

AFYON KOCATEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**ÜREME ÇAĞINDAKİ KADINLARDA PREMENSTRUAL
SENDROMUN YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİNİN
ARAŞTIRILMASI**

Hanife EĞİCİOĞLU

**KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**DANIŞMAN
Yrd. Doç. Dr. Emine COŞAR**

Tez No: 2008-017

2008-AFYONKARAHİSAR

KABUL ve ONAY

Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı,
Yüksek Lisans Programı Çerçevesinde yürütülmüş olan bu çalışma,
aşağıdaki jüri tarafından **Yüksek Lisans Tezi** olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi:22.04.2008

Yrd. Doç. Dr. Güleğül KÖKEN

ÜYE

Yrd. Doç. Dr. Emine COŞAR

ÜYE

Yrd. Doç. Dr. Tolga Dağıstan ARIÖZ

ÜYE

Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Öğrencisi Hanife Eğicioğlu'nun "Üreme Çağındaki Kadınlarda Premenstrual Sendromun Yaşam Kalitesine Etkisinin Araştırılması" başlıklı tez çalışması 09/04/2008 günü, saat 11.00 Lisansüstü Eğitim- Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili maddeleri uyarınca değerlendirilerek kabul edilmiştir.

Enstitü Müdürü

Doç. Dr. Yavuz DEMİR

ÖNSÖZ

Araştırmamın yürütülmesi sırasında bilgi ve deneyimi ile katkılarından dolayı öncelikle danışmanım Yrd. Doç. Dr. Emine Coşar'a, hiçbir zaman desteğini esirgemeyen sevgili eşim ve aileme, anketlerimde olan yardımlarından dolayı A.K.Ü. Acil servis çalışanlarına sonsuz teşekkürlerimi bir borç bilirim.

Hanife EĞİCİOĞLU

İÇİNDEKİLER

ÖZET	1
SUMMARY	3
1.GİRİŞ	5
2.GENEL BİLGİLER	7
2.1.1. Premenstruel Sendrom Nedir ve Tanısı Nasıl Koyulur?...	7
2.1.2. Premenstruel Sendromda Etiyolojik Faktörler.....	8
2.1.3. Premenstruel Sendromda Klinik Bulgular.....	10
2.1.4. Premenstruel Sendrom Kimlerde Görülür?.....	12
2.1.5. Premenstruel Sendromda Yönetim	12
2.1.6. Premenstruel Sendromda Tedavi.....	13
2.1.7. Farmakolojik Olmayan Tedavi.....	14
7.1.Egzersiz.....	14
7.2.Beslenme.....	14
2.1.8. Medikal Tedavi.....	15
8.1. Progestinler.....	16
8.2.Oral Kontraseptifler.....	16
8.3.Danazol.....	16
8.4.Bromoergokriptin.....	16
8.5.Gonodotropin Releasing Hormon Analogları.....	17
8.6. Prostaglandin Prekürsörleri.....	17
8.7.Prostaglandin İnhibitörleri.....	17
8.8.Serotonin Agonistleri.....	18
8.9.Opioid Artırıcı Ajanlar.....	18
8.10.Antihipertaf ve Antimania Tedaviler.....	18
8.11.Diüretikler.....	19
8.12.Cerrahi Kastrasyon.....	19
2.2. YAŞAM KALİTESİ KAVRAMI.....	20
2.2.1. SF-36 ve Yaşam Kalitesi Kavramı	20

2.2.2. SF-36'nın Uluslar arası Yayılımı.....	20
2.2.3. Yaşam Kalitesi Ölçeklerinin Genel Nitelikleri.....	21
3.GEREÇ VE YÖNTEM.....	25
3.1. Araştırmanın Şekli	25
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	25
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	25
3.4. Verilerin Toplanması.....	25
3.5. Verilerin Toplama Tekniği.....	26
3.6. Verilerin Değerlendirilmesi.....	26
4.BULGULAR	27
4.1.Yaşam Kalitesi Boyutları ve Ortalama Standart Sapmalar.....	27
4.2.Sosyodemografik Özellikler.....	28
4.3.Premenstruel Semptomlarla İlgili Bulgular.....	30
4.4.Sosyodemografik Özelliklerin Yaşam Kalitesi Boyutları ile Karşılaştırılması ile İlgili Bulgular.....	31.
4.5.Yaşam Kalitesi Boyutlarının Adet Düzenine Göre Karşılaştırılması ile İlgili Bulgular.....	37
4.6.Premenstruel Semptomların Yaşam Kalitesi Boyutlarının Karşılaştırılması ile İlgili Bulgular.....	37
4.7.Yaşam Kalitesi Boyutları ile Doktora Başvurma Oranı ve Tedavi şekillerinin Karşılaştırılması ile İlgili Bulgular.....	40
5. TARTIŞMA	41
6.SONUÇ VE ÖNERİLER.....	46
KAYNAKLAR.....	47
EKLER	52

EK-1:ÜREME ÇAĞINDAKİ KADINLARDA PREMENSTRUEL SENDROMUN YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİNİN ARAŞTIRILMASI ANKET FORMU
EK-2:SF-36(YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ) DEĞERLENDİRME FORMU

SİMGELER VE KISALTMALAR

ABD:Amerika Birleşik Devleti

AÖS:Adet Öncesi Sendrom

DSÖ:Dünya Sağlık Örgütü

FSH:Folikül Stimüle Eden Hormon

GH: Growth Hormon

GnRH:Gonodotropin Releasing hormon

LH: Lutenize Edici hormon

LLPDD: Geç Luteal Faz Disforik Bozukluk

Mg: Magnezyum

PGE1: Prostaglandin Enzim 1

PMS: Premenstruel Sendrom

PRL: Prolaktin

SF-36:Short Form 36

TABLOLAR

TABLO1:	Premenstruel Sendromun En Sık Görülen Semptomları.....	11
TABLO2:	PMS’de Tedavi Yaklaşımları.....	14
TABLO3:	Premenstruel Sendromda Tedavi.....	15
TABLO4:	SF-36’nın Alt Ölçeklerinin Puanlamasının Anlamı	24
TABLO5:	Genel Sağlık Ölçüm Aracının Boyutları ve Anketteki Soru Sayıları.....	26
TABLO6:	Genel Sağlık Statüsü Boyutlarının Tüm Kişiler Üzerinden Ortalama ve Standart Sapmaları.....	26
TABLO7:	Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılım.....	28
TABLO8:	Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılım2.....	29
TABLO9:	Adet Öncesi Yaşanan Gerginliklerin Dağılımı.....	30
TABLO10:	Genel Sağlık Statüsü Boyutlarının Yaş Gruplarına Göre Karşılaştırılması.....	31
TABLO11:	Genel Sağlık Statüsü Boyutlarının Eğitim Durumuna Göre Karşılaştırılması.....	33
TABLO12:	Genel Sağlık Statüsü Boyutlarının Meslek Gruplarına Göre Karşılaştırılması.....	34
TABLO13:	Genel Sağlık Statüsü Boyutlarının Medeni Hale Göre Karşılaştırılması.....	34
TABLO14:	Genel Sağlık Statüsü Boyutlarının Çalışma Durumuna Göre Karşılaştırılması.....	35
TABLO15:	Genel sağlık Statüsü Boyutlarının Gelir Durumuna Göre Karşılaştırılması.....	36
TABLO16:	Genel Sağlık Statüsü Boyutlarının Sosyal Güvence Durumuna Göre Karşılaştırılması.....	36
TABLO17:	Genel Sağlık Boyutlarının Adet Düzenine Göre Karşılaştırılması..	37
TABLO18:	Genel Sağlık Statüsü Boyutlarının Premenstruel Semptomlarla Karşılaştırılması.....	38

TABLO19: Genel Sağlık Statüsü Boyutlarının Doktora Gitme Durumuna Göre Karşılaştırılması.....	40
TABLO20: Genel Sağlık Statüsü Boyutlarının Şikayetlerde Kullanılan Yöntemlere Göre Karşılaştırılması.....	40

ÖZET

Üreme Çağındaki Kadınlarda Premenstrual Sendromun Yaşam Kalitesine Etkisinin Araştırılması

Bu araştırmanın amacı, üreme çağındaki kadınlarda Premenstrual Sendrom(PMS)'un, yaşam kalitesine etkisini ve sosyodemografik özelliklerle ilişkisini araştırmaktır. Bu araştırma PMS' un bireyin yaşam kalitesini ne kadar etkilediğinin saptanması, PMS'un neden olduğu iş gücü kaybının azaltılması ve doktora başvurma oranının artırılmasına katkıda bulunmak amacıyla planlanmıştır.

Araştırma, Afyon il merkezinde yaşayan üreme çağındaki 80 ev hanımı, 80 Adölesan , 80 sağlık çalışanı olmak üzere 240 kadın üzerinde yapılmıştır. Verilerin toplanmasında yüzyüze görüşme ve anket yöntemi uygulanmıştır. Anket formu sosyodemografik sorular ve SF-36 ölçeğinden oluşmaktadır. SF-36 ölçeği, fiziksel fonksiyonellik, fiziksel rol güçlüğü, sosyal fonksiyonellik, duygusal rol güçlüğü, mental sağlık, vitalite, ağrı, genel sağlık olmak üzere 8 boyuttan oluşmaktadır.

Araştırmada PMS deneyimleyen kadınların %35.4'ünü 26 yaş üzeri grup oluşturmaktadır. Çalışmadaki kadınlarda en sık görülen premenstrual semptomlar öfkeli ruh hali, karında şişlik, yorgunluk, memelerde gerginlik, anksiyete ve baş ağrısı olarak saptanmıştır. Araştırmamızda meslek grupları ile yaşam kalitesini karşılaştırdığımızda, mental sağlık ile meslek arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0.05$). Mental sağlık boyutuna baktığımızda ise en yüksek puan ortalaması ev hanımlarında, en düşük puan ortalamasının ise adölesanlarda olduğu görülmüştür. Araştırmanın sonucuna göre PMS ile mental sağlık boyutunda en iyi yaşam kalitesine sahip grup ev hanımlarıdır. Adölesan ve sağlık çalışanlarında ise daha düşüktür.

PMS kadınların yaşam kalitesini düşürmektedir. Bu araştırmaya göre çalışma hayatında yer alan kadınların PMS'dan daha fazla etkilendikleri görülmektedir. Araştırmamızda düzenli adet gören grupta yaşam kalitesi anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur. Sekiz yaşam kalitesi boyutundan 6'sında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$). Meslek grupları ve yaşam kalitesi karşılaştırmasında ise sadece mental sağlık boyutunda anlamlı fark bulunmuş ($p<0.05$), diğer boyutlarda anlamlı fark bulunamamıştır.

Bu çalışmada kadınlara PMS hakkında anket soruları yöneltilerek, PMS'nin tedavi edilebilir bir sendrom olduğu belirtilmektedir. PMS'nin eğitimdeki yeri arttırılarak kadınlar bilgilendirilirse, doktora başvurma oranında artış sağlanabilir. Böylece PMS insidansı düşürülüp, kadınların yaşam kaliteleri arttırılarak, PMS'den kaynaklanan işgücü kaybı azaltılabilir.

Anahtar kelimeler: Premenstruel Sendrom, Yaşam kalitesi, Adölesan, Sağlık alışanı, Ev hanımı

SUMMARY

Effect of Premenstrual Syndrome on Quality of Life at Fertile Women

The aim of this study was to investigate the effects of premenstrual syndrome (PMS) on quality of life and its relationships with sociodemographic properties. The study was planned to determine the PMS effects on quality of life of individuals, to reduce the loss of power at work due to PMS, and to increase the rate of consulting to a doctor.

This study was conducted on 80 housewives, 80 adolescents, and 80 health workers in Afyon, a total of 240 women. During data collection face-to-face method was used, and a standard questionnaire method was applied. The questionnaire consists of the questions about sociodemographic properties and SF-36 inventory. SF-36 includes 8 sub-levels, these are Physical Functioning, Role-Physical, Bodily Pain, General Health, Vitality, Social Functioning, Role- Emotional, Mental Health.

Thirty five point four percent of women who experienced PMS are up to 26 ages. The most observed premenstrual symptoms among women were mood attitude, bulge in abdomen, fatigue, breast tension, anxiety, and headache. According to the results, significant relation was found between occupation and mental health when we compare occupation with all dimensions of the quality of life ($p < 0.05$). The higher score in mental health was observed in housewives while adolescents showed the lower score. As a result, housewives with PMS have better quality of life in mental health dimension. Adolescents and health workers have poorer scores on the quality of life.

PMS negatively influences the quality of life. According to the results of this study, it was seen that employed women were more affected from PMS. Higher scores in quality of life were found in the group that has regular menstruations. Significant differences in this group were found in 6 dimensions of quality of life ($p < 0.05$). When occupation is compared with dimensions of the quality of life, a significant difference was found only in mental health dimension ($p < 0.05$), while there was no significant relation in other dimensions. Asking question about PMS, this study makes clear that PMS is a syndrome that can be treated. If women are well informed about PMS, the rate

of consulting to a doctor can be increased. Thus, reducing PMS incidence results in improving the quality of life, and reducing the loss of power at work.

Keywords: Premenstrual Syndrome, Quality of life, adolescents, housewives, health workers

1. GİRİŞ

Hipokrat'tan beri yüzyıllardır uterus ile akıl arasında bir ilişki kurulmuştur. Trotula De Salerno daha 11. yüzyılda yazdığı kadın sağlığı, hastalıkları ve çocuk bakımı, eğitimi konusundaki kitabında adet öncesi sendrom (AÖS) ile ilgili bir değinmede bulunmuştur. 16. yüzyılda ise Padova'lı Giovanni De Monte ilk kez depresyon ve adet döngüsü arasındaki olası bir ilişkiye dikkati çekmiştir(1).

İlk olarak 1931 yılında Frank tarafından tanımlanan Premenstruel Sendrom (PMS), seksüel olgunluk çağındaki kadınlarda menstrual siklusun geç luteal fazında görülen, menstruasyonun başlamasıyla birkaç gün içinde kaybolan çoğu siklusta tekrarlayan, psikolojik, fiziksel, davranışsal semptomlar topluluğudur. 1953 yılında Gren ve Dalton bu durumu hem somatik hem de psikolojik öğeleri içeren “Premenstruel Sendrom” adı altında tanımlamışlardır(2,3).

PMS kişinin yaşam biçimini, işini, günlük hayatını etkileyecek boyutta çok çeşitli semptomlardan bir veya birden fazlasının görülüp adetten sonra bunun düzelmesi durumudur(4). Sıklıkla tarif edilen semptomlar karın ağrısı, anksiyete, nefes darlığı, ağlama atakları, depresyon, irritabilite, ekstremitelerde şişlik olarak sayılabilir ve hepsi de menstrual siklusun son 7-10 gününde ortaya çıkar(5). Stres düzeyi yüksek kadınlarda daha siktir. Kadının yaşantısını derinden etkileyen sosyal bir durumdur. PMS, kadınların %5-10'unda yaşam kalitesini etkileyecek düzeydedir(4).

Ovulatar fonksiyonlu kadınların çoğunda, menstrual siklusun luteal fazında, normalde o kişide bulunmayan semptomlar belirir. Kadınların yaklaşık %10'unda premenstrual semptomlar, tıbbi yardım gerektirecek kadar şiddetlidir(6). Kadınların %20-40'ı premenstruel siklusla ilgili ciddi semptomlarla karşılaştıklarını söylemektedir ve bunların %20'si bu semptomların kendilerini günlük aktivitelerinden alıkoyduğunu bildirmiştir(5).

Reprodüktif çağıdaki kadınların %80-90'ında premenstrual dönemde onu rahatsız edebilecek bir veya birden fazla semptom olabilir. Buna ‘premenstrual molimina’ denir. Reprodüktif çağıdaki kadınların %80-90'ında premenstrual molimina , %30-40 'ında da PMS vardır. %3-5 kadarında ise semptomlardan biri veya daha fazlası hastayı ileri derecede sıkıntıya sokacak düzeydedir(7).

PMS, ovulasyondan sonra görülen ve menstruasyon ile geçen geniş spektrumlu semptomlar grubudur(8). PMS, biyolojik, psikolojik ve sosyal parametreleri olan psikonöroendokrin bir hastalıktır. Kimi otoritelere göre dünyanın en sık görülen hastalıklarından biri olarak kabul edilirken, kimi otoritelere göre ise bu bir hastalık değil fizyolojik değişikliklerin açığa vurmasıdır. Bu ayrımı yapmadaki güçlüğün en önemli nedeni çok sık rastlanan bir durum olmasıdır(9).

Geniş gruplarda yapılan çalışmalarda PMS'li kadınlarda genel topluma oranla psikiyatrik sorunlara ait öykü ve prevalans daha yüksek olarak bulunmuştur(10).

PMS sadece kişiyi değil ailesini ve toplumu da etkilemektedir. PMS'li hastaların ailelerinde çocuk örselenmesi ve aile içi kavgalar rapor edilmiştir(11). Amerika'da yapılan bir çalışma bu ülkede kadınların adet öncesi dönemlerinde daha fazla suç işlediklerini ortaya koymaktadır(12). Fransa, Kanada, İngiltere ve ABD'de PMS tanısı almış kadınların cezalarında indirim yapılması söz konusudur(13).

Türkiye'de, tanı için gerekli kriterler kullanılarak yapılan PMS prevalans çalışmaları daha çok belli bir bölgede yaşayan kadın topluluğu ile hastanelere çeşitli nedenlerle başvuran kadınlarda yürütülmüştür. Yapılan bir alan taramasında ise PMS tanısı için gerekli ölçekler kullanılmamış, böylece yalnızca kadınlarda premenstrual semptomların görülme sıklığı saptanabilmiştir(14,15).

PMS'li kadınlarda iç çatışmalardan doğan stres ve çevresel stres ile başa çıkma yeteneklerinde azalma olduğu bazı araştırmacılar tarafından belirtilmiştir. Logue ve Moos (1986) Premenstrual değişikliklere hassas kıldığı için stresin önemini vurgularken stres olmazsa bu değişikliklerin daha iyi tolere edilebileceğini öne sürmüşlerdir(3).

Adet öncesi sıkıntılar özellikle yetişkin üreme çağındaki kadınların karşılaştıkları bir sorundur ve normal hayatını engelleyen bir durumdur. Her yıl yaklaşık 12 kez adet gören bir kadın için her 7-10 gün gibi sıkıntılı bir dönem yılda toplam 3-4 ay sıkıntılı bir dönemi ifade eder ki bu büyük bir rakamdır ve kişinin hayat kalitesini düşürmektedir(16).

2.GENEL BİLGİLER

2.1.1.PMS NEDİR-TANISI NASIL KOYULUR?

Premenstruel Sendrom menstruel siklusun luteal fazı sırasında ortaya çıkıp menstruasyonun başlamasıyla hızla düzelen somatik, bilişsel, duygusal ve davranışsal bozuklukları tanımlamak için kullanılan bir terimdir(13).

PMS’de görülen birçok semptom organik ve psikolojik hastalıklarda da görülebilir.

Bu nedenle şu özellikler mutlaka aranmalıdır:

- Organik bir neden olmamalıdır.
- Semptomlar siklik olmalı ve siklusun ikinci yarısında ortaya çıkmalıdır. Ancak her siklusta bu belirtiler aynı şiddette görülmeyebilir.
- Foliküler fazda en az yedi gün tamamen asemptomatik olmalıdır.
- Menstruasyonun başlaması ile semptomlar kaybolabilir.
- Siklik ovarian aktivite ile ilgilidir. Prepubertal, postmenapozal ve gebelik dönemlerinde görülmez.
- Menstruasyon şart değildir. Overleri korunmuş histerektomi olmuş kadınlarda da görülebilir.

Semptomlar hastanın yaşam ve iş kalitesini etkileyecek düzeyde olmalıdır(17-19). PMS tanısının konabilmesi için adet öncesi dönemde görülen şikayetlerin normal yaşam aktivitesinde değişikliklere neden olması gerekmektedir (20).

Meme hastalıkları ve pelvik hastalıklar PMS ile karıştırılabilir. FSH ve LH hormon düzeylerinin ölçümü özellikle menapoz değerlendirilmesi açısından önemlidir. Ayrıca psikiyatri konsültasyonu gerekebilir(16).

‘Geç Luteal Disforik Bozukluk’ (Late Luteal Phase Disphoric Disorder =LLPDD) terimi de sıklıkla PMS ile eş anlamlı olarak kullanılmaktadır(21). Bir kadına LLPDD tanısı konulabilmesi için, önemli emosyonel ve davranışsal semptomların sıkça tekrarladığını belirtmesi, bu semptomların sosyal ve mesleki işlevleri bozacak şiddette olması ve luteal fazın son haftasında görülüp birkaç gün içinde düzelmesi gerekmektedir(22).

PMS' de tanı için en güvenilir yol 2- 3 ay süre ile şikayetleri kaydetmek ve şiddetlerini skorlamaktır. Şikayetler fiziksel ve ruhsal olarak ayrılmalı ve ne zaman başlayıp ne zaman bittiği düzenli şekilde kaydedilmelidir. Tanı için objektif kriter veya testler mevcut değildir(20).

2.1.2.PMS'DE ETİYOLOJİK FAKTÖRLER

PMS' de semptomlar genellikle subjektiftir ve tek bir faktöre bağlamak olanaksızdır(23). Etiyoloji ve tedavi hakkında kesin veriler yoktur. Yaygın olan görüş hormon dengesizliğinden çok normal over fonksiyonlarının santral sinir sistemi içinde ve diğer hedef dokularda biyokimyasal olayların tetikleyicisi olduğu yönündedir(24). PMS'un etiyojisini açıklayan hipotezler psikolojik, sosyal ve biyolojik esaslara dayanır. PMS hakkındaki psikojenik teorilere göre premenstruel ve menstruel şikayetler kadın cinsiyeti ile ilgili sorunlardan kaynaklanır.

Sosyal teoriler menstruasyona karşı sosyal ve kültürel negatif tavırları kapsar. Premenstrual fazda olduğunu bilen kadınlarda bilmeyenlere göre semptomların çok daha fazla olduğu saptanmıştır.

Biyolojik teorilerden biri endokrin bozukluklardır. Özellikle östrojenin PMS semptomatolojisinde önemli rolü olduğu üzerinde durulmuştur. Yetersiz progesteronun salgılanması veya östrojen–progesteron oranının değişmesi PMS oluşmasında rol oynar(23, 25,26).

Vücutta oldukça geniş dağılım gösteren endorfinler biyojenik aminleri inhibe ettiklerinden ruh halini, iştah ve susama gibi durumları değiştirebilirler. Ayrıca hormon sekresyonlarını değiştirerek davranışlarda, uyku durumunda, ısı regülasyonunda ve barsak fonksiyonlarında da etkili olabilecekleri gösterilmiştir. Normal menstruel siklusta B-endorfin luteal fazda artmakta, folliküler fazda azalmaktadır(17). Choung ve ark. luteal fazdaki B-endorfin düzeyini PMS'lu hastalarda kontrol grubuna göre anlamlı olarak düşük bulmuşlardır(27).

Yapılan bir çalışmada spesifik semptomları olmayan 20 PMS hastasında, luteal faz süresince yükselmiş 17-B östradiol ve düşük serum progesteron düzeyi bulunmuştur.

Ying ve ark. ise yaptıkları çalışmalarda luteal fazda progesteron ve östrojen düzeylerinde bir farklılık gösterememişlerdir(18,28).

Son yıllarda seks steroid hormonlarının PMS oluşmasının ana nedeni olmadıkları, fakat PMS gelişmesinde rol oynayan diğer faktörlerin geçişini sağlayan ajanlar oldukları üzerinde durulmaktadır(29).

Beyin nörotransmitteri olan serotonin, insanda ruh hali ve davranış üzerinde etki etmektedir. Serotonin bir aminoasit olan triptofandan türer ve kandaki düzeyi düşüktür(30). Premenstrual Sendrom'da kan serotonin seviyesinin düşük olduğunun tespit edilmesi ve kontrollere göre geç luteal devrede trombosit serotonin seviyesinin düşük bulunması araştırmacıları serotoninin bu bozukluğun etiyolojisinde yer aldığını düşünmeye sevk etmiştir(31).

Rapkin ve ark. 1987 yılında, PMS'li kadınlarda siklusun son 10 günü süresince tüm kan serotonin düzeyinin anlamlı bir şekilde düştüğünü bulmuştur(18,21).

Östrojen ve progesteronun etkisi ile aldosterone luteal fazda yükselir. Sekonder aldosteronemi ve mayi retansiyonu bir teoridir fakat soruna tam cevap vermez(23).

Fonksiyonları açısından hormonlara benzeyen prostoglandinler, organizmanın tüm dokularında bulunur ve çoğunlukla sentez edildikleri hücre veya organ üzerine etkili olurlar(32). Prostoglandin E1(PGE1) yapımında yetersizliğin PMS'ye neden olduğu üzerinde durulmaktadır(29,32).

Son zamanlarda PRL'nin PMS'de rol oynadığı zannedilmektedir. Bazı PMS'lu hastalarda luteal fazda PRL artımı saptandığı ve bromokriptinin faydalı olduğuna dair bildiriler mevcuttur. Bu yükselmenin streste meydana gelebileceği bildirilmekte, fakat semptomlara sebep olabileceği hakkında kanıt yoktur(23).

Çinkonun kadında emosyonel ve mental olaylar ile ilişkili hormonların ve nörotransmitterlerin sekresyonlarını etkilediğini gösteren bazı mekanizmalar vardır. Santral sinir sistemindeki nörotransmitterlerin değişiminde rol oynayabilirler. PGE sentezinde önemlidir. Endometriumun progesteronu bağlamada rol oynar. PMS' lu hastalar karbonhidrat ve şekeri çok tükettiklerinden bu hastalarda mineral eksikliği olabileceği düşünülmüştür(17).

İlk kez, 1983 yılında Abraham, PMS etyopatogenezinde Magnezyum(mg) eksikliğini öne sürmüştür(33). PMS'da Mg'un düşme nedeni, azalan gastrointestinal sistem emilimine ve hızlanan atılıma bağlayanlar olmakla beraber bu konu henüz açıklığa kavuşmamıştır. Mg'da azalma ile ruhsal negatif etkiler meydana gelir ve davranış bozukluğu ortaya çıkabilir.

Uzun yıllar geçmesine karşın halen günümüzde bu PMS'un epidemiyolojisi ve patofizyolojisi çözümlenememiştir. Teşhiste hiçbir spesifik laboratuvar bulgusu yoktur(17).

2.1.3. KLİNİK BULGULAR

Premenstrual sendrom bazen tüm vücut sistemlerini etkileyebilir ve bu durumda her organa ait belirtiler meydana gelebilir. PMS belirtileri hafif adet öncesi belirtileri şeklinde olabilir, doktora başvuracak kadar ancak dayanılacak şiddette olabilir, ve iş kaybına, sosyal ilişkilerde sorunlara, kişide depresyona yol açacak kadar şiddetli olabilir(16).

Abraham ve Hangrove (1982), PMS' yi baskın olan semptomlara göre 4 alt grupta incelemiştir(33).

- 1.PMS-A: Anksiyete, huzursuzluk, sinirlilik , gerginlik
- 2.PMS-H: Kilo alma, mastalji, karında şişme, ödem
- 3.PMS-C: İştah artması, tatlılara istek, migren, yorgunluk
- 4.PMS-D: Depresyon, unutkanlık, kolayca ağlama, konfüzyon

Yapılan çeşitli çalışmalarda irritabilite, çökkünlük, bunaltı ve mizaçta dalgalanmalar, gerginlik, sinirlilik en sık görülen psikiyatrik belirtiler arasında yer alırken meme hassasiyeti, ödem, yorgunluk ve karın ağrısı en sık görülen bedensel belirtilerdir(34).

Pek çok kadında kilo artımı ve premenstruel ödem görülür. Çoğunda kilo artımı 1-2 kg' dan fazladır ve genelde sıvı retansiyonuna bağlıdır. En sık rastlanan baş ağrısı serebrovasküler spazma bağlı olup, psişik veya motor semptomlarla birlikte(23).

Rohde ve ark. Yaptıkları araştırmada infertil hastalarda labilite, irritabilite ve anksiyetenin premenstruel devrede çok belirgin olduğunu saptamışlardır(35). PMS'un en

önemli özelliği; tekrarlayıcı olmasıdır. PMS' da görülebilen 150 farklı semptom listesi aşağıdaki tabloda sunulmuştur(36,37).

Tablo 1. Premenstruel Sendromun En Sık Görülen Semptomları(36,37)

Mizaç ile ilgili Belirtiler	Santral Sinir Sistemi Belirtileri	Ağrı	Bilişsel belirtiler
Üzülme	Sakarlık	Baş ağrısı	Konsantrasyon azalması
Anksiyete	Sersemlik	Kas ve eklem ağrıları	Kararsızlık
Kızgınlık	Baş Dönmesi	Genel ağrılar	Paranoya
Huzursuzluk	Parastezi	Sırt ağrısı	Reddedilmeye duyarlılık
Labil Duygulanım	Tremor		İntihar düşüncesi
	Epilepsi Atakları		
	Migren		
Sıvı Elektrolit Dengesine İlişkin Belirtiler	Dermatolojik Belirtiler	NöroVejetatif Sistem Belirtileri	Davranışsal Belirtiler
Şişme	Akne, Çıban	Uykusuzluk	Motivasyon azalması
Kilo alma	Saçlarda yağlanma	Aşırı uyuma	Sosyal izolasyon
Oligüri	Saçlarda kuruma	Anoreksiya	İmpuls kontrolünde azalma
Ödem	Ürtiker	Belli yiyeceklere aşırı istek	Etkinliklerde azalma
	Kolay morarma,çürüme	Yorgunluk	Alkol içme nöbetleri
		Letarji,Ajitasyon	
		Libido değişiklikleri	
Otonom Sinir Sistemi Belirtileri	Solunum Sistemi Belirtileri	Ürolojik Belirtiler	Oftalmolojik Belirtiler
Bulantı,Kusma	Rinit,Sinüzit,Astım	Sistit	Konjonktivit
Daire, Konstipasyon	Boğaz ağrısı,Soğuk algınlığı	Üretrit	Arpacık,görme bozukluğu
Çarpıntı	Ses kısıklığı	Oligüri	
Terleme		Enürezis	
Mamolojik Belirtiler			
Göğüslerde gerginlik			
Engojman,Mastalji			
Göğüslerde büyüme, ağırlaşma			

PMS semptomlarının varlığı ve şiddetinin objektif olarak belirlenmesi için 2 dökümana gereksinim vardır:

- Günlük menstrual şikayetlerin kaydedildiği bir form
- Bazal vücut ısısı ve günlük kilo izlemi

Bu iki doküman, semptomların foliküler fazda da olup olmadığını, menstruasyonun başlamasıyla azalıp azalmadığını ve semptomların şiddetini karşılaştırmalı olarak gösterebilir. Aynı şekilde menstrual şikayetlerin şiddetini ve siklusun hangi fazında görüldüğünü belirlemek için kullanılan ölçekler de vardır. ICD-10 taslağında Menstrual siklusla ilgili Psikolojik Distress başlığı altında incelenmektedir(37,38).

2.1.4. PMS kimlerde görülür?

PMS, üreme çağındaki kadınlarda gözükse de, çok ender olarak ergenlik döneminden önce ve menapozda da görülebilir. Sıklıkla 30-45 yaş arası kadınlarda görülür. Ailevi bir eğilim söz konusu olmasına karşın sosyal sınıf ve ırksal farklılıklar göstermez. Doğum kontrol hapı kullananlarda belirtiler şiddetlenebilir(16).

2.1.5. PMS' de Yönetim

Belirgin asemptomatik postmenstrual dönemle birlikte, siklik semptomların varlığı gösterildiği takdirde premenstrual tanısı konabilir. Semptomlar bir günlüğe veya önceden hazırlanmış bir forma kaydedebilir. Kişinin normal işlev görme yetkinliğinde belirgin bir azalma olmadığı takdirde tedaviye başlanmamalıdır.

Kültür-fizik, diyet uygulaması ve davranış değişiklikleri gibi uygulamaların hepsi semptomların şiddetinin azalmasında bazı etkilere sahiptir ve tıbbi tedaviye başlamadan önce bunların hepsi kullanılmalıdır.

Semptomların bir forma kaydedilmesi bunların sıklığının gösterilmesi açısından ve hastanın önceden semptomlarla ilgili bir plan yapabilmesi doğrultusunda tedavi için gereklidir(10).

2.1.6. PMS'de TEDAVİ

PMS tedavisinde uzun seneler hiçbir başarı elde edilememiştir. Çeşitli ajanlar kullanılmış ancak hiçbiri yeterli olmamış, zorunlu olarak semptomlara yönelik bir tedavi yapılmıştır. Bu sendrom ancak kastrasyonla ortadan kalkmaktadır(7,17). PMS 'nin fizyopatolojisi kesin olarak aydınlatılamadığı için bu amaçla bio-psiko-sosyal yaklaşım geliştirilmiştir. Bu yaklaşım şu bileşenlerden oluşur(37).

- Hasta ve ailesinin eğitimi
- Menstruasyon ve menstrual siklusa dair yanlış inanç ve bilgilerin yok edilmesi
- Yaşam stili, iş yada aile ilişkilerinde değişiklikler
- Gerekirse tıbbi tedavi

PMS'de tedavi yaklaşımları Tablo 2'de gösterilmiştir(7,17).

Yapılan birçok farklı çalışmada psikiyatristler bu sendromla yakından ilgilenmişlerdir. Çünkü anksiyete ve duygudurum değişiklikleri ve sosyal problemler nedeniyle ilaç tedavisine ihtiyaç duyulmuştur(39). PMS'de en popüler tedavi progesteron ve B6 vitamini verilmesidir. Fakat bu iki ajanın etkinliği son derece değişkendir. Ayrıca araştırmalar plasebo alan olguların %30'unun plaseboya cevap verdiğini göstermiştir(23).

Tablo2.PMS'de Tedavi Yaklaşımları

1. Egzersiz
2. Nutrisyon
3. Progestinler, Progesteron,
4. Oral Kontraseptifler
5. Danazol
6. Bromoergokriptin
7. GnRh a
8. Prostaglandin Prekürsörleri
9. Prostaglandin İnhibitörleri
10. Seratonin Agonistleri
11. Opioid Artırıcı Ajanlar
12. Antihipertansif ve Antimania ilaçlar
13. Diüretikler
14. Cerrahi Kastrasyon

2.1.7. FARMAKOLOJİK OLMAYAN TEDAVİ

2.1.7.1. Egzersiz

Egzersiz yapan kadınlarda kızgınlık ve depresyonda azalma olur aynı zamanda endokrin sistem de etkilenir. Efor sarfetmekle kortizon, testesteron, prolaktin, B-endorfin ve GH artarken östrojenin metabolik klirensi hızlanarak kan düzeyi düşer. Egzersiz ile meme hassasiyeti, sıvı retansiyonu ve stresin azaldığı gözlenmiştir dolayısıyla bu azalma harcanan fiziksel enerji ile bağlantılı bulunmuştur(7,17).

2.1.7.2 Beslenme

Yetersiz beslenme PMS nedeni değildir. PMS 'lu kadınların premenstruel dönemde tuz ve karbonhidratı fazla tükettikleri söylenmektedir. Yapılan prospektif bir çalışmada PMS'lu kadınların foliküler ve luteal fazlarda diyet tercihinde bir değişme olmadığı saptanmıştır. Ampirik olarak sık ve az yemesi, az yağlı, karbonhidratlardan zengin,

alkolsüz ve kafeinsiz bir diyet önerilmektedir. Son çalışmalarda premenstruel devrede hücrel düzeyde glikoz uptake'ının bozulmuş olduğunun gösterilmesi ile karbonhidratların serotoninini artırarak PMS semptomlarını düzeltereği düşünülerek karbonhidratlardan zengin diyet önerilmektedir(7,17).

2.1.8.MEDİKAL TEDAVİ

Tedavi kişilere göre değişebilmektedir(23).

Tablo3.Premenstruel Sendromda Tedavi	
Subgrup	Tedavi
Anksiyete,irritabilite.....	Psikoterapi
	Trankilizan
	Pyridoxine
	Progesterone(400mg intravaginal)
Kilo artışı	Diüretik
Mastalji.....	Spironolactone(50mg)
	Parlodel(2,5mg)
	İstirahat
	Kafeinin azaltılması
Beslenme.....	Yüksek protein,düşük tuz
	Pyridoxine
Depresyon.....	Psikoterapi
	Psikiyatrik hikaye
	İntihar riskinin değerlendirilmesi
	Progesterone
	Duphastone
	Pyridoxine
	Spironolactone

8.1. Progestinler

Sentetik progesteronların luteotropik etki yaparak, corpus luteumdan doğal progesteron sentezini azaltabileceği kanısı vardır. Luteal fazda doğal ve sentetik progestinler çeşitli dozlarda uygulanmış ama terapötik etkinlikleri kesin olarak gösterilememiştir. Ancak foliküler fazda başlanan progesteron rejimleri ile ovulasyon inhibe olmakta ve oral kontraseptiflerle başarı elde edilememiş olgularda bu rejim uygulanmaktadır. Medroxyprogesteroneacetate (MPA) günde 5-10mg veya norethisterone acetate 5 mg verilir ise ovulasyon inhibe olur ve semptomlar ortadan kalkar(17).

8.2. Oral Kontraseptifler(OK)

Oral kontraseptiflerin ovulasyonu suprese ederek PMS'u iyileştirebileceği düşünülmüştür. Henüz düşük doz monofazik ve multifazik OK'ler ile plesabo kontrollü çalışmalar yapılmadığından etkileri de tam bilinmemektedir. Yalnızca 1993 yılında psikiyatristler tarafından trifazik oral kontraseptif kullanılarak bir çalışma yapılmış ve plesabo grubu ile karşılaştırıldığında premenstruel dönemde emosyonel durumun iyileştiği ancak postmenstruel dönemde libidonun azaldığı ifade edilmiştir (17).

8.3. Danazol

Danazolün PMS'da irritabilite, anksiyete, letarji, abdominal şişlik ve özellikle memedeki hassasiyeti geçirdiği söylenmektedir(17). Bir androjen derivesi olan Danazol östrojen ve progesteron düzeyini düşürmekte ve anovulasyona neden olmaktadır(23). Ovulasyonun suprese olduğu durumlarda tüm ağır PMS semptomlarında belirgin bir iyileşme yaptığı bildirilmiştir(17).

8.4. Bromoergokriptin

Bu ilaçla çok değişik tedavi sonuçları bildirilmiştir. Bazı araştırmalarda hiçbir etkisi olmadığı söylenirken, bazılarında başta memede hassasiyet olmak üzere, somatik ve emosyonel yakınmalarda düzelmeler olduğu bildirilmektedir. Tüm araştırmalar değerlendirildiğinde ortaya çıkan sonuç şudur:

- Memede hassasiyet ve büyüme varsa
- Kan PRL ni yüksek ise
- Galaktore varsa bromoergokriptin tavsiye edilir(17).

8.5. Gonadotropin Relasing Hormon Analogları(GnRHa)

GnRHa'ları devamlı bir şekilde verildiğinde medikal menapoza neden olmaktadır. Menapoza giren kadınlarla bilateral salpingooferektomi yapılanlarda PMS ortadan kaybolurken yalnız histerektomi yapılanlarda devam etmesi overin susturulması ile bu sendromun geçebileceğini göstermektedir (17).

Bu ilaçlar nazal sprey, subkutan enjeksiyon ve uzun etkili depo preparatlar şeklinde verilebilir. Nazal preparatlar siklusu daha az baskıladığı için semptomlar zaman zaman alevlenebilir, ancak depo goserelin semptomları tümüyle ortadan kaldırır. Osteoporoz ve arteriosklerotik kardiyovasküler hastalık riskleri nedeniyle uzun süreli tedavi yapılması uygun değildir(40).

Ayrıca tedavi kesildikten sonra semptomlar geriye dönmektedir. Günümüzde PMS’da GnRH’ları iki amaçla kullanılmaktadır:

- Perimenopozal çağda menapoz semptomlarından ayırmak için ,
- Çok ağır olgularda ooferektomiye karar vermeden önce test amacı ile(7).

8.6. Prostaglandin Prekürsörleri:

Evening primrose oil (EPO) (Efamal, Efamal Ltd.,London, England) nutrisyonel bir madde olup %72 oranında sislinoileik asit ve %9 oranında da gamalinoleik asit içermektedir. Bu iki poliansatüre yağ asiti PG’lerin 1. ve 2. serilerinin prekürsörleridir(17).

8.7. Prostaglandin İnhibitörleri

Bu ilaçlar dismenorede yaygın olarak kullanılmaktadır. Mefenamik asit ile PMS’lu hastalarda yapılmış plesabo kontrollü bazı çalışmalar vardır. Wood ve Jabukowich luteal faz boyunca günde 1.5 mg mefenemik asit vermiş, ilacın ağrı ve affektif bozukluklarda etkili olduğunu ancak meme hassasiyeti ve kilo alımını önleyemediğini bildirmiştir(41). Bu çalışmalarda semptomların giderilmesi açısından oldukça farklı sonuçlar verilmiştir. Mefenemik asit ile yapılan tüm çalışmalar gözden geçirildiğinde şu noktalar dikkati çekmektedir:

- Mefenemik asit yüksek dozlarda etkilidir.
- Tüm luteal faz boyunca verilmelidir.
- Kullanımı sırasında GİS, hematolojik ,renal yan etkilerin ortaya çıkabileceği unutulmamalıdır(17).

8.8. Serotonin Agonistleri:

PMS’da luteal fazda serotonin eksikliği suçlanmaktadır.(7,17)Yapılan kabul görmüş psikiyatrik tedavilerde serotonin geri alım inhibitörleri ve benzodiazepinler ön plana çıkmıştır. Premenstruel Disforik Disorder üzerine 1990’ların başında ilk yapılan çalışmalarda serotonin geri alım inhibitörlerinden clomipramine, fluoxetine ve daha ilerleyen dönemlerde fluvoxamine, paroxetine, sertraline, citalopram üzerinde çalışılmıştır(39).

M-chlorophenylpiperacin, buspirone, d-fenfluramin, chlomipramine gibi serotonin agonistleri ile bu sendromdaki davranış, ruhsal ve fiziksel semptomların düzelmediği ifade edilmektedir. Serotonin reuptake inhibitörü olan fluoxetin ile yapılmış çalışmalar vardır(7,17). Wood ve ark. PMS’ lu hastalara günde 20mg olmak üzere 3 ay boyunca fluoxetin vermişler ve davranış ile ilgili semptom skorlarında %75, fiziksel skorlarda %40, ortalama skorda ise %62 oranında azalma olduğunu bildirmişlerdir. başka bir çalışmada da fenfluramin günde 60 mg olacak şekilde verilmiş ve çok iyi sonuç alındığı bildirilmiştir(41). Çalışmalar etkin antidepressanların serotonin aktivitesi üzerine gösterdikleri etki düzeyine göre serotonin geri alım inhibitörleri anlamlı ölçüde bütün semptomlar üzerine plesaboya göre daha etkili bulunmuştur(39).

8.9. Opioid Artırıcı Ajanlar:

Ovulasyon fazında ve luteal fazda B-endorfinlerin azalmasının PMS’a neden olduğunu ileri sürenler vardır. Bu alanda araştırmalar henüz çok yeni olup B-endorfinleri artırıcı ajanlar üzerinde çalışılmaktadır(7).

8.10. Antihipertansif ve Antimania Tedaviler :

Clonidine ve verapamil mania, opioid ve nikotin çekilmelerinde tedavi ajanı olarak kullanılmaktadır. Clonidin aynı zamanda Avrupa’da menapoz dönemindeki sıcak basmalarını önlemek için de verilmektedir. Benzer sıcak basmaları PMS’ lu hastalarda da görülmektedir. Bu ajan aynı zamanda opioid kesilmelerinde faydalı olduğundan PMS’daki etkisini muhtemelen B-endorfinleri artırarak yapmaktadır. Bu alanda da daha geniş ve kontrollü çalışmalar gerekmektedir(17).

8.11.Diüretikler

Karında şişlik ve ekstremitelerde ödem nedeniyle tedaviye girmiş ancak karında şişkinlik dışında diğer semptomlarda değişme görülmemiştir. Diüretiklerin kullanımı artık terk edilmiştir.

8.12. Cerrahi Kastrasyon

PMS da overlerin cerrahi olarak çıkarılması en son tercih edilecek tedavi metodu olup en kesin sonuç verenidir(7,17).

2.2. S F-36 VE YAŞAM KALİTESİ KAVRAMI

Yaşam kalitesi; bireylerin kendi kültürleri ve değerler sistemi içinde kendi durumlarını algılayış biçimidir(40). Bir başka deyişle; Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün hedefleri, beklentileri, standartları, ilgileri ile bağlantılı olarak, kişilerin yaşadıkları kültür ve değer yargılarının bütünü içinde durumlarını algılama biçimidir(42). DSÖ' nün "Herkes için sağlık" stratejisinin ikinci hedefinde, algılanan sağlık kavramını; toplumun sağlığını ve yaşam kalitesini kontrol etmek için başlıca göstergelerden biri olduğu ifade edilmiştir(43).

Yaşam kalitesi hemşirelik bakım hizmetlerinin değerlendirilmesini sağlar. Birey, aile, ve toplumun yaşam kalitesinin sürdürülmesi yalnızca bireyde var olan kişiliğini korumakla gerçekleşmez. Çünkü sağlıklı / hasta bireyin gereksinim duyduğu yardımın verilebilmesi ancak bireyle kurulacak olan mesleki ilişkinin niteliğine ve niceliğine bağlıdır. Hemşireler holistik yaklaşım doğrultusunda hastaların yaşam kalitesini yükseltebilir ve iyi bir hemşirelik bakımı sunabilirler(44).

2.2.1.SF-36 (YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ)

Yaşam kalitesi ölçekleri içinde jenerik ölçüt özelliğine sahip ve geniş açılı ölçüm sağlayan (Short Form-36) Kısa form-36 Rand Corporation tarafından 1992 yılında geliştirilmiş ve kullanıma sunulmuştur. 1990 yılında başlanan çalışmalarda 149 madde ile yola çıkılmış ve 22000'i aşkın kişi üzerinde yapılan çalışmalarda faktör analizi ile önce 20 maddeli biçimi olan SF-20 hazırlanmıştır. Ancak, psikometrik özelliklerinin ve kapsamının artırılması amacıyla 36 maddeye çıkarılarak SF-36 oluşturulmuştur(45).

SF-36 geliştirildiğinden bu yana 500'ün üzerinde çalışmada, hemen her hasta grubunda kullanılmıştır. SF-36'nın en belirgin üstünlüğü fiziksel fonksiyon ve bununla ilişkili yetileri ölçmesi iken, sınırlılığı ise cinsel işlevleri değerlendirmek üzere soru barındırmamasıdır.

SF-36'nın gerek uygulamada rahat ve kolay kullanımıyla gerekse çoğu hasta grubunda kullanışlı ve yararlı olmasıyla bedensel hastalığı olan hastalarda yaşam kalitesinin değerlendirilmesi yönünden önerilir(46).

2.2.2 SF- 36’NIN ULUSLARARASI YAYILIMI

SF-36 Amerika Birleşik Devletleri’nde geliştirilip kullanıma sunulduktan sonra, Uluslararası Yaşam Kalitesi Değerlendirmesi (International Quality of Life Assessment; IQOLA) Projesi adı altında uluslar arası kullanımının yaygınlaşması amaçlı bir çalışma başlatılmıştır. Bu proje kapsamında 15 dolayında ülkenin katılımıyla SF-36’nın uyarlanması ve geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları başlatılmıştır. Bu çerçevede önce SF-36 İngiltere için İngilizce’ye uyarlanmış ve geçerliliği ve güvenilirliği sınanmıştır.

Daha sonra SF-36’nın çeşitli dillerde versiyonları hazırlanıp söz konusu ülkelerde kullanıma sunulmuştur. Bunların içinde bir kısmı geçerlilik ve güvenilirlik çalışmalarını tamamlamış, bir kısmı ise bu çalışmaları sürdürmektedir. SF-36’nın çeşitli ülkelerdeki çeviri ve uyarlama çalışmaları sırasında karşılaşılan sorunlar, fiziksel fonksiyonların değerlendirilmesinde Amerika Birleşik Devletleri dışında pek aşına olunmayan etkinliklerin verilmesi ve kaynak versiyonda günlük konuşma dilindeki ifadeler yer verilmesi olarak tanımlanmıştır ve bu sorunları aşmak için her iki dili iyi bilen deneklerin düşüncelerine başvurulmuş ve bu çerçevede olabildiğince uyarlama yoluna gidilmiştir(46).

2.2.3. SF-36’NİN GENEL NİTELİKLERİ

Ölçtüğü Nitelik: Kısa Form-36 (SF-36) yaşam kalitesini ölçmede kullanılan en yaygın jenerik ölçektir. Özellikle fiziksel hastalığı olan hastalarda yaşam kalitesini ölçmek için geliştirilmiştir. Ancak sağlıklı deneklerde ve psikiyatrik hastalığı olanlarda da başarıyla kullanılmaktadır. Sağlık durumunun olumsuz olduğu kadar olumlu yönlerini de değerlendirebilir ve özür lülükteki küçük değişimleri saptamada çok duyarlıdır.

SF-36 gerek uygulamada rahat ve kolay kullanımıyla gerekse çoğu hasta grubunda kullanışlı ve yararlı olmasıyla bedensel hastalığı olan hastalarda yaşam kalitesinin değerlendirilmesi yönünden önerilir. Sağlıkla ilişkili yaşam kalitesinin giderek artan ilgi toplanması nedeniyle, bu alanda yapılacak çalışmalarda iyi seçenek akılda bulundurulması uygun gibi görünmektedir(47).

Ölçek Türü: Kendini değerlendirme ölçeği

Uygulanacak Grup: Bedensel hastalığı olan hastalar ve birinci basamak sağlık hizmetine başvuranlar ile sağlıklı denekler ve psikiyatrik hastalığı olanlar

Kapsamı: SF-36 ; 1) fiziksel fonksiyon, 2) fiziksel rol kısıtlamaları 3)emosyonel rol kısıtlaması, 4) sosyal fonksiyon, 5) mental sağlık, 6)vitalite (enerji), 7)ağrı, 8)sağlığın genel olarak algılanması gibi sağlığın sekiz boyutunu 36 madde ile incelemektedir(47).

Materyal: Hastalar ölçeğin üzerine işaretleyerek yanıt verirler.

Uygulama: Kısa ve anlaşılabilir olması nedeniyle uygulanması kolaydır ve hastalar kendi başlarına doldururlar.

Yönerge: Hastalara doldururken kendi durumlarına en çok uyan maddeyi işaretlemeleri belirtilir.

Puanlama: SF-36'nın puanlaması ayrıntılı bir yönerge gerektirir. Alt boyutların puanının hesaplaması bir dizi işlemle olanaklıdır. Bununla ilgili yönerge ekte verilmiştir.

Yorumlama: Ölçeğin bir toplam puanı yoktur; yalnızca 8 alt boyutun toplam puanı hesaplanır. Türkiye'de yapılan çalışma sonucunda Türk toplumunun standartları elde edilmiştir. Ayrıca çeşitli karşılaştırmalı çalışmalarda alt boyut puanları kullanılır.

Uygulayıcının niteliği: Özellik yok

Özgün adı: Medikal Outcomes Study Short Form-36 (SF-36) Health Survey Questionnaire

Geliştirenler: Ware JE., Sherbourne CD.

Özgün makale: Ware JE, Sherbourne CD. The MOS 36 – item short-form health survey (SF-36).I .Conceptual framework and item selection. Med Care 1992;30;473-483.

Türkçe formunun adı: Kısa Form 36 (SF-36)

SF-36'nın Türkçe için Uyarlanması:

SF-36'nın İngilizce versiyonu, iyi derecede İngilizce bilen 3 uzman (iki psikiyatri uzmanı ve bir fizik tedavi ve rehabilitasyon uzmanı) tarafından Türkçe'ye çevrilmiştir. Daha sonra aynı metin yine iyi derecede İngilizce bilen iki uzman (bir psikiyatri uzmanı ve bir fizik tedavi ve rehabilitasyon uzmanı) tarafından yeniden İngilizce'ye çevrilip karşılaştırılarak bir metin oluşturulmuştur.

Daha sonra bu metin Boğaziçi Üniversitesi Psikoloji Bölümü'nden Prof. Dr. Güler Fişek tarafından hazırlanan metinle karşılaştırılarak tek metin haline getirilmiştir(46).

Türkçe formunun güvenilirliği: Ölçeğin güvenilirlik çalışmalarında her bir alt ölçek için Cronbach alfa kat sayısı hesaplanmıştır ve 0.7324-0.7612 arasında elde edilmiştir. Madde- toplam puan korelasyon katsayıları da her bir alt ölçek için ilgili maddelerle ayrı ayrı hesaplanmıştır. Maddelerin ait olmadıkları alt ölçeklerin toplam puanlarıyla korelasyonları, ait oldukları ölçeklerle bulunanlara göre daha düşük düzeyde elde edilmiştir.

Türkçe formunun geçerliliği: Geçerlilik için SF-36'nın yanında Nottingham Sağlık Profili (NSP) kullanılmıştır. Her iki ölçeğinde benzeşen alt ölçekleri arasındaki korelasyonlar benzeşmeyenlerden elde edilen korelasyonlara göre daha yüksektir.

Türkçe formunun makalesi: Koçyiğit H, Aydemir Ö, Ölmez N, Memiş A. Kısa Form-36(SF-36)'nın Türkçe Versiyonunun Güvenilirliği ve Geçerliliği. İlaç ve Tedavi Dergisi 1999;12:102-106.(46).

Bu araştırma üreme çağındaki, 3 siklus PMS deneyimleyen kadınlarda, premenstrual sendromun yaşam kalitesine etkisinin araştırılması ve sosyodemografik değişkenlerle karşılaştırılması amacıyla planlanmıştır.

Tablo 4. SF-36'nın alt ölçeklerinin puanlamasının anlamı(48).

ALT ÖLÇEKLER	DÜŞÜK PUAN	YÜKSEK PUAN
Fiziksel fonksiyon	Yıkama ve giyinme dahil tüm fiziksel etkinlikleri yerine getirmede kısıtlılık	En zor olanlar dahil tüm fiziksel etkinlikleri herhangi bir kısıtlılık olmaksızın yerine getirebilme
Rol kısıtlılıkları-fiziksel	Fiziksel sağlığın bozulmasının sonucu olarak işte ya da diğer günlük etkinliklerde sorunlar	Fiziksel sağlık olarak işte ya da diğer günlük etkinliklerde sorun olmaması
Sosyal Fonksiyon	Fiziksel ve emosyonel sorunlara bağlı olağan toplumsal etkinliklerde aşırı ve sık kesinti olması	Fiziksel ya da emosyonel sorunlara bağlı kesinti olmaksızın olağan toplumsal etkinlikleri yürütme
Ağrı	Aşırı şiddetli ve kısıtlayıcı ağrı	Ağrı olmaması ya da ağrıya bağlı kısıtlılık olmaması
Mental sağlık	Sürekli sinirlilik ya da depresyon duyguları	Sürekli sakin, mutlu ve rahat hissetme
Rol kısıtlılıkları-emosyonel	Emosyonel sorunların sonucu işte ya da diğer günlük etkinliklerde sorunlar	Emosyonel sorunlara bağlı işte ya da diğer günlük etkinliklerde sorun olmaması
Vitalite	Sürekli yorgun ve bitkin hissetme	Sürekli canlı ve enerjik hissetme
Sağlığın genel algılanması	Sağlığının kötü olduğuna ve giderek kötüleşeceğine inanma	Sağlığının mükemmel olduğuna inanma

3.GEREÇ VE YÖNTEM

3.1.Araştırmanın Şekli

Araştırma, Afyon il merkezinde yaşayan ve PMS deneyimleyen üreme çağındaki kadınlarda PMS'nin yaşam kalitesine etkisini araştırmak amacıyla, tanımlayıcı tipte bir araştırma olarak planlanmıştır.

3.2.Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Süre

Araştırma, Afyon il merkezinde yaşayan üreme çağındaki kadınlara uygulanmıştır. Araştırma, Eylül- Aralık 2007 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

3.3Araştırmanın Evreni ve Örnekleme

Kesitsel olarak planlanan bu araştırmanın evrenini; Afyon il merkezinde yaşayan 15-49 yaş grubu ve 3 siklus PMS deneyimleyen, 80 ev hanımı, 80 adölesan ve Afyon Kocatepe Üniversitesi Ahmet Necdet Sezer Uygulama ve Araştırma Hastanesinde çalışan 80 sağlık personeli olmak üzere araştırmaya katılmayı kabul eden ve anketleri cevaplayan 240 kadın oluşturmaktadır.

3.4.Verilerin Toplanması

Araştırmanın verileri anket yöntemi ile anketörlerin isimleri alınmadan toplanmıştır. Bu ankette bayanlara sosyodemografik soruları içeren Tanıtıcı Bilgiler ve yaşam kalitesi ölçeği SF-36 soruları (EK1) yöneltilmiş, anket yüz yüze görüşme yöntemiyle ve bireylerin kendileri tarafından formun doldurulmasıyla uygulanmıştır.

Tanıtıcı bilgiler; 7'si sosyodemografik (eğitim durumu, yaş, sosyal güvence, gelir durumu, medeni hal, meslek), 8'i PMS'a ilişkin (ilk menarş yaşı, menstruasyon düzeni, PMS yaşayıp yaşamadığı, PMS bulguları, bu bulguları azaltmak için bir şey yapıp yapmadığı, doktora başvurup başvurmadığı gibi 15 sorudan oluşmaktadır. Yaşam kalitesi ölçeği olan SF-36, 36 sorudan oluşmaktadır. Bu 36 soru 8 sağlık kavramının ölçümünü sağlamaktadır. **Fiziksel fonksiyon** (10 madde), **fiziksel rol güçlüğü** (4 madde), **ağrı** (2 madde), **genel sağlık** (5 madde), **Vitalite**(4 madde), **sosyal fonksiyon** (2 madde), **emosyonel rol güçlüğü** (3 madde), **mental sağlık** (5 madde)'den oluşmaktadır.

Ayrıca son 12 ayda sağlıktaki değişim algısını içeren bir soru bulunmaktadır ve bu soru şu an ölçümde kullanılmaktadır. Ölçek hızlı bir değerlendirme sağlamaktadır.

3.5. Veri Toplama Tekniği

Anketler, katılımcılardan izin alınarak yapılmıştır. Anket formu uygulanmadan önce anketörlere araştırmanın amacı açıklanmış ve izinleri alındıktan sonra uygulanmıştır.

3.6. Verilerin Değerlendirilmesi

SF-36, her sağlık alanının puanı yükseldikçe sağlıkla ilgili yaşam kalitesi artacak şekilde puanlanmıştır. Skala puanları en düşük puandan en yüksek puana kadar 0 ile 100 puan arasında değişen değerler almaktadır.

Araştırmadan elde edilen veriler SPSS istatistik programında değerlendirilmiş, Anova analizi ve Student- T testi yöntemi uygulanmıştır. İstatistiksel anlamlılık ise $p < 0.05$ ile tanımlanmıştır.

4. BULGULAR

4.1.Yaşam Kalitesi Boyutları ve Ortalama Standart sapmalar

Bu bölümde araştırmaya dahil edilen 3 siklus PMS deneyimleyen kadınların sosyodemografik özellikleri, PMS belirtileri ve bunun için yaptıkları yöntemler, yaşam kalitesi puan dağılımları ile yaşam kalitesini etkileyen faktörlere ilişkin istatistiksel bulgular yer almaktadır.

Tablo5: Genel sağlık ölçüm aracının boyutları ve anketteki soru sayıları(49).

Alan	Boyut	Soru Sayısı
Fonksiyonel Statü	Fiziksel Fonksiyonellik	10
	Sosyal Fonksiyonellik	2
	Fiziksel Rol Güçlüğü	4
	Duygusal Rol Güçlüğü	3
	Mental Sağlık	5
İyilik Hali	Vitalite (Canlılık)	4
	Ağrı	2
Genel Sağlık Değerlendirmesi	Genel Sağlık Algılamaları	5
	Sağlık Değişimi*	1
Toplam	8 Boyut	36

(*Bu soru 8 boyut içerisinde skorlanmamaktadır. (Guyatt ve ark. 1993))

1-

Tablo6: Genel sağlık statüsü boyutlarının tüm kişiler üzerinden ortalama ve standart sapmaları.

Genel Sağlık Statüsü Boyutları	Ortalama	SS
Fiziksel fonksiyonellik	80.73	17.76
Fiziksel rol güçlüğü	64.48	37.25
Bedensel ağrı	56.11	18.84
Genel sağlık	56.98	16.49
Vitalite (Canlılık)	52.90	16.13
Sosyal fonksiyonellik	67.92	20.15
Emosyonel rol güçlüğü	59.03	37.86
Mental sağlık	57.02	16.85

4.2.Sosyodemografik Özellikler

Tablo7: Sosyodemografik özelliklerine göre dağılım.

Sosyodemografik Özellikler	Sayı (n=240)	(%) Yüzde
Yaş		
15-17 yaş arası	80	33.3
18-25 yaş arası	75	31.3
26 yaş ve üzeri	85	35.4
Eğitim Düzeyi		
İlköğretim	45	18.8
Lise	109	45.4
Lisans	68	28.3
Yüksek Lisans ve diğerleri	18	7.5
Meslek		
Öğrenci	80	33.3
Ev Hanımı	80	33.3
Hemşire ve diğer sağlık çalışanları	80	33.3
Medeni Hal		
Bekar	137	57.1
Evli, Boşanmış/Dul	103	42.9

Araştırmaya yaşları 15-52 arasında değişen 240 kadın alınmış, yaş gruplarına göre incelendiğinde, 15-17 yaş arası %33.3, 18-25 yaş arası %31.3, 26 yaş üzeri %35.4 olduğu görülmektedir. Grubun yaş ortalaması 23.48 ± 7.46 (Min=15, Maks=52)'dir.

Araştırmaya katılan kadınların ilk adet görme yaşı ortalamasına baktığımızda ise 13.12 ± 1.38 yaş ortalamasını görmekteyiz. (Min=9, Maks=19)

Araştırmaya katılan kadınların eğitim durumlarına bakıldığında; %45.4'ü lise mezunu, %28.3' ü üniversite mezunu, %18.8' i ilköğretim mezunu, %7.5' ini ise yüksek lisans mezunu ve doktorlar oluşturmaktadır.

Grupların meslek dağılımında ise %33.3 öğrenciler, %33.3 ile ev hanımları, %33.3'ünü de genel sağlık personeli oluşturmaktadır.

Kadınların %57'si bekar, %42.9'u ise evli yada boşanmışlar oluşturmaktadır (Tablo7).

Tablo8: Sosyodemografik özelliklerine göre dağılım2.

Sosyodemografik Özellikler	Sayı (n=240)	(%) Yüzde
Çalışma Şekli		
Tam veya yarım gün çalışıyorum	100	41.7
Çalışmıyorum	140	58.3
Aylık Ortalama Gelir		
500 YTL altında	66	27.5
500-1000 YTL arası	97	40.4
1000-1500 YTL arası	64	26.7
1500 YTL üzeri	13	5.4
Sosyal Güvence		
Emekli Sandığı	84	35.0
SSK	127	52.9
Bağkur	17	7.1
YKart ve diğerleri	12	5.0
Adet Düzeni		
Her ay düzenli olurum	152	63.3
Normal zamanından önce olurum	38	15.8
Adetlerim her zaman gecikir	50	20.8

Araştırmamızdaki kadınları çalışma şekline göre değerlendirdiğimizde ise %58.3'ü çalışmıyor, %41.7'si tam veya yarım gün çalışıyor. Aylık ortalama gelir durumlarına baktığımızda ise %40.4' ü 500-1000 YTL, %27.5'i 500 YTL altı, %26.7'si 1000-1500 YTL, %5.4'ü ise 1500 YTL gelire sahiptir.

Sosyal güvencelerine baktığımızda ise %52.9'u SSK , %35'i ES, %7.1' Bağ-kur, %5'ini ise YK ve diğerleri oluşturmaktadır.

Menstruasyon düzenlerine göre kadınları değerlendirdiğimizde ise, %63.32'ü her ay düzenli olduğunu, %20.8'i adetlerinin her zaman geciktiğini, %15.8'i ise normal zamanından önce adet olduğunu belirtmiştir(Tablo8).

4.3.Premenstruel Semptomlarla İlgili Bulgular

Tablo9: Adet öncesi yaşanan gerginliklerin dağılımı.*

Adet Öncesi Yaşanan Gerginlikler	Sayı	(%) Yüzde
Yaşanan gerginlikler		
Depresyon	46	19.2
Öfkeli ruh hali	140	58.3
İrritabilite	30	12.5
Anksiyete (iç sıkıntısı)	110	45.8
Sosyal geri çekilme	51	21.3
Memelerde gerginlik	118	49.2
Karında şişlik	139	57.9
Baş ağrısı	96	40.0
Ekstremitelerde şişlik	31	12.9
Yorgunluk	124	51.7
Bu sıkıntılar için doktora gitti mi?		
Evet	30	12.5
Hayır	210	87.5
Şikayetler için uygulanan yöntem		
Ağrı kesici alırım	101	42.1
İstirahat ederim	104	43.3
Egzersiz yaparım	10	4.2
Sıcak uygulama yaparım	25	10.4

*Adet öncesi yaşanan gerginliklerdeki toplam sayı, semptomları olan kadın sayısını göstermektedir. Bir kişide birden fazla semptom görülebildiği için, Toplam sayı ve yüzdeler tablodaki sayıların toplamı ile uyumlu değildir.

Adet öncesi yaşanan gerginlik belirtilerinin yüzdelerine baktığımızda ise %58.3 ile öfkeli ruh hali birinci sırada yer almaktadır. Diğer belirtiler ise %57.9 ile karında şişlik, %51.7 ile yorgunluk, %49.2 ile memelerde gerginlik, %45.8 ile anksiyete, %40 ile baş ağrısı, %21.3 ile sosyal geri çekilme, %19.2 ile depresyon, %12.9 ile ekstremitelerde şişlik, %12.5 ile irritabilitedir.

Adet öncesi gerginlik yaşayan kadınlardan %87.5'i doktora başvurmamış, %12.5'i doktora başvurmuştur. Bu kadınlar şikayetleri için %43,3'ü istirahat ettiğini, %42.1'i ağrı kesici aldığını,%10.4'ü sıcak uygulama yaptığı, %4.2'side egzersiz yaptığını belirtmiştir(Tablo9).

4.4.Sosyodemografik Özelliklerin Yaşam Kalitesi Boyutları ile Karşılaştırılması

Tablo10: Genel sağlık statüsü boyutlarının yaş gruplarına göre karşılaştırılması.

Genel Sağlık Statüsü Boyutları	Yaş			ANOVA testi	
	15-17 yaş arası	18-25 yaş arası	26 yaş ve üzeri	F	p
Fiziksel fonksiyonellik	83.44±14.36	78.93±18.75	79.77±19.56	1.445	0.238
Fiziksel rol güçlüğü	62.50±37.95	66.67±34.47	64.41±39.22	0.241	0.786
Bedensel ağrı	56.33±19.15	53.39±19.05	58.31±18.27	1.371	0.256
Genel sağlık	55.80±15.04	57.24±15.61	57.87±18.54	0.336	0.715
Vitalite (Canlılık)	53.69±17.79	49.93±15.17	54.77±15.12	1.946	0.145
Sosyal fonksiyonellik	69.06±18.23	64.50±23.34	69.85±18.63	1.608	0.202
Emosyonel rol güçlüğü	57.92±37.78	56.44±37.56	62.35±38.42	0.535	0.587
Mental sağlık	53.40±16.83	56.85±18.40	60.57±14.76	3.818	0.023

Tablo 10’da araştırmaya katılan kadınların yaşam kalitesi (Genel sağlık Statüsü) alt boyutları puan ortalamalarının yaş gruplarına göre dağılımı verilmiştir.

Araştırmadaki kadınların yaş grupları ile genel sağlık statüsü boyutları karşılaştırıldığında, mental sağlık ile yaş grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuş ($p<0.05$), diğer boyutlarda ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0.05$).

Bu karşılaştırmada fiziksel fonksiyonellik boyutunda en yüksek puan ortalaması 15-17 yaş grubunda (83.44 ± 14.36), en düşük puan ortalaması ise 18-25 yaş grubunda bulunmuştur (78.93 ± 18.75).

Fiziksel rol güçlüğü boyutunda en yüksek puan ortalaması 18-25 yaş grubunda (66.67 ± 34.47), en düşük puan ortalaması 15-17 yaş grubunda (62.50 ± 37.95) bulunmuştur.

Bedensel ağrı boyutunda en yüksek puan ortalaması 26 yaş üzeri yaş grubunda (58.31 ± 18.27), en düşük puan ortalaması ise 18-25 yaş grubunda (53.39 ± 19.05) bulunmuştur.

Genel sağlık boyutuna baktığımızda ise en yüksek puan ortalaması 26 yaş üzeri grupta (57.87 ± 18.54), en düşük puan ortalaması ise 15-17 yaş grubunda (55.80 ± 15.04) bulunmuştur.

Vitalite boyutunda en yüksek puan ortalaması 26 yaş üzeri grupta (54.77 ± 15.12), en düşük puan ortalaması ise 18-25 yaş grubunda (49.93 ± 15.17) bulunmuştur.

Sosyal fonksiyonellik boyutunda ise en yüksek puan ortalaması 26 yaş üzeri grupta (69.85 ± 18.63), en düşük puan ortalaması ise 18-25 yaş grubunda (64.50 ± 23.34) bulunmuştur.

Emosyonel rol güçlüğü boyutunda en yüksek puan ortalaması 26 yaş üzeri grupta (62.35 ± 38.42), en düşük puan ortalaması ise 18-25 yaş grubunda (56.44 ± 37.56) bulunmuştur.

Mental sağlık boyutunda ise en yüksek puan ortalaması 26 yaş üzeri grupta (60.57 ± 14.76), en düşük puan ortalaması ise 15-17 yaş grubunda (53.40 ± 16.83) bulunmuştur.

Genel Sağlık Statüsü Boyutları	Eğitim Düzeyi				F	p
	İlköğretim	Lise	Lisans	Yüksek Lisans ve diğerleri		
Fiziksel fonksiyonellik	71.44±21.73	83.58±14.52	82.72±17.71	79.17±18.33	5.684	0.001
Fiziksel rol güçlüğü	60.56±40.06	66.06±36.88	65.07±36.43	62.50±37.62	0.252	0.860
Bedensel ağrı	54.53±20.04	55.46±19.47	57.43±17.41	59.00±17.95	0.397	0.755
Genel sağlık	51.98±16.92	57.41±15.50	59.81±16.13	56.22±20.70	2.115	0.099
Vitalite (Canlılık)	54.56±15.22	54.08±17.26	51.10±15.01	48.33±15.15	1.117	0.343
Sosyal fonksiyonellik	63.33±18.92	69.15±19.81	66.73±20.90	76.39±20.51	2.080	0.103
Emosyonel rol güçlüğü	48.89±42.40	60.24±35.85	65.69±37.75	51.85±34.72	2.056	0.107
Mental sağlık	56.09±16.87	56.04±17.23	58.24±17.46	60.67±11.74	0.565	0.638

Tablo 11’de araştırmaya katılan kadınların Genel sağlık Statüsü alt boyutları puan ortalamalarının eğitim düzeyine göre dağılımı verilmiştir.

Araştırmadaki kadınların eğitim durumları ile genel sağlık statüsü boyutları karşılaştırıldığında, fiziksel fonksiyonellik ile eğitim düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuş ($p<0.05$), diğer boyutlarda ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0.05$).

Fiziksel fonksiyonellik boyutunda, en yüksek puan ortalaması lise mezunlarında (83.58 ± 14.52), en düşük puan ortalaması ise ilköğretim mezunlarında (71.44 ± 21.73) bulunmuştur.

Tablo12: Genel sağlık statüsü boyutlarının meslek gruplarına göre karşılaştırılması.

Meslek

Genel Sağlık Statüsü Boyutları	Öğrenci	Ev Hanımı	Hemşire ve diğer sağlık çalışanları	F	p
Fiziksel fonksiyonellik	83.35±14.43	78.46±18.43	80.44±19.80	1.545	0.216
Fiziksel rol güçlüğü	62.34±38.16	68.52±36.61	62.50±37.10	0.718	0.489
Bedensel ağrı	56.25±19.26	56.17±18.94	55.90±18.54	0.008	0.992
Genel sağlık	55.78±15.14	56.23±16.39	58.93±17.83	0.846	0.430
Vitalite (Canlılık)	53.42±17.73	54.57±15.78	50.69±14.73	1.228	0.295
Sosyal fonksiyonellik	68.99±18.33	67.59±19.84	67.19±22.27	0.173	0.841
Emosyonel rol güçlüğü	58.23±37.92	59.67±39.34	59.17±36.74	0.030	0.971
Mental sağlık	53.06±16.66	59.06±16.57	58.85±16.84	3.307	0.038

Tablo 12’de araştırmaya katılan kadınların Genel sağlık Statüsü alt boyutları puan ortalamalarının meslek gruplarına göre karşılaştırma dağılımı verilmiştir.

Araştırmadaki kadınların meslek grupları ile genel sağlık statüsü boyutları karşılaştırıldığında, mental sağlık ile meslek arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuş ($p<0.05$), diğer boyutlarda ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0.05$).

Mental sağlık boyutuna baktığımızda en yüksek puan ortalaması ev hanımlarında ($59.06±16.57$), en düşük puan ortalaması ise öğrencilerde ($53.06±16.66$) bulunmuştur.

Tablo13: Genel sağlık statüsü boyutlarının medeni hale göre karşılaştırılması.

Genel Sağlık Statüsü Boyutları	Medeni Hal		t-testi	
	Bekar	Evli, Boşanmış/Dul	t	p
Fiziksel fonksiyonellik	83.36±14.65	77.23±20.75	2.679	0.008
Fiziksel rol güçlüğü	64.60±36.34	64.32±38.60	0.057	0.954
Bedensel ağrı	55.41±19.12	57.04±18.51	-0.663	0.508
Genel sağlık	56.67±15.25	57.40±18.07	-0.337	0.736
Vitalite (Canlılık)	51.90±16.91	54.22±15.01	-1.106	0.270
Sosyal fonksiyonellik	66.79±19.67	69.42±20.76	-1.001	0.318
Emosyonel rol güçlüğü	59.85±35.96	57.93±40.41	0.389	0.697
Mental sağlık	54.28±17.27	60.66±15.62	-2.951	0.003

Tablo 13’de araştırmaya katılan kadınların Genel sağlık Statüsü alt boyutları puan ortalamalarının medeni hale göre karşılaştırma dağılımı verilmiştir.

Çalışmadaki kadınların medeni halleri ile genel sağlık statüsü boyutları karşılaştırıldığında, Fiziksel fonksiyonellik ve mental sağlık ile medeni hal arasında

istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$), diğer boyutlar ile arasında ise anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0.05$).

Tablo14: Genel sağlık statüsü boyutlarının çalışma durumuna göre karşılaştırılması.

Genel Sağlık Statüsü Boyutları	Çalışma Şekli		t	p
	Tam veya Yarımlık Çalışıyor	Çalışmıyor		
Fiziksel fonksiyonellik	79.90±19.64	81.32±16.32	-0.611	0.542
Fiziksel rol gücü	64.25±36.80	64.64±37.69	-0.080	0.936
Bedensel ağrı	55.24±20.03	56.73±17.99	-0.603	0.547
Genel sağlık	59.59±16.89	55.12±15.99	2.085	0.038
Vitalite (Canlılık)	51.20±15.19	54.11±16.72	-1.379	0.169
Sosyal fonksiyonellik	68.00±22.14	67.86±18.68	0.054	0.957
Emosyonel rol gücü	60.33±38.11	58.10±37.80	0.451	0.653
Mental sağlık	58.12±17.44	56.23±16.44	0.857	0.392

Tablo 14’de araştırmaya katılan kadınların Genel sağlık Statüsü alt boyutları puan ortalamalarının çalışma şekline göre karşılaştırmalarının dağılımı verilmiştir.

Çalışmadaki kadınların çalışma şekilleri ile genel sağlık statüsü boyutları karşılaştırıldığında, genel sağlık ile çalışma şekli arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$), diğer boyutlar ile arasında ise anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0.05$).

Tablo15: Genel sağlık statüsü boyutlarının gelir durumuna göre karşılaştırılması.

Gelir Durumu

Genel Sağlık Statüsü Boyutları	500 YTL altında	500-1000 YTL arası	1000-1500 YTL arası	1500 YTL üzeri	F	p
Fiziksel fonksiyonellik	82.95±16.27	80.72±16.58	78.28±21.55	81.54±12.14	0.758	0.519
Fiziksel rol güçlüğü	66.67±37.55	62.89±36.64	62.89±39.08	73.08±33.01	0.402	0.752
Bedensel ağrı	59.56±20.06	53.30±18.61	55.20±17.81	64.00±15.89	2.305	0.078
Genel sağlık	53.62±17.20	57.64±15.63	60.08±14.91	53.92±23.69	1.888	0.132
Vitalite (Canlılık)	53.18±18.49	52.58±16.38	52.81±13.59	54.23±14.56	0.049	0.986
Sosyal fonksiyonellik	69.70±21.60	65.21±19.03	69.14±21.24	73.08±13.35	1.122	0.341
Emosyonel rol güçlüğü	58.59±38.81	55.67±37.18	63.02±38.54	66.67±36.00	0.668	0.572
Mental sağlık	55.58±18.79	56.33±16.27	59.56±15.63	56.92±17.14	0.699	0.554

Tablo 15’de araştırmaya katılan kadınların Genel sağlık Statüsü alt boyutları puan ortalamalarının gelir durumlarına göre karşılaştırmalarının dağılımı verilmiştir.

Araştırmadaki kadınların gelir durumları ile genel sağlık statüsü boyutları arasında, anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0.05$).

Tablo16: Genel sağlık statüsü boyutlarının sosyal güvence durumuna göre karşılaştırılması.

Genel Sağlık Statüsü Boyutları	Sosyal Güvence				F	p
	Emekli Sandığı	SSK	Bağkur	YKart ve diğerleri		
Fiziksel fonksiyonellik	80.48±16.96	80.08±18.92	80.29±16.25	90.00±9.77	1.159	0.326
Fiziksel rol güçlüğü	64.88±39.22	63.58±36.83	57.35±35.09	81.25±28.45	1.047	0.373
Bedensel ağrı	56.02±19.46	56.54±18.70	52.53±19.95	57.25±15.66	0.239	0.869
Genel sağlık	59.83±15.34	56.81±16.50	50.24±19.17	48.42±16.28	2.941	0.034
Vitalite (Canlılık)	55.06±15.67	51.38±16.24	51.47±17.30	55.83±16.49	1.056	0.369
Sosyal fonksiyonellik	68.90±21.12	67.03±20.45	66.91±16.50	71.88±15.19	0.315	0.815
Emosyonel rol güçlüğü	62.30±38.30	57.74±39.05	45.10±31.05	69.44±26.43	1.333	0.264
Mental sağlık	59.10±17.32	56.03±16.86	56.94±16.71	53.00±13.44	0.796	0.497

Tablo 16’da araştırmaya katılan kadınların Genel sağlık Statüsü alt boyutları puan ortalamalarının sosyal güvencelerine göre karşılaştırma dağılımı verilmiştir.

Çalışmadaki kadınların, genel sağlık boyutu ile sosyal güvenceleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur($p<0.05$), diğer boyutlar ile arasında ise anlamlı bir fark bulunamamıştır($p>0.05$).

4.5.Yaşam Kalitesi Boyutlarının Adet Düzenine Göre Karşılaştırılması ile İlgili Bulgular

Tablo17: Genel sağlık statüsü boyutlarının adet düzenine göre karşılaştırılması.

Genel Sağlık Statüsü Boyutları	Adet Düzeni			F	p
	Her ay düzenli olurum	Normal zamanından önce olurum	Adetlerim her zaman gecikir		
Fiziksel fonksiyonellik	82.47±17.03	78.68±16.63	77.00±20.20	2.102	0.124
Fiziksel rol güçlüğü	70.39±36.10	48.68±35.33	58.50±38.34	6.240	0.002
Bedensel ağrı	58.78±18.06	48.97±18.67	53.40±19.84	4.931	0.008
Genel sağlık	60.10±16.54	48.89±15.90	53.66±14.11	8.849	0.000
Vitalite (Canlılık)	55.59±16.54	47.11±13.98	49.10±14.70	6.214	0.002
Sosyal fonksiyonellik	69.82±20.87	64.80±19.25	64.50±18.10	1.864	0.157
Emosyonel rol güçlüğü	64.04±35.68	45.61±42.04	54.00±38.62	4.268	0.015
Mental sağlık	59.37±17.27	50.74±16.11	54.64±14.69	4.762	0.009

Tablo 17’de araştırmaya katılan kadınların Genel sağlık Statüsü alt boyutları puan ortalamalarının adet düzenine göre karşılaştırmalarının dağılımı verilmiştir.

Çalışmadaki kadınların adet düzenleri ile genel sağlık statüsü boyutları karşılaştırıldığında, fiziksel rol güçlüğü, bedensel ağrı, genel sağlık, vitalite, emosyonel rol güçlüğü ve mental sağlık ile adet düzeni arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$), fiziksel fonksiyonellik ve sosyal fonksiyonellik ile adet düzeni arasında ise anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0.05$).

4.6.Premenstruel Semptomların Yaşam kalitesi Boyutları ile Karşılaştırılması ile ilgili Bulgular

Tablo18		Genel Sağlık Statüsü Boyutları							
Yaşanan Sıkıntılar		Fiziksel fonksiyonellik	Fiziksel rol gücüğü	Bedensel ağırı	Genel sağlık	Vitalite (Canlılık)	Sosyal fonksiyonellik	Emosyonel rol gücüğü	Mental sağlık
Depresyon	Yaşadı	79.67±18.60	53.80±41.49	51.24±18.28	57.26±16.66	53.15±16.38	60.33±21.78	52.17±37.62	53.39±19.23
	Yaşamadı t, p	80.98±17.59 -0.448, 0.655	67.01±35.82 -2.179, 0.030	57.26±18.83 -1.961, 0.051	56.92±16.49 0.127, 0.899	52.84±16.12 0.120, 0.905	69.72±19.37 -2.885, 0.004	60.65±37.84 -1.368, 0.173	57.88±16.17 -1.629, 0.105
Öfkeli ruh hali	Yaşadı	80.46±17.99	61.79±37.03	53.84±19.83	55.33±16.09	49.54±15.79	66.16±21.60	55.95±37.99	54.83±17.49
	Yaşamadı t, p	81.10±17.50 -0.273, 0.785	68.25±37.41 -1.328, 0.186	59.28±16.95 -2.222, 0.027	59.30±16.83 -1.849, 0.066	57.60±15.50 -3.931, 0.000	70.38±17.74 -1.603, 0.110	63.33±37.46 -1.493, 0.137	60.08±15.49 -2.404, 0.017
İrritabilite	Yaşadı	79.67±15.48	57.50±32.92	53.70±16.74	54.57±15.98	52.67±14.13	66.25±20.54	56.67±36.25	60.00±14.63
	Yaşamadı t, p	80.88±18.09 -0.350, 0.727	65.48±37.79 -1.098, 0.273	56.45±19.13 -0.748, 0.455	57.33±16.57 -0.858, 0.392	52.93±16.43 -0.083, 0.934	68.15±20.13 -0.484, 0.629	59.37±38.16 -0.364, 0.716	56.59±17.13 1.037, 0.301
Anksiyete (iç sıkıntısı)	Yaşadı	79.64±18.57	57.95±37.55	53.75±20.29	55.01±14.86	49.23±15.81	65.11±21.95	49.39±37.70	53.89±17.49
	Yaşamadı t, p	81.65±17.05 -0.877, 0.382	70.00±36.22 -2.524, 0.012	58.11±17.34 -1.796, 0.074	58.65±17.63 -1.713, 0.088	56.00±15.80 -3.307, 0.001	70.29±18.24 -1.995, 0.047	67.18±36.18 -3.722, 0.000	59.66±15.88 -2.677, 0.008
Sosyal geri çekilme	Yaşadı	75.98±19.37	51.47±38.21	48.08±17.91	51.45±13.56	52.35±14.78	60.54±21.27	46.41±36.56	53.57±18.14
	Yaşamadı t, p	82.01±17.13 -2.169, 0.031	67.99±36.29 -2.852, 0.005	58.28±18.54 -3.511, 0.001	58.48±16.91 -2.737, 0.007	53.04±16.51 -0.270, 0.787	69.91±19.42 -2.995, 0.003	62.43±37.58 -2.718, 0.007	57.95±16.41 -1.653, 0.100
Memelerde gerginlik	Yaşadı	78.47±18.24	63.98±37.49	54.44±18.25	56.83±16.48	53.31±16.12	67.16±18.97	57.91±37.60	57.66±16.56
	Yaşamadı t, p	82.91±17.07 -1.946, 0.053	64.96±37.16 -0.203, 0.840	57.72±19.33 -1.351, 0.178	57.13±16.56 -0.141, 0.888	52.50±16.20 0.386, 0.700	68.65±21.27 -0.571, 0.569	60.11±38.24 -0.449, 0.654	56.39±17.18 0.582, 0.561
Karında şişlik	Yaşadı	81.04±18.03	65.11±38.38	53.73±18.70	56.42±16.21	51.73±17.19	67.45±20.45	55.40±38.81	55.74±17.08
	Yaşamadı t, p	80.30±17.45 0.321, 0.749	63.61±35.80 0.306, 0.760	59.38±18.62 -2.312, 0.022	57.76±16.91 -0.623, 0.534	54.51±14.48 -1.319, 0.188	68.56±19.81 -0.424, 0.672	64.03±36.11 -1.751, 0.081	58.77±16.45 -1.378, 0.169
Baş ağrısı	Yaşadı	80.05±18.50	65.63±37.21	54.29±19.26	57.71±16.43	51.20±17.74	66.02±20.09	59.03±40.02	53.96±17.29
	Yaşamadı t, p	81.18±17.29 -0.482, 0.631	63.72±37.38 0.388, 0.698	57.32±18.52 -1.221, 0.223	56.50±16.56 0.555, 0.579	54.03±14.93 -1.333, 0.184	69.18±20.16 -1.195, 0.233	59.03±36.50 0.000, 1.000	59.06±16.29 -2.317, 0.021
Ekstremitelerde şişlik	Yaşadı	79.68±20.81	62.90±39.20	53.16±23.43	56.45±17.18	52.74±18.57	65.73±23.27	51.61±35.32	58.71±17.05
	Yaşamadı t, p	80.89±17.31 -0.353, 0.725	64.71±37.04 -0.252, 0.801	56.55±18.09 -0.933, 0.352	57.06±16.42 -0.192, 0.848	52.92±15.79 -0.057, 0.955	68.24±19.69 -0.648, 0.518	60.13±38.19 -1.169, 0.243	56.77±16.85 0.599, 0.550
Yorgunluk	Yaşadı	80.60±18.17	63.71±38.04	53.01±18.29	55.98±14.95	49.96±16.03	65.42±19.13	59.95±39.18	53.61±16.38
	Yaşamadı t, p	80.86±17.37 -0.112, 0.911	65.30±36.53 -0.330, 0.741	59.42±18.93 -2.670, 0.008	58.05±17.99 -0.971, 0.333	56.03±15.71 -2.962, 0.003	70.58±20.93 -1.994, 0.047	58.05±36.55 0.388, 0.698	60.66±16.66 -3.302, 0.001

Tablo 18’de araştırmaya katılan kadınların Genel sağlık Statüsü alt boyutları puan ortalamalarının PMS’de yaşanan sıkıntılarla karşılaştırmalarının dağılımı verilmiştir.

PMS’ de yaşanan sıkıntılardan depresyonu yaşayanlarda fiziksel rol g¼c¼l¼ę¼ ve sosyal fonksiyonellik boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuş ($p<0.05$), diğer boyutlarla arasına ise anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0.05$).

Öfkeli ruh haline baktığımızda ise bedensel ağrı, vitalite ve mental sağlık boyutları ile öfkeli ruh hali arasında anlamlı bir fark bulunmuş ($p<0.05$), diğer boyutlarla arasında ise anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0.05$).

Premenstrual sıkıntılardan anksiyete yaşayanlarla yaşam kalitesi boyutları karşılaştırıldığında fiziksel rol g¼c¼l¼ę¼, vitalite, sosyal fonksiyonellik, emosyonel rol g¼c¼l¼ę¼ ve mental sağlık ile anksiyete arasına istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuş ($p<0.05$), fiziksel fonksiyonellik, bedensel ağrı ve genel sağlık ile anksiyete arasında ise anlamlı ilişki bulunamamıştır ($p>0.05$).

Sosyal geri çekilme ile genel sağlık statüsü boyutları karşılaştırıldığında ise, fiziksel fonksiyonellik, fiziksel rol g¼c¼l¼ę¼, bedensel ağrı, genel sağlık, sosyal fonksiyonellik ve emosyonel rol g¼c¼l¼ę¼ ile arasında anlamlı bir ilişki bulunmuş ($p<0.05$), vitalite ve mental sağlık ile arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p>0.05$).

Karında şişlik yaşayanlarla genel sağlık statüsü boyutları karşılaştırıldığında, bedensel ağrı ile karında şişlik arasında anlamlı bir ilişki bulunmuş ($p<0.05$), diğer genel sağlık statüsü boyutları ile karında şişlik arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p>0.05$).

Baş ağrısı yaşayanlarla genel sağlık statüsü boyutları karşılaştırıldığında ise, sadece mental sağlık boyutu ile arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuş ($p<0.05$), diğer genel sağlık statüsü boyutları ile baş ağrısı arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p>0.05$).

Yorgunluk yaşayanlarla genel sağlık statüsü boyutları karşılaştırıldığında ise bedensel ağrı, vitalite, sosyal fonksiyonellik, mental sağlık ile yorgunluk arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuş ($p<0.05$), fiziksel fonksiyonellik, fiziksel rol g¼c¼l¼ę¼, genel sağlık ve emosyonel rol g¼c¼l¼ę¼ ile yorgunluk arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p>0.05$).

4.7.Yaşam Kalitesi Boyutları İle Doktora Başvurma Oranı ve Tedavi Şekillerinin Karşılaştırılması İle İlgili Bulgular

Tablo19: Genel sağlık statüsü boyutlarının doktora gitme durumuna göre karşılaştırılması.

Genel Sağlık Statüsü Boyutları	Doktora Gidildi mi?		t	p
	Evet	Hayır		
Fiziksel fonksiyonellik	83.00±18.46	80.40±17.67	0.748	0.455
Fiziksel rol güçlüğü	54.17±41.57	65.95±36.46	-1.627	0.105
Bedensel ağrı	54.93±19.24	56.28±18.82	-0.365	0.716
Genel sağlık	54.13±18.41	57.39±16.20	-1.012	0.312
Vitalite (Canlılık)	52.67±17.55	52.93±15.97	-0.083	0.934
Sosyal fonksiyonellik	68.75±20.17	67.80±20.19	0.242	0.809
Emosyonel rol güçlüğü	51.11±42.65	60.16±37.11	-1.226	0.222
Mental sağlık	55.73±18.79	57.20±16.60	-0.445	0.657

Tablo19’da araştırmaya katılan kadınların Genel sağlık Statüsü boyutları puan ortalamaları doktora gidip gitmemesi ile karşılaştırılmıştır.

Çalışmadaki kadınların doktora gidip gitmemesi ile genel sağlık statüsü boyutları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p>0.05$).

Tablo20: Genel sağlık statüsü boyutlarının şikayetlerde kullanılan yöntemlere göre karşılaştırılması.

Genel Sağlık Statüsü Boyutları	Şikayetlerde Kullanılan Yöntem				F	p
	Ağrı kesici alırım	İstirahat ederim	Egzersiz yaparım	Sıcak uygulama yaparım		
Fiziksel fonksiyonellik	81.29±17.91	80.29±17.79	84.00±18.53	79.00±17.50	0.244	0.865
Fiziksel rol güçlüğü	65.59±38.22	63.22±37.02	72.50±36.23	62.00±36.17	0.259	0.855
Bedensel ağrı	53.16±18.29	58.32±19.15	61.70±25.43	56.60±15.94	1.614	0.187
Genel sağlık	57.97±17.30	55.85±15.44	56.90±23.40	57.76±14.85	0.302	0.824
Vitalite (Canlılık)	52.23±17.04	53.56±15.37	49.00±19.41	54.40±14.67	0.380	0.768
Sosyal fonksiyonellik	67.95±20.42	68.51±20.75	73.75±21.61	63.00±15.51	0.804	0.493
Emosyonel rol güçlüğü	58.42±39.27	58.65±37.88	60.00±37.84	62.67±33.77	0.090	0.965
Mental sağlık	56.75±17.71	56.69±17.08	54.40±13.09	60.48±13.73	0.450	0.717

Tablo 20’de araştırmaya katılan kadınların Genel sağlık Statüsü boyutları puan ortalamaları Premenstrual şikayetlerinde kullandıkları yöntemlerle karşılaştırılmıştır.

Çalışmadaki kadınların Premenstrual şikayetlerinde kullandıkları yöntemlerle genel sağlık statüsü boyutları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunamamıştır ($p>0.05$).

5.TARTIŞMA

PMS bireyi, ailesini ve toplumu etkileyen psikolojik ve organik bir rahatsızlıktır. Kadınların %20-40'ı premenstruel siklusla ilgili ciddi semptomlarla karşılaştıklarını söylemektedir ve bunların %20'si bu semptomların kendilerini günlük aktivitelerinden alıkoyduğunu bildirmiştir(5). PMS, kadınların %5-10'unda ise yaşam kalitesini etkileyecek düzeydedir(4).

PMS sıklıkla 30-45 yaş arası kadınlarda görülmektedir(12). Araştırmamıza katılan kadınlarda PMS ile yaş arasındaki ilişkide, en yüksek oran %35.4 ile 26 yaş üzeri grupta bulunmuştur. Abraham ve ark. 1980-1982 yıllarında Amerika'da yaptıkları bir çalışmada PMS'lu kadınların %60'ının 30-40 yaşları arasında olduğunu belirlemişlerdir(33).

Araştırmamızda yaş grupları ile yaşam kalitesi boyutları arasındaki ilişkiye baktığımızda, yaş grupları ile mental sağlık boyutu arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

Demir, Algül ve Güven'in yaptıkları bir çalışmada ise kadınların büyük çoğunluğunu %44.1 ile 24-28 yaş grubu, en az çoğunluğu ise % 4.3 ile 39 yaş ve üzeri grup oluşturmaktadır (50).

Araştırmamıza katılan kadınların eğitim düzeyine baktığımızda büyük çoğunluğu lise mezunlarının oluşturduğunu görmekteyiz.

Bölükbaş ve Tiryaki'nin yaptıkları araştırmada ise kadınların %50.9'unu ilkökul mezunları, %10.9'unu ise lise mezunları oluşturmaktadır(2).

Araştırmamızda adölesan, sağlık çalışanı ve ev hanımı eşit sayıda alınmıştır. Bu gruplar ile yaşam kalitesi boyutları karşılaştırıldığında, mental sağlık boyutunda anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Mental sağlık kavramı bireyin sinirlilik, mutluluk, depresyon gibi ruh halini ilgilendiren kavramları içermektedir. Mental sağlık boyutunda ise en yüksek puan ortalaması ev hanımlarında, en düşük puan ortalaması ise öğrencilerde bulunmuştur. Ev hanımlarının çalışanlara oranla toplumsal sorumluluklarının daha az olması, yaşam kalitelerinin yüksek olmasının nedeni olarak yorumlanmıştır. Çalışan ve toplumda sorumlulukları olan kadınlar kendilerini daha fazla toplumsal baskı altında hissederler ve bu nedenle mental sıkıntıları daha fazla yaşarlar.

Bir çalışmada adölesanların %90'ında PMS semptomlarından en az birinin orta şiddette yaşandığı bildirilirken başka bir çalışmada da adölesanların %50'sinde en az bir semptomun çok şiddetli olduğu rapor edilmiştir(17).

Tarsus'ta yapılan bir çalışmada, menarş yaşı ile PMS arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Menarş yaşı 12 ve altında olanlarda, daha ileri yaşlarda olanlara göre PMS oranı yüksek saptanmıştır(51). Bizim çalışmamızda ilk adet görme yaşı ortalaması 13.12 ± 1.38 bulunmuş ve bu bulgu Tarsus'da yapılan çalışmayla paralellik göstermiştir.

Araştırmamızdaki bayanların çoğunluğunu bekar grup oluşturmaktadır. Kıran'ın Ankara'da yaptığı çalışmada, evli kadınlarda PMS oranı daha yüksek görülmekle birlikte bu bulgu istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır(52). Bizim çalışmamızdaki bütün bayanlar PMS belirtilerini yaşadığı için evli ve bekar grup karşılaştırması yapılmamıştır. Bizim çalışmamızda evli ve bekar bayanların, kendi aralarında yaptığımız karşılaştırmada, evli bayanların yaşam kalitesi çoğu boyutta yüksek saptandı, yalnız bu bulgular istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı. Evli bayanların iletişim kurabileceği eşinin var olması, stresinin ve iş yükünün azalmasına ve yaşam kalitesinin yükselmesine yol açmaktadır şeklinde yorumlandı.

Tarsusta yapılan çalışmada adetleri düzensiz olan kadınlarda PMS, adetleri düzenli olan gruba göre anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur(51). Araştırmamızdaki kadınlarda düzenli adet gören grup daha fazladır. Bunun nedeni araştırmada adet düzeni oturmuş orta yaş bayan grubunun sayıca fazlalığı olabilir. Araştırmamızda adet düzeni ile yaşam kalitesi boyutları arasındaki ilişkiye baktığımızda ise, fiziksel rol güçlüğü, bedensel ağrı, genel sağlık, vitalite (canlılık) ile arasında anlamlı bir fark bulunmuş, fiziksel fonksiyonellik ve sosyal fonksiyonellik arasında anlamlı bir ilişki bulunamamış. Yaşam kalitesi ve adet düzenini karşılaştırdığımızda 8 boyutta da düzenli adet gören grubun yaşam kalitesi daha yüksek bulunmuştur. Adeti düzensiz olan bayanların doktora başvurarak düzenli adet siklusu yaşamaları adet gecikmesine bağlı yaşanan stres, depresyon, anksiyete gibi bir çok belirtinin daha düşük düzeyde yaşanmasını sağlayabilir.

Fransa'da 1979 yılında 15-50 yaşları arasındaki 2501 kadın üzerinde yapılan bir çalışmada da kadınların %77'sinin premenstruel problemleri olduğu saptanmıştır.

Bunların %40'ının yaşam kalitesini etkileyici ve tekrarlayıcı semptomlar olduğu belirlenmiştir(33).

1987 yılında Wellington ve çevresinde 1826 kadın üzerinde yapılan bir çalışmada toplumdaki rasgele alınan ve yaşları 20-45 arasında değişen kadın popülasyonuna PMS ile ilgili sorular yöneltilmiş çoğu kadında bir veya daha fazla PMS semptomları saptanmış ve bunlarında yaklaşık yarısı bu semptomların yaşamlarını olumsuz etkilediğini söylemiştir(53).

Demir, Algül ve Güven'in yaptığı çalışmada en fazla görülen premenstruel semptomlar; %72.4 bel ağrısı, %72.4 gerginlik, %72.4 sinirlilik-öfke, %70.9 karında şişlik, %66.9 memelerde hassasiyet, %58.3 memelerde şişkinlik, %52.8 eklem kas ağrıları, %50 yorgunluk olarak saptanmış(50). Bizim çalışmamızdaki en sık görülen semptomlara baktığımızda; öfkeli ruh hali, karında şişlik, yorgunluk, memelerde gerginlik, anksiyete, baş ağrısı, ve sosyal geri çekilme yer almaktadır. Görüldüğü gibi PMS döneminde yaşanan semptomlar benzerlik göstermektedir.

1972 yılında Janinger; Türk, Nijeryalı, Yunan, Japon, Amerikan ve çeşitli ülke kadınlarında yaptığı retrospektif çalışmada PMS semptomlarından en sık olarak gerginliğin Nijeryalılar ve Türklere %88 ile en yaygın semptomun olduğunu bildirmiştir(37).

Adölesanlarla yapılan bir çalışmada ise en sık görülen semptomlar duygu dalgalanmaları, anksiyete ve irritabilite olarak saptanmıştır(54).

Bizim çalışmamızda en sık görülen 3 premenstruel semptomun yaşam kalitesine etkisine baktığımızda ise; öfkeli ruh halinin yaşam kalitesini bedensel ağrı, vitalite, mental sağlık olmak üzere 3 boyutta etkilediğini, karında şişliğin ise bedensel ağrı olarak tek boyutta, yorgunluğun ise bedensel ağrı, vitalite, sosyal fonksiyonellik ve mental sağlık olmak üzere 4 boyutta etkilediğini görmekteyiz. Bu sonuçlara bakıldığında görüldüğü gibi premenstruel belirtiler kadınların yaşam kalitelerini oldukça etkilemektedir ve bu konuyla ilgili olarak kadınların daha fazla bilgilendirilmelerinin gerektiğini göstermektedir.

Son yıllarda değişik kültürlerdeki kadınlarda yapılan araştırmalarda premenstruel semptomların oluşumunda sosyal ve kültürel faktörlerin, aktivite durumunun, yaşam stresinin önemli rolü olduğu gösterilmiştir(55,56).

Premenstruel sendromun; ‘kişisel patolojik problem mi’ yoksa menstruel siklusu ağrılı süreçle ilişkilendiren “kültürel sorun mu” olduğunu ayırt etmek çok kolay değildir. PMS, psikolojik temel üzerine etkilenen biyolojik, sosyolojik bir problemdir. Kadının yaşantısını derinden etkileyen sosyal bir durumdur(57).

Yapılan araştırmalarda kadınların yaptıkları trafik kazalarının, evde veya iş yerinde yaptıkları kazaların ve işlenen suçlar ile yaşanan tartışmalarının çoğunun da bu döneme rastladığını ortaya koymaktadır. Amerika'da Holloway hapisanesinde yapılan bir araştırmanın sonuçlarına göre, kadın suçlarının yüzde 93'ü bu adet öncesi dönemde işlenmektedir. Ayrıca bazen bu dönemlerde kadınlar ağır depresyonlar geçirebilmektedirler(58).

Amerika'da yapılan bir istatistiksel çalışma bu ülkede kadınların adet öncesi dönemlerinde daha fazla suç işlediklerini ortaya koymaktadır. Aynı raporda tıbbi ya da psikiyatrik bir hastalık nedeniyle hastaneye yatırılan, intihara teşebbüs eden kadınların, önemli bir kısmının adet öncesine yakın günlerde oldukları görülmektedir(16).

Araştırmamıza katılan kadınların büyük bir kısmı premenstruel şikayetleri için doktora başvurmamıştır. Doktora başvurma oranının düşük olmasının nedeni araştırmaya dahil edilen sağlık çalışanlarının iş arkadaşlarına danışma yoluyla kendilerini rahatlatma imkanı bulmaları, şikayetlerini baskılayıcı ilaçlara kolay ulaşabilmeleri ve ev hanımlarının da doktora başvurma konusunda çekinik kalmaları olarak yorumlandı.

Demir, Algül ve Güven'in yaptığı çalışma da ise premenstruel şikayetlerden dolayı sadece sağlık çalışanlarında yapılan bir çalışmada ise doktora başvurma oranı %28.8'dir. Bu kadınların %22.3'ü verilen tedaviyi uygulamadıklarını, %44.8'i ise tedavi sonrasında şikayetlerinde düzelme olmadığını belirtmiş. Bu oran doktorlarında bu konuyla ilgili yeterli bilgi ve donanımlarının olmadığını düşündürmektedir(50). Bu oranda bizim çalışmamızda düşük çıkan doktora başvurma oranını desteklemektedir.

Ayrıca araştırmamıza katılan kadınlar premenstruel şikayetlerini geçirmek için; istirahat etmek, ağrı kesici almak, sıcak uygulama yapmak ve egzersiz yapmak gibi yöntemleri kullanmışlardır. Bu yöntemlerle bulgularını baskıladıkları için doktora başvurma oranının çok düşük olduğu şeklinde yorumlanmıştır.

Bu sonuçlar gösteriyor ki, PMS toplumumuzda sık görülmekle birlikte, sağlık personeli dahil olmak üzere kadınlar PMS konusunda yeterli bilgiye sahip değildir, eğitim programlarında sağlıkçılar bu konuda yeterince bilgilendirilmeli ki hizmet sunduğu toplumu da bu konuda bilinçlendirebilsin. Eğer kadınlar yaşam kalitesini bu kadar etkileyen bir konuya daha bilinçli yaklaşırsa yaşam kalitelerini ve iş verimini artırabilirler.

Adet öncesi yaşanan normal gerginlikler ile “Adet Öncesi Gerginlik Sendromu”nu ayırmak gerekir. Tüm premenstruel (adet öncesi) belirtiler sendrom değildir. Hemen hemen her kadın adet öncesi bir gerginlik ve huzursuzluk yaşar ancak bu durum onun günlük hayatını çok etkilemez.

Premenstrual Sendrom tanısını kadınlar genellikle kendi kendilerine koyarak doktora başvururlar. Ancak bu kadınların bir çoğunda ya abartılmış premenstruel belirtiler söz konusudur, ya da başka bir hastalık vardır(58). Kişinin sosyal yaşamını olumsuz etkileyen ve her ay görülen yakınmalar kadının kendine olan güvenini yitirmesine bile neden olabilir(57).

Kısacası ciddiye alınması gereken bir durumdur, kadının işini, sosyal ilişkilerini ve aile yaşantısını ciddi boyutlarda etkileyebilmekte, anne -babası evli ise kocası ve çocukları ve de iş arkadaşları bu durumdan etkilenmektedir.

Kadın yapısı oldukça değişik ve karmaşıktır. Kadınlar hayatımızın bir parçasıdır ve onlarsız bir yaşam olamayacağına göre, kadının doğasını anlamak toplumun her bireyi tarafından gereklidir. Kadınlarla iletişimin sağlıklı bir şekilde yürütebilebilmesi içinde “adet öncesi gerginlik sendromu” hakkında da bilgi sahibi olunması gerekir (58).

SONUÇ VE ÖNERİLER

- 1) Afyon il merkezinde yaşayan üreme çağındaki kadınlarda PMS'un yaşam kalitesini etkilediği görülmüştür.
- 2) Çalışmada 3 siklus PMS deneyimlemiş kadınlarda adetleri düzensiz olanlarda yaşam kalitesi adeti düzenli olanlara göre anlamlı ölçüde düşük bulunmuştur.
- 3) Araştırmaya katılan kadınların sadece %12.5'i bu semptomlar için doktora başvurmuştur. Bu oran PMS'nin eğitimdeki yerinin artırılmasının önemini göstermektedir. Doktora başvurma oranının düşük olmasının premenstruel semptomların yaşam kalitesini etkilemesinde bir etken olduğu düşüncesindeyiz.
- 4) PMS döneminde en fazla yaşanan semptomlara baktığımızda öfkeli ruh hali, karında şişlik, yorgunluk, memelerde gerginlik ve anksiyeteyi görmekteyiz.
- 5) Premenstruel semptomlardan sosyal geri çekilme ile 6 yaşam kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Bu sonuç PMS'nin yaşam kalitesini etkilediğini gösteren bulgulardan biridir. Çalışan toplumda gittikçe daha çok yer alan kadınların premenstruel dönemdeki sorunlar nedeniyle iş verimliliğinde azalmaya yol açtığı göz ardı edilmemelidir.
- 6) Kadınların PMS'da uyguladıkları yöntemlere baktığımızda semptomları gidermek yerine imkanları doğrultusunda baskılama yoluna gittiklerini görmekteyiz.
- 7) Ev hanımlarının yaşam kalitelerinin adölesan ve sağlık çalışanlarına göre daha yüksek olduğu görülmektedir.

PMS kadınların hayatında önemli bir durumdur. Kadınlar bu dönemde fiziksel ve ruhsal dalgalanmalar yaşamaktadır. Bu dönem kadın üzerinde olumsuz izler bırakabilir. Kadınlara bu dönemi rahat şekilde atlatabilmeleri için doktor desteği almaları ve bunun doğal bir durum olduğu konusunda bilgilendirilmeleri gerekmektedir.

Kadınların PMS dönemindeki sorunlarını ve bunlarla baş etme yöntemlerini, konuyla ilgili bilgilerini ve bilgi kaynaklarını bilmek, premenstrual sorunların giderilmesine yönelik müdahaleler ya da aktiviteler için temel bir veri sağlayacaktır.

Sonuç olarak; PMS kadınların yaşam kalitesini etkilemektedir. Eğitimle kadınlar PMS konusunda bilgilendirilirse doktora başvurma oranı artırılabilir böylece PMS insidansı düşürülüp, kadınların yaşam kaliteleri artırılabilir.

KAYNAKLAR

1. <http://www.cty.com.tr/pdf/6/5/11.pdf> .Erişim (25.09.07)
2. Bölükbaş N., Tiryaki N., (2003) ”öğrencilerin Premenstruel Sendrom Hakkında Bilgi,tutum ve Davranışları”,*Hemşirelik Forumu Dergisi*, 6:3,44-49.
3. Coughlin, P.C., (1990).:Premenstruel syndrome:How marital satisfaction and role choice affect symptom severity, *Social Work*, 35:4,July,p.351-5, (1990).
4. <http://www.anadolusaglik.org/basin/pms.pdf> .Erişim.(22.09.07)
5. Leon S. , Robert H.G., Nathan G. K., (1989), :The Premenstrual Syndrome, *Clinical Gynecologic Endocrinology an Infertility*, Fourth Edition, Williams&Wilkıns
6. James R. S. , Philip J.D. ,Charles B.H., William N.S. , (1997), *Obstetrik ve Jinekoloji* , J.B. Lippincot Company &Yüce Yayım A.Ş. , Yedinci Edisyon , 1. Baskı , Ocak, syf (677-678).
7. Prof. Dr.Sinan B., (2004) ,İ.Ü. Tıp Fakültesi Temel ve Klinik Bilimler Ders Kitapları ,Nobel Tıp Kitapevi ,syf (41-49).
8. Murdoch G. Elder, (2002), *Obstetrics and Gynaecology: Clinical and Basic Science Aspects*, Imperial College Pres, syf (42).
9. Gerbie.M.D., (1994), *Menstrüasyon Komplikasyonları: Anormal Uterin Kanamalar*, (Çeviren: Çelikkanat, H.) *Çağdaş Obstetrik& Jinekolojik Teşhis &Tedavi*. Barış Kitabevi, İstanbul;822-4.
10. Victor G., Malcolm G.M.,Timothy C.R., (1995), *Jinekoloji Pratik Yaklaşım* ,Atlas Kitapçılık , syf (117-118).
11. Abraham,G.E.,Taylor ,R.J., (1991), *Current Obstetrics and Gynecology* .Lange & Appleton,;100-5.
12. KocatepeK., ”Premenstruelsendrom”<http://www.jinekoloji.net/pms.html>. Erişim. (25.09,07)
13. Parker, P.D., (1993), Premenstruel Syndrome. *Am. Fam. Physician*. Nov. ;50(6) 1309-17.
14. Soydiñç, Ö.L., Işık, A.Z. ve ark. ,(1994), Premenstruel Sendrom Prevalansının Saptanması ve Diyet Tedavi Programının Değerlendirilmesi. Uluslararası Reprodüktif Endokrinolojide Yenilikler Kongresi-Özet Kitabı.

15. Karavuş M., Cebeci, D. Ve ark.,(1994), Üniversite öğrencilerinde premenstrüel Sendrom .*IV. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Kitabı*;353-7.
16. <http://www.gata.edu.tr/cerrahibilimler/kadindogum/sss/jsrs2.html>.
Erişim:(25.09.07)
17. Prof. Dr. Hüsnü A.K., Prof. Dr. Eflatun G., Prof. Dr. Tekin D.,Prof. Dr. Kemal Ü., Prof. Dr. Ali A., Prof. Dr. Timur G., Doç. Dr. Lütfi S.Ö., (1996), *Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi*, Güneş Kitabevi, Ankara, syf(810-820)
18. Lurie, S., Borenstein, R. ,(1990) : The Premenstruel Syndrome, *Obstetrical and Gynecological Survey*, 45:4, April, syf.220-8.
19. Mortola, J. F.,Girton,L., Beck, L.,Yen,S.S.C.:Diagnosis of Premenstruel Syndrome By a Simple , Prospective and reliable instrument: The calendar of premenstrual experiences,*Obstet Gynecol*, 76:2, August ,syf.302-7, (1990)
20. <http://www.doktorsitesi.com/yazdir-makale-439-> Erişim:(25.09.07)
21. Rapkın, J.A., (1992) :The role of serotonin in premenstrual syndrome,*Clinical Obstetrics and Gynecology*, 35:3, September, syf., 629-636, Premenstrual Syndrome Syf.585-586
22. Kaplan, H.I., Sandock, B.J. , (1989) : Comprehensive Textbook of Psychiatry .Williams&Wilkins, Baltimore;1333-4
23. Üner M., (1996), Kadın Hastalıkları “Premenstruel Sendrom”Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Palme Yayınevi, Ankara, 1.Basım., syf. 263-268.
24. Karaaslan İ. (çev.), (1994), Premenstruel Sendromdan Yakınan Kadınlara Yardım: Nasıl Bir Yol İzlenmeli?, *Literatür Dergisi*, 20:122, 386-391
25. Raid RL, (1981), Yen SSC: “Premenstruel Syndrome”. *Am J Obstet Gynecol* 139:85.
26. Taylor JW, (1979), : Plasma progesterone, Oestradiol, 17 Beta and Premenstrual Symptoms . *Acta Psychiatr Scand* 60:76.
27. Choung CJ, Bartholomew P, William EG., (1994), Periovulatory B-Endorfin levels in Premenstrual syndrome. *Obstetrics and Gynecology*; 83(5):755-9.
28. Ying, Y.K., Soto-Albors, C.E.,Randolph, J.F.,Walters, C.A., Riddick, D.H. , (1987), :Luteal phase defect and premenstrual syndrome in an infertile population, *Obstetrics Gynecology*(United States), 69:1, January, syf.96-8

- 29.Yücel, B., (1992), :Medikal ve psikiyatrik açıdan premenstruel sendrom, *Nöropsikiyatri arşivi*, 29:3, syf:151-55.
- 30.Wurtman, J.J., (1990), :Carbonhydrate craving, relationship between carbonhydrate intake and disorders of mood.*Drugs*. 39:Supl.3, syf:49-52
- 31.Gönül S.A., Reyhancan M., ve Karaaslan, M.F., (1998), ”Premenstruel Disforik Tanısı alan Hastalarda Tinaeptin Kullanımı”, *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 8:1,25-28.
- 32.Dawood, M.Y. ,(1990), :Dysmenorrhea, *Clinical obstetrics and Gynecology*, 33:1 , March, syf. 168-78.
33. Abraham,G.E., (1983), :Nutritional Factors in the Etiology of the Premenstruel Tension Syndromes. *The Journal of Reproductive Medicine*, 28:7, syf.446-464.
34. Freeman EW, Halberich U., (1998), : Premenstruel syndromes. *psychopharmacol Bull*; 34(3):291-295.
35. Rohde A., Maneros A., Fisher J., Diedrichk, (1992), ; Frequency and type of premenstrual symptoms under the influence of experienced infertility. A comparative study. *Gebertshilfe Frauenheilkd*. 52:91.
- 36.Zwack,B., (1985): Premenstruel Syndrome, *The Canadian Nurse*, 81:1, January, p:51-3.
37. Kızılkaya N., (1995), ”Premenstrüel Sendrom” *Sendrom Aylık Aktüel Tıp Dergisi*, 7:2, 26-35.
38. Tomruk N.B, (1991), :Premenstrual sendrom(PMS), Sağlık Bakanlığı, Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, *1. Psikiyatri Birimi, Uzmanlık tezi* , İstanbul
39. Limosin F., Ades J., (2001), ”Psychiatric and psychological aspects of Premenstrual syndrome” , *Encephale*, Nov-Dec; 27(6): 501-8.
40. Başer G. Ve Solak M.(2003),”Meme ve Meme Dışı Kanserli Kadın Hastaların Umutsuzluk ve Yaşam Kalitesi Düzeylerinin İncelenmesi “, *Hemşirelik Forumu Dergisi*, 6:6, 38-47.
41. Wood SH, Mortola JF, Chan Y-F, Moossazadeh F, Yen S.,(1992), Treatment of Premenstruel Syndrome with fluoxetine: A double blinded placebo controlled crossover study. *Obsretrics and Gynecology*. 80(3):339-44.

42. Avcı K. Ve Pala K., (2004), Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesinde Çalışan Araştırma Görevlileri ve Uzman Doktorların Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi', *Uludağ üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 30:2, 81-85.
43. Bodur S., (1995), "Sağlık Kavramı ve Toplum Sağlığı Ölçütleri", *Türkiye Tıp Dergisi*, 2:2, 115-117
44. Koç Z., (2004), "Hasta Bakım Hizmetleri ve yaşam kalitesi", *Sağlıkta Yaşam Kalitesi Sempozyumu Kitabı*, İzmir.
45. Akyol A., Karadakovan A., (2002), "Hemodiyalize giren Hastaların Yaşam kalitesi ve öz bakım gücü ile bunlar üzerine etkili değişkenlerin incelenmesi" *Ege tıp dergisi*, 41(2), 33
46. Aydemir Ö., (1999), "konsültasyon Liyezon Psikiyatrisinde Yaşam kalitesi Ölçümü:Kısa form-36" *3P Dergisi*, s:7 (Ek2),14-22.
47. Ömer A., Ertuğrul Köroğlu, (2006), "Psikiyatride Kullanılan Ölçekler", *Hekimler Yayın Birliği*.
48. Ware JE, Sherbourne CD., (1992), The MOS 36-item Short-Form Health Survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Med Care*; 30: 473-483.
49. Guyatt H, Feeny D, Patric D., (1993), Measuring Health – Related Quality of Life, *Annals of Internal Medicine*, 118:8, 622-629.
50. Demir B., Algül L.Y., Güven E.S.G.,2006, "Sağlık çalışanlarında Premenstruel sendrom insidansı ve etkileyen faktörlerin araştırılması" Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hast. Ve Doğum A.B.D., Diyarbakır.
51. Güneş , G. Ve ark., (2000), "30 Yaş ve Üzerindeki Kadınlarda DSM-IV Tanı Kriterlerine göre Premenstruel Sendrom Prevalansı ve Bazı risk Faktörleri. *Klinik Bilimler&Doktor*. Malatya; 6(5):661-3.
52. Kıran, S., (1998), Park Eğitim Sağlık Ocağı Bölgesinde 15-49 Yaş grubu Kadınlarda Premenstruel Sendrom Prevalansı (Uzmanlık Tezi), Ankara.
53. Pullon SR., Reinken JA., Sparrow MJ., (1987), "The Prevalance of Premenstrual Symptoms in Wellington Women", *N.Z.Med.J.*, Sep9;100(831):562-4.
54. Erden, A.C., Demir, C., (1985), "Premenstruel Sendrom" *Kadın doğum dergisi*; 1(3):167-70

55. Özkan, S., (1993), *Psikiatrik Tıp: Konsültasyon-Liyazon Psikiyatrisi*. İstanbul; 216-20
56. Johnson ,S.R., (1987), The Epidemiology and social Impact of Premenstrual symptoms. *Clin. Obstet. And Gynecol*; 30(2):367-76
57. <http://www.sanalkampus.org/forum/kadin-sagligi/40174-kadinlarin-rutin-depresyonu-premenstruel-sendrom/> Erişim: (15.01.08).
58. <http://www.forumsayfam.com/archive/index.php/t-9076.html> Erişim: (15.01.08)

EK:1**ANKET FORMU**

Sayın katılımcı;

Bu araştırma 15-49 yaş arası kadınlarda görülen Premenstruel Sendromun, yaşam kalitesine etkisini incelemek amacıyla yapılmaktadır.Kendinize uygun seçeneği işaretleyiniz.Katılımınız için teşekkür ederim.

HANİFE EĞİCİOĞLU
A.K.Ü.SAĞLIK BİL. ENSTİTÜSÜ

KATILIMCI NO:

- 1)Yaşınızı yazınız:.....
- 2)Eğitim durumunuzu işaretleyiniz?
a)Okuryazar b)İlköğretim c)Lise d)Lisans e)Yüksek lisans ve diğerleri
- 3)Mesleğinizi işaretleyiniz?
a)Öğrenci b)Ev hanımı c)Hemşire d)Diğer sağlık çalışanı
- 4)Medeni Haliniz
a)Bekar b)Evli c)Boşanmış/dul
- 5)Çalışma şeklinizi belirtiniz?
a)Tam gün çalışıyorum b)Yarım gün çalışıyorum c)Çalışmıyorum
- 6)Aylık ortalama gelir düzeyinizi işaretleyiniz?
a)500YTL'nin altında b)500-1000YTL arasında c)1000-1500YTL arası d)1500YTL üzeri
- 7)Sosyal güvenceniz nedir?
a)Emekli sandığı b)SSK c)Bağkur d)YKart ve diğerleri
- 8)İlk adet görme yaşınızı yazınız?.....
- 9)Adet düzeniniz nasıldır?
a)Her ay düzenli olurum b)Normal zamanından önce adet olurum
c)Adetlerim her zaman gecikir
- 10)Adetleriniz öncesinde gerginlik yaşadınız mı?
a)Evet b)Hayır
- 11)Cevabınız evet ise aşağıdaki belirtilerden adet öncesi dönemde yaşadıklarınızı işaretleyiniz.
a)Depresyon b)Öfkeli ruh hali
c)İrritabilite d)Anksiyete(nedensiz iç sıkıntısı)
e)Sosyal geri çekilme f)Memelerde gerginlik
g)karında şişlik h)Baş ağrısı
ı)Ekstremitelerde şişlik i)Yorgunluk
- 12)Adet öncesi yaşadığımız bu belirtileri arka arkaya 3 siklus yaşıyor musunuz?
a)Evet b)Hayır
- 13)Adet öncesi yaşadığımız bu sıkıntılar için hiç doktora gittiniz mi?
a)Evet b)Hayır
- 14)Adet öncesinde yaşadığımız bu şikayetleriniz için uyguladığımız bir yöntem var mı?
a)ağrı kesici alırım b)istirahat ederim c)egzersiz yaparım d)sıcak uygulama yaparım

SF- 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği

Kendinize uygun olan şıkkı işaretleyiniz

1.Genel olarak sağlığınız için aşağıdakilerden hangisini söyleyebilirsiniz ?

- a) Mükemmel d) Orta
b) Çok iyi e) Kötü
c) İyi

2. Bir yıl öncesi karşılaştığınızda,şimdi genel olarak sağlığınızı nasıl değerlendirirsiniz ?

- a) Bir yıl öncesine göre çok daha iyi d) Bir yıl öncesine göre biraz daha kötü
b) Bir yıl öncesine göre biraz daha iyi e) Bir yıl öncesinden çok daha kötü
c) Bir yıl öncesi ile hemen hemen aynı

3. Aşağıdaki maddeler gün boyunca yaptığımız etkinliklerle ilgilidir. Sağlığınız şimdi bu etkinlikleri kısıtlıyor mu ? Kısıtlıyorsa ne kadar ?

- A- Koşmak,ağır kaldırmak, ağır sporlara katılmak gibi ağır etkinlikler
1 1)Evet, oldukça kısıtlıyor 3) Hayır, hiç kısıtlamıyor
2)Evet, biraz kısıtlıyor
- B- Bir masayı çekmek, elektrikli süpürGESİNİ İTMEK VE AĞIR OLMAYAN SPORLARI YAPMAK gibi orta dereceli etkinlikler
1 1) Evet , oldukça kısıtlıyor 3) Hayır , hiç kısıtlamıyor
2) Evet , biraz kısıtlıyor
- C- Günlük alışverişte alınanları kaldırma veya taşıma
1) Evet , oldukça kısıtlıyor 3) Hayır , hiç kısıtlamıyor
2) Evet , biraz kısıtlıyor
- D- Merdivenle çok sayıda kat çıkma
1) Evet , oldukça kısıtlıyor 3) Hayır , hiç kısıtlamıyor
2) Evet , biraz kısıtlıyor
- E- Merdivenle bir kat çıkma
1) Evet , oldukça kısıtlıyor 3) Hayır , hiç kısıtlamıyor
2) Evet , biraz kısıtlıyor
- F- Eğilme veya diz çökme
1) Evet , oldukça kısıtlıyor 3) Hayır , hiç kısıtlamıyor
2) Evet , biraz kısıtlıyor
- G- Bir iki kilometre yürüme
1) Evet , oldukça kısıtlıyor 3) Hayır , hiç kısıtlamıyor
2) Evet , biraz kısıtlıyor
- H- Birkaç sokak öteye yürüme
1) Evet , oldukça kısıtlıyor 3) Hayır , hiç kısıtlamıyor
2) Evet , biraz kısıtlıyor
- İ- Bir sokak öteye yürüme
1) Evet , oldukça kısıtlıyor 3) Hayır , hiç kısıtlamıyor
2) Evet , biraz kısıtlıyor
- J- Kendi kendine banyo yapma veya giyinme
1) Evet , oldukça kısıtlıyor 3) Hayır , hiç kısıtlamıyor
2) Evet , biraz kısıtlıyor

4. Son 4 hafta boyunca bedensel sağlığınızın sonucu olarak , işiniz veya diğer etkinliklerinizde aşağıdaki sorunlardan biriyle karşılaştınız mı ?

A-İş veya diğer etkinlikler için harcadığınız zamanı azalttınız mı ?

- 1) Evet 2) Hayır

B- Hedeflediğinizden daha azını mı başardınız ?

- 1) Evet 2) Hayır

C- İş veya diğer etkinliklerinizde kısıtlama oldu mu ?

- 1) Evet 2) Hayır

D- İş veya diğer etkinlikleri yaparken güçlük çektiniz mi ? (örneğin daha fazla çaba gerektirmesi)

- 1) Evet 2) Hayır

5.Son 4 hafta boyunca duygusal sorunlarınız (Örneğin çökkünlük veya kaygı) Sonucu olarak, işiniz veya diğer günlük etkinliklerinizle ilgili aşağıdaki sorunlarla karşılaştınız mı *

A-İş veya diğer etkinlikler için harcadığınız zamanı azalttınız mı ?

- 1) Evet 2) Hayır

B-Hedeflediğinizden daha azını mı başardınız ?

- 1) Evet 2) Hayır

C- İşiniz veya diğer etkinliklerinizi her zamanki kadar dikkatli yapamıyor muydunuz?

- 1) Evet 2) Hayır

6.Son 4 hafta boyunca bedensel sağlığınız veya duygusal sorunlarınız,arkadaş veya komşularınızla olan olağan sosyal etkinliklerinizi ne kadar etkiledi?

- a) Hiç etkilemedi c) Orta derece d) Oldukça etkiledi
b) Biraz etkiledi etkiledi e) Aşırı etkiledi

7.Son 4 hafta boyunca ne kadar ağrınız oldu ?

- a) Hiç c) Hafif d) Şiddetli
b) Çok hafif d) Orta e) Çok şiddetli

8.Son 4 hafta boyunca ağrınız, normal işinizi (hem ev hem ev dışı işinizi düşününüz) ne kadar etkiledi ?

- a) Hiç etkilemedi c) Orta derece d) Oldukça etkiledi
b) Biraz etkiledi etkiledi e) Aşırı etkiledi

9.Aşağıdaki sorular sizi son 4 hafta boyunca neler hissettiğinizle ilgilidir.her soru için sizin duygularınızı en iyi karşılayan yanıtı,son 4 haftadaki sıklığını göz önüne alarak seçiniz.

A.Kendinizi yaşam dolu hissettiniz mi ?

- a) Her zaman c) Oldukça e) Nadiren
b) Çoğu zaman d) Bazen f) Hiçbir zaman

B.Çok sinirli bir insan oldunuz mu ?

- a) Her zaman c) Oldukça e) Nadiren
b) Çoğu zaman d) Bazen f) Hiçbir zaman

C.Sizi hiçbir şeyin neşelendiremeyeceği kadar kendinizi üzgün hissettiniz mi ?

- a) Her zaman c) Oldukça e) Nadiren
b) Çoğu zaman d) Bazen f) Hiçbir zaman

D.Kendinizi sakin ve uyumlu hissettiniz mi ?

- a) Her zaman c) Oldukça e) Nadiren
b) Çoğu zaman d) Bazen f) Hiçbir zaman

E.Kendinizi enerjik hissettiniz mi ?

EK-2

SF-36 DEĞERLENDİRME YÖNERGESİ

Soru	Puan	Soru	Puan	Soru	Puan	Soru	Puan		
1. A	5	2. a	5	4. a	1-2	5. a	1-2		
B	4.4	b	4	b	1-2	b	1-2		
C	3.4	c	3	c	1-2	c	1-2		
D	3.1	d	2	d	1-2		Evet=1 puan		
F.	2	e	1		Evet=1 puan		Hayır=2		
	1				Hayır=2				
Soru	Puan	Soru	Puan	Soru	Puan	Soru	Puan		
6. a	5	7. a	6	8. a	5	10.a	1		
b	4	B	5.4	b	4	b	2		
c	3	c	4.2	c	3	c	3		
d	2	d	3.1	d	2	d	4		
e	1	e	2.2	e	1	e	5		
		f	1		7 a ise 8 a 6 (puan)				
Soru	Puan	Soru .	Puan	Soru .	Puan	Soru	Puan	Puan	Soru
3. a	1-2-3 (Evet çok zorluyor=1 Puan)	9	9	9.		11.A,C		11.B,	
b	1-2-3 (Evet biraz zorluyor=2	A.E.D.H.		B.C.F.G.I		için		için	
c	1-2-3 (Evet hiç zorlamıyor=3	için:		a	1	a		a	5
d	1-2-3	a	6	b	2	b		b	4
e	1-2-3	b	5	c	3	c		c	3
f	1-2-3	c	4	d	4	d		d	2
iz	1-2-3	d	3	e	5	e		e	1
h	1-2-3	e	2	f	6				
i	1-2-3	f	1						
j	1-2-3								
					En düşük ham puan				Olası ham
Fiziksel fonksiyon :3A+3B+3C+3D+3E+3F+3G					1				20
Fiziksel rolgüçlüğü :4A+4B+4C+4D					4				4
Ağrı :7+8					2				10
Genel sağlık :1+11A+11B+11C+11D					5				20
Vitalite (enerji) :9A+9E+9G+9I					4				20
Sosyal fonksiyon :6+10					2				8
Emosyonel rol güçlüğü :5A+5B+5C					3				3
Mental sağlık :9B+9C+9D+9F+9H					5				25

A, ,, , , Elde edilen ham puan - en düşük ham puan

Olası ham puan

Sonuçta her alt ölçek için ayrı ayrı puanlar elde etmek olanaklıdır. Ölçeğin toplam puanının hesaplanması söz konusu değildir.