

**T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANA BİLİM DALI**

**PREMENSTRUAL SENDROMUN ÇALIŞAN KADINLARIN İŞLE
İLGİLİ YAŞAM KALİTESİ, İŞE DEVAMLILIK DURUMU VE İŞ
PERFORMANSI ÜZERİNDEKİ ETKİSİ: KESİTSEL
ARAŞTIRMA**

Dr. Fahri ACAR

**UZMANLIK TEZİ
Olarak Hazırlanmıştır**

**ANKARA
2022**

**T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI**

**PREMENSTRUAL SENDROMUN ÇALIŞAN KADINLARIN İŞLE
İLGİLİ YAŞAM KALİTESİ, İŞE DEVAMLILIK DURUMU VE İŞ
PERFORMANSI ÜZERİNDEKİ ETKİSİ: KESİTSEL
ARAŞTIRMA**

Dr. Fahri ACAR

UZMANLIK TEZİ

TEZ DANIŞMANI

DOÇ. DR. DUYGU AYHAN BAŞER

ANKARA

2022

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimi süresince eğitimime ve mesleki deneyimime bilgi ve emekleriyle sonsuz katkı sağlayan, tez çalışmamın her aşamasında yanımda olan desteğini hiç eksik etmeyen asistanı olmaktan mutluluk ve gurur duyduğum değerli hocam tez danışmanım Doç.Dr. Duygu Ayhan Başer'e,

Uzmanlık eğitimim boyunca bilgi ve tecrübeleri ile bana öncü olan tez çalışmamda desteğini esirgemeyen sıcakkanlı ve içten davranışlarıyla yakın bir arkadaş gibi hissettiren değerli hocalarım Doç.Dr.Hilal Aksoy ve Doç.Dr.İzzet Fidancı'ya,

Asistanlık sürecinde her daim birlikte olduğumuz güzel zamanlar geçirdiğimiz çok kıymetli arkadaşlarıma,

Desteklerini hiçbir zaman eksik etmeyen her zaman yanımda olan bugünlere gelmemde çok büyük emekleri olan canım aileme

Tez sürecinde desteğini esirgemeyen ailemizin bir ferdi olan Esra Aktaş'a,

Tanıştığımız günden beri her daim yanımda olan, bu zorlu süreçte desteğini esirgemeyen kendimi şanslı hissettiren canım eşim Merve Çağlar Acar'a ve doğumuyla hayatıma farklı bir anlam katan canım kızıma teşekkür ederim.

Dr.Fahri Acar

ÖZET

Anahtar kelimeler: Premenstrual sendrom, iş yaşam kalitesi, işe devamsızlık, iş performansı

Acar F. Premenstrual Sendromun Çalışan Kadınların İşle İlgili Yaşam Kalitesi, İşe Devamlılık Durumu ve İş Performansı Üzerindeki Etkisi: Kesitsel Araştırma, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Ankara 2022. Premenstrual sendrom menstrual siklusun luteal fazında görülen menstruasyonun başlamasıyla son bulan bilişsel, somatik, davranışsal ve duygusal belirtilerle karakterize genellikle orta ve genç yaştaki kadınlarda görülen döngüsel bir bozukluktur. Premenstrual sendrom çoğu kadını hafif, orta ya da şiddetli biçimde etkilediği için kadınların yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir. Çalışan kadınlar günlük yaşamının büyük bir kısmını iş yerinde geçirdiği için premenstrual sendromun iş hayatını olumsuz etkilediği düşünülmektedir. Çalışmada premenstrual sendromun çalışan kadınlarda iş yaşam kalitesi, işe devamsızlık durumu ve iş performansına etkisini belirlemek amaçlanmıştır. Çalışma, araştırma türlerinden biri olan tanımlayıcı kesitsel tipte planlanmıştır. Çalışmada, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Polikliniklerine başvuran 18-55 yaş arası çalışan kadınlara anket formu elden verilerek doldurtulmuştur. Elden doldurma imkanı olmayan kadınlara ise formun Google Forms üzerinden hazırlanan çevrimiçi versiyonu, çalışmaya katılma izinleri sözlü olarak alındıktan sonra, iletilerek doldurtulmuştur. Anket formu 46 sorudan ve Premenstrual Sendrom Ölçeğinden oluşmaktadır. Çalışma için toplamda 420 çalışan kadına ulaşılmıştır. 50 kadın çeşitli nedenlerle örneklemden çıkarılmış ve toplamda 370 kadına anket formu uygulanmıştır. “Premenstrual Sendrom Ölçeği” uygulanmış olan kadınlardan PMS ile uyumlu olan kadınlar araştırma grubunu, PMS ile uyumlu olmayanlar ise kontrol grubunu oluşturmaktadır. Çalışma sonuçları IBM SPSS.23 programı kullanılarak analiz edilmiştir. Anlamlılık düzeyi olarak $p < 0.05$ kabul edilmiştir. Çalışmaya katılan kadınlarda PMS prevalansı %65,1 olarak bulunmuştur. Çalışmada toplamda 31 kadın PMS şikayetleri nedeniyle doktora başvurmuştur. 10 kadın PMS tanısı almış, 5 kadın ilaç tedavisi kullanmış, 6 kadın ise ilaç dışı tedavi almıştır. PMS'nin aile içi ilişkiyi, yaşam kalitesini, günlük

yaşamı olumsuz etkilediği görülmüştür ve sonuçlar istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. PMS semptomları erken başlayıp geç biten bireylerde PMS daha fazla görülmüştür ve sonuçlar istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Üniversite mezunu olma, alkol kullanımının artması, dismenore PMS sıklığını artırmıştır ve bu sonuçlar istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. PMS semptomları nedeniyle son 1 yıl içinde işe geç gitme, işten izin alma ve istirahat raporu alma ile PMS arasındaki ilişki incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir sonuç bulunmamıştır. PMS'nin çalışma yaşam kalitesine etki puanı, işe devamsızlığa etki puanı, iş performansına etki puanı, işte dikkat ve odaklanma, işte çalışma hızına etki puanı, işte uyku durumuna etki puanı PMS pozitif bireylerde daha yüksek bulunmuştur ve sonuçların istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür. Çalışmada elde edilen veriler ışığında PMS'nin iş performansını azalttığı, işe devamsızlığı arttırdığı, iş yaşam kalitesini düşürdüğü gözlemlenmiştir. Şiddetli menstrüel semptom yaşayan çalışan kadınlar için yöneticilerin bilgilendirilmesi ve kadınların iş memnuniyetini ve verimini artıracak çalışma koşullarının sağlanması gerekmektedir. Bu durum göz ardı edildiği takdirde hem kişi hem de iş hayatı açısından verimliliğin azalacağı düşünülmektedir.

ABSTRACT

Keywords Premenstrual Syndrome, Work Performance, Work Attendance, Quality of Worklife

Acar, F. The Effect of Premenstrual Syndrome on Work-Related Quality of Life, Work Attendance and Work Performance of Working Women: A Cross-sectional Study, Hacettepe University, Medicine Faculty, Department of Family Medicine, Thesis, Ankara 2022.

Premenstrual syndrome is a cyclical disorder that is characterized by cognitive, somatic, behavioral, and emotional symptoms seen in the luteal phase of the menstrual cycle and ends with the onset of menstruation, usually seen in middle and young aged women. Premenstrual syndrome adversely affects women's quality of life because it affects the majority of women slightly, moderately, or severely. Due to the fact that working women spend the majority of their day at work, premenstrual syndrome is regarded to have a negative impact on business life. The purpose of study was to ascertain how premenstrual syndrome affected working women's work performance, work attendance, and quality of work life. Working women between the ages of 18 and 55 who applied to the Department of Family Medicine Outpatient Clinics at Hacettepe University Faculty of Medicine were given a form to complete. To the women who were unable to complete the form in the hospital, after receiving their verbal assent to participate in the study, the online version of form created using Google Forms submitted and asked to fill the form out. The survey form consists of 46 questions and "Premenstrual Syndrome Scale". A total of 420 working women were reached for the study. 50 women were excluded from the sample for various reasons, and a survey form was applied to 370 women in total. The women who were compatible with PMS on the "Premenstrual Syndrome Scale" were assigned to the research group, whereas those who were not compatible with PMS were assigned to the control group. Study results were analyzed using the IBM SPSS.23 (IBM Inc., Chicago, IL, USA) program. The significance level was accepted as $p < 0.05$. The prevalence of PMS in women participating in the study was 65.1%. In the study, a total of 31 women consulted a doctor for PMS complaints. 10 women were

diagnosed with PMS, 5 women used drug therapy, and 6 women received non-drug therapy. In the study, it was observed that PMS negatively affected the family relationship, quality of life and daily life. PMS was more common in individuals whose PMS symptoms started early and ended late. Being a university graduate, increasing alcohol use and dysmenorrhea all contributed to an increase in the frequency of PMS. When the association between PMS, working late, taking leave from work, and taking a rest report in the previous year owing to PMS symptoms was analyzed, no significant results were found. PMS-positive persons had a higher effect score on the quality of work life, on work attendance, work performance, concentration and focus at work, working speed at work, and sleep state at work. According to the study's findings, PMS decrease work performance, increase absenteeism, and lower the quality of work life. Managers should be notified about working women who are having severe menstruation symptoms, and working circumstances that will boost women's work quality and productivity should be given. If this issue is disregarded, productivity in both individuals and business life is expected to decline.

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	iii
ÖZET.....	iv
ABSTRACT	vi
SİMGELER VE KISALTMALAR.....	x
TABLolar DİZİNİ.....	xi
ŞEKİLLER DİZİNİ	xii
1. GİRİŞ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Premenstrual Sendrom.....	3
2.1.1 Premenstrual Sendrom Prevalansı	5
2.1.2 Premenstrual Sendrom Etiyolojisi	5
2.1.3 Premenstrual Sendromun Risk Faktörleri.....	11
2.1.4 Premenstrual Sendromun Belirtileri.....	16
2.1.5 Premenstrual Sendrom Tanı	16
2.1.6 Premenstrual Sendrom Tedavi	21
2.2 Premenstrual Sendromun Çalışma Yaşamı Üzerine Etkileri	31
2.2.1 Premenstrual Sendromun İşle İlgili Yaşam Kalitesine Etkisi	32
2.2.2 Premenstrual Sendromun İş Performansına Etkisi	33
2.2.3 Premenstrual Sendromun İşe Devamlılık Durumuna Etkisi	34
2.3 Aile Hekimliği ve Premenstrual Sendrom.....	35
3. GEREÇ VE YÖNTEM	38
3.1. Çalışmanın Dizaynı:	38
3.2. Çalışmanın Yeri ve Zamanı:	38
3.3. Evren ve Örneklem.....	38
3.4. Çalışmanın Yöntemi ve Veri Toplama Araçları:	40
3.5. Verilerin Toplanması:	43
3.6. Veri analizi öncesi kategorizasyon:	43
3.7. Verilerin İstatistiksel Analizi	44
3.8. Etik İzinler.....	44
4. BULGULAR	45
4.1 Kadınların Bazı Tanımlayıcı Özellikleri	45
4.2 PMS Görülme Durumu ve PMS ile İlgili Genel Durumlar	51
4.3 Kadınlarda PMS Görülme Durumunu Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi	55

4.4 Kadınlarda PMS Görülme Durumunun İş Hayatına Etkisi	62
5. TARTIŞMA	67
5.1 PMS ile ilgili genel analizler	67
5.2 PMS ile ilgili risk faktörleri	71
5.3 PMS ile iş hayatı ile arasındaki ilişki	81
6. SONUÇLAR	88
7. ÖNERİLER	90
8. KAYNAKLAR	91
9. EKLER	103

SİMGELER VE KISALTMALAR

5-HT	: 5 Hidroksitriptam
5α-DHP	: 5 α Dihidroprogesteron
ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
ACOG	: Amerikan Obstetrisyenler ve Jinekologlar Birliği
ALLO	: Allopregnenolon
APA	: Amerikan Psikiyatri Birliği
BDT	: Bilişsel Davranışsal Terapi
BKİ	: Beden Kitle İndeksi
DHP	: Dihidroprogesteron
DRSP	: Günlük Sorun Şiddeti Kaydı
DSM	: The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders “Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı”
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
GABA	: Gama Aminobütirikasit
GnRH	: Gonodotropin Salgılayıcı Hormon
ICD	: Uluslararası Hastalık Sınıflaması
KOK	: Kombine Oral Kontraseptif
LH	: Luteinizan Hormon
MAO	: Monoamin Oksidaz
OKS	: Oral kontraseptif
PM	: Premenstrual Molimia
PMDB	: Premenstrual Disforik Bozukluk
PMT	: Premenstrual Tension
PMS	: Premenstrual Sendrom
PMSÖ	: Premenstrual Sendrom Değerlendirme Ölçeği
RAAS	: Renin Anjiyotensin Aldosteron Sistemi
SSRI	: Selektif Serotonin Geri Alım İnhibitörü
SPSS	: Scientific Packages for Social Sciences
VKİ	: Vücut Kitle İndeksi
WRQoL	: İş Yaşam Kalitesi Ölçeği

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo	Sayfa
Tablo1.1. Premenstrual Sendromun Duygusal ve Somatik Belirtileri	18
Tablo 1.2 Premenstrual Disforik Bozukluk için Tanı Kriterleri	20
Tablo 4.1 Kadınların sosyodemografik özelliklerine ilişkin dağılımı	45
Tablo 4.2 Kadınların çalışma yaşamı özelliklerine ilişkin dağılımı	46
Tablo 4.3 Kadınların sağlık ve yaşam biçimi özelliklerine göre dağılımı	48
Tablo 4.4 Kadınların menstruasyon ve doğurganlık özelliklerine ilişkin dağılımı	50
Tablo 4.5 Kadınlarda PMS Görülme Durumu	51
Tablo 4.6 Kadınların PMSÖ'den Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı	52
Tablo 4.7 Kadınların PMS ile ilgili genel durumlarının karşılaştırılması	54
Tablo 4.8 Kadınlarda PMS görülme durumu ile sosyodemografik özellikler arasındaki ilişkinin incelenmesi	55
Tablo 4.9 Kadınlarda PMS görülme durumu ile çalışma özellikleri arasındaki ilişkinin incelenmesi	56
Tablo 4.10 Kadınlarda PMS görülme durumu ile kadınların sağlık ve yaşam biçimi özellikleri arasındaki ilişkinin incelenmesi	58
Tablo 4.11 Kadınlarda PMS görülme durumu ile kadınların menstruasyon ve doğurganlık özellikleri arasındaki ilişkinin incelenmesi	61
Tablo 4.12 Kadınlarda PMS görülme durumu ile iş hayatı arasındaki ilişkinin incelenmesi	64
Tablo 4.13 Kadınların çalışma hayatı ile işten izin alma geç gitme ve istirahat raporu alma arasındaki ilişki	65

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil	Sayfa
Şekil 2.1 Menstrual döngünün fizyolojik evreleri	3
Şekil 2.2 Avrupa Aile Hekimliği Tanımı: Çekirdek yeterlilikler ve özellikler	36
Şekil 3.1 Çalışma akış şeması	40

1. GİRİŞ

Menstruasyon menarştan menapoza kadar devam eden her ay düzenli olarak tekrarlayan kadın hayatının yaklaşık 30-35 yılını etkileyen fizyolojik bir olaydır (1,2). Menstrual siklus menstrual kanamanın ilk gününden bir sonraki kanamaya kadar geçen süredir. Menstrual siklus bireysel farklılıklara rağmen ortalama 28 günlük bir periyottur (3). Menstruasyon süresi ise ortalama 4-5 gündür (4).

Kadınlar menstrual siklus boyunca çeşitli problemler yaşayabilmektedir (5). Bu problemler premenstrual sendrom (PMS), dismenore, menstrual siklus değişiklikleri ve menoraji olabilir (6). PMS en çok karşılaşılan problemlerden biridir (4).

Premenstrual sendrom menstrual siklusun luteal fazında görülen menstruasyonun başlamasıyla son bulan bilişsel, somatik, davranışsal ve duygusal belirtilerle karakterize genellikle orta ve genç yaşta kadınlarda görülen döngüsel bir bozukluktur (7,8).

İsviçre’de yapılan bir meta analiz çalışmasında katılımcıların %90’ını en az bir PMS semptomu bildirmiş ve %10,3’ lük bir kısmına PMS tanısı konulmuştur (9). Direkvand-Moghadam ve arkadaşlarının yürüttüğü, 17 çalışmanın dahil edildiği bir başka meta analiz çalışmasında ise PMS prevalansı %47,8 olarak belirlenmiştir. En düşük ve en yüksek prevalans sırasıyla Fransa’da %12 ve İran’da %98 olarak rapor edilmiştir (10). Türkiye’de yapılan çalışmalarda ise PMS prevalansı %40-50 arasında bulunmuştur (11,12). Üniversite öğrencilerinde yapılan bir çalışmada PMS prevalansı %36,4 olarak bulunmuştur (13).

Kadınların yaklaşık %90’ı hafif şiddette, %20-40 orta şiddette, %3-8i ağır şiddette premenstrual semptomları yaşamaktadır (9,14). Premenstrual sendromda karşımıza çıkan bu semptomlar sinirlilik, yorgunluk, memelerde hassasiyet, ödem, baş ağrısı, uykusuzluk, fazla uyuma, cinsel istekte azalma, ishal, kabızlık, bel ağrısı, ani üzülme, kendini küçük görme, nefes darlığı, depresyon, karın ağrısı şeklinde sayılabilir (11)

PMS birçok kadının yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir (15). PMS’li kadınların sosyal ilişkilerinin bozulduğu, hata yapma ya da kaza yapma eğilimlerinin arttığı, kendilerine güvenin azaldığı, ev, okul, iş gibi birçok ortamda

işlevselliklerinin azaldığı bilinmektedir (16,17). Bu durum, sadece kişisel olarak kadınları değil aynı zamanda iş ve aile hayatını da etkilediği için sosyal bir sorun olarak tüm toplumu ve hatta ekonomiyi de etkilemektedir (18).

Yapılan çok uluslu bir çalışmada orta veya şiddetli PMS semptomları olan kadınların iş verimliliğinde azalma ve devamsızlıklarında artma görülmüştür (19). Türkiye’de yapılan bir çalışma çalışan kadınların %44ü PMS’nin iş performanslarını kötü etkilediğini belirtmiştir (18). Yine aynı şekilde Türkiye’de yapılan bir çalışmada hemşirelerde PMS’nin işle ilgili yaşam kalitesini düşürdüğü belirtilmiştir (20).

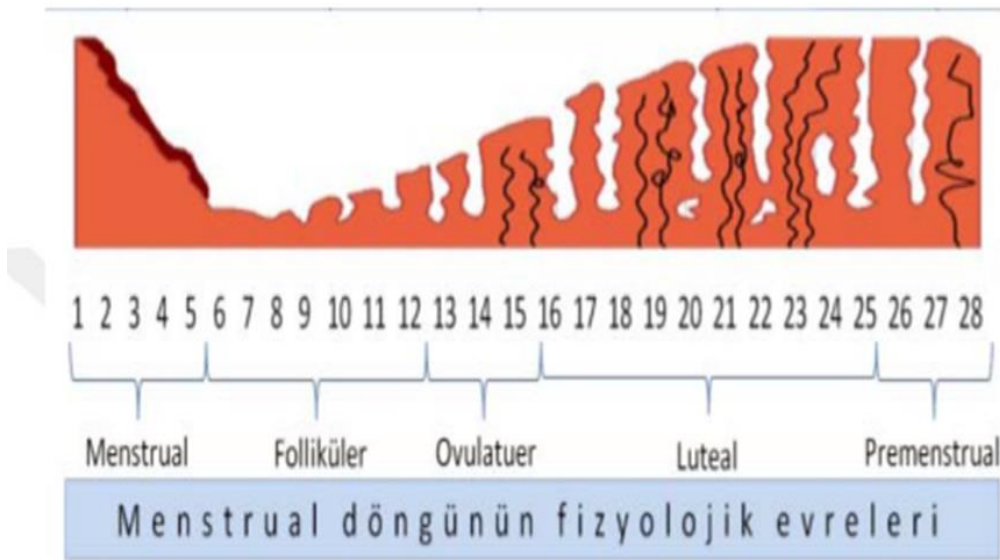
İşle ilgili yaşam kalitesi, bir çalışanın çalışma koşulları ve işyeri ile ilgili faktörler hakkındaki fiziksel ve zihinsel algıları olarak tanımlanabilir. Bu faktör ve koşullar çalışan katılımı, sosyal uyum ve ilgi, iletişim, insan kaynaklarını kullanma ve geliştirme fırsatları iş güvenliği, yasal yönetim, yeterli ve eşit tazminat, çatışma çözümü politikaları, güvenli ve sağlıklı iş koşulları ve işe yönelik onur duygusu olarak belirtilebilir (20,21).

PMS’li kadınların çalışma hayatında iş performansı, işle ilgili yaşam kalitesi, işe devamlılık durumları ile ilgili çalışmalar bulunmaktadır ancak bu çalışmaların genelde belirli meslek gruplarında yapıldığı görülmüştür; her meslek grubunun dahil olduğu geniş kapsamlı bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu çalışmamızda birinci basamakta PMS’nin çalışan kadınlardaki prevalansını saptamayı, işle ilgili yaşam kalitesi, işe devamlılık durumunu ve iş performansı ile ilişkisini araştırmayı amaçladık.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Premenstrual Sendrom

Menstruasyon menarştan menapoza kadar devam eden her ay düzenli olarak tekrarlayan kadın hayatının yaklaşık 30-35 yılını etkileyen fizyolojik bir olaydır (1,2). Menstrual siklus menstrual kanamanın ilk gününden bir sonraki kanamaya kadar geçen süredir. Menstrual siklus bireysel farklılıklara rağmen ortalama 28 günlük bir periyottur (3). Şekil 2.1’de görüldüğü gibi 28 günlük bu siklus menstrual, foliküler, ovulatuvar, luteal ve premenstrual dönemden oluşmaktadır (22).



Şekil 2.1 Menstrual döngünün fizyolojik evreleri

Foliküler faz denmesinin nedeni bu dönemde foliküllerin (yumurta hücreleri) gelişmeye başlamasıdır. Foliküler fazın sonunda kandaki hormon düzeylerindeki değişmeye bağlı olarak foliküllerden biri olgunlaşarak 14. günde çatlar ve ovulasyon gerçekleşir. Ovulasyon sonrasında gebelik gerçekleşmez ise çatlamış olan folikülün hücre yapısında luteinizan hormon (LH) etkisi ile değişiklikler başlar ve corpus luteum(sarı cisim) oluşur bu nedenle bu faz luteal faz adını alır (1).

Kadınlar menstrual siklus boyunca çeşitli problemler yaşayabilmektedir (5). Bu problemler premenstrual sendrom (PMS), dismenore, menstrual siklus

değişiklikleri ve menoraji olabilir (6). PMS en çok karşılaşılan problemlerden biridir (4).

Premenstruel sendrom menstruel siklusun luteal fazında görülen menstruasyonun başlamasıyla son bulan bilişsel, somatik, davranışsal ve duygusal belirtilerle karakterize genellikle orta ve genç yaştaki kadınlarda görülen döngüsel bir bozukluktur (7,8).

PMS ilk olarak 1931 yılında Dr. Rober T. Frank tarafından ‘‘adet öncesi gerginlik’’ olarak tanımlanmıştır. Frank, belirli aralıklarla meydana gelen aile içi huzursuzluğa, kişinin mutsuzluğuna neden olan durumun kadınların hormonal düzeniyle alakalı olduğunu belirtmiştir (23). 1952 yılında Dalton PMS terimini ilk kullanan kişi olmuştur (1). 1963 yılında Coppen ve Kessel, 1968 yılında ise Moos premenstrual döneme özgü belirtileri tanımlamıştır. 1979 yılında Taylor, 1981 yılında Reid ve Yen, 1986 yılında Casper ve Powel PMS semptomlarının siklik özellikleri üzerinde durmuşlardır (12).

1985 yılında ise Reid tarafından yapılan ‘‘Premenstrual Sendrom (PMS); fiziksel, psikolojik ve davranışsal değişikliklerle karakterize, şiddetli olduğu durumda kişilerarası ilişkileri ve normal aktiviteleri bozan, tekrarlayıcı luteal faz durumudur’’ şeklindeki tanım üzerinde uzlaşmıştır (24). 1987 yılında Amerikan Psikiyatri Birliği tarafından geç luteal faz disforik bozukluk (LLPDD) ya da premenstrüel disforik bozukluk (PMDB) olarak adlandırılmıştır (1). Bir kadının PMDB tanısı alabilmesi için luteal fazın son haftasında görülüp birkaç gün içinde düzelmesi ve bunun yanında davranışsal emosyonel semptomların günlük hayatın işleyişini bozması gerekmektedir (25)

PMS bulgularını içeren PMS’ den ayrı olarak tanımlanmış PMT (Premenstrual Tension), PM (Premenstrual Molimia) olarak adlandırılan iki durum daha mevcuttur. PMT depresyon, anksiyete, huzursuzluk vb. gibi emosyonel durumların baskın olduğu ancak semptomların günlük hayatı etkilemeyecek kadar hafif olduğu menstruasyonun yakın olduğunu bildiren kısa süreli bir durumdur. PM ise kadınların %80-90’ında görülen etyolojisinde PMS’ nin aksine psikososyal faktörlerin daha fazla etkili olduğu günlük yaşamı etkilemeyen durumdur (1).

2.1.1 Premenstrual Sendrom Prevalansı

Premenstrual sendromun gerçek sıklığını bulmak tanınmış güçlükle nedeniyle zor olsa da yapılan epidemiyolojik çalışmalar mevcuttur fakat bu çalışmalar epidemiyolojik çalışmaların kısıtlı sayılarda örnekleme yürütülmesi, özellikle kabul edilmiş bir tanımının olmaması, semptomların çok çeşitli olması, PMS'yi değerlendirmek için farklı ölçeklerin kullanılması gibi nedenlerle farklı oranlar çıkmaktadır (10,26).

17 makalenin incelendiği bir meta analiz çalışmasında dünya çapında PMS prevalansı %47,8 olarak bulunmuştur. Bunun yanında PMS prevalansı en yüksek ülke %98 ile İran en düşük ülke ise %12 ile Fransa olarak bulunmuştur (10). İsviçre'de yapılan bir meta analiz çalışmasında katılımcıların %90'ını en az bir PMS semptomu bildirmiş ve %10,3'lük bir kısım PMS olarak belirlenmiştir. Yine aynı çalışmada orta şiddetli PMS prevalansı %10,3 iken PMDB prevalansı %3,1 olarak bulunmuştur (9). Almanya'da yapılan bir çalışmada 14-24 yaş arasındaki 1488 kadın arasında PMDB prevalansı %5,8 kümülatif yaşam boyu insidans %7,4 olarak bulunmuştur (27).

Türkiye'de PMS prevalansı incelendiğinde 500 kadınla yapılan bir çalışmada PMS prevalansı %47 olarak bulunmuştur (8). Yapılan başka bir 597 kadının katıldığı çalışmada kadınların %51'i PMS semptomu gösterirken bu çalışmada PMS prevalansı hafif şiddette %33, orta şiddette %16, şiddetli de ise %2 olarak bulunmuştur (12). Üniversite öğrencilerinde yapılan bir çalışmada PMS prevalansı %36,4 olarak bulunmuştur (13). Meşecinin çalışan kadınlar arasında yaptığı çalışmada ise orta ağır PMS ve PMDB prevalansı sırasıyla %8,6 ve %2,9 olarak bulunmuştur (18). Bu çalışmada çalışan kadınların %44,3ü PMS'nin iş performansını olumsuz etkilediğini belirtmiştir (18).

2.1.2 Premenstrual Sendrom Etiyolojisi

PMS ve PMDB'nin etiolojisi henüz net olarak bilinmemektedir ancak birden fazla faktörün etkili olduğu çeşitli çalışmalarla bildirilmiştir (28). Günümüzde PMS ve PMDB'nin fizyolojik ve biyolojik temelli durumlar olduğu psikososyal etkenlerin

sınırlı bir biçimde etkisi olduğu şeklinde görüşler mevcuttur (26). PMS'nin fizyolojik sebeplerden kaynaklandığının kanıtı olarak cerrahi menapoz sonrası bu durumların görülmemesi ve semptomların menstrual siklusla ilgili hormonal değişimlere paralel sürmesi gösterilmektedir (29).

İlk teorilerde, yumurtalık seks steroid seviyelerinde anormallikler olduğu düşünülmüş ancak semptomatik ve asemptomatik kadınlar arasında hiçbir fark gösterilmediği ve hiçbir çalışma progesteron seviyelerinde farklılıklar göstermediği için bu reddedilmiştir. Etyolojinin ovaryan siklus etrafında odaklandığı kabul edilmektedir ve bu teori, ergenlik öncesi, hamilelik sırasında, menopozdan sonra ve gonadotropin salgılatıcı hormon (GnRH) analogları ile tedavi sırasında semptomların olmaması ile desteklenmektedir (30).

PMS'nin etyolojisinde hormonal dengesizlikler, tiroid fonksiyon bozukluğu, hipoglisemi, sıvı retansiyonu, stres ve genetik faktörlerin rol aldığı bilinmektedir (23).

Seks Steroidleri

PMS belirtilerinin over işlevi bozuk olan kadınlarda nadiren ortaya çıkması PMS patofizyolojisinde steroidlerin önemli olduğunu göstermiş ve çalışmalar bu alana yoğunlaşmıştır (31). Başlangıçta PMS etyolojisinde büyük bir rol luteal fazda azalmış progesteron seviyesine bağlanmıştır (32). Daha sonraki yıllarda bu durumun progesteron düşüklüğünden çok luteal dönemde ovaryan hormonlar arasındaki dengesizliğe bağlı olduğu bildirilmiş ve progesteron eksikliği değil de östrojen progesteron oranından kaynaklı göreceli bir progesteron düşüklüğü olduğu söylenmiştir (26). Dalton birçok kadına progesteron vererek tedavi etmeye çalışmış ancak çalışmaların metodolojileri ve hormon oranları nedeniyle sonuçlar tartışmalı olarak bulunmuştur (24). Günümüzde PMS etyolojisinde kabul gören görüş gonadal hormonlardaki normal dalgalanmaların merkezi nörokimyasal olayları tetikleyerek bu duruma yatkın olan kadınlarda PMS semptomlarının ortaya çıkardığı yönündedir (26).

Progesteron beyindeki gama-aminobütirikasit (GABA) aracılığıyla hareket eden, nöroaktif olan özellikle allopregnenolon metaboliti gibi metabolitlerinin etkisiyle anksiyolitik etki gösterebilen bir hormondur. PMS'nin, dolaşımdaki

seviyelerine bakılmaksızın merkezi sinir sisteminde kendiliğinden üretilenler de dahil olmak üzere nöroaktif progesteron metabolitleri ile ilişkili olduğuna inanılmaktadır. Bu bileşikler anksiyolitik, analjezik ve anesteziik özellikler gösterirler ve nörotransmisyonu engelleyen ana reseptör olarak kabul edilen GABA reseptörü ile etkileşime girerler (32).

Premenstrüel fazda PMS semptomlarının şiddetinin arttığı menstrüel siklusların, önemli ölçüde artan östradiol seviyeleri ve azalan progesteron seviyeleri ile ilişkili olduğu gösterilmiştir. Yüksek premenstrüel östradiol, pregnenolon ve pregnenolon sülfat seviyelerine sahip sikluslarda daha şiddetli PMS semptomları gözlemlenmiştir (32).

Foliküler faz süresince yüksek olan östrojen luteal faz sonunda düşmeye başlar. Serotonerjik aktiviteyi artıran östrojen hormonon luteal fazda düşmesiyle PMS'nin depresyon belirtileri gözlenir. Bir çok çalışmada kadınların testesteron düzeyine bakılmamasına rağmen yapılan bir çalışmada, PMS hastalarının toplam ve serbest plazma testesteron seviyelerinin sağlam bireylere göre anlamlı derecede düşük olduğu bildirilmiştir (24).

Serotonin

PMS belirtilerinden depresyonun patofizyolojisinde serotonerjik sistemin yer alması serotoninin PMS üzerinde de etkisi olabileceğini düşündürmüştür (24). Premenstrual semptomların ortaya çıkışında merkezi sinir sisteminde en etkili nörotransmitter serotoninidir. PMS belirtilerinin serotonerjik sistemle ilişkili olan psikiyatrik durumlarla benzerlik göstermesi, serotoninin agonisti kullanımıyla bu belirtilerin düzelmesi, serotonin antagonisti ilaçların sinirlilik ve sosyal geri çekilme yapması serotonerjik sistemin PMS üzerindeki etkisini gösterir niteliktedir (26).

PMDB olan kadınlarda plateletlerde serotonin geri alımının ve kandaki serotonin düzeyinin azaldığının gösterilmesi bu kişilerde azalmış serotonerjik aktiviteye işaret etmektedir (26). Ayrıca PMS belirtilerinin azaltılmasında serotoninin öncülü olan triptofan ve kofaktörü olan pridoksinin yararlı olabilmesi serotonerjik sistemdeki bir sorunun PMDB'ye neden olabileceğini düşündürmektedir. Bununla

birlikte Fluoksetin, sitalopram, sertralin gibi serotonerjik antidepresanların PMS semptomları üzerinde etkili olması serotoninin önemini bir kez daha vurgulamaktadır (33).

Serotonin beyinde median raphe nükleus hücrelerinde progesteronla birlikte bulunur. Beyindeki serotonerjik aktivite östrojen ve progesterondan etkilenir. Progesteron monoamin oksidazı (MAO) artırır, bu da 5-hidroksitriptamin mevcudiyetini azaltır ve sonuç olarak depresif bir ruh hali oluşur. Östrojen MAO'nun bozunmasını artırır, böylece beyindeki serbest triptofanın mevcudiyetini artırır, bu da serotonin taşınmasını artırır ve bu nedenle beyindeki 5-HT bağlanma bölgelerini uyarak bir antidepresan etkiye neden olur (30).

Endojen Opioid Peptidler

Premenstrüel disforik bozukluğu olan kadınların, kontrollere göre daha düşük ağrı eşikleri ve daha düşük ağrı tolerans süreleri olduğu görülmektedir. Döngünün tüm aşamalarında iskemik ağrıya karşı yüksek hassasiyetleri vardır ancak bu ağrıyı luteal fazda daha yoğun ve daha nahoş olarak değerlendirmektedirler (34).

Stresin algılanmasında önemli bir rola sahip olan endojen opioidler grubundan beta-endorfin normal adet döngüsünde foliküler evrede azalırken luteal evrede artmaktadır (24). Chuong ve arkadaşlarının 1994 yılında perioovuluar aşamada B-endorfin düzeylerinin PMS semptomları ile ilişkili olup olmadığını belirlemek için yaptığı çalışmada, perioovuluar faz boyunca beta-endorfin seviyeleri PMS hastalarında kontrol grubuna göre daha düşük bulunmuştur (35).

Vitamin ve Mineral Eksiklikleri

PMS etyolojisinde hormonlar dışında magnezyum, çinko, kalsiyum, pridoksin ve E vitaminin rol aldığı düşünülmektedir.

Çinko kadınlarda duygusal ve mental olayları etkileyen nörotransmitterlerin ve hormonların salınımında önemli bir role sahiptir. Bu nedenle PMS semptomlarının oluşumunda etkisi olabileceği düşünülmüştür. Ayrıca bununla birlikte PMS tanılı

hastaların şeker ve karbonhidratı fazla tüketmesi bu hastalarda mineral eksikliği olabileceğini düşündürmüştür (36).

Magnezyum birçok enzimatik reaksiyonda kofaktör olarak yer almaktadır. Magnezyum eksikliği bulantı, apati, kas kasılmaları, kişilik değişimlerine neden olabilir. PMS'de magnezyumun azalma sebebi tam olarak bilinmese de gastrointestinal sistemde emilimin azalması ya da renal yolla atılımın artması olarak düşünülmektedir (31).

Vitamin B6 (pidoksin) bazı nörotransmitterlerin sentezinde önemli bir yere sahip olmasının yanında vücutta magnezyum düzeyini ayarlamaktadır. Serotonin ve dopamin sentezinde koenzim olarak rol oynaması nedeniyle PMS semptomlarını açığa çıkardığı düşünülmektedir (37).

Luteal faz süresince günde 400 IU E vitamini takviyesi alan hastaların somatik şikayetlerinin azalması E vitaminin PMS etyolojisinde rol alabileceğini düşündürmüştür (7).

Depresyon , anksiyete gibi belirtilerin hipokalsemide de görülmesi PMS'nin etyolojisinde kalsiyumun da rol alabileceğini düşündürmüştür (36).

Hipoglisemi

Hipoglisemi semptomlarının PMS semptomlarına benzemesi nedeniyle PMS etyolojisinde hipoglisemi oynayabileceği düşünülmüştür. Luteal fazda karbonhidrat metabolizmasının bozulması sonucu oluşan glukoz intoleransının premenstrual belirtilere sebep olduğu düşünülmektedir ancak yapılan çalışmalarda luteal fazda oral glukoz yüklemesine abartılı insulin cevabı görülmesine rağmen PMS yaşayan ve yaşamayan kişiler arasında belirgin fark ve glukoz alımıyla semptomlarda rahatlama gösterilememiştir (38).

Sıvı Retansiyonu

PMS'de sıklıkla şişkinlik ve sıvı retansiyonu gibi şikayetlerin olması bu durumun minerolokortikoid değişiklikleri nedeniyle olabileceğini düşündürmüştür. Östrojenin renin-anjiyotensin-aldosteron sistemini aktive etmesi (RAAS),

progesteronun ise başta natriüretikken bu etkisinden sonra sekonder RAAS sistemini aktifleştirmesi bu durumu açıklar niteliktedir ancak yapılan çalışmalarda foliküler ve luteal faz arasında bir fark görülmemiştir. PMS’de vasküler regülasyon stabil olmadığından, sıvı retansiyonundan çok sıvının dağılımındaki değişimin şişkinlik hissinden sorumlu olduğu hipotezi sunulmuştur (31,38).

Genetik

PMS etyolojisinde genetik önemli bir yere sahiptir. İkiz, aile ve evlat edinme çalışmaları, premenstrüel sendromun genetik bir bileşeni olduğunu ileri sürmektedir (Henshaw, 2007). Yapılan bir çalışmada monozigot ikizlerde %93’lük PMS uyum oranı belirlenirken dizigot ikizlerde bu oran yüzde 44 olarak bulunmuştur. Semptomlar PMS’ye özgü olmasa da 1000 kadın ikiz üzerinde yapılan başka bir çalışmada PMS ile ilgili semptomların tahmini kalıtsallık oranının %50 olduğu bulunmuştur (28).

Yapılan bir çalışmada anneler ve kızları arasında PMS açısından güçlü bir ilişki olduğu ve PMS semptomları alt grubunda çok sayıda benzerlik bulunduğu belirtilmiştir. Annelerde kaygı, yorgunluk, sinirlilik gibi belirtiler olduğunda, kızların %69,8’inde benzer belirtiler varken asemptomatik annelerin kızlarının %62,5’inde hiçbir belirti görülmemiştir (39).

Psikososyal Etkenler

PMS fizyolojik temellerden oluşur. Bununla birlikte PMS’nin belirtileri genel olarak psikolojiktir ve seyirinde psikolojik etkiler de görülür (31). Araştırmacılar, menstrüal sıkıntı ile kişilik faktörleri, özellikle nevroz, cinsiyetin rolü, menstruasyonun başlangıcının prognozu, kontrol kaynağı ve din arasında bir ilişki olduğunu bulmuşlardır. Bir çalışmanın sonuçları, kaygı ve PMS stresi arasında bir ilişki olduğunu göstermiştir. Ayrıca ağırlı adet görme ve adet süresinin artması ile depresyon ve kadınlığın rolü arasında bir ilişki olduğu belirtilmiştir (39).

PMS’yi açıklayan kuramları incelediğimizde stres ve kişilik özelliklerinin bazı kadınları PMS’ye daha duyarlı hale getirdiği düşünülmüştür. Bilişsel ve sosyal öğrenme kuramları bu etkenlerin PMS’deki rolünü açıklamaya çalışmaktadır. Bu kuramlar menstruasyonun başlamasının PMS’ye yatkın kadınlar için rahatsız edici bir

olay olduğunu ve PMS semptomları ile ilgili olumsuz düşüncelerin durumun rahatsız ediciliğini daha da artırdığını savunmaktadır (38).

Bilişsel davranışçı modele göre kadının premenstrual belirtileri ve kendisini nasıl değerlendirdiği çok önemli bir noktadır. Bu model biyolojik, sosyal, kültürel ve psikolojik etkenlerin hepsinin premenstrual belirtilerin algılanışı üzerinde etkili olduğunu savunan biyopsikososyal bir modeldir (31).

Bir diğer psikososyal teori ise psikoanalitik görüştür. Bu görüş kadının annelik ve kadınlık rolüyle ilişkili bilinçdışı çatışmalarının sorunun ana kaynağı olduğu düşünülmektedir. Psikoanalitik kuramcılara göre PMS belirtileri kadının gebe kalmayıp geleneksel kadınlık vazifesini yapmadığından dolayı ortaya çıkmaktadır (38).

2.1.3 Premenstrual Sendromun Risk Faktörleri

PMS/PMDB risk faktörleri hakkında birçok makale bulunmaktadır. PMS'nin biyolojik, sosyoekonomik ve davranışsal olmak üzere birçok risk faktörü bulunmaktadır (40).

Sosyodemografik Faktörler

Yaş, medeni durum, öğrenim durumu, yaşanılan yer, ekonomik durum ve etnik köken gibi sosyodemografik özelliklerin risk faktörü olabileceği düşünülmektedir.

PMS semptomlarının tipik olarak 14 ila 17 yaşları arasında başladığı ve en yüksek şiddet 25-35 yaşları arasında görüldüğü düşünülmektedir. Adet öncesi bozuklukların başlangıçta kadınlarda 20'li yaşlarda başladığı düşünülmüştür. Bununla birlikte son çalışmalar daha genç yaşlarda başladığını göstermiştir (41).

PMS'nin yaş ile ilişkisi incelendiğinde İsviçre'de üreme çağındaki 3500 kadın ile yapılan bir çalışmada PMS prevalansı 35-44 yaş arası kadınlarda daha yüksek bulunmuştur (9). Yine Polonya'da 2500 kadınla yapılan bir çalışmada PMS için yaşın risk faktörü olmadığı bulunmuştur (42). Bununla birlikte PMS ile yaşın ters orantılı olduğunu düşünen çalışmalar da mevcuttur. Türkiye'de 597 kadın ile yapılan bir çalışmada PMS'nin özellikler 25-29 yaş arasında görüldüğü belirtilmiştir (12). İran'da

üniversite öğrencileri ile yapılan bir araştırmada; PMS 18-20 yaşlar arasında %35,8, 20-23 yaşları arasında %40,3 ve 24 yaş ve üzerinde %9,5 olarak tespit edilmiştir (43). Johnson ve arkadaşlarının yaptığı vaka kontrol çalışmasında PMS saptanan vaka grubunun yaş olarak daha genç olduğu bulunmuştur (44).

PMS ve medeni durum ele alındığında yapılan bir çalışmada eşini kaybetmiş ya da bekar kadınlarda daha fazla PMS görüldüğü bildirilmiştir (12). Yine aynı çalışmaya benzer Tayvan'da hemşireler arasında yapılmış bir çalışmada anlamlı olmasa da bekar kadınlarda PMS sıklığının arttığı bildirilmiştir (45). Türkiye'de yapılan başka bir çalışmada PMS evli kadınlarda (%84,1) bekar olanlara (%15,9) oranla daha yüksek bulunmuştur (23).

Öğrenim ve çalışma durumu da PMS sıklığını etkileyen faktörlerdendir. Yapılan birkaç çalışmada kadınların öğrenim düzeyleriyle PMS sıklığı karşılaştırıldığında PMS' in en yüksek okur yazar olmayanlarda ve en düşük üniversite mezunlarında görüldüğü şeklinde anlamlı bir sonuç elde edilmiştir (12,46). Türkiye'de 11092 evli kadın ile yapılan bir çalışmada eğitim durumunun PMS açısından anlamlı bir fark oluşturmadığı görülmüştür (47). Pekinde yapılan bir çalışmada eğitim düzeyi yüksek olan kadınlarda PMS sıklığı anlamlı olarak daha fazla görülmüştür (48).

Yapılan çalışmalarda gelir düzeyi düşük olanların PMS sıklıklarının anlamlı derecede yüksek olduğu bulunmuştur (12,47). Bu çalışmalar dışında Pınar ve arkadaşları gelir düzeyi ile PMS arasında anlamlı bir ilişki bulamamıştır (15).

Virginia'da yapılan bir çalışmada Kafkasyalıların PMS bildirme olasılığının Afrika ve Amerikalılara kıyasla 2 kat daha fazla olduğu bulunmuştur (46). Bununla birlikte İsrail'de yapılan bir çalışmada Asyalı ve Afrika etnik kökenli kızların İsrail ya da batı kökenli kızlara göre daha yüksek premenstrual sıkıntı bildirdiği belirlenmiştir (49).

Suudi Arabistan'da yapılan bir çalışmada PMS sıklığı ile kırsal kesimde ikamet arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur (50). Bununla birlikte Polonya'da ergen kızlarda yapılan bir çalışmada büyük şehirde yaşayanların kırsal alandakilere göre 3,5 kat daha fazla PMS riski taşıdığı belirlenmiştir (42).

Psikolojik Faktörler

Stresin rolü ve önemli yaşam olayları, somatik sağlıkla olası ilişkiler açısından büyük ilgi görmüştür. PMS ile ilgili olarak, kronik stresin, başa çıkma mekanizmalarının, depresyonun, kaygının ve diğer duygusal durum tanımlayıcılarının etkisi geniş çapta incelenmiştir. Evrensel olarak, önemli yaşam stresleri bildiren kadınların adet öncesi semptomları şiddetli olarak değerlendirmeleri daha olasıdır (40).

Yapılan bir çalışmada algılanan stres düzeyi yüksek olan kişilerin PMS olma olasılıklarının 3,7 kat fazla olduğu bulunmuştur (40). Yine başka bir çalışmada günlük yaşamda (ev, iş) daha fazla strese maruz kalanların PMS sıklığı stresi az olanlara göre daha yüksek bulunmuştur (48). İspanya'da yapılan bir çalışmada algılanan stres, nevrozizm, başa çıkma stratejilerini içeren psikolojik faktörler PMS ile ilişkili bulunmuştur (51).

42 aylık bir süre boyunca 14-24 yaş arası 1488 kadından oluşan bir topluluk kohortunu ileriye dönük olarak değerlendiren bir çalışma, fiziksel tehdit, çocuklukta cinsel istismar ve ciddi kazalar gibi travmatik olayların PMDB geliştirme olasılığını artırdığını bulmuştur (27).

Kişinin menstruasyona karşı olan psikolojik tutumu da PMS'yi etkileyebilmektedir. Menstruasyona karşı olumsuz düşüncesi olan kadınların PMS sıklığının arttığını belirten çalışmalar mevcuttur (45,52).

Yaşam Biçimi Faktörleri

Kişinin yaşam tarzı PMS için risk faktörü olabilmektedir. Bununla birlikte bu faktörler değiştirilebilir faktörler olduğu için önemli bir yere sahiptir. Alkol sigara tüketimi, kafein tüketimi, beslenme düzeni, uyku, egzersiz bu faktörler arasında sayılabilir.

Sigara kullanımı östrojen, progesteron, androjen, gonadotropin hormon seviyelerini etkileyerek PMS sıklığını arttırdığı düşünülmektedir (12). Yapılan bir çalışmada sigara içen kadınların PMS semptomlarını daha şiddetli yaşadığı

belirlenmiştir (49). Yine başka bir çalışmada PMS'nin sigara kullananlarda daha fazla görüldüğü bulunmuştur (53). Bu çalışmaların aksine sigara kullanımı ile PMS arasında ilişki olmadığını belirten çalışmalar da mevcuttur (54). Ayrıca Mısırlı kız öğrencilere yapılan bir çalışmada pasif içiciliğe maruz kalma ile PMS arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur (55).

Alkolün PMS semptomlarını artıran risk faktörlerinden biri olduğu düşünülmektedir (12). Yapılan bir çalışmada alkolün PMS sıklığını 2.5 kat artırdığı bulunmuştur (40). Yine başka bir çalışmada alkol tüketenlerin PMS ölçek puanlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur (56). Bununla birlikte alkol tüketiminin PMS ile ilişkisinin olmadığını belirten çalışmalar da mevcuttur (9).

Kafein PMS'nin sinirlilik, gerginlik, uykusuzluk gibi belirtilerini artırabilmektedir (12). Kafein tüketimi genelde çay ve kahve ile yapılmaktadır. Yapılan bir çalışma günde 2 fincan kahve tüketen bireylerin PMS ölçek puanlarının arttığını bildirmiştir (56). Yapılan başka bir çalışmada haftada 7 fincan kahve tüketiminin PMS semptomlarını artırdığı bulunmuştur. Aynı çalışmada çay tüketiminin PMS semptomlarına etkisi anlamlı kabul edilmemiştir (57). Başka bir çalışmada fazla kahve tüketenlerin %92'sinde PMS görülmüş ancak çay tüketimiyle PMS arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (55). Farklı bir çalışmada kahve tüketimi ve PMS arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır (46).

Beslenme düzeni PMS'yi etkileyen diğer faktörlerden biridir. Dengeli ve düzenli beslenmenin PMS şikayetlerini azalttığı düşünülmektedir. Yapılan bir çalışma çikolata, kek ve tatlılar gibi tatlı tadı olan gıda maddelerinin aşırı alımı, bu gıda maddelerini sıklıkla yiyen öğrencilerde daha az tüketenlere göre %88,5 daha fazla PMS olduğunu bu nedenle PMS oluşumu üzerinde önemli bir etkiye sahip olduğunu bulmuştur (40). Benzer bir gözlem %71,4'ünde PMS olduğu için fazla fastfood tüketen öğrenciler için de yapılmıştır. Meyve ve sebze alımının azalması, PMS oluşumu ile önemli ölçüde ilişkili olarak bulunmuştur. Yeterli meyve ve sebze alımı olmayanların yaklaşık %86'sı PMS'ye sahipken, alanların %13,9'u PMS'ye sahip olarak bulunmuştur (55). Japonya'da yapılan bir çalışmada tuzlu yiyecek tüketiminin PMS sıklığını 1.89 kat artırdığı bulunmuştur (41). Türkiye'de yapılan bir çalışmada ise düzensiz kahvaltı

ve fastfood tüketimi gibi kötü beslenme alışkanlıklarının PMS riskini önemli ölçüde artırdığı bulunmuştur (56).

Günlük yaşamda fiziksel olarak aktif olma ve egzersiz yapmanın PMS sıklığını azalttığı düşünülmektedir. Yapılan bir çalışmada sedanter yaşayan öğrencilerin %91'i PMS iken fiziksel aktif kadınların %49'u PMS tanısı almıştır (55). Yine başka bir çalışmada herhangi bir spor kulübüne gitmenin PMS riskini azalttığı bulunmuştur (58). Farklı bir çalışmada PMS'li kadınların fiziksel olarak aktif olma olasılıkları PMS'li olmayanlara göre 2.9 kat daha fazla olarak bulunmuştur (40). Suudi Arabistan'da yapılan bir çalışma fiziksel olarak aktif olan kadınların PMS sıklığının daha fazla olduğunu belirtmiştir (57).

PMS'yi etkileyen bir başka faktör de obezitedir. Yapılan bir çalışmada obez kadınlar ($bki > 30$) obez olmayan kadınlara göre PMS için 2,8 kat daha fazla risk altında bulunmuştur (46). Yapılan başka bir çalışmada BKİ ile PMS arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. BKİ' deki her $1\text{kg}/\text{m}^2$ 'lik bir artış PMS riskinde %3'lük önemli bir artışla bağlantılı olarak bulunmuştur (44).

Yapılan bir çalışma uyku düzeni bozuk olan kişilerin 2,72 kat daha fazla PMS olma ihtimali olduğunu bulmuştur (58). Yine başka bir çalışma daha düşük uyku kalitesinin PMS sıklığını artırdığını bulmuştur (54).

Menstrual Siklus Faktörleri

PMS'yi etkileyen faktörler arasında menstrual siklusun özelliklerinin önemli bir yeri vardır. Yapılan bir çalışmada menstrual siklusları düzenli olan kadınların olmayan kadınlara göre PMS ölçek puanları anlamlı derecede düşük çıkmıştır (56). Farklı bir çalışmada düzenli döngü PMS için bir risk faktörü olarak belirlenmiştir (50).

Yapılan başka bir çalışmada 12 yaşından küçük yaşta adet görmeye başlayan veya 6 günden fazla adet gören kadınlar, yaşlarına göre daha yüksek risk altında bulunmuştur. Ayrıca, adet döngüsü 35 gün veya daha uzun olan kadınlarda risk yaklaşık üç kat artmış olarak bulunmuştur (46).

Yine başka bir çalışmada menstrual kanamaları 6 günden uzun süren kadınların PMS olma olasılıklarının daha fazla olduğu bulunmuştur (59). Ayrıca dismenorezi olan kadınların PMS sıklıklarının daha fazla olduğunu bildiren çalışmalar mevcuttur (52,58).

Ailede PMS öyküsü olması önemli bir risk faktörü olarak görülmektedir. Yapılan çalışmalarda annesinde PMS tanısı olan kadınların PMS olma olasılığı daha yüksek bulunmuştur (50,52).

2.1.4 Premenstrual Sendromun Belirtileri

Reproduktif dönemdeki kadınların birçoğu bir ya da daha fazla PMS semptomu yaşamaktadır. Bu semptomlar kişiden kişiye değişmekte hatta bazen aynı kişide farklı aylarda farklı semptomlar şeklinde olabilmektedir. 200'den fazla belirtinin PMS ile ilişkili olduğu gösterilmektedir. Belirtilerin çokluğu nedeniyle semptomlar fiziksel, psikolojik ve davranışsal şeklinde gruplandırılmıştır (11).

Fiziksel belirtiler: memede gerginlik hassasiyet, ödem, baş ağrısı, sıcak basması, enerji azalması, kabızlık, ishal, halsizlik, karın ağrısı, saçlarda kuruma, kilo alma, akne, üşüme, tremor, bacaklarda uyuşukluk (12).

Davranışsal belirtiler: uykusuzluk, koordinasyon kaybı, çalışma performansında azalma, intihar girişimi, insan ilişkilerinde bozulma, yorgunluk, bitkinlik, şiddetli yeme isteği, libido artışı ya da azalma, ağlama nöbetleri (31).

Duygusal belirtiler: anksiyete, kolay sinirlenme, dikkat dağınıklığı, unutkanlık, ağlama eğilimi, uykusuzluk, kendine güvenin azalması, işten kaçma, konsantrasyonda azalma, kendini küçük görme, kendini suçlama, depresyon (31).

2.1.5 Premenstrual Sendrom Tanı

PMS'nin kadın sağlığına olumsuz etkisini azaltmak ve önleyebilmek için PMS'yi tanıyabilmek önemli bir yere sahiptir. PMS'yi değerlendirirken başlangıçta iyi bir obstetrik ve menstrual öykü ile genel bir anamnez alınmalıdır. Anamnez formu; hastanın yaşı, medeni durumu, doğum sayısı, menarş yaşı, menstrual siklus özellikleri,

genel 6 sağlık alışkanlıkları (sigara ve alkol kullanımı, pasif sigara içiciliğine maruz kalıp kalmadığı, egzersiz alışkanlıkları, ilaç kullanımı, tedavi alıp almadığı...), premenstrual dönemde yaşadığı sıkıntılar, beslenme alışkanlıkları (öğün sayısı ve beslenme biçimi, kahve, çay, kola ve tuz tüketim düzeyi...), PMS' nin başlangıç yaşı, semptomların süresi ve sayısı gibi sorular içermelidir (12).

Premenstrüal bozukluklar, adet döngüsünün luteal fazında gelişen, hastanın normal günlük işleyişini etkileyen ve menstruasyondan kısa bir süre sonra düzelen psikiyatrik veya somatik semptomlardan oluşur. Luteal faz yumurtlamadan sonra başlar ve adet başlanmasıyla sona erer. Psikiyatri ve jinekolojinin alt uzmanlıkları, adet öncesi bir bozukluk olarak nitelendirilen birbiriyle örtüşen ancak farklı tanımlar geliştirmiştir. Bu tanımlar PMS ya da Premenstrual disforik bozukluktur (PMDB) (60).

PMDB, adet döngüsünün geç luteal fazı sırasında günlük işleyişi önemli ölçüde bozan bir dizi olumsuz fizyolojik, duygusal, davranışsal ve bilişsel semptomatik değişikliği ifade eder. PMDB'yi PMS'den ayıran şey semptomların şiddeti ve günlük işleyişin önemli ölçüde bozulmasıdır. Bazı yazarlar PMS ve PMDB hakkında tek bir varlık olarak yazarken, diğerleri iki bozukluk arasında net bir ayrım yapar ve bazıları ikisini bir süreklilik içinde görür. PMS üreme çağındaki kadınların %30-40'ında görülürken, PMDB bu popülasyonun %3-8'ini etkilemektedir (28).

PMS ve PMDB'yi değerlendirirken semptomların zamanlamasını belirlemek esastır. Semptomlar luteal faz sırasında ortaya çıkmalı ve menstruasyonun başlangıcından kısa bir süre sonra çözülmelidir. Depresyon veya anksiyete gibi diğer durumlar luteal faz sırasında kötüleşebilir, ancak bunlar adet döngüsü boyunca devam ettikleri için PMS'den ayırt edilebilir. Migren, anemi, endometriozis ve hipotiroidizm, PMS veya PMDB' ye benzer semptomlar gösterebildiği için ayrıca dikkate alınmalıdır. Teşhis laboratuvar testleri veya görüntüleme, alternatif tıbbi teşhisleri dışlamaya yönelik olmalıdır (60).

PMS tanılanmasında DSM-V, Amerikan Obstetrik Jinekologlar Birliği (ACOG) ve DSÖ (Dünya Sağlık Örgütü)'nün Uluslararası Hastalık Sınıflaması (ICD-10) olmak üzere 3 yaklaşım bulunmaktadır. DSÖ tarafından belirlenen sınıflandırma belirtilerin fiziksel doğası üzerinde durmaktadır. Amerikan Obstetrisyenler ve

Jinekologlar Birliği (ACOG), adet öncesi sendromunu tanımlarken psikiyatrik ve fiziksel semptomları içerirken, Amerikan Psikiyatri Birliği (APA), premenstrüel disforik bozukluk (PMDB) tanı kriterlerinde ağırlıklı olarak psikiyatrik semptomlara odaklanmaktadır (11,60).

ACOG, PMS'yi, bir kadının sosyal, akademik veya iş performansında işlev bozukluğuna neden olan en az bir afektif semptom ve bir somatik semptom yaşıadığı bir durum olarak tanımlamıştır. Bu semptomlar, yumurtlamadan sonra başlayan ve adetin başlangıcından kısa bir süre sonra düzelen döngüsel şekilde olmalıdır (60).

Tablo1.1. Premenstrual Sendromun Duygusal ve Somatik Belirtileri

Duygusal Belirtiler	Somatik Belirtiler
Öfke patlamaları	Göğüslerde şişlik ve hassasiyet
Sinirlilik	Ekstremitelerde şişlik
Depresyon	Baş ağrısı
Sosyal geri çekilme	Karında şişlik
Anksiyete	Eklemler ya da kas ağrısı
Kaygı	Kilo almak

Bu semptomlar adetin başlangıcından itibaren dört gün içinde, adetin en az 13. gününe kadar tekrarlamadan hafiflemeli ve herhangi bir farmakolojik tedavi, hormon alımı veya ilaç veya alkol kullanımını olmadığında mevcut olmalıdır. Semptomlar, iki prospektif kayıt döngüsü sırasında tekrarlanabilir şekilde ortaya çıkmalıdır. Hasta, sosyal, akademik veya iş performansında tanımlanabilir bir işlev bozukluğu sergilemelidir (60).

ICD 10 sınıflamasına göre PMS tanısının koyulabilmesi için şişkinlik hissi, hafif ruhsal huzursuzluk, ve memelerde hassasiyet , kilo alma, el ve ayaklarda şişme, konsantrasyonda azalma, uyku bozukluğu, anksiyete ve duygusal değişkenlik, kas ve eklem ağrısı , iştah değişikliği ve bazı gıdalara karşı istek şeklinde belirtilen semptomlardan birinin olması tanı için yeterli olmaktadır (11).

PMS'nin tanı kriterlerini karşılamak için semptomların luteal fazda ortaya çıkması ve menstruasyonun başlangıcından sonraki birkaç gün içinde kaybolması gerekmektedir. Semptom takibi en iyi şekilde geriye dönük bir hatırlamadan ziyade ileriye dönük bir semptom ve klinik bilgi koleksiyonu ile elde edilmektedir (61).

Günlük Sorun Şiddeti Kaydı (DRSP), PMS'nin doğru bir şekilde teşhis edilmesini sağlamaktadır. Bu çizelge, adet döngüsüyle ilişkili duygusal ve fiziksel semptomların sıklığını ve yoğunluğunu belgelemek için kullanılmaktadır. Hastalardan arka arkaya en az 2 ay boyunca herhangi bir tedavi olmaksızın semptomlarını ileriye dönük olarak tanımlamaları istenmektedir. Klinisyenler, genellikle menstruasyonun başlangıcından önce herhangi bir zamanda başlayan semptomların zamanlamasına ve ayrıca semptomların döngüsel değişkenliğine ve menstruasyon başlangıcından sonraki 1 veya 2 gün içinde semptomların kaybolmasına göre karar vermektedirler. Semptom günlüğü, semptomlarda tedaviyle ilgili herhangi bir değişikliğin ayrıntılı olarak gözlemlenmesine izin vermek için tedaviye başladıktan sonra devam etmektedir (61).

Farklı semptom profillerinin ayırt edilebilmesi için PMS'li kadınların semptomlarını ayrıntılı olarak belgelemeleri önerilmiştir. Tedaviler özellikle iyi tanımlanmış hasta alt gruplarına yönelikse, bu potansiyel olarak tedaviye yanıt oranlarını iyileştirebilmektedir (61).

Amerikan Psikiyatri Birliği'nin yayınlamış olduğu DSM'lerde (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) PMDB DSM-V 'Depresyon Bozuklukları' kategorisine alınmıştır ve burada da "Premenstrual Disforik Bozukluğu" olarak tanımlanmıştır. Tanı koymak için belirti, bulgu ve öykü beraber değerlendirilmektedir. DSM-V'e göre iki ve daha fazla menstruasyon dönemini içeren günlükler tutulmalı eğer bu kriter karşılanmazsa geçici olarak tanısı konulabilmektedir (31).

Tablo 1.2 Premenstrüel Disforik Bozukluk için Tanı Kriterleri

A	Menstrüel siklusların çoğunda, menstrüasyonun başlangıcından önceki son hafta içinde en az beş semptom mevcut olmalı, menstrüasyonun başlamasından sonraki birkaç gün içinde düzelmeye başlamalı ve menstrüasyon haftasında minimal hale gelmeli veya yok olmalıdır.
B	Aşağıdaki belirtilerden biri (veya daha fazlası) mevcut olmalıdır:
1	Belirgin duygusal değişkenlik (örneğin, ruh hali değişimleri; aniden üzgün veya ağlamaklı hissetme veya reddedilmeye karşı artan hassasiyet).
2	Belirgin sinirlilik veya öfke ya da artan kişilerarası çatışmalar.
3	Belirgin depresif ruh hali, umutsuzluk duyguları veya kendini küçümseyen düşünceler.
4	Belirgin kaygı, gerginlik ve/veya gergin veya gergin olma hissi.
C	Yukarıdaki B Kriterindeki semptomlarla birleştirildiğinde toplam beş semptoma ulaşmak için aşağıdaki semptomlardan birinin (veya daha fazlasının) ek olarak mevcut olması gerekir.
1	Olağan etkinliklere (örneğin, iş, okul, arkadaşlar, hobiler) karşı azalan ilgi.
2	Konsantrasyonda öznel zorluk.
3	Uyuşukluk, kolay yorulma veya belirgin enerji eksikliği.
4	İştahta belirgin değişiklik; aşırı yeme; veya belirli yiyecek istekleri.
5	Hipersomnia veya uykusuzluk.
6	Bunalmış veya kontrolden çıkmış hissi.
7	Göğüslerde hassasiyet veya şişlik, eklem veya kas ağrısı, “şişkinlik” hissi veya kilo alımı gibi fiziksel semptomlar.
Not: Bir önceki yılda meydana gelen menstrüel siklusların çoğu için A–C Kriterlerindeki semptomların karşılanmış olması gerekir.	
D	Semptomlar, klinik olarak belirgin bir sıkıntı veya iş, okul, olağan sosyal faaliyetler veya başkalarıyla ilişkilerde (örneğin, sosyal faaliyetlerden kaçınma; işte, okulda veya evde üretkenlik ve verimlilikte azalma) ile ilişkilidir.
E	Bu bozukluk, yalnızca majör depresif bozukluk, panik bozukluk, kalıcı depresif bozukluk (distimi) veya bir kişilik bozukluğu (bu bozukluklardan herhangi biri ile birlikte ortaya çıkabilmesine rağmen) gibi başka bir bozukluğun semptomlarının alevlenmesi değildir.

F Kriter A, en az iki semptomatik döngü sırasında ileriye dönük günlük derecelendirmelerle doğrulanmalıdır. (Not: Teşhis, bu onaydan önce geçici olarak yapılabilir.)

Amerikan Psikiyatri Birliği'nin izniyle yeniden basılmıştır. Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı. 5. baskı. Washington, DC: Amerikan Psikiyatri Birliği; 2013:171-172.

PMDB tanı kriterlerini karşılamak için Tablo1.1'de belirtilen bulgulardan en az 5'i adetten önceki hafta içinde olmalı ve bu semptomlar adet başlangıcından sonraki birkaç gün içinde düzelmelidir (60).

2.1.6 Premenstrual Sendrom Tedavi

Premenstrual bozuklukların etiyojisi belirsiz olduğundan, tedavinin amacı semptomların yönetimi ve azaltılmasıdır. PMS tedavisi hastanın semptom profiline göre bireyselleştirilmelidir. İyi teşhis edilmiş bir semptom alt grubu için uygun bir tedavi seçilirse, genel tedavi yanıt oranları iyileşmektedir. Semptomların zamanlamasına ve şiddetine uygun bireyselleştirilmiş tedavi sağlamanın önemli olduğu belirtilmektedir (61).

PMS'nin farmakolojik yönetimi oldukça kapsamlı bir şekilde çalışılmış olsa da PMS'nin ilk tedavisinin yaşam tarzı değişikliği, diyet manipülasyonu, bitkisel ilaçlar, mineral takviyesi ve akupunktur dahil olmak üzere farmakolojik olmayan yaklaşımlar olduğu düşünülmektedir. Literatür, bu terapilerin, hafif semptomları olan veya farmasotik yöntemler istemeyen kadınlar için en faydalı olabileceğini düşündürmektedir (28).

PMS semptomlarını sürekli yaşayan ve PMDB kriterlerini karşılayan hastalara ise ilaç önerilmesi gerektiği düşünülmektedir. Kullanılan ilaçların çoğu, yumurtlamayı baskılayarak vücudun hormonal aktivitesini ele alırken, diğerleri beyindeki serotonin, norepinefrin veya dopamin gibi nörotransmitterlerin konsantrasyonunu etkilemektedir (60).

Farmakolojik Olmayan Tedaviler

Egzersiz, uyku düzeni, diyet değişiklikleri ve takviye gıdalar, psikoterapi ve akupunktur PMS ve PMDB için farmakolojik olmayan tedavi yöntemleridir.

Egzersiz

Amerikan Obstetrisyenleri ve Jinekologlar Birliği, PMS için egzersizi önermektedir, ancak bu öneriyi doğrulamak için daha fazla çalışmaya ihtiyaç olduğunu belirtmektedir. ACOG, yoga, aerobik egzersiz gibi alternatif tıbbi olmayan tedavilerin, PMDB'den daha çok PMS için uygun olduğunu düşünmektedir (62).

Egzersizin β -endorfin düzeylerini yükselterek adet öncesi semptomları iyileştirdiği yaygın olarak düşünölmektedir ancak yürütölen sadece bir küçük randomize kontrollü çalışma ile bunu doğrulayacak çok az kanıt bulunmaktadır (63). Daley literatürdeki 4 girişimsel çalışmayı gözden geçirdikten sonra kadınların egzersiz sonrasında PMS semptomlarında azalma olduğunu belirtmektedir (64).

Yapılan bir çalışmada, en az 6 hafta boyunca düzenli, orta şiddette aerobik egzersiz performansının, PMS semptomlarını azalttığı belirtilmektedir (65). Türkiye'de yapılan randomize kontrollü bir çalışmada hafif şiddetteki aerobik egzersiz eğitiminin premenapozal dönem kadınların menopoz semptomlarında özellikle somatovejetatif şikayetlerini azalttığı bulunmuştur (66).

Diyet Değişikliği ve Takviye Gıdalar

Luteal faz sırasındaki diyet değişiklikleri PMS için semptomatik rahatlama ile sonuçlanabilir. Bu diyet değişiklikleri tuz, kafein, şeker ve alkol olarak düşünölebilir. Bu öneriler, mevcut veriler ile klinik deneyim ve uzmanlığın literatür taramasına dayanmaktadır. Ayrıca, semptomlar hafifse ve hormonal tanı konulana kadar semptomları hafifletmek veya ortadan kaldırmak için 2 ila 3 ay boyunca diyet önlemleri önerilmektedir (28,67).

PMS semptomlarını azaltmak için kişi tuz tüketimini azaltmalı, sebze ve meyve tüketimini artırmalı, sigara ve alkolden uzak durmalı ve çay, kahve, kola gibi kafein içeren gıdaları azaltmalıdır (31). Ek olarak, günlük kompleks karbonhidrat alımının artırılması, PMDB'nin etiyolojisinde ve tedavisinde yaygın olarak yer alan serotoninin öncüsü olan triptofan düzeylerinin yükselmesi nedeniyle yardımcı olabilmektedir (28).

Diyet değişikliği semptomlarda yeterli rahatlama sağlamazsa, diyet takviyesi denenebilir. PMS'yi hafifletmek için birçok diyet takviyesi denenmektedir ancak bunlardan sadece birkaçı titiz bilimsel çalışmalara tabi tutulmuştur. Bu diyet takviyelerinin başında kalsiyum, magnezyum, B6 vitamini, E vitamini gelmektedir (68).

Kalsiyum, PMS tedavisi için en fazla kanıta sahip bir besin takviyesidir. Östrojen, adet döngüsü boyunca dalgalanmaları tetikleyerek kalsiyum metabolizmasını, bağırsaktan kalsiyum emilimini ve paratiroid gen ekspresyonunu ve salgılanmasını düzenler. Kalsiyum homeostazındaki değişiklikler (hipokalsemi ve hiperkalsemi) uzun süredir birçok duygulanım bozukluğu ile ilişkilendirilmiştir(69). Kalsiyum takviyesinin, özellikle adet döngüsü sırasında dalgalandığı için kalsiyum homeostazını düzenlediği düşünölmektedir. Ayrıca, hipokalsemi, PMS semptomlarına benzer afektif bozukluklarla ilişkilendirilmektedir (67).

Pearlstein ve Steiner , çeşitli çalışmaların bulgularını rapor etmiş ve günde iki kez 600 miligramlık bir dozdaki kalsiyumun, PMDB'nin duygusal ve fiziksel semptomları için plasebo için yüzde 30'luk bir orana kıyasla yüzde 48'lik bir etkinlik oranına sahip olduğunu bulmuş ve bu oranın önemli bir fark olduğunu belirtmiştir (70). Amerika'da 400'den fazla kadın üzerinde yapılan başka bir çalışma günde 1200 mg kalsiyum karbonat alan kadınların PMS semptomlarının azaldığını bulmuştur (69).

B6 vitamini serotonin ve dopamin sentezinin son aşamasında kofaktör olarak yer almaktadır.B6 vitamini takviyesinin PMS üzerine etkisi henüz belirsizdir ancak semptomlarda marjinal azalma bulan çalışmalar mevcuttur (71). Yapılan bir çalışmada günlük 80 mg B6 vitamini kullanımının ruhsal belirtileri azaltmada plasebodan daha etkili olduğu belirtilmiştir (72). Yüksek dozlarda B6 vitamini (300 mg'dan fazla) periferik nöropati ile ilişkilendirilebilir ve 100 mg'ın üzerindeki dozlar, 100 mg'ın altındakilerden daha fazla yanıt göstermemektedir. Bu nedenle adet öncesi semptomlar için günde 50 ila 100 mg önerilebilmektedir (73). Bunlarla birlikte çalışmaların yetersizliği nedeniyle B6 vitamini takviyesi rutin olarak önerilmemektedir.

İyi bir antioksidan olan prostaglandin sentezinde rol oynayan E vitamininin PMS semptomlarını hafiflettiği düşünülmektedir. E vitamini özellikle mastaljide tedavi olarak önerilmiştir ancak etkinliği konusundaki kanıtların yetersizliği nedeniyle PMS tedavisinde önerilmez (11).

Magnezyumun adet döngüsü boyunca dalgalandığı ve PMS'yi etkileyen birçok hücrenel yolak ve nöromuskuler aktivitede yer aldığı düşünülmektedir. Bununla birlikte, magnezyum takviyesine ilişkin klinik kanıtlar umut verici olsa da kapsam olarak sınırlı kalmaktadır (69). Yapılan bir çalışmada günlük 200 mg magnezyum takviyesi sonrası PMS semptomlarından özellikle şişkinliğin azaldığı gözlemlenmiştir (74). Bununla birlikte ACOG kalsiyum takviyesi önermekte magnezyum takviyesi önermemektedir (31).

Bitkisel Ajanlar

Premenstrual semptomları tedavi etmek için kullanılan bir diğer maddelerse bitkisel ajanlardır. Gingko biloba (Mabet ağacı) ve en çok çalışılan Vitex agnus castus (hayıt özü) gibi bazı bitkisel ilaçlar semptomların azaltılmasında faydalı olabilmektedir (28).

Randomize kontrollü bir çalışmada, adetten 6 gün önce, ardışık altı döngü boyunca 40 damla Vitex agnus castus tedavisinin, plaseboya kıyasla bazı adet öncesi semptomlarını önemli ölçüde azalttığı gösterilmiştir. Yine benzer şekilde, günde 20 mg Vitex agnus castus ile tedavi edilen kadınların, sinirlilik, ruh hali değişimleri, öfke, baş ağrısı ve göğüs dolgunluğu gibi adet öncesi semptomlarında azalma olduğu görülmüştür (73).

Küçük bir pilot çalışmada plasebo ile karşılaştırıldığında sarı kantaron (*Hypericum perforatum*) da yararlı bir etkiye sahip olarak bulunmuştur. Selektif serotonin geri alım inhibitörleri (SSRI) ve diğer ilaçlar ile bilinen etkileşimi ve ayrıca oral kontraseptiflerin (OKS) etkinliği ile olası etkileşimi göz önüne alındığında sarı kantaron ile dikkatli kullanılmalıdır. Sarı kantaron ve SSRI'lar arasındaki farmakolojik etkileşimler, muhtemelen sarı kantarondaki ana aktif bileşenlerin neden olduğu değişmiş metabolizma ve taşımadan kaynaklanmaktadır (67). Yapılan çalışmalar

genelde küçük ve sınırlı çalışmalar olduğu için bu ajanların birinci basamak tedavi olarak kullanımını desteklemek için daha büyük, daha kapsamlı çalışmalara ihtiyaç vardır.

Bilişsel Davranış Terapisi ve Akupunktur

Bilişsel davranış terapisi, yıkıcı düşüncelerin, davranışların ve duyguların değiştirilmesine odaklanan bir psikoterapi biçimi olarak tanımlanmaktadır (28). BDT, sinirlilik, ağrı ve bağımlılık yapan davranışlar dahil olmak üzere çok çeşitli bozukluklara uygulanabilmektedir. BDT'nin amacı, günlük işleyişi iyileştirmek için davranışları yeniden düzenlemektir (61). Bununla birlikte BDT insanların günlük yaşamdaki tetikleyicileri tanımasını ve bunlarla başa çıkmasına yardımcı olmak için yıkıcı olduğu kanıtlanmış öğrenilmiş davranışları ve düşünce süreçlerini belirlemek ve yeniden yapılandırmasını sağlamaktadır (28).

Bilişsel davranış terapisi teorik olarak PMS ve PMDB tedavisinde etkili olabilir. Çünkü kaygı ve ağrı gibi afektif ve somatik bozuklukların yönetiminde etkinliği kanıtlanmıştır (28). Lustyk ve arkadaşları 7 hakemli çalışmayı gözden geçirmiş ve BDT'nin PMS yönetimi üzerinde faydalı bir etkisi olduğunu bulmuştur ancak incelenen çalışmalardan sadece 3'ünün randomize kontrollü çalışma olması , etki boyutlarının küçük olması, farmakoterapi çalışmalarıyla karşılaştırılmaz olması nedeniyle bu çalışmalar kısıtlı olarak görülmektedir (75).

Yapılan başka bir çalışmada BDT'nin selektif serotonin geri alım inhibitörler (SSRI) tedavisine katkı sağladığı bulunmuştur. Tek başına BDT, tek başına veya kombinasyon halinde SSRI ile karşılaştırıldığında, tüm BDT grupları 6 aylık tedaviden sonra PMS semptomlarında önemli iyileşme göstermiştir. Ayrıca, BDT'ye maruz kalan tedavi kollarının uzun vadeli iyileşme süresine sahip olduğu bulunmuştur (76).

Akupunktur, tamamlayıcı bir tedavi olarak, PMS ile ilişkili daha hafif semptomların hafifletilmesinde faydalı olabilmektedir. Yapılan bir meta analiz çalışmasında akupunkturun kontrol gruplarıyla karşılaştırıldığında PMS semptomlarını azalttığı gözlemlenmiştir ancak çalışmaların kısıtlılıklarından dolayı akupunktur ile ilgili daha titiz çalışmalara gerek duyulmaktadır (77).

Stresin Azaltılması ve Sosyal Destek

PMS tedavisinde dikkat edilmesi gereken konulardan biri de stres olarak bilinmektedir. Premenstrual dönemde kadınların stres düzeyi artmaktadır. Stresin özellikle premenstrual davranış değişikliği, su retansiyonu ve ağrıda etkili olduğu bilinmektedir. Bu nedenle stres yönetimi ile PMS'li kadınlarda semptomlar azaltılabilmektedir. Gevşeme tekniklerinden masaj, yoga gibi teknikler stres yönetiminde kullanılabilir. Ayrıca pozitif başa çıkma teknikleri PMS'nin fiziksel ve psikolojik semptomlarının şiddetini hafifletmede etkili olduğundan kadınlara önerilmektedir (11,31).

Sosyal destek insanların PMS ile baş etmesinde önemli yöntemlerden biridir. Kadınların yaşadıklarını ailesi, dostları ve sevdikleriyle paylaşması ve bu kişilerden alacağı destek tedavi sürecini kolaylaştırır. Sosyal desteği az olan kişilerde PMS şiddeti daha fazla görülebilmektedir (24).

Farmakolojik Tedavi Yöntemleri

Anovulasyon döngüleri sırasında ya da bilateral oofektomi uygulanmış kadınlarda PMS görülmemesi ve genellikle semptomların ovulasyonla tetiklendiğinin düşünülmesi nedeniyle genellikle tedavide ovulasyon baskılanması üzerine durulmaktadır. Bununla birlikte bir başka grup ilaçlar beyindeki serotonin, dopamin, norepinefrin gibi nörotransmitterlerin konsantrasyonunu etkilemektedir (11).

Serotonerjik Ajanlar

Serotonin davranış ve ruh hali düzenlemesinde önemli rol oynayan PMS etyolojisinde önemli bir yere sahip olan nörotransmitterlerden biridir (11). Bu nedenle PMS ve PMDB tedavisinde SSRI'lar kullanılabilir. Kullanılan SSRI'lar fluoksetin, sertralin, paroksetin, sitalopram, fluvoksamin olmakla birlikte aralarında en etkili ve en çok çalışılan fluoksetindir (31)

Çoğu rapor, ağırlıklı olarak duygusal semptomları olan PMS'nin birinci basamak tedavisi olarak seçici serotonin geri alım inhibitörlerinin kullanılmasını önermektedir. SSRI'lar hem psikolojik hem de somatik semptomları

iyileştirmektedirler (67). SSRI'ların meta analiz ve çoklu deneme çalışmalarında semptomları %60-80 oranında azalttığı belirtilmiştir (78). Bireyselleştirilmiş tedavi ve spesifik semptom profilleri göz önüne alındığında çalışmalar sinirlilik ve ilgili semptomları bildiren kadınlar için yüzde 80 ile yüzde 90 gibi daha yüksek etkinlik oranları göstermiştir (28).

Fluoksetin, sertralin, paroksetin, sitalopram ve fluvoksamin ile sürekli dozlama (tam adet döngüsü boyunca) 12 çalışma ile sertralin ve sitalopram aralıklı dozlama (yumurtlamadan mens başlangıcına kadar) 4 çalışmanın dahil edildiği bir meta analiz sürekli ve aralıklı dozlamamanın eşdeğer etkinliğe sahip olduğunu belirtmiştir (70). Yine yapılan başka bir analizde sürekli dozlamamanın aralıklı dozlamadan daha etkili olduğu bulunmuştur (70).

SSRI kullanımı ile ortaya çıkabilecek bir takım yan etkiler vardır, en yaygın olanı mide bulantısı, uykusuzluk ve baş ağrısıdır, ancak bunlar tipik olarak zaman sınırlıdır. SSRI'lar cinsel işlevi olumsuz etkileyebilir, bu kalıcı bir yan etkidir ve ilacın kesilmesine neden olabilmektedir (78). Birçok kadın, SSRI kullanımını bıraktıktan sonra tekrarlayan PMS ve alevlenen semptomlar bildirmektedir (61).

SSRI'ların belirli dozları ile ilgili olarak, bazı kadınlar bazı yan etkiler nedeniyle bu ilaçların daha düşük dozlarına ihtiyaç duyabilmektedir (28). Fluoksetin 20 mg ve 60 mg arasındaki bir karşılaştırma denemesinde davranışsal, fiziksel ve duygusal semptomların azaltılmasında eşit etkinlik bulunmuştur ancak 20 mg'lık doz daha iyi tolere edilmiştir (70).

Diğer duygudurum bozukluklarının aksine, SSRI'ların PMS'de kısa bir terapötik etki başlangıcına sahip olduğu ve majör depresyonda SSRI'lara yanıt için genellikle gerekli olan haftaların aksine, saatler ile günler içinde etki gösterdiği gösterilmiştir (79). Bu hızlı etki başlangıcı, muhtemelen SSRI'ların allopregnenolon (ALLO) gibi nöroaktif steroidlerin oluşumunu artırma yeteneğinden kaynaklanmaktadır. SSRI'lar, muhtemelen progesteron ve ALLO arasındaki reaksiyonları katalize eden enzimler üzerindeki etkileri yoluyla, maruziyetten sonraki dakikalar içinde 5 α -dihidroprogesteronun (5 α -DHP) ALLO'ya dönüşümünü arttırmaktadır (62).

Bu kısa etki başlangıcı, aralıklı dozlamayı (ilacın sadece luteal fazda, yumurtlama zamanından menstrüasyon başlayana kadar uygulanması) mümkün kılabilir. Aralıklı tedavi, depresif duygu durum ve somatik semptomlar üzerinde daha zayıf bir etkiye sahipken, sinirlilik, duygulanım değişkenliği ve duygu durum dalgalanmaları için özellikle yararlı olabilmektedir. Depresif ruh hali ve somatik semptomlar, iyileşme göstermek için daha uzun bir SSRI tedavisi gerektirebilmektedir (62).

PMS tedavisi için SSRI'lar ile yapılan çalışmaların sınırlamaları, çalışmaların çoğu 3 ay olmak üzere kısa süreli süresini içermektedir. Uzun vadeli kanıt dayalı tedavi önerileri mevcut olmadığından uzun vadeli sonuçları değerlendirmek için PMS'ye yönelik farmakolojik tedavilerle ilgili daha ileri çalışmalara ihtiyaç bulunmaktadır (28).

Kombine Oral Kontraseptifler

Kombine oral kontraseptifler (KOK) ovulasyonu baskılayarak PMS semptomlarını azaltmaktadır. PMS yaşayan üreme çağındaki kadınlar kontrasepsiyon ihtiyacı duyabilmektedir bu durumda iki olay için de işe yarayan kombine oral kontraseptifleri kullanmak mantıklı olabilir (11).

PMS tedavisi için KOK'larla ilgili literatür gözden geçirildiğinde etinil estradiol ve drospirenon kullanımının PMS için etkili olduğu bulunmuştur. 24/4 günlük rejimde uygulanan 20 mcg etinil estradiol ve 3 mg drospirenon kullanan kadınların plaseboya göre fiziksel ve ruh hali ile ilgili semptomlarda önemli derecede iyileşme göstermiştir (70).

Bu durum 24/4 KOK rejiminin PMS'nin fizyolojik ve duygusal semptomlarını azaltmadaki yararı, daha stabil bir hormonal durumla ilişkisinden ve çekilme kanamasının yan etkilerinin en aza indirilmesinden kaynaklanıyor olabilir. KOK alan kadınlar, 7 günlük hormonsuz dönemde daha fazla hormona bağlı semptomlar geliştirmektedir. Bu nedenle, hormonsuz gün sayısı daha az olan KOK'lar bu tür semptomları azaltabilmektedir (61).

Yapılan bir Cochrane incelemesi, drospirenon içeren OKS'lerin, üretkenlik kaybı ve sosyal ilişkilerde bozulma gibi PMS semptomlarını kısa bir zaman diliminde azalttığını bulmuştur (80). PMS ile ilişkili afektif semptomlar için SSRI'lar ile tedavi gören kadınlarda, drospirenon içeren KOK'ların eklenmesi fayda göstermiştir (80).

Teoride, bu formülasyonla elde edilen başarı, aldosteron ve androjen reseptörlerine bağlanan, potansiyel olarak şişkinlik ve göğüs hassasiyetinin yanı sıra akne ve belki de saldırganlık, sinirlilik gibi somatik semptomları azaltan drospirenona yatmaktadır. Spironolaktonun ayrıca anti-aldosteron özelliklerine sahip olması nedeniyle özellikle göğüs ağrısı ve şişkinlik olmak üzere PMS semptomlarını hafiflettiği gösterilmiştir (28).

Östrojen

Yüksek dozlarda eksojen östrojen, hipotalamik-hipofiz-gonadal eksenini de baskılayabilir ve böylece yumurtlamayı bloke edebilir. Randomize kontrollü bir çalışma, şiddetli PMS'den muzdarip kadınların, transdermal bir yama yoluyla 100-200 mg günlük dozlar kullanarak semptomlarında iyileşme olduğunu bulmuştur (81).

Progesteron

Progesteron ve türevlerinin eksikliğinin PMS'ye neden olduğu hipotezi tarihsel olarak doğal progesteronun yıllardır tedavide kullanılmasına sebep olmuştur. İlk kez Dalton PMS'de progesteron tedavisini önermiştir. Sistemik bir meta analiz çalışmasında progesteronun PMS üzerine etkisi olmadığı bulunmuştur ancak günümüzde hala progesteron kullanılmaya devam etmektedir (11,28,31).

GnRH Analogları

GnRH analogları, hipofiz gonadotropin sekresyonunu aşağı regüle ederek ve nihayetinde pulsatil luteinize edici hormon ve folikül uyarıcı hormon sekresyonunu ortadan kaldırarak yumurtlamayı başarılı bir şekilde bastırmaktadır. Bu şekilde PMS'nin fiziksel, duygusal ve davranışsal semptomlarını azaltmıştır (67). Yapılan bir meta analiz çalışmasında GnRH agonistlerinin 8,66'lık bir olasılık oranı ile PMS semptomlarını iyileştirdiği görülmüştür. GnRH agonistleri, istatistiksel olarak anlamlı

olmasa da, fiziksel semptomlar üzerinde psikolojik semptomlardan daha iyi bir etkiye sahip olarak bulunmuştur (82).

GnRH analogları 3-6 ay arasında kullanılmaktadır. Daha uzun süreli kullanımlarında osteoporoz riskini artırmaktadır. GnRH analoglarının oluşturduğu 'tıbbi menopozu' ve östrojen eksikliğinin duygu durum ve vazomotor semptomlar üzerindeki olumsuz etkisini azaltmak için düşük doz östrojen veya tibolon (östrojenik, androjenik ve progesteronik etkileri olan bir ajan) uygulanabilir. Ek olarak, GnRH agonist tedavisinin sağladığı hipoöstrojenik durumla birlikte artan osteoporoz ve koroner arter hastalığı riski olduğundan, tibolon veya östradiol ilave tedavisi, hipoöstrojenizmin kemik ve kalp sağlığı üzerindeki zararlı etkilerini potansiyel olarak sınırlayabilmektedir. Bu kısıtlılıklar ve maliyetleri nedeniyle, GnRH analogları PMS ve PMDB tedavisinde uygun olarak görülmemektedir (11).

Danazol

Danazol, yumurtlamayı engellemek için kullanıldığında PMS semptomlarını da önleyen sentetik bir kısmi androjen antagonisti/agonisti ve gonadotropin inhibitörüdür. Danazol günlük 200 mg dozlarda kullanıldığında PMS semptomlarının azalmasını sağlamıştır. Danazol, luteal fazda uygulandığında adet öncesi mastaljiyi azaltabilmektedir (67). Bununla birlikte uzun süreli kullanımlarında plazma lipitlerindeki artıştan dolayı over kanseri ve kardiyovasküler risk riskleri mevcuttur. Ayrıca hirsütizm, akne, kilo alma, bulantı gibi yan etkilere neden olabilmektedir (31). Bu nedenlerle PMS'de birinci basamak tedavi olarak önerilmez.

Diğer Psikotrop Ajanlar

Klomipramin (bir trisiklik antidepresan), düşük dozlarda PMS için etkilidir ve önemli serotonerjik aktivite ortaya çıkarmaktadır. Asabiyetin baskın semptomu temsil ettiği hastalar için benzodiazepinler düşünülebilmektedir. Bununla birlikte, bu ilaçların PMS için etkinliği, SSRI'lara kıyasla daha az olarak bulunmuştur (61).

Sprinolakton

Anti androjenik ve anti mineralokortikoid özelliklere sahip olan Sprinolakton aşırı aldesteron salınımına bağlı oluşan ödem tedavisinde kullanılabilir. PMS'si olan kadınlarda kullanımında uyku, yorgunluk, göğüslerde hassasiyet ve şişlik gibi şikayetleri azalttığı görülmüştür (31).

Cerrahi Tedavi

Cerrahi tedavi, PMS için son çare tedaviyi temsil etmektedir. Bilateral salpingooferektomi ve hysterektomi ovulasyon döngüsünü tamamen ortadan kaldırmaktadır. Ameliyat kararı verilirken her hastanın klinik durumu, yaşı, doğurganlık isteği ve yaşam kalitesi göz önünde bulundurulmalıdır (31). Daha konservatif tedaviler başarısız olduğunda, şiddetli, güçten düşürücü PMS'si olan kadınlar için cerrahi menopoz düşünülebilir. Bilateral salpingo-ooferektomiden sonra, osteoporoz ve kalp hastalığı gibi erken menopoz komplikasyonlarını önlemek için doğal menopoz yaşına kadar östrojen desteği önemlidir. Bilateral salpingo-ooferektomiden sonra uterus korunursa, PMS semptomlarını yeniden ortaya çıkarabilecek endometriyal hiperplaziyi önlemek için progesteron gerekir. Bu nedenle hysterektomi sonrası eklenmesi tercih edilmektedir (67).

2.2 Premenstrual Sendromun Çalışma Yaşamı Üzerine Etkileri

Kadınların yaklaşık %80'inin premenstrual belirtilerden en az birini hafif derecede yaşadığı %20-%50'sinin orta şiddette ve yaklaşık %5'inin de yaşamını olumsuz etkileyecek şiddetli premenstrual belirtiler yaşadığı rapor edilmiştir (47). Sadece Amerika Birleşik Devletleri'nde PMS'yi bu kadar şiddetli yaşayan yaklaşık 3-7 milyon kadın bulunmaktadır (83). PMS semptomlarının şiddeti, süresi ile kadınların günlük yaşamlarını nasıl bozduğu birbiriyle ilişkili olarak bulunmuştur (20).

Bu belirtiler sadece bireyi değil ailesi ve toplumu da etkilemektedir. PMS, evde, işyerinde ve sosyal etkileşimlerde günlük işleyiş üzerinde olumsuz bir etkiye sahip olabilmektedir. Yapılan çalışmalarda PMS'nin kişinin üretkenliğini azalttığı,

dikkat eksikliğine, konsantrasyon bozukluğu gibi sebeplerle işlevselliği azalttığı belirtilmiştir (37).

Günümüzde kadınların vaktinin çoğu zamanını iş hayatında geçirmesi nedeniyle PMS ve iş hayatı arasındaki ilişki önemli bir yere sahiptir. Yapılan çalışmalarda PMS'nin iş performansını olumsuz etkilediği, kişilerin işe devamsızlık oranını artırdığını, üretkenlikte azalmaya neden olduğunu ve kişinin iş yaşam kalitesini düşürdüğünü bulmuştur (19,20).

Amerika Birleşik Devletlerinde yapılan bir çalışmada PMS'ye bağlı işe devamsızlığın ABD endüstrisinde 5 milyar dolarlık kayba neden olduğu tahmin edilmiştir. Bu rakamlar günümüzde katlanarak artmaktadır. Heinemann, Minh, Filonenko ve Uhl-Hochgraber (2010), PMS' nin iş verimliliğindeki bozulma ve devamsızlık ile ilişkili olduğu ve dolayısıyla toplum ve kadınlar için potansiyel bir ekonomik yük oluşturduğu sonucuna varmıştır(19).Yine Türkiye'de hemşireler arasında yapılan bir çalışmada PMS tanısı olan kadınların işle ilgili yaşam kalitesinin daha düşük olduğu bulunmuştur (20). Başka bir çalışmada Demir ve arkadaşları (2006) kadınların %70,3'ünün premenstrual yakınmalar nedeniyle iş verimliliklerinin azaldığını belirtmektedir (84).

2.2.1 Premenstrual Sendromun İşle İlgili Yaşam Kalitesine Etkisi

İşle ilgili yaşam kalitesi, çalışanların iş ve sosyal yaşamını çeşitli değişkenler açısından inceleyen bir araştırma alanıdır (85). İş yaşam kalitesinin kesin bir tanımı olmamakla birlikte genel olarak bir çalışanın çalışma koşulları ve işyeri ile ilgili faktörler hakkındaki fiziksel ve zihinsel algıları olarak tanımlanabilir. Bu koşullar ve faktörler çalışma saatleri, maaş, fiziksel koşullar, kariyer olanakları ve kişilerarası ilişkiler olarak sınıflandırılabilir (20).

Sirgy ve arkadaşları iş yaşam kalitesini çalışma yaşam şartlarının iyileştirilmesi, çalışanlara sosyal haklarının ve yaptığı iş karşılığında tatmin edici ücretinin verilmesi, güvenli bir çalışma ortamı sağlanması ve bunlarla beraber çalışanların bilişsel, psikolojik ve duygusal gereksinimlerinin ihmal edilmemesi ve

ihtiyaç duyulan çalışma koşullarının tam olarak sağlanması olarak tanımlamaktadır (86).

PMS kişiyi bilişsel, psikolojik ve duygusal yönde etkilediği için iş yaşam kalitesini azalttığı düşünülmektedir. Türkiye’de hemşireler üzerinde yapılan bir çalışmada PMS ve iş yaşam kalitesi arasındaki ilişki araştırılmıştır. Bu çalışmada iş-kariyer tatmini, ev-iş dengesi, iş yerinde stres, iş yerinde kontrol, genel iyi oluş şeklinde alt ölçekleri bulunan WRQoL (iş yaşam kalitesi ölçeği) ölçeği kullanılmıştır. Çalışmada iş yerinde stres alt başlığı hariç tüm alt sınıflarda PMS’i olan bireylerde yaşam kalitesi düşük bulunmuştur (20).

2.2.2 Premenstrual Sendromun İş Performansına Etkisi

Performans, bireyin belirli bir grubun veya örgütün, işin yapılması için amaçlanan hedefe yönelik olarak hangi seviyeye ulaşılabilmişinin nicelik ve nitelik yönünden göstergesi olarak tanımlanmıştır (87). İş performansı ise çalışanların katıldığı veya gerçekleştirdiği organizasyon hedeflerine katkıda bulunduğu ölçülebilir eylemler, davranışlar ve sonuçlar bütünü olarak tanımlanmıştır (88). Başka bir tanımda iş performansı, çalışanların çalışılan işte iş hedeflerine ulaşılması, oluşan sorunları hızlı bir şekilde çözümülemesi, işleri belirlenen süre içinde tamamlaması ve üretilen ürünlerin kalite standartlarında olması durumu olarak ifade edilmektedir (87).

Ortam ve iş farketmeksizin kişisel nitelikler iş performansı için önemli bir faktör olarak belirtilmiştir. Kişisel nitelikler kişinin üretkenliği, dikkati ve uyumu olarak düşünülebilir (89). PMS kişinin bilişsel fonksiyonları olumsuz etkilemesi, kişiyi duygusal ve davranışsal olarak yıpratması nedeniyle iş verimliliğini azalttığı düşünülmektedir. Yapılan başka bir çalışmada PMS grubu, kontrollere göre işlerinde daha az üretkenliğe sahip olduğunu belirtmiştir (90).

Borenstein ve arkadaşlarının çalışmasında PMS’li kadınların, PMS’i olmayan kadınlara kıyasla, bir hafta boyunca iş üretkenliğinde bozulma bildirme olasılığının neredeyse dokuz kat daha fazla olduğu bulunmuştur. PMS’li kadınların %80 kadarı,

adet öncesi semptomların bir sonucu olarak ayda en az bir hafta iş verimliliğinde azalma olduğunu bildirmektedir (91).

19 ülkede 4032 kadın arasında yapılan bir çalışmada orta ile şiddetli PMS'den şikayetçi kadınların hafif semptomları olanlara kıyasla iş verimliliklerinde daha fazla azalma olduğu bulunmuştur (92). Yapılan başka bir çalışmada ise çalışan kadınların %50'si üretkenliklerinde azalma olduğunu bildirmektedir (17). Türkiye'de yapılan bir çalışma kadınların %44,3'ü iş performanslarının azaldığını belirtmiştir (18).

2.2.3 Premenstrual Sendromun İşe Devamlılık Durumuna Etkisi

İşe devamsızlık; çalışanın herhangi bir sebeple işinin başında olmaması veya olamaması durumu olarak tanımlanabilir. İşe devamsızlık konusunda farklı görüşler olmasına rağmen çalışanların, hastalık ya da hastalık dışında çeşitli psikolojik, sosyal ve ekonomik nedenlerden dolayı gün içinde kısmi ya da tam zamanlı olarak iş süresi boyunca işinin başında bulunmaması yönünde ortak bir görüş bulunmaktadır (93).

PMS semptomları olan kadınlar yaşadıkları fiziksel, duygusal ve psikolojik belirtiler nedeniyle işe devamsızlık yapabilmektedir. Yapılan çalışmalar da bunu destekler niteliktedir. Toplamda 1477 kadının katıldığı bir çalışmada orta ile şiddetli PMS/PMDB'li kadınların devamsızlık oranı döngü başına 8 saat daha fazla bulunmuştur (19). Yine aynı ekibin 19 ülkede yaptığı çalışma da bu sonuçları desteklemiştir (92).

ABD'de kadınlar üzerinde yapılan araştırmalar, PMS ile artan işe devamsızlık ve işyerinde verimliliğin azalması arasında bir ilişki olduğunu, dolayısıyla PMS'li kadın işverenlerin maliyetlerini artırdığını ortaya koymuştur (94). Yine yapılan başka bir çalışmada semptomlar nedeniyle işe gidemeyen kadınların yılda 1-7 gün arası devamsızlık yaptığı bildirilmiştir (17).

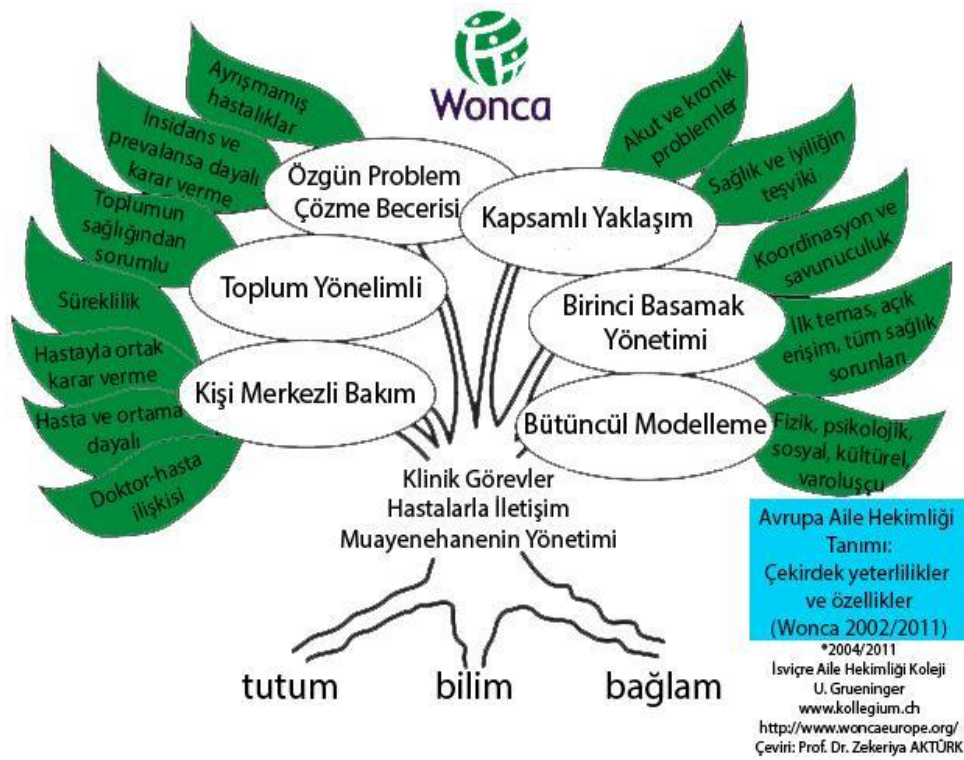
2.3 Aile Hekimliği ve Premenstrual Sendrom

WONCA tanımına göre (Dünya Aile Hekimleri Birliği) aile hekimliği tıp fakültesi sonrası disiplinin ilkelerine göre eğitim almış, yaş, cinsiyet ve rahatsızlık ayrımı yapmaksızın tıbbi bakım arayan her bireye bireysel, kapsamlı, bütüncül ve sürekli bakım sağlamadan sorumlu birinci basamak hekimliği olarak tanımlanmıştır.

Aile hekimliği disiplinini tanımlayan 11 temel özelliğini içeren 6 çekirdek yeterlik vardır.

1. Birincil bakım yönetimi
2. Kişi merkezli bakım
3. zgn sorun çözme becerileri
4. Kapsamlı bakım
5. Toplum yönelimli olma
6. Bütüncül (holistik) yaklaşım şeklinde sıralanabilir (95)

şekil 2.2'de Aile hekimliği çekirdek yeterlilikler ve özellikleri gösterilmiştir. Aile hekimi bu disipline göre hareket etmelidir.



Şekil 2.2 Avrupa Aile Hekimliği Tanımı: Çekirdek yeterlilikler ve özellikler

PMS'den muzdarip birçok kadın, semptomlarının giderilmesi için ilk önce birinci basamak sağlık hizmeti sağlayıcılarından bakım isteyecektir. Bu nedenle, hemşireler de dahil olmak üzere klinisyenlerin, PMS ile ilgili olarak kadın sağlığı alanındaki güncel araştırmaları takip etmeleri son derece önemlidir (28).

Yapılan çalışmalarda PMS prevalansı ortalama %40-50 arasında bulunmuştur. Bu kadar yaygın bir sendrom hem kişi hem de toplum için oldukça yük getirmektedir. Bu nedenle aile hekimi toplum yönelimli olarak PMS konusunda yeterli bilgiye sahip olarak iyi yönetmeli ve sık bir durum olduğunu bilerek üreme çağındaki kadınları bu semptomlar açısından sorgulamalıdır.

Aile hekimliği genellikle ilk başvuru merkezi olduğu için ayrıntılı öykü alıp detaylı bir fizik muayene yapılmalı ve gerekli ek tetkikleri istenmelidir. PMS kişiyi biyopsikososyal açıdan oldukça çok etkilemektedir. Bu nedenle hekim kişiye bütüncül bir şekilde yaklaşmalıdır. Kapsamlı bir tıbbi öykü ve fizik muayene, alta yatan tıbbi bozuklukların ekarte edilmesine yardımcı olabilir. Hipotiroidizm, anemi, dismenore,

irritabl barsak sendromu, interstisyel sistit, endometriozis, kronik pelvik ağrı, kronik yorgunluk sendromu, bağ dokusu ve romatolojik bozukluklar gibi adet öncesi alevlenmeye maruz kalan tıbbi durumların ekarte edilmesine de dikkat edilmelidir (67).

Ne yazık ki PMS için evrensel bir tedavi rejimi mevcut değildir ve bu bozukluğa dahil olan birçok semptom kümesi nedeniyle ideal algoritmaları ve yaklaşımları tespit etmek zor olmaktadır. Literatür, çoğunlukla uzman görüşü ve deneyimine dayalı olarak PMS ve PMDB'nin yönetimi için öneriler içermektedir. Bu tavsiyelerin çoğu, şiddet düzeyine ve semptomatolojiye dayalı olarak aşamalı veya hiyerarşik bir yaklaşımla verilmektedir. Bu durumda aile hekimi kişi merkezli bakımla semptom ve kişiye yönelik tedavi uygulamalıdır (28). Ayrıca hekim tedavi kararını verirken hastayla ortak karar vermeli ve kişinin uygulayabileceği bir tedavi olmalıdır.

PMS semptomatolojisinden muzdarip kadınlar, önerilen tedaviler rahatlama sağlamadıysa umutsuzluk hissedebilir. Kadınların semptomların çözümünü aramaya devam etmeleri ancak sürekli ve bilgilendirilmiş eğitim yoluyla olmaktadır. Bu nedenle Premenstrual sendrom tanısı alan kişileri aile hekimi düzenli aralıklarla takip etmeli ve gerektiğinde kişiyi motive etmelidir (28).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Çalışmanın Dizaynı:

Tanımlayıcı kesitsel tipte bir araştırmadır.

3.2. Çalışmanın Yeri ve Zamanı:

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Polikliniklerinde 01.09.2021- 15.03.2022 tarihleri arasında veri toplama kısmı tamamlanmıştır. 15.03.2022-15.09.2022 tarihleri arasında analiz ve yazım bölümü tamamlanmıştır.

3.3. Evren ve Örneklem

Araştırmanın evrenini Aile Hekimliği Anabilim Dalı Polikliniklerine başvuran 18-55 (ortanca menapoz yaşı 51.4) yaş arası çalışan kadınlar oluşturmaktadır (96). Hacettepe Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı poliklinikleri medikososyal hizmeti vermektedir. Sıhhiye kampüsünde 2, Beytepe kampüsünde 2 adet polikliniğimiz bulunmaktadır. Hacettepe Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Polikliniklerimize öğrenciler ve hastanenin çalışan personeli (yönetici, öğretim üyesi, öğretim görevlisi, araştırma görevlisi, sekreter, hemşire, terzi, posta, temizlik görevlisi, aşçı, mühendis, tekniker, tesisatçı, memur, vb.), yakınları ve sağlık hizmeti talep eden tüm bireyler mesai saatleri içerisinde başvurmaktadır.

Belirtilen araştırmanın yapılmasının planlandığı merkezlere 01.01.2021-01.02.2021 tarihleri arasında ortalama "1600" 20-45 yaş arası çalışan kadın başvurusu olduğu görülmüştür. Toplumdaki premenstüel sendrom prevalansını ortalama %10 olarak hesapladığımızda, %95 güvenilirlik ve %5 hata payı ile yapılan hesaplamada "127" 18-55 yaş arası kadına ulaşılması planlanmıştır. Kontrol grubu olarak da minimum 127 kadına ulaşılması planlanmıştır.

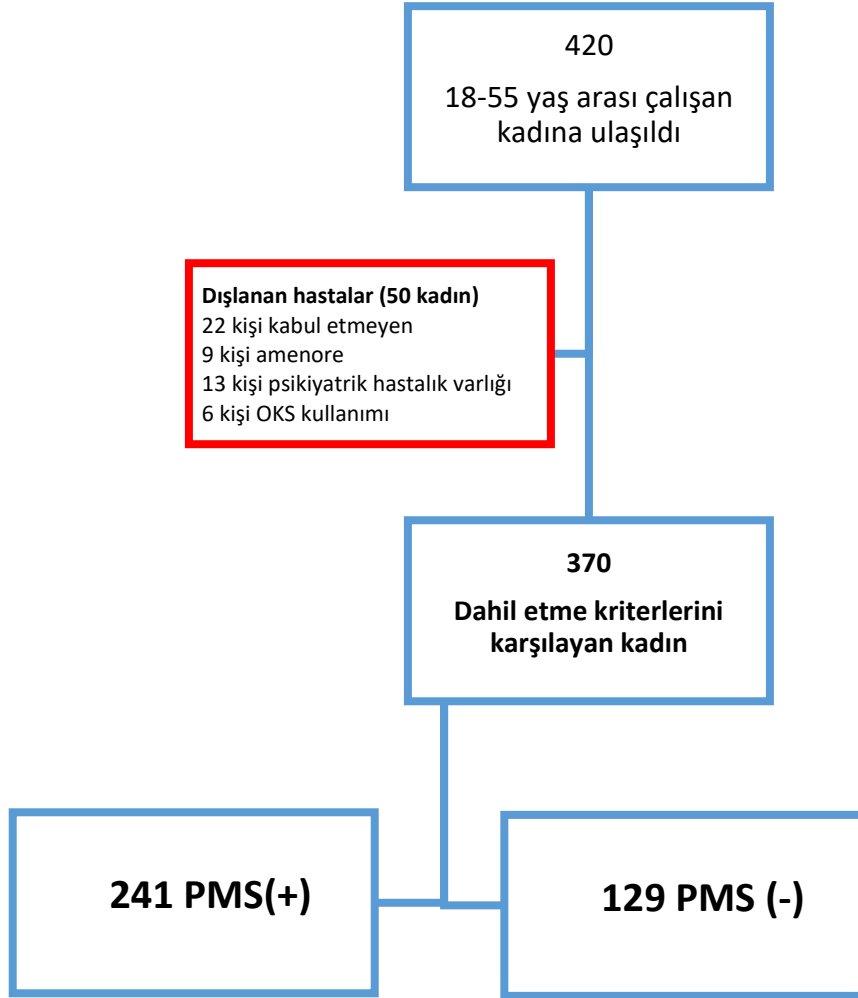
Dahil etme kriterleri

- 18-55 yaş arası olmak
- Oral kontraseptif, anti depresan, ya da bitkisel ilaç gibi herhangi bir tedavi kullanmamak
- Tanı almış kronik hastalığı olmamak (HT, DM, HL, KAH, astım/KOAH,vb.)
- Koordinasyon problem olmamak
- Anket sorularının hepsini yanıtlamak

Dışlama kriterleri:

- Koordinasyon problem olmak
- Tanı almış kontrol altında olmayan psikolojik rahatsızlığı olmak

Çalışma için toplamda 420 çalışan kadına ulaşılmıştır, 50 kişi çeşitli nedenlerle dışlanmış olup, 370 kadına anket uygulanmıştır. Çalışmaya katılmayı kabul eden kadınlara “Premenstrüel Sendrom Ölçeği” uygulanmış olup ve PMS ile uyumlu olan kadınlar araştırma grubunu, uyumlu olmayanlar ise Kontrol grubunu oluşturmuştur. 241 kadın PMS (+), 129 kadın PMS (-) olarak belirlenmiştir (Şekil 3.1).



Şekil 3.1 Çalışma akış şeması

3.4. Çalışmanın Yöntemi ve Veri Toplama Araçları:

Çalışmamızda, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Polikliniklerine başvuran 18-55 yaş arası çalışan kadınlara anket formu elden verilmiştir, zamanı olmayan başvuranlara ise formun online linki çalışmaya katılma izinleri alındıktan sonra iletilmiştir.

Anket formu 46 sorudan ve “Premenstrüel Sendrom Ölçeği”nden oluşmaktadır. Anket formundaki bağımsız ve bağımlı değişkenler;

Bağımsız değişkenler

- Medeni durum
- Eğitim durumu
- Yaş
- VKİ
- Çalışma yaşamına dair bilgiler (meslek, çalıştığı sektör, çalışma ortamı, çalışma şekli, çalışma süresi)
- Kronik hastalık durumu/ilaç kullanımı
- Genel sağlık durumu öz değerlendirmesi
- Egzersiz durumu
- Beslenme şekli
- Kafein/çay/alkol/sigara/vitamin kullanımı
- Kadın sağlığı ile ilgili (evlilik yaşı, cinsel ilişki durumu, tanıli kadın hastalığı, aile planlaması yöntemi)
- Çocuk sayısı
- Menstrüasyonla ilgili sorular (şu anki adet durumu, SAT, son 6 ayki menstrüel düzeni, menstrüel siklus süresi, menstrüel kanama süresi, dismenore durumu ve şiddeti)
- PMS nedenli doktor başvurusu/ başvuru talebi
- PMS tanısı alma durumu
- PMS tedavi durumu

Bağımlı değişkenler

- PMS varlığı (“Premenstrüel Sendrom Ölçeği”)
- İşle ilgili yaşam kalitesi
- İş çevresiyle sosyal ilişki
- İş performansı
- İş çalışma hızı
- İşte dikkat odaklanma durumu

- İşte uykululuk durumu
- İşten izin alma
- İşe geç gitme durumu
- Doktordan istirahat raporu alma durumu

Premenstual Sendrom Ölçeği: Çalışmada kadınlarda premenstrüel belirtilerin şiddetini ölçmek için, Gençdoğan tarafından geliştirilen, “Premenstual Sendrom (PMS) Değerlendirme Ölçeği” kullanılmıştır. PMSÖ 44 maddelik beş dereceli likert tipi bir ölçektir. PMSÖ’ nün uygulanması çok kolay olup madde okunduktan sonra bu durumun “adetten bir hafta önceki süre içinde olma” durumuna göre ilgili maddenin sağındaki kutucuklar dikkate alınarak işaretleme yapılmaktadır.

Ölçeğin puanlanmasında, “Hiç” seçeneği 1 puan, “Çok az” seçeneği 2 puan, “Bazen” seçeneği 3 puan, “Sık sık” seçeneği 4 puan ve “Sürekli” seçeneği 5 puan olarak değerlendirilmektedir.

Ölçeğin toplam 9 alt boyutu bulunmaktadır. Bunlar:

1. Depresif Duygulanım,
2. Anksiyete,
3. Yorgunluk,
4. Sinirlilik,
5. Depresif Düşünceler,
6. Ağrı,
7. İştah Değişimleri,
8. Uyku değişimleri
9. Şişkinliktir.

Yukarıda belirtilen toplam dokuz alt boyutuna ilişkin belirtilerin puanları ayrı ayrı elde edilebilmektedir. Ayrıca tüm alt boyutlardan alınan puanların toplamından oluşan “PMSÖ Toplam Puanı” elde edilmektedir. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 44, en yüksek puan ise 220’dir. Puan yükseldikçe premenstrüel sendrom belirtilerinin yoğunluğu fazla olarak değerlendirilmektedir.

Faktör analizi sonucu elde edilen 9 faktörlü yapıda, 1. faktörün varyansın %11,87' sini, 2. faktörün varyansın %22,12' sini, 3. faktörün varyansın %31,59' unu, 4. faktörün varyansın %40,52' sini, 5. faktörün varyansın %48,34'ünü, 6. faktörün varyansın %54,46' sını, faktörün varyansın %60,12'sini, 8. faktörün varyansın %65,68' ini, 9. faktörün varyansın %70,51' ini ve tüm faktörlerin varyansın %70,51' ini açıkladığı görülmüştür. Ayrıca alt boyutlara ilişkin bulunan Cronbach Alfa katsayıları 0,75 ile 0,91 arasında değişmekte olup bu bulgu alt boyutların kendi içinde tutarlılığının yüksek olduğunu göstermektedir.

Ölçek için izin alınmıştır (Ek-1)

3.5. Verilerin Toplanması:

Veriler anket üzerinden toplanmıştır. Polikliniklerimize başvuran çalışan kadınlara çalışma ile ilgili kısa bilgi verildikten sonra, çalışmaya katılmayı kabul edenlerden aydınlatılmış onam formu alınmıştır ve anket formları kişilere elden kendileri doldurmaları için verilmiştir, talep edenlere anket formuna ait link iletilmiştir.

3.6. Veri analizi öncesi kategorizasyon:

Kişilere medeni durumları “evli”, “bekar”, “eşinden boşanmış”, “eşi vefat etmiş” olarak sorulmuş olup, analizlerde “evli” ve “bekar/eşinden boşanmış/eşi vefat etmiş” olarak yeniden kategorize edilmiştir.

Çalışılan sektör detaylı olarak sorulmuş olup, analizlerde “sağlık sektörü” ve “sağlık dışı sektörler” olarak kategorize edilmiştir.

Eğitim durumu “Okuryazar değil”, “Okuryazar”, “İlköğretim”, “Ortaöğretim”, “Lise”, “Üniversite ve üzeri” olarak sorulmuş olup, analizlerde “Lise ve altı” ve “Üniversite ve üzeri” olarak kategorize edilmiştir.

VKİ “zayıf”, “normal”, “fazla kilolu ve obez” olarak kategorize edilmiştir.

Genel sağlık durumu “Çok iyi”, “İyi”, “Orta”, “Kötü”, “Çok kötü” olarak sorulmuş olup, analizlerde “Çok iyi”, “İyi”, “Orta ve altı” olarak kategorize edilmiştir.

Çay tüketme durumu “Hergün tüketirim (.....bardak/gün)”, “Bazen tüketirim”, “Hiç tüketmem” olarak sorulmuş olup, analizlerde “Hergün tüketirim (.....bardak/gün)”, “Bazen tüketirim/Hiç tüketmem” olarak yeniden kategorize edilmiştir.

Evlilik yaşı “evli değil”, “18-25 yaş arası evlenen”, “25 yaş ve üzeri yaşta evlenen” olarak kategorize edilmiştir.

3.7. Verilerin İstatistiksel Analizi

Veriler, IBM SPSS.23 (IBM Inc., Chicago, IL, ABD) programına aktarılarak istatistiksel analizlerle değerlendirildi. İstatistiksel analizlere geçmeden önce veri giriş hatasının olmaması ve parametrelerin beklenen aralıkta olup olmadığı ile ilgili kontroller yapıldı. Sürekli değişkenlerin tanımlayıcı istatistiklerin de ortalama ve standart sapma, kategorik değişkenlerin tanımlanmasında ise kişi sayısı (n) ve yüzde (%) değerleri verildi.

Kategorik değişkenler arasındaki ilişkiler Ki kare test analizi ile incelenip, olasılık oran değeri verildi. Sürekli değişkenlerin normal dağılım gösterip göstermediği Shapiro Wilk’s normallik testi ile, varyans homojenliği ise Levene’s testi ile kontrol edildi. İki düzeyli karşılaştırmalar normal dağılım görülmeyen durumlarda Mann Whitney-U testi ile yapıldı. Üç düzeyli karşılaştırmalar normal dağılım görülmeyen durumlarda Kruskal Wallis-H testi ile incelendi. İlişki görülmedi halinde Bonferroni düzeltme testi kullanıldı. Sürekli değişkenlerin korelasyonu için Spearman’s rho testi kullanıldı. Kişi sayısı, frekans (n), p değeri (p), aritmetik ortalama (ort.), standart sapma (SS) ve etki büyüklüğü (r) ile gösterildi. $p < 0,05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

3.8. Etik İzinler

Çalışmanın etik onayı Hacettepe Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu’ndan 15/06/2021 tarih ve GO21/695 numarası ile alınmıştır.

4. BULGULAR

Premenstrual sendromun çalışan kadınların işle ilgili yaşam kalitesi, işe devamlılık durumu ve iş performansı üzerindeki etkisini araştıran çalışmamızın bulguları bu kısımda verilmiştir.

4.1 Kadınların Bazı Tanımlayıcı Özellikleri

Tablo 4.1’de kadınların sosyo-demografik özelliklerine ilişkin bulgulara yer verilmiştir. Çalışmaya katılan kadınların %59,5’i bekar %38,9’u evli olduğu görülmektedir. Eğitim durumuna bakıldığında %94,9’u üniversite ve üzeri eğitim almıştır. Çalışmamıza katılanların yaş ortalaması $28,92 \pm 5,42$ (min=22 maks=54) olarak bulunmuştur.

Tablo 4.1 Kadınların sosyodemografik özelliklerine ilişkin dağılımı

		Sayı (n)		Yüzde (%)	
Medeni Durum (n=370)	Evli	144		38,9	
	Bekar	220		59,5	
	Eşinden Boşanmış	5		1,4	
	Eşi Vefat Etmiş	1		0,3	
Eğitim Durumu (n=370)	İlkokul Mezunu	7		1,9	
	Ortaokul Mezunu	2		0,5	
	Lise Mezunu	10		2,7	
	Üniversite ve Üzeri	351		94,9	
Yaş (n = 370)	Ort	SS	Min	Maks	
	28,92	5,42	22	54	
Ort: Ortalama; SS: Standart Sapma; Min: Minimum; Maks: Maksimum					

Tablo 4.2’de kadınların çalışma yaşamı özelliklerine ilişkin dağılımı verilmiştir. Çalışmaya katılan kadınların %64,6’sı sağlık sektöründe; %13,8 eğitim sektöründe çalışmaktadır. Çalışma ortamı incelendiğinde kadınların %54,3’ü kapalı ortamda değişik kişi sayısında çalışırken; %24,3’ü ofis ortamında 1-10 kişi bulunan ortamda çalışmaktadır. Çalışma şekli incelendiğinde kadınların %69,5’i tam gün mesai

ile çalışırken; %38,4 nöbet usulü çalışmaktadır. Sektörde çalışma süresi ortalama $4,7 \pm 4,69$ yıl (min=0; maks=25) olarak bulunmuştur.

Tablo 4.2 Kadınların çalışma yaşamı özelliklerine ilişkin dağılımı

	Sayı (n)	Yüzde (%)		
Çalıştığı Sektör (n=370)	Sağlık	239	64,6	
	Eğitim	51	13,8	
	Ticaret	14	3,8	
	Adalet	15	4,1	
	Kültür Sanat ve Tasarım	1	0,3	
	Ulaştırma	11	3,0	
	Finans	2	0,6	
	İnşaat ve Sanayi	36	9,7	
Çalışma Ortamı (n=370)	Seyahat ederek çalışan	14	3,8	
	Evde çalışan	24	6,5	
	Ofis ortamında 1-10 kişi arasında çalışan	90	24,3	
	Kapalı ortamda 10-30 kişi arasında çalışan	62	16,8	
	Fabrika gibi kalabalık ortamda çalışan	26	7,0	
	Kapalı ortamda değişken kişi sayısında çalışan	201	54,3	
Çalışma Şekli (n = 370)	Fiziksel performans sergileyerek çalışan	120	32,4	
	Yönetici/işveren pozisyonunda çalışan	21	5,7	
	Tam gün mesai ile çalışan	257	69,5	
	Yarım gün mesai ile çalışan	11	3,0	
	Vardiyalı işte çalışan	19	5,1	
	Nöbet usulü çalışan	142	38,4	
Sektörde çalışma süresi (yıl) (n=370)	Ort	SS	Min	Maks
	4,70	4,69	0	25

Ort: Ortalama; SS: Standart Sapma; Min: Minimum; Maks: Maksimum

Tablo 4.3’de kadınların genel sağlık durumu ve yaşam biçimi özelliklerine ilişkin dağılımı verilmiştir. Çalışmaya katılan kadınların %85,7’sinde kronik hastalık %97’sinde psikolojik hastalık olmadığı bulunmuştur. Kadınların %86,5’i ilaç kullanmamaktadır. Kadınların %68,4’ü genel sağlık durumunu iyi, %18,9’u orta olarak değerlendirmiştir. Kadınların %45,4’ü düzensiz egzersiz yaparken %45,1 egzersiz yapmamaktadır. Beslenme durumu incelendiğinde kadınların %32,7’si düzenli beslenmekte ancak içeriğine dikkat etmemektedir. Bununla birlikte kadınların %24,9’u dengeli ve düzenli beslenmemektedir. Kafein tüketimi incelendiğinde %67,6 her gün kafein tüketmekteyken %29,7 bazen tüketmemektedir. Çalışmaya katılan kadınların %77’si her gün çay tüketmektedir. Sigara kullanma durumu incelendiğinde %67,3 hiç sigara kullanmamışken 515,7 her gün sigara kullanmaktadır. Çalışmaya katılan kadınların %58,4’ü alkol kullanmamaktadır. Tuz tüketimi incelendiğinde %41,9 düzenli tuz tüketmemektedir. Çalışmaya katılan kadınların %54,6’sı vitamin kullanmamaktadır. Çalışmamıza katılanları VKİ sınıflamasına göre sınıflandırdığımızda %74,6 normal kiloda olarak bulunmuştur. Kişilerin VKİ ortalaması $22,21 \pm 3,48$ (min=16,65 maks=41,81) olarak bulunmuştur.

Tablo 4.3 Kadınların genel sağlık özellikleri ve yaşam tarzı biçimi özelliklerine göre dağılımı

		Sayı (n)	Yüzde (%)
Kronik Hastalık (n=370)	Evet	53	14,3
	Hayır	317	85,7
Psikolojik Hastalık (n = 370)	Evet	11	3,0
	Hayır	359	97,0
İlaç Kullanımı (n=370)	Evet	50	13,5
	Hayır	320	86,5
Genel Sağlık Durumu (n=370)	Çok İyi	44	11,9
	İyi	253	68,4
	Orta	70	18,9
	Kötü	3	0,8
Egzersiz Durumu (n=370)	Çok Kötü	0	0
	Evet (haftada en az 3 kez)	35	9,5
	Düzensiz Yapıyorum	168	45,4
Beslenme Durumu (n=370)	Hayır	167	45,1
	Düzenli ve dengeli besleniyorum	70	18,9
	Düzenli besleniyorum ancak besin içeriğine dikkat etmiyorum.	121	32,7
	Yediğim besinlerin içeriğine dikkate ediyorum ancak düzenli beslenmiyorum	87	23,5
	Dengeli ve düzenli beslenmiyorum	92	24,9
Kafein Tüketimi (n=370)	Her gün tüketirim	250	67,6
	Bazen tüketirim	110	29,7
	Hiç tüketmem	10	2,7
Çay Tüketimi (n=370)	Her gün tüketirim	285	77,0
	Bazen tüketirim	82	22,7

		Sayı (n)	Yüzde (%)	
Sigara Kullanımı (n=370)	Hiç tüketmem	3	0,3	
	Her gün kullanıyorum	58	15,7	
	Ara sıra kullanıyorum	38	10,3	
	Daha önce kullandım			
	Şu an kullanmıyorum	25	6,8	
	Hiç kullanmadım	249	67,3	
Alkol Tüketimi (n=370)	Sık sık	22	35,7	
	Bazen	132	5,9	
	Kullanmıyorum	216	58,4	
Tuz Tüketimi (n=370)	Evet	108	29,2	
	Bazen	107	28,9	
	Hayır	155	41,9	
Vitamin Kullanımı (n=370)	Evet	62	16,8	
	Bazen	106	28,6	
	Hayır	202	54,6	
VKİ sınıflama (n=362)	Zayıf	31	8,6	
	Normal	270	74,6	
	Fazla kilolu	51	14,1	
	Obez	7	1,9	
	Morbid obez	3	0,8	
VKİ (n=370)	Ort	SS	Min	Maks
	22,21	3,48	16,65	41,81
Ort: Ortalama; SS: Standart Sapma; Min: Minimum; Maks: Maksimum; VKİ: Vücut Kitle İndeksi				

Tablo 4.4’de kadınların menstruasyon ve doğurganlık özelliklerine ilişkin dağılımına yer verilmiştir. Evlilik yaşı incelendiğinde kadınların %58,9’u evli değilken %21,6’sı 26-30 yaş arasında evlenmiştir. Kadınların %58,4’ünün düzenli cinsel ilişkisi olmadığı bulunmuştur. Kadınların %90’ının tanı almış kadın hastalığı bulunmamaktadır. Çalışmaya katılan kadınların %84,3’ü çocuk sahibi değildir. Aile planlaması yöntemi incelendiğinde %58,1i bir yöntem kullanmıyorken %33’ünün

sadece eşi kullanmaktadır. Aile planlaması yöntemi kullanan kadınların %62,9'ukondom ile korunmaktadır. Çalışmaya katılan kadınların %75,9'u anket sorularını cevaplarırken adet olmadığını belirtmiştir. Kadınların %80'i son 6 aydır adetlerinin düzenli olduğunu belirtmiştir. Ağrılı adet durumu incelendiğinde %55,1 bazen ağrı yaşadığını %33,2 her zaman ağrı yaşadığını belirtmiştir. Çalışmaya katılanların ortalama ilk adet yaşı $12,98 \pm 1,42$ (min:5 maks:17) olarak bulunmuştur. Adet döngü süresi ortalama $29,18 \pm 8,74$ (min:13 maks:120) olarak bulunmuştur. Çalışmaya katılan kadınların adet süresi ortalama $5,95 \pm 1,9$ (min:2 maks:28) gün olarak bulunmuştur. Adet sancı şiddeti 10 üzerinden puanladığında ortalama şiddet $6,3 \pm 2,02$ (min:1 maks:10) olarak bulunmuştur. En son doğum yılı ortalama $8,1 \pm 6,71$ (min:1 maks:26) olarak bulunmuştur.

Tablo 4.4 Kadınların menstruasyon ve doğurganlık özelliklerine ilişkin dağılımı

	Sayı (n)	Yüzde (%)	
Evlilik Yaşı (n=370)	Evli değil	218	58,9
	18-20 arası	9	2,4
	21-25 arası	56	15,1
	26-30 arası	80	21,6
	31-35 arası	7	1,9
Düzenli Cinsel İlişki (n=370)	Var	154	41,6
	Yok	216	58,4
Tanı Almış Kadın Hastalığı (n=370)	Var	37	10
	Yok	333	90
Çocuk Sahibi Olma (n=370)	Var	58	15,7
	Yok	312	84,3
Aile Planlaması Yöntemi Kullanma Durumu (n=370)	İkisi de kullanmıyor	215	58,1
	Sadece kendisi kullanıyor	33	8,9
	Sadece eşi kullanıyor	122	33
	Oral kontraseptif	15	9,9

Aile Planlaması Yöntemi (n=151)	Rahim içi araç	12	7,9		
	Kondom	95	62,9		
	Tüp Ligasyonu	2	1,3		
	Aylık/3 aylık iğne	2	1,3		
	Geri çekme	24	15,9		
	Diğer	1	0,7		
Şuanki Adet Durumu (n=370)	Evet	89	24,1		
	Hayır	281	75,9		
Son 6 ay adet düzeni (n=370)	Evet	296	80		
	Hayır	74	20		
Ağrılı Adet Durumu (n=370)	Evet her zaman	123	33,2		
	Evet bazen	204	55,1		
	Hayır	43	11,6		
		Ort.	SS	Min	Maks
İlk adet yaşı (n=370)		12,98	1,42	5	17
Adet döngü süresi (n=370)		29,18	8,74	13	120
Adet süresi (n=370)		5,95	1,90	2	28
Adet sancı şiddeti (n=328)		6,3	2,02	1	10
En son doğum yıl (n=52)		8,1	6,71	1	26
Ort:Ortalama; SS: Standart sapma; Min:Minimum; Maks: Maksimum					

4.2 PMS Görülme Durumu ve PMS ile İlgili Genel Durumlar

Tablo 4.5’de kadınlarda PMS görülme durumu verilmiştir. Çalışmamıza katılan 370 kadından 241’sinde PMS görülmekteyken 129’unda görülmemiştir. Kadınların %65,1’i PMS(+) olarak kabul edilmiştir.

Tablo 4.5 Kadınlarda PMS Görülme Durumu

	n (Sayı)	Yüzde %	
PMS görülme durumu	PMS görülen	241	65,1
	PMS görülmeyen	129	34,9
	Toplam	370	100

Tablo 4.6’da kadınların PMSÖ’den aldıkları toplam puan ve alt boyutlarına ilişkin puan ortalamalarının dağılımı verilmiştir. Kadınların PMSÖ’den aldıkları toplam puan ortalamaları $126,9 \pm 38,7$ olarak bulunmuştur.

Ölçek alt boyutları incelendiğinde, kadınların “depresif duygulanım” puan ortalaması $22,16 \pm 7,03$, “anksiyete” puan ortalaması $15,38 \pm 6,69$, “yorgunluk” puan ortalaması $19,1 \pm 6,41$, “sinirlilik” puan ortalaması $16,01 \pm 5,36$, “depresif düşünceler” puan ortalaması $18,04 \pm 7,92$, “ağrı” puan ortalaması $8,43 \pm 3,54$, “iştah değişimi” puan ortalaması $9,77 \pm 3,64$, “uyku değişimi” puan ortalaması $8,02 \pm 3,5$, “şişkinlik” puan ortalaması $10,01 \pm 3,41$ olarak bulunmuştur.

Tablo 4.6 Kadınların PMSÖ’den Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı

	Ort±SS	Min	Maks
Depresif duygulanım	22,16±7,03	7	35
Anksiyete	15,38±6,69	7	35
Yorgunluk	19,1±6,41	6	30
Sinirlilik	16,01±5,36	5	25
PMSÖ Alt boyutları			
Depresif Düşünceler	18,04±7,92	7	35
Ağrı	8,43±3,54	3	15
İştah değişimi	9,77±3,64	3	15
Uyku değişimi	8,02±3,5	3	15
Şişkinlik	10,01±3,41	3	15
PMSÖ toplam puan	126,9±38,7	44	220

Ort: Ortalama; SS: Standart sapma; Min: Minimum; Maks: Maksimum; PMSÖ: Premenstrual Sendrom Ölçeği

Tablo 4.7’de kadınların PMS ile ilgili genel durumlarının karşılaştırılması verilmiştir. Kadınların PMS semptomlarını ne kadar süredir yaşadıkları incelendiğinde 284 kadının 1 yıldan fazladır bu semptomları yaşadığı görülmüştür ve bu kadınların %67,3’ünde PMS pozitif olarak bulunmuştur. PMS semptomlarını yaşama süreleri kıyaslandığında PMS pozitif kadınların şikayetlerinin daha uzun süredir var olduğu görülmüştür ancak sonuçlar istatistiksel olarak anlamlı değildir.

PMS şikayetleri nedeniyle 31 kadın doktora başvurmuş ve bunların 24'ü ölçeğimize göre PMS pozitif gelmiştir. PMS şikayetleri nedeniyle doktora başvurma incelendiğinde PMS pozitif olanların daha fazla doktora başvurduğu görülmüş ancak sonuçlar istatistiksel olarak anlamlı değildir. PMS ilaç tedavisi ve ilaç dışı tedavi incelendiğinde yine istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Yine PMS tanısı alma incelendiğinde PMS tanısı alan 10 kadının ölçeğimizde 8'i pms pozitif olarak bulunmuştur. Kadınların doktora başvurma düşüncesi incelendiğinde PMS pozitif kadınların doktora başvurma isteği istatistiksel olarak anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur.

Kadınların PMS semptomları başlama süresi incelendiğinde PMS pozitiflerin ortalama $5,81 \pm 2,27$ iken PMS negatiflerin $4,85 \pm 2,39$ olarak bulunmuştur ve sonuçlar istatistiksel olarak anlamlıdır. PMS pozitif kadınların şikayetleri gün olarak daha erken başlamaktadır. Kadınların PMS semptomları bitiş süresi incelendiğinde PMS pozitif olanların şikayet bitiş süresi ortalama $3,02 \pm 1,96$ gün iken; PMS negatif kadınların $2,47 \pm 1,34$ olarak bulunmuştur ve sonuçlar istatistiksel olarak anlamlıdır. PMS pozitif kadınların şikayetleri daha geç bitmektedir.

PMS'nin kadınların günlük yaşamına etkisi incelendiğinde pozitif kadınların günlük yaşam etki puanı ortalama $6,81 \pm 1,91$ iken negatif kadınların $4,83 \pm 2,14$ olarak bulunmuştur ve sonuçlar istatistiksel olarak anlamlıdır. Yine aynı şekilde PMS yaşam kalitesini ve aile içi ilişkiyi olumsuz etkilemektedir. Kadınların yaşam kalitesi puanı incelendiğinde PMS pozitif kadınların yaşam kalitesi etki puanı ortalama $6,97 \pm 1,97$ iken negatif kadınların $4,68 \pm 2,50$ olarak bulunmuştur. Kadınların aile içi ilişkileri incelendiğinde yine PMS pozitif bireylerin aile içi ilişki etki puanı daha yüksek olarak bulunmuştur istatistiksel olarak anlamlıdır.

Tablo 4.7 Kadınların PMS ile ilgili genel durumlarının karşılaştırılması

		PMS (-)		PMS (+)		p değeri
		Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)	
PMS şikayetleri süresi	3 aydan az	6	46,2	7	53,8	0,390
	4-12 ay	12	44,4	15	55,6	
	1 yıldan fazla	93	32,7	191	67,3	
	Toplam	111	34,3	213	65,7	
Şikayeti nedenli Doktor Başvuru	Hayır	109	36	194	64	0,136
	Evet	7	22,6	24	76,4	
	Toplam	116	24,7	218	75,3	
PMS tanısı alan	Hayır	72	35,1	133	64,9	0,269
	Evet	2	20	8	80	
	Toplam	74	34,4	141	65,6	
PMS tedavisi	Hayır	57	33,7	112	66,3	0,552
	Evet	2	40	3	60	
	Toplam	59	33,9	115	66,1	
PMS ilaç dışı tedavi	Hayır	57	34,3	109	65,7	0,663
	Evet	2	33,3	4	66,7	
	Toplam	59	34,3	113	65,7	
Doktora Gitme Düşüncesi	Hayır	95	38,6	151	61,4	0,001
	Evet	11	17,2	53	82,8	
	Toplam	106	34,2	204	65,8	
		PMS (-)		PMS (+)		p
		Ort	SS	Ort	SS	
	Şikayet başlama gün	4,85	2,39	5,81	2,27	0,001>
	Şikayet bitme gün	2,47	1,34	3,02	1,96	0,02
	Şikayet günlük yaşam	4,83	2,14	6,81	1,91	0,001>
	Şikayet yaşam kalitesi	4,68	2,50	6,97	1,97	0,001>
	Şikayet aile içi ilişki	4,16	2,62	6,61	2,26	0,001>

4.3 Kadınlarda PMS Görülme Durumunu Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi

Tablo 4.8,4.9 ve 4.10'da PMS görülme durumunu etkileyen faktörlerin karşılaştırılması verilmiştir.

Tablo 4.8'de kadınlarda PMS görülme durumu ile kadınların sosyo-demografik özelliklerinin karşılaştırılması verilmiştir.

Kadınların yaş, medeni durumları ile PMS görülme durumları arasında herhangi anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

Kadınların eğitim durumu ve PMS görülme durumu incelendiğinde ise eğitim durumu üniversite ve üzeri olanlar ile üniversite mezunu olmayanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmüştür ($p=0,031$). Eğitim durumu üniversite ve üzeri olan kadınların %66,4'ünde PMS pozitif olarak bulunmuştur.

Tablo 4.8 Kadınlarda PMS görülme durumu ile sosyo-demografik özellikler arasındaki ilişkinin incelenmesi

		PMS (-)		PMS (+)		p değeri
		Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)	
Medeni Durum	Evli	49	34	95	66	0,787
	Bekar/ Eşinden Boşanmış/ Eşi vefat etmiş	80	35,4	146	64,6	
	Eğitim Durumu	İlkokul	11	57,9	8	
	Ortaokul					
	Lise mezunu					
	Üniversite ve üzeri	118	33,6	233	66,4	
		PMS (-)		PMS (+)		p
		Ort	SS	Ort	SS	
	Yaş	29,86	6,44	28,42	4,72	0,21

Tablo 4.9’de kadınlarda PMS görülme durumu ile çalışma özellikleri arasındaki ilişki gösterilmiştir.

Kadınlarda çalışılan sektör ve PMS görülme durumu arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Çalışma ortamı incelendiğinde ise kapalı ortamda değişken kişi sayısında çalışan kişilerde PMS görülme olasılığı daha yüksek bulunmuşken ($p=0,077$) fabrika gibi kapalı ortamda çalışanlarda PMS görülme durumu daha az olarak bulunmuştur ($p=0,093$) ancak sonuçlar istatistiksel olarak anlamlı değildir. Bunun dışında seyahat ederek çalışan, ofis ortamında çalışan, evden çalışan ve kapalı ortamda 10-30 kişi arasında çalışan kişilerde anlamlı bir sonuç bulunmamıştır.

Çalışma şekli incelendiğinde ise fiziksel performans ile çalışan, yönetici işveren pozisyonunda çalışan, tam gün mesai ile çalışan, yarım gün mesai ile çalışan, vardiyalı çalışan ve nöbet usulü çalışan kişilerde anlamlı bir sonuç çıkmamıştır. Sektörde çalışma süresi yıl olarak incelendiğinde PMS negatif bireyler ortalama $5,06\pm 5,51$ yıl çalışmışken PMS pozitif bireyler $4,49\pm 4,18$ yıl çalışmıştır ancak sonuçlar istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p=0,823$).

Tablo 4.9 Kadınlarda PMS görülme durumu ile çalışma özellikleri arasındaki ilişkinin incelenmesi

		PMS (-)		PMS (+)		p değeri	
		Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)		
Çalışılan Sektör	Sağlık sektörü	79	33,1	160	66,9	0,324	
	Sağlık dışı sektör	50	38,2	81	61,8		
Çalışma Ortamı	Seyahat Ederek Çalışan	Hayır	123	34,6	233	65,4	0,522
		Evet	6	42,9	8	57,1	
	Evde Çalışan	Hayır	117	33,8	229	66,2	0,108
		Evet	12	50	12	50	
	Ofis Ortamında 1-10 kişi arasında çalışan	Hayır	93	33,2	187	66,8	0,240
		Evet	36	40	54	60	
Kapalı ortamda 10-30 kişi arasında çalışan	Hayır	108	35,1	200	64,9	0,857	
	Evet	21	33,9	41	66,1		

Çalışma Şekli	Fabrika Gibi Kapalı Ortamda Çalışan	Hayır	116	33,7	228	66,3	0,093
		Evet	13	50	13	50	
	Kapalı Ortam Değişken Kişi Sayısında Çalışan	Hayır	67	39,6	102	60,4	0,077
		Evet	62	30,8	139	69,2	
	Fiziksel Performans Gerektiren İşte Çalışanlar	Hayır	91	36,4	159	63,6	0,371
		Evet	38	31,7	81	60,3	
	Yönetici İşveren Pozisyonunda Çalışanlar	Hayır	122	35	227	65	0,879
		Evet	7	33,3	13	66,7	
	Tam Gün Mesai Çalışanlar	Hayır	34	30,1	79	69,9	0,201
		Evet	95	37	162	63	
	Yarım Gün Mesai Çalışanlar	Hayır	126	35,1	233	64,9	0,427
		Evet	3	27,3	8	72,7	
	Vardiyalı Çalışan	Hayır	122	34,8	2229	65,2	0,853
		Evet	7	36,8	12	63,2	
	Nöbet Usulü Çalışan	Hayır	86	37,7	142	62,3	0,144
		Evet	43	30,3	99	69,7	
			PMS (-)		PMS (+)		
			Ort	SS	Ort	SS	p
Sektör Çalışma Süresi(yıl)		5,06	4,51	4,49	4,18	0,823	

Tablo 4.10’da kadınlarda PMS görülme durumu ile kadınların sağlık ve yaşam biçimi özellikleri arasındaki ilişki gösterilmiştir.

Kadınların sağlıkla ilgili özellikleri incelendiğinde kronik hastalık varlığı, ilaç kullanımı ve psikolojik hastalık varlığı ile PMS görülme durumu arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Genel sağlık durumunu orta olarak belirten kişilerde PMS görülme durumu %74 olarak bulunmuştur ancak istatistiksel olarak anlamlı değildir (p=0,203).

Kadınların egzersiz ve beslenme düzeni PMS görülme durumu ile kıyaslandığında anlamlı bir sonuç elde edilmemiştir. Kafein tüketimi incelendiğinde

kafein tüketimi arttıkça PMS görülme durumu artmıştır ancak sonuçlar istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p=0,103$). Sigara kullanımını incelendiğinde hergün sigara kullanan kişilerin %74'ünde PMS görülmüştür ancak sonuçlar istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p=0,457$). Alkol kullanımını incelendiğinde alkol kullanımını arttıkça PMS görülme durumu artmıştır ve sonuçlar istatistiksel olarak anlamlı olarak bulunmuştur ($p=0,013$). Tuz tüketimi ve çay tüketimi incelendiğinde anlamlı bir sonuç bulunmamıştır. Kişilerin vitamin kullanımını incelendiğinde vitamin tüketimi arttıkça pms görülme durumu artmıştır ve sonuçlar istatistiksel olarak anlamlıya yakın olarak bulunmuştur ($p=0,056$). Kadınların vki ve vki sınıflaması incelendiğinde PMS ile aralarında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

Tablo 4.10 Kadınlarda PMS görülme durumu ile kadınların sağlık ve yaşam biçimi özellikleri arasındaki ilişkinin incelenmesi

		PMS (-)		PMS (+)		P
		Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)	
Kronik hastalık	Yok	111	35	206	65	0,882
	Var	18	34	35	66	
İlaç Kullanımı	Yok	112	35	208	65	0,890
	Var	17	34	33	66	
Psikolojik Hastalık	Yok	125	34,8	234	65,2	0,573
	Var	4	36,4	7	63,6	
Genel Sağlık Durumu	Orta	19	26	54	74	0,203
	İyi	93	36,8	160	63,2	
	Çok İyi	17	38,6	27	61,4	
Düzenli Egzersiz	Hayır	56	33,5	111	66,5	0,876
	Evet	13	37,1	22	62,9	
	Düzensiz yapıyor	60	35,7	108	64,3	
Beslenme Şekli	Dengeli düzenli beslenmiyor	31	33,7	61	66,3	0,730
	Dengeli ve düzensiz	28	32,2	59	67,8	
	Düzenli ve dengesiz	47	38,8	74	61,2	
	Dengeli ve düzenli	23	32,9	47	67,1	

		PMS (-)		PMS (+)		P
		Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)	
Kafein Tüketimi	Hiç tüketmeyen	6	60	4	40	0,103
	Her gün tüketen	80	32	170	68	
	Bazen tüketen	43	39,1	67	60,9	
Sigara Kullanımı	Hiç kullanmayan	90	36,1	159	63,9	0,457
	Daha önce kullanıp bırakan	10	40	15	60	
	Ara sıra kullanan	14	36,8	24	63,2	
	Her gün kullanan	15	25,9	43	74,1	
Alkol Kullanımı	Hiç kullanmayan	88	40,7	128	59,3	0,013
	Sık sık kullanan	4	18,2	18	81,8	
	Bazen	17	28	95	72	
Tuz Tüketimi	Hayır	52	33,5	103	66,5	0,886
	Evet	38	35,2	70	64,8	
	Bazen	39	36,4	68	63,6	
Vitamin Tüketimi	Hayır	79	39,1	123	60,9	0,056
	Evet	14	22,6	48	77,4	
	Bazen	36	34	70	66	
Çay Tüketimi	Hergün tüketen	100	35,1	185	64,9	0,869
	Hiç tüketmeyen ya da arada sırada tüketen	29	34,1	56	65,9	
VKİ Sınıflama	Zayıf	14	45,2	17	54,8	0,869
	Normal	94	34,8	176	65,2	
	Fazla kilolu ve obez	21	30,4	48	69,6	
		PMS (-)		PMS (+)		P
		Ort	SS	Ort	SS	
VKİ		22,16	4,14	22,24	3,09	0,2

Tablo 4.11’de kadınlarda PMS görülme durumu ile kadınların menstruasyon ve doğurganlık özellikleri arasındaki ilişki gösterilmiştir.

Düzenli cinsel ilişki ve tanı almış kadın hastalığı ile PMS görülme durumu arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Çocuk sahibi olma durumu incelendiğinde çocuk sahibi olan kadınlarda PMS görülme durumu azalmıştır ancak sonuçlar istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p=0,083$). İlk evlilik yaşı ve şuan ki adet durumuna bakıldığında PMS görülme durumu ile aralarında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Son 6 ay adeti düzenli olan kadınlarda PMS görülme durumunun azaldığı görülmüştür ancak sonuçlar istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p=0,114$). Ağrılı adet varlığı ile PMS görülme durumu incelendiğinde ağrılı adet geçirenlerde PMS'nin daha fazla görüldüğü bulunmuştur ve sonuçlar istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,001$).

Çocuk sayısı incelendiğinde PMS negatif bireylerin ortalama çocuk sayısı $1,74\pm0,619$ bulunmuşken PMS pozitif bireylerin $1,45\pm0,624$ bulunmuştur. Çocuk sayısı arttıkça PMS görülme durumu azalmıştır ancak sonuçlar istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p=0,073$). İlk adet yaşı, menstrual siklus süresi ve menstrual kanama süresi ile PMS görülme durumu arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Aile planlanması kullanım durumu ve yöntemleri incelendiğinde anlamlı bir sonuç bulunmamıştır.

Adet sancı şiddeti ve PMS görülme durumu incelendiğinde PMS negatif bireylerin adet sancı puanı ortalama $5,8\pm2,04$ iken PMS pozitif bireylerin ortalama puanı $6,52\pm1,98$ olarak bulunmuştur. Sonuç olarak adet sancı şiddeti arttıkça PMS görülme durumu artmıştır ve sonuçlar istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,04$).

Tablo 4.11 Kadınlarda PMS görülme durumu ile kadınların menstruasyon ve doğurganlık özellikleri arasındaki ilişkinin incelenmesi

		PMS (-)		PMS (+)		P
		Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)	
Cinsel İlişki	Yok	79	36,6	137	63,4	0,414
	Var	50	32,5	104	67,5	
Tanı Almış Kadın Hastalığı	Yok	116	34,8	217	65,2	0,971
	Var	13	35,1	24	64,9	
Çocuk Sahibi Olma	Yok	103	33	209	67	0,083
	Var	26	44,8	32	55,2	
İlk Evlilik Yaş	Evli değil	76	34,9	142	74	0,185
	18-25 arası evlenen	28	43,1	37	56,9	
	25 üstü evlenen	25	28,7	62	71,3	
Şu anki Adet durumu	Yok	95	33,8	186	66,2	0,448
	Var	34	38,1	55	61,9	
Son 6 ay adet düzeni	Düzensiz	20	27	54	73	0,114
	Düzenli	109	36,8	187	63,2	
Ağrılı Adet	Hayır	27	62,8	16	37,2	<0,001
	Evet her zaman	33	26,8	90	73,2	
	Bazen	69	33,8	135	66,2	
Aile planlaması kullanma durumu	İkisi de kullanmıyor	76	35,3	139	64,7	0,759
	Sadece kendisi	13	39,4	20	60,6	
	Sadece eşi	40	32,8	82	67,2	
Aile planlaması yöntemi (en son kullanılan)	OKS	5	33,3	10	66,7	0,762
	Ria	5	41,7	7	58,3	
	Kondom	29	30,5	66	69,5	
	Aylık/3 aylık iğne	1	50	1	50	
	Tüp ligasyon	1	50	1	50	
	Geri çekme	9	37,5	15	62,5	

	PMS (-)		PMS (+)		P
	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)	
Diğer	1	100	0	0	
	PMS (-)		PMS (+)		P
	Ort	SS	Ort	SS	
Çocuk Sayısı	1,74	0,619	1,45	0,624	0,073
İlk Adet Yaşı	13,14	1,493	12,89	1,385	0,267
Menstrual Siklus Süresi	30,36	12,89	28,54	5,26	0,991
Menstrual kanama süresi	5,88	1,46	5,98	2,1	0,636
Adet sancı şiddeti	5,8	2,04	6,52	1,98	0,004

4.4 Kadınlarda PMS Görülme Durumunun İş Hayatına Etkisi

Tablo 4.12’de kadınlarda PMS görülme durumu ile iş hayatı arasındaki ilişki gösterilmiştir.

Kadınların PMS şikayetleriyle işe gitmeme, işe geç kalma ve istirahat raporu durumu incelendiğinde PMS pozitif bireylerde oran daha yüksek bulunmuştur ancak sonuçlar istatistiksel olarak anlamlı değildir.

PMS’nin işle ilgili yaşam kalitesini etkileme puanı incelendiğinde PMS negatif bireylerin ortalama puanı $4,35 \pm 2,481$ iken pozitif bireylerin ortalama puanı $6,84 \pm 2,203$ olarak bulunmuştur. Sonuç olarak PMS iş yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir ve sonuçlar istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0,001$).

PMS’nin işle ilgili çevre ilişkisini etkileme puanı incelendiğinde PMS negatif bireylerin puanı ortalama olarak $3,84 \pm 2,435$ iken PMS pozitif bireylerin ortalama puanı $6,15 \pm 2,532$ olarak bulunmuştur ve sonuç olarak PMS semptomları kişinin işle ilgili çevre ilişkisini olumsuz etkilemektedir ve sonuçlar istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p = 0,00$).

PMS'nin işle gitme durumunu etkileme puanı incelendiğinde PMS negatif bireylerin ortalama puanı $5,42 \pm 3,043$ iken pozitif bireylerin ortalama puanı $7,63 \pm 2,432$ olarak bulunmuştur. Sonuç olarak PMS işle gitme durumunu olumsuz yönde etkilemektedir ve sonuçlar istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0,001$).

PMS'nin iş performansını etkileme puanı incelendiğinde PMS negatif bireylerin ortalama puanı $4,23 \pm 2,594$ iken pozitif bireylerin ortalama puanı $6,66 \pm 2,365$ olarak bulunmuştur. Sonuç olarak PMS iş performansını olumsuz yönde etkilemektedir ve sonuçlar istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0,001$).

PMS'nin işte çalışma hızını etkileme puanı incelendiğinde PMS negatif bireylerin ortalama puanı $4,27 \pm 2,795$ iken pozitif bireylerin ortalama puanı $6,59 \pm 2,501$ olarak bulunmuştur. Sonuç olarak PMS işte çalışma hızını olumsuz yönde etkilemektedir ve sonuçlar istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0,001$).

PMS'nin işte dikkat odaklanma durumunu etkileme puanı incelendiğinde PMS negatif bireylerin ortalama puanı $3,9 \pm 2,593$ iken pozitif bireylerin ortalama puanı $6,41 \pm 2,525$ olarak bulunmuştur. Sonuç olarak PMS işte dikkat odaklanma durumunu olumsuz yönde etkilemektedir ve sonuçlar istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0,001$).

PMS'nin işte uyku durumunu etkileme puanı incelendiğinde PMS negatif bireylerin ortalama puanı $3,99 \pm 2,943$ iken pozitif bireylerin ortalama puanı $6,48 \pm 2,659$ olarak bulunmuştur. Sonuç olarak PMS işte uyku durumunu olumsuz yönde etkilemektedir ve sonuçlar istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0,001$).

Tablo 4.12 Kadınlarda PMS görölme durumu ile iş hayatı arasındaki ilişkinin incelenmesi

		PMS (-)		PMS (+)		P
		Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)	
PMS şikayeti nedeniyle işten izin alma	Hayır	104	38	170	62	0,324
	Evet	10	18,9	43	81,1	
PMS şikayetleriyle işe geç gitme	Hayır	88	36,5	153	63,5	0,266
	Evet	26	29,9	61	70,1	
PMS şikayetleriyle istirahat raporu alma	Hayır	110	35,5	200	64,5	0,134
	Evet	3	18,8	13	71,2	
		PMS (-)		PMS (+)		p
		Ort	SS	Ort	SS	
PMS'nin işle ilgili yaşam kalitesini etkileme puanı(0-10)		4,35	2,481	6,84	2,203	<0,001
PMS'nin işle ilgili çevre ilişkisini etkileme puanı(0-10)		3,84	2,435	6,15	2,532	<0,001
PMS'nin işe gitme durumunu etkileme puanı(0-10)		5,42	3,043	7,63	2,432	<0,001
PMS'nin iş performansını etkileme puanı(0-10)		4,23	2,594	6,66	2,365	<0,001
PMS'nin işte çalışma hızını etkileme puanı(0-10)		4,27	2,795	6,59	2,501	<0,001
PMS'nin işte dikkat odaklanma durumunu etkileme puanı(0-10)		3,90	2,593	6,41	2,525	<0,001
PMS'nin işte uyku durumunu etkileme puanı(0-10)		3,99	2,943	6,48	2,659	<0,001

Tablo 4.13 kadınların çalışma hayatı özellikleri ile işten izin alma, işe geç gitme ve istirahat raporu alma arasındaki durumu karşılaştırmaktadır. Çalışılan sektör incelendiğinde sağlık sektöründeki personelin daha az istirahat raporu aldığı görülmektedir ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

Çalışma ortamı incelendiğinde seyahat ederek çalışan kadınların oran olarak diğer çalışanlara göre daha fazla istirahat raporu aldığı ve daha fazla izin aldığı

görülmektedir ve bu sonuç istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Kapalı ortamda çalışma, evde ve ofiste çalışma bu durumları etkilememiştir.

Çalışma şekli incelendiğinde yönetici olarak çalışan kadınların %47,1'i PMS semptomları olduğunda işe geç gittiğini bildirmiştir ve diğer çalışma şekilleriyle kıyaslandığında istatistiksel olarak anlamlı derecede işe geç gitme bildirmişlerdir. Yine aynı şekilde tam gün mesai ile çalışan kadınlar daha fazla istirahat raporu almaktadır ve bu durum istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

Tablo 4.13 Kadınların çalışma hayatı ile işten izin alma geç gitme ve istirahat raporu alma arasındaki ilişki

		PMS Nedeniyle İzin Alma					PMS Nedeniyle Geç Gitme					PMS Nedeniyle İstirahat Raporu						
		Hayır		Evet		p	Hayır		Evet		p	Hayır		Evet		p		
		n	%	n	%		n	%	n	%		n	%	n	%			
Çalıştığı Sektör	Sağlık Sektörü	181	85	32	15	0,427	154	72	60	28	0,395	208	97,7	5	2,3	0,05		
	Sağlık Dışı	93	81,6	21	18,4		87	76,3	27	23,7		102	90,3	11	9,7			
Çalışma Ortamı	Seyahat ederek çalışan	Hayır	266	85	47	15	0,006	233	74,2	81	25,8	0,157	299	95,8	13	2,3	0,025	
		Evet	8	57,1	6	42,9		8	57,1	6	42,9		11	78,6	3	21,4		
	Evde Çalışan	Hayır	255	83,6	50	16,4	0,509	223	72,9	83	27,1	0,359	289	95,1	15	4,9	0,705	
		Evet	19	86,4	3	13,6		18	81,8	4	18,2		21	95,5	1	4,5		
	Ofis ortamında 1-10 kişi çalışan	Hayır	209	85	37	15	0,318	187	75,7	60	24,3	0,110	233	95,1	12	4,9	0,594	
		Evet	65	80,2	16	19,8		54	66,7	27	33,3		77	95,1	4	4,9		
	Kapalı ortamda 10-30 kişi çalışan	Hayır	225	82,7	47	17,3	0,242	196	72,1	76	27,9	0,200	259	95,9	11	4,1	0,126	
		Evet	49	89,1	6	10,9		45	80,4	11	19,7		51	91,1	5	8,9		
	Fabrika gibi kalabalık ortamda çalışan	Hayır	254	83	52	17	0,115	223	72,6	84	27,4	0,144	292	95,4	14	4,6	0,256	
		Evet	20	95,2	1	4,8		18	85,7	3	14,3		18	90	2	10		
	Kapalı Ortamda Değişken Kişi sayısında çalışan	Hayır	129	84,9	23	15,1	0,623	113	73,9	40	26,1	0,884	142	93,4	10	6,7	0,192	
		Evet	145	82,9	30	17,1		128	73,1	47	26,9		168	96,6	6	3,4		
	Çalışma Şekli	Fiziksel Performans Gerektiren İşte Çalışan	Hayır	188	83,6	37	16,4	0,863	170	75,2	56	24,8	0,286	215	95,6	10	4,4	0,563
			Evet	86	84,3	16	15,7		71	69,6	31	30,1		95	94,1	6	5,9	

Yönetici İşveren pozisyonunda çalışan	Hayır	262	84,5	48	15,5	0,129	232	74,6	79	25,4	0,049	293	94,8	16	5,2	0,416
	Evet	12	70,6	5	29,4		9	52,9	8	47,1		17	100	0	0	
Tam gün mesai ile çalışan	Hayır	86	89,6	10	10,4	0,067	78	80,4	19	19,6	0,065	95	99	1	1	0,037
	Evet	188	81,4	43	28,6		163	70,6	68	29,4		215	93,5	15	6,5	
Yarım gün mesai ile çalışan	Hayır	265	83,3	53	16,7	0,199	233	73	86	27	0,261	301	95	16	5	0,632
	Evet	9	100	0	0		8	88,9	1	11,1		9	100	0	0	
Vardiyalı İşte Çalışan	Hayır	260	83,9	50	16,1	0,540	227	73	84	27	0,295	295	95,2	10	4,8	0,562
	Evet	14	82,4	3	17,6		14	82,4	3	17,6		15	93,8	1	6,2	
Nöbet usulü çalışan	Hayır	167	83,1	34	16,9	0,661	149	74,1	52	25,9	0,736	187	93,5	13	6,5	0,075
	Evet	107	84,9	19	15,1		92	72,4	35	27,6		123	97,6	3	2,4	

5. TARTIŞMA

PMS doğurganlık çağında görülen, kadının yaşam kalitesini oldukça düşüren bir durumdur(15). PMS’li kadınların sosyal ilişkilerinin bozulduğu, hata yapma ya da kaza yapma eğilimlerinin arttığı, kendilerine güvenin azaldığı, ev, okul, iş gibi birçok ortamda işlevselliklerinin azaldığı bilinmektedir (16,17). Bu durum, sadece kişisel olarak kadınları değil aynı zamanda iş ve aile hayatını da etkilediği için sosyal bir sorun olarak tüm toplumu ve hatta ekonomiyi de etkilemektedir (18).

Çalışan kadınlar vaktinin çoğunu işyerinde geçirdiği için PMS’den muzdarip yaşam kalitesi düşen kadınların iş yaşam kalitesinin de düşeceği düşünülmektedir. Bu nedenle PMS ve iş yaşamına etkisi hakkında dünya genelinde çalışmalar yapılmaktadır. Bununla birlikte Türkiye’de yapılan çalışmalar genellikle belirli bir meslek grubuna bağlı olarak yapılmıştır. Bizim de amacımız yapılan bu çalışmalar ışığında çalışan kadınlarda PMS’nin iş performansına, iş yaşam kalitesine, işe devamsızlık durumuna etkisini araştırmaktır. Bununla birlikte çalışmamızda PMS ile ilgili genel tanımlayıcı istatistiklere, PMS ile ilgili risk faktörlerini gözden geçirdik.

Çalışmanın sonucunda PMS’nin iş yaşam kalitesini düşürdüğünü, iş performansını azalttığını, işe devamsızlıkta artmaya neden olduğunu bulduk. Tam gün mesai ve seyahat ederek çalışan kişilerin istirahat raporu alma durumu artarken, sağlık sektöründe bu durumun azaldığını bulduk. Ayrıca yönetici pozisyonunda çalışanlarda işe geç gitme belirgin olarak daha fazlaydı. Ek olarak eğitim durumu, adet düzeni, ağırlı adet varlığı, alkol tüketimi PMS için risk faktörü olarak bulundu.

Yapılan analizlerimiz PMS ile ilgili genel analizler, PMS ile ilgili risk faktörleri ve PMS’nin iş hayatına etkisi şeklinde tartışılmıştır.

5.1 PMS ile ilgili genel analizler

Çalışmamızda Premenstrual Sendrom ölçeği kullanılarak yapılan analizde çalışmaya dahil edilen 370 kadının %65,1’i PMS olarak belirlenmiştir. Literatür incelendiğinde PMS prevalansı açısından %10 ile %98 arasında değişen değerler

bildirilmiştir (9,10). Direkvand-Moghadam ve arkadaşlarının yürüttüğü, 17 çalışmanın dahil edildiği bir başka meta analiz çalışmasında PMS prevalansı %47,8 olarak belirlenmiştir. En düşük ve en yüksek prevalans sırasıyla Fransa'da %12 ve İran'da %98 olarak rapor edilmiştir (10).Yapılan meta-analizde Nijerya %85, Pakistan %51, İspanya %73 olarak bulunmuştur (10). Türkiye’de PMS prevalansı incelendiğinde 500 kadınla yapılan bir çalışmada PMS prevalansı %47 olarak bulunmuştur (8). Yapılan başka bir 597 kadının katıldığı çalışmada kadınların %51’i PMS semptomu gösterirken bu çalışmada PMS prevalansı hafif şiddette %33, orta şiddette %16, şiddetli de ise %2 olarak bulunmuştur (12). Üniversite öğrencilerinde yapılan bir çalışmada PMS prevalansı %36,4 olarak bulunmuştur (13). Sağlık çalışanlarında yapılan bir çalışmada PMS prevalansı %20,1 olarak bulunmuştur. Yine hemşirelerde yapılan bir çalışmada PMS prevalansı %38,1 olarak bulunmuştur (20). Üniversite öğrencilerinde yapılan bir çalışmada PMS prevalansı %67,5 olarak belirlenmiştir (8). Yapılan çalışmalarda PMS prevalansının farklı çıkması uygulanan popülasyonun farklı olması, yeterli örnekleme ulaşamama, PMS’i değerlendirmek için kullanılan ölçeklerin farklı olması gibi sebepler nedeniyle olabilir.

Araştırmamızda kadınların PMSÖ’den aldıkları toplam puan ortalamaları $126,9 \pm 38,7$ olarak bulunmuştur. Ölçek alt boyutları incelendiğinde, kadınların “depresif duygulanım” puan ortalaması $22,16 \pm 7,03$, “anksiyete” puan ortalaması $15,38 \pm 6,69$, “yorgunluk” puan ortalaması $19,1 \pm 6,41$, “sinirlilik” puan ortalaması $16,01 \pm 5,36$, “depresif düşünceler” puan ortalaması $18,04 \pm 7,92$, “ağrı” puan ortalaması $8,43 \pm 3,54$, “iştah değişimi” puan ortalaması $9,77 \pm 3,64$, “uyku değişimi” puan ortalaması $8,02 \pm 3,5$, “şişkinlik” puan ortalaması $10,01 \pm 3,41$ olarak bulunmuştur. Yapılan bir çalışmada öğrencilerin PMS ölçeğinden aldıkları toplam puan ortalaması $110,49 \pm 32,62$ ’dir. PMS ölçeğinin alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları ise; depresif duygulanım için $17,82 \pm 6,40$, anksiyete için $13,32 \pm 5,34$, yorgunluk için $16,39 \pm 5,90$, sinirlilik için $14,25 \pm 5,16$, depresif düşünceler için $14,80 \pm 5,64$, ağrı için $8,22 \pm 2,92$, iştah değişimleri için $8,89 \pm 3,29$, uyku değişimleri için $7,65 \pm 3,20$ ve şişkinlik için $9,11 \pm 3,71$ olarak hesaplanmıştır (97).

Akmalı’nın çalışmasında kadınların PMSÖ puan ortalaması $111,42 \pm 35,88$ olarak bulunmuştur, Alt gruplarının puan ortalamaları en yüksek puandan en düşük

puana göre sırasıyla; depresif duygulanım $16,85 \pm 6,75$, yorgunluk $16,29 \pm 6,07$, depresif düşünceler $14,89 \pm 6,77$, sinirlilik $14,51 \pm 5,68$, anksiyete $13,13 \pm 5,51$, şişkinlik $9,75 \pm 3,58$, iştah değişimleri $9,63 \pm 3,70$, ağrı $8,44 \pm 3,54$, uyku değişimleri $7,9 \pm 3,56$ olarak hesaplanmıştır (12).

25 yaş üstü kadınlarda yapılan bir çalışmada kadınların Premenstrüel Sendrom Ölçeği'nden ortalama $110,8 \pm 32,3$ puan aldıkları görülmüştür. Ölçeğin depresif duygulanım alt boyutundan ortalama $17,2 \pm 6,4$; anksiyete alt boyutundan $14,8 \pm 6,4$; yorgunluk alt boyutundan $17,4 \pm 5,7$; sinirlilik alt boyutundan $12,8 \pm 5,3$, depresif düşünceler alt boyutundan $14,7 \pm 6,5$, ağrı alt boyutundan $9,2 \pm 2,8$ iştah değişimi alt boyutundan $8,2 \pm 3,3$ ve uyku değişimi alt boyutundan ortalama $7,9 \pm 3,2$ puan aldıkları ve şişkinlik için $8,1 \pm 3,4$ belirlenmiştir (25). Yine başka bir çalışmada kadınların PMSÖ'den aldıkları toplam puan ortalamaları $110,72 \pm 32,23$ olarak bulunmuştur, Ölçek alt boyutları incelendiğinde, kadınların “depresif duygulanım” puan ortalaması $18,18 \pm 6,58$, “anksiyete” puan ortalaması $13,48 \pm 5,94$, “yorgunluk” puan ortalaması $17,41 \pm 5,73$, “sinirlilik” puan ortalaması $13,55 \pm 5,15$, “depresif düşünceler” puan ortalaması $14,48 \pm 6,39$, “ağrı” puan ortalaması $8,46 \pm 3,11$, “iştah değişimi” puan ortalaması $8,70 \pm 3,49$, “uyku değişimi” puan ortalaması $7,57 \pm 3,24$, “şişkinlik” puan ortalaması $8,85 \pm 3,79$ olarak bulunmuştur. PMS ölçek puanlarındaki bu farklılıkların sebebi kadınların beslenme biçimi, yaşam tarzı , kişisel özellikler, stres gibi birçok faktör olabilir (98).

Çalışmamıza katılan kadınların 284'ü 1 yıldan uzun süredir PMS belirtilerini yaşadığını belirtmiştir. Bu 284 kadından %67,73'ü PMS pozitif olarak bulunmuştur. Bununla birlikte PMS belirti süresi ile PMS arasındaki ilişki incelendiğinde PMS belirtilerini uzun süredir yaşayanların daha fazla PMS olduğu görülmüştür ancak sonuçlar istatistiksel olarak anlamlı değildir. Çalışmamızda şikayet süresi PMS ile kıyaslandığında PMS pozitif bireylerin şikayetlerinin daha erken başladığı (ortalama $5,81 \pm 2,27$ gün) görülmüştür ve bu durum istatistiksel olarak anlamlıdır. Şikayet bitme gün ile PMS arasındaki ilişki incelendiğinde PMS pozitif bireylerin şikayetlerinin daha geç bittiği (ortalama $3,02 \pm 1,96$ gün) görülmüştür ve bu durum istatistiksel olarak anlamlıdır. Literatürle kıyasladığımızda APA'ya göre PMS semptomları çoğu zaman adetten önceki hafta mevcut olup, adet başlangıcıyla birlikte azalmakta ve adetten

sonraki haftada yok olmaktadır. En az bir yıl boyunca çoğu adet döngüsünde en az 5 PMS semptomu ortaya çıktığı görülmektedir (99). Yapılan bir çalışmada çalışmaya katılan kadınların %62,8'inin şikayetleri menstrüasyondan 2-6 gün önce başlarken; %34,1'inin 7-10 gün önce şikayetleri başlamaktadır (23). PMS semptomlarının daha erken başlayıp daha geç bitmesi kadınların semptomları daha şiddetli hissetmesi nedeniyle olabilir.

Çalışmamıza katılan kadınlardan PMS ile ilgili belirti ve şikayeti olanlardan 31'i %9,3'ü doktora başvurmuştur. Bu başvuran kişilerden 10 kişi PMS tanısı almıştır. Bu kadınlardan 5'ine PMS tedavisi başlanmıştır. Bununla birlikte ilaç dışı tedavi kullanan kişi sayısı 6 olarak bulunmuştur. Bununla birlikte soruyu cevaplayan 310 kişiden 64 kişinin doktora gitme düşüncesi mevcuttur. PMS ile doktora başvurma, tedavi alma durumları birlikte değerlendirildiğinde aralarında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Doktora gitme düşüncesi ve PMS birlikte değerlendirildiğinde PMS pozitiflerin istatistiksel olarak anlamlı şekilde bu şikayetler nedeniyle doktora gitme düşüncesi mevcuttur. Bu da bize şikayetlerinin yaşam kalitelerini bozacak tarzda olduğunu düşündürmektedir. Yapılan bir çalışmada katılımcıların %74,2'sinin premenstrual dönem şikayetleriyle ilgili doktora başvurmadığı ve %84,4'ünün premenstrual dönemde yaşanan şikayetlerle ilgili tedavi almadığı belirlenmiştir. Yine aynı çalışmada kadınların PMS şikayeti nedeniyle hekime başvurma oranları PMS'si olanlarda olmayanlara göre daha yüksek olarak belirlenmiştir ve PMS tedavisi almanın PMS görülme sıklığı üzerinde etkisinin olmadığı görülmüştür (12). Öğrenciler üzerine yapılan bir araştırmada öğrencilerin %16,4'ünün adet öncesi dönemde var olan şikayetleri için doktora başvurduğu ve %21,7'sinin bu şikayetler için ilaç kullandığı sonucuna ulaşılmıştır. Üniversite öğrencilerinde yapılan bir çalışmada Adet öncesi dönemdeki şikayetlerden dolayı doktora giden öğrencilerin iştah değişimi haricindeki tüm alt boyutlarda ve PMSÖ genel puanında diğer öğrencilere göre $p<0,05$ anlamlılık düzeyi ile daha yüksek ortalamalara sahip olduğu gözlenmiştir. Adet öncesi dönemdeki şikayetlerden dolayı ilaç kullanan öğrencilerin iştah değişimi haricindeki tüm alt boyutlarda ve PMSÖ genel puanında diğer öğrencilere göre $p<0,05$ anlamlılık düzeyi ile daha yüksek ortalamalara sahip olduğu gözlenmiştir (98).

İzmir’de 897 kadın ile yapılan bir çalışmada PMS şikayetleri nedeniyle doktora başvurma oranı %19,7 olarak görülmüştür (100). Literatürdeki PMS için doktora gitme ve ilaç kullanma durumunun farklılık göstermesi yaş grubu, sosyo-ekonomik düzey ve kadınların menstrüasyonla ilgili düşünceleri nedeniyle olabilir. Ayrıca bireylerin tedavi arayışına girmeme sebebi semptomları normal olarak algılamaları olabilir. Bu nedenle birinci basamak hekimlerine premenstrual semptomları sorgulamak açısından büyük bir rol düşmektedir.

Çalışmamızda PMS’nin yaşam kalitesini istatistiksel olarak anlamlı derecede düşürdüğü bulunmuştur. Yaşam kalite etkisine 10 üzerinden puan verilmiştir ve PMS pozitif kabul edilen bireylerin yaşam kalitesine etki puanı ortalama olarak 2 puan yüksek bulunmuştur. Literatüre bakıldığında PMS ve yaşam kalitesi ile ilgili oldukça çok çalışma bulunmaktadır. Isparta’da 1490 kadın ile yapılan bir çalışmada PMS’nin fiziksel sağlık, psikolojik sağlık ve sosyal ilişkileri olumsuz yönde etkileyerek yaşam kalitesini düşürdüğünü bulmuştur (101). Yine öğrencilerle yapılan bir çalışmada PMS’nin yaşam kalitesini düşürdüğünü bulunmuştur (102).

Çalışmamızda PMS’nin aile içi ilişkiyi olumsuz etkilediği istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Değerlendirme aile içi etki puanı 0-10 arasında verilerek yapılmıştır. PMS pozitif bireylerin aile içi ilişki etki puanı ortalama olarak 2,5 puan yüksek bulunmuştur. Literatürü incelediğimiz de yine PMS’nin aile içi ilişkiyi olumsuz yönde etkilediğine dair çalışmalar mevcuttur. Özellikle PMS belirtilerinden anksiyete aile içi ilişkileri olumsuz etkilemektedir. Evli kadınlarda yapılan bir çalışmada PMS’nin evlilik uyumunu olumsuz etkilediği görülmüştür (103). Bunun nedeninin genelde PMS’nin anksiyete düzeyini artırması olduğu düşünülmektedir.

5.2 PMS ile ilgili risk faktörleri

PMS'nin etiyolojisi, epidemiyolojisi ve patofizyolojisi henüz tam olarak bilinmemekle birlikte biyolojik, psikolojik ve sosyo-kültürel alanlarda çok sayıda risk faktörünün PMS ile ilişkili olabileceği ileri sürülmektedir. Yapılan çalışmalarda, PMS ile risk faktörlerinin ilişkileri değerlendirildiğinde, yaşam biçimi, kişilik yapısı,

menstrual döneme ilişkin tutum ve görüşler ve sosyodemografik özellikler gibi bazı risk faktörlerinin olduğu belirtilmektedir.

Çalışmamızda medeni durum ile PMS arasındaki ilişki incelendiğinde medeni durumun PMS üzerine etkisi ile ilgili anlamlı bir sonuç bulunmamıştır. Literatürde PMS ve medeni durum incelendiğinde bazı çalışmalarda bekarlarda bazı çalışmalarda evlilerde daha fazla PMS görüldüğü bulunmuştur. Bununla birlikte bizim çalışmamız gibi anlamlı sonuç bulunmayan çalışmalar mevcuttur. Özeren ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise medeni durum ve PMS arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (104). Bir çalışmada PMS evli kadınlarda (%84,1) bekar olanlara (%15,9) oranla daha yüksek bulunmuştur (23). Yapılan bir çalışmada eşini kaybetmiş ya da bekar kadınlarda daha fazla PMS görüldüğü bildirilmiştir (12). Yine aynı çalışmaya benzer Tayvan'da hemşireler arasında yapılmış bir çalışmada anlamlı olmasa da bekar kadınlarda PMS sıklığının arttığı bildirilmiştir (45). Literatürde farklı sonuçlar olma sebebi grupların homojen dağılmaması olabilir. Bizim çalışmamızda çalışmaya katılan 370 kadından 144'ü evli olduğunu belirtmiştir.

Çalışmamızda eğitim durumu ve PMS ilişkisi incelendiğinde üniversite ve üzerinde eğitim alanlarda %66,4, üniversite mezunu olmayanlarda %42,1 PMS görülmüştür ve bu durum istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Çalışmamıza benzer şekilde Pekin'de yapılan bir çalışmada eğitim düzeyi yüksek olan kadınlarda PMS sıklığı anlamlı olarak daha fazla görülmüştür (48). Yapılan birkaç çalışmada kadınların öğrenim düzeyleriyle PMS sıklığı karşılaştırıldığında PMS' in en yüksek okur yazar olmayanlarda ve en düşük üniversite mezunlarında görüldüğü şeklinde anlamlı bir sonuç elde edilmiştir (12,46). Türkiye'de 11092 evli kadın ile yapılan bir çalışmada eğitim durumunun PMS açısından anlamlı bir fark oluşturmadığı görülmüştür (47). Çalışmamızda üniversite mezununun yoğunlukta olması etkileyici bir faktör olabilir. Bununla birlikte diğer çalışmalarda eğitim düzeyi düştükçe PMS'in artması okur-yazarlık arttıkça baş etme yöntemlerinin daha iyi kullanılmasıyla ilişkili olabilir.

Çalışmamızda kadınların yaşı ile PMS arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Çalışmamızda PMS yaşayan kadınların yaş ortalaması $28,42 \pm 4,72$ olarak bulunmuştur. Yapılan bir çalışmada sonuçlarımıza benzer şekilde PMS yaşayan kadınların yaş ortalaması $27,94 \pm 3,982$ olarak bulunmuştur. Sağlık çalışanlarında

yapılan bir çalışmada 30 yaş ve altında olanlarda PMS daha sık görülmekle birlikte anlamlı bulunmamıştır (84). Isparta'da 1490 15-49 yaş arasındaki 1490 kadın ile yapılan bir araştırmada 30 yaş altında olan bireylerin PMS puanı daha yüksek bulunmuştur (101). Türkiye'de 597 kadın ile yapılan bir çalışmada PMS' in özellikler 25-29 yaş arasında görüldüğü belirtilmiştir (12). İran'da üniversite öğrencileri ile yapılan bir araştırmada; PMS 18-20 yaşlar arasında %35,8, 20-23 yaşları arasında %40,3 ve 24 yaş ve üzerinde %9,5 olarak tespit edilmiştir (43). Johnson ve arkadaşlarının yaptığı vaka kontrol çalışmasında PMS saptanan vaka grubunun yaş olarak daha genç olduğu bulunmuştur (44). Türkiye'de hemşirelerde yapılan bir çalışmada 30-45 yaş arasındaki bireylerin adet öncesi yakınmalarının daha fazla olduğu bulunmuştur (105). İsviçre'de üreme çağındaki 3500 kadın ile yapılan bir çalışmada PMS prevalansı 35-44 yaş arası kadınlarda daha yüksek bulunmuştur (9). Yine Polonya'da 2500 kadınla yapılan bir çalışmada PMS için yaşın risk faktörü olmadığı bulunmuştur (42). Yine Türkiye'de 897 kadınla yapılan bir çalışmada yaş ve PMS arasında bir ilişki saptanmamıştır (100). Literatürdeki bu farklılar yapılan çalışmalarda yaş aralıklarının birbirine yakın olması ya da çalışmaların üreme çağındaki kadınların tamamını kapsamaması olabilir.

Çalışmamızda kronik hastalık varlığı, ilaç kullanımı ve PMS arasındaki ilişki incelendiğinde aralarında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Çalışmamıza katılan kadınlardan kronik hastalıkları olanların %66'sında PMS pozitif bulunmuştur. Çalışmamıza katılan kadınların %17,02'sinin kronik hastalığı varken, %16,2 ilaç kullanmaktadır. Önal'ın yaptığı çalışmada kronik hastalık varlığı ve PMS arasındaki anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Ayrıca bu çalışmada %21,3'ü kronik hastalık nedeniyle ilaç kullanmaktadır (106). Yine öğrencilerle yapılan bir çalışmada kronik hastalığı olan öğrencilerin depresif duygulanım(20,33±7,61), anksiyete(15,23±6,26), depresif düşünceler(17,06±6,66), ağrı(9,7±3), uyku değişimi(8,53±3,18), şişkinlik(9,85±3,38) alt boyutları ve PMSÖ puanı(123±35,19) ortalamalarının diğer öğrencilere göre yüksek olduğu bulunmuştur (98). Akmalı'nın (2017) çalışmasında kadınların %15,8'inin en az bir kronik rahatsızlığının mevcut olduğu ve %12,1'inin ise sürekli bir ilaç kullandığı belirlenmiştir (12). Hemşirelik öğrencilerine yapılan bir çalışmada jinekolojik hastalığı olanların PMS prevalansı daha yüksek bulunmuştur (97).

Çalışmalardaki bu farklılıklar kronik hastalık türü ve baş etme yöntemleri ile ilgili olabilir.

Çalışmamızda psikolojik hastalık varlığı ve PMS arasındaki ilişki incelendiğinde aralarında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Çalışmaya katılanların %2,9'unda psikolojik rahatsızlık bulunmuştur. Yapılan bir çalışmada psikiyatrik rahatsızlığı sebebiyle ilaç kullanan öğrencilerin şişkinlik alt boyutu haricinde tüm alt boyutlar ve genel ölçek puanının diğer öğrencilere göre daha yüksek olduğu görülmüştür (98). Başka bir çalışmada PMS'si olan katılımcıların %15,2'sinin ruhsal hastalık öyküsü olup, anlamlı ilişki bulunamamıştır (106). Çalışmalardaki farklılığın sebebi kişilerin hastalığını saklaması ve farklı popülasyonla yapılması olabilir. Çalışmamızda psikiyatrik hastalık sıklığı toplum prevalansına göre düşük bulunmuştur; bu da analizlerde güç açısından yetersizlik sağlayabilir.

Egzersiz β -endorfin düzeylerini yükselterek adet öncesi semptomları iyileştirdiği yaygın olarak düşünülmektedir. Egzersiz durumu ve PMS arasındaki ilişki incelendiğinde aralarında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Sağlık çalışanlarında yapılan bir çalışmada egzersiz yapma miktarı arttıkça PMS sıklığı azalmakla birlikte, istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Akmal'ın çalışmasında PMS, her gün düzenli egzersiz yapan kadınlarda %21,1, hiç egzersiz yapmayan kadınlarda %54,4 olarak gözlenmiş olup kadınların egzersiz yapma durumuyla PMS görülme sıklığı arasında anlamlı bir ilişki gözlenmiştir (12). Selçuk ve arkadaşlarının hemşireler üzerinde yaptığı bir çalışmada düzenli spor yapanların PMS toplam puan ortalamaları yüksek bulunmuştur (97). Işık ve arkadaşlarının (2016) çalışmasında; istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte egzersiz yapan öğrencilerin PMS puanı egzersiz yapmayan gruba göre yüksek bulunmuştur (56). Yapılan başka bir çalışma sporcu bayanlar ile sedanter bayanlarda görülen PMS'yi karşılaştırmış ve sporcu bayanlarda PMS'nin daha az görüldüğünü bulmuştur (107). Çalışmalardaki farklılıklar çalışma popülasyonlarındaki farklılıklar nedeniyle ya da egzersiz yapma durumunu sorgulama şeklindeki farklılıklar nedeniyle olabilir.

Beslenme düzeni PMS'yi etkileyen diğer faktörlerden biridir. Dengeli ve düzenli beslenmenin PMS şikayetlerini azalttığı düşünülmektedir. Beslenme düzeni ve PMS arasındaki ilişki incelendiğinde anlamlı bir sonuç bulunmamıştır. Yapılan bir

çalışmada her gün beslenme öğününe dikkat ederek sebze, meyve ve protein ağırlıklı gıdalar tüketen kadınlarda beslenmelerine hiçbir zaman dikkat etmeyen kadınlara kıyasla PMS sıklığı anlamlı derecede düşük bulunmuştur (12). Yapılan bir çalışma çikolata, kek ve tatlılar gibi tatlı tadı olan gıda maddelerinin aşırı alımı, bu gıda maddelerini sıklıkla yiyen öğrencilerde daha az tüketenlere göre %88,5 daha fazla PMS olduğunu bu nedenle PMS oluşumu üzerinde önemli bir etkiye sahip olduğunu bulmuştur (40). Türkiye’de yapılan bir çalışmada ise düzensiz kahvaltı ve fastfood tüketimi gibi kötü beslenme alışkanlıklarının PMS riskini önemli ölçüde artırdığı bulunmuştur (56). Yapılan başka bir çalışmada, meyve ve sebze tüketen öğrencilerin fast food tüketen öğrencilere göre anlamlı düzeyde PMS puanları daha düşük bulunmuştur (97). Yine başka bir araştırmada günlük diyetinde fast-food ile beslenmesini sağlayan öğrencilerin PMS alt boyutları ve genel ölçek puanı ortalamalarının diğer öğrencilere göre daha yüksek olduğu saptanmıştır (98). Çalışmamızda anlamlı çıkmaması kişisel etmenler, kültürel ve çevresel etmenler nedeniyle olabilir.

Kafein PMS’nin sinirlilik, gerginlik, uykusuzluk gibi belirtilerini artırabilmektedir (12). Kafein tüketimi genelde çay ve kahve ile yapılmaktadır. Çalışmamızda kafein tüketimi ile PMS arasındaki ilişki incelendiğinde her gün tüketen kişilerin PMS olasılığı artmıştır ama bu durum istatistiksel olarak anlamlı değildir. Her gün kafein tüketen kişilerin %68’inde PMS görülmüştür. Yapılan bir çalışma günde 2 fincan kahve tüketen bireylerin PMS ölçek puanlarının arttığını bildirmiştir (56). Yapılan başka bir çalışmada haftada 7 fincan kahve tüketiminin PMS semptomlarını arttırdığı bulunmuştur (57). Yine yapılan başka bir çalışmada düzenli olarak kahve ve çay tüketen kadınlarla bunları tercih etmeyen kadınlar arasında PMS görülme sıklığı açısından anlamlı bir farklılık olmamakla birlikte, her gün çay ve kahve tüketen kadınların daha yüksek PMS yaşadıkları tespit edilmiştir (12). Öğrencilerle yapılan bir çalışmada kahve ve kola tüketiminin PMS ile arasında belirli bir ilişki bulunmamıştır (98). Yine hastane çalışanlarıyla yapılan bir çalışmada günlük tüketilen kafein miktarı ile PMS arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (104).

Çay tüketimini ayrı olarak incelediğimizde her gün çay tüketen ve her gün çay tüketmeyen kişiler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir sonuç bulunmamıştır. Yapılan

bir çalışmada çay tüketiminin PMS semptomlarına etkisi anlamlı kabul edilmemiştir (57). Başka bir çalışmada fazla kahve tüketenlerin %92'sinde PMS görülmüş ancak çay tüketimiyle PMS arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (55). Akmalı'nın çalışmasında her gün çay tüketiminin PMS sıklığını artırdığı görülmüştür ancak istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (12). Literatürde çay tüketimi ile ilgili daha fazla çalışmaya ihtiyaç bulunmaktadır.

Araştırmamızda alkol ve PMS arasındaki ilişki incelendiğinde alkol kullanımı arttıkça PMS görülme sıklığı artmaktadır ve bu istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Sık sık alkol kullanan ekipte PMS görülme oranı %81,8 olarak bulunmuştur. Yapılan bir çalışmada alkolün PMS sıklığını 2.5 kat artırdığı bulunmuştur (40). Yine başka bir çalışmada alkol tüketenlerin PMS ölçek puanlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur (56). Yine yapılan başka bir çalışmada Alkol kullanım durumuna göre alt boyutlar için yapılan analizde; ayda 3 ve daha fazla sıklıkla alkol kullanan öğrencilerde yorgunluk ($20,93 \pm 5,09$), sinirlilik ($17,5 \pm 5,5$), uyku değişimi ($10,07 \pm 2,95$) ve PMSÖ puanında ($134,43 \pm 34,87$) ortalama olarak diğer öğrencilere göre daha yüksek PMS ($p < 0,05$) anlamlılık puanı görülmüştür (98). Akmalı'nın çalışmasına göre ise her gün alkol tüketen kadın mevcut olmayıp, ara sıra alkol tüketen ya da hiç alkol tüketmeyen kadınlar arasında PMS görülme sıklığı açısından anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir (12). Yine hemşirelerde yapılan bir çalışmada alkol kullanım durumu ile PMS arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (97). Literatürdeki bu farklılıklar alkol tüketim oranının değişken olması nedeniyle ilgili olabilir.

Sigara kullanımı östrojen, progesteron, androjen, gonadotropin hormon seviyelerini etkileyerek PMS sıklığını arttırdığı düşünülmektedir (12). Çalışmamızda sigara kullanımı ve PMS arasındaki ilişki incelendiğinde sigara kullanımı ile PMS sıklığı artmakta ancak sonuç istatistiksel olarak anlamlı değildir. Her gün sigara kullanan bireylerin %74,1'inde PMS pozitif görülmüştür. Akmalı'nın çalışmasında benzer şekilde sigara kullanımıyla PMS görülme sıklığı arasında anlamlı bir farklılık ($p > 0,05$) olmamakla birlikte sigara kullananlarda PMS görülme oranı daha yüksektir. Bununla birlikte; çalışmamızda elde edilen ilginç bir bulgu olarak pasif sigara içiciliğine maruz kalma PMS görülme sıklığını anlamlı derecede artırmaktadır (12). Yapılan bir çalışmada sigara içen kadınların PMS semptomlarını daha şiddetli yaşadığı

belirlenmiştir (49). Yine başka bir çalışmada PMS'nin sigara kullananlarda daha fazla görüldüğü bulunmuştur (53). Hemşirelerde yapılan bir çalışmada sigara kullanımı ile PMS sıklığı artmaktadır ve sonuçlar anlamlı olarak bulunmuştur (97). Literatürdeki bu farklılıklar çalışma yapılan popülasyon farklılığı nedeniyle olabilir.

Araştırmamızda tuz tüketimi ve PMS arasındaki ilişkiyi incelediğimizde aralarında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Akmalı'nın çalışmasında Araştırma grubunun yemeklerinde tuz kullanma miktarları ile PMS görülme sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmiştir (12). Başka bir çalışmada tuz tüketimi ve PMS arasındaki ilişki incelendiğinde tuz tüketimi PMSÖ ile değerlendirildiğinde tüm alt gruplarda anlamlı bir sonuç çıkmamıştır (25). Yine sağlık çalışanlarıyla yapılan bir çalışmada tuz tüketim miktarı ile PMS arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (104). Bu farklılıklar çalışmalarda popülasyon farklılığı, tuz tüketiminin objektif olarak değerlendirilememesi nedeniyle olabilir.

Çalışmamızda vitamin tüketimi ve PMS arasındaki ilişki incelendiğinde vitamin tüketimi arttıkça PMS olma ihtimalinin arttığı görülmüştür ancak sonuçlar istatistiksel olarak anlamlı değildir. Vitamin tüketen grupta PMS görülme oranı %77,4 olarak bulunmuştur. Yapılan bir çalışmada vitamin tüketimi ve PMS arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (104). Bunlarla birlikte yapılan bir çalışmada günlük 80 mg B6 vitamini kullanımının ruhsal belirtileri azaltmada plasebodan daha etkili olduğu belirtilmiştir (72). İyi bir antioksidan olan prostaglandin sentezinde rol oynayan E vitamininin PMS semptomlarını hafiflettiği düşünülmektedir. E vitamini özellikle mastalji tedavisi olarak önerilmiştir ancak etkinliği konusundaki kanıtların yetersizliği nedeniyle PMS tedavisinde önerilmez (11). Çalışmamız kullanılan vitamin türünü belirtmediği subjektif değerlendirdiği için çalışmalar arasında farklılık olabilir.

Çalışmamızda BKİ ve PMS arasındaki ilişki incelendiğinde arasında anlamlı bir ilişki çıkmamıştır. PMS pozitif bireylerin BKİ ortalaması $22,24 \pm 3,09$ olarak bulunmuştur. Bireyleri zayıf normal ve kilolu olarak sınıflandığımızda da yine aynı şekilde anlamlı bir sonuç bulunmadı. Benzer sonuçlar Akmalı'nın çalışmasında da görülmüştür. Kadınların boy kilo indekslerine göre PMS görülme sıklığı arasında anlamlı bir ilişki gözlenmemiştir. PMS sıklığının anlamlı olmamakla birlikte zayıf kadınlarda en düşük, fazla kilolu kadınlarda en yüksek olduğu tespit edilmiştir (12).

Yapılan bir çalışmada obez kadınlar ($BKİ>30$) obez olmayan kadınlara göre PMS için 2,8 kat daha fazla risk altında bulunmuştur (46). Yapılan başka bir çalışmada BKİ ile PMS arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. BKİ' deki her 1kg/m^2 'lik bir artış PMS riskinde %3'lük önemli bir artışla bağlantılı olarak bulunmuştur (44). Bunlarla birlikte bir çalışmada zayıf kadınların PMS puanının daha yüksek olduğu bulunmuştur (56).

Çalışmamızda çocuk sahibi olma ile PMS arasında ilişki incelendiğinde çocuk sahibi olmayanlarda PMS daha fazla görülmüştür ancak istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Çocuk sahibi olmayanların %67'sinde PMS görülmüştür. Çocuk sayısı ve PMS karşılaştırıldığında çocuk sayısı arttıkça PMS görülme durumu azalmıştır ama bu durum istatistiksel olarak anlamlı değildir. Önal'ın yapmış olduğu çalışmada çocuk sahibi olanlarda PMS daha fazla görülmüştür ve bu durum istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (106). Yine yapılan başka bir çalışmada PMS ile ilişkili faktörler incelendiğinde; PMS varlığı ve çocuk sayısı arasında çocuğu olmayan ve bir çocuğu olan 667 kadında PMS %36,7 olup, iki ve daha fazla çocuğu olan 330 kadında PMS %17,1 olup istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (100). Başka bir çalışmada gebelik sayısının PMS toplam puan ve alt grup puanlarında belirli bir farklılık oluşturmadığı görülmüştür (25). Bu farklılıklar en son doğum yılı, doğum şekli gibi diğer faktörlerden etkilenmiş olabilir.

Çalışmamızda tanı almış kadın hastalığı olma durumu ile PMS arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Hemşirelik öğrencilerinde yapılan bir çalışmada jinekolojik hastalık varlığının PMS prevalansını artırdığı bulunmuştur (97). Jinekolojik hastalığa bağlı hormonal değişiklikler bu durumun sebebi olabilir.

Aile planlaması kullanma durumu ile PMS arasındaki ilişki incelendiğinde aralarında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Yine aile planlaması yöntemi ile PMS arasındaki ilişki incelendiğinde yöntemler arasında anlamlı bir ilişki bulunmadı. Aile planlaması durumunda sadece eşi korunanların %67,2'si PMS pozitif çıkmıştır. Çalışmamıza katılan kadınların %58,1'inin hem eşi hem kendisi korunmamaktadır. Aile planlaması yöntemi olarak en çok %62,9 ile kondom kullanılmaktadır. Başka bir çalışmada kadınların kontraseptif yöntem kullanıp kullanmamaları ve kontraseptif yöntem kullanan kadınların tercih ettikleri kontrasepsiyon yöntemlerinin PMS görülme durumunu etkilemediği görülmüştür (12). Yine başka bir çalışmada Oral

kontraseptif kullananlar ile hormonal olmayan yöntemler kullananlar ve kontraseptif yöntem kullanmayanlar arasında PMS arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (106). Başka bir çalışmada katılan kadınların %36,9 korunmuyorken %17,2 kondom %15,7 geri çekme yöntemi kullanmıştır (100). Özeren ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada gebelikten herhangi bir yöntemle korunmayanlarda hem orta şiddette/şiddetli PMS hem de PDB sıklığının anlamlı olarak yüksek olduğu bulunmuştur (104).

Çalışmamızda son 6 ay adet düzeni incelendiğinde düzenli ve düzensiz grup arasında PMS açısından anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Benzer şekilde devlet hastanesinde yapılan bir çalışmada menstrüasyonu düzenli olan ile olmayan arasında anlamlı bir fark görülmemiştir (12). Başka bir çalışmada ise adet döneminin düzensiz olduğunu söyleyen kadınların ölçeğin alt boyutlarından depresif duygulanım ($19,0\pm 7,2$), anksiyete ($16,5\pm 6,9$), yorgunluk ($19,0\pm 5,6$), sinirlilik ($14,6\pm 4,9$), depresif düşünce ($17,1\pm 7,4$), ağrı ($9,9\pm 2,5$) ve ölçeğin toplam puanının ortalaması ($121\pm 35,8$), adet dönemi düzenli olan kadınlara göre ($16,6\pm 6,1$; $14,3\pm 6,1$; $17,0\pm 5,7$; $12,3\pm 5,3$; $14,0\pm 6,1$; $8,9\pm 2,8$; $107,5\pm 30,4$) düşük bulunmuştur (25). Hemşirelik öğrencilerinde yapılan başka bir çalışmada düzenli menstrual siklusu olan öğrencilerin PMS görülme durumu anlamlı olmamakla birlikte daha düşük bulunmuştur (102). Başka bir çalışmada menstrüasyonu düzensiz olanların PMS puanı daha yüksek bulunmuştur (15). Yine başka bir araştırmada Adet düzeni her zaman aksayan öğrencilerin depresif duygulanım ($21,82\pm 7,59$), anksiyete ($15,86\pm 6,24$), yorgunluk ($19,97\pm 6,95$), sinirlilik ($16,17\pm 5,95$), depresif düşünceler ($18,25\pm 7,70$), ağrı ($9,65\pm 4,00$), iştah değişimi ($9,87\pm 3,64$) ve uyku değişimi ($9,32\pm 3,90$) alt boyutlarında ve genel PMSÖ puanında ($130,98\pm 40,06$) diğer öğrencilere göre daha yüksek ortalamalara sahip olduğu bulunmuştur. Düzensiz menstrüasyonun PMS'yi artırma sebebi stresi artırması olabilir.

Çalışmamızda ağırlı adet durumu ve PMS arasındaki ilişki incelendiğinde her adet döneminde ağrı yaşayan kadınların PMS prevalansı istatistiksel olarak daha fazla bulunmuştur. Dismenore yaşayan kadınların %73,2'sinde PMS pozitif bulunmuştur. Yine aynı şekilde adet sancı şiddeti PMS pozitif grupta daha fazla bulunmuştur ve istatistiksel olarak anlamlıdır. Benzer şekilde başka bir araştırmada PMS, dismenore şikayeti olan kadınların %59,2'sinde, olmayanların %35,9'unda gözlenmiş olup

dismenore şikayeti PMS sıklığını istatistiksel olarak anlamlı düzeyde etkilemiştir (12). Başka bir çalışmada adet döneminde ve öncesinde ağrı yaşayan öğrencilerin verdiği cevapların ortalamaları tüm alt boyutlarda ve genel PMSÖ’de diğer öğrencilere göre daha yüksek bulunmuştur (98). 25 yaş üstü kadınlarda yapılan başka bir araştırmada dismenore yaşayan kadınların toplam ve alt grup puanları dismenore yaşamayanlara göre daha yüksek olduğu görülmüştür (25). Önal’ın çalışmasında PMS’si olan kadınların %39,5’i menstrüasyonları sırasında çoğu zaman dismenore yaşamaktadırlar ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (106). Dismenore ve PMS arasındaki bu ilişkinin prostoglandin düzeyiyle alakalı olduğu düşünülmektedir.

Araştırmamızda ilk menarş yaşı ile PMS arasındaki ilişki incelendiğinde ilk menarş yaşı daha düşük olanların PMS pozitif olma ihtimali artmıştır ama bu durum istatistiksel olarak anlamlı değildir. Yapılan bir çalışmada menarş yaşı 12 üstü ve altı olarak gruplandırılmış ve PMS ile arasındaki ilişki incelendiğinde aralarında anlamlı bir ilişki görülmemiştir (106). Akmalı’nın çalışmasında menarş yaşı kadınlarda PMS sıklığı ile istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ilişkili bulunmadı (12). Öğrencilerle yapılan bir çalışmada menarş yaşı 11-13,14-16 olarak sınıflandırıldığında PMS ile aralarında bir ilişki bulunmamıştır (108). Demir ve arkadaşlarının (2006) çalışmasında menarş yaşı ≤ 12 olan kadınlardaki PMS sıklığı anlamlı olarak yüksek gözlenmiştir (84). Bu durumlar hormonal faktörler ile ilgili olabilir.

Menstrual siklus süresi ile PMS arasındaki ilişkiyi incelediğimizde aralarında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Çalışmamızda PMS pozitiflerin menstrual siklus süresi ortalama $28,54 \pm 5,26$ iken PMS negatiflerin ortalaması $30,36 \pm 12,89$ olarak bulunmuştur. Yapılan bir çalışmada menstrual siklus süreleri 20 gün ve aşağısı, 21-35 ve 35 üstü olmak üzere gruplandırılmış ve aralarındaki ilişki incelendiğinde 20 gün ve aşağısında menstrual siklus günü olanlarda PMS toplam puanı anlamlı olmasa da yüksek bulunmuştur (97). 220 kişi ile yapılan başka bir çalışmada adet olma aralığı(gün) $24,5 \pm 7,0$ olarak bulunmuştur (25). Özeren ve arkadaşlarının çalışmasında PMS ile adet siklusu arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (104). Başka bir çalışmada ise 35 gün ve üzerinde menstrual siklus süresi olan kadınların PMSÖ alt gruplarından iştah değişimi hariç diğerlerinde daha yüksek puana sahip olduğu görülmüştür (98).

Çalışmamızda menstrual kanama süresi ile PMS arasındaki ilişki incelendiğinde aralarında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. PMS pozitif bireylerin ortalama kanama süresi(gün) $5,98 \pm 2,1$ olarak bulunmuştur. Benzer bir şekilde hastane çalışanlarında yapılan bir çalışmada PMS ve menstrual kanama süresi arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (104). Yapılan bir çalışmada çalışmaya katılanların %54,5'inde menstrual kanama süresi 4-5 gün olarak belirtilmiştir (108). Yapılan başka bir çalışmada çok değişkenli analiz sonucu menstruasyon süresi yedi gün ve üzeri olanlarda istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte PMS puan ortalaması yüksek olarak bulunmuştur (97). Yapılan başka bir çalışmada 7 günden fazla kanaması olanlarda PMSÖ alt gruplarından depresif duygulanım puanı anlamlı olarak yüksekken 3 günden az kanaması olanlarda sinirlilik ve depresif düşünceler alt puanı daha yüksek bulunmuştur (98).

5.3 PMS ile iş hayatı ile arasındaki ilişki

Çalışmamızda iş hayatı çeşitli yönleri ile sorgulanmış ve hepsinin ayrı ayrı PMS durumu ile ilişkisi incelenmiştir.

Çalışmamızda sektörde çalışma yılı ve PMS arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Literatür incelendiğinde hemşirelerde yapılan bir araştırmada 10 yıl ve üzerinde çalışma süresi olan hemşirelerin premenstrual yakınma puanı daha yüksek saptanmış ve istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (105). Çalışmalardaki bu farklılık çalışma yapılan popülasyonla alakalı olabilir.

Çalışmamızda çalışılan sektör ve PMS arasındaki ilişki incelendiğinde anlamlı bir sonuç bulunmamıştır. Çalışmamıza katılan bireylerin 239'u sağlık sektöründe çalışmaktadır. Hastane çalışanlarında yapılan bir çalışmada doktor hemşire temizlik personeli sekreter meslek grupları kıyaslandığında PMS ile aralarında anlamlı bir fark bulunmamıştır (104). Yine başka bir hastanede yapılan araştırmada hekim, hemşire, ebe, sekreter, güvenlik görevlisi meslekleri arasında anlamlı bir fark görülmemiştir (12). Çalışmamız sonucu diğer çalışmalara paralellik göstermektedir.

Çalışma ortamı ve PMS arasındaki ilişki incelendiğinde kapalı ortamda değişken kişi sayısında çalışan kişilerde PMS görülme olasılığı daha yüksek bulunmuşken; fabrika gibi kapalı ortamda çalışanlarda PMS görülme durumu daha az olarak bulunmuştur ancak sonuçlar istatistiksel olarak anlamlı değildir. Bunun dışında seyahat ederek çalışan, ofis ortamında çalışan, evden çalışan ve kapalı ortamda 10-30 kişi arasında çalışan kişilerde anlamlı bir sonuç bulunmamıştır. Yapılan bir çalışmada home ofis çalışma, seyahat ederek çalışma PMS için bir risk oluşturmamıştır (18). Hemşirelerde yapılan bir çalışmada acil yoğun bakım gibi birimlerde çalışan hemşirelerin, poliklinikte çalışan hemşirelere göre daha fazla premenstrual semptomları olduğu belirlenmiştir (105).

Çalışma şekli ve PMS arasındaki ilişki incelendiğinde fiziksel performans ile çalışma, yönetici işveren pozisyonunda çalışma, tam gün mesai ile çalışma, yarım gün mesai ile çalışma, vardiyalı çalışma ve nöbet usulü çalışma ile PMS arasında anlamlı bir ilişki çıkmamıştır. Literatür incelendiğinde Meşeci'nin çalışan kadınlarda yaptığı çalışmada yönetici olarak çalışmak PMS için bir risk faktörü olarak belirlenmiştir. Yönetici olarak çalışan kadınlar kendilerinden daha fazla üretkenlik beklentisi olması yaşadıkları stresi artırmakta ve iş performansını olumsuz etkilediğini belirtmiştir. Vardiyalı işte çalışma bu çalışmada PMS için risk faktörü olarak belirlenmemiştir (18). Yine hemşirelerde yapılan bir çalışmada vardiyalı çalışma PMSÖ puanını ve iş yaşam kalitesi puanını etkilememiştir (20).

PMS kadınların yaşam kalitesini azaltan bir durumdur. Çalışan kadınlarda yaşam kalitesinin azalmasının iş hayatını da etkileyebileceği öngörülmüştür. Araştırmamızda son 1 yıl içinde PMS nedeniyle işten izin alma, işe geç gitme ve istirahat raporu alma durumları incelendiğinde; hipotezimizi doğrulayacak şekilde PMS pozitif bireylerin daha fazla işten izin aldığı, işe geç gittiği ve istirahat raporu aldığı görülmüştür ancak sonuçlar istatistiksel olarak anlamlı değildir. Son 1 yıl içinde PMS nedeniyle işten izin alan 53 kadından 43'ü, işe geç giden 87 kadından 61'i, istirahat raporu alan 16 kadından 13'ü PMS pozitif bulunmuştur. Örneklem sayısının bu sonuçlarda etkili olduğu düşünülmektedir. Çalışmamızda PMS'nin işe gitme durumunu etkileme puanı şeklinde yapılan analizler incelendiğinde ise hipotezimin destekler şekilde PMS pozitif bireylerin ortalama olarak 2 puan daha yüksek seviyede

etkilendiği görülmüştür ve bu durum istatistiksel olarak anlamlıdır. Literatürü incelediğimizde Toplamda 1477 kadının katıldığı bir çalışmada orta ila şiddetli PMS/PMDB'li kadınların devamsızlık oranı döngü başına 8 saat daha fazla bulunmuştur (19). Yine aynı ekibin 19 ülkede yaptığı çalışmada Orta-şiddetli PMS/PMDB'si olan kadınlar, algılanan semptomları/hafif PMS'si olmayanlara göre algılanan adet öncesi semptomları nedeniyle genellikle daha yüksek düzeyde işe devamsızlık bildirmişlerdir (döngü başına >8 saat, bir iş verimliliği/devamsızlık anketi kullanılarak değerlendirilmiştir). Bu araştırma yetersiz veri bulunan Hindistan dışındaki ülkeler için tutarlı bulunmuştur (92). ABD'de kadınlar üzerinde yapılan araştırmalar, PMS ile artan işe devamsızlık ve işyerinde verimliliğin azalması arasında bir ilişki olduğunu, dolayısıyla PMS'li kadın işverenlerin maliyetlerini artırdığını ortaya koymuştur (94). Yine yapılan başka bir çalışmada semptomlar nedeniyle işe gidemeyen kadınların yılda 1-7 gün arası devamsızlık yaptığı bildirilmiştir (17). Bununla birlikte premenstrual semptomları olan hemşirelik mezunları üzerinde yapılan 1988 tarihli eski bir çalışmada PMS'nin devamsızlık veya iş verimliliği üzerinde herhangi bir etkisi bulunmamıştır. Kuzey Kaliforniya'daki bir sağlık bakım kuruluşunda 1194 kadınla yapılan bir çalışma, şiddetli PMS'nin bozulmuş iş üretkenliği ile ilişkili olduğunu, ancak devamsızlıkta bir artış olmadığını bildirmiştir (109).

Çalışmamızda iş performansı ve PMS arasındaki ilişki incelendiğinde PMS pozitif bireylerin ortalama $6,66 \pm 2,365$ etkileme puanına sahipken; PMS negatif bireyler ortalama $4,23 \pm 2,594$ puana sahiptir. Bu durum da bize PMS'nin istatistiksel olarak iş performansını olumsuz yönde etkilediğini göstermektedir. Literatürü incelediğimizde yapılan bir meta analiz çalışmasında orta-şiddetli PMS/PMDB'si olan çalışan kadınlarda algılanan semptomu hafif/PMS'si olmayanlara göre daha yüksek üretkenlik bozukluk oranı bulunmuştur (19). Bu çalışmada üretkenlik WPAI (İş Verimliliği ve Aktivite Bozukluğu) anketi ile değerlendirilmiştir. Amerika Birleşik Devletleri(ABD), Fransa ve İngiltere'de yapılan 18-45 yaş arasında 1045 kadının katıldığı bir çalışmada çalışan kadınların %50'den fazlası mesleki üretkenliğinin bozulduğunu bildirmiştir (17). Yine başka bir çalışmada hafif ve orta semptom grupları ile karşılaştırıldığında, PMDB'li kadınların, adetlerin başlamasından sonraki 5 ila 10 gün içinde (foliküler faz) daha düşük üretkenlik yaşadığı belirtilmiştir (109).

Borenstein ve arkadaşlarının çalışmasında PMS'li kadınların, PMS'si olmayan kadınlara kıyasla, bir hafta boyunca iş üretkenliğinde bozulma bildirme olasılığının neredeyse dokuz kat daha fazla olduğu bulunmuştur (91). Yine Türkiye’de yapılan bir 232 çalışan kadınla yapılan bir çalışmada çalışmaya katılanların %44,3’ü PMS semptomları nedeniyle iş verimliliklerinin azaldığını belirtmiştir (18). Yine sağlık çalışanlarında yapılan bir çalışmada kadınların %70,3’ü PMS belirtilerinin olduğu dönemde iş verimliliklerinin azaldığını belirtmiştir (84). Görüldüğü üzere tüm çalışmalar PMS’nin iş üretkenliği üzerinde azalma şeklinde gerçekleşen etkisini desteklemektedir.

İş yaşam kalitesinin kesin bir tanımı olmamakla birlikte genel olarak bir çalışanın çalışma koşulları ve işyeri ile ilgili faktörler hakkındaki fiziksel ve zihinsel algıları olarak tanımlanabilir. Bu koşullar ve faktörler çalışma saatleri, maaş, fiziksel koşullar, kariyer olanakları ve kişilerarası ilişkiler olarak sınıflandırılabilir (20). Çalışmamızda iş yaşam kalitesi ve PMS arasındaki ilişki incelendiğinde PMS pozitif bireylerin PMS’nin işle ilgili yaşam kalitesini etkileme puan ortalaması $6,84 \pm 2,203$ iken PMS negatif bireylerin ortalama puanı $4,35 \pm 2,481$ bulunmuştur. Bu durum bize PMS’nin iş yaşam kalitesini anlamlı derecede olumsuz etkilediğini göstermektedir. Literatürü incelediğimizde Türkiye’de hemşirelerde yapılan bir çalışmada PMSÖ toplam puanı, genel WRQoL puanı ile negatif korelasyon göstermiştir. WRQoL(iş yaşam kalitesi ölçeği) ölçeği iş-kariyer tatmini, ev-iş dengesi, iş yerinde stres, iş yerinde kontrol, genel iyi oluş şeklinde alt ölçeklerinden oluşmaktadır. Bu da Türk hemşirelerde premenstrual semptomların şiddeti arttıkça işe bağlı yaşam kalitesinin düştüğünü göstermektedir. PMS'li hemşirelerde iş stresi dışındaki tüm WRQoL alt ölçek puanları, PMS'si olmayan hemşirelerden anlamlı derecede düşük bulunmuştur (20).

İş yaşam kalitesini oluşturan etmenlerden biri de iş yerindeki çevre ile ilişkidir. Çalışmamızda PMS’nin işle ilgili çevre ilişkisini etkileme puanı incelendiğinde PMS negatif bireylerin puanı ortalama olarak $3,84 \pm 2,435$ iken PMS pozitif bireylerin ortalama puanı $6,15 \pm 2,532$ olarak bulunmuştur ve sonuç olarak PMS semptomları kişinin işle ilgili çevre ilişkisini olumsuz etkilemektedir ve sonuçlar istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Literatürü incelediğimizde özellikli olarak PMS’nin işle ilgili

çevre ilişkisi hakkında çalışma bulunmamaktadır ancak PMS'nin sosyal ilişkileri olumsuz etkilediği bilinmektedir (94). Bununla birlikte kişiler vaktinin büyük bir kısmını iş yerinde geçirdiği için bu durum ayrı ele alınmamış olabilir.

Çalışmamızda PMS'nin işte çalışma hızını etkileme puanı incelendiğinde PMS negatif bireylerin ortalama puanı $4,27 \pm 2,795$ iken pozitif bireylerin ortalama puanı $6,59 \pm 2,501$ olarak bulunmuştur. Sonuç olarak PMS işte çalışma hızını olumsuz yönde etkilemektedir ve sonuçlar istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Literatürü incelediğimizde çalışma hızı ile özellikli bir çalışma bulunmamaktadır ancak çalışma hızı iş performansının bir alt grubu olarak düşünülmüş olabilir.

Çalışmamızda PMS'nin işte dikkat odaklanma durumu etkileme puanı incelendiğinde PMS'nin işte dikkat ve odağı olumsuz etkilediği görülmüştür ve bu durum istatistiksel olarak anlamlıdır. PMS'nin dikkat ve odağı olumsuz etkilediği çalışmalar mevcuttur ancak bu çalışmalar iş hayatına spesifik değildir. Bununla birlikte Meşeci'nin çalışmasında 'konsantrasyon güçlüğü', 'yorgunluk-enerji yokluğu' gibi premenstrual semptomların işgücünü etkileyen en belirgin risk faktörleri olduğu belirtilmiştir (18). Yine aynı şekilde PMS'nin işte uyku durumunu etkileme puanı incelendiğinde PMS'nin işte uyku durumunu olumsuz etkilediği ve bunun istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür. Literatürü incelediğimizde PMS'nin uyku durumunu etkilediği bilinmektedir ancak işte uyku durumu ile ilgili bir çalışma bulunmamaktadır. Bu durumlar da çalışmamızı diğer çalışmalardan farklı kılmaktadır.

Çalışmamızda kadınların çalışma hayatı özellikleri ile işten izin alma, işe geç gitme ve istirahat raporu alma arasındaki durumu karşılaştırılmıştır. Çalışılan sektör ve işten izin alma, işe geç gitme ve istirahat raporu alma arasındaki incelendiğinde sağlık sektöründeki personelin daha az istirahat raporu olduğu görülmektedir ve bu durum istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Bu durum sağlık sektöründeki personelin daha çok nöbet usulü çalışması nedeniyle istirahat aldığı günü başka bir gün çalışarak tamamlaması gerektiğini düşündüğünden ötürü olabilir. Ayrıca istirahat raporu alındığında yanındaki ekip arkadaşının yükünün artacağı düşüncesi sağlık sektöründe istirahat raporu azaltmış olabilir. Çalışma şekli incelendiğinde yönetici olarak çalışan kadınların %47,1'i PMS semptomları olduğunda işe geç gittiğini bildirmiştir ve diğer çalışma şekilleriyle kıyaslandığında istatistiksel olarak anlamlı derecede işe geç gitme

bildirmişlerdir. Bu durumun sebebi yönetici pozisyonunda çalışan kişilerin örgütsel hiyerarşide en üstte olması nedeniyle kimseye hesap vermeyeceğini düşünmesi olabilir. Yine çalışmamızda tam gün mesai ile çalışan kişilerin daha fazla istirahat raporu aldığı görülmüştür ve bu durum istatistiksel olarak anlamlıdır. Tam gün mesai ile çalışan bireyler günün büyük kısmını işte geçirmesi ve bu durumun mesai saatlerinde yapılacak ekstra işlerine engel olması nedeniyle hastalık dışı rapor alıyor olabilir. Çalışma ortamı ile istirahat raporu alma, işe geç gitme ve işten izin alma durumu arasındaki ilişki incelendiğinde seyahat ederek çalışan bireylerin daha fazla istirahat raporu aldığı ve daha fazla izin aldığı bulunmuştur ve bu durum istatistiksel olarak anlamlı görülmüştür. Bu durum seyahat ederek çalışan bireylerin dış faktörlerden daha fazla etkilenecek daha fazla iş gücü kaybına neden olan hastalıklara yakalanması olabilir. Bunun haricinde kapalı ortamda, evde ve ofiste çalışma ile istirahat raporu alma, işten izin alma ve işe geç gitme arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Bu durum çalışmamızın da büyük kısmını oluşturan popülasyonda PMS'nin iş hayatına etkisini kıyaslarken etkileyici faktör olmasını engellemiştir.

Çalışmamızın Üstün Yönleri: Çalışmamızın popülasyonun tüm meslek gruplarından oluşması belirli bir meslek grubuyla ilgili olmaması çalışmamızın üstünlüklerinden biridir. Yapılan çalışmalarda Türkiye'de PMS ve iş yaşam kalitesi, işe devamsızlık ve iş performansı ile ilgili çalışmalar bulunmakla beraber hepsini aynı çalışmada inceleyen çalışma bulunmamaktadır. Ayrıca PMS'nin iş çevre ilişkisi, işte dikkat odaklanmaya etkisi, iş çalışma hızına etkisi, işte uyku durumuna etkisi ile ilgili çalışmalar mevcut değildir. Çalışmamızda bu faktörlerin de incelenmesi çalışmamızın üstünlüklerindedir.

Çalışmamızın Kısıtlılıkları: Çalışmamızın kısıtlılıkları düşünüldüğünde her ne kadar tüm meslek dallarını çalışmaya katıp geniş bir kitleye yayılım sağlamaya çalışsak da polikliniğimize başvuran bireylerin çoğunun sağlık sektöründe çalışan bireylerin başvurması nedeniyle homojen olarak dağılmamıştır.

Kullanmış olduğumuz PMS ölçeği PMS tanısından daha çok semptom varlığını gösteren bir ölçektir. Kadınlara ileriye dönük günlük verilir bu günlükleri 2 en az 2 siklus boyunca doldurmaları daha güvenilir sonuçlar verebilir.

Kişilere y6nelttiğimiz PMS'nin iş hayatına etkisi ile ilgili sorular genelde 0-10 şeklinde puanlamalı sorulardan oluşmaktadır. Bu durum kişilerin hafıza fakt6r6, kişisel d6ř6nceleri gibi durumlardan etkilendiği iēin puanlama subjektif değerlendirilebilir.

6. SONUÇLAR

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı'nda yaptığımız, premenstrual sendromun çalışan kadınların iş yaşam kalitesi, iş performansı ve işe devamlılık durumuna etkisinin incelenmesi amaçlanan çalışmamızda premenstrual sendromun çalışan kadınlarda iş yaşam kalitesini düşürdüğü, işe devamlılık durumunu azalttığı ve iş performansını olumsuz etkilediği görülmüştür.

Araştırma grubunun PMS sıklığı belirlenmesi için PMSÖ kullanıldı. Premenstrual sendrom ölçeğine (PMSÖ) göre kriterlerin değerlendirilmesi sonucunda PMS prevalansı %65,1 bulunmuştur. Çalışmaya katılan kadınlardan 284'ü PMS şikayetlerini 1 yıldan fazla süredir yaşamaktadır. PMS şikayetleri nedeniyle 31 kişi doktora başvurmuş 10 kişi PMS tanısı almıştır. Bu kişilerden 5'i ilaç tedavisi kullanırken 6 kişi ilaç dışı tedavi almıştır. PMS ile kadınların bu şikayetlerle doktora gitme isteği arasındaki ilişki incelendiğinde PMS pozitif kabul edilen bireylerin doktora gitme isteğinin daha fazla olduğu görülmüştür. PMS'li bireylerin şikayetleri daha erken başlayıp daha geç bitmektedir. PMS kişinin günlük yaşamını ve aile içi ilişkisini olumsuz etkilemektedir.

Kadınların sosyo ekonomik PMS arasındaki ilişki incelenmiştir. Kadınların yaşı, medeni durumu, beden kitlesi endeksi arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Üniversite ve üzeri eğitim durumu olan kadınlarda PMS sıklığı artmıştır.

Kadınların çalışma yaşamı özellikleri ve PMS arasındaki ilişki incelendiğinde çalışılan sektör, çalışma şekli, çalışma ortamı ve çalışma süresi ile PMS arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

Kadınların yaşam tarzı faktörleri incelendiğinde beslenme kronik hastalık varlığı, psikolojik hastalık varlığı, beslenme şekli, tuz tüketimi, kafein tüketimi, egzersiz durumu, sigara kullanımı vitamin kullanımı ile PMS arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Kişilerin alkol tüketimi arttıkça PMS sıklığının arttığı görülmüştür.

Kadınların menstrual ve doğum özellikleri incelendiğinde cinsel ilişki durumu, tanı almış kadın hastalığı olma durumu, aile planlaması yöntemi, evlilik yaşı, çocuk

sayısı, menstrual siklus süresi, adet düzensizliği ve kanama süresi ile PMS arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Kadınlarda dismenore varlığının PMS sıklığını arttırdığı görülmüştür. Adet sancı şiddeti arttıkça PMS sıklığı artmıştır.

PMS'nin iş hayatına etkisi incelendiğinde PMS'nin kişinin iş performansını, iş yaşam kalitesini, işe devamsızlığını, işte dikkat odaklanma durumunu, iş-çevre ilişkisini, işte çalışma hızı ve uyku durumunu olumsuz etkilediği görülmektedir.

7. ÖNERİLER

PMS kadınların tamamına yakınına belirli şiddetlerde fiziksel, ruhsal ve davranışsal olarak etkileyen bir durumdur. Toplumdaki PMS prevalansı yüksek olmasına rağmen kadınlar premenstrual semptomları normal olarak algıladığından PMS ile ilgili tedavi arayışına girmemektedir. Bu nedenle farkındalığın artması ve kadınların bu algısının değişmesi için kadınlarımıza PMS'yi tanıma ve başatma ile ilgili eğitimler verilmelidir.

Kadınlar daha çok 1.basamağa başvuracakları için 1.basamakta çalışan sağlık personelleri PMS açısından bilgilendirilmeli, tanı ve tedavi açısından hizmet içi eğitimlerle desteklenmelidir. Dismenore ve adet düzensizliği yaşayan kadınlar daha dikkatli değerlendirilmeli Premenstrual dönemde alkol tüketiminin, semptom şiddetini artırabildiği vurgulanmalı, davranış değişikliği geliştirebilmesi için kişiler desteklenmelidir.

PMS'nin iş performansını azalttığı, işe devamsızlığı arttırdığı, iş yaşam kalitesini düşürdüğü bilinmeli şiddetli menstrüel semptom yaşayan çalışan kadınlar için yöneticilerin bilgilendirilmesi ve kadınların iş memnuniyetini ve verimini artıracak çalışma koşullarının sağlanması gerekmektedir. Dikkat edilmediği takdirde bu durumun hem kişi hem de toplum için çeşitli zararların artacağı unutulmamalıdır.

8. KAYNAKLAR

1. Bostancı A. Premenstrüel Sendromda Öfke ve Anksiyete Düzeylerinin Değerlendirilmesi. (Yüksek Lisans Tezi). Maltepe Üniversitesi. Sosyal Bilimler Enstitüsü. Psikoloji Anabilim Dalı. Adli Klinik Psikoloji Programı. İstanbul; 2010.
2. Büyükbayrakdar A. Evli ve Bekar Bireylerdeki Stres ve Kaygı Düzeyinin Premenstrüel Sendrom Üzerine Etkisi. (Yüksek Lisans Tezi). Beykent Üniversitesi. Sosyal Bilimler Enstitüsü. Psikoloji Anabilim Dalı. Klinik Psikoloji Bilim Dalı. İstanbul; 2016.
3. Janse DE Jonge X, Thompson B, Han A. Methodological Recommendations for Menstrual Cycle Research in Sports and Exercise. *Med Sci Sports Exerc.* 2019;51(12):2610–7.
4. Elnagar MAE, Abu H, Mohamed E. Self-Care Measures Regarding Premenstrual Syndrome Among Female Nursing Students. *Int J Nurs Didact.* 2015;5(2):1–10.
5. Welz A, Huffziger S, Reinhard I, Alpers GW, Ebner-Priemer U, Kuehner C. Anxiety and Rumination Moderate Menstrual Cycle Effects on Mood in Daily Life. *Women Heal.* 2016;56(5):540–60.
6. Pandey A, Tripathi P, Goswami S, Pandey R. Prevalence of Psychological and Physical Symptoms of Pre-menstrual Syndrome in Female Students. *Arch Pharm Pract.* 2013;4(1):47–9.
7. Dickerson LM, Mazyck PJ, Hunter MH. Premenstrual Syndrome. *Am Fam Physician.* 2003;67(8):1743–52.
8. Öztürk S, Tanrıverdi D. Premenstrual Sendrom ve Başetme. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilim Derg.* 2010;13(3):57–61.
9. Tschudin S, Berteau PC, Zemp E. Prevalence and Predictors of Premenstrual

- Syndrome and Premenstrual Dysphoric Disorder in a Population-based Sample. *Arch Womens Ment Health*. 2010;13(6):485–94.
10. Direkvand-Moghadam A, Sayehmiri K, Delpisheh A, Satar K. Epidemiology of Premenstrual Syndrome (PMS) - A Systematic Review and Meta-analysis Study. *J Clin Diagnostic Res*. 2014;8(2):106–9.
 11. Yeşildere Sağlam H. Kadınlarda Premenstrual Sendrom Görülme Durumu ile Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzları Arasındaki İlişki. (Yüksek Lisans Tezi). Dumlupınar Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Hemşirelik Anabilim Dalı. Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Bilim Dalı. Kütahya.; 2017.
 12. Akmalı N. Bursa Çekirge Devlet Hastanesi'nde Çalışan Üreme Çağındaki Kadınların Premenstrual Sendrom (PMS) Prevelansı ve PMS'nin Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi. (Yüksek Lisans Tezi). Eskişehir Osmangazi Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Hemşirelik Anabilim Dalı. Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği Bilim Dalı. Eskişehir.; 2017.
 13. Aşçı Ö, Süt HK, Gökdemir F. Üniversite Öğrencilerinde Premenstrüel Sendrom Prevalansı ve Risk Faktörleri. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergi*. 2016;9(3):79–87.
 14. Management of Premenstrual Syndrome: Green-top Guideline No. 48. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 2016.
 15. Pinar G, Colak M, Oksuz E. Premenstrual Syndrome in Turkish College Students and Its Effects on Life Quality. *Sex Reprod Healthc*. 2011;2(1):21–7.
 16. Tolossa FW, Bekele ML. Prevalence, Impacts and Medical Managements of Premenstrual Syndrome Among Female Students: Cross-Sectional Study in College of Health Sciences, Mekelle University, Mekelle, Northern Ethiopia. *BMC Womens Health*. 2014;14(1):1–9.
 17. Hylan TR, Sundell K, Judge R. Impact of Premenstrual Symptomatology on Function and Treatment-Seeking: A Cross-country Comparison. *J Womens Health Gend Based Med*. 1999;8(8):1043–52.

18. Meşeci E. Çalışan Türk Kadınlarında Premenstruel Sendrom ve Premenstruel Distrofik Bozukluk Prevalansı ve İş Performansına Etkisi. *Zeynep Kamil Tıp Bülteni*. 2017;48(4):152–6.
19. Heinemann LAJ, Minh T Do, Filonenko A, Uhl-Hochgräber K. Explorative Evaluation of the Impact of Severe Premenstrual Disorders on Work Absenteeism and Productivity. *Women's Heal Issues*. 2010;20(1):58–65.
20. Kahyaoglu Sut H, Mestogullari E. Effect of Premenstrual Syndrome on Work-Related Quality of Life in Turkish Nurses. *Saf Health Work*. 2016;7(1):78–82.
21. Akman Y, İmamoğlu Akman G. İlköğretim Okulu Öğretmenlerinin İş Yaşam Kalitesi Algısının İşle Bütünleşmeleri Üzerindeki Etkisi. *Elem Educ Online*. 2017;16(4):1491–504.
22. Seda U. Menstrual Döngü, Egzersiz ve Stres Yanıtı. (Doktora Tezi). İnönü Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Fizyoloji Anabilim Dalı. Malatya.; 2018.
23. Uçak H. Premenstrual Sendrom Yaşayan Kadınların Kullandıkları Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları. (Yüksek Lisans Tezi). Düzce Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Hemşirelik Anabilim Dalı. Düzce.; 2020.
24. Kaya E. Üniversite Öğrencilerinde Premenstrual Dönemdeki Dikkatin Premenstrual Sendrom Duygudurum Bozuklukları Belirtileri ve Menstrual Siklusun Özellikleri ile İncelenmesi. (Yüksek Lisans Tezi). Beykent Üniversitesi. Sosyal Bilimler Enstitüsü. Psikoloji Anabilim Dalı. Klinik Psikoloji Bilim Dalı. İstanbul.; 2018.
25. Çatakoğlu H. 25 Yaş Üstü Kadınlarda Premenstrual Sendrom Görülme Sıklığı ve ilişkili Faktörler. (Yüksek Lisans Tezi). Selçuk Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Hemşirelik Anabilim Dalı. Konya.; 2016.
26. Türkçapar AF, Türkçapar MH. Premenstruel Sendrom ve Premenstruel Disforik Bozuklukta Tanı ve Tedavi: Bir Gözden Geçirme. *Klin Psikiyatr*. 2011;14:241–53.

27. Wittchen HU, Becker E, Lieb R, Krause P. Prevalence, Incidence and Stability of Premenstrual Dysphoric Disorder in the Community. *Psychol Med.* 2002;32(1):119–32.
28. Kelderhouse K, Taylor JS. A Review of Treatment and Management Modalities for Premenstrual Dysphoric Disorder. *Nurs Womens Health.* 2013;17(4):294–305.
29. Steiner M, Pearlstein T. Premenstrual Dysphoria and the Serotonin System: Pathophysiology and Treatment. *J Clin Psychiatry.* 2000;61(suppl 12):17–21.
30. Walsh S, Ismaili E, Naheed B, O'Brien S. Diagnosis, Pathophysiology and Management of Premenstrual Syndrome. *Obstet Gynaecol.* 2015;17(2):99–104.
31. Garan EM. Premenstruel Sendrom ile Postpartum Depresyon Gelişme Riski Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. (Tıpta Uzmanlık Tezi). Düzce Üniversitesi. Tıp Fakültesi. Aile Hekimliği Anabilim Dalı. Düzce.; 2019.
32. Milewicz A, Jedrzejuk D. Premenstrual Syndrome: From Etiology to Treatment. *Maturitas.* 2006;55S:47–54.
33. Eriksson E, Andersch B, Ho HP, Landén M, Sundblad C. Diagnosis and Treatment of Premenstrual Dysphoric Disorder. *Am Fam Physician.* 2002;66(7):1239–48.
34. Henshaw CA. PMS: Diagnosis, Aetiology, Assessment and Management Revisiting. *Adv Psychiatr Treat.* 2007;13(2):139–46.
35. Chuong CJ, Hsi, B. P. & G, E. W. Periovulatory beta-endorphin levels in premenstrual syndrome. *Obstet Gynecol.* 1994;83:755–60.
36. Albayrak MF. 20-45 Yaş Arası Kadınlarda Premenstruel Sendromun Beslenme Durumuna Etkisinin Saptanması. (Yüksek Lisans Tezi). Marmara Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalı. İstanbul.; 2019.

37. Sokullu G. Premenstrual Sendrom Yakınmaları Olan Kadınların Yaşam Biçimlerinin İncelenmesi. (Yüksek Lisans Tezi). Adnan Menderes Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Doğum-Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Aydın.; 2009.
38. Okumuş S. Evli Kadınlarda Eş Uyumunun Premenstruel Sendrom Yakınmaları Üzerine Etkisinin Değerlendirilmesi. (Tıpta Uzmanlık Tezi). Sağlık Bilimleri Üniversitesi. Ankara Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi. Aile Hekimliği Kliniği. Ankara.; 2019.
39. Zendehtel M, Elyasi F. Biopsychosocial Etiology of Premenstrual Syndrome: A Narrative Review. *J Fam Med Prim Care*. 2018;7:346–56. A
40. Deuster PA. Biological, Social, and Behavioral Factors Associated with Premenstrual Syndrome. *Arch Fam Med*. 1999;8(2):122–8.
41. Tadakawa M, Takeda T, Monma Y, Koga S, Yaegashi N. The Prevalence and Risk Factors of School Absenteeism due to Premenstrual Disorders in Japanese High School Students-a school-based Cross-sectional Study. *Biopsychosoc Med*. 2016;10(1):1–7.
42. Skrzypulec-Plinta V, Drosdzol A, Nowosielski K, Plinta R. The Complexity of Premenstrual Dysphoric Disorder - Risk Factors in the Population of Polish Women. *Reprod Biol Endocrinol*. 2010;8(141):1–6.
43. Naeimi N. The Prevalence and Symptoms of Premenstrual Syndrome under Examination. *J Biosci Med*. 2015;03(01):1–8.
44. Bertone-Johnson ER, Hankinson SE, Willett WC, Johnson SR, Manson JE. Adiposity and the Development of Premenstrual Syndrome. *J Women's Heal*. 2010;19(11):1955–62.
45. Chayachinda C, Rattanachaiyanont M, Phattharayuttawat S, Kooptiwoot S. Premenstrual Syndrome in Thai Nurses. *J Psychosom Obstet Gynecol*. 2008;29(3):203–9.

46. Masho SW, Adera T, South-Paul J. Obesity as a Risk Factor for Premenstrual Syndrome. *J Psychosom Obstet Gynecol.* 2005;26(1):33–9.
47. Erbil N, Bölükbaş N, Tolan S, Uysal F. Evli Kadınlarda Premenstrual Sendrom Görülme Durumu ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. *Uluslararası İnsan Bilim Derg.* 2011;8(1):427–38.
48. Zhao G, Wang L, Qu C. Prevalence of Premenstrual Syndrome in Reproductive Women and Its Influential Factors. *Zhonghua Fu Chan Ke Za Zhi.* 1998 Apr;33(4):222—224.
49. Shye D, Jaffe B. Prevalence and Correlates of Perimenstrual Symptoms: A Study of Israeli Teenage Girls. *J Adolesc Heal.* 1991 May 1;12(3):217–24.
50. Balaha MH, Amr MAEM, Al Moghannum MS, Al Muhaidab NS. The phenomenology of premenstrual syndrome in female medical students: A cross sectional study. *Pan Afr Med J.* 2010;5(April):1–14.
51. Del Mar Ferná Ndez M, Regueira-Mé Ndez C, Takkoucheid B. Psychological factors and premenstrual syndrome: A Spanish case-control study. *PLoS One.* 2019;14(3: e0212557):1–13.
52. Kısa S, Zeyneloğlu S, Güler N. Üniversite Öğrencileride Premenstrual Sendrom Görülme Sıklığı ve Etkileyen Faktörler. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilim Derg.* 2012;1(4):284–97.
53. Arslantaş H, Abacıgil F, Çınaklı Ş. Relationship Between Premenstrual Syndrome and Basic Personality Traits: A cross-sectional study. *Sao Paulo Med J.* 2018;136(4):339–45.
54. Cheng SH, Shih CC, Yang YK, Chen KT, Chang YH, Yang YC. Factors associated with premenstrual syndrome - A survey of new female university students. *Kaohsiung J Med Sci.* 2013;29(2):100–5.
55. Seedhom AE, Mohammed ES, Mahfouz EM. Life Style Factors Associated with Premenstrual Syndrome among El-Minia University Students, Egypt.

ISRN Public Health. 2013;2013:1–6.

56. Işık H, Ergöl Ş, Aynioğlu Ö, Şahbaz A, Kuzu A, Uzun M. Premenstrual syndrome and life quality in Turkish health science students. *Turkish J Med Sci.* 2016;46(3):695–701.
57. Rasheed P, Al-Sowielem LS. Prevalence and Predictors of Premenstrual Syndrome Among College-Aged Women in Saudi Arabia. *Ann Saudi Med.* 2003;23(6):381–7.
58. Yoshimi K, Shiina M, Takeda T. Lifestyle Factors Associated with Premenstrual Syndrome: A Cross-sectional Study of Japanese High School Students. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* 2019;32(6):590–5.
59. Steiner M, Born L. Advances in the Diagnosis and Treatment of Premenstrual Dysphoria. *CNS Drugs.* 2000;13:287–304.
60. Hofmeister S, Bodden S. Premenstrual Syndrome Premenstrual Dysphoric Disorder. *Am Fam Physician.* 2016;94(3):236–40.
61. Ryu A, Kim TH. Premenstrual syndrome: A mini review. *Maturitas.* 2015;82(4):436–40.
62. Hantsoo L, Epperson CN. Premenstrual Dysphoric Disorder: Epidemiology and Treatment. *Curr Psychiatry Rep.* 2015;17(11).
63. Steege JF, Blumenthal JA. The effects of aerobic exercise on premenstrual symptoms in middle-aged women: A preliminary study. *J Psychosom Res.* 1993 Feb 1;37(2):127–33.
64. Daley A. Exercise and premenstrual symptomatology: A comprehensive review. *J Women's Heal.* 2009;18(6):895–9.
65. Vishnupriya R, Rajarajeswaram P. Effects of aerobic exercise at different intensities in pre menstrual syndrome. *J Obstet Gynecol India.* 2011;61(6):675–82.

66. Usgu S, Çiftçi FR. Premenopozal Dönem Kadınlarda Aerobik Egzersiz Eğitiminin Menopoz Semptomlarına Etkisi. *Black Sea J Heal Sci.* 2021;4(3):274–81.
67. Rapkin AJ, Lewis EI. Treatment of premenstrual dysphoric disorder. *Women's Heal.* 2013;9(6):537–56.
68. Daugherty JE. Treatment strategies for premenstrual syndrome. *Am Fam Physician.* 1998;58(1):183–92.
69. Thys-Jacobs S. Micronutrients and the Premenstrual Syndrome: The Case for Calcium. *J Am Coll Nutr.* 2000;19(2):220–7.
70. Pearlstein T, Steiner M. Premenstrual Dysphoric Disorder: Burden of Illness and Treatment Update. *Focus J Lifelong Learn Psychiatry.* 2012;X(1):90–101.
71. Wyatt KM, Dimmock PW, Jones PW, Brien PMSO. Efficacy of vitamin B-6 in the treatment of premenstrual syndrome: Systematic Review. *BMJ.* 1999;318:1375–81.
72. Kashanian M, Mazinani R, Jalalmanesh S. Pyridoxine (vitamin B6) therapy for premenstrual syndrome. *Int J Gynecol Obstet.* 2007 Jan 1;96(1):43–4.
73. Biggs WS, Demuth RH. Premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder. *Am Fam Physician.* 2011;84(8):918–24.
74. Walker AF, De Souza MC, Vickers MF, Abeyasekera S, Collins ML, Trinca LA. Magnesium Supplementation Alleviates Premenstrual Symptoms of Fluid Retention. *J Women's Heal.* 1998;7(9):1157–65.
75. Lustyk MKB, Gerrish WG, Shaver S, Keys SL. Cognitive-Behavioral Therapy for Premenstrual Syndrome and Premenstrual Dysphoric Disorder: A Systematic Review. *Arch Womens Ment Health.* 2009;12(2):85–96.
76. Hunter MS, Ussher JM, Browne SJ, Cariss M, Jelley R, Katz M. A Randomized Comparison of Psychological (Cognitive Behavior Therapy),

- Medical (Fluoxetine) and Combined Treatment for Women with Premenstrual Dysphoric Disorder. *J Psychosom Obstet Gynecol.* 2002;23(3):193–9.
77. Kim SY, Park HJ, Lee H, Lee H. Acupuncture for Premenstrual Syndrome: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomised Controlled Trials. *BJOG An Int J Obstet Gynaecol.* 2011;118(8):899–915.
78. Marjoribanks J, Brown J, O'Brien PMS, Wyatt K. Selective Serotonin Reuptake Inhibitors for Premenstrual Syndrome (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews.* John Wiley & Sons, Ltd; 2013. 122 .
79. Landén M, Thase ME. A Model to Explain the Therapeutic Effects of Serotonin Reuptake Inhibitors: The Role of 5-HT₂ Receptors. *Psychopharmacol Bull.* 2006;39(1):147–66.
80. Lopez LM, Kaptein AA, Helmerhorst FM. Oral Contraceptives Containing Drospirenone for Premenstrual Syndrome (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews.* John Wiley & Sons, Ltd; 2009. 43 p.
81. Watson NR, Sawas M, Studd JWW, Garnett T, Baber RJ. Treatment of Severe Premenstrual Syndrome with Oestradiol Patches and Cyclical Oral Norethisterone. *Lancet.* 1989 Sep 23;334(8665):730–2.
82. Wyatt KM, Dimmock PW, Ismail KMK, Jones PW, O'Brien PMS. The Effectiveness of GnRHa with and without “add-back” Therapy in Treating Premenstrual Syndrome: A Meta Analysis. *BJOG An Int J Obstet Gynaecol.* 2004;111(6):585–93.
83. Borenstein JE, Dean BB, Leifke E, Korner P, Yonkers KA. Differences in symptom scores and health outcomes in premenstrual syndrome. *J Women's Heal.* 2007;16(8):1139–44.
84. Demir B, Yıldız Algül L, Güvendağ Güven ES. Sağlık Çalışanlarında Premenstrüel Sendrom İnsidansı ve Etkileyen Faktörlerin Araştırılması. *Turkish J Obstet Gynecol.* 2006;4(3):262–70.

85. Yıldırım A. Hastalık Kaygısının (Covid-19) Çalışma Hayatı Üzerindeki Etkisi: Bir Alan Çalışması. (Yüksek Lisans Tezi). Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi. Sosyal Bilimler Enstitüsü. İşletme Anabilim Dalı. 105. Kahramanmaraş.; 2021.
86. Özdemir R. Covid-19 Pandemisi Sürecinde Özel Bakım Merkezi Çalışanlarının Covid-19 Korkusu ve Belirsizliğe Tahammülsüzlük Düzeylerinin Çalışma Yaşam Kalitesi Etkisi. (Yüksek Lisans Tezi). Ankara Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü. 141. Ankara.; 2021.
87. Yabancı N. Otel İşletmelerinde Çalışma Yaşam Kalitesinin İş Performansına Etkisinde Yönetici Desteğinin Rolü. (Yüksek Lisans Tezi). Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi. Sosyal Bilimler Enstitüsü. Turizm İşletmeciliği Anabilim Dalı. 103. Nevşehir.; 2020.
88. Koopmans L, Bernaards CM, Hildebrandt VH, Schaufeli WB, De Vet Henrica CW, Van Der Beek AJ. Conceptual Frameworks of Individual Work Performance: A Systematic Review. *J Occup Environ Med.* 2011;53(8):856–66.
89. Aytok A. Performans Değerlendirme Ve Performansa Dayalı Ücret Ve Bir Endüstri İşletmesi Örneği. (Yüksek Lisans Tezi). Dumlupınar Üniversitesi. Sosyal Bilimler Enstitüsü. İşletme Anabilim Dalı. 183. Kütahya.; 2004.
90. Kuczmierczyk AR, Labrum AH, Johnson CC. Perception of Family and Work Environments in Women with Premenstrual Syndrome. *J Psychosom Res.* 1992 Dec 1;36(8):787–95.
91. Borenstein JE, Dean BB, Endicott J, Wong J, Brown C, Dickerson V, et al. Health and Economic Impact of the Premenstrual Syndrome. *Int J Reprod Med.* 2003;48(7):515–24.
92. Heinemann LAJ, Minh T Do, Heinemann K, Lindemann M, Filonenko A. Intercountry Assessment of the Impact of Severe Premenstrual Disorders on Work and Daily Activities. *Health Care Women Int.* 2012;33(2):109–24.

93. Kömürcü A. Otomotiv Yan Sanayi Fabrikasında MAvi Yaka Çalışanların Sağlık Nedenli İşe Devamsızlıklarının Analizi. (Yüksek Lisans Tezi). Kocaeli Üniversitesi. Fen Bilimleri Enstitüsü. İş Sağlığı ve Güvenliği Anabilim Dalı. 137. Kocaeli.; 2021.
94. Dean BB, Borenstein J. A Prospective Assessment Investigating the Relationship Between Work Productivity and Impairment with Premenstrual Syndrome. *J Occup Env Med.* 2004;46(7):649–56.
95. WONCA EUROPE. Aile Hekimliği / Genel Pratisyenlik / Avrupa Tanımı. 2002.
96. Robert F Casper M. Clinical Manifestations and Diagnosis of Menopause [Internet]. UpToDate. 2022. Erişim adresi: https://www.uptodate.com/contents/clinical-manifestations-and-diagnosis-of-menopause?search=menopoz&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1. Erişim tarihi:26.10.2022
97. Tarı Selçuk K, Avcı D, Alp Yılmaz F. The Prevalance of Premenstrual Syndrome Among Nursing Students and Affecting Factors. *J Psychiatr Nurs.* 2014;5(2):98–103.
98. Vatansever B. ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNDE PREMENSTRUAL SENDROM SEMPTOMLARI VE ÖĞRENCİLERİN SEMPTOMLARLA BAŞ ETME YÖNTEMLERİ. Kırklareli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2019.
99. Freeman EW. Premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder: Definitions and diagnosis. *Psychoneuroendocrinology.* 2003;28(SUPPL. 3):25–37.
100. Kebapçılar A, Taner C, Başoğul Ö, Okan G. İzmir Ege Doğumevi ve Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Hastalarındaki Premenstrüel Sendrom Prevelansı ve Etkileyen Faktörler. *FÜSağBilTıp Derg.* 2012;26(3):111–4.

101. Uskun E. Premenstrüel sendrom prevalansı ve yaşam kalitesi ile ilişkisi : toplum tabanlı bir çalışma örneği. 2021;1–13.
102. Kırcan N, Ergin F, Adana F, Arslantaş H. Hemşirelik Öğrencilerinde Premenstrüel Sendrom Prevalansı Ve Yaşam Kalitesi İle İlişkisi. ADÜ Tıp Fakültesi Derg. 2012;13(1):19–25.
103. EGE E, BAŞAĞAÇ E. Premenstrüel Sendrom Semptomlarının Evlilik Uyumu İle İlişkisi. Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Derg. 2021;4:1–9.
104. Özeren A, Atila D, Helvacı M. HASTANE ÇALIŞANLARINDA PREMENSTRÜEL SENDROM VE DEPRESYON İLE İLİŞKİSİ. Tepecik Eğit Hast Derg. 2013;23(1):25–33.
105. Saruhan A. Çalışan Hemşirelerde Menstrüel Yakınmaların İncelenmesi. STED 2014;23:1–7.
106. Önal B. Premenstrüel Sendromda Risk Faktörleri Ve Tedavi Arama Davranışının Araştırılması.(Uzmanlık Tezi) 2011 Dokuz Eylül Üniversitesi, Ankara.
107. Bayram GO. Sporcuların premenstrual sendrom yönünden sedanter bayanlarla karşılaştırılması. Bakırköy Tıp Derg. 2007;3(3):104–10.
108. Er Korucu A. Premenstrual Sendromu Olan Üniversite Öğrencilerinde Progresif Kas Gevşeme Egzersizi ve Kinezyo Bantlama Uygulamalarının, Stres, Depresyon ve Uyku Kalitesi Üzerine Etkisi; Randomize Kontrollü Çalışma. Hacettepe Üniversitesi; 2019.
109. Chawla A, Swindle R, Long S, Kennedy S, Sternfeld B. Premenstrual dysphoric disorder: is there an economic burden of illness? Med Care. 2002 Nov;40(11):1101-12.

9. EKLER

EK-1 ÖLÇEK İZİNİ

Inbox Re: Premenstrü...

Reply Forward Move Print Delete

Subject: Re: Premenstrüel Sendrom Ölçeği (PMSÖ) Kullanım İzni
To: DUYGU AYHAN BASER

FMSÖ için TEORİK KES... (12KB) premenst II-2 form.d... (49KB) Article.pdf (114KB)

Sayın Dr. Öğrt. Üyesi DUYGU AYHAN BAŞER
Ekiple değil 7 yıl süren çok sayıda çalışmalar sonucu benim tarafımdan geliştirilmiştir.
Geliştirmiş olduğum Premenstrüel Sendrom Ölçeği ni(PMSÖ) araştırmalarınızda kullanabilirsiniz.
Ekte ölçeği ve makalesini gönderiyorum.

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

Kimden: "DUYGU AYHAN BASER" <duygu.ayhan@hacettepe.edu.tr>
Kime: basaran@atauni.edu.tr
Kk: "FAHRI ACAR" <fahriacar@hacettepe.edu.tr>
Gönderilenler: 20 Nisan Salı 2021 10:02:57
Konu: Premenstrüel Sendrom Ölçeği (PMSÖ) Kullanım İzni

Sayın Başaran Hocam;

Ekipiniz tarafından geliştirilmiş olan "Premenstrüel Sendrom Ölçeği (PMSÖ)" ni danışmanı olduğum Dr. Fahri ACAR'ın aile hekimliği uzmanlık tezinde kullanmak için tarafınızdan izir

Bu konuda yardımcı olabilirsiniz çok seviniriz.

Saygılarımızla,

Duygu AYHAN BAŞER
Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi
Aile Hekimliği Anabilim Dalı Başkanı

EK-2 ARAŞTIRMA UYGULAMA (ANKET) FORMU

‘‘Premenstrual sendromun çalışan kadınların işle ilgili yaşam kalitesi, işe devamlılık durumu ve iş performansı üzerindeki etkisi: Kesitsel araştırma’’

Sevgili katılımcı

‘‘Premenstrual sendromun çalışan kadınların işle ilgili yaşam kalitesi, işe devamlılık durumu ve iş performansı üzerindeki etkisi: Kesitsel Araştırma’’ başlıklı bu araştırma, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakóltesi Aile Hekimliği AD tarafından yapılmaktadır. Birinci basamakta PMS’nin çalışan kadınlardaki prevalansını, işle ilgili yaşam kalitesini, işe devamlılık durumunu ve iş performansı üzerindeki etkisinin araştırılmasının amaçlandığı çalışmamıza katılım sağlamanız güncel veriye ulaşabilmemiz için çok önemlidir. Bu konuda göstermiş olduğunuz ilgi ve yardımlarınızdan dolayı teşekkür ederiz.

Çalışmamıza gebe ve emziren kadınlar dahil edilmeyecektir.

Araştırmaya katılmanız gönüllülük esasına dayalıdır. Bu form aracılığı ile elde edilecek bilgiler gizli kalacaktır ve sadece araştırma amacıyla kullanılacaktır. Çalışmaya katılmamayı tercih edebilirsiniz veya anketi doldururken istemezseniz son verebilirsiniz.

Anket formuna adınızı ve soyadınızı yazmayınız.

Anketimiz 46 sorudan oluşmaktadır. Tüm anket formunun doldurulmasının toplam 45-60 dakika arasında sürmesi beklenmektedir.

Anketi yanıtladığınız için teşekkür ederiz.

Çalışma ile ilgili herhangi bir sorunuz olduğunda aşağıdaki kişiler ile iletişim kurabilirsiniz:

Sorumlu Araştırmacı: DR. ÖğR. ÜYESİ DUYGU AYHAN BAşER :0312 305 1527

Hacettepe Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Araştırma Ekibi

ÖğR. GÖR. İZZET FİDANCI
ARş. GÖR. DR. FAHRİ ACAR

Çalışmaya katılmayı kabul ediyorsanız aşağıdaki kutucuğu X ile işaretleyiniz ve devam ediniz.

Kabul ediyorum.

Tarih:

Anket no:

Sosyodemografik Özellikler

1) Yaşınız nedir?.....

2) Medeni durumunuz nedir?

- a. Evli
- b. Bekar
- c. Eşinden boşanmış
- d. Eşi vefat etmiş

3) Eğitim durumunuz nedir?

- a. Okuryazar değil
- b. Okuryazar
- c. İlköğretim
- d. Ortaöğretim
- e. Lise
- f. Üniversite ve üzeri

4) a. Mesleğiniz:.....

b. Çalıştığınız sektör:

- a. Sağlık
- b. Eğitim
- c. Ticaret ve sanayi
- d. Adalet
- e. Güvenlik
- f. Kültür sanat tasarım
- g. Ulaştırma Lojistik ve haberleşme
- h. Finans
- i. Diğer.....

c. Kaç yıldır bu sektörde çalışıyorsunuz?:

d. Çalışma ortamınız hangisi ile uyumludur? (pandemi gibi olağanüstü haller dışında)

- a. Seyahat ederek çalışan
- b. Evden (home-ofis) çalışan
- c. Ofis ortamında stabil/sabit 1-10 kişi arasında çalışan
- d. Kapalı ortamda stabil/sabit 10-30 kişi arasında çalışan
- e. Fabrika gibi stabil/sabit kapalı ortamda çalışan
- f. Kapalı ortamda instabil/değişken sayıda kişi arasında çalışan
- g. Diğer

c. Çalışma şekliniz hangisi ile uyumludur? (pandemi gibi olağanüstü haller dışında) (birden çok seçenek işaretleyebilirsiniz)

- a. Fiziksel performans sergileyerek çalışan
- b. Yönetici/ iş veren pozisyonunda çalışan
- c. Tam gün mesai ile çalışan
- d. Yarım gün mesai ile çalışan
- e. Vardiyalı işte çalışan
- f. Nöbet usulü çalışan
- g. Diğer

Sağlık Durumuna İlişkin Özellikler

- 5) Boyunuz: Kilonuz:
- 6) Kronik bir hastalığınız var mı?
 a. Evet
 b. Hayır
- 7) Psikolojik bir hastalığınız var mı?
 a) Evet
 b) Hayır
- 8) Sürekli kullandığınız bir ilacınız var mı?
 a. Evet (.....)
 b. Hayır
- 9) Genel sağlık durumunuzu nasıl değerlendiriyorsunuz?
 a. Çok iyi
 b. İyi
 c. Orta
 d. Kötü
 e. Çok kötü
- 10) Düzenli egzersiz yapıyor musunuz?
(Haftanın en az 5 günü, günde en az 30 dakika sizi terleten, nefes alışınızı hızlandıran yürüyüş, koşu, futbol v.b.)
 a. Evet (haftada en az 3 kez)
 b. Düzensiz yapıyorum
 c. Hayır
- 11) Beslenme şeklinizi nasıl değerlendiriyorsunuz?
*(Düzenli beslenme: günde üç ana öğün şeklinde beslenme;
 Dengeli beslenme: 4 ana besin öğesinin her öğünde tüketileceği şeklinde beslenme)*
 a. Düzenli ve dengeli besleniyorum
 b. Düzenli besleniyorum ancak besin içeriğine dikkat etmiyorum.
 c. Yediğim besinlerin içeriğine dikkate ediyorum ancak düzenli beslenmiyorum
 d. Dengeli ve düzenli beslenmiyorum
- 12) Kafein içeren içecek kullanım durumunuz hangisi ile uyumludur?
(Kafein içeren içecekler: Kahve, kakao, kola, meyveli sodalar, enerji içecekleri, vb)
 a. Hergün tüketirim (.....bardak/gün)
 b. Bazen tüketirim
 c. Hiç tüketmem
- 13) Çay tüketme durumunuz hangisi ile uyumludur?
 a. Hergün tüketirim (.....bardak/gün)
 b. Bazen tüketirim
 c. Hiç tüketmem
- 14) Sigara kullanma durumunuz nedir?
 a. Hergün kullanıyorum
 b. Ara sıra kullanıyorum
 c. Geçmişte kullandım şuan kullanmıyorum
 d. Hiç kullanmadım.
- 15) Alkol kullanıyor musunuz?
 a. Sık sık
 b. Bazen
 c. Kullanmıyorum

16)Günlük tuz tüketimize dikkat ediyor musunuz?

- a. Evet
- b. Bazen
- c. Hayır

17)Takviye olarak vitamin kullanıyor musunuz?

- a. Evet (.....)
- b. Hayır

Kadın sağlığına ilişkin özellikler

18) a.İlk evliliğinizi kaç yaşında yaptınız?.....

b.Düzenli cinsel ilişkiniz var mı?

- a. Evet
- b. Hayır

19) Tanı almış bir kadın hastalığınız var mı?

- a. Evet (.....)
- b. Hayır

20) Çocuğunuz var mı?

- a. Evet (sayı belirtiniz)
- b. Hayır

21) Çocuğunuz varsa; en son doğumunuzu ne zaman yaptınız?.....yıl
..... ay önce

22) a. Aile planlaması için (gebelikten korunmak için) bir yöntem kullanıyor musunuz?

- a. Evet sadece ben kullanıyorum
 - b. Evet sadece eşim kullanıyor
 - c. Bazen eşim bazen ben kullanıyorum.
 - d. İkimiz de kullanmıyoruz
- b. Cevabınız evet ise en son hangi yöntemi kullandınız ?
- a. Oral kontraseptif (doğum kontrol hâpi)
 - b. Rahim içi araç (spiral)
 - c. Kondom
 - d. Aylık/3 aylık iğne
 - e. Tüp ligasyonu (tüplerin bağlanması)
 - f. Geri çekme
 - g. Diğer.....

23) a.İlk adetinizi kaç yaşında gördünüz?

b.Şuan adetli misiniz?

- a. Evet
- b. Hayır

c.Son adet tarihiniz:

24) Son 6 aydır adetleriniz düzenli mi?

- a. Evet
- b. Hayır

25) Kaç günde bir adet görüyorsunuz?.....

26) Adetiniz kaç gün sürüyor?.....

27) Adetleriniz ağrılı oluyor mu?

- a. Evet her zaman
- b. Evet bazen
- c. Hayır

28) Cevabınız evet ise; adet sancılarınızın şiddetini nasıl derecelendirebilirsiniz? (1-10 arası puan veriniz.).....

29) Aşağıda bazı tanımlayıcı cümleler vardır. Her bir cümleyi dikkatlice okuyunuz. Sonra bu durumun sizde **ADET OLMANIZA BİR HAFTA KALA olma** durumunu cümlelerin sağındaki ölçeği dikkate alarak işaretleyiniz. Daha öncesi veya daha sonrası bu durumların var olup olmasını değerlendirmeyiniz. **Hiçbir soruyu boş bırakmayınız.**

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

29	Dalıp gidiyorum	29					
30	Doğru düzgün düşünemiyorum	30					
31	Baş ağrısı oluyor	31					
32	Kaslarım ağrıyor	32					
33	Eklemlerim ağrıyor	33					
34	İştahım artıyor	34					
35	Özellikle unlu ve tatlı yiyecekler yemek istiyorum	35					
36	Daha fazla yemek yiyorum	36					
37	Uyku uyuma isteğim artıyor	37					
38	Uykumda bölünme oluyor	38					
39	Sabahları yorgun uyanıyorum	39					
40	Uykuya dalmakta güçlük çekiyorum	40					
41	Göğüslerim şişiyor	41					
42	Göğüslerim en ufak dokunmaya karşı çok duyarlı	42					
43	Kendimi şişmiş hissediyorum	43					
44	Kimseyle görüşmek istemiyorum	44					
30) Ölçekte sözü edilen şikayetlerin hepsinde hiç seçeneğini işaretledim? a) Evet b) Hayır							
31) Bu şikayetleriniz adet görmeye başlamadan kaç gün önce başlıyor?							
32) Bu şikayetleriniz adet görmeye başladıktan kaç gün sonra geçiyor?							
33) Yukarıdaki şikayetleri ne zamandır yaşıyorsunuz? a. 3 aydan daha az b. 3-12 ay arası c. 1 yıldan daha fazla							
34) Bu şikayetler günlük yaşantınızı ne ölçüde etkiliyor? (0-10 arası puan veriniz.)							
35) Bu şikayetler yaşam kalitenizi ne ölçüde etkiliyor? (0-10 arası puan veriniz.)							
36) Bu şikayetler aile içi ilişkilerinizi ne ölçüde etkiliyor? (0-10 arası puan veriniz.)							
37) Bu şikayetler nedeni ile hiç doktora başvurdunuz mu? a) Evet b) Hayır							
38) Evet ise; PMS (adet öncesi gerginlik) tanısı aldınız mı? a) Evet b) Hayır							
39) PMS tanısı aldıysanız, tedavi verildi mi? a) Evet..... b) Hayır							
40) Şimdiye kadar doktora gitmediyseniz, gitmeyi düşünüyor musunuz? a) Evet b) Hayır							
Premenstrüel sendrom ve iş hayatına ilişkin özellikler							
41) Bu şikayetler işle ilgili yaşam kalitenizi ne ölçüde etkiliyor? (0-10 arası puan veriniz.)							

- 42) Bu şikayetler iş çevrenizle ilişkilerinizi ne ölçüde etkiliyor?
(0-10 arası puan veriniz.)
- 43) Bu şikayetler işe gitmeme isteğinizi ne ölçüde etkiliyor?
(0-10 arası puan veriniz.)
- 44) Bu şikayetler işinizdeki performansınızı ne ölçüde etkiliyor?
(0-10 arası puan veriniz.)
- 45) Bu şikayetler işinizdeki çalışma hızınızı ne ölçüde etkiliyor?
(0-10 arası puan veriniz.)
- 46) Bu şikayetler işinizdeki dikkat/odaklanma durumunuzu ne ölçüde etkiliyor?
(0-10 arası puan veriniz.)
- 47) Bu şikayetler işinizdeki uykululuk durumunuzu ne ölçüde etkiliyor?
(0-10 arası puan veriniz.)
- 48) Son 1 yıl içinde bu şikayetler nedeni ile iş yerinizden izin aldığınız oldu mu?
a) Evet
b) Hayır
- 49) Son 1 yıl içinde bu şikayetler nedeni ile işe geç gitme durumunuz oldu mu?
a) Evet
b) Hayır
- 50) Son 1 yıl içinde bu şikayetler nedeni ile doktordan istirahat raporu aldığınız oldu mu?
a) Evet
b) Hayır

TEŞEKKÜRLER
