAS ağrı skalasında ağrı ortalama 5.098 olarak belirlenmiştir.

6.3 Premenstrual Dönem Bulguları

Tablo 3

Katılımlar Premenstrual Sendrom Ölçeği Skorunun Premenstrual Dönem Değişkenleri Bakımından Değerlendirilmesi

Tablo 3 (Devam)

PMS Toplam				
	n	Ortalama	Std. S	p
Regl Düzenli mi				
Evet	105	118,6857	30,95540	0,855*
Hayır	28	119,3571	30,14928	
Sigara Kullanımı				
Evet	41	116,3902	27,88985	0,614*
Hayır	92	119,9130	31,92424	
Şekerli Gıda Tüketimi				
Evet	107	119,7196	31,38044	0,314*
Hayır	26	115,1538	27,85059	
Tuzlu Gıda Tüketimi				
Evet	112	119,3839	32,19822	0,904*
Hayır	21	115,8571	21,10992	
Kahve				
Tüketmiyorum	12	111,5833	28,77328	0,129**
1	56	115,3393	32,36175	
1'den fazla	65	123,1692	29,30581	
Gazlı içecek				
Tüketmiyorum	78	120,4487	30,12815	0,706**
1	37	119,4595	33,94570	
1'den fazla	18	110,5000	25,85537	
Çay				
Tüketmiyorum	9	121,6667	43,66921	0,975**
1	39	117,6923	27,85692	
1'den fazla	85	119,0471	30,73268	
Egzersiz				
Evet	75	114,1067	27,72626	0,107*
Hayır	58	124,9310	33,37446	
Alkol				
Evet	44	121,0227	33,27929	0,784*
Hayır	89	117,7416	29,43966	
İlaç kullanımı				
Evet	17	135,5882	28,09595	0,01*
Hayır	116	116,3707	30,37491	
Dismenore sorunu				
Evet	39	129,7436	27,43194	0,01**
Hayır	18	107,5000	25,75964	
Bazen	76	115,9079	31,98507	
Jinekolojik Hastalık				
Evet	14	131,7857	31,18969	0,085*
Hayır	119	117,3025	30,38386	
İlaç kullanımı				
Evet	30	128,7000	27,28919	0,085**
Hayır	49	118,7143	35,48944	

Tablo 3 (Devam)				
Bazen	54	113,4444	26,65904	
Tedavi				
Evet	45	122,6222	30,21611	0,014**
Hayır	27	130,0000	36,21411	
Bazen	61	111,0820	26,53946	
Çalışma hayatı				
Nonfarmakolojik				
Yöntem				
kullanımına				
Etkisi Var Mı	76	127,2632	28,85198	0,001*
Evet	57	107,5789	29,62742	
Hayır				
* Mann-Whitney U Test				
** Kruskal-Wallis Test				

Bulguların bu kısmında premenstural dönemin değerlendirilmesinde yer alan sorularla premenstural sendrom ölçeğinde yer alan sorulara katılımcıların cevaplarının değerlendirilmesinden oluşan PS toplam skoruyla kıyaslanmasıdır. Tablo 3’ de bu veriler görülmektedir.

Premenstural dönem değerlendirilmesi değişkenleri bakımından Premenstural Sendrom Ölçeği skorları incelendiğinde; ilaç kullanımı, Dismenore sorunu, Nonfarmakolojik tedavi ve Çalışma hayatının Nonfarmakolojik tedaviye etkisi değişkenleri bakımından Premenstural Skor Puanları arasındaki farklılıklar istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$). Katılımcılardan İlaç kullananlar ile Çalışma hayatının Nonfarmakolojik tedaviye etkisi olduğunu düşünenlerin skor puanları daha yüksek olarak tespit edilmiş iken, Dismenore sorunu değişkeni için bu sorunu yaşayanların, yaşamayan ya da bazen yaşayanlardan daha yüksek skora sahip olduğu tespit edilmiştir. Tabloda görülen katılımcı bireylerden çoğunluğunun reglinin düzenli olduğu gözlemlenmiştir. Katılımcılardan çoğunluğu sigara kullanmamaktadır. Şekerli ve tuzlu gıda tüketimi fazla gözlemlenmektedir. Kahve ve çay tüketimi fazla iken gazlı içecek tüketimi fazla gözlemlenmemektedir. Egzersiz yapan katılımcı sayısı fazla iken alkol ve ilaç kullanımı katılımcı bireyler arasında sayısı az gözlemlenmiştir. Katılımcılar bazen dismenore yaşarken çoğu katılımcıda jinekolojik rahatsızlık gözlemlenmemiştir. Katılımcıların çoğu iş hayatında nonfarmakolojik yöntem uygulamada zorlandığını belirtmiş. Özellikle seçenekler arasında duş alma, sıcak uygulama ve uyuma katılımcılar arasında çok seçilmiştir.

6.4 Premenstrual Sendrom Ölçeği

Bulguların bu kısmında katılımcı bireylerin demografik özelliklere verdikleri cevaplarla premenstrual sendrom ölçeği anketinde bulunan 9 alt başlıktaki tüm sorulara verilen cevaplarının kıyaslanması ve verilerin cevaplara göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek olan veriler belirlemektedir. Bu karşılaştırmalar tablo 4' den tablo 12' e kadar olan bölümde yer almaktadır.

Tablo 4

Demografik Özelliklerle Depresif Duygulanım Alt Başlığının Karşılaştırılması

Değişkenler	n	Depresif Duygulanım		
		Ortalama	Std. S	p
Medeni durum				0.784*
Evli	48	19.458	7.184	
Bekar	85	19.282	8.246	
Eğitim durumu				
Doktora	7	14.714	7.675	
Lisans	64	21.547(ab	7.988	0.004**
Y. Lisans	62	)	7.146	
Kurum				
Kamu	24	16,375(a)	7,47641	
Özel	89	20,741(b)	7,66416	0.013**
Vakıf	20	16,7(ab)	7,80755	
İş tecrübesi				
3 – 5	111	19,6847	8,13073	0,116*
10'dan fazla	22	17,6364	6,12991	
Mevcut kurum çalışma süresi				
1 yıldan az	64	21,53	7,49808	
3 – 5 yıl	58	17,77	8,13708	0,02**
10 yıldan fazla	11	14,9	3,96118	
İlk mensturasyon yaşı				
10 – 13	67	20,2537	7,73098	0,169**
14 – 16	52	19,0385	7,76862	
Hatırlamıyorum	14	16,1429	8,37448	
Gebelik				
0	95	20,305	7,92662	0,075**
1	20	17,450	8,21728	
1'den fazla	18	16,389	6,09859	

Tablo 4 (Devam)

Doğum					
Evet	37	17,2162	7,11858	0,048*	
Hayır	96	20,1667	8,00088		
Premenstural sendrom aile öyküsü					
Evet	42	19,4048	8,05487	0,975*	
Hayır	91	19,3187	7,80154		
Mensturasyon gün uzunluğu					
3 – 5	38	19,8947	8,11668	0,546*	
6- 10	95	19,1263	7,77645		
Döngü					
20 – 25	47	17,8085	7,58900	0,08*	
26 ve üzeri	86	20,1860	7,90906		
* Mann-Whitney U Test					
** Kruskal-Wallis Test					
Gruplar arası farklılıklar harflendirme yapılarak verilmiştir.					

Premenstural Sendrom Ölçeği anketinde depresif duygulanım alt boyutunda yer alan sorulara verilen cevapların analizi;

- Medeni durumu evli olan 48 katılımcı bireyin alt başlığı depresif duygulanım olan aynı sorulara verdikleri cevapların ortalaması 19,458 standart sapması 7,184 iken, bekar 85 katılımcı bireyin cevaplarının ortalaması 19,282 standart sapması 8,246 olarak belirlenmiştir. Bu tabloda depresif duygulanım alt başlıklı alandaki aynı soruları cevaplayan bekar katılımcılar standart sapma hesaplamasına göre istatistiksel olarak anlamlı yüksektir.
- Eğitim durumu doktora mezunu olan 7 katılımcı bireyin alt başlığı depresif duygulanım olan aynı sorulara verdikleri cevapların ortalaması 14,714 standart sapması 7,675 iken, Lisans mezunu olan 64 katılımcı kişinin 21,547 standart sapması 7,988 iken, Yüksek Lisans mezunu 62 katılımcı bireyin 17,597 standart sapması 7,146 olarak belirlenmiştir. Bu tabloda depresif duygulanım alt başlıklı alandaki aynı soruları cevaplayan lisans mezunu katılımcılar standart sapma hesaplamasına göre istatistiksel olarak anlamlı yüksektir.
- Kamu kurumunda çalışan 24 katılımcı bireyin alt başlığı depresif duygulanım olan aynı sorulara verdikleri cevapların ortalaması 16,347 standart sapması 7,47641 iken, özel sektörde çalışan 89 katılımcı bireyin ortalaması 20,741

standart sapması 7,66416 iken, Vakıf kurumlarında çalışan katılımcı bireylerin ortalaması 16,7 standart sapması 7,80755 olarak belirlenmiştir. Bu tabloda depresif duygulanım alt başlıklı alandaki aynı soruları cevaplayan vakıf kurumunda çalışan katılımcılar standart sapma hesaplamasına göre istatistiksel olarak anlamlı yüksektir.

- İş tecrübesi 3-5 yıl olan 111 katılımcı bireyin alt başlığı depresif duygulanım olan aynı sorulara verdikleri cevapların ortalaması 19,6847 standart sapması 8,13073 iken, 10 yıldan fazla olan 22 katılımcı bireyin ortalaması 17,6364 standart sapması 6,12991 olarak belirlenmiştir. Bu tabloda depresif duygulanım alt başlıklı alandaki aynı soruları cevaplayan 3-5 yıl iş tecrübesi olan katılımcılar standart sapma hesaplamasına göre istatistiksel olarak anlamlı yüksektir.
- Mevcut kurumda çalışma süresi 1 yıldan az olan 64 katılımcı bireyin alt başlığı depresif duygulanım olan aynı sorulara verdikleri cevapların ortalaması 21,53 standart sapması 7,49808 iken, 3-5 yıl olan 58 katılımcı bireyin ortalaması 17,77 standart sapması 8,13708, 10 yıldan fazla olan 11 katılımcı bireyin ortalaması 14,9 standart sapması 3,96118 olarak belirlenmiştir. Bu tabloda depresif duygulanım alt başlıklı alandaki soruları cevaplayan mevcut kurumda çalışma süresi 3-5 yıl olan katılımcılar standart sapma hesaplamasına göre istatistiksel olarak anlamlı yüksektir.
- İlk mensturasyon yaşı 10-13 olan 67 katılımcı bireyin alt başlığı depresif duygulanım olan aynı sorulara verdikleri cevapların ortalaması 20,2537 standart sapması 7,73098 iken, 14-16 yaş aralığındaki 52 katılımcı bireyin ortalaması 19,0385 standart sapması 7,76862 iken, hatırlamayan 14 katılımcı bireyin ortalaması 16,1429 standart sapması 8,37448 olarak belirlenmiştir. Bu tabloda depresif duygulanım alt başlıklı alandaki soruları cevaplayan ilk mensturasyon yaşını hatırlamayan katılımcılar standart sapma hesaplarına göre istatistiksel olarak anlamlı yüksektir.
- Hiç gebelik geçirmeyen 95 katılımcı bireyin alt başlığı depresif duygulanım olan aynı sorulara verdikleri cevapların ortalaması 20,305 standart sapması 7,92662 iken, 1 kere doğum yapmış 20 katılımcı bireyin ortalaması 17,450 standart sapması 8,21728 iken, 1'den fazla doğum yapmış 18 katılımcı bireyin ortalaması 16,389 standart sapması 6,09859 olarak belirlenmiştir. Bu tabloda

depresif duygulanım alt başlıklı alandaki soruları cevaplayan 1 kere doğum yapmış katılımcılar standart sapma hesaplarına göre istatistiksel olarak anlamlı yüksektir.

- Doğum yapan 37 katılımcı bireyin alt başlığı depresif duygulanım olan aynı sorulara verdikleri cevapların ortalaması 17,2162 standart sapması 7,11858 iken, doğum yapmayan 96 katılımcı bireyin ortalaması 20,1667 standart sapması 8,00088 olarak belirlenmiştir. Bu tabloda depresif duygulanım alt başlıklı alandaki soruları cevaplayan doğum yapmayan katılımcılar standart sapma hesaplarına göre istatistiksel olarak anlamlı yüksektir.
- Aile geçmişinde premenstrual sendrom görülen 42 katılımcı bireyin alt başlığı depresif duygulanım olan aynı sorulara verdikleri cevapların ortalaması 19,4048 standart sapması 8,05487 iken, PMS sendromu görülmeyen 91 katılımcının ortalaması 19,3187 standart sapması 7,80154 olarak belirlenmiştir. Bu tabloda depresif duygulanım alt başlıklı alandaki soruları cevaplan aile geçmişinde premenstrual sendrom görülen katılımcılar standart sapma hesaplarına göre istatistiksel olarak anlamlı yüksektir.
- Menstrasyon gün uzunluğu 3-5 olan 38 katılımcı bireyin alt başlığı depresif duygulanım olan aynı sorulara verdikleri cevapların ortalaması 19,8947 standart sapması 8,11668 iken, 6-10 gün olan 95 katılımcının ortalaması 19,1263 standart sapması 7,77645 olarak belirlenmiştir. Bu tabloda depresif duygulanım alt başlıklı alandaki soruları cevaplayan menstrasyon gün uzunluğu 3-5 olan katılımcılar standart sapma hesaplarına göre istatistiksel olarak anlamlı yüksektir.
- Menstrasyon döngünün uzunluğu 20-25 gün olan 47 katılımcı bireyin alt başlığı depresif duygulanım olan aynı sorulara verdikleri cevapların ortalaması 17,8085 standart sapması 7,58900 iken, 26 ve üzeri gün olan 86 katılımcı bireyin ortalaması 20,1860 standart sapması 7,90906 olarak belirlenmiştir. Bu tabloda depresif duygulanım alt başlıklı alandaki soruları cevaplayan 26 gün ve üzeri menstural döngüsü olan katılımcılar standart sapma hesaplarına göre istatistiksel olarak anlamlı yüksektir.

Tablo 5

Demografik Özelliklerin Anksiyete Alt Başlığı İle Karşılaştırılması

Anksiyete				
Değişkenler	n	Ortalama	Std. Sapma	p
Medeni durum				
Evli	48	12.271	3.950	0.262*
Bekar	85	13.518	5.338	
Eğitim durumu				
Doktora	7	10.571	2.637	0.048*
Lisans	64	14.047(b)	4.942	
Y. Lisans	62	12.339(ab)	4.885	
Kurum				
Kamu	24	12,0000	4,53009	0.487*
Özel	89	13,4045	5,09170	
Vakıf	20	12,8500	4,48712	
İş tecrübesi				0,827*
3 – 5	111	13,1712	5,00159	
10'dan fazla	22	12,5455	4,44787	
Mevcut kurum çalışma süresi				
1 yıldan az	64	13,7500	5,01427	0,283*
3 – 5 yıl	58	12,6207	4,81528	
10 yıldan fazla	11	11,4545	4,45788	
İlk mensturasyon yaşı				
10 – 13	67	13,5672	5,31500	0,622*
14 – 16	52	12,7500	4,39195	
Hatırlamıyorum	14	11,8571	4,67164	
Gebelik				0,143*
0	95	13,7368	5,26775	*
1	20	11,3000	3,52584	
1'den fazla	18	11,5000	3,25847	
Doğum				0,94*
Evet	37	11,5405	3,27952	
Hayır	96	13,6563	5,29911	
Premenstural sendrom aile öyküsü				0,025*
Evet	42	14,6429	5,55602	
Hayır	91	12,3407	4,41769	
Menstrasyon gün uzunluğu				
3 – 5	38	13,4474	5,42117	0,664*
	95	12,9158	4,70324	

Tablo 5 (Devam)

6 - 10				
Döngü				
20 – 25	47	12,5319	4,32310	0,476*
26 ve üzeri	86	13,3605	5,19482	
* Mann-Whitney U Test				
** Kruskal-Wallis Test				
Gruplar arası farklılıklar harflendirme yapılarak verilmiştir.				

Premenstural Sendrom Ölçeği anketinde anksiyete alt boyutunda yer alan sorulara verilen cevapların analizi;

- Medeni durumu evli olan 48 katılımcı bireyin alt başlığı anksiyete olan aynı sorulara verdikleri cevapların ortalaması 12,271 standart sapması 3,950 iken, bekar 85 katılımcı bireyin cevaplarının ortalaması 13,518 standart sapması 5,338 olarak belirlenmiştir. Bu tabloda depresif duygulanım alt başlıklı alandaki aynı soruları cevaplayan bekar katılımcılar standart sapma hesaplamasına göre istatistiksel olarak anlamlı yüksektir.
- Eğitim durumu doktora mezunu olan 7 katılımcı bireyin alt başlığı anksiyete olan aynı sorulara verdikleri cevapların ortalaması 10,571 standart sapması 2,637 iken, Lisans mezunu olan 64 katılımcı kişinin ortalaması 14,047 standart sapması 4,942 iken, Yüksek Lisans mezunu 62 katılımcı bireyin ortalaması 12,339 standart sapması 4,885 olarak belirlenmiştir. Bu tabloda anksiyete alt başlıklı alandaki aynı soruları cevaplayan lisans mezunu katılımcılar standart sapma hesaplamasına göre istatistiksel olarak anlamlı yüksektir.
- Kamu kurumunda çalışan 24 katılımcı bireyin alt başlığı anksiyete olan aynı sorulara verdikleri cevapların ortalaması 12,0000 standart sapması 4,53009 iken, özel sektörde çalışan 89 katılımcı bireyin ortalaması 13,4045 standart sapması 5,09170 iken, Vakıf kurumlarında çalışan katılımcı bireylerin ortalaması 12,8500 standart sapması 4,48172 olarak belirlenmiştir. Bu tabloda anksiyete alt başlıklı alandaki aynı soruları cevaplayan özel sektörde çalışan katılımcılar standart sapma hesaplamasına göre istatistiksel olarak anlamlı yüksektir.
- İş tecrübesi 3-5 yıl olan 111 katılımcı bireyin alt başlığı anksiyet olan aynı sorulara verdikleri cevapların ortalaması 13,1712 standart sapması 5,00159

iken, 10 yıldan fazla olan 22 katılımcı bireyin ortalaması 12,5455 standart sapması 4,44787 olarak belirlenmiştir. Bu tabloda anksiyete alt başlıklı alandaki aynı soruları cevaplayan 3-5 yıl iş tecrübesi olan katılımcılar standart sapma hesaplamasına göre istatistiksel olarak anlamlı yüksektir.

- Mevcut kurumda çalışma süresi 1 yıldan az olan 64 katılımcı bireyin alt başlığı anksiyete olan aynı sorulara verdikleri cevapların ortalaması 13,7500 standart sapması 5,01427 iken, 3-5 yıl olan 58 katılımcı bireyin ortalaması 12,6207 standart sapması 4,81528, 10 yıldan fazla olan 11 katılımcı bireyin ortalaması 11,4545 standart sapması 4,81528 olarak belirlenmiştir. Bu tabloda anksiyete alt başlıklı alandaki soruları cevaplayan mevcut kurumda çalışma süresi 1 yıldan az olan katılımcılar standart sapma hesaplamasına göre istatistiksel olarak anlamlı yüksektir.
- İlk mensturasyon yaşı 10-13 olan 67 katılımcı bireyin alt başlığı anksiyete olan aynı sorulara verdikleri cevapların ortalaması 13,5672 standart sapması 5,31500 iken, 14-16 yaş aralığındaki 52 katılımcı bireyin ortalaması 12,7500 standart sapması 4,39195 iken, hatırlamayan 14 katılımcı bireyin ortalaması 11,8571 standart sapması 4,67164 olarak belirlenmiştir. Bu tabloda anksiyete alt başlıklı alandaki soruları cevaplayan ilk mensturasyon yaşı 10-13 olan katılımcılar standart sapma hesaplarına göre istatistiksel olarak anlamlı yüksektir.
- Hiç gebelik geçirmeyen 95 katılımcı bireyin alt başlığı anksiyete olan aynı sorulara verdikleri cevapların ortalaması 13,7368 standart sapması 5,26775 iken, 1 kere doğum yapmış 20 katılımcı bireyin ortalaması 11,3000 standart sapması 3,52584 iken, 1'den fazla doğum yapmış 18 katılımcı bireyin ortalaması 11,5000 standart sapması 3,25847 olarak belirlenmiştir. Bu tabloda anksiyete alt başlıklı alandaki soruları cevaplayan hiç gebelik geçirmeyen yapmış katılımcılar standart sapma hesaplarına göre istatistiksel olarak anlamlı yüksektir.
- Doğum yapan 37 katılımcı bireyin alt başlığı anksiyete olan aynı sorulara verdikleri cevapların ortalaması 11,5405 standart sapması 3,27952 iken, doğum yapmayan 96 katılımcı bireyin ortalaması 13,6563 standart sapması 5,29911 olarak belirlenmiştir. Bu tabloda anksiyete alt başlıklı alandaki

soruları cevaplayan doğum yapmayan katılımcılar standart sapma hesaplarına göre istatistiksel olarak anlamlı yüksektir.

- Aile geçmişinde premenstrual sendrom görülen 42 katılımcı bireyin alt başlığı anksiyete olan aynı sorulara verdikleri cevapların ortalaması 14,6429 standart sapması 5,55602 iken, PMS sendromu görülmeyen 91 katılımcının ortalaması 12,3407 standart sapması 4,41769 olarak belirlenmiştir. Bu tabloda anksiyete alt başlıklı alandaki soruları cevaplan aile geçmişinde premenstrual sendrom görülen katılımcılar standart sapma hesaplarına göre istatistiksel olarak anlamlı yüksektir.
- Menstrasyon gün uzunluğu 3-5 olan 38 katılımcı bireyin alt başlığı anksiyete olan aynı sorulara verdikleri cevapların ortalaması 13,4474 standart sapması 5,42117 iken, 6-10 gün olan 95 katılımcının ortalaması 12,9158 standart sapması 4,70324 olarak belirlenmiştir. Bu tabloda anksiyete alt başlıklı alandaki soruları cevaplayan menstrasyon gün uzunluğu 3-5 olan katılımcılar standart sapma hesaplarına göre istatistiksel olarak anlamlı yüksektir.
- Menstrasyon döngünün uzunluğu 20-25 gün olan 47 katılımcı bireyin alt başlığı anksiyete olan aynı sorulara verdikleri cevapların ortalaması 12,5319 standart sapması 4,32310 iken, 26 ve üzeri gün olan 86 katılımcı bireyin ortalaması 13,3605 standart sapması 5,19482 olarak belirlenmiştir. Bu tabloda anksiyete alt başlıklı alandaki soruları cevaplayan 26 gün ve üzeri menstural döngüsü olan katılımcılar standart sapma hesaplarına göre istatistiksel olarak anlamlı yüksektir.

Tablo 6

Demografik Özelliklerin Yorgunluk Alt Başlığı İle Karşılaştırılması

Değişkenler	n	Yorgunluk		
		Ortalama	Std. Sapma	p
Medeni durum				
Evli	48	18.708	4.690	0.008*
Bekar	85	21.600	6.215	
Eğitim durumu				
Doktora	7	19.286	4.821	0.318*
Lisans	64	21.469	6.419	
Y. Lisans	62	19.758	5.272	

Tablo 6 (Devam)

Kurum				
Kamu	24	24	20,0417	
Özel	89	89	20,4494	0,638*
Vakıf	20	20	21,6500	*
İş tecrübesi				
3 – 5	111	20,6036	6,22791	0,978*
10'dan fazla	22	20,3182	3,56419	
Mevcut kurum çalışma süresi				
1 yıldan az	64	20,8750	6,27542	
3 – 5 yıl	58	20,0345	5,70308	0,506*
10 yıldan fazla	11	21,4545	4,10764	*
İlk mensturasyon yaşı				
10 – 13	67	20,9104	5,73858	
14 – 16	52	20,2692	6,13928	0,745*
Hatırlamıyorum	14	19,9286	5,69027	*
Gebelik				
0	95	21,1579	6,30150	
1	20	18,5000	4,53640	0,171*
1'den fazla	18	19,6667	4,04388	**
Doğum				
Evet	37	19,2703	4,13420	0,151*
Hayır	96	21,0521	6,35340	
Premenstural sendrom aile öyküsü				
Evet	42	21,5476	6,71439	0,186*
Hayır	91	20,0989	5,40176	
Mensturasyon gün uzunluğu				
3 – 5	38	21,1579	5,74469	0,438*
6 - 10	95	20,3158	5,92015	
Döngü				
20 – 25	47	20,4468	5,67147	0,936*
26 ve üzeri	86	20,6163	5,99445	
* Mann-Whitney U Test				
** Kruskal-Wallis Test				
Gruplar arası farklılıklar harflendirme yapılarak verilmiştir.				

Premenstural Sendrom Ölçeği anketinde yorgunluk alt boyutunda yer alan sorulara verilen cevapların analizi;

- Medeni durumu evli olan 48 katılımcı bireyin alt başlığı yorgunluk olan aynı sorulara verdikleri cevapların ortalaması 18,708 standart sapması 4,960 iken, bekar 85 katılımcı bireyin cevaplarının ortalaması 21,600 standart sapması 6,215 olarak belirlenmiştir. Bu tabloda depresif duygulanım alt başlıklı alandaki aynı soruları cevaplayan bekar katılımcılar standart sapma hesaplamasına göre istatistiksel olarak anlamlı yüksektir.
- Eğitim durumu doktora mezunu olan 7 katılımcı bireyin alt başlığı yorgunluk olan aynı sorulara verdikleri cevapların ortalaması 19,286 standart sapması 4,821 iken, Lisans mezunu olan 64 katılımcı kişinin ortalaması 21,469 standart sapması 6,419 iken, Yüksek Lisans mezunu 62 katılımcı bireyin ortalaması 19,758 standart sapması 5,272 olarak belirlenmiştir. Bu tabloda yorgunluk alt başlıklı alandaki aynı soruları cevaplayan lisans mezunu katılımcılar standart sapma hesaplamasına göre istatistiksel olarak anlamlı yüksektir.
- Kamu kurumunda çalışan 24 katılımcı bireyin alt başlığı yorgunluk olan aynı sorulara verdikleri cevapların ortalaması 24 standart sapması 20,0417 iken, özel sektörde çalışan 89 katılımcı bireyin ortalaması 89 standart sapması 20,4494 iken, Vakıf kurumlarında çalışan katılımcı bireylerin ortalaması 20 standart sapması 21,6500 olarak belirlenmiştir. Bu tabloda yorgunluk alt başlıklı alandaki aynı soruları cevaplayan vakıf kurumunda çalışan katılımcılar standart sapma hesaplamasına göre istatistiksel olarak anlamlı yüksektir.
- İş tecrübesi 3-5 yıl olan 111 katılımcı bireyin alt başlığı yorgunluk olan aynı sorulara verdikleri cevapların ortalaması 20,6036 standart sapması 6,22791 iken, 10 yıldan fazla olan 22 katılımcı bireyin ortalaması 20,3182 standart sapması 3,56419 olarak belirlenmiştir. Bu tabloda yorgunluk alt başlıklı alandaki aynı soruları cevaplayan 3-5 yıl iş tecrübesi olan katılımcılar standart sapma hesaplamasına göre istatistiksel olarak anlamlı yüksektir.
- Mevcut kurumda çalışma süresi 1 yıldan az olan 64 katılımcı bireyin alt başlığı yorgunluk olan aynı sorulara verdikleri cevapların ortalaması 20,8750 standart sapması 6,27542 iken, 3-5 yıl olan 58 katılımcı bireyin ortalaması 20,0345 standart sapması 5,70308, 10 yıldan fazla olan 11 katılımcı bireyin ortalaması 21,4545 standart sapması 4,10764 olarak belirlenmiştir. Bu tabloda yorgunluk alt başlıklı alandaki soruları cevaplayan mevcut kurumda çalışma süresi 1

yıldan az olan katılımcılar standart sapma hesaplamasına göre istatistiksel olarak anlamlı yüksektir.

- İlk mensturasyon yaşı 10-13 olan 67 katılımcı bireyin alt başlığı yorgunluk olan aynı sorulara verdikleri cevapların ortalaması 20,9104 standart sapması 5,73858 iken, 14-16 yaş aralığındaki 52 katılımcı bireyin ortalaması 20,2692 standart sapması 6,13928 iken, hatırlamayan 14 katılımcı bireyin ortalaması 19,9286 standart sapması 5,69027 olarak belirlenmiştir. Bu tabloda yorgunluk alt başlıklı alandaki soruları cevaplayan ilk mensturasyon yaşı 14-16 olan katılımcılar standart sapma hesaplarına göre istatistiksel olarak anlamlı yüksektir.
- Hiç gebelik geçirmeyen 95 katılımcı bireyin alt başlığı yorgunluk olan aynı sorulara verdikleri cevapların ortalaması 21,1579 standart sapması 6,30150 iken, 1 kere doğum yapmış 20 katılımcı bireyin ortalaması 18,5000 standart sapması 4,53640 iken, 1'den fazla doğum yapmış 18 katılımcı bireyin ortalaması 19,6667 standart sapması 4,04388 olarak belirlenmiştir. Bu tabloda yorgunluk alt başlıklı alandaki soruları cevaplayan hiç gebelik geçirmeyen yapmış katılımcılar standart sapma hesaplarına göre istatistiksel olarak anlamlı yüksektir.
- Doğum yapan 37 katılımcı bireyin alt başlığı yorgunluk olan aynı sorulara verdikleri cevapların ortalaması 19,2703 standart sapması 4,13420 iken, doğum yapmayan 96 katılımcı bireyin ortalaması 21,0521 standart sapması 6,35340 olarak belirlenmiştir. Bu tabloda yorgunluk alt başlıklı alandaki soruları cevaplayan doğum yapmayan katılımcılar standart sapma hesaplarına göre istatistiksel olarak anlamlı yüksektir.
- Aile geçmişinde premenstrual sendrom görülen 42 katılımcı bireyin alt başlığı yorgunluk olan aynı sorulara verdikleri cevapların ortalaması 21,5476 standart sapması 6,71439 iken, PMS sendromu görülmeyen 91 katılımcının ortalaması 20,0989 standart sapması 5,40176 olarak belirlenmiştir. Bu tabloda yorgunluk alt başlıklı alandaki soruları cevaplan aile geçmişinde premenstrual sendrom görülmeyen katılımcılar standart sapma hesaplarına göre istatistiksel olarak anlamlı yüksektir.
- Mensturasyon gün uzunluğu 3-5 olan 38 katılımcı bireyin alt başlığı yorgunluk olan aynı sorulara verdikleri cevapların ortalaması 21,1579 standart sapması

5,74469 iken, 6-10 gün olan 95 katılımcının ortalaması 20,3158 standart sapması 5,91015 olarak belirlenmiştir. Bu tabloda yorgunluk alt başlıklı alandaki soruları cevaplayan mensturasyon gün uzunluğu 3-5 olan katılımcılar standart sapma hesaplarına göre istatistiksel olarak anlamlı yüksektir.

- Mensturasyon döngünün uzunluğu 20-25 gün olan 47 katılımcı bireyin alt başlığı yorgunluk olan aynı sorulara verdikleri cevapların ortalaması 20,4468 standart sapması 5,67147 iken, 26 ve üzeri gün olan 86 katılımcı bireyin ortalaması 20,6163 standart sapması 5,99445 olarak belirlenmiştir. Bu tabloda yorgunluk alt başlıklı alandaki soruları cevaplayan 26 gün ve üzeri menstrual döngüsü olan katılımcılar standart sapma hesaplarına göre istatistiksel olarak anlamlı yüksektir.

Tablo 7

Demografik Özelliklerin Sinirlilik Alt Başlığı İle Karşılaştırılması

Sinirlilik				
Değişkenler	n	Ortalama	Std. Sapma	p
Medeni durum				
Evli	48	13.125	5.354	0.036*
Bekar	85	15.341	5.909	
Eğitim durumu				
Doktora	7	12.429	6.630	0.138*
Lisans	64	15.594	5.634	
Y. Lisans	62	13.694	5.756	
Kurum				
Kamu	24	12,4583	5,52448	0.148*
Özel	89	14,9438	5,79255	
Vakıf	20	15,2500	5,83884	
İş tecrübesi				
3 – 5	111	14,8018	5,94034	0,225*
10'dan fazla	22	13,2273	4,89832	
Mevcut kurum çalışma süresi				
1 yıldan az	64	15,0469	5,78292	0,601*
3 – 5 yıl	58	14,2414	6,07933	
10 yıldan fazla	11	13,1818	4,19090	
İlk mensturasyon yaşı				
67	67	15,2687	5,82987	0,313*
52	52	13,5962	5,62299	
10 – 13	14	14,5714	6,16085	

Tablo 7 (Devam)				
14 – 16				
Hatırlamıyorum				
Gebelik				
0	95	15,55	5,80300	0,005*
1	20	12,45	4,94682	
1’den fazla	18	11,5	5,13638	
Doğum				
Evet	37	12,1351	4,98978	0,003*
Hayır	96	15,4688	5,83808	
Premenstural sendrom aile öyküsü				
Evet	42	15,9524	6,13647	0,055*
Hayır	91	13,8901	5,54266	
Menstrasyon gün uzunluğu				
3 – 5	38	14,9211	5,97011	0,681*
6 - 10	95	14,3895	5,74696	
Döngü				
20 – 25	47	14,6383	5,22297	0,806*
26 ve üzeri	86	14,4884	6,11218	
* Mann-Whitney U Test				
** Kruskal-Wallis Test				
Gruplar arası farklılıklar harflendirme yapılarak verilmiştir.				

Premenstural Sendrom Ölçeği anketinde sinirlilik alt boyutunda yer alan sorulara verilen cevapların analizi;

- Medeni durumu evli olan 48 katılımcı bireyin alt başlığı sinirlilik olan aynı sorulara verdikleri cevapların ortalaması 13,125 standart sapması 5,354 iken, bekar 85 katılımcı bireyin cevaplarının ortalaması 15,341 standart sapması 5,909 olarak belirlenmiştir. Bu tabloda depresif duygulanım alt başlıklı alandaki aynı soruları cevaplayan bekar katılımcılar standart sapma hesaplamasına göre istatistiksel olarak anlamlı yüksektir.
- Eğitim durumu doktora mezunu olan 7 katılımcı bireyin alt başlığı sinirlilik olan aynı sorulara verdikleri cevapların ortalaması 12,429 standart sapması 6,630 iken, Lisans mezunu olan 64 katılımcı kişinin ortalaması 15,594 standart sapması 5,634 iken, Yüksek Lisans mezunu 62 katılımcı bireyin ortalaması 13,694 standart sapması 5,83884 olarak belirlenmiştir. Bu tabloda sinirlilik alt

başlıklı alandaki aynı soruları cevaplayan doktora mezunu katılımcılar standart sapma hesaplamasına göre istatistiksel olarak anlamlı yüksektir.

- Kamu kurumunda çalışan 24 katılımcı bireyin alt başlığı sinirlilik olan aynı sorulara verdikleri cevapların ortalaması 12,4583 standart sapması 5,52448 iken, özel sektörde çalışan 89 katılımcı bireyin ortalaması 14,9438 standart sapması 5,79255 iken, Vakıf kurumlarında çalışan katılımcı bireylerin ortalaması 15,2500 standart sapması 5,83884 olarak belirlenmiştir. Bu tabloda sinirlilik alt başlıklı alandaki aynı soruları cevaplayan vakıf kurumunda çalışan katılımcılar standart sapma hesaplamasına göre istatistiksel olarak anlamlı yüksektir.
- İş tecrübesi 3-5 yıl olan 111 katılımcı bireyin alt başlığı sinirlilik olan aynı sorulara verdikleri cevapların ortalaması 14,8018 standart sapması 5,94034 iken, 10 yıldan fazla olan 22 katılımcı bireyin ortalaması 13,2273 standart sapması 4,89831 olarak belirlenmiştir. Bu tabloda sinirlilik alt başlıklı alandaki aynı soruları cevaplayan 3-5 yıl iş tecrübesi olan katılımcılar standart sapma hesaplamasına göre istatistiksel olarak anlamlı yüksektir.
- Mevcut kurumda çalışma süresi 1 yıldan az olan 64 katılımcı bireyin alt başlığı sinirlilik olan aynı sorulara verdikleri cevapların ortalaması 15,0469 standart sapması 5,78292 iken, 3-5 yıl olan 58 katılımcı bireyin ortalaması 14,2414 standart sapması 6,07933, 10 yıldan fazla olan 11 katılımcı bireyin ortalaması 13,1818 standart sapması 4,19090 olarak belirlenmiştir. Bu tabloda sinirlilik alt başlıklı alandaki soruları cevaplayan mevcut kurumda çalışma süresi 3-5 yıl olan katılımcılar standart sapma hesaplamasına göre istatistiksel olarak anlamlı yüksektir.
- İlk mensturasyon yaşı 10-13 olan 67 katılımcı bireyin alt başlığı sinirlilik olan aynı sorulara verdikleri cevapların ortalaması 15,2687 standart sapması 5,82987 iken, 14-16 yaş aralığındaki 52 katılımcı bireyin ortalaması 13,5962 standart sapması 5,62299 iken, hatırlamayan 14 katılımcı bireyin ortalaması 14,5714 standart sapması 6,16085 olarak belirlenmiştir. Bu tabloda sinirlilik alt başlıklı alandaki soruları cevaplayan ilk mensturasyon yaşını hatırlamayan katılımcılar standart sapma hesaplarına göre istatistiksel olarak anlamlı yüksektir.

- Hiç gebelik geçirmeyen 95 katılımcı bireyin alt başlığı sinirlilik olan aynı sorulara verdikleri cevapların ortalaması 15,55 standart sapması 5,80300 iken, 1 kere doğum yapmış 20 katılımcı bireyin ortalaması 12,45 standart sapması 4,94682 iken, 1'den fazla doğum yapmış 18 katılımcı bireyin ortalaması 11,5 standart sapması 5,13638 olarak belirlenmiştir. Bu tabloda sinirlilik alt başlıklı alandaki soruları cevaplayan hiç gebelik 1' den fazla doğum yapan katılımcılar standart sapma hesaplarına göre istatistiksel olarak anlamlı yüksektir.
- Doğum yapan 37 katılımcı bireyin alt başlığı sinirlilik olan aynı sorulara verdikleri cevapların ortalaması 12,1351 standart sapması 4,98978 iken, doğum yapmayan 96 katılımcı bireyin ortalaması 15,4688 standart sapması 5,83808 olarak belirlenmiştir. Bu tabloda sinirlilik alt başlıklı alandaki soruları cevaplayan doğum yapmayan katılımcılar standart sapma hesaplarına göre istatistiksel olarak anlamlı yüksektir.
- Aile geçmişinde premenstrual sendrom görülen 42 katılımcı bireyin alt başlığı sinirlilik olan aynı sorulara verdikleri cevapların ortalaması 15,9524 standart sapması 6,13647 iken, PMS sendromu görülmeyen 91 katılımcının ortalaması 13,8901 standart sapması 5,54266 olarak belirlenmiştir. Bu tabloda sinirlilik alt başlıklı alandaki soruları cevaplan aile geçmişinde premenstrual sendrom görülen katılımcılar standart sapma hesaplarına göre istatistiksel olarak anlamlı yüksektir.
- Menstrasyon gün uzunluğu 3-5 olan 38 katılımcı bireyin alt başlığı sinirlilik olan aynı sorulara verdikleri cevapların ortalaması 14,9211 standart sapması 5,97011 iken, 6-10 gün olan 95 katılımcının ortalaması 14,3895 standart sapması 5,74696 olarak belirlenmiştir. Bu tabloda sinirlilik alt başlıklı alandaki soruları cevaplayan menstrasyon gün uzunluğu 3-5 olan katılımcılar standart sapma hesaplarına göre istatistiksel olarak anlamlı yüksektir.
- Menstrasyon döngünün uzunluğu 20-25 gün olan 47 katılımcı bireyin alt başlığı sinirlilik olan aynı sorulara verdikleri cevapların ortalaması 14,6383 standart sapması 5,22297 iken, 26 ve üzeri gün olan 86 katılımcı bireyin ortalaması 14,48884 standart sapması 6,11218 olarak belirlenmiştir. Bu tabloda sinirlilik alt başlıklı alandaki soruları cevaplayan 26 gün ve üzeri menstural döngüsü olan katılımcılar standart sapma hesaplarına göre istatistiksel olarak anlamlı yüksektir.

Tablo 8

Demografik Özelliklerin Depresif Düşünceler Alt Başlığı İle Karşılaştırılması

Depresif Düşünceler				
Değişkenler	n	Ortalama	Std. Sapma	p
Medeni durum				
Evli	48	14.500	5.889	0.281*
Bekar	85	16.212	7.272	
Eğitim durumu				
Doktora	7	13.429	6.477	0.118*
Lisans	64	16.797	7.147	
Y. Lisans	62	14.597	6.408	
Kurum				
Kamu	24	14,2083	5,92694	0.644*
Özel	89	15,8764	7,13477	
Vakıf	20	16,0000	6,56145	
İş tecrübesi				
3 – 5	111	16,0000	7,05820	0,167*
10'dan fazla	22	13,5455	5,21652	
Mevcut kurum çalışma süresi				
1 yıldan az	64	16,7813	7,15912	0,124*
3 – 5 yıl	58	14,8276	6,65737	
10 yıldan fazla	11	12,7273	4,38385	
İlk mensturasyon yaşı				
10 – 13	67	16,0299	6,80011	0,68**
14 – 16	52	15,4231	7,24730	
Hatırlamıyorum	14	14,1429	5,46115	
Gebelik				
0	95	16,6316	7,22886	0,05**
1	20	13,4500	5,79905	
1'den fazla	18	12,5000	3,79241	
Doğum				
Evet	37	13,1622	4,87347	0,025*
Hayır	96	16,5313	7,25760	
Premenstural sendrom aile öyküsü				
Evet	42	16,8810	7,07177	0,131*
Hayır	91	15,0000	6,67499	
Mensturasyon gün uzunluğu				
3 – 5	38	15,8684	7,07554	0,828*
	95	15,4842	6,76798	

Tablo 8 (Devam)

6 - 10					
Döngü					
20 – 25	47	15,0638	6,22549	0,756*	
26 ve üzeri	86	15,8837	7,16104		
* Mann-Whitney U Test					
** Kruskal-Wallis Test					
Gruplar arası farklılıklar harflendirme yapılarak verilmiştir.					

Premenstural Sendrom Ölçeği anketinde depresif düşünceler alt boyutunda yer alan sorulara verilen cevapların analizi;

- Medeni durumu evli olan 48 katılımcı bireyin alt başlığı depresif düşünceler olan aynı sorulara verdikleri cevapların ortalaması 14,500 standart sapması 5,889 iken, bekar 85 katılımcı bireyin cevaplarının ortalaması 16,212 standart sapması 7,272 olarak belirlenmiştir. Bu tabloda depresif duygulanım alt başlıklı alandaki aynı soruları cevaplayan bekar katılımcılar standart sapma hesaplamasına göre istatistiksel olarak anlamlı yüksektir.
- Eğitim durumu doktora mezunu olan 7 katılımcı bireyin alt başlığı depresif düşünceler olan aynı sorulara verdikleri cevapların ortalaması 13,429 standart sapması 6,477 iken, Lisans mezunu olan 64 katılımcı kişinin ortalaması 16,794 standart sapması 7,147 iken, Yüksek Lisans mezunu 62 katılımcı bireyin ortalaması 14,597 standart sapması 6,408 olarak belirlenmiştir. Bu tabloda depresif düşünceler alt başlıklı alandaki aynı soruları cevaplayan lisans mezunu katılımcılar standart sapma hesaplamasına göre istatistiksel olarak anlamlı yüksektir.
- Kamu kurumunda çalışan 24 katılımcı bireyin alt başlığı depresif düşünceler olan aynı sorulara verdikleri cevapların ortalaması 14,2083 standart sapması 5,92694 iken, özel sektörde çalışan 89 katılımcı bireyin ortalaması 15,8764 standart sapması 7,13477 iken, Vakıf kurumlarında çalışan katılımcı bireylerin ortalaması 16,0000 standart sapması 6,56145 olarak belirlenmiştir. Bu tabloda depresif düşünceler alt başlıklı alandaki aynı soruları cevaplayan vakıf kurumunda çalışan katılımcılar standart sapma hesaplamasına göre istatistiksel olarak anlamlı yüksektir.

- İş tecrübesi 3-5 yıl olan 111 katılımcı bireyin alt başlığı depresif duygulanım olan aynı sorulara verdikleri cevapların ortalaması 16,0000 standart sapması 7,05820 iken, 10 yıldan fazla olan 22 katılımcı bireyin ortalaması 13,5455 standart sapması 5,21652 olarak belirlenmiştir. Bu tabloda depresif duygulanım alt başlıklı alandaki aynı soruları cevaplayan 3-5 yıl iş tecrübesi olan katılımcılar standart sapma hesaplamasına göre istatistiksel olarak anlamlı yüksektir.
- Mevcut kurumda çalışma süresi 1 yıldan az olan 64 katılımcı bireyin alt başlığı depresif düşünceler olan aynı sorulara verdikleri cevapların ortalaması 16,7813 standart sapması 7,15912 iken, 3-5 yıl olan 58 katılımcı bireyin ortalaması 14,8276 standart sapması 6,65737, 10 yıldan fazla olan 11 katılımcı bireyin ortalaması 12,7373 standart sapması 4,38385 olarak belirlenmiştir. Bu tabloda depresif düşünceler alt başlıklı alandaki soruları cevaplayan mevcut kurumda çalışma süresi 1 yıldan az olan katılımcılar standart sapma hesaplamasına göre istatistiksel olarak anlamlı yüksektir.
- İlk mensturasyon yaşı 10-13 olan 67 katılımcı bireyin alt başlığı duygusal düşünceler olan aynı sorulara verdikleri cevapların ortalaması 16,0299 standart sapması 6,80011 iken, 14-16 yaş aralığındaki 52 katılımcı bireyin ortalaması 15,4231 standart sapması 7,24730 iken, hatırlamayan 14 katılımcı bireyin ortalaması 14,1429 standart sapması 5,46115 olarak belirlenmiştir. Bu tabloda duygusal düşünceler alt başlıklı alandaki soruları cevaplayan ilk mensturasyon yaşı 14-16 olan katılımcılar standart sapma hesaplarına göre istatistiksel olarak anlamlı yüksektir.
- Hiç gebelik geçirmeyen 95 katılımcı bireyin alt başlığı depresif düşünceler olan aynı sorulara verdikleri cevapların ortalaması 16,6316 standart sapması 7,22886 iken, 1 kere doğum yapmış 20 katılımcı bireyin ortalaması 13,4500 standart sapması 5,7995 iken, 1'den fazla doğum yapmış 18 katılımcı bireyin ortalaması 12,500 standart sapması 3,79241 olarak belirlenmiştir. Bu tabloda depresif düşünceler alt başlıklı alandaki soruları cevaplayan hiç gebelik geçirmeyen yapmış katılımcılar standart sapma hesaplarına göre istatistiksel olarak anlamlı yüksektir.
- Doğum yapan 37 katılımcı bireyin alt başlığı depresif düşünceler olan aynı sorulara verdikleri cevapların ortalaması 13,1622 standart sapması 4,87347

iken, doğum yapmayan 96 katılımcı bireyin ortalaması 16,5313 standart sapması 7,25760 olarak belirlenmiştir. Bu tabloda depresif düşünceler alt başlıklı alandaki soruları cevaplayan doğum yapmayan katılımcılar standart sapma hesaplarına göre istatistiksel olarak anlamlı yüksektir.

- Aile geçmişinde premenstural sendrom görülen 42 katılımcı bireyin alt başlığı depresif düşünceler olan aynı sorulara verdikleri cevapların ortalaması 16,8810 standart sapması 7,07177 iken, PMS sendromu görülmeyen 91 katılımcının ortalaması 15,0000 standart sapması 6,67499 olarak belirlenmiştir. Bu tabloda depresif düşünceler alt başlıklı alandaki soruları cevaplan aile geçmişinde premenstural sendrom görülen katılımcılar standart sapma hesaplarına göre istatistiksel olarak anlamlı yüksektir.
- Menstrasyon gün uzunluğu 3-5 olan 38 katılımcı bireyin alt başlığı depresif düşünceler olan aynı sorulara verdikleri cevapların ortalaması 15,8684 standart sapması 7,07554 iken, 6-10 gün olan 95 katılımcının ortalaması 15,4842 standart sapması 6,76798 olarak belirlenmiştir. Bu tabloda depresif düşünceler alt başlıklı alandaki soruları cevaplayan menstrasyon gün uzunluğu 3-5 olan katılımcılar standart sapma hesaplarına göre istatistiksel olarak anlamlı yüksektir.
- Menstrasyon döngünün uzunluğu 20-25 gün olan 47 katılımcı bireyin alt başlığı depresif düşünceler olan aynı sorulara verdikleri cevapların ortalaması 15,0638 standart sapması 6,22549 iken, 26 ve üzeri gün olan 86 katılımcı bireyin ortalaması 15,8837 standart sapması 7,16104 olarak belirlenmiştir. Bu tabloda depresif düşünceler alt başlıklı alandaki soruları cevaplayan 26 gün ve üzeri menstural döngüsü olan katılımcılar standart sapma hesaplarına göre istatistiksel olarak anlamlı yüksektir.

Tablo 9

Demografik Özelliklerin Ağrı Alt Başlığı İle Karşılaştırılması

Ağrı				
Değişkenler	n	Ortalama	Std. Sapma	p
Medeni durum				
Evli	48	8.833	2.868	0.668*
Bekar	85	8.753	3.184	

Tablo 9 (Devam)

Eğitim durumu				
Doktora	7	9.857	3.078	0.600* *
Lisans	64	8.656	2.668	
Y. Lisans	62	8.790	3.446	
Kurum				
Kamu	24	9,0000	2,58760	0.900* *
Özel	89	8,7416	3,20698	
Vakıf	20	8,7000	3,06251	
İş tecrübesi				
3 – 5	111	8,5586	3,19000	0,036*
10'dan fazla	22	9,9091	2,02153	
Mevcut kurum çalışma süresi				
1 yıldan az	64	8,2031	3,12786	0,059* *
3 – 5 yıl	58	9,2414	3,07400	
10 yıldan fazla	11	9,7273	2,00454	
İlk mensturasyon yaşı				
10 – 13	67	8,5821	3,08048	0,881* *
14 – 16	52	9,0192	3,10275	
Hatırlamıyorum	14	8,8571	2,98347	
Gebelik				
0	95	8,4211	3,180(a)	0,026* *
1	20	9,1500	3,030(a)	
1'den fazla	18	10,2778	1,840(b)	
Doğum				
Evet	37	9,8649	2,34713	0,008
Hayır	96	8,3646	3,21221	
Premenstural sendrom aile öyküsü				
Evet	42	9,7381	2,93889	0,021*
Hayır	91	8,3407	3,03396	
Mensturasyon gün uzunluğu				
3 – 5	38	9,2105	3,31384	0,224*
6- 10	95	8,6105	2,95820	
Döngü				
20 – 25	47	9,1064	2,67219	0,387*
26 ve üzeri	86	8,6047	3,25858	
* Mann-Whitney U Test				
** Kruskal-Wallis Test				
Gruplar arası farklılıklar harflendirme yapılarak verilmiştir.				

Premenstural Sendrom Ölçeği anketinde ağrı alt boyutunda yer alan sorulara verilen cevapların analizi;

- Medeni durumu evli olan 48 katılımcı bireyin alt başlığı ağrı olan aynı sorulara verdikleri cevapların ortalaması 8,833 standart sapması 2,868 iken, bekar 85 katılımcı bireyin cevaplarının ortalaması 8,753 standart sapması 3,184 olarak belirlenmiştir. Bu tabloda ağrı alt başlıklı alandaki aynı soruları cevaplayan bekar katılımcılar standart sapma hesaplamasına göre istatistiksel olarak anlamlı yüksektir.
- Eğitim durumu doktora mezunu olan 7 katılımcı bireyin alt başlığı ağrı olan aynı sorulara verdikleri cevapların ortalaması 9,857 standart sapması 3,078 iken, Lisans mezunu olan 64 katılımcı kişinin 8,656 standart sapması 2,668 iken, Yüksek Lisans mezunu 62 katılımcı bireyin 8,790 standart sapması 3,446 olarak belirlenmiştir. Bu tabloda ağrı alt başlıklı alandaki aynı soruları cevaplayan lisans mezunu katılımcılar standart sapma hesaplamasına göre istatistiksel olarak anlamlı yüksektir.
- Kamu kurumunda çalışan 24 katılımcı bireyin alt başlığı depresif duygulanım olan aynı sorulara verdikleri cevapların ortalaması 9,0000 standart sapması 2,58760 iken, özel sektörde çalışan 89 katılımcı bireyin ortalaması 8,7416 standart sapması 3,20698 iken, Vakıf kurumlarında çalışan 20 katılımcı bireylerin ortalaması 8,7000 standart sapması 3,06251 olarak belirlenmiştir. Bu tabloda ağrı alt başlıklı alandaki aynı soruları cevaplayan özel sektör çalışan katılımcılar standart sapma hesaplamasına göre istatistiksel olarak anlamlı yüksektir.
- İş tecrübesi 3-5 yıl olan 111 katılımcı bireyin alt başlığı ağrı olan aynı sorulara verdikleri cevapların ortalaması 8,5586 standart sapması 3,19000 iken, 10 yıldan fazla olan 22 katılımcı bireyin ortalaması 9,9091 standart sapması 2,02153 olarak belirlenmiştir. Bu tabloda ağrı alt başlıklı alandaki aynı soruları cevaplayan 3-5 yıl iş tecrübesi olan katılımcılar standart sapma hesaplamasına göre istatistiksel olarak anlamlı yüksektir.
- Mevcut kurumda çalışma süresi 1 yıldan az olan 64 katılımcı bireyin alt başlığı ağrı olan aynı sorulara verdikleri cevapların ortalaması 8,2031 standart sapması 3,12786 iken, 3-5 yıl olan 58 katılımcı bireyin ortalaması 9,2414 standart sapması 3,07400, 10 yıldan fazla olan 11 katılımcı bireyin ortalaması

9,7273 standart sapması 2,00454 olarak belirlenmiştir. Bu tabloda ağrı alt başlıklı alandaki soruları cevaplayan mevcut kurumda çalışma süresi 1 yıldan az olan katılımcılar standart sapma hesaplamasına göre istatistiksel olarak anlamlı yüksektir.

- İlk mensturasyon yaşı 10-13 olan 67 katılımcı bireyin alt başlığı ağrı olan aynı sorulara verdikleri cevapların ortalaması 8,5821 standart sapması 3,08048 iken, 14-16 yaş aralığındaki 52 katılımcı bireyin ortalaması 9,0192 standart sapması 3,10275 iken, hatırlamayan 14 katılımcı bireyin ortalaması 8,8571 standart sapması 2,98347 olarak belirlenmiştir. Bu tabloda ağrı alt başlıklı alandaki soruları cevaplayan ilk mensturasyon yaşı 14-16 olan katılımcılar standart sapma hesaplarına göre istatistiksel olarak anlamlı yüksektir.
- Hiç gebelik geçirmeyen 95 katılımcı bireyin alt başlığı ağrı olan aynı sorulara verdikleri cevapların ortalaması 8,4211 standart sapması 3,180 iken, 1 kere doğum yapmış 20 katılımcı bireyin ortalaması 9,1500 standart sapması 3,030 iken, 1'den fazla doğum yapmış 18 katılımcı bireyin ortalaması 10,2778 standart sapması 1,840 olarak belirlenmiştir. Bu tabloda ağrı alt başlıklı alandaki soruları cevaplayan 1 kere doğum yapmış katılımcılar standart sapma hesaplarına göre istatistiksel olarak anlamlı yüksektir.
- Doğum yapan 37 katılımcı bireyin alt başlığı ağrı olan aynı sorulara verdikleri cevapların ortalaması 9,8649 standart sapması 2,34713 iken, doğum yapmayan 96 katılımcı bireyin ortalaması 8,3646 standart sapması 3,21221 olarak belirlenmiştir. Bu tabloda ağrı alt başlıklı alandaki soruları cevaplayan doğum yapmayan katılımcılar standart sapma hesaplarına göre istatistiksel olarak anlamlı yüksektir.
- Aile geçmişinde premenstrual sendrom görülen 42 katılımcı bireyin alt başlığı ağrı olan aynı sorulara verdikleri cevapların ortalaması 9,7381 standart sapması 2,93889 iken, PMS sendromu görülmeyen 91 katılımcının ortalaması 8,3407 standart sapması 3,03396 olarak belirlenmiştir. Bu tabloda ağrı alt başlıklı alandaki soruları cevaplayan aile geçmişinde premenstrual sendrom görülmeyen katılımcılar standart sapma hesaplarına göre istatistiksel olarak anlamlı yüksektir.
- Mensturasyon gün uzunluğu 3-5 olan 38 katılımcı bireyin alt başlığı ağrı olan aynı sorulara verdikleri cevapların ortalaması 9,2105 standart sapması 3,31384

iken, 6-10 gün olan 95 katılımcının ortalaması 8,6105 standart sapması 2,95830 olarak belirlenmiştir. Bu tabloda ağrı alt başlıklı alandaki soruları cevaplayan mensturasyon gün uzunluğu 3-5 olan katılımcılar standart sapma hesaplarına göre istatistiksel olarak anlamlı yüksektir.

- Mensturasyon döngünün uzunluğu 20-25 gün olan 47 katılımcı bireyin alt başlığı ağrı olan aynı sorulara verdikleri cevapların ortalaması 9,1064 standart sapması 2,67219 iken, 26 ve üzeri gün olan 86 katılımcı bireyin ortalaması 8,6047 standart sapması 3,25858 olarak belirlenmiştir. Bu tabloda ağrı alt başlıklı alandaki soruları cevaplayan 26 gün ve üzeri menstural döngüsü olan katılımcılar standart sapma hesaplarına göre istatistiksel olarak anlamlı yüksektir.

Tablo 10

Demografik Özelliklerin İştah Değişikliği Alt Başlığı İle Karşılaştırılması

İştah Değişikliği				
Değişkenler	n	Ortalama	Std. Sapma	p
Medeni durum		9.042	3.638	0.105*
Evli	48			
Bekar	85	10.094	3.942	
Eğitim durumu		11.714	3.094	0.203*
Doktora	7			*
Lisans	64	9.234	3.907	
Y. Lisans	62	9.984	3.830	
Kurum		10,6667	4,00724	0.114*
Kamu	24			*
Özel	89	9,2472	3,77877	
Vakıf	20	10,6500	3,81514	
İş tecrübesi		9,8108	3,90923	
3 – 5	111			0,459*
10'dan fazla	22	9,2273	3,61125	
Mevcut kurum çalışma süresi				
1 yıldan az	64	9,1406	3,76225	
3 – 5 yıl	58	10,3966	3,91551	0,172*
10 yıldan fazla	11	9,4545	3,83050	*
İlk mensturasyon yaşı				
10 – 13	67	10,1940	3,70601	
	52	9,5385	3,73359	

Tablo 10 (Devam)				
14 – 16	14	8,0714	4,71437	0,215*
Hatırlamıyorum				*
Gebelik				
0	95	9,8000	3,79137	
1	20	9,0500	4,32222	0,74**
1'den fazla	18	10,0000	3,78853	
Doğum				
Evet	37	9,5946	4,06516	0,866
Hayır	96	9,7604	3,79125	
Premenstural sendrom aile öyküsü				
Evet	42	11,2619	3,63626	0,001*
Hayır	91	9,0000	3,75943	
Mensturasyon gün uzunluğu				
3 – 5	38	9,4737	3,85365	0,595*
6- 10	95	9,8105	3,87105	
Döngü				
20 – 25	47	10,9149	3,89442	0,006*
26 ve üzeri	86	9,0581	3,69214	
* Mann-Whitney U Test				
** Kruskal-Wallis Test				
Gruplar arası farklılıklar harflendirme yapılarak verilmiştir.				

Premenstural Sendrom Ölçeği anketinde iştah değişikliği alt boyutunda yer alan sorulara verilen cevapların analizi;

- Medeni durumu evli olan 48 katılımcı bireyin alt başlığı iştah değişikliği olan aynı sorulara verdikleri cevapların ortalaması 9,042 standart sapması 3,638 iken, bekar 85 katılımcı bireyin cevaplarının ortalaması 10,094 standart sapması 3,942 olarak belirlenmiştir. Bu tabloda iştah değişikliği alt başlıklı alandaki aynı soruları cevaplayan bekar katılımcılar standart sapma hesaplamasına göre istatistiksel olarak anlamlı yüksekliktedir.
- Eğitim durumu doktora mezunu olan 7 katılımcı bireyin alt başlığı iştah değişikliği olan aynı sorulara verdikleri cevapların ortalaması 11,714 standart sapması 3,094 iken, Lisans mezunu olan 64 katılımcı kişinin 9,234 standart sapması 3,907 iken, Yüksek Lisans mezunu 62 katılımcı bireyin 9,984 standart sapması 3,830 olarak belirlenmiştir. Bu tabloda iştah değişikliği alt başlıklı

alandaki aynı soruları cevaplayan lisans mezunu katılımcılar standart sapma hesaplamasına göre istatistiksel olarak anlamlı yüksekliktedir.

- Kamu kurumunda çalışan 24 katılımcı bireyin alt başlığı iştah değişikliği olan aynı sorulara verdikleri cevapların ortalaması 10,6667 standart sapması 4,00724 iken, özel sektörde çalışan 89 katılımcı bireyin ortalaması 9,2472 standart sapması 3,77877 iken, Vakıf kurumlarında çalışan katılımcı bireylerin ortalaması 10,6500 standart sapması 3,81514 olarak belirlenmiştir. Bu tabloda iştah değişikliği alt başlıklı alandaki aynı soruları cevaplayan kamu kurumunda çalışan katılımcılar standart sapma hesaplamasına göre istatistiksel olarak anlamlı yüksekliktedir.
- İş tecrübesi 3-5 yıl olan 111 katılımcı bireyin alt başlığı iştah değişikliği olan aynı sorulara verdikleri cevapların ortalaması 9,8108 standart sapması 3,90923 iken, 10 yıldan fazla olan 22 katılımcı bireyin ortalaması 9,2273 standart sapması 3,61125 olarak belirlenmiştir. Bu tabloda iştah değişikliği alt başlıklı alandaki aynı soruları cevaplayan 3-5 yıl iş tecrübesi olan katılımcılar standart sapma hesaplamasına göre istatistiksel olarak anlamlı yüksekliktedir.
- Mevcut kurumda çalışma süresi 1 yıldan az olan 64 katılımcı bireyin alt başlığı iştah değişikliği olan aynı sorulara verdikleri cevapların ortalaması 9,1406 standart sapması 3,76225 iken, 3-5 yıl olan 58 katılımcı bireyin ortalaması 10,3966 standart sapması 3,91551, 10 yıldan fazla olan 11 katılımcı bireyin ortalaması 9,4545 standart sapması 3,83050 olarak belirlenmiştir. Bu tabloda iştah değişikliği alt başlıklı alandaki soruları cevaplayan mevcut kurumda çalışma süresi 3-5 yıl olan katılımcılar standart sapma hesaplamasına göre istatistiksel olarak anlamlı yüksekliktedir.
- İlk mensturasyon yaşı 10-13 olan 67 katılımcı bireyin alt başlığı iştah değişikliği olan aynı sorulara verdikleri cevapların ortalaması 10,1940 standart sapması 3,7061 iken, 14-16 yaş aralığındaki 52 katılımcı bireyin ortalaması 9,5385 standart sapması 3,73359 iken, hatırlamayan 14 katılımcı bireyin ortalaması 8,0714 standart sapması 4,71437 olarak belirlenmiştir. Bu tabloda iştah değişikliği alt başlıklı alandaki soruları cevaplayan ilk mensturasyon yaşını hatırlamayan katılımcılar standart sapma hesaplarına göre istatistiksel olarak anlamlı yüksekliktedir.

- Hiç gebelik geçirmeyen 95 katılımcı bireyin alt başlığı iştah değişikliği olan aynı sorulara verdikleri cevapların ortalaması 9,8000 standart sapması 3,79137 iken, 1 kere doğum yapmış 20 katılımcı bireyin ortalaması 9,0500 standart sapması 4,32222 iken, 1'den fazla doğum yapmış 18 katılımcı bireyin ortalaması 10,0000 standart sapması 3,78853 olarak belirlenmiştir. Bu tabloda iştah değişikliği alt başlıklı alandaki soruları cevaplayan 1 kere doğum yapmış katılımcılar standart sapma hesaplarına göre istatistiksel olarak anlamlı yüksekliktedir.
- Doğum yapan 37 katılımcı bireyin alt başlığı iştah değişikliği olan aynı sorulara verdikleri cevapların ortalaması 9,5946 standart sapması 4,06516 iken, doğum yapmayan 96 katılımcı bireyin ortalaması 9,7604 standart sapması 3,79125 olarak belirlenmiştir. Bu tabloda iştah değişikliği alt başlıklı alandaki soruları cevaplayan doğum yapan katılımcılar standart sapma hesaplarına göre istatistiksel olarak anlamlı yüksekliktedir.
- Aile geçmişinde premenstrual sendrom görülen 42 katılımcı bireyin alt başlığı iştah değişikliği olan aynı sorulara verdikleri cevapların ortalaması 11,2619 standart sapması 3,63626 iken, PMS sendromu görülmeyen 91 katılımcının ortalaması 9,0000 standart sapması 3,75943 olarak belirlenmiştir. Bu tabloda iştah değişikliği alt başlıklı alandaki soruları cevaplayan aile geçmişinde premenstrual sendrom görülmeyen katılımcılar standart sapma hesaplarına göre istatistiksel olarak anlamlı yüksekliktedir.
- Menstrasyon gün uzunluğu 3-5 olan 38 katılımcı bireyin alt başlığı iştah değişikliği olan aynı sorulara verdikleri cevapların ortalaması 9,4737 standart sapması 3,85365 iken, 6-10 gün olan 95 katılımcının ortalaması 9,8105 standart sapması 3,87105 olarak belirlenmiştir. Bu tabloda iştah değişikliği alt başlıklı alandaki soruları cevaplayan menstrasyon gün uzunluğu 6-10 olan katılımcılar standart sapma hesaplarına göre istatistiksel olarak anlamlı yüksekliktedir.
- Menstrasyon döngünün uzunluğu 20-25 gün olan 47 katılımcı bireyin alt başlığı iştah değişikliği olan aynı sorulara verdikleri cevapların ortalaması 10,9149 standart sapması 3,89442 iken, 26 ve üzeri gün olan 86 katılımcı bireyin ortalaması 9,0581 standart sapması 3,69214 olarak belirlenmiştir. Bu tabloda iştah değişikliği alt başlıklı alandaki soruları cevaplayan 20-25 gün

menstrual döngüsü olan katılımcılar standart sapma hesaplarına göre istatistiksel olarak anlamlı yüksekliktedir.

Tablo 11

Demografik Özelliklerin Şişkinlik Alt Başlığı İle Karşılaştırılması

Değişkenler	n	Şişkinlik		p
		Ortalama	Std. Sapma	
Medeni durum				
Evli	48	8.604	2.901	0.075*
Bekar	85	9.894	4.036	
Eğitim durumu				
Doktora	7	7.714	3.817	0.397**
Lisans	64	9.703	3.650	
Y. Lisans	62	9.339	3.759	
Kurum				
Kamu	24	9,6250	3,72783	0.306**
Özel	89	9,6292	3,62247	
Vakıf	20	8,3000	4,04058	
İş tecrübesi				
3 – 5	111	9,6757	3,72257	0,066*
10'dan fazla	22	8,1818	3,44531	
Mevcut kurum çalışma süresi				
1 yıldan az	64	9,8906	3,66934	0,089**
3 – 5 yıl	58	9,3103	3,66686	
10 yıldan fazla	11	7,3636	3,72217	
İlk menstürasyon yaşı				
10 – 13	67	9,7612	3,77026	0,419**
14 – 16	52	9,2692	3,60346	
Hatırlamıyorum	14	8,4286	3,83735	
Gebelik				
0	95	10,0421	3,7271(a)	0,004**
1	20	8,6000	3,5303(a)	
1'den fazla	18	7,1111	2,72008(b)	
Doğum				
Evet	37	7,9459	3,24847	0,004
Hayır	96	10,0000	3,73039	
Pre sendrom (aile)				
Evet	42	9,8333	3,56074	0,384*
Hayır	91	9,2418	3,77813	

Tablo11 (Devam)				
Mens gün uzunluğu	38	8,6316	3,63482	0,09*
3 – 5	95	9,7474	3,70729	
6- 10				
Döngü				
20 – 25	47	9,2979	3,67669	0,878*
26 ve üzeri	86	9,5000	3,74401	
* Mann-Whitney U Test				
** Kruskal-Wallis Test				
Gruplar arası farklılıklar harflendirme yapılarak verilmiştir.				

Premenstural Sendrom Ölçeği anketinde şişkinlik alt boyutunda yer alan sorulara verilen cevapların analizi;

- Medeni durumu evli olan 48 katılımcı bireyin alt başlığı şişkinlik olan aynı sorulara verdikleri cevapların ortalaması 8,604 standart sapması 2,901 iken, bekar 85 katılımcı bireyin cevaplarının ortalaması 9,894 standart sapması 4,036 olarak belirlenmiştir. Bu tabloda şişkinlik alt başlıklı alandaki aynı soruları cevaplayan bekar katılımcılar standart sapma hesaplamasına göre istatistiksel olarak yüksekliktedir.
- Eğitim durumu doktora mezunu olan 7 katılımcı bireyin alt başlığı şişkinlik olan aynı sorulara verdikleri cevapların ortalaması 7,714 standart sapması 3,817 iken, Lisans mezunu olan 64 katılımcı kişinin 9,703 standart sapması 3,650 iken, Yüksek Lisans mezunu 62 katılımcı bireyin 9,339 standart sapması 3,759 olarak belirlenmiştir. Bu tabloda şişkinlik alt başlıklı alandaki aynı soruları cevaplayan doktora mezunu katılımcılar standart sapma hesaplamasına göre istatistiksel olarak anlamlı yüksekliktedir.
- Kamu kurumunda çalışan 24 katılımcı bireyin alt başlığı iştah değişikliği olan aynı sorulara verdikleri cevapların ortalaması 9,6250 standart sapması 3,72783 iken, özel sektörde çalışan 89 katılımcı bireyin ortalaması 9,6292, standart sapması 3,72257 iken, Vakıf kurumlarında çalışan katılımcı bireylerin ortalaması 8,3000 standart sapması 4,04058 olarak belirlenmiştir. Bu tabloda iştah değişikliği alt başlıklı alandaki aynı soruları cevaplayan vakıf kurumunda çalışan katılımcılar standart sapma hesaplamasına göre istatistiksel olarak anlamlı yüksekliktedir.

- İş tecrübesi 3-5 yıl olan 111 katılımcı bireyin alt başlığı şişkinlik olan aynı sorulara verdikleri cevapların ortalaması 9,6757 standart sapması 3,72257 iken, 10 yıldan fazla olan 22 katılımcı bireyin ortalaması 8,1818 standart sapması 3,44531, olarak belirlenmiştir. Bu tabloda şişkinlik alt başlıklı alandaki aynı soruları cevaplayan 3-5 yıl iş tecrübesi olan katılımcılar standart sapma hesaplamasına göre istatistiksel olarak anlamlı yüksekliktedir.
- Mevcut kurumda çalışma süresi 1 yıldan az olan 64 katılımcı bireyin alt başlığı şişkinlik olan aynı sorulara verdikleri cevapların ortalaması 9,8906 standart sapması 3,66934 iken, 3-5 yıl olan 58 katılımcı bireyin ortalaması 9,3103 standart sapması 3,66686, 10 yıldan fazla olan 11 katılımcı bireyin ortalaması 7,3636 standart sapması 3,83735 olarak belirlenmiştir. Bu tabloda şişkinlik alt başlıklı alandaki soruları cevaplayan mevcut kurumda çalışma süresi 10 yıldan fazla olan katılımcılar standart sapma hesaplamasına göre istatistiksel olarak anlamlı yüksekliktedir.
- İlk mensturasyon yaşı 10-13 olan 67 katılımcı bireyin alt başlığı şişkinlik olan aynı sorulara verdikleri cevapların ortalaması 9,7612 standart sapması 3,77026 iken, 14-16 yaş aralığındaki 52 katılımcı bireyin ortalaması 9,2692 standart sapması 3,60346 iken, hatırlamayan 14 katılımcı bireyin ortalaması 8,4286 standart sapması 3,83735 olarak belirlenmiştir. Bu tabloda şişkinlik alt başlıklı alandaki soruları cevaplayan ilk mensturasyon yaşını hatırlamayan katılımcılar standart sapma hesaplarına göre istatistiksel olarak anlamlı yüksekliktedir.
- Hiç gebelik geçirmeyen 95 katılımcı bireyin alt başlığı şişkinlik olan aynı sorulara verdikleri cevapların ortalaması 10,0421 standart sapması 3,7271 iken, 1 kere doğum yapmış 20 katılımcı bireyin ortalaması 8,6000 standart sapması 3,5303 iken, 1'den fazla doğum yapmış 18 katılımcı bireyin ortalaması 7,1111 standart sapması 2,72008 olarak belirlenmiştir. Bu tabloda şişkinlik alt başlıklı alandaki soruları cevaplayan hiç doğum yapmamış katılımcılar standart sapma hesaplarına göre istatistiksel olarak anlamlı yüksekliktedir.
- Doğum yapan 37 katılımcı bireyin alt başlığı şişkinlik olan aynı sorulara verdikleri cevapların ortalaması 7,9459 standart sapması 3,24847 iken, doğum yapmayan 96 katılımcı bireyin ortalaması 10,0000 standart sapması 3,73039 olarak belirlenmiştir. Bu tabloda şişkinlik alt başlıklı alandaki soruları

cevaplayan doğum yapmayan katılımcılar standart sapma hesaplarına göre istatistiksel olarak anlamlı yüksekliktedir.

- Aile geçmişinde premenstrual sendrom görülen 42 katılımcı bireyin alt başlığı şişkinlik olan aynı sorulara verdikleri cevapların ortalaması 9,8333 standart sapması 3,56074 iken, PMS sendromu görülmeyen 91 katılımcının ortalaması 9,2418 standart sapması 3,77813 olarak belirlenmiştir. Bu tabloda şişkinlik alt başlıklı alandaki soruları cevaplan aile geçmişinde premenstrual sendrom görülmeyen katılımcılar standart sapma hesaplarına göre istatistiksel olarak anlamlı yüksekliktedir.
- Menstrasyon gün uzunluğu 3-5 olan 38 katılımcı bireyin alt başlığı şişkinlik olan aynı sorulara verdikleri cevapların ortalaması 8,6316 standart sapması 3,63482 iken, 6-10 gün olan 95 katılımcının ortalaması 9,7474 standart sapması 3,70729 olarak belirlenmiştir. Bu tabloda şişkinlik alt başlıklı alandaki soruları cevaplayan menstrasyon gün uzunluğu 6-10 olan katılımcılar standart sapma hesaplarına göre istatistiksel olarak anlamlı yüksekliktedir.
- Menstrasyon döngünün uzunluğu 20-25 gün olan 47 katılımcı bireyin alt başlığı şişkinlik olan aynı sorulara verdikleri cevapların ortalaması 9,2979 standart sapması 3,67669 iken, 26 ve üzeri gün olan 86 katılımcı bireyin ortalaması 9,520 standart sapması 3,7441 olarak belirlenmiştir. Bu tabloda şişkinlik alt başlıklı alandaki soruları cevaplayan 26 gün ve üzeri menstrual döngüsü olan katılımcılar standart sapma hesaplarına göre istatistiksel olarak anlamlı yüksekliktedir.

Tablo 12

Demografik Özelliklerin Uyku Alt Başlığı İle Karşılaştırılması

Değişkenler	n	Uyku		p
		Ortalama	Std. Sapma	
Medeni durum				
Evli	48	7.625	3.036	0.736*
Bekar	85	7.894	2.916	
Eğitim durumu				
Doktora	7	7.571	3.155	
Lisans	64	8.266	3.030	

Tablo 12 (Devam)				
Y. Lisans	62	7.339	2.816	0.281*
				*
Kurum				
Kamu	24	7,9583	3,22327	
Özel	89	7,6404	2,86137	0.579*
Vakıf	20	8,3000	3,09669	*
İş tecrübesi				
3 – 5	111	7,5676	2,85600	0,067*
10’dan fazla	22	8,9545	3,21421	
Mevcut kurum çalışma süresi				
1 yıldan az	64	7,6250	2,74585	
3 – 5 yıl	58	7,7069	3,02045	0,421*
10 yıldan fazla	11	9,2727	3,58025	*
İlk mensturasyon yaşı				
10 – 13	67	7,7910	2,74435	
14 – 16	52	8,0577	3,23833	0,349*
Hatırlamıyorum	14	6,8571	2,79717	*
Gebelik				
0	95	7,6842	2,92918	
1	20	7,7500	2,95359	0,557*
1’den fazla	18	8,4444	3,14778	*
Doğum				0,19
Evet	37	8,2162	2,94520	
Hayır	96	7,6354	2,95268	
Premenstural Sendrom aile öyküsü				
Evet	42	8,1667	3,06767	0,208
Hayır	91	7,6264	2,89693	
Menstrasyon gün uzunluğu				
3- 5	38	8,7105	3,45557	0,076*
6- 10	95	7,4316	2,65640	
Döngü				
20 – 25	47	7,8936	3,19125	0,712*
26 ve üzeri	86	7,7442	2,82920	
* Mann-Whitney U Test				
** Kruskal-Wallis Test				
Gruplar arası farklılıklar harflendirme yapılarak verilmiştir.				

Premenstural Sendrom Ölçeği anketinde uyku alt boyutunda yer alan sorulara verilen cevapların analizi;

- Medeni durumu evli olan 48 katılımcı bireyin alt başlığı uyku olan aynı sorulara verdikleri cevapların ortalaması 4,625 standart sapması 3,036 iken, bekar 85 katılımcı bireyin cevaplarının ortalaması 7,894 standart sapması 2,916 olarak belirlenmiştir. Bu tabloda uyku alt başlıklı alandaki aynı soruları cevaplayan evli katılımcılar standart sapma hesaplamasına göre istatistiksel olarak anlamlı yüksekliktedir.
- Eğitim durumu doktora mezunu olan 7 katılımcı bireyin alt başlığı uyku olan aynı sorulara verdikleri cevapların ortalaması 7,571 standart sapması 3,155 iken, Lisans mezunu olan 64 katılımcı kişinin 8,266 standart sapması 3,030 iken, Yüksek Lisans mezunu 62 katılımcı bireyin 7,339 standart sapması 2,816 olarak belirlenmiştir. Bu tabloda uyku alt başlıklı alandaki aynı soruları cevaplayan doktora mezunu katılımcılar standart sapma hesaplamasına göre istatistiksel olarak anlamlı yüksekliktedir.
- Kamu kurumunda çalışan 24 katılımcı bireyin alt başlığı uyku olan aynı sorulara verdikleri cevapların ortalaması 7,9583 standart sapması 3,22327 iken, özel sektörde çalışan 89 katılımcı bireyin ortalaması 7,6404 standart sapması 2,86137 iken, Vakıf kurumlarında çalışan katılımcı bireylerin ortalaması 8,320 standart sapması 3,09669 olarak belirlenmiştir. Bu tabloda uyku alt başlıklı alandaki aynı soruları cevaplayan kamu kurumunda çalışan katılımcılar standart sapma hesaplamasına göre istatistiksel olarak anlamlı yüksekliktedir.
- İş tecrübesi 3-5 yıl olan 111 katılımcı bireyin alt başlığı uyku olan aynı sorulara verdikleri cevapların ortalaması 7,5676 standart sapması 2,85600 iken, 10 yıldan fazla olan 22 katılımcı bireyin ortalaması 8,9545 standart sapması 3,2140021 olarak belirlenmiştir. Bu tabloda uyku alt başlıklı alandaki aynı soruları cevaplayan 10 yıldan fazla iş tecrübesi olan katılımcılar standart sapma hesaplamasına göre istatistiksel olarak anlamlı yüksekliktedir.
- Mevcut kurumda çalışma süresi 1 yıldan az olan 64 katılımcı bireyin alt başlığı uyku olan aynı sorulara verdikleri cevapların ortalaması 7,6250 standart sapması 2,74585 iken, 3-5 yıl olan 58 katılımcı bireyin ortalaması 7,7069

standart sapması 3,02045, 10 yıldan fazla olan 11 katılımcı bireyin ortalaması 9,2727 standart sapması 3,58025 olarak belirlenmiştir. Bu tabloda uyku alt başlıklı alandaki soruları cevaplayan mevcut kurumda çalışma süresi 10 yıldan fazla olan katılımcılar standart sapma hesaplamasına göre istatistiksel olarak anlamlı yüksekliktedir.

- İlk mensturasyon yaşı 10-13 olan 67 katılımcı bireyin alt başlığı uyku olan aynı sorulara verdikleri cevapların ortalaması 7,7910 standart sapması 2,74435 iken, 14-16 yaş aralığındaki 52 katılımcı bireyin ortalaması 8,0577 standart sapması 3,23833 iken, hatırlamayan 14 katılımcı bireyin ortalaması 6,8571 standart sapması 2,79117 olarak belirlenmiştir. Bu tabloda uyku alt başlıklı alandaki soruları cevaplayan ilk mensturasyon yaşı 14-16 katılımcılar standart sapma hesaplarına göre istatistiksel olarak anlamlı yüksekliktedir.
- Hiç gebelik geçirmeyen 95 katılımcı bireyin alt başlığı uyku olan aynı sorulara verdikleri cevapların ortalaması 7,6842 standart sapması 2,92918 iken, 1 kere doğum yapmış 20 katılımcı bireyin ortalaması 7,7500 standart sapması 2,95359 iken, 1'den fazla doğum yapmış 18 katılımcı bireyin ortalaması 8,4444 standart sapması 3,14778 olarak belirlenmiştir. Bu tabloda uyku alt başlıklı alandaki soruları cevaplayan 1 kereden fazla doğum yapmış katılımcılar standart sapma hesaplarına göre istatistiksel olarak anlamlı yüksekliktedir.
- Doğum yapan 37 katılımcı bireyin alt başlığı uyku olan aynı sorulara verdikleri cevapların ortalaması 8,2162 standart sapması 2,94520 iken, doğum yapmayan 96 katılımcı bireyin ortalaması 7,6354 standart sapması 2,95268 olarak belirlenmiştir. Bu tabloda uyku alt başlıklı alandaki soruları cevaplayan doğum yapmayan katılımcılar standart sapma hesaplarına göre istatistiksel olarak anlamlı yüksekliktedir.
- Aile geçmişinde premenstural sendrom görülen 42 katılımcı bireyin alt başlığı uyku olan aynı sorulara verdikleri cevapların ortalaması 8,1667 standart sapması 3,06767 iken, PMS sendromu görülmeyen 91 katılımcının ortalaması 7,6264 standart sapması 2,89693 olarak belirlenmiştir. Bu tabloda uyku alt başlıklı alandaki soruları cevaplan aile geçmişinde premenstural sendrom görülen katılımcılar standart sapma hesaplarına göre istatistiksel olarak anlamlı yüksekliktedir.

- Menstrasyon gün uzunluğu 3-5 olan 38 katılımcı bireyin alt başlığı uyku olan aynı sorulara verdikleri cevapların ortalaması 8,7105 standart sapması 3,45557 iken, 6-10 gün olan 95 katılımcının ortalaması 7,4316 standart sapması 2,65640 olarak belirlenmiştir. Bu tabloda uyku alt başlıklı alandaki soruları cevaplayan menstrasyon gün uzunluğu 3-5 olan katılımcılar standart sapma hesaplarına göre istatistiksel olarak anlamlı yüksekliktedir.
- Menstrasyon döngünün uzunluğu 20-25 gün olan 47 katılımcı bireyin alt başlığı uyku olan aynı sorulara verdikleri cevapların ortalaması 7,8936 standart sapması 3,19125 iken, 26 ve üzeri gün olan 86 katılımcı bireyin ortalaması 7,7442 standart sapması 2,82920 olarak belirlenmiştir. Bu tabloda uyku alt başlıklı alandaki soruları cevaplayan 20-25 gün menstural döngüsü olan katılımcılar standart sapma hesaplarına göre istatistiksel olarak anlamlı yüksekliktedir.

Premenstural Sendrom Ölçeği, alt boyutları ve genel skor puanları demografik değişkenler bakımından incelendiğinde; medeni durum bekar olan grup için yorgunluk sinirlilik alt boyutlarında; eğitim durumu için depresif duygulanım ve anksiyete boyutlarında; kurum türü için depresif duygulanım boyutunda; iş tecrübesi için ağrı boyutunda; mevcut kurum çalışma süresi bakımından sadece depresif duygulanım boyutunda; gebelik için sinirlilik, depresif düşünceler, ağrı, şişlik boyutları ve PS genel skorunda; doğum için depresif duygulanım, sinirlilik, depresif düşünceler, ağrı, şişkinlik boyutları ve PS genel skorunda; Premenstrual sendrom (aile) için anksiyete, ağrı, iştah değişimi boyutlarında; gün uzunluğu için şişkinlik boyutunda; döngü için iştah değişimi boyutunda istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar tespit edilmiştir ($p<0,05$). Alt boyutlar bakımından inceleme yapıldığında yorgunluk ve uyku değişkeninde ilgilenilen demografik değişkenler bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık yaratacak bir demografik değişken yok iken; sinirlilik ve ağrı boyutları en fazla anlamlı farklılık tespit edilmiş alt boyutlar olmuşlardır.

Tablo 13

Premenstural Sendrom Ölçeği Toplam Skorlarının Demografik Değişkenler Bakımından Karşılaştırılması

Tablo 13 (devam)

PS Toplam				
	n	Ortalama	St. Sapma	p
Medeni durum				
Evli	48	36.090	7.184	0.784*
Bekar	85	63.910	8.246	
Eğitim seviyesi				
Doktora	7	48.120	32.433	0.806**
Lisans	64	46.617	33.648	
Y. Lisans	62	5.263	25.970	
Kurum türü				
Kamu	24	18.045	26.312	0.544**
Özel	89	66.917	31.242	
Vakıf	20	15.038	33.305	
İş tecrübesi				
3 – 5 yıl arası	111	83.459	31,69804	0,469*
10 yıldan fazla	22	16.541	24,83225	
Mevcut kurumda çalışma süresi				
1 yıldan az	64	48.120	29,94822	0,292**
3 – 5 yıl arası	58	43.609	32,37977	
10 yıldan fazla	11	8.271	23,55574	
İlk mensturasyon yaşı				
10-13	67	50.376	30,17861	0,281**
14-16	52	39.098	32,00304	
Hatırlamıyorum	14	10.526	26,97251	
Doğum yaptınız mı?				
Evet	37	27.820	31,8348	0,042**
Hayır	96	72.180	27,909	
Gebelik sayısı				
0	95	71.429	20,83	0,028
1	20	15.038	23,24501	
1'den fazla	18	13.534	32,40407	
Ailenizdeki kadınlarda premenstrasyon sendromu var mı?				
Evet	42	31.579	34,03308	0,044
Hayır	91	68.421	28,31944	

Tablo 13 Devamı

Menstrasyon gün uzunluğunuz	38	28.571	33,6798	0,737*
3 – 5				
6 – 10	95	71.429	29,51907	
Menstrasyon döngünüz kaç günde bir oluyor?	47	35.338	27,75351	0,929*
20 – 25	86	64.662	32,30101	
26 ve üzeri				
* Mann-Whitney U Test				
** Kruskal-Wallis Test				

Bulguların bu kısmında demografik özelliklerin premenstrual sendrom ölçeği anketinde verilen cevaplardan oluşan PS toplam skor sonuçlarının karşılaştırılması yer almaktadır. Tablo 13'te bu veriler görülmektedir.

Premenstrual Sendrom Ölçeği toplam skorlarının demografik değişkenler bakımından karşılaştırılması tablosunda yapılan istatistik incelemede çıkan anlamlı sonuçlara göre;

- Medeni hali bekar olan katılımcı birey sayısının oranı %63,90 olarak belirlenirken, evli olan bireylerin sayısı %36,09 olarak belirlenmiştir.
- Yüksek lisan mezunu olan katılımcı bireylerin sayısı %46,61, Lisans mezunu olan katılımcı bireylerin sayısı %48,12, Doktora mezunu olan katılımcı bireylerin sayısı %5,26 olarak belirlenmiştir.
- Vakıf kurumunda çalışan katılımcı birey sayısı %15,03, özel sektörde %66,91 , kamu kurumunda çalışan katılımcı birey sayısı %18,04 olarak belirlenmiştir.
- 10 yıldan fazla çalışan katılımcı birey sayısı %16,54, 3-5 yıl arası çalışma hayatı olan katılımcı birey sayısı %83,45 olarak belirlenmiştir.
- Mevcut kurumunda 10 yıldan fazla çalışan katılımcı birey sayısı %8,27 ,3-5 yıl arası çalışan katılımcı birey sayısı %43,60 ,1 yıldan az çalışan katılımcı birey sayısı %48,12 olarak belirlenmiştir.
- İlk menstrasyon yaşını hatırlamayan katılımcı birey sayısı %10,52, 14-16 yaş aralığında yer alan katılımcı sayısı %39,09 ,10-13 yaş aralığında yer alan katılımcı birey sayısı %50,37 olarak belirlenmiştir.
- Doğum yapan katılımcı birey sayısı %27,81, doğum yapmayan katılımcı birey sayısı %72,18 olarak belirlenmiştir.

- Gebelik geçmişi birden fazla olan katılımcı birey sayısı %13,53, 1 tane gebelik geçmişi olan katılımcı birey sayısı %15,03, hiç gebelik geçmişi olmayan katılımcı birey sayısı %71,42 olarak belirlenmiştir.
- Ailesindeki kadın bireylerde premenstural sendrom görölen katılımcı birey sayısı %31,57, görölmeyen katılımcı birey sayısı %68,42 olarak belirlenmiştir.
- Menstrasyon gün uzunluğu 6-10 arasında yer alan katılımcı birey sayısı %71,42, 3-5 arasında yer alan katılımcı birey sayısı %28,57 olarak belirlenmiştir.
- Menstrasyon döngüsü 26 gün ve üzeri olan katılımcı birey sayısı %64,66, 20-25 gün aralığında olan katılımcı birey sayısı %35,33 olarak belirlenmiştir.

6.5 Çalışma Rolü İşlevselliği Anketi (ÇRİA)

Tablo 14

Katılımcıların ÇRİA Alt Boyutlarına Ait Betimleyici İstatistikler

ÇRİA alt boyutları	Ort	Std.Sapma
Çalışma Skoru	40,86	22,05
Verim	51,92	18,61
Fiziksel	47,71	20,62
Mental	58,78	24,42
Sosyal	64,34	24,21

Bulguların bu kısmında çalışma rolü ve işlevselliği anketindeki 5 alt başlığa ayrılan sorulara katılımcılar tarafından verilen cevapların değerdendirilmesi sonucunda elde edilen skorlar belirlenmektedir. Tablo 14’te bu veriler yer almaktadır.

Çalışmadan 7 kişinin cevaplarının %15’i cevaplarının "Benim mesleğime uygun değildir “olarak işaretlediği tespit edilmiş olup; ölçek değerdendirme kriteri kapsamında skorlamaya dahil edilmemiştir. Meslek grupları özellikle akademisyen olarak çalışan kayropraktistler ve stajyer olan kayropraktistler için uygun olmayan kişiler çalışmaya dahil edilmemiştir. Katılımcıların en yüksek skoru sosyal alt boyut; en düşük skoru ise çalışma skorunda olduğu tespit edilmiştir.

Bölüm 7

Tartışma

Çalışmanın bu bölümünde çalışmaya katılan katılımcıların anketlere verdikleri cevapların elde edilmesiyle literatürde yapılan çalışmalarla kıyaslanıp yorumlanmaktadır.

Yapılan çalışmamızda Premenstrual Sendromda oluşan semptomların hangi durumlarda ortaya çıktığının değerlendirilmesi ve bu semptomların çalışma hayatlarına etkisiyle beraber verimine etkisinin değerlendirilmesi araştırılmaktadır. Araştırma onam formunu onaylamış olan kadın katılımcıların çözdüğü anketlerin analizleriyle yapılmaktadır. Yapılan literatür taramalarında ve anatomik bilgilere dayanarak mensturasyon döngü kadınlarda herhangi bir hastalık, ilaç kullanımı ve hamilelik olmaksızın her ay düzenli olarak görülmekte ve Premenstrual Sendromun semptomları mensturasyon döngüsünden beş gün önce başlar ve döngünün bitmesine dört gün kala bu semptomlar sonlanır. Bu semptomlar elde edilen anatomik bilgilere göre her kadın bireyde farklılık göstermektedir. Her birey aynı semptomlarla karşılaşmadığı gibi aynı zaman diliminde de bu semptomları yaşamazlar. Semptomların ortaya çıkışları ve sebeplerinin spesifik olarak belirlenmesi yapılan literatür taramalarındaki eksiklerle yapılan çalışmada bu eksikliklerin giderilmesi düşünülmektedir.

Premenstrual sendromlu bireylerde pilates ve yürüyüşün etkisi adlı çalışmada yaş aralığını 20-40 belirlenmiştir. Ebelik ve hemşirelik öğrencilerinin premenstrual sendrom ve nonfarmakolojik yöntemlerine ilişkin bilgi ve tutumlarının değerlendirilmesi adlı çalışmada 19-28 belirlenmiştir (Tufan, 2019). Üniversite öğrencilerinde premenstrual sendrom görülme durumu ve baş etme yöntemlerinin incelenmesi adlı çalışmada 18 altı 23 üstü olarak belirlenmiştir (Köse, 2009).İncelenen çalışmalardan yola çıkarak premenstrual sendromun yaşanabilmesi için menstrual döngünün devam etmesi gereklidir bu nedenle regl olabilen kadın yaş aralığı 25-40 olarak belirlenmiştir. Katılımcıların yaş aralığının belirlenmesinde anatomik bilgiler ışığında hala regl olan kadınlar oldukları için bu yaş aralığı belirlenmiştir. Aynı zamanda yaş aralığındaki kadınlar çalışma hayatı ve okul hayatları daha zorlaşmaktadır. Bu durumla beraber PMS semptomlarının etkilerinde farkındalık

artmıştır. PMS semptomları strese bağılı olarak artış göstermektedir. Kadınların yaşam şartlarının değışkenliğı ve zorlukları stresi arttırmasıyla beraber PMS semptomlarını da arttırmaktadır. Kadınlarda PMS semptomlarının daha genç yaşlarda daha sık ve belirtiler daha fazla görölmektedir. Bunun nedeni menstural döngünün menopoza kadar olan sürecinin fazla olması sıklığı arttırmaktadır. Menopoz yaşı yaklaşan kadınlarda menstural döngü süreci azalmaya başlamasıyla PMS semptomları azalmaktadır.(Sokullu, 2009)

İncelenen çalışmada demografik bilgiler arasında katılımcıların %97,7'si bekar olarak belirtilmiştir (Tufan, 2019). Rençber'in yapmış olduğı çalışmada 2 gruba ayrılmıştır ve 1. Grupta %80 2. Grupta ise %40 olmak üzere bekar katılımcı mevcuttur ve evli katılımcılardan sayı olarak fazladır (Rençber, 2019). Çevik'in yapmış olduğı çalışmada katılımcılar 2 gruba ayrılır 1.grupta %60 2.grupta ise %50,9 bekar katılımcı gözlenmektedir (Çevik, 2020). Yapılan çalışmada bekar katılımcı sayısı %63.9 olarak saptanmıştır. Bekar katılımcıların premenstural sendromu evli katılımcılara oranla daha çok etkilendiğı gözlemlenmektedir. Warner ve Bancroft çalışmalarında gözlemlendiğı üzere, 25-29 yaş aralığında bekar olan kadınların evli kadınlara göre daha fazla premenstural semptom görüldüğünü saptamışlardır (Warner & Bancroft, 1990). Çalışmada literatür taramalarına göre uyumlu olup bekar katılımcı sayısı %63,90 olarak saptanmıştır. Bekar katılımcıların oranının yüksek olması hayatlarında oluşan sorunlara tek başına ilgilenmeleri ve destek görmemeleri stres oranını arttığı düşünülmektedir. Bu duruma bağılı olarak PMS semptomları artış gösterir. Aynı zamanda bekar olan katılımcıların herhangi bir aktif hayatları olmaması, sosyal olmamaları durumunda kişinin kendini dinlemesi artmaktadır. Ağrıları ve psikolojik sorunlarında artış ve bu durumların farkındalıkları artmaktadır. Özellikle çeşitli aktivasyona katılan kadınların hayat standartlarını yükseltmesi ve moralini yükseltmesi adına önem taşımaktadır. Bu aktivasyonlar kişinin özgüvenini de doğru orantılı şekilde arttırmaktadır. Evli kadınlarda da semptomların görüldüğü az da olsa yapılan çalışmada belirlenmiştir. Hala birçok kadın azaltamayacakları stres yaşarlar. Çocuklarının ve yaşlı akrabalarının bakım sorumluluğı, ev işleri ve iş hayatı dengelenmelidir (Berek 2004, Gold ve ark 2007).

Rençber'in yapmış olduğı çalışmada ikiye ayrılan her iki grupta da katılımcılar istatistiksel olarak anlamlı yüksek oranda üniversite mezunudur (Rençber, 2019).

Çevik'in yapmış olduğu çalışmada ikiye ayrılan her iki grupta da üniversite mezunu sayısı yüksektir (Çevik, 2020). Yapılan çalışmada katılımcılarının eğitim durumu üniversite mezunu olup ayrıca yüksek lisans ve doktora mezunları da mevcuttur. Ancak üniversite mezunu sayısı %48,12 ile sayıca istatistiksel olarak anlamlı yüksektir. Silva ve ark. ise premenstrual semptomların gözlemlenmesi ile sosyoekonomik ve eğitim düzeyinin ilişkili olduğunu ve yüksek eğitim ve gelir durumunun PMS'nin daha şiddetli geçtiğini belirtmektedir (Silva et al., 2006). Bireylerin eğitim düzeylerindeki artışla beraber bilinçlenmesi ve farkındalıkları da aynı oranda artmıştır. Bu farkındalıkla beraber hastalık ve ağrılara karşı duyarlılaşmışlardır. Kendilerine olan değer artışı alınan eğitimle birlikte artmış ve oluşan ağrı durumlarının giderilmesi, dinlenmek adına daha çok zaman ayırmaya başlamışlardır. Bu da PMS semptomlarının etkilerinin daha çok hissedip belirlenmesine neden olmaktadır. Bazı kadınlar PMS yakınmaları için doktora gitmemekte, bunun bir hastalık olduğunun bilincinde olmamışlardır. (Adıgüzel ve ark 2007). Bunu menstrual döngüde gerekli olarak görülür (Taşçı 2006). Kadınların eğitim durumlarının yüksek olması PMS farkındalığını arttırmıştır. Eğitimli kadınlar tedavi olmak ve bu durumun bir hastalık olduğunu kabullenmiş olmaları sebebiyle katılımcı sayısı olarak yüksek belirlenmiştir.

Çevik'in yaptığı çalışmada gebelik öyküsü olmayan bireylerin katılımı istatistiksel olarak anlamlı yüksektir (Çevik, 2020). Ayrılan iki grupta da katılımcıların gebelik geçmişine daha az rastlanmıştır. 1.'ta %56,36 olarak görülürken 2.'ta %70,90 gebelik geçirmeyen bireylerdir. Yapılan çalışmada gebelik geçirmeyenlerin sayısı %72,180 olarak belirlenmiştir. Katılımcıların çoğu gebelik öyküsü olmayan kadınların sayısı %71,42'dir. Literatür taramalarında görüldüğü üzere çocuğu olmayan kadınların PMS sendromu görülme oranı olan daha sıktır. Gebelik geçmişi olmayan bireyler de PMS semptomlarının fazla olması durumu daha önce doğum yapılmaması, vücudun yenilenmemesi, fetüsün rahimde gelişip daha sonra yapılan doğumla dünyaya gelmesi olaylarının gerçekleşmemesi hali yumurtalıklar ve rahmin anatomik olarak henüz doğumla değişime uğramaması etkenler arasında yer alması olası bir durum olarak gözlemlenmektedir. Aynı zamanda gebelik geçmişi olmayan ve doğum yapmamış kadın katılımcıların çocukları olmaması günlük aktivasyon ve ilgilerinin çocukları olan kadınlara oranla kendileriyle ilgilenmeleri ve yakınmalarının daha çok hissetmeleri durumu gözlemlenmektedir. Gebelik geçmişi olan kadınlarda da PMS

semptomları oran olarak az olsa da görülmektedir. Özellikle gebelikle beraber vücutlarındaki hormon düzeylerinde değişimler psikolojik ve fiziksel olarak kadınları etkilemektedir. Doğum sonrası da bu hormonların seviyeleri düzenlenene kadar kadınların doğum sonrası depresyonu meydana gelmektedir. Bu depresyonla PMS semptomlarında artış göstermektedir (Karadağ 2001).

Rençber'in yaptığı çalışmada 2 gruba ayrılan katılımcıların her iki grupta da %75 oranda sigara kullanmadığı belirtilmiştir (Rençber, 2019). Tufan'ın yapmış olduğu çalışmada %69,2'si sigara kullanmamaktadır (Tufan, 2019). Yapılan çalışmamda sigara kullanmayan bireylerin sayısı istatistiksel olarak anlamlı yüksek olup bu oran %69,17'dir. Özellikle sigara tüketen bireyler genellikle streslerini atmak adına daha çok tükettikleri düşünülmektedir. Sigara tüketmeyen bireyler stres atmak adına başka aktivitelerde bulunmadıkları halinde PMS semptomları fazlaca ortaya çıkmaktadır. Ancak sigara tüketen ve tüketmeyen bireyleri daha detaylı olarak incelemesi önerilmektedir. Bu konu spesifik olarak araştırmaya açık bir konudur.

Sigara içen bireylerde PMS etkisi daha sıklıkla gözlenmektedir. Sigaranın, PMS'yi artırıcı bir etkisi vardır, PMS tedavisinde semptomları azaltmak adına sigaranın bırakılmasında fayda olduğunu dile getirmektedir (Demir et al., 2006). Masho ve ark (2005) yaptıkları bir çalışmada genç ve sigara içenlerde PMS daha sık görüldüğü belirlenmiştir (Masho et al., 2005). Literatürde yapılan çalışmalara göre sigara kullanan bireylerde semptomlar fazla gözlemlendiği gibi yapılan çalışmada sigara kullanan bireylerde kullanmayanlara göre semptomlardan fazla gözlenmektedir. Bu durum da daha detaylı bir çalışma daha yapılması uygun olur. Sigara oluşumunda kullanılan etken maddeler PMS semptomlarının tetiklenmesine neden olduğu düşünülmektedir.

Yapılan çalışmalarda alkol kullanımına bakıldığında, Rençber'in yapmış olduğu çalışmada katılımcılardan sadece 1 kişi alkol kullanmaktadır (Rençber, 2019).Yapılan çalışmada katılımcıdan sadece %33,09'u alkol kullanmaktadır. Alkol kullanımı içerisindeki etken maddelere ve uyarıcılara bakılacak olunursa PMS semptomlarını tetiklediği düşünülmektedir. Ancak alkol kullanan bireyler aynı zamanda uyuşmuş ve mantıksal düşüncede kayıp olmasıyla beraber bireylerde ağrı ve PMS semptomlarının farkındalığında azalmasına neden olduğu düşünülmektedir. Bu nedenle alkol kullanmayan bireylerde PMS semptomlarının görülmediği

gözlemlenmiştir. Alkol kullanımının spesifik olarak değerlendirilmeye açık olan bir konudur.

Katılımcıların alkol ve gazlı içecek tüketimi az sayıda görülse de çay ve kahve tüketimi çoğu katılımcıların günde 1 bardaktan fazla olarak saptanmıştır. Bu oran çay tüketenler de %63,09 iken kahve tüketenlerde ise %48,87'dir. Yapılan literatür aramalarında bireylerin yediği gıdalar kadar da tükettikleri içeceklerde PMS semptomlarına etken olarak belirlenmiştir. Kızılkaya yaptığı çalışmasında iki ayrı gruba, PMS 'nin etkisinin hafifletilmesi adına diyet çay, kahve kola, şeker, tuz alımının kısıtlanması önermiştir (Kızılkaya & Tuncel, 1994). Sokullu'nun da benzer şekilde yapmış olduğu çalışmada görüldüğü üzere egzersiz ve içecek tüketiminde dikkatli olduğunda PMS semptomlarında anlamlı azalmalar gözlemlenmiştir (Sokullu, 2009). Özellikle kahve ve çay içerisinde bulunan kafein ve tein maddeleri PMS semptomlarını arttırdığı düşünülmektedir. Vücudu dinç ve aktifleştiren maddelerdir ve vücudun dinlenmesini engeller. Bu durumda oluşan ağrı ve diğer semptomlarının hislerinde artış gözlemlendiği düşünülmektedir. PMS'de kola, kahve, alkol, nikotin, kırmızı et, şeker ve tuz içeren yiyecekler kısıtlanmalıdır (London ve ark 2003, Connolly 2001).

Yemek yeme alışkanlığı sağlık için oldukça önemli bir etkidir. PMS içinde semptomların azalması veya artmasını etkileyen gıdalar olduğu araştırmalarda gözlemlenmiştir. Premenstrual sendromda beslenmenin önemli olduğu, fazla karbonhidrat alma, aşırı yeme, aşırı kafein tüketmenin PMS belirtilerini arttırdığı bilinmektedir. Bu dönemde katılımcılarımızın çoğunda şeker içerikli ve özellikle karbonhidrat ağırlık gıdalara yönelim fazla olmuştur. Şekerli gıda tüketimindeki oran %80,45 iken tuzlu gıdalarda bu oran ise %84,21 olarak gözlemlenmiştir. Yüksek kalorili yiyecekler yenmediğinde ve düzenli egzersizler yapıldığında etmenlerin azaldığı gözlemlenmiştir (Güneş et al., 1997). Literatürde yapılmış olan çalışmalara göre yapılan çalışmada katılımcıların yüksek kalorili yiyecek tüketimi fazla gözlenmektedir. Özellikle şeker içerikli gıda tüketimi istatistiksel olarak anlamlı yüksektir. Sokullu'nun yapmış olduğu çalışmada PMS semptomlarının azalması için yapılandırılan diyet ve egzersiz olumlu sonuçlanmıştır (Sokullu, 2009). Yemek yeme alışkanlığı da tüketilen içecekler gibi içerisinde bulunan etken maddelerin PMS semptomlarını tetiklediği düşünülmektedir. Özellikle kadınlar menstrual döngüleri

başlamadan önce şekerli gıda tüketme isteklerinde artış gözlemlenmektedir. Ancak bu durum hem kalori artışına sebep olurken hem de şekerli gıda içerisindeki etken maddeler PMS semptomlarını tetiklediği düşünülmektedir. Kadınların bu dönemde tükettikleri gıdalara ekstra dikkat etmeleri önemlidir. Yanlış gıda ve içecek tüketimi kadınlarda şişkinlik ve ödeme neden olmaktadır. Kadınların doğal menstural döngünde de şişkinlik görülen belirtiler arasındadır. Ancak PMS etkenlerini arttırarak kadınlarda rahatsızlık hissini arttırmaktadır.

Egzersiz yapılması sağlık açısından bir sürü olumlu etkenleri olduğu gibi yapılan literatür çalışmalarında görüldüğü üzere egzersizin PMS semptomlarına olumlu yönde iyileşme gözlemlenmiştir. Yapılan çalışmada %56,39'u egzersiz yapan bireyler olarak belirlenmiştir. Yapılan egzersizlerin vücuda olumlu etkisi çalışma hayatında ve günlük hayatında katılımcı bireyleri olumlu etkilediği düşünülmektedir. Ancak yapılan çalışmada spesifik olarak egzersizin katkılarını incelenmemiştir. Bu yöndeki çalışmalarda özellikle incelenmeye ve geliştirmeye açık bir konudur. Sokullu'nun yapmış olduğu çalışmada egzersiz yapan bireylerde PMS yakınmalarının az olduğu belirtilmiştir (Sokullu, 2009). Rençber'in yapmış olduğu çalışmada pilates egzersizin katılımcı bireylerin PMS öncesi yakınmalarının azaldığını göstermektedir (Rençber, 2019). Egzersiz yapılmasıyla salgılanan serotonin hormonuyla beraber bireylerde mutluluk ve zindelik hissi artmakta olduğu belirlenmiştir. Bu durumla birlikte egzersiz genel olarak kişi sağlığı için oldukça faydalıdır. PMS semptomlarını da doğru orantılı bir şekilde hafiflettiği ve egzersiz yapan bireylerin semptomlarında azalma görüldüğü düşünülmektedir. Aynı zamanda bireyin hayatında kattığı aktivasyonla beraber kendini dinleme özellikle çeşitli yerlerinin ağrıdığını düşünme ve beklentisi içerisinde olma ve psikolojik anlamda iyi hissetmelerini sağladığı için PMS semptomlarını da hafiflettiği olası olarak düşünülmektedir. Özellikle açık havada yapılan egzersizlerde vücuda oksijen alımının artmasıyla ve kan akışının hızlanmasıyla beraber bireylerdeki dinçlik hissi artmaktadır. Literatürde yapılan ve incelenen çalışmalarda bu alanda spesifik olarak aerobik ve anaerobik egzersizlerin özellikle incelenmesi ve değerlendirilmesi araştırmaya açık bir konudur. Aerobik egzersizler, hızlı yürüyüş, jogging faydalıdır (London ve ark 2003). Egzersizler, menstruasyon öncesindeki haftada günde en az 30 dakikaya çıkarılmalıdır (Demir ve ark 2006, McKinley Health Center 2005).

Menarş yaşına bakılan çalışmalarda Köse'nin yapmış olduğu çalışmada 14-15 yaş aralığı %48 olarak belirlenmiştir (Köse, 2009). Tufan'ın yapmış olduğu çalışmada ilk menarş yaş ortalaması 13,29'dur (Tufan, 2019). Tsai tarafından yapılan çalışmada kadınların menarş yaşı ortalaması 13,6 yıl olarak bulunmuştur (Rençber, 2019). Rençber'in yapmış olduğu çalışmada 12,9 olarak saptanmaktadır. Yapılan çalışmada menarş yaş aralığı 11,5 olarak belirlenmiştir. İncelenen literatürle uyumlu olduğu saptanmaktadır. PMS belirtilerinin genel olarak menarş yaş grubuna bağlı olduğu kanısına varılması adına daha detaylı incelemeler yapılması gerekmektedir. İncelenen literatürlerin değerlendirilmesine göre mensturasyon yaşının değişkenlik gösterdiği saptanmıştır. Mensturasyon yaşı her kadında farklı olarak gözlemlenir bu durumu belli bir kritere bağlamak mümkün değildir. Özellikle menarş yaşının farklılaşmasında iklim, yaşanılan coğrafya, genetik, tüketilen gıdalar ve hastalıklar etken olarak görülebilmektedir. Literatürde de yapılan çalışmaların farklı ülkelerde farklı iklim ve coğrafyada gerçekleşmeleri incelenecek olursa menarş yaşının değişkenliği söz konusudur (Rençber, 2019). Bu nedenle PMS semptomlarının menarş etkisinin söz konusu olup olmadığını araştırmak detaylı araştırmak gerektiği düşünülmektedir. Yapılan çalışmada menarş yaşının ortalamasına bakılacak olursa daha genç yaşta menstural döngünün başladığı gözlemlenmektedir. Menarş yaşının erken olması genel sağlık açısından yapılan araştırmalara göre herhangi bir olumsuzluğunun söz konusu olduğu düşünülmemektedir. Kadınlarda PMS semptomlarının erken görülmeye başlanması ve belirlenmesi önemlidir. Bu durum kadınların hayat ve çalışma verimliliğini arttırmak için önceden önlem alınmasına katkı sağlar.

Elkin'in yapmış olduğu çalışmada aile öyküsüyle premenstural sendrom ile ilişkisi incelendiğinde %49,3' de görülmüştür (Elkin, 2015). Karavuş ve ark'ın çalışmasına göre ise bu oran %12,4'tür. Yapılan çalışmada bu oran %31,57 olarak belirlenmiştir. Oluşan fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Karavuş et al., 1997). PMS'nin genetik olup olmadığını anlamak adına yapılan incelemede ve literatür değerlendirmelerinde görüldüğü üzere değişkenlik göstermektedir. Genetik olma ve olmama ihtimali olan sonuçların elde edildiği çalışmalar mevcuttur. Henüz kesin bir değerlendirilme yapılamamasıyla beraber spesifik olarak araştırma ve incelenmeye açık bir konudur. PMS semptomlarının aynı ailedeki tüm kadın bireylerde görülme ihtimali değerlendirildiğinde yapılan çalışmada düşük bir oran belirlenmiştir. Genellikle semptomlar her kadın da farklılık göstermektedir. Yapılan

literatür araştırmasına göre ikizlerinde çift yumurta ikizlerine göre rastlanma oranı iki kattır (Dickerson ve ark 2003, Hourani ve ark 2004). PMS sıklığı, anne ya da kız kardeşinde benzer şikâyetleri olanlarda, olmayanlara göre daha yüksek bulunmuştur (Demir ve ark 2006).

Elkin'in yapmış olduğu çalışmada katılımcıların reglin düzenli olduğu %82,6 olarak bulunmuştur. Yapılan çalışmada bu oran %78,94 olarak bulunmuştur. İstatistiksel olarak anlamlı görülmektedir (Elkin, 2015). İstatistiksel olarak elde edilen verilere ve incelenen literatüre bakıldığında değerler anlamlı olarak görülmektedir. PMS semptomlarının reglin düzenli olduğu insanlarda görülme ihtimali daha yüksek olduğu düşünülmektedir. Bu durum değerlendirildiğinde her ay aynı zaman diliminde menstrual döngünün başlayacağının bilincinde olan kadınların psikolojik olarak da PMS semptomlarının açığa çıkacağının beklentisi içerisinde olabileceği düşünülmektedir. Ancak regli düzenli olmayan kadınlarda oranı düşüğe olsa PMS semptomlarına rastlanmaktadır. Bu durumda spesifik olarak değerlendirmeye ve incelenmeye açık bir konudur.

Karavuş ve ark.'ının çalışmasında premenstrual sendromda dismenore %70.0, premenstrual sendrom görülmeyenlerde dismenore % 43.4 belirlenmiştir (Karavuş et al., 1997). Kısa ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada ise bu oran %80.1 olarak belirlemiştir (Kısa et al., 2012). Elkin'in yapmış olduğu çalışmada bu oran %70,1 olarak belirlenmiştir (Elkin, 2015). Çalışmada bu oran %57,14, bazen şikkını işaretlerken, %29,39 evet şikkını işaretlemiştir. Literatür incelemesi ve yapılan çalışmada elde edilen istatistiksel değerlendirme sonuçları farklılık göstermektedir. PMS semptomları arasında dismenore yer almaktadır ancak özellikle aranan spesifik bir semptom değildir. Dismenorenin tek başına semptom olarak görünmesi tıbben PMS tanısı alması için yeterli değildir. Bu durumun yanında 11 semptomdan en az 5'nin de bu bireyde 2 ay peş peşe görülmesi gerekmektedir. Aynı zamanda dismenore PMS tanısı alan veya almayan kadınlarda ortak olarak gözlemlenen bir semptomdur. Ayırıcı bir semptom olmadığı düşünülmektedir.

Kısa ve ark.'ının yapmış olduğu çalışmada %48.7'sinin PMS ile baş etmede tercih ettikleri yöntem ağrı kesici olarak belirlenmiştir (Kısa et al., 2012). Türkiye'de evli kadınlarda yapılan bir çalışma da regl öncesi ağrısı olan kadınların %32.5'i ağrı kesici kullanmaktadır (Elkin, 2015). Yapılan çalışmada %40,60 'ı bazen şikkını

işaretlerken %22,55'i evet şikkını işaretlemiştir. İstatistiksel olarak sonuçlar anlamlı bulunmuştur. Genellikle her insanın oluşan tüm ağrılarla en basit baş etme yöntemi ağrı kesici kullanmak olduğu düşünülmektedir. PMS'li kadınlarda ağrı kesici kullanmak ortaya çıkan psikolojik, ekstremitte şişlikleri ve ödem gibi semptomları geçirmede etken olmayacağı düşünülmeleriyle beraber bu konunun spesifik olarak incelenmeye açık olduğu belirlenmiştir.

Kore'de üniversiteye giden kadınlara yapılan çalışma da PMS ile baş etme de non farmakolojik yöntemi tercih ettikleri bunların arasında egzersiz ve istirahatın birinci sırada geldiği belirlenmiştir (Jeong et al., 2001). Çalışmada %44,20'i bazen seçeneğini işaretlerken, %32,60'ı evet şikkını işaretlemiştir. İncelenen literatür çalışmalarına göre bazı bireyler ağrı kesici kullanmak yerine nonfarmakolojik yöntemleri uygulamayı tercih etmişlerdir. (Sokullu, 2009) Genellikle bunun sebebi ilaç kullanamayan bireyler, maddi imkanlarından dolayı ilaç alamayanlar veya sağlık kuruluşuna yakın olmayıp ilaç temin edemeyen bireyler olmasıdır. Bu bireyler nonfarmakolojik yöntemleri sıklıkla kullanırlar. Ancak bazen aşırı ilaç kullanımı bazı bireylerin vücudunda alışkanlık yapar ve ilacın vücuda olan etkisini giderek azaltır. Bu sebepten nonfarmakolojik yöntemlere başvurulur ve yapılan çalışmalarda da bireylerin bu yöntemleri kullandıkları belirlenmektedir. Bu yöntemleri kullanmak için bireylerin çalışma hayatları olumsuzluk oluşturduğu da yapılan çalışmada belirlenmiştir. İlaç tedavilerinin yanında bitkisel tedavi yöntemleri de kullanılmaktadır (Indusekhar ve ark 2007). Japonya'nın premenstrual belirtilerin tedavisinde geleneksel yaklaşımlarından biri de Kampo (geleneksel Çin tedavisi için kullanılan çeşitli ot, iksir ve diğer ilaçları Japonların kendi sistemlerine uygun hale getirerek kullandıkları yöntemin adı) batı ülkelerinde de kullanılmaktadır (Gepshtein ve ark 2008).

Rençber'in yapmış olduğu çalışmada menstural siklus ortalaması 28,3 gün olarak belirlenmiştir (Rençber, 2019). Tsai yapmış olduğu çalışmada 30,7 gün belirlenmiştir (Rençber, 2019). Yapılan çalışmada 26 ve üzeri gün olarak belirlenmiştir. Literatür ile uyumludur ancak daha kesin bilgilere ulaşmak için detaylı araştırma yapılması gerekmektedir. Menstural döngü zaman dilimi her kadında farklılık göstermektedir. Aynı menarş yaşının çeşitli etmenlere bağlı olarak aynı yaş olamayacağı gibi bu durumda kişinin kendi anatomik yapısına bağlı olarak

değişmektedir. PMS semptomlarının görülmesi durumunda kesin bir sonuca varılacağı aynı zamanda özellikle bir etken olduğu düşülmesi çok mümkün olmadığı izlenimini vermektedir.

Genel olarak demografik özelliklere incelenecek olunursa aynı sorular üzerinde durulmuş ve ortaya çıkan sonuçlara göre yapılan çalışma ile literatürdeki çalışmalar benzer sonuçlara ulaşmaktadır.

Premenstural Sendrom Ölçeği değerlendirilmeye bakılacak olunursa genel olarak yapmış olduğumuz çalışmada depresif duygular, anksiyete, sinirlilik, depresif düşünce, ağrı, iştah değişikliği, şişkinlik ve uyku maddeleri daha sık görülen semptomlar arasında yer almaktadır. Elkin'in yapmış olduğu çalışmada, alt ölçeklerden aldıkları puanlar; %54'ünde depresif duygulanım, %31'inde anksiyete, %51'inde yorgunluk, %58'inde sinirlilik, %32'sinde depresif düşünceler, %60'ında ağrı, %71'inde premenstural dönemde iştah değişimi, %56'sında uyku değişimi, %54'ünde şişkinlik olarak belirlemiştir (Elkin, 2015). Tanrıverdi ve ark.'nın çalışmasında öğrencilerin, alt ölçeklerden aldıkları puanlara bakıldığında %82'sinde premenstural dönemde iştah değişimi, %78'inde sinirlilik, %72.8'inde ağrı, %69'unda şişkinlik, %66'sında yorgunluk, %61.1'inde depresif duygulanım, %55.9'unda uyku değişimi, %52.5'inde depresif düşünce ve %29.6'sında anksiyete olduğu belirlenmiştir (Öztürk & Tanrıverdi, 2010). Tufan'ın yapmış olduğu çalışmada premenstural sendrom ölçeğinde yapılan değerlendirmelerde aynı başlıklar özellikle sık görülen semptomlar arasında yer almaktadır (Tufan, 2019). Köse'nin yapmış olduğu çalışmada ise premenstural sendrom ölçeğinde yorgunluk, sinirlilik, uyku, ağrı, şişkinlik, iştah ve karamsarlık semptomları daha sık görüldüğü gözlemlenmiştir (Köse, 2009). Tasi tarafından incelenen çalışmadan egzersiz olarak gerçekleştirilen yoganın, abdominal şişlik, meme hassasiyeti, abdominal kramplar ve soğuk terleme gibi semptomların azalttığı ve PMS semptomlarında azalmayla beraber dismenore (regl ağrısı) iyi geldiğini saptamaktadır (Rençber, 2019). Busch ve ark., premenstural dönemde kadınların en sık kilo artışı: %12, göğüs ağrısı ve hassasiyeti: %15.9, şişlik: %13.0 ve anksiyete: %10.3, huzursuzluk: %15.9, duygu değişimi: %20.4, depresyon: %13.6, sinirlilik: %12.3 semptomların görüldüğünü saptamıştır (Busch et al., 1988). Premenstural Sendrom Ölçeği anketine göre genellikle literatürdeki çalışmalarda çoğunluk katılımcı aynı seçenekleri işaretlediği gözlemlenmiştir. Literatür taraması

sonucunda yapılan çalışmada katılımcılarda genel olarak aynı semptomlara rastlanmaktadır. PMS semptomları benzer şekilde benzer sıklıklarla gözlemlenmektedir ve PMS prevalansı yüksektir. Yapılan çalışmada kadın katılımcıların PMS ölçeğine verdikleri cevaplara göre özellikle iştah, sinirlilik, şişkinlik, uyku, depresif düşünce ve duygulanım alt boyutundaki sorular istatistiksel olarak anlamlı yüksek belirlenmiştir. Bunun sebepleri PMS sendromunun özellikle hormonları etkilemesiyle beraber her kadında olmasa da çoğu kadında benzer düşüncelere sebebiyet vermektedir. Aynı zamanda çalışmaya katılan katılımcıların özellikle eğitim ve sosyoekonomik durumunun yüksek olmasıyla beraber algıları benzer şekilde düşünmeye sebebiyet verdiği olası bir durum olarak gözlemlenmiştir. Yaş grubunun da aynı oranda birbirine yakın olması katılımcı kadınlar tarafından eş semptomların eş şekilde değerlendirildiği olası olarak görülmektedir. Literatür incelemelerinde yaş grupları ve eğitim düzeyleri benzer katılımcılar olduğu için yapılan incelemeler sonucu elde edilen verilerle çalışmanın sonucunda elde edilen veriler anlamlıdır.

Kadınların iş hayatında ve kendi özel hayatlarında oldukça duygusal yaklaşması sebebiyle PMS sendromlarının hayatlarında oluşacak herhangi bir stres unsuruyla şiddetlendiği düşünülmektedir. Bedensel olarak yaşanan değişikliklerde bu dönemde kadınları oldukça strese sokmaktadır. Sağlık içinde menstural döngü sırasında yaşanan ağrıda kadınlar üzerinde oldukça rahatsız edici ve çalışma hayatındaki verimini düşürdüğü düşünülmektedir. Kadınların günlük işleri yetiştirme kaygısı ve iş hayatının da kendilerini strese soktuğu belirlenmiştir. Kadınlarda hayat stresörlerinin olması, PMS sendromlarını daha fazla yaşanmasına sebep olmaktadır (Gökçe, 2006). Sokullu'nun yapmış olduğu çalışmada stresle baş etme yöntemleri arasında çalışma hayatının engel olduğu bazı yöntemler belirlenmiştir (Sokullu, 2009). Schnurr yapmış olduğu çalışmada çalışan kadınların çalışmayanlara oranla premenstural semptomları 1.78 kat daha fazla görüldüğü saptamıştır (Schnurr, 1988). Coughlin, çalışma hayatında ki mesleki işlerini kendi belirlemeyen kadınların daha sık premenstural semptom yaşadıklarını belirlenmiştir (Coughlin, 1990). Çalışma hayatı olan katılımcı kadınların strese maruz kalması çalışmayan katılımcı bireylere oranla daha fazladır. Özellikle PMS semptomlarını azaltmak adına stres düzeyi azaltılması yapılan literatür taramasında gözlemlenmiştir. Katılımcılara özellikle stresle baş etme yöntemleri önerilmesi fayda sağlamaktadır. Yapılan çalışmada çalışan katılımcıların

ayırıcı kriter olması sebebiyle tüm katılımcıların iş tecrübesi mevcuttur. Literatürle uyumlu olarak çalışan bireylerde PMS semptomları görülmektedir ve çalışma hayatının bu semptomları arttırdığı düşünülmektedir. Özellikle PMS semptomlarının çalışma verimliliğini azalttığı düşünülmektedir. Bu duruma bağlı olarak iş hayatı kadınları daha fazla stresli hissetmelerine neden olmaktadır. Stresinde arttığı her durumda olduğu gibi kadınlar psikolojik olarak bu durumdan olumsuz şekilde etkilenmektedir. Stres her hastalıkta olduğu gibi PMS semptomlarını da tetikleyerek arttırdığı düşünülmektedir. Literatür incelemelerinde ve yapılan çalışmada da elde edilen verilere göre çalışma hayatı olan her kadın PMS semptomları sebebiyle verimsizlik yaşadığı gözlemlenmektedir. (Çevik, 2020)

Çevik'in yapmış olduğu çalışmada Çalışma Rolü İşlevselliği anketi sonuçlarına göre en çok işaretlenen seçenekler arasında "Ara vermeden ya da ekstra mola olmadan işime devam etmede zorlandım" seçeneğini ve "Çalışırken eğilme, dönme ya da uzanmada zorlandım" seçeneğini işaretlediği görüldü(Çevik, 2020).Yapılan çalışmada en çok işaretlenen seçenekler çalışma skoru grubunda yer almaktadır. Çalışma Rolü ve İşlevselliği anketinde literatürde yapılan çalışmalara göre genellikle katılımcı bireyler çalışma verimi hakkındaki seçenekleri işaretlenmektedir. Literatür incelemelerine bakılacak olursa tüm ülkelerde çalışan verimsizliği milli servet ve zaman kaybı olarak değerlendirilmektedir. (Sokullu, 2009) Her çalışanın verimi ve performansı çalışmış olduğu hangi sektör olursa olsun o sektörü ilerlettiği kanısına varılmaktadır. Bu nedenle her sektörün ve her ülkenin çalışma performans ve verimliliğe ihtiyacı vardır. Günümüzde artık kadınlarda her iş sektöründe aktif bir şekilde yer alarak faaliyet göstermektedirler. Bu nedenle kadınların gerek bedenlen gerekse ruhen sağlıklarının iyi olması gerektiği düşünülmektedir. PMS semptomlarının hem fiziksel hem psikolojik etkenleri ve belirtileri bulunmaktadır. PMS'nin ortaya çıkması halinde kadınların çalıştıkları tüm sektörlerde veriminin ve performansının azalacağı düşünülmektedir. Premenstruel sendrom sadece kadının kendisini değil, ailesini ve içinde yaşadığı toplumu etkileyen, iş gücü kaybına yol açan, yaşam kalitesini azaltan ve ruh sağlığını bozan önemli bir halk sağlığı problemidir (Selçuk ve ark., 2014).

Bölüm 8

Sonuç

Çalışmanın bu bölümünde çalışmaya katılan katılımcıların anket sorularına verdikleri cevapların analizlerinin elde edilmesiyle yazılmıştır.

Araştırmadan elde edilen sonuçlara göre katılımcı bireylerin hepsinin çalışma hayatı olması ve 25-40 yaş aralığında regl olan katılımcı bireylerden özellikle beslenme şekli, içecek tüketimi, menarş yaşı, menstural döngüsü, eğitim durumu, gebelik sayısı, doğum yapıp yapmadığı demografik özelliklerin belirlenmesi yapılan literatür incelemelerine göre önemli etkenler arasında yer almıştır. Çalışma sırasında yapılan anket değerlendirilmesinde oldukça fazla işaretlenen seçeneklere göre;

Katılımcıların çoğunun eğitim durumu üniversite mezunu olmakla beraber yüksek lisans ve doktora mezunlarında bulunmaktadır. Bu durumda yapılan ve incelenen çalışmalara göre sosyoekonomik durumu artışıyla beraber bireylerin PMS semptomlarına olan yakınmaları ve farkındalıkları artmaktadır. Aynı zamanda sosyoekonomik düzeyin geliştiği yerlerde yaşayan ve bu yaşam şartlarına uyum sağlamak adına çalışmak zorunda olan katılımcılarımızda iş hayatında PMS semptomları özellikle çalışma verimi, mental durumları ve sosyal yönden hayatlarını etkilediği Çalışma İşlevselliği Ve Rolü anketinde işaretlenmesi üzerinde belirlenmiştir. Çalışma hayatı psikososyal hayatında etkilemektedir. Bu etkilenim sebebiyle katılımcı bireyler stresle baş etme olanakları azalmıştır ve yoğun stres duygusu yaşamaktadırlar. Aynı zamanda stres duygusuyla birlikte sinirlilik durumunda ortaya çıkmaktadır. Sinirlilik duygusu iş hayatındaki verimi oldukça düşürmektedir. Sinirlilik duygusunun artmış olması katılımcıların çalışma sektöründe olan kayropraktistlerin tedaviye gelen hastalarla olan iletişimleri zorlaştırmaktadır. Hastalarla ılımlı ve olumlu yaklaşımlarda bulunması zorlaştırmaktadır.

PMS sendromun semptomları arasında yer alan anksiyeteninde aynı zamanda stres ve sinirlilik duygularıyla tetiklenme durumu olduğu düşünülmektedir. Anksiyete yaşanan duygu karmaşalarından dolayı ortaya çıktığı sürece kişinin hayatı oldukça olumsuz etkilenir ve her aşamada kişinin verimini oldukça azaltır. Bu durumun tedavi edilmemesi durumunda kişinin tüm hayatı olumsuz etkilenir.

Katılımcı bireylerin beslenme şekillerine bakılacak olunursa yapılan çalışmada yapılan anketlerde işaretlenen seçeneklerde şekerli gıda alımı daha yoğun olarak

gözlemlenmektedir. Bu durumda vücuda alınan kalori miktarı fazladır. Bu kalori alımı yakılmadığı sürece vücudun sağlık dengesini bozarak kilo alımına sebep olmaktadır. Bu durumun iyileştirilmesi adına bireylerin ya diyet ya da egzersiz yapmaları gerekmektedir. Ancak çalışma hayatı yoğun ve bedenen yorucu olan insanların egzersiz yapmaya zaman ayırması pek mümkün olmadığı gibi yeterli gücü de olmamaktadır. Bu durumda bireyin egzersiz yerine sadece diyet yapması halinde yoğun çalışma şartları sebebiyle yeterince dinlendiği durumlarda enerji kaybı yaşayacaktır ve kaybettiği enerjiyi kalorisi yüksek kalorili besinlerle telafi etmesi düşünülmektedir. Bu dönemde diyet ve egzersizin verimli yapılmasına iş hayatının engel olduğu düşünülmektedir. Aynı zamanda şekerli gıdalarda ve özellikle çikolatada bulunan serotonin hormonunun salgılanmasıyla bireylerde mutluluk artmaktadır. Çalışma hayatında sorun yaşayan ve psikolojik olarak durumlarını iyileştiremeyen bireyler şekerli gıda alımını arttırmaktadır. Psikolojik olarak iyileşmek çalışma saatleri ve yoğunluğu açısından çeşitli aktivitelere imkân olmayan bireyler şekerli gıda alımını arttırmayı çözüm olarak görmektedirler.

Katılımcıların çay ve kahve tüketimi günde 1 bardaktan fazla olduğu yapılan çalışmada belirlenmiştir. Ancak alkol ve gazlı içecek tüketimi az şekilde görülmektedir. Çalışma hayatında bireyler yeterli uyku alamadıklarında özellikle kahve tüketimini arttırdıkları düşünülmektedir. Yeteri kadar uykusunu çalışma saatleri sebebiyle tamamlayamayan katılımcı bireyler kahve içerisinde bulunan kafein maddesinin uyarıcı ve uyanık tutma etkisinden faydalanmak istenmektedir. PMS semptomlarına kahve ve çayın etkisi oldukça fazladır. Kahve ve çayın içerisinde bulunan uyarıcı maddeler PMS semptomlarının artmasına sebep olmaktadır. Bu semptomların etkilerini arttırdığı yapılan literatür taramalarında gözlemlenmiştir.

Beslenme alışkanlığının değişmesi ve özellikle regl dönemi öncesi ve esnasında vücudun su tutmasıyla beraber ödem ve şişkinlikte artış gözlemlendiği belirlenmiştir.

Katılımcı bireylerin kötü alışkanlıkları mevcuttur ancak sigara kullanım sayısı yapılan çalışmada az olarak belirlenmiştir. Aynı şekilde alkol kullanmayan sayısında kullananlara göre istatistiksel olarak anlamlı yüksektir. PMS’de yaşanan bu şişkinlik dönemine kişinin yediği gıdaların etkeni fazladır ve dikkat edilmediği sürece şişkinlik hissi kişiyi oldukça rahatsız ettiği belirlenmiştir. Şişkinlikle beraber vücutta ve ekstremitelerde görülen ödemler bireyler oldukça rahatsız etmektedir. Özellikle bu dönemde yediklerine dikkat etmeyen bireylerde şişkinlik sorunu gözlemlenmektedir.

Şişkinlik hali kişinin hareketini olumsuz etkiler bu durumda iş hayatındaki verimini azalttığı düşünülmektedir. Şişkinlik aynı zamanda kişinin hareket alanını da kısıtlamaktadır. Bu da çalışma hayatındaki verimi azaltmaktadır. Özellikle kayropraktistlerin tedavi için alınan pozisyonlamalarında ve tedavi tekniklerinin gerçekleştirilmesinde hareket alanının kısıtlanması bu durumu olumsuz etkilemektedir.

Yapılan çalışmada demografik özelliklerle katılımcılarda incelendiğinde bekar olan katılımcı kadın sayısı istatistiksel olarak anlamlı şekilde fazla görülmektedir. Bu bekar olan katılımcılarda evli olan katılımcılara göre PMS semptomlarının fazla görüldüğü belirlenmiştir. Bu duruma eş değer olarak yapılan demografik özelliklerin incelenip değerlendirildiğinde gebelik geçmişi olmayan ve doğum yapmayan katılımcı bireylerde PMS fazla gözlemlenmiştir.

Özellikle menstural süresi 3-5 gün süren ve menstural döngüsü 26 gün ve üzeri olan katılımcılarda PMS daha fazla gözlemlenmiştir. Menstural gün uzunluğu ve menstural döngü gün sayısı kişiler arasında farklılık göstermektedir. Her bireyde aynı zamanlamada gerçekleşmesi mümkün değildir.

Katılımcı bireylerin Premenstrual Sendrom Ölçeği anketine verilen cevapları incelendiğinde depresif duygu, anksiyete, yorgunluk, sinirlilik, depresif düşünceler, ağrı, iştah değişikliği, uyku, şişkinlik başlıklarındaki seçeneklerin fazla işaretlendiği görülmüştür. Katılımcı bireylerin çalışma hayatıyla eş değer bakıldığında yaşadığı stresine bağlı olarak PMS semptomlarında artış yaşadığı düşünülmektedir. Bu strese bağlı olarak uyku problemi, iştah değişimi ve sinirlilik durumu daha belirgin olduğu gözlemlenmiştir. Genel olarak yapılan çalışmaların çoğunda aynı yaş aralığı ve aynı eğitim durumdan ki bireyler katıldığı için PSM ölçeğinin değerlendirilme sonuçları benzer görülmektedir.

Çalışma İşlevselliği Ve Rolü anketinde ki katılımcıların değerlendirmesine bakıldığında en çok sosyal alt başlığında ki sorular işaretlenmiştir. Bireylerin iş hayatındaki sosyal yaşamlarının olumsuz olduğu belirlenmektedir. Bu durumda çalışma verimini etkilediği ve aynı zamanda PMS semptomlarını tetiklediği belirlenmiştir. Sosyal hayatın etkilendiği belirlenen anket sonuçlarına göre çalışma sektörü olan kayropraktik; uzun süreli çalışma saatleri, beden gücünü kullanmak ve alınan hastalara göre tedavi için ayarlanan seans zamanları nedeniyle kadınların kendilerine ve sosyal hayatlarına zaman ayırmaları olumsuzlaşıyor. Sosyal hayatına yeteri kadar zaman ayıramayan katılımcılar stresle baş etmede zorluk yaşamaktadırlar.

Stresle baş edilemediği durumda katılımcıların hayatına yeni aktivasyonlar ve hobiler yapılamadığı takdirde PMS semptomları arttırmaktadır. Aynı zamanda PMS semptomlarının çalışma verimliliğinin azalmasıyla çalışma sektörü de olumsuz etkilenmektedir. Her ülkenin kendi milli gelir ve serveti adına iş gücü ve zaman kaybına bakış açıları olumsuzdur. Bu nedenle PMS görülen kadınlara iş dünyasında bu duruma uygun şekilde yeni düzenlemeler yapılması gerekmektedir.



KAYNAKÇA

- Abraham, G. E. (1983). *Nutritional factors in the etiology of the premenstrual tension syndromes*. 28(7), 446–464.
- Acar, B. (2014). Premenstruel sendrom. In *Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi* (pp. 810–821).
- Adıgüzel, H., Taşkın, O., & Danacı, A. E. (2007). Manisa ilinde premenstrüel sendrom belirti örüntüsü ve belirti yaygınlığının araştırılması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 18(3), 215–222.
- Akduman, A., & Budur, O. (2016). Primer Dismenorede Tedavi Yaklaşımları. *Anadolu Kliniği Tıp Bilimleri Dergisi*, 21(3), 236–240.
- Brooks, Barrett, Barman, & Boitano. (1995). Ganong'un Tıbbi Fizyolojisi. In *Ganong'un Tıbbi Fizyolojisi* (p. 772).
- Busch, C. M., Costa, P. T., Whitehead, W. E., & Heller, B. R. (1988). Severe perimenstrual symptoms: prevalence and effects on absenteeism and health care seeking in a non-clinical sample. *Women & Health*, 14(1), 59–74.
https://doi.org/10.1300/j013v14n01_05
- Çevik, N. (2020). *Kadın ofis çalışanlarında menstrual siklusun çalışma performansı ve yaşam kalitesine etkisi*.
- Ceylan Çelik, F. (2013). *Pelvik taban elektromyografik aktivite cevabı ve abdominal kas kuvvetinin, kadın cinsel fonksiyonu ile ilişkisinin değerlendirilmesi*.
- Connolly, M. (2001). Premenstrual syndrome: an update on definitions, diagnosis and management. *Cambridge University Press*, 7, 469–477.
<https://doi.org/10.1038/sj.bdj.2017.879>
- Coughlin, P. C. (1990). Premenstrual syndrome: How marital satisfaction and role choice affect symptom severity. *Social Work (United States)*, 35(4), 351–355.
<https://doi.org/10.1093/sw/35.4.351>
- Demir, B., Algül, L., & ESG, G. (2006). Sağlık çalışanlarında premenstrüel sendrom insidansı ve etkileyen faktörlerin araştırılması. *Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi*, 3(4), 262–270.
- Domoney, C. L., Vashisht, A., & Studd, J. W. W. (2003). Premenstrual syndrome

- and the use of alternative therapies. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 997, 330–340. <https://doi.org/10.1196/annals.1290.036>
- Dutta, D., & Konar, H. (2013). D C Dutta's Textbook of Gynecology. In *D C Dutta's Textbook of Gynecology*. <https://doi.org/10.5005/jp/books/12047>
- Elkin, N. (2015). Sağlık Bilimleri Yüksekokulu Öğrencilerinde Premenstrual Sendrom Görülme Sıklığı. *Adıyaman Üniv Sağlık Bilim Dergisi*, 1(2), 94–110.
- Ersin, A. (2020). Kronik Pelvik Ağrıda Transvers Friksiyon Masajının Ağrı ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi.
- Fiebai, P., Ukueku, A. O., Ukueku, O., Fiebai, P., & Ogu, R. (2018). *Pre Menstrual Syndrome*. <https://doi.org/10.5772/intechopen.80492>
- Ford, O., Lethaby, A., Roberts, H., & Mol, B. W. J. (2012). Progesterone for premenstrual syndrome. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003415.pub3>
- Gençdoğan, B. (2006). Premenstruel sendrom için yeni bir ölçek. *Türkiye'de Psikiyatri*, 8(2), 82–87.
- Gökçe, G. (2006). Bir Grup Çalışan Kadında Premenstrual Semptom Görülme Sıklığı ve Etkileyen Faktörler.
- Gökdoğan, E. (2011). *STRES İNKONTİNANSTA TRANSOBTURATOR TAPE (TOT) VE MİNİ SLİNG YÖNTEMLERİNİN KISA DÖNEM SONUÇLARININ KARŞILAŞTIRILMASI*.
- Graziottin, A., & Gambini, D. (2015). Anatomy and physiology of genital organs - women. In *Handbook of Clinical Neurology* (1st ed., Vol. 130). Elsevier B.V. <https://doi.org/10.1016/b978-0-444-63247-0.00004-3>
- Güneş, G., Pehlivan, E., Genç, M., & Eğri, M. (1997). Malatya da Lise Öğrencilerinde Premenstrual Sendrom Sıklığı. *Turgut Özal Tıp Merkezi Dergisi*, 4(4), 403–406. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/totm/issue/13147/158547>
- Hall, J. E., & Hall, M. (2021). Menstruasyon Döngüsü. In *Guyton Tıbbi Fizyoloji* (p. 1158).
- Haroun, H. S. (2016). Reproductive Cycles in Females. *Women's Health*, 2(2), 62–64. <https://doi.org/10.15406/mojwh.2016.02.00028>
- Irmak, A., Bumin, G., & Irmak, R. (2011). The cross-cultural adaptation of the work

- role functioning questionnaire to Turkish. *Communications in Computer and Information Science*, 218–222. https://doi.org/10.1007/978-3-642-22098-2_44
- Jeong, B., Lee, J., Chang, N., Kang, B., SH, J., Kim, C., & Han, O. (2001). Treatment-Seeking Behaviors among Korean University Women with Premenstrual Symptoms. *Korean J Psychopharmacol*, 12(3), 201–210.
- Kale, A., & Başol, G. (2019). Jinekolog Perspektifinden Kadın Pelvisinin Vasküler Anatomisi. In *Endometrioma , Adenomyoma ve Fertilitenin Korunması* (pp. 1–8).
- Kaniewska, M., Gołofit, P., Heubner, M., Maake, C., & Kubik-Huch, R. A. (2018). Suspensory ligaments of the female genital organs: MRI evaluation with intraoperative correlation. *Radiographics*, 38(7), 2195–2211. <https://doi.org/10.1148/rg.2018180089>
- Karavuş, M., Cebeci, D., & Bakırcı, M. (1997). Üniversite öğrencilerinde premenstrual sendrom. 1997; 17: 184-90. 31. *Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri*, 17, 184–190.
- Keane, D. P., & O’Sullivan, S. (2000). Urinary incontinence: Anatomy, physiology and pathophysiology. *Bailliere’s Best Practice and Research in Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 14(2), 207–226. <https://doi.org/10.1053/beog.1999.0072>
- Kısa, S., Zeyneloğlu, S., & Güler, N. (2012). Üniversite Öğrencilerinde Premenstrual Sendrom Görülme Sıklığı Ve Etkileyen Faktörler. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 1(4), 284–297.
- Kızılkaya, N., & Tuncel, N. (1994). Premenstrüel şikayetlerin hafifletilmesinde hemşirelik girişimlerinin etkinliği. *Hemşirelik Bülteni*, 8(32), 66–79.
- Köse, S. (2009). Üniversite Öğrencilerinde Premenstrual Sendrom Görülme Durumu ve Baş Etme Yöntemlerinin İncelenmesi. https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwj317LDjb_6AhVMRvEDHWofDh0QFnoECAMQAAQ&url=https%3A%2F%2Fatauni.edu.tr%2Fyuklemeler%2F478f8f5320b04a987aec362bf2db077.pdf&usg=AOvVaw0LRjaohqW9Vps6HM3PZNY1
- Masho, S. W., Adera, T., & South-Paul, J. (2005). Obesity as a risk factor for

- premenstrual syndrome. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 26(1), 33–39. <https://doi.org/10.1080/01443610400023049>
- Mutlu, S. (2005). *Üriner İnkontinansli Hastalarda Anamnez ile Ürodinami Bulgularinin Karşılaştırılması*. 1–80.
- Nagata, C., Hirokawa, K., Shimizu, N., & Shimizu, H. (2004). Soy, fat and other dietary factors in relation to premenstrual symptoms in Japanese women. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 111(6), 594–599. <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2004.00130.x>
- Öztürk, S., & Tanrıverdi, D. (2010). Premenstrual Sendrom ve Başetme. *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences*, 13(3), 57–61.
- Palas Karaca, P., & Beji, K. N. (2015). Premenstrual Sendromunun Tanı ve Tedavisinde Kanıt Temelli Yaklaşımlar ve Hemşirelik Bakımı. *Bahkesir Health Sciences Journal*, 4(3), 178–186. <https://doi.org/10.5505/bsbd.2015.80299>
- Pınar, S. (2008). *Pelvik Organ Prolapsusu ve/veya İnkontinansı Olan Kadınlarda Cinsel Disfonksiyon ve Pelvik Organ Prolapsusu/İdrar İnkontinans Cinsel Fonksiyon Sorgulaması(PISQ-12) Formunun Validasyonu*.
- Polat, B. (2017). *Pelvik taban kas zayıflığı olan kadınlarda pelvik taban eğitiminin cinsel fonksiyon ve yaşam kalitesi üzerine etkisi*.
- Ramirez Gonzalez, J. A., Vaamonde-Lemos, R., Cunha-Filho, J. S., Varghese, A. C., & Swanson, R. J. (2016). Overview of the Female Reproductive System Juan. *Exercise and Human Reproduction*. Springer, New York, NY, 19–46. <https://doi.org/10.1007/978-1-4939-3402-7>
- Rençber, İ. (2019). *Premenstrual Sendromlu Bireylerde Pilates ve Yürüyüşün Etkisi*.
- Şahin, K. (2005). *STRES ÜRİNER İNKONTİNANSLI OLGULARDA ENDOVAJİNAL VE DİNAMİK PELVİK MR GÖRÜNTÜLEME*.
- Samadi, Z., Taghian, F., & Valiani, M. (2013). The effects of 8 weeks of regular aerobic exercise on the symptoms of premenstrual syndrome in non-athlete girls. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 18(1), 14–19. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23983722> <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=PMC3748549>
- Şanlıer, N., & Yabancı, N. (2004). Genç Kızlarda Premenstrüel Sendromun Besin

Tercihi ve Fiziksel Aktivite Üzerine Etkileri. *Gazi Beden Eğitimi ve Spor Bilimleri Dergisi*, 27–36.

Sariiz, G. (2015). *TOTAL PROLAPSUS NEDENİYLE LEFORT OPERASYONU YAPILAN HASTALARIN PREOPERATİF VE POSTOPERATİF LABORATUAR VE GÖRÜNTÜLEME YÖNTEMLERİYLE DEĞERLENDİRİLMESİ*.

Scanlon, V. C., & Sanders, T. (2007). *Essentials of Anatomy and Physiology, 5th Edition*.

Schnall, S., Abrahamson, A., & Laird, J. D. (2002). Premenstrual syndrome and misattribution: A self-perception, individual differences perspective. *Basic and Applied Social Psychology*, 24(3), 215–228.
https://doi.org/10.1207/S15324834BASP2403_4

Schnurr, P. P. (1988). Some correlates of prospectively defined premenstrual syndrome. *American Journal of Psychiatry*, 145(4), 491–494.
<https://doi.org/10.1176/ajp.145.4.491>

Silva, C., Gigante, D., Carret, M., & Fassa, A. (2006). Population study of premenstrual syndrome. *Revista de Saude Publica*, 40(1), 47–56.
http://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&from=export&id=L43624455%5Cnhttp://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102006000100009&lng=en&nrm=iso&tlng=en%5Cnhttp://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102006000100009%5Cnhttp://elvi

Sokullu, G. (2009). *Premenstrual Sendrom Yakınmaları Olan Kadınların Yaşam Biçimlerinin İncelenmesi*.

Süer, N. (2008). Premenstrual sendrom. *Goztepe Tıp Dergisi*, 23(3), 76–80.

Tufan, N. (2019). *Ebelik ve Hemşirelik Öğrencilerinin Premenstrual Sendrom ve Nonfarmakolojik Yöntemlerine İlişkin Bilgi ve Tutumlarının Değerlendirilmesi*.

Warner, P., & Bancroft, J. (1990). *Factors Related to Self-reporting of the Premenstrual Syndrome*.

World Health Organization(WHO). (2005). *Karyopraktikte Temel Eğitim ve Güvenliği Üzerine WHO rehber Kitapçığı*. 10.

Yonkers, K. A., O'Brien, P. S., & Eriksson, E. (2008). Premenstrual syndrome. *The*

Lancet, 371(9619), 1200–1210. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)60527-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)60527-9)

Yücesoy, H. (2017). *Premenstrüel Sendromun Doğum Sonrası Depresyon Ve Anne-Bebek Bağlanmasına Etkisi*.

Zaman, I. (2021). *Premenstrüel Sendrom Sorunu Olan 15-49 Yaş Aralığındaki Kadınlarda Anksiyete Düzeyi, Benlik Saygısı ve Yaşam Kalitesinin İncelenmesi ve Karşılaştırılması*.

